



ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Дмитрущенко Анастасия Олеговна

Врач-детский эндокринолог

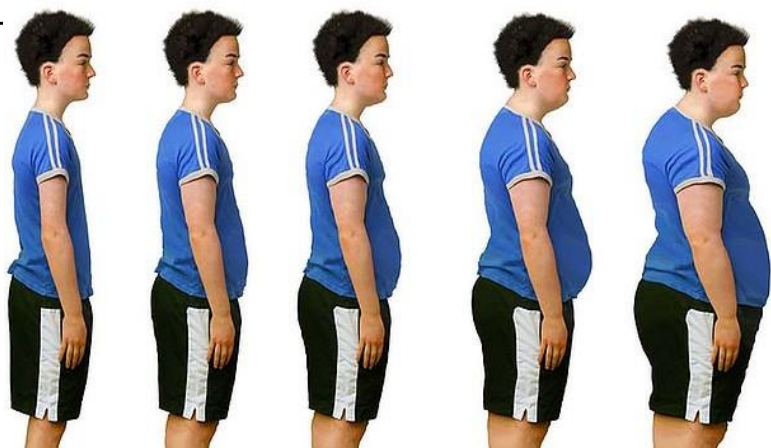
Городского детского эндокринологического

амбулаторного отделения

УЗ «2-я городская детская клиическая больница» г. Минска

4 августа 2026 г.

- **Ожирение** — это гетерогенная группа наследственных и приобретенных заболеваний, связанных с избыточным накоплением жировой ткани в организме, сопровождающееся многочисленными метаболическими и нейрогуморальными нарушениями, изменениями функции органов и систем, психологическими нарушениями



- Основным показателем избыточной массы тела и ожирения в возрасте от 2 до 19 лет согласно рекомендациям Европейского общества эндокринологов (ESE) и Европейского общества детских эндокринологов (ESPE) является **индекс массы тела (далее- ИМТ):**

$$\text{ИМТ, кг/м}^2 = \text{Масса тела (кг)} / \text{Рост (м)}^2$$

- Термин «ожирение» используется при показателях ИМТ ребенка, превышающих 95-ю перцентиль для данного возраста и пола, и «экстремальное (морбидное) ожирение» — при ИМТ более 120 % от 95-й перцентили или более 35 кг/м².
- ИМТ, соответствующие интервалу от ≥ 85 -й перцентили до < 95 -й перцентили, указывают на наличие избыточной массы тела.
- У детей младше 2 лет **ожирение** диагностируют, если **соотношение массы к длине тела** составляет $\geq 97,7$ -й перцентили согласно разработанной Всемирной организацией здравоохранения (далее - ВОЗ) таблице соответствия длины (лежа) и массы тела для пола и возраста.



- Критерии избыточной массы тела и ожирения у детей определяются по данным перцентильных таблиц или стандартных отклонений **ИМТ) (SDS — standard deviation score)** ВОЗ
- С учетом рекомендаций ВОЗ, ожирение у детей и подростков следует определять как **+2,0 SDS ИМТ**, а избыточную массу тела от **+1,0 до +2,0 SDS ИМТ**.

На сайте ВОЗ представлены нормативные значения роста и веса для детей в виде таблиц и кривых как для возрастной группы от 0 до 5-ти лет (<http://who.int/childgrowth/standards/ru/>) так и для детей 5-19 лет (http://who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html)



- В них учитывается не только рост, вес, но также пол и возраст ребенка.
- Это связано с тем, что значение ИМТ у детей меняется с развитием ребенка: от высокого в первый год жизни, сниженного в период раннего детства (с 2 до 5-6 лет) и постепенно увеличивающегося в период раннего школьного возраста с максимальным повышением в период начала полового созревания полового развития, что в целом отражает динамику развития жировой ткани.
- Более ранний скачок ИМТ (например, смещение на возраст 2 года) является прогностическим маркером будущего ожирения (например, в подростковом возрасте).



