



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА  
(Минздрав РТ)**

**П Р И К А З**

от 07.11.2025

№ 1553пр/25

**г. Кызыл**

**Об утверждении региональной схемы маршрутизации несовершеннолетних до 18 лет с избыточной массой тела и ожирением**

В соответствии с Положением о Министерстве здравоохранения Республики Тыва, утвержденным постановлением Правительства Республики Тыва от 18 апреля 2013 г. № 228, во исполнение письма заместителя министра здравоохранения Российской Федерации № 15-2/И/2-19354 от 26 сентября 2025 г., **ПРИКАЗЫВАЮ:**

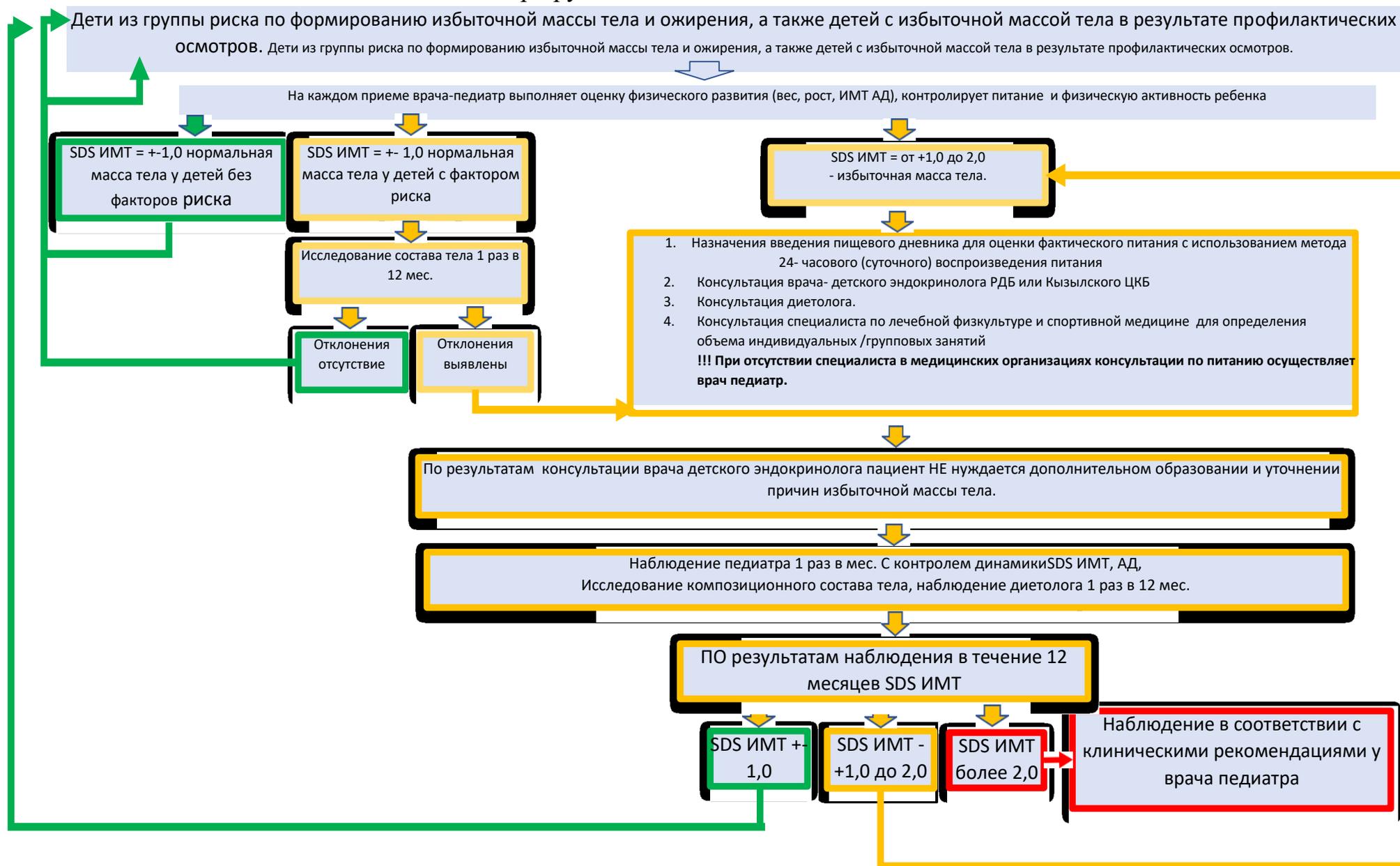
1. Утвердить прилагаемые:
  - схему маршрутизации детей с избыточной массой тела;
  - схему маршрутизации детей с ожирением;
  - методические рекомендации по диспансерному наблюдению детей с ожирением;
  - памятку для пациентов с избыточной массой тела.
2. Главным врачам медицинских организаций Республики Тыва:
  - 2.1. принять меры по исполнению маршрутизацией детей с избыточной массой тела и ожирением, соблюдению методических рекомендаций по диспансерному наблюдению детей с ожирением Республики Тыва;
  - 2.2. обеспечить распространение памяток для пациентов с избыточной массой тела;
  - 2.3. обеспечить ежеквартальное проведение семинаров для родителей детей школьного возраста «Основы здоровья и предупреждения лишнего веса» (<https://alfa-endo.ru/materials/osnovy-zdorovya-i-profilaktika-lishnego-vesa/>).
3. Главному врачу ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница» Ооржак М.Д. совместно с главным внештатным специалистом детским эндокринологом Минздрава Республики Тыва обеспечить общую координацию и контроль за маршрутизацией детей с избыточной массой тела и ожирением, соблюдению методических рекомендаций по диспансерному наблюдению детей с ожирением Республики Тыва.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Республики Тыва Ховалыг Н.М.

