

ГОЈАЗНОСТ КОД ОДРАСЛИХ

САДРЖАЈ

1. ГОЈАЗНОСТ	5
1.1. Дефиниција гојазности	5
1.2. Критеријуми за процјену гојазности код одраслих особа.....	5
1.3. Поступање са пацијентом који има прекомјерну тјелесну масу (предгојазност или гојазност).....	7
1.3.1. Десет кључник корака у превенцији и лијечењу прекомјерне тјелесне масе.....	7
1.3.2. Историја болести.....	8
1.4. Превенција гојазности и третман гојазног пацијента.....	12
2. ПРИЛОЗИ.....	23
2.1. Прилог 1. Фазе промјене модела понашања	23
2.2. Прилог 2. Увод у мотивациони интервју/разговор (МИ)	23
2.3. Прилог 3. Бихевиорални третман.....	24
2.3.1. Бихевиорални третман - препоруке за исхрану.....	27
2.3.2. Бихевиорални третман - препоруке за физичку активност	
2.4. Липидни статус	29
2.4.1. Превенција и менаџмент гојазности дјеце и адолесцената.....	30
2.4.2. Менаџмент хроничних болести ВМІ већим од 25.....	31
2.4.3. Крвни притисак мјерење и категоризација.....	32
2.4.4. Сажети извјештај - циљ триглицериди.....	33
3. ЛИТЕРАТУРА	34

1. ГОЈАЗНОСТ

Шифра према МКБ	Назив болести	Латински назив болести
E 66	Општа гојазност	Obesitas
E 66.0	Гојазност узрокована вишком калорија	Obesitas propter calorias enormes
E66.1	Гојазност узрокована лијековима	Obesitas medicamentosa
E66.2	Претјерана гојазност са смањеном вентилацијом	Obesitas extrema cum hypoventilatione alveolari (Sy Pikwickian)
E66.8	Друга гојазност	Obesitas alia
E66.9	Неозначена гојазност	Obesitas, non specificata
E 65	Локализована гојазност	Adipositas localisata (укључује: Pulvinus adiposus)

1.1. Дефиниција гојазности

У складу са ААСЕ: „Гојазност је измијењено физиолошко и метаболичко стање које има јасно дефинисане генетске, хормонске и детерминанте окружења и које резултира повећаним морбидитетом и морталитетом. Поремећај нормалног функционисања укључује дисрегулацију апетита, поремећену енергетску равнотежу, измјену ендокриних функција, укључујући повишени ниво лептина и инсулинску резистенцију, инфертилитет, дисрегулацију адипокина, абнормалну ендотелијалну функцију и скок крвног притиска, неалкохолну масну јетру, дислипидемију и системску инфламацију масног ткива“ (1).

У свакодневној клиничкој пракси присуство гојазности одређује се помоћу индекса тјелесне масе (енгл. BMI - Body Mass Index) израженог као однос тјелесне тежине у килограмима и квадрата тјелесне висине изражене у метрима ($BMI = kg/m^2$). Други критеријум за утврђивање гојазности, који се рјеђе користи, је обим струка који служи за процјену централне или абдоминалне или висцералне гојазности.

1.2. Критеријуми за процјену гојазности код одраслих особа

Доктор медицине, специјалиста породичне медицине, у дијагностичке сврхе за процјену стања ухрањености, са посебним освртом на прекомјерну тјелесну масу (предгојазност и гојазност), код одраслих особа треба да користи индекс тјелесне масе и обим струка (табела 1 и 2).

Табле 1. Међународна класификација ухрањености одраслог становништва на основу вриједности индекса тјелесне масе (BMI kg/m²)

Класификација степена ухрањености	BMI(kg/m ²)	
	Граничне референтне вриједности	Додатне граничне вриједности
Потхрањеност	<18.50	<18.50
Изразита потхрањеност	<16.00	<16.00
Потхрањеност	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Умјерена потхрањеност	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Нормална ухрањеност	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Прекомјерна тјелесна маса	≥25.00	≥25.00
Предгојазност	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Гојазност	≥30.00	≥30.00
Гојазност I степена	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Гојазност II степена	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Гојазност III степена	≥40.00	≥40.00

Извор: Adapted from WHO, 1995, WHO, 2000 and WHO 2004.

Табела 2. Категорије стања ухрањености на основу обима струка

Категорија	Обим струка (cm)
Предгојазност	80-88 ♀; 94-102 ♂
Гојазност	> 88 ♀; > 102 ♂

Извор: Fitch A, Everling L, Fox C, Goldberg J, Heim C, Johnson K, Kaufman T, Kennedy E, Kestenbaun C, Lano M, Leslie D, Newell T, O'Connor P, Slusarek B, Spaniol A, Stovitz S, Webb B. Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and Management of Obesity for Adults. Updated May 2013. www.isci.org (2,3)

1.3. Поступање са пацијентом који има прекомјерну тјелесну масу (предгојазност или гојазност)

1.3.1. Десет кључник корака у превенцији и лијечењу прекомјерне тјелесне масе

1. **КОРАК:** Мјерење тјелесне висине и тјелесне масе – да би одредили ВМІ;
2. **КОРАК:** Мјерење обима струка да би одредили дистрибуцију масног ткива;
3. **КОРАК:** Евидентирање могућих обољења и/или фактора ризика;
4. **КОРАК:** Процјена потребе да се пацијент подвргне лијечењу (ВМІ, обим струка, фактори ризика);
5. **КОРАК:** Процјена спремности пацијента да губи тјелесну масу;
Процјена спремност пацијента укључује:
 - процјену мотивације за губљење тјелесне масе,
 - процјену ранијих покушаја (губитак и накнадно повећање тјелесне масе),
 - процјену очекиване подршке породице и пријатеља,
 - процјену разумијевања ризика и користи од лијечења,
 - процјену става пацијента према физичкој активности,
 - процјену времена којим пацијент располаже,
 - процјену потенцијалних препрека које могу пацијента ограничити у примјени промјена.
6. **КОРАК:** Одредити енергетске и нутритивне потребе и уколико је потребно препоручити одговарајућу дијету пацијенту. Треба имати у виду да су дијете индивидуалне и да се морају одредити за сваког пацијента у складу са његовим нутритивним потребама, а што зависи од пола, старосне доби, заступљене физичке активност, степена ухрањености, као и присуства других болести.
7. **КОРАК:** Одредити циљеве везано за физичку активност, при томе настојати да пацијент схвати значај физичке активности као једног од видова терапије гојазности.
8. **КОРАК:** Урадити анкету исхране и направити анализу дневне (24 часовни јеловник) или седмичне (дневник) исхране и анкету физичке активности заједно са пацијентом, при томе имати у виду да је записивање свих активности једна од најуспјешнијих техника контроле понашања.
9. **КОРАК:** Дати пацијенту у писаној форми препоруке и друге

прикупљене податке (податке о антропометријским мјерењима, лабораторијским анализама, препоручену дијету и упутство везано за физичку активност и промјену штетних навика, те извршену анализу анкете исхране и физичке активности).

10. КОРАК: Уносити све информације прикупљене о пацијенту и резултате анализа и претрга у образац намјенски конструисан за ту намјену. При свакој посјети пацијенту након мјерења предочити постигнуте резултате и заказати нове контролне прегледе према потреби.

1.3.2. Историја болести

У оквиру историје болести доктор медицине, специјалиста породичне медицине, треба да прикупи податке из личне анамнезе, породичне анамнезе, анамнезе понашања и садашње болести који се могу довести у везу са прекомјерном тјелесном масом. Неопходни подаци у циљу постизања свеобухватне слике о пацијенту укључују и податке добијене објективним налазом, функционалним налазом, антропометријским мјерењима и лабораторијских претрага.

