

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Запорізький державний медичний університет

"Рекомендовано"
на методичній нараді
кафедра факультетської педіатрії
Завідувач кафедри
професор _____
(ПП, підпис)
" ___ " _____ 20...р.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО
ПРАКТИЧНОГО (СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	педіатрія
<i>Модуль</i>	Найбільш поширені соматичні захворювання у дітей раннього віку, хвороби органів дихання та алергічні захворювання у дітей
<i>Змістовний модуль</i>	Захворювання дітей раннього віку
<i>Тема заняття</i>	Білково-енергетична недостатність у дітей
<i>Курс</i>	4
<i>Факультет</i>	медичний
<i>Склала викладач</i>	Доц.Солодова І.В.

Методичні вказівки переглянуто на засіданні кафедри

«02» лютого 2009р
«29» серпня 2011р
«28» серпня 2012р
«27» серпня 2013р
«27» серпня 2014р

Протокол № 2
Протокол № 1
Протокол № 2
Протокол № 1
Протокол № 1

«26» серпня 2015р
« » 20 р
« » 20 р
« » 20 р
« » 20 р

Протокол № 1
Протокол №
Протокол №
Протокол №
Протокол №

Затверджено
на засіданні ЦМК

«16» 09 2010р.
«15» 09 2014р.
«20» 09 2012р.
29 08 2013р.

Протокол № 2
Протокол № 2
Протокол № 2
протокол №1

27. 08. 2014р.
28. 08. 2015р.

пр. Лу
пр. Лу

Конкретні цілі заняття :

1. Визначати етіологічні та патогенетичні фактори білково-енергетичної недостатності (гіпотрофія).
2. Класифікувати та аналізувати типову клінічну картину білково-енергетичної недостатності.
3. Складати план обстеження та аналізувати дані лабораторних та інструментальних обстежень при типовому перебігу білково-енергетичної недостатності у дітей раннього віку.
4. Демонструвати володіння принципами лікування, реабілітації білково-енергетичної недостатності у дітей раннього віку.
5. Проводити диференційний діагноз при білково-енергетичної недостатності у дітей.
6. Здійснювати прогноз життя при білково-енергетичної недостатності, у дітей раннього віку.
7. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації у педіатрії.

СТУДЕНТ ПОВИНЕН ЗНАТИ:

- анатоμο-фізіологічні особливості кишково-шлункового тракту, ,
- особливості метаболізму б, ж, у,
- фактори регуляції пищеварення та синтезу в організмі дітей

СТУДЕНТ ПОВИНЕН ВМІТИ:

- Виявляти в анамнезі фактори, що обумовлюють розвиток дитини,
- проводити об'єктивне обстеження стану трофіки дитини з визначенням характерних порушень при гіпотрофії,
- складати план обстеження хворих з білково-енергетичної недостатності (гіпотрофія) та аналізувати результати додаткових методів дослідження,
- проводити диференціальний діагноз хвороб з порушенням стану трофіки дитини ,
- вміти розрахувати потреби дитини в кал та б,ж,у, у дитини,
- проводити анте- та постнатальну профілактику білково-енергетичної недостатності, у дітей раннього віку.

2. Базовий рівень підготовки.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички	
	знати	вміти
1. Нормальна анатомія	анатоμο-фізіологічні особливості шлунково-кишкової системи у дітей,	Обстежити стан розвитку підшкірного шару у дітей раннього віку
2. Нормальна фізіологія	фізіологічний обмін б,ж,у,кал, потруби дитини в них залежно від віку, регуляторні механізми обміну	визначать та ідентифікувати ознаки гіпотрофії., класифікувати їх за перебігом

3. Патанатомія, патфізіологія	ціх речовин біохімічні, гістологічні, структурні зміни в організмі дитини при недоліку б,ж,у,кал, вітамінів	та важкістю хвороби, визначити та трактувати зміни даних лабораторного та рентгенологічного
4. Пропедевтика дитячих хвороб	семіотику уражень всіх органів та систем при гіпотрофії залежно від важкості хвороби у дітей	обстеження, визначити провідні фактори формування гіпотрофії у дітей,
5. Променева діагностика	особливості будови шлунково- кишкової системи у дітей,	призначити комплекс профілактики та лікування ...гіпотрофії у дітей
6. Фармакологія	механізми впливу, дози, метаболізм, побічні дії препаратів для лікування гіпотрофії	

3. **Організація** змісту навчального матеріалу (описується навчальний матеріал, наводяться структурно-логічні схеми, таблиці, малюнки, що відображають зміст основних питань теми заняття).

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З НЕДОСТАТНІСТЮ ХАРЧУВАННЯ

ШИФР МКХ-10 E 40 - E 46

(Гіпотрофія : пренатальна, постнатальна)

Шифр E 43 – **Важка білково-енергетична недостатність не уточнена**

Шифр E 44 – Білково-енергетична недостатність помірного та слабкого ступеня

Шифр E 45 - Затримка розвитку, яка обумовлена білково-енергетичною недостатністю

- Аліментарна
 - низькорослість (карликовість)
 - затримка росту
- Затримка фізичного розвитку внаслідок недостатності харчування

Шифр E 46 – Білково-енергетична недостатність не уточнена

I. Визначення

Білково-енергетична недостатність (гіпотрофія пренатальна, постнатальна) – недостатнє живлення дитини, яке характеризується зупинкою або сповільненням збільшення маси тіла, прогресуючим зниженням підшкірної основи, порушенням пропорцій тіла, функції травлення, обміну речовин, послабленням специфічних, неспецифічних захисних сил і астенизації організму, схильності до розвитку інших захворювань, затримкою фізичного і нервово-психічного розвитку.

Класифікація :

Гіпотрофія I ступеня – дефіцит ваги 11 – 20 %

Гіпотрофія II ступеня – дефіцит ваги 21 – 30 %

Гіпотрофія III ступеня – дефіцит ваги більше 30 %

II. Критерії діагностики

1. Основні клінічні критерії

- Оцінка фізичного статусу (відповідність до вікових стандартів ваги, зросту, тощо)
- Оцінка соматичного та емоційного стану (жвавість, реакція на оточуюче, захворюваність, тощо)
- Оцінка шкіряних покривів (блідість, сухість, наявність висипки, тощо)
- Оцінка стану слизових оболонок (наявність афт, молочниці, тощо)
- Оцінка тургору тканин (знижений)
- Оцінка підшкірного жирового шару (зменшений або відсутній) :
 - при гіпотрофії I ступеня – зменшення на животі
 - при гіпотрофії II ступеня – зменшення на животі, тулубі та кінцівках
 - при гіпотрофії III ступеня - зменшення на обличчі, животі, тулубі та кінцівках
- Щотижневий або щодакдний контроль збільшення маси тіла
- Контроль і аналіз фактичного харчування один раз на 7-10 днів
- Розрахунок харчування провадиться
 - при гіпотрофії I ступеня – на належну вагу
 - при гіпотрофії II ступеня - білків та вуглеводів на належну вагу, а жиру тільки на фактичну вагу
 - при гіпотрофії III ступеня - білків та вуглеводів на приблизно належну вагу (фактична вага + 20 % від неї), а жиру тільки на фактичну вагу

2. Лабораторні дослідження

а) обов'язкові :

- клінічний аналіз крові (рівень еритроцитів, гемоглобіну, ШОЕ)
- клінічний аналіз сечі (питома вага, протеїнурія, лейкоцитурія)
- аналіз калу на копрограму (нейтральний жир, слиз, неперетравлена клітковина, тощо)
- аналіз калу на дисбактеріоз (1 раз на 6 міс., за показаннями – зменшення вмісту біфідо-, лактобактерій, поява умовно-патогенних бактерій у діагностичній кількості - > 10⁴)

б) при необхідності :

- імунограма (у дітей, що часто хворіють)
- біохімічні (рівень електролітів, загального білку, альбуміну, тощо)
- генетичні (згідно призначенню генетика)
- тощо

в) Інструментальні дослідження

- ультразвукове обстеження черевної порожнини – для скринінг-діагностики
- фіброезофагогастроуденоскопія проводиться з метою діагностики, особливо у дітей із зривуванням або блювотою

III. Основні принципи лікування :

Залежать від ступеня порушення живлення та наявності ускладнення чи супутніх станів

Мета лікування

1. Виявлення та усунення причин розладів живлення
2. Ліквідувати симптоми гіпотрофії і забезпечити процеси репарації
3. Забезпечити раціональне, адекватне харчування
4. Попередити розвиток ускладнень

- при гіпотрофії I ступеня лікування проводиться амбулаторно – раціональне харчування відповідно віку, вітаміни, ферментні препарати (курсом 1 міс.), пробіотики та пребіотики, масаж;
- при гіпотрофії II та гіпотрофії III ступеня лікування проводиться в умовах стаціонару :
- парентеральне харчування (за показаннями – розчини амінокислот, жирові емульсії)
- дієтотерапія із застосуванням спеціалізованих лікувальних молочних та безмолочних сумішей, лікувальних продуктів на основі ізоляту соєвого білку, гідролізату білків, тощо
- застосування харчових добавок: білки та амінокислоти (метіонін, аргініна аспартат), вітаміни та вітаміноподібні препарати, макро- та мікроелементи
- корекція дисбіозу (пробіотики - Симбітер, біфідумбактерін, лактобактерін, тощо)
- фізіотерапія (електрофорез, парафін на обл. живота)
- масаж загальний, № 20

5. Патогенетичне лікування ускладнень (бронхіт, пневмонія, ентероколіт, тощо) згідно з відповідним протоколом
Тривалість стаціонарного лікування у середньому - 28 – 30 днів

Диспансерний нагляд

З обліку знімають через 6-8 тижнів після досягнення фізичного та нервово-психічного розвитку згідно з віком дитини

Огляд спеціалістів –

Педіатром – 1-й міс. 5 разів (обов'язковий контроль ваги та інших антропометричних показників), далі 1 раз на місяць

Огляд спеціалістів (невролог, хірург, ортопед) 1 раз на рік, та за показаннями

Квашиоркор — *своеобразный вариант течения гипотрофии у детей раннего возраста в тропических странах, обусловленный питанием преимущественно растительной пищей (бананы) при дефиците животных белков.*

Однако вторичные формы подобной белковой недостаточности встречаются и в нашей стране вследствие следующих причин:

- в результате уменьшения абсорбции белка при состояниях, сопровождающихся длительной диареей;
- при снижении синтеза белка при хронических заболеваниях печени;
- вследствие чрезмерных потерь белка при протеннурии (нефротический синдром), при инфекционных болезнях и гельминтозах, при ожогах и массивных кровопотерях.

Характерными симптомами квашиоркора являются:

- нервно-психические нарушения (апатия, сонливость, заторможенность, плаксивость, отсутствие аппетита, отставание психомоторного развития);
- отеки (сначала из-за гипопроteinемии развивается гипергидроз внутренних органов, затем отеки могут появиться на конечностях, лице, что создает ложное впечатление хорошей упитанности ребенка);
- уменьшение мышечной массы, вплоть до атрофии мышц, снижение трофики тканей;
- отставание физического развития (в большей мере длины, чем массы тела).
- потемнение кожи с десквамацией эпителия в зонах раздражения,
- посветление и выпадение волос, изменение ногтей.
- анорексию, признаки гиповитаминоза.

В 2003 г. экспертами ВОЗ разработаны и опубликованы рекомендации по ведению детей с БЭН

Ими выделено 10 основных шагов:

1. предупреждение/лечение гипогликемии;
2. предупреждение/лечение гипотермии;
3. предупреждение/лечение дегидратации;
4. коррекция электролитного дисбаланса;
5. предупреждение/лечение инфекции;
6. коррекция дефицита микронутриентов;
7. осторожное начало кормления;
8. обеспечение прибавки массы тела и роста;
9. обеспечение сенсорной стимуляции и эмоциональной поддержки;
10. дальнейшая реабилитация.