Министр

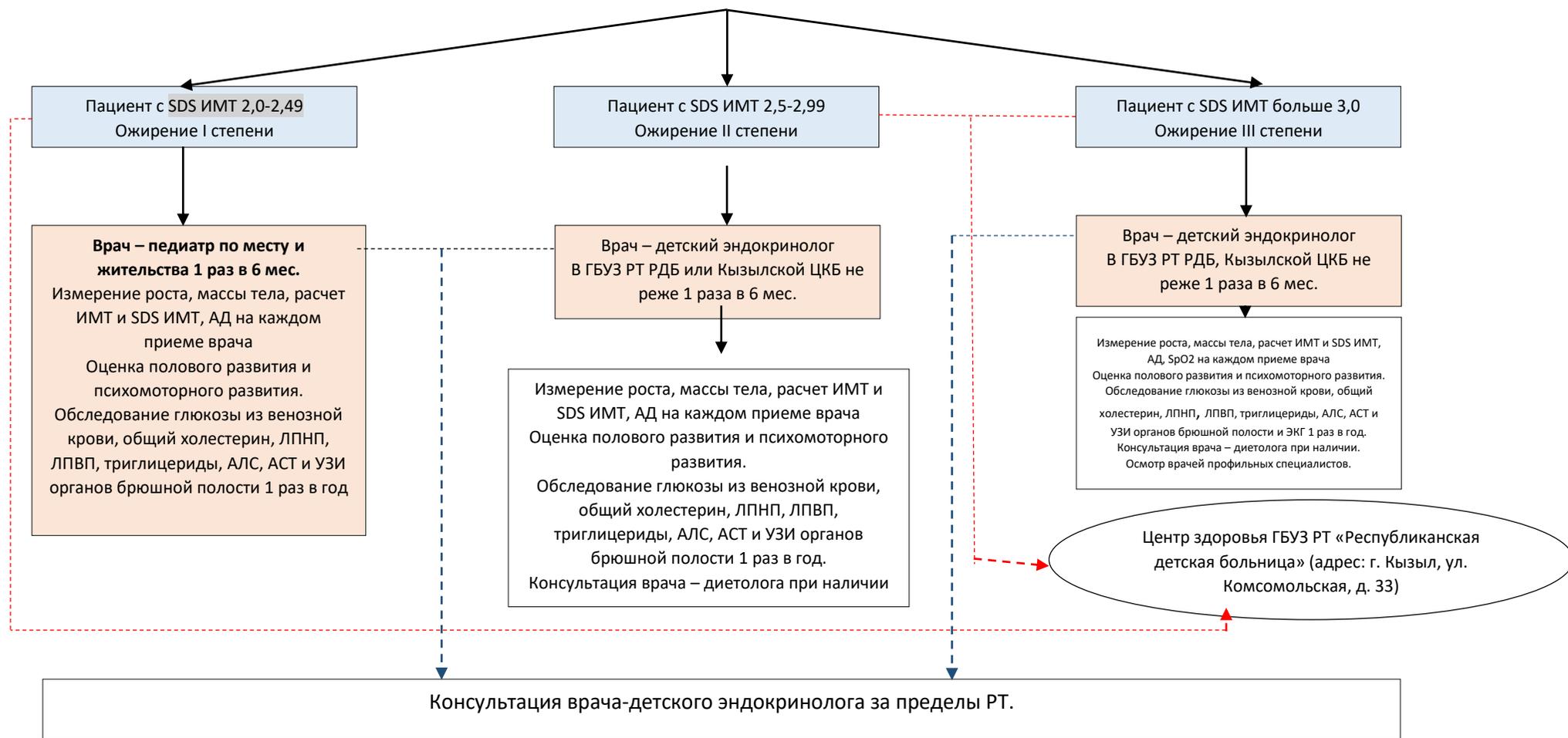


Югай А.К.

### Схема маршрутизации детей с избыточной массой тела



### Схема маршрутизации детей с ожирением



# **Диспансерное наблюдение детей с ожирением**

## **Методические рекомендации**

Москва  
2025

Разработано:

В федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии имени академика И.И. Дедова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. академика И.И. Дедова» Минздрава России)

**Авторы-составители:**

Петеркова В.А., Безлепкина О.Б., Васюкова О.В., Огороков П.Л., Казакова М.П.

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4 стр.
1. Область применения .....	4 стр.
2. Обозначения и сокращения .....	4 стр.
3. Диагностика ожирения .....	5 стр.
3.1. Измерение роста .....	5 стр.
3.2. Измерение массы тела.....	7 стр.
3.3. Индекс массы тела .....	8 стр.
3.4. Диагностические критерии ожирения у детей .....	8 стр.
4. Классификация ожирения .....	8 стр.
5. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем .....	10 стр.
6. Оценка артериального давления .....	10 стр.
7. Оценка полового развития .....	11 стр.
8. Оценка психомоторного развития .....	11 стр.
9. Скрининг осложнений ожирения в рамках диспансерного наблюдения .....	12 стр.
10. Оценка композиционного состава тела .....	13 стр.
11. Диспансерное наблюдение детей с ожирением .....	13 стр.
Приложения .....	15 стр.
Список литературы .....	23 стр.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Ожирение – это гетерогенная группа наследственных и приобретенных заболеваний, связанных с избыточным накоплением жировой ткани в организме. Распространенность ожирения у детей в мире стремительно увеличивается в течение последних 40 лет, приобретая эпидемический тренд. Детское ожирение является серьезной медико-социальной проблемой в связи с развитием коморбидных состояний и метаболических нарушений, психологическими проблемами и устойчивым трекингом во взрослую жизнь. Активное выявление ожирения и диспансерное наблюдение необходимы для повышения эффективности терапевтических стратегий лечения детского ожирения.

### **1. Область применения**

Настоящие методические рекомендации предназначены для использования врачами, осуществляющими диспансерное наблюдение детей с ожирением.

В документе представлена схема маршрутизации детей с ожирением и протоколы диспансерного наблюдения детей в зависимости от степени ожирения.

### **2. Обозначения и сокращения**

АД – артериальное давление

АГ – артериальная гипертензия

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ИМТ – индекс массы тела

ЛПНП – липопротеиды низкой плотности

ЛПВП – липопротеиды высокой плотности

МКБ-10 – международная классификация болезней (10 пересмотр)

НАЖБП – неалкогольная жировая болезнь печени

УЗИ – ультразвуковое исследование

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

SDS (Standard Deviation Score) – коэффициент стандартного отклонения

### **3. Диагностика ожирения**

Для диагностики ожирения необходимо провести оценку роста и веса ребенка, а также рассчитать индекс массы тела (ИМТ).

#### ***3.1. Измерение роста ребенка***

В зависимости от возраста ребенка и его способности стоять измеряют длину тела или рост ребенка. Длина тела ребенка измеряется в положении лежа, рост – в положении стоя. Обычно рост в положении стоя примерно на 0,7 см меньше, чем длина тела в положении лежа. Эта разница была учтена при разработке норм роста Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Поэтому важно вносить поправку в измерения, если вместо роста используется длина тела и наоборот. Если ребенок до 2 лет не захочет лечь для измерения длины, измеряют рост в положении стоя и прибавляют 0,7 см, чтобы преобразовать рост в длину тела.

Если ребенок в возрасте 2 лет или старше не может стоять, измеряют длину тела в положении лежа и вычитают 0,7 см, чтобы преобразовать длину тела в рост.

Для измерения длины тела ребенка необходима мерная доска (ростомер для детей грудного возраста), которая кладется на плоскую устойчивую поверхность, например, на стол. Для измерения роста используют ростомер, устанавливаемый под прямым углом между ровным полом и прямой вертикальной поверхностью, такой как стена.

Перед проведением измерения длины тела/роста необходимо убедиться в том, что ребенок снял обувь и украшения для волос. Если косы мешают измерению, их следует расплести.

#### **Измерение длины тела лежа**

В целях гигиены и для удобства ребенка ростомер для детей грудного возраста накрывают тонкой материей или мягкой бумагой. Мать должна сама положить ребенка на спину на ростомер, а затем, стоя напротив медработника на другой стороны ростомера, держать его голову у неподвижного надголовника, пока медработник будет производить измерение. Голова ребенка должна располагаться так, чтобы воображаемая вертикальная линия от ушного канала до нижней границы глазницы проходила перпендикулярно к ростомеру (глаза ребенка должны быть

направлены прямо вверх). Мать должна встать у изголовья и удерживать голову ребенка в таком положении.

Следует убедиться, что ребенок лежит ровно и не меняет своего положения. Плечи должны касаться горизонтальной поверхности, спина не должна выгибаться.

Одной рукой прижмите ноги ребенка, а другой рукой перемещайте подножку. Мягко надавите на колени, чтобы максимально выпрямить ноги.

Если ребенок слишком возбужден и невозможно удержать обе ноги в одном положении, измерение производят с одной ногой в нужном положении. Удерживая колени, до упора подвигают подножку к ногам ребенка. Подошвы стоп ребенка должны лежать ровно на подножке, пальцы ног должны быть направлены вверх. Если ребенок выгибает пальцы ног и подножка не касается подошв стоп, следует слегка пощекотать подошвы и, когда ребенок выпрямит пальцы ног, быстро придвинуть подножку. Необходимо снять показание и записать длину тела ребенка в сантиметрах с точностью до 0,1 см

#### Измерение роста стоя

Затылок, лопатки, ягодицы, икры и пятки должны касаться вертикальной поверхности ростомера. Такое положение может быть невозможным для ребенка с ожирением, в этом случае ребенку надо встать так, чтобы одна или более точек касания прикасались к вертикальной поверхности ростомера.

При необходимости мать должна удерживать колени и лодыжки ребенка так, чтобы его ноги были выпрямлены, он стоял на всей ступне, касаясь пятками и икрами вертикальной поверхности ростомера. Голова должна располагаться так, чтобы горизонтальная линия от ушного канала до нижнего края глазницы располагалась строго горизонтально. Чтобы голова оставалась в этом положении, следует придерживать ребенка за подбородок большим и указательным пальцами.

Удерживая голову ребенка в таком положении, другой рукой необходимо опустить подвижную планку ростомера на голову ребенка, плотно прижав волосы. Необходимо снять показание и записать рост ребенка в сантиметрах с точностью до 0,1 см.

### **3.2. Измерение массы тела**

Измерение массы тела ребенка проводится путем взвешивания.

