

Проблемные аспекты цервикальной патологии у женщин с тазовым болевым синдромом при аденомиозе

М.Р. Оразов

НИИ медицинских проблем семьи ДОННМУ имени М. Горького, г. Донецк

Статья посвящена одной из актуальнейших проблем современной гинекологии – проблеме тазовой боли, обусловленной аденомиозом и цервикальной патологией. Удельная частота аденомиоза в структуре генитального эндометриоза достигает 70–90%. Интерес к проблеме заключается в том, что одновременное синхронное вовлечение в патологический процесс мышечной и эндометриальной ткани, а также соединительно-тканых компонентов экстрацеллюлярного матрикса не может не касаться эпителиальной ткани шейки матки. В исследовании участвовали 24 женщины репродуктивного возраста с болевым синдромом при аденомиозе – как основная группа, а группу сравнения составили 10 женщин аналогичного возраста с безболевым течением заболевания. Результаты исследования свидетельствуют, что у пациенток репродуктивного возраста с болевым синдромом при аденомиозе весьма распространены сопутствующие патологические состояния в цервикальном эпителии с преобладанием вирус-ассоциированных интраэпителиальных поражений.

Ключевые слова: аденомиоз, тазовая боль, цервикальная патология, интраэпителиальное поражение.

Эндометриоз тела матки – аденомиоз – принято рассматривать в качестве особого заболевания, которое существенно отличается от наружного эндометриоза по патогенезу, эпидемиологии и клинической картине (Сидорова И.С., Коган Е.А., 2008; Bergeron C. et al., 2006).

Удельная частота аденомиоза в структуре генитального эндометриоза достигает 70–90%. На основании клинических проявлений диагноз аденомиоза может быть установлен в лучшем случае в 50% наблюдений, в 75% случаев диагноз не устанавливается, в 35% наблюдается гипердиагностика (Гаврилова Т.Ю., 2007). Это связано с тем, что этиология и патогенетические механизмы, ответственные за развитие аденомиоза, до сих пор недостаточно подробно изучены и для корректной диагностики требуется гистопатологическое заключение после удаления матки.

В настоящее время в доступной литературе очень мало работ по изучению цервикальной патологии при аденомиозе с тазовым болевым синдромом. Интерес к проблеме заключается в том, что одновременное синхронное вовлечение в патологический процесс мышечной и эндометриальной ткани, а также соединительно-тканых компонентов экстрацеллюлярного матрикса не может не касаться эпителиальной ткани шейки матки. Несмотря на то что матка четко подразделяется на два анатомо-функциональных раздела: верхний сегмент, включающий тело матки, и нижний сегмент, включающий шейку, матка имеет общие кровоснабжение, иннервацию, нейрогуморальную регуляцию и жизнеобеспечение как единый орган (Сидорова И.С., 2009).

Патология шейки матки у пациенток с гинекологическими заболеваниями возникает значительно чаще, чем в общей популяции, составляя свыше 50–60%. Если частота лейкоплакии (дискератоз) шейки матки в общей популяции составляет 1,1%, то у больных с гинекологической патологией тела

матки – 23–37%, а при сочетании миомы матки, аденомиоза и гиперплазии эндометрия – достигает 60–67% (Бауэр Г., 2002; Прилепская В.Н. 2002; Фролова И.И. и соавт. 2000).

Цервикальный рак в настоящее время остается одной из наиболее распространенных форм злокачественных новообразований женских половых органов, занимая 2-е место в структуре заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями, уступая лишь раку грудной железы. Данное заболевание является одной из наиболее серьезных медицинских и социальных проблем женского репродуктивного здоровья во всех экономически развитых странах мира. В мире ежегодно диагностируют около 500 000 новых случаев рака шейки матки, из них почти половина (234 тыс.) заканчивается летально. Широкое распространение рака шейки матки отмечено в развивающихся странах, на которые приходится 81% новых случаев в мире, где он составляет 14,8% от всех злокачественных новообразований у женщин (в развитых – 4,2%) и является 2-й наиболее частой причиной смерти от рака. По данным ВОЗ наиболее высокий уровень заболеваемости в Бразилии – 31 случай на 100 000 женщин, самый низкий в Финляндии – 2,7 на 100 000 женщин [2, 4, 5]. Заболевания шейки матки делятся на фоновые состояния, предраковые (дисплазия), преинвазивный и инвазивный рак. По данной классификации фоновыми процессами считаются эндоцервикоз, полип, папиллома, простые формы лейкоплакии, гормональная эктопия, травматический выворот, эрозия. В группу предрака включены очаговые одиночные или множественные пролифераты с явлениями атипии клеток (дисплазия, лейкоплакия с атипией клеточных элементов, аденоматоз). Предраковые изменения обычно возникают при наличии фоновых процессов, но иногда развиваются и на неизменной шейке. Морфологически их обозначают как дисплазию, базальноклеточную и атипическую гиперплазию, анаплазию, предраковую метаплазию. В основе этих процессов лежит пролиферация клеток базального слоя многослойного плоского эпителия и нарушение дифференцировки пролиферирующих клеток с последующей их атипией. Предраковые изменения шейки матки могут развиваться также вследствие не прямой метаплазии призматического эпителия области эндоцервикса. Доброкачественные, или фоновые, процессы составляют 85% патологических изменений шейки матки. Морфологически они характеризуются нормоплазией эпителия без нарушения биохимических процессов и с сохранением диплоидного набора хромосом. К ним относятся фоновые процессы гормонального, воспалительного и травматического характера: эктопия, доброкачественная зона трансформации, экзо- и эндоцервицит, субэпителиальный эндометриоз и эрозия.

Именно поэтому своевременная и эффективная диагностика неопластических процессов шейки матки на раннем этапе в настоящее время остается серьезной проблемой.

В последние годы наблюдается тревожная тенденция роста заболеваемости раком шейки матки среди женщин молодого возраста, представляющих не только репродуктивно

значимую часть населения, но и активную в социальном отношении группу [7, 9].

Возможности цитологического скрининга ограничены ложнопозитивными (от 5% до 70%) и ложнонегативными результатами (от 5% до 50%), охватывая как безобидную вирусную пролиферацию, так и предрак шейки матки [11]. Одним из путей повышения возможностей скрининга является ВПЧ-тестирование, что помогает идентифицировать от 20% до 30% женщин с цервикальными заболеваниями, которые имели ложноотрицательные цитологические результаты [12, 15]. Однако ВПЧ-тестирование имеет низкую специфичность у молодых женщин, что приводит к значительной гипердиагностике и к избыточной терапии [9].

Уточняющими методами диагностики заболеваний шейки матки является кольпоскопия и гистологическое исследование. Возможности кольпоскопии ограничены ложнопозитивными (от 4% до 33%) и ложнонегативными результатами (от 15% до 62%) [6, 7, 9, 11]. В настоящее время также подвергается сомнению возможность при кольпоскопии точно установить характер патологического процесса и правильно определить участки шейки матки, подлежащий прицельной биопсии, поскольку под любой кольпоскопической картиной может скрываться вся гамма морфологических признаков эпителиальных неоплазий и преклинического рака [3, 5, 6]. Аномальные кольпоскопические картины недостаточно специфичные и индекс малигнизации варьирует в широких пределах от 1,3% до 52,2% [14]. Кроме того, данные признаки, приводящие к диагностическим ошибкам, выявляются также при активной метаплазии в зоне превращения, которая чаще наблюдается у молодых женщин [5].

«Золотым стандартом» исследования для точной диагностики патологии экзо- и эндоцервикса является традиционная эксцизионная биопсия [5, 7]. Основным преимуществом этого метода является возможность исследования структурных изменений экзо- и эндоцервикса на клеточном уровне, а главным недостатком – инвазивность, ограничивающая его широкое применение в силу травматизации шейки матки и стимуляции пролиферативных процессов в зоне заживления [7]. Кроме того, эксцизионная биопсия исключает мультиочаговые исследования, динамическое наблюдение за развитием и эволюцией процесса, что имеет значение для дифференциальной диагностики и является необходимым для контроля эффективности терапии [8], а также метод достаточно трудоемок, требует много времени, материальных затрат, участия многих лиц.

