

Posttraumatická stresová porucha

Shale A, Liberzon I, Marmar Ch. Post-Traumatic Stress Disorder. Review Article. *New Engl J Med.* 2017;25:2459–2469. doi:10.1056/NEJMr1612499. 72 citací.

Přehledový článek je rozsáhlý a podrobně dokumentovaný. Přesahuje oborové zaměření kritických stavů, pobytu v intenzivní péči, akutních příhod. Je čtivý, srozumitelný a rozšiřuje obzor profesionálního chápání patofyziologie i klinických projevů a možností léčby.

Posttraumatická stresová porucha (dále PTSD) je uznávaná nozologická jednotka, která se v současném světě projevuje až u 70 % dospělých lidí po konfrontaci s nečekaným, náhlým traumatizujícím zážitkem. Ten je zpracováván dlouhodobě psychopatologicky. Pobyt v intenzivní péči, kritický stav, se z tohoto rámce nevymyká – často vyžaduje dlouhodobou postintenzivní péči. PTSD má své nové, přesnější ukotvení v 5. vydání DSM-S (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Patří do nově definované kategorie „Trauma and Stressor Related Disorders“ a v připraveném 11. vydání ICD-11 je upraven v šesti verzích: negativní kognice, negativní pohled na svět, sebeponižování. V 50 % případů se komplikuje abúzerstvím, náladovostí,

úzkostností, často i suicidálním chováním a jednáním. Má řadu predispozičních prvků; je založena a detekovatelná fMRI v mozku.

V intenzivní péči a v postintenzivní péči vyžaduje tato mozková dysfunkce preventivní pozornost a využití psychologické i medikamentózní terapie podle nových modelových protokolů. Výsledky terapie se interindividuálně velmi liší a počty non-respondérů jsou stále poměrně vysoké. Symptomatologie snižuje postintenzivní kvalitu života; připojují se výpadky paměti, zhoršená konektivita neurálních sítí; poruchy se týkají i serotoninu; je snižena emocionální aktivita.

Pro posuzování jsou k dispozici nové hodnotící skórovací systémy: PC-PTSD (Primary Care PTSD Screen) se čtyřmi základními kritérii a PCL (PTSD Checklist) o sedmnácti složkách. Zohledňují výkonnost v běžných denních činnostech (ADL – Activities of Daily Living), paměť, soustředění, spánek a péči o sebe sama. Kromě psychoterapie a klidného prostředí vyžaduje PTSD i medikace – nejčastěji sertralinem, venlafaxinem v kombinaci s podporou kvalitního spánku, s prevencí náhlých výbuchů vzteku nebo ubíjejícího pocitu osamělosti.

Připravila doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.
e-mail: jarmiladrabkova@gmail.com

Virtuální realita v neurorehabilitaci pacientů v intenzivní péči

Turon M, Fernandez-Gonzalo S, Jodar M, Gomá G, et al. Feasibility and safety of virtual-reality-based early neurocognitive stimulation in critically ill patients. *Ann Intensive Care.* 2017;7:81. doi:10.1186/s13613-017-0303-4.

Článek je založen na poznatku, že pacienti v intenzivní péči často trpí nedostatkem mentální neurokognitivní stimulace, a tím druhotnou neurokognitivní dysfunkcí, která je podobná mírné, až střední demenci. Ta může dlouhodo-

bě přetrvávat a u některých pacientů může být i trvalá. Postihuje paměť, mentální výkonnost, pozornost i rychlost uvažování a rozhodování. Velmi nepříznivě ovlivňuje kvalitu života a re-integraci, protože jsou přednostně podporovány především somaticky významné funkce. Rehabilitace tradičního pojetí byla v současné době obohacena o časnou mobilizaci, prevenci deliria a ergoterapii. Nově se cíleně zaměřuje na časnou kognitivní rekondici zejména po cévních mozkových příhodách, po mozkolebečních pora-