

Загальна частина**Назва діагнозу: Ожиріння**

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

E.66.0 Ожиріння внаслідок надлишку калорій

E.66.1 Ожиріння викликане лікарськими препаратами

E.66.2 Надлишкове ожиріння із альвеолярною гіповентиляцією (синдром Пікквіка)

E.66.3 Надлишкова маса тіла

E.66.8 Морбідне ожиріння

E.66.9 Ожиріння неуточнене

E.67.8 Інше уточнене надлишкове харчування

E.68. Наслідки надлишкового харчування (не використовується для хронічного переїдання)

Розробники:

Микичак Ірина Володимирівна заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;

Зелінська Наталія Борисівна завідувачка відділу дитячої ендокринології Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, експерт МОЗ України зі спеціальності «Ендокринологія, дитяча ендокринологія», голова правління всеукраїнської громадської організації «Асоціація дитячих ендокринологів України», доктор медичних наук, професор, заступник голови робочої групи з клінічних питань;

Чайченко Тетяна Валеріївна професор кафедри педіатрії № 1 та неонатології Харківського національного медичного університету, координатор робочої групи з дитячого ожиріння Європейського товариства дитячих ендокринологів (ESPE), сертифікований член World Obesity SCOPE National Fellow, доктор медичних наук, професор;

Анопрієнко Олена Василівна завідувачка Центру медико-психологічної, соціально реабілітаційної допомоги Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» МОЗ України, кандидат психологічних наук;

- Бачинська
Інна
Валеріївна лікар-гінеколог дитячого та підліткового віку відділення дитячої та підліткової гінекології Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» МОЗ України, секретар всеукраїнської громадської організації «Українська Асоціація лікарів дитячої та підліткової гінекології», кандидат медичних наук;
- Маменко
Марина
Євгеніївна декан педіатричного факультету Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, голова правління громадської спілки «Українська Академія педіатричних спеціальностей», національний представник України в Європейській Академії Педіатрії (ЕАР), доктор медичних наук, професор;
- Перехрестенко
Олександр
Васильович заступниця директора з наукової роботи Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», провідний науковий співробітник відділу ендокринної та метаболічної хірургії, доктор медичних наук, старший дослідник (за згодою);
- Погадаєва
Наталія
Леонідівна завідувачка відділення ендокринології Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» МОЗ України, експерт МОЗ зі спеціальності «Ендокринологія, дитяча ендокринологія», кандидат медичних наук;
- Тодуров
Іван
Михайлович Директор Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», завідувач відділу ендокринної та метаболічної хірургії, президент громадської організації «Українська асоціація метаболічної медицини, доктор медичних наук, професор (за згодою);
- Швець
Олег
Віталійович президент всеукраїнської громадської організації «Асоціація дієтологів України», консультант з громадського здоров'я проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей», кандидат медичних наук, доцент (за згодою);
- Шейко
Лариса
Павлівна доцент кафедри медичної та лабораторної генетики Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, кандидат медичних наук, доцент;

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна начальниця відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Рецензенти:

Турчина Світлана Ігорівна завідувачка відділення ендокринної патології та статевого дозрівання Державної установи «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України», доктор медичних наук, старший науковий співробітник;

Фішук Оксана Олексіївна доцент кафедри ендокринології Вінницького державного медичного університету імені М.І. Пирогова, кандидат медичних наук, доцент.

Дата оновлення стандартів - 2027 рік

Список умовних позначень та скорочень

АЛТ	аланінамінотрансфераза
АКТГ	адренокортикотропний гормон
АТ	артеріальний тиск
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ІМТ	індекс маси тіла
КМП	клінічний маршрут пацієнта
НАЖХП	неалкогольна жирова хвороба печінки
СПКЯ	синдром полікістозних яєчників
СМД	стандарт медичної допомоги
ХС	холестерин
ХС ЛПВГ	холестерин ліпопротеїдів високої густини
ХС ЛПНГ	холестерин ліпопротеїдів низької густини
ЦД	цукровий діабет
ЦД 2 типу	цукровий діабет 2 типу
HbA1c	гемоглобін A1c, глікозильований гемоглобін
РОМС	проопіомеланокортин

Стандарти медичної допомоги «Ожиріння у дітей» розроблені з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядають питання профілактики, діагностики, лікування та спостереження за дитиною із надлишковою масою тіла.

Стандарти медичної допомоги (СМД) розроблені на основі клінічної настанови «Ожиріння у дітей», яка ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених в клінічній настанові, а саме: *Pediatric Obesity — Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline (2017)*.

Ознайомитися з клінічною настановою «Ожиріння у дітей» можна за посиланням https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання засад доказової медицини СМД відповідають вимогам «Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

СМД розроблені мультидисциплінарною робочою групою, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 4 жовтня 2021 року № 2150).

Згідно з ліцензійними вимогами та стандартами акредитації у закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) має бути наявний внутрішній документ (клінічний маршрут пацієнта), що уніфікує медичну допомогу дітям з надлишковою масою тіла на локальному рівні.

Стандарт 1. Діагностика надлишкової маси тіла і ожиріння у дітей і підлітків

Положення стандарту медичної допомоги

Діагноз надлишкова маса тіла та ожиріння у дітей та підлітків встановлюється на підставі розрахунку ІМТ (перцентильні показники) відповідно до статі та віку (Додаток 2).

Обґрунтування

ІМТ дітей та підлітків досить добре співвідноситься з перцентильними показниками відсотків вмісту жиру в організмі, виміряними за допомогою більш прямих методів. Проте ІМТ не може диференціювати м'язову тканину від жирової і, таким чином, не може відрізнити надлишок жирової тканини від збільшеної м'язової маси під час діагностування в дитини чи підлітка надлишкової маси тіла або ожиріння.

Обов'язкові критерії якості

1. Діагностувати надлишкову масу тіла і ожиріння в дитини віком ≥ 2 -х років або підлітка за допомогою індексу маси тіла (ІМТ), що розраховується за формулою: маса (кг) / зріст (м^2):

діагностувати надлишкову масу тіла, якщо ІМТ ≥ 85 -го перцентиля, але < 97 -го перцентиля для відповідного віку і статі,

діагностувати ожиріння, якщо ІМТ ≥ 97 -го перцентиля,

морбідне ожиріння визначається як ІМТ $\geq 120\%$ понад 97-й перцентиль або $\geq 35 \text{ кг/м}^2$.

Діагностувати ожиріння в дитини віком до 2-х років, якщо маса тіла по відношенню до зросту ≥ 97 -го перцентиля для дитини відповідної статі і віку.

2. Кожній дитині і підлітку, які звертаються з приводу будь-якої патології проводити антропометричні вимірювання (маса тіла, зріст), з оцінкою маси тіла (Додаток 2).

3. Під час огляду дитини також слід оцінити наступне:

артеріальний тиск (АТ) з інтерпретацією результатів за допомогою нормативних таблиць артеріального тиску за перцентильями відповідно до зросту/віку/статі (Додаток 4);

наявність чорного акантозу та шкірних міток, наявність інтенсивних вугрів та гірсутизму у дівчат-підлітків;

фундоскопічне дослідження для виявлення псевдопухлини головного мозку; болочість і обмеження руху коліна, ноги або стопи;

периферичний набряк;

дані пальпації щитовидної залози;

клінічні прояви, пов'язані із синдромальним ожирінням, особливо за наявності аномалій неврологічного розвитку (Додаток 5).

4. Розраховувати, фіксувати та переглядати перцентилі ІМТ дитини чи підлітка щонайменше щорічно під час огляду її здоровою та/або під час хвороби.

5. Проводити скринінг на супутні захворювання і стани у дітей з надлишковою масою тіла або ожирінням (Додаток 1, 3).

6. Дітей, хворих на ожиріння на етапах статевого дозрівання, з низьким зростом та уповільненою швидкістю зростання на тлі прогресуючого збільшення маси тіла обстежувати на предмет можливої супутної ендокринопатії.

7. У разі діагностики морбідного ожиріння направити дитину або підлітка на консультацію до дитячого ендокринолога. Під час обстеження розглянути можливість наявності певного генетичного синдрому, в який ожиріння входить як симптом (Додаток 5), у такому разі направити пацієнта до медичного генетика для визначення подальшої тактики лікування.

8. Проводити генетичне тестування у пацієнтів з надзвичайно важким ожирінням (віком до 5 років), а також тих, хто має клінічні ознаки генетичних синдромів з ожирінням (зокрема, значної гіперфагії) та/або сімейного анамнезу морбідного ожиріння.

Бажані критерії якості

1. Проводити психологічний скринінг усіх молодих людей з ожирінням щодо наявності проблем психічного здоров'я, ставлячи питання щодо:

невідвідування школи/пропущених занять;

випадків, коли однолітки дражняться через надлишкову масу тіла та відповідно зовнішній вигляд;

депресії/завдання собі шкоди;

вибухів гніву;

сексуальної активності, вживання алкоголю, наркотиків;

розладів харчування – виснаження, анорексії, переїдання, звичних епізодів блювання після споживання їжі;

функціонування сім'ї / сімейного ставлення до наявності надлишкової маси тіла та, зокрема, до ожиріння/батьківської психопатології.

2. У разі наявності показань спрямовувати пацієнтів до спеціаліста з психічного здоров'я.

Стандарт 2. Профілактика ожиріння

Положення стандарту медичної допомоги

Профілактика ожиріння має починатися з раннього дитинства з метою попередження захворювань до яких може призводити ожиріння у дітей.

Обґрунтування

Доведено ефективність підтримки універсальних засобів профілактики ожиріння, які слід починати в ранньому дитинстві, продовжувати їх протягом дитинства та підліткового віку.

Обов'язкові критерії якості

1. Сприяти і брати участь у постійній освітній роботі щодо здорового харчування та фізичної активності серед дітей та підлітків, батьків /опікунів і громади; заохочувати заклади освіти проводити відповідну освітню роботу щодо здорового харчування.

