

SEMINARSKI  
RAD

Metaboličke posljedice poremećaja  
ishrane

# SADRŽAJ

1. UVOD .....	3
2. ANOREKSIJA (Anorexia nervosa) .....	3
2.1. Faktori koji utiču na nastajanje anoreksije .....	4
2.1.1 Biološki i medicinski .....	4
2.1.2. Psihološki i emocionalni .....	4
2.1.3. Kulturološki .....	4
2.2. Klinička slika i simptomi.....	5
2.3. Dijagnoza i liječenje anoreksije .....	6
3. BULIMIJA (Bulimia nervosa) .....	8
3.1. Simptomi i kliničke karakteristike bulimije .....	8
3.2. Liječenje i komplikacije bulimije .....	9
4. Proteinsko-energetska malnutricija.....	10
4.1. Podjela i etiologija. ....	11
4.2. Prevencija i liječenje. ....	12
5. ZAKLJUČAK .....	13
6. LITERATURA .....	14

## 1. UVOD

Poremećaj hranjenja predstavlja hronično samoinicijativno izgladnjivanje ili prejedanje. Nastaje kao posledica držanja restriktivnih dijeta i to kod osoba koje su emocionalno i psihički osjetljive, odnosno onih koje rade na samouništenju sopstvenog zdravlja, praktikujući držanje nepravilnih dijeta, uzimanjem neprovjerenih dijetetskih preparata i određivanjem sopstvene idealne težine koja je najčešće ispod adekvatne.

Karakteriše ga žestok nagon, da osoba bude mršava, kao i psihološki strah od povećanja tjelesne mase i gubitka kontrole nad ishranom. Poremećaj u ishrani može biti rezultat brojnih faktora, koji uključuju poremećaje ličnosti, pritisak u porodici, moguću genetsku ili biološku predispoziciju i opsjednutost idealnom težinom. Najčešće zahvata adolescente, ali i osobe u ranoj odrasloj dobi. Najpoznatiji poremećaji hranjenja današnjice (uz problem gojaznosti) su anoreksija i bulimija koje su se 1980. godine prvi put pojavile. Istraživanja pokazuju da se broj oboljelih znatno povećava iz godine u godinu.

## 2. ANOREKSIJA (*Anoexia nervosa*)

Anoreksija je riječ grčkog porijekla, a odnosi se na nedostatak apetita, izbjegavanje i osjećanje gnušanja prema hrani. Osobe koje boluju od anoreksije imaju stalan i nerazuman strah od debljenja koji je prisutan i kada je mršavost dostigla taj nivo da je život pacijenta ugrožen. Iako je anoreksija bolest uma, u centru ove bolesti je hrana. Često započinje željom za gubitkom nekoliko kilograma. Oboljela osoba postaje opsjednuta slikom svog tijela i često doživljava sebe debelom iako je istina suprotna.

Postoje dva tipa anoreksije :

1. restriktivni tip - sprovodi se dijeta tj.izgladnjivanje praćeno pretjeranom fizičkom aktivnošću
2. prežderavajući - purgativni tip - sprovodi se dijeta, koja je praćena povremenim prejedanjem i eliminisanjem hrane iz organizma preparatima kao što su laksativi, diuretici ili povraćanjem.(1)

## **2.1. Faktori koji utiču na nastajanje anoreksije**

### **2.1.1 Medicinski i biološki**

Primarno sjedište ovih poremećaja je u hipotalamusu, koji reguliše rad hipofize, žlijezde koja ima važnu ulogu u koordinaciji nervnog i endokrinog sistema. Poremećaji u uzimanju hrane povezuju i sa određenim neurotransmiterima u mozgu.

### **2.1.2. Psihološki i emocionalni**

Još uvijek nije potvrđeno da li su emocionalni poremećaji uzroci ili posljedice poremećaja u uzimanju hrane ili oboje. Žene koje boluju od anoreksije postaju opsjednute vježbanjem, dijetama i hranom. Posljedica toga je stvaranje potrebe za vaganjem svakog zalogaja, brojanjem svake kalorije...

### **2.1.3. Kulturološki**

Statistički podaci pokazuju da se anoreksija češće javlja u razvijenim zemljama u kojima je hrana dostupnija, a ideali tijela su okrenuti mršavosti. Pripadnici bijele rase su češće pogođeni anoreksijom od ostalih. (2)

## **2.2. Klinička slika i simptomi**

Na početku anoreksije se javlja veliki gubitak tjelesne težine, koji nastaje kao posljedica različitih dijeta.

