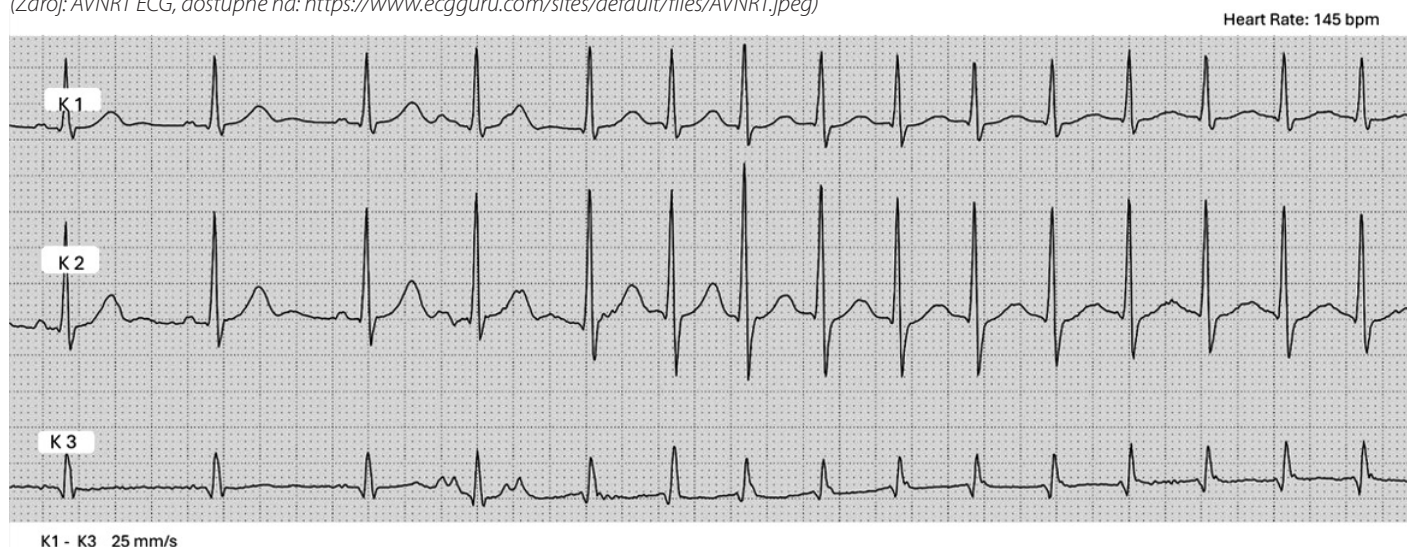


Obr. 3. EKG obraz SVT – zpočátku sinus a následný běh SVT (AVNRT)(Zdroj: AVNRT ECG, dostupné na: <https://www.ecgguru.com/sites/default/files/AVNRT.jpeg>)

trpí atakami SVT. Pokud nemívá pacient SVT, jedná se o tzv. **WPW obraz**. Jestliže je spojka na klidovém EKG neviditelná, hovoříme o tzv. **skryté přídavné spoje**. U pacientů nad 5 let je možné v rámci terapie zvážit katetrizační ablaci, u mladších se preferuje léčba antiarytmiky. Jako první pomoc v terénu volíme vagové manévry – zejména ponoření obličeje do studené vody (diving reflex). Při neúspěchu podáváme většinou i.v. adenosin (ve zdravotnickém zařízení vždy za přítomnosti defibrilátoru) – zároveň je doporučeno konzultovat EKG nálezy s dětským arytologem (8).

d) **Poškození koronárních arterií:** Další z řady stavů, kdy může dojít k bolestem na hrudi, jsou situace podmíněné změnami na koronárních arteriích vlivem poškození, např. při Kawasakiho nemoci, či v posledních letech po syndromu PIMS-TS (Pediatric Inflammatory Multisystemic Syndrome temporally associated with SARS-CoV-2). K typickým změnám na koronárních arteriích dochází zpravidla s odstupem 1 až 2 týdnů od začátku onemocnění. Při ECHO vyšetření jsme schopni z krátké srdeční osy zobrazit odstupy koronárních arterií. Další možností diagnostiky je CT angiografie či MR angiografie (1, 7, 9).

