

# Ēšanas traucējumu diagnostika un ārstēšana bērniem un pusaudžiem

## Klīniskais algoritms

Autore: Ilze Mežraupe, psihiatrs, psihoterapeits

Darba grupa Ņikitas Bezborodova vadībā: Elmārs Tērauds, psihiatrs, Mikus Dīriks, bērnu neirologs, Zanda Pučuka, pediatrs, Reinis Siliņš, ģimenes ārsts, Anete Masaļska, bērnu psihiatrs, Marina Svētiņa, uztura speciālists, Ieva Bite, klīniskais psihologs, Nils Konstantinovs, klīniskais psihologs, pusaudžu psihoterapijas speciālists, Laila Pāpe (Aksjonenko), klīniskais psihologs, Ija Cimdiņa, bērnu psihiatrs

Saīsinājumi.....	3
Algoritma shēma.....	4
I. Vispārīga informācija .....	5
Ievads .....	5
Algoritma uzdevumi.....	6
Algoritma lietotāji .....	6
Prioritātes algoritma ieviešanā .....	6
II. Rekomendācijas .....	8
1. Bērni un pusaudži ar aizdomām par ĒT [1; 2; 6] .....	8
2. Primārā medicīniskā izvērtēšana primārajā un sekundārajā aprūpē [1].....	9
3. Nav ĒT — citu slimību ārstēšana pēc to algoritmiem .....	13
4. Zemas riska pakāpes ĒT pacienti — konsultatīva uzraudzība.....	13
5. Augstas somatiska riska pakāpes pacienti.....	14
6. Paaugstinātas un vidējas riska pakāpes pacienti .....	16
7. Augsta psihiatriska riska pacienti — ārstēšana psihiatrijas nodaļā.....	17
8. Specializēta ĒT ārstēšana [1; 2; 4; 7] .....	17
9. Multidisciplinārā intervence [1; 7].....	19
Psiholoģiskā intervence.....	21
Uztura terapija ēšanas traucējumu gadījumos.....	23
Indikācijas enterālai barošanai.....	25
Pārbarošanas ( <i>re-feeding</i> ) sindroms .....	25
Veģetāra un vegāniska uztura modelis .....	26
Šķidrums un elektrolīti .....	26
Uztura terapija .....	26
Kritēriji liekā svara un aptaukošanās noteikšanai .....	27

Atsauces .....	29
Pielikumi .....	30
1. pielikums “Riska pakāpes novērtēšana jauniem pacientiem ar ēšanas traucējumiem” ...	30
2. pielikums “SCOFF aptauja” .....	33
3. pielikums “Ēšanas traucējumu noteikšanas aptauja EDE–Q 6.0” .....	34
5. pielikums “Augšanas un ŪMI līknes un formula ŪMI noteikšanai” .....	38
6. pielikums “Kritiskā stāvokļa novērtējums un taktika stacionārā” .....	43

## Saīsinājumi

**AN** — *anorexia nervosa*

**AST** — autiskā spektra traucējumi

**AT-ĒT** — atipiski ēšanas traucējumi

**BN** — *bulimia nervosa*

**DT** — datortomogrāfija

**DEXA** — osteodensitometrija

**EDE-QS** (*Eating disorder Examination questionnaire-Short*) — īsā ēšanas traucējumu noteikšanas aptauja

**EDE-Q** (*Eating disorder Examination questionnaire*) — ēšanas traucējumu noteikšanas aptauja

**ĒT** — ēšanas traucējumi

**ĢĀ** — ģimenes ārsts

**KBT** — kognitīvi biheiviorālā terapija

**KP** — kompulsīva pārēšanās (*binge eating*)

**kcal** — kilokalorija

**ĶMI** — ķermeņa masas indekss

**KVS** — kardiovaskulārās slimības

**Junior MARSIPAN** (*Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa*) — smagi slimu pacientu ar anoreksiju līdz 18 gadu vecumam veselības aprūpes vadība

**MR** — magnētiskā rezonanse

**NICE** (*National Institute for Health and Care Excellence*) — Nacionālais veselības un aprūpes institūts)

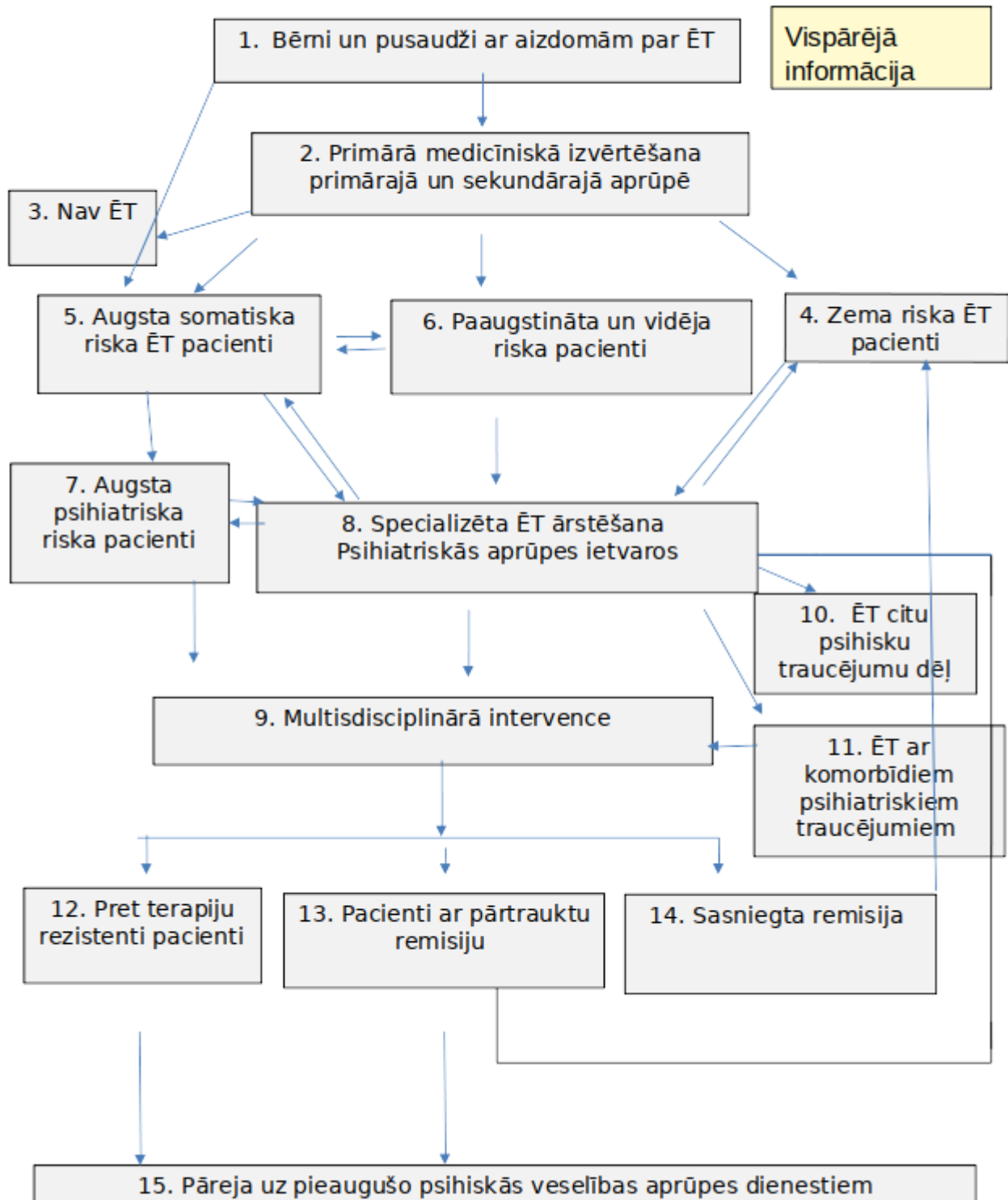
**OKT** — obsesīvi kompulsīvi traucējumi

**pc.** — procentile

**SCOFF** *Questionnaire Test for Detecting Eating Disorders* — tests ēšanas traucējumu noteikšanai

# Algoritma shēma

## Ēšanas traucējumu (ĒT) diagnostika un ārstēšana Klīniskais algoritms



# I. Vispārīga informācija

## Ievads

Ēšanas traucējumi (ĒT) ir specifiski, kompleksi, potenciāli dzīvību apdraudoši psihiski traucējumi, ko raksturo izmainīta domāšana par uzturu un ēšanu, ķermeņa masu, formu un attiecīga uzvedība un kas tālāk ietekmē psihosociālo adaptāciju un somatisko veselību. ĒT kā psihiatrisku traucējumu grupa klasificēti pēc specifiskām psiholoģiskām, uzvedības un psihosociālām pazīmēm.

ĒT tiek iedalīti trīs pamata grupās: *anorexia nervosa* (AN), *bulimia nervosa* (BN), atipiski ēšanas traucējumi (AT–ĒT).

ĒT lielākoties sākas agrīni un attīstās pakāpeniski: AN pārsvarā sākas 13—17 gadu vecumā, pēdējos gados arī 10—12 gadu vecumā, bet BN un kompulsīva pārēšanās (KP) lielākoties attīstās pusaudžu un jauniešu vecumā. Ar ĒT pārsvarā slimo meitenes, jaunas sievietes līdz 30 gadu vecumam, vīrieši slimo retāk — aptuveni 10 % no visiem ĒT gadījumiem.

Ja ĒT netiek ārstēti, tie negatīvi ietekmē veselību un ĒT izraisītās fiziskās un psiholoģiskās sekas var būtiski pasliktināt dzīves kvalitāti pieaugušā vecumā, tāpēc ir svarīga savlaicīga ĒT identificēšana un terapijas sākšana.

- **AN:** smagi traucējumi ar augstu invaliditātes un mirstības risku lielā svara zuduma dēļ, ko izraisījusi nepietiekama ēdiena uzņemšana, neadekvāta šķidruma uzņemšana ar vai bez izvadīšanas, pārmērīga fiziska aktivitāte. Slimību raksturo izvairīšanās sasniegt vecumam un augumam atbilstīgu minimālo normālo svaru, intensīvas bailes no svara pieauguma, ķermeņa uztveres traucējumi, malnutrīcijas izraisīta sekundāra amenoreja vai pubertātes kavēšanās un primāra amenoreja. Nepieciešamība kontrolēt un samazināt svaru pārņem ar AN slima cilvēka domas, dzīvi: ierobežojot uzņemamā ēdiena daudzumu, dažādos veidos izvadot uzņemto pārtiku, ekstrēmi palielinot fizisko slodzi, palielinot vai samazinot uzņemamā šķidruma daudzumu, un tas viss strauji pasliktina pacienta somatisko stāvokli un pakļauj augstam riskam. Izmainīto ēšanas uzvedību un smago somatisko stāvokli pacients neuztver kritiski, tādējādi apgrūtinot ģimenes un medicīnas speciālistu centienus palīdzēt. [9; 10]
- **BN:** atkārtotas pārēšanās un stimulētas izvadīšanas epizodes, raksturīga pārņemība ar domām par svaru un ķermeni, bet svars pārsvarā ir tuvu normālam (nedaudz samazināts vai palielināts). Biežās izraisītās vemšanas epizodes atstāj ietekmi uz somatisko veselību. [9; 10]
- **AT–ĒT** iekļauj klīniski nozīmīgus ēšanas traucējumus, kuru diagnostiskie kritēriji neatbilst AN vai BN. AT–ĒT gaita var būt tikpat smaga kā AN un BN, to identificēšanai un ārstēšanai jāpievērš ne mazāka uzmanība. [9; 10] Viens no biežāk sastopamajiem AT–ĒT ir kompulsīva pārēšanās (**KP**): nekontrolējamās pārēšanās epizodes, tikai atšķirībā no AN un BN pacients necenšas kontrolēt svaru, izraisot izvadīšanu. [9; 10; plašāk skat. 9.3. punktā].

ĒT bieži kombinējas ar emocionāliem traucējumiem un psihiatrisku komorbiditāti (depresiju, trauksmi, OKT, AST, šizofrēniju u.c.), tāpēc ir būtiski ārstēšanas procesā pievērst uzmanību un risināt abus apdraudošos faktorus — emocionālo un fizisko. [10]

ĒT ārstēšana ES valstīs tiek organizēta pēc vadlīnijām. Bērnu un pusaudžu ārstēšanā izmanto starptautiskās *Junior MARSIPAN* [1] un *NICE* vadlīnijas [2], tomēr iespējamo smago somatisko komplikāciju dēļ ĒT identificēšana, diagnostika un ārstēšana ir komplekss process, ne tikai psihiatriska ārstēšana.

ĒT pacientu aprūpē iesaistīti dažādu specialitāšu ārsti un konsultanti, jo traucējumi ir komplikēti, dažādās smaguma pakāpēs un var ietekmēt kā somatisko, tā psihisko veselību, tāpēc svarīga visu līmeņu aprūpes sadarbība.

### **Algoritma uzdevumi**

- Veicināt bērnu/pusaudžu ar ĒT atpazīšanu un diagnostiku visos veselības aprūpes posmos.
- Uzlabot bērnu/pusaudžu ar ĒT vadīšanu, psihosociālu rehabilitāciju un ārstēšanu primārās, sekundārās un terciārās veselības aprūpes līmenī.
- Sekmēt iespējami savlaicīgāku risku izvērtēšanu un mērķtiecīgu, koordinētu pacienta ar ĒT virzīšanu veselības aprūpes sistēmā, efektīvu ārstēšanas procesā iesaistīto speciālistu sadarbību.
- Racionāli izmantot ārstniecības un aprūpes iespējas, mērķtiecīgi izvēloties ar pierādījumiem pamatotas intervences.
- Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un rehabilitācijas plānu.

### **Algoritma lietotāji**

- Ģimenes ārsti
- Psihiatri, bērnu psihiatri
- Pediatri, bērnu ginekologi, endokrinologi, citu specialitāšu ārsti un ārstniecības personas
- Klīniskie, veselības, izglītības psihologi
- Psihoterapeiti
- Dietologi un uztura speciālisti
- Funkcionālie un rehabilitācijas speciālisti
- Medicīnas māsas
- Skolu medicīniskie darbinieki
- Izglītības speciālisti: pedagogi, sporta pedagogi, treneri, interešu izglītības speciālisti

### **Prioritātes algoritma ieviešanā**

Algoritma prioritāte ir organizēt pacienta ar ĒT savlaicīgu, iespējami agrīnu identificēšanu, risku izvērtēšanu un ārstēšanas sākšanu, nodrošinot mērķtiecīgu virzību veselības aprūpes sistēmā un efektīvu sadarbību ar citu specialitāšu ārstiem un citiem veselības aprūpes speciālistiem. ĒT terapijā jānodrošina profesionāla multidisciplināra ārstēšana un ģimenes iesaiste.

#### **Ārstēšanas taktika visos aprūpes līmeņos [5; 6; 9; 10]**

Agrīna identificēšana un intervence samazina kā somatisko, tā psihiatrisko risku un būtiski uzlabo slimības iznākumu.

Visiem medicīnas un ārstniecības atbalsta speciālistiem jābūt informētiem par to, ka ĒT, īpaši anoreksija, ir nopietni traucējumi — ar dzīvību apdraudošām psiholoģiskām un fiziskām komplikācijām, tāpēc jāzina, kā rīkoties, identificējot vai rodoties aizdomām par ĒT.

Izvērtējot bērnu/pusaudzi ar ĒT, veselības aprūpes speciālistiem jāizvērtē un medicīniskajā dokumentācijā jāapraksta somatiskais, psihiskais un uztures stāvoklis, kā arī jāņem vērā attiecību kvalitāte starp pacientu un/vai aprūpētājiem, draugiem, vienaudžiem, skolotājiem.