Историја болести	Коментар
Лична анамнеза	<p>Доктор медицине, специјалиста породичне медицине, у оквиру личне анамнезе треба да утврди:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пол, доб пацијента, • тјелесну масу на рођењу пацијента, • тјелесна висину на рођењу пацијента, • кретање тјелесне висине и масе кроз живот пацијента, током његовог развоја. • Треба прикупити податке/и информације по • системима : • гастроинтестинални систем (надимање, опстипација, учестале столице, да ли му је дијагностикован чир на желуцу или дванаеснику или обољења жучних путева и јетре) • кардиоваскуларни систем (хипертензија, коронарна болест), • ендокрини систем (шећерна болест, хипотиреоза или нека друга обољења ендокриног система), • коштаног-зглобног систем (обољења кичменог стуба и локомоторног апарата), • крвни систем (анемија), • да ли је било оперативних захвата или • присуства неких других обољења која би се довела у везу са гојазношћу, • за особе женског пола неопходан је податак о менструационом циклусу уколико је особа у

Историја болести	<p>репродуктивној доби (вријеме менархе), вријеме менопаузе, дијагностикована гинеколошка обољења (табела 1).</p>
Лична анамнеза	<p>Утврдити, у дијелу личне анамнезе која се односи на понашање, да ли:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пацијент/ица користи дуван и дуванске прерађевине, да ли је изложен/а дуванском диму, • да ли конзумира алкохол и колико често, • да ли је физички активан/на у складу са препорукама (рекреативно или упражњава неки спорт); • утврди навике у исхрани (врста и количина намирница, ритам obroka и начин припреме хране, да ли је интолерантна, • преосјетљив/ва на неку компоненту хране или има развијену алергију).
Породична анамнеза	<p>Утврдити да ли у породици неко од најближих чланова породице (отац, мајка, браћа, сестре) болују од:</p> <ul style="list-style-type: none"> • хипертензије, • дијабетеса; • да ли су имали неко малигно обољење; • да ли су имали мождани или срчани удар; • повећане вриједности за укупан холестерол или снижене за HDL- холестерол.
Анамнеза везана за садашњу болест	<p>Треба утврдити:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кад је болест настала, • како се развијала, • да ли је због гојазности пацијент/ица прибјегавао/ла неком од облика хигијенско-дијететског режима, • да ли је тај режим био под надзором стручних особа, • да ли је користио/ла лијекове за мршављење или неке од популарних биљних препарата и/или, • додатке храни за мршављење, • да ли користи антихипертензивне лијекове или неке друге лијекове.
Објективни налаз	<p>У оквиру објективног налаза треба посматрати пацијента и утврдити да ли се уочавају одређене промјене на</p> <ul style="list-style-type: none"> • кожи и слузницама, • коси, • ноктима, • коштаном-зглобном систему (табела 3).
Антропометријска мјерења и функционални налаз	<p>Извршити мјерење</p> <ul style="list-style-type: none"> • тјелесне висине, • тјелесне масе, • обима струка (за све осим код пацијената са BMI>35 kg/m², будући да се код њих очекује повишен обим струка и да нам његово мјерење неће пружити никакве додатне информације у вези са ризиком), • крвног притиска (табела 3).

Лабораторијски налаз

Све пацијенте са повећаном тјелесном масом $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2 < 30 \text{ kg/m}^2$ и присутним факторима ризика (хиперлиппротеинемија и/или хипертензија и/или интолеранција на глукозу, погледати клиничке водиче за хиперлиппротеинемију, хипертензију, дијабетес) или уколико имају обољења удружена са гојазношћу (дијабетес тип 2, хипертензију, коронарну болест, неалкохолну масну јетру, погледати клиничке водиче за наведена обољења) или $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ треба упутити на лабораторијске претраге ради одређивања сљедећих параметара:

- укупног холестерола,
- триглицерида,
- HDL-холестерола,
- LDL-холестерола,
- шећера у крви,
- урее,
- креатинина,
- мокраћне киселине,
- укупног билирубина,
- AST-а,
- ALT-а,
- хемоглобина,
- хематокрита,
- ериторцита,
- леукоцита,
- седимента урина.

У случају да уз гојазност постоје присутни и ризични фактори или породично оптерећење неким обољењима број параметара може бити циљано проширен и на:

- OGTT,
- HbA1C,
- инсулинемију,
- хомоцистеин,
- фибриноген,
- хормонски статус (Т3, Т4, TSH, полни хормони),
- витамин D,
- Mg,
- јонограм и друге специфичне параметре.

Табела 1. Преглед по системима

Систем или стање које је предмет процјене	Процјена/налаз
Антропометријска обиљежја	Измјерити: <ul style="list-style-type: none"> • тјелесна маса у kg, • тјелесна висина у cm, • обим струка у cm. Израчунати: • BMI (kg/m²) и порцијенисти стање ухрањености.
Витални знакови	Измјерити: <ul style="list-style-type: none"> • пулс, • крвни притисак.
Кожа	Утврдити присуство/одсуство: <i>Akantosis nigricans, keratosis pilaris, intertrigo</i> , прекомјерних акни, појачане маљавости мушког типа код жена/хирзутизам, или љубичасте стрије код присуства Кушинговог синдрома
Очи	Утврдити присуство/одсуство едема папиле
Зуби	Утврдити присуство/одсуство: протезе, зуба, каријеса
Језик	Утврдити присуство/одсуство обложеног, избразданог језика
Грло	Утврдити величина тонзила и абнормално дисање
Врат	Утврдити присуство/одсуство гушавости
Груди	Извршити аускултација ритма и тонова (срце), тешко дисање (плућа)
Абдомен	Извршити палпацију величине јетре, утврдити присуство/одсуство бола на палпацију у горњем десном квадранту и епигастријуму
Секундарне сексуалне карактеристике	Утврдити присуство/одсуство акни или комедона, повећање тестиса, дојки (гинекомастија), претјерано знојење неугодног мириса
Екстремитети	Утврдити присуство/одсуство абнормалног бола при ходу, у куку или кољену, ограничен опсег покрета у куку због окоштања главе фемура, бол у стопалима и зглобовима, бол у доњем дијелу леђа или ограничени покрети, дубок рефлекс тетива или едем

Извор: Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, et al. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics* 2007;120:S193-228, преузето и адаптирано (5)

Табела 2. Преглед пацијенат у амбуланти доктора породичне медицине са циљем откривања удружених обољења (гојазност и друга очекивана обољења по системима)

Систем	Манифестација
Респираторни	Опструктивна апнеа у сну Централни хиповентилациони синдром Интолеранција на вјежбање Погоршање астме
Кардиоваскуларни	Хипертензија Висок ниво триглецирида Низак HDL Висок LDL Болест коронарних артерија Инфаркт миокарда Ангиопластика Акутни коронарни синдрома Периферна васкуларна болест Аеуризма абдоминалне аорте
Ендокрини	Синдром полицистичних јајника Дијабетес мелитус тип 2
Гастроинтестинални	Неалкохолна масна јетра Камење у жучи Гастроезофагеални рефлукс Опстипација
Генитоуринарни	Камен у бубрегу
Коштано-зглобни	Окоштање главе фемура Бол у леђима, стопалима, кољенима и куковима
Кожа	<i>Acanthosis nigricans Intertrigo</i>
Неуровегетативни	Депресија, Анксиозност Поремећај у исхрани

Извор: Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, et al. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics* 2007;120:S193-228. преузето и адаптирано (5)
Fitch A, Everling L, Fox C, Goldberg J, Heim C, Johnson K, Kaufman T, Kennedy E, Kestenbaum C, Lano M, Leslie D, Newell T, O'Connor P, Slusarek B, Spaniol A, Stovitz S, Webb B. Institute for Clinical Systems Improvement. *Prevention and Management of Obesity for Adults. Updated May 2013.* www.isci.org (4)

1.4. Превенција гојазности и третман гојазног пацијента

Корак 1. Преглед пацијената у сврху превенције гојазности и праћења пацијента са прекомјерном тјелесном масом и гојазног пацијента

Доктор медицине на примарном нивоу здравствене заштите (специјалиста породичне медицине) процењује статус тјелесне масе пацијента ради утврђивања предгојазности или гојазности и потребе за даљом процјеном пацијента и третманом.

Корак 2. Мјерење тјелесне масе и висине, мјерење обима струка и израчунавање ВМІ

Тјелесна маса и висина пацијента се мјере у раним јутарњим сатима након пражњења цријева и мокраћног мјехура у доњем вешу или лаганој одјећи и без обуће, а потом се израчунава ВМІ. Добијена вриједност се уноси у здравствени картон пацијента.

Обим струка се мјери у хоризонталној позицији, у фази експирија, на средини између доње границе ребарног лука и илијачног гребена помоћу нерастезљиве траке, при чему је пацијент ослоњен на оба стопала, која су благо отклоњена.

