

**II SIMPOZIJUM
O ADOLESCENTNOJ GOJAZNOSTI**

3 – 4. MARTA 2011.

ZLATIBOR

PREPORUKE RADNE GRUPE ZA DEČJU GOJAZNOST (COTF) EVROPSKOG UDRUŽENJA ZA PROUČAVANJE GOJAZNOSTI (EASO)

UVODNI KOMENTAR

Srpsko udruženje za proučavanje gojaznosti je dugogodišnji član Evropskog udruženja za proučavanje gojaznosti (EASO) koje ima dve radne grupe – jednu za prevenciju i terapiju odraslih gojaznih osoba (čiji je član autor ovog teksta) i drugu koja je namenjena prevenciji i terapiji gojaznosti kod dece i adolescenata. Ova druga grupa, čiji je zvanični naziv EASO Childhood Obesity Task Force (COTF), publikovala je u aprilu mesecu 2010 godine u zvaničnom časopisu udruženja: Obesity Facts (izdavač Karger) članak koji sadrži preporuke za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, tj. jednostavne i praktične postupke za otkrivanje dece u riziku za gojaznost, odnosno za kontrolu prekomerno uhranjene i gojazne dece: Evaluation of the Overweight/Obese Child- Practical Tips for the Primary Health Care Provider: Recommendations from the Childhood Obesity Task Force of the European Association for the Study of Obesity.

Ideja Evropskog udruženja za proučavanje gojaznosti bila je da se prevodom na jezike evropskih zemalja – članica EASO i distribucijom ovog uputstva preko nacionalnih udruženja postigne usklađivanje doktrine prevencije i terapije gojaznosti kod dece i adolescenata. Nakon dogovora sa Izvršnim komitetom EASO u Londonu zamolio sam prof. Miloša Banićevića da prevede članak, imajući u vidu njegovo iskustvo i izuzetan doprinos koji je dao razvoju programa za prevenciju i terapiju adolescentne gojaznosti na Institutu Čigota na Zlatiboru. Smatram da se publikovanjem uputstva COTF-a u časopisu Specijalne bolnice Čigota ovaj program dopunjava i dalje nadgrađuje, tim pre što časopis Medicinski Glasnik ima i svoj elektronski sajt što će omogućiti široku distribuciju uputstva među pedijatrima, lekarima opšte medicine i drugim stručnjacima koji se bave problemom prevencije i terapije prekomerne telesne težine i gojaznosti medju decom i adolsecentima.

U ime Srpskog udruženja za proučavanje gojaznosti najsrdačnije zahvaljujem prof. Milošu Banićeviću i uredništvu časopisa Medicinski Glasnik. Nadam se da će ovaj tekst značajno doprineti uspehu zajedničkih napora u sprovođenju prevencije i terapije prekomerne telesne težine i gojaznosti kod dece i adolescenata u našoj zemlji.

U Beogradu,
13.12.2010.

Akademik Dragan Micić
Predsednik Srpskog udruženja za proučavanje gojaznosti
Nacionalni koordinator Radne grupe za gojaznost
Ministarstva zdravlja Republike Srbije

Obesity Facts

The European Journal of Obesity

Review Article

Obes Facts 2010;3:131-137

Evaluation of the Overweight/Obese Child – Practical Tips for the Primary Health Care Provider: Recommendations from the Childhood Obesity Task Force of the European Association for the Study of Obesity

Jennifer L. Baker^a Nathalie J. Farpour-Lambert^b Paulina Nowicka^c
Angelo Pietrobelli^d Ram Weiss^e

^a Institute of Preventive Medicine, Centre for Health and Society, Copenhagen, Denmark

^b Obesity Care Program, Pediatric Cardiology Unit, Department of Child and Adolescent, University Hospital of Geneva, Switzerland

^c Childhood Obesity Unit, University Hospital, Malmö, Sweden

^d Pediatric Unit, Verona University Medical School, Italy

^e Department of Human Metabolism and Nutrition, Hebrew University School of Medicine, Jerusalem, Israel

"The article printed herein has been translated from the original by Serbian Association for the Study of Obesity. S. Karger GmbH Freiburg cannot be held responsible for any errors or inaccuracies that may have occurred during translation.

