

## OBEZITATEA LA PREȘCOLAR – STUDIU CAZUISTIC

Oana Teslariu<sup>1</sup>, Carmen Oltean<sup>2</sup>, Laura Alexandra Gavriliuță<sup>3</sup>,  
Maria Liliana Iliescu<sup>4</sup>, Dana-Teodora Anton-Păduraru<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica III Pediatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“, Iași

<sup>2</sup>Spitalul de Urgențe pentru Copii „Sf. Maria“, Iași

<sup>3</sup>Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“, Iași

<sup>4</sup>Sănătate Publică și Management Sanitar,

Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“, Iași

### REZUMAT

Obezitatea primară la copii, una dintre cele mai frecvente boli de nutriție din lume, prezintă particularități dependente de vârstă privind factorii de risc, măsurile de prevenție și tratament. Obiectivul prezentului studiu a fost reprezentat de evaluarea pacienților de vârstă preșcolară diagnosticați cu obezitate primară în Clinica III Pediatrie a Spitalului de Urgență pentru Copii „Sf. Maria“ Iași în vederea identificării debutului supraponderalității/obezității și a factorilor de risc prenatali, postnatali precoce, acumulați în primii 6 ani de viață implicați în producerea obezității. Concluzionăm că accentul în combaterea obezității copilului trebuie pus pe profilaxia acesteia, deosebit de importante fiind măsurile pentru promovarea unei alimentații sănătoase și pentru combaterea sedentarismului.

**Cuvinte cheie:** obezitate, preșcolară, exces caloric, sedentarism

### INTRODUCERE

În ultimele decade, obezitatea – afecțiune complexă, multifactorială, a devenit una dintre cele mai frecvente boli de nutriție din lume, având amploarea unei pandemii, ceea ce a determinat Organizația Mondială a Sănătății (OMS) să o considere „boala secolului XXI“. Conform unui studiu efectuat în 79 de țări, OMS apreciază că există 250 de milioane de obezi în lume, dintre care 22 de milioane sunt copii cu vârstă mai mică de 5 ani (1,2).

Obezitatea în rândul copiilor de vârstă preșcolară reprezintă o serioasă problemă de sănătate publică pretutindeni în lume, mai ales datorită consecințelor pe care le poate avea asupra sănătății pe termen lung. Studii recente au demonstrat că, în cele mai multe cazuri, obezitatea cu debut în prima copilărie poate evolua și la vârsta adultă, crescând astfel riscul apariției unor boli cu impact precoce asupra calității și duratei vieții cum ar fi bolile cardiovasculare, diabetul zaharat de tip 2, complicații ortopedice, patologii psiho-comportamentale (3). De asemenea, riscul copiilor cu obezitate în primii ani

de viață de a deveni adulți obezi este de 80% pentru cei cu ambii părinți obezi și de 40% pentru copiii cu un singur părinte obez.

Consecințele fizice și psihologice, costurile enorme asociate și dificultățile întâmpinate în cursul tratamentului obezității indică în mod clar necesitatea prevenției ca țintă de sănătate publică (4,5). Identificarea factorilor de risc este un element cheie în reducerea incidenței obezității în perioada copilăriei (6). Dovezile arată că o combinație cuprinzând intervenții asupra dietei, terapie comportamentală și exerciții fizice are un impact semnificativ în reducerea greutateii corporale a copiilor supraponderali și obezi (7,8).

Obiectivul prezentului studiu a fost reprezentat de evaluarea pacienților de vârstă preșcolară diagnosticați cu obezitate primară în Clinica III Pediatrie a Spitalului de Urgență pentru copii „Sf. Maria“ Iași, în vederea identificării debutului supraponderalității/obezității și a factorilor de risc prenatali, postnatali precoce, acumulați în primii 6 ani de viață implicați în producerea obezității.

Adresa de corespondență:

Conf. Dr. Maria Liliana Iliescu, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“, Str. Universității nr. 16, Iași

E-mail: mliliescu@yahoo.com

## MATERIAL ȘI METODĂ

A fost efectuat un studiu retrospectiv, pe o perioadă de 3 ani (2012-2014), pe un lot de 33 de pacienți de vârstă preșcolară (3-6 ani) diagnosticați cu obezitate primară în Clinica III Pediatrie din cadrul Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria” din Iași. Protocolul de studiu a cuprins:

*Criteriile de includere în studiu:* indice de masă corporală (IMC) peste percentila 95, excluderea obezității aparținând unui sindrom genetic, endocrinopatii sau patologii psiho-somatice.

*Anamneza generală:* vârsta, sexul, mediul de proveniență (urban/rural), greutatea la naștere, alimentația și ritmul de creștere în primul an de viață, vârsta la debutul creșterii ponderale excesive, circumstanțe precipitante, prezența unor boli cronice sau altor afecțiuni severe anterioare.

*Anamneza familială:* prezența obezității sau a altor afecțiuni induse sau agravate de obezitate (HTA, boli cardiovasculare, diabet zaharat, boli endocrine), concepția mamei în legătură cu: alimentația, ceea ce înseamnă un copil sănătos, cantitățile de alimente pe care trebuie să le primească copilul, obiceiurile alimentare.

*Istoricul obezității:* debutul și circumstanțele aparente de declanșare, explorări și atitudinea terapeutică anterioară, rezultatele încercărilor terapeutice anterioare și motivul aparent al eșecului.

*Ancheta alimentară:* aprecierea ingestiei alimentelor din grupurile majore și a frecvenței ingestiei alimentelor din fiecare grup pe baza declarațiilor făcute de mamă, prezența excesului de glucide, variațiile calorice de la o zi la alta, repartitia caloriilor pe mese, aprecierea aportului caloric și proteic al dietei comparativ cu recomandările uzuale.

*Ancheta activității fizice:* numărul de ore de somn, distanța de la domiciliu până la grădiniță, numărul de ore de activitate liberă (joc, plimbare), numărul de ore petrecute zilnic la televizor și calculator, practicarea în familie de activități fizice.

Examenul clinic general al pacienților a fost completat cu măsurarea parametrilor antropometrici (greutate corporală, înălțime, indice de masă corporală).

## REZULTATE

Cei 33 bolnavi cu obezitate primară au reprezentat 1,46% din totalul copiilor de aceeași vârstă spitalizați în perioada studiată. Analizând repartitia pe sexe, rezultatele studiului au confirmat datele din literatura de specialitate, sexul feminin predominând (sex ratio feminin: masculin=1,38:1).

Majoritatea pacienților investigați (64%) locuiau în mediul urban, unde consumul de băuturi și alimente hipercalorice, dar cu valoare nutrițională redusă, este mai crescut.

Rezultatele măsurătorilor parametrilor antropometrici au condus la încadrarea celor 33 de cazuri în diferite grade de obezitate (Fig. 1):

- obezitate gradul I (ușoară): 17 cazuri (52%);
- obezitate gradul II (medie): 9 cazuri (27%);
- obezitate gradul III (severă): 7 cazuri (21%).

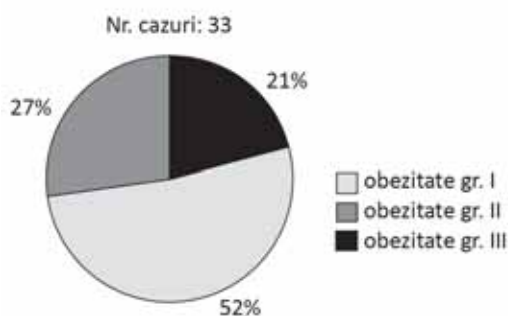


FIGURA 1. Repartitia lotului în funcție de gradul obezității

În majoritatea cazurilor, debutul creșterii ponderale excesive a avut loc la vârsta de 3 ani (49%), urmată de perioada de sugar (30%). Perioadele de câștig ponderal rapid au fost legate de: convalescența unor boli infecțioase – 3 cazuri (9%), tratamente medicamentoase (Prednison) – 2 cazuri (6%), sedentarism – 4 cazuri (12%), hiperfagie și obiceiuri alimentare vicioase – 21 de cazuri (64%). În 3 cazuri (9%) nu s-a evidențiat nici un „element vizibil” din patogenia bolii.

Anamneza a evidențiat că 2 dintre pacienți au prezentat greutate la naștere (GN) mică, iar 6 greutate mare (peste 4.000 g). Datele din literatură confirmă faptul că GN peste 4.000 g este asociată cu un risc crescut de obezitate atât în copilărie, cât și la vârsta de adult, în comparație cu bolnavii care au avut la naștere o greutate sub 4.000 g. În același timp, GN sub 2.500 g este asociată cu un risc scăzut de a dezvolta supraponderalitate față de persoanele cu GN peste 2.500 g (9-12).

Corelând greutatea cu talia, am observat că 21 de cazuri (64%) prezentau o creștere mai accelerată atât a greutății, cât și a taliei, creșterea ponderală depășind proporțional creșterea în lungime. 12 cazuri (36%) prezentau un exces de greutate raportat la o talie normală.

Creșterea alarmantă și aparenta refractaritate a obezității copilului au impus evaluarea în vederea identificării factorilor care contribuie la excesul ponderal timpuriu, în mod particular în grupurile cu risc crescut, grup în care se încadrează și preșcolarii (13).

10 cazuri (30%) au avut istoric familial de obezitate (Tabelul 1). În 5 dintre cele 10 familii în care era prezentă obezitatea, părinții prezentau și alte afecțiuni induse sau agravate de obezitate: cardiopatie ischemică (1 caz), HTA (2 cazuri), diabet zaharat tip II (1 caz), astm bronșic (1 caz).

**TABELUL 1. Repartiția cazurilor în funcție de istoricul familial**

Istoric familial		Număr cazuri	Procent (%)
Negativ		23	70
Pozitiv	Un părinte obez	7	21
	Ambii părinți obezi	3	9

Ancheta familială cu privire la concepția aparținătorilor în legătură cu cât și cum trebuie să mănânce copiii a evidențiat excesul alimentar în 64% dintre cazuri. În unele familii (15 cazuri – 45%) copiii erau forțați să servească întreaga cantitate de alimente („sindromul de farfurie goală”), acesta fiind un mijloc de presiune psihologică din partea părinților.

Analiza obiceiurilor alimentare a evidențiat că în 27 familii (82%) masa cea mai bogată caloric era cina, obișnuindu-se să se consume alimente concentrate, cu conținut bogat de glucide și lipide (cartofi prăjiți, făinoase, carne de porc, dulciuri concentrate, garnituri cu mare valoare calorică, maioneză).

Ancheta alimentară a arătat faptul că numai 3 din cei 33 de bolnavi incluși în lot au primit alimentație naturală timp de aproximativ 4 luni, ceilalți primind alimentație mixtă sau artificială precoce. Se știe că laptele matern, cel puțin în primele 4 luni de viață, reprezintă un factor de protecție în ceea ce privește apariția obezității (16). De asemenea, s-a observat că un număr mare de cazuri (60%) au primit diluții necorespunzătoare de lapte de vacă sau concentrații prea mari de lapte praf. În 14 cazuri (42%) nu s-au respectat principiile de diversificare a alimentației sugarului.

Istoricul bolii a scos în evidență faptul că doar în 5 cazuri (15%) familia s-a mai prezentat anterior la medic și li s-au făcut recomandări alimentare și pentru exerciții fizice. Această atitudine terapeutică a eșuat în toate cazurile din cauza nerespectării de către părinți a recomandărilor primite.

Ancheta alimentară efectuată cu minuțiozitate a permis aprecierea frecvenței ingestiei alimentelor din principalele grupe. Astfel, s-a evidențiat o alimentație dezechilibrată cu un consum exagerat de lactate (lapte, iaurt, brânzeturi, unt) – 7 cazuri (21%), carne (de porc, vită, pasăre) – 15 cazuri (45%), ouă – 10 cazuri (30%), fructe – 5 cazuri

(15%), pâine și alte produse făinoase (biscuiți, macaroane, paste, orez) – 26 de cazuri (79%), sucuri – 15 cazuri (45%). În toate cazurile s-a evidențiat un raport excesiv de calorii al dietei, în mod prelungit, acest exces provenind în special din consumul glucidelor. Urmărind variațiile calorice de la o zi la alta, s-a observat în majoritatea cazurilor un aport caloric crescut aproape zilnic, iar urmărirea repartiției caloriilor pe mese a evidențiat că masa cea mai bogată caloric era cina.

Pentru a testa dezechilibrul caloric al dietei (între aportul și consumul de energie), cât și pentru a putea schimba comportamentul față de aport, evaluarea celor 33 de pacienți a conținut și o apreciere a activității fizice pe parcursul a 24 de ore, astfel:

- numărul orelor de somn (media): ziua: 1 oră și 30 de minute, noaptea: 10 ore
- modul în care este parcursă distanța de la domiciliu până la grădiniță: pe jos – 7 cazuri; cu mijloace de transport – 18 cazuri
- numărul de ore de activitate liberă (plimbare, joc)/zi: 1 oră – 10 cazuri (30%), 2 ore – 7 cazuri (2%), 3 ore – 3 cazuri (9%)
- numărul de ore petrecute, în medie, zilnic, în fața televizorului sau la calculator (jocuri): 3 ore.

Numai 5 bolnavi participau împreună cu familia la activități fizice în comun (alergări pe stadion, plimbări cu tricicleta/bicicleta sau cu role).