- Антропометрические измерения включают определение окружности талии - отражает количество висцеральной жировой ткани, которая секретирует значительное количество гормонов и биологически активных веществ.
- Превышение окружности талии ≥ 90 -й перцентиля свидетельствует о наличии абдоминального ожирения и служит маркером инсулинорезистентности (ИР).

- Взрослые:
 - женщины-до 80 см, риски возрастают от 88 см и более;
 - мужчины-до 94 см, риски растут при показателе от 102 см и выше
- Дети:
 - до 5 лет –примерно до 50-54 см;
 - до 10 лет-60-65 см;
 - до 15 лет – 65-75 см в зависимости от пола



**КРИТИЧЕСКИЕ ВЕЛИЧИНЫ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ, ЗА КОТОРЫМИ НАРАСТАЕТ РИСК
ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖИРЕНИЯ (KATMARZYK P.T. ET AL. PEDIATRICS 2004, 114,198)**

Возраст, лет	Мальчики	Девочки
5	52,4	50,6
6	54,1	52,7
7	56,0	55,0
8	58,3	57,6
9	61,1	60,5
10	64,4	63,3
11	67,8	65,8
12	71,3	68,0
13	74,2	69,7
14	76,4	70,9
15	77,9	71,3
16	79,0	71,3
17	79,8	71,3
18	80,4	71,2



- ИМТ не всегда отражает истинное количество жировой ткани в организме.
- Его увеличение может быть связано не только с повышением количества жирового депо, но и с ростом мышечной и костной массы.
- Подобная ситуация часто отмечается у подростков при активных занятиях спортом.
- Для объективной оценки пищевого статуса необходимо исследование состава тела



ОЖИРЕНИЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СТАНДАРТАМИ ВОЗ В ОТНОШЕНИИ РОСТА И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

У младенцев и детей

1. **длина тела/рост-возраст**
2. **масса тела-возраст**
3. **масса тела-рост**
4. **ИМТ-возраст**

У детей и подростков 5-19 лет:

- **ИМТ-возраст.**



ПЕРЦИНТИЛЬНАЯ ТАБЛИЦА МАССА ТЕЛА-ВОЗРАСТ

Simplified field tables

Weight-for-age BOYS Birth to 5 years (z-scores)		 World Health Organization						
Year: Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0: 0	0	2.1	2.5	2.9	3.3	3.9	4.4	5.0
0: 1	1	2.9	3.4	3.9	4.5	5.1	5.8	6.6
0: 2	2	3.8	4.3	4.9	5.6	6.3	7.1	8.0
0: 3	3	4.4	5.0	5.7	6.4	7.2	8.0	9.0
0: 4	4	4.9	5.6	6.2	7.0	7.8	8.7	9.7
0: 5	5	5.3	6.0	6.7	7.5	8.4	9.3	10.4
0: 6	6	5.7	6.4	7.1	7.9	8.8	9.8	10.9
0: 7	7	5.9	6.7	7.4	8.3	9.2	10.3	11.4
0: 8	8	6.2	6.9	7.7	8.6	9.6	10.7	11.9
0: 9	9	6.4	7.1	8.0	8.9	9.9	11.0	12.3
0:10	10	6.6	7.4	8.2	9.2	10.2	11.4	12.7
0:11	11	6.8	7.6	8.4	9.4	10.5	11.7	13.0
1: 0	12	6.9	7.7	8.6	9.6	10.8	12.0	13.3
1: 1	13	7.1	7.9	8.8	9.9	11.0	12.3	13.7
1: 2	14	7.2	8.1	9.0	10.1	11.3	12.6	14.0
1: 3	15	7.4	8.3	9.2	10.3	11.5	12.8	14.3
1: 4	16	7.5	8.4	9.4	10.5	11.7	13.1	14.6
1: 5	17	7.7	8.6	9.6	10.7	12.0	13.4	14.9
1: 6	18	7.8	8.8	9.8	10.9	12.2	13.7	15.3
1: 7	19	8.0	8.9	10.0	11.1	12.5	13.9	15.6
1: 8	20	8.1	9.1	10.1	11.3	12.7	14.2	15.9
1: 9	21	8.2	9.2	10.3	11.5	12.9	14.5	16.2
1:10	22	8.4	9.4	10.5	11.8	13.2	14.7	16.5
1:11	23	8.5	9.5	10.7	12.0	13.4	15.0	16.8
2: 0	24	8.6	9.7	10.8	12.2	13.6	15.3	17.1
2: 1	25	8.8	9.8	11.0	12.4	13.9	15.5	17.5
2: 2	26	8.9	10.0	11.2	12.5	14.1	15.8	17.8
2: 3	27	9.0	10.1	11.3	12.7	14.3	16.1	18.1
2: 4	28	9.1	10.2	11.5	12.9	14.5	16.3	18.4
2: 5	29	9.2	10.4	11.7	13.1	14.8	16.6	18.7

