

vovou soustavu je posttraumatická stresová porucha (PSTD). Je zákonitě, že s nárůstem počtu traumat narůstá geometrickou řadou počet postižených touto diagnózou, nicméně pouze u 20-50 % jedinců, kteří prožijí závažný stres, touto poruchou onemocní. Traumatizovaní pacienti ve srovnání s kontrolní skupinou vykazovali rozdílnou neuronální aktivitu při pozorování podprahových traumatických podnětů. Jednalo se zejména o oblasti prefrontální, ventrolaterální perfrontální a orbitofrontální kůry. Další podkapitola popisuje výsledky EEG studií v této oblasti. Strukturální změny u pacientů po PTSD se týkají zejména amygdaly, hippocampu (redukce objemu až od 10 %) a gyrus cinguli.

Závěr publikace je věnován oblasti pozornosti a výzkumu v této oblasti. Začíná u Helmholtzových prací z konce minulého století a končí moderním výzkumem používající zejména EEG a MEG (Magnetoencefalografie). Nové výzkumy prokázaly, že mentální procesy, jako je řízení pozornosti, se dají měřit na úrovni jednotlivých buněk. Byly provedeny experimenty na opicích (pomocí zanořených elektrod do mozku), které prokázaly, že oscilace

gama o frekvenci 30-100 HZ se objevují, když pokusné zvíře sleduje obrazovku pozorně, a zmírňují se, když je pozornost odvedena jinam.

Při studii Cranziochové a Debenera pacient sledoval černá písmena a mezi nimi se objevovala na obrazovce zelená, každé písmeno se objevilo jen na 1/10 sec. Opět byla hodnocena gama aktivita na EEG a MEG. Porucha synchronizace gama vln se může vyskytovat u kognitivních deficitů, ADHD, nebo schizofrenních onemocnění.

Doc. Skála kdysi říkal, že psychoterapie je obor mezi vědou a uměním. Přes načerpání mnoha nových poznatků se musím sebekriticky přiznat, že jsem se jak funguje psychoterapie nedozvěděl, a patrně se to přesně nedozvíme nikdy, protože i po důkladném prozkoumání první složky tam vždy zůstane ta druhá, vědě těžko přístupná. Dále vidím ohnisko problému v tom, že jak narůstají poznatky, dochází k užší specializaci, a tímto k rozchodům mezi vědci a klinickými psychoterapeuty. V dalším výzkumu bude jistě nutná jejich užší spolupráce.

MUDr. Miroslav Sekot

REFERÁTY Z PÍSEMNICTVÍ

Birmingham C. L., Boone S.: Pancreatitis Causing Death in Bulimia Nervosa (Letální pankreatitida u bulimie)

Int. J. Eat. Disord., 36, 2004, č. 2, s. 234-237.

Kanadští autoři (univerzitní pracoviště ve Vancouveru a New Westminsteru, provincie British Columbia) referují o 19leté ženě s bulimií, která zemřela na akutní hemoragickou pankreatitidu. Cílem autorů bylo připomenout, že příznaky obou stavů-bulimie a pankreatitidy jsou velmi podobné. Proto preexistence jídelní poruchy by neměla odvrátit pozornost lékaře od možnosti, že potenciálně smrtelná pankreatitida může existovat souběžně. Studie zahrnovala výsledky pitvy a přehled literatury. Pankreatitida se obvykle pro-

jevuje bolestí břicha, pocitem na zvracení a zvracením.

U pacientů s jídelními poruchami, kteří již projeví tyto příznaky, nebývá, bohužel, zvažována pankreatitida. Zvýšené hodnoty sérové amylázy se mohou objevit u osob s bulimií bez pankreatitidy. Jestliže je hodnota sérové amylázy zvýšená, pankreatitida může být potvrzena měřením hladin sérové lipázy, trypsinogenu, pankreatického isoenzymu amylázy nebo CT vyšetřením břicha, připomínají autoři v závěrečné diskusi.

Di Pascoli L., Lion A., Milazzo D. et al.: Acute Liver Damage in Anorexia Nervosa (Poškození jater u mentální anorexie)

Int. J. Eat. Disord., 36, 2004, č. 1, s.114-117.

Italské autorky z univerzity v Padově referují o případu 26leté ženy mající v anamnéze mentální anorexii. Vyvinulo se u ní vážné poškození jater a porucha funkce mnoha orgánů. Při přijetí pacientky k hospitalizaci byl body mass index (BMI) 10,8. Biochemické vyšetření prokázalo zjevné zvýšení sérových hladin jaterních testů (AST 9,98iu/l, ALT 3,93iu/l), amylázy (1,002iu/l), lipázy (1,437iu/l), kreatinfosfokinázy (CPK 783iu/l) a laktát dehydrogenázy (LDH 6,83iu/l). Glomerulární filtrace byla

snížena (35 ml/min.) a bylo možno uvažovat o dehydrataci a prerenální azotémii. Žádná jiná příčina akutního jaterního poškození, vyjma podvýživy, nebyla prokázána. Hydratace a podpora výživy byly jedinou léčbou. Za několik dní nastalo rychlé zotavení a veškeré laboratorní údaje byly při propuštění z 37denní hospitalizace normální.

MUDr. Jaroslav Veselý