Весы должны находиться на ровной твердой поверхности. Следует попросить мать помогать в процессе взвешивания. Грудных детей следует взвешивать без одежды, завернув в пеленку. На старших детях должно оставаться минимальное допустимое количество одежды (трусы и легкая футболка).

#### Взвешивание ребенка до 2 лет

А) На чашечных весах:

Постелить на лоток сложенную в несколько раз пеленку (следить, чтобы она не закрывала дисплей), тарировать весы. Весы считаются тарированными, когда на дисплее показаны цифры 0.0. Уложить ребенка на весы головой к широкой части (или усадить). Записать показатели массы.

Б) На напольных весах:

Мать должна снять обувь, встать на середину весов и не шевелиться. Сначала взвешивается только мать. При этом кто-то должен держать раздетого ребенка, завернутого в пеленку. Одежда матери не должна закрывать дисплей. Мать должна оставаться на весах и после того, как на дисплее будет показана ее масса тела, до тех пор, пока не будет взвешен ребенок, находящийся у нее на руках. Пока мать находится на весах и ее масса тела показана на дисплее, весы тарируются. Весы считаются тарированными, когда на дисплее показаны цифры 0.0.

- Матери передают раздетого ребенка и просят ее не двигаться.
- На дисплее появится показатель массы тела ребенка (с точностью до 0,1 кг), который следует записать.

*Примечание. Если масса тела матери очень велика (свыше 100 кг), а масса тела ребенка относительно мала (например, менее 2,5 кг), масса тела ребенка может не отобразиться на весах. В таких случаях просят поддержать ребенка на весах более легкого человека.*

#### Взвешивание ребенка старше 2 лет

Если возраст ребенка 2 года или старше и он может стоять, не двигаясь, его

можно взвешивать одного. Если ребенок не стоит спокойно, проводят взвешивание с тарированием. Мать может помочь ребенку снять обувь и верхнюю одежду. После включения весов ребенок должен встать на середину весов, ноги врозь, и не шевелиться до тех пор, пока на дисплее не появится результат взвешивания. Масса тела ребенка записывается с точностью до 0,1 кг.

**3.3. Индекс массы тела** – индекс, который рассчитывается как отношение массы тела в килограммах к квадрату роста человека, выраженному в метрах. Расчет ИМТ проводится с использованием ранее измеренных роста и веса ребенка

### **3.4. Диагностические критерии ожирения у детей**

В качестве диагностического критерия ожирения у детей рекомендовано определение величины стандартных отклонений ИМТ (SDS ИМТ). С учетом рекомендаций ВОЗ, ожирение у детей и подростков от 0 до 19 лет следует определять, как ИМТ, равный или более +2,0 SDS ИМТ. На сайте ВОЗ представлены новые нормативные значения роста и веса для детей в виде таблиц и кривых для возраста 0 — 5-ти лет (<http://who.int/childgrowth/standards/ru/>) и для возраста 5 — 19 лет ([http://who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en/index.html](http://who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html)) (см. Приложение 1,2). Кроме этого, для диагностики ожирения у детей могут использоваться программные средства ВОЗ Anthro (для возраста 0 – 5 лет) и AnthroPlus (для возраста 5 – 19 лет) для персональных компьютеров (<http://who.int/childgrowth/software/en/>).

## **4.Классификация ожирения (В.А Петеркова, О.В. Васюкова, 2015)**

1. По этиологии:

- простое (конституционально-экзогенное, идиопатическое) — ожирение, связанное с избыточным поступлением калорий в условиях гиподинамии и наследственной предрасположенности;
- гипоталамическое — ожирение, связанное с наличием и лечением опухолей гипоталамуса и ствола мозга, лучевой терапией опухолей головного мозга и гемобластозов, травмой черепа или инсультом;
- ожирение при нейроэндокринных заболеваниях (гиперкортицизме, гипотиреозе и др.);

- ожирение ятрогенное (вызванное длительным приемом кортикостероидов, антидепрессантов и других препаратов);
- моногенное ожирение — вследствие мутаций генов лептина, рецептора лептина, рецепторов меланокортинов 3-го и 4-го типа, проопиомеланокортина, проконвертазы 1-го типа, рецептора нейротрофического фактора — тропомиозин-связанной киназы B);
- синдромальное ожирение (при хромосомных нарушениях, заболеваниях вследствие геномного импринтинга, других генетических синдромах — Прадера—Вилли, хрупкой X-хромосомы, Альстрема, Кохена, Дауна, при псевдогипопаратиреозе и др.).

## 2. По наличию осложнений и коморбидных состояний:

- нарушения углеводного обмена (нарушение толерантности к глюкозе, нарушение гликемии натощак, инсулинорезистентность, сахарный диабет),
- неалкогольная жировая болезнь печени (жировой гепатоз и стеатогепатит как наиболее часто встречающиеся у детей состояния),
- дислипидемия,
- артериальная гипертензия,
- задержка полового развития,
- ускоренное половое развитие,
- синдром гиперандрогении,
- синдром апноэ-гипопноэ,
- нарушения опорно-двигательной системы (болезнь Блаунта, остеоартрит, спондилолистез и др),
- желчно-каменная болезнь

## 3. По степени ожирения:

- SDS ИМТ 2.0 – 2.5 — I степень
- SDS ИМТ 2.6 – 3.0 — II степень
- SDS ИМТ 3.1 – 3.9 — III степень
- SDS ИМТ  $\geq$  4.0 — морбидное

## 5. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

- E66.0 Ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов
- E66.1 Ожирение, вызванное приемом лекарственных средств
- E66.2 Крайняя степень ожирения, сопровождающаяся альвеолярной гиповентиляцией
- E66.8 Другие формы ожирения
- E66.9 Ожирение неуточненное

Примеры: E 66.0 - Конституционально-экзогенное ожирение III степени. Дислипидемия. Нарушение толерантности к глюкозе.

E66.8 - Моногенное ожирение, обусловленное дефицитом проопиомеланокортина II степени. Вторичная надпочечниковая недостаточность.

## 6. Оценка артериального давления

Помимо антропометрических измерений всем детям с ожирением для выявления артериальной гипертензии рекомендуется проводить измерение артериального давления и оценивать его с учетом пола, возраста и роста.

Измерение и последующая оценка артериального давления проводится согласно клиническим рекомендациям «Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков» [4]. У детей и подростков выделяют: нормальное АД, высокое нормальное АД и артериальную гипертензию 1 и 2 степени. Оценка уровней АД проводится с использованием перцентильных таблиц, учитывающих пол, возраст и рост пациентов.

**Нормальное АД** – систолическое (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД), уровень которого  $\geq 10$ -го и  $< 90$ -го перцентилей кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола и роста.

**Высокое нормальное АД** – САД и/или ДАД, уровень которого  $\geq 90$ -го и  $< 95$ -го

процентиля кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола и роста или  $\geq 120/80$  мм рт.ст. (даже если это значение  $< 90$ -го процентиля).

**Артериальная гипертензия** определяется как состояние, при котором средний уровень САД и/или ДАД, рассчитанный на основании трех отдельных измерений  $\geq$  значения 95-го процентиля кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола и роста.

Если уровни САД и ДАД попадают в разные категории, то степень АГ устанавливается по более высокому значению одного из этих показателей.

У детей и подростков выделяют 2 степени артериальной гипертензии:

**1 степень** – средние уровни САД и/или ДАД из трех измерений равные или превышающие значения 95-го процентиля, установленные для данной возрастной группы, при условии, что они превышают 99-й процентиль не более чем на 5 мм рт.ст.

**2 степень (тяжелая)** – средние уровни САД и/или ДАД из трех измерений, превышающие значения 99-го процентиля более чем на 5 мм рт.ст., установленные для данной возрастной групп.

## **7. Оценка полового развития**

Всем детям с ожирением для объективной оценки состояния ребенка рекомендуется оценивать стадию полового развития по шкале Таннера (см. Приложения 3, 4).

## **8. Оценка психомоторного развития**

Для скрининга генетических синдромов, ассоциированных с ожирением, всем детям рекомендуется оценивать психомоторное развитие.