Sākot terapiju, jāņem vērā vecums, dzimums, seksuālā orientācija, sociālais un ekonomiskais stāvoklis, izglītības līmenis, reliģijas un kultūras tradīcijas, etniskā piederība, komorbiditātes.

#### Atpazīšana un riska izvērtēšana

Neatkarīgi no tā, kurā veselības aprūpes līmenī ĒT patients pirmo reizi identificēts, primāri ir jāizvērtē somatiskie un psihiatriskie riski un jālemj par turpmāko taktiku.

## II. Rekomendācijas

### 1. Bērni un pusaudži ar aizdomām par ĒT [1; 2; 6]

Bērni un pusaudži ar aizdomām par ĒT iespējami ātrāk medicīniski jāizvērtē un jāsniedz viņiem palīdzība. Īpaši svarīgi tas ir augstā somatiskā riska dēļ, ko rada izteiktais svara zudums. Augsta riska pacientiem palīdzība jāsaņem prioritāri.

ĒT gadījumā, kas saistīti ar svara pieaugumu (piemēram, KP), somatiskais risks lielākoties nav akūts, pacientam pakāpeniski attīstās ar aptaukošanos saistītas somatiskās slimības (hipertensija, 2. tipa cukura diabēts, KVS, locītavu problēmas) un ar tām asociētie riski.

#### ĒT var identificēt dažādās vidēs:

- ģimenē,
- bērna/pusaudža izglītības iestādē,
- ārpuskolas nodarbību un sporta nodarbību pulciņos, sekcijās,
- primārajā un sekundārajā veselības aprūpē — ārstniecības iestādēs, kur bērna vecāki vērsušies pēc palīdzības citu sūdzību dēļ.

#### Pazīmes, kam pievērst uzmanību ģimenē:

- ierobežota pārtikas produktu uzņemšana, diētu ievērošana, pēkšņas uztura paradumu izmaiņas, atsevišķu ēdienu izslēgšana no ēdienkartes,
- neparasta, pastiprināta sportošana,
- vemšanas izraisīšana pēc ēšanas vai caurejas līdzekļu lietošana.

Ikgadējās bērna veselības pārbaudēs izglītības iestādē iespējams konstatēt bērna atpalikšanu augšanā, svara un auguma neatbilstību, arī būtisku novājēšanu. Svarīgi ir pamanīt un reaģēt, ja tiek konstatēts:

- svara zudums pret iepriekšējo gadu vai nepietiekams pieaugums attiecībā pret augumu,
- amenoreja,
- bērns vairākus gadus neaug — it kā apstājies pirmspubertātes periodā,
- bērnam vai pusaudzim bieži sūdzības par vājumu, nespēku, salšanu,
- sūdzības par sāpēm vēderā,
- izteikts svara pieaugums.

Ārpuskolas aktivitātes un sporta nodarbības, kas saistītas ar augstu ĒT rašanās risku — piedalīšanās izlases komandās, profesionālais sports, dejošana, balets, modes industrija —, kur rezultātu lielā mērā var ietekmēt bērna/jaunieša svars, kur nereti tiešā veidā tiek rekomendēts pirms sacensībām samazināt svaru vai arī tiek komentētas auguma proporcijas, kas it kā traucējot sasniegt vēlamo rezultātu.

#### Mērķa grupas ĒT identificēšanai:

- bērni, jaunieši ar vecumam neatbilstīgi mazu svaru,
- menstruālā cikla traucējumi, amenoreja,
- jaunieši ar 1. tipa cukura diabētu,
- kuņģa—zarnu trakta darbības traucējumi, badošanās pazīmes,
- pacienti ar atkārtotu vemšanu,
- bērni ar augšanas aizturi,



- pacienti, kas konsultējas sakarā ar palielinātu svaru, bet svars nav palielināts,
- pusaudži ar palielinātu svaru,
- bērni un pusaudži ar selektīvo ēšanu ar ortoreksijas pazīmēm (pārmērīgu uzmanības pievēršanu veselīgam uzturam).

Skat. arī apakšpunktu “Pazīmes un simptomi ĒT identificēšanai” 2. punktā. [3] Orientējošai, bet ne izšķirīgai izvērtēšanai var izmantot *SCOFF* aptauju (pieci jautājumi): vismaz divas pozitīvas atbildes norāda uz iespējamām ĒT (skat. 2. pielikumā).

Ja izglītības iestādē vai ārpuskolas interešu un sporta nodarbību pulciņos/sekcijās rodas aizdomas par ĒT bērnam vai pusaudzim, par situāciju ir jāinformē bērna/pusaudža vecāki un jāiesaka vēršties pie ģimenes ārsta, lai mērķtiecīgi izvērtētu bērna veselības stāvokli.

## 2. Primārā medicīniskā izvērtēšana primārajā un sekundārajā aprūpē [1]

Pārsvārā ĒT pacienti, īpaši AN pacienti (un/vai piederīgie) pie ārsta pirmoreiz nevēršas ar sūdzībām par svara zudumu vai samazinātu uztura uzņemšanu, bet gan ar sūdzībām par amenoreju, aizcietējumiem, sāpēm vēderā, traucējumiem kuņģa—zarnu trakta darbībā, nespēku, matu izkrišanu, pastiprinātu apmatojuma veidošanos u.c. BN un KP pacienti biežāk izsaka sūdzības par kuņģa—zarnu trakta traucējumiem, palielinātu svaru, zobu emaljas bojājumu. Nereti sekas izmainītai ēšanas uzvedībai, kas ir psihisks traucējums, ir somatiska slimība ar tai raksturīgiem simptomiem dažādās smaguma pakāpēs. Tāpēc ārstam svarīgi pievērst uzmanību ne tikai simptomam, par kuru sūdzas pacients vai viņa tuvinieki, bet arī mērķtiecīgi izvērtēt iespējamās cēloņus un sūdzību saistību ar ĒT. Pacients, kas ĒT dēļ ir smagā stāvoklī, var nomirt no somatiskām komplikācijām.

**Primārais uzdevums ir izvērtēt somatiskā un psihiskā riska pakāpi un rīkoties atbilstīgi riska pakāpei!**

*NB!* Mazākiem bērniem un pusaudžiem pirmspubertātes vecumā nenovēro AN tipiskās pazīmes (amenoreju, izteikti zemu KMI), kā arī ĒT raksturīgā uzvedība ir maskēta un ĒT līdzīgi simptomi var liecināt par citu slimību.

### 2.1. Pacienti ar ĒT ambulatorajā medicīniskajā aprūpē

- Vecāki pie ģimenes ārsta vēršas ar sūdzībām par bērna somatiskā veselības stāvokļa pasliktināšanos vai ar aizdomām par ĒT.
- Vecāki vēršas pie *citū specialitāšu ārstiem ambulatorās ārstniecības iestādēs*, nosaucot tādu simptomus kā:
  - amenoreja — *bērnu ginekologs*,
  - aizkavēta pubertāte — *bērnu ginekologs, endokrinologs*,
  - sūdzības par kuņģa—zarnu trakta darbības traucējumiem (aizcietējumiem, sāpēm vēderā, apetītes zudumu, izteiktu novājēšanu) — *ģimenes ārsts, pediatrs, gastroenterologs, hematologs, onkologs*,
  - matu izkrišana, nagu trauslums, nagu un ādas bojājums atsevišķiem pirkstiem — *dermatologs*,
  - vispārējs nespēks, ģībšana, sūdzības par sirds ritma traucējumiem (sirdsklauvēm) — *tiek izsaukta NMP vai bērns aizvests uz slimnīcas uzņemšanas nodaļu*,
  - zobu bojājumi — *stomatologs*,
  - sociāla izolēšanās, emocionālas problēmas — *psihoterapeits, psihologs*.

Primārā izvērtēšana, ja bērns pirmo reizi tiek izmeklēts ambulatorā medicīnas iestādē

**Primāri jāizvērtē somatiskā un psihiatriskā riska pakāpe:** vispārējais veselības stāvoklis, klīniskie izmeklējumi, pacienta motivācija ārstēties un gatavība sadarboties plānotajā ārstēšanas procesā, vecāku/aprūpētāju atbalsts un kapacitāte.

Pazīmes un simptomi ĒT identificēšanai [3; 2]

Jāņem vērā, ka visaugstākais ĒT risks ir vecumā no 13 līdz 17 gadiem, pārsvarā meitenēm, slimo arī līdz 10 % zēnu.

### **Uzvedība**

- Diētas ievērošana vai ierobežojoša ēšanas uzvedība (samazināta svara gadījumā).
- Pārmērīga vai izteikti samazināta šķidrums uzņemšana.
- Sociāla distancēšanās, īpaši no situācijām, kas saistītas ar ēšanu.
- Pārmērīgas bažas par svaru vai ķermeņa formu (piemēram, par iespējamu svara pieaugumu kā blakusparādību, — lietojot hormonālās kontracepcijas līdzekļus).
- Kompensējoša uzvedība — caurejas līdzekļu nepamatota lietošana, vemšanas izraisīšana vai pārmērīga fiziska aktivitāte.
- Piedalīšanās aktivitātēs, kas saistītas ar augstu ĒT rašanās risku: profesionālais sports, dejošana, modes industrija.
- Emocionāla nestabilitāte, raudulīgums, miegainība/bezmiēgs, trauksmainība.
- Nekritiska attieksme pret savu izskatu un uztura modeli.

### **Fiziskās pazīmes**

- Fiziskās attīstības aizture (piemēram, vecumam neatbilstīgi mazs svars un/vai augums) vai novēlota pubertāte.
- $\text{KMI}$  neatbilst vecumam — pārāk mazs vai liels. Augšanas un  $\text{KMI}$  līknes skatīt 5. pielikumā. [15]
- Mazākiem bērniem un pusaudžiem pirmspubertātes vecumā nenovēro AN tipiskās pazīmes — amenoreju, izteikti zemu  $\text{KMI}$ , kā arī ĒT raksturīgā uzvedība ir maskēta.
- Straujš svara zudums.
- Problēmas hronisku slimību ārstēšanā ar uztura specifiku, piemēram, 1. tipa cukura diabēts, celiakija.
- Menstruālā cikla un/vai citi endokrīni traucējumi.
- Neizskaidrojamas kuņģa—zarnu trakta problēmas.
- Malnutricija, ieskaitot asinsrites traucējumus, reiboņus, sirdsklauves, ģībšanu, bālumu, aukstus sviedrus.
- Ar vemšanu vai ierobežojošo diētu saistītas sāpes vēderā, ko pilnībā nevar izskaidrot ar medicīnisku stāvokli/diagnozi.
- Neizskaidrojams elektrolītu disbalanss vai hipoglikēmija.
- Netipiska zobu nolietojšanās (erozija).
- Citas psihiskas problēmas.

Primārā izvērtēšana ĢĀ/citu speciālistu ambulatorajā praksē (apakšpunkti 2.1.A—2.1.G)

**2.1.A. *Izslēgt citas slimības.*** Ja nav ĒT, bet ir citas slimības: attiecīgi diagnosticēt un ārstēt.

**2.1.B. *Saprast, vai pacientam ir ĒT.*** Pacientam ir daļa no augstākminētajām pazīmēm un simptomiem. Precizēšanai var izmantot:

- *SCOFF* aptauju (2. pielikums) — sniegs orientējošu informāciju par to, vai pacientam varētu būt ĒT,

- *EDE-Q6.0* (3. pielikums) — aptauja adaptēta latviešu valodā ĒT izvērtēšanai un precizēšanai,
- *EDE-QS* (4. pielikums, *EDE-Q* saīsinātā versija angļu valodā, šobrīd Latvijā nav adaptēta).

**2.1.C.** Ja ir ĒT, pieņemt lēmumu par pacienta ārstēšanas taktiku (ambulatori vai stacionārā).

**2.1.D.** Izvērtēt somatisko risku.

- Vai bērns/pusaudzis neatliekamā kārtā jāstacionē smagā somatiskā stāvokļa dēļ? Ģimenes ārsta kompetencē ir izvērtēt ĒT pacienta stāvokli un atbilstīgi riska pakāpei organizēt turpmāko ārstēšanu valsts veselības aprūpes ietvaros, kā arī informēt par ārstēšanas vai konsultēšanas iespējām privātajā sektorā, ja bērna/pusaudža veselības stāvoklis to atļauj (zema vai vidēja riska pacienti).

### Kritēriji neatliekamai stacionēšanai bērniem [5]

Indikatori stacionēšanai <sup>a</sup> un speciālistu konsultācijām		
Medicīniskais stāvoklis <sup>b</sup>	Sirdsdarbība	< 50 × min.
	Sirds aritmija	
	Posturāla tahikardija	> 20/min.
	Asinsspiediens	80/50 mmHg
	Posturāla hipotensija	> 20 mmHg
	QTc	> 450 msec
	Temperatūra	< 35 °C
	Hipokaliēmija	
	Neitropēnija	
Svars	Bērniem < 75% no sagaidāmā normālā svara vai straujš svara zudums	
<small>Šis vadlīnijas neaizstāj individuālu klīnisko izvērtējumu.  a — bērni būtu stacionējami vispārējā nodaļā.  b — stacionēšana varētu būt nepieciešama arī tad, ja ĒT uzvedība ir nekontrolējama, ārstēšana ārpus stacionāra bijusi neveiksmīga, ir smaga psihiatriska komorbīdāte.</small>		

**2.1.E.** Izvērtēt psihiatrisko risku.

Par smagu psihisko stāvokli liecina:

- suicidālas idejas, suicīda mēģinājumi, indēšanās, paškaitējums. Stāvokļa precizēšanai var izmantot algoritmu “Suicidāla un nesuicidāla paškaitējuma diagnostika un terapija bērniem un pusaudžiem”,
- citas psihiatriskas diagnozes: trauksme, depresija, OKT, šizofrēnija, psihoze.

**2.1.F.** Turpināt izvērtēt riskus:

- 1. pielikums “Riska pakāpes novērtēšana jauniem pacientiem ar ēšanas traucējumiem”. [1] Tajā izvērtēti vairāki parametri, kas palīdzēs lemt par riska pakāpi bērnam/pusaudžim ar ĒT, kā arī palīdzēs paskaidrot vecākiem bērna stāvokli un ar to saistīto medicīnisko palīdzību.
- **Augsta riska** pacientiem jāsniedz neatliekama medicīniskā palīdzība somatiska vai psihiatriskā tipa stacionārā. Ja ārstēšana sākta somatiska/pediātriska tipa stacionārā, pēc somatiskā stāvokļa stabilizēšanas jānodrošina ārstēšanas turpināšana psihiatriskā tipa stacionārā vai dienas stacionārā.

- **Vidēja un paaugstināta riska** pacientiem ģimenes ārsts gādā par specializētu ĒT ārstēšanu psihiatra uzraudzībā, kurš, novērtējot pacienta veselības stāvokli, nodrošinās citu veidu intervenci.
- **Zema riska** pacientiem ģimenes ārsta uzraudzībā jānovēro vispārējais veselības stāvoklis un jānodrošina psiholoģiska un izglītojoša konsultatīva palīdzība.

Citus komorbīdus psihiskos traucējumus ārstē pēc attiecīgajiem klīniskajiem algoritmiem.

Somatiskas blakusslimības ārstē pēc attiecīgajiem klīniskajiem algoritmiem.

**2.1.G.** Ja pacients nav neatliekamā kārtā jāstacionē (riska pakāpe ir paaugstināta, vidēja vai zema), turpina vispārējā stāvokļa izvērtēšanu, somatisko komplikāciju ārstēšanu, organizē konsultāciju pie bērnu psihiatra un ĒT ārstēšanu specializētajos bērnu psihiatriskās aprūpes dienestos.

