



OCENA STANU ODŻYWIENIA PACJENTA PEDIATRYCZNEGO



Stan odżywienia

- Stan zdrowia wynikający ze zwyczajowego spożycia żywności, wchłaniania i wykorzystania wchodzących w jej skład składników odżywczych oraz efekt ewentualnego działania czynników patologicznych wpływających na te procesy.

Metody oceny stanu odżywienia służą do

- Oceny stanu odżywienia i jego ewentualnego wpływu na rozwój fizyczny i tempo wzrastania dzieci i młodzieży.
- Określenia stopnia ryzyka rozwoju chorób dietozależnych, mogących być następstwem nieprawidłowego sposobu żywienia, w tym nadmiaru lub niedoboru składników odżywczych w diecie.
- Oceny skuteczności zastosowanej terapii.
- Analizy dobrostanu biologicznego populacji, związanego z aktualnym żywieniem i w śledzeniu jego zmian w powiązaniu z sytuacją ekonomiczną w kraju.
- Badań naukowych analizujących współzależności pomiędzy sposobem żywienia a rozwojem fizycznym i psychicznym dzieci i młodzieży.
- Wytyczenia kierunków prowadzenia edukacji żywieniowej.

W ocenie stanu odżywienia warto posługiwać się schematem ABCD:



A. Antropometria



B. Badania biochemiczne



C. Ocena kliniczna
(wywiad i badanie przedmiotowe)



D. Dieta

Wywiad powinien uwzględniać:



Dane dotyczące rodziców i rodzeństwa (stan odżywienia, tempo wzrastania, zaburzenia/problemy występujące w rodzinie)



Czynniki paragenetyczne (wiek rodziców, kolejność ciąż, itp.)



Przebieg dotychczasowego rozwoju psychoruchowego dziecka oraz wzrastania i dojrzewania



Ocena przebytych chorób, występujących dolegliwości i przyjmowanych leków



Sytuację społeczną i ekonomiczną rodziny (np. wykształcenie rodziców, warunki mieszkaniowe)

Badanie przedmiotowe

W badaniu fizykalnym należy zwrócić szczególną uwagę na:


- typ budowy i proporcje ciała,
- skórę z tkanką podskórną,
- włosy,
- paznokcie,
- stan uzębienia, dziąsła i śluzówki jamy ustnej,
- stadium rozwoju cech płciowych,
- wielkość gruczołu tarczowego
- zachowanie pacjenta oraz jego samoocenę.




Formularze przesiewowej oceny stanu odżywienia

Screening Tool	Tool Description	Tool Components					
		Body Mass Index	Wt / Age Wt / Length Ht Velocity	Weight Change / Loss	Appetite/ Intake	Clinical Information	Other
E-Kindex <i>Electronic Kids Dietary Index</i>	An electronic tool designed for children in the community; focus is on self-reported nutrition behaviors related to risk for obesity.				X		X ¹
IMCI <i>Integrated Management of Childhood Illness</i>	Designed by WHO to be used by health workers in developing countries					X ²	
NRST-CF <i>Nutrition Risk Screening Tool for Children and Adolescents with Cystic Fibrosis</i>	Developed for children with cystic fibrosis in the inpatient or outpatient setting	X	X	X		X ³	
NutriSTEP <i>Nutrition Screening Tool for Every Preschooler</i>	A community-based, parent-administered tool for preschool children		X		X		X ^{4,5,6}
NutriSTEP - Toddler <i>Nutrition Screening Tool for Every Preschooler - Toddler</i>	Modified version of NutriSTEP (above); a community-based, parent-administered tool for toddlers (18-35 months)		X ⁷		X ⁸		X ^{4,5,6}
PNRS <i>Pediatric Nutrition Risk Score</i>	Developed for hospitalized children >1 month of age at risk of acute malnutrition				X	X ^{3,9,10}	
PNST <i>Pediatric Nutrition Screening Tool</i>	Developed to improve simplicity of nutrition screening in hospitalized children		X	X	X	X ¹¹	
PMST <i>Paediatric Malnutrition Screening Tool</i>	Modified version of STAMP (below) for hospitalized children aged <2 to 17 years; screens for both under- and overnutrition.	X	X		X		
PYMS <i>Paediatric Yorkhill Malnutrition Score</i>	Developed for hospitalized children >1 year of age	X		X	X	X ³	
SCAN <i>Nutrition Screening Tool for Childhood Cancer</i>	Developed for children with a cancer diagnosis			X	X	X ^{3,9}	
STAMP <i>Screening Tool for the Assessment of Malnutrition</i>	Developed for hospitalized children aged 2–17 years; allows for repeated screening	X	X		X	X ³	
STAMP (Mod) <i>Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics - Modified</i>	Modified version of STAMP (above) for children in the outpatient setting	X	X		X	X ³	
STRONGkids <i>Screening Tool for Risk on Nutritional status and Growth</i>	Developed for hospitalized children to decrease complexity of previously available tools.		X	X	X	X ^{9,10}	X ¹²

- Formularz przesiewowej oceny stanu odżywienia dzieci i młodzieży (Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci)

<div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="text-align: center;">  <p>PTŻKD</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Data badania: (dzień/mies./rok): / /</p> <p>Nr hist. chor.:</p> <p>PESEL:</p> </div>
--	--



PTŻKD FORMULARZ przesiewowej oceny stanu odżywienia

Imię, nazwisko:

Płeć: M ☐ Ż ☐

Data urodzenia: (dzień/mies./rok) / / Wiek: (lata, mies.):

masa ciała: kg centyle:*

wysokość ciała: cm centyle:*

masa-do-długości (wysokości) dla dzieci 2–5 lat (**WHO Child Growth Standards**): centyle:*

BMI: centyle:*

Obwód głowy: cm centyle:* (dotyczy niemowląt)

* UWAGA: należy podać źródło:

1. The WHO Child Growth Standards: www.who.int/childgrowth/standards/en/
2. Kulaga Z. i wsp.: Standardy Medyczne, 2010; 4 (7): 690–700 (BMI dla dzieci 7–18 lat)
3. Growth reference data for 5–19 years (BMI i wysokość-do-wieku i masa ciała-do-wieku). www.who.int/growthref/en/
4. Inne:

.....

.....

(proszę wpisać źródło, np. polskie siatki wzrastania)

ROZPOZNANIE (ICD-10):

.....

W planach włączenie do programu leczenia żywieniowego w trakcie obecnej hospitalizacji:

pozajelitowego	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
dojelitowego	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

podpis i pieczęć lekarza

- Formularz przesiewowej oceny stanu odżywienia dzieci i młodzieży (Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci)

Pieczętka 	Nr hist. chor.: PESEL:
-------------------	---



**PTZKD FORMULARZ przesiewowej oceny stanu odżywienia
(hospitalizacje wielokrotne)^a**

Imię, nazwisko:

Płeć: M ☐ Ż ☐

Data*	Masa ciała (kg)	Wysokość/długość (m)	BMI (kg/m ²)	Centyl BMI	Źródło**	Planowane leczenie żywieniowe***

* Data przyjęcia do szpitala oraz pomiarów masy i wysokości ciała

** UWAGA: należy podać źródło:
 1. The WHO Child Growth Standards: <http://www.who.int/childdgrowthstandards/en/> (BMI dla dzieci w wieku 0–5 lat)
 2. Różdżyńska-Świątkowska A. i wsp.: Wartości referencyjne wysokości, masy ciała i wskaźnika masy ciała dla oceny wzrastania i stanu odżywienia dzieci i młodzieży w wieku 3–18 lat. Standardy Med. Pediatria, 2013; 10 (1): 11–21 (BMI dla dzieci 3–18 lat)
 3. Growth reference data for 5–19 years (BMI i wysokość-do-wieku i masa ciała-do-wieku). <http://www.who.int/growthref/en/> (BMI dla dzieci w wieku 5–18 lat)
 4. Inne:

 (proszę wpisać źródło, np. polskie siatki wzrastania)

*** Wpisz TAK/NIE w odniesieniu do aktualnej hospitalizacji; jeśli tak, to wypełnij Kartę Kwalifikacji Dzieci Do Leczenia Żywieniowego.

.....
 podpis i pieczętka lekarza

Pomiary antropometryczne

Ocenę antropometryczną stanu odżywienia możemy podzielić na trzy etapy:

1. Przeprowadzenie pomiarów antropometrycznych.
2. Porównanie uzyskanych danych z biologicznymi układami odniesienia, czyli „normą”.
3. Interpretacja uzyskanych wyników w stosunku do norm populacyjnych i układu odniesień.

Pomiary antropometryczne

- Masa ciała,
- Długości lub wysokości ciała,
- Obwód głowy, talii, bioder, ramienia,
- Obwód klatki piersiowej.

Pomiary antropometryczne

- Pomiary należy wykonywać często (np. co miesiąc) u niemowląt, a następnie co około pół roku aż do okresu pokwitania.
- Regularne pomiary obwodu głowy i klatki piersiowej są szczególnie ważne u dzieci do 3. r.ż.
- Amerykańska Akademia Pediatrii zaleca rutynowe wizyty (na których przeprowadza się pomiary ciała) w 1. i 2. tygodniu życia, 2., 4., 6., 9., 12., 15., 18. m.ż., raz w roku od 2. do 6. r.ż., a następnie co 2 lata aż do okresu adolescencji.

Pomiary antropometryczne - jak zwiększyć precyzję?



Przestrzegaj ustalonych międzynarodowych procedur antropometrycznych



Używaj dobrej jakości, skalibrowanego sprzętu



Wykonuj pomiary w standardowych, powtarzalnych warunkach
(rano, na czczo, po oddaniu stolca, w białiznie)



Dokonuj pomiarów 3-krotnie z obliczeniem średniej (dotyczy parametrów cechujących się małą powtarzalnością wyników)

Jak ważyć?

Dzieci do 18 miesiąca życia:

- na wadze lekarskiej kładziemy pieluchę i tarujemy,
- dziecko kładziemy bez ubrania i pampersa,
- pomiar odczytujemy z dokładnością do 10 g.

Dzieci stojące:

- dziecko stawiamy na wadze osobowej bez ubrań i butów - w samej bieliźnie,
- pomiar odczytujemy z dokładnością do 100 g.



Waga krzesłkowa

- Dzieci, które nie przyjmują samodzielnie pozycji stojącej lub nie współpracują z osobą wykonującą pomiar, powinny być ważone na wadze krzesłkowej lub razem z opiekunem na wadze lekarskiej (wówczas należy odjąć masę ciała opiekuna od masy ciała opiekuna zważonego z dzieckiem).



Pacjent po amputacji

- Osoby po amputacjach kończyn stanowią grupę pacjentów, u których trudno ustalić całkowitą masę ciała, ponieważ nieznana jest masa brakującej kończyny.
- Pomiar rzeczywistej masy ciała powinien być wykonany według ogólnie przyjętych zasad.
- Aby oszacować masę całego ciała, można skorzystać z tabel opracowanych przez Zatsiorsky i wsp, zmodyfikowanych przez deLeva, w których podane są procentowe wartości masy poszczególnych części ciała.

Zatsiorsky VM, Seluyanov VN, Chugunova LG. Methods of determining mass-inertial characteristics of human body segments. Contemporary Problems of Biomechanics 1990;272-291.

DeLeva P. Adjustments to Zatsiorsky-Seluyanov's segment inertia parameters. J Biomechanics 1996;29:1223-1230.

Body segment parameter data from Zatsiorsky et al. (1990), as modified by deLeva (1996).

Segment	Endpoint		Mass (%mass)		CM (%length)		Sagittal k (%length)		Transverse k (%length)		Longitudinal k (%length)	
	proximal	distal	female	male	female	male	female	male	female	male	female	male
Head	VERT	MIDG	6.68	6.94	58.94	59.76	33.0	36.2	35.9	37.6	31.8	31.2
	VERT	CERV	6.68	6.94	58.94	59.76	27.1	30.3	29.5	31.5	26.1	26.1
Trunk	SUPR	MIDH	42.57	43.46	41.51	44.86	35.7	37.2	33.9	34.7	17.1	19.1
	CERV	MIDH	42.57	43.46	41.51	44.86	30.7	32.8	29.2	30.6	14.7	16.9
	MIDS	MIDH	42.57	43.46	41.51	44.86	37.9	38.4	36.1	35.8	18.2	19.7
Upper Trunk	SUPR	XYPH	15.45	15.96	20.77	29.99	74.6	71.6	50.2	45.4	71.8	65.9
	CERV	XYPH	15.45	15.96	20.77	29.99	46.6	50.5	31.4	32.0	44.9	46.5
Mid Trunk	XYPH	OMPH	14.65	16.33	45.12	45.02	43.3	48.2	35.4	38.3	41.5	46.8
Lower Trunk	OMPH	MIDH	12.47	11.17	49.20	61.15	43.3	61.5	40.2	55.1	44.4	58.7
Upper Arm	SJC	EJC	2.55	2.71	57.54	57.72	27.8	28.5	26.0	26.9	14.8	15.8
Forearm	EJC	WJC	1.38	1.62	45.59	45.74	26.1	27.6	25.7	26.5	9.4	12.1
	EJC	STYL	1.38	1.62	45.59	45.74	26.3	27.8	25.9	26.7	9.5	12.2
Hand	WJC	MET3	0.56	0.61	74.74	79.00	53.1	62.8	45.4	51.3	33.5	40.1
	WJC	DAC3	0.56	0.61	74.74	79.00	24.4	28.8	20.8	23.5	15.4	18.4
	STYL	DAC3	0.56	0.61	74.74	79.00	24.1	28.5	20.6	23.3	15.2	18.2
	STYL	MET3	0.56	0.61	74.74	79.00	51.9	61.4	44.3	50.2	32.7	39.2
Thigh	HJC	KJC	14.78	14.16	36.12	40.95	36.9	32.9	36.4	32.9	16.2	14.9
Shank	KJC	LMAL	4.81	4.33	44.16	44.59	27.1	25.5	26.7	24.9	9.3	10.3
	KJC	AJC	4.81	4.33	44.16	44.59	26.7	25.1	26.3	24.6	9.2	10.2
	KJC	SPHY	4.81	4.33	44.16	44.59	27.5	25.8	27.1	25.3	9.4	10.5
Foot	HEEL	TTIP	1.29	1.37	40.14	44.15	29.9	25.7	27.9	24.5	13.9	12.4

References:

Zatsiorsky, VM; Seluyanov, VN & Chugunova, LG (1990). Methods of determining mass-inertial characteristics of human body segments. In G.G. Chernyi & S.A. Regirer, Contemporary Problems of Biomechanics (pp.272-291). USA: CRC Press.

DeLeva, P (1996). Adjustments to Zatsiorsky-Seluyanov's segment inertia parameters. Journal of Biomechanics, v.29 (9), pp.1223-1230.

Pacjent po amputacji - przykład

- Płeć: chłopiec
- Wiek: 16,5 lat
- Masa ciała: 70,8 kg
- Amputowana stopa i podudzie
- Stopa stanowi 1,37%, a masa podudzia 4,33% masy ciała (razem 5,7%).
- 70,8 kg to 94,3% masy ciała chłopca, a pozostałe 5,7% to 4,27 kg, zatem całkowita oszacowana masa ciała tego chłopca to 75,1 kg.

Data urodzenia 8 Kwiecień 2006

Data pomiaru 8 Październik 2023

Płeć: ☐ dziewczynka ☒ chłopiec

Wzrost: 170 , 0 cm

Waga: 70 , 8 kg

Ciśnienie skurczowe: mmHg

Ciśnienie rozkurczowe: mmHg

Oblicz

BMI: 24.5

waga w normie *

Centyl BMI: 82

Centyl wzrostu: 11

Centyl masy: 60

Centyl ciśnienia skurczowego:

Centyl ciśnienia rozkurczowego:

Data urodzenia 8 Kwiecień 2006

Data pomiaru 8 Październik 2023

Płeć: ☐ dziewczynka ☒ chłopiec

Wzrost: 170 , 0 cm

Waga: 75 , 1 kg

Ciśnienie skurczowe: mmHg

Ciśnienie rozkurczowe: mmHg

Oblicz

BMI: 26

nadwaga *

Centyl BMI: 90

Centyl wzrostu: 11

Centyl masy: 73

Centyl ciśnienia skurczowego:

Centyl ciśnienia rozkurczowego:

Narzędzia do pomiaru długości ciała

- Listwa pomiarowa,
- Ławeczka Epsteina,
- Liberometr,
- Infantometr.

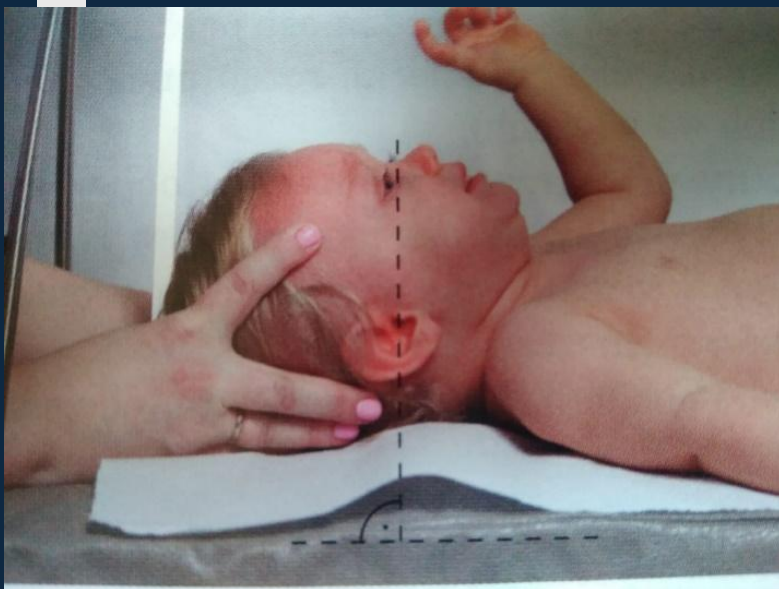


Infantometr



Jak mierzyć?

- Pomiar wykonywany w pozycji leżącej.
- Dziecko układamy na plecach bez butów, skarpet i ozdób na włosach.
- Pomiar powinien być wykonany przez 2 osoby.
- Pomiaru dokonujemy od szczytu głowy (vertex) ustawionej w płaszczyźnie oczno-usznej do płaszczyzny podeszwowej stóp (basis) ustawionych prostopadle do podudzi.
- Pomiar odczytujemy z dokładnością do 1mm.
- Pierwszy pomiar po porodzie powinien być wykonany w ciągu 48 h.



Narzędzia do pomiaru wysokości ciała

- Wzrostomierz (stadiometr),
- Wzrostomierz umieszczony przy wadze lekarskiej,
- Ręczny wzrostomierz ultradźwiękowy,
- Antropometr typu Martina.

Jak mierzyć?

U dzieci pewnie stojących:

- dziecko ustawiamy w pozycji antropometrycznej bez butów, skarpet i ozdób na włosach,
- pomiaru dokonujemy od szczytu głowy (vertex) ustawionej w płaszczyźnie ocznousznej do podstawy na której stoi (basis),
- pięty, pośladki, łopatki i potylica dziecka powinny przylegać do płaszczyzny przyrządu,
- pomiar odczytujemy z dokładnością do 1 mm.





RYC. 2 Pomiar wysokości ciała dziewczynki z otyłością i zaburzeniami rozwoju w zależności od przyjętej postawy ciała:

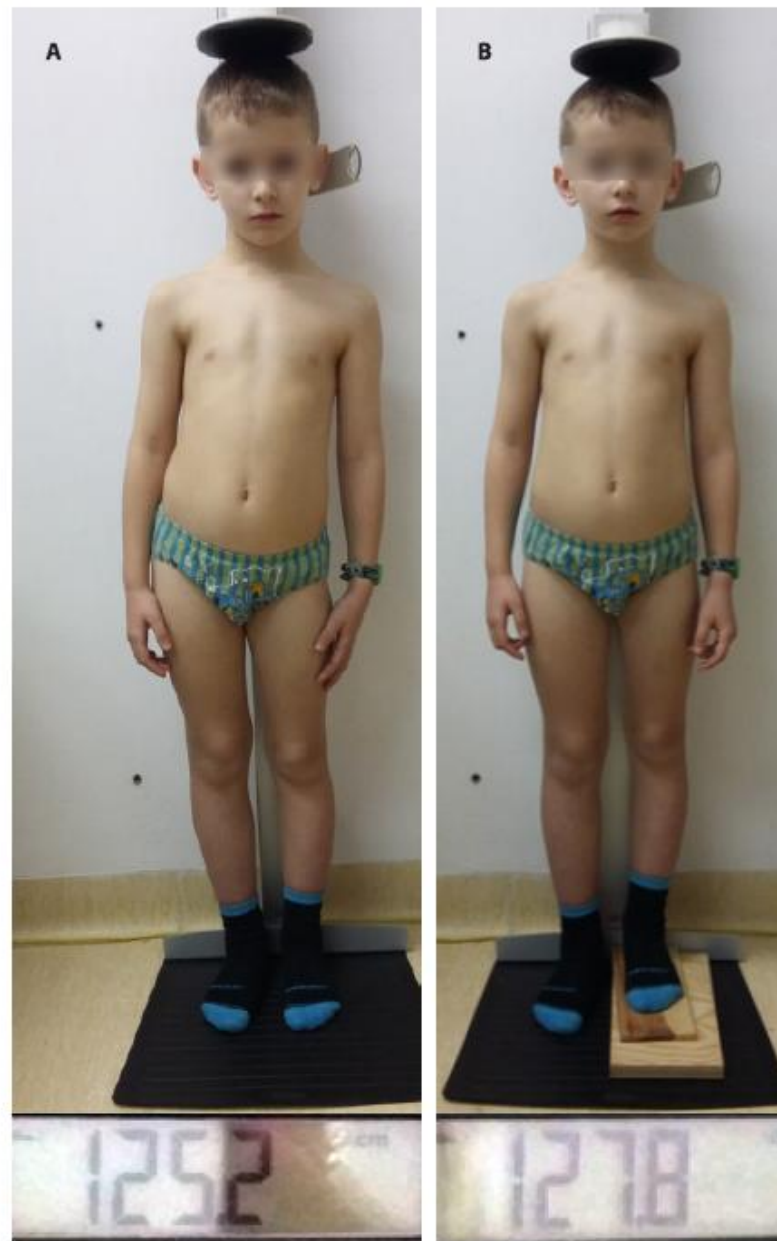
A – nadmierne wygięcie lordozy lędźwiowej,

B – prawidłowa postawa ciała,

C – wyniki pomiarów: 145,1 cm i 146,9 cm – wyniki przy nieodpowiedniej postawie ciała, 147,7 cm – wynik przy prawidłowej postawie ciała

Asymetria kończyn dolnych

- W przypadku pacjentów stojących należy zastosować podkładki pod skróconą kończynę, tak aby kolce biodrowe górne przednie i talerze biodrowe były na równej wysokości i dopiero wówczas wykonać pomiar wysokości ciała.
- W przypadku gdy różnica między długościami kończyn nie zostanie wyrównana, pomiar wysokości ciała będzie błędny, najczęściej zaniżony.



RYC. 3 Pacjent z asymetrią kończyn dolnych: pomiar wysokości ciała bez wyrównania pod skróconą kończyną (A) oraz z wyrównaniem (B)

Skolioza i asymetria

- Podkładkę należy dobrać tak, aby zachowana została płaszczyzna PSM.
- W przypadku niemowląt i pacjentów nieprzyjmujących pozycji stojącej pomiar wykonywany jest w pozycji leżącej – do prawej i do lewej kończyny dolnej. Obydwa pomiary powinny być zapisane w dokumentacji medycznej.

