

Strokovni članek / Original article

**CELOSTNA OBRAVNAVA OTROKA IN MLADOSTNIKA Z
MOTNJAMI HRANJENJA NA KLINIČNEM ODDELKU ZA
ENDOKRINOLOGIJO, DIABETES IN BOLEZNI PRESNOVE
PEDIATRIČNE KLINIKE, UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER
LJUBLJANA**

**THE COMPREHENSIVE MANAGEMENT OF CHILDREN AND
ADOLESCENTS WITH EATING DISORDERS IN THE CLINICAL
DEPARTMENT OF ENDOCRINOLOGY, DIABETES AND
METABOLIC DISEASES AT THE UNIVERSITY CHILDREN'S
HOSPITAL LJUBLJANA**

I. Novšak

*Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Pediatrična klinika,
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana, Slovenija*

IZVLEČEK

Anoreksija nervoza je težka duševna motnja in ima največjo smrtnost med vsemi duševnimi boleznimi. Zaradi kompleksnosti in možnih telesnih zapletov poteka zdravljenje na KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni v več fazah in po načelih povezovalne psihiatrije (liasonske zdravljenje). Fazi restitucije telesne teže sledi faza stabilizacije telesne teže. Med zdravljenjem, ki je ponavadi dolgotrajno, moramo do bolnikov ohranjati spodbuden, a dosleden odnos, saj le tako lahko preprečimo neposredno ogroženost njihovih življenj in pozne posledice bolezni.

Ključne besede: anoreksija nervoza, endokrinologija, obravnava, medicinski tehnik.

ABSTRACT

Anorexia nervosa can be classified among the severe mental disorders and it has the highest mortality rate of all mental illnesses. Because of the complexity of this disease and the medical complications that often accompany it, treatment in the Department of Endocrinology, Diabetes and Metabolic Diseases is conducted through different stages following the guidelines of liaison treatment. The first stage is the stage of reinstitution of body weight, which is followed by the stage of body weight stabilization. Throughout the treatment

process, which is usually prolonged, the medical staff must maintain an encouraging, yet consistent relationship with the patients, because our primary concern is to prevent serious consequences.

Key words: anorexia nervosa, endocrinology, management, nurse.

UVOD

Pogostost anoreksije nervoze (AN) se v svetu povečuje, kar opazamo tudi na Kliničnem oddelku (KO) za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, kjer smo v obdobju 1987–1996 opazili več kot trikratno povečanje števila sprejetih bolnikov. Povečuje se tudi število bolnikov z zgodnjo AN. Med bolniki s klasično AN je navadno 5–10 % dečkov, pri zgodnji AN pa je dečkov celo 30 %; na KO se delež ni razlikoval (1).

Motnje hranjenja razdelimo na anoreksijo, bulimijo in neopredeljene motnje hranjenja. V prispevku predstavljamo anoreksijo, ki je med našimi bolniki najbolj pogosta.

ZNAČILNOSTI ANOREKSIJE NERVOZE

Motnje hranjenja so težke kronične duševne motnje. AN ima s 5–10 % največjo smrtnost med duševnimi boleznimi, ki pri dvajsetletnem spremljanju dosega celo 15 %. V polovici primerov smrt povzročijo somatski zapleti, v 20–30 % pa samomor (2,3). Po najnovejših merilih DSM-5 so za anoreksijo značilni izguba teže ali nepridobivanje telesne teže v obdobju rasti (telesna teža, nižja od 85 % pričakovane telesne teže glede na telesno višino in starost), izrazit strah pred pridobivanjem telesne teže, način prehranjevanja ali vedenja, ki vpliva na nadaljne zniževanje telesne teže in popačena slika o lastnem telesu. Prisotnost motenj menstrualnega cikla oz. izostanek po najnovejših merilih za postavitev diagnoze AN nista potrebna (1, 4).