Primārā fiziskā izvērtēšana	Laboratoriskie izmeklējumi
Augums, svars, KMI, procentiles un standartnovirzes bērniem	Pilna asinsaina
Pulss, asinsspiediens, arī posturāli mērījumi	Urea, elektrolīti, kreatinīns
Temperatūra	Aknu funkciju testi
Elpošanas un elpas (piemēram, ketozes) novērtēšana	Glikozes līmenis asinīs
Perifērās asinsrites un tūskas noteikšana	Dzelzs
Ādas krāsa (piemēram, anēmija, hiperkarotēmija, cianoze)	Kalcijs, magnijs, fosfors
Hidratācija (gļotādu valgums, ādas turgors)	Hormonālie rādītāji: vairogdziedzera funkcionālie rādītāji, FSH, LH, estradiols, prolaktīns
Galvas un kakla pārbaude (siekalu dziedzeru iekaisums, zobu emaljas erozija, gingivīts, konjunktīvas apsārtums)	B <sub>12</sub> , folāti
Ādas, matu un nagu pārbaude (sausā āda, trausli nagi, lanugo, tulznas uz pirkstu dorsālajām virsmām (Rusela zīmes)	Urīna analīzes
SUSS tests: muskuļu spēka pārbaudes	EKG
	Rtg — kaulu vecuma identificēšanai kavētas augšanas gadījumā
	Kaulu densitometrijai ir nozīme 9—12 mēnešus no slimības vai amenorejas sākuma un kā izejas rādītāji pusaudžiem. Rekomendē atkārtot ik pēc 2 gadiem, kamēr DEXA rādītāji nav normāli

## 2.2. Pacienta ar ĒT stacionēšana

### Primārā izvērtēšana, ja bērns pirmo reizi tiek izmeklēts stacionārā

Ja neatliekamās palīdzības nodaļas/uzņemšanas ārstam pēc ĒT identificēšanas pazīmju un simptomu izvērtēšanas [3] (skat. 2.1. punktu) rodas aizdomas par ĒT, pacients jānovērtē, izmantojot tabulu “Riska pakāpes novērtēšana jauniem pacientiem ar ēšanas traucējumiem” (1. pielikums). [6] Šeit izvērtēti vairāki parametri (somatiskie, psihiatriskie), kas palīdzēs speciālistam lemt par riska pakāpi bērnam/pusaudzim ar ĒT un paskaidrot vecākiem bērna stāvokli un ar to saistīto medicīnisko palīdzību.

Darbs ar šiem pacientiem ir komplicēts lielā stresa dēļ, ko rada pacienti un viņu ģimenes. Pediatriem pacientiem bieži vien ir vairāki simptomi anamnēzē un apskates brīdī dažādi laboratoriskie rādītāji, kas jādiferencē.

ĒT pacienti pārsvarā izrāda pretestību ārstēšanai un ilgstoši paliek smagā fiziskā stāvoklī, kas jāņem vērā, komunicējot ar pacienta ģimeni. Dažkārt šādā situācijā speciālistiem ir vēlme pacientu iespējami ātrāk pārvest uz psihiatrisko aprūpi vai nogaidīt, bet ĒT, īpaši AN gadījumā, ja pacients ir smagā fiziskā stāvoklī, būtiskāk par psiholoģisko palīdzību ir stabilizēt pacienta fizisko stāvokli. Tomēr, ja pacients ir augsta riska grupā, primārais ir stabilizēt pacienta fizisko stāvokli somatiskā tipa stacionārā, bet pēc vitālo rādītāju stabilizēšanas var pārvest uz psihiatriska tipa stacionāru.

## 3. Nav ĒT — citu slimību ārstēšana pēc to algoritmiem

Ja pēc izvērtēšanas ārsts konstatē, ka šajā gadījumā simptomus neizraisa ĒT un ka tie saistīti ar citu somatisku slimību, ārstēšanu turpina pēc citu konstatēto slimību algoritmiem.

## 4. Zemas riska pakāpes ĒT pacienti — konsultatīva uzraudzība

(Skat. 1. pielikumu “Riska pakāpes novērtēšana jauniem pacientiem ar ēšanas traucējumiem”.) Pie šīs grupas pieder pacienti ar stabiliem somatiskajiem rādītājiem, pirmo reizi identificēti pacienti slimības sākumposmā vai arī pacienti ar stabilu remisiju.

- **ĢĀ uzraudzība** — sekot vispārējam veselības stāvoklim, svara dinamikai. Jāņem vērā, ka slimībai specifiski no pacienta puses (īpaši AN gadījumā) ir uzrādīt lielu gatavību sadarbībai, kas nereti ir formāla, un ka pacienta sniegtā informācija, piemēram, par diennakti uzņemtā ēdiena daudzumu vai porciju apjomu, būtiski atšķiras no faktiski uzņemtā. Arī vecāku sniegtā informācija var nebūt objektīva, ja ģimenē nav tradicionālas kopīgas maltītes vai arī pacients izvairās ēst ar ģimeni. Rezultātā svara zudums var turpināties un pacienta riska pakāpe paaugstinās.
- **Specializēta ĒT konsultācija bērnu un pusaudžu psihiatriskajā aprūpē (BPPA)** — izvērtēšanai un rekomendācijām.
- Psihiatra konsultatīva uzraudzība, ja ir psihiska komorbiditāte un nepieciešama ārstēšana.
- Uztura speciālista konsultatīva uzraudzība (vēlams ĒT klīnikā vai ar pieredzi ĒT konsultēšanā).
- Psiholoģiska palīdzība — jāņem vērā, ka ĒT saistīti ar psihoemocionāliem traucējumiem un ir nepieciešama psiholoģiska palīdzība ēšanas uzvedības korekcijai.

Ģimenes konsultēšanai ir būtiska nozīme ĒT ārstēšanā, jo bērniem ikdienā jānodrošina ne tikai nepieciešamie pasākumi (ārstu apmeklējums, psiholoģiskā palīdzība, rekomendētais

uzturs), bet arī uztura režīma ievērošana, jāspēj izturēt spriedzi un konfliktus, kas rodas, kad bērnam jāizpilda nozīmētās prasības. Terapijas izvēles principus skat. 9. punktā “Multidisciplinārā interence”.

## 5. Augstas somatiska riska pakāpes pacienti

Pamatā AN pacientus vajadzētu ārstēt specializētai ĒT komandai, tomēr augsta somatiska riska pacientu dzīvība var būt apdraudēta malnutrīcijas izraisītas metaboliskas nestabilitātes dēļ, straujā svara zuduma, biežās vemšanas vai laktatīvu nevajadzīgas lietošanas dēļ, tāpēc šie pacienti neatliekami hospitalizējami somatiskā stacionārā (nepieciešamības gadījumā intensīvās terapijas nodaļā) somatiskā stāvokļa stabilizēšanai.

Neatliekamās palīdzības nodaļā/uzņemšanā pēc tabulas “Riska pakāpes novērtēšana jauniem pacientiem ar ēšanas traucējumiem” (1. pielikums) jāizvērtē pacienta riska pakāpe, ja tāda iepriekš nav noteikta (piemēram, atved vecāki no mājām).

### Augsta somatiska riska pacientu izvērtēšana un taktika stacionārā.

Skatīt 6. pielikumu.

### Malnutrīcijas izvērtējums

Svaram vai  $\text{KMI}$  kā vienīgajam parametram ir ierobežota vērtība jauniešu malnutrīcijas pakāpes novērtēšanā, jo pirmpubertātes un pubertātes vecumā šie rādītāji var būt ļoti variabli. 1995. gadā PVO ieteica 10—18 gadus vecu bērnu  $\text{KMI}$  novērtēšanai izmantot procentiļu tabulas: par malnutrīciju runā, ja  $\text{KMI} < 5$  procentiles. Nesenāka rekomendācija smagas, noteikti ārstējamas malnutrīcijas definēšanai sniegta ANO Uztura apakškomitejas atskaitē:  $< 70\%$  svara attiecīgajam augumam un vai nu abpusēja “bada” tūska (uzspiežot paliek bedrīte), nespēja nostāvēt, vai acīmredzama dehidratācija (Woodruff & Duffield, 2000). Risks nomirt akūtas malnutrīcijas dēļ cieši saistīts ar tās smaguma pakāpi.

### Malnutrīcijas pakāpes:

- viegla malnutrīcija — saglabāti 85—90 % no sākotnējā svara (svara zudums 10—15 %),
- vidēji smaga malnutrīcija — saglabāti 75—84 % no sākotnējā svara (svara zudums 16—25 %),
- smaga malnutrīcija — saglabāti  $< 74\%$  no sākotnējā svara (svara zudums  $> 26\%$ ).

### Kardiovaskulārais risks

*Bradikardija* ir biežs, labi aprakstīts simptoms jauniem cilvēkiem ar AN. Sirdsdarbības frekvence  $< 50 \times/\text{min.}$  ir uztraucoša, bet pastāvīga (miegā un nomodā) frekvence  $< 40 \times/\text{min.}$  ir indikācija pediatra apskatei un lemšanai par nepieciešamību hospitalizēt, lai novērotu un laboratoriski izmeklētu. Absolūtais sirdsdarbības frekvences skaitlis ir tikai indikatīvs. Daudz lielāka uzmanība jāpievērš, ja pulsa frekvence ir normāla vai pat palielināta, lai gan ir samazināts svars vai hipotensija. Sirdsdarbības frekvenci var ietekmēt pacienta stāvoklis (stāvus) vai stress. Jāveic EKG, lai izslēgtu blokādi kā bradikardijas iemeslu.

*Sinusa aritmija* — jauniem cilvēkiem bieži, bet *per se* nav iemesls satraukumam. Jauniešiem ar ĒT aritmijas cēloņi var būt vairāki: samazināts svars, pagarināts *QTc*, elektrolītu disbalanss un medikamenti. Jebkura aritmija jāizmeklē, lai izslēgtu koriģējamu iemeslu. Aritmijas, kas var izraisīt kardiovaskulāru šoku, nekavējoties jāārstē, jāveic vitālo rādītāju uzraudzība, līdz pēkšņas nāves/šoka risks ir mazināts. Pagarināta *QT* iemesli ir vairāki (malnutrīcija,

hipokaliēmija un citu elektrolītu līmeņa izmaiņas), bet pētījumu rezultāti ir pretrunīgi par to, vai AN gadījumā ir saistība starp samazinātu svaru, pagarinātu *QT* un pēkšņu nāvi. Tomēr kardiovaskulārā riska izvērtēšanai ieteicams izmantot *QT* — ja pēc normām vecumam un dzimumam tas ir pagarināts, nepieciešama tālāka izmeklēšana stacionārā un kardiologa konsultācija.

*Hipotensija.* Asinsspiediena mērījumi jāinterpretē pēc vecuma un dzimuma tabulām.

*Ģībonis un pirmsģīboņa simptomi* jauniem cilvēkiem ir bieži, bet īpaši bieži jauniešiem ar samazinātu svaru un ĒT. Ģībonis var būt kardiovaskulāras nestabilitātes pazīme un norādīt uz pēkšņas kardiovaskulāras nāves risku.

*Ortostatiska hipotensija* novērojama jauniešiem ar samazinātu svaru, norādot, ka izjaukti normālie homeostāzes mehānismi, kas, cilvēkam mainot pozu, kontrolē asinsspiedienu. Ja piecēloties asinsspiediens pazeminās vairāk nekā par 15 mmHg vai par 0,4—2 procentilēm, pacients ir jāstacionē.

*Vāja perifērā perfūzija* (aukstas rokas, bāla vai cianotiska perifērija, pagarināts rekapilarizācijas laiks) — bieži novērojama AN pacientiem ar samazinātu svaru. Šā simptoma nozīme riska izvērtēšanā nav īsti skaidra.

Kardiālā riska kontrolei nepieciešamie resursi:

- sfigmomanometrs ar piemērota izmēra manšeti,
- 12 novadījumu EKG aparāts,
- monitors,
- atbilstīga izmēra regulējama gulta,
- aprīkojums atdzīvināšanas pasākumu veikšanai.

### Dehidratācija un tūska

Dehidratācijas pakāpi nosaka, izvērtējot gļotādas, acis (ir “iekritušas” vai nav), ādas turgoru, pulsu, asinsspiedienu un rekapilarizācijas laiku, precizējot datus par diurēzi un svara izmaiņām pēdējā laikā.

Samazināta svara pacientiem ar ĒT parasti ir tendence uz bradikardiju, tāpēc normāla vai palielināta sirds darbības frekvence var liecināt par hipovolēmiju. Šiem pacientiem nav vienas specifiskas pazīmes, kas liecinātu par hipovolēmiju, tāpēc jāvērtē pazīmju kopums. Malnutrīcijas gadījumā hipovolēmija jākorģē īpaši uzmanīgi, domājot par iespējamu sirds mazspēju. Drošāka taktika būtu nozīmēt šķidrumu nelielām porcijām.

Tūskas etioloģija parasti ir daudzfaktoru un liecina par hipoalbuminēmiju, barības vielu nepietiekamību, iegūtu sirds mazspēju vai pārbarošanas sindromu (metaboliskas izmaiņas, kas rodas, atsākot barošanu, sekas var būt nopietnas, arī letālas).

### Elektrolīti

Pacientiem ar ĒT elektrolītu līmenis var būt normāls pat tad, ja viņu somatiskais stāvoklis ir smags.

*Kālijs (K).* Normāls līmenis serumā ir 3,5—5,5 mmol/l. Šiem pacientiem var būt gan hipo-, gan hiperkaliēmija. Hipokaliēmija, visticamāk, ir izraisītās vemšanas dēļ, var būt asociēta ar metabolisku alkalozu, ko nosaka venozo asins gāzu analīzē. Hipokaliēmija un acidoze liek domāt par laksatīvu pārmērīgu lietošanu.

Perorālo kālija preparātu lietošana nereti ir neiespējama garšas dēļ, tie var provocēt vemšanu, taču tas pasargā no nejaušas pārdozēšanas.

Ja K līmenis < 3 mmol/l, nepieciešama stacionēšana un intravenoza K līmeņa korekcija. K līmenis < 2,5—2 mmol/l ir indikācija intensīvai uzraudzībai un, iespējams, nepieciešama centrālā venozā pieeja un atrašanās intensīvās terapijas nodaļā.

*Nātrijs (Na).* Normāls līmenis serumā ir virs 135 mmol/l. Hiponatrēmija sastopama retāk, tās iemesls var būt pārmērīga dzeršana, lai slēptu ķermeņa masas zudumu. Var liecināt arī par sepsi, neadekvātu antidiurētiskā hormona hipersekrēciju, pārmērīgu Na zudumu diarejas/vemšanas vai jatrogēnu iemeslu dēļ. Hiponatrēmija nozīmē, ka pacients ir smagā stāvoklī. Jāatzīmē, ka Na līmenis serumā pilnībā neatspoguļo kopējo Na līmeni, tāpēc jānosaka arī elektrolītu līmenis urīnā. Hiponatrēmija dehidratācijas/hipovolēmijas kontekstā padziļina hipokaliēmiju. Jānoskaidro hiponatrēmijas iemesls, ja ir šaubas par etioloģiju, jāveic pilnīga izmeklēšana — klīniskās pazīmes, hidratācijas pakāpe un Na daudzums urīnā.

(!) Jāatceras, ka ārstēšana var ietekmēt Na koncentrāciju urīnā (piemēram, fizioloģiskais šķīdums vienmomenta intravenozas injekcijas veidā).