Мјерење тјелесне висине и масе и израчунавање ВМІ се врши:

- најмање једном годишње код свих пацијената који никада нису били гојазни, или који одржавају тјелесну масу у физиолошким границама,
- најмање једном мјесечно у првој години од почетка третмана, а потом тромјесечно у другој години код пацијената који имају прекомјерну тјелесну масу, гојазних пацијената или пацијената сан физиолошком тјелесном масом, али са податком о гојазности у личној анамнези,
- на полугодишњем или годишњем нивоу у трећој години, након стабилизовања тјелесне масе.

Корак 3. Процјена стања ухрањености

На основу ВМІ:

$\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2 < 30 \text{ kg/m}^2$ (предгојазност)

$\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2 < 35 \text{ kg/m}^2$ (I степен гојазности) $\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2 < 40 \text{ kg/m}^2$ (II степен гојазности) и

$\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ (III степен гојазности [екстремна гојазност])

На основу ОС:

ОС: 80-88 cm ♀; 94-102 cm ♂, предгојазност

ОС: > 88 cm ♀; > 102 cm ♂, гојазност

Корак 4. Процјена фактора ризика за настанак кардиоваскуларних болести и коморбидитета везаних за гојазност

Процјена ризика за настанак кардиоваскуларних болести (КВБ-и) и дијабетеса код пацијента са прекомјерном тјелесном масом, или гојазног пацијента врши се помоћу:

- анамнезе (лична, породична), погледати у дијелу историја болести
- објективног налаза, (погледати у дијелу историја болести)
- антропометријских мјерења и функционалног налаза (погледати табелу 1),
- лабораторијских претрага (погледати историју болести).
- процјене понашања (конзумирање дуване или изложеност дуванском диму, конзумирање алкохола, физичка активност/неактивност, исхрана).

Табела 3. Категорије ухрањености и ризик за развој кардиоваскуларних болести

Категорија ухрањености	ВМІ	Обим струка	Ризик од кардиоваскуларних болести
Физиолошка	18,5 - 24,9	< 80,0 ♀ < 94,0 ♂	Просјечан
Прекомјерна	≥25	≥80,0 ♀ 94,0 ♂	Повишен
Предгојазност	25,0 - 29,9	80,0 – 88,0 ♀ 94,0 – 102,0 ♂	Умјерено повишен

Гојазност	≥ 30	$\geq 88,0$ ♀ $\geq 102,0$ ♂	
Гојазност I степена	30,0 – 34,9		Висок
Гојазност II степена	35,0 – 39,9		Веома висок
Гојазност III степена	≥ 40		Вишеструко повишен

Интензивно управљање факторима ризика за настанак КВБ (хипертензијом, дислипидемијом, предијабетесом или дијабетесом) или другим медицинским стањима повезаним са гојазношћу (нпр. апнеа у сну) треба покренути, независно од активности које предузимамо у сврху мршављења, (погледати клиничке водиче за дијабетес, хипертензију, инфаркт миокарда).

Корак 5. Процјена животног стила пацијента

Процјена животног стила пацијента проводи се путем интервјуа који укључује:

- а) Питања о порасту и смањењу тјелесне масе током времена (погледати дио историја болести - садашња болест),
- б) питања везано за претходне покушаје мршављења (погледати дио историја болести - садашња болест),
- в) питања везано за навике у исхрани, начин припреме хране, о физичкој активности (погледати дио историја болести - лична анамнеза),
- г) питања у вези обољења везаних за хередитет, као и питања о другим медицинским стањима или употреби лијекова који могу утицати на тјелесну масу (погледати табелу 1).

Процјену исхране, физичке активности и седентарног понашања **требало би вршити једном годишње у оквиру циљаног превентивног прегледа за сваког пацијента.**

Корак 6. Процјена спремности пацијента за промјену понашања и идентификација препрека за успјех

Доктор, заједно са пацијентом, треба да процјени:

- да ли је пацијент упознат са поступцима у вези са мршављењем

(медицинском нутритивном терапијом) и

- да ли је спреман да предузме неопходне мјере (промијени своје понашање) прије него што пацијента упутити код стручњака за медицинску нутритивну терапију*.

Процјена се проводи кроз интервју у којем доктор може питати пацијента:

- «Колико сте спремни да направите промјене у начину Ваше исхране, начину припреме хране, да budete физички активнији, и да користите стратегију промјене понашања, као што је мјерење сопствене тежине и уноса хране?»
- „Да ли сте спремни да водите дневник о томе шта сте појео/ла и попио/ла у току дана, као и колико сте био/ла активан/на?“
- „Да ли сте спреман/а да Вас упутим код стручњака за медицинску нутритивну терапију?“ (погледати Прилог 2.1.)

Ако пацијент није спреман да започне са промјенама, сва наша настојања и савјетовања о промјени начина живота ће бити контрапродуктивна.

Корак 7. Евалуација прикупљених података и доношење одлуке да ли пацијента треба упутити стручњаку за медицинску нутритивну терапију

ДА – постоји потреба да пацијента упутимо стручњаку за медицинску нутритивну терапију уколико је: $BMI >30 \text{ kg/m}^2$ или $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2 < 30 \text{ kg/m}^2$ и присутни су фактори ризика за развој КВБ (нпр. дијабетес, преддијабетес, хипертензија, дислипидемија, повишен обим струка) или утврђен неки други коморбидитет који је у вези са гојазношћу (болести штитњаче, синдром полицистичних јајника, инфертилитет..).

НЕ – не постоји потреба да пацијента упутимо стручњаку за медицинску нутритивну терапију уколико је: $BMI < 25$ или $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2 < 30 \text{ kg/m}^2$ и нису присутни фактори ризика за развој КВБ.

Одлука је НЕ и у случају да пацијент још увијек није спреман на промјене.

Корак 8. Превентивно дјеловање (савјетовање) ради очувања тјелесне масе у физиолошким границама и мотивисање пацијента да почне да размишља о промјенама усмјереним на смањење тјелесне масе (А,Б,Ц)

А. Тјелесна маса у физиолошким границама ($BMI \geq 18.5 \text{ kg/m}^2 < 25 \text{ kg/m}^2$)

- савјетовати пацијенте да одржавају тјелесну масу у физиолошким границама и да избјегавају пораст тјелесне масе (види корак 6).

Исто се односи и на пацијенте који у прошлости нису имали прекомјерну тјелесну масу/гојазност.

Б. Прекомјерна тјелесна маса ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2 < 30 \text{ kg/m}^2$) без до- датних фактора ризика или тјелесна маса у физиолошким гра- ницама са податком из анамнезе о ранијем постојању пре- комјер- не тјелесне масе/гојазности

Савјетовати пацијенте да:

- повремено мјере тјелесну масу и
- избјегавају пораст тјелесне масе контролишући унос хране и упражњавајући препоручене физичке активности (погледати Водич за физичку активност и опште препоруке за исхрану у Прилогу 2.3, табела 2.3.1 и 2.3.2.).

В. Процјена мотивисаности пацијента за промјене

С времена на вријеме:

- процијените заинтересованост пацијента,
- процијените његову спремност за мршављење (Прилог 2), као што је приказано у кораку 6 и
- савјетујте пацијента о пожељности избегавања додатног пораста тјелесне масе у циљу спречавања развоја удружених здравствених ризика.

Без обзира на заинтересованост пацијента или спремност за интервенцију усмјерену на мршављење, уколико је код пацијента присутан било који од фактора ризика за настанак КВБ или промјена здравственог стања повезана са гојазношћу требало би извршити процјену и приступити неком од облика лијечења (погледати клиничке водиче за стања, обољења удружена са гојазношћу).

Корак 9. Дефинисати свеобухватну интервенцију у лијечењу предгојазног пацијента и пацијента који има гојазност I степена

Доктор медицине, специјалиста породичне медицине укључен је у:

- лијечење предгојазних особа и особа код којих је утврђена гојазност I степена без присутних других ризичних фактора и удружених обољења,
- праћење пацијената који су упућени стручњаку за медицинску нутритивну терапију (гојазност I степена и удружена обољења, гојазност II и III степена).

Први корак у интервенцији

Поставити реалан и смислен циљ за губитак тјелесне масе код предгојазног пацијента и пацијента са I степеном гојазности.

Препоручује се, да се као почетни циљ постави губитак тјелесне масе од 5% до 10% у року од 6 мјесеци у односу на почетну тјелесну масу.

Други корак у интервенцији

Примијените адекватан бихевиорални третман (погледати корак 10)

Трећи корак у интервенцији

Пратити пацијента.