7–10 % bolnikov z AN so bolniki moškega spola. Pojavnost AN je 4,2–8,3/100.000 bolnikov/let in v skupini deklet med 15. in 19. letom narašča. V zadnjih letih se starostna meja pomika navzdol.

Glede na način vzdrževanja nizke telesne teže razlikujemo restriktivni tip AN z zmanjševanjem vnosa hrane in tip »binge/purge«, pri katerem bolniki zaužito hrano odstranjujejo iz telesa na različne načine (bruhanje, telesna dejavnost, odvajala ipd.) (1).

MOŽNI ZAPLETI ANOREKSIJE NERVOZE

AN lahko prizadene vse organske sisteme. Povzroči lahko osteoporozo, zastoj rasti, amenorejo ter strukturne in funkcionalne spremembe na možganih, privede pa lahko tudi do nenadnih, ogrožajočih zapletov, kot so zapleti na srcu, ki so najpogostejši vzrok smrti (umre tretjina bolnikov) (5). Redek, a potencialno usoden zaplet (če ga pravočasno ne prepoznamo in zdravimo) je akutna razširitev želodca (6). Zaradi motenega delovanja imunskega sistema, ki je posledica podhranjenosti, lahko nastopita pljučnica in sepsa z večorgansko odpovedjo. Zaradi AN se lahko pojavi tudi odpoved jeter s hipoglikemijo in z nagnjenostjo h krvavitvam (7).

Pri močno podhranjenih bolnikih moramo biti ob uvedbi hranjenja izredno previdni, saj lahko pride do t. i. refeeding sindroma. Gre za obsežen premik tekočine in elektrolitov iz zunajceličnega prostora v celice, ki privede do hipofosfatemije, hipokalemije in hipomagnezemije, in lahko povzroči nevrološke, srčne, živčno-mišične in hematološke zaplete ter se neredko konča s smrtjo (8).

POSTOPEK ZDRAVLJENJA

Zdravljenje na KO poteka v več fazah (9):

1. faza:

- anamneza,
- diferencialnodiagnostične preiskave,

- morebitno nujno medicinsko zdravljenje,
- terapevtski razgovor – motivacija za spremembo,
- po nekaj dneh psihiatrična diagnostična eksplozija in morebitna uvedba zdravljenja z zdravili.

2. faza:

- individualni program ponovne vzpostavitve telesne teže;
- hitrost pridobivanja telesne teže;
- določitev ciljne teže;
- terapevtski dogovor;
- sestava jedilnika, kalorična vrednost, dogovor z dietetikom;
- vodenje dnevnika, tehtanje, risanje krivulje gibanja telesne teže;
- informativno-izobraževalni pogovori staršev s pediatrom;
- tedenski razširjeni timski sestanki skupaj z bolnikom.

3. faza – opredelitev načina obravnave in zdravljenja (individualna psihoterapija, družinska terapija ipd.).

ZDRAVLJENJE NA KLINIČNEM ODDELKU

Na Pediatrični kliniki zdravljenje AN temelji na načelih povezovalne psihiatrije (liasonske zdravljenje) ob sodelovanju strokovnjakov s področja pediatrije in psihiatrije. V prvi fazi gre za telesno zdravljenje, v drugi fazi pa za psihoterapevtsko (1).

Pred začetkom zdravljenja z različnimi preiskovalnimi metodami najprej izključimo morebitne telesne vzroke izgube telesne teže (endokrinološke bolezni, maligne bolezni, KVČB ipd.). Začetno zdravljenje je odvisno od bolnikovega kliničnega stanja in laboratorijskih izvidov. Pri hudi dehidraciji je potrebno parenteralno nadomeščanje tekočine in elektrolitov. Bolnike spodbujamo k normalnemu prehranjevanju, ob življenjski ogroženosti pa uvedemo hranjenje po nazogastrični sondi, v izjemnih primerih parenteral-

no intravensko prehrano. Sledi navajanje na normalno prehranjevanje (1, 10).

V nadaljevanju bolnišničnega zdravljenja bolnika zaradi intenzivne psihoterapevtske obravnave premestimo na Oddelek za otroško psihiatrijo ali odpustimo iz bolnišnice, psihoterapevtsko obravnavo pa nadaljujejo ambulantno. Psihoterapevtska obravnava zajema kognitivno-vedenjsko terapijo, družinsko terapijo, individualno psihoterapijo in izjemoma tudi zdravljenje z zdravili, zlasti če AN spremljajo depresija, anksioznost ali obsesivno-kompulzivno vedenje.

Z bolnikom in starši sklenemo dogovor o postopnem doseganju ciljne teže (1, 10). Za ponovno vzpostavitev normalne telesne teže sprva zadostujejo že majhni obroki hrane, saj se organizem na stradanje prilagodi z zmanjšanjem kaloričnih potreb za presnovo v mirovanju in s termičnim učinkom hrane. Pogosto je želodec močno skrčen, stradanje pa povzroči tudi pomanjkanje disaharidaz črevesne sluznice, zato prehitra in prevelika obremenitev s hrano pogosto povzroči prebavne motnje (drisko, tiščanje v želodcu ipd.). V skladu s potrebami nato obroke postopno povečujemo, in sicer po 300 kcal v nekajdnevni razmikih od 800–3600 kcal ali tudi več na dan (t. i. faza restitucije telesne teže). V tej fazi uporabljamo načela kognitivno-vedenjske terapije. Začrtamo individualni program in se dogovorimo o ciljni teži, ki naj bi bila 95–100 % telesne teže za določeno starost in višino. Pri hudi podhranjenosti je lahko pot do te teže zelo dolga, zato se sproti dogovarjamo za »podcilje«, ki so bolniku lažje dosegljivi in ga motivirajo za naprej. Ob dosegu ciljne teže kalorični vnos znižamo na 1800–2000 kcal dnevno oziroma do kaloričnega vnosa, ob katerem je telesna teža stabilna (tj. faza stabilizacije oz. vzdrževanja telesne teže) (1, 10).

S prehrano moramo zagotoviti zadostno količino beljakovin, tj. 10 % dnevni kalorični potreb. Pokriti moramo dnevno potrebo po kalciju, ob dokazani osteoporozi pa dajemo še vitamin D. Redno dodajamo tudi multivitaminske pripravke, po potrebi železo (1).

Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri zdravljenju AN. Vsak dan zjutraj pred zajtrkom bolnika stehta in telesno težo zabeleži na temperaturni list ter v diagram, ki omogoča boljši nadzor nad spremljanjem napredka zdravljenja. Medicinska sestra bolnika pri vseh obrokih skrbno nadzoruje in vse težave, ki se pojavljajo med hranjenjem, zabeleži v sestrsko poročilo, O morebitnih zapletih poroča oddelčnemu zdravniku.

Če telesna teža ne narašča v skladu z dogovorom, preverimo kalorični vnos, poostriamo nadzor in skušamo sodelovanje izboljšati z nagrajevanjem (npr. praznovanje rojstnega dne, obisk prijateljev) oziroma s pogojevanjem. Če bolnik ne sodeluje in odklanja hrano, mu povemo, da bomo kljub njegovemu nasprotovanju sprejeli odgovornost za njegovo zdravje in ustrezno ukrepali. Pri tem je zelo pomembno, da pristopimo empatično, a ne za ceno življenja. Tudi sicer naj bo odnos do bolnika razumevajoč in spodbuden, a hkrati dosleden, tudi če včasih pripelje do konfliktov. Pri tem ima pomembno vlogo sodelovanje različnih zdravstvenih delavcev okviro tima in seveda sodelovanje z bolnikom in njegovimi starši. Ko je bolnik telesno dovolj zmogljiv, ga takoj vključimo v redne oddelčne dejavnosti, med katere uvrščamo tudi šolski pouk. Po nekaj tednih zdravljenja v bolnišnici lahko bolnik preživi konec tedna doma (10). Pred predvidenem odpustom trajanje začasnega odpusta podaljšujemo. Po odpustu bolnika spremljamo ambulantno.