2. Рекомендувати дітям, підліткам, їх батькам / особам, які опікуються ними здорові харчові звички та здоровий вибір у харчуванні, зокрема:

уникати споживання висококалорійних, бідних поживними речовинами харчових продуктів (наприклад, підсолоджені напої, спортивні напої, фруктові напої, більшість страв «фаст-фуд», або продукти з додаванням столового цукру, кукурудзяного сиропу з високим вмістом фруктози, продукти з високим вмістом жиру і транс жиру, або харчові продукти з високим вмістом солі, висококалорійні закуски);

заохочувати до споживання цільних фруктів, а не фруктових соків.

3. Рекомендувати дітям та підліткам проводити щонайменше 20 хвилин, оптимально 60 хвилин, енергійної фізичної активності щонайменше 5 днів на тиждень для поліпшення метаболічного здоров'я та зменшення ймовірності розвитку ожиріння.

4. Рекомендувати дітям та підліткам здоровий сон (від 8 до 11 годин), щоб знизити ймовірність розвитку ожиріння внаслідок змін обміну речовин, пов'язаних із порушенням сном.

5. Рекомендувати дітям, підліткам, їх батькам чи особам, які опікуються ними урівноважувати невідворотні витрати часу на сучасні комп'ютерні технології, щоб мати більше можливостей для фізичної активності.

6. Рекомендувати залучатись до заходів, спрямованих на профілактику ожиріння, всій сім'ї, а не лише окремому пацієнту.

7. Надавати рекомендації щодо мінімізації дитячого стресу, оскільки несприятливі події в житті пов'язані з розвитком ожиріння у дітей, а також численними іншими ускладненнями протягом усього життя.

8. Рекомендувати грудне вигодовування немовлят, враховуючи його численні переваги для здоров'я.

Бажані критерії якості

1. Використовувати шкільні програми та залучати громадськість до профілактики дитячого ожиріння.

2. Застосовувати комплексні втручання щодо зміни поведінки, спрямовані на запобігання ожирінню. Такі програми мають бути інтегровані з програмами на рівні шкіл та громади, щоб охопити найширшу аудиторію.

3. Оцінювати функцію сім'ї та вносити відповідні рекомендації щодо вирішення проблем сімейних стресових факторів для зменшення розвитку ожиріння.

Стандарт 3. Лікування ожиріння

Положення стандарту медичної допомоги

Лікування дітей та підлітків має бути комплексним та вимагає в першу чергу змін в харчуванні, фізичній активності та середовищі, яке оточує дитину.

Обґрунтування

Доведено, що комбінований поведінковий підхід, який охоплює зміни в харчуванні та фізичній активності, може сприяти значному та клінічно значущому зниженню надлишкової маси тіла в дітей та підлітків. Тому дітям і підліткам надлишковою масою тіла і ожирінням слід рекомендувати інтенсивні, адекватні віку, традиціям, сімейно-орієнтовані модифікації способу життя (зміни харчування, фізичні навантаження, поведінку), що сприяють зниженню ІМТ. Поведінкова модифікація допомагає визначити готовність дитини до змін та потенційні перешкоди для досягнення цих змін.

Обов'язкові критерії якості

1. Рекомендувати дітям і підліткам надлишковою масою тіла і ожирінням використовувати і підтримувати здорові харчові звички, а саме:

зниження споживання продуктів із додаванням цукру та заборона підсолоджених цукром напоїв;

зниження споживання продуктів і напоїв, що містять сироп з високим вмістом фруктози, та харчових продуктів, що містять кукурудзяний сироп з високим вмістом фруктози;

зменшення споживання продуктів з високим вмістом жиру, трансжиру, високим вмістом солі або оброблених продуктів харчування та страв швидкого харчування (фаст-фуду);

споживання цілих фруктів, а не фруктових соків;

навчання контролювати порцію;

зниження вмісту насичених дієтичних жирів для дітей та підлітків старше 2 років;

споживання продуктів, що містять харчові волокна, фруктів та овочів;

своєчасне, регулярне харчування та уникнення перекусів протягом дня, особливо після школи та після вечері;

обмеження споживання цукру до < 5-10 % від загальної добової калорійності, за винятком випадків, коли цукри містяться у свіжих фруктах і овочах, які мають менше калорій та більше клітковини, ніж оброблені продукти з вуглеводами. Також обмежувати вуглеводи, які відносять до «вільних цукрів», зокрема мед; інші підсолоджувачі; глюкоза/фруктоза і цукор, що його додає кухар, споживач або виробник.

2. Своєчасно виявляти в середовищі дітей чи підлітків обставин, що викликають харчові сигнали (нудьга, стрес, самотність тривале перебування перед екраном).

3. Рекомендувати досягати і підтримувати щоденну фізичну активність – від помірної до енергійної – щонайменше 20 хвилин з досягненням 60 хвилин, протягом кількох місяців і надалі для підтримання нормальної маси тіла, у поєднанні з контрольованою за калорійністю дієтою. Альтернативою може бути біг помірної інтенсивності й тренування з невеликими інтервалами від 10 до 15 хвилин. Під час помірних вправ дитина може говорити, але не співати, а під час енергійних – не може співати та їй складно розмовляти.

4. Рекомендувати та підтримувати обмеження часу неакадемічного перебування перед екраном комп'ютера до 1—2 годин на добу та скорочення часу, який дитина проводить сидячи, наприклад, за клавіатурою. Уникати наявності телевізора в спальні дитини, що збільшує екранний час, та збільшує споживання калорій, послаблюючи позитивний вплив батьків на просування здорових звичок.

5. Дієтолог повинен рекомендувати обмеження калорійності їжі для зниження маси тіла або її підтримки (Додаток 6).

6. Усім пацієнткам із СПКЯ та ожирінням чи надмірною масою тіла рекомендовані модифікації способу життя, а саме, зміни харчування та поведінки, достатні фізичні навантаження задля досягнення зниження маси тіла та інсулінорезистентності. Рекомендовано мультидисциплінарне ведення підлітків із СПКЯ та ожирінням із залученням дієтолога, гінеколога, ендокринолога та психолога.

7. Відповідно до чинних нормативно-правових актів проводити консультивання психолога та соціального працівника у разі виявлення насилля та жорстокого поводження з дітьми.

8. Фахівцям, які беруть участь у наданні медичної допомоги дітям з ожирінням, слід:

визначати неприйнятні моделі виховання, пов'язані з дієтою та активністю, і навчати членів родини звичкам щодо здорового харчування та фізичної активності;

перевіряти і діагностувати нездорові моделі внутрішньосімейного спілкування та підтримувати моделі виховання, спрямовані на підвищення самооцінки дитини чи підлітка;

визначати наявність супутніх психосоціальних захворювань і консультивати у разі підозри на психосоціальні проблеми.

9. Призначати медикаментозне лікування дітей та підлітків з ожирінням, тільки якщо завдяки програмі інтенсивної зміни способу життя не вдалося обмежити збільшення маси тіла або з метою контролю супутніх станів, а також враховуючи можливість довгострокових ризиків. Не рекомендується використання

медикаментів у дітей і підлітків віком до 16 років, які не мають ожиріння, а лише надлишкову масу тіла.

10. Застосовувати лікарські засоби для лікування ожиріння у дітей та підлітків відповідно до інструкції для медичного застосування та лише одночасно з програмою модифікації способу життя найвищої інтенсивності. Не рекомендовано застосування лікарського засобу метформін для зниження маси тіла у дітей.

11. Слід припинити медикаментозне лікування й переоцінити стан пацієнта, якщо ІМТ не знижується більше ніж на 4 % після прийому ліків проти ожиріння в повному дозуванні протягом 12 тижнів.

Бажані критерії якості

1. Для корегування проблем психічного здоров'я, пов'язаних з ожирінням необхідна спільна робота психологів, вчителів, а також медичних працівників.

2. Баріатрична хірургія може бути показана підліткам, які страждають від ожиріння і мають коморбідну патологію, що загрожує їх здоров'ю. Проводити баріатричну хірургію лише за таких умов:

пацієнт досяг 4 або 5-ї стадії пубертатного розвитку за Таннером і остаточного чи майже остаточного зросту дорослої людини, має ІМТ понад 40 кг/м² або має ІМТ понад 35 кг/м² та тяжкі супутні захворювання;

тяжке ожиріння та супутні захворювання зберігаються, незважаючи на дотримання стандартної програми модифікації способу життя, з фармакотерапією або без неї;

психологічна оцінка підтверджує надійність та компетентність сімейної ланки (може бути психологічний дистрес унаслідок порушення якості життя внаслідок ожиріння), і пацієнт не має відповідних нелікованих психічних захворювань;

психологічний дистрес у підлітка, зумовлений ожирінням з ІМТ > 40 кг/м²;

пацієнт демонструє здатність дотримуватися принципів здорового харчування та активності;

є доступ до досвідченого хірурга в дитячому хірургічному баріатричному центрі, де можливо забезпечити необхідні умови для лікування пацієнтів, зокрема роботу команди, що здатна довгостроково стежити за метаболічними і психосоціальними потребами пацієнта та родини.

Рішення щодо ефективності або неефективності консервативних програм лікування ожиріння у підлітків, які є потенційними кандидатами для метаболічної / баріатричної хірургії, має бути винесено шляхом лікарського консилиуму протягом 1 року.

ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у лікарів, які надають медичну допомогу дітям з ожирінням, клінічного маршруту пацієнта (КМП).
2. Відсоток дітей з надлишковою масою тіла чи ожирінням, у яких під час профілактичних оглядів було виявлено супутні захворювання.
3. Відсоток дітей з ожирінням, у яких ІМТ знизився до показника, що відповідає нормальній масі тіла (< 85-го перцентиля) дитини відповідної статі і віку.
4. Відсоток дітей з ожирінням, у яких ІМТ знизився до показника, що відповідає надлишковій масі тіла (< 97-го перцентиля) дитини відповідної статі і віку.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у лікарів, які надають медичну допомогу дітям з ожирінням, КМП.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги:

Індикатор ґрунтується на положеннях стандарту медичної допомоги «Ожиріння у дітей».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора:

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних протоколів медичної допомоги в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2022 рік - 90 %

2023 рік та подальший період - 100 %.

Інструкція з обчислення індикатора:

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями, які надають медичну допомогу дітям з ожирінням, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів, які надають медичну допомогу дітям з ожирінням,

zareєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають медичну допомогу дітям з ожирінням, zareєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів, які надають медичну допомогу дітям з ожирінням, zareєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають медичну допомогу дітям з ожирінням, zareєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП ведення дітей з ожирінням.