Мероприятия проводят поэтапно с учётом тяжести состояния больного ребёнка, начиная с коррекции и профилактики состояний, угрожающих жизни.

- **Первый шаг направлен на лечение и профилактику гипогликемии.**
- Если сознание не нарушено, но уровень глюкозы сыворотки крови ниже 3 ммоль/л, то ребёнку показано болюсное введение 50 мл 10% раствора глюкозы или сахарозы (1 ч.л. сахара на 3,5 ст.л. воды) через рот или назогастральный зонд.
- Затем таких детей кормят каждые 30 мин в течение 2 ч в объёме 25% объёма обычного разового кормления с последующим переводом на кормление каждые 2 ч без ночного перерыва.
- Если ребёнок находится без сознания, в летаргии, или у него гипогликемические судороги, вводят внутривенно 10% р-р глюкозы из расчёта 5 мл/кг. Затем проводят коррекцию гликемии введением р-ров глюкозы (50 мл 10% раствора) или сахарозы через назогастральный зонд и переводом на частые кормления каждые 30 мин в течение 2 ч, а далее каждые 2 ч без ночного перерыва.
- Всем детям с нарушениями сывороточного уровня глюкозы показано проведение антибактериальной терапии препаратами широкого спектра действия.
- **Второй шаг**- профилактика и лечение гипотермии. Если ректальная температура ребёнка ниже 35,5 °С, то его необходимо срочно согреть, срочно накормить, назначить антибиотик широкого спектра действия и проводить регулярный мониторинг уровня сывороточной гликемии.
- **Третий шаг** — лечение и профилактика дегидратации - выраженных нарушений водно-электролитного обмена, ОЦК у них может быть низким даже на фоне отёков. Не следует использовать внутривенный путь, за исключением случаев гиповолемического шока и состояний, требующих интенсивной терапии.
- При недостаточности питания следует использовать специальный раствор для регидратации детей с БЭН — **ReSoMal (Rekydratation Solution for Malnutrition), 1 литр которого содержит 45 ммоль ионов натрия, 40 ммоль ионов калия и 3 ммоль ионов магния.**
- Если у ребёнка с БЭН клинически выражены признаки дегидратации, то ему показано проведение регидратационной терапии через рот или назогастральный зонд раствором ReSoMal из расчёта 5 мл/кг каждые 30 мин в течение 2 ч. В последующие 4-10 ч раствор вводят по 5-10 мл/кг в ч, заменяя введение регидратационного раствора на кормление смесью или материнским молоком в 4, 6, 8 и 10 ч. Таких детей также необходимо кормить каждые 2 ч без ночного перерыва.
- Им следует проводить постоянный мониторинг состояния. Каждые 30 мин в течение 2 ч, а далее каждый час в течение 12 ч следует оценивать частоту пульса и дыхания, частоту и объём мочеиспусканий, стула и рвоты.
- **Четвёртый шаг** - коррекция электролитного дисбаланса, для детей с тяжёлой БЭН характерен избыток натрия в организме, даже если сывороточный уровень натрия снижен.
- Дефицит ионов калия и магния требует коррекции в течение первых 2 нед. Отёки при БЭН также связаны с электролитным дисбалансом. Для их коррекции не следует использовать

диуретики, так как это может только усугубить имеющиеся нарушения и вызвать гиповолемический шок.

- Необходимо обеспечить регулярное поступление в организм ребёнка основных минералов в достаточном количестве. Рекомендуют использовать калий в дозе 3-4 ммоль/кг в сут, магний — по 0,4-0,6 ммоль/кг в сут.
- Пищу для детей с БЭН следует готовить без соли, для регидратации применяют только раствор ReSoMal.
- Для коррекции электролитных нарушений используют специальный электролитно-минеральный раствор, содержащий (в 2,5 л) 224 г калия хлорида, 81 г калия цитрата, 76 г магния хлорида, 8,2 г цинка ацетата, 1,4 г меди сульфата, 0,028 г натрия селената, 0,012 г калия йодида, из расчёта 20 мл этого раствора на 1 л питания.
- **Пятый шаг** заключается в своевременном лечении и предупреждении инфекционных осложнений у детей с БЭН и вторичным комбинированным иммунодефицитом.
- **Шестой шаг** - коррекция дефицита микронутриентов, характерного для любой формы БЭН.
- Препараты железа в ранние сроки выхаживания не применяют. Коррекцию сидеропении проводят только после стабилизации состояния, при отсутствии признаков инфекционного процесса, после восстановления основных функций ЖКТ, аппетита и стойкой прибавки массы тела, то есть не ранее чем через 2 нед от начала терапии.
- Для коррекции дефицита микронутриентов необходимо обеспечить поступление железа в дозе 3 мг/кг в сут, цинка — 2 мг/кг в сут, меди — 0,3 мг/кг в сут, фолиевой кислоты (в первый день — 5 мг, а затем — 1 мг/сут) с последующим назначением поливитаминных препаратов с учётом индивидуальной переносимости. Возможно назначение отдельных витаминных препаратов:
- **Седьмой и восьмой шаги** - проведение сбалансированной диетотерапии с учётом тяжести состояния, нарушенной функции ЖКТ и пищевой толерантности.
- Дети с тяжёлой БЭН зачастую требуют интенсивной терапии, при тяжёлых формах БЭН показано проведение комплексной нутритивной поддержки с применением как энтерального, так и парентерального питания.
- Парентеральное питание начального периода следует проводить постепенно с применением исключительно аминокислотных препаратов и концентрированных растворов глюкозы.
- Жировые эмульсии при БЭН добавляют в программы парентерального питания только спустя 5-7 дней от начала терапии
- Во избежание опасности развития тяжёлых метаболических осложнений, таких как синдром гипералиментации и синдром «возобновлённого питания» («refeeding syndrome*»), при БЭН необходимо сбалансированное и минимальное парентеральное питание.
- Синдром «возобновлённого питания» — комплекс патофизиологических и метаболических нарушений, вызванных последовательным истощением, перенасыщением, сдвигом и нарушенным взаимодействием фосфорного, калиевого, магниевое, водно-натриевого и углеводного обмена, а также полигиповитаминозом.
- **При тяжёлых формах БЭН** показано постоянное энтеральное зондовое питание: непрерывное медленное поступление питательных веществ в ЖКТ.
- Скорость поступления питательной смеси в ЖКТ не должна превышать 3 мл/мин, калорийная нагрузка — не более 1 ккал/мл, а осмолярность — не более 350 мосмол/л. Необходимо использовать специализированные продукты - смеси на основе глубокого гидролизата молочного белка, обеспечивающих максимальное усвоение питательных веществ в условиях значительного угнетения переваривающей и всасывающей способности пищеварительного канала, с низким содержанием лактозы.
- При проведении постоянного энтерального зондового питания следует соблюдать все правила асептики
- Длительность периода постоянного энтерального зондового питания варьирует от нескольких дней до нескольких недель в зависимости от выраженности нарушенной пищевой толерантности (анорексии и рвоты).
- Постепенно повышая калорийность пищи и изменяя её состав, осуществляют переход на болюсное введение питательной смеси при 5-7-разовом дневном кормлении с постоянным

зондовым кормлением в ночное время. При достижении объема дневных кормлений 50-70% постоянное зондовое кормление полностью отменяют.

Девятый шаг предусматривает сенсорную стимуляцию и эмоциональную поддержку.

- Дети с БЭН нуждаются в нежном, любящем уходе, ласковом общении родителей с ребёнком, проведении массажа, лечебной гимнастики, регулярных водных процедур и прогулках на свежем воздухе.
- С детьми необходимо играть в течение не менее 15-30 мин в сут. Наиболее оптимальная температура воздуха для детей с БЭН - 24-26 °С при относительной влажности 60-70%.

Десятый шаг предусматривает длительную реабилитацию, включающую:

- питание, достаточное по частоте и объёму, адекватное по калорийности и содержанию основных нутриентов;
- хороший уход, сенсорную и эмоциональную поддержку;
- регулярные медицинские осмотры;
- адекватную иммунопрофилактику;
- витаминную и минеральную коррекцию.
- Основной показатель адекватности диетотерапии — прибавка массы тела.
- Хорошей считают прибавку, превышающую 10 г/кг в сут, средней - 5-10 г/кг в сут и низкой - менее 5 г/кг в сут.

Критерием эффективности диетического лечения являются:

- улучшение эмоционального тонуса,
 - нормализация аппетита,
 - улучшение состояния кожных покровов и тургора тканей,
 - ежедневные увеличения массы на 25—30 г,
 - нормализация индекса Л. И. Чулицкой (упитанности),
 - восстановление утерянных и приобретение новых навыков психомоторного развития,
 - улучшение переваривания пищи (по данным копрограммы).
- **Диспансерное наблюдение**
- Выведение ребенка из гипотрофии легкой степени занимает до 1 месяца, среднетяжелой — 2—3 месяца, тяжелой — до 4—5 месяцев.
 - Врач должен осматривать ребенка с гипотрофией и проводить антропометрию не реже 1 раза в 2 недели, по показаниям привлекать специалистов, делать анализы крови, копрограмму.
 - С учета снимают через 6-8 недель после достижения физического и нервно-психического развития соответственно с возрастом ребенка
 - Осмотрспециалистов: Педиатр – 1-й мес. 5 раз (обязателен контроль веса и других антропометрических показателей), далее 1 раз в месяц
Осмотр специалистов (невролог, хирург, ортопед) 1 раз в год, далее по показаниям
- **лечение**
- При гипотрофии II и III степени лечение проводится в условиях стационара:
 - парентеральное питание (по показаниям – растворы аминокислот, жировые эмульсии)
 - Для стимуляции трофических функций применяется, триметабол, карнитин, апилак
 - При всех формах гипотрофии детям назначают комплекс витаминов в лечебной возрастной дозировке.
 - В стадии метаболической адаптации показаны ферментные препараты
 - При тяжелой гипотрофии, плохо поддающейся лечению, показана гормональная терапия.

- В фазу восстановления метаболизма, при постоянной прибавке массы тела для её закрепления и некоторой стимуляции показано назначение других лекарственных средств с анаболическим эффектом:
- • инозина — внутрь до еды по 10 мг/кг в сут в 2 приёма во второй половине дня в течение 3-5 нед;
- • оротовой кислоты, калиевой соли — внутрь до еды по 10 мг/кг в сут в 2 приёма во второй половине дня в течение 3-5 нед в фазу усиленного питания при удовлетворительной толерантности к пище (или на фоне приёма ферментных препаратов), при плохой прибавке массы тела;
- • левокарнитина - 20% раствор внутрь за 30 мин до еды по 5 капель (недоношенным детям), по 10 капель (детям до года), по 14 капель (детям от 1 года до 6 лет) 3 раза в день в течение 4 нед;

5.1. Підготовчий етап.

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

Контрольні запитання.

1. Напишіть визначення білково-енергетичної недостатності. (гіпотрофії).
2. Користуючись керівництвом по пропедевтиці дитячих захворювань, повторіть вивчення розділів “Анатомо-фізіологічні особливості ШКТ, НС, обміну речовин у дітей раннього віку”.
3. Повторити розділ “Вигодовування дітей першого року життя”.
4. Значення головних харчових інгредієнтів в харчуванні дитини.
5. Потреба в головних харчових інгредієнтах.
6. Строки введення прикорму, його види.
7. Відобразіть динаміку головних антропометричних показників у дітей першого року життя (маса тіла, ріст, окружність грудної клітки).
8. Познайомтесь з критеріями діагностики захворювань, які супроводжуються розвитком гіпотрофії.
9. Перерахуйте головні причини розвитку гіпотрофії.
10. Надайте визначення квашиоркору та маразму.
11. Опишіть 10 кроків лікування белково-енергетичної недостатності за рекомендаціями ВОЗ.

