

motion. Aust N Z J Psychiatry. 2010, 44: 1057-1063.10.3109/00048674.2010.509311.

10. Fryers T, Melzer D, Jenkins R: Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. Soc Psychiatry Epidemiol. 2003, 38: 229-237. 10.1007/s00127-003-0627-2.

11. Blum RW, Nelson-Mmari K: The Health of Young People in a Global Context. J Adolesc Health.

2004, 35: 402-418.

12. WHO: Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Summary Report/A Report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. 2004, Geneva: World Health Organization.

© Palii Ina, Eșanu Veronica

Palii Ina, Eșanu Veronica
SINDROMUL METABOLIC LA COPII

*IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun)
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu" (rector – acad. AȘM Ion Ababii)*

SUMMARY

METABOLIC SYNDROME IN CHILDREN

Keywords: Metabolic Syndrome, arterial hypertension, T2D.

The Metabolic Syndrome (MS) is a notion that has been recently accepted in paediatrics, being submitted to many controversies. The MS presupposes a group of risk factors, including: central obesity, atherogenic dyslipidemia, arterial hypertension and a high-glycemic load.

The main criteria used in diagnosing MS in the paediatric population are proposed by WHO (1999), NCEP-ATP III (2001), I DPAIA (2005) and IDF (2007). The diversity of criteria for each of the risk factors characterising MS makes it difficult to determine its unitary, overall prevalence. A simple definition of MS, a diagnostic tool in the clinical practice, which could be used comparatively easily in any country by any medical practitioner in order to identify the persons with an increased risk in developing type 2 diabetes (T2D), and other associated diseases is necessary.

РЕЗЮМЕ

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Ключевые слова: метаболический синдром, артериальная гипертензия, диабет 2 типа.

Метаболический синдром (МС) представляет собой недавно принятой концепцией в педиатрии и является предметом многочисленных споров. Метаболический синдром включает в себя группу факторов риска, которые включают: ожирение, дислипидемия, артериальная гипертензия и высокий уровень глюкозы в крови.

Разнообразие критериев каждого из факторов риска используемые для диагностики МС среди детей, предложенные ВОЗ (1999), NCEP-ATP III (2001), I DPAIA (2005) и IDF (2007), затрудняют установление единой распространенности и глобальный характер МС. Разрабатывание алгоритма ранней диагностики среди детей, приведет к снижению заболеваемости и смертности от сахарного диабета (СД) и сердечно-сосудистых заболеваний.

Introducere. Subiectul sindromul metabolic (SM) la copii reprezintă o temă care suscită, mai ales în ultimii ani, tot mai mult interes, atât din partea personalului medical, a cercetătorilor, cât și din partea populației.

Acest sindrom este considerat în prezent o serioasă problemă de sănătate publică pretutindeni în lume. Importantele consecințe fizice și psihologice, costurile enorme asociate și dificultățile întâmpinate în cursul tratamentului indică în mod clar necesitatea prevenți-

ei ca țintă de sănătate publică. Creșterea alarmantă și aparentă refractaritate a SM la copii au pus în lumină importanța identificării factorilor care contribuie la instalarea acestuia în cadrul populației pediatrie, în mod particular în grupurile cu risc crescut [1].

Diagnosticul precoce, tratamentul și prevenția acestuia au devenit o adevărată provocare pentru sistemul sănătății publice la nivel global [2].

Date epidemiologice. Prevalența în cadrul populației pediatrie variază în funcție de diferiți autori, de la 4 până la 28,7% în populația generală și semnificativ mai mare în rândul subiecților cu obezitate. Comparativ cu adulții, prevalența SM la copii este scăzută (3-4%), dar 89% dintre copiii supraponderali au cel puțin o componentă a SM, iar 65% au deja 2 componente [3].

Conceptul de sindrom metabolic (SM) la copii, deși controversat, continuă să câștige în acceptare, fiind considerată una din cele mai importante cauze de morbiditate și mortalitate cardiovasclară [4].

O meta-analiză a studiilor populaționale ample efectuate, demonstrează că SM determină o creștere cu 27-37% a riscului de mortalitate totală și cu 65-93% a riscului de boală cardiovasculară [5].

Criterii de definire a sindromului metabolic la copii. La moment sunt numeroase discuții legate de definirea, valorile de referință și de importanța diagnosticării sindromului metabolic la copii. În pofida numărului relativ mare de studii efectuate în domeniul dat, nu s-au putut determina cu certitudine parametrii și valorile de referință care să-l definească la această grupă de vârstă. Eforturile actuale se îndreaptă spre uniformizarea definițiilor deja existente cu propunerea unor mijloace de diagnostic unanim recunoscute. Acest lucru va duce la o estimare mult mai corectă a frecvenței SM și va face mai ușoară comparația între diferite grupuri populaționale [6, 7].

SM constituie un cluster de dereglări severe și se atestă în cazul când sunt prezente cel puțin 3 din următoarele: insulinorezistența (IR), obezitatea abdominală, dislipidemia și hipertensiunea arterială (HTA). La complexul descris pot fi adăugate starea protrombotică și cea proinflamatorie, steatoza hepatică non-alcoolică și apneea de somn. Totuși, până în prezent nu sunt identificate completamente toate elementele constitutive [8].

Principalele criterii utilizate în cadrul populației pediatrie sunt cele propuse de WHO (World Health Organization, 1999), NCEP (National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III, 2001), I DPAIA (Guidelines for the Prevention of Atherosclerosis in Childhood and Adolescence, 2005), IDF (International Diabetes Federation, din 2005 cu actualizările ulterioare în 2007 și 2009).

În absența unei definiții standardizate pentru vârsta pediatrică, cel mai frecvent utilizate sunt criteriile IDF (International Diabetes Federation) repartizate pe grupe de vârstă (6-10 ani, 10-16 ani și peste 16 ani), conform cărora obezitatea abdominală este un criteriu obligatoriu, la acesta adăugându-se două din următoarele: trigliceride serice crescute, scăderea HDL colesterolului, creșterea glicemiei à jeun, precum și valori crescute ale tensiunii arteriale. La grupa de vârstă 6-10 ani, sindromul metabolic nu se poate diagnostica, dar se recomandă monitorizare periodică dacă sunt prezente antecedente heredo-colaterale de sindrom metabolic, diabet zaharat tip II, dislipidemie, boli cardiovasculare, hipertensiune și/sau obezitate. Fiecare element definitoriu al sindromului metabolic reprezintă un factor major de risc pentru bolile cardiovasculare și diabetul zaharat tip II. Identificarea precoce, în copilărie a sindromului metabolic și instituirea tratamentului prin schimbarea stilului de viață va permite prevenirea apariției comorbidităților obezității la vârsta adultă [10].

Tabelul 1.

Consensul IDF pentru diagnosticul SM la copii

Vârsta (ani)	Circumferința abdominală (CA)	Tensiunea arterială (TA)	Glicemia	Trigliceride	HDL-colesterol
6-<10	≥ percentila 90	Nu se stabilește diagnosticul de SM, dar toți acești parametri vor fi determinați și urmăriți, în special la cei cu istoric familial de SM, DZ tip II, dislipidemie, boli cardiovasculare, HTA și/sau obezitate.			
10-<16	≥ percentila 90	-sistolică ≥ 130 mmHg -diastolică ≥ 85 mmHg	≥5,6 mmol/l *la cei cu istoric familial de DZ tipII se recomandă TTGO	≥1,7 mmol/l	<1,03 mmol/l
>16	Se utilizează criteriile IDF pentru adulți: Circumferința abdominală (caucazieni) > 94 cm băieți, > 80 cm la fetețe + oricare două din următoarele: <ul style="list-style-type: none"> • Trigliceride ≥ 1,7 mmol/l; • HDL-colesterol < 1,03 mmol/l la bărbați și <1,29 mmol/l la femei; • Tensiunea arterială sistolică ≥ 130 mmHg, • Tensiunea arterială diastolică ≥ 85 mmHg; • Alterarea glicemiei à jeun. 				

Factori de risc cardiovasculari moderni asociați sindromului metabolic la copii. Țesutul adipos epicardial este un organ metabolic activ, care generează diverse molecule biologice active și poate să afecteze semnificativ funcția și morfologia cardiacă, având și rol cheie în dezvoltarea SM. Actualmente, grosimea țesutului adipos epicardial se consideră a fi un marker nou al adipozității viscerale. În literatură se discută validarea unei noi metode de evaluare a acestuia și anume aprecierea ecocardiografică - un indicator imagistic simplu și sigur de elucidare a relației cu datele clinico-paraclinice și parametrii cardiaci. Cercetările recente confirmă că grosimea țesutului adipos epicardial este crescută la pacienții cu SM și independent de alți factori se asociază cu disfuncția diastolică și sistolică a miocardului VD (fie studiată prin Doppler tisular, sau prin 2D speckle tracking). De asemenea, corelează cu masa miocardului ventriculului stâng, dimensiunile VD și dilatarea biatrială [11, 12].

În cadrul SM se produc și modificări structurale vasculare. Pentru evaluarea gradului de afectare a peretului vaselor sanguine, se apreciază grosimea intimă-medie (IMT, intima-media thickness). Există tot mai multe studii care susțin corelația dintre IMT crescută și nivelurile înalte ale tensiunii arteriale sistolice și diastolice, hipercolesterolemie și obezitate. La copii există puține lucrări privind valorile grosimei intimă-medie, în special la cei cu sindrom metabolic. Se admite ca valoarea normală a grosime de până la 0,4 mm [13].

Prevenirea și managementul terapeutic al sindromului metabolic la copii. În ceea ce privește tratamentul SM la copii nu există încă agenți farmacologici cu țintă specifică mecanismul fiziopatologic al sindromului metabolic. Actualmente, tratamentul sindromului metabolic constă dintr-o serie de agenți farmacologici utilizați pentru reducerea și menținerea sub control a multiplelor anomalii din cadrul acestuia (rezistența la insulină, hiperglicemia, hipertensiunea arterială, dislipidemia aterogenică), rezultând practic o polipragmazie. Farmacoterapia poate fi inclusă, dacă siguranța sa a fost demonstrată în mod clar [14].

IDF recomandă ca și măsură de prevenție primară a SM un stil de viață sănătos. Academia Americană de Pediatrie recomandă ca și metode de prevenție a SM încurajarea alimentației naturale în perioada de sugar, promovarea unor obiceiuri alimentare sănătoase, exerciții fizice și evitarea sedentarismului. Un efect terapeutic adițional se obține prin educație terapeutică, care are ca scop de „a împuternici” persoana să preia asupra ei o parte din îngrijirea bolii. Educația trebuie înfăptuită de persoane specializate antrenate în acest proces - echipă terapeutică.

Concluzii

1. Sindromul metabolic reprezintă o problemă de actualitate prin creșterea alarmantă a prevalenței în rândul copiilor, precum și prin prisma complexității

mecanismelor fiziopatologice, multiplelor variante posibile de asocieri a componentelor clinice cu un risc crescut de a genera diverse complicații la etapa de adult.

2. Diagnosticul precoce al factorilor de risc asociați sindromului metabolic la copii va facilita identificarea acestuia la etapa preclinică, cu reducerea riscului de invalidizare precoce și a deceselor premature.

3. Schimbarea stilului de viață reprezintă principala metodă de profilaxie și tratament a sindromului metabolic la copii.

4. Managementul corespunzător al sindromului metabolic la copii oferă posibilitatea de a reduce riscul pentru instalarea diabetului zaharat tip 2, bolilor cardiovasculare și altor afecțiuni asociate.

Bibliografie

1. Paul C., Velea I., Tămășan I. Sindromul metabolic la copil *Revista Română de Pediatrie*, 2011, vo. LX, nr.3 p. 281.

2. Irina Cabac-Pogorevici, Corelația parametrilor Doppler renal cu leziunile subclinice de organ la pacienții cu sindrom metabolic, Conferința științifică anuală a colaboratorilor și studenților, Chișinău, 2014, p 263.

3. Э.Ш. Алымбаев, Б.А. Онгоева, Ф.Б. Исакова, Н.Н. Кушубекова Распространенность метаболического синдрома среди детей и подростков с ожирением, *Вестник КPCY*, 2014, Том 14, № 5, с. 15-17.

4. Ramos F., Baglivo HP, Ramirez AJ., Sánchez R., The metabolic syndrome and related cardiovascular risk, *Current Hypertension Reports*, 2001, vol. 3, p. 100-106.

5. Grundy S.M. et al. Definition of metabolic syndrome. Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation*, 2004, vol.109, nr.3, p. 433-438.

6. Chen W., Bao W., Begum S., Elkasabany A., Srinivasan SR, Berenson GS., Age-related patterns of the clustering of cardiovascular risk variables of syndrome X from childhood to young adulthood in a population made up of black and white subjects: the Bogalusa Heart Study. *Diabetes*, 2000, vol. 49, p.1042-1048.

7. Poiac M., Brega D., Popaet I., Sindromul metabolic la copil și adolescent – factor de risc cardiovascular la adult. *Revista Română de Pediatrie* 2009, vol. LVIII, nr. 3, p. 330.

8. Alberti K.G., Zimmet P., Swaw J., Metabolic syndrome: a new world-wide definition: a consensus statement from the international diabetes federation. *Diabetes Med* 2006; vol. 23, p. 69-480.

9. Zimmet P, Kaufman F. Tajimad N. et al. The metabolic syndrome in children and adolescents – an IDF consensus report. *Pediatric Diabetes*, 2007, vol 8, p. 299–306.

10. Silveira LS, Buonani C, Monteiro PA , et al., Metabolic Syndrome: Criteria for Diagnosing in Children and Adolescents, 2013, vol 2, p.2-5.

11. Ecaterina Sedaia, Relația dintre grosimea țesutului adipos epicardial și disfuncția Subclinică a ventriculului drept la pacienți cu sindrom metabolic, Culegere de rezumate științifice ale studenților, rezidenților și tinerilor cercetători, Chișinău, 2015, p.197.

12. G. Iacobellis, Campo E, Salayar J, et. al. Echocardiographic Epicardial Adipose Tissue Is Related to Anthropometric and Clinical Parameters of Metabolic Syndrome: A New Indicator of Cardiovascular Risk, Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, december 2003, vol. 88, nr.11, p. 5163–5168.

13. Reinehr T., Wunsch R., Pütter C., Scherag A. Relationship between Carotid Intima-Media Thickness and Metabolic Syndrome in Adolescents The Journal of Pediatrics, 2013 vol.163, nr.2, p.327-332.

14. Anton-Păduraru D.T., Drochioi A.S., Teslariu O., Sindromul metabolic la copil și adolescent – aspecte clinico-fiziopatologice, Iași, 2015, p.22.

15. Poiac M., Brega D., Popaet I., Sindromul metabolic la copil și adolescent – factor de risc cardiovascular la adult. Revista Română de Pediatrie 2009, vol. LVIII, nr. 3, p. 330.

© Șalaru Virginia, Zarbailov Natalia, Ciubotaru Victoria, Comendant Rodica

Șalaru Virginia, Zarbailov Natalia, Ciubotaru Victoria, Comendant Rodica
**OBȚINEREA SERVICIILOR DE PLANIFICAREA FAMILIALĂ DE CĂTRE FEMEILE TINERE ÎN VÂRSTA
CUPRINSĂ ÎNTRE 25 ȘI 30 ANI**

*Catedra Medicina de Familie a IP USMF “Nicolae Testemițanu”
Centrul Sănătatea Reproducerii și Genetică Medicală, IMSP Institutul Mamei și Copilului
Catedra Obstetrică și Ginecologie a IP USMF “Nicolae Testemițanu”
Centrul de Instruire în Domeniul Sănătății Reproductive (CIDSR)*

SUMMARY

OBTAINING FAMILY PLANNING SERVICES BY YOUNG WOMEN AGED BETWEEN 25 AND 30 YEARS

According to WHO the youth is in the range of age from 16 to 24 years, and according to the Moldovan legislation includes young people aged 14 to 30 years. The country currently operates 37 centers for youth-friendly health services that provide free services in the field of reproductive health care for adolescents and young people, but women aged 25 to 30 years old do not use these services. The purpose of the study was to identify the characteristics of getting information and services on family planning in women of this age group. The study was conducted with the participation of 61 women aged 18 to 52 years from 12 districts. The result of the study showed that women 25-30 years old, as well as other categories, prefer to receive information and services from a gynecologist, but also apply to other medical and social workers. Most often they use a permanent method of contraception, but do not have access to free contraception, as well as a woman of the younger age group.

РЕЗЮМЕ

ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ МОЛОДЫМИ ЖЕНЩИНАМИ В ВОЗРАСТЕ ОТ 25 ДО 30 ЛЕТ

Согласно ВОЗ молодежь находится в диапазоне возраста от 16 до 24 лет, а согласно законодательству Молдовы включает молодых людей в возрасте от 14 до 30 лет. В стране в настоящее время действует 37 центров по оказанию медицинских услуг дружественных молодежи, предоставляющих бесплатные услуги в области охраны репродуктивного здоровья подросткам и молодежи, но женщины в возрасте от 25 до 30 лет не пользуются этими услугами. Цель исследования состояла в выявлении особенностей получения информации и услуг по планированию семьи женщинами данной возрастной группы. Исследование проведено при участии