

BebikoMed.pl poleca

Biuletyn

Opieka nad dzieckiem w gabinecie lekarza POZ



Redakcja naukowa:
lek. **Agnieszka Domin**,
prof. dr hab. n. med. **Artur Mazur**

Konsultacja psychologiczna:
dr n. med. **Agata Dutkiewicz**

W BIULETYNIE

- Dziecko z nadwagą lub otyłością w gabinecie. Jak skutecznie rozmawiać o problemie z rodzicami?



Opieka nad dzieckiem w gabinecie lekarza POZ

Drogie Czytelniczki i Drodzy Czytelnicy!

Narastająca częstość występowania nadwagi i otyłości u dzieci w wieku rozwojowym wymaga wielokierunkowego postępowania obejmującego zarówno dziecko, jak i jego rodzinę oraz środowisko społeczne (przedszkole, szkoła). Rolą lekarza pierwszego kontaktu jest podejmowanie działań w zakresie zapobiegania rozwojowi nadwagi i otyłości, wczesnej diagnostyki nadwagi i wdrożenia działań zapobiegających rozwojowi otyłości oraz jej leczenia. Bardzo ważna jest znajomość czynników ryzyka nadmiaru masy ciała u dzieci. Dlatego istotne jest przeprowadzenie wywiadu z opiekunami dzieci. W przedstawionym materiale eksperci skupili się przede wszystkim na przedstawieniu i zebraniu najważniejszych wskazówek i praktycznych porad, na co należy zwrócić uwagę opiekunom dzieci z nadwagą i otyłością.

Biorąc pod uwagę ograniczony czas, który lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) może poświęcić pacjentowi podczas wizyty, autorzy skupili się przede wszystkim na aspektach praktycznych, które mogłyby być pomocne w udzieleniu porad dzieciom z nadmiarem masy ciała i ich rodzicom/opiekunom. By uzyskać sukces w leczeniu nadwagi i otyłości u dzieci na poziomie populacyjnym, poza rozwiązaniami systemowymi istotne jest przede wszystkim zindywidualizowane podejście do każdego małego pacjenta z tym problemem.

Mamy nadzieję, że przygotowany materiał okaże się przydatny w Państwa codziennej opiece nad małymi pacjentami i będzie pomocny w komunikacji z ich opiekunami.

Zespół Biuletynu

Autorzy

lek. Agnieszka Domin,

lek. Ewelina Gaweł,

lek. Aleksandra Kędzior,

prof. dr hab. n. med. Artur Mazur

Konsultacja:

dr n. med. Agata Dutkiewicz

psycholog, dietetyk kliniczny

Wszystkie opublikowane Biuletyny znajdą Państwo

w serwisie dla lekarzy **BebikoMed.pl** | Zapraszamy

Dziecko z nadwagą lub otyłością w gabinecie.

Jak skutecznie rozmawiać o problemie z rodzicami?

lek. Agnieszka Domin^{1,2}, lek. Ewelina Gawęł^{1,2}, lek. Aleksandra Kędzior¹, prof. dr hab. n. med. Artur Mazur^{1,2}

¹II Klinika Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie

²Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego

DEFINICJA

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje otyłość jako stan patologicznego zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej, prowadzący do powikłań i utraty szeroko rozumianego dobrostanu [1].

Pojęcia „nadwaga” i „otyłość” nie oznaczają tego samego. Otyłość jest stanem, w którym nadmierna ilość tkanki tłuszczowej wpływa niekorzystnie na stan zdrowia. Nadwaga natomiast jest stanem ją poprzedzającym, której ryzyko powikłań jest mniejsze, a wyjście z choroby dużo łatwiejsze.

Najprostszy podział otyłości dotyczy przyczyn jej powstawania, gdzie postać pierwotna jest przede

wszystkim skutkiem przyjmowania nadmiernej ilości kalorii (hiperalimentacji). Gdy źródłem dodatkowych kilogramów jest choroba wynikająca z zaburzeń genetycznych, hormonalnych czy psychospołecznych – mówimy wówczas o otyłości wtórnej. Te dwa rodzaje otyłości wymagają odmiennego postępowania leczniczego. Konieczne jest, najlepiej na początkowym etapie postępowania lub w razie braku powodzenia zaproponowanego leczenia, przeprowadzenie szczegółowej diagnostyki różnicowej [2].

EPIDEMIOLOGIA

Pandemia COVID-19 nasiliła obecne już wcześniej trwale niekorzystne przemiany w stylu życia całych rodzin. Obserwowany jest niemal logarytmiczny wzrost liczby osób z nadmierną masą ciała. Od 2020 roku zaistniałe trudności ekonomiczne, stres, mała aktywność fizyczna, wydłużony czas ekranowy, nadmierny dostęp do pożywienia,

korzystanie z żywności niepełnowartościowej wpłynęły na pogłębienie problemu otyłości w Polsce i na świecie [2].

Według danych WHO u dzieci w wieku 5–19 lat w 1975 roku częstość występowania nadwagi i otyłości wynosiła tylko 4%. Dane z roku 2018 mówią o tym, że 5,9% dzieci poniżej 5. roku życia na całym

świecie miało nadmierną masę ciała (około 40 mln), co oznacza około 33% wzrost w stosunku do danych z roku 2000 (30 mln). Natomiast pośród dzieci w wieku szkolnym 20% cierpiało na nadwagę lub otyłość (131 mln) [3].

Nastolatki są dotknięte tym problemem w najmniejszym stopniu – dotyczy to około 17,3% młodzieży w wieku 10–19 lat (207 mln) [3]. Według danych z raportu NFZ w Polsce w 2016 roku w populacji dziecięcej nadwagę stwierdzono u 20% dziewcząt i 31% chłopców, natomiast 5% dziewcząt i 13% chłopców było otyłych. Najnowsze (2018 r.)

wyniki badania zachowań zdrowotnych młodzieży w wieku 11–15 lat (międzynarodowe badanie HBSC) pokazują, że nadwaga i otyłość występują u 29,7% chłopców i 14,3% dziewcząt (wg kryteriów WHO, 2007).

Według prognoz szacuje się, że w 2025 roku w Polsce otyłych będzie około 26% dorosłych kobiet i 30% dorosłych mężczyzn (badanie NCD-RisC) [4, 5]. Epidemiologia problemów związanych z nadmierną masą ciała, zaburzeniami hormonalnymi i pandemią jest przedmiotem wielu prowadzonych obecnie analiz [6].

ROZPOZNAWANIE

Niezmiernie istotne dla właściwej opieki nad dzieckiem, zwłaszcza w POZ, są skrupulatne pomiary masy ciała i wysokości obok przeprowadzanego badania fizykalnego. Powinny one być wykonywane w trakcie bilansów zdrowotnych, wizyt „szczepionych” oraz opieki nad dzieckiem podczas infekcji.

Niestety znakiem naszych czasów jest ciągły pośpiech również w czasie kontaktu lekarz-pacjent, niemniej jednak **wygoształdowanie dodatkowych kilku minut i naniesienie tych danych na siatki centylowe w książeczce zdrowia dziecka może zapobiec zarówno zbyt późnemu rozpoznaniu nadwagi czy otyłości u dziecka, jak też niskorostkości czy zahamowania tempa wzrastania.** Zdiagnozowane w ten sposób nieprawidłowości można szybciej i łatwiej właściwie zaopiekować.

Analiza wykresu na siatkach centylowych jest podstawą pracy endokrynologa dziecięcego, a w POZ powinna nasuwać konieczność skierowania do opieki specjalistycznej. Ważne jest także odniesienie uzyskanych wartości do wysokości i masy ciała rodziców. Najlepiej jeżeli obydwa parametry (masa ciała i wysokość) są umieszczone w podobnych kanałach centylowych. Z siatek centylowych mogą

korzystać także rodzice, są one dostępne na wielu stronach internetowych, np. kalkulator na stronie www.olaf.czd.pl.

Jednak podobnie jak u dorosłych, najbardziej miarodajnym i najczęściej używanym parametrem jest wskaźnik masy ciała (BMI). Jest on wyliczany jako iloraz masy ciała wyrażonej w kilogramach i podniesionej do kwadratu wysokości ciała (kg/m^2). Następnie konieczne jest odniesienie BMI do standaryzowanych siatek centylowych opracowanych dla naszej populacji. U osób dorosłych według WHO otyłość rozpoznajemy przy wartości $\text{BMI} \geq 30,0 \text{ kg}/\text{m}^2$, **u dzieci zastosowanie znajdują siatki centylowe adekwatne do płci i wieku. W Polsce standardy oceny parametrów antropometrycznych stanu odżywienia mówią o diagnozie nadwagi ≥ 90 . centyla i otyłości ≥ 97 . centyla BMI.** Otyłość trzewną rozpoznaje się, jeżeli wartość pomiaru obwodu talii przekracza 90. centyl dla płci i wieku [1, 3, 26].

W populacji dziecięcej należy brać pod uwagę różnice pomiędzy chłopcami i dziewczynkami, a także przyrosty masy ciała i wysokości w poszczególnych okresach rozwojowych.

ROLA LEKARZA RODZINNEGO W ROZPOZNAWANIU I LECZENIU

Podstawowym zadaniem jest monitorowanie wysokości i masy ciała małych pacjentów. Zarówno zbyt szybkie, jak i zbyt małe przyrosty

masy ciała u niemowląt powinny budzić zaniepokojenie. Szczególną grupą pacjentów są wcześniaki i dzieci z niską masą urodzeniową. Przyrosty ich masy

ciała w pierwszych 4 latach życia mogą odbiegać od norm przyjętych dla dzieci zdrowych. Konieczna jest ich stała obserwacja, natomiast przy braku podejrzenia celiakii, niedoczynności tarczycy lub innych poważnych chorób nie jest konieczne kierowanie pacjenta do poradni specjalistycznych. Błędem jest także zbytne zwracanie rodzicom uwagi na niską masę ciała – dzieci te mają rosnąć równomiernie, najlepiej tym samym kanałem centylowym. Większość z nich powinna dogonić rówieśników i być powyżej 3. centyla ze wzrostem i masą ciała już w 1.–2. roku życia. Jedynie około 10% pozostaje poniżej 3. centyla powyżej 3.–4. roku życia i wówczas konieczne jest skierowanie

do poradni endokrynologicznej. Forsowanie przyrostu masy ciała w tym wieku może spowodować występowanie u dzieci otyłości w okresie pokwitania, zaburzeń gospodarki węglowodanowej (insulinooporność, cukrzyca typu 2) i innych powikłań [7, 8].

