

OBEZITATEA – O PROBLEMĂ A SOCIETĂȚII NOASTRE

dr. Buduru Alina, medic specialist Diabet, Nutriție, Boli metabolice
Spitalul Județean "dr. Constantin Opreș" Baia Mare
prof. Boloș Milica, limba și literatura română
Colegiul Tehnic „Transilvania”, Baia Mare

În ultimii ani, obezitatea a devenit o problemă extrem de importantă a societății noastre, ultimele statistici realizate la noi în țară indicând un număr aproximativ de 4,5 milioane de români care suferă de obezitate. Centrul de calcul și statistică sanitară din cadrul Ministerului Sănătății Publice indică faptul că 60% dintre adulți sunt supraponderali, iar 30% dintre aceștia sunt obezi. În cazul copiilor situația este la fel de gravă: 40% dintre copii sunt supraponderali, procentul crescând în ultimii 10 ani cu 18%. International Obesity Task Force estimează că aproximativ 1,1 miliarde de persoane din lume sunt supraponderale, iar dintre acestea, 312 milioane sunt obeze. În mai multe țări din Europa, mai mult de jumătate din populație este supraponderală, iar 20-30% sunt obezi.

Obezitatea se definește ca excesul țesutului adipos și este o tulburare complexă, multifactorială. Ea este rezultatul interacțiunilor dintre factorii genetici, de mediu și comportamentali ce determină un dezechilibru între aportul alimentar crescut și activitatea fizică redusă. Este cea mai frecventă tulburare de nutriție ce afectează copii, adolescenți și adulți, indiferent de sex, rasă sau stare socio-economică. Importanța acestei boli derivă din prevalența extrem de crescută și asocierea cu numeroase alte boli.

Cea mai utilizată metodă pentru definirea și clasificarea obezității este indicele masei corporului (IMC), care se corelează cu cantitatea de țesut adipos din organism. IMC este calculat prin raportul greutate(kg)/înălțime²(m²), cu valori normale între 18,5 – 24,9kg/m². Supragreutatea este definită prin valori IMC=25-29,9kg/m², iar valorile peste 30kg/m² definesc obezitatea. Alți parametri antropometrici folosiți pentru aprecierea gradului sau tipului de obezitate sunt: circumferința abdominală, circumferința șoldului, raportul talie/șold, pliurile cutanate. Aprecierea poziției țesutului abdominal este foarte importantă pentru că excesul de țesut adipos abdominal este un factor de risc independent pentru boli asociate. Obezitatea centrală este o formă agresivă de boală, cu un imens potențial pentru bolile cardiovasculare și tulburările de metabolism. Cea mai utilizată și mai simplă metodă de apreciere a poziției abdominale a țesutului adipos este determinarea circumferinței abdominale. Valorile de 94 cm pentru bărbați și 80 cm pentru femei reprezintă nivelele peste care s-a observat că este mult mai probabilă apariția complicațiilor metabolice și definesc obezitatea centrală.

Factorii de risc și/sau cauzali ai obezității sunt genetici și câștigați, aceștia de cele mai multe ori asociindu-se. Prin mecanisme complexe, incomplet cunoscute, acești factori determină perturbări ale comportamentului alimentar, ale reglării aportului și cheltuielilor energetice, ceea ce are drept rezultat un dezechilibru energetic: aportul energetic depășește cheltuiala de energie. Acest surplus se acumulează sub formă de trigliceride în adipocite, forma majoră de înmagazinare a energiei la om. Implicit apare creșterea masei grase și a greutateii. Acumularea selectivă a țesutului adipos în regiunea intraabdominală este cauza obezității abdominale. Factorii care duc la apariția obezității sunt:

- **alimentația hipercalorică:** consum exagerat de alimente cu conținut caloric crescut(carne grasă, mezeluri, brânzeturi, produse de patiserie). Alimentele grase au efect redus de sațietate, iar dacă sunt consumate seara, limitează compensarea fiziologică a ingestiei calorice din ziua următoare. Consumul crescut de dulciuri concentrate determină, de asemenea, un aport caloric crescut;
- **Ritmul alimentației:** mesele rare (1-2mese/zi), dar bogate în calorii;

