

Ожирение у детей и подростков. Проблема и пути решения.

Подготовила врач эндокринолог НИИ РЗДПМ ГОО ВПО ДОННМУ
им.М Горького, асс.кафедры Внутренних болезней N4

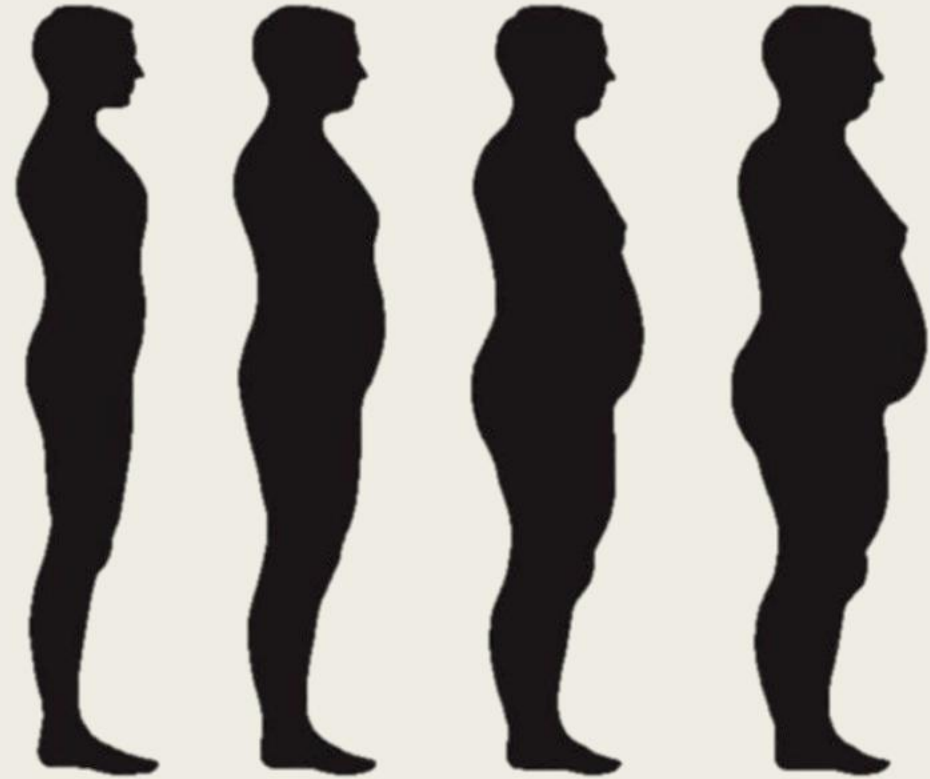
Шпатусько Марина Михайловна

Руководитель НИИ РЗДПМ

д.м.н. Золото Е.В

ОЖИРЕНИЕ

многофакторное заболевание, связанное с избыточным отложением жировой ткани, сопровождающееся многочисленными метаболическими и нейрогуморальными нарушениями, изменениями функции органов и систем



Ожирение в России

- Россия входит в первую пятерку стран мира, лидирующих по распространенности этой патологии и ее динамика не внушает оптимизма

*по данным скрининговых исследований в России

Дети в городах



Дети в сельской местности



- При ожирении происходит увеличение массы тела на 10% и более от максимальной по росту, возрасту и полу за счет жировой ткани.
- Жировая ткань рассматривается как эндокринный орган, который секретирует такие адипокины, как лептин, резистин, адипонектин. Основной эффект лептина — регуляция потребления пищи, при нарастании массы тела происходит повышение его секреции.

Масса человека



Соотношение детей страдающих ожирением к общему количеству детского населения педиатрического подразделения №4 по годам (2015, 2016, 2017г.)