U početku osoba želi da popravi svoj fizički izgled, gubljenjem nekoliko kilograma da bi dostigla željenu težinu. Dijeta počinje izbjegavanjem hrane koja deblja kao što su hljeb, slatkiši, tjestenina, a nastavlja se smanjivanjem obroka do potpunog izbjegavanja istih. Konačan ishod dijete je zapravo izgled koji nema veze sa ljepotom te oboljeli i dalje nisu zadovoljni sobom. Zatim se javljaju: depresija, razdražljivost, izolacija, nesаница, malaksalost. Takvim osobama nedostaje spontanost i teško izražavaju osjećaje.

Misli mogu biti konfuzne ili usporene, a bolesnik ima slabo pamćenje i ne može donositi odluke. Jedan od karakterističnih simptoma ovog poremećaja je iskrivljena slika o vlastitom tijelu.



**Slika 2. Iskrivljena slika o vlastitom tijelu**

Kod osoba koje su stalno na dijetama, dolazi do pojave suprotnog efekta na gubljenje tjelesne težine, tzv. jo-jo efekat. Svakom sledećom dijetom dolazi do usporavanja metabolizma tj. sporije se gubi na težini, a brže se deblja, što je na psihološkom planu povezano sa osjećajima razočarenja, stida i srama. (3)

### **2.3. Dijagnoza i liječenje anoreksije**

Dijagnoza anoreksije se brzo utvrđuje na osnovu fizičkih simptoma i osnovne istorije bolesti. Standardni kriterijumi za dijagnostiku anoreksije su: pacijentovo odbijanje da zadrži tjelesnu težinu koja je normalna za njegovu dob i visinu, strah od debljanja iako je pacijent pothranjen, loše mišljene o vlastitom tijelu koje smanjuje samopouzdanje. Međutim, prvi korak pri liječenju ove bolesti je priznanje oboljelog da postoji poremećaj pri ishrani. Pacijent mora biti svjestan stanja u kojem se nalazi i biti voljan prihvatiti pomoć koja mu se pruža. Aktivno učešće osim doktora moraju imati roditelji i prijatelji. Na osnovu simptoma doktor određuje radi li se o restriktivnoj anoreksiji ili je u pitanju prežderavajući tip anoreksije.

U svim se slučajevima moraju napraviti kompletne krvne pretrage, pretrage neravnoteže elektrolita, elektrokardiogram i rendgenski snimak grudnog koša, pretrage jetre i bubrega. Niske koncentracije kalijuma ukazuju na to da je poremećaj vjerojatno praćen sindromom prekomjernog uzimanja i namjernog izbacivanja hrane. Prilikom liječenja važno je informisati pacijenta o posljedicama anoreksije i od njega zahtijevati punu predanost.

Kod umjerenih do teško bolesnih pacijenata vrši se hospitalizacija pogotovo ukoliko je težina ispod 30% ispod minimalne težine koja je potrebna za održavanje zdravlja ili ako dođe do poremećaja srčanog ritma kao i u slučaju teške depresije ili suicidalnog ponašanja. Cilj tretmana je povratak tjelesne težine na normalu pravilnom prehranom i pod kontrolom ljekara.

Ali, liječenje mora ići mnogo dalje od povratka težine. Uz pravilnu prehranu, osoba se mora podvrgnuti psihijatrijskom tretmanu. Kad se tjelesno stanje poboljša, tretman se usmjerava na misli, osjećaje i ponašanje koji su podsticali ili pospješivali poremećaj. Cilj je pacijentu povećati samopoštovanje, navesti ga da bolje vrednuje samoga sebe i da se pomiri sa svojim tijelom.

Intravenska prehrana je rijetko potrebna ili preporučena osim ako pacijentov život nije ugrožen.

Nijedna terapija lijekovima se nije pokazala djelotvornom u liječenju anoreksije ili depresije koja obično prati poremećaj. Posljedice gladovanja pojačavaju popratne pojave i smanjuju djelotvornost antidepresiva. Osim toga, većina antidepresiva smanjuje apetit i doprinosi gubitku težine. (4)

### **3. BULIMIJA (Bulimia nervosa)**

Bulimija znači "bikova glad" i potiče od grčkih riječi bous (bik) i limos (glad). Bulimija je psihički poremećaj i karakteriše je konzumiranje velikih količina hrane, u kratkom vremenskom periodu, nakon čega osoba osjeća grižnju savjest i poseže za nekom od metoda čišćenja organizma kao što je povraćanje ili korištenje laksativa. Ova bolest najčešće se javlja kod adolescentkinja ili u ranoj odrasloj dobi kao i anoreksija. Bulimične osobe najčešće posežu za hranom koja sadrži velike količine ugljenih hidrata, u kojima se nalazi aminokiselina triptofan. Poznato je da se ova aminokiselina u organizmu pretvara u serotonin tzv. hormon sreće jer osigurava osjećaj zadovoljstva, sreće i mira.(5)

Postoje dva tipa bulimije nerveze u odnosu na način pražnjenja:

1. Purgativni tip opisuje stanje kada osoba uobičajeno pribjegava samoizazivanju povraćanja ili zloupotrebi laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje.
2. Nepurgativni tip opisuje stanje kada osoba ima neko drugo neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje, kao što je post ili pretjerano tjelesno vježbanje, ali ne pribjegava samoizazvanom povraćanju, zloupotrebi laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje.

#### **3.1. Simptomi i kliničke karakteristike bulimije**

Prilikom prejedanja ove osobe gube kontrolu i nisu u stanju da odole hrani, ali zbog straha od debljanja uzrokuju namjerno povraćanje, koriste laksative i diuretike. Osjećaj olakšanja nakon povraćanja ne traje dugo, već ubrzo prelazi u depresiju i osjećaj krivnje. Budući da se ove osobe stide svog problema, prejedanje se odvija u tajnosti, a karakteriše ga brza konzumacija hrane sve do postizanja osjećaja neugodne boli. Samom činu prejedanja prethodi loše raspoloženje, stresna situacija, jaka glad kao posljedica dijete ili osjećaji vezani za tjelesnu težinu, oblik tijela ili hranu.

Tjelesne posljedice bulimije:

1. bolovi u stomaku,
2. natečene šake i stopala,
3. osjećaj umora,

4. bubrežne komplikacije,
5. simptomi dehidracije,
6. hronična promuklost



**Slika 3. Prejedanje**

### **3.2. Liječenje i komplikacije bulimije**

Kada je riječ o liječenju bulimije najbolji način je kombinacija antidepresiva i psihoterapije. Ishod ovog liječenja je povoljniji kod bulimije nego kod anoreksije.

Terapija koja je posebno djelotvorna kod bulimije je kognitivno-bihevioralna terapija. Njena djelotvornost je veća ukoliko se kombinuje sa antidepresivima. Proces obično traje od četiri do šest mjeseci. Za vrijeme terapije oboljeli unosi tri obroka dnevno, kao i hranu koju je ranije izbjegavao. Osnovna lekcija koju oboljeli mora naučiti jeste prepoznati negativne misli o hrani, i ne biti samokritičan.

Osobe oboljele od bulimije koje zadrže normalnu kilažu i ne postanu anoreksični susreću se sa mnogim zdravstvenim problemima. Osobe s poremećajem jedenja sklone su naglim promjenama raspoloženja, emocionalnim izlivima i depresiji. Takođe ovaj poremećaj ima višestruk uticaj na oralno zdravlje. (7)

Akutni gastritis pa čak i ruptura jednjaka, povezani su sa slučajevima prisilnog povraćanja.



**Tabela 1. Anoreksija i bulimija, sličnosti i razlike**

<b>ANOREKSIJA</b>	<b>BULIMIJA</b>
opsjednutost težinom i tjelesnim izgledom	
cilj je izgubiti na težini jedenjem niskokalorične hrane	cilj je jesti koliko se želi bez da se dobije na težini (bez debljanja)
kontroliranje unosa hrane	nekontroliranje unosa hrane već prejedanje unoseći veliku količinu hrane u organizam
javlja se rano u adolescenciji	javlja se kasno u adolescenciji
težak poremećaj može izazvati smrt	

#### **4. Proteinsko-energetska malnutricija**

Proteinska–energetska malnutricija (engl.PEM) ili proteinsko kalorijska malnutricija je nedostatak energije uslijed hroničnog nedostatka svih makronutrijenata, a često obuhvata i manjak mnogih mikronutrijenata. PEM može biti iznenadna i potpuna (izgladnjivanje) ili postupna. Česti su poremećaji više organskih sistema. Dijagnoza obično obuhvata laboratorijske pretrage, uključujući i albumin u serumu.

## 4.1 Podjela i etiologija

PEM može biti primarna ili sekundarna. Primarna PEM je uzrokovana nedovoljnim uzimanjem hranjivih materija. Sekundarna PEM nastaje zbog bolesti ili lijekova koji ometaju iskorištavanje hranjivih materija.

