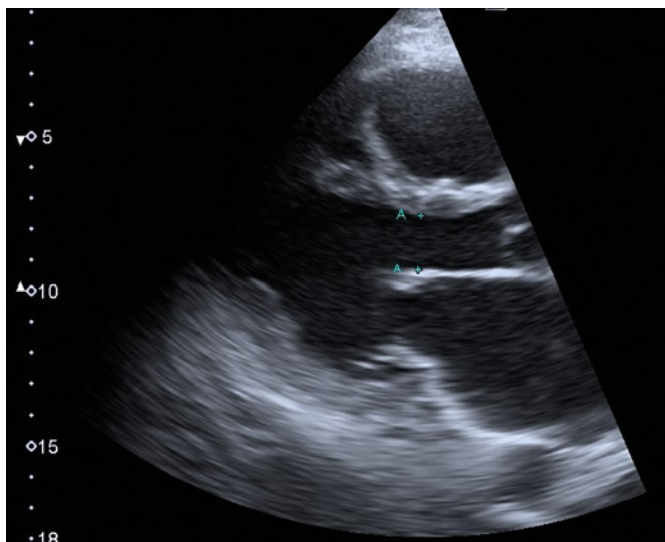
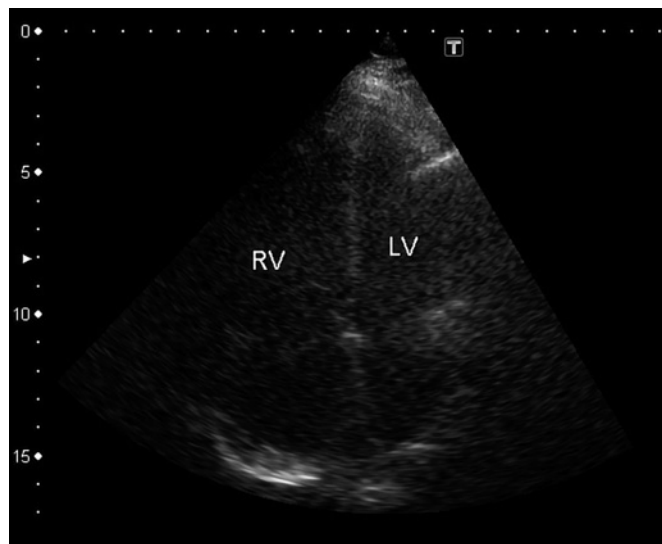
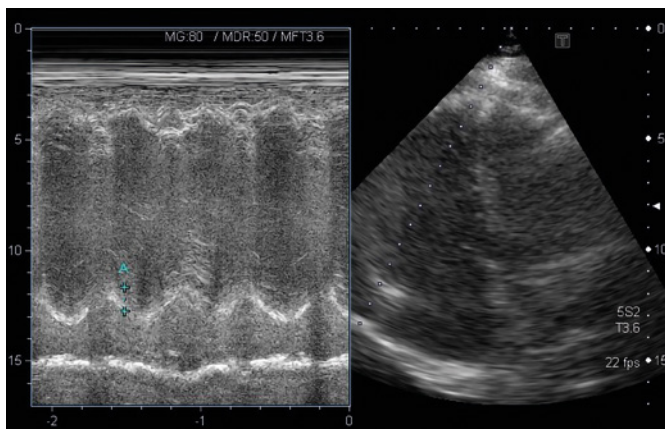
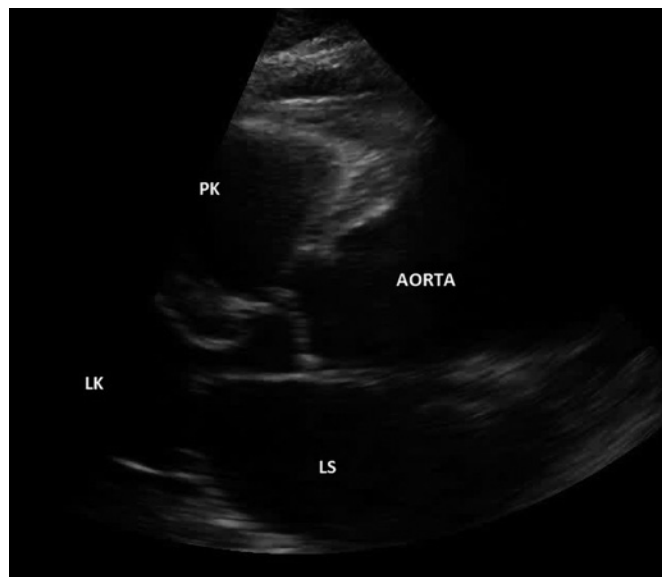