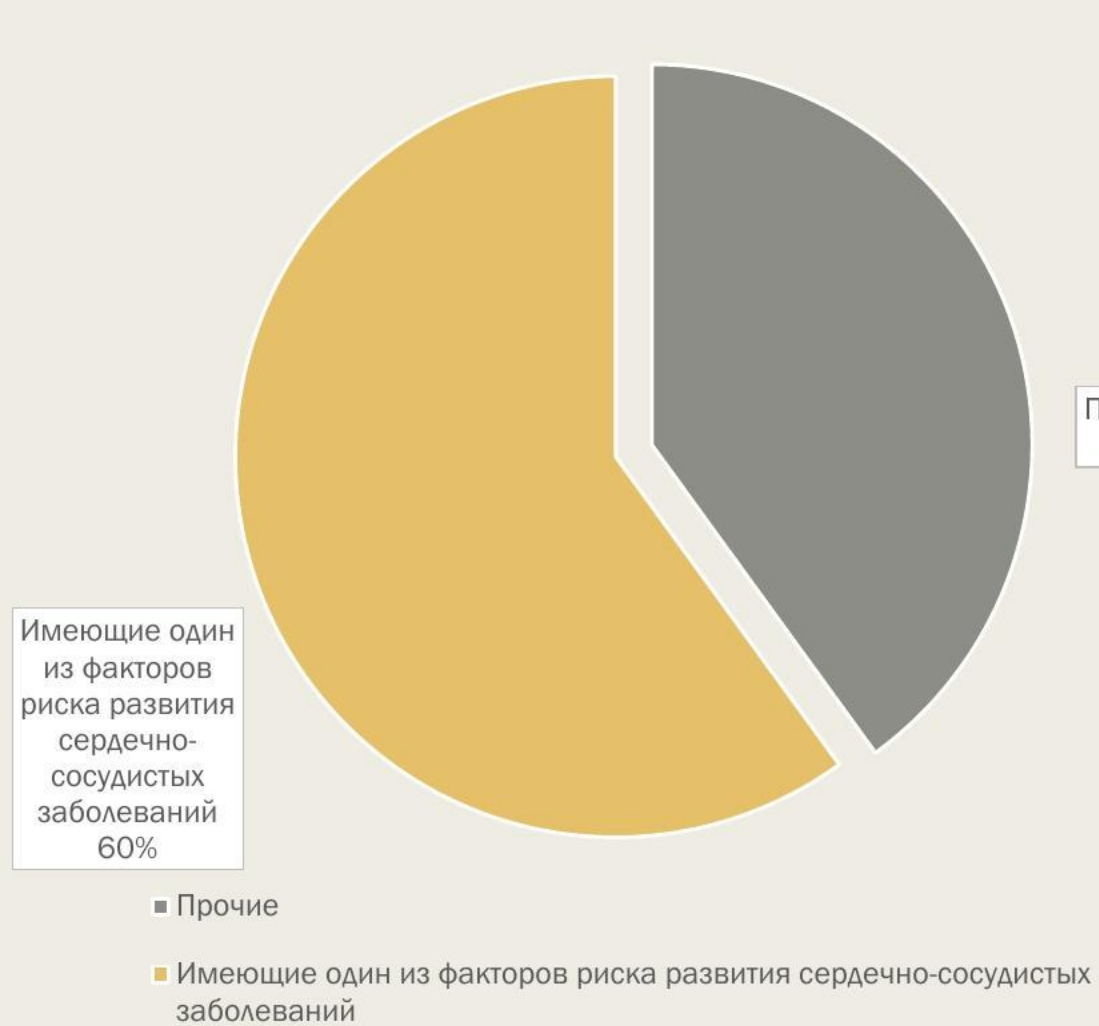
ПРОБЛЕМА

Ожирение у детей и подростков является актуальной социальной и медицинской проблемой в экономически развитых странах(частота 20-25% населения, а в некоторых странах до 30%, особенно в возрасте 12-14 лет)