1.1. Продумайте відповіді на наступні контрольні питання:

1. Чому гіпотрофія виникає частіше в перші місяці життя.
2. Які фактори визначають розвиток гіпотрофії.
3. Які діти найбільше схильні до загрози по виникненню гіпотрофії аліментарної етіології.
4. Чим зумовлене зниження засвоєння харчових речовин при інфекційних захворюваннях.
5. Який індекс є головним діагностичним критерієм для внутрішньоутробної гіпотрофії.
6. Які порушення лежать в основі патогенезу гіпотрофії.
7. Що таке “ейтрофія”.
8. Перші симптоми голодування дитини.
9. Які клінічні ознаки гіпотрофії I, II, III ступеней.
10. Що таке гіпостатура.
11. Які принципи дієтотерапії з різними формами гіпотрофії.
12. План диспансерного спостереження дітей з белково-енергетичної недостатності за рекомендаціями

5.2. Основний етап Демонструється немовля з клінічними ознаками гіпотрофії. При співбесіді з мамою малюка визначають провідні механізми, що зумовили розвиток хвороби. Опитують, коли спостерігалися прояви начального періоду хвороби. Опитують спостереження матері о придбанні малюком фізичних навичок. Спостерігають типові порушення систем та органів, притаманних дитині з гіпотрофією. Визначають важкість хвороби, період. Самостійно групами проводять обстеження хворого, оцінюють данні обстеження з історії хвороби, вирішують питання лікування, профілактиці (виявляють системний і цілеспрямований анамнез, який виявляє фактори розвитку гіпотрофії, визначають еластичності шкіри, підшкірно-жирового шару на окремих ділянках тіла (череві, грудях, спині, верхніх та нижніх кінцівках, обличчі), тургору тканин, оцінка антропологічних показників із допомогою центральних таблиць, складання дієтотерапії для хворих гіпотрофією).

5.3. Заключний етап.

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Інформування студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6. Додатки. Засоби для контролю:

Практичні завдання, тощо.

ГИПОТРОФИЯ

КОНТРОЛЬ ПОЧАТКОВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

- Для гіпотрофії II ступеню характерно зниження маси тіла на:
 - 5-10 %;
 - 10-20 %;
 - 10-15 %;
 - 20-30 %.
- Який ступінь внутрішньоутробної гіпотрофії у дитини, яка народилася в строк, масою тіла 2700, довжиною 52 см (масо-ростовий показник 51,8):
 - I ступінь;
 - II ступінь;
 - III ступінь;
 - Гіпотрофії немає.
- Причини гіпотрофії у дітей раннього віку наступні, крім:
 - Незрілість вищої нервової діяльності;
 - Незрілість адаптаційно – трофічних функцій;
 - Висока активність ферментів травлення;
 - Незрілість нервового апарату кишечника;
 - Слабкість м'язового шару кишечника.
- Розвиток ендогенної дистрофії зумовлено наступними факторами:
 - Аліментарний;
 - конституційний;
 - Аномалії розвитку;
 - Спадкова патологія обміну речовин.
- При зменшенні маси тіла при нормальній довжині діагностується:
 - Гіпостатура;
 - Гіпотрофія;
 - Ейтрофія;
 - Гіпоплазія.
- При рівномірному зниженні маси та довжини тіла діагностується:
 - Гіпотрофія;
 - Гіпостатура;
 - Гіпоплазія;
 - Ейтрофія.
- Гіпотрофія I ступеня характеризується дефіцитом маси:
 - 5-10%;
 - 10-20%;
 - менше 5%;
 - 20-30%;
 - 10-15%.
- В якому віці типово поява блювоти при вродженому пілоростенозі:
 - з перших днів життя;
 - з 2-3 тижня життя;
 - 4-5 тижня;
 - після 2 місяців.
- Що не може бути причиною внутрішньоутробної гіпотрофії:
 - хронічні захворювання матері;
 - алкоголізм матері;
 - нераціональне харчування матері;

- D. плацентарна недостатність.
E. ожиріння матері.
10. Гіпостатура характеризується наступним, крім:
- A. Дефіцит маси тіла 15-20%;
 - B. Рівномірне відставання маси та довжини тіла;
 - C. Значне стоншення підшкірно-жирового шару;
 - D. Гіпотонія мускулатури.
11. Медикаментозне лікування I ступеня гіпотрофії враховує наступне, крім:
- A. Призначення ферментів;
 - B. Призначення гормонів;
 - C. Призначення вітамінів групи B;
 - D. Призначення вітамінів A, C, PP.
12. Гіпотрофія – це:
- A. Рівномірне відставання дитини у рості та масі тіла при дещо зниженому стані травлення
 - B. Хронічний розлад травлення з дефіцитом маси тіла
 - C. Хронічний розлад травлення з надмірною масою тіла
 - D. Хронічний розлад травлення з нормальною масою тіла
 - E. Зниження м'язової маси з "безбілковими набряками та нервово-психічними розладами
13. Які з перелічених особливостей дитячого організму не сприяють розвитку гіпотрофії?
- A. Напруженість та висока інтенсивність обміну речовин
 - B. Низька ферментативна активність на всіх рівнях
 - C. Розміри серця та ємність кровоносної системи
 - D. Незрілість нервових механізмів регуляції
 - E. Незрілість ендокринних механізмів регуляції
14. Які з причин гіпотрофії не є екзогенними?
- A. Аліментарні фактори
 - B. Інфекційні
 - C. Токсичні
 - D. Психогенна анорексія
 - E. Вроджені вади шлунково-кишкового тракту
15. Що з перерахованого не відносять до аліментарних факторів?
- A. Кількісний недокорм при гіпогалакції
 - B. Плаский, втягнений сосок материнської груді
 - C. Мікрогнатія, коротка вуздечка
 - D. Якісний недокорм (суміш не відповідає віку)
 - E. Неякісні, простроковані молочні суміші
16. Які з перерахованих причин гіпотрофії не відносять до ендогенних?
- A. Первинні синдроми мальабсорбції (непереносимість лактози, сахарози, глюкози; целіакія, муковісцидоз та ін.) та вторинні (алергічна непереносимість білків коров'ячого молока та ін.)
 - B. Спадкові аномалії обміну речовин (галактоземія, фруктоземія, ксантоматози, хвороби Німана-Піка, Тея-Сакса та ін.)
 - C. Психогенна анорексія
 - D. Ендокринні захворювання (адреногенітальний синдром, гіпотиреоз, гіпофізарний нанізм та ін.)
 - E. Вроджені імунodefіцитні стани
17. Які процеси характерні для першої фази патогенезу гіпотрофії?
- A. Розпад резервних вуглеводів
 - B. Розпад жирів
 - C. Розпад ендогенного білка
 - D. Посилений розпад жирів та білків
 - E. Посилений розпад жирів, білків та вуглеводів
18. Які процеси характерні для другої фази патогенезу гіпотрофії?
- A. Розпад резервних вуглеводів
 - B. Розпад жирів
 - C. Розпад ендогенного білка
 - D. Посилений розпад жирів та білків
 - E. Посилений розпад жирів, білків та вуглеводів
19. Які процеси характерні для третьої фази патогенезу гіпотрофії?
- A. Розпад резервних вуглеводів
 - B. Розпад жирів
 - C. Розпад ендогенного білка
 - D. Посилений розпад жирів та білків
 - E. Посилений розпад жирів, білків та вуглеводів
20. Синдроми характерні для гіпотрофії (білково-енергетичної недостатності), за винятком:
- A. Синдром трофічних розладів
 - B. Синдром травних порушень
 - C. Сечовий синдром
 - D. Синдром дисфункції ЦНС
 - E. Синдром порушення гемопоезу та зниження імунобіологічної реактивності
21. Фактори ризику пренатальної гіпотрофії, за винятком
- A. Пізній гестоз
 - B. Недоношеність, багатоплідна вагітність
 - C. Хвороби матері під час вагітності
 - D. Асфіксія
 - E. Муковісцидоз
22. Для гіпотрофії першого ступеню характерно зниження маси тіла на:
- A. 15-20%
 - B. 21-30%
 - C. 11-20%
 - D. 31-35%
 - E. 35-40%

23. Для гіпотрофії другого ступеню характерно зниження маси тіла на:
- 15-20%
 - 21-30%
 - 11-20%
 - 31-35%
 - 35-40%
24. Для гіпотрофії третього ступеню характерно зниження маси тіла на:
- 15-20%
 - 21-30%
 - 11-20%
 - більше 30%;
 - 35-40%
25. Якою повинна бути пріоритетність заходів при лікуванні гіпотрофії на початковому етапі лікування?
- Виявлення причини та її ліквідація чи корекція; дієтотерапія; режим та догляд; лікування супутньої патології; вітаміно- та ферментотерапія
 - Дієтотерапія; виявлення причини та її ліквідація чи корекція; режим та догляд; лікування супутньої патології; вітаміно- та ферментотерапія
 - Режим та догляд; лікування супутньої патології; дієтотерапія; вітаміно- та ферментотерапія; виявлення причини та її ліквідація чи корекція
 - Вітаміно- та ферментотерапія; дієтотерапія; режим та догляд; лікування супутньої патології; виявлення причини та її ліквідація чи корекція
 - Лікування супутньої патології; вітаміно- та ферментотерапія; режим та догляд; виявлення причини та її ліквідація чи корекція; дієтотерапія
26. Яких з перерахованих принципів слід дотримуватись при дієтотерапії гіпотрофії?
- Посилене харчування з підвищенням калорійності, підвищення об'єму харчування, більша кратність прийомів їжі, зміна суміші
 - Використання легкозасвоюваної їжі ("омолодження дієти"), більша кратність прийомів їжі (7-10 разів), ведення щоденника кількості їжі, розрахунок харчування раз у 5-7 днів, копрограма 2 рази на тиждень
 - Переведення на адаптовані суміші, до складу яких входять крупи, введення прикорму за віком, жирові добавки (вершки, масло)
 - Провести корекцію харчування сиром, посилити питний режим
 - Усе вище перераховане
27. Яка тривалість періоду виявлення толерантності до їжі при гіпотрофії другого ступеню?
- 10-14 днів
 - 3-7 днів
 - 1-3 дні
 - 15-20 днів
 - 21-30 днів
28. Яка тривалість періоду виявлення толерантності до їжі при гіпотрофії третього ступеню?
- 10-14 днів
 - 3-7 днів
 - 1-3 дні
 - 15-20 днів
 - 21-30 днів
29. Яка з перерахованих форм гіпотрофії більш характерна для дітей дошкільного й шкільного віку?
- ЗВУР
 - Гіпостатура
 - Квашіоркор
 - Маразм аліментарний
 - Дефіцит незамінних жирних кислот
30. Для якої форми гіпотрофії характерна тріада Джелліфа (нервово-психічні розлади, набряки, зменшення м'язової маси, відставання у фізичному розвитку)?
- ЗВУР
 - Гіпостатура
 - Квашіоркор
 - Дефіцит незамінних жирних кислот
31. Для якої форми гіпотрофії характерні зміни волосся (посвітління, "симптом прапору"), дерматит, місяцеподібне обличчя, діарея, анемія?
- ЗВУР
 - Квашіоркор
 - Гіпостатура
 - Маразм
 - Дефіцит незамінних жирних кислот
32. Для якої форми гіпотрофії більш характерне рівномірне відставання у рості та масі тіла (найчастіше у другому півріччі або на другому році життя), відповідність кісткового віку масі та довжини тіла, наявність вроджених вад розвитку?
- ЗВУР
 - Гіпостатура
 - Квашіоркор
 - Маразм
 - Дефіцит незамінних жирних кислот
33. При якій формі гіпотрофії розрізняють гіпотрофічний, гіпопластичний та диспластичний варіанти?
- ЗВУР
 - Гіпостатура
 - Квашіоркор
 - Маразм
 - Дефіцит незамінних жирних кислот
34. Яка форма гіпотрофії може виникнути при харчуванні неадапованими сумішами або при мальабсорбції жирів і супроводжується алопецією, тромбоцитопенією, рецидивуючими інфекціями шкіри та легенів, нечіткістю зору?
- ЗВУР
 - Гіпостатура
 - Квашіоркор