## 9. Скрининг осложнений ожирения в рамках диспансерного наблюдения

Всем детям с ожирением с целью скрининга осложнений рекомендовано исследование биохимического анализа крови для выявления нарушений углеводного и липидного обмена, определение активности АЛТ и АСТ в крови.

При оценке уровня глюкозы крови натощак значение  $< 6,1$  ммоль/л свидетельствует о нормогликемии; при значениях от  $6,1$  до  $6,9$  ммоль/л – о нарушении гликемии натощак. Уровень глюкозы крови натощак  $\geq 7$  ммоль/л позволяет заподозрить наличие у ребенка сахарного диабета.

Для диагностики дислипидемии у всех детей с ожирением определяют уровень общего холестерина, уровни холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности, триглицеридов в крови.

Диагноз дислипидемии устанавливается при наличии 2-х и более “высоких” и/или “низких” показателей:

- Холестерин  $\geq 5,2$  ммоль/л
- Триглицериды  $>1,3$  (для детей до 10 лет);  $\geq 1,7$  (для детей старше 10 лет) ммоль/л
- ЛПВП  $\leq 0,9$  (мальчики) и  $\leq 1,03$  (девочки) ммоль/л
- ЛПНП  $\geq 3,0$  ммоль/л

Для скрининга НАЖБП и желчнокаменной болезни у детей и подростков с ожирением рекомендовано проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости. Исследование активности АЛТ и АСТ в сочетании с ультразвуковым исследованием печени рекомендуется всем пациентам с ожирением для скрининга неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Активность АЛТ, превышающая верхнюю границу нормы, установленной для данной лаборатории, у детей с признаками НАЖБП по УЗИ при отсутствии других причин синдрома цитолиза (вирусные, метаболические поражения печени и др.) расценивается как проявление стеатогепатита.

## **10. Оценка композиционного состава тела**

Детям с ожирением рекомендуется (при наличии такой возможности), определение процентного соотношения воды, мышечной и жировой ткани с помощью анализатора состава тела человека методом биоимпедансного анализа. По точности получаемых результатов биоимпедансный анализ приближается к данным, полученным при проведении рентгеновской денситометрии. Преимуществами метода являются отсутствие лучевой нагрузки и возможность проведения исследований в динамике.

## **11. Диспансерное наблюдение детей с ожирением**

Алгоритм диспансерного наблюдения детей с ожирением зависит от степени ожирения. Общая схема маршрутизации при диспансерном наблюдении детей с ожирением представлена в Приложении 5.

**Дети с ожирением I степени** (SDS ИМТ от 2,0 до 2,49) подлежат диспансерному наблюдению участковыми врачами-педиатрами.

Целью диспансерного наблюдения данной группы пациентов является снижение рисков развития осложнений ожирения. Для достижения цели необходима нормализация массы тела. Диспансерное наблюдение осуществляется в течение всего периода заболевания до нормализации SDS ИМТ (согласно нормам ВОЗ SDS ИМТ). Алгоритм диспансерного наблюдения представлен в Приложении 6

**Детей с ожирением II степени** (SDS ИМТ от 2,5 до 2,99) подлежат диспансерному наблюдению врачами - детскими эндокринологами (при его отсутствии участковыми врачами-педиатрами или врачами-педиатрами Центра здоровья для детей (при его наличии)).

Целью диспансерного наблюдения данной группы пациентов является снижение рисков развития осложнений ожирения. Для достижения цели необходима нормализация массы тела.

Диспансерное наблюдение осуществляется в течение всего периода заболевания до нормализации SDS ИМТ (согласно нормам ВОЗ SDS ИМТ). Алгоритм диспансерного наблюдения представлен в Приложении 7.

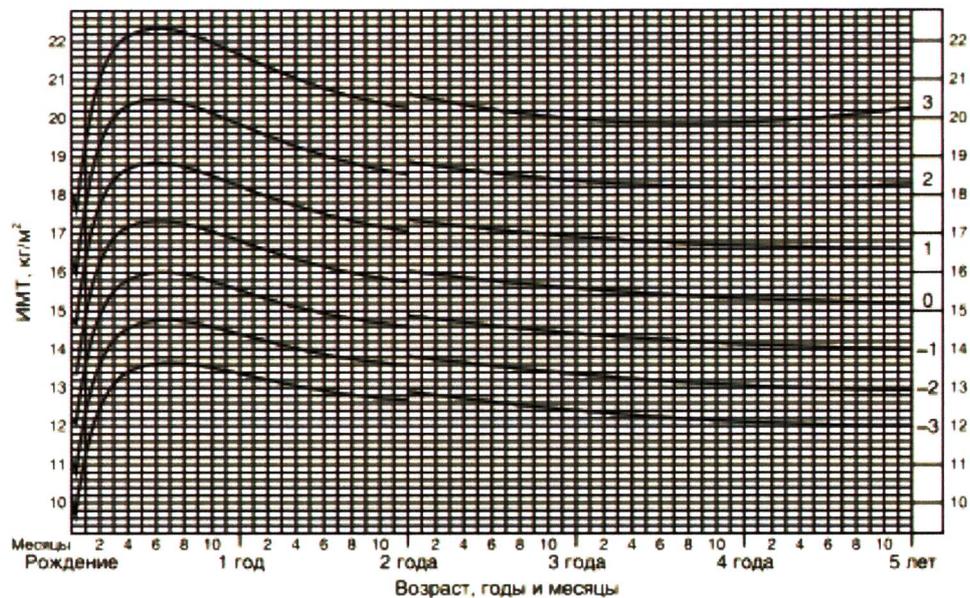
**Дети с ожирением III степени и морбидным (SDS ИМТ  $\geq 3,0$ )** подлежат диспансерному наблюдению врачами-детскими эндокринологами.

Целью диспансерного наблюдения данной группы пациентов является предотвращение прогрессирования имеющихся метаболических нарушений и развития новых осложнений ожирения. Для достижения цели необходима нормализация массы тела. Диспансерное наблюдение осуществляется в течение всего периода заболевания до нормализации SDS ИМТ (согласно нормам ВОЗ SDS ИМТ). Алгоритм диспансерного наблюдения представлен в Приложении 8.

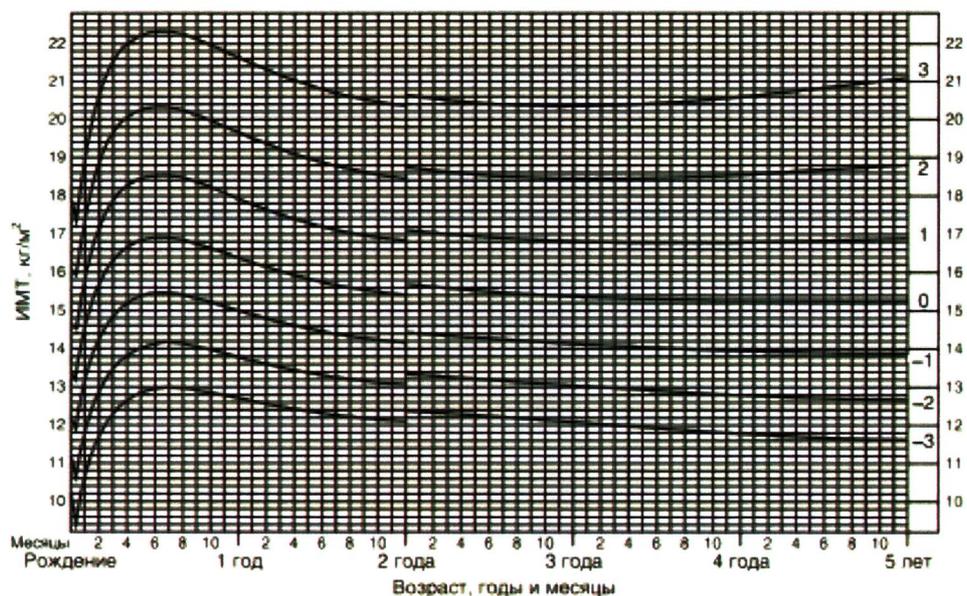
## ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Нормативные значения ИМТ для детей от 0 до 5 лет (по ВОЗ).

