

1. Nacionalni simpozijum sa međunarodnim učešćem o poremećajima ishrane i gojaznosti

Mitovi - Istine - Izazovi - Perspektive

06. april, 2023.

Beograd, Hotel Crowne Plaza

Prijava i registracija učesnika:



Agencija Far&Away

Birčaninova 17a, Beograd - Srbija

+381 (11) 36 14 808, +381 (11) 36 14 786

+381 (64) 119 84 01

Email: office@faraway.rs

☒ PRAXIS



www.congress.rs/SIMPI2023

Simpozijum je akreditovan odlukom Zdravstvenog saveta Srbije
A-1-182/23

APSTRAKTI

HIRURŠKO LEČENJE GOJAZNOSTI	03
ANOREKSIJA NERVOZA I POREMEĆAJI IZ SPEKTRA SHIZOFRENIJE KROZ PRIZMU PATOLOGIJE SOPSTVA	05
PITANJE VOLJE I MOTIVACIJE U LEČENJU POREMEĆAJA ISHRANE I GOJAZNOSTI	07
NEUROBIOLOGIJA POREMEĆAJA ISHRANE	09
GOJAZNOST KAO IZAZOV ZA PSIHOTERAPIJU	11
MASA ILI “PROŠIRENJE PODRUČJA BORBE”	13
BRZE/POMODARSKJE/ DIJETE-PRIMAMLJIVE NA PRVI POGLED ALI ZAŠTO IPAK NE?	15
METABOLIČKI SINDROM	17
POREMEĆAJI LIČNOSTI I POREMEĆAJI PREHRANE (ISHRANE)	19
OSVRT NA UDEO PSIHOFAKOTERAPIJE U LEČENJU POREMEĆAJA ISHRANE I GASTROINTESTINALNIH POREMEĆAJA	20
KONTRAVERZE LEČENJA I PRINUDNO LEČENJE	22
FARMAKOTERAPIJA GOJAZNOSTI	23

HIRURŠKO LEČENJE GOJAZNOSTI

MILOŠ BJELOVIĆ

Smanjenje telesne mase od 5 do 10% dijetom, fizičkom aktivnošću i eventualno primenom medikamenata, udruženo je sa mnogobrojnim dobrobitima za pacijente uključujući i smanjenje komorbiditeta. Međutim, za pacijente koji imaju veća očekivanja od lečenja gojaznosti, toliko smanjenje telesne mase može da bude razočaravajuće zbog čega gube motivaciju za dalje lečenje, razvijaju depresiju i ansioznost. Efikasnost endoskopskih barijatrijskih procedura u lečenju gojaznosti je veća od medikamentne terapija, ali i dalje znatno manja od hirurgije. Hirurško lečenje gojaznosti je najefikasnija terapija sa održivim rezultatima i povoljnim efektima na metaboličke i druge komorbiditete.

Kada su u pitanju pacijenti od 18 do 60 godina starosti, indikacija za barijatrijsku hirurgiju se postavlja u sledećim situacijama:

- BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$
- BMI 35-40 kg/m^2 sa komorbiditetima čije poboljšanje se očekuje nakon hirurškog lečenja gojaznosti.
- Kriterijum BMI može da bude u trenutku donošenja odluke o indikaciji ili raniji najveći BMI. Smanjenje telesne mase ispod granične vrednosti BMI, koje je rezultat napora pacijenta nije kontraindikacija za barijatrijsku hirurgiju.

Pacijenti sa BMI 30-35 kg/m^2 imaju isti rizik od dijabetesa i drugih komorbiditeta gojaznosti kao i oni sa drugim i težim stadijumom gojaznosti.

Zbog toga je IFSO (International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders) 2014. doneo preporuku da se omogućiti barijatrijska hirurgija i pacijentima sa prvim stadijumom gojaznosti:

1. koji ne mogu da postignu odgovarajuće smanjenje telesne mase konzervativnim metodama lečenja
2. nakon procene globalnog rizika i predikcije nastupajućih komorbiditeta

Indikacija za barijatrijsku hirurgiju kod ovih pacijenata se više zasniva na prisustvu komorbiditeta i njihovoj očekivanoj remisiji, nego na BMI.