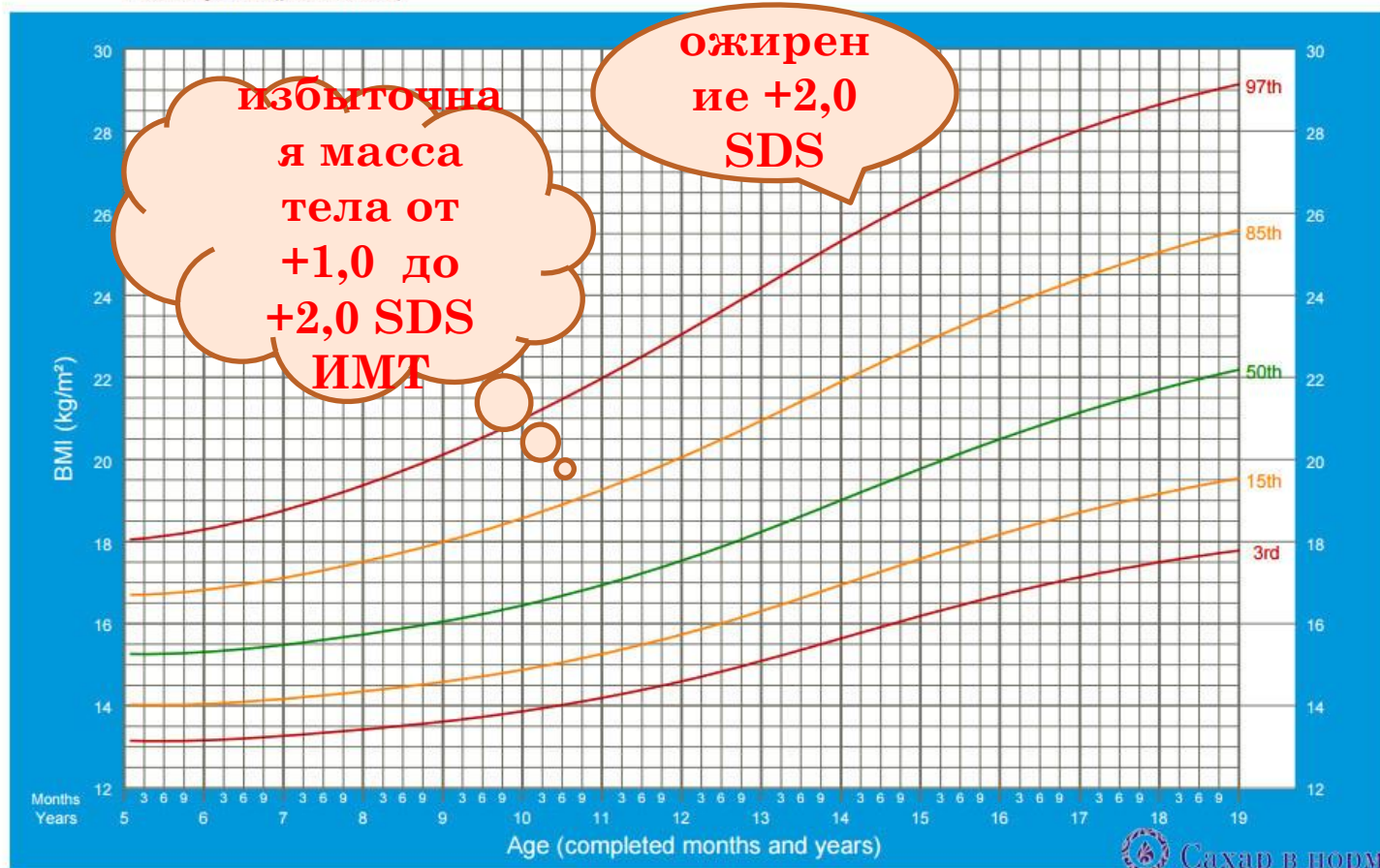
Simplified field tables

Weight-for-age GIRLS Birth to 5 years (percentiles)		 World Health Organization				
Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
0: 0	0	2.4	2.8	3.2	3.7	4.2
0: 1	1	3.2	3.6	4.2	4.8	5.4
0: 2	2	4.0	4.5	5.1	5.9	6.5
0: 3	3	4.6	5.1	5.8	6.7	7.4
0: 4	4	5.1	5.6	6.4	7.3	8.1
0: 5	5	5.5	6.1	6.9	7.8	8.7
0: 6	6	5.8	6.4	7.3	8.3	9.2
0: 7	7	6.1	6.7	7.6	8.7	9.6
0: 8	8	6.3	7.0	7.9	9.0	10.0
0: 9	9	6.6	7.3	8.2	9.3	10.4
0:10	10	6.8	7.5	8.5	9.6	10.7
0:11	11	7.0	7.7	8.7	9.9	11.0
1: 0	12	7.1	7.9	8.9	10.2	11.3
1: 1	13	7.3	8.1	9.2	10.4	11.6
1: 2	14	7.5	8.3	9.4	10.7	11.9
1: 3	15	7.7	8.5	9.6	10.9	12.2
1: 4	16	7.8	8.7	9.8	11.2	12.5
1: 5	17	8.0	8.8	10.0	11.4	12.7
1: 6	18	8.2	9.0	10.2	11.6	13.0
1: 7	19	8.3	9.2	10.4	11.9	13.3
1: 8	20	8.5	9.4	10.6	12.1	13.5
1: 9	21	8.7	9.6	10.9	12.4	13.8
1:10	22	8.8	9.8	11.1	12.6	14.1
