Ожирение у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: E66.0, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9, E67.8 · Российская ассоциация эндокринологов, Общество бариатрических хирургов

Ожирение у детей — гетерогенная группа наследственных и приобретённых заболеваний, при которых избыточно накапливается жировая ткань. Рекомендация посвящена диагностике ожирения и его осложнений, изменению образа жизни, ограниченной медикаментозной терапии и показаниям к бариатрической хирургии у подростков.

Главное

- Диагноз ожирения у детей и подростков 0–19 лет устанавливают при ИМТ ≥ +2,0 SDS; избыточная масса тела соответствует +1,0–< +2,0 SDS, нормальная — диапазону ±1,0 SDS.
- Степени ожирения: I — 2,0–2,5 SDS, II — 2,6–3,0, III — 3,1–3,9, морбидное — ≥ 4,0 SDS.
- Простое конституционально-экзогенное ожирение составляет до 98–99% случаев и обычно начинается после 5 лет или в пубертате. Ожирение до 5 лет с выраженной полифагией, особенно при тяжёлом семейном анамнезе, — основание для скрининга моногенных и синдромальных форм (УУР С, УДД 5).
- У каждого ребёнка с избыточной массой тела или ожирением оценивают рост, SDS роста, массу тела, SDS ИМТ, окружность талии, распределение жировой ткани, артериальное давление, признаки инсулинорезистентности и стадию полового развития по Таннеру (УУР С, УДД 5).
- Основа лечения — нормализация питания, увеличение физической активности и коррекция пищевого поведения у ребёнка и семьи. Цель на ближайшие 6–12 месяцев — удержать SDS ИМТ; в дальнейшем — снизить SDS ИМТ до диапазона избыточной или нормальной массы тела и предупредить коморбидные состояния.
- Детям 6–17 лет нужна физическая активность умеренной и высокой интенсивности не менее 60 минут ежедневно; высокоинтенсивные нагрузки включают не менее 3 раз в неделю (УУР С, УДД 5). Неактивное экранное время следует ограничить 2 часами в день или меньше (УУР С, УДД 5).
- Фармакотерапию добавляют с 12 лет после неэффективности мероприятий по изменению образа жизни, продолжавшихся не менее 1 года (УУР А, УДД 1).
- Бариатрическая хирургия рассматривается у подростков с морбидным ожирением при выполнении установленных антропометрических, возрастных, психологических и организационных условий.
- Диспансерное наблюдение включает контроль антропометрии, SDS ИМТ и фактического питания. Подросткам с ожирением необходима консультация детского эндокринолога и скрининг коморбидных состояний; в первые 3 месяца визиты проводят ежемесячно, затем при положительной динамике — раз в 6 месяцев.

Диагностика

1. Рассчитать ИМТ как массу тела в килограммах, делённую на квадрат роста в метрах, и определить SDS ИМТ с учётом возраста и пола. Ожирение диагностируют при SDS ИМТ ≥ +2,0, избыточную массу тела — при +1,0–< +2,0.
2. Собрать анамнез: вес при рождении, возраст дебюта, динамику роста и веса, психомоторное развитие, семейный анамнез ожирения, сахарного диабета 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний, неврологические жалобы, храп не менее 3 ночей в неделю и остановки дыхания во сне.
3. Провести физикальное обследование: измерить рост, SDS роста, массу тела, окружность талии и рассчитать SDS ИМТ; оценить распределение жировой ткани, артериальное давление, стрии, фолликулярный кератоз, acanthosis nigricans, признаки андрогензависимой дермопатии, фенотипические особенности генетических синдромов и стадию полового развития по Таннеру (УУР С, УДД 5).
4. Для скрининга осложнений выполнить биохимический анализ крови с общим холестерином, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридами, АлАТ и АсАТ. Дислипидемию устанавливают при наличии не менее двух высоких и/или низких показателей: общий холестерин ≥ 5,2 ммоль/л, ЛПНП ≥ 3,0 ммоль/л, триглицериды > 1,3 ммоль/л до 10 лет или ≥ 1,7 ммоль/л после 10 лет, ЛПВП ≤ 0,9 ммоль/л у мальчиков или ≤ 1,03 ммоль/л у девочек.

5. Пациентам старше 10 лет выполнить ОГТТ с глюкозой натощак и через 120 минут; нагрузка составляет 1,75 г глюкозы на 1 кг массы, но не более 75 г, после 8–14 часов голодания (УУР С, УДД 5). Нарушение гликемии натощак — 6,1–6,9 ммоль/л, нарушение толерантности — 7,8–11,1 ммоль/л через 2 часа, сахарный диабет — глюкоза натощак ≥7,0 ммоль/л, через 2 часа ≥11,1 ммоль/л, случайная гликемия ≥11,1 ммоль/л при классических симптомах или HbA1c >6,5%.
6. Провести комплексное УЗИ органов брюшной полости для скрининга неалкогольной жировой болезни печени и желчнокаменной болезни (УУР С, УДД 5).
7. АлАТ выше верхней границы нормы при признаках НАЖБП по УЗИ и отсутствии других причин цитолиза расценивают как проявление стеатогепатита.
8. При сонливости днём, храпе или остановках дыхания во сне назначить ночную полисомнографию; альтернативой может быть кардиореспираторное мониторирование (УУР В, УДД 3).
9. Гормональные, генетические исследования и МРТ головного мозга выполняют только при подозрении на гипоталамическую, эндокринную, моногенную или синдромальную форму (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Назначить нормокалорийное рациональное питание по возрасту с достаточным количеством белков, углеводов, витаминов и микроэлементов и минимально необходимым количеством жиров, с учётом пищевых предпочтений ребёнка (УУР А, УДД 1). Ограничить сладкие напитки; сладкие фрукты — до 1 порции 100 г в день; обеспечить не менее 4 приёмов пищи и обязательный завтрак.
- Увеличить долю овощей, пищевых волокон и цельнозерновых продуктов: овощи — 300 г в день для детей младшего возраста и 400 г для подростков. Контролировать размер порций, учить есть медленно и без телевизора, компьютера или телефона.
- Детям 6–17 лет обеспечить не менее 60 минут умеренной или высокой физической активности ежедневно; высокоинтенсивные нагрузки — не менее 3 раз в неделю (УУР С, УДД 5). Детям 1–4 лет для профилактики ожирения нужны двигательные активности любой интенсивности суммарно не менее 180 минут в день (УУР С, УДД 5).
- Нормализовать сон и сократить экранное время до 2 часов в день или меньше (УУР В, УДД 1 и УУР С, УДД 5). Ориентировочная продолжительность сна: 5–13 лет — 9–11 часов, 14–18 лет — 8–10 часов в сутки.
- Старше 12 лет при неэффективности изменения образа жизни в течение не менее 1 года можно добавить лираглутид или орлистат. Лираглутид начинают с 0,6 мг подкожно 1 раз в сутки, повышая дозу на 0,6 мг с интервалами не менее недели до 3,0 мг или максимально переносимой дозы (УУР В, УДД 2).
- Орлистат назначают подросткам старше 12 лет по 120 мг перед основными приёмами пищи; максимальная доза — 360 мг в сутки, длительность лечения может составлять 3–12 месяцев (УУР В, УДД 2). Метформин не используют для лечения неосложнённого ожирения без коморбидных состояний (УУР С, УДД 5).
- При синдроме Прадера–Вилли возможен соматропин: средняя доза — 1 мг/м²/сут, начинают с 0,5 мг/м²/сут и титруют под контролем ИФР-1; у детей до 2 лет применяли 0,6 мг/м²/сут (УУР В, УДД 2). Противопоказания включают тяжёлое осложнённое ожирение, некомпенсированный сахарный диабет, тяжёлое апноэ, активные злокачественные новообразования и психотические расстройства.
- Бариатрическую операцию рассматривают у подростков при ИМТ >35 кг/м² и клинически значимых метаболических осложнениях либо при ИМТ >40 кг/м² независимо от осложнений. Нужны завершённое или близкое к завершению физическое развитие, 4–5-я стадия Таннера, неэффективность консервативного лечения не менее 6 месяцев в специализированном центре, отсутствие психических заболеваний, психологических или поведенческих нарушений, препятствующих соблюдению рекомендаций, и готовность к длительному наблюдению (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- При развитии ожирения у детей до 3 лет показана консультация детского эндокринолога; подросткам с ожирением и детям с осложнённым ожирением — консультация врача-детского эндокринолога.
- Плановая госпитализация или лечение в дневном стационаре показаны для комплексного скрининга осложнений, если его нельзя выполнить амбулаторно; для комплексного лечения и проведения Школы пациентов при невозможности амбулаторной помощи; а также при планировании хирургического лечения.
- При гипертоническом кризе, остром животе на фоне желчнокаменной болезни или апноэ госпитализировать в профильное отделение по основному неотложному состоянию.

- После бариатрической операции требуется длительное наблюдение в специализированном центре детским и бариатрическим хирургом, педиатром или детским эндокринологом и психологом; необходимо контролировать витамины и микроэлементы.

Частые вопросы

Какой ИМТ считать ожирением у ребёнка?

Ожирение диагностируют при ИМТ ≥+2,0 SDS для соответствующего возраста и пола.

Нужно ли всем детям с ожирением сдавать ТТГ?

Рутинное определение ТТГ для поиска эндокринной причины ожирения не рекомендуется (УУР С, УДД 5). ТТГ и свободный Т4 исследуют при подозрении на гипотиреоз; повышение ТТГ до 5–7 мЕд/л у детей с ожирением чаще является следствием, а не причиной ожирения.

Когда назначать ОГТТ ребёнку с ожирением?

ОГТТ показан всем пациентам с ожирением старше 10 лет; исследуют глюкозу натощак и через 120 минут (УУР С, УДД 5). До 10 лет тест проводят индивидуально при акантозе, диабете у родственников, гестационном диабете у матери или подозрении на синдромы с ранним диабетом.

Когда можно назначить лекарство для снижения веса?

Старше 12 лет, если изменение образа жизни было неэффективным и продолжалось не менее года (УУР А, УДД 1). Возможны лираглутид и орлистат; лираглутид титруют от 0,6 до 3,0 мг/сут, орлистат назначают по 120 мг перед основными приёмами пищи.

Какие критерии нужны для бариатрической операции у подростка?

Операцию рассматривают при ИМТ >35 кг/м² с клинически значимыми метаболическими осложнениями или при ИМТ >40 кг/м² независимо от осложнений. Также необходимы близкое к завершению физическое развитие, 4–5-я стадия Таннера, неэффективность консервативного лечения не менее 6 месяцев, отсутствие психических заболеваний, психологических или поведенческих нарушений, препятствующих соблюдению рекомендаций, и готовность к длительному наблюдению.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/229-ozhirenie-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/229_3