

MEDICINSKA NUTRITIVNA TERAPIJA KOD POREMEĆAJA PONAŠANJA U ISHRANI

Maja Nikolić, Miloš Pavlović i Milica M. Vojinović

Poremećaji ponašanja u ishrani zahtevaju multidisciplinarni pristup tokom lečenja, gde svoje mesto nalazi stručnjak za ishranu, pre svega zbog rešavanja često prisutnih malnutricija. Cilj rada bio je da sumira istraživanja i kliničke dokaze o značaju medicinske nutritivne terapije u kontroli poremećaja ponašanja u ishrani, kako bi se dale smernice od značaja za kliničku praksu. Metodologija rada obuhvatila je revijski pregled literature dostupne na istraživačkim bazama podataka. Rezultati do sada publikovanih radova su nedvosmisleno ukazali da je kod poremećaja ponašanja u ishrani dijetoterapija neophodna za postizanje odgovarajuće telesne mase bolesnika i vraćanje normalnih obrazaca ishrane. Neki autori sugerišu prelazak na normalnu ishranu odmah, dok se drugi zalažu za tzv. postepeni program dijetoterapije. Ukoliko je onemogućeno unošenje hrane na usta, primenjuje se enteralna ishrana. Parenteralna ishrana je rezervisana za nadoknadu elektrolita i tečnosti u urgentnim stanjima i treba je ređe primenjivati. Dodavanje telesne mase predstavlja povoljan prognostički faktor za bolesnike sa poremećajima ponašanja u ishrani, te stanje ishranjenosti treba savesno i redovno pratiti. Pravilno propisana i vođena dijetoterapija treba da uđe u obavezan protokol lečenja bolesnika sa poremećajima ponašanja u ishrani i u našoj sredini. *Acta Medica Medianae 2009;48(1):50-55.*

Cljučne reči: poremećaji ponašanja, ishrana, medicinska nutritivna terapija, malnutricija

Medicinski fakultet u Nišu

Kontakt: Maja Nikolić
Institut za javno zdravlje Kliničkog centra u Nišu
Bulevar dr Zorana Đinđića 50
18000 Niš, Srbija
Tel.: 018-226-384 lok140
E-mail: mani@junis.ni.ac.yu

Uvod

Poremećaji ponašanja u ishrani najčešće se javljaju kao anorexia nervosa (F50), tj. neurotski gubitak apetita i bulimia nervosa (F50), tj. neurotska proždrljivost. Prema Desetoj međunarodnoj klasifikaciji bolesti (1), poremećaji ponašanja u ishrani obuhvataju i druge dijagnoze, kao što su: emocionalni poremećaj izbegavanja hrane (food avoidance emotional disorder-FAED), selektivna ishrana (selective eating), restriktivna ishrana (restrictive eating), funkcionalna disfagija, pervasive refusal i gubitak apetita izazvan depresijom. Postoji i grupa poremećaja ponašanja u ishrani kao što su: prežderavanje („binge eating disorder“), kompulsivno prejedanje, hiperfagija, prejedanje povezano sa nekim organskim oboljenjem, kod kojih nije prisutna pothranjenost.

Prevalenca poremećaja ponašanja u ishrani u opštoj populaciji nije velika (<1%), međutim, od sedamdesetih godina prošlog veka u stalnom je porastu (2). Poremećaji ponašanja u ishrani se najčešće javljaju u razvijenim zemljama, mada ta ekskluzivnost polako nestaje sa globalizacijom,

prihvatanjem tzv. opštih standarda u kulturi, načinu života, pa i ishrani. Tako i zemlje u razvoju beleže sve veći broj ovih oboljenja (3,4).

U multidisciplinarnom pristupu navedenih, prvenstveno psihijatrijskih poremećaja, u zavisnosti od težine kliničke slike i stepena pothranjenosti, dijetoterapija može biti ključna za oporavak bolesnika, a nekad i za sprečavanje smrtnog ishoda.

Cilj

Cilj ovog rada bio je da sumira istraživanja i kliničke dokaze o značaju medicinske nutritivne terapije u kontroli poremećaja ponašanja u ishrani.