*Hipokalcēmija un hipomagnēmija nav tik bieži sastopamas.*

### Asinsaina

Izmaiņas hematoloģiskajos rādītājos var būt vērojamas jebkuram bērnam/jaunietim ar malnutrīciju, arī AN pacientiem, taču šīs izmaiņas izzudīs, pieņemoties svarā un uzlabojot ēšanas paradumus. Var būt vērojama leukopēnija (īpaši neitropēnija) un trombocitopēnija. Anēmiju grūtāk pamanīt dehidratācijas dēļ. Nav pierādījumu, ka AN pacientiem ar leukopēniju būtu augstāks infekciju risks. Jāatceras par diferenciāldiagnozēm asinsainas izmaiņu gadījumā, piemēram, hematoloģiskām diagnozēm (leikēmijas un limfomas izpausme var būt svara zudums un pancitopēnija), akūtām (sepsi) un hroniskām (tuberkuloze) infekcijām.

### Bioķīmiskie rādītāji

Smagas malnutrīcijas gadījumā kreatinīna līmenis serumā ir zems (maza muskuļu masa), *urea* paaugstināts (pastiprināts katabolisms). Kreatinīna līmenis var augt, ja notiek nozīmīga muskuļaudu sabrukšana, dehidratācijas dēļ ir samazināta nieru perfūzija vai ir primārs nieru bojājums. Tāpēc uzmanīgi jāvērtē *urea* un kreatinīna līmeņa pieaugums kopā ar hidratāciju, lai izvairītos no nevajadzīgas un potenciāli bīstamas rehidratācijas ar lieliem šķidruma tilpumiem.

### Taktika kritiska stāvokļa ĒT pacientu ārstēšanā

*Kritiskā stāvokļa — riska izvērtēšana stacionārā.* Skat. 6. pielikumu “Kritiskā stāvokļa novērtējums un taktika stacionārā”.

Vienlaikus tiek sākota psihodiagnostika, psihologa konsultācijas, darbs ar ģimeni, ĒT speciālista (psihiatra) konsultācijas, lai pēc stāvokļa stabilizēšanas sāktu specializētu ĒT ārstēšanu psihiatriska tipa klīnikā.

## **6. Paaugstinātas un vidējas riska pakāpes pacienti**

(Skat. 1. pielikumu “Riska pakāpes novērtēšana jauniem pacientiem ar ēšanas traucējumiem”).

Paaugstinātas un vidējas riska pakāpes ĒT pacientiem jānodrošina specializēta multidisciplināra palīdzība ambulatori: psihiatrs, pediatrs, uztura speciālists un psihologs.



Vietās, kur nav specializētas ĒT ārstēšanas iespēju, ārstēšana notiek bērnu psihiatra/psihiatra un ĢĀ uzraudzībā, iespējami iesaistot psihologus, psihoterapeitus, tādā veidā nodrošinot multidisciplināru pieeju.

ĒT ārstēšanā nepieciešama ģimenes līdzdalība, ārstiem un aprūpes speciālistiem ir jāsniedz nepieciešamā informācija un atbalsts ārstēšanas un ēšanas uzvedības atjaunošanā. Pasliktināšanās gadījumā — svara zudums turpinās, izteikta pretestība atsākt ēst, pasliktinās somatiskais vai psihiskais stāvoklis — apsvērt stacionēšanu pediatrijas nodaļā vai bērnu psihiatrijas nodaļā.

Ārstēšanas procesā būtiska nozīme ir vecāku atbalstam un sadarbībai ar speciālistiem.

Terapijas izvēles principus skatīt 9. punktā “Multidisciplinārā intervence”.

## **7. Augsta psihiatriska riska pacienti — ārstēšana psihiatrijas nodaļā**

Pacienta neatliekama stacionēšana psihiatriska tipa nodaļā nepieciešama akūta psihiatriska stāvokļa gadījumā:

- suicidālas domas, darbības,
- paškaitējums,
- psihotiski traucējumi un citi apziņas traucējumi — apjukums, delīrijs (jāizslēdz citas slimības, kas varētu izsaukt simptomus).

1. Jauniešiem ar ĒT ir paaugstināts paškaitējuma un suicīda risks.
2. Jauniešiem, kas ārstēšanas laikā ir fiziski ierobežoti (stacionēti) un kas uz mēģinājumu atsākt ēst vai uzsākt barošanu reaģē kā uz piespiešanu un vardarbību, ir īpaši augsts suicīda un paškaitējuma risks.
3. Pacienta motivācija sadarboties ārstēšanas procesā ir būtiska pozitīva rezultāta sasniegšanai.
4. Jauniešiem ar ĒT un samazinātu svaru bieži pasliktinās uzmanības un koncentrēšanās spējas.
5. Apjukums un delīrijs ir smags stāvoklis, kam jāpievērš pastiprināta uzmanība, jo var liecināt par pārbarošanas sindromu, Vernikes encefalopātiju vai par infekciozu, metabolisku vai neoplastisku procesu galvas smadzenēs. Šādos gadījumos jāveic neiroloģiska izmeklēšana, DT vai MR, īpaši, ja ĒT izpaužas atipiski.

## **8. Specializēta ĒT ārstēšana [1; 2; 4; 7]**

Specializēta ĒT ārstēšana pārsvarā notiek psihiatrijas dienesta ietvaros:

- augsta riska pakāpes pacientiem — psihiatrijas stacionāra nodaļā,
- paaugstinātas/vidējas riska pakāpes pacientiem — dienas stacionārā vai konsultatīvi,
- zemas riska pakāpes pacientiem — konsultatīvi.

### **Diagnostika un ārstēšanas plāna izveide**

- ĒT diagnozes precizēšana, ar ĒT saistīto komplikāciju un risku atkārtota izvērtēšana,
- pacienta psihoemocionālā stāvokļa un motivācijas ārstēties izvērtēšana,
- aprūpētāju/vecāku kapacitātes sadarboties un piedalīties terapijas procesā izvērtēšana,
- sociālās vides riska faktoru izvērtēšana,
- ārstēšanas plāna izveidošana,

- aprūpētāju un pacienta izglītošana un iepazīstināšana ar ārstēšanas plānu, iesaisti un iespējamajām grūtībām,
- veidojot ārstēšanas plānu, ārstniecības personas pienākums ir sniegt vecākiem un pacientam informāciju par ārstēšanās iespējām un pieejamību valsts veselības aprūpes sistēmā, kā arī par citām iespējām.

### Ārstēšanas pamatprincipi

- 1) ĒT specializētas ārstēšanas taktikas pamatprincips ir multidisciplināra pieeja — ārstēšanas procesā piedalās dažādi speciālisti. Ideālā variantā šie speciālisti strādā vienā komandā. Ja tas nav iespējams, tad rūpīgi jāplāno komunikācija un speciālistu sadarbība, lai nodrošinātu ātru, mērķtiecīgu un kvalitatīvu veselības aprūpi.
- 2) Iespējami ātrāk un maksimāli intensīvi sākt ārstēšanu, kas vērsta divos virzienos:
  - a) fiziskā riska mazināšanai nepieciešamie pasākumi (analīzes, EKG, nepieciešamo speciālistu konsultācijas), ēšanas režīma atjaunošana,
  - b) psihosociālā rehabilitācija — ēšanas uzvedības koriģēšana, slimības psihoemocionālo cēloņu risināšana, personības stiprināšana, darbs ar vecākiem (ģimeni) daudzdisciplīnu komandā, ģimenes atbalsts. Bērna/pusaudža vecāki jāizglīto par slimību, riskiem un sekām, jāinformē par ārstēšanas plānu un metodēm. Jānodrošina psiholoģiska intervence vecākiem.
- 3) Regulāri izvērtēt somatiskā un psihiatriskā riska kritērijus — ārstēšanas procesā svarīgi ir iespēju robežās nepieļaut stāvokļa pasliktināšanos, tāpēc regulāri jāseko gan pacienta psihiskajam stāvoklim — vai nepasliktinās emocionālais stāvoklis (trauksme, depresija, OKT, paškaitējums, suicīda draudi), ēšanas uzvedība, sadarbošanās ārstēšanas procesā, gan arī vispārējam somatiskajam stāvoklim. Pasliktināšanās gadījumā jāizvērtē izmaiņu smagums un riska pakāpe (skat. 1. pielikumu “Risku pakāpes novērtēšana jauniem pacientiem ar ēšanas traucējumiem”) un samērīgi tam jāveic nepieciešamie medicīniskie pasākumi.
- 4) Sadarbība ar ģimeni — būtiska ārstēšanas procesā ir ģimenes iesaiste. Vecāku satraukums par bērna veselības stāvokli nereti predisponē tam, ka bērns atveseļojas. Turklāt vecāki ir vienīgais mierinājuma avots smagi slimiem bērniem un pusaudžiem, kas ārstēšanās sākumā (atsākot ēst) var būt nobijušies un ļoti satraukti, lai gan izturības noliedzot un ārēji uzvedas pašdestruktīvi. Pirmspubertātes vecuma bērniem ar AN stacionēšana var izraisīt atdalīšanas trausmi.

Anoreksija izmaina un organizē pacientu un tuvinieku uzvedību veidā, kādā pirms bērna saslimšanas ar AN viņi nekad nebūtu uzvedušies (piemēram, cerībā, ka bērns ēdīs, pusnaktī brauc uz speciālu veikalu nopirkt speciālus produktus). Līdz brīdim, kad stāvoklis pasliktinās līdz nepieciešamībai ārstēties slimnīcā, pacienti ir ļoti atkarīgi no vecāku atbalsta, un pēkšņas izmaiņas attiecībās un komunikācijā var nebūt palīdzošas. Tajā pašā laikā nav iespējamas pacienta ēšanas uzvedības pārmaiņas, ja nemainās apkārtējo uzvedība un reakcija. Būtiski ir panākt izmaiņas ģimenes un pacienta mijiedarbībā.

Svarīgi ir saglabāt sadarbību ar vecākiem un vecāku atbalstošo, iedrošinošo attieksmi pret bērnu, tāpēc ārstēšanas procesā jānodrošina atbalsts vecākiem: psiholoģiska palīdzība, izglītošana par slimību, tās riskiem, ēšanas režīma atjaunošanu, kā arī jāpalīdz pārvarēt kritiskos periodus ārstēšanas laikā (piemēram, svaram sasniedzot iedomāto ideālo skaitli, kas, visticamāk, ir būtiski mazāks par minimālo normālo svaru, pacients sāk pastiprināti sportot vai samazināt porcijas, kas izraisa konfliktus ģimenē).

Ģimenei ārstēšanas procesā ir jāsniedz atbalsts, regulāra informācija, kā arī psiholoģiskā intervence.

Ja tas ir iespējams, pacientam multidisciplināru, secīgu un regulāru aprūpi, kas iekļauj augstākminētos pasākumus, nodrošina dienas stacionārā. Ja tas nav iespējams — aprūpi var organizēt, iesaistot nepieciešamos speciālistus un koordinējot komunikāciju. Šādās situācijās vadošais ārsts var būt ĢĀ vai psihiatrs.

Ārstniecības personas pienākums ir sniegt vecākiem un pacientam informāciju par ārstēšanās iespējām un pieejamību valsts veselības aprūpes sistēmā, kā arī par citām iespējām.

### ***Ārkārtas situācijas ĒT ārstēšanā***

*Par ārkārtējām uzskatāmas situācijas, kad pacients (bērns, pusaudzis) vai vecāki atsakās no ārstēšanas stacionārā, lai gan bērna somatiskais stāvoklis ir smags un apdraud dzīvību.*

1. Pacienta stāvoklis pēc riska izvērtēšanas pilnībā atbilst augsta riska pakāpei, ir augsts risks akūtām somatiskām komplikācijām, kas var rezultēties ar nāvi vai invaliditāti, un nepieciešama ārstēšanās stacionārā, bet pacients un/vai vecāki tam pretojas.
2. Pacienta stāvoklis atbilst paaugstināta riska pakāpei, ārstēšanu nepieciešams uzsākt stacionārā vitāli svarīgo funkciju uzlabošanai, stabilizēšanai, bet ir pretestība ārstēties un/vai vecāku nepietiekama izpratne par pacienta stāvokli, nepietiekama sadarbība (izņem no stacionāra, nenodrošina ambulatoro uzraudzību, nozīmēto rekomendāciju izpildi).
3. Pēc pacienta un/vai aprūpētāju/vecāku iniciētas ārstēšanas pārtraukšanas pacients ierodas uz apskati vai nonāk stacionārā smagākā stāvoklī nekā pēdējās apskates laikā (svara zudums, svars nemainās — saglabājas kritiski mazs, pasliktinājies somatiskais stāvoklis).

Ja pacienta veselības stāvoklis atbilst kādai no šīm situācijām, bet pacients vai likumiskie pārstāvji nepiekrīt ārstēšanās nepieciešamībai, tad speciālists var izmantot likumā noteiktās tiesības nepilngadīga pacienta ārstēšanai bez viņa vai viņa likumisko pārstāvju piekrišanas. Kā šo procedūru, tā ārstēšanas procesu kopumā regulē Ārstniecības likuma un Pacientu tiesību likuma attiecīgie panti.

## **9. Multidisciplinārā intervence [1; 7]**

Specializētu multidisciplināru ĒT ārstēšanas komandu vada psihiatrs, kura galvenais uzdevums ir precizēt iepriekš noteikto diagnozi, slimības smaguma pakāpi, komorbiditātes, izveidot ārstēšanas plānu un vadīt ārstēšanas procesu. ĒT specializētā multidisciplinārā komanda regulāri satiekas apspriedēs ārstēšanas gaitas, progresa, grūtību izvērtēšanai.

### **Multidisciplinārās komandas dalībnieku loma [8]**

Komandas darbā un sadarbībā un laba veselības aprūpes servisa nodrošināšanā būtiskas ir labas darba attiecības. Efektīva komandas darba galvenie elementi ir vienošanās par mērķiem, ārstēšanas plānu, efektīva komunikācija, zināmi pamatnoteikumi, skaidri pienākumi katram komandas darbiniekam un kompetenta vadība.

Tā kā iespējas dažādos reģionos atšķiras, tad multidisciplināras komandas neesības gadījumā var konsultatīvi iesaistīt dažādu līmeņu speciālistus, lai ārstēšanas procesā nodrošinātu daudzdisciplīnu pieeju. Iesaiste var būt atkarīga arī no ārsta kompetences un ieinteresētības.

## **Multidisciplinārās komandas dalībnieku galvenie uzdevumi, loma komandā**

### Gimenes ārsts:

- agrīna identificēšana un stāvokļa smaguma izvērtēšana,
- nosūtījuma uz atbilstīgo aprūpi noformēšana,
- pastāvīga konsultatīva uzraudzība.

### Bērnu un pusaudžu psihiatriskās aprūpes komanda (BPPAK)

ĒT ārstēšanā bērnu psihiatrijas nodaļās, klīnikās piedalās BPPAK.

*Komanda* (kurā ietilpst bērnu psihiatrs, medicīnas māsa (psihiatrijas), māsas palīgs, aprūpes menedžeris, psihologs un/vai psihoterapeits, pediatrs, uztura speciālists un/vai dietologs, fizioterapeits, kā arī atbilstīgi klīniskajai situācijai tiek piesaistīti citi speciālisti):

- nodrošina ārstēšanu un var būt veselības aprūpes daļa ar sabiedrības atbalstu,
- ir iesaistīta lēmuma pieņemšanā par pacienta uzņemšanu un turpina uzraudzību visu ārstēšanas procesu, atbild par izrakstīšanas plānošanu.

### Pediatri (pēc 18 gadu vecuma sasniegšanas — terapeits):

- iesaistīts pacienta uzņemšanā potenciāli nopietno somatisko komplikāciju dēļ,
- medicīniska novērošana un ikdienas ārstēšanas vadīšana,
- var būt vadošais klīnicists.