Wszelkie działania profilaktyczne podjęte przez lekarza rodzinnego są niezwykle cenne. Mogą to być informacje pisemne o prawidłowym jadłospisie dla pacjentów, przykładowe jadłospisy, zgodne z zaleceniami żywieniowymi w wieku rozwojowym, karty monitorowania masy ciała oraz częstsze wizyty z pomiarami. Liczy się każdy sukces pacjenta – każdy centymetr obwodu brzucha i talii mniej, każdy kilogram mniej.

TABELA 1.

Zagadnienia do wywiadu z pacjentem z nadmierną masą ciała [8–13, 15, 40, 41]

| ZAGADNIENIA DO WYWIADU Z RODZICAMI | SUGESTIE DLA LEKARZA |
|--|---|
| Choroby w rodzinie: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, zaburzenia lipidowe | Profilaktyka nadwagi i otyłości, rozmowa edukacyjna z rodzicami |
| Nieprawidłowy przebieg ciąży (cukrzyca ciążowa, otyłość przed ciążą i w czasie ciąży, nadciśnienie tętnicze, IUGR), masa urodzeniowa, | Profilaktyka nadwagi i otyłości, rozmowa edukacyjna z rodzicami |
| Długość karmienia piersią, czas i rodzaj wprowadzania nowych pokarmów | Profilaktyka nadwagi i otyłości, rozmowa edukacyjna z rodzicami |
| Rodzaje spożywanych napojów (woda, soki, mleko) – ilość, jakość | Rozmowa edukacyjna z rodzicami |
| Alergie i nadwrażliwości pokarmowe (mało urozmaicona dieta) | Skierowanie do dietetyka, alergologa |
| Trudności z połykaniem, nadwrażliwość sensoryczna jamy ustnej, problemy z karmieniem | Skierowanie do neurologopedy, terapeuty integracji sensorycznej |
| Niechęć do nowych pokarmów, warzyw, zbyt mała ilość spożywanych warzyw i owoców | Rozmowa edukacyjna z rodzicami i dzieckiem, poradniki |
| Mała aktywność fizyczna dziecka i rodziców | Rozmowa edukacyjna z rodzicami i dzieckiem |
| Żywność i aktywność w żłobku, przedszkolu lub szkole, jakość współpracy z placówką opiekuńczą dziecka | Rozmowa edukacyjna z rodzicami i dzieckiem, zaświadczenie do przedszkola lub szkoły o potrzebie stosowania odpowiedniej diety |
| Jakość i ilość spożywanych przekąsek, liczba spożywanych dziennie posiłków, pora śniadania i kolacji | Rozmowa edukacyjna z rodzicami i dzieckiem |
| Czas ekranowy i spędzanie wolnego czasu | Rozmowa edukacyjna z rodzicami i dzieckiem |
| Dzienna liczba spożywanych kalorii (do oszacowania wg zapisków rodzica) | Rozmowa edukacyjna z rodzicami i dzieckiem |
| Leki stałe i stosowane doraźnie, witaminy, suplementy diety | Rozmowa edukacyjna z rodzicami, profilaktyka otyłości |
| Podjadanie w czasie stresu, impulsywne jedzenie, objawy napadów podjadania (np. znikanie jedzenia z domu, kradzież pieniędzy na jedzenie, itp.), zaburzenia nastroju | Skierowanie do psychologa i/lub psychiatry |
| Ilość godzin i jakość snu | Rozmowa edukacyjna z rodzicami i dzieckiem |
| Objawy ogólne: zmęczenie, osłabienie, problemy z koncentracją, zaparcia, nietolerancja zimna, nietolerancja wysiłku | Badania podstawowe, TSH, FT4, w razie potrzeby skierowanie do poradni endokrynologicznej dla dzieci |

TABELA 2.

Objawy „alarmujące” w badaniu fizykalnym i wywiadzie dziecka z otyłością i nadwagą sugerujące konieczność poszerzenia diagnostyki specjalistycznej [9–12, 15, 42, 43]

| BADANIE FIZYKALNE I WYWIAD | SUGESTIE DLA LEKARZA (W ZALEŻNOŚCI OD NASILENIA OBJAWÓW I DOSTĘPNOŚCI DIAGNOSTYKI) |
|--|--|
| Opóźnienie etapów rozwoju psychoruchowego; w razie współwystępowania dysmorfii lub danych z wywiadu – podejrzenie zespołu genetycznego | Skierowanie do ośrodka wczesnej interwencji, skierowanie do poradni genetycznej |
| Wady wrodzone podniebienia i okolicy jamy ustnej | Skierowanie do neurologopedy, aby uniknąć trudności z rozszerzaniem diety |
| Zahamowanie tempa wzrastania | Skierowanie do endokrynologa lub oddziału endokrynologicznego dla dzieci (pilne) |
| Przyspieszenie tempa wzrastania | Gdy podejrzenie przedwczesnego pokwitania – skierowanie do oddziału endokrynologicznego dla dzieci |
| Labilność emocjonalna, obniżony nastrój w czasie wizyty, ślady po samookaleczeniach | Skierowanie do psychologa i psychiatry, ew. oddziału |
| Obniżone funkcje intelektualne i dysmorfie = podejrzenie zespołu genetycznego | Skierowanie do poradni endokrynologicznej i genetycznej |
| Cechy zespołu Cushinga (zahamowanie tempa wzrastania i znaczny przyrost masy ciała, zmiana zachowania, labilność emocjonalna, drażliwość, nasilenie trądziku, nadmierne owłosienie, zaburzenia miesiączkowania, nadciśnienie tętnicze) | Skierowanie do oddziału endokrynologicznego dla dzieci (pilne) |
| Cechy pokwitania u dziewczynki (powiększenie piersi, owłosienie łonowe, trądzik, apokrynowy zapach potu) poniżej 8. roku życia | Skierowanie do oddziału endokrynologicznego dla dzieci (pilne) |
| Cechy pokwitania u chłopców (powiększenie prącia i jąder do 4 ml i powyżej, owłosienie łonowe, trądzik, zapach potu) poniżej 9. roku życia | Skierowanie do oddziału endokrynologicznego dla dzieci (pilne) |
| Wole | Skierowanie do poradni endokrynologicznej dla dzieci |
| Objawy insulinooporności lub cukrzycy typu 2: nadmierne łaknienie, zmiany nastroju/zachowania, senność/osłabienie poposiłkowe, nadmierne pragnienie, poliuria, nasilenie trądziku | Skierowanie do poradni lub oddziału endokrynologicznego dla dzieci |
| Objawy guza OUN okolicy regulującej łaknienie: patologiczne łaknienie, zahamowanie tempa wzrastania, bóle głowy, zawroty głowy, drgawki, zaburzenia widzenia, wymioty poranne; Obecne patologiczne objawy w badaniu neurologicznym, ograniczenie pola widzenia | Skierowanie do oddziału neurologicznego dla dzieci |
| Cechy zespołu Pradera-Williego: <ul style="list-style-type: none"> • brak łaknienia w pierwszym roku życia (trudności z połykaniem i ssaniem), • nadmierny, niepohamowany apetyt od 2. roku życia, • problemy z zachowaniem (podkradanie pokarmu, agresja przy braku jedzenia) • opóźniony rozwój psychoruchowy/niepełnosprawność intelektualna, • dysmorfie twarzy: dolichocefalia, migdałowate oczy, • obniżone napięcie mięśniowe | Skierowanie do poradni endokrynologicznej dla dzieci i genetycznej |

Utrzymanie stałej masy ciała przy uzyskanym przyroście wysokości to także powód do pochwalenia małego pacjenta i dalsza motywacja do działania.

W ramach POZ jest wskazane oznaczenie TSH i fT4, aby wykluczyć niedoczynność tarczycy oraz oznaczenie glikemii na czczo (konieczna minimum 12-godzinna przerwa od ostatniego posiłku).

Warto nadmienić, że nieznacznie podwyższone TSH przy prawidłowych wartościach fT4 wynika z nadmiaru tkanki tłuszczowej i jest skutkiem, a nie przyczyną otyłości. Jego znormalizowanie możemy uzyskać wraz ze spadkiem masy ciała. Przy znacznej otyłości możemy dodatkowo stwierdzić zaburzenia gospodarki lipidowej (lipidogram) oraz podwyższone poziomy aminotransferaz (AspAt, AlAt) wynikające ze stłuszczenia wątroby. Podobnie wyniki tych badań wracają do normy, gdy dziecko schudnie. W razie podejrzenia zaburzeń gospodarki węglowodanowej konieczne jest wykonanie doustnego testu tolerancji glukozy (OGTT) wraz z poziomem insulinemii oraz HbA1c – są to badania zazwyczaj

wykonywane w ramach opieki specjalistycznej ambulatoryjnej lub zamkniętej. Badania takie muszą być wykonane przy znacznej otyłości lub wówczas, gdy istnieje zwiększone ryzyko cukrzycy typu 2, np. związane z obciążeniem rodzinnym. Od kilku lat notowany jest stały wzrost częstości występowania nieprawidłowej tolerancji glukozy i cukrzycy typu 2 w populacji dzieci [9, 10, 14, 15].

Pomocne może być także przeprowadzenie z rodzicami szczegółowego wywiadu. Uzyskane informacje mogą wskazywać na otyłość prostą (skierowanie do dietetyka) lub ukierunkować dalsze postępowanie i poszukiwanie przyczyn zaburzeń pierwotnych do nadmiaru masy ciała (skierowanie do diagnostyki specjalistycznej) [7, 15].

W tabeli 1 przedstawiono podstawowe zagadnienia do rozmowy z rodzicami i pacjentami oraz sugestie dotyczące dalszego postępowania. W tabeli 2 omówiono szczegółowo dane z badania fizykalnego dziecka i wywiadu sugerujące konieczność diagnostyki specjalistycznej.

OKRESY KRYTYCZNE DLA ROZWOJU NADWAGI I OTYŁOŚCI

Krytycznymi okresami dla prawidłowego rozwoju organizmu są okres płodowy, wiek niemowlęcy, wczesnodziecięcy i okres pokwitania.

