

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНАМ ОПОП ВО – ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ
КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.34 ДИЕТОЛОГИЯ**

Содержание

1. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Диетология».....	2
2. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Симуляционный курс».....	103
3. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение».....	119
4. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Педагогика».....	131
5. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций».....	142
6. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Патология».....	180
7. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Гигиена питания».....	195
8. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Эндокринология».....	231
9. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Гастроэнтерология».....	243
10. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Питание детей и подростков».....	257
11. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Питание людей пожилого и старческого возраста».....	278
12. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Основы здорового образа жизни».....	296
13. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Нутригеномика. Генетически-диетные взаимодействия».....	310
14. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике по диетологии.....	322
15. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике по оценке фактического питания и алиментарного статуса.....	327
16. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике по технологии приготовления блюд.....	329
17. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.34 Диетология.....	330

1. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Диетология»

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамен.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6 готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи

ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Практическое занятие 1. Пищевая и биологическая ценность продуктов питания.

Вопросы для устного опроса:

1. Значение зерновых продуктов в питании. Структура зерна и питательная ценность его составных частей. Химический состав зерновых продуктов.
2. Продукты переработки зерна (мука, крупы), их пищевая и биологическая ценность. Влияние технологии получения на питательную и биологическую ценность продуктов переработки зерна.
3. Пищевая и биологическая ценность хлеба, приготовленного из различных видов и сортов муки. Витаминизация хлеба.
4. Химический состав молока, его пищевая и биологическая ценность.
5. Кисломолочные продукты и их значение в питании. Кисломолочные продукты как нормализаторы кишечной микрофлоры.
6. Сливки и пахта, их биологическое значение как источника высокоценного белково-лецитинового комплекса.
7. Творог, его пищевые и биологические свойства. Творог как источник метионина.
8. Сыры и их значение в питании, пищевая и биологическая ценность
9. Пищевая и биологическая ценность различных видов мяса. Мясо и мясные продукты как источник полноценных белков и высокоактивных экстрактивных веществ. Жиры мяса, их жирокислотный состав.
10. Мясо птицы, пищевая и биологическая ценность
11. Колбасные изделия, пищевая и биологическая ценность.
12. Значение рыбы и рыбных продуктов в питании. Пищевая и биологическая ценность рыб.
13. Значение яиц и яичных продуктов в питании. Яйца и яичные продукты (порошок, меланж), их пищевая и биологическая ценность.
14. Кондитерские изделия, их пищевая и биологическая ценность.
15. Значение овощей и плодов в питании, их пищевая и биологическая ценность.
16. Значение пищевых концентратов в питании населения. Концентраты первых и вторых обеденных блюд; детского и диетического питания; сухие завтраки, их значение в питании.

Практическое занятие 2. Методы исследования фактического питания различных групп населения.

Вопросы для устного опроса:

1. Социально-экономические методы изучения питания населения (балансовый и бюджетный методы).
2. Социально-гигиенические методы изучения питания: -индивидуального и семейного (анкетный метод, опросный, опросно-весовой метод, весовой метод, метод анализа частоты потребления пищи, метод 24-часового воспроизведения);
3. Социально-гигиенические методы изучения питания: - организованных коллективов (изучение питания по отчетам, меню-раскладкам, лабораторный метод).
4. Алгоритм изучения фактического питания и оценки пищевого статуса организма.
5. Актуальность изучения фактического питания населения во взаимосвязи с показателями здоровья.
6. Концептуальная модель системы мониторинга воздействия питания на здоровье населения.

Практическое занятие 3. Методы исследования нутриционного статуса детей и подростков.

Вопросы для устного опроса:

1. Нутриционный статус. Определение понятия. Виды.
2. Методы оценки нутриционного статуса детей и подростков: антропометрические.
3. Методы оценки нутриционного статуса детей и подростков: клинические.
4. Методы оценки нутриционного статуса детей и подростков: функциональные.
5. Методы оценки нутриционного статуса детей и подростков: лабораторные.
6. Методы оценки нутриционного статуса детей и подростков: инструментальные.
7. Биомаркеры пищевого статуса детей и подростков.

Практическое занятие 4. Методы исследования нутриционного статуса взрослого человека.

Вопросы для устного опроса:

1. Нутриционный статус взрослого человека. Определение понятия. Виды.
2. Методы оценки нутриционного статуса взрослого человека: антропометрические.
3. Методы оценки нутриционного статуса взрослого человека: клинические.
4. Методы оценки нутриционного статуса взрослого человека: функциональные.
5. Методы оценки нутриционного статуса взрослого человека: лабораторные.
6. Методы оценки нутриционного статуса взрослого человека: инструментальные.
7. Биомаркеры пищевого статуса взрослого человека.

Практическое занятие 5. Нормативные документы, регламентирующие организацию питания в ЛПУ.

Вопросы для устного опроса:

1. Федеральные законы, регламентирующим организацию питания в ЛПУ
2. Постановления Правительства РФ, регламентирующим организацию питания в ЛПУ

3. Приказы Министерства здравоохранения РФ, регламентирующим организацию питания в ЛПУ
4. Постановления и распоряжения Правительства и управления социального питания.
5. Методические рекомендации, регламентирующим организацию питания в ЛПУ.
6. Технологические нормативы, регламентирующим организацию питания в ЛПУ.

Практическое занятие 6. Функциональные обязанности: врача-диетолога, диетсестры, сотрудников ЛПУ при организации лечебного питания.

Вопросы для устного опроса:

1. Функциональные обязанности врача-диетолога при организации лечебного питания.
2. Функциональные обязанности диетсестры при организации лечебного питания.
3. Функциональные обязанности сотрудников ЛПУ при организации лечебного питания.

Практическое занятие 7. Порядок выписки питания для больных в ЛПУ.

Вопросы для устного опроса:

1. Основные этапы выписки питания для больных в ЛПУ.
2. Функциональные обязанности сотрудников ЛПУ при выписки питания для больных в ЛПУ.

Практическое занятие 8. Составление семидневного меню стандартных диет. Вопросы для устного опроса:

1. Особенности составления семидневного меню стандартной диеты (основной).
2. Особенности составления семидневного меню варианта диеты с механическим и химическим щажением.
3. Особенности составления семидневного меню варианта диеты с повышенным количеством белка.
4. Особенности составления семидневного меню варианта диеты с пониженным количеством белка.
5. Особенности составления семидневного меню варианта диеты с пониженной калорийностью.
6. Особенности составления семидневного меню варианта диеты с пониженной калорийностью.

Практическое занятие 9. Порядок контроля за качеством готовой пищи в ЛПУ, транспортировка готовой пищи.

Вопросы для устного опроса:

1. Порядок контроля за качеством готовой пищи перед выдачей ее в отделения.
2. Порядок контроля за качеством готовой пищи на пищеблоке.
3. Рекомендации по оборудованию пищеблока и буфетных.
4. Транспортировка готовой пищи.

Практическое занятие 10. Современные технологии приготовления блюд лечебного питания

Вопросы для устного опроса:

1. Технологические приемы приготовления блюд лечебного питания, обеспечивающие механическое щажение желудочно-кишечного тракта.
2. Технологические приемы приготовления блюд лечебного питания, обеспечивающие химическое щажение желудочно-кишечного тракта.
3. Технологические приемы приготовления блюд лечебного питания, обеспечивающие термическое щажение желудочно-кишечного тракта

Практическое занятие 11. Продукты диетического питания

Вопросы для устного опроса:

1. Определение понятия "диетическое питание", принципы его назначения, виды.
2. Характеристика химического состава и энергетической ценности различных продуктов диетического питания, показания к применению.

Практическое занятие 12. Функциональные и обогащенные пищевые продукты

Вопросы для устного опроса:

1. Определение понятия "функциональные и обогащенные пищевые продукты", виды.
2. Характеристика химического состава и энергетической ценности различных функциональных и обогащенных продуктов питания, показания к применению.

Практическое занятие 13. Биологически активные добавки к пище

Вопросы для устного опроса:

1. Биологически активные добавки к пище (БАД), их роль в питании современного человека. Классификация БАД.
2. БАД - нутрицевтики, особенности их биологического действия, клиническая роль.
3. БАД – парафармацевтики, особенности их биологического действия. Основные отличия БАД – парафармацевтиков от лекарств.

Практическое занятие 14. Парентеральное питание

Вопросы для устного опроса:

1. Парентеральное питание, определение, задачи применения, показания и противопоказания.
2. Организация парентерального питания, препараты для парентерального питания.
3. Контроль при проведении парентерального питания.
4. Осложнения применения парентерального питания.

Практическое занятие 15. Энтеральное питание

Вопросы для устного опроса:

1. Энтеральное питание, определение, задачи применения, показания и противопоказания.
2. Организация энтерального питания, смеси для энтерального питания.
3. Контроль при проведении энтерального питания.
4. Осложнения применения энтерального питания.

Практическое занятие 16. Лечебно-профилактическое питание

Вопросы для устного опроса:

1. Определение понятия "Лечебно-профилактическое питание", принципы его назначения, виды.
2. Характеристика химического состава и энергетической ценности различных продуктов лечебно-профилактического питания, показания к применению.

Практическое занятие 17. Лечебное питание при генетических, врожденных и редких (орфанных) заболеваниях: муковисцидозе, фенилкетонурии, тирозинемии, гомоцистинурии, гистидинемии, аденолейкодистрофии.

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности режима питания при муковисцидозе
2. Особенности щажения диеты при муковисцидозе
3. Особенности употребления различных продуктов питания при муковисцидозе
4. Особенности режима питания при фенилкетонурии
5. Особенности щажения диеты при фенилкетонурии
6. Особенности употребления различных продуктов питания при фенилкетонурии
7. Особенности режима питания при тирозинемии
8. Особенности щажения диеты при тирозинемии
9. Особенности употребления различных продуктов питания при тирозинемии
10. Особенности режима питания при гомоцистинурии
11. Особенности щажения диеты при гомоцистинурии
12. Особенности употребления различных продуктов питания при гомоцистинурии
13. Особенности режима питания при гистидинемии
14. Особенности щажения диеты при гистидинемии

3. Особенности употребления различных продуктов питания при воспалительных заболеваниях кишечника

Практическое занятие 62. Лечебное питание при бродильной и гнилостной диспепсии

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности режима питания при бродильной и гнилостной диспепсии
2. Особенности щажения диеты при бродильной и гнилостной диспепсии
3. Особенности употребления различных продуктов питания при бродильной и гнилостной диспепсии

Практическое занятие 63. Лечебное питание при кишечных инфекциях.

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности режима питания при кишечных инфекциях
2. Особенности щажения диеты при кишечных инфекциях
3. Особенности употребления различных продуктов питания при кишечных инфекциях

Практическое занятие 64. Лечебное питание при запорах.

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности режима питания при запорах
2. Особенности щажения диеты при запорах
3. Особенности употребления различных продуктов питания при запорах

Практическое занятие 65. Лечебное питание при дивертикулярной болезни.

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности режима питания при дивертикулярной болезни
2. Особенности щажения диеты при дивертикулярной болезни
3. Особенности употребления различных продуктов питания при дивертикулярной болезни

Практическое занятие 66. Лечебное питание при энтеропатиях.

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности режима питания при энтеропатиях
2. Особенности щажения диеты при энтеропатиях
3. Особенности употребления различных продуктов питания при энтеропатиях

Практическое занятие 67. Лечебное питание при избыточном газообразовании в кишечнике

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности режима питания при избыточном газообразовании в кишечнике
2. Особенности щажения диеты при избыточном газообразовании в кишечнике
3. Особенности употребления различных продуктов питания при избыточном газообразовании в кишечнике

Практическое занятие 68. Лечебное питание при белково-энергетической недостаточности.

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности режима питания при белково-энергетической недостаточности
2. Особенности щажения диеты при белково-энергетической недостаточности
3. Особенности употребления различных продуктов питания при белково-энергетической недостаточности

Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации

1. Понятие рационального питания и его принципы. Требования к рациональному питанию человека. Понятие адекватного питания, его принципы.
2. Рекомендуемые величины физиологической потребности в пищевых веществах и энергии как основа построения рационального питания в организованных коллективах.
3. Роль фундаментального учения И.П. Павлова о закономерностях пищеварения в развитии науки о рациональном питании здорового и больного человека.
4. Энергетические затраты и энергетическая ценность пищи. Методы определения энергетической потребности людей и факторы, влияющие на нее.
5. Профилактика алиментарных заболеваний, связанных с нарушением принципов рационального питания.
6. Белок как основа полноценности питания. Аминокислоты (незаменимые и заменимые) и их значение. Животные и растительные белки. Белковая ценность пищевых продуктов и рационов.
7. Болезни недостаточности и избыточности белкового питания (алиментарная дистрофия, малярия, квашиоркор). Основные пути решения проблемы обеспечения населения белком. Нетрадиционные и новые источники белка.
8. Биологическая роль и пищевое значение жиров. Жирные кислоты и их определяющая роль в свойствах жира. Источники жира (в том числе скрытого) в питании.
9. Значение и роль ПНЖК в образовании биологически активных соединений (эйкозаноидов, простагландинов). Медицинское значение транс-изомеров жирных кислот. Связь избыточного потребления жира с развитием атеросклероза, ожирения, сахарного диабета.
10. Углеводы как основной источник энергии. Гигиеническая характеристика отдельных видов углеводов пищевых продуктов. Пищевые волокна и их значение.
11. Источники простых и сложных углеводов в питании. Неблагоприятное влияние избытка сахара. Показания к повышению и снижению содержания углеводов в рационах питания.
12. Значение витаминов в жизнедеятельности организма. Классификация витаминов. Государственные мероприятия по обеспечению населения достаточным уровнем витаминов.
13. Свойства, специфическая и неспецифическая роль, недостаточность, потребность и источники жирорастворимых (А, D, E, K) и водорастворимых витаминов (В₁, В₂, РР, пантотеновая кислота, В₆, биотин, фолацин, В₁₂, С, Р). Витаминоподобные вещества (витамин F, оротовая кислота, инозит, холин и др.).
14. Витаминная недостаточность (авитаминозы и гиповитаминозы) и ее профилактика. Диагностика скрытой витаминной недостаточности. Гипервитаминозы.
15. Роль минеральных элементов в жизнедеятельности организма. Классификация минеральных элементов.
16. Заболевания, связанные с пониженным и повышенным поступлением в организм минеральных элементов. Микроэлементозы. Нормирование минеральных элементов в питании.
17. Значение рационального питания для гармоничного физического и нервно-психического развития детей и подростков.
18. Особенности обмена веществ детей и подростков и рекомендуемые нормы потребления основных пищевых веществ.
19. Особое значение белковой полноценности в питании детей и подростков. Жиры и углеводы в питании детей.
20. Витаминная полноценность питания как основа нормального развития детского организма.
21. Минеральные вещества и их роль в формировании функциональных систем растущего организма.
22. Гигиенические принципы питания лиц пожилого и старческого возраста (энергетическая и качественная сторона питания, липотропная и антиоксидантная активность питания).
23. Гигиенические принципы питания беременных женщин и кормящих матерей.
24. Особенности организации питания спортсменов. Питание в период тренировок и соревнований.
25. Особенности организации питания в экстремальных условиях.
26. Значение зерновых продуктов в питании. Структура зерна и питательная ценность его составных частей. Химический состав зерновых продуктов.
27. Продукты переработки зерна (мука, крупы), их пищевая и биологическая ценность. Влияние технологии получения на питательную и биологическую ценность продуктов переработки зерна.
28. Пищевая и биологическая ценность хлеба, приготовленного из различных видов и сортов муки. Витаминизация хлеба.
29. Химический состав молока, его пищевая и биологическая ценность.
30. Кисломолочные продукты и их значение в питании. Кисломолочные продукты как нормализаторы кишечной микрофлоры.
31. Сливки и пахта, их биологическое значение как источника высокоценного белково-лецитинового комплекса.
32. Творог, его пищевые и биологические свойства. Творог как источник метионина.
33. Сыры и их значение в питании, пищевая и биологическая ценность

34. Пищевая и биологическая ценность различных видов мяса. Мясо и мясные продукты как источник полноценных белков и высокоактивных экстрактивных веществ. Жиры мяса, их жирокислотный состав.
35. Мясо птицы, пищевая и биологическая ценность
36. Колбасные изделия, пищевая и биологическая ценность.
37. Значение рыбы и рыбных продуктов в питании. Пищевая и биологическая ценность рыб.
38. Значение яиц и яичных продуктов в питании. Яйца и яичные продукты (порошок, меланж), их пищевая и биологическая ценность.
39. Кондитерские изделия, их пищевая и биологическая ценность.
40. Значение овощей и плодов в питании, их пищевая и биологическая ценность.
41. Значение пищевых концентратов в питании населения. Концентраты первых и вторых обеденных блюд; детского и диетического питания; сухие завтраки, их значение в питании.
42. Социально-экономические методы изучения питания населения (балансовый и бюджетный методы).
43. Социально-гигиенические методы изучения питания: -индивидуального и семейного (анкетный метод, опросный, опросно-весовой метод, весовой метод, метод анализа частоты потребления пищи, метод 24-часового воспроизведения).
44. Социально-гигиенические методы изучения питания: - организованных коллективов (изучение питания по отчетам, меню-раскладкам, лабораторный метод).
45. Алгоритм изучения фактического питания и оценки пищевого статуса организма.
46. Актуальность изучения фактического питания населения во взаимосвязи с показателями здоровья.
47. Концептуальная модель системы мониторинга воздействия питания на здоровье населения.
48. Нутриционный статус. Определение понятия. Виды.
49. Методы оценки нутриционного статуса детей и подростков: антропометрические.
50. Методы оценки нутриционного статуса детей и подростков: клинические.
51. Методы оценки нутриционного статуса детей и подростков: функциональные.
52. Методы оценки нутриционного статуса детей и подростков: лабораторные.
53. Методы оценки нутриционного статуса детей и подростков: инструментальные.
54. Биомаркеры пищевого статуса детей и подростков.
55. Нутриционный статус взрослого человека. Определение понятия. Виды.
56. Методы оценки нутриционного статуса взрослого человека: антропометрические.
57. Методы оценки нутриционного статуса взрослого человека: клинические.
58. Методы оценки нутриционного статуса взрослого человека: функциональные.
59. Методы оценки нутриционного статуса взрослого человека: лабораторные.
60. Методы оценки нутриционного статуса взрослого человека: инструментальные.
61. Биомаркеры пищевого статуса взрослого человека.
62. Федеральные законы, регламентирующие организацию питания в ЛПУ
63. Постановления Правительства РФ, регламентирующие организацию питания в ЛПУ
64. Приказы Министерства здравоохранения РФ, регламентирующие организацию питания в ЛПУ
65. Постановления и распоряжения Правительства и управления социального питания.
66. Методические рекомендации, регламентирующие организацию питания в ЛПУ.
67. Технологические нормативы, регламентирующие организацию питания в ЛПУ.
68. Функциональные обязанности врача-диетолога при организации лечебного питания.
69. Функциональные обязанности диетсестры при организации лечебного питания.
70. Функциональные обязанности сотрудников ЛПУ при организации лечебного питания.
71. Особенности составления семидневного меню стандартной диеты (основной).
72. Особенности составления семидневного меню варианта диеты с механическим и химическим щажением.
73. Особенности составления семидневного меню варианта диеты с повышенным количеством белка.
74. Особенности составления семидневного меню варианта диеты с пониженным количеством белка.
75. Особенности составления семидневного меню варианта диеты с пониженной калорийностью.
76. Особенности составления семидневного меню варианта диеты с пониженной калорийностью.
77. Порядок контроля за качеством готовой пищи перед выдачей ее в отделения.
78. Порядок контроля за качеством готовой пищи на пищеблоке.
79. Рекомендации по оборудованию пищеблока и буфетных.
80. Транспортировка готовой пищи.
81. Технологические приемы приготовления блюд лечебного питания, обеспечивающие механическое щажение желудочно-кишечного тракта.
82. Технологические приемы приготовления блюд лечебного питания, обеспечивающие химическое щажение желудочно-кишечного тракта.
83. Технологические приемы приготовления блюд лечебного питания, обеспечивающие термическое щажение желудочно-кишечного тракта.
84. Определение понятия "диетическое питание", принципы его назначения, виды.
85. Характеристика химического состава и энергетической ценности различных продуктов диетического питания, показания к применению.
86. Определение понятия " функциональные и обогащенные пищевые продукты", виды.
87. Характеристика химического состава и энергетической ценности различных функциональных и обогащенных продуктов питания, показания к применению.
88. Биологически активные добавки к пище (БАД), их роль в питании современного человека. Классификация БАД.
89. БАД - нутрицевтики, особенности их биологического действия, клиническая роль.
90. БАД – парафармацевтики, особенности их биологического действия. Основные отличия БАД – парафармацевтиков от лекарств.
91. Парентеральное питание, определение, задачи применения, показания и противопоказания.
92. Организация парентерального питания, препараты для парентерального питания.
93. Контроль при проведении парентерального питания.
94. Осложнения применения парентерального питания.
95. Энтеральное питание, определение, задачи применения, показания и противопоказания.
96. Организация энтерального питания, смеси для энтерального питания.
97. Контроль при проведении энтерального питания.
98. Осложнения применения энтерального питания.
99. Определение понятия " Лечебно-профилактическое питание", принципы его назначения, виды.
100. Характеристика химического состава и энергетической ценности различных продуктов лечебно-профилактического питания, показания к применению.
101. Лечебное питание при онкологических заболеваниях
102. Лечебное питание при пищевой аллергии
103. Лечебное питание в пред- и послеоперационном периоде
104. Лечебное питание при ревматологических заболеваниях
105. Лечебное питание при ожоговой болезни
106. Лечебное питание при травмах
107. Лечебное питание при пострадиационном синдроме
108. Лечебное питание при инфекционных заболеваниях
109. Лечебное питание при гематологических заболеваниях
110. Лечебное питание при бронхиальной астме
111. Лечебное питание при пневмониях.
112. Лечебное питание при нагноительных заболеваниях легких.
113. Лечебное питание при туберкулезе
114. Лечебное питание при ХОБЛ
115. Лечебное питание при подагре.
116. Лечебное питание при артрозе при нарушении липидного обмена
117. Лечебное питание при ожирении.
118. Лечебное питание при сахарном диабете.
119. Лечебное питание при тиреотоксикозе.
120. Лечебное питание при гипотиреозе.

121. Лечебное питание при аддисоновой болезни.
122. Лечебное питание при гипогликемии и кетоацидозе
123. Лечебное питание при остром диффузном гломерулонефрите.
124. Лечебное питание при хроническом гломерулонефрите с синдромом хронической почечной недостаточности
125. Лечебное питание при почечнокаменной болезни
126. Лечебное питание при ишемической болезни сердца и дислипидемиях
127. Лечебное питание при артериальной гипертензии
128. Лечебное питание при хронической сердечной недостаточности
129. Лечебное питание при диастолической сердечной недостаточности на фоне ожирения
130. Лечебное питание при остром инфаркте миокарда
131. Лечебное питание при холециститах.
132. Лечебное питание при желчнокаменной болезни
133. Лечебное питание при гепатитах
134. Лечебное питание при циррозе печени
135. Лечебное питание при асците
136. Лечебное питание при панкреатитах.
137. Лечебное питание при заболеваниях пищевода
138. Лечебное питание при функциональных расстройствах желудка и двенадцатиперстной кишки
139. Лечебное питание при гастритах
140. Лечебное питание при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
141. Лечебное питание при демпинг-синдроме
142. Лечебное питание при синдроме короткой кишки
143. Лечебное питание при синдроме раздраженного кишечника
144. Лечебное питание при воспалительных заболеваниях кишечника
145. Лечебное питание при бродильной и гнилостной диспепсии
146. Лечебное питание при кишечных инфекциях
147. Лечебное питание при запорах
148. Лечебное питание при дивертикулярной болезни
149. Лечебное питание при энтеропатиях
150. Лечебное питание при избыточном газообразовании в кишечнике
151. Лечебное питание при белково-энергетической недостаточности
152. Лечебное питание при муковисцидозе.
153. Лечебное питание при фенилкетонурии.
154. Лечебное питание при тирозинемии.
155. Лечебное питание при гомоцистинурии.
156. Лечебное питание при гистидинемии.
157. Лечебное питание при адренолейкодистрофии.

Тестовые задания для текущего контроля

Общая диетология

1. Для массовой пропаганды рационального питания печатным методом используют:
 - 1) лекции
 - 2) **научно-популярные книги, журналы**
 - 3) консультации
 - 4) теле- и радиопередачи
 - 5) плакаты, малые формы
2. Для индивидуальной пропаганды рационального питания устным методом используют:
 - 1) лекции
 - 2) научно-практические книги, журналы
 - 3) **консультации**
 - 4) теле- и радиопередачи
 - 5) плакаты, малые формы
3. Групповая форма медицинской пропаганды наиболее адекватна для контингентов:
 - 1) больные
 - 2) **население, имеющее факторы риска**
 - 3) здоровые
 - 4) верно 1 и 2
 - 5) верно 1, 2 и 3
4. Для групповой пропаганды рационального питания устным методом используют:
 - 1) **лекции**
 - 2) научно-практические книги, журналы
 - 3) консультации
 - 4) теле- и радиопередачи
 - 5) плакаты, малые формы
5. Анкетно-опросный метод относится к группе методов изучения:
 - 1) **индивидуального питания**
 - 2) питания в коллективах
 - 3) социально-экономических основ питания
 - 4) верно 2 и 3
 - 5) верно 1, 2 и 3
6. Метод изучения питания, отличающийся наибольшей трудоемкостью:
 - 1) балансовый
 - 2) бюджетный
 - 3) опросно-весовой
 - 4) **весовой**
 - 5) анкетный
7. Метод прямой калориметрии применим при определении:
 - 1) расхода энергии на спортивных занятиях
 - 2) **расхода энергии на основной обмен**
 - 3) энерготрат при различных видах профессиональной работы
 - 4) расхода энергии на умственную работу
 - 5) энерготрат во время сна
8. Взрослое женское население по энерготратам в зависимости от интенсивности труда делится на:

- 1) 2 группы
- 2) 3 группы
- 3) **4 группы**
- 4) 5 групп
- 5) 6 групп

9. Балансовый метод относится к группе методов изучения:

- 1) индивидуального питания
- 2) питания в коллективах
- 3) **социально-экономических основ питания**
- 4) верно 2 и 3
- 5) верно 1, 2 и 3

10. Метод изучения питания, требующий наибольшей разъяснительной работы среди населения перед обследованием:

- 1) балансовый
- 2) бюджетный
- 3) опросно-весовой
- 4) весовой
- 5) **анкетный**

11. Формулировка, наиболее полно отражающая понятие «статус питания» или «пищевой статус»:

- 1) состояние фактического питания отдельных групп населения
- 2) состояние физического развития в зависимости от питания
- 3) различные варианты режима питания отдельных групп населения
- 4) **состояние здоровья отдельных групп населения в зависимости от питания**
- 5) все вышеперечисленное верно

12. Определение понятия «меню-раскладка»:

- 1) наименование блюда с указанием его веса
- 2) наименование блюда и его химический состав
- 3) **наименование блюда, его выход и перечень сырых продуктов с указанием их веса (брутто или нетто)**
- 4) наименование блюда с перечнем входящих продуктов, количества которых представлены в весе – нетто
- 5) все вышеперечисленное верно

13. Определение понятия выход продукта:

- 1) вес съедобной части продукта
- 2) рыночный вес продукта (с отходами)
- 3) **вес продукта после его приготовления**
- 4) верно 1 и 2
- 5) верно 1, 2 и 3

14. Социально-экономические основы питания изучают:

- 1) весовым методом
- 2) анкетным методом
- 3) опросно-весовым методом
- 4) **бюджетным методом**
- 5) лабораторным методом

15. Для оценки продуктового набора рациона при изучении организации ЛПП на промышленном предприятии используются метод:

- 1) анализ меню-раскладок
- 2) анализ заболеваемости рабочих
- 3) **анализ накопительных ведомостей**
- 4) лабораторное исследование блюд
- 5) все вышеперечисленное верно

16. Выдача рационов лечебно-профилактического питания (ЛПП) производится в виде:

- 1) горячих завтраков и обедов в обеденный перерыв
- 2) горячего обеда по окончании работы
- 3) **горячих завтраков и обедов перед началом работы**
- 4) выдаются на дом в виде продуктовых наборов
- 5) все перечисленное верно

17. Для оценки фактического химического состава рациона при изучении организации ЛПП на промышленном предприятии используется метод:

- 1) анализ меню-раскладок
- 2) анализ заболеваемости рабочих
- 3) анализ накопительных ведомостей
- 4) **лабораторные исследования блюд**
- 5) все перечисленное верно

18. При лабораторном определении энергоценности упрощенным методом необходимо определить и рассчитать:

- 1) белки-жиры - углеводы - минеральные вещества и витамины
- 2) углеводы-белки-жиры
- 3) **жиры - минеральные вещества - сухое вещество**
- 4) жиры – белки – углеводы - минеральные вещества и сухое вещество
- 5) все вышеперечисленное верно

19. Определение понятия «вес продукта – нетто»:

- 1) **вес съедобной части продукта**
- 2) рыночный вес продукта с отходами
- 3) вес продукта после его приготовления
- 4) верно 2 и 3
- 5) все вышеперечисленное верно

20. Схема движения пищи в больнице при децентрализованном пищеблоке:

- 1) пищеблок – экспедиция – буфет – больной
- 2) пищеблок – кухня доготовочная – больной
- 3) **пищеблок – кухня доготовочная – буфет – больной**
- 4) верно 1 и 3
- 5) все вышеперечисленное верно

21. За приготовление пищи и соблюдение технологии в пищеблоке ЛПУ отвечает:
- 1) диетсестра
 - 2) зам. главного врача по АХЧ
 - 3) буфетчица
 - 4) **зав. производством**
 - 5) все вышеперечисленное верно
22. Общий заказ на питание больного отделения составляет:
- 1) диетсестра
 - 2) диетврач
 - 3) дежурный врач
 - 4) лечащий врач
 - 5) **старшая медсестра**
23. Отметка о прохождении сотрудником пищеблока ЛПУ курса по гигиенической подготовке отражается:
- 1) в бракеражном журнале
 - 2) **в личной медицинской книжке**
 - 3) в журнале по контролю за доброкачеством особо скоропортящихся продуктов, поступающих на пищеблок
 - 4) в журнале «Здоровье»
 - 5) все вышеперечисленное верно
24. Сроки реализации поступающих на пищеблок ЛПУ продуктов отражают:
- 1) в бракеражном журнале
 - 2) в личной медицинской книжке
 - 3) **в журнале по контролю за доброкачеством особо скоропортящихся продуктов, поступающих на пищеблок**
 - 4) в журнале «Здоровья»
 - 5) все вышеперечисленное верно
25. Составляет меню-порционник в ЛПУ:
- 1) врач-диетолог
 - 2) главный врач
 - 3) старшая сестра отделения
 - 4) **диетсестра**
 - 5) все вышеперечисленное верно
26. Документ пищеблока ЛПУ, содержащий ассортимент и количество получаемых продуктов:
- 1) карточка-раскладка
 - 2) меню-раскладка
 - 3) плановое семидневное меню
 - 4) **накопительная ведомость**
 - 5) сводный порционник
27. Осуществляет общий контроль за выпиской лечебного питания в ЛПУ:
- 1) врач-диетолог
 - 2) **главный врач**
 - 3) бухгалтер
 - 4) диетсестра
 - 5) все вышеперечисленное верно
28. Документ пищеблока ЛПУ, содержащий перечень необходимых диет и их количество:
- 1) карточка-раскладка
 - 2) меню-раскладка
 - 3) плановое семидневное меню
 - 4) накопительная ведомость
 - 5) **сводный порционник**
29. Наиболее устойчиво к воздействию пищи является посуда:
- 1) оцинкованная металлическая
 - 2) **эмалированная**
 - 3) из пластмасс
 - 4) гончарная
 - 5) деревянная
30. Формулировка, наиболее полно отражающая понятие, «истинные консервы»:
- 1) пищевые продукты в герметически закрытых банках, подвергнутые термической обработке
 - 2) пищевые продукты в герметически закрытых банках, подвергнутые пастеризации
 - 3) **пищевые продукты в герметически закрытых банках, герметически укупоренные и стерилизованные в специальных автоклавах**
 - 4) верно 1 и 2
 - 5) все вышеперечисленное верно
31. Консервирование продуктов производится с целью:
- 1) улучшения органолептических свойств
 - 2) увеличение биологической и питательной ценности
 - 3) **сохранения доброкачества и увеличение сроков их хранения**
 - 4) устранение возможного загрязнения химическими и органическими веществами
 - 5) все вышеперечисленное верно
32. Процесс консервирования, заключающийся в помещении нестерильного продукта в нестерильную герметизированную тару, относится к методу:
- 1) консервирование
 - 2) **пресервирование**
 - 3) асептическое консервирование
 - 4) верно 2 и 3
 - 5) верно 1 и 3
33. Продукты детского питания созданы для питания здоровых и больных детей до:
- 1) 1 года
 - 2) 2-х лет
 - 3) 3-х лет
 - 4) **4-х лет**
 - 5) 5-ти лет

34. Термин «биологическая эффективность», используемый при оценке продовольственного сырья и продуктов, отражает:
- 1) аминокислотный состав
 - 2) химический состав и энергоценность
 - 3) **содержание полиненасыщенных жирных кислот**
 - 4) уровень содержания ксенобиотиков и биологических контаминантов
 - 5) органолептические свойства, химический состав и энергоценность, безвредность, надежность в отношении стабильности состава
35. При поступлении больного в ЛПУ назначение лечебного питания производит:
- 1) диетсестра
 - 2) диетврач
 - 3) **дежурный врач**
 - 4) лечащий врач
 - 5) старшая мед. сестра
36. В состав помещений пищеблока ЛПУ не входит группа:
- 1) производственных помещений
 - 2) бытовых помещений
 - 3) **помещений для посетителей**
 - 4) складских помещений
 - 5) экспедиции
37. За правильность оборудования пищеблока и буфетных отделений ЛПУ отвечает:
- 1) диетсестра
 - 2) **зам. главного врача по АХЧ**
 - 3) буфетчица
 - 4) зав. производством
 - 5) главный врач
38. Отсутствие острых кишечных заболеваний у работника пищеблока ЛПУ и в его семье отражается:
- 1) в бракеражном журнале
 - 2) в личной медицинской книжке
 - 3) в журнале по контролю за доброкачеством особо скоропортящихся продуктов, поступающих на пищеблок
 - 4) **в журнале «Здоровье»**
 - 5) все вышеперечисленное верно
39. Составляет порционное требование в ЛПУ:
- 1) врач-диетолог
 - 2) буфетчица
 - 3) **старшая сестра отделения**
 - 4) диетсестра
 - 5) все вышеперечисленное верно
40. За правильность отпуска готовой пищи в пищеблоке ЛПУ отвечает:
- 1) диетсестра
 - 2) зам. главного врача по АХЧ
 - 3) **буфетчица**
 - 4) зав. производством
 - 5) все вышеперечисленное верно
41. Выпиской лечебного питания в ЛПУ руководит:
- 1) **врач-диетолог**
 - 2) главный врач
 - 3) бухгалтер
 - 4) диетсестра
 - 5) все вышеперечисленное выше
42. Документ пищеблока ЛПУ, содержащий рецептуру блюд:
- 1) **карточка-раскладка**
 - 2) меню-раскладка
 - 3) плановое семидневное меню
 - 4) накопительная ведомость
 - 5) свободный порционник
43. Минимальная кратность питания при диетотерапии в лечебных учреждениях составляет:
- 1) 3 раза
 - 2) **4 раза**
 - 3) 5 раз
 - 4) 6 раз
 - 5) 7 раз
44. Для обеспечения правильного режима мытья столовой посуды ручным методом необходимы ванны:
- 1) 2-х гнездные
 - 2) **3-х гнездные**
 - 3) 4-х гнездные
 - 4) 1-но гнездные
 - 5) 5-ти гнездные
45. К пищевым добавкам относятся следующие, кроме:
- 1) антиокислителей
 - 2) консервантов
 - 3) **белково-витаминных концентратов (БВК)**
 - 4) эмульгаторов и стабилизаторов консистенции
 - 5) улучшителей вкуса и аромата

Нутрициология

46. Потребность в жирах в северных регионах:
- 1) уменьшается
 - 2) **увеличивается**
 - 3) остается без изменений

- 4) колеблется
- 5) все вышеперечисленное верно

47. Потребность в жирах в южных регионах:

- 1) **уменьшается**
- 2) увеличивается
- 3) остается без изменений
- 4) колеблется
- 5) все вышеперечисленное верно

48. Количество энергии (в килокалориях), получаемое организмом при потреблении 1 г углеводов:

- 1) 1,4
- 2) 9
- 3) **4**
- 4) 3,5
- 5) 8

49. Оптимальное распределение калорийности по отдельным приемам при 3-х разовом питании (в процентах):

- 1) 15-50-35
- 2) **30-45-25**
- 3) 20-50-30
- 4) 30-50-20
- 5) 35-50-15

50. Биорегуляторную функцию в организме выполняют:

- 1) **витамины**
- 2) углеводы
- 3) белки
- 4) макроэлементы
- 5) жиры

51. Процент белков растительного происхождения от общего количества белка должен составлять:

- 1) 15
- 2) 25
- 3) 35
- 4) **45**
- 5) 55

52. Белковое голодание играет ведущую роль в развитии:

- 1) алиментарной дистрофии
- 2) рахита
- 3) маразма
- 4) **квashiоркора**
- 5) кахексии

53. Белково-энергетическое голодание играет ведущую роль в развитии такого заболевания, как:

- 1) флюороз
- 2) рахит
- 3) квашиоркор
- 4) **маразм**
- 5) кахексия

54. Оптимальный уровень потребности в белке для взрослого человека составляет:

- 1) 20-40 г
- 2) 40-60 г
- 3) **60-80 г**
- 4) 80-120 г
- 5) 120-140 г

55. К нетрадиционным продуктам, составляющим потенциальный резерв белкового фонда, относят:

- 1) одноклеточные и многоклеточные водоросли
- 2) молоко
- 3) **мясо**
- 4) рыба
- 5) изоляты соевого белка

56. Основным по количеству белком в коровьем молоке является:

- 1) лактоальбумин
- 2) лактоглобулин
- 3) **казеин**
- 4) верно 1 и 3
- 5) верно 1,2 и 3

57. К традиционным белковым продуктам относят продукты:

- 1) одноклеточные и многоклеточные водоросли
- 2) **молоко, мясо, рыба**
- 3) изоляты соевого белка
- 4) кровь убойных животных
- 5) белковые изоляты, полученные из яиц

58. Какова функция лизина в организме:

- 1) **участвует в регуляции гемопоеза**
- 2) участвует в синтезе холина
- 3) участвует в синтезе гистамина
- 4) участвует в синтезе никотиновой кислоты
- 5) участвует в деятельности почек и щитовидной железы

59. Какова функция гистидина в организме:

- 1) участвует в регуляции гемопоеза
- 2) участвует в синтезе холина

- 3) **участвует в синтезе гистамина**
- 4) участвует в синтезе никотиновой кислоты
- 5) участвует в деятельности почек и щитовидной железы

60. Какова функция лейцина в организме:

- 1) участвует в регуляции гемопоэза
- 2) участвует в синтезе холина
- 3) участвует в синтезе гистамина
- 4) участвует в синтезе никотиновой кислоты
- 5) **участвует в деятельности почек и щитовидной железы**

61. Какова функция триптофана в организме:

- 1) участвует в регуляции гемопоэза
- 2) участвует в синтезе холина
- 3) участвует в синтезе гистамина
- 4) **участвует в синтезе никотиновой кислоты**
- 5) участвует в деятельности почек и щитовидной железы

62. Процент жиров растительного происхождения от общего количества жира должен составлять:

- 1) **30%**
- 2) 50%
- 3) 70%
- 4) 80%
- 5) 90%

63. Основной признак дефицита жиров в питании:

- 1) **сухость кожи**
- 2) анемия
- 3) запоры
- 4) стеаторея
- 5) все вышеперечисленное верно

64. Количество энергии (в килокалориях), получаемое организмом при потреблении 1 г жира:

- 1) 1,4
- 2) **9**
- 3) 4
- 4) 3,5
- 5) 6

65. Увеличение доли жиров в рационе необходимо в питании:

- 1) **спортсменов пловцов**
- 2) жителей южных регионов
- 3) спортсменов легкоатлетов
- 4) больных с заболеваниями печени
- 5) больных с заболеваниями поджелудочной железы

66. Оптимальная сбалансированность жирных кислот в жировом продукте:

- 1) 20% полиненасыщенных жирных кислот, 50% насыщенных жирных кислот и 30% мононенасыщенной (олеиновой) жирной кислоты
- 2) 10% полиненасыщенных жирных кислот, 60% насыщенных жирных кислот и 30% мононенасыщенной (олеиновой) жирной кислоты
- 3) **10% полиненасыщенных жирных кислот, 30% насыщенных жирных кислот и 60% мононенасыщенной (олеиновой) жирной кислоты**
- 4) 30% полиненасыщенных жирных кислот, 40% насыщенных жирных кислот и 30% мононенасыщенной (олеиновой) жирной кислоты
- 5) 40% полиненасыщенных жирных кислот, 40% насыщенных жирных кислот и 20% мононенасыщенной (олеиновой) жирной кислоты

67. Из холестерина в организме синтезируются:

- 1) фосфолипиды
- 2) **витамин D**
- 3) холин
- 4) пептиды
- 5) витамин A

68. Алиментарный фактор, способствующий развитию атеросклероза:

- 1) недостаток моно- и дисахаридов
- 2) дефицит продуктов, содержащих холестерин
- 3) **дефицит серосодержащих аминокислот**
- 4) избыток пищевых волокон
- 5) все вышеперечисленное верно

69. Углевод, оказывающий существенное влияние на характер микрофлоры кишечника:

- 1) фруктоза
- 2) сахароза
- 3) **лактоза**
- 4) гликоген
- 5) целлюлоза

70. Нижний предел уровня углеводов в рационе взрослого человека составляет:

- 1) **50-60 г**
- 2) 100-120 г
- 3) 150-200 г
- 4) 200-300 г
- 5) 300-350 г

71. К сложным углеводам относятся:

- 1) глюкоза
- 2) **крахмал**
- 3) сахароза
- 4) мальтоза
- 5) фруктоза

72. Пищевой статус больного тиреотоксикозом должен быть:

- 1) **избыточным**

- 2) **недостаточным**
- 3) оптимальным
- 4) достаточным
- 5) все вышеперечисленное верно

73. Исследование темновой адаптации производится при диагностике недостаточности витамина:

- 1) D
- 2) C
- 3) **A**
- 4) группы B
- 5) E

74. Продукты, содержащие наибольшее количество пищевых волокон:

- 1) **овощи**
- 2) молоко
- 3) мясо
- 4) бобовые
- 5) рыба

75. Формы витаминной недостаточности, наиболее распространенные в настоящее время:

- 1) авитаминоз
- 2) гиповитаминозы
- 3) **скрытые формы**
- 4) верно 1 и 2
- 5) все вышеперечисленное верно

76. Витамин, принимающий непосредственное участие в формировании эпителия:

- 1) K
- 2) B₁
- 3) **A**
- 4) C
- 5) PP

77. Пищевые продукты, являющиеся в питании человека основным источником витамина «U»:

- 1) черная смородина
- 2) клюква
- 3) шиповник
- 4) **капуста, свекла**
- 5) молоко, кисломолочные продукты

78. Питание, способствующее развитию гиповитаминоза C:

- 1) недостаток овощей и фруктов
- 2) **избыток кондитерских изделий**
- 3) избыток жиров
- 4) недостаток круп
- 5) недостаток мяса и молочных продуктов

79. Клинический симптом, характерный для C-витаминной недостаточности:

- 1) красная кайма на губах (хейлоз)
- 2) **разрыхленность десен**
- 3) трещины губ
- 4) трещины и корочки в углах рта (ангулярный стоматит)
- 5) сухой ярко-красный или отечный бороздчатый язык

80. Наиболее богаты витамином C:

- 1) **шиповник**
- 2) масло сливочное
- 3) масло растительное
- 4) зерновые продукты
- 5) рыбий жир

81. Пеллагра может возникнуть при дефиците витамина:

- 1) B₁
- 2) C
- 3) **PP**
- 4) A
- 5) K

82. Избыточное поступление фтора в организм приводит к:

- 1) рахиту
- 2) зобу
- 3) анемии
- 4) **флюорозу**
- 5) кариесу

83. Усвояемость белков говядины в %:

- 1) 15-25
- 2) 40-50
- 3) 70-80
- 4) 85-90
- 5) **90-95**

84. Наиболее богатым источником бета-каротина является:

- 1) **морковь**
- 2) черная смородина
- 3) виноград
- 4) картофель
- 5) петрушка

85. Зерновые по своему химическому составу относятся к группе продуктов:

- 1) жировых
- 2) белковых
- 3) **углеводных**
- 4) углеводно-жировых
- 5) белково-жировых

86. Более 20% белков содержат:

- 1) злаковые
- 2) **бобовые**
- 3) масличные
- 4) ягоды
- 5) фрукты

87. У ребенка отмечается слабость, раздражительность, потливость, бледность кожных покровов, снижение аппетита, размягчение и деформация костей, задержка прорезывания зубов. Предположительный диагноз заболевания:

- 1) цинга
- 2) бери-бери
- 3) **рахит**
- 4) пеллагра
- 5) все вышеперечисленное неверно

88. Проявление авитаминоза В₁:

- 1) хейлоз
- 2) **полиневриты**
- 3) ангулярный стоматит
- 4) кровоточивость десен
- 5) разрыхленность десен

89. Ксерофтальмия возникает при дефиците витамина:

- 1) В₁
- 2) С
- 3) РР
- 4) **А**
- 5) К

90. Недостаточное поступление фтора в организм приводит к:

- 1) рахиту
- 2) зобу
- 3) анемии
- 4) флюорозу
- 5) **кариесу**

91. Продукты, наиболее богатые фосфором:

- 1) зерновые продукты
- 2) молоко и молочные продукты
- 3) **фрукты сушеные**
- 4) мясные и рыбные продукты
- 5) все вышеперечисленное верно

92. Наиболее богатым источником аскорбиновой кислоты является:

- 1) морковь
- 2) **черная смородина**
- 3) виноград
- 4) картофель
- 5) петрушка

93. Наиболее богатым источником железа является:

- 1) морковь
- 2) черная смородина
- 3) виноград
- 4) картофель
- 5) **петрушка**

94. Наименьшее количество лизина содержится в:

- 1) рисе
- 2) овсе
- 3) **пшенице**
- 4) гречке
- 5) все вышеперечисленное неверно

95. Витамин D способствует:

- 1) **образованию костной ткани**
- 2) улучшению ночного зрения
- 3) сокращению мышц
- 4) регуляции свертываемости крови
- 5) деятельности печени

96. Витамин, не синтезирующийся и не депонирующийся в организме человека:

- 1) ретинол
- 2) тиамин
- 3) рибофлавин
- 4) **аскорбиновая кислота**
- 5) эргокальциферол

97. Витамин В₁ участвует преимущественно:

- 1) в синтезе аминокислот
- 2) в белковом обмене
- 3) в липидном обмене
- 4) **в углеводном обмене**
- 5) в минеральном обмене

98. Снижение свертываемости крови развивается при дефиците витамина:

- 1) D
- 2) C
- 3) PP
- 4) A
- 5) **K**

99. Основной признак дефицита железа в питании:

- 1) снижение иммунитета
- 2) сухость кожи
- 3) **анемия**
- 4) запоры
- 5) диарея

100. Продукты, наиболее богаты калием:

- 1) зерновые
- 2) молоко и молочные продукты
- 3) **сухофрукты**
- 4) мясо
- 5) рыба

101. Наибольшее количество витаминов группы B в хлебе из муки выхода/сорта:

- 1) 10% (крупчатка)
- 2) 25% (высший сорт)
- 3) 75% (1-й сорт)
- 4) 85% (2-й сорт)
- 5) **97,5% (обойная)**

102. Основным углеводом зерновых является:

- 1) сахароза
- 2) клетчатка
- 3) **крахмал**
- 4) гемицеллюлоза
- 5) фруктоза

103. Наиболее благоприятно сбалансированный аминокислотный состав белка имеет крупа:

- 1) **рисовая**
- 2) овсяная
- 3) пшеничная
- 4) гречневая
- 5) пшенная

104. Пищевой статус больного с ожирением должен быть:

- 1) **избыточным**
- 2) недостаточным
- 3) оптимальным
- 4) достаточным
- 5) все вышеперечисленное верно

105. Пищевой статус беременной должен быть:

- 1) избыточным
- 2) недостаточным
- 3) оптимальным
- 4) **достаточным**
- 5) все вышеперечисленное верно

106. Формулировке «питание достаточное в экстремальных условиях» соответствует тип пищевого статуса:

- 1) избыточный
- 2) недостаточный
- 3) **оптимальный**
- 4) **достаточный**
- 5) все вышеперечисленное верно

107. Пищевой статус космонавтов должен быть:

- 1) избыточным
- 2) недостаточным
- 3) оптимальным
- 4) **достаточным**
- 5) все вышеперечисленное верно

108. Наиболее лабильные и меняющиеся в первую очередь клинко-биохимические показатели:

- 1) белкового обмена
- 2) **витаминного обмена**
- 3) углеводного обмена
- 4) минерального обмена
- 5) жирового обмена

109. Формулировке «питание избыточное» соответствует тип пищевого статуса:

- 1) **избыточный**
- 2) недостаточный
- 3) оптимальный
- 4) достаточный
- 5) все вышеперечисленное верно

110. Животный жир наилучший по своим биологическим свойствам:

- 1) говяжий
- 2) **свиной**
- 3) бараний
- 4) верно 1 и 2

5) верно 2 и 3

111. Содержание соединительной ткани в рыбе колеблется в диапазоне:

- 1) 0,5-2,0%
- 2) **0,5-3,5%**
- 3) 3,5-7,0%
- 4) 3,5-10,0%
- 5) 7,0-10,0%

112. Аминокислотой встречающейся в рыбе в большем количестве, чем в других продуктах, является:

- 1) лейцин
- 2) изолейцин
- 3) **метионин**
- 4) аргинин
- 5) тирозин

113. Рыба по своему химическому составу относится к группе пищевых продуктов:

- 1) жировых
- 2) белковых
- 3) углеводисто-белковых
- 4) углеводисто-жировых
- 5) **белково-жировых**

114. Белки, отсутствующие в рыбе:

- 1) альбумины
- 2) ихтулин
- 3) коллаген
- 4) **эластин**
- 5) все вышеперечисленное верно

115. К пищевым волокнам, имеющим наибольшее значение в практике ЛПП, относится:

- 1) целлюлоза
- 2) лигнин
- 3) гемицеллюлоза
- 4) **пектин**
- 5) все вышеперечисленное верно

Социальная гигиена, организация здравоохранения и лечебного питания

116. Основной документ организации лечебного питания в лечебно-профилактическом учреждении:

- 1) семидневное сводное меню
- 2) **картотека блюд**
- 3) сведения о наличии больных, состоящих на питании
- 4) ведомость на выдачу продуктов
- 5) все перечисленное верно

117. Картотеку блюд утверждает:

- 1) диетолог
- 2) заведующий производством
- 3) заведующий пищеблоком
- 4) **главный врач**
- 5) главный бухгалтер

118. Утверждает меню-раскладку в лечебно-профилактическом учреждении:

- 1) диетолог
- 2) заведующий производством
- 3) заведующий пищеблоком
- 4) **главный врач**
- 5) главный бухгалтер

119. За организацию лечебного питания в лечебно-профилактическом учреждении отвечает:

- 1) заведующий отделением
- 2) врач-диетолог
- 3) **главный врач**
- 4) зам. главного врача по лечебной работе
- 5) зам. главного врача по административно-хозяйственной работе

120. Документ по организации лечебного питания, ежедневно утверждаемый главным врачом:

- 1) картотека блюд
- 2) ведомость на выдачу продуктов
- 3) сведения о наличии больных
- 4) **меню-раскладка**
- 5) требования по получению продуктов со склада на пищеблок

121. Признаки пищевых отравлений включают в себя все перечисленные, кроме: 1) не передается от больного человека к здоровому; 2) связи каждой вспышки с употреблением одного продукта или блюда; 3) территориальной ограниченности при потреблении или покупке продукта; 4) длительного инкубационного периода заболевания; 5) хронического течения.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2,3,4
- 4) **если верно, то 4**
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

122. К продуктам, способствующим возникновению пищевых токсикоинфекций относятся: 1) рыбные полуфабрикаты - рыбные колбасы; 2) кулинарные изделия из рубленого мяса (студни, ливерные колбасы, субпродукты); 3) холодные блюда (салаты, винегреты); 4) молоко "самоквас" и молочные продукты; 5) яйца, яичные продукты.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2,3,4
- 4) если верно, то 4
- 5) **если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

123. К продуктам, способствующим развитию стафилококковых пищевых отравлений относятся: 1)кремовые изделия; 2)винегреты; 3)масло сливочное; 4)творог из непастеризованного молока; 5)картофельное пюре, вермишель.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2,3,4
- 4) если верно, то 4
- 5) **если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

124. К продуктам, способствующим отравлению ботулотоксином относятся: 1)грибы домашнего приготовления в герметически закатанных банках; 2)овощные и фруктовые консервы домашнего и промышленного производства; 3)рыбные консервы; 4)соленая рыба домашнего приготовления; 5)окорок, балык.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2,3,4
- 4) если верно, то 4
- 5) **если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

125. К продуктам, способствующим отравлению токсинами микроскопических грибов из рода аспергиллус относятся: 1)орехи (арахис); 2)зерновые; 3)вяленая и соевая рыба; 4)вина; 5)кофе.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2,3,4
- 4) если верно, то 4
- 5) **если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

126. Председателем в Совете по лечебному питанию является:

- 1) **главный врач**
- 2) диетолог
- 3) зам. главного врача по лечебной работе
- 4) зам. главного врача по административно-хозяйственной части
- 5) шеф-повар

127. Контролирует работу пищеблока:

- 1) дежурный врач
- 2) врач-диетолог
- 3) **главный врач**
- 4) лечащий врач
- 5) зав. производством

128. Ответственным секретарем Совета по лечебному питанию является:

- 1) зав. производством
- 2) зав. пищеблоком
- 3) **диетолог**
- 4) главный врач
- 5) зам. главного врача по лечебной работе

129. На пищеблоке меню-раскладку составляет:

- 1) диетолог
- 2) **диетсестра**
- 3) повар
- 4) зав. производством
- 5) калькулятор

130. Закладка продуктов в котел производится в присутствии:

- 1) зав. производством
- 2) повара
- 3) **диетсестры**
- 4) дежурного врача
- 5) главного врача

131. За ведение бракеражного журнала несет ответственность:

- 1) диетсестра
- 2) диетолог
- 3) **дежурный врач**
- 4) зав. производством
- 5) главный врач

132. Ответственность за организацию лечебного питания в отделении несет:

- 1) буфетчица
- 2) старшая мед. сестра
- 3) **зав. отделением**
- 4) сестра-хозяйка
- 5) лечащий врач

133. Ответственность за питание зондовых больных в отделении несет:

- 1) **лечащий врач**
- 2) старшая мед. сестра
- 3) постовая мед. сестра отделения
- 4) буфетчица
- 5) главный врач

134. Питание постельных больных осуществляет:

- 1) лечащий врач
- 2) старшая мед. сестра
- 3) **постовая мед. сестра**
- 4) дежурный врач
- 5) буфетчица

135. Контроль за питанием постельного больного в отделении возлагается на:

- 1) **зав. отделением**

- 2) старшую мед. сестру
- 3) постовую мед. сестру
- 4) главного врача
- 5) дежурного врача

136. Диету больному при поступлении определяет:

- 1) лечащий врач
- 2) **дежурный врач**
- 3) зав. приемным отделением
- 4) главный врач
- 5) старшая мед. сестра

137. Контроль за соблюдением работниками пищеблока санитарных правил осуществляет: 1) диетврач; 2) шеф-повар; 3) диетсестра; 4) главный врач; 5) начальник медицинской службы

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) **если верно, то 1 и 3**
- 3) если верно, то 2 и 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

138. Пищевые отравления классифицируются на: 1) микробные; 2) немикробные; 3) неустановленной этиологии; 4) токсикоинфекции и токсикозы; 5) микотоксикозы.

- 1) **если верно, то 1,2 и 3**
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

139. Пищевые отравления микробной природы классифицируются на: 1) токсикоинфекции; 2) токсикозы; 3) смешанной этиологии; 4) микотоксикозы; 5) немикробной природы.

- 1) **если верно, то 1,2 и 3**
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

140. К потенциально-патогенным возбудителям пищевых токсикоинфекций относятся: 1) *Proteus vulgaris* и *Proteus mirabilis*; 2) *E.Coli* и *Vibrio parahaemolyticus et vulnificus*; 3) *Bacillus cereus*; 4) *Clostridium perfringens* типа A; 5) *Streptococcus faecalis*

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) **если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

141. К малоизученным возбудителям пищевых токсикоинфекций относятся: 1) *Citrobacter*; 2) *Hafnia*; 3) *Klebsiella*; 4) *Pseudomonas*, *Aeromonas*; 5) *Yersinia*

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) **если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

142. К возбудителям бактериальных токсикозов относятся: 1) *Staphylococcus aureus*; 2) *Pseudomonas*; 3) *Clostridium botulinum*; 4) *E.Coli*; 5) *Streptococcus faecalis*

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) **если верно, то 1 и 3**
- 6) если верно, то 2, 3, 4
- 3) если верно, то 4
- 4) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

143. К возбудителям микотоксикозов относятся: 1) *Aspergillus flavus*; 2) *Fusarium*, *Penicillinum*; 3) *Claviceps purpurea*; 4) *Staphylococcus aureus*; 5) *Clostridium botulinum*

- если верно, то 1,2 и 3**
- если верно, то 1 и 3
- если верно, то 2, 3, 4
- если верно, то 4
- если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

144. К возбудителям смешанной этиологии относятся все перечисленные, кроме: 1) *Bacillus cereus*, *Staphylococcus aureus*; 2) *Fusarium* и *Clostridium titani*; 3) *E.Coli* и *Staphylococcus aureus*; 4) *Aspergillus flavus* и *Fusarium*; 5) *Penicillinum* и *Claviceps purpurea*

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) **если верно, то 1 и 3**
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

145. К признакам пищевых отравлений микробной природы относятся: 1) внезапное начало; 2) короткий инкубационный период (2-4-6-12-24 часа); 3) кратковременность течения (1-2 дня); 4) одновременность выздоровления; 5) массивность.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) **если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

146. Чаще всего продолжительность инкубационного периода при пищевых токсикоинфекциях составляет: 1) до 2 часов; 2) до 6 часов; 3) до 12 часов; 4) до 24 часов; 5) до 48 часов.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) **если верно, то 4**
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

147. Наиболее характерная продолжительность инкубационного периода при стафилококковых токсикозах составляет: 1) до 30 минут; 2) до 2 часов; 3) до 6 часов; 4) до 12 часов; 5) до 24 часов.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4**
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

148. Продолжительность инкубационного периода при отравлении ботулиническим токсином составляет: 1)до 2 часов; 2)от 8 до 12 часов; 3)от 12 до 30часов; 4)от 2 часов до 10 дней; 5)от 10дней до 14 дней.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4**
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

149. К наиболее важным мерам профилактики пищевых токсикоинфекций на пищеблоке относятся: 1)предупреждение заражения пищи патогенными бактериями; 2)предупреждение размножения бактерий в пище; 3)соблюдение личной гигиены работниками пищеблока; 4)уничтожение патогенных бактерий и разрушение их токсинов в пище в процессе тепловой обработки; 5)соблюдение сроков хранения продуктов.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4**
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

150. К наиболее важным мерам профилактики стафилококковых токсикозов на пищеблоке относятся: 1)соблюдение правил личной гигиены; 2)предупреждение размножения бактерий в пище и предупреждение заражения пищи патогенными бактериями (стафилококками); 3) соблюдение сроков хранения продуктов; 4) уничтожение патогенных бактерий и разрушение их токсинов в пище в процессе тепловой обработки; 5)уничтожение патогенных бактерий в процессе холодной обработки.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4**
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

Основы питания здорового и больного человека

151. Расщепление белков в желудочно-кишечном тракте включает следующие последовательные этапы:

- 1) белки - глицерин – аминокислоты
- 2) белки - аминокислоты – мочевины**
- 3) белки - полипептиды - пептиды – аминокислоты
- 4) белки - пектины – аминокислоты
- 5) белки-мочевина

152. Избыток белка в пище приводит ко всему перечисленному, кроме:

- 1) истощение**
- 2) усиленное образование биогенных аминов (скатола, индола) в кишечнике
- 3) повышение уровня мочевины в крови и кишечнике
- 4) усиление процессов гниения белков в кишечнике
- 5) положительный азотистый баланс

153. Усиленное расщепление белков в организме происходит при всем перечисленном, за исключением:

- 1) злокачественных новообразований
- 2) ожирения**
- 3) ожоговой болезни
- 4) инфекционных заболеваний
- 5) голодания

154. Важнейшими свойствами глюкозы являются все перечисленные, кроме:

- 1) быстрого всасывания в кишечнике и ассимиляции в тканях
- 2) способности служить легко утилизируемым источником энергии
- 3) способности превращаться в лизин и другие незаменимые аминокислоты**
- 4) стимуляция секреции инсулина
- 5) превращение в гликоген

155. Лактоза обладает всеми перечисленными способностями, кроме:

- 1) расщепления в кишечнике с образованием фруктозы**
- 2) расщепления в кишечнике с образованием галактозы
- 3) стимулирования всасывания кальция в кишечнике
- 4) обеспечения благоприятной среды для роста бифидум бактерий в кишечнике
- 5) способности вызывать диарею при избыточном потреблении

156. Расщепление крахмала происходит:

- 1) в желудке
- 2) в тонкой и 12-перстной кишке**
- 3) в толстой кишке
- 4) в ротовой полости
- 5) в тонкой кишке

157. Суточная потребность в энергии человека в наибольшей мере определяется всем перечисленным, кроме:

- 1) возраста
- 2) расы**
- 3) характера трудовой деятельности
- 4) климата
- 5) физической нагрузки

158. С наибольшими энерготратами сопряжены все перечисленные виды труда, кроме:

- 1) стирки
- 2) бега
- 3) глажения белья
- 4) чтения**
- 5) землекопных работ

159. Основной обмен повышен:
- 1) при гипертиреозе
 - 2) у детей и подростков
 - 3) при гипотиреозе
 - 4) у лиц с избыточной массой тела
 - 5) **правильно 1 и 2**

160. Специфически динамическое действие пищи максимально при потреблении:
- 1) **белков**
 - 2) жиров
 - 3) углеводов
 - 4) моносахаридов
 - 5) растительных масел

161. К наследственным энзимопатиям углеводного обмена относятся:
- 1) фенилкетонурия
 - 2) **гликогенозы и галактоземия**
 - 3) болезнь кленового сиропа
 - 4) склеродермия
 - 5) глютеновая энтеропатия

162. Эмульгирование липидов в кишечнике идет при участии:
- 1) **желчных кислот и липазы**
 - 2) витамина С
 - 3) амилазы
 - 4) соляной кислоты
 - 5) пепсина

163. Переваривание липидов происходит в:
- 1) ротовой полости
 - 2) желудке
 - 3) **тонкой кишке и 12-перстной кишке**
 - 4) толстой кишке
 - 5) тонкой кишке

164. Освобождение желудка от пищи тормозят:
- 1) **жиры**
 - 2) углеводы
 - 3) белки
 - 4) жирорастворимые витамины
 - 5) фруктоза

165. Нарушения белкового обмена наблюдаются при следующих заболеваниях, кроме:
- 1) панкреатита
 - 2) энтерита
 - 3) **холецистита**
 - 4) цирроза печени
 - 5) онкологических заболеваний

166. Нарушения жирового обмена наблюдаются при следующих заболеваниях, кроме:
- 1) атеросклероза
 - 2) инфаркта миокарда
 - 3) ожирения
 - 4) сахарного диабета
 - 5) **язвенной болезни 12-перстной кишки**

167. Нарушение углеводного обмена наблюдается при следующих заболеваниях, кроме:
- 1) **несахарного диабета**
 - 2) сахарного диабета
 - 3) энтерита
 - 4) панкреатита
 - 5) ожирения

168. К принципам рационального питания относятся: 1) соответствие энергетической ценности рациона энергетическим энерготратам и содержания пищевых веществ в рационе физиологическим потребностям; 2) сбалансированность пищевых веществ с учетом калорийности рациона; 3) соблюдение режима питания; 4) разнообразие пищевых продуктов в рационе; 5) разнообразие блюд в рационе.
- 1) если верно, то 1, 2 и 3
 - 2) если верно, то 1 и 3
 - 3) если верно, то 2, 3, 4
 - 4) если верно, то 4
 - 5) **если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

169. Суточные энерготраты включают виды расхода энергии: 1) на основной обмен; 2) на специфическое динамическое действие пищи; 3) на все виды физической и умственной деятельности; 4) на время сна; 5) на ходьбу.
- 1) **если верно, то 1, 2 и 3**
 - 2) если верно, то 1 и 3
 - 3) если верно, то 2, 3, 4
 - 4) если верно, то 4
 - 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

170. Биологическая роль ненасыщенных жирных кислот обусловлена их участием в процессах: 1) построения биологических мембран; 2) синтеза эйкозаноидов; 3) образования простагландинов; 4) синтеза тиамина; 5) синтеза витамина С.
- 1) если верно, то 1, 2 и 3
 - 2) **если верно, то 1 и 3**
 - 3) если верно, то 2, 3, 4
 - 4) если верно, то 4
 - 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

171. Важнейшим источником линолевой кислоты являются все перечисленные жиры: 1) подсолнечное масло; 2) кукурузное масло; 3) хлопковое масло; 4) сливочное

масло; 5)рапсовое масло.

- 1) **если верно, то 1,2 и 3**
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

172. Важнейшими функциями растительных волокон являются: 1)участие в регуляции перистальтики кишечника; 2)нормализация моторной деятельности желчевыводящей системы; 3)сорбция эндогенных и экзогенных токсинов; 4)снабжение человека энергией; 5)построение клеточных мембран.

- 1) **если верно, то 1,2 и 3**
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

173. Значение целлюлозы, гемицеллюлозы и пектинов для человека важно, т.к. они: 1)оказывают белок сберегающее действие; 2)способствуют всасыванию кальция в кишечнике 3)служат источником энергии; 4)стимулируют перистальтику кишечника; 5)участвуют в построении клеточных мембран.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) **если верно, то 4**
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

174. Основными источниками кальция в питании человека являются: 1)молоко; 2)сыр; 3)кефир; 4)рыба; 5)творог.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) **если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

175. Рекомендуемая суточная норма Са взрослыми людьми составляет: 1)2000мг; 2)2000мг;3)500мг; 4)800-1000мг; 5)100мг.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) **если верно, то 4**
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

176. Важнейшими пищевыми источниками калия служат все перечисленные продукты: 1)чернослив; 2)абрикос; 3)курага; 4)мясо; 5)рис.

- 1) **если верно, то 1,2 и 3**
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

177. Физиологическое соотношение кальция и фосфора: 1)0,3:0,5; 2)0,5:1,0; 3)1:1; 4)1:1,5; 5)1:2.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) **если верно, то 4**
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

178. Физиологическое соотношение кальция и магния: 1)1:2; 2)161,5; 3)1:1; 4)1:0,5; 5)0,5:0,3.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) **если верно, то 4**
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

179. К пищевым продуктам, основным источникам витамина С, относятся: 1)шиповник; 2)черная смородина; 3)цитрусовые; 4)картофель; 5)яйца.

- 1) **если верно, то 1,2 и 3**
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

180. К факторам, разрушающим витамин С в продуктах при хранении и кулинарной обработке, относятся: 1)варка с открытой крышкой; 2)закладка овощей в холодную воду; 3)присутствие катализаторов (солей тяжелых металлов, железа, меди и т.д.); 4)наличие аскорбиназы в самом продукте; 5)щелочная и нейтральная среда.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) **если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

181. Основными источниками витамина Р являются: 1)черная смородина; 2)мясо; 3)цитрусовые; 4)бананы; 5)рыба.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) **если верно, то 1 и 3**
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

182. К пищевым продуктам - основным источникам, витамина В₁ относят: 1)рис полированный; 2)свинину; 3)шиповник; 4)крупы; 5)черную смородину.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) **если верно, то 4**
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

183. Основными источниками витамина Д являются: 1)печень рыб; 2)сливочное масло; 3)яйца; 4)мясо говьяжье; 5)колбасы.

- 1) **если верно, то 1,2 и 3**
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

184. Основным источником витамина А - ретинола является: 1)рыбий жир; 2)масло сливочное; 3)яйца; 4)морковь; 5)перец сладкий красный.

- 1) **если верно, то 1,2 и 3**
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

185. Основным источником витамина Е - токоферола является: 1)масло подсолнечное; 2)желток яйца; 3)зародыши хлебных злаков; 4)фрукты и овощи; 5)морковь.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) **если верно, то 1 и 3**
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

186. К канцерогенным чужеродным веществам в пищевых продуктах относятся: 1)нитрозамины, диоксины; 2)полициклические ароматические углеводы-ПАУ (бенз(а)пирен);3)токсины микроскопических грибов - афлатоксины; 4) антибиотики и гормоны; 5)пестициды.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) **если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

187. К признакам доброкачественности свежеевыловленной рыбы относятся: 1)рыба покрыта прозрачной слизью; 2)глаза прозрачные на выкате; 3)чешуйки плотно прилегают к телу; 4)анальное отверстие не припухлое; 5)жабры ярко-красного цвета.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) **если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

188. К признакам доброкачественности свежеевыловленной рыбы относятся: 1)ткани плотно прилегают к костям; 2)на поперечном разрезе ткани могут быть светло-серого, светло-желтого, светло-розового, белого цвета; 3)при погружении в воду тонет; 4)навар имеет приятный рыбный запах; 5)рыба покрыта прозрачной слизью.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) **если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

189. К способам консервирования рыбы холодом относятся: 1)медленное замораживание; 2)льдосолеовое замораживание; 3)глазирование; 5)скорое замораживание.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) **если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

190. К изменениям в рыбе сразу после вылова относятся: 1)обильное выделение слизи (агония) и набухание белков (окоенение); 2)расщепление белков тканевыми ферментами (аутолиз - самопереваривание); 3)инфицирование; 4)денатурация белков; 5)окисление жира.

- 1) **если верно, то 1,2 и 3**
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

191. К порокам соленой рыбы относятся: 1)"омыление" - липкий серый налет на поверхности, напоминающий мыло; 2)"фуксин" - сплошной налет, напоминающий анилиновую краску в результате жизнедеятельности пигментообразующего микроба серратиа салинария; 3)"ржавчина" - пожелтение кожно-чешуйчатого покрова и подкожного жира; 4)"загар" - окрашивание мышечной ткани у позвоночника в красноватый цвет; 5)потемнение кожно-чешуйчатого покрова.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) **если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

192. К патогенным гельминтам рыб относятся: 1)кошачья двуустка; 2)широкий лентец; 3)личинка нематод рода "анизакиде"; 4)личинка сырной мухи "прыгунок"; 5)скребень.

- 1) **если верно, то 1,2 и 3**
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

193. К признакам воздействия на организм человека при употреблении рыбы, содержащей биотоксин, относятся: 1)нарушение дыхания; 2)нарушение жевания; 3)одышка; 4)паралич дыхательного и сосудодвигательного центра; 5)метеоризм.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) **если верно, то 4**
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

194. К органолептическим свойствам рыбы, прошедшей термическую обработку и содержащей гистамин, относятся: 1)неприятный запах; 2)потемнение мяса рыбы; 3)окисление жиров; 4)горький перечный вкус рыбы; 5)водянистая консистенция.

- 1) если верно, то 1,2 и 3

- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4**
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

195. К белкам молока относятся: 1)лактоальбумины; 2)лактоглобулины; 3)казеин; 4)лактоза; 5)лецитин.

- 1) если верно, то 1,2 и 3**
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

196. К углеводам, содержащимся в молоке, относятся: 1)глюкоза; 2)сахароза; 3)фруктоза; 4)лактоза; 5)крахмал.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4**
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

197. К зерновым культурам относятся: 1)хлебные злаки; 2)бобовые; 3)масличные; 4)бахчевые; 5)сурепка.

- 1) если верно, то 1,2 и 3**
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

198. К сорным растениям относятся: 1)вязель; 2)головня; 3)жуколь; 4)спорынья; 5)софора.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

199. Картофельную болезнь хлеба вызывают все перечисленные микробы, кроме: 1)кишечной палочки; 2)протей; 3)стрептококка; 4)бацилус мезентерикус вульгарис; 5)стафилококка.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4**
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

200. К видам бомбажа, исключающим возможность использования баночных консервов для целей питания, относятся: 1)бактериологический; 2)ложный; 3)химический; 4)физический; 5)механический.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3**
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

201. К профилактическим мероприятиям ботулизма при промышленном производстве баночных консервов относятся: 1)тщательная мойка и обработка вспомогательных материалов; 2)использование питьевой воды, не содержащей анаэробных микроорганизмов; 3)создание рН среды - 4,5; 4)упаковка в герметическую тару; 5)соблюдение режима стерилизации.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

202. К факторам, способствующим разрушению аскорбиновой кислоты в баночных консервах, относятся: 1) наличие кислорода, воздуха; 2)повышение температуры хранения; 3)длительность хранения; 4)понижение температуры хранения; 5)кислая реакция среды.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

203. К факторам, исключающим возможность размножения Clostridium botulinum и накопления токсина в баночных консервах, относятся: 1) температура -10°C; 2) температура +80+100°C; 3) температура выше 100°C; 4)рН среды ниже 4,5; 5)рН среды выше 4,5.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4**
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

204. К задачам лечебно-профилактического питания в профилактике профзаболеваний относятся: 1)повышение сопротивляемости организма к действию токсина; 2)защита систем и органов, наиболее подвергшихся действию токсического агента; 3)влияние на поступление и выделение токсических веществ; 4)количественный состав рациона и его энергетическая ценность; 5)кратность приемов пищи.

- 1) если верно, то 1,2 и 3**
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5

205. К рационам лечебно-профилактического питания в связи с особо опасными условиями труда относятся: 1)рацион 1; 2)рацион 2, 2а; 3)рацион 3 и 4; 4)рацион 4; 5)рацион 5.