Доктор медицине, специјалиста породичне медицине, мора:

- вршити редовне, мјесечне контроле тјелесне висине и тјелесне масе и израчунавање индекса тјелесне масе свог пацијента,
- управљати одређеним медицинским стањима и факторима ризика током процеса мршављења, као што су хипертензија, дислипидемија, хипергликемија, као и другим факторима који су повезани са гојазношћу (погледати клиничке водиче),
- вршити праћење и модификовање терапије код пацијента у складу са напретком третмана мршављења (губитком тјелесне масе). Ово се нарочито односи на терапију намијењену лијечењу хипертензије и дијабетеса, који удружено уз медицинску нутритивну терапију могу да изазову хипотензију и хипогликемију.

Корак 10. Методе лијечења за губитак тјелесне масе бихевиоралне, фармакотерапија, хируршка интервенција или комбинација неких од наведених метода лијечења

Доктор медицине, специјалиста породичне медицине, примјењује бихевиоралну методу у раду са пацијентима (савјетовање за промјену стила живота усмјерено на промјену навика у исхрани и навика у упражњавању физичких активности и савјетовање за прихватање медицинске нутритивне терапије), погледати прилог 2.3 (табеле 2.3.1. и 2.3.2.).

Сви пацијенти, којима је препоручен губитак тјелесне масе, требају бити прво подвргнути медицинској нутритивној терапији, погледати Прилог 2.3.

Медицинску нутритивну терапију пацијент треба проводити са обученим доктором медицине, специјалистом породичне медицине и медицинском сестром из тима (дипломирана медицинска сестра или дипломирани дијететичар), независно од тога да ли ће му као додатна терапија бити укључени лијекови или предложена хируршка интервенција. Уколико у историји пацијента немамо податак да је он или она био подвргнут медицинској нутритивној терапији, препоручује се да он или она буду подстакнути да прихвате медицинску нутритивну терапију имајући у виду да ће значајан број пацијената изгубити препоручену тјелесну масу примјеном искључиво медицинске нутритивне терапије и промјеном стила живота.

Бихевиорални метод лијечења - Медицинска нутритивна терапија:

1. Одредите колики је губитак тјелесне масе потребан Вашем пацијенту (5%, 7%, 10%);
2. Израчунајте енергетске потребе Вашег пацијента помоћу формуле (Прилог 2.3. или енергетске потребе утврдите коришћењем табеле 2.3.3. у Прилогу 2.3, како бисте извршили корекцију стварних потреба и обезбједили пацијенту губитак тјелесне масе;
3. Извршите корекцију у складу са утврђеним стањем ухрањености (извршите корекцију утврђених енергетских потреба за 500 kcal или 1000 kcal);
4. Предложите пацијенту адекватну дијету, погледати прилог 2.3 (табеле 2.3.1. и 2.3.2.), пронађите адекватну колону (нпр. 1600 kcal) и предложите пацијенту дијету (групе намирница и број порција из сваке групе, распоређене у 3 главна и 2 међуоброка),
5. Потом пређите на табелу 2.3.2. и направите му програм за редовно упражњавање физичких активности умјереног интензитета

(прописивање програма повећане физичке активности (погледа-ти Водич за физичку активност) и прилог 2.3., табелу 2.3.2.

Уколико не постигнете жељене резултате код свог пацијента, губитак тјелесне масе од 5% до 10% у року од 6 мјесеци у односу на почетну тјелесну масу или ако постављени здравствени исходи нису постигнути са предузетим обликом третмана/лијечењем предствљеним у Прилогу 2.3, пацијента требате упутити код стручњака за медицинску нутритивну терапију.

Избор исхране са ограниченим уносом калорија може бити индивидуалан и заснован на склоностима/жељама пацијента и његовом здравственом стању што ће пацијент и стручњак за медицинску нутритивну терапију утврдити приликом прегледа.

Уколико је пацијенту поред дијете за мршављење препоручена (прописана) од стране кардиолога, дијабетолога, онколога и специфична дијета усмјерена на смањење ризика за настанак КВБ, дијабетеса, или других медицинских стања, препоручено је упућивање пацијента стручњаку за медицинску нутритивну терапију.

Уколико пацијент ни након провођења интензивираних бихевиоралних терапија (рад само са стручњаком за медицинску нутритивну терапију или са тимом стручњака - стручњак за медицинску нутритивну терапију, стручњак за физичку активност, психолог, гастроном, ендокринолог, кардиолог, физијатар, гинеколог...), не постигне жељене резултате треба размотрити:

- укључење фармакотерапије уз медицинску нутритивну терапију ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ или $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ са коморбидитетом) (корак 12) или
- упућивање на процјену за примјену хируршке терапије ($\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ или $\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ са коморбидитетом) и реконструктивне хирургије (корак 13).

Корак 11. Када укључити фармакотерапију као допунски облик терапије?

Фармакотерапија се препоручује за:

- пацијенте који нису били у стању да изгубе препоручену тјелесну масу или да одрже губитак тјелесне масе примјеном медицинске нутритивне терапије и промјене животног стила или
- пацијенте који имају $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ или $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ са придруженим факторима ризика и болестима.

На основу стручног мишљења, фармакотерапија се може сматрати као допунска терапија медицинској нутритивној терапији и промјени стила живота за особе са $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ или $\text{BMI} \geq 27 \text{ kg/m}^2$ са најмање једним удруженим обољењем повезаним са гојазношћу, а који су мотивисани да изгубе вишак килограма. Разлог за примјену фармакотерапије лежи у жељи да се помогне пацијентима у досљедној примјени нискокалоријске дијете.

Лијекови који би се користили треба да буду одобрени од стране Агенције за лијекове и Агенције за храну, а доктори медицине треба да буду упознати са саставом и начином дјеловања лијека или препарата.

Корак 12. Када пацијента упитити абдоминалном хирургу и хирургу за реконструктивну хирургију (специјалсити пластичне хирургије) у сврху консултације и доношења одлуке?

Абдоминалном хирургу на консултације и оцјену упућује се пацијент са:

- $\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ или
- $\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ са присутним коморбидитетима повезаним са гојазношћу, који су мотивисани да изгубе тежину, а који нису постигли адекватне резултате у погледу губитка тјелесне масе и циљане здравствене исходе примјеном бихевиоралног третмана (са или без фармакотерапије).

Уградња премоснице је додатак бихевиоралном третману усмјереном на одговарајућу модификацију исхране, и физичку активност.

Стручњаку за реконструктивну хирургију (специјалисти пластичне хирургије) упућује се:

- пацијент који је достигао жељену тјелесну масу и унутар годину дана је успио одржати, а који има објективне проблеме усљед постојања вишка коже на одређеним дијеловима тијела (стомак, груди, бутине, стражњица..),
- пацијент код којег је извршена хируршка интервенција (уграђена премосница), који се придржава медицинске нутритивне терапије и унутар годину дана од уградње премоснице је успио одржати тјелесну масу у физиолошким границама.

Корак 13. Одржавање смањене тјелесне масе

Пацијенте треба упознати са чињеницом да:

- мјесечне или чешће контроле, лично, или путем телефона доводе до успјешног одржавања тјелесне масе,
- често само-вагање (најмање једном недељно), као и придржавање препорука за исхрану и физичку активност и након достизања жељене тјелесне масе омогућавају одржавање тјелесне масе током времена.

Корак 14. Вршити периодичну процјену примијењених третмана за праћење тјелесне масе и наставити интензивно праћење фактора ризика за настанак КВБ и стања повезаних са гојазношћу

Периодично вршити преиспитивање предузетих медицинских мјера у контроли тјелесне масе и присутних фактора ризика. Утврдити да ли лијечење доводи до успјешног процеса мршављења, али и до одговарајућег смањења фактора ризика/коморбидитета у циљу постизања резултата утврђених од стране пацијената и доктора.

*специјалисти хигијене, субспецијалисти исхране здравих и болесних људи, специјалисти хигијене, магистру или доктору наука из области хигијене исхране, педијатру, субспецијалисти исхране здравих и болесних људи, интернисти субспецијалисти исхране здравих и болесних људи.

2. ПРИЛОЗИ

2.1. Прилог 1. Фазе промјене модела понашања

При процјени гојазних пацијената, неопходно је прво стећи увид у њихову спремност за промјену понашања (у исхрани и физичкој активности). Фазе промјене модела понашања могу бити организоване у пет нивоа, укључујући предомишљање, разматрање/размишљање, припрему, акцију и одржавање (табела 2.1).

Табела 2.1. Фазе промјене модела понашања

Фаза	Процјена
Предомишљање	<ul style="list-style-type: none">• присутна незаинтересованост за промјену понашања,• присутни безуспјешни покушају губитка тјелесне масе и одустајање,• присутни некритичност и неспособност препознавања значаја промјене лоших и по здравље штетних навика.
Разматрање/размишљање	<ul style="list-style-type: none">• пацијенти почињу да размишљају о промјени, али страхују да ли ће имати адекватне резултате,• пацијенти су свјенси значаја промјене, али још увијек нису спремни за њу.
Припрема	<ul style="list-style-type: none">• пацијенти су спремни да направе промјену у свом животу,• планирају промјену понашања,• крећу са малим промјенама.
Акција (у овој фази је веома битан доктор који треба да препозна ову фазу и помогне пацијенту)	<ul style="list-style-type: none">• пацијент је направио одлучан напор да постигне циљ,• пацијент упражњавају нов модел понашања током неколико мјесеци (од три до шест мјесеци).
Одржавање	<ul style="list-style-type: none">• пацијент наставља са усвојеном промјеном понашања више од 6 мјесеци.

2.2. Прилог 2. Увод у мотивациони интервју/разговор (МИ)

Мотивациони интервју/разговор је приступ модификацији понашања заснован на емпатији, оријентисан ка пацијенту. Показао се као ефикасан приступ, будући да пацијенту и његовој породици помаже да поставе реалне циљеве. Представља преокрет у улози доктора: од традиционалне улоге савјетника и експерта за „рјешавање проблема“, до модерне улоге, гдје доктор слуша пацијента и прати фазе промјене модела понашања (погледати табелу 2.1).

„Дух“ мотивационог интервјуа је да се код пацијента подстакне жеља за промјеном понашања, односно да га мотивишемо да сам преузме одговорност .

Мотивациони интервју биће успјешан ако примиженимо вјештине које скраћено називамо ОРСО (Одупријети се, Разумјети, Слушати, Оснажити) engl. RULE (Resist, Understand, Listen, Empower):

- О: Одуприте се исправљању рефлекса (усвојеног модела понашања). Умјесто да тражите да се пацијент «поправи», препознајте његову природну, људску, тежњу да се одупре убјеђивању (посебно амбивалентни пацијенти). Циљ је да пацијент сам препозна разлоге за промјену и да га ми у томе подржимо.
- Р: Покушајте да разумијете мотиве које Ваш пацијент износи. Ако је Ваше вријеме консултација ограничено, било би боље да питате пацијента зашто Вам се јавио, због чега је одлучио/ла да мијења навике и како би он/она то учинио/ла, а не да им говорите да то треба да ураде.
- С: Слушајте свог пацијента. Мотивациони интервју подразумева онолико слушања колико има информација; покушајте да одржите интерес пацијента за разговор и његов осјећај саосјећања и признања.
- О: Оснажите свог пацијента. Мотивациони интервју помаже пацијентима да препознају своје грешке и стекну увид у своје здравље. Пацијент који је активан у току консултација и размишља гласно о томе зашто и како провести промјене има већу вјероватноћу да ће то и учинити касније. Препознајте и водите пацијента кроз «промјену разговора» у којем ће он препознати и изложити добре разлоге за промјене, али и кораке ка промјени, а избегавајте разговор у којем ће пацијент показати отпор ка промјенама.

Циљ мотивационог интервјуа је постепено провести пацијента кроз „фазе промјена“. Предност мотивационог интервјуа је у томе што пацијент може да одреди његов садржај, односно да наведе облике здравственог понашања које је вољан да размотри.

Групе намирница	1,200 kcal	1,400 kcal	1,600 kcal	1,800 kcal	2,000 kcal	2,600 kcal	Величина порције	Примјер избора намирница	Нутритивна вриједност намирница
Житарице и производи од житарица*	4-5	5-6	6	6	6-8	10-11	1шнита хљеба (30 г) ½ шоље кухане тјестенине, рижe или житарица** 1/2 мафина	Хљеб од пуног зрна, и пецива, Тјестенина од пуног зрна, енглески мафини, кески од житарица, интегрално брашно, интегралана рижa, кокице	Најбољи извор влакана и енергије
Поврће	3-4	3-4	3-4	4-5	4-5	5-6	1 шоља свјежег поврћа као салате 1/2 шоље обареног поврћа или ½ шоље сока од поврћа	Броколи, мрква, грашак, млади пасуљ, кромпир, шпинат, блитва, зелена салата, парадајз, паприка, кељ, карфиол, лук, праса	Добар извор калијума и магнеијума и влакана
Воће	3-4	4	4	4-5	4-5	5-6	1 средње велика воћка која стане у полузатворену шаку или 1/2 шоље компота од воћа, смрзнутог воћа или цијеђеног сока или ¼ шоље сушеног воћа	Јабукe, брескве, кајсије, банане, грејф, наранџе, мандарине, лимун, ананас, купине, малине, јагоде, трешње, вишне, крушке, сок од цитрусног воћа	Добар извор калијума и магнеијума и влакана
Обрано или дјелимично обрано млијеко и млијечни производи	2-3	2-3	2-3	2-3	2-3	3	1 шоља млијека или јогурта или 2 супене кашике павлаке или 2 листа жутог сира или ½ шоље младог сира	Потпуно обрано млијеко, сир са смањеном количином млијечне масти (на нашем тржишту од дјелимично или потпуно обраног млијека, јогурт од обраног млијека, смрзнути јогурт	Добар извор протеина и калцијума

Групе намирница	1,200 kcal	1,400 kcal	1,600 kcal	1,800 kcal	2,000 kcal	2,600 kcal	Величина порције	Примјер избора намирница	Нутритивна вриједност намирница
Безмасно месо, перад, риба	≤3	3-4 или мање	3-4 или мање	≤6	≤6	≤6	30 грама куханог црвеног меса, перади или рибе или 1 јаје***	Бирати искључиво мршава месо, месо без видљивих масноћа и без коже и покожице	Добар извор протеина и магнезијума
Махунарке, орашасте плодови, сјеменке	3/с'	3/с'	3-4/с'	4/с'	4-5/с'	1/д"	1/3 шоље орашастих плодова, или 2 супене кашике кикирики путера или сјеменки или ½ шоље куханих махунарки	Грашак, пасуљ млади, орашасте плодови, разне сјеменке, кикирки путер	Добар извор енергије, протеина, магнезијума и влакана
Масли уља	1	1	2	2-3	2-3	3	1 чајна кашика софт марагарина или уља, 2 супене кашике прелива за салату или мајонезе	Уље маслиново, сунцокретово, сојино, бундевино, „light“ мајонеза или преливи за салату	DASH студија препоручује да 27 % дневно потребен енергије треба задовољити из ове групе намирница
Шећери и слаткиши	≤3/с'	≤3/с'	≤3/с'	≤5/с'	≤5/с'	≤2/д"	1 супена кашика шећера или мед или 1 чаша лимунаде ½ шоље желеа, сладоледа	Воћни желе, мед, воћни шећер, меласа	Слаткиши

*Производима од пуног зрна треба дати предност због извора целулозних влакана и нутријената

'седмично

"дневно

2.3.2. Бихевиорални третман – препоруке за физичку активност

Доктор медицине, специјалиста породичне медицине, треба да упозна пацијента са чињеницом да за физичку активност не треба пуно времена уколико пацијент жели да будете активан. Све што требате је 30 минута физичке активности умјереног интензитета највећи број дана у недељи. Доктор медицине, специјалиста породичне медицине, треба да мотивише пацијента и наведе му примјере активности из свакодневног живота у којима ће достићи физичку активност умјереног интензитета која се препоручује (нпр. брзо ходање, бициклизам, скупљање лишћа, вртларство). За више примјера погледајте табелу 2.2. (за више детаља погледајте Водич за физичку активност).

Табела 2.3.2. Примјери активности у којима ћете постићи физичку активност умјереног интензитета

Кућни послови-активности	Спортске активности
<ul style="list-style-type: none">▶ Прање и чишћење аутомобила 45-60 минута,▶ Прање прозора или подова 45- 60 минута,▶ Рад у врту 30-45 минута,▶ Скупљање лишћа 30 минута,▶ Чишћење снијега лопатом 15 минута,▶ Пењање уз степенице ходање 15 минута	<ul style="list-style-type: none">▶ Одбојка на пијеску 45-60 минута▶ Фудбал 45 минута▶ Шутање на кош 30 минута▶ Ходање (1 км за 15 минута)▶ Бициклизам 3 километра за 30 минута▶ Плес 30 минута▶ Аеробик у води 30 минута▶ Пливање 20 минута▶ Кошарка 15-20 минута▶ Прескакање конопца 15 минута▶ Трчање (1 километар у 10 минута)

2.3.3.. Дневне енергетске потребе у складу са полом, доби и нивоом физичке активности

Формула за израчунавање енергетских потреба за мушкарце:

$$TEE^* = 864 - [9,72 \times \text{године}] + PA \times [14,2 \times TM (kg) + 503 \times TB (m)]$$

Гдје је PA коефицијент физичке активности:

PA = 1,00 (PAL ≥ 1,0 < 1,4) (за седентарни стил живота)**

PA = 1,12 (PAL ≥ 1,4 < 1,6) (за слабо активан стил живота)**

PA = 1,27 (PAL ≥ 1,6 < 1,9) (за активан стил живота)**

PA = 1,54 (PAL ≥ 1,9 < 2,5) (за врло активан стил живота)**

Формула за израчунавање енергетских потреба за жене:

$$TEE^* = 387 - [7,31 \times \text{одине}] + PA \times [10,9 \times TM \text{ (kg)} + 660,7 \times TB \text{ (m)}]$$

Гдје је PA коефицијент физичке активности:

PA = 1,00 (PAL ≥ 1,0 < 1,4) (за седентарни стил живота)**

PA = 1,14 (PAL ≥ 1,4 < 1,6) (за слабо активан стил живота)**

PA = 1,27 (PAL ≥ 1,6 < 1,9) (за активан стил живота)**

PA = 1,45 (PAL ≥ 1,9 < 2,5) (за врло активан стил живота)**

**Седентарни стил живота – мало или без физичке активности поред дневних активности Слабо активан – најмање 30 минута дневно умерене физичке активности поред дневних активности

Активан – најмање 60 минута дневно умерене физичке активности поред дневних активности

Врло активан – активни спортисти

TEE*-укупне енергетске потребе израчунате преко енергетске потрошње

Табела 2.3.3. Дневне енергетске потребе у складу са полом, доби и нивоом физичке активности

Пол	Доб	Енергетске потребе у складу нивоом физичке активносоти (kcal)		
		Седентаран начин живота**	Умјерено активан живот**	Активан живот**
Женски****	19-30	1,800-2,000	2,000-2,200	2,400
	31-50	1,800	2,000	2,200
	51+	1,600	1,800	2,000-2,200
Мушки	19-30	2,400-2,600	2,600-2,800	3,000
	31-50	2,200	2,400-2,600	2,800-3,000
	51+	2,000	2,200-2,400	2,400-2,800

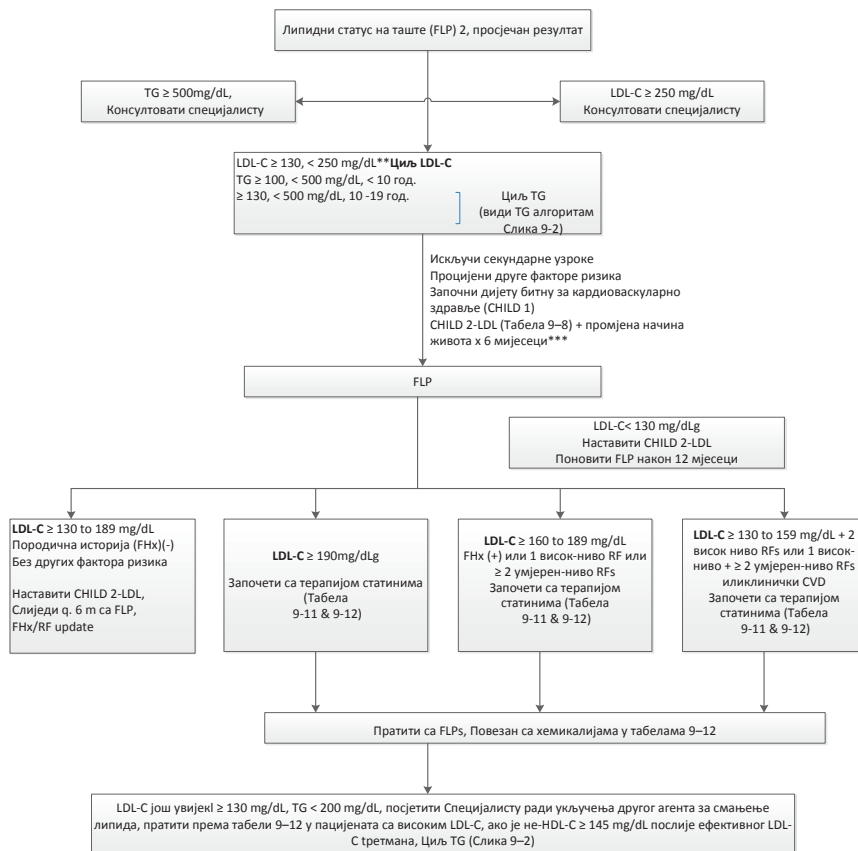
+Енергетске потребе процијењене у односу на висину и тјелесну масу за доб и пол

**Седентаран стил живота подразумева лагану физичку активност укљпљену у свакодневне дневне активности; умјерено активан стил живота подразумева умјерену физичку активност која одговара лаганој шетњи од од 2 до 6 километара на дан или активнијој шетњи од 6-8 километара на сат укљпљену у свакодневне дневне активности; активан животни стил који укључује физичком активност већу од 6 километара на дан или 6 до 8 километара на сат

***Распон калоријских потреба унутар једне групе овисан је о доби унутар ње

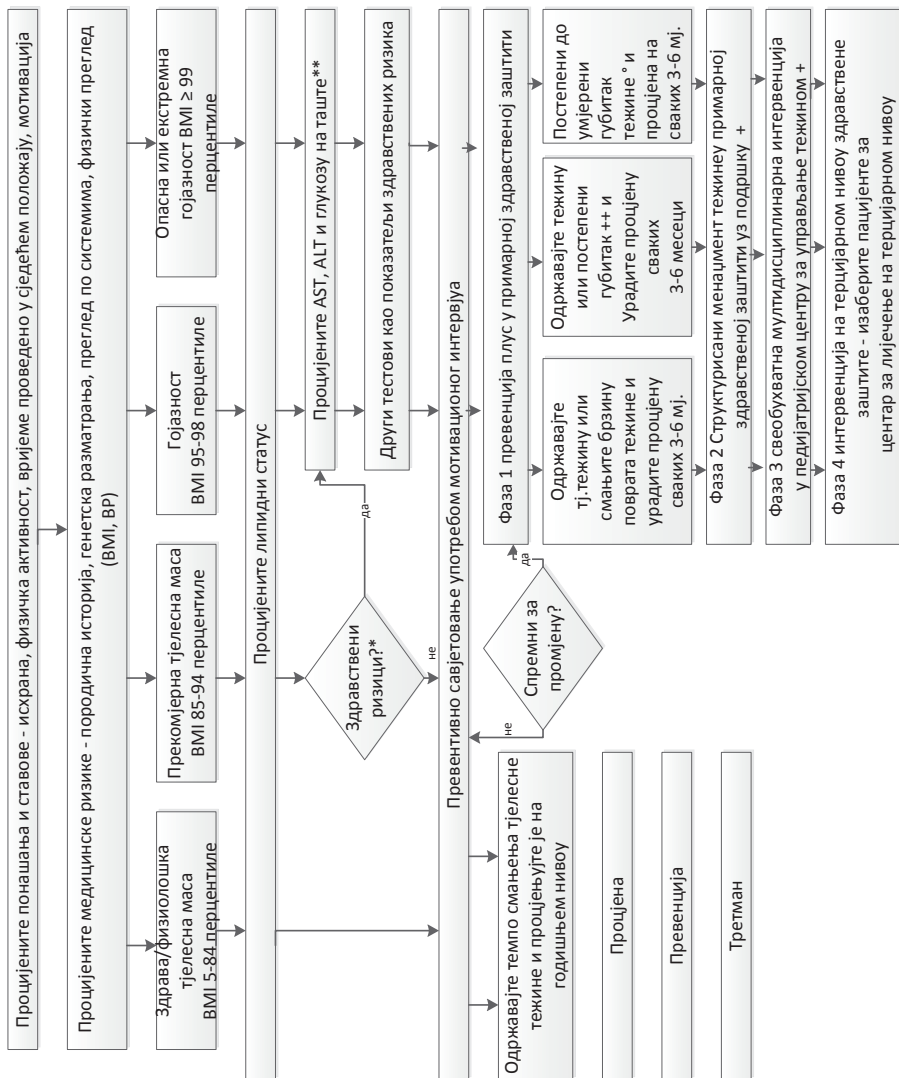
**** Процијењене енергетске потребе не укључују потребе у трудноћи и током дојења

