

PEDIATRICKÉ POSTUPY V PRAXI

Přístup k pacientovi s podezřením na mentální anorexii

Approach to a patient with suspected mental anorexia

Michaela Jančíková¹, Martin Světnička¹, Aneta Kodytková^{2,3}, Jan David^{1,3}

¹Klinika dětí a dorostu, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

²Pediatrická klinika, 2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice v Motole, Praha

³Soukromá pediatrická a nutriční ambulance, Praha

SOUHRN

Jančíková M, Světnička M, Kodytková A, David J. Přístup k pacientovi s podezřením na mentální anorexii

Mentální anorexie se nejčastěji vyskytuje u dospívajících dívek a mladých žen, nicméně může postihnout jedince v jakémkoli věku, jakéhokoli pohlaví, sexuální orientace či jakékoli socioekonomické úrovni. Ačkoli se jedná o vážné onemocnění, určitá část pacientů může disponovat zcela fyziologickým nálezem při klinickém somatickém vyšetření. Včasná diagnostika je pak zásadní a vyžaduje multidisciplinární přístup. Je nutno nepodlehout tunelovitému vidění a řádně vyloučit jiné možné organické příčiny. V rámci léčebného přístupu je nutno myslet na to, že onemocnění není důsledkem volby pacienta, a proto je vhodné volit nesankční, i když motivující přístup. Mentální anorexie vyžaduje mezioborovou spolupráci a patří do oboru pedopsychiatrie, s potřebou spolupráce s psychologem. Úplné uzdravení pacienta je možné, nicméně je často zdlouhavé a doprovázené řadou relapsů.

Předkládaný článek pojednává o přístupu k pacientovi s podezřením na mentální anorexii, včetně etiopatogeneze, klinických a paraklinických projevů, diagnostiky a léčby z pohledu ambulantní a nemocniční pediatrie.

Klíčová slova: porucha příjmu potravy, anorexia nervosa, pediatrie

SUMMARY

Jančíková M, Světnička M, Kodytková A, David J. Approach to a patient with suspected mental anorexia

Mental anorexia is most common in adolescent girls and young women, but can affect individuals of any age, gender, sexual orientation or any socio-economic level. Although it is a serious disease, some patients may have a completely physiological finding on clinical physical examination. Early diagnosis is essential and requires a multidisciplinary approach. Tunnel vision must be avoided and other possible organic causes properly ruled out. As part of the therapeutic approach, it should be borne in mind that the disease is not the result of patient choice and it is therefore advisable to take a non-sanctioned and motivating approach. Mental anorexia requires interdisciplinary cooperation and belongs to the field of pedopsychiatry, with the need for cooperation with a psychologist. A full recovery is possible, however, it is often lengthy and accompanied by a number of relapses.

The presented article discusses the approach to a patient with suspected mental anorexia, including etiopathogenesis, clinical and paraclinical findings, diagnosis and treatment from the perspective of outpatient and hospital paediatrics.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, paediatrics

Korespondující autor:

doc. MUDr. Jan David, Ph.D.
Klinika dětí a dorostu 3. LF UK a FN Královské Vinohrady
Šrobárova 1150/50
Praha 10
jan.david@lf3.cuni.cz

ÚVOD

Mentální anorexie se řadí mezi poruchy příjmu potravy a je charakterizována úmyslným omezováním kalorického příjmu a následným hubnutím, přičemž pacientům často chybí náhled nad svým onemocněním.⁽¹⁾ Jedná se o tzv. restriktivní podtyp. V případě, že nemocný spontánně nebo navozeně zvrací a/nebo užívá léky ke snížení hmotnosti charakteru laxativ, emetik či diuretik, hovoříme o tzv. purgativním typu. Podobně se může projevovat mentální bulimie, pro kterou jsou typické opakované záchvaty přejídání a přehnaná kontrola tělesné hmotnosti. Na rozdíl od mentální anorexie si pacienti obvykle více uvědomují chorobnost svých příznaků. Skutečnost, že mentální anorexie přejde do mentální bulimie, je častá, a že mentální bulimie předchází anorexii, je typické. Pokud mentální anorexie přechází v mentální bulimii a nazpět, hovoříme pak o tzv. bulimarexii.⁽²⁾

