



Názov:

**Štandardné diagnostické a terapeutické postupy
pre pedopsychiatrickú a psychologickú starostlivosť
o deti a adolescentov s mentálnou anorexiou**

Autori:

**MUDr. Zuzana Matzová, PhD.
MUDr. Martina Paulinyová, PhD.
Mgr. Margaréta Hapčová, PhD.
Mgr. Zuzana Palenčárová
MUDr. Ľubica Tichá, PhD.
Ivana Kachútová, MSc.
doc. MUDr. Jana Trebatická, PhD.
Silvia Kerstenová
MUDr. Marcela Šoltýsová**

Špecializačný odbor:

Detská psychiatria

Odborná pracovná skupina:

OPS Poruchy príjmu potravy

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Štandardné diagnostické a terapeutické postupy pre pedopsychiatrickú a psychologickú starostlivosť o deti a adolescentov s mentálnou anorexiou

| Číslo ŠP | Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP | Status | Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR |
|----------|---|-----------|---|
| 0207 | 22. september 2021 | schválený | 1. október 2021 |

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

MUDr. Zuzana Matzová, PhD.; MUDr. Martina Paulinyová, PhD.; Mgr. Margaréta Hapčová, PhD.; Mgr. Zuzana Palenčárová; MUDr. Ľubica Tichá, PhD.; Ivana Kachútová, MSc.; doc. MUDr. Jana Trebatická, PhD.; Silvia Kerstenová; MUDr. Marcela Šoltýsová

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II.; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Helena Glasová, PhD.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc., PhD.; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Pavol Macho, PhD., MHA; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; MUDr. Martin Vochoyan; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: "Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

Poruchy príjmu potravy, mentálna anorexia, deti, adolescenti, diagnostika, liečba, realimentácia, farmakoterapia, psychoterapia, prognóza

Zoznam skratiek

| | |
|----------------|--|
| ADHD | Porucha aktivity a pozornosti |
| APA | American Psychiatric Association (Americká Psychiatrická Spoločnosť) |
| ABR | stanovenie acidobázickej rovnováhy |
| BMI | Body Mass Index (Index telesnej hmotnosti) |
| bpm | Počet pulzov za minútu |
| CRH | Corticotropin releasing hormon (hormón uvoľňujúci kortikotropín) |
| CRT | Cognitive remediation therapy (Kognitívna remediácia) |
| DSM 5 | Diagnostický a štatistický manuál psychických porúch - 5 edícia |
| EBM | Evidence Based Medicine (Liečba založená na dôkazoch) |
| ECHO | Echokardiogram |
| EKG | Elektrokardiogram |
| EMDR | Eye movement desensitization and reprocessing (Terapia pomocou očných pohybov) |
| FFT | Family Focused Terapia (Na rodinu zameraná liečba) |
| FSH | Folikuly stimulujúci hormón |
| GFR | Glomerulárna filtrácia |
| JIS | Jednotka intenzívnej starostlivosti |
| KBT | Kognitívno behaviorálna terapia |
| KO | Krvný obraz |
| LH | Luteinizačný hormón |
| MA | Mentálna anorexia |
| MB | Mentálna bulímia |
| MKCH 10 | Medzinárodná klasifikácia chorôb 10 revízia |
| MZSR | Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky |
| NICE | The National Institute for Health and Care Excellence |
| NGS | Nasogastrická sonda |
| OCD | Obsesívne-kompulzívna porucha |
| PEG | Perkutánná endoskopická gastrostómia |
| PEJ | Perkutánná endoskopická jejunostómia |
| PET | Pozitrónová Emisná Tomografia |
| PPP | Poruchy príjmu potravy |
| ROR | Rorschachov test |
| SPECT | Single-Photon Emission Computed Tomography |

| | |
|-------------|---|
| SSRI | Selektívny inhibítor spätného vychytávania serotonínu |
| SUSS | The Sit Up Squat Stand test |
| UZV | Ultrazvukové vyšetrenie |
| 5-HT | 5-hydroxytryptamín |

Kompetencie

1. kontakt: podozrenie na ochorenie môže vysloviť napríklad rodič, psychológ, pedagóg v škole dieťaťa, športový tréner, všeobecný lekár pre deti a dorast, iný špecialista (napr. endokrinológ, gastroenterológ, gynekológ, pediater, internista). Všeobecný lekár pre deti a dorast pri observácii klinických príznakov najskôr vylúči možnú somatickú príčinu. Ak nebola zistená somatická príčina, alebo je podozrenie na komorbiditu PPP popri somatickom ochorení je pacient cestou všeobecného lekára pre deti a dorast odosielaný do pedopsychiatrickej starostlivosti.

V liečbe PPP spolupracuje **multidisciplinárny tím**, ktorý je zložený z pedopsychiatra, pediatra, endokrinológa, antropológa, klinického psychológa, psychoterapeuta, fyzioterapeuta, nutričného poradcu, príp. odborníkov ďalších lekárskejších odborov (gastroenterológ, oftalmológ, dermatológ a pod.).

Lekár so špecializáciou v odbore detská psychiatria - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba diferenciálno-diagnostického plánu, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, liečby v dennom stacionári, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, indikovanie farmakoterapie.

Lekár bez špecializácie - pracuje pod supervíziou lekára so špecializáciou v detskej psychiatrii, psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta na hospitalizáciu alebo do denného stacionára, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie, psychoedukácia.

Všeobecný lekár pre deti a dorast – realizuje prevenciu, pri suspektnej poruche realizuje diferenciálnu diagnostiku za účelom vylúčenia somatickej príčiny ťažkostí a následne odosiela dieťa k detskému psychiatrovi. Spolupracuje s detským psychiatrom, monitoruje somatický stav a lieči sprievodné somatické komorbidity.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychodiagnostického vyšetrenia, podporná psychologická liečba, psychoedukácia rodiny a pacienta, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií, podávanie farmakoterapie, ošetrovateľská starostlivosť.

Sociálny pracovník - sociálnoprávna podpora pacienta a jeho rodiny, komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, prevencia, liečebno-pedagogická diagnostika a terapia psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií.

Fyzioterapeut – diagnostika funkčného stavu pacienta, stanovenie komplexného fyzioterapeutického plánu, fyzioterapeutická liečebná a rehabilitačná starostlivosť.

Nutričný terapeut – prevencia, posúdenie výživy pacienta, vypracovávanie diétného plánu a jedálničkov, edukácia.

Antropológ – komplexné zmeranie a vyhodnotenie stavu hmotnosti/podhmotnosti vzhľadom k veku, pohlaviu typu postavy a predispozícií dieťaťa. Exaktnejšie stanovenie fyziologickej hmotnosti.

Psychológ - *pracujúci mimo zdravotníctva (napr. poradenský, školský)* - realizácia psychologického vyšetrenia, špecifikácia psychodiagnostického vyšetrenia, podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia.

Úvod

Účelom týchto štandardných diagnostických a liečebných postupov je zlepšiť kvalitu diagnostiky a komplexnej liečby podľa EBM u detí a adolescentov s mentálnou anorexiou a s atypickou mentálnou anorexiou. Je určený všeobecným lekárom pre deti a dorast, pediatrom, klinickým a poradenským psychológom, detským psychiatrom a iným odborníkom v oblasti duševného zdravia a somatickej medicíny.

Poruchy príjmu potravy (PPP), mentálna anorexia a mentálna bulímia začínajú prevažne v detskom a adolescentnom veku a predstavujú závažný problém. Mentálna anorexia (MA) je tretia najčastejšia chronická choroba v adolescencii (Herpetz-Dahlmann, 2015) a má najvyššiu mortalitu z psychiatrických diagnóz. Poruchy príjmu potravy vedú k závažným somatickým a psychickým komplikáciám, predstavujú reálne ohrozenie života, a u detí a adolescentov aj zdravého vývinu. MA má vysoké riziko akútnych aj dlhodobých následkov. Medzi priame ohrozenie života patria najmä metabolický rozvrat a kardiologické komplikácie. Dlhodobá podvýživa môže mať nezvratné somatické dôsledky na všetky orgánové sústavy. U detí a adolescentov spôsobuje tiež nedostatočný priebežný rast, oneskorenú pubertu, primárnu a sekundárnu amenoreu u dievčat, čím vzniká riziko trvalej neplodnosti. Ďalšie ohrozenie zdravia predstavujú osteopénia, osteoporóza a úbytok mozgovovej hmoty (Kocourková, 2001). MA má časté komorbidity s anxióznymi poruchami, obsedantno-kompulzívnou poruchou (OCD), depresiou a látkovou závislosťou (Kaye, 1996; Dimová a kol.,

1997; Tanofsky, 1997; Bulik, 1997; Bulik, 2004; Kaye, 2004). Liečba PPP musí byť komplexná. Musí byť zameraná na stabilizáciu zdravej hmotnosti, úpravu stravovacích návykov, zmenu psychického prežívania, vzťahu k svojmu telu a vzhľadu.

Prevenia

Oblasti, na ktoré je vhodné sa zamerať v rámci **primárnej prevencie** porúch PPP sú zdravé spoločné stravovanie, témy rizík diétovania a miery primeranej športovej aktivity. Tiež sú to témy vplyvu médií na fyzický vzhľad a vzťah k telu. Najrozšírenejším spôsobom primárnej prevencie je vzdelávanie rodičov, detí na základných a stredných školách, vzdelávanie pedagógov a trénerov športových a tanečných odvetví prostredníctvom médií /televízia rozhlas, internet/, organizovaných besied a populárno - vedeckej literatúry.

Ako najefektívnejšie sa javí vzdelávanie prostredníctvom webových portálov a sociálnych sietí. Patrí sem aj kontinuálne vzdelávanie odborníkov a prepojenie zdravotníkov a odborníkov z iných profesií s neziskovými organizáciami zameranými na vzdelávanie a prevenciu konkrétne v oblasti PPP. Príkladom môžu byť už fungujúce projekty “Chut’ žiť” a “Anabell.sk”. Poskytujú podrobné informácie o ochorení a kontakty na odborníkov. Pôsobia v oblasti vzdelávania na školách, medzi pedagógmi a aj medzi verejnosťou.

Pre **sekundárnu** a **terciárnu prevenciu** PPP je zásadná skorá detekcia ochorenia a čo najskoršie zahájenie liečby. Preto je nevyhnutné, aby boli o príznakoch možného ochorenia edukovaní nielen odborníci zo strany lekárov a psychológov, ale aj širšia populácia. Je tiež dôležité znižovať stigma psychických porúch a najmä teóriu o vine rodičov za PPP, nakoľko tento fakt vedie k odmietaniu ochorenia a odmietaniu liečby. Pre priebeh a liečbu PPP je dôležitá dostupnosť dlhodobej špecializovanej liečby stacionárnou alebo intenzívnou ambulantnou formou, nakoľko opakované dlhodobé hospitalizácie na somatickom alebo psychiatrickom oddelení znemožňujú nadväzovať kamarátske vzťahy, negatívne ovplyvňujú rodinný život pacientov ako aj ich súrodencov a rodičov.

Epidemiológia

Mentálna anorexia začína najčastejšie medzi 14 - 18 rokom. Zistená celoživotná prevalencia MA je podľa rôznych zdrojov od 0,3 do 4,2%. (Walters, 1995; Garfinkel, 1996; Hoek a kol., 2003). Poruchy príjmu potravy sa vyskytujú častejšie u dievčat a žien. Odhadovaný pomer prevalencie mužov a žien je v rozmedzí od 1:6 do 1:10 (Hoek a kol., 2003). Epidemiologické údaje pre výskyt PPP na Slovensku aktuálne nie sú k dispozícii.

Patofyziológia

Odborníci z oblasti výskumu porúch príjmu potravy sa už desaťročia zhodujú na tom, že neexistuje jediná príčina ich vzniku. Aktuálne sa výskum venuje vyhľadávaniu a definovaniu tzv. **rizikových faktorov**, čiže okolností, ktoré ochorenie priamo nezapríčiňujú, ale zvyšujú pravdepodobnosť jeho vzniku. Najznámejším modelom, ktorý sa snaží objasniť vznik porúch príjmu potravy je neurovývinový multifaktorálny prahový model (Connan, 2003). Vychádza z interakcie genetickej predispozície a enviromentálnych vplyvov s kľúčovou úlohou stresu ako spúšťača ochorenia. Zdôrazňuje spolupôsobenie vývinových faktorov mozgu, raných vzťahov (vzťahovej väzby) a stresu ako spúšťača ochorenia počas adolescencie. Kľúčovú úlohu

tu zohráva CRH systém a 5-HT systém, ktorý reguluje chuť do jedla a odpoveď na stres. Sérotonínový (alebo 5-HT) systém sa podieľa na náchylnosti k rozvoju následkov hladovania a vzniku ochorenia. Postupne klesá hladina estrogénov, zvyšuje sa hladina kortizolu a môžu sa objaviť poruchy nálady akou je napríklad depresia. Uvedený model vysvetľuje etiopatogézu anorexie ako maladaptívnu reakciu na stres v adolescencii u geneticky predisponovaných jedincov. Zmeny počas puberty, keď sa u dievčat zvyšuje percento tuku v tele na 17 – 25% telesnej hmotnosti, môže u predisponovaných adolescentiek prispieť k vzniku ochorenia hladina estrogénu a aktivita nadobličiek (Connan, 2003).

Procesy vyvolané hladom alebo sýtosťou sú riadené hypotalamom a korigované signálnymi látkami peptickej povahy z gastro - intestinálneho traktu. Predstavujú homeostatickú zložku tzv. hedonického systému. Slastné pocity odmeny (dopamínový a opioidný systém) sú súčasťou tzv. "reward" systému, ktorý je súčasťou globálnej organizačnej jednotky. Systém odmeny vyhodnocuje motivačnú a emočnú hodnotu udalosti a správanie prispôsobuje obsahu. Dozrievanie systému prebieha v období puberty, kedy je najvulnerabilnejší na zmeny v podnetoch, ktoré predstavujú odmenu (Treasure, 2007). Mentálna anorexia je typicky prezentovaná pacientkou v adolescentnom veku, s miernou nadváhou alebo normálnou hmotnosťou, ktorá plánuje schudnúť a preto diétuje a cvičí. Keď po znížení hmotnosti dostane počiatkové pozitívne posilnenie tohto správania (napr. komplimenty od vrstovníkov, priblíženie sa vzoru veľmi štíhlych modeliek), odmena je vysoká a spôsobuje neschopnosť zastaviť toto správanie po dosiahnutí ideálnej hmotnosti.

Porovnanie mozgovej aktivity jedincov s PPP pomocou PET alebo SPECT ukazuje, že neutrálne mozgové okruhy, ktoré fyziologicky zaisťujú potravinové signály sú nahradené patologickými okruhmi. Podobný obraz vidíme u pacientov s obsesívno-kompulzívnou poruchou, depresiou a závislosťou. Podľa Papežovej (2010) vznikajú spojením pôvodne neutrálneho signálu (potrava) s neadekvátnym afektívnym nábojom alebo kompulzívnym správaním.

Mentálna anorexia a mentálna bulímia môžu prechádzať jedna do druhej. Súčasné ponímanie chápe PPP ako kontinuálne spektrum ochorení od reštriktívnej formy MA, cez purgatívnu formu MA, mentálnu bulímiu (MB) až po rôzne formy prejedania a obezitu (Papežová, 2018).

Klasifikácia

Medzinárodná klasifikácia chorôb - 10 revízia (WHO, 1992)

Diagnostické kritériá pre Mentálnu anorexiu – anorexiu nervosu F50.0:

- Telesná hmotnosť je najmenej 15% pod predpokladanou hmotnosťou, resp. BMI je 17,5 a menej. Pacienti pred pubertou nespĺňajú v priebehu rastu očakávaný hmotnostný prírastok.
- Zníženie hmotnosti si pacient spôsobuje sám, vyhýba sa jedlám po ktorých sa priberá a úmyselne sa zbavuje prijatých kalórií vracaním, preháňadlami alebo užívaním diuretík, či nadmerným cvičením.
- Prítomná je špecifická psychopatológia, pretrváva strach z tučnosti a skreslená predstava o vlastnom tele ako vtieravá myšlienka, pacient sám sebe ukladá povinnosť mať nízku hmotnosť.

- Hypopotalamo - pituitárna - gonádová porucha sa prejavuje u žien amenoreou a u mužov stratou sexuálneho záujmu. Môžu byť prítomné aj zvýšené hladiny rastového hormónu, zvýšené hladiny kortizolu, zmeny periférneho metabolizmu tyreoidného hormónu a odchýlky vylučovania inzulínu.
- Ak je začiatok pred pubertou, sú pubertálne prejavy oneskorené alebo dokonca zastavené.

Diagnostické kritériá pre Atypickú mentálnu anorexiu - atypickú anorexiu nervosu F50.1:

- Ide o poruchy, kedy u pacientov jeden alebo viac kritérií pre mentálnu anorexiu (ako je napríklad úbytok hmotnosti alebo amenorea) môžu chýbať, ale kde inak pacienti vykazujú takmer typický klinický obraz.
- Túto diagnózu môžeme použiť u pacientov, ktorí majú všetky kľúčové príznaky ale mierneho stupňa.
- Diagnóza by sa nemala použiť pri strate hmotnosti v súvislosti so známou somatickou chorobou.

Klinický obraz

Mentálna anorexia - anorexia nervosa - je PPP, ktorá je charakterizovaná zámernou stratou hmotnosti, ktorú vyvolal a udržiava sám pacient. Prítomná býva porucha vnímania telesnej schémy, kedy sa naproti reálnemu somatickému stavu pacienti vnímajú ako tuční. Porucha sa najčastejšie vyskytuje u dospievajúcich dievčat a mladých žien, ale postihnutí môžu byť aj dospievajúci chlapci a mladí muži, ako aj deti blízko nastupujúcej puberty (preadolescentné deti) a staršie ženy, až po ženy v menopauze. Choroba je spojená so špecifickou psychopatológiou, ako je hrôza z tučnosti, ktorá pretrváva ako vtieravá myšlienka. Pacienti si sami ukladajú za úlohu redukovať svoju hmotnosť, a to aj napriek stupňujúcej sa podhmotnosti až kachexie. Snahy o redukciu hmotnosti zahŕňajú obmedzenie stravy na nízkokalorickú, vynechávanie denných dávok jedla, nadmernú fyzickú aktivitu, vyvolávanie dávenia a hnačky, používanie liekov potláčajúcich chuť do jedenia a zneužívanie diuretík, prípadne tyreoidných hormónov. Na základe ich správania rozlišujeme reštriktívne subtypy MA (primárne sa obmedzujú v stravovaní) a purgatívne subtypy MA (popri redukcii stravovania znižujú svoju hmotnosť aj vyvolávaním si vracania). Jednotlivé subtypy sa môžu striedať. U pacientov s MA býva prítomné tiež nadmerné zaoberanie sa jedlom a stravovaním, pocity napätia a viny po konzumácii stravy. Zvyčajne sa pozoruje podvýživa rozličného stupňa so sekundárnymi endokrinnými a metabolickými zmenami a poruchami telesných funkcií, ako sú napr. atrofia prsníkov, hypotenzia, hypotermia, akrocyanóza, hypoglykémia, poruchy metabolizmu inzulínu a periférne edémy.

PPP vedú k narušeniu viacerých orgánových systémov, kardiovaskulárneho, renálneho, gastrointestinálneho, neurologického, endokrinného hematologického, reprodukčného a dermatologického systému (Keys, 1950; Papežová, 2018).

Kardiologické komplikácie

Kardiologické komplikácie sú časté. Vplyv ochorenia na funkciu srdca zahŕňa bradykardiu, hypotenziu, zníženú veľkosť srdca a zníženú hmotnosť ľavej komory spojenú s abnormálnou

systolickou funkciou. Pacienti s MA mávajú hypotenziu so systolickým tlakom až 70 mm Hg a sínusovou bradykardiou so srdcovými frekvenciami tak nízkymi ako 30-40 úderov za minútu. Tieto zmeny sú reakciou na pokles bazálnej metabolickej dávky. Mechanizmus môže byť spôsobený autonómnou nerovnováhou v regulácii srdcovej frekvencie, so zvýšením vagálnej aktivity a znížením aktivity sympatika.

Zaznamenáva sa tiež zvýšený výskyt prolapsu mitrálnej chlopne bez významnej mitrálnej regurgitácie. Rizikové sú poruchy srdcového rytmu pri metabolickom rozvrate. Observované je tiež predĺženie QT intervalu závislé od draslíka, ktoré zvyšuje riziko ventrikulárnej arytmie (Facchini, 2006).

Endokrínologické a metabolické komplikácie

Najčastejšou z endokrínologických komplikácií u dievčat s PPP sú poruchy menštruačného cyklu, pri významnom poklese hmotnosti až amenorea (Golden, 2007). Amenorea je výsledkom porúch v osi hypotalamu - hypofýzy a vaječníkov, v ktorých hladiny folikuly stimulujúceho hormónu (FSH) a luteinizačného hormónu (LH) sú nízke napriek nízkym hladinám estrogénu. Dochádza k návratu do predpubertálneho stavu; LH odpoveď na hormón uvoľňujúci gonadotropín (GnRH) je v útlme a preto je nedostatočná na udržanie menštruačnej integrity a výsledkom je amenorea. Amenorea často pretrváva aj u pacientiek s obnovenou fyziologickou hmotnosťou. Vysvetlenie tohto javu nebolo zatiaľ objasnené, pravdepodobne tu zohráva svoju úlohu emočná nestabilita. Ďalšie zmeny súvisiace s endokrinnou dysfunkciou zahŕňajú zníženie plodnosti, nález početných malých folikulov vo vaječníkoch, znížený objem maternice a jej atrofiu (Berstein, 2018).

U pacientov s MA je ovplyvnená aj funkcia štítnej žľazy. Laboratórne údaje poukazujú na pokles trijódtyronínu (T3) a tyroxínu (T4) a zvýšenie reverzného T3. Tieto zmeny sú charakteristické pre syndróm eutyroidnej poruchy a podobne ako srdcové zmeny, predstavujú adaptačný mechanizmus; hormonálna náhrada nie je potrebná (Berstein, 2018).

Vážnou komplikáciou MA je osteopénia. Nízka hladina estrogénov a tvorby progesterónu (urýchľuje remodeláciu) a zníženie hladín inzulínového rastového faktora-1 (IGF-1), ktoré stimulujú biosyntézu kolagénu typu 1, prispievajú k strate kostnej hmoty (Golden, 2007; Taylor, 2009).

Gastrointestinálne komplikácie

Pacienti s mentálnou anorexiou majú zvyčajne menej gastrointestinálnych komplikácií ako pacienti s mentálnou bulímiou. Objavuje sa predĺžený gastrointestinálny tranzit, zmeny v motilite čreva, atrofiu alebo dilatáciu žalúdka. Častá je obstipácia (Berstein, 2018).

Neurologické komplikácie

Zistilo sa, že vplyv mentálnej anorexie na neuropsychologické funkcie zahŕňa pravdepodobne estrogénom sprostredkované poruchy v procese učenia a v pamäťových úlohách. Prejavuje sa znížením kognitívnej flexibility (slabý set shifting), slabou centrálnou koherenciou a sociálno-emocionálnymi problémami so spracovaním rôznorodých podnetov. Tie môžu byť čiastočne spôsobené nízkym kalorickým príjmom a tým nedostatkom energie (Chui, 2008).

U pacientov s dlhodobou MA postupne dochádza k strate objemu mozgu, mozgovej atrofii. Najčastejším neurologickým príznakom je generalizovaná svalová slabosť.

Dermatologické komplikácie

Pacienti s mentálnou anorexiou majú obvykle suchú, šupinatú pokožku; krehké vlasy a nechty; a viac telového ochlpenia- lanugo.

