ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ДЕТСТВА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ»

ПРИНЯТО
Ученым советом
ГБУЗ Московской области «НИКИ детства
Минздрава Московской области»,
Протокол № 6
«28» июня 2023

УТВЕРЖДАЮ
Директор
_____ Н.Д. Одинаева
«28» июня 2023
Приказ № 100А

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)
«Нутрициология»

Направленность (профиль) программы
31.08.19 Педиатрия

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Мытищи 2023

Настоящая рабочая программа дисциплины **«Нутрициология»** (Далее - рабочая программа дисциплины) является частью (формируемой участниками образовательных отношений) программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.19. Педиатрия.

ФОС подготовлен авторским коллективом ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области» под руководством Одинаевой Нуринисо Джумаевны, д-ра мед. наук.

Список разработчиков ФОС:

№ п/п	Фамилия Имя Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность
1.	Одинаева Нуринисо Джумаевна	д-р мед. наук,	Директор ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
2	Кондратьева Елена Ивановна	д-р мед. наук, профессор	Заместитель директора по научной работе ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
3	Лошкова Елена Владимировна	канд. мед. наук, доцент	Ведущий научный сотрудник научно-организационного отдела ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
4	Шадрина Вера Владиславовна	канд. мед. наук, доцент	Заведующая кафедрой клинической генетики и орфанных заболеваний ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
5	Смбатян Сиран Мануковна	д-р мед. наук, доцент	Главный научный сотрудник научно – организационного отдела ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
6	Левашева Светлана Владимировна	канд. мед. наук, доцент	старший научный сотрудникнаучно – организационного отдела ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
7	Петрова Анастасия Сергеевна	канд. мед. наук, доцент	Заведующая кафедрой неонатологии, ведущий научный сотрудник отдела неонатальной медицины и когнитивного развития ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
8	Горбунов Сергей Георгиевич	д-р мед. наук, доцент	Заведующий кафедрой детских инфекционных заболеваний и эпидемиологии, заведующий отделом детских инфекционных заболеваний ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
9	Хавкин Анатолий Ильич	д-р мед. наук, профессор	Заведующий кафедрой гастроэнтерологии и диетологии им. А.В. Мазурина, главный научный сотрудник отдела педиатрии, главный

			научный сотрудник научно-организационного отдела ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
10	Малахов Александр Борисович	д-р мед. наук, профессор	Заведующий отделом педиатрии ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
11	Максимычева Татьяна Юрьевна	канд. мед. наук	Заведующий отделом наследственных и метаболических заболеваний ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
12	Захарова Нина Ивановна	д-р мед. наук, профессор	Заведующий отделом неонатальной медицины и когнитивного развития ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
13	Мартынович Наталья Николаевна	д-р мед. наук, профессор	Профессор кафедры социальной педиатрии и поликлинического обучения ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
14	Воронкова Анна Юрьевна	канд. мед. наук	Ведущий научный сотрудник отдела наследственных и метаболических заболеваний ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
15	Мельяновская Юлия Леонидовна	-	Научный сотрудник научно-организационного отдела ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»

ФОС дисциплины обсужден и одобрен на заседании учебно-методической комиссии ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области» (Протокол № 1 от «07» июня 2023 г.).

Председатель учебно-методической комиссии, д-р мед.наук,
_____ Л.А. Пак «07» июня 2023 г.

ФОС дисциплины рассмотрен и одобрен на заседании Ученого совета ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области» (Протокол № 6 от «28» июня 2023 г.).

Председатель ученого совета, д-р мед.наук
_____ Н.Д. Одинаева «28» июня 2023г.

Перечень контрольных вопросов для промежуточной аттестации

1. Питание как общебиологическая проблема, основные функции пищи.
2. Питание как физиологическая проблема.
3. Питание как медицинская проблема. Питание как социальная и экономическая проблема. Понятие о различных видах питания.
4. Современное представление о биологической роли нутриентов и их значение в обмене веществ в организме в норме и при патологии.
5. Общие закономерности процессов обмена веществ. Физиология и патофизиология белкового обмена. Физиология и патофизиология углеводного обмена. Физиология и патофизиология жирового обмена.
6. Физиология и патофизиология пищеварительного гидролиза и всасывания. Регуляция пищеварения. Значение состояния секреторной и моторной функций органов пищеварения и нарушений процессов пищеварения при заболеваниях органов пищеварения.
7. Биологическая и пищевая ценность белков. Пищевая ценность жиров. Пищевая ценность углеводов. Современные представления о биологической роли витаминов. Роль минеральных веществ в питании.
8. Особенности и нормы питания здорового населения. МР 2.3.1.0253—21.
9. Пищевые продукты – источники белка, жира, углеводов. Пищевые продукты – источники витаминов, минеральных веществ. Нормы потребления продуктов питания.
10. Гигиеническая оценка качества и безопасности пищевых продуктов. Организация и порядок проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы пищевых продуктов. Нормативно-правовая основа санитарной охраны пищевых продуктов.
11. Гигиенические требования к организации рационального питания человека. Рациональное питание как фактор первичной профилактики заболеваний – составная часть здорового образа жизни.
12. Оценка питания различных групп населения.
13. Лечебное питание, используемое как лечебный фактор. Лечебное питание, используемое с профилактической целью предупреждения обострения хронического заболевания. Значение и место лечебного питания в комплексной терапии. Принципы лечебного питания.
14. Лечебно-профилактическое питание, используемое на промышленных предприятиях. Принципы лечебно-профилактического питания. Перечень производств, профессий и должностей, требующих лечебно-профилактического питания. Рационы лечебно-профилактического питания.
15. Функциональные расстройства пищевода. Причины возникновения и основные клинические проявления. Гастроэзофагеальная болезнь пищевода. Другие заболевания пищевода. Основные клинические проявления. Диетотерапия.
16. Функциональные заболевания желудка. Острый гастрит. Хронический гастрит. Причины, основные клинические проявления. Диетотерапия.
17. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Заболевания желчного пузыря. Причины, основные клинические проявления. Диетотерапия.
18. Болезни оперированного желудка. Основные симптомы. Питание при оперированном желудке.
19. Анатомо-физиологические особенности кишечника. Функциональные заболевания кишечника. Хронические воспалительные заболевания кишечника. Причины, основные клинические проявления. Диетотерапия.

20. Анатомо-физиологические особенности печени. Хронический гепатит и цирроз печени, причины возникновения заболеваний. Основные клинические симптомы. Диетотерапия.
21. Анатомо-физиологические особенности желчного пузыря и желчевыводящих путей. Функциональные билиарные расстройства. Хронический некалькулезный холецистит. Желчнокаменная болезнь. Диетотерапия при заболеваниях желчного пузыря и желчевыводящих путей.
22. Анатомо-физиологические особенности поджелудочной железы. Острый панкреатит. Хронический панкреатит, в том числе, наследственный. Причины возникновения заболеваний. Основные симптомы. Диетотерапия при заболеваниях поджелудочной железы
23. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клиники. Диагностика. Принципы медикаментозной терапии. Диетотерапия.
24. Миокардиты. Основные причины. Клинические проявления. Принципы диетотерапии.
25. Кардиомиопатии. Основные причины, клинические проявления. Тактика диетотерапии
26. Диетотерапия при остром гломерулонефрите. Этиология. Патогенез. Классификация. Принципы диетотерапии. Характеристика диеты. Методика назначения диеты.
27. Хронический гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Принципы диагностики. Диетотерапия. Принципы диетотерапии. В период обострения. В период ремиссии. При хроническом гломерулонефрите с нефротическим синдромом.
28. Диетотерапия при хроническом пиелонефрите. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клиники. Принципы медикаментозной терапии. Фитотерапия. Диетотерапия при обострении, в период ремиссии.
29. Диетотерапия при острой почечной недостаточности. Этиология. Патогенез. Клиника. Основы медикаментозной терапии. Фитотерапия. Диетотерапия в период олигурии (анурии), при азотемии, при проведении гемодиализа, в период восстановления функции почек.
30. Диетотерапия при хронической болезни почек. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Медикаментозная терапия. Фитотерапия. Принципы диетотерапии. Характеристика диеты. Особенности питания в детском возрасте.
31. Воспалительные заболевания мочевыводящих путей, мочекаменная болезнь. Этиология. Патогенез. Уратурия. Оксалурия. Фосфатурия. Смешанные варианты.
32. Диетотерапия. Инфекция нижних мочевых путей. Основные причины, клинические проявления. Лечебное питание.
33. Лечебное питание при остром почечном повреждении у новорожденных, в том числе, недоношенных детей.
34. Сахарный диабет и диетотерапия. Метаболизм и регуляция углеводного обмена в организме. Клинические формы и стадии диабета. Лабораторная диагностика диабета. Гликемический профиль. Лечение. Диетотерапия сахарного диабета.
35. Диабетическая нефропатия. Основные клинические проявления, исходы. Диетотерапия.
36. Пневмония и диетотерапия. Особенности заболевания. Диетотерапия.
37. Туберкулез легких и диетотерапия. Особенности заболевания. Диетотерапия.
38. Бронхиальная астма. Основные причины, механизмы, клинические проявления. Особенности диетотерапии.
39. Питание в период предоперационной подготовки больных. Особенности питания и питьевого режима при плановых операциях.

40. Особенности питания в послеоперационном периоде в зависимости от характера оперативного вмешательства. Зондовое питание. Парентеральное питание в комплексной терапии хирургических больных.
41. Особенности питания с учетом вида травмы и течения раневого процесса.
42. Обоснование лечебного питания при ожоговой болезни. Комплексное применение зондового, парентерального и перорального питания при лечении ожоговой болезни, при несформированных свищах, при сформированных свищах. Особенности рациона.
43. Диетотерапия после операций на органах брюшной полости (желудок, кишечник, желчевыводящие пути).
44. Диетотерапия при острых кишечных инфекциях.
45. Пищевая непереносимость. Пищевая аллергия. Особенности патологии. Диетотерапия.
46. Питание при кожных заболеваниях. Принципы диетотерапии.
47. Железодефицитная анемия. Основные клинические проявления. Особенности построения диетотерапии. Другие виды анемий.
48. Питание при фенилкетонурии, гистидинемии, гемоцистинурии, лейцинозе гипо- и алактазии, фруктоземии, сахаридазной недостаточности, ферментопатиях, связанных с патологией кишечника. Особенности диетотерапии.
49. Особенности диетотерапии при муковисцидозе. Диетотерапия при таргетной терапии МВ.
50. Питание при онкологических заболеваниях. Основные проблемы.
51. Ожирение. Причины, последствия. Диетотерапия.
52. Особенности диетотерапии при поражении нервной системы.
53. Особенности диетотерапии при нарушениях пищевого поведения.