Цель исследования: изучение особенностей клинического течения патологии шейки матки у женщин с тазовым болевым синдромом при аденомиозе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящем исследовании участвовали 24 женщины репродуктивного возраста с болевой формой аденомиоза – основная группа и 10 женщин с безболевым формой – группа сравнения. Диагноз аденомиоза верифицирован на основании анамнестических, объективных гинекологических, эхографических, эндоскопических и морфологических критериев. Оценку тяжести болевого синдрома определяли по ВАШ. Для определения качественных (эмоциональная и сенсорная) характеристик боли использовали болевой опросник Мак-Гилла. Опросник содержит 20 вопросов, сгруппированных в две шкалы, где пациентки сами отмечали по одному слову из 20 строк, наиболее точно совпадающую с их болью. Значения вычисляли в баллах, что позволило получить достаточно объективное итоговое представление о болевом синдроме каждой пациентки. Для более глубокого изучения состояния шейки матки проводили кольпоскопию с использованием традиционных сосудистых тестов при помощи бинокулярного кольпоскопа МК-300 с видеосистемой (Киль, Украина). Для лабораторной диагностики ВПЧ-инфекции использовали ПЦР-методом, сертифициро-

ванные тест-системы. Мазки по Папаниколау (микроскопическое исследование соскобов из канала шейки матки) брали с помощью специальных щеток – эндобраншей и шпателей. Средний возраст пациенток в трех исследуемых группах детально не отличался и составил в среднем $37,0 \pm 2,5$ года.

Критерии включения в исследование: установленный диагноз аденомиоза и наличие доминирующего симптома: хроническая тазовая боль и репродуктивный возраст, информированное согласие женщин на проведение данного исследования.

Критерии исключения из исследования: воспалительные заболевания матки и придатков в период обострения, миома матки и опухоли яичников, менопаузальный возраст, отсутствие информированного согласия больных.

Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере с использованием пакета программ Biostatistics (версия 4.03) для Windows. Вычисляли среднюю арифметическую (M) и среднюю ошибку средней арифметической (m). Различия между группами устанавливали с учетом t-критерия Стьюдента. Статистический показатель считали достоверным при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Доминирующей симптоматикой у пациенток основной группы (100%) была хроническая тазовая боль, наряду с этим у данной группы пациенток отмечено достоверное повышение симптомов дисбаланса влагиалища, таких, как обильные выделения из половых путей, зуд, дискомфорт, дизурические явления ($p < 0,05$).

Проведена оценка среднего возраста начала половой жизни, количества и частоты смены половых партнеров. Анализ показал, что средний возраст начала половой жизни составил $15,9 \pm 1,4$ года и только 56% имели одного партнера, а остальные 44% были полигамны в половых связях. Нарушение менструального цикла в ранний период менархе отметили 74% женщин, а у 26% обнаружено вторичные нарушения после изначально регулярного менструального цикла. Изучение показателей инфекционного индекса выявило у 45,2% пациенток основной группы перенесенные детские инфекции – ветряная оспа, коревая краснуха, скарлатина, что свидетельствует о глубоких изменениях иммунологического звена гомеостаза с самого раннего детства.

В результате анализа полученных данных отмечено, что большинство женщин имели высокий инфекционный индекс. Наличие абортов у 36% и осложненных родов у 28% в анамнезе, а также травматических повреждений шейки матки у 31,5% вероятно увеличивало риск возникновения патологии шейки матки, в том числе и канала шейки матки. Наши исследования позволяют сделать вывод о том, что инфекция репродуктивного тракта сопутствует гиперпластическим процессам эндо- и миометрия, помимо патологии эндоцервикса, и, вероятно, играет определенную роль в патогенезе миомы матки, тазового болевого синдрома при аденомиозе.

Анализ соматического здоровья выявил высокую распространенность экстрагенитальной патологии почти у каждой четвертой женщины. На первом месте заболевания пищеварительного тракта – 48,6%, на втором – эндокринная патология – 34% и на третьем месте – патология сердечно-сосудистой и нервной системы – 17,4%, что значительно чаще выявляется у пациенток с болевой формой аденомиоза ($p < 0,05$). В исследовании Я.В. Бохман и В.Ф. Семиглазова (1996) описано, что сопутствующие и длительно протекающие экстрагенитальные заболевания, сочетанная гинекологическая патология сопровождаются соматической мутацией генома, нарушением репарации поврежденных клеток, что в конечном счете приводит к гиперпластическим и пролиферативным процессам.

