

Метаболічний синдром у дітей: сучасний алгоритм діагностики

В.Г. Майданник, М.В. Хайтович, Т.П. Прохорович, Ю.Г. Кашпуренко,
Л.І. Місюра, Н.М. Кухта

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Метаболічний синдром (МС) — це стан, що характеризується поєднанням абдомінального ожиріння, артеріальної гіпертензії (АГ), дисліпідемії та підвищеного вмісту глюкози в крові. В індустріально розвинених країнах поширеність МС серед населення старше 30 років становить 10–40 %.

Популяційні дослідження, які проводилися із 2003 р., показали, що середній показник поширеності МС у дитячій популяції становить 3,3 % (діапазон 0–12,9 %), серед дітей із надлишковою масою тіла (НМТ) — 11,9 % (діапазон 2,8–29,3 %), серед дітей з ожирінням — 29,2 % (діапазон 10–66 %). МС спостерігається у 5,1 % хлопчиків і 3,0 % дівчаток, частіше серед підлітків (5,9–7,0 %), ніж серед дітей віком 7–12 років (1–2,6 %). Розбіжності у значеннях поширеності МС серед дітей певною мірою пояснюються відсутністю єдиної діагностичної концепції.

Згідно з рекомендаціями Європейського товариства дитячих ендокринологів (2007) діагноз МС встановлюють на основі таких діагностичних критеріїв: індекс маси тіла (ІМТ) \geq 85 перцентіля відповідно до віку та статі; окружність талії (ОТ) \geq 90 перцентіля відповідно до віку та статі; артеріальний тиск (АТ) \geq 90 перцентіля відповідно до віку, зросту та статі; глікемія натще \geq 6,1 ммоль/л, або порушення толерантності до глюкози, або цукровий діабет 2 типу; рівень тригліцеридів \geq 1,2 ммоль/л; рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) $<$ 0,9 ммоль/л.

За рекомендаціями Міжнародної федерації діабету (IDF), МС діагностують у дітей з 10-річного віку на основі таких критеріїв: наявність абдомінального ожиріння (АО), АГ, гіпертригліцеридемії, гіперглікемії; зниженого рівня ХС ЛПВЩ. Діагноз МС встановлюють за наявності АО (за ОТ) та ще двох симптомів із решти наведених.

Канадські вчені здійснили популяційне дослідження основних компонентів МС, в яке було залучено 2906 юнаків і 3116 дівчат віком 12–19 років. Отримані показники були адаптовані до критеріїв діагностики МС згідно з Національною освітньою програмою з контролю за холестерином у дорослих (NCEP/АТР III) і IDF, що дало змогу запропонувати відрізнити точки для визначення ожиріння, АГ, гіперглікемії, підвищеного рівня тригліцеридів, зниженого рівня ХС ЛПВЩ залежно від віку та статі дитини.

Нині порушення ліпідного обміну вважається більш значущим показником МС, ніж інсулінорезистентність, а АО слугує основним критерієм МС. Указана концепція довела корисність у повсякденній медичній практиці. Оцінка АО за ОТ у дітей нескладна і проводиться з використанням центильних таблиць.

Для діагностики НМТ та ожиріння в дітей і підлітків доцільніше використовувати уніфіковані критерії ІМТ, які скориговані з урахуванням віку та статі й відповідають критеріям НМТ (25 кг/м²) та ожиріння (30 кг/м²) у дорослих. Встановлено, що АО зустрічається у 23 % дітей із НМТ та у 75–86 % дітей з ожирінням.

За результатами наших досліджень у 4 регіонах України НМТ або ожиріння виявлено у 15 % дітей старше 12 років, до того ж серед хлопчиків цей показник у 2 рази вищий, ніж серед дівчаток. У 60–66 % дітей із НМТ або ожирінням констатовано АО, у 20,4 % — МС. Підвищений АТ (вище 90 перцентіля відповідно до зросту та статі) реєструється у 25,1 % хлопчиків і в 11,1 % дівчаток, у 1,5–2,0 разу частіше серед дітей із НМТ. У популяційних дослідженнях НМТ виявляється у 2–6 разів частіше, ніж ожиріння.

Враховуючи діагностичну неточність офісного вимірювання АТ та недоступність у багатьох випадках методу добового моніторування АТ, а також керуючись Рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (2013) для діагностики підвищеного АТ (передгіпертензії або АГ), вважаємо доцільним ширше застосовувати метод домашнього (самостійного) моніторування АТ.

Пропонуємо алгоритм діагностики МС у дітей старше 7 років, який передбачає 3 етапи.

1. Лікар закладу охорони здоров'я, що надає первинну медико-санітарну допомогу (МСД), повинен оцінити ІМТ й АТ дитини; за наявності НМТ — оцінити ОТ.

2. Лікар-педіатр (ендокринолог, кардіолог) (вторинна МСД) у дитини з АО повинен оцінити АТ методом моніторування (домашнього чи добового), рівень ХС ЛПВЩ, тригліцеридів та глюкози натще. За наявності, крім АО, ще двох критеріїв (підвищеного АТ і/або гіпертригліцеридемії, зниження вмісту ХС ЛПВЩ, підвищеного рівня глюкози натще за модифікованими для дітей критеріями NCEP/АТР III) встановлюється діагноз «метаболічний синдром».

3. У спеціалізованому стаціонарному відділенні (третинна МСД) дитину із МС обстежують на

наявність ураження органів-мішеней (за допомогою ехокардіографії та ультразвукової доплерографії визначають відповідно масу міокарда лівого шлуночка й товщину каротидного комплексу інтима—медіа), ускладнень і коморбідності (цукровий діабет 2 типу, синдром обструктивного апное вві сні, неалкогольна жирова хвороба печінки тощо).

Застосування цього алгоритму дасть змогу оптимізувати діагностику МС у дітей: лабораторний скринінг охоплюватиме як дітей з ожирінням, так і з НМТ; передгіпертензія (а не лише АГ) слугуватиме діагностичним критерієм МС; отримані дані порівнюватимуться з віковими і статевими нормативами показників ліпідного обміну.