

Получена: 31 Мая 2023 / Принята: 10 Августа 2023 / Опубликовано online: 31 августа 2023

DOI 10.34689/SH.2023.25.4.024

УДК 616-053.2-056.52

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТСКОГО ОЖИРЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

Әкімжан М. Бахтыбай¹, <https://orcid.org/0009-0008-0439-527X>

Зайтуна А. Хисметова¹, <https://orcid.org/0000-0001-5937-3045>

Назым С. Искакова¹, <https://orcid.org/0000-0001-5631-5499>

Гульзат Ж. Сарсенбаева², <https://orcid.org/0000-0002-1518-6528>

Камила М. Ахметова³, <https://orcid.org/0009-0009-6257-4337>

¹ НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан;

² АО «Южно-казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Республика Казахстан.

³ НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Республика Казахстан.

Резюме

Актуальность. На сегодняшний день ожирение детского возраста является глобальной пандемией. Профилактические стратегии признаны наиболее эффективным вмешательством общественного здравоохранения в сдерживание этой пандемии. Многокомпонентный подход, включающий модификацию диеты и пропаганду здорового образа жизни, регулярную физическую активность, минимизацию времени проводимого перед экраном, и поведенческие вмешательства, показали эффективность для предотвращения ожирения. Участие семьи, школы и сообщества важно для долгосрочных результатов, равно как и участие правительства в разработке политики, которая помогает создать среду и возможности для здорового питания и физической активности. Борьба с детским ожирением является сложной задачей. Она включает в себя следование структурированной программе снижения веса, разработанной индивидуально для каждого ребенка, наряду со здоровым питанием и здоровым образом жизни. Препараты против ожирения играют ограниченную роль в детском возрасте и не рекомендуются детям младшего возраста. Бариатрическая хирургия предназначена для подростков старшего возраста с морбидным ожирением, но данные о долгосрочной безопасности ее применения в этой возрастной группе ограничены.

Цель. Провести анализ данных литературы по профилактике и лечению детского ожирения в условиях первичной медико-санитарной помощи.

Стратегия поиска. В исследовании изучены полнотекстовые публикации на английском и русском языках, которые посвящены профилактике и лечению детского ожирения в условиях первичной медико-санитарной помощи. В процессе поиска литературы использованы следующие поисковые системы: Pubmed, Web of science, Cyberleninka, Google Scholar по ключевым словам. Временной период был обозначен 2013-2023 годами. *Критерии включения* публикаций в обзор были следующими: полнотекстовые публикации на русском и английском языках, находящиеся в открытом доступе и содержащие статистически подтвержденные выводы. *Критерии исключения:* краткие отчеты, газетные статьи и личные сообщения. По данной теме выявлено 413 публикаций. Из них цели нашего исследования соответствовало 53 публикаций.

Результаты и выводы. Профилактика и лечение детского ожирения — сложная задача, требующая неотложного внимания и приверженности общества, специалистов практического здравоохранения и других заинтересованных сторон со смежных дисциплин. Простые подходы, которые можно развернуть для профилактики ожирения включает пропаганду сбалансированного питания, гигиену сна и здоровый образ жизни. Дом, школа и сообщество являются важнейшими платформами, где поведенческие и образовательные вмешательства могут быть назначены. Настоятельно рекомендуется применять подход на протяжении всей жизни, начиная с питания матери и ухода, с постоянным акцентом на здоровое питание и образ жизни через младенчество, детство и юность. Многокомпонентные вмешательства на всех платформах необходимы для устойчивого и значительного снижения ожирения.

Ключевые слова: избыточный вес, ожирение детского возраста, первичная медико-санитарная помощь, профилактика

Abstract

**PREVENTION AND TREATMENT OF CHILDHOOD OBESITY IN
PRIMARY HEALTH CARE. REVIEW.****Akimzhan M. Bahtybai¹**, <https://orcid.org/0009-0008-0439-527X>**Zaituna A. Khismetova¹**, <https://orcid.org/0000-0001-5937-3045>**Nazym S. Iskakova¹**, <https://orcid.org/0000-0001-5631-5499>**Gulzat Zh. Sarsenbayeva²**, <https://orcid.org/0000-0002-1518-6528>**Kamila M. Akhmetova³**, <https://orcid.org/0009-0009-6257-4337>¹ NCJSC “Semey medical university”, Semey, Republic of Kazakhstan;² JSC “South Kazakhstan Medical Academy”, Shymkent, Republic of Kazakhstan;³ NCJSC «Astana medical university», Astana, Republic of Kazakhstan.

Relevance. Today, childhood obesity is a global pandemic. Prevention strategies have proven to be the most effective public health intervention in containing this pandemic. A multicomponent approach, including dietary modification and healthy lifestyle promotion, regular physical activity, minimizing screen time, and behavioral interventions, has been shown to be effective in preventing obesity. Family, school and community involvement is important for long-term outcomes, as is government involvement in policy development that helps create environments and opportunities for healthy eating and physical activity. Combating childhood obesity is challenging. It includes following a structured weight loss program tailored to each child, along with a healthy diet and lifestyle. Anti-obesity drugs play a limited role in childhood and are not recommended for young children. Bariatric surgery is reserved for older adolescents with morbid obesity, but long-term safety data for its use in this age group are limited.

Objective. To analyze literature data on the prevention and treatment of childhood obesity in primary health care level.

Search strategy. The study examined full-text publications in English and Russian that deal with the prevention and treatment of childhood obesity in primary health care settings. The following search engines were used in the process of literature search: Pubmed, Web of science, Cyberleninka, Google Scholar by keywords. The time period was designated 2013-2023. The criteria for inclusion of publications in the review were as follows: full-text publications in Russian and English, which are in the public domain and contain statistically confirmed conclusions. Exclusion Criteria: Brief reports, newspaper articles and personal communications. There were 413 publications on this topic. Of these, 53 publications corresponded to the purpose of our study.

