

Αποτελέσματα Κλινικής Εξέτασης

Ολική Χοληστερόλη Αίματος:

Η μέτρηση της ολικής χοληστερόλης αίματος σε παιδιά άνω των δύο χρονών είναι αξιόπιστη μέθοδος ελέγχου των παιδιών με προδιάθεση για υψηλή τιμή ολικής χοληστερόλης στο αίμα. Στα παιδιά που μελετήσαμε ένα ποσοστό 30% τόσο στα νηπιαγωγεία όσο και στα δημοτικά έχει ολική χοληστερόλη >170 mg/dl που είναι το ανώτερο όριο για τα παιδιά. Το ποσοστό των παιδιών με χοληστερόλη >200mg/dl ανερχόταν γύρω στο 7-10% με αυξητική τάση από τα μικρότερα στα μεγαλύτερα παιδιά.

Αρτηριακή πίεση:

Συστήνεται να γίνεται μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε παιδιά άνω των δύο χρονών. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης γίνεται με το παιδί καθισμένο, ήρεμο και με περιχειρίδα κατάλληλη για την ηλικία του παιδιού. Στα παιδιά που εξετάσαμε παρατηρήσαμε πως τα υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά και τα ψηλότερα για την ηλικία τους παιδιά, είχαν μεγαλύτερη τιμή αρτηριακής πίεσης από τα συνομήλικά τους παιδιά. Βρήκαμε πως στα παιδιά άνω των έξι χρονών, ένα στα δέκα (10%), έχει συστολική πίεση ανώτερη από τη φυσιολογική για την ηλικία τους και στα παιδιά δύο έως έξι χρονών, η συχνότητα είναι λίγο μεγαλύτερη, ένα στα επτά παιδιά (13,6%) έχει αυξημένη συστολική πίεση. Όσον αφορά τη διαστολική πίεση αυτή βρέθηκε αυξημένη στα παιδιά άνω των έξι χρονών σε ποσοστό 11,5 % δηλαδή ένα στα οκτώ παιδιά. Στα παιδιά δύο έως έξι χρονών βρέθηκε αυξημένη διαστολική πίεση σε ποσοστό 23,9% δηλαδή ένα στα τέσσερα παιδιά. Τα αυξημένα ποσοστά παιδιών με υψηλή πίεση στα μικρά παιδιά του νηπιαγωγείου οφείλεται σε ένα βαθμό στο στρες που είχαν αυτά τα παιδιά, που πολλές φορές έκαναν για

πρώτη φορά μέτρηση αρτηριακής πίεσης. Σε όλα τα παιδιά με αυξημένη συστολική ή διαστολική πίεση δινόταν η συμβουλή για επανέλεγχο από τον παιδίατρό τους.

Τονίζεται ότι τα πλείστα από τα δύο χιλιάδες τριακόσια παιδιά στα οποία μετρήθηκε η αρτηριακή πίεση είχαν φυσιολογικά επίπεδα πίεσης. Σε όσα η αρτηριακή πίεση βρέθηκε αυξημένη αυτή ήταν οριακά αυξημένη λόγω μεγάλου βάρους σώματος, μεγάλης πρόσληψης αλατιού, θετικού οικογενειακού ιστορικού υπέρτασης, υψηλού σώματος και μόνο σε τέσσερα παιδιά υπήρχε παθολογική υπέρταση. Τα δύο παιδιά είχα παθολογική υπέρταση λόγω στένωσης του ισθμού της αορτής, ένα λόγω στένωσης της νεφρικής αρτηρίας και ένα λόγω νεφροπάθειας. Αυτά αντιμετωπίστηκαν σε συνεργασία με τον παιδίατρό τους και όπου χρειαζόταν έγινε και η ενδεικνυόμενη επέμβαση. Αυτά τα τέσσερα παιδιά ήσαν ασυμπτωματικά και ανακαλύφθηκαν «τυχαία» στα πλαίσια του IDEFICS.