Materijali i metode

Metodologija rada obuhvatila je revijski pregled literature dostupne na istraživačkim bazama podataka (Medline, Scopus, i dr.) ili u biblioteci Medicinskog fakulteta u Nišu. Pojmovi korišćeni pri istraživanju baze podataka bili su poremećaji ponašanja u ishrani (eating disorders), ishrana (diet), medicinska nutritivna terapija (medical nutrition therapy), malnutricija (malnutrition). Selekcija podataka koji su prikazani u radu vršila se na osnovu važnosti za kliničku praksu, savremenosti i praktičnosti.

Rezultati i diskusija

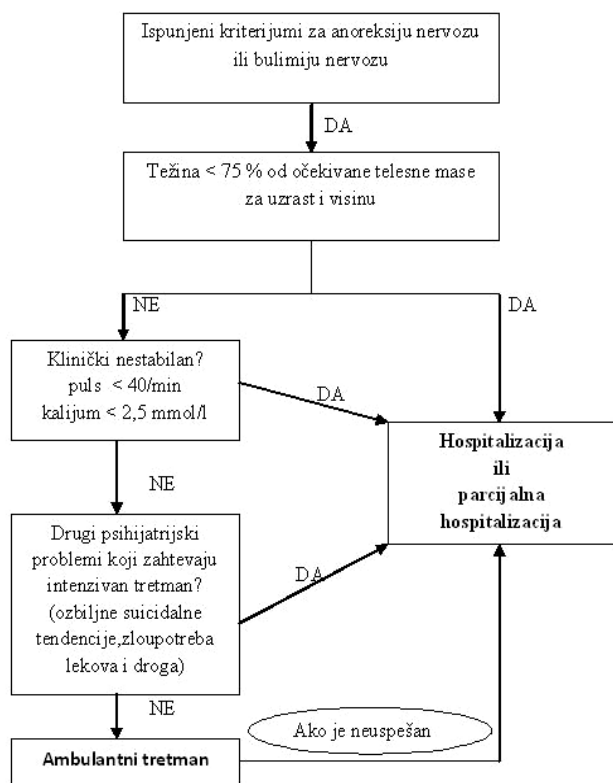
Sprega različitih bioloških, psiholoških i etioloških faktora koji dovode do poremećaja

ponašanja u ishrani podrazumeva i multidisciplinarni tim za njihovo lečenje koji uključuje, pored psihijatra, lekare drugih specijalnosti, stručnjaka za ishranu (dijetologa ili dijetetičara), fizioterapeuta, druge zdravstvene radnike i roditelje (Tabela 1, Slika 1).

Tabela 1. Osnovne karike lečenja poremećaja ponašanja u ishrani

Stvaranje saveza između bolesnika i terapeuta
Informisanje i edukacija porodice i uključivanje porodice u preuzimanju odgovornosti
Evaluacija potrebe za hospitalizacijom
Procena ishranjenosti
Obnavljanje zdravih obrazaca ishrane
Kognitivno-bihejvioralna terapija
Psihodinamska terapija
Grupna terapija
Fizikalna terapija
Medikamenti

U okviru poremećaja ponašanja u ishrani veoma često se javlja pothranjenost, koja otežava opšte zdravstveno stanje bolesnika, a nekada može biti i opasna po život (5,6,7).



Slika 1. Algoritam za osnovne odluke o terapiji bolesnika sa anoreksijom nervozom ili bulimijom nervozom (prema Američkom psihijatrijskom udruženju)

Odgovarajuća ishrana pospešuje psihijatrijsko lečenje poremećaja ponašanja u ishrani, a njeni ciljevi u anoreksiji nervozu su da se obnove normalni obrasci ishrane i postigne i održi poželjna

telesna masa. Kod bulimije nervoze cilj dijetoterapije je prekinuti ciklus prežderavanje-čišćenje normalizovanjem obrazaca ishrane i promeniti bolesnikov odnos prema hrani, ishrani i sopstvenom telu. Za uspeh lečenja poremećaja ishrane veoma je važno uspostavljanje saveza „Mršav, a zdrav“, i to u početku sa roditeljima, a kasnije i sa bolesnikom. Kod mlađih bolesnika stvaranje saveza je posebno otežano zbog straha i odbijanja. Kod bolesnika sa bulimijom nervozom i selektivnom ishranom terapeutski savez se lakše ostvaruje (6).

