



INSTITUTUL NAȚIONAL
DE SĂNĂTATE PUBLICĂ



CENTRUL NAȚIONAL DE EVALUARE ȘI
PROMOVARE A STĂRII DE SĂNĂTATE



CENTRUL REGIONAL DE
SĂNĂTATE PUBLICĂ SIBIU

OCTOMBRIE 2020
CAMPANIA
LUNA NAȚIONALĂ A INFORMĂRII DESPRE
EFECTELE NUTRIȚIEI/ALIMENTAȚIEI

Cuprins:

1. Caracteristici generale: alimentația sănătoasă vs alimentația nesănătoasă:	3
2. Date statistice la nivel european, național și județean asupra alimentației la sân:	5
3. Magnitudinea problemei de sănătate publică, mortalitatea infantilă.....	9
4. Date statistice la nivel european, național și județean asupra diabetului zaharat:.....	11
5. Magnitudinea problemei de sănătate publică, mortalitatea prin diabet zaharat 2007-2018	17
6. Rezultate relevante din studii naționale, europene și internaționale:	19
7. Intervenții eficiente la nivel național pentru grupurile țintă ale campaniei.	19

1. Caracteristici generale: alimentația sănătoasă vs alimentația nesănătoasă:

Este bine cunoscut faptul ca alimentația influențează starea de sănătate. Altfel spus, alimentația sănătoasă asigură creșterea și dezvoltarea și contribuie la prevenirea unor boli cronice netransmisibile.

Conform OMS cele 5 lucruri importante¹ pentru o alimentație sănătoasă sunt:

1. Alimentația exclusivă la sân a copilului până la 6 luni și continuarea alăptării până la 2 ani; Laptele matern furnizează toate substanțele nutritive și lichidele de care bebelușii au nevoie în primele 6 luni de creștere și dezvoltare. Copiii alăptați exclusiv au o rezistență mai bună împotriva bolilor obișnuite din copilărie, cum ar fi diareea, infecțiile respiratorii și infecțiile urechii. În viața ulterioară, cei care au fost alăptați la sugari sunt mai puțin predispuși să devină supraponderali sau obezi sau să sufere de boli netransmisibile, cum ar fi diabetul, bolile de inimă și accidentul vascular cerebral.
2. Consumul unei combinații de alimente diferite, inclusiv alimente de bază (de exemplu, cereale precum grâu, orz, secară, porumb sau orez sau tuberculi amidon sau rădăcini precum cartof, ignam, taro sau manioc), leguminoase (de exemplu linte, fasole), legume, fructe și alimente din surse animale (de exemplu, carne, pește, ouă și lapte); Consumul unei varietăți de alimente neprelucrate și proaspete în fiecare zi îi ajută pe copii și adulți să obțină cantitățile corecte de substanțe nutritive esențiale. De asemenea, îi ajută să evite o dietă bogată în zaharuri, grăsimi și sare, ceea ce poate duce la creșterea în greutate nesănătoasă (adică supraponderalitate și obezitate) și boli netransmisibile. Consumul unei diete sănătoase și echilibrate este deosebit de important pentru copiii mici și pentru dezvoltare; de asemenea, ajută persoanele în vârstă să aibă o viață mai sănătoasă și mai activă.
3. Consumul unei mari varietăți de legume și fructe; Legumele și fructele sunt surse importante de vitamine, minerale, fibre dietetice, proteine vegetale și antioxidanți. Persoanele ale căror diete sunt bogate în legume și fructe prezintă un risc semnificativ mai mic de obezitate, boli de inimă, accident vascular cerebral, diabet și anumite tipuri de cancer. Pentru gustări, alegeți legume crude și fructe proaspete, mai degrabă decât alimente bogate în zaharuri, grăsimi sau sare. Evitați prepararea excesivă a legumelor și fructelor, deoarece acest lucru poate duce la pierderea de vitamine importante. Când folosiți legume și fructe conservate sau uscate, alegeți soiuri fără sare și zaharuri adăugate.
4. Consumul unei cantități moderate de grăsimi și uleiuri. Utilizați uleiuri vegetale nesaturate (de exemplu, ulei de măsline, soia, floarea soarelui sau porumb), mai degrabă decât grăsimi animale sau uleiuri bogate în grăsimi saturate (de exemplu, unt, ghee, untură de porc, nucleu de cocos și ulei de palmier). Alegerea carnii albă (de exemplu păsările de curte) și peștele, care sunt în general sărace în grăsimi, în locul carnii roșii. Consumul numai a unor cantități limitate de carne procesată, deoarece acestea sunt bogate în grăsimi și sare. Acolo unde este posibil, optarea pentru versiuni cu lapte și produse lactate cu conținut scăzut de grăsimi sau cu conținut redus de grăsimi. Evitarea alimentelor procesate, coapte și prăjite care conțin grăsimi trans produse industrial;

¹ https://www.who.int/nutrition/topics/5keys_healthydiet/en/

5. Consumul de puțină sare și zaharuri.

Evitați alimentele (de exemplu, gustări), care sunt bogate în sare și zaharuri. Limitați aportul de băuturi răcoritoare sau sodă și alte băuturi bogate în zaharuri (de exemplu sucuri de fructe, cordiale și siropuri, lapte aromatizat și băuturi cu iaurt). Alegeți fructe proaspete în loc de gustări dulci, cum ar fi fursecuri, prăjituri și ciocolată.

Persoanele ale căror diete sunt bogate în sodiu (inclusiv sare) prezintă un risc mai mare de hipertensiune arterială, ceea ce le poate crește riscul de boli de inimă și accident vascular cerebral. În mod similar, cei a căror dietă este bogată în zaharuri prezintă un risc mai mare de a deveni supraponderali sau obezi și un risc crescut de apariție a cariilor dentare. Persoanele care reduc cantitatea de zaharuri din dieta lor pot reduce, de asemenea, riscul de boli netransmisibile, cum ar fi bolile de inimă și accidentul vascular cerebral.

Alimentația nesănătoasă este unul din cei 4 factori de risc comportamental modificabili (alături de fumat, consum de alcool și inactivitatea fizică), care contribuie la apariția majorității bolilor cronice importante².

Alimentația nesănătoasă generează obezitate la copii, în creștere alarmantă în Europa și întreaga lume, cu consecințe importante asupra sănătății fizice și mentale a copiilor și un risc semnificativ de multiplicare a bolilor cronice la copii și adulți³. Alimentația nesănătoasă combinată cu inactivitatea fizică crește semnificativ riscul de boli cronice netransmisibile la adulți: în special boli cardiovasculare (BCV), cancer, hipertensiune arterială (HTA), obezitate și diabet zaharat de tip 2 (DZ2)⁴.

Astfel această campanie aduce în atenție necesitatea startului corect a unei alimentații sănătoase și anume *alimentația la sân* precum și conștientizarea asupra uneia din cele mai frecvente afecțiuni determinate în principal de alimentația nesănătoasă, *diabetul zaharat*.

² Smoking, nutrition, alcohol, physical activity (SNAP): A population health guide to behavioural risk factors in general practice. 2nd ed. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners (2015)

³ World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. (2010).

⁴ Mendis, Shanthi, et al. GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization (2014).

2. Date statistice la nivel european, național și județean asupra alimentației la sân:

În conformitate cu recomandările OMS, alimentația la sân se recomandă să fie inițiată în prima oră de la naștere și să fie exclusivă până la vârsta minimă de 6 luni, fiind urmată de continuarea alăptării la sân la cerere alături de o alimentație complementară corespunzătoare până la vârsta de 2 ani a sugarului, sau mai mult⁵.

Astfel, doar alăptarea exclusivă la sân pentru primele 6 luni de viață are cel mai mare impact în prevenirea mortalității infantile. În studiile citate de Child Young în „Infant and Young Child Feeding” (2011)⁶ au fost identificate dovezi clare conform cărora alăptarea la sân exclusivă până la 6 luni și continuarea alăptării la sân până la 12 luni este intervenția preventivă cu cel mai mare impact în reducerea mortalității infantile (13%), în timp ce alimentația complementară începută la 6 luni, împreună cu continuarea alăptării s-a clasat a III-a (6%). S-a estimat că, cele două intervenții pot preveni aproape o cincime din mortalitatea copiilor sub cinci ani (în țările în curs de dezvoltare). Cel mai mare impact a fost legat de reducerea morbidității și mortalității prin diaree și pneumonie⁷.

La nivel global, numai 38% dintre sugarii cu vârsta cuprinsă între 0 și 6 luni sunt exclusiv alăptați. Analizele recente indică faptul că practicile alăptării suboptimale, inclusiv alăptarea care nu este exclusivă, contribuie la 11,6% din mortalitatea la copiii sub 5 ani. Acest lucru a fost echivalent cu aproximativ 804000 de decese în rândul copiilor în 2011.⁸

Astfel, obiectivul global OMS privind nutriția, prevede creșterea de până la 50% a copiilor alimentați exclusiv la sân în primele 6 luni de viață, până în anul 2025⁹.

„Global Breastfeeding Collection”¹⁰, care este un parteneriat format din 20 de agenții internaționale proeminente aflate sub conducerea UNICEF și OMS, care cheamă donatorii, factorii de decizie politică și societatea civilă să promoveze și să crească investițiile pentru susținerea alăptării, și-a stabilit ca țintă creșterea alăptării exclusive pentru primele 6 luni de până la 60%, până în anul 2030.

Alăptarea în prima oră după naștere este esențială pentru salvarea vieții nou-născuților. Aproximativ 78 de milioane de copii - sau trei din cinci - nu sunt alăptați în prima oră a vieții, prezentând astfel un risc mai mare de deces și îmbolnăvire, transmit UNICEF și OMS într-un nou raport. Majoritatea acestor copii se nasc în țări cu venituri mici și medii¹¹. Raportul arată că nou-născuții care au fost alăptați în prima oră a vieții au mult mai multe șanse să supraviețuiască. Chiar și o întârziere de câteva ore după naștere ar putea pune în pericol viața acestora. Contactul cu pielea, împreună cu alăptarea la sân stimulează producția de lapte matern, inclusiv colostrul, denumit și "primul vaccin" al copilului, care este extrem de bogat în substanțe nutritive și anticorpi.

Ratele alăptării în prima oră după naștere sunt cele mai ridicate în Africa de Est și de Sud (65%) și cele mai scăzute în Asia de Est și Pacific (32%), se arată în raport. Aproape 9 din 10 copii născuți în Burundi, Sri Lanka și Vanuatu sunt alăptați în prima oră. La polul opus se află doar doi din 10 copii născuți în Azerbaidjan, Ciad și Muntenegru.

