

УДК 616-056.52:616-07-053.2/6

© Т.В. Кобец, В.В. Яковенко, 2012.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И СТАДИИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

Т.В. Кобец, В.В. Яковенко

Кафедра пропедевтики педиатрии (зав. кафедрой – проф. Т.В. Кобец), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского», г. Симферополь.

THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF OVERWEIGHT AND OBESE CHILDREN RELATIVE TO THE AGE AND SEXUAL DEVELOPMENT STAGE

T.V. Kobez, V.V. Yakovenko

SUMMARY

A comparative analysis of complaints in children and adolescents with overweight and obesity relative to the age and sexual development stage has been conducted. A number of patterns that help diagnostics and well-timed treatment have been established.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З НАДЛИШКОВОЮ ВАГОЮ ТІЛА ТА ОЖЕРІННЯМ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ ТА СТАДІЇ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ

Т.В. Кобец, В.В. Яковенко

РЕЗЮМЕ

Проведено порівняльний аналіз скарг у дітей та підлітків з надмірною масою тіла та ожирінням в залежності від віку і від ступеня статевого розвитку. Виявлено ряд закономірностей, які допомагають у постановці діагнозу і своєчасному початку лікування.

Ключевые слова: дети, избыточная масса тела, ожирение, клиника.

Рост распространённости ожирения у детского и взрослого населения многих стран за последние 10 лет составил в среднем 75,0% и приобрел характер неинфекционной эпидемии [2,3]. В настоящее время

один миллиард человек в мире имеют избыточную массу тела (ИзбМТ) и более 300 миллионов человек страдают от ожирения. Ежегодно, по меньшей мере 2,6 миллиона человек умирают в результате ИзбМТ

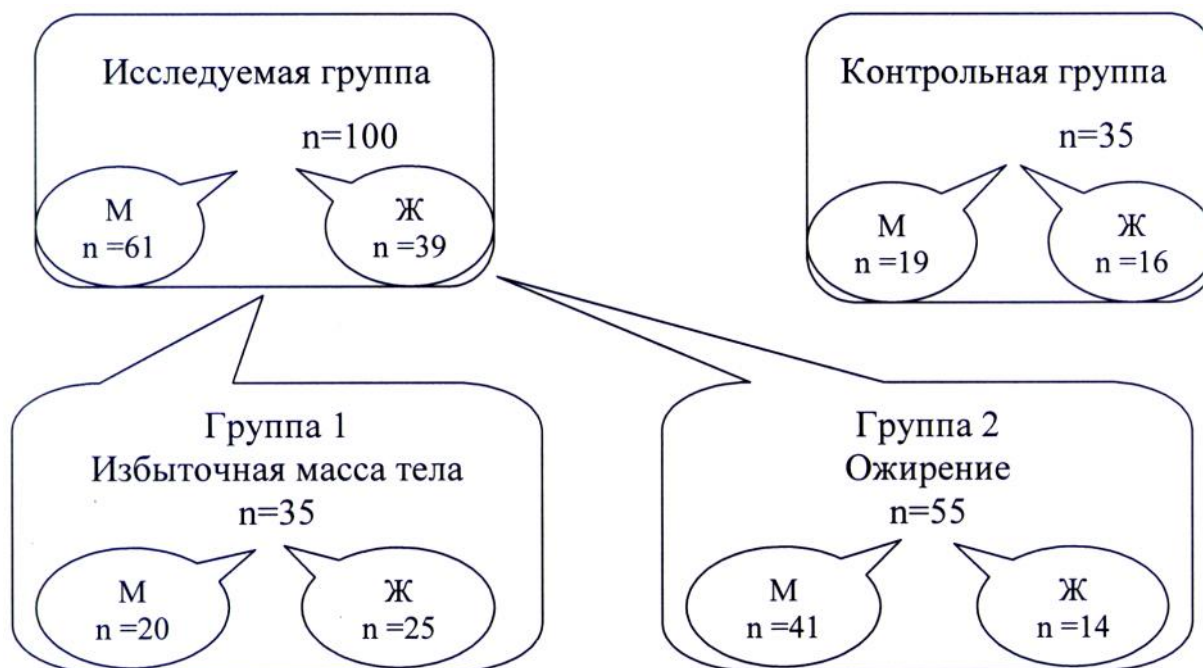


Рис. 1. Дизайн исследования и структура обследованных пациентов.