Σωματομετρήσεις:

Στα παιδιά έγινε μέτρηση του βάρους σώματος και του ύψους τους και υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος ($\Delta\text{Μ}\Sigma$) ($\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{Βάρος} / \text{Υψος}^2$). Βάσει του $\Delta\text{Μ}\Sigma$ βρέθηκε πως στα παιδιά δύο έως έξι χρονών, ένα στα δέκα, ήταν παχύσαρκο και ένα στα δέκα υπέρβαρο. Συνολικά 22,2% βρέθηκαν υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Στα παιδιά έξι με οκτώ χρονών το ποσοστό ήταν διπλάσιο, τέσσερα στα δέκα (39,8%) των παιδιών βρέθηκαν υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Από αυτά το 15,8%, δηλαδή ένα στα έξι ήταν παχύσαρκο και ένα στα τέσσερα (24%) ήταν υπέρβαρο.

Τα αποτελέσματα αυτά είναι συμβατά με παλαιότερα αποτελέσματα του Ινστιτούτου μας και επιπλέον καταδεικνύουν πως το πρόβλημα της παχυσαρκίας ξεκινά από τη νηπιακή ηλικία και επιδεινώνεται με την αύξηση της ηλικίας των παιδιών .

Με δεδομένο πως ένα μεγάλο ποσοστό αυτών των παιδιών θα παραμείνουν υπέρβαρα και στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή τους, οι συνέπειες στο επίπεδο υγείας τους θα είναι πολλές και σοβαρές.

Περιφέρειας Μέσης:

Εξ ίσου ανησυχητικά ήταν και τα αποτελέσματα της μέτρησης της περιφέρειας μέσης (ΠΜ) των παιδιών. Η μέτρηση αυτή δείχνει την κεντρική ,επιβλαβή , κατανομή του λίπους. Η ΠΜ ήταν αυξημένη στο 29% των κοριτσιών και στο 25,7% των αγοριών στα παιδιά του νηπιαγωγείου δύο έως έξι χρονών. Στα παιδιά έξι έως οκτώ χρονών το ποσοστό των παιδιών με αυξημένη ΠΜ ήταν 23,6%. Αυτό σημαίνει ότι ένα στα τέσσερα παιδιά έχει αυξημένο λίπος στην κοιλιακή χώρα. Η αυξημένη ΠΜ συνοδεύεται με αυξημένη αρτηριακή πίεση, πιο χαμηλή καλή χοληστερόλη, αυξημένα τριγλυκερίδια, αυξημένη γλυκόζη νηστείας αίματος, αυξημένη ινσουλίνη ορού και αντίσταση στην ινσουλίνη. Όλα τα πιο πάνω αναφέρονται στη βιβλιογραφία σαν Μεταβολικό Σύνδρομο που αυξάνει την προδιάθεση για εκδήλωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, σε σχετικά νεαρή ηλικία. Το Μεταβολικό Σύνδρομο και η αντίσταση στην ινσουλίνη διαδράμουν υποκλινικά (ασυμπτωματικά) για πολλά χρόνια και εδώ έγκειται η αξία της έγκαιρης ανίχνευσης και αντιμετώπισής τους.

Δοκιμασίες Φυσικής Αντοχής:

Αξιολογήθηκαν τρεις δοκιμασίες στις οποίες υποβλήθηκαν τα παιδιά έξι έως οκτώ χρονών.

Τη δίπλωση από εδραία θέση η οποία δίνει το μέτρο της ευλυγισίας του παιδιού.

Η καλή ευλυγισία είναι απαραίτητη για τις καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού όπως η ανύψωση φορτίου, η διατήρηση σωστής θέσης σώματος και η αποφυγή τραυματισμών.