Оценки текущего контроля успеваемости фиксируются в зачетной ведомости.
Проведение промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)
Промежуточная аттестация в **форме зачета** осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в период экзаменационной (зачетно-экзаменационной) сессии, установленной календарным учебным графиком.

Ответы к контрольным вопросам для промежуточной аттестации

1. Питание как общебиологическая проблема, основные функции пищи

- Питание — универсальный биологический процесс поступления, переваривания, всасывания и использования нутриентов для поддержания жизни, роста, развития и репродукции.
- Основные функции пищи: энергетическая, пластическая, регуляторная, защитная, адаптационная, информационно-сигнальная и поддержание микробиоты.
- Недостаточное, избыточное или несбалансированное питание приводит к алиментарно-зависимым заболеваниям: недостаточности питания, ожирению, анемиям, гиповитаминозам, метаболическим нарушениям.
- У детей питание имеет дополнительное значение как фактор роста, созревания иммунитета, ЦНС, костной ткани и эндокринной регуляции.

2. Питание как физиологическая проблема

- Физиологическое питание должно соответствовать возрасту, полу, уровню физической активности, состоянию здоровья и энерготратам.
- Рацион оценивают по энергетической ценности, соотношению белков, жиров и углеводов, обеспеченности витаминами, минералами, пищевыми волокнами и водой.

- Важны режим питания, кратность приемов пищи, распределение калорийности в течение дня и кулинарная обработка.
- У детей физиологический рацион обеспечивает гармоничное физическое и нервно-психическое развитие.

3. Питание как медицинская проблема. Питание как социальная и экономическая проблема. Понятие о различных видах питания.

- Питание является фактором профилактики и лечения заболеваний; диета может быть самостоятельным лечебным фактором или частью комплексной терапии.
- Социальное значение связано с доступностью пищевых продуктов, культурой питания, школьным питанием, продовольственной безопасностью.
- Экономическое значение проявляется в влиянии питания на заболеваемость, трудоспособность, длительность госпитализации и затраты здравоохранения.
- Виды питания: рациональное, лечебное, лечебно-профилактическое, энтеральное, парентеральное, смешанное, специализированное, профилактическое.

4. Современное представление о биологической роли нутриентов и их значение в обмене веществ в организме в норме и при патологии.

- Белки обеспечивают пластические процессы, синтез ферментов, гормонов, антител, транспортных белков и поддержание онкотического давления.
- Жиры являются источником энергии, ПНЖК, фосфолипидов и жирорастворимых витаминов, участвуют в построении мембран.
- Углеводы — основной быстрый энергетический субстрат; пищевые волокна регулируют моторику, микробиоту и постпрандиальную гликемию.
- Витамины и минералы выполняют коферментные, антиоксидантные, структурные и регуляторные функции.

5. Общие закономерности процессов обмена веществ. Физиология и патофизиология белкового обмена. Физиология и патофизиология углеводного обмена. Физиология и патофизиология жирового обмена.

- Белковый обмен включает пищеварение белков до аминокислот, их всасывание, синтез собственных белков, трансаминирование, дезаминирование и образование мочевины.
- Углеводный обмен регулируется инсулином, глюкагоном, катехоламинами и включает гликолиз, гликогенез, гликогенолиз и глюконеогенез.
- Жировой обмен включает эмульгирование, липолиз, всасывание, транспорт липопротеинами, β-окисление, липогенез и кетогенез.
- Патология обмена проявляется гипо-/гипергликемией, дислипидемией, кетозом, белково-энергетической недостаточностью, ожирением.

6. Физиология и патофизиология пищеварительного гидролиза и всасывания. Регуляция пищеварения. Значение состояния секреторной и моторной функций органов пищеварения и нарушений процессов пищеварения при заболеваниях органов пищеварения.

- Пищеварение включает полостной, пристеночный и внутриклеточный гидролиз; у детей раннего возраста важны аутолитическое и мембранное пищеварение.
- Белки расщепляются протеазами, жиры — липазами при участии желчи, углеводы — амилазами и дисахаридазами.

- Регуляция пищеварения осуществляется нервными, гуморальными и местными механизмами: гастрин, секретин, холецистокинин, мотилин и др.
- Нарушения секреции, моторики, желчеотделения и всасывания лежат в основе мальдигестии и мальабсорбции.

7. Биологическая и пищевая ценность белков. Пищевая ценность жиров. Пищевая ценность углеводов. Современные представления о биологической роли витаминов. Роль минеральных веществ в питании.

- Биологическая ценность белка определяется аминокислотным составом, содержанием незаменимых аминокислот и усвояемостью.
- Пищевая ценность жиров зависит от содержания ПНЖК, соотношения ω-6/ω-3, фосфолипидов, стеринов и жирорастворимых витаминов.
- Углеводы различаются по скорости всасывания, гликемическому индексу и содержанию пищевых волокон.
- Витамины и минеральные вещества необходимы для ферментативных реакций, кроветворения, костного обмена, иммунитета и антиоксидантной защиты.

8. Особенности и нормы питания здорового населения. МР 2.3.1.0253—21

- Нормы питания определяют физиологические потребности в энергии, макро- и микронутриентах с учетом возраста, пола, физической активности и физиологического состояния.
- Рацион должен быть разнообразным, безопасным, энергетически адекватным и обеспечивать рекомендуемое потребление основных групп продуктов.
- Для детей нормы питания учитывают интенсивность роста, развитие костной ткани, ЦНС, иммунной системы и профилактику дефицитов.
- Практическое применение норм — составление меню в семьях, медицинских организациях, образовательных учреждениях и при профилактическом консультировании.

9. Пищевые продукты – источники белка, жира, углеводов. Пищевые продукты – источники витаминов, минеральных веществ. Нормы потребления продуктов питания.

- Источники полноценного белка: мясо, рыба, яйца, молоко, творог, сыр; растительные белки — бобовые, крупы, орехи.
- Источники жиров: растительные масла, рыба, молочные продукты, мясо, орехи; предпочтительны источники ненасыщенных жирных кислот.
- Источники углеводов: крупы, хлеб, картофель, овощи, фрукты; предпочтительны сложные углеводы и пищевые волокна.
- Источники микронутриентов: железо — мясо/печень; кальций — молочные продукты; йод — йодированная соль/морепродукты; витамин C — овощи/фрукты; витамин D — рыба, обогащенные продукты и профилактические препараты.

10. Гигиеническая оценка качества и безопасности пищевых продуктов. Организация и порядок проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы пищевых продуктов. Нормативно-правовая основа санитарной охраны пищевых продуктов.

- Безопасность пищи предполагает отсутствие опасных уровней биологических, химических и физических факторов.
- Оценка включает органолептику, микробиологические показатели, токсичные элементы, пестициды, нитраты, микотоксины, радионуклиды и маркировку.

- Санитарно-эпидемиологическая экспертиза проводится для подтверждения соответствия продукции требованиям технических регламентов и санитарных правил.
- Профилактика пищевых отравлений основана на соблюдении сроков годности, температурных режимов, технологии приготовления и хранения.

11. Гигиенические требования к организации рационального питания человека. Рациональное питание как фактор первичной профилактики заболеваний – составная часть здорового образа жизни.

- Рациональное питание соответствует энерготратам, сбалансировано по нутриентам, разнообразно и безопасно.
- Режим питания должен учитывать возраст, учебную/рабочую нагрузку, физическую активность и состояние здоровья.
- Как фактор первичной профилактики питание снижает риск ожирения, СД2, АГ, атеросклероза, дефицитных состояний и заболеваний ЖКТ.
- Важны ограничение соли, сахара, насыщенных и трансжиров, достаточное потребление овощей, фруктов, цельнозерновых и воды.

12. Оценка питания различных групп населения

- Используются методы 24-часового воспроизведения рациона, дневник питания, частотный опросник, взвешивание продуктов, анализ меню.
- Нутритивный статус оценивают по антропометрии, клиническим признакам, лабораторным маркерам и функциональным показателям.
- Для детей применяют Z-score массы, роста, ИМТ, окружности головы у раннего возраста; оценивают динамику, а не только разовые показатели.
- Выявляют группы риска: дети раннего возраста, подростки, беременные/кормящие, пациенты с хроническими болезнями, социально уязвимые семьи.

13. Лечебное питание, используемое как лечебный фактор. Лечебное питание, используемое с профилактической целью предупреждения обострения хронического заболевания. Значение и место лечебного питания в комплексной терапии. Принципы лечебного питания.

- Лечебное питание направлено на патогенетическую коррекцию заболевания, снижение нагрузки на пораженный орган и профилактику осложнений.
- Принципы: индивидуализация, физиологическая полноценность, щажение или тренировка функций, коррекция дефицитов, этапность и преемственность.
- Диета может использоваться при обострении заболевания, ремиссии, реабилитации и профилактике рецидивов.
- Оценивают переносимость, нутритивный статус, лабораторные показатели и клиническую динамику.

14. Лечебно-профилактическое питание, используемое на промышленных предприятиях. Принципы лечебно-профилактического питания. Перечень производств, профессий и должностей, требующих лечебно-профилактического питания. Рационы лечебно-профилактического питания.

- ЛПП назначают работникам вредных производств для повышения устойчивости организма и снижения воздействия профессиональных факторов.
- Принципы: направленная нутриентная коррекция, антиоксидантная защита, связывание/выведение токсикантов, обеспечение белком, витаминами, минералами.

- Рационы зависят от вредного фактора: химические вещества, ионизирующее излучение, тяжелые металлы, высокая температура и др.
- Назначение регулируется нормативными документами и перечнями производств/профессий.

15. Функциональные расстройства пищевода. Причины возникновения и основные клинические проявления. Гастроэзофагеальная болезнь пищевода. Другие заболевания пищевода. Основные клинические проявления. Диетотерапия.

- Функциональные расстройства пищевода и ГЭРБ проявляются изжогой, регургитацией, болью за грудиной, дисфагией, кашлем/ларингитом.
- Диетотерапия при ГЭРБ: дробное питание, отказ от переедания, ужин за 2–3 часа до сна, ограничение жирного, шоколада, мяты, газированных напитков, кислого/острого индивидуально.
- Рекомендуют нормализацию массы тела, приподнятый головной конец кровати, исключение горизонтального положения после еды.
- При дисфагии консистенцию пищи подбирают индивидуально; при осложнениях требуется гастроэнтерологическое обследование.

16. Функциональные заболевания желудка. Острый гастрит. Хронический гастрит. Причины, основные клинические проявления. Диетотерапия.

- Гастриты проявляются болью/тяжестью в эпигастрии, тошнотой, отрыжкой, нарушением аппетита; хронический гастрит может быть H. pylori-ассоциированным или аутоиммунным.
- В обострение назначают механическое, химическое и термическое щажение: теплые блюда, исключение грубой, жареной, острой пищи, газированных напитков.
- При секреторной недостаточности после стихания обострения рацион может включать продукты, умеренно стимулирующие секрецию, при сохранении щажения.
- Лечение включает эрадикацию H. pylori при подтверждении, коррекцию дефицитов, нормализацию режима питания.

17. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Заболевания желчного пузыря. Причины, основные клинические проявления. Диетотерапия.

- Язвенная болезнь проявляется эпигастральными, голодными или ночными болями, диспепсией; осложнения — кровотечение, перфорация, стеноз.
- Диета при обострении язвенной болезни: частое дробное питание, химическое и механическое щажение, исключение алкоголя, НПВС, острого, жареного, грубой клетчатки; питание должно быть полноценным.
- При заболеваниях желчного пузыря ограничивают избыток жира, жареное, тугоплавкие жиры; питание регулярное для профилактики застоя желчи.
- При ЖКБ желчегонные средства и продукты назначают осторожно после УЗИ из-за риска билиарной колики.

18. Болезни оперированного желудка. Основные симптомы. Питание при оперированном желудке.

- После резекции желудка возможны демпинг-синдром, синдром приводящей петли, гипогликемия, мальабсорбция, анемия, дефицит B12/железа/кальция.
- Питание дробное 5–6 раз в день, малыми порциями, с ограничением простых сахаров и избытка жидкости во время еды.
- Белок должен быть достаточным; консистенция и объем расширяются постепенно.

- При выраженной недостаточности питания применяют специализированные смеси, зондовое или парентеральное питание по показаниям.

19. Анатомо-физиологические особенности кишечника. Функциональные заболевания кишечника. Хронические воспалительные заболевания кишечника. Причины, основные клинические проявления. Диетотерапия.

- Функциональные заболевания кишечника включают СРК, функциональный запор, функциональную диарею; органической патологии при обследовании нет.
- ВЗК проявляются хронической диареей, болью, кровью в стуле, потерей массы, анемией, задержкой роста у детей.
- Диетотерапия зависит от фазы: при обострении — щажение, коррекция белка/энергии, исключение индивидуально непереносимых продуктов; при ремиссии — полноценный рацион.
- При ВЗК у детей важна нутритивная поддержка, иногда эксклюзивное энтеральное питание как терапевтический метод при болезни Крона.

20. Анатомо-физиологические особенности печени. Хронический гепатит и цирроз печени, причины возникновения заболеваний. Основные клинические симптомы. Диетотерапия.

- Печень участвует в обмене белков, жиров, углеводов, витаминов, желчных кислот и детоксикации.
- Хронические гепатиты и цирроз проявляются слабостью, гепатомегалией, желтухой, портальной гипертензией, нарушением синтетической функции.
- Диета: энергетически полноценная, достаточный белок при отсутствии тяжелой энцефалопатии, ограничение алкоголя, избытка жира, соли при асците.
- Необходима коррекция дефицита жирорастворимых витаминов, кальция, витамина D, контроль нутритивного статуса.

21. Анатомо-физиологические особенности желчного пузыря и желчевыводящих путей. Функциональные билиарные расстройства. Хронический некалькулезный холецистит. Желчнокаменная болезнь. Диетотерапия при заболеваниях желчного пузыря и желчевыводящих путей.

- Функциональные билиарные расстройства проявляются болями в правом подреберье, тошнотой, горечью, связью с жирной пищей и стрессом.
- При хроническом некалькулезном холецистите и ЖКБ питание регулярное, дробное, с ограничением жареного, избытка животных жиров и экстремальных диет.
- Полезны пищевые волокна, достаточное питье, нормализация массы тела без быстрого похудения.
- Желчегонные продукты/препараты противопоказаны при обструкции, активном воспалении и риске миграции камней.

22. Анатомо-физиологические особенности поджелудочной железы. Острый панкреатит. Хронический панкреатит, в том числе, наследственный. Причины возникновения заболеваний. Основные симптомы. Диетотерапия при заболеваниях поджелудочной железы

- Острый панкреатит проявляется сильной болью в животе, рвотой, повышением ферментов; хронический — болью, мальдигестией, стеатореей, потерей массы.
- После краткого периода пищевой паузы при остром панкреатите предпочтительно раннее энтеральное питание по переносимости; исключают жирное, жареное, экстрактивные вещества.

- При хроническом панкреатите рацион высокобелковый, с ограничением избытка жира индивидуально и ферментной заместительной терапией при экзокринной недостаточности.
- При наследственном панкреатите требуется длительное наблюдение, коррекция нутритивных дефицитов и боли.

23. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клиники. Диагностика. Принципы медикаментозной терапии. Диетотерапия.

- ХСН — синдром недостаточного сердечного выброса и/или венозного застоя; у детей причины включают ВПС, кардиомиопатии, миокардиты.
- Клиника: тахикардия, одышка, утомляемость, плохая прибавка массы, гепатомегалия, отеки.
- Диета: достаточная энергия и белок, ограничение соли при задержке жидкости, контроль жидкости при выраженной СН, частое питание малыми объемами.
- При недостаточности питания применяют высококалорийные смеси; контролируют электролиты при диуретиках.

24. Миокардиты. Основные причины. Клинические проявления. Принципы диетотерапии.

- Миокардит — воспалительное поражение миокарда, чаще вирусное/иммунное, проявляется слабостью, тахикардией, одышкой, болью, аритмиями, СН.
- Питание должно быть легкоусвояемым, достаточным по энергии и белку, с ограничением соли при СН.
- При интоксикации и лихорадке важны питьевой режим и коррекция потерь жидкости.
- При тяжелой СН или нутритивном риске назначают специализированное энтеральное питание.

25. Кардиомиопатии. Основные причины, клинические проявления. Тактика диетотерапии

- Кардиомиопатии — заболевания миокарда с нарушением структуры и функции: дилатационная, гипертрофическая, рестриктивная, метаболическая.
- Клиника: СН, аритмии, синкопе, задержка роста, непереносимость нагрузки.
- Диетотерапия направлена на поддержание нутритивного статуса, ограничение соли/жидкости при застое, коррекцию дефицитов.
- При метаболических кардиомиопатиях возможны специальные диеты по нозологии.

26. Диетотерапия при остром гломерулонефрите. Этиология. Патогенез. Классификация. Принципы диетотерапии. Характеристика диеты. Методика назначения диеты.

- Острый ГН чаще постинфекционный, проявляется отеками, гипертензией, гематурией, протеинурией, снижением диуреза.
- В остром периоде ограничивают соль и жидкость с учетом диуреза, отеков и АД; белок ограничивают только при азотемии/снижении функции почек.
- Рацион должен быть энергетически достаточным за счет углеводов и жиров, с контролем калия при олигурии.
- По мере восстановления диуреза и функции почек диету расширяют.

27. Хронический гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Принципы диагностики. Диетотерапия. Принципы диетотерапии. В период обострения. В период ремиссии. При хроническом гломерулонефрите с нефротическим синдромом.

- ХГН протекает с мочевым, нефротическим, гипертензивным или смешанным синдромом и риском ХБП.
- При обострении ограничивают соль, контролируют жидкость, белок и калий/фосфор по функции почек.

- При нефротическом синдроме важны ограничение соли, достаточный белок без избыточной нагрузки, коррекция гиперлипидемии.
- В ремиссии рацион физиологический с ограничением соли при гипертензии, профилактикой ожирения и нефропротекцией.

28. Диетотерапия при хроническом пиелонефрите. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клиники. Принципы медикаментозной терапии. Фитотерапия. Диетотерапия при обострении, в период ремиссии.

- Хронический пиелонефрит — инфекционно-воспалительное поражение почек, часто связано с аномалиями мочевых путей и нарушением уродинамики.
- В обострение: достаточное питье при отсутствии противопоказаний, щадящее питание, ограничение острых, соленых, раздражающих продуктов.
- В ремиссии: регулярное питье, профилактика запоров, достаточное потребление овощей/фруктов, ограничение избытка соли.
- Фитотерапия возможна как вспомогательная мера вне тяжелого обострения и не заменяет антибиотики.

29. Диетотерапия при острой почечной недостаточности. Этиология. Патогенез. Клиника. Основы медикаментозной терапии. Фитотерапия. Диетотерапия в период олигурии (анурии), при азотемии, при проведении гемодиализа, в период восстановления функции почек.

- При ОПП питание зависит от стадии: олигурия/анурия, азотемия, диализ, восстановление диуреза.
- В олигурии ограничивают жидкость, натрий, калий и фосфор; белок индивидуализируют по катаболизму и диализной поддержке.
- При гемодиализе/перитонеальном диализе потребность в белке выше из-за потерь аминокислот.
- В восстановительном периоде питание расширяют, контролируя электролиты, диурез и функцию почек.