STATISTIČNI PODATKI ZA OBDOBJE 1987–1996

Ker za zadnja leta še nimamo statističnih podatkov, na kratko predstavljamo podatke o bolnikih z AN, ki so se zdravili na KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni v obdobju 1987–1996.

V obdobju 1987–1996 smo sprejeli 138 bolnikov z AN, od tega 39 (28,2 %) bolnikov z zgodnjo AN (34 (87,2 %) deklic in 5 (12,8 %) dečkov). Najmlajša deklica je bila stara 7 let, najmlajši deček pa 11 let (1).

Število bolnikov, sprejetih v bolnišnico, se je v tem obdobju vsako leto povečalo za več kot trikrat (z 8 na 28), prav toliko se je povečalo tudi število bolnikov z zgodnjo AN. Večina (81,9 %) bolnikov je bila v bolnišnico sprejeta samo enkrat, 25 (18,1%) pa je jih bilo sprejetih ponovno. Med slednjimi smo pogostejše opažali znake depresije, anksioznosti in samomorilnosti ter bulimije nervoze. Na Oddelek za otroško psihiatrijo smo premestili 27 (19,6 %) bolnikov s težjo psihopatologijo ali težje rešljivimi družinskimi situacijami, pri čemer je premestitev potrebovalo več kot pol (53 %) hospitaliziranih dečkov in le 14,9 % deklic. Pri dečkih se za sliko AN pogostejše skrivajo resnejša bolezenska stanja (1).

Pred sprejemom na bolnišnično zdravljenje je bolezen pri bolnikih v povprečju trajala 9,47 mesecev (SD 7,92, razpon 0,5–48) mesecev, od tega pri dečkih v povprečju 4,4 meseca, pri deklicah pa 9,8 meseca ($p < 0,01$) (1).

Povprečna telesna teža ob sprejemu je bila 78,3 % idealne telesne teže za spol, starost in višino (SD 9,07, razpon 58,5–107,7); med spoloma ni bilo statistično pomembnih razlik. Povprečna telesna teža je bila pri bolnikih z zgodnjo AN nižja kot pri ostalih ($p < 0,0001$) (1).

Pri 11 (7,9 %) bolnikih smo ugotovili klinične znake dehidracije, od tega jih je 5 potrebovalo parenteralno nadomeščanje tekočin in elektrolitov. Pri 41 (29,7 %) bolnikih smo prepoznali bradikardijo in hipotenzijo, pri eni bolnici pa z EKG zabeležen AV-blok 1. stopnje. 74 (77 %) deklet je imelo sekundarno amenorejo, 15 deklet (15,6 %) primarno amenorejo, 5 (5,2 %) pa redne menstrualne cikle. Pri dekletih s sekundarno amenorejo smo določili vrednosti gonadotropinov in estradiola, ki so bile znižane na predpubertetno raven (1).

Večina bolnikov je navajala tiščanje v trebuhu in napihnjen trebuh ter zaprtje. Pri 22 (20,2 %) bolnikih smo ugotovili vnetje želodčne sluznice in/ali sluznice požiralnika (1).

Z AN pogosto povezujemo psihične motnje, pri čemer je najpogostejša depresija, za katero je trpelo 34 (31 %) bolnikov, v skupini z zgodnjo AN pa je bil ta delež še večji. Večina bolnikov je potrebovala zdravljenje z antidepresivnimi zdravili. Dve deklici sta skušali narediti samomor (1).

Pri štirih bolnicah, ki so imele bulimijo nervozo, smo ugotovili hipokalemijo. Pri osmih smo ob sprejemu ugotovili povišano vrednost sečnine, pri enem bolniku pa znižano. Sedem bolnikov je imelo povečane vrednosti holesterola v serumu. Pri štirih bolnicah, ki so uživale strogo vegetarijansko prehrano, smo ugotovili težjo sideropenično anemijo. Pri eni deklici je bila znižana tudi raven cinka v serumu, ki pa se je ob ponovni vzpostavitvi normalne telesne teže normalizirala. Pri bolnikih smo ob določanju vrednosti ščitničnih hormonov praviloma ugotovili znižane vrednosti prostega trijodtironina (pT3) ob normalnih vrednostih tiroideo stimulirajočega hormona (TSH) in prostega tiroksina (pT4) (1).