### Bērnu psihiatrs:

- iesaistīts uzņemšanā bērnu psihiatrijas nodaļā,
- vispārēja izvērtēšana, diagnostika un psihiatrisko stāvokļu vadīšana,
- var būt vadošais klīnicists/speciālists ārstēšanas procesā (pacientam un ģimenei).

Aprūpes menedžeris/vadītājs/koordinators (medicīnas māsa/ārsta palīgs. Ja šādu iespēju nav, pacienta vadību veic ārstējošais ārsts):

- aprūpes koordinēšana un vispārēja uzņemšanas vadība bērnu psihiatrijas nodaļā,
- atbildība par ārstēšanas uzdevumu izpildi un pabeigšanu,
- ārstēšanas procesa gaitas vadīšana no uzņemšanas brīža līdz izrakstīšanai un konsultatīva uzraudzība.

### Klīniskais psihologs/psihologs:

- psiholoģiskā izvērtēšana (psihodiagnostika vai psiholoģiska izpēte nepieciešama psihiatriskā stāvokļa (depresijas, trauksmes, domāšanas traucējumu, OKT simptomu u.c.) izvērtēšanai) un psiholoģiskās palīdzības izvēle un plānošana,
- psiholoģiskā intervence:
  - ģimenes terapija,
  - individuāla terapija,
  - biheiviorālā terapija,
  - motivācijas veicināšana,
  - grupas terapija.

### Uztura speciālists/dietologs

- uztura kvalitātes (uzturu stāvokļa) novērtēšana,
- izglītošana par uzturu (lekcijas, konsultācijas, praktiskās nodarbības),
- individuālo uztura rekomendāciju sagatavošana pacientam ar ĒT,
- atbalsta un konsultatīvas uzraudzības nodrošināšana, uztura rekomendāciju īstenošana stacionārā un ambulatori.

## Psiholoģiskā intervence

### Ar pierādījumiem pamatotas psiholoģiskās intervences metodes

#### **Individuālā kognitīvi biheiviorālā terapija (KBT) [22]**

ĒT gadījumos KBT saistīta ar terapeita empātisku attieksmi, aktivitāti, sadarbību, interesi, patiesumu, vēlmi mācīties no pacienta.

Terapijas pamatā ir ar pierādījumiem pamatoti terapijas protokoli, bet gadījuma formulējums vienmēr ir personalizēts. Tiek izmantotas klienta motivēšanas tehnikas (plūsi/mīnusi īstermiņā un ilgtermiņā, dzīves plānu analīze, vēstulju rakstīšana ēšanas traucējumiem, sev nākotnē utt.). Terapijā tiek noteikti īstermiņa un ilgtermiņa mērķi, veicināta klienta sevis pieņemšana, sadarbība, piedāvājot regulārus mājasdarbus. Terapijas sastāvdaļas:

- izglītošana (ĒT sekas, mīti par ēšanu un diētām),
- ēšanas paradumu novērošana (ēšanas dienasgrāmatu veidošana) un regulāras ēšanas atjaunošana (plānošana, tieksmes identificēšana, atšķirības starp tieksmi un izsalkumu, riskanto situāciju identificēšana u.c.),
- kompensējošās uzvedības novēršana (izvairīšanās mazināšana, uzvedības seku maiņa, emociju regulācijas veicināšana utt.),
- kognitīvās intervences — automātisko domu un pārliecību identificēšana un maiņa, ķermeņa formu pārvērtēšana, ķermeņa paštēla maiņa, domāšanas kļūdu analīze, emociju regulācija, pašcieņas veicināšana, attiecību problēmu novēršana, kā arī pacienta pagātnes traumatisko pieredžu pārstrāde.

#### **Grupās kognitīvi biheiviorālā terapija (KBT) kompulsīvas pārēšanās gadījumos [22]**

Grupās KBT programmas: 90 min. sesijas reizi nedēļā 16 nedēļas. Sesijās fokusējas uz psiholoģisko izglītošanu, ēšanas paradumu pašnovērošanu, tādējādi palīdzot cilvēkam analizēt savas problēmas un mērķus, veidojot ikdienas ēšanas plānu un nosakot kompulsīvas ēšanas nianšes. Tiek vadīts ķermeņa ekspozīcijas treniņš, lai palīdzētu noteikt negatīvās pārliecības par savu ķermeni. Palīdz izvairīties no recidīviem un tikt galā ar pašreizējiem un nākotnes riskiem un izraisītājiem.

#### **Terapija ar ģimenes atbalstu (*Family-based therapy — FBT*) [20]**

Izmanto jauniešiem ar ĒT (anoreksiju, bulīmiju, citiem specifiskiem ĒT). Šīs ambulatorās terapijas pamatā ir rokasgrāmatas nolikumi pusaudžu veselības atjaunošanai ar viņu vecāku atbalstu.

*FBT* sastāv no trīs fāzēm:

- I fāze: svara atjaunošana,
- II fāze: ēšanas kontroles atdošana pusaudzim,
- III fāze: veselīga pusaudža identitātes izveidošana.

#### **Uz anoreksiju fokusēta ģimenes terapija (*ĢT-AN*) (*anorexia-nervosa-focused family therapy — FT-AN*) [20]**

ĢT-AN parasti sastāv no 18—20 sesijām viena gada laikā. Tā uzsver ģimenes lomu, palīdzot jauniešiem atlabt, nevaino personu vai ģimenes locekļus, iekļauj psihoizglītošanu par uzturu un nepietiekamu uzturu. Terapijas sākumā iedrošina vecākus/aprūpētājus ieņemt galveno lomu, palīdzot jauniešiem tikt galā ar ēšanu, un uzsver, ka tā ir īslaicīga loma. ĢT-AN ir trīs fāzes:

- 1. fāze: mērķis ir izveidot terapeitisku aliansi ar personu, viņas vecākiem un citiem ģimenes locekļiem,
- 2. fāze: atbalstīt personu (ar vecāku vai aprūpētāju palīdzību) izveidot savam vecumam atbilstīgu neatkarības līmeni,
- 3. fāze: fokusējas, plānojot laiku, kad terapija beigsies (iekļaujot visas bažas, kas vien personai un viņas ģimenei ir), un orientējas uz recidīva novēršanu, norādot, kā persona varēs gūt atbalstu, ja terapija tiks pārtraukta. [22]

### **Uz bulīmiju fokusēta ģimenes terapija (ĢT–BN) (*bulimia–nervosa–focused family therapy — FT–BN*) [20; 22]**

ĢT–BN parasti sastāv no 18—20 sesijām sešu mēnešu laikā. Tā uzsver ģimenes lomu, palīdzot jauniešiem atlaist, nevainot personu vai ģimenes locekļus, iekļauj informāciju par svara regulēšanu, dietām, nelabvēlīgām sekām, kas rodas, mēģinot svaru kontrolēt ar paša izraisītu vemšanu, caurejas līdzekļiem vai citu kompensējošu uzvedību.

Izmanto sadarbības pieeju starp vecākiem un jauniešiem, lai izveidotu regulāras ēšanas paradumus un samazinātu aizvietojošo uzvedību. Ir atsevišķas tikšanās reizes ar personu vienu pašu. Iekļauj bulīmiskas uzvedības pašnovērošanu un diskusiju ar ģimenes locekļiem/aprūpētājiem. Vēlākās terapijas fāzēs atbalsta personu un ģimenes locekļus/aprūpētājus, lai izveidotu vecumam atbilstīgu neatkarības līmeni. Noslēguma fāzē fokusējas uz tā laika plānošanu, kad terapija beigsies (iekļaujot visas bažas, kas vien personai un viņas ģimenei ir), un orientējas uz recidīva novēršanu, norādot, kā persona varēs saņemt atbalstu, ja terapija tiks pārtraukta.

### **Uz jauniešiem fokusēta terapija (*Adolescent Focused Therapy — AFT*) [22]**

Uz jauniešiem fokusēta terapija ir klīniskos pētījumos pierādīta efektīva terapija darbā ar jauniešiem, kam ir anoreksija. Terapija pieņem ĒT kā nepareizu mēģinājumu tikt galā ar pusaudzā attīstības izaicinājumiem un koncentrējas uz pacienta pašsajūtas stiprināšanu.

Svarīgi atzīmēt, ka šī terapija piemērota tikai indivīdiem, kuru kognitīvā attīstība ļauj zināmā mērā abstrakti spriest un pašreflektēt. Metodi var izmantot indivīdiem līdz 24 gadu vecumam. Terapija sastāv no trim fāzēm ar individuālām sesijām, ilgst 12—18 mēnešus. Vecāki un citi nozīmīgi ģimenes locekļi tiks satikti atsevišķi paralēlās sesijās, lai atbalstītu indivīda atveseļošanās procesu.

### **Alternatīvas psiholoģiskās intervences metodes, ko arī izmanto ĒT ārstēšanā:**

- deju kustību terapija,
- mākslas terapija,
- drāmas terapija,
- smilšu terapija.

Negatīva vai traumatiska bērnības pieredze var radīt neveselīgus pārvarēšanas mehānismus, piemēram, ĒT. Traumas rezultātā pacienti var noliegt savas emocijas, noliegt sevi un savas stiprās puses, veidot negatīvu ķermeņa tēlu. Cilvēki ar ĒT ļoti paļaujas uz saviem aizsardzības mehānismiem, jo tie rada kontroles izjūtu. Mākslu terapijas var lauzt šos mehānismus, lai palīdzētu atveseļoties.

## Uztura terapija ēšanas traucējumu gadījumos

### Uztura speciālista intervence ĒT ārstēšanā

#### **Uztura kvalitātes (uztures stāvokļa) novērtēšana [8]**

Uztura speciālists ievāc detalizētu uztura anamnēzi, kurā iekļauti jautājumi par:

- pacienta svara izmaiņām un svārstībām vismaz pēdējos sešos mēnešos,
- ievērotām diētām un metodēm svara kontrolei, ko ievēro bērns/pusaudzis,
- uztura režīmu, maltīšu biežumu, porciju lielumu un saturu,
- pārtikas produktiem, kuri tika izslēgti no uztura,
- pārtikas produktiem, kurus pacients lieto,
- šķidruma lietošanas biežumu un daudzumu,
- darbībām, ko veic pacients, lai nejust izsalkumu,
- kompensējošo rīcību (fizisko aktivitāšu biežumu un intensitāti, laksatīvu un diurētisko preparātu lietošanas biežumu, vemšanas izraisīšanu un to biežumu),
- pacienta ģimenes ēšanas paradumiem,
- iespējamām ĒT pacienta ģimenē,
- motivāciju sākt terapiju,
- gatavību ievērot izveidoto uztura terapijas plānu.

#### **Izglītojoši pasākumi par uzturu**

ĒT terapijā svarīga ir izglītošana, pēc *NICE* vadlīnijām izstrādāti galvenie kritēriji: [2]

- izglītošana jābūt iespējami drīz pēc slimības diagnosticēšanas,
- izglītošanas pasākumiem jābūt regulāriem,
- izglītošana individuāli jāpielāgo bērna vecumam, kognitīvajām spējām, dzīvesveidam,
- ĒT aprūpes stratēģijā svarīgi iesaistīt ģimeni, motivēt bērnus un vecākus.

Uztura speciālists izskaidro racionāla un sabalansēta uztura priekšrocības un uzturvielu nozīmi veselībai un optimālai organisma funkcionēšanai, uztura plānošanas priekšrocībām, palīdz pārvarēt bailes no ēdiena un praktiski apgūt ēdienu gatavošanas iemaņas, iesaista ģimenes locekļus maltītes plānošanā, izskaidro riskus, kas saistīti ar striktu ēdiena uzņemšanas ierobežošanu, visas darbības reģistrē medicīniskajos dokumentos.

#### **Rekomendāciju individualizēšana**

- Uztura rekomendācijām jābūt pielāgotām kultūras, etniskām un ģimenes tradīcijām, pacienta kognitīvajām un fizioloģiskajām īpatnībām.
- Rekomendācijām jābūt individuālām un jāsakņojas terapijas principos.
- Rekomendācijās jāiekļauj uztura plāns ar informāciju par uztura režīmu, enerģētiskām vajadzībām, porciju apjomu.
- Regulāri jāveic uztura korekcija, pielāgojot enerģētiskajām vajadzībām un fiziskajai aktivitātei.
- Svarīgi uzdot mājas uzdevumus par uztura plānošanu (piemēram, rakstīt uztura dienasgrāmatu, pārdomas par maltīšu plānošanu, pārtikas produktu izvēli). [16]

#### **Atbalsts pacientam un viņa ģimenei**

Konsultācijām jābūt regulārām visos aprūpes līmeņos: dienas stacionārā, konsultatīvajā uzraudzībā, stacionārā. Tikai tad iespējams savlaicīgi koriģēt uzturu, pārvarēt bailes no ēdiena vai atsevišķiem pārtikas produktiem, ievērot uztura režīmu, pārrunāt grūtības un problēmas par uztura uzņemšanas īpatnībām.

Atbalsts vecākiem palīdz veidot labāku izpratni par ĒT būtību. Tiek pievērsta uzmanība vecāku lomai ārstēšanas procesā, motivējot vecākus iesaistīties terapijā un palīdzot pārvarēt konfliktus, grūtības ikdienas aprūpē.

ĒT aprūpē jāizmanto mūsdienu tehnoloģijas, sociālie tīkli, konsultācijas pa tālruni, jāveicina praktiskās iemaņas un zināšanas par racionālu un sabalansētu uzturu. [16; 2]

### **Uztura speciālista darba vieta**

Kabinetam jābūt pietiekami plašam, lai reizē varētu konsultēt pacientu un viņa ģimenes locekļus. Jābūt svariem, vidukļa mērīšanas lentei, kaliperam antropometriskajiem mērījumiem. Darbam nepieciešams dators, printeris, piekļuve internetam. Jābūt izglītojošiem materiāliem: uztura piramīdai, veselīga šķīvja modelim, izdales materiāliem, receptšu grāmatām. Virtuvei jābūt aprīkotai ar nepieciešamo virtuves tehniku un piederumiem, lai praktiskās nodarbības vienlaicīgi nodrošinātu vismaz pieciem dalībniekiem.

### **Uztura terapija zemas riska pakāpes pacientiem ar AN, BN, AT–ĒT**

Pacientiem ar zemu riska pakāpi jānodrošina izglītojošas konsultācijas par veselīga un racionāla uztura pamatprincipiem, par riskiem, kas saistīti ar striktu ēdiena uzņemšanas ierobežošanu un/vai pārēšanos ar/bez kompensējošām darbībām. Viena konsultācija ilgst stundu, notiek reizi nedēļā. Konsultāciju skaitu nosaka uztura speciālists pēc uztures stāvokļa novērtējuma.

### **Uztura terapija vidējas un paaugstinātas riska pakāpes pacientiem ar AN, BN, AT–ĒT**

Pacientiem ar vidēju un paaugstinātu riska pakāpi palīdzība jāsaņem dienas stacionārā, kur uztura speciālists darbojas multidisciplināras komandas ietvaros, izmanto medicīnisko dokumentāciju, dokumentē visas savas darbības un rekomendācijas.

Uztura speciālists novērtē uztures stāvokli, izglīto pacientu un viņa ģimeni, izveido individuālas rekomendācijas (izstrādā uztura plānu, novēro, analizē, korigē un pielāgo uzturu pacienta veselības stāvoklim), rekomendē rakstīt uztura dienasgrāmatu, konsultē ģimenes locekļus. Uztura speciālists vada pārrunas par ikdienas situācijām, kas saistītas ar ēdiena uzņemšanas īpatnībām, maltītes rituālu. [17] Uztura speciālists reizi nedēļā nodrošina svara kontroli. Konsultācija ilgst stundu, notiek reizi nedēļā.

