

# Дитяча гастроентерологія і нутриціологія: вітчизняний та іноземний досвід у діагностиці та лікуванні захворювань шлунково-кишкового тракту

26–27 листопада 2014 р. в Києві відбувся Симпозіум із міжнародною участю «Актуальні питання дитячої гастроентерології та нутриціології» — знакова подія в житті українських лікарів-педіатрів. Координатором заходу виступила Всеукраїнська громадська організація (ВГО) «Асоціація педіатрів-гастроентерологів та нутриціологів України». У ході роботи симпозіуму розглянуто питання кислотозалежних захворювань у педіатрії, особливостей гастроентерології у дітей раннього віку, проблем дитячої гематології, фармако- та дієтотерапії в дитячій гастроентерології тощо. У рамках симпозіуму представлено звіт президента ВГО «Асоціація педіатрів-гастроентерологів та нутриціологів України», а також відбулася нарада-семінар головних позаштатних спеціалістів структурних підрозділів із питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій за спеціальністю «Дитяча гастроентерологія». Родзинкою заходу став телеміст із Чернівцями, що дозволив об'єднати лікарів-педіатрів з усіх регіонів України.



**Віра Боброва**, доцент кафедри педіатрії № 1 Національного медичного університету (НМУ) імені О.О. Богомольця, розпочала роботу симпозіуму доповіддю, в якій виокремила основні особливості лікування хронічного гастриту у дітей.

Аналіз >3 тис. історій хвороб пацієнтів, проведений доповідачем та її колегами, виявив значну кількість випадків рецидивів хронічного гастриту (65,4%). Це пов'язано з поганою діагностикою на рівні первинної ланки медичної допомоги.

Результати подальшого анкетування серед лікарів 3 дитячих лікарень міста Києва та 6 лікарень Київської області виявилися невтішними: лише 21,5% з усіх дітей зі скаргами на біль у животі направлено на консультацію до гастроентеролога і лише у 23,8% проведено фіброгастроуденоскопію (ФГДС). Не краща ситуація із дослідженням на наявність *Helicobacter pylori* (*H. pylori*): у 45,2% дітей його взагалі не проводять. Основна причина такої статистики — відсутність на місцях спеціалістів вузького профілю та приладів для діагностики. Протирецидивне лікування, яке проводять лише у 35,7% дітей, найчастіше представлено фітoterапією (61,9%) та дієтотерапією (33,3%).

В. Бобровою та її командою проведено дослідження, що дозволило вивчити процеси формування хронічного запалення шлунка у дітей. Це дало можливість виокремити прогностичні критерії для різних типів хронічного гастриту та запропонувати відповідні методи лікування. При первинному клінічному дослідженні проводили

ФГДС та визначення рівня кислотності базальної секреції шлунка. Для верифікації діагнозу використовували морфологічний, бактеріологічний, імуногістохімічний та імуноферментний методи дослідження. При проведенні ФГДС у більшості (70%) дітей виявлено еритематозні зміни слизової оболонки шлунка (СОШ), серед них у 10,5% відзначали автімунну природу запалення — гастрит типу А, а у 28,9% — діагностували гастрит типу С — рефлюкс-гастрит на фоні нормальні кислотності шлунка.

На основі аналізу результатів дослідження доповідачем виділені основні клінічні ознаки різних типів хронічного гастриту, що зумовлювали особливості подальшого лікування (таблиця).

Усіх пацієнтів розподілено на дві групи: лікування у 1-й групі проводили згідно з рекомендаціями, зазначеними у наказі Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 29.01.2013 р. № 59 «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення»; у 2-й групі до зазначеної терапії додавали препарат, що містив *Lactobacillus reuteri* (*L. reuteri*) в дозі 5 крапель чи 1 таблетка 1 раз на добу. Через 1 міс проведено контроль лікування за допомогою морфологічного та імуногістохімічного методів дослідження. Отримані результати мали кращі показники у 2-ї групі, де спостерігали більш виражену тенденцію до зменшення запалального процесу у СОШ. Такий ефект пов'язували з імуномодулюючою роллю *L. reuteri*, зокрема здатністю синтезувати антимікробні білки, антибіотикоподібні речовини, що пригнічують ріст патогенної мікрофлори. Також *L. reuteri* знижують вироблення модулятора запалення NF-кВ та підсилюють продукцію слизу в шлунку.