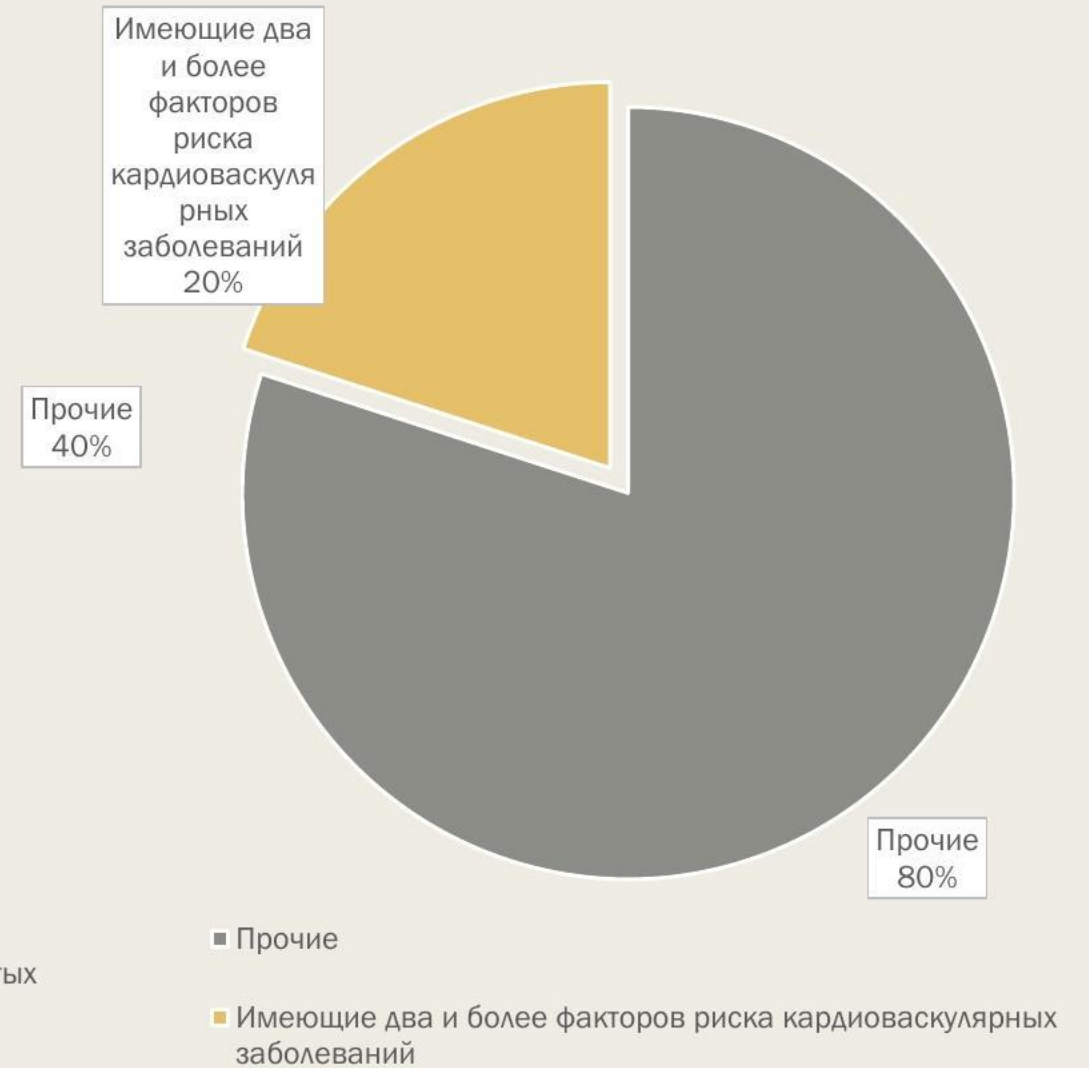
В большинстве случаев детское и подростковое ожирение сохраняется и прогрессирует во взрослом состоянии



Дети, страдающие ожирением



Подростки, страдающие ожирением



Особую обеспокоенность увеличение распространенности ожирения среди детей и подростков вызывает в связи с угрозой инвалидизации пациентов молодого возраста и снижения общей продолжительности жизни из-за частого развития осложнений таких, как:

- сахарный диабет 2-го типа
- артериальная гипертензия
- дислипидемия
- атеросклероз и др.,

последствиями которых являются сердечно-сосудистые катастрофы, такие как инсульты и инфаркты.