Pružanje informacija o bolesti je veoma važno za uspeh lečenja. Posebno najbliži moraju imati saznanja o prirodi bolesti, njenom toku, komplikacijama i predloženom planu lečenja. Nakon pregleda i postavljanja dijagnoze, obavezno treba razgovorati sa roditeljima i bolesnikom i objasniti im prirodu bolesti, rizike koje nosi bolest i potrebu da se radi timski. Poželjno je obezbediti i štampani materijal za roditelje.

S obzirom na to da bolesnik nije u mogućnosti da vodi računa o sopstvenom zdravlju i ishrani, roditelji preuzimaju odgovornost i kontrolu nad ishranom, ali ne bi trebalo da to važi za ostale delove života (kao na primer hobiji, odeća, prijatelji). Sa napretkom lečenja roditelji postepeno preuzimaju odgovornost za ishranu svog deteta, po principu pokušaj-pogreška, sve do punog preuzimanja odgovornosti bolesnika za ishranu.

Kod bolesnika sa anoreksijom mentalnog porekla skoro svaki pokušaj mešanja u ishranu dovede do besa i ljutnje. Zbog toga plan lečenja treba uvek dogovoriti sa bolesnikom, a postoje jasni dokazi o koristi porodično-orijentisane terapije (8).

Pre propisivanja dijetete treba uraditi procenu stanja ishranjenosti bolesnika koji boluje od poremećaja ponašanja u ishrani. Određivanje ciljne (poželjne) telesne mase kod obolelih ovde nije svrsishodno, jer se bolesnik uvek trudi da bude ispod idealne telesne mase.

Procena stanja ishranjenosti veoma utiče na odluku da li je bolesniku potrebna hospitalizacija. Naravno, uzima se u obzir i psihičko stanje bolesnika, anksioznost roditelja, dostupnost odgovarajućih terapijskih metoda u kućnim uslovima (Tabela 2).

Tabela 2. Kriterijumi za hospitalizaciju bolesnika sa poremećenim ponašanjem i ishrani

Indeks telesne mase ispod 15 kg/m ² ili relativna telesna masa ispod 75% ili ispod 3-eg percentila kod dece do 18. godine
Prisutna dehidracija
Cirkulatorni kolaps, manifestovan niskim krvnim pritiskom, sporim ili iregularnim pulsom, slaba periferna cirkulacija
Elektrolitni deficit
Uporno povraćanje i povraćanje krvi
Depresija, suicidalne ideje ili namere, ili drugi teži psihijatrijski poremećaji
Neuspelo ambulantno lečenje

Najčešće, potrebu za hospitalizacijom imaju oboleli od anoreksije nervoze, dok bolesnici sa selektivnom ishranom retko zahtevaju hospitalizaciju.

Ukoliko se preporučuje rehidracija, popravljavanje elektrolitnog disbalansa, hospitalizacija je neophodna. Stacionarne zdravstvene ustanove imaju prednost kada je u pitanju brzo otkrivanje i lečenje komplikacija, kao i lakše sprovođenje enteralne ishrane. Ukoliko se radi o mlađem bolesniku, prijem na pedijatrijsko odeljenje je manje stresan za roditelje i dete, nasuprot psihijatrijskom odeljenju. Kompromis se može postići kombinacijom urgentnog lečenja u bolnici sa vanbolničkim tretmanom. Kod odraslih su se kao efikasne pokazale dnevne bolnice.

Jedan od glavnih ciljeva dijetoterapije kod poremećaja ishrane je obnavljanje zdravih obrazaca ishrane, tj. odgovarajućeg ponašanja u ishrani, a to se može postići postepeno ili naglo. Kod bolesnika koji nemaju veliki gubitak telesne mase, bolest je skoro počela ili koji se tretiraju u vanbolničkim uslovima, treba insistirati na što skorijem (naglom) vraćanju zdravim navikama. Bolesnici koji imaju izražen dugotrajniji gubitak telesne mase pogodniji su za postepen program nutritivne rehabilitacije (9).

Adekvatni nutritivni unos može se obezbediti: oralnim putem, enteralnom ishranom, retko parenteralnom ishranom (10). Ukoliko stanje bolesnika zahteva hitnu nadoknadu esencijalnih nutrijenata, pribegava se enteralnoj ishrani pomoću nazo-gastrične sonde, koju koordiniše medicinsko osoblje i dijetetičar. Parenteralna ishrana predstavlja alternativu enteralnoj ishrani kada se ne toleriše ni oralna, niti enteralna ishrana, a potrebna je brza rehidracija i nadoknada elektrolita.