Dienas stacionāra pacientiem tiek piedāvātas praktiskās nodarbības, kad pacienti tiek izglītoti par pārtikas iegādes iespējām, ēdienu pagatavošanas veidiem, produktu daudzveidību un dažādu receptšu izmantošanu ikdienā. Terapijas laikā svarīgi nodrošināt patīkamas asociācijas, iesaistīt pacientu terapijā.

### **Uztura terapija augstas riska pakāpes pacientiem ar AN**

Galvenie uztura terapijas mērķi pacientiem ar AN:

- apturēt svara samazināšanos un sekmēt veselīga svara atgūšanu,
- veicināt normālus uztura uzņemšanas veidus un veselīgus uztura paradumus:
  - ēdināšanas plāna izveide (uztura plāna izstrāde, novērošana, korekcijas), jāņem vērā uztura kvalitāte, apjoms, maltīšu biežums pirms terapijas, piemēram, ja uzturs pirms stacionēšanas bija līdz 500—600 kcal dienā, pirmās 2—3 dienas piedāvā ne vairāk kā 700—800 kcal dienā — vidēji ceturtdaļu no šķīvja, ko nodrošina slimnīcas uzturs,
  - vispārējā uztures stāvokļa izvērtēšana, uztura anamnēzes ievākšana,
  - racionālas ēšanas uzvedības veicināšana,
  - adekvāta ēšanas pārraudzība, ikdienas vadīšana un uztures stāvokļa uzlabošanās optimizācija.



Īpaši smagos gadījumos (pacienti līdz 14 gadu vecumam ar svaru zem 70 % no nepieciešamā) korekcijas ir individuālas, bet ne mazāk kā 500 kcal/dnn. Ilgstoša badošanās palielina pēkšņas nāves risku. [1]

Normāls svara pieaugums ir 0,5—1 kg/nedēļā. Svara pieauguma pakāpe samazināsies, palielinoties vielmaiņas ātrumam un fiziskai aktivitātei, tāpēc uzturu koriģē un enerģiju palielina par 300 kcal ik pēc divām dienām, līdz sasniedz 2500 kcal/dienā un šādu uzturvielu sadalījumu:

- oglehidrāti: 50 %,
- olbaltumvielas: 0,8—0,9 g/kg ķermeņa masas,
- taukvielas: 30 % no kopējā uztura, ko nodrošina ar vispārējo slimnīcas diētu.

Papildu enerģiju uzņem ar psihiatriskā stacionārā piedāvāto papilduzturu. [1]

Ja ir problēmas ar zobu emalju, ieteicamā ēdiena konsistence ir pusšķidra, būtu jāierobežo augļu sulas, skābi ēdieni un dzērieni, sālīti produkti, ļoti auksti/karsti ēdieni. [16]

### **Indikācijas enterālai barošanai**

- Mērena un smaga malnutrīcija.
- Vemšana.
- Pacients atsakās uzņemt uzturu normālā veidā vai ēd ļoti maz ( $\leq 300$  kcal/dienā).

Gadījumos, kad pacients atsakās no ēdiena vispār vai apēd nepietiekamu daudzumu, uzturs tiek piedāvāts enterālu maisījumu veidā uzņemšanai iekšķīgi (perorāli).

Barošana caur nazogastrālo zondi tiek piemērota retos gadījumos: smaga malnutrīcija, funkcionāli traucējumi, pacients atsakās/nespēj uzņemt ēdiena perorāli, vemšana, elektrolītu izmaiņas, draudi dzīvībai. Barošana caur zondi jāpārtrauc, tiklīdz pacients spēj uzņemt ēdiena perorāli. Enterālā maisījuma ievadīšanas shēmas ātrums tiek pielāgots individuāli. Enterālo barošanu caur nazogastrālo zondi rekomendē sākt ar 20 kcal/kg/dnn vai pat 10 kcal/kg/dnn. Bērniem iesaka ar ātrumu 10—120 ml/h. [17]

### **Pārbarošanas (*re-feeding*) sindroms**

Ja pacients nonāk psihiatriskā tipa stacionārā un ir risks pārbarošanas sindroma attīstībai, nekavējoties jākonsultējas ar ārstu–dietologu.

Pārbarošanas sindroma risks paaugstinās pacientiem, kuri pēdējās 3—4 dienās ēduši minimāli vai nav ēduši vispār vai kuru svara zudums pēdējos trīs mēnešos pārsniedz 15 %.

Pārbarošanas sindroms ir potenciāli bīstams dzīvībai. Tas rodas, ja pacients pēc ilgstošas badošanās uzreiz saņem pārāk lielu daudzumu ēdiena (gan enterāli, gan parenterāli). To raksturo elektrolītu (kālija, fosfora) apjoma strauja samazināšanās asinīs, rezultātā rodas sirdsdarbības traucējumi, aknu disfunkcija, CNS bojājums, miopātija, rabdomiolīze.

Lai mazinātu pārbarošanas sindroma risku, ieteicams barošanu sākt ar ne vairāk kā 500—600 kcal dienā ar elektrolītu kontroli katru dienu, izvēloties pārtiku ar mazāku oglehidrātu saturu un lielāku fosfora un kālija daudzumu (piemēram, piena produktus). [1; 2]

Ja pacients labi panes uzņemamo enerģiju, pēc 2—3 dienām jāveic uztura un enerģijas korekcijas un enerģija jāpalielina par 100—200 kcal/dienā.

### **Svēršana**

Pacients jānosver divas reizes nedēļā — no rīta tukšā dūša pēc tualetes apmeklējuma. [16]

## **Uztura terapija augstas riska pakāpes pacientiem ar BN**

Psihiatriska stacionāra ietvaros uztura terapijas galvenais mērķis ir normalizēt uztura režīmu un stabilizēt ķermeņa masu, mainot bulīmijas izraisītos ēšanas ieradumus. Bulīmijas slimniekiem parasti ir traucēta normāla organisma sāta vai bada signālu uztveršana. Atrisināt šo problēmu var ar saplānotām ēdienreizēm. Jāizveido individuāls uztura plāns un jānodrošina ar vitamīnu un minerālvielu kompleksiem (Zn, Ca, Mg, D vit., Fe), omega-3, KEDA un pietiekamu šķidruma daudzumu 30—35 ml/kg/dienā.

### **Ēdienreižu plānošana**

Maltītēm jābūt siltām, jāēd ar galda piederumiem, terapijas sākumā ieteicams nelietot produktus, kas var provocēt pārēšanās lēkmes. Uztura režīms: 4—5 maltītes dienā, ik pēc 3—3,5 stundām. Sākotnēji diētas kaloriju daudzumam dienā jābūt ne mazākam par 1500 kcal/dnn. Uzturvielu iedalījums:

- ogļhidrāti: 50—55 % no enerģijas,
- proteīni: 0,8—0,9 g/kg ķermeņa masas,
- taukvielas: 25—30 % no enerģijas.

Paralēli ēdienreižu plānošanai pacients jāizglīto par racionāla uztura principiem, pārtikas produktu izvēli un ķermeņa masu.

### **Veģetāra un vegāniska uztura modelis**

Veģetārs uzturs parasti neizraisa problēmas, bet vegāniskais izraisa, jo ir grūti iegūt pietiekamu enerģijas un uzturvielu daudzumu. Lai vegānu uzturs būtu adekvāts, jāpēd daudz ēdiena, taču AN pacientiem tas nav pieļaujams, jo var plīst barības vads, bet BN pacientiem ir augsts ēdiena izvadīšanas risks. Dzelzs no dārzeņiem uzsūcas ne tik labi kā no dzīvnieku valsts produktiem. Fitāti (šķiedrvielas no augu valsts produktiem) pasliktina mikrouzturvielu uzsūkšanos. Pietiekamu fosfora daudzumu grūti nodrošināt, ja uzturā nav piena produktu. [2]

### **Šķidrums un elektrolīti**

Maksimālais šķidruma daudzums: 30—35 ml/kg/dnn. Pirms uztura terapijas sākšanas rekomendē parenterāli ievadīt B un C vitamīnu, fosforu. Uzsākot ēdināšanu, elektrolītu līdzsvaru pārbauda katru dienu un pēc nepieciešamības koriģē. [2]

### **Kompulsīva pārēšanās**

Kompulsīvu pārēšanos raksturo liela pārtikas apjoma nekontrolējama uzņemšana īsā laika periodā pat bez izsalkuma sajūtas. Ar laiku KP uzvedība izraisa aptaukošanos.

### **Uztura terapija**

Kad pacients nonāk ārstu redzeslokā, parasti ir sūdzības par aptaukošanās sekām: paaugstinātu asinsspiedienu, glikozes panesības traucējumiem, sirdsklauvēm utt. Uztura speciālistam jānodrošina konsultācijas un izglītošanas pasākumi svāra korekcijai. Darbs ar pacientu, kuram ir aptaukošanās, saistīts ar pacienta—speciālistu sadarbību un ir ilgstošs. Ja redzeslokā nonāk bērni un pusaudži, svarīgi nodibināt kontaktu ne tikai ar viņiem, bet arī ar vecākiem. Terapijas programmas pamatā parasti ir svāra samazināšanas principi (pēc *NICE* vadlīnijām) un psihoterapijas tehnikas. [18; 19]

Pirms terapijas jāievāc uztura anamnēze, uzmanību pievēršot šādiem faktoriem: svāra izmaiņas/svārstības, ievērotās diētas un metodes svāra kontrolei, pacienta ēšanas paradumi, ģimenes ēšanas paradumi, detalizēta diētas anamnēze, lietotie medikamenti, citi uztura un dzīves paradumi. [18; 19]

## Kritēriji liekā svara un aptaukošanās noteikšanai

### **Virssvars**

ĶMI attiecībā pret vecumu un dzimumu 85.—94. pc.

### **Aptaukošanās**

ĶMI attiecībā pret vecumu un dzimumu > 95. pc. [9]

Šobrīd nav starptautiski pieņemtu vidukļa apkārtmēra normas robežu bērniem līdz 16 gadu vecumam, bet pusaudžiem pēc 16 gadu vecuma vidukļa apkārtmēra augšējā normas robeža ir 80 cm meitenēm un 94 cm zēniem. [13]

### **Uztura speciālista sadarbība ar ārstēšanas procesā iesaistītajiem speciālistiem un nodaļas personālu**

Uztura speciālists sadarbojas ar visiem ārstēšanas procesā iesaistītajiem aprūpes speciālistiem (arī ar psihiatriskā stacionāra personālu, piemēram, medicīnas māsām, kas pārrauga bērnu aprūpi un ēdināšanu), uzrauga uztura plāna īstenošanu, izmaiņas ēšanas uzvedībā.

Ja pacients ārstējas pediātriskā/somatiskā nodaļā, uztura speciālists sniedz norādījumus aprūpes personālam par ēdināšanas uzraudzību. Iesaista pacienta vecākus/aprūpētājus ēšanas režīma atjaunošanā un ēšanas uzvedības korekcijā.

### Medicīnas māsa:

- realizē ikdienas medicīniskās aprūpes plānu,
- novērtē un nodrošina pacienta vides drošību: pārbauda un seko, vai pacienta rīcībā nenonāk veselību vai dzīvību apdraudoši rīki, priekšmeti, vielas,
- rūpīgi uzrauga pacienta fizisko un emocionālo stāvokli: psihiatriskās nodaļas māsa regulāri seko pacienta garastāvoklim, komunikācijai ar personālu, citiem pacientiem, uzvedībai, tās izmaiņām, īpaši paškaitējošām darbībām, suicīda draudiem, veic ikdienas vitālo rādītāju mērījumus, kas tiek dokumentēti, un pasliktināšanās gadījumā par tiem ziņo ārstam,
- bieži ir iesaistīta aprūpes koordinēšanā.

### Fizioterapeits:

- iegūst informāciju un izvērtē fiziskās aktivitātes paradumus: intensitāti, veidu, izmaiņas pēdējā laikā, atbilstību veselības stāvoklim u.c.
- risina skeleta muskulatūras problēmas, kas saistītas ar malnutrīciju un/vai pārmērīgu sportošanu,
- izveido fiziskās aktivitātes plānu un fiksē progresu,
- izglīto par veselīgu fiziskās aktivitātes līmeni un sportošanas atsākšanu.

### Nodarbinātības terapeits (sociālais pedagogs, ergoterapeits):

- izvērtē pašaprūpes līmeni, produktivitāti (piemēram, mājas, izglītības, brīvā laika vajadzības, iemaņas), atpūtu un brīvo laiku ar uzsvaru uz agrīnu stabilizāciju, agrīnu atveseļošanos un sagaidāmo funkcionēšanu pēc izrakstīšanās,
- nodrošina individuālu, grupas un/vai ģimenes intervenci saistībā ar augstākminēto, piemēram, koordinē terapeitisko programmu.

### Skolotājs:

- novērtē akadēmiskās spējas,
- virza sociālo iemaņu un uzvedības vadīšanu klasē,

- izveido un īsteno individuālu mācību plānu,
- gādā par sadarbību ar skolu.

Sociālais darbinieks:

- veic individuālu, grupas un ģimenes intervenci,
- izvērtē pieeju atbalstam (finansiālam, dzīvesvietas asistēšanas, sociālās situācijas) ārpus veselības aprūpes sistēmas,
- konsultē bērnu tiesību aizsardzībā,
- risina psihosociālās grūtības.