ЭТИОЛОГИЯ



Внутренние факторы:

- **Осложнённое течение беременности и родов**

(хроническая или острая внутриутробная гипоксия плода, родовые травмы, кесарево сечение, возраст родителей старше 30 лет, наличие у них профессиональных вредностей, избыточную массу тела у матери до и во время беременности, питания матери во время беременности и продолжительности грудного вскармливания.)

- **Масса тела при рождении** (низкая или высокая)

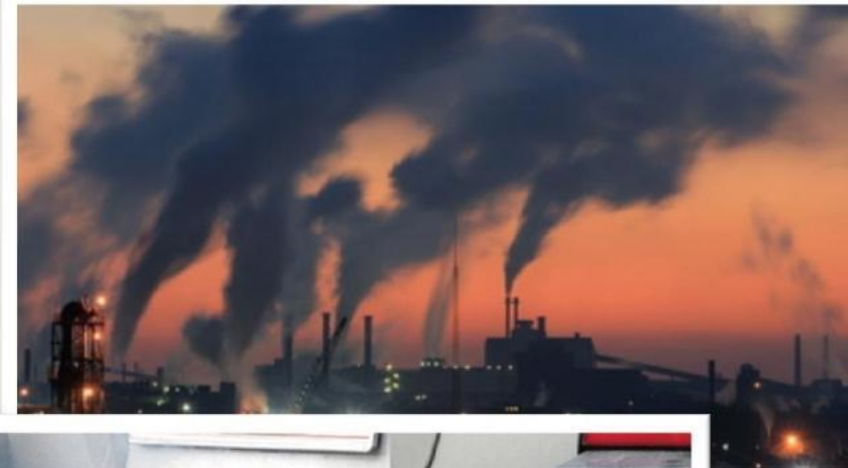
- **Вторично при заболеваниях** щитовидной железы, поражениях мозга, при некоторых наследственных заболеваниях (глюкогеноз 1 типа (болезнь Гирке), синдром Прадера-Вилли, синдром Берьесона-Форсмана-Лемана и др.)

- **Наследственные факторы** (в последние годы насчитывают 430 генов , маркеров, связанных с ожирением)

Внешние факторы:

- **Нарушение пищевого поведения (пищевая адикция)**
- **Гиподинамия**
- **Перенесённые инфекционные заболевания** (при изучении структуры общей заболеваемости детей, страдающих ожирением, выяснено, что многие из них относятся к группе часто и длительно болеющих детей)
- **Травмы центральной нервной системы, нейроинфекции**
- **Техногенные микроэлементозы (Экологический дисбаланс)**

Недостаток упомянутых микроэлементов может быть связан как с их дефицитом в рационе питания, так и с повышением химическим элементов-антагонистов в пищевых продуктах. Например: негативное влияние свинца, мышьяка «экзотоксины современности» на обменные процессы, также и на становление репродуктивной функции у мальчиков подростков связано с тем, что эти микроэлементы являются антагонистами таких микроэлементов как селен, цинк, хром, марганец и , таким образом при достаточном содержании последних в пищевом рационе, при воздействии «экзотоксинов современности» их положительный эффект в организме будет нейтрализован. Поэтому ожирение зачастую сопровождается снижением секреции половых гормонов, приводящим к функциональной задержки полового развития..



КЛАССИФИКАЦИЯ



Классификация ожирения, предложенная В.А.Петерковой и О.В.Васюковой

По этиологии

- простое (конституционально-экзокринное, идиопатическое)
- гипоталамическое
- ожирение при нейроэндокринных заболеваниях
- ожирение ятрогенное
- моногенное ожирение
- синдромальное ожирение