W przypadku występowania nadwagi rodziców, a szczególnie u matki w okresie prekoncepcyjnym i w czasie ciąży, dziecko jest predysponowane do magazynowania tkanki tłuszczowej, które spowoduje powstanie otyłości dziecięcej i rozwinięcie zespołu metabolicznego. Problem nadmiernej masy ciała należy jednak rozpatrywać w kontekście nieprawidłowego odżywienia organizmu, stąd niedożywienie matki przed ciążą i w czasie ciąży może w konsekwencji w późniejszym czasie wywołać powstanie otyłości, np. u wcześniaków czy dzieci urodzonych z niską masą urodzeniową. Podobne konsekwencje ma niedobór kaloryczny we wczesnym okresie życia. U dzieci tych dochodzi do szybkiego przyrostu masy ciała od 2.-3. roku życia. Badania wykazały także ochronny wpływ dłuższego karmienia piersią na prawidłowy metabolizm, wzorce żywieniowe i prawidłowy skład ciała [16, 17, 35].

Do znacznego przyrostu masy ciała dochodzi u dzieci w czasie poprzedzającym pojawienie się cech pokwitania, czyli w okresie adrenarche, a później we właściwym okresie dojrzewania, zwłaszcza u dziewczynek, u których rozwija się tkanka tłuszczowa okolicy brzucha i pasa biodrowego.

Szczególną sytuacją jest choroba dziecka i konieczność stosowania leków, które są powodem zwiększenia apetytu, ale nie zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej [18]. Leki, o które najczęściej pytają rodzice, to sterydy, zwłaszcza stosowane doustnie i dożylnie, preparaty antyhistaminowe czy stosowane w psychiatrii i neurologii. Aby zapobiec wystąpieniu otyłości i nadwagi u tych dzieci, należy stale uświadamiać rodzicom konieczność stosowania odpowiedniej diety (zapobieganie niechcianemu przyrostowi ilości kilogramów). Trudno jest wówczas zahamować apetyt dziecka, ale możemy zwiększyć ilość warzyw w diecie, unikać słodczy, „białego” pieczywa, soków. Dozwolone wówczas są jako zdrowe przekąski: wszystkie surowe warzywa (m.in. kalarepa, papryka, pomidorki, ogórki, marchewka krojone w słupki, czy

surówki, sałatki bez majonezu), chudy twarożek, jogurt naturalny z dodatkiem owoców. Do picia należy podawać dziecku wodę. Takie postępowanie

choć częściowo pozwoli zapobiec przyszłym problemom. Dodatkowo sprawdza się aktywność fizyczna (przynajmniej spacer).

POWIKŁANIA OTYŁOŚCI U DZIECI

Wiele przeprowadzonych badań wskazuje na to, że otyłe dzieci wyrastają na otyłych nastolatków, a potem dorosłych, czego konsekwencją jest wystąpienie zaburzeń dietozależnych [19, 20].

Konsekwencje niemetalaboliczne wynikają z gromadzenia tkanki tłuszczowej trzewnej, nadmiernego obciążenia stawów oraz zaburzeń sfery emocjonalnej. Zaliczamy do nich: refluks żołądkowo-przetykowy, zaburzenia wentylacji płuc, obturacyjny bezdech senny, problemy ortopedyczne, w tym płaskostopie, skrzywienia kręgosłupa, dolegliwości bólowe i chorobę zwyrodnieniową stawów kończyn dolnych oraz psychologiczne: w tym zaburzenia depresyjno-lękowe, niską samoocenę, izolację społeczną czy obniżoną jakość życia.

Konsekwencje metaboliczne są spowodowane dysfunkcją hormonalną i przewlekłym stanem zapalnym tkanki tłuszczowej, jej insulinoopornością, gromadzeniem się tłuszczu w wątrobie i mięśniach. Należą do nich obserwowane u coraz młodszych dzieci zaburzenia gospodarki węglowodanowej: nieprawidłowa glikemia na czczo, nieprawidłowa tolerancja glukozy, cukrzyca typu 2. Dodatkowo częściej stwierdzone są nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, niealkoholowa stłuszczeniowa choroba i marskość wątroby. Mogą pojawić się zaburzenia hormonalne pod postacią przedwczesnego dojrzewania płciowego, hipogonadyzmu u chłopców, hiperandrogenizmu u dziewcząt [7, 9, 15, 21].

Informacje te mają zmotywować rodziców do podjęcia działań prewencyjnych.

PROFILAKTYKA

Nasze współczesne społeczeństwo cechuje szybkie tempo życia, korzystanie z oferty gotowych dań i restauracji oraz spadek aktywności fizycznej. Tak kształtowany jest niezdrowy styl życia. **Nawyki żywieniowe utrwalone w dzieciństwie powodują kształtowanie niekorzystnych modeli żywienia w życiu dorosłym. Z tego powodu niezwykle**

istotna jest w tej dziedzinie profilaktyka polegająca na edukacji zdrowotnej [21].

Szczególnie narażone na wystąpienie otyłości proste są dzieci z rodzin, w których otyłość występuje. Z tego względu opieką i edukacją powinna zostać objęta cała rodzina i otoczenie dziecka, w tym wszystkie osoby, które sprawują nad nim opiekę i biorą udział w procesie żywienia.

OTYŁOŚĆ W POPULACJI PEDIATRYCZNEJ TO PROBLEM INTERDYSCYPLINARNY

Diagnostyka i leczenie otyłości u dzieci są w obecnej rzeczywistości dużym wyzwaniem. Główny problem stanowi ograniczenie dostępności do opieki medycznej podstawowej i specjalistycznej, poradnictwa dietetycznego i rehabilitacji. Wiele z nich jest obecnie w rękach sektora prywatnego, co może być dodatkowym utrudnieniem. Należy pamiętać o podejściu interdyscyplinarnym obejmującym podstawową diagnostykę (w niektórych przypadkach leczenie w gabinecie

endokrynologa dziecięcego czy diabetologa) i leczenie dietetyczne. Dodatkowy problem mogą stanowić zaburzenia nastroju, zachowania i emocji u młodszych dzieci i nastolatków oraz ograniczenie kontaktów rówieśniczych, aktywności fizycznej, a także zmiana stylu życia na siedzący. Wówczas konieczne jest włączenie do zespołu psychologa lub psychoterapeuty. W niektórych przypadkach może pomóc fizjoterapeuta lub trener personalny w pracy ze starszymi dziećmi.

W ostatnich latach konieczność zdalnego nauczania wymusiła na populacji w wieku szkolnym dramatyczne wydłużenie czasu ekranowego, czyli tego spędzanego przed komputerem, laptopem, smartfonem czy telewizorem. Internet obecnie ułatwia wszelkie formy kształcenia i pracy na odległość, jednocześnie powodując powstawanie uzależnienia u dzieci, które ma daleko idące skutki. W ostatnich latach w poradniach endokrynologicznych dla dzieci zaobserwowano znaczne przyrosty masy ciała u pacjentów już zmagających się z nadwagą i otyłością, ale także u dotychczas szczupłych dzieci. Dodatkowy problem stanowi pogorszenie jakości i skrócenie czasu

snu (szczególnie w czasie intensywnego wzrastania i skoku pokwitaniowego), co powoduje zahamowanie tempa wzrastania czy niesatysfakcjonujący przyrost wysokości w dłuższym przedziale czasowym. Jeżeli zaobserwujemy u dziecka przyrost masy ciała z jednoczesnym zahamowaniem zwiększania się wysokości (po wykluczeniu zbyt późnego zasypiania po 21.00–22.00 w zależności od wieku dziecka lub wybudzania się w nocy oraz nieprawidłowej diety) możemy spodziewać się zaburzeń endokrynologicznych pod postacią niedoczynności tarczycy czy zespołu Cushinga, które wymagają specjalistycznej diagnostyki [2, 14, 15].

ARGUMENTY POMOCNE W UŚWIADAMIANIU RODZICÓW O SYTUACJI ZDROWOTNEJ DZIECKA I POSTĘPOWANIE PSYCHOLOGICZNE

Problemy psychologiczne mogą stanowić źródło, ale i być skutkiem otyłości u dzieci. Jeżeli powstaną w wyniku nadmiernej masy ciała, mogą rzutować na całe dorosłe życie [2, 22–25].

Obecnie już młodsze dzieci w wieku przedszkolnym mogą być narażone na uszczypliwe uwagi i odrzucenie ze strony rówieśników i dorosłych. Nadmierna tkanka tłuszczowa powoduje, że dziecko szybciej się męczy. Może w sytuacjach zabawy nie dorównywać innym szybkością biegania, oddala się od grupy w czasie spaceru. Następnie pojawia się poczucie bezradności i braku umiejętności, które rozszerza się na funkcjonowanie dziecka w różnych sferach życia. Jego wycofanie może potęgować negatywne nastawienie otoczenia.

U starszych dzieci trudności mogą pojawić się na lekcjach wychowania fizycznego, kiedy dochodzi do rywalizacji – dziecko otyłe ma gorszą wydolność od rówieśników, może być obiektem dokuczania czy wykluczenia z grupy. Ważne jest w tej sytuacji wzmacnianie dobrych stron dziecka przez nauczyciela i dostosowanie wymagań do jego możliwości. Często sytuacją jest prośba starszych dzieci o zwolnienie z tych zajęć – czasami wystarczająca jest interwencja rodzica, zaświadczenie o zwolnieniu z cięższych ćwiczeń lub informacja dla nauczyciela, aby dziecko mogło ćwiczyć na poziomie swoich możliwości (spacer, marszobiegi zamiast biegania, ćwiczenia bardziej statyczne zamiast aerobiku czy gier zespołowych

wymagających znacznego wysiłku). Konieczne jest stopniowe budowanie wydolności organizmu, zbyt obciążające ćwiczenia mogą spowodować jedynie zniechęcenie dziecka.

Prawidłowe funkcjonowanie w środowisku szkolnym i nawiązywanie kontaktów z kolegami jest odbiciem bezwarunkowej akceptacji i poczucia bezpieczeństwa w domu. Także właściwe postępowanie innych opiekunów, w tym krewnych i nauczycieli, może pomóc w kształtowaniu właściwych postaw i nawyków. W wieku od 7 do 11 lat u dzieci następuje ukształtowanie się samoświadomości, samooceny i samokontroli. Jednak już u dzieci od najmłodszych lat istotne jest pielęgnowanie przez otoczenie samoakceptacji i adekwatnego poczucia własnej wartości.

Sposób postrzegania nadwagi przez rodzinę ma ogromny wpływ na potencjalne pojawianie się kompleksów u dziecka. Tytułowy problem należy traktować jako wyzwanie dla całej rodziny i szukać sposobów poradenia sobie z nim. Należy unikać traumatyzującego słownictwa.

Ukształtowane we współczesnym społeczeństwie kulturowe standardy piękna nie pomagają w zmaganiu się rodziców i dzieci z otyłością. Dziecko otyłe musi często zmagać się z przejawami agresji zarówno słownej, jak i fizycznej. Zapobieganie wystąpieniu nadwagi i otyłości może pomóc uchronić dziecko od przykrych doznań ze strony środowiska rówieśników i umożliwić prawidłowe funkcjonowanie w wieku nastoletnim

i dorosłym. Tutaj ogromne znaczenie ma właściwa postawa nauczyciela, który może pomóc mu w osiągnięciu akceptacji otoczenia i nauczeniu tolerancji dla pozostałych uczniów.

W praktyce podstawową sprawą jest uświadomienie rodzicom problemu i możliwości pomocy. To rodzice wpływają na nawyki żywieniowe, spędzanie wolnego czasu, wychowanie i styl życia dzieci. Nawet w przypadku podejrzenia tła genetycznego czy rodzinnego trzeba przekazać opiekunom informację o konieczności wdrożenia profilaktyki i leczenia.

Dodatkowe zagrożenie stanowi bardzo duża dostępność internetu, telewizji i gier komputerowych, zwłaszcza dla bardzo małych dzieci. Nawet dwulatki umieją już obsługiwać tablety czy smartfony. Powoduje to ograniczenie prawidłowych interakcji w rodzinie i grupie rówieśniczej.

Jest to niekorzystne z wielu względów, w tym opóźnienia rozwoju społecznego, pojawienia się zachowań „autystycznych” spowodowanych nieprawidłową stymulacją mózgu przez bodźce wzrokowe i słuchowe. Dodatkowo u mniejszych dzieci łatwiej rozwija się uzależnienie od urządzeń elektronicznych, co w późniejszych etapach powoduje zmniejszenie aktywności fizycznej. W okresie wychowania przedszkolnego i pierwszych lat nauki szkolnej powinno dojść do rozwoju motoryczności dzieci. Brak prawidłowej aktywności w tym wieku spowoduje brak rozwoju sprawności ruchowej i prawidłowej kondycji fizycznej. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na masę ciała dziecka są przekąski spożywane w czasie ekranowym. Dodatkowo telewizja jest przepełniona różnymi reklamami jedzenia, głównie słodczych, napojów słodzonych i typu fast food.

TRUDNOŚCI W KONTAKCIE Z RODZICAMI

W niektórych przypadkach rodzice mogą mieć trudność w przyjęciu informacji o chorobie dziecka. Warto przeznaczyć wówczas kilka minut na rozmowę i rozwiązać wszelkie wątpliwości. Tylko świadomi rodzice mogą pomóc swojemu dziecku i często także sobie.

Pomoc ze strony rodziców dla otyłego dziecka powinna polegać między innymi na:

- uzyskaniu informacji dotyczących prawidłowej diety i aktywności fizycznej,
- znajomości dziennego jadłospisu stołówki, z której dziecko korzysta,
- szukaniu sposobów na zwiększenie aktywności ruchowej – zaangażowanie we wspólne zabawy, spacer, zajęcia na pływalni – nauka dziecka przez naśladowanie rodzica i jego dobry przykład,
- budowaniu w domu atmosfery dającej poczucie bezpieczeństwa - zapobieganie „zajadaniu stresów”,
- wspólnym gotowaniu z dzieckiem, przygotowywaniu potraw atrakcyjnych dla malucha a zarazem korzystnych z punktu widzenia „zdrowej” diety,
- edukacji dziecka opartej na zabawie: należy pokazać dziecku, że rozmaite kolory warzyw i owoców oznaczają to, że są źródłem innych witamin, składników mineralnych czy antyoksydantów – dlatego różnorodność ma znaczenie w nieustannym wspieraniu dziecka w pokonywaniu problemu,

- wzmacnianiu mocnych stron dziecka celem zwiększenia jego poczucia własnej wartości oraz motywacji i aktywności do dalszej pracy (pochwały, medale, systemy motywacyjne); istotne jest, aby nagradzanie nie wiązało się jedynie z osiągnięciami wagowymi - aby dziecko nie czuło presji dążenia do jak najniższej masy ciała, co może stanowić czynnik ryzyka zaburzeń odżywiania,
- pomocy w rozwiązywaniu bieżących konfliktów i problemów związanych z grupą rówieśniczą, otwarcie się na rozmowy o emocjach, a w razie potrzeby korzystanie z pomocy psychologów,
- współpracy z nauczycielami, pedagogiem lub psychologiem szkolnym,
- zadbanie przez rodzica o własne nawyki żywieniowe i swój własny styl życia - dzieci uczą się poprzez naśladowanie dorosłych.

Praca z dzieckiem otyłym powinna obejmować uczenie go samokontroli, panowania nad swoim apetytem oraz motywowanie dziecka w chwilach zniechęcenia.

Jedzenie pełni różne role w zależności od jego kondycji emocjonalnej i społecznej. Czasami sięganie po przekąski może wynikać z zaburzonych relacji dziecka z rodzicami, jego sytuacji rodzinnej, funkcjonowania w grupie rówieśniczej oraz jego zaplecza emocjonalnego i osobowości.

Należy zwrócić uwagę, że nadmierny przyrost masy ciała powinien być sygnałem dla rodziców i spowodować zainteresowanie także sferą emocjonalną dziecka. Po dodatkowe posiłki często sięgają dzieci samotne, bezradne, cierpiące na zaburzenia depresyjne czy lękowe, mające kłopoty z nauką czy rówieśnikami – jedzenie wówczas spełnia funkcję kompensacyjną.

Specjaliści mogą pomóc w ustaleniu czytelnych granic i reguł postępowania w codziennym funkcjonowaniu rodziny, kontrolowaniu własnych negatywnych emocji. Psycholog ma także za zadanie wzmocnić motywację rodziców i dziecka.

Praca z dzieckiem ma najczęściej formę psychozabawy – dziecko ma szansę pokazać swoje autentyczne uczucia, potrzeby, zainteresowania oraz odreagować negatywne emocje. Terapia psychologiczna ma indywidualny charakter dostosowany do rozwoju dziecka.

Pomoc psychologa ma za zadanie:

- wzmocnić i dowartościować dziecko np. poprzez umożliwienie rozwoju jego uzdolnień,
- pomóc rodzicom w organizowaniu czasu wolnego i aktywności fizycznej,
- poprawić relacje dziecka z rodzicami poprzez przywrócenie optymalnych granic i ról w rodzinie,
- nauczyć dziecko rozwiązywania trudności i pomóc w nawiązywaniu pozytywnych relacji z rówieśnikami,

- motywować do samokontroli w obszarze różnych działań (np. brak agresji na zaczepki kolegów),
- nieustannie wspierać dziecko w pokonywaniu problemu otyłości poprzez okazywanie mu pełnej akceptacji, także w przypadku braku efektów leczenia (także poprzez nauczanie rodziców tej bezwarunkowej akceptacji),
- nauczyć rodziców jak doceniać aktywność fizyczną dziecka oraz zmiany w stylu życia,
- nauczyć rodziców jak aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia otyłości dziecka.

W każdym przypadku należy pamiętać, że nierozwiązane konflikty i napięcia domowe czy szkolne, a także emocjonalne będą uniemożliwiały prawidłowy proces leczenia. Są niekiedy tak trudne sytuacje, że należy odłożyć w czasie proces tzw. odchudzania i zaprzestać trudnych rozmów na ten temat, aby poprawić relacje z dzieckiem i móc powrócić do tematu leczenia otyłości w przyszłości. Takie problemy dotyczą głównie nastolatków, ale mają swoje źródło w dzieciństwie.

Dziecko z otyłością, ale uśmiechnięte, szczęśliwe, to dziecko „zdrowe emocjonalnie”, które ma większe szanse na wyzdrowienie.

TABELA 3.

Mity i argumenty do rozmowy z rodzicami

| | |
|---|--|
| Przecież my wszyscy mamy problem, to dziecko też | To że rodzice są otyli jest ich decyzją, o dziecko należy dbać tak, aby było zdrowe w przyszłości |
| Mamy zdrową dietę | Nawet drobne błędy dietetyczne mają wpływ na naszą masę ciała, Warto poznać zasady zdrowego żywienia |
| Dziecko poradzi sobie samo | Nie można obarczać dziecka całą odpowiedzialnością |
| Dziecko powinno poradzić sobie samo | To zadanie dla całej rodziny Wszyscy powinni się zaangażować i zjadać podobne posiłki |
| Owoce można jeść w dowolnej ilości | Owoce zawierają dużo cukru, podobnie jak soki |
| Otyłość to problem | Otyłość to choroba, która nieleczona zawsze prowadzi do powikłań |
| Otyłość to problem dla rodziny | Otyłość to wyzwanie dla rodziny, które trzeba podjąć (konieczna zmiana myślenia na pozytywne) |
| Dziecko ma grube kości | Oczywiście budowy ciała nie można zmienić, ale można zmniejszyć ilość tkanki tłuszczowej |
| Dziecko z tego wyrośnie | Wyrośnie, ale nie bez zdrowej diety i prawidłowej aktywności fizycznej i snu, tylko takie połączenie ze wzrostem wysokości w czasie skoku pokwitaniowego gwarantuje sukces |
| Nie damy rady wprowadzić warzyw i wody do diety dziecka | Każdy moment rozwoju dziecka jest dobry na podjęcie takich działań, łatwiej oczywiście przebiega u najmłodszych dzieci |

POSTĘPOWANIE ŻYWIENIOWE

Należy zwrócić uwagę, że w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym posiłki spożywane przez dziecko w placówkach oświatowych i w domu powinny się wzajemnie uzupełniać. Niewłaściwe jest spożywanie przez dziecko podwójnych śniadań, obiadów, podwieczorków. Konieczna jest znajomość przez rodziców jadłospisu dziecka w szkole czy przedszkolu. Gdy w jadłospisie na stołówce

jest coś, co dziecku nie odpowiada albo zawiera za mało warzyw czy nadmierną ilość węglowodanów prostych, czasem konieczne jest uzupełnienie jadłospisu w domu lub dotożenie zdrowej przekąski do plecaka. Konieczne jest też, aby dziecko miało przy sobie wodę, np. w filtrującym bidonie lub bezpiecznym kubku, aby nie brakowało jej w ciągu dnia.