Przykurcz kończyn

- Dzieci z przykurczami mierzone są w pozycji leżącej i najczęściej niemożliwe jest wykonanie pomiaru od szczytu głowy do powierzchni podeszwowej stóp w jednej linii, dlatego długość ciała należy mierzyć odcinkami: od szczytu głowy do kolca biodrowego górnego przedniego lub do szczytu krętarza większego kości udowej, a następnie do szczeliny kolanowej i do powierzchni podeszwowej stóp.
- Pacjent powinien być mierzony po tej stronie ciała, którą może swobodnie wyprostować.
- Ważne jest również opisanie techniki, jaką wykonano pomiar, tak aby osoba mierząca dziecko w przyszłości mogła zastosować tę samą metodę.

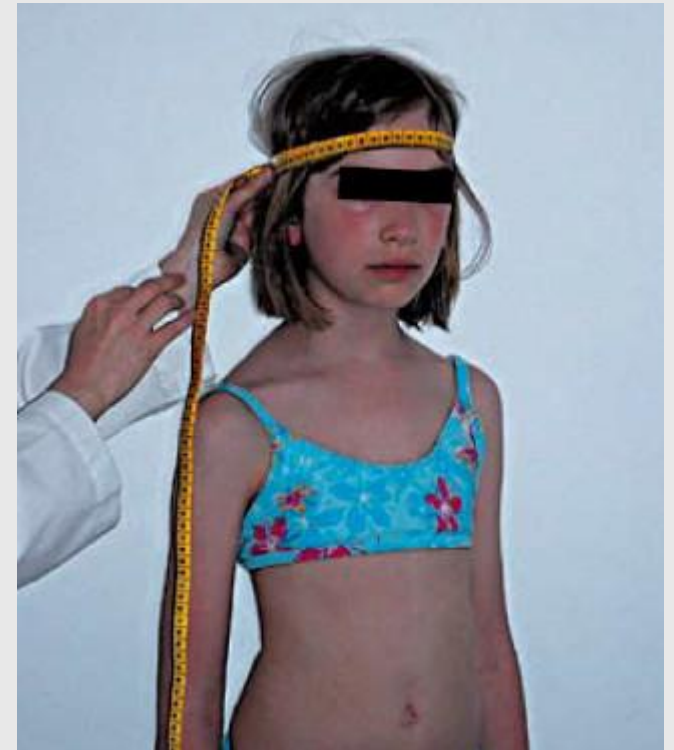
Postępowanie w przypadku braku możliwości bezpośredniego pomiaru wysokości ciała

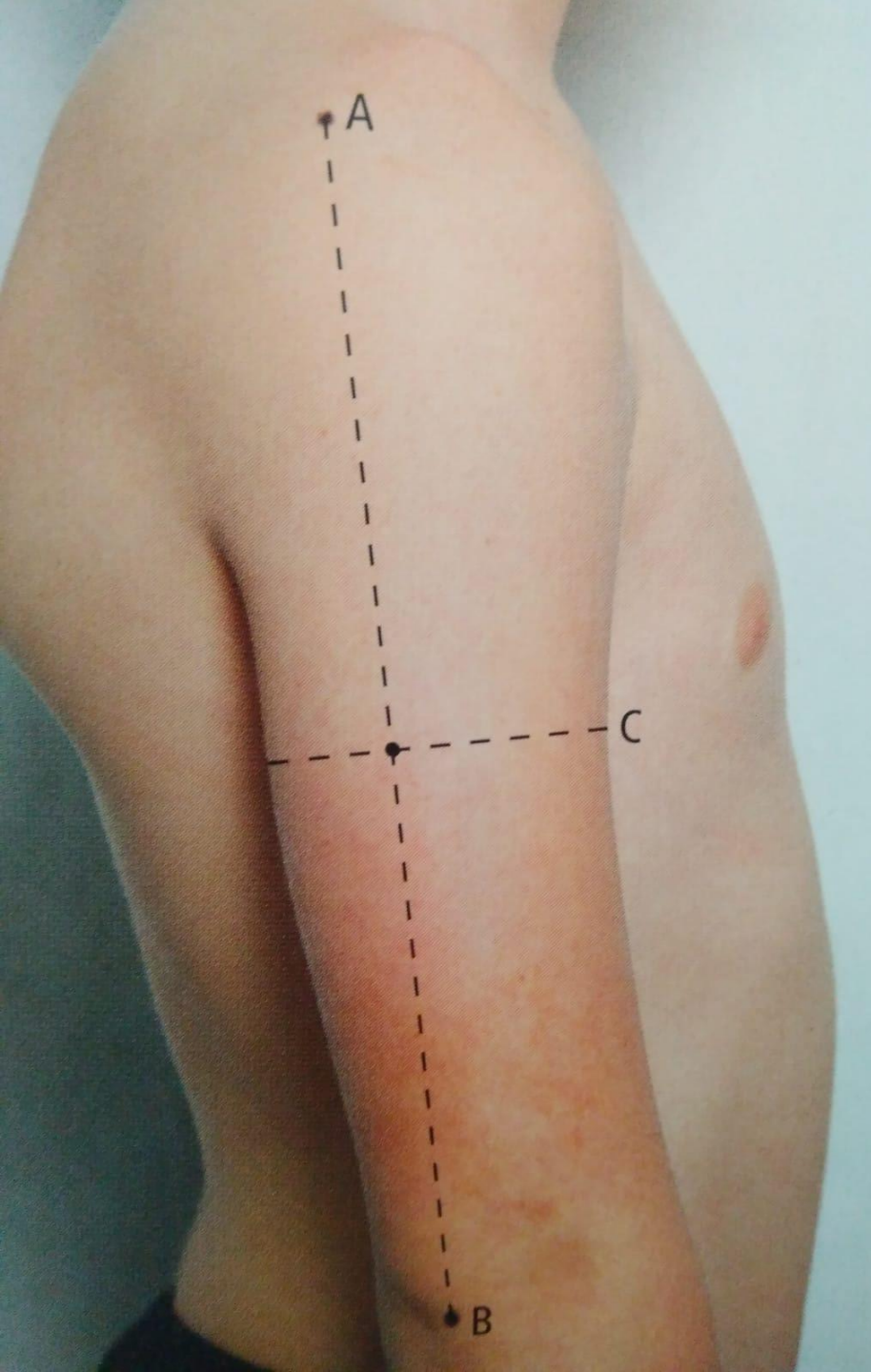
- Pomiar w pozycji leżącej.
- Wykonać pomiary odcinkowe długości kończyny górnej, wysokości kolanowej lub długości piszczeli.
- Do obliczenia wysokości wykorzystać stosowne równania.

Obwód głowy

Jak mierzyć:

- przyrządy: taśma antropometryczna,
- istotny parametr stanu odżywienia dzieci do 2 r.ż.,
- włosy rozpuszczone, bez ozdób,
- napiętą taśmę układamy poziomo przez największą wypukłość potyliczną, tuż nad łukami brwiowymi,
- wynik odczytujemy z dokładnością do 1 mm.





Obwód ramienia

Jak mierzyć:

- przyrządy: taśma antropometryczna,
- taśmę układamy prostopadle do osi długiej ramienia w połowie długości ramienia,
- pomiaru dokonujemy na kończynie opuszczonej swobodnie w dół i rozluźnionych mięśniach,
- wynik odczytujemy z dokładnością do 1 mm,
- obwód ramienia jest użyteczną miarą sumy tłuszczowej i beztłuszczowej masy ciała u dzieci poniżej 5 r.ż.,
- przydatny w przypadkach, gdy masa ciała nie jest miarodajnym wykładnikiem stanu odżywienia (obrzęki, odwodnienie) lub gdy uzyskanie wiarygodnego wyniku długości/ wysokości ciała jest niemożliwe.

Obwód pasa



Jak mierzyć:

- przyrządy: taśma antropometryczna,
- taśmę układamy poziomo w miejscu największego przewężenia tułowia w talii, na odcinku między dolnym brzegiem łuków żebrowych a górną granicą talerza biodrowego,
- mięśnie brzucha powinny być swobodnie rozluźnione, a pęcherz pusty,
- wynik odczytujemy z dokładnością do 1 mm.

Obwód bioder

Obwód bioder:

- przyrząd: taśma antropometryczna,
 - pomiar przeprowadza się w miejscu największego obwodu pośladków poniżej talerzy biodrowych,
 - wynik odczytujemy z dokładnością do 1 mm.
-
- Obwody talii i bioder mierzone są u dzieci z nadwagą lub otyłością w celu oceny rozkładu tkanki tłuszczowej.

Obwód klatki piersiowej

Jak mierzyć:

- należy mierzyć taśmą krawiecką przeprowadzoną poziomo przez spojenie trzonu mostka z wyrostkiem mieczykowatym (punkt xiphoidale – xi) oraz przez dolne kąty łopatek,
- dokładność odczytu – do 1 mm.



Przegląd sprzętu antropometrycznego potrzebnego do wykonywania pomiarów

Pomiar	Wiek	Sprzęt antropometryczny	Uwagi
Masa ciała	0–12/18 miesięcy	Waga niemowlęca	Dokładność 0,01 kg Nośność 0–15/20 kg Kalibracja wg instrukcji producenta Pomiar w pozycji leżącej lub siedzącej
	1,5–18 lat	Waga lekarska	Dokładność minimum 0,1 kg Nośność 150–200 kg Kalibracja wg instrukcji producenta Pomiar w pozycji stojącej
Długość ciała	0–2 lata	Infantometr Liberometr*	Dokładność 1 mm Zakres do 80–100 cm Pomiar w pozycji leżącej
Wysokość ciała	2–18 lat	Stadiometr	Dokładność 1 mm Zakres do 200–220 cm Stacjonarny (montowany do ściany) – kalibracja wg instrukcji producenta, zalecana konserwacja co 3–5 lat, w zależności od częstotliwości użycia, w autoryzowanym serwisie Przenośny – należy złożyć zgodnie z instrukcją producenta (elementy w odpowiedniej kolejności), nie wymaga serwisowania
Obwód głowy Obwody ciała	0–18 lat	Taśma antropometryczna	Dokładność 1 mm Zakres do 150–200 cm Wymiana w zależności od częstotliwości użycia (przy pierwszych oznakach zużycia – rozciągnięcie, pofalowanie)

* Sprzęt antropometryczny wykorzystywany przez antropologów w pracowniach specjalistycznych do pomiaru długości i proporcji ciała dzieci w pozycji leżącej.

Zalety metod antropometrycznych

Prostota wykonania

Nieinwazyjność

Niedrogie

Nie wymagają przeszkolonego personelu

Przydatne w ocenie niedożywienia

Standaryzowane metody

Mogą być stosowane na szerszą skalę

Umożliwia śledzenie zmian w stanie odżywienia organizmu

Ocena składu ciała

Rodzaj techniki	Pomiar
Bilanse metaboliczne	Zmiany w składzie ciała
Densytometryczne	Gęstość, objętość
Ultradźwiękowe	Tkanka tłuszczowa i mięśniowa
Dilutometryczne	Zawartość wody, masa beztłuszczowa, masa komórkowa i pozakomórkowa
Izotopowe	Masa tłuszczowa i beztłuszczowa
Przewodnictwo elektryczne	Masa beztłuszczowa
Oporność bioelektryczna	Masa beztłuszczowa
Tomografia komputerowa	Rozmieszczenie tłuszczu
Rezonans magnetyczny	Zawartość wody, rozmieszczenie tłuszczu
Absorpcjometria podwójnego fotonu	Mineralizacja kości, rozmieszczenie tłuszczu, tkanki miękkie
Radiografia kończyn	Tłuszcz, masa mięśni, szpik kostny

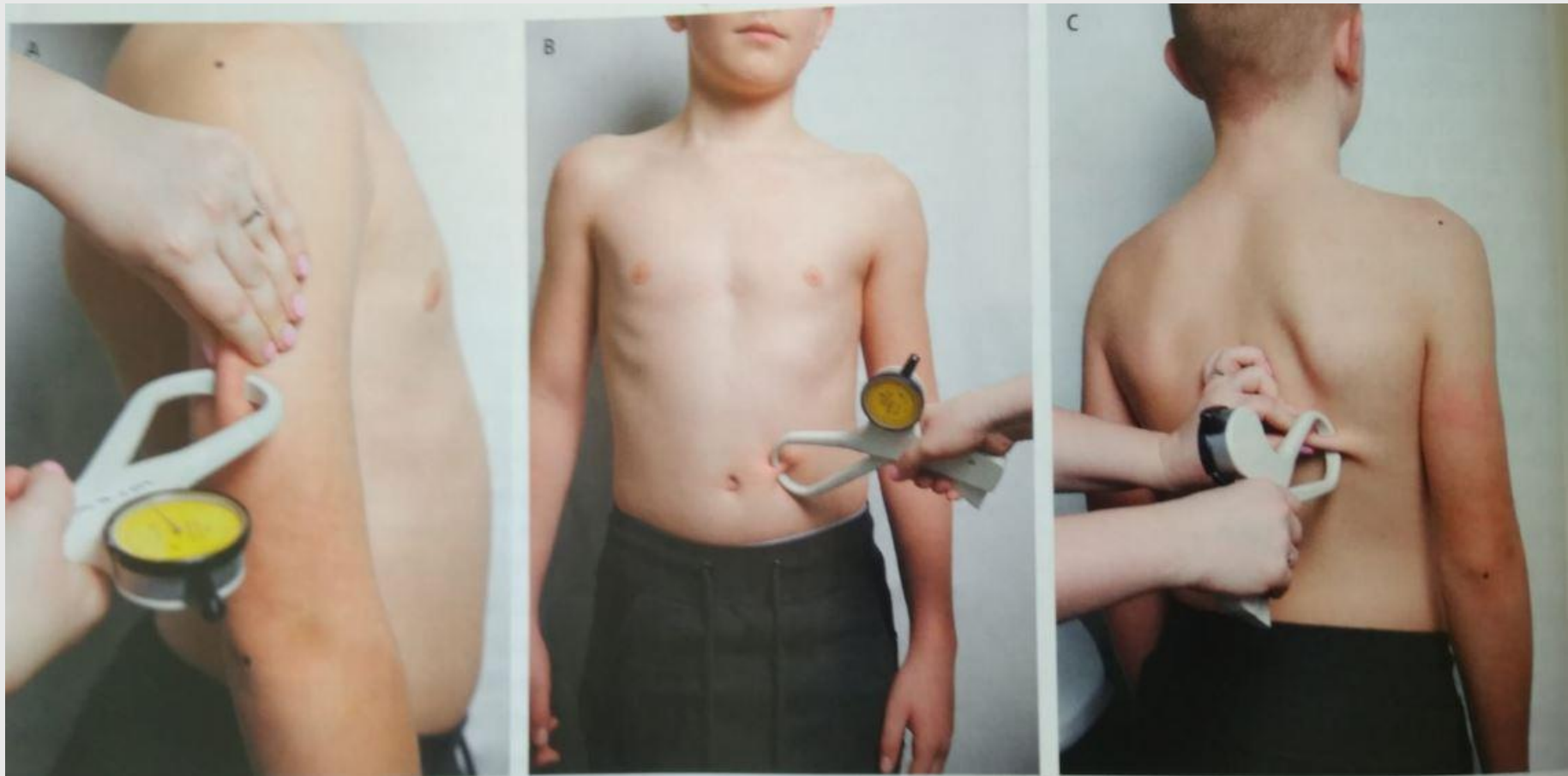
Grubość fałdów skórno-tłuszczowych



Jak mierzyć:

- przyrządy: wykalibrowany fałdomierz o stałej sile nacisku, kaliper,
- grubość fałdu skórno-tłuszczowego z tyłu ramienia (fałd chwytemy pionowo na tylnej powierzchni ramienia, ponad mięśniem trójgłowym ramienia, po środku jego długości przy swobodnym opuszczeniu ręki ku dołowi),
- grubość fałdu skórno-tłuszczowego pod łopatką (fałd chwytemy poziomo poniżej dolnego kąta łopatki),
- grubość fałdu skórno-tłuszczowego na brzuchu (fałd chwytemy skośnie w jednej czwartej odległości między pępkiem a kolcem biodrowym przednim górnym od strony pępka).

Pomiar fałdów skórno-tłuszczowych



H. Szajewska, A. Horvath. Żywnienie i leczenie żywieniowe dzieci i młodzieży. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017

Wzór Gorana

TABLE 5

Forward regression analysis for the determinants of fat mass as measured by dual-energy X-ray absorptiometry (DXA) in the combined group¹

Step and variable selected	Regression equation	Model R^2	Model SEE
	kg		kg
1: Subscapular ST	$(0.47 \times \text{subscapular ST}) + 1.06$	0.79	1.38
2: Weight	$(0.31 \times \text{subscapular ST}) + (0.21 \times \text{weight}) - 2.6$	0.86	1.13
3: Triceps ST	$(0.23 \times \text{subscapular ST}) + (0.18 \times \text{weight}) + (0.13 \times \text{triceps ST}) - 3.0$	0.88	1.05
4: Height ² /resistance	$(0.15 \times \text{subscapular ST}) + (0.36 \times \text{weight}) + (0.12 \times \text{triceps ST}) - (0.20 \times H^2/R) - 2.3$	0.90	0.96
5: Sex	$(0.16 \times \text{subscapular ST}) + (0.33 \times \text{weight}) + (0.11 \times \text{triceps ST}) - (0.16 \times H^2/R) - (0.43 \times \text{sex}) - 2.4$	0.91	0.94

¹ $n = 98$. ST, skinfold thickness (mm); weight is in kg; sex is 1 for boys and 0 for girls; other variables included but not selected by the regression model were as follows: age, height, body mass index, seven other skinfold-thickness measurements, ratio of trunk to extremity skinfold thickness, and waist and hip circumferences. Note that the model R^2 and SEE were similar when the sum of triceps plus subscapular skinfold thickness was entered in as one variable.

$$\begin{aligned} \text{FFM (kg)} = & [0.16 \times (H^2/R)] + (0.67 \times \text{weight}) \\ & - (0.11 \times \text{triceps}) - (0.16 \times \text{subscapular}) \\ & + (0.43 \times \text{sex}) + 2.41 \text{ kg} \quad (1) \end{aligned}$$

where H^2/R is height²/resistance in cm^2/Ω , weight is body weight in kg, triceps and subscapular are skinfold thicknesses in mm, and sex is 0 for girls and 1 for boys. Model R^2 equals 0.91; SEE equals 0.94 kg (19% of mean fat-free mass).

Goran MI, Driscoll P, Johnson R, Naby TR, Hunter GR. Cross-calibration of body composition techniques against dual-energy X-ray absorptiometry in young children. Am J Clin Nutr 1996; 63: 299 ± 305.

Wzór Slaughtera

immaturity of children. The skinfold equations shown below are recommended for predicting body fat in children 8–18 years of age and they are as follows:

For Triceps and Calf

Males: $PFDWB = .735 (\text{triceps} + \text{calf}) + 1.0$

Females: $PFDWB = .610 (\text{triceps} + \text{calf}) + 5.1$

For Triceps and Subscapular

Prepubescent White Males: $PFDWB = 1.21 (\text{triceps} + \text{subscapular}) - .008 (\text{triceps} + \text{subscapular})^2 - 1.7$

Prepubescent Black Males: $PFDWB = 1.21 (\text{triceps} + \text{subscapular}) - .008 (\text{triceps} + \text{subscapular})^2 - 3.2$

Pubescent White Males: $PFDWB = 1.21 (\text{triceps} + \text{subscapular}) - .008 (\text{triceps} + \text{subscapular})^2 - 3.4$

Pubescent Black Males: $PFDWB = 1.21 (\text{triceps} + \text{subscapular}) - .008 (\text{triceps} + \text{subscapular})^2 - 5.2$

Postpubescent White Males: $PFDWB = 1.21 (\text{triceps} + \text{subscapular}) - .008 (\text{triceps} + \text{subscapular})^2 - 5.5$

Postpubescent Black Males: $PFDWB = 1.21 (\text{triceps} + \text{subscapular}) - .008 (\text{triceps} + \text{subscapular})^2 - 6.8$

All Females: $PFDWB = 1.33 (\text{triceps} + \text{subscapular}) - .013 (\text{triceps} + \text{subscapular})^2 - 2.5$

For a sum of tricep and subscapular greater than 35 mm, the following equation should be applied.

All Males $PFDWB = .783 (\text{triceps} + \text{subscapular}) + 1.6$

All Females $PFDWB = .546 (\text{triceps} + \text{subscapular}) + 9.7$

Slaughter MH, Lohman TG, Boileau RA, Horswill CA, Stillman RJ, Van Loan MD, Bembien DA. Skinfold equations for estimation of body fatness in children and youth. Hum Biol 1988; 60: 709 ± 723.

Inne wzory

Badanie	Populacja	Wzór na masę tłuszczową lub beztłuszczową
Slaughter M.H. i wsp. 1988 [158]	8–29 l.	M: %BF = 0.735(Tri + Calf) + 1.0 F: %BF = 0.610(Tri + Calf) + 5.1
Heymsfield S.B. i wsp., 1990 [159]	24-93 l.	%BF = (2.748/dpf - 2.051){Wt - [0.99371(TBW) + 1.279(BMC)]}/Wt x 100 dpf = {Wt - [0.99371(TBW) + 1.279(BMC)]}/[Wt/D - [TBW + 0.418(BMC)]]

Deurenberg P. i wsp., 1990 [160]	7–25 l.	%BF = {Wt - 0.448(Ht ² /R) + 0.221(Wt) + 0.128(Ht) - 14.7]/Wt x 100
Friedl K.E. i wsp., 1992 [161]	19-24 l.	%BF = [2.559/D - 0.734(TBW/Wt) + 0.942(BMC/Wt) - 1.841] x 100
Houtkooper L.B. i wsp., 1992 [162]	10-19 l.	FFM=0,61 x (Ht ² /R) – 0,25 x Wt+ 1.31
Goran M.I. i wsp., 1993 [163]	4-6 l.	%BF = [0.15(Sub) + 0.36(Wt) +0.12(Tri) - 0.2(Ht ² /R) - 2.3]/Wt x 100
Schaefer F. i wsp., 1994 [164]	4-19 l.	%BF = {Wt - 0.15 + 0.65(Ht ² /R) + 0.68[wiek]}/Wt x 100
Suprasongsin C. i wsp., 1995 [165]	8-26 l.	%BF = [Wt - 0.524(Ht ² /R) + 0.415(Wt) - 0.32]/Wt x 100
Ellis K.J., 1997 [166,167]	3-18 l.	F: %BF = {0.642(Wt) - 0.126(Ht) - 0.606 [wiek + 8.98]}/Wt x 100 M: %BF = {0.534(Wt) - 1.59[wiek + 3.03]}/Wt x100
Dezenberg C.V. i wsp., 1999 [168]	4-10 l.	FM (kg) = 0.342 x Wt (kg) + 0.256 x Tri (mm) + 0.837 x sex (1 =M, 2 = F) - 7.388
Wells J.C. i wsp., 1999 [169]	8-12 l.	FM= (2,747 x BV) – (0,710 x TBW) + (1,460 x BMC) – (2,050 x WT)
Bray i wsp. G.A., 2001 [170]	10-12 l.	%BF = {1 - [0.4(Ht ² /R) + 0.148(Wt) + 3.32] / [0.76(Wt)]} x 100
Kyle U.G. i wsp., 2001 [141]	20-94 l.	- 4,104 + 0,518 Ht ² /R + 0,231 Wt+ 0,130 Xc + 4,229 x sex M=1 K=0
Sun S.S. i wsp., 2003 [171]	12-94 l.	M: FFM = - 10.68 + 0.65 Ht ² /R + 0.26 Wt + 0.02 R F: FFM = - 9.53 + 0.69 Ht ² /R + 0.17 Wt + 0.02 R
Huang T.T.K i wsp., 2003 [172]	7-13 l.	0.649 x Wt - 0.311 x Ht + 0.132 x Ab - 1.837 x sex - 0.962 x Tanner + 27.754 F= 0, M= 1 Tanner = 0–4
Hoffman D.J. i wsp., 2012 [173]	8-12 l.	6.371 + 0.488 x weight + 0.128 x Tri (11.138 x Ht + 0.645 x sex– 0.188 x wiek

Precyzja?