Uloga stručnjaka koji je nezaobilazan deo kliničkog tima za lečenje poremećaja ponašanja u ishrani je da bude konsultant roditeljima i dr. članovima tima, posebno radi:

- planiranja unosa hrane koji je prihvatljiv za bolesnika,
- postepenog povećanja unosa hrane,
- preporučivanja zamena namirnica,
- naglašavanja esencijalnih nutrijenata,
- savetovanja oko suplemenata.

Savetovanje u vezi sa ishranom ne bi trebalo vršiti samo u prisustvu bolesnika, pogotovu za mlađe, zato što je potencijal za manipulaciju od strane bolesnika veliki. Ishrana mora biti stvar dogovora između bolesnika, roditelja dijetetičara. Važno je naglasiti da roditelji preuzimaju krajnju odgovornost za određivanje dijete.

Nutritivna rehabilitacija podrazumeva: ocenu ishrane i ishranjenosti, dijetoterapiju i edukaciju o ishrani.

Ocena ishrane i ishranjenosti podrazumeva anamnezu ishrane, kao i ocenu biohemijskih, metaboličkih i antropometrijskih indikatora ishranjenosti.

Anamneza ishrane treba da uključi procenu energetske unosa, unosa makro i mikronutrijenata, stavova vezanih za ishranu i ponašanja u ishrani. Smanjen dnevni energetski unos, ispod 1000 kcal, često je prisutan kod mentalne anoreksije, dok je u bulimiji dnevni unos teško pratiti zbog povraćanja (11). Naime, bolesnici sa bulimijom, kada nisu u fazi prejedanja, često ograničavaju unos ugljenih hidrata i masti. Neadekvatan energetski unos i ograničen izbor

namirnica dovode do malnutricija. Pri uzimanju anamneze ishrane treba obratiti pažnju i na unos tečnosti. Neki bolesnici retko unose tečnost, ne podnoseći osećaj punoće posle uzimanja tečnosti. Drugi piju velike količine tečnosti da bi odagnali glad.

Bolesnici sa poremećenim ponašanjem u ishrani pokazuju karakteristične stavove i ponašanja vezane za ishranu. Izbegavaju određene namirnice kao što su crveno meso, peciva, slatkiši, mast i pržena hrana. Često se odnose prema specifičnim namirnicama ili grupama namirnica kao „apsolutno dobrim“ ili „apsolutno lošim“. Bolesnici pokazuju ritualno ponašanje tokom obroka, unose hranu na specifičan način, prave neobične kombinacije namirnica ili preterano upotrebljavaju začine. Ovo treba zapaziti, kao i dužinu obroka. Bolesnici sa bulimijom jedu brzo, što ukazuje na neprepoznavanje znakova zasićenosti, dok bolesnici sa anoreksijom obeduju sporo i dugo. Bulimičar će često identifikovati neke namirnice kao okidače prežderavanja i izbegavati ih (12).

U mentalnoj anoreksiji nivo serumskih albumina je uglavnom u normali. I pored ishrane sa malo masti i holesterola imaju povišen nivo serumskog holesterola i nepovoljan odnos lipoproteina, najčešće zbog disfunkcije jetre (13,14). Bolesnici sa bulimijom takođe imaju abnormalne nivoje lipida u krvi i nizak nivo serumske glukoze, zbog deficita prekursora glukoneogeneze (15). Čest nalaz kod anoreksije je i hiperkarotinemija. Pojava deficita vitamina se javlja u grupi pothranjenih. Anemija je retka kod poremećaja ponašanja u ishrani, javlja se samo ukoliko postoji krvarenje iz erozija u digestivnom traktu. U anoreksiji potrebe za gvožđem su snižene kako zbog amenoreje tako i zbog kataboličkog stanja organizma. Takođe, mogu se javiti i deficiti zinka, kalcijuma, magnezijuma i vitamina D. Povraćanje i laksativi mogu da dovedu do ozbiljnog disbalansa tečnosti i elektrolita. Javlja se dehidracija, hipokalijemija, hipohloremija, a ređe i hiponatremija.

