

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-

něních, při souběžné demenci a psychiatrických poruchách.

Využívá virtuální realitu u ležících pacientů s CCS > 13 a s RASS kategorie -1 až +1 a sleduje její působení i podle HRV (Heart Rate Variability) – markeru endogenní sympatické a cholinergní aktivity.

Studie ověřovala vhodné metody u 20 kriticky nemocných dospělých pacientů při vědomí a závislých na umělé plicní ventilaci po dobu > 24 hodin. Multidisciplinární výzkumná skupina v těchto aktivitách ENRIC (Early Neurocognitive Rehabilitation in Intensive Care) se věnovala pacientům v každodenních 20minutových expozičních. Ověřovala vhodné metody i obsah virtuální reality pro jednotlivé pacienty a v publikaci jsou

výstižně popsány a doporučovány v různém personifikovaném výběru. Podle jednotného protokolu se sledovala HRV, SpO₂, frekvence a pravidelnost dýchání při stimulaci pozornosti a pracovní paměti. Zvolené metody i expozice byly pochopitelné a byly pacienty přijaty; ti si subjektivně „lekce“ s využitím virtuální reality chválili. Nežádoucí účinky nebyly zaznamenány. Studie nemá kontrolní skupinu. Je především podnětnou výzvou pro stereotypní prostředí intenzivní péče, jak kreativně využívat nejnovější technické možnosti pro neurorehabilitaci a mentální rekondici.

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

ARDS – historie i současnost

Bernard G. Acute Lung Failure – Our Evolving Understanding of ARDS. *New Engl J Med.* 2017;377:507–509. doi:10.1056/NEJMp1706595.

Thompson BT, Chambers RC, Liu KD. Acute Respiratory Distress Syndrome. *New Engl J Med.* 2017;377:562–572. doi: 10.1056/NEJMra1608077.

Historie ARDS u dospělých začíná vynálezem stetoskopu Laennecem v roce 1821 – popsal syndrom klinicky jako anasarku plic bez srdečního selhání s akutní dušností a cyanózou a se 100% úmrtností.

Současnost se odvíjí od roku 2012, kdy byla mezinárodně konsenzuálně přijata tzv. berlínská definice ARDS. Vypustila předchozí ALI a sjednotila ARDS dospělých s různými stupni závažnosti; sjednotila terapii a péči. Mortalita klesla z předchozích 60 % na 25 % při časně a protektivní umělé plicní ventilaci. Analogie s instilací surfaktantu novorozencům se neosvědčila, ani kortikosteroidy výskyt a závažnost neovlivnily. Byla doporučena klinická, prognosticky cílená prozíravost při sepsi, pankreatitidě, polytraumatu, při aspiraci a rozsáhlé pneumonii. Další snížení morbidit a mortality bude zřejmě obtížné a překročí dnešní terapeutický rámec.

Oba články se tématu velmi obsáhle a podrobně věnují. Výskyt ARDS se odhaduje na 10–86 případů/100 000 i ve zdravotnicky vyspělých zemích; má v 51,3 % střední závažnost, v 78,5 % vysokou závažnost, kategorizovatelnou podle FiO₂/paO₂ hodnoty. Svou roli má zřejmě i genetická dispozice. Do časně diagnostiky se zařadily nové rizikové faktory a doplnily se i laboratorní markery.

Mottem současného i budoucího pohledu je navíc skutečnost, že ARDS je součástí celkové komplexní reakce organismu charakteru multiorgánového poškození a dysfunkce. Dlouhodobá morbidita vzdor úvodnímu úspěšnému zvládnutí ARDS z pohledu plicních funkcí zůstává, ale celková rekondice je nižší než 50 %. V současné době vedou především kognitivní komplikace po dlouhodobém kritickém stavu ventilodependentních pacientů, které trvají nejméně jeden rok.

Oba články v NEJM jsou svým zpracováním i doporučeními hodny multidisciplinární pozornosti.

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