Conform datelor OMS, în țara noastră, alăptatul precoce cuprindea în 2004 un procent de 57,7% din nou născuți¹².

OMS și UNICEF, prin parteneriatul „Global Breastfeeding Collection” și-a propus ca inițierea rapidă a alăptatului să ajungă la 70%, până în anul 2030¹³.

⁵ https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/ (pag.1)

⁶ https://www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf

Child, Young. „Infant and Young Child Feeding”, Nutrition (2011); (pag.3)

⁷ https://www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf

Child, Young. „Infant and Young Child Feeding”, Nutrition (2011); (pag.4)

⁸ https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/ (pag. 2)

⁹ [https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/\(pag.2\)](https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/(pag.2))

¹⁰ [https://www.unicef.org/breastfeeding/\(pag.2\)](https://www.unicef.org/breastfeeding/(pag.2))

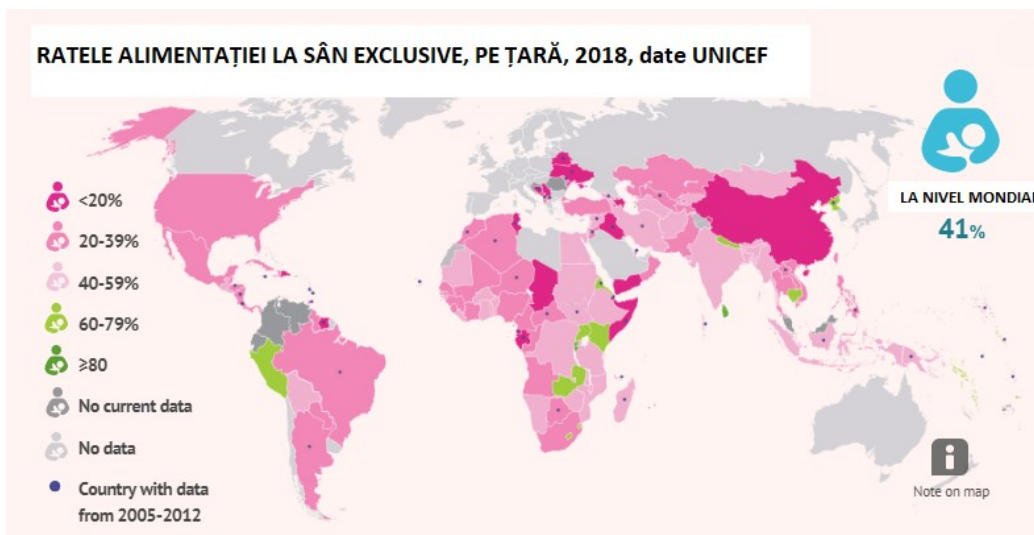
¹¹ <https://www.who.int/news-room/detail/31-07-2018-3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life> (pag.2),

https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018.pdf

¹² <https://www.unicef.org/breastfeeding/files/early-initiation-breastfeeding-rates-2018.pdf> (pag.5)

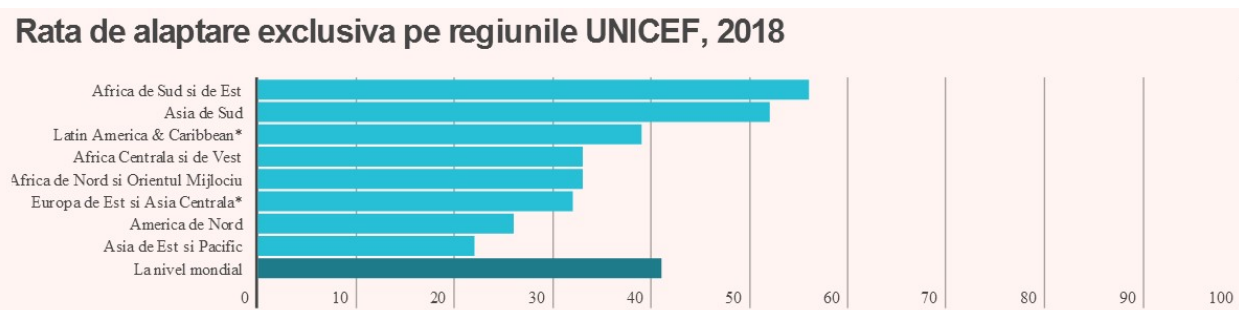
¹³ <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018.pdf?ua=1> (pag.4)

Conform datelor UNICEF, în anul 2018, la nivel mondial, 41 % dintre sugari erau alăptați la sân exclusiv (vezi figura de mai jos)¹⁴.



Datele cu privire la alimentația naturală, alimentația la sân, la nivel mondial pot fi accesate pentru fiecare țară pe site-ul OMS: <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/>

Nivelurile comparative ale alăptării exclusive, procentuale, pe regiuni, în 2018 sunt ilustrate mai jos¹⁵:



Procentul de copii cu vârste cuprinse între 0 și 5 luni alăptați la sân exclusiv pe țări și regiuni, în 2018

Sursa: Baze de date globale ale UNICEF, 2018, bazate pe MICS, DHS și alte surse reprezentative la nivel național, 2013-2018 (* desemnează țările cu date mai vechi între 2005-2010, datele din aceste țări nu sunt incluse în agregatele regionale). Țările umbrite în gri închis au estimări din 2004 sau mai devreme; aceste țări nu sunt incluse în agregatele regionale sau globale. * Europa de Est și Asia Centrală, cu excepția Federației Ruse, a Americii Latine și a Caraibelor, cu excepția Braziliei, Orientului Mijlociu și Africii de Nord, cu excepția Republicii Islamice Iran și Irakului

Conform acelorași surse¹⁶, la nivel mondial, mai puțin de jumătate din nou născuți sunt hrăniți la sân în prima oră după naștere, mai puțin de jumătate, 41%, sunt alăptați exclusiv până la 6 luni, două treimi din mame alăptează până la 1 an, pentru ca doar aproximativ 45 % dintre femei să alăpteze până la 2 ani. În figura de mai jos, sunt ilustrate aceste cifre, împreună cu țintele propuse până în anul 2030.

La nivelul Europei, cele mai recente date despre alăptat și nivelurile comparative ale acestuia, raportate în 2019, în cadrul inițiativei OMS, COSI de supraveghere a obezității infantile¹⁷ sunt ilustrate mai jos:

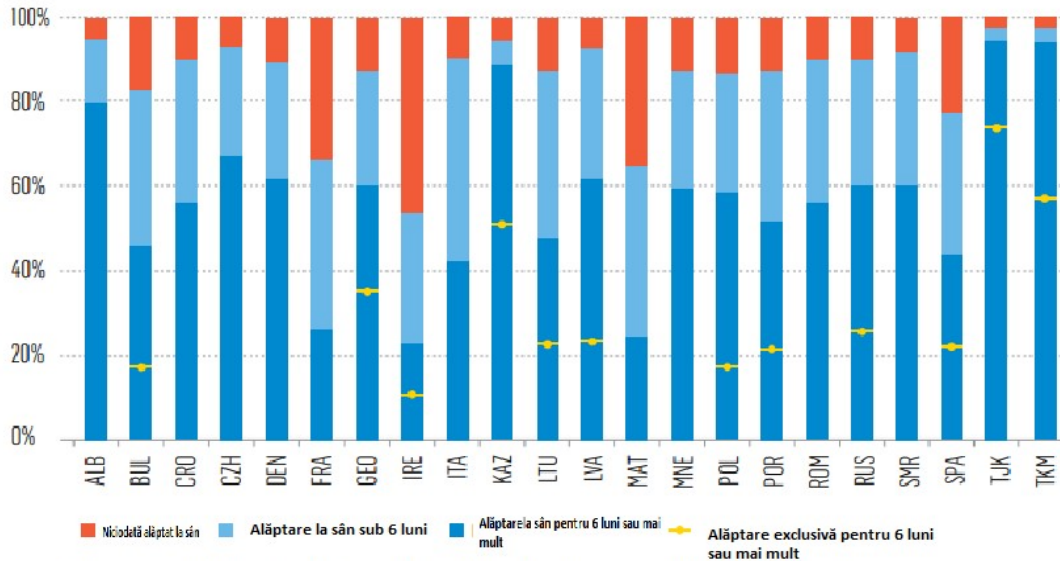
¹⁴ <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/> (pag.2)

¹⁵ <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/#sthash.oTo3JOzy.dpuf> (pag.2)

¹⁶ <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018.pdf?ua=1> (pag.3)

¹⁷ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/400652/COSI-Breastfeeding-FS-ENG-LowRes.pdf (pag.1)

Alăptarea la sân pentru următoarele țări din Europa



Tărilor care nu prezintă date despre alăptarea exclusivă, din figura de mai sus, nu au colectat astfel de informații

În Europa, în perioada 2006-2012, s-a estimat faptul că doar 25% dintre sugari au fost hrăniți exclusiv prin alăptare în primele 6 luni¹⁸. Conform aceleiași surse, date recente privind alăptarea exclusivă din 21 de țări din regiune arată că, în medie, 13% dintre copii sunt alăptați exclusiv în primele 6 luni. Rata medie a alăptării exclusive rămâne astfel cu mult sub recomandarea globală, deși ratele variază în mod substanțial în întreaga regiune. Chiar dacă rata de inițiere timpurie a alăptării este foarte mare în unele țări, ratele exclusive de alăptare scad rapid între 4 și 6 luni și sunt foarte mici după 6 luni.

Conform OMS, datele raportate privind alăptarea în țara noastră din 2004, indicau un procentaj al copiilor care au fost vreodată alăptați de 88,3 %, dintre care urban 88,0 %, rural: 88,5%. Dintre aceștia, rata copiilor care sunt hrăniți exclusiv prin alăptare până la 6 luni era de 15,8 %, dintre care în mediul urban: 14,3 %, iar în mediul rural de 17,3 %. Rata inițierii timpurii a alăptării a fost de 12,0%, în urban de 10,5%, iar în rural de 13,5%¹⁹.

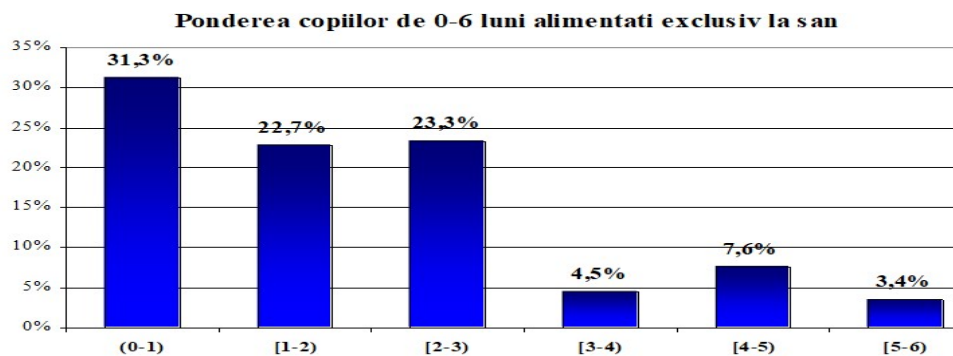
Conform unui studiu desfășurat în 2016 de Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului, în parteneriat cu Ministerul Sănătății și UNICEF, în România, studiu efectuat pe un eșantion reprezentativ pe țară, de 5051 femei în vârstă de 15-45 de ani, rata alăptării exclusive de 12,6% este printre cele mai mici din Europa²⁰. Datele analizate în dinamică, indică o scădere a ratei alăptării exclusive în ultimii ani. În Studiul sănătății reproducerii (2004,) prevalența alăptării exclusive era de 14,4 %, iar în studiul privind Statusul nutrițional al copiilor sub 5ani (2005) prevalența alăptării exclusive era de 20,8%. Indiferent de studiul pe care l-am considera de referință prevalența alăptării exclusive a scăzut în ultimii 7-8 ani.

În figura de mai jos este ilustrată analiza detaliată a prevalenței alăptării exclusive a copiilor mai mici de 6 luni pe grupe de vârstă lunare care relevă că, chiar și în prima lună de viață, ponderea copiilor alăptați exclusiv depășește doar cu puțin 30%

¹⁸ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2015/08/who-european-region-has-lowest-global-breastfeeding-rates> (pag.1)

¹⁹ <https://apps.who.int/gho/data/view.main.NUT1730>

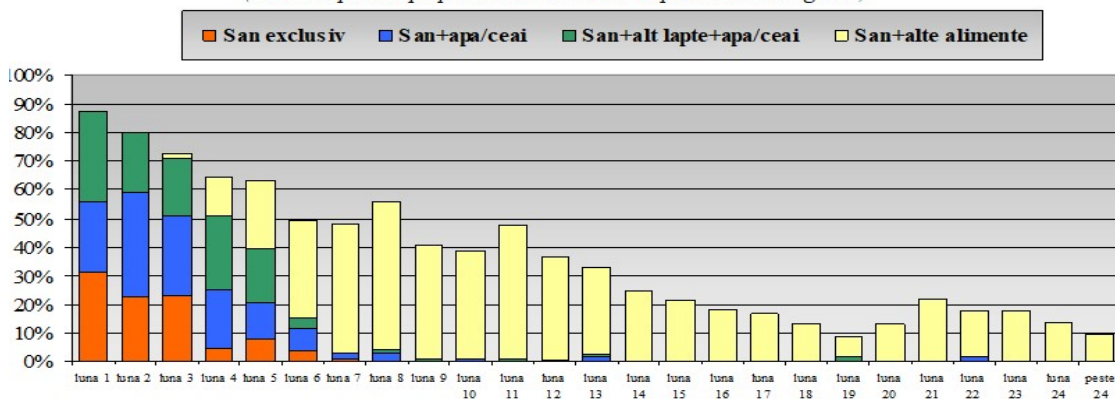
²⁰ Studiul Sănătății Reproducerii, 2016. MS INSMC



Sursa: Studiul Sănătății Reprodusei, 2016. MS INSMC

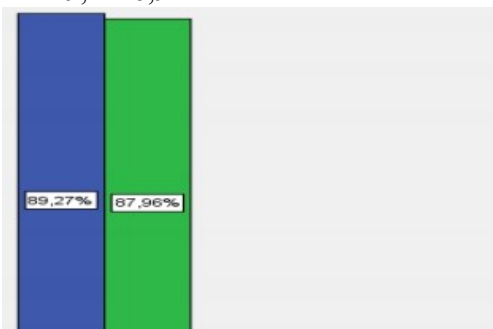
Alăptarea predominantă este cea mai frecventă formă de hrănire a copiilor până la vârsta de 6 luni. Cu o instruire adecvată ea s-ar putea “transforma” în alăptare exclusivă. În primele 3 luni de viață, cel puțin, 50% dintre copii sunt alăptați exclusiv sau predominant. La vârsta de patru luni, ponderea copiilor hrăniți în acest fel se înjumătățește și ajunge la 2% (vezi figura de mai jos). Fluidul care “transformă” alăptarea exclusivă în alăptare predominantă este ceaiul, foarte popular în rândul mamelor, administrat fie pentru calmarea colicilor, fie pentru setea copilului.

Pondere a copiilor, pe varste, in functie de alimentatia la san
(hrana copilului pe parcursul a 24 ore din prezinta investigatiei)



Sursa: Studiul Sănătății Reprodusei, 2016. MS INSMC

Conform raportului INSP din 2017, al studiului „Sistemul de Supraveghere a Obezității în Copilărie (COSI)²¹”, care este un proces sistematic continuu de colectare, analiză, interpretare și răspândire a informației descriptive pentru monitorizarea greutatei excesive, s-a constatat că proporția sugarilor alăptați în România a fost de 89,27% în mediul urban și 87,98 în mediul rural (vezi figura de mai jos), cu o durată medie a alăptării de 9,24±6,91 luni.



²¹ <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2018/06/RAPORT-FINAL-COSI-2017.pdf> (pag.21)

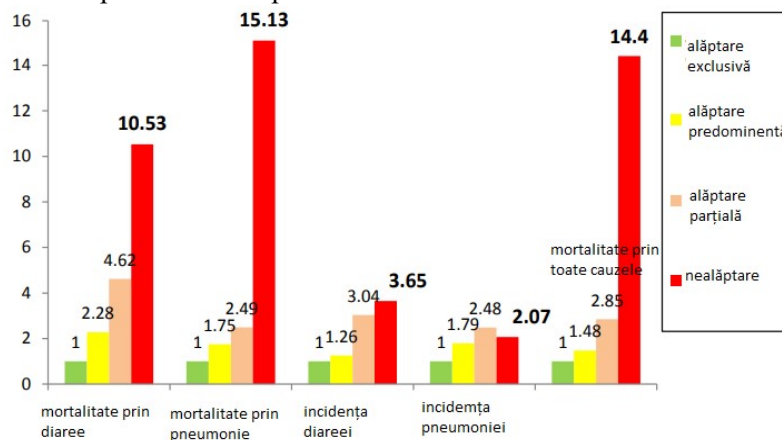
3. Magnitudinea problemei de sănătate publică, mortalitatea infantilă

Alăptarea insuficientă, discontinuă sau nealăptarea constituie un factor de risc pentru mortalitatea infantilă. UNICEF citează un clasament din revista Lancet (Lancet Child Survival Series), din 2003, care ierarhizează 15 factori pentru supraviețuirea copiilor și eficacitatea acestora în prevenirea mortalității infantile și a copilului sub 5 ani. Pe primul loc, deci cel mai eficient a fost considerat alăptarea exclusivă până la 6 luni, iar alăptarea complementară până la 12 luni s-a situat pe locul trei. Astfel, doar aceste două măsuri preventive s-au dovedit că au redus mortalitatea copiilor sub 5 ani cu o cincime (1/5) în țările în curs de dezvoltare^{22 23}.

Seria „Lancet Nutrition Series” din 2008^{24 25} a întărit, de asemenea, semnificația unei alimentații optime asupra supraviețuirii copiilor. Astfel alăptarea exclusivă, a fost estimată pentru a preveni potențial 1,4 milioane decese în fiecare an, în rândul copiilor sub cinci ani (din cele aproximativ 10 milioane de decese anuale). Conform seriei Nutrition, peste o treime din mortalitatea sub cinci ani este cauzată de subnutriție.

Alăptarea exclusivă pe o perioadă minimă de 6 luni are un efect semnificativ privind reducerea mortalității infantile, prin principalele cauze de deces diaree și pneumonie (figura de mai jos), precum și pe mortalitatea de toate cauzele²⁶.

Riscul relativ prin nealăptare sau alăptare suboptimă asupra mortalității și morbidității prin infecții, niveluri comparative cu alăptarea exclusivă 0-5 luni.



Ratele mortalității infantile și ale mortalității copiilor 0-5 ani în țara noastră sunt superioare celei europene și central europene, ilustrate mai jos²⁷.

În 2017, rata mortalității 0-5 ani în regiunea central europeană a fost de 1,92 morți la 100000 locuitori, față de 6,78 morți la 100000 locuitori în țara noastră.

²² https://www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf (pag.3)

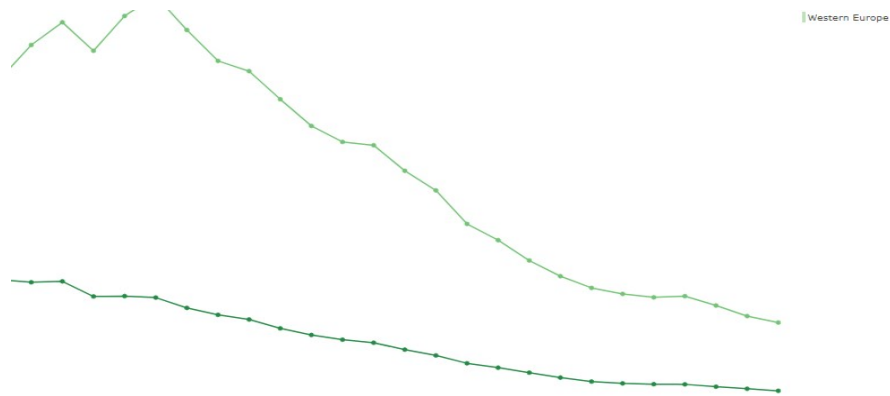
²³ Jones G. et al. How many child deaths can we prevent this year? (Child Survival Series) The Lancet 2003 Vol. 362.

²⁴ https://www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf (pag. 3)

²⁵ Black R. et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. (Maternal and Child Undernutrition Series 1). The Lancet 2008.

²⁶ https://www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf (pag.4)

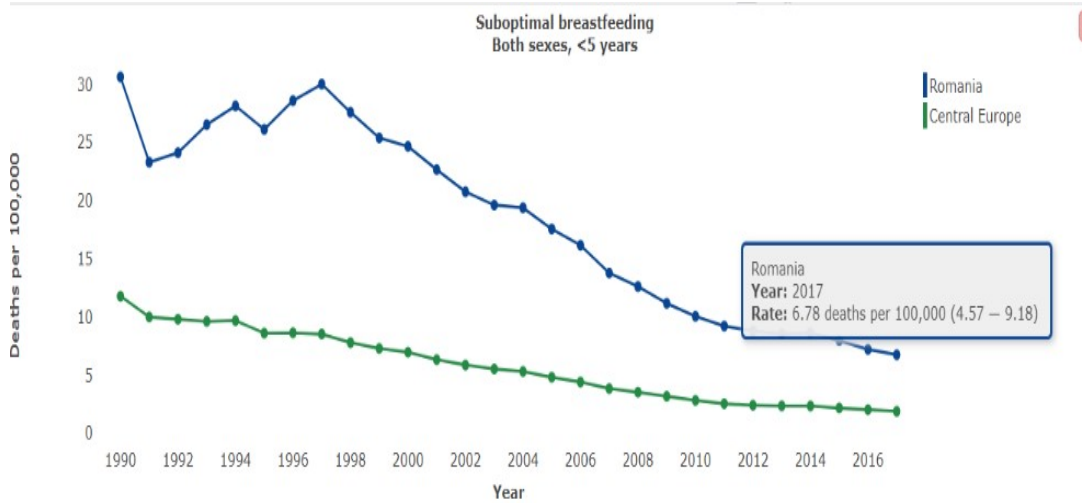
²⁷ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>



Astfel, mortalitatea prin infecții respiratorii inferioare a reprezentat 26,3% din totalul deceselor copiilor sub 5 ani, având un risc atribuibil de 12,7%, iar mortalitatea prin boli diareice a avut un procent de 2,03% din total decese, având un risc atribuibil de 36,85%.

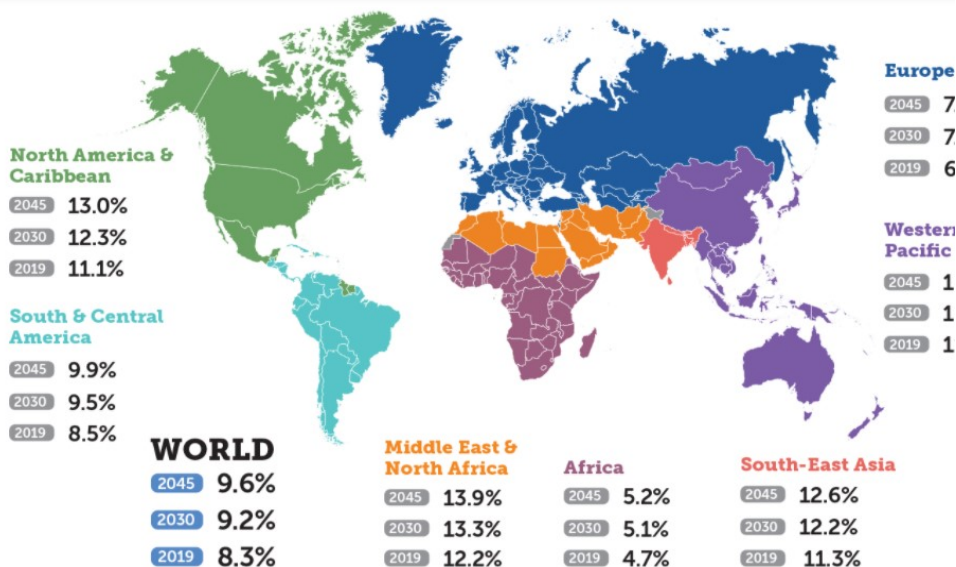
YLDs atribuibil nealăptării exclusive și afecțiunile diareice, au reprezentat în 2017 un procent de 10,13% din total YLDS și un risc atribuibil de 7,33%. Infecțiile respiratorii au prezentat 21,05% din total DALYs și un factor de risc atribuibil de 12,72%, iar prin afecțiunile diareice 3,67% total DALYs și un factor atribuibil de 19%.

Conform <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>, rata mortalității neonatale și postneonatale, supuse riscului alăptării suboptimale, în țara noastră, în perioada 2008-2017 a înregistrat următoarele valori:



4. Date statistice la nivel european, național și județean asupra diabetului zaharat:

În anul 2019, la nivel mondial, trăiau peste 463 milioane de persoane (20-79 ani) cu diabet zaharat²⁸, cele mai multe dintre acestea având diabet tip 2 (352 milioane). În 2045 se prognozează un număr de 700 milioane. DZ tip 2. Acesta poate fi prevenit prin activitate fizică regulată, dieta sănătoasă, echilibrată și un stil de viață sănătos.



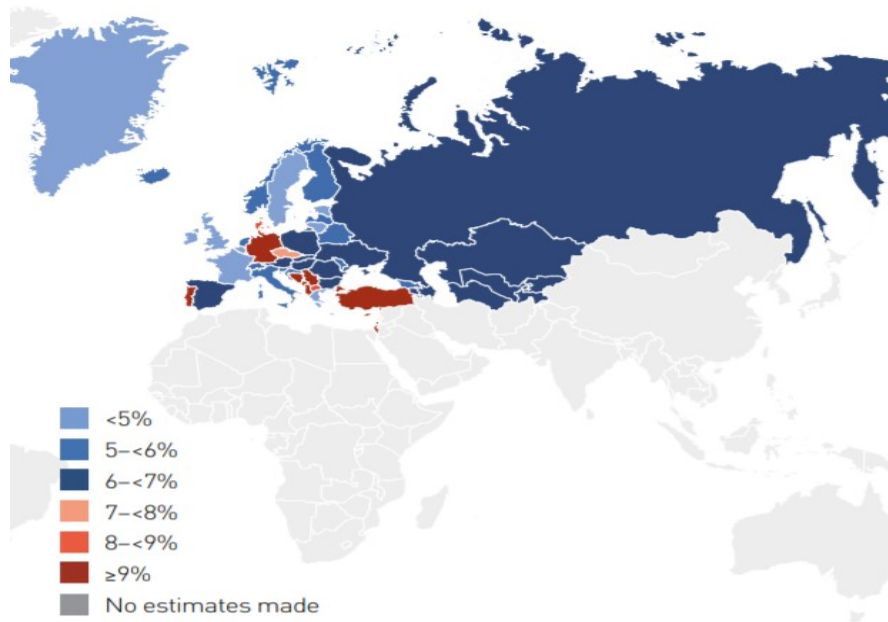
Numărul bolnavilor de diabet la nivel European precum și prevalența geografică:²⁹

Adult population (20-79 years)	665.4 million	673.8 million	664.5 million
Diabetes (20-79 years)			
Regional prevalence	8.9% (7.0-12.0%)	9.8% (7.6-13.1%)	10.3% (7.9-13.5%)
Age-adjusted comparative prevalence	6.3% (4.9-9.2%)	7.3% (5.6-10.3%)	7.8% (6.0-10.8%)
Number of people with diabetes	59.3 million (46.3-80.2 million)	66.0 million (51.3-87.9 million)	68.1 million (52.6-89.6 million)
Number of deaths due to diabetes	465,900 (360,934-590,729)	-	-
Diabetes-related health expenditure (20-79 years)			
Total health expenditure, USD	161.4 billion	168.5 billion	159.6 billion
Impaired glucose tolerance (20-79 years)			
Regional prevalence	5.5% (3.1-11.2%)	5.9% (3.3-11.5%)	6.1% (3.5-11.7%)
Age-adjusted comparative prevalence	4.4% (2.6-9.3%)	4.9% (2.9-9.8%)	5.1% (3.1-10.1%)
Number of people with impaired glucose tolerance	36.6 million (20.4-74.5 million)	39.7 million (22.5-77.4 million)	40.3 million (22.9-77.4 million)
Undiagnosed diabetes (20-79 years)			

²⁸ https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf#page=68&zoom=auto

²⁹ https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf#page=68&zoom=auto

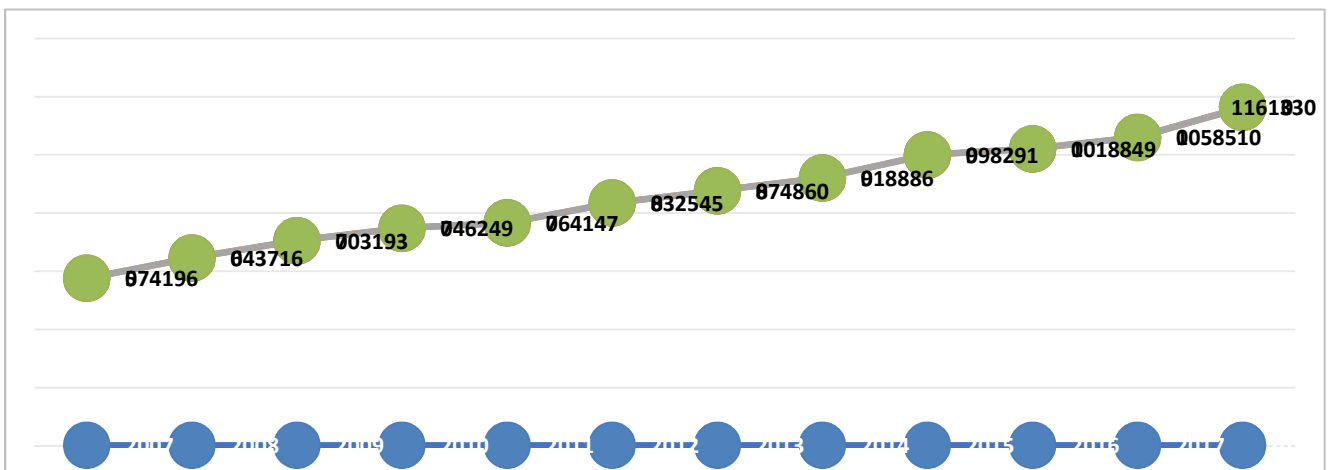
Map 4.2.1 Age-adjusted comparative prevalence (%) of diabetes (20–79 years) in IDF Europe Region, 2019



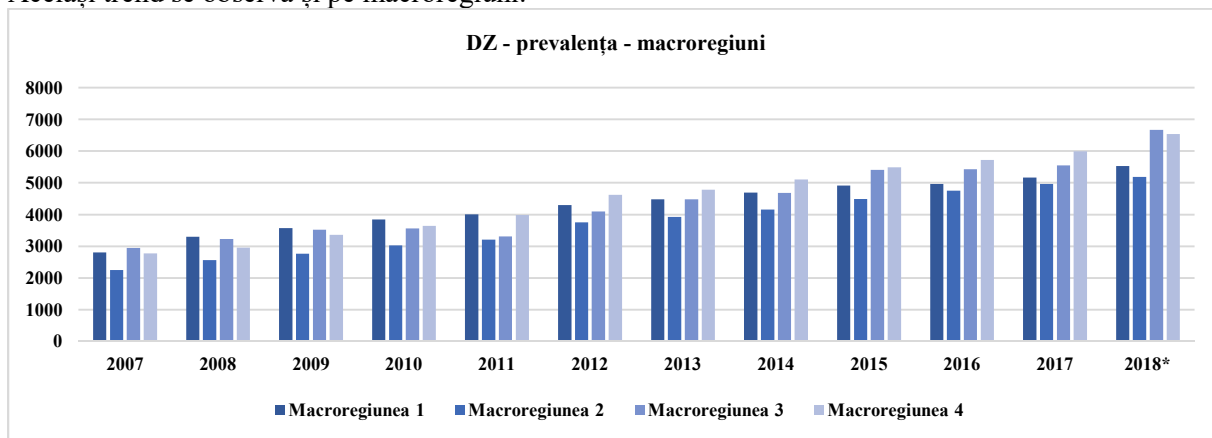
După cum se observă, prevalența prin diabet a României este situată între 6 și 7%. Cele mai crescute valori se remarcă în Germania (locul 8 la nivel mondial) și Turcia.

Centrul național de statistică și informatică în sănătate publică analizează anual datele primite de la cabinetele de nutriție și boli metabolice județene. În urma analizei acestor date se constată că în ultimii ani numărul cazurilor de diabet zaharat este în continuă creștere pe diverse forme clinice de boală.

Datele raportate de cabinetele de nutriție și boli metabolice județene sunt date agregat, raportate pe dări de seamă statistice. Evoluția cazurilor de diabet în ultimii 10 ani, conform CNSISP:



Același trend se observă și pe macroregiuni:



Pe medii, cele mai multe cazuri de DZ sunt în mediul urban, aproximativ de 2 ori mai multe, ca în mediul rural:

Județul	Diabet zaharat - rămași în evidență – pondere pe medii (în cabinetul de nutriție)											
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Urban	68.2	67.2	67.2	65.9	64.2	64.7	63.8	63.8	63.5	63.5	63.5	61.3
Rural	31.8	32.8	32.8	34.1	35.8	35.3	36.2	36.2	36.5	36.5	36.5	38.7

Pe medii, cele mai multe cazuri de DZ sunt în mediul urban, aproximativ de 2 ori mai multe, ca în mediul rural.

Județul	Diabet zaharat - rămași în evidență - pondere pe gen (în cabinetul de nutriție)											
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Masculin	47.5	46.7	47.0	47.8	48.3	47.6	46.6	51.3	52.0	51.5	51.6	51.1
Feminin	52.5	53.3	53.0	52.2	51.7	52.4	53.4	48.7	48.0	48.5	48.4	48.9

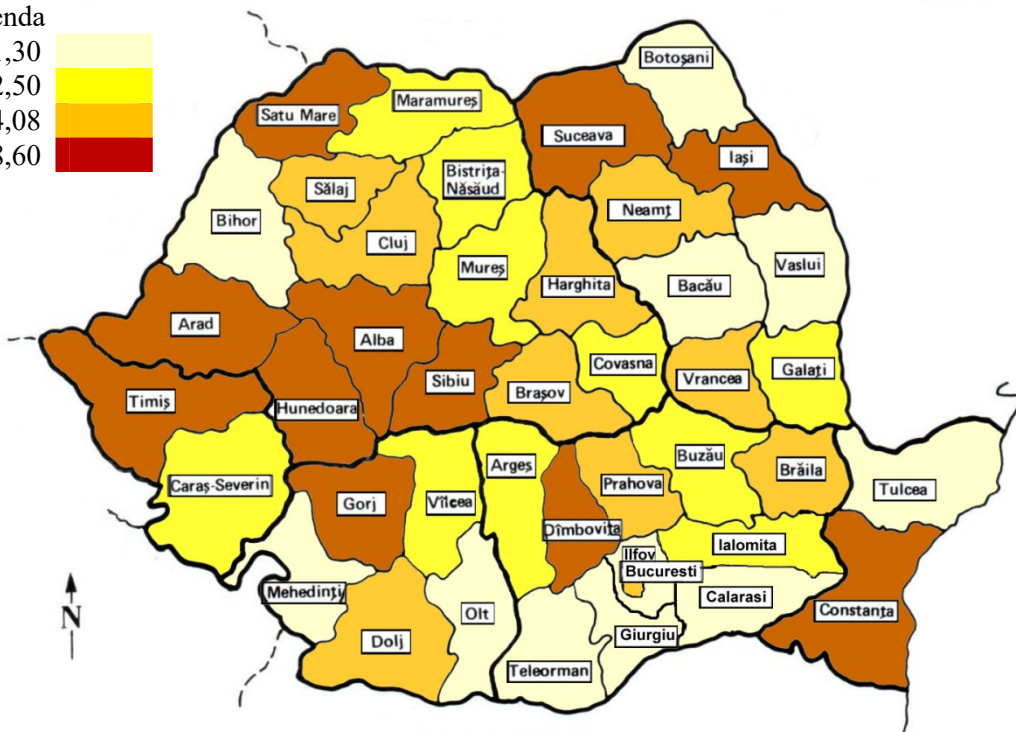
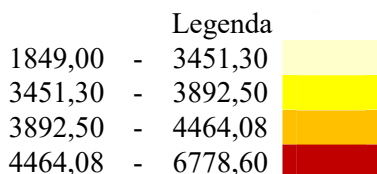
Conform tabelor și graficului de mai sus, repartitia pe gen în perioada 2007-2018, este următoarea: cele mai multe cazuri, peste 50% sunt la genul feminin până în 2013, însă începând cu 2014, cele mai multe cazuri sunt la genul masculin.

Județul	Prevalența diabet zaharat - toate formele clinice (în evidența cabinetului de nutriție) la 100000 loc.											
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Romania	2666.0	2993.4	3275.2	3482.1	3578.4	4150.2	4376.8	4613.7	5036.2	5170.1	5403.8	5928.7
Alba	3035.2	3382.2	3570.6	3772.6	3942.9	6167.8	4727.0	4925.7	5113.8	5282.7	5460.7	5586.2
Arad	2955.8	3270.6	3491.5	3718.0	4335.0	4979.8	5416.2	5820.5	6190.7	6518.8	6817.5	6925.6
Arges	2425.5	2887.2	3179.1	3525.7	3848.2	4312.1	4604.9	4909.2	5267.2	5649.2	6025.8	6398.8
Bacau	1920.3	2223.4	2404.5	2607.0	2799.6	3416.1	3572.8	3736.3	3930.5	4099.5	4206.4	4271.2
Bihor	3226.1	3707.6	4070.3	4401.9	4710.4	5166.8	4919.5	5222.8	5502.4	5971.8	6371.9	6624.6
Bistrita-N	1512.5	1853.3	2069.7	2153.2	2237.4	2607.5	2787.1	2828.0	3083.4	3169.8	3504.8	3907.6
Botosani	1812.3	2107.7	2296.9	2494.9	2678.0	3068.0	3245.4	3425.5	3606.1	3790.1	4126.5	4191.5
Brasov	3644.5	3957.6	4195.8	4348.6	4477.2	4919.2	4895.6	5209.0	5013.9	5503.5	5806.4	5812.6
Braila	1704.5	1984.3	2217.1	2411.0	2581.6	3025.0	3208.4	3491.0	3564.4	3661.7	4084.6	4301.7
Buzau	3066.3	3479.3	3717.4	3981.3	4186.2	4530.2	4820.0	5150.6	5759.2	6137.1	6453.8	6806.1
Caras-S	2133.8	2563.1	2817.4	3140.2	3412.6	4097.9	4640.2	5016.4	5312.8	5378.3	5891.8	6536.0

