

čebného plánu jsou proti přesvědčení pacientů s MA a svých stravovacích a pohybových návyků se většinou nebudou chtít vzdát. Proto je léčba spíše přáním rodičů než samotného dětského pacienta. Je důležité si uvědomit, že porušování léčby u pacientů s MA je způsobeno strachem z tloušťky, z přejídání a ze ztráty kontroly, ale také velkou úzkostí, které děti kvůli své emoční nezralosti čelí mnohem hůře než dospělí (3, 5).

Farmakoterapie není metodou první volby u pacientů s poruchou příjmu potravy. Je doporučována u pacientů s život ohrožujícími stavy, atypickými formami onemocnění nebo při přítomnosti komorbidní poruchy. Podávají se antidepresiva, zejména ze skupiny SSRI. Pozitivně hodnocen je například sertralin. U pacientů s podvážou je léčba antidepresivy méně účinná. V těchto případech mají lepší efekt neuroleptika v nízkých dávkách například olanzapin. Anxiolytika podáváme u dětí a adolescentů pouze na krátkou dobu (5).

Vlastní případ

15letá pacientka byla vyšetřena na našem oddělení na žádost praktického lékaře pro děti a dorost pro suspektní poruchu příjmu potravy. Osobní a perinatální anamnéza byla bez pozoruhodností, bez somatických obtíží, psychomotorický vývoj v normě. Pacientka byla z úplné rodiny, rodiče středoškolsky a vysokoškolsky vzdělání. Ve školní anamnéze uvedena pouze mírná úzkostnost ve školce, jinak bez nápadností, prospěchově jedničky. Do ambulance přicházeli pro pokles váhy na 53,7 kg při 176 cm (BMI 17,3) a amenorrhoeu trvající necelý rok. Dle matky byla pacientka bez energie, podrážděná, impulzivní a často nespokojená. Matka popisovala, že si pacientka doma vařila pouze pro sebe a nejedla mimo domov. Rodiče neměli kontrolu nad jejím jídelníčkem, váha neustále klesala. Pacientka vzpomínala, že nejvíce vážila 75 kg. Vadilo jí, jak vypadala. Na její váhu si vyslechla komentáře od okolí. Rozhodla se zhubnout a jíst zdravě. Věděla, že váha klesá, ale cítila se nadále obézní a doma se nechtěla vážit. Chtěla mít kontrolu nad přípravou jídla, pokud ji neměla, tak měla z jídla obavy. Řešila složení jídla, velikost porcí, automaticky počítala kalorie. 3× za týden měla trénink, poté doma cvičila a chodila na procházky. Nejvíce pacientku trá-

pily výčitky po jídle, strach z přibírání na váze a ztráty kontroly. Domluvena ambulantní péče včetně kontroly váhy 1× za týden. Doporučili jsme stravování 6× denně dostatečné kalorické hodnoty a z jídelníčku měla vyloučit nízkokalorické, fit, či proteinové výrobky. Jídlo měli nakupovat a připravovat rodiče a dále dohlížet na zapisování jídelního deníku. Pacientka si smazala aplikaci na počítání kalorií. Dále doporučena psychoterapeutická péče. Na dalších kontrolách docházelo postupně k poklesu váhy, doma narůstaly konflikty ohledně jídelníčku. Pacientka navyšovala fyzickou aktivitu, na jídelní deník často zapomínala. Doporučen klidový režim a omezení fyzické aktivity. Pacientka odmítala medikaci a byla negativistická k pravidelným kontrolám u lékaře. Pro další významný pokles na váze a selhávání klidového a stravovacího režimu v domácích podmínkách byla doporučena hospitalizace na našem oddělení. První termín rodiče telefonicky odmítli. Při následných ambulantních kontrolách docházelo k výkyvům váhy pro přepíjení před kontrolou. Doma pokračovaly konflikty ohledně jídla. Rodina přistoupila na hospitalizaci.

