

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm01082&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 01082. Надмірна вага і ожиріння у дітей

Автори: Nina Vuorela, Matti Salo
Редактор оригінального тексту: Jukka Pekka Jousimaa
Дата останнього оновлення: 2017-01-31

Основні положення

- Профілактика та лікування дитячого ожиріння важливі, оскільки ожиріння в дитячому віці передбачає ожиріння та його несприятливі наслідки для здоров'я у дорослому віці.
- Мотивація всієї сім'ї є критично важливою.
- Хвороби, які викликають ожиріння, є рідкісними, але їх слід ідентифікувати.

Визначення надмірної ваги та ожиріння

- Ожиріння — це наявність надлишку жирової тканини. Невідомо, яка кількість жирової тканини завдає шкоди здоров'ю дитини, і для класифікації використовується договір.
 - Вага дитини віком до 2-х років оцінюється відносно її зросту (*вага відносно росту*; вагу дитини порівнюють з медіаною ваги дітей тієї ж статі та зросту).
 - Надмірна вага та ожиріння дітей віком від 2-х до 18-ти років можуть бути оцінені, використовуючи або розрахунок *ваги відносно зросту*, або *індекс маси тіла (ІМТ, кг/м²)*.
 - Див. таблицю [\[табл. | T1\]](#).

- Будова тіла дитини та ІМТ змінюються з віком. Показано, що ІМТ корелює з кількістю жиру в організмі. Таблиці ІМТ були змінені деякими країнами для того, щоб вони відповідали їхнім потребам. Критерії для визначення надмірної ваги та ожиріння у дітей використовують показники ІМТ відповідно до статі та віку, які були отримані від дорослих (старше 18-ти років) показників надмірної ваги (ІМТ 25–30 кг/м²) та ожиріння (ІМТ > 30 кг/м²).
- У процесі консультації найбільш зручно говорити стосовно *ІМТ дитини, відповідного дорослому (ІМТ)(ІМТ-ВС)*. ІМТ-ВС калькулятор конвертує ІМТ дитини відповідно до дорослої людини [програма L00018] Body mass index (ISO-BMI...)].

| Вік (роки) | Надмірна вага | Ожиріння |
|------------|--------------------------------|----------|
| | <i>вага відносно росту (%)</i> | |
| < 7 | 10–20 | > 20 |
| ≥ 7 | 20–40 | > 40 |
| | <i>ІМТ-ВС</i> | |
| ≥ 2–18 | 25–30 | > 30 |

- Центральне ожиріння у дітей також пов'язане з інсулінорезистентністю, що є фактором ризику судинних захворювань. Вимірювання у дітей *окружності талії* дає уявлення щодо кількості вісцерального жиру, тобто жиру, що оточує внутрішні органи. Відношення окружності талії до росту може бути використане для оцінки центрального ожиріння у дітей (співвідношення талії до висоти у нормі становить < 0,5).
- При кожному візиті до лікаря потрібно проводити вимірювання ваги і росту дитини. Рекомендовано також вимірювати *окружність талії*. Батькам може бути складно розпізнати, що їхня дитина має надмірну вагу чи ожиріння, тому потрібно уважно інтерпретувати графік зростання дитини.

Захворюваність

- У Фінляндії 12% дівчат віком від 2-ох до 18-ти років мають надмірну вагу та 2% дівчат мають ожиріння. Відповідні цифри у хлопців — 22% та 4% [джерело|R1].

- Дівчата зазвичай починають набирати вагу раніше за хлопців, у дошкільному віці, та класифікуються, як такі, що мають надмірну вагу, в середньому у віці 5-ти років. У хлопців збільшення ваги відбувається у шкільному віці, і діагноз надмірної ваги ставиться їм в середньому у віці 8-ми років.

Причини

- Надмірна вага зазвичай є результатом комбінації полігенних та екологічних причин.
- Дитина буде набирати вагу, якщо надходження енергії (у вигляді їжі) в організм перевищує її витрати.