Calarasi	1162.2	1422.7	1613.4	1804.4	1940.6	2153.6	2320.8	2545.9	2748.2	2763.1	2809.7	3045.2
Cluj	3043.6	3308.3	3733.5	4310.6	4517.2	4576.4	5068.0	4732.4	5241.6	4194.2	4247.3	4336.9
Constanta	2303.5	2674.8	2935.8	3164.0	3371.8	3800.7	3993.4	4251.3	4799.2	5734.9	6095.2	6286.8
Covasna	2266.3	2472.0	2530.1	2612.9	2085.5	2496.2	2557.9	2951.2	3086.6	3279.3	3495.3	4386.0
Dambovita	1915.5	2239.1	2407.9	2649.2	2874.0	3310.9	3597.2	3924.9	4251.1	4620.4	4797.0	4957.1
Dolj	3129.9	3596.3	3930.8	4204.4	4565.7	5149.0	5411.1	5789.1	6198.0	6654.4	7155.7	7490.3
Galati	2151.0	2366.1	2560.2	3322.2	3489.8	4179.5	4165.3	4504.8	4671.9	4938.9	5064.0	5065.7
Giurgiu	1355.6	1431.6	1551.3	1645.3	1722.6	1909.9	2160.4	1643.6	1812.7	1894.9	2204.4	2410.9
Gorj	1692.7	2127.6	2052.3	2312.5	2661.9	3231.6	3249.7	3564.9	3894.2	4297.2	4703.6	5037.8
Harghita	2063.8	2333.5	2470.8	2628.3	2843.9	3143.1	3306.0	3361.6	3589.9	3693.8	3964.7	4220.3
Hunedoara	3397.1	1830.2	4238.7	4527.7	4928.0	5784.4	6044.7	6490.5	7195.1	6933.4	7540.5	7983.6
Ialomita	2223.3	1816.3	2045.2	2353.1	2788.6	3205.1	3503.7	3814.0	2800.7	3067.0	3331.7	3646.9
Iasi	2573.7	2735.8	2902.4	3118.2	3312.8	3709.6	3898.0	4033.7	4210.1	4405.8	4572.3	4716.7
Ilfov	2509.4	2902.2	3072.4	3115.5	3140.4	2752.4	2849.9	2958.1	3042.8	3187.8	3288.5	3549.7
Maramures	1750.7	3129.2	3251.1	3425.0	3545.2	3954.0	4172.4	4409.0	4616.0	4854.1	5120.7	5369.7
Mehedinti	2767.6	3149.6	2770.7	3195.0	3635.4	4387.2	2551.9	2953.0	3233.4	3077.3	2967.5	2939.2
Mures	2916.5	3604.9	3984.7	4177.5	4326.8	2588.7	3806.0	4382.8	4518.3	4296.5	4245.9	5258.5
Neamt	2339.0	2846.2	3056.2	3347.5	3600.9	4561.1	4848.3	5139.2	5987.5	5777.9	6145.2	6454.8
Olt	1107.6	1290.6	1475.7	1753.1	1954.9	2279.6	2481.6	2720.4	2976.0	3200.9	3479.7	5708.5
Prahova	2934.4	3373.3	3630.1	3979.4	4205.3	4662.8	4857.2	5087.7	5260.4	5397.9	5553.4	5712.7
Satu Mare	3045.0	3592.5	3861.5	4170.5	4458.5	4968.8	5221.3	5520.7	5849.2	6124.1	6429.5	6849.6
Salaj	2628.8	3081.7	3419.7	3833.8	4168.3	4881.2	5332.1	5776.8	6170.1	6265.6	6674.8	6971.1
Sibiu	3265.7	3665.9	3966.9	4237.3	4427.9	4998.6	5301.8	5613.0	5911.9	6322.2	6591.6	6995.6
Suceava	2158.7	2460.9	2636.1	2823.8	3011.1	3574.0	3757.5	3953.7	4197.9	4393.4	4587.8	4828.7
Teleorman	1693.2	2120.4	2464.4	2782.0	3039.4	3577.9	3765.0	4009.0	4316.2	4504.5	4617.9	4880.9
Timis	4107.1	4545.2	4886.9	5054.6	5293.5	5951.2	6319.1	6530.4	6910.0	7185.7	7219.1	7412.5
Tulcea	1977.3	2286.5	2421.2	2544.1	2662.4	3264.1	3372.9	3561.3	4080.9	4052.8	4269.1	4616.8
Vaslui	2340.0	2868.6	3130.3	3406.0	3618.3	4312.4	4509.5	4736.8	4988.8	5277.3	5577.2	5835.5
Vâlcea	2532.9	2998.0	3033.4	3281.0	3513.9	4102.2	4363.6	4585.8	4877.2	5215.4	5576.3	5871.1
Vrancea	2378.1	2515.5	2632.0	2625.9	2641.0	3072.8	3139.1	3374.3	3580.8	3814.9	4073.1	4296.5
Bucuresti	4367.3	4612.8	5035.7	4620.8	3475.2	5190.0	5869.9	6105.0	7955.3	7599.5	7697.6	10374.1

În anul 2018 valoarea medie a prevalenței DZ pentru România a fost de 5928,7‰ loc., cele mai multe cazuri sunt în M. București (10374,1‰ loc.), valori mari sunt și în: Hunedoara, Timiș, Dolj, Arad, iar cele mai puține în Giurgiu (2410,9‰ loc.), valori mici ale ratei sunt și în: Călărași, Mehedinți, Ialomița, Ilfov.

Distribuția prevalenței prin diabet pe județe și pe cvartile în anul 2018 (la 100.000 locuitori)



Cele mai frecvente complicații ca număr și pondere sunt accidente vasculare și polineuropatii, urmate de retinopatii:

N r.c rt.	Complicații diabet zaharat	Complicații la % din total cazuri cu DZ (în cab. nutriție)											
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1	- retinopatii	19.2	15.5	16.1	19.0	16.3	19.9	22.7	15.6	13.9	13.5	12.2	14.4
2	- nefropatii	8.9	5.7	6.4	7.7	8.4	11.0	13.6	7.0	7.8	7.0	6.8	6.6
3	-infarct miocardic	3.8	3.4	3.8	4.5	4.8	5.0	5.3	3.3	5.7	4.9	4.0	4.6
4	-arteriopatie obliterantă	10.6	9.4	11.2	11.6	11.7	12.2	13.6	10.9	10.5	10.7	9.5	9.6
5	-accident vascular și polineuropatie	22.3	13.7	15.1	15.5	16.7	15.5	16.3	17.1	14.7	16.9	16.0	15.3
6	-alte complicații	8.9	11.6	10.1	12.6	11.5	11.8	14.5	11.0	10.0	10.3	9.2	9.7

Județul	Incidența prin DZ(cazuri noi) - toate formele clinice(în cabinetul de nutriție) la 100000 loc											
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Romania	392.8	445.3	336.3	337.7	303.0	317.7	337.2	345.5	372.0	392.5	372.9	388.7
Alba	384.0	373.9	243.9	248.5	233.0	321.8	251.0	40.1	191.5	167.3	162.0	156.2
Arad	404.0	374.2	264.4	268.2	610.0	434.9	458.6	423.1	387.4	302.5	285.7	305.7
Arges	408.1	507.6	336.0	365.2	368.7	375.7	389.3	341.0	405.9	437.9	488.0	477.1
Bacau	323.3	343.7	237.7	234.0	240.3	220.0	220.5	209.3	242.1	177.0	200.0	193.5
Bihor	556.9	592.7	436.8	419.0	403.4	426.2	404.8	434.4	463.0	607.8	511.4	498.5
Bistrita-N	258.0	327.7	204.1	198.3	217.1	158.0	196.4	255.3	446.7	224.8	306.6	386.7
Botosani	379.2	553.9	255.9	230.8	224.8	250.9	220.8	232.5	215.1	247.2	330.1	345.5
Brasov	370.9	392.4	267.8	249.9	216.0	134.1	70.1	276.0	382.3	417.5	534.2	289.3
Braila	167.9	396.6	282.6	250.3	234.3	223.8	230.0	322.3	406.9	333.7	137.2	313.8
Buzau	394.9	454.5	278.3	251.8	247.7	289.2	283.9	302.2	377.6	445.0	426.5	367.9
Caras-S	540.0	575.2	379.4	411.1	364.1	490.7	607.6	498.2	518.2	545.4	591.5	649.6
Calarasi	261.7	300.7	222.5	199.1	203.9	198.8	224.0	243.3	251.0	265.1	192.1	281.6
Cluj	323.1	382.8	495.5	766.5	366.9	323.3	656.1	325.8	227.5	227.7	204.0	203.4
Constanta	457.6	415.8	277.0	266.1	235.8	278.0	273.2	347.9	253.9	289.6	415.6	531.8
Covasna	257.4	273.1	200.6	181.6	195.7	422.2	198.2	238.3	437.6	357.7	157.6	297.1
Dambovita	361.3	345.3	215.8	270.9	282.6	461.8	292.3	359.0	351.9	410.6	458.6	365.4
Dolj	500.7	603.1	400.8	404.9	407.7	333.3	414.3	475.7	470.5	516.3	553.1	585.3
Galati	285.8	293.7	266.2	841.3	244.6	368.4	355.2	469.3	330.9	381.3	213.0	193.3
Giurgiu	223.7	156.8	140.4	131.0	87.0	173.6	253.0	122.5	133.5	73.6	146.8	212.7
Gorj	373.4	441.3	233.7	273.5	405.4	350.0	219.7	360.5	354.7	428.3	445.4	421.8
Harghita	256.7	328.2	188.5	214.8	244.2	227.0	210.5	242.7	351.8	265.4	322.5	303.2
Hunedoara	563.9	301.3	417.3	339.4	406.2	416.7	394.9	447.9	646.2	1014.5	688.4	600.2
Ialomita	522.4	444.7	302.4	356.5	471.1	325.8	339.7	285.4	359.7	310.9	193.1	298.3
Iasi	394.9	310.2	331.9	343.8	272.1	294.0	329.4	289.6	333.8	343.8	314.4	307.1
Ilfov	216.9	522.0	312.0	211.5	225.1	207.9	252.2	266.0	245.9	325.1	277.0	343.0
Maramures	323.8	458.4	340.4	350.3	257.1	312.4	406.5	396.7	335.8	371.1	403.1	404.8
Mehedinti	466.0	359.4	357.4	447.3	432.5	434.1	440.9	404.5	313.7	252.8	217.0	253.0
Mures	505.2	800.8	431.3	241.5	234.9	288.7	353.5	532.7	339.9	380.9	436.0	496.8
Neamt	477.3	537.8	344.7	316.7	289.4	329.8	322.8	320.7	666.9	388.4	409.6	398.2
Olt	107.4	180.2	202.3	261.5	203.8	209.0	191.1	222.6	232.9	209.2	253.0	503.3
Prahova	407.4	479.8	309.2	369.9	335.8	292.8	322.6	376.8	423.8	503.7	414.2	315.8

Satu Mare	496.1	583.8	327.7	333.1	328.6	322.6	300.6	344.4	417.2	331.9	336.1	514.6
Salaj	504.6	499.0	556.4	454.7	445.0	532.4	633.6	535.5	434.7	424.9	469.4	398.2
Sibiu	493.2	510.4	376.5	416.9	365.2	353.7	399.2	443.2	435.5	494.1	414.8	591.0
Suceava	329.5	357.2	243.1	241.5	247.0	278.7	260.6	272.6	319.4	265.9	259.8	320.1
Teleorman	1053.8	518.7	379.9	325.6	247.5	392.6	355.3	403.9	475.0	555.6	506.6	542.5
Timis	489.9	540.1	353.1	330.4	287.3	269.9	312.7	338.9	331.6	365.2	274.6	295.9
Tulcea	220.6	364.2	199.5	313.1	171.6	257.2	346.5	278.0	348.3	380.6	446.5	414.9
Vaslui	517.6	552.9	325.2	288.5	244.1	243.9	243.2	288.0	309.1	315.2	329.8	342.1
Vâlcea	457.5	485.2	312.7	268.1	279.8	305.8	297.3	290.5	336.0	363.9	379.1	371.5
Vrancea	291.9	224.5	172.2	176.3	189.7	214.5	166.4	294.2	271.0	298.8	343.2	364.3
Bucuresti	272.6	563.6	607.5	393.4	392.3	410.2	474.7	434.3	506.8	597.0	507.2	514.9