**Obr. 7.** Měření EPSS**Obr. 8.** Patologický poměr PK a LK**Obr. 9.** Měření TAPSE**Obr. 10.** Dilatace ascendentní aorty

přítomna, pokud je poměr PK/LK větší než 1 (7) (Obr. 8). Ke zhodnocení významné systolické dysfunkce PK použijeme opět jeden z kvantitativních parametrů – v M-mode změříme pohyb trikuspidálního anulu, tedy TAPSE (tricuspid annular plane systolic excursion). Pro dysfunkci PK svědčí hodnota této amplitudy pohybu trikuspidálního anulu nižší než 1,7 cm, dále bývá patrný pouze minimální pohyb volné stěny pravé komory, případně oploštění mezikomorového septa z parasternální projekce (8) (Obr. 9). V rámci orientačního vyšetření srdce je užitečné též zhodnocení průměru kořene a ascendentní aorty – zjevná dilatace může vyšetřujícího lékaře nasměrovat k úvaze o aneuryzmatu ascendentní aorty s možnou disekcí či rupturou a k indikaci dalšího cíleného vyšetření, tedy CT angiografie (Obr. 10). Přítomnost či nepřítomnost perikardiálního výpotku je nezbytnou součástí při POCUS, které může provést internista – zásadní informací pro nás je velikost perikardiálního výpotku, který bude určující pro jeho hemodynamický dopad (Obr. 11). Přesnější posouzení takového nálezu, stejně jako zhodnocení významnosti chlopenních vad či detailní popis přítomných ložiskových poruch kontraktility myokardu, je již doménou specialisty – kardiologa. V rámci POCUS standardně ještě doplňujeme posouzení průměru a kolapsibility dolní duté žíly (DDŽ) ze subkostální projekce. Toto vyšetření slouží k základnímu odhadu cirkulujícího objemu. Pro hypovolemii svědčí průměr

DDŽ menší než 1,5 cm s kolapsem v inspirii o více než 50 %, a pro hypovolemii hovoří průměr DDŽ nad 2,5 cm bez naznačené respirační variability (Obr. 12, 13). Zhodnocení kalibru a respiračního kolapsu dolní duté žíly dovoluje provést kvalifikovaný odhad výše tlaku v pravé síni (< 1,5 cm: 0–5 mm Hg; 1,5–2,5 cm a inspirační kolaps  $\geq$  50 %: 5–10 mm Hg; 1,5–2,5 cm a inspirační kolaps  $\leq$  50 %: 10–15 mm Hg; > 2,5 cm a inspirační kolaps  $\leq$  50 %: 15–20 mm Hg) (9). Obraz dilatované rigidní DDŽ může být však přítomen i při významné plicní embolizaci nebo při srdeční tamponádě, ale tyto patologie jsou v rámci dif. dg. patrné i z orientačního ultrazvukového vyšetření srdce. Pro vyšetření srdce v rámci POCUS je optimální sektorová sonda používaná při standardním echokardiografickém vyšetření, ale není nezbytnou podmínkou, ze základních projekcí lze většinu pacientů bazálně vyšetřit i konvexní „abdominální“ sondou. Základní odhad srdeční funkce již nezahrnuje Dopplerovské vyšetření, samozřejmě možnost doplnění této modality je vždy výhodou, ale představuje již vyšší úroveň kompetence a vyžaduje zkušenějšího vyšetřujícího s větší praxí.