Antropometrijska procena ishranjenosti bolesnika sa poremećajem ponašanja u ishrani zasniva se na određivanju procenta masti u organizmu, tj. mršave mase tela. U kliničkoj praksi, procenat telesne masti najčešće se izračunava kao prosečna vrednost iz zbira debljine četiri kožna nabora (triceps, biceps, subskapularni i suprailijačni). Mršava telesna masa može se izračunati i merenjem obima mišića nadlaktice, koji se dobija iz obima nadlaktice i izmerenog kožnog nabora tricepsa, i upoređivanjem sa standardima za pol i godine starosti. Antropometrijska merenja treba uraditi na početku i tokom nutritivne terapije bolesnika sa poremećajem ponašanja u ishrani. Kod anoreksije nervoze se prati da li postoji željeni porast telesne mase, a kod bulimije kratkoročni cilj je održavanje telesne mase (16).

Ukoliko postoji pothranjenost, kod bolesnika sa poremećajem ponašanja u ishrani najbolje je početi sa blagim povećanjem ukupnog kalorijskog unosa. Individualna dijeta predstavlja uvek opšti cilj. Na početku se propisuje dijeta od oko 1000 kcal dnevno, a posle nekoliko dana može se povećati energetski unos oko 200 kcal nedeljno.

Može se početi i sa 1200 do 1500 kcal dnevno i povećavati energetske unos 500 kcal svaka četiri dana, što dovodi do povećanja telesne mase od 0,5 do 1 kg nedeljno. Unos se može maksimalno povećati do 3500 kcal za žene i 4000 kcal za muškarce (17).

Kod blage pothranjenosti, preporučuju se manji a češći obroci, uz upotrebu začina koji stimulišu apetit. Posebno se preporučuju namirnice visoke energetske gustine, kao što su sokovi, suvo i koštunjavo voće, kao i hiperenergetski napici. Obroke bi trebalo atraktivno servirati, što pomaže obnavljanju apetita i sticanju odgovarajućih navika u ishrani. Posle obroka, bolesnik treba da se odmara pola sata u toploj prostoriji u ležećem položaju.

Kod teže pothranjenosti, hrana koja se unosi na usta mora biti lako svarljiva, sa malo masnoće, u vidu malih i čestih obroka (8-10), u početku od obranog mleka (100 ml), uz dodatak 10-15g obranog mleka u prahu, tako da se dnevno unese oko 1 litar mleka. Ukoliko je bolesnik suviše slab, koristi se razblaženo mleko.

U kasnijoj fazi se dodaju šećer, skrob, uvode se mlečni-kiseli napici (jogurt) u ishranu, zatim kašasta hrana, supe i kuvano meso, uz postepen prelazak na mešovitu ishranu povećane energetske vrednosti hrane. Treba voditi računa o smanjenoj toleranciji bolesnika, pre svega prema mastima (18).

Veoma je preporučljiva upotreba mahunastog povrća u ishrani bolesnika sa anoreksijom i bulimijom koji često pokazuju poremećaje u nivou glikemije, iz razloga što uglavnom, ili isključivo, konzumiraju namirnice sa visokim sadržajem prostih šećera. Zbog toga je kod ovih bolesnika često prisutna ciklotimija, tj. promene raspoloženja.

Hiperenergetski napici su korisni dodaci radi obezbeđivanja dovoljno kalorija. Sa napretkom, kalorijska vrednost jela se smanjuje i obogaćeni napici mogu da se potpuno isključe iz dijeta ili da se zamene normalnim napicima. Mana obogaćenih napitaka je u tome što bolesnik može da počne da se oslanja na njih u svojoj ishrani, pre nego da jede čvrstu hranu, i po oporavku može doći u iskušenje da uzima tečne obroke namenjene mršavljenju.

Gorke biljke su se oduvek koristile za stimulaciju apetita, ukoliko je bolesnik svestan svog problema i želi da promeni svoje ponašanje, pa mu je potrebna stimulacija kako bi povratio osećaj gladi i apetit. Najčešće korišćenje biljke su: *Acorus calamus* – idiriot, *Cnicus benedictus* – blaženi čkalj, *Taraxacum officinale* – maslačak, *Hypericum perforatum* – kantarion. Efekat stimulatora apetita je diskutabilan.