- Д. Маразм
 Е. Дефіцит незамінних жирних кислот
35. Характерні особливості випорожнень при гіпотрофії:
- А. “Голодні” випорожнення в невеликій кількості, з гнилісним запахом
 В. Велика кількість слизу та лейкоцитів у випорожненні
 С. Диспепсичні, зеленого кольору випорожнення
 Д. Наявність крохмалю, м’язових волокон, нейтрального жиру
 Е. Усе вище перераховане
36. Які захворювання слід запідозрити у дитини при наявності гіпотрофії?
- А. Перинатальна енцефалопатія
 В. Бронхолегенева дисплазія
 С. Вроджені вади серця, ШКТ, імунodefіцитні стани
 Д. Синдроми мальабсорбції та мальдигестії, аномалії обміну речовин
 Е. Усе вище перераховане
37. Характерні симптоми аліментарного маразму:
- А. Дефіцит маси тіла більше 35%
 В. Витончення м’язів та підшкірної клітковини, кардіо- та гепатомегалія, периферичні набряки
 С. Анамнестичні дані щодо недостатнього харчування, динаміки маси тіла, соціально-економічного положення сім’ї, неврозів або психічних стресів
 Д. Пелагрозний дерматит, фолікулярний гіперкератоз, ослаблення коренів волосся, стоматит
 Е. Усе перераховане
38. Для якого з перелічених захворювань характерні наступні фази дієти: період визначення толерантності до їжі, перехідний період, період посиленого харчування?
- А. Муковісцидоз, бронхолегенева форма
 В. Паратрофія
 С. Гіпотрофія
 Д. Неспецифічний виразковий коліт
 Е. Усі перелічені
39. В якому періоді лікування гіпотрофії ставиться завдання нормалізації об’єму циркулюючої крові, підтримки та корекції обміну електролітів, стимуляції синтезу білка?
- А. Перші два дні терапії (встановлення толерантності)
 В. У перехідному періоді
 С. У періоді посиленого харчування
 Д. На протязі усього лікування
 Е. В жодному з перерахованих
40. Чим характеризується перехідний період дієтотерапії?
- А. Підвищенням харчового навантаження білком шляхом додавання білкових сумішей, енптів, сиру, кефіру
 В. Підвищенням харчового навантаження вуглеводами шляхом додавання глюкози, цукрового сиропу, каш
 С. Підвищенням харчового навантаження жирами (жировий енптіт, вершки)
 Д. Контролем копрограми та розрахунком харчових інгредієнтів 1 раз у 3-4 дні
 Е. Усім вище перерахованим
41. Критерієм ефективності дієтичного лікування є:
- А. Підвищення емоційного тону та нормалізація апетиту
 В. Покращення стану шкіри та тургору тканин
 С. Щоденне підвищення маси тіла на 25-30 грамів, покращення копрограми
 Д. Нормалізація індексу Чулицької
 Е. Усе вище перераховане

А. Підсумкові тести.

- 1 У хлопчика 3 років на фоні вродженої вади серця спостерігається одночасна затримка маси та росту. Як це назвати?
- А. Гіпостатура
 В. Гіпотрофія
 С. Гіпоплазія
 Д. Субнанізм
 Е. Нанізм
- 2 Дитині 3 місяці, на штучному вигодовуванні з 2-х місяців. Годується 4 рази на день розведеним коров’ячим молоком, 1 раз – овочеve пюре та терте яблуко. Які зміни необхідні, щоб вигодовування стало раціональним?
- А. Включити в раціон 10-процентну манну кашу
 В. Призначити цільне коров’яче молоко
 С. Призначити адаптовану молочну суміш
- 3 Дитині 6,5 місяців. Вигодовується тільки грудним молоком. Під час огляду лікар виявив у дитини гіпотрофію І ступіня. Який перший прикорм найбільш бажаний для цієї дитини?
- А. 5% манна каша
 В. Овочеve пюре
 С. 10% каша
 Д. Терте яблуко
 Е. Сир.
- 4 Для здорової дитини чотирьох місяців, що знаходиться на природному вигодовуванні, потрібно призначити перше підгодовування. Яке блюдо доцільніше використати у цьому випадку?
- А. Овочеve пюре
 В. 5% манна каша
 С. Печиво

- Д. Ячнева каша
Е. Терте яблуко
- 5 Дитина 3-х місяців на штучному вигодовуванні з 2-х місяців. Годується 5 разів на день розведеним коров'ячим молоком, 1 раз – овочево-яблучне пюре та терте яблуко. Які зміни необхідні, щоб вигодовування стало раціональним?
А. Призначити адаптовану молочну суміш
В. Призначити цільне коров'яче молоко
С. Включити в раціон 10-процентну манну кашу
Д. Ввести в раціон яєчний жовток
Е. Призначити овочевий відвар
- 6 У стаціонарі з приводу пневмонії знаходиться дитина 5 місяців, яка перебуває на природньому вигодовуванні, у дитини сформувалася гіпотрофія з дефіцитом маси 11%. Після одужання лікар рекомендує матері ввести перший прикорм. Які з наведених продуктів слід рекомендувати в якості першого прикорму?
А. Овочево-яблучне пюре
В. Кисломолочні продукти
С. Терте яблуко
Д. Каша із злаків
Е. Адаптована молочна суміш
- 7 Дитина віком 7 місяців. Маса тіла при народженні 3450 г. Знаходиться на природньому вигодовуванні. Прикорми введені своєчасно. Визначте добову потребу в білку у цієї дитини.
А. 3,0 г/кг
В. 2,0 г/кг
С. 2,5 г/кг
Д. 3,5 г/кг
Е. 4,0 г/кг
- 8 Хлопчикові 5 місяців. Народився з масою 3000 г від вагітності з фізіологічним перебігом. Пологи вчасні. Закричав одразу, до груді прикладений в першу добу. В теперешній час годується лише груддю. В розвитку не відстає, щеплення за віком, маса тіла 9100 г. Який прикорм найбільш раціональний?
А. М'ясний бульйон
В. Утриматися від введення прикорму
С. Каша манна
Д. Печиво з молоком
Е. Овочево-яблучне пюре
- 9 Дитина 4-х місяців. Народилася з масою 3200, здоровою. Мати відзначає, що останні 7 днів хлопчик став неспокійним, гірше спить вдень і вночі, безпричинно кричить після годування й у проміжках між ними. У матері гіпогалактія. Яка оптимальна тактика лікаря в цьому випадку?
А. Лікування гіпогалакції в матері
В. Введення прикорму в раціон дитини
С. Призначення докорму
Д. Введення в раціон дитини творогу
Е. Введення коригуючих добавок
- 10 Дитині 2 місяці. Мати звернулася до дільничного педіатра зі скаргами на періодичний неспокій дитини, недостатню прибавку у масі, блідість шкірних покривів. При огляді відмічається помірна блідість шкіри та видимих слизових оболонок, витончення підшкірної основи на тулубі, животі. Шкірна складка на рівні пупка досягає 0,8 см. Психомоторний розвиток відповідає віку. Яке порушення фізичного розвитку в дитини?
А. Гіпостатура
В. Паратрофія
С. Гіпотрофія
Д. Нанізм
Е. Сутрофія
- 11 У дитини віком 4 місяці діагностовано гіпотрофію II ступеня. Який дефіцит маси у дитини?
А. 5 - 10 %
В. 10 - 20 %
С. 31 - 50 %
Д. 21 - 30 %
Е. 51 - 70 %
- 12 Дитина віком 3 місяці страждає на гіпотрофію II ступеню аліментарного генезу, період реконвалесценції. Знаходиться на етапі максимального харчування. При розрахунку лікування виник дефіцит білкової частини раціону. Чим коригувати дефіцит білку?
А. Кефір
В. Сир
С. Каша
Д. Фруктові соки
Е. Овочево-яблучне пюре
- 13 Дитина віком 4 місяці, народилася з масою 3350 г. Два місяці тому перенесла гостру кишкову інфекцію, після чого зберігаються нестійкі випорожнення, зльовування. На момент огляду: маса – 5000 г, тургор тканин знижений, тонкий підшкірний жировий прошарок на тулубі і кінцівках. Має місце м'язова гіпотонія, гепатомегалія. Попередній діагноз: гіпотрофія II ступеня. Який об'єм харчування на добу у першій фазі лікувального харчування необхідний даній дитині?
А. 1/2 від вікової потреби
В. Вікову потребу
С. 1/5 від вікової потреби
Д. 1/3 від вікової потреби
Е. 1/4 від вікової потреби
- 14 Дитина віком 6 міс госпіталізована в відділення зі скаргами на зригування, млявість, відсутність прибавки маси тіла, не сидить. Шкіра бліда, слизові оболонки сухі, бліді, еластичність шкіри, тургор тканин знижений. Підшкірно-жирова складка на рівні пупка 4-5 мм. Підшкірна основа зменшена на тулубі, кінцівках. Дефіцит маси тіла - 25%. Який діагноз призначити дитині?
А. гіпотрофія 2 ст.
В. гіпотрофія 3 ст.
С. паратрофія
Д. нормотрофія
Е. гіпотрофія 1 ст
- 15 Дівчинка віком 3 міс госпіталізована в відділення зі скаргами на відсутність прибавки маси тіла, зригування, млявість, відстає у розвитку. Шкіра та