Na wyniki pomiarów mogą wpływać następujące czynniki:

- technika pomiaru,
- osobniczo zmienny rozkład tkanki tłuszczowej w organizmie,
- trudności z uchwyceniem fałdów u osób otyłych,
- konieczność zastosowania wzorów o dyskusyjnej trafności obliczeń.

BIA - bioimpedancja elektryczna

Nieinwazyjny, bezpieczny oraz szybki sposób badania składu ciała

Polega na zmierzeniu całkowitego oporu elektrycznego ciała, stanowiącego pochodną rezystancji (oporu biernego) i reaktancji (oporu czynnego) przy zastosowaniu zestawu elektrod połączonych z analizatorem i przy użyciu prądu o niskiej częstotliwości i natężeniu

Charakteryzuje się małą precyzją pomiaru

BIA - pozwala na ustalenie:

- Procentowej zawartości wody w organizmie (TBW),
- Ilości całkowitej wewnątrzkomórkowej (ICW) i zewnątrzkomórkowej (ECW) wody w organizmie,
- Procentowej zawartości tłuszczu w organizmie (FM),
- Masy mięśni i beztłuszczowej masy ciała (FFM),
- Komórkowej masy ciała (BCM),
- Poziomu podstawowej przemiany materii (PPM).

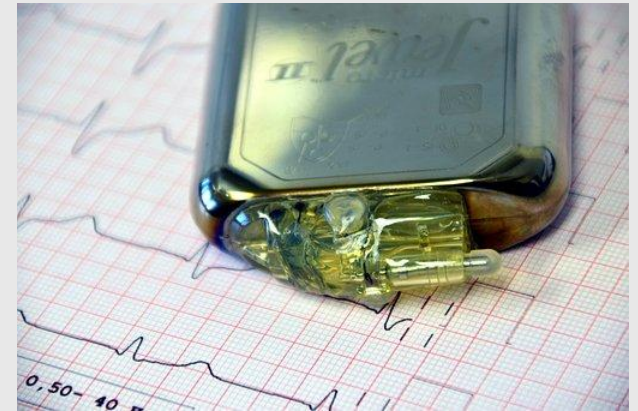
BIA - przeciwwskazania



cięża



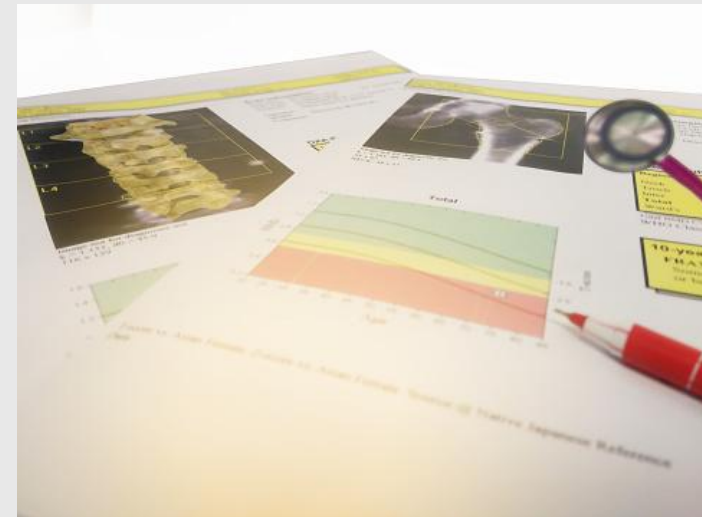
padaczka



wszczepione metalowe urządzenia np.
rozrusznik serca, endoprotezy

DXA

- W badaniu wykorzystuje się zjawisko osłabienia wiązki promieniowania jonizującego, przechodzącej przez różne tkanki organizmu.
- Różnica w pochłanianiu dwóch energii (43 i 110 keV) przez tkankę miękką i kostną, oprócz badania gęstości mineralnej kości, umożliwia także ocenę zawartości tkanki tłuszczowej.
- Metodę cechuje łatwość wykonania, duża dokładność i powtarzalność oraz możliwości badania zarówno całego ciała, jak i poszczególnych regionów (jama brzuszna, kończyny).
- Badanie trwa do kilkunastu minut, natomiast napromieniowanie jest minimalne.
- Wyniki badania metodą DXA wysoce korelują z wynikami badania tkanki tłuszczowej metodą BIA.



Podsumowanie wyników DXA:

Obszar	BMC (g)	Tł. Masa (g)	Śred. Masa (g)	Śred. + BMC (g)	Suma Masa (g)	% tłuszczu
L ramię	130	559.6	1637.6	1767.6	2327.2	24.0
P ramię	131	528.5	1780.7	1911.8	2440.3	21.7
Tułów	582	4719.2	17886.6	18468.4	23187.6	20.4
L noga	389	2619.1	6209.8	6598.9	9218.0	28.4
P noga	398	2625.7	6304.6	6702.6	9328.3	28.1
Suma	1630	11052.1	33819.3	35449.3	46501.3	23.8
Głowa	540	836.8	2524.5	3064.7	3901.5	21.4
Suma	2170	11888.8	36343.9	38514.0	50402.8	23.6

TBAR1904–NHANES BCA calibration

Wskaźniki tłuszczowe

Pomiar	Wynik	T-score	Z-score
% tłuszczu w całym ciele	23.6	-1.9	-1.9
Masa tłuszczu/wysokość (kg/m ²)	4.37	-1.8	-1.8
Współczynnik męskie/żeńskie	0.68		
% tłuszczu – tułów/% tłuszczu – nogi	0.72	-0.4	-0.5
Współcz. masy tłuszczu tułów/kończ	0.75	-0.3	-0.4
Est. VAT Mass (g)	106		
Est. VAT Volume (cm ³)	115		
Est. VAT Area (cm ²)	22.1		

Lean Indices

Pomiar	Wynik	T-score	Z-score
Lean/Height ² (kg/m ²)	13.3	-1.0	-1.0
Appen. Lean/Height ² (kg/m ²)	5.85	-0.6	-0.6

Wyniki – skład ciała

Obszar	Tł. Masa (g)	Śred. + BMC (g)	Suma % tłuszczu Masa (g)		% tłuszczu T-score Z-score	
L ramię	560	1768	2327	24.0	-1.8	-1.8
P ramię	528	1912	2440	21.7	-2.1	-2.1
Tułów	4719	18468	23188	20.4	-1.4	-1.5
L noga	2619	6599	9218	28.4	-2.0	-2.0
P noga	2626	6703	9328	28.1	-2.1	-2.1
Suma	11052	35449	46501	23.8	-1.8	-1.9
Głowa	837	3065	3901	21.4		
Suma	11889	38514	50403	23.6	-1.9	-1.9
Męski (A)	568	2385	2953	19.2		
Żeński (G)	2525	6361	8886	28.4		

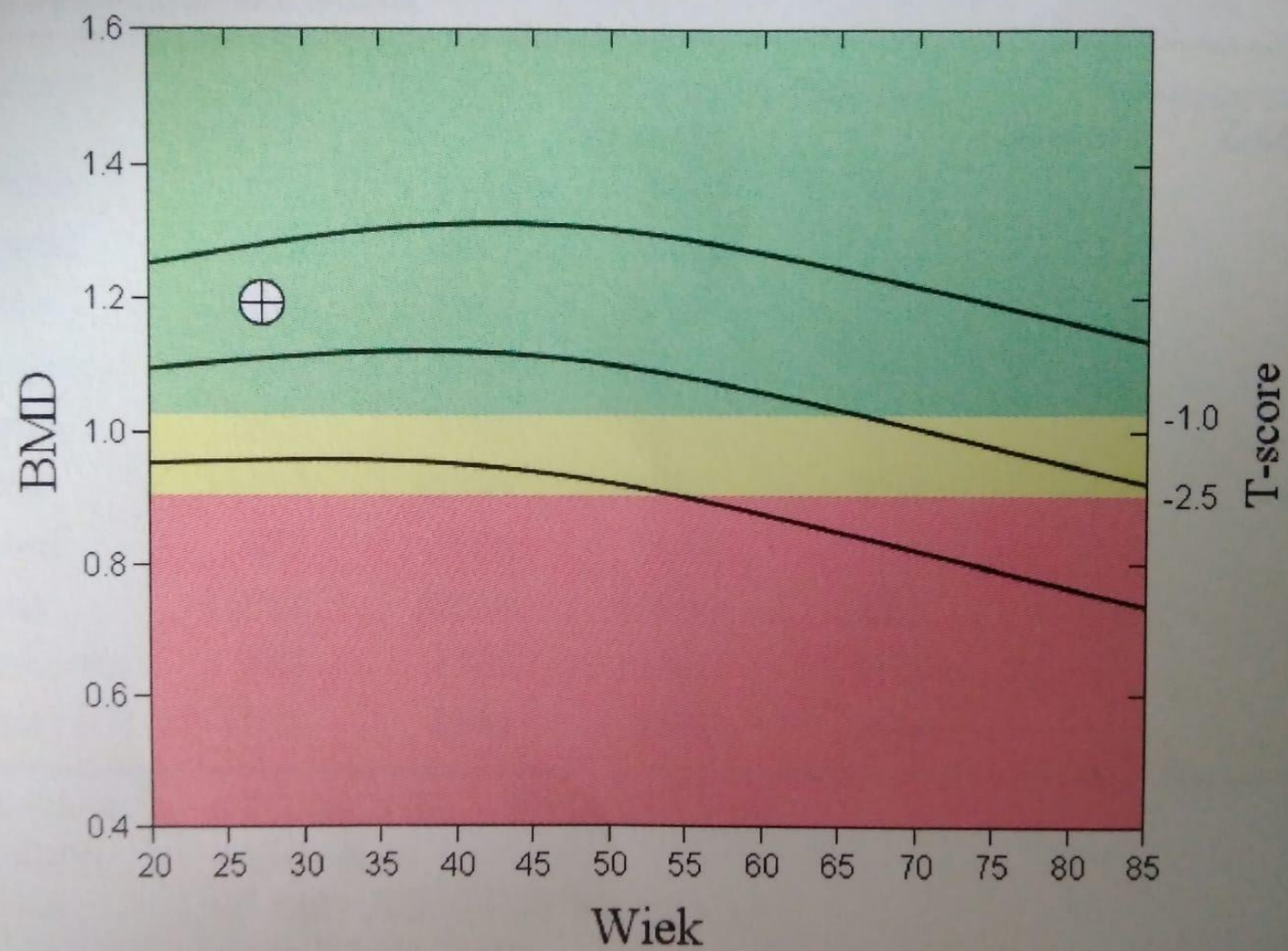
Data skanu: 03 Luty 2020 ID: A02032004
 Typ skanu: a Całe ciało
 Analiza: 03 Luty 2020 11:19 Wersja 13.4.2
 Auto Whole Body

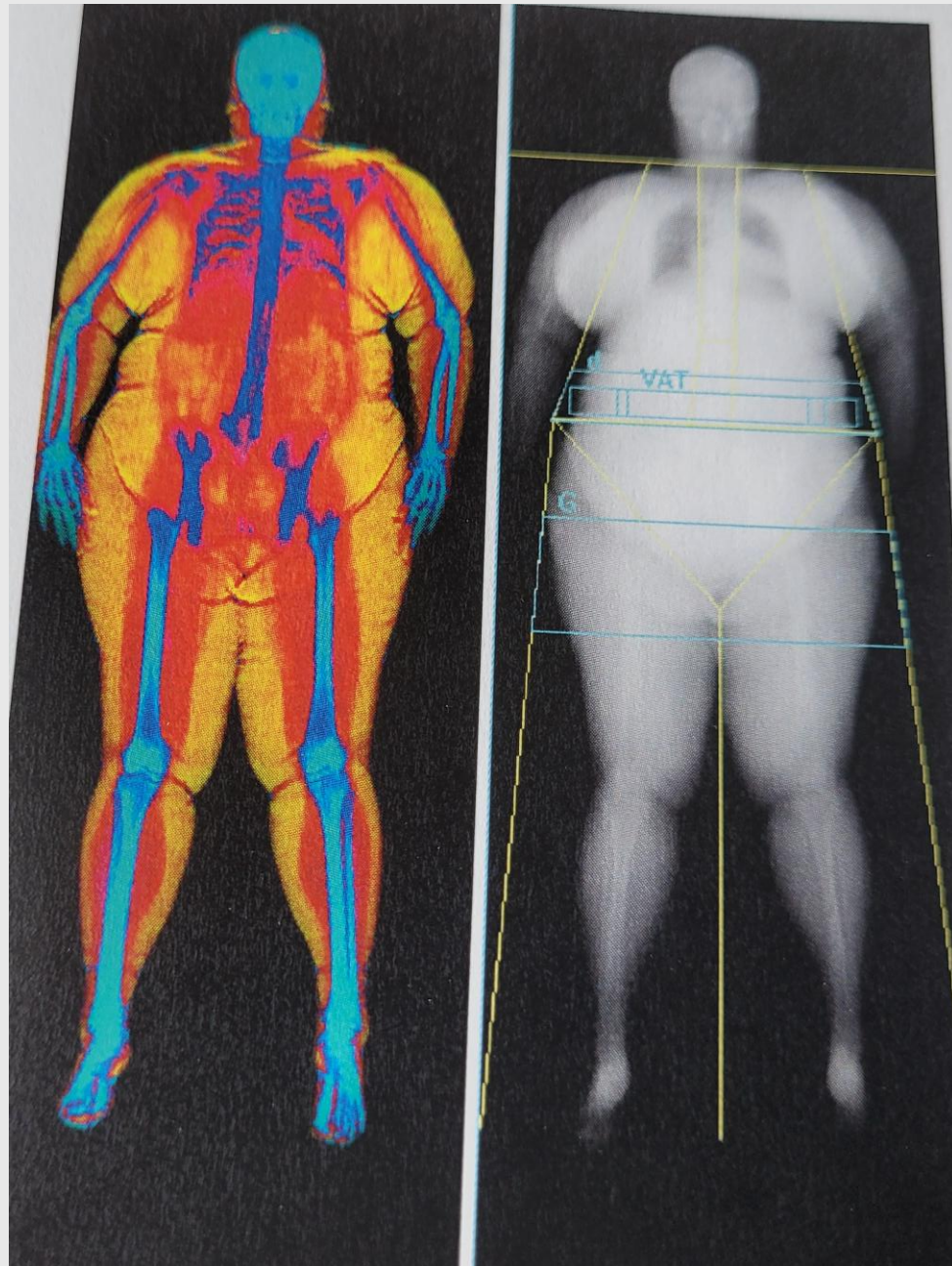
Podsumowanie wyników DXA:

Obszar	Pow. (cm ²)	BMC (g)	BMD (g/cm ²)	T - Punkty	PR (%)	Z - Punkty	AM (%)
L ramię	169.75	129.96	0.766				
P ramię	172.51	131.11	0.760				
L żebr	115.27	77.58	0.673				
P żebr	119.22	74.52	0.625				
Kręgi T	114.87	106.80	0.930				
Kręgi L	52.50	66.31	1.263				
Miedn.	226.59	256.52	1.132				
L noga	307.91	389.09	1.264				
P noga	315.41	398.06	1.262				
Suma	1594.03	1629.96	1.023				
Głowa	223.43	540.19	2.418				
Suma	1817.46	2170.15	1.194	1.1	108	1.0	108

CV BMD całk. 1.0%, ACF = 1.041, BCF = 1.019

Suma





BOD POD

BOD POD wykorzystuje pletyzmografię wypieranego powietrza w celu oszacowania składu ciała, w oparciu o zasady densytometrii całego ciała.

Metoda jest całkowicie nieinwazyjna.

Zapewnia dokładny pomiar masy tłuszczowej i beztłuszczowej przy jednocześnie minimalnej uciążliwości badania dla pacjenta.

Przeprowadzenie całego pomiaru trwa zazwyczaj około 5 – 7 minut, wraz z kalibracją urządzenia.

SUBJECT INFORMATION

NAME	
AGE	25
GENDER	Female
HEIGHT	165.0 cm
ID_1	W225
ID_2	WIMKO
ETHNICITY	General Population
OPERATOR	piesek
TEST DATE	January 23, 2018
TEST NUMBER	2440

TEST PROFILE

DENSITY MODEL	Sin
THORACIC GAS VOLUME MODEL	Predicted

BODY COMPOSITION RESULT

% FAT	17.1	%
% FAT FREE MASS	82.9	%
FAT MASS	6.091	kg
FAT FREE MASS	42.132	kg
BODY MASS	50.822	kg
BODY VOLUME	47.958	L
BODY DENSITY	1.0597	kg/L
THORACIC GAS VOLUME	3.185	L

OPERATOR COMMENTS

Body Fat: A certain amount of fat is absolutely necessary for good health. Fat plays an important role in protecting internal organs, providing energy, and regulating hormones. The minimal amount of "essential fat" is approximately 3-5% for men, and 12-15% for women. If too much fat accumulates over time, health may be compromised (see table below).

Fat Free Mass: Fat free mass is everything except fat. It includes muscle, water, bone, and internal organs. Muscle is the "metabolic engine" of the body that burns calories (fat) and plays an important role in maintaining strength and energy. Healthy levels of fat-free mass contribute to physical fitness and may prevent conditions such as osteoporosis.

BOD POD Body Fat Rating Table*

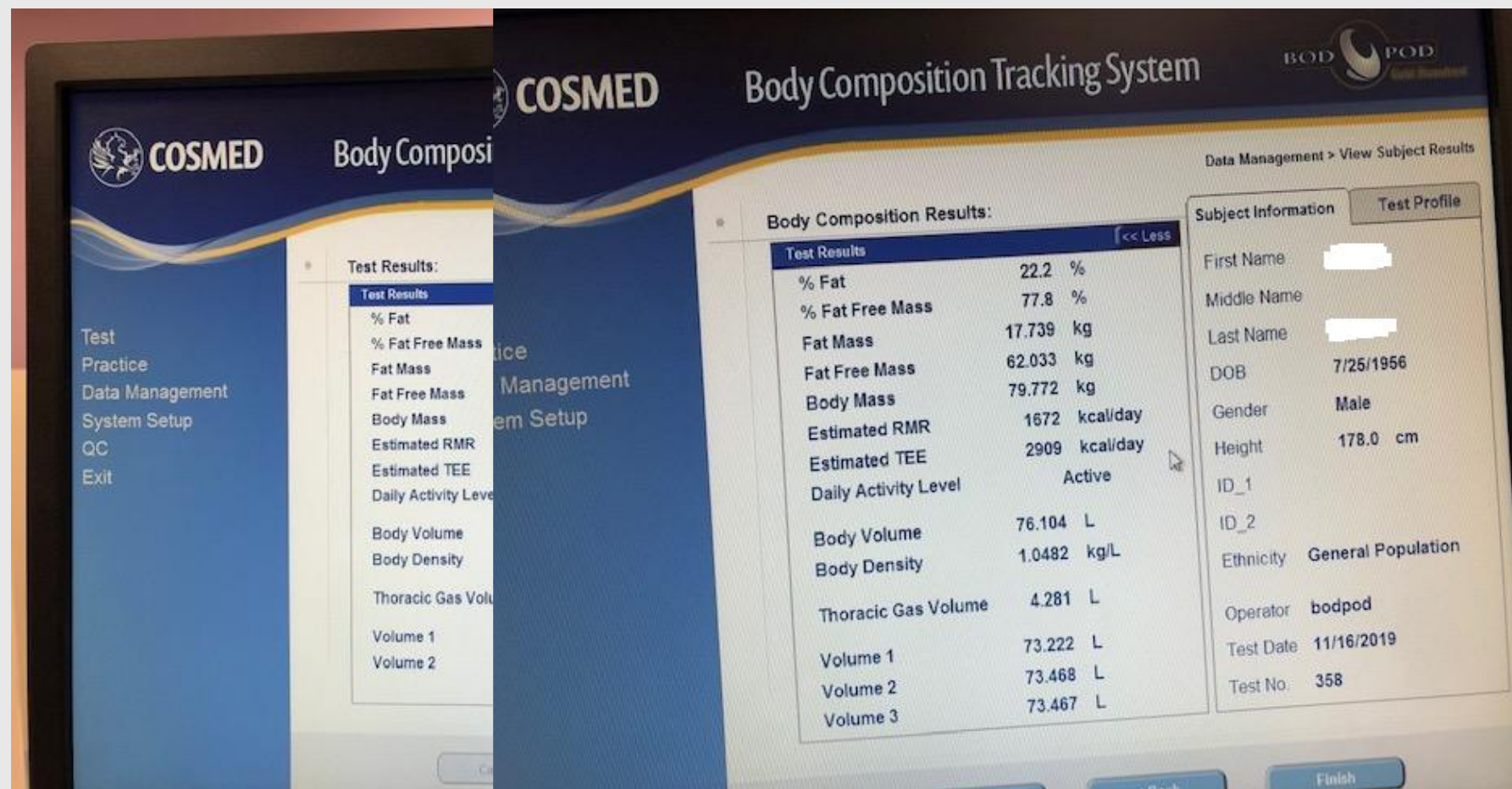
*Applies to adults ages 18 and older. Based on information from the American College of Sports Medicine, the American Council on Exercise, *Exercise Physiology* (4th Ed.) by McArdle, Katch, and Katch, and various scientific and epidemiological studies.

	BODY FAT RATING	FEMALE	EXPLANATION
<input type="checkbox"/>	Risky (high body fat)	> 40%	Ask your health care professional about how to safely modify your body composition.
<input type="checkbox"/>	Excess Fat	30.1 - 40%	Indicates an excess accumulation of fat over time.
<input type="checkbox"/>	Moderately Lean	22.1 - 30%	Fat level is generally acceptable for good health.
<input type="checkbox"/>	Lean	16.1 - 22%	Lower body fat levels than many people. This range is generally excellent for health and longevity.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ultra Lean	15 - 12%	Fat levels often found in elite athletes.
<input type="checkbox"/>	Risky (low body fat)	< 15%	Ask your health care professional about how to safely modify your body composition.

ENERGY EXPENDITURE RESULTS

Est. Resting Metabolic Rate (RMR) kcal/day	Est. Total Energy Expenditure (TEE) kcal/day	Daily Activity Level
1122	1391	Sedentary
	1705	Low Active
	1952	Active
	2323	Very Active
	*Est. TEE = Est. RMR x Daily Activity Level	

(See RMR Info Sheet for additional info)



BOD POD opcja pediatryczna

- Do badań dzieci od 2 do 6 roku życia lub o masie poniżej 12 kg dostępna jest tzw. opcja pediatryczna, czyli dołączany fotelik pozwalający na bezpieczne przebywanie dziecka w komorze pomiarowej systemu BOD POD.



PEA POD

- PEA POD jest urządzeniem działającym na tej samej zasadzie co BOD POD.
- Przeznaczony jest do badania noworodków, w tym również wcześniaków, w zakresie masy od 1 do 8 kg.

<https://www.mikropolis.pl/bod-pod-i-pea-pod>



Wzór Siri (osoby dorosłe)

- $\% \text{ Body Fat} = (495 / \text{Body Density}) - 450$
- $\text{Density} = (\text{fat mass} + \text{fat-free mass}) / \text{volume}$
- Fat mass = 0.9 grams per cc
- Fat-free mass = 1.10 grams per cc

Wzór Lohmana (dzieci)

- $\% \text{ Body Fat} = (503,3 / \text{Body Density}) - 459,2$

Body Composition Tracking System



Data Management > Modify Subject Results

Test Results:

- Modify entries then press Next > to save
- Click on More >> to see additional info
- Click on Reset to return to original entries

☐ Display results in "lb and in"

Enter Comments

Reset

Test Results

More >>

% Fat	44.7	%
% Fat Free Mass	55.3	%
Fat Mass	27.472	kg
Fat Free Mass	34.049	kg
Body Mass	61.521	kg
Estimated RMR	NA	kcal/day
Estimated TEE	NA	kcal/day
Daily Activity Level	Low Activity	

Subject Information

Test Profile

Body Density Model

Lohman

Thoracic Gas Volume Model

Predicted

2.546 L

Cancel

< Back

Next >

Body Composition Tracking System



Data Management > Modify Subject Results

Test Results:

- Modify entries then press Next > to save
- Click on More >> to see additional info
- Click on Reset to return to original entries

☐ Display results in "lb and in"

Enter Comments

Reset

Test Results

More >>

% Fat	47.5	%
% Fat Free Mass	52.5	%
Fat Mass	29.230	kg
Fat Free Mass	32.291	kg
Body Mass	61.521	kg
Estimated RMR	NA	kcal/day
Estimated TEE	NA	kcal/day
Daily Activity Level	Low Activity	

Subject Information

Body Density Model

Siri

Thoracic Gas Volume Model

Predicted

2.546 L

Cancel

< Back

Next >



Body Composition Tracking System



Test
Practice
Data Management
System Setup
QC
Exit

Data Management > Modify Subject Results

Test Results:

- Modify entries then press Next > to save
- Click on More >> to see additional info
- Click on Reset to return to original entries

☐ Display results in "lb and in"

Enter Comments

Reset

Test Results

More >>

% Fat	45.1	%
% Fat Free Mass	54.9	%
Fat Mass	27.758	kg
Fat Free Mass	33.763	kg
Body Mass	61.521	kg
Estimated RMR	NA	kcal/day
Estimated TEE	NA	kcal/day
Daily Activity Level	Low Activity	

Subject Information

Test Profile

Body Density Model

Brozek

Thoracic Gas Volume Model

Predicted

2.546

L

Cancel

< Back

Next >

OBLICZANIE WYKŁADNIKÓW STANU ODŻYWIENIA



BMI

- U dzieci i młodzieży nie można posługiwać się wyłącznie wskaźnikiem BMI przy ocenie stopnia nadwagi i otyłości.
- Do interpretacji tego wskaźnika służą tabele lub siatki centylowe wskaźnika BMI oraz tabele wartości średnich arytmetycznych i odchyleń standardowych.

Zrewidowane międzynarodowe progi BMI IOTF dla dzieci i młodzieży

Age (years)	Boys						Girls					
	BMI 16*	BMI 17*	BMI 18.5*	BMI 25*	BMI 30*	BMI 35*	BMI 16*	BMI 17*	BMI 18.5*	BMI 25*	BMI 30*	BMI 35*
2.0	13.60	14.29	15.24	18.36	19.99	21.20	13.40	14.05	14.96	18.09	19.81	21.13
2.5	13.44	14.11	15.02	18.09	19.73	20.95	13.25	13.88	14.77	17.84	19.57	20.90
3.0	13.30	13.94	14.83	17.85	19.50	20.75	13.11	13.73	14.60	17.64	19.38	20.74
3.5	13.16	13.79	14.66	17.66	19.33	20.61	12.98	13.59	14.44	17.48	19.25	20.65
4.0	13.04	13.65	14.51	17.52	19.23	20.56	12.85	13.45	14.30	17.36	19.16	20.62
4.5	12.92	13.53	14.38	17.43	19.20	20.60	12.72	13.31	14.16	17.27	19.14	20.67
5.0	12.80	13.40	14.26	17.39	19.27	20.79	12.59	13.18	14.04	17.23	19.20	20.85
5.5	12.66	13.27	14.15	17.42	19.46	21.15	12.46	13.06	13.93	17.25	19.36	21.16
6.0	12.54	13.16	14.06	17.52	19.76	21.69	12.34	12.96	13.85	17.33	19.62	21.61
6.5	12.44	13.07	14.00	17.67	20.15	22.35	12.26	12.89	13.81	17.48	19.96	22.19
7.0	12.39	13.04	14.00	17.88	20.59	23.08	12.23	12.87	13.83	17.69	20.39	22.88
7.5	12.39	13.06	14.05	18.12	21.06	23.83	12.25	12.91	13.90	17.96	20.89	23.65
8.0	12.43	13.11	14.13	18.41	21.56	24.61	12.30	12.98	14.00	18.28	21.44	24.50
8.5	12.48	13.19	14.24	18.73	22.11	25.45	12.37	13.07	14.13	18.63	22.04	25.42
9.0	12.54	13.27	14.36	19.07	22.71	26.40	12.44	13.16	14.26	18.99	22.66	26.39
9.5	12.61	13.36	14.49	19.43	23.34	27.39	12.52	13.27	14.40	19.38	23.31	27.38
10.0	12.70	13.47	14.63	19.80	23.96	28.35	12.63	13.40	14.58	19.78	23.97	28.36
10.5	12.80	13.59	14.79	20.15	24.54	29.22	12.77	13.57	14.78	20.21	24.62	29.28
11.0	12.91	13.73	14.96	20.51	25.07	29.97	12.94	13.77	15.03	20.66	25.25	30.14
11.5	13.05	13.89	15.15	20.85	25.56	30.63	13.15	14.00	15.30	21.12	25.87	30.93
12.0	13.22	14.07	15.36	21.20	26.02	31.21	13.38	14.26	15.59	21.59	26.47	31.66
12.5	13.40	14.27	15.59	21.54	26.45	31.73	13.64	14.54	15.91	22.05	27.04	32.33
13.0	13.61	14.50	15.84	21.89	26.87	32.19	13.92	14.84	16.23	22.49	27.57	32.91
13.5	13.84	14.74	16.11	22.25	27.26	32.61	14.20	15.13	16.55	22.90	28.03	33.39
14.0	14.09	15.01	16.39	22.60	27.64	32.98	14.47	15.43	16.86	23.27	28.42	33.78
14.5	14.35	15.28	16.69	22.95	28.00	33.29	14.74	15.71	17.16	23.60	28.74	34.07
15.0	14.61	15.55	16.98	23.28	28.32	33.56	15.00	15.97	17.43	23.89	29.01	34.28
15.5	14.87	15.82	17.26	23.59	28.61	33.78	15.24	16.21	17.68	24.13	29.22	34.43
16.0	15.12	16.08	17.53	23.89	28.88	33.98	15.45	16.42	17.90	24.34	29.40	34.55
16.5	15.36	16.33	17.79	24.18	29.15	34.19	15.63	16.61	18.08	24.53	29.55	34.64
17.0	15.59	16.57	18.04	24.46	29.43	34.43	15.78	16.76	18.24	24.70	29.70	34.75
17.5	15.80	16.79	18.28	24.73	29.71	34.71	15.90	16.89	18.38	24.85	29.85	34.87
18.0	16	17	18.5	25	30	35	16	17	18.5	25	30	35

Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes.* 2012 Aug;7(4):284-94.

BMI z-score

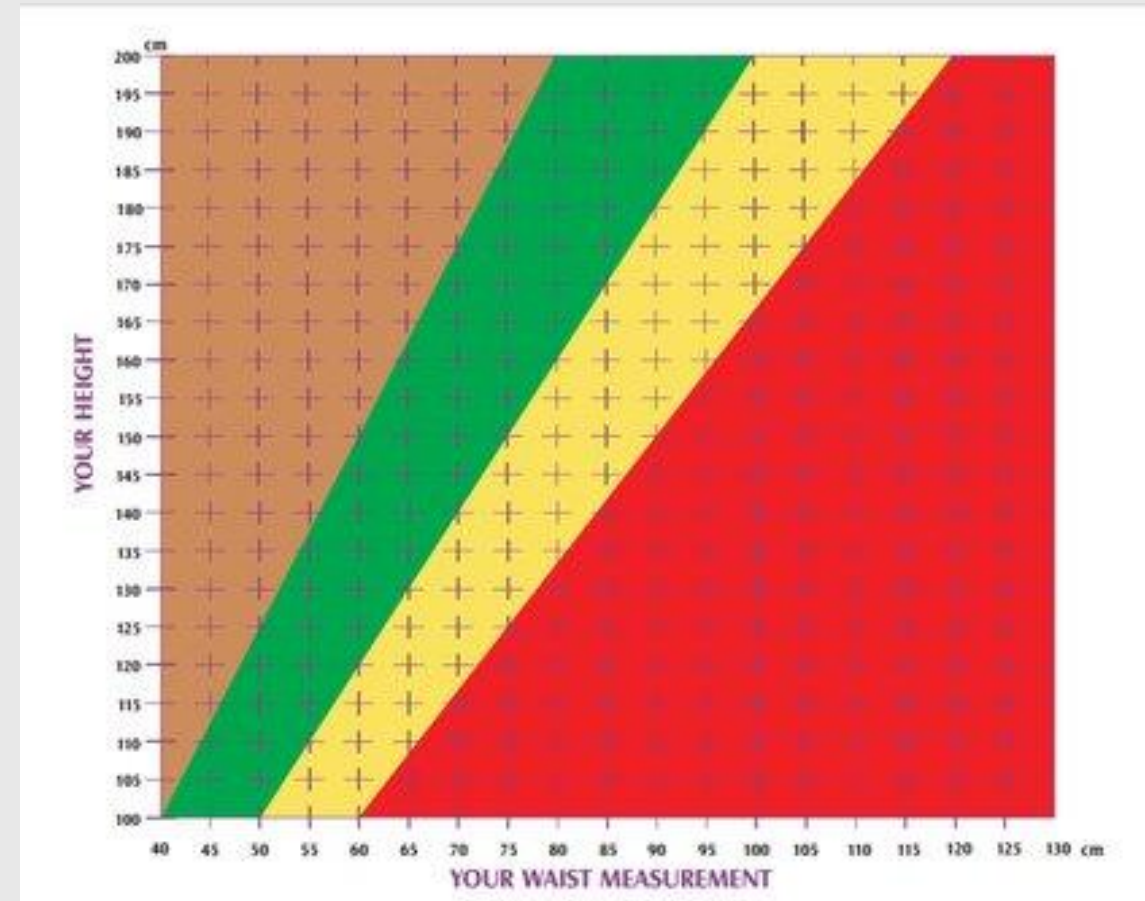
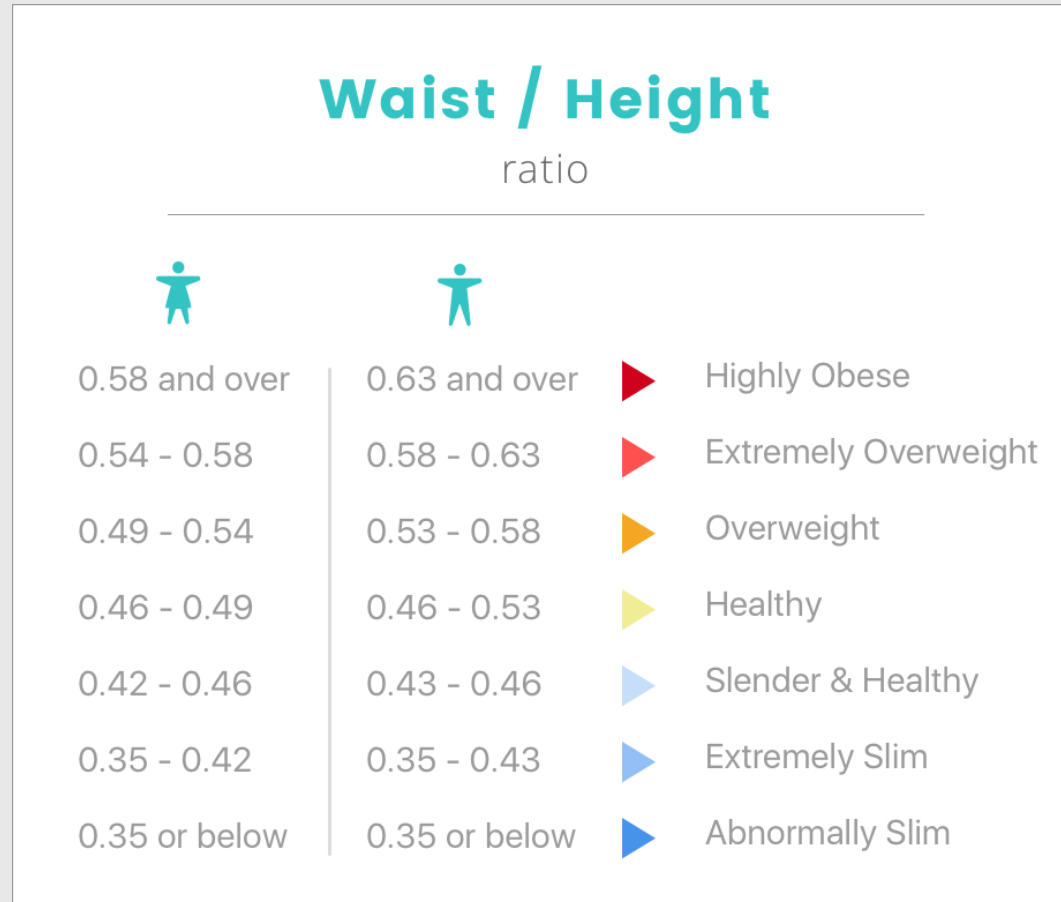
- Wskaźnik masy ciała odniesiony do wieku i płci,
- Z-score BMI (SD) = (BMI-mediana)/odchylenie standardowe

$$z\text{-score}(x) = \frac{x - \text{\textit{średnia}}}{SD}$$

Obwód talii/wzrost

- Wskaźnik odpowiedni dla dorosłych i dzieci powyżej 5 roku życia.
- Interpretacja:
 - Kolor brązowy: niedożywienia
 - Kolor zielony: prawidłowa masa ciała
 - Kolor żółty: nadwaga
 - Kolor czerwony: otyłość
- Punkty odcięcia: 0,4 (brązowy-zielony), 0,5 (zielony-żółty) i 0,6 (żółty-czerwony).

Obwód talii/wzrost



Ashwell M. Charts Based on Body Mass Index and Waist-to-Height Ratio to Assess the Health Risks of Obesity: A Review. The Open Obesity Journal, 2011, 3, 78-84.

Aktualna masa ciała do długości/ wysokości ciała

- Wskaźnik wykorzystywany głównie do oceny niedożywienia u dzieci do 5 r.ż.
- Ocenia się go w odniesieniu do norm rozwojowych dla danej płci, ale niezależnie od wieku.

Procentowe wskaźniki oceny stanu odżywienia

Wskaźnik Gomeza :

- Aktualna masa ciała/ masa ciała na 50. centylu (mediana) dla danego wieku i płci.

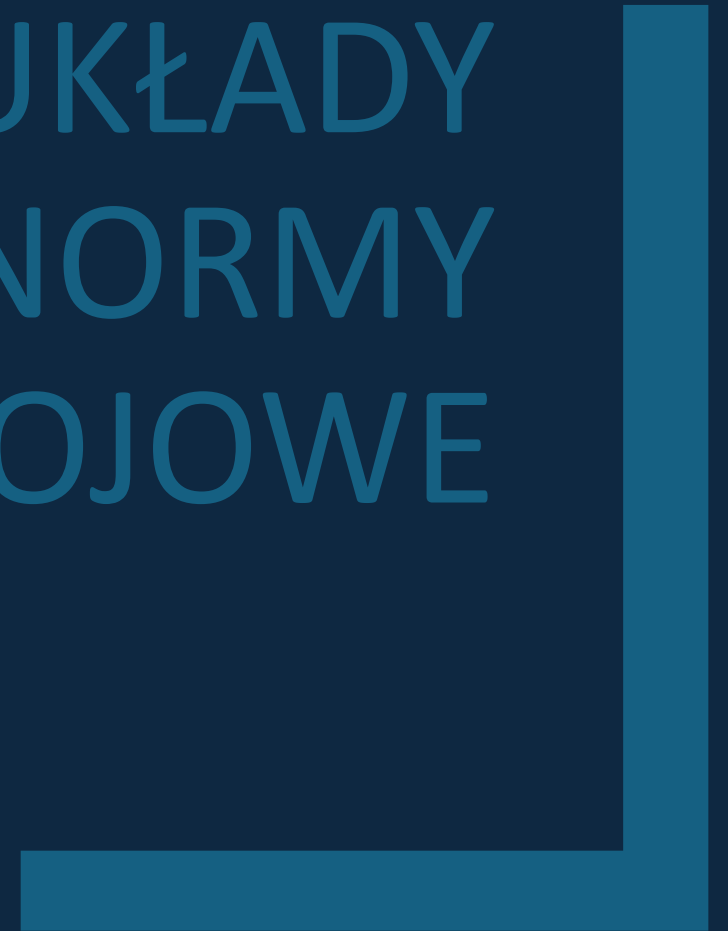
Wskaźnik Waterlowa:

- Aktualna masa ciała do wysokości ciała/ standardowa masa ciała (50 centyl) do standardowej wysokości ciała (50 centyl).

Wskaźnik Cole'a (LMS - Least Mean Square)

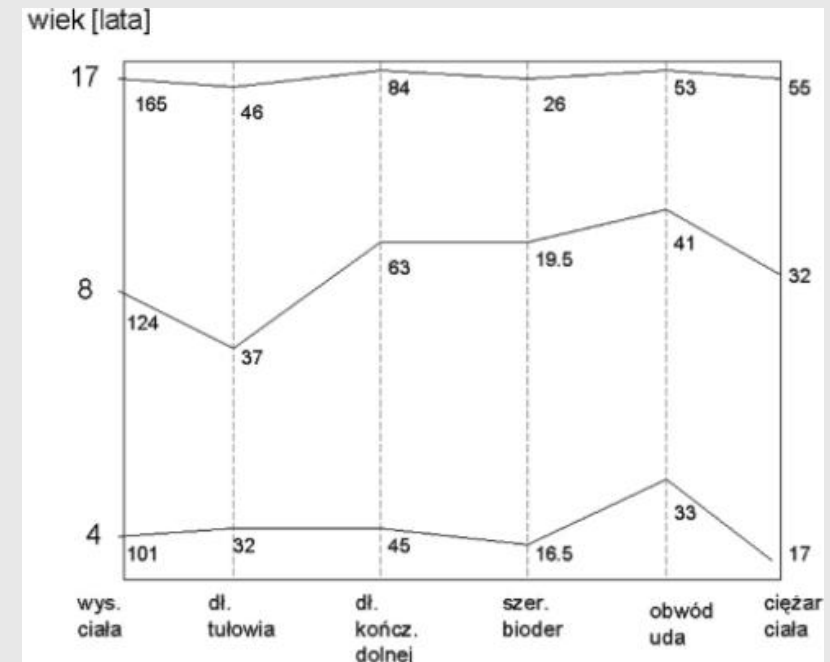
- Stosowany u młodszych dzieci
- $LMS = (MR \times (WS)^2 / WR \times (MS)^2) \times 100\%$ gdzie
- MR – rzeczywista masa ciała (kg)
- WS – średnia wysokość dla wieku i płci (50 centyl wzrostu dla dziecka w danym wieku)
- WR – rzeczywista wysokość (m)
- MS – średnia masa ciała dla wieku i płci (50 centyl masy ciała dla dziecka w danym wieku)
- Wskaźnik Cole'a jest zatem ilorazem aktualnego i standardowego BMI
- Niedowaga/niedożywienie: < 90, prawidłowa masa ciała: 90-110, nadwaga: 111-120, otyłość: >120

BIOLOGICZNE UKŁADY ODNIESIENIA- NORMY ROZWOJOWE



Normy rozwojowe przedstawiono w formie:

- Siatek i tabeli centylowych - przedstawiają medianę (50. centyl) i centyle (%) występowania danej wartości w populacji.
- Siatek i tabeli standardowych - przedstawiają wartości średniej arytmetycznej oraz odchylenia standardowego, wskazujące o ile dany parametr różni się od wartości średniej.
- Morfogramy - szczególnie przydatne w ocenie dziecka z zaburzeniami hormonalnymi i chorobami genetycznymi; są to graficzne wykresy proporcji ciała względem wieku i płci.



Biologiczne układy odniesienia stworzono m.in. dla:

- Długości/ wysokości ciała
- Masy ciała
- BMI
- Masy ciała w stosunku do długości/ wysokości ciała

Jak korzystać z siatek centylowych?

- Wybierz aktualną siatkę, odpowiednią dla płci i wieku.
- Na osi poziomej znajdź wiek dziecka.
- Na osi pionowej odczytaj wartość ocenianej cechy.
- Z tych punktów wyprowadza się linie prostopadłe. Punkt przecięcia tych linii oznacza pozycję centylową.

Jak czytać wyniki?

- Pasmo pomiędzy linią 25. a 75. centyla wyznacza zakres tzw. wąskiej normy.
- Pasmo między 3. a 97. centylem to zakres tzw. szerokiej normy.
- Wartości pomiędzy linią 3. a 10. centyla to osoby z małymi wartościami danej cechy.
- Wartości $< 3.$ i $> 97.$ centyla interpretuje się jako wykraczające poza normę i wymagające diagnostyki.

Masę ciała należy oceniać względem wysokości lub długości ciała

- Można to zrobić, korzystając z siatki proporcji masy do wysokości ciała.
- Jeśli nie dysponujemy taką siatką można wówczas wykreślić wiek wysokościowy – tzn. wiek, dla którego aktualna wysokość odpowiada 50. centylowi, i wiek wagowy – tzn. wiek, dla którego aktualna wysokość odpowiada 50. centylowi.
- Najprostsza orientacyjna ocena stanu odżywienia polega na równoczesnej ocenie na siatce centylowej masy i wysokości przy założeniu, że centyl masy ciała powinien odpowiadać centylowi wysokości.

Interpretacja wyników

Różne klasyfikacje i kryteria:

- 1. klasyfikacja WHO (osobna dla dzieci do 5. r.ż i starszych niż 5 lat)
- 2. Kryteria ASPEN i ADA – na podstawie pojedynczego pomiaru lub w ocenie dynamicznej
- 3. Klasyfikacja IOTF używana na siatkach OLA/OLAF Powiązanie wartości określających nadwagę i otyłość wieku rozwojowego z definicją stosowaną w przypadku dorosłych (zalecana!)

Wykładniki stanu odżywienia dzieci do 5. r.ż. I ich interpretacja wg WHO

SD	Masa ciała	Masa do wysokości	BMI
>3	Wskazana ocena masa/wysokość lub BMI	Otyłość	Otyłość
>2		Nadwaga	Nadwaga
>1		Możliwe ryzyko nadwagi	Możliwe ryzyko nadwagi
<-2	Niedowaga	Niedożywienie	Niedożywienie
<-3	Znaczna niedowaga	Znaczne niedożywienie	Znaczne niedożywienie

Wykładniki stanu odżywienia dzieci starszych niż 5 lat i ich interpretacja wg WHO

SD	Masa ciała	BMI
>3	Wskazana ocena BMI	Znaczna otyłość
>2		otyłość
>1		nadwaga
<-2	Niedowaga	szczupłość
<-3	Znaczna niedowaga	Znaczna szczupłość

Kryteria diagnostyczne nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży stosowane na świecie

Autor/organizacja	rozpoznanie	BMI	zalety
Siatki centylowe dla populacji dzieci warszawskich (Palczewska I., Niedźwiedzka Z. 1999)	Nadwaga otyłość	>90. centyla >97. centyla	
CDC i Institute of Medicine (USA, 1998)	Nadwaga otyłość	>85. centyla >95. centyla	Możliwość stosowania w warunkach polskich siatek centylowych OLA/OLAF
WHO	Nadwaga otyłość	>1SD (85. centyl)* >2 SD (97. centyl)*	

*dla dzieci pomiędzy 5. a 19. r.ż.