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарями, які надають медичну допомогу дітям з ожирінням.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток дітей з надлишковою масою тіла чи ожирінням, у яких під час профілактичних оглядів було виявлено супутні захворювання.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях стандарту медичної допомоги «Ожиріння у дітей».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких не проводилося профілактичного огляду лікарем, який надає медичну допомогу дітям з ожирінням протягом звітного періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнта, виконання обов'язкових діагностичних процедур, визначених в стандарті медичної допомоги, а також наявність або відсутність ускладнень захворювання. Пацієнти, для яких записи обов'язкових діагностичних процедур в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження СМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар, який надає медичну допомогу дітям з ожирінням; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані про кількість пацієнтів надаються лікарями, які надають медичну допомогу дітям з ожирінням, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем, який надає медичну допомогу дітям з ожирінням шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0). Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від всіх лікарів, які надають медичну допомогу дітям з ожирінням, зареєстрованих в регіоні обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість дітей з надлишковою масою тіла чи ожирінням, у яких під час профілактичних оглядів було виявлено супутні захворювання.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0).

Чисельник індикатора складає загальна кількість дітей з надлишковою масою тіла чи ожирінням, для яких наявні записи про профілактичний огляд огляд протягом звітного періоду та наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням деталей медичного огляду.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Відсоток дітей з ожирінням, у яких ІМТ знизився до показника, що відповідає нормальній масі тіла (< 85-го перцентиля) дитини відповідної статі та віку.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях стандарту медичної допомоги «Ожиріння у дітей».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження стандарту медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар, який надає медичну допомогу дітям з ожирінням; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані про кількість пацієнтів надаються лікарями, які надають медичну допомогу дітям з ожирінням, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем, який надає медичну допомогу дітям з ожирінням шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0). Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від лікарів, які надають медичну допомогу дітям з ожирінням, зареєстрованих в регіоні обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість дітей з ожирінням, у яких ІМТ знизився до показника, що відповідає нормальній масі тіла дитини (<85-го перцентиля) відповідної статі та віку.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0).

Чисельник індикатора складає загальна кількість дітей з діагнозом ожиріння, для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням деталей медичного огляду та антропометричних вимірювань.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

4. Відсоток дітей з ожирінням, у яких ІМТ знизився до показника, що відповідає надлишковій масі тіла (< 97-го перцентиля) дитини відповідної статі та віку.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях стандарту медичної допомоги «Ожиріння у дітей».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження стандарту медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар, який надає медичну допомогу дітям з ожирінням; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані про кількість пацієнтів надаються лікарями, які надають медичну допомогу дітям з ожирінням, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем, який надає медичну допомогу дітям з ожирінням шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0). Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від лікарів, які надають медичну допомогу дітям з ожирінням, зареєстрованих в регіоні обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість дітей з ожирінням, у яких ІМТ знизився до показника, що відповідає надлишковій масі тіла (< 97-го перцентіля) дитини відповідної статі та віку.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0).

Чисельник індикатора складає загальна кількість дітей з діагнозом ожиріння, для яких наведена інформація про медичний стан хворого із зазначенням деталей медичного огляду та антропометричних вимірювань.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандартів медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Ожиріння у дітей», 2022.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 236/34519.

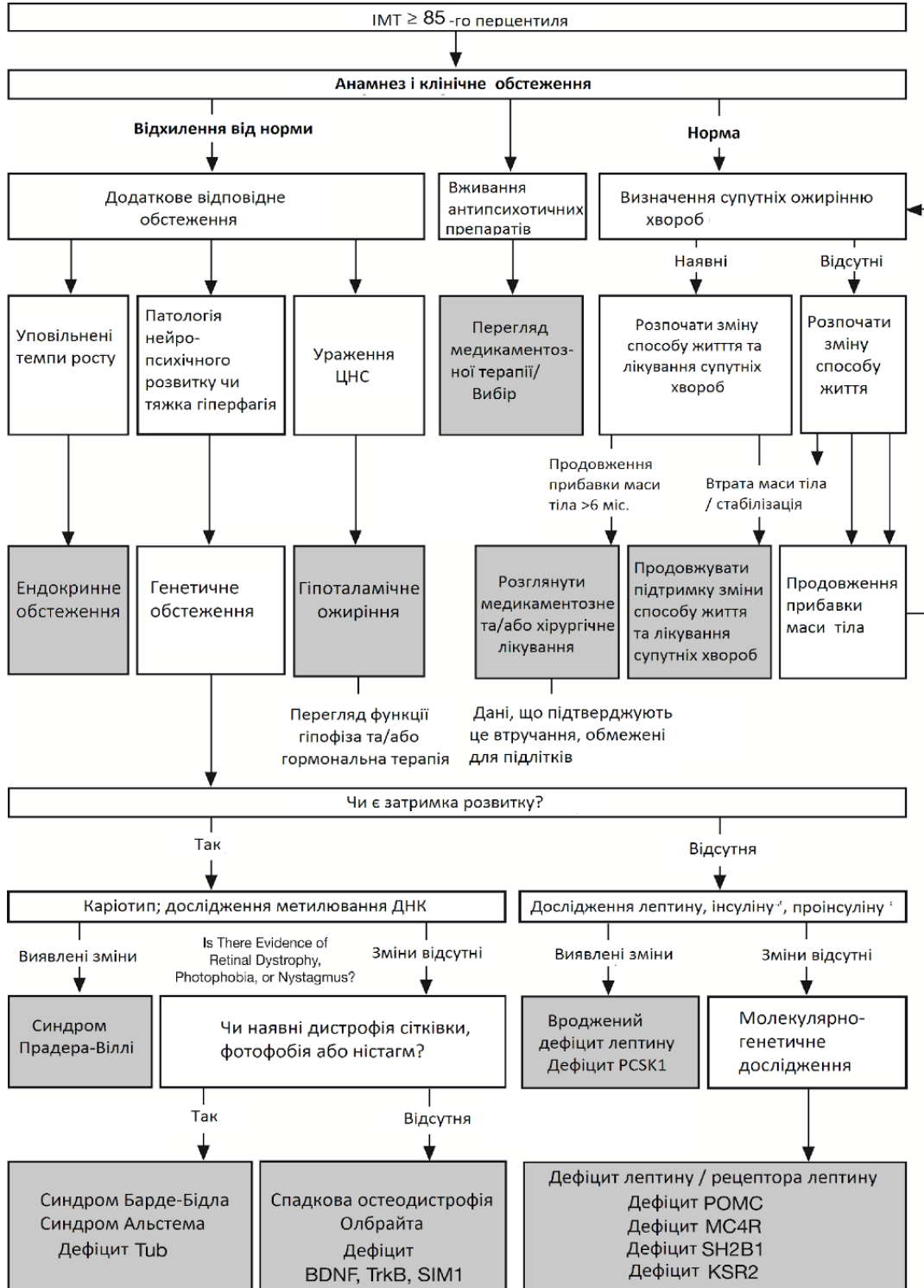
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 вересня 2020 року № 2136 «Деякі питання ведення Реєстру медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30 вересня 2020 року за № 952/35235.

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 листопада 2020 року № 2755 «Про затвердження Порядку ведення Реєстру пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 січня 2021 року за № 44/35666.

8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2022 року № 1011 «Про затвердження чотирнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

Додаток 1
до Стандартів медичної
допомоги «Ожиріння у дітей»

Алгоритм діагностики і лікування дітей з надлишковою масою тіла чи ожирінням

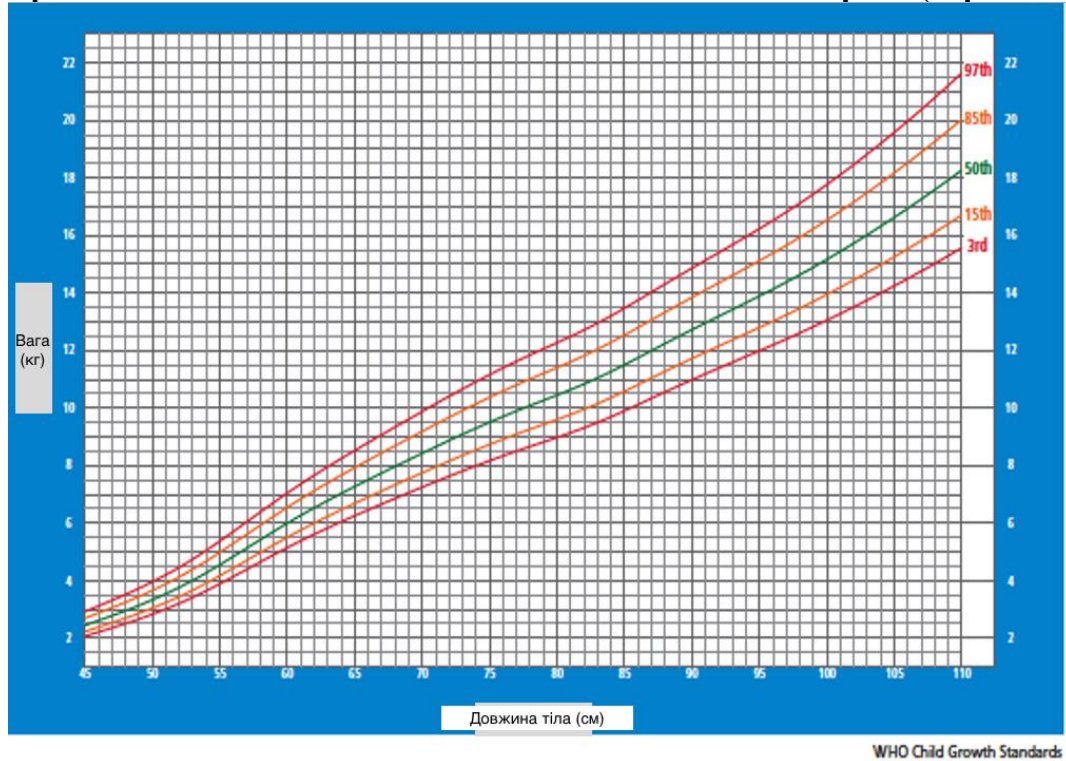


Додаток 2
до Стандартів медичної
допомоги «Ожиріння у дітей»

