

Метаболічний синдром у дитячому віці: невирішені та дискусійні питання

О.І. Плехова

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харків

Стрімке зростання поширеності ожиріння, артеріальної гіпертензії в дітей та підлітків, більш молодий вік хворих на кардіоваскулярну патологію та цукровий діабет 2 типу, спосіб життя молоді (гіподинамія, нераціональне харчування, порушення режиму і тривалості сну в темний період доби, емоційний стрес), який слугує вагомим чинником ризику виникнення цих захворювань, — усе це зумовило пильну увагу до проблеми метаболічного синдрому (МС) уже в пацієнтів дитячого віку.

Сьогодні існує достатньо досліджень, зокрема виконаних в Україні, результати яких свідчать про значну поширеність, особливо в пубертатному періоді, цього загрозливого симптомокомплексу. Усі без винятку дослідники завважають значне збільшення частоти ознак МС не лише у хворих на ожиріння (індекс маси тіла (ІМТ) > 97,0 процентиля), а й у дітей із надлишковою масою тіла (ІМТ > 85,0 процентиля).

На жаль, зіставити результати окремих досліджень щодо частоти різних ознак МС у дітей не завжди можливо, бо, незважаючи на існування єдиного консенсусу діагностики МС у дитячому віці, прийнятого Міжнародною федерацією діабету (IDF) у 2007 р., багато авторів з різних причин використовують модифіковані критерії.

Цілком визнаючи запропоновані IDF критерії МС у дітей, зокрема провідну роль ожиріння в розвитку метаболічних порушень, вважаємо, що обговорення потребують такі питання, як обрані для їх виявлення показники (обвід талії > 90,0 процентиля для відповідного віку, визначення рівня глюкози > 5,6 ммоль/л). На нашу думку, у педіатричній практиці доцільніше використовувати ІМТ — показник, узгоджений в Україні чинними протоколами для оцінки фізичного розвитку. Щодо визначення порушень вуглеводного обміну, в основі якого лежить формування інсулінорезистентності, у пацієнтів дитячого віку доцільніше

використовувати індекс НОМА-ІR, а не підвищений рівень глюкози, який виникає на пізніших стадіях розвитку МС при ожирінні.

Потребують перегляду занадто високі показники тригліцеридів (більше 1,7 ммоль/л), які майже не зустрічаються в дитячому віці, навіть за наявності ожиріння. Для відповіді на ці питання потрібні багатоцентрові дослідження з метою розробки вікових нормативів з урахуванням ступеня статевої зрілості та статі дітей української популяції.

Як свідчать наші дослідження, найчастішими метаболічними порушеннями при ожирінні в дітей були дисліпопротеїдемія атерогенної спрямованості (80,0 %), переважно за рахунок зниження вмісту холестерину ліпопротеїдів високої щільності. Інсулінорезистентність (за показниками НОМА-ІR більше 3,5) була у 52,5 % хлопців віком 10–18 років із нейроендокринним ожирінням. Доведено, що формування інсулінорезистентності в цих хворих пов'язано зі ступенем підвищення концентрації гормону жирової тканини лептину.

Порушення толерантності до глюкози відмічалося лише у 11,2 % пацієнтів, а гіперглікемію реєстрували в поодиноких випадках.

Додаткова ознака щодо ризику формування МС у дітей, хворих на ожиріння, — обтяжена спадковість водночас з гіпертонічною хворобою, цукровим діабетом 2 типу та ожирінням.

Щодо прогнозу (ступеня ризику) МС та його окремих ознак, які діагностуються вже в дитячому віці, для розвитку кардіоваскулярної патології, цукрового діабету 2 типу, стеатогепатозу та інших патологічних станів, пов'язаних із метаболічними розладами, сьогодні немає достатньої доказової бази. Необхідні довгострокові дослідження, об'єднання зусиль педіатрів, терапевтів, ендокринологів, кардіологів з метою перш за все своєчасного виявлення і профілактики прогресування метаболічних порушень.