1:11	23	9.0	9.9	11.3	12.8	14.3
2: 0	24	9.2	10.1	11.5	13.1	14.6
2: 1	25	9.3	10.3	11.7	13.3	14.9
2: 2	26	9.5	10.5	11.9	13.6	15.2
2: 3	27	9.6	10.7	12.1	13.8	15.4
2: 4	28	9.8	10.8	12.3	14.0	15.7
2: 5	29	10.0	11.0	12.5	14.3	16.0

$$\text{ИМТ} = \text{МАССА(кг)} / \text{РОСТ(м)}^2$$

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



Сахар в норме!

ИМТ-ВОЗРАСТ

BMI-for-age BOYS

Birth to 5 years (z-scores)



КЛАССИФИКАЦИЯ (ПЕТЕРКОВА В.А., ВАСЮКОВА О.В., 2013)

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 ≥ 4.0 — морбидное



КЛАССИФИКАЦИЯ (ПЕТЕРКОВА В.А., ВАСЮКОВА О.В., 2013) По этиологии:

1. Простое (конституционально-экзогенное, идиопатическое)
2. Гипоталамическое
3. Ожирение при нейроэндокринных заболеваниях (гиперкортицизме, гипотиреозе и др)
4. Ожирение ятрогенное
5. Моногенное ожирение
6. Синдромальное ожирение