Темусучасних підходів до діагностики та лікування *H. pylori*-залежних захворювань у своїй доповіді продовжив професор **Олег Шадрін**, керівник відділення проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України», головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Дитяча гастроентерологія». Він зупинився на основних характеристиках збудника, підкресливши патогенні фактори бактерії, що відіграють роль у пошкодженні СОШ. До факторів вірулентності доповідає відніс:

- здатність індукувати запалення в шлунку;
  - руйнування слизового бар'єра шлунка;
  - зміна гастрокислотного гомеостазу.
- До факторів колонізації належать:
- рухливість;
  - адаптивні ензими та протеїни;
  - вплив на імунітет.

Сукупність цих характеристик зумовлює високу поширеність інфікування *H. pylori*, максимальні показники якої відзначаються у країнах, що розвиваються. На жаль, ситуація в Україні щодо *H. pylori*-залежних захворювань наближається до незадовільної. Це, перш за все, пов'язано з ігноруванням золотого стандарту її діагностики — морфогістологічного дослідження біоптату, отриманого при ФГДС. Адекватна діагностика з подальшою ерадикацією збудника при хронічному активному гастриті — необхідна профілактика розвитку в дорослом віці таких небезпечних захворювань, як виразка шлунка, хронічний атрофічний га-

Таблиця

Ознака	Гастрит типу А (автоімунний)	Гастрит типу В		Клінічні ознаки типів хронічного гастриту
		Асоційований з інфекцією <i>H. pylori</i>	Неасоційований з інфекцією <i>H. pylori</i>	
Вік, років	8–10	14–16	Не встановлено	8–10 та 14–16
Тривалість захворювання, років	1	>3	Не встановлено	–
Характер болю	Нічний у ділянці епігастрія	Неінтенсивний ранній у пілородуоденальній ділянці	Нічний, не залежить від прийому їжі	Короткочасний нападоподібний, у ділянці Шофара. Посилення болю після вживання гострих, солоних та копченіх страв
Додаткові симптоми	Нудота, метеоризм, зниження апетиту, виражена інтоксикація, зменшення маси тіла	–	Метеоризм, запор, діарея	Відріжка, нудота; тривала, без динаміки, болюча пальпація живота
ФГДС-ознаки	Еритематозні зміни СОШ	Еритематозні зміни СОШ	Ерозії СОШ	Ерозії СОШ
Рівень базальної секреції шлунка	Гіпоацидний	Норма	Гіпоацидний рівень	Гіпоацидний рівень
Морфологічні ознаки	Стромально-епітеліальна перебудова СОШ: фіброз строми тіла шлунка; лімфатичні фолікули проліферація фібробластів та колагенових волокон в базальні відділи власної пластинки	Фіброз строми тіла шлунка; лімфатичні фолікули	Більш виражені мікроциркуляторні зміни: ерозії, крововиливи, мікротромбози	Дистрофічні зміни епітеліоцитів; вогнищева гіпотрофія власної пластинки залоз

стрит, MALT-лімфома, адено карцинома шлунка. О. Шадрін відзначив, що за відсутності терапії вже в 1-й рік після проведеного лікування хронічний гастрит рецидує у 72% пацієнтів.

Доповідачем разом із лікарями-педіатрами Києва та Одеси проведено дослідження з метою оцінки ефективності та безпеки схем потрійної терапії із застосуванням ніфурателу для ерадикації *H. pylori* у педіатричній практиці. У дослідженні взяли участь 60 дітей: 18 (30%) віком 6–12 років (1-ша група) та 42 (70%) віком 12–17 років (2-га група). Асоційовані з *H. pylori* захворювання — хронічний гастрит, хронічний гастродуоденіт та виразка дванадцяталіпії кишкі — зареєстровані у 25; 65 та 10% дітей відповідно.

У 1-й групі застосовували потрійну терапію колоїдним субцитратом вісмуту, амоксициліном та ніфурателом, у 2-й — замість вісмуту застосовували омепразол. Результати дослідження показали рівень ерадикації збудника 88,8 та 87,5% у групах відповідно, що задовільняє вимоги Мастrichtської угода (рівень ерадикації >80%). Тому застосування потрійної терапії високоекспективне і може бути рекомендованим як базова схема при *H. pylori*-асоційованому гастриті, гастродуоденіті та виразці дванадцяталіпії кишкі у дітей.



Живий інтерес слухачів викликала доповідь Надії Зайцевої, кандидата медичних наук, завідувача Київського міського дитячого гастроентерологічного центру, яка розгорнуто познайомила аудиторію

із синдромом мальнутриції та методами його корекції. Доповідач підкреслила, що здоров'я малюка набагато більше залежить від харчових звичок, аніж від лікарської майстерності. Вона зупинилася на основних порушеннях трофологічного статусу в педіатричній практиці. Так, поняття гіпотрофії, для якої характерним є дефіцит маси тіла стосовно зросту та віку дитини, не враховує фактора затримки зросту. Білково-енергетична недостатність

як одне з порушень трофологічного статусу супроводжується змінами водно-електролітного балансу, ендокринним дисбалансом, пригніченням імунної системи, дисфункцією шлунково-кишкового тракту (ШКТ) тощо. Але цей термін не враховує випадків недостатнього засвоєння та підвищеної потреби у харчуванні дітей, а також можливого дефіциту мікронутрієнтів. Поняття «синдром мальнутриції», що нещодавно прийшло у вітчизняну медицину із Заходу, враховує усі зазначені аспекти. Синдром мальнутриції найчастіше розвивається на фоні синдрому мальасиміляції — порушення перетравлення та абсорбції нутрієнтів.

У дітей раннього віку мальасиміляція зумовлена морфофункциональною незрілістю органів травлення. Низька активність ферментів печінки, швидке виснаження ферментних ресурсів шлунка, знижена протеолітична активність підшлункової залози (до 4–6 років), низька амілазна (до 9 років), ліпоплітична (до 11–12 років) — є ще далеко не повний перелік якостей травної системи дитини раннього віку, які створюють підґрунт для появи синдрому мальасиміляції. Цей синдром провідний для таких захворювань періоду новонародженості, як непереносимість коров'ячого білка, вроджена чи вторинна лактазна недостатність, вроджена глюкозо-галактозна мальабсорбція, первинний імунний дефіцит тощо. У дітей віком >2 років він характерний для вторинної дисахаразної недостатності, целіакії, паразитарної інфекції, муковісцидуозу та ін.

Ентерогенна мальасиміляція зумовлена вродженою інтенсивальною ентеропатією і такими набутими захворюваннями, як ентерит, хвороба Кроне, неспецифічний виразковий коліт, а також інфекційними та паразитарними захворюваннями. Розвиткові цього синдрому сприяють також швидкий пасаж кишкового вмісту, гастро- та дуоденостаз. Панкреатогенна мальасиміляція розвивається на фоні функціональної патології підшлункової залози, функціонального панкреатичного розладу сфинктера Одіді та хронічного панкреатиту.

Н. Зайцева детально зупинилася на синдромі мальнутриції, основними маркерами якого є зменшення маси та росту дитини, стоншення підшкірно-жирового

шару та зниження м'язового тонусу, поширення психомоторного розвитку, психоемоційного статусу і статевого розвитку. Синдром мальнутриції характеризується дефіцитом вітамінів, що може проявлятися у вигляді відповідних захворювань: дефіцит жиророзчинних вітамінів A, D, E (ксерофталмія, фолікулярний гіперкератоз), дефіцит вітаміну K (геморагії), дефіцит водорозчинних вітамінів групи В (глосит, стоматит, хейліт тощо).

На завершення доповіді Н. Зайцевою наведені основні принципи терапії синдрому мальнутриції, що включають виявлення причин порушення травлення з відповідною корекцією харчування, застосування замісної ферментної терапії та корекцію метаболічних процесів за допомогою імунонутрієнтів.