- 1) если верно, то 1,2 и 3
- 2) если верно, то 1 и 3
- 3) если верно, то 2, 3, 4
- 4) если верно, то 4
- 5) если верно, то 1, 2, 3, 4 и 5**

Диетотерапия при заболеваниях органов пищеварения

206. При обострении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки больной должен получать питания:

- 1) 2 раза в день
- 2) 3 раза в день
- 3) 4 раза в день
- 4) **5-6 раз в день**
- 5) количество приемов пищи не имеет значения

207. Принципы лечения язвенной болезни основаны на всем перечисленном, кроме:

- 1) механического щажения рецепторов и слизистой гастродуоденальной области
- 2) **химической стимуляции рецепторов и слизистой гастродуоденальной области**
- 3) термического щажения рецепторов и слизистой гастродуоденальной области
- 4) соблюдение ритмов приема пищи
- 5) обеспечение больного полноценным сбалансированным питанием в соответствии с физиологическими потребностями организма особенностями течения патологического процесса

208. При язвенной болезни запрещается употребление:

- 1) мяса кролика
- 2) мяса щуки
- 3) **крутых яиц**
- 4) молока
- 5) манной каши

209. При язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения назначают диету:

- 1) основной вариант стандартной диеты
- 2) **вариант диеты с механическим и химическим щажением**
- 3) вариант диеты с повышенным содержанием белка
- 4) вариант диеты с пониженным содержанием белка
- 5) вариант диеты с пониженной калорийностью

210. При язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в стадии ремиссии назначают диету:

- 1) **основной вариант стандартной диеты**
- 2) вариант диеты с механическим и химическим щажением
- 3) вариант диеты с повышенным содержанием белка
- 4) вариант диеты с пониженным содержанием белка
- 5) вариант диеты с пониженной калорийностью

211. При хроническом панкреатите в стадии ремиссии назначается диета:

- 1) основной вариант стандартной диеты
- 2) вариант диеты с механическим и химическим щажением
- 3) **вариант диеты с повышенным содержанием белка**
- 4) вариант диеты с пониженным содержанием белка
- 5) вариант диеты с пониженной калорийностью

212. При язвенной болезни 12-перстной кишки пищу следует готовить:

- 1) **на пару**
- 2) жарить
- 3) тушить
- 4) запекать в духовом шкафу без предварительного отваривания
- 5) принимать в сыром виде

213. При глютеновой энтеропатии рекомендуется использовать:

- 1) основной вариант стандартной диеты
- 2) вариант диеты с механическим и химическим щажением
- 3) **вариант диеты с повышенным содержанием белка**
- 4) вариант диеты с пониженным содержанием белка
- 5) вариант диеты с пониженной калорийностью

214. При язвенной болезни, осложненной гастродуоденальным кровотечением необходимо:

- 1) **назначить диету Меленграхта (с механическим и химическим щажением)**
- 2) назначить основной вариант стандартной диеты
- 3) не кормить
- 4) провести поэтапную диетотерапию
- 5) ограничений в питании не делать

215. При язвенной болезни, осложненной стенозом привратника:

- 1) пища дается не протертая
- 2) пища дается протертая
- 3) **питание разнообразное**
- 4) фактор протираания пищи не имеет значения
- 5) дается только жидкая пища

216. При гастроэзофагеальной рефлюксной болезни назначается:

- 1) основной вариант стандартной диеты
- 2) **вариант диеты с механическим и химическим щажением**
- 3) вариант диеты с повышенным содержанием белка
- 4) вариант диеты с пониженным содержанием белка
- 5) вариант диеты с пониженной калорийностью

217. При язвенной болезни не разрешается использовать:

- 1) **мясной бульон**
- 2) овощной отвар
- 3) крупяной отвар
- 4) слизистый отвар
- 5) костный отвар

218. Основой противоязвенной диеты является:

- 1) мясной бульон

- 2) костный бульон
- 3) **молоко**
- 4) протертые каши
- 5) кисло - молочные продукты

219. В противоязвенную диету можно включать:

- 1) горох
- 2) заводской творог
- 3) **неострый сыр**
- 4) мясной бульон
- 5) соевые продукты

220. К сильным возбудителям секреции относятся:

- 1) яйца всмятку
- 2) **хлеб белый вчерашней выпечки**
- 3) **яйца, сваренные вкрутую**
- 4) молочные продукты (молоко, сливки, творог)
- 5) некрепкий чай

221. Слабое стимулирующее влияние на желудочную секрецию оказывают:

- 1) консервы
- 2) ржаной хлеб
- 3) кисломолочные продукты
- 4) **молочные и слизистые супы**
- 5) яйца, сваренные вкрутую

222. Эффективность диетотерапии при язвенной болезни 12-перстной кишки можно оценить по всем перечисленным признакам, кроме:

- 1) жалоб больного
- 2) данных пальпации живота
- 3) **данных исследования желудочного содержимого**
- 4) данных гастродуоденоскопии
- 5) рентгенографии желудка и 12-перстной кишки

223. При остром гастрите впервые два дня заболевания не разрешается давать больному:

- 1) теплый свежесваренный чай
- 2) чай с медом
- 3) **паровую мясную котлету**
- 4) отвар шиповника
- 5) рисовый слизистый отвар

224. При остром гастрите на третий день заболевания не рекомендуется больному:

- 1) крепкий нежирный мясной бульон
- 2) процеженный слизистый овсяной отвар
- 3) **сухари белого хлеба**
- 4) рисовый слизистый отвар
- 5) все вышеперечисленное верно

225. С 4-го дня болезни при остром гастрите желательно давать:

- 1) **сухари белого хлеба**
- 2) молоко
- 3) лимоны
- 4) яблоки
- 5) кефир

226. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью следует использовать в натуральном виде все ниже перечисленное, кроме:

- 1) масло
- 2) **молоко**
- 3) кефир
- 4) мясо отварное куском
- 5) отварная рыба куском

227. Сильными пищевыми стимуляторами желудочной секреции являются:

- 1) яичный белок
- 2) молоко
- 3) **жареные блюда**
- 4) творог
- 5) отварное мясо

228. Больному с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в питании рекомендуется:

- 1) исключить переизбыток и закуску перед сном
- 2) не лежать после еды в течение 2 часов
- 3) исключить из рациона газированные напитки, алкоголь, продукты, богатые экстрактивными веществами
- 4) верно 1 и 2
- 5) **все перечисленное верно**

229. Больной, перенесший операцию на желудке в первые 3-4 месяца после нее должен получать пищу:

- 1) 1 раз в день
- 2) 2 раза в день
- 3) 3 раза в день
- 4) **по возможности чаще**
- 5) кратность приемов пищи не имеет значения

230. Больной, перенесший операцию на желудке, должен соблюдать диету:

- 1) 1 месяц
- 2) полгода
- 3) год
- 4) 3 года
- 5) **всю жизнь**

231. При обострении рефлюкс – эзофагита предпочтение следует отдавать:

- 1) молоку в натуральном виде
- 2) сметане
- 3) соусам, повидлу
- 4) **студню, желе**
- 5) творогу

232. Демпинг - синдром встречается:

- 1) при хроническом гастрите
- 2) при хроническом энтерите
- 3) при хроническом холецистите
- 4) **как осложнения после операции**
- 5) при язвенной болезни желудка

233. При развитии синдрома нарушенного всасывания у больного, перенесшего резекцию желудка или гастроэктомию, необходимо, прежде всего, в рационе увеличить квоту:

- 1) **белков**
- 2) жиров
- 3) углеводов
- 4) клетчатки
- 5) витаминов

234. Чаще всего явление демпинг - синдрома возникают при приеме:

- 1) мяса
- 2) яиц
- 3) творога
- 4) **сладостей**
- 5) рыбы

235. Демпинг - синдром может проявляться при приеме:

- 1) мяса
- 2) яиц
- 3) **у каждого больного «свой» продукт**
- 4) рыбы
- 5) фруктов

236. Вызывает демпинг - реакцию чаще всего рисовая каша:

- 1) **жидкая молочная**
- 2) рассыпчатая
- 3) пудинг рисовый
- 4) слизистая
- 5) все вышеперечисленное верно

237. При тяжелом демпинг - синдроме больному рекомендуется:

- 1) **сухоедение**
- 2) небольшое количество жидкости
- 3) избыточный прием жидкости
- 4) только жидкая пища
- 5) жидкостный фактор не имеет значения

238. Больной хроническим колитом в стадии обострения может использовать в питании жир/сливочное масло:

- 1) на бутерброде
- 2) **в блюде**
- 3) масло исключается из рациона
- 4) не имеет значения
- 5) все вышеперечисленное верно

239. Больному хроническим энтеритом или хроническим колитом разрешается использовать в питании:

- 1) бараний жир
- 2) свиной жир
- 3) **сливочное масло**
- 4) маргарин
- 5) все вышеперечисленное верно

240. Плохо усваивается кальций:

- 1) из сыра
- 2) творога
- 3) **растительных продуктов**
- 4) молочнокислых продуктов
- 5) яиц

241. К продуктам, задерживающим перистальтику кишечника, относятся:

- 1) свекла
- 2) **черничный отвар**
- 3) яблоки сырые
- 4) холодные блюда
- 5) чернослив

242. К продуктам и блюдам, являющимися индифферентными по отношению к перистальтической функции кишечника, относятся:

- 1) яблоки
- 2) груши
- 3) **творог свежеприготовленный**
- 4) кагор
- 5) сухофрукты

243. При поносах назначают:

- 1) холодные напитки
- 2) **теплый чай**
- 3) овощной суп
- 4) соки
- 5) все вышеперечисленное верно

244. При хроническом энтерите или колите молоко:

- 1) дается в свободном виде
- 2) дается разбавленное водой
- 3) не рекомендуется**
- 4) используется в зависимости от индивидуальной переносимости
- 5) все вышеперечисленное верно

245. Больным хроническим энтеритом или колитом яйца в питании:

- 1) не разрешены
- 2) используются по переносимости**
- 3) яичница
- 4) белковый омлет
- 5) все вышеперечисленное верно

246. При заболеваниях кишечника разрешается использовать:

- 1) грибные отвары
- 2) сдобное тесто
- 3) картофель**
- 4) черный хлеб
- 5) капусту

247. Росту болезней печени способствует все следующие причины, кроме:

- 1) тяжелого физического труда**
- 2) алкоголизма, наркомании
- 3) химизации производства
- 4) переливания крови
- 5) токсического влияния антибиотиков, сульфаниламидных препаратов

248. Количество белков в рационе резко уменьшается при:

- 1) гепатите
- 2) циррозе
- 3) ожирении печени**
- 4) развитии прекоматозного состояния
- 5) все вышеперечисленное верно

249. Выраженным желчегонным эффектом обладают:

- 1) животные жиры
- 2) растительные жиры**
- 3) углеводы
- 4) белки
- 5) все вышеперечисленное верно

250. При хроническом энтерите в стадии обострения в диете увеличивают:

- 1) белки**
- 2) жиры
- 3) углеводы
- 4) витамины
- 5) все вышеперечисленное верно

251. При преобладании желчестойкого синдрома количество растительного жира в рационе:

- 1) уменьшается
- 2) увеличивается**
- 3) не меняется
- 4) дается физиологическая норма
- 5) все вышеперечисленное верно

252. Больные с заболеванием печени и желчного пузыря должны получать пищу:

- 1) 5-6 раз в сутки**
- 2) 3-4 раза в сутки
- 3) 2-3 раза в сутки
- 4) количество приемов пищи не имеет значения
- 5) все вышеперечисленное верно

253. При циррозе печени в стадии компенсации количество белка в рационе должно быть:

- 1) 150,0
- 2) 120,0**
- 3) 100,0
- 4) 70,0
- 5) 50,0

254. При циррозе печени в стадии декомпенсации количество жидкости:

- 1) увеличивается
- 2) уменьшается
- 3) не изменяется
- 4) определяется суточным диурезом**
- 5) все вышеперечисленное верно

255. В диете больных с заболеванием печени и желчного пузыря животного жира должно быть:

- 1) больше, чем растительного**
- 2) меньше, чем растительного
- 3) минимальное количество
- 4) одинаковое количество
- 5) все вышеперечисленное верно

256. Для больных с острым холециститом разрешены все перечисленные продукты, кроме:

- 1) слизистых и протертых супов
- 2) протертых жидких каш
- 3) селедки**
- 4) сладких соков

5) творожное суфле

257. Росту заболеваемости хроническим холециститом способствуют все следующие причины, кроме:

- 1) наличия камней в желчном пузыре
- 2) дискинезии желчного пузыря
- 3) воздействия микроорганизмов
- 4) гастритов с пониженной секреторной функцией
- 5) **большого количества клетчатки в рационе**

258. К факторам риска, провоцирующим развитие хронического холецистита, относятся все ниже перечисленные, кроме:

- 1) переедания
- 2) гипокинезии
- 3) атеросклероза
- 4) **вегетарианства**
- 5) ожирения

259. Развитию гипокинезии желчного пузыря способствуют все факторы, кроме:

- 1) редких приемов пищи
- 2) **частых приемов пищи**
- 3) гипокинезии
- 4) беременности
- 5) ожирения

260. Выраженным желчегонным действием обладает:

- 1) мясо
- 2) сахар
- 3) сливочное масло
- 4) **растительное масло**
- 5) овощи

261. Условиями, способствующими выпадению холестерина в осадок, являются все следующие, кроме:

- 1) сдвига реакции желчи в кислую сторону
- 2) снижение холатохолестеринового коэффициента
- 3) наличие в желчи положительно заряженных протеинов
- 4) **увеличение уровня глюкозы в крови**
- 5) все вышеперечисленное не верно

262. Снижению холатохолестеринового коэффициента способствует все ниже перечисленные факторы, кроме:

- 1) повреждение стенки желчного пузыря
- 2) поражение печеночных клеток
- 3) гиповитаминоз витамина А
- 4) **достаточного количества белка**
- 5) дефицита белка

263. При остром холецистите в первые 2 дня назначают:

- 1) бульоны
- 2) яйца сырые
- 3) кислые соки
- 4) **некрепкий чай, минеральные воды**
- 5) все вышеперечисленное верно

264. При гипомоторной дискинезии желчного пузыря рекомендуются все ниже перечисленные продукты, кроме:

- 1) растительных масел
- 2) сметаны
- 3) сливок
- 4) сливочного масла
- 5) **крепких бульонов**

265. При выходе из печеночной комы назначают следующее количество белка:

- 1) **20,0**
- 2) 50,0
- 3) 70,0
- 4) 100,0
- 5) 120,0

266. Основным элементом лечения больного острым панкреатитом – это:

- 1) тепло
- 2) обильная еда
- 3) движение
- 4) **голод**
- 5) редкие приемы пищи

267. При остром панкреатите после отмены режима голода можно разрешить больному:

- 1) бульон
- 2) **каши**
- 3) мясо отварное
- 4) боржоми
- 5) все вышеперечисленное верно

268. Больной, перенесший острый панкреатит, должен соблюдать диету в течение:

- 1) 1 месяца
- 2) 2 месяцев
- 3) 6 месяцев
- 4) 1 год
- 5) **в зависимости от состояния**

269. Квота белка в диете больного с идеальной массой, страдающего хроническим панкреатитом, должна составлять:

- 1) 60 г
- 2) 70 г
- 3) 100 г

- 4) 120 г
- 5) 140 г

270. Квота жира в диете больного хроническим панкреатитом должна составлять около:

- 1) 40-50 г
- 2) 60 г
- 3) **80-90 г**
- 4) 90-100 г
- 5) 120 г

271. Больному хроническим панкреатитом можно использовать в питании следующие жиры:

- 1) **сливочное масло**
- 2) растительное масло
- 3) свиной жир
- 4) маргарин
- 5) сливки

272. Больному хроническим панкреатитом сливочное масло можно использовать:

- 1) в свободном виде
- 2) **в блюде**
- 3) в любом виде
- 4) не использовать
- 5) все вышеперечисленное верно

273. Больному хроническим панкреатитом использовать в питании растительное масло:

- 1) разрешается
- 2) **не разрешается**
- 3) по переносимости
- 4) разрешается в небольшом количестве
- 5) все вышеперечисленное верно

274. Больной хроническим панкреатитом, имеющий идеальную массу тела, в сутки должен получать углеводы в количестве:

- 1) 100-120 г
- 2) 200-250 г
- 3) **250-350 г**
- 4) 400-450 г
- 5) 500-550 г

275. В питании больных хроническим панкреатитом ограничиваются следующие углеводы:

- 1) **моносахариды**
- 2) дисахариды
- 3) полисахариды
- 4) олигосахариды
- 5) все вышеперечисленное верно

276. Суточный объем пищи больного хроническим панкреатитом должен составлять:

- 1) 1,5 кг
- 2) **2,5 кг**
- 3) 3,5 кг
- 4) 4,5 кг
- 5) 5,5 кг

277. В питании больных хроническим панкреатитом масло сливочное можно использовать:

- 1) на бутерброде
- 2) **в готовые блюда**
- 3) использовать для обжарки блюд
- 4) не использовать
- 5) все вышеперечисленное не верно

Болезни сердечно-сосудистой системы и диетотерапия

278. Для кардиологических больных рекомендуется частое дробное питание, так как однократный прием большого количества пищи приводит к:

- 1) тахикардии
- 2) повышению АД
- 3) дискомфорту желудка
- 4) затруднению работы сердца
- 5) **все вышеперечисленное верно**

279. Факторами, предрасполагающими к развитию гипертонической болезни, являются:

- 1) нервно-психическое перенапряжение
- 2) наследственность
- 3) возрастная перестройка диэнцефально-гипоталамических структур
- 4) злоупотребление алкоголем
- 5) **все вышеперечисленное верно**

280. В патогенезе гипертонической болезни альдостерон выполняет все перечисленные функции, кроме:

- 1) является одним из звеньев системы, регулирующий водно-солевой баланс
- 2) усиливает задержку натрия в организме
- 3) способствует выделению калия
- 4) **нормализует липидный обмен**
- 5) способствует повышению АД

281. Патогенетический механизм развития гипертонической болезни включает все перечисленное, кроме:

- 1) повышение возбудимости сосудодвигательного центра
- 2) повышения активности симпатoadреналовой системы коры надпочечников
- 3) повышения чувствительности сосудов на воздействие нервных и гуморальных механизмов
- 4) **понижения проницаемости сосудистой стенки**
- 5) снижение выведения Na из организма

282. К развитию гипертонической болезни приводят следующие алиментарные нарушения:

- 1) увеличение пищевых волокон в рационе
- 2) обогащение рациона витамином С
- 3) увеличение в рационе ПНЖК
- 4) увеличение в рационе Na Cl**
- 5) снижение потребления животных жиров

283. Основным патогенетическим фактором развития эссенциальной гипертонической болезни является:

- 1) органические изменения сосудов
- 2) функциональные нарушения сосудистой иннервации**
- 3) органические изменения сердечной мышцы
- 4) нарушения функций печени
- 5) нарушения функций почек

284. Первая стадия гипертонической болезни характеризуется:

- 1) органические изменения сосудов
- 2) органическими изменениями сердечной мышцы
- 3) органическими изменениями почек**
- 4) функциональными нарушениями сосудистой иннервации**
- 5) всеми перечисленными

285. Основой диетотерапии гипертонической болезни является:

- 1) ограничение жидкости
- 2) ограничение животных жиров
- 3) ограничение поваренной соли**
- 4) ограничение продуктов, содержащих большое количество Са
- 5) увеличение в рационе витаминов

286. При приготовлении пищи для больных гипертонической болезнью используют следующие способы кулинарной обработки, кроме:

- 1) пища дается в сыром виде
- 2) отваривается в воде
- 3) готовится на пару
- 4) запекается
- 5) протирается**

287. Наибольшее количество натрия содержится в:

- 1) мясе
- 2) твороге
- 3) молоке
- 4) твороге**
- 5) огурцах

288. Наименьшее количество хлорида натрия содержится в:

- 1) мясе
- 2) рыбе
- 3) молоке
- 4) твороге
- 5) огурцах**

289. Из рациона больных гипертонической болезнью следует исключить продукты, богатые:

- 1) калием
- 2) магнием
- 3) кальцием
- 4) натрием**
- 5) все вышеперечисленное верно

290. Наиболее предпочтительными разгрузочными днями для больных гипертонической болезнью являются:

- 1) мясной
- 2) рыбный
- 3) калиевый**
- 4) сметанный
- 5) овощной

291. Соли магния оказывают:

- 1) антисептическое действие
- 2) понижают чувствительность сосудистой стенки к прессорным стимулам
- 3) усиливают процессы торможения в коре головного мозга
- 4) мочегонный эффект
- 5) все вышеперечисленное верно**

292. Магниева диета назначается:

- 1) при хронической недостаточности кровообращения
- 2) в остром периоде инфаркта миокарда
- 3) в подостром периоде инфаркта миокарда
- 4) при обострении гипертонической болезни**
- 5) при остром нарушении мозгового кровообращения

293. Основным источником магния являются:

- 1) злаковые культуры
- 2) орехи**
- 3) овощи, фрукты
- 4) творог, сыр
- 5) верные ответы 1 и 2

294. Относительный дефицит магния в организме вызывает:

- 1) ведение в рацион пшеничных отрубей
- 2) потребление алкоголя
- 3) редукция массы тела
- 4) хроническое состояние стресса
- 5) все вышеперечисленное верно**

295. Из калиевой диеты:

- 1) исключают экстрактивные вещества
- 2) исключают поваренную соль
- 3) ограничивают жидкость
- 4) ограничивают продукты, богатые солями натрия
- 5) **все вышеперечисленное верно**

296. Повышенное введение солей калия в рацион оказывает:

- 1) седативное действие
- 2) диуретическое действие
- 3) антиспастическое действие
- 4) усиливает выведение солей натрия из организма
- 5) **верные ответы 2 и 4**

297. При хронической недостаточности кровообращения происходит нарушение:

- 1) водно - минерального обмена
- 2) белкового обмена
- 3) углеводного обмена
- 4) обмена витаминов
- 5) **все вышеперечисленное верно**

298. При хронической недостаточности кровообращения нарушение:

- 1) гипернатриемии
- 2) гипокалиемии
- 3) гиперкалиемии
- 4) гипермагниемии
- 5) **верные ответы 1 и 2**

299. При хронической недостаточности кровообращения нарушение углеводного обмена выражается:

- 1) склонность к гипергликемии
- 2) склонность к гипокалиемии
- 3) уменьшением в крови содержания молочной кислоты
- 4) увеличением в крови содержания молочной кислоты
- 5) **верные ответы 2 и 4**

300. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы при наличии избыточной массы тела рекомендуется:

- 1) основной вариант стандартной диеты
- 2) вариант диеты с механическим и химическим щажением
- 3) вариант диеты с повышенным содержанием белка
- 4) вариант диеты с пониженным содержанием белка
- 5) **вариант диеты с пониженной калорийностью**

301. Для больных с хронической недостаточностью кровообращения II-III степени используются следующие диеты:

- 1) диета Кареля
- 2) магниевая
- 3) калиевая
- 4) верно 1 и 2
- 5) **все вышеперечисленное верно**

302. Ожирение вредно для работы сердца, так как:

- 1) может развиваться жировая инфильтрация миокарда
- 2) большая масса тела требует большей работы сердечной мышцы
- 3) повышается уровень диафрагмы
- 4) в результате изменения позиции сердца и снижения объема легких значительно затрудняется циркуляция крови по малому кругу кровообращения
- 5) **все вышеперечисленное верно**

303. Диета для больных с острой сердечной патологией должна включать:

- 1) жареные и жирные блюда
- 2) грубую и раздражающую пищу
- 3) газированные напитки
- 4) **протертые блюда**
- 5) все вышеперечисленное верно

304. Больным с нормальной массой тела, перенесшим инфаркт миокарда, рекомендуется:

- 1) повышать калорийность рациона после предшествовавшего уменьшения
- 2) увеличивать количество белка в рационе после предшествовавшего уменьшения
- 3) давать наиболее легко перевариваемую пищу
- 4) количество соли ограничить до 5-6 г в день
- 5) **все вышеперечисленное верно**

305. Терапия больных с острой патологией сердечно-сосудистых заболеваний включает:

- 1) уменьшение физической активности
- 2) диету Кареля
- 3) уменьшение калорийности и исключение соли
- 4) увеличение витаминов в рационе
- 5) **все вышеперечисленное верно**

306. В первые 1-3 дня после развития острого инфаркта миокарда больному рекомендуется:

- 1) протертое мясо
- 2) томатный сок
- 3) свежие фрукты
- 4) **теплое питье**
- 5) все вышеперечисленное верно

307. В первую неделю после развития острого инфаркта миокарда больному разрешается все перечисленное, кроме:

- 1) овощного бульона
- 2) протертого мяса
- 3) печеного яблока
- 4) **виноградного сока**
- 5) обезжиренного творога

308. Калиевая диета назначается на:

- 1) неограниченный срок
- 2) на 3-5 дней**
- 3) 1-2 недели
- 4) 3-4 недели
- 5) 1 месяц

309. К продуктам, наиболее богатым калием, относятся:

- 1) курага**
- 2) творог
- 3) шиповник
- 4) мясо
- 5) рыба

310. Диета Кареля наиболее эффективна для больных с:

- 1) задержкой жидкости в организме**
- 2) нарушением сердечного ритма
- 3) снижением сократительной способности миокарда
- 4) нарушением липидного обмена
- 5) нарушением углеводного обмена

311. Основной диеты Кареля является:

- 1) молоко**
- 2) овощи
- 3) мясо
- 4) рыба
- 5) фрукты

312. Больные с нарушением кровообращения 2 -3 ст. должны получать бессолевую диету:

- 1) первые 3-7 дней
- 2) в течение 10-14 дней
- 3) до исчезновения периферических отеков и уменьшения застойных явлений в органах**
- 4) 2-3 дня
- 5) 1 месяц

313. Разгрузочная диета Кемпнера состоит из:

- 1) риса и сухофруктов**
- 2) спелых сырых и печеных яблок
- 3) арбузов
- 4) огурцов
- 5) кефира

314. Больным с выраженной недостаточностью кровообращения предпочтительнее включать в рацион:

- 1) натуральные продукты питания (мясо, рыбу, молоко)**
- 2) изделия из них (колбасу, сыр)
- 3) рафинированные продукты (очищенные от клеточных оболочек)
- 4) продукты, обладающие послабляющим действием
- 5) мучные изделия

315. I тип гиперлипидемий характеризуется всеми следующими факторами, кроме:

- 1) высокого уровня хиломикрон в крови
- 2) высокого уровня триглицеридов в крови
- 3) отсутствия гиперхолестеринемии
- 4) высокой степени риска развития атеросклероза**
- 5) гепатоспленомегалии

316. Диетические рекомендации для больных I типа гиперлипидемий включает все следующие, кроме:

- 1) правильного режима питания
- 2) ограничения жира
- 3) ограничения продуктов, содержащих лигнин**
- 4) соответствия калорийности рациона энерготратам
- 5) контроля поваренной соли

317. IIА тип гиперлипидемий характеризуется всеми следующими факторами, кроме:

- 1) гипербеталипопротеидемии
- 2) гиперхолестеринемии
- 3) гипертриглицеридемии
- 4) развития раннего атеросклероза
- 5) повышения свертывающих свойств крови**

318. IIБ тип гиперлипидемий характеризуется:

- 1) гипербеталипопротеидемии**
- 2) гиперхиломикронемией
- 3) малым риском развития раннего атеросклероза
- 4) гиперурикемией
- 5) гипербилирубинемией

319. Диетические рекомендации для больных IIБ типа гиперлипидемий сводятся к ограничению следующих ингредиентов, кроме:

- 1) простых углеводов
- 2) растительных масел**
- 3) продуктов, богатых холестерином
- 4) животных жиров
- 5) поваренной соли

320. III тип гиперлипидемий характеризуется:

- 1) гиперхиломикронемией
- 2) гиперхолестеринемией**
- 3) гипотриглицеридемией
- 4) риск развития раннего атеросклероза

5) гипергликемией

321. IV тип гиперлипидемий характеризуется всеми следующими факторами, кроме:

- 1) **гипербилирубинемии**
- 2) нарушение толерантности к углеводам
- 3) раннего развития ИБС
- 4) гипертриглицеридемии
- 5) гиперхолестеринемии

322. Диетические рекомендации для больных IV типом гиперлипидемией сводятся к ограничению следующих ингредиентов, кроме:

- 1) простых углеводов
- 2) **растительных масел**
- 3) животных жиров
- 4) продуктов, богатых холестерином
- 5) поваренной соли

323. Диетические рекомендации для больных IV типом гиперлипидемией включают все следующие, кроме:

- 1) ограничение жиров
- 2) ограничение углеводов
- 3) **ограничения продуктов, содержащих животный белок**
- 4) исключение алкоголя
- 5) ограничение рафинированных углеводов

324. В рационе больных атеросклерозом следует предусмотреть увеличение всех следующих витаминов, кроме:

- 1) витамина С
- 2) витамина группы В
- 3) витамина РР
- 4) **витамина D**
- 5) витамина А

325. Больным атеросклерозом с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, энтерит) продукты моря рекомендуется включать в виде:

- 1) сухой морской капусты
- 2) **паровых котлет из кальмаров**
- 3) салатов из морской капусты
- 4) нельзя включать в рацион ни в каком виде
- 5) кальмаров жаренных на растительном масле

Болезни почек, мочевыводящих путей и диетотерапия

326. При хроническом гломерулонефрите с нарушением функции почек назначается:

- 1) основной вариант стандартной диеты
- 2) вариант диеты с механическим и химическим щажением
- 3) вариант диеты с повышенным содержанием белка
- 4) **вариант диеты с пониженным содержанием белка**
- 5) вариант диеты с пониженной калорийностью

327. При хроническом гломерулонефрите нефротического типа без нарушения функции почек назначается:

- 1) основной вариант стандартной диеты
- 2) вариант диеты с механическим и химическим щажением
- 3) **вариант диеты с повышенным содержанием белка**
- 4) вариант диеты с пониженным содержанием белка
- 5) вариант диеты с пониженной калорийностью

328. При хроническом гломерулонефрите с нарушением функции почек объем суточной жидкости составляет:

- 1) **0,8-1,0 литр**
- 2) 1,0-1,5 литра
- 3) 1,5-2,0 литра
- 4) 2,5 литра
- 5) 3 литра

329. В низкобелковой диете содержание белка составляет:

- 1) 85-90 г
- 2) 110-120 г
- 3) **20-60 г**
- 4) 70-80 г
- 5) 60-90 г

330. Если у больного с хроническим гломерулонефритом, получавшем вариант диеты с повышенным количеством белка, начинают нарастать основные клинические симптомы болезни, то его следует перевести на:

- 1) основной вариант стандартной диеты
- 2) вариант диеты с механическим и химическим щажением
- 3) вариант диеты с повышенным содержанием белка
- 4) **вариант диеты с пониженным содержанием белка**
- 5) вариант диеты с пониженной калорийностью

331. После перенесенного острого пиелонефрита при полном восстановлении всех показателей назначается:

- 1) **основной вариант стандартной диеты**
- 2) вариант диеты с механическим и химическим щажением
- 3) вариант диеты с повышенным содержанием белка
- 4) вариант диеты с пониженным содержанием белка
- 5) вариант диеты с пониженной калорийностью

332. В высокобелковой диете содержание белка составляет:

- 1) 40-60 г
- 2) 60-70 г
- 3) 80-90 г
- 4) **110-120 г**
- 5) 115-120 г

333. При хронической почечной недостаточности квота белка:

- 1) **резко ограничивается**
- 2) не ограничивается
- 3) не имеет значения
- 4) незначительно ограничивается
- 5) увеличивается

334. В диете у больного с хроническим гломерулонефритом с нарушением функции почек содержание соли должно составлять:

- 1) 6-8 г/день
- 2) **1,5-3 г/день**
- 3) 3-5 г/день
- 4) без ограничения
- 5) верно 1 и 3

335. При лечении больных с ХПН в период компенсации базисной является диета:

- 1) основной вариант стандартной диеты
- 2) вариант диеты с механическим и химическим щажением
- 3) вариант диеты с повышенным содержанием белка
- 4) **вариант диеты с пониженным содержанием белка**
- 5) вариант диеты с пониженной калорийностью

336. При проведении гемодиализа больному назначается диета:

- 1) основной вариант стандартной диеты
- 2) вариант диеты с механическим и химическим щажением
- 3) **вариант диеты с повышенным содержанием белка**
- 4) вариант диеты с пониженным содержанием белка
- 5) вариант диеты с пониженной калорийностью

337. При мочекаменной болезни надо назначать диету:

- 1) **основной вариант стандартной диеты**
- 2) вариант диеты с механическим и химическим щажением
- 3) вариант диеты с повышенным содержанием белка
- 4) вариант диеты с пониженным содержанием белка
- 5) вариант диеты с пониженной калорийностью

338. Осложнением при гемодиализе больного с хронической почечной недостаточностью является:

- 1) **гиперкалиемия**
- 2) гипокалиемия
- 3) гиперглюкоземия
- 4) гипоглюкоземия
- 5) гиперлипидемия

339. При низкобелковой диете квота углеводов по сравнению с их содержанием в других вариантах системы стандартных диет:

- 1) не изменяется
- 2) **увеличивается**
- 3) уменьшается
- 4) не имеет значения
- 5) все перечисленное верно

340. В диете больного с хроническим гломерулонефритом квота жиров по сравнению с их содержанием в других вариантах системы стандартных диет:

- 1) не изменяется
- 2) **увеличивается**
- 3) уменьшается
- 4) не имеет значения
- 5) все перечисленное верно

341. При фосфатных камнях должны быть ограничены:

- 1) мясо
- 2) молоко
- 3) **мучные изделия**
- 4) рыба
- 5) птица

342. При оксалатных камнях следует исключить из питания:

- 1) **шпинат**
- 2) капусту
- 3) мясо
- 4) рыбу
- 5) яйца

343. При уратных камнях в питании надо исключить:

- 1) **мясные бульоны**
- 2) овощные отвары
- 3) молоко
- 4) хлеб из муки грубого помола
- 5) яйца

344. При обострении мочекаменной болезни в питании можно добавлять:

- 1) чеснок
- 2) перец
- 3) **зелень петрушки**
- 4) горчицу
- 5) майонез

Болезни эндокринной системы, нарушения обмена веществ и диетотерапия

345. При сахарном диабете нарушаются:

- 1) углеводный обмен
- 2) белковый обмен
- 3) жировой обмен
- 4) водно-минеральный обмен

5) все перечисленное верно

346. К факторам риска, провоцирующим развитие сахарного диабета, относятся все нижеперечисленные, кроме:

- 1) переизбыток, употребление рафинированной пищи
- 2) **тяжелый физический труд**
- 3) вирусные инфекции
- 4) выраженный атеросклероз
- 5) наследственная предрасположенность

347. Росту заболеваемости сахарным диабетом способствуют все следующие причины, кроме:

- 1) увеличение в структуре населения лиц с наследственной предрасположенностью к сахарному диабету
- 2) изменения в питании населения
- 3) увеличение средней продолжительности жизни населения
- 4) **злоупотребление курением**
- 5) инсулинотерапия

348. К диете больного сахарным диабетом предъявляются все следующие требования, кроме:

- 1) полноценного физиологического состава пищевых ингредиентов
- 2) исключение из диеты легкоусвояемых углеводов
- 3) **ограничение продуктов, богатых растительными волокнами**
- 4) ограничение животных жиров
- 5) включение продуктов, богатых липотропными факторами

349. Больные сахарным диабетом должны получать пищу:

- 1) **5-6 раз в сутки**
- 2) 4 раза в сутки
- 3) 3 раза в сутки
- 4) количество приемов значения не имеет
- 5) 2 раза в сутки

350. Больные сахарным диабетом должны получать большую часть углеводов:

- 1) **в первую половину дня**
- 2) во вторую половину дня
- 3) равномерно на протяжении суток
- 4) значения не имеет
- 5) все вышеперечисленное верно

351. Больным сахарным диабетом 2 типа с избыточной массой тела рекомендуют:

- 1) основной вариант стандартной диеты
- 2) вариант диеты с механическим и химическим щажением
- 3) вариант диеты с повышенным содержанием белка
- 4) вариант диеты с пониженным содержанием белка
- 5) **вариант диеты с пониженной калорийностью**

352. Больным сахарным диабетом 2 типа с нормальной массой тела рекомендуют:

- 1) основной вариант стандартной диеты
- 2) вариант диеты с механическим и химическим щажением
- 3) **вариант диеты с повышенным содержанием белка**
- 4) вариант диеты с пониженным содержанием белка
- 5) вариант диеты с пониженной калорийностью

353. Калорийность рациона больного с сахарным диабетом 2 типа с избыточной массой тела должна составлять:

- 1) 2170-2400 ккал
- 2) 2170-2480 ккал
- 3) 2080-2690 ккал
- 4) 2120-2650 ккал
- 5) **1340-1550 ккал**

354. При подсчете суточной энергетической ценности рациона учитывают все перечисленные факторы, кроме:

- 1) группы труда
- 2) **вкусовых привычек**
- 3) основного обмена
- 4) в какой местности проживает больной (в сельской или городской)
- 5) массы тела

355. Энергетическая ценность рациона складывается из расчета, чтобы углеводы составляли:

- 1) 80%
- 2) **60%**
- 3) 40%
- 4) 20%
- 5) 10%

356. Энергетическая ценность рациона складывается из расчета, чтобы белки составляли:

- 1) 80%
- 2) **60%**
- 3) 40%
- 4) 20%
- 5) 10%

357. Энергетическая ценность рациона складывается из расчета, чтобы жиры составляли:

- 1) 70%
- 2) 65%
- 3) 55%
- 4) 34%
- 5) **24%**

358. Если на пробной диете у больного сахарным диабетом не наступает компенсация в течение 3-6 дней, необходимо:

- 1) снизить энергетическую ценность рациона
- 2) **уменьшить в рационе количество углеводов**
- 3) назначить медикаментозную терапию

- 4) уменьшить в рационе количество жира
- 5) уменьшить в рационе количество белка

359. Сахарную ценность пищи составляют:

- 1) углеводы
- 2) углеводы + 50% белка**
- 3) углеводы + 50% жира
- 4) все компоненты пищи: белки, жиры, углеводы
- 5) 50% белка+50%жира

360. Суточный рацион питания больного сахарным диабетом должен включать следующее количество сырой клетчатки:

- 1) 6-8г
- 2) 8-10г
- 3) 10-15г
- 4) 20-25г**
- 5) 30-50г

361. В суточном рационе больного сахарным диабетом содержание поваренной соли должно составлять:

- 1. 3-5г
- 2. 5-8г
- 3) 10-12г**
- 4) 15-20г
- 5) 25-30г

362. В диете больных сахарным диабетом животного белка должно быть:

- 1) больше, чем растительного**
- 2) меньше, чем растительного
- 3) одинаковое количество
- 4) значения не имеет
- 5) животный белок должен отсутствовать

363. Клетчатка, содержащаяся в пищевых продуктах, способствует:

- 1) повышению аппетита**
- 2) снижению аппетита
- 3) на аппетит не влияет
- 4) ускоряет наступление чувства насыщения
- 5) замедляет наступление чувства насыщения

364. Клетчатка, содержащаяся в пищевых продуктах, способствует:

- 1) повышению постпрандиальной (после приема пищи) гликемии всегда
- 2) снижению постпрандиальной гликемии всегда**
- 3) не оказывает влияния
- 4) повышению постпрандиальной гликемии в зависимости от вида пищевых волокон
- 5) снижению постпрандиальной гликемии в зависимости от вида пищевых волокон

365. Клетчатка, содержащаяся в пищевых продуктах, влияет на скорость всасывания углеводов из желудочно-кишечного тракта:

- 1) повышая ее
- 2) снижая ее**
- 3) не изменяя скорости всасывания
- 4) сначала повышает, а затем снижает
- 5) сначала снижает, а затем повышает

366. К продуктам, содержащим клетчатку, относятся:

- 1) мясо
- 2) овощи**
- 3) яйца
- 4) творог
- 5) молоко

367. Снижение энергетической ценности рациона для больных сахарным диабетом осуществляется в основном за счет уменьшения:

- 1) белков
- 2) жиров
- 3) углеводов**
- 4) всех перечисленных ингредиентов
- 5) клетчатки

368. При склонности к кетозу в рационе больных сахарным диабетом в рационе изменяют количество:

- 1) белков
- 2) жиров**
- 3) углеводов
- 4) поваренной соли
- 5) клетчатки

369. При явлениях лейкопении у больных сахарным диабетом в рационе изменяют количество:

- 1) белков
- 2) жиров**
- 3) углеводов
- 4) клетчатки
- 5) калорийность

370. При развивающейся диабетической коме количество жира в рационе больных:

- 1) уменьшают
- 2) увеличивают
- 3) полностью исключают**
- 4) исключают только животные жиры
- 5) исключают только растительные жиры

371. В первые и вторые сутки коматозного состояния в рационе больных сахарным диабетом количество животного белка должно быть:

- 1) больше, чем растительного
- 2) меньше, чем растительного**

- 3) одинаковое количество
- 4) не имеет значения
- 5) полностью исключают

372. Для построения диеты больному сахарным диабетом необходимо учитывать все следующие моменты, кроме:

- 1) биологической ценности пищевых продуктов
- 2) **уровня интеллекта**
- 3) пола, возраста, веса, группы труда
- 4) типа применяемого инсулина
- 5) гликемического индекса пищевых продуктов

373. Понятие «хлебная единица» включает:

- 1) количество продукта, которое содержит 8 г углеводов
- 2) количество продукта, которое содержит 10 г углеводов
- 3) **количество продукта, которое содержит 12 г углеводов**
- 4) количество продукта, которое содержит 14 г углеводов
- 5) количество продукта, которое содержит 16 г углеводов

374. Одна хлебная единица соответствует:

- 1) примерно 20 ккал
- 2) примерно 30 ккал
- 3) примерно 40 ккал
- 4) **примерно 50 ккал**
- 5) примерно 60 ккал

375. Беконом можно заменить:

- 1) мясо
- 2) **жир**
- 3) хлеб
- 4) творог
- 5) ничего из перечисленного

376. Морковью можно заменить:

- 1) хлеб
- 2) **фрукты**
- 3) мясо
- 4) жир
- 5) все вышеперечисленное верно

377. Хлебными единицами пользуются для замены в диете одних продуктов другими, равными по количеству:

- 1) белков
- 2) жиров
- 3) **углеводов**
- 4) калорий
- 5) витаминов

378. Одна хлебная единица содержится в следующем количестве продуктов, кроме:

- 1) 10 г белого хлеба
- 2) **30 г черного хлеба**
- 3) 150 г клубники
- 4) 15 г манной крупы
- 5) 10 г манной крупы

379. Для больных сахарным диабетом разрешены все перечисленные продукты, кроме:

- 1) молока
- 2) творога
- 3) **пломбир**
- 4) ацидофилина
- 5) кефира

380. Не рекомендуется включать в диету больных сахарным диабетом:

- 1) землянику
- 2) репу
- 3) сладкие яблоки
- 4) **инжир**
- 5) чернику

381. При манифестом сахарном диабете разрешается включать в рацион:

- 1) **мед**
- 2) фруктозу
- 3) сахар
- 4) сиропы
- 5) шоколад

382. Больные сахарным диабетом в состоянии компенсации должны ограничивать в питании:

- 1) белки
- 2) жир
- 3) **углеводы**
- 4) минеральные соли
- 5) пищевые растительные волокна

383. Больным сахарным диабетом 2 типа нежелательно назначать разгрузочные дни:

- 1) яблочные
- 2) **клубничные**
- 3) арбузные
- 4) сметанные
- 5) все вышеперечисленное верно

384. На одну хлебную единицу требуется:

- 1) **2 ЕД инсулина**

- 2) 4 ЕД инсулина
- 3) 6 ЕД инсулина
- 4) 8 ЕД инсулина
- 5) 10 ЕД инсулина

385. Низкобелковую диету назначают больным:

- 1) сахарным диабетом 1 типа в стадии компенсации
- 2) **сахарным диабетом 2 типа с ожирением**
- 3) сахарным диабетом 2 типа с нормальной массой тела
- 4) сахарным диабетом 1 типа в стадии декомпенсации
- 5) все перечисленное верно

386. При использовании сахарозаменителей целесообразно соблюдать следующие правила:

- 1) устанавливать индивидуальную непереносимость
- 2) применять только на фоне компенсации или субкомпенсации
- 3) можно применять независимо от стадии заболевания
- 4) **верно 1 и 2**
- 5) все перечисленное верно

387. В среднем каждая хлебная единица повышает сахар крови на:

- 1) 2,0 ммоль/л
- 2) 2,5 ммоль/л
- 3) **2,7 ммоль/л**
- 4) 2,9 ммоль/л
- 5) 3,0 ммоль/л

388. В среднем каждая единица инсулина снижает сахар крови на:

- 1) 2,0 ммоль/л
- 2) **2,2 ммоль/л**
- 3) 2,4 ммоль/л
- 4) 2,6 ммоль/л
- 5) 2,8 ммоль/л

389. Суточный рацион больного сахарным диабетом содержит свободной жидкости:

- 1) 0,8 – 1 л
- 2) 1,0 – 1,2 л
- 3) **1,5 – 2 л**
- 4) 2,0 – 3,0 л
- 5) все вышеперечисленное неверно

390. Энергетическая ценность сахарозаменителей (ксилита, сорбита):

- 1) такая же, как и сахара
- 2) меньше, чем у сахара
- 3) **больше, чем у сахара**
- 4) энергетической ценностью не обладают
- 5) все вышеперечисленное верно

391. Больным сахарным диабетом разрешается употреблять ксилит и сорбит в сутки:

- 1) **не более 20-30 г**
- 2) не более 40-50 г
- 3) не более 60-70 г
- 4) не более 100 г
- 5) без ограничений

392. Из сахарозаменителей наиболее предпочтительным для больных сахарным диабетом является:

- 1) ксилит
- 2) сорбит
- 3) **аспартам**
- 4) фруктоза
- 5) сахарин

393. Болезням обмена веществ относятся все нижеперечисленные, кроме:

- 1) атеросклероза
- 2) сахарного диабета
- 3) **язвенной болезни 12-ти перстной кишки**
- 4) ожирения
- 5) желчекаменной болезни

394. К факторам риска, способствующим развитию экзогенно-алиментарного ожирения относятся все перечисленные, кроме:

- 1) наследственности
- 2) изменения структуры питания
- 3) снижения физической активности населения
- 4) **инфекционных заболеваний**
- 5) возраста после 40 лет

395. Способствуют ожирению следующие алиментарные факторы, кроме:

- 1) увеличения калорийности рациона
- 2) **употребления овощей, фруктов в больших количествах**
- 3) преобладание в рационе животных жиров
- 4) избыточное употребление углеводов
- 5) сдвиг главной доли калорийности рациона на вечерние часы

396. У больных ожирением в 2-3 раза чаще развивается следующие заболевания, кроме:

- 1) атеросклероза
- 2) ишемической болезни сердца
- 3) сахарного диабета
- 4) холелитиаза
- 5) **колита**

397. При ожирении нарушаются:

- 1) водно-солевой обмен
- 2) энергетический обмен
- 3) жировой обмен
- 4) углеводный обмен
- 5) все виды обмена**

398. Критическими периодами для развития ожирения являются нижеперечисленные, кроме:

- 1) детский возраст до 1 года
- 2) период полового созревания 12-16 лет
- 3) период беременности, лактации
- 4) возраст с 7 до 10 лет**
- 5) менопауза

399. Причинами, способствующими ожирению у пожилых людей, являются следующие, кроме:

- 1) снижения обмена веществ
- 2) снижения половой активности (изменение гормонального фона)
- 3) снижения физической активности
- 4) вредных привычек (курение)**
- 5) снижения энергетической ценности рациона

400. При ожирении взрослых жировые клетки:

- 1) не изменяются
- 2) увеличивается их размер**
- 3) увеличивается их количество
- 4) уменьшается их количество
- 5) уменьшается их размер

401. Различают следующие степени ожирения, кроме:

- 1) 1 степень ожирения
- 2) 2 степень ожирения
- 3) 3 степень ожирения
- 4) 4 степень ожирения
- 5) 6 степень ожирения**

402. При ожирении активность липаз:

- 1) не изменяется
- 2) увеличивается
- 3) снижается**
- 4) зависит от степени ожирения
- 5) все вышеперечисленное неверно

403. У больных ожирением отмечается:

- 1) повышение липолиза
- 2) снижение липолиза**
- 3) процессы липолиза и липогенеза равномерны
- 4) снижение липогенеза
- 5) процессы липогенеза и липолиза не изменяются

404. Ожирение чаще развивается при преобладании в рационе:

- 1) белков
- 2) грубоволокнистых углеводов
- 3) жиров**
- 4) поваренной соли
- 5) мясных продуктов

405. Для определения степени ожирения важны следующие данные:

- 1) группа труда
- 2) вес и рост**
- 3) окружность талии
- 4) окружность бедер
- 5) основной обмен

406. Имеет существенное значение при лечении ожирения:

- 1) лечебное питание
- 2) физическая нагрузка
- 3) физиопроцедуры
- 4) оперативное лечение
- 5) все вышеперечисленное верно**

407. Основными принципами диетотерапии при ожирении являются следующие, кроме:

- 1) умеренного ограничения жиров
- 2) снижения калорийности
- 3) исключение моносахаров
- 4) уменьшение клетчатки в рационе**
- 5) увеличение клетчатки в рационе

408. Калорийность рациона у больных ожирением в условиях стационара должна быть не выше:

- 1) 1800ккал**
- 2) 1200ккал
- 3) 800ккал
- 4) 600ккал
- 5) 2300ккал

409. Калорийность рациона у больных ожирением в условиях стационара должна быть не ниже:

- 1) 1800ккал
- 2) 1200ккал
- 3) 1000ккал
- 4) 700ккал**
- 5) 600ккал

410. Максимально допустимая редукция рациона у больных ожирением в амбулаторных условиях:

- 1) 2300ккал
- 2) **1800ккал**
- 3) 1200ккал
- 4) 900ккал
- 5) 600ккал

411. При ожирении больной должен получать пищу в день:

- 1) 2 раза
- 2) 3 раза
- 3) 4-5 раз
- 4) 6 раз
- 5) **зависит от индивидуальных особенностей организма**

412. При лечении ожирения необходимо снижать вес за счет:

- 1) мышечной массы
- 2) **жировой массы**
- 3) воды
- 4) все вышеперечисленное верно
- 5) все вышеперечисленное неверно

413. При ожирении пищу нельзя:

- 1) готовить на пару
- 2) **жарить**
- 3) тушить
- 4) отваривать
- 5) принимать в сыром виде

414. При ожирении из диеты исключаются блюда, кроме:

- 1) супов на крепком мясном бульоне
- 2) селедки
- 3) сдобы
- 4) манной каши
- 5) **капусты белокочанной**

415. При ожирении разрешается использовать в питании все перечисленное, кроме:

- 1) **сахар**
- 2) овощи
- 3) фрукты
- 4) творог из непастеризованного молока
- 5) мясо

416. При ожирении количество жидкости:

- 1) уменьшается
- 2) дается физиологическая норма
- 3) увеличивается
- 4) **зависит от сопутствующих заболеваний**
- 5) зависит от времени года

417. 1 г жира несет в себе:

- 1) 4 ккал
- 2) 6 ккал
- 3) 8 ккал
- 4) **9 ккал**
- 5) все вышеперечисленное неверно

418. 1 г углеводов содержит:

- 1) **4 ккал**
- 2) 6 ккал
- 3) 8 ккал
- 4) 9 ккал
- 5) все вышеперечисленное неверно

419. 1 г белков содержит:

- 1) **4 ккал**
- 2) 6 ккал
- 3) 8 ккал
- 4) 9 ккал
- 5) все вышеперечисленное неверно

420. В рационе больных ожирением количество поваренной соли:

- 1) не изменяется
- 2) увеличивается
- 3) уменьшается
- 4) **зависит от сопутствующих заболеваний**
- 5) зависит от времени года

421. Жир в рационе больных ожирением:

- 1) исключается
- 2) **ограничивается**
- 3) дается физиологическая норма
- 4) количество не имеет значения (лишь бы калорийность рациона была низкой)
- 5) все вышеперечисленное верно

422. У тучных больных количество сырой клетчатки в рационе должна быть не менее:

- 1) 10,0г
- 2) **20,0г**
- 3) 40,0г
- 4) 60,0г
- 5) 80,0г

423. У больного с ожирением и сопутствующим холециститом не используется разгрузочный день:

- 1) овощной отвар
- 2) сметанный**
- 3) молочный
- 4) фруктовый
- 5) мясной

424. Способствуют окислению жиров в организме следующие факторы:

- 1) гиподинамия
- 2) лечение препаратами раувольфия
- 3) отказ от курения
- 4) отказ от кофе
- 5) увеличение физических нагрузок**

425. Тормозят окисление жиров следующие факторы:

- 1) гипокалорийное питание
- 2) ограничение жира в рационе
- 3) физическая активность
- 4) употребление кофе
- 5) гиподинамия**

Болезни органов дыхания и диетотерапия

426. Противовоспалительный эффект диеты, назначаемой при острой пневмонии, обеспечивается всеми следующими компонентами, кроме:

- 1) ограничение углеводов
- 2) ограничение поваренной соли
- 3) увеличение продуктов богатых солями кальция
- 4) увеличение жиров**
- 5) обеспечение рациона витаминами

427. При пневмонии количество поваренной соли:

- 1) следует ограничить
- 2) ограничивать не следует
- 3) полностью исключить
- 4) составляет физиологическую норму**
- 5) не имеет значения

428. По мере выздоровления при пневмонии количество белка рекомендуется довести до:

- 1) 100г
- 2) 110г
- 3) 120г**
- 4) 150г
- 5) 90г

429. В первые дни заболевания пневмонией количество белка должно составлять:

- 1) 60-70г
- 2) 70-80г
- 3) 90-100г**
- 4) 120г
- 5) 150г

430. При пневмонии следует исключить все следующие продукты, кроме:

- 1) капусты
- 2) грибов
- 3) фасоли, гороха
- 4) отвара шиповника**
- 5) маринованных продуктов

431. При нагноительных заболеваниях легких диета должна включать следующие количества белка:

- 1) 80-90г
- 2) 100г
- 3) 110г
- 4) 130-140г**
- 5) 60-70г

432. При экссудативном плеврите количество кальция в диете:

- 1) увеличивается**
- 2) ограничивается
- 3) не изменяется
- 4) соответствует физиологической норме
- 5) не имеет значения

433. Больному с туберкулезом легких назначается:

- 1) основной вариант стандартной диеты
- 2) вариант диеты с механическим и химическим щажением
- 3) вариант диеты с повышенным содержанием белка**
- 4) вариант диеты с пониженным содержанием белка
- 5) вариант диеты с пониженной калорийностью

434. Калорийность рациона с туберкулезом легких со сниженной реактивностью организма, с вялым течением болезни:

- 1) не изменяется
- 2) повышается**
- 3) понижается
- 4) не имеет значения
- 5) сначала повышается, затем снижается

435. Энергетическая ценность рациона больного с туберкулезом зависит от:

- 1) течения болезни
- 2) массы тела

- 3) сопутствующих заболеваний
- 4) верно 1 и 3
- 5) все перечисленное верно**

436. При наклонности к экссудативным явлениям при туберкулезе легких количество жидкости:

- 1) ограничивается до 1,0 л**
- 2) увеличивается до 2,5 л
- 3) увеличивается до 2,0 л
- 4) ограничивается до 1,5 л
- 5) не ограничивается

437. В период обострения туберкулеза при выраженном распаде тканей количество белка должно быть доведено до:

- 1) 100г
- 2) 110-120г
- 3) 120-140г**
- 4) 80г
- 5) 90г

Диетотерапия при некоторых других состояниях и заболеваниях

438. К диетам, рекомендуемым после операций на желудочно-кишечном тракте, относятся: 1) 0-I диета; 2) 0-II диета; 3) 0-III диета; 4) высокобелковая диета; 5) основной вариант стандартной диеты.

- 1) если правильные 1, 2 и 3
- 2) если правильные 1 и 3
- 3) если правильные 2,3,4
- 4) если правильный ответ 4**
- 5) если правильные 1, 2, 3,4 и 5

439. Диета «0-I» назначается на:

- 1) 1 день
- 2) 2 дня
- 3) 3 дня
- 4) 6 дней**
- 5) 7 дней

440. Диета «0-II» назначается на:

- 1) 1 день
- 2) 2 дня
- 3) 3 дня
- 4) 4 дня**
- 5) 6 дней

441. Диета «0-III» может быть назначена на:

- 1) 1-2 дня
- 2) 2-3 дня
- 3) 3-4 дня
- 4) 4-5 дней**
- 5) 6 дней

442. Количество белков в «0-I» диете:

- 1) 50-40г
- 2) 40-30г
- 3) 30-20г
- 4) 20-5г
- 5) 5-10 г**

443. Содержание жира в «0-I» диете в г:

- 1) 15-20**
- 2) 20-30
- 3) 30-40
- 4) 40-50
- 5) 50-60

444. Содержание углеводов в «0-I» диете в г:

- 1) 60-90
- 2) 90-120
- 3) 120-150
- 4) 150-200**
- 5) 200-250

445. Энергетическая ценность в ккал «0-I» диеты:

- 1) 500-600
- 2) 600-700
- 3) 700-800
- 4) 800-1200**
- 5) 1200-1400

446. Кратность приемов пищи при назначении «0-I» диеты:

- 1) 7-8 раз в сутки**
- 2) 8-9 раз в сутки
- 3) 9-10 раз в сутки
- 4) 10-11 раз в сутки
- 5) 11-12 раз в сутки

447. Объем (в граммах) пищи на один прием при назначении «0-I» диеты:

- 1) 100 г
- 2) 200 г**
- 3) 300 г
- 4) 400 г
- 5) значения не имеет

448. Из рациона «0-I» диеты с целью предупреждения метеоризма и щажения желудочно-кишечного тракта исключаются все перечисленные продукты, кроме:

- 1) животные пищевые продукты
- 2) продукты, содержащие растительную клетчатку
- 3) цельное молоко
- 4) хлеб

5) слизистые отвары

449. Содержание белка в «0-II» диете в г:

- 1)10-20
- 2)20-30
- 3)30-40
- 4)40-50**
- 5)50-60

450. Содержание жира в «0-II» диете в г:

- 1)25-50
- 2)40-50**
- 3)55-60
- 4)60-65
- 5)65-70

451. Содержание углеводов в «0-II б» диете в г:

- 1)160-175
- 2)175-190
- 3)190-215
- 4)215-230
- 5)230-250**

452. Энергетическая ценность диеты "0-II " в ккал:

- 1)800-1500
- 2)1520-1650**
- 3)1600-1700
- 4)1700-1730
- 5)1730-1850

453. С целью предупреждения метеоризма из рациона диеты «0-II» исключаются: 1)цельное молоко

- 2)хлеб
- 3)овощи, фрукты
- 4)крепкие бульоны

5)все перечисленное верно

454. Объем (в граммах) пищи на один прием при назначении «0-II» диеты:

- 1)150-200
- 2)200-250
- 3)250-300
- 4)300-350
- 5)350-400**

455. Кратность приемов пищи при назначении «0-II» диеты:

- 1)9 раз
- 2)8 раз
- 3)7 раз
- 4)6 раз**
- 5)5 раз

456. Содержание белков в диете «0-III» в г:

- 1) 50-60
- 2)60-70
- 3)70-80
- 4)80-90**
- 5)90-100

457. Содержание жира в диете «0-III» в г:

- 1)45-60
- 2)50-60
- 3)60-65
- 4)65-70**
- 5)70-75

458. Содержание углеводов в диете «0-III» в г:

- 1) 260-280
- 2)280-300
- 3)300-320
- 4)320-350**
- 5)340-360

459. Энергетическая ценность в ккал «0в» диеты:

- 1)1600-1800
- 2)1800-2000
- 3)2000-2200**
- 4)2200-2400
- 5)2600

460. Кратность приемов пищи при назначении «0-III» диеты:

- 1)3 раза
- 2)4 раза
- 3)5 раз
- 4)6 раз**
- 5)7 раз

461. Из рациона диеты «0-III» исключается все, кроме:

- 1) цельное молоко
- 2) продукты, содержащие грубую растительную клетчатку
- 3) нежирные сорта мяса и рыбы**
- 4) пряные и острые закуски
- 5) соленые блюда

462. К группам продуктов с выраженным ощелачивающим эффектом относятся: 1) молоко и молочные продукты; 2) овощи и плоды; 3) бобовые; 4) твердые сыры; 5) брусника.

- 1) если правильные 1,2 и 3
- 2) если правильные 1 и 3
- 3) если правильные 2,3,4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильные 1, 2, 3, 4 и 5**

463. К группам продуктов обладающих окисляющим эффектом относятся: 1) мясо, мясные продукты; 2) хлеб, хлебобулочные изделия, крупы, макароны; 3) рыба; 4) брусника, твердые сыры; 5) яйца.

- 1) если правильные 1,2 и 3
- 2) если правильные 1 и 3
- 3) если правильные 2,3,4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильные 1, 2, 3, 4 и 5**

464. К диетам при ожоговой болезни относятся:

- 1) основной вариант стандартной диеты
- 2) вариант диеты с механическим и химическим щажением
- 3) вариант диеты с повышенным содержанием белка
- 4) вариант диеты с пониженным содержанием белка
- 5) вариант диеты с пониженной калорийностью**

465. Язвенные дефекты при брюшном тифе рубцуются в течение:

- 1) 1 недели
- 2) 3 недель
- 3) 4-5 недель**
- 4) 6 недель
- 5) 2 месяца

466. Количество белка в рационе больных железодефицитной анемией должно быть не менее:

- 1) 60-70г
- 2) 80-90г
- 3) 100-120г**
- 4) 20-40г
- 5) 90-100г

467. Из молочных продуктов наиболее рационально включать в рацион больных железодефицитной анемией:

- 1) натуральное молоко
- 2) сливки
- 3) сухое обезжиренное молоко**
- 4) сметану
- 5) кефир

468. Чаще вызывают аллергическую реакцию следующие продукты:

- 1) цельное молоко**
- 2) творог
- 3) кефир
- 4) ацидофилин
- 5) наринэ

469. Пищевая аллергия чаще развивается:

- 1) к белку яиц**
- 2) к фруктам зеленого цвета
- 3) к кисломолочным продуктам
- 4) к мясу индейки
- 5) к гречневой каше

470. К растительным продуктам, содержащим пурины, относятся все следующие, кроме:

- 1) фасоли
- 2) шпината
- 3) капусты**
- 4) чечевицы
- 5) щавеля

471. При экземах применяются все перечисленные диеты, кроме:

- 1) гипосенсибилизирующей диеты
- 2) аглотеновой диеты
- 3) элиминационной диеты с исключением фруктов
- 4) диеты с ограничением углеводов
- 5) диеты Кареля**

472. При угрях применяются все перечисленные типы пищевых режимов, кроме:

- 1) уменьшения хлористого натрия
- 2) уменьшения животных жиров
- 3) исключения специй, пряностей, копченостей
- 4) исключения жареных блюд
- 5) увеличения животных жиров**

473. К основным принципам построения питания лиц пожилого и старческого возраста относятся:

- 1) энергетическая сбалансированность рационов питания по фактическим энерготратам
- 2) антисклеротическая направленность пищевых рационов

- 3) максимальное разнообразие питания и сбалансированность его по всем незаменимым
4) использование в питании продуктов и блюд, обладающих легкой ферментной активностью
5) **все перечисленное верно**

474. К особенностям обмена веществ в пожилом и старческом возрасте относятся:

- 1) снижение интенсивности обменных процессов
- 2) энергетический дисбаланс
- 3) снижение способности ассимилировать белки
- 4) увеличение эндогенных потерь белковых, минеральных компонентов пищи и витаминов
- 5) **все перечисленное верно**

475. Содержание белка в рационе пожилых составляет:

- 1) 0,5-1г на 1кг веса
- 2) 0,6-1 г на 1кг веса
- 3) 0,7- 1 г на 1кг веса
- 4) **1,2-1,3 г на 1кг веса**
- 5) 1,2-1,7 г на 1кг веса

476. Содержание жира в рационе лиц пожилого возраста составляет:

- 1) 0,4-0,7г на 1кг. веса
- 2) 0,5-0,8г на 1кг. веса
- 3) 0,6-0,9г на 1кг. веса
- 4) **1,0 на 1кг. веса**
- 5) 2,0 на 1кг. веса

477. Содержание углеводов в рационе лиц пожилого возраста:

- 1) 200-220 г
- 2) 220-260 г
- 3) 260-300 г
- 4) **300-320 г**
- 5) 320-340 г

478. Энергетическая ценность рациона лиц пожилого и старческого возраста:

- 1) 10-20ккал. на 1кг веса
- 2) 20-25 ккал на 1кг веса
- 3) 25-30 ккал на 1кг веса
- 4) **30-32 ккал на 1 кг веса**
- 5) 32-40 ккал на 1 кг веса

479. Питание в 1-ю половину беременности:

- 1) не должно отличаться от питания до беременности;
- 2) не включаются в рацион или ограничиваются экстрактивные вещества, приправы, копчености;
- 3) при пониженном питании увеличивается энергетическая ценность рациона;
- 4) рацион обогащается витаминами;
- 5) **все перечисленное верно**

480. Питание во 2-ю половину беременности включает: 1) исключаются мясные, рыбные, грибные навары; 2) NaCl 7-8 г, в последние 2 месяца 5г в сутки; 3) приготовление пищи без соли, подсаливание на столе; 3) супы только вегетарианские и молочные; 5) жидкость ограничивается до 0,8л в день.

- 1) если правильные 1,2 и 3
- 2) если правильные 1 и 3
- 3) если правильные 2,3,4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) **если правильные 1, 2, 3, 4 и 5**

481. Питание при гестозах 1-й половины беременности «рвоте» беременных: 1) удовлетворение любого желания что-то съесть тут же; 2) 1 прием пищи до подъема должен быть в постели; 3) придерживаться диеты с механическим и химическим щажением; 4) питание дробное; 5) увеличение в диете NaCl.

- 1) если правильные 1,2 и 3
- 2) если правильные 1 и 3
- 3) если правильные 2,3,4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) **если правильные 1, 2, 3, 4 и 5**

482. К мерам профилактики развития опухолей для лиц, пребывающих в зонах жесткого радиационного контроля, относятся: 1) исключение профессионального или медицинского облучения с целью диагностики; 2) исключение попадания внутрь радионуклидов, превышающих допустимые концентрации; 3) исключение воздействия на организм лаков, красок, клеевых веществ; 4) врачи для этих лиц должны избегать полипрогмазию; 5) избегать перегревания тела в бане.

- 1) если правильные 1,2 и 3
- 2) если правильные 1 и 3
- 3) если правильные 2,3,4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) **если правильные 1, 2, 3, 4 и 5**

483. Меры профилактики развития опухолей для лиц, пребывающих в зонах жесткого радиационного контроля, относятся: 1) избегать воздействия ультрафиолетовых лучей; 2) мужчинам избегать перегрева мошонки; 3) избегать контактов с больными во время эпидемий; 5) избегать стрессовых состояний.

- 1) если правильные 1,2 и 3
- 2) если правильные 1 и 3
- 3) если правильные 2,3,4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) **если правильные 1, 2, 3, 4 и 5**

484. К факторам, ускоряющим рост опухолей, относятся: 1) избыточное питание; 2) жиры животные, богатые холестерином; 3) рафинированные углеводы; 4) высокие дозы витамина B2, D и E, малые дозы витамина A; 5) избыток селена, недостаток магния, избыток калия разрыхляет опухоль.

- 1) **если правильные 1,2 и 3**
- 2) если правильные 1 и 3
- 3) если правильные 2,3,4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильные 1, 2, 3, 4 и 5

485. К факторам, тормозящим развитие опухолей, относятся: 1) полноценное сбалансированное питание; 2) включение в рацион белков, богатых метионином, холином; 3) жиры, содержащие лецитин; 4) витамины B6, PP, A- высокая концентрация; 5) микроэлементы - Ca уплотняет опухоль и задерживает рост.

- 1) **если правильные 1,2 и 3**

- 2) если правильные 1 и 3
- 3) если правильные 2,3,4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильные 1, 2, 3, 4 и 5**

486. К непищевым факторам, способствующим канцерогенезу, относятся: 1) канцерогенные нитрозамины; 2) диоксины; 3) полициклические углеводы; 4) соли тяжелых металлов; 5) микотоксины.

- 1) если правильные 1,2 и 3
- 2) если правильные 1 и 3
- 3) если правильные 2,3,4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильные 1, 2, 3, 4 и 5**

487. К принципам питания онкологических больных относятся: 1) индивидуальная коррекция - "кормить, чтобы выжить"; 2) при выживаемости отдаленной; 3) рациональное сбалансированное питание; 4) питание при лучевой терапии; 5) питание при химиотерапии.

- 1) если правильные 1,2 и 3
- 2) если правильные 1 и 3
- 3) если правильные 2,3,4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильные 1, 2, 3, 4 и 5**

Основы технологии приготовления пищи

488. Технология производства блюд включает следующие:

- 1) первичную обработку сырья
- 2) тепловую обработку сырья
- 3) оформление блюд
- 4) правильно 1 и 2**
- 5) все вышеперечисленное верно

489. Тушение – это:

- 1) предварительно обжаривание и варка
- 2) предварительное обжаривание и последующая варка припусканием с добавлением пряностей и приправ**
- 3) варка с добавлением пряностей в плотно закрытой посуде
- 4) все вышеперечисленное верно
- 5) обжаривание

490. Бланширование – это:

- 1) кратковременное /1-5 мин./ воздействие на продукты кипящей водой или паром**
- 2) ошпаривание продуктов водой в течение 10 минут
- 3) нагревание продукта перед его тепловой обработкой
- 4) все вышеперечисленное верно
- 5) длительное воздействие на продукты кипящей водой

491. Наиболее разрушительному воздействию подвергается жир при:

- 1) периодически длительном жарении**
- 2) непрерывном процессе жарения
- 3) охлаждении
- 4) окислении жира в присутствии света и кислорода
- 5) всех перечисленных процессах

492. Нехарактерным изменением углеводов в процессе технологической обработки продуктов является:

- 1) брожение
- 2) гидролиз дисахаридов и полисахаридов
- 3) карамелизация
- 4) окисление**
- 5) все вышеперечисленное верно

493. Конечными продуктами спиртового брожения углеводов являются:

- 1) этиловый спирт
- 2) углекислый газ
- 3) и то, и другое**
- 4) ни то, ни другое
- 5) кислород

494. Аромат пищевых продуктов (сыра, хлеба, орехов и др.) зависит от:

- 1) аминокислот
- 2) углеводов
- 3) взаимодействия углеводов с белками**
- 4) жиров
- 5) взаимодействия углеводов с жирами

495. По содержанию незаменимых аминокислот близки к оптимальному соотношению белки:

- 1) мяса
- 2) сои
- 3) бобовых**
- 4) молочных продуктов
- 5) хлебобулочных изделий

496. Первичная обработка мяса складывается из следующих операций:

- 1) зачистки поверхности**
- 2) обмывания водой
- 3) обсушивания
- 4) разделки туш
- 5) биохимической обработки

497. Размораживание мяса производят в:

- 1) воздушной среде, в специальных камерах**
- 2) воде
- 3) воздушной среде на столах

- 4) в специальных закрытых камерах
5) в холодильных камерах
498. При добавлении черствого белого хлеба в котлетную массу качество ее:
1) **улучшается**
2) ухудшается
3) ухудшается незначительно
4) не изменяется
5) все вышеперечисленное верно
499. Соединительная ткань в различных тканях и частях туши распространяется:
1) неравномерно
2) **равномерно**
3) закономерности не выявляется
4) распределение зависит от части туши
5) верно 1 и 4
500. При приготовлении блюд из вареной птицы кожу следует снимать:
1) с сырой птицы
2) после варки
3) **после частичной варки**
4) это не имеет значения
5) все вышеперечисленное верно
501. Суфле - это:
1) **протертый исходный продукт**
2) рубленый исходный продукт
3) блюдо, приготовленное при помощи взбитых белков
4) конфеты
5) все вышеперечисленное верно
502. Вкусовые достоинства рыбы зависят от:
1) характера распределения жира в теле рыбы
2) **распределения в ней соединительной ткани**
3) содержания белка
4) содержания жира
5) всего вышеперечисленного
503. Органолептические показатели и пищевая ценность рыбных блюд выше, если они приготовлены из:
1) охлажденной рыбы
2) свежельвленной рыбы
3) **рыбы длительного хранения**
4) мороженой рыбы
5) все вышеперечисленное верно
504. Более сочное мясо у:
1) **убойного скота**
2) птицы
3) рыбы длительного хранения
4) дичи
5) все вышеперечисленное верно
505. Нежность мяса зависит от содержания в нем:
1) воды
2) **белка**
3) липидов
4) соединительной ткани
5) ничего из вышеперечисленного
506. Рыба размораживается:
1) длительно
2) **быстро**
3) не размораживается
4) фактор времени не имеет значения
5) все вышеперечисленное верно
507. Рыбу рекомендуется размораживать:
1) на воздухе
2) в воде
3) **в специальной ванне с водой T + 15-20° C и соотношением рыбы к воде 1:4**
4) способ размораживания значения не имеет
5) все вышеперечисленное верно
508. При приготовлении котлетной массы кожу с рыбы снимают:
1) после удаления чешуи
2) **после порционирования**
3) с сырой рыбы способом «чулка»
4) с вареной рыбы способом «чулка»
5) все вышеперечисленное верно
509. Плохо усваивается белок яиц:
1) сваренных всмятку
2) **сырых**
3) сваренных в крутую
4) сваренных в "мешочек"
5) все вышеперечисленное верно
510. Денатурация яичного белка происходит при температуре:
1) 45-50°С
2) **60-65 °С**

- 3) 70 °C
- 4) 80 °C
- 5) 90 °C

511. Наибольшее количество азотистых веществ содержится в:

- 1) капусте
- 2) моркови
- 3) свекле
- 4) бобовых
- 5) **мясо**

512. Применение картофеля при его первичной обработке зависит от содержания в нем:

- 1) крахмала
- 2) микроэлементов
- 3) **тирозина**
- 4) витаминов
- 5) все вышеперечисленное верно

513. Из овощей наибольшее количество витамина «С» содержится в:

- 1) огурцах
- 2) капусте
- 3) **перце**
- 4) корнеплодах
- 5) картофеле

514. Овощи и фрукты содержат мало:

- 1) **белков**
- 2) углеводов
- 3) витаминов
- 4) микроэлементов
- 5) клетчатки

515. Наибольшее количество клетчатки содержится в:

- 1) масле
- 2) сахаре
- 3) **фруктах**
- 4) овощах
- 5) верно 3 и 4

516. Лучшим способом тепловой обработки овощей является:

- 1) варка в воде
- 2) **припускание**
- 3) варка на пару
- 4) жарение
- 5) варка под давлением

517. Овощи следует варить:

- 1) **при закрытой крышке**
- 2) при открытой крышке
- 3) под давлением
- 4) в СВЧ-шкафах
- 5) все вышеперечисленное верно

518. На пищевую ценность овощей продолжительность варки:

- 1) **оказывает существенное влияние**
- 2) оказывает несущественное влияние
- 3) влияния не оказывает
- 4) это не выяснено
- 5) все вышеперечисленное верно

519. Овощи следует протирать после отваривания:

- 1) **горячими**
- 2) теплыми
- 3) холодными
- 4) это не имеет значения
- 5) все вышеперечисленное верно

520. Свежезамороженные овощи следует перед закладкой в кипящую воду:

- 1) разморозить
- 2) **разморозить частично**
- 3) не размораживать
- 4) это не имеет значения
- 5) все вышеперечисленное верно

521. Бобовые перед варкой следует:

- 1) **замочить**
- 2) не замачивать
- 3) обжарить
- 4) это не имеет значения
- 5) все вышеперечисленное верно

522. Припускание овощей производится при:

- 1) **закрытой крышке с добавлением небольшого количества воды**
- 2) закрытой крышке с добавлением большого количества воды
- 3) в открытой посуде
- 4) это не имеет значения
- 5) все вышеперечисленное

523. Макароны изделия варят в:

- 1) холодной воде

- 2) холодной подсоленной воде
 - 3) горячей воде
 - 4) горячей подсоленной воде**
 - 5) все вышеперечисленное верно
524. Первичная обработка круп обязательно включает все следующие операции, кроме:
- 1) просеивания
 - 2) переборки
 - 3) промывания
 - 4) поджаривания**
 - 5) все вышеперечисленное верно
525. Наиболее длительно процесс насыщения влагой при замачивании протекает у:
- 1) пшена
 - 2) риса
 - 3) гречневой крупы
 - 4) перловой крупы**
 - 5) геркулеса
526. Для улучшения вкуса и консистенции готовой каши при закладке круп одновременно вводят:
- 1) сахар
 - 2) жир**
 - 3) соль
 - 4) специи
 - 5) все вышеперечисленное верно
527. В молоке и в воде быстрее всего развариваются крупы:
- 1) рис полированный
 - 2) перловая
 - 3) пшеничная
 - 4) манная**
 - 5) гречневая
528. Для получения диетического молочного соуса необходимы все следующие компоненты, кроме:
- 1) белой жировой мучной пассировки
 - 2) горячего молока
 - 3) соли
 - 4) сахара
 - 5) лука**
529. Для получения диетического сметанного соуса необходимы все следующие компоненты, кроме:
- 1) бульона
 - 2) перца**
 - 3) мучной белой пассировки
 - 4) сметаны
 - 5) соли
530. Для выпекания блюд используют молочный соус:
- 1) густой
 - 2) средней густоты**
 - 3) полужидкий
 - 4) жидкий
 - 5) все вышеперечисленное верно
531. Для подачи с готовым блюдом используют соус:
- 1) густой
 - 2) средней густоты
 - 3) полужидкий**
 - 4) жидкий
 - 5) все вышеперечисленное верно
532. Очистку корне- и клубнеплодов осуществляют:
- 1) ручным способом
 - 2) машинным способом
 - 3) машинным способом с последующей ручной доочисткой**
 - 4) это не имеет значения
 - 5) все вышеперечисленное верно
533. В диетическом питании бульоны редко готовятся из:
- 1) мяса
 - 2) костей
 - 3) птицы
 - 4) грибов**
 - 5) рыбы
534. Наибольшее количество экстрактивных веществ содержит:
- 1) мясной бульон**
 - 2) мясокостный бульон
 - 3) костный бульон
 - 4) овощной бульон
 - 5) все вышеперечисленное верно
535. Бульон следует готовить:
- 1) при бурном кипении
 - 2) при слабом кипении
 - 3) доведя до кипения, прекратить этот процесс**
 - 4) это не имеет значения
 - 5) все вышеперечисленное верно
536. Самый вкусный бульон:

- 1) мясной
2) мясокостный
3) костный
4) все одинаковы по вкусу
5) все вышеперечисленное верно
537. Для приготовления вкусного бульона мясо закладывают:
- 1) в кипящую воду
2) **в холодную воду**
3) в подогретую воду
4) это не имеет значения
5) все вышеперечисленное верно
538. Для приготовления вкусного мяса его закладывают:
- 1) в холодную воду
2) **в горячую воду**
3) в теплую воду
4) это не имеет значения
5) все вышеперечисленное верно
539. Для приготовления овощного отвара очищенные и промытые овощи следует заливать:
- 1) **горячей водой**
2) теплой водой
3) холодной водой
4) водой любой температуры
5) все вышеперечисленное верно
540. Для приготовления слизистого отвара крупу засыпают в:
- 1) холодную воду
2) **горячую воду**
3) кипящую воду
4) это не имеет значения
5) все перечисленное неверно
541. Процесс варки слизистого отвара продолжается:
- 1) 10-15мин
2) 40-45мин
3) **1-3 часа**
4) 6 часов
5) 8 часов
542. Для приготовления слизистого отвара сваренную крупу:
- 1) процеживают через сито
2) протирают зерна
3) **процеживают через сито, не протирая зерна**
4) любой способ правильный
5) все вышеперечисленное верно
543. Лезон готовится из:
- 1) молока
2) яиц
3) **яично-молочной смеси**
4) соуса бешамель
5) все вышеперечисленное верно
544. При приготовлении супа лезон вводят в:
- 1) холодный суп
2) **в суп при температуре 40 °С**
3) в суп при температуре 70 °С
4) в кипящий суп
5) все вышеперечисленное верно
545. Пассерование – это:
- 1) нагревание продукта без жидкости, в большом количестве жире
2) кратковременное обжаривание продукта до полуготовности в небольшом количестве жира
3) кратковременная варка с последующим ополаскиванием
4) припускание предварительно обжаренного продукта
5) **жарение предварительно отваренного продукта**

Питание здоровых, больных детей и подростков

546. Рацион питания ребенка при рахите должен обеспечить его:
- 1) повышенным количеством животного белка
2) большим количеством жира
3) большим количеством легкоусвояемых углеводов
4) **кальцием**
5) калием
547. Как влияет избыток жира в рационе на всасывание кальция в кишечнике:
- 1) улучшает
2) **ухудшает**
3) не меняет
4) растительные жиры улучшают
5) животные жиры ухудшают
548. У детей с активным рахитом к употреблению рекомендуется:
- 1) белые молочные каши
2) **поликомпонентное овощное пюре**
3) повышенное количество жиров
4) мучные продукты

- 5) повышенное количество молока
549. При анемии рацион обогащают следующими продуктами:
- 1) животными жирами
 - 2) углеводами
 - 3) растительным белком
 - 4) животным белком**
 - 5) клетчаткой
550. Железо максимально абсорбируется из:
- 1) печени
 - 2) яблок
 - 3) мяса**
 - 4) икры
 - 5) гречневой крупы
551. Железо максимально абсорбируется из:
- 1) печени
 - 2) свинины
 - 3) курятины
 - 4) говядины**
 - 5) баранины
552. Большое количество железа содержится в:
- 1) молоке
 - 2) твороге
 - 3) гречневой крупе**
 - 4) листовных овощах
 - 5) картофеле
553. Всасывание железа ухудшает:
- 1) овощные соки
 - 2) аскорбиновая кислота
 - 3) чай**
 - 4) лимонная кислота
 - 5) цитрусовые соки
554. Процент реабсорбции железа из женского молока:
- 1) 10-30%
 - 2) 49-70%**
 - 3) 1-5%
 - 4) 90-100%
 - 5) 50%
555. Ребенку с гипотрофией при назначении диеты следует ориентироваться на:
- 1) фактический возраст
 - 2) весоростовые показатели**
 - 3) гестационный возраст при рождении
 - 4) приблизительно должную массу тела
 - 5) должную массу тела
556. На этапе разгрузки у детей с гипотрофией объем пищи доводят до следующего суточного объема:
- 1) 1/3
 - 2) 2/3**
 - 3) 1
 - 4) 3/4
 - 5) 1/2
557. В период минимального питания при гипотрофии увеличивают объем пищи до:
- 1) 1/3 суточного объема
 - 2) 2/3 суточного объема
 - 3) суточного объема**
 - 4) 1/2 суточного объема
 - 5) 2/3 суточного объема
558. При лимфатико-гипопластическом диатезе объем пищи назначается от возрастной нормы:
- 1) по верхней границе
 - 2) по нижней границе**
 - 3) по возрастной норме
 - 4) 1/2 возрастной нормы
 - 5) 2/3 возрастной нормы
559. При лимфо-гипопластическом диатезе углеводы и жиры рассчитываются на:
- 1) фактическую массу тела
 - 2) должную массу тела**
 - 3) приблизительно должную массу тела
 - 4) возраст ребенка
 - 5) индекс массы тела
560. При лимфо-гипопластическом диатезе белки рассчитываются на массу тела:
- 1) фактическую**
 - 2) должную
 - 3) приблизительно должную
 - 4) возраст ребенка
 - 5) индекс массы тела
561. В рационе детей с нервно-артритическим диатезом исключают продукты с высоким содержанием:
- 1) фосфатов**
 - 2) оксалатов
 - 3) пуринов

- 4) солей кальция
5) клетчатки
562. У детей с нервно-артритическим диатезом в рационе ограничиваются:
- 1) полисахариды
 - 2) животные жиры**
 - 3) растительные жиры
 - 4) клетчатка
 - 5) рафинированные углеводы
563. При нервно-артритическом диатезе исключаются:
- 1) каши
 - 2) овощи и фрукты
 - 3) молоко
 - 4) крепкие бульоны**
 - 5) творог
564. Сроки введения при экссудативно-катаральном диатезе соков:
- 1) не вводят
 - 2) с 2 месяца
 - 3) с 2 - 2,5 месяцев
 - 4) с 4 месяцев**
 - 5) с 5,5 месяцев
565. Сроки введения каш при экссудативно-катаральном диатезе:
- 1) 3мес.
 - 2) 3-3,5мес
 - 3) 4мес.
 - 4) 4-4,5мес
 - 5) 4,5-5мес**
566. При экссудативно-катаральном диатезе в рационе ограничиваются следующие продукты:
- 1) белки
 - 2) жиры
 - 3) углеводы легкоусвояемые**
 - 4) полисахариды
 - 5) кальций
567. Белки в рационе детей с экссудативно-катаральным диатезом на фоне гормональной терапии должен быть выше возрастной нормы на:
- 1) 5-10%
 - 2) 15-20%**
 - 3) 25-30%
 - 4) 40-50%
 - 5) 50-55%
568. Растительное масло в рационе детей с экссудативно-катаральным диатезом должно составлять от общего количества жира:
- 1) 5-10%
 - 2) 15-20%
 - 3) 25-30%**
 - 4) 40-50%
 - 5) 50-55%
569. Диетотерапия пищевой аллергии. При аллергии к коровьему молоку показаны смеси:
- 1) на основе козьего молока
 - 2) на основе соевого белка**
 - 3) на основе белковых гидролизатов
 - 4) с содержанием лактозы
 - 5) содержащие лактулозу
570. При пищевой аллергии картофель следует вымачивать:
- 1) 3 часа
 - 2) 18 часов
 - 3) 24 часа**
 - 4) 1 час
 - 5) 30 минут
571. При пищевой аллергии исключается следующий вид кулинарной обработки:
- 1) жарка**
 - 2) на пару
 - 3) пюрирование
 - 4) запекание
 - 5) отваривание
572. При пищевой аллергии разрешаются следующие продукты:
- 1) баранина
 - 2) жирные куры
 - 3) утка
 - 4) жирная свинина
 - 5) кролик**
573. В молозиве по сравнению со зрелым молоком больше содержится:
- 1) белка**
 - 2) углеводов
 - 3) насыщенных жирных кислот
 - 4) фосфора
 - 5) калия
574. В женском молоке по сравнению с коровьим содержится:
- 1) больше глобулинов
 - 2) меньше альбуминов**

3) оптимальное для усвоения соотношение незаменимых аминокислот

- 4) больше белка
- 5) больше углеводов

575. Факторами грудного молока, способствующими росту бифидофлоры, являются:

- 1) белок
- 2) лактоза**
- 3) таурин
- 4) витамин Д
- 5) иммуноглобулины

576. Альбумин к казеину в грудном молоке относится как:

- 1) 40/80
- 2) 80/40
- 3) 80/20**
- 4) 20/80
- 5) 50/50

577. Адаптация коровьего молока к женскому достигается путем:

- 1) снижения концентрации микроэлементов
- 2) снижения концентрации таурина
- 3) увеличения концентрации белка
- 4) увеличения концентрации солей
- 5) обогащения незаменимыми аминокислотами**

578. Грудных детей следует кормить:

- 1) строго по часам
- 2) по требованию**
- 3) придерживаясь определенных перерывов между приемами пищи
- 4) только в дневное время
- 5) в зависимости от прибавки в весе

579. Грудные дети должны получать только грудное молоко в возрасте:

- 1) 3 недели**
- 2) 3 месяца
- 3) 3-5 месяцев
- 4) 4-6 месяцев
- 5) 7-8 месяцев

580. Желток назначается в возрасте:

- 1) 4 месяца
- 2) 1 месяц
- 3) 2 месяца
- 4) 5 месяцев
- 5) 6 месяцев**

581. Вскармливание будет смешанным, если докорм составляет от суточного объема пищи более:

- 1) 1/3
- 2) 1/5**
- 3) 1/2
- 4) 2/3
- 5) 1/10

582. При искусственном вскармливании грудное молоко отсутствует или составляет от суточного объема пищи менее:

- 1) 1/3
- 2) 1/5**
- 3) 1/2
- 4) 2/3
- 5) 1/10

583. Суточный объем пищи для новорожденных по формуле Тура при массе тела при ожирении 3000г составляет:

- 1) 70 мл х п (число дней жизни)**
- 2) 80 мл х п (число дней жизни)
- 3) 50 мл х п (число дней жизни)
- 4) 30 мл х п (число дней жизни)
- 5) 90 мл х п (число дней жизни)

584. Здоровых новорожденных прикладывают к груди матери через:

- 1) сутки
- 2) 6 часов
- 3) 12 часов
- 4) не позднее 2 часов после рождения
- 5) в течение 30 минут после рождения**

585. Суточный объем пищи от массы тела до 2 месяцев составляет:

- 1) 1/5**
- 2) 1/7
- 3) 1/6
- 4) 1/10
- 5) 1/2

586. Суточный объем пищи от массы тела до 4 месяцев составляет:

- 1) 1/5
- 2) 1/7
- 3) 1/6**
- 4) 1/10
- 5) 1/2

587. Суточный объем пищи от массы тела до 6 месяцев составляет:

- 1) 1/5

- 2) 1/7
- 3) 1/6
- 4) 1/10
- 5) 1/2

588. Суточная потребность в белке (г/кг/сут) в возрасте до 3 мес. составляет:

- 1) 2,6
- 2) **2,2**
- 3) 2,9
- 4) 3,2
- 5) 3,5

589. Суточная потребность в белке (г/кг/сут) в возрасте до 6 мес. составляет:

- 1) **2,6**
- 2) 2,2
- 3) 2,9
- 4) 3,2
- 5) 3,5

590. Суточная потребность в белке (г/кг/сут) в возрасте до 12 мес. составляет:

- 1) 2,6
- 2) 2,2
- 3) **2,9**
- 4) 3,2
- 5) 3,5

591. Суточная потребность в жирах (г/кг/сут) в возрасте до 3 мес. составляет:

- 1) 6
- 2) 5,5
- 3) **6,5**
- 4) 8
- 5) 10

592. Суточная потребность в жирах (г/кг/сут) в возрасте до 6 мес. составляет:

- 1) **6**
- 2) 5,5
- 3) 6,5
- 4) 8
- 5) 10

593. Суточная потребность в жирах (г/кг/сут) в возрасте до 12 мес. составляет:

- 1) 6
- 2) **5,5**
- 3) 6,5
- 4) 8
- 5) 10

594. Суточная потребность в энергии (ккал/кг/сут) в возрасте до 3 мес. составляет:

- 1) 110
- 2) **115**
- 3) 120
- 4) 60
- 5) 200

595. Суточная потребность в энергии (ккал/кг/сут) в возрасте до 6 мес. составляет:

- 1) 110
- 2) 115
- 3) **120**
- 4) 60
- 5) 200

596. Суточная потребность в энергии (ккал/кг/сут) в возрасте до 12 мес. составляет:

- 1) **110**
- 2) 115
- 3) 120
- 4) 60
- 5) 200

597. Суточная потребность в углеводах у детей первого года жизни при всех видах вскармливания составляет в г/кг/сут:

- 1) 10
- 2) 11
- 3) 12
- 4) **13**
- 5) 14

598. Суточный объем пищи по калорийному способу (ккал/кг/сут) в возрасте до 3 мес. составляет:

- 1) 100
- 2) 125
- 3) 110
- 4) 115
- 5) **120**

599. Суточный объем пищи по калорийному способу (ккал/кг/сут) в возрасте до 6 мес. составляет:

- 1) 100
- 2) 125
- 3) 110
- 4) **115**
- 5) 120

600. Суточный объем пищи по калорийному способу (ккал/кг/сут) в возрасте до 9 мес. составляет:

- 1) 100
- 2) 125
- 3) 110
- 4) 115
- 5) 120

Проблемно-ситуационные задачи для текущего контроля и промежуточной аттестации

Проблемно-ситуационная задача №1

Пациент Ж., научный работник, 38 лет, обратился с жалобами на изжогу, отрыжку воздухом и пищей, особенно при наклонах туловища после еды, осиплость голоса, периодически – кашель по ночам. Пациент курит 1 пачку сигарет в день, алкоголь употребляет умеренно. Данные жалобы появились в течение последнего года, после того, как пациент сменил характер работы, уменьшил физическую активность и прибавил в весе 12 кг. Четыре месяца назад он обратился к врачу, при ФГДС выявлены гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эрозивный эзофагит, степень А. Пациент получал в течение двух месяцев омепразол по 20 мг 2 раза в день, на фоне которого самочувствие значительно улучшилось, однако через 2 недели после отмены препарата жалобы возобновились. При осмотре обращали на себя внимание избыточная масса тела (рост 172 см, масса 84кг, ИМТ – 28,3 кг/м²), гиперемия задней стенки глотки. На ФГДС – недостаточность кардии, гиперемия слизистой оболочки дистального отдела пищевода с единичной эрозией диаметром 3 мм.
 Диагноз: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; эзофагит, степень А. Избыточная масса тела.
 Фактический рацион питания пациента представлен в табл. 4.1 и 4.2.