или ожирения [5,8]. Количество детей с ожирением удваивается каждые три десятилетия [4,7]. Почти у 60,0% взрослых ожирение, начавшись в детском и подростковом возрасте, продолжает прогрессировать и ведёт к развитию диабета, сердечно-сосудистых и других заболеваний [1,6]. Своевременная профилактика, ранняя диагностика и лечение уже появившихся жалоб и первых симптомов позволят предотвратить развитие осложнений в будущем.

Цель исследования: всесторонне проанализировать характер возникающих жалоб у детей и подростков с ИзбМТ и ожирением в зависимости от возраста и степени полового развития; определить их диагностическую ценность, наметить пути своевременного лечения этой патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование проведено 135 пациентам (Рис. 1).

Исследуемые пациенты были разделены на две группы. В группу 1 вошли 45 детей и подростков с ИзбМТ в соответствии с критериями МКБ-10, раздела Е.66 с индексом массы тела между 85 и 95 перцентилем. В группу 2 отобраны 55 пациентов с ожирением, в соответствии с критериями МКБ-10, раздела Е.68 с индексом массы тела выше 95 перцентиля (рис. 1).

В группу контроля вошли 35 практически здоровых детей и подростков, не предъявлявших жалоб, с ИМТ от 5 до 85 перцентиля. В анамнезе у этих детей отсутствовали данные о эндокринной патологии, показатели глюкозы и липидов крови находились в пределах возрастной нормы.

В зависимости от степени полового развития пациенты обеих групп были разделены на подгруппы. В подгруппу Т1-2 вошли пациенты на стадии препубертата и раннего пубертата (соответствующие стадии Таннер 1 и 2), в подгруппу Т3-5 – пациенты на стадии собственно пубертата (соответствующие стадии Таннер 3-5) (рис. 2).

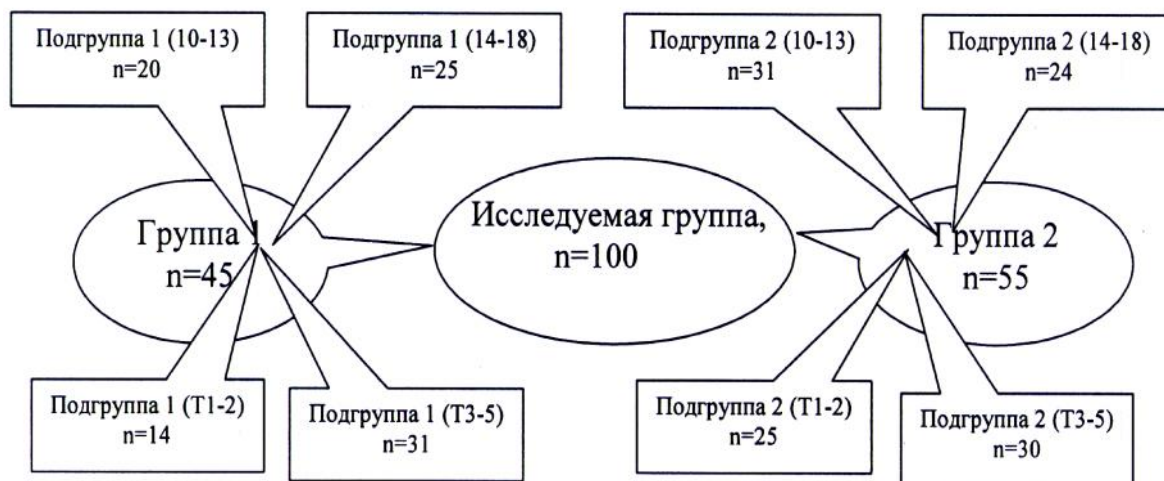


Рис. 2. Структура распределения пациентов в зависимости от степени полового развития.

Статистическую обработку проводили с помощью программного пакета STATISTICA-5.5A (StatSoft, Inc., США). Достоверность различий ($p < 0,05$) определяли с использованием t -критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст детей группы 1 с ИзбМТ, был от 128 до 197 мес. ($171,68 \pm 7,10$ мес.). Детей мужского пола было 20 (44,4%), женского пола – 25 (55,6%). При оценке группы 2 с ожирением, возраст детей был от 120 до 200 мес. ($161,87 \pm 6,85$ мес.). Детей мужского пола 41 (74,50%), женского пола – 14 (25,50%).