Фактори ризику дитячого ожиріння

- Батьківське ожиріння
- Ставлення батьків до свого здоров'я та спосіб життя сім'ї
 - Куріння матері під час вагітності
 - Недостатні фізичні навантаження
 - Діти, батьки яких ведуть малорухомий спосіб життя, схильні виконувати менше фізичних вправ.
 - Надмірне споживання солодких напоїв
 - Часте споживання їжі швидкого приготування
 - Пропуск сніданку та перекуси впродовж дня замість повноцінних страв
 - Щоденне кількогодинне проведення часу перед екраном телевізора чи комп'ютера
 - Недостатня кількість сну
- Низький соціоекономічний статус сім'ї (низький рівень освіти, малий дохід)
- Розміри при народженні
 - Велика, а також мала вага при народженні, відносно до гестаційного віку та швидке збільшення ваги після цього
- Харчування в грудному віці
 - Грудне вигодовування є захисним чинником, а раннє введення твердої їжі є фактором ризику.

Хвороби, як причини ожиріння

- Хвороби чи їх лікування є рідкісними причинами ожиріння у дітей (1–2%). Див. таблицю [табл. |T2].

Коментар експерта. Міжнародна непатентована назва лікарського засобу вальпроат- вальпроєва кислота.

Таблиця T2. Захворювання або стани, що можуть спричинити ожиріння

| Особливості, пов'язані з ожирінням | Можливі захворювання та стани |
|--|--|
| Низький зріст або уповільнення росту зі збільшенням ваги/ожирінням | Ендокринні хвороби: гіпотиреоз, гіперкортицизм, дефіцит гормону росту, псевдогіпопаратиреоз |
| Раннє важке ожиріння | Рідкісний моногенний розлад: дефект меланокортин-4 рецепторного гену (MC4R), що характеризується надмірним апетитом з грудного віку. |
| Затримка розвитку, аномальні ознаки | Ожиріння, пов'язане з генетичними синдромами. Найбільш поширеним є синдром Прадера-Віллі, що характеризується надмірним апетитом після грудного віку, гіпотонією, малими кистями та стопами, крипторхізмом, розумовою відсталістю. Інші синдроми — Барде-Бідля, Альстрема, Карпентера, Когана. |
| Важке ожиріння | Швидке збільшення ваги може бути пов'язане з органічним захворюванням головного мозку. Наприклад, краніофарингіома або її хірургічне видалення може пошкодити гіпоталамус, спричинивши ненаситний апетит. |
| Переїдання | Розлад харчування [настанова 00690 Розлади харчової поведін...]: часто примусове переїдання, що може супроводжуватися блювотою або застосуванням проносних препаратів, менструальними розладами. |
| Ожиріння, пов'язане з лікуванням | Деякі лікарські препарати пов'язані зі збільшенням ваги (вальпроат, карбамазепін, глюкокортикоїди). |

Наслідки

- Ожиріння впливає на фізичне, психічне та соціальне здоров'я дитини
- Ожиріння зберігається у дорослому віці
 - П'ятнадцять відсотків дітей шкільного віку з нормальною масою тіла, 65% дітей з надмірною вагою та 82% дітей з ожирінням матимуть ожиріння у дорослому віці [джерело|R5].
- Розвиток змін, які передбачають схильність до хвороб, пов'язаних з ожирінням, може спостерігатися вже у дитячому віці.

- Ожиріння в дитячому віці впливає на здоров'я і очікувану тривалість життя у дорослому віці, підвищуючи ризик виникнення метаболічного синдрому і серцево-судинних захворювань.

Діагностична оцінка

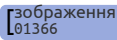
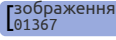
- *Ріст і розвиток дитини*
 - Психомоторний розвиток: відповідно до віку чи затримка у розвитку?
 - Оцінка росту за допомогою таблиць росту
 - Дата народження
 - Ріст у висоту
 - Послідовний чи з відхиленням?
 - Дитина низька, з нормальним ростом чи висока?
 - Ріст відповідно до належної висоти відносно віку.
 - Ожиріння за рахунок надлишку калорій зазвичай супроводжується незначним прискоренням росту.
 - Збільшення ваги (вага відносно росту; показник стандартного відхилення IMT (BMI-SDS)
 - Вік, коли почалось збільшення ваги
 - Поступове чи з відхиленням?
 - Ступінь збільшення ваги
 - Вимірювання обводу талії і його відношення до росту
 - Статевий розвиток
 - Час: ранній, нормальний, пізній
 - Ожиріння часто поєднується з передчасним статевим розвитком і у дівчаток з раннім статевим дозріванням
- *Попередні захворювання*
 - Вплив захворювань/станів на рухливість
- *Сімейний анамнез (члени сім'ї, дідусі, бабусі)*
 - Ожиріння, хірургічні втручання з цього приводу

