

ПОШИРЕНІСТЬ ТА СТРУКТУРА ДИСЛІПІДЕМІЙ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ З ОЖИРІННЯМ ТА НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

Шляхова Н. В., Будрейко О. А.

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

Ожиріння поширюється серед дітей та дорослих в усіх країнах світу. З епідемією ожиріння серед молоді пов'язані такі тяжкі наслідки, як дисліпідемія та атеросклероз, артеріальна гіпертензія та цукровий діабет 2 типу. Майже у 60% дорослих ожиріння, що розпочалося в дитячому віці, продовжує прогресувати і веде до розвитку серйозних ускладнень, що об'єднуються на даний час поняттям «метаболічний синдром» (МС) [1]. Більшість порушень, характерних для МС, починають формуватися вже в дитячому віці та можуть довгий час перебігати без значних клінічних проявів [2]. На думку деяких авторів, найбільш ранніми проявами МС є ожиріння із супутніми дисліпідеміями та артеріальною гіпертензією [3, 4].

Дисліпідемії є невід'ємною складовою метаболічних альтерацій, асоційованих з ожирінням, та характеризуються тріадою ліпідних порушень: підвищенням сироваткових рівнів тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ) та знижен-

ням вмісту ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ) [5]. Проспективні епідеміологічні дослідження виявили значний зв'язок підвищених рівнів ХС ЛПНЩ з ознаками атеросклерозу, що передують клінічній маніфестації захворювання [6–8]. Ці дані свідчать про домінуючу роль ожиріння в дитячому віці в ризиках серцево-судинних ускладнень та обумовлюють важливість і необхідність досліджень порушень ліпідного спектру у дітей та підлітків. Вивчення показників ліпідного профілю, встановлення поширеності та закономірностей розвитку його альтерацій, особливо в дитячому та підлітковому віці, сприятимуть ранньому виявленню дисліпідемій та ефективності заходів щодо запобігання або відстрочування пов'язаних з ними хронічних ускладнень.

Метою нашого дослідження було вивчення поширеності порушень ліпідного спектру, аналіз структури дисліпідемій та особливостей їх перебігу у дітей та підлітків з надлишковою масою тіла та ожирінням.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Робота виконана в рамках НДР ДУ «ІОЗДП НАМН» — «Вивчити роль інсулінорезистентності в формуванні ураження органів і систем при ожирінні у дітей і підлітків» (номер державної реєстрації 0111U001058).

До дослідження були залучені 244 ди-

тини віком 6–17 років, у тому числі 195 хворих на ожиріння (126 хлопців та 69 дівчат) з індексами маси тіла (ІМТ), що перевищували 97-й перцентиль для їх віку та статі, а також 49 дітей (29 хлопців та 20 дівчат) з надлишковою масою тіла ($85\% < \text{ІМТ} < 97\%$). Оцінка ІМТ проводи-

лась за Протоколами надання спеціалізованої допомоги дітям з ендокринною патологією [9]. Рівень статевого дозрівання оцінювали за Маршаллом та Таннером.

Проводилося дослідження ліпідного спектру крові, для чого визначали рівні ТГ, загального холестерину (ХС), ХС ЛПВЩ з використанням наборів фірми «Corma Multi» (Польща). За стандартною методикою розраховували вміст ХС ЛПНЩ. Рівні ліпідів у дітей та підлітків оцінювали за адаптованими критеріями NCEP/АТР III та IDF [10, 11]. Дисліпідемію констатували

за наявності зміненого (високого або низького) показника ліпідів/ліпопротеїнів або за наявності помірно змінених показників ліпідів та ліпопротеїнів.

Статистичний аналіз отриманих даних проводили з використанням пакету прикладних програм SPSS 17.0 з розрахунком довірчих інтервалів [95 % СІ] для пропорцій за методом Уілсона. Порівняльний аналіз номінальних даних проводили за допомогою хі-квадрату або точного критерію Фішера [12]. Критичний рівень значущості для перевірки статистичних гіпотез приймався не вищим за 0,05.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведений аналіз показав, що у дітей, хворих на ожиріння, значно частіше, ніж у дітей з надлишковою масою тіла виявляються патологічні зміни рівня ліпідів, які суттєво не залежать від статі та ступеня ожиріння (табл. 1).