Interpretacja wyników

Klasyfikacja upośledzenia stanu odżywienia na podstawie oceny dynamicznej w pomiarach długofalowych (wg ASPEN- American Society for Parenteral and Enteral Nutrition/ADA- American Dietetic Association)

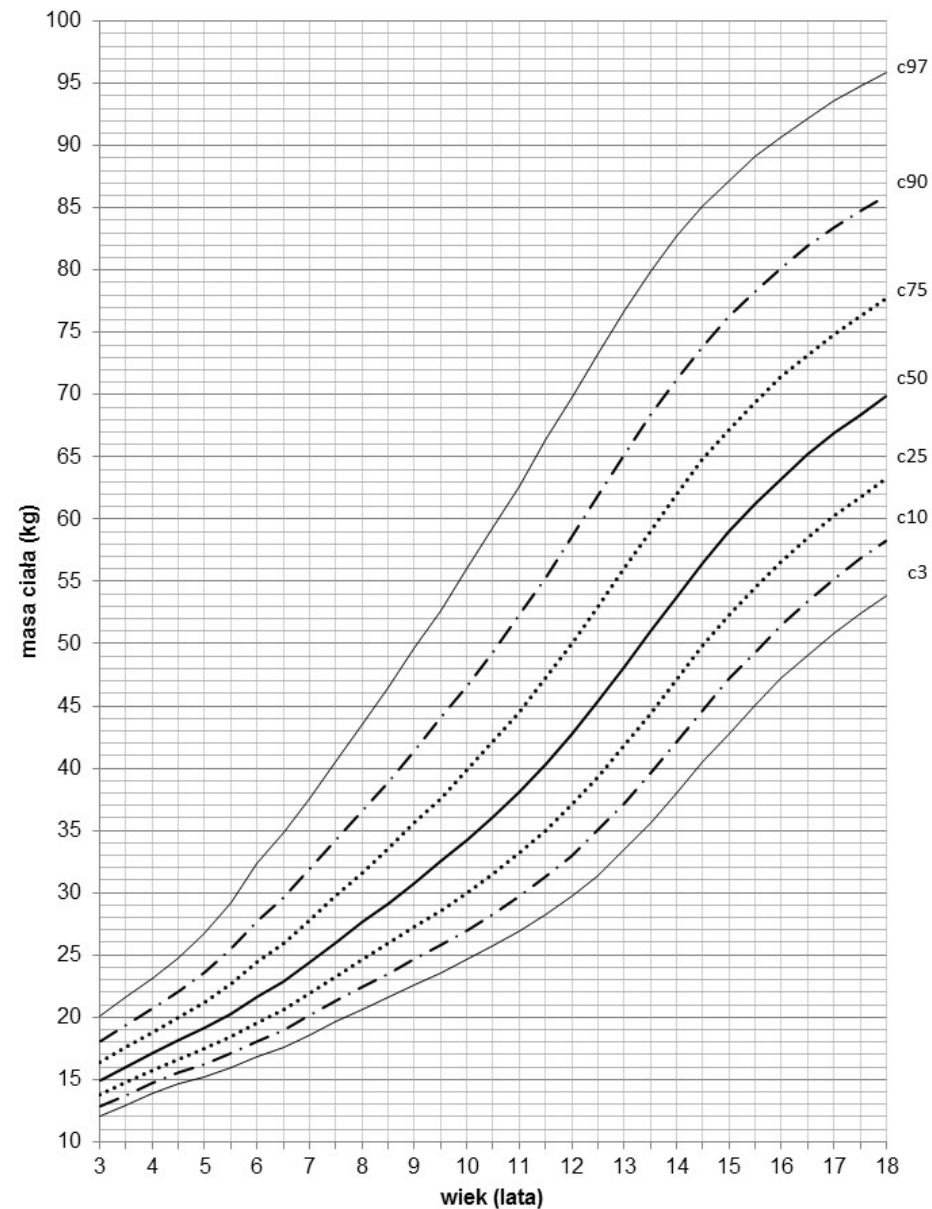
Parametr	Łagodne	Umiarkowane	Ciężkie
Oczekiwane zwiększenie masy ciała (do ukończenia 2. rż.)	<75% normy	<50% normy	<25% normy
Zmniejszenie masy ciała (po ukończeniu 2. rż.)	5% wyjściowej masy ciała	7,5% wyjściowej masy ciała	10% wyjściowej masy ciała
Zmniejszenie współczynnika masy do wysokości ciała	o 1 z-score	o 2 z-score	o 3 z-score

Klasyfikacja upośledzenia stanu odżywienia na podstawie jednorazowego pomiaru (wg ASPEN/ADA)- z-score

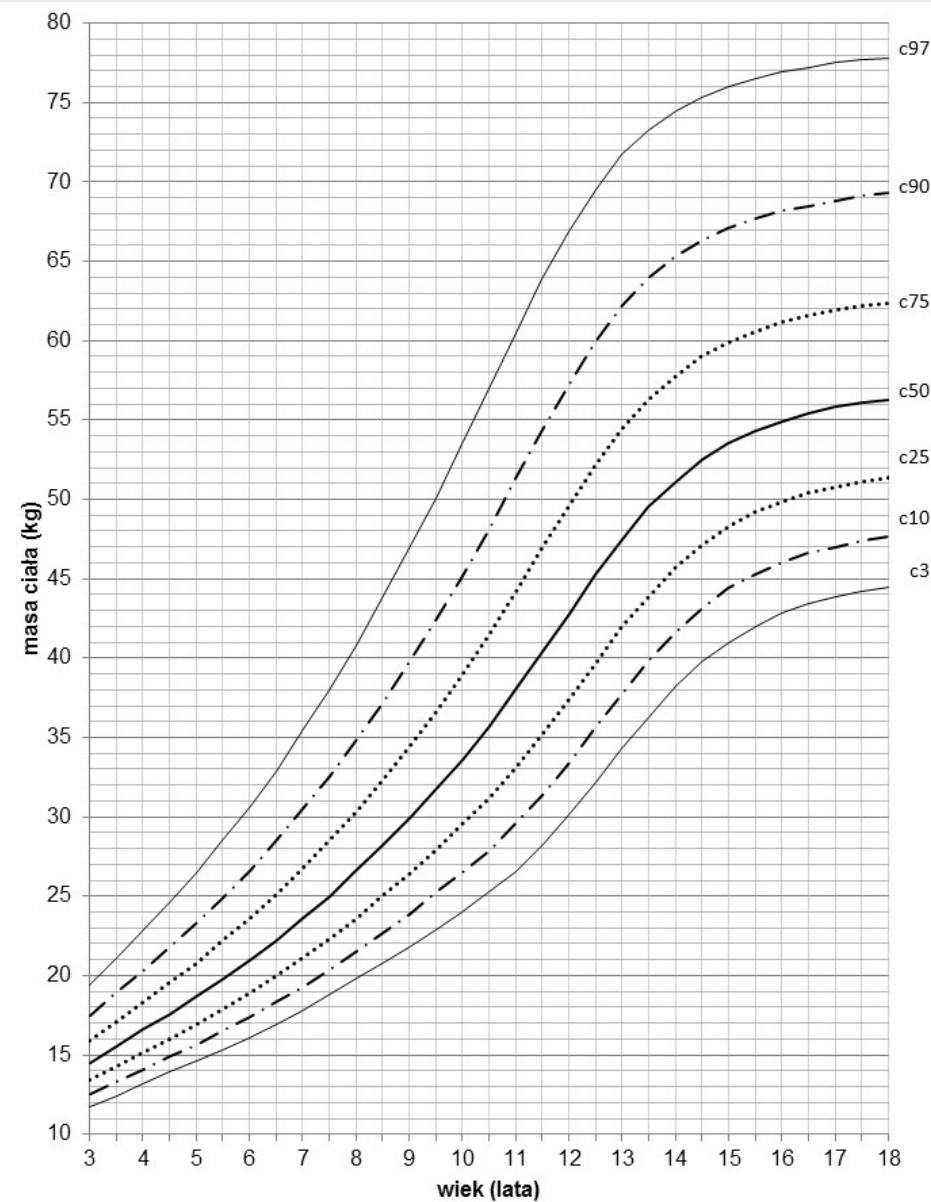
Wskaźnik	Łagodne	Umiarkowane	Ciężkie
Masa do wysokości ciała	-1 do -1,9	-2 do -2,9	< -3
BMI	-1 do -1,9	-2 do -2,9	< -3
Obwód ramienia	-1 do -1,9	-2 do -2,9	< -3

Normy polskie - OLA, OLAF

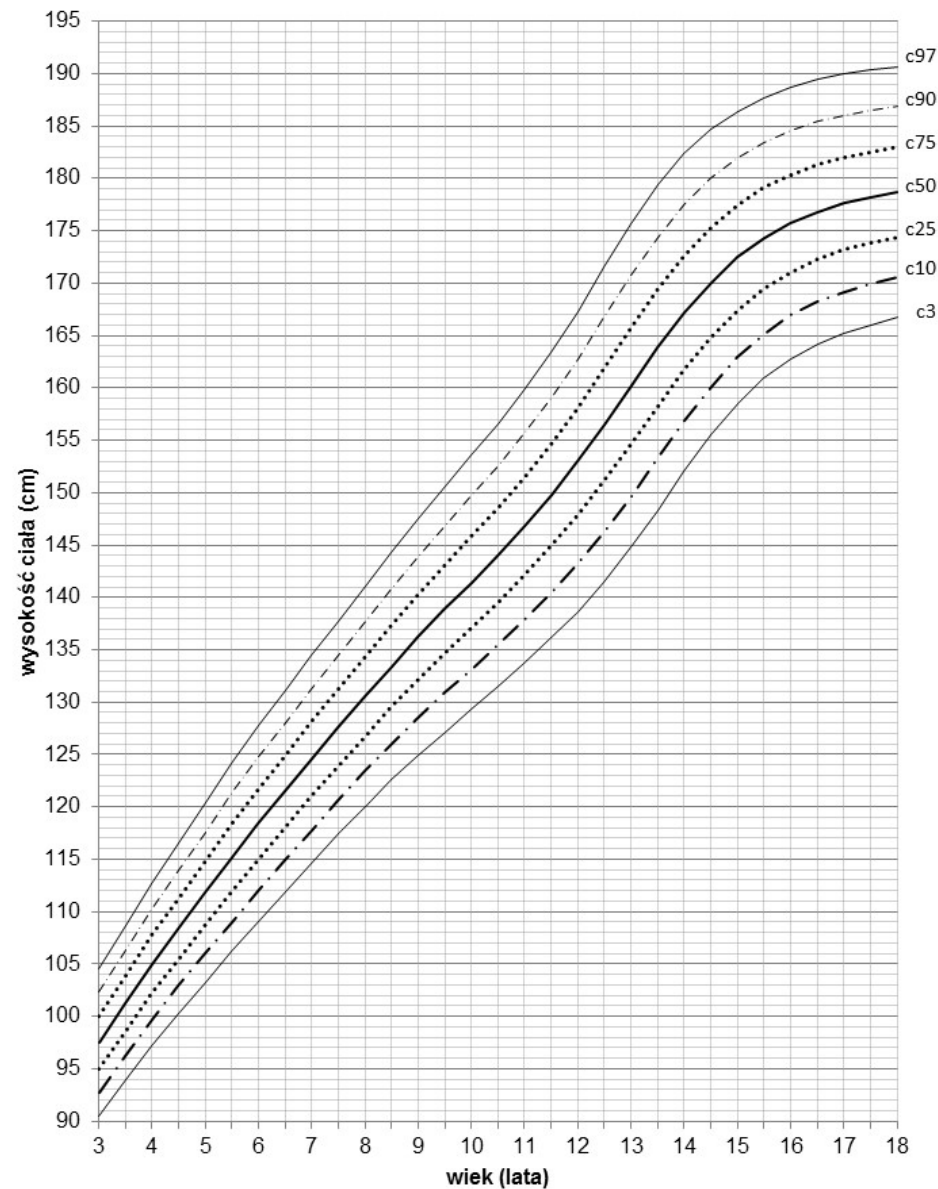
- Dla dzieci i młodzieży od 3 do 18 roku życia
- Rozkłady wartości pomiarów antropometrycznych sporządzono dla:
 - wysokości ciała
 - masy ciała
 - obwodu bioder
 - obwodu talii
 - BMI



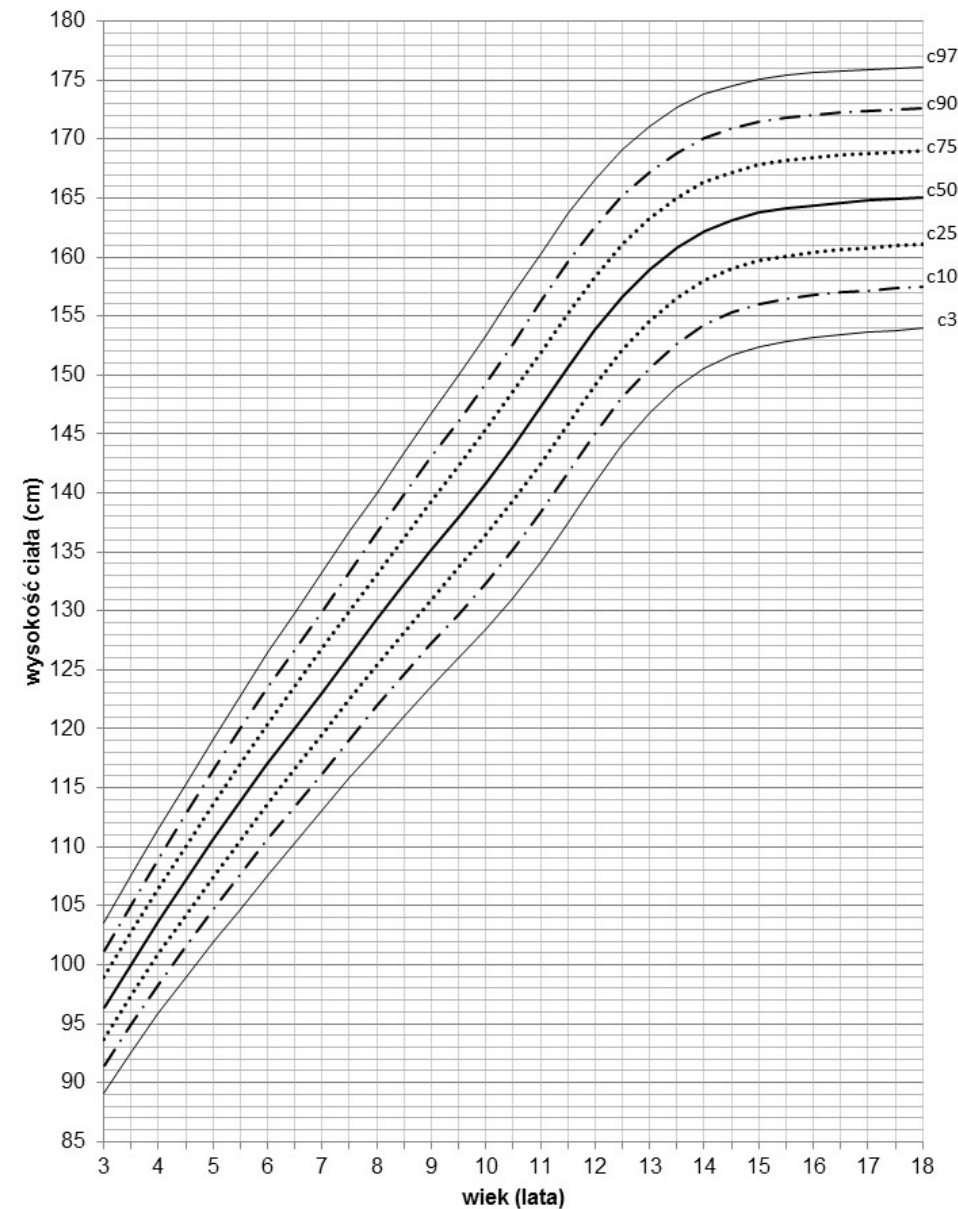
Siatka centylowa masy ciała chłopców w wieku 3-18 lat; badania OLA i OLAF;
pomiarzy dzieci i młodzieży w latach 2007-2012



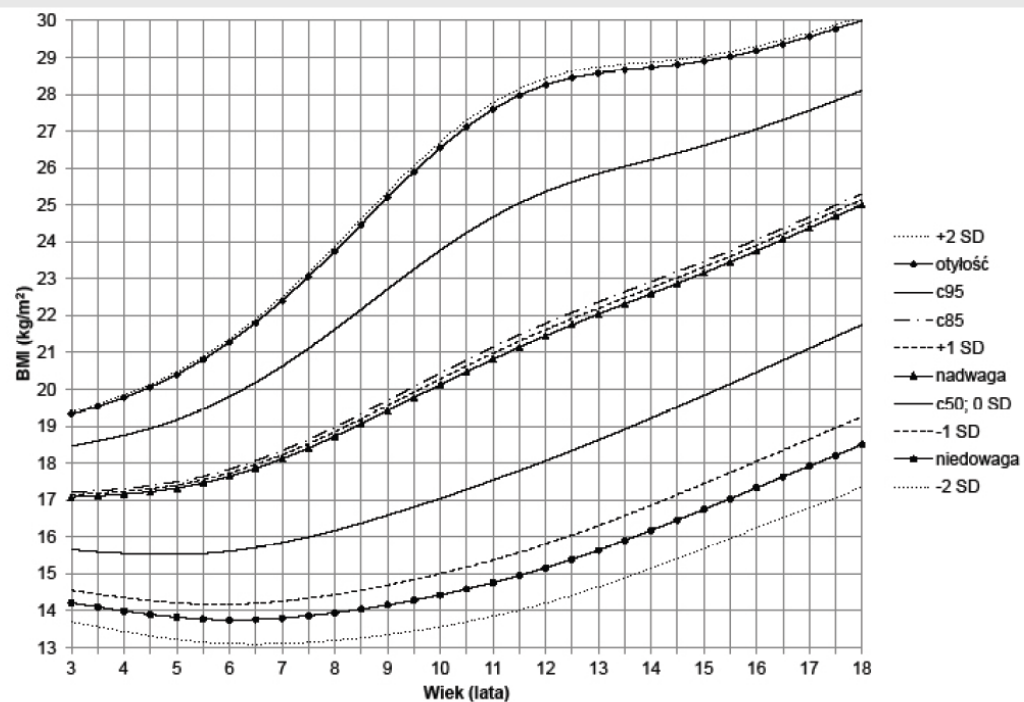
Siatka centylowa masy ciała dziewcząt w wieku 3-18 lat; badania OLA i OLAF;
pomiarzy dzieci i młodzieży w latach 2007-2012



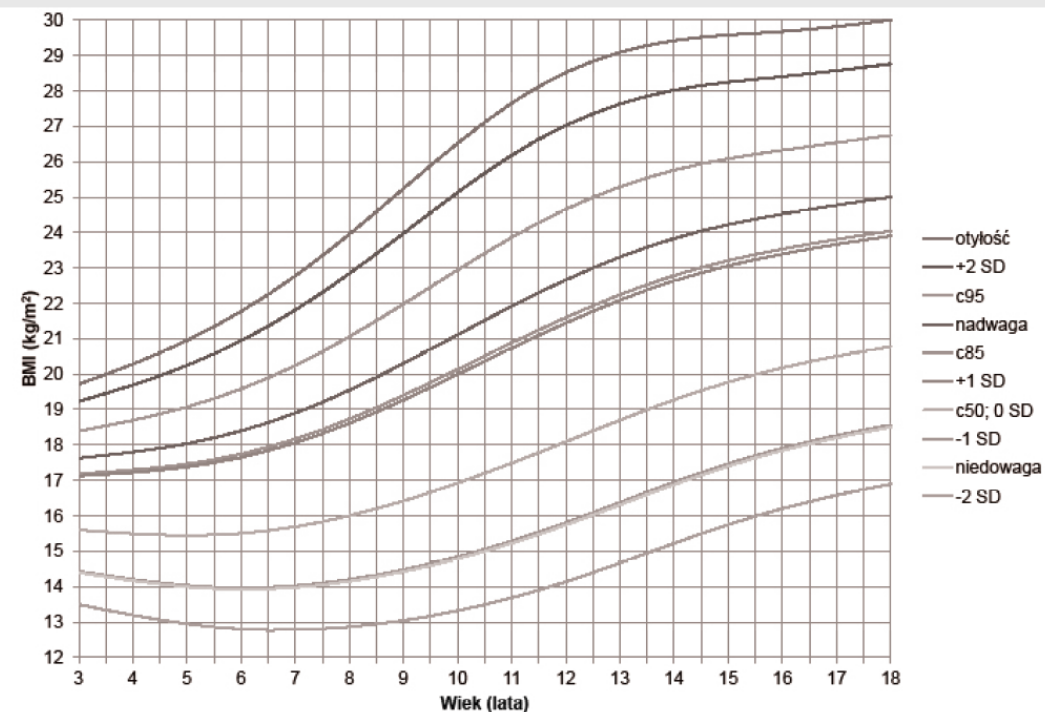
Siatka centylowa wysokości ciała chłopców w wieku 3-18 lat; badania OLA i OLAF; pomiary dzieci i młodzieży w latach 2007-2012



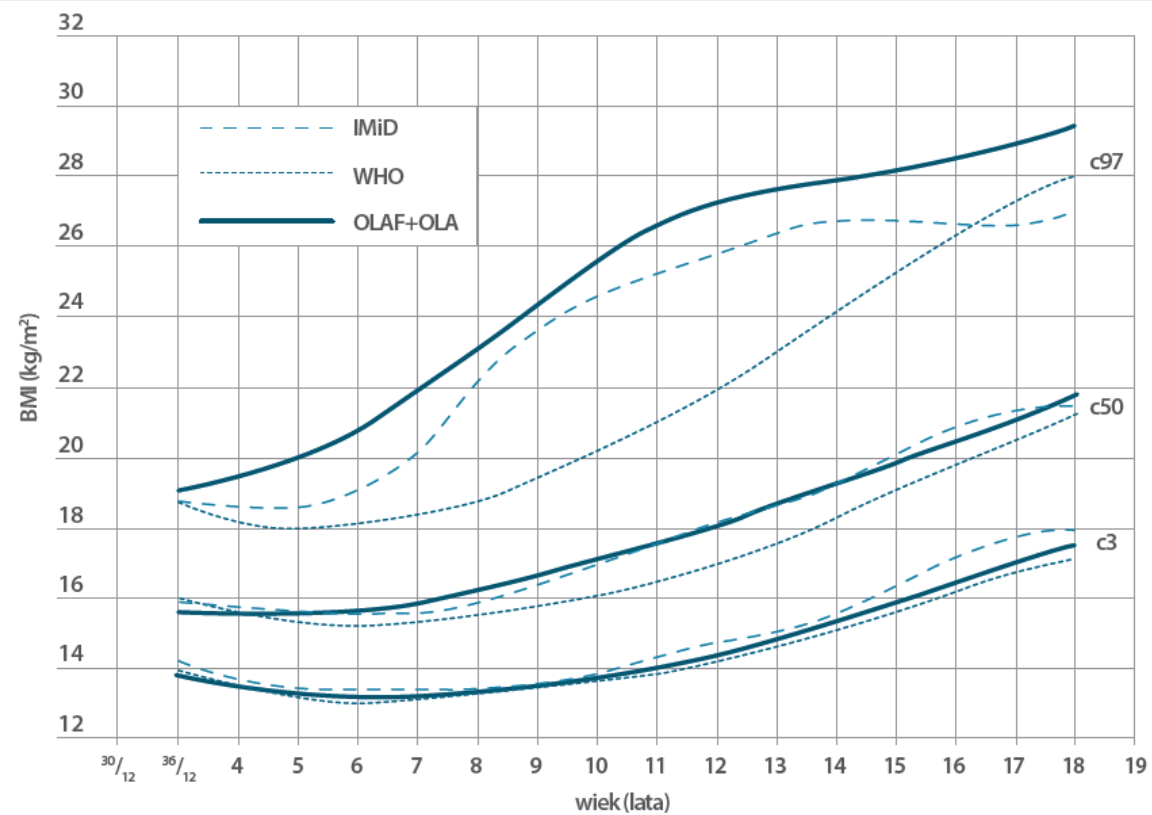
Siatka centylowa wysokości ciała dziewcząt w wieku 3-18 lat; badania OLA i OLAF; pomiary dzieci i młodzieży w latach 2007-2012