V obravnavanem desetletnem obdobju je umrla samo ena bolnica, ki se je zdravila zaradi bulimije nervoze in je imela hudo hipokalemijo, ki je bil tudi vzrok smrti.

Bolnišnično zdravljenje je trajalo v povprečju 1,13 meseca (SD 0,99, razpon 0,03–9), povprečna telesna teža pa se je z 78,27 % ob sprejemu povečala na 88,11 % (SD 12,81, razpon 68,2–125 %) ob odpustu (1).

ZAKLJUČEK

Število bolnikov z AN, ki se zdravijo v bolnišnici, vztrajno narašča. Pri zdravljenju je potrebno sodelovanje številnih strokovnjakov, tako s področja pediatrije kot tudi psihiatrije. Zdravljenje je dolgotrajno in poleg zdravljenja v bolnišnici obsega tudi dolgoročno spremljanje v ambulantni.

V letošnjem letu na tem področju izvajamo raziskavo in zbiramo nove statistične podatke, ki jih bomo predstavili v drugi polovici leta 2014.

LITERATURA

1. Bratanič N, Uršič-Bratina N, Žerjav-Tanšek M, Breclj-Kobe M, Kržišnik C, Battelino T. Somatske značilnosti otrok in mladostnikov z anoreksijo nervozo. *Zdravniški vestnik* 2000;1: 20-2.
2. Miller CA, Golden NH. An introduction to eating disorders: clinical presentation, epidemiology and prognosis. *Nutr Clin Pract* 2012; 25: 110-5.
3. Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open* 2013; 3: 1.
4. Kelly NR, Shank LM, Bakalar JL, Tanofsky-Kraff M. Pediatric Feeding and Eating Disorders: Current State of Diagnosis and Treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2014; 446–57.
5. Granda, A, Bratanič N. Telesna življenjska ogroženost mladostnikov z motnjami hranjenja. V: Grosek, S, ed. Učbenik: XVII. Izobraževalni seminar Kritično bolan in poškodovan otrok – razpoznava, zdravljenje in prevoz z učnimi delavnicami, Ljubljana, november 2013. Ljubljana: Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika; Univerzitetni klinični center: Medicinska fakulteta: Katedra za pediatrijo, 2013: 24-6.
6. Sinicina I, Pankratz H, Buettner A, Mall G. Death due to neurogenic shock following gastric rupture in an anorexia nervosa patient. *For Sci Int* 2005;115: 7-12.
7. Jaregui-Garrido B, Jaregui-Lobera I. Sudden death in eating disorders. *Vasc Health Risk Manag* 2012; 8: 91-8.
8. Katzman DK. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *Int J Eat Disord* 2005; 37: S52-9.
9. Breclj-Kobe M, Bratanič N. Model zdravljenja motenj hranjenja na Pediatrični kliniki v Ljubljani. V: Battelino T, ed. Podiplomsko izobraževanje Debelost in motnje hranjenja. Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes

in presnovne bolezni, 2000: 137-8.

10. Bratanič N, Breclj-Kobe M. Anoreksija nervoza. V: Kržišnik C, Battelino T, ed. Nujna stanja v otroški psihiatriji. Gastroezofagealni refluks pri otroku. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, 1998: 67-8.

Kontaktna oseba/Contact person:

Irena Novšak, zt

Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni

Pediatrična klinika

Univerzitetni klinični center Ljubljana

Bohoričeva 20

1525 Ljubljana

Prispelo/Received: 18. 4. 2014

Sprejeto/Accepted: 6. 5. 2014