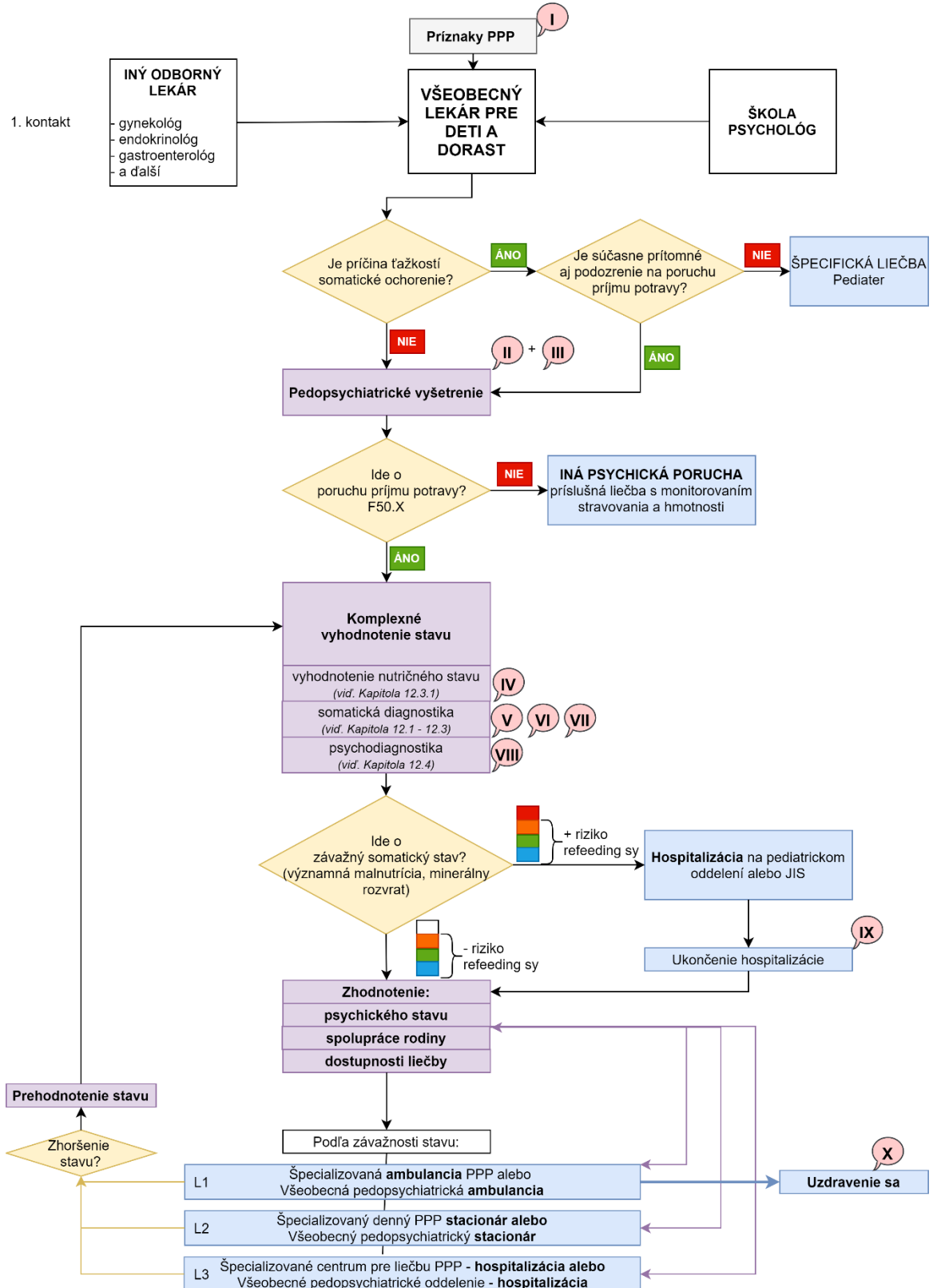
Renálne komplikácie a zmeny minerálov

Zvyšuje sa hladina močovínového dusíka v krvi (BUN), ktorá odráža úroveň dehydratácie a zníženú rýchlosť glomerulárnej filtrácie (GFR). Nerovnováha elektrolytov vzniká sekundárne, napr. pri vracaní, pričom najčastejšie sa mení hladina draslíka. Ďalšie abnormality zahŕňajú zmeny hladín vápnika, horčíka a fosforu (Berstein, 2018).

Diagnostika

ŠOP – Mentálna anorexia - Príloha č. 1

ŠOP Mentálna anorexia



Stručné interaktívne texty k ŠOP vid' Príloha č. 2

1.1 Iniciálne pedopsychiatrické vyšetrenie

Pacient s podozrením na mentálnu anorexiu by mal byť odoslaný na pedopsychiatrické vyšetrenie cestou všeobecného lekára pre deti a dorast. Ešte pred vyšetrením u pedopsychiatra by mala byť vylúčená iná príčina straty hmotnosti dieťaťa ako PPP. *Na pedopsychiatrické vyšetrenie by si mal so sebou priniesť nasledujúce údaje vypísané z ambulantnej zdravotnej dokumentácie VLDaD:*

- Výška a váha oboch rodičov.
- Maximálna hmotnosť dieťaťa (kedy a koľko).
- Minimálna hmotnosť dieťaťa (kedy a koľko).
- Pôrodná hmotnosť a dĺžka dieťaťa.
- Vyhodnotenie BMI, hmotnostný percentil vzhľadom k veku a výške dieťaťa.
- Aktuálna výška a hmotnosť dieťaťa.

Rovnako by mal so sebou priniesť výsledky nasledujúcich laboratórnych vyšetrení:

1. vyšetrenia, ktoré nie sú staršie ako 10 dní:

- Krvný obraz + diferenciál.
- Biochemické parametre: glukóza, urna, kreatinín, kys. močová, albumín, celkové bielkoviny, hepatálne enzýmy: ALT, AST, GMT.
- Inogram (Na, K, Ca, Cl, P).
- Vyšetrenie moču - chemicky sediment.
- Vyšetrenie na prítomnosť *Helicobacter pylori*.
- Parazitologické vyšetrenie stolice.

2. vyšetrenia, ktoré nie sú staršie ako 3 mesiace:

- laboratórne vyšetrenia na celiakiu - transglutamináza,
- profil železa,
- vit. D.

Pokiaľ neboli tieto vyšetrenia pred pedopsychiatrickým vyšetrením realizované, je nutné ich realizovať v čo najkratšom čase za účelom vyhodnotenia aktuálneho somatického stavu dieťaťa.

Výsledky z vyšetrení si pedopsychiater zakladá do vstupného vyšetrenia. Je vhodné si zaznamenávať priebežne aj pri ďalších kontrolách zmeny hmotnosti, menštruáciu, vitálne funkcie, či ďalšie sledované parametre.

Úvodné klinické vyšetrenie v ambulancii, ale aj pri zahájení hospitalizácie by malo obsahovať:

Psychiatrickú diagnostiku realizuje podľa diagnostických kritérií MKCH 10.

Diagnostiku dopĺňame o psychodiagnostiku realizovanú psychológom (viď kap.12.4)

Napriek somatickému vyšetreniu realizovanom v rajóne, detský psychiater priebežne tiež sleduje somatický zdravotný stav dieťaťa.

Vyhodnocuje malnutríciu a stupeň dekompenzácie zdravotného stavu (kritériá viď kap.12.3)

Pri somatickom vyšetrení sa zameriava na nasledujúce:

- výsledky laboratórnych vyšetrení (od VLDaD alebo realizovaných urgentne),
- hmotnosť pri vážení v spodnom prádle,
- telesná teplota,
- edémy,
- bledosť,
- lanugo karotenémia akrocyanóza stenčenie vlasov a pokožky,
- strata svalovej hmoty,

- klinické známky špecifickej nedostatočnosti výživy, napríklad angulárna cheilitída,
- známky oneskoreného hojenia rán,
- ortostatický test - SUSS test (test vstávania zo sedu a z drepu - vid' príloha č. 3),
- zhodnotenie dehydratácie a následkov na kardiovaskulárny systém,
- tlak krvi: pokles po vzpriamení, hypotenzia a prítomnosť synkopy alebo presynkopy, srdcový rytmus, bradykardia,
- turgor kože, známky dehydratácie,
- známky výskytu purgatívnych techník/vracanie/, sebapoškodenie, hypertrofia slinných žliaz, dentálna erózia, Russelovo znamenie na hánkach prstov horných končatín.

1.2 Ďalšia doplňujúca diagnostika

Vhodné je diagnostiku doplniť (ak je to možné) o antropometrické vyšetrenie za účelom vyhodnotenia rastu a puberty, stanovenie fyziologickej hmotnosti vzhľadom k veku, výške, pohlaviu a typu postavy.

Pacienti s anamnézou trvania ochorenia dlhšie ako 6 mesiacov a hmotnosťou pod 10 percentilom majú mať priebežne realizované nasledujúce vyšetrenia:

- endokrinologické vyšetrenie,
- kardiologické vyšetrenie,
- očné vyšetrenie.

Ďalšie somatické vyšetrenia odporúčame realizovať v prípade potreby.

1.3 Hodnotenie somatického stavu a indikácie na hospitalizáciu na pediatrickom (internom) oddelení a na JIS

Pacient s PPP by mal mať komplexne vyhodnotený somatický stav v spolupráci s pediatrom, prípadne aj endokrinológom a detským kardiológom.

1.3.1 Hodnotenie nutričného stavu u detí

V úvode je nutné stanoviť mieru podhmotnosti (vyhodnotiť aktuálny nutričný stav dieťaťa). Hodnotenie nutričného stavu u detí realizujeme pomocou rastových a hmotnostných kriviek dieťaťa pre dané pohlavie, vek, región (krajinu), výšku a hmotnosť. (aktuálne rastové a hmotnostné krivky vid' príloha č. 4)

Výsledky vyhodnocujeme nasledovne (Krásničanová, 2008):

- pod 3. percentil – dystrofia,
- pod 10. percentil – hypotrofia,
- 10. – 20. percentil – podhmotnosť,
- 20. – 80. percentil – eutrofia,
- nad 80. percentil – nadhmotnosť,
- nad 85. percentil – obezita.

1.3.2 Indikácia na hospitalizáciu a realimentáciu na JIS a na pediatrickom (internom) oddelení

Hospitalizácia a úvodná realimentácia na pediatrickom oddelení, prípadne na JIS, je indikovaná u pacientov s vážnym somatickým stavom. Za takýto stav je považovaná hmotnosť pod 85% štandardnej váhy, pulz < 40 min., TK < 90/60, (u detí 80/50), dehydratácia, hypotermia, hypokalémia, hypoglykémia, elektrolytová dysbalancia, hrozba renálneho, kardiálneho alebo

hepatálneho zlyhania (Papežová, 2014). Ak je ktorékoľvek z nasledujúcich prítomné, je nutné urgentné pediatrické vyšetrenie a mala by byť pozorne zvážená hospitalizácia: hypoalbuminémia < 40g/L, alebo absolútne neprijímanie potravy počas 5 alebo viacej po sebe nasledujúcich dní (Eisler a kol., 2016).

Pomocou dát zo somatickeho vyšetrenia získaných pri vstupnom vyšetrení, prípadne akútne realizovaných ďalších vyšetrení, vieme presnejšie určiť mieru rizika pacienta. Na vyhodnotenie miery rizika pacienta môžeme následne použiť Tabuľku č. 1 – Semafor. Platí, že **všetky deti a adolescenti, ktorí sú v červenom pásme, musia byť hospitalizovaní na pediatrickom oddelení, v prípade zlých výsledkov na JIS. U detí a adolescentov v oranžovom, zelenom a modrom pásme je hospitalizácia odporúčaná pri vysokom a strednom riziku refeeding syndrómu.** Mieru rizika refeeding syndrómu vyhodnocujeme podľa Tabuľky č. 2 - Stanovenie rizika refeeding syndrómu. V prípade indikácie na hospitalizáciu je nutná multiodborová spolupráca s detským psychiатrom, ak je to možné špecializovanom v PPP, a vzájomná komunikácia o terapeutickom pláne.

Tabuľka č. 1


|  (Semafór) Vyhodnotenie miery rizika pre deti a adolescentov s poruchou príjmu potravy | | | | |
|---|---|--|---|--|
| Schéma na vyhodnotenia rizika u detí a adolescentov s poruchou príjmu potravy | | | | |
| | ČERVENÁ (Vysoké riziko) | ORANŽOVÁ (výstraha a vysoké obavy) | ZELENÁ (stredné riziko) | MODRÁ (nízke riziko) |
| Výška/hmotnosť vzhľadom na vek a pohlavie (Rastové tabuľky) Príloha č. 4 | 0,4 percentil a menej ako 0,4 percentil | 0,4-3 percentil a menej ako 3 percentil | 3-10 percentil | 10-25 percentil |
| | Nedávna strata hmotnosti v množstve 1kg alebo viac/týždeň počas 2 po sebe nasledujúcich týždňov | Nedávna strata hmotnosti v množstve 500g-999g/týždeň počas 2 po sebe nasledujúcich týždňov | Nedávna strata hmotnosti v množstve do 500g/týždeň počas 2 po sebe nasledujúcich týždňov | Žiadna strata hmotnosti počas posledných 2 týždňov |
| Kardiovaskulárne parameter | Pulz (bdelý stav) <40bpm | Pulz (bdelý stav) 40-50bpm | Pulz (bdelý stav) 50-60bpm | Pulz (bdelý stav) >60bpm |
| | | Tlak krvi v sede Systolický 84-98mmHg v závislosti od veku a pohlavia Diastolický 35-40 mmHg v závislosti od veku a pohlavia | Tlak krvi v sede Systolický 88-105mmHg v závislosti od veku a pohlavia Diastolický 40-45 mmHg v závislosti od veku a pohlavia | Normálny tlak krvi v sede pre vek a pohlavie |
| | Anamnéza opakovanej synkopy Zaznamenané ortostatické zmeny (pokles systolického TK o 20 mmHg alebo viac alebo vzostup pulzovej frekvencie >30bpm) | Stredné ortostatické kardiovaskulárne zmeny (pokles systolického TK o 15 mmHg alebo viac, alebo diastolického TK o 10 mmHg alebo viac do 3 minút státia, alebo vzostup pulzovej frekvencie o 30 bpm) Občasná synkopa | Pre-synkopálne symptómy ale normálne ortostatické kardiovaskulárne zmeny | Normálne ortostatické kardiovaskulárne zmeny |

| | | | | |
|-------------------------|---|---|---|---|
| | Nepravideľný srdcový rytmus (nezahŕňa sínusovú arytmiu) | | | Normálny srdcový rytmus |
| EKG abnormality | QTc>460 ms (dievčatá) alebo 440ms (chlapci) so zaznamenanou bradyarytmiou alebo tachyarytmiou (vylučujú sínusovú bradykardiu a sínusovú arytmiu) Evidencia biochemických abnormalít na EKG | QTc>460 ms (dievčatá) alebo 440ms (chlapci) | QTc>460 ms (dievčatá) alebo 440ms (chlapci) a užívanie medikácie s efektom na predĺžovanie QTc intervalu, rodinnej anamnézy s predĺženým QTc intervalom alebo so senzorieurálnou hluchotou | QTc>460 ms (dievčatá) alebo 440ms (chlapci) |
| Stav hydratácie | Odmietanie tekutín Závažná dehydratácia (10%) Redukované vylučovanie moču Suché ústa Pokles kožného turgoru, vpadnuté oči Tachypnoe Tachykardia | Závažné obmedzenie príjmu tekutín Stredne závažná dehydratácia (5-10%) Redukované vylučovanie moču Suché ústa Mierne tachypnoe Mierne tachykardia Periférne edémy | Obmedzenie tekutín Mierna dehydratácia <5% Môžu byť prítomné suché ústa alebo nemusí byť klinicky prítomná dehydratácia ale existujú obavy z rizika dehydratácie s negatívnou bilanciou telesných tekutín | Nie je klinicky prítomná dehydratácia |
| Teplota | <35,5 st. C (tympanická TT) alebo 35,0 st. C (axilárna) | <36 st. C | | |
| Biochemické abnormality | Hypofosfatémia Hypokalémia Hypoalbuminémia Hypoglykémia Hyponatrémia Hypokalcémia | Hypofosfatémia Hypokalémia Hyponatrémia Hypokalcémia | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| Svalová slabosť Ortostatický test (SUSS test) | Vstávanie z drepu: neschopnosť vstať z drepu (skóre 0) | Vstávanie z drepu: neschopnosť vstať z drepu bez pomoci rúk (skóre 1) | Vstávanie z drepu: neschopnosť vstať z drepu bez viditeľných ťažkostí (skóre 2) | Vstávanie z drepu: schopnosť vstať z drepu bez viditeľných ťažkostí (skóre 3) |
| | Sadanie: Neschopnosť sadnúť si z ležiacej polohy (skóre 0) | Sadanie: Neschopnosť sadnúť si z ležiacej polohy bez pomoci rúk (skóre 1) | Sadanie: Neschopnosť sadnúť si z ležiacej polohy bez viditeľných ťažkostí (skóre 2) | Sadanie: Schopnosť sadnúť si z ležiacej polohy bez viditeľných ťažkostí (skóre 3) |

Zdroj: upravené podľa Maudsley Service Manual for Child and Adolescent Eating Disorders, 2016-Appendix 1

Tabuľka č. 2

|  Stanovenie rizika „refeeding syndrómu“ | | | |
|---|--|--|-----------------|
| | Vysoké riziko vyžadujú sa 2 kritériá | Stredné riziko | Nízke riziko |
| Hmotnosť / výška vzhľadom na vek a pohlavie | <0,4 percentil | 0,4-3 percentil | >3-10 percentil |
| Strata hmotnosti | 1kg/týždeň počas 4 týždňov | | |
| Obdobie nejedenia | Nejedenie > 5 dní alebo <1000 kCal/d | Nejedenie 3-5 dní alebo 1000-1500 kCal/d | <3 dni |
| Plazmatický fosfát | <0,8 mmol/L | | |
| Počet bielych krviniek | <3,8 10 ⁹ /L | | |

Zdroj: upravené podľa Maudsley Service Manual for Child and Adolescent Eating Disorders, 2016-Appendix 2

1.4 Psychodiagnostika


Psychologická diagnostika detí a adolescentov s PPP môže mať dve roviny. Prvá, keď rodič a pacient vyhľadajú psychológa skôr ako problém konzultujú s pediatrom alebo psychiatrom. V tom prípade ide o prvý záchyt a úlohou klinického psychológa je opísať klinický stav (psychopatológiu vo vzťahu k jedlu – obmedzovanie príjmu potravy, negatívny seba obraz, kompenzačné správanie) a odoslať pacienta/ku na somatické vyšetrenie k pediatrovi. Klinický psychológ nemá kompetenciu v celej šírke zhodnotiť zdravotný stav ani rozhodnúť o diagnóze PPP.

Druhá rovina je diagnostika pacienta/ky s už identifikovanou PPP. V tom prípade úlohou klinického psychológa je doplniť chýbajúce informácie v klinickom obraze, odpovedať na diagnostickú otázku psychiatra (ak je špecificky formulovaná), ktorá sa zväčša týka osobnosti, prítomnosti ďalšej psychopatológie a rodinných vzťahov, s cieľom odporučiť

vhodný terapeutický postup. Výstupom nálezu by mali byť okrem zhodnotenia klinického obrazu, oslabenia a silné stránky pacienta/ky, na ktorých je možné založiť terapiu.


Nižšie prinášame prehľad diagnostických oblastí, na ktoré je potrebné sa zamerať pri podozrení, že ide o pacienta/-ku s MA, ak predtým už nebola porucha diagnostikovaná psychiatrom. Bližšie budeme rozoberať len špecifické informácie/oblasti, ktoré sa nevyskytujú v bežnom klinickom vyšetrení pacienta. Oblasťami ako napr. záujmy alebo sociálne vzťahy sa nevenujeme, keďže nepatria ku kľúčovým diagnostickým oblastiam pre PPP, ale predpokladáme, že sú súčasťou vyšetrenia a vytvárajú ucelený klinický obraz. Ku každej oblasti uvádzame *odporúčané* metódy na jej hodnotenie, ktoré môže psychológ použiť. V poznámkach sú uvedené limity alebo požiadavky k jednotlivým metódam. Časť diagnostických metód, najmä skriningových, môže použiť aj psychiater (napr. dotazníky na posúdenie narušeného príjmu potravy alebo skriningy emotivity). Komplexné diagnostické metódy ako napr. ROR, inteligenčné testy, používa výhradne psychológ s dostatočnou klinickou skúsenosťou, ktorá by mala byť obsiahnutá v atestačnej príprave. Indikátor kvality psychologického vyšetrenia je hodnotenie týchto oblastí: osobnosť, psychopatológia vo vzťahu k jedlu, stravovaniu a seba obrazu, emotivita, rodinné zázemie.

Tabuľka č.3

|  Psychodiagnostika | | | |
|--|--|--|--|
| Oblasť diagnostiky | Špecifikácia | Metódy | Poznámka |
| Anamnéza | stravovacia anamnéza, psychiatrická záťaž v rodine, špecificky výskyt PPP výskyt obezity u dieťaťa aj v rámci rodiny (postoj rodiny k hmotnosti) výška/hmotnosť, max. hmotnosť gynekologická anamnéza (amenorea) trauma (sex. zneužívanie, emočné zanedbávanie, ...) | interview s rodičom aj s dieťaťom skrining na traumy a PTSP | |
| Symptomatika PPP | prvé príznaky (hodnotenie rodičom, dieťaťom) spúšťač náhľad na ochorenie u dieťaťa a rodiny, | interview s rodičmi, s dieťaťom – od neštruktúrovaného, až po štruktúrované | Uvádzaným metódam chýbajú oficiálne slovenské preklady spolu so slovenskými normatívnymi dátami. |

| Oblasť diagnostiky | Špecifikácia | Metódy | Poznámka |
|--------------------|---|--|---|
| | <p>dĺžka trvania ochorenia (kto a kedy si to všimol), zmeny v správaní (rutina a činnosť počas dňa, sociálne správanie, iné nápadnosti), správanie vo vzťahu k jedlu kompenzačné správanie – cvičenie, laxatíva, diuretiká, iné lieky starostlivosťou o seba a vzhľad (oblekanie)</p> | <p>zameraná špecificky na PPP napr.: EDE-Q/EDE (od 14 r. vyššie), verzia pre deti od 8 r. -14 r. ChEDE (Frainbor, Cooper, O'Connor, 2014)</p> <p>dotazník behaviorálnych prejavov napr. EDI-3 RF (cvičenie, užívanie laxatív, vracanie), EAT</p> <p>EAT (ChEAT od 8 r.-13 r.) - skrining</p> <p>Pre chlapcov MBAS</p> <p>TFEQ-R (reštrikčné diéty)</p> | <p>Vhodné je doplniť aspoň 1 štandardizované interview s dieťaťom/rodičom (napr. EDE-Q, modul MINI KID k PPP) a zároveň aspoň 1 dotazník (napr. EDI-3, EDI- 3 RF skrining, EAT, TFEQ).</p> <p>EDE-Q - je voľne dostupný, chýbajú však informácie zo slovenskej populácie, orientačné normy sa dajú použiť zo zahraničia – forma dotazník alebo interview.</p> <p>Optimálne je kombinovať seba výpovedný dotazník s interview.</p> |
| Emotivita | <p>úzkosť depresívna symptomatika, suicidalita a seba poškodzovanie</p> | <p>pozorovanie počas vyšetrenia interview s dieťaťom/rodičom seba posudzovacie metódy (CDI, BDI, ŠAD, CMAS, SCL-90)</p> <p>projektívne metódy: ROR, ACC (apercepčný test pre adolescentov od 12 r. -19 r.), Hand test (od 6 r. vyššie)</p> <p>neštandardizované metódy klinickým spôsobom: Nedokončené vety, Kresba postavy, strom</p> | <p>Seba posudzovacie škály nemajú aktuálne normy, v zahraničí sú dostupné aktuálnejšie verzie, resp. s lepšou validitou. Potrebne štandardizovať kvalitnejšie metódy na hodnotenie emotivity napr. CDI-2, R-CMAS.</p> <p>Projektívne metódy – potrebné dopĺňajúce vzdelanie a prax pod supervíziou. Umožňujú len kvalitatívne vyhodnotenie.</p> |

| Oblasť diagnostiky | Špecifikácia | Metódy | Poznámka |
|--------------------|---|---|--|
| Osobnosť | <p>seba obraz, vzťah k sebe vnímanie vlastného tela osobnostné črty, charakteristiky, temperament</p> <p>poruchy osobnosti (častá komorbidita, u adolescentov po 16 r. hodnotíme štruktúru osobnosti a smerovanie vývinu osobnosti)</p> | <p>Rosenbegréová škála EDI-3 (subškály negatívny obraz tela, túžba po štihlosti)</p> <p>J-TCI (od 10 r. -15 r.), HSPQ (od 13 r.), CPQ (od 7 r. - 12 r.), ROR, NEO-FFI (od 15 r.)</p> <p>KID-SCID pološtrukturované interview pre hodnotenie psychických porúch podľa DSM-IV dotazníky IPDE (od 18 r.), PID-5 (od 10 r.)</p> | <p>J-TCI nie je primárne určený pre klinickú prax, vhodné len na orientačné posúdenie alebo výskum.</p> <p>HSPQ j CPQ – neaktuálne normy pre slovenskú populáciu.</p> <p>PID-5 podľa autorov vhodné pre deti od 10 r. – chýbajú komplexnejšie informácie o validite slovenskej verzii.</p> <p>KID-SCID potrebný slovenský preklad</p> |
| Kognitívne funkcie | <p>orientačne intelekt</p> <p>neuropsychologické vyšetrenie (so zameraním na exekutívne funkcie a pamäťové schopnosti, poruchy pozornosti, sociálnu percepciu, ktoré sú typické pre PPP)</p> | <p>Ravenové progresívne matice Stroop, Pamäťový test učenia, d2-R, Reyová figúra,</p> <p>WISC-III, W-J IE</p> <p>dotazník BRIEF/-2</p> | <p>Výšetrenie indikujeme až, pri zhoršení výkonu v škole alebo pri významnom subjektívnom zhoršení funkčnosti. S dĺžku a závažnosťou ochorenia môžeme očakávať významnejšie deficity. U detí a adolescentov ich považujeme za dôsledok ochorenia.</p> <p>K väčšine testov chýbajú slovenské aktuálne normy. Vzhľadom na nízku ekologickú validitu týchto testov u pacientov s PPP odporúčame vždy doplniť hodnotenie rodičom/učiteľom, ale aj seba hodnotenie posudzovacou škálou.</p> |

|  Psychodiagnostika | | | |
|--|---|---|--|
| Oblasť diagnostiky | Špecifikácia | Metódy | Poznámka |
| Rodinné vzťahy | mapujeme potenciál/ kontraindikácie pre rodinnú terapiu hodnotenie rodinného systému, funkčnosť, zdroje v rámci rodiny, konflikty a dynamika v rámci rodiny | začarovaná rodina, projektívna hra, FAST (Test rodinného systému – od 6 r. vyššie), Test rodinných vzťahov (7 r.-11 r.), Nekončené vety | ide o klinické metódy, potrebná klinická skúsenosť |