КЛАССИФИКАЦИЯ (ПЕТЕРКОВА В.А., ВАСЮКОВА О.В., 2013) По НАЛИЧИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ И КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ:

- нарушения углеводного обмена (нарушение толерантности к глюкозе, нарушение гликемии натощак, инсулинорезистентность),
- неалкогольная жировая болезнь печени (жировой гепатоз и стеатогепатит как наиболее часто встречающиеся у детей состояния),
- дислипидемия,
- артериальная гипертензия,
- сахарный диабет 2 типа
- задержка полового развития (и относительный андрогеновый дефицит)-у мальчиков,
- ускоренное половое развитие (у девочек),
- гинекомастия,
- синдром гиперандрогении,
- синдром апноэ,
- нарушения опорно-двигательной системы (остеоартрит, спондилолистез и др),
- желчно-каменная болезнь



- Ожирение является одним из самых распространенных хронических заболеваний во всём мире. Его распространенность настолько велика, что приобрела характер неинфекционной эпидемии.



Чахат Кумар из Индии 19 кг в
восемь месяцев, Германия



Arya Permata, 8 лет 190
кг, Индонезия



По состоянию на 2022 год (Всемирная организация Здравоохранения):

- В мире насчитывается более 1 млрд человек, страдающих ожирением (примерно каждый 8-й житель планеты):
- ❖ Взрослые (18 лет и старше): более 890 млн человек имеют ожирение (индекс массы тела от 30 кг/м² и выше), общая численность людей с избыточным весом превышает 2,5 млрд;
- ❖ Дети и подростки (5-19 лет): свыше 160 млн страдают ожирением, а избыточный вес зафиксирован более чем у 390 млн молодых людей;
- ❖ Дети младше 5 лет: около 37 млн имеют избыточный вес или ожирение



- На основании выводов нового отчёта 6-го раунда исследований, проводимых в рамках Европейской инициативы ВОЗ по надзору за детским ожирением (COSI) 2022-2024 г.
(представлены данные о массе тела и росте примерно 470 тыс. детей в возрасте 6-9 лет из 37 стран, а также дополнительная информация об отношениях в семье и влияющих на здоровье моделях поведения, касающаяся более чем 150 тыс. детей)



В СТРАНАХ, УЧАСТТВУЮЩИХ В ИССЛЕДОВАНИИ:

- Каждый 4-й ребенок (25%) в возрасте 7-9 лет имеет избыточный вес, каждый 10-й (11%) страдает ожирением
- Мальчики (13%) чаще страдают ожирением, чем девочки (9%);
- В большинстве участвующих в исследовании стран более чем каждый 10-й, а в некоторых странах Южной Европы, почти каждый 5-й ребенок страдает ожирением



ВОСПРИЯТИЕ ПРОБЛЕМЫ ОЖИРЕНИЯ РОДИТЕЛЯМИ (УКАЗЫВАЕТ НА ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ РАЗРЫВ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О ПРОБЛЕМЕ ОЖИРЕНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ):

- 2/3 (66%) детей с избыточным весом воспринимаются своими родителями как дети с недостаточной или нормальной массой тела;
- Более половины родителей детей с избыточным весом недооценивают вес своих детей.



ФРУКТЫ, ОВОЩИ, ЗАКАЗ ЕДЫ В ИНТЕРНЕТЕ, ЭКРАННОЕ ВРЕМЯ

- 46% детей ежедневно употребляют в пищу свежие фрукты;
- Только 32% едят овощи не реже 1 раза в день
- Менее 5% соблюдают рекомендации ВОЗ о потреблении 5 порций овощей и фруктов в день;
- 41% едят сладости; 29% пьют сахаросодержащие газированные напитки; 16% употребляют соленые закуски более 3 раз в неделю
- Более 39% семей заказывают готовую еду
- Более здоровый рацион питания чаще у детей родителей с высшим образованием
- 42% детей проводят не менее 2 часов в день за экраном, в выходные 78% детей, мальчики больше, чем девочки
- Больше времени за экраном проводят дети родителей с более низким уровнем образования



