



Избыточная масса тела - предиктор нарушений соматического здоровья у детей раннего возраста

Миргородская А.В., Сиротченко Т.А., Давидчук Г.Н.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

Лишний вес – проблема века!



Нарушения жирового обмена начинаются в раннем детском возрасте с учетом особенностей внутриутробного периода. Цепочка патологических изменений, которая становится причиной серьезных заболеваний, заслуживает самого серьезного внимания специалистов самого разного профиля, от акушеров-гинекологов и педиатров до детских эндокринологов и кардиологов.

Численность детей раннего возраста (от 0 до 5 лет), имеющих избыточный вес или ожирение, во всем мире увеличилась с 32 миллионов в 1990 году до 49 миллионов в 2019 году. По прогнозам ВОЗ к 2025 году число детей раннего возраста с избыточной массой вырастет до 70 миллионов.

В группу риска по ожирению входят как минимум 92 миллиона детей в возрасте до пяти лет!

ВОЗ применяет в отношении распространения избыточного веса термин *эпидемия*, так как скорость и масштабы этого феномена можно сравнить с распространением вируса.

Среди стран, подвергнувшихся эпидемии – США, Новая Зеландия, Мальта, Великобритания, Испания и Германия, где доля людей с избыточным весом начинает превышать 50%, а истоки *эпидемии* – из раннего детства.

Во главу угла должна быть поставлена как можно более ранняя диагностика и коррекция нарушений жирового обмена. В свою очередь, этого можно добиться, только повысив настороженность в отношении ожирения у всех детских специалистов и родителей.



Педиатры, в отличие от родителей, относятся к ожирению не как к эстетической проблеме, а как к болезни, так как за ожирением стоит целый ряд заболеваний, которые оно провоцирует. Если не начать борьбу с детского возраста, снизить заболеваемость ожирением у взрослых невозможно.

У 84% взрослых, выросших из детей с ожирением (ИМТ больше 95 перцентиля), ожирение сохраняется. Причем, у 60% таких взрослых ИМТ будет больше 35, и более чем у 30% — больше 40.



Индекс массы тела

ИМТ = вес ребенка : квадрат роста ребенка в метрах.

*Значение между 25 и 30 классифицируется как избыточный вес.

*Более 30 - как ожирение.



ИМТ	Что показывает ИМТ
менее 16	Значительный дефицит массы тела
16 - 18,5	Недостаток массы тела
18,5 - 25	Норма веса
25 - 30	Излишек массы тела (лишний вес)
30 - 35	Начальная степень ожирения
35 - 40	Средняя степень ожирения
более 40	Ожирение высокой степени

Критические периоды для развития ожирения

Период раннего возраста. На 1 году жизни перекорм ребенка ведет к увеличению числа адипоцитов, но не их размеров. При своевременной и грамотной коррекции рациона питания в этот период вероятен благоприятный исход.

Препубертат (5-7 лет). Ожирение может иметь рецидивирующий характер, часто бывает стойким и предполагает постоянное ожирение во взрослом возрасте, т. к. в этот период избыточное число адипоцитов не уменьшается, создается резерв для жировых депо.

Пубертатный возраст. Данное ожирение во многом обусловлено перестройкой нейроэндокринной системы, связанной с половым созреванием и часто формирует так называемый гипоталамический синдром пубертатного периода.

Ранний возраст является «критическим периодом», когда программируется аппетит и регуляция энергетического баланса, с отдаленными последствиями в виде повышенного риска избыточной массы. Следовательно, вмешательства с целью профилактики ожирения должны начинаться уже на ранней стадии, а лучше, в период планирования беременности.

Все дети при рождении имеют стандартное количество жировых клеток (адипоцитов), даже если отец и /или мать страдают ожирением.

У детей с ожирением в возрасте 2–3 лет уже выявляются ранние признаки хронического воспаления жировой ткани, и повышен риск развития раннего атеросклероза!

Избыточный вес в раннем детстве является фактором, обуславливающим **более высокую вероятность ожирения, потерь фертильности** (способности к зачатию) вследствие недоразвития половых желез, **преждевременной смерти и инвалидности** во взрослом возрасте.

Дети с избыточным весом: испытывают затруднения при дыхании; подвержены повышенному риску переломов; ранней дегенерации позвоночника;

раннему формированию признаков сердечно-сосудистых заболеваний, гипертензии, инсулинорезистентности, неврологическим расстройствам, аллергическим реакциям

**Д
О
К
А
З
А
Н
О**

Повышает риск преждевременной смерти на треть = курение 10 сигарет в день

Резко сокращает продолжительность жизни - не преодолевается шестидесятилетний рубеж.

нарушения функции надпочечников и щитовидной железы; нарушения минерального обмена, вызывающие изменения костной структуры, камнеобразование в почках и желчном пузыре; нарушения иммунитета; риск раннего развития онкологических заболеваний (на 30%)

Наиболее распространенной формой ожирения в раннем возрасте, на долю которой приходится до 95 -98%, является **экзогенно-конституциональное ожирение, которое проявляется у детей грудного возраста в виде паратрофии.**

На возникновение детского экзогенно-конституционального ожирения в раннем возрасте влияет множество факторов: окружающая среда и семейные привычки, социальные аспекты и национальные традиции, постоянный прием медикаментов, неврологический статус, наследственные эндокринные заболевания, психологический комфорт в семье.

Но есть два основных фактора – нерациональное питание и малоподвижный образ жизни.

* Целью работы был анализ формирования избыточной массы тела у детей, родившихся с массой 4000г и более (группа риска по ожирению согласно критериям ВОЗ), которые находились исключительно на естественном вскармливании с оценкой их физического развития и состояния здоровья на первом году жизни.



В наблюдение были включены семьи со здоровыми новорожденными, которые пребывали в роддоме не более 3-5 дней, не имели осложнений в течение беременности и родов, (279 детей) от здоровых матерей (когортная выборка историй развития, анкетирование).

Дети с массой тела >4000г при рождении составили 17,6%(49 детей)- практически каждый пятый!



95,9% матерей из данной группы до беременности имели среднее телосложение, **прибавка массы у 93,8% женщин за период беременности была от 18,9 кг и выше** (max 30,6 кг); норма 11,3 -15,9 кг.

Нами были определены факторы риска накопления избыточной массы тела на первом году жизни

- * избыточный вес матери во время беременности
- * масса тела при рождении более 4000г увеличила шанс иметь избыточный вес в более позднем возрасте в 2 раза
- * быстрый избыточный набор веса в течение первого года жизни
- * нерациональное искусственное или смешанное вскармливание
- * наследственность
- * качественный и количественный перекорм
- * эндокринные заболевания (всего 1% детей)
- * курение во время беременности увеличивает риск ИМ у ребенка на 47,5%



- **Пищевыми приоритетами** в период беременности были:

шоколад - 65,3 %

выпечка и сдоба - 77,5%

домашнее коровье молоко - 81,6%

потребление жидкости более

1,5-2,0л/сутки - 87,7%

«еда за двоих» - 100%



- Таким образом, основной причиной формирования крупного плода было **«внутриутробное переедание»**

- 42 ребенка (85,7%) из выделенной группы риска в первые 6 месяцев жизни находились только на естественном вскармливании и вошли в группу исследования.
- За I триместр И_М имели 35 детей (83,3%), где у 93,3% детей И_М была - от 12% до 36% (паратрофия?)

(max+4500 за 3 месяца)

За II триместр из 35 детей избыточную массу (ИМ) набрали 28 человек (80,0%)

Все дети (100%) имели И_М 12,9% -19,7% (паратрофия?)

Особенности клинического статуса обследованных детей *

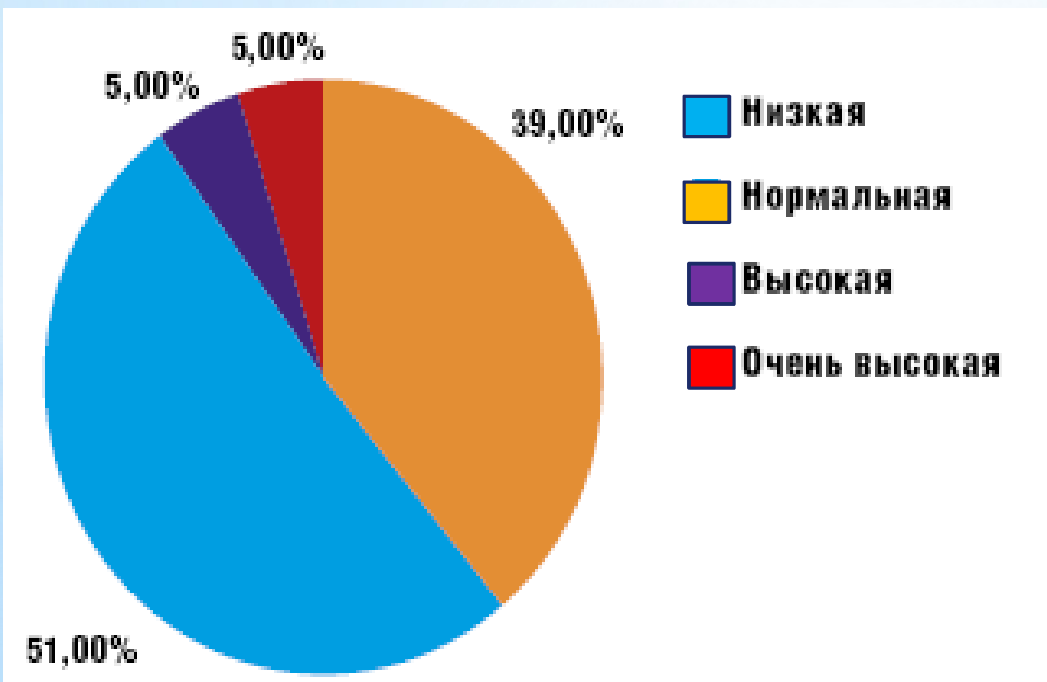
Клинические симптомы (синдромы)	Распространенность (%)
Состояние тургора тканей	
Значительно снижен	9,7
Снижен	53,6
Не снижен	36,7
Состояние тонуса мышц	
Резко снижен	2,4
Снижен	65,8
Не снижен	31,8

Таким образом, более 80,0% детей с избыточной массой при рождении, даже находясь на естественном вскармливании, имеют достоверные признаки паратрофии.

Все дети находились на «свободном вскармливании» – кормление по требованию.

Педиатры не корректировали режим питания.

* Антропометрические данные являются не единственным критерием оценки трофологических нарушений :
Результаты определения толщины подкожно-жирового слоя (калиперометрия) это подтверждают.



Полученные результаты доказывают, что более половины детей (51%) с явлениями паратрофии имеют признаки неравномерного распределения подкожно-жировой клетчатки, особенно, в области живота, верхней части бедер, груди

Выводы:

- * Полученные результаты свидетельствуют о нарушении трофологического статуса у значительного количества обследованных детей в возрасте до 1 года.
- * Результаты, полученные по методике калиперометрии, характеризуют увеличение доли жировой ткани в организме ребенка, что естественно сопровождается уменьшением доли безжировой, так называемой «тощей» массы.
- * Тощая (обезжиренная) масса тела состоит из скелетной и гладкой мускулатуры, массы висцеральных органов, клеток опорно-двигательного аппарата.
- * Снижение тонуса мышц, выявленное нами почти у 70% детей, является этому подтверждением.
- * **Выявленное в нашем исследовании снижение тургора тканей и неравномерное распределение подкожно-жировой клетчатки является свидетельством повышенной гидрофильности тканей организма ребенка, т.е. состояния паратрофии.**

- **Необходим контроль за «внутриутробным перееданием» за счёт контроля калорийности и качества пищи, потребляемой матерью во время беременности, при наличии избыточной прибавки массы.**
- **Необходим контроль за режимом грудного вскармливания – свободное не значит беспорядочное! Перекорм по частоте и по объему!**
- **Грудное вскармливание помогает снизить риск избыточного веса из-за ограниченного количества молока и энергетических затрат на сосание, но само по себе вскармливание грудным молоком не избавляет от риска ожирения.**
- **Помимо коррекции пищевого рациона необходимо корректировать образ жизни ребёнка и его родителей, чему, к сожалению, не всегда уделяют внимание.**



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!