### Диаграмма динамики индекса массы тела у мальчиков в возрасте от 0 до 5 лет

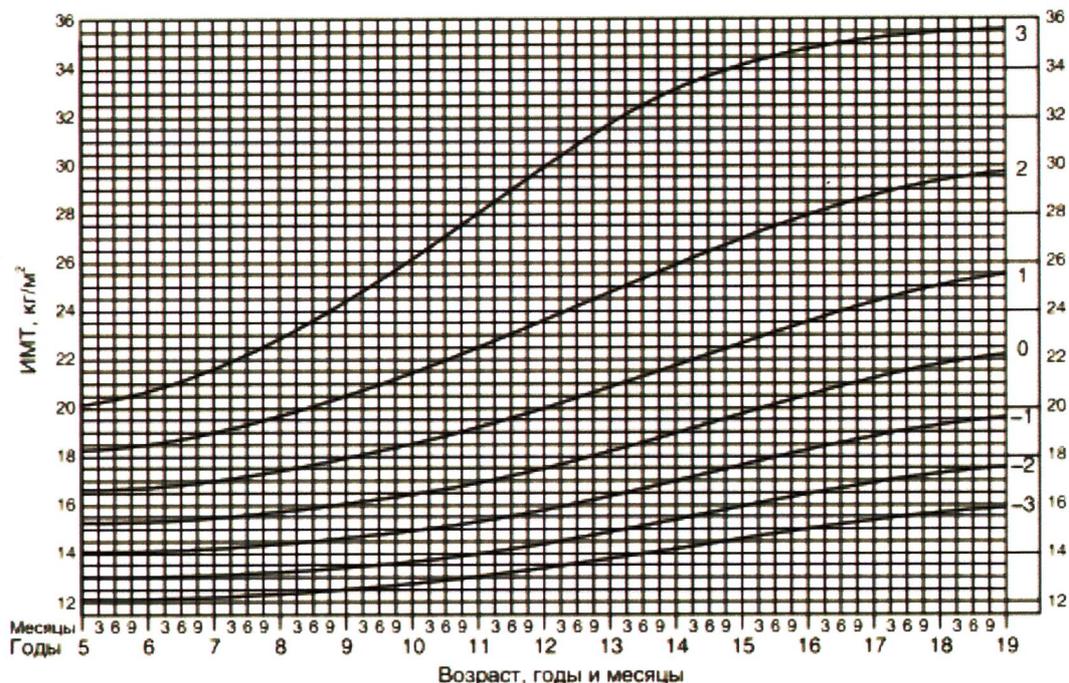


### Диаграмма динамики индекса массы тела у девочек в возрасте от 0 до 5 лет

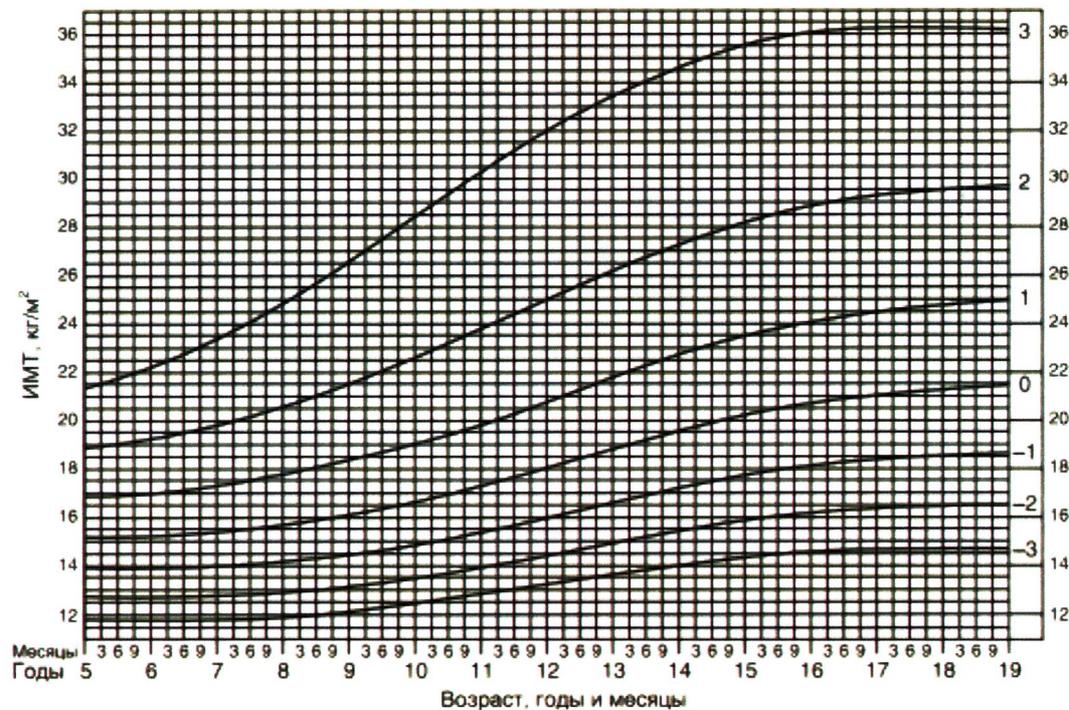


Приложение 2. Нормативные значения ИМТ для детей от 5 до 19 лет (по ВОЗ).