Графік відношення ваги до довжини тіла дівчат віком 0-2 роки (перцентилі)

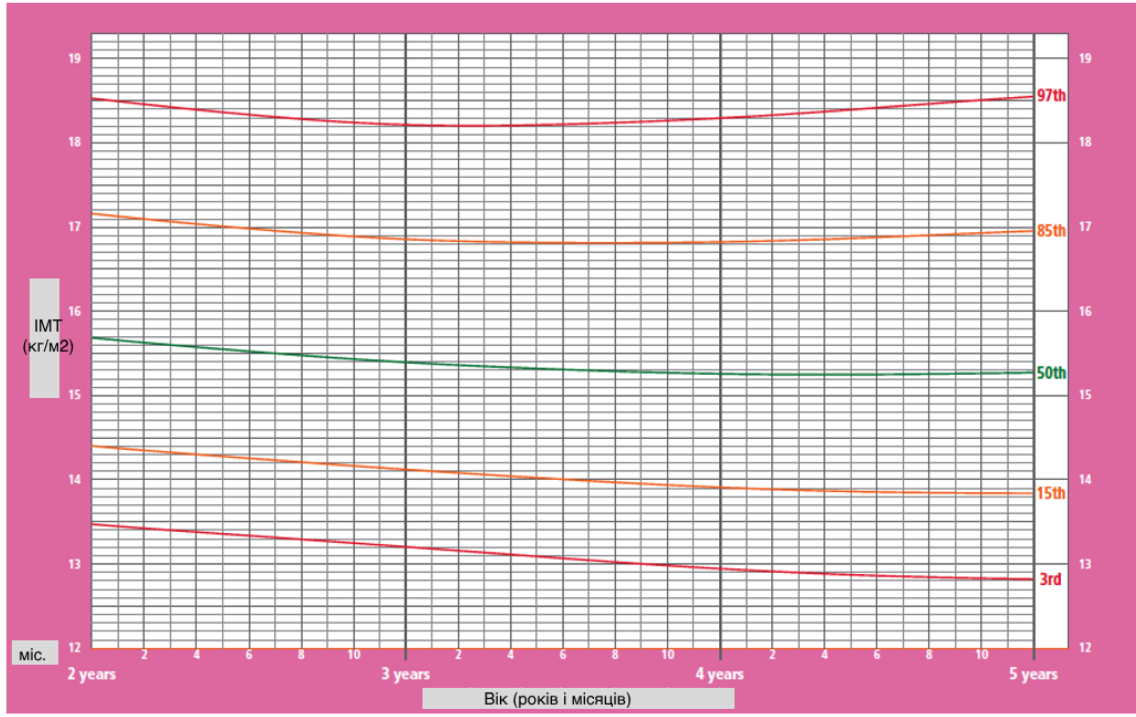


Графік відношення ваги до довжини тіла хлопців віком 0-2 роки (перцентилі)



Графік індексу маси тіла дівчат віком 2-5 років (перцентилі)

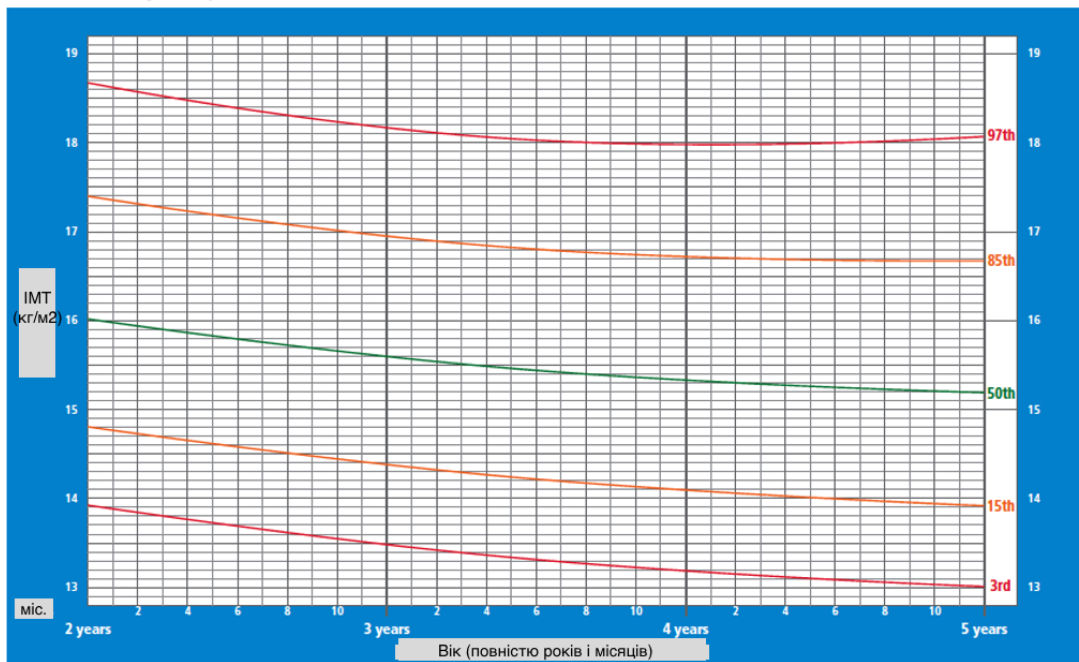
ІМТ дівчат 2-5 років
(перцентилі)



WHO Child Growth Standards

Графік індексу маси тіла хлопчиків віком 2-5 років (перцентилі)

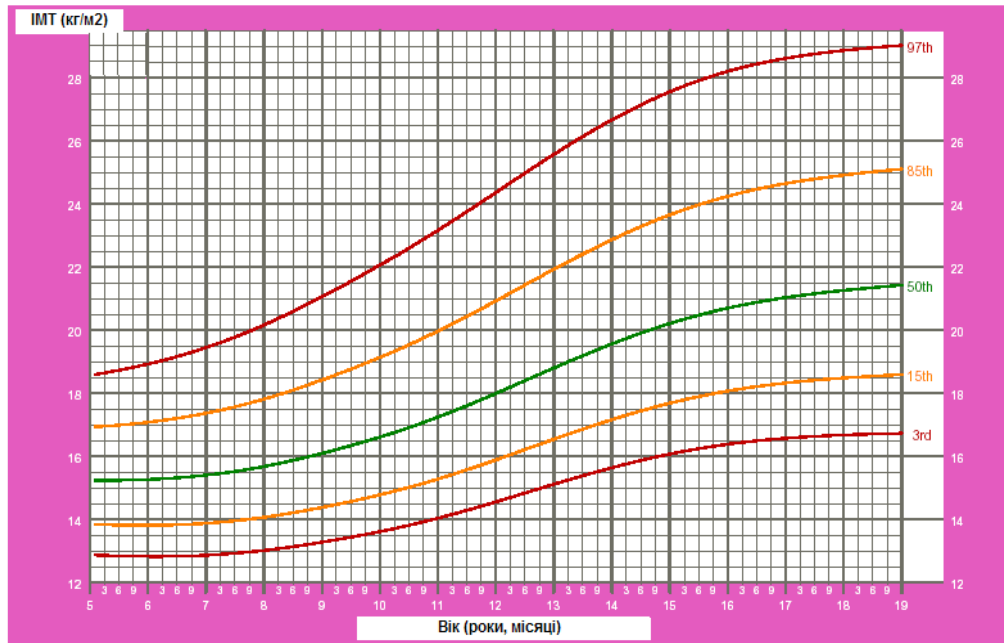
ІМТ хлопчиків 2-5 років
(перцентилі)



WHO Child Growth Standards

Графік індексу маси тіла у дівчат віком 5-18 років

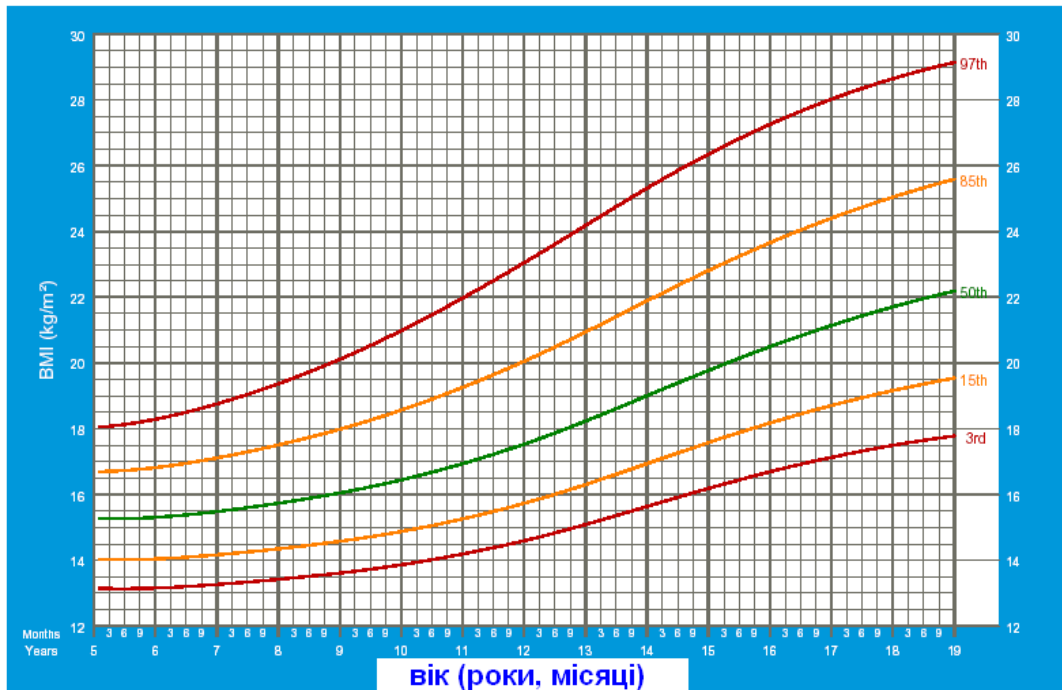
**ІМТ у дівчаток 5-19 років.
Перцентилі**



2007 WHO Reference

Графік індексу маси тіла у хлопчиків віком 5-18 років

**ІМТ хлопчики 5-19 років
Перцентилі**



2007 WHO Reference

Рекомендації щодо скринінгу на супутні захворювання дітей з надлишковою масою тіла або ожирінням

1. Переддіабет

Глікований гемоглобін (HbA1c): 5,7% до <6,5% (39 до <48 ммоль/моль)

Порушення глікемії натще (впевнитись щодо стану натще):

- Глюкоза плазми натще $\geq 5,6$ але <7,0 ммоль/л (≥ 100 але <126 мг/дл);
- Порушення толерантності до глюкози (якщо використовувався оральний глюкозотолерантний тест із розрахунку 1.75 г/кг, максимум 75 г);
- Глюкоза через 2 години ≥ 140 але <200 мг/дл ($\geq 7,8$ але <11.1 ммоль/л).

2. Цукровий діабет

Діагностування порушення вуглеводного обміну, у тому числі ЦД 2 типу в дітей та підлітків з ожирінням / надлишковою масою тіла слід проводити згідно з чинними медико-технологічними документами.

3. Дисліпідемія

Оцінка стану ліпідного обміну у дітей і підлітків рекомендується проводити відповідно до Звіту Робочої групи Американської колегії кардіологів/Американської кардіологічної асоціації щодо рекомендацій з клінічної практики (2018 рік):

Таблиця 1. Нормальні та аномальні показники ліпідів у дітей

	Прийнятний	Граничний	Високий
Загальний холестерин	<170 мг/дл (<4.3 ммоль/л)	170-199 мг/дл (4.3-5.1 ммоль/л)	≥ 200 мг/дл (≥ 5.1 ммоль/л)
Тригліцериди 0-9 років	<75 мг/дл (<0.8 ммоль/л)	75-99 мг/дл (0.8-1.1 ммоль/л)	≥ 100 мг/дл (≥ 1.1 ммоль/л)
Тригліцериди 10-19 років	<90 мг/дл (<1.0 ммоль/л)	90-120 мг/дл (1.0-1.5 ммоль/л)	≥ 130 мг/дл (≥ 1.4 ммоль/л)
ХС ЛПВЩ	>45 мг/дл (>1.2 ммоль/л)	40-45 мг/дл (1.0-1.2 ммоль/л)	<40 мг/дл (<1.0 ммоль/л)
ХС ЛПНЩ	<110 мг/дл (<2.8 ммоль/л)	110-129 мг/дл (2,8-3,3 ммоль/л)	≥ 130 мг/дл (≥ 3.4 ммоль/л)
ХС-нєЛПВЩ	<120 мг/дл (<3.0 ммоль/л)	120-144 мг/дл (3,1-3,7 ммоль/л)	≥ 145 мг/дл (≥ 3.7 ммоль/л)

ХС - холестерин; ХС ЛПВЩ - холестерин ліпопротеїдів високої щільності; ХС ЛПНЩ - холестерин ліпопротеїдів низької щільності;

4. Предгіпертензія і гіпертензія

Оцінювати стан АТ у дітей і підлітків рекомендується відповідно до оновлених 2017 року рекомендацій Американської академії педіатрів щодо оцінки нормального АТ і гіпертензії у дітей і підлітків (Додаток 4).

Таблиця 2. Оцінка артеріального тиску (АТ) у хлопців і дівчат залежно від їх віку і зросту

	Для дітей віком від 1 до <13 років	Для дітей віком ≥ 13 років
Нормальний АТ	<90-го перцентиля	<120/<80 мм рт.ст.
Підвищений АТ	від ≥ 90 -го перцентиля до <95-го перцентиля або від 120/80 мм до <95-го перцентиля (залежно від того, що нижче)	120/<80 до 129/<80 мм рт.ст.
Стадія 1 АГ	від ≥ 95 -го перцентиля до <95-го перцентиля + 12 мм рт.ст., або від 130/80 до 139/89 мм рт.ст. (залежно від того, що нижче)	від 130/80 до 139/89 мм рт.ст.
Стадія 2 АГ	≥ 95 -го перцентиля + 12 мм рт.ст., або $\geq 140/90$ мм рт.ст. (залежно від того, що нижче)	$\geq 140/90$ мм рт.ст.

5. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП)

Для діагностування НАЖХП у дітей рекомендовано використовувати наступні критерії: Підвищення АЛТ понад статево-специфічну верхню межу норми у дітей (22 ОД/л для дівчат і 26 ОД/л для хлопців).

При підвищенні АЛТ більш ніж вдвічі понад верхню межу норми (44 ОД/л для дівчат і 50 ОД/л для хлопців) слід брати до уваги можливість формування фіброзу печінки та виключити інші причини хронічного гепатиту.

Через недостатню чутливість та специфічність рутинне ультразвукове дослідження не рекомендується як скринінговий тест на виявлення НАЖХП у дітей.

Прийнятними неінвазивними процедурами для ідентифікації випадків розвиненого фіброзу/цирозу печінки є біомаркери (Fatty Liver Index, SteatoTest, NAFLD Fat score) та шкали оцінки фіброзу НАЖХП (Fibrosis Score, FIB-4), комерційні тести, а також транзиторна еластографія.

6. Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ)

Відповідно до рекомендацій 2018 року Національної ради з питань охорони здоров'я та медичних досліджень (National Health and Medical Research Council - NHMRC) для оцінки лабораторної гіперандрогенії під час діагностики СПКЯ слід використовувати розрахований вільний тестостерон, індекс вільного андрогену або розрахований біодоступний тестостерон

СПКЯ, що характеризується овуляторною дисфункцією та гіперандрогенією, часто виникає в підлітковому віці. Оскільки СПКЯ має довічні наслідки, зокрема, підвищений ризик розвитку діабету 2 типу, метаболічного синдрому, серцево-судинних захворювань та раку ендометрію, діагноз СПКЯ слід розглядати у будь-якої дівчини-підлітка з ожирінням, що супроводжується гірсутизмом або порушенням менструального циклу

Слід бути обережними при діагностиці СПКЯ у підлітків, оскільки його ознаки збігаються з особливостями фізіологічного пубертатного розвитку. Ановуляторні цикли можуть бути типовими протягом кількох років після менархе. Ознаки гіперандрогенії, такі як ріст волосся та акне поширені в цій віковій групі. Інсулінорезистентність та гіперінсулінемія, які часто спостерігаються у підлітків з ожирінням, не повинні бути діагностичними критеріями СПКЯ, ці клінічні фактори можуть бути пов'язані, але недостатньо специфічні для діагностики СПКЯ.

Для діагностики СПКЯ у підлітків використовувати критерії, що визначені у міжнародних науково-обґрунтованих настановах [4, 5]:

1. Нерегулярні менструальні цикли, які визначені відповідно до років після менархе:

> 90 днів для будь-якого циклу (> 1 рік після менархе);

цикли < 21 або > 45 днів (> 1 до < 3 років після менархе);

цикли < 21 або > 35 днів або < 8 циклів на рік (> 3 роки після менархе);

та первинна аменорея у віці 15 років або > 3 роки після телархе.

Нерегулярні менструальні цикли протягом першого року після менархе є нормальним періодом статевого дозрівання.

2. Гіперандрогенія, яка визначається як гірсутизм, важкі акне та/або підтверджена біохімічна гіперандрогенія

3. Ультразвукове дослідження не рекомендоване для діагностики СПКЯ у підлітків впродовж 8 років від початку менархе.

4. Визначення рівнів антимюллерового гормону не рекомендовані для діагностики СПКЯ у підлітків.

5. Діагноз СПКЯ є діагнозом виключення – усі інші чинники, які можуть викликати порушення менструального циклу та/або гіперандрогенію, повинні бути виключені.

6. Для підлітків, які мають ознаки СПКЯ, але не відповідають діагностичним критеріям, можна розглянути термін «підвищений ризик розвитку СПКЯ» і рекомендувати симптоматичне лікування та регулярні повторні оцінки, як прийнятну альтернативу надміру ранній діагностиці.

7. Обструктивне апное уві сні

Для проведення обстеження щодо обструктивного апное уві сні скерувати дитину до пульмонолога або фахівця з досвідом і можливістю проведення полісомнографії чи нічної оксиметрії у дітей та їх оцінкою.

Додаток 4
до Стандартів медичної
допомоги «Ожиріння у дітей»

Показники АТ у дівчат відповідно до віку і перцентилів зросту

Вік (ро- ки)	АТ перценти- лі	САТ (мм рт.ст.)							ДАТ (мм рт.ст.)						
		Перцентиль зросту або вимірний зріст							Перцентиль зросту або вимірний зріст						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	Зріст (см)	77.2	78.3	80.2	82.4	84.6	86.7	87.9	77.2	78.3	80.2	82.4	84.6	86.7	87.9
	50-й	85	85	86	86	87	88	88	40	40	40	41	41	42	42
	90-й	98	99	99	100	100	101	101	52	52	53	53	54	54	54
	95-й	102	102	103	103	104	105	105	54	54	55	55	56	57	57
	95-й+12 мм рт.ст.	114	114	115	115	116	117	117	66	66	67	67	68	69	69
2	Зріст (см)	86.1	87.4	89.6	92.1	94.7	97.1	98.5	86.1	87.4	89.6	92.1	94.7	97.1	98.5
	50-й	87	87	88	89	89	90	91	43	43	44	44	45	46	46
	90-й	100	100	101	102	103	103	104	55	55	56	56	57	58	58
	95-й	104	105	105	106	107	107	108	57	58	58	59	60	61	61
	95-й+12 мм рт.ст.	116	117	117	118	119	119	120	69	70	70	71	72	73	73
3	Зріст (см)	92.5	93.9	96.3	99	101.8	104.3	105.8	92.5	93.9	96.3	99	101.8	104.3	105.8
	50-й	88	89	89	90	91	92	92	45	46	46	47	48	49	49
	90-й	101	102	102	103	104	105	105	58	58	59	59	60	61	61
	95-й	106	106	107	107	108	109	109	60	61	61	62	63	64	64
	95-й+12 мм рт.ст.	118	118	119	119	120	121	121	72	73	73	74	75	76	76
4	Зріст (см)	98.5	100.2	102.9	105.9	108.9	111.5	113.2	98.5	100.2	102.9	105.9	108.9	111.5	113.2
	50-й	90	90	91	92	93	94	94	48	49	49	50	51	52	52
	90-й	102	103	104	105	105	106	107	60	61	62	62	63	64	64
	95-й	107	107	108	108	109	110	110	63	64	65	66	67	67	68

Вік (ро- ки)	АТ перценти- лі	САТ (мм рт.ст.)							ДАТ (мм рт.ст.)						
		Перцентиль зросту або вимірний зріст							Перцентиль зросту або вимірний зріст						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
	95-й+12 мм рт.ст.	119	119	120	120	121	122	122	75	76	77	78	79	79	80
5	Зріст (см)	104.4	106.2	109.1	112.4	115.7	118.6	120.3	104.4	106.2	109.1	112.4	115.7	118.6	120.3
	50-й	91	92	93	94	95	96	96	51	51	52	53	54	55	55
	90-й	103	104	105	106	107	108	108	63	64	65	65	66	67	67
	95-й	107	108	109	109	110	111	112	66	67	68	69	70	70	71
	95-й+12 мм рт.ст.	119	120	121	121	122	123	124	78	79	80	81	82	82	83
6	Зріст (см)	110.3	112.2	115.3	118.9	122.4	125.6	127.5	110.3	112.2	115.3	118.9	122.4	125.6	127.5
	50-й	93	93	94	95	96	97	98	54	54	55	56	57	57	58
	90-й	105	105	106	107	109	110	110	66	66	67	68	68	69	69
	95-й	108	109	110	111	112	113	114	69	70	70	71	72	72	73
	95-й+12 мм рт.ст.	120	121	122	123	124	125	126	81	82	82	83	84	84	85
7	Зріст (см)	116.1	118	121.4	125.1	128.9	132.4	134.5	116.1	118	121.4	125.1	128.9	132.4	134.5
	50-й	94	94	95	97	98	98	99	56	56	57	58	58	59	59
	90-й	106	107	108	109	110	111	111	68	68	69	70	70	71	71
	95-й	110	110	111	112	114	115	116	71	71	72	73	73	74	74
	95-й+12 мм рт.ст.	122	122	123	124	126	127	128	83	83	84	85	85	86	86
8	Зріст (см)	121.4	123.5	127	131	135.1	138.8	141	121.4	123.5	127	131	135.1	138.8	141
	50-й	95	96	97	98	99	99	100	57	57	58	59	59	60	60
	90-й	107	108	109	110	111	112	112	69	70	70	71	72	72	73
	95-й	111	112	112	114	115	116	117	72	73	73	74	75	75	75
	95-й+12	123	124	124	126	127	128	129	84	85	85	86	87	87	87

Вік (ро- ки)	АТ перценти- лі	САТ (мм рт.ст.)							ДАТ (мм рт.ст.)						
		Перцентиль зросту або вимірний зріст							Перцентиль зросту або вимірний зріст						
	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	
	мм рт.ст.														
9	Зріст (см)	126	128.3	132.1	136.3	140.7	144.7	147.1	126	128.3	132.1	136.3	140.7	144.7	147.1
	50-й	96	97	98	99	100	101	101	57	58	59	60	61	62	62
	90-й	107	108	109	110	112	113	114	70	71	72	73	74	74	74
	95-й	112	112	113	115	116	118	119	74	74	75	76	76	77	77
	95-й+12 мм рт.ст.	124	124	125	127	128	130	131	86	86	87	88	88	89	89
10	Зріст (см)	130.2	132.7	136.7	141.3	145.9	150.1	152.7	130.2	132.7	136.7	141.3	145.9	150.1	152.7
	50-й	97	98	99	100	101	102	103	59	60	61	62	63	63	64
	90-й	108	109	111	112	113	115	116	72	73	74	74	75	75	76
	95-й	112	113	114	116	118	120	121	76	76	77	77	78	78	78
	95-й+12 мм рт.ст.	124	125	126	128	130	132	133	88	88	89	89	90	90	90
11	Зріст (см)	134.7	137.3	141.5	146.4	151.3	155.8	158.6	134.7	137.3	141.5	146.4	151.3	155.8	158.6
	50-й	99	99	101	102	103	104	106	61	61	62	63	63	63	63
	90-й	110	111	112	114	116	117	118	74	74	75	75	75	76	76
	95-й	114	114	116	118	120	123	124	77	78	78	78	78	78	78
	95-й+12 мм рт.ст.	126	126	128	130	132	135	136	89	90	90	90	90	90	90
12	Зріст (см)	140.3	143	147.5	152.7	157.9	162.6	165.5	140.3	143	147.5	152.7	157.9	162.6	165.5
	50-й	101	101	102	104	106	108	109	61	62	62	62	62	63	63
	90-й	113	114	115	117	119	121	122	75	75	75	75	75	76	76
	95-й	116	117	118	121	124	126	128	78	78	78	78	78	79	79
	95-й+12 мм рт.ст.	128	129	130	133	136	138	140	90	90	90	90	90	91	91

Вік (ро- ки)	АТ перценти- лі	САТ (мм рт.ст.)							ДАТ (мм рт.ст.)						
		Перцентиль зросту або вимірний зріст							Перцентиль зросту або вимірний зріст						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
13	Зріст (см)	147	150	154.9	160.3	165.7	170.5	173.4	147	150	154.9	160.3	165.7	170.5	173.4
	50-й	103	104	105	108	110	111	112	61	60	61	62	63	64	65
	90-й	115	116	118	121	124	126	126	74	74	74	75	76	77	77
	95-й	119	120	122	125	128	130	131	78	78	78	78	80	81	81
	95-й+12 мм рт.ст.	131	132	134	137	140	142	143	90	90	90	90	92	93	93
14	Зріст (см)	153.8	156.9	162	167.5	172.7	177.4	180.1	153.8	156.9	162	167.5	172.7	177.4	180.1
	50-й	105	106	109	111	112	113	113	60	60	62	64	65	66	67
	90-й	119	120	123	126	127	128	129	74	74	75	77	78	79	80
	95-й	123	125	127	130	132	133	134	77	78	79	81	82	83	84
	95-й+12 мм рт.ст.	135	137	139	142	144	145	146	89	90	91	93	94	95	96
15	Зріст (см)	159	162	166.9	172.2	177.2	181.6	184.2	159	162	166.9	172.2	177.2	181.6	184.2
	50-й	108	110	112	113	114	114	114	61	62	64	65	66	67	68
	90-й	123	124	126	128	129	130	130	75	76	78	79	80	81	81
	95-й	127	129	131	132	134	135	135	78	79	81	83	84	85	85
	95-й+12 мм рт.ст.	139	141	143	144	146	147	147	90	91	93	95	96	97	97
16	Зріст (см)	162.1	165	169.6	174.6	179.5	183.8	186.4	162.1	165	169.6	174.6	179.5	183.8	186.4
	50-й	111	112	114	115	115	116	116	63	64	66	67	68	69	69
	90-й	126	127	128	129	131	131	132	77	78	79	80	81	82	82
	95-й	130	131	133	134	135	136	137	80	81	83	84	85	86	86
	95-й+12 мм рт.ст.	142	143	145	146	147	148	149	92	93	95	96	97	98	98
17	Зріст (см)	163.8	166.5	170.9	175.8	180.7	184.9	187.5	163.8	166.5	170.9	175.8	180.7	184.9	187.5

Вік (роки)	АТ перцентилі	САТ (мм рт.ст.)							ДАТ (мм рт.ст.)						
		Перцентиль зросту або вимірний зріст							Перцентиль зросту або вимірний зріст						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
	50-й	114	115	116	117	117	118	118	65	66	67	68	69	70	70
	90-й	128	129	130	131	132	133	134	78	79	80	81	82	82	83
	95-й	132	133	134	135	137	138	138	81	82	84	85	86	86	87
	95-й+12 мм рт.ст.	144	145	146	147	149	150	150	93	94	96	97	98	98	99

Показники АТ у хлопців відповідно до віку і перцентилів зросту

Вік (роки)	АТ перцентилі	САТ (мм рт.ст.)							ДАТ (мм рт.ст.)						
		Перцентиль зросту або вимірний зріст							Перцентиль зросту або вимірний зріст						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	Зріст (см)	75.4	76.6	78.6	80.8	83	84.9	86.1	75.4	76.6	78.6	80.8	83	84.9	86.1
	50-й	84	85	86	86	87	88	88	41	42	42	43	44	45	46
	90-й	98	99	99	100	101	102	102	54	55	56	56	57	58	58
	95-й	101	102	102	103	104	105	105	59	59	60	60	61	62	62
	95-й+12 мм рт.ст.	113	114	114	115	116	117	117	71	71	72	72	73	74	74
2	Зріст (см)	84.9	86.3	88.6	91.1	93.7	96	97.4	84.9	86.3	88.6	91.1	93.7	96	97.4
	50-й	87	87	88	89	90	91	91	45	46	47	48	49	50	51
	90-й	101	101	102	103	104	105	106	58	58	59	60	61	62	62
	95-й	104	105	106	106	107	108	109	62	63	63	64	65	66	66
	95-й+12 мм рт.ст.	116	117	118	118	119	120	121	74	75	75	76	77	78	78
3	Зріст (см)	91	92.4	94.9	97.6	100.5	103.1	104.6	91	92.4	94.9	97.6	100.5	103.1	104.6
	50-й	88	89	89	90	91	92	93	48	48	49	50	51	53	53

