

Vira Yakovenko
Dr. med.

VERGLEICHENDE UNTERSUCHUNGEN ZU RISIKOFAKTOREN BEI ADIPOSEN KINDERN IN DER UKRAINE UND DEUTSCHLAND UND DER EFFEKTIVITÄT EINES AMBULANTEN INTERVENTIONSPROGRAMMES

Fach/Einrichtung: Kinderheilkunde

Doktorvater: Prof. Dr. med., Prof. h.c. Georg. F. Hoffmann

In der vorliegenden Arbeit wurden 95 Kinder und Jugendliche aus der Ukraine und 93 Kinder und Jugendliche aus Heidelberg mit Übergewicht und Adipositas untersucht und nahmen an einem ambulanten Adipositas-Programm über jeweils 6 Monate teil.

Ziele waren zum einen Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich der anamnestischen Risikofaktoren in beiden Ländern darzustellen.

Die anamnestischen Risikofaktoren waren in der HD- und Ukr-Gruppen sehr ähnlich, bis auf die Anzahl von familiären Risikofaktoren, die nicht mit dem BMI-SDS in der Ukr-Gruppe korrelieren. Wir vermuten, dass es in der Ukr-Gruppe an einem größeren Defizit in der Diagnostik von DM und arterielle Hypertonie bei Erwachsenen liegen könnte, und die tatsächliche Häufigkeit deutlich höher ist. Zu den relevanten Risikofaktoren zählen die Familien- und Schwangerschaftsanamnese bei der Mutter sowie die Neugeborenen- und Kleinkindanamnese. Zu den weiteren wichtigen Risikofaktoren zählen noch anthropometrische Parameter. Es zeigte sich, dass nicht nur Gewicht und Größe allein, sondern auch BMI-SDS, Verhältnis von Taillenumfang/Körpergröße, der Blutdruck und die Präsenz von Acanthosis nigricans von Bedeutung sind. Beim Vergleich von Ukr- und HD-Gruppen sind die Kinder aus der HD-Gruppe anamnestisch signifikant früher übergewichtig geworden. Die adipösen Teilnehmer der HD-Gruppe hatten höhere BMI-SDS. In den Laboruntersuchungen fanden sich in HD-Gruppe vs. Ukr-Gruppe ein paar Besonderheiten (in HD-Gruppe bei Adipositas erhöhtes C-Peptid, Erniedrigungen des HDL-Cholesterins, etwa höhere TSH-Werte), aber generell waren die Tendenzen gleich. Anhand von unseren Ergebnissen stellt Übergewicht bei Kindern einen bedeutsamen Risikofaktor für Adipositas dar und diese Patientengruppe zeigte ebenfalls schon Stoffwechselstörungen, allerdings sind diese im Vergleich mit Adipösen noch nicht so ausgeprägt.

Im weiteren Verlauf wurde ein niederschwelliges und einfach umsetzbares Interventionsprogramm evaluiert. Dieses wurde in beiden Gruppen unter Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten vergleichbar durchgeführt. Das Programm begann mit einer ausführlichen, individuellen, familienbezogenen Schulungsphase und regelmäßigen Wiedervorstellungen nach 3-6 Monaten. Die Schulungsphase erfolgte thematisch in 2 Terminen (den ersten – über die Ernährung, den zweiten – über das Bewegungsregime). Die frühere Intervention bei den Übergewichtigen ermöglichte es die metabolischen Veränderungen entweder zu mindern oder wenigsten auf gleichem Niveau zu halten. Wiedervorstellungen zur Verlaufskontrolle dienten nicht nur der Kontrolle von Blutwerten, sondern auch der Wiederholung der Prinzipien der gesunden Ernährung und des Bewegungsregimes, da die meisten Kinder die Empfehlungen nur so lang nachvollziehen, wie sie von ihren Berater (Arzt) kontrolliert und verstärkt werden. In Kindesalter ist der Stoffwechsel noch flexibel, deswegen reichen Lifestyle-Modifikationsprogramme oft aus. Es erscheint wichtig, die Therapie, bzw. die Schulung so früh wie möglich zu beginnen, nicht erst bei der Adipositas sondern schon bei Patienten mit Übergewicht.

Der genaue Tagverlauf und die Essgewohnheiten sollten besprochen werden, um die bestmögliche Strategie für die Familie zu entwickeln. Es ist von sehr großer Bedeutung für den Therapieerfolg, dass das Kind sich regelmäßig vorstellt.

Die Rolle von Wachstumsfaktoren erscheint in der Pathogenese der Adipositas unter Berücksichtigung unserer Daten bedeutsam. Viele Zusammenhänge sind allerdings noch nicht ganz klar und erfordern weitere Studien inklusive zusätzlicher Wachstumsfaktoren.