По наличию осложнений и коморбидных состояний

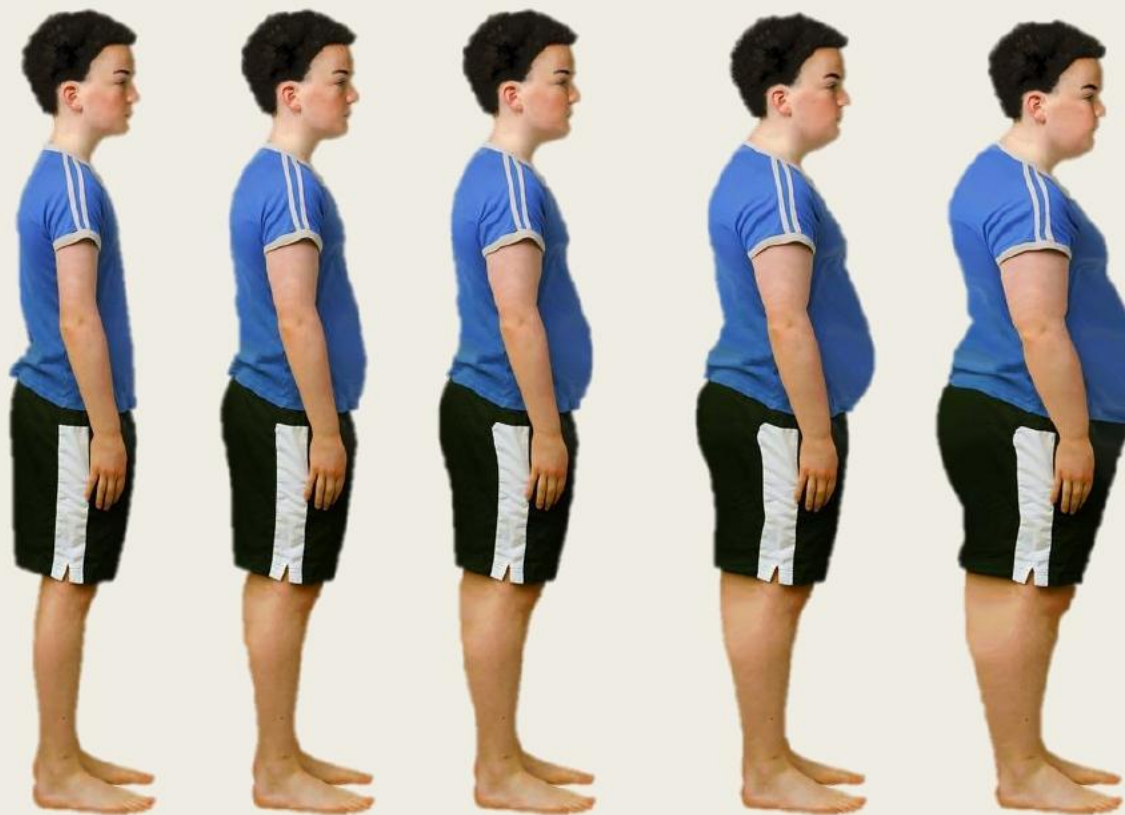
- нарушение углеводного обмена
- неалкогольная жировая болезнь печени
- дислипидемия
- артериальная гипертензия
- сахарный диабет 2 типа
- задержка полового развития
- ускоренное половое развитие
- гинекомастия
- синдром гиперандрогении
- синдром апное
- нарушение опорно-двигательной системы
- желчно-каменная болезнь

По степени ожирения

- SDS ИМТ 2,0-2,5- 1 степень
- SDS ИМТ 2,6-3,0- 2 степень
- SDS ИМТ 3,1-3,9- 3 степень
- SDS ИМТ 4,0 и более- морбидное

Избыток массы тела

- на 10-25% соответствует ожирению 1 степени ожирения,
- на 26-49%-2степени
- на 50-99%- 3 степени
- на 100% и более- 4 степени

