

Laboratorní vyšetření a monitorace spočívají v klinickém kontextu sledovaných parametrů, důležitý je kontext probíhající zánětlivé reakce.

Albumin (poločas 21 dní) nehodnotíme jako samostatnou hodnotu, neboť při zánětu se jeho hladina snižuje a rychlý pokles albuminemie u kriticky nemocných referuje spíše o tíži stavu. Albuminemie **nižší než 30 g/l s klesajícím trendem** bez přítomnosti zánětu svědčí pro prohlubující se malnutrici. **Prealbumin** (poločas 2 dny) a cholinesteráza (poločas 3–5 dnů) jsou tak vhodnější parametry k posouzení dynamiky proteosyntézy.

Kreatinin kromě stavu renálních funkcí odráží i množství svalové hmoty. U pacientů v malnutrici s chabou svalovou hmotou je jeho hodnota snížena. Pokles plazmatické hladiny **cholesterolu**, zejména HDL frakce, souvisí s akutním stavem malnutrice spojené se zánětem. V krevním obrazu nižší objem erytrocytů vede k podezření na sideropenii, makrocytóza bývá následkem deficitu folátu nebo vitamínu B12. Pokles absolutního počtu lymfocytů provází chronické malnutriční stavy. Sledování **glykemie** je zásadní pro stanovování dávek inzulínu (cílová hodnota pro kriticky nemocného je 6–9 mmol/l).

Vyšetření **močových odpadů minerálů** v denním sledování dává informace o stavu intracelulární energetiky. V katabolickém stavu se zvyšuje odpad draslíku a klesá vylučování sodíku, při navození anabolických dějů je tomu naopak. Kvantifikace denního odpadu urey lze využít pro **výpočet dusíkové bilance** a je vodítkem pro dodávku proteinu ve výživě.

Vyšetření mikronutrientů má význam při suspekci na hrubý deficit. Rutinně lze stanovovat hladinu vitamínu B12, folátu, železa a thiaminu, v některých laboratořích i hladiny selenu a zinku. Rychlý pokles thiaminu s akutní hypofosfatemií je typický pro rozvoj realimentačního syndromu.