

<https://doi.org/10.52449/1857-4114.2022.40-2.15>

CZU: 615.825:612.3-053.2

MANAGEMENTUL TRATAMENTULUI KINETOTERAPEUTIC LA COPII SUPRAPONDERALI

Savițchi Svetlana¹
<https://orcid.org/0000-0002-8351-2655>
¹Universitatea de Stat de Educație Fizică și Sport, Chișinău, Republica Moldova

Rezumat. Obezitatea infantilă rămâne o preocupare importantă pentru sănătatea publică, iar programele de prevenire ar trebui să fie prioritare pentru a reduce prevalența obezității. Din ultimul deceniu, a fost raportată o creștere semnificativă a prevalenței excesului de greutate și a obezității în rândul copiilor. Activitatea fizică scăzută, lipsa unei activități sportive sunt motive teoretice pentru a favoriza utilizarea kinetoterapiei, chiar dacă rezultatele pozitive ale kinetoterapiei asupra morbidității fără însoțirea unui plan nutrițional sunt o chestiune de dezbatere.

Managementul tratamentului kinetoterapeutic pentru copii ar trebui să fie personalizat, iar vârsta, sexul, gradul de obezitate, riscuri individuale pentru sănătate cât și caracteristici psihocomportamentale și rezultatul încercărilor anterioare de scădere în greutate ar trebui luate în considerare. Este necesar să se stabilească obiective realiste înainte de a începe tratamentul kinetoterapeutic. Ambii medicul și pacientul ar trebui să știe că o pierdere în greutate de 5-15% reduce semnificativ riscurile pentru sănătate legate de obezitate. Așteptări nerealiste cu privire la pierderea în greutate pot duce frecvent la eșecul managementului.

Cuvinte-cheie: kinetoterapie, obezitate, supraponderabilitate, management, recuperare, tratament.

Introducere. Obezitatea infantilă este o boală complexă cauzată de o multitudine de factori și este asociată cu o gamă largă de comorbidități. Această complexitate face ca proiectarea să fie dificilă intervențiile și testarea abordărilor de tratament – în special în ceea ce privește rezultatul ar trebui să fie utilizat ca criteriu de succes. O serie de strategii identificate utilizate pentru recuperarea obezității infantile variază începând de la stilului de viață, farmacoterapie. Regimul nutrițional al copiilor și adolescenților obezi ar trebui să vizeze asigurarea unei creșteri și dezvoltări adecvate prin reducerea acumulării excesive de masă de grăsime, evitarea pierderii masei corporale slabe, să-și îmbunătățească respectul de sine cât și recâștigăarea a greutateii corporale. Managementul tratamentului recuperator implică modificări de comportament, suport familial și modificări ale stilului de viață care sunt dificil de pus în practică și pot necesita implicarea echipei profesionale multidisciplinare. Managementul programei kinetoterapeutice la copii cu supraponderabilitate va fi de pierdere în

greutate prin obținerea unui echilibru energetic deficitar. Sudiile confirmă că regimul alimentar este mai eficient în realizarea pierderii în greutate atunci când sunt combinate cu alte forme ale kinetoterapiei, cum ar fi creșterea nivelului de activitate fizică și / sau intervenții psihologice pentru a promova schimbările comportamentale. Consultațiile psihologice au fost utilizate într-un efort de a realiza menținerea pe termen lung a schimbărilor comportamentale [2, p. 240]. Recuperarea obezității ar trebui să implice o combinație de modificări ale stilului de viață, inclusiv strategii de reducere a aportului de energie, de creștere a activității fizice, de micșorare a activităților sedentare, de facilitare a implicării familiei și de schimbare a comportamentelor asociate cu alimentația și activitatea fizică. Cu toate acestea, planul nutrițional la copiii obezi nu trebuie utilizată ca tratament izolat, ci ca complementară tratamentelor tradiționale de activitate fizică și modificări ale stilului de viață [9, p. 1001].

