



příznak patří pocit brnění prstů, popř. celých končetin. Při silných úzkostech se může objevovat i skroucení prstů na rukou a nohou (3). V těchto případech si pacienti nezdědka nesprávně stanovují diagnózu latentní tetanie. Příčinnou příznaků ovšem není hypokalcemie, ani hypomagnezemie (tato může být způsobena dlouhodobým užíváním některých farmak a malnutricí), důvodem tetanických příznaků je respirační alkalóza – a tedy terapií není substituce magnézia (toto chování naopak úzkostné záchvaty napomáhá udržovat), ale nácvik řízeného dechu (7).

Tento výčet odpovídá diagnostickým kritériím MKN-10 (tabulka 1) a nemusí platit u všech pacientů za všech podmínek. Příznaky úzkosti mohou být velmi individuální a často mohou mít i nezvyklý charakter. Pacienti mohou např. popisovat pocit třesu nosu, brnění čela, pocit pulzace v zápěstí, trnutí jazyka, zvýšené pohyby střev apod. Stejně tak doba trvání ataky může být různá, závisí na mnoha faktorech (např. fyzická kondice pacienta, chování v průběhu záchvatu). Valná většina pacientů prožívá kombinaci plně vyjádřených a parciálních záchvatů. Při nich nedojde k rozvoji masivní úzkosti a zpravidla se objeví jen několik pro pacienta typických příznaků.

Ač diagnostická kritéria udávají, že k rozvoji ataky dochází náhle, dobře edukovaní pacienti jsou schopni již na počátku poznat, že panická ataka přichází a dokáží ji zastavit. Mezi časté první příznaky patří zúžení dechu, bušení srdce a opocení dlaní rukou. Právě to je ten správný okamžik, kdy by měl být použit některý z farmakologických nebo nefarmakologických terapeutických přístupů. Důležitou součástí obrazu panické poruchy je tzv. anticipační úzkost, obava ze znovuobjevení záchvatu. Tato paradoxně zvyšuje pozornost pacienta směrem k tělesnému prožívání, zvyšuje míru stresu a tím i zvyšuje pravděpodobnost rozvoje další panické ataky.

V případě, že u pacienta proběhl pouze jeden záchvat, pak mluvíme o panické atace, pokud se však záchvaty opakují, pak mluvíme o panické poruše. U středně závažné by se měly vyskytovat více jak 4 záchvaty po dobu 4 týdnů (F41.00), u těžké pak alespoň 4 plně vyjádřené záchvaty týdně po dobu 4 týdnů (3).

Diferenciální diagnostika

Vzhledem k tomu, že panická porucha může svými příznaky imitovat celou řadu onemocnění, není diferenciální diagnostika panické poruchy jednoduchou záležitostí. Záchvaty úzkosti mohou mít i pacienti trpící jinými duševními poruchami, např. sociální fobií. Na druhou stranu, panická porucha se může jako komorbidní onemocnění vyskytovat téměř u jakékoli duševní poruchy. Může provázet i různé intoxikace nebo odvykací stavy.

Ze somatických onemocnění je zejména nezbytné zaměřit se na různá kardiovaskulární, endokrinní, respirační a neurologická onemocnění. U pacientů je v rámci diferenciálně diagnostické rozvahy vhodné provést základní laboratorní vyšetření se zaměřením zejména na funkce štítné žlázy, hodnoty glykemie a mineralogram. Je možné doplnit i vyšetření pomocí EKG, popř. EEG. V případě diagnostické nejistoty je možné i neurologické vyšetření.

Z kardiovaskulárních onemocnění stojí za to zmínit zejména infarkt myokardu, u kterého se také vyskytují palpitace, bolest na hrudi, opocnost, a příznaky se také obvykle vyskytují náhle a mají tendenci postupně progredovat. Palpitace může být také příznakem arytmií, bolest na hrudi popisují pacienti s prolapsem chlopní a anginy pectoris. Další širokou skupinou jsou endokrinní poruchy. Jako typický zástupce se obvykle uvádí feochromocytom, který má také velmi variabilní klinic-