Results and conclusions. Prevention and treatment of childhood obesity is a complex task that requires urgent attention and commitment from society, healthcare providers and other stakeholders from related disciplines. Simple approaches that can be deployed to prevent obesity include promoting a balanced diet, sleep hygiene, and a healthy lifestyle. The home, school, and community are critical platforms where behavioral and educational interventions can be administered. A lifelong approach is strongly recommended, starting with maternal nutrition and care, with a continued focus on healthy eating and lifestyle through infancy, childhood and adolescence. Multi-component interventions across all platforms are needed for sustained and significant reductions in obesity.

Keywords: *overweight, childhood obesity, primary health care, prevention.*

Түйіндеме

**АЛҒАШҚЫ МЕДИКО-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК ДЕҢГЕЙІНДЕ БАЛАЛАР
СЕМІЗДІГІНІҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ. ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУ.****Әкімжан М. Бахтыбай¹**, <https://orcid.org/0009-0008-0439-527X>**Зайтуна А. Хисметова¹**, <https://orcid.org/0000-0001-5937-3045>**Назым С. Искакова¹**, <https://orcid.org/0000-0001-5631-5499>**Гульзат Ж. Сарсенбаева²**, <https://orcid.org/0000-0002-1518-6528>**Камила М. Ахметова³**, <https://orcid.org/0009-0009-6257-4337>¹ КеАҚ «Семей медицина университеті», Семей қ., Қазақстан Республикасы;² АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы», Шымкент қ., Қазақстан Республикасы;³ КеАҚ «Астана медицина университеті», Астана қ., Қазақстан Республикасы.

Кіріспе. Бүгінгі таңда балалардағы семіздік жаһандық пандемияға айналды. Алдын алу стратегиялары осы пандемиямен күресу үшін денсаулық сақтаудың ең тиімді араласуы болып табылады. Диетаны өзгерту және салауатты өмір салтын насихаттау, тұрақты физикалық белсенділік, экран уақытын азайту және мінез-құлық араласуларын қамтитын көп компонентті тәсіл семіздіктің алдын алуда тиімді екендігі көрсетілді. Отбасы, мектеп және қоғамның қатысуы ұзақ мерзімді нәтижелер үшін маңызды, сонымен қатар дұрыс тамақтану және физикалық белсенділік үшін орталар мен мүмкіндіктерді жасауға көмектесетін саясатты әзірлеуге үкіметтің қатысуы маңызды. Балалардағы семіздікпен күресу өте күрделі мәселе. Ол салауатты диета мен өмір салтын ұстанудан қатар әрбір балаға бейімделген салмақ жоғалтудың құрылымдық бағдарламасын ұстануды қамтиды.

Семіздікке қарсы препараттар балалық шақта шектеулі рөл атқарады және жас балаларға ұсынылмайды. Бариатриялық хирургия сырқаттанған семіздігі бар ересек жасөспірімдерге арналған, бірақ оны осы жас тобында қолданудың ұзақ мерзімді қауіпсіздігі туралы деректер шектеулі.

Мақсаты. Алғашқы медико-санитарлық көмек көрсету мекемелерінде балалардағы семіздіктің алдын алу және емдеу бойынша әдебиет деректерін талдау.

Іздеу стратегиясы. Зерттеу барысында алғашқы медико-санитарлық көмек көрсету мекемелерінде балалардағы семіздіктің алдын алу және емдеу мәселелерімен айналысатын ағылшын және орыс тілдеріндегі толық мәтінді басылымдар зерттелді. Әдебиеттерді іздеу барысында келесі іздеу жүйелері пайдаланылды: Pubmed, Web of Science, Cyberleninka, Google Scholar кілт сөздер бойынша. Іздеу кезеңі 2013-2023 жылдар деп белгіленді. Жарияланымдарды шолуға қосу критерийлері келесідей болды: орыс және ағылшын тілдеріндегі, жалпыға қолжетімді және статистикалық расталған қорытындылары бар толық мәтінді басылымдар. Алып тастау критерийлері: қысқаша есептер, газет мақалалары және жеке хабарламалар. Осы тақырып бойынша 413 жарияланым болды. Оның ішінде 53 жарияланым зерттеу мақсатына сәйкес келді.

Нәтижелер мен қорытындылар. Балалардағы семіздіктің алдын алу және емдеу қоғамнан, медицина қызметкерлерінен және басқа саладағы мүдделі тараптардан шұғыл назар аударуды және міндеттемені талап ететін күрделі мәселе болып табылады. Семіздіктің алдын алу үшін қолдануға болатын қарапайым тәсілдер теңгерімді диетаны, ұйқы гигиенасын және салауатты өмір салтын насихаттауды қамтиды. Үй, мектеп және қоғам мінез-құлық және білім беру шараларын басқаруға болатын маңызды платформалар болып табылады. Ананың тамақтануы мен күтімінен бастап, нәрестелік, балалық және жасөспірімдік кезеңге дейін салауатты тамақтану мен өмір салтына үнемі назар аударып отырып, өмір бойы көзқарас қатаң түрде ұсынылады. Семіздіктің тұрақты және айтарлықтай төмендеуі үшін барлық платформалардағы көп компонентті араласулар қажет.

Түйінді сөздер: артық салмақ, балалардағы семіздік, алғашқы медициналық-санитарлық көмек, алдын алу.

Библиографическая ссылка:

Бахтыбай Ә.М., Хисметова З.А., Исакова Н.С., Сарсенбаева Г.Ж., Ахметова К.М. Профилактика и лечение детского ожирения в условиях первичной медико-санитарной помощи. Обзор литературы // Наука и Здоровье. 2023. 4(Т.25). С. 191-199. doi 10.34689/SH.2023.25.4.024

Bahtybai A.M., Khismetova Z.A., Isakova N.S., Sarsenbayeva G.Zh., Akhmetova K.M. Prevention and treatment of childhood obesity in primary health care. Review // Nauka i Zdravookhranenie [Science & Healthcare]. 2023, (Vol.25) 4, pp. 191-199. doi 10.34689/SH.2023.25.4.024

Бахтыбай Ә.М., Хисметова З.А., Исакова Н.С., Сарсенбаева Г.Ж., Ахметова К.М. Алғашқы медико-санитарлық көмек деңгейінде балалар семіздігінің алдын алу және емдеу. Әдебиеттік шолу // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2023. 4 (Т.25). Б.191-199. doi 10.34689/SH.2023.25.4.024

Введение.

Под влиянием генетики, биологии, психосоциальных факторов и поведения в отношении здоровья избыточный вес и ожирение в детском возрасте представляют собой сложную проблему общественного здравоохранения, затрагивающую большинство развитых стран мира. Кроме того, основные факторы ожирения — неправильное питание и низкая физическая активность — одна из основных причин предотвратимой смертности среди молодежи, хронических заболеваний и экономического бремени для здоровья. Несмотря на острую необходимость профилактики детского ожирения и более раннего вмешательства для предотвращения избыточного набора веса в более поздние периоды развития, немногие вмешательства продемонстрировали долгосрочные эффекты или были реализованы в таком масштабе, чтобы оказать заметное влияние на общественное здравоохранение. Мы уделяем особое внимание сопутствующим психологическим состояниям, переплетающимся с избыточным весом и ожирением у детей, подростков и их семей, поскольку они связаны как с развитием/этиологией, так и с вмешательством. По этой причине наш обзор начинается с вмешательств, направленных на профилактику, и

переходит к вариантам ведения и лечения ожирения и его психологических и медицинских сопутствующих заболеваний. Затем мы обсудим современное состояние науки и рекомендации экспертов по вмешательствам, направленным на профилактику и ведение детей с данным заболеванием и масштабной реализации текущих программ, основанных на фактических данных.

Цель. Провести анализ данных литературы по профилактике и лечению детского ожирения в условиях первичной медико-санитарной помощи.

Стратегия поиска. В исследовании изучены полнотекстовые публикации на английском и русском языках, которые посвящены профилактике и лечению детского ожирения в условиях первичной медико-санитарной помощи. В процессе поиска литературы использованы следующие поисковые системы: Pubmed, Web of science, Cyberleninka, Google Scholar по ключевым словам. Временной период был обозначен 2013-2023 годами. Критерии включения публикаций в обзор были следующими: полнотекстовые публикации на русском и английском языках, находящиеся в открытом доступе и содержащие статистически подтвержденные выводы. Критерии исключения: краткие отчеты, газетные статьи и личные сообщения.

По данной теме выявлено 413 публикаций. Из них цели нашего исследования соответствовало 53 публикаций.

Результаты и обсуждение.

Общий подход консультации по контролю веса

Поведенческие стратегии. О питании и физической активности следует думать как о привычном поведении, а консультирование по снижению веса должно быть сосредоточено на долгосрочном изменении поведения, а не на краткосрочной потере веса. Наиболее зарекомендовавшие себя методы лечения детского ожирения используют модель изменения поведения, а не просто обучение пациентов рискам для здоровья, связанному с ожирением, питанию и физической активности. Консультирование по изменению поведения включает следующие элементы [13, 16]:

- *Самоконтроль целевого поведения (журналы / дневники приема пищи, активности или другого поведения, записанные пациентом или семьей).* Этот процесс позволяет пациенту и его семье распознать, какое поведение может способствовать увеличению веса. Обратная связь с врачом на протяжении всего процесса самоконтроля необходима для изменения поведения. Журнал питания пациента может также выявить другие факторы, влияющие на пищевое поведение, такие как обстановка во время приема пищи, скука и уровень голода, все данные которые могут быть полезны при оценке контроля мотивов.

- *Контроль мотивов для уменьшения сигналов окружающей среды, способствующих нездоровому поведению.* Это включает в себя сокращение доступа к нездоровому поведению (например, удаление некоторых категорий продуктов из дома или телевизора из спальни), а также усилия по установлению нового, более здорового режима дня (например, сделать фрукты и овощи более доступными).

- *Цель направленная на ведение здорового образа жизни, а не контроля веса.* Постановка целей широко используется для побуждения к изменению поведения. Однако этот процесс может быть вредным, если цели нереалистичны и не поддерживаются. Соответствующие цели обозначаются аббревиатурой «SMART», где цели должны быть конкретными, измеримыми, достижимыми, реалистичными и своевременными.

- *Заключение контрактов на определенные цели в области питания или активности.* Контракт – это соглашение о вознаграждении за достижение определенной цели. Это помогает детям сосредоточиться на конкретном поведении и обеспечивает структуру и мотивы для процесса постановки целей.

- *Позитивное подкрепление целевого поведения.* Положительное подкрепление может быть в форме похвалы за здоровое поведение или в виде вознаграждения за достижение конкретных целей. Вознаграждение должно согласовываться родителем и ребенком, в идеале при содействии воспитателя, чтобы убедиться, что вознаграждение уместно. Награды должны быть небольшими действиями или привилегиями, в которых ребенок может участвовать, а не денежными поощрениями или игрушками; еда не должна использоваться в качестве награды.

Коммуникация, ориентированная на пациента и семью. Эффективные подходы к изменению поведения обычно основаны на сотрудничестве, а не на обязательстве. Например, врачу следует вовлечь семью в беседу, чтобы выбрать конкретные модели поведения для изменения, а не диктовать семье цели [2]. Поскольку семья и пациент помогают в выборе целей, они с большей вероятностью будут более заинтересованы в процессе и будут уверены в своей способности изменить поведение.

Ребенок должен принимать непосредственное участие в принятии решений в соответствии с его возрастом. Этот процесс гарантирует, что семья и пациент будут уверены в том, что они могут изменить свое поведение, и будут вовлечены в процесс, что значительно повышает шансы на успех. В качестве примера нужно учить и моделировать, чтобы ребенок был включен в планирование питания, но с надлежащими ограничениями. Это может включать предоставление ребенку помощи в выборе блюд или рецептов, но в разумных пределах (например, ребенок может выбрать любимый овощ или фрукт в качестве гарнира, но не конфеты). Этот процесс гарантирует, что ребенок включен в процесс изменения, но с разумными ограничениями и ожиданиями.

Мотивационное интервьюирование — это метод консультирования, ориентированный на пациента, который все чаще используется для лечения ожирения [12, 15]. Этот метод обращается к амбивалентному отношению пациента к изменениям и фокусируется на его ценностях как средстве разрешения этой амбивалентности [26]. Врач использует рефлексивное слушание, чтобы побудить пациентов определить свои собственные причины для изменения поведения, а также свои собственные решения. Тон мотивационного интервью не осуждающий, чуткий и ободряющий [42].

Врачи помогают семье сосредоточиться на конкретных и достижимых поведенческих целях, что обычно означает выбор нескольких конкретных моделей поведения, связанных с контролем веса и общим состоянием здоровья, а не с целями по снижению веса. Обучение мотивационному интервьюированию детского ожирения доступно через «Change Talk», интерактивную программу бесплатного доступа, разработанную в сотрудничестве с Американской академией педиатрии [48].

Эффективность мотивационного интервьюирования при контроле веса была продемонстрирована в рандомизированном исследовании более 600 детей с индексом массы тела (ИМТ) от 85-го до 97-го перцентиля (возраст от 2 до 8 лет) в 42 учреждениях первичной медико-санитарной помощи в США [33]. При двухлетнем наблюдении весовой статус был значительно ниже у детей, получавших комбинированное вмешательство, по сравнению с теми, кто лечился с обычным уходом.

Формальная оценка мотивации и самооценки эффективности пациента и его семьи была успешно применена к разнообразному поведению, связанному со здоровьем. Для оценки готовности пациента к изменениям (или стадии изменения) можно использовать несколько подходов [22], в том числе общую оценку с помощью вопросов интервью или

использования числовой или визуальной аналоговой шкалы (например, «По шкале от 1 до 10, насколько пациенты готовы рассмотреть возможность внесения этого изменения в диету или физические упражнения?»). Эта оценка может помочь пациенту и врачу распознать амбивалентность, что является важным шагом в изменении поведения.

Обоснование участия семьи. Если возможно, нужно использовать семейные поведенческие подходы к лечению детского ожирения, включая хотя бы одного из основных родителей или опекунов ребенка [12]. Исследования показали, что ориентация на родителя как на важного агента изменения поведения, с ребенком или без него, более эффективна для долгосрочного контроля веса, чем направленность только на ребенка без участия родителей [4, 9, 30].

Участие родителей или основных опекунов в качестве «агентов изменений» важно при контроле веса в педиатрии и подтверждается существенными клиническими данными [10].

- *Нужно избегать давления и критики* – обсуждение стратегии с родителями, необходимы для избежания ненадлежащего давления на ребенка, особенно на детей школьного возраста. Нужно посоветовать родителям не дразнить ребенка из-за его веса, а также избегать комментариев, посвященных весу или внешнему виду, связанному с весом («разговоры о весе»), даже если комментарии сформулированы как комплименты или сосредоточены на других людях, а не на ребенке. Точно так же нужно поощрять семью на разговоры о еде на здоровом выборе и здоровом пищевом поведении, а не на диете (т. е. на ограничении калорий с целью снижения веса).

«Разговоры о весе» членов семьи связаны с последующим увеличением веса, снижением самооценки и расстройствами пищевого поведения [19]. Напротив, семейный разговор, посвященный здоровому пищевому поведению, а не диете, не связан с расстройствами пищевого поведения [3].

- *Роль стиля воспитания.* Авторитарные стили воспитания и кормления связаны с детским ожирением [36]. При таком стиле кормления родитель или опекун осуществляют высокий уровень контроля над едой ребенка:

- ✓ Оказывать неуместное давление на ребенка, чтобы он ел больше определенной пищи (как правило, продуктов, которые менее желательны для ребенка или которые родители считают «здоровыми»)

- ✓ Попытки ограничить количество или доступ к другим продуктам (как правило, к продуктам, которые больше нравятся ребенку или которые родители считают «нездоровыми»)

- ✓ Настаивать на том, чтобы дети доедали всю еду на своей тарелке, договариваться о потреблении овощей (должны заканчивать на десерт, никаких вторых порций других продуктов, пока не будут съедены овощи) или строгого ограничения размеров порций.

Несколько наводящих вопросов о том, как родители справляются с обычными ситуациями и конфликтами во время приема пищи, могут выявить эти закономерности и предоставить возможности для дальнейшего обсуждения и обучения.

- *Экономические и культурные соображения.* Экономические или культурные факторы могут ограничивать способность или желание семьи вносить изменения в рацион или физическую активность. Эти препятствия можно устранить, позволив семье решать, когда начинать процесс изменения и с какой интенсивностью они готовы добиваться контроля веса [41]. Чтобы начать обсуждение, у выбранных пациентов следует оценить следующие факторы:

- ✓ Экономические проблемы и проблемы с рабочим графиком – Нужно спросить о достаточности финансовых средств (Всегда ли у вас хватает денежных средств на приобретения продуктов питания?); жилищные условия семьи (Есть ли в вашем доме рабочая плита и/или холодильник?); наличие помощи в получении дохода, такой как талоны на питание; и есть ли/какие опекуны для помощи в планировании, приготовлении и контроле за питанием ребенка.

- ✓ Культурные факторы. Следует спросить у родителей и ребенка, что они думают о весе ребенка. Неправильное восприятие статуса веса ребенка, такое как культурное предпочтение избыточного веса у детей, может повлиять на способность семьи эффективно решать проблему. И наоборот, чрезмерная тревога по поводу веса ребенка также может мешать эффективному лечению. Чтобы решить эту проблему, важно изучить причины беспокойства у родителя или ребенка. Причины чрезмерного беспокойства могут включать переоценку риска ожирения у ребенка в будущем или личный анамнез расстройств пищевого поведения у родителя.

Стратегии обсуждения веса. Многие семьи, у кого есть ребенок с диагнозом ожирение болезненно относятся к обсуждению этого вопроса, что отражает широко распространенные культурные предубеждения, в том числе в медицинском сообществе [14, 29, 37]. Люди с ожирением часто сами впитывают предвзятость, что приводит к самокритике, низкой самооценке и безнадежности; эти чувства часто являются препятствием для изменения поведения. Чтобы сформировать терапевтический альянс и вовлечь семью в решение проблемы поведения, связанного с лишним весом, врачам следует тщательно избегать обвинений. Это может включать в себя обсуждение веса «по факту», но с упором на здоровье, а не на вес или внешний вид. Использование тактичного общения демонстрирует ребенку и семье, что кабинет врача является местом поддержки, а не осуждения, что необходимо для вовлечения их в изменение поведения [22]. Примеры беседы с ребенком:

- Мы начинаем обсуждение по контролю веса, признавая, что некоторые люди набирают вес легче, чем другие, в связи с генетическими особенностями. А так же стоит учитывать социальные и экологические факторы, которые способствуют увеличению веса, такие как легкодоступные высококалорийные продукты и сидячий образ жизни.

- Использование нейтральных слов, такие как «вес» или «индекс массы тела», потому что эти термины воспринимаются родителями как менее стигматизирующие и более мотивирующие, чем слова «ожирение» или «толстый» [29].

• Нужно выбирать термины, которые касаются здоровья и функционирования, а не внешнего вида. Для детей, у которых уже есть избыточный вес или ожирение, необходимо обсудить цель «дорости до здоровой массы тела» и быть «сильными и здоровыми». Следует избегать обсуждения «идеального веса» для ребенка как потому, что это движущая цель для растущего ребенка, так и потому, что выбор целевого идеального веса часто нереалистичен и приводит к разочарованию.

Подходы будут варьироваться от ребенка к ребенку и должны учитывать возраст ребенка, зрелость и общий статус развития. Врач может сначала обсудить эту тему с родителем без присутствия ребенка. Это особенно важно, если ребенок подвергался насмешкам со стороны сверстников из-за веса или если есть опасения, что ребенок может неверно истолковать обсуждение. В практике общения с детьми в возрасте от 8 до 12 лет нужно часто говорить в общих чертах о весе и здоровье, связывая обсуждение с важностью здоровых привычек. Более откровенные беседы обычно проводятся с родителем наедине, чтобы предотвратить недопонимание со стороны ребенка. Для подростков отдельные беседы аналогичного содержания с пациентом и родителем могут поддержать стремление подростка к автономии, в то же время привлекая семью для поддержки.

Доказательства эффективности

Преобладающее количество данных свидетельствует о том, что рутинные обследования и консультирование в некоторой степени эффективны для профилактики и лечения ожирения у детей.

Имеющиеся ограниченные данные свидетельствуют о том, что для эффективности важны следующие факторы [1, 5, 7, 23, 45]:

- Раннее вмешательство
- Оценка ожирения и связанных с ним сопутствующих заболеваний в практике первичной медико-санитарной помощи.
- Интенсивность/частота вмешательства

Консультирование как по диете, так и по физической активности (а не только по одному из них).

Эффективность широко варьируется среди пациентов, вероятно, в зависимости от готовности/мотивации, возраста пациента, социально-культурных и экономических барьеров, а также генетических или других фиксированных факторов, которые способствуют ожирению.

Профилактические вмешательства.

Метаанализ *Brown T., Moore T.H., Hooper L., et al.* показал, что профилактические вмешательства привели к умеренному снижению ожирения по сравнению с контрольными группами [5]. Например, вмешательства в области физической активности у детей в возрасте от 6 до 12 лет привели к средней разнице в индексе массы тела (ИМТ) $-0,1 \text{ кг/м}^2$ (95% ДИ от $-0,14$ до $-0,05$). Хотя величина эффекта невелика, это представляет собой клинически важную разницу в популяции. Наиболее устойчивыми стратегиями были вмешательства, направленные как на диету, так и на физическую активность для детей дошкольного возраста, а также на физическую активность с диетой или без нее для детей

школьного возраста или подростков. Поскольку стратегии вмешательства и результаты сильно различались среди включенных исследований, эффект каждого компонента вмешательства не ясен.

Соответственно, руководящие принципы и программы призывают к улучшению качества питания детей, в том числе:

- Разнообразная, богатая питательными веществами диета с упором на овощи, фрукты и цельнозерновые продукты.
- Качественные источники белка и нежирное или обезжиренное молоко и молочные продукты
- Ограниченное потребление сахаросодержащих напитков.
- Умеренное содержание жира
- Умеренные размеры порций [49, 50].

Медицинские сообщества в Соединенных Штатах и Европе опубликовали программы, препятствующие доступу к сахаросодержащим напиткам в школах и дома и призывающие клиницистов отстаивать эти цели [11, 24]. Национальные и международные руководства рекомендуют конкретные целевые показатели физической активности от умеренной до высокой (обычно > 60 минут в день для детей и подростков) и ограничение малоподвижного образа жизни. В большинстве стран уровень активности молодежи значительно ниже этих целевых показателей [40, 49, 51].

Во всем мире многие регионы и страны борются с детским ожирением с помощью образовательных мероприятий, местных программ и/или законодательства. План реализации с шестью ключевыми направлениями действий был изложен в отчете Всемирной организации здравоохранения [52]. Вмешательства сильно различаются в зависимости от местных и национальных ресурсов и культурных обычаев, и остается неясным, что может быть связано с тенденциями к улучшению, наблюдаемыми в некоторых группах населения.

Новые данные свидетельствуют о том, что вмешательство в раннем или среднем детстве может быть эффективным, чем вмешательство в подростковом возрасте [21].

Несколько исследований детей в младших возрастных группах (ясельный, дошкольный и школьный возраст) показали улучшение состояния веса [38]. В исследовании, проведенном в Швеции, поведенческое вмешательство, поощряющее выбор здоровой пищи и повышение физической активности, было более успешным для маленьких детей, чем для подростков [31]. Более того, в Соединенных Штатах дети дошкольного возраста из малообеспеченных семей, участвовавшие в комплексном вмешательстве, включавшем в себя дополнительные образовательные мероприятия по вопросам здоровья и питания, поддержку семьи, ресурсы здравоохранения и работу с населением, с меньшей вероятностью возникновения ожирения во взрослом возрасте по сравнению с детьми из аналогичной контрольной группы [34]. Различия между группами были больше для женского пола или подгрупп с дополнительными факторами риска ожирения, включая проживание в районе с высоким уровнем бедности.

Программы, в которых сообщалось об успешных результатах, обычно отличались высокой интенсивностью или включали больше систем поддержки или часов контакта, чем это возможно в условиях первичной медицинской помощи. Другие исследования в этих младших возрастных группах не выявили значительного улучшения веса, но это произошло в других видах поведения, связанных с ожирением (например, при просмотре телевизора) [6]. Имеются некоторые свидетельства того, что использование мотивационного интервьюирования в менее интенсивных вмешательствах может иметь длительные положительные эффекты [8] с последующим наблюдением до двух лет [33].

Доказательная база в этой возрастной группе все еще мала, а оптимальный вид и сроки вмешательства остаются неясными. Тем не менее эти результаты требуют дальнейшего изучения ранних вмешательств для профилактики и лечения ожирения. Исследования не определили оптимальные подходы к вмешательству, основанные на возрастных группах детей, хотя считается, что дети должны все больше вовлекаться в консультативный диалог и им должна быть предоставлена автономия в принятии решений о лечении по мере взросления [43].

Согласно большинству имеющихся данных, для улучшения веса ребенка необходимы длительные часы контакта с врачами. Например, систематические обзоры пришли к выводу, что поведенческие вмешательства средней или высокой интенсивности (определяемые как 26-75 часов или >75 часов контакта с врачом соответственно) эффективны для достижения краткосрочного (до 12 месяцев) снижения веса у детей [25]. Вмешательства такого уровня интенсивности обычно нецелесообразны для использования в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, если не имеется достаточного количества услуг диетологов или других специализированных консультантов, которые легко доступны и финансируются.

Вмешательства низкой интенсивности (менее 25 часов контакта с врачом, обычно в течение трех-шести месяцев) возможны в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, хотя имеется ограниченная доказательная база, подтверждающая их эффективность. Клинические испытания показывают, что эти низкоинтенсивные вмешательства для лечения детского ожирения обычно имеют слабые или непостоянные эффекты [39]. Тем не менее, в одном рандомизированном исследовании управляемого вмешательства по самопомощи сообщалось о скромных, но значительных преимуществах в отношении ожирения через шесть месяцев наблюдения [35]. Программа состояла из одночасового инструктажа, за которым следовали тринадцать 20-минутных последующих сеансов (всего 5,3 часа контакта с врачом) и домашнего использования руководства по самопомощи, которое включало такие темы, как план приема пищи в режиме светофора, контроль мотивов, физическая активность, социальная поддержка и профилактика рецидивов. По сравнению с более интенсивной семейной программой поведенческого

лечения управляемая самопомощь оказала такое же влияние на ожирение.

Вполне вероятно, что низкоинтенсивные вмешательства могут иметь важное влияние на ожирение и поведение в отношении здоровья у отдельных пациентов, даже если они оказывают незначительное влияние или не оказывают никакого измеримого влияния на исследуемую популяцию в целом. Более того, метаанализы показывают, что вмешательства в образ жизни для профилактики и лечения ожирения у детей, как правило, эффективны, даже если некоторые из включенных исследований слишком малы, чтобы показать статистически значимые изменения в весовом статусе [20, 46, 47].

Этапный подход при контроле веса

Начальный этап лечения ребенка определяется множеством факторов, включая возраст ребенка, процентиль индекса массы тела (ИМТ) и предыдущую историю контроля веса на других этапах лечения. Дополнительное вмешательство для решения проблемы избыточного веса или ожирения разделено на этапы, представляющие возрастающую степень наблюдения, консультирования и вмешательства. Профилактика ожирения у детей должна быть в центре профилактической медицинской помощи. Каждое посещение по уходу за ребенком должно включать рутинный мониторинг, краткое профилактическое консультирование и устранение проблем. Ключевые шаги:

- Регулярный мониторинг
- Универсальное измерение ИМТ и нанесение результатов на график ИМТ для отслеживания изменений во времени [18, 32, 44]. Процентили ИМТ можно определить по стандартной диаграмме роста ИМТ к возрасту и использовать для классификации статуса веса.
- Рутинная оценка всех детей на наличие факторов риска, связанных с ожирением, включая:
 - ✓ Ожирение у родителей или других членов семьи
 - ✓ Диетические привычки, которые способствуют увеличению веса
 - ✓ Привычки к физической и малоподвижной активности (время, проводимое в сидячем положении, активные игры и занятия спортом)
 - ✓ Привычки сна (типичная продолжительность сна и качество сна)
 - ✓ Консультирование — оценка, цели и советы для родителей [17, 28]:
 - Условия питания в семье — нужно установить здоровые отношения при кормлении детей младшего возраста; акцентировать внимание на семейном питании детей старшего возраста.
 - Здоровые пищевые привычки — поощрение разнообразного питания; ограничение продуктов с низкой пищевой ценностью. Определение и устранение распространенных препятствий на пути к здоровому питанию, в том числе частые перекусы, привередливость в еде и плохое моделирование со стороны других членов семьи.
 - Физическая активность. Установка ограничения на время, проводимое перед экраном, и поощрение неструктурированной и структурированной физической активности в соответствии с возрастом ребенка.

• Сон. Целевое рекомендуемое время сна для каждой возрастной группы [27, 53]. Короткая продолжительность сна или нерегулярный режим сна связаны с ожирением у детей и взрослых; причинно-следственная связь была предложена, но не установлена. Доказательства связи недостаточного сна с детским ожирением и стратегии улучшения сна изложены в отдельных тематических обзорах. Усилия по профилактике сосредоточены на модифицируемом поведении, связанном с увеличением веса, хотя другие факторы, включая генетику и гестационные факторы, несомненно, способствуют риску ожирения [17].

Заключение. Наблюдается значительный прогресс в борьбе с детским ожирением и доступны основанные на фактических данных вмешательства в процессе развития и для различных контекстов и систем, с которыми регулярно сталкиваются дети с диагнозом ожирение и дети из групп риска. Огромные пробелы остаются в установлении точек соприкосновения между этиологией, развитием и целями вмешательства, а также временем этих вмешательств. Необходим толчок для расширения масштабов эффективных вмешательств, поскольку даже небольшие изменения веса могут оказать существенное влияние на несколько кардиометаболических показателей, что может улучшить качество и продолжительность жизни.

Конфликт интересов – отсутствует.

Вклад авторов в исследование – равноценный.

Финансирование. Работа не получила финансирования.

Авторы заверяют редакцию в том, что материалы, представляемые в данной статье, не были опубликованы и не подавались в редакции других печатных изданий.

Литература:

1. Al-Khudairy L. et al. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese adolescents aged 12 to 17 years // The Cochrane database of systematic reviews. 2017. № 6 (6), P. 31-51.
2. Ash T. et al. Family-based childhood obesity prevention interventions: a systematic review and quantitative content analysis // The international journal of behavioral nutrition and physical activity. 2017. № 1 (14), P.1-12.
3. Berge J.M. et al. Parent conversations about healthful eating and weight: associations with adolescent disordered eating behaviors // JAMA pediatrics. 2013. № 8 (167). P. 746–753.
4. Boutelle K.N. et al. Effect of Attendance of the Child on Body Weight, Energy Intake, and Physical Activity in Childhood Obesity Treatment: A Randomized Clinical Trial // JAMA pediatrics. 2017. № 7 (171). P. 622–628.
5. Brown T. et al. Interventions for preventing obesity in children // The Cochrane database of systematic reviews. 2019. № 7 (7), P.26-39.
6. Campbell K.J. et al. A parent-focused intervention to reduce infant obesity risk behaviors: a randomized trial // Pediatrics. 2013. № 4 (131). P. 652–660.
7. Colquitt J.L. et al. Diet, physical activity, and behavioural interventions for the treatment of overweight or obesity in preschool children up to the age of 6 years // The Cochrane database of systematic reviews. 2016. № 3 (3), P.12-25.
8. Davoli A.M. et al. Pediatrician-led motivational interviewing to treat overweight children: an RCT // Pediatrics. 2013. № 5 (132), P.1236-1246.
9. Ek A. et al. A Parent Treatment Program for Preschoolers With Obesity: A Randomized Controlled Trial // Pediatrics. 2019. № 2 (144), P.228-251.
10. Elinder L.S. et al. A Healthy School Start Plus for prevention of childhood overweight and obesity in disadvantaged areas through parental support in the school setting - study protocol for a parallel group cluster randomised trial // BMC public health. 2018. № 1 (18), P.1-13.
11. Fidler Mis N. et al. Sugar in Infants, Children and Adolescents: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition // Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 2017. № 6 (65). P. 681–696.
12. Golden N.H. et al. Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents // Pediatrics. 2016. № 3 (138), P.1-10.
13. Hassink S.G. et al. The Role of the Pediatrician in Primary Prevention of Obesity // Pediatrics. 2015. № 1 (136). C. e275–e292.
14. Howard J.B. et al. Obesogenic Behavior and Weight-Based Stigma in Popular Children's Movies, 2012 to 2015 // Pediatrics. 2017. № 6 (140), P.1-8.
15. Huang J.S. et al. Childhood obesity for pediatric gastroenterologists // Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 2013. № 1 (56). P. 99–109.
16. Jeebelle H. et al. Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management // The lancet. Diabetes & endocrinology. 2022. № 5 (10). P. 351–365.
17. Klein J.D. et al. Prenatal and Pediatric Primary Care-Based Child Obesity Prevention Program: A Randomized Trial // Pediatrics. 2020. № 4 (146), P.1-11.
18. Lenders C.M. et al. Addressing Pediatric Obesity in Ambulatory Care: Where Are We and Where Are We Going? // Current obesity reports. 2016. № 2 (5). P. 214–240.
19. Lessard L.M. et al. Parental Contributors to the Prevalence and Long-term Health Risks of Family Weight Teasing in Adolescence // The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2021. № 1 (69). P. 74–81.
20. Louise J. et al. The effects of dietary and lifestyle interventions among pregnant women with overweight or obesity on early childhood outcomes: an individual participant data meta-analysis from randomised trials // BMC medicine. 2021. № 1 (19), P.1-15.
21. Mantovani G. et al. Recommendations for Diagnosis and Treatment of Pseudohypoparathyroidism and Related Disorders: An Updated Practical Tool for Physicians and Patients // Hormone research in paediatrics. 2020. № 3 (93). P. 182–196.
22. Martin A. et al. Physical activity, diet and other behavioural interventions for improving cognition and school achievement in children and adolescents with obesity or overweight // The Cochrane database of systematic reviews. 2018. № 3 (3), P.1-21.
23. Mead E. et al. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years // The Cochrane

database of systematic reviews. 2017. № 6 (6),P.1-25.

24. Muth N.D. et al. Public Policies to Reduce Sugary Drink Consumption in Children and Adolescents // *Pediatrics*. 2019. № 4 (143),P.1-18.

25. O'Connor E.A. et al. Screening for Obesity and Intervention for Weight Management in Children and Adolescents: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force // *JAMA*. 2017. № 23 (317). P. 2427–2444.

26. Onis M. de, Branca F. Childhood stunting: a global perspective // *Maternal & child nutrition*. 2016. № Suppl 1 (12 Suppl 1). P. 12–26.

27. Paruthi S. et al. Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine // *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*. 2016. № 6 (12). P. 785–786.

28. Paul I.M. et al. Effect of a Responsive Parenting Educational Intervention on Childhood Weight Outcomes at 3 Years of Age: The INSIGHT Randomized Clinical Trial // *JAMA*. 2018. № 5 (320). P. 461–468.

29. Pont S.J. et al. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity // *Pediatrics*. 2017. № 6 (140), P.1-17.

30. Quattrin T. et al. Cost-effectiveness of Family-Based Obesity Treatment // *Pediatrics*. 2017. № 3 (140),P.1-8.

31. Ray D. et al. Barriers and facilitators to implementing practices for prevention of childhood obesity in primary care: A mixed methods systematic review // *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2022. № 4 (23),P.1-14.

32. Reifsnider E. et al. Randomized Controlled Trial to Prevent Infant Overweight in a High-Risk Population // *Academic pediatrics*. 2018. № 3 (18). P. 324–333.

33. Resnicow K. et al. Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT // *Pediatrics*. 2015. № 4 (135). P. 649–657.

34. Reynolds A.J. et al. A Comprehensive, Multisystemic Early Childhood Program and Obesity at Age 37 Years // *JAMA pediatrics*. 2021. № 6 (175). P. 637–640.

35. Rhee K.E. et al. Guided Self-Help for Pediatric Obesity in Primary Care: A Randomized Clinical Trial // *Pediatrics*. 2022. № 1 (150),P.1-20.

36. Rollins B.Y. et al. Alternatives to restrictive feeding practices to promote self-regulation in childhood: a developmental perspective // *Pediatric obesity*. 2016. № 5 (11). P. 326–332.

37. Rubino F. et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity // *Nature medicine*. 2020. № 4 (26). P. 485–497.

38. Seburg E.M. et al. A Review of Primary Care-Based Childhood Obesity Prevention and Treatment Interventions

// *Current obesity reports*. 2015. № 2 (4). P. 157–173.

39. Sim L.A. et al. Brief Primary Care Obesity Interventions: A Meta-analysis // *Pediatrics*. 2016. № 4 (138),P.1-14.

40. Sluijs E.M. F. van et al. Physical activity behaviours in adolescence: current evidence and opportunities for intervention // *Lancet (London, England)*. 2021. № 10298 (398). P. 429–442.

41. Smith J.D. et al. An individually tailored family-centered intervention for pediatric obesity in primary care: study protocol of a randomized type II hybrid effectiveness-implementation trial (Raising Healthy Children study) // *Implementation science : IS*. 2018. № 1 (13),P.1-15.

42. Styne D.M. et al. Pediatric Obesity-Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline // *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2017. № 3 (102). P. 709–757.

43. Toussaint N. et al. A preschool-based intervention for Early Childhood Education and Care (ECEC) teachers in promoting healthy eating and physical activity in toddlers: study protocol of the cluster randomized controlled trial PreSchool@HealthyWeight // *BMC public health*. 2019. №1 (19), P.1-8.

44. Tucker S. et al. The Most Undertreated Chronic Disease: Addressing Obesity in Primary Care Settings // *Current obesity reports*. 2021. № 3 (10). P. 396–408.

45. Turer C.B. et al. Association of Clinician Behaviors and Weight Change in School-Aged Children // *American journal of preventive medicine*. 2019. № 3 (57). P. 384–393.

46. Wright D.R. et al. The cost of a primary care-based childhood obesity prevention intervention // *BMC health services research*. 2014. (14),P.1-7.

47. Yeager L.J., Karp S.M., Leming-Lee T.S. Barriers to the Implementation of Pediatric Overweight and Obesity Guidelines in a School-Based Health Center // *The Nursing clinics of North America*. 2019. № 1 (54). P. 159–168.

48. Kognito - Practice-based digital learning experiences URL: <https://kognito.com/> (accessed: 17.04.2023).

49. Dietary Guidelines for Americans. URL: <https://www.dietaryguidelines.gov/node?page=1> (accessed: 17.04.2023).

50. Food and Nutrition Service. URL: <https://www.fns.usda.gov/cn/nutritional-standards-school-meals> (accessed: 17.04.2023).

51. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664> (accessed: 17.04.2023).

52. Ending childhood obesity implementation plan: executive summary report of the commission on.

53. Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations // *Pediatrics*. 2016. № 2 (138).

Корреспондирующий автор:

Бахтыбай Әкімжан Мұратұлы – магистрант по специальности «Общественное здравоохранение», НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан.

Почтовый адрес: Республика Казахстан, 071400, г.Семей, Шакарима 14 кв 83

E-mail: akimzhan.bakhtybay@gmail.com

Телефон: +7 705 970 47 85