Mezi poruchy příjmu potravy lze kromě dvou výše jmenovaných stavů v širším kontextu zařadit také ortorexii (patologická závislost na zdravém stravování), bigorexii (svalová dysmorfofobie u závislých na posilování a nadužívání anabolik a dalších potravinových doplňků), drunkorexii (redukce příjmu potravy nahrazováním pitím kalorického alkoholu) nebo vybíravé jídelní chování v dětství.⁽³⁾

ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY

Mentální anorexie je z etiologického hlediska multifaktoriální onemocnění, přičemž roli hrají genetické i epigenetické faktory. Za rizikové faktory se často označují vlastní atypické stravovací návyky, užívání nejrůznějších diet včetně rostlinných a z toho vyplývající změny střevní mikrobioty či odlišné duševní ladění pacienta charakteru impulzivity, perfekcionismu a poruch nálad. Rizikovým faktorem je také předchozí nadváha, i když porucha se může rozvinout při jakémkoliv stavu výživy. Někdy pacienti konstatují, že začali hubnout po pravidelné preventivní prohlídce, při které byl necitlivě konstatován vzestup hmotnosti. Významný vliv na rozvoj mentální anorexie má také sociální prostředí, sociální síť, pozitivní rodinná anamnéza, nepříznivé rodinné události, sexuální zneužívání v anamnéze nebo separační události. Mezi rizikové zájmy patří ty, kde je hlavní orientace na vzhled a postavu, například balet, modeling, tanec, gymnastika, vrcholový sport.⁽⁴⁾

Přínos k objasnění patogeneze mentální anorexie částečně přinášejí zobrazovací studie (např. funkční magnetická rezonance) mapující metabolické rozdíly v jednotlivých regionech mozku u pacientů s poruchami příjmu potravy.⁽⁵⁾ Diskutuje se také tzv. syndrom narušené závislosti na odměně neboli pervazivní deficit seberegulačního systému. Při něm dochází k tomu, že mozkové okruhy, které normálně zajišťují potravní signály, jsou nahrazeny okruhy patologickými a spojují původně normální podněty – potravu – s neadekvátním afektivním nábojem a/nebo kompulzivním chováním (restrikce příjmu potravy a přehnané cvičení).⁽⁶⁾

EPIDEMIOLOGIE

Alarmujícím faktem je celosvětově zvyšující se počet pacientů s poruchou příjmu potravy, čemuž pravděpodobně přispěla i covidová pandemie.⁽⁷⁾ Prevalence mentální anorexie se uvádí zhruba 0,5–4 % v závislosti na věku, pohlaví a regionu.⁽⁸⁾ Obvykle se jedná o dospívající dívky a mladé ženy s maximem výskytu ve věku 15–19 let.⁽⁹⁾ Nicméně je nutno podotknout, že se v posledních letech setkáváme s čím dál mladšími jedinci ve věku 11–13 let. Pouze 5–10 % pacientů tvoří dospívající chlapci a mladí muži. S ohledem na několikanásobně nižší výskyt tohoto onemocnění v mužské populaci vzniká riziko pozdního odhalení.⁽¹⁰⁾

KLINICKÉ A PARAKLINICKÉ NÁLEZY

Pro pacienty s mentální anorexií je často typický na první pohled patrný astenický habitus s úbytkem svalové i tukové tkáně. Obvykle je přítomná porucha termoregulace projevující se chladnými akry, dále snížená hydratace, suchá kůže, lanugo, horší hojení ran, hematomy nad kyčelními a trnovitými výběžky obratlů při excesivním cvičení, periorální dermatitida, kariézní chrup, prořídle vlasy a jejich zvýšené vypadávání, vyšší lomivost nehtů, svalová slabost, otoky a výpotky. Typicky bývá přítomná bradykardie, někdy i hypotenze. Z gastrointestinálních příznaků pacienti udávají bolesti břicha a zácpu, která je způsobená poruchou motility trávicího traktu, stejně jako pocit časné sytosti a nevolnosti po jídle. U dívek bývá přítomna primární nebo sekundární amenorea.⁽¹¹⁾

Nutno také zmínit duševní rozpoložení pacientů. Často dominuje depresivní a úzkostné ladění, přičemž jedinec nemá náhled nad svým onemocněním. Jednoznačné odlišení od deprese může být pro pediatra zpočátku obtížné. Je vhodné vyhodnocení případných traumatických zážitků nebo životních změn, které vedly k rozvoji symptomatiky. Pozornost vyšetřujícího by se měla též zaměřit na projevy sebepoškozování a projevy sebevražedného chování.⁽⁸⁾

U většiny pacientů s mentální anorexií nenalézáme významné laboratorní odchylky, nicméně se může rozvinout hypokalemie a hypochloridemie či jiná minerálová dysbalance, hypoalbuminemie a dyslipidemie, resp. hypercholesterolemie.⁽¹²⁾ V parametrech acidobazické rovnováhy se může rozvinout metabolická alkalóza. V endokrinologickém laboratorním vyšetření většinou dominují známky hypogonadotropního hypogonadismu, může být mimo jiné přítomna nižší koncentrace volného tyroxinu (fT4) s hodnotami tyreostimulačního hormonu (TSH) většinou v rámci referenčního rozmezí (tzv. euthyroid sick syndrom).⁽¹³⁾ V krevním obraze bývají patrné známky hemokoncentrace a cytopenie. Elektrokardiograficky je typická sinusová bradykardie, méně často atrioventrikulární blokády, prodloužení QTc intervalu nebo repolarizační změny.⁽¹⁴⁾ Maligní dysrytmie se objevují vzácně.⁽¹⁵⁾

Tab. 1: Diagnostická kritéria mentální anorexie (dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10)⁽¹⁶⁾

Tělesná hmotnost nejméně 15 % pod předpokládanou hmotností,
nebo BMI pod 17,5 kg/m ² (v pediatrii s užitím percentilových grafů, 10.–3. percentil hodnotíme jako hraniční podváhu, pod 3. percentil jako podváhu)
Vědomé snižování hmotnosti dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či přehnaným cvičením
Porucha tělesného schématu, strach z tloušťky při výrazné podvaze, dysmorfofobie, vtíravé myšlenky na udržení podváhy
Sekundární amenorea, pokles sexuálního libida
U prepubertálních jedinců: růstová retardace, opožděná puberta, primární amenorea

Tab. 2: Diferenciální diagnostika mentální anorexie^(11,17)

Oblast nemoci	Příklady
Gastrointestinální onemocnění	Nespecifická střevní zánětlivá onemocnění, malabsorpční syndrom (celiakie), achalázie jícnu, dysfagie, funkční gastrointestinální onemocnění, chronická pankreatitida, potravinové alergie
Endokrinologická onemocnění	Diabetes mellitus, hypertyreóza, adrenální insuficience, vzácně hypopituitarismus
Infekční onemocnění	Chronická hepatitida, těžké latentní infekce (tuberkulóza), zoonózy vč. parazitárních nemocí
Nádorová onemocnění	Solidní nádory (zejména mozku), leukemie
Dědičné metabolické poruchy	Organické acidurie, mitochondriální poruchy
Duševní onemocnění	Deprese, psychotická onemocnění, somatizační porucha, obsedantně kompulzivní porucha, poruchy osobnosti, abúzus návykových látek vč. závislosti
Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte	Hypoalimentace
Ostatní	Chronické srdeční selhání, chronické onemocnění ledvin, iatrogenní (polékové), systémové autoimunitní onemocnění

Tučně zvýrazněná onemocnění patří mezi ta, která by měla být v rámci diferenciální diagnostické rozvahy primárně zvažována.

DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

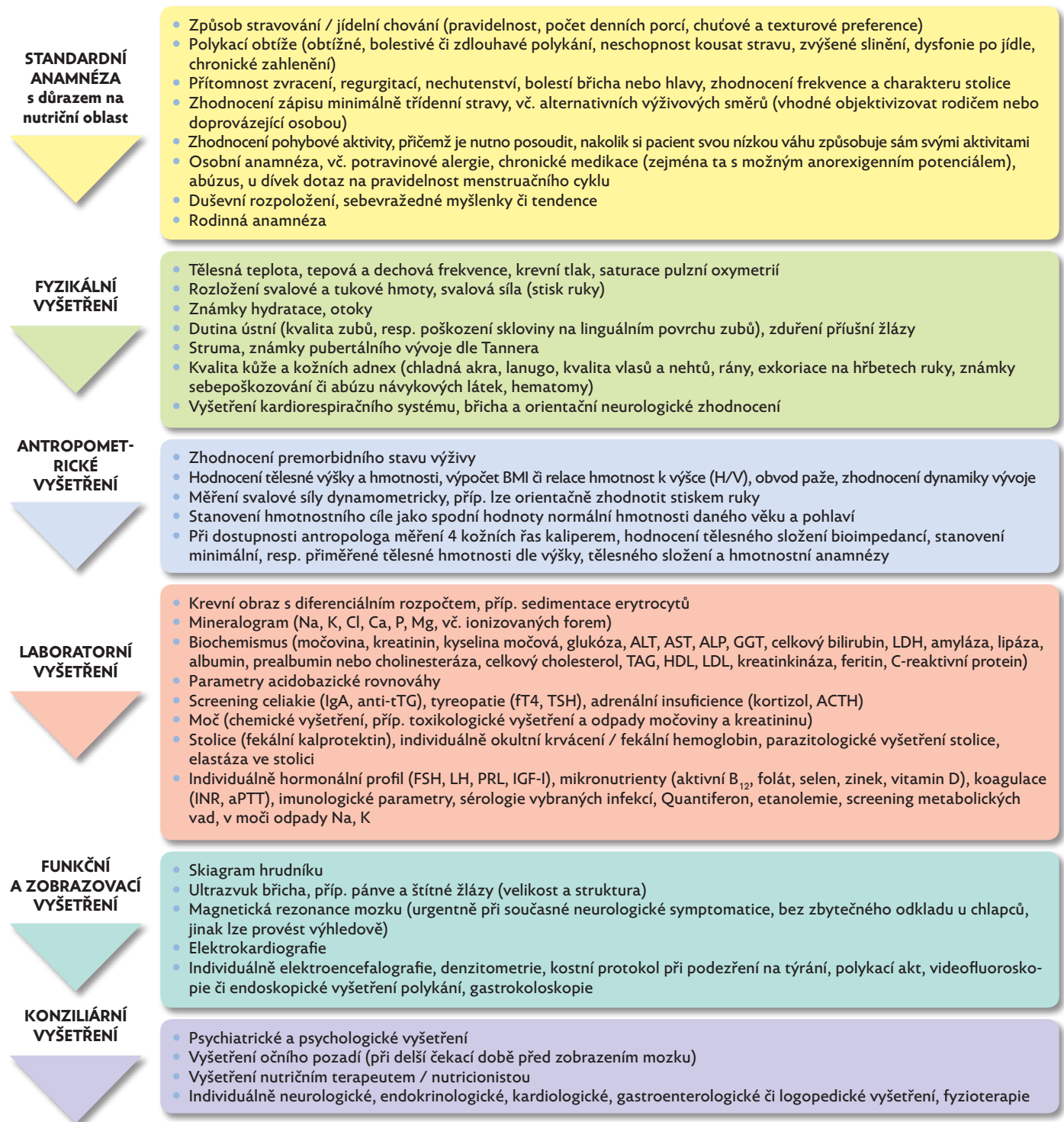
V klinické praxi se nejčastěji užívají diagnostická kritéria vycházející z Mezinárodní klasifikace nemocí 10 (MKN-10), která zahrnují zhodnocení vybraných antropometrických parametrů, jídelního chování a dalších duševních i tělesných příznaků (tab. 1).⁽¹⁶⁾ Pokud nejsou zcela naplněna, avšak klinický obraz je typický, nemoc to nevylučuje a může se jednat o subklinickou formu (tzv. atypická mentální anorexie). Pro diagnostiku je zásadní zhodnocení vývoje výšky, hmotnosti a indexu tělesné hmotnosti (BMI). V rámci komplexní péče o pacienty s mentální anorexií může být prospěšné podrobnější antropometrické vyšetření klinickým antropologem, neboť ten dokáže určit cílovou, resp. ideální hmotnost pacienta a velmi dobře monitorovat vývoj jednotlivých tělesných parametrů v čase a zhodnotit efektivitu léčby.

U pacientů s podezřením na mentální anorexií je nutno v rámci diferenciální diagnostiky zvažovat široké spektrum nemocí, stavů a případných komorbidit. Jedná se zejména o gastrointestinální chronická onemocnění, endokrinopatie, nádorová onemocnění, dědičné metabolické poruchy, duševní onemocnění a syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (tab. 2).^(11,17) Návrh diagnostického procesu u pacienta s podezřením na mentální anorexií shrnuje obr. 1.

LÉČBA

Cílem léčby mentální anorexie je zpočátku úprava poruchy vodního a elektrolytového hospodářství a zástava poklesu hmotnosti postupnou realimentací pacienta. Postupně by se mělo dosáhnout zvýšení hmotnosti na hodnotu při spodní hranici normy a rovněž by se pacient měl vrátit k obvyklým stravovacím způsobům. Při počáteční rychlé realimentaci vzniká riziko realimentačního (refeeding) syndromu, který je charakterizován různými metabolickými a klinickými změnami. Typickým laboratorním nálezem při agresivním zavedení výživy je hypofosfatemie (často pod hodnotou 0,5 mmol/l), hypokalemie a hypomagnezemie. Současně vzniká deplece vitamínu B₁ (thiaminu) a poruchy sodíkové a vodní rovnováhy.⁽¹⁸⁾

V rámci realimentace je perorální příjem z fyziologického hlediska optimální a je vždy preferován. Zvláštní formou perorálního přívodu výživy je sipping (popíjení), který volíme v situacích, kdy nestačí denní příjem živin. Pokud není perorální příjem dostatečný nebo jej pacient odmítá, volíme sondovou výživu (obvykle tenkou nazogastričskou sondou 8 Fr) a pacienta do perorálního příjmu zpočátku nenutíme. Doba zavedení sondy by měla být co nejkratší, neboť hrozí nebezpečí, že si pacient na sondu zvykne a perorální příjem běžným způsobem odmítne. Samotná enterální výživa se skládá z malých iniciačních dávek, protože pacienti mají často poruchu evakuační funkce žaludku a střevní dysmotilitu. Suplementujeme též vitamíny, zejména vitamin B₁ (thiamin). Klidový režim s mírnou svalovou činností je samozřejmostí.⁽¹⁹⁾



Obr. 1: Návrh diagnostického procesu u pacienta s podezřením na mentální anorexii

Rizikovi z hlediska rozvoje realimentačního syndromu jsou jedinci s minimálním příjmem stravy v posledních dnech, úbytkem hmotnosti více než 15 % v posledních třech měsících a rozvinutým minerálovým rozvrtem ještě před

zahájením realimentace. Při neúspěchu perorální, resp. enterální realimentace zahájujeme parenterální nutriční podporu, a to jen na nezbytně nutnou dobu.⁽²⁰⁾ Návrh realimentačního procesu u pacienta s mentální anorexií shrnuje

Tab. 3: Návrh realimentačního procesu u pacienta s mentální anorexií, který je potřeba vždy individualizovat. Úvodní denní množství kalorií i rychlost navyšování závisí na riziku rozvoje realimentačního syndromu.⁽²¹⁾

Den	Energie	Makronutrienty	Mikronutrienty	Enterální výživa	Parenterální výživa
1	10–20 kcal/kg/den	45–60 % sacharidy 20–40 % lipidy 10–35 % bílkoviny (1,5–2 g/kg/den, vhodné hojné zastoupení leucinu)	Thiamin 100–300 mg denně	Strava 6× denně, kterou lze dle tolerance obohatit bílkovinnými nebo maltodextrinovými modulárními dietetiky* Sipping/nutridrinky,** příp. další enterální výživa cestou nazogastrické sondy*** U mírnějších minerálových deficitů je možná perorální substituce	Vak all-in-one s přidáním mikronutrientů, na prvních a posledních 30 min snížit rychlost podání na polovinu (prevence hypo/hyperglykemie) U pacientů s rizikem realimentačního syndromu doplňujeme od prvního dne také fosfor 0,5–0,8 mmol/kg/den, draslík 1–2,2 mmol/kg/den, magnezium 0,3–0,4 mmol/kg/den
2	15–30 kcal/kg/den				
3	20–40 kcal/kg/den				
4	30–40 kcal/kg/den				
5–14	40–70 kcal/den				
Příklady přípravků			Milgamma N (40 mg v jedné tobolce) nebo Thiamin inj. (50 mg/ml)	*Protifar (2,2 g bílkovin / 18 kcal v jedné odměrce) Fantomalt (5 g sacharidů / 19 kcal v jedné odměrce) **Fresubin compact (2,4 kcal/ml) ***Nutrison multi fibre (103 kcal / 100 ml)	Kabiven peripheral (1900 ml / 1400 kcal) Oliclinomel N4 (2000 ml / 1215 kcal) Addaven (stopové prvky v dávce 1 ampule denně, přidat do posledních 50–100 ml vaku) Cernevit (vitaminy v dávce 1 ampule denně, přidat do posledních 50–100 ml vaku) Roztok NaH ₂ PO ₄ +Na ₂ HPO ₄ (0,3 mmol P / ml) nebo 13,6% KH ₂ PO ₄ (1 mmol P/ ml) – lze podat i per os jako magistraliter Roztok 7,45% KCl (1 mmol K / ml) – lze podat i per os jako magistraliter Roztok 10% MgSO ₄ (0,4 mmol Mg / ml)
Sledujeme			Hmotnost 3–7× týdně dle stavu Obvod nedominantní paže à týden Funkce (P, D, TK, saturace 1–4× denně dle stavu) Bilance tekutin à 6–12–24 h dle stavu Zápis stravy s dohledem Observace jídelního chování U pacientů s nutností parenterální výživy zpočátku kontrolujeme vnitřní prostředí denně, zejména z důvodu časně detekce realimentačního syndromu (Na, K, Cl, Ca, P, Mg, vč. ionizovaných forem, parametry acidobazické rovnováhy, glukóza), jednou až dvakrát týdně pak kontrolujeme krevní obraz, kyselinu močovou, triacylglyceroly, cholesterol, bilirubin, ALT, AST, GGT, ALP		
Riziko realimentačního syndromu			Minimální příjem stravy v posledních dnech, úbytek hmotnosti více než 15 % v posledních třech měsících, minerálový rozvrat před zahájením realimentace		

tab. 3, nicméně platí, že je potřeba jej vždy individualizovat. Úvodní denní množství kalorií i rychlost navyšování závisí na riziku rozvoje realimentačního syndromu.^(21,22) Na druhé straně je vhodné nepodlehout přehnaným obavám z realimentačního syndromu a kalorický příjem zbytečně nepodhodnocovat.

Nadále však platí, že základním způsobem léčby jsou přístupy psychoterapeutické, ale bez zlepšení somatického stavu a vnitřního prostředí může být psychoterapie neúčinná.

Často je již v úvodu indikována také antidepresivní medikace (nejčastěji inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), při úzkostech také přechodně anxiolytika.⁽²²⁾ Je nutno také zmínit, že celá situace může být problematická i pro rodiče. V rodinách často dochází ke konfliktům, neboť pacienti mají tendenci s rodiči manipulovat.

Při nutnosti analgoterapie se vyhýbáme opioidům pro jejich anorexigenní efekt. Základem léčby poruch men-

stručného cyklu je realimentace, v případě chronických poruch menstruačního cyklu i po dosažení cílové hmotnosti může být gynekologem indikována hormonální léčba.

Obecnými indikacemi k hospitalizaci na pediatrickém oddělení je BMI méně než dvě směrodatné odchylky od střední hodnoty, minerálový rozvrat, těžká dehydratace, známky vážné infekce, dysrytmie (významná bradykardie obvykle pod 50/min, QTc nad 440 ms), suicidální chování, nonadherence s léčbou či složitá sociální situace.⁽²¹⁾ Po stabilizaci a úpravě vnitřního prostředí a vyloučení jiných možných příčin je obvykle indikován překlad pacienta na pedopsychiatrické lůžkové oddělení. Závěrem je nutno zmínit, že nejčastějšími příčinami úmrtí pacientů s mentální anorexií jsou infekční komplikace a dokonaná suicidia, méně často pak maligní dysrytmie.⁽²³⁾

ZÁVĚR

Mentální anorexie je závažné psychické onemocnění s rozsáhlými tělesnými dopady na nejrůznějších úrovních. V rámci prvotní diagnostiky je zásadní podrobná rozvaha o jiných možných organických příčinách. V léčbě se uplatňuje zejména pozvolná realimentace a psychoterapeutické přístupy. Zásadní je dlouhodobá mezioborová péče, při které by pacient měl být sledován pedopsychiatrem ve spolupráci s pediatrem, který sleduje somatický stav včetně vývoje hmotnosti. |

LITERATURA

1. Kohout P, et al. Klinická výživa. Praha: Galén 2021.
2. Koutek J, Kocourková J. Poruchy příjmu potravy v dětství adolescenci. Ces-slov Pediat 2024; 79(3): 167–172.
3. David J, Gonsorčíková L. Poruchy příjmu potravy kojenců a batolat. Ces-slov Pediat 2024; 79(1): 30–32.
4. Papežová H. Prevence poruch příjmu potravy. Cas Lek Ces 2017; 156: 68–76.
5. Olivo G, Gaudio S, Schiöth HB. Brain and cognitive development in adolescents with anorexia nervosa: a systematic review of fMRI studies. Nutrients 2019; 11 (8): 1907.
6. Kabíček P, Csémy L, Hamanová J, et al. Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví. Praha: Triton 2014.
7. Shah M, Sachdeva M, et al. Eating disorders in the age of COVID-19. Psychiatry Res 2020; 290: 113122.
8. Neale J, Hudson LD. Anorexia nervosa in adolescents. Br J Hosp Med (Lond) 2020; 81(6): 1–8.
9. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, et al. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. Am J Clin Nutr 2019; 109: 1402–1413.
10. Krch F. Mentální anorexie u chlapce staršího školního věku. Pediatr praxi 2016; 17: 238–239.
11. Lebl J, Janda J, Pohunek P, et al. Klinická pediatrie. Praha: Galén 2014.
12. Nevoral J, et al. Výživa v dětském věku. Praha: HaH 2003.
13. Novotná D, Móriová B. Mentální anorexie z pohledu endokrinologa. Ces-slov Pediat 2023; 78: 11–16.
14. Casiero D, Frishman WH. Cardiovascular complications of eating disorders. Cardiol Rev 2006; 14(5): 227–231.
15. Jomah S, Hillel YD, Lowenthal A, et al. Cardiac involvement and its clinical significance in patients with anorexia nervosa. Eur J Pediatr 2024; 183(1): 95–102.
16. ÚZIS. Dostupné na: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace-mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-10>
17. Koutek J, Kocourková J. Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. Pediatr praxi 2014 15: 213–215.
18. Bernášková K, David J. Realimentační syndrom. Ces-slov Pediat 2022; 77(3): 166–169.
19. Couturier J, Isserlin L, Norris M, et al. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. J Eat Disord 2020; 8: 4.
20. Navrátilová M, Kalendová M. Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie, nejzávažnější somatické a metabolické komplikace. Způsoby realimentace Shrnutí 30leté praxe z metabolického pohledu internisty. Ces-slov Pediat 2019; 74: 290–300.
21. Nicholls D, Hudson L, Mahomed F. Managing anorexia nervosa. Arch Dis Child 2011; 96: 977–982.
22. Föcker M, Knoll S, Hebebrand J. Anorexia nervosa. Eur Child Adolesc Psychiatry 2013; 51: S29–35.
23. Rynkiewicz A, Dembiński Ł, Koletzko B, et al. Adolescents with eating disorders in pediatric practice – The European Academy of Paediatrics Recommendations. Front Pediatr 2022; 10: 806399.



**ZVEME VÁS NA ODBORNÉ VZDĚLÁVACÍ AKCE
ČESKÉ PEDIATRICKÉ SPOLEČNOSTI
V ROCE 2025**

XIX. PEDIATRICKÝ KONGRES S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ
25.–27. 9. 2025, Olomouc ► www.pediatric2025.cz

XXV. HRADECKÉ PEDIATRICKÉ DNY
21.–22. 11. 2025, Hradec Králové ► <https://pediatrichek.bpp.cz/cs/>