В профилактике развития инфекций, передающиеся половым путем, в том числе цервикальной патологии, важное мес-

то занимает использование различных методов контрацепции. В нашем исследовании установлено, что 24% женщин вообще не использовали средства контрацепции. Барьерную контрацепцию использовали 39% женщин, 37% женщин применяли гормональные методы контрацепции, физиологический метод.

Результаты определения характеристики и тяжести, интенсивности тазового болевого синдрома по системе ВАШ свидетельствуют, что у пациенток основной группы (n=24) у 8 (33,3%) обнаружен слабовыраженный болевой синдром, у 10 (41,6%) умеренно выраженный болевой синдром и наконец резко выраженная тазовая боль выявлена у 6 (25,1%).

Определение инфекций, передающихся половым путем, методом ПЦР и бактериоскопии, позволило не только типирование ВПЧ-инфекции, но и другие причины воспалительного процесса на шейке матки. На каждую третью пациентку приходится по 3 генитальные инфекции, передаваемые половым путем, моноинфекция только у 14,8%, а микст-инфекция в 34,4% наблюдениях. Инфицирование ВПЧ высокого канцерогенного риска выявлено у 64,3% женщин, что подтверждается результатами исследований Г.Я. Шараповой, Л.А. Коломиец, Л.Н. Уразова, 2002.

Анализ цитологического скрининга изучали по системе Бетесда, которая наиболее соответствует биологии цервикального канцерогенеза. Итак, интраэпителиальные поражения низкой степени у 8 (33,3%), интраэпителиальные поражения высокой степени у 11 (45,8%) и, наконец, атипические сквамозные клетки неопределенного значения у 4 (16,5%). Цитологическое исследование цервикальных мазков является основным методом скрининга предраковых заболеваний шейки матки. Результаты цитологического исследования нередко позволяют выявить предраковые изменения за 3–5 лет до развития рака шейки матки (В.И. Кулаков, В.Н. Прилепская, 2001).

Результаты расширенного кольпоскопического исследования, которое проведено нами у всех обследуемых, свидетельствует о том, что нормальные картины (многослойный плоский эпителий и цилиндрический эпителий на влажной порции шейки и соответственно в канале шейки матки) отмечены только у 6 (25%).

Аномальные кольпоскопические картины были представлены в виде ацетобелого эпителия, мозаики (нежная и грубая), пунктации (нежная и грубая), йоднегативной зоны, лейкоплакии, атипических сосудов. Ацетобелый эпителий, характерный для всех степеней CIN, определяли у 19 (79,1%), из них (n=19) мозаика была выявлена у 11 (57,8%) женщин, выглядела как многоугольные участки, разделенные красными нитями капилляров, нежная мозаика у 21%, напоминала сетчатую мраморность, не возвышающуюся над окружающими тканями. Проба Шиллера, как правильно, была отрица-

тельной, а при обработке уксусной кислотой картина грубой мозаики становилась более отчетливой.

Пунктация определялась у 9 из 19 женщин как йоднегативный участок, покрытый одинаковыми по величине красными точками, а нежная пунктация характеризовалась мелкими, одинаковыми, равномерно расположенными точками; грубая – крупными, рельефными, неравномерными точками.

При доброкачественной пролиферации эпителия увеличивается количество субэпителиальных сосудов, дальнейшее повышение эпителиальной активности, за которым не успевает развитие кровообращения, приводит вначале к сосудистой гипертрофии, а затем и к атипии. Атипические сосуды отличаются хаотичным расположением, отсутствием анастомозов и причудливой формой. Появление последнего признака обусловлено выраженной извитостью, благодаря которой сосуды приобретают форму штопора, шпильки, петли, запятой. Чем более атипична сосудистая сеть при кольпоскопии, тем выше вероятность инвазивного рака [11, 13, 14]. В нашем исследовании атипические сосуды определялись у 4 (21%) женщин основной группы.

Проведенные углубленные исследования (кольпоскопическая визуализация, цитологическая диагностика, ВПЧ-тест с определением вирусной нагрузки), цитологическая диагностика явились показанием для морфологических исследований. После проведения противовоспалительного лечения пациенткам была произведена биопсия шейки матки. Биопсию выполняли на аппарате Сургитрон в режиме «резания без коагуляции». При морфологическом исследовании из 19 женщин с аномальными кольпоскопическими картинами у 4 (21%) больных обнаружены признаки хронического воспалительного процесса, у 1 – сочетание с плоскоклеточной метаплазией. У 10 (52,6%) – цервикальная интраэпителиальная неоплазия I степени, а у 4 (26,4%) – диспластическое поражение II и у 1 – III степени.

Подтверждением высокой диагностической ценности сформированного алгоритма диагностики цервикальной патологии у пациенток с болевым синдромом при аденомиозе явилась значимость совпадения клинико-лабораторной и морфологической составляющих у 86,2% наблюдаемых. Чувствительность и специфичность диагностики у наблюдаемых больных удалось достигнуть при последовательном применении приведенных выше традиционных методов исследования.

ВЫВОДЫ

Приведенные данные позволяют сделать заключение о том, что у пациенток репродуктивного возраста с болевым синдромом при аденомиозе весьма распространены сопутствующие патологические состояния в цервикальном эпителии с преобладанием вирус-ассоциированных интраэпителиальных поражений.

Проблемні аспекти цервікальної патології у жінок з тазовим болевим синдромом при аденоміозі М.Р. Оразов

Стаття присвячена одній із найактуальніших проблем сучасної гінекології – проблемі тазового болю, що зумовлено аденоміозом і цервікальною патологією. Питома частота аденоміозу в структурі генітального ендометріозу сягає 70–90%. Інтерес до проблеми полягає в тому, що одночасне синхронне залучення в патологічний процес м'язової і ендометріальної тканини, а також сполучно-тканинних компонентів екстрацелюлярного матриксу не може не стосуватися епітеліальної тканини шийки матки. У дослідженні брали участь 24 жінки репродуктивного віку з болевим синдромом при аденоміозі – як основна група, а групу порівняння склали 10 жінок аналогічного віку з безболівим перебігом захворювання. Результати дослідження свідчать, що у пациенток репродуктивного віку з болевим синдромом при аденоміозі досить поширені супутні патологічні стани в цервікальному епітелії з переважанням вірус-асоційованих інтраепітеліальних уражень.

Ключові слова: аденоміоз, тазовий біль, цервікальна патологія, інтраепітеліальне ураження.

Problematic aspects of cervical pathology in women with pelvic pain syndrome of adenomyosis M.R. Orazov

The article is devoted to one of the most topical problems of gynecology – the problem of pelvic pain caused by adenomyosis and cervical pathology. The specific frequency of adenomyosis in the structure of genital endometriosis reaches 70–90%. The interest to the problem lies in the fact that the simultaneous synchronous involvement in the pathologic process muscle and an endometrial tissue and connective tissue components extracellular matrix, can't touch the epithelial tissue of the cervix. The study involved 24 women of reproductive age with pain syndrome of adenomyosis as a core group and a comparison group consisted of 10 women of similar age without painful disease. The results of the study showed that in patients with pain syndrome of adenomyosis in the reproductive age are quite common related pathological conditions in the cervical epithelium with the prevalence of the virus associated intraepithelial lesions.

Key words: adenomyosis, pelvic pain, cervical pathology, intraepithelial lesions.

Сведение об авторе

Оразов Мекан Рахимбердыевич – НИИ медицинских проблем семьи ДОННМУ имени М. Горького, 83048, г. Донецк, ул. Левицкого, 4; тел.: (62) 311-38-24. E-mail: omekan@mail.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н. Генитальный эндометриоз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение // Методическое пособие для врачей. – М., 2001.
2. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Эндометриозная болезнь. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л». – 2002. – 452 с.
3. Вихляева Е.М., Адамян Л.В., Уварова Е.В. и др. Альтернативное решение вопроса о ведении больных с сочетанной доброкачественной патологией эндо- и миометрия // Акуш. и гинекол. – 1990. – № 8. – С. 45–48.
4. Ищенко А.И., Кудрина Е.А. Эндометриоз: диагностика и лечение. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 104 с.
5. Сидорова И.С., Унанян А.Л. Дифференцированный подход к лечению аденомиоза // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2011; 2: 16–20.
6. Савельева Г.М., Серов В.Н. Предрак эндометрия. – М.: Медицина, 1980. – 168 с.
7. Сидорова И.С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения). – М.: МИА, 2003.
8. Сидорова И.С., Коган Е.А., Зайратянц О.В., Унанян А.Л., Леваков С.А. Новый взгляд на природу эндометриоза (аденомиоза) // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 3. – С. 32–38.
9. Унанян А.Л. Эндометриоз и репродуктивное здоровье женщин // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2010; 3: 6–11.
10. Haney A.F. The pathogenesis and aetiology of endometriosis // Modern approaches to endometriosis Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Boston, London. – 1991. – P. 3–19.
11. Bory J., Cucherousset J., Lorenzato M. et al. Recurrent human papillomavirus infection detected with hybrid capture assay selects women with normal smears at risk for developing high grade cervical lesions: a longitudinal study of 3,091 women. Int J Cancer 2002; 102: 5: 519–525.
12. Dalstein V., Bory J., Graesslin O. et al. Human papillomavirus testing for primary cervical cancer screening. Monsonego J. (ed): Emerging issues on HPV infections: from science to practice. Basel: Karger 2006; 103–119.
13. Kraus I., Molden T., Holm R. et al. Presence of E6 and E7 mRNA from human papillomavirus types 16, 18, 31, 33 and 45 in the majority of cervical. J Clin Microbiol 2006; 44: 4: 1310–1317.
14. Woodman C.B. Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study. Lancet 2001; 357: 1831.
15. Gross G.E. & Barrasso R. Human Papilloma Virus Infection. A Clinical Atlas 1997.
16. Sach K.V., Kessis T.D., Sach F. et al. Human papillomavirus investigation of patients with cervical intraepithelial neoplasia 3, some of whom progressed to invasive cancer. Int J Gynecol Pathol 1996.
17. Ferguson A.W., Svoboda-Nevman S.M., Frank T.S. Analysis of human papillomavirus infection and molecular alterations in adenocarcinoma of cervix. Mod Pathol, 1998.
18. Cox J.E., Lorincz A.T., Shiffman M.H. et al. Human papillomavirus testing by hybrid capture appears to be useful in triaging women with a cytologic diagnosis of atypical squamous cell of undetermined significance. Am J Obstet Gynecol, 1995.
19. Hall S., Lorincz A., Shah F. et al. Human papillomavirus DNA detection in cervical specimens by Hybrid Capture correlation with cytology and histologic diagnosis of squamous intraepithelial lesions of cervix. Gynecol Oncol, 1996.
20. Muti P. Estrogen metabolism and risk of breast cancer: a prospective study of the 2:16alpha-hydroxyestrone ratio in premenopausal and postmenopausal women. Epidemiology. – Nov. 2000. – 11 (6): 635–406.

Статья поступила в редакцию 04.01.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

РАННИЙ ПРИКОРМ МОЖЕТ ПРОВОЦИРОВАТЬ ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ

В ходе эксперимента ученые проанализировали 863 семьи с низким уровнем дохода и состояние здоровья новорожденных. Результаты исследования показали, что практически все родители в той или иной мере способствовали развитию ожирения у ребенка. Было установлено, что 45% родителей докармливали детей и лишь 19% содержали детей исключительно на грудном вскармливании. Раннее введение твердой пищи практиковали 12% родителей.

Ученые пришли к выводу, что дети, начавшие получать твердую пищу до 4-х месяцев, с большой вероятностью будут страдать ожирением до 3-х лет.

Около 43% родителей укладывали детей в постель с бутылочками со смесью, не поддерживая их, тем самым провоцируя у ребенка перекармливание. К тому же, примерно 20% родителей кормили детей, когда те плакали, а 38% родителей самостоятельно инициировали прекращение грудного вскармливания.

Немаловажным в развитии ожирения выступал и тот факт, что 50% детей активно смотрели телевизор в младшем дошкольном возрасте. Как известно, телевизор является фактором, способствующим развитию детского ожирения. Ученые рекомендуют родителям принимать меры по сокращению времени, проведенного ребенком у телевизора, а также по профилактике ожирения у детей.

www.medicinform.net