e) **Vrozené srdeční vady s obstrukcí výtokového traktu levé komory (LVOTO = left ventricle outflow tract obstruction):** Další skupinou onemocnění, které se mohou manifestovat bolestmi na hrudi jsou aortální stenóza, koarktace aorty či hypertrofická kardiomyopatie. Na EKG

může být patrna vyšší voltáž, ischemické změny. ECHO vyšetření prokáže stenózu, koarktaci či hypertrofii (1, 7).

f) **Dilatační kardiomyopatie (CMP/D):** Literárně je popisována bolest na hrudi i u pacientů s dilatační kardiomyopatií. Pacienti mohou mít širokou škálu symptomů od synkopy, přes sníženou fyzickou výkonnost až po příznaky srdečního selhání. Až 50 procent pacientů má dědičnou formu CMP/D. Hlavní roli v diagnostice má opět ECHO vyšetření (1, 7).

g) **Disekce aortálního kořene:** Tento vzácný stav se může projevit ostrou bolestí, která při disekci ascendentního úseku vystřeluje do přední části hrudníku, při disekci descendentní části naopak do zadní strany. Může k ní dojít typicky u pacientů s Marfanovým syndromem, Ehlers-Danlos syndromem (typ 4), homocystinurií či u pacientů s cystickou mediální nekrózou. Diagnózu opět může prokázat ECHO (1, 7).

h) **Ruptura aneurysmatu Valsalvova sinu:** Vlivem vrozené absence vrstvy medie v aortální stěně může dojít k této vzácné patologii. Ruptura aneurysmatu pak většinou nastává do pravé komory či síně, může být patrný kontinuální šelest a stav může vyústit až v srdeční selhání. EKG bývá nespecifické, ECHO zobrazí aneurysma (1, 7).

ch) **Angina pectoris a nestabilní angina:** S narůstající frekvencí metabolického syndromu, obezity, arteriální hypertenze či hypercholesterolemie, musíme zejména u teenagerů počítat s eventuelním rizikem

této doposud typicky dospělé diagnózy. Diagnostika se opírá o EKG klidové i zátěžové, ECHO, kardiomarkery, případně zátěžovou perfuzní scintigrafii (1, 10, 11).

Extrakardiální onemocnění

a) **Plicní embolie:** Stav se může manifestovat nejen bolestí na hrudi, ale i dušností, tachypnoí či tachykardií. Do rizikové skupiny patří dívky užívající hormonální antikoncepci a těhotné. Dále mezi rizikové patří pacienti s dlouhodobými žilním vstupem, solidními tumory, obézní, dehydratovaní, septičti či s poruchou srdečního výdeje. Diagnosticky velmi přínosnou metodou je stanovení D-dimerů, které mají především negativní prognostickou hodnotu. EKG změny jsou většinou nespecifické – typická je trias S ve I, Q ve III a T ve III; bývá přítomna sinusová tachykardie a osa doprava. Při pozitivitě nálezů je dalším diagnostickým krokem CT hrudníku vč. angio (1, 7, 11, 12).

b) **Spontánní pneumothorax:** Nejčastěji bývá popisován u osob s vysokou a štíhlou postavou, typicky u starších chlapců. Rizikovými faktory jsou užívání drog (nasální podání amfetaminu a kokainu) či vdechování kouře marihuany), astma a vrozené vývojové vady plic. K diagnostice spontánního pneumothoraxu většinou postačuje nativní RTG snímek hrudníku v předozadní ev. bočné projekci. Vzhledem k menší pohyblivosti mediastina u teenagerů, nedochází většinou k tenznímu pneumotoraxu (1).