Pažljivo kliničko praćenje je neophodno tokom dijetoterapije, uključujući monitoring vitalnih znakova, kardiopulmonalne funkcije i postojanja perifernih edema. Refeeding sindrom, koji se javlja kod oko 6% hospitalizovanih (19), uključuje manje abnormalnosti (prolazni edem stopala) ili ozbiljne komplikacije koje zahtevaju hitnu intervenciju: produžen QT interval, hipofosfatemija sa slabošću, konfuzija i progresivna neuromuskularna disfunkcija. Sindrom je najčešće prisutan

kod bolesnika koji imaju manje od 70% idealne telesne mase i kod onih koji su na enteralnoj ili parenteralnoj ishrani, mada se javlja i kod onih koji prebrzo jedu. Sporiji ritam hranjenja smanjuje rizik od komplikacija. Elektroliti u serumu, posebno fosfor i magnezijum, kao i bubrežna funkcija moraju se pažljivo pratiti. Kliničke promene i laboratorijske vrednosti koje zahtevaju hitnu akciju uključuju: izmenjenu svest, tahikardiju, kongestivnu srčanu insuficijenciju, atipični abdominalni bol, produžen QT interval i QT disperziju (znak abnormalne ventrikularne repolarizacije udružen sa povećanim rizikom od aritmija), kalijum u serumu ispod 3 mmol/l i fosfor ispod 0,8 mmol/l.

Evidentno je da mnogi bolesnici sa poremećajem ponašanja u ishrani pokazuju nedostatak u oligoelementima i mineralima, ali izuzev cinka (20), koji je bio dosta detaljno proučavan, vrlo malo je studija urađenih na tom polju. Od suplemenata u primeni su: zink, kalcijum, magnezijum, gvožđe, vitamini, minerali. Može se preporučiti i upotreba fortifikovanih namirnica (21).

Lečenje komplikacija sprovodi se na osnovu kliničkog iskustva. Periferni edemi se tretiraju elevacijom nogu i ograničavanjem unosa soli (22).

Uključivanje roditelja u bolničko lečenje može biti korisno (23). Pažljivo planiranje i dogovaranje između osoba koje spremaju hranu, bolesnika i porodice je važno zato što se lako upada u konflikt sa ovim bolesnicima (Ko donosi jelo? Ko bi trebalo da bude prisutan? Kako je vreme tokom obroka strukturisano?). Za vreme obroka bi trebalo uspostaviti ravnotežu između čvrstine i doslednosti s jedne strane, kao i empatije i fleksibilnosti s druge strane. Tokom obroka bolesnik je često uznemiren i besan, ustaje sa stola. Povremeno se mogu razmatrati kompromisi, npr. može se promeniti mesto obroka ili neka namirnica zameniti drugom, ili postavljeni cilj za dati obrok može biti prepravljen. Takvim pristupom demonstrira se bolesniku briga o njemu. Ciljevi za obroke se dogovaraju sa bolesnicima, koji mogu biti sve, od dodirivanja usana hranom, do uzimanja tri-četvrtine obroka. Potrebno je pratiti osobu tokom jela i neposredno posle jela, u slučaju da se hrana krije i onda uklanja posle jela. Osoba može da krije hranu u odeći, ispod stola ili da je raširi preko tanjira da izgleda da je ima manje.

Konkretna vrsta ohrabrenja i razgovora tokom obroka je specifična za svakog bolesnika koji ima poremećeno ponašanje u ishrani. Jedan deo bolesnika želi da zadrži striktnu kontrolu nad ishranom, dok drugi deo želi da se hrani zdravo i vrati normalnom životu. Bolesnika treba hrabriti tokom jela da se bori sa stranom ličnosti koja predstavlja poremećaj ishrane. Neki bolesnici reaguju na direktniji verbalni podsticaj, razgovaraju o drugim temama, ili traže prisustvo drugih osoba, naročito vršnjaka. Roditelji i zdravstveni radnici treba da sarađuju i da se svaki nesporazum u vezi unosa hrane i pristupa obroku reši za stolom. Nesposobnost okoline za saradnju otežava napredak (24, 25).

Rani osećaj sitosti, blag osećaj naduvenosti, ili mučnina posle jela nisu retke i povezane su sa

odloženim pražnjenjem želuca, tako da su poželjni manji i češći obroci umerene veličine. Osobe sa anoreksijom percipiraju porcije većim nego što one jesu, tako da manji, a češći obroci smanjuju anksioznost. Bolesnika bi trebalo uključiti u pravljenje plana dijeta i donekle omogućiti izbor namirnica. Nije preporučljivo razgovarati o kalorijama, već razgovarati u kontekstu zdrave ishrane. Lista sa dijetom koja precizira veličinu porcije, a ne broj kalorija može se dati bolesniku u ruke.