- Всемирная федерация по борьбе с ожирением (World obesity Federation, WOF) сделала неутешительный прогноз в июне 2023 года: больше половины населения планеты (51%, или свыше 4 млрд человек) к 2035 году будет жить с избыточным весом;
- Ожирение станет уделом каждого четвертого (почти 2 млрд);
- Если существующие в настоящее время тенденции по весу сохранятся, то уже к **2030 году** каждая пятая женщина и каждый седьмой мужчина в мире будут жить с ожирением



- Темпы распространённости ожирения среди детей растут быстрее, чем среди взрослых;
- К 2035 году число детей с этим диагнозом может увеличиться более чем в 2 раза, в сравнении с данными 2020 г
- Показатели удвоятся среди мальчиков, достигнув 208 млн (рост 100%) и более чем удвоятся среди девочек- 175 млн (рост 125%)



- По оценкам WOF, экономические последствия для мира в случае неспособности улучшить ситуацию с лечением и прежде всего с профилактикой, ежегодно будут превышать 4,3 трлн долларов США (почти 3% **мирового ВВП**) (примерно столько же потеряла мировая экономика вследствие пандемии COVID-19)



- **Установлено, что факторы программирования ожирения действуют на ранних этапах развития (плод — новорожденный — ребенок раннего возраста):**
- избыточная масса тела родителей
- значительное увеличение массы тела во время беременности,
- нарушение углеводного обмена во время беременности (гестационный диабет)
- курение матери во время беременности
- родоразрешение путем кесарева сечения,
- рождение крупновесных детей и детей с задержкой внутриутробного развития
- раннее искусственное вскармливание
- быстрое увеличение массы тела ребенка в первые два года жизни
- алиментарное переедание
- избыточные просмотр телепередач или время за гаджетами
- низкий социальный статус семьи, семейные традиции питания и стиля жизни (родительские стереотипы пищевого поведения и физической активности).



- Генетический фон объясняет до 40 % различий в массе тела.
- Детское ожирение в большинстве случаев — это заболевание с олиго- или полигенным типом наследования.
- Из сотен генов-кандидатов методом геномного анализа ассоциаций выявлено 32 хромосомных участка, связанных с развитием ожирения.
- Определенное сочетание этих участков обеспечивает большую или меньшую степень предрасположенности к формированию избыточной массы тела.



- Редко ожирение у детей:
 - связано с употреблением определенных лекарственных препаратов (глюкокортикоидов, некоторых антидепрессантов, антипсихотических, противоэпилептических средств)
 - наличием эндокринных заболеваний (гиперкортицизма, гипотиреоза, дефицита гормона роста) ;
 - патологией головного мозга (опухоли, травмы, инсульты, хирургическое и лучевое лечение, химиотерапия)
 - наличием моногенного ожирения, хромосомного или другого генетического синдрома.



- Основная причина ожирения – дисбаланс между расходом и потреблением энергии.



ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ ПОСЛЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- несбалансированное питание (избыточное употребление высококалорийных продуктов питания и продуктов быстрого приготовления, сладких газированных напитков/соков; большие порции; отсутствие завтрака; недостаточное содержание в рационе овощей и фруктов; просмотр телепередач во время еды; питание вне дома со сверстниками; изменение кишечной микробиоты);
- гиподинамия;
- влияние образования и семейных факторов;
- недостаточная продолжительность и нарушения сна;
- психологические факторы (избыточное употребление пищи при стрессе, негативных эмоциях).



СТЕРЕОТИПЫ ПИТАНИЯ

- Нарушение суточного ритма питания
- Обильное питание в вечернее время
- Режим «быстрой еды», с большим содержанием жира.
- Избыточное потребление соли (более 1 ч.л. в день)
- Привычка есть перед телевизором или компьютером
- Традиции обильных угощений в праздники
- Избыток жиров в рационе, малое количество белка, клетчатки (овощи, фрукты)-менее 4-5 порций в день или менее 300-400 г, «длинных» углеводов
- Преобладание консервированных и рафинированных продуктов.