PODSTAWOWE ZALECENIA DLA RODZICÓW [37, 38]:

W ciągu pierwszych 1000 dni życia dziecka kształtowane są jego nawyki żywieniowe, które rzutują na zdrowie w przyszłości.

- należy zalecać wyłącznie karmienie piersią do ukończenia przez dziecko 6. miesiąca życia,
- energetyczność posiłków powinna być dostosowana do aktualnych potrzeb dziecka (tab. 4),
- od najmłodszych lat, warto uczyć dziecko wspólnego spożywania posiłków przy rodzinnym stole,
- jeżeli dziecko do tej pory spożywało za duże porcje posiłku, można używać mniejszych talerzy, które pomogą w dostosowaniu porcji,
- nacisk na wprowadzanie różnych warzyw i owoców do diety, ograniczenie picia napojów słodzonych i soków na korzyść wody,
- korzystne jest zwiększenie w diecie ilości produktów pełnoziarnistych, niskoprzetworzonych, roślin strączkowych, ryb, olejów roślinnych, orzechów,
- ograniczenie spożycia słodczy, napojów słodzonych, potraw typu fast food, wyrobów cukierniczych (tłuszcze trans), ograniczenie dosalania potraw, stosowanie przypraw ziołowych,
- produkty bez wzmacniaczy smaku, konserwantów, ograniczenie stosowania półproduktów,
- źródłem białka w diecie dziecka powinny być nabiał, chude mięso i wędliny oraz rośliny strączkowe,
- nie wolno uczyć dziecka, że jedzenie jest formą nagrody,
- gdy dziecko czeka na posiłek, ale jest bardzo głodne, np. po powrocie ze szkoły, należy podać mu owoc, jogurt naturalny, surówkę, czyli coś o małej gęstości odżywczej, by mogło doczekać podania docelowego posiłku,
- wspólne aktywne spędzanie czasu wolnego całej rodziny, wzmacnianie naturalnej potrzeby ruchu u małych dzieci, aktywność fizyczna z rówieśnikami, zajęcia sportowe regularne, zorganizowane,
- wspólne zakupy spożywcze połączone z edukacją i podejmowaniem odpowiednich wyborów żywieniowych,
- w domu nie powinno być produktów zakazanych, żeby dziecko nie odczuwało zmiany diety jako kary („wszyscy jedzą słodczy, a ja nie mogę”) i nie będzie możliwe podjadanie.

DOBRE NAWYKI DLA CAŁEJ RODZINY:

- posiłki powinny być spożywane regularnie,
- razem przy stole siada cała rodzina,
- brak telewizora/smartfona/tableta przy stole (odwracają one naszą uwagę od tego, co jemy i nasz mózg nie rejestruje spożytego posiłku), podobnie szkodliwe jest podjadanie w czasie oglądania telewizji/filmu, w czasie nauki,

TABELA 4.

Normy energii dla niemowląt, dzieci i młodzieży, ustalone na poziomie średniego zapotrzebowania (EER) (Nowe normy: https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/12/Normy_zywienia_2020web-1.pdf)

| GRUPA/WIEK | MASA CIAŁA* (KG) | MJ/DOBE | | | | KCAL/DOBE | | | | |
|-------------------|------------------|--------------------------|-------------|--------|------|--------------------------|-------------|--------|--------|--------|
| | | AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA (PAL) | | DUŻA | | AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA (PAL) | | DUŻA | | |
| | | MAŁA | UMIARKOWANA | MAŁA | DUŻA | MAŁA | UMIARKOWANA | MAŁA | DUŻA | |
| Niemowlęta | | | | | | | | | | |
| 0-6 miesięcy | 6 | | 2,3 | | | | | 550 | | |
| 7-11 miesięcy | 9 | | 3,0 | | | | | 700 | | |
| Dzieci | | | | | | | | | | |
| 1-3 lata | 12 | | 4,3 | (1,40) | | | | 1000 | (1,40) | |
| 4-6 lat | 19 | | 5,8 | (1,50) | | | | 1400 | (1,50) | |
| 7-9 lat | 27 | 6,3 | 7,4 | (1,60) | 8,6 | (1,85) | 1550 | (1,35) | 1800 | (1,60) |
| Chłopcy | | | | | | | | | | |
| 10-12 lat | 38 | 8,7 | 10,0 | (1,75) | 11,5 | (2,00) | 2050 | (1,50) | 2350 | (1,75) |
| 13-15 lat | 54 | 10,9 | 12,5 | (1,80) | 14,4 | (2,05) | 2600 | (1,55) | 3000 | (1,80) |
| 16-18 lat | 67 | 12,4 | 14,2 | (1,85) | 16,6 | (2,15) | 3000 | (1,60) | 3400 | (1,85) |
| Dziewczęta | | | | | | | | | | |
| 10-12 lat | 38 | 7,6 | 8,8 | (1,70) | 10,2 | (1,95) | 1800 | (1,45) | 2100 | (1,70) |
| 13-15 lat | 51 | 8,7 | 10,1 | (1,75) | 11,6 | (2,00) | 2100 | (1,50) | 2450 | (1,75) |
| 16-18 lat | 56 | 8,9 | 10,4 | (1,75) | 11,9 | (2,00) | 2150 | (1,50) | 2500 | (1,75) |

* Prawidłowa masa ciała

Na podstawie „Normy żywienia dla populacji Polski” M. Jarosz, Instytut Żywności i Żywienia, 2020)

MODELOWY TALERZ W ŻYWIENIU DZIECI W WIEKU OD 1. DO 3. ROKU ŻYCIA

Do ułożenia zbilansowanej diety najmłodszych dzieci może służyć modelowy talerz żywniowy [37]. Wszystkie grupy produktów spożywczych mają tam swoje miejsce, podano również wielkość sugerowanej porcji.

TABELA 5.

Zalecane grupy produktów spożywczych, rekomendowana ilość i wielkość porcji oraz korzyści płynące z ich spożywania dla dzieci w wieku 1-3 lat [37]

| GRUPA PRODUKTÓW | REKOMENDOWANA DZIENNA ILOŚĆ PORCJI | KORZYŚCIE SPOŻYWANIA | WIELKOŚĆ PORCJI LUB PRZYKŁADY JEDNEJ PORCJI |
|-------------------------------------|--|--|--|
| Produkty zbożowe | 5 | Powinny być głównym źródłem energii i być dostarczane z produktów niskoprzetworzonych, w tym również z pełnego ziarnia. Są źródłem błonnika, witamin z grupy B, składników mineralnych; głównie fosforu, wapnia, selenu, miedzi, magnezu, molibdenu, manganu, chromu. W żywieniu dzieci poleca się urozmaicone gatunki pieczywa – pełnoziarniste, jasne i ciemne, różnego rodzaju kasze grube i drobne, płatki zbożowe. | <ul style="list-style-type: none"> 1 porcja to np. ½ szklanki płatków zbożowych, kromka chleba razowego, pół buki pełnoziarnistej, 2-3 łyżki kaszy gryczanej, ryżu lub makaronu (po ugotowaniu) |
| Warzywa | 5 | Są ważnym źródłem witamin (np. C, beta-karotenu, witamin z grupy B), składników mineralnych (potasu, magnezu, wapnia, manganu, miedzi, cynku, molibdenu, żelaza) i błonnika. Podczas ich wyboru warto kierować się sezonowością, a z miarówek warto korzystać zimą i wczesną wiosną. | <ul style="list-style-type: none"> 1 szklanka kalafiora/cukinii po ugotowaniu 1 mały pomidor, 1/2 papryki, 1-2 łyżki gotowanej czerwonej kapusty/buraczków |
| Owoce | 4 | Są źródłem ważnych witamin (np. C, beta-karoten), składników mineralnych (np. potas, miedź, żelazo, cynk, magnez, kobalt, wapń), związków organicznych ważnych dla zdrowia, antyoksydantów, błonnika ale również cukrów (fruktoza, glukoza, sacharaza). | <ul style="list-style-type: none"> 1 porcja to ½ szklanki malin, mała brzoskwinia, pół banana, 3 morele, małe jabłko <p>Zgodnie z najnowszymi zaleceniami [29] ilość soku w diecie dzieci powinna stanowić maksymalnie około połowy zalecanej dziennej porcji owoców i produktów owocowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> u dzieci w wieku 1-3 lat – 120 ml soku/dzień u dzieci w wieku 4-6 lat – 180 ml soku/dzień u starszych dzieci i nastolatków – 240 ml soku/dzień. |
| Mleko i przetwory mleczne | 3 | Są źródłem białka i wapnia potrzebnego do rozwoju mocnych kości i zębów. Zaleca się podawać dzieciom dziennie 2 porcje mleka oraz 1 porcję innych produktów mlecznych. | <p>1 porcja to np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 łyżeczki twarogu, 1 kubek mleka płynnego spożywczego o zawartości 2% lub 3,2% tłuszczu lub mleka modyfikowanego dla starszych dzieci (mleko modyfikowane typu Junior dzięki zawartości m.in. wapnia, żelaza i witaminy D pomaga uzupełnić dietę w te składniki) 1 plasterek sera żółtego (lub 1 łyżeczka tartego) |
| Mięso, drób, ryby, jaja | 1-2 | Mięso w diecie dzieci jest ważnym źródłem pełnowartościowego białka, witamin z grupy B, w tym witaminy B12, żelaza hemowego (bardzo dobrze przyswajalnego), cynku oraz wielu pierwiastków śladowych; tłuste ryby morskie zawierają długołańcuchowe wielonienasycone kwasy tłuszczowe (LC-PUFA) i jod. Ryby należy podawać 1-2 razy w tygodniu. Jaja są źródłem pełnowartościowego białka, tłuszczu, białek, biopierwiastków, witamin rozpuszczalnych w tłuszczach oraz innych składników o aktywności biologicznej m.in. lecytyny. Tygodniowo można podać dziecku 3-4 jaja (średnio pół jajka dziennie). | <p>1 porcja to np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ½ piersi z kurczaka, ½ jajka, 1 plasterek wędliny lub cienki plaster pieczonej ryby |
| Tłuszcze | 1-2 | Źródło energii i kwasów tłuszczowych, zwłaszcza długołańcuchowych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, np. DHA jest niezbędny do rozwoju mózgu i siatkówki oka. | <p>1 porcja to np.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 łyżeczka oliwy z oliwek lub oleju rzepakowego czy 1 łyżeczka masła |
| Woda, najlepiej niskomineralizowana | U dzieci w wieku 1-3 lat zapotrzebowanie na płyn wynosi ok. 1300 ml na dobę. | Woda powinna być zawsze dostępna, dobrej jakości, bez dodatków smakowych i słodzących | Ok. 5 szklanek |