**Диаграмма динамики индекса массы тела у мальчиков в возрасте от 5 до 19 лет**



**Диаграмма динамики индекса массы тела у девочек в возрасте от 5 до 19 лет**



Стадии полового развития у мальчиков по классификации Таннер

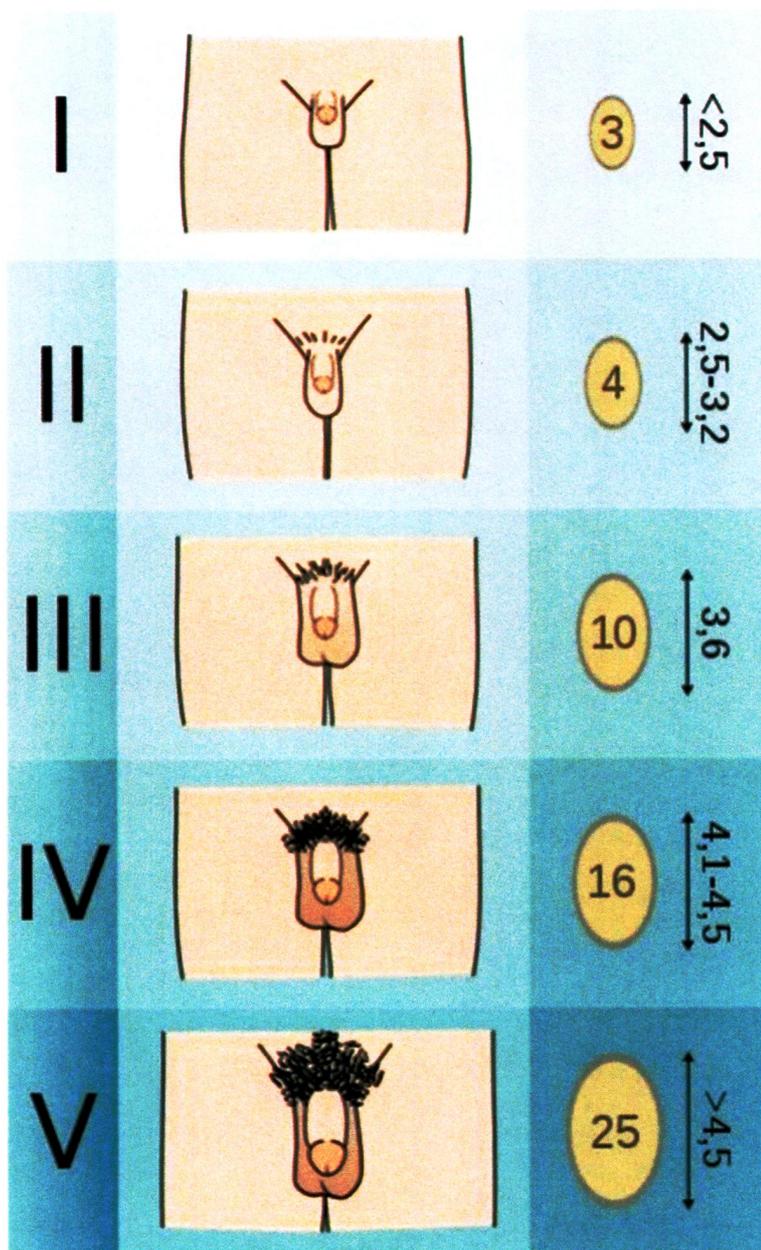


Рисунок 2. Стадии полового развития у мальчиков. I стадия -оволосение отсутствует; яички, мошонка и половой член допубертатные. Объем яичек 2-3 мл. 2 стадия - рост редких пигментированных волос вокруг основания полового члена; мошонка увеличивается, становится слегка окрашенной. Объем яичек 4 мл. 3 стадия - волосы становятся темнее и гуще, располагаются на лонном сочленении; начинается рост полового члена в длину; мошонка начинает приобретать складчатость. Объем яичек 10 мл. 4 стадия - оволосение лобковой области полное, но отсутствует оволосение бёдер и нижней части живота; половой член продолжает расти в длину; увеличивается диаметр головки; наружные гениталии приобретают пигментацию. Объем яичек – от 12 мл. 5 стадия - Взрослый «ромбовидный» тип оволосения; наружные гениталии достигают максимальных размеров. Объем яичек – от 15 мл.

## Приложение 4.

### Стадии полового развития у девочек по классификации Таннер

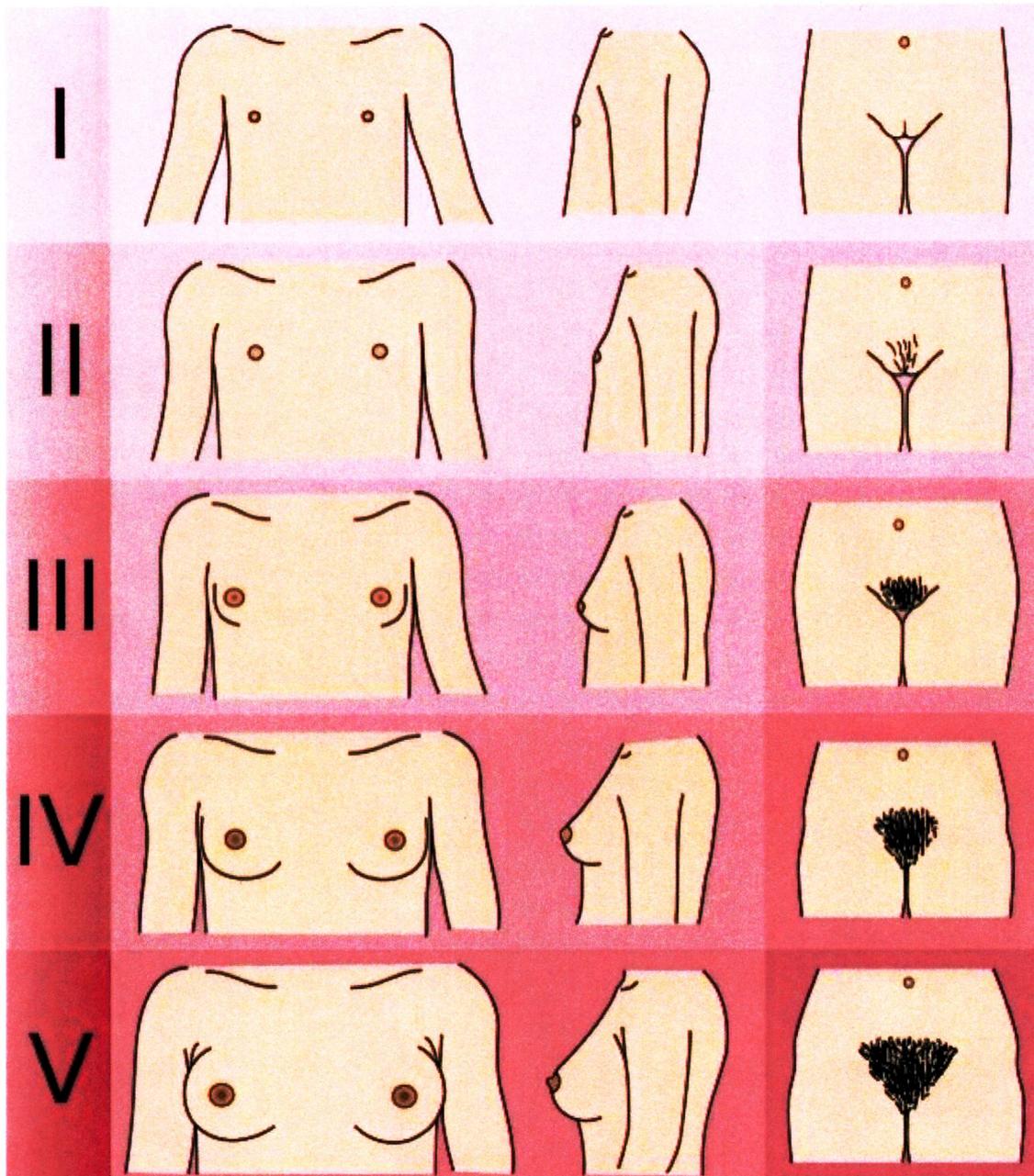
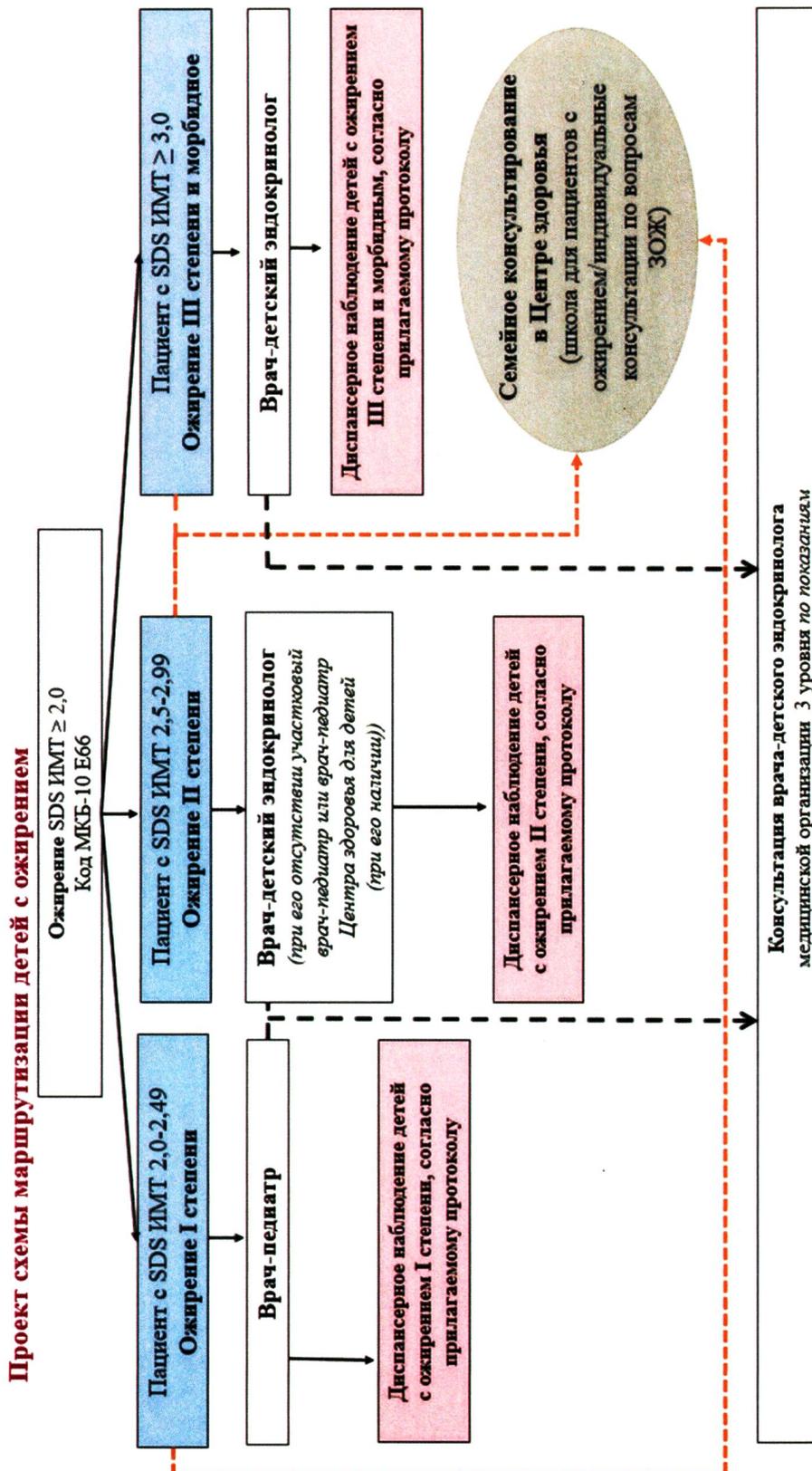