Професор Юрій Марушко, завідувач кафедри педіатрії № 3 НМУ імені О. О. Богомольця, розглянув питання застосування сучасних прокінетиків у дитячій гастроenterології, зокрема домперидону, приділивши особливу увагу функціональним гастроінестинальним розладам. До останніх належать порушення з різною комбінацією гастроінестинальних симптомів з відсутністю будь-яких органічних, системних чи метаболічних захворювань, що могли би їх пояснити. Розрізняють такі функціональні гастроінестинальні порушення:

- гастроезофагеальний рефлюкс;
  - функціональна диспепсія;
  - синдром подразненого кишечнику.
- Ю. Марушко окреслив важливість ролі застосування прокінетиків при лікуванні зазначених розладів, ацетонемічного кризу, а також у складі терапії при регургітації у новонароджених. Розглянувши функції прокінетиків на прикладі домперидону, доповідач виокремив такі механізми дії цього препарату:
- підвищення спонтанної активності шлунка;

## ПОДІЇ ТА КОМЕНТАРІ

- підвищення тиску нижнього стравохідного сфинктера та активізація перистальтики стравоходу й антральному відділу шлунка;
- посилення частоти, амплітуди і тривалості скорочень дванадцятапалої кишки;
- зменшення часу пасажу харчових мас по тонкому кишечнику.

Ці ефекти зумовлюють здатність домеридону купірувати нудоту та бліювання.



Наступна учасниця конференції — професор **Тетяна Крючко**, завідувач кафедри педіатрії № 2 Української медичної стоматологічної академії (Полтава) — заглибилась у тему діагностики та лікування гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ). Хоча наразі не існує доказової бази епідеміологічних даних щодо поширеності ГЕРХ у дітей, аналіз сучасних наукових публікацій свідчить про тенденцію до її росту в країнах Європи, Північної Америки та Південно-Східної Азії (зокрема у США, Японії, Сінгапурі та Китаї) протягом останніх 10 років. Так, станом на 2009 р., за даними різних авторів, цей показник серед дітей досягав 8,7–17%. У структурі захворювань стравоходу близько 37% випадків належить рефлюкс-езофагіту, 60% — ендоскопічнонегативній рефлюксній хворобі, а вже з 8-річного віку у дітей зареєстровані випадки стравоходу Барнета.

Доповідач зазначила, що на сьогодні відсутні загальноприйняті схеми діагностики та лікування дітей із ГЕРХ, немає рекомендацій щодо тривалості терапії інгібторами протонної помпи (ІПП) та режимів їх дозування. Недосконало вивчене питання *H. pylori*-інфікованості дітей з ГЕРХ. При цьому в консенсусі Американської гастроентерологічної асоціації (American Gastroenterological Association — AGA)

2013 р. не рекомендовано проводити скрінінг у пацієнтів з ГЕРХ на наявність *H. pylori*, як і рутинну антихеліобактерну терапію.

Діагностику ГЕРХ у дітей, з урахуванням основних клінічних симптомів захворювання, проводять за допомогою:

- ФГДС із гістологічним дослідженням біоплати та тестом з ІПП;
- внутрішньопорожнинної pH-метрії ШКТ;
- рентгенологічного дослідження;
- манометрії;
- сцинтографії;
- біліметрії.

Лікування ГЕРХ проводять згідно з наказом МОЗ України від 29.01.2013 р. № 59 «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення». Питання вибору антисекреторних препаратів лікар вирішує індивідуально, з урахуванням клінічного симптомокомплексу, результатів дослідження кислотоуттворюючої функції шлунка, добового pH-моніторингу, а також у разі недостатньої ефективності базової лікувальної програми.

Т. Крючко детально зупинилася на причинах резистентності до терапії стандартною дозою ІПП, до яких належать:

- проблеми комплаентності;
- наявність slabokisлого чи лужного рефлюксу;
- затримка випорожнення шлунка;
- знижена біодоступність та прискорений метаболізм ІПП;
- вісцеральна гіперчутливість на фоні психічної дезадаптації та ін.

Проблемі кислотозалежних захворювань у педіатричній практиці присвячені доповіді **Олега Швеца**, доцента кафедри внутрішньої медицини № 1 НМУ імені О.О. Богомольця, «Можливості підвищення ефективності лікування кислотозалежних захворювань у підлітків» та **Снігани Сокольник**, доцента кафедри педіатрії та медичної генетики Буковинського державного медичного університету, «Диференційований підхід до діагностики та лікування виразкової хвороби дванадцятапалої кишки в дітей».



