O zdraví 2. 3. 2018 | MUDr. Taťana Staňková

Je možné z držení častých diet onemocnět?

URL článku: magazin/clanky/o-zdravi/Je-mozne-z-drzeni-castych-diet-onemocnet__s10012x10844.html

Autoři výzkumu předpokládají, že se onemocnění příjímání potravy rozvine u dlouhodobé diety jen u osob s predispozicí. Poruchy příjmu potravy jsou sice klasifikované jako psychiatrické onemocnění, ale jsou spojené se řadou závažných zdravotních problémů a úmrtností mezi 5 až 15 %. Nejdůležitější je zahájení včasné, hlavně psychiatrické léčby.

Jde o poruchu vnímání sebe sama a své

identity

Poruchy příjmu potravy jsou sice klasifikované jako psychiatrické onemocnění, ale jsou spojené se řadou závažných zdravotních problémů a úmrtností mezi 5 až 15 %. I když primárně jde o poruchu vnímání sebe sama a své identity, **v klinickém obrazu dominují příznaky podvýživy.** Mezi hlavní objektivní příznaky patří:

- podváha, ztráta podkožního tuku a svalů
- pubescentní vzhled
- lanugo na zádech
- suché lámavé vlasy, suchá kůže
- otoky nohou
- ztráta menses
- zácpa
- studené modré konečky prstů, snížená teplota
- nízký krevní tlak a puls
- sklon k nepravidelnosti srdečního rytmu.

Při vyšetření se nachází často postižení pohybového aparátu ve smyslu prořídnutí kostí - **osteoporosa a osteopenie, které vedou k patologickým zlomeninám.** Dochází k postižení oběhového aparátu - nízký krevní tlak, nízký

srdeční tep, zmenšení srdeční svaloviny, nepravidelná srdeční akce, a postižení mitrální chlopně. Dochází rovněž k porušení funkce zažívacího traktu ve smyslu zhoršeného trávení a motility. **Vzniká porucha krvetvorby** a objevuje se anemie, leukopenie, trombocytopenie. **Vznikají velké změny ve struktuře mozku.** V laboratorních nálezech se u mentální anorexie vyskytuje snížení hladiny krevního cukru, zvýšení cholesterolu a karotenu.

Častý dotaz zní, jestli si dívka způsobila onemocnění dietou

Podle dosavadních výzkumů dietní opatření s nízkým příjmem sacharidů, s nízkým příjmem tryptofanu a s kalorickou hodnotou okolo 1000 kcal sice vede ke snížení hladin serotoninu, ale **u zdravých žen nevede ke vzniku onemocnění.** Autoři výzkumu předpokládají, že se onemocnění rozvine u dlouhodobé diety s chronickým snížením tryptophanu v plazmě a serotoninu v mozku jen u predisponovaných osob.

Velmi důležitá je včasná diagnosa a léčba

Při prvním podezření na anorexii či bulimii by se měla rodina poradit s lékařem a přesvědčit nemocného k návštěvě lékaře. Mnohdy se příbuzní a přátelé snaží

sami pomoci nemocnému, kontrolovat ho, apelovat na něj, ale tato snaha bývá zcela bez efektu a pacient začne zatajovat užívání projímadel, zvracení, excesivní cvičení a omezuje jídlo, když je mimo dosah kontroly.

Obvykle nemocní zlehčují svůj stav, odmítají spolupráci, snaží se dosáhnout svého i za cenu podvádění ("už jsem jedla", "nezvracím ", aby nevypadali hubeně vrství oblečení, jídlo tajně vyhazují).

- Nemocní **ztrácejí náhled na svůj zdravotní stav a vzhled**. Proto je důležité při sebemenším náznaku onemocnění pečlivě sledovat chování pacienta a nespoléhat na jeho prohlášení.

Jak a kde hledat pomoc?

Nejprve by se rodina pacienta měla poradit s **praktickým lékařem**, a pak se obrátit na **psychiatra,** nejlépe oslovit **specializovaná pracoviště**. O pacienty s mentální anorexií pečuje například:

- Psychiatrická klinika FN Brno Bohunice (oddělení 24, koedukované otevřené oddělení se specializovanou jednotkou pro léčbu poruch příjmu potravy).
- Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy při Psychiatrické

klinice 1. LF UK a VFN Praha (lůžkové zařízení, denní stacionář, ambulance, internetová poradna).