Настанова 01082 | Статеве дозрівання та його... |

- Цукровий діабет 2 типу, гестаційний діабет у матері
- Порушення жирового обміну
- Ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба та інфаркт міокарда або інсульт (чоловіки < 55 років, жінки < 65 років)
- *Чи є інші симптоми, через які можна припустити захворювання?*
 - Див. "Хвороби, як причини ожиріння" (вище [розділ|A2]).
 - Ідіопатична внутрішньочерепна гіпертензія (псевдопухлина мозку) [настанова|00672|Головний біль у дітей]: сильний біль голови, набряк диску зорового нерва при обстеженні (звернення в екстреному порядку)
 - Розлади сну [настанова|00678|Розлади сну у дітей та п...]: постійне хропіння, епізоди апное сну (полісомнографія)
 - Синдром полікістозних яєчників [настанова|00953|Синдром полікістозних яє...]: нерегулярна менструація, акне та гірсутизм (підлітковий гінеколог)
 - Юнацький епіфізеоліз голівки стегнової кістки [настанова|00657|Біль в ділянці кульшовог...]: накульгування, біль в ділянці стегна або нижньої кінцівки (рентгенологічне дослідження, дитячий хірург)
 - Депресія [настанова|00682|Депресія дитячого віку], підвищена тривожність (опитувальники, дитячий/підлітковий психіатр)
- *Стиль життя*
 - Зміни в життєвій ситуації, що спричиняють збільшення ваги, наприклад, ситуація в сім'ї, зміна установи з догляду за дитиною, поїздки в школу автомобілем
 - Режим та характер харчування
 - Режим харчування, кількість перекусів. Чи сім'я харчується разом?
 - Як часто і скільки?
 - Споживання солодких напоїв: фруктові соки, сиропи, безалкогольні газовані напої, енергетики.
 - Солодощі: цукерки, бісквіти, морозиво тощо. Гострі закуски: чіпси, крекери, піца-напівфабрикат, гамбургери тощо.
 - Фізичні вправи
 - Щоденна фізична активність: від школи додому, до будинку друзів, до місця проведення активного відпочинку; фізичні вправи з сім'єю

- Фізичні вправи на вулиці впродовж тижня або вихідних
- Контрольовані тренування
- Кількість часу, проведеного перед екраном за тиждень та впродовж вихідних
- Тривалість нічного сну
 - Хропіння, нерегулярне дихання
- Психічне здоров'я
 - Настрій (депресія, виснаження)? Зустрічі з друзями у вільний час? Знущення над дитиною?
- Пасивне куріння (батьки, ровесники)

Клінічний огляд

- Аномальний вигляд, розвиток
 - Аномальні риси обличчя, вузькі стопи та кисті, полідактилія, гіпогонадизм
- Вимірювання ваги та зросту (у нижній білизні).
- Вимірювання окружності талії по лінії, яка знаходиться посередині між найнижчим ребром та гребенем клубової кістки.
- Вимірювання артеріального тиску (попросіть пацієнта сісти і розслабитись, використовуйте відповідний розмір манжетки, повторіть вимірювання)
- Стадія статевого розвитку
- Пропальпуйте молочні залози. Розмір статевого члена можна перевірити відсунувши навколишню жирову тканину.
- Пальпація живота: зауважте розмір печінки.
- Шкіра: чорний акантоз (темно коричнева гіперпігментація шкіри на шиї, під пахвами; рисунки  [Acanthosis nigricans on ...]  [Acanthosis nigricans on ...]), стрії, гірсутизм, акне
- Неправильне положення нижніх кінцівок при стоянні, кульгавість при ході

Дослідження та інтерпретація досліджень

- Дослідження етіологічних чинників
 - Аналіз таблиць росту

- Функції щитовидної залози: ТТГ, вільний Т4
- Пов'язані захворювання і дослідження
 - Порушення метаболізму жирової тканини [джерело|R8]
 - Холестерин плазми крові, ЛПНЩ, ЛПВЩ, тригліцериди
 - Ожиріння часто пов'язане з низькою концентрацією у плазмі крові холестерину ЛПВЩ (< 1 ммоль/л) і підвищенням концентрації тригліцеридів (> 1,7 ммоль/л).
 - Рівень загального холестерину і холестерину ЛПВЩ зазвичай незначно підвищується (> 5 ммоль/л і > 3,0 ммоль/л).
 - Значне підвищення в плазмі концентрацій загального холестерину ($\geq 6,0$ ммоль/л), ЛПВЩ — холестерину ($\geq 4,0$ ммоль/л) і тригліцеридів ≥ 3 ммоль/л), що зберігається після модифікації способу життя, є показанням до подальшого обстеження у спеціалізованому відділенні (див. нижче [розділ|A3])
 - Порушення обміну глюкози [джерело|R9]
 - Найпоширенішим скринінговим тестом є визначення рівня глюкози в плазмі.
 - Відповідно до локальних протоколів, оральний тест толерантності до глюкози (таблиця [табл.|T3]) може бути показаний у наступних випадках:
 - Глюкоза плазми натще > 6,1 ммоль/л (або $HbA_{1c} > 42$ ммоль/моль)
 - гіперпігментація шкіри — чорний акантоз
 - ожиріння у дитини, близький родич якої має цукровий діабет 2 типу
 - важке ожиріння (ІМТ-ВС > 35)
 - підвищені печінкові проби (АЛТ плазми > 80 Од/л)
 - синдром полікістозних яєчників у підлітків.
 - Жировий гепатоз
 - При підвищенні АЛТ (> 40 Од/л) можна припустити жировий гепатоз.

- Потрібно запідозрити жировий гепатоз, якщо при повторному обстеженні рівень АЛТ підвищений (> 80 Од/л).
- Артеріальний тиск
 - Якщо систолічний або діастолічний тиск підвищений, АТ потрібно перевіряти щотижня впродовж 4 тижнів. Артеріальний тиск, який повторно перевищує порогові показники, є патологічним (таблиця [табл. T4]).

Таблиця T3. Діагностичні порогові рівні (ммоль/л) для концентрації глюкози в плазмі крові під час перорального тестування на толерантність до глюкози

| Аналіз | Норма | Порушення толерантності до глюкози | Цукровий діабет |
|----------------|-------|------------------------------------|-----------------|
| Натще | < 6,1 | 6,1–6,9 | > 7,0 |
| Через 2 години | < 7,8 | 7,8–11,0 | > 11,1 |

Таблиця T4. Скринінгові порогові показники артеріального тиску у дітей

| Вік (роки) | Порогові показники (мм.рт.ст) |
|------------|-------------------------------|
| < 1 | 110/65 |
| 1–6 | 115/75 |
| 6–10 | 125/85 |
| 11–18 | 140/90 |

Лікування [доказ 02469 C] [доказ 04367 C] [доказ 05516 C]

- Мета лікування
 - Раннє усвідомлення збільшення ваги
 - Консультування сім'ї щодо способу життя
 - Припинення збільшення ваги
- Найпростіше втручання — це розгляд питання надмірної ваги під час консультування.
 - Важливим є вислухати обох: і дитину і членів її/його сім'ї [доказ 02530 C]. Розмова може бути легшою при застосуванні відкритих запитань («Що Ви відчуваєте стосовно росту/ваги своєї дитини?». «Які переваги чи недоліки принесуть зміни способу життя?»).
 - Маса тіла не є мірою цінності людини; тому, важливо розпізнати сильні сторони дитини разом з батьками.

- Якщо дитина або батьки не визнають ожиріння, якщо вони є мало мотивовані, або сім'я не може дати раду із ситуацією через теперішні життєві обставини, будь-яка спроба лікування не має вартості; краще почекати і побачити, чи може мотивація виникнути пізніше.
- Профілактика хвороб, пов'язаних з ожирінням
 - Профілактика серцево-судинних захворювань є надзвичайно важливою, але є й інші фактори, що сприяють збільшенню ваги. Стель життя зі здоровим серцем включає фізичні вправи, вживання здорової їжі та відсутність куріння (включаючи пасивне куріння). Вимірювані показники, що свідчать про здоров'я серцево-судинної системи, включають артеріальний тиск, холестерин та рівень глюкози крові натще [джерело|R11] [джерело|R12].
 - Замість того, щоб просто говорити про вагу, краще навчити пацієнта самого оцінювати свої життєві звички та встановлювати цілі щодо них. Чим більше факторів здоров'я є на меті вже в дитинстві, тим більш сприятливим є здоров'я серця та судин в майбутньому [джерело|R11] [джерело|R13].

Зміна способу життя

- Визнати вигідними життєві звички, що сприяють зміцненню здоров'я, даючи позитивні відгуки.
 - Збільшення можливостей покращує самооцінку і допомагає відкривати нові можливості.
- Формування нової навички потребує практики.
 - Зміни простіше реалізувати, якщо існують проміжні цілі, які є погодженими, записаними і контрольованими разом з дитиною.
- Важливо прийняти дитину такою, як він/вона є, і сім'я повинна підтримувати дитину у досягненні змін: "Ти вирішуєш, ти можеш і ти цього вартий." [джерело|R14]
 - Під час консультування майте на увазі, що сім'я має свободу вибору, не забуваючи про відповідальність батьків за їхню дитину.
- Заохочуйте дитину і її сім'ю робити фізичні вправи.

Практичні втручання для зміни способу життя

- Заохочуйте дитину та її сім'ю до формування звичок здорового харчування [джерело|R15] [джерело|R7].
 - Щоденний прийом великої кількості овочів, фруктів і ягід (одна порція розміром з кулак 3–4 рази на день для малих дітей, 5–6 разів на день для більших дітей)
 - Поміркованість у споживанні цукру (солодкі напої, цукерки тощо)
 - Зменшення споживання кількості висококалорійної їжі, жирних продуктів [доказ|06042|C]
 - Дорослі є відповідальними за те, що, коли і як дитина їсть. Дитина відповідальна за те, скільки вона їсть.
- Мотивуйте дитину і сім'ю до щоденних фізичних вправ.
 - Тривалість фізичної активності для дітей до 7 років > 2 години/день, для дітей шкільного віку > 1 години/день
 - Під час і після вправ у дитини повинні збільшуватись частота дихання і частота серцебиття.
- Заохочуйте сім'ю зменшувати час перебування перед екранами.
 - Час, проведений перед екраном < 2 години/день
- Навчіть батьків дбати про те, щоб дитина мала достатню тривалість сну впродовж ночі.
 - Тривалість сну за ніч: > 11 годин у віці від 0 до 5 років, > 10 годин у віці від 5 до 10 років, > 9 годин у віці після 10 років.

Зміна темпів збільшення ваги у дитини

- Якщо підтримується стала вага, дитина, яка росте, почне худнути, і відношення обводу талії до росту зменшиться.
- Метою лікування важкого ожиріння (ІМТ-ВС > 35) і хвороб, пов'язаних з ожирінням, є постійне зменшення ваги (0,5–1 кг/місяць).

Професійна співпраця

- Догляд за дитиною зазвичай здійснюється фахівцями первинної медичної допомоги.

- Розподіл роботи має бути вирішений на місцевому рівні за допомогою структурованої системи догляду, як кінцевої мети.
- Існують місцеві і національні відмінності стосовно інтенсивності та тривалості втручань, доступності індивідуальних або групових консультацій, можливості мінімального втручання лікарів-спеціалістів (дієтолога, фізіотерапевта, психолога).
- Рекомендуються мінімальні втручання спеціалістів. Мета — покращити ефективність консультування стосовно способу життя.

Моніторинг захворювань, пов'язаних з ожирінням

- Якщо скринінгові тести пов'язаних з ожирінням захворювань показують відхилення від норми (порушення обміну глюкози, дисліпідемія, змінені печінкові проби або підвищений артеріальний тиск), дайте пацієнту поради щодо модифікації способу життя та організуйте подальше спостереження.
 - Якщо відзначається порушення обміну глюкози, пацієнт має бути скерований до спеціаліста одразу ж.
 - Потрібно контролювати підвищений артеріального тиску впродовж одного місяця з наступним візитом до лікаря для перевірки.
 - Ліпідний профіль та ферменти печінки потрібно перевіряти через 3–6 місяців. Якщо значне порушення рівня ліпідів або АЛТ в плазмі > 80 МО/л зберігаються 6 місяців після зміни способу життя, пацієнта потрібно скерувати до педіатра або іншого фахівця (див. нижче для ознайомлення).
 - Якщо скринінгові тести у дитини з ожирінням показують нормальні результати, заплануйте наступні тести (рівень глюкози у плазмі натще, АЛТ) для виконання через 2 роки дітям віком від 10 років та підліткам. На розсуд лікаря (у випадку важкого ожиріння [ІМТ-ВС > 35] наявності родичів першої та другої лінії з цукровим діабетом 2 типу або ранньою ІХС) можна призначити ліпідограму і глюкозотолерантний тест. Вимірювання АТ має бути включене до кожного планового візиту.

Скерування до педіатра

- Педіатр є відповідальним за подальше обстеження дітей із захворюваннями, пов'язаними з ожирінням, та їхнє лікування.

- Педіатр, який має досвід у лікуванні ожиріння, може прийняти рішення щодо початку терапії (метформін, орлістат) при лікуванні підлітків з ожирінням.
- Хірургічне зниження ваги можна розглядати для підлітків з хворобливим ожирінням (ІМТ > 40), які перестали рости. Однак міжнародних настанов щодо цього немає.

Показання для звернення до педіатра або іншого фахівця

- Підозра наявності захворювання як причини ожиріння
- Ожиріння, викликане захворюванням (див. вище)
- Захворювання, пов'язані з ожирінням
 - Порушена толерантність до глюкози, цукровий діабет 2 типу
 - Порушення жирового обміну
 - Гіпертензія
 - Жировий гепатоз
- Важке ожиріння (ІМТ-ВС > 35); дотримуйтесь місцевих настанов.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 01105 | Overweight and obesity i...\]](#)
- Інші огляди доказових даних [\[пов'язані 01105 | Overweight and obesity i...\]](#)

Джерела інформації

R1. Saari A, Sankilampi U, Hannila ML et al. New Finnish growth references for children and adolescents aged 0 to 20 years: Length/height-for-age, weight-for-length/height, and body mass index-for-age. *Ann Med* 2011;43(3):235-48. [\[PubMedID|20854213\]](#)

R5. Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med* 2011;365(20):1876-85. [\[PubMedID|22087679\]](#)

R6. Armstrong S, Lazorick S, Hampl S et al. Physical Examination Findings Among Children and Adolescents With Obesity: An Evidence-Based Review. *Pediatrics* 2016;137(2):e20151766. [\[PubMedID|26817935\]](#)

R7. Fitch A, Fox C, Bauerly K, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and management of obesity for children and adolescents. July 2013. [\[веб|https://www.icsi.org/_as...\]](#)

R8. Peterson AL, McBride PE. A review of guidelines for dyslipidemia in children and adolescents. *WMJ* 2012;111(6):274-81; quiz 282. [\[PubMedID|23362704\]](#)

R9. Zeitler P, Fu J, Tandon N et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Type 2 diabetes in the child and adolescent. *Pediatr Diabetes* 2014;15 Suppl 20():26-46.

[PubMedID|25182306]

R10. Xi B, Zong X, Kelishadi R et al. Establishing International Blood Pressure References Among Nonoverweight Children and Adolescents Aged 6 to 17 Years. *Circulation* 2016;133(4):398-408.

[PubMedID|26671979]

R17. Kelly RK, Magnussen CG, Sabin MA et al. Development of hypertension in overweight adolescents: a review. *Adolesc Health Med Ther* 2015;6():171-87. [PubMedID|26543386]

R11. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation* 2010;121(4):586-613.

[PubMedID|20089546]

R12. Pahkala K, Niinikoski H, Raitakari O. [Prevention of cardiovascular diseases--the most recent recommendations from the United States]. *Duodecim* 2014;130(8):778-84.

[PubMedID|24822327]

R13. Magnussen CG, Cheriyan S, Sabin MA et al. Continuous and Dichotomous Metabolic Syndrome Definitions in Youth Predict Adult Type 2 Diabetes and Carotid Artery Intima Media Thickness: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *J Pediatr* 2016;171():97-103.e3.

[PubMedID|26681473]

R14. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000;55(1):68-78. [PubMedID|11392867]

R15. Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: summary report. *Pediatrics* 2011;128 Suppl 5():S213-56.

[PubMedID|22084329]

R16. Skinner AC, Perrin EM, Moss LA et al. Cardiometabolic Risks and Severity of Obesity in Children and Young Adults. *N Engl J Med* 2015;373(14):1307-17. [PubMedID|26422721]

Настанови

- [Настанова 00690](#). Розлади харчової поведінки в дітей і підлітків.
- [Настанова 00641](#). Статеве дозрівання та його порушення.
- [Настанова 00672](#). Головний біль у дітей.
- [Настанова 00678](#). Розлади сну у дітей та підлітків.
- [Настанова 00953](#). Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ).
- [Настанова 00657](#). Біль в ділянці кульшового суглоба у дітей.
- [Настанова 00682](#). Депресія дитячого віку.

Зображення

- [Зображення 01366](#). Acanthosis nigricans on the neck.



Автори та власники авторських прав: Sirpa Tenhola Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 01367](#). Acanthosis nigricans on the back of the neck.



Автори та власники авторських прав: Sirpa Tenhola Duodecim Medical Publications Ltd

Калькулятори й анкети

- [Програма 00018](#). Body mass index (ISO-BMI) calculator for children.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 02469](#). Prevention of obesity in children.
Дата оновлення: 2017-07-16
Рівень доказовості: C
Резюме: Many diet and exercise interventions to prevent obesity in children may be effective in promoting a healthy diet and increased physical activity but mostly ineffective in preventing weight gain.
- [Доказовий огляд 04367](#). Interventions for treating obesity in children.
Дата оновлення: 2015-06-17
Рівень доказовості: C

Резюме: Combined behavioural lifestyle interventions compared to standard care or self-help may reduce the level of overweight in child and adolescent obesity. In moderate to severely obese adolescents, the use of orlistat or sibutramine, as an adjunct to lifestyle interventions, may reduce overweight. Drug treatment needs to be carefully weighed up against the potential for adverse effects.

- [Доказовий огляд 05516](#). Dieting as a risk factor for eating disorders in children and adolescents.
Дата оновлення: 2007-04-10
Рівень доказовості: C
Резюме: Dieting as a treatment for overweight is probably not a significant risk factor for eating disorders.
- [Доказовий огляд 02530](#). Psychological treatments for pediatric obesity.
Дата оновлення: 2003-08-11
Рівень доказовості: C
Резюме: Psychological interventions, particularly those where parents are involved, may have the potential to reduce obesity in children in the short term.
- [Доказовий огляд 06042](#). Diets for obesity in children.
Дата оновлення: 2008-06-10
Рівень доказовості: C
Резюме: Low carbohydrate diets, low glycaemic index diets and energy-restricted low fat diets may produce a comparable short-term weight loss in overweight or obese children. The long-term weight control remains unclear.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm01082 Ключ сортування: 031.012 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-01-31

Автор(и): Nina VuorelaMatti Salo Редактор(и): Jukkapekka Jousimaa
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Maarit Green Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Paediatrics

Ключові слова індексу
Paediatrics Child Obesity Overweight icpc-2: T82 icpc-2: T83 icpc-2: A98