Liečba


1.5 Realimentácia a základný manažment pacienta

1.5.1 Obnovenie stravovania pri závažnej podhmotnosti, prudkej strate hmotnosti v krátkom čase alebo významne redukovanej stravy v posledných 3 dňoch

Pri závažnej podhmotnosti je vysoké riziko závažného refeeding syndrómu. Refeeding syndróm (syndróm z obnovenia stravovania) je charakterizovaný srdcovými arytmiami, encefalopatiou alebo epileptickými záchvatmi, ktoré sa objavujú po obnovení výživy pri závažnej malnutricii. Hlavnou príčinou je hypofosfatémia, často spojená s ďalšími abnormalitami elektrolytov ako sú hyponatrémia, hypokalémia, hypokalcémia a hypomagnezémia. Na dlhodobé závažné hladovanie sa organizmus adaptuje tvorbou glukózy z bielkovín a tukov formou glukoneogenézy, glykogenolýzy, lipolýzy a ketogenézy pod vplyvom katabolických hormónov ako sú kortizol, glukagón a rastový hormón. Súčasťou adaptácie organizmu je čiastočná rezistencia na inzulín. Pri opätovnom zahájení výživy sacharidmi sa mení metabolizmus glukózy spolu so zmenami hladín inzulínu. Presunom glukózy do buniek sa mení hladina draslíka, fosforu, vody, magnézia a tiamínu. Rýchle obnovenie stravovania najmä vysokým množstvom sacharidov môže preto viesť ku klinickým prejavom následnej hypofosfatémie a s ňou spojenými závažnými klinickými ťažkosťami (Eisler a kol., 2016).

Pri závažnej podhmotnosti musí byť realimentácia realizovaná formou hospitalizácie, pričom musí byť sledovaný príjem a výdaj živín aj tekutín, denne hladiny elektrolytov a minerálov, indikovaný môže byť monitoring funkcie srdca, najmä v noci počas spánku. Počas úvodných 2 týždňov realimentácie je najvyššie riziko srdcovej dekompenzácie. Komplikácie sú redukované, ak je denný prírastok hmotnosti 0,2 až 0,4 kg (Berstein, 2018). Na stanovenie rizika možného refeeding syndrómu a manažmente pacienta podľa tohto rizika doporučujeme riadiť sa Tabuľkou č. 2 a č. 4.

Tabuľka č. 4

|  Schéma stravovacieho plánu a krvných vyšetrení podľa rizika “refeeding syndrómu” | | | | | | |
|---|----------------------|--|----------------------|--|----------------------|---------------------|
| | Týždeň 1 | | Týždeň 2 | | Týždeň 3 | |
| Riziko | Výživový plán (kCal) | Klinické vyšetrenie a laboratórne odbery krvi (počet dní v týždni 1) | Výživový plán (kCal) | Klinické vyšetrenie a laboratórne odbery krvi (počet dní v týždni 2) | Výživový plán (kCal) | Klinické vyšetrenie |
| Vysoké | 1500 | 1,3,5 | 2500 | 1 | 2500 | X |
| Stredné | 1500 | 1,3 | 2500 | X | 2500 | X |
| Nízke | 2500 | 2 | 2500 | X | 2500 | X |

Zdroj: upravené podľa Maudsley Service Manual for Child and Adolescent Eating Disorders, 2016

1.5.2 Manažment realimentácie pri MA

(podľa Maudsley Service Manual for Child and Adolescent Eating Disorders, 2016)

Podávajúte jedlá v pravidelných, vopred určených časoch. Trvanie stravovania by nemalo prekročiť 30 minút pri raňajkách, desiata a olovrante, a 45 minút pri obede a večeri. O dĺžke času na stravu by pacient mal byť informovaný.

Pacientovi by malo byť ponúknuté použiť pred jedlom toaletu, nakoľko toaleta by nemala byť použitá minimálne 30 minút po menšom jedle (raňajky, desiata a olovrant) a 1 hodinu po väčšom jedle (obed, večera). Počas tohto času by mal byť pacient pod dohľadom, nakoľko je najväčšia pravdepodobnosť následného vracania alebo nadmerného cvičenia. Ak je nutné použiť toaletu, malo by tak byť umožnené len pod vizuálnou kontrolou dospelého.

Jedlo, ktoré je podané, by malo byť konzumované celé. V žiadnom prípade by nemali prebiehať s pacientom diskusie o veľkosti porcií, druhu potravy či dohadovanie sa o výmene jedla. Ústupky v diétnom pláne nenapomáhajú k uzdraveniu pacienta a budú sťažovať ďalšie stravovanie.

Stravovanie pacientov by malo prebiehať pod vizuálnou kontrolou dospelého, nakoľko pacienti majú tendenciu jedlo zahodiť alebo skryť. Stolovanie by preto malo byť jednoduché, bez množstva dekorácií, servítky by mali byť podávané až na záver, po ukončení stravovania. Riad (poháre, misky a pod.) by mali byť po skončení stravovania skontrolované, či neobsahujú skryté jedlo. Pri redukcii stravy odhodením by mala byť strava v rovnakom množstve doplnená. Ak to nie je možné, mala by byť podaná ekvivalentná dávka kalorického nápoja alebo nasogastrickej stravy.

Počas jedenia by mal byť ošetrojúci personál k pacientom podporní a pokojní. Mal by mať pre nich pochopenie, že je to pre nich náročné. Personál by sa mal zaujímať o to, čo pre nich môže byť nápomocné. V niektorých prípadoch je nápomocné mentálne rozptyľovanie formou rozhovoru o neutrálnych témach (nesúvisiacich s jedením, hmotnosťou, diétami, vzhľadom..), niektorí pacienti môžu preferovať ticho alebo hudbu.

Je odporúčané motivovať pacientov k zmene aj spôsobu stravovania, ak pacient krája jedlo na veľmi drobné kúsky, presúva alebo rozotiera jedlo po tanieri, je po jednom hrášku či zrnku ryže.

Jedlo a pitie je potrebné zaznamenávať, aby bolo možné sledovať orálny príjem a korektne sledovať a prehodnocovať nutričný príjem a príjem tekutín.

Kalorické príjmy by mali obvykle začínať pri 30-40 kcal / kg denne (približne 1 000 - 1 600 kcal/deň). Počas fázy nárastu hmotnosti môže byť potrebné, aby sa dávka postupne zvyšovala až na 70 až 100 kcal/kg denne (APA,2010).

Predpokladané vhodné množstvo kalórii v súvislosti s vekom vid' Príloha č. 5 (Odporúčané výživové dávky pre obyvateľov SR).

Pri liečbe zameranej na dosiahnutie cieľovej hmotnosti by plán liečby mal stanoviť očakávaný regulovaný prírastok hmotnosti. Klinická zhoda poukazuje, že realistické ciele sú 1-1,5 kg/týždeň u hospitalizovaných pacientov a 0,5 kg/týždeň pre jednotlivcov v ambulatných programoch. Nutričný/diétny poradca môže pomôcť pacientom pri zostavovaní jedálnička, môže poskytnúť štruktúrovaný plán stravovania ktorý zabezpečuje adekvátnu výživu a nevyhýba sa žiadnym z hlavných skupín potravín. Je dôležité nabádať pacientov s MA k rozšíreniu ich stravovacích možností, aby sa minimalizoval výrazne obmedzený rozsah potravín, ktoré sú pre nich prijateľné.

V prípade nespolupráce je počas hospitalizácie možná prechodná realimentácia nazogastrickou sondou alebo parenterálnou cestou. Je ale žiaduce, aby pacient začal samostatný perorálny príjem (aspoň čiastočný) v čo najkratšom možnom čase.

V prípade dlhodobej nespolupráce a závažnej podhmotnosti, ktorú nie je možné upraviť pomocou opakovane podávanej stravy cez nazogastrickú sondu, je možné po dôkladnom zvážení indikovať zavedenie PEG alebo PEJ.

Realimentujúci pacienti môžu prechodné obdobie pociťovať bolesť brucha z oneskoreného vyprázdňovania žalúdka a nadmernú plynatosť zo spomalenej pohyblivosti čriev, ktorá sprevádza podvýživu. Tieto symptómy môžu pozitívne reagovať na látky podporujúce pohyblivosť čriev. Zápcha môže byť zmiernená farmakami určenými na zmäkčenie stolice.

Základom realimentácie je vysokokalorická na živiny bohatá pestrá strava. Napriek tomu, vzhľadom k dlhodobej karencii, je možné dopĺňať stravu o vitamíny a minerály. Vzhľadom k zmene črevnej mikroflóry môžu priaznivý efekt prinášať aj probiotiká.

1.5.3 Realimentácia v domácom prostredí

V prvých týždňoch je vhodné u niektorých pacientov podávať kašovitú stravu v malých množstvách po 100 g – 150 g, každé dve hodiny, neskôr zvýšiť na 200 g – 250 g. Podľa zlepšenia príjmu stravy, prechádzame postupne na tuhú plnohodnotnú vyváženú pestrú stravu s vysokým kalorickým príjmom, s vynechaním nízkotučných a nízkokalorických potravín, s dostatočným zastúpením bielkovín a komplexných sacharidov. Prvotným cieľom je dosiahnutie nárastu hmotnosti vyváženou stravou s postupným navyšovaním jej množstva. Strava pri podávaní nemá byť príliš teplá, ideálna je izbová teplota. Dôležitá je hydratácia organizmu, na prvom mieste je voda, šťavy z ovocia s trochou dužiny, ktorými môžeme ochutiť aj čaje a džúsy, ktorými navyšujeme kalorický príjem. Pitný režim má byť minimálne 2 litre tekutín denne. Je dôležité nastaviť pravidelný harmonogram príjmu stravy. Denný príjem jedla rozložíme do 5 až 6 pestrých jedál pripravených kombináciou najrôznejších druhov potravín. Žalúdok si musí zvyknúť na zasýtenie a následné vyprázdňovanie. Pacientovi vytvoríme časový

harmonogram, kedy bude presne raňajkovať, desiatovať, obedovať atď., čo pomôže zmierniť strach z jedla. Postupne zaraďujeme do stravy potraviny a jedlá, ktoré pacient zo svojho jedálnička vylúčil. Je dôležité obmedziť čas jedla na maximálne 30 minút. Aspoň jedno hlavné jedlo by sa malo podávať v kruhu rodiny, čím napomáhame pacientovi odvieť pozornosť od množstva jedla na tanieri. Raňajky sú dôležitým odrazovým mostíkom dňa. Majú obsahovať potraviny z bielkovín, sacharidov a vlákniny. Na desiatiu a olovrant nestačí len ovocie, súčasťou musí byť aj jedlo vo forme bielkovín a sacharidov (pečivo, muffiny, koláče, orechy). Porcie majú byť primerané (viď odporúčané jedálničky – Príloha č. 6 a č. 7). Bielkoviny by mali byť zastúpené hlavne vo forme mäsa - kuracie, hovädzie, morčacie mäso, ryby (losos, tuniak, makrela). Mäso dodáva telu množstvo dôležitých látok, no nemusí byť v jedálničku 2x do dňa, na večeru môže byť podávaná aj bezmäsitá strava. Strukoviny (šošovica, hrach, sója, fazuľa) sú bielkoviny rastlinného pôvodu, ktoré majú tiež významnú úlohu v strave. Odporúčané vzorové jedálničky pre lekára a pre rodičov pacientov sú v Prílohe č. 6 a č. 7.

Ďalšie odporúčania pre realimentáciu v domácej liečbe:

- oddeliť pacientov od samotnej prípravy jedla, ani ich nenechať asistovať pri varení a tiež ich oslobodiť od nákupov potravín (aspoň na začiatku),
- spísať “blacklist” potravín (potraviny, z ktorých majú pacienti najväčší strach) - a tieto postupne, systematicky (napríklad každý týždeň 1 novú potravinu) zaraďovať do jedálnička,
- dbať na dostatočný príjem tukov - olivový/repkový olej do každého jedla (aj do polievok, na zeleninu a pod.),
- konzumovať tučné mliečne výrobky - smotanový jogurt, plnotučné mlieko a ďalšie výrobky z neho,
- uprednostňovať energeticky denzitné potraviny v ľahko stráviteľnej forme = malý objem a veľa živín,
- nepodávať veľké zeleninové šaláty (objemné) na úkor hlavného jedla, avšak zeleninu ani ovocie nevynechávať,
- dbať na dostatočný príjem komplexných sacharidov = chlieb a pečivo, ryža, zemiaky, cestoviny a iné výrobky z obilnín),
- zaradiť pečivo biele aj celozrnné,
- zaradiť pravidelne sladené potraviny/jedlá či už kupované alebo doma pripravené - sladené jogurty, kaše, koláče a pod.,
- nevynechávať žiadne potravinové skupiny. Nie je možné vegánske stravovanie ani iné formy stravovania, pri ktorých sa vynechávajú veľké potravinové skupiny (vegetariánske stravovanie je možné pri dôslednom plánovaní a taktiež pri zaradení rýb do jedálnička).

1.5.4 Monitorovanie hmotnosti

Pacienti by sa mali vážiť ráno po vymočení v spodnom prádle, vždy na tej istej váhe, pod dohľadom dospelého. Frekvencia váženia sa odvodzuje od somatického stavu a spolupráce pacienta. Pri významnej podhmotnosti alebo pri nespolupráci pacienta vážeme denne. Po stabilizácii stavu vážeme každý druhý deň. Pri fyziologickej hmotnosti a spolupráci vážeme raz za týždeň. Pacientom, ktorí sú podozriví, že umelo zvyšujú ich hmotnosť pri vážení tekutinami, je nutné starostlivo sledovať ich prísun tekutín. V čase váženia je vhodné vyšetriť špecifickú

hmotnosť ich moču, aby bolo možné zistiť do akej miery meraná hmotnosť odráža nadmerný príjem vody. U pacientov, u ktorých je anamnéza alebo podozrenie na vracanie, je potrebné pravidelne vyšetrovať acidobázu (ABR) a hladiny minerálov (fosforu, draslíka, sodíka a chloridov) v krvi.

1.5.5 Fyzická aktivita

Odporúčaná fyzická aktivita by mala byť prispôsobená somatickému stavu pacienta, vhodná je až po základnej stabilizácii, odporúčané je začať rehabilitáciou pod vedením fyzioterapeuta.

1.5.6 Spolupráca s rodinou

U pacientov detského a adolescentného veku musia byť do liečby vždy zahrnutí rodičia (APA, 2010). Z psychoterapeutických prístupov sa u detí a adolescentov ukazuje ako najvhodnejšia Family Focused psychoterapia, tzv. Maudsley prístup (APA, 2010; NICE, 2017). Rodiny sú do liečby aktívne zahrnuté, pozornosť sa - miesto obviňovania rodiny a hľadania chýb - sústreďuje na pomoc pri stravovaní a uzdravení pacienta láskavým, ale pevným vedením.

V úvode liečby je často nevyhnutné, aby pacienti dodržiavali kludový režim, mali redukovanú psychickú záťaž, pravidelnú dostatočnú a vyváženú stravu a intenzívnu psychickú oporu v ich prežívaní zo strany rodičov. Často je nevyhnutné prerušiť štandardnú školskú dochádzku a ponechať dieťa počas celého dňa v starostlivosti rodičov. Vzhľadom na uvedené, odporúčame umožniť rodičom alebo iným opatrovníkom zostať s dieťaťom doma na dlhodobom ošetrovaní, až pokiaľ sa hmotnosť normalizuje a psychický stav dieťaťa nezlepší.

1.6 Psychoterapia

1.6.1 Psychoterapia v akútnej fáze liečby

Úloha psychoterapie v akútnej fáze liečby a pri závažnej podhmotnosti je neistá a často problematická. Čas pre psychoterapeutickú intervenciu nastáva vtedy, keď sa podarí zvládnuť akútne somatické komplikácie. Psychoterapia má však nezastupiteľnú úlohu v neskorších fázach liečby a má rozhodujúcu úlohu v prevencii relapsu (Almássyová, 2010). U detí a adolescentov sú do všetkých štádií terapie zahrnutí rodičia, ktorí sú podporne vedení a v ideálnom prípade sa spolu zúčastňujú na liečbe pacientky/ka. V úvodnej fáze psychoterapie je nutná psychoedukácia pacienta aj rodiny.

Po psychoedukácii je možné zaradiť motivačné rozhovory s pacientom aj rodinou pacienta, kognitívno-behaviorálne metódy smerujúce k zmene návykov a správania. Vhodné je využiť stabilizačné techniky, terapeutické techniky práce s telom (nácvik svalovej relaxácie a previazanie s psychickým uvoľnením napr. Autogénny tréning alebo Jakobsonova progresívna svalová relaxácia). Odporúča sa tiež arteterapia, ergoterapia, podpora vzťahovej väzby s primárnou osobou (Hašto, 2005), podpora rodinných vzťahov, poprípade s domácim zvierateľom (Julius a kol., 2020) a pod. Pri kognitívnej rigidite a kognitívnych poruchách je možné využiť terapeutický program kognitívnej remediácie (cognitive remediation therapy - CRT) a to aj v závažných štádiách ochorenia. Efekt CRT sa ukazuje najmä v prevencii predčasného ukončenia liečby (Tchanturia a kol., 2017). Je možné využitie postupov mentalizovania (Diez Grieser, 2020), nakoľko u detí a adolescentov aj malá kognitívna dysfunkcia ovplyvní množstvo osobnostných a psychosociálnych charakteristík, vzťah k sebe a kontrole temperamentových rysov. Kognitívny deficit je spojený aj s deficitom emočnej

regulácie, preto je dôležité zamerať sa spolu s pacientom na rozpoznávanie emócií ako u seba tak aj u druhých. (napr. Manuál Cognitive Remediation and Emotion Skills Training - CREST, techniky mindfulness) (Papežová a kol., 2018).

V úvodných štádiách ochorenia psychoedukáciu, motivačné rozhovory a bazálnu psychoterapiu môže poskytovať odborný personál vyškolený v danej metóde, tréningovom programe či intervencii. Podpornú psychoterapiu môže poskytovať aj klinický psychológ, psychiater alebo iný zdravotnícky pracovník oprávnený poskytovať bazálnu psychoterapeutickú liečbu. Ďalšie psychoterapeutické intervencie často nie sú v akútnom štádiu účinné, pretože výrazné hladovanie vedie k problémom s koncentráciou, rigidným postojom a k obsedantnému mysleniu na jedlo a stravovacie správanie, ktoré spoluprácu v psychoterapii obmedzujú (Papežová a kol., 2018).

1.6.2 Výber psychoterapie

Výber vhodného terapeutického programu a psychoterapie a koordinácia liečby majú zásadný význam. Je dôležité prihliadať pri výbere aj k fáze ochorenia. Podľa trans-teoretického modelu sa riadime motiváciou pacienta a úrovňou na akej je schopný čo najefektívnejšie pracovať z hľadiska aktuálnej symptomatiky a podľa zrelosti osobnosti a sociálneho (rodinného) kontextu (Papežová a kol., 2018). Voľba psychoterapie prebieha aj na základe komplexnej psychodiagnostiky zameranej na posúdenie osobnosti, prítomnosti psychopatológie, rodinných vzťahov, prítomnosti traumy alebo iných faktorov, ktoré predstavujú oslabenia. Zároveň je potrebné sa vyjadriť aj k zdrojom, na ktorých je možné stavať terapiu (viď kap.12.4) Liečba MA je dlhodobý proces minimálne na niekoľko mesiacov.

Psychoterapiu je na území Slovenskej republiky oprávnený poskytovať certifikovaný psychoterapeut s platným certifikátom. Z legislatívneho hľadiska je psychoterapia v rezorte zdravotníctva riešená v rámci sústavy vzdelávania zdravotníckych pracovníkov ako certifikovaná pracovná činnosť. Zároveň je vhodné a žiaduce, aby si daný odborník, venujúci sa problematike PPP doplnil vzdelanie v tejto špecifickej problematike napríklad v FFT metóde (model Maudsely) alebo doplnkové špecializované semináre v problematike PPP.

Úlohou psychoterapeuta je aj posúdiť, či rodičia a opatrovatelia pacienta potrebujú podporu alebo individuálnu psychoterapiu, pokiaľ pacient podstupuje liečbu pre mentálnu anorexiu individuálne. V takom prípade ich smeruje k odborníkovi a odporučí im vhodnú/dostupnú starostlivosť v regióne. Rodičom pacientov v závažnom stave alebo s dlhodobým a chronickým priebehom, je vhodné odporúčať podpornú psychoterapiu, resp. odborné vedenie v zariadeniach na to určených aj mimo rámec rodinnej terapie, alebo na rodinu zameranej liečby.

Terapia zameraná na prácu s rodinou u detí a adolescentov s MA je najviac výskumne overovaná. Vzhľadom na limitované množstvo prác z iných terapeutických prístupov, je ťažšie porovnávať efektívnosť jednotlivých postupov. Všeobecne, v liečbe MA u detí a adolescentov je hodnotená ako najviac účinná rodinná terapia a podporná psychoterapia (Costa a kol., 2015). Niektoré práce naznačujú, že terapia zameraná na prácu s rodinou pri deťoch a adolescentoch rýchlejšie účinkuje, ale z dlhodobého hľadiska má podobný efekt ako individuálne terapie (Le Grange a kol., 2014; Zeeck a kol., 2018). Kognitívne-behaviorálna psychoterapia, interpersonálna psychoterapia a psychodynamická psychoterapia sa javia v liečbe dospelých s MA ako pomerne účinné (Fairburn a kol., 2003), u detí a adolescentov však máme menej dôkazov o účinnosti. Preukázaný bol efekt KBT u adolescentov (Dalle-Grave a kol., 2013,

2019). KBT je vhodné zvoliť v prípadoch, ak zlyháva terapia zameraná na rodinu, alebo z rôznych dôvodov ju nie je možné realizovať (Craig a kol., 2019). V prípade komorbidity primárneho ochorenia MA s nejakou formou traumy v anamnéze sa odporúča použiť špecifické techniky a postupy práce s traumatizovaným klientom (napr. EMDR a iné podobné metódy založené na dôkazoch) (Balbo a kol., 2017).


Pri hodnotení úrovne dôkazov jednotlivých terapeutických postupov sme vychádzali z aktuálne dostupných výskumných prác, metaanalýz, systematických review, dostupných zahraničných štandardov pre liečbu PPP a aktuálne platného Štandardného postupu a komplexného manažmentu pre liečbu PPP (01/01/2020), ktorý sa týka liečby adolescentov a dospelých.

Posledná veľká prehľadová práca k jednotlivým odporúčaniam pre liečbu PPP je od autorov Hilbert, Hoek a Schmidt (2017), ktorí publikovali prehľad štandardných postupov z 8 krajín a medzinárodného štandardu World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). Novšie zmeny boli v Nemeckom štandarde pre liečbu MA, ktorý je platný od roku 2019 (Resmark a kol., 2019) a Britskom NICE (2017). Všetky štandardy odporúčajú u detí a adolescentov zapojenie rodičov alebo blízkych opatrovníkov do všetkých liečebných postupov, čo reflektuje zistenia najnovších systematických prehľadových prác s detskými a adolescentnými pacientmi (Alckmin-Carvalho a kol., 2018). Explicitne menujú terapiu založenú na práci s rodinou (Family Based Therapy- FBT) ako prvú voľbu. U detí a adolescentov sú najviac zastúpené výskumné práce zamerané práve na rodinnú terapiu, preto počet dôkazov v ostatných prístupoch je limitovaný. V Tabuľke č. 5 uvádzame úrovne dôkazov k jednotlivým terapeutickým smerom, ktoré sú u nás dostupné. Tieto výskumy a prehľadové práce zahŕňajú výsledky získané prevažne u adolescentov, dolná veková hranica pacientov je 11-12 rokov. Kvalitné a systematické výskumy psychoterapie u mladších detí nie sú dostupné, preto tieto výsledky pri aplikácii na deti mladšie ako 11 rokov je potrebné brať s určitou opatrnosťou.

Hodnotenie váhy dôkazov:

- Ia: metaanalýzy alebo systematické prehľady randomizovaných kontrolovaných klinických štúdií ,
- Ib: aspoň jedna randomizovaná klinická kontrolovaná štúdia,
- IIa: aspoň jedna kontrolovaná štúdia bez randomizácie,
- IIb: aspoň jedna štúdia iného typu, napr. kvázi-experimentálna, bez randomizácie,
- III: deskriptívne štúdie, ako napr. komparatívne, korelačné a kazuistiky,
- IV: odborné odporúčania, názory a klinické skúsenosti rešpektovaných autorít.

Tabuľka č. 5

| | |
|---|--|
|  | Úroveň dôkazov pre psychoterapeutickú liečbu MA |
|---|--|

| Terapeutický prístup | Dôkazová úroveň | Stupeň odporúčania | Referencia |
|---|-----------------|---------------------|---|
| Rodinná terapia (so zameraním na PPP) | Ia | A (najvyšší stupeň) | Forsberg, Lock, 2015 Lock a kol., 2010, 2016 Eisler a kol., 2007, 2016 Zeeck a kol., 2018 Ciao a kol., 2015 Le Grange a kol. 2016 Agras a kol. 2014 |
| KBT (so zameraním na PPP) | Ib | B | Dalle-Grave a kol., 2013, 2019 |
| Systemicky orientovaná terapia | Ib | B | Godart a kol. 2012 |
| Kognitívna remediácia (CRT) | Ia | C | Tchanturia, Giombini, Leppanen, Kinnaird, 2017 |
| Psychodynamická terapia | IIa | C | Fitzpatrick a kol. 2010 Lock a kol., 2010 Robin a kol., 1999 |
| Iné psychoterapeutické prístupy zvyšujúce motiváciu a uvedenie si problému | IV | D | |

1.6.3 Na rodinu zameraná liečba (Family Focused Therapy) - Maudsley prístup

U detí a adolescentov je psychoterapeutickým prístupom prvej voľby Maudsleyho model rodinnej terapie tzv. Family Focused Therapy (FFT) (NICE, 2017). Rodinná terapia mentálnej anorexie detí a adolescentov (FT-AN) sa poskytuje ako liečba pacienta s celou rodinou, alebo za účasti celej rodiny.

Podľa odporúčaných postupov (NICE, 2017) pozostáva z 18 - 20 stretnutí dvojice odborníkov s celou rodinou pacienta. Stav pacienta, pokroky v liečbe a potreba trvania terapie sa prehodnocujú - 4 týždne po začiatku liečby a potom každé 3 mesiace.

Na rodinu zameraná liečba sa poskytuje najčastejšie formou ambulantných stretnutí, nakoľko hospitalizácia dieťaťa väčšinou trvá dlho, nastane separácia od rodiny čo podporuje tzv. znekompetentnenie rodičov. Rodičia zostanú ako tí, čo nezvládli problém a počas hospitalizácie nezískajú potrebné zručnosti ako obnoviť stravovanie u svojho dieťaťa. Hospitalizácie vedú k relapsu ochorenia neskôr a k opakovaným hospitalizáciám (Eisler a kol., 2016).

Odporúča sa pracovať intenzívne na včasnom prvozáchyte ochorenia, v liečbe pokračovať ambulantne s pomocou rodiny, aby sa predchádzalo rozvoju komplikovanejších, chronických foriem ochorenia, ktoré sú ťažko terapeuticky zvládnuteľné.

Kľúčové body liečby :

- dôraz na úlohu rodiny pri liečbe a zotavovaní sa z mentálnej anorexie,
- viesť rozhovor s rodinou spôsobom, ktorý neobviňuje zúčastnených zo vzniku ochorenia,

- poskytnúť psychoedukáciu: o výžive a účinkoch podvýživy na kognitívne a fyzické fungovanie, o potrebe urgentne obnoviť stravovanie, o osobnostných predispozíciách pri vzniku ochorenia,
- rodinu edukujeme aj o nevýhodách hospitalizácie.

Na začiatku liečby vedieme rodičov a opatrovateľov k prebratiu ústrednej úlohy pri stravovaní. Oni riadia, dohliadajú a pripravujú stravovanie pacienta. Je potrebné zdôrazniť dočasnosť tejto úlohy.

Na rodinu zameraná liečba pozostáva z 4 fáz:

Zameriavame sa na vytvorenie dobrého terapeutického spojenectva s pacientom alebo pacientkou, jej/jeho rodičmi alebo opatrovateľmi a ostatnými členmi rodiny, poskytneme edukáciu v čo najširšom zmysle slova. Pomáhame prerámcovať úlohu rodičov z kontroly na starostlivosť a ochranu. Externalizujeme ochorenie, podporujeme rodinu a intervenujeme pri rodinnom jedle.

Pomáhame rodine riadiť a zvládať stravovanie pacienta. Preberáme situácie pri jedle, podporujeme a povzbudzujeme rodičov v ich úlohe, naďalej poskytujeme všetky potrebné informácie týkajúce sa odbornej expertízy.

Prechádzame k podpore väčšej nezávislosti pacienta od rodičov tak ako sa zlepšuje jej/jeho stav (s pomocou rodičov alebo opatrovateľov). Pomáhame aj procesu postupného osamostatňovania sa rodiny od terapeutického vedenia, resp. vedíme celú rodinu k zachovaniu dôvery a k zachovaniu pokoja pri zvládaní bežných neistôt.

Zameriavame sa na plány na ukončenie liečby (vrátane akýchkoľvek obáv týkajúcich sa pacienta a jeho rodiny) a na prevenciu relapsu. Preberieme spôsoby riešenia v prípade zhoršenia stavu, resp. relapsu ochorenia.

Na záver ešte navrhujeme zvážiť podporu členov rodiny, ktorí sa nezúčastňujú na rodinnej terapii, pri vyrovnávaní sa s ťažkosťami, ktoré vyvolalo ochorenie.

Rovnako odporúčame ponúknuť pacientom stretnutia aj oddelene od rodičov a opatrovateľov, prípadne vyhradiť časť stretnutia s rodinou aj na individuálny pohovor s pacientom.

Kontraindikácie rodinnej terapie: Rodina, ktorá odmieta na rodinu zameraný prístup, príliš kritický až hostilný prístup k pacientovi zo strany rodičov (NICE, 2017).

Pokiaľ je FFT kontraindikovaná alebo neúčinná pre deti alebo adolescentov s mentálnou anorexiou je potrebné zvážiť iný druh psychoterapie (viď kap.13.2.4).

1.6.4 Ďalšie možnosti psychoterapeutickej liečby

Individuálna psychoterapia poskytovaná certifikovaným psychoterapeutom (viď. kap. 13.2.2) je vedená smerom ku klientovmu seba prijatiu, väčšej sebadôvere a dôvere vo vzťahoch, lepšiemu porozumeniu vzťahom a zmene vzorcov správania. Umožňuje tiež získať náhľad do kontextu, v ktorom sa ochorenie utváralo a naďalej sa udržiava. Vytvára priestor na hľadanie zdravších a konštruktívnejších spôsobov riešenia problémov. Terapeut sprevádza svojho pacienta zrením v prospech zdravého vývinu dieťaťa a adolescenta. Okrem práce na týchto cieľoch sa venuje pozornosť aj dodržiavaniu stravovacieho režimu bez tendencie manipulovať s jedlom. Aby bola zmena možná, vytvára terapeut pre klienta bezpečný priestor, v ktorom môže autenticky prežívať svoje emócie a hovoriť o čom potrebuje. Sprevádza ho, a poskytuje mu podporu na ceste k riešeniu jeho ťažkostí. Pomáha mu hľadať odpovede na jeho otázky, prináša mu iné, alternatívne pohľady, osvetľuje mu menej vedomé alebo nevedomé psychické

obsahy, umožňuje postupnú konfrontáciu s ťažkosťami a ich príčinami. Jeho pracovnými „nástrojmi“ sú jeho osobnosť, vedomosti a schopnosti. Používanými liečebnými prostriedkami sú empatický rozhovor, vytvorenie a udržiavanie podporného vzťahu a rôzne techniky vychádzajúce z teoretických východísk daného smeru.

Skupinová psychoterapia ako hlavný terapeutický nástroj využíva interakcie medzi jej členmi. Jej veľkým prínosom je nazeranie na individuálne problémy cez viacero „párov očí“, vzájomné poskytovanie si spätnej väzby a podpory, možnosť zdieľania s niekým, kto má podobné skúsenosti, atď. Pomáha tiež svojim členom budovať a udržiavať motiváciu k abstinencii od manipulácie s jedlom, cvičením alebo iným seba poškodzujúcim správaním. Predčasné zaradenie do skupinovej terapie môže mať negatívny efekt (prítomné riziko, že pacientky namiesto práce na náhlade súťažia v štihlosti a vymieňajú si techniky ako skrývať jedlo a predstierať prírastok na váhe) (Papežová a kol., 2018).

1.6.5 Psychoterapia v záverečnej fáze liečby, prevencia relapsu

V doliečovacej fáze je intervencia zameraná na budovanie zdrojov seba podpory a zvyšovania resiliencie pacienta, ako aj k budovaniu schopností aktívne si budovať podporu v svojom sociálnom okolí a prostredí. Menej častou, ale možnou formou podpory popri systematickej liečbe sú k dispozícii aj svojpomocné platformy. Ide o rôzne formy vzájomnej, laickej pomoci ľudí s poruchami príjmu potravy alebo so skúsenosťou s nimi, založenou na vzájomnej podpore a zdieľaní skúseností. Peer-poradenstvo je poradenstvo vedené “peer-om”, t.j. zaškoleným laickým terapeutom s osobnou skúsenosťou s PPP a jej liečbou. Internetové, chat a online poradenstvo sa využíva najmä u dospelých. Observuje sa pozitívny vplyv na psychopatológiu spojenú s PPP (Travis-Turner a kol., 2017). Ich účinnosť ale nebola zatiaľ jednoznačne potvrdená, záleží na kvalitnej supervízii (Williams a kol., 2008). Pri práci s deťmi a adolescentami existuje len málo dôkazov o pozitívnom účinku týchto intervencií.

1.7 Farmakoterapia

Farmakoterapia bez psychoterapie nemôže byť samostatnou metódou liečby PPP (NICE, 2017). Podľa odporúčaní APA aj NICE farmakoterapia nie je pri mentálnej anorexii v prvých štádiách liečbou prvej voľby (APA, 2006; NICE 2017). Farmakoterapia je odporúčaná pre pacientov, ktorí nereagujú na počiatočnú štandardnú liečbu, ktorou je nutričná rehabilitácia a psychoterapia. Symptómy ako porucha vnímania telesnej schémy, poruchy myslenia týkajúce sa príjmu potravy a seba obrazu zvyčajne na farmakoterapiu nereagujú.

Pridanie nízkej dávky niektorých antipsychotík napríklad olanzapínu, môže pomôcť akútne chorým pacientom, ktorí nepriberú na hmotnosti napriek liečbe prvej línie (nutričná rehabilitácia a psychoterapia). Farmakoterapia je indikovaná aj za účelom zníženia úzkostných a depresívnych symptómov (Walsh a kol., 2021).

Hladovanie môže spôsobiť bradykardiu, hypotenziu, zníženú variabilitu srdcovej frekvencie a syndróm dlhého QT intervalu (Sachs a kol., 2016). Lieky, ktoré predlžujú QT interval, by sa preto mali používať obzvlášť opatrne u podvýživných pacientov. Deplécia telesných bielkovín zvyšuje percento neviazaného voľného liečiva v sére a deplécia telesného tuku znižuje distribučný objem. Farmakokinetické problémy, ako je zlá absorpcia lieku alebo toxicita, sa môžu vyskytnúť v dôsledku hladovania, vracania, dehydratácie alebo nadmernej hydratácie. Pri zahájení farmakoterapie sa odporúča začať s minimálnou dávkou, pretože

pacienti s nízkou hmotnosťou majú zvýšené riziko vedľajších účinkov (APA, 2006; NICE, 2017, Andersen a kol., 2009).

Mnohí pacienti odmietajú medikamentóznú liečbu, najmä lieky s vedľajšími účinkami na prírastok hmotnosti (Halimi a kol., 2005). Toto odmietanie vyplýva z príznakov anorexie, ako nerozpoznanie závažnosti poruchy a ambivalencie týkajúce sa prírastku hmotnosti (APA, 2013).

Rodičia adolescentov môžu tiež odmietnuť súhlas s medikamentóznou liečbou z dôvodu všeobecných obáv o bezpečnosť liekov, ktoré je možné zmierniť podrobnou edukáciou a odborným zdôvodnením.

Antipsychotiká:

Účinok na zmenu hmotnosti

U akútne chorých pacientov, ktorí dostávajú liečbu v prvej línii nutričnou rehabilitáciou a psychoterapiou, ale nepriberú na hmotnosti, sa odporúča liečbu doplniť **olanzapínom** 2, 5 mg až 10 mg denne.

Olanzapín bol preskúmaný v indikácii liečby mentálnej anorexie viac ako akékoľvek iné antipsychotiká (Dunican a kol., 2007; Leggero a kol., 2010). Viaceré randomizované štúdie naznačujú, že olanzapín je účinný pri obnovení primeranej hmotnosti. Okrem toho je liek všeobecne dobre tolerovaný, bez nežiaducich metabolických účinkov často pozorovaných, keď je olanzapín predpísaný na iné poruchy. Môže to čiastočne súvisieť s účinkom olanzapínu na prírastok hmotnosti pri anorexii pričom autori najrozsiahlejšej štúdie (Attia a kol., 2019) uvádzali, že pacientom s MA užívajúcim olanzapín stúpila na hmotnosť v priemere 1,5 libry (0,68 kg) mesačne.

Dôkazy podporujúce použitie olanzapínu /úroveň dôkazov I-A/ (Attia a kol., 2019; Bissada, 2008; Attia, 2011; Brambilla, 2007) sú uvedené v Tabuľke č. 6.

Účinok na poruchy myslenia a na narušený obraz vlastného tela

Metaanalýzou piatich randomizovaných štúdií sa porovnával účinok antipsychotík s placebom u 114 pacientov s dg. mentálnej anorexie. Pacienti užívali olanzapín (n = 30), kvetiapín (n = 15), sulpirid (n = 9), placebo (n = 42) alebo boli bez farmakoterapie, v jednej otvorenej štúdií (n = 18) (Kishi a kol., 2012).

Účinky antipsychotík, placebo vs. obvyklej starostlivosti (režimová liečba - bez farmakoterapie), na seba obraz a anorektické obsahy myslenia boli porovnateľné.

Iné antipsychotiká – klinickými štúdiami zatiaľ nebolo potvrdené, že antipsychotiká iné ako olanzapín, t.j. risperidón, kvetiapín alebo aripiprazol pomohli obnoviť hmotnosť u pacientov s dg. mentálnej anorexie.

Risperidón - randomizovaná štúdia porovnávala risperidón (priemerná dávka 2,5 mg denne) s placebom počas 18 týždňov u 40 dospievajúcich a mladých dospelých žien (priemerný vek 16 rokov) s dg. mentálnej anorexie pričom nepotvrdila žiaden prínos liečbou risperidónom v porovnaní s placebom (Hagman a kol., 2011).

Kvetiapín - malá, osemtyždňová randomizovaná štúdia (n = 15) nepotvrdila žiaden efekt užívania kvetiapínu (priemer 178 mg denne) na hmotnosť v porovnaní s placebom (Powers, 2012).

Aripiprazol - autori retrospektívnej štúdie dospievajúcich hospitalizovaných s dg. mentálnej anorexie zistili, že priemerné zvýšenie indexu telesnej hmotnosti bolo vyššie u pacientov, ktorí dostávali aripiprazol (1 až 5 mg/ deň; n = 22) ako u pacientov bez liečby (n = 84) (Frank, 2017).

Neboli však publikované žiadne randomizované štúdie s aripiprazolom pri mentálnej anorexii /úroveň dôkazov IV/.

Antidepresíva:

Doteraz realizované klinické skúmanie nepotvrdilo efekt antidepresíva pri obnove primeranej telesnej hmotnosti u pacientov s mentálnou anorexiou (NICE, 2017; Claudino a kol., 2006; Mayer, 2017; Kaplan a kol., 2010).

Viacere prehľadové štúdie zistili, že ani tricyklické antidepresíva, ani selektívne inhibítory vychytávania serotonínu neboli dostatočne účinné na príznaky mentálnej anorexie (Steinglass a kol., 2016).

Podľa prehľadovej práce z roku 2018 (Marvanova a kol., 2018) naďalej chýbajú veľké randomizované, kontrolované štúdie. Predchádzajúce štúdie zvyčajne nezohľadňovali dávku antidepresíva a typ inej podpornej liečby. Okrem toho, zvyčajne bola sledovaná len malá vzorka jednotlivcov s MA, najmä tých, ktorí majú reštrikčný typ poruchy. Vo všeobecnosti nie je dostatok dôkazov o účinnosti SSRI u pacientov s podhmotnosťou na anorektické symptómy a prírastok hmotnosti (Ruggiero a kol., 2001; Barbarich a kol., 2004).

Tieto zistenia sú v súlade s inými publikovanými štúdiami, v ktorých sa porovnával efekt liekov klomipramín, amitriptylín, cyproheptadín a/alebo mirtazapín u inštitucionalizovaných pacientov s dg. mentálnej anorexie a podhmotnosťou. Štúdia potvrdila nedostatočnú účinnosť antidepresív na zlepšenie BMI alebo zvýšenie prírastku hmotnosti u pacientov s anorexiou vo fáze podhmotnosti a podvýživy počas akútnej fázy liečby (Hrdlička a kol., 2008; Claudino a kol., 2006; Halmi a kol., 1986; Biederman a kol., 1985; Lacey a kol., 1980).

Prevenia relapsu

Primárnym cieľom liečby pacientov s mentálnou anorexiou, vo fáze, kedy sa podarí obnoviť primeranú hmotnosť, je zabrániť recidíve a zabezpečiť udržanie hmotnosti. Ďalšou indikáciou je pretrvávajúce typických anorektických vzorcov správania u pacientov s už primeranou hmotnosťou, ktoré nezlepšili svoj psychický stav po zlepšení stravovania a normalizácii BMI. Selektívne inhibítory vychytávania serotonínu sa odporúčajú za účelom prevencie relapsov a/alebo za účelom zlepšenia komorbídnych psychiatrických symptómov (napr. depresia, úzkosť, obsedantno-kompulzívne symptómy). (Kaye a kol., 2001; Kaye a kol., 1991; Gwirtsman a kol., 1990; Calandra a kol., 1999; Fassino a kol., 2002; Santonastaso a kol., 2001). Viac údajov o vplyve na prevenciu relapsov a zlepšenia symptomatiky u dospelých anoretických pacientov s obnovením hmotnosti máme najmä pri **fluoxetíne** (úroveň dôkazov I.-II.) Pri terapii fluoxetínom je nutná pomalá titrácia na maximálnu dávku 60 mg/d tak, aby sa znížilo riziko nežiaducich účinkov závislých od dávky liečby. Dávka fluoxetínu 20 až 60 mg denne môže byť prínosom pri prevencii relapsov pre jej účinok na náladu. Bol zaznamenaný dobrý efekt aj na stabilizáciu hmotnosti, najmä u pacientov s reštrikčným typom mentálnej anorexie s už primeranou hmotnosťou (Kaye a kol., 2001; Kaye a kol., 1991; Gwirtsman a kol., 1990).

Citalopram 20 mg/ d bol dobre tolerovaný a jeho použitie bolo spojené s významným zlepšením psychiatrickej symptomatiky u jedincov s primeranou hmotnosťou (Calandra a kol., 1999; Fassino a kol., 2002). Citalopram však môže byť spojený s predĺžením QT intervalu závislého od dávky, preto sa má použiť najnižšia možná účinná dávka. U pacientov s anorexiou, môže byť potrebné monitorovanie elektrokardiogramu. To je osobitne odôvodnené, keď sa

citalopram používa vo vyšších dávkach alebo za okolností rizika hypokaliémie a kardiovaskulárnych komplikácií, alebo v spojení s liečbou s inými farmakami predlžujúcimi interval QT (Allergan, 2017).

Použitie sertralínu v dávke 50 až 100 mg/d bolo spojené s významným zlepšením depresívnych symptómov a perfekcionizmu u pacientov s anorexiou s obnovenou hmotnosťou (Santonastaso a kol., 2001).

Použitie mirtazapínu nemá silné klinické dôkazy z randomizovaných, placebom kontrolovaných štúdií, prípadové správy však ilustrujú jeho možný prínos u mladých dospelých s MA a komorbídnou depresiou alebo úzkosťou pri dávkach 35 až 45 mg/d v spojení s olanzapínom alebo psychoterapiou (Safer a kol., 2011; Wang a kol., 2005). Okrem toho jeho schopnosť znížiť produkciu kortizolu môže byť potenciálnym prínosom u anorektických pacientov (Schüle a kol., 2006; Schüle a kol., 2002).

Komorbidná psychopatológia

Depresívne poruchy, úzkostné poruchy a obsedantno-kompulzívna porucha sú bežnými komorbiditami pri mentálnej anorexii (APA, 2006; NICE 2017). Manažment komorbídnej psychopatológie závisí od jej závažnosti. Mierne až stredne komorbídne depresívne alebo úzkostné poruchy často ustúpia a reagujú už na štandardnú liečbu MA nutričnou rehabilitáciou a psychoterapiou (APA, 2006; Steinglass a kol., 2016). U pacientov s ťažkou komorbídnou depresiou alebo úzkosťou, ktorá pretrváva napriek obnoveniu hmotnosti, používame antidepresíva. Napríklad selektívne inhibítory vychytávania serotonínu (napr. sertralín v dávke 100 až 200 mg denne), ktoré sú vo všeobecnosti dobre tolerované. Tricyklickým antidepresívam sa vyhýbame kvôli obavám z kardiotoxicity u podvýživovaných pacientov a bupropión je kontraindikovaný u pacientov s poruchami príjmu potravy, pretože je spojený s vyšším výskytom záchvatov u pacientov s poruchami príjmu potravy (Sachs a kol., 2016).

Anxiolytiká

Anxiolytiká môžu byť v individuálnych prípadoch vyhodnotené ako vhodné, najmä pri výraznej úzkosti pred stravovaním. Vzhľadom k ich návykovému potenciálu je tieto lieky možné používať so zvýšenou opatnosťou a len prechodne a na krátku dobu (APA, 2006).

Špecifické odporúčania u detí a adolescentov:

Z prehľadového článku (Resmark a kol., 2019), ktorý je zameraný na porovnanie EBM guidelineov jednotlivých krajín v liečbe mentálnej anorexie vyplýva, že s výnimkou odporúčaní k hormonálnej substitučnej liečbe väčšina medzinárodných usmernení nedáva žiadne špecifické odporúčania pre túto vekovú skupinu. V usmernení Junior MARSIPAN (Junior MARSIPAN: Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa) sa dospelo k záveru, že "môže byť potrebné predpísať pravidelné sedatívne antipsychotiká, ako je olanzapín, ak sú pacienti mimoriadne rozrušení a odolávajú opätovnej snahe o obnovu primeraného stravovania".

Tabuľka č. 6

|  Farmakoterapia Randomizované a kontrolované štúdie /úroveň dôkazov I. - III./ | | | | | |
|--|---|------------|-----------|--|---|
| ŠTÚDIA | DESIGN | LIEK | PACIENTOV | CIEĽ ŠTÚDIE | VÝSLEDOK |
| Andries a kol., 2015 | Randomizovaná placebo kontrolovaná štúdia | Dronabinol | 25 | Účelom bolo posúdiť účinok dronabinolu – syntetického kanabinoidného agonistu – na fyzickú aktivitu u pacientov s chronickou a stabilnou MA a odhaliť úlohu leptínu a kortizolu v tomto procese. | Celkové trvanie fyzickej aktivity sa nezmenilo, zatiaľ čo jej priemerná intenzita sa počas liečby dronabinolom zvýšila o 20% (P = 0,01), čo viedlo k zvýšenému energetickému výdaju: 68, 2 kcal/ deň (P = 0,01) oproti placebo |
| Attia a kol., 1998 | randomizovaná, placebo kontrolovaná, dvojito zaslepená 7- týždňová štúdia s fluoxetínom v cieľovej dennej dávke 60 mg u pac. s dg. mentálnej anorexie | Fluoxetín | 31 | autori overovali efekt fluoxetínu pri liečbe žien s dg. mentálnej anorexia zaradených do liečebného programu v ústavnej liečbe | Medzi pacientmi užívajúcimi fluoxetín a pacientmi užívajúcimi placebo neboli významné rozdiely klinickom obraze po ukončení liečby. ZÁVERY: Zdá sa, že fluoxetín neprináša významný prínos pre nemocničnú liečbu mentálnej anorexie |
| Bissada a kol., 2008 | Randomizovaná dvojito zaslepená placebo kontrolovaná 10- týždňová štúdia s flexibilným dávkovaním, v ktorej boli pacienti s mentálnou anorexiou náhodne pridelení buď na olanzapín plus dennú nemocničnú liečbu, alebo na placebo plus dennú nemocničnú liečbu. | Olanzapín | 34 | Cieľom tejto štúdie bolo posúdiť účinnosť olanzapínu pri snahe podporiť prírastok hmotnosť a pri znižovaní obsedantných symptómov u dospelých žien s mentálnou anorexiou | V porovnaní s placebo viedol olanzapín k vyššej miere zvýšenia hmotnosti, skoršiemu dosiahnutiu indexu cieľovej telesnej hmotnosti a k väčšiemu poklesu obsedantných symptómov. Medzi týmito dvoma liečebnými podmienkami sa nepozorovali žiadne rozdiely v nežiaducich účinkoch. Závety: Tieto predbežné výsledky naznačujú, že olanzapín sa môže bezpečne použiť na dosiahnutie rýchlejšieho prírastku hmotnosti a zlepšenie obsedantných symptómov u žien s mentálnou anorexiou. |
| Brambill a a kol., 2007 | Pac. s mentálnou anorexiou 18 s reštrikčnou formou a 12 so záchvatovitým prejedaním a purgáciou podstúpilo 3-mesačnú liečbu s kognitívne behaviorálnou terapiou, u polovice pacientov | Olanzapín | 30 | Cieľom tejto štúdie bolo zistiť, či liečba atypickým antipsychotickým olanzapínom prináša zlepšenie klinického stavu u pacientiek | Farmakologická liečba olanzapínom môže významne zlepšiť špecifické aspekty v liečbe mentálnej anorexie. |

| ŠTÚDIA | DESIGN | LIEK | PACIENTOV | CIEĽ ŠTÚDIE | VÝSLEDOK |
|-----------------------------|---|--|-----------|--|---|
| | s pridaním náhodne a dvojito zaslepene olanzapínu do 5 mg počas 2 mesiacov vs. placebo. | | | | |
| Court a kol., 2010 | Naturalistická otvorená, 12-týždňová randomizovaná kontrolovaná skúška nízkdávkovej (100 – 400 mg/deň) liečby kvetiapínom v porovnaní s placebom | Kvetiapín | 33 | Preskúmanie bezpečnosti a znášanlivosti a účinnosti kvetiapínu u pacientov s mentálnou anorexiou, vplyv na psychopatológiu a ďalšie kľúčové príznaky ako je hmotnosť a vnímanie telesnej schémy. | Liečba nízkymi dávkami kvetiapínu viedla k psychickému aj fyzickému zlepšeniu s minimálnymi súvisiacimi vedľajšími účinkami. Vzhľadom na celkový trend smerom k zlepšeniu, kvetiapín je sľubným kandidátom na liečbu mentálnej anorexie |
| Fassino a kol., 2002 | Päťdesiatdva pacientiek s mentálnou anorexiou v ambulantnej liečbe bolo randomizovaných buď na liečbe citalopramom (n=26) alebo bez liečby na čakacej listine (n=26), ktoré predstavovali kontrolnú skupinu | Citalopram | 39 | hodnotí účinnosť SSRI - Citalopram na priebeh reštrikčnej formy mentálnej anorexie | Tieto predbežné výsledky podporujú účinnosť citalopramu v liečbe pacientiek s mentálnou anorexiou. Citalopram sa javí, že zlepšuje depresiu, obsedantno-kompulzívne príznaky, impulzivnosť a rys-hnev. |
| Hagman a kol., 2011 | dvojito zaslepená randomizovaná placebo kontrolovaná štúdia augmentácia rutínnej starostlivosti risperidonom u pacientov s mentálnou anorexiou | Risperidón od dávky 0,5 mg denne so zvyšovaním týždenne v prírastkoch po 0,5 mg na maximálnu dávku 4 mg, do konca štúdie | 40 | Pacientky vo veku 12 až 21 rokov (priemer, 16 rokov) s primárnou mentálnou anorexiou v programe porúch príjmu potravy bolo randomizovaných na príjem risperidónu (n = 18) alebo placebo (n = 22). Monitorovala sa hmotnosť, laboratórne hodnoty a elektrokardiogramy | Táto štúdia nepreukázala prínos z augmentovanej liečby risperidónom u dospievajúcich s MA počas fázy starostlivosti o obnovenie hmotnosti. |
| Halmi a kol., 1986 | v dvojito zaslepenej štúdií boli pacienti náhodne pridelení k užívaniu cyproheptadínu, amitriptylínu, | Cyproheptadín a Amitriptylín | 72 | liečba liekmi ovplyvňujúcimi prírastok hmotnosti aj depresiu sa zdala primeraná. | V podskupinách pacientov s purgatívny typom anorexie bol prítomný diferenciálny účinok lieku: cyproheptadín významne zvýšil účinnosť liečby u pacientov bez príznakov bulimie |

| ŠTÚDIA | DESIGN | LIEK | PACIENTOV | CIEĽ ŠTÚDIE | VÝSLEDOK |
|---------------------------------|--|---|-----------|---|--|
| | tricyklického antidepresíva alebo placebo. | | | | a významné zhoršenie v podskupinách s purgatívnym typom ochorenia sú prvým farmakologickým dôkazom platnosti týchto podskupín. Cyproheptadín mal preukázaný pokles v depresívnych príznakoch preukázané /Hamilton stupnica/. účinnosť liečby u pacientov s bulimickým typom ochorenia v porovnaní so skupinami liečenými amitriptylínom a placebo. |
| Kaye a kol., 2001 | dvojito zaslepená placebo kontrolovaná liečba fluoxetínom u pacientiek s reštrikčným typom mentálnej anorexie. Pacientky boli náhodne priradené k fluoxetínu (n = 16) alebo placebo (n = 19) po hospitalizácii boli odvážené a potom boli pozorované ako ambulantní pacienti počas 1 roka. | Fluoxetín | 35 | Sledovanie vplyvu fluoxetínu na symptómy MA. | Jedinci, ktorí zostali na fluoxetíne počas roka, mali znížený relaps, ako bolo stanovené signifikantne zvýšením hmotnosti a znížením symptómov. Štúdia ponúka predbežné dôkazy, že fluoxetín môže byť užitočný pri zlepšovaní výsledku a prevencii relapsu pacientov s mentálnou anorexiou po obnovení hmotnosti. |
| Kafantari s a kol., 2011 | 10- týždňová, dvojito zaslepená, placebo kontrolovaná pilotná štúdia s olanzapínom : dvadsať žien s podváhou. V 2- týždňových intervaloch boli monitorované symptómy porúch príjmu potravy merané na začiatku a v 5. a 10. týždni. | Olanzapín | 20 | Primárnym meradlom účinnosti bola zmena percenta strednej telesnej hmotnosti meraná na začiatku a v týždni 5. a 10. Sekundárnym meradlom efektivity zahŕňalo klinické hodnotenie a seba-posudzujúce hodnotenie psychologického fungovania | Tieto predbežné zistenia nepotvrdili úlohu pridania olanzapínu u dospievajúcich žien s podváhou s reštrikčnou anorexiou, a ktoré dostávajú štandardnú starostlivosť v programe liečby porúch príjmu potravy. |
| Ruggiero a kol., 2001 | 13 pacientov s telesnou hmotnosťou 37, 61 kg +/- 9, 80 SD bolo | Amisulpirid Klomipramín Fluoxetín | 13 | Posúdenie efektu medikamentóznej liečby na začiatku realimentácie | Pacienti liečení amisulpridom vykazovali signifikantnejšie zvýšenie (p=0, 016) v porovnaní s priemerným hmotnosťou. |

| ŠTÚDIA | DESIGN | LIEK | PACIENTOV | CIEĽ ŠTÚDIE | VÝSLEDOK |
|----------------------------------|---|------------------|-----------|--|--|
| | <p>liečených klomipramínom v priemerných dávkach 57, 69 mg +/- 25, 79 SD; 10 pacientov s telesnou hmotnosťou 40, 90 kg +/- 6, 98 SD bolo liečených fluoxetínom v priemerných dávkach 28, 00 mg +/- 10, 32 SD; 12 pacientov s priemerným hmotnosťou 38, 41 kg +/- 8, 33 SD bolo liečených amisulpridom v priemerných dávkach 50, 00 mg +/- 0, 00 SD. Klinické hodnotenie sa vykonalo po troch mesiacoch štruktúrovaným klinickým rozhovorom, rozhovorom o poruchách príjmu potravy založeným na hodnotení dlhodobého intervalového následného vyšetrenia (LIFE II. BEI).</p> | | | <p>Štúdia hodnotila účinnosť amisulpridu, fluoxetínu a klomipramínu na začiatku fázy realimentácie V liečbe reštriktívnej mentálnej anorexie podľa kritérií DSM- IV.</p> | <p>Pokiaľ ide o fóbiu z hmotnosti, poruchy obrazu tela a amenoreu, žiadny významný rozdiel nebol zaznamenaný.</p> |
| <p>Walsh a kol., 2006</p> | <p>Randomizovaná, dvojito zaslepená, placebo kontrolovaná štúdia. Účastníci boli náhodne pridelení na dostávajú fluoxetín alebo placebo a boli liečení až 1 rok ako ambulantní pacienti dvojito zaslepeným spôsobom. Všetci pacienti dostávali aj individuálnu</p> | <p>Fluoxetín</p> | <p>93</p> | <p>Štúdia zameraná: či fluoxetín môže podporovať zotavenie a predĺžovať čas do relapsu u pacientov s anorexiou nervosa po znovunadobudnutí hmotnosti</p> | <p>Táto štúdia nepreukázala žiadny prínos fluoxetínu pri liečbe pacientov s anorexiou nervosa po znovunadobudnutí hmotnosti.</p> |

| ŠTÚDIA | DESIGN | LIEK | PACIENTOV | CIEĽ ŠTÚDIE | VÝSLEDOK |
|---------------------------|--|-----------|-----------|--|--|
| | kognitívnu behaviorálnu terapiu. | | | | |
| Attia a kol., 2019 | randomizovaná dvojito zaslepená placebo kontrolovaná štúdia dospelých ambulantných pacientov s mentálnou anorexiou Účastníci boli náhodne pridelení v pomere 1:1 k užívaciemu olanzapínu alebo placebo boli sledované týždenne počas 16 týždňov. Primárnymi výsledkami boli miera zmeny telesnej hmotnosti a miera zmeny anorektických príznakov hodnotená Yale-Brown obsesívne - kompulzívnu stupnicou (YBOCS). | Olanzapín | 152 | V tejto štúdii sa hodnotili prínosy olanzapínu v porovnaní s placebom u dospelých ambulantných pacientov s anorexiou nervosa | Táto štúdia potvrdzuje mierny terapeutický účinok olanzapínu v porovnaní s placebom na obnovu primeranej hmotnosti u dospelých ambulantných pacientov s MA ale bez významnejšej zmeny v psychopatológii. |

1.8 Liečba somatických komorbidít

Poruchy príjmu potravy vedú k narušeniu viacerých orgánových systémov, kardiovaskulárneho, renálneho, gastrointestinálneho, neurologického, endokrinného hematologického, systému reprodukčného a dermatologického systému (Keys, 1950; Papežová, 2018). Liečba somatických komorbidít patrí do kompetencie špecialistov v jednotlivých odboroch.

1.9 Ukončenie hospitalizácie

1.9.1 Kritéria pre ukončenie hospitalizácie pacienta na pedopsychiatrii

- Zvýšenie hmotnosti pacienta - hodnotíme individuálne, podľa vstupnej hmotnosti: čím je nižšia hmotnosť pri prijatí, tým vyšší nárast hmotnosti je potrebný pre ukončenie hospitalizácie. Všeobecne odporúčame dosiahnuť pred prepustením minimálne 10 percentil podľa noriem.
- Stabilizácia zdravotného stavu (kontrolné vyšetrenia EKG, vnútorné prostredie, normalizovaný KO)

- Znovuobnovenie stravovania. Pacientka sa stravuje pravidelne, pri jedle pozorujeme viditeľnú redukciu úzkosti, stravuje sa bez podvádžania a manipulácií.
- Motivácia k vyliečeniu sa zmenila pozitívnym smerom, zmenil sa aj náhľad a porozumenie ochoreniu, pacient/ka je ochotný/á pokračovať v liečbe aj ambulantne.
- Rodičia počas hospitalizácie spolupracovali, sú poučení o primeranom stravovaní a odporúčaných postojoch k dcére pri stravovaní.

1.9.2 Koncept posthospitalizačnej dohody.

Pacient/ka je pred prepustením oboznámený/á a zaväzuje sa:

- S ideálnou hmotnosťou pre svoju výšku a vek, zaväzuje sa túto hmotnosť dosiahnuť vo vopred určenom časovom intervale.
- So štruktúrovaným odporúčaným jedálnym plánom a potrebnom kalorickom príjme.
- Súhlasí s dočasnou kontrolou zo strany rodičov, resp. opatrovateľov.
- Súhlasí s obmedzením cvičenia, športových výkonov až do dosiahnutia odporúčanej hmotnosti.
- Súhlasí s pokračovaním liečby ambulantne.

Na záver sa určia podmienky pre rehospitalizáciu. Zväčša je to pokles hmotnosti resp. dlhodobá stagnácia hmotnosti počas ambulantnej liečby.

1.10 Ďalšie informácie o liečbe

V úvodných fázach zotavovania a obnovovania telesnej hmotnosti pacienti často uvádzajú, že cítia ako sa ich telá zväčšujú. Často majú významné obavy zo stúpajúceho čísla na váhe. V tejto fáze liečby často dochádza k prehlbeniu úzkostných a depresívnych symptómov, podráždenosti a niekedy aj samovražedných myšlienok. Tieto symptómy poruchy nálady, obsedantné myšlienky týkajúce sa stravovania a kompulzívne správanie, zvyčajne klesajú (aj keď často nie sú plne eradikované), s trvalým nárastom a udržiavaním telesnej hmotnosti (APA,2010).

Základ realimentácie je vysokokalorická na živiny bohatá pestrá strava. Napriek tomu, vzhľadom k dlhodobej karencii, je možné dopĺňať stravu o vitamíny a minerály. Vzhľadom k zmene črevnej mikroflóry, priaznivý efekt môžu prinášať aj probiotiká.

1.11 Ukončenie ambulantnej liečby

Uzdravenie je definované normalizáciou stravovacích návykov, stabilizáciou hmotnosti, znížením záujmu o jedlo a vlastnú hmotnosť, (vzhľad), (Steinhausen, 2002). V prípade stabilizácie stravovacích návykov, hmotnosti a symptómov PPP u **pacienta v trvaní minimálne pol roka**, pacienta prepúšťame zo špecializovanej pedopsychiatrickej starostlivosti do starostlivosti detského všeobecného rajónového lekára.

V prípade pretrvávajúce iných psychiatrických symptómov ako napríklad úzkosti a depresie pri stabilizácii PPP, pacient prechádza do všeobecnej pedopsychiatrickej starostlivosti.

Prognóza

Mentálna anorexia je tretia najčastejšia chronická choroba v adolescencii (Herpetz-Dahlmann, 2015) a má najvyššiu mortalitu spomedzi psychiatrických diagnóz. Najčastejšou príčinou smrti

sú samovraždy a komplikácie súvisiace s hladovaním. Frekvencia výskytu samovrážd u žien s MA je až 57 krát vyššia ako u žien podobného veku v bežnej populácii (Keel, 2003).

Pri PPP hrozí relaps až v 50 percentách prípadov (Papežová, 2014). Preto aj po vymiznutí symptómov je nutný, v rámci prevencie relapsu, dlhodobý doliečovací program. Je nutné pokračovať v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti, psychologickej a psychoterapeutickej starostlivosti zameranej na seba akceptáciu, zmenu vzťahu k vlastnému telu, porozumenie stresovým situáciám a zlepšeniu adaptačných a copingových mechanizmov. U detí a adolescentov je nevyhnutná kontinuálna práca s rodinou.

Uzdravenie sa je definované normalizáciou stravovacích návykov, stabilizáciou hmotnosti, znížením záujmu o jedlo a vlastnú hmotnosť a vzhľad. S prognosticky lepším výsledkom liečby sa spája kratšie trvanie ochorenia a mladší vek začiatku ochorenia. Naopak nepriaznivá prognóza je popisovaná u pacientov s nižšou počiatočnou minimálnou hmotnosťou, bulimickým správaním, chronicitou ochorenia a symptómami obsesívno-kompulzívnej poruchy (Steinhausen, 2002).

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízná činnosť, PZS a pod.)

Negatívny vplyv na študijné a pracovné schopnosti vznikajú najmä v súvislosti so somatickými a psychickými komorbiditami a dlhodobou kachexiou a rozvojom kognitívnej dysfunkcie. Ako znak závažnejšieho priebehu ochorenia je posudzovaný nedostatok náhladu a odmietanie liečby. Dlhodobý priebeh MA môže viesť k invalidizácii vzhľadom k somatickým následkom, neukončenému vzdelávaniu a neschopnosti zamestnať sa (Papežová, 2014).

Z posudkového hľadiska, posudkoví lekári Sociálnej poisťovne posudzujú dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav dieťaťa, ktoré si vyžaduje osobitnú starostlivosť, a to na účely §15 ods. 1d, zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, v znení neskorších predpisov, t. j. na účely dôchodkového poistenia osoby, ktorá sa riadne stará o takého dieťa od dovŕšenia šiestich rokov jeho veku, najdlhšie do 18 rokov veku. Sociálna poisťovňa vydá posudok o zdravotnom stave dieťaťa z vlastného podnetu, na základe dát poskytnutých Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny, alebo aj na základe žiadosti opatrovateľa dieťaťa. Takéto posúdenie je možné aj u detí a adolescentov s mentálnou anorexiou s veľmi závažnými somatickými a psychickými komplikáciami, s reálnym ohrozením života, teda v tých prípadoch, kde je výrazné narušenie sociálneho života, intelektu, myslenia, správania sa, narušenie sociálnej adaptácie, neschopnosť pripravovať sa na povolanie, čo si vyžaduje celodennú osobitnú komplexnú starostlivosť zo strany opatrovateľa.

Pri týchto závažných stavoch po dosiahnutí 18. rokov veku, nakoľko ide o dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav, je na mieste uznanie invalidity.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Nakoľko je liečba PPP zvyčajne dlhodobá, úspešná liečba vyžaduje multidisciplinárny prístup a špecializovanú starostlivosť ideálne formou špecializovanej jednotky PPP s možnosťou akútnej a doliečovacej hospitalizácie, denného stacionára špecializovaného na liečbu PPP a špecializovaných PPP ambulancií.

Špecializované jednotky PPP s možnosťou akútnej a doliečovacej hospitalizácie by mali byť súčasťou detského psychiatrického oddelenia alebo kliniky, s možnosťou intenzívnej somatickej starostlivosti za účelom realimentácie podvýživy a liečby somatických komorbidít,

intenzívnej individuálnej a skupinovej psychoterapie, edukácie rodiny, ergoterapie, fyzioterapie a vzdelávania v rámci povinnej školskej dochádzky.

V špecializovanom dennom stacionári je možné dlhodobo denne kombinovať intenzívne psychoterapeutické liečebné metódy, spoločné stravovanie, fyzioterapiu a vzdelávanie v rámci povinnej školskej dochádzky, prípadne u starších pacientov miesto vzdelávania s inou ergoterapiou. Špecializovaný denný stacionár by mal byť v každom kraji, aby bola zabezpečená dostupnosť dlhodobej liečby a bola možná pravidelná terapeutická práca s rodinou.

Rovnako je dôležité zabezpečiť dostatočnú sieť poisťovňami hrađených psychoterapeutických pracovísk poskytujúcich rodinnú a individuálnu psychoterapiu.

Špeciálny doplnok štandardu - prílohy

1. ŠOP
2. Texty k ŠOP
3. SUSS test (Sit up, squat, stand test)
4. Rastové grafy
5. OVD - Odporúčané výživové dávky pre obyvateľov SR (9. revízia)
6. Vzorové jedálnečky pre lekára
7. Vzorové jedálnečky pre rodiča

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a prípadná revízia tohto štandardného postupu budú realizované po roku a následne každých 5 rokov, resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby so včasným zavedením tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike.

Literatúra

1. AGRAS W. S. et al. 2014. Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. In *JAMA psychiatry*. 2014, 71(11), 1279-1286.
2. AIGNER M, et al. 2011. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. In *World J Biol Psychiatry*. 2011, 12, 400.
3. ALCKMIN-CARVALHO F. et al. 2018. Evidence-based psychotherapy for treatment of anorexia nervosa in children and adolescents: systematic review. In *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2018, 45(2), 41-48.
4. ALLEGAN. 2017. In. Celexa (citalopram hydrobromide) tablet, film coated [rev. 2017 Jan; cited 2017 May 25]. : *DailyMed [Internet]*. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US) Dostupné na (citované dňa 7.4.2021): <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=4259d9b1-de34-43a4-85a8-41dd214e9177>
5. ALMÁSSIOVÁ, G. 2010. Poruchy príjmu potravy: etiopatogenéza a princípy liečby, (1. vyd.). [Bratislava]: Zuzana Čičelová. 63 s. ISBN 9788089434046
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2006. *Treatment of patients with eating disorders. Third edition.* [PDF] 2006. Aktualizované: 2010. [citované 18.1.2019] Dostupné na internete: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition.* American Psychiatric Association 2013, p.991. ISBN-10: 0890425558
8. ANDERSEN A.E. - YAGER J. 2009. Eating disorders. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th ed, Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2009, Vol I, p.2128.
9. ATTIA E. et al. 2011. Olanzapine versus placebo for out-patients with anorexia nervosa. In *Psychol Med*. 2011, 41:2177.
10. ATTIA E. et al. 2019. Olanzapine Versus Placebo in Adult Outpatients With Anorexia Nervosa: A Randomized Clinical Trial. In *Am J Psychiatry*. 2019, 176:449.
11. BALABO M. et al. 2017. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and eating disorders: A systematic review. In *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*. 2017.
12. BARBARICH N.C. et al. 2004. Use of nutritional supplements to increase the efficacy of fluoxetine in the treatment of anorexia nervosa. In *Int J Eat Disord*. 2004;35:10-5.
13. BERSTEIN B. – PATAKI C. 2018. Anorexia Nervosa [online]. Drugs & Diseases > Pediatrics: Developmental and Behavioral Articles Updated: Nov 05, 2018 [citované 18.1.2019]. Dostupné na internete: <https://emedicine.medscape.com/article/912187-overview#a3>

14. BIEDERMAN J. et al. 1985. Amitriptyline in the treatment of anorexia nervosa: a double-blind, placebo-controlled study. In *J Clin Psychopharmacol.* 1985;5(1):10-6.
15. BISSADA H. et al. 2008. Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. In *Am J Psychiatry.* 2008; 165:1281.
16. BRAMBILLA F. et al. 2007. Olanzapine therapy in anorexia nervosa: psychobiological effects. In *Clin Psychopharmacol.* 2007; 22:197.
17. BULIK C.M. et al. 1997. Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. In *Acta Psychiatr Scand.* 1997, 96, p.101–107
18. BULIK C.M. et al. 2004. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. In *J Clin Psychiatry.* 2004, 65, p.1000–1006
19. CALANDRA C. et al. 1999. The use of citalopram in an integrated approach to the treatment of eating disorders: an open study. *Eat Weight Disord.* 1999; 4 4: 207- 10.
20. CIAO A. C. et al. 2015. Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa. In *International Journal of Eating Disorders.* 2015, 48(1), 81-90.
21. CLAUDINO A.M. et al. 2006. Antidepressants for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; :CD004365. Dostupné na (citované dňa 7.4.2021): <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004365.pub2>
22. CONNAN F.- CAMBELL I.C. - KTAZMAN M. A. 2003. Neurodevelopmental model of anorexia nervosa. In *Physiol Behav.* 2003,vol.79,sup.1,p.13–24.
23. COSTA M.B. – MELNIK T. 2015. Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews. In: *Einstein (Sao Paulo).* 2015, 14, 235-277.
24. CRAIG M. et al. 2019. Optimizing treatment outcomes in adolescents with eating disorders: The potential role of cognitive behavioral therapy. In *International Journal of Eating Disorders.* 2019, 52(5), 538-542.
25. DALLE GRAVE R. et al. 2019. Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting. In *International Journal of Eating Disorders.* 2019, 52(9), 1042-1046.
26. DALLE GRAVE R. et al. 2013. Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. In *Psychotherapy and Psychosomatics.* 2013, 82(6), 390-398.
27. DIEZ GRIESER M.T. – MULLER R. 2020. *Mentalizovanie s deťmi a mladistvými pre psychoterapiu a prevenciu. Prekonávanie zacyklení v traumatizáciách, konfliktoch a rizikách.* Bratislava: Vydavateľstvo F, 2020. ISBN 978-80-99982-03-02
28. DIMOVÁ N. et al. 1997. Používanie návykových látok u pacientov s poruchami príjmu potravy. In *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor).* 1997, roč.32, č. 1, s.57–63.
29. DUNICAN K.C. - DELDOTTO D. 2007. The role of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa. In *Ann Pharmacother.* 2007, 41:111.
30. EISLER I. et al. 2007. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: A five-year follow-up. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2007, 48(6), 552-560.
31. EISLER I. et al. 2016. A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. In *BMC psychiatry.* 2016, 16(1), 1-14.
32. EISLER I. et al. 2016. *Maudsley Service Manual for Child and Adolescent Eating Disorders (Revised).* Child and Adolescent Eating Disorders Service, South London & Maudsley NHS Foundation Trust. Dostupné na: <http://www.national.slam.nhs.uk/services/camhs/camhs-eatingdisorders/resources/>
33. FITZPATRICK K. K. et al. 2010. Adolescent focused psychotherapy for adolescents with anorexia nervosa. In *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 2010, 40(1), 31-39.
34. FACCHINI M. et al. 2006. Low-K⁺ dependent QT prolongation and risk for ventricular arrhythmia in anorexia nervosa. In *J Cardiol.* 2006, 106, n.2, p.170-6.
35. FAIRBURN C.G. – HARRISSON P.J. 2003. Risk factors for anorexia nervosa. In: *The Lancet.* 2003, 361(9372), 1914.
36. FASSINO S. et al. 2002. Efficacy of citalopram in anorexia nervosa: a pilot study. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2002; 12 5: 453-9.
37. FORSBERG S. et al. 2015. Family-based Treatment of Child and Adolescent Eating Disorders. In *Child and adolescent psychiatric clinics of North America.* 2015, 24(3), 617-629.
38. FRANK G.K. et al. 2017. The partial dopamine D2 receptor agonist aripiprazole is associated with weight gain in adolescent anorexia nervosa. In *Int J Eat Disord.* 2017, 50:447.
39. GARFINKEL P.E. et al. 1995. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. In *Am J Psychiatry.* 1995, 152, p.1052–1058
40. GARFINKEL P.E. et al. 1996. Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample. In *Br J Psychiatry.* 1996, 168, p.500–506
41. GODART N. et al. 2012. A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. In *PloS one.* 2012, 7(1), e28249.
42. GOLDEN N.H. 2007. Eating disorders in adolescence: what is the role of hormone replacement therapy? In *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007,19,n.5, p.434-9.
43. GWIRTSMAN H.E. et al. 1990. Fluoxetine treatment of anorexia nervosa: an open clinical trial. *J Clin Psychiatry.* 1990, 51 9: 378-82.
44. HAGMAN J. et al. 2011. A double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of adolescents and young adults with anorexia nervosa: a pilot study. In *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011, 50:915.
45. HALAMI K.A. et al. 1986. Anorexia nervosa. Treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline. In *Arch Gen Psychiatry.* 1986,43(2):177-81.
46. HALAMI K.A. et al. 2005. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. In *Arch Gen Psychiatry.* 2005, 62:776.
47. HAŠTO J. 2005. *Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti.* Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005. ISBN 808895228X

48. HERPERTZ-DAHLMANN B. 2015. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. In *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015, Jan24(1):177-96.
49. HILBERT A. et al. 2017. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. In *Current opinion in psychiatry*. 2017, 30(6), 423.
50. HOEK H.W. - VAN HOEKEN D. 2003. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. In *J Eat Disord* . 2003, 34, p.383–396.
51. HRDLIČKA M. et al. 2008. Mirtazapine in the treatment of adolescent anorexia nervosa. Case-control study. In *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008,17(3),187-9
52. HUDSON J.I. et al. 2007. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. In *Biol Psychiatry*. 2007, 61,p. 48-358.
53. CHUI H.T. et al. 2008. Cognitive function and brain structure in females with a history of adolescent-onset anorexia nervosa. In *Pediatrics*. 2008, 122, n.2, p. 426-37.
54. JULIUS H. et al. 2020. *Vzťahová väzba s domácimi zvieratami*. Bratislava: Vydavateľstvo F, Pro mente sana, 2020. ISBN 978-80-99982-02-5
55. KAPLAN A.S. - HOWLETT A. 2010. Pharmacotherapy for anorexia nervosa. In: *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook*, Grilo CM, Mitchell JE (Eds), The Guilford Press, New York. 2010. p.175.
56. KAYE W.H. - KAPLAN A.S. - ZUCKER M.L. 1996. Treating eating-disorder patients in a managed care environment: contemporary American issues and Canadian response. In *Psychiatr Clin North Am*. 1996, 19, p.793–810
57. KAYE W.H. et al. 2004. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. In *Am J Psychiatry*. 2004, 161, p.2215–2221
58. KAYE W.H. et al. 2001. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. In *Biol Psychiatry*. 2001; 49 7: 644- 52.
59. KAYE W.H. et al. 1991. An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. In *J Clin Psychiatry*. 1991; 52 11: 464- 71.
60. KEEL P.K. et al. 2003. Predictors of mortality in eating disorders. In *Arch Gen Psychiatry*. 2003, 60, p.179–183
61. KENDLER K.S. et al. 1991. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. In *Am J Psychiatry*. 1991, 148, p.1627–1637
62. KEYS A. et al. 1950. *The Biology of Human Starvation*. Minneapolis, University of Minnesota Press. 1950, 796 p. ISBN 978-0-8166-7234-9
63. KISHI T. et al. 2012. Are antipsychotics effective for the treatment of anorexia nervosa? Results from a systematic review and meta-analysis. In *J Clin Psychiatry*. 2012, 73:e757.
64. KOCOURKOVÁ J. - KOUTEK J. 2001. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů - diagnostické a terapeutické otázky. In *Psychiatrie pro praxi*. 2001, vol. 3, str.109-111.
65. KRASNIČANOVÁ H. *Růstová diagnóza „Auxologické minimum“* 2008. Ferring Pharmaceuticals CZ s.r.o., Jesenice u Prahy. 2008, 23s.
66. KVIATKOVSKÁ K. - ALBRECHT J. - PAPEŽOVÁ H. 2016. Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. In *Čes a slov Psychiatr*. 2016, 112, č.6, s. 275 -279.
67. LACEY J.H. - CRISP A.H. 1980. Hunger, food intake and weight: the impact of clomipramine on a refeeding anorexia nervosa population. In *Postgrad Med J*. 1980, Suppl 1:79-85.
68. LEGGERO C. et al. 2010. Low-dose olanzapine monotherapy in girls with anorexia nervosa, restricting subtype: focus on hyperactivity. In *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2010, 20,127.
69. LE GRANGE D. et al. 2014. Relapse from remission at two- to four-year follow-up in two treatments for adolescent anorexia nervosa. In *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 53:1162–7. doi: 10.1016/j.jaac.2014.07.014
70. LE GRANGE D. et al. 2016. Randomized clinical trial of parent-focused treatment and family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016, 55(8), 683-692.
71. LOCK J. et al. 2010. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. In *Arch Gen Psychiatry* 67:1025–32. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.128
72. LOCK J. et al. 2016. Does family-based treatment reduce the need for hospitalization in adolescent anorexia nervosa?. In *International Journal of Eating Disorders*. 2016, 49(9), 891-894.
73. MARCUS M.D. - KALARCHIAN M.A. 2003. Binge eating in children and adolescents. In *J Eat Disord* 2003. supl.34, p.47–57
74. MAYER L.E. 2017. *Psychopharmacology of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. In: *Eating Disorders and Obesity*, Brownell KD, Walsh BT (Eds), The Guilford Press, New York 2017.
75. MARVANOVÁ M. - GRAMITH K. 2018. Role of antidepressants in the treatment of adults with anorexia nervosa REVIEW In *Mental Health Clinician*. 2018, 8 (3): 127–137.
76. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. 2017. Eating disorders: Recognition and treatment. NICE guideline [NG69]. Published date: May 2017,[citované dňa 18.1.2019] Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69> ISBN: 978-1-4731-2508-7.
77. PAPEŽOVÁ H. 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2010. s. 424. ISBN 9788024724256
78. PAPEŽOVÁ H. a kol. In: RABOCH J. - UHLÍKOVÁ P. a kol. 2014. Poruchy příjmu potravy. In *Doporučené postupy psychiatrické péče IV*. Praha: Česká psychiatrická společnost ČLS JEP, 2014. 204s. ISBN 978-80-260-5792-5
79. PAPEŽOVÁ H. et al. 2018. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta a.s., 2018. ISBN 978-80-204-4904-7
80. PAULINYOVÁ M. 2013. *Prognostické faktory u pacientok s mentálnou anorexiou*. Bratislava: Lundbeck Slovensko s.r.o., 2013. s.119. ISBN 978-80-89434-15-2.
81. PETERSON C.B. et al. 2012. Longitudinal stability of binge-eating type in eating disorders. In *J Eat Disord*. 2012, 45,p. 664-669.
82. POWERS P.S. - KLABUNDE M. - KAYE W. 2012. Double-blind placebo-controlled trial of quetiapine in anorexia nervosa. In *Eur Eat Disord Rev*. 2012; 20:331.
83. RESMARK G. et al. 2019. Treatment of anorexia nervosa—new evidence-based guidelines. In *Journal of clinical medicine*. 2019, 8(2), 153.

84. ROBIN A. et al. 1999. A controlled comparison of family versus individual psychotherapy for adolescents with anorexia nervosa. In *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999, 38:1482-1489.
85. RUGGIERO G.M., et al. 2001. A single blind comparison of amisulpride, fluoxetine and clomipramine in the treatment of restricting anorectics. In *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2001,25(5):1049-59
86. SAFER D.L. - DARCY A.M. - LOCK J. 2011. Use of mirtazapine in an adult with refractory anorexia nervosa and comorbid depression: a case report. In *Int J Eat Disord*. 2011, 44 2: 178- 81.
87. SACHS K.V. et al. 2016. Cardiovascular complications of anorexia nervosa: A systematic review. In *Int J Eat Disord*. 2016, 49:238.
88. SANTONASTASO P. - FRIEDERICI S. - FAVARO A. 2001. Sertraline in the treatment of restricting anorexia nervosa: an open controlled trial. In *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2001, 11 2: 143- 50.
89. SCHÜLE C. et al. 2006. Mirtazapine inhibits salivary cortisol concentrations in anorexia nervosa. In *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006, 30 6: 1015- 9.
90. SCHÜLE C. et al. 2002. The influence of mirtazapine on anterior pituitary hormone secretion in healthy male subjects. In *Psychopharmacology (Berl)*. 2002, 163 1: 95- 101.
91. SMINK F.R.E. - VAN HOEKEN D. - HIEK H.W. 2012. Epidemiology of eating disorder: incidence, prevalence and mortality rates. In *Curr Psychiatry Rep*. 2012, 14, p. 406-414.
92. STEINGLASS J. - MAYER L. - ATTIA E. 2016. Treatment of restrictive eating and low-weight conditions, including anorexia nervosa and avoidant/restrictive food intake disorder. In: *Handbook of Assessment and Treatment of Eating Disorders*, WASH B.T. et al., American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA 2016. p.259.
93. STEINHAUSEN H.C. 2002. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. In *Am J Psychiatry*. 2002, 159, p.1284–1293
94. TCHANTURIA K. et al. 2017. Evidence for cognitive remediation therapy in young people with anorexia nervosa: Systematic review and meta-analysis of the literature. *European Eating Disorders Review*. 2017, 25(4), 227-236.
95. TANOFISKY M.B. et al. 1997. Comparison of men and women with binge eating disorder. In *J Eat Disord*. 1997, 21, p.49–54
96. TRAVISS-TURNER, G. D. et al. 2017. Guided self-help for eating disorders: A systematic review and metaregression. In: *European Eating Disorders Review*. 2017, 25(3), 148-164.
97. TREASURE J.L. 2007. Getting beneath the phenotype of anorexia nervosa: the search for viable endophenotypes and genotypes. In *Canadian Journal of Psychiatry*. 2007, vol. 52, no. 4, p. 212-9.
98. TAYLOR C. et al. 2009. Validation of a food frequency questionnaire for determining calcium and vitamin D intake by adolescent girls with anorexia nervosa. In *J Am Diet Assoc*. 2009, 109,n.3,p.479-85.
99. WALTERS E.E.- KENDLER K.S. 1995. Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population based female twin sample. In *Am J Psychiatry*. 1995, 152, p.64–71
100. WALSH B.T., et al. 2021. Anorexia nervosa in adults: Pharmacotherapy Literature review current through: May 2021.
101. WANG T.S. - CHOU Y.H. - SHIAH I.S. 2006. Combined treatment of olanzapine and mirtazapine in anorexia nervosa associated with major depression. In *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006, 30 2: 306- 9.
102. WILLIAMS P. M. et al. 2008. Treating eating disorders in primary care. In: *American family physician*. 2008, 77(2), 187-195.
103. WORLD HEALTH ORGANISATION. 1992. *Mezinárodní klasifikace nemoci – 10.revize*. Praha: PCP, 1992. s.282.
104. ZEECK A. et al. 2018. Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. In *Frontiers in psychiatry*. 2018, 9, 158.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

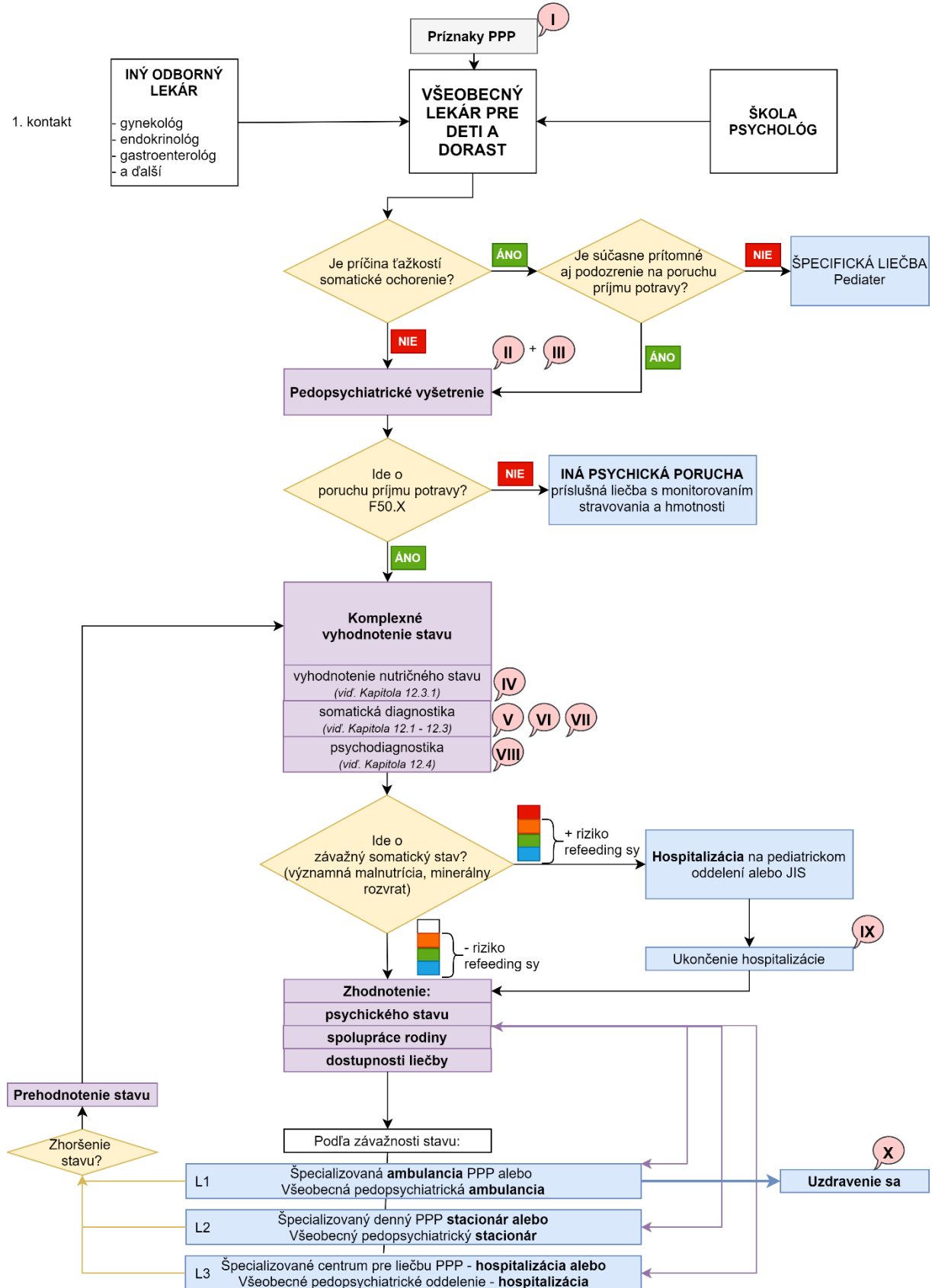
Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. októbra 2021.

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva

Prílohy

Príloha č. 1 – ŠOP

ŠOP Mentálna anorexia



Príloha č. 2 – Texty k ŠOP

I. príznaky suspektnej MA:

- strata hmotnosti,
- predčasné spomalenie až zastavenie rastu,
- nadmerné zaoberanie sa stravovaním, redukcia stravy, obmedzovanie vyššie kalorických potravín,
- aktivity zamerané na redukciu hmotnosti (cvičenie, užívanie laxatív alebo diuretík, vracanie),
- túžba po neprimeranej štíhlosti.
- amenorea

II. Na vyšetrenie pre susp.MA potrebuje pedopsychiater od VLDaD:

- **nasledovné anamnestické údaje (zo zdravotnej dokumentácie):**
 - Výška a váha oboch rodičov.
 - Maximálna hmotnosť dieťaťa (kedy a koľko).
 - Minimálna hmotnosť dieťaťa (kedy a koľko).
 - Pôrodná hmotnosť a dĺžka dieťaťa.
 - Vyhodnotenie BMI, hmotnostný percentil vzhľadom k veku a výške dieťaťa.
 - Aktuálna výška a hmotnosť dieťaťa.

- **výsledky nasledovných laboratórnych vyšetrení:**

1. vyšetrenia ktoré nie sú staršie ako 10 dní:

- Krvný obraz + diferenciál.
- Biochemické parametre: glukóza, urea, kreatinín, kys. močová, albumín, celkové bielkoviny, hepatálne enzýmy: ALT, AST, GMT.
- Inogram (Na, K, Ca, Cl, P).
- Vyšetrenie moču - chemicky sediment.
- Vyšetrenie na prítomnosť Helicobacter pylori .
- Parazitologické vyšetrenie stolice.

2. vyšetrenia ktoré nie sú staršie ako 3 mesiace:

- laborat vyš, na coeliakiu – transglutamináza,
- profil železa,
- vit. D.

Pokiaľ neboli tieto vyšetrenia pred pedopsychiatrickým vyšetrením realizované, je nutné ich realizovať v čo najkratšom čase za účelom vyhodnotenia aktuálneho somatického stavu dieťaťa.

III. Psychiatrickú diagnostiku realizuje podľa diagnostických kritérií MKCH 10.

Diagnostické kritériá pre Mentálnu anorexiu – anorexiu nervosu F50.0:

- Telesná hmotnosť je najmenej 15% pod predpokladanou hmotnosťou, resp. BMI je 17,5 a menej. Pacienti pred pubertou nespĺňajú v priebehu rastu očakávaný hmotnostný prírastok.
- Zníženie hmotnosti si pacient spôsobuje sám, vyhýba sa jedlám, po ktorých sa priberá a úmyselne sa zbavuje prijatých kalórií vracaním, prehánadlami alebo užívaním diuretík, či nadmerným cvičením.

- Prítomná je špecifická psychopatológia, pretrvávajú strach z tučnosti a skreslená predstava o vlastnom tele ako vtieravá, vtieravá myšlienka, pacient sám sebe ukladá povinnosť mať nízku hmotnosť.
- Hypopotalamo - pituitárna - gonádová porucha sa prejavuje u žien amenoreou a u mužov stratou sexuálneho záujmu. Môžu byť prítomné aj zvýšené hladiny rastového hormónu, zvýšené hladiny kortizolu, zmeny periférneho metabolizmu tyreoidného hormónu a odchýlky vylučovania inzulínu.
- Ak je začiatok pred pubertou, sú pubertálne prejavy oneskorené alebo dokonca zastavené.

Diagnostické kritériá pre Atypickú mentálnu anorexiu - atypickú anorexiu nervosu F50.1

- Ide o poruchy, kedy u pacientov jeden alebo viac kritérií pre mentálnu anorexiu (ako je napríklad úbytok hmotnosti alebo amenorea) môžu chýbať, ale kde inak pacienti vykazujú takmer typický klinický obraz.
- Túto diagnózu môžeme použiť u pacientov, ktorí majú všetky kľúčové príznaky ale mierneho stupňa.
- Diagnóza by sa nemala použiť pri strate hmotnosti v súvislosti so známou somatickou chorobou.

IV. Hodnotenie nutričného stavu u detí realizujeme pomocou rastových a hmotnostných kriviek dieťaťa pre dané pohlavie, vek, región (krajinu), výšku a hmotnosť. (aktuálne rastové a hmotnostné krivky vid' príloha č. 4)

Výsledky vyhodnocujeme nasledovne (Krásničánová, 2008):

- pod 3. percentil – dystrofia,
- pod 10. percentil – hypotrofia,
- 10. – 20. percentil – podhmotnosť,
- 20. – 80. percentil – eutrofia,
- nad 80. percentil – nadhmotnosť,
- nad 85. percentil – obezita.

V. Pri somatickom vyšetrení sa zameriavame na nasledovné:

- výsledky laboratórnych vyšetrení (od VLDaD alebo realizovaných urgentne),
- hmotnosť pri vážení v spodnom prádle,
- telesná teplota,
- edémy,
- bledosť,
- lanugo karotenémia akrocyanóza stenčenie vlasov a pokožky,
- strata svalovej hmoty,
- klinické známky špecifickej nedostatočnosti výživy, napríklad angulárna cheilitída,
- známky oneskoreného hojenia rán,
- ortostatický test - SUSS test (test vstávania zo sedu a z drepu - vid' Príloha č. 3),
- zhodnotenie dehydratácie a následkov na kardiovaskulárny systém,
- tlak krvi: pokles po vzpriamení, hypotenzia a prítomnosť synkopy alebo presynkopy, srdcový rytmus, bradykardia,

- turgor kože, známky dehydratácie,
- známky výskytu purgatívnych techník /vracanie/, sebaškodenie, hypertrofia slinných žliaz, dentálna erózia, Russelovo znamenie na hánkach prstov horných končatín.


Pomocou dát získaných vo vstupnom vyšetrení, prípadne akútne realizovaných ďalších vyšetrení, vieme presnejšie určiť mieru rizika pacient.

VI. Na vyhodnotenie miery rizika somatického stavu pacienta môžeme následne použiť **Tabuľku č. 1 (semafór)**

Všetky deti a adolescenti, ktorí majú somatické parametre v **červenom pásme**, musia byť **hospitalizovaní na pediatrickom oddelení, v prípade zlých výsledkov na JIS.**

U deti a adolescentov v **oranžovom, zelenom a modrom** pásme je hospitalizácia na pediatrickom oddelení odporúčaná pri **vysokom alebo strednom riziku refeeding syndrómu.**

Tabuľka č. 1

|  (Semafór) Vyhodnotenie miery rizika pre deti a adolescentov s poruchou príjmu potravy | | | | |
|---|---|---|--|--|
| Schéma na vyhodnotenia rizika u detí a adolescentov s poruchou príjmu potravy | | | | |
| | ČERVENÁ (Vysoké riziko) | ORANŽOVÁ (výstraha a vysoké obavy) | ZELENÁ (stredné riziko) | MODRÁ (nízke riziko) |
| Výška/hmotnosť vzhľadom na vek a pohlavie (Rastové tabuľky) Príloha č. 4 | 0,4 percentil a menej ako 0,4 percentil | 0,4-3 percentil a menej ako 3 percentil | 3-10 percentil | 10-25 percentil |
| | Nedávna strata hmotnosti v množstve 1kg alebo viac/týždeň počas 2 po sebe nasledujúcich týždňov | Nedávna strata hmotnosti v množstve 500g-999g/týždeň počas 2 po sebe nasledujúcich týždňov | Nedávna strata hmotnosti v množstve do 500g/týždeň počas 2 po sebe nasledujúcich týždňov | Žiadna strata hmotnosti počas posledných 2 týždňov |
| Kardiovaskulárne parameter | Pulz (bdelý stav) <40bpm | Pulz (bdelý stav) 40-50bpm | Pulz (bdelý stav) 50-60bpm | Pulz (bdelý stav) >60bpm |
| | | Tlak krvi v sede Systolický 84-98mmHg v závislosti od veku a pohlavia Diastolický 35-40 mmHg v závislosti | Tlak krvi v sede Systolický 88-105mmHg v závislosti od veku a pohlavia Diastolický 40-45 mmHg v závislosti | Normálny tlak krvi v sede pre vek a pohlavie |


| | | od veku a pohlavia | od veku a pohlavia | |
|-----------------|--|---|---|---|
| | Anamnéza opakovanej synkopy Zaznamenané ortostatické zmeny (pokles systolického TK o 20 mmHg alebo viac alebo vzostup pulzovej frekvencie >30bpm) | Stredné ortostatické kardiovaskulárne zmeny (pokles systolického TK o 15 mmHg alebo viac, alebo diastolického TK o 10 mmHg alebo viac do 3 minút státia, alebo vzostup pulzovej frekvencie o 30 bpm) Občasná synkopa | Pre-synkopálne symptómy ale normálne ortostatické kardiovaskulárne zmeny | Normálne ortostatické kardiovaskulárne zmeny |
| | Nepravidelný srdcový rytmus (nezahŕňa sínusovú arytmiu) | | | Normálny srdcový rytmus |
| EKG abnormality | QTc > 460 ms (dievčatá) alebo 440ms (chlapci) so zaznamenanou bradyarytmiou alebo tachyarytmiou (vylučujúc sínusovú bradykardiu a sínusovú arytmiu) Evidencia biochemických abnormalít na EKG | QTc > 460 ms (dievčatá) alebo 440ms (chlapci) | QTc > 460 ms (dievčatá) alebo 440ms (chlapci) a užívanie medicíny s efektom na predĺžovanie QTc intervalu, rodinnej anamnézy s predĺženým QTc intervalom alebo so senzorieurálnou hluchotou | QTc > 460 ms (dievčatá) alebo 440ms (chlapci) |
| Stav hydratácie | Odmietanie tekutín Závažná dehydratácia (10%) Redukované vylučovanie moču Suché ústa Pokles kožného turgoru, vpadnuté oči Tachypnoe Tachykardia | Závažné obmedzenie príjmu tekutín Stredne závažná dehydratácia (5-10%) Redukované vylučovanie moču Suché ústa Mierne tachypnoe Mierne tachykardia Periférne edémy | Obmedzenie tekutín Mierne dehydratácia < 5% Môžu byť prítomné suché ústa alebo nemusí byť klinicky prítomná dehydratácia ale existujú obavy z rizika dehydratácie | Nie je klinicky prítomná dehydratácia |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | | | s negatívnou bilanciou telesných tekutín | |
| Tepnota | <35,5 st. C (tympánická TT) alebo 35,0 st. C (axilárna) | <36 st. C | | |
| Biochemické abnormality | Hypofosfatémia Hypokalémia Hypoalbuminémia Hypoglykémia Hyponatrémia Hypokalcémia | Hypofosfatémia Hypokalémia Hyponatrémia Hypokalcémia | | |
| Svalová slabosť Ortostatický test (SUSS test) | Vstávanie z drepu: neschopnosť vstať z drepu (skóre 0) | Vstávanie z drepu: neschopnosť vstať z drepu bez pomoci rúk (skóre 1) | Vstávanie z drepu: neschopnosť vstať z drepu bez viditeľných ťažkostí (skóre 2) | Vstávanie z drepu: schopnosť vstať z drepu bez viditeľných ťažkostí (skóre 3) |
| | Sadanie: Neschopnosť sadnúť si z ležiacej polohy (skóre 0) | Sadanie: Neschopnosť sadnúť si z ležiacej polohy bez pomoci rúk (skóre 1) | Sadanie: Neschopnosť sadnúť si z ležiacej polohy bez viditeľných ťažkostí (skóre 2) | Sadanie: Schopnosť sadnúť si z ležiacej polohy bez viditeľných ťažkostí (skóre 3) |

Zdroj: upravené podľa Maudsley Service Manual for Child and Adolescent Eating Disorders, 2016-Appendix 1

VII. Stanovenie rizika „refeeding syndrómu“

Tabuľka č. 2

| Stanovenie rizika „refeeding syndrómu“ | | | |
|---|--|--|-----------------|
|  | | | |
| | Vysoké riziko vyžadujú sa 2 kritériá | Stredné riziko | Nízke riziko |
| Hmotnosť / výška vzhľadom na vek a pohlavie | <0,4 percentil | 0,4-3 percentil | >3-10 percentil |
| Strata hmotnosti | 1kg/týždeň počas 4 týždňov | | |
| Obdobie nejedenia | Nejedenie > 5 dní alebo <1000 kCal/d | Nejedenie 3-5 dní alebo 1000-1500 kCal/d | <3 dni |
| Plazmatický fosfát | <0,8 mmol/L | | |
| Počet bielych krviniek | <3,8 10 ⁹ /L | | |

Zdroj: upravené podľa Maudsley Service Manual for Child and Adolescent Eating Disorders, 2016-Appendix 2

VIII. Psychodiagnostika

Obsahom psychologického vyšetrenia je hodnotenie týchto oblastí: osobnosť, psychopatológia vo vzťahu k jedlu a seba obrazu, emotivita, rodinné zázemie. (viď kap.12.4)

IX. Pred ukončením hospitalizácie na pediatrii doporučujeme realizovať pedopsychiatrické vyšetrenie, ktoré odporučí ďalší postup. Ak to nie je možné, realizovať pedopsychiatrické vyšetrenie následne ambulantnou formou.

X. Uzdravenie je definované normalizáciou stravovacích návykov, stabilizáciou hmotnosti, znížením záujmu o jedlo a vlastnú hmotnosť (vzhľad) (Steinhausen, 2002).

V prípade stabilizácie stravovacích návykov, hmotnosti a symptómov PPP u **pacienta v trvaní minimálne pol roka**, pacienta prepúšťame zo špecializovanej pedopsychiatrickej starostlivosti do starostlivosti detského všeobecného rajónneho lekára.

V prípade pretrvávanie iných psychiatrických symptómov ako napríklad úzkosti a depresie pri stabilizácii PPP, pacient prechádza do všeobecnej pedopsychiatrickej starostlivosti.

L1. Špecializovaná ambulancia PPP alebo Všeobecná pedopsychiatrická ambulancia

Zloženie liečby: Family Focused Terapia - FFT (tzv. Maudsley prístup), ak nie je možná, tak ambulantná pedopsychiatrická starostlivosť a ambulantná psychoterapia (viď kap.13.2), nutričné poradenstvo, somatická starostlivosť u VLDaD a fyzioterapia. Farmakoterapia (viď kap.13.3).

L2. Špecializovaný denný PPP stacionár alebo Všeobecný pedopsychiatrický stacionár

Ak je potrebné, priebežne dopĺňame ďalšiu psychologickú diagnostiku v spolupráci s klinickým psychológom a diagnostiku somatických komorbidít v spolupráci s pediatrom a jednotlivými špecializovanými obormi.

Zloženie liečby: edukácia, nutričné poradenstvo, realimentácia - obnovenie stravovacích návykov (vid' kap. 13.1), psychoterapia (vid' kap. 13.2), farmakoterapia (vid' kap.13.3), fyzioterapia, liečba somatických komorbidít (vid' kap.13.4).

Stav pacienta a jeho pokrok v liečbe v dennom stacionári sa prehodnocuje pravidelne každý týždeň a podľa toho sa plánuje ďalšia liečba ako aj jej ukončenie.

Pacienti by mali navštevovať denný stacionár až do dlhodobej somatickej a psychickej stabilizácie. Ukončovanie tejto intenzívnej liečby by malo prebiehať postupnou redukciou dní v týždni, kedy pacient stacionár navštevuje.

L3. Špecializované centrum pre liečbu PPP – hospitalizácia alebo Všeobecné pedopsychiatrické oddelenie – hospitalizácia

Diagnostika a liečba somatických komorbidít podľa ordinácií od pediatra. Doplniť psychodiagnostiku klinickým psychológom (vid' kap. 12.4).

Zloženie liečby: edukácia, nutričné poradenstvo, realimentácia v režimovej liečbe - obnovenie stravovacích návykov (vid' kap. 13.1), psychoterapia (vid' kap. 13.2), farmakoterapia (vid' kap.13.3), fyzioterapia, liečba somatických komorbidít (vid' kap.13.4).

Po stabilizácii psychického a somatického stavu je vhodné realizovať priepustku- krátkodobé prerušenie hospitalizácie za účelom posilnenia rodičovských kompetencií v domácom prostredí na dobu maximálne 48 hodín.

Kritériá na ukončenie hospitalizácie (vid' kap.13.5).

Hospitalizácia je ukončená poučením pacienta a rodiny a posthospitalizačnou dohodou (vid' kap. 13.5.2).

Príloha č. 3 – SUSS Test (Sit up, squat, stand test)

- Test posadenia sa z ľahu:
Požiadame pacienta aby si sadol z ľahu na chrbte na rovnej podložke, bez použitia rúk (ak je to možné).
- Test drepu
Požiadame pacienta aby urobil drep a vstal z neho bez použitia rúk (ak je to možné).

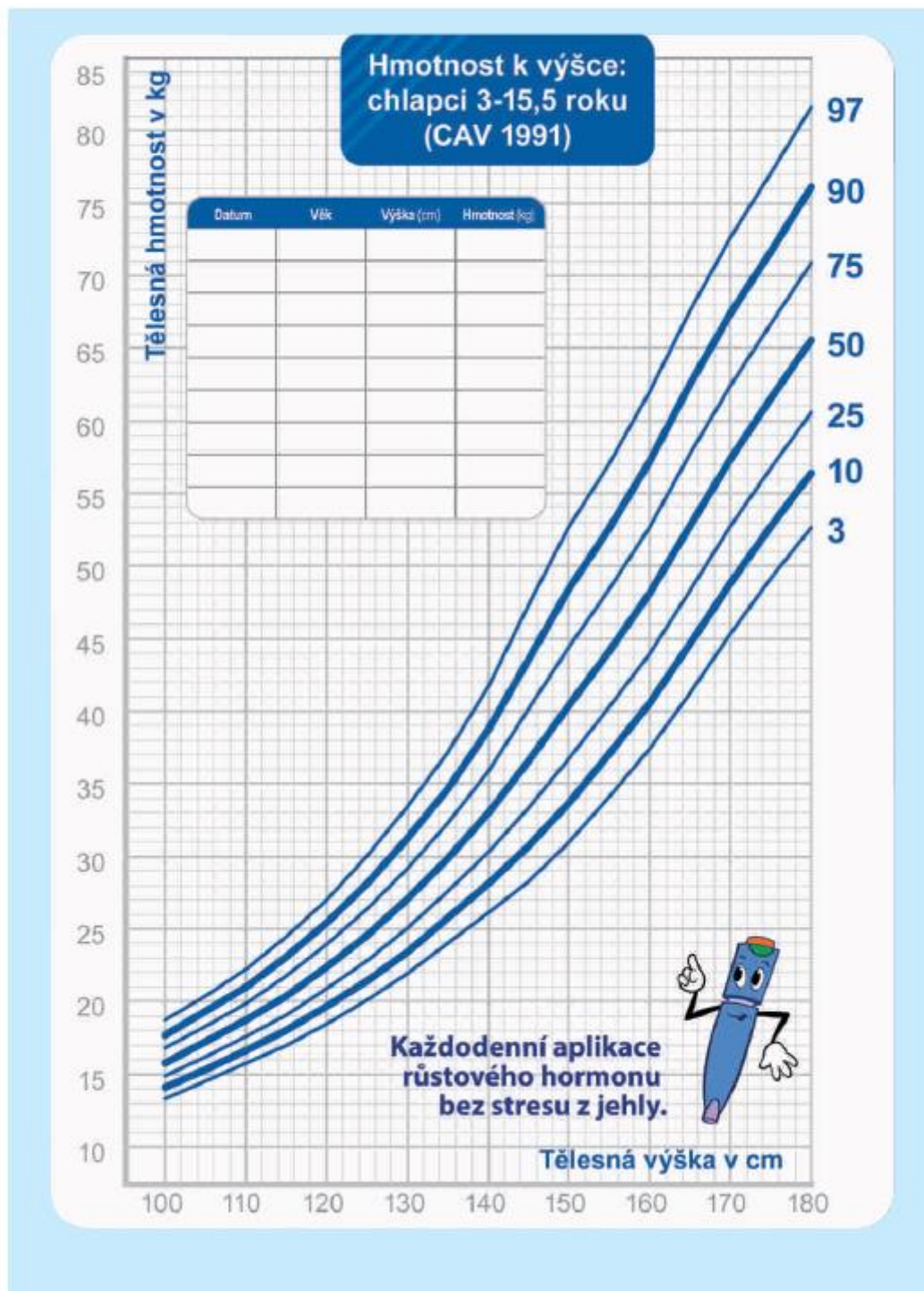
Hodnotenie:

Stupnica sa používa rovnako pri sadaní z ľahu aj pri vstávaní z drepu:

- 0 úplne neschopný úkon vykonať,
- 1 schopný úkon vykonať len s pomocou rúk,
- schopný úkon vykonať s viditeľnými ťažkosťami,
- schopný úkon vykonať bez viditeľných ťažkostí.

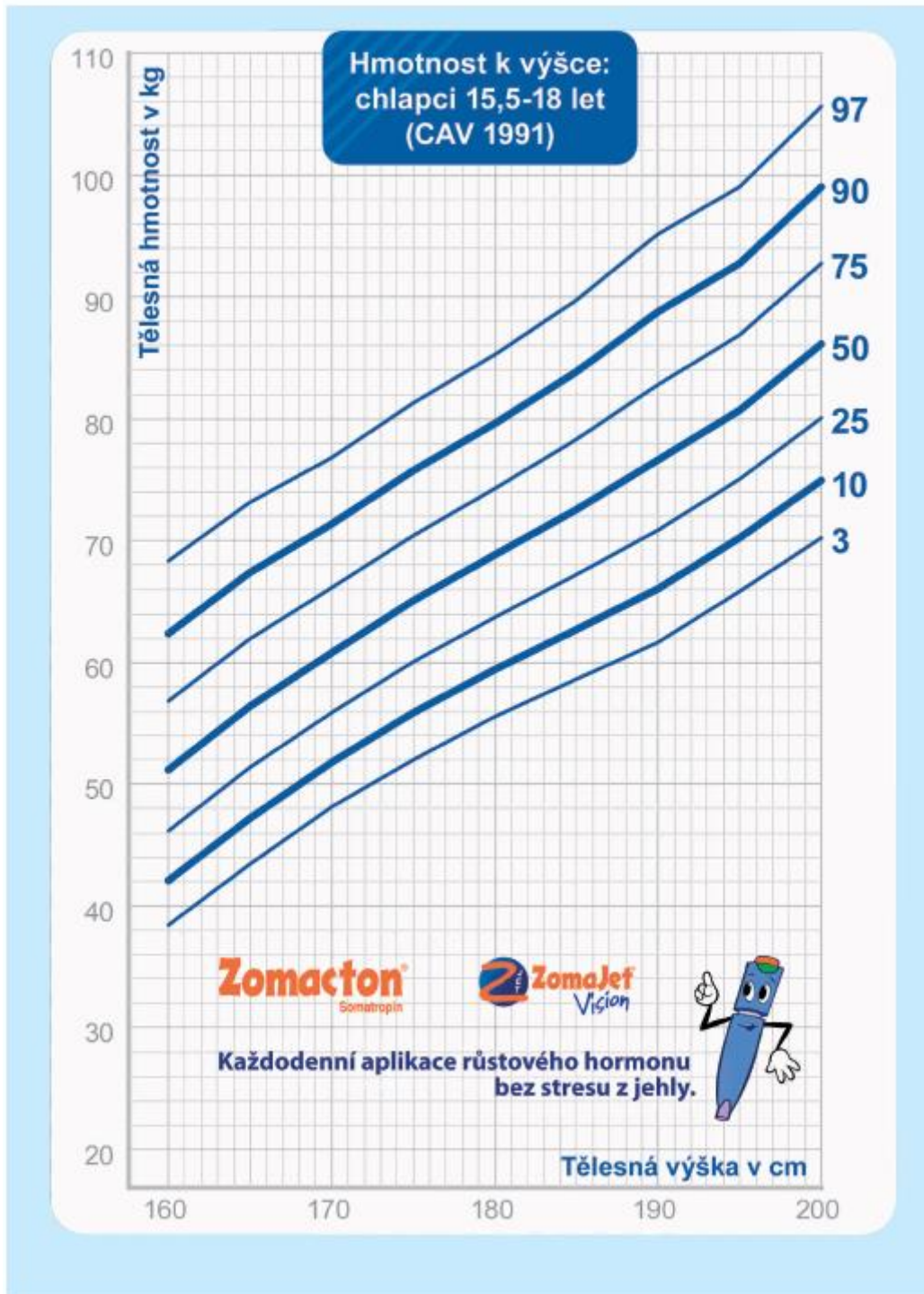
Príloha č. 4 – Rastové grafy

GRAFY HMOTNOST/VÝŠKA - chlapci



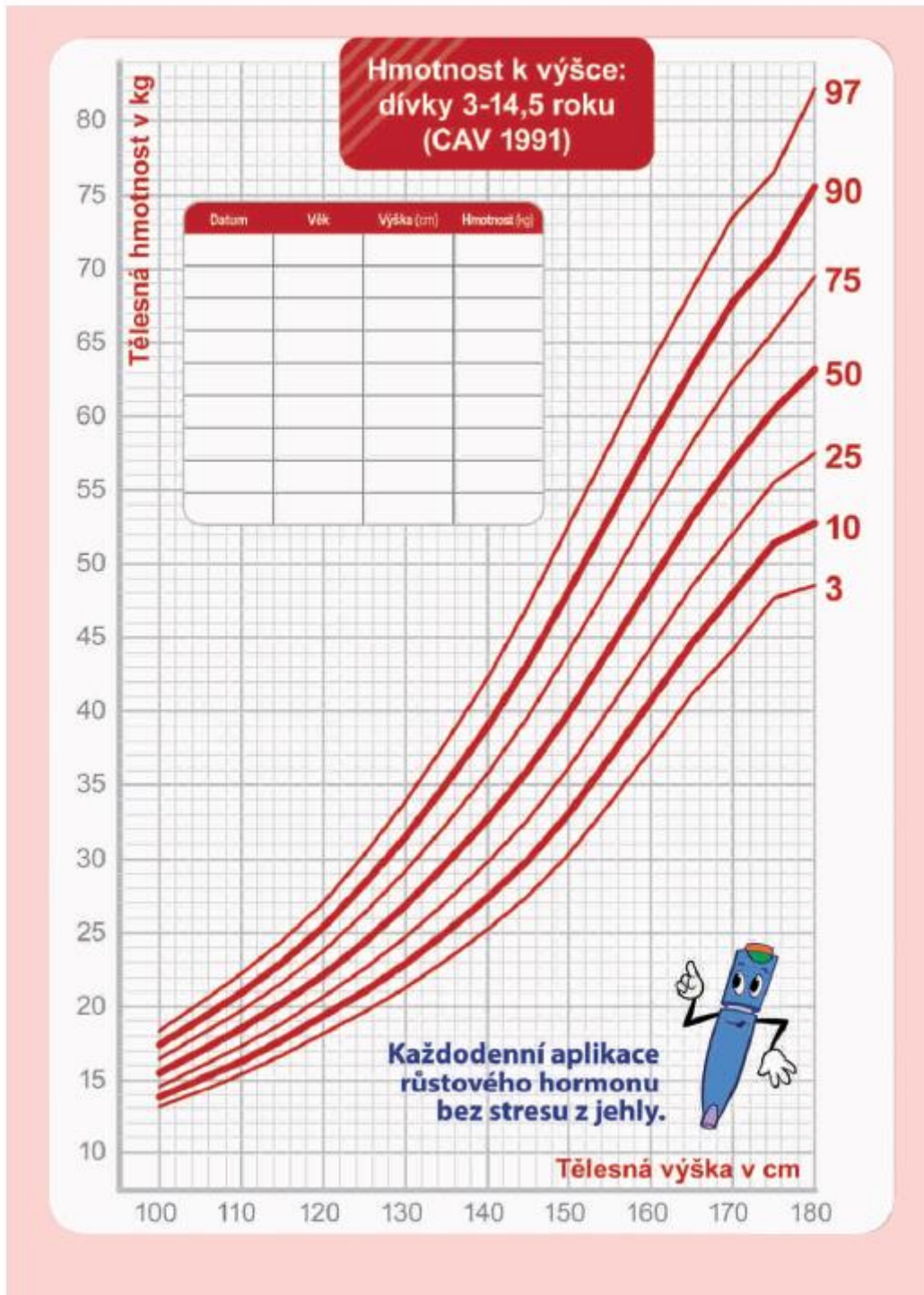
Zdroj: KRASNIČANOVÁ H. *Růstová diagnóza „Auxologické minimum“* 2008. Ferring Pharmaceuticals CZ s.r.o., Jesenice u Prahy. 2008, 23s.

GRAFY HMOTNOST/VÝŠKA - chlapci



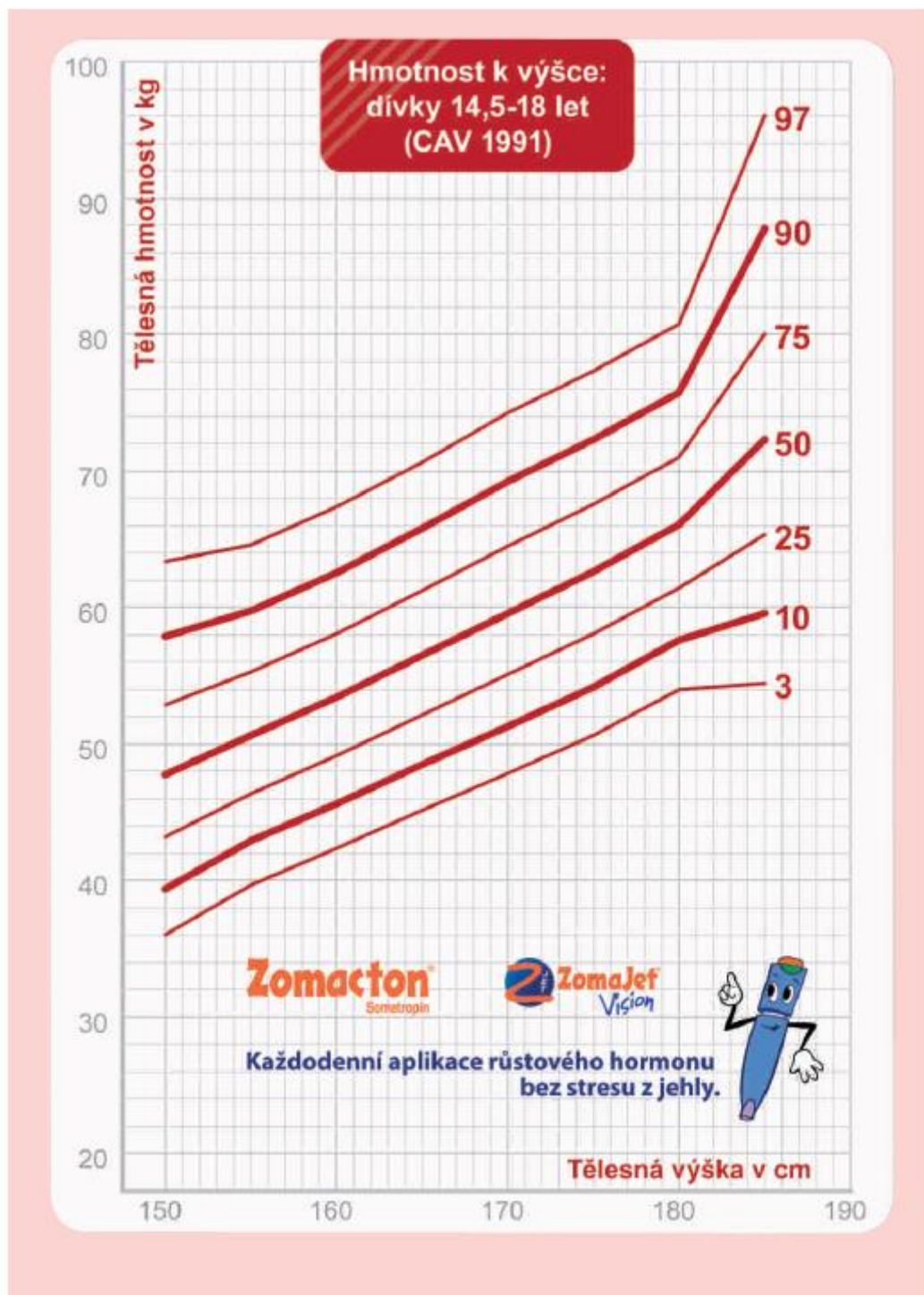
Zdroj: KRASNIČANOVÁ H. *Růstová diagnóza „Auxologické minimum“* 2008. Ferring Pharmaceuticals CZ s.r.o., Jesenice u Prahy. 2008, 23s

GRAFY HMOTNOST/VÝŠKA - dívky



Zdroj: KRASNIČANOVÁ H. *Růstová diagnóza „Auxologické minimum“* 2008. Ferring Pharmaceuticals CZ s.r.o., Jesenice u Prahy. 2008, 23s

GRAFY HMOTNOST/VÝŠKA - dívky



Zdroj: KRASNIČANOVÁ H. *Růstová diagnóza „Auxologické minimum“* 2008. Ferring Pharmaceuticals CZ s.r.o., Jesenice u Prahy. 2008, 23s

Príloha č. 5 - Odporúčané výživové dávky

| Výživový faktor | Dojčatá | | Deti - vek | | Deti školského veku | | | Dospievajúci | | Dospievajúce | |
|------------------------|-----------|-----------|---------------------|-----------|---------------------|-----------|-----------|--------------|--------------------|--------------|--------------------|
| | mesiace | | batolivý /predškol. | | mladší starší | | | chlapci | | dievčatá | |
| | | | roky | | 7 – 10 | 11 – 14 | | 15 – 18 | | 15 – 18 | |
| | 0 – 6 | 7 – 12 | 1 - 3 | 4 - 6 | | chlapci | dievčatá | študujúci | zvýš.fyz. aktivita | študujúce | zvýš.fyz. aktivita |
| Energia* Kcal | 550 | 750 | 1200 | 1650 | 2100 | 2550 | 2450 | 3000 | 3700 | 2400 | 2900 |
| Tuky g | 29 | 36 | 48 | 63 | 78 | 87 | 82 | 100 | 125 | 82 | 97 |
| Tuky % | 47,5 | 43,2 | 36,0 | 34,4 | 33,4 | 30,7 | 30,1 | 30,0 | 30,4 | 30,7 | 30,1 |
| Esenciál. MK | | | | | | | | | | | |
| % energie z n-6 | 4,0/2,5 g | 3,5/3,0 g | 3,0/3,4 g | 2,5/4,6 g | 2,5/5,9 g | 2,5/7,2 g | 2,5/6,9 g | 2,5/8,7 g | 2,5/10,4 | 2,5/6,8 g | 2,5/8,2 g |
| % energie z n-3 | 0,5/0,4 g | 0,5/0,5 g | 0,5/0,7 g | 0,5/1,0 g | 0,5/1,3 g | 0,5/1,6 g | 0,5/1,6 g | 0,5/2,0 g | 0,5/2,2 g | 0,5/1,5 g | 0,5/1,9 g |

*Pre trans mastné kyseliny < ako 1% z energie pre všetky fyziologické skupiny.

Zdroj: KAJABA I. – ŠTENCL J. – GINTER E. a kol. ODPORÚČANÉ VÝŽIVOVÉ DÁVKY PRE OBYVATEĽSTVO SLOVENSKEJ REPUBLIKY (9. REVÍZIA)

Príloha č. 6 – Vzorový jedálny lístok - verzia pre lekára s číselnými údajmi a kalorickou hodnotou

| 1200 kcal | | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| raňajky | desiata | obed | olovrant | večera | 2. večera |
| 200 kcal | 150 kcal | 300 kcal | 150 kcal | 300 kcal | 100 kcal |

Raňajky

- ½ ks varené vajce 41 kcal, 10g maslo 73 kcal, 1 malý krajec (30 g) chlieb ražný kváskový 75 kcal, 5 ks cherry paradajok 15 kcal (spolu cca 200 kcal)

Desiata

- 1 téglík (145 g) jogurt ovocný cca 145 kcal

Obed

- 1 a ½ menšej naberačky ryže varenej 110kcal, 4 PL zeleninová zmes s maslom 70 kcal, 50g kuracie prsia 55 kcal, 1 čl repkový olej 45 kcal, ½ PL strúhaný syr 45% t. v s. 20 kcal (spolu cca 300 kcal)

Olovrant

- 1 malá hrst' (cca 3 ks) (malá hrst')vlašské orechy 65kcal, 1 stredne veľký banán 90 kcal (spolu cca 155 kcal)

Večera

- 130g zemiaková kaša 160 kcal, 50g bravčové mäso na paprike 150 kcal (cca 310 kcal)

Druhá večera

- 1 mrkva 40 kcal, 1 malé jablko 60 kcal, citrónová šťava, 1čL med 15 kcal (spolu cca 115 kcal)

Raňajky

- ½ cereálnej kajzerky 90 kcal, 1 čl maslo 35 kcal, 1 plátok (20 g) eidamu 45% t. v s. 65 kcal, 2 ks cherry paradajky 5 kcal (spolu cca 195 kcal)

Desiata

- 1 PL orechové maslo 85 kcal, 1 malý kúsok (20g) vianočka bez hrozienuk 65 kcal - (spolu cca 150 kcal)

Obed

- 50g hovädzie dusené 90 kcal, 2 PL fazuľa varená 70 kcal, 1 naberačka ryža varená 80 kcal, 1 čl olivový olej 45 kcal, uhorka šalátová 50g (300 kcal)

Olovrant

- 1 téglík jogurt ovocný 145 kcal

Večera

- 220g francúzske zemiaky 285 kcal, 25g kyslé uhorky (spolu cca 300 kcal)

Druhá večera

- 1 malý kus červené jablko 60 kcal, 2 ks malé sušienky 50 kcal (cca spolu 110 kcal)

| 1500 kcal | | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| raňajky | Desiata | obed | olovrant | večera | 2. večera |
| 300 kcal | 150 kcal | 300 kcal | 150 kcal | 300 kcal | 250 kcal |

Raňajky

- 50g musli sypané orechové 190 kcal, 2 dc mlieko 110 kcal (spolu cca 300 kcal)

Desiata

- 1 toastový chlieb celozrnný (25 g) 65 kcal, 2 PL strukovinová nátierka 40 kcal, 1čL maslo 36 kcal, 3 ks reďkovka 10 kcal (spolu cca 150 kcal)

Obed

- 200 ml polievka brokolicová krémová 80 kcal, 1 naberačka ryža varená 80 kcal, 1 čL olivový olej 45 kcal, 100g kuracie soté so zeleninou 102 kcal, obloha listový šalát 20 kcal (cca 310 kcal)

Olovrant

- 1 stredne veľký banán 90 kcal, 1 malá hrst' (cca 3 ks) vlašské orechy v horkej čokoláde 70 kcal (spolu cca 160 kcal)

Večera

- 100g pstruh na masle 160 kcal, 1 a ½ naberačky (100g) pečené zemiaky v rúre 120 kcal, 100g paradajkový šalát (spolu cca 300 kcal)

Druhá večera

- 1 téglik (250 g) acidofilné mlieko biele 160 kcal, 1 malé jablko 60 kcal, 1 ks malá sušienka 25 kcal (spolu cca 245 kcal)

Raňajky

- 1 krajec (50 g) chlieb pšenično-ražný 110 kcal, praženica z 2 vajec s baby špenátom 210 kcal (spolu cca 320 kcal)

Desiata

- 1téglik grécky jogurt, 1 malé jablko (spolu cca 150 kcal)

Obed

- 50g kuracie prsia grilované 70 kcal, 2 naberačky (100 g) kuskus 120 kcal, 1 PL olivový olej 45 kcal, 3 PL hrášok 30 kcal, 100 g uhorkový šalát 50 kcal (spolu cca 315 kcal)

Olovrant

- 1 ks (55g) jablkový závin cca 155 kcal/ 1 ks banánový muffin (60 g) 155 kcal

Večera

- 200ml šošovicová polievka hustá 115 kcal, 1 ks veľký grahamový rožok (90 g) 210 kcal (spolu cca 325 kcal)

Druhá večera

- 1 stredne veľký banán 90 kcal, 1 riadok (cca 10 g) mliečna čokoláda 55 kcal, 1PL arašidové maslo 110 kcal (spolu cca 255 kcal)

| 2000 kcal | | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| raňajky | Desiata | obed | olovrant | Večera | 2. večera |
| 350 kcal | 200 kcal | 500 kcal | 200 kcal | 500 kcal | 250 kcal |

Raňajky

- 1 a ½ krajca (75 g) chlieb celozrnný 185 kcal, 1 PL malinový džem 50 kcal, 1 PL arašidové maslo 110 kcal (spolu cca 350 kcal)

Desiata

- 2 PL cottage cheese 40 kcal, ½ paradajky, 1 kajzerka cereálna 170 kcal (spolu cca 215 kcal)

Obed

- 250ml polievka hokkaido 90 kcal, 1 čL tekvicový olej 45 kcal, 2 naberačky zemiaky varené (120g) 110 kcal, 120g segedínsky guláš s bravčovým mäsom 260 kcal (spolu cca 505 kcal)

Olovrant

- 30g mäkkého nezrejúceho syra 90 kcal, 1 miska (150g) biele hrozno 110 kcal (spolu cca 200 kcal)

Večera

- 3 naberačky špaldové cestoviny celozrnné varené (180 g) 200 kcal, 1 konzerva (80 g) tuniak vo vlastnej šťave 80 kcal, 2 PL paradajkový pretlak 50 kcal, ½ baklažánu 40 kcal, ½ malej cukety 20 kcal, 1 PL olivový olej 110 kcal (spolu cca 500 kcal)

Druhá večera

- 1 stredne veľký banán 90 kcal, 1 téglík acidofilné mlieko biele 160 kcal (spolu cca 250 kcal)

Raňajky

- ½ drevorubačskej bagety 195 kcal, ½ balenia strukovinovej nátierky (50 g) 75 kcal, 30g paprika žltá 10 kcal, 4 ks vlašských orechov 80 kcal (spolu cca 360 kcal)

Desiata

- 1 téglík (145 g) smotanový jogurt biely 178 kcal, 2 malé hrste čučoriedok (40 g) 22 kcal (spolu cca 200 kcal)

Obed

- 200ml fazuľová polievka 150 kcal, 80g kuracie prsia pečené 145 kcal, 150g zemiaková kaša 170 kcal, 50 g šopský šalát 35 kcal (spolu cca 500 kcal)

Olovrant

- 50g balkánsky syr 120 kcal, 20g slané krekry 85 kcal (spolu cca 205 kcal)

Večera

- 220g žemľovka s tvarohom a jablkami cca 500kcal

Druhá večera

- 1 téglík acidofilné mlieko biele 160 kcal, 1 a ½ ks maces 95 kcal (spolu 255 kcal)

| 2500 kcal | | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Raňajky | desiata | Obed | olovrant | večera | 2. večera |
| 350 kcal | 250 kcal | 700 kcal | 250 kcal | 700 kcal | 250 kcal |

Raňajky

- 200g holandský jogurt 130 kcal, 50g musli sypané s kúskami ovocia 195 kcal, 40g maliny 25 kcal (spolu cca 350 kcal)

Desiata

- 25 g termizovaný syr 75 kcal, 1 ks kajzerka cereálna 170 kcal, uhorka záhradná 30 g 5 kcal (spolu cca 250 kcal)

Obed

- 130g losos pečený s kožou 275 kcal, 3 menšie naberačky (150 g) kuskus varený 175 kcal, 3 PL hrášok (40 g) 35 kcal, 1 čL olivový olej 45 kcal, jogurtový dressing s bylinkami (50 g) 170 kcal (spolu cca 700 kcal)

Olovrant

- 1 mrkva 40 kcal, 1 jablko 70 kcal, citrónová šťava, 1čL med 15 kcal, 6 ks malá sušienka 120 kcal (spolu cca 245 kcal)

Večera

- 330g boloňské špagety (100g mleté mäso, 150g varené špagety, 50 g paradajková omáčka, 30 g eidam, 1 PL olivový olej) (spolu cca 700 kcal)

Druhá večera

- 1 stredne veľký banán 90 kcal, 1 téglik acidofilné mlieko biele 160 kcal (spolu cca 250 kcal)

Raňajky

- 2 krajce chleba (100g) 195 kcal, ½ balenia strukovinovej nátierky (50 g) 75 kcal, 3 reďkovky (54 g) 10 kcal, 1 malá hrst' orechov 80 kcal (spolu cca 360 kcal)

Desiata

- 1 téglik (145 g) smotanový jogurt biely 178 kcal, 40 g čučoriedky 22 kcal, 2 ks malá sušienka 50 kcal (spolu cca 250 kcal)

Obed

- 250 ml kurací vývar s rezancami 120 kcal, 100g hovädzí steak 125 kcal, 200g zemiaková kaša 225 kcal, 150g šalát z cvikly, 50 g jablkové pité 130 kcal (spolu cca 700 kcal)

Olovrant

- 2 krajce (50g) toastový chlieb 125 kcal, 10 g maslo 72 kcal, 2 plátky kuracia šunka 40 kcal, 30g červená paprika 10 kcal (spolu cca 250 kcal)

Večera

- 1 a ½ ks tortila wrap (100 g) 330 kcal, ½ avokáda 230 kcal, 2 PL cícer varený 53 kcal, 2 PL kukurica konzervovaná 35 kcal, ½ tégliky jogurt biely 60 kcal, ľadový šalát (spolu cca 710 kcal)

Druhá večera

- 1 stredne veľký banán 90 kcal + ½ tégliky bieleho jogurtu 60 kcal + 1 PL arašidového masla 110 kcal (cca 260 kcal)

1.12 Príloha č. 7 – Vzorový jedálny lístok - verzia pre rodiča pacienta

(bez udania kalorickej hodnoty + zjednodušené udanie hmotnosti)

| 1200 kcal | | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| raňajky | desiata | obed | olovrant | večera | 2. večera |
| 200 kcal | 150 kcal | 300 kcal | 150 kcal | 300 kcal | 100 kcal |

Raňajky

- ½ ks varené vajce, 1 malý krajec chlieb ražný kváskový, 1 čL maslo, cherry paradajky

Desiata

- 1 téglík jogurt ovocný

Obed

- 1 a ½ menšej naberačky ryže varenej, 4 PL zeleninová zmes s maslom, 50g kuracie prsia, 1 čL olivový olej, ½ PL strúhaný syr 45% t. v s.

Olovrant

- 1 malá hrst' orechy, 1 stredne veľký banán 90 kcal

Večera

- 130g zemiaková kaša, 50g bravčové mäso na paprike

Druhá večera

- 1 mrkva, 1 malé jablko, citrónová šťava, 1čL med

Raňajky

- 1/2 cereálnej kajzerky, 1 čL maslo, 1 plátok eidamu 45% t. v s., cherry paradajky

Desiata

- 1 PL orechové maslo, 1 malý kúsok vianočky bez hrozienuk

Obed

- 50g hovädzie dusené, 2 PL fazuľa varená, 1 naberačka ryža varená, 1 čL olivový olej,
- uhorka šalátová 50g

Olovrant

- 1 téglík jogurt ovocný

Večera

- 220g francúzske zemiaky, 25g kyslé uhorky

Druhá večera

- 1 malé jablko, 2 ks malé sušienky

| 1500 kcal | | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| raňajky | Desiata | obed | olovrant | večera | 2. večera |
| 300 kcal | 150 kcal | 300 kcal | 150 kcal | 300 kcal | 250 kcal |

Raňajky

- 50g musli sypané orechové, 2 dc mlieko

Desiata

- 1 toastový chlieb celozrnný, 2 PL strukovinová nátierka, 1čL maslo, 3 ks reďkovka

Obed

- 200 ml polievka brokolicová krémová, 1 naberačka ryža varená, 1 ČL olivový olej, 100g kuracie soté so zeleninou, obloha listový šalát

Olovrant

- 1 stredne veľký banán, 1 malá hrst' orechy v horkej čokoláde

Večera

- 100g pstruh na masle, 1 a ½ naberačky pečené zemiaky v rúre, 100g paradajkový šalát

Druhá večera

- 1 téglik acidofilné mlieko biele, 1 malé jablko, 1 ks malá sušienka

Raňajky

- 1 krajec chlieb pšenično-ražný, praženica z 2 vajec s baby špenátom

Desiata

- 1 téglik grécky jogurt, 1 malé jablko

Obed

- 50g kuracie prsia grilované, 2 naberačky kuskus, 1 PL olivový olej, 3 PL hrášok, 100 g uhorkový šalát

Olovrant

- 1 ks jablkový závin

Večera

- 200ml šošovicová polievka hustá, 1 ks veľký grahamový rožok

Druhá večera

- 1 stredne veľký banán, 1 riadok mliečna čokoláda, 1PL arašidové maslo

| 2000 kcal | | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| raňajky | Desiata | Obed | olovrant | večera | 2. večera |
| 350 kcal | 200 kcal | 500 kcal | 200 kcal | 500 kcal | 250 kcal |

Raňajky

- 1 a ½ krajca chlieb celozrnný, 1 PL malinový džem, 1 PL arašidové maslo

Desiata

- 2 PL cottage cheese, ½ paradajky, 1 kajzerka cereálna

Obed

- 250ml polievka hokkaido, 1 čl tekvicový olej, 2 naberačky zemiaky varené, 120g segedínsky guláš s bravčovým mäsom

Olovrant

- 30g mäkkého nezrejúceho syra, 1 miska biele hrozno

Večera

- 3 naberačky špaldové cestoviny celozrnné varené, 1 konzerva tuniak vo vlastnej šťave, 2 PL paradajkový pretlak, ½ baklažánu, ½ malej cukety, 1 PL olivový olej

Druhá večera

- 1 stredne veľký banán, 1 téglík acidofilné mlieko biele

Raňajky

- ½ drevorubačskej bagety, ½ balenia strukovinovej nátierky, 30 g paprika žltá, 4 ks vlašských orechov

Desiata

- 1 téglík smotanový jogurt biely, 2 malé hrste čučoriedok

Obed

- 200 ml fazuľová polievka, 80 g kuracie prsia pečené, 150 g zemiaková kaša, 50 g šopský šalát

Olovrant

- 50 g balkánsky syr, 20 g slané kreky

Večera

- 220 g žemľovka s tvarohom a jablkami

Druhá večera

- 1 téglík acidofilné mlieko biele, 1 a ½ ks maces

| 2500 kcal | | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| raňajky | Desiata | obed | olovrant | večera | 2. večera |
| 350 kcal | 250 kcal | 700 kcal | 250 kcal | 700 kcal | 250 kcal |

Raňajky

- 200g holandský jogurt, 50g musli sypané s kúskami ovocia, 40g maliny

Desiata

- 25 g termizovaný syr, 1 ks kajzerka cereálna, uhorka záhradná 30 g

Obed

- 130 g losos pečený s kožou, 3 menšie naberačky kuskus varený, 3 PL hrášok, 1 čL olivový olej, 50 g jogurtový dressing s bylinkami

Olovrant

- 1 mrkva, 1 jablko, citrónová šťava, 1čL med, 6 ks malá sušienka

Večera

- 330 g boloňské špagety (100 g mleté mäso, 150 g varené špagety, 50 g paradajková omáčka, 30 g eidam, 1 PL olivový olej)

Druhá večera

- 1 stredne veľký banán, 1 téglík acidofilné mlieko biele

Raňajky

- 2 krajce chleba, ½ balenia strukovinovej nátierky, 3 reďkovky, 1 malá hrst' orechov

Desiata

- 1 téglík smotanový jogurt biely, 40 g čučoriedky, 2 ks malá sušienka

Obed

- 250 ml kurací vývar s rezancami, 100 g hovädzí steak, 200 g zemiaková kaša, 150 g šalát z cvikly, 50 g jablkové pité

Olovrant

- 2 krajce toastový chlieb, maslo, 2 plátky kuracia šunka, červená paprika

Večera

- 1 a ½ ks tortila wrap (100 g), ½ avokáda, 2 PL cícer varený, 2 PL kukurica konzervovaná, ½ téglíka jogurt biely, ľadový šalát

Druhá večera

- 1 stredne veľký banán, ½ téglíka bieleho jogurtu, 1 PL arašidového masla