**Primarna PEM:** Širom svijeta se primarna PEM pojavljuje pretežno kod djece i staraca. Može nastati zbog posta ili anoreksije nervoze, ali uzrok može biti i zlostavljanje djeteta ili starca. Kod djece, hronična primarna PEM ima tri česta oblika: marazam, kvašiorkor i oblik s osobinama i jednog i drugog (marantični kvašiorkor). (8)

Marazam (takođe poznat kao suvi oblik PEM) uzrokuje gubitak težine i smanjenje masnog tkiva i mišića. U zemljama u razvoju je marazam najčešći oblik PEM kod djece.

Kvašiorkor (takođe poznat kao otečeni ili edematozni oblik) je povezan s prijevremenim prestankom dojenja, do kojeg tipično dolazi kad se rađa mlađi brat ili sestra, zamjenjujući starijega pri dojenju. Dijete zbog nedostatka esencijalnih i neesencijalnih aminokiselina ne može stvarati protein koji su mu potrebni za normalan rast i razvoj. Kvašiorkor može također nastati usled akutne bolesti, često gastroenteritisa ili druge infekcije (vjerojatno zbog otpuštanja citokina) kod djeteta koje već ima PEM. Veća je vjerojatnoća da će prehrana u kojoj je nedostatak bjelančevina izraženiji od nedostatka energije, izazvati kvašiorkor, nego marazam. Kvašiorkor se obično javlja u određenim djelovima svijeta, poput ruralne Afrike, Kariba i Pacifičkog otočja. Glavna hrana u tim područjima (npr. slatki krompir, zelene banane) sadrži malo bjelančevina i puno ugljenih hidrata. Kod kvašiorkora su ćelijske membrane propustljive, uzrokujući izlivanje intravaskularne tečnosti i bjelančevina, te izazivajući periferne edeme.



Slika 4. Kvašiorkor

**Sekundarna PEM:** Ovaj oblik najčešće nastaje zbog bolesti koje utiče na funkciju probavnog sistema, bolesti propadanja i stanja koja povećavaju metaboličke potrebe (npr. infekcije, hipertireoze, Addisonove bolesti, feohromocitoma, drugih endokrinih poremećaja, trauma, hirurških zahvata, drugih teških bolesti. Krajnji stadijum bolesti srca može uzrokovati srčanu kaheksiju, teški oblik pothranjenosti; smrtnost od nje je izuzetno visoka. Bolesti propadanja mogu smanjiti apetit ili poremetiti metabolizam hranjivih materija. Bolesti probavnog sistema mogu uticati na probavu (npr. insuficijencija gušterače), apsorpciju (npr. enteritis, enteropatija) hranjivih materija.

## 4.2 Prevencija i liječenje

Najvažnija je preventivna strategija - smanjenje siromaštva, poboljšanje obrazovanja o prehrani kao i javno-zdravstvene mjere.

Liječenje kreće fazom stabilizacije, a zatim unošenjem hrane koja energetski bogata. Na početku se daju manji ali češći obroci. U prvim danima liječenja unošenje velikih količina protein može imati i negativne posljedice. U ovoj fazi liječenja je mlijeko dobar izbor. Nakon nedjelju dana unos hrane se može povećati.

Nakon 2-3 sedmice, mlijeko se obogaćuje vitaminima i mineralima sve dok dijete ne dostigne 80% normalne težine. Kada dijete dostigne težinu veću od 85% normalne težine, smatra se da je ozdravilo.

## **5. ZAKLJUČAK**

Ljudi još uvijek nisu svjesni ozbiljnosti ovih bolesti, čija se učestalost povećava iz dana u dan. Dijete su danas već toliko prisutne i normalne, pa se kasno primijeti da je dijeta prerasla u poremećaj u prehrani. Mladje osobe usled nesigurnosti najlakše podliježu ovim bolestima. Od ključne je važnosti što više informisati mlade i razgovarati sa njima o poremećajima u hranjenju, jačati im samopouzdanje kako ih brige o njihovoj nesavršenosti ne bi odvele na put ka izgladnjavanju.

## 6. LITERATURA

1. Bemis, K. i Garner, D. (1978) *A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa*
2. Ambrosi – Randić, N. (2001). *Biološki, psihološki i socijalni faktori u razvoju poremećaja hranjenja.*
3. Davison, G. C. i Neale, J. M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*
4. [www.plivazdravlje.hr](http://www.plivazdravlje.hr)
5. Fairburn, . G. (1997). Eating Disorders. In C. G. Fairburn and D. M. Clark (Eds.). *Science and practice of Cognitive Behaviour Therapy*
6. Vidović, V. (1998). *Anoreksija i Bulimija: psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica*
7. Vodanović, M. *Poremećaji jedenja (anoreksija i bulimija) i oralno zdravlje*
8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994641/>