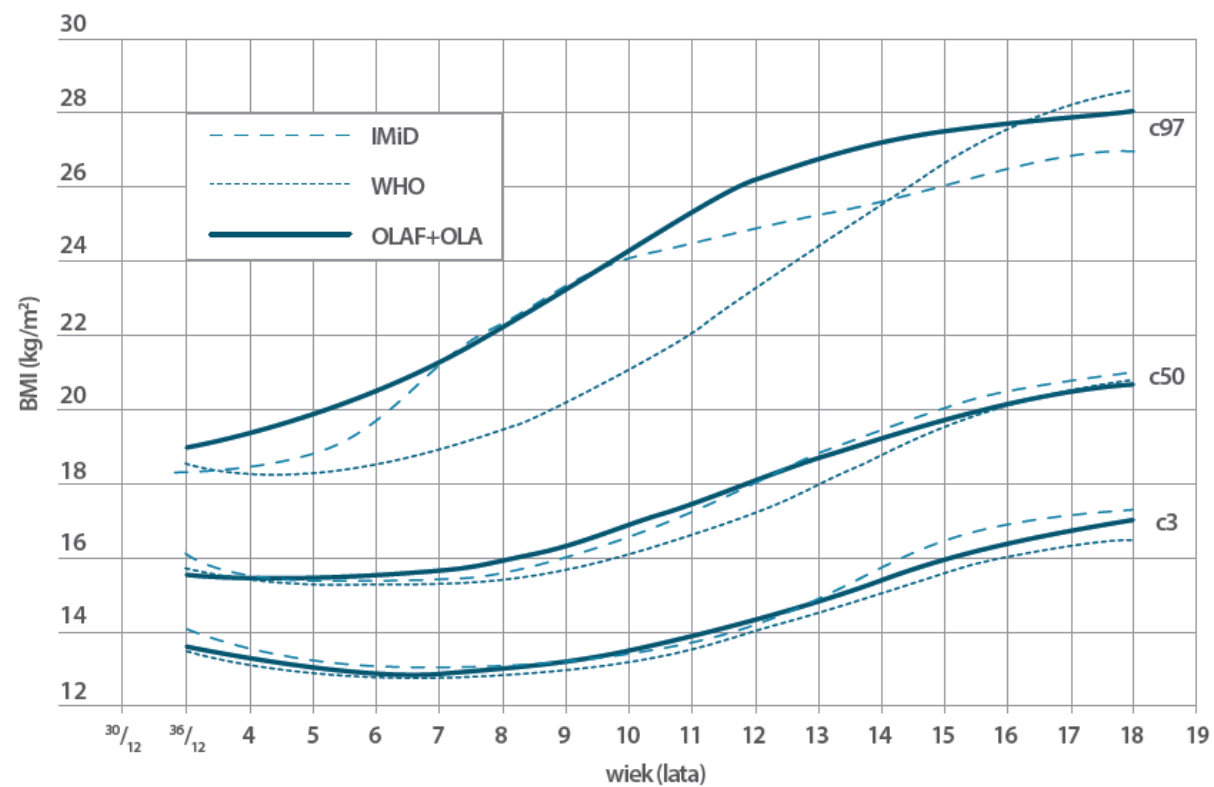
RYC. 3D Siatka centyli i SDS BMI oraz granic niedowagi, nadwagi i otyłości chłopców w wieku 3-18 lat; badanie OLA i OLAF; pomiary dzieci i młodzieży w latach 2007-2012; granice niedowagi, nadwagi i otyłości opracowane dla polskich dzieci i młodzieży wg metodologii analogicznej do Cole TJ^{9,10}



RYC. 3C Siatka centyli i SDS BMI oraz granic niedowagi, nadwagi i otyłości dziewcząt w wieku 3-18 lat; badanie OLA i OLAF; pomiary dzieci i młodzieży w latach 2007-2012; granice niedowagi, nadwagi i otyłości opracowane dla polskich dzieci i młodzieży wg metodologii analogicznej do Cole TJ^{9,10}



RYC. 5A Porównanie wartości 3, 50, 97 centyla BMI dla chłopców OLA+OLAF vs WHO i normy warszawskie



RYC. 5B Porównanie wartości 3, 50, 97 centyla BMI dla dziewcząt OLA+OLAF vs WHO i normy warszawskie

Normy przyrostu masy wg dr Ruth Lawrence

Wiek	Przyrost masy ciała na dobę	Przyrost masy ciała na tydzień
0-3 miesiąc	26-31 g	182-217 g
3-6 miesiąc	17-18 g	119-126 g
6-9 miesiąc	12-13 g	84-91 g
9-12 miesiąc	9 g	63 g

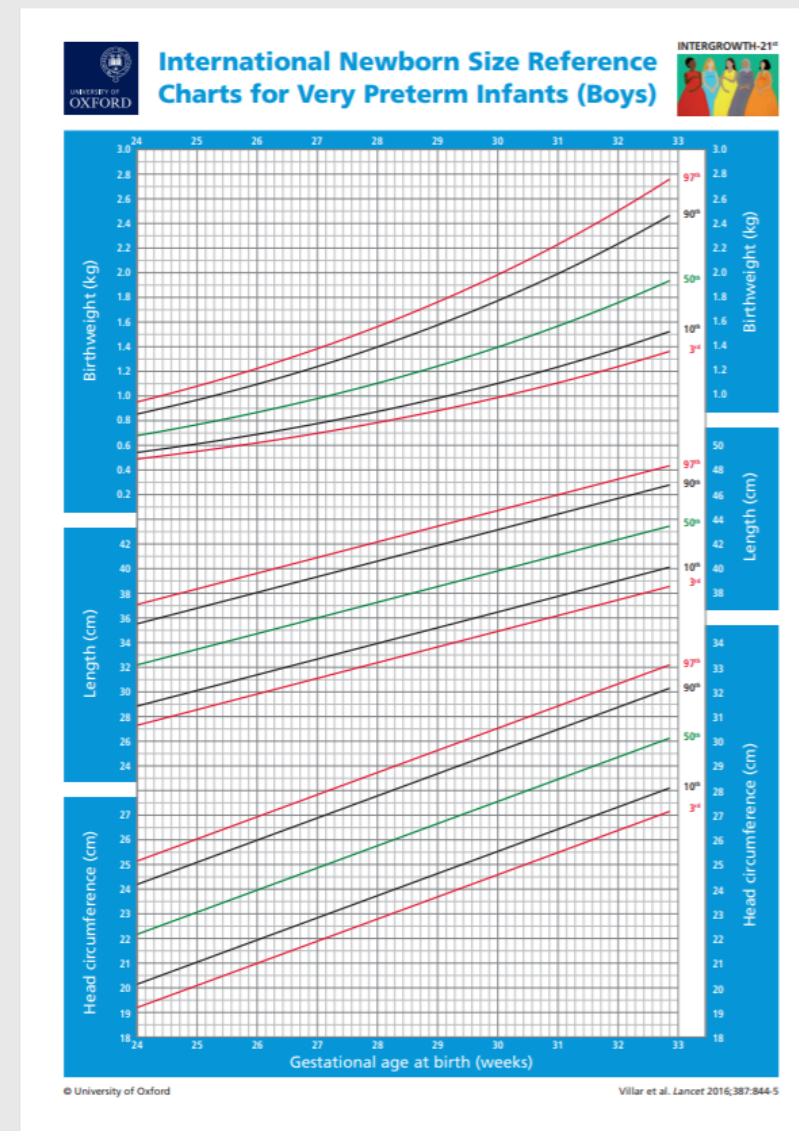
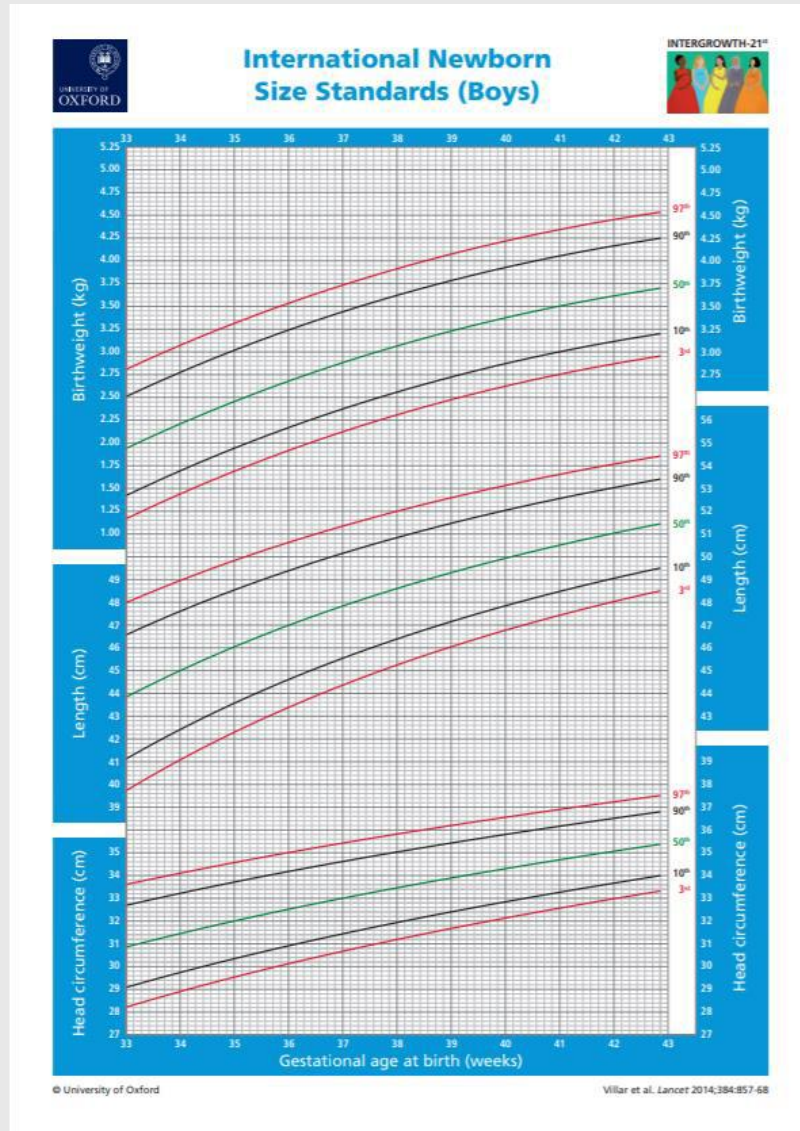
Normal growth, failure to thrive and obesity in breastfed infant. W: Lawrence R. A., Lawrence R. M.: Breastfeeding. A guide for the medical profession. Elsevier Mosby, Philadelphia, Pennsylvania, 2005: 427–460

Szczegółe grupy pacjentów, dla których opracowano osobne normy rozwojowe:

- Noworodki urodzone przedwcześnie,
- Zespół Downa,
- Zespół Corneli de Lange,
- Zespół Marfana,
- Zespół Turnera,
- Zespół Smitha, Lemlega i Opitza,
- Achondroplazja,
- Zespół Pradera i Williego.

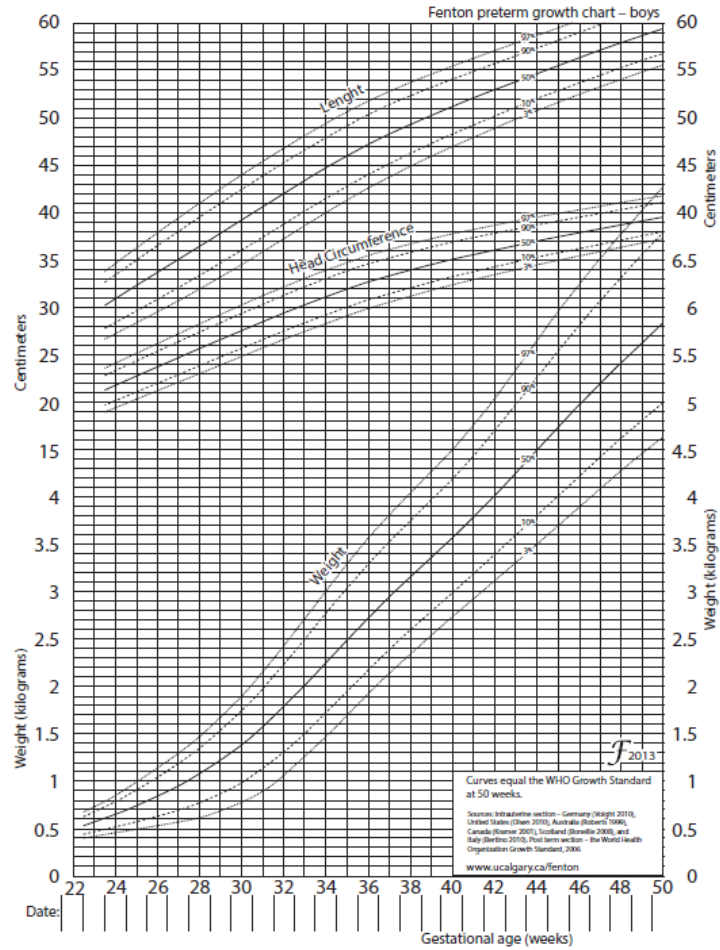
Dzieci urodzone przedwcześnie

<https://intergrowth21.tghn.org/very-preterm-size-birth/#vp1>

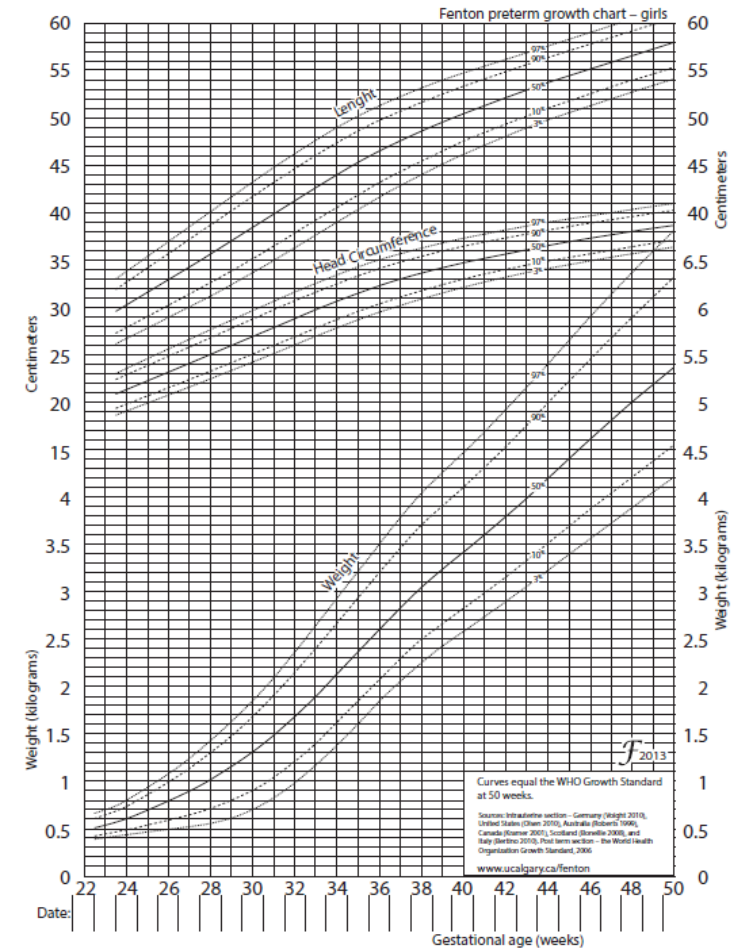


Dzieci urodzone przedwcześnie

Siatki Fentona



Rycina 3. Zmodyfikowane siatki centylowe Fentona dla chłopców



Rycina 2. Zmodyfikowane siatki centylowe Fentona dla dziewczynek

Zespół Downa

<https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/downsyndrome/growth-charts.html#percentile>

- Należy jednak zaznaczyć, że dane na których oparte zostały siatki centyle dostępne w powyższym linku dotyczą populacji badanej na terenie USA.
- Dla dzieci do 3 r.ż. dostępne są siatki centylowe dla masy ciała, długości/wysokości ciała, obwodu głowy oraz stosunku masy do długości.
- Dla dzieci i młodych dorosłych między 2, a 20 r.ż. dostępne są siatki centylowe dla masy ciała, wysokości ciała i obwodu głowy.

Zespół Cornellii de Lange

- Dla tej grupy zostały opracowane siatki centylowe oparte o dane zbierane przez lata przez amerykańską fundację.
- <https://www.cdlsusa.org/wp-content/uploads/2018/10/growth-charts-girl.pdf>
- <https://www.cdlsusa.org/wp-content/uploads/2018/10/growth-charts-boy.pdf>

Height for Females, birth to 36 months

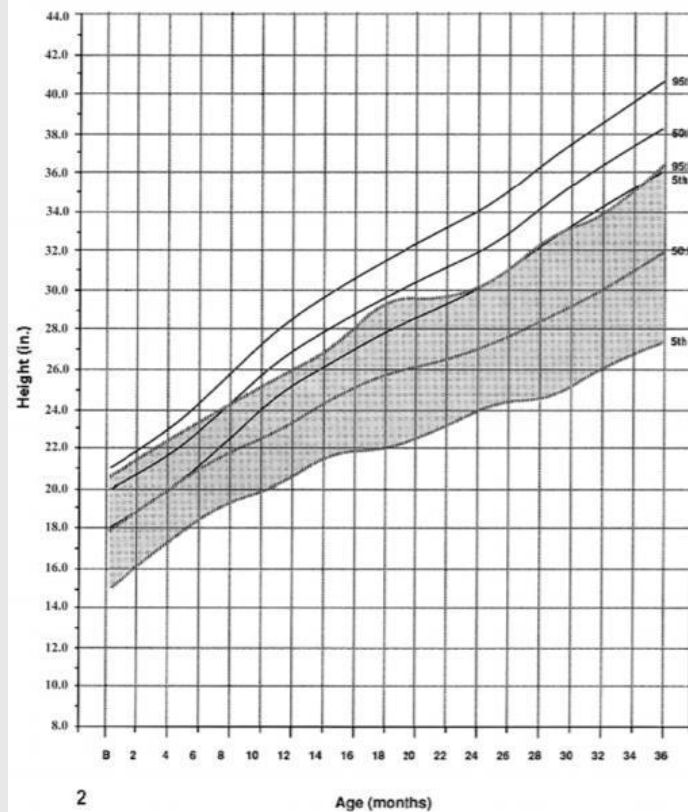


Fig. 2. Height (mean \pm 1.645 S.D., dashed lines) in females with BDLs from birth to 36 months compared with normal females (solid lines).

Weight for Females, birth to 36 months

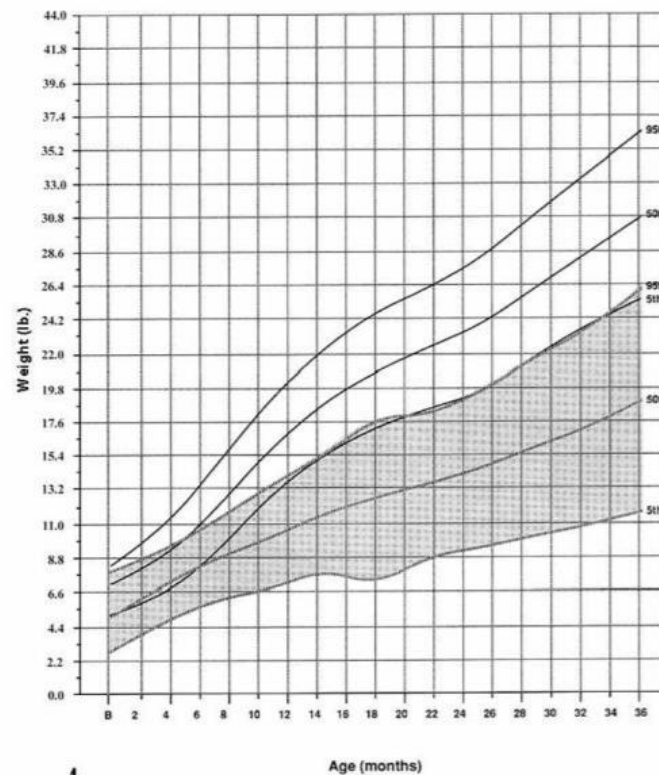


Fig. 4. Weight (mean \pm 1.645 S.D., dashed lines) in females with BDLs from birth to 36 months compared with normal females (solid lines).

Head Circumference, birth to 18 years

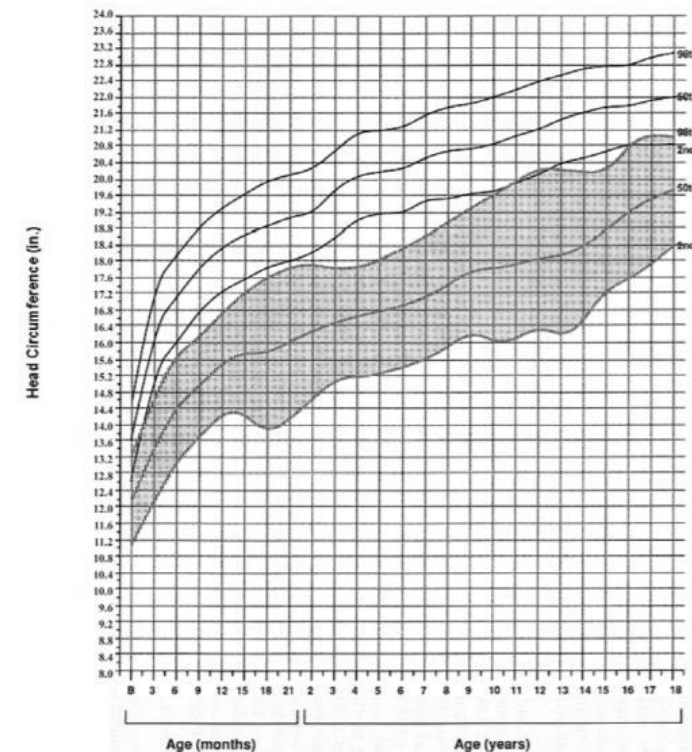


Figure 10. Head circumference (mean \pm 2.05 S.D., dashed lines) in females with BDLs from birth to 18 years compared to normal females (solid lines).