Особливу увагу учасники конференції приділили захворюванням ШКТ у дітей раннього віку як особливій категорії проблем, що потребують уважного та детального вивчення. Професор **Ольга Белоусова**, завідувач кафедри педіатричної гастроентерології та нутриціології Харківської медичної академії післядипломної освіти, розглянула питання функціональних кольок, зупинившись на причинах і типах метеоризму як основи їх виникнення. Вона виокремила екзогенні фактори, що впливають на виникнення метеоризму в дітей:

- незбалансоване харчування: зловживання продуктами, що знаходяться у стані бродіння (наприклад квас) чи здатні стимулювати бродильні процеси в кишечнику (чорний хліб, бобові, фініки тощо);
- порушеній режим та характер харчування, зміни обміну речовин чи прискорений пасаж їжі по кишечнику;
- ризка зміна атмосферного тиску при підйомі на висоту.

До ендогенних факторів доповідач віднесла:

- дигестивний (при недостачі певних ферментів чи порушенні продукції жовчі);
- дисбіотичний (при порушенні балансу міжбактеріями, що споживають та продукують газ як один з продуктів їх життєдіяльності);
- механічний (при спазмі гладких м'язів кишечнику з перерозтягненням його стінки);
- динамічний (при атонії кишечнику, його аномаліях, спайках, пухлинах тощо);
- циркуляторний (при переході газів із кровоносних судин до кишечнику та, навпаки, при явищі вільної дифузії).

О. Белоусова виділила два принципи, що лежать в основі терапії при метеоризмі:



1. Базується на усуненні причин, що викликала патологічний стан. Включає корекцію діети, застосування ферментних препаратів, лікування при порушеннях функції утворення та виділення жовчі, відновлення симбіотичної мікрофлори.

2. В основі — видalenня газів, що накопичилися у кишечнику дитини. Для цього в педіатричній практиці застосовують препарати, що нормалізують перистальтику і сприяють швидкому виведенню газів, адсорбенти та еваніпрепарати-піногасники.

«Біль у животі — це психоемоційна стресова ситуація в житті дитини. Лікар не повинен допускати ситуацій, при яких дитина тижнями відчуває біль у животі та чекає, поки лікар визначить його причину і лише після цього розпочне лікування. Перш за все лікар має позбавити дитину страждань та своєчасно призначити безпечну й ефективну симптоматичну терапію при болю», — зажінила свою доповідь О. Белоусова.

Тему лікування пацієнтів із кишковими коліками доповнив у своєму виступі О. Шадрін, який детальніше зупинився на застосуванні ферментних препаратів при корекції лактазної недостатності, що часто є причиною колік у дітей раннього віку.

Своїм виступом **Юлія Годованець**, доктор медичних наук, професор кафедри педіатрії, неонатології та перинатальної

медицини Буковинського державного медичного університету, підкреслила необхідність поглиблена клінічного та експериментального дослідження проблем гастроінтестинальних порушень в ранній неонатальний період. Це дозволить відповісти на питання патогенетичних механізмів їх розвитку, окреслити подальший прогноз їх перебігу та допоможе розробити заходи профілактики формування функціональної та органічної патології ШКТ.



Професор **Галина Бекетова**, завідувач кафедри дитячих і підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупіка, зупинилася на питанні застосування пробіотиків у педіатричній практиці, детально розглянувши *Bacillus clausii*, що мають повну розшифровку генетичного паспорта, є антибіотикорезистентними і наявні у ШКТ 20% здорових людей. Ці мікроорганізми виявляють прямий антимікробний ефект проти *Clostridium perfringens*, *Clostridium difficile*, *Listeria monocytogenes*, *Staphylococcus aureus*. Вони продукують клауцин — лантибіотик типу А, який сприяє утворенню пор у мембрани патогенних мікроорганізмів, що призводить до їх лізису. Пробіотики з *Bacillus clausii* можна застосовувати у період вагітності та годування грудьми, у дітей віком від 28 днів при діареї та різноманітних гастроінтестинальних захворюваннях. Застосування цих препаратів при гострій діареї достовірно сприяє більш швидкому зменшенню вираженості абдомінального болю, зуття та частоти випорожнення.

Увагу присутніх також привернула інформація **Ольги Федорові**, професора кафедри дитячих хвороб Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, щодо ролі грудного вигодовування у процесах формування темпераменту і типів прив'язаності в системі мати — дитина.

У ході роботи симпозіуму ораторами також піднято питання профілактики гельмінтоzів, лікування при хронічному вірусному гепатиті С, захворюваннях підшлункової залози, харчові алергії у дітей. Плідна праця лікарів-науковців допомогла розібратися у важливих проблемах дитячої гастроентерології та нутриціології і визначити нові напрямки подальшого розвитку цієї галузі.

