

Redactare: Maria-Magdalena Trandafir
Corectură: Dragoș Dumitrescu
Tehnoredactare și design copertă: Mihail Vlad
Pregătire de tipar: Marius Badea

Ilustrația copertei: Jan Schneckenhauš/shutterstock.com

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

LONGO, VALTER

Longevitatea începe din copilărie / dr. Valter Longo; în colab. cu Anna Claudia Romeo, Romina Inès Cervigni, Alessandro Laviano, Domenico Meleleo; trad. din lb. italiană de Cristian Ungureanu. – Pitești:

Editura Paralela 45, 2022

Conține bibliografie

ISBN 978-973-47-3635-5

I. Romeo, Anna Claudia (colab.)

II. Cervigni, Romina Inès (colab.)

III. Laviano, Alessandro (colab.)

IV. Meleleo, Domenico (colab.)

V. Ungureanu, Cristian (trad.)

615

633

Autorul donează toate veniturile obținute din vânzarea acestei cărți fundației nonprofit Create Cures, pentru promovarea și sprijinirea cercetării.

La longevità inizia da bambini
Valter Longo

Copyright © 2019 Antonio Vallardi Editore, Milano
Romanian edition published by arrangement with Agenția literară Livia Stoia.

Figurile 2.2, 3.1, 4.5, 7.1, 10.1, 11.1, 12.7, 13.2, 13.5, A.3, A.8, A.10: Manuela Lupis

Figura 6.1: Anatolir, Happy Art, Malinovskaya Yulia, VoodooDot © Shutterstock

Figura 12.6: oferită cu amabilitate de Andrea Balconi

Figura 13.3: Olga Bolbot, Nemanja Cosovic, greenpic.studio, Veronika Zakharova
© Shutterstock

Copyright © Editura Paralela 45, 2022

Prezenta lucrare folosește denumiri ce constituie mărci înregistrate, iar conținutul este protejat de legislația privind dreptul de proprietate intelectuală.

www.edituraparelela45.ro

Dr. V A L T E R L O N G O

în colaborare cu

Anna Claudia Romeo

Romina Inès Cervigni

Alessandro Laviano

Domenico Meleleo

LONGEVITATEA

începe din

COPIILĂRIE

Traducere din limba italiană de
Cristian Ungureanu

Editura Paralela 45

AVERTISMENT

Au fost depuse toate eforturile pentru ca informațiile din acest volum, inclusiv cele care au un conținut științific, să fie corecte și actualizate în momentul publicării. Nici autorul și nici editorul nu pot fi considerați responsabili pentru eventualele interpretări sau omisiuni ori pentru eventuala utilizare incorectă și înțelegerea eronată a informațiilor conținute în cartea de față, și nici pentru posibilele vătămări sau prejudicii de orice natură (medicale, financiare) pe care le-ar putea suferi o persoană sau un grup de indivizi, care ar considera că au acționat în baza informațiilor existente în acest volum. Nicio opinie sau recomandare din această carte nu înlocuiește părerea medicului. Dacă e îngrijorat pentru starea sa de sănătate, cititorul este îndemnat să li se adreseze specialiștilor din domeniul medical.

Toate alegerile și deciziile terapeutice se recomandă să fie luate împreună cu medicul curant, care deține nu doar cunoștințele și competențele necesare pentru a oferi tratament personalizat, ci și informațiile fundamentale cu privire la fiecare pacient în parte. Această carte are scop informativ și educativ, deci nu trebuie în niciun caz folosită ca punct de referință pentru a modifica din proprie inițiativă terapia prescrisă de medic. Informațiile cu privire la medicamente și la componentele lor, precum și cele cu privire la modul de administrare și la siguranța pacienților se află într-o continuă evoluție și sunt supuse diverselor cercetări științifice, prin urmare trebuie evaluate în funcție de specificul fiecărui pacient și al fiecărei situații clinice.

CUPRINS

Prefață.....	13
Introducere.....	15
1. Kilogramele în plus, dușmanul copiilor	21
De ce este important să evităm supraponderea infantilă?.....	24
IMC, suprapondere și diabet	27
Rolul pe care îl au părinții, medicii, nutriționiștii și dieteticienii	30
Suprapondere și obezitate în Italia	32
Percepția părinților asupra nutriției propriilor copii	36
Ce am învățat din acest capitol?	38
<i>Bibliografie</i>	39
2. Caracteristicile obezității la copii și adolescenți	43
Ce este obezitatea și care sunt pericolele sale?	45
Cauzele obezității.....	49
Factorii de risc timpurii în obezitatea infantilă	53
Ce am învățat din acest capitol?	59
<i>Bibliografie</i>	59
3. Longevitatea începe din copilărie	63
Teoria celor 1000 de zile: importanța nutriției în timpul sarcinii și în primii 2 ani de viață.....	64
Nutriția mamei și factorii de risc materno-fetali.....	67
Malnutriție și suprapondere maternă.....	68
Nutriția la copil.....	70

Importanța micului-dejun.....	86
Ce am învățat din acest capitol?.....	87
<i>Bibliografie</i>	89
4. Cum mănâncă cei mici?	92
Cum mănâncă în realitate copiii italieni?.....	98
Probleme și soluții identificate direct de la părinți: chestionarul fundației.....	104
Ce mănâncă, de fapt, copiii noștri?.....	108
Ce preferă copiii?.....	113
Ce mănâncă la școală copiii noștri? Calitatea alimentației în cantinele școlare din Italia.....	127
Experiența Fundației Create Cures în cantinele din Italia.....	129
Punctul de vedere al copiilor.....	134
Ce am învățat din acest capitol?.....	136
<i>Bibliografie</i>	137
5. Diete restrictive în pediatrie	139
Dietele vegetariene și vegane.....	139
Ce am învățat din acest capitol?.....	148
<i>Bibliografie</i>	149
6. Alimentele bio și antibioticele	150
Importanța hranei bio.....	150
Alimentația și rezistența la antibiotice.....	155
Administrarea antibioticelor și impactul asupra sănătății.....	158
Ce am învățat din acest capitol?.....	163
<i>Bibliografie</i>	163
7. Alimentația în timpul sarcinii	165
Alimentație și status nutrițional în timpul sarcinii: de ce sunt importante?.....	167
Este adevărat că în timpul sarcinii trebuie să mănânci „cât pentru doi“?.....	169
Care este creșterea în greutate considerată adecvată și fiziologic normală în timpul sarcinii?.....	169

Ce funcție au „poftele“?.....	170
Există alimente nerecomandate în timpul sarcinii?.....	171
Chiar este nevoie să iei suplimente în timpul sarcinii?.....	174
Când să începi să iei acid folic?.....	175
Ajută alimentația la combaterea simptomelor legate de sarcină, cum ar fi stările de greață și constipația?.....	176
Este indicată alimentația vegetariană sau vegană în timpul sarcinii?.....	177
Nutriția în timpul sarcinii: sfaturi practice.....	180
Alimente și nutrienți care trebuie consumați cu moderație.....	181
Alimente care trebuie evitate.....	182
Ce am învățat din acest capitol?.....	183
<i>Bibliografie</i>	185
8. Alimentația mamei în perioada alăptării	186
Ce am învățat din acest capitol?.....	188
<i>Bibliografie</i>	189
9. Alimentația copilului în primele luni și în primii ani de viață	190
Alăptarea copilului.....	190
Laptele matern.....	193
Atunci când lipsește laptele matern, se folosesc formule de lapte.....	195
Alimentația complementară (înțarcarea sau dezvățarea).....	196
Marile semne de întrebare asupra alimentației complementare.....	197
Alți factori ai alimentației complementare.....	203
Sfaturi practice și posibile erori.....	211
Ce am învățat din acest capitol?.....	214
<i>Bibliografie</i>	217
10. Dieta longevității la copii	218
Cât este de important să ținem sub control greutatea copiilor și a adolescenților?.....	249
Ce am învățat din acest capitol?.....	251
<i>Bibliografie</i>	253

11. Binomul pentru a trăi sănătos și mult timp: alimentație corectă și activitate fizică	260
Câteva definiții, ca punct de plecare.....	260
Activitatea fizică: avantaje.....	263
Optimizarea exercițiului fizic pentru copii și adolescenți.....	266
Activitatea fizică și alimentația.....	271
Sportul și alimentația.....	272
Termoreglarea și hidratarea.....	273
Organizarea programului de masă al unui sportiv.....	274
Tulburările de comportament alimentar la adolescentul sportiv.....	275
Ce am învățat din acest capitol?.....	276
<i>Bibliografie</i>	277
12. Alimentația, în prevenirea și tratarea obezității și a diabetului la copii și adolescenți	279
Genetică, zaharuri, obezitate și anotimpuri.....	279
Copiii italieni, socotiți printre cei mai supraponderali și obezi din lume și expuși riscului de diabet.....	281
Rolul alimentației în prevenirea obezității și a diabetului la copil și adolescent.....	287
Strategii eficiente de prevenire a excesului de greutate la vârsta preșcolară.....	289
Dieta care imită postul, în pediatrie?.....	292
Suprapondere, obezitate și diabet de tip 2.....	293
Importanța supravegherii greutateii copiilor și adolescenților.....	295
Ce am învățat din acest capitol?.....	297
<i>Bibliografie</i>	298
13. Microbiota și bolile intestinale și autoimune	300
Dieta și microbiota.....	301
Antibioticele și efectele lor nocive asupra intestinului.....	303
Bolile inflamatorii intestinale.....	306
Nutriția și bolile intestinale.....	309
Alimente protectoare pentru copiii sănătoși, dar inflamatoare pentru cei cu dereglări intestinale.....	311

Cum să menținem microbiota sănătoasă?.....	312
Ce am învățat din acest capitol?.....	315
<i>Bibliografie</i>	316
Concluzii	319
Mulțumiri	323
Anexa A. Evaluarea statusului nutrițional	325
Evaluarea antropometrică și nutrițională.....	325
Parametrii nutriționali.....	328
<i>Bibliografie</i>	343
Anexa B. Indicații nutriționale	344
Alimentația și repartizarea meselor.....	345
Repartizarea săptămânală a alimentelor între prânz și cină.....	358
Schemă săptămânală exemplificativă.....	360
Meniu de vară.....	362
Meniu de iarnă.....	370
Schemă săptămânală – model de completat.....	379
Indicele glicemic și încărcătura glicemică.....	382
<i>Bibliografie</i>	384
Anexa C. Alimentația în timpul sarcinii	386
Anexa D. Scheme de diversificare	392
Anexa E. Exemple de autoevaluare nutrițională din partea unor adolescenți	399
Exemple.....	399
Metode de urmat, în cazul unor copii și adolescenți cu greutate în exces.....	402
Surse de vitamine, minerale și alți micronutrienți	411

Kilogramele în plus, dușmanul copiilor

Le mulțumesc pentru revizia textului și contribuția pe care au avut-o în acest capitol doamnei doctor Anna Claudia Romeo, director medical al secției de Patologie Neonatală, Spitalul „Pugliese-Ciaccio” din Catanzaro, doctorandă în fiziopatologie și tratamentul bolilor endocrino-metabolice, Departamentul de Medicină Internă, Universitatea din Genova, și profesorului Alessandro Laviano, Departamentul de Medicină Translațională și de Precizie, Universitatea „La Sapienza” din Roma, director medical al secției de Medicină Internă și Nutriție Clinică de la Spitalul Universitar Policlinic „Umberto I”, Roma.

Supraponderea și obezitatea reprezintă o urgență mondială de o gravitate foarte mare în ce privește sănătatea publică: din cauza aceasta suferă 50% dintre adulți și 30% dintre copiii și adolescenții¹ de pe toată planeta.

Conform ultimelor estimări ale Organizației Mondiale a Sănătății, la nivel mondial, 41 000 000 de copii cu vârstă mai mică de 5 ani și 340 000 000 de copii și adolescenți cu vârste între 5 și 19 ani sunt supraponderali sau obezi², în special în țările europene, unde, dintre copiii de 11 ani, 1 din 3 se află în această situație.

Ultimele date furnizate de Organizația Mondială a Sănătății sunt cu adevărat îngrijorătoare și merită atenția noastră³ pentru că indică o tendință în creștere de-a lungul timpului.

Conform acestor date, numărul copiilor de vârstă școlară și cel al adolescenților obezi a crescut vertiginos în ultimii 40 de ani: de la 11 până la 124 000 000 în întreaga lume... De peste zece ori mai mulți!

Sunt 216 000 000 de copii supraponderali. Problema este chiar mai alarmantă deoarece implică și 41 000 000 de copii cu vârstă mai mică de 5 ani, care prezintă exces de greutate (atât supraponderali, cât și obezi): numărul lor a crescut cu 9 000 000 din 1990 până în 2016⁴.



peste 50%
dintre persoane sunt
supraponderale sau
obeze



peste 20%
dintre persoane sunt
obeze

1 copil din 3
la vârsta de 11 ani
este



supraponderal
sau
obez

Figura 1.1. În Europa, 1 din 3 copii prezintă suprapondere sau obezitate. (Sursa: Organizația Mondială a Sănătății, 2017)

În Europa, așa cum reiese din proiectul *COSI WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative* al Organizației Mondiale a Sănătății⁵, țările din sud sunt cele mai afectate. În Italia, Cipru, Malta, Spania, Grecia și San Marino, 1 copil din 5 este obez, adică 18–21%. În unele țări din nordul și centrul Europei (Danemarca, Irlanda, Lituania, Norvegia și Franța), rata de obezitate e mult inferioară și se situează în jurul valorii de 5–9%, aproximativ 1 copil din 10. Dacă trecem la Regatul Unit sau la Germania, care au sisteme proprii de supraveghere a obezității infantile⁶, observăm că, în Regatul Unit, obezi sunt 20% dintre copiii de 6 ani (1 din 5, ca în cazul țărilor din sudul Europei) și 10% dintre copiii de 10 ani (1 din 10,

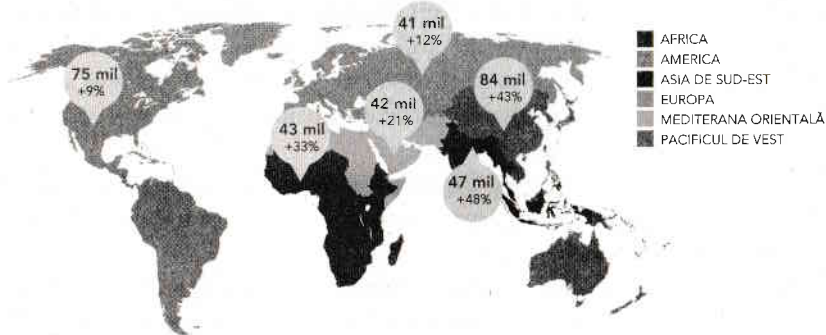


Figura 1.2. Numărul copiilor și al adolescenților cu vârste între 5 și 19 ani, supraponderali (216 000 000) sau obezi (124 000 000) în 2016, dar și procentul de creștere începând din 2010, împărțit pe regiuni. (Sursa: 2017 Report – Taking Action on Childhood Obesity, Organizația Mondială a Sănătății)

un procent asemănător celui din țările din nordul Europei)⁷, în timp ce în Germania excesul de greutate afectează 15% dintre copiii și adolescenții între 3 și 17 ani, dintre care 6,3% sunt obezi⁸.

Dar în Italia? Copiii italieni sunt, după cei greci, cei mai afectați de greutatea în exces din Europa. În peninsula noastră, 42% dintre băieți și 38% dintre fete sunt supraponderali, iar 21% dintre copiii de sex masculin și 14% dintre copiii de sex feminin sunt obezi. Procentul din Italia este, în mod surprinzător, foarte asemănător și comparabil cu cel din Statele Unite, unde 35% dintre copii sunt supraponderali, iar 26% sunt obezi (procent care scade la 18%, conform centrelor americane pentru prevenirea și controlul bolilor CDC, Centers for Disease Control and Prevention, probabil pentru că nu sunt luate în calcul cazurile de obezitate foarte grave).

În Statele Unite, din 1999 până în 2018, s-a observat o înrăutățire a situației privind supraponderea la copiii și adolescenții cu vârste între 2 și 18 ani⁹. Situația pare să se agraveze tot mai rapid pe măsura trecerii timpului, inclusiv la copiii cu vârste mai mici, în special la cei de sex masculin,

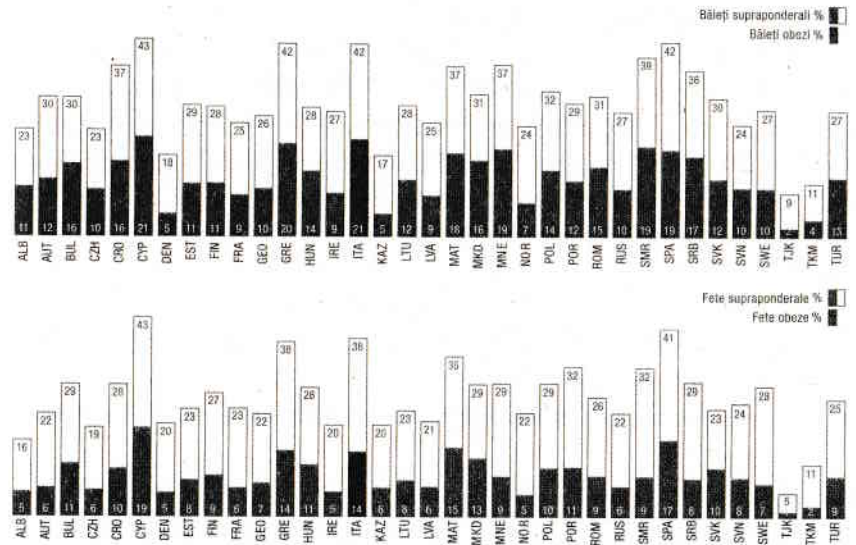


Figura 1.3. Suprapondere și obezitate la băieți și la fete, în Europa. Aceste informații se referă la un eșantion de peste 300 000 de copii cu vârste între 7 și 9 ani, din diverse țări europene, cu excepția Marii Britanii și a Germaniei. (Sursa: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative HIGHLIGHTS 2015–2017, Organizația Mondială a Sănătății)

între 2 și 5 ani, unde s-a observat o creștere puternică a obezității de gradul 1 între 2015 și 2016. În aceeași perioadă, și supraponderea la fete și adolescente a crescut de la 36% la 48% față de ultimii doi ani.

Excesul de greutate la vârstă foarte mică este, așadar, foarte răspândit. De ce este atât de important să remediem această situație?

DE CE ESTE IMPORTANT SĂ EVITĂM SUPRAPONDEREA INFANTILĂ?

Greutatea în exces în perioada copilăriei compromite starea de sănătate, pentru că expune copilul la riscul de a contracta diverse boli, atât în timpul copilăriei, al adolescenței, cât și la vârsta adultă¹⁰. La adult, patologia corelată cu o greutate dezechilibrată include bolile cronice (boli cardiovasculare, diabet, demență senilă, cancer), care reprezintă principala cauză de deces și de reducere a calității vieții, dar implică și costuri foarte mari de gestiune socio-sanitară, referindu-ne aici la terapiile și la spitalizarea celor care suferă de aceste boli.

Să fii supraponderal încă de mic copil înseamnă să menții această condiție de greutate excesivă chiar și la vârsta adolescenței sau la cea adultă. Din analiza greutății și a înălțimii dintr-o bază de date având 51 505 copii cu vârste între 0 și 18 ani, a rezultat că acei copii care erau obezi la vârsta de 3 ani au rămas obezi și în adolescență, într-o proporție de 90% dintre cazuri¹¹.

Această greutate în exces poate predispuce la apariția sau agravarea unor boli ca¹²:

- Hipertensiune arterială și boli cardiovasculare
- Hiperglicemie (creșterea nivelului de glucoză în sânge, prediabet și diabet zaharat de tip 2)
- Hiperlipidemie (creșterea nivelului trigliceridelor și/sau al colesterolului în sânge)
- Boli hepatice legate de excesul de grăsimi (steatoză hepatică)
- Dereglări gastrointestinale (constipație, reflux gastroesofagian, dureri abdominale, calculi biliari)
- Dereglări respiratorii (astm bronșic și dereglări respiratorii în somn)
- Complicații ortopedice (platfus, risc de fracturi sau genu valgum – deviere către interior a axelor longitudinale ale femurului și ale tibiei, care face ca genunchii să se apropie unul de celălalt)

- Dereglări hormonale și ginecologice, de exemplu, sindromul ovarului polichistic
- Dereglări neurologice (de exemplu, durere de cap acută și cronică)

Părinții, prin alegerile lor alimentare, joacă un rol determinant în ceea ce foarte probabil va deveni o problemă de viață pentru copii.

În ultimele decenii, am asistat la o creștere enormă a supraponderalității și a obezității infantile în lume. Pentru a înțelege ce se întâmplă cu populația în general, cu copiii și adolescenții în special și pentru a prevedea ceea ce se va întâmpla într-un viitor nu foarte îndepărtat, este important să analizăm variațiile IMC (Indicele de masă corporală) la nivelul populației mondiale.

Calculul IMC ține cont de relația dintre greutate și înălțime, ne permite să avem o estimare rezonabilă a grăsimii corporale și reprezintă standardul clinic cel mai acceptat pentru a cuantifica supraponderea și obezitatea la copii¹³. Pentru informații mult mai detaliate asupra IMC, citiți prezentarea de la pagina următoare, în care explic despre ce este vorba și cum se calculează acesta. Este util ca mod de măsurare inițială, mai ales pentru că alte tehnici cu ajutorul cărora se măsoară în mod direct grăsimea corporală, cum ar fi analiza impedanței bioelectrice și absorbtometria duală cu raze X¹⁴, sunt mult mai complexe și mai costisitoare.

În 2017, prestigioasa revistă *The Lancet*¹⁵ a publicat un studiu care urmărea evoluția IMC-ului mediu la nivel mondial din 1975 până în 2016, implicând peste 128 000 000 de persoane. Dintre acestea, 31 500 000 erau copii și adolescenți cu vârste între 5 și 19 ani.

Vârful cel mai înalt al creșterii IMC s-a înregistrat în anul 2000, în țările cele mai bogate, însă a crescut considerabil inclusiv în țările din estul și din sudul Asiei, dar și în țările cu venituri mici. În acestea din urmă, s-a trecut rapid de la malnutriție la suprapondere.

IMC (INDICELE DE MASĂ CORPORALĂ) sau BMI (BODY MASS INDEX)

IMC reprezintă rezultatul unui calcul simplu, bazat pe greutate și înălțime: greutatea (în kilograme) este împărțită la pătratul înălțimii (în metri).

$$\text{IMC} = \text{masa (kg)} / \text{pătratul înălțimii (m}^2\text{)}$$

De exemplu, o persoană de 60 kg și înaltă de 1,67 m va avea un IMC de 21,5 calculat astfel: $60 / (1,67 \times 1,67)$ sau $60 / 1,67 : 1,67$.

Valori ale IMC în cazul copiilor și al adolescenților

Pentru copii și adolescenți, valoarea IMC calculat trebuie să fie mereu pusă în legătură cu vârsta și sexul, folosind niște curbe specifice, numite percentile. Din acest motiv, același IMC poate să reprezinte lucruri diferite, dacă ne referim la un băiat sau la o fată, și depinde întotdeauna de vârstă. În Anexa A acestei cărți se găsesc curbele percentile cu care putem calcula IMC-ul copiilor și al adolescenților. În general, IMC oferă o estimare rezonabilă a cantității de grăsime corporală, chiar dacă în unele cazuri poate să nu fie foarte precis. De exemplu, supraestimează ușor grăsimea în cazul copiilor mici de înălțime sau al celor care au o masă musculară dezvoltată în mod deosebit; sau subestimează grăsimea în cazul copiilor care au o masă musculară mai puțin dezvoltată.

Două observații sunt necesare pentru a înțelege mai bine situația în care ne aflăm.

- 1) În ciuda creșterii globale a IMC, adică a greutateii, în prezent, în lume există mai mulți adolescenți și copii malnutriți decât obezi. Dacă se va menține tendința de creștere a IMC, se preconizează că în 2022 vor fi în număr mai mare copiii obezi decât cei cu greutate prea mică.
- 2) Creșterea IMC merge mână în mână cu creșterea disponibilității, inclusiv în țările sărace, a unor mâncăruri având preț mic, care conțin multe calorii, dar care sunt sărace în nutrienți, cum sunt cele de tip fast-food, acesta fiind rezultatul creșterii economice și al globalizării. Consumul anumitor produse, printre care gustările preambalate, hamburgerii cu cartofi prăjiți și ketchup, băuturile cu adaos de zahăr, pizza, paste, orezul etc., provoacă o situație care ar putea părea paradoxală¹⁶: cea în care găsim copii și adolescenți obezi, dar care sunt, în același timp, malnutriți, într-o stare de sănătate precară și cu riscul de a dezvolta o serie de patologii care, pe termen lung, le pun în pericol viața¹⁷.

Așa cum am văzut, alimentația și stilul de viață joacă un rol fundamental în prevenirea bolilor numite „netransmisibile“. Acestea sunt boli cronice, reprezentând rezultatul unei interacțiuni între predispoziția genetică și

factorii de mediu (printre care se numără, desigur, alimentația și stilul de viață). Aceste boli sunt cauza prevalentă a mortalității, inclusiv a mortalității premature: numai în 2017 au cauzat 73% din totalitatea deceselor la nivel mondial¹⁸. În mod special, mai bine de 28 800 000 de decese (+ 22,7% față de 2007) sunt puse pe seama a numai 4 factori de risc: hipertensiune, fumat, hiperglicemie (nivel ridicat al zahărului în sânge), exces de greutate. Doar acesta din urmă, de unul singur, inclusiv complicațiile sale (boli cardiovasculare, tumori, demență și astm) au provocat peste 4 000 000 de decese.

În concluzie, este important să precizăm că, deși în ultimii 28 de ani speranța de viață a crescut la nivel global, în multe țări a trăi mai mult nu înseamnă neapărat să trăiești mai mulți ani având o stare bună de sănătate. Din 1990 până în 2017, de fapt, problemele create de boli netransmisibile precum diabetul, cancerul, bolile respiratorii cronice și bolile cardiovasculare au crescut¹⁹ cu 40,1%.

Să analizăm acum trăsăturile caracteristice ale uneia dintre aceste boli, diabetul, pentru a înțelege în profunzime cât este de periculoasă, dar și gravitatea situației în care ne aflăm.

IMC, SUPRAPONDERE ȘI DIABET

Am văzut că IMC este esențial pentru a înțelege dacă cineva este supraponderal și, în consecință, pentru ca persoana în cauză să fie conștientă de riscurile cu care se confruntă. Printre acestea se află diabetul, una dintre bolile netransmisibile cele mai răspândite, care nu îi afectează doar pe adulți, ci chiar și pe cei mai tineri. În Europa, în 2017:

- 58 000 000 de adulți sufereau de diabet (glicemia măsurată pe nemâncate egală sau mai mare de 126 mg/dl sau orice glicemie mai mare de 200 mg/dl).
- 23 000 000 nu știau că au diabet.
- 31 000 000 se aflau în condiție de „prediabet“, ceea ce înseamnă că prezentau un risc crescut de a deveni diabetici.

În realitate, un adult din 11 era diabetic, iar unul din 4 nu știa că este.

În ultimii ani, datele indică o creștere continuă a cazurilor de diabet în rândul populației adulte și se estimează că, în 2045, în Europa vor fi 67 000 000, în creștere cu 16% față de situația actuală.

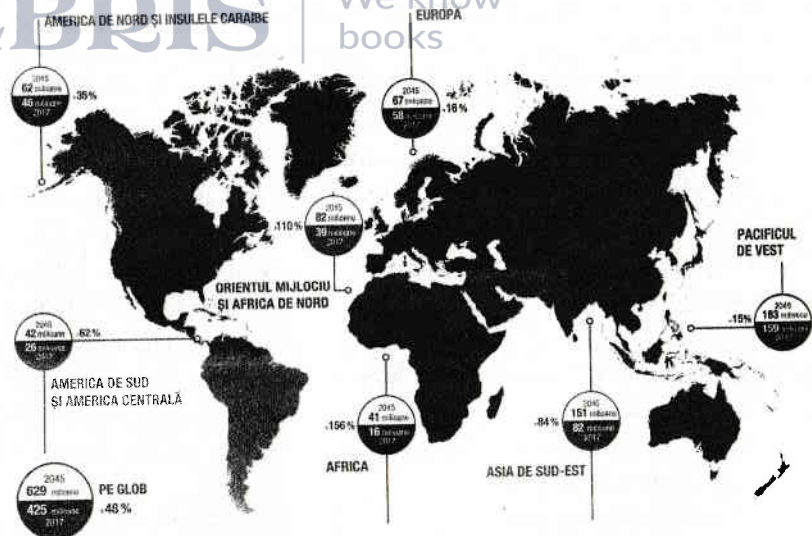


Figura 1.4. Incidența diabetului în lume și estimările pentru următorii 25 de ani. (Sursa: IDF DIABETES ATLAS, ed. a VIII-a, 2017)

Din păcate, și cei mai tineri pot să sufere de diabet, atât în forma sa autoimună, cunoscută drept diabet de tip 1, cât și în forma „alimentară“, cunoscută drept „diabet de tip 2“, după cum a evidențiat unul dintre cele mai importante studii conduse în Statele Unite (*SEARCH Study*) cu câțiva ani în urmă²⁰, care a implicat indivizi cu vârsta mai mică de 20 de ani din 7 state americane: Ohio, Colorado, Washington, New Mexico, South Carolina, California și Hawaii. Din 2001 până în 2009, prevalența cazurilor de diabet de tip 1 a crescut cu 21,1% (aproximativ 18 436 de cazuri noi din 2008 până în 2009), iar cea a diabetului de tip 2 a crescut cu 30,5% (5 089 de cazuri noi din 2008 până în 2009). Ultimele date cu privire la numărul de tineri, cu vârsta sub 20 de ani, afectați de diabet de tip 1 indică Statele Unite drept cea mai afectată țară din lume²¹.

Datele cu privire la diabetul de tip 2 în cazul tinerilor sunt, în schimb, mai lacunare și identifică o prezență a acestor cazuri între 0,2 și 5% în funcție de zona geografică și categoria de vârstă²².

În cazul copiilor cu vârste cuprinse între 0 și 11 ani, diabetul de tip 1 este o boală autoimună mai comună decât diabetul de tip 2. Cauzele sale nu sunt încă foarte clare, dar par să se datoreze interacțiunii dintre

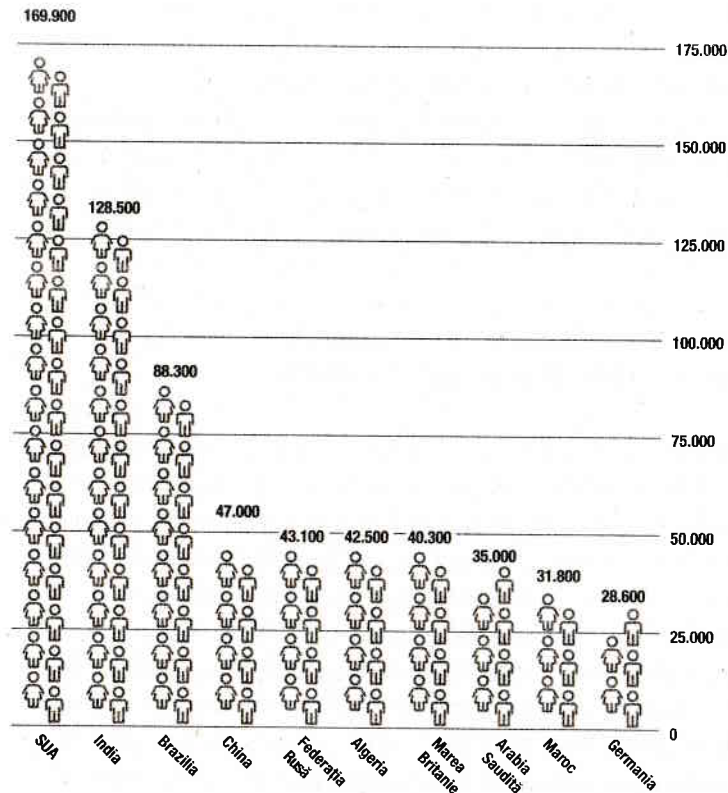


Figura 1.5. Cele 10 țări cu cel mai mare număr de copii și adolescenți (sub 20 de ani) cu diabet de tip 1, în 2017. Datele referitoare la Maroc au fost extrapolate din cele referitoare la Algeria. (Sursa: IDF DIABETES ATLAS, ed. a VIII-a, 2017)

predispoziția genetică și diferiți factori de mediu, cum ar fi dieta, dar mai ales greutatea. Dacă, în determinarea unei creșteri a riscului unui diabet de tip 1, rolul greutateii în exces este încă dezbătut, ei bine, acesta este cu siguranță fundamental în diabetul²³ de tip²⁴ 2.

Din ce în ce mai des, pe lângă diabetul de tip 2 apar și alte complicații, cum ar fi steatoza hepatică (în 37% dintre cazuri), cunoscută în general sub denumirea de „ficat gras“, adică acumularea de trigliceride în interiorul ficatului, care dăunează celulelor ficatului și compromite funcționalitatea organului. O altă complicație ar putea fi hipertensiunea arterială (în 21% dintre

cazuri), care la vârsta adultă este asociată cu riscul de infarct, accident vascular cerebral și insuficiență renală. În cazul adulților, vorbim despre valorile care depășesc 140 mmHg pentru presiunea sistolică (maximă) și 90 mmHg pentru presiunea diastolică (minimă), iar la copii, valorile trebuie interpretate în funcție de vârstă²⁵. Tinerii adulți cu diabet de tip 2 au o speranță de viață cu 15 ani mai mică decât un tânăr (de aceeași vârstă) care nu are diabet²⁶.

Iată de ce alimentația devine crucială.

ROLUL PE CARE ÎL AU PĂRINȚII, MEDICII, NUTRIȚIONIȘTII ȘI DIETETICIENII

Pentru a limita creșterea cazurilor de obezitate este necesară o asistență nutrițională precoce și susținută a copiilor supraponderali. Importanța unei intervenții intense în copilărie este evidentă dacă ne gândim că în cazul multor adolescenți obezi (dintre care mulți vor fi obezi și când vor fi adulți) începutul acumulării greutateii în exces are loc tocmai între 2 și 6 ani.

Intervențiile multidisciplinare care implică și familia, și pediatrul, și psihologul s-au dovedit cele mai eficiente în prevenirea și tratarea obezității²⁷, mai ales în cazul copiilor cu vârste mai mici de 12 ani, iar dintre aceștia mai ales la cei mai mici de 6 ani²⁸. Totuși, rezultatele pe termen lung în cazul copiilor care au urmat o dietă, dar și o terapie comportamentală nu sunt întotdeauna liniștitoare și pun în discuție această abordare.

De aceea, este necesar să ne concentrăm atenția nu doar asupra obiectivului scăderii în greutate, ci și asupra îmbunătățirii globale a calității vieții și a sănătății²⁹. Evident, copiii și adolescenții trebuie monitorizați frecvent și constant, iar asta necesită implicarea familiei, precum și suportul integral al specialiștilor cu experiență în domeniu. În acest moment, în schimb, consultarea unui medic sau a unui nutriționist este rară, iar părinții, așa cum vă voi arăta în această carte:

- 1) adesea nu știu sau nu cred că adolescentul sau copilul ar avea o problemă cu greutatea și alimentația;
- 2) știu acest lucru, dar fac prea puține în acest sens ori nu știu ce să facă.

Astfel, în afară de a sublinia, așa cum voi face încontinuu și repetat, impactul excesului de alimente bogate în amidon, tipice dietei mediteraneene,

asupra epidemiei de suprapondere și obezitate, aș vrea să pun accentul pe necesitatea și oportunitatea unei monitorizări de specialitate a situației. Prin intermediul fundațiilor, al clinicilor și al grupurilor internaționale de cercetare pe care le-am creat, intru în contact cu mii de pacienți pe an, iar asta mă face să am o perspectivă foarte apropiată de realitate a ceea ce este de făcut pentru a interveni în problema greutateii și a sănătății persoanelor. O rețea de biologi nutriționiști ar putea să-și ofere ajutorul și să colaboreze strâns cu pediatrii sau cu nutriționiștii pediatri. Cu condiția unei minime investiții în privința formării acestora, rezultatul ar putea fi un câștig enorm în ceea ce privește sănătatea și economisirea costurilor de îngrijire pe care le-ar presupune tratarea obezității și a complicațiilor sale cronice.

Italia are o armată de biologi nutriționiști șomeri, mulți dintre ei având și doctoratul. Aproximativ 10 000 dintre aceștia ar putea să aibă un impact imens asupra sănătății copiilor și a adulților din țara noastră. Dacă luăm în considerare o cheltuială medie de 50 000 de euro pentru salariul și contribuțiile unui biolog nutriționist, cu o investiție anuală de 500 000 000 de euro nu doar că 10 000 de absolvenți vor avea un loc de muncă, dar vom fi economisit miliarde de euro. Astăzi, în Italia, este greu să deschizi televizorul fără să dai peste o dezbatere politică sau o emisiune despre sănătate, însă nu se vorbește niciodată despre felul în care ar trebui rezolvate problemele cu adevărat. În fața nivelului actual și a creșterii continue a numărului de adulți și copii supraponderali și obezi, a consecințelor sale catastrofice asupra sănătății, dar și a impactului său asupra costurilor sistemului sanitar, mi se pare incredibil faptul că nu apar propuneri concrete despre modul în care ar trebui să fie schimbate lucrurile.

Cum am putea să avem copii și adulți mai sănătoși nu doar fără să cheltuim mai mult, ci chiar economisind? Conform *IDF DIABETES ATLAS 2017*, doar pentru aproximativ 5 000 000 de diabetici se cheltuie în Italia 12 miliarde de euro pe an. Așa cum știm din studiile făcute pe om și pe maimuțe și după cum am amintit în prima mea carte, *Rețeta longevității*, majoritatea diabeticilor pot fi vindecați prin modificări radicale ale dietei, cel puțin dacă se intervine în faza inițială a bolii. Chiar dacă am admite că lucrul acesta n-ar funcționa pentru toți, sunt sigur că armata de nutriționiști despre care vorbim ar putea să provoace o reducere cu cel puțin 20% a cazurilor de diabet, pur și simplu prin modificări atente și constante, intervenind în dietă și în exercițiul fizic. După un simplu calcul, este ușor să spui că,