- brak zabawek przy stole,
- spożywanie posiłku w miłej, spokojnej atmosferze,
- jak najwcześniej dziecko powinno zjadać posiłki samo w asyście rodzica – ważna jest nauka świadomego jedzenia (rozpoznawanie przez dziecko konsystencji, struktury czy temperatury oraz powolne przeżuwanie posiłku pozwoli na łatwiejsze uzyskiwanie świadomości głodu i sytości),
- potrawy powinny być kolorowe, atrakcyjne, o właściwej temperaturze,
- należy dążyć do serwowania dziecku posiłków o różnych konsystencjach już w czasie rozszerzania diety w okresie niemowlęcym – stopniowe przechodzenie od konsystencji płynnej poprzez papkowatą do stałej z drobnymi cząstkami.

Najczęściej popełniane błędy żywieniowe u najmłodszych dzieci według badania PITNUTS 2016 [27]:

- duży jest odsetek dzieci karmionych w nocy po 1. roku życia i otrzymujących przekąski między posiłkami,
- duży udział cukru i słodczy w diecie,
- wykazano, że dieta dzieci w wieku 1–3 lat jest nieprawidłowo zbilansowana: niedobór witaminy D dotyczył 94% dzieci, niedobór wapnia 42%, niedobór jodu 28%, niedobór długotańcuchowych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (LC PUFA) 99%,
- niewystarczające jest spożycie mleka i produktów mlecznych, warzyw, owoców oraz ryb w dietach dzieci w wieku poniemowlęcym,
- częste spożycie posiłków dodatkowych podawanych przed snem.

MODELOWY TALERZYK ŻYWIENIOWY [37]



PIRAMIDA ŻYWIENIOWA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY W WIEKU OD 4 DO 18 LAT

Dla dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym dedykowana jest piramida żywieniowa, która została ostatnio uzupełniona [28, 29, 38]. Jej główne założenia to:

- zjadanie regularnie 5 posiłków,
- częste picie wody oraz mycie zębów po jedzeniu,
- jedzenie różnorodnych warzyw i owoców w większych ilościach,
- włączenie do diety produktów zbożowych, zwłaszcza pełnoziarnistych,
- wypijanie co najmniej 3–4 szklanek mleka dziennie, które można zastąpić jogurtem naturalnym, kefirem i – częściowo – serem,
- włączenie do diety chudego mięsa, ryb, jaj, nasion roślin strączkowych,
- wybieranie tłuszczów roślinnych zamiast zwierzęcych,
- ograniczenie do zera spożywania słodkich napojów oraz słodczy,
- nieużywanie soli,
- unikanie spożywania słonych przekąsek i produktów typu fast food,
- zwiększenie aktywności fizycznej do co najmniej godziny dziennie,
- ograniczenie czasu ekranowego do 2 godzin dziennie,
- dbanie o odpowiednią ilość i jakość snu (odpowiednia do wieku liczba godzin),
- regularne pomiary masy ciała i wysokości.



PIRAMIDA ZDROWEGO ŻYWIENIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

dla dzieci i młodzieży pod kierunkiem: prof. dra hab. med. Mirosława Jarosza, Instytut Żywności i Żywienia, www.ncez.pzh.gov.pl [44]

Najważniejsze zasady żywienia młodszego dziecka (rycina powstała na podstawie artykułu autorów Mika-Stępkowska i Jarosława Kierkuś [45])

| |
|---|
| dieta ma być różnorodna i uwzględniać produkty spożywcze z różnych grup (modelowy talerz i piramida żywienia) |
| dziecko powinno zjadać regularnie 4–5 posiłków dziennie |
| przerwy pomiędzy posiłkami powinny być równomierne ok. 3–4 godzin |
| nie serwuj dziecku przekąsek (zwłaszcza słodczy i słodkich napojów), które zmniejszają apetyt na właściwe posiłki |
| wielkość posiłku powinna być dostosowana do potrzeb dziecka |
| unikaj używania soli i cukru do przygotowywania posiłków dla dziecka |
| unikaj rozpraszaczy w czasie posiłku (zabawki i telewizja lub smartfon) |
| nie namawiaj dziecka do jedzenia dużych porcji – kieruj się zasadą „Rodzic/opiekun decyduje, co dziecko zje oraz kiedy i jak jedzenie będzie podane. Dziecko decyduje, czy posiłek zje i ile zje” |
| nie przedłużaj trwania posiłku ponad 30 minut |
| nie poddawaj się, kiedy dziecko nie akceptuje nowego produktu, należy mu go podawać wiele razy |
| jeżeli dziecko ma problem ze spożyciem np. warzyw, dawaj mu wybór pomiędzy 2 zdrowymi produktami |
| dieta dziecka powinna składać się z produktów wysokiej jakości |

JAKIE SĄ PRZYCZYNY NIECHĘCI DO WARZYW?

Wszystko zależy od wieku dziecka. Najwięcej można osiągnąć u niemowląt i to jest czas, kiedy należy rozpoczynać poznawanie nowych smaków. W badaniu przeprowadzonym z udziałem 103 zdrowych niemowląt stwierdzono, że niemowlęta rozpoczynające rozszerzanie diety od warzyw jadły ich znacznie więcej w późniejszym etapie życia niż te, które rozpoczynały od owoców [30].

Jeżeli ten proces został zakłócony lub zaniedbany, nauka jedzenia warzyw jest trudniejsza, ale nie niemożliwa – czasem trzeba zastosować przeróżne triki i „dogadać się” z dzieckiem. Niekiedy może pomóc wspólne gotowanie lub dawanie dziecku wyboru z 2 lub 3 przygotowanych warzyw – daje to dziecku poczucie, że ono wybiera i jest ważne (a tak naprawdę robi to rodzic).

POMYSŁY JAK SPRAWIĆ, ABY DZIECI JADŁY WIĘCEJ WARZYW

Warzywa są istotnym składnikiem codziennej diety. Dostarczają organizmowi witamin, składników mineralnych, błonnika, a także naturalnych przeciwutleniaczy. Niestety część dzieci ich nie lubi i nie zjada. W poradni endokrynologicznej zdarzają się 10-latki, które zapytane, jakie warzywa zjadają, mówią tylko o ziemniakach i jabłkach.

- spożywanie warzyw w ciąży i podczas karmienia piersią – to wpływa na preferencje smakowe dziecka. Dieta kobiety w trakcie laktacji ma istotne znaczenie w poznawaniu nowych smaków i kształtowaniu preferencji dziecka. Efekt ten występuje,

zwłaszcza jeśli w diecie matki obecne są warzywa o specyficznym smaku [31–33].

- osvajanie ze smakiem warzyw jak najwcześniej, zgodnie ze schematem żywienia [29] rozszerzanie diety powinno się rozpocząć nie wcześniej niż od 17. t.ż. (początek 5. m.ż.) i nie później niż w 26. t.ż. (początek 7. m.ż.), najlepiej od zielonych warzyw – niemowlę jest wtedy najbardziej otwarte na nowe smaki i efekty tej nauki utrzymują się dłużej, wówczas mleko mamy lub modyfikowane zaspokaja potrzeby żywieniowe niemowlęcia, więc wystarczy tylko łyżeczka warzyw,

- zwiększanie porcji warzyw na talerzu – szansa na to, że więcej zostanie zjedzone,
- stopniowe oswajanie smaku – dziecku należy proponować nowe nieznanne warzywa i inne produkty nawet kilkunastokrotnie, aby można stwierdzić, czy zostaną zaakceptowane do jadłospisu,
- kolorowo i atrakcyjnie podane nowości mogą być szybciej zjedzone, na pięknym talerzyku lub w specjalnym pojemniczku (np. prezencie od lubianej osoby),
- dobrze, gdy rodzic daje przykład – można rozpocząć od warzyw, które lubisz,
- przygotowując warzywa należy unikać dodatku soli, można za to korzystać z bogactwa ulubionych przypraw ziołowych,
- bardzo dobry argument w rozmowie z dzieckiem: „Každy kolor warzywa to inna witamina, a powinniśmy jeść różne witaminy” – sięganie po różne rodzaje warzyw, różniące się od siebie kolorami, pozwala na urozmaicenie diety i dostarczanie do organizmu witamin i składników mineralnych.

DIETA W SZKOLE I PRZEDSZKOLU

Są sytuacje, kiedy część posiłków dziecko zjada poza domem. Obecnie w placówkach oświatowych obowiązują coraz lepsze standardy żywienia. Niemniej potrzebna jest rozmowa z opiekunami o naszych oczekiwaniach. W przedszkolu najczęściej śniadania są serwowane w postaci dużego talerza z kanapkami. Wówczas dzieci z małym apetytem sięgną po 1 kanapkę, a te z większym – po kilka. Tu jest pole do modyfikacji, gdyż czasami ta jedna kanapka jest wystarczająca, natomiast można dziecku dołożyć warzywa czy biały serek (czasem także przyniesione z domu). Podobnie w czasie obiadu w ramach przystawki „repety” można dodać warzywa lub owoce. Nawet pierogi czy spaghetti powinny mieć dodatek warzyw lub surówki. Wskazane jest dawanie dziecku zapasu wody do szkoły. W pojemniku mogą znaleźć się ćwiartki jabłka, słupki marchewki, rzodkiewki czy pomidorki koktajlowe.

Przykładowe dania, które mają zachęcić dzieci do spożywania większej ilości warzyw [materiał własny]

koktajle owocowo-warzywne

muffinki pełnoziarniste z warzywami

racuchy na mące pełnoziarnistej smażone na kilku kroplach oleju z warzywami (papryka, brokuły, pieczarki, kukurydza) i kurczakiem, odrobina sera

słupki z warzyw typu kalarepa, marchewka, papryka + dip jogurtowy z ziołami

zupy z miksowanymi warzywami (kremy), zupy jarzynowe, krupniki

sos do makaronu typu spaghetti z dodatkiem miksowanej papryki, cukinii

warzywa na patelnię z dodatkiem ulubionych ziół

ryż z podgotowanymi warzywami (papryka, brokuły, kukurydza itp.) i indykiem lub kurczakiem

leczo z cukinii i papryki lub bigos z chudym mięsem

kolorowe kanapki

surówka z marchewki i jabłka, którą lubi większość dzieci

ulubione warzywa do kanapki do szkoły

frytki z warzyw: marchewka, seler, batat, burak, korzeń pietruszki, kalarepa z olejem i ziołami

makaron z warzyw

sos czosnkowy z ogórkiem na gęstym jogurcie naturalnym

kasze, np. gryczana, jęczmienna, bulgur, makaron pełnoziarnisty z dodatkiem gulaszu warzywnego lub warzywno-mięsnego

tortilla z miksem sałat, kurczakiem, pomidorem, ogórkiem, jajkiem, z dodatkiem serka naturalnego i ziół

sałatki warzywne i z dodatkiem ugotowanej kaszy, np. bulgur, sałatki warzywne z owocami, np. truskawkami, ananasem

warzywne burgery pieczone w piecu

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Podstawową przyczyną otyłości jest dysproporcja pomiędzy dostarczoną z pożywieniem energią a wydatkiem energetycznym, którego znaczną część powinna stanowić aktywność fizyczna [34].

Tylko zwiększona aktywność fizyczna pozwala na redukcję masy ciała i jej utrzymanie na odpowiednim poziomie. Od wielu lat nasila się problem siedzącego trybu życia, który został spotęgowany przez gry komputerowe, korzystanie z internetu oraz pracę i naukę zdalną. Tradycyjne miejsca zabaw (parki, boiska, podwórka) zastąpiło spędzanie czasu w domu, w bezruchu. Dzieci nie spotykają się ze sobą w tych miejscach, tylko w rzeczywistości wirtualnej. Aktywnie czas wolny spędza jedynie kilka procent rodzin. Najczęściej są to wycieczki piesze, jazda na rowerze.

Prawidłowa aktywność fizyczna pozwala na obniżenie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych poprzez obniżanie ciśnienia tętniczego, obniżanie poziomu cholesterolu LDL, trójglicerydów, wzrost „dobrego” cholesterolu HDL, poprawę insulinowrażliwości tkanek. Dodatkowo wpływa także na zwiększenie tempa przemiany materii, wzrost pojemności życiowej płuc, polepszenie koordynacji ruchowej. Nawet niewielki wysiłek fizyczny wpływa na poprawę samopoczucia, redukuje stres i może pomagać w funkcjonowaniu osób z nadrucholiwością [34, 35].

Nieaktywny, siedzący tryb życia jest trudny do zmiany. Dzieci z otyłością początkowo mogą mieć problemy z wydolnością organizmu, szybko się męczyć. Konieczne jest dostosowanie aktywności sportowych do możliwości dziecka, jego wytrenowania. Budowanie prawidłowej kondycji musi odbywać się powoli. Należy rozpocząć od 30-minutowego wolnego spaceru – ważne, aby odbywał się codziennie (usprawiedliwienie stanowi tylko ekstremalna pogoda). Przy złej ogólnej kondycji organizmu takie postępowanie będzie bezpieczniejsze dla narządu ruchu i układu sercowo-naczyniowego. Następnie stopniowo należy ten spacer wydłużać do zalecanych 60 minut. Dla lepszej motywacji można zrobić w domu „dyżury spacerowe” dla rodziców i rodzeństwa lub na przykład zastosować tabelę, w której zapisywane będą wszystkie osiągnięcia „sportowe”. Po okresie wolnych spacerów można przyspieszyć ich tempo oraz dołączyć tzw. podbieganie (marszobiegi – zmienne tempo poprawia pracę serca). Dodatkowo można zaproponować dziecku inne aktywności, np. jazdę na rowerze, rolkach, bieganie, gry zespołowe na świeżym powietrzu. Bardzo korzystne także dla układu kostno-szkieletowego i poprawy wydolności jest pływanie. Nie zaleca się natomiast ćwiczeń siłowych do czasu pełnego ukształtowania układu kostnego [15, 36].

Praktyczne wskazówki dotyczące aktywności fizycznej [materiał własny]

zaczynamy od codziennych spacerów z rodzicem lub rodzeństwem – można ustalić plan współpracy na miesiąc z góry

młodsze dzieci należy angażować do spacerów (30–60 minut na świeżym powietrzu), policzalne ćwiczenia np. w formie zabawy

starsze mogą być zmotywowane poprzez gry zespołowe, ale zawsze dostosowane do ich możliwości

zapisanie dziecka na zajęcia zorganizowane może zapobiegać zniechęceniu i zapominaniu o aktywności – zajęcia powinny być dostosowane do aktualnej kondycji

zapisywanie w specjalnej tabeli lub kalendarzu pomaga w systematyczności – można zastosować system nagród za realizację planu

można w domu ćwiczyć z dzieckiem z podpowiedzią youtuberów – taniec, aerobik itp., dostosowane do wieku i możliwości rodzica i dziecka

wspólne ćwiczenia w formie zabawy z rodzicem i rodzeństwem – to także możliwość rozwijania więzi i prawidłowej atmosfery w domu

członkowie rodziny powinni się wzajemnie mobilizować do aktywności

pochwały, pochwały, pochwały...

U najmłodszych dzieci należy wzmacniać naturalną potrzebę ruchu chociażby poprzez wizyty na placu zabaw i spacery. Najważniejsze jest dawanie dziecku dobrego przykładu i wspólne uprawianie sportu.

W zimie mogą to być także ćwiczenia „gimnastyczne” w domu i np. nauka tańca poprzez platformy internetowe. Aktywność fizyczna od najmłodszych lat powinna dziecku kojarzyć się z radością i przyjemnością.

DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Szczególną grupą pacjentów są dzieci z chorobami powodującymi różne rodzaje niepełnosprawności. Niektóre zespoły genetyczne zwiększają predyspozycję do występowania otyłości m.in. poprzez wzrost apetytu. Dodatkowo niepełnosprawność ruchowa powoduje mniejszą aktywność fizyczną. U tych dzieci najważniejsza jest profilaktyka już od najwcześniejszych lat życia. W tej sytuacji konieczne jest jeszcze większe zaangażowanie rodzica. Niejednokrotnie proste zabiegi pod postacią codziennych spacerów (60 minut) oraz zwiększenia ilości warzyw w diecie i ograniczenia ilości słodyczy pozwalają osiągnąć sukces i stopniowo zmniejszyć masę ciała. W przypadku niektórych zaburzeń genetycznych konieczne jest dodatkowe leczenie specjalistyczne.

W przypadku dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i nadwrażliwościami jamy ustnej lub na smaki czy zapachy konieczna może być pomoc neurologopedy lub terapeuty integracji sensorycznej. Wskazane jest w miarę możliwości używanie przez dziecko szczoteczki elektrycznej do mycia zębów wraz z delikatnym masażem okolicy ust, podniebienia, języka, policzków. Bardzo trudno jest przekonać tych pacjentów do zmiany diety, czasem przydają się argumenty naukowe np. w przypadku dzieci wysokofunkcjonujących (o witaminach, mikroelementach). Do tzw. „przemycania warzyw” służą wszystkie opisane wyżej sposoby. Czasem za wystarczający sukces należy potraktować spożywanie 1–2 warzyw i spacery.

PODSUMOWANIE

Otyłość i nadwaga to obecnie problem populacyjny. Konieczne jest zatem wdrożenie działań profilaktycznych już w wieku niemowlęcym i wczesnodziecięcym. Istnieje wiele poradników i pozycji literatury fachowej ogólnodostępnej, które mogą pomóc w popularyzacji wiedzy o prawidłowym odżywianiu. Tylko świadomi rodzice mogą pomóc swojemu dziecku.

Lekarz opiekujący się dzieckiem ma przed sobą ważne zadanie – wspomaganie rodziców we wdrażaniu zdrowego stylu życia od najmłodszych lat. Dodatkowo to lekarz ma za zadanie kontrolować stan zdrowia dzieci, prawidłowość wzrastania, monitorować jego przebieg na siatkach centylowych i w razie potrzeby skierować do poradni specjalistycznych. Właściwe przekazanie informacji rodzicom, zmotywowanie do działania jest gwarantem sukcesu dziecka w zmaganiach z nadmierną masą ciała i może pomóc w zapobieganiu poważnym powikłaniom.