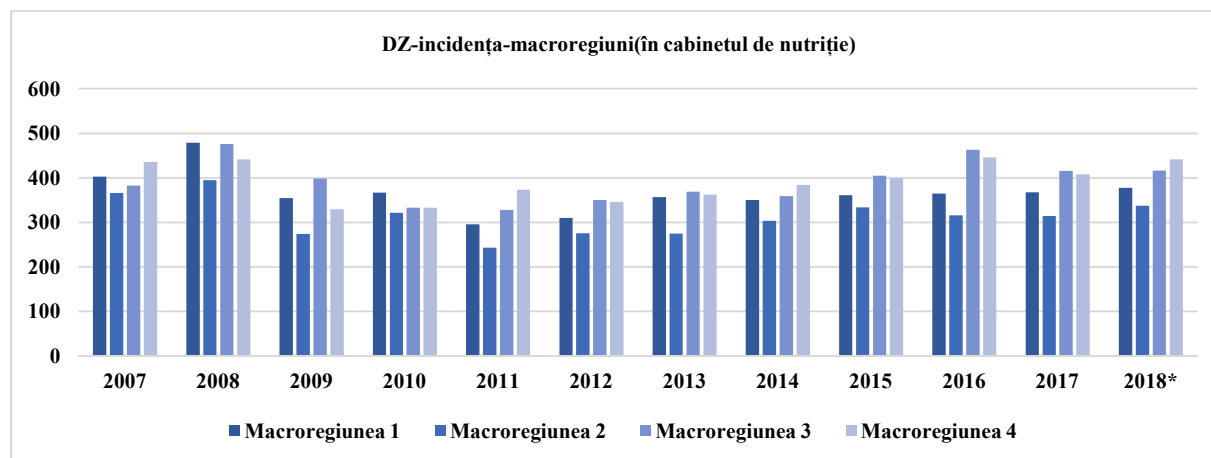
*Indici calculați cu populația rezidentă la 1 iulie 2017

În 2008 a fost înregistrată cea mai mare rată a incidenței prin diabet zaharat, pentru perioada studiată. Valori mari au fost înregistrate și în anul 2018 și 2007, însă nu ating valoarea ratei înregistrată în 2008.

Cele mai multe cazuri noi luate în evidență în cabinetul de nutriție sunt în anul 2008, anul în care a fost făcută evaluarea stării de sănătate a populației în cabinetul medicului de familie și mulți pacienți descoperiți cu modificări ale glicemiei au fost trimiși la medicul nutriționist, pentru evaluarea stării de sănătate. Comparând cazurile de diabet zaharat cu anul anterior pentru anii studiați 2007-2018, se poate spune că cea mai mare creștere a fost în anul 2008 comparativ cu anul 2007, și anume cu 13% mai mult în 2008, reprezentând 11167 cazuri noi luate în evidență. Comparând anul 2015 cu 2014, se constată o creștere în 2015 cu 4933 cazuri, reprezentând 7,2% mai mult decât în 2014. Comparând anul 2016 cu 2015, se constată o creștere în 2016 cu 3599 cazuri, reprezentând 4,9% mai mult decât în 2015, iar 2017 cu 2016, este o scădere cu 4294 cazuri noi, reprezentând 5,6% mai puțin ca în 2016. Comparând 2018 cu anul anterior 2017, constatăm o creștere 3089 cazuri noi în 2018, reprezentând 4,2% mai mult decât în 2017.

În 2009 scad cazurile noi înregistrate cu 25%, ajungând la 23553 cazuri noi luate în evidență. În 2011 comparativ cu 2010, a fost o scădere de 11% mai puțin în 2011, reprezentând 7660 cazuri.

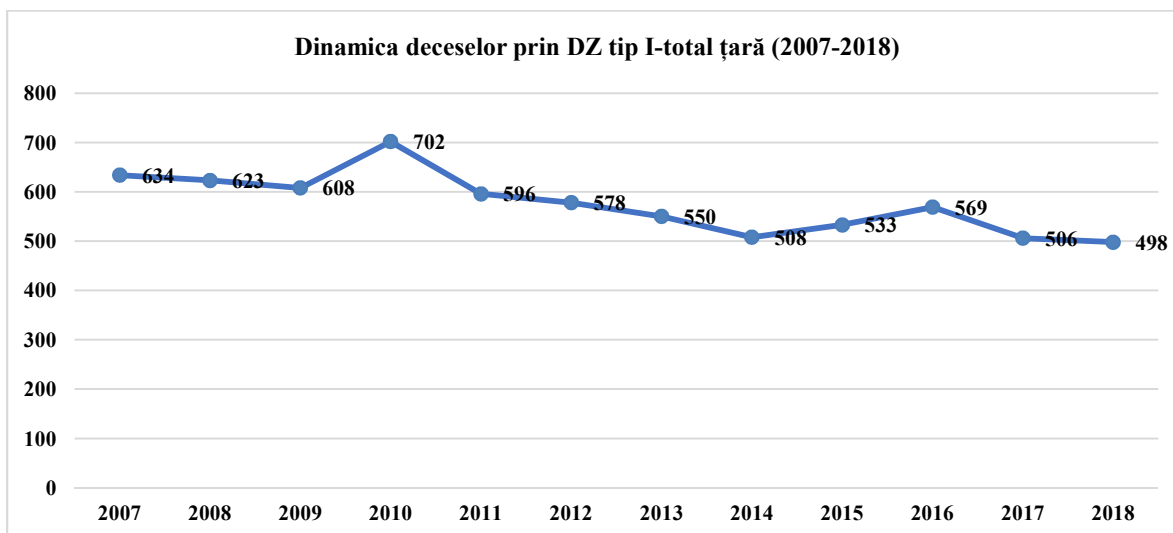
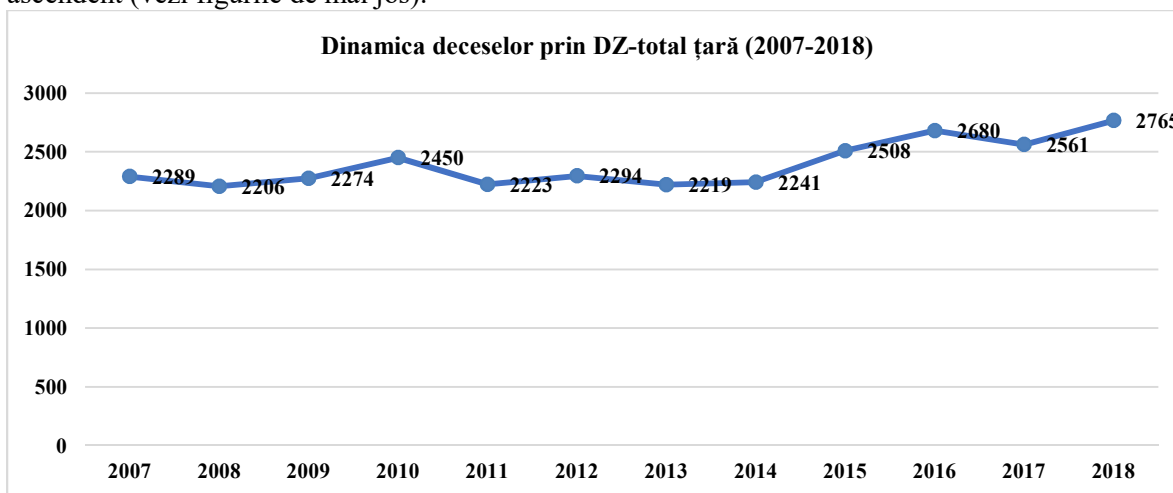
Comparând cazurilor de diabet zaharat din fiecare an al perioadei studiate 2007-2018, cu anul 2007 care reprezintă primul an al studiului, singurul an în care se înregistrează o creștere a fost 2008, cu 13%, pentru ceilalți ani a fost o scădere a cazurilor noi înregistrate. Cea mai mare scădere este în 2011, și anume 24% mai puțin ca în 2007. Comparând anul 2018 cu 2007, se constată o scădere în 2018 cu 8457 cazuri, reprezentând 11,1% cazuri mai puțin ca în 2007.