- **Tulburările de comportament alimentar**, frecvent declanșate de emoții, stres, stări depresive, anxietate, etc., putând fi întâlnite: - accese de foame exagerată și consum crescut de alimente în timp scurt;
 - „foame de dulciuri”, însoțită de o stare de nervozitate exagerată care dispare la ingestia de glucide;
 - „ciuguleli interprandiale, reprezentate de bomboane, fursecuri, prăjituri, sucuri dulci;
 - ingestie alimentară în special seara, chiar și noaptea (mâncătorii de noapte);
 - hiperfagia.
- **Consumul de alcool** acționează ca un factor obezogen, atât prin aportul caloric (1g alcool=7Kcal), cât și prin creșterea apetitului și a dezinhibiției. Frecvent, consumul de alcool combinat cu alimentație hipercalorică apare la sfârșitul săptămânii, ca modalitate greșită aleasă de relaxare.
- **Sedentarismul**, care poate fi determinat de lipsa de timp sau obiceiuri nesănătoase (comoditate, circulația cu automobilul, timp îndelungat petrecut în fața televizorului sau al calculatorului, etc.) sau determinat de handicapuri fizice, accidente, imobilizare post-operator sau determinat de vârsta înaintată.
- **Stresul psihosocial** duce frecvent la tulburări de comportament alimentar, de cele mai multe ori în sens abuziv;
- **Factorii endocriini** sunt mai rar implicați în mod primar în producerea obezității. Acesta se remite prin tratamentul endocrinopatiei.
- **Medicamentele**, în principal anticoncepționalele și antidepressivul triciclic, pot fi implicate în patogeneza obezității;
- **Abandonarea fumatului** poate fi însoțită de o creștere ponderală de 4-6 kg, care poate fi prevenită printr-un aport caloric redus.

Riscurile determinate de obezitate sunt foarte mari. Ele pot fi apreciate printr-o serie de parametri cum ar fi: mortalitatea, asocierea obezității cu diabetul zaharat tip 2, hipertensiunea arterială, dislipidemiile, bolile cardiovasculare, cu constituirea sindromului X metabolic, complicațiile respiratorii, osteoarticulare, ginecologice, obstetricale, cancer și scăderea calității vieții.

Tratamentul obezității este un proces complex, cu o serie de acțiuni prin care se realizează obiectivele terapeutice propuse. Metodele terapeutice sunt incluse în programul TEME care presupune: Terapia propriu-zisă, Educație specifică, Monitorizare, Evaluare periodică.

Pentru a se obține scădere ponderală este necesară inducerea unei balanțe energetice negative, astfel ca energia cheltuită să depășească pe cea ingerată. Multe persoane reușesc să scadă în greutate pe termen scurt. Menținerea greutății pe termen lung este însă mult mai greu de realizat, dar extrem de importantă. Persoanele cu obezitate trebuie să înțeleagă caracterul cronic al bolii și necesitatea aplicării tratamentului pe termen lung. Reducerea ponderală nu înseamnă neapărat atingerea unui IMC sub 25kg/m² sau a unei greutăți ideale. Atât rata scăderii ponderale, cât și greutatea finală trebuie să fie rezonabile și realiste. Pierderea în greutate trebuie să fie treptată. Pentru cei mai mulți dintre pacienți scăderea cu 5-10% din greutatea inițială în 6 luni reprezintă un obiectiv rezonabil. După această perioadă se recomandă menținerea noii greutăți pentru o perioadă de 6-9 luni și abia după aceea, dacă este indicat se recomandă un nou ciclu de scădere în greutate și menținere. Greutatea finală se caracterizează prin constanță, cu evitarea recidivelor, risc minim și calitate optimă a vieții. Se consideră că greutatea este menținută cu succes dacă câștigul ponderal după 2 ani este sub 3 kg și se menține reducerea circumferinței abdominale cu cel puțin 4 cm.

Tratamentul obezității este de durată și implică în primul rând optimizarea stilului de viață. Intervenția terapeutică este individualizată și presupune dietă, creșterea activității fizice, terapie comportamentală, eventual farmacoterapie asociată modificării stilului de viață și, în cazuri selecționate de obezitate morbidă, intervenție chirurgicală. Tratamentul implică consultații

medicale regulate pentru cel puțin un an, iar menținerea noii greutate necesită aplicarea constantă a principiilor de alimentație sănătoasă și activitate fizică crescută.

Dieta hipocalorică are câteva principii generale:

- Controlul cantității de alimente ingerate, cu menținerea echilibrului nutritiv; controlul porțiilor ingerate pentru că dimensiunea porțiilor servite de o persoană afectează nivelul aportului caloric total;
- Evitarea alimentelor cu densitate calorică mare (bogate în lipide și glucide simple);
- Mese mici și fracționate (3 mese principale și 2-3 gustări) și evitarea consumului de alimente în afara acestora;
- Folosirea unor metode de gastrotehnie care să evite utilizarea la gătit a unor alimente bogate în calorii (de ex. Grăsimi și ulei); se recomandă prepararea alimentelor prin fierbere; coacere la cuptor; la aburi;
- Evitarea consumului de alcool;
- Aport adecvat de apă;
- Stoparea fumatului.