> THIS ARTICLE IS COPYRIGHT-PROTECTED. PLEASE NOTE THAT ANY FURTHER DISTRIBUTION REQUIRES A WRITTEN CONSENT FROM S. KARGER GmbH, Freiburg. ";

Review Article

Obesity Facts
The European Journal of Obesity

Obes Facts 2010;3:131-137

Evaluacija prekomerno uhranjenog/gojaznog deteta – Praktični saveti za primarnu zdravstvenu zaštitu: Preporuke Radne grupe za dečiju gojaznost (COTF) Evropskog udruženja za proučavanje gojaznosti (EASO)

Jennifer L. Baker^a Nathalie J. Farpour-Lambert^b Paulina Nowicka^c
Angelo Pietrobelli^d Ram Weiss^e

^a Institute of Preventive Medicine, Centre for Health and Society, Copenhagen, Denmark

^b Obesity Care Program, Pediatric Cardiology Unit, Department of Child and Adolescent, University Hospital of Geneva, Switzerland

^c Childhood Obesity Unit, University Hospital, Malmo, Sweden

^d Pediatric Unit, Verona University Medical School, Italy

^e Department of Human Metabolism and Nutrition, Hebrew University School of Medicine, Jerusalem, Israel

Sažetak: Prevalencija gojaznosti među decom i adolescentima je u porastu. Većinu prekomerno uhranjene ili gojazne dece leče pedijatri, lekari opšte medicine – porodični lekari, nutricionisti, medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a ne lekari uže specijalizovani za gojaznost. Mada kod većine gojazne dece ne postoji medicinski poremećaj koji uzrokuje gojaznost, ipak značajan broj te dece može patiti od oboljenja vezanih za gojaznost. Ovaj tekst ima za cilj da zdravstvenim radnicima u primarnoj zaštiti ponudi jednostavne i praktične postupke za otkrivanje dece u riziku za gojaznost i kontrolu prekomerno uhranjene i gojazne dece. Preporučeni saveti i postupci zasnivaju se na podacima iz novijih publikovanih radova iz ove oblasti, zvaničnih saopštenja nekoliko naučnih društava, kao i mišljenju eksperata – članova Radne grupe za dečiju gojaznost (COTF) Evropskog udruženja za proučavanje gojaznosti (EASO). Korišćen je pristup zasnovan na dokazima pri čemu se za područja u kojima u ovom trenutku nedostaju dokazi nadležnom lekaru dozvoljava fleksibilan stav, uz obavezu da lečenje gojaznog deteta obuhvata i čitavu porodicu.

Ključne reči: dečija gojaznost, deca, uputstvo, kontrola gojaznosti

Uvod

Većinu prekomerno uhranjene ili gojazne dece leče pedijatri, lekari opšte medicine – porodični lekari, nutricionisti, medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a ne lekari uže specijalizovani za gojaznost. U ordinaciji primarne zaštite, uz dominaciju akutnih oboljenja, susret sa pacijentom obično je ograničenog trajanja. Imajući to u vidu, otkrivanje i lečenje dece koja pate od viška težine predstavlja veliki izazov. Često ni pacijent, ni porodica nisu svesni problema, što lekaru otežava pokretanje pitanja gojaznosti. Iz ovih razloga zdravstvenim radnicima u primarnoj zaštiti neophodni su jednostavni i praktični saveti i postupci za otkrivanje dece u riziku za gojaznost i kontrolu prekomerno uhranjene i gojazne dece.

Neophodnost započinjanja lečenja gojaznosti u ranom dečijem uzrastu ukazuje na značaj donošenja preporuka za rad lekara u primarnoj zaštiti. Višak težine negativno utiče na telesni i psihosocijalni razvoj deteta (1) i ugrožava njegovo zdravlje u kasnijem uzrastu (2). Za razliku od mnogih pedijatrijskih zdravstvenih problema, gojaznost u detinjstvu ima višestruke uzroke i zahteva širok terapijski pristup koji obuhvata pacijenta, porodicu i okruženje. Osim toga, većina komplikacija gojaznosti su asimptomatske. Uprkos ovih izazova, motivisanost u toku lečenja i jednostavne promene u načinu života započete u ranom uzrastu mogu značajno poboljšati zdravlje i raspoloženje gojaznog deteta, a potencijalno pomoći i drugim članovima porodice.