Tratamentul administrat celor 33 de cazuri cu obezitate a constat din regim dietetic care să acopere 1.200 calorii/zi corelat cu un program de activități fizice, psihoterapia părinților și educația terapeutică acestora (oferirea de informații cu privire la compoziția alimentelor, alimentele care trebuie consumate în cantități limitate, dar ținând cont și de unele preferințe ale copilului, participarea la jocuri atractive în aer liber în care părinții să fie parteneri sau la mici competiții care le aduc satisfacții). La nivel individual, tratamentul ținut pe dietă și activitate fizică s-a dovedit a avea cea mai mare rată de eficacitate, deoarece comportamentul la vârsta copilăriei este încă maleabil (20). În același timp, s-a observat ameliorarea stării generale a pacienților și creșterea senzației de bunăstare a acestora.

## DISCUȚII

Creșterea accelerată a taliei departajează obezitatea prin exces alimentar de obezitatea simptomatică din sindroame genetice și endocrinopatii la care tabloul clinic se asociază cu semne/simptome specifice (dismorfii, retard).

Debutul precoce al obezității este puternic corelat cu moștenirea ereditară și resetările epigenetice sub influența unor factori din mediu „in utero” și postnatal.

Creșterea la nivel global a prevalenței obezității și supraponderii în rândul copiilor se datorează, pe de o parte, creșterii aportului energetic, în special de alimente cu densitate calorică crescută, bogate în grăsimi, zaharuri, iar pe de altă parte, scăderii activității fizice ca urmare a creșterii sedentarismului.

Rolul părinților în ceea ce privește excesul alimentar este esențial, mamele supraponderale având tendința să ofere copiilor porții mai mari și cu un conținut mai mare de grăsimi (14).

Copiii sunt predispuși să fie inactivi seara, după cină, în fața televizorului sau calculatorului, în acest fel excesul de calorii nefiind consumat (15). În toate cazurile s-a evidențiat o alimentație dezechilibrată în principalele principii nutritive și, de asemenea, în toate cazurile copiii consumau între mese suplimente calorice (dulciuri, băuturi răcoitoare).

Creșterea frecvenței alimentației artificiale (excesul de glucide și încărcarea osmotică excesivă a formulelor de lapte), introducerea precoce a alimentelor solide (diversificarea precoce), folosirea pe scară tot mai largă de preparate comerciale în alimentația diversificată (majoritatea dezechilibrate, cu aport glucidic și caloric crescut și aport de proteine redus) au condus la o creștere excesivă în greutate a sugarilor și tendința la depozitare excesivă de grăsime. Se știe că factorii parentali, precum nivelul redus al cunoștințelor părinților, oferirea alimentelor dulci drept recompensă, lipsa timpului, insuficienta informare asupra unei alimentații sănătoase, joacă un rol important în influențarea dietei obezogene a copiilor mici (17).

Există studii care au sugerat existența unei corelații pozitive între consumul excesiv de alimente și obezitatea la copii, chiar și în cazul controlului altor factori precum exercițiul fizic și greutatea corporală a părinților (19).

În urma aprecierii activității fizice pe parcursul a 24 de ore, bolnavilor le-au fost redactate reco-

mandări privind modificarea regimului de activitate fizică și introducerea unor activități fizice suplimentare care să ducă la creșterea consumului energetic.

Introducerea exercițiilor fizice în rutina zilnică precum și în cadrul curriculei preșcolarelor s-a dovedit a avea efecte benefice în reducerea incidenței obezității (21). Un rol important îl are și implicarea familiei, deoarece atitudinea, percepțiile și comportamentul părinților pot influența dezvoltarea greutății corporale a copiilor (22).

## CONCLUZII

Greutatea mare la naștere poate reprezenta un factor de risc pentru dezvoltarea obezității la vârsta preșcolară.

Obezitatea preșcolarelor din lotul studiat a fost de origine exogenă, prin hiperfagie, fiind implicate în același timp stilul de viață sedentar și comportamentul alimentar vicios, cu un dezechilibru caloric important al dietei.

Pentru preșcolarii cu obezitate, foarte importantă este cooperarea familiei pentru realizarea unei alimentații adecvate și menținerea unui stil de viață activ.

Accentul în combaterea obezității copilului trebuie deplasat spre profilaxia acesteia, deosebit de importante fiind măsurile pentru promovarea unei alimentații sănătoase și pentru combaterea sedentarismului.

Profilaxia obezității presupune antrenarea tuturor releelor implicate în educația părinților și copilului (medici, școală, mass-media) cu privire la alimentație și stil de viață activ al copiilor, începând cu vârsta mică.

Tratamentul obezității medii și severe este dificil și presupune o abordare multidimensională (educatori, nutriționiști, pediatri, psihologi, instructori-antrenori) pentru obținerea reducerii indicelui de masă corporală cu „pași mici”.