Прилог 2.4. Липидни статус

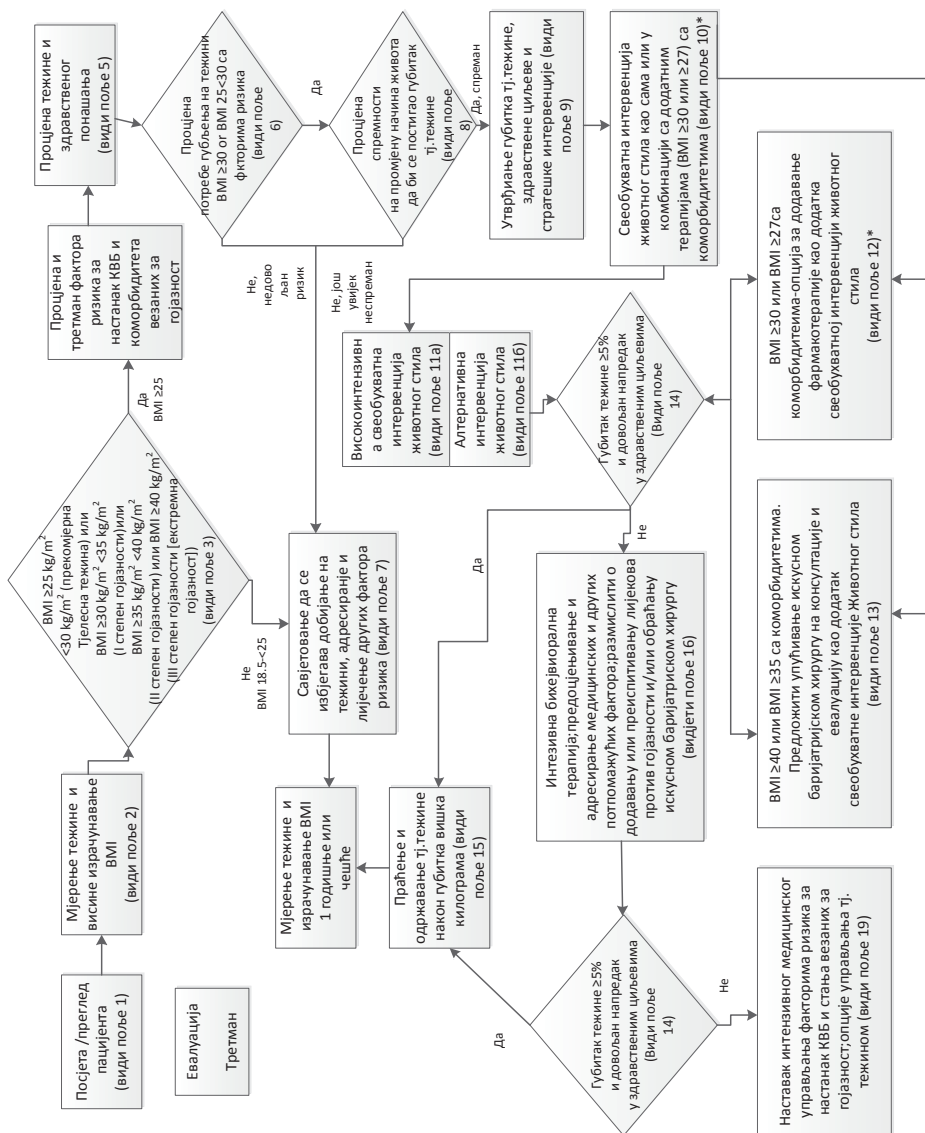


Прилог 2.4.1. Превенција и менаџмент гојазности дјече и адолесцената

ПРЕВЕНЦИЈА И МЕНАЏМЕНТ ГОЈАЗНОСТИ ДЈЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА

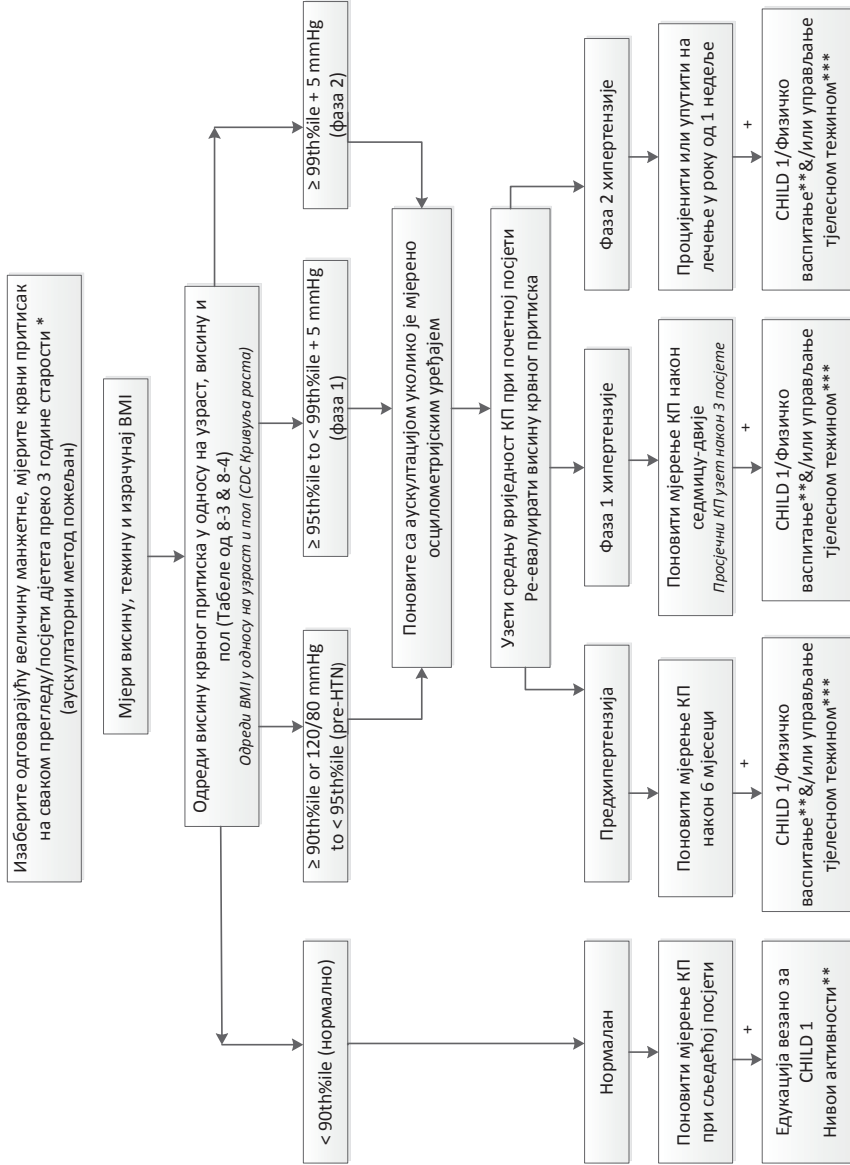


Прилог 2.4.2. Менаџмент хроничних болести ВМИ већим од 25



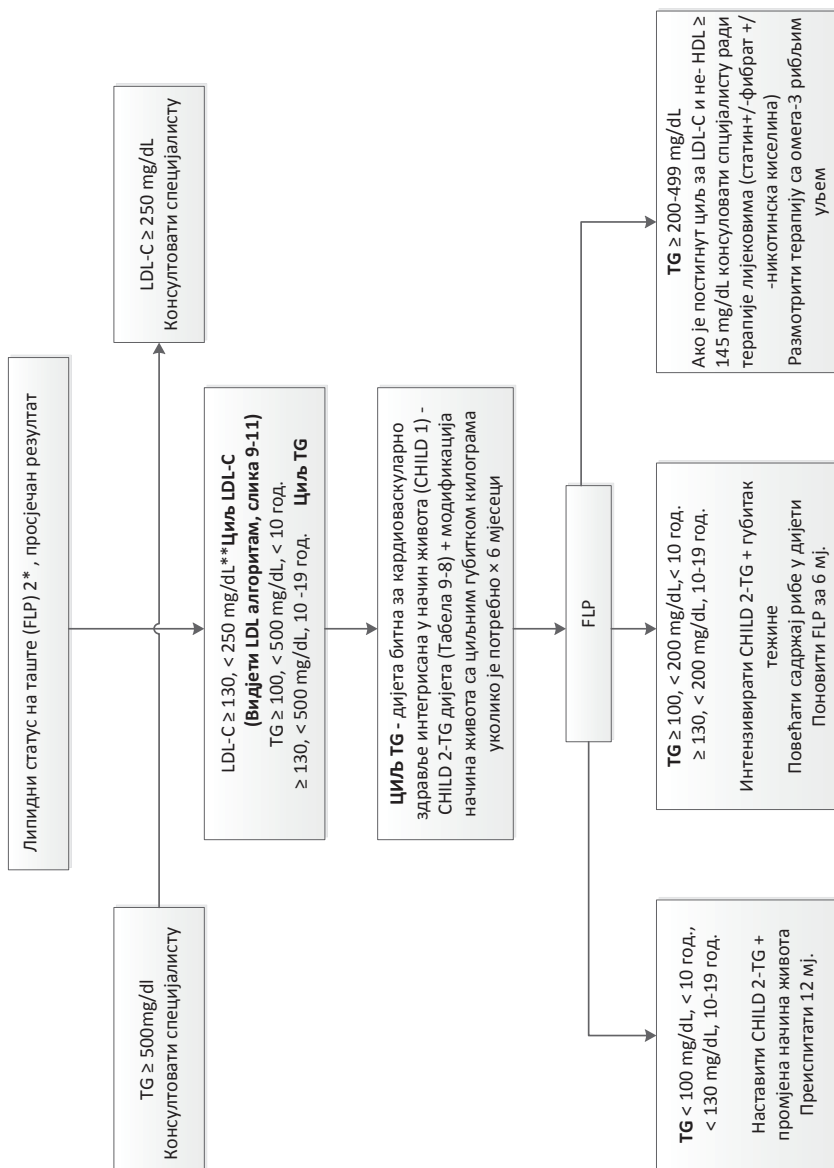
Прилог 2.4.3. КП мјерење и категоризација

НЦВ СТРУЧНА КОМИСИЈА О ИНТЕГРИСАНИМ СМЕРНИЦАМА ЗА КАРДИОВАСКУЛАРНО ЗДРАВЉЕ И СМАЊЕЊЕ РИЗИКА У ДЈЕЦЕ И АДолЕСЦЕНАТА: САЖЕТИ ИЗВЈЕШТАЈ – КП МЈЕРЕЊЕ И КАТЕГОРИЗАЦИЈА



Прилог 2.4.4. Сажети извјештај - циљ триглицериди

ННЦВ СТРУЧНА КОМИСИЈА О ИНТЕГРИСАНИМ СМЈЕРНИЦАМА ЗА КАРДИОВАСКУЛАРНО ЗДРАВЉЕ И СМАЊЕЊЕ РИЗИКА У ДЈЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА: САЖЕТИ ИЗВЈЕШТАЈ – ЦИЉ ТРИГЛИЦЕРИДИ



3. ЛИТЕРАТУРА

1. AACE. Obesity Position Statement, *Endocr Pract.* 2012;18 (No. 5) (www.aace.com/files/position-statements/nutrition.pdf)
2. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, Hu FB, Hubbard VS, Jakicic JM, Kushner RF, Loria C, Millen BE, Nonas CA, Pi-Sunyer FX, Stevens J, Stevens VJ, Wadden TA, Wolfe BM, Yanovski SZ. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation.* 2013;00:000–000. (<http://circ.ahajournals.org/lookup/suppl/doi:10.1161/01.cir.0000437739.71477.ee/-/DC1>.)
3. Fitch A, Everling L, Fox C, Goldberg J, Heim C, Johnson K, Kaufman T, Kennedy E, Kestenbaun C, Lano M, Leslie D, Newell T, O'Connor P, Slusarek B, Spaniol A, Stovitz S, Webb B. Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and Management of Obesity for Adults. Updated May 2013.www.isci.org;
4. Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, et al. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics* 2007;120:S193-228
5. Medicine. CoSfDTCPGIo. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: The National Academies Press 2011.
6. Gibbons GH, Harold JG, Jessup M, Robertson RM, Oetgen W. Next Steps in Developing Clinical Practice Guidelines for Prevention. *Circulation* 2013.
7. Gibbons GH, Shurin SB, Mensah GA, Lauer MS. Refocusing the Agenda on Cardiovascular Guidelines: An Announcement From the National Heart, Lung, and Blood Institute. *J Am Coll Cardiol* 2013;62:1396-1398.
8. Jr. GD, DM. L-J, D'Agostino RB Sr. ea. 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk. In Press. *J Am Coll Cardiol*, 2013.
9. Eckel R, Jakicic J, Ard J, et al. 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk. In Press. *J Am Coll Cardiol*, 2013.
10. Stone N, Robinson J, AH L et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults. In Press. *J Am Coll Cardiol* 2013.
11. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute.

National High Blood Pressure Education Program .Your Guide to lowering blood pressure. National Institutes of Health, 2003. (Web site: <http://www.nhlbi.nih.gov>)

12. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. Your Guide to lowering you blood pressure with DASH. National Institutes of Health., 2003. (Web site: <http://www.nhlbi.nih.gov>).

Овај клинички водич за примарну здравствену заштиту представља прво издање (2015. године) припремљено у сарадњи Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске и пројекта Свјетске здравствене организације и Швајцарске агенције за развој и сарадњу, под називом „Јачање и унапређивање модерних и одрживих јавноздравствених стратегија, капацитета и услуга за побољшање здравља становништва у Босни и Херцеговини“ (Developing and advancing modern and sustainable public Health strategies „ capacities and services to improve population health in BiH“)(у даљем тексту: Пројекат) .

У изради овог водича учествовали су:

Прим. др Амела Лолић, специјалиста социјалне медицине са организацијом и економиком здравствене заштите, помоћник министра здравља и социјалне заштите у Влади Републике Српске, координатор Пројекта у Министарству здравља и социјалне заштите у Влади Републике Српске,

Проф. dr sc. med. Гордана Тешановић, специјалиста педијатар, шеф Катедре породичне медицине Медицинског факултета Универзитета у Бањој Луци, директорица Дома здравља Бања Лука,

Проф. dr sc. med. Душко Вулић, специјалиста интерне медицине-кардиолог, координатор за превенцију кардиоваскуларних болести у Републици Српској, Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци,

Др sc. med. Драгана Стојисављевић, специјалиста хигијене са здравственом екологијом, координатор за исхрану и безбједност храна у Републици Српској, Институт за јавно здравство Републике Српске,

Др Дијана Штркић, специјалиста социјалне медицине са организацијом и економиком здравствене заштите, Институт за јавно здравство Републике Српске,

Мг sci др Савка Штрбац, руководилац сектора за акредитацију и унапређење квалитета, Агенција за сертификацију, акредитацију и унапређење здравствене заштите Републике Српске,

Мг sci Андреја Суботић Поповић, доктор медицине, виши стручни сарадник, Министарство здравља и социјалне заштите у Влади Републике Српске, Ресор за здравствену заштиту,

Др Ален Шеранић, виши стручни сарадник, Министарство здравља и социјалне заштите у Влади Републике Српске, Ресор за јавно здравство, међународне односе и европске интеграције.

У изради овог водича консултовани су:

Удружење доктора породичне медицине Републике Српске, Удружење кардиолога Републике Српске, Удружење ендокринолога и дијабетолога Републике Српске и
Мр sc. med. Љиљана Станивук, специјалиста хигијене са здравственом екологијом, субспецијалиста исхране, Институт за јавно здравство Републике Српске.

¹ Мишљења и интереси организације која је финансирала ажурирање клиничког водича нису имали утицаја на коначне препоруке.