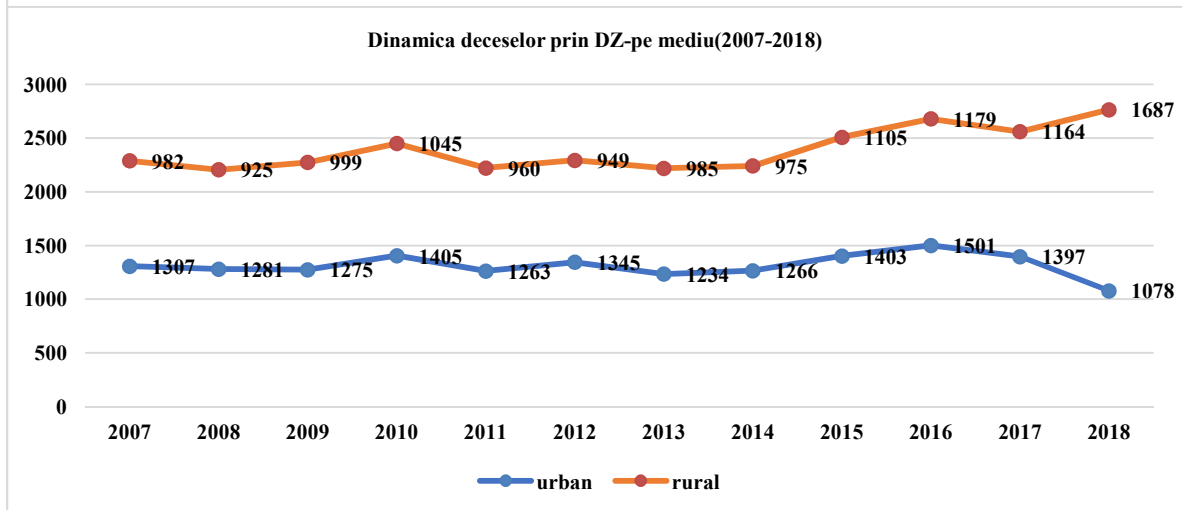
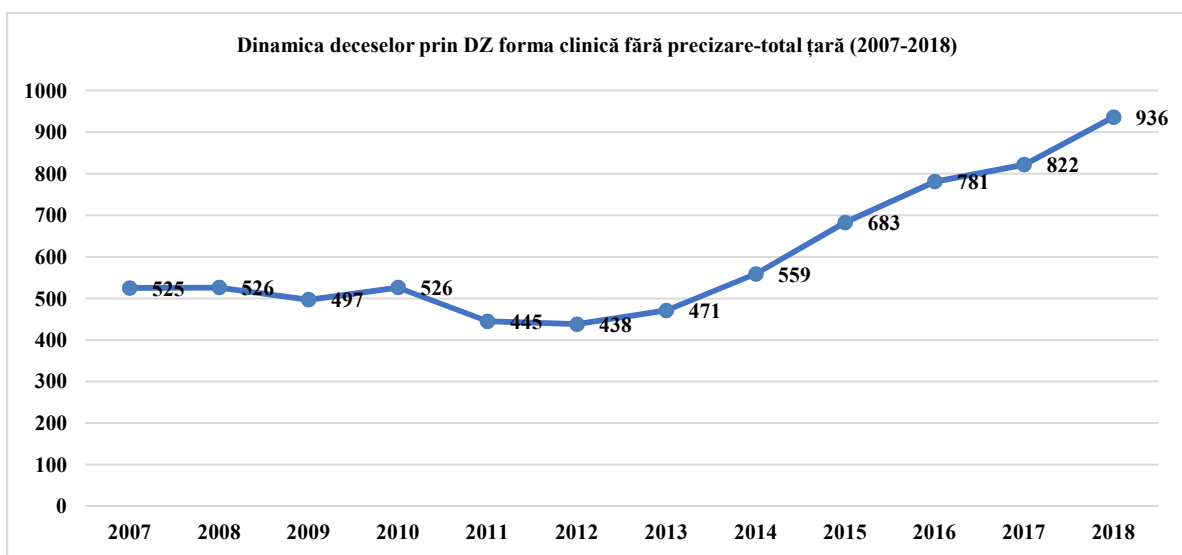
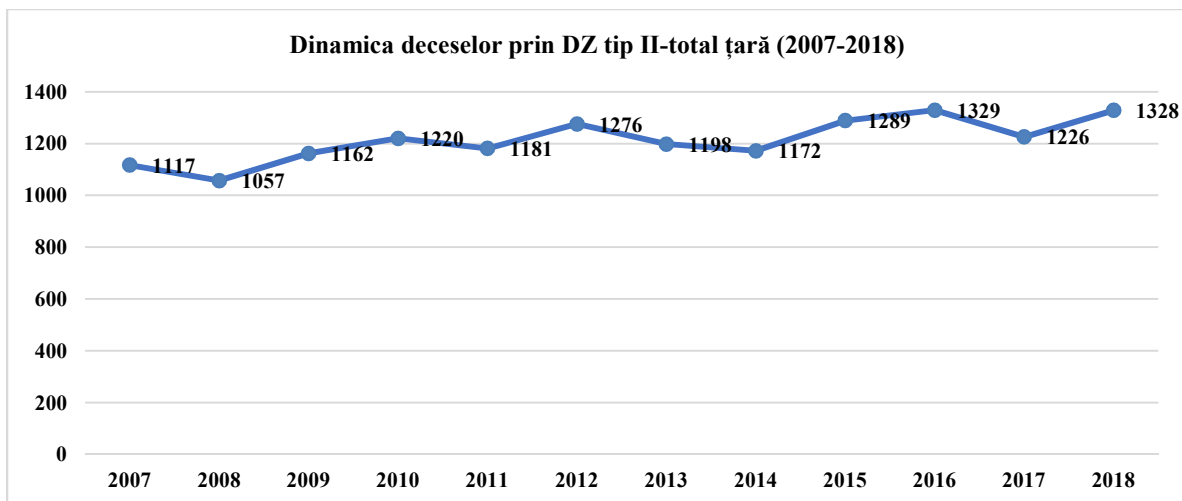


5. Magnitudinea problemei de sănătate publică, mortalitatea prin diabet zaharat 2007-2018

Diabetul zaharat este o boală deosebit de gravă care în cazul în care nu este depistată sau nu este tratată corespunzător, poate duce la deces. Urmărind în dinamică evoluția deceselor prin diabet zaharat, se constată că în perioada 2007-2012 oscilează puțin de la un an la altul, excepție făcând 2010, când a fost o creștere mai mare a deceselor.

Din 2013 până în 2017 cresc mai mult decesele prin diabet zaharat, excepție făcând anul 2017, când a fost înregistrată o scădere față de anul anterior. Trendul deceselor prin diabet zaharat este ascendent (vezi figurile de mai jos).





6. Rezultate relevante din studii naționale, europene și internaționale:

Conform studiului PREDATORR „Prevalence of diabetes mellitus and prediabetes in the adult Romanian population”³⁰ – Prevalența diabetului zaharat și prediabetului în populația adultă din România: în anul 2017 la o populație adultă de 14382000 erau înregistrate 1785300 cazuri de diabet la adulți cu vârste între 20 și 79 de ani, cu o prevalență de 12,4%; numărul va scădea la 1246000 în anul 2045. În topul regiunilor cu cei mai mulți diabetici se află Regiunea Sud-Muntenia, unde s-a înregistrat o prevalență a diabetului de 13,39%, urmată de regiunea București-Ilfov, cu o prevalență a diabetului de 12,79%. Pe locul trei în topul prevalenței diabetului se află regiunea de Nord-Est (12,38%), urmată de regiunile Sud-Oltenia (12,1%), Nord-Vest (11,69%) și Sud-Est (10,44%). La polul opus, studiul PREDATORR arată că regiunile cu cei mai puțini diabetici sunt Regiunea Vest (8,2%) și Centru (9,99%).



Conform datelor Global Health Estimates³¹, în anul 2016 în România, s-au înregistrat un total 118.100 de ani de viață pierduți datorită dizabilității și a decesului prematur (disability adjusted life years – DALYs) cauzate de diabetul zaharat.

7. Intervenții eficiente la nivel național pentru grupurile țintă ale campaniei.

Diabetul tip 1 nu poate fi prevenit în prezent. Factorii de mediu declanșatori despre care se crede că generează procesul care duce la distrucția celulelor producătoare de insulină, se cercetează în continuare.

În timp ce există un număr de factori care influențează apariția de diabet tip 2, este evident că cele care influențează cel mai mult sunt comportamentele stilului de viață frecvent asociat urbanizării. Acestea includ consum de alimente nesănătoase și stiluri de viață inactive, cu comportament sedentar. Studiile controlate randomizate din părți diferite ale lumii, care includ Finlanda, SUA, China și India, au stabilit că modificarea stilului de viață cu activitate fizică și/sau dietă sănătoasă pot amâna sau preveni apariția diabetului tip 2.

Stilurile de viață modernă sunt caracterizate de inactivitatea fizică și perioade lungi sedentare. Intervențiile bazate pe comunitate pot ajunge la indivizi și familii prin campanii, educație, marketing social și prin încurajarea activității fizice de interior și de exterior, în școală și la locul de muncă. IDF recomandă activitatea fizică, cel puțin trei-cinci zile pe săptămână, pentru minimum 30-45 minute.

³⁰ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25850521/>

³¹ Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018

O perspectivă asupra întregii vieții e esențială pentru prevenirea diabetului tip 2 și a complicațiilor acestuia. Devreme în viață, când sunt stabilite obiceiurile alimentare și de activitate fizică și când poate fi programată reglarea pe termen lung a balanței energetice, există o fereastră foarte importantă pentru prevenirea obezității și reducerea riscului de diabet tip 2. Stilul de viață sănătos poate îmbunătăți starea de sănătate și în etapele mai târzii ale vieții.

Intervențiile și politicile bazate pe populație permit ca alegerile sănătoase prin politici în comerț, agricultură, transport și planificarea urbană să devină mai accesibile și mai ușoare. Alegerile sănătoase pot fi promovate în locuri specifice (școală, loc de muncă și acasă) și contribuie la o sănătate mai bună pentru toți. Acestea includ exerciții în mod regulat și alimentație înțeleaptă, care vor ajuta la menținerea nivelurilor normale ale glicemiei, tensiunii arteriale și lipidelor.

Recomandările IDF de alimentație sănătoasă pentru populația generală

1. Alegeți apă, cafea sau ceai în loc de suc de fructe sau alte băuturi îndulcite cu zahăr.
2. Mâncați cel puțin trei porții de legume în fiecare zi, inclusiv verdețuri.
3. Mâncați până la trei porții de fructe proaspete în fiecare zi.
4. Alegeți pentru o gustare nuci, o bucată de fruct proaspăt, sau iaurt neîndulcit.
5. Limitați consumul de alcool la adulți la maximum două băuturi standard pe zi.
6. Alegeți carnea albă, pui sau fructe de mare în loc de carne roșie sau procesată.
7. Alegeți untul de arahide în loc de cel de ciocolată sau gem. 19
8. Alegeți pâine, orez, paste din făină integrală, în loc de pâine, orez, paste din făină albă.
9. Alegeți grăsimi nesaturate (uleiuri de măsline, canola, porumb sau floarea-soarelui), în loc de grăsimi saturate (unt, ghee, grăsime animală, uleiuri de cocos sau de palmier).

O amenințare particulară în ceea ce privește riscul asociat de diabet tip 2 este consumul de alimente cu conținut ridicat de zahăr, mai ales băuturile îndulcite cu zahăr.

În anul 2014, OMS a emis noi recomandări de limitare a consumului de zahăr. IDF sprijină aceste recomandări și a publicat “Cadru de Acțiune pentru Zahăr” (IDF Framework for Action on Sugar)³².

Profilaxia DZ la copil

Prevenirea obezității trebuie începută imediat după naștere. Este important ca pediatrii să consilieze părinții în legătură cu tipurile și cantitățile de alimente recomandate pentru nou-născuții și copiii lor. Copii vor fi încurajați să practice activități fizice în mod regulat, pentru a -și menține sănătatea, evita plictiseala și preveni excesul de calorii. Masa corporală, înălțimea și indicii de masă corporală trebuie evaluate la intervale regulate și marcate pe hărți de creștere pentru a putea identifica în timp util tendințe de exces ponderal. Când este identificat excesul ponderal, intervențiile de rigoare trebuie inițiate timpuriu pentru a creșterea șansele de succes a tratamentului³³.

S-a demonstrat că măsurile de viață simple sunt eficiente în prevenirea sau întârzierea apariției diabetului de tip 2. Pentru a ajuta la prevenirea diabetului de tip 2 și a complicațiilor acestuia sunt necesare:

- atingerea și menținerea unei greutate corporale sănătoase;
- activitate fizică – cel puțin 30 de minute de activitate normală, moderată în cele mai multe zile și alte activități fizice pentru controlul greutății;
- dieta sănătoasă, evitând consumul de zahăr și grăsimi saturate;
- evitarea consumului produselor din tutun – fumatul crește riscul de diabet și boli cardiovasculare³⁴.

³² <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

³³

³⁴ Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents a relatively new clinical problem within pediatric practice, Journal of Medicine and Life, 2016