

## OBEZITATEA INFANTILĂ

*Luminița SUVEICA<sup>1</sup>, Vlad ROȘCA<sup>2</sup>, Aurelia CRIVOI<sup>3</sup>,  
Iurie BACALOV<sup>3</sup>, Elena CHIRIȚA<sup>3</sup>, Lidia COJOCARI<sup>4</sup>,  
Adriana DRUȚA<sup>3</sup>, Ana ILIEȘ<sup>3</sup>, Iulian PARA<sup>3</sup>,  
Ilona POZDNEACOVA<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”*

*<sup>2</sup>România*

*<sup>3</sup>Universitatea de Stat din Moldova*

*<sup>4</sup>Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”*

**CZU: 616-056.25**

**[crivoi.aurelia@mail.ru](mailto:crivoi.aurelia@mail.ru)**

Obezitatea este o afecțiune complexă, multifactorială, caracterizată prin creșterea greutateii corporale pe seama țesutului adipos. În ultimele decade, a devenit una din cele mai frecvente boli de nutriție din lume, având amploarea unei pandemii, conform raportului OMS, fiind considerată boala secolului.

Actualmente, în literatura de specialitate, precum și în studiile efectuate a fost semnalată o dublare a prevalenței obezității la copii în ultimii 40 de ani, atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare. Conform unui studiu efectuat în 79 de țări, Organizația Mondială a Sănătății apreciază că există 250 mil. de obezi în lume, dintre care se estimează că 22 mil. sunt copii [1, 4] cu vârsta mai mică de 5 ani, subliniindu-se ideea că 50% dintre copiii obezi vor deveni adulți obezi.

Nutriția sănătoasă și combaterea obezității la copil sunt priorități de sănătate publică. Copiii și tinerii reprezintă un grup-țintă foarte important, deoarece crearea unor obiceiuri alimentare sănătoase timpurii reprezintă cea mai eficientă metodă de păstrare a stării de sănătate pe termen lung.

Obezitatea [1, 2] se poate defini prin indicele de masă corporală (IMC, indicele Quetelet), metoda cea mai folosită în practică și în studiile epidemiologice. Cea mai corectă definiție a obezității la copii este dată de conținutul de masă grasă corporală măsurată prin impedanță bioelectrică. Până la vârsta de 16 ani copilul este considerat obez, dacă masa grasă depășește cu mai mult de 20% valoarea de referință

pentru vârstă și sex, iar peste 16 ani diagnosticul de obezitate presupune o masă grasă mai mare de 25% din greutatea corporală la băieți și peste 32% la fete.

În prezent, în lume 10% dintre copiii școlari sunt supraponderali sau obezi, aproximativ 120 mil. OMS atenționează că, la nivel mondial, în 2015, obezitatea a depășit ca prevalență subnutriția, 15-18% dintre copii fiind obezi.

În ultimii 30 de ani, prevalența obezității s-a triplat: la copiii de 6-11 ani de la 6,5% în 1980 la 29,6% în ultimul an, și la adolescenții de 12-19 ani de la 5% la 24,1%, iar la preșcolarii de 2-5 ani obezitatea crescând de la 5% în 1980 la 16,4% în ultimul an. Această tendință de creștere nu a fost bine studiată la copiii cu vârsta mai mică de 2 ani.

Obezitatea este o boală plurifactorială, apariția sa presupunând interacțiuni multiple între factorii genetici, sociali, comportamentali, psihologici, metabolici, celulari și moleculari, în urma cărora se produc modificări ale balanței energetice [3,5]. Însă la nivel genetic predispunerea la obezitate mai este influențată și de factorii de mediu sau ambientali (socioeconomici, culturali, educaționali și psihologici) care determină comportamentul individului față de obiceiurile alimentare și activitatea fizică.

**Clasificarea și tipurile de obezitate infantilă.** Obezitatea a fost inclusă în clasificarea internațională a bolilor încă din 1948, de când s-a constatat că afectează toate grupele de vârstă, incluzând copiii și adolescenții. Vague a descris pentru prima dată particularitățile de distribuție a țesutului adipos, clasificând în obezitate de tip androgen (truncular superior, abdominală, centrală [4], superioară, tip „măr”) și obezitate de tip ginoid (gluteo-pelvină, inferioară, periferică, tip „pară”).

Clasificarea etiopatogenică a obezității la copii și adolescenți:

*Obezitatea primară* (comună, idiopatică, esențială): tipul comun (cu comportament alimentar abuziv, sedentarism sau ambele), debutează între 4-6 ani, dar aspectul caracteristic (2,4,6) este realizat la pubertate; obezitatea pletorică familială rară (5%) debutează la vârsta de sugar.

*Obezitatea secundară* (simptomatică, endogenă, de cauză cunoscută): endocrină: sindromul Cushing, sindromul Stein-Leventhal, hipotirozism, insulinom; hipotalamică: sindromul Babinski-Fronhlich.

Cercetarea și-a propus urmărirea unor corelații care există între obezitate, suprapondera și stilul de viață al copiilor care conduce la o cunoaștere mai bună, sub aspect etiopatogenic și clinic, a obezității la copii, în scopul de a eficientiza diagnosticul la vârste timpurii și de a elabora un program de promovare a stilului de viață sănătos la copiii preșcolari și școlari.

**Rezultate.** A fost stabilită prevalența supraponderii și obezității la copii cu vârsta de 2-14 ani, proveniți dintr-o școală și o grădiniță din Craiova pentru compararea ulterioară a datelor obținute cu cele din literatura de specialitate. Au fost evaluați și factorii de risc ai obezității.

S-au identificat, evaluat, analizat și stabilit unele corelații între factorii comportamentali (aport alimentar, obiceiuri alimentare, sedentarism, activitate fizică), de mediu (familie, grădiniță, școală, comunitate) și obezitatea [3, 4] la copil, pe baza chestionarelor completate de copii și părinți. Au fost înregistrați și analizați în dinamică parametrii antropometrici.

A fost efectuat studiul manifestărilor clinice în obezitate la copii. În baza rezultatelor a fost elaborat și implementat un program de promovare a unui stil de viață sănătos la copiii preșcolari și școlari, precum și o educație sanitară pentru modificarea stilului de viață și scădere în greutate la copiii obezi și supraponderali.

Au fost realizate activități de educație sanitară în grădiniță și școală, care pot, pe de o parte, să îmbogățească cunoștințele copiilor despre obezitate și prevenția ei, iar pe de alta parte, să-i conștientizeze de complicațiile bolii și riscurile unei alimentații neechilibrate. S-a efectuat un studiu retrospectiv de tip caz-martor privind obezitatea la copii, cu urmărirea unor parametri anamnestici, clinici și antropometrici, și un studiu prospectiv de tip caz-martor, în care timp de 2 ani a fost promovat un stil de viață sănătos la copiii preșcolari și școlari, apoi s-a efectuat reevaluarea clinico-statistică a copiilor.

Astfel, la populația-țintă, pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 2-14 ani, prevalența supraponderii a fost 8,8% (21,2% la preșcolari, 7,1% la școlari), iar a obezității –13,7% (24,2% la preșcolari și 12,2% la școlari). Însă la lotul de studiu, prevalența supraponderii a fost 6,7%, iar a obezității 9,8%. La preșcolari (la fete) a predominat suprapondera

(15,38%) față de obezitate (7,69%),  $p < 0,05$ . La școlari au fost diferențe semnificative pentru supraponderare între fete (15,66%) și băieți (9,03%), precum și pentru obezitate între fete (9,63%) și băieți (31,32%).

**Concluzii.** Rezultatele obținute denotă că la fete predomină supraponderarea, iar la băieți obezitatea. Făcând diferență între preșcolari și școlari s-a observat că la preșcolari obezitatea predomină la băieți, însă fără diferențe, rămânând supraponderare între fete și băieți. La școlari observăm că predomină obezitatea la băieți, iar supraponderarea la fete. 3,7% dintre copiii supraponderali și 15,2% dintre copiii obezi au avut o greutate la naștere mai mare de 4.000 g, comparativ cu normoponderalii (2,8%). Greutatea la naștere mai mică de 2.800 g a fost înregistrată la 9,3% dintre supraponderali și 3,8% dintre obezi, față de 5,5% dintre normoponderali. Greutatea mare la naștere s-a corelat cu o talie mare la naștere și cu risc mai mare de obezitate la copii, predominând la băieți. Copiii care au ambii părinți obezi au un risc mai mare de a deveni obezi, iar cei care au un singur părinte obez au un risc de a deveni atât supraponderali, cât și obezi .

**Referințe:**

1. BRAY, G.A, GRAY, D.S. Obesity. I. Pathogenesis. In: *West J. Med.* 149: 429, 1988, pp.256-269.
2. HANCU, N. *Obezitatea și dislipidemiile în practica medicală: Ghid de buzunar pentru medicul practicant*. Editura Infomedica, 1998, pp.54-87.
3. PERUSSE, L. et al. The human obesity gene map: the 2000 update. In: *Obes. Res.*, 9: 135, 2001, pp.134-150.
4. YOUNG, L.R., NESTLE, M. The contribution of expanding portion sizes to the US obesity epidemic. In: *Am. J. Public Health*, 92: 246, 2002, pp.178-188.
5. NEGRIȘANU, G. *Tratat de nutriție*. Timișoara: Brumar, 2005. 263 p.

*Lucrarea a fost realizată în cadrul Proiectului Modularea statusului imunitar cu ajutorul principiilor bioactive naturale pentru prevenirea și profilaxia infecțiilor acute în contextul pandemiei COVID-19 cu cifrul 20.70086.06/COV(70105).*