*Анна Антонюк,  
фото Сергія Бека*

## Реферативна інформація

### В США 30% всіх смертей обумовлені заболеваниями сердца и мозговыми инсультами

Американская ассоциация сердца (American Heart Association — АНА) опубликовала ежегодный документ со статистическими данными по кардиоваскулярной патологии и мозговому инсульту в США, в котором впервые представлены данные о текущем состоянии проблемы не только в США, но и в других странах. В мире кардиоваскулярные заболевания остаются ведущей причиной смертности населения, ежегодно унося жизни 17,3 млн человек. В настоящее время сердечно-сосудистая патология более не является проблемой лишь экономически развитых стран западного мира — 80% всех случаев смерти от данного класса заболеваний в мире приходится на страны с низким и средним уровнем доходов. Из позитивных показателей следует отметить снижение смертности от болезней сердца приблизительно на 40% за 2001–2011 гг. Последние данные статистики, опубликованные 17 декабря 2014 г. и подготовленные доктором Дариуш Мозаффарьян (Dariush Mozaffarian) из Университета Тафтса в Бостоне (Tufts University), Массачусетс, США, констатируют, что в 2011 г. в США от заболеваний сердца, мозговых инсультов и другой кардиоваскулярной патологии умерли 787 тыс. человек, что означает приблизительно 2100 смертей в сутки. Можно сказать, что от данной патологии каждые 40 с умирает один житель США. Непосредственно от заболеваний сердца в США ежегодно умирают 375 тыс. человек, на данную патологию приходится один случай смерти из семи. Кардиальная патология лидирует в структуре общей смертности как в США, так и во всем мире. Кроме того, по данным АНА, болезни сердца сохраняют свое первенство в качестве причины смерти и среди женского населения, превышая смертность от всех форм злокачественных новообразований. Отмечено также, что в 2011 г. от сердечной патологии умерли 39 тыс. афроамериканцев.

Среди наиболее ценной информации опубликованного документа можно выделить следующее:

- ежегодные прямые и косвенные затраты США, связанные с кардиоваскулярными заболеваниями и мозговым инсультом, превышают 320 млрд дол. США (с учетом расходов в системе здравоохранения и производственных потерь);

• количество оперативных вмешательств и лечебных процедур по поводу кардиоваскулярной патологии за 2001–2010 гг. увеличилось в США на 28%;

• ежегодно в США регистрируют 735 тыс. случаев инфаркта миокарда, из них приблизительно 120 тыс. случаев — с летальным исходом;

• мозговой инсульт — 2-я из ведущих причин смертности после кардиальной патологии в мире: в 2010 г. зарегистрировано 30 млн случаев инсульта, из них 17 млн — случаи с впервые выявленным инсультом. В США инсульт занимает 4-е место в структуре общей смертности населения, унося ежегодно 129 тыс. жизней;

• в 2011 г. в США зарегистрировано 326 тыс. человек с внезапной остановкой сердца, из них лишь 10% остались живы до момента выписки из лечебного учреждения. Число лиц с остановкой сердца вне лечебных учреждений, замеченных находящимися рядом людьми, составило 19,3 тыс. человек, выживаемость данного контингента пациентов — 31%.

Кроме того, АНА представила глобальный срез данных по табакокурению — 20% мужского и 16% женского населения планеты все еще подвержены пагубной привычке. Авторы также акцентируют внимание на том, что большинство взрослого населения США (69,0%) страдают ожирением, среди детского населения ожирение регистрируют у 32% детей. В целом в мире 1,5 млрд человек страдают от избыточной массы тела либо ожирения. В США ½ взрослого населения не соблюдают какой-либо режим физической активности, и лишь 27% подростков придерживаются режима ежедневной 60-минутной физической нагрузки, согласно рекомендациям АНА. Менее 1% жителей США соблюдают диету, соответствующую критериям здоровой диеты АНА.

**Mozaffarian D., Benjamin E.J., Go A.S. et al.** (2014) Heart disease and stroke statistics — 2015 update: A report from the American Heart Association. Circulation, 17 December [Epub ahead of print].

**O'Riordan M.** (2014) AHA: 30% of All US Deaths Are From Heart Disease, Stroke. Medscape, 23 December (<http://www.medscape.com/viewarticle/837133>).

*Ольга Федорова*