Poslednih godina publikovano je više uputstava za zdravstvenu zaštitu gojaznog deteta (3-6). Cilj ovog dokumenta sačinjenog za specifične uslove u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je, međutim, da ponudi jednostavan i praktičan pristup za procenu i kontrolu prekomerno uhranjenog ili gojaznog deteta. Značajno je da je takav pristup primenljiv takođe i za braću i sestre gojaznog deteta, te da može pomoći i u prevenciji kod dece u riziku od gojaznosti. Pristup koji je ovde prikazan fokusira se na četiri glavne oblasti: uzimanje anamneze, fizički pregled, način ishrane i procena fizičke aktivnosti. Za svaku od tih oblasti dat je opisni deo zajedno sa ključnim postupcima i savetima koje su izradili eksperti sa ciljem da se u nedostatku vremena u uslovima rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti obezbedi maksimalan rezultat. Osim toga, sačinjene su i poruke u kojima su navedeni ovi elementi (Slika 1).

Slika 1. Poruke iz Uputstva Radne grupe za dečiju gojaznost

PROCENA PREKOMERNO UHRANJENOG DETETA

- **Anamneza**
 - Anamneza trudnoće – gestacioni diabetes majke, usporen intrauterini rast, porođajna težina (obratiti pažnju na odojčad sa malom porođajnom težinom za gestacionu starost)
 - Antropometrijski podaci za dete
 - Antropometrijski podaci za roditelje, braću i sestre
 - Da li dete uzima lekove?
 - Podaci o snu, raspoloženju, ograničenim pokretima
- **Fizički pregled**
 - Izmeriti težinu i visinu, izračunati indeks telesne mase (ITM) i ubeležiti ih!
 - Izmeriti obim struka
 - Tražiti dismorfične promene ili stigmata

- Tačno izmeriti krvni pritisak
- Tražiti akantozu nigrikans i znake hiperandrogenizma kod devojčica
- **Glavni saveti o načinu ishrane**
 - Uspostaviti stalan redosled obroka
 - Obroke uzimati u kuhinji sa porodicom
 - Izbegavati zaslađene napitke! Preporučiti običnu vodu!
 - Podsticati unos zdravih namirnica – voća i povrća, žitarica
 - Podsticati korišćenje složenih umesto prostih ugljenih hidrata
- **Glavni saveti o fizičkoj aktivnosti**
 - U školu ići peške ili biciklom
 - Podsticati učešće u lakim i umerenim fizičkim aktivnostima, makar i u kraćem trajanju
 - Smanjiti vreme provedeno za kompjuterom ili u gledanju televizije na manje od 2 časa dnevno
 - Sugerisati aktivnost i igru sa roditeljima i prijateljima
 - Preporučeno trajanje fizičke aktivnosti je najmanje 1 čas dnevno, ali je i vremenski kraća aktivnost korisna
- **Ne zaboravite!**
 - Postavite realne ciljeve i očekivanja za dete i porodicu
 - Naglasite ulogu roditelja u sprovođenju promena u načinu života i davanju obrasca ponašanja
 - Ističite da kontrola telesne težine nije kratak period prilagođavanja i promena, već proces koji traje tokom čitavog života
 - Pružite podršku i priznanje za učinjene promene, uz istrajno ponavljanje glavnih poruka

Radna grupa za dečiju gojaznost

Evropskog udruženja za proučavanje gojaznosti

Trijaža dece u odnosu na rizik gojaznosti

Cilj detaljne anamneze i fizičkog ispitivanja pri prvom pregledu je da se dete kategorise u jednu od tri kategorije:

1. Decu kod koje postoji sumnja da je gojaznost udružena sa nekim sindromom ili organskim oboljenjem treba uputiti pedijatru uže specijalizovanom za gojaznost. Veoma mali broj dece i adolescenata (<2%) će biti uključen u ovu kategoriju.

2. Deca kod koje se sumnja na postojanje komplikacija gojaznosti zahtevaju dodatnu evaluaciju uz pomoć laboratorijskih i drugih testova. Ukoliko se utvrde takve komplikacije treba konsultovati pedijatra specijalizovanog za gojaznost.
3. Deca kod koje je gojaznost tipičan izraz predisponirajućih genetskih činilaca i uticaja okruženja koji podstiču tu sklonost. Oni čine ogromnu većinu dece kojoj ponavljani kratki i sažeti saveti u vezi sa problemom gojaznosti mogu pomoći, a bez upućivanja na konsultativni pregled.

Uzimanje anamneze kod gojaznog deteta

Uzimanje anamneze kod gojaznog deteta ima tri glavna cilja: 1) isključiti organski poremećaj, 2) utvrditi postojanje oboljenja vezanih za gojaznost i 3) proceniti rizik za nastanak ovih oboljenja.

Mada samo mali broj dece ima organski poremećaj kao primarni uzrok viška težine, ta mogućnost se ne sme prevideti zbog ozbiljnih posledica po zdravlje deteta. Veći broj dece će imati oboljenja vezana za gojaznost koja se moraju isključiti s obzirom da imaju isto tako ozbiljne posledice po zdravlje. Ove dve grupe gojazne dece ne treba tretirati u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, već ih uputiti pedijatru – specijalisti za gojaznost.

Kod najvećeg broja dece uzrok prekomerne uhranjenosti i gojaznosti je predisponirajuća genetska osnova (gojazni roditelji ili drugi članovi porodice), i uticaj okruženja koji dovode do nedovoljne fizičke aktivnosti (sedentarno ponašanje) i povećanog unosa kalorijski bogate hrane. Kod ove dece koja nemaju izražene subjektivne tegobe otkrivanje rizičnih faktora treba da pobudi sumnju na budući razvoj metaboličkih komplikacija. Lečenje takve dece je najuspešnije ukoliko se primene motivacione tehnike kojima se roditelji podstiču da uvedu promene u načinu života i preventivne mere u okviru porodice. Principi motivacionog pristupa i saradnje sa pacijentom prelaze okvir ovog dokumenta, ali su od kritičnog značaja za uspešno usvajanje svrsishodnih promena (5). Za dalje informacije o načinu na koji lekar treba da ukaže na problem gojaznosti, nastojeći da ne povredi dete ili porodicu, kao i potrebi njihove motivacije videti Tabelu 4. u članku Barlow i sar. (5).

U cilju uspešnije evaluacije gojaznog deteta sačinjen je niz pitanja. Pitanja 1-4 odnose se na trudnoću, rast i porodičnu anamnezu, činioce za koje je poznato da su u vezi sa dečjom gojaznošću. Ta pitanja imaju za cilj da se utvrdi „vulnerabilnost“ deteta za gojaznost i njene komplikacije. Kako mere protiv gojaznosti u detinjstvu imaju za cilj da poboljšaju zdravlje i smanje telesnu težinu, dete sa pozitivnom anamnezom za razvoj insulinske rezistencije može od njih imati najviše koristi. Pitanja broj 5 i 6 tiču se postojanja komplikacija vezanih za gojaznost. Odgovori na ova pitanja

dozvoljavaju lekaru u primarnoj zaštiti da uoče decu koja zahtevaju dalju evaluaciju kod specijaliste za gojaznost ili dopunsku laboratorijsku obradu.

Specifične tačke

1. Anamneza trudnoće – pitati da li je majka imala gestacioni diabetes ili druge komplikacije trudnoće (hipertenzija, poremećaj intrauterinog rasta, težina na rođenju – da li je dete rođeno sitno ili krupno za gestacionu starost).
2. Ubeležiti antropometrijske podatke deteta na odgovarajuće karte rasta. Obratiti pažnju na „skok u rastu“ kod dece male težine na rođenju, porast u težini u veoma ranom uzrastu i dostignutu težinu na početku puberteta.
3. Antropometrijski podaci za dede i bake, roditelje, braću i sestre.
4. Zdravstveno stanje deda i baka, roditelja, braće i sestara – tragati za bolestima sa povišenim kardiovaskularnim rizikom kao što su diabetes, dislipidemija, hipertenzija, pozitivna anamneza o kardiovaskularnom oboljenju u muškaraca mlađih od 55 godina i žena mlađih od 65 godina.
5. Da li dete uzima lekove? – hronična upotreba glikokortikoida i/ili psihotropnih lekova je praćena dobijanjem u težini.
6. Kakav je san deteta (trajanje sna, hrkanje, noćno mokrenje, nekontrolisan i prekomeran unos hrane tokom noći). Postoji li ograničenost pokreta uzrokovana ortopedskim problemima? Kakvo je raspoloženje deteta i način ishrane (anamneza o korišćenju dijeta ili postojanju prekomernog unosa hrane). Kod devojaka zabeležiti urednost menstruacionih ciklusa i prisustvo znakova hiperandrogenizma.

