



jena s vyšší prevalencí spontánních abortů, předčasných porodů, nízkou porodní hmotností plodu a vyšší prevalencí poporodní deprese (7).

Dlouhodobé hladovění vede k poškození a zániku hepatocytů a k vzestupu jaterních enzymů. Jaterní enzymy mohou být zvýšené i vlivem probíhající realimentace. U některých pacientů se může vyskytnout jaterní steatóza (8). Dle některých autorů je vzestup jaterních enzymů ve fázi realimentace pouze přechodný (9).

Mentální anorexie bývá označována za psychiatrickou diagnózu s nejvyšší mortalitou. Metaanalýza z roku 2011 uvádí standardizovanou míru úmrtnosti (SMR) vypočtenou napříč studiemi 5,86. Metaanalýza zároveň ukazuje, že pro hodnotu SMR je zásadní věk prvního výskytu onemocnění. Pro pacienty, u nichž se MA vyskytla poprvé ve věku 15–19 let, dosahuje SMR hodnoty 10. Pro pacienty s prvními projevy ve věku 20–29 let SMR stoupá na 18 (10).

Pacientky nemoc zpravidla popírají a léčbě se vyhýbají. Dokonce i po nástupu k hospitalizaci, kdy je jejich zdraví vážně ohroženo, manipulují s jídlem a snaží se příjem potravy omezit na minimum. Část z nich přiznává tajné cvičení se záměrem zvýšit energetický výdej. Popírání nemoci a snaha vyhnout se léčbě komplikuje léčbu i diagnostický proces.

Změny tělesného složení spojené s mentální anorexií

Narušení tělesného složení pacientů s mentální anorexií ve stadiu malnutrice je charakteristické ztrátou tukové i tukuprosté hmoty. Oproti zdravým vrstevníkům nacházíme u adolescentů s MA sníženou tělesnou hmotnost, BMI odpovídající podváze, snížené procento tělesného tuku a procento TBN (total body nitrogen) odpovídající proteinové malnutrici a snížené množství tuku v oblasti trupu i končetin (11). Malnutrice se projevuje mimo jiné snížením

proteosyntézy, a tím nedostatečné tvorbě kostní i svalové hmoty. Důsledkem je vznik osteopenie až osteoporózy a svalové myopatie charakteristické atrofií vláken druhého typu (12).

Jednoduché vs. přístrojové metody objektivizace tělesného složení

Tělesné složení a některé jeho aspekty, jako je distribuce tuku a množství aktivní tělesné hmoty, jsou významnými ukazateli růstu dětí a adolescentů.

Tělesné složení u pacientů s MA závisí na mnoha faktorech, jako je míra podváhy a subtyp onemocnění. Existuje evidence, že se liší tělesné složení patientek s restriktivním subtypem a subtypem purgativním, který je typický epizodami vynuceného zvracení (13). Můžeme také předpokládat, že se liší procento aktivní tělesné hmoty u pacientky excesivně cvičící, a pacientky, která dosáhla snížení hmotnosti pouze kalorickou restrikcí.

Tělesné složení lze měřit jednoduchými a v klinické praxi snadno dostupnými metodami, ale i drahými sofistikovanými přístroji, které se používají pro výzkumné účely (14). Mezi jednoduché metody řadíme výpočet BMI indexu, měření obvodu pasu, měření tloušťky kožní řasy a hodnocení dle percentilových grafů. Mezi hlavní přístrojové metody patří bioelektrická impedance (BIA), duální rentgenová absorpciometrie (DXA), podvodní vážení (UWW), neutronová aktivační analýza (NAA) a měření pomocí magnetické rezonance (MRI). Výsledky jednoduchých a složitých přístrojových metod spolu dobře korelují. Proto jsou často v klinické praxi využívány pouze metody jednoduché.

Korelaci výsledků jednoduchých a sofistikovaných přístrojových metod ukazuje studie Kerruish et al. (2002). Autoři měřili tělesné složení 23 patientek s MA ve věku 13–18 let pomocí antropometrických parametrů (tělesná