Doručak treba služiti između 7:00 i 8:00h; unosi se 1,5 dl jogurta, sendvič, čaša soka od narandže i šoljica čaja ili kafe. Posle mesec dana, bolesnik se ohrabruje da doda sendvič, ali se ne zahteva da pojede više od dva sendviča. Ručak se servira između 11:30 i 12:30. Večera se služi između 16:30 i 17:30h i količina hrane je ista kao za ručak. Svaki obrok se završava suplementom za enteralnu ishranu (npr. Nutridrink), koji se povlači pri kraju lečenja. Između obroka se dodaje užina. Posle četiri meseca tretmana bolesnici mogu da jedu zajedno i u restoranima u pratnji zdravstvenog radnika ili poznate osobe. Posle svakog obroka bolesnici se odmaraju u sobi u kojoj temperatura može da se podesi do 36°C (26).

Bolesnici koji su na enteralnoj ishrani, trebalo bi da sede za stolom sa ostalima da bi bili deo dešavanja tokom obroka, kao i da bi krenuli da se hrane samostalno kada budu spremni. Bolus obogaćenog mleka se daje posle jela da bi se ohrabrilo obedovanje za stolom. Primena bolusa ima prednost nad konstantnim unosom, jer oponaša normalne obrasce ishrane i omogućava vraćanje normalnih obrazaca apetita i gladi.

Upotreba nazo-gastrične sonde svakodnevno se preispituje i kako oralni unos raste, enteralni treba smanjiti (24).

Obroci moraju biti prilagođeni pojedinačno svakom bolesniku, kako bi se popravilo stanje ishranjenosti koje utiče na kvalitet života (27).

Zaključak

Zbog prirode poremećaja ponašanja u ishrani, kao i često prisutnih malnutricija, dijetoterapija je neophodna karika u lečenju.

Osnovni cilj dijetoterapije je postizanje normalne telesne mase i obnavljanje zdravih obrazaca ishrane, primenom normalne dijeta odmah ili primenom postepenog programa, koji je primereniji kod težih oblika pothranjenosti.

Ako je prisutno potpuno odbijanje da se unosi hrana na usta ili je nemoguće unošenje, primenjuje se enteralna ishrana. Da bi se stimulisali normalni obrasci ishrane primenjuju se bolusi hrane u vreme obroka, i to tokom dana ili noću. Retko je indikovana parenteralna ishrana, koja se primenjuje kratkotrajno, samo kada treba hitno nadoknaditi elektrolite i tečnost.

U organizaciji obroka učestvuje, pored lekara medicinske sestre i dijetetičara, i porodica, kako bi se osigurao stalan nadzor nad bolesnikom tokom jela. Postavlja se cilj koji treba ostvariti za svaki obrok.

Vraćanje na normalnu telesnu masu predstavlja povoljan prognostički faktor kod bolesnika sa poremećajem ponašanja u ishrani.

Literatura

1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1, WHO, 1992, Geneva.
2. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003;34:383-96.
3. Pokrajac-Bulian A, Zivčić-Becirević I, Calugi S, Dalle Grave R. School prevention program for eating disorders in Croatia: a controlled study with six months of follow-up. *Eat Weight Disord* 2006;11(4):171-8.
4. Vander Wal JS, Gibbons LJ, del Pilar Grazioso M. The sociocultural model of eating disorder development: Application to a Guatemalan sample. *Eating Behaviors* 2008; 9(3):277-84.
5. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition* 2008; 27(1):5-15.
6. Sardesai VM. Introduction to Clinical Nutrition. New York : Marcel Dekker, 2003.
7. Nikolić M. Dijetetika. WUS Austria, Niš: Medicinski fakultet u Nišu, 2008.
8. Eisler I, Russell DC, Szmukler G., le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa-a five-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1025-30.
9. Gowers GS. Treatment of anorexia nervosa in childhood and adolescence. *Psychiatry* 2005; 4(4):14-7.
10. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc* 2006; 106(12):2073-82.
11. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders (revision). American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders, *Am J Psychiatry* 2000; 157(Suppl 1): 1-39.
12. Sedlet KJ. Energy expenditure and the abnormal eating pattern of bulimic: a case report, *J Am Diet Assoc* 1989; 89(1):74-7.
13. Matzkin V, Slobodianik N, Pallaro A, Bello M, Geissler C. Risk factors for cardiovascular disease in patients with anorexia nervosa. *Int J Psychiatr Nurs Res* 2007; 13(1):1531-45.
14. Krízová J, Dolinková M, Lacinová Z, Sulek S, Dolezalová R, Housová J. et al. Adiponectin and resistin gene polymorphisms in patients with anorexia nervosa and obesity and its influence on metabolic phenotype. *Physiol Res* 2008; 57(4):539-46.
15. Sullivan PF, Gendall KA, Bulik CM, Carter FA, Joyce PR. Elevated total cholesterol in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1998; 23(4):425-32.
16. Mladenović I, Nikolić M. Difference in anthropometric characteristics and functional abilities active and non active women. *Sport Mont* 2006;10-11:665-74.
17. Mehler PS. Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Ann Intern Med* 2001; 134:1048-59.
18. Nikolić M, Mitrović V, Nikić D. Medical nutrition therapy in management of food allergy, *Acta Fac Med Naiss* 2007; 24 (1):45-50.
19. Stanga Z, Bruner A, Leuenberger M, Grimble RF, Shenkin A, Allison SP, Lobo DN. Nutrition in clinical practice-the refeeding syndrome: illustrative cases and guidelines for prevention and treatment. *Eur J Clin Nutr* 2008; 62(6):687-94.