Persoana care dorește să slăbească trebuie să consulte etichetele alimentelor și să reușească să evalueze conținutul caloric al acestora, precum și pentru a alege acele alimente cu conținut caloric scăzut. Această educație este extrem de importantă pe tot parcursul tratamentului, persoana fiind încurajată să-și monitorizeze permanent greutatea, aportul caloric și activitatea fizică.

Dietele cu conținut redus de calorii conțin între 800 și 1500 Kcal/zi. Se consideră că astfel de diete asigură un aport mediu de 1200 kcal/zi pentru femei și 1500 kcal/zi pentru bărbați, dar abordarea individualizată este cea mai indicată, pentru că se ține cont de preferințele culinare, comportamentul alimentar anterior, caracteristicile culturale și etnice sau prezența altor comorbidități. În general, pentru persoanele supraponderale cu doi sau mai mulți factori de risc cardiovascular și pentru persoanele cu obezitate clasa I se recomandă scăderea aportului alimentar cu 500 kcal/zi, ceea ce permite o scădere ponderală de aproximativ 0,5 kg/săptămână și de aproximativ 10% din greutatea inițială în 6 luni. Odată cu scăderea ponderală se produce și o scădere a țesutului adipos abdominal.

Asocierea activității fizice regulate, practicate constant, în programul terapeutic este esențială chiar dacă folosirea acesteia ca unică metodă de scădere ponderală duce doar la o reducere limitată a greutății, de 2-3 kg pe termen lung. Activitatea fizică regulată este cel mai important predictor al menținerii noii greutăți pe termen lung. Atunci când creșterea activității fizice se asociază cu restricția aportului caloric este crescut consumul energetic; este potențată scăderea în greutate indusă de dietă; crește capacitatea cardiorespiratorie; este menținută masa slabă a organismului; scade insulinoresistența; scade țesutul adipos visceral; se ameliorează profilul lipidic și prin aceasta și riscul cardiovascular; scade tensiunea arterială.

Activitatea fizică recomandată este individualizată, ținând cont de antrenamentul anterior al persoanei, gradul obezității și de patologia asociată. Intensitatea, durata și frecvența efortului fizic trebuie crescută gradat. În general se recomandă efectuarea unui efort fizic de intensitate moderată cu durată de cel puțin 30 de minute, de 5-7 ori pe săptămână.

Tratamentul medicamentos este recomandat persoanelor cu complicații medicale ale obezității, în cazul în care metodele anterioare nu au reușit să producă o scădere ponderală adecvată după 6 luni de tratament. Medicamentele folosite acționează prin inhibarea apetitului sau prin inhibarea absorbției nutrienților. Singurul medicament aprobat de către United States Food and Drug Administration este orlistat (Xenical), cele folosite anterior fiind retrase de pe piață din cauza reacțiilor adverse. Orlistat este un inhibitor selectiv, nonsistemic al lipazei gastrointestinale ce produce reducerea absorbției grăsimilor

alimentare (cu aproximativ 30%). Efectul este de scădere în greutate, ameliorare a profilului lipidic și prin aceasta ameliorarea riscului cardiovascular. Doza recomandată este de 120 mg de trei ori pe zi, la mesele principale, bogate în aport de grăsimi. Reacțiile adverse constau în tulburări digestive și reducerea absorbției vitaminelor liposolubile. Este contraindicat în sindroame de malabsorbție.

Tratamentul chirurgical este indicat doar în cazul în care scăderea ponderală nu a dat rezultatele dorite prin dietă și exercițiu fizic, iar persoana are una sau mai multe complicații medicale severe. Cele mai frecvente metode chirurgicale sunt: gastroplastia, banding gastric, bypass biliopancreatic parțial, bypass jejunoileal. Utilizarea procedurilor chirurgicale în tratamentul acestor pacienți nu exclude însă dieta hipocalorică sau creșterea activității fizice și menținerea acestora pe termen lung.

Experiența demonstrează că mulți obezi nu sunt tratați, dintre cei tratați, unii nu slăbesc, alții care slăbesc recidivează. Mulți obezi nu știu că sunt obezi, nu știu că trebuie să slăbească, mulți dintre ei nu vor, nu știu cum și nu întotdeauna pot. Astfel se observă că managementul clinic al obezității este extrem de complex și adeseori urmat de insuccese. Cert este că pentru reușită este nevoie de implicarea mai multor specialiști din diverse domenii, iar acest lucru este greu de realizat, fiind necesară educarea pacientului pentru a ști de unde să ceară ajutor. Echipa care necesită o intervenție susținută este formată din medic de familie, nutriționist, psiholog, familie, eventual un antrenor personal, iar cel mai important aspect este dorința și ambiția celui care dorește să slăbească. Doar astfel poate fi ameliorat unul dintre cei mai periculoși factori de risc pentru speranța de sănătate și viață a omului din societatea contemporană.

Ca pacient implicat în procesul de scădere în greutate, trebuie să recunosc că este greu, deoarece o viață întregă am mâncat într-un anume fel și, dintr-o dată, este nevoie să renunț la foarte multe. Mă întrebam de ce numai eu nu am voie să mănânc o serie de alimente atât de gustoase, de ce restul oamenilor din jurul meu nu trebuie să fie atenți la porții, la diferitele tipuri de alimente. Ei bine, mi-am dat seama că toți ar trebui să fim atenți, doar că ține de alegerea fiecăruia de a-și trăi viața, de felul în care își urmărește greutatea, de problemele de sănătate la care se expune. Ambiția și determinarea extremă sunt calitățile de care ai nevoie pentru a reuși, plus o educație bine făcută de către medic: faptul că o dată pornit pe acest drum, este nevoie să-l duci mai departe, poate o viață întregă. Așa cum suntem atenți la felul în care ne îmbrăcăm, la ce fel de haine ne alegem, cum ne comportăm zilnic cu cei din jur, cum comunicăm cu ceilalți, oare de ce să nu putem fi atenți la felul în care ne hrănim, la ce punem în farfurie și cât? Pentru că fără să realizăm, aspectul fizic și, în special, greutatea are un impact enorm asupra psihicului nostru și generează diferite comportamente ale celor din jurul nostru. Chiar dacă nu se pune problema sănătății, în fața unei persoane supraponderale sau obeze cei din jur au, inconștient de cele mai multe ori, o altfel de atitudine, ceea ce îi generează acesteia frustrări, neîncredere în sine și multe alte probleme psihice.

Am învățat cât de important și simplu totodată este să citesc tabelul caloric al alimentelor, să observ și să evit calorii ascunse în diferite ingrediente care dau numai gustul mâncării, am învățat că mișcarea nu doar face bine, ci îți dă mai multă energie și poftă de viață, am învățat că bucuriile și satisfacțiile zilnice stau în foarte multe lucruri și nu în farfuria plină cu mâncare sau în numărul de prăjituri ori bucățele de ciocolată cu care te răsfеți. Ca profesor diriginte încerc să insuflu elevilor mei simțul măsurii în tot ceea ce fac, iar în cadrul orelor de dirigenție realizez câteva ore în care le explic cele învățate, astfel încât să aibă o viață sănătoasă și împlinită.

Drept exemplu al regimului urmat, propun meniul unei zile, deoarece așa cum a afirmat și doamna doctor, regimul trebuie să fie individualizat, propus în funcție de nevoile fiecărei persoane, adaptat în funcție de afecțiunile pe care le are și de obiectivele pe care și

le propune fiecare persoană care dorește să scadă în greutate. Meniul este propus pentru un regim de 1200 de kcal pentru o femeie și 1600 de kcal pentru un bărbat, minimum recomandat pentru un regim sănătos de slăbit.

Meniul unei zile

ora	Meniu	1200/165			1600/220		
		gr	Hc	Kcal	gr	Hc	Kcal
8	Pâine neagră	60	30	150	80	40	200
	Iaurt	200	8	70	200	8	70
	Șuncă	50	-	75	50	-	75
	1 roșie	100	4	20	100	4	20
10	1 măr	100	10	40	100	10	40
13	Ciorbă țărănească (60g carne vită, morcov, 10g ceapă, varză, 10g ardei, 30g roșii, fasole, 3ml ulei)	200	10	150	300	15	225
	Grătar de pui	80	-	90	130	-	143
	Pilaf	150	30	150	250	50	250
	Pâine neagră	40	20	100	80	40	200
	Piersică	100	10	40	100	10	40
16	Lapte	200	8	100	200	8	100
19	Mămăligă cu brânză vaci	200	24	100	250	30	120
		100	4	80	100	4	80
Total		gr	Hc	Kcal	gr	Hc	Kcal
			160	1165		219	1575

Bibliografie:

Hâncu N., Vereșiu I.A., 1999, *Diabetul zaharat, nutriția, bolile metabolice*, editura Național;
 C. Ionescu-Târgoviște, R. Lichiardopol, Cristian Guja, 2007, *Diabetul zaharat*, editura Ilex, București