



hrudníku především poslechem a poklepem, kdy mohou být přítomny vedlejší dýchací fenomény nejčastěji chrůpky, pískoty nebo krepitus a změny v poklepové diferenci.

Diagnostický postup při vyšetření polékového poškození plic

V diagnostice onemocnění je kromě **anamnézy a klinického vyšetření** nutná celá řada vyšetřovacích postupů, včetně laboratorní analýzy, zobrazovacích metod, funkčního vyšetření plic aj.

Laboratorní vyšetření

K vyloučení nespecifické zánětlivé odpovědi nebo alergické reakce je důležité vyšetření sedimentace erytrocytů, krevního obrazu, biochemie včetně CRP, laktátdehydrogenázy (LD) a dalších specifických hodnot. Alergická reakce může způsobit zvýšení počtu eosinofilů v diferenciálním rozpočtu periferní krve. Vyšetřením krevních plynů můžeme prokázat hypoxemickou respirační insuficienci.

Zobrazovací metody

Radiologický nález bývá různorodý. Před podáním léku, u kterého předpokládáme možný vznik polékového poškození plic (např. amiodaron), je vhodné doplnit alespoň skiagram hrudníku. Pro polékové postižení může svědčit nález lokalizovaného plicního zastínění, výpotku, pneumotoraxu nebo zvětšených uzlin v mediastinu. Nejčastějším nálezem jsou změny odpovídající intersticiálnímu plicnímu postižení nebo difuznímu alveolárnímu poškození (DAD). Tyto změny se přesněji zobrazí pomocí HRCT plic. Již existující intersticiální plicní postižení plic s fibrózou se snížením plicních funkcí v anamnéze je jedním z rizikových faktorů vzniku polékového poškození. Příklad polékového plicního postižení u pacientky s amiodarono-

vou plicí ukazují obrázky 1 a 2 (skiagram hrudníku v zadopřední a bočné projekci) a 3 až 6 (HRCT plic).

Funkční vyšetření plic prokáže nejčastěji restriktivní ventilační poruchu a snížení plicní difuze.

Bronchoalveolární laváž (BAL) s vyšetřením bronchoalveolární tekutiny (BALTe) nemůže přímo stanovit definitivní diagnózu polékového poškození plic. Má však klíčovou roli v diferenciální diagnostice IPP, kde v několika případech může přispět k určení diagnózy IPP bez histologické verifikace (např. plicní histiocytóza z Langerhansových buněk, plicní alveolární proteinóza, malignity nebo syndromy s difuzní alveolární hemoragií). Výsledky získané z BAL mohou predikovat histopatologický nález. Důležitou součástí je mikrobiologické vyšetření tekutiny na bakteriologii, mykologii, průkaz *M. tuberculosis* (kultivace, mikroskopie, PCR) a vyloučení oportunních infekcí.

Při podezření na polékové poškození plic je cytologické vyšetření BALTe přínosné. Podle výsledků je možné klasifikovat polékové plicní postižení do několika typů.

Nejčastějším typem je **celulární pneumonie**, která odpovídá klinickému typu hypersensitivní pneumonie, stanoveného na základě klinických radiologických a histopatologických nálezů. Tato forma je charakterizována zvýšeným počtem lymfocytů, jejichž procentuální zastoupení v diferenciálním rozpočtu buněk dosahuje až > 50 %. Tzv. lymfocytární alveolitida (procentuální zastoupení lymfocytů nad 15 % v diferenciálním rozpočtu) bývá přítomna např. po užívání methotrexátu, cyclofosfamidu, azathioprinu, bleomycinu, vincristinu, nitrofurantoinu, minocyklinu, solí zlata, sulfasalazinu, amiodaronu, acebutolu, atenololu, propranololu, flecainidu, diphenylhydantoinu nebo