Частота дисліпедемій, як у хлопців, так і у дівчат, хворих на ожиріння, достовірно підвищувалася на етапі раннього пубертату (табл. 2) та значно збільшувалася зі зростанням тривалості ожиріння (табл. 3). Порушення ліпідного спектру значно частіше зустрічалися у дітей з тривалістю захворюван-

ня понад 9 років, ніж у дітей, що страждали на ожиріння не більше 3 років.

Найпоширенішою альтерацією ліпідного спектру у дітей з надлишковою вагою було зниження ХС ЛПВЩ. У дітей з ожирінням, особливо у хлопців, достовірно частіше виявлялися низькі рівні α -ліпопротеїнів, в той час як у дітей з надлишковою вагою переважав помірно знижений вміст ХС ЛПНЩ (табл. 4). Понад 30 % дітей мали помірно підвищені та високі рівні холестерину та ХС ЛПНЩ незалежно від ІМТ та статі. Гіпертригліцеридемія виявлялася

Т а б л и ц я 1

Частота дисліпедемій у дітей та підлітків з ожирінням та надлишковою масою тіла, % [95 % СІ]

Група	n	В цілому по групі	n	Хлопці	n	Дівчата
Надлишкова маса тіла	18/49	36,7 [23,8–51,7]	9/29	31,0 [16,0–51,0]	9/20	45,0 [23,8–68,0]
Ожиріння	130/195	66,7* [59,5–73,2]	82/126	65,1* [56,0–73,2]	48/69	69,6* [57,2–79,8]
I ступінь	23/38	60,5 [43,5–75,5]	11/20	55,0 [32,1–76,2]	12/18	66,7 [41,2–85,7]
II ступінь	52/75	69,3 [57,5–79,2]	35/47	74,5 [59,4–85,6]	17/28	60,7 [40,7–77,9]
III ступінь	55/82	67,1 [55,7–76,8]	36/59	61,0 [47,4–73,2]	19/23	82,6 [60,5–92,3]

Примітка. * — статистично значущі відмінності від показників у дітей із надлишковою масою тіла ($p < 0,05$).

значно рідше і була більш характерною для хлопців.

В структурі дисліпідемій переважали поєднані порушення показників ліпідного профілю, які суттєво не залежали від статі дитини. Найчастіше спостерігалось поєднання підвищених рівнів ХС ЛПНЩ зі зниженням ХС ЛПВЩ, які у половини дітей з дисліпідеміями супроводжувалися гіперхолестеринемією, у 11,5% — гіпертригліцеридемією. Ізольовані високі рівні ліпідів (ХС та ТГ) та ХС ЛПНЩ не виявлялися у дітей з надлишковою масою тіла та ожирінням, а помірне підвищення цих показників спостерігалось лише в поодиноких випадках (у двох хлопців та однієї дівчинки). Між тим, ізольова-

ний низький вміст ХС ЛПВЩ було встановлено у 25,0% дітей.

Кореляційний аналіз виявив позитивний зв'язок між ІМТ та рівнем ТГ ($r = 0,24$, $p < 0,001$); ІМТ та ХС ЛПДНЩ ($r = 0,24$, $p < 0,001$) та зворотний зв'язок між ІМТ та ХС ЛПВЩ ($r = -0,21$, $p < 0,004$).

Отримані нами дані щодо поширеності дисліпідемій у дітей та підлітків з надлишковою масою тіла та ожирінням в цілому співпадають з даними, поданими в науковій літературі [13–21]. Між тим, були виявлені і деякі розбіжності, зокрема в структурі дисліпідемій, що може бути обумовлено етнічними факторами, особливостями харчування та образу життя. Так, порів-

Т а б л и ц я 2

Частота дисліпідемій у дітей та підлітків з ожирінням в залежності від стадії статевого розвитку, % [95% СІ]

Група	n	В цілому по групі	n	Хлопці	n	Дівчата
Препубертат	30/54	55,6 [41,5–68,8]	18/36	50,0 [33,2–66,8]	12/18	66,7 [41,2–88,6]
Ранній пубертат	35/47	72,9* [57,9–84,3]	22/32	68,8 [50,0–83,3]	13/15	81,3 [53,7–95,0]
Власне пубертат	29/51	56,9 [42,3–70,4]	19/33	57,6 [39,4–74,1]	10/18	55,6 [31,4–77,6]
Пізній пубертат	54/92	58,7 [48,0–68,7]	32/55	58,2 [44,2–71,1]	22/37	59,5 [42,2–74,8]

Примітка. * — статистично значущі відмінності від показників у дітей препубертатного віку ($p < 0,05$).