- слизові оболонки бліді, сухі, тургор тканин еластичність шкіри знижена. Підшкірна основа відсутня на тулубі, кінцівках. Підшкірно-жирова складка на рівні пупка 3 мм. знижений. Дефіцит маси тіла - 32%. Період встановлення толерантності до їжі триває для дитини.
- А. 2 міс.
В. 2 доби
С. 7 днів
D. 1 день
E. не треба
- 16 Дитина госпіталізована з дефіцитом маси тіла 34% зі скаргами на зригування, млявість, відмовляється від їжі. Який препарат призначити дитині для парентерального вигодовування?
А. реополіглюкін
В. фізіологічний розчин
С. інфезол
D. гемодез
E. есенціале
- 17 Доношена дитина 2 міс., народилась з масою 3 кг. До 1 міс. годувалась молоком матері, потім мати захворіла та госпіталізована до лікарні. Чим треба годувати дитину, якщо немає материнського молока?
А. молоком кози
В. кашою з манки
С. сумішшю "НАН"
D. сумішшю "Малиш"
E. овочевим супом
- 18 Дитині 3 місяці, маса тіла - 4500 г, вигодовування штучне. Народилась доношеною з масою тіла 3250 г. З анамнезу відомо, що у дитини з народження розлади випорожнення, пері одичне зригування, кишкові кольки, здуття живота. Об'єктивно: клінічні ознаки гіпотрофії I ступеня, дефіцит маси тіла 16 %. Випорожнення жовтого кольору, рідке, пінисте, без слизу. При бактеріологічному дослідженні калу патології не виявлено. Які імовірні причини розвитку гіпотрофії у даної дитини?
А. Гостра кишкова інфекція
В. Пілоростеноз
С. Пілороспазм
D. Синдром мальабсорбції
E. Кишкова форма муковісцидозу
- 19 Дитині 4 місяці, з масою тіла при народженні 3350 г, два місяці тому перенесла гостру кишкову інфекцію, після чого з'явилися нестійкі випорожнення, відзначається зригування. На момент огляду маса тіла - 5000 г, знижений тургор тканин, стоншений підшкірний жировий шар на тулубі і кінцівках. М'язова гіпотонія, гепатомегалія. Попередній діагноз: гіпотрофія II ступеня. Який обсяг харчування у добу необхідний даній дитині?
А. 1/4 від того, що має бути за віком
В. Відповідний віку
С. 1/5 від відповідного за віком
D. 1/3 від відповідного за віком
E. 1/2 від відповідного за віком
- 20 Дитина 2-х місяців народилась в нормальний термін з масою тіла 3500 г. Вигодовування змішане. Фактична маса тіла - 4900 г. Дайте оцінку маси тіла дитини.
А. Відповідає віку
В. На 150 м менше нормальної
С. Гіпотрофія I ступеня
D. Гіпотрофія II ступеня
E. Паратрофія I ступеня
- 21 Дитині 5 місяців. Вигодується тільки грудним молоком. Під час огляду лікар виявив у дитини гіпотрофію I ступеня. Який перший прикорм найбільш бажаний для цієї дитини?
А. Овочеве пюре
В. 5 % манна каша
С. 10 % манна каша
D. Гречана каша
E. Вівсяна каша
- 22 Дитині 2 місяці. Мати звернулася до дільничного педіатра зі скаргами на періодичний неспокій дитини, недостатню прибавку у масі, блідість шкірних покривів. При огляді відмічається помірна блідість шкіри та видимих слизових оболонок, витончення підшкірної основи на тулубі, животі. Шкірна складка на рівні пупка досягає 0,8 см. Психомоторний розвиток відповідає віку. Яке порушення фізичного розвитку в дитини?
А Гіпотрофія
В Паратрофія
С Гіпостатура
D Нанізм
E Еутрофія
- 23 Добовий об'єм молочної суміші у перший день лікування при гіпотрофії другого ступеню складає приблизно:
А. 2/3 від необхідного за масою тіла
В. 1/2 від необхідного за масою тіла
С. 1/3 від необхідного за масою тіла
D. Повний об'єм за масою тіла
E. Суміш не повинна вводитись
- 24 Добовий об'єм молочної суміші у перший день лікування при гіпотрофії третього ступеню складає приблизно:
А. 2/3 від необхідного за масою тіла
В. 1/2 від необхідного за масою тіла
С. 1/3 від необхідного за масою тіла
D. Повний об'єм за масою тіла
E. Суміш не повинна вводитись
- 25 Добовий калораж при гіпотрофії першого ступеню тяжкості складає:
А. 120-130 ккал/кг/добу
В. 100-105 ккал/кг/добу
С. 75-80 ккал/кг/добу
D. 60 ккал/кг/добу
E. 30 ккал/кг/добу
- 26 Добовий калораж при гіпотрофії другого ступеню тяжкості складає:
А. 120-130 ккал/кг/добу
В. 100-105 ккал/кг/добу
С. 75-80 ккал/кг/добу
D. 60 ккал/кг/добу

- Е.30 ккал/кг/добу
- 27 Добовий калораж при гіпотрофії третього ступеню тяжкості складає:
- А.120-130 ккал/кг/добу
 В.100-105 ккал/кг/добу
 С.75-80 ккал/кг/добу
 D.60 ккал/кг/добу
 Е.30 ккал/кг/добу
- 28 Добова кількість білка для дитини з гіпотрофією першого ступеню тяжкості становить:
- А.2,5 г/кг/добу
 В.2,0 г/кг/добу
 С.1,5 г/кг/добу
 D.1,0 г/кг/добу
 Е.0,6-0,7 г/кг/добу
- 29 Добова кількість білка для дитини з гіпотрофією другого ступеню тяжкості становить:
- А.2,5 г/кг/добу
 В.2,0 г/кг/добу
 С.1,5 г/кг/добу
 D.1,0 г/кг/добу
 Е.0,6-0,7 г/кг/добу
1. Ребенок в трехмесячном возрасте перенес тяжелую сальмонеллезную инфекцию. В год масса тела составляет 7,350. Бледность кожных покровов. Подкожно-жировой слой истончен на туловище и конечностях, тургор тканей снижен. Мышечная гипотония. Отмечается срыгивание и периодически неустойчивый стул. Диагностирована гипотрофия. Каков генез заболевания у ребенка.
- А Повышение катаболизма углеводов и жиров
 В Повышение катаболизма белков
 С Повышение экскреции азотистых оснований
 D Нарушение дезинтоксикационной функции печени
 Е Расстройство всех видов обмена веществ
2. Дитині 4 місяці, скарги матері на зниження апетиту у дитини, неспокій, переривчастий сон. Маса тіла при народженні 3000 г, з 2-х місяців вигодовується штучно, мати самостійно тричі змінювала суміші. В 2,5 місяці дитина перенесла гостру пневмонію. Об'єктивно: дефіцит маси 21%, шкіра бліда, підшкірна основа потоншена на тулубі і кінцівках, шкірна складка на рівні пупка 0,5 см, еластичність і тургор знижені. Визначається м'язева гіпотонія, прояви рахіту. В легенях дихання пuerильне, тони серці гучні тахікардія.
- 30 Добова кількість білка для дитини з гіпотрофією третього ступеню тяжкості становить:
- А.2,5 г/кг/добу
 В.2,0 г/кг/добу
 С.1,5 г/кг/добу
 D.1,0 г/кг/добу
 Е.0,6-0,7 г/кг/добу
- 31 Які рідини, що вводяться перорально при гіпотрофії для покриття дефіциту води та електролітів в організмі:
- А.Молоко
 В.Глюкозо-сольові розчини (ораліт, регідрон, цитроглюкосолан та ін.)
 С.Дистильована вода
 D.Чай
 Е.Укропна вода
- 32 Яка добова доза калію та натрію повинна бути як при ентеральному, так і при парентеральному годуванні?
- А.2 ммоль/кг К та 1 ммоль/кг Na
 В.4 ммоль/кг К та 2-2,5 ммоль/кг Na
 С.5 ммоль/кг К та 3-4 ммоль/кг Na
 D.7 ммоль/кг К та 3-5 ммоль/кг Na
 Е.Не має суттєвого значення
- Живіт м'який, печінка + 2 см. Випорожнення не стійкі. Ваш попередній діагноз?
- А Постнатальна гіпотрофія II ступеню.
 В Пренатальна гіпотрофія II ступеню.
 С Постнатальна гіпотрофія I ступеню.
 D Постнатальна гіпотрофія III ступеню.
 Е Гіпостатура.
3. Дитині 1 рік. Маса тіла при народженні 3300 г. З 3 місяців переведена на штучне вигодовування адаптованими сумішами. Дитина перенесла гостру пневмонію, дизентерію. Маса тіла 8000 г. Об'єктивно: шкіра бліда, суха, волосся і нігті ламкі, підшкірна клітковина потоншена, тургор тканин знижений. Тони серця ослаблені. Живіт збільшений в об'ємі, дитина має вигляд „павука”. Апетит знижений. Випорожнення великого об'єму, пінисті, жирні з різким неприємним запахом, без слизу і крові. Вперше такі випорожнення з'явилися після введення в раціон манної каші. Покращення стану дитини буває лише при виключенні з раціону каш. Який попередній діагноз?
- А Целиакія
 В Лактазна недостатність
 С Гіпотрофія II ступеню
 D Дисбактеріоз кишечника
 Е Кишкова інфекція

Колоквіум по контрольним запитанням.

Ситуаційні задачі:

Задача 1.

До Вас звернулась мати з дитиною 3-х місяців. Вага при народженні 3500г., в дійсний час – 5 кг. Мати відзначає неспокій стану дитини за останні два тижні. Об'єктивно: блідість шкіри, відсутність п/ш жирової клітковини на животі при

задовільному її розвитку на інших ділянках тіла. Тургор тканин знижений. Зі сторони внутрішніх органів патології не відмічено.

Питання:

1. Діагноз
2. Ступінь важкості захворювання
3. Обґрунтування діагнозу

Задача 2.

Хворий А., 29 днів. Поступив в відділення грудного віку. Зі слів матері, блювота “фонтаном” майже після кожного годування (відразу чи через 20-30 хвилин), неспокій, закреп, відсутність прибавки в масі. Перші вказані розлади з’явилися з віку 22 днів. Із анамнезу: від другої доношеної вагітності з масою 3500, пологи стрімкі, дитина на природному вигодовуванні.

Об’єктивно: шкіра суха, підшкірно-жировий шар погано розвинений на тулубі, кінцівках, тургор знижений. Маса 3100. (дефіцит 26%). Живіт помірно здутий, гази не відходять, стул після клізми.

Питання:

1. Діагноз
2. Які причини призвели до такого стану дитини
3. Ваші дії.

Задача 3.

Часто хворіючій дитині 3-х міс. поставлений діагноз: гіпотрофія. Дитина квола, апатична, груди бере без бажання, смокче кволо. Дефіцит маси біля 25%, п/ш жировий шар відсутній на череві, різко знижений на кінцівках. Тургор тканин знижений. Стул із схильністю до закрепів, сечовипускання рідке.

Питання:

1. Ступінь гіпотрофії
2. Головний принцип розрахунку б.ж.у.
3. Якому виду їжі надасться перевага для цієї дитини, кількість її.
4. Що ще необхідно призначити дитині для кращого травлення і засвоєння їжі.

Задача 4.

Дитина 3-х міс. (із задачі 3) отримує вірне харчування і ферменти. Апетит став покращуватись, але дитина, як і раніше, з’їдає менше потрібного, загальмована. В масі не прибавляє.

Питання:

1. Із чим, з вашої точки зору, зв’язана така торпідність процесів.
2. Яка замісна терапія показана даній дитині.

Задача 5. Хворий М., 2,5 міс. поступив в клініку з приводу зниження апетиту, відсутності прибавки в масі, покашлювання. Дитина народилася від другої доношеної вагітності з масою 3800 і довжиною тіла 52 см., до грудей була прикладена на другу добу. З одного місяця – на змішаному вигодовуванні. Соки отримував нерегулярно по 5- 10 мл. На вулицю мати дитину не виносила, купала нерегулярно. В 1,5 міс переніс гостру пневмонію. Об’єктивно: Маса 3400, кволий, активних рухів мало, голову не тримає. Шкіра бліда, суха. Підшкірна основа незначно збережена на обличчі. Еластичність шкіри, тургор тканин знижені. Шкірна складка на рівні пупка 3 мм. Дефіцит маси 35,9%, ЧДР – 48 в /хв. Печінка +2см. Стул 2 р. в добу, рідкий.

Питання:

1. Діагноз
2. Що сприяло розвитку в даному випадку гіпотрофії
3. Який прогноз у цієї дитини
4. Чи можна було попередити розвиток гіпотрофії у даної дитини.

Рекомендована література

Базова література

1. “Медицина дитинства” / Під редакцією П.С.Мощича. – Київ “Здоров’я”. – Том 1. – С.543 - 582.
2. Майданник В.Г. Педиатрия. –Харьков, Фолио.- 2002. - стр. 6 – 26,26 – 31
3. Шабалов Н.П. Детские болезни. Учебник.-Питер-Ком, С-Пб.,2010.-1080с.
4. Накази МОЗ України «Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні», «Про удосконалення організації медичної допомоги дітям підліткового віку», та по протоколах за спеціальностями «педіатрія» та ін. МОЗ України. – Київ, 2005 р. – 414 с.
5. Прохоров Є.В., Волосовець О.П., Гелескул Л.М., співавтори. Гастроентерологія дитячого віку - Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. - 160 с.
6. Бабаян М. Л. Возможности диетической коррекции функциональных запоров у новорожденных и детей раннего возраста / М. Л. Бабаян // Педиатрия : журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2012. - Т. 91 № 4. - С. 67-71
7. Лекції кафедри
8. Тестові завдання з педіатрії / За ред. чл.-кор. АМН України, проф. В.Г. Майданника.- К., 2007.-429 с.
9. Хертл М. Дифференциальная диагностика в педиатрии.- М.:Медицина, 1990. - 1064 с.
10. “Медицина дитинства” / Під редакцією П.С.Мощича. – Київ “Здоров’я”. – Том 1. – С.543 - 582.
11. Шабалов Н.И. Детские болезни. –С.-Петербург.Питер.- 1999.- стр. 149 – 170.
12. Учебник «Педиатрия», т. I, под редакцией профессора В.В. Бережного (Киев, 2013, 1040 с.)