Table 2. Anthropometric data of females with Marfan syndrome compared to the general population

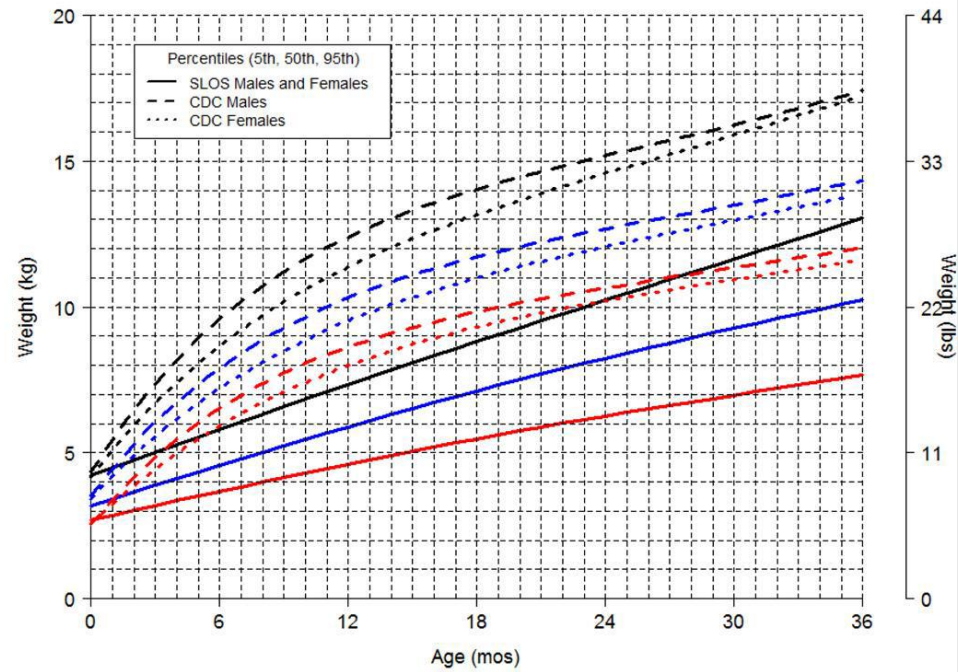
Age (yr)	No. (Ht)	Mean Height \pm SD of MFS (cm)	Mean Height \pm SD of Normal (cm)	<i>P</i>	No. (Wt)	Mean Weight \pm SD of MFS (kg)	Mean Weight \pm SD of Normal (kg)	<i>P</i>
0-1	10	65.6 \pm 9.5	66.3 \pm 2.7	0.832	14	5.5 \pm 2.3	7.5 \pm 0.8	0.022
1-2	10	90.4 \pm 4.8	80.8 \pm 3.2	< 0.001	11	12.0 \pm 1.7	10.7 \pm 1.2	0.039
2-3	16	99.7 \pm 1.8	89.8 \pm 3.7	< 0.001	19	14.0 \pm 0.7	12.9 \pm 1.4	0.001
3-4	23	109.0 \pm 3.9	97.1 \pm 4.0	< 0.001	27	16.3 \pm 3.3	14.7 \pm 1.5	0.017
4-5	27	117.0 \pm 4.0	104.2 \pm 4.1	< 0.001	29	19.4 \pm 4.0	16.7 \pm 1.7	0.001
5-6	36	124.3 \pm 4.8	110.7 \pm 4.3	< 0.001	37	21.7 \pm 4.4	18.9 \pm 2.0	< 0.001
6-7	32	130.6 \pm 5.1	116.7 \pm 4.6	< 0.001	35	24.7 \pm 5.6	21.2 \pm 2.5	0.001
7-8	31	134.9 \pm 6.4	122.4 \pm 5.0	< 0.001	30	25.4 \pm 4.7	23.9 \pm 3.2	0.092
8-9	35	143.6 \pm 6.6	127.8 \pm 5.5	< 0.001	34	28.5 \pm 4.6	26.9 \pm 4.1	0.053
9-10	28	150.8 \pm 6.0	133.5 \pm 6.1	< 0.001	28	33.7 \pm 5.1	30.5 \pm 5.1	0.003
10-11	30	152.4 \pm 6.9	139.9 \pm 6.7	< 0.001	30	34.9 \pm 6.8	34.7 \pm 6.0	0.839
11-12	25	159.4 \pm 7.6	146.7 \pm 7.0	< 0.001	24	39.8 \pm 8.7	39.2 \pm 6.8	0.768
12-13	42	168.1 \pm 5.4	152.7 \pm 6.6	< 0.001	49	48.9 \pm 9.2	43.8 \pm 7.3	< 0.001
13-14	74	173.4 \pm 7.2	156.6 \pm 5.9	< 0.001	76	51.1 \pm 9.5	47.8 \pm 7.5	0.004
14-15	50	173.8 \pm 8.0	158.5 \pm 5.3	< 0.001	54	51.4 \pm 8.2	50.9 \pm 7.4	0.699
15-16	37	174.2 \pm 6.9	159.4 \pm 5.1	< 0.001	39	52.9 \pm 9.9	52.8 \pm 7.0	0.515
16-17	38	174.5 \pm 5.8	160.0 \pm 5.1	< 0.001	40	56.2 \pm 8.0	53.6 \pm 6.45	0.051
17-18	17	176.6 \pm 6.6	160.4 \pm 5.1	< 0.001	28	57.1 \pm 7.8	53.9 \pm 6.0	0.038
18-19	18	177.1 \pm 6.0	160.7 \pm 5.0	< 0.001	28	57.2 \pm 6.4	54.1 \pm 5.8	0.017
19-20	18	176.2 \pm 5.4			33	56.6 \pm 8.4		

MFS, Marfan syndrome; SD, Standard deviation; No., Numbers of measurement; Ht, Height; Wt, Weight.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4479945/pdf/jkms-30-911.pdf>

1a

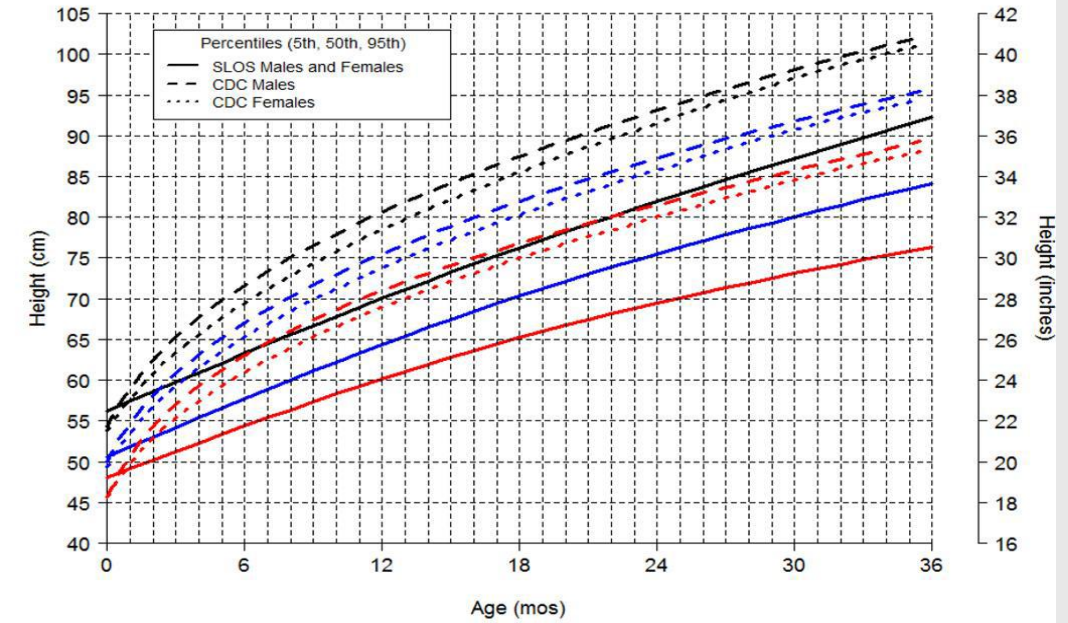
Smith-Lemli-Optiz Syndrome, Weight vs. Age (0-3 Years) with CDC Curves



1b

2a

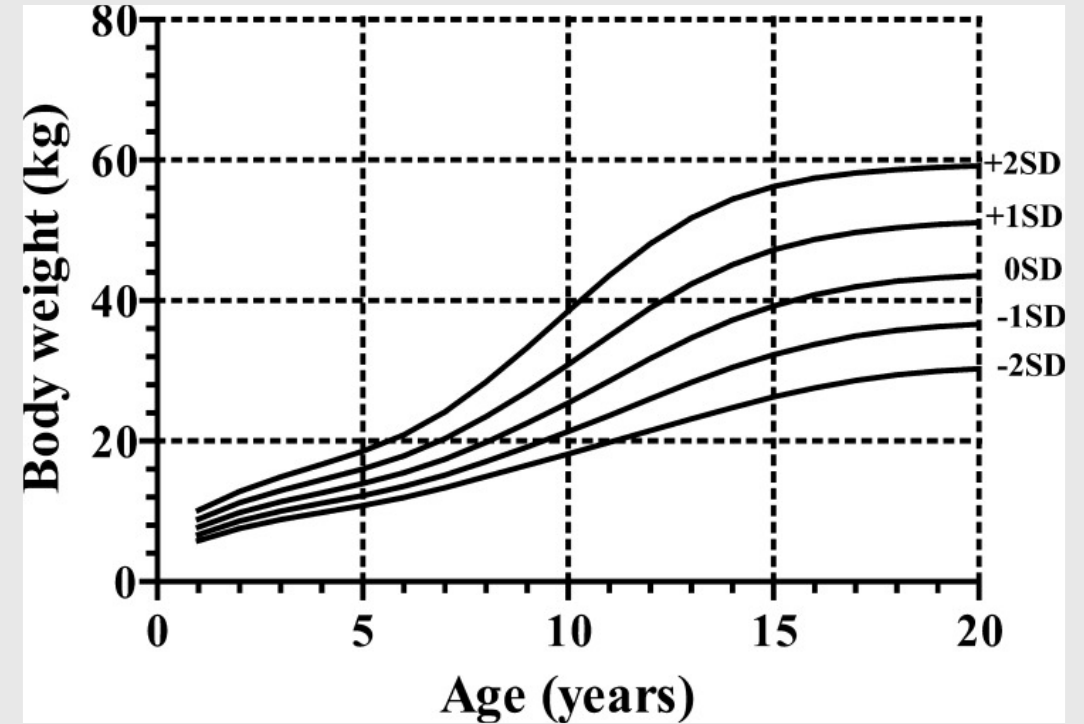
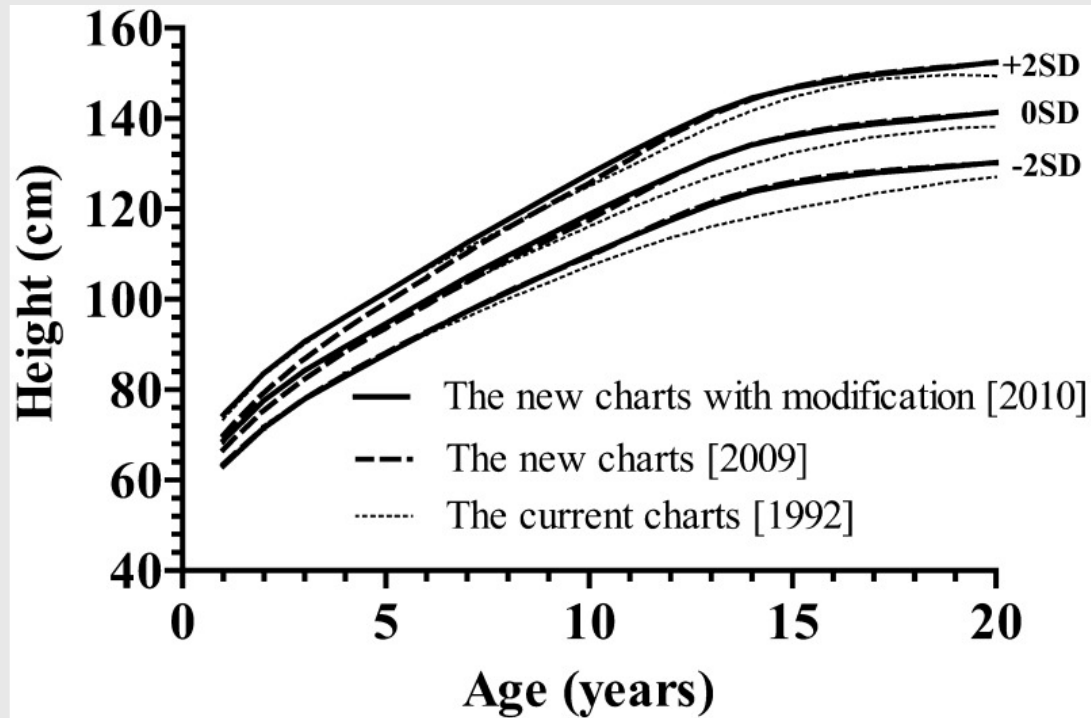
Smith-Lemli-Optiz Syndrome, Height vs. Age (0-3 Years)



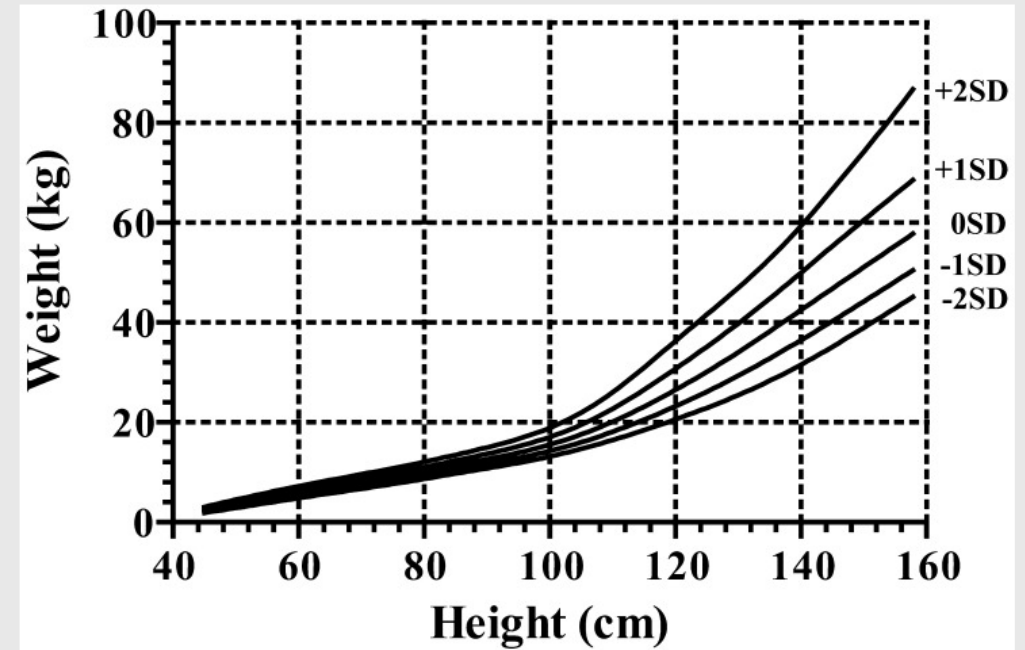
2b

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3427420/>

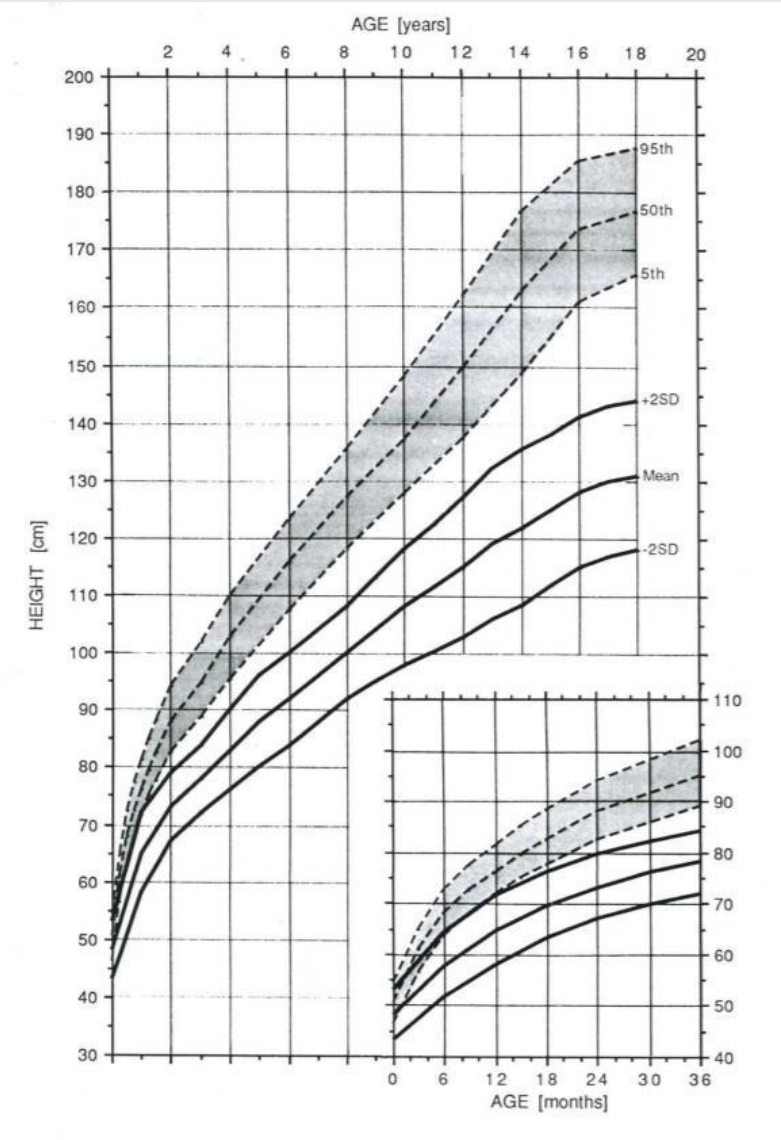
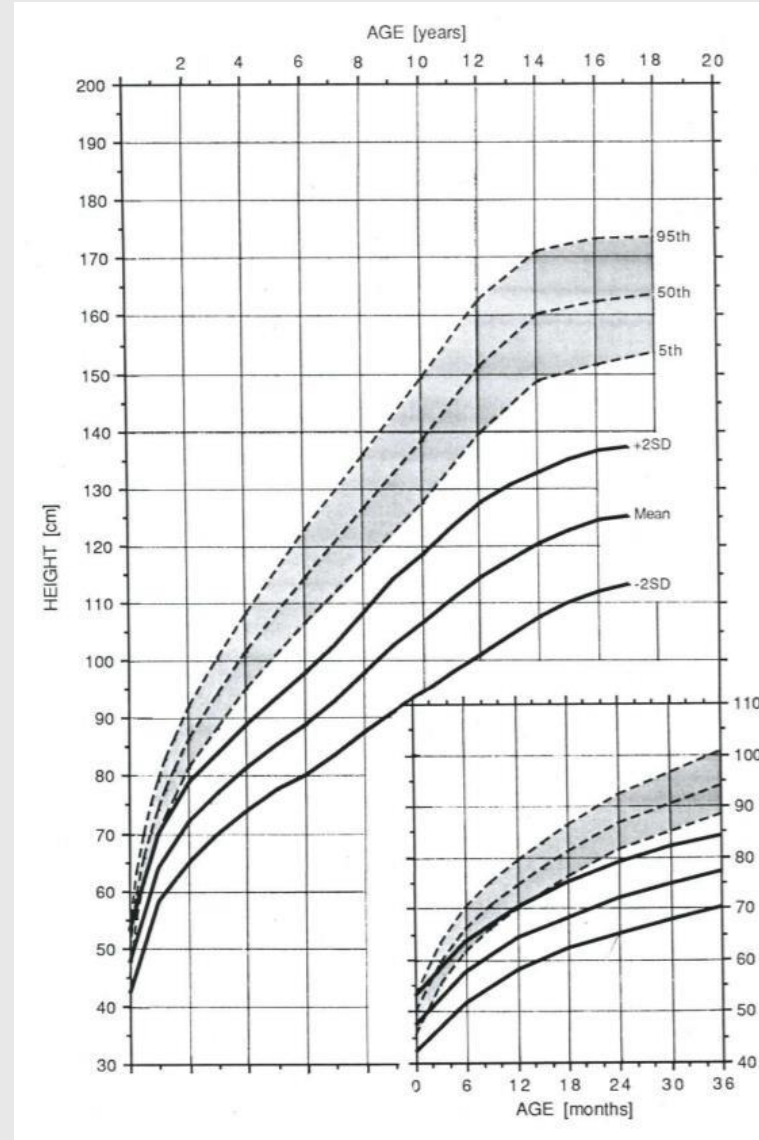
Zespół Turnera