Ključne reci: gojaznost, operacija, indikacije

ANOREKSIJA NERVOZA I POREMEĆAJI IZ SPEKTRA SHIZOFRENIJE KROZ PRIZMU PATOLOGIJE SOPSTVA

NADA P. MARIĆ, STEFAN JEROTIĆ I VANJA
MANDIĆ-MARAVIĆ

Kompleksne prezentacije poremećaja iz spektra shizofrenije mogu da uključe i smetnje koje se preklapaju sa psihopatologijom poremećaja ishrane, a izolovane distorzije doživljaja realnosti u poremećajima ishrane mogu imponovati kao sumanutosti. Iz ugla dinamike formiranja ličnosti, obe grupe poremećaja bi bile posledice smetnji u njenoj integraciji. Fenomenološki, oba poremećaja se tiču doživljaja samog sebe odnosno sopstva – spoznaje unutrašnjeg ustrojstva individue, njene celovitosti tokom vremena, kao i spoznaje granica sebe i okruženja u čemu telesno igra važnu ulogu. Za termin poremećaja sopstva koji se prvenstveno tiče tela može se koristiti termin rastelovljenje (eng. disembodiment).

Patogeneza poremećaja doživljaja sebe u ova dva teška psihijatrijska poremećaja ne mora biti identična – proces rastelovljenja verovatno je primaran kod osoba sa poremećajima iz spektra shizofrenije i kroz prizmu ontogeneze se posmatra kao posledica patologije ranog razvoja individue (rastelovljenje kao deo primarnog procesa). Za razliku od toga, anoreksija nervoza ne mora da ima tako rane i duboke patološke korene, već poremećaji doživljaja sebe tj. tela nastaju kasnije (rastelovljenje kao sekundarni fenomen).

U tom svetlu, etiologiju poremećaja ishrane moguće je posmatrati kroz prizmu procesa koji odražavaju smetnje adaptacije na prethodno utelovljeni odnos sa telom deteta u telo adolescenta - tek je to trenutak u kome se pojavljuju distorzije razvoja sobstva i dati proces se može smatrati sekundarnim. Ovakvo razmatranje može imati jasnu kliničku primenu kod pacijenata kod kojih bi bila potrebna diferencijalna dijagnoza između primarnog poremećaja ishrane i sumnje na psihozu, jer implicuje da bi detaljna razvojna anamneza mogla bitno da pomogne u proceni i daljem lečenju pacijenata.

U predavanju će biti iznete hipoteze koje zahtevaju dalje empirijsko istraživanje. Premorbidno funkcionisanje kod osoba sa psihotičnim poremećajima upoznaje se sve bolje zahvaljujući velikom broju istraživanja osoba sa povišenim rizikom za psihozu, ali premorbidno funkcionisanje kod adolescenata sa poremećajima ishrane je daleko manje ispitano.

PITANJE VOLJE I MOTIVACIJE U LEČENJU POREMEĆAJA ISHRANE I GOJAZNOSTI

VLADIMIR BOROVNICA

Polje poremećaja ishrane je veoma široko i heterogeno. U ovom radu ćemo se prevashodno fokusirati na anoreksiju nevozu, bulimiju nervozu, poremećaj prejedanja i gojaznost. Sa druge strane pitanja volje i motivacije su univerzalno značajna u tretmanu ovih poremećaja. Upravo zato ćemo kroz ovaj rad predstaviti pitanja volje i motivacije kroz čitav spektar problema u ishrani (šta je slično, a šta različito između različitih entiteta). Predstavićemo trenutno dominantne modele vezane za motivaciju, transteorijski model stadijuma promene, kao i model teorije samodeterminacije koji razgraničava intrinzičku i ekstrinzičku motivaciju. Razmotrićemo potencijalne izvore motivacije za lečenje (briga o zdravlju, briga o izgledu, društveni pritisak...). Potom ćemo se pozabaviti i samim fenomenom volje i empirijskim zakonitostima koje su u tom kontekstu relevantne. Razmotrićemo i odnos ličnosti (bazične strukture, pojedinih specifičnih crta, potom kapaciteta za regulaciju emocija) i motivacije generalno (kao i motivacije u domenu ishrane i tretmana poremećaja u ishrani). Npr. jedan od najpostojanijih nalaza kada govorimo o odnosu gojaznosti i crta ličnosti je veza (negativna) sa dimenzijom Savesnosti (a koja se u suštini odnosi na kapacitet voljne kontrole), te možemo reći da je slabost volje bitna ne samo za tretman, već i za nastanak poremećaja u ishrani.