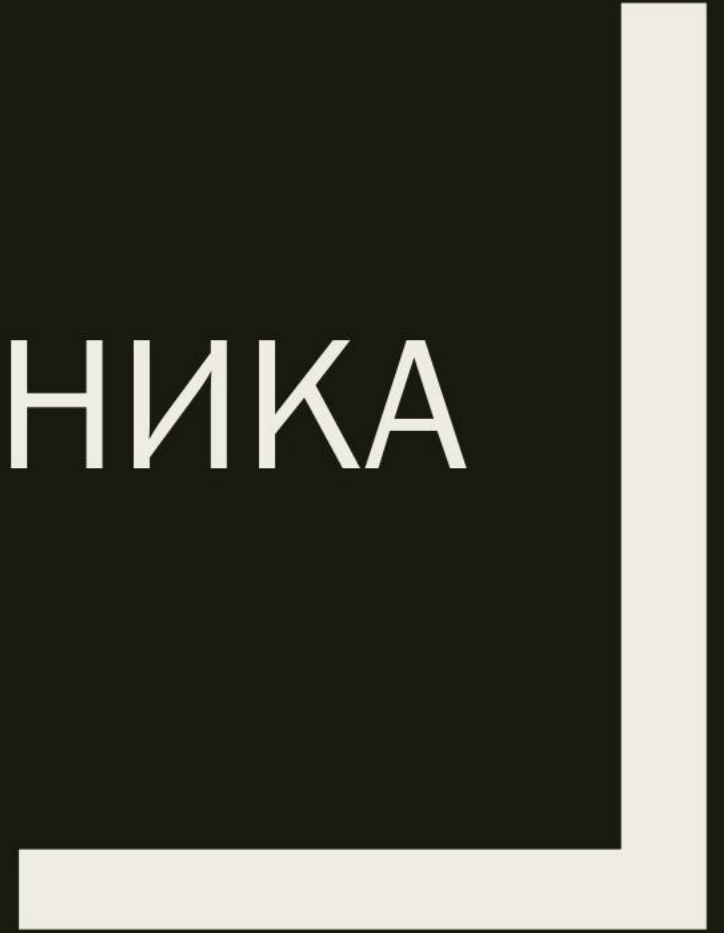


Французская классификация:

- 1 степень- вызывает зависть
- 2 степень- удивление
- 3 степень- смех
- 4 степень- сожаление



КЛИНИКА



1) Жалоб, как правило, нет.

2) При прогрессировании ожирения дети могут предъявлять жалобы на быструю утомляемость, головную боль, одышку, потливость, раздражительность, жажду, тучность, нарушение сна, боль в области сердца, неутолимый голод.



Объективно:

- Очевидное увеличение массы тела,
- увеличение ИМТ,
- артериальная гипертензия (встречается у 40% подростков),
- у юношей встречается гинекомастия,
- нарушение углеводного и жирового обмена в виде повышения глюкозы, холестерина, триглицеридов, липопротеидов.



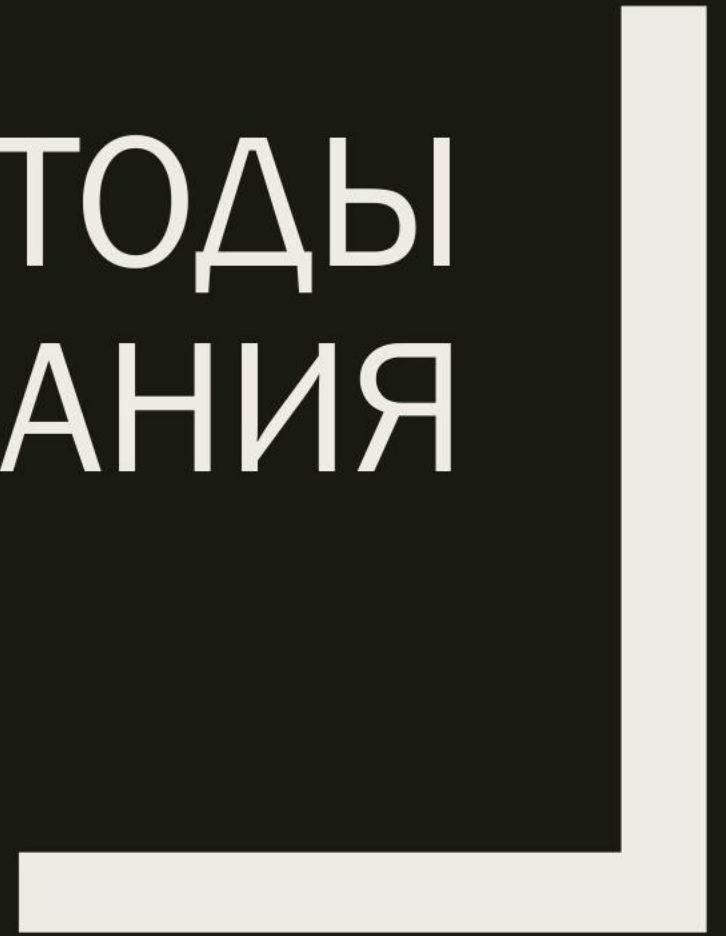
ОСЛОЖНЕНИЯ



«Спутники заболевания»

- Нарушение углеводного обмена,
- Жировой гепатоз
- Вторичный гипоталамический синдром
- Артериальная гипертензия
- Задержка или ускорение полового созревания.
- Нарушения опорно-двигательного аппарата- плоскостопие, спондилолистез, дегенеративно-дистрофические изменения связочного аппарата, болезнь Блаунта).
- Со стороны кожи: стрии, гиперпигментация, фолликулит.
- Тяжелые формы ожирения вызывают у больных тяжелые психические нарушения.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ



- Тщательный анализ анамнестических данных: рост, вес при рождении, начальные проявления ожирения. Отягощенность ближайших родственников по ожирению.
- Анализ антропометрических данных- измерение массы тела, роста, с последующим расчетом ИМТ, окружность талии, бедер,распределение подкожно- жирового слоя, кожные изменения.
- Оценка полового развития по шкале Таннера
- Общеклинический анализ и биохимические исследования крови: липидный спектр, уровень глюкозы и общей щелочной фосфатазы, общий холестерин, ферменты (АЛТ, АСТ).
- Гормональные исследования: определение уровней в сыворотке крови тестостерона, лептина, инсулина, кортизола, С-пептида,тироксина методом ИФА.
- Гликемия натощак, глюкозотолерантный тест.
- УЗИ печени, поджелудочной железы, почек и надпочечников.
- Для оценки жировой массы используется биоимпедансометрия.
- Молекулярно-генетические исследования.
- Консультации специалистов: диетолог, врач ЛФК, эндокринолог, генетик.
- Компьютерная томография или/и магнитноядерная томография центральных отделов головного мозга (при подозрении на опухоль головного мозга).

ЛЕЧЕНИЕ



- Обучение пациента- залог успешной терапии.
- Диета с ограничением калорийности пищи. Суточная калорийность рациона составляет для ребенка школьного возраста 1400-1500 ккал. Число кормлений не должно быть меньше 4-5 раз в день.
- Двигательный режим. Дозированные физические нагрузки.
- ЛФК с элементами дыхательной гимнастики, позволяющей ускорить темпы снижения массы тела, водные процедуры.
- Санация очагов хронической инфекции.
- Больным с вторичным ожирением проводят лечение основного заболевания.
- «Школы коррекции и профилактики ожирения у детей»,

ПРОФИЛАКТИКА



- 1) Своевременная диагностика ожирения и начало в ранние сроки заболевания (1-2 года) лечебно-профилактических мероприятий, способствуют снижению степени ожирения и длительности заболевания.
- 2) Повышение уровня знаний детей и родителей о здоровом образе жизни: соблюдение режима дня, коррекция пищевого поведения и уменьшения пищевой нагрузки в вечернее/ночное время
- 3) Приоритет активного образа жизни- занятия спортом, подвижными играми с непосредственным участием детей совместно с родителями.
- 4) Своевременное проведение лечебных мероприятий и улучшение морфофункционального состояния гепатобилиарной системы.
- 5) Улучшение здоровья матери и нормализация ее массы тела еще на этапе планирования беременности.





СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ