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ОЖИРЕНИЯ

- В настоящее время одним из основных моментов развития экстремального ожирения у детей рассматривают механизм неконтролируемого (компульсивного) переедания (наблюдается более чем у 30% подростков)
- Вкусовая психостимуляция способна улучшить эмоциональное состояние ребенка, помочь ему в преодолении стресса, в том числе связанного с неприятием своего тела, буллингом со стороны сверстников, отсутствие общения с ними, что создает порочный круг в прогрессировании веса
- В случае недостаточного использования других видов психологического воздействия (двигательного, зрительного, звукового) вкусовая стимуляция приобретает и закрепляет характер переедания у детей.
- Постоянное переедание приводит к увеличению массы тела и прогрессии ожирения с формированием осложненных форм.
- Нельзя использовать пищу в качестве «кну́та» или «пря́ника». Недопустима позиция взрослых по типу: «Получил двойку — не будет десерта!» или «Уберешь в своей комнате — получишь мороженое». Не стоит превращать еду в источник самого большого удовольствия в жизни.



РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

- Комплексный подход: диетотерапия+психологическая коррекция
- Первый шаг к избавлению от ожирения – пересмотр пищевых привычек и рациона питания не только ребенка, но и его семьи.
- Нужно прививать ребенку и тем, с кем он живет, привычки здорового образа жизни (личный пример родителей)
- знакомство ребенка с полезными продуктами: уже с раннего детства нужно обучать ребенка основам здорового питания.
- Обучение пациента – залог успешной терапии



ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ДИЕТОТЕРАПИИ- МЕТОД ТАРЕЛКИ:

- - На основной приём пищи на тарелке:
- $\frac{1}{2}$ порции - овощи (сырые, отварные, запеченные)
- $\frac{1}{4}$ порции - «длинные» углеводы (каши: гречка, овсянка, пшено, перловая крупа, с ограничением картофеля, макароны твердых сортов пшеницы, цельнозерновой хлеб)
- $\frac{1}{4}$ порции - белковые продукты (нежирное мясо, рыба, птица)
- Полностью исключить: колбасы, сосиски, соусы, сдобные булочки, напитки с добавленным сахаром.
- - 3 основных приема пищи (завтрак, обед, ужин) и 2 - 3 промежуточных (2-й завтрак, полдник, 2-й ужин)
- - Основой питания являются продукты богатые белком: нежирные сорта мяса, птицы, рыбы, яйца, молочные и кисломолочные продукты;
- продукты, содержащие сложные углеводы (хлеб грубого помола, крупы, макаронные изделия из твердых сортов пшеницы, овощи, бобовые, фрукты, ягоды)
- - Рекомендуется исключить продукты с высоким содержанием жира: свинина, ветчина, грудинка, сосиски, сардельки, колбасные изделия, майонез, жирные сорта сыра, глазированные сырки, семечки, орехи, чипсы, торты, пирожные и т. д.
- Не рекомендуются продукты, содержащие легкоусвояемые углеводы: сахар, конфеты, варенье, торты, пирожные, сдобные булочки, печеное, белый хлеб, сладкие и газированные напитки, соки, сладкие фрукты (дыня, виноград, бананы, финики)
- Употребление достаточного количества жидкости (взрослым не менее 1,5-2 л в сутки, детям-на массу тела)



Тарелка соотношения продуктов
в Вашем рационе



Тарелка оптимального соотношения
продуктов, рекомендуемого ВОЗ



ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Худейте медленно, оптимальная скорость потери массы тела — 0,5–1 кг в неделю. Снизив массу тела, постарайтесь ее удержать.
2. Перед тем как что-то съесть, задумайтесь, голодны ли Вы (это поможет контролировать прием пищи и, следовательно, избежать бессознательного переедания).
3. Планируйте с вечера, чем Вы будете питаться на следующий день.
4. Ешьте медленно, тщательно пережевывая пищу.
5. Утоляйте жажду водой, а не фруктовыми соками или сладким чаем.



1. Никогда не бойтесь оставить еду на тарелке, если ее оказалось больше, чем нужно. В следующий же раз накладывайте ровно столько, сколько необходимо.
2. Никогда не обещайте себе еду в награду. Не ешьте, чтобы себя подбодрить, утешить, поднять настроение. Эту привычку легко приобрести, но избавиться от нее трудно.
3. Не ходите в магазин голодными! Покупайте продукты по ранее составленному списку.
4. Достаточный, полноценный сон (не менее 8 часов), отхождение ко сну не позднее 23.00 (желательно не позднее 22.00)



ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА

- Обязательно регулярная (3-4 раза в неделю) умеренная физическая нагрузка: ходьба, плавание, езда на велосипеде, лыжи, коньки, волейбол, баскетбол, футбол, хоккей, аэробика, гимнастика и др.
- Дети и подростки (5-17 лет): не менее 40-60 мин в день-умеренные физические нагрузки, преимущественно аэробные; не реже 3 раз в неделю – интенсивные упражнения (1,5-2 часа), развивающие мышцы и скелет
- Ограничение сидячего режима: сокращение времени малоподвижных занятий (особенно экранов гаджетов)



ЭКРАННОЕ ВРЕМЯ (ВОЗ):

- До 1 года- полностью исключено;
- 1-4 лет: не более 1 часа в сутки, лучше-меньше
- Школьники (старше 5 лет): 2 часа в день, чередуя с физической активностью.

Взрослые:

- До 6 часов в день суммарно (включая телефоны, телевизоры и компьютеры)
- Социальные сети (для улучшения психологического самочувствия и снижения риска тревоги и депрессии): сокращение пассивного листания ленты до 30 минут
- **Во время приема пищи не использовать гаджеты!!!**



ПРОФИЛАКТИКА (ВОЗ)

- Своевременная диагностика ожирения и начало в ранние сроки заболевания (1-2 года) лечебно-профилактических мероприятий, способствуют снижению степени ожирения длительности заболевания;
- Повышение уровня знаний детей и родителей о здоровом образе жизни: соблюдение режима дня, коррекция пищевого поведения и уменьшение пищевой нагрузки в вечернее/ночное время;
- Приоритет активного образа жизни: занятие спортом, подвижными играми с непосредственным участием детей совместно с родителями;
- Улучшение здоровья матери и нормализация ее массы тела еще на этапе планирования беременности, соблюдение норм набора веса во время беременности.



- ❖ Рекомендуется кормить младенцев исключительно грудным молоком в течение полугода после рождения. После введения прикорма семьи могут:
 - ограничивать калории, поступающие из жира и сахара;
 - повышать потребление ребенком фруктов, овощей, бобовых и цельнозерновых продуктов;
 - обеспечивать младенцам и детям раннего возраста возможности для активного движения, а детям старше 5 лет — регулярную физическую активность (40-60 минут в день).



ПО МНЕНИЮ ВОС, ВСЕМ СТРАНАМ
НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ СРОЧНЫЕ И
СКООРДИНИРОВАННЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ
ПРЕОДОЛЕНИЯ «ЭПИДЕМИИ»:

- *повышать налоги на вредные продукты и маркировать упаковки с такими товарами;
- *вводить строгие ограничения на маркетинг продуктов с высоким содержанием жира, соли и сахара;
- *обеспечить доступность и ценовую приемлемость здоровых пищевых продуктов и поощрение регулярной физической активности на работе и в детских учреждениях образования
- *обеспечивать здоровое питание в школах и детских учреждениях



*МЫ ЕДИМ, ЧТОБЫ ЖИТЬ, А НЕ ЖИВЁМ,
ЧТОБЫ ЕСТЬ!*

СОКРАТ

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