Структура жалоб пациентов с ИзбМТ и ожирением обеих групп варьировала в зависимости от возраста и степени полового созревания (табл. 1 и 2). При оценке жалоб у детей и подростков группы 1 с ИзбМТ нами отмечено как преобладание жалоб, непосредственно связанных с патологическим увеличением массы тела, так и неспецифических жалоб. У

всех детей этой группы мы выявили преобладание жалоб на избыточную массу (62,50%), повышенный аппетит (45,83%). В структуре неспецифических жалоб, более связаны с вегетативной дисфункцией, отмечены эмоциональная лабильность - 66,67% (контроль - 20,00%; $p_{1,k} < 0,05$), утомляемость - 54,17% (контроль - 11,43%; $p_{1,k} < 0,05$), головные боли - 50,00% (контроль - 14,29%; $p_{1,k} < 0,05$), ощущение сердцебиения - 37,50% (контроль - 1,86%; $p_{1,k} < 0,001$), потливость - 50,00% (контроль - 11,43%; $p_{1,k} < 0,05$), частые ОРЗ - 33,33% (контроль - 17,14%; $p_{1,k} < 0,05$).

Сравнительный анализ жалоб в зависимости от возраста и степени полового созревания в этой группе детей и подростков показал большее преобладание жалоб у детей более старшего возраста и с более выраженной степенью полового созревания: избыточная масса (подГр.1 - 14-18 лет - 66,67%, подГр.1 - 10-13 лет – 55,56%), головные боли (52,00% и 45,00%, соответственно), головокружение (32,00% и 10,00%,

соответственно), боли в области сердца (28,00% и 10,00%, соответственно), потливость (60,00% и 35,00%, соответственно). Такие жалобы, как проблемы с ко-

жей (32,00%), запоры (20,00%), боли в ногах (20,00%) нами были зафиксированы только у более старших детей и подростков с ИзбМТ (подГр.1 - 14-18 лет).

Таблица 1

Сравнительная характеристика жалоб у пациентов с избыточной массой тела

Показатель	Всего (n =45)		подГр 1 (10-13) (n =20)		подГр 1 (Т1-2) (n=14)		подГр 1 (14-18) (n =25)		подГр 1 (Т3-5) (n =31)	
	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Избыточная масса	28	62,50	11	55,56	14	100,00	17	66,67	15	48,39
Повышенный аппетит	20	45,83	6	30,00	4	28,57	9	36,00	11	35,48
Сниженный аппетит	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Головные боли	22	48,89	9	45,00	7	50,00	13	52,00	11	35,48
Головокружение	8	17,78	2	10,00	-	-	8	32,00	6	19,35
Боли в сердце	8	17,78	2	10,00	-	-	7	28,00	6	19,35
Ощущение сердцебиения	17	37,78	6	30,00	7	50,00	8	32,00	9	29,03
Утомляемость	24	53,33	9	45,00	10	71,43	9	36,00	11	35,48
Проблемы с кожей	8	17,78	-	-	-	-	8	32,00	6	19,35
Потливость	22	48,89	7	35,00	-	-	15	60,00	12	38,71
Одышка	9	20,00	5	25,00	-	-	4	16,00	7	22,58
Жажда	9	20,00	3	15,00	-	-	6	24,00	7	22,58
Боли в ногах	4	8,89	-	-	-	-	5	20,00	3	9,68
Боли в спине	4	8,89	2	10,00	-	-	2	8,00	3	9,68
Нарушение сна	2	4,44	2	10,00	-	-	-	-	2	6,45
Эмоциональная лабильность	30	66,67	12	60,00	10	71,43	14	56,00	17	54,84
Частые ОРЗ	15	33,33	5	25,00	4	28,57	6	24,00	7	22,58
Запоры	4	8,89	-	-	-	-	5	20,00	3	9,68
Понос	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ухудшение зрения	4	8,89	2	10,00	-	-	2	8,00	3	9,68
Ухудшение памяти	1	2,22	-	-	-	-	1	4,00	1	3,23

Анализируя жалобы детей с ожирением, обращает на себя их большее количество и большее разнообразие, в сравнении с количеством жалоб детей группы 1 (таб. 2). Как и в группе детей с ИзбМТ, в группе детей с ожирением преобладали жалобы на избыточную массу (58,18%), повышенный аппетит (29,09%). Важно отметить наличие таких жалоб, как снижение аппетита (7,27%), поносы (1,82%), у детей группы 2, которые не встречались у детей с ИзбМТ. Это может свидетельствовать о нарушении пищевого поведения и адаптации в структуре прогрессии патологической прибавки массы тела у детей с ожирением.

Жалобы, связанные с вегетативной дисфункцией, в группе детей с ожирением характеризовались потливостью 58,18% (контроль - 11,43%; $p_{2к} < 0,05$), головными болями 45,45% (контроль - 14,29%; $p_{2к} < 0,05$), эмоциональной лабильностью 45,45% (контроль - 20,00%; $p_{2к} < 0,05$), утомляемостью 38,18% (контроль - 11,43%; $p_{2к} < 0,05$), одышкой 47,27% (контроль - 5,71%; $p_{2к} < 0,05$). Сравнительный анализ жалоб в зависимо-

сти от возраста и степени полового созревания в этой группе детей и подростков показал большее преобладание жалоб у детей более старшего возраста и с более выраженной степенью полового созревания: избыточная масса (подГр.2 - 14-18 лет - 75,00%, подГр.2 - 10-13 лет - 41,94%), утомляемость (41,67% и 32,26%, соответственно), боли в спине (20,69% и 9,68%, соответственно), частые ОРЗ (25,00% и 9,68%, соответственно), проблемы с кожей (41,67% и 3,23%, соответственно). Такие жалобы, как нарушение сна (подГр.2 - 14-18 лет - 12,50%, понос (подГр.2 - 14-18 лет - 4,17%, ухудшение зрения (подГр.2 - 14-18 лет - 8,33% нами отмечены только у более старших детей и подростков с ожирением (табл. 2).

Оценку жалоб у пациентов с ИзбМТ и ожирением необходимо проводить разделяя жалобы на типичные, связанные с нарушением пищевого поведения и неспецифические, как правило, связанные с периодом полового созревания и вегетативной дисфункцией. У пациентов с ожирением нами отме-

чено наличие жалоб на снижение аппетита, что требует более детального расспроса таких детей, для

выявления ранних проявлений неправильного питания и адаптации.

Таблица 2

Сравнительная характеристика жалоб у пациентов с ожирением

Показатель	Всего (n =55)		подГр 2 (10-13) (n =31)		подГр 2 (Т1-2) (n= 25)		подГр 2 (14-18) (n = 24)		подГр 2 (Т3-5) (n =30)	
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Избыточная масса	32	58,18	13	41,94	10	40,00	18	75,00	19	63,33
Повышенный аппетит	16	29,09	13	41,94	9	36,00	10	41,67	13	43,33
Сниженный аппетит	4	7,27	2	6,45	2	8,00	1	4,17	1	3,33
Головные боли	25	45,45	12	38,71	7	28,00	12	50,00	15	50,00
Головокружение	7	12,72	3	9,68	3	12,00	4	16,67	4	13,33
Боли в сердце	12	21,82	6	19,35	5	20,00	6	25,00	7	23,33
Ощущение сердцебиения	4	7,27	2	6,45	1	4,00	2	8,33	3	10,00
Утомляемость	21	38,18	10	32,26	5	20,00	10	41,67	13	43,33
Проблемы с кожей	12	21,82	1	3,23	-	-	10	41,67	11	36,67
Потливость	32	58,18	16	51,61	13	52,00	13	54,17	15	50,00
Одышка	26	47,27	15	48,39	12	48,00	9	37,50	11	36,67
Жажда	10	18,18	6	19,35	4	16,00	4	16,67	6	20,00
Боли в ногах	6	10,91	3	9,68	3	12,00	3	12,50	3	10,00
Боли в спине	7	12,72	3	9,68	1	4,00	5	20,69	6	20,00
Нарушение сна	3	5,45	-	-	-	-	3	12,50	3	10,00
Эмоциональная лабильность	25	45,45	15	48,39	9	36,00	12	50,00	16	53,33
Частые ОРЗ	11	20,00	3	9,68	3	12,00	6	25,00	8	26,67
Запоры	8	14,54	5	16,13	4	16,00	3	12,50	4	13,33
Понос	1	1,82	-	-	-	-	1	4,17	1	3,33
Ухудшение зрения	4	7,27	-	-	2	8,00	2	8,33	2	6,67
Ухудшение памяти	-	-	2	6,45	-	-	-	-	-	-

В обеих группах детей, как с ИзбМТ, так и с ожирением вегетативные нарушения характеризовались

разнообразными жалобами, но важно отметить, что чем старше ребенок, тем большее количество жалоб

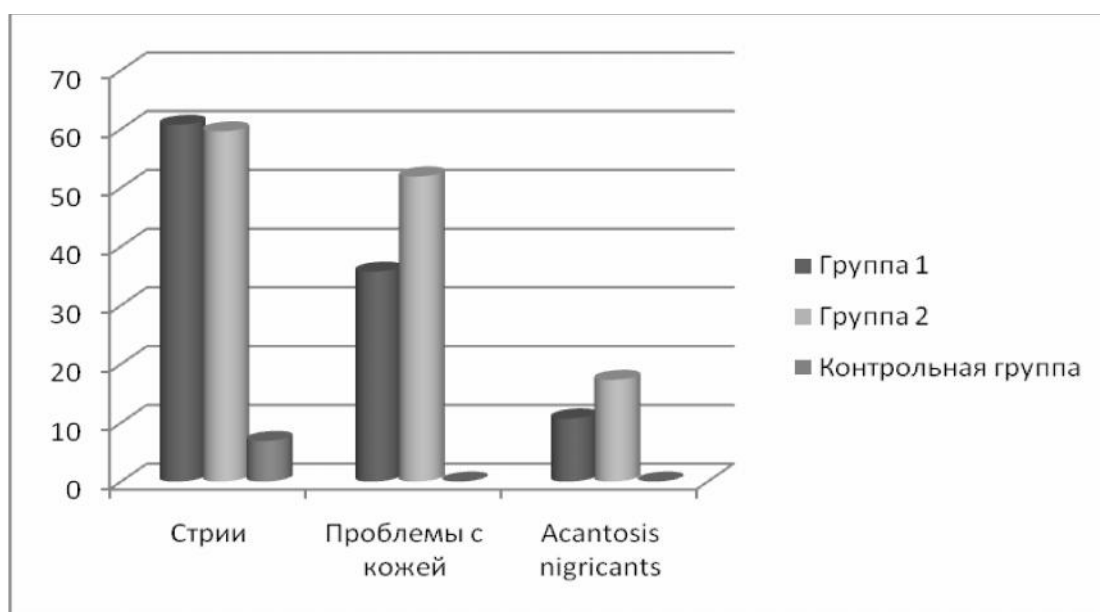


Рис. 3. Данные объективного осмотра пациентов с ИзбМТ и ожирением.

он предъявляет. Возможно, это связано с более четким пониманием вопросов, которые задает ему врач, а так же с более внимательным отношением их к своим ощущениям. Это должно настраивать врача педиатра, проводящего опрос таких детей на правильную и простую постановку вопросов и правильную интерпретацию полученных ответов.

При объективном обследовании пациентов проводился тщательный осмотр кожных покровов каждого пациента. Наличие стрий определялось у 60,71% пациентов группы 1 (20,00% - у подГр1 - 10-13 лет, 83,33% - у подГр1 - 14-18 лет), у 59,62% пациентов группы 2 (28,00% - у подГр2 10-13 лет, 88,89% - у подГр2 14-18 лет) и у 6,90% пациентов группы контроля ($p_{1,2,k} < 0,05$). Наиболее частой локализацией стрий в группе 1 была область ягодиц (32,14%), бедер (21,43%) и груди у девочек (50,00%). В группе 2 стрии чаще были локализованы в области живота (28,85%), ягодиц (30,77%), поясницы (21,15%) и груди у девочек (61,64%). Выраженность и количество стрий зависят от пола, возраста и ИзбМТ.

Мраморность, цианоз кожных покровов или фолликулит, или их сочетание были обнаружены при объективном осмотре у 35,71% пациентов группы 1 (20,00% - у подГр1 - 10-13 лет, 44,44% - у подГр1 - 14-18 лет) и у 51,92% пациентов группы 2 (44,00% - у подГр2 - 10-13 лет, 59,26% - у подГр2 - 14-18 лет) и у 8,57% пациентов группы контроля ($p_{1,2,k} < 0,05$). Асantosis nigricans определялся у 10,71% пациентов группы 1 (существенных различий в подгруппах не отмечено), и у 17,31% пациентов группы 2 (8,00% - у подГр1 - 10-13 лет, 25,93% - у подГр1 - 14-18 лет) и не выявлено в контрольной группе ($p_{1,2,k} < 0,05$) (рис. 3).

Мраморность, цианоз кожных покровов или фолликулит или их сочетание, а также асantosis nigricans при объективном осмотре контрольной группы обнаружены не были.

ВЫВОДЫ

1. У детей и подростков с ИзбМТ преобладали жалобы непосредственно связанные с патологическим увеличением массы тела (62,50%), повышенным аппетитом (45,83%), а также неспецифические жалобы, более связанные с вегетативной дисфункцией: эмоциональная лабильность (66,67%), утомляемость (54,17%), головные боли (50,00%), ощущение сердцебиения (37,50%), потливость (50,00%), частые ОРЗ (33,33%). Жалобы при ИзбМТ зависели от возраста и степени полового созревания. Многие жалобы преобладали у детей более старшего возраста и с более выраженной степенью полового созревания.

2. При ожирении жалобы детей были более многочисленны и разнообразны, чем у детей с ИзбМТ. Сравнительный анализ жалоб детей с ожирением в зависимости от возраста и степени полового созревания, показал аналогичную закономерность, как и при ИзбМТ. Оценку жалоб у детей с ИзбМТ и ожирением необходимо проводить, разделяя жалобы на типичные, связанные с нарушением пищевого поведения и неспецифические, как правило, связанные с периодом полового созревания и вегетативной дисфункцией.

3. ИзбМТ и ожирение у детей и подростков клинически нередко (около 60,00%) характеризуются наличием стрий, мраморности, цианоза кожных покровов или фолликулита, или их сочетания, а так же асantosis nigricans. Частота кожных проявлений зависит от пола, возраста и ИзбМТ. Выявление указанных симптомов помогает уточнению диагноза и своевременному назначению терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверьянов А.П., Болотова Н.В., Дронова Е.Г. Диагностика ожирения у школьников: значение определения массы жировой ткани // Педиатрия. – 2003. – № 5. – С. 66-69.
2. Болотова Н.В., Аверьянов А.П., Дронова Е.Г. и др. Болезни эндокринной системы // Болезни подростков: Рук-во для врачей: В 2 т. / Под ред. П.В. Глыбочко, И.В. Козловой, А.А. Свистунова. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2006. – Т. 1. – С. 439-601.
3. Ивлева А.Я., Старостина Е.Г. Ожирение – проблема медицинская, а не косметическая. – М., 2002. – 186 с.
4. Haslam D.W., James W.P. Obesity // Lancet. - 2005. - Vol. 366 (9492), N 10. - P. 1197-1209.
5. Hjartaker A., Adami H.O., Lund E. et al. Body mass index and mortality in a prospectively studied cohort of Scandinavian women: the women's lifestyle and health cohort study // Eur. J. Epidemiol. - 2005. - Vol. 20, N 9. - P. 747-754.
6. Lindsay R.S., Hanson R.L., Roumain J. Et al. Body mass index as a measure of adiposity in children and adolescents: relationship to adiposity by dual energy x-ray absorptiometry and to cardiovascular risk factors // J. Clin. Endocrinol. Metab. - 2001. - Vol. 86, N 9. - P. 4061-4067.
7. Livingstone B. Epidemiology of childhood obesity in Europe // Eur. J. Pediatr. - 2000. - Vol. 159, N 1. - P. 14-34.
8. Wolf A.S. The overweight and underweight girl: from findings to prevention // Zentralbl. Gynakol. - 2002. - Vol. 124, N 3. - P. 146-152.