Konačno, pozabavićemo se i pojedinim zakonitostima vezanim za volju i motivaciju generalno (poput „umor od odluka“, „do đavola“ efekta, efekta „licenciranja“ ili efekta „potopljenih troškova“) o kojima treba posebno voditi računa u (ko)kreiranju „programa“ tretmana.

Bolnica za psihijatriju, Odsek za adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju, KBC „Dr Dragiša Mišović – Dedinje, Beograd

Ključne reči: poremećaji ishrane, gojaznost, motivacija, volja

NEUROBIOLOGIJA POREMEĆAJA ISHRANE

VOJVODIĆ NIKOLA¹, PEJOVIĆ ALEKSA¹, RISTIĆ ALEKSANDAR¹, VOJVODIĆ LJUBICA², SALAK-DOKIĆ BILJANA¹, SOKIĆ DRAGOSLAV¹.

1 Klinika za neurologiju, Univerzitetski Klinički centar Srbije, Beograd

2 Opšta bolnica Euromedik, Bulevar umetnosti 29, Beograd

Aдекватна ishrana ima za cilj da obezbedi rast organizma i energetske balans. Zbog toga je unos hrane određen bogatom interakcijom signala energetske homeostaze sa moždanim strukturama koje su odgovorne za raznolik repertoar ponašanja potreban za dobijanje i konzumiranje hrane. U regulaciji ishrane centralno mesto ima hipotalamus, koji pod uticajem hormona masnog tkiva i pankreasa (leptin i insulin) potiskuje hranjenje i podstiče potrošnju energije kao odgovor na višak hranljivih materija. Kratkoročni homeostatski signali iz gastrointestinalnog trakta putem peptida (grelin i holecistokinin) u stanjima gladovanja podstiču, a u sitosti inhibišu hranjenje.

Međutim, postoje situacije u kojima se signali energetske homeostaze mogu nadjačati. Na primer, čak i u odsustvu gladi motivacija za unosom hrane može postojati ukoliko je hrana privlačna. Nasuprot tome, kod anoreksije osoba može izbegavati unos hrane uprkos postojanju ozbiljnog energetske deficita. Ovi primeri takozvanog „nehomeostatskog“ hranjenja, gde se javlja neusklađenost između motivacije za jelo i potražnje energije, imaju izvesne evolucione prednosti, ali se poslednjih decenija izučavaju kao dominantna karakteristika poremećaja ishrane i gojaznosti.

Prema nedavnim istraživanjima, hedonističko hranjenje kao jedna komponenta nehomeostatske ishrane može imati uzrok i u određenoj genetskoj predispoziciji.

S druge strane, postoje bolesti mozga koje svojim patološkim procesom direktno oštećuju one strukture koje učestvuju u regulaciji procesa ishrane. Ove bolesti kao npr. frontotemporalna demencija, u sklopu kliničke prezentacije imaju poremećaj ishrane koji često ostaje u senci drugih, naizgled mnogo dramatičnijih simptoma i manifestacija (kognitivni, motorni, itd).

Razumevanje ovih procesa ima značajne terapijske implikacije u lečenju različitih poremećaja ishrane od kojih neki spadaju u najsmrtonosnije bolesti današnjice.

Ključne reči: neurobiologija, homeostaza, poremećaji ishrane, gojaznost

GOJAZNOST KAO IZAZOV ZA PSIHOTERAPIJU

MARIJA ĐUROVIĆ

Gojaznost i prejedanje predstavljaju značajan aspekt razvoja i života gojazne osobe i imaju važno psihološko i simboličko značenje. Prejedanje može ukazivati na čitav spektar osećanja: bes i mržnju, želju za nedostižnom ljubavlju, pokušaj zamene seksualnog zadovoljstva, zavisnost od roditelja ili neprijateljsko odbacivanje. Veličina tela kod gojaznih se može koristiti na više načina: zaštita od međuljudskih povreda (fizičkih ili psiholoških), opravdanje za neuspeh u karijeri, društvenim i seksualnim odnosima; zastrašivanje i kontrola drugih. Krupno telo može biti fizička manifestacija unutrašnjeg osećaja bezvrednosti, nevoljenosti i inferiornosti i osećaja praznine. S obzirom na primarnu i sekundarnu dobit koju gojaznost obezbeđuje, može se razumeti otpor koji gojazni ljudi imaju prema lečenju uprkos želji da redukuju svoju telesnu masu. Neki od njih to otvoreno i verbalizuju: „Želim da smršam, ali ne želim da budem mršav“.