30. Диетотерапия при хронической болезни почек. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Медикаментозная терапия. Фитотерапия. Принципы диетотерапии. Характеристика диеты. Особенности питания в детском возрасте.

- ХБП у детей требует сохранения роста при снижении нефронной функции, поэтому чрезмерные ограничения опасны.
- Принципы: достаточная энергия, белок по возрастной потребности и стадии ХБП, ограничение соли при гипертензии, контроль фосфора, калия и жидкости по анализам.
- Корректируют анемию, ацидоз, дефицит витамина D, нарушения кальций-фосфорного обмена.
- При диализе повышается потребность в белке; питание контролируется нефрологом и диетологом.

31. Воспалительные заболевания мочевыводящих путей, мочекаменная болезнь. Этиология. Патогенез. Уратурия. Оксалурия. Фосфатурия. Смешанные варианты.

- При ИМС важны питьевой режим, регулярное мочеиспускание, лечение запоров и исключение раздражающих продуктов в остром периоде.
- При уратурии ограничивают избыток пуринов, обеспечивают ощелачивание мочи по показаниям и достаточное питье.

- При оксалурии ограничивают продукты с высоким содержанием оксалатов, корректируют дефицит магния/B6 по показаниям.
- При фосфатурии учитывают pH мочи, инфекцию и баланс кальция/фосфора; диета назначается после уточнения типа кристаллурии.

32. Диетотерапия. Инфекция нижних мочевых путей. Основные причины, клинические проявления. Лечебное питание.

- При цистите показаны достаточное питье, регулярное опорожнение мочевого пузыря, исключение острых, сильно соленых и раздражающих продуктов.
- Рацион должен быть физиологическим, с достаточным содержанием пищевых волокон для профилактики запоров.
- Кислые морсы/фитосредства могут использоваться как вспомогательные при отсутствии противопоказаний, но не заменяют антибактериальную терапию.
- При рецидивах важно выявить дисфункцию мочеиспускания, запоры, аномалии мочевых путей.

33. Лечебное питание при остром почечном повреждении у новорожденных, в том числе, недоношенных детей.

- Цель — обеспечить энергетические потребности и рост, не усугубляя азотемию, гиперкалиемию и перегрузку жидкостью.
- Объем жидкости рассчитывают по диурезу, внепочечным потерям, массе и клиническому состоянию.
- Предпочтительно энтеральное питание грудным молоком при переносимости; при невозможности — парентеральное питание с индивидуальным белком и электролитами.
- Необходим частый контроль глюкозы, электролитов, КОС, мочевины, креатинина и массы тела.

34. Сахарный диабет и диетотерапия. Метаболизм и регуляция углеводного обмена в организме. Клинические формы и стадии диабета. Лабораторная диагностика диабета. Гликемический профиль. Лечение. Диетотерапия сахарного диабета.

- СД характеризуется хронической гипергликемией вследствие дефицита инсулина, инсулинорезистентности или их сочетания.
- Диагностика: глюкоза натощак, случайная гликемия при симптомах, ОГТТ, HbA1c, кетоны, аутоантитела и С-пептид по показаниям.
- Диетотерапия при СД1 основана на подсчете углеводов/хлебных единиц, согласовании с инсулином и профилактике гипогликемий.
- При СД2 — редукция массы при ожирении, исключение сладких напитков и рафинированных углеводов, достаточный белок, клетчатка, контроль жира и соли.

35. Диабетическая нефропатия. Основные клинические проявления, исходы. Диетотерапия.

- Диабетическая нефропатия проявляется альбуминурией, снижением СКФ, гипертензией и прогрессированием ХБП.
- Ключевые меры: контроль гликемии, АД, массы тела, липидов и отказ от избытка соли.
- Белок назначают без избыточного потребления; при ХБП квоту белка корректируют по стадии и возрасту.
- Рацион должен ограничивать простые сахара, насыщенные жиры и соль; важен контроль калия/фосфора при снижении СКФ.

36. Пневмония и диетотерапия. Особенности заболевания. Диетотерапия.

- При пневмонии повышаются энергетические потребности из-за лихорадки и работы дыхания, но аппетит часто снижен.
- Питание должно быть легкоусвояемым, дробным, с достаточным белком, жидкостью и микронутриентами.
- При тяжелой ДН возможна нутритивная поддержка энтеральными смесями малыми объемами.
- В период восстановления питание направлено на компенсацию белково-энергетических потерь.

37. Туберкулез легких и диетотерапия. Особенности заболевания. Диетотерапия.

- Туберкулез сопровождается интоксикацией, воспалением, повышенным катаболизмом и риском дефицита массы.
- Рацион должен быть высокоэнергетическим и высокобелковым при отсутствии противопоказаний, с достатком витаминов A, C, D, группы B и минералов.
- Важно учитывать лекарственные поражения печени и ЖКТ при противотуберкулезной терапии.
- Диетотерапия дополняет, но не заменяет специфическую химиотерапию.

38. Бронхиальная астма. Основные причины, механизмы, клинические проявления. Особенности диетотерапии.

- БА — хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с бронхиальной гиперреактивностью и обратимой обструкцией.
- Диетотерапия не является базисным лечением БА, но важна при пищевой аллергии, ожирении и ГЭРБ.
- Элиминационные диеты назначают только при доказанном пищевом аллергене, чтобы избежать дефицитов.
- При ожирении снижение массы улучшает контроль астмы; рацион должен быть противовоспалительным по модели здорового питания.

39. Питание в период предоперационной подготовки больных. Особенности питания и питьевого режима при плановых операциях.

- Перед плановой операцией оценивают нутритивный риск: потеря массы, ИМТ, аппетит, альбумин/трансферрин, характер заболевания.
- При нутритивной недостаточности показана предоперационная поддержка 7–14 дней, если операцию можно отложить.
- Питьевой и пищевой режим перед наркозом определяется анестезиологическими правилами; прозрачные жидкости обычно допускаются ближе к операции, чем твердая пища.
- При ВЗК, онкопатологии и истощении предпочтительно энтеральное питание, при невозможности — парентеральное.

40. Особенности питания в послеоперационном периоде в зависимости от характера оперативного вмешательства. Зондовое питание. Парентеральное питание в комплексной терапии хирургических больных.

- После операции питание зависит от вида вмешательства, функции ЖКТ, риска аспирации и нутритивного статуса.
- Раннее энтеральное питание предпочтительно при сохранной функции кишечника, так как поддерживает барьер кишки и снижает инфекционные осложнения.

- Зондовое питание проводят через назогастральный/назоеюнальный зонд или гастро-/еюностому болюсно или непрерывно.
- Парентеральное питание показано при невозможности/недостаточности энтерального питания, кишечной непроходимости, тяжелой мальабсорбции, высоких свищах.

41. Особенности питания с учетом вида травмы и течения раневого процесса.

- Травма вызывает гиперметаболизм, воспаление, повышенный распад белка и потребность в энергии, белке, цинке, витаминах A и C.
- Раннее энтеральное питание предпочтительно при стабильной гемодинамике и работающем ЖКТ.
- Белок повышают для заживления ран и иммунной функции; потребности зависят от тяжести травмы.
- Контролируют гликемию, электролиты, гидратацию и риск рефидинга у истощенных пациентов.

42. Обоснование лечебного питания при ожоговой болезни. Комплексное применение зондового, парентерального и перорального питания при лечении ожоговой болезни, при несформированных свищах, при сформированных свищах. Особенности рациона.

- Ожоги вызывают выраженный гиперметаболизм, потери белка, жидкости, электролитов и высокий риск инфекций.
- Показано раннее энтеральное питание, высокобелковый и высокоэнергетический рацион, коррекция витаминов A, C, D, цинка, селена.
- При несформированных/высоких свищах часто требуется сочетание парентерального и энтерального питания дистальнее свища при возможности.
- При сформированных свищах тактика зависит от объема потерь, локализации и возможности энтерального доступа.

43. Диетотерапия после операций на органах брюшной полости (желудок, кишечник, желчевыводящие пути).

- После операций на желудке питание дробное, малыми порциями, с ограничением простых сахаров и постепенным расширением консистенции.
- После операций на кишечнике учитывают уровень резекции, стому, риск диареи, мальабсорбции и дефицитов.
- После операций на желчевыводящих путях ограничивают жирное и жареное, питание регулярное, с постепенным расширением жиров.
- При невозможности полноценного перорального питания применяют энтеральные смеси или парентеральное питание.

44. Диетотерапия при острых кишечных инфекциях

- Основой лечения является регидратация; питание не следует необоснованно прекращать.
- Грудное вскармливание продолжают, детям на смесях обычно сохраняют питание; безлактозные смеси — при выраженной вторичной лактазной недостаточности.
- Рацион щадящий, дробный, с исключением жирной, жареной пищи, сладких напитков и избытка соков.
- После инфекции постепенно восстанавливают обычный рацион, корректируя дефицит жидкости, электролитов и массы.

45. Пищевая непереносимость. Пищевая аллергия. Особенности патологии. Диетотерапия.

- Пищевая аллергия — иммунная реакция на пищевой белок; непереносимость может быть ферментной, токсической или фармакологической.
- Диагностика аллергии: анамнез, пищевой дневник, специфические IgE/кожные пробы для IgE-реакций, элиминационно-провокационная проба под контролем врача.
- Диета — исключение только доказанного продукта с полноценной заменой; у грудничков при АБКМ применяют глубокий гидролизат/аминокислотную смесь.
- При лактазной недостаточности ограничивают лактозу, но сохраняют нутритивную полноценность рациона.

46. Питание при кожных заболеваниях. Принципы диетотерапии.

- При атопическом дерматите диета показана только при доказанной пищевой аллергии; профилактические широкие ограничения вредны.
- При акне значимы снижение избытка продуктов с высоким гликемическим индексом и коррекция ожирения/инсулинорезистентности у части пациентов.
- При хронических дерматозах важны достаточный белок, ПНЖК, цинк, витамины A, D, E, C и отсутствие дефицитов.
- Диетотерапия должна дополнять основное дерматологическое лечение.

47. Железодефицитная анемия. Основные клинические проявления. Особенности построения диетотерапии. Другие виды анемий.

- ЖДА проявляется слабостью, бледностью, тахикардией, ломкостью ногтей, сухостью кожи, глосситом, извращением вкуса.
- Диета включает гемовое железо: мясо, печень по возрасту, рыбу; витамин C улучшает всасывание железа, чай/кофе/кальций снижают при одновременном приеме.
- Одна диета не лечит выраженную ЖДА: требуется элементарное железо обычно 3–6 мг/кг/сут у детей по назначению врача.
- При B12/фолиеводефицитной анемии корректируют соответствующий дефицит и причину мальабсорбции.

48. Питание при фенилкетонурии, гистидинемии, гемоцистинурии, лейцинозе гипо- и алактазии, фруктоземии, сахаридазной недостаточности, ферментопатиях, связанных с патологией кишечника. Особенности диетотерапии.

- Фенилкетонурия требует пожизненного ограничения фенилаланина с использованием специализированных аминокислотных смесей без фенилаланина.
- При гомоцистинурии ограничивают метионин, назначают специализированные смеси, витамины B6/B12/фолат/бетаин по форме заболевания.
- При лейцинозе ограничивают аминокислоты с разветвленной цепью и применяют специализированные смеси.
- При фруктоземии исключают фруктозу, сахарозу и сорбит; при алактазии — лактозу; при сахаридазной недостаточности — соответствующий дисахарид.
- Диета должна проводиться под контролем специализированного центра и лабораторного мониторинга метаболитов.

49. Особенности диетотерапии при муковисцидозе. Диетотерапия при таргетной терапии МВ.

- При МВ характерны повышенные энергопотребности, экзокринная недостаточность поджелудочной железы, мальабсорбция жиров и дефицит жирорастворимых витаминов.

- Рацион обычно высокоэнергетический и высокобелковый; жиры не ограничивают при адекватной ферментной терапии.
- Панкреатические ферменты назначают с каждым приемом пищи, дозу подбирают по массе, содержанию жира и симптомам мальабсорбции.
- Необходимы витамины A, D, E, K, соль при потере с потом, контроль роста и нутритивного статуса.
- На таргетной терапии возможно улучшение нутритивного статуса, но ферменты и витамины отменяют только по объективным данным.

50. Питание при онкологических заболеваниях. Основные проблемы.

- Проблемы: анорексия, кахексия, тошнота, мукозит, дисфагия, диарея/запор, изменения вкуса, повышенный катаболизм.
- Нутритивный скрининг обязателен; при риске назначают пероральные специализированные смеси, энтеральное или парентеральное питание.
- Рацион должен обеспечивать повышенную потребность в белке и энергии; консистенцию адаптируют при мукозите/дисфагии.
- Питание координируется с химио-/лучевой терапией, инфекционными рисками и функцией ЖКТ.

51. Ожирение. Причины, последствия. Диетотерапия.

- Ожирение развивается при хроническом положительном энергетическом балансе на фоне генетической предрасположенности, гиподинамии, избытка калорий и нарушений пищевого поведения.
- Последствия: инсулинорезистентность, СД2, АГ, дислипидемия, НАЖБП, апноэ сна, ортопедические и психосоциальные проблемы.
- Диетотерапия: умеренный дефицит энергии, исключение сладких напитков, контроль порций, увеличение овощей/белка/клетчатки, ограничение ультрапереработанных продуктов.
- У детей цель — нормализация темпов прибавки массы и формирование устойчивых привычек, а не жесткие диеты.

52. Особенности диетотерапии при поражении нервной системы.

- При неврологических заболеваниях часто встречаются дисфагия, аспирация, запоры, недостаточность питания или ожирение из-за низкой активности.
- Рацион подбирают по потребности, консистенции и безопасности глотания; при дисфагии используют загущение жидкостей и специализированные текстуры.
- При невозможности безопасного питания per os показано зондовое питание или гастростома.
- При фармакорезистентной эпилепсии у отдельных пациентов применяется кетогенная диета под строгим специализированным контролем.

53. Особенности диетотерапии при нарушениях пищевого поведения.

- К нарушениям пищевого поведения относят нервную анорексию, булимию, компульсивное переедание, избегающее/ограничительное расстройство приема пищи.
- Лечение мультидисциплинарное: педиатр, психиатр/психотерапевт, диетолог, семья.
- Нутритивная реабилитация проводится постепенно с контролем риска рефидинга: фосфор, калий, магний, глюкоза, ЭКГ.
- Запрещены обвиняющий подход, жесткие диеты и фокус только на весе; цель — восстановление питания, соматической безопасности и пищевого поведения.

Перечень тестовых заданий для промежуточной аттестации

№ п/п	Тестовое задание	Ответ
	Инструкция: выберете один правильный ответ	
1	Количество энергии (ккал), образующееся при окислении 1 г жира: А. 3 Б. 6 В. 9 Г. 90 Д. 4	**В**
2	Количество энергии (ккал), образующееся при окислении 1 г белка: А. 2 Б. 4 В. 8 Г. 80 Д. 9	**Б**
3	Количество энергии (ккал), образующееся при окислении 1 г углеводов: А. 2 Б. 4 В. 8 Г. 80 Д. 9	**Б**
4	Клетчатка, содержащаяся в пищевых продуктах, всасывание углеводов из ЖКТ: А. повышает всегда Б. сначала повышает, а затем снижает В. сначала снижает, а затем повышает Г. снижает всегда Д. не изменяет	**Г**
	Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме: **А.Если правильный ответ 1,2 и 3;** **Б. Если правильный ответ 1 и 3;** **В. Если правильный ответ 2 и 4;** **Г. Если правильный ответ 4** **Д. Если правильный ответ 1,2,3 и 4;**	
5	Признаки витаминной недостаточности аскорбиновой кислоты: 1. Набухание межзубных сосочкой 2. Кровоточивость десен 3. Общая слабость 4. Синюшность губ, носа, ушей, ногтей	**Д**
6	Признаки витаминной недостаточности тиамина (витамин В1): 1. Тошнота, запоры 2. Мышечная слабость 3. Повышенная утомляемость 4. Постепенная потеря аппетита	**Д**
7	Признаки витаминной недостаточности фолиевой кислоты: 1. Сухой ярко-красный язык 2. Повышение температуры 3. Бледность слизистых оболочек 4. Ахлоргидрия	**Д**
8	Признаки витаминной недостаточности витамина D у детей: 1. Потливость 2. Запоздалое прорезывание зубов	**Д**

	3. Недостаточное окостенение остеоидной ткани (рахит) 4. Склонность к ОРЗ	
9	Симптомы и признаки недостаточного поступления железа с пищей: 1. Гипохромная анемия 2. Атрофический ринит 3. Глоссит 4. Миоглобиндефицитная миокардиопатия	**Д**
10	Особенности переваривания и усвоения основных пищевых веществ (белков, жиров, углеводов) у грудных детей 1. Мембранное пищеварение 2. Аутолитическое пищеварение 3. Внутриклеточное пищеварение 4. Дистантное пищеварение	**А**
	Инструкция; выберете один правильный ответ	
1	Количество грудного молока при естественном вскармливании увеличивается при условии: А. более частого прикладывания ребенка к груди Б. увеличения в рационе матери продуктов богатых жирами В. увеличения в рационе питания матери пищевых волокон Г. кормления ребенка по режиму Д. обязательного присутствия молочных продуктов в рационе матери	**А**
2	Обогатители (фортификаторы) грудного молока дополнительно обеспечивают ребенка А. жирами Б. железом В. кальцием Г. белком и кальцием Д. пробиотиками	**Г**
3	К растительным жирам с наиболее высоким содержанием полиненасыщенных кислот семейства омега-3 относятся: А. подсолнечное и кукурузное масло Б. кукурузное и рапсовое масло В. рапсовое и соевое масло Г. кукурузное и оливковое масло Д. соевое и оливковое масло	**В**
	Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме: **А.Если правильный ответ 1,2 и 3;** **Б. Если правильный ответ 1 и 3;** **В. Если правильный ответ 2 и 4;** **Г. Если правильный ответ 4** **Д. Если правильный ответ 1,2,3 и 4;**	
5	Укажите основные нарушения структуры питания современного человека в крупном городе: 1. низкое потребление фруктов, овощей, зелени 2. однообразный рацион питания 3. употребление большого количества обработанной, консервированной и/или сублимированной пищи 4. употребление пищи без чувства голода	**Д**
6	Алиментарный фактор риска (питание) способствует развитию и прогрессированию следующих хронических алиментарно-зависимых неинфекционных заболеваний: 1. ожирение 2. сахарный диабет 3. гипертоническая болезнь	**Д**

	4. йоддефицитные заболевания	
7	К принципам рационального питания относятся: 1. соответствие энергетической ценности рациона суточным энерготратам и содержания пищевых веществ в рационе физиологическим потребностям организма 2. сбалансированность пищевых веществ с учетом калорийности рациона 3. соблюдение режима питания 4. разнообразие пищевых продуктов в рационе	**Д**
8	Укажите нутриенты, необходимые для синтеза гемоглобина: 1. железо 2. витамин В12 3. фолат 4. медь	**Д**
9	К водорастворимым витаминам относятся: 1. токоферолы (Витамин Е) 2. ниацин (Витамин РР) 3. нафтохиноны (Витамин К) 4. биотин (Витамин Н)	**В**
10	На состояние микробиоты ЖКТ новорожденного ребенка оказывает влияние: 1. вид родоразрешения 2. вид вскармливания 3. течение беременности 4. состояние здоровья ребенка	**Д**
	Инструкция: выберете один правильный ответ.	
1	Женщинам, кормящим грудью здорового ребенка следует рекомендовать диету: А. гипоаллергенную Б. с ограничением потребления жиров В. высококалорийную Г. с ограничением потребления белков животного происхождения Д. рациональное диетическое питание	**Д**
3	Диетотерапия запоров у грудных детей, находящихся на естественном вскармливании, предусматривает: А. перевод на искусственное вскармливание специализированной смесью для детей с функциональными нарушениями ЖКТ Б. перевод на искусственное вскармливание кисломолочной смесью В. раннее введение прикорма Г. оптимизацию диеты матери Д. перевод на искусственное вскармливание гипоаллергенной смесью	**Г**
4	Пищевым аллергеном, занимающим первое место по частоте реакций у детей первого года жизни, является: А. мясо птицы Б. рыба В. глютен Г. куриное яйцо Д. коровье молоко	**Д**
5	Преимуществом какой формы организации школьного питания является отсутствие этапа транспортировки готовых блюд: А. буфет-раздаточная Б. бортовое питание В. буфет Г. столовая-доготовочная Д. сухой паек	**Г**

	Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме: **А. Если правильный ответ 1,2 и 3;** **Б. Если правильный ответ 1 и 3;** **В. Если правильный ответ 2 и 4;** **Г. Если правильный ответ 4** **Д. Если правильный ответ 1,2,3 и 4;**	
3	Для выявления нарушений нутритивного статуса используют основные методы оценки: 1. Анамнестические 2. Клинический осмотр и антропометрия 3. Инструментальные 4. Лабораторные	**Д**
4	В качестве энтеральной предоперационной нутритивной поддержки при воспалительных заболеваниях кишечника наиболее предпочтительны смеси: 1. с низким гликемическим индексом 2. стандартные изокалорийные 3. гиперкалорийные 4. с фармаконутриентами	**Г**
5	К наиболее частым осложнениям энтерального питания относятся: 1. гипергликемия 2. диарея 3. инфекции 4.аспирация	**В**
6	Абсолютные противопоказания к энтеральному питанию: 1. Кишечная непроходимость 2. Продолжающееся кровотечение из ЖКТ, неукротимая рвота 3. Несостоятельность кишечного анастомоза 4. Анурия	**Д**
7	Ребенок 2-х лет получает энтеральное зондовое питание через гастростому. Для расчета питания следует использовать: 1.уравнение ВОЗ 2. уравнение Харрисона-Бенедикта 3. уравнение Шеффилда 4. уравнение Айртона-Джонса	**Б**
8	Перечислите основные группы смесей для энтерального питания у детей: 1. стандартные 2. смеси типа «энергия» 3. смеси стандартные и типа «энергия», обогащенные пищевыми волокнами 4. полуэлементные смеси	**Д**
9	Введение энтеральных смесей может осуществляться: 1. per os 2. через зонд 3. через гастростому 4. через еюностому	**Д**
10	Ребенок 8 лет перенес оперативное вмешательство по поводу острого флегмонозного аппендицита. 2-е сутки после операции, послеоперационный период протекает гладко. Вес 26 кг. Рост 130 см. Назначьте питание. 1. ВБД 2. ОВД с дополнительным приемом специализированных продуктов энтерального питания	**Г**

	3. ЩД с дополнительным приемом специализированных продуктов энтерального питания 4. ЩД	
	Инструкция: выберете один правильный ответ	
1	Критерием острой формы недостаточности питания у детей является: А. окружность талии Б. недостаточность роста по возрасту В. недостаточность массы тела по возрасту Г. недостаточность массы тела по росту Д. окружность грудной клетки	**Г**
2	Оценка состояния питания методом регистрации количества потребляемой пищи предусматривает проведение такого анализа за определенный период времени (в сутках): А. 2 Б. 3 В. 4 Г. 5 Д. 7	**Б**
3	Критерием хронической формы недостаточности питания у детей является: А. окружность талии Б. недостаточность роста по возрасту В. недостаточность массы тела по возрасту Г. недостаточность массы тела по росту Д. окружность грудной клетки	**Б**
4	Минимальное трофическое питание способствует А. лучшей прибавке в весе Б. уменьшению физиологической потери массы тела В. формированию кишечной микрофлоры Г. улучшению трофики и моторики кишечника Д. поддержанию водно-минерального баланса	**Г**
	Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме: **А.Если правильный ответ 1,2 и 3;** **Б. Если правильный ответ 1 и 3;** **В. Если правильный ответ 2 и 4;** **Г. Если правильный ответ 4** **Д. Если правильный ответ 1,2,3 и 4;**	
6	Перечислите методы оценки потребления пищи (фактического питания): 1. Метод непосредственной регистрации 2. Антропометрия 3. Методы ретроспективной регистрации (воспроизведения) 4. Биохимические методы	**Б**
7	Основные методы оценки фактического питания населения: 1. 24-х часового воспроизведения 2. Частоты потребляемой пищи 3. Взвешивания потребляемой пищи 4. Дневник питания	**Д**
8	Перечислите методы оценки состояния питания: 1. Антропометрия 2. Биохимические методы 3. Физиологические методы 4. Клинические методы	**Д**
9	Недостаточность питания влияет на: 1. Длительность заболевания	**Д**

	2. Стоимость лечения 3. Качество жизни пациента 4. Риск развития осложнений	
10	Метод пищевого анамнеза (история питания) не применяется у следующих категорий: 1. беременных и кормящих женщин 2. детей младше 14 лет 3. спортсменов 4. лиц старше 80 лет	**В**
	Инструкция: выберете один правильный ответ	
1	Основой противоязвенной диеты является: А. творог Б. мясной бульон В. костный бульон Г. молоко Д. протертые каши	**Г**
2	Больной, перенесший операцию на желудке, в первые 3-4 месяца после нее должен получать пищу (раз в день): А. 1 Б. 2 В. 3 Г. 6 Д. 4	**Г**
3	При остром панкреатите после отмены режима голода можно разрешить больному: А. бульон Б. каши В. мясо отварное Г. боржоми Д. свежие овощи	**Б**
4	Пищевые растительные волокна, содержащиеся в пищевых продуктах, способствует: А. повышению постпрандиальной гликемии всегда Б. повышению постпрандиальной гликемии в зависимости от вида ПРВ В. снижению постпрандиальной гликемии в зависимости от вида ПРВ Г. снижению постпрандиальной гликемии всегда Д. не влияет на уровень постпрандиальной гликемии	**Г**
5	Наиболее "атерогенными" липопротеидами считаются: А. Хиломикроны Б. Липопротеиды очень низкой плотности В. Липопротеиды низкой плотности Г. Липопротеиды высокой плотности Д. Липопротеиды промежуточной плотности	**В**
6	Хлебными единицами пользуются для замены в диете одних продуктов другими, равными по содержанию в их составе: А. белков Б. жиров В. углеводов Г. калорий Д. витаминов	**В**
7	При лечении ожирения необходимо снижать вес в основном за счет: А. мышечной массы Б. жировой массы В. воды	**Б**

	Г. жировой и мышечной массы Д. костно-мышечной массы	
9	Заболевания, которые в 2-3 раза чаще развиваются у больных ожирением: А. атеросклероз Б. ишемическая болезнь сердца В. сахарный диабет Г. холелетиаз Д. все перечисленное верно	**Д**

Ключи к тестовым заданиям

Ниже приведен компактный указатель ответов для быстрой проверки.

Тестовый блок 1: 1–В; 2–Б; 3–Б; 4–Г; 5–Д; 6–Д; 7–Д; 8–Д; 9–Д; 10–А.
Тестовый блок 2: 1–А; 2–Г; 3–В; 5–Д; 6–Д; 7–Д; 8–Д; 9–В; 10–Д.
Тестовый блок 3: 1–Д; 3–Г; 4–Д; 5–Г; 3–Д; 4–Г; 5–В; 6–Д; 7–Б; 8–Д; 9–Д; 10–Г.
Тестовый блок 4: 1–Г; 2–Б; 3–Б; 4–Г; 6–Б; 7–Д; 8–Д; 9–Д; 10–В.
Тестовый блок 5: 1–Г; 2–Г; 3–Б; 4–Г; 5–В; 6–В; 7–Б; 9–Д.

Примеры ситуационных задач для промежуточной аттестации:

№ п/п	Тестовое задание	**Ответ**
1	Пациентка в возрасте 16 лет, придерживалась на протяжении 6 месяцев вегетарианской диеты. Предъявляет жалобы на слабость, быструю утомляемость. **Инструкция: выберите один правильный ответ** Предположительным диагнозом у пациентки может служить: А. Недостаточность железа Б. Недостаточность витамина С В. Недостаточность йода Г. Недостаточность фолиевой кислоты Д. Недостаточность витамина D **Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:** **А. Если правильный ответ 1,2 и 3;** **Б. Если правильный ответ 1 и 3;** **В. Если правильный ответ 2 и 4;** **Г. Если правильный ответ 4** **Д. Если правильный ответ 1,2,3 и 4;** Для уточнения диагноза следует оценить: 1. уровень гемоглобина и эритроцитов в крови 2. уровень СОЭ 3. уровень трансферрина 4. уровень фибриногена С целью профилактики возникновения пищевого дефицита при соблюдении вегетарианской диеты следует рекомендовать: 1. употребление в пищу продуктов, обогащенных необходимым микронутриеном;	**А** **А**

	2. назначение требуемого микронутриента в составе лекарственного средства 3. дополнение рациона питания биологически активными добавками к пище, в составе которых имеется требуемый микронутриент 4. употребление в питании растительных продуктов, богатых белком *Эталонный ответ:* • Предположительный диагноз/состояние: алиментарный дефицит железа, вероятная железодефицитная анемия или латентный дефицит железа. • Обоснование: 6 месяцев вегетарианской диеты, слабость и утомляемость; исключение/ограничение гемового железа повышает риск дефицита. • Для уточнения: ОАК с Hb, RBC, MCV/MCH/RDW; ферритин с CRP, сывороточное железо, трансферрин/ОЖСС, насыщение трансферрина. В тестовой схеме правильный вариант: 1,2,3 — А. • Профилактика: включение обогащенных железом продуктов и лекарственного железа при подтвержденном дефиците; растительные белковые продукты сами по себе не компенсируют дефицит гемового железа. В тестовой схеме — Б. • Диетические рекомендации: бобовые, гречка, цельнозерновые, зелень, продукты с витамином С; не сочетать прием железа с чаем/кофе/кальцием.	**Б**
2	Больная 15 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на тяжесть в эпигастрии после еды, тошноту, отрыжку тухлым яйцом, пищей, неустойчивый стул. Считает себя больной в течении 2 лет, после перенесенной пищевой токсикоинфекции. При исследовании желудочного содержимого свободная соляная кислота отсутствовала во всех порциях. При гастроскопии выявлен атрофический диффузный гастрит. Данные осмотра: состояние удовлетворительное, рост 164 см, вес 52кг. Физикально без особенностей, за исключением болезненности при пальпации эпигастральной области. **Инструкция: Выберете один правильный ответ** 1. Наиболее вероятный диагноз обострение: А. хронического гастрита с секреторной недостаточностью; Б. хронического панкреатита; В. язвенной болезни 12-перстной кишки; Г. хронического холецистита. Д. язвенной болезни желудка 2. Для подтверждения предварительного диагноза прежде всего необходимо провести: А. рентгенографию желудка и 12-персной кишки Б. эзофагогастродуоденоскопию В. анализ кала на копрологическое исследование Г. анализ мочи и определение активности диастазы Д. клинический анализ крови	**А** **Б**

	3. На первом этапе лечения необходимо назначить: А. щадящую диету с механическим, химическим и термическим щажением слизистой гастродуоденальной области Б. щадящую диету с механическим и термическим щажением, содержащую продукты стимулирующие секреторную функцию желудка В. основной вариант стандартной диеты с ограничением грубоволокнистых углеводов Г. высокобелковую диету Д. механически щадящую диету с ограничением животных жиров *Эталонный ответ:* • Наиболее вероятный диагноз: обострение хронического гастрита с секреторной недостаточностью. • Обоснование: тяжесть после еды, тошнота, отрыжка тухлым, отсутствие свободной HCl во всех порциях, ЭГДС — атрофический диффузный гастрит. • Подтверждение: ЭГДС с биопсией, оценка H. pylori, морфология слизистой, при необходимости гастропанель/B12/железо. • Первый этап диетотерапии: щадящая диета с механическим, химическим и термическим щажением слизистой гастродуоденальной области. • После стихания обострения возможно умеренное включение продуктов, стимулирующих секрецию, при хорошей переносимости.	**А**
3	Больной 15 лет обратился по поводу периодических распирающих болей в правом подреберье после приема пищи, рвоту с примесью желчи, быстро облегчающую болевой синдром. Из анамнеза известно, что 2 мес назад пациент перенес резекцию желудка в связи с онкологическим заболеванием, послеоперационный период протекал без особенностей. **Инструкция: Выберете один правильный ответ** 1. Такая клиническая картина наиболее характерна для: А. Пептической язвы культи желудка Б. Синдрома приводящей кишки В. Синдрома раздраженного кишечника Г. Демпинг-синдрома Д. Холецистита 2. Для уточнения диагноза, требуется проведение инструментальной диагностики: А. Рентгеноконтрастного исследования ЖКТ с барием и УЗИ органов брюшной полости Б. ФЭГДС с биопсией и УЗИ органов брюшной полости В. МРТ органов брюшной полости и биохимическое исследование крови Г. КТ органов брюшной полости и биохимическое исследование крови Д. ФЭГДС с биопсией культи и МРТ органов брюшной полости	**Б** **А**

	3. Рекомендации по коррекции нарушений питания помимо дробного режима (5-6 раз в сутки) включают назначение: А. щадящей диеты, отдыха на правом боку после каждого приема пищи, эубиотиков Б. низкожировой диеты, не принимать горизонтального положения в течение 30 мин после еды, холекинетиков В. низколактозного рациона (до 20 г лактозы в сутки), пробиотиков Г. диеты с низким гликемическим индексом, прокинетиков Д. безглютеновой диеты, спазмолитиков *Эталонный ответ:* • Наиболее вероятный диагноз: синдром приводящей кишки. • Обоснование: после резекции желудка появились распирающие боли в правом подреберье после еды и рвота желчью, облегчающая боль. • Диагностика: рентгеноконтрастное исследование ЖКТ с барием и УЗИ органов брюшной полости; при необходимости КТ/ЭГДС. • Питание: дробно 5–6 раз/сут, щадящая диета, отдых на правом боку после еды, коррекция дисбиоза/эубиотики по показаниям. • При стойких симптомах требуется хирургическая оценка реконструкции и проходимости анастомозов.	**А**
4	Больному Д., 18 л, проведена субтотальная резекция желудка по поводу рака антрального отдела желудка (аденокарцинома). На 10 сутки появилось желудочное отделяемое из точечного отверстия на передней брюшной стенке, в проекции гастроэнтероанастомоза. При рентгенографии обнаружена несостоятельность передней стенки гастроэнтероанастомоза с формированием свища. Состояние больного тяжелое, заторможен, общий белок – 50 г/л, альбумин 30 г/л. Рост 172 см, вес – 50 кг. **Инструкция: выберете один правильный ответ:** 1.Оцените нутритивный статус больного: А. Нормотрофия Б. Недостаточность питания легкой степени В. Недостаточность питания средней тяжести Г. Недостаточность питания тяжелая Д. Риск развития недостаточности питания 2. Потребность в белке больного должна составлять: А. 0,8-1 г/кг Б. 1-1,2 г/кг В. 1-1,5 г/кг Г. 1,5-2 г/кг Д. 2-3 г/кг **Инструкция: выберете правильный ответ по схеме:** **А. Если правильный ответ 1,2 и 3;** **Б. Если правильный ответ 1 и 3;** **В. Если правильный ответ 2 и 4;** **Г. Если правильный ответ 4** **Д. Если правильный ответ 1,2,3 и 4;**	**В** **Г**

	3 Укажите возможные методы организации нутритивной поддержки 1. Энтеральное питание через еюностому 2. Сочетанное парентеральное питание и энтеральное через назоеюнальный зонд 3. Энтеральное питание через назоеюнальный зонд 4. Полное парентеральное питание. *Эталонный ответ:* • Нутритивный статус: недостаточность питания средней тяжести по ИМТ около 16,9 кг/м², гипопротеинемии и гипоальбуминемии; тяжелое состояние повышает риск прогрессирования. • Потребность в белке: 1,5–2 г/кг/сут при свище, послеоперационном катаболизме и гипопротеинемии, с учетом функции почек/печени. • Методы нутритивной поддержки по тестовой схеме: сочетанное парентеральное питание и энтеральное через назоеюнальный зонд; полное парентеральное питание — при невозможности энтерального доступа/непереносимости. • Предпочтение — питание дистальнее свища при функционирующем кишечнике; при высоких потерях нужна коррекция воды, электролитов и белка. • Мониторинг: масса, баланс жидкости, электролиты, глюкоза, белок/альбумин, азотистый баланс, объем отделяемого свища.	**В**
5	Больная М., 16 лет, обратилась с жалобами на общую слабость, сонливость, склонность к инфекциям (фурункулез, acne vulgaris), повышенный аппетит, сухость во рту, повышенную жажду, полиурию, снижение веса. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 160 см, вес 49 кг. Кожные покровы и видимые слизистые сухие, нормальной окраски, на коже лица и груди acne vulgaris. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. АД – 110/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. В анализах крови отмечается повышение глюкозы натощак – 7,8 ммоль/л. **Инструкция: выберете один правильный ответ** 1. Предварительный диагноз: А. сахарный диабет I типа Б. сахарный диабет II типа В. аутоиммунный тиреоидит Г. хронический панкреатит Д. Нарушение толерантности к глюкозе	**А**
	2 Для подтверждения диагноза прежде всего необходимо исследовать: А. ТТГ; Б. гликированный гемоглобин; В. гормоны щитовидной железы Г. анализ кала (копрологию) Д Диастаза мочи	**Б**
	3. При исследовании крови выявлены повышенные цифры гликированного гемоглобина – 6,8%. Больная должна получать рацион:	

	А. физиологически полноценный с ограничением рафинированных углеводов Б. рацион с исключением рафинированных углеводов, достаточным количеством белков, ограничением жиров В. с ограничением рафинированных углеводов, белков и жиров Г. с исключением рафинированных углеводов и жиров, с повышенным содержанием белка Д. с исключением животных жиров. *Эталонный ответ:* • Предварительный диагноз: сахарный диабет 1 типа. • Обоснование: жажда, полиурия, снижение массы, сухость слизистых, склонность к инфекциям, глюкоза натощак 7,8 ммоль/л, HbA1c 6,8%. • Подтверждение: HbA1c, повторная гликемия, кетоны крови/мочи, С-пептид, аутоантитела к β-клеткам; оценка КЩС при подозрении на кетоацидоз. • Питание: физиологически полноценный рацион с ограничением рафинированных углеводов, обучением подсчету углеводов/хлебных единиц и согласованием с инсулинотерапией. • Тактика: направление к детскому эндокринологу, обучение самоконтролю, профилактике гипогликемии и кетоацидоза.	**А**
6	Больная М., 17 лет, обратилась с жалобами на прогрессирующее увеличение массы тела, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, кожный зуд, склонность к фурункулезу, снижение зрения, повышенный аппетит, жажду, полиурию с преобладанием в ночное время. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 160 см, вес 90 кг. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС 80 в минуту, АД 140/85 мм рт. ст. В легких хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Сахар крови натощак 6,1 ммоль/л, анализ мочи без патологии, сахар отсутствует. **Инструкция: Выберете один правильный ответ** 1. Предварительный диагноз: А. сахарный диабет II типа Б. сахарный диабет I типа В. аутоиммунный тиреоидит Г. ожирение обменно-алиментарного генеза Д. Нарушение толерантности к глюкозе 2. Для подтверждения диагноза прежде всего необходимо исследовать: А. гликированный гемоглобин Б. УЗИ щитовидной железы В. гормоны щитовидной железы Г. Основной обмен Д. анализ крови на печеночные пробы (АСТ, АЛТ, ЩФ). 3. При исследовании крови уровень гликированного гемоглобина – 6,6%.Больной необходимо назначить редуцированную диету с: А. ограничением рафинировнных углеводов, животных жиров, белков	**А** **А**

	Б. исключением рафинированных углеводов, ограничением животных жиров, физиологической нормой белков В. преобладанием растительных белков Г. ограничением пищевых растительных волокон Д. увеличение квоты животных жиров. *Эталонный ответ:* • Предварительный диагноз: сахарный диабет 2 типа на фоне ожирения; требуется исключение других типов диабета у подростка. • Обоснование: ИМТ высокий, жажда/полиурия, АД 140/85, глюкоза натощак 6,1 ммоль/л, HbA1c 6,6%. • Подтверждение: HbA1c, повторная гликемия/ОГТТ, липидограмма, АЛТ/АСТ, микроальбуминурия, АД, С-пептид/аутоантитела при сомнениях. • Диета: редуцированная, с исключением рафинированных углеводов, ограничением животных жиров и физиологической нормой белка. • Дополнительно: регулярная физическая активность, снижение массы, лечение АГ/дислипидемии по показаниям, эндокринологическое наблюдение.	**Б**
7	Больной М, 16 лет, находящийся на лечении в стационаре по поводу ожирения, получающий редуцированную диету, обратился к врачу с жалобами на появившиеся боли в верхней половине живота, усиливающиеся в ночное время, приступы тошноты, неприятный привкус во рту. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 170 см, вес 90кг. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации определяется напряжения мышц, болезненность в верхней половине живота. Стул – склонность к запорам. **Инструкция: Выберете один правильный ответ** 1. Наиболее вероятный диагноз: А. обострение хронического гастрита с повышенной секреторной активностью Б. обострение хронического холецистита В. обострение хронического панкреатита Г. язвенная болезнь 12-перстной кишки Д. желчнокаменная болезнь. 2. Для подтверждения диагноза прежде всего необходимо провести: А. УЗИ органов брюшной полости Б. ЭГДС В. анализ мочи на определение активности диастазы Г. анализ кала на копрологическое исследование Д. клинический анализ крови. 3. Из редуцированной диеты необходимо исключить: А. печеные яблоки	**А** **Б**

	Б. белковый омлет В. обезжиренное молоко Г. творожный пудинг Д. отварное протертое мясо. *Эталонный ответ:* • Наиболее вероятный диагноз: обострение хронического гастрита с повышенной секреторной активностью. • Обоснование: ночные боли в верхней половине живота, тошнота, неприятный привкус; для уточнения нужна визуализация слизистой. • Подтверждение: ЭГДС; дополнительно H. pylori, ОАК, кал на скрытую кровь по показаниям. • Из редуцированной диеты следует исключить обезжиренное молоко, если оно усиливает кислотопродукцию/диспепсию и не соответствует щадящему этапу. • Питание: дробное, щадящее, без голодных промежутков; исключить острое, жареное, кислое, газированные напитки, крепкие бульоны.	**В**
8	Ребенок (3,5 месяца) находится в стационаре с диагнозом «Недостаточность питания 2-3 степени». Из анамнеза известно, что ребенок с первых дней жизни получает естественное вскармливание, психомоторное развитие по возрасту. Прибавки массы тела составили: 1 месяц-300г, 2 месяц -200 г., 3 месяц – 200г. Масса тела при рождении 2850г, рост 51 см. В настоящее время масса тела 3600г (долженствующая масса около 5000г). Дефицит массы тела около 28%. Контрольное взвешивание, проведенное в больнице, показало, что за сутки ребенок съедает около 400 мл грудного молока: **Инструкция: Выберете один правильный ответ:** 1. Такая клиническая симптоматика характерна для: А. Алиментарного голодания Б. Врожденной патологии ЦНС В. Непереносимости грудного молока Г. Низкого содержания жира в грудном молоке Д. Низкого содержания углеводов в грудном молоке **Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:** **А. если правильный ответ 1,2,3** **Б. - если правильный ответ 1 и 3** **В. если правильный ответ 2 и 4** **Г. если правильный ответ 4** **Д. если правильный ответ 1,2,3 и 4** 2. Для коррекции указанных нарушений в первую очередь необходимо грудное молоко дополнить: 1. зерновым прикормом 2. антирефлюксной смесью с крахмалом 3. безлактозной смесью 4. смесью для маловесных и недоношенных детей. 3. Дальнейшие рекомендации по оптимизации питания ребенка должны предусмотреть подходы:	**А** **А**

	1. Мероприятия по стимуляции лактации 2. Контроль за динамикой массы тела 3. Назначение нутритивной поддержки 4. Перевод на искусственное вскармливание после 6 месяцев стандартной смесью - последующая формула *Эталонный ответ:* • Состояние: алиментарное голодание вследствие недостаточного объема грудного молока. • Обоснование: низкие прибавки массы, дефицит массы около 28%, контрольное взвешивание — всего около 400 мл/сут при сохранном психомоторном развитии. • Коррекция: в первую очередь дополнить грудное молоко нутритивно более плотным питанием; в тестовом ключе выбран вариант со смесью для маловесных и недоношенных детей в составе схемы. • Рекомендации: мероприятия по стимуляции лактации, контроль динамики массы, назначение нутритивной поддержки; перевод на стандартную последующую формулу после 6 мес не является первоочередной мерой. • Тактика: расчет фактической и долженствующей потребности, постепенное увеличение питания, контроль переносимости, исключение органической патологии при отсутствии ответа.	А
9	Ребенку 5 лет. За обедом впервые ел рыбный суп, во время еды почувствовал недомогание. В течение нескольких минут появилась отечность лица и кистей рук с выраженным зудом, затрудненное свистящее дыхание, кашель. Врач скорой помощи диагностировал анафилактическую реакцию на рыбу. Ребенок страдает пищевой аллергией с рождения, на 1-м году жизни имели место кожные и гастроинтестинальные симптомы. Не обследовался, но после года рацион питания ребенка формировался в соответствии с рекомендациями врача. Из рациона питания ребенка мать до настоящего времени исключала рыбу и морепродукты, орехи, апельсины, мандарины, клубнику, шоколад, как потенциально опасные высокоаллергенные продукты. При проведении иммунологического обследования в возрасте 3-х лет уровень общего IgE 768 МЕ/мл. **Инструкция: Выбрать один правильный ответ.** 1. Препаратом первой линии в купировании анафилактической реакции, является: А. Метипред в/в Б. Адреналин в/м В. Гидрокортизон в/м Г. Преднизолон per os Д. Супрастин в/м 2. Для уточнения спектра опасных продуктов ребенку после приступа анафилаксии можно проводить: А. Двойную слепую плацебо-контролируемую пробу Б. Кожные пробы с пищевыми аллергенами	**Б** **В**

	В. Определение уровня специфических IgE Г. Элиминационно-провокационное тестирование Д. Нагрузочные тесты *Эталонный ответ:* • Диагноз: анафилактическая реакция на рыбу с ангиоотеком и бронхообструкцией. • Препарат первой линии: адреналин внутримышечно в переднебоковую поверхность бедра 0,01 мг/кг раствора 1 мг/мл, максимум 0,3 мг у детей; повтор каждые 5–15 минут при необходимости. • Дополнительно: вызов СМП/госпитализация, кислород, β2-агонист при бронхоспазме, инфузия при гипотонии, антигистаминные и ГКС как вспомогательные. • Для уточнения спектра опасных продуктов после приступа безопаснее определить специфические IgE; провокационные тесты после анафилаксии опасны и проводятся только в специализированных условиях по строгим показаниям. • Профилактика: строгая элиминация подтвержденного аллергена, автоинъектор адреналина при доступности, письменный план действий, обучение семьи.	
10	Пациент 18 лет нуждается в проведении планового хирургического вмешательства по поводу аденомы предстательной железы. Среди сопутствующих проблем – сахарный диабет инсулиннезависимый, спастический колит. При поступлении общее состояние средней тяжести, аппетит снижен. ИМТ 19 кг/м2. **Инструкция: Выберете один правильный ответ** 1. Основу питания больного в стационаре будет составлять: А. основной вариант диеты (ОВД) Б. вариант диеты с механическим и химическим щажением В. Высокобелковая диета (ВБД) Г. Низкокалорийная диета (НКД) Д. Специализированные энтеральные продукты **Инструкция: выберете правильный ответ по схеме:** **А. Если правильный ответ 1,2 и 3;** **Б. Если правильный ответ 1 и 3;** **В. Если правильный ответ 2 и 4;** **Г. Если правильный ответ 4** **Д. Если правильный ответ 1,2,3 и 4;** 2. Для оценки нутритивного статуса больного следует использовать: 1. ИМТ и его динамику 2. анализ фактического питания и его динамику 3. уровень альбумина, трансферрина сыворотки 4. уровень соматомедина в крови и его динамику 3. В пользу проведения нутритивной поддержки перед оперативным вмешательством свидетельствуют параметры здоровья:	**Б** **А**

	1. наличие инсулиннезависимого сахарного диабета 2. снижение аппетита 3. характер основного заболевания 4. возраст больного	**В**
	4. При необходимости нутритивной поддержки выбор продукта будет определять: 1. наличие пищевых волокон 2. значение гликемического индекса 3. присутствие ω-3 жирных кислот 4. осмолярность	**В**
	Эталонный ответ: • Основу питания в стационаре составляет вариант диеты с механическим и химическим щажением с учетом спастического колита и сопутствующего сахарного диабета. • Оценка нутритивного статуса: ИМТ и динамика, анализ фактического питания, альбумин/трансферрин; соматомедин не является рутинным обязательным показателем. • В пользу нутритивной поддержки свидетельствуют снижение аппетита и характер основного заболевания/предстоящего оперативного вмешательства; сам возраст 18 лет не является самостоятельным показанием. • Выбор продукта нутритивной поддержки при СД и колите определяется наличием пищевых волокон и низким/контролируемым гликемическим индексом; учитывают осмолярность и переносимость. • При невозможности покрыть потребности обычной диетой назначают специализированные смеси per os/энтерально.	