20. Lask B, Fosson A, Rolfe U, Thomas S. Zinc deficiency and childhood onset anorexia nervosa. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 63-6.
21. Lazarević K, Nikolić M, Mitrović V. Primena i značaj fortifikacije u prevenciji bolesti izazvanih nedostatkom mikronutrijenata. *Srp Arh Celok Lek* 2006; (Suppl 2):139-144.
22. Gentile MG, Manna GM, Ciceri R, Rodeschini E. Efficacy of inpatient treatment in severely malnourished anorexia nervosa patients. *Eat Weight Disord* 2008;13(4):191-7.
23. Arthuis M, Duché DJ. Diagnosis and treatment of disturbances in eating behavior among adolescents: anorexia nervosa and bulimia nervosa. [Article in French] *Bull Acad Natl Med* 2002;186(3):699-707.
24. Pavlović M. Higijensko dijetetski aspekti poremećaja ponašanja u ishrani. Diplomski rad. Niš: Medicinski fakultet u Nišu, 2008.
25. Fernstorm MH, Weltzin TE, Neuberger S, Srinivasagam N, Kaye WH. Twenty-four hour intake in patients with anorexia nervosa and in healthy control subjects. *Biol Psychiatry* 1994;36:696-702.
26. Bergh C, Brodin U, Greger L, Södersten P.. Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *PNAS* 2002; 99(14):9486-91.
27. Nikolić M, Gajić I, Stanković N. Uticaj stanja ishranjenosti na kvalitet života, *Scr Med* 2003; 34(2):81-5.

MEDICAL NUTRITION THERAPY IN MANAGEMENT OF EATING DISORDERS

Maja Nikolic, Milos Pavlovic and Milica M. Vojinovic

The treatment of eating disorders demands a comprehensive medical approach, where a dietitian has an important role, primarily due to numerous instances of malnutrition. The objective of this paper was to recapitulate the research findings and clinical evidence which show the importance of medical nutrition therapy in the treatment of eating disorders; furthermore, they present significant guidelines for clinical practice. The research methods have entailed a thorough exploration of literature available at research data bases. The results of the research studies published so far have unambiguously pointed out that, when eating disorders are concerned, there is an urgent need for a diet therapy in order for the patient to restore the appropriate body weight as well as normal eating habits. On the one hand, certain authors suggest returning to normal nutritional habits immediately, whereas, on the other hand, certain others advocate a diet therapy program, that is, a gradual process of recovery. Patients incapable of oral food intake receive enteral nutrition. Parenteral nutrition is applied for recovering the lost electrolytes and fluids, but it should be applied rarely, primarily in states of urgency. For patients suffering from eating disorders the increase in weight indicates good chances of recovery; therefore, the patient's nutritional status should be carefully and continuously noted. Finally, it is important that our country, too, should adopt a carefully prescribed and conducted diet therapy as an obligatory step in the treatment of patients with eating disorders. *Acta Medica Medianae* 2009;48(1):50-55.

Key words: *eating disorders, nutrition, medical nutrition therapy, malnutrition*