Deși pierderea în greutate sau stabilizarea reprezintă o țintă rezonabilă, aceasta poate fi

excesivă simplist deoarece obezitatea infantilă este un fenotip complex care este asociat cu multiple comorbidități concomitente. Studiile clinice sugerează că aproape 50% dintre copiii care sunt obezii prezintă hipertensiune arterială pre- sau gradul 1 sau 2, alți 29% au dislipidemie, 44% au grăsime în ficat, iar 74% prezintă și mai mult de grăsime corporală (Figura 1). În plus, copiii care sunt obezi sunt expuși riscului cardiovascular grav, complicații endocrinologice, ortopedice și psihologice care sunt prezente sau nu sunt încă evidente clinic. Alte complicații progresează insidios și apar în perioada adolescenței târzii și a vârstei adulte tinere [4, p. 276].

Kinetoterapia în obezitate începe întotdeauna cu managementul stilului de viață și poate include activitatea fizică combinată cu planul nutrițional. Stabilirea unui obiectiv inițial de pierdere în greutate de 10% pe parcursul a 6 luni este o țintă realistă, urmată de un management pe termen lung [6, p. 191].

Părinții lumii moderne se confruntă cu una dintre cele mai mari probleme, adică luarea excesivă în greutate a copiilor. Cei care au încă

din primii ani de viață câteva kilograme în plus, sunt predispuși să se confrunte cu probleme ce țin de obezitate la vârsta adolescenței sau la maturitate. Obezitatea tratată prin kinetoterapie este un subiect popular. Supraponderabilitatea sau obezitatea este o afecțiune caracterizată de creșterea greutății corporale peste nivelul optim, prin depozitarea în exces a țesutului adipos, reflectând existența unor puternice dezechilibre hormonale în corp [7, p. 120].

Scopul cercetării constă în optimizarea managementul tratamentului kinetoterapeutic la copii supraponderali.

Obiective:

1. Determinarea eficienței managementului kinetoterapeutic la copii supraponderali.

2. Studiul teoriei și practicii procesului de recuperare la copii supraponderali prin mijloace kinetoterapeutice.

Ipoteza lucrării se presupune că managementul eficient a kinetoterapeutice contribuie la recuperarea copiilor supraponderali.

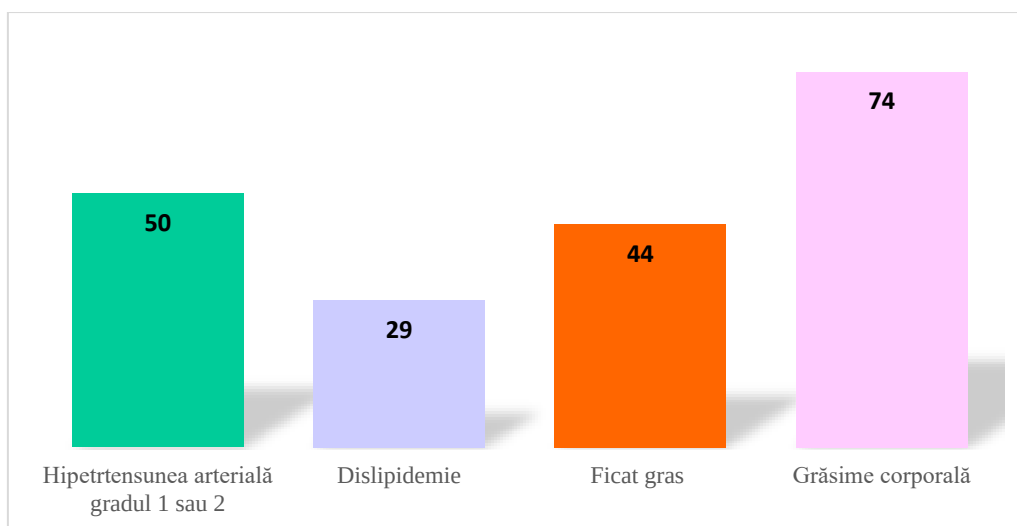


Fig.1. Incidența complicațiilor în obezitate la copii

Materialele și metodele cercetării

Populația țintă a fost reprezentată de un număr de 6 copii, 10 - 13 ani, de la diferite școli din Chișinău, care au fost consultați și monitorizați de specialiștii din Centrul de

reabilitare medicală Kinetik A, în perioada ianuarie-aprilie 2022.

Criteriile de includere au fost clasificate în funcție de

- vârsta pacientului (10 și 13 ani);

• **suprapondere:** percentila $85 \leq \text{IMC} <$ percentila 95 (+2DS) pentru sex și vârstă;

• **posibilitatea urmăririi și evaluării rezultatelor** programului de promovare a unui stil de viață sănătos și de educație sanitară la copii;

• **semnarea consimțământului de participare la studiu** de către părinții copiilor.

Criterii de excludere participanții vor fi excluși dacă unul sau mai mulți dintre ei nu au îndeplinite următoarele criterii:

• refuzul părinților/ copiilor de a participa;

• imposibilitatea monitorizării copiilor;

• afecțiuni cronice ale articulare, intervenții chirurgicale pentru osteoartrită;

• afecțiuni neuro-motorii.

Tratamentul kinetoterapeutic ar trebui să fie personalizat individual, iar vârsta, sexul, gradul de obezitate, riscuri individuale pentru sănătate, metabolice și caracteristici psihocomportamentale și rezultatul încercărilor anterioare de scădere în greutate ar trebui luate în considerare. În viitor, ar trebui să fie și factorii hormonal și ereditari care afectează pierderea în greutate considerată [3, p. 270].

Analiza și interpretarea rezultatelor

În general, cele mai bune rezultate au fost obținute prin programe care combină dieta și activitatea fizică ($n=6$). În ceea ce privește cadrul, programele care implică atât școala, cât și familia și care au durat ≤ 4 luni au fost cele mai eficace pentru copiii cu vârste cuprinse între 10 și 13 ani ($n=6$); intervențiile bazate exclusiv pe familie au fost eficiente și la toți copiii deși rezultatele trebuie interpretate cu prudență din cauza numărului mic de pacienți înscriși și a eterogenității ridicate a studiului. Participanții în studiu au primit un program de kinetoterapeutic timp de 4 luni. Participanții la grupul de intervenție vor urma un program de formare special de 16 săptămâni.

Participanții incluși în studiu vor fi supuși unui program kinetoterapeutic de recuperare mai detaliat (Figura 2). Acest program, constând din 45–60 minunute ședință de recuperare, vor fi efectuate de două ori pe

săptămână și va fi supravegheat de kinetoterapeuți. Programul de kinetoterapeutic va consta în exerciții de forță musculară și antrenament neuro-muscular care se concentrează pe mușchii membrelor inferioare. Întărirea mușchilor membrelor inferioare în combinație cu exerciții neuromusculare urmăresc îmbunătățirea poziției genunchiului în raport cu articulația coxofemurală și a gleznei în timpul mersului.

Prima ședință va fi o ședință de familiarizare [5, p. 4], în care participanții vor primi informații generale informații despre programul de kinetoterapie (organizare, disponibilitatea kinetoterapeutului, locația antrenamentului) și o introducere despre eficientizarea acestui program. În plus, participanții vor primi informații cu privire la principiile de bază ale performanței exercițiilor. Programul de instruire specific va urmări recomandările de ultimă oră în reabilitarea supraponderabilității [5, p. 8].

Exercițiul fizic ar trebui să fie o parte integrantă a managementul kinetoterapeutic al obezității și ar trebui să fie adaptate individual la gradul de obezitate, vârsta și prezența comorbidităților la fiecare subiect. Exercițiul fizic nu numai că contribuie la creșterea consumului de energie și la pierderea grăsimilor, dar protejează și împotriva pierderii de slabă masa corporală, îmbunătățește sistemul cardiorespirator fitness, reduce riscurile cardio-metabolice pentru sănătate legate de obezitate și evocă senzații de bunăstare. Exercițiul fizic aerob în programul kinetoterapeutic duce la îmbunătățirea oxigenului transferul în mușchi, ceea ce promovează o utilizare sporită a depozitelor abundente de grăsime în locul depozitelor limitate de glicogen. Activitate fizică de intensitate moderată, cu o durată de 30 min, efectuată 5 zile pe săptămână este recomandată. Acest program desfășurat timp de o lună reprezintă un consum energetic deficitar care ar putea contribui la pierderea în greutate a 0,5 kg. Copii ar trebui să fie conștienți de obiectivele realiste cu privire la pierderea în greutate indusă de exerciții fizice

precum și a efectelor benefice ale exercițiilor fizice în sine asupra riscurilor cardiometabolice [3, p. 269].