Είχαν πολύ χαμηλά και χαμηλά αποτελέσματα δύο στα τέσσερα αγόρια και δύο στα τέσσερα κορίτσια σε αμφοτερές τις περιοχές, Στροβόλου και Πάφου. Ένα στα τέσσερα παιδιά είχε μέτρια επίδοση και ένα στα τέσσερα καλή και άριστη επίδοση. Θα πρέπει να περιλαμβάνονται ασκήσεις ευλυγισίας και τεντώματος (stretching) στην άσκηση των παιδιών για να βελτιωθεί η ευλυγισία τους.

Το άλμα σε μήκος χωρίς φόρα το οποίο δίνει το μέτρο της εκρηκτικότητας των παιδιών, πόσο δηλαδή έχουν δυναμώσει τους μυς στα πόδια και την πλάτη που βοηθούν στην εκτίναξη.

Η καλή απόδοση σε αυτή την άσκηση είναι σημαντική σε αθλητικές δραστηριότητες όπως το άλμα σε μήκος, η πετόσφαιρα και η καλαθόσφαιρα. Ένα στα τρία παιδιά, αγόρια και κορίτσια, είχαν πολύ χαμηλά και χαμηλά αποτελέσματα. Επίσης ένα στα τρία είχαν μέτρια και ένα στα τρία καλά και άριστα αποτελέσματα.

Το παλίνδρομο τρέξιμο αντοχής το οποίο δίνει το μέτρο της καρδιοαναπνευστικής αντοχής των παιδιών, πόσο δηλαδή έχουν δυναμώσει η καρδιά και τα πνευμόνια.

Η καλή καρδιοαναπνευστική αντοχή είναι σημαντική για τις καθημερινές δραστηριότητες των παιδιών όπως το τρέξιμο και η ποδηλασία.

Ένα στα τρία παιδιά έφεραν πολύ χαμηλά και χαμηλά επίπεδα. Πολλά παιδιά δεν έχουν την αντοχή να τρέξουν ελαφριά το μισό της περιφέρειας ενός ποδοσφαιρικού γηπέδου.

Διατροφή:

Η διατροφή των παιδιών έχει καταγραφεί και αναλυθεί με πρόγραμμα ηλεκτρονικού υπολογιστή από το Πανεπιστήμιο Κρήτης, ευγενή προσφορά του καθηγητή Καφάτου Αντώνη προς το Ινστιτούτο μας και το Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού.

Η ανάλυση του διαιτολογίου, δείχνει ότι επτά στα δέκα παιδιά καταναλώνουν περισσότερο λίπος από όσο πρέπει. Το βρίσκουν στα πατατάκια τσιπς, στα σοκολατούχα γαλατάκια, στα γλυκά, στις σοκολάτες, στις σφολιάτες, στο βούτυρο, στις μαργαρίνες καθώς και στα άλλα εδέσματα με τα οποία συμπληρώνουν ή πιο σωστά αντικαθιστούν τα φαγητά της υγιεινής διατροφής. Το 75% των παιδιών καταναλώνει κορεσμένα λίπη σε μεγαλύτερες ποσότητες από τις συνιστώμενες. Καταναλώνουν επίσης πολλά trans λιπαρά. Τα πιο πάνω λίπη αφού δεν καίγονται με άσκηση είναι από τα κύρια δομικά υλικά της κακής χοληστερόλης και υλικά για την παχυσαρκία. Όμως τονίζεται ότι είναι χαμηλής βιολογικής αξίας και κακά υλικά για την ανάπτυξη του σώματος των παιδιών αφού εύκολα οξειδώνονται, προδιαθέτοντας σε αθηροσκλήρωση και καρκίνους.

Το 66% των παιδιών δεν καταναλώνει επαρκή ποσότητα της βιταμίνης C και το 60% δεν καταναλώνει επαρκή ποσότητα της βιταμίνης A. Οι βιταμίνες

αυτές αποτελούν ασπίδα του οργανισμού κατά της οξειδωσης των λιπών που δημιουργεί αθηροσκλήρωση (κλείσιμο αρτηριών) και καρκίνους.

Αντιθέτως, με την κατανάλωση των «κακών» λιπών, το 93% των παιδιών δεν καταναλώνει αρκετά ω3 λιπαρά, τα οποία ονομάζονται και «απαραίτητα» διότι χρειάζονται για τη δημιουργία των μεμβρανών των κυττάρων του σώματος. Δύο με τρεις φορές την εβδομάδα κατανάλωση ψαριού δίνει ικανοποιητικές ποσότητες ω3 λιπαρών.

Επίσης το 73% των παιδιών δεν καταναλώνει επαρκείς ποσότητες ασβεστίου για να ενισχύσει τον σκελετό, του ιδιαίτερα στην ηλικία αυτή της ανάπτυξής του. Δεν πίνει τα συνιστώμενα τρία ποτήρια γάλα την ημέρα, ούτε τρώει αρκετά τυροκομικά προϊόντα για να συμπληρώνουν τις ποσότητες ασβεστίου που παίρνει από το γάλα.

Η διατροφή των παιδιών γίνεται ποιοτικά κατώτερη όσο μεγαλώνουν αφού σταματούν τα φρούτα και τις χορτόσους, αλλά δεν προσθέτουν στη διατροφή τους λαχανικά, σαλάτες και όσπρια. Έτσι 78% των παιδιών δεν παίρνουν τις ωφέλιμες φυτικές ίνες που βοηθούν το πεπτικό σύστημα και καταπολεμούν τις δυσκοιλιότητες.

Εκπαιδευτικοί, γονείς και παιδιά που έλαβαν μέρος στις συνεντεύξεις των ομάδων εστίασης (focus groups), ζητούν για βελτίωση των χαμηλών επιπέδων υγείας των παιδιών, περισσότερο χρόνο στα αναλυτικά προγράμματα των σχολείων για θέματα αγωγής υγείας. Ακόμη ζητούν για θέματα αγωγής υγείας περισσότερη μόρφωση και επιμόρφωση των εκπαιδευτικών στα Πανεπιστήμια και το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο καθώς και περισσότερο εκπαιδευτικό υλικό. Αναγνωρίζουν ακόμη ότι οι γονείς πρέπει να ξοδεύουν περισσότερο χρόνο με τα παιδιά τους σε κινητικές ασχολίες.

Η βελτίωση των επιπέδων υγείας προϋποθέτει τη συνεισφορά όλων και τη λήψη μέτρων σε όλα τα έργα κατά τη διάρκεια του προγραμματισμού και υλοποίησής τους.

Δρ Μιχάλης Τορναρίτης
Υπεύθυνος έργου

Δρ Χάρης Χατζηγεωργίου
Υπεύθυνος κλινικής εξέτασης

Δρ Γιάννης Κουρίδης, υπεύθυνος για την επαρχία Πάφου
Δρ Σάββας Σάββα, Παιδίατρος
Χρίστος Γεωργίου, Γυμναστής
Μιχάλης Χατζηιωάννου, Γυμναστής
Δήμητρα Αντωνίου, Γυμνάστρια
Αχιλλέας Βυρίδης, Γυμναστής
Χριστίνα Κονή, Διαιτολόγος
Αδάμος Παναγή, Διαιτολόγος
Κυριάκος Κυριάκου, Γυμναστής
Φρόσω Μαύρου, Νηπιαγωγός
Έρης Ρούσου, Διαιτολόγος
Χριστόφορος Χατζηιωάννου, διατήρηση αρχείου
Δρ Μόνικα Σιακού, Ψυχολόγος, Υπεύθυνη για τις ομάδες εστίασης (focus groups)

Το έντυπο και ηλεκτρονικό υλικό που παρουσιάστηκε στη διάσκεψη θα αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του Ινστιτούτου, <http://www.childhealth.ac.cy>