



hmotnost, tělesná výška, BMI, tloušťka kožní řasy na 4 částech těla a střední obvod paže) a přístrojových metod – DXA a NAA. Výsledky ukázaly signifikantní korelaci mezi měřením tloušťky kožní řasy nad tricepsem a procentem tělesného tuku stanoveném pomocí DXA. Korelace byla nalezena i mezi BMI a procentem tělesného tuku měřeného pomocí DXA (11). Spolehlivou korelaci mezi jednoduchými a přístrojovými metodami ukázala i studie Probst et al. (1996), která prováděla měření tloušťky kožní řasy na 12 místech těla a podvodní vážení u 200 žen s mentální anorexií (13).

Z uvedeného vyplývá, že je možné spolehlivých výsledků při měření tělesného složení dosáhnout i při použití jednoduchých a levných metod, jako je například měření tloušťky kožní řasy a středního obvodu paže. Standardní antropometrické vyšetření využívané u pacientů s MA proto zahrnuje měření výšky, tělesné hmotnosti, tloušťky kožní řasy kaliperem a měření obvodu paže. Z těchto parametrů pak lze vypočítat další ukazatele, jako je BMI a procento tělesného tuku. Další analýza zahrnuje zanesení antropometrických parametrů do percentilových grafů, které umožní sledování pacientova růstu v delším časovém horizontu a také srovnání výsledků pacienta s jeho vrstevníky.

Problémy při měření tělesného složení u pacientů s mentální anorexií

Měření tělesného složení u velmi kachektických pacientů s sebou přináší problémy. Problém nespolehlivých výsledků se vyskytuje například v případě bioelektrické impedance, která by se k měření tělesného složení nabízela.

Bioelektrická impedance při generování výsledků pracuje s predikčními rovnicemi, které musí být uzpůsobeny populaci, pro kterou provádíme

výpočet. Pro měření tělesného složení pacientů s MA ji nelze použít, protože pro tuto diagnózu nejsou predikční rovnice vyvinuty (14). Měření tělesného tuku pomocí bioelektrické impedance by u těchto pacientů vedlo k nesprávným výsledkům.

S opatrností je nutné interpretovat i body mass index, protože není spolehlivým ukazatelem procenta tělesného tuku. Ukazuje sice změny tělesné hmotnosti při stejné tělesné výšce, ale nerozlišuje tukovou hmotu od tukuprosté hmoty, a proto není přímým ukazatelem množství tělesného tuku (13). Navíc se BMI v období od narození do ukončení růstu, tedy i v době nejčastějšího výskytu MA, významně mění (15).

Redistribuce tělesného tuku po obnově tělesné hmotnosti

Pacienti s MA se dostávají k hospitalizační léčbě zpravidla až v pokročilých stádiích nemoci. K tomu přispívá tabuizace mentální anorexie jako psychiatrického onemocnění a snaha pacientů nemoc skrýt nebo popřít, a léčbě se tak vyhnout. Prodlužování doby od propuknutí nemoci po diagnostiku a léčbu ústí ve vážnou malnutrici, která vyžaduje rychlý návrat k ideální tělesné hmotnosti. Rychlost přibírání na váze je žádoucí nejen pro zlepšení zdravotního stavu a odvrácení závažných zdravotních komplikací, ale i z hlediska ekonomické zátěže pro zdravotní systém a brzkého znovuzařazení pacienta do běžného života.

Optimální váhový přírůstek pacienta s MA je 0,5–1,5 kg za týden (údaj platný pro pediatrické pacienty FN Motol). Počítáme-li s dobou hospitalizace 2 měsíce, znamená to průměrný váhový přírůstek 7–8 kilogramů tělesné hmotnosti v krátkém časovém období. Takový váhový přírůstek se výrazně projeví na tělesném složení pacienta a na distribuci tukové tkáně.