Допоміжна література

1. Величко В.І. Застосування фізичних чинників у реабілітації дітей з гіпотрофією: Автореф. дис... канд. мед. наук. — Одеса, 2001. — 18 с.
2. Гафарова Ф.М., Абдужаббарова З.М. Степень эндогенной интоксикации у детей с острой пневмонией на фоне гипотрофии // Лікарська справа. — 2002. — № 5–6. — С. 36-39.
3. Денисов М.Ю., Казначеева Л.Ф., Рычкова Н.А. Ранние признаки поражения желудочно-кишечного тракта при нарушениях питания у детей // Российский педиатрический журнал. — 2001. — № 5. — С. 12-15.
4. Переладова О.Л. Гипотрофия у детей. — К.: Здоровье, 1976. — 142 с.
5. Протокол лікування дітей з недостатністю харчування: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 9 від 10.01.2005 р.
6. Смян И.С., Лобода В.Ф., Федорцев О.Е. Гипотрофия. — К., 1989. — 68 с.
7. Смян И.С. Гипотрофия чи хронічний розлад живлення? // Мистецтво лікування. — 2003. — № 3. — С. 6-11.
8. Стамова Н.Г., Цмунчик Ю.Г. Эффективность коррекции питания заменителем грудного молока «Alfare» в лечении детей с гипотрофией II–III степени // Перинатология та педіатрія. — 2002. — № 1. — С. 80-81.
9. Федорців О.Є. Стан ендогенної інтоксикації при інфекційних діареях на тлі гіпотрофії у дітей раннього віку // Інфекційні хвороби. — 2000. — № 1. — С. 28-31.
10. Капитан Т.В. Пропедевтика детских болезней. – Винница, 2010. - 868 с.
11. [Особенности гипотрофии у детей](#), М.П. Лимаренко, «Журнал здоровье ребенка» 1(1) 2014
12. [Children's Health Malnutrition](http://www.healthofchildren.com/M/Malnutrition.html) <http://www.healthofchildren.com/M/Malnutrition.html> (2015)
13. [LIVESTRONG.COM Food and Drink Diet and Nutrition Nutrition Facts Effects of Malnutrition on Children](#) Nov 03, 2015 | By Joe King, M.S.

Підсумковий контроль

Вар1

1. Медикаментозне лікування I ступеня гіпотрофії враховує наступне, крім:
 - a. Призначення ферментів;
 - b. Призначення гормонів;
 - c. Призначення вітамінів групи B;
 - d. Призначення вітамінів A, C, PP.
2. Гіпотрофія – це:
 - a. Рівномірне відставання дитини у рості та масі тіла при дещо зниженому стані травлення
 - b. Хронічний розлад травлення з дефіцитом маси тіла
 - c. Хронічний розлад травлення з надмірною масою тіла
 - d. Хронічний розлад травлення з нормальною масою тіла
 - e. Зниження м'язової маси з “безбілковими набряками та нервово-психічними розладами
3. Які з перелічених особливостей дитячого організму не сприяють розвитку гіпотрофії?
 - a. Напруженість та висока інтенсивність обміну речовин
 - b. Низька ферментативна активність на всіх рівнях
 - c. Розміри серця та ємність кровоносної системи
 - d. Незрілість нервових механізмів регуляції
 - e. Незрілість ендокринних механізмів регуляції
4. Які з причин гіпотрофії не є екзогенними?
 - a. Аліментарні фактори
 - b. Інфекційні
 - c. Токсичні
 - d. Психогенна анорексія
 - e. Вроджені вади шлунково-кишкового тракту
5. Що з перерахованого не відносять до аліментарних факторів?
 - a. Кількісний недокорм при гіпогалакції
 - b. Плаский, втягнений сосок материнської груді
 - c. Мікрогнатія, коротка вуздечка
 - d. Якісний недокорм (суміш не відповідає віку)
 - e. Неякісні, простроковані молочні суміші
6. Які з перерахованих причин гіпотрофії не відносять до ендогенних?
 - a. Первинні синдроми мальабсорбції
 - b. Спадкові аномалії обміну речовин
 - c. Психогенна анорексія
 - d. Ендокринні захворювання
 - e. Вроджені імунодефіцитні стани
7. Які процеси характерні для першої фази патогенезу гіпотрофії?
 - a. Розпад резервних вуглеводів
 - b. Розпад жирів
 - c. Розпад ендогенного білка
 - d. Посилений розпад жирів та білків
 - e. Посилений розпад жирів, білків та вуглеводів
8. Які процеси характерні для другої фази патогенезу гіпотрофії?
 - a. Розпад резервних вуглеводів
 - b. Розпад жирів
 - c. Розпад ендогенного білка
 - d. Посилений розпад жирів та білків
 - e. Посилений розпад жирів, білків та вуглеводів
9. Для гіпотрофії другого ступеню характерно зниження маси тіла на:
 - a. 15-20%
 - b. 21-30%
 - c. 11-20%
 - d. 31-35%
 - e. 35-40%
10. Для гіпотрофії 3 ст характерно зниження маси тіла на:
 - a. 15-20%
 - b. 21-30%
 - c. 11-20%
 - d. більше 30%;
 - e. 35-40%

11. Якою повинна бути пріоритетність заходів при лікуванні гіпотрофії на початковому етапі лікування?
 - a. Виявлення причини та її ліквідація чи корекція; дієтотерапія; режим та догляд; лікування супутньої патології; вітаміно- та ферментотерапія
 - b. Дієтотерапія; виявлення причини та її ліквідація чи корекція; режим та догляд; лікування супутньої патології; вітаміно- та ферментотерапія
 - c. Режим та догляд; лікування супутньої патології; дієтотерапія; вітаміно- та ферментотерапія; виявлення причини та її ліквідація чи корекція
 - d. Вітаміно- та ферментотерапія; дієтотерапія; режим та догляд; лікування супутньої патології; виявлення причини та її ліквідація чи корекція
12. Лікування супутньої патології; вітаміно- та ферментотерапія; режим та догляд; виявлення причини та її ліквідація чи корекція
13. Яка форма гіпотрофії може виникнути при харчуванні неадаптованими сумішами або при мальабсорбції жирів і супроводжується алопецією, тромбоцитопенією, рецидивуючими інфекціями шкіри та легенів, нечіткістю зору?
 - a. ЗВУР
 - b. Гіпостатура
 - c. Квашіоркор
 - d. Маразм
 - e. Дефіцит незамінних жирних кислот
14. Характерні особливості випорожнень при гіпотрофії:
 - a. "Голодні" випорожнення в невеликій кількості, з гнилісним запахом
 - b. Велика кількість слизу та лейкоцитів у випорожненнях
 - c. Диспепсичні, зеленого кольору випорожнення
 - d. Наявність крохмалю, м'язових волокон, нейтрального жиру
 - e. Усе вище перераховане
15. Які захворювання слід запідозрити у дитини при наявності гіпотрофії?
 - a. Перинатальна енцефалопатія
 - b. Бронхолегенева дисплазія
 - c. Вроджені вади серця, ШКТ, імунодефіцитні стани
 - d. Синдроми мальабсорбції та мальдигестії, аномалії обміну речовин
 - e. Усе вище перераховане
16. Характерні симптоми аліментарного маразму:
 - a. Дефіцит маси тіла більше 35%
 - b. Витончення м'язів та підшкірної клітковини, кардіо- та гепатомегалія, периферичні набряки
 - c. Анамнестичні дані щодо недостатнього харчування, динаміки маси тіла, соціально-економічного положення сім'ї, неврозів або психічних стресів
 - d. Пелагрозний дерматит, фолікулярний гіперкератоз, ослаблення коренів волосся, стоматит
 - e. Усе перераховане
17. Добова кількість білка для дитини з гіпотрофією третього ступеню тяжкості становить:
 - a. 2,5 г/кг/добу
 - b. 2,0 г/кг/добу
 - c. 1,5 г/кг/добу
 - d. 1,0 г/кг/добу
 - e. 0,6-0,7 г/кг/добу
18. Які рідини, що вводяться перорально при гіпотрофії для покриття дефіциту води та електролітів в організмі:
 - a. Молоко
 - b. Глюкозо-сольові розчини (ораліт, регідрон,
 - c. Дистильована вода
 - d. Чай
 - e. Укропна вода
19. Яка добова доза калію та натрію повинна бути як при ентеральному, так і при парентеральному годуванні?
 - a. 2 ммоль/кг К та 1 ммоль/кг Na
 - b. 4 ммоль/кг К та 2-2,5 ммоль/кг Na
 - c. 5 ммоль/кг К та 3-4 ммоль/кг Na
 - d. 7 ммоль/кг К та 3-5 ммоль/кг Na
 - e. Не має суттєвого значення
20. У дитини віком 4 місяці діагностовано гіпотрофію II ступеня. Який дефіцит маси у дитини?
 - a. 5 - 10 %
 - b. 10 - 20%
 - c. 31 - 50 %

- d. 21 - 30%
 - e. 51 - 70%
21. Дитина віком 3 місяці страждає на гіпотрофію II ступеню аліментарного генезу, період реконвалесценції. Знаходиться на етапі максимального харчування. При розрахунку лікування виник дефіцит білкової частини раціону. Чим коригувати дефіцит білку?
- a. Кефір
 - b. Сир
 - c. Каша
 - d. Фруктові соки
 - e. Овочеve пюре
22. Дитина віком 4 місяці, народилася з масою 3350 . Два місяці тому перенесла гостру кишкову інфекцію, після чого зберігаються нестійкі випорожнення, зльовування. На момент огляду: маса – 5000 г, тургор тканин знижений, тонкий підшкірний жировий прошарок на тулубі і кінцівках. Має місце м'язова гіпотонія, гепатомегалія. Попередній діагноз: гіпотрофія II ступеня. Який об'єм харчування на добу у першій фазі лікувального харчування необхідний даній дитині?
- a. 1/2 від вікової потреби
 - b. Вікову потребу
 - c. 1/5 від вікової потреби
 - d. 1/3 від вікової потреби
 - e. 1/4 від вікової потреби
23. Дитина віком 6 міс госпіталізована в відділення зі скаргами на зригування, млявість, відсутність прибавки маси тіла, не сидить. Шкіра бліда, слизові оболонки сухі, бліді, еластичність шкіри, тургор тканин знижений. Підшкірно-жирова складка на рівні пупка 4-5 мм. Підшкірна основа зменшена на тулубі, кінцівках. Дефіцит маси тіла - 25%. Який діагноз призначити дитині?
- a. гіпотрофія 2 ст.
 - b. гіпотрофія 3 ст.
 - c. паратрофія
 - d. нормотрофія
 - e. гіпотрофія 1 ст
24. Дівчинка віком 3 міс госпіталізована в відділення зі скаргами на відсутність прибавки маси тіла, зригування, млявість, відстає у розвитку. Шкіра та слизові оболонки бліді, сухі, тургор тканин еластичність шкіри знижена. Підшкірна основа відсутня на тулубі, кінцівках. Підшкірно-жирова складка на рівні пупка 3 мм. знижений. Дефіцит маси тіла - 32%. Період встановлення толерантності до їжи триває для дитини.
- a. 2 міс.
 - b. 2 доби
 - c. 7 днів
 - d. 1 день
 - e. не треба
25. Дитина госпіталізована з дефіцитом маси тіла 34% зі скаргами на зригування, млявість, відмовляється від їжі. Який препарат призначити дитині для парентерального вигодовування?
- a. реополіглокін
 - b. фізіологічний розчин
 - c. інфезол
 - d. гемодез
 - e. есенціале
26. Доношена дитина 2 міс., народилась з масою 3 кг. До 1 міс. годувалась молоком матері, потім мати захворіла та госпіталізована до лікарні. Чим треба годувати дитину, якщо немає материнського молока?
- a. молоком кози
 - b. кашою з манки
 - c. сумішшю "НАН"
 - d. сумішшю "Малиш"
 - e. овочевим супом
27. Дитині 3 місяці, маса тіла - 4500 г, вигодовування штучне. Народилась доношеною з масою тіла 3250 г. З анамнезу відомо, що у дитини з народження розлади випорожнення, пері одичне зригування, кишкові кольки, здуття живота. Об'єктивно: клінічні ознаки гіпотрофії I ступеня, дефіцит маси тіла 16 %. Випорожнення жовтого кольору, рідке, пінисте, без слизу. При бактеріологічному дослідженні калу патології не виявлено. Які імовірні причини розвитку гіпотрофії у даної дитини?
- a. Гостра кишкова інфекція
 - b. Пілоростеноз
 - c. Пілороспазм

- d. Синдром мальабсорбції
 - e. Кишкова форма муковісцидозу
28. Дитині 4 місяці, з масою тіла при народженні 3350 г, два місяці тому перенесла гостру кишкову інфекцію, після чого з'явилися нестійкі випорожнення, відзначається зригування. На момент огляду маса тіла - 5000 г, знижений тургор тканин, стоншений підшкірний жировий шар на тулубі і кінцівках. М'язова гіпотонія, гепатомегалія. Попередній діагноз: гіпотрофія II ступеня. Який обсяг харчування у добу необхідний даній дитині?
- a. 1/4 від того, що має бути за віком
 - b. Відповідний віку
 - c. 1/5 від відповідного за віком
 - d. 1/3 від відповідного за віком
 - e. 1/2 від відповідного за віком
29. Дитина 2-х місяців народила ся в нормальний термін з масою тіла 3500 г. Вигодовування змішане. Фактична маса тіла - 4900 г. Дайте оцінку маси тіла дитини.
- a. Відповідає віку
 - b. На 150 м менше нормальної
 - c. Гіпотрофія I ступеня
 - d. Гіпотрофія II ступеня
 - e. Паратрофія I ступеня
30. Дитині 2 місяці. Мати звернулась до дільничного педіатра зі скаргами на періодичний неспокій дитини, недостатню прибавку у масі, блідість шкірних покривів. При огляді відмічається помірна блідість шкіри та видимих слизових оболонок, витончення підшкірної основи на тулубі, животі. Шкірна складка на рівні пупка досягає 0,8 см. Психомоторний розвиток відповідає віку. Яке порушення фізичного розвитку в дитини?
- i. Гіпотрофія
 - ii. Паратрофія "М"-г-
 - iii. Гіпостатура
 - iv. Нанізм
 - v. Еутрофія

Вар2

1. Для гіпотрофії II ступеню характерно зниження маси тіла на:
 - a. 5-10 %;
 - b. 10-20 %;
 - c. 10-15 %;
 - d. 20-30 %.
2. Який ступінь внутрішньоутробної гіпотрофії у дитини, яка народилася в строк, масою тіла 2700, довжиною 52 см (масо-ростовий показник 51,8):
 - a. I ступінь;
 - b. II ступінь;
 - c. III ступінь;
 - d. Гіпотрофії немає.
3. Причини гіпотрофії у дітей раннього віку наступні, крім:
 - a. Незрілість вищої нервової діяльності;
 - b. Незрілість адаптаційно – трофічних функцій;
 - c. Висока активність ферментів травлення;
 - d. Незрілість нервового апарату кишечника;
 - e. Слабкість м'язового шару кишечника.
4. Розвиток ендогенної дистрофії зумовлено наступними факторами:
 - a. Аліментарний;
 - b. конституційний;
 - c. Аномалії розвитку;
 - d. Спадкова патологія обміну речовин.
5. При зменшенні маси тіла при нормальній довжині діагностується:
 - a. Гіпостатура;
 - b. Гіпотрофія;
 - c. Ейтрофія;
 - d. Гіпоплазія.
6. При рівномірному зниженні маси та довжини тіла діагностується:
 - a. Гіпотрофія;
 - b. Гіпостатура;
 - c. Гіпоплазія;
 - d. Ейтрофія.

7. Гіпотрофія I ступеня характеризується дефіцитом маси:
 - a. 5-10%;
 - b. 10-20%;
 - c. менше 5%;
 - d. 20-30%;
 - e. 10-15%.
8. В якому віці типово поява блювоти при вродженому пілоростенозі:
 - a. з перших днів життя;
 - b. з 2-3 тижня життя;
 - c. 4-5 тижня;
 - d. після 2 місяців.
9. Що не може бути причиною внутрішньоутробної гіпотрофії:
 - a. хронічні захворювання матері;
 - b. алкоголізм матері;
 - c. нераціональне харчування матері;
 - d. плацентарна недостатність.
 - e. ожиріння матері.
10. Синдроми характерні для гіпотрофії (білково-енергетичної недостатності), за винятком:
 - a. Синдром трофічних розладів
 - b. Синдром травних порушень
 - c. Сечовий синдром
 - d. Синдром дисфункції ЦНС
 - e. Синдром порушення гемопоезу та зниження імунобіологічної реактивності
11. Фактори ризику пренатальної гіпотрофії, за винятком
 - a. Пізній гестоз
 - b. Недоношеність, багатоплідна вагітність
 - c. Хвороби матері під час вагітності
 - d. Асфіксія
 - e. Муковісцидоз
12. Для гіпотрофії першого ступеню характерно зниження маси тіла на:
 - a. 15-20%
 - b. 21-30%
 - c. 11-20%
 - d. 31-35%
 - e. 35-40%
13. Яка тривалість періоду виявлення толерантності до їжі при гіпотрофії третього ступеню?
 - a. 10-14 днів
 - b. 3-7 днів
 - c. 1-3 дні
 - d. 15-20 днів
 - e. 21-30 днів
14. Яка з перерахованих форм гіпотрофії більш характерна для дітей дошкільного й шкільного віку?
 - a. ЗВУР
 - b. Гіпостатура
 - c. Квашіоркор
 - d. Маразм аліментарний
 - e. Дефіцит незамінних жирних кислот
15. Для якої форми гіпотрофії характерна тріада Джелліфа (нервово-психічні розлади, набряки, зменшення м'язової маси, відставання у фізичному розвитку)?
 - a. ЗВУР
 - b. Гіпостатура
 - c. Квашіоркор
 - d. Дефіцит незамінних жирних кислот
16. Для якої форми гіпотрофії характерні зміни волосся (посвітління, "симптом прапору"), дерматит, місяцеподібне обличчя, діарея, анемія?
 - a. ЗВУР
 - b. Квашіоркор
 - c. Гіпостатура
 - d. Маразм
17. Дефіцит незамінних жирних кислот
18. Добовий калораж при гіпотрофії третього ступеню тяжкості складає:
 - a. 120-130 ккал/кг/добу

- b. 100-105 ккал/кг/добу
 - c. 75-80 ккал/кг/добу
 - d. 60 ккал/кг/добу
 - e. 30 ккал/кг/добу
19. Добова кількість білка для дитини з гіпотрофією першого ступеню тяжкості становить:
- a. 2,5 г/кг/добу
 - b. 2,0 г/кг/добу
 - c. 1,5 г/кг/добу
 - d. 1,0 г/кг/добу
 - e. 0,6-0,7 г/кг/добу
20. Добова кількість білка для дитини з гіпотрофією другого ступеню тяжкості становить:
- a. 2,5 г/кг/добу
 - b. 2,0 г/кг/добу
 - c. 1,5 г/кг/добу
 - d. 1,0 г/кг/добу
 - e. 0,6-0,7 г/кг/добу
21. У хлопчика 3 років на фоні вродженої вади серця спостерігається одночасна затримка маси та росту. Як це назвати?
- a. Гіпостатура
 - b. Гіпотрофія
 - c. Гіпоплазія
 - d. Субнанізм
 - e. Нанізм
22. Дитині 3 місяці, на штучному вигодовуванні з 2-х місяців. Годується 4 рази на день розведеним коров'ячим молоком, 1 раз – овочеve пюре та терте яблуко. Які зміни необхідні, щоб вигодовування стало раціональним?
- a. Включити в раціон 10-процентну манну кашу
 - b. Призначити цільне коров'яче молоко
 - c. Призначити адаптовану молочну суміш
 - d. Ввести в раціон яєчний жовток
 - e. Призначити овочевий відвар
23. Дитині 6,5 місяців. Вигодовується тільки грудним молоком. Під час огляду лікар виявив у дитини гіпотрофію I ступеня. Який перший прикорм найбільш бажаний для цієї дитини?
- a. 5% манна каша
 - b. Овочеve пюре
 - c. 10% каша
 - d. Терте яблуко
 - e. Сир.
24. Для здорової дитини чотирьох місяців, що знаходиться на природному вигодовуванні, потрібно призначити перше підгодовування. Яке блюдо доцільніше використати у цьому випадку?
- a. Овочеve пюре
 - b. 5% манна каша
 - c. Печиво
 - d. Ячнева каша
 - e. Терте яблуко
25. Дитина 3-х місяців на штучному вигодовуванні з 2-х місяців. Годується 5 разів на день розведеним коров'ячим молоком, 1 раз – овочеve пюре та терте яблуко. Які зміни необхідні, щоб вигодовування стало раціональним?
- a. Призначити адаптовану молочну суміш
 - b. Призначити цільне коров'яче молоко
 - c. Включити в раціон 10-процентну манну кашу
 - d. Ввести в раціон яєчний жовток
 - e. Призначити овочевий відвар
26. У стаціонарі з приводу пневмонії знаходиться дитина 5 місяців, яка перебуває на природному вигодовуванні, у дитини сформувалася гіпотрофія з дефіцитом маси 11%. Після одужання лікар рекомендує матері ввести перший прикорм. Які з наведених продуктів слід рекомендувати в якості першого прикорму?
- a. Овочеve пюре
 - b. Кисломолочні продукти
 - c. Терте яблуко
 - d. Каша із злаків
 - e. Адапована молочна суміш

27. Дитина віком 7 місяців. Маса тіла при народженні 3450 г. Знаходиться на природньому вигодовуванні. Прикорми введені своєчасно. Визначте добову потребу в білку у цієї дитини.
- 3,0 г/кг
 - 2,0 г/кг
 - 2,5 г/кг
 - 3,5 г/кг
 - 4,0 г/кг
28. Хлопчикові 5 місяців. Народився з масою 3000 г від вагітності з фізіологічним перебігом. Пологи вчасні. Закричав одразу, до груді прикладений в першу добу. В теперешній час годується лише груддю. В розвитку не відстає, щеплення за віком, маса тіла 9100 г. Який прикорм найбільш раціональний?
- М'ясний бульйон
 - Утриматися від введення прикорму
 - Каша манна
 - Печиво з молоком
 - Овочеve пюре
29. Дитина 4-х місяців. Народилася з масою 3200, здоровою. Мати відзначає, що останні 7 днів хлопчик став неспокійним, гірше спить вдень і вночі, безпричинно кричить після годування й у проміжках між ними. У матері гіпогалактія. Яка оптимальна тактика лікаря в цьому випадку?
- Лікування гіпогалакції в матері
 - Введення прикорму в раціон дитини
 - Призначення докорму
 - Введення в раціон дитини тварогу
 - Введення коригуючих добавок
30. Дитині 2 місяці. Мати звернулася до дільничного педіатра зі скаргами на періодичний неспокій дитини, недостатню прибавку у масі, блідість шкірних покривів. При огляді відмічається помірна блідість шкіри та видимих слизових оболонок, витончення підшкірної основи на тулубі, животі. Шкірна складка на рівні пупка досягає 0,8см. Психомоторний розвиток відповідає віку. Яке порушення фізичного розвитку в дитини ?
- Гіпостатура
 - Паратрофія
 - Гіпотрофія
 - Нанізм
 - Єутрофія

Задача 1.

До Вас звернулася мати з дитиною 3-х місяців. Вага при народженні 3500г., в дійсний час – 5 кг. Мати відзначає неспокій стану дитини за останні два тижні. Об'єктивно: блідість шкіри, відсутність п/ш жирової клітковини на животі при задовільному її розвитку на інших ділянках тіла. Тургор тканин знижений. Зі сторони внутрішніх органів патології не відмічено.

Питання:

- Діагноз. Обґрунтування діагнозу
- Ступінь важкості захворювання
- Що сприяло розвитку в даному випадку гіпотрофії
- Який прогноз у цієї дитини
- План обстеження.
- План лікування.
- Розрахунок меню дитини и часткового парентерального вигодовування

Задача 2.

Хворий А., 29 днів. Поступив в відділення грудного віку. Зі слів матері, блювота “фонтаном” майже після кожного годування (відразу чи через 20-30 хвилин), неспокій, закреп, відсутність прибавки в масі. Перші вказані розлади з'явилися з віку 22 днів. Із анамнезу: від другої доношеної вагітності з масою 3500, пологи стрімкі, дитина на природньому вигодовуванні. Об'єктивно: шкіра суха, підшкірно-жировий шар погано розвинений на тулубі, кінцівках,

тургор знижений. Маса 3100. Живіт помірно здутий, гази не відходять, стул після клізми.

Питання:

1. Діагноз Обґрунтування діагнозу
2. Які причини призвели до такого стану дитини
3. Ступінь важкості захворювання
4. Який прогноз у цієї дитини
5. План обстеження.
6. План лікування.
7. Розрахунок меню дитини и часткового парентерального вигодовування
8. Ваші дії.

Задача 3.

Часто хворіючій дитині 3-х міс. поставлений діагноз: гіпотрофія. Маса при народженні 3 кг. Маса при огляді- 4000 г. Дитина квола, апатична, груди бере без бажання, смокче квола. п/ш жировий шар відсутній на череві, різко знижений на кінцівках. Тургор тканин знижений. Стул із схильністю до закріпів, сечовипускання рідке.

Питання:

1. Діагноз Обґрунтування діагнозу
2. Ступінь гіпотрофії
3. Головний принцип розрахунку б.ж.у.
4. Якому виду їжі надається перевага для цієї дитини, кількість її.
5. План обстеження.
6. План лікування.
7. Розрахунок меню дитини и часткового парентерального вигодовування

Задача 4.

Дитина 3-х міс. Маса 4100. (Часто хворіючій дитині 3-х міс. поставлений діагноз: гіпотрофія. Маса при народженні 3 кг. Дитина квола, апатична, груди бере без бажання, смокче кволо. п/ш жировий шар відсутній на череві, різко знижений на кінцівках. Тургор тканин знижений. Стул із схильністю до закріпів, сечовипускання рідке.) отримує грудне харчування і ферменти. Апетит став покращуватись, але дитина, як і раніше, з'їдає менше потрібного, загальмована. В масі не прибавляє.

Питання:

9. Діагноз Обґрунтування діагнозу
10. План обстеження.
11. План лікування.
1. Розрахунок меню дитини и часткового парентерального вигодовування
2. Із чим, з вашої точки зору, зв'язана така торпідність процесів.
3. Яка замісна терапія показана даній дитині.

Задача 5.

Хворий М., 2,5 міс. поступив в клініку з приводу зниження апетиту, відсутності прибавки в масі, покашлювання. Дитина народилася від другої доношеної вагітності з масою 3800 і довжиною тіла 52 см., до грудей була прикладена на другу добу. З одного місяця – на змішаному вигодовуванні. Соки отримував нерегулярно по 5- 10 мл. На вулицю мати дитину не виносила, купала нерегулярно. В 1,5 міс переніс гостру пневмонію. Об'єктивно: Маса 3400, кволий, активних рухів мало, голову не тримає. Шкіра бліда, суха. Підшкірна основа незначно збережена на обличчі. Еластичність шкіри, тургор тканин знижені. Шкірна складка на рівні пупка 3 мм. ЧДР – 48 в /хв. Печінка +2см. Стул 2 р. в добу, рідкий.

Питання:

1. Діагноз
2. Що сприяло розвитку в даному випадку гіпотрофії
3. Який прогноз у цієї дитини
4. Чи можна було попередити розвиток гіпотрофії у даної дитини.
5. План обстеження.
6. План лікування.
7. Розрахунок меню дитини и часткового парентерального вигодовування

Задача 6.

Хворий А., 2 міс. Поступив в відділення грудного віку. Зі слів матері, зригування після введення суміші майже після кожного годування, апетит знижений (відразу чи через 20-30 хвилин), неспокій, закріп, відсутність прибавки в масі. Із анамнезу: від другої доношеної вагітності з масою 3500, пологи стрімкі, дитина на природному вигодовуванні до 1 міс.. Об'єктивно: шкіра суха, підшкірно-жировий шар погано розвинений на тулубі, кінцівках, тургор знижений. Маса 3100. Живіт помірно здутий, гази відходять, стул малими порціями рідкий.

Питання:

1. Діагноз Обґрунтування діагнозу
2. Які причини призвели до такого стану дитини
3. Ступінь важкості захворювання
4. Який прогноз у цієї дитини
5. План обстеження.
6. План лікування.
7. Розрахунок меню дитини и часткового парентерального вигодовування
8. Ваші дії.

Задача 7.

До Вас звернулася мати з дитиною 4-х місяців. Вага при народженні 3200г., в дійсний час – 4,5 кг. Мати відзначає неспокій стану дитини за останні два тижні. Об'єктивно: блідість шкіри, відсутність п/ш жирової клітковини на животі при задовільному її розвитку на інших ділянках тіла. Тургор тканин знижений. Зі сторони внутрішніх органів патології не відмічено.

Питання:

8. Діагноз. Обґрунтування діагнозу
9. Ступінь важкості захворювання
10. Що сприяло розвитку в даному випадку гіпотрофії
11. Який прогноз у цієї дитини
12. План обстеження.
13. План лікування.
14. Розрахунок меню дитини и часткового парентерального вигодовування

Задача 8.

Хворий А., 1міс. днів. Поступив в відділення грудного віку. Зі слів матері, блювота “фонтаном” майже після кожного годування (відразу чи через 20-30 хвилин), неспокій, закреп, відсутність прибавки в масі. Перші вказані розлади з'явилися з віку 22 днів. Із анамнезу: від другої доношеної вагітності з масою 3500, пологи стрімкі, дитина на природному вигодовуванні.

Об'єктивно: шкіра суха, підшкірно-жировий шар погано розвинений на тулубі, кінцівках, тургор знижений. Маса 3000. Живіт помірно здутий, гази не відходять, стул після клізми.

Питання:

12. Діагноз Обґрунтування діагнозу
13. Які причини призвели до такого стану дитини
14. Ступінь важкості захворювання
15. Який прогноз у цієї дитини
16. План обстеження.
17. План лікування.
18. Розрахунок меню дитини и часткового парентерального вигодовування
19. Ваші дії.

Задача 9.

Часто хворіючій дитині 8-х міс. поставлений діагноз: гіпотрофія. Маса при народженні 4 кг. Маса при огляді- 6000 г. кормиться грудью матери по бажанню, ни які другі харчі мати дитині ще не вводила до раціону. Дитина квола, апатична, груди бере без бажання, смоче кволо, не сидить, не стоїть. Шкіра бліда, суха, зубів нне має, п/ш жировий шар відсутній на череві, різко знижений на кінцівках. Тургор тканин знижений. Стул із схильністю до закрепів, сечовипускання рідке.

Питання:

8. Діагноз Обґрунтування діагнозу
9. Ступінь гіпотрофії
10. Головний принцип розрахунку б.ж.у.
11. Якому виду їжі надається перевага для цієї дитини, кількість її.
12. План обстеження.
13. План лікування.
14. Розрахунок меню дитини и часткового парентерального вигодовування

Задача 10.

Дитина 3,5-х міс. Маса 4200. (Часто хворюючій дитині 3-х міс. поставлений діагноз: гіпотрофія. Маса при народженні 3 кг. Дитина квола, апатична, груди бере без бажання, смокче квола. п/ш жировий шар відсутній на череві, різко знижений на кінцівках. Тургор тканин знижений. Стул рідкий, невеликими порціями, сечовипускання рідке.) отримує грудне харчування і ферменти. Апетит став покращуватись, але дитина, як і раніше, з'їдає менше потрібного, загальмована. В масі не прибавля, голову не тримає.

Питання:

20. Діагноз Обґрунтування діагнозу
21. План обстеження.
22. План лікування.
4. Розрахунок меню дитини и часткового парентерального вигодовування
5. Із чим, з вашої точки зору, зв'язана така торпідність процесів.
6. Яка замісна терапія показана даній дитині.

Задача 11.

Хворий М., 3,5 міс. поступив в клініку з приводу зниження апетиту, відсутності прибавки в масі, покашлювання. Дитина народилася від другої доношеної вагітності з масою 3200 і довжиною тіла 52 см., до грудей була прикладена на другу добу. З одного місяця – на змішаному вигодовуванні. Соки отримував нерегулярно по 5- 10 мл. На вулицю мати дитину не виносила, купала нерегулярно. В 1,5 міс переніс гостру пневмонію, страждає дисфункцією кишківнику. Об'єктивно: Маса 3400, кволий, активних рухів мало, голову не тримає. Шкіра бліда, суха. Підшкірна основа незначно збережена на обличчі. Еластичність шкіри, тургор тканин знижені. Шкірна складка на рівні пупка 3 мм. ЧДР – 48 в /хв. Печінка +2см. Стул 2 р. в добу, рідкий.

Питання:

8. Діагноз
9. Що сприяло розвитку в даному випадку гіпотрофії
10. Який прогноз у цієї дитини
11. Чи можна було попередити розвиток гіпотрофії у даної дитини.
12. План обстеження.
13. План лікування.
14. Розрахунок меню дитини и часткового парентерального вигодовування

Задача 12.

Хворий А., 2,0

міс. Поступив в відділення грудного віку. Зі слів матері, зригування після введення суміші майже після кожного годування, апетит знижений (відразу чи через 20-30 хвилин), неспокій, закреп, відсутність прибавки в масі. Із анамнезу: від другої доношеної вагітності з масою 3700, пологи стрімкі, дитина на природному вигодовуванні до 1 міс..

Об'єктивно: шкіра суха, підшкірно-жировий шар погано розвинений на тулубі, кінцівках, тургор знижений. Маса 3500. Живіт помірно здутий, гази відходять, стул малими порціями рідкий.

Питання:

9. Діагноз Обґрунтування діагнозу
10. Які причини призвели до такого стану дитини
11. Ступінь важкості захворювання
12. Який прогноз у цієї дитини
13. План обстеження.
14. План лікування.
15. Розрахунок меню дитини и часткового парентерального вигодовування

16. Ваші дії.

Задача 11.

Больной 3,5 мес. поступил в клинику по поводу снижения аппетита, отсутствия прибавки массы тела, покашливания. Ребенок родился доношенный, масса 3200 рост 52, с 1 мес на смешанном вскармливании, не гуляли с ребенком, купали 1 раз в неделю, в 2 мес перенес пневмонию, стул 5 раз в день, кал разжижен с комочками.

Сейчас масса 4 кг, активно не двигается, голову не держит, кожа бледная сухая толщина складки на животе 0,8 см, эластичность и тургор тканей снижены.

1. Поставьте диагноз
2. Укажите причины данного состояния
3. Распишите правильное питание
4. План обследования
5. План лечения
6. Нужно ли парентеральное питание если да то укажите как его проводить
7. Прогноз
8. Профилактика

1.