I. Hospitalizace: 47,6 kg při 176 cm (BMI 15,4). Při příjmu pacientka udávala, že si jídelníček doma hlídala sama a jednalo se o nízkokalorické potraviny. Druhý den pacientka převážena nalačno a po vymočení. Váha 45,4 kg při 176 cm (BMI 14,7). Pacientka byla vedena v anorektickém léčebném režimu, což znamenalo klidový režim na oddělení, bez fyzické aktivity. Stravovala se 6× denně pod dohledem sesterského personálu s postupným navyšováním porcí od 1 500 kcal do 3 200–3 500 kcal. Pacientka byla na onemocnění bez náhledu a pozitivní motivace. V léčebném režimu celkem spolupracovala, ale pozorovali jsme jeho ojedinělé porušování, kdy cvičila ve sprše, snažila se předat dezert jiným pacientkám, odmítala sladký čaj. Hospitalizace trvala 3 týdny. Váha při propuštění 48,3 kg. Pobyt byl ukončen na základě žádosti pacientky a rodičů cestou negativního reverzu. Pacientka pokračovala v ambulantní péči na našem oddělení. Při ambulantních kontrolách rodiče ustoupili ze zavedeného jídelníčku z hospitalizace. Pacientka vyhledala peer konzultaci, ale tam opět podpořen nízkokalorický jídelníček. Rodina smlouvala,

že ho na chvíli vyzkouší, chtěli to zkusit „po dobrém“. Váha stagnovala, poté opět klesala. Pacientka se přiznala, že ubírala na porcích. Náladu popisovala s výkyvy, byla úzkostná a udávala obtíže se spánkem. Přetrvávaly výčitky po jídle. Doporučena antidepresiva, která pacientka odmítala. Rozhodla se pro fytopřípravky. Vyšetřena dětským kardiologem pro prekolapsy a píchavé bolesti na hrudi. Závěr z vyšetření byl normální velikost a funkce srdce, sinusová bradykardie, nadhraniční fyziologický perikardiální výpotek, naznačený prolaps mitrální chlopně. Vše nejspíše při základní diagnóze poruchy příjmu potravy restriktivního typu. Doporučena opět hospitalizace na našem oddělení, kterou rodiče odmítli. Vyhledali nutriční vedení v Praze. Při ambulantní kontrole přistoupila k nasazení antidepresiva. Započata titrace sertralinu, ale pro velkou nauzeu vysazen a vyměněn za fevarin, při kterém opět nauzea a gastrointestinální diskomfort. Pacientka byla ponechána bez medikace. Váha s významným poklesem. Doporučena hospitalizace.

II. Hospitalizace: Váha 45,8 kg při 176 cm (BMI 14,8). Při příjmu s hospitalizací smířena, náhled na onemocnění přetrvával formální. Druhý den pobytu převážena na lačno a po vymočení. Váha 43,8 kg při 176 cm (BMI 14,1). Určili jsme si cílovou váhu k propuštění na 54 kg. Ladění přetrvávalo pokleslé, přiznávala nespécifické myšlenky na nežití v reakci na úzkosti z jídla, sebepoškozování k úlevě od výčitek, afekty vázané na jídlo s autoagresí. Opět nastaven anorektický léčebný režim. Při úzkosti z jídla se nebránila anxiolytické medikaci alprazolamu. Dle pacientky ale bez většího efektu. Váha na oddělení pozvolna narůstala, tudíž jsme přistoupili k propustkám do domácího prostředí, které selhávaly. Propustky byly často s poklesem váhy pro nedodržení jídelníčku. Udávala dlouhodobé obtíže se spánkem, nutkání k sebepoškození, pocity frustrace, viny a výčitky. Navrhujeme nasazení antidepresiva mirtazapinu. Tuto medikaci ale pacientka odmítla užívat. Během hospitalizace proběhlo edukativní sezení s rodiči. S rodiči domluveno zrušení propustek při neudržení váhy, které bylo provázeno častými afekty na oddělení, 1× s autoagresí. Motivace k léčbě byla u pacientky formální, často bránila své nemocné chování. Váha byla s výkyvy pro