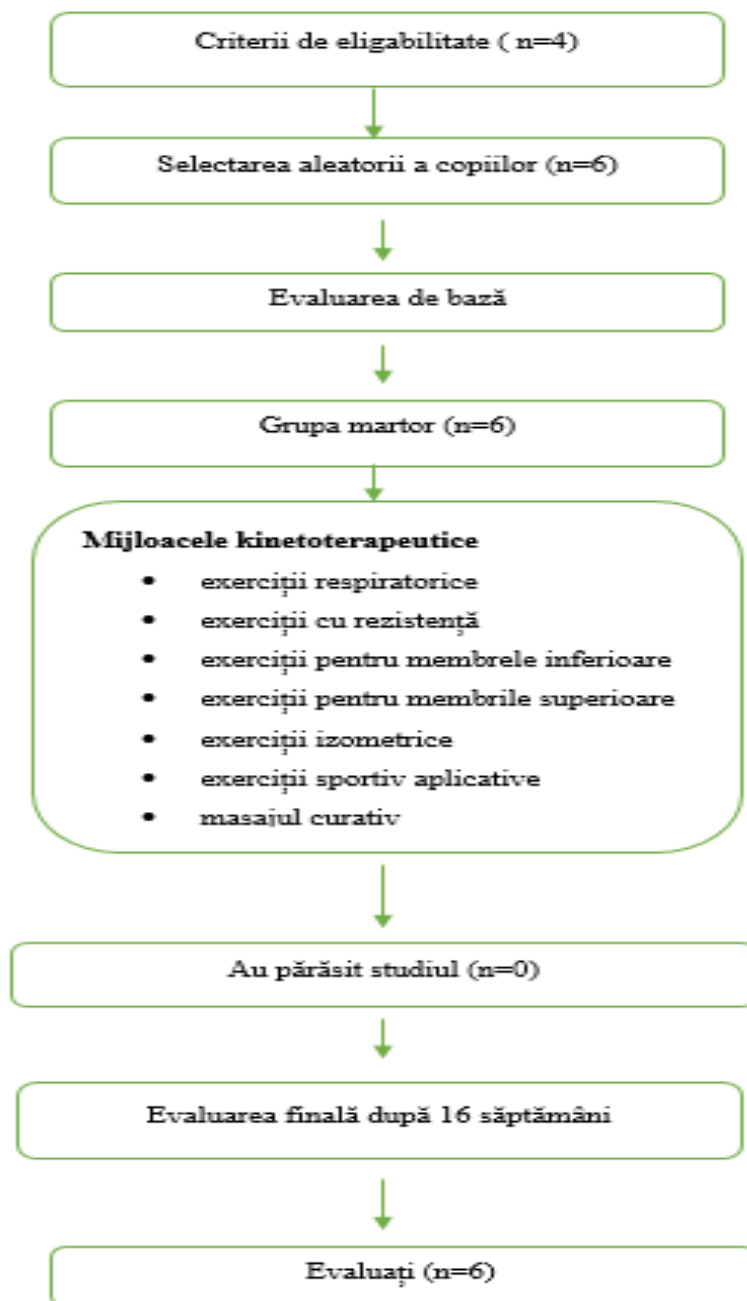


Fig. 2. Diagrama managementului prin fazele procesului

Pentru pierderea în greutate, exercițiul ar trebui să fie crescut la 60 de minute timp de 5 zile pe săptămână. Obezitatea este de obicei rezultatul lipsei zilnice activitate fizică obișnuită de aceea activități precum mersul pe jos, ciclismul devin activități sportive.

Implicarea activității fizice în managementul obezității este legat de nivelul de educație și, pe de altă parte, asociat cu apariția de comorbidități grave, cu vârsta și cu grad de obezitate morbidă. Activitate fizică intensă care duce la suprasolicitarea articulațiilor, cum ar fi

săriturile, ar trebui evitate. Orice tip de activitatea fizică reprezintă un factor important care contribuie la menținerea pe termen lung a pierderii în greutate. În mod surprinzător, includerea programului de kinetoterapie în activitatea zilnică asociat cu un regim alimentar care este axat pe un deficit caloric duc la pierderea în greutate mai rapidă. Este necesar să se stabilească obiective realiste înainte de a începe tratamentul obezității [8, p. 280].

Ambii, kinetoterapeutul și pacientul, ar trebui să știe că o pierdere în greutate de 5-15% reduce semnificativ riscurile pentru sănătate legate de obezitate. Așteptări nerealiste cu privire la pierderea în greutate duc frecvent la eșecul managementului tratamentului kinetoterapeutic.

Concluzii

1. Supraponderabilitatea la copii și adolescenți este acum cea mai frecventă afecțiune cronică. Experții din domeniul recuperării au intensificat eforturile în ultimii ani pentru a dezvolta un management eficient a programelor kinetoterapeutice pentru acești copii.

2. Managementul eficient al programei kinetoterapeutice la copii cu supraponderabilitate a contribuit la micșorarea procentului de grăsime corporală cât și a IMC.

3. Copii care au respectat cu strictețe programul kinetoterapeutic și planul nutrițional au beneficiat de rezultate remarcabile.

Referințe bibliografice:

1. Cojocari, D., Agapii, E., Cambur, I. (2017). The Impact of the Pilates Concept on the Health Condition of the Contemporary Man. In: *4th Central and Eastern European LUMEN International Scientific Conference on Education, Sport and Health*. Chisinau, p. 83-86.
2. Gori, D., Guaraldi, F., Cinocca, S., Moser, G., Rucci, P., Fantini, M. P. (2017). Eficacitatea intervențiilor educaționale și de stil de viață pentru prevenirea obezității pediatrice: revizuirea sistematică și meta-analizele studiilor controlate randomizate și non-randomizate. În: *Obesity Science and Practice*, 3(3): 235–248. <https://doi.org/10.1002/osp4.111>
3. Hainer, V., Toplak, H., Mitakou, A. (2008). Treatment modalities of obesity: what fits whom?. In: *Diabetes care*, 31 Suppl 2: S269–S277. <https://doi.org/10.2337/dc08-s265>
4. Holm, J.C., Nowicka, P., Farpour-Lambert, N.J., O'Malley, G., Hassapidou, M., Weiss, R., Baker, J.L. (2014). The ethics of childhood obesity treatment - from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of European Association for the Study of Obesity (EASO). In: *Obesity facts*, 7(4): 274–281. <https://doi.org/10.1159/000365773>
5. Horsak, B., Artner, D., Baca, A., Pobatschnig, B., Greber-Platzer, S., Nehrer, S., Wondrasch, B. (2015). The effects of a strength and neuromuscular exercise programme for the lower extremity on knee load, pain and function in obese children and adolescents: study protocol for a randomised controlled trial. In: *Trials*, 16, 586. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1091-5>
6. Kushner, R. F. (2007). Obesity Management. In: *Gastroenterology Clinics of North America*, 36(1): 191–210. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2007.01.004>
7. Savițchi, S., Pogorlețchi, A. (2013). *Kinetoprofilaxia în obezitate, Tendințe noi în profilaxia și dezvoltarea generației în creștere*. Chișinău, p. 118-124.
8. Savițchi, S., Pogorlețchi, A., (2012). Kinetoprofilaxia supraponderabilității la adolescenți. În: *Materialele conferinței științifice internaționale a doctoranzilor*, Ed. a VII-a. Chișinău, p. 278-283.
9. Szajewska, H., Shamir R. (2013). (eds): *Evidence-Based Research in Pediatric Nutrition*. Karger, vol. 108, p. 98-106. <https://doi.org/10.1159/isbn.978-3-318-02457-9>