Вік (ро- ки)	АТ перцен- тилі	САТ (мм рт.ст.)							ДАТ (мм рт.ст.)							
		Перцентиль зросту або виміряний зріст							Перцентиль зросту або виміряний зріст							
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	
	90-й	102	103	104	104	105	106	107	60	61	61	62	63	64	65	
	95-й	106	106	107	108	109	110	110	64	65	65	66	67	68	69	
	95-й+12 мм рт.ст.	118	118	119	120	121	122	122	76	77	77	78	79	80	81	
	4	Зріст (см)	97.2	98.8	101.4	104.5	107.6	110.5	112.2	97.2	98.8	101.4	104.5	107.6	110.5	112.2
	50-й	89	90	91	92	93	94	94	50	51	51	53	54	55	55	
	90-й	103	104	105	106	107	108	108	62	63	64	65	66	67	67	
	95-й	107	108	109	109	110	111	112	66	67	68	69	70	70	71	
	95-й+12 мм рт.ст.	119	120	121	121	122	123	124	78	79	80	81	82	82	83	
	5	Зріст (см)	103.6	105.3	108.2	111.5	114.9	118.1	120	103.6	105.3	108.2	111.5	114.9	118.1	120
	50-й	90	91	92	93	94	95	96	52	52	53	55	56	57	57	
	90-й	104	105	106	107	108	109	110	64	65	66	67	68	69	70	
	95-й	108	109	109	110	111	112	113	68	69	70	71	72	73	73	
	95-й+12 мм рт.ст.	120	121	121	122	123	124	125	80	81	82	83	84	85	85	
	6	Зріст (см)	110	111.8	114.9	118.4	122.1	125.6	127.7	110	111.8	114.9	118.4	122.1	125.6	127.7
	50-й	92	92	93	94	96	97	97	54	54	55	56	57	58	59	
	90-й	105	106	107	108	109	110	111	67	67	68	69	70	71	71	
	95-й	109	109	110	111	112	113	114	70	71	72	72	73	74	74	
	95-й+12 мм рт.ст.	121	121	122	123	124	125	126	82	83	84	84	85	86	86	
	7	Зріст (см)	115.9	117.8	121.1	124.9	128.8	132.5	134.7	115.9	117.8	121.1	124.9	128.8	132.5	134.7

Вік (ро- ки)	АТ перцен- тилі	САТ (мм рт.ст.)							ДАТ (мм рт.ст.)						
		Перцентиль зросту або виміряний зріст							Перцентиль зросту або виміряний зріст						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
	50-й	92	93	94	95	97	98	99	55	55	56	57	58	59	60
	90-й	106	106	107	109	110	111	112	68	68	69	70	71	72	72
	95-й	109	110	111	112	113	114	115	72	72	73	73	74	74	75
	95-й+12 мм рт.ст.	121	122	123	124	125	126	127	84	84	85	85	86	86	87
8	Зріст (см)	121	123	126.5	130.6	134.7	138.5	140.9	121	123	126.5	130.6	134.7	138.5	140.9
	50-й	93	94	95	97	98	99	100	56	56	57	59	60	61	61
	90-й	107	107	108	110	111	112	113	69	70	71	72	72	73	73
	95-й	110	111	112	113	115	116	117	72	73	74	74	75	75	75
	95-й+12 мм рт.ст.	122	123	124	125	127	128	129	84	85	86	86	87	87	87
9	Зріст (см)	125.3	127.6	131.3	135.6	140.1	144.1	146.6	125.3	127.6	131.3	135.6	140.1	144.1	146.6
	50-й	95	95	97	98	99	100	101	57	58	59	60	60	61	61
	90-й	108	108	109	111	112	113	114	71	71	72	73	73	73	73
	95-й	112	112	113	114	116	117	118	74	74	75	75	75	75	75
	95-й+12 мм рт.ст.	124	124	125	126	128	129	130	86	86	87	87	87	87	87
10	Зріст (см)	129.7	132.2	136.3	141	145.8	150.2	152.8	129.7	132.2	136.3	141	145.8	150.2	152.8
	50-й	96	97	98	99	101	102	103	58	59	59	60	61	61	62
	90-й	109	110	111	112	113	115	116	72	73	73	73	73	73	73
	95-й	113	114	114	116	117	119	120	75	75	76	76	76	76	76
	95-й+12 мм рт.ст.	125	126	126	128	129	131	132	87	87	88	88	88	88	88

Вік (ро- ки)	АТ перцен- тилі	САТ (мм рт.ст.)							ДАТ (мм рт.ст.)						
		Перцентиль зросту або вимірний зріст							Перцентиль зросту або вимірний зріст						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
11	Зріст (см)	135.6	138.3	142.8	147.8	152.8	157.3	160	135.6	138.3	142.8	147.8	152.8	157.3	160
	50-й	98	99	101	102	104	105	106	60	60	60	61	62	63	64
	90-й	111	112	113	114	116	118	120	74	74	74	74	74	75	75
	95-й	115	116	117	118	120	123	124	76	77	77	77	77	77	77
	95-й+12 мм рт.ст.	127	128	129	130	132	135	136	88	89	89	89	89	89	89
12	Зріст (см)	142.8	145.5	149.9	154.8	159.6	163.8	166.4	142.8	145.5	149.9	154.8	159.6	163.8	166.4
	50-й	102	102	104	105	107	108	108	61	61	61	62	64	65	65
	90-й	114	115	116	118	120	122	122	75	75	75	75	76	76	76
	95-й	118	119	120	122	124	125	126	78	78	78	78	79	79	79
	95-й+12 мм рт.ст.	130	131	132	134	136	137	138	90	90	90	90	91	91	91
13	Зріст (см)	148.1	150.6	154.7	159.2	163.7	167.8	170.2	148.1	150.6	154.7	159.2	163.7	167.8	170.2
	50-й	104	105	106	107	108	108	109	62	62	63	64	65	65	66
	90-й	116	117	119	121	122	123	123	75	75	75	76	76	76	76
	95-й	121	122	123	124	126	126	127	79	79	79	79	80	80	81
	95-й+12 мм рт.ст.	133	134	135	136	138	138	139	91	91	91	91	92	92	93
14	Зріст (см)	150.6	153	156.9	161.3	165.7	169.7	172.1	150.6	153	156.9	161.3	165.7	169.7	172.1
	50-й	105	106	107	108	109	109	109	63	63	64	65	66	66	66
	90-й	118	118	120	122	123	123	123	76	76	76	76	77	77	77
	95-й	123	123	124	125	126	127	127	80	80	80	80	81	81	82
	95-й+12 мм рт.ст.	135	135	136	137	138	139	139	92	92	92	92	93	93	94

Вік (роки)	АТ перцентилі	САТ (мм рт.ст.)							ДАТ (мм рт.ст.)						
		Перцентиль зросту або вимірний зріст							Перцентиль зросту або вимірний зріст						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
15	Зріст (см)	151.7	154	157.9	162.3	166.7	170.6	173	151.7	154	157.9	162.3	166.7	170.6	173
	50-й	105	106	107	108	109	109	109	64	64	64	65	66	67	67
	90-й	118	119	121	122	123	123	124	76	76	76	77	77	78	78
	95-й	124	124	125	126	127	127	128	80	80	80	81	82	82	82
	95-й+12 мм рт.ст.	136	136	137	138	139	139	140	92	92	92	93	94	94	94
16	Зріст (см)	152.1	154.5	158.4	162.8	167.1	171.1	173.4	152.1	154.5	158.4	162.8	167.1	171.1	173.4
	50-й	106	107	108	109	109	110	110	64	64	65	66	66	67	67
	90-й	119	120	122	123	124	124	124	76	76	76	77	78	78	78
	95-й	124	125	125	127	127	128	128	80	80	80	81	82	82	82
	95-й+12 мм рт.ст.	136	137	137	139	139	140	140	92	92	92	93	94	94	94
17	Зріст (см)	152.4	154.7	158.7	163.0	167.4	171.3	173.7	152.4	154.7	158.7	163.0	167.4	171.3	173.7
	50-й	107	108	109	110	110	110	111	64	64	65	66	66	66	67
	90-й	120	121	123	124	124	125	125	76	76	77	77	78	78	78
	95-й	125	125	126	127	128	128	128	80	80	80	81	82	82	82
	95-й+12 мм рт.ст.	137	137	138	139	140	140	140	92	92	92	93	94	94	94

Посилання на калькулятор АТ у дітей:

<https://www.mdcalc.com/aap-pediatric-hypertension-guidelines>

Генетичні синдроми ожиріння із затримкою та без затримки розвитку

Генетичний синдром ожиріння	Клінічні особливості
Ожиріння із затримкою розвитку	
Домінантне успадкування	
Синдром Прадера-Віллі	Гіпотонія, затримка фізичного розвитку в дитинстві, надалі збільшення маси тіла, низькорослість (внаслідок дефіциту ГР), гіперфагія, гіпогонадотропний гіпогонадизм, розлади сну, нав'язлива поведінка
Спадкова остеодистрофія Олбрайта	Низький зріст в деяких, але не у всіх пацієнтів, аномалії скелету, порушений нюх, резистентність до гормонів (наприклад, паратиреоїдного гормону) у разі успадкування материнської мутації
Дефіцит SIM1 ¹	Гіперфагія з вегетативною дисфункцією (характеризується низьким систолічним тиском крові) мовна і розмовна затримка, психофізіологічні аномалії, в тому числі аутичний тип поведінки
Дефіцит BDNF/Trk ²	Гіперактивність, порушена концентрація, знижена увага, порушена короткочасна пам'ять і відчуття болю
Рецесивне успадкування	
Синдром Барде-Бідля	Дисморфічні кінцівки (синдактилія / брахідактилія / полідактилія), дистрофія сітківки або пігментний ретиніт, гіпогонадизм, аномалії/порушення функції нирок
Дефіцит TUB ³	Дистрофія сітківки, глухота
Ожиріння без затримки розвитку	
Домінантне успадкування	
Синдром Альстрема	Дистрофія сітківки; тяжка інсулінорезистентність; глухота; дилатаційна кардіоміопатія; прогресуюча легенева, печінкова і ниркова дисфункція
Дефіцит MC4 ⁴	Гіперфагія, прискорений лінійний ріст, непропорційна гіперінсулінемія, низький/нормальний артеріальний тиск
Дефіцит SH2B1	Гіперфагія, непропорційна гіперінсулінемія, рання мовна і розмовна затримка, що часто обумовлює поведінкові проблеми в тому числі агресію
Дефіцит KSR2	Помірна гіперфагія і уповільнення основного обміну, інсулінорезистентність часто з чорним акантозом, нерегулярний менструальний цикл, ранній розвиток ЦД 2 типу
Рецесивне успадкування	
Дефіцит лептину	Екстремальна гіперфагія, часті інфекції, гіпогонадотропний гіпогонадизм, помірний гіпотиреоз
Дефіцит рецептора лептину	Екстремальна гіперфагія, часті інфекції, гіпогонадотропний гіпогонадизм, помірний гіпотиреоз

Дефіцит POMC	Гіперфагія, холестатична жовтяниця або надниркова криза, зумовлена дефіцитом АКТГ, у білошкірих осіб бліда шкіра і руде волосся
Дефіцит PCSK1	Ентеропатія тонкого кишечника, гіпоглікемія, гіпотиреоз, дефіцит АКТГ, ЦД

[Взято з публікації *Farooqi and O'Rahilly* з дозволу *Springer Science and Bus Media BV*, дозвіл передано через *Copyright Clearance Center*.]

Скорочення: АКТГ - адренокортикотропний гормон; BDNF - нейротропний фактор мозку; ГР - гормон росту; POMC - проопіомеланокортин; ЦД 2 типу - цукровий діабет 2 типу.

¹ *SIM1* (Single-minded family bHLH transcription factor 1) – білок, який кодується однойменним геном, розташованим у людей на короткому плечі 6-ї хромосоми. Кодований геном білок за функцією належить до білків розвитку. Задіяний у таких біологічних процесах, як транскрипція, регуляція транскрипції, диференціація клітин, нейрогенез. Білок має сайт для зв'язування з ДНК. Локалізований у ядрі.

² *TrkB*, тропоміозиновий тирозинкіназний рецептор (також відомий як тирозинкіназний рецептор B, рецептор ростових факторів BDNF / NT-3) білок, кодується в людини геном *NTRK2*. В основному виступає в ролі рецептора нейротропного фактора мозку (BDNF).

³ *TUB* (Tubby bipartite transcription factor) – білок, який кодується однойменним геном, розташованим в людей на короткому плечі 11-ї хромосоми. Задіяний у такому біологічному процесі, як альтернативний сплайсинг. Локалізований у клітинній мембрані, цитоплазмі, ядрі, мембрані. Також секретований назовні.

⁴ *MC4R* (Melanocortin 4 receptor) – білок, який кодується однойменним геном, розташованим у людей на короткому плечі 18-ї хромосоми. *MC4R* беруть участь у харчуванні, регуляції метаболізму.

Рекомендації щодо принципів консультативної допомоги з питань харчування при ожирінні для дітей, підлітків, батьків або опікунів

Роль батьків чи опікунів	
Потенційний вплив на набір/втрату ваги дитиною	<ul style="list-style-type: none"> – Власний приклад членів сім'ї щодо здорової харчової поведінки, вибору страв і напоїв. – Вплив на придбання харчових продуктів і напоїв, планування меню, створення належного середовища для вживання їжі в оселі. – Батьки чи опікуни, інші члени родини приділяють час для пояснення дитині зв'язку між харчуванням, зовнішнім виглядом та здоров'ям.
Цілі	<ul style="list-style-type: none"> – Змінити харчування та фізичну активність батьків, опікунів, братів і сестер аналогічно плану, рекомендованому дитині з ожирінням. – Залучити дитину/підлітка до придбання, приготування їжі. Готувати однакові страви та пропонувати однакові напої для всіх членів сім'ї. – Сприяння створенню об'єктивного уявлення про здоровий зовнішній вигляд. Зміцнення моделі здорових відносин з їжею та напоями.
Практичні рекомендації	<ul style="list-style-type: none"> – Намагатися слугувати гарним прикладом для дитини у харчуванні та руховій активності незалежно від власної ваги. – Залучити всіх членів сім'ї до реалізації плану поліпшення способу життя у частині дотримання здорової збалансованої дієти та розширення фізичної активності. – Слід контролювати список продуктів і напоїв, які планується купувати. Якщо вдома наявні безальтернативно здорові продукти, тож у меню будуть лише здорові страви, однакові для всіх членів сім'ї. У меню має бути принаймні один продукт, який любить дитина. – Намагатися говорити про позитивні особливості дитини, не концентруючись на вазі. Аналогічні позитивні відношення слід демонструвати до себе. З позитивним настроєм готуватись до вживання нової, більш здорової їжі. Створювати модель здорового відношення до корисної їжі – акцент на користі, менше уваги калоріям і впливу на вагу.
Розпорядок вживання їжі та перекуси	
Потенційний вплив на набір/втрату ваги дитиною	Неконтрольовані перекуси потенційно можуть збільшувати надходження енергії, гіршу якість дієти, хоча переконливих доказів причинно-наслідкового зв'язку між вживанням перекусів та появою ожиріння у дітей дотепер не встановлено.
Цілі	Встановити триразовий регулярний розпорядок вживання їжі. Один-два перекуси із вживанням корисної їжі можуть бути прийнятними для деяких дітей або підлітків.
Практичні рекомендації	Прийом їжі має бути призначений у певний час щодня, бажано для всіх членів родини. Необхідно пояснити дітям механізми голоду і насичення та їх зв'язок із розкладом вживання їжі. За необхідності перекусів, їх час та перелік продуктів/страв мають плануватись заздалегідь.
Вживання їжі на сніданок	
Потенційний	Відмова від сніданку має певну асоціацію з ожирінням у дітей, навіть

вплив на набір/ втрату ваги дитиною	при обмеженні споживання калорій. Без ранкового прийому їжі діти також гірше вчаться у школі.
Цілі	Споживати щодня сніданок з помірною калорійністю та достатньо високою поживною цінністю. Уникати готових сніданків з високим вмістом цукру і солі, а також солодкої випічки.
Практичні рекомендації	Дитина чи підліток може споживати на сніданок будь-яку здорову їжу. Не існує продуктів, страв чи напоїв, які слід вживати виключно на сніданок. Треба передбачити достатньо часу для приготування сніданку або підготувати все необхідне напередодні. Якщо дитина не бажає їсти вранці, то можна почати з якоїсь зовсім маленької страви для започаткування звички снідати.
Контроль розміру порцій їжі	
Потенційний вплив на набір/ втрату ваги дитиною	Великі порції зумовлюють надходження більшої кількості калорій та сприяють набору ваги.
Цілі	Адаптувати розміри порцій їжі до віку, рівня фізичної активності та виразності ожиріння таким чином, щоб забезпечити поступову втрату ваги. Використовувати модель здорової тарілки для непомітного поступового зменшення порцій.
Практичні рекомендації	Варто заохочувати споживання збалансованого набору продуктів у вигляді здорової тарілки, не акцентуючи надмірно уваги на розмірі порцій.
Споживання овочів і фруктів	
Потенційний вплив на набір/ втрату ваги дитиною	Вживання овочів і фруктів забезпечує організм незамінними поживними речовинами, заміщує більш енергетично-щільні продукти, сприяючи зменшенню ваги. Також є певні докази того, що низький рівень споживання фруктів і овочів асоціюється з ожирінням.
Цілі	Прагнути досягти споживання п'яти порцій овочів і фруктів щодня (свіжих, приготовлених, заморожених або консервованих). Водночас, овочі не повинні бути з додаванням солі (або значної її кількості для дітей старших вікових груп) або цукру, що стосується консервації та фруктових-ягідних соків та десертів.
Практичні рекомендації	При відвідинах ринку, ярмарку, продовольчої крамниці або супермаркету влаштуйте дитині екскурсію відділами з овочами, фруктами та ягодами, дайте самостійно обрати те, що дитина хоче спробувати. Дозвольте дітям спланувати приготування страв, де будуть використані фрукти і овочі, які вони доберуть. Подавайте овочі і фрукти до основних страв, але не тисніть на дитину щодо обов'язкового їх споживання. Це може викликати опір і зворотний результат. Продовжуйте пропонувати нові фрукти, ягоди і овочі, навіть якщо дитина вже відмовлялась від них раніше. Комбінуйте нові види городини з вже відомими та улюбленими.
Їжа з високою енергетичною щільністю	
Потенційний вплив на набір/	Асоціація між споживанням висококалорійної їжі та появою ожиріння встановлена для дорослих, але статистично достовірної асоціації для

втрату ваги дитиною	дітей та підлітків дотепер не продемонстровано
Цілі	Значне обмеження споживання смаженої їжі. Елімінація солодких і калорійних снєків (печива, чіпсів, морозива) з оселі. Пропонувати несолодкі молочні продукти з помірною жирністю, помірну кількість твердого сири, злакові продукти з мінімальним вмістом цукру.
Практичні рекомендації	В якості снєків пропонувати дітям та підліткам овочі, фрукти, горіхи, несолодкі злакові батончики. Планувати перекуси замість їхнього споживання при нападі голоду.
Солодкі напої	
Потенційний вплив на набір/втрату ваги дитиною	Споживання солодких напоїв, включаючи фруктові соки, асоційоване зі збільшенням поширеності зайвої ваги і ожиріння серед дітей та підлітків. Напої з цукрозамінниками можуть допомагати у контролі ваги, але їхній метаболічний вплив, зокрема, опосередкований зміною композиції мікробіома кишківника, продовжує вивчатися.
Цілі	Уникнення споживання солодких напоїв, включаючи фруктові соки. Бажано повністю вилучити подібні напої з списків при відвідинах крамниць та з домашніх запасів.
Практичні рекомендації	Вода повинна бути основним джерелом рідини для дітей та підлітків. Вони також мають споживати несолодкі молочні продукти з помірною жирністю.
Ресторани та фаст-фуд	
Потенційний вплив на набір/втрату ваги дитиною	Страви, які споживаються у закладах громадського харчування, зазвичай характеризуються більшим розміром порцій, більшою калорійністю на низькою поживною цінністю. Вища частота епізодів відвідин таких закладів асоціюється із зростанням ІМТ.
Цілі	Відвідини закладів громадського харчування, зокрема фаст-фудів рідше одного разу на тиждень. Включення страв, які споживаються у ресторанах і кафе до плану харчування.
Практичні рекомендації	Практикувати споживання їжі у закладах громадського харчування або доставленої з таких закладів у родинному колі. Планування сімейного меню, залучення дітей до складання такого плану, включаючи відвідини ресторанів і кафе. Використання мобільних застосунків та інформації з сайтів закладів громадського харчування для визначення кращих продуктів для вибору у ресторанах. Участь у майстер-класах із приготування здорових страв у закладах громадського харчування.