Т а б л и ц я 3

Частота дисліпідемій у дітей та підлітків з ожирінням в залежності від тривалості захворювання, % [95% СІ]

Тривалість захворювання	n	В цілому по групі	n	Хлопці	n	Дівчата
До 3 років	28/59	47,5 [34,5–60,1]	18/38	47,4 [31,3–64,0]	10/21	47,6 [26,4–69,7]
3–5 років	33/52	63,5 [48,9–76,0]	18/30	60,0 [40,8–76,8]	15/22	68,8 [45,1–85,3]
6–9 років	37/57	64,9 [51,1–76,8]	23/37	65,7 [47,7–80,3]	15/20	75,0 [50,6–90,4]
Понад 9 років	41/54	75,9* [62,1–86,1]	25/35	67,6* [50,1–81,5]	16/19	84,2* [59,5–95,8]

Примітка. * — статистично значущі відмінності від показників у дітей з тривалістю захворювання до трьох років ($p < 0,05$).

няно з даними U. Korsten-Reck et al. [15], R. Gherghechi R. [16] та О. Васюкової [17] ми встановили більш низьку частоту гіпертригліциридемії та більш високу — гіпоальфа-ліпопротеїнемії. S. Gama et al. [18] та U. Korsten-Reck et al. [15] продемонстрували підвищення рівня холестерину як найбільш поширену дисліпідемію у дітей та підлітків, що страждають на ожиріння. За результатами досліджень О. Васюкової [17], 30 % дітей з екзогенно-конституційним та 41 % дітей з нейроендокринним ожирінням мають дисліпідемію типу 2b, яка пов'язана з високи-

ми рівнями ТГ, ХС, ХС ЛПНЩ та низьким вмістом ХС ЛПВЩ, що співпадає з нашими даними (табл. 5).

Слід зазначити, що на сьогодні потребують уточнення порогові рівні ліпідів сироватки крові у дітей та підлітків. D. S. Freedman et al. [21], за результатами Богалузського дослідження, до якого були залучені 2000 дітей та підлітків 5–17 років, пропонують в якості 90 % прийняти концентрацію ТГ сироватки крові 1,49 ммоль/л, а ХС ЛПВЩ — 1,78 ммоль/л. Між тим, за рекомендаціями IDF порогові значення

Т а б л и ц я 4

Частота порушень окремих показників ліпідного профілю у дітей та підлітків, що страждають на ожиріння та надлишкову масу тіла, %

Показник	Надлишкова маса тіла			Ожиріння		
	в цілому по групі	хлопці	дівчата	в цілому по групі	хлопці	дівчата
Холестерин						
помірно підвищений	22,5	24,1	20,0	31,3	28,6	36,2
високий	10,2	13,8	5,0	10,3	11,1	8,7
Тригліцериди						
помірно підвищені	—	—	—	4,6	4,8	4,3
високі	4,1	6,9	—	5,6	7,9	1,5
ХС ЛПНЩ						
помірно підвищені	26,5	31,0	20,0	31,8	21,4	36,2
високі	12,2	13,8	10,0	16,4	17,5	14,5
ХС ЛПВЩ						
помірно знижені	71,4	75,9*	65,0	53,3*	54,8*	50,7
низькі	16,3	13,8	20,0	37,4*	38,1*	36,2

П р и м і т к а. * — статистично значущі відмінності від показників у дітей із надлишковою масою тіла ($p < 0,05$).

Т а б л и ц я 5

Структура дисліпідемій у дітей та підлітків, що страждають на ожиріння та надлишкову масу тіла, % [95 % СІ]

Показник	n	В цілому по групі (n = 148)	n	Хлопці (n = 91)	n	Дівчата (n = 57)
↓ ХС ЛПВЩ	37/148	25,0 [18,4–32,9]	26/91	28,6 [19,8–39,2]	9/57	15,8 [7,9–28,4]
↑ ХС+ ↓ ХС ЛПВЩ+ ↑ ХС ЛПНЩ	74/148	50,0 [41,7–58,3]	40/91	44,0 [33,7–54,7]	34/57	59,7 [45,8–72,2]
↓ ХС ЛПВЩ+ ↑ ХС ЛПНЩ	18/148	12,2 [7,6–18,8]	10/91	11,0 [5,7–19,7]	8/57	14,4 [6,7–26,4]
↑ ТГ+ ↓ ХС ЛПВЩ+ ↑ ХС ЛПНЩ	17/148	11,5 [7,0–18,0]	14/91	15,4 [9,0–24,8]	3/57	5,3 [1,4–15,5]

П р и м і т к а. ↑ — збільшення показника, ↓ — зниження показника.

тригліцеридемії становлять 1,7 ммоль/л. На думку Л. А. Баликової та співавт. [22], такі рівні ТГ у дітей зустрічаються рідко, і залучення в якості додаткового критерію підвищення рівня холестерину та/або ХС ЛПНЩ суттєво збільшить ймовірність виявлення метаболічного синдрому [23]. Розробка українських національних нормативів центильного розподілу показників ліпідного профілю буде сприяти поліпшенню діагностики дисліпідемій у дітей та підлітків.

Головною ліпідною альтерацією в нашому дослідженні, як і в більшості інших [17–23], було зниження ХС ЛПВЩ. Цей факт заслуговує особливої уваги, оскільки це — молоде покоління, а ХС ЛПВЩ є важливим захисним фактором від розвитку хронічних хвороб, особливо атеросклерозу.

Остаточо нез'ясованими залишаються і механізми порушення ліпідного профілю у дітей та підлітків, що страждають на ожиріння. У попередніх дослідженнях нами було встановлено, що у половини дітей з ожирінням та надлишковою масою тіла виявляється інсулінорезистентність, яка обумовлена, переважно, високим рівнем інсуліну [23]. Відомо, що гіперінсулінемія призводить до підвищення синтезу ХС ЛПДНЩ в печінці і, як наслідок, до гіпертригліцеридемії та збільшення ХС ЛПНЩ. Додатково, у дітей гіперінсулінемія призводить до пошкодження окиснення жирних кислот [24].

Фізіологічні особливості періоду статевого дозрівання в якості триггерного фактора можуть сприяти більш ранній маніфестації порушень ліпідного обміну і форму-

ванню нових видів метаболічних розладів, що призводять до розвитку атеросклеротичних змін на більш пізніх етапах онтогенезу [1]. Проведені нами дослідження показали, що саме на етапі раннього пубертату суттєво підвищується частота аномальних показників ліпідів і ліпопротеїнів. Це потребує підвищеної уваги, динамічного спостереження за порушеннями ліпідного спектру крові в цій віковий період. Крім того, на думку деяких дослідників, ожиріння, що почалося в ранньому пубертатному віці, ймовірно збережеться і в подальшому або буде впливати на стан здоров'я в дорослому житті. Наявність ожиріння в пубертатному віці пов'язана з підвищеним ризиком розвитку серцево-судинних захворювань та діабету у дорослих [25]. Між тим, подальшого вивчення потребують питання щодо розмежування початку ожиріння в пубертаті та наявності ожиріння у хворих підлітків з допубертатного віку, а також особливостей впливу цих станів на формування метаболічних порушень.

Таким чином, не викликає сумніву, що ожиріння в дитячому віці обумовлює розвиток серцево-судинних захворювань у дорослих. Зростання поширеності ожиріння в дитячому віці диктує необхідність своєчасного виявлення та профілактики пов'язаних з ним метаболічних ускладнень, зокрема дисліпідемій, адже в цій віковій групі ще можуть бути достатньо ефективними немедикаментозні засоби лікування, такі як збалансоване харчування та активний образ життя.

ВИСНОВКИ

1. У дітей з ожирінням удвічі частіше, ніж у дітей з надлишковою масою тіла, виявляються порушення ліпідного спектру крові, частота яких не залежить від ступеня ожиріння та статі.
2. Частота дисліпідемій зростає зі збільшенням тривалості ожиріння та підвищується на етапі раннього пубертату.
3. В структурі дисліпідемій у дітей з ожирінням домінують зниження рівня ліпопротеїнів високої щільності, підвищення вмісту загального холестерину, ліпопротеїнів низької щільності та їх сполучення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment [Text] / S.R. Daniels, D.K. Arnett, R.H. Eckel [et al.] // *Circulation*.— 2005.— Vol. 19, № 111(15).— P. 1999–2012.
2. Дороднева, Е. Ф. Метаболический синдром [Текст] / Е. Ф. Дороднева, Т. А. Пугачева, И. В. Медведев // *Тер. архив*.— 2002.— № 10.— С. 7–12.
3. Бутурова, С. А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению [Текст] / С. А. Бутурова // *Рус. мед. журн.*— 2001.— № 9 (2).— С. 56–61.
4. Миняйлова, Н. Н. Диагностические аспекты гипоталамического и метаболического синдромов у детей [Текст] / Н. Н. Миняйлова, Л. М. Казакова // *Педиатрия*.— 2002.— № 4.— С. 98–101.
5. Howard, B. V. Obesity and dyslipidemia [Text] / B. V. Howard, G. Ruotolo, D. C. Robbins // *Endocrinol. Metabol. Clin. North. Am.*— 2003.— Vol. 32(4).— P. 855–867.
6. Childhood cardiovascular risk factors and carotid vascular changes in adulthood: the Bogalusa Heart Study [Text] / S. Li, W. Chen, S.R. Srinivasan [et al.] // *JAMA*.— 2003.— Vol. 290.— P. 2271–2276.
7. Prediction of coronary artery calcium in young adults using the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth (PDAY) risk score: the CARDIA study [Text] / S. S. Gidding, C. A. McMahon, H. C. McGill [et al.] // *Arch. Intern. Med.*— 2006.— Vol. 16.— P. 2341–2347.
8. Juonala, M. Associations of dyslipidemias from childhood to adulthood with carotid intima-media thickness, elasticity, and brachial flow-mediated dilatation in adulthood. The Cardiovascular Risk in Young Finns Study [Text] / M. Juonala, J. S. Viikari, T. Rönnemaa [et al.] // *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.*— 2008.— Vol. 28.— P. 1012–1017.
9. Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія» [Текст] / МОЗ України.— К.: [б. в.], 2006.— 94 с.
10. Metabolic syndrome, dyslipidemia, hypertension and type 2 diabetes in youth: from diagnosis to treatment [Text] / A. Halpern, M. C. Mancini, M. E. Magalhaes [et al.] // *Diabetol. Metabol. Syndr.*— 2010.— Vol. 2.— P. 55–75.
11. Jolliffe, C. J. Development of age-specific adolescent metabolic syndrome criteria that are linked to the Adult Treatment Panel III and International Diabetes Federation criteria [Text] / C. J. Jolliffe, I. Janssen // *J. Am. Coll. Cardiol.*— 2007.— Vol. 49 (8).— P. 891–898.
12. Гржибовский, А. М. Анализ номинальных данных (независимые наблюдения) [Текст] / А. М. Гржибовский // *Экология человека*.— 2008.— № 6.— С. 58–68.
13. Бородина, О. В. Ожирение у детей и подростков (факторы риска метаболического синдрома) [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.03 «Эндокринология» / О. В. Бородина.— М., 2004.— 20 с.
14. Синицын, П. А. Метаболический синдром у детей и подростков. Клинико-генетические параллели [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.09 «Педиатрия» / П. А. Синицын.— М., 2010.— 22 с.
15. Frequency of secondary dyslipidemia in obese children [Text] / U. Korsten-Reck, K. Kromeier-Hauschild, K. Korsten [et al.] // *Vasc. Health Risk Manag.*— 2008.— Vol. 4 (5).— P. 1089–1094.
16. Gherghehchi, R. Dyslipidemia in Iranian overweight and obese children [Text] / R. Gherghehchi // *Ther. Clin. Risk. Manag.*— 2009.— Vol. 5.— P. 739–743.
17. Васюкова, О. В. Инсулин, лептин, липиды и периферические ростовые факторы при ожирении у детей [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.03 «Эндокринология» / О. В. Васюкова.— М., 2006.— 20 с.
18. Gama, S. R. Prevalência em crianças de fatores de risco para as doenças cardiovasculares [Text] / S. R. Gama, M. S. Carvalho, C. R. Chaves // *Cad. Saúde Pública*.— 2007.— Vol. 23 (9).— P. 2239–2245.
19. Lipid Profile of Schoolchildren from Recife, PE [Text] / P. B. Pereira, I. K. Arruda, A. M. Cavalcanti, S. Ada Diniz // *Arq. Bras. Cardiol.*— 2010.— Vol. 95 (5).— P. 606–613.
20. Perfil lipídico e estado nutricional de adolescentes [Text] / D. F. Carvalho, A. A. Paiva, A. S. O. Melo [et al.] // *Rev. Bras. Epidemiol.*— 2007.— Vol. 10 (4).— P. 491–498.
21. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart study [Text] / D. S. Freedman, W. H. Dietz, S. R. Srinivasan, G. S. Berenson // *Pediatrics*.— 1999.— Vol. 103.— P. 1175–1182.
22. Метаболический синдром у детей и подростков / Л. А. Балькова, О. М. Солдатов, Е. С. Самошкина [и др.] // *Педиатрия*.— 2010.— Том 89, № 3.— С. 127–2134.
23. Шляхова, Н. В. Продукція адипонектину та лептину у дітей пубертатного віку з нейроендокринним ожирінням [Текст] / Н. В. Шляхова, О. А. Будрейко, Д. А. Кашкалда // *Укр. мед. альманах*.— 2011.— Т. 14, № 4.— С. 121–124.
24. Relation of insulin resistance to blood pressure in childhood [Text] / A. R. Sinaiko, J. Steinberger, A. Moran [et al.] // *J. Hypertens.*— 2002.— Vol. 20.— P. 509–517.
25. Must, A. Does overweight in childhood have an impact on adult health? [Text] / A. Must // *Nutr. Rev.*— 2003. Vol. 61.— P. 139–142.

ПОШИРЕНІСТЬ ТА СТРУКТУРА ДИСЛІПІДЕМІЙ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ З ОЖИРІННЯМ ТА НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

Шляхова Н. В., Будрейко О. А.

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

Дослідження показників ліпідного спектру крові у 244 дітей віком 6–17 років із ожирінням та надлишковою масою тіла виявило високу поширеність дисліпідемій в цих хворих (60,7%), особливо при тривалому перебігу ожиріння (до 75,9%) та на початку пубертату (72,9%). Встановлено, що у дітей за надлишкової маси тіла порушення ліпідного спектру крові виявляються удвічі рідше (36,7%), ніж за ожиріння (66,7%), незалежно від його ступеня та статі хворих. В структурі дисліпідемій у дітей з ожирінням, незалежно від статі, домінують зниження рівня ліпопротеїнів високої щільності, підвищення вмісту загального холестерину і ліпопротеїнів низької щільності, переважно у вигляді сполучних змін цих показників.

Ключові слова: діти і підлітки, ожиріння, надлишкова маса тіла, дисліпідемія, частота, структура.

РАПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ДИСЛИПИДЕМИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Шляхова Н. В., Будрейко Е. А.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», г. Харьков

Исследование показателей липидного спектра крови у 244 детей 6–17 лет с ожирением и избыточной массой тела показало высокую распространенность дислипидемий у этих больных (60,7%), особенно при длительном течении ожирения (до 75,9%) и в начале пубертата (72,9%). Установлено, что у детей при избыточной массе тела нарушения липидного спектра крови выявляются в два раза реже (36,7%), чем при ожирении (66,7%), независимо от его степени и пола больных. В структуре дислипидемий у детей с ожирением, независимо от пола, доминируют снижение уровня липопротеинов высокой плотности, повышение содержания общего холестерина и липопротеинов низкой плотности, преимущественно в виде сочетанных изменений этих показателей.

Ключевые слова: дети и подростки, ожирение, избыточная масса тела, дислипидемии, частота, структура.

PREVALENCE AND STRUCTURE OF DYSLIPIDEMIA IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH OBESITY AND OVERWEIGHT

N. V. Shlyakhova, O. A. Budreiko

SI «Institute of Children and Adolescents Health Care of the NAMS of Ukraine», Kharkiv

The study of lipid profile of blood in 244 children aged 6–17 years with obesity and overweight showed a high prevalence of dyslipidemia in these patients (60,7%), especially with against prolonged duration of obesity (75,9%) and early puberty (72,9%). It has been determined that lipid profile violations occur half as likely in children with overweight (36,7%) that in those with obesity (66,7%), regardless of its degree and sex of patients. Dominating in dyslipidemia structure obese children, regardless of sex, are a decrease in high density lipoprotein, elevated levels of total cholesterol and low density lipoprotein, mainly in the form of combined changes in these indicators.

Key words: children and adolescents, obesity, overweight, dyslipidemia, frequency, structure.