

# Fyziologické zvláštnosti období dospívání a syndrom rizikového chování v dospívání



Pavel Kabíček

Pediatrická klinika

Thomayerovy nemocnice a 1. LF UK Praha

Subkatedra dorostového lékařství IPVZ Praha

# Charakteristika období dospívání

- Přechodné období - stále ještě probíhá  
vývoj
- Kritické období - změny jsou rychlé,  
radikální a komplexní
- Období rizikové - psychosociální  
problematika

(WHO - v rozvinutých zemích je dospívání nejrizikovějším obdobím na cestě k dospělosti)

# Věkové vymezení adolescence

## WHO

Adolescence		10 - 19 let
puberta	dívky	10 - 15 let
	chlapci	11 - 16 let
Mládež		15 - 24 let

## ČR

Dorost		14 - 19 let
--------	--	-------------



# Důsledky sideropenie

- Fyzická aktivita
- Funkce CNS
- Imunita
- Proliferace tkání
- Gravidita
- Střevní resorpce těžkých kovů
- Termogeneze

# Populační skupiny rizikové pro sideropenii

- Nedonošenci
- Dospívající
- Gravidní ženy
- Ženy ve fertilním věku

# Růstová rychlost v adolescenci

- Do 10 let cca 4-6 cm/ rok
- V pubertě:
  - děvčata 9 – 11 cm/ rok
  - max. růstová rychlost ve 13letech
  - chlapci 10 – 12 cm/ rok
  - max.růstová rychlost v 15 letech

# Nejčastější chronická somatická onemocnění, která se projevují v dospívání

- Ortopedické poruchy ( skolióza)
- Smyslové vady ( refrakční oční vady)
- Kožní choroby ( těžší formy akne)
- Imunitní a alergická onemocnění
- Obesita, hyperlipoproteinemie, hypertenze



# Psychický vývoj v dospívání

- Ve sféře citové- emoční instabilita  
emoce jsou často negativní  
sugestivita
- Ve sféře intelektuální - rozvoj rozumových  
schopností a tvořivého  
myšlení
- Ve sféře sociální - roste vliv vrstevníků  
emancipace od rodiny

# Trendy ve zdravotním stavu dospívajících v posledních letech

- Behaviorální problematika převládá nad biomedicínskou
- Stoupá incidence syndromu rizikového chování
- Projevy jsou časnější než dříve
- Jednotlivé projevy rizikového chování často koincidují

# Syndrom rizikového chování v dospívání (SRCH-D)

## 1. Abusus návykových látek (event.vznik závislosti)

Nikotin, alkohol, kanabinoidy,tzv.tvrdé drogy

## 2. V psychosociální oblasti

Sociální maladaptace,poruchy chování,agresivita, delikvence, autoagresivita, úrazy

## 3. Rizika pro reprodukční zdraví

Časný začátek pohlavního života – střídání partnerů – STI – aborty – časná a nechtěná těhotenství

## 4. Rizika ve stravování

Obesita, ale na druhé straně i nezdravé dietování

## 5. Nezdravý pohybový režim

Nadměrné sezení u počítače, ale na druhé straně i nepřiměřený fyzický trénink

# Etiologie SRCH-D - komplexní

Exogenní – společenské faktory

1. Oslabení rodiny
2. Urbanizace
3. Nejistota životních perspektiv

Endogenní faktory

ADHD

# SRCH –D – základní charakteristiky

- Projevy se vyskytují často společně
- Mají stejné rizikové a ochranné faktory
- Rizikové chování plní dospívajícímu určitou společenskou úlohu
- Obrací pozornost k celé vyvíjející se osobnosti dospívajícího

# Ochranné a rizikové faktory vzniku SRCH-D

	Rizikové faktory	Ochranné faktory
individuální	Zanedbání a zneužívání dětí Malá sebedůvěra a sebeúcta Nezaměstnanost, sklon k riskování	Vysoká inteligence, zapojení do pozitivní skupiny vrstevníků, oceňování vzdělání Schopnost sebekontroly
rodinné	Významná ztráta v rodině, chronicky nemocní rodiče, Příliš autoritativní rodiče, nedostatek komunikace, příliš benevolentní rodiče	Dobré vztahy v rodině, nepřítomnost rozporu mezi hodnotami rodiny a vrstevníků, podpora dospívajícího
společenské	Chudoba, příležitost k nelegálním činnostem, glorifikace rizikového a negat. chování v médiích	Kvalitní školy, pozitivní vzory ve společnosti, malá permisivita k negat. sociálním jevům, přísné zákony o zbraních a drogách

# Časně projevy SRCH-D

## Psychosociální projevy

- Zhoršení ve škole, zanechání dřívějších zájmů, poruchy chování
- Změna vrstevnické skupiny (chování, typ zábavy a kultury, permisivita k užívání drog)

## Příznaky

- Typ oblékání, sebepoškozování, úbytek na váze, ↓ hygiena, tělesné projevy abúzu drog

# Úmrtnost dospívajících ČR (15-19 let)

- V roce 2014: celkově **165** úmrtí

- Hlavní příčiny smrti

**Vnější příčiny smrti      112 (67,8%)**

z toho 1. dopravní úrazy    **(51)**

2. sebevraždy            **(34)**



# Zneužívání psychoaktivních látek u dospívajících

Primárně sociálně motivovaná činnost

Nebezpečí marihuany obecně podceňováno

Nebezpečné pro dospívající na hranici psychické dekompenzace

Z populace 17-18 letých cca 50% zkušenost s marihuanou

# Kazuistika

- 16 letá obézní dívka
- 1,5 dne trvající teploty se stavy oblužení
- V noci porucha vědomí – promodráání, s trismem a krátkodobou poruchou dýchání
- Při příjezdu RZP při vědomí, bez křečí nebo třesu. Při transportu TK, saturace  $O_2$  v normě.

# Osobní, rodinná a soc.anamnéza

- Z 7.gravidity, perinatálně v normě
- V 7 letech úraz páteře, ve 13 letech úraz hlavy po autonehodě, před rokem zneužití Subutexu
- Matka po nefrectomii pro Ca, otec plný invalidní důchod pro deprese
- 4 sourozenci zdraví, 11- letý bratr EP
- SA: opakuje 8. třídu, matka nezaměstnaná

# Status praesens

166 cm, 72 kg, TK 111/78, akce srdeční  
82/min, dechy 16/min, TT 38,9 st.

Febrilní, striae na prsou a bříše, jizva na čele.

Hrdlo klidné, uzliny nezvětšeny, dýchání  
čisté, akce pravidelná, ozvy ohraničené.

Bolestivost paravertebrálně dx., bolest  
vystřeluje do dx. ramene

# Vyšetření

- CRP 132....206,9 mg/dl
- KO Leu 10,6, tyč. 17
- Koagulační vyšetření: Quick, APTT N  
D dimér 1235
- Biochemismus v normě, moč a sed.v normě
- RTG P a S – vlevo nad bránicí splývavě zmnožená kresba
- RTG hrudní páteře – bez traumatických změn

## Vyšetření 2

- EKG fr. 103, zátěžové změny s převahou nad levostrannými srdečními oddíly
- ECHO-kardiografie – limitované polohou vsedě, orientačně v normě

# Rizikové chování v oblasti psychosociální

Poruchy chování – krutost ke slabším, ničení  
majetku, záškoláctví, agrese s  
fyzickým násilím

Suicidální chování

Kriminalita mládeže

Úrazy ( nejčastěji dopravní) – riskantní jízda, vliv  
alkoholu a drog

Úrazy ve škole v souvislosti s násilím

# Dokonané sebevraždy

Období	- 14 let	15 – 19 let
1996 - 2000	38	289
2001 - 2005	35	206
2006 - 2010	13	187

Český statistický úřad 2015



# Poruchy reprodukčního zdraví v dospívání

Somatická a psychosociální nezralost

Střídání sexuálních partnerů

Rizika:

STI ( sexual transmitted infections)

Těhotenství v dospívání

Spontánní i indukované aborty

# Coitarché u dívek v ČR

- 15 let 14,5%
- 16 let 37,2%(celkově)
- 17 let 53,6%(celkově)
- 18 let 86,2%(celkově)

(ÚPMD Praha)

# Ne-klasické STI u adolescentů

- **Studie USA** — Forhan S.E. et al. Pediatrics 2009, 124, p.1505-1512

838 dívek (14-19 let) – moč LCR + vaginální stěry

- u 25% sexuálně aktivních jakákoli STI
- u 18% HPV infekce
- u 7% chlamydie

- **Studie ČR** — Kacena K.A. et al. Sex Trans Dis 2001, 28, p. 356-362

233 dívek (15-20 let průměr 16 let) – moč LCR

- u 8,2 % sexuálně aktivních pos. chlamydie

# Potraty v adolescenci ČR

Věk	Indukované aborty (AB)	Spontánní AB	Ektopické gravidity
Do 14 let	34	3	0
15-19 let	1266	357	17

# Prevence SRCH-D

Celospolečenská podpora rodiny

Úkoly zdravotníků:

Být sami odborně erudováni

Informovat správně adolescenty a jejich rodiče

Psychosociální screening

Individuální preventivní poradenství (provázet dospívajícího, nabídnout zdravou alternativu)

# Mentální anorexie a další poruchy příjmu potravy v dospívání

P.Kabíček<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Pediatrická klinika TN a 1. LF UK  
Praha

<sup>2</sup> Subkatedra dorostového lékařství  
IPVZ Praha



# Epidemiologie poruch příjmu potravy (PPP) I.

## Mentální anorexie (MA)

Za posledních 40 let zvýšení incidence i prevalence choroby v rozvinutých zemích

Incidence:

USA (Lucas) 1957 4/100 tis. 1984 16,7/100 tis.

15-19 let 59/100 tis. Dívky:chlapci 10:1

Prevalence: Evropa 0,3 – 1% dospívajících  
ČR cca 0,5% dospívajících

# Epidemiologie PPP II.

- Mentální bulimie (MB)

Výrazný vzestup v 90. letech minulého století

Výskyt 2-3x vyšší než MA, ale velká část případů není diagnostikována

- Nově vznikající PPP ?

Syndrom nočního přejídání

Záchvatovité přejídání

Ortorexie ? Bigorexie-muskulární dysmorfie?



# PPP - klinická klasifikace

- Mentální anorexie – restriktivní typ
  - purgativní typ
- Mentální bulimie – purgativní typ
  - nepurgativní typ
- Atypické a nespecifické formy PPP

EDNOS (eating disorder not otherwise specified)

# Příčiny MA

- **Biologické vlivy:**
  - změny centrálních neurotransmiterů
  - genetické predispozice
- **Psychické faktory:**
  - typ osobnosti
  - typ rodiny
- **Sociokulturní faktory**
  - povolání a sportovní zaměření
  - ideál štíhlosti

# Genetické vlivy na vznik MA

- **Rodinné studie MA**

příbuzní pacientů 10x vyšší riziko MA

u sourozenců v 3-10%

u matek v 6-14%

- **Studie dvojčat**

v 25 – 50% u jednovaječných

v 10 % u dvojvaječných

- **Asociační a vazebné studie – hledání polymorfismů u sledovaných genů**

serotonin, noradrenalin, receptory pro estrogeny, dopaminergní receptory.

# Sociokulturní teorie

- „Západní ideál ženské krásy“
- Štíhlost - symbol krásy a úspěchu;
- Balet, modeling; vytrvalostní sporty, gymnastika

# Kritéria MA (DSM IV, DSM V)

- Intenzivní strach z obezity
- Porucha vnímání vlastního těla
- Odmítání udržet tělesnou hmotnost nad spodní hranicí normálu pro příslušný věk
- Chtěný váhový úbytek o 15% nebo absence očekávaného váhového přírůstku vyšší než 15%
- Rozsáhlá endokrinní porucha hypotalamo-hypofyzární-gonádové osy, u žen amenorea



# Další příznaky podporující dg.MA

- Zvracení
- Zácpa
- Klidová bradykardie pod 60/min
- Hypotenze pod 90/60
- Sklon ke lhavosti, podvádění a krádežím  
(Faltus)

# Anamnéza u susp.MA

- Chtěné snížení váhy
- Diety – stravování v rodině, přesně jídelníček
- Cvičení – intenzita
- Bolesti břicha a zvracení
- Průjem nebo obstipace
- Retardace růstu
- Retardace sekundárních pohlavních znaků, sekundární, ale i prim. amenorea

# Fyzikální vyšetření: hypometabolický a hypotermický stav

- Kachexie
- Akrocyanóza
- Lanugo
- Hematomy nad obratli a pánevními kostmi
- Bradykardie
- Hypotenze



# Laboratorní vyšetření – dlouho zcela normální nálezy

- Iontové změny při dehydrataci
  - intoxikaci vodou
  - zvracení
  - laxativa
  - diuretika
- Metabolická alkalóza, později acidóza
- Zvýšení ALT,AST,steatóza jater, zvýšený cholesterol
- Moč keto +

# Diferenciální dg.váhového úbytku a odmítání stravy

- Chronické choroby všech orgánových systémů
- Endokrinopatie
- Nádorová onemocnění
- Expanzivní procesy v CNS
- Jiná psychiatrická onemocnění (deprese)

# Terapie MA

- Dlouhodobá psychoterapie
- Režimová opatření
- Medikamentózní léčba  
(hormonální substituce, neuroleptika,  
anxiolytika, antidepresiva)

# Režim pro MA

- Výživná, pestrá strava
- Stravování s dohledem
- Zápis stravy
- Denně vážit (za standardních podmínek)
- Po jídle 60 min. na lůžku a na WC s dohledem
- Při neúspěchu enterální výživa event. TPN

# Výživa pacienta s MA

- Postupné zvyšování kalorického příjmu  
1200 – 1500 kcal  
zvyšování o 500 – 700 kcal/týden možné až  
na 3500 – 5000 kcal
- Složení stravy konzultovat s pacientem a  
dietní sestrou
- Krátkodobý cíl – cca 1kg týdně
- Dlouhodobý cíl 90-95% ideální váhy

# Kdy hospitalizovat?

- Výrazný pokles hmotnosti
  - Bradykardie, hypotenze, hypotermie..
- Zvýrazněný depresivní syndrom
- V případech patologické rodinné interakce týkající se jídla a váhy dítěte
- Déle trvající stagnace váhy v ambulantní léčbě

# Komplikace MA I.

- Srdce
  - zmenšování svalové hmoty
  - levé komory
  - dysrytmie
  - degenerativní kardiomyopatie
- GIT
  - zpomalení evakuace žaludku
  - ak.pankreatitida
  - steatóza jater

# Komplikace MA II.

- Kostí                                  růstová retardace  
osteoporóza
- Reprodukční orgány              hypoplázie dělohy  
infertilita
- Ledviny a CNS                      vzácné



# Kritéria mentální bulimie (MB) (DSM IV) (DSM V)

- Rekurentní epizody rychlé konzumace většího množství stravy v krátké časové periodě
- Pocit selhání kontroly jídelního chování v době epizody
- Pravidelné vyvolávání zvracení,abusus laxativ a diuretik, striktní diety a vysilující cvičení
- Min. 2 epizody (1 epizoda) v týdnu v posledních 3 měsících
- Nadměrná koncentrace na postavu a tělesnou váhu

# Závěr:

- PPP se vyvíjejí skrytě v populaci „dietujících“ dospívajících
- Při zjištění PPP neponechávat pacienty bez odborné péče !
- Dobrou prognózu předpokládá multidisciplinární přístup a souhlasné působení rodiny a léčebného týmu.