Prognosa není příliš příznivá

Okolo 50 % nemocných se po léčbě zcela vyléčí, 30 % částečně, 20 % má závažné dlouhodobé problémy. Léčba vyžaduje spolupráci psychiatra, psychologa, praktického lékaře a nutricionisty (t. j. lékaře internisty, specializovaného na metabolickou péči a výživu). Tyto stavy rozhodně nepatří do péče tzv. nutričních poradců (což jsou mnohdy absolventi rekvalifikačního kurzu bez jakéhokoliv medicínského vzdělání). **Nejdůležitější je psychiatrická léčba, bez ní i léčebný pobyt v nemocnici na metabolické jednotce nemá úspěch** pro nespolupráci pacienta (např. pacienti vypouští infuzní výživu do umývadla, nepijí obohacené nápoje a stravu nepozorovaně vyhazují). Při výuce stravování a refeedingu hraje velkou roli pomoc a spolupráce okolí a rodiny.

Refeeding - neboli znovuvyživení

Aby rodina dobře spolupracovala, je potřeba aby věděla:

- **Počáteční příjem kalorií při refeedingu** (t. j. znovuvyživení) **je 1200 -**

1500 kcal, později se zvyšuje.

- Zvyšování dávky se doporučuje o 100 - 200 kcal vždy po několika dnech do doby, kdy se začne váha zvyšovat . To se podle studií stává až okolo 2900 kcal, protože nemocní s mentální anorexií mívají větší výdej energie na úkor pohybové aktivity oproti běžné populaci.
- Protože část pacientů je ve stavu sníženého metabolismu, je **nezbytně nutné změřit bazální metabolismus** metodou indirektní kalorimetrie, tedy měřením spotřeby kyslíku a výdeje kysličníku uhličitého ve vydechovaném vzduchu. Nestačí pouze počítaná hodnota, která bývá obvykle stanovená při měření obsahu tuku, svalů a vody metodou bioimpedance. Změření bazálního metabolismu (tedy jak "funguje" metabolismus) metodou indirektní kalorimetrie kvůli vysoké ceně přístroje má možnost provést jen velmi málo pracovišť, např. FN Hradec Králové nebo Centrum pro poruchy metabolismu a výživy, Praha 1.
- Velmi důležitý je **dostatečný příjem kvalitních bílkovin v podobě masa**, masových vývarů, ryb, mléka a mléčných výrobků, které jsou důležité pro zmírnění osteopenie a osteoporosy. Sacharidy představují 50 - 55 % denního kalorického příjmu. Důležitý je příjem ve vodě rozpustných vláknin jako prevence zácpy. Tuky představují 25 - 30 % denního kalorického příjmu, důležitý je příjem essenciálních mastných kyselin. **Doporučuji rovněž doplnit 100% doporučené denní dávky vitamínů, minerálů a stopových prvků v podobě potravinových**

doplňků.

- Je nutná opatrnost při podávání preparátů železa, protože zhoršují zácpu.
- Tedy shrnuto do jedné věty - použít kvalitní vyváženou stravu a doplňky stravy k doplnění chybějících živin a dát přednost kvalitě stravy před objemem.

Je nezbytně nutné edukovat pacienta nejen o povaze, průběhu a rizicích onemocnění, ale i o trávení a metabolismu živin, jak se projevuje jejich nedostatek, jak má vypadat pacientova zdravá strava a proč. **Je potřeba si uvědomit, že jde o chronické onemocnění, které se rychle nevyléčí, u kterého dochází k relapsům** a neúspěch léčby frustruje nejen rodinu, ale i ošetřující zdravotnický personál.

Autorka - MUDr. Taťana Staňková: Má atestaci z vnitřního lékařství a z geriatrie. Absolvovala kurzy Evropské společnosti pro parenterální a enterální výživu v Maastrichtu, Bonnu a v Brně. Zabývá se poruchami metabolismu a výživy (léčbou hyperlipidemie, podvýživy, obezity) a specializovanými dietními režimy pro různá onemocnění i sportovce.

Copyright © 2025