PIŚMIENNICTWO

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [online].
2. Pietrzak A: Otyłość dziecięca w perspektywie psychospołecznej. Rola edukacji żywieniowej. *Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce* 2020; 15: 23-37.
3. <https://www.unicef.org/media/92336/file/Programming-Guidance-Overweight-Prevention.pdf> [online].
4. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), based on Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017; 390(10113): 2627-2642.
5. <http://ncdrisc.org/obesity-prevalence-projection-map.html> [online].
6. Olszanecka-Glinianowicz M, Dudek D, Filipiak KJ et al.: Leczenie nadwagi i otyłości w czasie pandemii i po jej zakończeniu. Nie czekajmy na rozwój powikłań – nowe wytyczne dla lekarzy. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce* 2020; 6(1): 1-14.
7. Fichna P, Skowrońska B: Otyłość oraz zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży. *Family Medicine & Primary Care Review* 2008; 10(2): 269-278.
8. Clayton PE, Cianfarani S, Czernichow P et al.: Management of the child born small for gestational age through to adulthood: a consensus statement of the International Societies of Pediatric Endocrinology and the Growth Hormone Research Society. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92(3): 804-810.
9. Pyrzak B, Walczak M (red.): *Endokrynologia wieku rozwojowego*. Wyd. 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
10. Domin A, Mazur A, Mazur-Tylek M, Mazur A: Algorytm diagnostyki i leczenia otyłości u dzieci. *Pediatrics po Dyplomie* 2018; 22(4): 7-17.
11. Cuda SE, Censani M: Pediatric Obesity Algorithm: A Practical Approach to Obesity Diagnosis and Management. *Front Pediatr* 2018; 6: 431.
12. Przybysz M, Rymaszewska-Syrca D, Nastaj M et al.: Częstość zespołu metabolicznego u dzieci z otyłością prostą. *Endokrynologia Pediatryczna* 2009; 2(27).
13. <https://młodzilekarzrodzinni.pl/wp-content/uploads/2020/01/Zasadypostępowaniawnadwazieotylości2018-1.pdf> [online].
14. Olszanecka-Glinianowicz M (red.): *Obesitologia kliniczna*. Alfa-Medica Press, Bielsko-Biała 2021.
15. Domin A, Gramatyka-Drażek E, Dąbek N, Mazur A: Otyłość – diagnostyka i leczenie. *Analiza Przypadków w PediatrII* 2021; 3: 9-25.
16. www.1000dni.pl [online].
17. Karney A: Konferencja IMiD_Czy_to_prawda_ze_w_Polsce_jest_coraz_wiecej_otylych_dzieci.pdf [online].
18. Gramatyka-Drażek E, Domin A, Dąbek N et al.: Kiedy rozpoznać otyłość prostą, a kiedy szukać rzadkich przyczyn? *Pediatrics po Dyplomie* 2020; 3.
19. Kędzior A, Jakubek-Kipa K, Brzuszek M, Mazur A: Trendy w występowaniu nadwagi i otyłości u dzieci na świecie, w Europie i w Polsce. *Endokrynol Ped* 2017; 1(58): 41-48.
20. Simmonds M, Llewellyn A, Owen C, Woolacott N: Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2016; 17(2): 95-107. Epub 2015 Dec 23.
21. Sahoo K, Sahoo B, Choudhury A et al.: Childhood obesity: causes and consequences. *J Family Med Prim Care* 2015; 4(2): 187-192.
22. Oblacińska A: *Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2013.
23. Izdebski P, Rucińska-Niesyn A: Psychologiczne uwarunkowania otyłości u dzieci – rola rodziny. *Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy. Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji* 2009; 4: 149-159.
24. Lech M, Ostrowska L: Psychologiczne aspekty otyłości. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2017; 8(2): 63-70.
25. <https://ebook.ecog-obesity.eu/chapter-psychological-assessment-disturbances/psychological-assessment-of-the-obese-child-and-adolescents-principles/> [online].
26. Jarosz M, Rychlik E, Stoś K, Charzewska J (red.): *Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie*. PZH 2020.
27. Weker H (red.): Raport z badania: „Kompleksowa ocena sposobu żywienia dzieci w wieku od 5. do 36. miesiąca życia. – badanie ogólnopolskie 2016 rok”. PITNUTS 2016. Warszawa 2017.
28. Weker H (red.): *Żywienie i aktywność fizyczna dzieci w wieku przedszkolnym*. Zeszyty 3 i 4 [dostęp online: 20.03.2022].
29. Szajewska H, Socha P, Horvath A et al.: *Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci*. *Stand Med Pediatr* 2021; 11: 805-822.
30. Barends C, Vries J de, Mojet J, Graaf C de: Effects of repeated exposure to either vegetables or fruits on infant's vegetable and fruit acceptance at the beginning of weaning. *Food Quality and Preference* 2013; 29(2).
31. Mennella JA, Johnson A, Beauchamp GK: Garlic ingestion by pregnant women alters the odor of amniotic fluid. *Chem Senses* 1995; 20: 207-209.
32. Hausner H, Nicklaus S, Issanchou S et al.: Breastfeeding facilitates acceptance of a novel dietary flavour compound. *Clin Nutr* 2010; 29(1): 141-148.
33. Beauchamp GK, Mennella JA: Early flavor learning and its impact on later feeding behavior. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009; 48: 25-30.
34. <https://ebook.ecog-obesity.eu/chapter-energy-expenditure-physical-activity/> [online].
35. Plewa M, Markiewicz A: Aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu otyłości. *Endokrynol Otył Zab Przem Mat* 2006; 2(1): 30-37.
36. Ostrega W: *Aktywność fizyczna jako kluczowy element zdrowego stylu życia*. IMiD, Warszawa 2017.
37. Weker H, Rowicka G, Dyląg H et al. (red.): *Poradnik Żywienia dziecka w wieku od 1. do 3. roku życia*. Instytut Matki i Dziecka, Zakład Żywienia, Warszawa 2020.
38. Skrzypek M, Krzyszycha RM, Goral K et al.: Postępowanie żywieniowe w leczeniu otyłości u dzieci i młodzieży. *Med Og Nauk Zdr* 2021; 27(1): 13-22.
39. Kułaga Z, Róźdzysłowska A, Palczewska I et al.: Grupa Badaczy OLAF: Siatki centylowe wysokości, masy ciała i wskaźnika masy ciała dzieci i młodzieży w Polsce – wyniki badania OLAF. *Standardy Medyczne, Pediatrics* 2010; 7: 690-700.
40. Jarosz M, Wolnicka K, Kłosowska J: Czynniki środowiskowe związane z występowaniem nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. *Postępy Nauk Medycznych* 2011; XXIV(9).
41. Motevalli M, Drenowatz C, Tanous DR et al.: Management of Childhood Obesity – Time to Shift from Generalized to Personalized Intervention Strategies. *Nutrients* 2021; 13: 1200.
42. Męccekalski B, Czyżyk A, Warenik-Szymankiewicz A: Rola genów w powstawaniu nadwagi i otyłości. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2008; 5(1).
43. Yi DY, Kim SC, Lee JH et al.: Clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of pediatric obesity: recommendations from the Committee on Pediatric Obesity of the Korean Society of Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition Guideline. *Korean J Pediatr* 2019; 62(1): 3-21.
44. <https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/03/piramida-dla-dzieci-i-młodziezy-opis.pdf>
45. Mika-Stępkowska P, Kierkuś J, Zalecenia żywienia dzieci – profilaktyka otyłości, *Pediatrics po Dyplomie* 2020; 3.

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe PWN S.A., PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2022



Wszystkie prawa zastrzeżone.

Przedruk i reprodukcja w jakiegokolwiek postaci całości bądź części książki bez pisemnej zgody wydawcy są zabronione.

Autor i Wydawnictwo dołożyli wszelkich starań, aby wybór i dawkowanie leków w tym opracowaniu były zgodne z aktualnymi wskazaniami i praktyką kliniczną. Mimo to, ze względu na stan wiedzy, zmiany regulacji prawnych i nieprzerwany napływ nowych wyników badań dotyczących podstawowych i niepożądanych działań leków, Czytelnik musi brać pod uwagę informacje zawarte w ulotce dołączonej do każdego opakowania, aby nie przeoczyć ewentualnych zmian we wskazaniach i dawkowaniu. Dotyczy to także specjalnych ostrzeżeń i środków ostrożności. Należy o tym pamiętać, zwłaszcza w przypadku nowych lub rzadko stosowanych substancji.

Wydawca: Patrycja Ziętek, Monika Dyjak
Redakcja merytoryczna: Zespół
Producent: Anna Bączkowska
Specjalista ds. Kluczowych Klientów: Monika Gramek

Projekt okładki i wnętrza oraz opracowanie rycin: P76 Studio
Zdjęcie na I stronie okładki: <https://pl.123rf.com/>

Wydanie I
Warszawa 2022

Wydawnictwo Naukowe PWN S.A.
02-460 Warszawa, ul. Gottlieba Daimlera 2
tel. 22 695-43-21
www.pwn.pl

Biuro Reklamy i Sprzedaży B2B
Wydawnictwo Naukowe PWN S.A.
e-mail: br.pzwl@pwn.pl



Skład i łamanie: P76 Studio

Wydawnictwo Naukowe PWN S.A. nie ponosi odpowiedzialności za treść materiału zamieszczonego na stronie okładkowej IV.

Materiał przeznaczony dla pracowników służby zdrowia



Wydawnictwo Naukowe PWN
Infolinia: 801 33 33 88
www.pwn.pl

WSPARCIE PRAWIDŁOWEGO ROZWOJU DZIECKA PO 1. ROKU ŻYCIA

2 kubki po 200 ml
BEBIKO JUNIOR 3 dziennie pomagają pokryć zapotrzebowanie na ważne składniki odżywcze.

Dostarczają¹:

- ✓ blisko **90% witaminy D**
- ✓ blisko **75% żelaza**
- ✓ ponad **70% wapnia i jodu**



Mleka modyfikowane przeznaczone dla dzieci w wieku **1-3 lat**, mogą być stosowane **jako część strategii zwiększania spożycia²**:

- ✓ żelaza,
- ✓ witaminy D,
- ✓ wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (omega-3), czyli składników często deficytowych w tej grupie wiekowej.

Zmniejszają spożycie białka w porównaniu do mleka krowiego².



POWYŻEJ 1. ROKU ŻYCIA

3

POWYŻEJ 2. ROKU ŻYCIA

4

POWYŻEJ 2,5. ROKU ŻYCIA

5



Bebiko Junior 3 NUTRiflor Expert tak jak inne mleka modyfikowane po 1. roku zawiera ALA (omega-3) niezbędny do prawidłowego rozwoju mózgu i tkanki nerwowej, wapń i witaminę D niezbędne do prawidłowego rozwoju kości i zębów oraz żelazo i jod wspierające prawidłowy rozwój poznawczy.

1. Dziennego zapotrzebowania dla dzieci w wieku 1-3 lat zgodnie z: Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie pod red. M. Jarosz i in. NIZP-PZH, 2020.

2. Hojsak I., Bronsky J., Campoy C. i wsp.: ESPGHAN Committee on Nutrition. Young Child Formula: A Position Paper by the ESPGHAN Committee on Nutrition, J Pediatr Gastroenterol Nutr 2018; 66: 177-185.