Lečnje i psihoterapija gojaznih osoba je veliki izazov kako za samog pacijenta tako i za lekara. Psihijatrijski i psihoterapijski pristup može biti od jednostavnog savetovanja i suportativnih metoda, do dubinskih psihoterapijskih tehnika. Psihodinamski pristup podrazumeva dubinski i nedirektivan pristup pacijentu, fokusira se na probleme u ranom razvoju ličnosti koji su u vezi sa fiksacijom u pregenitalnom periodu i podrazumeva osveščivanje osećanja kao što su stid, inferiornost, agresivnost, zavist, krivica, zavisnost, pasivnost.

Psihoterapija pomaže u procesu adaptacije na „novo telo“, regulaciji samopoštovanja i samovrednovanja, kao i sprečavanju recidiva. Gojazna osoba se ne može smatrati izlečenom čak i onda kada redukuje u potpunosti telesnu masu, ukoliko simptomi iz sfere mentalnog zdravlja i dalje perzistiraju. U tom slučaju gubitak telesne mase predstavlja pseudoizlečenje.

Ključne reči: gojaznost, prejedanje, psihoterapija

Bolnica za psihijatriju

KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“

MASA ILI “PROŠIRENJE PODRUČJA BORBE”

DR SABINA JAHOVIĆ

Telo je internalizovani objekat koji odliskava ranu vezu između individue i majke preko ljubavi (E. Laufer, 2002), s tim što je kontinuitet slike tela zasnovan na iskustvu koje dobijamo i od drugih, što je u skladu i sa Winnicottovom teorijom integracije između psihe i soma koja je prisutna tokom celog života. Pogled majke i pogled drugih je važan deo ovog procesa. U adolescenciji telo je ono što zahteva pažnju uma (Ferrari, 1992), pa kao i na početku života adolescent narcistički investira u svoje telo da bi ga simbolički integrisao. Kao što Fransa Ladam navodi, jedan od glavnih zadataka adolescencije je transformacija odigravanja u sanjanje.

Za Bion i savremenu teoriju polja, splitting prethodi letargizaciji, evakuaciji i izgladnjivanju, što u prvi plan stavlja problem veličine kontejnera i njegove elastičnosti. Primarno iskustvo sa objektom koji pruža negu je iskustvo malog prostora u umu drugog i potreba da se zaustavljanjem adolescentnog razvoja, kao u slučaju anoreksije, ponovo nadje to mesto (Grinberg). Za Fera (2006) pogled u ogledalo nije povezan sa mispercepcijom tela, već sa dubljim pogledom u sebe koji nosi nabreklia i preplavljujuća emocionalna stanja koja žele da se otepe jednom za uvek. Transformacijom u halucinozu slika mentalnog tela pokriva sliku realnog tela koja se vidi u ogledalu. Ogledalo reflektuje ultrazvučnu sliku koja prepoznaje ono što leži ispod spoljašnjeg izgleda.

U radu će biti prezentovane dve senase psihoanalitičke psihoterapije adolescentkinje sa poremećajem ishrane, koje su se odvijale u vremenskom intervalu od skoro 6 godina sa komentarima terapeuta, koji se odnose na tehniku i transformacije tokom psihoterapijskog rada.

Ključne reči: adolescencija, telo, poremećaji ishrane, psihoanalitička psihoterapija, transformacije

BRZE/POMODARSKE/ DIJETE- PRIMAMLJIVE NA PRVI POGLED ALI ZAŠTO IPAK NE?

PROF. DR JAGODA JORGA

Gojaznost je već preko tri deenije prepoznata kao hronična bolest i pod šifrom E66 nalazi se u međunarodnoj klasifikaciji ICD-10-CM iz 1992. I pored toga, u laičkoj ali i nekom delu stručne javnosti i dalje se tretira kao estetski problem.

Odgovor na pitanje šta lečimo leži u samoj prirodi bolesti – uvećano i disfunkcionalno masno tkivo, koje luči brojne citokine koji dovode do multisistemskih komorbiditeta.

Šta je terapija, kada i kod koga, sasvim jasno je definisno u nizu inernacionalnih i nacionalnih vodiča dobre kliničke prakse. U svakom od njih dijeta, precizno definisana, kako po kalorijskom iznosu tako i po sastavu, deo je svakog pristupa lečenju, ali i strategije dugoročne prevencije relapsa.

Praksa je umnogome drugačija, što nas je opredelilo da veći deo ove prezentacije posvetimo „pomodarskim“, brzim dijetama /Fad diets/ i opšte prihvaćenom trendu da gotovo svi drže nekakvu dijetu, i to počev od ranog detinjstva.

Njihove zajedničke karakteristike bile bi: dramatično brzi i veliki gubici težine; restrikcija ili eliminacija celih grupa namirnica i/ili pojedinih makronutrijenata kao belančevina, ugljenih hidata, masti; sve zasnovano na pojedinačnim iskustvima tzv. „anegdotalnim dokazima“; promociji detoksikacije, čišćenja i gladovanja , sa rigidnim i dugoročno neprihvatljivim pravilima.

Kod osoba koje su često i duže na takvim dijetama, konstatovani su brojni nutritivni deficit/malnutricija/, gubitak mišićne mase, ugroženo koštano zdravlje, infertilitet, značajno češće pojava poremećaja ishrane, da nabrojimo samo neke od najčešćih.

Zbog svega toga, brze dijetе ne samo da nisu elemanat lečenja gojaznosti, već su deo problema – same po sebi su poremećaj obrasca ishrane ali i promovišu dobijanje u težini, te ih ne treba preporučivati.

Izuzetak su strogo definisane dijetе kao deo medicinske terapije , koje treba da prepíše i prati samo specijlista obučen u oblasti dijetoterapije.

Ključne reči: gojaznost, brze dijetе, efekti /obesity, fad diets, effects/

METABOLIČKI SINDROM

DOC DR SNEŽANA LUKIĆ

Metabolički sindrom predstavlja stanje koje karakteriše prisustvo insulinske rezistencije, gojaznosti, arterijske hipertenzije i hiperlipidemije. Kriterijumi koje su definisala dva stručna udruženja, National Cholesterol Education Program, 2005.godine i International Diabetes Federation, 2006.godine podrazumevaju dijagnozu metaboličkog sindroma ako je prisutno tri i više od pet navedenih kriterijuma: nivo jutarnje glikemije veći od 5,6 mmol/l, vrednost serumskih triglicerida veća od 1,7 mmol/l, vrednost serumskog HDL holesterola manja od 1,0 mmol/l, vrednost krvnog pritiska veća od 130/85 mmHg, obim struka veći od 102 (94) cm za muškarce i 88 (80) cm za žene. Prevalenca metaboličkog sindroma se povećava u poslednjih nekoliko decenija, posebno u razvijenim zemljama, tako da predstavlja najčešću nezaraznu bolest današnjice.

Smatra se da svaki četvrti stanovnik Evrope ima metabolički sindrom. Učestalost metaboličkog sindroma je podjednako zastupljena kod oba pola, ali se značajno povećava sa godinama. Postoji genetska predispozicija za pojavu metaboličkog sindroma, češće se javlja u pojedinim porodicama, kao i kod osoba crne rase. U osnovi patogeneze metaboličkog sindroma je insulinska rezistencija, dok se skoro uvek uočava kod gojaznih osoba. Smatra se da masno tkivo deluje kao poseban endokrini organ, koji luči proinflamatorne citokine i hormone, koji mogu dovesti do različitih bolesti.

Metabolički sindrom povećava rizik za nastajanje diabetes melitusa, kardiovaskularnih bolesti, ali i hronične bubrežne insuficijencije, steriliteta, psihijatrijskih poremećaja, nealkoholne masne bolesti jetre, funkcionalnih bolesti kolona, kao što je sindrom iritabilnog kolona. Poznata je činjenica o češćem obolevanju od teških formi covida19, kao i češćem smrtnom ishodu kod pacijenata sa metaboličkim sindromu.

Ključne reči: gojaznost, diabetes mellitus, insulinska rezistencija

POREMEĆAJI LIČNOSTI I POREMEĆAJI PREHRANE (ISHRANE)

DARKO MARČINKO

Poremećaji prehrane, u terapijskom smislu spadaju u najzahtjevnije poremećaje u kliničkoj psihijatriji. Veliki problem kod liječenja poremećaja hranjenja predstavlja i značajan komorbiditet drugih psihijatrijskih poremećaja. Među češćim komorbidnim stanjima spadaju i poremećaji ličnosti. Kernbergov koncept spektra organizacije ličnosti dobro objašnjava problematiku koja je česta kod oboljelih od poremećaja hranjenja. Pri tome se kod poremećaja hranjenja često nalazi granična organizacija ličnosti, koja može biti višeg stupnja (bliže neurozi) i nižeg stupnja (bliže psihozi). U koncept organizacije ličnosti, važno je naglasiti i ulogu koncepata patološkog narcizma, mentalizacije i psihosomatike. Master emocija koja objašnjava teške kliničke slike često je emocija srama. Upravo sram može biti medijator između nepovoljnih crta ličnosti i simptoma koji su krajnji ishod. Razumijevanje crta ličnosti može biti značajno u boljim terapijskim ishodima kod poremećaja hranjenja.

Ključne riječi: poremećaji prehrane, komorbiditet, sram.

OSVRT NA UDEO PSIHOFARMAKOTERAPIJE U LEČENJU POREMEĆAJA ISHRANE I GASTROINTESTINALNIH POREMEĆAJA

PROF. DR SRĐAN MILOVANOVIĆ

Što se tiče medikamentozne farmakoterapije prvi psihofarmak koji se primenjivao kod poremećaja ishrane bio je hlopromazin u terapiji anoreksije. Nakon prvog antipsihotika tokom vremena u farmakološkom tretmanu poremećaja ishrane primenjivani su i flufenazin, pimoqid, suplirid. Obinih studija i nije bilo a efekat je bio promenljiv i notirana su poboljšanja samo kod pojedinačnih slučajeva. Poslednjih desetak godina u ovom domenu se ističe olanzapin kao sredstvo sa potencijalno korisnim efektima, generalno antipsihotici kao grupa lekova mogu ispoljiti neželjen efekat u smislu povećanja telesne a težine nema jasnih dokaza a ni smernica kojim bi se postavio terapijski protocol prevashodno kod anoreksije nervoze antipsihoticima.

Uopšteno danas grupa psihofarmaka koja kao adjuvantna terapiji poremećaja ishrane dolazi na prvo mestu su antidepressivi. Poslednjih godine najviše pozitivnih izveštaja je sa grupom antidepressiva selektivnih inhibitora preuzimanja serotonina, mada se nalaze radovi i iskustva sa tricikličnim antidepressivima, takodje i sa drugim klasama ovih sredstava (npr. mirtazapin).

Izvesno je da je dvosmerna komunikacija između creva i mozga, je prihvaćena kao deo osnove za davanje razumevanje normalnih, akutnih i hroničnih promena u funkciji probavnog trakta koji se nalaze kod funkcionalnih gastrointestinalnih poremećaja (GI), izvesno i kod poremećaja ishrane. Moderne neurotransmitterske i funkcionalne studije snimanja mozga impliciraju disregulaciju osovine creva - mozak na perifernom, spinalnom i cerebralnom nivou, a sve to može doprineti simptomima poremećaja ishrane i funkcionalnog GI poremećaja kako u samoj patogenezi poremećaja tako i u terapijskom pristupu. U izlaganju se daje kratki osvrt na mesto psihofarmaka u terapijskim pristupima ovim poremećajima.

*Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Srbija
Klinika za psihijatriju, UKCS, Beograd, Srbija*

Literatura

1. Cohen BJ. Theory and Practice of Psychiatry. Oxford University Press, 2003
2. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196:129–136.
3. Kroenke K, Jackson JL, Chamberlin J. Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: clinical predictors and outcome. Am J Med. 1997;103:339–347.
4. Krüger S, Kennedy SH. Psychopharmacotherapy of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge-eating disorder. Psychiatry Neurosci 2000;25(5):497-508.
5. Milovanović D, Milovanović S. (ur.) Klinička psihofarmakoterapija, Barex, Beograd, 2005

KONTRAVERZE LEČENJA I PRINUDNO LEČENJE

NATAŠA NOVAKOVIĆ

Pravo na slobodu, zabrana mučenja i zlostavljanja i pravo na privatnost su neka su od osnovnih ljudskih prava i mogućnost njihovog ograničavanja od strane države je izuzetak koji veoma precizno mora biti uređen nacionalnim zakonodavstvom. Prisilni medicinski tretman i/ili prisilna hospitalizacija osoba obolelih od anorexie nervose posebno je osetljiva i kompleksna tema. Utvrđivanje mentalnog kapaciteta i poslovne sposobnosti osoba teško obolelih od anorexie nervosa u cilju njihove potencijalne prisilne hospitalizacije i primene tretmana bez pristanka pacijenta na medicinsku meru, sigurno je jedan od najtežih zadataka s obzirom na vrlo specifičan oblik deluzije (sumanutosti) i nekritičnosti koji karakteriše obolele od ove bolesti, uz istovremenu potpunu ili gotovo potpunu očuvanost ostalog mentalnog kapaciteta.

Svrha ovog izlaganja je ukazivanje na pravne, medicinske i etičke aspekte ovog problema i neohodnost uspostavljanja, unapredjenja i konstantne saradnje pravne i medicinske struke u kontekstu nalaženja pristupa koji je u najboljem interesu pacijenta uz puno poštovanje međunarodnih i nacionalnih standarda i propisa u ovoj oblasti.

Ključne reči: poslovna sposobnost, prisilna hospitalizacija, anorexia

FARMAKOTERAPIJA GOJAZNOSTI

RADAN STOJANOVIĆ

Gojaznost se najšire može definisati kao višak masnog tkiva koji negativno utiče na zdravlje. Predstavlja povećan rizik za razvoj kardiovaskularnih bolesti, pre svega. Dijagnostikuje se na osnovu vrednosti BMI (body mass index) koji nije idealan, ali je široko prihvaćen. U dijagnozi i proceni rizika, pored BMI treba koristiti i druge parametre (npr. obima struka). Prema SZO danas imamo 13% gojaznih u svetu, a procene su da će gojaznih biti sve više. Gojaznost je hronično oboljenje čije lečenje je složeno i multidisciplinarno. Ono uključuje promenu životnih navika (ishrana i fizička aktivnost), psihoterapiju, primenu lekova, i na kraju i hirurško lečenje. Cilj lečenja je smanjiti telesnu masu i održati postignuto smanjenje. Smatra se da je potreban održiv gubitak telesne mase od 5% do 10%. Idealan lek bi trebao da ima prihvatljiv način primene za pacijenta, efikasnost i bezbednost, kao i prihvatljivu cenu. U našoj zemlji, trenutno su odobrena dva leka za lečenje gojaznosti: liraglutid (agonist GLP-1 receptora) koji se primenjuje u obliku potkožne injekcije, i kombinovani preparat dve aktivne supstance naltrekson/bupropion (opioidni antagonist/antidepresiv) koji se primenjuje oralno. Indikacije za primenu lekova su vrednosti BMI veće od 30, ili od 27-30, kada postoji bar jedan od komorbiditeta povezan sa gojaznošću (dijabetes, dislipidemija, hipertenzija, opstruktivna apneja u snu). Oba leka dovode do značajne redukcije telesne mase u poređenju sa placebo, uz prihvatljiv profil do sada uočenih neželjenih dejstava. Izbor leka pre svega zavisi od komorbiditeta.

Takođe, veliki značaj ima fizičko vežbanje, održanje mišićne mase i dobra kardiorespiratorna kondicija u prevenciji i ishodu kardiovaskularnih bolesti.

Ključne reči: gojaznost, farmakoterapija, kardiovaskularne bolesti, fizička aktivnost.

*Institut za kliničku farmakologiju, farmakologiju i toksikologiju,
Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu*