

Балалардағы семіру, жіктеу, қауіп факторлары. Клиника, диагноз, емдеу.

Орындаған: Байдуллаева Азиза



Кіріспе

- 21 ғасырда денсаулық сақтау ұйымдарының алдында тұрған басты мәселелердің бірі балалар арасындағы семіру болып табылады. Бұл мәселе төмен және орта табысты мемлекеттерді, әсіресе қала аймақтарды кең қамтып келеді. 2010 жылғы статистика бойынша артық салмақты балалар саны дүние жүзінде 42 млн. асады, олардың 35 млн. астамы дамушы елдерде. Еуропада 5 жастан 18 жасқа дейінгі балалардың 38 % , Қытайда 20%, ал АҚШ-та әр екі баланың біреуінде артық салмағы бар.
- Қазақ тамақтану академиясында 1 жастан 14 жасқа дейінгі 830 балалар тексерілді, олардың 22% да артық салмақ бар.
- Семіру дүние жүзі бойынша кең таралған созылмалы аурулардың бірі, инфекциянды емес эпидемия деп атауға болады. Артық салмағы бар балалар жетілген жаста семіруге бейім және инфекциянды емес аурулардың дамуына мүмкіндік жасайды – диабет, жүрек қантамыр аурулары.

- Семіру – бұл организмде май тіндерінің артық жиналумен байланысты ауру, бала массасы жас нормасынан 15 жоғары, яғни дене массасының индексі 30-ға тең немесе жоғары.

Классификация

Біріншілік алиментарлы (дұрыс емес)

Алиментарлы
семіру көбінесе:

5-7 жаста
12-16 жаста

Дәрежесіне
байланысты :

I дәреже – қалыпты
массада 15-24% ↑

Екіншілік эндокринді болуы мүмкін –
аналық безінің, бүйрекүсті безінің,
қалқанша безінің ауруларында
кездеседі.

II дәреже –
қалыпты массада
50-99% ↑

IV дәреже –
қалыпты массада
100% және одан
жоғары

Қауіп қатер факторлары

Ата-анасы семірумен
немесе артық
салмақтан зардап
шегетін балалар

Жүктілік кезінде анасы
дұрыс тамақтанбау

Рационда көкөністер
мен жемістер аз

Қантты көп қолдану

Тамақтану кезінде
теледидар көру

Қауіп қатер факторлары

Гиподинамия

Туысқандарында қан
диабеті немесе басқа да
эндокринді
патологиялары бар
балалар

Жасанды тамақтануға
ерте көшкен нәрестелер

Шала туылған және
дене массасы аз болып
туылған балалар

Тұқымқуалайтын және
эндокринді
патологиялары бар
балалар

Клиника диагностикалық критерийлер

- **Анамнез:** туылған кездегі салмақ, семіру пайда болған жас, психомоторлы даму, семіру бойынша тұқымқуалаушылық (ата-анасының бойы мен салмағы), 2 типті қант диабеті және жүрек қантамыр аурулары, өсу динамикасы, неврологиялық шағымдары бар/жоқ (бас ауру, көру бұзылыстар).
- **Объективті белгілері:** бойы, салмағы, ИМТ, бел өлшемі, тері астылық шел-май қабаты, АҚ өлшеу, стрия бар/жоқ, фолликулярлы кератоз, acanthosis nigricans, андроген тәуелді дермопатии (қыздырда – гирсутим, акне, майлы себорея), жыныстық жетілу кезеңі, спецификалық фенотипті ерекшеліктер (синдромальді формаларға тән).

Лабораторлы диагностика

- *I. Қанның БХА , липидограмма, бауыр ферменттері (АСТ, АЛТ):*
- *Дислипидемия көрінісі (2 немесе одан көп көрсеткіш):*
 - Холестерин $\geq 5,2$ ммоль/л
 - Триглицериды $> 1,3$ (10 жасқа дейін балалар үшін); $\geq 1,7$ (10 жастан үлкен балалар үшін) ммоль/л
 - ЛПВП $\leq 0,9$ (ұлдар) және $\leq 1,03$ (қыздар) ммоль/л
 - ЛПНП $\geq 3,0$ ммоль/л

- Бауыр ферменттері (АСТ и АЛТ) мен бауыр УДЗ – алкогольді емес майлы гепатозды анықтау үшін;
- Семіруі бар жасөспірімдердің 25-45% майлы гепатоз бар; семірудің ұзақтығына байланысты бауыр зақымдалуы дамуы мүмкін: стеатогепатит, фиброз, цирроз. АЛТ көрсеткіші 2 есе ұлғаюы *стеатогепатит* көрсеткіші деп есептеледі.

II. Стандартты пероральді глюкозотолерантты тест

- *Нормогликемия* – аш қарынға глюкоза деңгейі 5,6 ммоль/л аз және ПГТТ 2 сағ. кейін 7,8 ммоль/л аз.
- Гликемия бұзылыстары: аш қарынға глюкоза деңгейі 5,6 – 6,9 ммоль/л;
- Глюкозаға толерантылықтың бұзылуы: ПГТТ 2 сағ. кейін глюкоза деңгейі 7,8 – 11,1 ммоль/л тең.

III. Гормональді зерттеулер

- тиреоидты гормон (ТТГ, бос Т4) – гипотиреоз;
- кортизол және АКТГ, лептин – моногенді семіру;
- Кортизол және АКТГ (тәуліктік ритм, кортизолға зәрді тәуліктік жинау, дексаметазонмен проба) – гиперкортицизм

- пролактин – гипоталамустық семіру, ұлдарда гинекомастия, қыздарда дисменорея;
- ЛГ, ФСГ, тестостерон – гиперандрогения синдромында, қыздарда дисменорея және ұлдарда жыныстық жетілу бұзылыстары;

- альдостерон, плазмалық ренин активтілігі, тәуліктік зәрде метанефриндер мен норметанефриндер деңгейі.

- Паратгормон, проинсулин – синдромальді семіру – псевдогипопаратиреоз;

Инструментальді зерттеулер

- АҚ өлшеу;
- Тамақтану мен қозғалыс активтілігі күнделігін бағалау;
- Іш қуысы органдарының УДЗ;
- ЭКГ, ЭХО-КГ – көрсеткіш бойынша;
- Полисомнография – морбидті формаларында, ұйқы кезінде тыныс тоқтау, күндізгі ұйқышылдық;
- Бас миының МРТ – гипоталамдық семіру;
- Негізгі алмасуды бағалау (метаболограф) – диетотерапияны таңдау;
- Офтальмологиялық зерттеу – артериальді гипертензияға күдіктенгенде, гипоталамдық семіру;

Молекулярлы-генетикалық зерттеу

- Кариотип анықтау
- Моногенді семіру мен синдромальді семіруге күдіктенгенде гендік мутация бар/жоқ
- Синдромальді семіруде неврологиялық симптоматика айқын болады – задержка психомоторлы даму тежелуі, интеллект төмендеуі.

Емі

Диетотерапия

Физикалық күштеме

Медикаментозды терапия

- Певзнер бойынша стол №8
- ДЖДСҰ-ның рекомендациясы бойынша балалар мен жасөспірімдер үшін адекватты физикалық активтілік күнделікті 60 минуттан аз болмауы керек (аэробика).
- Балалар семіруін емдеуге ОРЛИСТАТты ғана қолдануға болады.
- ОРЛИСТАТ – жіңішке ішекте майлардың сіңірілуіне қажет триглицеридтер гидролизіне қатысатын асқазандық және ұйқыбездік липазаның ингибиторы. Препаратты тоқтатқан соң липаза активтілігі қалпына келеді.
- Орлистат 1 капсуладан (120 мг) күніне 3 рет тамақтанудан алдын 3 айдан 12 айға дейін, терапия 3 айдан ұзаққа созылса поливитаминді комплекстер қосып тағайындайды.

Бариатритикалық хирургия

- **Бариатритикалық операцияға көрсеткіштер:**
- 1. бала өсуі соңғы сатысына жеткен, по Таннер бойынша жыныстық дамудың 4 не 5;
- 2. морбидті семіру (қантты диабет 2 тип, обструктивті апноэ, артериальді гипертензия)
- 3. 6 айдан аз емес консервативті емдеу эффективтілігі төмен болғанда;
- 4. адекватты психикалық (психикалық ауру жоқ, интеллект төмендеуімен қосарланатын синдромальді семіру жоқ) және баланың социальді статусы;
- 5. қыздарға операциядан кейін 1 жыл көлемінде жүктіліктен бас тарту;
- 6. ұзақ уақыт бақылауда болуға жағдай болуы;
- Көп мемлекеттерде бариатритикалық операция 18 жасқа толмағандарға жасауға болмайды.

Пайдаланылған әдебиеттер

- Детские болезни/ под ред. Н.П. Шабалов – Спб.:Питер, 2003г.
- Ожирение, руководство для врачей/ под ред. Н.А. Белякова, В.И. Мазурова – Спб.: Издательский дом СпбМАПО, 2003г.