Рисунок 1. Стадии развития молочных желез и полового оволосения у девочек по Tanner.

*Молочные железы:* 1 стадия: молочные железы препубертатные, Препубертатный железистая ткань отсутствует, диаметр ареолы < 2 см, ареолы бледно окрашены. 2 стадия: молочные железы и ареолы выступают в виде конуса без выделения их контуров, появляется пигментация ареолы. 3 стадия - Ареола интенсивно окрашена, выступает в виде второго конуса над тканью молочной железы. 4 стадия - зрелая грудь, выступает только сосок.

*Половое оволосение:* 1 стадия - оволосение отсутствует. 2 стадия - рост редких пигментированных волос на половых губах. 3 стадия - волосы становятся темнее и гуще, располагаются на лонном сочленении. 4 стадия- оволосение лобковой области полное.

Схема маршрутизации детей с ожирением



**Диспансерное наблюдение детей с ожирением I степени  
(SDS ИМТ от 2,0 до 2,49)**

Дети с ожирением I степени (SDS ИМТ от 2,0 до 2,49) подлежат диспансерному наблюдению участковыми врачами-педиатрами.

**Целью** диспансерного наблюдения данной группы пациентов является снижение рисков развития осложнений ожирения. Для достижения цели необходима нормализация массы тела.

Диспансерное наблюдение осуществляется в течение всего периода заболевания до нормализации SDS ИМТ (согласно нормам ВОЗ SDS ИМТ). Краткий алгоритм диспансерного наблюдения представлен в таблице 1.

Таблица 1.

Алгоритм диспансерного наблюдения детей с ожирением I степени  
(SDS ИМТ от 2,0 до 2,49)

Показатель	Частота обследования
<b>Консультации специалистов</b>	
Консультация врача-педиатра	1 раз в 6 месяцев
Консультация врача-детского эндокринолога (при отрицательной динамике с увеличением SDS ИМТ в течение 12 месяцев наблюдения)	1 раз в год
Консультация врача-диетолога (при его наличии)	1 раз в год
<b>Объективный осмотр</b>	
Измерение роста, массы тела, расчет ИМТ и SDS ИМТ (согласно нормам ВОЗ)	На каждом приеме врача
Измерение АД	
Оценка полового развития	
Оценка психомоторного развития	
<b>Лабораторные и инструментальные исследования</b>	
Глюкоза венозной крови натощак	1 раз в год
Холестерин общ, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды	1 раз в год
АЛТ, АСТ	1 раз в год
Оценка композиционного состава тела* (при наличии оборудования)	1 раз в 6 месяцев
УЗИ органов брюшной полости	1 раз в год
<b>Иные услуги</b>	
Консультирование по вопросам ЗОЖ (питание, физическая активность, мотивация)	специалистами, осуществляющими диспансерное наблюдение не реже 2 раз в год. При наличии Центра здоровья - семейное консультирование 1 раз в 6 месяцев

\*с учетом возрастных ограничений методики, и уровня двигательной активности пациента.

**Диспансерное наблюдение детей с ожирением II степени  
(SDS ИМТ от 2,5 до 2,99)**

Детей с ожирением II степени (SDS ИМТ от 2,5 до 2,99) подлежат диспансерному наблюдению врачами - детскими эндокринологами (при его отсутствии участковыми врачами-педиатрами или врачами-педиатрами Центра здоровья для детей (при его наличии)).

**Целью** диспансерного наблюдения данной группы пациентов является снижение рисков развития осложнений ожирения. Для достижения цели необходима нормализация массы тела.

Диспансерное наблюдение осуществляется в течение всего периода заболевания до нормализации SDS ИМТ (согласно нормам ВОЗ SDS ИМТ). Краткий алгоритм диспансерного наблюдения представлен в таблице 2.

Таблица 2.

Алгоритм диспансерного наблюдения детей с ожирением II степени  
(SDS ИМТ от 2,5 до 2,99)

Показатель	Частота обследования
<b>Консультации специалистов</b>	
Консультация врача-детского эндокринолога (при его наличии) или врача-педиатра	1 раз в 6 месяцев
Консультация врача-диетолога (при его наличии)	1 раз в год
<b>Объективный осмотр</b>	
Измерение роста, массы тела, расчет ИМТ и SDS ИМТ (согласно нормам ВОЗ)	На каждом приеме врача
Измерение АД	
Оценка полового развития	
Оценка психомоторного развития	
<b>Лабораторные и инструментальные исследования</b>	
Глюкоза венозной крови натощак	1 раз в год
холестерин общ, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды	1 раз в год
АЛТ, АСТ	1 раз в год
УЗИ органов брюшной полости	1 раз в год
Оценка композиционного состава тела* (при наличии оборудования)	1 раз в 6 месяцев
<b>Иные услуги</b>	
Консультирование по вопросам ЗОЖ (питание, физическая активность, мотивация)	специалистами, осуществляющими диспансерное наблюдение не реже 2 раз в год. При наличии Центра здоровья - семейное консультирование 1 раз в 6 месяцев

*\*\*с учетом возрастных ограничений методики, и уровня двигательной активности пациента.*

**Диспансерное наблюдение детей с ожирением III степени и морбидным ожирением (SDS ИМТ  $\geq 3,0$ )**

Дети с ожирением III степени и морбидным (SDS ИМТ  $\geq 3,0$ ) подлежат диспансерному наблюдению врачами-детскими эндокринологами.

**Целью** диспансерного наблюдения данной группы пациентов является предотвращение прогрессирования имеющихся метаболических нарушений и развития новых осложнений ожирения. Для достижения цели необходима нормализация массы тела. Диспансерное наблюдение осуществляется в течение всего периода заболевания до нормализации SDS ИМТ (согласно нормам ВОЗ SDS ИМТ). Краткий алгоритм диспансерного наблюдения представлен в таблице 3.

Таблица 3.