## Atsauces

1. Junior MARSIPAN (Management of Really Sick Young Patients with Anorexia nervosa).
2. NICE guideline. Eating disorders: recognition and treatment. (2017).
3. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. F. Morgan, Fiona Reid, J Hubert Lacey, *BMJ*, vol. 319, Dec 1999.
4. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders, table 5: Guidelines for inpatient admission for children.
5. Risk assessment framework for young people with eating disorders (Junior MARSIPAN: 17–19).
6. Early detection of eating disorders in general practice; E. Rowe; *AFP* Vol. 46, Nov 2017.
7. A Practice-Based Guide to the Inpatient Management of Adolescents with Eating disorders, with special Reference to Regional and Rural Areas. Eating disorder toolkit. P.32.
8. An Introduction to Coping with Eating problems. Gillian Todd; 2011.
9. DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 2000).
10. Eating Disorder Examination Questionnaire EDE-Q 6.0, Fairburn & Beglin, 2008.
11. Todd G. An Introduction to Coping with eating problems, *Overcoming* London; <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/bed>
12. National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorder <http://www.anad.org/education-and-awareness/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/>
13. Smart CE, Annan F, Bruno LPC, et al. Nutritional management in children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 2014; 15 (Suppl. 20): 135–153. <https://www.ispad.org>
14. Jaunumi anoreksijas ārstēšanā. *Anorexia nervosa* pacienta rezistence un medicīniskais risks; Keverē L, Sestule I., *Doctus*, Marts 2015.
15. [https://www.cdc.gov/growthcharts/clinical\\_charts.htm#Set2](https://www.cdc.gov/growthcharts/clinical_charts.htm#Set2)
16. Eating Disorders Best Practice Guidelines for Dietitians (Ireland) [https://www.researchgate.net/publication/279686636\\_Eating\\_disorders\\_best\\_practice\\_guidelines\\_for\\_dietitians](https://www.researchgate.net/publication/279686636_Eating_disorders_best_practice_guidelines_for_dietitians)
17. Joel Yager, Michael J. Devlin, et al. Guideline watch (August 2012): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition.
18. NICE Clinical guideline [CG189]. Obesity: identification, assessment and management <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189>
19. NICE guidelines. National Institute for Health and Care Excellence. Obesity in children and young people: prevention and lifestyle weight management programs. Obesity: identification, assessment and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs94>
20. Kosmerly S, Waller G, Robinson AL. Clinician adherence to guidelines in the delivery of family-based therapy for eating disorders (2014), [http://eprints.whiterose.ac.uk/85467/3/WRRO\\_85467.pdf?gathStatIcon=true](http://eprints.whiterose.ac.uk/85467/3/WRRO_85467.pdf?gathStatIcon=true)
21. NICE guideline. Eating disorders: recognition and treatment. (2017), <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>
22. NICE guideline [NG69]. Eating disorders: recognition and treatment. (2017), <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/ifp/chapter/Anorexia-nervosa-treatment-for-children-and-young-people>
23. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders (RANZCP). (2014), [https://www.ranzcp.org/files/resources/college\\_statements/clinician/cpg/eating-disorders-cpg.aspx](https://www.ranzcp.org/files/resources/college_statements/clinician/cpg/eating-disorders-cpg.aspx)
24. <https://www.nationaleatingdisorders.org/what-are-eating-disorders>

# Pielikumi

## 1. pielikums “Riska pakāpes novērtēšana jauniem pacientiem ar ēšanas traucējumiem”

Riska pakāpes novērtējuma parametri jauniem pacientiem ar ēšanas traucējumiem				
	Sarkans (augsts risks)	Dzeltens (paaugstināts, trauksme)	Zaļš (vidējs risks)	Zils (zems risks)
KMI un svars	KMI < 70 % no vidējā (ap 0,4. procentili)	KMI 70—80 % (starp 0,4.—2. procentili)	KMI 80—85 % (starp 2.—9. procentili)	KMI > 85 % (virs 9. procentiles)
	Svara zudums 1 kg/nedēļā vai vairāk pēdējo 2 nedēļu laikā	Pēdējo 2 nedēļu laikā svara zudums 500—999 g/nedēļā	Pēdējo 2 nedēļu laikā svara zudums līdz 500 g/nedēļā	Pēdējo 2 nedēļu laikā svara zudumu nenovēro
Kardiovaskulārā veselība	Pulss < 40 ×/min. (nomodā)	Pulss 40—50 ×/min. (nomodā)	Pulss 50—60 ×/min. (nomodā)	Pulss > 60 ×/min. (nomodā)
		AS sēdus stāvoklī 84—98/35—40 mmHg	AS sēdus stāvoklī 50—60—40/45—40 mmHg	Normāls
	Nesena sinkopes epizode vai būtiskas ortostatiskas izmaiņas (AS pazeminās par 20 mmHg piecēloties vai pulss paātrinās par 30 ×/min.)	Dažkārt sinkope vai vieglas kardiovaskulāras izmaiņas (AS pazeminās par 15 mmHg vai pulss paātrinās par 30 ×/min.)	Pre-sinkopes simptomi, bet normālas kardiovaskulāras ortostatiskas izmaiņas	Normālas kardiovaskulāras ortostatiskas izmaiņas
	Neregulāra sirdsdarbība (neiekļauj sinusa aritmiju)			Normāls ritms
	Aukstas ekstremitātes; pagarināts rekapilarizācijas laiks (normāls centrālo kapilāru piepildīšanās laiks)			
EKG	$QTc > 460$ ms (meitenēm) vai 400 ms (zēniem) ar bradīaritmijas vai tahīaritmijas pazīmēm (izslēdzot sinusa bradīkardiju un aritmiju); EKG bioķīmisku noviržu pazīmes	$QTc > 460$ ms (meitenēm) vai 400 ms (zēniem)	$QTc < 460$ ms (meitenēm) vai 400 ms (zēniem) lietojot zāles, kas pagarina $QTc$ intervālu, pagarināts $QTc$ ģimenē vai sensoneirāls kurlums	

Hidratācija	Izvairīšanās no šķidruma uzņemšanas. Smaga dehidratācija (10 %): samazināta urīna izdale, sausa mute, samazināts ādas turgors, iekritušas acis, tahipnoja, tahikardija	Smaga šķidruma ierobežošana. Vidēji smaga dehidratācija (5—10 %): samazināts izdalītā urīna daudzums, sausa mute, normāls ādas turgors, neliela tahipnoja, tahikardija, perifēra tūska	Šķidruma ierobežošana. Viegla dehidratācija (< 5 %): var būt sausa mute vai bez dehidratācijas pazīmēm, bet ar aizdomām par dehidratācijas risku negatīva šķidruma balansa dēļ	Nav klīniskas dehidratācijas
Temperatūra	< 35,5 °C auss ejā vai < 35,0 °C padusē	< 36 °C	N	N
Bioķīmiskās izmaiņas	Hipofosfatēmija Hipokaliēmija Hipoalbuminēmija Hipoglikēmija Hiponatrēmija Hipokalcēmija	Hipofosfatēmija Hipokaliēmija Hiponatrēmija Hipokalcēmija		
Ēšanas traucējumu uzvedība	Akūta izvairīšanās no ēšanas vai uzņem ~ 400—500 kcal/dienā	Smaga ierobežošana (mazāk par 50 % no nepieciešamā uzņemamā daudzuma), vemšanas, caurejas izraisīšana	Viegla ierobežošana, pārēšanās epizodes	
Ārstēšanas plāna uztvere/pieņemšana	Izteikta pretestība, agresija, kad vecāki mēģina limitēt ĒT uzvedību vai cenšas veicināt/piespiest palielināt ēšanu/šķidruma uzņemšanu. Vecāku agresija saistībā ar barošanu (sišana, barošana, izmantojot spēku)	Vāja izpratne par ēšanas traucējumiem, motivācijas trūkums, rezistence pret svara pieaugumu, vecāki nespēj ieviest speciālista ieteikto ēdienreīžu plānu	Daļēja izpratne par ĒT, daļēja motivācija, ambivalence par nepieciešamo svara pieaugumu, bet nav aktīvas rezistences	Daļēja izpratne, ir motivācija pārvarēt/ārstēties, bet ambivalence par izmaiņām, kas saistītas ar gaidāmo svara pieaugumu, nepāriet pretestībā
Fiziskās aktivitātes	Izteikti pastiprināta, nekontrolēta slodze kontekstā ar malnutrīciju (> 2 h/dienā)	Mērena nekontrolēta slodze kontekstā ar malnutrīciju (> 1 h/dienā)	Viegla nekontrolēta slodze kontekstā ar malnutrīciju (< 1 h/dienā)	Nav nekontrolētas slodzes

Paškaitējums/ suicīds	Pašindēšanās, suicidālas idejas ar vidēju vai augstu suicīda risku	Paškaitējoša uzvedība — graižīšanās, skrāpēšana, suicidālas idejas, bet zems suicīda rīks		
Citas psihiskas slimības	Citas nopietnas psihiskas slimības: OKT, psihotiski traucējumi, depresija			
Muskulatūras vājums — SUSS ( <i>Sit up — Squat — Stand</i> ) tests:				
piecelšanās no guļus pozīcijas	Nespēj piecelties no guļus pozīcijas (0 punkti)	Nespēj piecelties no guļus pozīcijas bez roku palīdzības (1 punkts)	Nespēj piecelties no guļus pozīcijas bez pamanāmām grūtībām (2 punkti)	Spēj piecelties no guļus pozīcijas bez grūtībām (3 punkti)
piecelšanās no tupus pozīcijas	Nespēj piecelties no tupus pozīcijas (0 punkti)	Nespēj piecelties no tupus pozīcijas bez roku palīdzības (1 punkts)	Nespēj piecelties no tupus pozīcijas bez pamanāmas piepūles (2 punkti)	Spēj piecelties no tupus pozīcijas bez grūtībām (3 punkti)
cits	Apjukums, delīrijs, akūts pankreatīts, kuņģa vai barības vada plīsums	Melorijs—Veisa ( <i>Mallory–Weiss</i> ) sindroms, GERS, gastrīts, izgulējumi	Uzmanības un koncentrēšanās traucējumi	



## 2. pielikums “SCOFF aptauja”

### *SCOFF* aptauja [4]

Vismaz divas pozitīvas atbildes norāda uz iespējamiem ĒT.

1. Vai izraisāt vemšanu, ja jūtat nekomfortablu pilnuma sajūtu?
2. Vai jūs satrauc, ka esat zaudējusi/zaudējis kontroli pār to, cik daudz ēdat?
3. Vai pēdējos trīs mēnešos esat zaudējusi/zaudējis vairāk nekā sešus kilogramus svara?
4. Vai uzskatāt sevi par resnu pat tad, ja citi apgalvo, ka esat pārāk tieva/tievs?
5. Vai jūs teiktu, ka ēdiens valda pār jūsu dzīvi?

### 3. pielikums “Ēšanas traucējumu noteikšanas aptauja EDE–Q 6.0”

1.—12. jautājums: apvelciet atbilstīgo skaitli. Atcerieties, ka jautājumi ir tikai par pēdējam 28 dienām.

	Cik reizes pēdējo 28 dienu laikā...	Dienu skaits	1—5	6—12	13—15	16—22	23—27	Katru dienu
1.	Vai mēģinājāt apzināti samazināt ēdiena daudzumu, lai ietekmētu savu figūru vai svaru (neatkarīgi no tā, vai izdevās vai neizdevās)?	0	1	2	3	4	5	6
2.	Vai ilgstoši iztikāt bez ēšanas (8 vai vairāk nomoda stundas), lai ietekmētu savu figūru vai svaru?	0	1	2	3	4	5	6
3.	Vai mēģinājāt atteikties no ēdieniem, kas jums garšo, lai ietekmētu savu figūru vai svaru (neatkarīgi no tā, vai izdevās vai ne)?	0	1	2	3	4	5	6
4.	Vai mēģinājāt ievērot noteiktus ēšanas noteikumus (piemēram, ierobežot kaloriju daudzumu), lai ietekmētu savu figūru vai svaru (neatkarīgi no tā, izdevās vai ne)?	0	1	2	3	4	5	6
5.	Vai jums ir bijusi apzināta vēlēšanās dzīvot ar tukšu kuņģi, lai ietekmētu savu figūru vai svaru?	0	1	2	3	4	5	6
6.	Vai jums ir bijusi apzināta vēlēšanās iegūt pilnīgi plakanu vēderu?	0	1	2	3	4	5	6
7.	Vai domas par pārtiku, ēšanu vai kalorijām ir radījušas grūtības koncentrēties uz jūsu interesējošām lietām (piemēram, darbu, sekošanu sarunas gaitai vai lasīšanu)?	0	1	2	3	4	5	6
8.	Vai domas par figūru vai svaru ļoti traucē koncentrēšanos uz lietām, kas jūsu interesē (piemēram, darbu, sekošanu sarunas gaitai vai lasīšanu)?	0	1	2	3	4	5	6
9.	Vai jums ir bijis bail zaudēt kontroli pār ēšanu?	0	1	2	3	4	5	6

10.	Vai jums ir bijis bail, ka varat pieņemt svaru?	0	1	2	3	4	5	6
11.	Vai jutāties resna/resns?	0	1	2	3	4	5	6
12.	Vai jums bija spēcīga vēlēšanās zaudēt svaru?	0	1	2	3	4	5	6

**13.—18. jautājums: ailē pa labi ierakstiet atbilstīgo skaitli. Atcerieties, ka jautājumi ir tikai par pēdējām 28 dienām.**

13.	Cik reizes pēdējo četru nedēļu laikā apēdāt tādu porciju, ko citi uzskatītu par neierasti lielu ēdiena daudzumu (noteiktos apstākļos)?	
14.	Cik reizes no tām jutāties tā, ka būtu zaudējis kontroli pār ēšanu (ēšanas laikā)?	
15.	Cik DIENĀS pēdējo 4 nedēļu laikā notika šādas pārēšanās epizodes (t.i., apēdāt neierasti lielu ēdiena daudzumu un ēšanas laikā jums šķita, ka esat zaudējis kontroli pār ēšanu)?	
16.	Cik reizes pēdējo 28 dienu laikā izraisījāt vemšanu, lai kontrolētu savu figūru vai svaru?	
17.	Cik reizes pēdējo 28 dienu laikā lietojāt caureju veicinošu līdzekli, lai kontrolētu savu figūru vai svaru?	
18.	Cik reizes pēdējo 28 dienu laikā pārmērīgi vingrojāt lai kontrolētu savu svaru, figūru, tauku daudzumu vai lai sadedzinātu kalorijas?	

**19.—21. jautājums: apvelciet atbilstīgo skaitu. Atcerieties, ka jautājumi ir tikai par pēdējām 28 dienām. Atbildot uz šiem trim jautājumiem, neskaitiet negausīgās ēšanas reizes.**

		Dienu skaits	1—5	6—12	13—15	16—22	23—27	Katru dienu
19.	Cik dienas pēdējo četru nedēļu laikā ēdāt paslepus?	0	1	2	3	4	5	6
20.	Cik ēšanas reizēs jutāties vainīgs (jutāt, ka esat rīkojies nepareizi), ņemot vērā atstāto ietekmi uz svaru vai figūru?	Nevienu	Dažas reizes	Mazāk nekā pusi reižu	Pusi reižu	Vairāk nekā pusi reižu	Lielāko daļu	Katru reizi
		0	1	2	3	4	5	6
21.	Vai pēdējo 28 dienu laikā jūs uztrauca tas, ka citi cilvēki redzēja jūs ēdam?	Nemaz		Nedaudz		Vidēji		Ļoti
		0	1	2	3	4	5	6

**22.—28. jautājums: apvelciet atbilstīgo skaitli. Atcerieties, ka jautājumi ir tikai par pēdējām četrām nedēļām (28 dienām).**

	Pēdējo 28 dienu laikā...	Nemaz	Nedaudz	Vidēji	Ļoti			
22.	Vai jūsu svars pēdējo 28 dienu laikā ietekmēja jūsu domas (spriedumu) par sevi kā cilvēku?	0	1	2	3	4	5	6

23.	Vai jūsu figūra pēdējo 28 dienu laikā ietekmēja jūsu domas (spriedumu) par sevi kā par cilvēku?	0	1	2	3	4	5	6
24.	Cik lielā mērā jūs satrauktu tas, ja nākamajās četrās nedēļās jums reizi nedēļā (ne retāk, ne biežāk) būtu jānosveras?	0	1	2	3	4	5	6
25.	Cik neapmierināts esat ar savu svaru?	0	1	2	3	4	5	6
26.	Vai esat neapmierināts ar savu figūru?	0	1	2	3	4	5	6
27.	Cik lielā mērā jūtaties neērti, redzot savu ķermeni/figūru (piemēram, spogulī, veikala skatloga atspulgā, ģērbjoties vai ejot vannā vai dušā)?	0	1	2	3	4	5	6
28.	Cik lielā mērā jūtaties neērti, kad citi redz jūsu figūru (piemēram, kopējās pārgērbšanās telpās, peldvietās vai ar piegulošu apģērbu)?	0	1	2	3	4	5	6

29. Kāds ir jūsu pašreizējais svars? (kilogramos — iespējami precīzākais vērtējums veselos skaitļos)

30. Kāds ir jūsu garums? (centimetros — iespējami precīzākais vērtējums veselos skaitļos)

31. (SIEVIETEI) Vai pēdējos trīs četrus mēnešos jums ir bijuši menstruālā cikla pārtraukumi?

	Jā	Ja jā, cik?	Nē
--	----	-------------	----

(SIEVIETEI) Vai lietojat pretapaugļošanās tabletes?

## 4. pielikums “Ēšanas traucējumu noteikšanas aptauja EDE-QS”

### 3.pielikums

#### EATING DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE - SHORT (EDE-QS)

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_

ON HOW MANY OF THE PAST 7 DAYS...	0 days	1-2 days	3-5 days	6-7 days
1. Have you been deliberately <u>trying</u> to limit the amount of food you eat to influence your weight or shape (whether or not you have succeeded)?	0	1	2	3
2. Have you gone for long periods of time (e.g., 8 or more waking hours) without eating anything at all in order to influence your weight or shape?	0	1	2	3
3. Has thinking about <u>food, eating or calories</u> made it very difficult to concentrate on things you are interested in (such as working, following a conversation or reading)?	0	1	2	3
4. Has thinking about your <u>weight or shape</u> made it very difficult to concentrate on things you are interested in (such as working, following a conversation or reading)?	0	1	2	3
5. Have you had a definite fear that you might gain weight?	0	1	2	3
6. Have you had a strong desire to lose weight?	0	1	2	3
7. Have you tried to control your weight or shape by making yourself sick (vomit) or taking laxatives?	0	1	2	3
8. Have you exercised in a driven or compulsive way as a means of controlling your weight, shape or body fat, or to burn off calories?	0	1	2	3
9. Have you had a sense of having lost control over your eating (at the time that you were eating)?	0	1	2	3
10. On how many of these days ( <i>i.e. days on which you had a sense of having lost control over your eating</i> ) did you eat what other people would regard as an <u>unusually large amount of food in one go</u> ?	0	1	2	3
<b>OVER THE PAST 7 DAYS ...</b>	<b>Not at all</b>	<b>Slightly</b>	<b>Moderately</b>	<b>Markedly</b>
11. Has your weight or shape influenced how you think about (judge) yourself as a person?	0	1	2	3
12. How dissatisfied have you been with your weight or shape?	0	1	2	3

Derived from the EDE-Q, © Fairburn and Beglin, 2008

## 5. pielikums “Augšanas un ĶMI līknes un formula ĶMI noteikšanai”

Formula ĶMI noteikšanai:

$$\text{ĶMI} = \text{svars (kg)} / (\text{augums (m)})^2$$

Formula ĶMI noteikšanai bērniem un pusaudžiem (angļu val.):

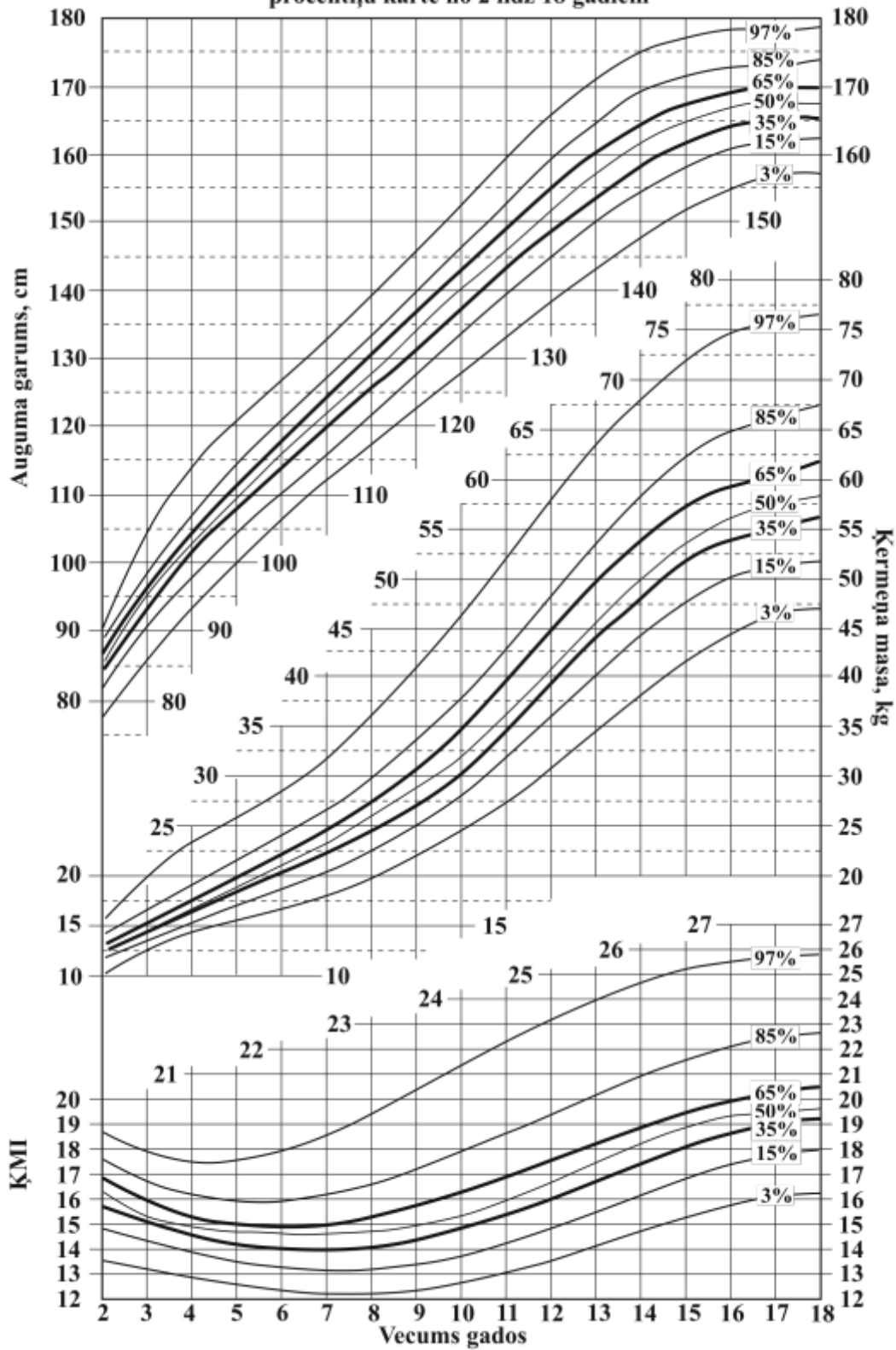
<https://www.cdc.gov/healthyweight/bmi/calculator.html>



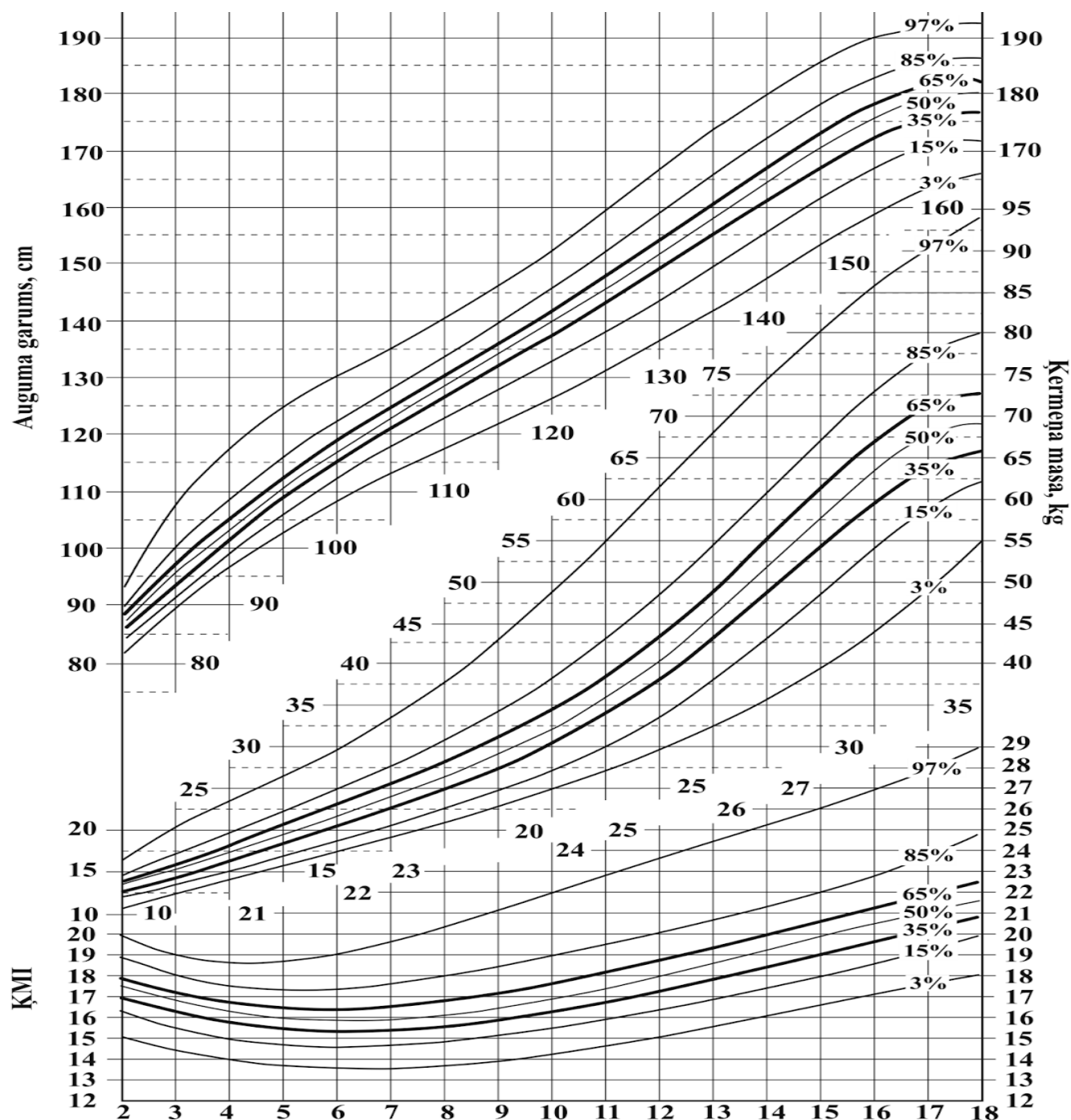




Meiteņu auguma garuma, ķermeņa masas un KMI procentiju karte no 2 līdz 18 gadiem



Auguma garuma, ķermeņa masas un ĶMI procentiļu karte zēniem vecumā no 2 līdz 18 gadiem



## 6. pielikums “Kritiskā stāvokļa novērtējums un taktika stacionārā”

### Mērķa grupa

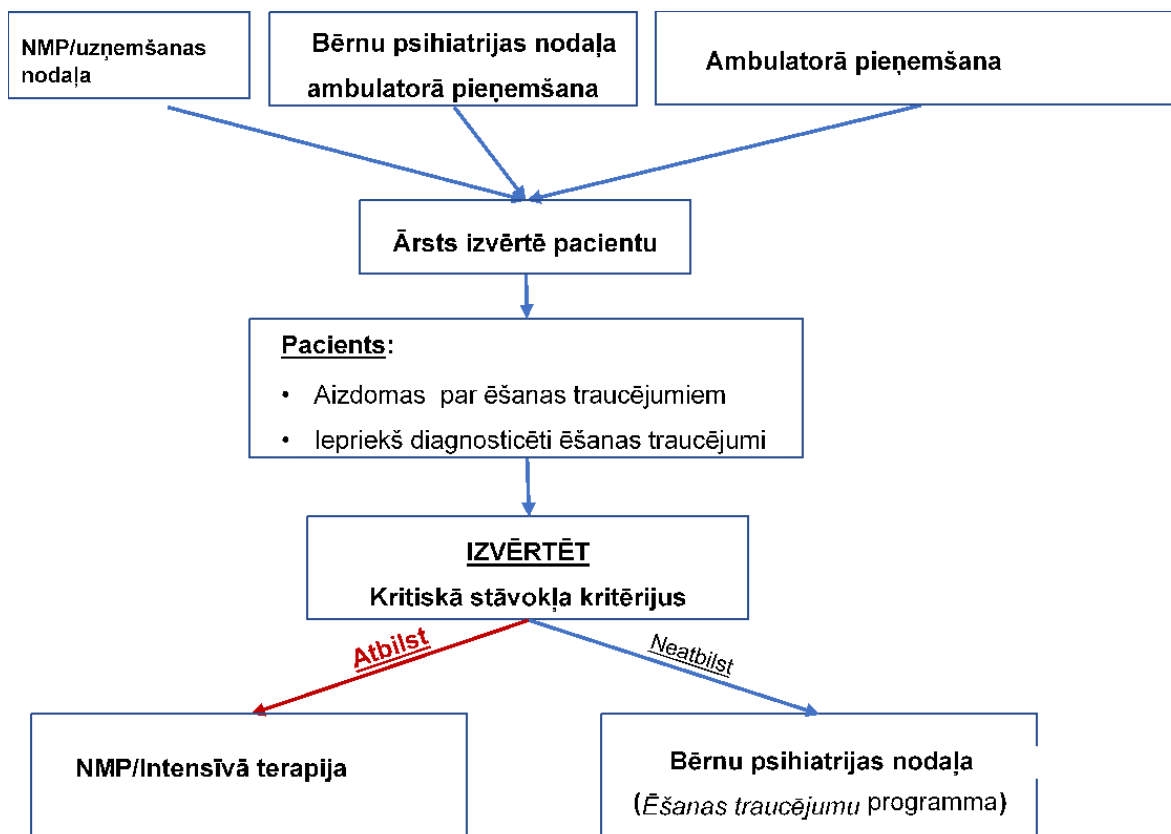
#### Iekļauj:

- 5—18 gadi,
- aizdomas par ēšanas traucējumiem (skat. tabulā),
- medicīniski nestabils vispārējais stāvoklis (kritērijus skat. tabulā).

#### Izslēdz:

citas apstiprinātas slimības (cistisko fibrozi, iekaisīgu zarnu slimību u.c.) ar smagi noritošu malnutrīciju, kas neatbilst ēšanas traucējumu klasifikācijai.

<u>Ēšanas traucējumi iekļauj</u>	<u>Kritiskā stāvokļa KRITĒRIJI</u> <u>Viens</u> vai vairāki:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Anorexia nervosa</i></li> <li>• Ēšanas traucējumi, kas saistīti ar ierobežotu uztura uzņemšanu un malnutrīciju (<i>avoidant restrictive food intake disorder</i>)</li> <li>• Nespecifiski ēšanas traucējumi</li> <li>• <i>Bulimia nervosa</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektrolītu disbalanss (hipokaliēmija, hiponatrēmija, hipofosfatēmija)</li> <li>• EKG novirzes (piemēram, garš <i>QT</i> intervāls: zēniem &gt; 450 ms, meitenēm &gt; 470 ms vai smaga bradikardija)</li> <li>• Fizioloģiski nestabils pacienta stāvoklis pēc neatliekamās palīdzības ārstēšanas etapa</li> <li>• <b>Smaga bradikardija</b> (SF &lt; 50 ×/min. dienas laikā, SF &lt; 45 ×/min. nakts laikā)</li> <li>• <b>Hipotensija</b>, ja vidējais arteriālais spiediens (VAS) &lt; 57 (Sist. Art. Sp. — Diast. Art. Sp. = VAS)<sup>4</sup></li> <li>• <b>Hipotermija</b> (ķermeņa temperatūra &lt; 35,6 °C) vai <b>hipertermija</b> (&gt; 38 °C)</li> <li>• <b>Simptomātiska ortostāze</b> (Sist. Art. Sp. pazeminās &gt; 20 mmHg vai Diast. Art. Sp. pazeminās &gt; 10 mmHg)</li> <li>• Akūtas malnutrīcijas medicīniskas komplikācijas (piemēram, sinkope, krampju epizode, sirds mazspēja, pankreatīts u.c.)</li> </ul>



### Pielāgots

<https://www.seattlechildrens.org/globalassets/documents/healthcare-professionals/clinical-standard-work/eating-disorder-refeeding-org-pathway.pdf>