Fizički pregled gojaznog deteta

Kao i u slučaju svakog drugog pacijenta pregled gojaznog deteta ili adolescenta podrazumeva standardno fizičko ispitivanje, ali su izvesni elementi njihovog pregleda ipak specifični. To se naročito odnosi na telesni sastav i distribuciju masti (antropometrijske mere), kao i potrebu isključivanja prisustva komplikacija vezanih za gojaznost. Traganje za specifičnim znacima nekog organskog uzroka gojaznosti, ili udruženih bolesti čini glavni deo procene ukupnog rizika za dete. Važno je naglasiti da sve antropometrijske mere i vitalne znake treba uporediti sa odgovarajućim referentnim vrednostima za uzrast i pol deteta.

Specifične tačke

1. Telesnu težinu i visinu kod svih pedijatrijskih pacijenata treba izmeriti bar jedan put godišnje. Izračunati indeks telesne mase (ITM=težina u kilogramima/

visina u metrima²) i upisati ga u ogovarajuće percentilne karte. Preporučuje se takođe merenje obima struka i upoređenje sa odgovarajućim percentilnim referentnim vrednostima (Tabela 1) (5,7). Dete treba da stoji ispravljeno, sa opuštenim trbuhom, rukama uz telo i sastavljenim stopalima. Vrednost zabeležiti pri kraju normalnog ekspirijuma na najužem delu trupa na nivou struka između rebara i ilijačne kosti (8).

2. Tragati za stigmatama sindroma udruženih sa gojaznošću – zastoj u razvoju, dismorfizam, hipogonadizam i modre strije na trbuhu. Tražiti takođe znake udružene sa konstitucionalnom gojaznošću kao što su akantozna nigrikans ili manifestacije hiperandrogenizma u devojaka.
3. Krvni pritisak meriti u opuštenoj atmosferi posle 10 – minutnog odmora, a dobijene vrednosti uporediti sa odgovarajućim referencama (Tabela 2) (9). Manžetna aparata mora biti u skladu sa veličinom deteta.
4. Ispitati muskuloskeletni sistem, a posebno obratiti pažnju na skeletne deformitete i ograničenost pokreta.

Tabela 1. Percentilne vrednosti obima struka za evropsko–američku decu i adolescente, prema polu (adaptirano prema 7)^a

Uzrast, godine	Percentili za dečake, cm			Percentili za devojčice, cm		
	10%	50%	90%	10%	50%	90%
2	42,9	47,1	50,6	43,1	47,4	52,5
3	44,7	49,2	54,0	44,7	49,3	55,4
4	46,5	51,3	57,4	46,3	51,2	58,2
5	48,3	53,3	60,8	47,9	53,1	61,1
6	50,1	55,4	64,2	49,5	55,0	64,0
7	51,9	57,5	67,6	51,1	56,9	66,8
8	53,7	59,6	71,0	52,7	58,8	69,7
9	55,5	61,7	74,3	54,3	60,7	72,6
10	57,3	63,7	77,7	55,9	62,5	75,5
11	59,1	65,8	81,1	57,5	64,4	78,3
12	60,9	67,9	84,5	59,1	66,3	81,2
13	62,7	70,0	87,9	60,7	68,2	84,1
14	64,5	72,1	91,3	62,3	70,1	86,9
15	66,3	74,1	94,7	63,9	72,0	89,8
16	68,1	76,2	98,1	65,5	73,9	92,7
17	69,9	78,3	101,5	67,1	75,8	95,5
18	71,7	80,4	104,9	68,7	77,7	98,4

^a Obim struka veći od 90% povećava rizik postojanja kardiovaskularnog poremećaja ili insulinske rezistencije.

Tabela 2. Referentne vrednosti krvnog pritiska za decu i adolescente (adaptirano prema 9) ^a

Uzrast, godine	Vrednosti za dečake, mm Hg		Vrednosti za devojčice, mm Hg	
	sistolni	dijastolni	sistolni	dijastolni
3	100	59	100	61
4	102	62	101	64
5	104	65	103	66
6	105	68	104	68
7	106	70	105	69
8	107	71	108	71
9	109	72	110	72
10	111	73	112	73
11	113	74	114	74
12	115	74	116	75
13	117	75	117	76
14	120	75	119	77
15	120	76	120	78
16	120	78	120	78
17	120	80	120	78
18	120	80	120	80

^a Ove vrednosti predstavljaju donju granicu patoloških vrednosti klasifikovanih prema uzrastu i polu. Vrednosti iznad navedenih zahtevaju dalje ispitivanje.

Dopunska laboratorijska obrada

Kod gojazne dece (ITM>97% za uzrast i pol na karti rasta) treba obaviti osnovno laboratorijsko ispitivanje da bi se isključilo postojanje metaboličkih abnormalnosti vezanih za gojaznost. Otkriveni poremećaji kao što su intolerancija na glukozu, dislipidemija ili oštećena funkcija jetre zahtevaju upućivanje deteta pedijatru specijalizovanom za gojaznost.

Specifične tačke

1. Dopuniti biohemijske nalaze uključujući funkciju jetre i lipidni status na šte. Gojaznost je često udružena sa nealkoholnom masnom jetrom, povišenim nivoima alanin transaminaze (ALT), kao i poremećajima drugih funkcija jetre. Tipična dislipidemija kod gojazne dece uključuje povišene vrednosti triglicerida i sniženi HDL (lipoprotein visoke gustine) holesterol. Nalaz takvog lipidnog profila upućuje na značajnu rezistenciju na insulin (10).
2. Kompletna krvna slika – iznenađujuće je da su nutritivne deficijencije, a posebno deficijencija gvožđa česte u gojazne dece.
3. Evaluacija metabolizma glukoze – kod prekomerno uhranjene / gojazne dece senzitivnost koncentracije glukoze na šte u otkrivanju intolerancije na glukozu je

mala. Kod deteta u kojem se sumnja na poremećaj metabolizma glukoze (izražena gojaznost, pozitivna porodična anamneza za dijabetes melitus tipa 2 ili gestacioni dijabetes, prisustvo akantoze nigrikans ili podaci o postojanju polidipsije/poliurije) treba uraditi standardni oralni test tolerancije na glukozu.

4. Dopunske testove zasnovane na sumnji o postojanju nekog sindroma udruženog sa gojaznošću – kao što su testovi funkcije štitaste žlezde, sakupljanje slobodnog kortizola u urinu i dr. treba uraditi prema potrebi.

Nakon navedene dopunske laboratorijske obrade lekar u primarnoj zdravstvenoj zaštiti može odlučiti da li dete treba uputiti specijalisti za gojaznost (sindromi udruženi sa gojaznošću, ili konstitucionalna gojaznost sa udruženim bolestima) ili se lečenje može odvijati u ustanovi primarne zaštite. Poremećaji udruženi sa gojaznošću mogu biti prisutni u značajnom broju gojaznih adolescenata (poremećaj tolerancije na glukozu u 10-25%, hipertenzija do 30%, a nealkoholna masna jetra do 8%, zavisno od ispitivane populacije). Ako se dete može lečiti u ustanovi primarne zaštite treba sprovesti ispitivanje načina ishrane i obima fizičke aktivnosti. Ne postoji „standard“ koji određuje učestalost ponovnih pregleda gojazne dece, ali je poželjno da se, uz pozitivan odnos između deteta i lekara, preporuke o promeni načina ishrane i životnih navika ponavljaju bar na svakih 4-6 meseci.

Procena načina ishrane

Ciljevi pravilne ishrane u detinjstvu su da se postigne normalna telesna težina i da se razviju zdrave navike o načinu ishrane koje će trajati tokom čitavog života. Prvi korak u uspešnom savetovanju o ishrani je procena kalorijskog unosa i navika o ishrani. Procena ishrane treba da pruži uvid u dotadašnji unos voća i povrća, zasladjenih napitaka, „brze hrane“, veličinu obroka, kao i navike u uzimanju glavnih obroka i užina (učestalost i kvalitet obroka). U idealnom slučaju tu procenu o načinu ishrane deteta treba da vrši klinički lekar sa specijalnom obukom iz ishrane koji ima prvenstvenu odgovornost za evaluaciju i davanje preporuka u vezi sa ishranom.

Niz jednostavnih pitanja koje može da postavi lekar u primarnoj zaštiti dovoljno je za početni opšti uvid u navike deteta u ishrani, pošto je detaljnu procenu koja zahteva dosta vremena teško obaviti u ordinaciji u primarnoj zaštiti. Sledeća pitanja tiču se onih navika u ishrani deteta koje najviše utiču na energetski bilans, a koje se mogu promeniti.

Specifične tačke

1. Utvrditi vreme i mesto uzimanja obroka, kao i doba uzimanja užina – između obroka, u toku večeri ili noći. Da li se obroci unose u kuhinji, dnevnoj ili spavaćoj

- sobi, uz gledanje televizije ili tokom korišćenja kompjutera?
2. Odrediti količinu unetih zaslađenih napitaka, uključujući sva bezalkoholna pića, voćne sokove, kao i čokoladno mleko.
 3. Utvrditi koje zdrave namirnice se koriste, npr. voće, povrće, riba i žitarice.
 4. Odrediti kolika je veličina porcija – mada je kvalitet hrane od presudnog značaja, i količina može biti veoma važna. Uporediti veličinu porcije deteta u odnosu na roditelje i druge članove porodice.
 5. Pitati šta dete jede u toku boravka u školi?

Praktični saveti

1. Sačiniti stalan raspored obroka uz minimum užina između njih. Ukoliko dete uzima i užine, preporučiti voće i povrće.
2. Obroke unostiti u kuhinji / trpezariji, bez gledanja televizije ili kompjutera. Naglasiti potrebu zajedničkog porodičnog ručka.
3. Izbavati sve zaslađene napitke. Voda je najbolja za decu.
4. Podsticati maksimalan unos voća i povrća.
5. Podsticati koliko je god moguće korišćenje složenih umesto prostih ugljenih hidrata (npr. proizvodi od integralnih žitarica).
6. Podsticati unos namirnica sa manjim sadržajem masti kao što je posno meso i nepržena jela.

Procena fizičke aktivnosti

Potrošnja energije tokom fizičke aktivnosti je važan deo energetske ravnoteže koja određuje telesnu težinu. Redovna fizička aktivnost može poboljšati samopoštovanje deteta i društvene kontakte. Pošto su zapadni (moderni) način života i modernizacija bitno smanjili nivo redovne dnevne fizičke aktivnosti dece, treba obratiti pažnju na svakodnevne aktivnosti deteta kod kuće i u školi. Pitanja o aktivnostima deteta bilo samostalnim, ili zajedno sa roditeljima i prijateljima će ukazati na područja u kojima male promene mogu proizvesti značajnu dobit.

Specifične tačke

1. Odrediti koliko sati dnevno dete provodi u sedentarnim aktivnostima (gledanje televizije, rad na kompjuteru).
2. Da li dete učestvuje u nekim aktivnostima ili organizovanim sportskim takmičenjima van škole?
3. Kako dete ide u školu – peške, biciklom, kolima ili javnim prevozom?
4. Proceniti aktivnosti u porodici – da li su roditelji, braća i sestre uključeni u neke fizičke aktivnosti?

Praktični saveti

1. Povećati fizičku aktivnost i spremnost – podsticati odlazak peške ili biciklom u školu (uz uslov da je takva aktivnost bezbedna), ili učešće u organizovanim sportskim aktivnostima, pa makar i izvođenju psa u šetnju. Podsticati umerenu ili težu aktivnost manjeg obima.
2. Smanjiti sedentarne aktivnosti (televizija, kompjuter) – mada to nije lako postići; treba preporučiti maksimalno 2 časa „medijskog“ vremena dnevno.
3. Sugerisati aktivnosti koje uključuju roditelje i prijatelje kao što su zajednička šetnja ili igre.
4. Preporučuje se da trajanje fizičke aktivnosti iznosi najmanje 1 čas dnevno svakog dana.
5. Važna je bilo kakva fizička aktivnost! Podsticati prijatne i zabavne aktivnosti.

Koristeći odgovore dobijene procenom načina ishrane i fizičke aktivnosti, lekar u primarnoj zaštiti može za svako dete utvrditi područja u kojima se najlakše mogu ostvariti željene promene. Savete značajne za ova područja treba ponavljati pri svakom kontrolnom pregledu. Važno je da se detetu i porodici naglasi da je kontrola prekomerne uhranjenosti i gojaznosti dugotrajan proces i da se ne može očekivati brz i dramatičan uspeh. Treba ohrabriti porodicu i dete da nastoje da tokom dužeg perioda održe ostvarene male promene, pošto te naizgled male promene mogu biti veoma korisne na dužu stazu.

Ciljevi i očekivanja

Postavljanje realističnih ciljeva i očekivanja može pomoći da se izbegnu nepotrebna razočaranja tokom lečenja. Za prekomerno uhranjenu ili umereno gojaznu decu tokom perioda rasta održavanje težine (a ne gubitak u težini) je dovoljno da bi se popravilo njihovo raspoloženje i metabolički profil. Akutni gubitak u težini, ostvaren promenom u načinu života ili farmakoterapijom, nema dugoročan efekat i obično je praćen ponovnim dobijanjem u težini. Stoga prekomerno uhranjenu i gojaznu decu i adolescente treba podsticati da se pridržavaju gore opisanih dugoročnih promena u načinu života. Treba ih informisati da kao rezultat usvojenih promena očekuju mali, ali postojan gubitak u težini. Kod nekih adolescenata gubitak u težini od 1-2 kg mesečno može se postići u kraćem vremenu i biti održiv. Promene u telesnom sastavu (porast nemasnog na račun masnog tkiva ili smanjenje obima struka) bez gubitka u težini može uticati pozitivno na raspoloženje i metabolički profil deteta.

Roditelji i porodica

Lekar u primarnoj zaštiti treba stalno da ističe ulogu roditelja u postupku lečenja. Ne može se dovoljno naglasiti da se najveći deo saveta o načinu ishrane i fizičkoj aktivnosti odnosi na čitavu porodicu, a ne samo na dete. Roditelji su odgovorni za kupovine u prodavnici i spremanje obroka. Treba ih podsećati da oni služe kao uzor ponašanja za svoju decu. Roditelji treba da podržavaju dete i ostvaruju pozitivan odnos sa detetom. Lekar u primarnoj zaštiti treba naročito da podstiče promene u načinu života kod porodica sa decom u riziku za gojaznost (prekomerno uhranjeni ili gojazni roditelji) pošto je prevencija gojaznosti daleko lakša nego njeno lečenje. Treba objasniti i ponavljano isticati potencijalne koristi od ovih promena za celo domaćinstvo.

Zaključci

Glavni cilj lečenja prekomerno uhranjene i gojazne dece i adolescenata je podrška u postizanju i održavanju telesne težine koja će poboljšati njihovo raspoloženje i sprečiti razvoj komplikacija. Pošto rizik da gojazno dete postane gojazna odrasla osoba raste sa 25% pre šeste godine života do 75% u toku adolescencije, lečenje se mora započeti što je moguće ranije. Ovo je utoliko važnije što se bolesti udružene sa gojaznošću mogu javiti tokom detinjstva čak i pre nego što se kod deteta ispolji gojaznost. Postupak lečenja prikazan ovde teži promeni u ponašanju deteta i njegove porodice, usvajanju zdravog načina ishrane i fizičke aktivnosti i poboljšanju kvaliteta života. Zdravstveni radnici u primarnoj zaštiti imaju suštinsku ulogu u motivaciji, edukaciji i podršci porodici u usvajanju promena u ponašanju i trajnom održavanju tih promena (11).

Literatura

- Must A, Strauss RS: Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23(suppl 2):S2-11.
- Baker JL, Olsen LW, Sorensen TIA: Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med* 2007;357:2329-2337.
- Speiser PW, Rudolf MC, Anhalt H, Camacho-Hubner C, Chiarelli F, Eliakim A, Freemark M, Grutes A, HersHKovitz E, Iughetti L, Krude H, LatzerY, Lustig RH, Pescovitz OH, Pinhas-Hamiel O, Rogol AD, Shalitin S, Sultan C, Stein D, Vardi P, Werther GA, Zadik Z, Zuckerman-Levin N, Hochberg Z: Childhood obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:1871-1887.
- August GP, Caprio S, Fennoy I, Freemark M, Kaufman FR, Lustig RH, Silverstein JH, Speiser PW, Styne DM, Montor VM: Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine

- society clinical practice guideline based on expert opinion. *J Clin Endocrinol Metab* 2008;93:4576-4599.
- Barlow SE: Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: Summary report. *Pediatrics* 2007;120(suppl 4):S164-192.
- Davis MM, Gance-Cleveland B, Hassink S, Johnson R, Paradis G, Resnicow K: Recommendations for prevention of childhood obesity. *Pediatrics* 2007;120(suppl 4):S229-253.
- Fernandez JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB: Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *J Pediatr* 2004;145:439-444.
- Lohman T, Roche A, Martorell R (eds): *Anthropometric Standardization Reference Manual*. Champaign, IL, Juman Kinetics Books, 1988.
- Kaelber DC, Pickett F: Simple table to identify children and adolescents needing further evaluation of blood pressure. *Pediatrics* 2009;123:e972-974.
- Weiss R, Kaufman FR: Metabolic complications of childhood obesity: identifying and mitigating the risk. *Diabetes Care* 2008;31 (suppl 2) :S310-316.
- Flodmark CE, Lissay I, Moreno LA, Pietrobelli A, Widhalm K: New insights into the field of children and adolescents obesity: the European perspective. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28:1189-1196.