Алгоритм диспансерного наблюдения детей с ожирением III степени и морбидным ожирением (SDS ИМТ  $\geq 3,0$ )

Показатель	Частота обследования
<b>Консультации специалистов</b>	
Консультация врача-детского эндокринолога	1 раз в 6 месяцев*
Консультация профильных специалистов (врача-гастроэнтеролога, врача-детского кардиолога, специалиста по функциональной диагностике (для анализа амбулаторных мониторов или полисомнографии (или врача-оториноларинголога), врача-акушера-гинеколога, врача-психотерапевта и др.)	Периодичность наблюдения определяется профильным специалистом согласно протоколам диспансерного наблюдения по соответствующему заболеванию
Консультация врача-диетолога (при его наличии)	1 раз в год
<b>Объективный осмотр</b>	
Измерение роста, массы тела, расчет ИМТ и SDS ИМТ	На каждом приеме врача
Измерение АД, SpO <sub>2</sub>	
Оценка полового развития	
Оценка психомоторного развития	
Оценка психологического состояния ребенка (отсутствие суицидальных мыслей и поведения, апатии, депрессии)	
Скрининг симптомов синдрома обструктивного апноэ сна (храп и остановки дыхания во сне, сухость во рту после пробуждения, дневная сонливость)	
<b>Лабораторные исследования</b>	
Глюкоза венозной крови натощак	1 раз в год
холестерин общ, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды	1 раз в год
АЛТ, АСТ	1 раз в год
<b>Инструментальные исследования</b>	
ЭКГ	1 раз в год
УЗИ органов брюшной полости	1 раз в год
Оценка композиционного состава тела** (при наличии оборудования)	1 раз в 6 месяцев
<b>Иные услуги</b>	
Консультирование по вопросам ЗОЖ (питание, физическая активность, мотивация)	специалистами, осуществляющими диспансерное наблюдение не реже 2 раз в год. При наличии Центра здоровья - семейное консультирование 1 раз в 6 месяцев

\* в случаях медикаментозной терапии ожирения – 1 раз в 3 месяца

\*\*с учетом возрастных ограничений методики, и уровня двигательной активности пациента

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васюкова О.В., Огороков П.Л., Малиевский О.А., Неймарк А.Е., Зорин Е.А., Яшков Ю.И., Бурмицкая Ю.В., Копытина Д.А., Безлепкина О.Б., Петеркова В.А. Клинические рекомендации «Ожирение у детей». Ожирение и метаболизм. 2024;21(4):439-453. <https://doi.org/10.14341/omet13194>
2. Петеркова В.А., Нагаева Е.В., Ширяева Т.Ю. Оценка физического развития детей и подростков. Методические рекомендации. Москва, 2017 г., 93 стр. [https://alfa-endo.ru/wp-content/uploads/2025/04/posobie\\_ocenka\\_fizicheskogo\\_razvitiya\\_detei\\_i\\_podrosvtkov-201.pdf](https://alfa-endo.ru/wp-content/uploads/2025/04/posobie_ocenka_fizicheskogo_razvitiya_detei_i_podrosvtkov-201.pdf)
3. Петеркова В.А., Васюкова О.В. К вопросу о новой классификации ожирения у детей и подростков. Проблемы Эндокринологии. 2015;61(2):39-44. <https://doi.org/10.14341/probl201561239-44>
4. Александров А.А., Кисляк О.А., Леонтьева И.В. Клинические рекомендации. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков. Системные гипертензии 2020; Том 17; №2, стр. 7-35; <https://doi.org/10.26442/2075082X.2020.2.200126>.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Лучшая диета для снижения веса - это здоровое питание!

### ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ЗДОРОВЬЯ

#### 1. ОБРАЗ ЖИЗНИ

- Составь для себя **распорядок дня** на неделю (сон, завтрак, школа, обед, компьютер, встреча с друзьями, секция или кружок, репетитор, ужин. «ничего неделание», помощь по дому, чтение для себя и т.д.) и старайся его выполнять: регулярность 3/4 залог успеха.
- **Помощь родителей:** попроси родителей помочь тебе (даже если у них тоже есть избыточная масса тела и они уверены, что это хорошо и у тебя проблем нет), правильно сформулируй свою просьбу: если есть вопросы, которые ты бы хотел обсудить с врачом, попроси родителей записаться на приём, приготовить для тебя еду, которую ты бы хотел взять с собой в школу на перекус: погулять с тобой, записать тебя в секцию или вместе сходить на тренировку; организовать еженедельные (в идеале  $\frac{3}{4}$  ежедневные семейные обеды или ужины).
- **Полноценный сон:** здоровый сон должен длиться не менее 8-9 часов; для желающих похудеть нужно спать крепко как минимум с 24 ночи до 6 утра, поэтому старайся быть в кровати в 22-23 часа.
- **Режим питания** не должен вызывать чувство голода: чтобы худеть, нужно есть чаще (завтрак, обед, ужин и два перекуса), но меньше. Научись брать еду для перекуса в школу с собой.
- От ужина при желании можно отказаться, но **завтрак в твоей жизни обязателен!**
- **Во - время еды 3/4 только еда.** Не читай, не смотри телевизор, не сиди за компьютером. И тогда ты счастливо избежишь «переедания».
- То, что съедается и выпивается в течение дня, должно соответствовать твоей активности. Поэтому необходимо устранить привычку принимать основное количество пищи на ночь, стараться **прекращать приём пищи за 2-3 часа до сна.** Исключи еду «на ходу» и фаст-фуд, и хот-доги, чипсы, бутерброды, жаренные продукты.
- **Просмотр телевизора, работа и игра на компьютере  $\frac{3}{4}$  не более 1-2 часов в день!**
- **Постепенность-** никакого голодания и супер-диет! Снижение веса должно быть постепенным, не более 500 г в неделю.
- **«Не заедать обиды»:** неприятные ситуации, волнения и переживания в школе, дома лучше «не заедать под подушкой», а «заговаривать в

беседе с родителями и друзьями, если необходимо, то попроси родителей сходить с тобой к психологу.

**Обязательно следи за весом.** Взвешиваться лучше с утра, до еды. 1 раз в неделю. Не забывай записывать свой вес. Радуйся каждому потерянному и не набранному килограмму.

## **2. ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ**

- Главный принцип- **двигайся!**
- Помни, что для эффективного снижения веса физические упражнения должны быть **ежедневными, продолжительностью не менее 60 минут.**
- Ходи на аэробику, шейпинг, фитнес, аквааэробику, в бассейн, просто ходи пешком.
- Не нравится спорт-ходи на танцы.
- Помогай дома- мой посуду, полы, протирай пыль.
- Если есть время, пройди пешком до школы и обратно, а не добирайся на автобусе или метро.

## **3. ПИТАНИЕ**

- Все сладкие напитки (это не только газированные напитки, но также покупные соки и холодные чаи) нежелательны. Во-первых, это вредно, во-вторых, сладко. Лучше всего пить простую или минеральную воду, чай и кофе с 1 чайной ложкой сахара, лимоном или молоком, отвары ягод (шиповник), по желанию- компот из свежих фруктов без сахара, 0,5-1 стакан свежевыжатого фруктового сока (яблоко, апельсин, ягоды), на 1/3 разведенного водой или овощного сока.
- Ешь кашу на завтрак: овсяная каша с яблоками, изюмом, пшенная с тыквой, гречневая каша с молоком. Гречка с мясом на завтрак тоже очень даже хорошо. Дело в том, что каши содержат «длинные» углеводы (в отличие от «коротких» углеводов, которыми обладают твои любимые булочки) и дают тебе необходимую энергию до обеда. Также для завтрака подойдут овсяные (не кукурузные!), которые можно смешать с кефиром, молоком, фруктами.
- Любви фрукты и овощи: яблоки (хороши в запечённом виде) цитрусовые (грейпфрут, апельсин, несладкие мандарины), ягоды (свежие или замороженные), ананас, капусту (белокочанную, цветную, брюссельскую и т.д.) огурцы, тыкву, томаты, кабачки, баклажаны (только все не жареное), стручковую фасоль, и зеленый горошек, зелень (салат, петрушка, сельдерей, укроп), запеченный или отварной картофель.

- **Исключи:** бананы. Груши, виноград. Финики, сухофрукты, орехи и семечки, чипсы, картофель жаренный и фри.
- Не увлекайся сладкими йогуртами и творожками: большинство из них содержат в своем составе много сахара и крахмал. Забудь про глазированные сырки и творожную массу. Можно творог до 5% жирности, натуральный йогурт, кефир, ряженку, простоквашу.
- Старайся регулярно есть рыбные или мясные блюда. Диетические сорта мяса - это курица, телятина, индейка, говядина. Избегай: колбасу, сосиски, сардельки, рыбные консервы в масле, копченую рыбу.
- Ограничь потребление сладостей до 1 приема в течение дня. Старайся заменить конфеты фруктами и ягодами. Предпочтительно (редко, немного): мармелад, пастила, зефир-вместо шоколада и халвы, сорбет - вместо мороженого.