Zespół Turnera

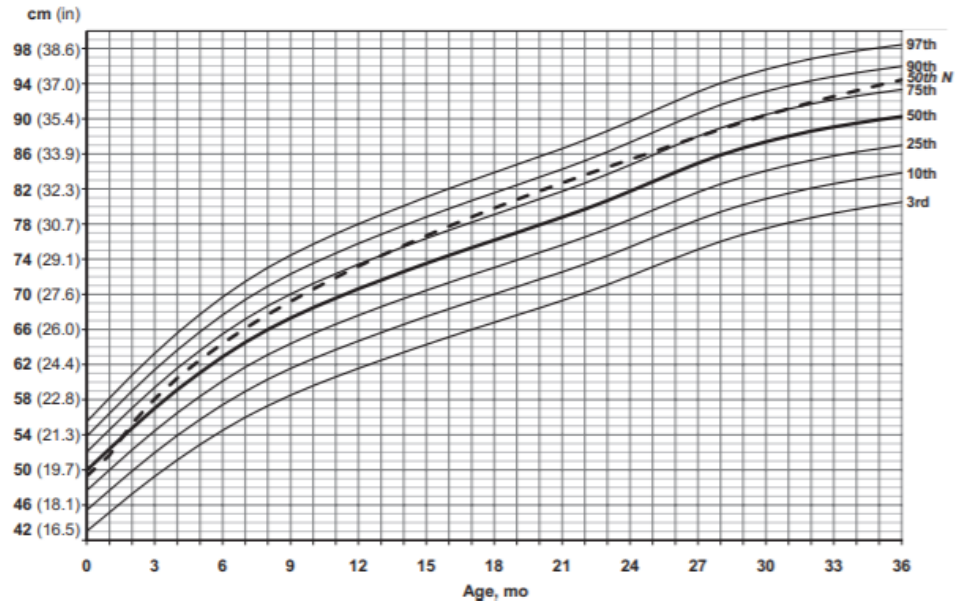
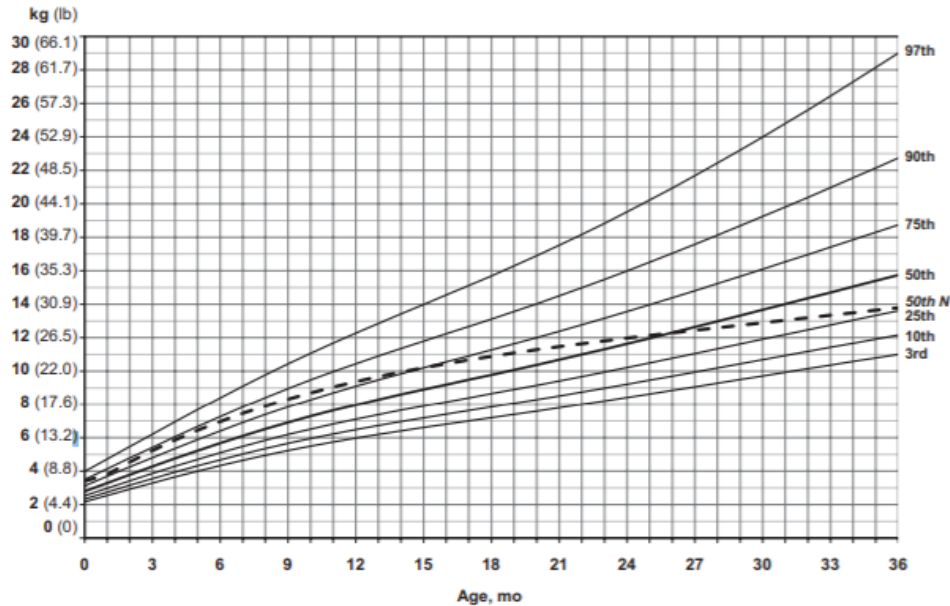
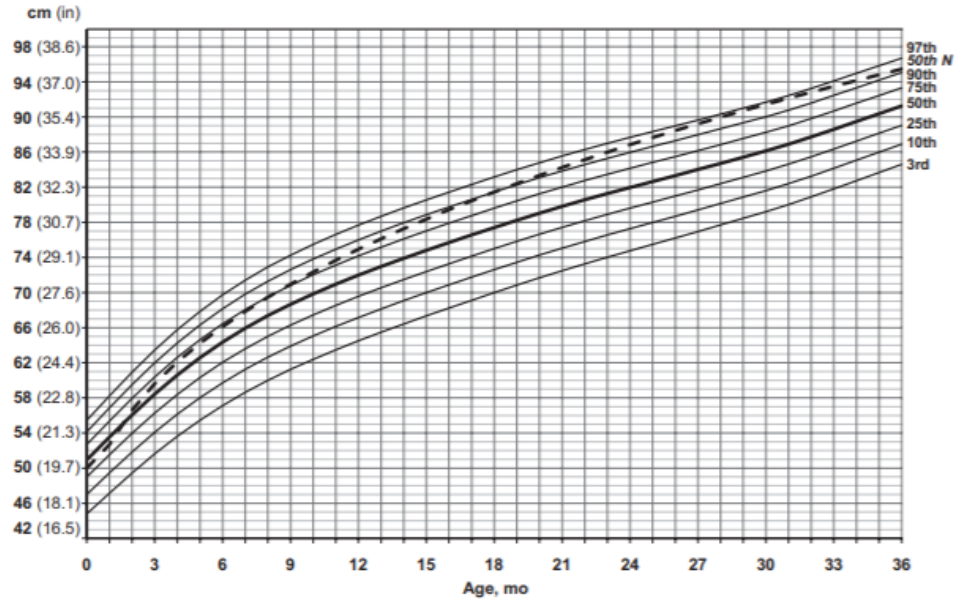
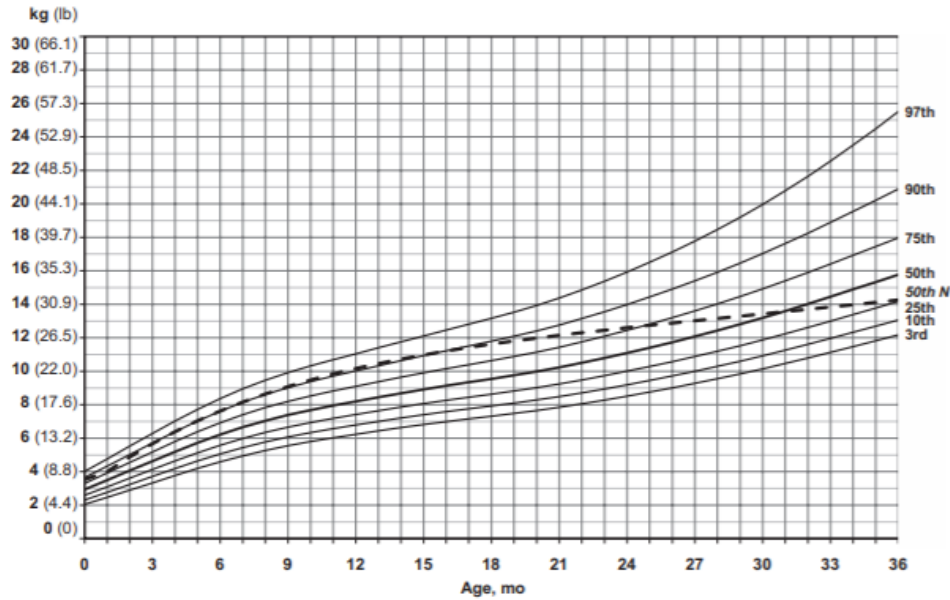


Achondroplazja



Zespół Pradera i Williego

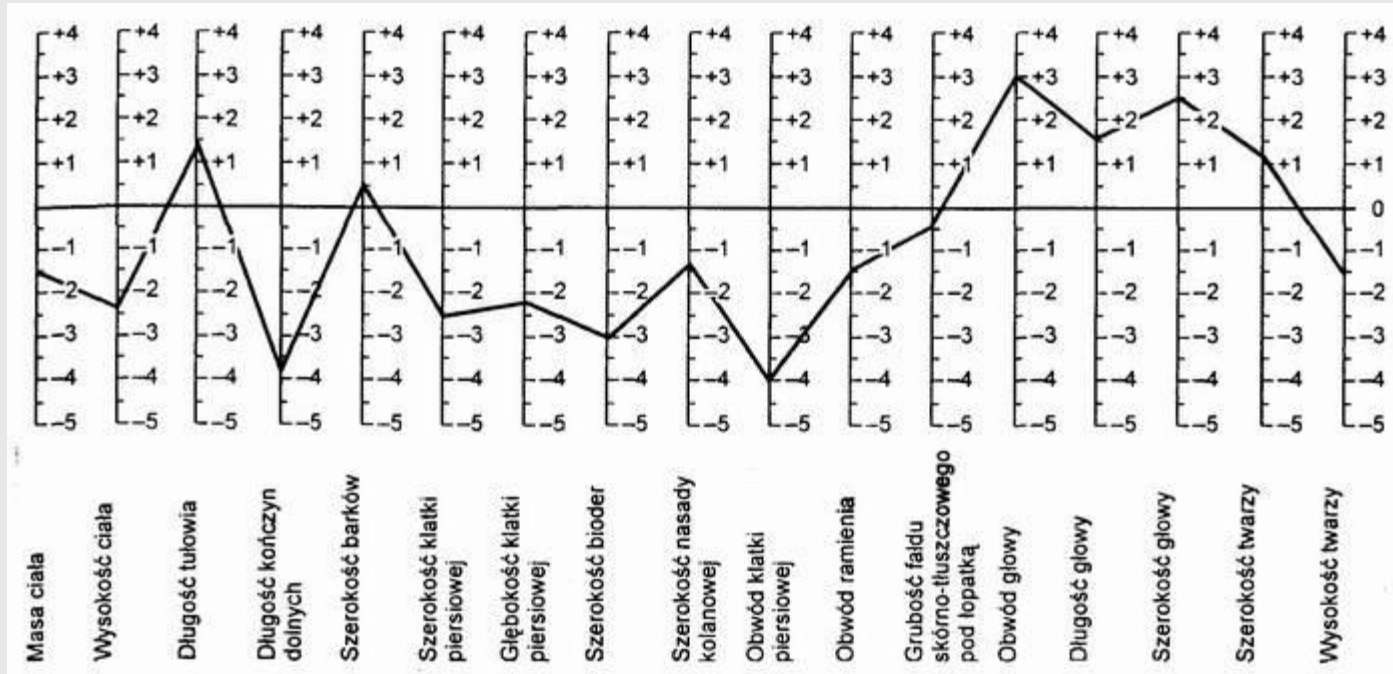
<https://pedclerk.uchicago.edu/sites/pedclerk.uchicago.edu/files/uploads/PWS.pdf>



1
dized curves for weight of male (upper) and female (lower) infants with PWS (solid lines) and normative 50th percentile (broken line).

FIGURE 2
Standardized curves for length of male (upper) and female (lower) infants with PWS (solid lines) and normative 50th percentile (broken line)

Morfogramy



Morfogram odchyłeń standardowych cech antropometrycznych niemowlęcia płci żeńskiej w wieku 6 miesięcy z achondroplazją (Instytut Matki i Dziecka)

Badania biochemiczne

Dostarczają obiektywnej oceny stanu odżywienia badanej osoby lub grupy osób poprzez informację o zawartości składników odżywczych w płynach ustrojowych lub tkankach

Wykrywają wczesne zmiany w stanie odżywienia

Ocena laboratoryjna

1. Stężenie składników odżywczych w płynach ustrojowych (surowicy, moczu), co umożliwia ocenę:

- stanu odżywienia białkowego (np. stężenie albuminy/ transferryny w surowicy),
- zaopatrzenia w witaminy np. B12, kwas foliowy, 25(OH)D,
- zaopatrzenia w pierwiastki np. Fe, Ca, Zn, Se.

2. Aktywności białek zależnych od składnika żywieniowego

- Transketolaza – tiamina,
- Fosfataza zasadowa- witamina D,
- Osoczowe czynniki krzepnięcia - wit. K.

Ocena laboratoryjna

- 3. Stężenie białek transportujących składniki żywieniowe:
 - Białko wiążące retinol- wit. A
 - Transferyna- żelazo
- 4. Stężenie produktów zależnych od składnika żywieniowego (np. lipoprotein)

Planując badania laboratoryjne należy pamiętać, że

- Nie zawsze stężenie substancji lub pierwiastka we krwi koreluje z zapasami ustrojowymi (np. Mg).
- Niektóre parametry podlegają znacznym fizjologicznym wahaniom (Fe).
- Wyniki oceny niektórych parametrów zmieniają się w czasie stanu zapalnego (leukocyty, ferrytyna).
- Ze względu na długi okres biologicznego półtrwania nie zawsze oddają aktualny stan zapasów ustrojowych (albumina).
- Choroba podstawowa może rzutować na niektóre laboratoryjne parametry oceny stanu odżywienia (np. niewydolność wątroby wpływa na stężenie albumin).

Zadanie 1

- Płeć: chłopiec
- Data urodzenia: 15-03-2020
- Masa ciała: 17 kg
- Wzrost: 105 cm
- Data pomiaru: 15-03-2024

Zadanie 1

1. Oblicz BMI.
2. Za pomocą siatek centylowych Ola/Olaf/WHO/CDC dokonaj oceny stanu odżywienia pacjenta (wzrost, masa ciała, BMI).
3. Porównaj wartości cenylowe odczytane za pomocą poszczególnych siatek.

<https://peditools.org/growthpedi/>

<https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/weight-for-age>

<https://www.standardy.pl/artykuly/id/804>

55

BMI (50 - 75 percentyl)



37

Wzrost (25 - 50 percentyl)



45

Masa (25 - 50 percentyl)



54

Masa do wzrostu (50 - 75 percentyl)



BMI 15.42

W normie

4y 6m (54 months), male

	Value Imperial %ile			Z-score 50%ile	
Weight (kg)	17	37.5 lb	45%	-0.14	17.3
Stature (cm)	105	41.3 in	45%	-0.14	106
Wt-for-stature (kg)			47%	-0.07	17.1
BMI (kg/m ²)	15.4		46.7%	-0.08	15.5

BMI Classification

- **Category:** Healthy weight (BMI of 15.4 is 46.7%ile)

Zadanie 2

Dokonaj oceny stanu odżywienia pacjenta:

- Płeć: dziewczynka
- Data urodzenia: 8-06-2009
- Masa ciała: 37,4 kg
- Wzrost: 157,5 cm
- Data pomiaru: 13-01-2022
- Rozpoznanie: wrzodziejące zapalenie jelita grubego

Zadanie 2

1. Za pomocą siatek Ola/Olaf sprawdź na którym centylu znajduje się masa ciała, wzrost i BMI pacjenta.
2. Jaka jest należna masa ciała dla wzrostu pacjenta?
3. Na podstawie danych zamieszczonych na kolejnym slajdzie oceń zawartość masy mięśniowej i tkanki tłuszczowej w organizmie pacjenta. Czy tkanka tłuszczowa jest rozłożona równomiernie? W jakim obszarze ciała znajduje się największa zawartość tkanki tłuszczowej?
4. Co możesz powiedzieć o zawartości tkanki tłuszczowej/wskaźnikach masy mięśniowej u pacjenta w porównaniu do jej zawartości u dzieci o podobnym wieku i płci?

http://olaf.czd.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=103:kalkulator
<https://www.standardy.pl/artykuly/id/804>

1

BMI (< 3 percentyl)



20

Wzrost (10 - 25 percentyl)



2

Masa (< 3 percentyl)



BMI 15.08

Niedobór masy ciała

14y 3m (171 months), female

	Value Imperial %ile Z-score 50%ile				
Weight (kg)	37	81.6 lb	3%	-1.95	50.1
Stature (cm)	157	61.8 in	28%	-0.59	161
Wt-for-stature (kg)					
BMI (kg/m ²)	15		1.2%	-2.26	19.5

BMI Classification

- **Category:** Underweight (BMI of 15 is 1.2%ile)

Zadanie 2

Wyniki – skład ciała

Obszar	Tl. Masa (g)	Śred. + BMC (g)	Suma % tłuszczu Masa (g)	% tłuszczu T-score	Z-score
L ramię	558	1180	1738	32.1	-0.3
P ramię	537	1296	1833	29.3	-0.6
Tułów	3871	13255	17127	22.6	-0.6
L noga	1977	4169	6146	32.2	-0.9
P noga	2079	3800	5879	35.4	-0.4
Suma	9023	23700	32723	27.6	-0.6
Głowa	838	2965	3803	22.0	
Suma	9861	26665	36526	27.0	-0.7
Męski (A)	597	1949	2547	23.5	
Żeński (G)	1852	3572	5424	34.1	

Data skanu: 13 Styczeń 2022 ID: A0113220E
Typ skanu: a Cale ciało
Analiza: 13 Styczeń 2022 13:03 Wersja 13.4.2
Auto Whole Body
Operator: bt
Model: Discovery Wi (S/N 87279)
Komentarz:

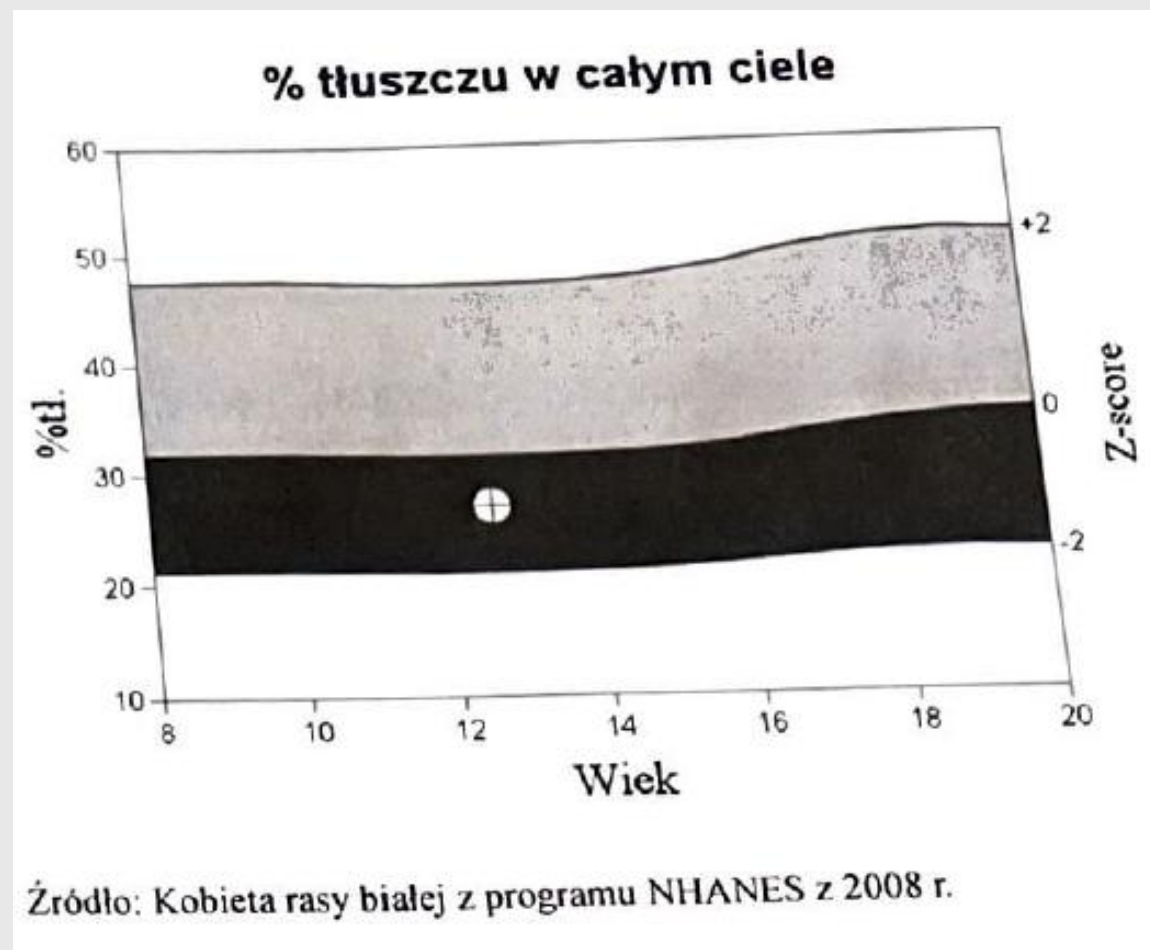
Wskaźniki tłuszczowe

Pomiar	Wynik	T-score	Z-score
% tłuszczu w całym ciele	27.0		-0.7
Masa tłuszczu/wysokość (kg/m ²)	3.98		-1.4
Współczynnik męskie/żeńskie	0.69		
% tłuszczu – tułów/% tłuszczu – nogi	0.67		-0.4
Współcz. masy tłuszczu tułów/kończ	0.75		0.4
Est. VAT Mass (g)	77.1		
Est. VAT Volume (cm ³)	83.4		
Est. VAT Area (cm ²)	16.0		

Lean Indices

Pomiar	Wynik	T-score	Z-score
Lean/Height ² (kg/m ²)	10.2		-2.6
Appen. Lean/Height ² (kg/m ²)	3.93		-3.2

Zadanie 2

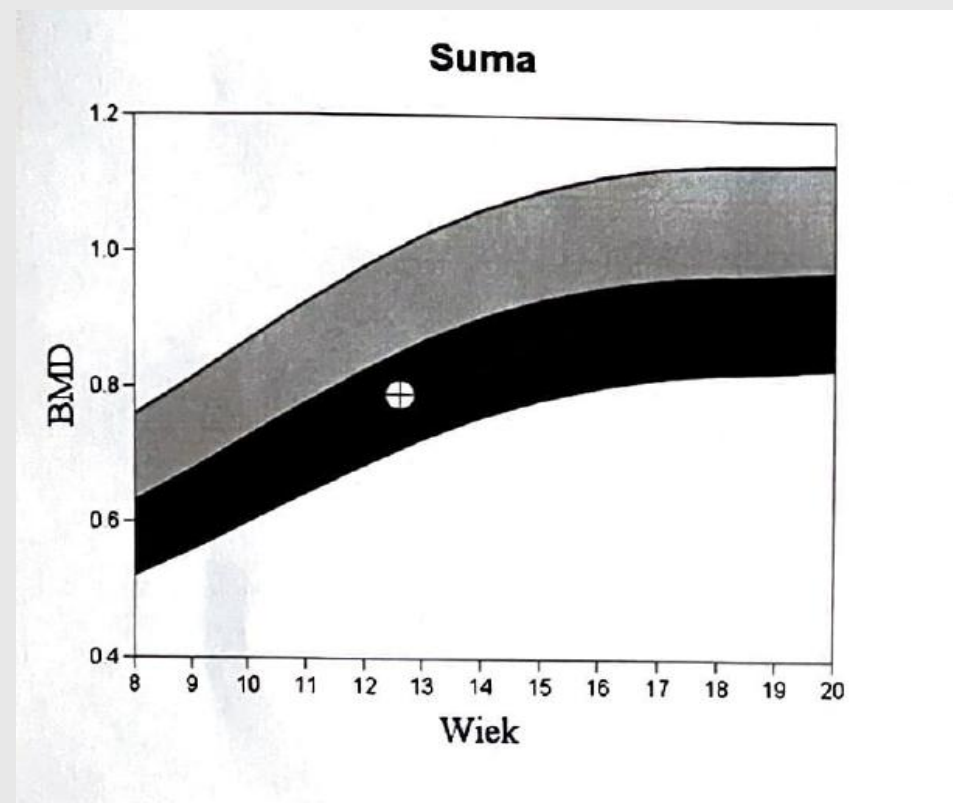


Zadanie 2

Podsumowanie wyników DXA:

Obszar	Pow. (cm ²)	BMC (g)	BMD (g/cm ²)	T - Punkty	PR (%)	Z - Punkty	AM (%)
L ramię	136.98	81.97	0.598				
P ramię	134.22	81.66	0.608				
L żebr	104.22	61.63	0.591				
P żebr	93.56	51.51	0.551				
Kręgi T	99.87	72.65	0.727				
Kręgi L	49.74	38.03	0.765				
Miedn.	160.27	128.11	0.799				
L noga	275.93	268.46	0.973				
P noga	259.35	252.35	0.973				
Suma	1314.14	1036.38	0.789			-0.8	93
Głowa	233.30	437.42	1.875				
Suma	1547.44	1473.80	0.952			0.3	102

CV BMD calc. 1.0%, ACF = 1.041, BCF = 1.019



Zadanie 3

Dokonaj oceny stanu odżywienia pacjenta:

- Płeć: dziewczynka
- Data urodzenia: 13-07-2009
- Masa ciała: 33,68 kg
- Wzrost: 134,5 cm
- Data pomiaru: 13-01-2022
- Rozpoznanie: choroba Crohna

http://olaf.czd.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=103:kalkulator

Zadanie 3

1. Za pomocą siatek Ola/Olaf sprawdź na którym centylu znajduje się masa ciała, wzrost i BMI pacjenta.
2. Na podstawie wartości odczytanych z siatek centylowych dokonaj oceny stanu odżywienia pacjenta.
3. Co powiesz o składzie ciała pacjenta na podstawie danych zamieszczonych na kolejnym slajdzie?

http://olaf.czd.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=103:kalkulator
<https://www.standardy.pl/artykuly/id/804>

39

BMI (25 - 50 percentyl)



0

Wzrost (< 3 percentyl)



0

Masa (< 3 percentyl)



BMI 18.62

W normie

14y 2m (170 months), female

	Value Imperial %ile			Z-score 50%ile	
Weight (kg)	33	72.8 lb	0%	-2.82	49.9
Stature (cm)	134	52.8 in	0%	-4.09	161
Wt-for-stature (kg)					
BMI (kg/m ²)	18.4		34.9%	-0.39	19.4

BMI Classification

- **Category:** Healthy weight (BMI of 18.4 is 34.9%ile)

Zadanie 3

Test Results			More >>
% Fat	39.3	%	
% Fat Free Mass	60.7	%	
Fat Mass	13.299	kg	
Fat Free Mass	20.544	kg	
Body Mass	33.843	kg	
Estimated RMR	NA	kcal/day	
Estimated TEE	NA	kcal/day	
Daily Activity Level	Low Activity		

Literatura:

- <http://www.imid.med.pl/images/do-pobrania/fimid-poradnik-web.pdf>
- [http://www.imid.med.pl/images/do-pobrania/Badania antropologiczne w profilaktyce oraz terapii otylosci dzieci i mlo dziezy.PDF](http://www.imid.med.pl/images/do-pobrania/Badania_antropologiczne_w_profilaktyce_oraz_terapii_otylosci_dzieci_i_mlodziezy.PDF)
- A. Gronowska-Senger. Zarys oceny żywienia. Wydaw. SGGWW, Warszawa 2009.
- H. Szajewska, A. Horvath. Żywienie i leczenie żywieniowe dzieci i młodzieży. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ

