

NUTRITIVNA STRATEGIJA PROTIV GOJAZNOSTI KOD DECE I ADOLESCENATA

Vukavić T.

Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine – Novi Sad

Posledice gojaznosti po zdravlje odraslih poznate su, ne samo lekarima, već i velikom broju laika. I pored toga, problem gojaznosti, sa njenim komorbiditetom (kardiovaskularne, metaboličke, endokrinološke, digestivne, pulmološke, ortopedske bolesti, psihološki problemi i malignomi), narastao je do te mere, da se danas govori o epidemiji gojaznosti u svetu.

U poslednje tri decenije, mnoge razvijene zemlje suočavaju se sa problemom gojaznosti i kod dece. Ovo je od posebnog značaja, jer se danas visok morbiditet i mortalitet od kardiovaskularnih bolesti i dijabetesa (DM2) kod odraslih povezuje sa gojaznošću u ranom životnom dobu. Većina zdravstvenih autoriteta slaže se da redukovanje unosa zasićenih masti i holesterola u detinjstvu smanjuje razvoj faktora rizika za kardiovaskularne bolesti (hiperlipidemija, gojaznost), te tako i rizik od ateroskleroze i koronarne srčane bolesti u odraslo doba. Utvrđeno je i da osobe u čijim se porodicama javlja DM2, preveniranjem gojaznosti, smanjuju rizik od njegovog razvoja.

Gojaznost i prekomerna težina, posledice su produženog (dugotrajnog) pozitivnog energetskog balansa, kod koga unos energije u organizam premašuje njen utrošak. U praktične svrhe koristi se više podela. Za brzu orijentaciju, najpogodnije su one koja se baziraju na dve antropometrijske mere – težini i visini, za uzrast i pol deteta, kao što je indeks telesne mase (ITM). Kada je veći od 95 pct, ITM označava gojaznost. Rizik od prekomerne težine definiše se kao ITM > 85 pct za uzrast i pol.

Prekomerna težina i gojaznost kod dece i adolescenata, najčešće su posledica:

- A. porodičnih navika
 - u jelu (količina i broj obroka)
 - u pripremi obroka
 - u vrstama namirnica koje se koriste

- ekonomskog i edukativnog statusa porodice (dostupnost hrane i vrste namirnica, informisanost o zdravlju i ishrani)

B. ličnih navika

- fizičke dnevne aktivnosti
- “sedeće” dnevne aktivnosti

C. genetske prijemčivosti

Od posebnog je značaja da faktori sredine vrlo često omogućuju da se ispolji genetska prijemčivost za gojaznost.

Strategiju borbe protiv gojaznosti treba usmeriti u dva pravca - ka prevenciji i lečenju, tj. korekciji. S obzirom da koreni gojaznosti odraslih često sežu i detinjstvo, jasno je da tada i treba da počne njena prevencija. Jer, neuporedivo je lakše prevenirati je, nego je korigovati. Kako deca afinitete za hranu razvijaju kroz svoja rana iskustva u jelu i mogu ih zadržati u kasnijem životu, uzrast ranog detinjstva je najbolje vreme za prevenciju i korekciju gojaznosti, koje se mogu započeti najranije posle 2. ili 3. godine života.

Gojaznost, kao hronični zdravstveni problem, ne može se rešiti akutnim merama. Uspešna prevencija može se postići samo planskom edukacijom stanovništva, posebno edukacijom predškolske i školske dece. Korekcija gojaznosti postiže se tek upornim i dugotrajnim radom tima profesionalaca, uz motivisanu saradnju deteta ili adolescenta kojim se bave, kroz kombinovane interventne mere. Veća je verovatnoća da će se postići interventni ciljevi kod deteta ili adolescenta, ako se i roditelji, kao njihov model ponašanja, uključe.

Interventne nutritivne mere kod gojazne dece i adolescenata treba sprovoditi sa većim oprezom nego kod odraslih, da se ne bi ugrozio njihov rast i razvoj potencijalnim nutritivnim deficitom, koji bi mogla izazvati neadekvatno rigorozna i dugotrajna redukciona dijeta. Stoga, cilj svake redukcionije dijetete kod dece mora biti postizanje tzv. zdrave težine, uz neometani rast.

Tipično, dijetete za gojazne, i odrasle i decu, sadrže preporuke za smanjenje unosa masti i ukupne E, tj. balansirano su hipokalorijske. Utvrđeno je da dijetete sa vežbanjem povećava gubitak u težini više nego samo dijetete. Posebno je efikasan pristup koji obuhvata dijetetu, vežbanje i promenu životnih navika.

Strategija interventnih mera kod gojazne dece i adolescenata treba da se sastoji od 4 koraka:

1. jednostavne kliničke i laboratorijske procene (eventualno, uz dodatna ispitivanja)
2. jednostavnih edukativnih mera koje se primenjuju i na dete i na roditelje (pisane instrukcije obavezno treba da prati i usmeno objašnjenje)

3. primene dijete i drugih mera (menjanje navika, povećana fizička aktivnost)
4. psihološke podrške

Prevenција gojaznosti kod dece obično se može postići već i samom primenom principa piramide ishrane i redukovanja količine masti u mleku (umesto punomasnog, mleko sa 1% masti). Posebne preporuke uključuju smanjenje unosa napitaka i hrane visoke E gustine, a male nutritivne vrednosti (zaslađena bezalkoholna pića, bonbone, masna/nemasna peciva), uz forsiranje žitarica u integralnom obliku, povrća i voća. Jednostavne mere podrazumevaju edukaciju o nutritivnim podacima na industrijskim proizvodima ("čitanje" sastava), lošim stranama reklama za hranu i planiranje obroka.

Neka pitanja vezana za gojaznost, kao što su optimalni sadržaj dijete u makronutrijentima i strategije kojima se menjaju afiniteti prema nekim hranama, za sada nisu dovoljno proučena kod dece, jer još nema odgovarajućih dogoročnih studija (više od 5 godina).

Uloga pedijatra u rešavanju problema gojaznosti, kao potencijalno ozbiljnog stanja kod dece i adolescenata, čije posledice se mogu uspešno sprečiti, može biti velika, ali se čini da je kod nas još nedovoljno sagledana i prihvaćena.

Literatura

1. McLellan F. Obesity rising to alarming levels around the world. *Lancet* 2002;359:1412.
2. Lauer LM, Clarke WR, Witt J. Childhood risk factors for high adult blood pressure. The Muscatine study. *Pediatrics* 1989;84:633-41.
3. Dietz WH, Robinson TN. Use of body mass index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents. *Pediatrics* 1998;132:191-3.
4. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet* 2001;357:505-8.
5. American Academy of Pediatrics. Children, adolescents and television (RE0043). *Pediatrics* 2001;107:423-6.