Таблица 4.1.

Фактический рацион питания пациента Ж.

Наименование блюд	Масса, г.	Белки, г.	Жиры, г.	Углеводы, г.	Энергетическая ценность, ккал.
Завтрак 8.00					
Сок апельсиновый	200	1,4	-	25,6	108
Сосиски молочные	50	5,5	12,0	0,8	133
Пюре картофельное на молоке	250	5,3	2,0	35,7	185
Масло сливочное	10	-	8,3	0,1	75
Булка (батон нарезной, в/с)	100	7,6	3,0	50,8	264
Грудинка сырокопченая	50	4,5	31,7	-	303
Кофе черный с сахаром 2 ч.л.	200/16	-	=	16,0	30
Всего		24,3	57,0	129,0	1098
Обед 14.00					
Суп овощной на мясокостном бульоне	500	5,3	8,6	23,1	192
Рагу из баранины	310	16,3	31,8	32,2	475
Кофе черный с сахаром (2 ч.л.) и сливками 20%	200/16/30	0,8	6,0	18,2	106
Печенье сдобное	50	5,2	2,6	38,4	229
Яблоко	100	0,4	0,4	9,8	45
Хлеб ржаной	50	3,3	0,6	17,1	91
Всего		31,3	50,0	138,8	1138
Полдник 17.00					
Кофе черный с сахаром 2 ч.л.	200/16	-	-	16,0	30
Гамбургер с томатным кетчупом 1 шт.	113	13,0	11,0	32,0	287
Всего		13,0	11,0	48,0	317
Второй полдник 18.00					
Кофе черный с сахаром 2 ч.л.	200/16	-	-	16,0	30
Ужин 20.00					
Салат из помидоров на растительном масле:	300/15				
Помидоры	300	3,3	0,6	11,4	69
Масло растительное	15	-	15,0	-	135
Цыпленок жареный	100	26,5	8,4	-	182
Хлеб ржаной	50	3,3	0,6	17,1	91
Чай с сахаром	200/16	-	-	16,0	30
Всего		33,1	24,6	44,5	507
Второй ужин 22.30					
Ряженка 4%	300	9,0	12,0	12,3	210
Итого		110,7	154,6	388,6	3300

Таблица 4.2.

Химический состав фактического рациона питания пациента Ж. в сравнении с физиологической нормой (см. прил. 1)

	Белки, г.	Жиры, г.	Углеводы, г.	Энергетическая ценность, ккал.
Физиологическая норма	68	77	335	2300
Фактический рацион	111	155	389	3391

Примечание: суточная энергетическая ценность 3391 ккал (вместо 3300 ккал в таблице подсчета химического состава фактического рациона) получена путем умножения белков, жиров и углеводов на их средние калорические коэффициенты 4,9, и 4, что необходимо для более точной оценки структуры рациона.

Особенности фактического рациона питания и образа жизни пациента Ж.:

1. Превышение энергетической ценности на 47% нормы (3391 ккал вместо 2300 ккал).
2. Превышение нормы белков на 63% (111 г. вместо 68 г.), преимущественно за счет животных.
3. Энергетическая ценность суточного рациона за счет белков практически в пределах нормы (13,1% при норме 11-12%):
 111 г. * 4 ккал = 444 ккал
 3391 ккал – 100% ЭЦ
 444 ккал – X ЭЦ
 X = 13,1%.
4. Превышение нормы жиров на 101%, т.е. в 2 раза (155 г. вместо 77 г.), за счет животных в 2,3 раза (121,2 г. вместо 51,6 г.) и растительных в 1,2 раза (31,4 г. вместо 25,4 г.).
5. Энергетическая ценность суточного рациона за счет жиров превышена (41,1% вместо 30%):
 155 г. * 9 ккал = 1395 ккал
 3391 ккал – 100% ЭЦ
 1395 ккал – X
 X = 41,1%.
6. Превышение нормы количества углеводов на 16,1% (389 г. вместо 335 г.)
7. Энергетическая ценность суточного рациона за счет углеводов снижена (45,9% вместо 50-60%):
 389 г. * 4 ккал = 1556 ккал
 3391 ккал – 100% ЭЦ
 1556 ккал – X

X = 45,9%.

8. Изменено соотношение между белками, жирами и углеводами – 1:1,4:3,5 (норма 1:1,1:4,1), прежде всего за счет избыточного количества белков и жиров.
9. Злоупотребление продуктами, способствующими расслаблению кардиального жома и гастроэзофагеальному рефлюксу:
 - крепкий кофе и чай (4 раза в день и более);
 - апельсиновый сок (каждое утро);
 - томаты и кетчупы;
 - Жиры.
10. Поздний плотный ужин, содержащий жареную курицу, которая долго не эвакуируется из желудка (до 4-5 ч).
11. Жирная ряженка (300мл), которая выпивается непосредственно перед сном и, таким образом, растягивает желудок, создавая условия для ночных забросов содержимого желудка в пищевод.
12. Низкая физическая активность на фоне гиперкалорийного питания, что привело к увеличению массы тела, повышению внутрибрюшного давления за счет накопления жира в брюшной полости и усилению симптомов ГЭРБ.
13. Курение, которое также способствует расслаблению кардиального жома и клиническим проявлениям ГЭРБ.

При первом визите к врачу (4 месяца назад) было назначено медикаментозное лечение, которое временно улучшило состояние больного. Однако не было уделено должного внимания питанию и образу жизни пациента, поэтому после прекращения действия омепразола клинические симптомы и эндоскопическая картина эзофагита возобновились, так как факторы риска развития ГЭРБ не были устранены.

Рекомендации по питанию и образу жизни пациента Ж.

1. Прежде всего уменьшить количество жиров, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера. При этом значительно уменьшится энергетическая ценность рациона, что важно для похудения и уменьшения внутрибрюшного давления. Количество жиров следует уменьшить за счет:
 - исключения продуктов с высокой жирностью (свинина, баранина, колбасные изделия, жирные молочные продукты), а так же сливочного масла;
 - изменения способа кулинарной обработки: продукты не жарить, а запекать в духовке или готовить аэрогриле, либо отварить;
 - употребление нежирных сортов сыра («Oltmanni» 17% и др.) и молочных продуктов (например, кефир 1,5%, а не ряженку 4% жирности), нежирных сортов мяса (говядина, телятина) и птицы (куриная грудка без кожи, индейка без жира). Ввести в рацион нежирную рыбу.
2. Поскольку белки улучшают тонус кардиального жома, их количество может быть выше физиологической нормы.
3. Уменьшить количество углеводов, например, за счет исключения сдобного печенья.
4. Ограничить употребление крепкого кофе или чая. Ввести в рацион компоты, отвары шиповника.
5. Апельсиновый сок заменить, например, на персиковый или яблочный, который не ухудшают функцию кардиального жома.
6. На период лечения эзофагита исключить, а в дальнейшем – резко ограничить употребление кетчупов и томатов.
7. Отказаться от позднего второго ужина. Нежирный кефир (до 200г) можно употреблять не позднее, чем за два часа до сна.
8. По возможности прекратить курить.

Расчет энергетической ценности и химического состава рекомендуемого пациенту Ж. рациона питания

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта с учетом фактической массы тела:
 $ВОО = 66,5 + (13,7 * 84) + (5 * 172) - (6,8 * 38) = 66,5 + 1150,8 + 860 - 258,4 = 1819 \text{ ккал.}$
 2. Рассчитываем суммарный расход энергии, для этого величину основного обмена умножаем на коэффициент физической активности. Для I группы интенсивности труда он составляет 1,4:
 $1819 * 1,4 = 2546 \text{ ккал.}$
 3. Определяем энергетическую ценность рекомендуемой умеренно гипокалорийной диеты, уменьшая суммарный расход энергии на 500 ккал. При дефиците 500 ккал предполагаемое снижение массы тела составит примерно 2 кг в месяц:
 $2546 - 500 = 2046 \text{ ккал.}$
 4. Рассчитываем количество белков в рационе, принимая калорийность за счет белка за 20% (гиперпротеиновая диета показана в фазе похудения, а так же для улучшения функции кардиального жома):
 $2046 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $X \text{ ккал} - 20\% \text{ ЭЦ}$
 $X = 2046 * 20 : 100 = 409 \text{ ккал}$
 $409 \text{ ккал} : 4 = 102 \text{ г.}$
 5. Рассчитываем количество жиров в рационе, принимая калорийность за счет жиров за 28%:
 $2046 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $X \text{ ккал} - 28\% \text{ ЭЦ}$
 $X = 28 * 2046 : 100 = 573 \text{ ккал}$
 $573 \text{ ккал} : 9 = 64 \text{ г.}$
 6. Рассчитываем количество углеводов в рационе, принимая калорийность за счет углеводов за 52%:
 $2046 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $X \text{ ккал} - 52\% \text{ ЭЦ}$
 $X = 52 * 2046 : 100 = 1046 \text{ ккал}$
 $1046 : 4 = 266 \text{ г.}$
- Итого: белки – 102 г., жиры – 64 г., углеводы – 266 г., энергетическая ценность - 2046 ккал.
 Рекомендуемый рацион питания пациента представлен в табл. 4.3.

Таблица 4.3.

Рекомендуемый рацион питания пациента Ж.

Наименование блюда	Масса, г	Белк и, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность
Завтрак 8.00					
Сок яблочный	200	1,0	-	18,2	76
Сосиски молочные	50	5,5	12,0	0,8	133
Пюре картофельное на молоке	250	5,3	2,0	35,7	185
Хлеб зерновой	30	2,6	0,4	13,2	68
Сыр «Oltmanni» 17%	20	5,8	3,4	-	54
Отвар шиповника	200	0,7	-	4,3	22
Всего		20,9	17,8	72,2	538
Обед 14.00					
Суп овощной на мясном бульоне	500	5,3	8,6	23,1	192
Рагу из отварной говядины с овощами	295	17,5	19,7	30,6	362
Компот из сухофруктов	200	0,6	-	31,0	130
Яблоко	100	0,4	0,4	9,8	45
Хлеб ржаной	50	3,3	0,6	17,1	91
Всего		27,1	29,3	111,6	820
Полдник 17.00					
Желе с плодами консервированными	150	3,3	0,5	28,5	125
Ужин 19.00					
Салат из помидоров на растительном масле:	300/15				
Помидоры	300	3,3	0,6	11,4	69
Масло растительное	15	-	15,0	-	135
Судак отварной	180	38,3	2,3	-	175
Хлеб ржаной	50	3,3	0,6	17,1	91
Чай с сахаром	200/16	-	-	16,0	30
Всего		44,9	18,5	44,5	500
Второй ужин 21.00					

Кефир нежирный	200	6,0	0,1	7,6	60
Итого		102,2	66,2	264,4	2043

Проблемно-ситуационная задача №2

Пациент Г., 22, рост 173 см, масса 68 кг, студент, обратился с жалобами на запоры по 4 дня, дискомфорт в правом подреберье, иногда - тошноту, метеоризм, общую слабость. Из анамнеза известно, что в 15-летнем возрасте была диагностирована язва луковицы двенадцатиперстной кишки, по поводу которой было проведено медикаментозное лечение, включая тройную эрадикационную терапию, и назначена щадящая диета с преобладанием молочной пищи. «Язвенных» жалоб после курса лечения не было, но появились и постепенно усиливались запоры, затем присоединились метеоризм, тошнота и тяжесть в правом подреберье.

При объективном обследовании обращали на себя внимание положительные симптомы Кера и Мерфи, а также плотная, умеренная болезненная толстая кишка. ФГДС, ФКС – без патологии. На УЗИ – увеличение размеров желчного пузыря с признаками застоя желчи в нем. При посеве кала на дисбактериоз был выявлен дефицит лакто- и бифидофлоры. Копрограмма, клинический и биохимический анализы крови – без патологии.

Фактический рацион питания пациента Г. представлен в табл. 4.4. и 4.5.

Таблица 4.4

Фактический рацион питания пациента Г.

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Клетчатка, г	Энергетическая ценность
Завтрак 8.30						
Творог «Даниссимо»	170	8,0	9,2	29,2	-	231
Каша овсяная молочная	230/5	9,4	9,9	40,9	1,4	294
Чай с сахаром (2ч.л.) и молоком	200/1 6/20	0,6	0,5	16,9	-	40
Всего		18,0	19,6	87,0	1,4	565
Обед 13.00						
Суп овощной вегетарианский мелкошинкованный	450	2,3	7,6	15,4	2,0	140
Котлеты мясные паровые из говядины	105	15,7	14,6	7,5	-	225
Пюре картофельное на молоке с маслом	170/5	3,8	5,0	28,0	1,7	172
Кисель из сушеных яблок	200	0,3	-	33,1	0,3	150
Хлеб пшеничный	100	8,2	1,4	36,1	1,2	195
Всего		30,3	28,6	120,1	5,2	882
Полдник 17.00						
Яблоко печеное с сахаром	200/1 0	0,8	-	33,2	1,2	136
Ужин 19.00						
Кура отварная	100	25,2	7,4	-	-	170
Рис отварной с маслом сливочным	250/1 0	6,0	10,4	62,3	0,4	358
Хлеб пшеничный	100	8,2	1,4	36,1	1,2	195
Чай с сахаром	200/1 6	-	-	16,0	-	30
Всего		39,4	19,2	114,4	1,6	753
Второй ужин 21.00						
Ряженка 6%	200	6,0	12,0	8,2	-	168
Итого		94,5	79,4	362,9	9,4	2504

Примечание: вместо паровых котлет на обед пациент употребляет паровую рыбу 3-4 раза в неделю.

Таблица 4.5

Химический состав фактического рациона питания пациента Г. в сравнении с физиологической нормой (см.прил. 1)

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Клетчатка, г	Энергетическая ценность, ккал
Физиологическая норма	72	81	358	25	2450
Фактический рацион	95	79	363	9	2504

Анализ фактического рациона питания пациента Г. показывает, что энергетическая ценность, количество жиров и углеводов практически соответствуют физиологической норме. Количество белков увеличено на 32% (95 г вместо 72 г), что допустимо при наличии язвенной болезни, так как белки обладают буферным свойством и улучшают репаративные процессы в гастродуоденальной слизистой оболочке. Пациент питается дробно, 5 раз в день, как положено при наличии данного заболевания, соблюдает принципы механического и химического щажения желудочно-кишечного тракта. Подобное питание абсолютно адекватно в фазе обострения язвенной болезни, но после рубцевания необходимо постепенно уменьшать степень механического и химического щажения желудочно-кишечного тракта, максимально приближая рацион к рациональному питанию. Пациент Г. соблюдал щадящую диету в течение семи лет, несмотря на отсутствие обострений заболевания.

Дефекты фактического рациона питания пациента Г.

1. Дефицит клетчатки (9,4 г вместо 25 г), который привел к развитию запоров, повышению интрадуоденального давления и нарушению оттока желчи (клинически – дискомфорт в правом подреберье, тошнота), а также развитию дисбактериоза кишечника (снижение количества лакто- и бифидофлоры, клинически – метеоризм).
2. Отсутствие растительных масел в рационе также способствовало гипомоторной дискинезии желчного пузыря (за счет снижения синтеза холецистокинина) и запорам, кроме того, дефициту ПНЖК и токоферола.
3. Отсутствие свежих фруктов и овощей явилось причиной дефицита клетчатки, калия, а также витамина С и биофлавоноидов. Недостаток витамина Е, С, биофлавоноидов – это снижение антиоксидантной защиты организма.

Рекомендации по питанию пациенту Г.

1. На обед употреблять первые блюда без механического щажения, например, борщи, щи с пассеровкой овощей на растительном масле, с добавлением зелени. На гарнир вместо пюре использовать припущенные овощи с растительным маслом.
2. Вместо киселя употреблять компот из свежих или сушеных фруктов либо соки.
3. Пшеничный хлеб заменить хлебом с отрубями.
4. Вместо печеных яблок есть сырые фрукты (яблоки, груши, персики и др.)
5. Включить в обед или ужин салат из свежих овощей с растительным маслом.
6. Мясо, рыбу и птицу можно не отваривать, а тушить, запекать в духовке или готовить в аэрогриле, иногда – жарить.
7. Белый полированный рис, который используется в качестве гарнира на ужин, лучше заменить гречей ядрицей, коричневым рисом или овощами.
8. Для быстрого восполнения дефицита нутриентов целесообразно назначение витаминно-минеральных комплексов и БАД, содержащих пищевые волокна. Данный пример иллюстрирует очень частую ошибку, которую допускают врачи, назначая щадящую диету в фазе обострения заболевания и забывая сказать о необходимости ее расширения по мере стихания обострения. Пациенты соблюдают щадящую диету в течение очень длительного времени, что приводит к появлению других проблем со здоровьем.

Проблемно-ситуационная задача №3

Пациент У., 48 лет, поступил в клинику с подозрением на рак желчного пузыря или головки поджелудочной железы. Предъявлял жалобы на тупую боль и тяжесть в правом подреберье, тошноту, горечь во рту, плохой аппетит. Данный случай произошел в 1980 г., когда ультразвуковой метод не был доступен большинству больных. Врач, направивший пациента на госпитализацию, отмечал положительный симптом Курвуазье, т.е. пальпировался увеличенный желчный пузырь. Из

анамнеза известно, что два года назад пациент обратился к врачу поликлиники с жалобами на дискомфорт в правом подреберье. Был поставлен диагноз «Хронический холецистит», назначены но-шпа и алкоголь на 1 месяц и рекомендовано исключить из рациона жареную пищу и жиры. В течение двух лет пациент применял данную диету, что привело к ухудшению его состояния. Получив направление на плановую госпитализацию с подозрением на онкопатологию, мужчина решил простить с жизнью оригинальным способом: он пригласил друзей в ресторан и в течение вечера позволял себе все, что было запрещено в течение двух лет (алкоголь, жареную пищу, салаты с майонезом, торт с кремом, колбасу твердого копчения и др.). На следующий день он поступил в стационар, где никто из врачей не смог при пальпации найти увеличенный желчный пузырь, так как он опорожился в результате употребления в ресторане пищи, оказывающей выраженное холекинетиическое действие. При пероральной холецистографии была найдена гипомоторная дискинезия желчного пузыря. Дуоденальное зондирование показало увеличение порции В до 140 мл (норма – 30-60 мл), гипотонии сфинктера Одди (время закрытого сфинктера составляло 1 мин при норме 3-6 мин).

Пациенту была рекомендована на 3 недели диета с увеличенным количеством жиров (120 г в сутки) за счет растительных, обогащение рациона пищевыми волокнами за счет овощей, фруктов, ягод и соответствующих пищевых добавок. В дальнейшем количество жиров соответствовало физиологической норме, но жиры были распределены равномерно в течение дня и перемешаны с пищей, что способствовало оптимальному желчеотделению, лучшему усвоению жиров и предохраняло от появления болей и диспептических явлений. Больной проводил тюбажи с минеральной водой и сорбитом 1 раз в неделю в течение месяца, затем – 1 раз в месяц. Принимал растительные желчегонные препараты курсами по 1 месяцу. В результате лечения через 3 месяца пациент жалоб не предъявлял. Данный пример ярко демонстрирует усугубление гипомоторной дискинезии желчных путей с развитием «ленивого» желчного пузыря на фоне рекомендованной диеты без учета характера дискинезии желчевыводящих путей. Похожая ситуация отражена в клиническом примере №2.

При холестазах и запорах весьма эффективной оказалась разработанная диета №5, которая отличалась от стандартной диеты №5 включение сырой тертой моркови (150 г) с растительным маслом (10 г) на второй завтрак и добавлением 6 г микрокристаллической целлюлозы в кислородный коктейль, котлеты, запеканки или соусы. Микрокристаллическая целлюлоза является модификацией природной клетчатки и представляет собой химически инертный и не содержащий химических добавок порошкообразный материал белого цвета без вкуса и запаха. Сырьем для ее получения служат нативные целлюлозные волокна: хлопковые и древесные, которые распадаются до порошкообразного состояния при кислотно-катализируемом гидролизе. Следует отметить, что диета хорошо переносилась больными с патологией желчевыводящих путей, включая больных с желчекаменной болезнью.

Проблемно-ситуационная задача №4

Пациентка Л., 44 лет, предприниматель, обратилась с жалобами на частые (1-2 раза в неделю) приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, которые впервые появились месяц назад после праздничного стола, запоры до трех дней. Приступы боли провоцируются жирной и жареной пищей. В течение последних пяти лет отмечает запоры (стул один раз в три дня). Наследственность по желчнокаменной болезни не отягощена.

Пациентка исключила сладости и хлебобулочные изделия из рациона, чтобы похудеть.

Данные осмотра: правильного телосложения, избыточного питания (рост 160 см, масса 70 кг, ИМТ 27,3 кг/м²). Кожные покровы обычной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой системы, дыхательной систем – без особенностей. Живот мягкий, болезненный в точке желчного пузыря, положительные симптомы Керра, Мерфи, Ортнера. Печень не увеличена, край ее гладкий, безболезненный.

УЗИ: печень, почки, поджелудочная железа – без особенностей. Желчный пузырь грушевидной формы, размером 7,5 x 3 см, стенки утолщены до 4 мм, в просвете – конкремент диаметром 2,3 см с акустической тенью, а также множество мелких конкрементов, которые занимают 3/4 объема желчного пузыря. При ФГДС выявлены дуоденогастральный рефлюкс, наличие желчи в желудке, умеренный поверхностный рефлюкс-гастрит, НР (-). ФКС, копрограмма – без патологии. В биохимическом анализе крови отмечалось умеренное повышение уровня общего билирубина в крови (25,4 мкмоль/л) за счет прямого (7,2 мкмоль/л), остальные показатели (трансаминазы, амилаза, сахар, ЩФ, ГГТП) – в пределах нормы. В клиническом анализе крови – лейкоцитоз 10,5x 10⁹ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные 8%), увеличение СОЭ до 20 мм/ч.

Диагноз: желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит.

Фактический рацион питания пациентки Л. представлен в табл. 4.6 и 4.7.

Таблица 4.6

Фактический рацион питания пациентки Л.

Наименование блюд	Белк и, г	Жиры, г	Углеводы,г	Энергетическая ценность, ккал	Клетчатка, г
Завтра 7.00					
Каша гречневая 200 г	11,8	3,2	61,0	326	1,0
Масло сливочное 10 г	-	8,3	0,1	75	-
Творог «Активиа» 3 шт. (390 г)	23,0	17,6	14,4	308	-
Яблоко 150 г	0,6	0,6	14,7	68	0,9
Кофе черный без сахара 200 г	-	-	-	-	-
Всего	39,4	29,7	90,2	777	1,9
Обед 14.00					
Суп из овощей на бульоне 250 г	2,7	8,6	11,5	96	1,2
Котлета куриная паровая 2 шт. 150 г	27,0	12,0	22,8	309	-
Макароны отварные в/с 200 г	8,2	0,8	38,0	196	0,1
Масло сливочное 10 г	-	8,4	-	75	-
Отвар шиповника без сахара 200/20 г	0,7	-	4,3	22	1,7
Яблоко 100 г	0,4	0,4	9,8	45	0,6
Всего	39,0	30,2	86,4	743	3,6
Ужин 19.00 – 20.00					
Говядина жареная 100	28,8	11,0	-	214	-
Макароны в/с 200 г	8,2	0,8	38,0	196	0,1
Масло сливочное 10 г	-	8,4	-	75	0,6
Яблоко 100 г	0,4	0,4	9,8	45	-
Чай без сахара 200 г	-	-	-	-	-
Всего	37,4	20,6	47,8	530	0,7
Итого	115,8	80,5	224,4	2050	6,2

Таблица 4.7

Химический состав фактического рациона питания пациентки Л. в сравнении с физиологической нормой (см.прил 1)

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Пищевые волокна, г	Энергетическая ценность, ккал
Физиологическая норма	58	60	257	20	1800
Фактический рацион	116	81	224	6	2050

Дефекты фактического рациона питания пациентки Л.

1. Редкие приемы пищи с длительными интервалами между ними, что способствует застою желчи (например, между завтраком и обедом перерыв 7 часов);
2. Количество белков в 2 раза выше физиологической нормы (116 г вместо 58 г);
3. Количество жиров превышает физиологическую норму на 35% (81 г вместо 60 г). При этом имеется избыток животных жиров и значительный дефицит растительных жиров (13,4 г вместо 29 г), которые оказывают желчегонное действие и являются источником ненасыщенных жирных кислот и токоферола;
4. Количество углеводов ниже физиологической нормы на 12,9% (224 г вместо 257 г) за счет полного отсутствия хлеба, сухофруктов, сахара и сладостей;
5. Дефицит клетчатки (6 г вместо 20 г), что привело к развитию запоров, повышению давления в двенадцатиперстной кишке и нарушению оттока желчи;
6. Энергетическая ценность рациона выше физиологической нормы на 13,8% (2050 ккал вместо 1800 ккал);
7. Отсутствие свежих овощей явилось причиной дефицита клетчатки, калия, а также витамина С и биофлавоноидов, что в сочетании с дефицитом витамина Е приводит к снижению антиоксидантной защиты организма.

Пациентке были даны рекомендации по оптимизации рациона питания, и была рекомендована холецистэктомия, так как большой размер камня и множество

мелких камней, частые приступы желчных коликов явились противопоказанием к назначению литолитической терапии препаратами урсодезоксихолевой кислоты. Данный клинический пример иллюстрирует типичные ошибки в питании, которые способствовали развитию желчнокаменной болезни.

Проблемно-ситуационная задача №5

Пациент Б., 33 лет, преподаватель, обратился с жалобами на неустойчивый стул, тяжесть в правом подреберье после еды. Пациент перенес острый вирусный гепатит А, был выписан из стационара 3 недели назад.

Данные осмотра: правильное телосложения, удовлетворительного питания (рост 170 см, масса 69 кг, ИМТ – 24,5 кг/м²), кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы – без патологии. Печень выступает из под края реберной дуги на 1 см, край ее гладкий, мягкий, слегка болезненный, имеются положительные симптомы Кера и Ортнера.

Клинический и биохимический анализы крови – в пределах нормы. В копрограмме – умеренная стеаторея.

Диагноз: острый вирусный гепатит А в фазе затухающего обострения. Дискинезия желчевыводящих путей.

При анализе фактического рациона питания было выяснено, что пациент питается три раза в день, любит колбасные изделия (ежедневно употребляет сосиски или сардельки, ветчину), сливочное масло (добавляет в блюда по 20 г), сыр (100 г в день). Неделю назад возобновил прием пива (0,5 л в день), которое было исключено из рациона в желтушном периоде гепатита. Химический состав фактического рациона питания: белки 75 г, жиры 110 г, углеводы 340 г, энергетическая ценность 2650 ккал (физиологическая норма: белки 68 г, жиры 77 г, углеводы 358 г, энергетическая ценность 2300 ккал). Таким образом пациент употребляет слишком много жиров (на 43% выше нормы), что привело к появлению стеатореи и неустойчивого стула, а также к избыточной энергетической ценности рациона. Недопустимо употребление любых алкогольных напитков в фазе затухающего обострения гепатита. Пациенту было рекомендовано исключить пиво, уменьшить количество сыра до 30 г в день, сливочного масла до 20 г, вместо колбасных изделий употреблять отварное мясо, рыбу или птицу. Пищу употреблять 4-5 раз в день небольшими порциями. Были назначены гепатопротекторы на месяц и полиферментные препараты на 10 дней. При повторном осмотре через 3 недели жалобы на диспепсические явления полностью прошли, стул и показатели копрограммы нормализовались.

Проблемно-ситуационная задача №6

Пациент А., 48 лет, водопроводчик, предъявлял жалобы на общую слабость, тошноту, отсутствие аппетита, жидкий стул 2-3 раза в день, снижение потенции. В течение 8 лет злоупотребляет алкоголем. Выпивает в среднем 0,5 л водки в день. Периодически бывают запои. Не курит.

Данные осмотра: правильное телосложения, истощен (рост 174 см, масса 50 кг, ИМТ – 16,6 кг/м², КЖСТ – 8 мм, ОП – 22 см, ОМП – 19,5 см), кожа сухая, гиперкератоз локтей, гиперемия тыльной части кистей рук и стоп, заеды в углах рта, «географический» язык. Периферических отеков нет. Пульс 84 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца чистые. Границы относительной сердечной тупости не расширены. АД 115/80 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно – ясный легочный звук. Живот мягкий, пальпируется край печени на 3 см ниже правой реберной дуги, гладкий, болезненный. Селезенка не увеличена.

Результаты обследования: в клиническом анализе крови – снижение общего числа лимфоцитов до 1200, общий анализ мочи – без патологии. В биохимическом анализе крови превышение АЛТ до 160 ммоль/л, АСТ – до 184 ммоль/л (коэффициент Деритиса >1), общего билирубина до 25 мкмоль/л за счет прямого 10 мкмоль/л, снижение общего белка (58 г/л), альбуминов (24 г/л), калия (3,2 ммоль/л). На УЗИ – гепатомегалия, картина стеатоза печени, селезенка не увеличена.

ФГДС – катаральный эзофагит, поверхностный гастрит (тест на НР – отрицательный). Копрограмма – без особенностей. При посеве кала выявлен дисбактериоз кишечника (дефицит бифидо- и лактофлоры). На ЭКГ – признаки гипокалиемии. Маркеры вирусного гепатита в сыворотке крови – отрицательные.

Диагноз: алкогольный стеатогепатит. Хронический катаральный эзофагит, хронический гастрит. Дисбактериоз кишечника. Белково-энергетическая недостаточность средней степени тяжести. Пеллагра. Полигиповитаминоз. Гипокалиемия.

Фактический рацион питания пациента А. представлен в табл. 4.8. и 4.9.

Таблица 4.8.

Фактический рацион питания пациента А.

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 8.00					
Каша овсяная на воде	200	5,8	2,8	28,2	168
Масло сливочное	10	-	8,3	0,1	75
Чай с сахаром 3 ч.л.	200/24	-	-	24,0	91
Всего		5,8	11,1	52,3	334
Обед 13.00					
Консервы «Ставрида в томатном соусе»	100	14,8	2,3	7,3	110
Хлеб ржано-пшеничный	150	11,6	2,1	56,5	302
Чай с сахаром 3 ч.л.	200/24	-	-	24,0	91
Всего		26,4	4,4	87,8	503
Ужин 19.00					
Сосиска говяжья	50	5,2	10,5	0,4	113
Картофель отварной	200	4,0	0,8	34,4	164
Хлеб ржано-пшеничный	50	3,8	0,7	18,8	101
Чай с сахаром 3 ч.л.	200/24	-	-	24	91
Всего		13,0	12,0	77,6	469
Водка	500	-	-	-	1175
Итого		45,2	27,5	217,7	2481

Таблица 4.9

Химический состав фактического рациона питания пациента А. в сравнении с физиологической нормой (см. прил. 1)

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Физиологическая норма	72	83	366	2500
Фактический рацион	45	28	218	2481

Дефекты фактического рациона питания пациента А.

1. Крайне однообразное питание (каша, хлеб, картофель, сахар, пища быстрого приготовления – консервы, сосиски, иногда – пельмени). Отсутствие молочных продуктов, фруктов, овощей, растительных масел, свежего мяса, птицы и рыбы.
2. Недостаток белков (45 г вместо 72 г), в том числе животного происхождения (20 г вместо 36 г), что приводит к дефициту незаменимых аминокислот и, таким образом, расстройству иммунитета, уменьшению мышечной массы, дистрофии печени, миокарда и других органов и т.д.
3. Количество жиров составляет 1/3 от физиологической нормы на 40% (218 г вместо 366 г) при полном отсутствии растительных масел – источников ПНЖК и токоферола.
4. Количество углеводов ниже нормы на 40% (218 г вместо 366 г). Недостаток углеводов способствует расходу белков не на пластические, а на энергетические нужды. Крайне низкое содержание клетчатки (7 г вместо 20 г), что является одной из причин развития дисбактериоза кишечника.
5. Энергетическая ценность рациона примерно равна физиологической норме, но из продуктов питания пациент получает всего 1306 ккал, а из водки – 1175 ккал.
6. Гиповитаминоз жирорастворимых витаминов – по причине дефицита жиров и продуктов, богатых ими, а так же недостатка желчных кислот, необходимых для их усвоения. Гиповитаминоз водорастворимых витаминов обусловлен отсутствием употребления продуктов, являющихся их источниками. Особенно ярко – в виде пеллагры – проявился недостаток ниацина, который активно участвует в энергетическом обмене. За счет водки в организм поступает достаточное количество энергии, а продуктов, содержащих витамин РР, в рационе крайне мало.
7. Дефицит минеральных веществ (калия, кальция, магния, цинка и др.). Клинически проявился дефицит калия (тахикардия, признаки гипокалиемии по ЭКГ, снижение уровня калия в сыворотке крови) и цинка (снижение потенции).
8. Злоупотребление крепкими алкогольными напитками (140 алкогольных единиц в неделю), которое явилось причиной развития стеатогепатита, эзофагита и гастрита.

Пациенту в стационаре был назначен вариант диеты с механическим и химическим щажением (белки – 85-90 г, жиры – 70-80 г, углеводы – 300-350 г, энергетическая ценность – 2170-2480 ккал), нутризон 100 г в 600 мл воды в течение дня, внутривенное введение глюкозы, электролитов, витаминов (в первую очередь – никотиновой кислоты), гепатопротекторов, перорально – полиферментные препараты, пробиотики, витаминно-минеральный комплекс.

Через неделю нормализовался стул, исчезли пеллагрические «перчатки» и «носки». Через 2 недели трансаминазы почти нормализовались; калий, билирубин сыворотки крови, ЭКГ – в пределах нормы. Пациент поправился на 3 кг.
 При выписке из стационара было рекомендовано исключить алкоголь и обеспечить полноценное разнообразное питание, принимать витаминно-минеральный комплекс, гепатопротекторы, пре- и пробиотики.
 Прогноз у подобных пациентов зависит от их способности прекратить злоупотребление алкоголем.

Проблемно-ситуационная задача №7

Пациент К., 43 лет, строитель, обратился с жалобами на тяжесть в правом подреберье, тошноту, горечь во рту, быструю утомляемость. Три года назад перенес острый вирусный гепатит В. Наблюдается у гастроэнтеролога по поводу хронического гепатита В. Получал лечение гепатопротекторами, циклофероном, витаминами. Интерферонотерапия не проводилась по экономическим причинам. После выписки из стационара соблюдает диету с низким содержанием жиров. При осмотре: правильное телосложения, нормостеник, рост 177 см, масса 72 кг, ИМТ 23,2 кг/м². Обращали на себя внимание сухость кожи, гиперкератоз локтей, фолликулярный гиперкератоз, перхоть. Язык слегка обложен белым налетом. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски. Со стороны органов и систем – без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Положительные симптомы Ортнера и Кера.
 Результаты обследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма – в пределах нормы. В биохимическом анализе крови наблюдалось умеренное (в 1,5 раза выше нормы) повышение АЛТ и щелочной фосфатазы. На УЗИ – размеры печени не увеличены, признаки стеатоза печени, желчный пузырь увеличен в размерах, стенки его не утолщены, в просвете – застойная желчь. ФГДС – без патологии.
 При анализе фактического рациона было установлено, что пациент употребляет белков выше физиологической нормы на 25% (120 г вместо 96 г), жиров почти в 2 раза меньше нормы (60 г вместо 113 г), углеводов больше нормы на 6 % (530 г вместо 499 г) за счет простых, энергетическая ценность рациона составляет 3140 ккал (физиологическая норма для лиц III группы интенсивности труда – 3400 ккал).
 В данном случае дефицит жиров способствовал развитию гипомоторной дискинезии желчного пузыря и дефициту жирорастворимых витаминов с соответствующими клиническими проявлениями. В рационе наблюдался избыток простых углеводов (170 г/сут) за счет сахара, меда, сухофруктов, винограда, кондитерских изделий. Кроме того, по выходным дням пациент употреблял алкогольные напитки (в среднем 300 г водки). Таким образом, пациент после выписки из стационара продолжал сохранять характер питания, как при остром гепатите (много простых углеводов, мало жиров), потому что никто из врачей не дал ему подробных рекомендаций по изменению диеты по мере стихания воспаления в печени и не акцентировал внимания на недопустимости регулярного употребления алкогольных напитков.

Проблемно-ситуационная задача №8

Пациентка И., 61 года, пенсионерка, обратилась с жалобами на сонливость днем и бессонницу ночью, общую слабость, заторможенность, быстрое образование синяков на теле, изменение почерка. 7 лет назад перенесла острый вирусный гепатит С, лечилась стационаре (интерферонотерапия не проводилась). Наблюдалась терапевтов поликлиники, 2 года назад был диагностирован цирроз печени. Периодически получала курсы лечения гептралом, урсосаном, гепатопротекторами растительного происхождения. Пациентка не употребляла алкоголь, соблюдала принципы механического и химического щажения желудочно-кишечного тракта, питалась 4 раза в день.
 Данные осмотра: правильное телосложения, удовлетворительного питания (рост 166 см, масса 68 кг, ИМТ 24,7 кг/м²), кожные покровы бледные, сухие, на груди имеются сосудистые звездочки, выражена пальмарная эритема. Периферические лимфоузлы не увеличены. Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем – без особенностей. Живот не увеличен, мягкий, безболезненный. Печень увеличена (по Курлову 15x13x11 см), плотная, умеренно безболезненная. Пальпируется увеличенная селезенка.
 Данные обследования: в клиническом анализе крови – анемия (гемоглобин 105 г/л, лейкопения 3,9*10⁹, тромбоцитопения 120 тыс.), что указывает на гиперспленизм. В биохимическом анализе крови отмечалось повышение АЛТ до 120 ммоль/л, АСТ – до 80 ммоль/л, билирубина – до 27 мкмоль/л, снижение уровня альбуминов до 30 г/л, холестерина – до 2,8 ммоль/л, фибриногена – до 1 г/л. ГГТП, ЩФ, СРБ, тимоловая проба – в пределах нормы. Таким образом, наблюдались лабораторные синдромы цитолиза и печеночно-клеточной недостаточности. На УЗИ – картина цирроза печени с явлениями портальной гипертензии (увеличение селезенки, расширение воротной вены до 1,5 см). На ФГДС – без особенностей. При ректороманоскопии выявлены внутренние геморроидальные узлы. Тест связывания чисел, ЭЭГ подтвердили наличие энцефалопатии.
 Пациентке была назначена диета, содержащая 20 г белков с постепенным увеличением их до 10 г через день. Общее количество белков удалось максимально увеличить до 50 г в день, при этом количество отварного мяса составило 50 г и творога 50 г в день, остальные белки были представлены продуктами растительного происхождения (хлеб, крупы и др.).
 Из данного примера видно, насколько важно подсчитать химический состав фактического рациона питания пациентов с данной патологией, чтобы внести в него соответствующие коррективы.

Проблемно-ситуационная задача №9

Пациент Д., 52 лет, страдающий в течение 5 лет алкогольным циррозом печени с портальной гипертензией и асцитом, категорически отказывался соблюдать гипонатриевую диету, продолжал употреблять без ограничений поваренную соль и алкоголь, в том числе находясь в стационаре (неоднократно выписывался за нарушение режима). Медикаментозное лечение, назначаемое врачами (верошпирон, натрийуретики, гепатопротекторы), проводил крайне редко и короткими курсами в связи с недостатком денег на приобретение препаратов. Лечение данного пациента сводилось к тому, что по мере нарастания асцита он поступал в приемное отделение стационара, где ему проводили парацентез, удаляя до 10 л асцитической жидкости, и чаще всего отпускали домой.
 Как известно, после парацентеза на каждый 1 л удаляемой жидкости необходимо вводить 6 г бессолевого альбумина. По возвращении домой пациент съедал сразу 10 яиц, что соответствует примерно 60 г полноценного животного белка. Никто из врачей подобной рекомендации ему не давал, пациент сам для себя нашел этот метод диетотерапии, что помогло ему выживать в течение нескольких лет, несмотря на отсутствие адекватного лечения.

Проблемно-ситуационная задача №10

Пациентка М., 54 лет, адвокат, поступила в хирургическое отделение стационара в связи с обострением хронического билиарнозависимого панкреатита. После купирования болевого синдрома и интоксикации через 3 дня была переведена в гастроэнтерологическое отделение. В результате обследования (УЗИ, ФГДС, клинический и биохимический анализы крови, копрограмма) был поставлен диагноз: хронический билиарнозависимый панкреатит, затухающее обострение. Дискинезия желчевыводящих путей. Избыточная масса тела (рост 158 см, масса 71,5 кг, ИМТ 28 кг/м²). Гипертоническая болезнь III ст. (ОНМК в 1997 и 2003 гг.). Из анамнеза известно, что пациентка в течение 8 лет страдает дискинезией желчевыводящих путей. В последние полгода периодически стали появляться боли опоясывающего характера после праздничных столов, неустойчивый стул.
 Данное обострение хронического панкреатита, послужившее поводом для госпитализации, было спровоцировано употреблением салата с грецкими орехами, оливками и майонезом, после чего через 2 часа она съела ещё 100 г грецких орехов.
 Фактический рацион питания пациентки М. представлен в табл. 4.12 и 4.13.

Таблица 4.12

Фактический рацион питания пациентки М.

Наименование блюда	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтра 9.00					
Каша овсяная на молоке	250	8,0	10,0	35,4	255
Масло сливочное	5	-	4,1	-	37
Сыр российский	50	11,8	15,0	-	186
Хлеб ржаной	30	1,4	0,2	14,9	64
Чай с сахаром	200/21	-	-	21,0	79
Всего		21,2	29,3	71,3	621
Второй завтрак 11.00					
Хлеб ржаной	30	1,4	0,2	14,9	64
Колбаса твердого копчения	20	10,0	16,6	-	189
Чай с сахаром	200/21	-	-	21,0	79
Всего		11,4	16,8	35,9	332
Обед 14.30					
Щи на мясном бульоне	250	2,3	5,3	5,8	79
Сметана 20%	25	1,5	5,0	1,5	58
Котлеты жареные (говядина со свининой)	200	29,2	23,6	27,2	438

Овощи припущенные	250	7,0	11,0	41,5	309
Масло сливочное	5	-	4,1	-	37
Хлеб ржаной	30	1,4	0,2	14,9	64
Чай с сахаром	200/21	-	-	21,0	79
Конфеты 3 шт.	36	1,7	12,5	20,7	198
Всего		43,1	61,7	136,5	1263
Фрукты в течение дня					
Яблоки, груши	410	1,6	-	46,3	185
Мандарины	60	0,5	-	5,1	23
Ужин 20.00					
Яичница из двух яиц на масле	100/5	12,7	15,6	0,7	194
Хлеб ржаной	30	1,4	0,2	14,9	64
Чай с сахаром	200/21	-	-	21,0	79
Всего		14,1	15,8	36,6	337
Итого		91,9	123,7	351,8	2761

Таблица 4.13

Химический состав фактического питания пациентки М. в сравнении с физиологической нормой (см.прил 1)

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Физиологическая норма	58	60	257	1800
Фактический рацион	92	124	352	2761(2892)

Примечание: суточная энергетическая ценность 2892 ккал (вместо 2761 ккал в таблице подсчета химического состава фактического рациона) получена путем умножения белков, жиров и углеводов рациона на их средние калорические коэффициенты 4, 9 и 4, что необходимо для более точной оценки структуры рациона.

Анализ фактического рациона питания пациентки М.

1. Энергетическая ценность выше нормы в 1,5 раза (2761 ккал вместо 1800).
2. Количество белков выше нормы в 1,5 раза (92 г вместо 58 г), в том числе животных – в 2 раза (69,4 г вместо 32 г), т.е. белки животного происхождения составляют 75% от общего количества белков.
3. Количество жиров выше нормы в 2 раза (124 г вместо 60), преимущественно за счет животных (91,1 г, 74%). Растительные жиры составляют 26% (32,6 г).
4. Количество углеводов превышает норму на 37% (325 г вместо 257). Простые углеводы – 131 г (37% общего количества углеводов вместо 10%).
5. Распределение энергетической ценности рациона по приемам пищи (примечание: ЭЦ фруктов – 7,5 % - распределена между обедом и ужином):
 - завтрак – 22,5% (норма 25%);
 - второй завтрак – 12% (норма 20%);
 - обед – 49,5% (норма 35%);
 - ужин – 16% (норма 20%).
6. Соотношение белков, жиров и углеводов – 1:1,3:3,8 (норма 1:1,1:4,1).
7. Энергетическая ценность рациона за счет белков в пределах нормы:

92 г * 4 = 368 ккал

2892 ккал – 100%

1116 ккал – X

$X = 1116 * 100 : 2892 = 48,7\%$ (норма РФ 50-60%, норма ВОЗ 50-75%).

8. Пациентка употребляет колбасу твердого копчения, ржаной хлеб, большое количество жиров, жареные блюда, что не следует делать при хроническом панкреатите.

Расчет энергетической ценности и химического состава рекомендуемого пациентке М. рациона питания

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта с учетом фактической массы тела:

$ВОО = 665 + (9,5 * 71,5) + (1,8 * 158) - (4,7 * 54) = 665 + 679,25 + 284,4 - 253,8 = 1375$ ккал.

2. Определяем потребность в энергии, умножая ВОО на КФА. Коэффициент физической активности (КФА) равен 1,4, так как пациентка относится к I группе интенсивности труда:

$1375 \text{ ккал} * 1,4 = 1925$ ккал.

3. Рассчитываем энергетическую ценность рекомендуемой умеренно гипокалорийной диеты, уменьшая расчетную энергетическую ценность рациона на 600 ккал:

$1925 \text{ ккал} - 600 \text{ ккал} = 1325$ ккал.

4. Определяем количество белков в рационе, принимая энергетическую ценность за счет белков за 20%. Повышенное количество белков необходимо по двум причинам: из-за наличия хронического панкреатита и необходимости соблюдения гипокалорийной диеты для коррекции избыточной массы тела:

$1325 \text{ ккал} - 100\%$

$X \text{ ккал} - 20\%$

$X = 1325 * 20 : 100 = 265$ ккал

$265 \text{ ккал} : 4 = 66$ г.

5. Определяем количество жиров в рационе, принимая энергетическую ценность за счет жиров за 26%. Ограничение жиров за счет животных необходимо по причине наличия хронического панкреатита, избыточной массы тела, а так же сердечно-сосудистой патологии:

$1325 \text{ ккал} - 100\%$

$X \text{ ккал} - 26\%$

$X \text{ ккал} = 1325 * 26 : 100 = 345$ ккал

$345 \text{ ккал} : 9 = 38$ г.

6. Определяем количество углеводов в рационе, принимая энергетическую ценность за счет углеводов за 54%.

$1325 \text{ ккал} - 100\%$

$X \text{ ккал} - 54\%$

$X = 1325 * 54 : 100 = 716$ ккал

$716 \text{ ккал} : 4 = 179$ г.

Химический состав рекомендуемого рациона: белки – 66 г, жиры – 38 г, углеводы – 179 г, энергетическая ценность 1325 ккал.

Рекомендации по питанию пациентке М.

1. Исключить из рациона продукты и блюда, которые не показаны при хроническом панкреатите (колбаса твердого копчения, яичница, майонез, орехи, субпродукты и др.).
2. Заменить жирные сорта сыра на нежирные (вместо российского сыра – прибалтийский, «Oltmanni» 17%, «Polar» 5 % и др.).
3. Использовать щадящие способы кулинарной обработки: вместо жаренья – варка на пару, запекание в духовке или аэрогриле.
4. Уменьшить количество жиров животного происхождения, исключив сливочное масло, свинину, колбасные изделия, жирные сыры. Ежедневно использовать растительное масло, как оливковое (источник мононенасыщенной олеиновой кислоты), так и подсолнечное (источник ПНЖК и токоферола).
5. Уменьшить количество белков животного происхождения, которые часто содержат скрытые животные жиры и холестерин. Чаще употреблять рыбу и морепродукты (источники ω-3-жирных кислот), чем мясо и птицу.
6. Не употреблять слишком много пищи на один прием.
7. Ограничить потребление соли до 6 г/сут.
8. Добавить БАД, содержащие пищевые волокна (пектины).

Рекомендуемый суточный набор продуктов для пациентки М. представлен в табл. 4.14.

Рекомендуемый суточный набор продуктов (масса нетто) для пациентки М.

Продукты	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Говядина 2-1 категории (или курица, рыба, мясо)	120	24,0	11,8	-	202
Творог 0,6 %	100	18,0	0,6	1,5	86
Сыр прибалтийский	20	6,0	1,8	-	42
Кефир нежирный	100	3,0	-	3,8	30
Сметана 15%	10	0,5	1,5	0,5	17
Молоко обезжиренное	100	3,0	-	4,7	31
Греча ядрица	40	5,0	1,0	27,4	131
Масло растительное	20	-	19,9	-	179
Овощи (капуста цветная, кабачки, морковь и др., кроме картофеля)	300	2,7	0,3	14,1	90
Хлеб зерновой	100	7,8	2,5	25,5	137
Фрукты (кроме бананов)	200	0,4	-	20,0	90
Фруктоза 6 ч.л.	42	-	-	42,0	160
Курага	40	2,1	-	22,0	117
Итого		72,5	39,4	161,5	1347

Данный клинический пример демонстрирует типичную ошибку многих больных – питание без ограничений, несмотря на то, что определенные виды продуктов и блюд вызывают боль и диспепсические явления или противопоказаны при данном заболевании. Иногда это объясняется отсутствием знаний пациента в вопросах не только лечебного, но и рационального питания, а иногда – нежеланием следовать полученным диетическим рекомендациям. Больные во главу угла ставят вкусовые привычки, а не свое здоровье.

Пациентка М., лишь попав с тяжелым болевым приступом в больницу, поняла, что диета при хроническом панкреатите не только лечит, но и помогает предотвратить новые обострения.

Назначая диету данной пациентке, мы учитывали наличие не только хронического панкреатита, но и сопутствующих заболеваний: избыточной массы тела и гипертонической болезни, поэтому ограничили энергетическую ценность рациона, количество животных белков и жиров, соли, добавили пищевые волокна в виде БАД, содержащей пектин (20 г/сут).

Проблемно-ситуационная задача №11

Пациент Ю., 49 лет, диспетчер, жаловался на частый (5-6 раз в день) стул без патологических примесей, метеоризм, громкое «урчание и переливание» в животе.

В анамнезе – хронический НР-ассоциированный гастрит с пониженной секреторной функцией желудка (успешная эрадикационная терапия была проведена 2 года назад), дискинезия желчевыводящих путей, хронический билиарнозависимый панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью.

Данные осмотра: астенического телосложения, удовлетворительного питания (рост 178 см, масса 70 кг, ИМТ 22,2 кг/м²). Кожные покровы сухие, обычной окраски, язык влажный, умеренно обложен белым налетом. Со стороны органов сердечно-сосудистой и дыхательной систем – без особенностей. Живот мягкий, безболезненный, толстая кишка при пальпации «урчит». Печень и селезенка не увеличены.

Данные обследования. Клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи – в пределах нормы. ФГДС – атрофический антральный гастрит, гипохлоргидрия. УЗИ: печень и селезенка – без особенностей. Имеется перегиб желчного пузыря в области шейки, стенки его не утолщены. Поджелудочная железа в размерах не увеличена, контур ее волнистый, эхогенность повышена. ФКС – без патологии. В копрограмме – признаки стеатореи в креатореи. При посеве кала на дисбактериоз выявлено снижение количества лактофлоры.

Диагноз: хронический атрофический гастрит с секреторной недостаточностью вне обострения, хронический билиарнозависимый панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью вне обострения. Деформация желчного пузыря. Дисбактериоз кишечника.

При анализе фактического рациона питания было установлено, что пациент питается 4 раза в день, на ночь выпивает кефир из холодильника. Любит соленья, маринады, брынзу, всегда подсаливает блюда. Алкоголь употребляет только по праздникам, в небольших количествах, не курит.

Фактический рацион питания пациента Ю. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациента Ю.

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 7.30					
Каша гречневая ядрица на молоке 2,5%	200	7,7	3,0	38,4	210
Масло сливочное	10	-	8,2	-	75
Колбаса краковская	50	8,1	22,3	-	233
Хлеб «Английский» 2 куска	54	7,1	4,8	22,1	162
Кофе черный с сахаром 3 ч.л.	200/21	-	-	21,0	79
Всего		22,9	38,3	81,5	759
Второй завтрак 10.00					
Хлеб «Английский» 3 куска	81	10,8	7,1	33,1	243
Брынза	40	7,2	8,0	-	104
Чай с сахаром 3 ч.л.	200/21	-	-	21,0	79
Яблоко свежее	150	0,6	0,6	14,7	68
Всего		18,6	15,7	68,8	494
Обед 14.30					
Огурцы соленые	100	0,8	0,1	1,6	
Суп картофельный	250	2,5	2,5	16,8	103
Сметана 20%	25	1,5	5,0	1,5	58
Сосиски говяжьи	100	10,4	20,1	0,8	226
Капуста тушеная	250	5,1	8,3	24,1	189
Хлеб ржаной	50	3,3	0,6	17,1	91
Компот из сухофруктов	200	0,7	-	31,2	123
Всего		24,3	36,6	91,5	790
Ужин 19.00					
Винегрет с растительным маслом	130/10	2,5	10,1	12,5	152
Судак припущенный	100	19,4	1,3	-	89
Хлеб «Английский» 2 куска	54	7,1	4,8	22,1	162
Чай с сахаром 3 ч.л.	200/21	-	-	21,0	79
Кефир 2,5% (в 21.30)	200	5,6	5,0	9,4	104
Всего		34,6	21,2	65,0	586
Итого		100,4	111,8	308,4	2642

Таблица 2

Химический состав фактического рациона питания пациента Ю. в сравнении с физиологической нормой (см.прил. 1)

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал	Клетчатка, г
--	----------	---------	-------------	-------------------------------	--------------

Физиологическая норма	65	70	303	2100	19,5
Фактический рацион	100	112	308	2642	20

Особенности фактического рациона питания пациента Ю.

1. Энергетическая ценность рациона превышает физиологическую норму на 26% (2642 вместо 2100 ккал), однако масса тела при этом не увеличивается в связи синдромом мальдигестии, обусловленным снижением секреторной функции желудка и поджелудочной железы.
2. Количество белков выше нормы на 54% (100 г вместо 65 г). Белки перевариваются не полностью, поэтому в копрограмме имеются мышечные волокна и соединительная ткань.
3. Общее количество углеводов соответствует норме (303 г), но простые углеводы составляют 79,3 г, т.е. 26% общего количества углеводов при норме не более 10%.
4. На 60% превышает норму количество жиров, которые оказывают послабляющее действие и стимулируют поджелудочную железу. Жиры также расщепляются не полностью, поэтому в копрограмме найдены капли нейтрального жира.
5. Количество пищевых клетчатки соответствует физиологической норме.
6. В рационе представлены продукты и блюда, стимулирующие перистальтику кишечника и усиливающие газообразование (капуста белокочанная, грибы, ржаной хлеб, хлеб с отрубями, сухофрукты).
7. Кефир без предварительного подогревания до комнатной температуры также обладает послабляющим действием.

Таким образом, пациент Ю. допускал типичные ошибки в питании при синдроме диареи и секреторной недостаточности желудка и поджелудочной железы (избыток жиров, белков, сахаров, поваренной соли и т.д.). Поэтому терапия полиферментными препаратами, пре- и пробиотиками, сорбентами и обволакивающими средствами, проводимая на предыдущих этапах лечения, приносила лишь некоторое временное улучшение. Пациенту были даны подробные рекомендации по оптимизации рациона питания (нормализация химического состава и энергетической ценности, исключение продуктов, обладающих послабляющим действием, введение продуктов и блюд с закрепляющим и обволакивающим действием – пресного нежирного творога, риса, пшеничных сухариков, киселей, отвара лечебных трав) привело к стойкому эффекту лечения.

Проблемно-ситуационная задача №12

Пациентка Х., 34 лет, обратилась с жалобами на кашицеобразный стул 4-5 раз в день, метеоризм, урчание в животе в течение последних четырех месяцев. До этого жалоб со стороны органов пищеварения не было. При сборе анамнеза было установлено, что пациентка решила похудеть (при росте 164 см весила 69 кг, ИМТ 25,5 кг/м²). Для этого она исключила высококалорийную, сладкую и жирную пищу, стала употреблять большое количество овощей, как в сыром, так и в вареном виде (капуста белокочанная, чечевица, фасоль, помидоры, огурцы, грибы, кабачки – всего 1,5 кг в день), хлеб с отрубями (100 г в день), отварное мясо, курицу или рыбу. За четыре месяца она похудела на 7,5 кг, но частота стула постепенно увеличивалась, а метеоризм стал мучительным, что послужило поводом для консультации у гастроэнтеролога. При обследовании (ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, ректороманоскопия) патологии не было выявлено. В копрограмме были выраженные признаки амилорен и броидильной диспепсии (кислая реакция среды, большое количество крахмала, перевариваемой и неперевариваемой клетчатки, наличие йодофильной флоры).

Таким образом, у пациентки была диагностирована броидильная диспепсия, обусловленная избыточным употреблением овощей, в том числе продуктов, способствующих метеоризму (капуста, бобовые, отруби).

Пациентке была назначена белковая диета на 4 дня с постепенным введением углеводов (за исключением продуктов, вызывающих метеоризм), нормальным количеством жиров. Был рекомендован прием полиферментных препаратов, симетикона, пробиотиков в течение двух недель. Стул постепенно нормализовался, метеоризм полностью прошел. В дальнейшем было рекомендовано рациональное питание, но без переизбытка в вечерние часы, с ограничением сладостей.

Проблемно-ситуационная задача №13

Пациент Т., 38 лет, мясник, обратился с жалобами на головную боль, слабость, жидкий зловонный стул 2-3 раза в день без примесей крови и слизи, умеренный метеоризм. Подобные явления беспокоят примерно полгода. Из анамнеза известно, что 9 месяцев назад начал работать мясником и значительно увеличил потребление мяса и мясopодуlктов. За это время прибавил в весе 8 кг.

Перенесенные заболевания: детские инфекции (корь, скарлатина, краснуха), редкие простудные заболевания. Ранее жалоб со стороны органов пищеварения не было.

При осмотре: правильного телосложения, нормостеник, рост 172 см, масса 75 кг, ИМТ 25,4 кг/м². Обращали на себя внимание густой белый налет на языке, неприятный запах изо рта. Со стороны внутренних органов – без особенностей.

Было проведено обследование: ФКС, копрограмма, посев кала на дисбактериоз, клинический и биохимический анализы крови. При этом в копрограмме были выявлены признаки гнилостной диспепсии, выраженной креаторен и умеренной стеаторен: кал кашицеобразный, темно-коричневый, зловонный, щелочной (рН 8,0), с непереваренными мышечными волокнами (+++) и соединительной тканью (+++), нейтральным жиром (+). При посеве кала выявлен дисбактериоз: рост золотистого стафилококка, дефицит бифидо- и лактофлоры.

Фактический рацион питания пациента Т. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 7.30					
Ветчина в форме	200	45,2	41,8	-	558
Хлеб пшеничный из муки в/с	150	12,8	2,4	55,5	302
Чай с сахаром 3 ч.л.	200/24	-	-	24,0	89
Обед 14.00					
Суп куриный с вермишелью	500	7,1	10,4	29,8	241
Свинина жареная	200	37,0	79,4	8,6	874
Картофель отварной с растительным маслом	250/5	5,0	6,0	44,3	250
Сок томатный	200	1,6	-	6,6	34
Хлеб пшеничный из муки в/с	50	4,3	0,8	18,5	100
Ужин 19.00					
Ромштекс из говядины	150	37,7	24,2	14,3	426
Каша гречневая рассыпчатая	250	14,8	3,9	76,4	407
Хлеб пшеничный из муки в/с	100	8,6	1,6	9,3	201
Чай с сахаром 3 ч.л.	200/24	-	-	24,0	89
21.00					
Яблоки свежие	200	0,8	0,8	18,6	90
Итого		174,9	171,3	329,9	3661

Таблица 2

Химический состав фактического рациона питания пациента Т. в сравнении с физиологической нормой (см.прил. 1)

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Физиологическая норма*	77	88	387	2650
Фактический рацион	175	171	330	3661

* См.прил. 1, мужчины 30-39 лет, II группа интенсивности труда.

При сравнении фактического рациона питания с рекомендуемым были выявлены следующие дефекты:

1. Превышение энергетической ценности на 38% нормы (3661 ккал вместо 2650 ккал). Этим объясняется увеличение массы тела на 8 кг за последние 9 месяцев.
2. Превышение нормы белков на 127%, т.е. в 2,3 раза (175 г вместо 77 г), преимущественно за счет животных.
3. Энергетическая ценность суточного рациона за счет белков выше нормы (19% при норме РФ 11-12%):
175 г * 4 ккал = 700 ккал

3661 ккал – 100% ЭЦ

700 ккал – X ЭЦ

X = 19%

4. Превышение нормы жиров на 194%, т.е. в 1,9 раза (171 г вместо 88 г), в основном, за счет животных.

5. Энергетическая ценность суточного рациона за счет жиров значительно превышена (42% вместо 30%):

171 г * 9 ккал = 1539 ккал

3661 ккал – 100% ЭЦ

1539 ккал – X

X = 42%.

6. Количество углеводов ниже нормы на 15% (330 г вместо 387 г).

7. Энергетическая ценность суточного рациона за счет углеводов значительно снижена (36% вместо 50-60%):

330 г * 4 ккал = 1320 ккал

3661 ккал – 100% ЭЦ

1320 ккал – X

X = 36%.

8. Изменено соотношение между белками, жирами и углеводами – 1,0 : 1,0 : 1,9 (норма 1 : 1,0 : 5,0) за счет избыточного количества белков и жиров.

Рекомендации по питанию пациенту Т.

1. Провести 2 разгрузочных чайных дня (6 стаканов свежесваренного сладкого чая), затем в течение двух дней употреблять углеводистую пищу (каши, овощи, фрукты, хлеб с отрубями, компоты, сладкий чай). С 5-го дня в рацион необходимо добавить молочные продукты, с 8-го дня – мясо, птицу, рыбу, яйца в таком количестве, чтобы общее содержание белков в рационе соответствовало физиологической норме.

2. Уменьшить количество жиров в рационе за счет исключения продуктов с высокой жирностью (свинина, колбасные изделия).

3. Ввести в рацион молочные продукты с невысокой жирностью (сыры типа «Oltmanni» 17%, кефир 1,5%, творог 0,5%).

4. Включить в рацион нежирную рыбу. Употреблять нежирные сорта мяса (говядина, телятина) и птицы (Курица грудка без кожи, индейка без жира).

5. На гарнир чаще использовать припущенные овощи с низким гликемическим индексом (капуста, баклажаны, кабачки, спаржа и др.).

6. Заменить булку ржаным хлебом с отрубями.

7. Использовать салаты из свежих овощей с растительным маслом на обед или на ужин.

Пациенту было проведено лечение дисбактериоза кишечника (стафилококковый бактериофаг, эрсефурил, биламинолактат). При контрольном осмотре через 4 месяца жалоб не предъявлял, бактериограмма – в пределах нормы, похудел на 7 кг.

Проблемно-ситуационная задача №14

Пациентка Ф., 64 лет, обратилась с жалобами на запоры по 3-4 дня, периодически – схваткообразные боли по всему животу, метеоризм, тяжесть в правом подреберье, горечь во рту. Ранее стул был через день, после выхода на пенсию 9 лет назад уменьшила физическую активность, постепенно стал урежаться стул. Патологических примесей в кале не было.

Сопутствующие заболевания: распространенный остеохондроз позвоночника, деформирующий артроз суставов кистей рук.

Результаты обследования: правильного телосложения, удовлетворительного питания (рост 163 см, масса 65 кг, ИМТ 24,4 кг/м²), кожа чистая, обычной окраски. Со стороны внутренних органов – без особенностей. При пальпации живота отмечаются положительные симптомы Керра и Мерфи, умеренная болезненность по ходу левого фланга толстой кишки. Лабораторные (клинический и биохимический анализы крови, анализ крови на гормоны щитовидной железы, копрограмма, посев кала на дисбактериоз) и инструментальные (ректороманоскопия, ирригоскопия, УЗИ брюшной полости) исследования выявили снижение тонуса толстой кишки, дефицит бифидофлоры в кале, застойную желчь в желчном пузыре.

Фактический рацион питания пациентки Ф. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациентки Ф.

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал	Клетчатка, г
Завтрак 8.30						
Творог нежирный	150	27,0	0,9	2,7	132	-
Сметана 20%	25	0,7	5,0	0,8	52	-
Чай с сахаром 2 ч.л.	200/14	-	-	14,0	53	-
Полдник 11.00						
Чай с сахаром 1 ч.л.	200/7	-	-	7,0	26	-
Пряники 2 шт.	40	1,9	1,1	31,1	140	-
Обед 15.00						
Суп овощной на бульоне	250	2,7	4,3	11,6	96	1,0
Треска отварная	100	17,8	0,7	-	78	-
Пюре картофельное с маслом сливочным	175/5	3,8	28,0	28,0	172	2,0
Компот из сухофруктов с сахаром	180/23/20	0,7	-	31,2	123	0,4
Хлеб пшеничный формовой	50	3,8	0,5	23,3	116	0,1
Ужин 19.00						
Пельмени отварные со сметаной 20%	200/20	20,4	21,8	28,8	484	-
Чай с сахаром 2 ч.л.	200/14	-	-	14,0	53	-
Апельсины	200	1,8	0,4	16,2	80	2,8
Второй ужин 21.00						
Кефир нежирный	200	6,0	0,1	7,6	60	-
Итого		86,6	62,8	216,3	1665	6,3

Чтобы узнать индивидуальную потребность в пищевых веществах энергии для пациентки Ф., производим следующие действия:

1. Определим величину основного обмена по формуле Харриса-Бенедикта:

$$ВОО = 665 + (9,5 * 65) + (1,8 * 163) - (4,7 * 64) = 1265 \text{ ккал.}$$

2. Рассчитываем потребность в энергии с учетом коэффициента физической активности 1,3, так как пациентка ведет малоподвижный образ жизни, не работает:

$$165 * 1,3 = 1652 \text{ ккал.}$$

3. Определяем энергетическую ценность рациона за счет белков (13% ЭЦ рациона):

$$1652 \text{ ккал} - 100\%$$

$$X \text{ ккал} - 13\%$$

$$X = 1652 * 13 : 100 = 215 \text{ ккал.}$$

4. Определяем количество белков в рационе:

$$215 \text{ ккал} : 4 = 53,8 \text{ г.}$$

5. Определяем энергетическую ценность рациона за счет жиров (30% ЭЦ рациона):

$$1652 \text{ ккал} - 100\%$$

$$X \text{ ккал} - 30\%$$

$$X = 1652 * 30 : 100 = 496 \text{ ккал.}$$

6. Определяем количество жиров в рационе:

$$496 : 9 = 55,1 \text{ г.}$$

7. Определяем энергетическую ценность рациона за счет углеводов (57 % ЭЦ рациона):

1652 ккал- 100%

X ккал – 57%

X = 1652* 57:100 = 942 ккал.

8. Определяем количество углеводов в рационе:

942:4 = 235,5 г.

Таблица 2

Химический состав фактического рациона питания пациента Ф. в сравнении с индивидуальной физиологической нормой

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал	Клетчатка, г
Индивидуальная физиологическая норма	54	55	236	1652	6
Фактический рацион	87	63	216	1665	20

Анализ фактического рациона пациентки Ф.

1. Энергетическая ценность рациона примерно соответствует физиологической норме.
2. Количество белков превышает норму на 61 % (87 г вместо 54 г), преимущественно за счет животных.
3. Энергетическая ценность рациона за счет белков составляет 20,9% вместо 11-12 % по нормам РФ.
4. Количество жиров на 14% выше нормы (63 г вместо 55г).
5. Энергетическая ценность рациона за счет жиров составляет 34,1 % вместо 30% по нормам РФ.
6. Количество углеводов на 9% ниже нормы (216 г вместо 236 г), из них простые углеводороды составляют 118,8 г, т.е. примерно 50% общего количества углеводов (при норме до 10%)
7. Энергетическая ценность рациона за счет углеводов составляет 55%, что соответствует нормам РФ (50-60%).
8. Имеется значительный дефицит клетчатки: 6,3 г/сут вместо 20 г.

Рекомендации по питанию пациентке Ф.

1. Уменьшить количество белков в рационе за счет творога на завтрак (50 г вместо 150 г) и рыбы на обед (50 г вместо 100 г)
2. Вместо сахара употреблять варенье, т. к. оно содержит пектиновые вещества.
3. На завтрак добавить свеклу с черносливом.
4. Салат из свежих овощей включить в рацион на обед или полдник.
5. Употреблять хлеб с отрубями.
6. Уменьшить количество добавляемой в блюда сметаны до 15 г на прием.
7. В летний период вместо апельсинов и яблок употреблять малину, крыжовник, абрикосы, черную смородину, которые содержат большее количество клетчатки.
8. Утром натощак выпивать стакан воды или отвара чернослива.
9. Вместо картофеля чаще использовать гарнир из сборных овощей (капуста, морковь, горошек и др.)
10. При необходимости пользоваться пищевыми добавками, содержащими отруби, пектин.
11. Употреблять кисломолочные продукты, содержащие бифидобактерии (бифидок, бифидумбактерин и др.) Провести курс лечения препаратами бифидофлоры.
12. Два раза в год проводить курсы питьевого лечения минеральными водами.

Для ускорения опорожнения кишечника показаны продукты, содержащие органические кислоты. К таким продуктам относятся кислое молоко, кумыс, свежий кефир, ацидофилин, простокваша, кислые фрукты, сухофрукты (инжир, курага, финики, в т.ч. в виде пюре, настоев), фруктовые и овощные соки. Соки, по сравнению с плодами, оказывают иногда более выраженное послабляющее действие, так как концентрация сахаров и органических кислот в соках выше, особенно в сливовом и персиковом. Из кисломолочных продуктов послабляющее действие оказывают те, кислотность которых по шкале Тернера превышает 90-100⁰. При этом их послабляющий эффект сохраняется только в течение первых суток.

Для борьбы с запорами в рацион больного включают сахаристые вещества (мед, сироп, сахар, мармелад, пастила, зефир, ирис, молочные и сливочные карамели, варенье и джемы из сладких сортов ягод и фруктов). Допустимое количество поваренной соли составляет 12-15 г/сут, поэтому для стимуляции моторной активности кишечника рекомендуют блюда, богатые поваренной солью (соленья, маринады, сельд и др.). С этой же целью разрешены кофеинсодержащие напитки, белые виноградные вина, блюда в холодном виде, продукты, содержащие в качестве подсластителей фруктозу, сорбитол.

Также показаны средне- и высокоминерализованные минеральные воды, содержащие углекислоту (Ессентуки №4, №7, «Батальнская», «Славяновская», «Джермук» и др.). Ессентуки №4 рекомендуют принимать при запорах с повышенной сократительной активностью кишечника, с наличием спастических болей в животе, а также «овечьего» кала или кала лентообразной или шнуорообразной формы. При кишечной гипомоторике, когда снижена двигательная деятельность кишечника, о чем свидетельствует объемный кал, рекомендуют более минерализованную воду Ессентуки №17. Холодную (20-25⁰С) минеральную воду принимают натощак по 1 стакану 2-3 раза в день натощак за 1-1,5 часа до еды в течение 3-4 недель. Подобные курсы повторяют 2 раза в год. При запорах с повышенной сократительной деятельностью кишечника, при болях в животе предпочтительнее прием теплой минеральной воды.

Проблемно-ситуационная задача №15

Пациентка Х., 46 лет, с детства отмечала наличие кашицеобразного стула 1-3 раза в день. С 22 лет после родов – железодефицитная анемия, которая плохо поддается лечению пероральными препаратами железа. Постепенно стул участился до 4-5 раз в день без патологических примесей. Неоднократно обследовалась и лечилась как в стационарах, так и амбулаторно с диагнозом «Синдром раздраженной кишки с диареей, дисбактериоз кишечника». Однако лечение было неэффективным. В последние два года похудела на 6 кг. Год назад в автобусе ее слегка толкнули, в результате произошел перелом двух ребер. На рентгенограмме были признаки выраженного остеопороза, который настоятельно рекомендовал врачам и дал повод для обследования функций паращитовидных желез. Был диагностирован гиперпаратиреоз. Наличие гиперпаратиреоза, железодефицитной анемии и расстройства стула позволило заподозрить целиакию, которая была подтверждена серологически (высокий титр антител IgG и IgF к глиадину, антител к эндомизию) и гистологически (гиперрегенераторная атрофия слизистой оболочки залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки). На фоне строго соблюдения аглютеновой диеты стул постепенно стал оформленным, 2 раза в день, исчез метеоризм, пациентка поправилась на 5 кг.

В течение последнего месяца стул участился до 3-4 раз в день, появился метеоризм. Анализ фактического рациона питания позволил выявить причину расстройства стула: пациентка начала употреблять колбасные изделия (сосиски, сардельки, вареную колбасу), в которых содержится глютен. Полное исключение данных продуктов из рациона привело к нормализации стула.

Проблемно-ситуационная задача №16

Пациентка Б., 40 лет, психолог, жаловалась на постоянный метеоризм, неустойчивый стул без патологических примесей, периодически – диарею. Масса тела стабильная аппетит сохранен.

Из анамнеза известно, что с 20 лет страдает хроническим гастритом, дискинезией желчевыводящих путей. 5 лет назад была проведена успешная тройная эрадикационная терапия по поводу геликобактериоза. Пациентка придерживается принципов рационального питания, непереносимости пищевых продуктов не отмечала. Любит молоко и молочные продукты, употребляет их ежедневно (кефир, творог, сметана, сыр, каша на молоке). В течение последних четырех лет стала отмечать учащение стула до 2-3 раз в день, метеоризм, иногда понос. Тщательный сбор анамнеза позволил заподозрить плохую переносимость молочных продуктов.

При обследовании органов пищеварения (ФГДС, ФКС, УЗИ, анализы крови, копрограмма, посев кала на дисбактериоз) был выявлен антральный атрофический гастрит с гипохлоргидрией. В сыворотке крови антител класса IgG к пищевым продуктам не было обнаружено, что позволило исключить скрытую пищевую аллергию на молочный белок. Пациентке было предложено заменить обычные молочные продукты на безлактозные. В результате через 3 недели исчез метеоризм, нормализовался стул. Спустя 2 месяца пациентка самостоятельно провела эксперимент: выпила стакан молока, после чего появился понос.

Таким образом, в данном случае на фоне длительного течения хронического гастрита, дискинезии желчевыводящих путей развилась приобретенная частичная лактазная недостаточность. Небольшие количества кисломолочных продуктов или сыра пациентка переносила неплохо, а употребление натурального молока вызывало диарею.

Проблемно-ситуационная задача №17

Пациент Р., 56 лет, учитель истории в школе, обратился с жалобами на общую слабость, зябкость, запоры по 3 дня, сердцебиение, холодный пот и схваткообразные боли в животе в течение 15-20 мин после приема сладкой и молочной пищи, чувство тяжести в правом подреберье, мучительную изжогу при наклонах туловища и в положении лежа.

Год назад перенес тотальную резекцию желудка в связи с подозрением на рак кардиального отдела. Однако гистологическое исследование макропрепарата выявило каллезную язву с дисплазией эпителия.

Существующие заболевания: синдром раздраженной кишки с запорами в течение примерно 10 лет.

До операции при росте 172 см весил 72 кг. При выписке из стационара получил рекомендации питаться дробно, исключить жареную, жирную, острую, соленую пищу, алкоголь. Большой питался 6 раз в день, запрещенные продукты не употреблял. За один прием он мог съесть максимально 125 г пищи, после чего появились распирающие боли в области эпигастрия, изжога и отрыжка. Через 2 месяца после операции начались проявления демпинг-синдрома легкой степени тяжести. Масса тела постепенно уменьшалась, нарастала общая слабость, появилась зябкость, беспокоили симптомы рефлюкса кишечного содержимого в пищевод (изжога, отрыжка, срыгивание пищи при наклонах туловища и в положении лежа). В последний месяц появилось чувство тяжести в правом подреберье без четкой связи с приемом пищи.

При осмотре обращали на себя внимание истощение (рост 172 см, масса тела 50 кг, ИМТ 16,9 кг/м²), кожа сухая, бледная, с серым оттенком, кожная складка расправляется плохо (признак обезвоживания). Умеренная пастозность стоп. Гиперкератоз локтей. Язык «географический», с отпечатками зубов на боковых поверхностях, заеды в углах рта. При физикальном исследовании по органам и системам – без особенностей, за исключением умеренного увеличения печени (размеры по Курлову 13-10-8 см), край ее выступал на 3 см из-под края реберной дуги, мягкий, безболезненный.

При инструментальном и лабораторном обследовании (ФГДС, УЗИ, ректороманоскопия, клинический и биохимический анализы крови, копрограмма, маркеры вирусных гепатитов В и С) было найдено снижение альбуминов до 28 г/л, умеренная нормохромная анемия (Hb 115 г/л), на УЗИ – признаки стеатоза печени, при ФГДС – катаральный рефлюкс-эзофагит.

Был поставлен диагноз: белково-энергетическая недостаточность средней степени тяжести. Стеатоз печени. Полигиповитаминоз. Анемия смешанного генеза. Постгастрорезекционный синдром: демпинг-синдром легкой степени тяжести. Катаральный рефлюкс-эзофагит. Синдром раздраженной кишки с запорами.

Пациенту было предложено вести пищевой дневник, взвешивать продукты, которые использовались для приготовления блюд. На основании недельного дневника питания был получен средний суточный набор продуктов и подсчитан его химический состав и энергетическая ценность (табл. 1 и 2).

Таблица 1

Средний суточный набор продуктов фактического рациона больного Р.

Продукты	Масса нетто, г	Вод а, г	Белки, г	Жиры, г	Углево ды, г	Энергетическая ценность, ккал
Хлеб пшеничный формовой	50	22	4,0	0,6	21,0	102
Крупа гречневая ядрица	70	10	8,8	1,8	47,6	230
Картофель	70	52	1,4	0,1	13,8	58
Морковь	40	35	0,5	-	2,8	13
Творог 18%	150	97	21,0	27,0	4,2	348
Мясо (говядина 1 кат.)	100	68	18,9	12,4	-	187
Яйцо куриное	50	37	6,4	5,8	0,4	78
Масло сливочное	30	5	0,2	24,8	0,2	224
Сахар-песок	25	-	-	-	25,0	95
Вода	480	480	-	-	-	-
Всего		806	61,2	72,5	115,0	1335

Для определения энергетической ценности и химического состава рекомендуемого рациона рассчитаны следующие показатели.

1. Величина основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта с учетом фактической массы тела:

$$ВОО = 66,5 + (13,7 * 50) + (5 * 172) - (6,8 * 56) = 66,5 + 685 + 860 - 380,8 = 1231 \text{ ккал.}$$

$$(ВОО \text{ при идеальной массе } 72 \text{ кг} = 66,5 * (13,7 * 72) + (5 * 172) - (6,8 * 56) = 66,5 + 986,4 + 860 - 380,8 = 1532 \text{ ккал.})$$

2. Энергетическая ценность суточного рациона (действительный расход энергии – ДРЭ):

$$ДРЭ = ВОО * ФА * ФП * ДМТ = 1231 * 1,4 * 1,3 * 1,2 = 2689 \text{ ккал.}$$

3. Энергетическая ценность рациона за счет белков (17% ЭЦ рациона):

$$2689 \text{ ккал} - 100\%$$

$$X \text{ ккал} - 17\%$$

$$X = 2689 * 17 : 100 = 457 \text{ ккал.}$$

4. Количество белков в граммах:

$$430 \text{ ккал} : 4 = 114 \text{ г.}$$

5. Энергетическая ценность рациона за счет жиров (33% ЭЦ рациона):

$$2689 - 100\%$$

$$X - 33\%$$

$$X = 2689 * 33 : 100 = 887 \text{ ккал.}$$

6. Количество жиров в граммах:

$$887 : 9 = 99 \text{ г.}$$

7. Энергетическая ценность рациона за счет углеводов (50% ЭЦ рациона, так как пища, богатая углеводами, как правило, объемная, и больной не сможет употреблять ее в пределах физиологической нормы):

$$2689 \text{ ккал} - 100\%$$

$$X \text{ ккал} - 50\%$$

$$X = 2689 * 50 : 100 = 1345 \text{ ккал.}$$

8. Количество углеводов в граммах:

$$1345 \text{ ккал} : 4 = 336 \text{ г.}$$

9. Количество энергии за счет углеводов и жиров на 1 г поступающего с пищей азота (1 г азота эквивалентен 6,25 г белка). Для того чтобы белки пищи шли на пластические нужды организма, необходимо обеспечить их энергией за счет жиров и углеводов: на каждые 6,25 г белка 120-150 небелковых килокалорий:

$$6,25 \text{ г} - 120 \text{ ккал}$$

$$114 \text{ г} - X$$

$$X = 114 * 120 : 6,25 = 2189 \text{ ккал (в расчетном рекомендуемом рационе жиры + углеводы дают 2231 ккал).}$$

$$114 \text{ г белка} - 2231 \text{ ккал}$$

$$6,25 \text{ г белка} - X \text{ ккал}$$

$$X = 6,25 * 2231 : 114 = 122,3 \text{ ккал.}$$

Таким образом, белки рекомендуемого рациона не будут использоваться в качестве источника энергии, из них будут синтезироваться органониды клеток, ферменты, гормоны, антитела и др.

Таблица 2

Химический состав фактического рациона питания пациента Р. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым лечебным рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	61	73	115	1335
Физиологическая норма	65	70	303	2100
Рекомендуемый лечебный рацион	114	99	336	2689

Дефекты фактического рациона питания пациента Р.

1. Энергетическая ценность меньше основного обмена.
2. Дефицит углеводов (38% нормы).
3. Дефицит воды (1/3 от нормы).
4. Дефицит пищевых волокон, витамина С, биофлавоноидов в связи с отсутствием свежих фруктов и овощей.
5. Дефицит ПНЖК в связи с отсутствием растительных масел и орехов.
6. Однообразие набора продуктов (всего 9 наименований).

Рекомендации пациенту Р по коррекции рациона:

1. Увеличить количество приемов пищи до 8 раз в сутки.
2. Увеличить количество воды до 1 л в сутки – 8 раз пить по 125 мл.

- Исключить первые блюда как малокалорийные и объемные.
- Употреблять продукты и блюда с максимальной питательной ценностью (где много нутриентов и калорий в 1 г: шоколад, орехи, растительное масло, сыр и др.).
- После еды не лежать из-за наличия выраженного энтероэзофагеального рефлюкса.
- Употреблять сначала твердую пищу, а через час – жидкую.
- Исключить цельное молоко и белые каши, а также индивидуально плохо переносимые продукты.
- Вести сложные углеводы (фрукты, овощи, макароны), растительное масло.
- Использовать разнообразные пищевые продукты (по 2-3 из каждой группы).

Кроме данных рекомендаций, пациент получал частичное парентеральное питание в условиях стационара 2-3 раза в год, энтеральные сбалансированные смеси, полиферментные препараты, про- и пребиотики, пищевые волокна, витамины (в том числе витамин В₁₂ внутримышечно 1 раз в месяц пожизненно в связи с отсутствием внутреннего фактора Касла). В течение двух месяцев он поправился на 5 кг, исчезли общая слабость и зябкость, уменьшилась изжога. В течение года масса тела оставалась 55 кг. Через год, после очередной госпитализации, во время которой проводилось частичное парентеральное питание, поправился на 4 кг и в течение следующих двух лет весил 58-60 кг. За это время увеличилась «резервуарная» функция тощей кишки, пациент смог за один прием съесть 250 г пищи вместо 125 г, перешел на 7-разовое питание, постепенно масса тела увеличилась до 68 кг.

Проблемно-ситуационная задача №18

Пациент Э., 41 года, инвалид II группы, поступил в стационар с жалобами на похудение (за 1 год – 10 кг), кашицеобразный стул 4-5 раз в день без патологических примесей, периодически (1 раз в 10-14 дней) тошноту, рвоту желчью, приносящую облегчение.

Из анамнеза известно, что год назад была выполнена резекция 2/3 желудка по методу Бильрот II в связи с кровотечением из язвы антрального отдела желудка.

Данные осмотра: правильного телосложения, нормостеник, пониженного питания (рост 180 см, масса 59 кг, ИМТ 18,2 кг/м²), кожные покровы обычной окраски, повышено потоотделение, имеется красный дермографизм. Язык влажный, чистый. Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем – без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В результате обследования (ФГДС, рентгеноскопия желудка с досмотром, УЗИ, ФКС, анализы крови, копрограмма, посев кала на дисбактериоз) был поставлен диагноз: постгастрорезекционный синдром (резекция 2/3 желудка по методу Бильрот II по поводу кровотечения из язвы антрального отдела желудка) – синдром приводящей петли средней тяжести. Белково-энергетическая недостаточность легкой степени.

Анализ фактического рациона питания выявил значительное перекармливание. Больной питался 6 раз в день. Удивлял объем одновременной съедаемой пищи, что указывало на отличную компенсаторную возможность культуры желудка. Так, например, пациент мог съесть за один прием целую пачку отварных пельменей. Фактический рацион питания содержал белков – 168 г, жиров – 190 г, углеводов – 510 г, энергетическая ценность – 4422 ккал.

Расчет индивидуальной потребности в энергии и пищевых веществах пациента Э.:

- Величина основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта с учетом фактической массы тела:
 $ВОО = 66,5 + (13,7 * 59) + (5 * 180) - (6,8 * 41) = 66,5 + 808,3 + 900 - 278,8 = 1496$ ккал.
- Энергетическая ценность суточного рациона (действительный расход энергии – ДРЭ):
 $ДРЭ = ВОО * ФА * ФП * ДМТ = 1496 * 1,4 * 1,3 * 1,2 = 3267$ ккал.

Дефицит массы тела составляет 22%, ДМТ = 1,2.

- Энергетическая ценность рациона за счет белков (17% ЭЦ рациона):

3267 ккал – 100%

X ккал – 17%

$X = 3267 * 17 : 100 = 555$ ккал.

- Количество белков в граммах:

555 ккал : 4 = 139 г.

- Энергетическая ценность рациона за счет жиров (30% ЭЦ рациона):

3267 – 100%

X – 30%

$X = 3267 * 30 : 100 = 980$ ккал.

- Количество жиров в граммах:

980 : 9 = 109 г.

- Энергетическая ценность рациона за счет углеводов (53% ЭЦ рациона):

3267 ккал – 100%

X ккал – 53%

$X = 3267 * 53 : 100 = 1732$ ккал.

- Количество углеводов в граммах:

1732 ккал : 4 = 433 г.

- Количество энергии за счет углеводов и жиров на 1 г поступающего с пищей азота (1 г азота эквивалентен 6,25 г белка). Для того, чтобы белки пищи шли на пластические нужды организма, необходимо обеспечить их энергией за счет жиров и углеводов: на каждые 6,25 г белка 120-150 небелковых килокалорий:

6,25 г – 120 ккал

139 г – X

$X = 139 * 120 : 6,25 = 2669$ ккал (в расчетном рекомендуемом рационе жиры + углеводы дают 2712 ккал, т.е. вполне достаточно для полноценного использования белков):

139 г белка – 2712 ккал

6,25 г белка – X ккал

$X = 6,25 * 2712 : 139 = 121,9$ ккал.

Таблица 1

Химический состав фактического рациона пациента Э. в сравнении с рекомендуемым лечебным рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	168	190	510	4422
Рекомендуемый лечебный рацион	139	109	433	3267

Как видно из табл. 1, пациент употреблял в избытке все макронутриенты и энергетическая ценность его рациона превышала рекомендуемую на 35%. Таким образом, он нарушил основное правило питания – правило соответствия между количеством и качеством поступающей пищей и ферментными возможностями организма для ее расщепления. В стационаре было уменьшено количество пищи до рекомендуемых величин, назначены полиферментные препараты, витамины, пробиотики, холинолитики (в связи с выраженной ваготонией и спазмом приводящей петли по данным инструментального обследования). У пациента за 16 дней нормализовался стул, масса тела увеличилась на 6 кг, прошли явления синдрома приводящей петли.

Проблемно-ситуационная задача №19

Пациент З., 34 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на отеки, похудение, поносы 6-9 раз в день без крови и слизи, общую слабость, снижение потенции.

Из анамнеза известно, что три года назад перенес резекцию 1 м тощей кишки, включая подвздошную, по поводу заворота кишечника. До операции масса тела была 69 кг, после выписки из стационара – 64 кг.

После операции стул стал кашицеобразным, 3-4 раза в день. Однако общее состояние было удовлетворительным, пациент через 4 месяца после выписки приступил к работе. Рекомендации по питанию были даны следующие: не есть жирной, жареной, острой и соленой пищи.

Ухудшение состояния началось через 2,5 года летом во время отдыха на даче, где пациент употреблял много ягод и грибов: стул участился, началось снижение массы тела, в октябре появились отеки на ногах. Пациент обратился к врачу, амбулаторно прошел обследование (ректороманоскопия, посев кала на дисбактериоз, копрограмма, анализы крови). Выявлен дисбактериоз кишечника (рост протей, дефицит бифидо- и лактофлоры), стеаторея, макроцитарная анемия (гемоглобин 110 г/л). Проведен курс лечения ципрофлоксацином, препаратами бифидо- и лактофлоры, полиферментными препаратами, поливитаминами. Однако поносы продолжались, нарастали отеки, по поводу которых был назначен фуросемид. Лечение было неэффективным, в связи с чем пациент был госпитализирован.

Данные осмотра: правильного телосложения, истощен (рост 173 см, масса 47 кг, ИМТ 15,7 кг/м²). Анасарка. Кожа бледная с желтоватым оттенком, сухая. Гиперкератоз локтей. Язык малинового цвета, гладкий, с атрофией вкусовых сосочков. Заведы в углах рта. Пульс 88 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного

наполнения. Тоны сердца чистые. АД 105/70 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно – притупление звука в нижних отделах с обеих сторон. Живот несколько увеличен в объеме за счет асцита, безболезненный. Край печени выступает из-под края реберной дуги справа на 3 см, гладкий, безболезненный. Селезенка не увеличена. Поколачивание поясницы с двух сторон безболезненное.

На основании жалоб, анамнеза заболевания, осмотра и результатов обследования (УЗИ брюшной полости, рентгенография легких, ФГДС, ФКС, ЭКГ, клинический и биохимический анализы крови, копрограмма, посев кала на дисбактериоз) был поставлен диагноз: дистальный синдром короткой кишки. Белково-энергетическая недостаточность средней степени тяжести (квасиоркор, маразм). В₁₂-дефицитная анемия. Дисбактериоз кишечника. Полигиповитаминоз.

При анализе фактического рациона питания было установлено, что пациент питается 3 раза в день. Соблюдает рекомендации хирургов (не ест жареную, жирную, острую и соленую пищу, не употребляет алкоголь). Любит фрукты и ягоды, овощи (в том числе белокочанную капусту, баклажаны, грибы), молочные продукты, хлеб с отрубями, мясо. Ежедневно выпивает 4-5 чашек крепкого черного кофе с сахаром. Химический состав фактического рациона питания: белки – 75 г, жиры – 80, углеводы – 400 г, энергетическая ценность – 2620 ккал, пищевые волокна – 24 г (табл. 1).

Таблица 1

Химический состав фактического рациона питания пациента З. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым лечебным рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	75	80	400	2620
Физиологическая норма	68	77	335	2300
Рекомендуемый лечебный рацион	127	106	429	3179

Расчет рекомендуемого пациенту З. лечебного рациона питания

1. Величина основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта с учетом фактической массы тела:

$$BOO = 66,5 + (13,7 * 47) + (5 * 173) - (6,8 * 34) = 66,5 + 643,9 + 865 - 231,2 = 1344 \text{ ккал.}$$

2. Энергетическая ценность суточного рациона (действительный расход энергии – ДРЭ):

$$ДРЭ = BOO * ФА * ФП * ДМТ = 1344 * 1,4 * 1,3 * 1,3 = 3179 \text{ ккал.}$$

Дефицит массы тела составляет 34%, ДМТ = 1,3

3. Энергетическая ценность рациона за счет белков (16% ЭЦ рациона):

$$3179 \text{ ккал} - 100\%$$

$$X \text{ ккал} - 16\%$$

$$X = 3179 * 16 : 100 = 509 \text{ ккал.}$$

4. Количество белков в граммах:

$$509 \text{ ккал} : 4 = 127 \text{ г.}$$

5. Энергетическая ценность рациона за счет жиров (30% ЭЦ рациона):

$$3179 - 100\%$$

$$X - 30\%$$

$$X = 3179 * 30 : 100 = 954 \text{ ккал.}$$

6. Количество жиров в граммах:

$$954 : 9 = 106 \text{ г.}$$

7. Энергетическая ценность рациона за счет углеводов (54% ЭЦ рациона):

$$3179 - 100\%$$

$$X - 54\%$$

$$X = 54 * 3179 : 100 = 1717 \text{ ккал.}$$

8. Количество углеводов в граммах:

$$1717 \text{ ккал} : 4 = 429 \text{ г.}$$

9. Количество энергии за счет углеводов и жиров на 1 г поступающего с пищей азота (1 г азота эквивалентен 6,25 г белка). Для того, чтобы белки пищи шли на

пластические нужды организма, необходимо обеспечить их энергией за счет жиров и углеводов: на каждые 6,25 г белка 120-150 небелковых килокалорий:

$$6,25 \text{ г} - 120 \text{ ккал}$$

$$127 \text{ г} - X$$

$$X = 127 * 120 : 6,25 = 2438 \text{ ккал (в расчетном рекомендуемом рационе жиры + углеводы дают 2671 ккал, т.е. вполне достаточно для полноценного использования белков):}$$

$$127 \text{ г белка} - 2671 \text{ ккал}$$

$$6,25 \text{ г белка} - X$$

$$X = 6,25 * 2671 : 127 = 131 \text{ ккал.}$$

Таким образом, пациент после резекции дистального отдела тонкой кишки в течение 2,5 лет был хорошо компенсирован. Он употреблял достаточное количество нутриентов, энергетическая ценность рациона была даже несколько выше физиологической нормы. Однако редкие приемы пищи (3 раза в день) требовали значительного количества ферментов для ее переваривания. Пациенту не дали адекватных рекомендаций по питанию перед выпиской из стационара и на амбулаторном этапе лечения, поэтому в его рационе с избытком были продукты и блюда, обладающие послабляющим свойством (овощи с грубой клетчаткой, кофе). Летом на фоне употребления грибов и ягод (крыжовник, смородина, малина) стул участился. Развился синдром мальабсорбции, который достаточно быстро привел к белково-энергетической недостаточности, появлению гипопротейнемических отеков вплоть до анасарки. На амбулаторном этапе была допущена типичная врачебная ошибка: назначены мочегонные препараты для устранения отеков. Другая часто встречающаяся ошибка – назначение витаминов (особенно витамина В₁₂) перорально. Витамин В₁₂ всасывается в подвздошной кишке, которая была удалена во время операции, поэтому данный витамин пациент должен получать парентерально всю оставшуюся жизнь. И третья ошибка – поздняя госпитализация, так как врач амбулаторного звена не адекватно оценил состояние больного.

Во время госпитализации в течение первой недели пациенту было назначено тотальное парентеральное питание через катетер подключичной вены. Кроме аминокислот, жировых эмульсий, глюкозы, витаминов и электролитов, вводился раствор альбумина. Через неделю был добавлен нутрен с постепенным включением блюд из щадящего варианта диеты. Частота стула сократилась до 3-4 раз в день. В результате повышения онкотического давления стали быстро уменьшаться отеки, при этом масса тела снизилась на 4,8 кг. Затем масса тела начала увеличиваться. Через 20 дней после поступления масса тела составила 48,5 кг. Отеки ног, мошонки, передней брюшной стенки, асцит, плевральный выпот полностью прошли. Пациент был выписан с рекомендациями соблюдать диету №4б, питаться 5-6 раз в день небольшими порциями, не употреблять продукты и блюда, значительно стимулирующие перистальтику кишечника и газообразование, принимать курсами про- и пребиотиков, витаминно-минеральные комплексы, полиферментные препараты, ежемесячно – витамин В₁₂ по 50 мкг внутримышечно.

Через 3 месяца пациент в плановом порядке повторно поступил в стационар для проведения частичного парентерального питания. После второй госпитализации масса тела составила 59 кг.

Проблемно-ситуационная задача №20

Пациентка Д., 41 года, парикмахер, обратилась с жалобами на кашицеобразный стул 3-5 раз в день, который плохо смывается с унитаза, метеоизм, дискомфорт в правом подреберье и области эпигастрия после еды, периодически – тошноту. Иногда появляется боль в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку. В последние полгода отмечает сухость кожи, выпадение волос.

Из анамнеза известно, что она перенесла лапароскопическую холецистэктомию по поводу ЖКБ 3 года назад. В первый год после операции соблюдала строгую щадящую диету с ограничением жиров, жареной пищи исключение алкоголя, газированных напитков. Чувствовала себя хорошо, и через год постепенно начала употреблять все продукты без ограничения. В последний год участился стул, стал неоформленным. Появились дискомфорт в верхней половине живота, тошнота, изменения кожи и волос.

Данные осмотра: правильного телосложения, избыточного питания (рост 160 см, масса 81 кг, ИМТ 31,6 кг/м²). Кожа сухая, гиперкератоз локтей. Пульс 78 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. АД 130/80 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно болезненный в зоне Шоффара. Печень и селезенка не пальпируются. Поколачивание поясницы безболезненное.

В результате обследования (ФГДС, УЗИ брюшной полости, ФКС, динамическая сцинтиграфия печени, клинический и биохимический анализ крови, анализы кала и мочи) был поставлен диагноз: спазм сфинктера ОДЦИ. ЖКБ, холецистэктомия в 2005г. Билиарнозависимый панкреатит вне обострения. Дисбактериоз кишечника (дефицит бифидо- и лактофлоры). Сопутствующие заболевания: ожирение I степени. Стеатоз печени. Гиповитаминоз А.

Фактический рацион питания пациентки Д. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациентки Д.

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 7.30 – 8.00					
Каша овсяная на молоке 2,5%	200/10	8,3	9,7	39,6	279
Булка (батон нарезной, в/с)	50	3,8	1,5	25,4	132
Масло сливочное	5	-	4,2	-	37
Сыр российский	50	11,5	14,5	-	180
Кофе с сахаром	200/10	-	-	10,0	38
Всего		23,6	29,9	75,0	666
Второй завтрак 11.00					
Чай с сахаром	200/10	-	-	10,0	38
Булка	100	7,5	2,9	50,7	264
Масло сливочное	10	-	8,3	-	75
Колбаса (сервелат)	30	4,8	12,0	-	128
Апельсин	100	0,9	0,2	8,1	40
Всего		13,2	23,4	68,8	545
Обед 14.30					
Борщ на мясном бульоне	250	2,5	4,7	13,0	108
Кура жареная (бедро)	150	39,5	16,5	-	306
Картофель жареный на растительном масле	200	5,6	19,0	46,8	384
Салат из овощей на растительном масле	300/15	3,3	15,6	11,4	204
Хлеб ржано-пшеничный	150	11,6	2,1	56,5	302
Всего		62,5	57,9	127,7	1304
Полдник 17.00					
Мороженое пломбир	100	3,2	15,0	20,8	227
Ужин 20.00					
Чай с сахаром	200/10	-	-	10,0	38
Булка	50	3,8	1,5	25,4	132
Омлет из двух яиц	110	10,6	17,0	2,1	203
Всего		14,4	18,5	37,5	373
Второй ужин 22.00					
Кефир 3,2%	200	5,6	6,4	8,2	112
Итого		122,5	151,1	338,0	2742

Расчет химического состава рекомендуемого пациентке Д. рациона питания

1. Величина основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта с учетом фактической массы тела:

$$ВОО = 665 + (9,5 * 81) + (1,8 * 160) - (4,7 * 41) = 665 + 769,5 + 288 - 192,7 = 1530 \text{ ккал.}$$

2. Энергетическая ценность суточного рациона (действительный расход энергии – ДРЭ):

$$ДРЭ = ВОО * ФА = 1530 * 1,6 = 2448 \text{ ккал (фактор активности = 1,6 для лиц II группы интенсивности труда).}$$

3. В связи с наличием ожирения уменьшаем расчетную величину ДРЭ на 600 ккал:

$$2448 \text{ ккал} - 600 \text{ ккал} = 1848 \text{ ккал.}$$

4. Энергетическая ценность рациона за счет белков (16% ЭЦ рациона):

$$1848 \text{ ккал} - 100\%$$

$$X \text{ ккал} - 16\%$$

$$X = 1848 * 16 : 100 = 296 \text{ ккал.}$$

5. Количество белков в граммах:

$$296 \text{ ккал} : 4 = 74 \text{ г.}$$

6. Энергетическая ценность рациона за счет жиров (28% ЭЦ рациона):

$$1848 - 100\%$$

$$X - 28\%$$

$$X = 1848 * 28 : 100 = 517 \text{ ккал.}$$

7. Количество жиров в граммах:

$$517 : 9 = 57 \text{ г.}$$

8. Энергетическая ценность рациона за счет углеводов (56% ЭЦ рациона):

$$1848 \text{ ккал} - 100\%$$

$$X \text{ ккал} - 56\%$$

$$X = 1848 * 56 : 100 = 1035 \text{ ккал.}$$

9. Количество углеводов в граммах:

$$1035 \text{ ккал} : 4 = 259 \text{ г.}$$

Таким образом, пациентка должна получать белков 74 г, жиров 57 г, углеводов 259 г, энергетическая ценность рациона должна составлять 1848 ккал.

Таблица 2

Химический состав фактического рациона пациентки Д. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым лечебным рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	123	151	338	2742
Физиологическая норма*	63	70	305	2100
Рекомендуемый лечебный рацион	74	57	259	1848

* См.прил. 1, II группа интенсивности труда

Дефекты фактического рациона питания пациентки Д.

1. Избыточная энергетическая ценность (2742 ккал вместо 2100 ккал), которая привела к развитию ожирения и стеатоза печени.
2. Количество белков в 2 раза превышает физиологическую норму (123 г вместо 63 г). Это требовало увеличения выработки протеаз желудком, поджелудочной железой и кишечными железами, в результате развилась креаторея (наличие мышечных волокон в копрограмме).
3. Количество жиров в 2,2 раза превышает норму (151 г вместо 70 г). Это послужило главной причиной увеличения частоты стула (в копрограмме было много нейтрального жира – стеаторея), а также резко стимулировало секрецию липаз поджелудочной железой и кишечными железами. Потеря жиров с калом, а также наличие стеатоза печени привели к нарушению усвоения жирорастворимых витаминов с клинической манифестацией гиповитаминоза А.
4. Общее количество углеводов значительно (в 1,1 раза) выше нормы (338 г вместо 305 г), но количество углеводов повышено и составляет 77,3 г, т.е. 22,8% общего количества углеводов при норме до 10%.
5. Пациентка употребляла продукты, которые могут провоцировать спазм Сфинктера Одди (мороженое, жирный кефир из холодильника, крепкий кофе и чай).
6. В рационе имелся дефицит пищевых волокон (8,2 г вместо 20 г), способствовавший развитию дисбактериоза кишечника и холестаза в связи с повышенным интрадуоденальным давлением.

Рекомендации по питанию пациентке Д.

1. Исключить из рациона высококалорийные продукты, содержащие много жиров (колбасные изделия, мороженое, масло сливочное, жирные сорта сыра).
2. Употреблять нежирный кефир, нежирные (17-22%) сорта сыра.
3. Не употреблять продукты, способствовавшие спазму сфинктера Одди (холодную пищу, крепкий кофе, овощи, богатые эфирными маслами).
4. Увеличить в рационе количество продуктов, богатых пищевыми волокнами (хлеб с отрубями вместо булки, сухофрукты вместо сахара с чаем) и

- уменьшить количество простых углеводов.
- Вместо жаренья использовать варку, запекание в духовке или приготовление в аэрогриле.
 - Ограничить употребление продуктов, богатых холестерином. Например, вместо яичницы из двух яиц готовить белковый паровой омлет, вместо куриных бедер с кожей использовать куриную грудку без кожи.

Проблемно-ситуационная задача №21

Пациент С., 46 лет, директор завода, обратился на прием с просьбой помочь ему похудеть. При росте 176 см его масса составляла 100 кг, ИМТ 32,3 кг/м², ОТ 110 см, ОБ 100 см, ОТ/ОБ 1,1. Таким образом, у пациента было ожирение I степени андроидного типа. До 34 лет весил 80 кг затем постепенно на фоне малоподвижного образа жизни и гиперкалорийного питания набрал 100 кг. В течение последних четырех лет принимает эналаприл в связи с наличием гипертонической болезни, два года назад впервые было зарегистрировано повышение уровня холестерина в сыворотке крови до 7,2 ммоль/л и сахара в крови до 6,9 ммоль/л. Принимал биологически активные добавки, содержащие пищевые волокна и ω -3-ПНЖК, но с незначительным временным эффектом.

Пациенту была назначена умеренно гипокалорийная (дефицит энергии 600 ккал по сравнению с расчетной величиной) диета с низким гликемическим индексом, гепатопротекторы, витамины, пищевые волокна, ω -3-ПНЖК. В результате лечения за 6 месяцев пациент похудел на 20 кг, объем талии уменьшился на 18 см. Через 3 месяца после начала лечения стабильно нормализовалось АД, пациент прекратил прием эналаприла, еще через месяц нормализовались показатели липидограммы крови, и в последнюю очередь (через полгода) нормализовался уровень сахара в крови.

Данный клинический пример демонстрирует важность лечения андроидного ожирения, которое является составляющей частью метаболического синдрома. В результате похудения «ушли» другие проявления метаболического синдрома – артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет 2-го типа.

Проблемно-ситуационная задача №22

Пациент Я., 53 лет, слесарь, был направлен кардиологом на консультацию к диетологу для назначения адекватной диеты с диагнозом «Гипертоническая болезнь II ст., ИБС, стенокардия напряжения I функциональный класс. Избыточная масса тела». Страдает гипертонической болезнью в течение 7 лет, в последний год появились сжимающие боли за грудиной при тяжелой физической нагрузке. На фоне проводимой терапии (ингибиторы АПФ, нитраты пролонгированного действия) АД не превышает 130/80 мм.рт.ст. При росте 169 см весил 72 кг. Бросил курить 4 года назад и постепенно прибавил 8 кг.

Данные осмотра: пациент правильного телосложения, нормостеник. Кожа чистая. Рост 169 см, масса 80 кг, ИМТ 28,1 кг/м². ОТ 103 см, ОБ 102 см, ОТ/ОБ 1,0 (при норме для мужчин не более 0,9). Пульс 72 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые, небольшой акцент II тона над аортой. Границы относительной сердечной тупости расширены на 1 см влево от среднеключичной линии. АД 125/80 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание поясницы безболезненное.

В биохимическом анализе крови обращает на себя внимание увеличение общего холестерина (5,9 при норме до 5 ммоль/л) за счет ЛПНП (3,9 при норме до 2,59 ммоль/л). Трансаминазы, сахар, триглицериды, ЛПВП – в пределах нормы.

Фактический рацион питания пациента Я. представлен в табл.1-4.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациента Я.

Наименование блюда	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 10.00					
Йогурт 6% жирности, сладкий	125	6,3	7,5	10,6	138
Батон нарезной из муки пшеничной в/с	50	3,8	1,5	25,4	132
Маргарин сливочный	5	-	4,1	-	37
Ветчина	50	11,3	10,5	-	140
Печенье (крекер) 5 шт.	65	6,0	9,2	43,0	285
Кофе с сахаром (2 ч.л.)	200/16	-	-	16,0	61
Всего		27,4	32,8	95,0	793
Обед 15.00					
Салат из овощей со сметаной 20%	300/40	3,7	4,6	14,4	151
Свинина жареная (эскалоп)	100	18,0	32,6	-	365
Картофель жареный на сливочном масле	200	7,6	30,2	65,4	566
Горошек зеленый	100	3,1	0,2	7,3	40
Хлеб ржаной	100	6,6	1,2	35,3	181
Сок виноградный	200	1,0	-	29,0	118
Всего		40,0	68,8	151,4	1421
Ужин 20.00					
Салат из помидоров с растительным маслом	300/17	3,3	17,6	11,4	222
Борщ на бульоне	400	3,2	8,0	13,8	136
с отварной говядиной	50	12,9	8,4	-	127
Печень свиная, тушеная в сметане	125	13,7	12,0	10,5	206
Каша гречневая со сливочным маслом	145/10	8,9	9,5	45,5	312
Хлеб ржаной	150	9,9	1,8	51,3	272
Компот из свежих яблок с сахаром	200/20	0,2	-	23,8	92
Всего		52,1	57,3	156,3	1367
Итого		119,5	158,9	402,7	3581

Таблица 2

Фактический рацион питания пациента Я. (магний, кальций, пищевые волокна, холестерин)

Наименование блюда	Масса, г	Магний, мг	Кальций, мг	Клетчатка, г	Холестерин, мг
Завтрак 10.00					
Йогурт 6% жирности, сладкий	125	17,5	155,0	-	12,5
Батон нарезной из муки пшеничной в/с	50	6,5	9,5	0,5	-
Маргарин сливочный	5	0,1	0,7	-	-
Ветчина	50	17,5	11,0	-	30
Печенье крекер 5 шт.	65	-	11,1	0,7	-
Кофе с сахаром (2 ч.л.)	200/16	-	0,3	-	-
Всего		41,6	187,6	1,2	42,5
Обед 15.00					
Салат овощной со сметаной 20%	300/40	60,0	43,6	2,4	32
Свинина жареная (эскалоп)	100	24,0	18,0	-	70
Картофель жареный на сливочном масле	200	60,0	32,0	2,0	27
Горошек зеленый	100	21,0	20,0	0,8	-
Хлеб ржаной	100	47,0	35,0	1,1	-
Сок виноградный	200	34,0	60,0	1,2	-
Всего		246	208,6	7,5	129
Ужин 20.00					
Салат из помидоров с растительным маслом	300/17	60,0	42,0	2,4	-

Борщ на бульоне	400	40,0	76,0	0,5	-
с отварной говядиной	50	16,0	15,0	-	40
Печень свиная, тушенная в сметане	125	26,3	11,3	-	162,5
Каша гречневая со сливочным маслом	145/10	55,1	46,4	0,6	1
Хлеб ржаной	150	70,5	52,5	1,7	-
Компот из свежих яблок с сахаром	200/20	3,6	6,4	0,2	-
Всего		271,5	249,6	5,4	203,5
Итого		559,1	645,8	14,1	375

Расчет химического состава и энергетической ценности рекомендуемого пациенту Я. рациона питания

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта:

$$B_{00} = 66,5 + (13,7 * 80) + (5 * 169) - (6,8 * 53) = 66,5 + 1096 + 845 - 360,4 = 1647 \text{ ккал.}$$

2. Рассчитываем суточный расход энергии, использую КФА 1,9, так как пациент относится к III группе интенсивности труда:

$$PЭ = 1647 * 1,9 = 3129 \text{ ккал.}$$

3. Уменьшаем энергетическую ценность рациона на 600 ккал в связи с наличием избыточной массы тела:

$$3129 - 600 = 2529 \text{ ккал.}$$

4. Определяем энергетическую ценность рациона за счет белков, принимая их за 15%:

$$2529 \text{ ккал} - 100\%$$

$$X \text{ ккал} - 15\%$$

$$X = 2529 * 15 : 100 = 379 \text{ ккал.}$$

5. Рассчитываем количество белков в граммах:

$$379 \text{ ккал} : 4 = 94,8 \text{ г}$$

6. Определяем энергетическую ценность рациона за счет жиров, принимая их за 28%:

$$2529 \text{ ккал} - 100\%$$

$$X \text{ ккал} - 28\%$$

$$X = 2529 * 28 : 100 = 708 \text{ ккал.}$$

7. Рассчитываем количество жиров в граммах:

$$708 \text{ ккал} : 9 = 78,7 \text{ г.}$$

8. Определяем энергетическую ценность рациона за счет углеводов, принимая их за 57%:

$$2529 \text{ ккал} - 100\%$$

$$X \text{ ккал} - 57\%$$

$$X = 2529 * 57 : 100 = 1442 \text{ ккал.}$$

9. Рассчитываем количество углеводов в граммах:

$$1442 \text{ ккал} : 4 = 360,3 \text{ г.}$$

Таблица 3

Химический состав и энергетическая ценность фактического рациона питания пациента Я. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Физиологическая норма	84	98	432	2950
Фактический рацион	120	160	403	3581
Рекомендуемый рацион	95	79	360	2529

Таблица 4

Содержание пищевых волокон и некоторых минеральных веществ в фактическом рационе питания пациента Я. в сравнении с рекомендуемым рационом

	Пищевые волокна, г	Кальций, мг	Магний, мг	Холестерин, мг
Рекомендуемый рацион	30	800	400	<300
Фактический рацион	14	646	559	375

Особенности фактического рациона питания пациента Я.

1. Энергетическая ценность рациона выше нормы на 21,4% (3581 ккал вместо 2950 ккал), что явилось причиной постепенного повышения масс тела.

2. Количество белков выше физиологической нормы на 43% (120 г вместо 84 г), количество белков животного происхождения выше нормы на 40% (64,2 г вместо 46 г).

3. Энергетическая ценность суточного рациона за счет белков примерно равна физиологической норме (13,4 % при норме РФ 11-12%, или 10-15%, ВОЗ):

$$120 \text{ г} * 4 \text{ ккал} = 480 \text{ ккал}$$

$$3581 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$$

$$480 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$$

$$X = 13,4\%$$

4. Количество жиров в 1,6 раза выше физиологической нормы (160 г вместо 98 г) и в 2 раза выше рекомендуемой величины (160 г вместо 79 г). При этом 72 % (115,1 г) составляют жиры животного происхождения (при норме 50 %), избыток которых способствует поступлению большого количества насыщенных жирных кислот и холестерина.

5. Энергетическая ценность суточного рациона за счет жиров повышена по сравнению с физиологической нормой (40,2 %, вместо 30 %) и рекомендуемой величиной (28 %):

$$160 \text{ г} * 9 \text{ ккал} = 1440 \text{ ккал}$$

$$3581 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$$

$$1440 \text{ ккал} - X$$

$$X = 40,2\%$$

6. Количество углеводов снижено на 6,8 % по сравнению с физиологической нормой (403 г вместо 432 г), и на 11,9 % выше рекомендуемой величины (360 г).

7. Энергетическая ценность суточного рациона за счет углеводов ниже нормы (45 % при норме 50-60 %):

$$403 \text{ г} * 4 \text{ ккал} = 1612 \text{ ккал}$$

$$3581 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$$

$$1612 \text{ ккал} - X$$

$$X = 45,0\%$$

8. Изменено соотношение между белками, жирами и углеводами – 1 : 1,2 : 3,3 (норма 1 : 1,1 : 5,1 для III группы интенсивности труда) за счет избытка жиров и недостатка углеводов.

9. Имеется дефицит пищевых волокон: 14,1 вместо 30 г (из расчета 10 г на 1000 ккал ккал рациона).

10. Имеется дефицит кальция: 646 мг вместо 800 мг за счет недостаточного потребления молочных продуктов и зеленых овощей.

11. Количество магния несколько выше нормы: 559 мг при норме 400 мг, что хорошо при наличии гипертонической болезни.

12. Избыточное количество холестерина (375 мг) обусловлено большим количеством продуктов животного происхождения (печень, свинина, говядина).

13. Распределение суточной энергетической ценности рациона: завтрак – 22,1 %, обед – 39,7 %, ужин – 38,2 % (в рациональном питании: завтрак – 30%, обед – 40-45%, ужин – 20-30%), т.е. имеется избыточная калорийность ужина, что является одной из причин избыточной массы тела.

Рекомендации по питанию и лечению пациенту Я.

1. Уменьшить потребление животных жиров, исключив из рациона сливочное масло и жирные сорта мяса.

2. Включить в рацион рыбу как источник ненасыщенных ω_3 -жирных кислот.

3. Резко ограничить продукты, богатые холестерином (субпродукты, свинина и др.).

4. Употреблять сыр (или творог) как источник кальция. Так, добавление 30 г сыра увеличивает содержание кальция в рационе на 300 мг.

5. Перераспределить суточную энергетическую ценность рациона так, чтобы максимальное количество энергии поступало в обед, а не в ужин.
6. Включить в рацион свежие фрукты и сухофрукты как источник калия и пищевых волокон.
7. Добавлять отруби в блюда, покупать хлеб с отрубями и зернами.

В табл. 5 и 6 представлен рекомендуемый пациенту Я. рацион питания.

Таблица 5

Примерное меню рекомендуемого пациенту Я. рациона питания

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 10.00					
Йогурт 6 % жирности, сладкий	125	6,3	7,5	10,6	138
Хлеб многозерновой «Бурже»	50	3,9	1,3	21,3	115
Сыр российский	30	6,6	8,1	-	102
Печенье крекер 5 шт.	65	6,0	9,2	43,0	285
Кофе с сахаром (2 ч.л.)	200/16	-	-	16,0	61
Всего		22,8	26,1	91,9	738
Обед 15.00					
Салат из помидоров с растительным маслом	300/17	3,3	17,6	11,4	222
Борщ на бульоне	400	3,2	8,0	13,8	136
Судак отварной	100	21,3	1,3	-	97
Каша гречневая со сливочным маслом	145/10	8,9	9,5	45,5	312
Хлеб многозерновой «Бурже»	120	9,4	3,0	51,1	275
Компот из кураги с сахаром	200/20	0,5	-	29,6	116
Апельсины	200	1,8	0,4	16,2	80
Всего		48,4	39,8	167,6	1038
Ужин 20.00					
Салат из овощей со сметаной 20%	300/40	3,7	4,6	14,4	151
Кура отварная	50	12,6	3,7	-	85
Картофель отварной	200	4,0	0,8	33,4	164
Горошек зеленый	100	3,1	0,2	7,3	40
Хлеб ржаной	100	6,6	1,2	35,3	181
Чай с финиками	200/30	0,8	-	20,6	81
Всего		30,8	10,5	111,0	702
Итого		102,4	76,4	370,5	2478

Таблица 6

Содержание магния, кальция, клетчатки и холестерина в рекомендуемом пациенту Я. рационе питания

Наименование блюд	Масса, г	Магний, мг	Кальций, мг	Клетчатка, г	Холестерин, мг
Завтрак 10.00					
Йогурт 6% жирности, сладкий	125	17,5	155,0	-	12,5
Хлеб многозерновой «Бурже»	50	32,5	25,0	2,8	-
Сыр российский	30	15,0	300	-	0,3
Печенье крекер 5 шт.	65	-	11,1	0,7	-
Кофе с сахаром (2 ч.л.)	200/16	-	0,3	-	-
Всего		65,0	491,4	3,5	12,8
Обед 15.00					
Салат из помидоров с растительным маслом	300/17	60,0	42,0	2,4	-
Борщ на бульоне	400	40,0	76,0	0,5	-
Судак отварной	100	18,0	37,0	-	-
Каша гречневая со сливочным маслом	145/10	55,1	46,4	0,6	1,0
Хлеб многозерновой «Бурже»	120	78,0	60,0	6,7	-
Компот из кураги с сахаром	200/20	22,0	32,0	0,6	-
Апельсины	200	26,0	68,0	2,8	-
Всего		299,1	361,4	13,6	1,0
Ужин 20.00					
Салат из овощей со сметаной 20%	300/40	60,0	43,6	2,4	32,0
Кура отварная	100	22,0	36,0	-	0,1
Картофель отварной	200	26,0	16,0	1,4	-
Горошек зеленый	100	21,0	20,0	0,8	-
Хлеб ржаной	100	47,0	35,0	1,1	-
Чай с финиками	200/30	20,7	19,5	1,1	-
Всего		196,7	170,1	6,8	32,1
Итого		560,8	1022,9	23,9	45,9

При составлении рекомендуемого рациона следует учитывать привычки в питании, удобный для пациента режим приема пищи, но в то же время внести коррективы для исправления ошибок в фактическом питании, восполнить дефициты нутриентов и придать рациону лечебную направленность.

Проблемно-ситуационная задача № 23

Пациент А., 35 лет, обратился с жалобами на учащенный до 3-4 раз в день стул кашицеобразной консистенции, умеренный метеоризм. Считает себя больным в течение примерно 20 лет. Неоднократно обследовался (ФКС, ФГДС, копрограмма, кал на яйца глистов и простейших, посев кала на дисбактериоз, анализ крови на антитела к глиадину и эндомизию), однако патологии не было выявлено. С детства страдает бронхиальной астмой, atopическим дерматитом. Наличие сопутствующих заболеваний, а также отсутствие каких-либо других причин, объясняющих расстройство стула, позволило предположить наличие скрытой пищевой аллергии. В анализе крови на антитела IgG к 90 пищевым продуктам был выявлен высокий титр антител к пшенице, коровьему молоку и белку яйца. Данные продукты были полностью исключены из рациона. Через месяц соблюдения диеты симптомы всех заболеваний стали постепенно уменьшаться. При осмотре через 1 год стул был оформлен, 1-2 раза в день, кожные проявления прошли, приступов бронхиальной астмы не было.

Проблемно-ситуационная задача №24

Пациентка Ш., 49 лет, обратилась с жалобами на изжогу, усиливающуюся при наклонах туловища, отрыжку воздухом, кашель с небольшим количеством мокроты. Считает себя больной в течение четырех лет, когда на фоне увеличения массы тела появились изжога и отрыжка. При росте 163 см весила 65 кг, после 42 лет за три года постепенно прибавила 8 кг, менопауза наступила в 45 лет. Начала часто (3-4 раза в год) болеть бронхитами, фарингитами, появилась осиплость голоса.

Пациентка предпочитала жирную пищу: колбасные изделия, жирные сыры, сливочное масло. Ужинала плотно в 19-20 часов, а перед сном употребляла жирную ряженку.

При ФГДС выявлены недостаточность кардиального жома, дистальный рефлюкс-эзофагит с единичными мелкими эрозиями (степень А). Пациентке назначены ингибиторы протонной помпы, антациды. Через 1,5 месяца на ФГДС явлений эзофагита не было.

Основное внимание во время консультаций было уделено соблюдению образа жизни и питанию при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Кроме того была рекомендована умеренно гипокалорийная диета (с дефицитом 600 ккал по сравнению с расчетной величиной), в результате чего пациентка похудела за 4 месяца на 9 кг. После курса лечения в течение года было одно обострение хронического бронхита после перенесенного ОРВИ.

Проблемно-ситуационная задача №25

Пациент Е., 42 лет, водитель грузовика, обратился с жалобами на дефицит массы тела. Страдает хроническим обструктивным бронхитом в течение 8 лет, наблюдается и лечится у пульмонолога.

Данные осмотра: рост 178 см, масса тела 54 кг, нормостеник, ИМТ 17,1 кг/м², ОП 22 см, КЖСТ 8 мм. Кожные покровы чистые. Пульс 80 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. АД 125/80 мм.рт.ст. В легких жесткое дыхание, единичные сухие рассеянные хрипы. Перкуторно – ясный легочный звук. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание поясницы безболезненное с обеих сторон. Стул, диурез – без особенностей.

Диагноз: хронический обструктивный бронхит. Белково-энергетическая недостаточность средней тяжести.

Фактический рацион питания пациента Е., представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациента Е.

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 8.00					
Каша овсяная на воде	200	6,0	3,4	30,0	166
Масло сливочное	5	-	4,1	-	37
Творог «Активиа»	130	7,7	5,9	4,8	103
Вафли с фруктовой начинкой	42	1,3	1,2	33,6	147
Кофе с сахаром (3 ч.л.)	200/24	-	-	24,0	91
Полдник 12.00					
Соломка сладкая	300	2,9	1,8	20,8	112
Чай с сахаром (3 ч.л.)	200/24	-	-	24,0	91
Обед 15.00					
Рассольник	250	2,8	4,5	14,3	110
Перец, фаршированный мясом и рисом	260	19,8	12,4	21,8	278
Хлеб ржаной	100	6,6	1,2	34,2	181
Компот из сушеных яблок	200	0,5	-	29,6	116
Ужин 19.00					
Салат из овощей с растительным маслом	200/10	2,2	10,4	7,6	54
Яичница из двух яиц	79	10,2	16,5	0,7	192
Хлеб ржаной	100	6,6	1,2	34,2	182
Чай с сахаром (3 ч.л.)	200/24	-	-	24,0	91
Второй ужин 21.30					
Кефир нежирный	200	6,0	0,1	7,6	60
Сахар-песок 3 ч.л.	24	-	-	24,0	91
Итого		66,6	62,7	335,2	2102

Рекомендуемая масса тела по формуле Европейской ассоциации нутрициологов:

$RMT = P - 100 - [(P - 152) * 0,4] = 178 - 100 - [(178 - 152) * 0,4] = 178 - 100 - (26 * 0,4) = 178 - 100 - 10,4 = 67,6$ кг. Дефицит массы тела (ДМТ) = 67,6 – 54 = 13,6 кг (20,1%).

Расчет химического состава и энергетической ценности рекомендуемого пациенту Е. рациона питания

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта:

$ВОО = 66,5 + (13,7 * 54) + (5 * 178) - (6,8 * 42) = 66,5 + 739,8 + 890 - 285,6 = 1411$ ккал.

2. Рассчитываем расход энергии по формуле РЭ = ВОО * ФА * ДМТ = 1411 * 1,6 * 1,2 = 2709 ккал.

Коэффициент физической активности составляет 1,6, так как пациент относится ко II группе интенсивности труда. Дефицит массы тела составляет 20,1%, поэтому коэффициент ДМТ равен 1,2.

3. Определяем энергетическую ценность рациона за счет белков с учетом наличия БЭН, принимая их за 15% (верхняя граница нормы по нормам ВОЗ):

2709 ккал – 100%

X ккал – 15%

$X = 2709 * 15 : 100 = 406$ ккал.

4. Рассчитываем количество белков в граммах:

406 ккал : 4 = 101,5 г.

5. Определяем энергетическую ценность рациона за счет жиров, принимая их за 35%, - это выше физиологической нормы РФ (30%) и является верхней допустимой величиной по данным ВОЗ. Это необходимо для обеспечения адекватного количества энергии в условиях уменьшения количества углеводов, способствующих повышенной продукции CO₂:

2709 ккал – 100%

X ккал – 35%

$X = 2709 * 35 : 100 = 948$ ккал.

6. Рассчитываем количество жиров в граммах:

948 ккал : 9 = 105,3 г.

7. Определяем энергетическую ценность рациона за счет углеводов, принимая их за 50%, т.е. нижнюю границу физиологической нормы по данным ВОЗ и норм РФ, так как при ХОБЛ необходимо уменьшить выработку легкими CO₂, избыток которого приводит к увеличению частоты дыхательных движений или минутной вентиляции легких, усугубляя дыхательную недостаточность:

2709 ккал – 100%

X ккал – 50%

$X = 2709 * 50 : 100 = 1355$ ккал.

8. Рассчитываем количество углеводов в граммах:

1355 ккал : 4 = 338,6 г.

Таблица 2

Химический состав рациона питания пациента Е. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Физиологическая норма	72	83	366	2500
Фактический рацион	67	63	335	2102
Рекомендуемый рацион	102	105	339	2709

Особенности фактического рациона питания пациента Е.:

1. Энергетическая ценность рациона составляет 84% физиологической нормы (2102 ккал вместо 2709 ккал) и 77,6% рекомендуемой (2102 ккал вместо 2709 ккал). Недостаточная энергетическая ценность рациона является причиной постепенного снижения массы тела.

2. Количество белков в граммах на 9% ниже физиологической нормы (67 г вместо 72 г) и на 34,3% ниже рекомендуемой (67 г вместо 102 г).

3. Энергетическая ценность суточного рациона за счет белков составляет 12,7%, что примерно соответствует физиологической норме (11 – 12%) и ниже рекомендуемой (15%):

67 * 4 ккал = 268 ккал

2102 ккал – 100% ЭЦ

268 ккал – X ЭЦ

X = 12,7%.

4. Количество жиров в граммах ниже физиологической нормы на 24,1% (63 г вместо 83 г) и ниже рекомендуемой на 40% (63 г вместо 105 г).

5. Энергетическая ценность суточного рациона за счет жиров значительно снижена как по сравнению с нормой, так и по сравнению с рекомендуемой величиной (28,7%, вместо 30% и 35% соответственно):

67 г * 9 ккал = 603 ккал

2102 ккал – 100% ЭЦ

603 ккал - X

X = 28,7 %.

6. Количество углеводов несколько ниже физиологической нормы (335 г вместо 366г) и практически соответствует рекомендуемой величине (339 г).

7. Энергетическая ценность суточного рациона за счет углеводов повышена как по сравнению с нормой (63,3% вместо 50-60%), так и по сравнению с рекомендуемой величиной (50%).

335 г * 4 ккал = 1340 ккал

2102 ккал – 100% ЭЦ

1340 ккал – X

X = 63,3%.

8. Изменено соотношение между белками, жирами и углеводами – 1 : 0,9 : 5,0 (норма 1 : 1,2 : 5,0) за счет недостатка жиров.

Рекомендуемый пациенту Е. рацион питания представлен в табл. 3

Таблица 3

Примерное меню рекомендуемого пациенту Е. рациона питания

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 8.00					
Каша овсяная на молоке 2,5%	230	8,3	5,8	34,8	226
Масло сливочное	15	-	12,3	-	111
Орехи фундук	30	4,8	20,1	3,0	212
Творог «Активиа»	130	7,7	5,9	4,8	103
Вафли с фруктовой начинкой	42	1,3	1,2	33,6	147
Кофе с сахаром (3 ч.л.)	200/24	-	-	24,0	91
Всего		22,1	45,3	100,2	890
Полдник 12.00					
Соломка сладкая	30	2,9	1,8	20,8	112
Сыр российский	30	6,9	8,7	-	108
Чай с сахаром (3 ч.л.)	200/24	-	-	24,0	91
Всего		9,8	10,5	44,8	311
Обед 15.00					
Рассольник	250	2,8	4,5	14,3	110
Перец фаршированный мясом и рисом	260	19,8	12,4	21,8	278
Хлеб ржаной	100	6,6	1,2	34,2	181
Компот из сушеных яблок	200	0,5	-	29,6	116
Всего		29,7	18,1	99,9	685
Ужин 19.00					
Салат из овощей с растительным маслом	200/15	2,2	15,4	7,6	99
Судак жареный	150	26,7	8,6	5,0	204
Хлеб ржаной	100	6,6	1,2	34,2	182
Чай с сахаром (3 ч.л.)	200/24	-	-	24,0	91
Всего		35,5	25,2	70,8	576
Второй ужин 21.30					
Кефир жирный	200	5,6	6,4	8,2	112
Сахар песок (3 ч.л.)	24	-	-	24,0	91
Всего		5,6	6,4	32,2	203
Итого		102,7	105,5	347,9	2665

При составлении рекомендуемого рациона мы стараемся, по возможности учитывать пищевые привычки больного и вносить коррективы в фактический рацион питания. Пациенту были даны следующие рекомендации: для увеличения жировой части рациона добавить сыр, орехи, увеличить количество добавляемого в блюда масла, пить жирный кефир вместо нежирного. Для увеличения количества белков на ужин яичницу заменить жареным судаком, часть белка добавится за счет орехов и сыра.

Проблемно-ситуационная задача №26

Пациентка Н., 42 лет, рост 164 см, масса 88 кг (ИМТ 32,7 кг/м²), нормостеник, бухгалтер. Ведет малоподвижный образ жизни.

Жалобы на одышку при физической нагрузке, потливость, периодически – головную боль, головокружение. В юности весила весила 60 кг, после родов (24 года) прибавила в весе до 73 кг, с тех пор постепенно набрала еще 15 кг. С 38 лет отмечает повышение артериального давления, диагностирована гипертоническая болезнь II ст., принимает эналаприл 10 мг/сут. При исследовании щитовидной железы патологии не выявлено.

Диагноз: ожирение I степени, алиментарно-конституциональное. Гипертоническая болезнь II ст.

Согласно нормам РФ, женщина 42 лет, относящаяся к I группе интенсивности труда, должна получать в сутки 1800 ккал, белков – 58 г, из них животных 29 г, жиров – 60 г, из них растительных 20 г, углеводов – 257 г, из них простых не более 10% (25,7 г) (см.прил. 1).

Фактический рацион питания пациентки Н. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациентки Н.

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 7.30					
Кофе с сахаром	200/5	-	-	5	19
Каша овсяная на молоке:	200	8,3	9,7	34,6	260
овсяные хлопья геркулес	50	5,5	3,0	24,9	152
молоко 2,5%	100	2,8	2,5	4,7	52
сахар	5	-	-	5,0	19
масло сливочное	5	-	4,2	-	37
Булка (батон нарезной, в/с)	50	3,8	1,5	25,4	132
Масло сливочное	5	-	4,2	-	37
Колбаса твердого копчения, зернистая	40	4,0	25,3	-	243
Сок яблочный	100	0,5	-	9,1	38
Всего		16,6	40,7	69,1	710
Обед 13.00					
Чай с сахаром	200/5	-	-	5,0	19
Булка	100	7,5	2,9	50,7	264
Масло сливочное	10	-	8,3	-	75

Сыр российский	50	11,5	14,5	-	180
Яблоко	100	0,4	0,4	9,8	45
Всего		19,4	26,1	65,5	583
Ужин 17.00					
Борщ	250	2,5	4,7	13,0	108
Говядина отварная (в борще)	30	7,7	5,0	-	76
Свинина жареная (эскалоп)	100	18,0	32,6	-	365
Картофель жареный на растительном масле	200	5,6	19,0	46,8	384
Салат из помидоров на растительном масле:	300/15				
Помидоры	300	3,3	0,6	11,4	69
Масло растительное	15	-	15,0	-	135
Хлеб ржаной	150	9,9	1,8	51,3	272
Всего		47,0	78,7	122,5	1409
Второй ужин 21.00					
Чай с сахаром	200/5	-	-	5,0	19
Булка	50	3,8	1,5	25,4	132
Сыр российский	30	6,9	8,7	-	108
Кефир 3,2%	200	5,6	6,4	8,2	112
Всего		16,3	16,6	38,6	371
Итого		99,3	162,1	295,7	3073

Таблица 2

Химический состав фактического рациона питания пациентки Н. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым лечебным рационом питания

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	99	162	296	3073
Физиологическая норма	58	60	257	1800
Рекомендуемый лечебный рацион	82	47	228	1639

Как видно из набора продуктов и блюд, пациентка является любителем сыра, колбасы, сливочного и растительного масла, жирных сортов мяса.

При сравнении фактического рациона питания с физиологической нормой были выявлены следующие дефекты:

1. Превышение энергетической ценности на 71% нормы (3073 ккал вместо 1800 ккал).
2. Нерациональное распределение энергетической ценности в течение дня с переносом основной доли на вечернее время. На завтрак пациентка употребляла 23% (710 ккал), на обед – 19% (583 ккал), на ужин – 46% (1409 ккал), на второй ужин – 12% (371 ккал). Таким образом, на ужин и второй ужин приходилось 58% суточной энергетической ценности рациона вместо рекомендуемых 25-35%.
3. Превышение нормы белков на 71% (91 г вместо 58 г), преимущественно за счет животных.
4. Энергетическая ценность суточного рациона за счет белков в пределах нормы (13% при норме РФ 11-12%, норме ВОЗ 10-15%):
 $99 \text{ г} * 4 \text{ ккал} = 396 \text{ ккал}$
 $3073 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $396 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$
 $X = 13\%$
5. Превышение нормы жиров на 170%, т.е. в 2,7 раза (162 г вместо 60 г) за счет животных в 2,5 раза (105 г вместо 40 г) и растительных в 3 раза (57 г вместо 20 г).
6. Энергетическая ценность суточного рациона за счет жиров значительно превышена (47 % вместо 30 %):
 $162 \text{ г} * 9 \text{ ккал} = 1458 \text{ ккал}$
 $3073 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $1458 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$
 $X = 47\%$
7. Превышение нормы углеводов на 11,5 % (296 г вместо 257 г), количество простых углеводов в пределах нормы.
8. Энергетическая ценность суточного рациона за счет углеводов значительно снижена (38,5 % вместо 50-60%):
 $296 \text{ г} * 4 \text{ ккал} = 1184 \text{ ккал}$
 $3073 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $1184 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$
 $X = 38,5\%$
9. Изменено соотношение между белками, жирами и углеводами – 1 : 1,6 : 3,0 (норма 1 : 1,1 : 4,1) за счет избыточного количества белков и жиров.

Рекомендации по питанию пациентке Н.

1. Уменьшить количество жиров в рационе за счет ограничения масел и исключения продуктов с высокой жирностью (свинина, колбасные изделия, жирные сыры).
2. Употреблять нежирные сорта сыра («Oltermanni» 17% и др.) и молочных продуктов (например, кефир 1,5%, не 3,5% жирности), мяса (говядина, телятина), птицы (куриная грудка без кожи, индейка без жира). Ввести в рацион нежирную рыбу.
3. Перераспределить суточную энергетическую ценность рациона так, чтобы основная калорийность приходилась на первую половину дня, на ужин – не более 25-35%.
4. Вместо жареного картофеля на гарнир использовать припущенные овощи с низким гликемическим индексом (капуста, баклажаны, кабачки, спаржа и др.).
5. Заменить булку ржаным хлебом с отрубями.
6. Увеличить количество фруктов до 200 г в день и расширить их ассортимент.
7. Ограничить количество поваренной соли до 6 г, пользоваться заменителями соли.

Расчет энергетической ценности и химического состава рекомендуемого пациентке Н. рациона питания:

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта с учетом фактической массы тела:

$$VOO = 665 + (9,5 * 88) + (1,8 * 164) - (4,7 * 42) = 665 + 836 + 295,2 - 197,4 = 1599 \text{ ккал.}$$

2. Рассчитываем суммарный расход энергии. Для этого величину основного обмена умножаем на коэффициент физической активности. Для I группы интенсивности труда он составляет 1,4:

$$1599 \text{ ккал} * 1,4 = 2239 \text{ ккал.}$$

3. Определяем энергетическую ценность рекомендуемой умеренно гипокалорийной диеты, уменьшая суммарный расход энергии на 600 ккал:
 $2239 \text{ ккал} - 600 \text{ ккал} = 1639 \text{ ккал.}$

4. Рассчитываем количество белков в рационе, принимая калорийность за счет белков за 20% (гиперпротеиновая диета в фазе похудения):

$$1639 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$$

$$X \text{ ккал} - 20\% \text{ ЭЦ}$$

$$X = 20 * 1639 : 100 = 328 \text{ ккал}$$

$$328 \text{ ккал} : 4 = 82 \text{ г.}$$

5. Рассчитываем количество жиров в рационе, принимая калорийность за счет жиров за 26%:

$$1639 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$$

$$X \text{ ккал} - 26\%$$

$$X = 26 * 1639 : 100 = 426 \text{ ккал}$$

$$426 : 9 = 47 \text{ г.}$$

6. Рассчитываем количество углеводов в рационе, принимая калорийность за счет углеводов за 54%:

1639 ккал – 100% ЭЦ
 X ккал – 54%
 X = 1639 * 54 : 100 = 911 ккал
 911 : 4 = 228 г.

Итого: белки – 82 г, жиры – 47 г, углеводы – 228 г, энергетическая ценность – 1639 ккал.
 Примерно суточное меню для пациентки Н. представлено в табл. 3

Таблица 3

Примерное меню, рекомендуемого пациентке Н. рациона питания

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 7.30					
Творог 0,5% жирности	100	18,0	0,5	1,8	88
Йогурт 1,5% жирности	100	5,0	1,5	3,5	51
Хлеб ржаной	50	3,3	0,6	17,1	90
Чай с курагой	200/80	4,2	-	44,0	94
Второй завтрак 10.30					
Яблоки свежие	200	0,8	0,8	18,1	90
Обед 13.30					
Борщ вегетарианский	250	2,6	7,2	18,1	
Судак отварной	150	31,9	1,9	-	145
Картофель отварной	200	4,8	0,8	23,0	122
Масло растительное	15	-	15,0	-	90
Огурцы, помидоры свежие	50	0,5	0,1	1,9	135
Хлеб ржаной	50	3,3	0,6	17,1	90
Сок яблочный без сахара	200	0,1	-	18,2	76
Полдник 15.30					
Апельсины свежие	200	0,8	0,8	19,6	90
Ужин 17.30					
Салат из свежих овощей	300	3,3	0,6	11,4	69
Масло растительное	15	-	15,0	-	135
Хлеб ржаной	50	3,3	0,6	17,1	90
Чай с молоком 1,5% жирности без сахара	200/30	0,9	0,5	1,4	13
Второй ужин 20.30					
Кефир нежирный	200	1,5	0,1	7,6	60
Итого		84,3	46,6	219,9	1528*

При умножении белков, жиров и углеводов в граммах на их калорические коэффициенты (соответственно 4, 9 и 4) энергетическая ценность рациона получается 1636 ккал.

Кроме диеты, были назначены комплекс витаминов и минералов и пищевые волокна, рекомендовано увеличить двигательную активность (ежедневная быстрая ходьба не менее 30 мин).

На фоне лечения пациентка в первые три месяца похудела на 12 кг, объем талии уменьшился на 10 см (с 96 см до 86 см), в последующие 3 месяца потеряла еще 7 кг, при этом исчезла одышка, нормализовалось артериальное давление, объем талии составил 79 см. После этого в течение двух месяцев снижение массы прекратилось. Пациентка начала заниматься гидроаэробикой 2 раза в неделю, проводить разгрузочные дни 2 раза в неделю. Через 6 месяцев масса тела составила 63 кг (ИМТ = 22,3 кг/м²), что соответствует норме.

Данный пример демонстрирует значимость анализа фактического рациона питания, исправления его дефектов, подключения на определенных этапах лечения активной физической активности, необходимость постоянного контакта с врачом для коррекции рациона и психологической поддержки, особенно когда снижение массы тела приостанавливается (кривая снижения веса выходит на «плато»).

Проблемно-ситуационная задача №27

Пациентка П., 42 лет, нормостеник, экспедитор, ведет очень малоподвижный образ жизни, ездит на машине с водителем, пешком почти не ходит, физической культурой не занимается. Рост 170 см, масса 92 кг, ИМТ 31,8 кг/м². ОТ 97 см, ОП 34 см. Обратилась с жалобами на избыточную массу тела, которая в последнее время не уменьшается на фоне соблюдаемой диеты, периодически умеренные головные боли во время повышения артериального давления до 125/90 мм.рт.ст.

Родители имеют ожирение. В семье большое значение придавалось вкусной и обильной еде. В детстве росла полной девочкой, в пубертатном периоде поправилась до 90 кг, затем постепенно к 40 годам поправилась до 120 кг. Полтора года назад самостоятельно начала соблюдать диету, в результате чего похудела за год на 28 кг. В последние полгода масса стабилизировалась на 92 кг.

Клинический и биохимический анализы крови – без патологии. Пациентка консультирована эндокринологом, патологии эндокринной системы не выявлено. Диагноз: ожирение I степени, алиментарно-конституциональное. Сопутствующее заболевание: ЖКБ, холецистэктомия в 2000 г. Артериальная гипертензия. Согласно нормам РФ, женщина 42 лет, относящаяся к I группе интенсивности труда, должна получать в сутки 1800 ккал, белков – 58 г, из них животных – 32 г, жиров – 60 г, из них растительных – 20 г, углеводов – 257 г, из них простых не более 10% (см.прил. 1).

Фактический рацион питания пациентки П. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациентки П.

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтра 8.00-9.00					
Кофе без сахара	200	-	-	-	-
Сыр российский	30	6,9	8,7	-	108
Ужин 19.00-20.00					
Говядина жареная	200	57,6	21,0	-	420
Салат из свежих овощей	400	4,4	0,8	15,2	92
Масло растительное	30	-	30,0	-	270
Сок апельсиновый	200	1,4	-	25,6	108
Итого		70,3	60,5	40,8	998

Таблица 2

Химический состав фактического рациона питания пациентки П. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Физиологическая норма	58	60	257	1800
Фактический рацион	70	61	41	998
Рекомендуемый лечебный рацион	57	33	154	1142

При сравнении фактического рациона питания с физиологической нормой были выявлены следующие дефекты:

1. Энергетическая ценность снижена на 55% по сравнению с нормой (998 ккал вместо 1800 ккал).
2. Двухразовое питание с переносом основной доли калорийности на вечернее время. На завтрак пациентка употребляла 11% (108 ккал), на ужин – 89% (890 ккал).

- ккал).
3. Превышение нормы белков на 21% (70 г вместо 58 г), преимущественно за счет животных.
 4. Энергетическая ценность суточного рациона за счет белков почти в два раза выше нормы (28% при норме РФ 11-12%, норме ВОЗ 10-15%):
 $70 \text{ г} * 4 \text{ ккал} = 280 \text{ ккал}$
 $998 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $280 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$
 $X = 280 * 100 : 998 = 28\%$
 5. Количество жиров в пределах нормы.
 6. Энергетическая ценность суточного рациона за счет жиров значительно превышена (55% вместо 30%):
 $61 \text{ г} * 9 \text{ ккал} = 549 \text{ ккал}$
 $998 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $549 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$
 $X = 549 * 100 : 998 = 55\%$
 7. Количество углеводов снижено примерно в 6 раз по сравнению с нормой (41 г вместо 257 г).
 8. Энергетическая ценность суточного рациона за счет углеводов значительно снижена (16% вместо 50-60%):
 $41 \text{ г} * 4 \text{ ккал} = 164 \text{ ккал}$
 $998 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $164 \text{ ккал} - X$
 $X = 16\%$
 9. Изменено соотношение между белками, жирами и углеводами – 1 : 0,9 : 0,6 (норма 1 : 1,1 : 4,1) за счет выраженного дефицита углеводов и небольшого избытка белков.
 10. Количество потребляемой жидкости составляет всего 400 г при норме 1 – 1,5 л/сут.
 11. Имеется дефицит пищевых волокон в связи с отсутствием овощей, орехов, круп, отрубного хлеба.
 12. В связи с однообразием питания пациентка получает недостаточное количество многих витаминов (прежде всего группы В, минералов).

В данном случае мы столкнулись с совершенно иной ситуацией: энергетическая ценность рациона женщины почти в два раза ниже нормы, но она при этом не худеет. Затянувшееся «плато» в процессе похудения можно объяснить развитием Low-T₃ – syndrom, снижением интенсивности основного обмена. Химический состав диеты соответствует диете Аткинса (или «кремлевской» диете).

Расчет энергетической ценности и химического состава рекомендуемого пациентке II. рациона питания

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта с учетом фактической массы тела:
 $ВОО = 665 + (9,5 * 92) + (1,8 * 170) - (4,7 * 42) = 665 + 874 + 306 - 197,4 = 1648 \text{ ккал}$
 2. Рассчитываем суммарный расход энергии. Для этого величину основного обмена умножаем на коэффициент физической активности. При малоподвижном образе жизни при ожирении он составляет 1,3:
 $1648 \text{ ккал} * 1,3 = 2142 \text{ ккал}$
 3. Определяем энергетическую ценность рекомендуемой умеренно гипокалорийной диеты, уменьшая суммарный расход энергии не на 600 ккал, а на 1000 ккал с учетом снижения интенсивности основного обмена:
 $2142 - 1000 = 1142 \text{ ккал}$
 4. Рассчитываем количество белков в рационе, принимая калорийность за счет белков за 20% (гиперпротеиновая диета в фазе похудения):
 $1142 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $X \text{ ккал} - 20\% \text{ ЭЦ}$
 $X = 1142 * 20 : 100 = 228 \text{ ккал}$
 $228 \text{ ккал} : 4 = 57 \text{ г}$
 5. Рассчитываем количество жиров в рационе, принимая калорийность за счет жиров за 26%:
 $1142 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $X \text{ ккал} - 26\%$
 $X = 1142 * 26 : 100 = 297 \text{ ккал}$
 $297 : 9 = 33 \text{ г}$
 6. Рассчитываем количество углеводов в рационе, принимая калорийность за счет углеводов за 54%:
 $1142 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $X \text{ ккал} - 54\% \text{ ЭЦ}$
 $X = 1142 * 54 : 100 = 617 \text{ ккал}$
 $617 : 4 = 154 \text{ г}$
- Итого: белки – 57 г, жиры – 33 г, углеводы – 154 г, энергетическая ценность – 1142 ккал.

Рекомендации по питанию и образу жизни пациентке II.

1. Увеличить количество приемов пищи до 4 раз в сутки.
2. Перераспределить энергетическую ценность рациона в соответствии с нормой, исключив переизбыток в вечерние часы (ужин – не более 25-35% ЭЦ).
3. Уменьшить количество говядины с 200 г до 160 г, не жарить, а запекать в духовке и аэрогриле.
4. Добавлять по 5 г углеводов в неделю (например, хлеб ржаной – 15 г, хлеб ржано-пшеничный – 13 г, кефир нежирный 132 г, чечевица – 15 г, апельсин (62 г) до общего количества углеводов 154 г.
5. Ограничить количество поваренной соли до 6 г, пользоваться заменителями соли.
6. Увеличить количество выпиваемой жидкости (лучше всего – за счет негазированной воды) до 1-1,5 л/сут.
7. Увеличить физическую активность: ходить пешком не менее 30 мин в день.
8. Взвешиваться ежедневно, измерять объем талии 1 раз в неделю, вести пищевой дневник.
9. Принимать пищевые волокна, витаминно-минеральный комплекс, гепатопротекторы.

Данный пример интересен тем, что пациентка на низкокалорийной диете в течение полутора перестала худеть, а теоретическая расчетная энергетическая ценность умеренно гипокалорийной диеты оказалась выше фактической на 144 ккал. Поэтому на первом этапе лечения необходимо исправить химический состав рациона, приближая его к расчетному, путем добавления углеводов, уменьшения белков и жиров. Энергетическую ценность рациона до 1142 ккал следует повышать постепенно, контролируя массу тела.

Проблемно-ситуационная задача №28

Пациентка З., 28 лет, нормостеник, товаровед, обратилась с жалобами на недостаточную массу тела, раздражительность, учащение стула до 2-3 раз в день. За последний год похудела на 10 кг (45 кг вместо 55 кг). 3 месяца назад был диагностирован диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса), наблюдается эндокринологом, получает терапию мерказолилом.

При осмотре обращают на себя внимание небольшой экзофтальм, влажная «бархатистая» кожа. Рост 162 см, масса тела 45 кг, ИМТ 17,2 кг/м², ОП 24 см, КЖСТ 12 мм. Данные клинического, биохимического анализа крови, копрограммы, посева кала на дисбиоз – без патологии.

Диагноз: болезнь Грейвса, тиреотоксикоз. Белково-энергетическая недостаточность легкой степени.

Фактический рацион питания пациентки З. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациентки З.

Наименование блюда	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 7.30				
Кофе с сахаром 200/16	-	-	16,0	61
Каша геркулесовая на воде 300 г	8,7	4,2	44,5	254
Масло сливочное 5 г	-	4,1	-	37
Пряник 20 г	0,6	0,6	16,0	70
Всего	9,3	8,9	76,5	422
Обед 14.00				
Суп из овощей на мясном бульоне 250 г	2,7	4,3	12,6	96
Сметана 20% жирности 25 г	0,7	5,0	0,8	52

Гуляш из говядины 125 г	15,4	15,2	4,9	218
Картофель жареный на кулинарном жире 200 г	5,6	19,0	46,8	384
Компот из сухофруктов 200 г	0,5	-	29,6	116
Хлеб ржаной 50 г	3,6	0,7	17,8	95
Всего	29,5	44,2	112,5	961
Ужин 19.00				
Пельмени отварные 200 г	20,0	28,1	28,1	448
Чай с сахаром 200/16	-	-	16,0	70
Яблоки свежие 150 г	0,6	0,6	14,7	68
Печенье сахарное 2 шт. (27 г)	2,0	3,2	20,1	118
Всего	22,6	36,0	78,9	704
Итого	61,4	85,0	267,9	2087

Анализ фактического рациона пациентки З.

Согласно нормам РФ, женщина 28 лет, относящаяся к I группе интенсивности труда, должна получать в сутки 2000 ккал, белков – 61 г, из них животных – 30,5 г, жиров – 67 г, из них растительных – 20 г, углеводов 289 г, из них простых не более 10% (см.прил 1).

Таблица 2

Химический состав фактического рациона питания пациентки З. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым лечебным рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	61	85	268	2087
Физиологическая норма	61	67	289	2000
Рекомендуемый лечебный рацион	93	77	313	2316

При сравнении фактического рациона питания с физиологической нормой было выявлено следующее:

1. Энергетическая ценность незначительно (на 4%) выше нормы (2087 ккал вместо 2000 ккал).
2. Распределение энергетической ценности рациона в течение дня: на завтрак – 20,2%, на обед – 45%, на ужин – 33,8%, что близко к рекомендуемым величинам.
3. Количество белков (61 г) соответствует физиологической норме.
4. Энергетическая ценность суточного рациона за счет белков соответствует норме (11,7% при норме 11-13%):
61 г * 4 ккал = 244 ккал
2087 ккал – 100% ЭЦ
244 ккал – X ЭЦ
X = 11,7%.
5. Количество жиров увеличено на 26,8% (85 г вместо 67 г).
6. Энергетическая ценность суточного рациона за счет жиров превышена (36,6% вместо 30%):
85 г * 9 ккал = 765 ккал
2087 ккал – 100% ЭЦ
765 ккал – X
X = 36,6%.
7. Количество углеводов незначительно (на 7,3%) ниже нормы (268 г вместо 289 г).
8. Энергетическая ценность суточного рациона за счет углеводов находится на нижней границе нормы (51,4% при норме 50-60%):
268 г * 4 ккал = 1072 ккал
2087 ккал – 100% ЭЦ
1072 ккал – X
X = 51,4%.
9. Изменено соотношение между белками, жирами и углеводами – 1 : 1,4 : 4,4 (норма 1 : 1,1 : 4,1).
10. В рационе практически отсутствуют молочные продукты, что может привести к дефициту кальция и рибофлавина.
Анализ рациона показал, что пациентка употребляет достаточное количество энергии с пищей, и грубых отклонений от физиологической нормы в химическом составе рациона нет. Учащенный до 2-3 раз в день стул вряд ли является причиной похудения, так как в копрограмме отсутствуют признаки мальдигестии и мальабсорбции. Однако пациентка на фоне гипертиреоза, вот почему рацион, примерно соответствующий физиологической норме, является недостаточным для поддержания нормальной массы тела.

Расчет энергетической ценности и химического состава рекомендуемого пациентке З. рациона питания

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса-Бенедикта с учетом фактической массы тела:
 $ВОО = 665 + (9,5 * 45) + (1,8 * 162) - (4,7 - 28) = 665 + 427,5 + 291,6 - 131,6 = 1253$ ккал.
2. Учитывая наличие гипертиреоза, увеличиваем ВОО на 20%:
 $1253 * 1,2 = 1504$ ккал
3. Рассчитываем действительный расход энергии по формуле ДРЭ = ВОО * КФА * ДМТ.
Коэффициент физической активности (КФА) в данном случае равен 1,4, поскольку пациентка относится к I группе интенсивности труда. ДМТ = 1,1, так как снижение массы тела составляет не более 20% нормы:
 $ДРЭ = 1504 * 1,4 * 1,1 = 2316$ ккал.
4. Рассчитываем количество белков в рационе, принимая калорийность за счет белков за 16% (увеличенное количество белков из-за наличия усиленного катаболизма белков при гипертиреозе):
2316 ккал – 100% ЭЦ
X ккал – 16% ЭЦ
 $X = 2316 * 16 : 100 = 371$ ккал
371 ккал : 4 = 93 г.
5. Рассчитываем количество жиров в рационе, принимая калорийность за счет жиров за 30%:
2316 ккал – 100% ЭЦ
X ккал – 16% ЭЦ
X = 695 ккал
695 ккал : 9 = 77 г.
6. Рассчитываем количество углеводов в рационе, принимая калорийность за счет углеводов за 54%:
2316 ккал – 100% ЭЦ
X ккал – 54% ЭЦ
X = 1251 ккал
1251 ккал : 4 = 313 г.

Итого: белки – 93 г, жиры – 77 г, углеводы – 313 г, энергетическая ценность – 2316 ккал.

Таким образом, в фактическом рационе пациентки З. по сравнению с лечебным рационом имеется значительный дефицит белков (61 г вместо 93 г), недостаток углеводов (268 г вместо 313 г) и энергии (2087 ккал вместо 2316 ккал). Количество жиров несколько выше индивидуальной нормы лечебного питания (85 г вместо 77 г). Недостаточное количество энергии приводит к уменьшению массы тела, а дефицит белков – к распаду мышечной массы, снижению иммунитета, гормональным расстройствам.

Рекомендации по питанию пациентке З.

1. Увеличить количество белков за счет включения в рацион молочных продуктов. Например, на второй завтрак можно рекомендовать 200 г нежирного творога, что даст дополнительно 36 г белков, 1,2 г жиров, 3,6 г углеводов и 176 ккал.
2. Вместо мясных продуктов 3-4 раза в неделю употреблять морскую рыбу.
3. Преимущественно применять варку и тушение, а не жаренье при приготовлении вторых блюд.
4. В связи с наличием учащенного стула вместо компота из сухофруктов использовать кисель.

5. Кофе и чай должны быть некрепкими, чтобы уменьшить их возбуждающее действие на центральную нервную систему. Вместо них периодически употреблять отвар шиповника.

Проблемно-ситуационная задача №29

Пациентка Б., 48 лет, обратилась с жалобами на необъяснимое увеличение массы тела в последний год на 8 кг, появление запоров до трех дней, выпадение волос.

Женщина работает менеджером, ведет активный образ жизни, три раза в неделю занимается аэробикой. В последний год образ жизни и рацион питания не меняла. Менструальный цикл регулярный, проявлений климактерического синдрома нет.

При росте 156 см в течение многих лет весила 53-54 кг, в настоящее время масса тела составляет 62 кг (ИМТ 25,5 кг/м²).

При УЗИ обнаружены увеличение размеров щитовидной железы, диффузные ее изменения. В сыворотке крови отмечалось повышение уровня ТТГ, снижение уровня Т₄, наличие антител к ТПО в диагностическом титре.

Диагноз: аутоиммунный тиреоидит. Гипотиреоз. Избыточная масса тела.

Фактический рацион питания пациентки Б. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациентки Б.

Наименование блюд	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 7.30				
Каша: крупа овсяная 4 ст. ложки (48 г)	5,3	3,0	24,0	146
Молоко 2,5% 200 г	5,6	5,0	9,4	104
Сахар 1 ст. ложка (25 г)	-	-	25,0	95
Кофе с молоком 2,5% 130/70 г	2,0	1,9	3,3	36
Сахар 2 ч.л. (16 г)	-	-	16,0	61
Пряники 4 шт. (80 г)	3,8	2,2	62,2	280
Всего	16,7	12,1	139,9	722
Ужин 18.00-18.30				
Рыба отварная 130 г (горбуша)	29,8	10,1	-	182
Салат из овощей 150 г, масло раст. 15 г	2,0	15,0	8,0	176
Пряники 4 шт. (80 г)	3,8	2,3	62,2	280
Кофе без сахара 200 г	-	-	-	-
Всего	35,6	12,3	70,2	638
Второй ужин 21.00				
Творог 2% 100г	18,0	2,0	1,8	100
Йогурт 2,5% 60 г	1,7	1,5	10,1	61
Варенье 2 ст. ложки (90 г)	0,5	-	61,4	239
Всего	20,2	3,5	73,3	400
Итого	72,5	42,9	283,4	1760

Согласно нормам РФ, женщина 48 лет, относящаяся к I группе интенсивности труда, должна получать в сутки 1800 ккал, белков – 58 г, из них животных 29 г, жиров – 60 г, из них растительных 20 г, углеводов – 257 г, из них простых не более 10% (см.прил. 1)

Таблица 2

Химический состав фактического рациона питания пациентки Б. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым лечебным рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	73	43	283	1811*
Физиологическая норма	58	60	257	1800
Рекомендуемый лечебный рацион (в фазе похудения)	43	25	117	866

Суточная энергетическая ценность 1811 ккал (вместо 1760 ккал в таблице подсчета химического состава фактического рациона) получена путем умножения белков, жиров и углеводов на их средние калорические коэффициенты 4, 9 и 4, что необходимо для более точной оценки структуры рациона.

При сравнении фактического рациона питания с физиологической нормой было выявлено следующее:

1. Энергетическая ценность рациона практически соответствует физиологической норме
2. Имеется перенос основной доли калорийности рациона на вечернее время. На завтрак пациентка употребляла 41% (722 ккал), на ужин и второй ужин – 59% (1038 ккал).
3. Пациентка не обедает, перерыв между завтраком и ужином составляет 10-11 часов.
4. Превышение нормы белков на 25% (73 г вместо 58 г), преимущественно за счет животных.
5. Энергетическая ценность суточного рациона за счет белков несколько выше нормы (16% при норме 11-12%):
73 г * 4 ккал = 292 ккал.
1811 ккал – 100% ЭЦ
292 ккал – X ЭЦ
X = 16%
6. Количество жиров ниже нормы на 28% (43 г вместо 60 г).
7. Энергетическая ценность суточного рациона за счет жиров ниже нормы (21% вместо 30%):
43 г * 9 ккал = 387 ккал
1811 ккал – 100% ЭЦ
387 ккал – X ЭЦ
X = 21%.
8. Количество углеводов повышено по сравнению с нормой на 10% (283 г вместо 257 г), из них 223 г (79%) составляют моно- и дисахариды.
9. Энергетическая ценность суточного рациона за счет углеводов повышена (63% вместо 50-60%):
283 г * 4 = 1132 ккал
1811 ккал – 100% ЭЦ
1132 ккал – X ЭЦ
X = 63%.
10. Количество жидкости в рационе составляет всего 660 г (при норме 1-1,5 л).
11. Изменено соотношение между белками, жирами и углеводами – 1 : 0,6 : 3,9 (норма 1 : 1,1 : 4,1) за счет дефицита жиров и небольшого избытка белков. Таким образом, энергетическая ценность фактического рациона пациентки Б. соответствует физиологической норме, но обращает на себя внимание значительный избыток простых углеводов (79% общего количества углеводов вместо 10%), которые оказывают инсулиногенное действие и, таким образом, способствуют отложению жиров про запас. Если бы пациентка не ограничивала жиры, то ее масса тела нарастала бы еще быстрее. Вторым фактором, способствующим накоплению жиров, является перенос основной доли калорийности рациона на вечернее время. И наконец, третий фактор – это гипотиреоз, при котором потребность в энергии снижена по сравнению с физиологической нормой.

Расчет энергетической ценности и химического состава рекомендуемого пациентке Б. рациона питания в фазе похудения

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса-Бенедикта с учетом фактической массы тела:
ВОО = 665 + (9,5 * 62) + (1,8 * 156) – (4,7 * 48) = 665 + 589 + 280,8 – 225,6 = 1309 ккал.
2. Учитывая наличие гипотиреоза, уменьшаем величину основного обмена на 20%, таким образом, ВОО составляет 80% физиологической нормы:
1309 ккал – 100% ЭЦ
X ккал – 80% ЭЦ
X = 1047 ккал.

3. Определяем энергетическую ценность диеты, умножая ВОО на коэффициент физической активности 1,4, так как пациентка является работником умственного труда:
 $1047 * 1,4 = 1466$ ккал. Данная энергетическая ценность рациона позволит пациентке сохранять существующую массу тела, т.е. 62 кг. Поскольку она хочет похудеть, то энергетическую ценность рациона следует уменьшить на 600 ккал:
 $1466 - 600 = 866$ ккал.
4. Рассчитываем количество белков в рационе, принимая калорийность за счет белков за 20% (увеличенное количество белков из-за наличия гипокалорийной диеты):
 866 ккал – 100% ЭЦ
 X ккал – 20% ЭЦ
 $X = 173$ ккал
 173 ккал : 4 = 43 г.
5. Рассчитываем количество жиров в рационе, принимая калорийность за счет жиров за 26%:
 866 ккал – 100% ЭЦ
 X ккал – 26%
 $X = 225$ ккал
 225 ккал : 9 = 25 г.
6. Рассчитываем количество углеводов в рационе, принимая калорийность за счет углеводов за 54%:
 866 ккал – 100% ЭЦ
 X ккал – 54% ЭЦ
 $X = 866 * 54 : 100 = 468$ ккал
 $468 : 4 = 117$ г.
- Итого: белки – 43 г, жиры – 25 г, углеводы – 117 г, энергетическая ценность – 866 ккал.
- Рекомендации по питанию пациентке Б.**
1. Начать заместительную гормональную терапию левотироксидом под наблюдением эндокринолога.
 2. Уменьшить количество белков, жиров, углеводов и энергетическую ценность согласно расчетным данным.
 3. Обеспечить дробное (не менее 4 раз) питание без переноса основной доли калорийности на вечернее время.
 4. Резко ограничить простые углеводы в рационе, например, использовать варенье 2 ч.л. 3 раза в день. У «сладкоежек», к которым принадлежит данная пациентка, полностью исключить сладости в начале лечения не представляется возможным. Это, как правило, приводит к гипогликемическим состояниям.
 5. Увеличить количество пищевых волокон в рационе за счет овощей и фруктов (до 800 г/сут), что позволит уменьшить запоры; к тому же увеличится содержание витаминов С и Р – важнейших пищевых антиоксидантов.
 6. Увеличить количество свободной жидкости до 1,4 л/сут.
 7. Добавить БАД, содержащие пищевые волокна, пиколинат хрома, гарцинию камбоджийскую.
 8. Принимать витаминно-минеральные комплексы, не содержащие йод (например, геримакс, пиковит, мультивит).

Проблемно-ситуационная задача №30

Пациентка С., 35 лет, врач, страдающая СД 1-го типа легкой степени, обратилась с просьбой рассчитать для нее химический состав и энергетическую ценность рациона. Ее рост 163 см, масса тела 60 кг.

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса-Бенедикта с учетом фактической массы тела:
 $ВОО = 665 + (9,5 * 60) + (1,8 * 163) - (4,7 * 35) = 665 + 570 + 293,4 - 164,5 = 1364$ ккал.
2. Рассчитываем суточную потребность в энергии, умножая ВОО на КФА, который для женщин I группы интенсивности труда составляет 1,4:
 $1364 * 1,4 = 1910$ ккал.
3. Определяем энергетическую ценность рациона за счет углеводов, зная, что она составляет 50% общей энергетической ценности рациона:
 1910 ккал – 100%
 X ккал – 50%
 $X = (1910 * 50) : 100 = 955$ ккал.
4. Подсчитываем количество углеводов рациона в граммах. Для этого энергетическую ценность рациона за счет углеводов делим на коэффициент 4 (при сгорании 1 г углеводов образуется 4 ккал):
 $955 : 4 = 239$ г.
5. Определяем энергетическую ценность рациона за счет белков (16 – 20% общей энергетической ценности рациона). В связи с тем, что пациентка – работник умственного труда, берем верхнюю границу – 20%:
 1910 ккал – 100%
 X ккал – 20%
 $X = (1910 * 20) : 100 = 382$ ккал.
6. Подсчитываем количество белков в рационе в граммах, для чего энергетическую ценность за счет белков делим на коэффициент 4 (при сгорании 1 г белка образуется 4 ккал):
 382 ккал : 4 = 96 г.
7. Определяем энергетическую ценность рациона за счет жиров (в данном случае 30% общей энергоёмкости):
 1910 ккал – 100%
 X ккал – 30%
 $X = (1910 * 30) : 100 = 573$ ккал.
8. Подсчитываем количество жиров рациона в граммах, для чего энергетическую ценность за счет жиров делим на коэффициент 9 (при сгорании 1 г жира образуется 9 ккал):
 $573 : 9 = 64$ г.

Таким образом, химический состав рациона для данной больницы получился следующим: белки – 96 г, жиры – 64 г, углеводы – 239 г, энергетическая ценность – 1910 ккал. Пациентке был рекомендован ориентировочный суточный набор продуктов, обеспечивающий данный химический состав и энергетическую ценность (табл. 1). Даны разъяснения по замене продуктов по белкам, жирам и углеводам.

Таблица 1

Суточный набор продуктов для пациентки С.

Наименование продуктов	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Хлеб геркулес зерновой	200	20,2	10,8	98,0	578
Крупа гречневая ядрица	50	6,3	1,6	31,5	168
Овощи (капуста, огурцы, томаты и др.)	600	10,8	0,6	28,2	162
Картофель	100	2,0	0,4	16,3	80
Фрукты (яблоки, груши и др.)	200	0,8	0,8	19,6	90
Творог нежирный	150	27,0	0,9	2,7	176
Молоко 1,5%	200	5,7	3,0	9,6	66
Кефир нежирный	200	6,0	0,1	7,6	60
Сметана 20%	20	0,6	4,0	0,6	41
Говядина (кура, рыба)	100	18,6	16,0	-	436
Яйцо 0,5 шт.	24	3,0	2,8	0,2	38
Масло растительное	20	-	20,0	-	180
Конфеты глазированные на ксилите	15	0,2	1,1	12,1	57
Итого		101,2	62,1	226,4	1914

Проблемно-ситуационная задача №31

Пациент Ц., 45 лет, предприниматель, обратился с жалобами на избыточную массу тела, одышку при физической нагрузке, периодически – головные боли. Из анамнеза известно, что до 30 лет при росте 172 см весил 74 кг, занимался в тренажерном зале 3 раза в неделю. В 30 лет начал заниматься бизнесом, прекратил занятия физической культурой и набрал за 3 года 10 кг. Затем купил машину, нанял водителя, таким образом, физическая нагрузка была сведена к

минимуму при большой психоэмоциональной нагрузке. Масса тела постепенно достигла 104 кг. В течение последних трех лет принимает ингибиторы АПФ в связи с наличием артериальной гипертензии.

Мать пациента страдает ожирением, СД 2-го типа, гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца.

Данные осмотра: правильного телосложения, избыточного питания (рост 172 см, масса 104 кг, ИМТ 35,1 кг/м², ОТ 110 см, ОБ 99 см, ОТ/ОБ 1,1 (андроидный тип ожирения). Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 78 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца слегка приглушены, границы относительной сердечной тупости расширены влево на 0,5 см. АД – 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край ее гладкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 13 x 11 x 9 см. Селезенка не увеличена. Поколачивание поясницы безболезненное.

При обследовании (УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, гормоны гипофиза и щитовидной железы, клинический и биохимический анализы крови, маркеры вирусных гепатитов, анализ мочи, копрограмма) обнаружены умеренное увеличение печени с признаками жирового гепатоза, повышение АЛТ в 1,5 раза по сравнению с верхней границей нормы, повышение уровня сахара в крови до 6,5 ммоль/л, общего холестерина о 7,0 ммоль/л, триглицеридов – до 4,7 ммоль/л. Содержанию ЛПНП и ЛПВП – в пределах нормы. Таким образом, имела ГЛП IV типа. По данным ЭКГ – гипертрофия левого желудочка. Маркеры вирусных гепатита в сыворотке крови отрицательные. Гормоны гипофиза и щитовидной железы в пределах нормы. При проведении глюкозотолерантного теста был выявлен диабетический тип сахарной кривой.

Таким образом, у пациента был диагностирован полный метаболический синдром: андроидное ожирение II степени, гипертоническая болезнь II ст., дислипидемия, сахарный диабет 2-го типа, стеатогепатит.

Фактический рацион питания пациента Ц. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациента Ц.

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 7.00					
Булка	100	0,8	0,9	48,1	235
Колбаса твердого копчения	30	6,9	14,7	-	155
Сыр российский	30	6,9	8,7	-	108
Масло сливочное	10	-	8,3	0,1	75
Йогурт 6%	125	6,3	7,5	10,6	138
Чай с сахаром	200/10	-	-	10,0	38
Всего		21,0	40,2	68,8	749
Обед 13.00					
Суп с мясом	250/20	9,1	8,7	14,5	165
Говядина жареная	50	14,4	5,5	-	107
Картофельное пюре с подливой	200/20	4,5	18,1	30,4	298
Компот с сахаром	200/20	0,2	-	27,6	106
Хлеб	50	3,4	0,7	18,8	100
Всего		31,6	33,0	91,3	776
Полдник 16.00					
Йогурт 7,5%	250	12,5	18,7	21,3	284
Шоколад	50	3,3	20,4	24,0	290
Всего		15,8	39,1	45,3	574
Ужин 20.00					
Курица жареная	200	52,6	22,0	-	408
Овощи тушеные	300	3,9	9,0	21,9	183
Хлеб	100	6,8	1,4	37,6	200
Майонез	30	0,8	20,1	0,8	187
Сок яблочный с сахаром	500	2,0	-	56,5	225
Всего		66,1	52,5	116,8	1611
Итого		143,5	164,8	322,2	3710

Таблица 2

Химический состав фактического рациона питания пациента Ц. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым лечебным рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	144	165	322	3710
Физиологическая норма*	65	70	303	2100
Рекомендуемый лечебный рацион (в фазе похудения)	103	59	278	2059

I группа интенсивности труда, см. прил. 1.

Анализ фактического рациона питания пациента Ц.

1. Энергетическая ценность превышает норму на 77% (3710 ккал вместо 2100 ккал).
2. 59% калорийности рациона приходится на вечернее время (полдник и ужин).
3. Количество белков примерно в 2 раза выше нормы (144 г вместо 70 г), преимущественно за счет животных (103,6 г вместо 35 г).
4. Энергетическая ценность суточного рациона за счет белков несколько выше нормы (16% при норме РФ 11-12%, норме ВОЗ 10-15 %):
 $144 \text{ г} * 4 \text{ ккал} = 576 \text{ ккал}$
 $3710 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $576 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$
 $X = 16\%$.
5. Количество жиров в 2,3 раза превышает норму (165 г вместо 70 г), из них 57 % (94,1 г) составляют животные жиры, содержащие насыщенные жирные кислоты.
6. Энергетическая ценность суточного рациона за счет жиров значительно превышена (40% вместо 30%):
 $165 \text{ г} * 9 \text{ ккал} = 1485 \text{ ккал}$
 $3710 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $1485 \text{ ккал} - X$
 $X = 40\%$.
7. Количество холестерина в суточном рационе составляет 443 мг, что выше рекомендуемой нормы (до 300 мг/сут).
8. Общее количество углеводов несколько выше нормы (322 г вместо 303 г). Количество простых углеводов составляет 150 г, т.е. почти половину (46,6%) всех углеводов рациона (при норме не более 10%).
9. Энергетическая ценность суточного рациона за счет углеводов значительно снижена (34,7% вместо 50-60%):
 $322 \text{ г} * 4 \text{ ккал} = 1288 \text{ ккал}$
 $3710 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $1288 \text{ ккал} - X$
 $X = 34,7\%$.
10. Изменено соотношение между белками, жирами и углеводами – 1 : 1,1 : 2,2 (норма 1 : 1,1 : 4,1) за счет избытка белков и жиров.

Расчет энергетической ценности и химического состава рекомендуемого пациенту Ц. рациона питания

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса-Бенедикта с учетом фактической массы тела:
 $ВОО = 66,5 + (13,7 * 104) + (5,0 * 172) - (6,8 * 45) = 66,5 + 1424,8 + 860 - 306 = 2045 \text{ ккал}$.
2. Рассчитываем суммарный расход энергии. Для этого величину основного обмена умножаем на коэффициент физической активности. При малоподвижном образе жизни при ожирении он составляет 1,3:

2045 ккал * 1,3 = 2659 ккал.

3. Определяем энергетическую ценность рекомендуемой умеренно гипокалорийной диеты, уменьшая суммарный расход энергии на 600 ккал: 2659 – 600 = 2059 ккал.

4. Рассчитываем количество белков в рационе, принимая калорийность за счет белков за 20% (гиперпротеиновая диета в фазе похудения):

2059 ккал – 100% ЭЦ

X ккал – 20% ЭЦ

X = 412 ккал

412 ккал : 4 = 103 г.

5. Рассчитываем количество жиров в рационе, принимая калорийность за счет жиров за 26%:

2059 ккал – 100% ЭЦ

X ккал – 26%

X = 535 ккал

535 ккал : 9 = 59 г.

6. Рассчитываем количество углеводов в рационе, принимая калорийность за счет углеводов за 54%:

2059 ккал – 100% ЭЦ

X ккал – 54% ЭЦ

X = 1112 ккал

1112 ккал : 4 = 278 г.

Итого: белки – 103 г, жиры – 59 г, углеводы – 278 г, энергетическая ценность – 2059 ккал.

Суточный набор продуктов для пациента Ц. представлен в табл. 3

Таблица 3

Суточный набор продуктов для пациента Ц.

Наименование продуктов	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Хлеб геркулес зерновой	200	20,2	10,8	98,0	578
Крупа гречневая ядрица	50	6,3	1,6	31,5	168
Овощи (капуста, огурцы, томаты и др.)	600	10,8	0,6	28,2	162
Картофель	100	2,0	0,4	16,3	80
Фрукты (яблоки, груши и др.)	200	0,8	0,8	19,6	90
Творог нежирный	150	27,0	0,9	2,7	176
Молоко 1,5%	200	5,7	3,0	9,6	66
Кефир нежирный	200	6,0	0,1	7,6	60
Сметана 20%	20	0,6	4,0	0,6	41
Говядина (кура, рыба)	100	18,6	16,0	-	436
Яйцо 0,5 шт.	24	3,0	2,8	0,2	38
Масло растительное	15	-	15,0	-	135
Конфеты глазированные на ксилите 4 шт.	60	0,7	4,5	48,4	229
Итого		101,7	60,5	262,7	2041

Рекомендации по питанию и образу жизни пациенту Ц.

1. Уменьшить энергетическую ценность рациона до 2000 – 2100 ккал.
2. Перераспределить энергетическую ценность рациона в соответствии с нормой, исключив переедание в вечерние часы (ужин – не более 25-35% ЭЦ).
3. Ограничить жиры за счет животных.
4. Исключить продукты, богатые холестерином (икра, субпродукты, желтки яиц и др.), ограничить употребление продуктов, содержащих холестерин (убирать кожу с кури, вместо майонеза использовать оливковое масло, употреблять нежирные молочные продукты).
5. Уменьшить количество говядины, кури до 100 г в день, отдавать предпочтение рыбе. Не жарить, а отваривать либо запекать в духовке или аэрогриле.
6. Ограничить количество поваренной соли до 6 г, пользоваться заменителями соли.
7. Исключить простые углеводы в свободном виде (сахар, варенье, конфеты и др.) Использовать специальные продукты для больных диабетом (конфеты, джемы на ксилите).
8. Увеличить физическую активность: ходить пешком не менее 30 мин в день.
9. Взвешиваться ежедневно, измерять объем талии 1 раз в неделю, вести пищевой дневник.
10. Принимать пищевые волокна, витаминно-минеральный комплекс, гепатопротекторы.

Проблемно-ситуационная задача №22

Пациентка И., 38 лет, артистка театра, обратилась за рекомендациями по питанию. Активных жалоб со стороны внутренних органов не предъявляла.

Из анамнеза известно, что в течение последних 6 лет у нее периодически (1 раз в 3-4 месяца) возникали приступы почечной колики. В нескольких результатах УЗИ за эти годы отмечалось наличие песка в почках. В анализах мочи наблюдался сдвиг pH в сторону ощелачивания (pH 7,0) и наличие фосфата кальция. Клинический и биохимический анализы крови – в пределах нормы.

Данные осмотра: правильного телосложения, удовлетворительного питания (рост 170 см, масса тела 63 кг, ИМТ 21,8 кг/м²). Кожные покровы чистые, обычной окраски. Со стороны сердечно-сосудистой, бронхолегочной, пищеварительной систем – без особенностей. Поколачивание поясницы безболезненное с обеих сторон.

При анализе фактического питания удалось выяснить, что пациентка является младовегетарианкой, практически не употребляет мясо, мясопродукты, рыбу и птицу. Химический состав и энергетическая ценность ее фактического рациона примерно соответствовала физиологической норме, но имелся дефицит белков животного происхождения (35% вместо 50% общего количества белков). Пациентка питается овощами, фруктами, зерновыми продуктами, а в качестве источника животного белка использует куриные яйца и молочные продукты. Таким образом, в рационе имеется значительное преобладание продуктов с высокой щелочностью и мало продуктов с высокой кислотностью. Это явилось причиной сдвига pH мочи в щелочную сторону и развития фосфатурии.

Было рекомендовано включить в рацион продукты, которые содержат много кислых валентностей (орехи, семечки подсолнуха, подсолнечное или пальмовое масло вместо оливкового, изделия из пшеницы и ржи, кукурузу, ячменную крупу, соевые продукты, кальмаров, раков, говядину, кури, плавленые сыры, мороженое, клюкву, гранаты, морковь, зеленый горошек), и ограничить употребление продуктов, являющихся источником щелочных валентностей (цитрусовые, ананасы, хурму, персики, арбузы, малину, маслины, оливковое масло, манго, капусту белокачанную, кольраби, брокколи, чечевицу).

Через 6 мес соблюдения рекомендованной диеты показатели анализа мочи нормализовались, приступы почечной колики прекратились. По данным УЗИ микролиты в почках отсутствовали.

Проблемно-ситуационная задача ер №33.

Пациент Д., 29 лет, инженер, предъявлял жалобы на дефицит массы тела, слабость, постоянное чувство голода. В последний год стал часто болеть простудными заболеваниями. Страдает в течение 3 лет хроническим гломерулонефритом, год назад была диагностирована хроническая почечная недостаточность, было рекомендовано ограничить белки и поваренную соль, назначена диета №7б.

При росте 192 см весил 81 кг (ИМТ 22,0 кг/м²). На фоне малобелковой диеты за год постепенно похудел до 66 кг (ИМТ 17,9 кг/м², ОП 24 см, ОМП 21,5 см, КЖСТ 8,5 мм).

В анализах крови обращало на себя внимание снижение альбуминов до 30 г/л, по данным пробы Реберга выявлено снижение клубочковой фильтрации до 65 мл/мин. В анализе мочи – единичные эритроциты в поле зрения, плоский эпителий – 2-3, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, уд.масса 1,020, реакция слабощелочная. Клинический и биохимический анализы крови – в пределах нормы.

Диагноз: белково-энергетическая недостаточность легкой степени. Хронический гломерулонефрит вне обострения. Хроническая почечная недостаточность I ст.

Фактический рацион питания пациента Д. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациента Д.

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
-------------------	----------	----------	---------	-------------	-------------------------------

Завтрак 8.00						
Пудинг из саго с яблоками	245/20	4,4	13,8	67,9	418	
Чай с сахаром	200/10	-	-	10,0	38	
Всего		4,4	13,8	77,9	456	
Второй завтрак 11.00						
Фрукты свежие (груши)	200	0,8	0,6	19,0	84	
Обед 14.30						
Щи из свежей капусты вегетарианские со сметаной 20%	250/10	2,0	2,0	7,5	59	
Говядина отварная	50	12,9	8,4	-	127	
Салат из яблок, чернослива и абрикосов со сметаной 20%	150/30	2,1	6,3	6,3	32	
Кисель клюквенный	200	0,1	-	27,2	108	
Всего		17,1	16,7	41,0	326	
Полдник 16.30						
Сок сливовый	200	0,6	-	32,2	132	
Ужин 19.30						
Плов из саго с фруктами	250	0,9	7,5	77,4	378	
Омлет паровой	115	11,7	12,3	3,0	169	
Чай с сахаром	200/10	-	-	10,0	38	
		12,6	19,8	90,4	585	
На весь день:						
Хлеб безбелковый из кукурузного крахмала	200	1,6	18,8	103,2	586	
Масло сливочное	20	0,1	16,5	0,2	150	
Итого		37,2	86,2	363,9	2319	

Рекомендуемая масса тела по формуле Европейской ассоциации диетологов:
 $PMT = P - 100 - [(P - 152) * 0,4] = 192 - 100 - [(192 - 152) * 0,4] = 192 - 100 - (40 * 0,4) = 192 - 100 - 16,0 = 76$ кг. Дефицит массы тела (ДМТ) = $76 - 66 = 10$ кг (13,2%).

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта:
 $ВОО = 66,5 + (13,7 * 66) + (5 * 192) - (6,8 * 29) = 66,5 + 904,2 + 960 - 197,2 = 1734$ ккал.
2. Рассчитываем расход энергии по формуле РЭ = $ВОО * ФА * ДМТ = 1734 * 1,4 * 1,1 = 2670$ ккал. Коэффициент физической активности составляет 1,4, так как пациент относится к I группе интенсивности труда; ДМТ составляет 1,1, так как дефицит массы тела не превышает 20%.
3. Определяем количество белков в граммах, учитывая показатель клубочковой фильтрации, который снижен незначительно (65 мл/мин). В данном случае количество белков может составлять 0,8 г/кг в сутки:
 $76 * 0,8 = 60,8$ г (61 г).
4. Определяем количество энергии за счет белков: $61 * 4 = 244$ ккал.
5. Определяем количество жиров в граммах из расчета 1,1 г/кг в сутки:
 $76 * 1,1 = 83,6$ г (84 г).
6. Рассчитываем энергетическую ценность рациона за счет жиров, умножая количество жиров в граммах на их калорический коэффициент (9 ккал/г):
 $84 * 9 = 756$ ккал.
7. Определяем энергетическую ценность рациона за счет углеводов, вычитая из общей ЭЦ рациона ЭЦ за счет белков и жиров:
 $2670 - 244 - 756 = 1670$ ккал.
8. Определяем количество углеводов в граммах:
 $1670 \text{ ккал} : 4 = 417,5$ г (418 г).

Таблица 2

Химический состав фактического рациона питания пациента Д. в сравнении с рекомендуемым рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	37	86	364	2319
Рекомендуемый рацион	61	84	418	2670

Особенности фактического рациона питания пациента Д.

1. Энергетическая ценность рациона ниже рекомендуемой на 13,4% (2319 ккал вместо 2670 ккал), что явилось причиной постепенного снижения массы тела.
2. Количество белков меньше рекомендуемой величины на 39% (37 г вместо 61 г), что привело к сокращению мышечной массы, снижению иммунитета.
3. Количество жиров примерно соответствует рекомендуемой величине.
4. Количество углеводов ниже рекомендуемого на 13% (364 г вместо 418 г).

Рекомендации по питанию пациенту Д.

Увеличить количество белков на 24 г, углеводов – на 54 г, энергетическую ценность – на 351 ккал. Для этого добавить к фактическому рациону питания 100 г отварной трески, 100 г нежирного кефира и 190 г вишневого мусса с набухающим крахмалом (табл.3).

Таблица 3

Коррекция фактического рациона питания пациента Д.

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	37,2	86,2	363,9	2319
Дополнительно:				
Треска отварная 100 г	17,8	0,7	-	78
Кефир нежирный 100 г	3,0	-	3,8	56
Вишневое пюре-мусс с набухающим крахмалом 190 г	1,2	0,1	52,3	212
Итого	59,2	87,0	420,0	2665

Данный клинический пример отражает типичные ошибки. Прежде всего, это касается белковой части рациона. Общее количество белков рекомендованной диеты соответствовало групповой диете №76. Однако групповые диеты рассчитаны на стандартных людей. В данном случае не был учтен высокий рост пациента (192 см), его молодой возраст (29 лет), что диктовало необходимость увеличения количества энергии и нутриентов (таким образом, не было индивидуализации питания). Незначительное снижение клубочковой фильтрации (65 мл/мин) позволяло ограничить белки до 0,8 г/кг в сутки, т.е. до 60 г, а не до 40 г в сутки. Недостаток белков на фоне дефицита энергии привел к уменьшению массы тела не только за счет жира, но и за счет мышц, а также к снижению иммунитета и частым простудным заболеваниям.

Проблемно-ситуационная задача №34.

Пациент Ю., 41 года, официант ресторана, жаловался на периодические боли в пояснице (иногда – приступы почечной колики), познабливание, ночное мочеиспускание (2 – 3 раза), слабость. В течение 12 лет страдает мочекаменной болезнью (оксалаты), хроническим пиелонефритом. Наблюдается и лечится у уролога.

Данные осмотра: пациент правильного телосложения, удовлетворительного питания (рост 171 см, масса тела 73 кг, ИМТ 24,4 кг/м²). Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пульс 72 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные. АД 130/80 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно – ясный легочный звук. Поколачивание поясницы безболезненное с обеих сторон.

Данные обследования: клинический анализ крови – снижение гемоглобина до 115 г/л, остальные показатели в норме. Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, уд. масса 1,012, реакция слабощелочная, оксалаты (++) , лейкоциты 4-8 в поле зрения, эпителий плоский – единичный в поле зрения, слизь (++) , бактерии (+). УЗИ: расширение чашечно-лоханочной системы с обеих сторон, конкремент левой почки диаметром 8 мм. Проба Адисса – Каковского – увеличение

количества лейкоцитов до 3,2 млн. В биохимическом анализе крови обращало на себя внимание повышение мочевины и креатинина (0,4 ммоль/л). Проба Реберга выявила снижение клубочковой фильтрации до 40 мл/мин.

Таким образом, у больного с мочекаменной болезнью и хроническим пиелонефритом развилась хроническая почечная недостаточность II стадии.

При анализе фактического рациона питания было выявлено, что больной употребляет белков – 105 г, жиров – 102 г, углеводов – 370 г; энергетическая ценность – 2818 ккал (физиологическая норма для мужчины 41 года, II группы интенсивности труда: белки – 72 г, жиры – 83 г, углеводы – 366 г, ЭЦ – 2500 ккал).

Особенности фактического питания пациента Ю.

1. Количество белков превышало физиологическую норму на 46% (105г вместо 72 г).

2. Энергетическая ценность рациона за счет белков составила 14,9% вместо 11-12% по нормам РФ:

2818 ккал – 100% ЭЦ

420 ккал – X

$X = 420 * 100 : 2818 = 14,9\%$.

3. Количество жиров выше нормы на 23% (102 г вместо 83 г). Растительные жиры составляли примерно 1/3 от общего количества жиров.

4. Энергетическая ценность рациона за счет жиров составила 32,6%, что несколько выше нормы (30%):

$102 \text{ г} * 9 \text{ ккал} = 918 \text{ ккал}$

2818 ккал – 100%

918 – X

$X = 918 * 100 : 2818 = 32,6\%$.

5. Количество углеводов в граммах примерно соответствовало норме.

6. Энергетическая ценность рациона за счет углеводов составила 52,5%, что соответствовало норме (50-60%):

$370 \text{ г} * 4 = 1480 \text{ ккал}$

2818 ккал – 100%

1480 ккал – X%

$X = 1480 * 100 : 2818 = 52,5\%$.

7. Энергетическая ценность рациона была выше нормы на 13% за счет белков и жиров.

8. Было изменено соотношение белков, жиров и углеводов (1 : 1 : 3,7 при норме 1 : 1,2 : 5) за счет избытка белков и жиров.

Расчет химического состава рекомендуемого пациенту Ю. рациона питания

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса-Бенедикта:

$ВОО = 66,5 + (13,7 * 73) + (5 * 171) - (6,8 * 41) = 66,5 + 1000,1 + 855 - 278,8 = 1643 \text{ ккал}$.

2. Рассчитываем расход энергии по формуле РЭ = ВОО * ФА = 1643 * 1,6 = 2629 ккал. Коэффициент физической активности составляет 1,6, так как пациент относится ко II группе интенсивности труда.

3. Определяем количество белков в граммах, учитывая показатель клубочковой фильтрации, который снижен до 40 мл/мин. В данном случае количество белков может составлять 0,6 г/кг в сутки:

$73 \text{ кг} * 0,8 = 58,4 \text{ г} (58 \text{ г})$.

4. Определяем количество энергии за счет белков: $58 * 4 = 232 \text{ ккал}$.

5. Определяем количество жиров в граммах из расчета 1,1 г/кг в сутки:

6. Рассчитываем энергетическая ценность рациона за счет жиров, умножая количество жиров в граммах на их калорический коэффициент (9 ккал/г):

$80 * 9 = 720 \text{ ккал}$.

7. Определяем энергетическую ценность рациона за счет углеводов, вычитая из общей ЭЦ рациона ЭЦ за счет белков и жиров:

$2629 - 232 - 720 = 1977 \text{ ккал}$.

8. Определяем количество углеводов в граммах:

$1977 \text{ ккал} : 4 = 494,3 \text{ г} (494 \text{ г})$.

Фактический рацион питания пациента Ю. представлен в табл. 1.

Таблица 1

Химический состав фактического рациона питания пациента Ю. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	105	102	370	2818
Физиологическая норма*	72	83	366	2500
Рекомендуемый рацион	58	80	494	2629

* Групповая норма для мужчин 40-59 лет, II группа интенсивности труда (см.прил. 1).

Пациенту Ю. был рекомендован продуктовый набор, обеспечивающий рекомендуемый химический состав лечебного рациона, в котором практически в 2 раза было уменьшено количество белков по сравнению с фактическим рационом и увеличено количество углеводов выше физиологической нормы, что обеспечит должную энергетическую ценность рациона. Количество жиров в лечебном рационе соответствовало норме.

Данный клинический пример демонстрирует типичную ошибку: избыток белка в рационе пациента с патологией почек, что давало повышенную нагрузку на почки и в определенной мере способствовало прогрессированию хронической почечной недостаточности.

Проблемно-ситуационная задача №35

Пациент К., 39 лет с детства отмечает жидкий стул 3-6 раз в день без патологических примесей. Многократно обследовался и лечился у гастроэнтерологов с диагнозом: синдром раздраженной кишки с поносами, дисбактериоз кишечника. Лечение не приносило желаемого результата. С подросткового возраста страдает бронхиальной астмой и атопическим дерматитом с преимущественным поражением кистей рук. Жалобы не связывал с употреблением каких-либо продуктов.

После исключения целиакии (анализ крови на антитела к глиадину и эндомизию, ФГДС с биопсией слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки) и воспалительных заболеваний кишечника (ФКС и осмотром подвздошной кишки и множественной биопсией), ферментативной недостаточности (копрограмма, анализ кала на эластазу) больной сдал анализы крови на антитела Ig E и IgG к пищевым продуктам. Был выявлен максимально высокий титр IgG (+4) к четырем продуктам: коровьему молоку, пшенице, яичному белку, йогурту; высокий титр (+3) к шести продуктам: яичному желтку, овсу, меду, сыру, кунжуту, сливе; умеренный (+2) и низкий титр (+1) – еще к двадцати пищевым продуктам.

Пациент исключил из рациона все тридцать непереносимых продуктов. На фоне элиминационной диеты постепенно нормализовалась частота стула, стали реже, а через полгода прошли приступы бронхиальной астмы, исчезли явления атопического дерматита. Поскольку была выявлена аллергия на коровье и козье молоко, во избежание дефицита кальция пациент получал биологически активные добавки к пище, содержащие кальций.

Данный пример демонстрирует аллергический энтероколит, который не был диагностирован в течение многих лет, а также полисиндромность поражения при пищевой аллергии: наличие у больного кожных проявлений и бронхиальной астмы.

Проблемно-ситуационная задача №36

Больной Д., 22 лет, в течение 10 лет страдал тяжелой формой угревой болезни. Многократно лечился у дерматологов, в косметологических центрах, однако лечение было практически безуспешным, после чего был направлен на консультацию к гастроэнтерологу. При обследовании диагностированы хронический гастрит, ассоциированный с Helicobacter pylori, и лимблиоз. После лечения данных заболеваний состояние кожи несколько улучшилось, но выздоровления достичь не удалось. Необходимо было продолжить поиск причины заболевания. Отсутствие четкой связи кожных проявлений с приемом пищи позволило исключить истинную пищевую аллергию и псевдоаллергию, а для диагностики замедленной (скрытой) пищевой аллергии было назначено исследование крови на антитела IgG к пищевым продуктам. В результате которого было выявлено антитела IgG к четырем продуктам: молоку, дрожжам, семенам подсолнуха (соответственно, к подсолнечному маслу) и фасоли. Через месяц после исключения из рациона данных продуктов и местного лечения угри на коже практически исчезли, остались небольшие рубчики.

Проблемно-ситуационная задача №37

Пациентка О., 48 лет, жаловалась на избыточную массу тела, головные боли, шум в ушах, экстрасистолию, которая плохо поддавалась медикаментозному лечению, слизистые выделения из носоглотки, небольшой кашель с умеренным количеством слизистой мокроты. Жалобы не связывала с приемом каких-либо продуктов. Аллергических реакций на лекарственные препараты, прививки не было. Исследование крови на антитела к пищевым продуктам выявило высокий титр IgG к пшенице. Пациентка полностью исключила из рациона пшеницу и содержащие ее продукты. На 4-й день диетотерапии появилось обильное мочеиспускание, за сутки похудела на 4 кг. Затем прекратились головные боли и шум в ушах (со слов больной «прояснилась голова»), постепенно исчезли слизистые выделения из носоглотки и покашливание. Примерно через 2 недели прекратились экстрасистолы.

Проблемно-ситуационная задача №38

Пациентка Н., 54 лет, обратилась с жалобами на появление «пузырей» на коже кистей после приема пищи в последний месяц, неустойчивый стул без патологических примесей, тяжесть в правом подреберье после жирной и жареной пищи. В течение 10 лет страдает дискинезией желчевыводящих путей. Два месяца назад прошла курс эрадикационной терапии по поводу хронического гастрита, ассоциированного с *Helicobacter pylori*.

Ведение пищевого дневника позволило выявить продукты, на которые появилась кожная реакция, - шоколад, сыр, черный чай.

При УЗИ патологических изменений печени не выявлено, в желчном пузыре имелась застойная желчь. Клинический и биохимический анализы крови в пределах нормы. При посеве кала был диагностирован дисбактериоз кишечника (дефицит бифидо- и лактофлоры). Копрограмма – в пределах нормы. В анализе крови антител к пищевым продуктам IgG и IgE не выявлено. Таким образом, у пациентки имела место псевдоаллергическая реакция на пищу, обусловленная, вероятно, дисбактериозом кишечника, который развился после лечения антибиотиками геликобактерного гастрита.

После курса лечения биламиналом и хофитолом на фоне диеты с исключением непереносимых продуктов (продолжительность курса 1 мес) явления псевдоаллергии полностью прошли.

Проблемно-ситуационная задача №39

Пациент Д., 53 лет, директор предприятия, обратился с жалобами на покраснение и шелушение кожи лица, образование уплотнений в коже, неустойчивый стул, метеоризм, ощущение кома в горле. Болен в течение нескольких лет, безуспешно лечился у дерматологов различными мазями, витаминами.

При обследовании выявлены дисбактериоз кишечника (дефицит лактофлоры, рост золотистого стафилококка) и наличие в сыровотке крови антител IgE к томатам, апельсинам, яблокам и IgG к баклажанам, грецким орехам, семени подсолнуха, кунжуту.

Пациенту был проведен курс лечения дисбактериоза и рекомендовано строго исключить из рациона аллергенные продукты. Через 1,5 месяца кожа полностью очистилась, стул нормализовался, метеоризм прошел. Через 2 недели после этого пациент вновь пришел на прием с кожными проявлениями на лице, которые были ярче, чем до начала лечения. Оказалось, что два дня назад он на даче ел шашлык с томатным кетчупом, пил вино. Пришлось повторно разъяснить пациенту необходимость строго исключения непереносимых продуктов из рациона. Употребление томатного кетчупа, особенно вместе с алкоголем, который усиливает всасывание аллергенов из кишечника, спровоцировало обострение симптоматики заболевания. Часто пациенты после исчезновения клинических проявлений самостоятельно начинают использовать запрещенные, но любимые мною продукты.

Проблемно-ситуационная задача №40

Пациентка М., 45 лет, парикмахер, обратилась с жалобами на похудение, слабость, вздутие живота, неустойчивый стул 1-2 раза в день без патологических примесей.

10 месяцев назад перенесла частичную резекцию поперечной ободочной кишки по поводу рака. До операции при росте 165 см, весила 68 кг, после операции постепенно похудела до 49 кг. В связи с похудением был заподозрен рецидив опухоли или появление метастазов.

Сопутствующее заболевание: хронический атрофический гастрит с пониженной секретной функцией желудка, ассоциированный с *Helicobacter pylori*. Успешная эрадикация была проведена 2 года назад.

Данные осмотра: большая правильная телосложения, нормостеник, пониженного питания (рост 165 см, масса тела 49 кг, ИМТ 18,1 кг/м², ОП – 24 см, ОМП – 20,6 см, КЖСТ – 11 мм). Кожа сухая, гипертрофия сосочков языка. Послеоперационный шов на передней брюшной стенке белого цвета, живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и других органов и систем – без особенностей.

Данные обследования. ФГДС – атрофия слизистой оболочки в антральном отделе, НР(-), слизистая оболочка пищевода и двенадцатиперстной кишки без патологии. При ФКС, УЗИ, брюшной полости, рентгенографии легких органической патологии не выявлено. Онкомаркеры крови (РЭА, СА-19 – 9) не повышены. В копрограмме найдены соединительная ткань, мышечные волокна. При посеве кала выявлен рост гемолизирующей кишечной палочки, дефицит лактофлоры. Клинический анализ крови в пределах нормы. В биохимическом анализе крови отмечалось умеренное снижение уровня альбуминов до 33 г/л.

Таким образом, у пациентки имели место белково-энергетическая недостаточность легкой степени, дисбактериоз кишечника.

Фактический рацион питания пациентки М. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациентки М.

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 9.00					
Каша жидкая овсяная	200	4,0	0,9	23,0	126
Кура отварная	50,0	12,6	3,7	-	85
Бифидок 1%	100,0	2,8	1,0	4,5	36
Чай зеленый с молоком 2,5%	200/30	0,8	0,8	1,4	16
Всего		20,2	6,4	28,9	263
Второй завтрак 12.00					
Батон	40	2,9	1,2	20,4	100
Сыр	20	5,3	5,0	-	68
Настой шиповника	200	0,4	-	5,0	22
Всего		8,6	6,2	25,4	190
Обед 15.00					
Суп на овощном бульоне со сливочным маслом	350/5	4,6	3,5	29,4	168
Фрикадельки из говядины	50,0	12,9	8,4	-	127
Винегрет с подсолнечным маслом	100/5	1,8	5,1	11,3	94
Чай с сахаром	200/8	-	-	8,0	30
Всего		19,3	17,0	48,7	419
Ужин 19.00					
Треска отварная	50,0	8,5	0,4	-	39
Макароны отварные с растительным маслом	150/2,5	6,2	3,1	28,5	170
Бифидок 1%	150	4,2	1,5	6,8	54
Всего		18,9	5,0	35,3	263
На весь день					
Мед	20,0	0,2	-	16,0	62
Апельсин	100,0	0,9	0,2	11,3	45
Изюм	10,0	0,2	-	7,0	28
Хлебцы пшеничные	20,0	2,5	0,5	13,0	65
Всего		3,8	0,7	47,3	200
Итого		70,8	35,3	185,6	1335

Рекомендуемая масса тела по формуле Европейской ассоциации нутрициологов:

$RMT = P - 100 - [(P - 152) * 0,4] = 165 - 100 - [(165 - 152) * 0,4] = 165 - 100 - (13 * 0,4) = 165 - 100 - 5,2 = 59,8$. Дефицит массы тела (ДМТ) = 1,5 кг (17,7%).

Расчет химического состава и энергетической ценности рекомендуемого пациентке М. рациона питания

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта:

$ВОО = 665 + (9,5 * 49) + (1,8 * 165) - (4,7 * 45) = 665 + 465,5 + 297 - 211,5 = 1216$ ккал.

2. Рассчитываем суточный расход энергии, используя КФА 1,6, так как пациентка относится ко II группе интенсивности труда, и ДМТ 1,1, так как дефицит массы тела укладывается в диапазон 10-20%:

$РЭ = ВОО * КФА * ДМТ = 1216 * 1,6 * 1,1 = 2140$ ккал.

3. Определяем энергетическую ценность рациона за счет белков, принимая их за 16%:

2140 ккал – 100%

X ккал – 16%

$$X = 2140 \cdot 16 : 100 = 342 \text{ ккал.}$$

4. Рассчитываем количество белков в граммах:

$$342 \text{ ккал} : 4 = 85,5 \text{ г.}$$

5. Определяем энергетическую ценность рациона за счет жиров, принимая их за 30%:

$$2140 \text{ ккал} - 100\%$$

$$X \text{ ккал} - 30\%$$

$$X = 2140 \cdot 30 : 100 = 642 \text{ ккал.}$$

6. Рассчитываем количество жиров в граммах:

$$642 \text{ ккал} : 9 = 71,3 \text{ г.}$$

7. Определяем энергетическую ценность рациона за счет углеводов, принимая их за 54%:

$$2140 \text{ ккал} - 100\%$$

$$X \text{ ккал} - 54\%$$

$$X = 2140 \cdot 54 : 100 = 1155,6 \text{ ккал.}$$

8. Рассчитываем количество углеводов в граммах:

$$1155,6 \text{ ккал} : 4 = 289 \text{ г.}$$

Таблица 2

Химический состав и энергетическая ценность фактического рациона питания пациентки М. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым

рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	71	35	186	1335
Физиологическая норма	63	70	305	2100
Рекомендуемый рацион	86	71	289	2140

Особенности фактического рациона питания пациентки М.:

1. Энергетическая ценность рациона ниже нормы на 36% (1335 ккал вместо 2100 ккал), что явилось причиной постепенного снижения массы тела.
2. Количество белков несколько выше физиологической нормы (71 г вместо 63 г), но ниже рекомендуемой (86 г).
3. Энергетическая ценность суточного рациона за счет белков выше как физиологической нормы (21,3% при норме 11-12%), так и рекомендуемой величины (16%):

$$71 \text{ г} \cdot 4 \text{ ккал} = 284 \text{ ккал}$$

$$1335 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$$

$$284 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$$

$$X = 21,3\%$$

4. Количество жиров в 2 раза ниже физиологической нормы и рекомендуемой величины (35 г вместо 70-71 г).

5. Энергетическая ценность суточного рациона за счет жиров снижена по сравнению с физиологической нормой и рекомендованной величиной (23,6% вместо 30%):

$$35 \text{ г} \cdot 9 \text{ ккал} = 315 \text{ ккал}$$

$$1335 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$$

$$315 \text{ ккал} - X$$

$$X = 23,6\%$$

6. Количество углеводов снижено на 39% по сравнению с физиологической нормой (186 г вместо 305 г), и на 36% - с рекомендуемой величиной (289 г).

7. Энергетическая ценность суточного рациона за счет углеводов соответствует норме (55,7% при норме 50-60%):

$$186 \text{ г} \cdot 4 \text{ ккал} = 744 \text{ ккал}$$

$$1335 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$$

$$744 \text{ ккал} - X$$

$$X = 55,7\%$$

8. Изменено соотношение между белками, жирами и углеводами – 1 : 0,5 : 2,6 (норма 1 : 1,1 : 4,8 для II группы интенсивности труда) прежде всего за счет недостатка жиров, а так же углеводов.

Рекомендации по питанию и лечению пациентке М.

1. Увеличить энергетическую ценность, а также количество нутриентов согласно расчетным данным путем добавления к фактическому рациону нескольких продуктов (табл. 3).

Таблица 3

Коррекция фактического рациона питания пациентки М.

	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Всего в фактическом рационе		70,8	35,3	185,6	1335
Рекомендуется добавить:					
Творог 9%	50	8,4	4,5	1,0	79
Хлеб пшеничный	50	4,1	0,7	18,1	98
Орехи фундук	15	2,4	10,0	1,7	106
Масло растительное	20	-	20,0	-	180
Зефир 3 шт.	100	0,8	-	78,3	304
Мед	10	0,1	-	8,0	31
Итого (с добавками)		86,6	70,5	292,7	2133

2. Использовать полиферментные препараты во время еды для улучшения гидролиза нутриентов, прежде всего белков, в связи со снижением секреторной функции желудка (в копрограмме – креаторея).

3. Назначить витаминно-минеральный комплекс.

4. Провести коррекцию дисбактериоза кишечника (эубиотик, затем – препараты лактофлоры и пребиотики).

Данный пример иллюстрирует достаточно частое заблуждение: похудение пациента, перенесшего операцию по поводу злокачественной опухоли, объясняется, как правило, наличием онкологического процесса. Безусловно, в таких случаях необходимо тщательное обследование для исключения онкопатологии. Однако анализ фактического рациона питания часто помогает установить реальную причину снижения массы тела – дефицит энергии и нутриентов.

У пациентки не был резецирован желудок или часть тонкой кишки, что обычно приводит к мальдигестии и мальабсорбции, поэтому в данном случае можно было решить проблему пищевой поддержки без использования парентерального питания или энтеральных смесей. В первый месяц пациентка прибавила 3,5 кг, затем в течение полугода поправилась до 57 кг. Эта масса сохранялась 4 месяца, после чего за 5 месяцев пациентка поправилась еще на 3 кг. В настоящее время пациентка полностью удовлетворена массой тела 60±1 кг, уменьшила количество простых углеводов за счет меда.

Проблемно-ситуационная задача №41

Пациентка Г., 50 лет, инженер, обратилась с просьбой дать ей рекомендации по питанию в связи с избыточной массой тела. Активных жалоб со стороны внутренних органов не было. Отмечает запоры по 3 дня, кал – без патологических примесей.

Из анамнеза известно, что при росте 163 см в молодости весила 60 кг. После родов (в 22 года и в 28 лет) прибавила в общей сложности 20 кг. Использовала дважды в течение месяца очень низкокалорийные диеты для похудения, но после их отмены масса возвращалась к исходному уровню. Пациентка много ходит пешком, два раза в неделю посещает бассейн. Два года назад после стресса (смерть сестры) развилась злокачественная опухоль левой молочной железы. Была удалена молочная железа, проведен курс химиотерапии. Во время лечения пациентка похудела до 72 кг, затем вновь появился хороший аппетит, масса тела увеличилась до 83 кг.

Родители пациентки имеют избыточную массу тела. В семье всегда царил культ еды: было много вкусной высококалорийной пищи (жареное мясо, копчености, пироги, варенье, соленья и маринады и др.)

Данные осмотра: правильного телосложения, избыточного питания, кожа чистая, обычной окраски. Преимущественное отложение жира – на ягодицах и

бедрах (гиноидный тип ожирения). Рост 163 см, масса 83 кг, ИМТ 31,2 кг/м², ОТ 94 см, ОБ 120 см, ОТ/ОБ 0,78. Со стороны внутренних органов – без особенностей.

При обследовании (клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, анализ крови на гормоны гипофиза и щитовидной железы, ЭКГ, онкомаркеры крови, ФКС, копрограмма) отклонений от нормы не было выявлено.

Таким образом, у пациентки, перенесшей операцию по поводу рака левой молочной железы, было выявлено алиментарно-конституциональное ожирение I степени. Алиментарный запор.

Фактический рацион питания пациентки Г. представлен в табл. 1-3

Таблица 1

Фактический рацион питания пациентки Г. (белки, жиры, углеводы, ЭЦ)

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 8.00					
Творог «Активиа»	130	7,7	5,9	4,8	103
Батон нарезной из муки пшеничной в/с	50	3,8	1,5	25,4	132
Масло сливочное	5	-	4,1	-	37
Ветчина	50	11,3	10,5	-	140
Ватрушка с творогом	100	5,3	2,1	61,0	284
Кофе с сахаром (2 ч.л.)	200/16	-	-	16,0	61
Всего		28,1	24,1	107,2	757
Обед 13.00					
Салат рыбный (с треской копченой)	200	9,6	31,8	11,8	374
Свинина жареная (эскалоп)	100	18,0	32,6	-	365
Картофель жареный на сливочном масле	200	7,6	30,2	65,4	566
Огурцы соленые	100	0,8	0,1	1,6	13
Хлеб ржаной	100	6,6	1,2	35,3	181
Чай с клубничным вареньем	200/20	0,1	-	14,2	54
Всего		42,7	95,9	128,3	1553
Ужин 19.00					
Салат из свежих овощей с растительным маслом	300/17	3,3	17,6	11,4	222
Бефстроганов из говядины	100	18,0	14,3	6,6	228
Каша гречневая со сливочным маслом	145/10	8,9	9,5	45,5	312
Пироги печеные с мясом	200	26,2	15,0	82,4	568
Чай с клубничным вареньем	200/20	0,1	-	14,2	54
Всего		56,5	56,4	160,1	1384
Итого		127,3	176,4	395,6	3694

Таблица 2

Фактический рацион питания пациентки Г. (пищевые волокна, холестерин)

Наименование блюд	Масса, г	Клетчатка, г	Холестерин, мг
Завтрак 8.00			
Творог «Активиа»	130	-	12,5
Батон нарезной из муки пшеничной в/с	50	0,5	-
Масло сливочное	5	-	-
Ветчина	50	-	30
Ватрушка с творогом	100	0,2	7
Кофе с сахаром (2 ч.л.)	200/16	-	-
Всего		0,7	49,5
Обед 15.00			
Салат рыбный	200	1,4	30
Свинина жареная (эскалоп)	100	-	70
Картофель жареный на сливочном масле	200	2,0	27
Огурцы соленые	100	0,7	-
Хлеб ржаной	100	1,1	-
Чай с клубничным вареньем	200	0,2	-
Всего		5,4	127
Ужин 20.00			
Салат из свежих овощей с растительным маслом	300/17	2,4	-
Бефстроганов из говядины	100	-	123
Каша гречневая со сливочным маслом	145/10	0,6	-
Хлеб ржаной	150	1,7	-
Пироги печеные с мясом	200	0,3	20
Чай с клубничным вареньем	200/20	0,2	-
Всего		5,2	143
Итого		11,3	319,5

Таблица 3

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	127	176	396	3694
Физиологическая норма	58	60	257	1800
Рекомендуемый рацион	57	47	216	1517

Расчет химического состава и энергетической ценности рекомендуемого пациентке М. рациона питания

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта:

$$ВОО = 665 + (9,5 * 83) + (1,8 * 163) - (4,7 * 50) = 665 + 788,5 + 293,4 - 235 = 1512 \text{ ккал.}$$

2. Рассчитываем суточный расход энергии, используя КФА 1,4, так как пациентка относится к I группе интенсивности труда:

$$РЭ = ВОО * КФА = 1512 * 1,4 = 2117 \text{ ккал.}$$

Если пациентка будет употреблять такое количество энергии, то будет сохранять имеющуюся массу тела. Для похудения необходимо создать дефицит энергии 600 ккал:

$$2117 \text{ ккал} - 600 \text{ ккал} = 1517 \text{ ккал}$$

3. Определяем энергетическую ценность рациона за счет белков, принимая их за 15%:

$$1517 \text{ ккал} - 100\%$$

$$X \text{ ккал} - 16\%$$

$$X = 228 \text{ ккал.}$$

4. Рассчитываем количество белков в граммах:

$$228 \text{ ккал} : 4 = 57 \text{ г.}$$

- Определяем энергетическую ценность рациона за счет жиров, принимая их за 28%:
1517 ккал – 100%
X ккал – 28%
 $X = 1517 * 28 : 100 = 425$ ккал.
- Рассчитываем количество жиров в граммах:
425 ккал : 9 = 47 г.
- Определяем энергетическую ценность рациона за счет углеводов, принимая их за 57%:
1517 ккал – 100%
X ккал – 57%
 $X = 1517 * 57 : 100 = 865$ ккал.
- Рассчитываем количество углеводов в граммах:
865 ккал : 4 = 216 г.

Дефекты фактического рациона питания пациентки М.

- Энергетическая ценность рациона в 2 раза выше физиологической нормы (3694 ккал вместо 1800 ккал), что способствовало развитию ожирения даже на фоне достаточной физической активности.
- Количество жиров превышает норму в 3 раза (176 г вместо 60 г), в основном за счет жиров животного происхождения.
- Уровень холестерина несколько выше рекомендуемого (319,5 мг вместо 300 мг и ниже).
- Количество белков в 2,2 раза выше нормы (127 г вместо 58 г), в основном за счет белков животного происхождения.
- Избыток углеводов составляет 54%, т.е. в 1,5 раза выше нормы (396 г вместо 257 г), в том числе моно- и дисахаридов (65 г вместо 26 г)
- Имеется дефицит пищевых волокон (11,3 г вместо 20 г), который является причиной запоров. У онкологической больной запоры повышают риск развития вторичной локализации опухоли – толстой кишки.
- Частое употребление жареной, копченой, соленой пищи, что крайне нежелательно в данном случае.
- Отсутствие свежих фруктов и ягод (пациентка их не любит) – причина снижения антиоксидантной защиты организма и дефицита калия.
- Изменено соотношение белки : жиры : углеводы (1 : 1,4 : 3 вместо 1 : 1,1 : 4,1) за счет большого избытка жиров и белков.

Для пациентки был составлен суточный набор продуктов, обеспечивающий рекомендуемую энергетическую ценность и химический состав рациона, рекомендовано исключить жирную высококалорийную пищу (жареное мясо, ветчину, жареный картофель, сливочное масло, пироги), а также соленья и маринады. Употреблять свежие фрукты и овощи, рыбу, хлеб с отрубями и зернами (типа «Английский», «Бурже»). Назначены БАД, содержащие пищевые волокна и ω_3 -жирные кислоты.

Данный клинический пример демонстрирует ряд пищевых факторов риска развития опухолей различной локализации, в первую очередь органов пищеварения, матки, молочной железы.

Проблемно-ситуационная задача №42

Пациентка В., 56 лет, пенсионерка, обратилась с жалобами на избыточную массу тела, одышку при физической нагрузке, боли в позвоночнике и коленных суставах. Ведет малоподвижный образ жизни.

Из анамнеза известно, что при росте 163 см пациентка весила 68 кг. Менопауза – с 49 лет, после чего масса тела стала нарастать и через 7 лет достигла 89 кг. 2 года был перелом лучевой кости в типичном месте, год назад – перелом VI и VII ребер справа (травма случилась в переполненном автобусе). Год назад диагностирована гипертоническая болезнь, по поводу которой принимает нолипрел.

Данные осмотра. Правильного телосложения, избыточного питания, кожные покровы чистые, обычной окраски. Рост 163 см, масса тела 89 кг, ИМТ 33,5 кг/м², объем талии 108 см, объем бедер 115 см, ОТ/ОБ 0,94, т.е. имеется ожирение андроида типа. Пульс 78 уд/мин, ритмичный, не напряжен. Тоны сердца приглушены, небольшой акцент II тона на аорте. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание поясницы безболезненное с обеих сторон.

Данные обследования. Клинический анализ крови. Общий анализ мочи – без патологии. При рентгенографии были выявлены деформирующий артроз коленных суставов и признаки остеопороза. В биохимическом анализе крови обращало на себя внимание снижение содержания ионизированного кальция и умеренное повышение содержания холестерина. На УЗИ – признаки стеатоза печени. Анализ крови на ТГ, Т₃, Т₄, антитела к ТПО – в пределах нормы.

Таким образом, у пациентки был диагностирован остеопороз, ожирение I степени, стеатоз печени, гипертоническая болезнь II ст.

Фактический рацион питания пациентки В. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациентки В.

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Угле-воды, г	Энерге-тическая ценность, ккал	Кальций, мг
Завтрак 9.00						
Каша пшеничная рассыпчатая	200	10,0	0,8	55,4	246	40,0
Батон нарезной	100	7,4	2,9	51,4	250	25,0
Колбаса краковская	50	8,1	22,3	-	233	4,5
Чай с сахаром (2 ч.л.)	200/16	0,4	-	16,0	62	10,2
Конфеты шоколадные	20	0,8	7,9	10,3	113	1,2
Всего		26,7	33,9	133,1	904	80,9
Второй завтрак 11.00						
Йогурт 1,5%	100	5,0	1,5	8,5	70	124,0
Обед 14.30						
Суп овощной на мясо-костном бульоне	400	4,4	6,8	18,4	152	68,0
Гуляш из говядины	125	15,4	15,2	4,9	218	22,0
Макароны отварные	200	8,2	0,8	38,0	196	16,0
Салат овощной с растительным маслом	100/10	1,0	9,9	3,2	106	37,0
Хлеб столичный	75	5,3	0,9	34,4	158	26,0
Чай с сахаром (2 ч.л.)	200/16	0,4	-	16,0	62	10,2
Всего		34,7	33,6	114,9	892	179,2
Полдник 17.00						
Кофе с сахаром (2 ч.л.)	200/16	0,3	1,1	16,2	74	10,3
Пирожки жареные с капустой	75	3,8	8,2	23,7	185	30,0
Всего		4,1	9,3	39,9	259	40,3
Ужин 19.30						
Картофель жареный	200	5,6	19,0	46,8	384	26,0
Камбала жареная	100	18,5	8,6	3,6	166	-
Хлеб столовый	75	5,3	1,9	34,4	158	26,0
Отвар шиповника	200	0,7	-	4,3	22	5,9
Мед 1 ч.л.	9	0,1	-	7,2	28	0,4
Яблоко	150	0,6	0,6	14,7	68	24,0
Всего		30,8	29,5	111,0	826	82,3
Итого		101,3	108,4	407,4	2951	506,7

Расчет химического состава и энергетической ценности рекомендуемого пациентке В. рациона

1. Величина основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта с учетом фактической массы тела:
 $ВОО = 665 + (9,5 * 89) + (1,8 * 163) - (4,7 * 56) = 665 + 845,5 + 293,4 - 263,2 = 1541$ ккал.

2. Энергетическая ценность суточного рациона (действительный расход энергии – ДРЭ):

$ДРЭ = ВОО * ФА = 1541 * 1,3 = 2003$ ккал (фактор активности = 1,3, так как пациентка ведет малоподвижный образ жизни).

3. В связи с наличием ожирения уменьшаем расчетную величину ДРЭ на 600 ккал:

2003 ккал – 600 ккал = 1403 ккал.

4. Энергетическую ценность рациона за счет белков принимаем за 18% ЭЦ рациона в связи с наличием ожирения (гиперпротеиновая диета в фазе похудения):

1403 ккал – 100%

X ккал – 18%

$X = 1403 * 18 : 100 = 253$ ккал.

5. Количество белков в граммах:

$253 : 4 = 63$ г.

6. Энергетическая ценность рациона за счет жиров несколько ниже нормы (28% ЭЦ рациона):

1403 – 100%

X – 28%

$X = 1403 * 28 : 100 = 393$ ккал.

7. Количество жиров в граммах:

$393 : 9 = 44$ г.

8. Энергетическая ценность рациона за счет углеводов (54% ЭЦ рациона):

1403 ккал – 100%

X ккал – 54%

$X = 1403 * 54 : 100 = 758$ ккал.

9. Количество углеводов в граммах:

$758 : 4 = 189$ г.

Таким образом, пациентка должна получать белков – 63 г, жиров 44 г, углеводов – 189 г, энергетическая ценность рациона – 1403 ккал.

Таблица 2

Химический состав фактического рациона питания пациентки В. в сравнении с рекомендуемым лечебным рационом

	Белки, г	Жиры, г	Угле-воды, г	Энергетическая ценность, ккал	Кальций, мг
Фактический рацион	101	108	407	2951	507
Физиологическая норма*	58	60	257	1800	1000
Рекомендуемый лечебный рацион	63	44	189	1403	1200

* I группа интенсивности труда, возраст 40-59 лет (см.прил. 1).

Дефекты рациона питания пациентки В.

1. Энергетическая ценность рациона превышает физиологическую норму на 64% (2951 ккал вместо 1800 ккал).
2. Количество белков выше нормы на 74% (101 г вместо 58 г).
3. Количество жиров выше нормы на 80% (108 г вместо 60 г).
4. Количество углеводов выше нормы на 60% (407 г вместо 257 г).
5. Слишком большое количество энергетической ценности рациона (37%) приходится на ужин и полдник.
6. Содержание кальция ниже нормы примерно в два раза (507 мг вместо 1000 мг).

Рекомендации по питанию пациентке В.

1. Уменьшить энергетическую ценность рациона согласно расчетным данным (1403 ккал).
 2. На ужин употреблять не более 25-30% ЭЦ рациона.
 3. Уменьшить количество белков, жиров и углеводов согласно расчетным данным.
 4. Резко ограничить (или исключить) простые углеводы: сахар, мед и др. Можно использовать подсластители.
 5. Увеличить количество продуктов, богатых кальцием (творог, сыр, капуста белокочанная, брокколи).
 6. Использовать БАД, содержащие кальций и витамин D.
 7. Включить в рацион соевые продукты, содержащие фитостеролы и таким образом препятствующие прогрессированию остеопороза.
- Примерное меню рекомендуемой диеты для пациентки В. представлено в табл. 3

Таблица 3

Примерное меню рекомендуемого пациентке В. рациона питания

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Угле-воды, г	Энергетическая ценность, ккал	Кальций, мг
Завтрак 9.00						
Каша овсяная жидкая с добавлением молока 2,5% 50 г	200	6,0	4,1	28,3	170	102,0
Хлеб «Бурже»	50	3,9	1,3	21,3	115	17,0
Сыр швейцарский	30	8,2	4,3	-	74	312,0
Чай с фруктозой 1 ч.л.	200/8	0,4	-	8,0	32	39,6
Всего		18,5	9,7	57,6	391	470,5
Второй завтрак 11.00						
Йогурт 1,5%	100	5,0	1,5	8,5	70	124,0
Обед 14.30						
Суп овощной на мясокостном бульоне	250	2,7	4,3	11,1	96	41,5
Гуляш из говядины	75	9,2	9,2	2,9	131	13,5
Капуста цветная, запеченная под молочным соусом	150	4,6	9,2	8,3	135	100,0
Салат овощной с растительным маслом	100/10	1,0	9,9	3,2	106	37,0
Петрушка (зелень в салат)	15	0,5	-	1,2	7	36,8
Хлеб столовый формовой	25	1,8	0,3	10,6	54	6,8
Чай с фруктозой 1 ч.л.	200/8	0,4	-	8,0	32	39,6
Всего		20,2	32,9	45,3	561	275,2
Полдник 16.30						
Яблоко	150	0,6	0,6	14,7	68	24,0
Груша	100	0,4	0,3	9,5	42	19,0
Всего		1,0	0,9	24,2	110	43,0
Ужин 18.30						
Вареники ленивые из нежирного творога	100	14,7	1,2	9,9	112	84,0
Курага	10	0,2	-	6,0	25	8,0
Чернослив	10	0,3	-	7,0	28	11,5
Отвар шиповника	200	0,7	-	4,3	22	5,9
Фруктоза 1 ч.л.	8	-	-	8,0	30	0,3
Второй ужин 20.30						
Кефир нежирный	200	5,6	2,0	9,0	60	252
Всего		21,5	3,2	44,2	277	361,7
Итого		66,2	48,2	179,8	1409	1274,5

Данный клинический пример демонстрирует распространенную ситуацию: избыточное питание и дефицит кальция в рационе у лиц старших возрастов – и, кроме того, еще раз подчеркивает необходимость подсчета химического состава рациона. Пациентка ежедневно употребляла молочный продукт (йогурт), который является источником кальция, однако его количество было недостаточным и не вносило существенного вклада в обеспечение суточной потребности в данном макроэлементе.

Проблемно-ситуационная задача № 43

Пациент Е., 53 лет, работник телевидения, обратился с жалобами на избыточную массу тела, боли в коленных суставах и суставах стоп, особенно в области первого пальца правой стопы.

Пациент в возрасте до 40 лет при росте 182 см весил 83 кг. После покупки машины его физическая активность резко уменьшилась, и постепенно за 13 лет масса тела достигла 107 кг. В последние два года появились боли в суставах.

Данные осмотра: правильное телосложения, избыточного питания, кожные покровы чистые, суставы не деформированы. Рост 182 см, масса 107 кг, ИМТ 32,3 кг/м², ОТ 103 см, ОБ 102 см, ОТ/ОБ 1,0. Пульс 72 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца чистые. АД 130/80 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, перкуторно ясный легочный звук. Живот мягкий, безболезненный, печень селезенка не увеличены. Поколачивание поясницы безболезненное с обеих сторон.

При лабораторно-инструментальном обследовании (анализы крови клинический и биохимический, анализ мочи общий, анализ крови на гормоны щитовидной железы, УЗИ брюшной полости, рентгенография суставов стоп и коленных суставов) выявлены повышение содержания мочевой кислоты в сыворотке крови (0,60 ммоль/л), наличие уратов в моче, рентгенологические признаки подагрического артрита, конкременты в почках.

Диагноз: ожирение I степени алиментарно-конституциональное. Подагра (подагрический полиартрит, мочекаменная болезнь).

При анализе питания удалось выявить, что пациент является любителем пива, мясопродуктов, шоколада. Крепкие алкогольные напитки употребляет редко и в небольших количествах. Рацион одного из типичных дней представлен в табл. 1.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациента Е.

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 9.30					
Каша гречневая с сахаром	300/3	9,5	2,5	51,5	271
Масло сливочное (в кашу)	5	-	4,1	-	37
Батон	100	7,8	2,9	51,4	250
Сыр «Сваля» 45%	40	10,6	10,1	-	136
Масло сливочное	20	0,1	16,5	0,1	148
Шоколад молочный	20	1,4	7,1	10,5	109
Кофе с сахаром 3 ч.л.	200/24	0,3	1,1	24,2	104
Всего		29,7	44,3	137,7	1055
Второй завтрак 12.00					
Какао с молоком	200/20	3,8	3,9	25,8	148
Шоколад молочный	20	1,4	7,1	10,5	109
Пирожок печеный с дрожжевого теста с мясом	75	9,7	5,4	28,1	202
Всего		14,9	16,4	64,4	459
Обед 15.00					
Щи из квашеной капусты на мясокостном бульоне	400	3,2	8,4	45,4	112
Картофельное пюре	200	4,4	1,6	28,6	148
Говядина жареная крупным куском	100	28,6	6,2	-	170
Хлеб «Бурже»	100	7,8	2,5	42,6	229
Чай черный с сахаром 3 ч.л.	200/24	0,4	-	24,1	92
Всего		44,4	18,7	140,7	751
Полдник 18.00					
Кофе черный с сахаром	200/24	0,3	1,1	24,2	104
Батон	100	7,8	2,9	51,4	250
Колбаса полукопченая	10	17,1	33,8	-	373
Всего		25,2	37,8	75,6	727
Ужин 21.00					
Каша гороховая	200	11,5	0,8	25,4	157
Масло сливочное	5	-	4,1	-	37
Хлеб ржаной	100	5,6	1,1	43,3	199
Шпроты в масле	50	8,7	16,2	0,2	182
Кофе с сахаром 3 ч.л.	200/24	0,4	1,1	24,2	104
Пиво (в течение вечера)	500	-	-	22,5	335
Всего		26,2	23,3	115,6	1014
Итого		140,4	140,5	534,0	4006

Расчет рекомендуемого пациенту Е. рациона питания

1. Величина основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта:

$$ВОО = 66,5 + (13,7 * 107) + (5 * 182) - (6,8 * 53) = 2082 \text{ ккал.}$$

2. Суточная потребность в энергии для поддержания фактической массы тела = ВОО * КФА, где КФА = 1,3 в связи с тем, что пациент ведет малоподвижный образ жизни:

$$2082 \text{ ккал} * 1,3 = 2707 \text{ ккал.}$$

3. Рекомендуемая энергетическая ценность диеты, необходимой для снижения массы тела (дефицит энергии 600 ккал):

$$2707 \text{ ккал} - 600 \text{ ккал} = 2107 \text{ ккал.}$$

4. Энергетическую ценность рациона за счет белков принимаем за 15%:

$$2107 \text{ ккал} - 100\%$$

$$X \text{ ккал} - 15\%$$

$$X = 2107 * 15 : 100 = 316 \text{ ккал.}$$

5. Количество белков в граммах:

$$316 \text{ ккал} : 4 = 79 \text{ г.}$$

6. Энергетическую ценность рациона за счет жиров принимаем за 28%:

$$2107 \text{ ккал} - 100\%$$

$$X \text{ ккал} - 28\%$$

$$X = 2107 * 28 : 100 = 590 \text{ ккал.}$$

7. Количество жиров в граммах:

$$590 \text{ ккал} : 9 = 65 \text{ г.}$$

8. Энергетическая ценность рациона за счет углеводов принимаем за 57%:

$$2107 \text{ ккал} - 100\%$$

$$X \text{ ккал} - 57\%$$

$$X = 2107 * 57 : 100 = 1201 \text{ ккал.}$$

9. Количество углеводов в граммах:

$$1201 \text{ ккал} : 4 = 300 \text{ г}$$

Таким образом, пациент должен получать 79 г белков, 65 г жиров, 300 г углеводов, 2107 ккал. Химический состав рациона в сравнении с рекомендуемым представлен в табл. 2

Таблица 2

Химический состав фактического рациона пациента Е. в сравнении с рекомендуемым лечебным рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	140	140	534	4006
Рекомендуемый лечебный рацион	79	65	300	2107

Дефекты рациона питания пациента Е.

1. Энергетическая ценность рациона выше рекомендуемой почти в 2 раза (4006 ккал вместо 2107 ккал).
2. Избыточное количество белков (140 г вместо 79 г), в основном за счет белков животного происхождения.
3. Избыточное количество жиров (140 г вместо 65 г), в основном за счет жиров животного происхождения.
4. Избыточное количество углеводов (534 г вместо 300 г), в том числе сахаров.
5. Ежедневное употребление продуктов, богатых пуринами (шпроты, копчености, бульоны, шоколад, какао), и пива.

Рекомендации по питанию и образу жизни пациенту Е.

1. Уменьшить энергетическую ценность рациона до 2107 ккал.
2. Уменьшить количество белков, жиров и углеводов до расчетных величин.
3. Исключить из рациона алкогольные напитки и продукты, богатые пуринами.
4. Увеличить потребление жидкости за счет добавления воды.
5. Увеличить физическую активность (ежедневная ходьба не менее 30 мин, посещение бассейна 3 раза в неделю).

Рекомендуемый рацион для пациента Е. представлен в табл. 3.

Таблица 3

Примерное меню рекомендуемого пациенту Е. рациона питания

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Первый завтрак					
Каша овсяная вязкая	250	7,5	4,3	37,5	220
Масло сливочное	5	-	4,1	-	37
Хлеб «Бурже»	50	3,9	1,3	21,3	115
Яйцо вареное	40	5,1	4,6	0,3	63
Некрепкий чай	200	0,4	-	0,1	2
Лимон	10	0,1	-	0,7	3
Фруктоза 2 ч.л.	16	-	-	16,0	60
Всего		17,0	14,3	75,9	500
Второй завтрак					
Творог «Тема»	100	9,0	5,0	3,5	95
Обед					
Суп-пюре из риса с картофелем и морковью	400	6,2	9,2	28,6	222
Морковь, тушенная в молочном соусе	200	3,9	5,9	16,2	131
Хлеб «Бурже»	100	7,8	2,6	42,6	230
Сыр Oltermani 17%	30	9,0	5,1	-	81
Компот из сухофруктов без сахара	200	0,6	-	12,4	54
Фруктоза 2 ч.л.	16	-	-	18,0	60
Всего		27,5	22,8	115,8	778
Полдник					
Салат овощной (помидоры, сладкий перец, огурцы)	300	3,2	-	11,7	59
Масло растительное	15	-	14,8	-	135
Хлеб «Бурже»	50	3,9	1,3	21,3	115
Некрепкий чай	200	0,4	-	0,1	2
Лимон	10	0,1	-	0,7	3
Всего		7,6	16,1	33,8	314
Ужин					
Сырники из нежирного творога и картофеля	120	15,1	3,6	16,8	174
Отвар шиповника	200	0,7	-	4,3	22
Фруктоза 2 ч.л.	16	-	-	16,0	60
Всего		15,8	3,6	37,1	256
На весь день					
Яблоки	200	0,8	0,8	19,6	90
Груши	100	0,4	0,3	9,5	42
Апельсины	100	0,9	0,2	8,1	40
Вода	500	-	-	-	-
Всего		1,7	0,9	27,4	172
Итого		79,1	63,0	303,3	2115

Проблемно-ситуационная задача № 44

Пациентка Р., 25 лет, секретарь, обратилась с жалобами на общую слабость, сердцебиение, зябкость, ломкость ногтей, запоры до 4-5 дней (кал – без патологических примесей), отсутствие менструаций.

При росте 162 см весила 52 кг, была практически здорова. Два года после критических замечаний со стороны приятельницы по поводу якобы полных бедер пациентка резко ограничила свой рацион и за год похудела на 14 кг, постепенно появились вышеуказанные жалобы. В течение последнего года – аменорея. К врачу обращаться категорически отказывалась, несмотря на просьбы родителей.

В анамнезе – ветряная оспа, краснуха, простудные заболевания.

Данные осмотра: большая правильного телосложения, истощена (рост 162 см, масса тела 38 кг, ИМТ 14,6 кг/м², ОП 18,5 см, КЖСТ 2 мм, ОМП 17,9 см). Кожа бледная, сухая, гиперкератоз локтей. Волосы тусклые, ногти истончены, с поперечными белыми полосками, губы сухие, с вертикальными трещинами, язык отечный, с отпечатками зубов на боковых поверхностях и гипертрофированными сосочками. Пульс 84 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца ясные. АД 90/60 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно – ясный легочный звук. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, поколачивание поясницы безболезненное. Периферических отеков нет.

В клиническом анализе крови – снижение гемоглобина 95 г/л, эритроцитов $3,0 \cdot 10^{12}$, абсолютного числа лимфоцитов (1700), увеличение СОЭ до 20 мм/ч. В биохимическом анализе крови обращало на себя внимание умеренное снижение общего белка (60 г/л), альбуминов (30 г/л), железа (3,5 мкмоль/л), калия (3,2 ммоль/л).

Больная была консультирована психиатром, диагностирована неврогенная анорексия.

Диагноз: белково-энергетическая недостаточность тяжелой степени, маразм. Неврогенная анорексия. Аменорея. Железодефицитная анемия.

Полигиповитаминоз. Алиментарный запор.

Фактический рацион питания пациентки Р. представлен в табл. 1 – 3.

**Фактический рацион питания пациентки Р.
(белки, жиры, углеводы, энергетическая ценность)**

Наименование блюда	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Первый завтрак 12.00				
Творог зерненный со сливками 100 г	13,0	6,0	1,0	113
Кефир 2,5% 100	2,8	2,5	4,7	52
Банан 75 г	1,1	0,1	15,8	67
Всего	16,9	8,6	21,5	232
Второй завтрак 14.00				
Банан 75 г	1,1	0,1	15,8	67
Морковный сок 100 г	1,1	0,1	5,6	28
Сливки 10% 50 г	1,5	5,0	2,0	59
Всего	3,7	5,2	23,4	154
Обед 15.00				
Творог зерненный со сливками 100 г	13,0	6,0	1,0	113
Чай без сахара	-	-	-	-
Полдник 18.00				
Кофе со сливками 10% 40 г	1,2	4,0	1,6	47
Шоколад 30 г	2,1	10,7	15,7	165
Всего	3,3	14,7	17,3	212
Ужин 20.00				
Брокколи тушеная 150 г с растительным маслом 5 г	5,0	5,0	3,4	77
Сметана 10 % 100 г	3,0	10,0	2,9	115
Второй ужин 22.00				
Кефир 2,5% 500 г	14,0	12,5	23,5	260
Всего	22,0	27,7	29,8	452
Итого	58,9	62,0	93,0	1163

Таблица 2

**Фактический рацион питания пациентки Р.
(пищевые волокна, железо, витамины)**

Наименование блюда	Пищевые волокна, г	С, мг	Е, мг	Fe, мг
Первый завтрак 12.00				
Творог зерненный со сливками 100 г	-	0,5	0,3	0,3
Кефир 2,5% 100	-	1,3	0,09	0,06
Банан 75	0,6	7,5	0,3	0,45
Второй завтрак 14.00				
Банан 75 г	0,6	7,5	0,3	0,45
Морковный сок 100 г	0,4	4,0	0,6	0,7
Сливки 10% 50 г	-	0,3	-	0,05
Обед 15.00				
Творог зерненный со сливками 100 г	-	0,5	0,3	0,3
Чай без сахара	-	-	-	-
Полдник 18.00				
Кофе со сливками 10% 40 г	-	0,2	-	0,04
Шоколад 30 г	0,6	-	0,2	1,5
Ужин 20.00				
Брокколи тушеная 150 г с растительным маслом 5 г	1,5	90	4,3	0,9
Сметана 10% 100 г	-	0,5	-	0,1
Второй ужин 22.00				
Кефир 2,5% 500	-	6,5	0,45	0,3
Итого	3,7	118,8	6,84	5,15

Таблица 3

Химический состав рациона пациентки Р. в сравнении с физиологической нормой

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал	Железо, мг	Пищевые волокна, г	Е, мг	С, мг
Физиологическая норма	61	67	289	2000	18	20	10-30	90
Фактический рацион	59	62	93	1163	5,15	3,7	7	119

Особенности фактического рациона питания пациентки Р.

1. Энергетическая ценность рациона составляет 58% нормы (1163 ккал вместо 2000 ккал).
2. Количество белков в граммах практически соответствует физиологической норме.
3. Энергетическая ценность за счет белков повышена (20,3% при норме 11-12%):
59 г * 4 ккал = 236 ккал
1163 ккал – 100% ЭЦ
236 ккал – X ЭЦ
X = 20,3%.
4. Количество жиров в граммах практически соответствует физиологической норме.
5. Энергетическая ценность суточного рациона за счет жиров повышена (52,6% вместо 33%):
68 г * 9 ккал = 612 ккал
1163 ккал – 100%
612 ккал – X
X = 52,6%.
6. Количество углеводов примерно в 3 раза ниже нормы (93 г вместо 289 г).
7. Энергетическая ценность суточного рациона за счет углеводов снижена (30,9% вместо 50-60%):
90 г * 4 ккал = 360 ккал
1163 ккал – 100%

360 ккал – X

X = 30,9%.

8. Изменено соотношение белков, жиров и углеводов – 1 : 1 : 1,5 (норма 1 : 1,1 : 4,1) за счет недостатка углеводов.

9. Имеется значительный дефицит пищевых волокон: 3,7 г вместо 20 г, что является причиной запоров.

10. Количество витамина С составляет 118 мг (несколько выше нормы).

11. Количество витамина Е ниже нормы: 7 мг вместо 10-30 мг. Это ухудшает работу антиоксидантной системы организма.

12. Резко снижено (примерно в 3 раза) количество железа: 5,15 мг, вместо 18 мг, что привело к развитию железодефицитной анемии.

В связи с наличием тяжелой степени белково – энергетической недостаточности в данном случае было показано стационарное лечение для проведения частичного парентерального питания (аминокислоты, жировые эмульсии, глюкоза, витамины, препараты железа, калия). Однако от госпитализации пациентка категорически отказалась. Она амбулаторно лечилась у психиатра (эглонил, психотерапия, гипноз), соблюдала рекомендованную диету, получала препараты железа, полиферментные препараты, панангин, витаминно-минеральный комплекс, пищевые волокна (прием пищевых волокон не сочетался с приемом препаратов железа в одно и то же время, так как волокна ухудшают всасывание железа из кишечника).

Расчет рекомендованной энергетической ценности и химического состава рациона питания пациентки Р.

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса-Бенедикта:
ВОО = 665 + (9,5 * 38) + (1,8 * 162) – (4,7 * 25) = 665 + 361 + 291,6 – 117,5 = 1200 ккал.

2. Рассчитываем суммарный расход энергии по формуле:

РЭ = ВОО * ФА * ДМТ = 1200 * 1,4 * 1,3 = 2184 ккал.

Фактор активности в данном случае составляет 1,4 (I группа интенсивности труда), дефицит массы тела (ДМТ) более 30% - коэффициент 1,3.

3. Рассчитываем энергетическую ценность за счет белков, принимая энергетическую ценность за счет белков за 15%:

2184 ккал – 100%

X ккал – 20%

X = 2184 * 20 : 100 = 436,8 ккал.

4. Определяем количество белков в рационе:

436,8 ккал : 4 = 109,2 г.

5. Рассчитываем энергетическую ценность за счет жиров в рационе, принимая ЭЦ за счет жиров за 30%:

2184 ккал – 100%

X – 30%

X = 2184 * 30 : 100 = 655,2 ккал.

6. Определяем количество жиров в рационе:

655,2 ккал : 9 = 72,8 г.

7. Рассчитываем энергетическую ценность за счет углеводов в рационе, принимая ЭЦ за счет углеводов за 55%:

2184 ккал – 100% ЭЦ

X ккал – 55% ЭЦ

X = 2184 * 55 : 100 = 1201,2 ккал.

8. Определяем количество углеводов в рационе:

1201,2 : 4 = 300,3 г.

Итого: белки – 109 г, жиры – 73 г, углеводы – 300 г, энергетическая ценность – 2184 ккал.

Рекомендуемый пациентке Р. набор продуктов представлен в табл. 4.

Таблица 4

**Рекомендуемый пациентке Р. набор продуктов
(сырые продукты, масса нетто, г)**

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал	Железо, мг
Говядина (вырезка)	150	30,3	5,6	-	159	3,8
Рыба (треска)	50	11,6	0,3	-	49	-
Творог 9%	100	16,7	9,0	2,0	159	0,4
Сметана 20%	20	0,6	4,0	0,6	41	-
Кефир 2,5%	200	5,6	5,0	9,4	104	0,1
Молоко 2,5%	200	5,6	5,0	9,4	104	0,1
Яйцо 1 шт.	50	6,4	5,7	0,4	79	1,3
Крупа (греча ядрица и др.)	50	6,3	1,7	31,1	168	3,4
Картофель	100	2,0	0,4	8,2	80	0,9
Другие овощи (капуста и др.)	400	7,2	0,4	18,8	108	2,4
Фрукты (яблоки и др.)	200	0,8	0,8	19,6	90	4,4
Масло растительное	25	-	25	-	225	-
Сухофрукты (курага и др.)	100	5,2	-	55,2	234	3,2
Хлеб ржаной	150	9,9	1,8	51,3	272	5,9
Пряники 3 шт.	60	2,9	1,7	46,6	210	0,4
Мед 3 ч.л.	27	0,2	-	21,7	85	0,2
Сок яблочный осветленный*	200	0,8	-	20,6	84	3,0
Итого		112,1	66,4	294,9	2251	29,5

Осветленный сок по сравнению с соком с мякотью содержит меньше пищевых волокон, ухудшающих всасывание железа из кишечника.

В течение первых трех недель пациентка не могла полностью съесть рекомендованный суточный набор продуктов, поэтому она получала по 1/4 банки нутригона в день. За месяц масса тела увеличилась на 3 кг, после чего в течение 6 месяцев постепенно достигла 50 кг. Через 4 месяца от начала лечения показатели красной крови нормализовались. В течение года отмечала запоры по 2-3 дня в связи с провисанием ободочной кишки до малого таза (по данным ирригоскопии), затем стул – через день. Первая менструация появилась через 1,5 года после восстановления нормальной массы тела.

Критерии оценивания

Форма контроля	Критерии оценивания
	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.

устный опрос	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 100%-91% вопросов тестового контроля
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 90%-81% вопросов тестового контроля
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 80%-71% вопросов тестового контроля
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 70% и менее вопросов тестового контроля

3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится по экзаменационным билетам

Образец экзаменационного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Профилактической медицины
направление подготовки (специальность) 31.08.34 Диетология
дисциплина Диетология

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Методы исследования нутриционного статуса взрослого человека.
2. Лечебное питание при травмах.

Заведующая кафедрой
профилактической медицины
д.м.н., профессор

Н.П.Сетко

Председатель учебно-методической комиссии
по подготовке кадров высшей квалификации
в ординатуре д.м.н., профессор

Г.Ю. Евстифеева

Декан факультета подготовки кадров высшей
квалификации
к.м.н., доцент

И.В. Ткаченко

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу и синтезу.	Знать теоретические основы анализа, систематизации и выработки решений при выполнении профессиональной деятельности в сфере оказания первичной специализированной медицинской помощи в области профессиональной патологии при профессиональных заболеваниях, проведения медицинских осмотров и медицинских экспертиз	вопросы № 1-157
		Уметь - использовать при выполнении профессиональной деятельности в сфере оказания первичной специализированной медицинской помощи в области профессиональной патологии при профессиональных заболеваниях, проведения медицинских осмотров и медицинских экспертиз приемы анализа, систематизации и выработки обоснованных решений использовать при выполнении профессиональной деятельности в сфере оказания первичной специализированной медицинской помощи в области профессиональной патологии при профессиональных заболеваниях, проведения медицинских осмотров и медицинских экспертиз приемы анализа, систематизации и выработки обоснованных решений	практические задания № 1-44
		Владеть - навыками анализа, систематизации и выработки решений при выполнении профессиональной деятельности в сфере оказания первичной специализированной медицинской помощи в области профессиональной патологии при профессиональных заболеваниях, проведения медицинских осмотров и медицинских экспертиз	практические задания № 1-44
2	ПК-1. Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Знать: Медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов профилактики у пациентов с выявленными хроническими заболеваниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи Принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов с выявленными алиментарно-зависимыми заболеваниями, хроническими заболеваниями, в развитии которых ведущую роль играет алиментарный фактор Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе по реализации программ здорового питания Формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), здоровых лиц, медицинских работников по вопросам лечебного и здорового питания Основы здорового образа жизни, методы его формирования, основы здорового питания Принципы и особенности профилактики возникновения и прогрессирования алиментарно-зависимых заболеваний, хронических заболеваний, в развитии которых ведущую роль играет алиментарный фактор Оценка эффективности и безопасности включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями	вопросы № 1-157
		Уметь: Проводить оздоровительные и санитарно-просветительные мероприятия для населения с учетом возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни Консультировать пациентов и здоровых людей по вопросам навыков здорового образа жизни, здорового питания, профилактики заболеваний Разрабатывать и рекомендовать программы лечебного и профилактического питания Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы здорового питания Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями.	практические задания № 1-44

		<p>Владеть:</p> <p>Проведение оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для населения с учетом возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни Контроль за выполнением профилактических мероприятий Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела и в организациях для детей-сирот и детей, оставленных без попечения родителей Оценка эффективности профилактической работы с населением</p>	практические задания № 1-44
3	<p>ПК 2.</p> <p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>	<p>Знать:</p> <p>Нормативные правовые акты, регламентирующие порядок проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов и здоровых лиц, правила организации и проведения программ лечебного и здорового питания Порядок диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями и (или) состояниями</p>	вопросы № 1-157
		<p>Уметь:</p> <p>Проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями, имеющими факторы риска нарушения питания Проводить оздоровительные мероприятия среди пациентов с выявленными хроническими заболеваниями (питание, сон, режим дня, двигательная активность) Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы здорового питания Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями.</p>	практические задания № 1-44
		<p>Владеть:</p> <p>Проведение диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями, имеющими факторы риска нарушения питания Назначение профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	практические задания № 1-44
4	<p>ПК 4.</p> <p>Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков</p>	<p>Знать:</p> <p>Статистику здоровья населения; статистику здравоохранения Критерии оценки и показатели, характеризующие состояние здоровья населения Факторы, влияющие на здоровье: природные, социальные, экономические, образ жизни Формы и методы организации гигиенического образования и воспитания населения</p>	вопросы № 1-157
		<p>Уметь:</p> <p>Планировать и осуществлять конкретные социально-гигиенические и клиничко-статистические исследования с целью изучения состояния здоровья населения, объема и качества организации медицинской помощи с позиций доказательной медицины Анализировать основные демографические показатели территории, обслуживаемой ЛПУ</p>	практические задания № 1-44
		<p>Владеть:</p> <p>Социально-гигиеническими и клиничко-статистическими методами исследования с целью изучения состояния здоровья населения, объема и качества организации медицинской помощи с позиций доказательной медицины.</p>	практические задания № 1-44
5	<p>ПК 5.</p> <p>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Знать:</p> <p>Алгоритмы дифференциальной диагностики при постановки диагноза с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Методы диагностики нарушений пищевого статуса пациента Принципы лечения нарушений пищевого статуса и алиментарнозависимых заболеваний методом диетотерапии</p>	вопросы № 1-157
		<p>Уметь:</p> <p>проводить оценку фактического питания пациентов проводить исследование и анализ антропометрических показателей и состава тела проводить оценку пищевого поведения уметь пользоваться МКБ</p>	практические задания № 1-44

		<p>Владеть: клиническими методами обследования пациентов лабораторными методами исследования методами оценки фактического питания больного в домашних условиях методами исследования антропометрических показателей методами определения состава тела с использованием методов биоимпедансметрии и, рентгеновской остеоденситометрии методами оценки пищевого поведения методами оценки показателей основного обмена методами оценки риска развития алиментарнозависимых заболеваний</p>	практические задания № 1-44
6	ПК 6. Готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи	Знать Принципы составления перечня и количества продуктов, разрешенных для передачи пациентам, находящимся на лечении в медицинской организации Принципы организации лечебного питания пациентов с учетом клинико-статистических групп заболеваний Определение перечня лечебных диет для пациентов с учетом клинико-статистических групп заболеваний Принципы составления перечня блюд лечебного питания, карточек-раскладок, семидневного меню стандартных, специальных и персонализированных диет Методы организации производственного контроля работы пищеблока Методы составления программы производственного контроля Принципы контроля качества продуктов при их поступлении на склад и пищеблок; правила хранения запаса продуктов Принципы контроля за правильностью закладки продуктов при приготовлении блюд лечебного питания Методы контроля за правильностью закладки специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов Методы контроля качества готовой пищи перед выдачей ее в отделения путем снятия пробы в каждый прием пищи Методы контроля своевременности проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников пищеблока Принципы организации и проведения контроля за организацией лечебного питания Методы контроля за объемом потребностей в продуктах, в том числе специализированных, входящих в состав норм лечебного питания: смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексов Методы контроля за планированием объемов закупок продуктов, в том числе и специализированных пищевых продуктов: смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексов	вопросы № 1-157
		Уметь: Назначать лечебные диеты (стандартные, специальные или персонализированные), в том числе определять необходимость дополнительного применения специализированной пищевой продукции диетического лечебного питания, не входящих в состав стандартных лечебных диет Назначать энтеральное и (или) парентеральное питание Осуществлять контроль за ведением историй болезни на соответствие назначаемых диет и этапности лечебного питания Организовывать лечебное питание пациентов с учетом заболевания и (или) состояния Формировать перечень лечебных диет Формировать перечень блюд лечебного питания, подготавливать карточки-раскладки блюд лечебного питания Составлять семидневное меню стандартных, специальных и персонализированных диет Контролировать качество продуктов при их поступлении на склад и пищеблок; правильность хранения запаса продуктов Контролировать правильность закладки продуктов при приготовлении блюд лечебного питания, в том числе специализированных продуктов, смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов Организовывать контроль качества готовой пищи перед выдачей ее в отделения путем снятия пробы в каждый прием пищи Организовывать санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового и лечебного питания среди сотрудников медицинской организации и пациентов Осуществлять контроль за организацией лечебного питания Организовывать контроль за объемом потребностей в продуктах, в том числе специализированных, входящих в состав норм лечебного питания: смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексов Организовывать контроль за планированием объемов закупок продуктов, в том числе специализированных, входящих в состав норм лечебного питания: смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексов Консультировать врачей-специалистов отделений по вопросам организации лечебного питания	практические задания № 1-44

		<p>Владеть:</p> <p>Организация лечебного питания пациентов с учетом заболевания и (или) состояния. Определение перечня лечебных диет. Составление перечня блюд лечебного питания, подготовка карточек-раскладок блюд лечебного питания. Составление семидневного меню стандартных, специальных и персонализированных диет. Проведение работы по организации производственного контроля работы пищеблока и буфетной в медицинской организации. Проведение работы по составлению программы производственного контроля работы пищеблока и буфетной в медицинской. Контроль качества продуктов при их поступлении на склад и пищеблок, требований к хранению запаса продуктов. Контроль за правильностью закладки продуктов при приготовлении блюд лечебного питания. Контроль за правильностью закладки специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов. Осуществление контроля за качеством готовой пищи перед выдачей ее в отделения, в том числе снятие пробы в каждый прием пищи. Проведение работы по контролю своевременности проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников пищеблока и буфетных. Проведение санитарно-просветительной работы по пропаганде здорового и лечебного питания среди сотрудников медицинской организации и пациентов. Осуществление контроля за организацией лечебного питания. Контроль за имеющимся в медицинской организации объемом продуктов, в том числе специализированных продуктов, входящих в нормы лечебного питания: смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов. Контроль за планированием объемов закупок продуктов, в том числе специализированных продуктов: смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов.</p>	<p>практические задания № 1-44</p>
<p>7</p>	<p>ПК 8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>Знать</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи по профилю "диетология". Порядок организации санаторно-курортного лечения. Принципы лечебного питания при проведении реабилитации пациентов. Основные принципы лечебного питания при проведении реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных, профессиональных, психологических). Механизм воздействия лечебного питания при проведении реабилитационных мероприятий. Методы профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате лечебного питания при проведении мероприятий по медицинской реабилитации. Медицинские показания и противопоказания к проведению мероприятий санаторно-курортного лечения. Методы оценки эффективности и безопасности включения специализированных продуктов, в том числе сухих белковых композитных смесей и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями.</p>	<p>вопросы № 1-157</p>
		<p>Уметь:</p> <p>Определять медицинские показания для назначения лечебного питания при санаторно-курортном лечении. Оценивать эффективность и безопасность лечебного питания при проведении санаторно-курортного лечения. Разрабатывать план лечебного питания при проведении реабилитационных мероприятий для пациентов. Назначать лечебное питание при проведении санаторно-курортного лечения. Организовывать лечебное питание при проведении санаторно-курортного лечения. Определять медицинские показания для направления пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации или медицинской реабилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. Оценивать эффективность и безопасность лечебного питания при проведении санаторно-курортного лечения. Проводить работу по реализации лечебного питания при реабилитации инвалидов. Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с</p>	<p>практические задания № 1-44</p>

		социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями	
		Владеть: Составление плана лечебного питания при проведении санаторно-курортного лечения Проведение лечебного питания при санаторно-курортном лечении Направление пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий при санаторно-курортном лечении Составление и мониторинг выполнения плана мероприятий по санаторно-курортному лечению пациентов в части назначения лечебного питания	практические задания № 1-44
8	ПК 9. готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Знать: принципы организации и проведения пропаганды здорового образа жизни, назначение профилактических мероприятий работникам (пациентам) из группы риска развития профессионального заболевания и профессиональной непригодности; формы и методы санитарно-просветительной работы по профилактике профессиональных заболеваний и заболеваний (отравлений), связанных с условиями труда, формированию здорового образа жизни, в том числе по реализации программ потребления алкоголя и табака, предупреждения развития сердечно-сосудистых заболеваний, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ	вопросы № 1-157
		Уметь: Проводить оздоровительные мероприятия среди пациентов с выявленными хроническими заболеваниями (питание, сон, режим дня, двигательная активность) Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы здорового питания	практические задания № 1-44
		Владеть: Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела и в организациях для детей-сирот и детей, оставленных без попечения родителей Оценка эффективности профилактической работы с населением	практические задания № 1-44
9	ПК 10. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Знать Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "диетология", в том числе в форме электронного документа Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" Требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "диетология" Методы контроля правильности ведения документации медицинской сестрой диетической	вопросы № 1-157
		Уметь Составлять план работы и отчет о своей работе Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья населения Использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящихся в распоряжении медицинским персоналом	практические задания № 1-44
		Владеть Составление плана работы и отчета о своей работе Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Контроль выполнения должностных обязанностей находящихся в распоряжении медицинским персоналом Проведение работы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности Контроль правильности ведения документации медицинской сестрой диетической	практические задания № 1-44

1 0	ПК 11. Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Знать: Организацию статистической службы на различных иерархических уровнях Теорию и методы санитарной статистики	вопросы № 1-157
		Уметь: Рассчитывать, оценивать и интерпретировать медико-демографические показатели	практические задания № 1-44
		Владеть: Методами статистического анализа показателей и оценки здоровья населения Методами статистического анализа показателей и оценки деятельности медицинской организации	практические задания № 1-44

2. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Симуляционный курс»

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачёта.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной программе ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6 готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Практическое занятие 1. Методы оценки фактического питания человека

Вопросы для устного опроса:

1. Классификация методов оценки фактического питания человека.
2. Балансовый метод, характеристика, особенности, методика применения.
3. Бюджетный метод, характеристика, особенности, методика применения.
4. Социологический метод, характеристика, особенности, методика применения.
5. Опросно-весовой метод, характеристика, особенности, методика применения.
6. Весовой метод (метод взвешивания потребляемой пищи), характеристика, особенности, методика применения.
7. Изучение состояния фактического питания по меню-раскладкам, характеристика, особенности, методика применения.
8. Изучение состояния фактического питания по приходу и расходу пищевых продуктов, характеристика, особенности, методика применения.
9. Изучение фактического питания с помощью дневника питания, характеристика, особенности, методика применения.
10. Метод пищевого анамнеза (история питания), характеристика, особенности, методика применения.
11. Метод анализа частоты потребления пищи, характеристика, особенности, методика применения.
12. Метод 24-часового воспроизведения питания, характеристика, особенности, методика применения.
13. Лабораторный метод, характеристика, особенности, методика применения.

Практическое занятие 2. Методы исследования антропометрических показателей человека и состава тела.

Вопросы для устного опроса:

1. Физикальный осмотр.
2. Антропометрические исследования: измерение массы и роста, расчет и оценка ИМТ.
3. Антропометрические исследования: исследование объема талии, бедер, запястья, измерение подкожно-жировых складок.
4. Методы измерения состава тела: характеристика методов, особенности применения, интерпретация результатов исследования.

Практическое занятие 3. Методы оценки пищевого поведения человека.

Вопросы для устного опроса:

1. Клиническое интервью: характеристика, использование.
2. Опросники самооценки: характеристика, использование.
3. Процедура самомониторинга: характеристика, использование.
4. Лабораторные методы: характеристика, использование.
5. Инструментальные методы: характеристика, использование.

Практическое занятие 4. Составление семидневных меню стандартных, специальных и персонализированных диет.

Вопросы для устного опроса:

1. Составление семидневных меню основного варианта стандартной диеты.
2. Составление семидневных меню диеты с механическим и химическим щажением.
3. Составление семидневных меню диеты с повышенным количеством белка.
4. Составление семидневных меню диеты с пониженным количеством белка.
5. Составление семидневных меню диеты с пониженной калорийностью.
6. Составление семидневных меню диеты с повышенной калорийностью.
7. Составление специальных диет.
8. Составление персонализированных диет.

Практическое занятие 5. Отработка навыков на станции «Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых» - Сердечно-легочная реанимация с применением автоматизированного наружного дефибриллятора

Вопросы для устного опроса:

1. Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации с применением автоматизированного наружного дефибриллятора
2. Методы проведения сердечно-легочной реанимации с применением автоматизированного наружного дефибриллятора

Практическое занятие 6. Отработка навыков на станции «Экстренная медицинская помощь» - Острый коронарный синдром (ОКС 1 и 2), кардиогенный шок, отек легких.

Вопросы для устного опроса:

1. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при остром коронарном синдроме 1.
2. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при остром коронарном синдроме 2.
3. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при кардиогенном шоке.
4. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при отеке легких.

Практическое занятие 7. Отработка навыков на станции «Экстренная медицинская помощь» - анафилактический шок, желудочно-кишечное кровотечение.

Вопросы для устного опроса:

1. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при анафилактическом шоке.
2. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при желудочно-кишечном кровотечении.

Практическое занятие 8. Отработка навыков на станции «Экстренная медицинская помощь» - бронхообструктивный синдром на фоне БА, тромбоэмболия легочной артерии.

Вопросы для устного опроса:

1. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при бронхообструктивном синдроме на фоне БА
2. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при тромбоэмболии легочной артерии.

Практическое занятие 9. Отработка навыков на станции «Экстренная медицинская помощь» - гипогликемия, гипергликемия.

Вопросы для устного опроса:

1. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при гипогликемии.
2. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при гипергликемии.

Практическое занятие 10. Отработка навыков на станции «Экстренная медицинская помощь» спонтанный пневмоторакс, острое нарушение мозгового кровообращения.

Вопросы для устного опроса:

1. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при спонтанном пневмотораксе.
2. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения.

Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации

1. Классификация методов оценки фактического питания человека.
2. Балансовый метод, характеристика, особенности, методика применения.
3. Бюджетный метод, характеристика, особенности, методика применения
4. Социологический метод, характеристика, особенности, методика применения
5. Опросно-весовой метод, характеристика, особенности, методика применения.
6. Весовой метод (метод взвешивания потребляемой пищи), характеристика, особенности, методика применения.
7. Изучение состояния фактического питания по меню-раскладкам, характеристика, особенности, методика применения.
8. Изучение состояния фактического питания по приходу и расходу пищевых продуктов, характеристика, особенности, методика применения.
9. Изучение фактического питания с помощью дневника питания, характеристика, особенности, методика применения.
10. Метод пищевого анамнеза (история питания), характеристика, особенности, методика применения.
11. Метод анализа частоты потребления пищи, характеристика, особенности, методика применения.
12. Метод 24-часового воспроизведения питания, характеристика, особенности, методика применения.
13. Лабораторный метод, характеристика, особенности, методика применения.
14. Физикальный осмотр.
15. Антропометрические исследования: измерение массы и роста, расчет и оценка ИМТ.
16. Антропометрические исследования: исследование объема талии, бедер, запястья, измерение подкожно-жировых складок.
17. Методы измерения состава тела: характеристика методов, особенности применения, интерпретация результатов исследования.
18. Клиническое интервью: характеристика, использование.
19. Опросники самооценки: характеристика, использование.
20. Процедура самомониторинга: характеристика, использование.
21. Лабораторные методы: характеристика, использование.
22. Инструментальные методы: характеристика, использование.
23. Составление семидневных меню основного варианта стандартной диеты.
24. Составление семидневных меню диеты с механическим и химическим щажением.
25. Составление семидневных меню диеты с повышенным количеством белка.
26. Составление семидневных меню диеты с пониженным количеством белка.
27. Составление семидневных меню диеты с пониженной калорийностью.
28. Составление семидневных меню диеты с повышенной калорийностью.
29. Составление специальных диет.
30. Составление персонализированных диет.
31. Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации с применением автоматизированного наружного дефибриллятора
32. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при остром коронарном синдроме 1.
33. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при остром коронарном синдроме 2.
34. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при кардиогенном шоке.
35. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при отеке легких.
36. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при анафилактическом шоке.
37. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при желудочно-кишечном кровотечении.
38. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при бронхообструктивном синдроме на фоне БА
39. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при тромбозии легочной артерии.
40. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при гипогликемии.
41. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при гипергликемии.
42. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при спонтанном пневмотораксе.
43. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения.

Тестовые задания для текущего контроля

1. **ДЛЯ МАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ:**

- 1) одышка
- 2) боли в грудной клетке
- 3) артериальная гипотензия
- 4) цианоз
- 5) все ответы правильны

2. **ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- 1) коллапс легкого
- 2) наличие воздуха в плевральной полости
- 3) смещение средостения в здоровую сторону
- 4) повышение прозрачности легочного поля
- 5) исчезновение сосудистого рисунка

3. **ПРИ ОТКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА ГРУДНУЮ СТЕНКУ НАКЛАДЫВАЕТСЯ:**

- 1) давящая повязка
- 2) фиксирующая повязка
- 3) окклюзионная повязка
- 4) крестообразная повязка
- 5) спиральная повязка

4. **ЭТА ГРУППА ПРЕПАРАТОВ ОБЛАДАЕТ БРОНХОДИЛАТИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ**

- 1) β_2 -адреномиметики
- 2) М-холиномиметики
- 3) ганглиоблокаторы
- 4) β -адреноблокаторы
- 5) нитраты

5. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- 1) вены нижних конечностей
- 2) вены верхних конечностей
- 3) правые отделы сердца
- 4) вены таза
- 5) левые отделы сердца

6. **ПРИ ТЭЛА НА ЭКГ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ:**

- 1) синдром Бругада
- 2) синдром удлиненного интервала QT
- 3) синдром S₁ Q₃ T₃

7. **ЦИАНОЗ КОЖНОГО ПОКРОВА И ВИДИМЫХ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПРИ НАСЫЩЕНИИ КИСЛОРОДОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ МЕНЕЕ:**

- 1) 70%
- 2) 80%

- 3) 90%
- 4) 100%
- 5) 60%
8. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТЯЖЕЛОЙ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ:
 - 1) отек легких
 - 2) плеврит
 - 3) острая артериальная гипотензия
 - 4) легочное кровотечение
 - 5) инфекционно-токсический шок
9. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ
 - 1) преднизолон
 - 2) адреналин
 - 3) эуфиллин
 - 4) беротек ингаляционно
 - 5) любой из перечисленных
10. ПРИСТУП УДУШЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ:
 - 1) сердечной астмы
 - 2) ларингоспазма
 - 3) бронхальной астмы
 - 4) все ответы неправильны
 - 5) все ответы правильны
11. ТОЛЬКО ДЛЯ ВТОРОЙ СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ХАРАКТЕРНЫ:
 - 1) неэффективность симпатомиметиков
 - 2) продолжительность приступа более 14 часов
 - 3) подключение дополнительной мускулатуры
 - 4) признаки "немого легкого"
 - 5) тахикардия до 128 в минуту
12. У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ТЯЖЕЛЫЙ ПРИСТУП УДУШЬЯ. ПОМИМО ЭУФИЛЛИНА НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ ВНУТРИВЕННО:
 - 1) но-шпу
 - 2) преднизолон
 - 3) строфантин
 - 4) дибазол
 - 5) супрастин
13. В СИМПТОМОКОМПЛЕКС ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ВХОДИТ ВСЕ, КРОМЕ:
 - 1) вновь появившийся или усиливающийся кашель
 - 2) экспираторная одышка
 - 3) боль в грудной клетке, связанная с дыханием
 - 4) лихорадка выше 38° С
14. АУСКУЛЬТАТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ВО ВТОРОЙ СТАДИИ МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ, КРОМЕ
 - 1) ослабление везикулярного дыхания на ограниченном участке
 - 2) бронхиальное дыхание
 - 3) крепитация
 - 4) влажные крупнопузырчатые хрипы
15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КРЕПИТАЦИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ
 - 1) при остром бронхите
 - 2) при приступе бронхиальной астмы
 - 3) при экссудативном плеврите
 - 4) в начальной стадии крупозной пневмонии
16. РЖАВЫЙ ХАРАКТЕР МОКРОТЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
 - 1) тромбоза ветвей легочной артерии
 - 2) приступа бронхиальной астмы
 - 3) крупозной пневмонии
 - 4) обострения хронической обструктивной болезни легких
17. ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ В ОТЛИЧИЕ ОТ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НАБЛЮДАЕТСЯ
 - 1) одышка
 - 2) боль в грудной клетке, связанная с дыханием
 - 3) мокрота с прожилками крови
 - 4) синдром S₁ Q₃ T₃
18. БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ КАШЛЕ, И ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
 - 1) острого бронхита
 - 2) бронхиальной астмы
 - 3) сухого плеврита
 - 4) экссудативного плеврита
19. ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ СУХОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) шум трения плевры
 - 2) ослабление дыхательных шумов
 - 3) крепитация
 - 4) влажные разнокалиберные хрипы
20. ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) крупнопузырчатые влажные хрипы
 - 2) шум трения плевры
 - 3) крепитация
 - 4) резкое ослабление дыхания на стороне поражения
21. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО:
 - а) дать нитроглицерин
 - б) ввести обезболивающее
 - в) вызвать кардиобригаду
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
22. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
 - а) истинный кардиогенный шок
 - б) отек легких
 - в) фибрилляция желудочков
 - г) полная атриовентрикулярная блокада
23. ТРОЙНОЙ ПРИЕМ САФАРА НА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:
 - а) Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода
 - б) Выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта
 - в) Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта
24. ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ:

- а) метаболический алкалоз;
- б) метаболический ацидоз;
- в) респираторный алкалоз;
- г) респираторный ацидоз;
- д) смешанный метаболический и респираторный ацидоз.

25. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К МАССИВНОЙ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) коллапс;
- б) высокая температура тела;
- в) учащенный пульс;
- г) сухой кашель;
- д) застойные явления в малом круге кровообращения.

26. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ТАХИКАРДИИ, ВЫЗВАННОЙ НИТРОГЛИЦЕРИНОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) верапамил
- 2) новокаинамид
- 3) пропранолол
- 4) дигоксин

27. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) увеличение толерантности к нагрузке
- 2) увеличение продолжительности болевых приступов
- 3) учащение болевых приступов
- 4) уменьшение эффекта от нитроглицерина

28. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ЭФФЕКТЕ ОТ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА СУБЛИНГВАЛЬНО ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ МОГУТ БЫТЬ ВВЕДЕНЫ ВСЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

- 1) анальгина
- 2) морфина
- 3) нитропрепаратов внутривенно капельно
- 4) пропранолола

29. БРИГАДА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ВЫЗОВЕ. ПАЦИЕНТ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ОТСУТСТВИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ. В ОБЪЕМ РАЦИОНАЛЬНЫЙ ТЕРАПИИ ВХОДИТ

- 1) ацетилсалициловая кислота, нитраты в спрее или внутривенно капельно, при купировании боли — актив в поликлинику
- 2) экстренная госпитализация без дополнительных лечебных мероприятий
- 3) ацетилсалициловая кислота, нитропрепараты, гепарин, морфин при продолжающейся боли, обязательная госпитализация
- 4) ацетилсалициловая кислота, нитропрепараты, гепарин, морфин, вызов бригады интенсивной терапии или специализированной кардиологической бригады скорой медицинской помощи

30. ТИПИЧНОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) абдоминальная
- 2) аритмическая
- 3) ангинозная
- 4) астматическая

31. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТИПИЧНОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) загрудинная боль продолжительностью более 20 минут
- 2) иррадиация боли в левую руку
- 3) артериальная гипертензия
- 4) общая слабость

32. ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПСЕВДОСИНДРОМ ОСТРОГО ЖИВОТА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) астматической формы
- 2) ангинозной формы
- 3) абдоминальной формы
- 4) аритмической формы

33. ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИСТУП УДУШЬЯ, НЕ СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ БОЛЬЮ ЗА ГРУДИНОЙ, ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) астматической формы
- 2) ангинозной формы
- 3) абдоминальной формы
- 4) аритмической формы

34. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ТАХИСИСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лидокаин
- 2) дигоксин
- 3) верапамил
- 4) аденозин

35. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пропранолол
- 2) новокаинамид
- 3) дигоксин
- 4) верапамил

36. ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ, РЕФРАКТЕРНОЕ К ДИГОКСИНУ, ДОЛЖНО КУПИРОВАТЬСЯ

- 1) синхронизированной электрической кардиоверсией
- 2) кордароном
- 3) лидокаином
- 4) панангином

37. НАИБОЛЬШИМ ЭФФЕКТОМ КУПИРОВАНИЯ БРАДИКАРДИИ ПРИ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ ОБЛАДАЕТ

- 1) атропин
- 2) эуфиллин
- 3) электрокардиостимуляция
- 4) допамин

38. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) повышение артериального давления более 160/110 мм рт.ст.
- 2) сильная головная боль
- 3) тошнота, рвота
- 4) появление мушек перед глазами
- 5) брадиаритмия

39. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО ТИПА ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) быстрое развитие с преимущественным повышением систолического артериального давления
- 2) головная боль, дрожь, сердцебиение
- 3) гиперемия кожных покровов
- 4) тошнота, рвота

40. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ГИПОКИНЕТИЧЕСКОГО ТИПА ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) медленное развитие с преимущественным повышением диастолического артериального давления

- 2) длительный анамнез гипертонической болезни
- 3) гиперемия кожных покровов
- 4) тошнота, рвота

41. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) острый коронарный синдром
- 2) острое нарушение мозгового кровообращения
- 3) отек легких
- 4) тромбоэмболия легочной артерии

42. СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1) остром холецистите
- 2) перфоративной язве желудка
- 3) остром аппендиците
- 4) кишечной непроходимости

43. МИНИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА КРОВОПОТЕРИ, КОТОРАЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ШОКА:

- 1) 10-20%
- 2) 20-30%
- 3) 30-40%
- 4) 40-50%
- 5) более 50%

44. ЗАЩИТНОЕ МЫШЕЧНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) острого перитонита
- 2) отечной формы панкреатита
- 3) инвагинации кишечника
- 4) желудочного кровотечения

45. ПРИ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1) рентгенография желудка с барием
- 2) УЗИ
- 3) экстренная ФГДС
- 4) экстренная операция

46. ПРИ СИНДРОМЕ "ОСТРОГО ЖИВОТА" НЕОБХОДИМО

- 1) сделать очистительную клизму
- 2) ввести обезболивающее
- 3) промыть желудок
- 4) применить холод, срочно госпитализировать больного

47. РВОТА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

- 1) многократная, не приносящая облегчения
- 2) однократная
- 3) многократная, приносящая облегчение
- 4) отсутствует

48. ПРИЧИНА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ ЭТО

- 1) печеночная недостаточность
- 2) закупорка камнем общего желчного протока
- 3) гемолиз эритроцитов
- 4) нарушение обмена веществ

49. ДЛЯ ПЕРФОРАЦИИ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО

- 1) вздутие живота
- 2) схваткообразные боли
- 3) исчезновение печеночной тупости
- 4) задержка стула и газов

50. ОПОЯСЫВАЮЩАЯ БОЛЬ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) остром панкреатите
- 2) остром холецистите
- 3) травме селезенки
- 4) перфоративной язве желудка

51. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПЕРИТОНИТА ЭТО

- 1) болезненность живота при пальпации
- 2) задержка стула и газов
- 3) рвота
- 4) симптомы раздражения брюшины

52. СИНДРОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- 1) острого перитонита
- 2) нарушения функции желудочно-кишечного тракта
- 3) внутреннего кровотечения
- 4) острой дыхательной недостаточности

53. "ЧАШИ КЛОЙБЕРА" НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) разрыва печени
- 2) кишечного кровотечения
- 3) кишечной непроходимости
- 4) перфорации кишечника

54. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) старческий возраст
- 2) отсутствуют
- 3) гипертоническая болезнь
- 4) острая пневмония

55. ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ ВСЛЕДСТВИЕ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ

- 1) пузырь со льдом
- 2) мочегонные средства
- 3) обезболивающие
- 4) катетеризацию

56. ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ В

- 1) околопупочную область
- 2) паховую область и бедро
- 3) плечо
- 4) эпигастрий

57. ПРИЧИНА БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ ЭТО

- 1) позывы на мочеиспускание
- 2) затрудненное мочеиспускание
- 3) спазм мочеточника и травма слизистой мочеточника
- 4) восходящая инфекция

58. ДЛЯ СНЯТИЯ ПРИСТУПА ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

- 1) лазикс
- 2) димедрол
- 3) но-шпу
- 4) дибазол

59. СИМПТОМОМ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) недержание мочи
- 2) полиурия
- 3) острая боль в поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника
- 4) задержка стула и газов

60. ПЕРЫВАНИЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ ТРУБНОГО АБОРТА ПРОИСХОДИТ чаще в сроке беременности

- 1) 11-12 недель
- 2) 9-10 недель
- 3) 7-8 недель
- 4) 4-6 недель
- 5) все перечисленное неверно

61. НАРУШЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ ТРУБНОГО АБОРТА ПРОТЕКАЕТ СО СЛЕДУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ

- 1) скудные кровянистые выделения из половых путей
- 2) боли внизу живота и в подвздошной паховой области
- 3) при влагалищном исследовании
- 4) увеличение и болезненность придатков
- 5) верно б) и в)
- 6) верно все перечисленное

62. АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА – ЭТО

- 1) остро возникшее кровотечение из яичника
- 2) разрыв яичника
- 3) остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника
- 4) верно а) и б)
- 5) все перечисленное

63. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ПОКАЗАНО:

- а) внутривенное введение больших доз глюкокортикоидных гормонов;
- б) подкожное введение аминазина;
- в) внутримышечное введение кофеин-бензоата натрия и кордиамина;
- г) интубация трахеи для снятия бронхоспазма;
- д) дегидратационная терапия.

64. ПРИ РАЗВИТИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) нордреналин;
- б) преднизолон;
- в) хлористый кальций;
- г) димедрол;
- д) адреналин.

65. ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ

- а) гиперемированы;
- б) влажные;
- в) желтушные;
- г) сухие.

66. ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ЗАПАХ

- а) алкоголя;
- б) аммиака;
- в) ацетона;
- г) нет запаха.

67. ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ

- а) гиперемированные;
- б) влажные;
- в) желтушные;
- г) сухие.

68. ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ЗАПАХ

- а) алкоголя;
- б) аммиака;
- в) ацетона;
- г) нет запаха.

69. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ПРИМЕНЯЮТ ИНСУЛИН ДЕЙСТВИЯ

- а) короткого;
- б) среднего;
- в) длительного;
- г) сверх длительного.

70. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ЭУФИЛЛИН ПРОТИВОПОКАЗАН

1. супрастин
2. атропин
3. адреналин
4. преднизолон

71. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПО ДАННЫМ ГЛЮКОМЕТРА ГЛЮКОТЕСТА ПРИ СОДЕРЖАНИИ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ

УЖЕ МЕНЬШЕ

1. 8,2 ммоль/литр
2. 5,5 ммоль/литр
3. 3,3 ммоль/литр
4. 2,6 ммоль/литр

72. ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПО ДАННЫМ ГЛЮКОМЕТРА ГЛЮКОТЕСТА ПРИ СОДЕРЖАНИИ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ УЖЕ БОЛЬШЕ

1. 3,3 ммоль/литр
2. 5,0 ммоль/литр
3. 7,0 ммоль/литр
4. 8,2 ммоль/литр

73. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ

1. внезапным началом
2. влажными, бледными кожными покровами
3. сохранением тонуса глазных яблок
4. дыханием Куссмауля

74. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВНУТРИВЕННО ВВОДИТСЯ

1. тиамин 100 мг, затем 40 мл 40% раствора глюкозы
2. налоксон 0,4-0,8 мг

3. 40 мл 40% раствора глюкозы вместе с 6-8 ЕД инсулина
 4. 200 мл 5% раствора глюкозы со скоростью 60 капель в минуту
75. ЕСЛИ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ 40 МЛ 40% РАСТВОРА ГЛЮКОЗЫ У БОЛЬНОГО ВОССТАНОВИЛОСЬ СОЗНАНИЕ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО
1. предложить больному поесть
 2. дополнительно ввести внутривенно 40 мл 40% раствора глюкозы
 3. ввести инсулин короткого действия, затем предложить больному поесть
 4. ввести поляризующую смесь
76. КЕТОАЦИДОТИЧЕСКАЯ КОМА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ
1. внезапным началом
 2. сухостью кожных покровов и слизистых
 3. снижением тонууса глазных яблок
 4. дыханием Куссмауля
77. ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЗАПАХ
1. ацетона
 2. миндаля
 3. алкоголя
 4. отсутствует
78. ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ДЫХАНИЕ
1. не изменяется
 2. редкое с длительными периодами остановки
 3. частое и глубокое
 4. частое и поверхностное
79. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
1. инсулинотерапии
 2. инфузии кристаллоидных растворов
 3. введении глюкокортикоидов
 4. введении лазикса
80. ДЛЯ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ РАСТВОР
1. 10% глюкозы
 2. 0,9% натрия хлорида
 3. 4% натрия гидрокарбоната
 4. полиглюкина
81. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
1. эмоциональная лабильность
 2. экзофтальм
 3. брадикардия
 4. гипергидроз
82. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО КРИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
1. повышение температуры тела, гипергидроз
 2. гиперемия лица, экзофтальм
 3. брадикардия
 4. тошнота, рвота
83. ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОМ КРИЗЕ ПРОТИВОПОКАЗАН
1. раствор глюкозы
 2. дексаметазон
 3. анаприлин
 4. аспирин
84. ОСТРАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ ВСЕМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ
1. сухими кожными покровами и слизистыми желто-коричневой окраски
 2. резкой слабостью, адинамией
 3. артериальной гипертензией
 4. гипогликемией
85. К ПРИЧИНАМ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
1. разовое введение глюкокортикоидных препаратов в большой дозе
 2. отмена глюкокортикоидных препаратов после их длительного применения
 3. тяжелое течение инфекционных заболеваний пневмония, менингит и т.п.
 4. травматический шок
86. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ ВВЕДЕНИЕ
1. глюкокортикоидных препаратов
 2. кальция хлорида
 3. кордиамина
 4. панангина
87. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ СОСТАВЛЯЕТ (МИН):
- a) 1 – 2
 - b) 4 – 5
 - в) 10 – 12
 - г) 12 – 15
88. ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПОСТРАДАВШЕГО БЕЗ СОЗНАНИЯ (УКАЗАНИЙ НА ТРАВМУ НЕТ) ЭТО:
- a) Уложить пострадавшего на спину и запрокинуть голову
 - b) Уложить пострадавшего на спину и надеть ему шейный воротник
 - в) Уложить пострадавшего на живот
 - г) Придать устойчивое боковое положение
89. ТОЧКА ПРИЛОЖЕНИЯ РУК СПАСАТЕЛЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ВЗРОСЛОМУ ПОСТРАДАВШЕМУ ЭТО:
- a) Верхняя половина грудины
 - b) Нижняя треть грудины
 - в) Мечевидный отросток
 - г) Эпигастральная область
90. СООТНОШЕНИЕ ВДУВАНИЙ ВОЗДУХА И КОМПРЕССИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ВЗРОСЛОМУ ПОСТРАДАВШЕМУ:
- a) 1:5
 - b) 1:15
 - в) 2:5
 - г) 2:30
91. ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- a) Констатация биологической смерти
 - b) У лиц с переломом шейного отдела позвоночника
 - в) У больных старше 70 лет
 - г) У лиц, ведущих асоциальный образ жизни
92. В СЛУЧАЕ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСА «АВС», РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ МОЖНО ПРЕКРАТИТЬ ЧЕРЕЗ:
- a) 10 мин

- б) 4 – 6 мин
- в) 30 мин
- г) 1 час

93. ПРИ КАКОМ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ ЗАПРОКИДЫВАНИЕ ГОЛОВЫ ПРОТИВОПОКАЗАНО:

- а) при травме головы
- б) при повреждении шейного отдела позвоночника
- в) при алкогольном опьянении
- г) при инфаркте миокарда

94. ЧЕРЕЗ КАКОЕ ВРЕМЯ ПОСЛЕ СМЕРТИ ТРУП ИЗ ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРЕВОЗИТСЯ В МОРГ

- а) через 5 ч
- б) через 10-15 мин
- в) через 2 ч
- г) через 1 сутки

95. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ОБЯЗАНЫ ПРОВОДИТЬ:

- а) только врачи и медсестры реанимационных отделений
- б) все специалисты, имеющие медицинское образование
- в) все взрослое население

96. КАКОВА ЦЕЛЬ ЗАПРОКИДЫВАНИЯ ГОЛОВЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ?

- а) обеспечить проходимость дыхательных путей
- б) для удобства осуществления реанимации
- в) чтобы не повредить шейный отдел позвоночника
- г) чтобы создать плотный контакт рта реаниматора и рта или носа пострадавшего

97. ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ВЫВЕДЕНИИ ИЗ СОСТОЯНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) дать понюхать нашатырный спирт
- б) проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ)
- в) проведение закрытого массажа сердца
- г) одновременное проведение ИВЛ и закрытого массажа сердца

98. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ КОМПРЕССИИ ПРОИЗВОДЯТ:

- а) всей ладонью
- б) проксимальной частью ладони
- в) тремя пальцами
- г) одним пальцем

99. СООТНОШЕНИЕ ДЫХАНИЙ И КОМПРЕССИЙ НА ГРУДИНУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ ОДНИМ ЛИЦОМ СОСТАВЛЯЕТ:

- а) на 1 вдох - 5 компрессий
- б) на 2 вдоха - 30 компрессии
- в) на 3 вдоха - 6 компрессий
- г) на 2 вдоха - 15 компрессий

100. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА ПОВЕРХНОСТЬ, НА КОТОРОЙ ЛЕЖИТ ПАЦИЕНТ, ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНА БЫТЬ:

- а) жесткой
- б) мягкой
- в) наклонной
- г) неровной

101. ПРИЗНАКОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) отсутствие экскурсий грудной клетки
- б) зрачки широкие
- в) отсутствие пульсовой волны на сонной артерии
- г) появление пульсовой волны на сонной артерии, сужение зрачков

102. ИВЛ НОВОРОЖДЕННОМУ ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ:

- а) методом «изо рта в рот»
- б) с помощью маски наркозного аппарата
- в) методом «изо рта в нос»
- г) методом «изо рта в рот и нос»

103. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАПАДЕНИЯ КОРНЯ ЯЗЫКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ГОЛОВА ПОСТРАДАВШЕГО ДОЛЖНА БЫТЬ:

- а) повернута набок
- б) запрокинута назад
- в) согнута вперед
- г) в исходном положении

104. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ В УСЛОВИЯХ НОРМОТЕРМИИ СОСТАВЛЯЕТ:

- а) 1-2 минуты
- б) 4-5 минут
- в) 25-30 минут
- г) 8-10 минут

105. ЧИСЛО ДЫХАНИЙ В 1 МИНУТУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИВЛ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ СОСТАВЛЯЕТ:

- а) 10-12 в 1 минуту
- б) 30-32 в 1 минуту
- в) 12-20 в 1 минуту
- г) 20-24 в 1 минуту

106. ОБЪЕМ ВДУВАЕМОГО ВОЗДУХА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ (МЛ):

- а) 300-500
- б) 500-800
- в) 800-1000
- г) 1200-1500

107. ИСХОД РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРИ:

- а) первичной остановке кровообращения
- б) первичной остановке дыхания
- в) первичном поражении центральной нервной системы
- г) первичном поражении нейроэндокринной сферы
- д) остановке сердца и дыхания как следствия множественной травмы.

108. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОТКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ ОСЛОЖНЕНИЯ:

- а) ранение внутренней грудной артерии
- б) повреждение мышцы сердца
- в) кровоизлияние в мышцу сердца
- г) разрыв легкого
- д) кровотечение из раны

109. ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОГО ПЕРИОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- а) продолжительностью периода умирания
- б) продолжительностью клинической смерти
- в) глубиной и длительностью перенесенной гипоксии

г) характером основного заболевания

д) все ответы верны

110. СООТНОШЕНИЕ ВДОХОВ И КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ВЗРОСЛОМУ ПОСТРАДАВШЕМУ:

а) 1:5

б) 1:15

в) 2:5

г) 2:30

111. ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Констатация биологической смерти

б) У лиц с переломом шейного отдела позвоночника

в) У больных старше 70 лет

г) У лиц, ведущих асоциальный образ жизни

112. МАКСИМАЛЬНЫЙ РАЗРЯД, РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПРИ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ:

а) 200 Дж

б) 300 Дж

в) 360 Дж

г) 450 Дж

113. ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ:

а) метаболический алкалоз

б) метаболический ацидоз

в) респираторный алкалоз

г) респираторный ацидоз

д) смешанный метаболический и респираторный ацидоз

114. ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА СОЗНАНИЕ ИСЧЕЗАЕТ ЧЕРЕЗ:

а) 10 сек

б) 30 сек

в) 60 сек

г) 3 мин

д) 5 мин

115. ПОКАЗАНИЯМИ К ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ (ИВЛ) ЯВЛЯЮТСЯ:

а) отсутствие спонтанного дыхания

б) клапанный пневмоторакс

в) клиническая смерть

г) тахипноэ (дыхание чаще 40 в минуту) при нормальной температуре и исключении гиповолемии

116. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ:

а) костная крепитация ребер и грудины

б) появление пульсации на сонных артериях

в) максимальное расширение зрачков

г) сужение зрачков

117. ПРИЗНАКОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) отсутствие экскурсий грудной клетки

б) зрачки широкие

в) отсутствие пульсовой волны на сонной артерии

г) появление пульсовой волны на сонной артерии, сужение зрачков

118. ИВЛ РЕБЕНКУ 7 ЛЕТ ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ:

а) методом «изо рта в рот»

б) с помощью маски наркозного аппарата

в) методом «изо рта в нос»

г) методом «изо рта в рот и нос»

119. ПОСЛЕ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ФУНКЦИИ АВТОМАТИЗМА И ПРОВОДИМОСТИ В СЕРДЦЕ СОХРАНЯЮТСЯ В ТЕЧЕНИЕ:

а) 15 – 30 сек

б) 2 – 3 мин

в) 5 – 10 мин

г) 20 – 30 мин

д) 45 – 60 мин

Проблемно-ситуационные задачи для текущего контроля и промежуточной аттестации

Проблемно-ситуационная задача 1

Пациент 45 лет обратился с жалобой на одышку с затрудненным выдохом, приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, резкую слабость. Возникновение приступа связывает с запахом краски (в цехе идет ремонт).

Объективно: пациент занимает вынужденное положение – сидит опираясь руками о край стула. Кожный покров – диффузный цианоз. ЧДД 28 в мин. Перкуторный звук - коробочный. В легких выслушиваются в большом количестве сухие свистящие хрипы. Пульс 96 уд./мин.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 2

Бригада СМП была вызвана на дом к мужчине 25 лет, который жаловался на резкую боль в правой половине грудной клетки, одышку в состоянии покоя, сердцебиение, сухой кашель, это состояние развилось резко после подъема тяжести. До этого в течение двух месяцев больной отмечал плохой аппетит, резкое похудание, выраженную слабость, быструю утомляемость, потливость (особенно по ночам), кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, по вечерам повышение температуры до 37,2⁰-37,4⁰. Пациент состоял на учете в туберкулезном диспансере.

Объективно: кожный покров бледный. Пациент пониженного питания. ЧДД 32 в мин. Перкуторный звук коробочный. Дыхание резко ослаблено. Пульс 100 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 3

Мужчина 50 лет обратился с жалобами на экспираторную одышку приступообразного характера, кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой. Страдает бронхиальной астмой. Ухудшение связывает с перенесенным ОРВИ. Количество ингаляций беродуала вынужден увеличить до 10 раз. Последние 2 дня приступ полностью не купируется. Состояние тяжелое. Ортопноэ. ЧДД 24 в мин. Шумный свистящий выдох. Диффузный цианоз, кожный покров влажный. Перкуторно – коробочный тон. Дыхание ослабленное, участки “немого” легкого. ЧСС 120 в мин. АД 140/90 мм рт.ст.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 4

Больная 40 лет обратилась в приемный покой с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, кашель с выделением ржавой мокроты, одышку в состоянии покоя, озноб, повышение температуры до 39⁰С. Заболела остро два дня назад. После приема жаропонижающих таблеток состояние ухудшилось, появилась резкая слабость, головокружение, потливость. В течение часа температура снизилась до нормы.

Объективно: температура 36,8⁰С. Кожный покров бледный, влажный, на губах герпетические высыпания. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При перкуссии справа ниже угла лопатки определяется укорочение перкуторного звука, здесь же выслушивается крепитация. Пульс малого наполнения, 100 уд./мин. АД 85/60 мм рт. ст. ЧДД 32 в мин.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 5

Бригада СМП была вызвана на дом к пациенту 45 лет, который болен уже 10 дней. Вначале беспокоили сильный озноб, повышение температуры до 39°C, сухой кашель, боли в груди слева, а через неделю при кашле начала выделяться гнойная мокрота в больших количествах с очень неприятным запахом. Вечером пациент отметил, что при кашле стала выделяться алая пеннистая кровь в большом количестве, и была вызвана бригада скорой помощи.

Объективно: кожный покров бледный. В легких при аускультации слева выслушиваются влажные хрипы различного калибра на фоне бронхиального дыхания.

Тоны сердца ритмичные, пульс малого наполнения 100 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 6

Бригада скорой помощи вызвана на дом к женщине 30 лет, которая жалуется на повышение температуры до 39°C в течение 5 дней, слабость, потливость, боль и тяжесть в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку.

Объективно: пациентка из-за одышки вынуждена сидеть. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, здесь же резко ослаблено голосовое дрожание.

Перкуторный звук резко укорочен. При аускультации справа в средних отделах легкого выслушивается резко ослабленное дыхание, а в нижних отделах дыхание не определяется. Пульс 110 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 7

Пациент 60 лет жалуется на внезапное появление резкой боли за грудиной, одышку, кашель с отделением слизистой мокроты с прожилками крови. Пациент предпочитает лежать. Отмечается цианоз кожного покрова, шейные вены набухли, пульсация в яремной области. ЧДД 40 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Пульс 120 уд./мин. Граница относительной сердечной тупости смещена вправо. Систолический шум на легочной артерии. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Цианоз, гиперемия и отек левой голени, болезненность при пальпации вдоль сосуда в области подколенной ямки.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 8

Из населенного пункта в медпункт доставлен мужчина, 55 лет, с жалобами на влажный кашель, ощущения боли в грудной клетке, слабость. Пациент возбужден, испуган, бледен. Из рта выделяется розово-красная пеннистая кровь синхронно с кашлевыми толчками. В анамнезе рак легкого. При осмотре: астеник. Кожный покров бледный, влажный. Увеличение надключичных и подмышечных лимфатических узлов. ЧДД 28 в мин. В легких выслушиваются обильные разнокалиберные влажные хрипы. Пульс 100 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 9

Ваш коллега, мужчина 20 лет, во время торопливой еды и разговора появился судорожный кашель, затруднение дыхания. Мужчина схватился за горло, растерян, говорить не может. Лицо цианотично, страх смерти. Судорожное дыхание с затруднением вдоха, приступ кашля.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 10

Мужчина, 38 лет, обратился в приемный покой с жалобами на резкую слабость, сильные боли в эпигастриальной области, тошноту, 2-кратную рвоту. В анамнезе ишемическая болезнь сердца.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 90 уд./мин. АД 140/90 мм рт.ст. Для исключения инфаркта миокарда было выполнено ЭКГ обследование. Заключение: Ритм синусовый, ЧСС 92 уд./минуту. Ось сердца отклонена влево. Элевация сегмента ST в III отведении, слившегося с высоким зубцом T (монофазная кривая).

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 11

К врачу обратился мужчина 28 лет с жалобами на резкую слабость, головокружение, два раза была рвота, рвотные массы напоминают —кофейную гущу. В анамнезе язвенная болезнь желудка.

Объективно: кожные покровы бледные. Язык обложен грязно-серым налетом. При пальпации живота определяется умеренная болезненность в области эпигастрия. Пульс 98 уд./мин. АД 100/70 мм рт.ст.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 12

К врачу обратился мужчина 30 лет с жалобами на остро возникшие очень интенсивные боли в поясничной области справа, боль иррадирует в паховую область. Мочиспускание учащенное, болезненное, малыми порциями. Моча красного цвета.

Объективно: пациент возбужден, мечется от болей. Резко положительный симптом Пастернацкого справа. Пульс 100 уд./мин. АД 150/80 мм рт.ст.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 13

У мужчины 20 лет, состоящего на диспансерном учете с язвенной болезнью желудка, внезапно возникла острая боль в эпигастриальной области. Боль иррадирует в правое плечо. Больной сидит на корточках, зажав руками живот. Кожа бледная, покрыта холодным потом. Пульс 80 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст. Живот втянут, напряжение мышц передней брюшной стенки, разлитая болезненность по всему животу. Зона печеночной тупости уменьшена. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 14

К врачу обратилась пациентка 55 лет с жалобами на внезапное появление резких, острых болей в правом подреберье после нарушения диеты (еда жаренные пирожки). Боли иррадируют в правую половину грудной клетки. Больная возбуждена, стонет, пытается найти удобное положение. Кожа бледная, покрыта потом. Пульс 70 уд./мин. АД 130/80 мм рт.ст. При пальпации болезненность в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Выявляется френкикус-симптом. В анамнезе желчно-каменная болезнь.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 15

К врачу обратился больной Б. 32-х лет, с жалобами на боли в области живота, периодического характера, иногда появляются ночью, натощак, при употреблении острой пищи, боли возникают через 3-4 часа. Улучшение отмечает после приема молока с содой в ночное время. Считает себя больным в течение 3-х лет, лечился отварами трав, прополисом, облепихой, состояние улучшалось. Но весной и осенью наступали обострения. Живет в тайге, охотник (лечиться нет времени). Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, употребляет алкоголь (самогон).

Объективно: общее состояние удовлетворительное, плотного телосложения, физически развит. Кожные покровы бледные чистые. В легких везикулярное дыхание. Тоны ритмичные до 74 ударов в минуту. АД – 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот овальной формы, симметричный, при пальпации болезнен справа от средней линии выше пупка. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезенка не пальпируются.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 16

Больная С., 32 года, доставлена машиной скорой помощи в больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в нижних отделах живота больше справа, иррадирующие в прямую кишку, слабость, головокружение. Заболела 2 часа назад, когда появились ноющие боли в правой паховой области, которые быстро нарастают в своей интенсивности и вскоре стали иррадировать в область прямой кишки. Дома была тошнота, однократная рвота, кратковременная потеря сознания. Во время транспортировки появились скудные кровянистые выделения из половых путей.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, акроцианоз, тахипное. АД - 70/40 мм рт. ст. Ps - 120 уд./мин., слабого наполнения. При пальпации отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность в нижних отделах живота, где выражен симптом Щеткина-Блюмберга, притупление перкуторного звука до уровня пупка.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки и влагалище бледные. Из цервикального канала скудные темные, кровянистые выделения. Бимануально: исследование затруднено из-за напряжения передней брюшной стенки

и резкой болезненности. Матка и придатки четко не определяются. Влагалищные своды уплощены, особенно задний, резко болезненный («крик Дугласа»), движения за шейку также резко болезненные, симптом «плавающей» матки. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 17

Больная Ф., 28 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на периодически повторяющиеся боли в правой паховой области, тошноту, мажущие кровянистые выделения из половых путей, слабость. Анамнез: менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация полтора месяца назад, впервые отмечает задержку месячных. Половая жизнь с 22 лет, были один роды и один медицинский аборт, осложнившийся воспалением придатков матки, лечилась в стационаре. В течение трех лет от беременности не предохраняется. Соматически здорова. В связи с задержкой месячных считала себя беременной, беременность была желанной. Два дня назад появились скудные темные кровянистые выделения, самочувствие оставалась удовлетворительным, к врачу не обращалась. В течение последних суток беспокоят периодические боли в правой паховой области, ночью они усилились, стали иррадиировать в задний проход, появилась тошнота. Кровянистые выделения продолжают, усилились. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 37°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание везикулярное. Пульс 78 уд./мин., ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Передняя брюшная стенка не напряжена, участвует в акте дыхания, в правой подвздошной области отмечается болезненность. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Гинекологическое исследование: наружные половые органы и влагалище без особенностей. В зеркалах: шейка цилиндрическая, несколько цианотична, из наружного зева темно-красные, дегтеобразного вида, незначительные выделения. Вагинально: матка в антефлексию, несколько увеличена, шаровидной формы, размягчена, подвижная, безболезненная. Левые придатки без особенностей. Справа от матки определяются увеличенные и болезненные придатки, имеющие ретортообразную форму. Пальпация заднего свода умеренно болезненная. Влагалищные своды глубокие. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 18

Больная З., 28 лет, доставлена бригадой скорой помощи в связи с резкими болями внизу живота, кратковременным обморочным состоянием, головокружением, слабостью, мельканием «мушек» перед глазами. Из анамнеза: в детстве болела дизентерией, воспалением легких. Менструации с 12 лет, без особенностей. Последняя менструация пришла в срок две недели назад, прошла как обычно. Половая жизнь с 23 лет. Было две беременности, закончившиеся родами. В течение трех лет с целью контрацепции принимала КОК. Последние три месяца используются барьерные методы контрацепции. Считает себя больной в течение трех часов, когда после подъема тяжести неожиданно появилась острая боль внизу живота справа, которая вскоре стала иррадиировать в задний проход, под левую ключицу. Была рвота и кратковременно теряла сознание, в течение последнего часа беспокоит головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, выраженная слабость. Объективно: состояние больной тяжелое. Выражена бледность кожных покровов и слизистых. Со стороны легких патологии не выявлено. Пульс 120 уд./мин., слабого наполнения. АД 80/50 мм рт. ст. Язык чистый, слегка суховат. Передняя брюшная стенка незначительно напряжена, живот не участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается резкая болезненность живота в нижних отделах, больше справа. Перкуторно определяется притупление в боковых отделах живота. Симптомы раздражения брюшины положительные в гипогастрии. Гинекологическое исследование: наружные половые органы без особенностей. В зеркалах: слизистая влагалища без воспалительных явлений. Шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Влагалищное исследование: пальпация матки и придатков затруднены из-за резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки, но создается впечатление, что матка не увеличена, в правильном положении, обычной консистенции, справа от матки нечетко определяется незначительно увеличенный, плотный болезненный яичник. Пальпация заднего свода резко болезненна, сам свод уплощен. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 19

После нервного перенапряжения у мужчины 42 лет возникли интенсивные продолжительные боли сжимающего характера за грудиной с иррадиацией под левую лопатку и в нижнюю челюсть. На дом был вызвана бригада СМП. Объективно: Сознание нарушено – пациент резко заторможен. Кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз. Кисти и стопы холодные. Периферические вены спавшиеся. Тоны сердца глухие. Пульс малого наполнения, частота 92 уд./мин. АД 80/60 мм рт.ст. Олигурия. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 20

В конце напряженного трудового дня женщина, 35 лет, отметила резкое ухудшение состояния – появилась сильная головная боль, головокружение, тошнота, сердцебиение, учащенное обильное мочеиспускание. Вызвана бригада СМП. Объективно: пациентка возбуждена. Кожные покровы гиперемированы, влажные. Тоны сердца громкие, ритмичные, выслушивается акцент II тона на аорте. Пульс 100 уд./мин., ритмичный. АД 180/100 мм рт.ст. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 21

Ночью бригада СМП вызвана на дом к пациенту 40 лет, который жаловался на нехватку воздуха (он вынужден был сесть в кровати и спустить ноги), одышку с затрудненным вдохом, сухой кашель, резкую слабость, страх смерти. В анамнезе - 2 года назад перенес обширный инфаркт миокарда. Объективно: кожные покровы цианотичные, влажные. В легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушиваются мелкопузырчатые незвучные влажные хрипы преимущественно в нижних отделах. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 98 уд./мин. АД 160/90 мм рт.ст. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 22

Мужчина, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на резкую слабость, сильные боли в эпигастриальной области, тошноту, 2 раза была рвота. В анамнезе ишемическая болезнь сердца. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, пульс 90 уд./мин. АД 140/90 мм рт.ст. Данные ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 98 в мин. Ось не отклонена. Элевация сегмента ST в V₅₋₆, сливающегося с высоким зубцом T (монофазная кривая). Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 23

В приемный покой обратилась женщина, 40 лет, с жалобами на внезапно начавшийся приступ сердцебиения, перебои в работе сердца. Пациентка отметила резкую слабость, потливость. Ранее подобные приступы были, пациентка обследовалась. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца ритмичные с частотой 120 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 24

Бригада СМП вызвана на дом к мужчине 53 лет. Жалобы на головные боли, слабость, онемение в правых конечностях, нарушение речи. В анамнезе хронический алкоголизм. Объективно: состояние средней степени тяжести, опущен правый угол рта, ослаблена мышечная сила в правой руке, ноге. ЧДД 16 в минуту. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, пульс 100 уд./мин. АД – 185/100 мм рт.ст. На ЭКГ острой патологии не выявлено. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 25

Вызов врача скорой помощи на дом. 44 летняя женщина сидит в кровати, опустив на пол ноги. Клокочущее дыхание, кашель с выделением обильной розовой пенистой мокроты. Состояние средней степени тяжести, речь затруднена. Лицо бледное, покрыто крупными каплями пота, испуганное и напряженное из-за страха смерти. Акроцианоз. ЧДД 27 в минуту. Над всей поверхностью легких выслушиваются мелкопузырчатые незвучные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 120 в минуту. АД 110/60 мм рт ст. На ЭКГ признаки нарастающей перегрузки левых отделов сердца. В анамнезе порок сердца (митральный стеноз). Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 26

Пациентка, 18 лет, при заборе крови из вены в процедурном кабинете потеряла сознание. Кожный покров бледный, влажный. Пульс малого наполнения и

напряжения на лучевых артериях, ритмичный, 100 в минуту. АД 80/60 мм рт.ст.
Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 27

Мужчина 65 лет обратился в приемный покой с жалобами на сердцебиение, одышку, головную боль в затылочной области, мелькание перед глазами. Эти жалобы беспокоят пациента в течение 2-х лет. К врачам ранее не обращался, самостоятельно не лечился. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца – отмечаются «скачки» АД, максимальные цифры 200/110 мм рт.ст. появилась одышка при привычной физической нагрузке, периодически возникают отеки на стопах к вечеру. Объективно на момент осмотра: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Гиперстеник. Акроцианоз. ЧДД 2 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. При аускультации – тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона на аорте, ЧСС 60 в минуту. АД 190/110 мм рт.ст.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 28

Молодая женщина обратилась в приемный покой с жалобами на выраженный, плотный, бледный, незудящий отек лица, затрудненное дыхание, слабость, тошноту, повышение температуры до 38°C. Это состояние развилось через 30 мин. после инъекции гентамицина.

Объективно: на лице значительно выраженный отек, выраженный отек верхних и нижних век, язык отечный, увеличен в размере. Пульс 110 уд./мин. АД 110/90 мм рт.ст.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 29

Пациенту, 35 лет, назначено амбулаторное лечение ампициллином в процедурном кабинете. Через несколько минут после в/м введения ампициллина пациент стал жаловаться на общую слабость, прилив крови к лицу (как бы обдало жаром), головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной. Состояние тяжелое. Бледность кожи с цианозом, обильная потливость. Одышка экспираторного характера. Глухие тоны сердца. Нитевидный пульс, 120 уд./мин. АД 80/50 мм рт.ст. ЧДД 28 в мин.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 30

Бригада СМП вызвана в школу к пациенту 18 лет, страдающему инсулинзависимым сахарным диабетом. Со слов одноклассников несколько минут назад он пожаловался на чувство голода, дрожь, потливость, затем потерял сознание. Кожа бледная, влажная. Гипертонус мышц. Дыхание везикулярное. Пульс 100 уд./мин. АД 130/90 мм рт.ст.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 31

Вызов бригады СМП на дом. У 18 летней пациентки с инсулинзависимым сахарным диабетом в течение недели отмечались слабость, тошнота, рвота, апатия, оглушенность. По рекомендации врача получала 32 ед. протофана, 8 ед. актрапида. Более точный анамнез заболевания уточнить не удалось - пациентка из социально неблагополучной семьи.

Сознание угнетено. Отмечается рubeоз лица. Кожа и слизистые сухие. Тургор кожи снижен. Мягкие глазные яблоки. Тоны сердца приглушены. Пульс малого наполнения. АД 90/60 мм рт.ст. Глубокое, шумное дыхание. Во время осмотра потеряла сознание. Необходимое время для транспортировки в ЦРБ - 2 часа.

Проблемно-ситуационная задача 32

Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с двоением в глазах и слабостью в правых конечностях, которые возникли рано утром, при пробуждении. Пять лет назад больная перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы мерцательной аритмии. Месяц назад был эпизод головокружения и двоения в глазах, симптоматика полностью регрессировала в течение часа.

При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парез всех мимических мышц слева, сходящееся косоглазие, движение левого глазного яблока наружу минимально, движения в правых конечностях отсутствуют, в них повышены сухожильные рефлексy, симптом Бабинского справа.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 33

Больная Н., 16 лет на уроке в школе потеряла сознание. Отмечались генерализованные судороги тонико-клонического характера. Перед приступом ощутила запах жженой резины. С 10-летнего возраста 1-2 раза в год возникали состояния «замирания», приступы «неожиданного падения», которые девочка амнезировала. В течение последнего года появилась раздражительность, снохождение, сноговорение.

Эпилептические приступы отмечались у тети по материнской линии.

Объективно: общемозговой и очаговой симптоматики нет.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 34

50-летний мужчина был обнаружен на улице. На осмотре: он без сознания, дыхание отсутствует. По данным очевидцев, это произошло около 30 минут назад. Никто не вызвал скорую помощь, потому что думали, что он был пьян.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Проблемно-ситуационная задача 35

64 летний мужчина, имеющий диагноз рак легкого 4 стадии, отдаленные метастазы. После продолжительного приступа кашля мужчина потерял сознание. При осмотре: сознания нет, дыхание отсутствует.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Перечень практических навыков для текущего контроля и промежуточной аттестации

1. Алгоритм оказания экстренной помощи при бронхообструктивном синдроме.
2. Алгоритм оказания экстренной помощи при тромбозе легочной артерии.
3. Алгоритм оказания экстренной помощи при спонтанном пневмотораксе.
4. Алгоритм оказания экстренной помощи при обтурации дыхательных путей инородным телом.
5. Алгоритм оказания экстренной помощи при остром коронарном синдроме, осложненном кардиогенным шоком.
6. Алгоритм оказания экстренной помощи при остром коронарном синдроме, осложненном отеком легких.
7. Алгоритм оказания экстренной помощи при расслоении аневризмы аорты.
8. Алгоритм оказания экстренной помощи при гиповолемии.
9. Алгоритм оказания экстренной помощи при расслоении аневризмы брюшного отдела аорты.
10. Алгоритм оказания экстренной помощи при анафилактическом шоке.
11. Алгоритм оказания экстренной помощи при гипогликемии.
12. Алгоритм оказания экстренной помощи при гипергликемии.
13. Алгоритм оказания экстренной помощи при остром нарушении мозгового кровообращения.
14. Алгоритм оказания экстренной помощи при эпилептическом приступе.
15. Алгоритм оказания базовой сердечно-легочной реанимации.
16. Алгоритм оказания базовой сердечно-легочной реанимации при обтурации верхних дыхательных путей инородным телом.
17. Алгоритм оказания расширенной сердечно-легочной реанимации (дефибриллятор отсутствует).
18. Алгоритм оказания расширенной сердечно-легочной реанимации (дефибриллятор присутствует).
19. Составление семидневных меню основного варианта стандартной диеты.
20. Составление семидневных меню диеты с механическим и химическим щажением.
21. Составление семидневных меню диеты с повышенным количеством белка.
22. Составление семидневных меню диеты с пониженным количеством белка.
23. Составление семидневных меню диеты с пониженной калорийностью.

24. Составление семидневных меню диеты с повышенной калорийностью.
25. Составление специальных диет.
26. Составление персонализированных диет.

Критерии оценивания	
Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 100%-91% вопросов тестового контроля
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 90%-81% вопросов тестового контроля
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 80%-71% вопросов тестового контроля
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 70% и менее вопросов тестового контроля
выполнение практического навыка	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, когда ординатор проявил полное знание программного материала, рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, когда ординатор проявил полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор проявил знания основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности, но допустил не более одной принципиальной ошибки, рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор показывает существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершает действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушает требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

3. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**
Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта проводится по зачётным билетам

Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации

Симуляционное оснащение:

- манекен с возможностью имитации аускультативной картины различных заболеваний сердца и легких, с функцией пальпации верхушечного толчка, визуализации вен шеи и пульсации центральных и периферических артерий, синхронизированных с сердечными фазами или симулятор для аускультации сердца и легких с синхронизацией показателей артериального давления и пульсации сосудов
- многофункциональный робот-симулятор, позволяющий оценить состояние, выделить ведущие синдромы и оказать медицинскую помощь, в комплекте с оборудованием для проведения общемедицинских диагностических и лечебных вмешательств: имитации дыхательных звуков и шумов; визуализации экскурсии грудной клетки; имитации пульсации центральных и периферических артерий; генерации заданной электрокардиограммы на медицинское оборудование; речевого сопровождения; моргания глаз и изменения просвета зрачков; имитации аускультативной картины работы сердца, тонов/шумов сердца; имитация показателей АД и температуры тела через симуляционный монитор пациента
- манекен взрослого пациента для обучения СЛР (лежащий на полу) с возможностью регистрации (по завершении) следующих показателей: глубина компрессий, положение рук при компрессиях, высвобождение рук между компрессиями, частота компрессий, дыхательный объем, скорость вдоха

Медицинское оснащение:

- Стол рабочий
- Стул
- Кушетка
- Раковина
- Средства для обработки рук
- Приспособление для высушивания рук
- Стегфонендоскоп
- Тонометр
- Источник света (карманный фонарик)
- Спиртовые салфетки
- Смотровые перчатки
- Настенные часы с секундной стрелкой
- Емкость для сбора бытовых и медицинских отходов (закрепленный пакет класс А, закрепленный пакет класс Б)
- Телефонный аппарат
- Тележка на колесах для размещения оборудования, расходных материалов и лекарственных средств
- Лицевая маска кислородная
- Источник кислорода
- Пульсоксиметр
- Электрокардиограф
- Бутылка питьевой воды без газа
- Пластиковой одноразовый стаканчик
- Термометр инфракрасный
- Экспресс-анализатор глюкозы
- Штатив для длительных инфузионных вливаний
- Смотровые перчатки
- Спиртовые салфетки
- Шприц 20 мл с иглой 0,4-0,8 мм
- Периферический венозный катетер 22 G
- Система для внутривенных инфузий
- Пластырь для периферического венозного катетера
- Бинт нестерильный
- Ампулы и флаконы, заполненные дистиллированной водой для имитации лекарственных средств).
- Кожный антисептик в пульверизаторе
- Салфетки для высушивания антисептика после его экспозиции
- Напольный коврик
- Учебный автоматический наружный дефибрилятор
- Сменные электроды для автоматического наружного дефибрилятора

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Профилактической медицины
направление подготовки (специальность) 31.08.34 Диетология
дисциплина Симуляционный курс (1 курс).

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1

- Бюджетный метод, характеристика, особенности, методика применения
- Составление семидневных меню диеты с пониженным количеством белка.

Заведующая кафедрой
профилактической медицины
д.м.н., профессор

Н.П.Сетко

Председатель учебно-методической комиссии
по подготовке кадров высшей квалификации
в ординатуре д.м.н., профессор

Г.Ю. Евстифеева

Декан факультета подготовки кадров высшей
квалификации
к.м.н., доцент

И.В. Ткаченко

кафедра Профилактической медицины
направление подготовки (специальность) 31.08.34 Диетология
дисциплина Симуляционный курс (2 курс).

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при анафилактическом шоке.
2. Алгоритм проведения экстренной медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения.

Заведующая кафедрой
профилактической медицины
д.м.н., профессор

Н.П.Сетко

Председатель учебно-методической комиссии
по подготовке кадров высшей квалификации
в ординатуре д.м.н., профессор

Г.Ю. Евстифеева

Декан факультета подготовки кадров высшей
квалификации
к.м.н., доцент

И.В. Ткаченко

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации

Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер)
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать Методики оценки состояния питания пациента Методики определения индивидуальных пищевых потребностей пациента, в том числе в дополнительном питании Методики проведения анализа алиментарных рисков развития заболеваний Оценка индекса массы тела Методы диагностики нарушений пищевого статуса пациента Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей) Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации	Контрольно-оценочное средство (номер) вопросы № 1-43
	Уметь Проводить оценку фактического питания пациентов Проводить исследование и анализ антропометрических показателей и состава тела Проводить оценку пищевого поведения Использовать компьютерные программы оценки фактического питания, диагностического тестирования для выявления нарушений пищевого поведения, расчета индивидуальных лечебных рационов Применять методики: - оценки пищевого статуса пациента; - исследования индекса массы тела, результатов биоимпедансометрии и соматометрии; - расчета индивидуальной потребности в пищевых веществах; - расчета индивидуальной потребности в белке смесей белковых композитных сухих; - расчета энтерального питания; - мониторинга пищевого статуса пациента; - оценки эффективности лечебного питания Распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)) Применять	проблемно-ситуационные задачи № 1-35 практические навыки № 1-18

		лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме	
		<p>Владеть</p> <p>Методами оценки фактического питания</p> <p>Методами исследования антропометрических показателей</p> <p>Методами определения состава тела</p> <p>Методами оценки пищевого поведения</p> <p>Методами оценки показателей основного обмена</p> <p>Методами оценки риска развития алиментарнозависимых заболеваний</p> <p>Оценка состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации</p> <p>Оказание медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга)</p> <p>Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p>	<p>проблемно-ситуационные задачи № 1-35</p> <p>практические навыки № 1-18</p>
	ПК-6 готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи	<p>Знать</p> <p>Принципы лечения нарушений пищевого статуса и алиментарнозависимых заболеваний методом диетотерапии</p>	вопросы № 1-30
<p>Уметь</p> <p>Рассчитывать химический состав и калорийность рациона</p>		практические навыки № 19-26	
<p>Владеть</p> <p>Навыками составления семидневного меню стандартных диет; Навыками составления картотеки блюд семидневного меню стандартной диеты; Методами расчета калорийности рациона; Методами расчета химического состава рациона</p>		практические навыки № 19-26	

3. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной программе ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.

ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

УК-2 готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся

Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины

Модуль 1. Современное состояние и тенденции общественного здоровья и здравоохранения в России

Тема реферата с электронной презентацией

1. Организация медицинской помощи по профилю «Диетология».

Модуль 2. Применение информационных технологий в профессиональной деятельности врача

Примерные темы реферата с электронной презентацией

1. Терминологический аппарат телемедицины и электронного здравоохранения.
2. История телемедицинских проектов.
3. Эволюция систем дистанционной диагностики.
4. Основные технологии, применяемые в телемедицине.
5. Принципы построения телемедицинских систем.
6. Зарубежные модели телемедицины и электронного здравоохранения.
7. Понятие о PACS-системах.
8. Визуализация данных инструментальных исследований.
9. Особенности подготовки материалов для телеконсультаций.
10. Применение технологий видеоконференц-связи в телеконсультировании, дистанционном образовании, управлении.
11. Дистанционное образование за рубежом.
12. Нормативная база дистанционного образования.
13. Формы и перспективы дистанционного образования в России.
14. Применение телемедицинских технологий в управлении здравоохранением.
15. Интернет-ресурсы по электронному здравоохранению.

Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости в рамках модуля дисциплины

Критерии оценки электронной презентации

Баллы: 0 - позиция отсутствует 1 – слабо 2 – хорошо 3 - отлично
Требования
Структура (до 9 баллов)
количество слайдов соответствует содержанию и продолжительности выступления (для 7-минутного выступления рекомендуется использовать не более 10 слайдов)
наличие титульного слайда
оформлены ссылки на все использованные источники
Текст на слайдах (до 6 баллов)
текст на слайде представляет собой опорный конспект (ключевые слова, маркированный или нумерованный список), без полных предложений
наиболее важная информация выделяется с помощью цвета, размера, эффектов анимации и т.д.
Наглядность (до 9 баллов)
иллюстрации помогают наиболее полно раскрыть тему, не отвлекают от содержания
иллюстрации хорошего качества, с четким изображением

используются средства наглядности информации (таблицы, схемы, графики и т. д.)
Дизайн и настройка (до 12 баллов)
оформление слайдов соответствует теме, не препятствует восприятию содержания
для всех слайдов презентации используется один и тот же шаблон оформления
текст легко читается
презентация не перегружена эффектами
Содержание (до 9 баллов)
презентация отражает основные этапы исследования (проблема, цель, гипотеза, ход работы, выводы, ресурсы)
содержит ценную, полную, понятную информацию по теме проекта
ошибки и опечатки отсутствуют
Требования к выступлению (до 18 баллов)
выступающий свободно владеет содержанием, ясно излагает идеи
выступающий свободно и корректно отвечает на вопросы и замечания аудитории
электронная презентация служит иллюстрацией к выступлению, но не заменяет его
выступающий обращается к аудитории, поддерживает контакт с ней
при необходимости выступающий может легко перейти к любому слайду своей презентации
в выступлении отражен вклад каждого участника в работу группы (по возможности)

Перевод полученных баллов в итоговую оценку:

33– 45 баллов – оценка «отлично»

18 – 32 баллов – оценка «удовлетворительно»

менее 2 баллов – оценка «неудовлетворительно»

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Модуль 1. Современное состояние и тенденции общественного здоровья и здравоохранения в России

Тема 1. Порядки организации медицинской помощи

Форма текущего контроля успеваемости

Устный опрос.

Выполнение практических заданий.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Вопросы для устного опроса:

1. Нормативно-правовое регулирование обязанностей медицинской организации соблюдать порядки МП и стандарты МП.
2. Структура и содержание порядков оказания МП.
3. Перечень порядков оказания медицинской помощи.
4. Структура и содержание стандарта МП.
5. Перечень стандартов медицинской помощи.
6. Практическое значение порядков МП и стандартов МП.

Практические задания для демонстрации практических умений и навыков:

Задание № 1.

Пользуясь системой Консультант (Гарант) найдите действующие порядки и стандарты медицинской помощи. Самостоятельно изучите нормативно-правовые документы соответствующие вашей деятельности.

Задание № 2. Оцените случай оказания медицинской помощи по предоставленной вам документации в соответствии со стандартом. Сделайте заключение о качестве оказания медицинской помощи.

Модуль 2. Применение информационных технологий в профессиональной деятельности врача

Тема 1. Цифровые технологии в здравоохранении.

Форма текущего контроля успеваемости

Тестирование.

Устный опрос.

Решение case-заданий.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Вопросы для входного тестирования:

1. Информация это:
 - 1) степень соответствия реальному объекту
 - 2) степень близости к реальному состоянию явления
 - 3) сведения об окружающем мире и протекающих в них процессах

4) текстовые данные, получаемые человеком при взаимодействии с социальной средой.

2. Свойство информации, отражающее истинное положение дел:

- 1) Понятность
- 2) Достоверность
- 3) Своевременность
- 4) Все ответы верны

3. Системообразующие факторы классификации МИС включают:

- 1) персонализация целей
- 2) объективность целей
- 3) степень и направленность агрегации информации на уровне выходных документов
- 4) Все ответы верны

4. Системообразующие факторы классификации МИС включают:

- 1) композиционность целей
- 2) персонализация целей
- 3) объективность целей
- 4) Все ответы верны

5. Технологические информационные медицинские системы:

- 1) обеспечивают информационную поддержку отношений врач — больной
- 2) обеспечивают информационную поддержку отношений врач — больной
- 3) обеспечивают информационную поддержку отношений популяция территории — органы управления системой ее медицинского обслуживания
- 4) Все ответы верны

Вопросы для устного опроса:

1. Назовите основные положения Концепции развития телемедицинских технологий в РФ.
2. Перечислите направления информатизации в Государственной программе развития здравоохранения.
3. В чём состоят особенности региональных программ информатизации здравоохранения в области развития телемедицинских систем?
4. Нормативная база информатизации в федеральных законах в области здравоохранения (Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») и образования (Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»).
5. Законодательство в области информатизации и телекоммуникаций (Федеральный закон от 07.07.2003 г. № 126-ФЗ «О связи», Федеральный закон от 27.07.2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»). Защита персональных данных (Федеральный закон № 152-ФЗ «О персональных данных»).
6. Ведомственные приказы Минздрава РФ и Минобрнауки РФ в области телемедицины.

Case-задания для демонстрации практических умений и навыков:

Case-задание № 1.

В поликлинике пациент обращается к врачу за рецептом на льготное лекарство.

Задания:

- 1) Любой ли врач может выписать рецепт на льготное лекарство? Обоснуйте свой ответ.
- 2) Может ли льготный рецепт содержать любое лекарство, необходимое пациенту? Обоснуйте ответ.

Тема 2. Региональный сегмент ЕГИСЗ

Формы текущего контроля успеваемости

Тестирование.

Устный опрос.

Решение case-заданий.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Вопросы для входного тестирования:

1. UMLS – это номенклатура медицинских терминов, которая предназначена для:
 - 1) кодирования истории болезни при ведении пациента
 - 2) формализованного представления клинических протоколов и рекомендаций
 - 3) библиографического поиска публикаций по медицинской тематике
2. IDEF0-диаграмма может быть использована для представления модели:
 - 1) зависимости показателей здоровья населения от вредных факторов окружающей среды
 - 2) организационной структуры медицинского учреждения
 - 3) временных параметров функционирования поликлиники
 - 4) потоков управления, данных и объектов деятельности при описании рабочих процессов
 - 5) причинно-следственных связей
3. LOINC – это номенклатура, предназначенная для:
 - 1) формализованного описания и кодирования хирургических операций
 - 2) кодирования назначений и результатов лабораторных исследований
 - 3) описания и кодирования результатов осмотра пациента
 - 4) описания и кодирования результатов радиологического исследования
4. Технологии псевдонимизации данных используются для:
 - 1) ведения базы данных при выполнении клинических испытаний
 - 2) формирования реестров на оплату медицинской помощи, оказанной по программе ОМС
 - 3) для ведения медицинских документов при анонимном оказании медицинской помощи
5. Формализация – это представление результатов наблюдения:
 - 1) в виде рисунков, фотографий, аудиовидеозаписей
 - 2) в точных понятиях и определениях, выраженных в знаковой форме
 - 3) исключительно в виде кодов, формул, схем и т.д.

Вопросы для устного опроса:

1. Медицинская информационная система (МИС).
2. Системы выдачи и обслуживания льготных рецептов.
3. Системы удаленного мониторинга состояния здоровья пациентов.
4. Системы архивного хранения и доступа к медицинским изображениям.
5. Информационные системы, обеспечивающие информационную поддержку органов управления здравоохранением (ОУЗ).
6. Информационная система управления кадрами ОУЗ.
7. Информационная система управления финансами и материально-техническим обеспечением ОУЗ.
8. Информационная система управления организацией закупок на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг ОУЗ.
9. Информационная система электронного документооборота ОУЗ.
10. Региональные информационные порталы по вопросам здравоохранения.

Case-задания для демонстрации практических умений и навыков:

Case-задание № 1.

Вы работаете в регистратуре поликлиники. Информацию о пациентах, обращающихся на прием к врачу, Вы заносите в таблицу MS Access, в которой имеются поле «Фамилия врача», «ФИО пациента», «Дата приема».

1. В конце рабочего дня Вам нужно сгруппировать пациентов, обратившихся к одному и тому же врачу. Каким образом это можно сделать?
2. Вам нужно найти пациента по фамилии Владимиров, обратившегося в поликлинику 1 числа любого месяца. Каким образом вы это сделаете?
3. Как можно модифицировать структуру таблицы, чтобы отбор производился более качественно?

Case-задание № 2.

Вы работаете хирургом уже 5 лет, и на протяжении этого времени Вы ведете электронную базу данных о проведенных Вами операциях, исходах этих операций. Вас попросили предоставить статистические данные о проделанной Вами работе за 5 лет.

1. Каким объектом баз данных можно воспользоваться?

2. Поясните, можно ли в этом случае использовать MS Word?

Case-задание № 3.

В настоящее время в РФ происходит процесс создания единой государственной информационной системы здравоохранения. Основным социально-экономическим результатом создания системы станет повышение эффективности деятельности Минздрава России, подведомственных ему органов исполнительной власти, территориальных органов, фондов и общественных объединений в области здравоохранения, социального развития, труда, занятости.

Задания:

1. Какие этапы создания ЕГИСЗ выделяют?
2. В чем заключается эффективность внедрения ЕГИСЗ?

Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости

Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	Оценка «отлично» выставляется за ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценка «хорошо» выставляется за ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценка «удовлетворительно» выставляется за ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценка «неудовлетворительно» выставляется за ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
решение практических заданий	Оценка «отлично» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «хорошо» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
тестирование	Оценка «отлично» выставляется при условии 91-100% правильных ответов
	Оценка «хорошо» выставляется при условии 81-90% правильных ответов
	Оценка «удовлетворительно» выставляется при условии 71-80% правильных ответов
	Оценка «неудовлетворительно» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов.

2.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта проводится по зачётным билетам, в устной форме.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Оценка «отлично» выставляется, если ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. На вопрос задачи обучающимся дан правильный ответ. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.

Оценка «хорошо» выставляется, если ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. Обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если имеются нарушения в последовательности изложения или упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. Обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по

дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. Обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

Организация контроля в сфере охраны здоровья.

1. Виды контроля качества и безопасности медицинской деятельности, их характеристика.
2. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности.
3. Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности.
4. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.
5. Охрана труда в медицинских организациях.
6. Права медицинских работников.
7. Обязанности медицинских работников.
8. Ответственность медицинских работников.
9. Нормативно-правовое регулирование обязанностей медицинской организации по соблюдению порядков и стандартов медицинской помощи.
10. Структура и содержание порядков оказания медицинской помощи.
11. Перечень порядков оказания медицинской помощи.
12. Структура и содержание стандарта медицинской помощи.
13. Перечень стандартов медицинской помощи.
14. Практическое значение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.
15. Виды информационно-телекоммуникационных технологий в практической деятельности врача.
16. Телемедицина.
17. Медицинские информационные системы.
18. Работа врача в РМИС Здравоохранение.
19. Основные понятия и задачи экспертизы нетрудоспособности в России.
20. Организация экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях. Обязанности лечащего врача, заведующего отделением.
21. Врачебная комиссия медицинской организации: состав, функции, организация деятельности.
22. Порядок выдачи медицинскими организациями листов нетрудоспособности, общие положения.
23. Порядок выдачи листа нетрудоспособности при заболеваниях и травмах. Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу.
24. Порядок выдачи листа нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения.
25. Порядок выдачи листа нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.
26. Порядок выдачи листа нетрудоспособности при карантине и при протезировании.
27. Порядок выдачи листа нетрудоспособности по беременности и родам.
28. Порядок заполнения листа нетрудоспособности.
29. Медико-социальная экспертиза (МСЭ): основные понятия и классификации, используемые при проведении МСЭ: инвалид, инвалидность; основные виды нарушений функций организма и степени их выраженности; основные категории жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий.
30. Медико-социальная экспертиза (МСЭ): критерии установления степени ограничения способности к трудовой деятельности и критерии установления групп инвалидности. Правила признания лица инвалидом.
31. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, определение понятия. Место и роль санитарно-эпидемиологической службы в его обеспечении.
32. Профилактика болезней: цель, задачи, уровни и виды. Стадии профилактики. Критерии оценки эффективности профилактики.
33. Образ жизни: определение, категории. Влияние образа жизни на индивидуальное и общественное здоровье. Здоровый образ жизни, определение, механизмы его формирования.
34. Гигиеническое обучение и воспитание населения: цели, принципы, методы, формы и средства.
35. Хронические неинфекционные заболевания, вносящие наибольший вклад в структуру смертности населения.

Практические задания для проверки сформированных умений и навыков

Практическое задание № 1.

Составьте недельный график работы врача нефролога городской поликлиники.

Практическое задание № 2.

Составьте план работы врача нефролога на месяц, выделив в нем основные разделы работы.

Практическое задание № 3.

Составьте план работы врача специалиста поликлиники (по выбору) на месяц, выделив в нем основные разделы работы.

Практическое задание № 4.

По годовому отчету медицинской организации вычислите общие показатели деятельности поликлиники. Проанализируйте полученные данные и сделайте заключение об эффективности организации работы поликлиники.

Практическое задание № 5.

По годовому отчету медицинской организации вычислите общие показатели деятельности стационара больницы. Проанализируйте полученные данные и сделайте заключение об особенностях организации работы стационара.

Практическое задание № 6.

По годовому отчету медицинской организации вычислите показатели деятельности стационара (терапевтического, хирургического, педиатрического). Проанализируйте полученные данные и сделайте заключение об особенностях организации и качества работы отделения стационара.

Практическое задание № 7.

Медицинская сестра городской больницы постоянно опаздывала на работу, о чем стало известно главному врачу. Предупредив в устной форме, что в следующий раз она будет уволена, руководитель медицинского учреждения попросил заведующего отделением лично доложить о последующих опозданиях. Через неделю медицинская сестра вновь опоздала, после чего на следующий рабочий день ее попросили ознакомиться с приказом об увольнении и не допустили к работе.

1. Есть ли в данном случае правовые основания для увольнения?
2. Опишите основания и порядок наложения данного дисциплинарного взыскания.
3. Каким образом можно обжаловать действия администрации?

Практическое задание № 8.

В приемный покой городской больницы попутным транспортом доставлен пострадавший молодой человек, 24 лет, в состоянии травматического шока II степени. При осмотре установлен диагноз: двусторонний множественный перелом ребер. Дежурный врач назначил противошоковую терапию и передал назначение сестре В. для срочного выполнения. Медицинская сестра, не выполнив назначение, вышла в соседнее отделение, где находилась в течение 15 мин, а больной был один. По возвращении медсестра обнаружила больного мертвым.

К какому виду ответственности будет привлечена медицинская сестра?

Практическое задание № 9.

Дежурная медицинская сестра терапевтического отделения М., осуществляя уборку отделения, находясь в подсобном помещении, предназначенном для хранения моющих средств, не удержала ведро с теплой водой и опрокинула его на порошки и другие моющие средства, стоящие на полу. В результате того, что бумажная упаковка промокла, большое количество санитарных средств оказалось непригодно для дальнейшего использования. Старшая медицинская сестра отделения Ф. составила необходимые документы и передала их на рассмотрение администрации лечебного учреждения.

1. К каким видам ответственности будет привлечена медсестра М.?
2. Может ли медицинская сестра М. быть освобождена от ответственности, если на ее попечении находятся 3 малолетних детей?

Практическое задание № 10.

Старшая медицинская сестра отделения пульмонологии в течение 2 мес. подряд отказывалась пройти периодический медицинский осмотр и предоставляла справки об удовлетворительном состоянии своего здоровья из иных лечебных учреждений города. За отказ в выполнении требований о прохождении медицинского осмотра приказами по учреждению медсестре первоначально был объявлен выговор, затем ее лишили премии по итогам работы за год. Через 8 дней после вынесения последнего взыскания медицинская сестра была уволена.

1. Правомерны ли действия администрации в объявлении взысканий?

2. Есть ли основания для увольнения?
 3. Составьте алгоритм действий администрации учреждения в данном случае.

Практическое задание № 11.

Врач отделения пропустил рабочий день, предварительно уведомив заведующего отделением, что он не выйдет на работу в связи с прохождением амбулаторного обследования в поликлинике. Больничный лист за этот день представлен не был, в связи с чем врач был уволен приказом главного врача данного медицинского учреждения за прогул.

Правомерны ли действия главного врача? Если да, то при каких условиях? Какой нормативный документ регламентирует порядок увольнения работников? Какие действия в защиту своих прав может предпринять незаконно уволенный работник?

Практическое задание № 12.

Во время ночного дежурства медицинская сестра заметила очаг возгорания в одной из палат отделения и сообщила об этом дежурному врачу.

Какие действия должен предпринять дежурный врач для сохранения жизни и здоровья пациентов и медицинских работников больницы в данном случае?

Практическое задание № 13.

При исследовании заболеваемости остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника водителей городского автотранспорта г. Оренбурга были получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Количество больных остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника среди водителей городского автотранспорта в зависимости от стажа работы

Стаж работы водителем	Обследовано (чел.)	Выявлено больных (чел.)
1- 9 лет	2964	520
10 – 19 лет	1629	440
20 и более лет	250	165
Итого:	4843	1125

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от стажа) показатели заболеваемости остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника водителей городского автотранспорта.
2. Рассчитайте структуру заболеваемости остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника в зависимости от стажа работы водителем.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень заболеваемости водителей городского автотранспорта пояснично-крестцовым остеохондрозом.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 14.

При исследовании производственного травматизма на гелиевом заводе г.Оренбурга были получены данные представленные в таблице.

Таблица

Число случаев производственного травматизма среди управленческого персонала и рабочих гелиевого завода

Категория работников	Число работников (абс.)	Число случаев производственного травматизма (абс.)
Управленческий персонал	206	2
Рабочие	1602	17
Итого:	1808	19

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от категории работников) показатели производственного травматизма на гелиевом заводе.
2. Рассчитайте структуру производственного травматизма в зависимости категории работников.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень производственного травматизма у рабочих гелиевого завода.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 15.

При исследовании заболеваемости студентов ОрГМУ болезнями органов пищеварения были получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев заболеваний органов пищеварения среди студентов ОрГМУ

Курс	Число студентов (абс.)	Число случаев заболеваний органов пищеварения (абс.)
1	980	268
3	845	235
6	798	264
Итого:	2623	767

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от курса) показатели заболеваемости студентов болезнями органов пищеварения.
2. Рассчитайте структуру заболеваемости болезнями органов пищеварения в зависимости от курса.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень заболеваемости болезнями пищеварительной системы у студентов ОрГМУ.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 16.

При исследовании уровня и структуры послеоперационных осложнений в ГКБ №1 были получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев послеоперационных осложнений в ГКБ №1

Отделение	Число оперированных больных	Число случаев послеоперационных осложнений (абс.)
Отделение общей хирургии	1280	18

Отделение гнойной хирургии	845	17
Итого:	2125	35

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от отделения) показатели частоты послеоперационных осложнений.
2. Рассчитайте структуру послеоперационных осложнений в зависимости от отделения.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень послеоперационных осложнений в ГКБ №1.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 17.

При исследовании заболеваемости детей дошкольного возраста инфекционными болезнями в Беляевском р-не получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев инфекционных болезней у детей дошкольного возраста

Категория детей	Число детей	Число случаев острых инфекционных болезней (абс.)
Организованные дети*	15800	890
Неорганизованные дети	8975	501
Итого:	24775	1391

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от категории детей) показатели заболеваемости острыми инфекционными болезнями.
2. Рассчитайте структуру острой инфекционной заболеваемости в зависимости от категории детей.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень инфекционной заболеваемости у детей дошкольного возраста.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 18.

В рамках исследования заболеваемости болезнями дыхательной системы взрослого населения Восточного Оренбуржья были получены данные о заболеваемости населения сельского врачебного участка (СВУ) с. Сара Кувандыкского р-на в 2017 г. (таблица).

Таблица

Число случаев болезней органов дыхания жителей СВУ с. Сара в 2017г*.

Квартал	Число случаев		
	Бронхит	Пневмония	Итого:
I	61	15	76
II	9	7	16
III	19	2	21
IV	15	14	29
Итого:	104	38	142

* Численность населения СВУ на 2017 г. составила 10545 человек

Задания:

1. Рассчитайте уровни заболеваемости бронхитом и пневмонией и общую заболеваемость болезнями органов дыхания в 2017 г.
2. Рассчитайте структуру заболеваемости болезнями органов дыхания поквартально.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень заболеваемости болезнями дыхательной системы у взрослого населения Кувандыкского р-на на основании полученных данных СВУ с. Сара.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 19.

При изучении заболеваемости и инвалидности взрослого населения г.Оренбурга от ХНЗЛ были получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев первичного выхода на инвалидность взрослого населения г. Оренбурга* от ХНЗЛ (по группам инвалидности)

Группа инвалидности	Число случаев первичного выхода на инвалидность
I	9
II	11
III	21
Итого:	41

* Примечание: исследованием было охвачено 1985 больных ХНЗЛ

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от группы инвалидности) показатели первичного выхода на инвалидность от ХНЗЛ.
2. Рассчитайте структуру инвалидности в зависимости от группы инвалидности.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень первичного выхода на инвалидность больных с ХНЗЛ.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 20.

При выборочном исследовании заболеваемости сельского населения Соль-Илецкого р-на болезнями органов пищеварения получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев болезней органов пищеварения у мужчин и женщин

Пол	Охвачено исследованием (чел.)	Число случаев болезней органов пищеварения (абс.)
М	480	20
Ж	679	70

* Примечание: организованные дети – дети, посещающие детские дошкольные учреждения.

Итого:	1159	90
--------	------	----

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от пола) показатели заболеваемости болезнями органов пищеварения.
2. Рассчитайте структуру заболеваемости болезнями пищеварительной системы в зависимости от пола.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень заболеваемости болезнями пищеварительной системы у жителей Соль-Илецкого р-на.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 21.

При исследовании заболеваемости и инвалидности взрослого населения г.Оренбурга от болезней системы кровообращения были получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев первичного выхода на инвалидность взрослого населения г. Оренбурга* от болезней системы кровообращения (по группам инвалидности)

Группа инвалидности	Число случаев первичного выхода на инвалидность
I	11
II	21
III	20
Итого:	52

* Примечание: исследованием было охвачено 2654 больных болезнями системы кровообращения

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от группы инвалидности) показатели первичного выхода на инвалидность от болезней системы кровообращения.
2. Рассчитайте структуру инвалидности в зависимости от группы инвалидности.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень первичного выхода на инвалидность больных с болезнями системы кровообращения.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 22.

При выборочном исследовании заболеваемости детского населения г.Оренбурга инфекционными болезнями получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев инфекционных болезней среди детей в зависимости от возраста

Возраст	Охвачено исследованием (чел.)	Число случаев инфекционных болезней (абс.)
До 2 лет	975	26
2 года и старше	688	22
Итого:	1663	48

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от уровня образования) показатели заболеваемости детей инфекционными заболеваниями.
2. Рассчитайте структуру инфекционной заболеваемости в зависимости от возраста детей.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень распространенности инфекционных заболеваний у детей г. Оренбурга.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 23.

Больной П., 1964 года рождения, проживает в г. Оренбурге.

Обратился 17.01.2018 г. в поликлинику по месту жительства по поводу острого ларинготрахеита.

Составьте план маршрутизации пациента.

Что необходимо сделать для соблюдения персональных данных пациента и врачебной тайны?

Практическое задание № 24.

Больной Г. 1969 года рождения, проживает в г. Оренбурге. Обратился 10.03.2018 г. в поликлинику по месту жительства с жалобами на повышение температуры, головную боль, резкую боль в горле.

Составьте план маршрутизации пациента.

Что необходимо сделать для соблюдения персональных данных пациента и врачебной тайны?

Практическое задание № 25.

Гражданка М. 1970 года рождения, проживает в г. Оренбурге.

Вызвала 07.12.2018 г. бригаду скорой медицинской помощи с жалобами на боли в животе, тошноту и рвоту.

Составьте план маршрутизации пациента.

Что необходимо сделать для соблюдения персональных данных пациента и врачебной тайны?

Практическое задание № 26.

Гражданка П. 1974 года рождения, проживает в г. Оренбурге.

Обратилась 02.04.2018 года к врачу травматологу травмпункта по поводу травмы колена.

Составьте план маршрутизации пациента.

Что необходимо сделать для соблюдения персональных данных пациента и врачебной тайны?

Практическое задание № 27.

Гурова А.Н. обратилась 15.11.2018 года к участковому врачу-терапевту поликлиники № 2 ГАУЗ «ГКБ» № 6, с жалобами на слабость, потливость, головокружение, тошноту. После обследования установлен диагноз железодефицитная анемия

Составьте план маршрутизации пациента.

Что необходимо сделать для соблюдения персональных данных пациента и врачебной тайны?

Практическое задание № 28.

Больная Комарова Юлия Вячеславовна, 09.10.1969 года рождения., продавец магазина «Магнит» ОФД АО «Тандер» обратилась к участковому терапевту поликлиники №1 Смирновой К.П. ГАУЗ «Городская клиническая больница №3» (адрес учреждения: г. Оренбург, ул. Туркестанская, 3) по поводу обострения хронического обструктивного бронхита 19.03.2018 года. Была нетрудоспособна. Пациентке выдан листок нетрудоспособности с 19.03.2018 года по 23.03.2018 года. Далее он продлялся по 27.03.2018 года. 27.03.2018 года пациентка признана трудоспособной. Листок нетрудоспособности закрыт. Амбулаторная карта № 0002376.

Оформите листок нетрудоспособности Комаровой Ю.В.

Практическое задание № 29.

У Леонтьевой Татьяны Викторовны, 21.05.1976 года рождения, менеджера по рекламе ООО «Оренбург-Иволга» г. Оренбурга, в родах установлен диагноз многоплодной беременности. На учет встала в срок до 12 недель. Дата родов 1 марта 2018 года в ГБУЗ «Оренбургский клинический перинатальный центр» (адрес учреждения: г. Оренбург, ул. Гагарина, 23).

В женской консультации был выдан листок нетрудоспособности с 30 недели беременности. Акушер-гинеколог женской консультации Нисевич А.И.

Индивидуальная карта беременной № 0006186.

Оформите листок нетрудоспособности Леонтьевой Т.В.

Практическое задание № 30.

Пименова Инна Александровна, 23.05.1975 года рождения, кондитер ООО «ПрофРесурс», была отстранена от работы врачом-инфекционистом Михайловой А.И. поликлиники «ГКБ № 5» (адрес учреждения: г. Оренбург, ул. Салмышская, 13) в виду контакта с инфекционным больным. Установлен карантин сроком на 12

дней (с 06.09.2018 года по 17.09.2018 года). Амбулаторная карта № 0009238.

Оформите листок нетрудоспособности Пименовой И.А.

Практическое задание № 31.

У Нижеватовой Марины Ивановны, 12.10.1990 года рождения, старшего преподавателя ФГБОУ ВО «ОГПУ» 02.10.2018 года заболела дочь Елена Михайловна, 4 лет, а 06.10.2018 года сын Андрей Михайлович, 6 лет. Диагноз: «ОРВИ». Дети нуждались в уходе. С 02.10.2018 года по 15.10.2018 года матери выдан листок нетрудоспособности участковым педиатром детской поликлиники № 9 ГКБ № 6 (адрес учреждения: г. Оренбург, ул. Ноябрьская, 39) Рузаевой И.Н., который был продлен по 11.10.2018 года. Дочь выздоровела 11.10.2018 года, а сын – 15.10.2018 года. История развития ребенка № 00671.

Оформите листок нетрудоспособности Нижеватовой М.И.

Практическое задание № 32.

Пациент Петров Иван Николаевич, 24.08.1975 года рождения, работает оператором «ООО «Газпром добыча Оренбург», находился в стационаре на дому поликлиники «ГКБ № 5» (адрес учреждения: г. Оренбург, ул. Салмышская, 13), по поводу левосторонней сегментарной пневмонии с 05.06.2018 года по 18.06.2018 года. При выписке трудоспособность восстановлена полностью. История болезни № 33691. Лечащий врач – терапевт Михайлов Н.Б.

Оформите листок нетрудоспособности Петрову И.Н.

Практическое задание № 33.

У Николаевой Марины Леонидовны 23.01.1973 года рождения, учителя МОАУ «Гимназия №3», в эндокринологическое отделение ГБУЗ «Областная детская клиническая больница» (адрес учреждения: г. Оренбург, Рыбаковская, 3) 4.02.2018 был госпитализирован сын – Николаев Антон Николаевич, 13 лет, ребенок-инвалид, для проведения лечения по поводу Сахарного диабета I типа. Ребенок нуждался в уходе. Находился на лечении по 26.02.2018. История болезни № 13857. Лечащий врач – Смирнова Р.Т., председатель ВК - Васильева Н.Г.

Оформите листок нетрудоспособности Николаевой М.Л.

Практическое задание № 34.

У Овечкиной Ольги Николаевны, 16.11.1985 года рождения, бухгалтера ООО «Аврора», 15.10.2018 заболела дочь - Овечкина Анна Ивановна, 3 года. Участковым педиатром детской поликлиники № 1 МКБ им. Н.И. Пирогова (адрес учреждения: г. Оренбург, ул. пр-т Победы, 140 в) Батраковой Е.Н., вызванной на дом в тот же день, был поставлен диагноз «ОРВИ». Мать находилась в очередном оплачиваемом отпуске. Дата выхода на работу 22.10.2018, ребенок нуждался в уходе и был болен до 25.10.2018. История развития ребенка № 0003682.

Оформите листок нетрудоспособности Овечкиной О.Н.

Практическое задание № 35.

У Патокиной Елены Александровны, 14.02.1989 года рождения, бухгалтера «Оренбургского юридического колледжа» НОУ СПО, 06.06.2018 заболел сын – Сергей Алексеевич, 4 года. Участковым врачом-педиатром детской поликлиники №9 ГКБ № 6 (адрес учреждения: г. Оренбург, ул. Ноябрьская, 39) Романовой Н.А., вызванной на дом в тот же день был поставлен диагноз Острый бронхит. Матери пациента выдан листок нетрудоспособности по уходу. 7.06.2018 состояние больного ухудшилось. Вместе с матерью он был госпитализирован в педиатрическое отделение ГАУЗ ООКБ №2 для продолжения лечения. Листок нетрудоспособности открыт. История развития ребенка № 0008745.

Оформите листок нетрудоспособности Патокиной Е.А.

Практическое задание № 36.

Степанова Наталья Николаевна 12.04.1986 года рождения, воспитатель МБДОУ «Детский сад общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением деятельности по художественно-эстетическому развитию детей № 14», а также работая по совместительству сторожем в МДОБУ «Детский сад № 32» г. Оренбурга, признана нетрудоспособной 06.04.2018. Диагноз: «Язвенная болезнь желудка, обострение». Участковым терапевтом поликлиники №1 ГКБ № 3 г. Оренбурга (адрес учреждения г. Оренбург, ул. Туркестанская, 3) Демидовой О.Н. выписан листок нетрудоспособности с 8.04.2018 по 11.04.2018. Затем он продлялся по 16.04.2018, 23.04.2018. На приеме 23.04.2018 Степанова Н.Н. признана трудоспособной. Амбулаторная карта № 0007536.

Оформите листок нетрудоспособности Степановой Н.Н.

Практическое задание № 37.

Пациент Григорьев Алексей Николаевич, 05.08.1972 года рождения, работает слесарем УК «Северная». Поступил в нейрохирургическое отделение ГАУЗ «ГКБ № 4» (адрес учреждения: г. Оренбург, пр-т Победы, 1) с диагнозом: «Сотрясение головного мозга средней тяжести. Состояние алкогольного опьянения». Находился на лечении в стационаре с 07.02.2018 года по 27.02.2018 года. За время лечения отсутствовал 20.02.2018 года во время обхода врача. При выписке - нетрудоспособность временно утрачена. С открытым листком нетрудоспособности выписан на дальнейшее амбулаторное лечение. Лечащий врач – нейрохирург Симонов Н.Г., председатель ВК Белов Г.Р. История болезни № 0004937.

Оформите листок нетрудоспособности Григорьеву А.Н.

Практическое задание № 38.

Мужчина Р., 40 лет строитель, лечившийся по поводу хронической пневмонии, был выписан из стационара под наблюдение участкового врача-терапевта.

Задание: составьте программу диспансерного наблюдения, укажите сроки и перечень необходимых мероприятий.

Практическое задание № 39.

Мужчина Д., 35 лет, бухгалтер, продолжительное время страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с обострениями 1-2 раза в год.

Задание: составьте программу диспансерного наблюдения, укажите сроки и перечень необходимых мероприятий.

Практическое задание № 40.

Женщина, 35 лет, обратилась в поликлинику за санаторно-курортной картой. При обследовании был установлен диагноз «сахарный диабет без сосудистых осложнений».

Задание: составьте программу диспансерного наблюдения, укажите сроки и перечень необходимых мероприятий.

Практическое задание № 41.

В отделении медицинской профилактики поликлиники общее число профилактических посещений составило 104878; посещения с целью формирования паспорта здоровья при дополнительной диспансеризации – 3250; посещения с целью проведения скрининг осмотра с измерением АД – 1340; посещения с целью индивидуальных профилактических консультаций – 2800; посещения с целью групповых профилактических консультаций – 120.

Задание:

1. Дайте определение первичной профилактики.
2. Что такое вторичная профилактика.
3. Определите удельный вес профилактических посещений.
4. Определите удельный вес посещений с целью формирования паспорта здоровья.
5. Определите удельный вес посещений с целью групповых профилактических консультаций.

Практическое задание № 42.

Деятельность городской поликлиники по профилактической работе представлена следующим образом:

- общее число профилактических посещений – 283455;
- посещения с целью медицинских осмотров – 15300;
- посещения с целью диспансеризации – 10200;
- посещения с целью вакцинации – 5800.

Задание:

1. Что включает в себя первичная профилактика.
2. Что такое диспансеризация населения.
3. Определите удельный вес посещений с целью медицинских осмотров.
4. Определите удельный вес с целью диспансеризации.
5. Определите удельный вес посещений с целью вакцинации.

Практическое задание № 43.

Число, состоящих на диспансерном учете больных с артериальной гипертонией в поликлинике №1 г. М., на конец отчетного года составило 3300 человек. Среднегодовая численность прикрепленного населения к поликлинике составляет 30100 человек.

Задание:

1. Дайте определение понятию – диспансеризация.
2. Охарактеризуйте цели диспансеризации здорового населения.
3. Перечислите основные задачи диспансеризации.
4. Дайте характеристику группам диспансерного наблюдения.
5. Определите полноту охвата лиц диспансерным наблюдением в поликлинике №1 г. М.

Практическое задание № 44.

В одном из районов города несколько лет работает крупное предприятие химической промышленности, выбросы которого загрязняют атмосферный воздух

сернистым газом, парами серной кислоты и спирта. Для изучения влияния загрязнения воздуха на здоровье населения в исследуемом районе было обследовано 120 детей младшего школьного возраста. Из общего числа исследуемых тонзиллит диагностирован у 60 детей, конъюнктивит обнаружен у 38, кариес – у 50, кожными болезнями страдали 12 человек.

В контрольном районе обследовано 134 ребенка того же возраста, из них тонзиллитом страдали 16 человек, конъюнктивитом – 8, кариесом – 12, кожные болезни не выявлены.

Задание:

1. Вычислите интенсивные и экстенсивные коэффициенты заболеваемости детей младшего школьного возраста тонзиллитом, конъюнктивитом, кариесом зубов и кожными болезнями, проживающими в районе с загрязнением воздушного бассейна и в контрольном районе.
2. Какие условия, факторы и причины возникновения данных заболеваний?
3. Какие уровни профилактики помогут в борьбе с данными заболеваниями?

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра общественного здоровья и здравоохранения № 1
направление подготовки (специальность) 31.08.34 Диетология
дисциплина Общественное здоровье и здравоохранение

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Структура и содержание стандарта медицинской помощи.
2. Видя информационно-телекоммуникационных технологий в практической деятельности врача.
3. Практическое задание.

Число, состоящих на диспансерном учете больных с артериальной гипертонией в поликлинике №1 г. М., на конец отчетного года составило 3300 человек. Среднегодовая численность прикрепленного населения к поликлинике составляет 30100 человек.

Задание:

1. Дайте определение понятию – диспансеризация.
2. Охарактеризуйте цели диспансеризации здорового населения.
3. Перечислите основные задачи диспансеризации.
4. Дайте характеристику группам диспансерного наблюдения.
5. Определите полноту охвата лиц диспансерным наблюдением в поликлинике №1 г. М.

Заведующий кафедрой

Е.Л. Борщук

Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации

И.В. Ткаченко

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса)
1	УК-2 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Знать должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю ординатуры	Вопросы 1 - 9
		Уметь осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящихся в распоряжении медицинским персоналом	Практические задания 1 - 9
		Владеть навыком обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	Практические задания 10 - 12
2	ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Знать методы изучения показателей общественного здоровья	Вопросы 7 - 9
		Уметь производить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья	Практические задания 13 - 22
		Владеть навыком составления отчета о показателях состояния здоровья населения	Практические задания 4 - 6
3	ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Знать общие вопросы организации медицинской помощи населению, порядок оказания медицинской помощи по профилю обучения в ординатуре	Вопросы 10 - 15
		Уметь разрабатывать маршрутизацию пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	Практические задания 23 - 27
		Владеть навыком составлением учетной и отчетной документации	Практические задания 28 - 37
4	ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Знать нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз, выдачи листков временной нетрудоспособности, порядок оформления медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы, медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации, правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, в том числе в форме электронного документа, правила работы в информационных системах в сфере здравоохранения и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	Вопросы 16 - 31
		Уметь определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, для прохождения медико-социальной экспертизы, определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, заполнять медицинскую документацию, контролировать качество ее ведения, в том числе в	Практические задания 28 - 32

		форме электронного документа, использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»	
		Владеть навыком проведения экспертизы временной нетрудоспособности, навыком оформления необходимой медицинской документации и направления пациентов для осуществления медико-социальной экспертизы, навыками ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	Практические задания 33 - 37

4. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Педагогика»

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося в ординатуре формируются **следующие компетенции:**

УК-2: готовность к управлению коллективом, готовность толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия

ЗНАТЬ о закономерностях процесса межличностного восприятия, общения, стратегиях предотвращения и решения конфликтных ситуаций; методы общения в коллективе основанного на толерантном взаимодействии

методы общения в коллективе основанного на толерантном взаимодействии.

УМЕТЬ учитывать особенности социального, этнического, конфессионального и культурного многообразия в управлении и воспитании коллектива

ВЛАДЕТЬ правилами толерантного взаимодействия в процессе профессионального общения.

УК-3: готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

ЗНАТЬ основы педагогической деятельности в разнородном медицинском и фармацевтическом образовании в соответствии с нормативной базой. Основные современные педагогические принципы и методы обучения и воспитания.

УМЕТЬ применять знания педагогических методов и технологий в профессиональной деятельности, планировать и проводить занятия с учащимися разных возрастных категорий; формулировать цели занятия, подбирать формы контроля.

ВЛАДЕТЬ методами педагогического общения с пациентами и коллегами.

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины «Педагогика»

Тема 1: Медицинская педагогика как наука

Форма(ы) текущего контроля успеваемости:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания, представленные в виде схемы (карты)
- Заполнение таблицы

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Задание

Обсуждаемые вопросы:

1. Медицинская педагогика – как интеграция педагогической и медицинской науки.
2. Компетентностный подход в образовании и профессиональной деятельности врача.
3. Структура личности специалиста.
4. Самообразование и самовоспитание личности специалиста медицинского или фармацевтического профиля.

2. Практические задания:

Работа с индивидуальными карточками в малых группах.

Задача – составить ответ на полученный вопрос в виде схемы (карты.)

Карточки

1. Если бы вы были министром здравоохранения и социального развития РФ, то какие действия вы бы предприняли для повышения конкурентоспособности выпускника российского медицинского вуза?
2. Каково соотношение медицинского образования с общим и профессиональным? В чем их взаимосвязь?
3. Какие качества личности необходимо формировать специалисту медицинского или фармацевтического профиля? Постройте схему «Личностные качества»
4. В каком соотношении находятся профессии: медицинский работник, фармацевт, провизор врач и т.д. и учитель, воспитатель? Выделите, что объединяет данные профессии.
5. Как проявляется воспитательная функция специалиста медицинского и фармацевтического профиля, в чем ее роль?
6. Из каких главных компонентов складываются педагогические аспекты повседневной деятельности медика любой специальности и специалиста в области фармации?
7. Постройте схемы «Требования к личности врача» или «Требования к личности выпускника фармацевтического факультета».
8. Как соотносятся социализация, воспитание и развитие личности?

3. Задание

Прочитайте следующий литературный отрывок из произведения А.С. Макаренко «Педагогические сочинения»:

«Я не обладаю педагогическим талантом и пришел в педагогику случайно, без всякого на то призвания... Я проработал 32 года, и всякий учитель, который проработал более или менее длительно, - мастер, если он не лентяй».

Поразмышляйте над данным утверждением и свои размышления обоснуйте и запишите в таблице

Я согласен с А.С. Макаренко, так как...	Я не согласен с А.С. Макаренко, так как...

Тема 2: Характеристика процесса обучения.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания, представленные в виде схемы (карты)
- Заполнение таблицы

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы для рассмотрения и обсуждения:

1. Структура процесса обучения. Характеристика его основных компонентов. Структура учебного занятия.
2. Основные методы обучения – лекция, беседа, практические методы.
3. Формы учебной деятельности: индивидуальная, парная, групповая – их характеристика, преимущества и недостатки.
4. Методы контроля знаний и умений.

Практическое задание

Задание 1.

Индивидуальная работа с учебным материалом. Форма контроля наличие выполненного задания.

Изучите иерархию целей по Блуму и используя данный материал составьте цель и задачи к практическому занятию с пациентами по вопросам профилактики (тему выберите исходя из профессиональных интересов) по следующей схеме:

Тема занятия: «»

Цель занятия:

Задачи занятия: образовательные:... развивающие:.. воспитательные:..

Задание 2.

Работа в малых группах. Форма контроля наличие выполненного задания представленного в виде схемы (карты).

На основании выполненного задания 1 (выберите один вариант из трех предложенных тем вашими однокурсниками) и составьте схему (карту) проведения беседы с пациентом.

Задание 3.

Решение ситуационных задач с последующим обсуждением в группе

Ситуационная задача 1.

По данным исследования американского педагога Б. Блума каждый учебный год младший школьник решает приблизительно 200 задач и заданий и столько же раз подвергается традиционному оцениванию. В средней школе ежегодно он получает оценки до 2000 раз. Б. Блум придерживался мнения, что около трети школьников благодаря своим высоким положительным отметкам становятся привилегированными. Но другая треть детей становится жертвой, теряет всякий интерес к школе. Эти дети деморализованы, часто доведены до неврозов. Оценочный приговор ставит их на безысходные позиции, без шансов на успех, потому что вызывает образ неудачника.

-Согласны ли вы с этой позицией?

- Как этот взгляд соотносится с обучением взрослых?

-Какие альтернативы традиционной системе оценивания вы можете привести?

Дайте развернутый ответ на поставленные вопросы.

Тема 3: Андрагогический подход к организации процесса обучения в системе ДПО и медицинской организации.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания
- Заполнение таблицы
- Решение ситуационных задач.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы для рассмотрения и обсуждения:

1. Система дополнительного профессионального образования – структура, цели, виды ДПО, нормативная документация.
2. Андрагогика – как наука об образовании взрослых.
3. Андрагогические принципы обучения взрослых.
4. Непрерывное образование врача – понятие, задачи, основные подходы. Значение непрерывного образования врача для совершенствования профессиональной деятельности.
5. Нормативные акты об образовании.

Практическое Задание 1.

Работа в малых группах. Форма контроля – после заполнения таблицы защита полученной модель» занятия.

Данное задание студенты ординатуры выполняют в малой группе 4–5 человек. Необходимо заполнить таблицу, в которой заданы определенные условия: определенный возраст обучающихся (пациентов), обобщенная учебная цель, задачи обучения. Необходимо подобрать к предложенным параметрам методы обучения и контрольные задания. В последней графе надо отметить особенности организации процесса обучения, на которые необходимо обратить внимание.

№	Возраст учеников - пациентов	Учебная цель обобщенная	Задачи обучения	Методы обучения	Контрольные задания	Особенности организации обучения
	14-18 лет					
	20-22 года					
	35-40 лет					
	50-55 лет					
	65-70 лет					
	Более 80 л.					

Задание 2.

Решение ситуационных задач с обсуждением в группе. Форма контроля ответ поставленные вопросы в задаче

Ситуационная задача 1.

Основываясь на результатах, приведенных ниже исследований, сформулируйте рекомендации для повышения эффективности усвоения учебного материала в каждой из четырех групп.

- 1) Первая группа испытуемых читала учебный материал 5 раз и через 4 час в их памяти сохранилось около 15 % прочитанного. Вторая группа 1 раз читала материал учебного пособия и один раз воспроизводила, продемонстрировав в среднем 26% усвоения. Третья группа испытуемых 1 раз читала текст и 4 раза воспроизводила. Результаты усвоения материала в третьей группе составили 48%.
- 2) Три группы молодых людей обучались печатанию. Первая группа занималась 10 дней по 10 часов, вторая 25 дней по 4 часа, третья - 50 дней по 2 часа. Значительно лучше обученной оказалась третья группа.
- 3) Две группы испытуемых заучивали слова. Одной группе объявили, что опрос будет проводиться через 2 дня, а другой – через 2 часа. Когда через 2 дня испытуемых обеих групп попросили вспомнить заученный материал, члены второй группы не смогли вспомнить слова, заученные накануне.
- 4) После одноразового прослушивания объяснения преподавателя в долговременной памяти остается около 10% сведений, после самостоятельного чтения – 30%, после показа изучаемого материала, сопровождающегося объяснением и активным наблюдением – 50%, после самостоятельных практических действий –90 %.

Тема 4: Методы и формы воспитания.

Формы текущего контроля:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания
- Заполнение таблицы
- Решение ситуационных задач.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы для рассмотрения и обсуждения:

1. Понятие воспитания в педагогике.
2. Характеристика процесса воспитания.
3. Формы и средства воспитания.
4. Методы воспитания: убеждение, метод примера их особенности реализации в профессиональной деятельности специалиста медицинского и фармацевтического профиля.
5. Методы воспитания: приучение, поощрение, наказание – их особенности реализации в профессиональной деятельности медицинского и фармацевтического профиля.

Практическое Задание 1.

Работа с карточками в малых группах.

Карточка 1.

Что вы понимаете под методом воспитания? Из приведенных ответов выберите правильный, указав на ошибочность остальных.

1. Методы воспитания – это способы воздействия воспитателя на сознание и волю воспитанников с целью формирования в них желаемых качеств.

2. Метод воспитания – это деятельность воспитателя, в результате которой воспитанники усваивают необходимые правила поведения.
3. Под методами воспитания следует понимать деятельность учителя, руководителя коллектива и учащихся и коллег с целью активизации их общественно полезной деятельности.

Карточка 2.

Что такое поощрение? Из приведенных ответов выберите один правильный, обосновав ошибочность остальных.

1. Поощрение – способ педагогического воздействия на воспитанника, работника выражающий положительную оценку воспитателем поведения воспитанника, работника с позиций интересов коллектива с целью закрепления положительных качеств.
2. Поощрение – это метод воспитания, который предполагает вынесение в благодарности с целью его успокоения.
3. Под поощрением следует понимать такой метод воспитания, когда поощряется воспитанник, работник с целью формирования у него положительного отношения к своим обязанностям.

Карточка 3.

Что такое наказание? Из приведенных ответов выберите правильный, обосновав ошибочность других.

1. Наказание – это решающий фактор торможения отрицательных действий воспитанника с целью формирования у него боязни за свои неверные действия.
2. Наказание – метод воспитания, который представляет не что иное, как проявление формы требования к коллективу.
3. Под наказанием необходимо понимать способ воздействия воспитателя на воспитуемого с целью торможения его отрицательных поступков.

Карточка 4.

Есть ли взаимосвязь между обучением и развитием? В чем проявляется эта взаимосвязь?

Из предложенных альтернативных суждений выберите то, в котором наиболее полно выражена ваша точка зрения на эту проблему:

1. Развитие и обучение – процессы взаимосвязанные.
2. Развитие детерминировано биологическими факторами. Оно осуществляется по своей генетической программе. Несомненно, что благодаря успешной или неуспешной реализации этой программы обучение может проходить с разной степенью интенсивности.
3. Обучение представляет собой сложный процесс овладения знаниями, умениями и навыками. Нередко случается, что человек нигде и не учился, но имеет высокий уровень развития.
4. Интеллект человека – сложное анатомо-психологическое образование. До сих пор до конца не понятны законы его развития. В процессе обучения человек лишь в определенной мере пользуется этим богатством.

Карточка 5.

А. С. Макаренко писал: «На самом деле главные основы воспитания закладываются до пяти лет, и то, что вы сделали до пяти лет, – это 90% всего воспитательного процесса, а затем воспитание продолжается, обработка человека продолжается, но в общем вы начинаете вкушать ягоды, а цветы, за которыми вы ухаживали, были до пяти лет» (*Макаренко А. С. Педагогические сочинения: В 8 т. – М.: Педагогика, 1984. – Т. 4. – С. 215*).

Каково ваше отношение к этому высказыванию А. С. Макаренко?

Из приведенных примеров выберите ответ, наиболее полно отражающий вашу точку зрения на эту проблему. Аргументируйте свой выбор.

1. А. С. Макаренко не учитывает особенностей анатомо-физиологического и социально-психического развития детей различных возрастных групп. Поэтому в каждом возрасте есть свои «основы» морали, свое содержание воспитания, которое и необходимо усваивать, Задача воспитателей и заключается в том, чтобы установить, что является главным в каждом возрасте, этому учить и воспитывать.
2. А. С. Макаренко, несомненно, прав. Ведь до пяти лет ребенок овладевает значительным пластом социального опыта: языком, нравственными правилами поведения и т. п. В этот период закладываются такие важные качества, как доброта, чувства, привычки, уважение к людям, бережное обращение с вещами, трудолюбие, аккуратность и др. А это и составляет прочный фундамент нравственного богатства личности.
3. А. С. Макаренко прав: для воспитания возраст до пяти лет имеет первостепенное значение. Но он рассматривает этот вопрос односторонне. Сомнительно, что до пяти лет закладываются ведущие элементы воспитанности. Думается, что главное в другом, важно сформировать в этом возрасте волю, чувства ребенка. Это и будет важнейшей предпосылкой формирования нравственного богатства личности.
4. А. С. Макаренко не прав, нельзя искусственно делить жизнь воспитанников на два периода: до пяти и после пяти лет. Ведь второй период составляет 10-12 лет, а на него он отводит лишь 10 % воспитательных воздействий, А основные качества формируются во втором периоде: мировоззрение, чувства дружбы, любви, патриотизма.
5. Воспитывая ребенка до пяти лет, необходимо обратить внимание на главное – здоровье, поэтому родители должны позаботиться, чтобы в ребенок рос физически здоровым, владел гигиеническими навыками. В эти годы ребенок еще ничего не понимает о нравственных нормах, правилах. Все эти качества будут сформированы позже, когда ребенок пойдет в школу. Нет оснований соглашаться с мнением А. С. Макаренко.

Практическое задание 2

Ситуационная задача 1.

«В человеческой жизни есть еще один сильный стимул – престиж. Человек, потерявший удовольствие от напряжения, от высоких достижений в труде, не рассчитывающий на престиж в сфере труда, ищет выход своей личности в других сферах. Возникают пороки. Это всевозможные химические средства, изменяющие психологическую настроенность и создающие иллюзию удовольствия. Один порок мы уже пожинаем – алкоголизм. Я считаю, что мы уже сейчас убавили необходимый и напряженный труд ниже доступного уровня. Природа диктует определенный уровень необходимости в работе, ниже которого опускаться нельзя. Если ориентироваться на уровень счастья пассивных людей, которые согласны на счастье «поменьше», лишь бы работа была «полегче», тогда мы снизим уровень всех остальных людей. И, значит, эффективность нашего общества в целом. А главное, понизим потенциал будущего поколения. А это опасно». (*Амосов Н. М. «Жизнь человека и условия ее прочности»*)

Проанализируйте эту мысль Н.М. Амосова. Автор прав или заблуждается? Как бы вы изменили систему воспитания с целью преодоления данных тенденций?

Ситуационная задача 2

Сформулируйте цели, задачи к занятию, определите место и время проведения занятия, дайте характеристику юной аудитории, методы, принципы и формы организации занятия на тему: «Курение — за и —против!». Характеристика аудитории: 15—18-летние подростки обоих полов подверженные сильному влиянию сверстников, особенно старших знакомых. Они, как правило, стремятся доказать свою оригинальность и в то же время «быть как все»; часто занимают заведомо враждебную позицию ко всему, исходящему от родителей и педагогов. Предполагается, что на занятие придут те, кто заинтересован проблемой и собирается участвовать в дискуссии.

Ответ: «Занятие для старшеклассников о вредных привычках»

Цель: Воспитание старшеклассников мотивации здорового образа жизни и обеспечение возможности обращения к специалисту за помощью в отказе от табакокурения.

Задачи: в ненавязчивой игровой форме дать учащимся старших классов представление о возможных осложнениях от табакокурения; ознакомить с рекомендациями по избавлению от данной зависимости тех из них, у кого она уже есть.

Место и время проведения: проводится в учебном помещении в учебное время (при исключении времени первых и последних уроков).

Методы и формы подачи материала: предпочтительна групповая лекция с элементами беседы. Наиболее результативно сочетание лекции о положительных и отрицательных сторонах курения.

Задание 3.

Изучив учебный материал, заполните таблицу «Методы воспитания». Форма контроля – после заполнения таблицы, следует представить свой вариант.

№ п	Классификация методов воспитания	Методы воспитания	Цель	Характеристика	Условия эффективности
1.	Методы формирования сознания личности				
2.	Методы организации деятельности и поведения				

3.	Методы стимулирования деятельности и поведения				
4.	Методы контроля, самоконтроля и самооценки				

Тема 5: Педагогическая деятельность врача.

Формы текущего контроля:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания
- представление презентаций
- Заполнение таблицы
- Решение ситуационных задач

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы для рассмотрения и обсуждения:

1. Общение – понятие, виды, цель, функции.
2. Перцептивная сторона общения понятие о восприятии и понимании в общении
3. Коммуникативная сторона общения – понятие, характеристика коммуникативного процесса.
4. Стили общения – понятие, характеристика.
5. Классификация стилей педагогического общения (можно использовать различные классификации, составить таблицу).
6. Эмоции *Функции эмоций. Эмпатия и проявление профессиональной толерантности специалиста медицинского и фармацевтического профиля*

Практическое задание 1

Микропреподавание: ординаторы выступают перед аудиторией со своими планами занятий, профилактическими лекциями, практическими занятиями и т.д., представляют презентации, а потом отвечает на поставленные вопросы или задают вопросы аудитории. Остальные студенты (ординаторы) слушают и оценивают его по соответствующим параметрам, представленным в таблице. Форма контроля – представленное задание и лист оценки.

Дается задание разработать и записать конспект, начинающийся обращением: «Здравствуйте студенты, пациенты, коллеги и т.д.». Текст должен быть интересным и конкретным, язык – простым, точным, образным, чтобы слушатели могли понимать, о чем идет речь. Продолжительность выступления от 5 до 15 минут.

При работе над текстом ответить на следующие задания:

1. Рассказать о педагогическом замысле своего выступления, дать обоснование выбору его содержания (лекция, беседа, практическое занятие и т.д.)
2. Определить задачу и обосновать логическую структуру.
3. Как вы решили эту задачу методически,
4. Какие требования к педагогической речи вы стремились соблюдать, составляя текст микропреподавания?

Остальные студенты слушают товарища и оценивают его по соответствующим параметрам, представленным в таблице.

«0» баллов – не владеет навыками педагогического общения(нет)

«1» балл – частично владеет навыками педагогического общения (частично)

«2» балла – хорошо владеет навыками педагогического общения (да)

Обсуждение полученных результатов по плану:

- 1) Что бы я позаимствовал у своего товарища.
- 2) Что бы я пожелал ему.

Практическое задание 2.

Назовите и опишите возможные обстоятельства медицинской практики, в которых возникает необходимость педагогических действий специалиста медицинского или фармацевтического профиля. Кому адресовано такое действие? Какие задачи решаются с его помощью?

Примерный ответ и выводы:

Педагогическое действие востребовано в обществе в случаях, когда накопленный опыт должен быть передан другому. Такого типа передача осуществляется и в малых ситуациях обучения, где адресатом выступает человек, не владеющий каким-либо предметом и способами какой-либо деятельности. В практике специалистов медицинского и фармацевтического профиля чаще всего такой фигурой является пациент, а специалист выступает как ретранслятор специальных знаний и умений.

Цель действий специалиста, принявшего на себя психолого-педагогическую позицию, заключается в установлении взаимодействия с другими на основе ценностно-смыслового комплекса идей здоровья, здорового образа жизни, его сохранения и поддержания. Эта позиция, этот взгляд на осуществляемую деятельность должны стать определяющими в профессиональных установках и действиях врача и других специалистов медицинского и фармацевтического профиля.

Практическое задание 3.

Работа в малых группах. Заполните таблицу (можно использовать результаты теста Айзенка на определение типа темперамента), представив рекомендации для эффективного межличностного общения врача и пациента с различным темпераментом. Форма контроля – заполненная таблица.

Врач/пациент	Холерик	сангвиник	меланхолик	флегматик
холерик				
сангвиник				
меланхолик				
флегматик				

Практическое задание 4.

Функции эмоций. Эмпатия и проявление профессиональной толерантности специалиста медицинского и фармацевтического профиля.

Представьте себе человека, полностью лишённого всех эмоций. Как протекали бы его психические процессы?

Какие; трудности возникли бы в процессе профессионального общения у специалиста с низким уровнем эмпатии?

Смог бы он проявлять толерантность? Какие проблемы он бы встречал при общении с людьми другой социальной, этнической, конфессиональной, возрастной и т.д. среды?

При обсуждении этой гипотетической ситуации выявляется важность эмпатии и толерантности для выполнения не только профессиональных функций, но и соблюдения общекультурных нравственных норм.

Практическое задание 5.

Решение ситуационных задач с обсуждением в группе. Форма контроля ответ на поставленные вопросы в задаче.

Ситуационная задача

Больной не хочет оперироваться у хирурга-женщины средних лет, а хочет у другого любого мужчины-хирурга. Она объясняет это тем, что хороших хирургов женщин не бывает и боится, что операция пройдет с осложнениями.

Как бы вы построили беседу с больным в случае, если его желание удовлетворить не представлялось бы возможным? Объясните, почему возникают барьеры в общении

Тема 6: Педагогическое общение как форма взаимодействия.

Формы текущего контроля:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания
- Решение ситуационных задач

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы для рассмотрения и обсуждения:

1. Интерактивная сторона общения – понятие, виды взаимодействия медицинский работник и пациент
2. Техники активного слушания.
3. Конфликт – понятие, стадии конфликта.
4. Стратегия разрешения и предупреждения конфликта.

Практическое задание 1

Работа с карточками (схемами) в группах в соответствии одной специальности. Обсудить представленное задание и представьте вариант ответа на поставленный вопрос. Форма контроля наличие выполненного задания и представление его .

Задание: Как меняются основные формы взаимодействия между врачом и пациентом в динамике лечебного процесса? Составьте схему.

Практическое задание 2.

Решение ситуационных задач с обсуждением в группе. Форма контроля ответ на поставленные вопросы в задаче.

Ситуационная задача 1.

Специалисты медицинского и фармацевтического профиля с 5-летним стажем работы, А., Б. и В., решили открыть частную педиатрическую клинику. Дела не пошли из-за того, что скоро у них появились взаимные претензии и конфликты. А. надеялся на большой коммерческий успех. Б. собирался реализовать в лечебном процессе свои новаторские идеи и заняться новыми интересными разработками в области педиатрии. В. радовался, что теперь он будет располагать своим временем, работая на себя, а не на государство.

Дайте характеристику конфликта, предложите стратегию его разрешения.

Ситуационная задача 2.

Старшая медицинская сестра А. в категоричной форме поручает молодой медицинской сестре Н. заменить заболевшую С. на воскресном дежурстве. Но у Н. другие планы на выходные, связанные с решением личных проблем. Старшая сестра настаивает.

Дайте характеристику конфликта, предложите стратегию его разрешения.

Ситуационная задача 3.

Преподаватель на занятии делает замечание студентам по поводу плохой посещаемости лекций. В ответ они утверждают, что подготовятся самостоятельно по учебнику и «чужим» лекциям, а напрасно тратить время они не намерены. После этого преподаватель проводит опрос по материалу лекции и выставляет двойки всей группе. Группа студентов отправляется к заведующему кафедрой и жалуется на предвзятое к ним отношение преподавателя.

1. Определите, к какому типу конфликтов соответствует данный инцидент.
2. Проанализируйте и оцените действия участников инцидента при условии: а) если это объективный инцидент; б) если это субъективный инцидент.

Какие пути управления конфликтом возможны?

Ситуационная задача 4.

Вы высказываете критические замечания в адрес своей подчиненной, она реагирует очень эмоционально. Вам приходится каждый раз свертывать беседу и не доводить ее до конца, вот и сейчас, после ваших замечаний она расплакалась. Как донести до нее свои соображения?

1. Выберите прием воздействия, наиболее соответствующий ситуации.
2. Охарактеризуйте внушение как прием воздействия и укажите условия его использования.
3. Дайте характеристику идентификации как воздействия, укажите условия его использования

Ситуационная задача 5

Пациент, недоволен тем, что ему не назначали лекарство, от которого, по его мнению, его состояние улучшается (этот препарат ему назначал раньше другой врач).

Пациент приходит к специалисту и в резкой агрессивной форме высказывает свое мнение, и не хочет слушать, что в связи с сопутствующими заболеваниями желаемый препарат ему противопоказан.

1. Является ли данная ситуация конфликтом? Если да, то, какого типа.
2. Какова стратегия поведения пациента?
3. Назовите объект и субъект конфликта.
4. Какие стратегии в конфликтной ситуации возможны?

Эталон ответа:

- 1) Этот конфликт является межличностным, открытым, конфликт интересов.
- 2) Соперничество - пытается отстоять свои интересы в том виде, как он их понимает.
- 3) Субъекты: специалист и пациент, объект - назначение фармакологического препарата (как кажется пациенту, неправильное).
- 4) Сотрудничество, конкуренция, компромисс.

Тема 7. Итоговое занятие по модулю/дисциплине«Педагогика». Зачёт

Форма(ы) контроля успеваемости:

- Устный ответ.
- Решение ситуационных задач

Оценочные материалы контроля успеваемости:

Вопросы промежуточной аттестации.

Ситуационные задачи.

Внеаудиторная самостоятельная работыординаторов(контроль самостоятельной работы).

- доклады,
- практические задания;
- презентации мультимедийные;
- проект в виде методической разработки занятия.

Тема 1: Мотивация учебной деятельности.

Форма текущего контроля успеваемости

- доклады

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Темы для докладов:

1. Мотивация в жизни человека.
2. Мотив – понятие. Классификация мотивов.
3. Влияние мотивации на успешность учебной деятельности.
4. Способы формирования познавательной мотивации у обучающихся в школьном возрасте.
5. Способы формирования познавательной мотивации у обучающихся в дошкольном возрасте.
6. Способы формирования познавательной мотивации у обучающихся в подростковом возрасте.
7. Способы формирования познавательной мотивации у взрослых.
8. Мотиваторы и демотиваторы.
9. Влияние семьи на формирование мотивации.
10. Современные теории мотивации
11. Мотивация поведения. Осознанные и неосознанные мотивы.
12. Мотивы и смысл. Мотивация и здоровье. Мотивация и болезнь.
13. Способы мотивирования человека к ведению здорового образа жизни.
14. Мотивация достижения успеха и профессиональная деятельность

Тема 2: Психолого-педагогические характеристики личности в различные возрастные периоды жизни.

Форма текущего контроля успеваемости

- доклады, сообщения
- презентации;

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Темы для докладов (сообщений) и презентаций:

1. «Психолого-педагогические характеристики развития личности в...» (далее идет выбранный возрастной период) с точки зрения медицинской педагогики..
2. Грудной период: до 1 года
3. Раннее детство: 1-3 года
4. Дошкольный возраст: 3 года — 6-7 лет
5. Младший школьный возраст: 7 – 11 лет
6. Подростковый период 12-14
7. Юношеский период 15 -19
8. Молодость (зрелый возраст 1 период) 20 – 35
9. Взрослость (Зрелый возраст 2 период) 35 — 60 лет
10. Пожилой возраст: 55/60 — 75 лет
11. Старческий возраст: 75 — 90 лет Долгожители — 90 лет и более

Тема 3: Современные методы и формы обучения и воспитания.

Форма текущего контроля успеваемости

- практическое задание -составить карту (схему)

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Выполненная на основе подготовленной темы составляется карта (схема) проведения занятия обучающего, профилактического, диагностического и т.д. характера.

Темы для составления карты (схемы).

1. Круглый стол
2. Дебаты
3. Мозговой штурм, брейнсторминг, мозговая атака\|
4. Case-study или кейс-метод (анализ конкретных ситуаций, ситуационный ана-
5. Деловые и ролевые игры
6. Работа в малых группах
7. Метод обучения в парах (спарринг-партнерство)
8. Мастер класс
9. «Метод аквариума»
10. Метод Jigsaw

Тема 4: Методические и организационные аспекты проведения занятий с пациентами и студентами.

Форма текущего контроля успеваемости

– проект в виде методической разработки

– презентации мультимедийная;

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Итогом освоения данной темы является предоставление проекта в виде методической разработки занятия с пациентами или учащимися согласно рекомендованной схеме. Тема для проведения занятия выбирается исходя из специальности ординатора и актуальности темы, она может быть выполнена в составе малой группы. Тема согласовывается заранее с преподавателем, ведущим дисциплину. Работа предоставляется в письменном виде и в виде презентации.

Защита представленного проекта занятия. В выступлении ординатор раскрывает актуальность выбранной темы, цель занятия, этапы проведения занятия. Дает обоснование выбранному методу обучения и формам контроля усвоенных знаний и умений.

Регламент озвучивания – 5-10 минут. После каждого выступления выступающему задают 2-3 вопроса проблемного характера, на которые он дает исчерпывающие ответы

Примерная схема проекта методической разработки обучения пациентов или студентов (учащихся)

1. **Тема занятия:** _____
2. **Продолжительность занятия:** _____ минут (рекомендуется учитывать возраст, тему и цель занятия)
3. **Контингент пациентов:** отделение или пациенты кабинета (т.е. описать для кого это занятие)
4. **Мотивация** (раскрывается актуальность темы для пациента, отвечая на вопрос зачем? эта тема пациенту)
5. **Цель занятия** (формулируется обобщенно)

Задачи: (формулируются конкретно исходя из цели занятия)

Пациент (или например, студентов, учащийся, курсов) должен знать:

Пациент(или например, студентов, учащийся, курсов) должен уметь:

Образец плана проведения занятия, который должен составить ординатор:

№ п/п	Название этапа занятия	Время	Описание этапа занятия
1.	Организационно-мотивационный этап.		
2.	Оценка исходного уровня знаний		указывается форма контроля, например, фронтальный опрос, тестовый контроль
3.	Углубление знаний пациента (на этом этапе врач-преподаватель вводит новую информацию с помощью определенного метода обучения (в виде лекции, беседы, дискуссии и т.д.)		указать метод обучения
4.	Закрепление знаний и отработка умений (врач-преподаватель предлагает пациенту отработать умение либо на практике, либо через решение ситуационных задач и т.д.)		указать метод обучения
5.	Оценка конечного уровня знаний		Тестовый контроль
6.	Подведение итогов.		

6. Задания для оценки исходного уровня знаний (вопросы для фронтального опроса, вопросы закрытого типа).

7. Задания для закрепления знаний и отработки умений у пациента.

Примеры:

Отработка на практике пациентами и клиентами специалистов фармацевтического профиля:

- пеленание ребенка, измерение артериального давления, алгоритма пользования индивидуальным ингалятором, другим оборудованием, которое возможно приобрести в аптеке;
 - отработка через решение ситуационных задач оценки показателей сахара в крови, рацион питания, уровня физической нагрузки при данном заболевании и т.д.;
 - отработка через решение проблемных ситуаций составление режима дня ребенка в определенном возрасте; или рациона питания в период обострения заболевания или в период ремиссии и т.д.
8. Эталоны ответов на задания для закрепления знаний и отработки умений – могут быть представлены как эталоны, так и алгоритмы отработки умений.
9. Тесты для оценки конечного уровня знаний участвующих в занятиях (от 5 до 10 тестов).
10. Эталон ответов на тесты для оценки конечного уровня знаний.
11. Информационный блок для пациента (клиента) – предоставляется в виде основной информации объемом 2-4 страницы.

Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.

Форма контроля	Критерии оценивания
Устный/письменный опрос/доклад	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
Собеседование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении.
проверка практических навыков : составление плана профилактического или учебного занятия	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если степень детализации плана высокая, позволяющая увидеть понятийно-категориальный аппарат исследуемой темы и логические связи между понятиями и фактами; оригинальность оформления.
	Оценка «хорошо» выставляется, если детализации плана достаточная, позволяющая увидеть понятийно-категориальный аппарат исследуемой темы и логические связи между понятиями и фактами.
	Оценка «удовлетворительно» выставляется, если выявлены только основные понятия темы, логические связи между понятиями и фактами выражены слабо.
	Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если не выявлен категориально-понятийный аппарат представленной темы, логические связи между понятиями и задачами не установлены.
контроль выполнения практических заданий (проект в виде методической разработки профилактического или учебного занятия), создание презентации	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если содержание является строго научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации; орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют; наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме; информация является актуальной и современной; ключевые идеи и слова в тексте выделены.
	Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту; орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют; наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация является актуальной и современной; ключевые слова в тексте выделены.
	Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту; есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки; наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация является актуальной и современной; ключевые слова в тексте чаще всего выделены.
	Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту; много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок; наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация не представляется актуальной и современной; ключевые слова в тексте не выделены.
	контроль выполнения практических заданий: решение ситуационных задач
Оценка «ХОРОШО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.	
Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.	
Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без	

	теоретического без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
контроль выполнения практических заданий: составление/заполнение таблиц	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии четкой логичности и наглядности предложенной таблицы;
	Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии наличия логичности и наглядности предложенной таблицы; правильности и аргументированности определения типов связи между педагогическими понятиями, фактами.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии, если в таблице частично прослеживается наличие логических связей между педагогическими понятиями, фактами, их аргументированность слабая.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии, если в таблице отсутствуют обоснованность и аргументированность логических связей между педагогическими понятиями, фактами.

2. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится в устной форме.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Оценка	Критерии
незачтено	Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически. Ответ не раскрывает полноту знаний по теме, в ответе не наблюдается умение выделять главное, использование приемов анализа, сравнения, обобщения, изложение знаний своими словами, приведение примеров, доказательств. Ответ логически не выстроен, в нем отсутствуют доказательства, опирающиеся на аргументы, аналитические данные и факты; ответ не выстроен в единстве теории и практики с подтверждением теоретических положений фактами, педагогическими ситуациями.
зачтено	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора. Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. Выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера).

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

Примерные вопросы к промежуточной аттестации:

1. Медицинская педагогика – как пример интеграции педагогической и медицинской науки. Связь педагогики с другими науками.
2. Основные направления развития профессионального медицинского и фармацевтического образования. Структура ДПО. Законодательная основа.
3. Основные категории педагогики – образование, обучение, воспитание, развитие.
4. Структура личности специалиста медицинского или фармацевтического профиля.
5. Самообразование и самовоспитание личности специалиста медицинского или фармацевтического профиля.
6. Структура процесса обучения. Характеристика его основных компонентов. Структура учебного занятия со студентами и пациентами.
7. Мотивация познавательной деятельности. Особенности мотивации пациента в различные возрастные периоды жизни.
8. Понятие целей и содержания в педагогике. Постановка целей и задач обучения. Требования к отбору и структурирование содержания для проведения занятия с пациентами.
9. Основные методы обучения – лекция, беседа, практические методы. Их практическая реализация в профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.
10. Формы учебной деятельности: индивидуальная, парная, групповая особенности взаимодействия с пациентом в каждой форме обучения.
11. Методы контроля знаний и умений. Особенности организации контроля знаний и умений при обучении студентов и пациентов.
12. Система дополнительного профессионального образования – структура, цели, виды ДПО, нормативная база.
13. Андрагогика – как наука об образовании взрослых. Организация обучения взрослых
14. Андрагогические принципы и особенности обучения взрослых.
15. Значение и особенности непрерывного образования для совершенствования профессиональной деятельности различных специалистов медицинского и фармацевтического профиля.
16. Методические обеспечение процесса обучения в образовательной и медицинской организации (фармацевтической).
17. Понятие воспитания в педагогике. Характеристика процесса воспитания.
18. Формы и средства воспитания, реализуемые образовательной и медицинской (фармацевтической) организации.
19. Методы воспитания: убеждение, метод примера – их особенности реализации в профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.
20. Методы воспитания: приучение, поощрение и наказание – их особенности реализации в профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.
21. Семейное воспитание. Влияние семьи на формирование у пациента, направленности на сохранение и укрепление здоровья.
22. Общение – понятие, виды, цель, функции. Значение общения в профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.
23. Перцептивная сторона общения – понятие о восприятии и понимании в общении. Значение перцепции в установлении контакта с пациентом и членами их семей.
24. Коммуникативная сторона общения – понятие, характеристика коммуникативного процесса.
25. Барьеры в общении с пациентом и способы их устранения.

26. Стили общения – понятие, характеристика. Интерактивная сторона общения – понятие, виды взаимодействия с пациентом. Техники активного слушания.
27. Конфликт – понятие, стадии конфликта.
28. Стратегия разрешения и предупреждения конфликта.
29. Публичные выступления в профессиональной деятельности специалистов медицинского или фармацевтического профиля.
30. Толерантное взаимодействие как условие успешной профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.

Практические задания для проверки сформированных умений и навыков **Ситуационные задачи.**

Задача 1.

Вам предложено провести занятие для пациентов на тему: «Как восстановить движения после инсульта». Сформулируйте цели, задачи к занятию, определите место и время проведения занятия, дайте характеристику аудитории, методы, принципы и формы организации обучения на тему:

Ответ:

Тема: «Как восстановить движения после инсульта».

Цель: помочь пациентам отделения восстановительной терапии вернуть и активизировать двигательные навыки после перенесенного инсульта.

Задачи:

- Объяснить наиболее доброжелательно, с учётом социальных и этнических особенностей необходимость проведения лечебной гимнастики на раннем реабилитационном этапе;
- научить пациентов комплексу определенных упражнений;
- дать каждому из них возможность убедиться в объеме резервов его организма;
- провести показательную динамику состояния пациента.

Место и время проведения: палата отделения реабилитации; через 2 часа после завтрака.

Характеристика аудитории: пациенты любого возраста, любой социальной группы перенесшие инсульт с средней степенью тяжести заболевания, обеспокоенные в отношении своих двигательных возможностей и предполагающие, что утратили определенную часть объема движений навсегда. На занятии также могут присутствовать родственники, которые впоследствии помогут реабилитации пациента.

Методы и формы подачи материала: лекция с демонстрацией, комплекса упражнений, индивидуальный подход в ходе практического занятия, консультации.

Задача 2.

Сформулируйте цели, задачи к занятию, формы контроля к занятию, дайте характеристику аудитории, на тему:

- «Занятие для родственников тяжелобольных пациентов» Тема: «Уход за лежачими больными в домашних условиях».

Цель: обучить людей, не имеющих медицинского образования, приемам ухода за тяжелобольными лежачими родственниками в домашних условиях.

Задачи:

- научить присутствующих приемам совершения утреннего туалета лежачего больного;
- показать, как можно поменять постельное белье с меньшим беспокойством для больного;
- ознакомить с методами и средствами борьбы с пролежнями.

Место и время проведения занятия: проводится в актовом зале поликлиники в пятницу вечером или в субботу утром.

Характеристика аудитории: родственники тяжело больных людей, представители разных возрастов и профессий, не имеющие медицинского образования, впервые столкнувшиеся с проблемой ухода за лежачими больными в домашних условиях.

Методы и формы подачи материала: репродуктивный метод обучения — наглядная демонстрация приемов ухода с элементами фронтальной организации формы обучения — лекция.

Задача 3.

Перечислите дополнительные материалы, которые могут использовать врачи в общении с разными категориями слушателей (пациентами, их родственниками, коллегами, учениками) для передачи специального медицинского содержания. В каких случаях врачу может понадобиться самостоятельное «изобретение» подобных учебно-методических материалов?

Ответ: памятки выполнения процедур, схемы, таблицы, графики, рекламные листовки, брошюры, муляжи, макеты и др.

Задача 4

Как врач может воздействовать на отношение своих пациентов к собственному здоровью? Сформулируйте задачи просветительской работы врача.

Ответ: Для изменения отношения и стратегии поведения людей в сфере здоровья проводят мероприятия, как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Врачи работают персонально с каждым пациентом, а целью общественного здравоохранения становится работа с отдельными социально-экономическими группами населения. Личностно ориентированная работа необходима, так как значительная часть населения рождается здоровой и становится больной в результате неправильного поведения и негативного влияния окружающей среды.

Задача № 5.

Пациенту требуется операция для излечения от тяжелого заболевания. Пациент после посещения столовой узнал, что в больнице лежат пациенты с рецидивами после аналогичной операции. Он оказался в замешательстве, и решил отказаться от операции, сообщив об этом лечащему врачу. Врач, узнав причину отказа, пригласил его на беседу с пациентом, излечимся с помощью данной операции. Вопросы:

1. Является ли данная ситуация конфликтом?
2. Какой стратегией поведения воспользовался врач?
3. Какое развитие событий Вы предполагаете?

Эталоны ответов:

1. Нет, это конфликтная ситуация (предконфликт).
2. Соперничество (конкуренция) путем скрытого влияния.
3. Благоприятный исход при убедительности излечившихся пациентов и ведомости пациента. Неблагоприятный, при «неведомости» пациента и уверенности в рецидиве после операции.

Задача № 6.

Врач назначает пациенту плановую операцию. Пациент не считает целесообразным совершение данной манипуляции, учитывая, что возможным последствием операции является потеря трудоспособности или смерть пациента.

Вопросы:

1. Какой вид конфликта присутствует?
2. Какую стратегию поведения лучше выбрать врачу?
3. Опишите способ разрешения данного конфликта путем сотрудничества.

Эталоны ответов:

1. Конфликт межличностный, открытый.
2. сотрудничество Врач вместе с пациентом обсудит наиболее приемлемое лечение, с применением других методов, которые удовлетворят пациента и излечат заболевание.

Задача № 7

К врачу пришла пациентка К. 65 лет с претензией по поводу выписанных ей лекарств, так как она прочла в газете о более эффективных таблетках. На претензию доктор грубо возразил, что пациентка не компетентна в данном вопросе, а он имеет диплом врача и лучше знает, какие лекарства ей принимать.

Вопросы:

1. Кто является субъектом конфликта?
2. Какой вид конфликта присутствует?
3. Какую стратегию поведения в конфликтной ситуации выбрал врач?

Эталоны ответов:

1. Пациентка К. и врач.
2. Межличностный, социальный, вертикальный, антагонистический
3. Соперничество

Задача № 8.

Молодой врач, девушка с приятной внешностью, обычно пытается настоять на своем, логически убеждая всех в своей правоте, манипулирует окружающими и демонстративно игнорирует мнение несогласных с ней. Вследствие такого поведения у нее возникают проблемы во взаимодействии с коллегами. Коллектив отказывается с ней работать.

Вопросы:

1. Является ли данная ситуация конфликтом? К какому виду конфликта относится?
2. Назовите объект и субъект конфликта.
3. Опишите возможный вариант решения конфликта.

Эталоны ответов:

1. Да, между личностью и группой
2. Объект – поведение врача, субъекты – врач и рабочий коллектив
3. Врачу следует изменить свое поведение, научиться слушать других

Задача №9

Ординатор проводил обучение чистке зубов детей младших классов. Занятия проводились в подгруппах по 10 человек в специально оборудованном помещении в школе. После подробного рассказа о правилах чистки зубов и показа стоматологом действия на модели большинство детей сразу освоили основные приемы правильной чистки зубов. Однако нескольким детям, несмотря на то, что они с удовольствием участвовали в занятиях, это не удалось. Когда они пробовали сами почистить зубы или показать это на модели, оказалось, что они не запомнили движения или выполняли их неправильно.

Вопросы:

1. К какому возрастному периоду относятся ученики 1-го класса? Какие физиологические и психологические особенности свойственны детям данного возраста?
2. Правильно ли была выбрана групповая форма занятий для детей этой возрастной группы?
3. Предположите, какой ведущий канал восприятия информации (ведущая репрезентативная система) у детей, испытывавших трудности в обучении чистке зубов.
4. Какими психодиагностическими методами можно определить ведущую репрезентативную систему ребенка?
5. Какие приемы обучения будут более эффективны с такими детьми?

Эталоны ответов

1. Младший школьный возраст. Ведущая деятельность - учебная, внимание кратковременное, высок авторитет учителя и доверие к нему.
2. Да, т.к. дети этого возраста привыкли к групповой форме обучения, заинтересованы показать свои знания и умения товарищам и взрослому, успешнее осваивают новые действия в коллективе (подражание).
3. Кинестетическая репрезентативная система («деятели»).
4. Наблюдение, беседа (можно с учителем, родителями), тестирование.
5. Индивидуальное моторное сопровождение (рука в руке), формирование зрительно-двигательной координации при индивидуальном или партнерском обучении.

Задача 10.

К вам пришли родственники пациентов из разных социальных и этнокультурных групп. Сформулируйте цели, задачи к занятию, формы контроля к занятию, дайте характеристику аудитории.

Составьте план доступного всем занятию я на тему; «Уход за лежачими больными в домашних условиях».

Примерный ответ:

Цель: обучить людей, не имеющих медицинского образования, приемам ухода за тяжелобольными лежачими родственниками в домашних условиях.

Задачи:

- научить присутствующих практическим приемам совершения утреннего туалета лежачего больного;
- показать, как можно поменять постельное белье с меньшим беспокойством для больного;
- ознакомить с методами и средствами борьбы с пролежнями.

Характеристика аудитории: родственники тяжело больных людей, представители разных социальных групп, возрастов и профессий, не имеющие медицинского образования, впервые столкнувшиеся с проблемой ухода за лежачими больными в домашних условиях.

Методы и формы подачи материала: репродуктивный метод обучения — наглядная демонстрация приемов ухода.

Задача 11.

В каком случае медицинской практики или фармацевтической практики возникает необходимость педагогических действий? Кому адресовано такое действие? Какие задачи решаются с его помощью?

Ответ: Педагогическое действие востребовано в обществе в случаях, когда накопленный опыт должен быть передан другому. Однако такого же типа передача осуществляется и в малых ситуациях обучения, где адресатом выступает человек, не владеющий каким-либо предметом и способами какой-либо деятельности.

Цель действий человека, принявшего на себя психолого-педагогическую позицию в практике медицины или фармации, заключается в установлении взаимодействия с другими на основе деятельности по сохранению и поддержанию здоровья пациента. Сам пациент, врач, другие медицинские работники, специалисты фармацевтического профиля причастны к сохранению здоровья и потому именно им вменяется в обязанность толерантное взаимодействие с пациентом.

Задача 12.

Какими методами и средствами, вы воспользуетесь в просветительской работе среди молодёжи? Назовите, в каких мероприятиях Вы участвовали и какие методы оказались более успешными?

Ответ: Под методами просветительской деятельности понимаются основные способы проведения мероприятий, направленных на установление осознанного и действенного отношения пациентов или потенциальных пациентов к своему образу жизни, здоровью и взаимодействию с врачом и медицинскими службами и специалистами фармацевтического профиля. Различаются и используются устные, наглядные и комбинированные методы.

Задача 13.

Пациент Б. 60 лет, обратился к врачу-стоматологу с желанием восстановить зубной ряд с помощью ортопедической конструкции. После осмотра и обследования врач объяснил пациенту, что конструкцию можно поставить только при удалении двух оставшихся зубов. Больной, недовольный предложенным вариантом лечения, покидает кабинет. В регистратуре клиники его успокаивают и предлагают обратиться к другому врачу. Зная о предыдущем конфликте, новый врач предложил пациенту другой способ лечения, который устроил пациента.

Вопросы:

1. Является ли данная ситуация конфликтом?
2. Кого можно считать субъектом этого конфликта?
3. Как бы Вы поступили в подобном случае на месте первого врача? Эталоны ответов:
4. Да
5. Первый врач и пациент
6. Попытка найти компромисс, предложить сразу несколько вариантов лечения и предоставить пациенту выбор.

Задача 14

Если надо убедить пациента, какие качества вашей личности помогут в общении с пациентом? Какие компоненты общения, следует применять? От каких условий зависит выбор компонентов общения?

Ответ: эмпатия, толерантность; вербальные и невербальные компоненты общения.

Задача 15.

Молодой специалист фармацевтического профиля, работая в аптеке в сельской местности, обычно пытается настоять на своем, логически убеждая всех в своей правоте. Она считает, её знания современнее. Манипулирует окружающими и демонстративно игнорирует мнение несогласных. Вследствие такого поведения у нее возникают проблемы во взаимодействии с коллегами. Коллектив отказывается с ней работать.

Вопросы:

1. Является ли данная ситуация конфликтом? К какому виду конфликта относится?
2. Назовите объект и субъект конфликта.
3. Опишите возможный вариант решения конфликта.

Эталоны ответов:

1. Да, между личностью и группой
2. Объект – поведение молодого специалиста, субъекты – молодой специалист и рабочий коллектив
3. Молодому специалисту следует изменить свое поведение, научиться слушать других

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра истории Отечества _____
направление подготовки (специальность) ординатура _____
дисциплина Педагогика _____

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1 /

I. Значение и особенности непрерывного образования для совершенствования профессиональной деятельности различных специалистов медицинского и фармацевтического профиля

II. Барьеры в общении с пациентом и способы их устранения.

III. Решение ситуационной задачи.

Заведующий кафедрой _____ (_____)

Декан _____ факультета _____ (____)

«____» _____ 20__

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (вопросы)
1	УК-2 готовность к управлению коллективом, готовность толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.	Знать о закономерностях процесса межличностного восприятия, общения, стратегиях предотвращения и решения конфликтных ситуаций; методы общения в коллективе основанного на толерантном взаимодействии	вопросы № 22-30-
		Уметь учитывать особенности социального, этнического, конфессионального и культурного многообразия в управлении и воспитании коллектива	практические задания (ситуативные задач) № 3, 8, 10
		Владеть правилами толерантного взаимодействия в процессе профессионального общения .	практические задания (ситуативные задачи) №5, 6, 7, 13,15
2	УК-3 готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.	Знать основы педагогической деятельности в разноуровневом медицинском и фармацевтическом образовании в соответствии с нормативной базой. Основные современные педагогические принципы и методы обучения и воспитания.	вопросы №1-6, 8, 10-13,15-21
		Уметь применять знания педагогических методов и технологий в профессиональной деятельности, планировать и проводить занятия с учащимися разных возрастных категорий; формулировать цели занятия, подбирать формы контроля	Вопросы:7, 9,14 практические задания (ситуативные задачи) № 1,11,12.
		Владеть навыками педагогического общения с пациентами и коллегами,	практические задания (ситуативные задачи) №2, 4, 9, 14

5. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций»

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной программе ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

ПК-3 готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

ПК-7 готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.

ПК-12 готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Модуль 1 Медицина чрезвычайных ситуаций

Тема 1 Задачи, организационная структура и органы управления Всероссийской службой медицины катастроф (ВСМК).

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: *тестирование, устный опрос, доклад, решение проблемно-ситуационных задач.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Тестовые задания:

1. Деятельность Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций определена

- А) Конституцией РФ;
- Б) Федеральным законом «Об обороне» от 31.05.1996 г. №61 – ФЗ;
- В) Постановлением Правительства РФ от 30.12.2003 г. №794;
- Г) Приказами МЧС России.

2. Временем создания Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций можно считать

- А) 1960 г.; Б) 1990 г.; В) 1991 г.; Г) 1992 г.

3. Российский корпус спасателей был создан

- А) 1960 г.; Б) 1990 г.; В) 1991 г.; Г) 1992 г.

4. Госкомитет по делам ГОЧС при Президенте РФ образован

- А) 1960 г.; Б) 1990 г.; В) 1991 г.; Г) 1992 г.

5. Российская система предупреждения и действий в ЧС (РСЧС) создана

- А) 1960 г.; Б) 1990 г. В) 1991 г. Г) 1992 г.

6. Федеральный закон №68 - ФЗ «О защите населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера» был принят

- А) 21.12.1994 г.
- Б) 28.03.1998 г.
- В) 26.04.2004 г.
- Г) 31.12.2005 г.

7. Чрезвычайную ситуацию считают закончившейся

- А) Когда прекращается воздействие опасных факторов, характерных для данной ситуации;
- Б) Когда ликвидирована непосредственная угроза для жизни и здоровья людей и оказана им медицинская помощь;
- В) Когда начинается период восстановительных работ;
- Г) А + Б + В.

8. К природным катастрофам не относятся

- А) Метеорологические;
- Б) Тектонические;
- В) Экологические;
- Г) Космические.

9) К техногенным катастрофам не относятся

- А) Транспортные;
- Б) Производственные;
- В) Топологические;
- Г) Экологические.

10. К социальным катастрофам не относятся

- А) Военные столкновения;
- Б) Терроризм;
- В) Пожары;
- Г) Социальные взрывы.

11. При региональной чрезвычайной ситуации

- А) Количество пораженных до 10 чел, пострадавших 100 чел., зона распространения в пределах территории объекта, мат. ущерб до 1 тыс. МРОТ;
- Б) Количество пораженных 50 - 500 чел, пострадавших 300 – 500 чел., зона распространения в пределах субъекта РФ, материальный ущерб 5-500 тыс. МРОТ;
- В) Количество пораженных 50 - 500 чел, пострадавших 500 – 1000 чел., зона распространения в пределах 2 субъектов РФ, мат. ущерб 500-5000 тыс. МРОТ;
- Г) Количество пораженных 500 чел, пострадавших 1000 чел., зона распрост- ранения в пределах 3 субъектов РФ и более, материальный ущерб 5000 тыс. МРОТ.

12. При территориальной чрезвычайной ситуации

- А) Количество пораженных до 10 чел, пострадавших 100 чел., зона распространения в пределах территории объекта, мат. ущерб до 1 тыс. МРОТ;
- Б) Количество пораженных 50 - 500 чел, пострадавших 300 – 500 чел., зона распространения в пределах субъекта РФ, мат. ущерб 5 - 500 тыс. МРОТ;
- В) Количество пораженных 50 - 500 чел, пострадавших 500 – 1000 чел., зона распространения в пределах 2 субъектов РФ, мат. ущерб 500 - 5000 тыс. МРОТ;
- Г) Количество пораженных 500 чел, пострадавших 1000 чел., зона распрост- ранения в пределах 3 субъектов РФ и более, материальный ущерб 5000 тыс. МРОТ.

13. При федеральной чрезвычайной ситуации

- А) Количество пораженных до 10 чел, пострадавших 100 чел., зона расп-ространения в пределах территории объекта, материальный ущерб до 1 тыс. МРОТ;
- Б) Количество пораженных 50 - 500 чел, пострадавших 300 – 500 чел., зона распространения в пределах субъекта РФ, материальный ущерб 5 - 500 тыс. МРОТ;
- В) Количество пораженных 50-500 чел, пострадавших 500–1000 чел., зона расп-ространения в пределах 2 субъектов РФ, материальный ущерб 500-5000 тыс. МРОТ;
- Г) Количество пораженных 500 чел, пострадавших 1000 чел., зона расп-рост-ранения в пределах 3 субъектов РФ и более, материальный ущерб 5000 тыс. МРОТ.

14. При трансрегиональной (на территории РФ) чрезвычайной ситуации

- А) Количество пораженных 50-500 чел, пострадавших 500–1000 чел., зона расп-ространения в пределах 2 субъектов РФ, материальный ущерб 500-5000 тыс. МРОТ;
- Б) Количество пораженных 500 чел, пострадавших 1000 чел., зона распростране- ния в пределах 3 субъектов РФ и более, материальный ущерб 5000 тыс. МРОТ;
- В) Количество пораженных любое, количество пострадавших любое, зона распространения ЧС выходит за пределы РФ, материальный ущерб любой.
- Г) Количество пораженных любое, количество пострадавших любое, зона распространения ЧС – затронуты территории РФ, материальный ущерб любой.

15. При трансрегиональной (за рубежом) чрезвычайной ситуации

- А) Количество пораженных 50-500 чел, пострадавших 500–1000 чел., зона расп- ространения в пределах 2 субъектов РФ, материальный ущерб 500-5000 тыс. МРОТ;
- Б) Количество пораженных 500 чел, пострадавших 1000 чел., зона распростране- ния в пределах 3 субъектов РФ и более, материальный ущерб 5000 тыс. МРОТ;
- В) Количество пораженных любое, количество пострадавших любое, зона распространения ЧС выходит за пределы РФ, материальный ущерб любой.
- Г) Количество пораженных любое, количество пострадавших любое, зона распространения ЧС – затронуты территории РФ, материальный ущерб любой.

16. При локальной чрезвычайной ситуации
- А) Количество пораженных до 10 чел., пострадавших 100 чел., зона распространения в пределах территории объекта, мат. ущерб до 1 тыс. МРОТ;
 - Б) Количество пораженных 50 - 500 чел., пострадавших 300 – 500 чел., зона распространения в пределах субъекта РФ, мат. ущерб 5 - 500 тыс. МРОТ;
 - В) Количество пораженных 50 - 500 чел., пострадавших 500 – 1000 чел., зона распространения в пределах 2 субъектов РФ, мат. ущерб 500 - 5000 тыс. МРОТ;
 - Г) Количество пораженных 500 чел., пострадавших 1000 чел., зона распрост- ранения в пределах 3 субъектов РФ и более, материальный ущерб 5000 тыс. МРОТ.
17. В задачи федеральных органов по предупреждению ЧС не входит
- А) Прогнозирование и оценка последствий;
 - Б) Подготовка населения;
 - В) Социальная защита населения, проведение гуманитарных акций;
 - Г) Сбор и обмен информацией.
18. В задачи МЧС по ликвидации чрезвычайных ситуаций не входит
- А) Спасение жизни и сохранение здоровья людей;
 - Б) Обеспечение готовности к действиям сил;
 - В) Локализация зоны ЧС;
 - Г) Снижение размеров ущерба материальных потерь.
19. Не существует режима функционирования РСЧС
- А) Повседневной деятельности;
 - Б) Повышенной готовности;
 - В) Чрезвычайной опасности;
 - Г) Чрезвычайной ситуации.
20. При режиме чрезвычайной ситуации не проводятся мероприятия
- А) По организации защиты населения;
 - Б) По определению границ зоны ЧС;
 - В) По усилению дежурно-диспетчерской службы;
 - Г) По организации ликвидации ЧС.
21. Чрезвычайную ситуацию считают закончившейся
- А) Когда прекращается воздействие опасных факторов, характерных для данной ситуации;
 - Б) Когда ликвидирована непосредственная угроза для жизни и здоровья людей и оказана им медицинская помощь;
 - В) Когда начинается период восстановительных работ;
 - Г) А + Б + В.
22. К природным катастрофам не относятся
- А) Метеорологические;
 - Б) Тектонические;
 - В) Экологические;
 - Г) Космические.
23. К техногенным катастрофам не относятся
- А) Транспортные;
 - Б) Производственные;
 - В) Топологические;
 - Г) Экологические.
24. При федеральной чрезвычайной ситуации
- А) Количество пораженных до 10 чел., пострадавших 100 чел., зона расп-ространения в пределах территории объекта, материальный ущерб до 1 тыс. МРОТ;
 - Б) Количество пораженных 50 - 500 чел., пострадавших 300 – 500 чел., зона распространения в пределах субъекта РФ, материальный ущерб 5 - 500 тыс. МРОТ;
 - В) Количество пораженных 50-500 чел., пострадавших 500–1000 чел., зона расп-ространения в пределах 2 субъектов РФ, материальный ущерб 500-5000 тыс. МРОТ;
 - Г) Количество пораженных 500 чел., пострадавших 1000 чел., зона распрост-ранения в пределах 3 субъектов РФ и более, материальный ущерб 5000 тыс. МРОТ.
25. В задачи федеральных органов по предупреждению ЧС не входит
- А) Прогнозирование и оценка последствий;
 - Б) Подготовка населения;
 - В) Социальная защита населения, проведение гуманитарных акций;
 - Г) Сбор и обмен информацией.
26. При режиме чрезвычайной ситуации не проводятся мероприятия
- А) По организации защиты населения;
 - Б) По определению границ зоны ЧС;
 - В) По усилению дежурно-диспетчерской службы;
 - Г) По организации ликвидации ЧС.
27. Федеральный закон №68 - ФЗ «О защите населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера был принят
- А) 21.12.1994 г.
 - Б) 28.03.1998 г.
 - В) 26.04.2004 г.
 - Г) 31.12.2005 г.
28. Не существует органа управления по делам ГОЧС
- А) На уровне организации объединенных наций;
 - Б) На Федеральном уровне;
 - В) На территориальном уровне;
 - Г) На местном уровне.
29. На территориальном уровне органы управления по делам ГОЧС
- А) Министерство по делам ГОЧС;
 - Б) Главное управление по делам ГОЧС;
 - В) Отдел по делам ГОЧС;
 - Г) Работник по делам ГОЧС.
30. Нештатные формирования ГО –
- А) Специально подготовленные силы Вооруженных Сил РФ, которые могут быть привлечены к ликвидации ЧС в порядке определенном специальными положениями;
 - Б) Формирования, службы и учреждения по наблюдению и лабораторному контролю состояния природной среды, сырья, продуктов питания, воды;
 - В) Общие, специальные и специализированные объектовые, местные, территориальные и ведомственные гражданские организации ГО;
 - Г) Центральный аэромобильный спасательный отряд.
31. Режим повышенной готовности применяют
- А) При нормальной производственно – промышленной, радиационной, химичес- кой, пожарной, биологической, ветеринарной обстановке и отсутствии эпидемий;
 - Б) На территории где воздействовали 2 вида поражающих факторов катастроф, возникли поражения людей, животных и вышли из строя здания и сооружения;
 - В) При ухудшении производственно – промышленной, радиационной, химической, пожарной, сейсмической, гидрометеорологической, биологической, ветеринарной обстановке, при получении прогноза о возможности возникновения ЧС;
 - Г) При возникновении ЧС и на весь период ее ликвидации.
32. Временем создания Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций можно считать
- А) 1960 г.; Б) 1990 г.; В) 1991 г.; Г) 1992 г.
33. При региональной чрезвычайной ситуации
- А) Количество пораженных до 10 чел., пострадавших 100 чел., зона распространения в пределах территории объекта, мат. ущерб до 1 тыс. МРОТ;
 - Б) Количество пораженных 50 - 500 чел., пострадавших 300 – 500 чел., зона распространения в пределах субъекта РФ, материальный ущерб 5-500 тыс. МРОТ;
 - В) Количество пораженных 50 - 500 чел., пострадавших 500 – 1000 чел., зона распространения в пределах 2 субъектов РФ, мат. ущерб 500-5000 тыс. МРОТ;
 - Г) Количество пораженных 500 чел., пострадавших 1000 чел., зона распрост- ранения в пределах 3 субъектов РФ и более, материальный ущерб 5000 тыс. МРОТ.
34. Деятельность Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций определена
- А) Конституцией РФ;

Б) Федеральным законом «Об обороне» от 31.05.1996 г. №61 – ФЗ;

В) Постановлением Правительства РФ от 30.12.2003 г. №794;

Г) Приказами МЧС России.

35. Российский корпус спасателей был создан

А) 1960 г.; Б) 1990 г.; В) 1991 г.; Г) 1992 г.

36. Госкомитет по делам ГОЧС при Президенте РФ образован

А) 1960 г.; Б) 1990 г.; В) 1991 г.; Г) 1992 г.

37. Российская система предупреждения и действий в ЧС (РСЧС) создана

А) 1960 г.; Б) 1990 г.; В) 1991 г.; Г) 1992 г.

38. При территориальной чрезвычайной ситуации

А) Количество пораженных до 10 чел, пострадавших 100 чел., зона распространения в пределах территории объекта, мат. ущерб до 1 тыс. МРОТ;

Б) Количество пораженных 50 - 500 чел, пострадавших 300 – 500 чел., зона распространения в пределах субъекта РФ, мат. ущерб 5 - 500 тыс. МРОТ;

В) Количество пораженных 50 - 500 чел, пострадавших 500 – 1000 чел., зона распространения в пределах 2 субъектов РФ, мат. ущерб 500 - 5000 тыс. МРОТ;

Г) Количество пораженных 500 чел, пострадавших 1000 чел., зона распрост- ренения в пределах 3 субъектов РФ и более, материальный ущерб 5000 тыс. МРОТ.

39. При трансрегиональной (на территории РФ) чрезвычайной ситуации

А) Количество пораженных 50-500 чел, пострадавших 500–1000 чел., зона расп-ространения в пределах 2 субъектов РФ, материальный ущерб 500-5000 тыс. МРОТ;

Б) Количество пораженных 500 чел, пострадавших 1000 чел., зона распростране- ния в пределах 3 субъектов РФ и более, материальный ущерб 5000 тыс. МРОТ;

В) Количество пораженных любое, количество пострадавших любое, зона распространения ЧС выходит за пределы РФ, материальный ущерб любой.

Г) Количество пораженных любое, количество пострадавших любое, зона распространения ЧС – затронуты территории РФ, материальный ущерб любой.

40. При трансрегиональной (за рубежом) чрезвычайной ситуации

А) Количество пораженных 50-500 чел, пострадавших 500–1000 чел., зона расп- ространения в пределах 2 субъектов РФ, материальный ущерб 500-5000 тыс. МРОТ;

Б) Количество пораженных 500 чел, пострадавших 1000 чел., зона распростране- ния в пределах 3 субъектов РФ и более, материальный ущерб 5000 тыс. МРОТ;

В) Количество пораженных любое, количество пострадавших любое, зона распространения ЧС выходит за пределы РФ, материальный ущерб любой.

Г) Количество пораженных любое, количество пострадавших любое, зона распространения ЧС – затронуты территории РФ, материальный ущерб любой.

41. При локальной чрезвычайной ситуации

А) Количество пораженных до 10 чел, пострадавших 100 чел., зона распространения в пределах территории объекта, мат. ущерб до 1 тыс. МРОТ;

Б) Количество пораженных 50 - 500 чел, пострадавших 300 – 500 чел., зона распространения в пределах субъекта РФ, мат. ущерб 5 - 500 тыс. МРОТ;

В) Количество пораженных 50 - 500 чел, пострадавших 500 – 1000 чел., зона распространения в пределах 2 субъектов РФ, мат. ущерб 500 - 5000 тыс. МРОТ;

Г) Количество пораженных 500 чел, пострадавших 1000 чел., зона распрост- ренения в пределах 3 субъектов РФ и более, материальный ущерб 5000 тыс. МРОТ.

42. В задачи МЧС по ликвидации чрезвычайных ситуаций не входит

А) Спасение жизни и сохранение здоровья людей;

Б) Обеспечение готовности к действиям сил;

В) Локализация зоны ЧС;

Г) Снижение размеров ущерба материальных потерь.

43. Не существует режима функционирования РСЧС

А) Повседневной деятельности;

Б) Повышенной готовности;

В) Чрезвычайной опасности;

Г) Чрезвычайной ситуации.

44. При угрозе войны или с ее началом РСЧС передает свои полномочия

А) Министерству обороны РФ;

Б) МЧС России;

В) Правительству РФ;

Г) Гражданской обороне страны.

45. К социальным катастрофам не относятся

А) Военные столкновения;

Б) Терроризм;

В) Пожары;

Г) Социальные взрывы.

46. При угрозе войны или с ее началом РСЧС передает свои полномочия

А) Министерству обороны РФ;

Б) МЧС России;

В) Правительству РФ;

Г) Гражданской обороне страны.

47. Режим повышенной готовности применяют

А) При нормальной производственно – промышленной, радиационной, химичес- кой, пожарной, биологической, ветеринарной обстановке и отсутствии эпидемий;

Б) На территории где воздействовали 2 вида поражающих факторов катастроф, возникли поражения людей, животных и вышли из строя здания и сооружения;

В) При ухудшении производственно – промышленной, радиационной, химической, пожарной, сейсмической, гидрометеорологической, биологической, ветеринарной обстановке, при получении прогноза о возможности возникновения ЧС;

Г) При возникновении ЧС и на весь период ее ликвидации.

48. Нештатные формирования ГО –

А) Специально подготовленные силы Вооруженных Сил РФ, которые могут быть привлечены к ликвидации ЧС в порядке определенном специальными положениями;

Б) Формирования, службы и учреждения по наблюдению и лабораторному контролю состояния природной среды, сырья, продуктов питания, воды;

В) Общие, специальные и специализированные объектовые, местные, территориальные и ведомственные гражданские организации ГО;

Г) Центральный аэромобильный спасательный отряд.

49. Не существует органа управления по делам ГОЧС

А) На уровне организации объединенных наций;

Б) На Федеральном уровне;

В) На территориальном уровне;

Г) На местном уровне.

50. На территориальном уровне органы управления по делам ГОЧС

А) Министерство по делам ГОЧС;

Б) Главное управление по делам ГОЧС;

В) Отдел по делам ГОЧС;

Г) Работник по делам ГОЧС.

51. Международное общество медицины катастроф организовано

А) В 1975 г.

Б) В 1985 г.

В) 1990 г.

Г) В 1995 г.

52. Место организации международного общества медицины катастроф

А) г. Москва;

Б) г. Лондон;

В) г. Рим;

Г) г. Женева.

53. Принцип организации ВСМК

А) Командно-административный;

Б) Демократический;

В) Либерально-демократический;

Г) Территориально-производственный.

54. Нет такого уровня организации ВСМК
- А) Международный;
 - Б) Федеральный;
 - В) Территориальный;
 - Г) Объектовый.
55. Начальник службы медицины катастроф Минздрава России
- А) Министр здравоохранения России;
 - Б) Заместитель министра здравоохранения России;
 - В) Главный санитарный врач России;
 - Г) Руководитель ВСМК «Защита».
56. Территориальный центр медицины катастроф подчиняется
- А) Лично Губернатору;
 - Б) Правительству области (республики, края);
 - В) Министру здравоохранения России;
 - Г) Министру здравоохранения области (республики, края).
57. На объектовом уровне управление службой медицины катастроф осуществляют
- А) Руководитель организации;
 - Б) Заместитель руководителя по административно-хозяйственной части;
 - В) Фельдшер медицинского пункта;
 - Г) Специально назначенные должностные лица по делам ГОЧС.
58. К нештатным формированиям службы медицины катастроф не относятся
- А) Подвижные многопрофильные госпитали;
 - Б) Медицинские отряды;
 - В) Бригады (группы) специализированной медицинской помощи;
 - Г) Врачебно - сестринские бригады.
59. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» за сутки может принять
- А) До 150 пораженных;
 - Б) До 250 пораженных;
 - В) До 350 пораженных;
 - Г) До 500 пораженных.
60. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» для госпитализации нетранспортабельных пораженных может быть развернут
- А) До 100 коек;
 - Б) До 150 коек;
 - В) До 250 коек;
 - Г) До 500 коек.
61. К штатным подразделениям полевого многопрофильного госпиталя ВЦМК «Защита» не относятся
- А) Управление;
 - Б) Приемно-диагностическое отделение;
 - В) Бригады специализированной медицинской помощи;
 - Г) Подразделения обеспечения.
62. В режиме повседневной деятельности БСМП подчиняются
- А) Министру здравоохранения;
 - Б) Министру МЧС;
 - В) Руководителю учреждения формирователя;
 - Г) Руководителю соответствующего центра медицины катастроф.
63. В режиме повышенной готовности БСМП подчиняются
- А) Министру здравоохранения;
 - Б) Министру МЧС;
 - В) Руководителю учреждения формирователя;
 - Г) Руководителю соответствующего центра медицины катастроф.
64. В режиме повседневной деятельности БСМП находится в оперативном подчинении
- А) Министра здравоохранения;
 - Б) Министра МЧС;
 - В) Руководителя учреждения формирователя;
 - Г) Руководителя соответствующего центра медицины катастроф.
65. В режиме повышенной готовности специалисты штатных БСМП в праздничные и выходные дни осуществляют дежурства
- А) В обычном режиме;
 - Б) На дому по графику;
 - В) Не дежурят;
 - Г) Дежурят в двойном составе.
66. В ЧС руководство деятельностью БСМП возложено
- А) На Министра здравоохранения;
 - Б) Министра МЧС;
 - В) Руководителя центра медицины катастроф;
 - Г) Руководителя БСМП.
67. Сроки выезда БСМП с имуществом в район ЧС
- А) Не позднее 4 часов после получения распоряжения;
 - Б) Не позднее 6 часов после получения распоряжения;
 - В) Не позднее 8 часов после получения распоряжения;
 - Г) Не позднее 10 часов после получения распоряжения.
68. Режим работы БСМП в ЧС в среднем составляет
- А) 10 часов в сутки;
 - Б) 12 часов в сутки;
 - В) 14 часов в сутки;
 - Г) Круглосуточно.
69. Снабжение БСМП медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом осуществляется
- А) Министерством здравоохранения России;
 - Б) МЧС России;
 - В) ВСМК «Защита»;
 - Г) Учреждением – формирователем по принципу приоритетного обеспечения согласно таблице оснащения.
70. Руководитель БСМП назначается приказом
- А) Министра здравоохранения России;
 - Б) МЧС России;
 - В) Директора ВСМК «Защита»;
 - Г) Руководителя учреждения – формирователя.
71. В соответствии с Типовым положением о БСМП МЧС существует
- А) 15 типов бригад;
 - Б) 18 типов бригад;
 - В) 21 тип бригад;
 - Г) 25 типов бригад.

72. Хирургическая БСМП за 12 часов работы может выполнить
- А) До 10 оперативных вмешательств;
 - Б) До 12 оперативных вмешательств;
 - В) До 14 оперативных вмешательств;
 - Г) До 16 оперативных вмешательств.
73. Ожоговая БСМП за 12 часов работы может оказать помощь
- А) 10 пораженным;
 - Б) 20 пораженным;
 - В) 30 пораженным;
 - Г) 40 пораженным.
74. Нейрохирургическая БСМП за 12 часов работы может выполнить
- А) До 4 оперативных вмешательств;
 - Б) До 6 оперативных вмешательств;
 - В) До 8 оперативных вмешательств;
 - Г) До 10 оперативных вмешательств.
75. Трансфузиологическая БСМП за 12 часов работы может оказать помощь
- А) 30 пораженным;
 - Б) 40 пораженным;
 - В) 50 пораженным;
 - Г) 60 пораженным.
76. Территориальный центр медицины катастроф подчиняется
- А) Лично Губернатору;
 - Б) Правительству области (республики, края);
 - В) Министру здравоохранения России;
 - Г) Министру здравоохранения области (республики, края).
77. На объектовом уровне управление службой медицины катастроф осуществляют
- А) Руководитель организации;
 - Б) Заместитель руководителя по административно-хозяйственной части;
 - В) Фельдшер медицинского пункта;
 - Г) Специально назначенные должностные лица по делам ГОЧС.
78. К штатным формированиям службы медицины катастроф не относятся
- А) Подвижные многопрофильные госпитали;
 - Б) Медицинские отряды;
 - В) Бригады (группы) специализированной медицинской помощи;
 - Г) Врачебно - сестринские бригады.
79. К нештатным формированиям службы медицины катастроф не относятся
- А) Подвижные многопрофильные госпитали;
 - Б) Медицинские отряды;
 - В) Бригады (группы) специализированной медицинской помощи;
 - Г) Врачебно - сестринские бригады.
80. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» за сутки может принять
- А) До 150 пораженных;
 - Б) До 250 пораженных;
 - В) До 350 пораженных;
 - Г) До 500 пораженных.
81. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» для госпитализации нетранспортабельных пораженных может быть развернут
- А) До 100 коек;
 - Б) До 150 коек;
 - В) До 250 коек;
 - Г) До 500 коек.
82. Место организации международного общества медицины катастроф
- А) г. Москва;
 - Б) г. Лондон;
 - В) г. Рим;
 - Г) г. Женева.
83. Назначение и изменение основного состава и дублеров персонала БСМП осуществляется
- А) Приказами Министра здравоохранения РФ;
 - Б) Приказами руководителя ВЦМК «Защита»;
 - В) Приказами руководителя учреждения – формирователя;
 - Г) На основании договоренности и взаимозаменяемости сотрудников ЛПУ.
84. Нет такого уровня организации ВСМК
- А) Международный;
 - Б) Федеральный;
 - В) Территориальный;
 - Г) Объектовый.
85. В режиме повседневной деятельности БСМП подчиняются
- А) Министру здравоохранения;
 - Б) Министру МЧС;
 - В) Руководителю учреждения формирователя;
 - Г) Руководителю соответствующего центра медицины катастроф.
86. Начальник службы медицины катастроф Минздрава России
- А) Министр здравоохранения России;
 - Б) Заместитель министра здравоохранения России;
 - В) Главный санитарный врач России;
 - Г) Руководитель ВСМК «Защита».
87. В режиме повышенной готовности БСМП подчиняются
- А) Министру здравоохранения;
 - Б) Министру МЧС;
 - В) Руководителю учреждения формирователя;
 - Г) Руководителю соответствующего центра медицины катастроф.
88. В режиме повседневной деятельности БСМП находится в оперативном подчинении
- А) Министра здравоохранения;
 - Б) Министра МЧС;
 - В) Руководителя учреждения формирователя;
 - Г) Руководителя соответствующего центра медицины катастроф.
89. В режиме повышенной готовности БСМП находится в оперативном подчинении
- А) Министра здравоохранения;
 - Б) Министра МЧС;
 - В) Руководителя учреждения формирователя;
 - Г) Руководителя соответствующего центра медицины катастроф.

80. В режиме повышенной готовности специалисты штатных БСМП в праздничные и выходные дни осуществляют дежурства

- А) В обычном режиме;
- Б) На дому по графику;
- В) Не дежурят;
- Г) Дежурят в двойном составе.

91. В ЧС руководство деятельностью БСМП возложено

- А) На Министра здравоохранения;
- Б) Министра МЧС;
- В) Руководителя центра медицины катастроф;
- Г) Руководителя БСМП.

92. Сроки выезда БСМП с имуществом в район ЧС

- А) Не позднее 4 часов после получения распоряжения;
- Б) Не позднее 6 часов после получения распоряжения;
- В) Не позднее 8 часов после получения распоряжения;
- Г) Не позднее 10 часов после получения распоряжения.

93. Режим работы БСМП в ЧС в среднем составляет

- А) 10 часов в сутки;
- Б) 12 часов в сутки;
- В) 14 часов в сутки;
- Г) Круглосуточно.

94. Имущество БСМП комплектуется и хранится

- А) В ВСМК «Защита»;
- Б) В главном управлении по делам ГОЧС субъекта РФ;
- В) На областном аптечном складе;
- Г) В учреждении - формирователе.

95. Руководитель БСМП назначается приказом

- А) Министра здравоохранения России;
- Б) МЧС России;
- В) Директора ВСМК «Защита»;
- Г) Руководителя учреждения – формирователя.

96. В соответствии с Типовым положением о БСМП СМК существует

- А) 15 типов бригад;
- Б) 18 типов бригад;
- В) 21 тип бригад;
- Г) 25 типов бригад.

97. Хирургическая БСМП за 12 часов работы может выполнить

- А) До 10 оперативных вмешательств;
- Б) До 12 оперативных вмешательств;
- В) До 14 оперативных вмешательств;
- Г) До 16 оперативных вмешательств.

98. Ожоговая БСМП за 12 часов работы может оказать помощь

- А) 10 пораженным;
- Б) 20 пораженным;
- В) 30 пораженным;
- Г) 40 пораженным.

99. Нейрохирургическая БСМП за 12 часов работы может выполнить

- А) До 4 оперативных вмешательств;
- Б) До 6 оперативных вмешательств;
- В) До 8 оперативных вмешательств;
- Г) До 10 оперативных вмешательств.

100. Трансфузиологическая БСМП за 12 часов работы может оказать помощь

- А) 30 пораженным;
- Б) 40 пораженным;
- В) 50 пораженным;
- Г) 60 пораженным.

Вопросы для устного опроса:

1. Единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.
2. Общая характеристика чрезвычайных ситуаций.
3. Поражающие факторы источников чрезвычайных ситуаций.
4. Задачи и организационная структура Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.
5. Порядок функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.
6. Определение и задачи Всероссийской службой медицины катастроф.
7. Организационная структура Всероссийской службы медицины катастроф.
8. Формирование и учреждения службы медицины катастроф.
9. Режимы функционирования Всероссийской службы медицины катастроф.

Тема доклада:

История организации РСЧС. Структура. Задачи.

История создания и развития ВСМК.

Проблемно-ситуационные задачи:

Задача 1: Президентом объявлено военное положение на территории Страны. Опишите действия службы РСЧС в данной ситуации? Каков объем и содержание указанных мероприятий?

Задача 2: Объявлен режим чрезвычайной ситуации. Перечислите основные мероприятия РСЧС.

Задача 3: В ЦРБ из очага катастрофы доставлено 82 пораженных с травмами различной степени тяжести, из них нуждающихся в проведении полостных операций на органах брюшной полости – 45 %, нуждающихся в проведении операций на опорно-двигательном аппарате – 40%, нуждающихся в проведении комбустиологической помощи 10 %, остальные требуют оказания специализированной операций вследствие повреждения ЦНС. Рассчитать потребность в БСМП различного профиля и время для оказания оперативной помощи.

Задача 4: При выдвигении в очаг катастрофы взрыва кислорода в цехе предприятия врачебной выездной бригады скорой медицинской помощи на месте аварии обнаружено 76 пострадавших различной степени тяжести. Рассчитать потребность в бригадах скорой мед. помощи на месте аварии.

Задача 5: В очаг поражения планируется выдвигение БСМП психиатрического профиля. Рассчитать потребность в БСМП при общем количестве пораженного населения 2.670 чел., при условии наличия поражений психики у 15 % населения из очага.

Задача 6: В очаг землетрясения силой 7 баллов планируется выдвигение ПМГ ВЦМК «Защита». Общее число пораженных составило 670 человек. Требуется рассчитать соответствие возможности ПМГ потребностям в оказании медицинской помощи в очаге.

Тема 2 Основы лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос, доклад, решение проблемно-ситуационных задач.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Тестовые задания:

1. При ликвидации медико-санитарных последствий ЧС основные направления деятельности здравоохранения направлены

- А) На организацию и проведение лечебно-эвакуационных мероприятий;

- Б) На медицинское обеспечение непораженного населения в районе ЧС;
В) На санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия;
Г) А+Б+В.
2. Лечебно-эвакуационное обеспечение населения предусматривает проведение мероприятий
А) По розыску пораженных;
Б) По оказанию пораженным медицинской помощи;
В) По выносу (вывозу) пострадавших за пределы очага поражения;
Г) А+Б+В.
3. В настоящее время принята система лечебно-эвакуационного обеспечения населения
А) Одноэтапная;
Б) Двухэтапная;
В) Трехэтапная;
Г) Многоэтапная.
4. Система лечебно-эвакуационного обеспечения населения включает
А) Догоспитальный и госпитальный этапы;
Б) Этапы оказания доврачебной и врачебной помощи;
В) Этапы оказания неквалифицированной и квалифицированной помощи;
Г) Этапы выделяются в зависимости от сложившейся ЧС.
5. Под термином «доктрина медицины катастроф» принято понимать
А) Предпочтительную эвакуацию пострадавших по назначению, т.е. в те лечебные учреждения, где будет осуществляться их лечение до полного выздоровления;
Б) Совокупность основных принципов, положенных в основу деятельности службы медицины катастроф;
В) Четкое и непрерывное управление силами и средствами здравоохранения, принимающими участие в ликвидации последствий катастрофы;
Г) Бесперебойное всестороннее материально-техническое обеспечение всех проводимых мероприятий.
6. Не существует вида медицинской помощи
А) Первая помощь;
Б) Санитарная помощь;
В) Доврачебная помощь;
Г) Первая врачебная помощь.
7. Квалифицированную медицинскую помощь оказывают
А) Врачи бригад скорой медицинской помощи;
Б) Врачебно-сестринские бригады;
В) Врачи – специалисты хирургического и терапевтического профиля;
Г) Врачи – специалисты узкого профиля.
8. Специализированную медицинскую помощь оказывают
А) Врачи бригад скорой медицинской помощи;
Б) Врачебно-сестринские бригады;
В) Врачи – специалисты хирургического и терапевтического профиля;
Г) Врачи – специалисты узкого профиля.
9. Полный объем медицинской помощи включает
А) Комплексную терапию острой кровопотери, шока, травматического токсикоза;
Б) Коррекцию грубых нарушений кислотно-щелочного состояния и электролитного баланса;
В) Выполнение всех групп мероприятий, присущих данному виду медицинской помощи;
Г) Оперативные вмешательства при ранениях сердца и клапанном пневмотораксе.
10. Квалифицированная медицинская помощь оказывается
А) В непосредственной близости от места поражения;
Б) В пунктах медицинской помощи;
В) В лечебных учреждениях за пределами очага поражения;
Г) В участковых больницах в очаге поражения.
11. Сокращенный объем медицинской помощи предусматривает
А) Устранение асфиксии и восстановление адекватного дыхания;
Б) Профилактику и лечение анаэробной инфекции;
В) Выполнение неотложных мероприятий;
Г) Оказание пораженным только первой и доврачебной помощи.
12. Пораженные поступившие с очага радиоактивного или химического заражения на этапе медицинской эвакуации направляют
А) В изолятор;
Б) В приемно-сортировочное отделение;
В) В отделение специальной обработки;
Г) В эвакуационное отделение.
13. При ЧС общие потери среди населения делятся
А) На безвозвратные и санитарные;
Б) На медицинские и немедицинские;
В) На смертельные и несмертельные;
Г) На огнестрельные и неогнестрельные.
14. Цель медицинской сортировки, ее основное назначение состоит в том
А) Чтобы организовать и провести своевременные эвакуационные мероприятия;
Б) Чтобы произвести вынос (вывоз) пострадавших за пределы очага поражения;
В) Чтобы отправить пораженных на ближайšie этапы медицинской эвакуации;
Г) Чтобы обеспечить пораженным своевременное оказание медицинской помощи в оптимальном объеме и рациональную эвакуацию.
15. С целью распределения пораженных по группам для направления в функциональные подразделения этапа медицинской эвакуации и установления очередности в эти подразделения проводят
А) Лечебно-диагностическую сортировку;
Б) Внутрипунктовую сортировку;
В) Санитарно-эпидемиологическую сортировку;
Г) Клинико-функциональную сортировку.
16. С целью распределения пораженных на однородные группы в соответствии с направлением, очередностью, способами и средствами их эвакуации проводят
А) Мобилизационно - транспортную сортировку;
Б) Эвакуационно - транспортную сортировку;
В) Эвакуационно – мобилизационную сортировку;
Г) Сортировку пораженных по длительности лечения в ЛПУ.
17. Во врачебно-сестринскую бригаду для проведения медицинской сортировки пораженных входят
А) 1 врач, 1 - 2 медицинских сестры (фельдшера), 1 – 2 регистратора;
Б) 2 врача, 1 - 2 медицинских сестры (фельдшера), 1 – 2 регистратора;
В) 2 врача, 2 - 3 медицинских сестры (фельдшера), 1 – 2 регистратора;
Г) 1 врач, 2 - 3 медицинских сестры (фельдшера), 2 – 3 регистратора.
18. При проведении медицинской сортировки используются сортировочные признаки, предложенные Н.И. Пироговым
А) Опасность для окружающих;
Б) Лечебный признак;
В) Эвакуационный признак;
Г) А+Б+В.
19. Подлежат изоляции на каждом этапе медицинской эвакуации, как опасные для окружающих

- А) Инфекционные больные;
Б) Зараженные АОХВ, загрязненные РВ;
В) Больные с реактивными психозами;
Г) А+Б+В.
20. Маршрут, по которому осуществляют вынос и транспортировку пораженных (больных), называется
А) Эвакуационным направлением;
Б) Плечом медицинской эвакуации;
В) Путь медицинской эвакуации;
Г) Этапом медицинской эвакуации.
21. Расстояние от пункта отправки пораженного до места назначения принято считать
А) Эвакуационным направлением;
Б) Плечом медицинской эвакуации;
В) Путь медицинской эвакуации;
Г) Этапом медицинской эвакуации.
22. Совокупность путей эвакуации, расположенных на них этапов медицинской эвакуации и работающих санитарных и других транспортных средств называют
А) Эвакуационным направлением;
Б) Плечом медицинской эвакуации;
В) Путь медицинской эвакуации;
Г) Маршрутом медицинской эвакуации.
23. Эвакуацию осуществляют по принципу «на себя»
А) Транспортom пострадавшего объекта;
Б) Транспортom спасательных отрядов;
В) Машины «скорой медицинской помощи» ЛПУ, региональных и территориальных ЦМК;
Г) А+Б+В.
24. Эвакуацию осуществляют по принципу «от себя»
А) Приписанным транспортom из воинских частей;
Б) Транспортom спасательных отрядов;
В) Машины «скорой медицинской помощи» ЛПУ, региональных и территориальных ЦМК;
Г) А+Б+В.
25. При организации лечебно-эвакуационных мероприятий следует ориентироваться
А) Строго ориентироваться на схему ЛЭО населения в ЧС;
Б) На план мобилизационного развертывания;
В) Выполнять распоряжения вышестоящего руководства;
Г) На конкретную обстановку, внося необходимые коррективы в принципиальную схему ЛЭО населения в ЧС.
26. При ЧС общие потери среди населения делятся
А) На безвозвратные и санитарные;
Б) Не медицинские и медицинские;
В) Не смертельные и смертельные;
Г) Не огнестрельные и огнестрельные.
27. Цель медицинской сортировки, ее основное назначение состоит в том
А) Чтобы организовать и провести своевременные эвакуационные мероприятия;
Б) Чтобы произвести вынос (вывоз) пострадавших за пределы очага поражения;
В) Чтобы отправить пораженных на ближайшие этапы медицинской эвакуации;
Г) Чтобы обеспечить пораженным своевременное оказание медицинской помощи в оптимальном объеме и рациональную эвакуацию.
28. С целью распределения пораженных по группам для направления в функциональные подразделения этапа медицинской эвакуации и установления очередности в эти подразделения проводят
А) Лечебно-диагностическую сортировку;
Б) Внутрипунктовую сортировку;
В) Санитарно-эпидемиологическую сортировку;
Г) Клинико-функциональную сортировку.
29. С целью распределения пораженных на однородные группы в соответствии с направлением, очередностью, способами и средствами их эвакуации проводят
А) Мобилизационно - транспортную сортировку;
Б) Эвакуационно - транспортную сортировку;
В) Эвакуационно – мобилизационную сортировку;
Г) Сортировку пораженных по длительности лечения в ЛПУ.
30. Во врачебно-сестринскую бригаду для проведения медицинской сортировки пораженных входят
А) 1 врач, 1 - 2 медицинских сестры (фельдшера), 1 – 2 регистратора;
Б) 2 врача, 1 - 2 медицинских сестры (фельдшера), 1 – 2 регистратора;
В) 2 врача, 2 - 3 медицинских сестры (фельдшера), 1 – 2 регистратора;
Г) 1 врач, 2 - 3 медицинских сестры (фельдшера), 2 – 3 регистратора.
31. При проведении медицинской сортировки используются сортировочные признаки, предложенные Н.И. Пироговым
А) Опасность для окружающих;
Б) Лечебный признак;
В) Эвакуационный признак;
Г) А+Б+В.
32. Подлежат изоляции на каждом этапе медицинской эвакуации, как опасные для окружающих
А) Инфекционные больные;
Б) Зараженные АОХВ, загрязненные РВ;
В) Больные с реактивными психозами;
Г) А+Б+В.
33. При ликвидации медико-санитарных последствий ЧС основные направления деятельности здравоохранения направлены
А) На организацию и проведение лечебно-эвакуационных мероприятий;
Б) На медицинское обеспечение непораженного населения в районе ЧС;
В) На санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия;
Г) А+Б+В.
34. Лечебно-эвакуационное обеспечение населения предусматривает проведение мероприятий
А) По розыску пораженных;
Б) По оказанию пораженным медицинской помощи;
В) По выносу (вывозу) пострадавших за пределы очага поражения;
Г) А+Б+В.
35. В настоящее время принята система лечебно-эвакуационного обеспечения населения
А) Одноэтапная;
Б) Двухэтапная;
В) Трехэтапная;
Г) Многоэтапная.
36. Система лечебно-эвакуационного обеспечения населения включает
А) Догоспитальный и госпитальный этапы;
Б) Этапы оказания доврачебной и врачебной помощи;
В) Этапы оказания неквалифицированной и квалифицированной помощи;
Г) Этапы выделяются в зависимости от сложившейся ЧС.

37. Маршрут, по которому осуществляют вынос и транспортировку пораженных (больных), называется
- А) Эвакуационным направлением;
 - Б) Плечом медицинской эвакуации;
 - В) Путь медицинской эвакуации;
 - Г) Этапом медицинской эвакуации.
38. Расстояние от пункта отправки пораженного до места назначения принято считать
- А) Эвакуационным направлением;
 - Б) Плечом медицинской эвакуации;
 - В) Путь медицинской эвакуации;
 - Г) Этапом медицинской эвакуации.
39. Совокупность путей эвакуации, расположенных на них этапов медицинской эвакуации и работающих санитарных и других транспортных средств называют
- А) Эвакуационным направлением;
 - Б) Плечом медицинской эвакуации;
 - В) Путь медицинской эвакуации;
 - Г) Маршрутом медицинской эвакуации.
40. Эвакуацию осуществляют по принципу «на себя»
- А) Транспортom пострадавшего объекта;
 - Б) Транспортom спасательных отрядов;
 - В) Машины «скорой медицинской помощи» ЛПУ, региональных и территориальных ЦМК;
 - Г) А+Б+В.
41. Эвакуацию осуществляют по принципу «от себя»
- А) Приписанным транспортom из воинских частей;
 - Б) Транспортom спасательных отрядов;
 - В) Машины «скорой медицинской помощи» ЛПУ, региональных и территориальных ЦМК;
 - Г) А+Б+В.
42. При организации лечебно-эвакуационных мероприятий следует ориентироваться
- А) Строго ориентироваться на схему ЛЭО населения в ЧС;
 - Б) На план мобилизационного развертывания;
 - В) Выполнять распоряжения вышестоящего руководства;
 - Г) На конкретную обстановку, внося необходимые коррективы в принципиальную схему ЛЭО населения в ЧС.
43. Под термином «доктрина медицины катастроф» принято понимать
- А) Предпочтительную эвакуацию пострадавших по назначению, т.е. в те лечебные учреждения, где будет осуществляться их лечение до полного выздоровления;
 - Б) Совокупность основных принципов, положенных в основу деятельности службы медицины катастроф;
 - В) Четкое и непрерывное управление силами и средствами здравоохранения, принимающими участие в ликвидации последствий катастрофы;
 - Г) Бесперебойное всестороннее материально-техническое обеспечение всех проводимых мероприятий.
44. Не существует вида медицинской помощи
- А) Первая помощь;
 - Б) Санитарная помощь;
 - В) Доврачебная помощь;
 - Г) Первая врачебная помощь.
45. Квалифицированную медицинскую помощь оказывают
- А) Врачи бригад скорой медицинской помощи;
 - Б) Врачебно-сестринские бригады;
 - В) Врачи – специалисты хирургического и терапевтического профиля;
 - Г) Врачи – специалисты узкого профиля.
46. Специализированную медицинскую помощь оказывают
- А) Врачи бригад скорой медицинской помощи;
 - Б) Врачебно-сестринские бригады;
 - В) Врачи – специалисты хирургического и терапевтического профиля;
 - Г) Врачи – специалисты узкого профиля.
47. Полный объем медицинской помощи включает
- А) Комплексную терапию острой кровопотери, шока, травматического токсикоза;
 - Б) Коррекцию грубых нарушений кислотно-щелочного состояния и электролитного баланса;
 - В) Выполнение всех групп мероприятий, присущих данному виду медицинской помощи;
 - Г) Оперативные вмешательства при ранениях сердца и клапанном пневмотораксе.
48. Квалифицированная медицинская помощь оказывается
- А) В непосредственной близости от места поражения;
 - Б) В пунктах медицинской помощи;
 - В) В лечебных учреждениях за пределами очага поражения;
 - Г) В участковых больницах в очаге поражения.
49. Сокращенный объем медицинской помощи предусматривает
- А) Устранение асфиксии и восстановление адекватного дыхания;
 - Б) Профилактику и лечение анаэробной инфекции;
 - В) Выполнение неотложных мероприятий;
 - Г) Оказание пораженным только первой и доврачебной помощи.
50. Пораженные поступившие с очага радиоактивного или химического заражения на этапе медицинской эвакуации направляют
- А) В изолятор;
 - Б) В приемно-сортировочное отделение;
 - В) В отделение специальной обработки;
 - Г) В эвакуационное отделение.

Вопросы для устного опроса:

1. Основы организации лечебно-эвакуационном обеспечении населения в чрезвычайных ситуациях.
2. Виды и объем медицинской помощи.
3. Этап медицинской эвакуации.
4. Медицинская сортировка пораженных в чрезвычайных ситуациях.
5. Медицинская эвакуация пораженных в чрезвычайных ситуациях.

Тема доклада:

История развития ЛЭО

Проблемно-ситуационные задачи:

Задача 1: На химическом предприятии произошла производственная авария с выбросом в окружающую среду АОХВ. Обнаружен пострадавший. Предъявляет жалобы на наличие раны в области шеи, на сильную боль в области раны. Объективно: общее состояние удовлетворительное, на передней поверхности шеи, чуть правее средней линии, отмечается рана размером 1 см. х 1 см. Из раны отмечается небольшое кровотечение. Какие мероприятия первой медицинской помощи необходимо провести пострадавшему?

Задача 2: На предприятии произошла радиационная авария с выбросом в окружающую среду радиоактивных веществ. Обнаружен пострадавший. Предъявляет жалобы на наличие раны в области правого бедра, на сильную боль в области раны, на сильное кровотечение из раны. Объективно: общее состояние удовлетворительное, на передней поверхности бедра, в средней трети, отмечается резанная рана размером 1 см. х 5 см. Из раны отмечается большое кровотечение. Какие мероприятия первой медицинской помощи необходимо провести пострадавшему?

Задача 3: На предприятии произошёл взрыв. Обнаружен пострадавший. Предъявляет жалобы на наличие раны в области правого бедра, на сильную боль в области раны, на кровотечение из раны. Объективно: общее состояние удовлетворительное, конечность деформирована на передней поверхности бедра, в средней трети,

отмечается рваная рана размером 1 см. х 5 см. В ране определяется кость, из раны большое кровотечение. Какие мероприятия первой медицинской помощи необходимо провести пострадавшему?

Задача 4: На предприятии произошёл взрыв. Обнаружен пострадавший в бессознательном состоянии. Объективно: общее состояние крайне тяжелое, дыхание и сердечбиение отсутствуют, в левой височной области гематома, в средней трети правого бедра, на передней поверхности, отмечается рваная рана размером 1 см. х 5 см, из раны большое кровотечение. Какие мероприятия первой медицинской помощи необходимо провести пострадавшему?

Задача 5: На химическом предприятии произошла производственная авария с выбросом в окружающую среду АОХВ, образовался очаг химического поражения. Из очага химического поражения в лечебно-профилактическое учреждение поступил пострадавший. Предъявляет жалобы на наличие раны в области шеи, на сильную боль в области раны. Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс 70 ударов/мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/65 мм.рт.ст. На шею асептическая повязка промокшая кровью. Какие мероприятия доврачебной медицинской помощи необходимо провести пострадавшему?

Тема 3 Особенности медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. Медико-санитарное обеспечение населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций дорожно-транспортного, взрыво- и пожароопасного характера.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: *тестирование, устный опрос, доклад, решение проблемно-ситуационных задач.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Тестовые задания:

1. Очаг радиационной аварии

- А) Местность, на которой произошло выпадение радиоактивных веществ;
- Б) Территория разброса конструкционных материалов аварийных объектов и Действие излучений;
- В) Территория где произошло контактное облучение работающего персонала;
- Г) Нет правильного ответа.

2. Зона радиоактивного загрязнения

- А) Местность, на которой произошло выпадение радиоактивных веществ;
- Б) Территория разброса конструкционных материалов аварийных объектов и действие - излучений;
- В) Территория где произошло контактное облучение работающего персонала;
- Г) Территория где произошло внутреннее облучение работающего персонала;

3. На ядерных энергетических установках в результате аварийного выброса возможны факторы радиационного воздействия на население

- А) Внешнее облучение от радиоактивного облака и радиоактивных загрязненных поверхностей: земли, зданий, сооружений и др.;
- Б) Внутреннее облучение при вдыхании находящихся в воздухе радиоактивных веществ и потреблении загрязненных радионуклидами продуктов питания и воды;
- В) Контактное облучение за счет загрязнения радиоактивными веществами кожных покровов;
- Г) А+Б+В.

4. Не существует следующей временной фазы аварии

- А) Ранняя фаза;
- Б) Промежуточная фаза;
- В) Поздняя фаза;
- Г) Отдаленная фаза.

5. По границам распространения радиоактивных веществ и возможным последствиям не существует радиационной аварии

- А) Локальной;
- Б) Местной;
- В) Распространенной;
- Г) Общей.

6. Основным направлением предотвращения и снижения потерь и ущерба при радиационных авариях является

- А) Размещение радиационно-опасных объектов с учетом возможных последствий аварий;
- Б) Специальные меры по ограничению распространения выброса радиоактивных веществ за пределы санитарно-защитной зоны;
- В) Меры по защите персонала и населения;
- Г) А+Б+В.

7. Однократная доза не приводящая к острым радиационным поражениям, снижению трудоспособности, не отягощающая сопутствующих заболеваний

- А) 20 рад (0,2 Гр);
- Б) 35 рад (0,35 Гр);
- В) 50 рад (0,5 Гр);
- Г) 75 рад (0,75 Гр).

8. Многократная (месячная) доза не приводящая к острым радиационным поражениям, снижению трудоспособности, не отягощающая сопутствующих заболеваний

- А) 75 рад (0,75 Гр);
- Б) 100 рад (1 Гр);
- В) 125 рад (1,25 Гр);
- Г) 150 рад (1,5 Гр);

9. Многократная (годовая) доза не приводящая к острым радиационным поражениям, снижению трудоспособности, не отягощающая сопутствующих заболеваний

- А) 150 рад (1,5 Гр);
- Б) 200 рад (2 Гр);
- В) 250 рад (2,5 Гр);
- Г) 300 рад (3 Гр).

10. Нет следующей формы острой лучевой болезни

- А) Костно-мозговой;
- Б) Кишечной;
- В) Легочной;
- Г) Церебральной.

11. У пораженных с легкими и средней тяжести травмами, оказавшихся под завалами, смерть в большинстве случаев наступает в результате

- А) Инфаркта миокарда;
- Б) Острого нарушения мозгового кровообращения;
- В) Обезвоживания организма и переохлаждения;
- Г) От диареи.

12. Если спасатели войдут в зону землетрясения в течение первых 3 часов, они могут спасти от гибели

- А) 50% оставшихся в живых;
- Б) 65 % оставшихся в живых;
- В) 75% оставшихся в живых;
- Г) 90% оставшихся в живых;

13. Если спасатели войдут в зону землетрясения через 6 часов, количество спасенных может составить

- А) 20%;
- Б) 35%;
- В) 50%;
- Г) 65%.

14. Проводить спасательные работы в зоне землетрясения не имеет смысла через

- А) 3 дня;
- Б) 5 дней;
- В) 7 дней;
- Г) 10 дней.

15. В местах ожидания эвакуации групп пораженных (аэродромы, посадочные площадки, пристани ...) развертываются эвакуационные приемники, где

- А) Оказывается доврачебная помощь;
- Б) Оказывается 1 врачебная помощь;

- В) Оказывается квалифицированная медицинская помощь;
Г) Оказание медицинской помощи не предусмотрено.
16. Ответственность за эвакуацию пораженных из очага несут
А) Руководители сводных отрядов спасателей;
Б) Руководители объектов;
В) Представители местной администрации, руководящие спасательными работами.
Г) и А и Б и В.
17. Среди лиц, пострадавших от наводнения, подавляющее большинство
А) Составляют пораженные хирургического профиля;
Б) Составляют пораженные психо-неврологического профиля;
В) Составляют пораженные терапевтического профиля;
Г) Составляют пораженные нуждающиеся в помощи психологов;
18. Выживаемость человека в воде при температуре воздуха +2-3 С составляет
А) 5 - 10 мин.;
Б) 10 – 15 мин.;
В) 15 – 20 мин.
Г) 20 – 25 мин.
19. Среди людей, находящихся под снежной лавиной не более 1 часа могут выжить
А) До 25%;
Б) До 35%;
В) До 50%;
Г) До 65%.
20. Через 3 часа под снежной лавиной вероятность остаться в живых не превышает
А) 25%;
Б) 15%;
В) 10%;
Г) 5 %.
21. Основным направлением предотвращения и снижения потерь и ущерба при радиационных авариях является
А) Размещение радиационно-опасных объектов с учетом возможных последствий аварий;
Б) Специальные меры по ограничению распространения выброса радиоактивных веществ за пределы санитарно-защитной зоны;
В) Меры по защите персонала и населения;
Г) А+Б+В.
22. Однократная доза не приводящая к острым радиационным поражениям, снижению трудоспособности, не отягощающая сопутствующих заболеваний
А) 20 рад (0,2 Гр);
Б) 35 рад (0,35 Гр);
В) 50 рад (0,5 Гр);
Г) 75 рад (0,75 Гр).
23. Основными задачами при организации медико-санитарного обеспечения при радиационной аварии являются
А) Вывод (вывоз) пораженных из зоны аварии;
Б) Проведение необходимой специальной обработки;
В) Размещение в МСЧ или других помещениях и оказание 1 врачебной помощи;
Г) А+Б+В.
24. Многократная (годовая) доза не приводящая к острым радиационным поражениям, снижению трудоспособности, не отягощающая сопутствующих заболеваний
А) 150 рад (1,5 Гр);
Б) 200 рад (2 Гр);
В) 250 рад (2,5 Гр);
Г) 300 рад (3 Гр).
25. Нет следующей формы острой лучевой болезни
А) Костно-мозговой;
Б) Кишечной;
В) Легочной;
Г) Церебральной.
26. Сразу после возникновения аварии доврачебную и первую врачебную помощь пораженным оказывают в очаге поражения
А) Прибывшие на место аварии спасатели и пожарные формирования;
Б) Бригады специализированной медицинской помощи;
В) Медицинский персонал аварийного объекта и прибывающие бригады СМП;
Г) Специализированные радиологические бригады гигиенического и терапевтического профилей.
27. Многократная (месячная) доза не приводящая к острым радиационным поражениям, снижению трудоспособности, не отягощающая сопутствующих заболеваний
А) 75 рад (0,75 Гр);
Б) 100 рад (1 Гр);
В) 125 рад (1,25 Гр);
Г) 150 рад (1,5 Гр);
28. Первый этап медицинской помощи при радиационной аварии включает
А) Медицинскую сортировку;
Б) Санитарную обработку;
В) Первую врачебную помощь и подготовку к эвакуации;
Г) А+Б+В.
29. На 100 человек, оказавшихся в зоне аварии, нужны
А) Одна – две бригады для оказания 1 врачебной помощи в течение 3 часов;
Б) Две – три бригады для оказания 1 врачебной помощи в течение 2 часов;
В) Три - четыре бригады для оказания 1 врачебной помощи в течение 2 часов;
Г) Три – четыре бригады для оказания 1 врачебной помощи в течение 4 часов;
30. По токсикологической классификации к АОХВ преимущественно общеядовитого действия относятся
А) Аммиак;
Б) Диоксин;
В) Оксид углерода;
Г) Хлор.
31. По токсикологической классификации к АОХВ преимущественно удушающего действия относятся
А) Дихлорэтан;
Б) Сероуглерод;
В) Хлорид серы;
Г) Анилин.
32. Не существует следующей временной фазы аварии
А) Ранняя фаза;
Б) Промежуточная фаза;
В) Поздняя фаза;
Г) Отдаленная фаза.
33. По токсикологической классификации к АОХВ нервно-паралитического действия относятся
А) Хлорпикрин;
Б) Цианиды;

- В) Сероводород;
Г) Фосфорорганические соединения.
34. Зона загрязнения
- А) Территория, на которую распространилось токсичное вещество во время аварии;
Б) Территория, на которой возможны поражения людей и животных;
В) Незапланированный и неуправляемый выброс АОХВ, отрицательно воздействующий на человека и окружающую среду;
Г) Территория, в пределах которой произошел выброс АОХВ.
35. Зона поражения
- А) Территория, на которую распространилось токсичное вещество во время аварии;
Б) Территория, на которой возможны поражения людей и животных;
В) Незапланированный и неуправляемый выброс АОХВ, отрицательно воздействующий на человека и окружающую среду;
Г) Территория, в пределах которой произошел выброс АОХВ.
36. Химическая авария
- А) Территория, на которую распространилось токсичное вещество во время аварии;
Б) Территория, на которой возможны поражения людей и животных;
В) Непланируемый и неуправляемый выброс АОХВ, отрицательно воздействующий на человека и окружающую среду;
Г) Территория, в пределах которой произошел выброс АОХВ.
37. Очаг химической аварии
- А) Территория, на которую распространилось токсичное вещество во время аварии;
Б) Территория, на которой возможны поражения людей и животных;
В) Незапланированный и неуправляемый выброс АОХВ, отрицательно воздействующий на человека и окружающую среду;
Г) Территория, в пределах которой произошел выброс АОХВ и в результате воздействия поражающих факторов произошла массовая гибель и поражение людей, сельскохозяйственных животных и растений, а также нанесен ущерб природе.
38. Нестойкий очаг поражения быстродействующими веществами формируется
- А) Диоксинами;
Б) Азотной кислотой;
В) Тетраэтилсвинцом;
Г) Хлором.
39. Нестойкий очаг поражения медленнодействующими веществами формируется
- А) Метанолом;
Б) Аммиаком;
В) Бензолом;
Г) Сероуглеродом.
40. Стойкий очаг поражения медленнодействующими веществами формируется
- А) Гидразином;
Б) Фосгеном;
В) Диоксины;
Г) Металлы.
41. При организации медико-санитарного обеспечения при радиационной аварии проводятся мероприятия
- А) Оказание доврачебной и первой врачебной помощи;
Б) Квалифицированное и специализированное лечение пораженных в ЛПУ;
В) Амбулаторное наблюдение и обследование населения, находящегося в зонах радиоактивного загрязнения местности;
Г) А+Б+В.
42. Очаг радиационной аварии
- А) Местность, на которой произошло выпадение радиоактивных веществ;
Б) Территория разброса конструкционных материалов аварийных объектов и действие - излучений;
В) Территория где произошло контактное облучение работающего персонала;
Г) Нет правильного ответа.
43. Зона радиоактивного загрязнения
- А) Местность, на которой произошло выпадение радиоактивных веществ;
Б) Территория разброса конструкционных материалов аварийных объектов и действие - излучений;
В) Территория где произошло контактное облучение работающего персонала;
Г) Территория где произошло внутреннее облучение работающего персонала;
44. На ядерных энергетических установках в результате аварийного выброса возможны факторы радиационного воздействия на население
- А) Внешнее облучение от радиоактивного облака и радиоактивно загрязненных поверхностей: земли, зданий, сооружений и др.;
Б) Внутреннее облучение при вдыхании находящихся в воздухе радиоактивных веществ и потреблении загрязненных радионуклидами продуктов питания и воды;
В) Контактное облучение за счет загрязнения радиоактивными веществами кожных покровов;
Г) А+Б+В.
45. По границам распространения радиоактивных веществ и возможным последствиям не существует радиационной аварии
- А) Локальной;
Б) Местной;
В) Распространенной;
Г) Общей.
46. Химическая авария
- А) Территория, на которую распространилось токсичное вещество во время аварии;
Б) Территория, на которой возможны поражения людей и животных;
В) Непланируемый и неуправляемый выброс АОХВ, отрицательно воздействующий на человека и окружающую среду;
Г) Территория, в пределах которой произошел выброс АОХВ.
47. Очаг химической аварии
- А) Территория, на которую распространилось токсичное вещество во время аварии;
Б) Территория, на которой возможны поражения людей и животных;
В) Незапланированный и неуправляемый выброс АОХВ, отрицательно воздействующий на человека и окружающую среду;
Г) Территория, в пределах которой произошел выброс АОХВ и в результате воздействия поражающих факторов произошла массовая гибель и поражение людей, сельскохозяйственных животных и растений, а также нанесен ущерб природе.
48. Нестойкий очаг поражения быстродействующими веществами формируется
- А) Диоксинами;
Б) Азотной кислотой;
В) Тетраэтилсвинцом;
Г) Хлором.
49. Нестойкий очаг поражения медленнодействующими веществами формируется
- А) Метанолом;
Б) Аммиаком;
В) Бензолом;
Г) Сероуглеродом.
50. Стойкий очаг поражения медленнодействующими веществами формируется
- А) Гидразином;
Б) Фосгеном;
В) Диоксины;

- Г) Металлы.
51. Погибшие в ДТП имеют переломы различной локализации
А) В 57% случаев;
Б) В 77% случаев;
В) В 87% случаев;
Г) В 97% случаев.
52. Большинство повреждений, полученных при ДТП
А) Переломы различной локализации;
Б) Повреждения внутренних органов;
В) Сочетанные черепно-мозговые травмы;
Г) Кровотечения.
53. Долго раненных из числа пострадавших при железнодорожных происшествиях
А) Почти 40%;
Б) Почти 50%;
В) Почти 60%;
Г) Почти 70%.
54. Преимущество в структуре санитарных потерь при ЖД происшествиях занимают
А) Термические поражения;
Б) Механические травмы;
В) Психические расстройства;
Г) Расстройства зрения и слуха.
55. Авиационное происшествие авария
А) За которым не последовала гибель членов экипажа и пассажиров, приведшее к повреждению воздушного судна, ремонт которого возможен и экономически целесообразен;
Б) Не повлекшее гибель экипажа и пассажиров, однако приведшее к полному разрушению или тяжелому повреждению воздушного судна, в результате которого восстановление его технически невозможно и нецелесообразно;
В) Повлекшее гибель членов экипажа или пассажиров при разрушении или повреждении воздушного судна;
Г) Все варианты ответа правильные.
56. В очаге железнодорожной катастрофы или вблизи от нее пораженным оказывают
А) Первую или доврачебную помощь;
Б) Первую врачебную помощь;
В) Квалифицированную медицинскую помощь;
Г) Медицинскую помощь вообще не оказывают, а принимают меры к быстрой эвакуации пораженных из зоны ЧС.
57. В местах ожидания эвакуации групп пораженных (аэродромы, посадочные площадки, пристани ...) разворачиваются эвакуационные приемники, где
А) Оказывается доврачебная помощь;
Б) Оказывается 1 врачебная помощь;
В) Оказывается квалифицированная медицинская помощь;
Г) Оказание медицинской помощи не предусмотрено.
58. Ответственность за эвакуацию пораженных из очага несут
А) Руководители сводных отрядов спасателей;
Б) Руководители объектов;
В) Представители местной администрации, руководящие спасательными работами.
Г) и А и Б и В.
59. При организации медицинского обеспечения на пожарах необходимо помнить, что основная доля пораженных будет
А) С обширными ожогами;
Б) С травматическими повреждениями;
В) С отравлениями оксидом углерода;
Г) Нуждаться в помощи психологов.
60. По данным ВСМК в РФ среди зарегистрированных антропогенных и природных ЧС, в которых пострадали 3 человека и более, на долю транспортных приходится
А) 48,1%;
Б) 58,1%;
В) 68,1%;
Г) 78,1%.
61. Из всех транспортных происшествий дорожно-транспортные составляют
А) 64,2%;
Б) 74,2%;
В) 84,2%;
Г) 94,2%.
62. При ликвидации ЖД аварий легко пораженные составляют
А) 15 – 20%;
Б) 25 – 30%;
В) 30 – 35%;
Г) 35 – 40%.
63. При ликвидации ЖД аварий лица с повреждениями средней и тяжелой степени составят
А) 15 – 20%;
Б) 20 – 25%;
В) 25 – 35%;
Г) 35 – 40%.
64. Сразу после возникновения аварии доврачебную и первую врачебную помощь пораженным оказывают в очаге поражения
А) Прибывшие на место аварии спасатели и пожарные формирования;
Б) Бригады специализированной медицинской помощи;
В) Медицинский персонал аварийного объекта и прибывающие бригады СМП;
Г) Специализированные радиологические бригады гигиенического и терапевтического профилей.
65. Основными задачами при организации медико-санитарного обеспечения при радиационной аварии являются
А) Вывод (вывоз) пораженных из зоны аварии;
Б) Проведение необходимой специальной обработки;
В) Размещение в МСЧ или других помещениях и оказание 1 врачебной помощи;
Г) А+Б+В.
66. Первый этап медицинской помощи при радиационной аварии включает
А) Медицинскую сортировку;
Б) Санитарную обработку;
В) Первую врачебную помощь и подготовку к эвакуации;
Г) А+Б+В.
67. На 100 человек, оказавшихся в зоне аварии, нужны
А) Одна – две бригады для оказания 1 врачебной помощи в течение 3 часов;
Б) Две – три бригады для оказания 1 врачебной помощи в течение 2 часов;
В) Три – четыре бригады для оказания 1 врачебной помощи в течение 2 часов;
Г) Три – четыре бригады для оказания 1 врачебной помощи в течение 4 часов;
68. По токсикологической классификации к АОХВ преимущественно общеядовитого действия относятся
А) Аммиак;

- Б) Диоксин;
В) Оксид углерода;
Г) Хлор.
69. По токсикологической классификации к АОХВ преимущественно удушающего действия относятся
А) Дихлорэтан;
Б) Сероуглерод;
В) Хлорид серы;
Г) Анилин.
70. По токсикологической классификации к АОХВ нервно-паралитического действия относятся
А) Хлорпикрин;
Б) Цианиды;
В) Сероводород;
Г) Фосфорорганические соединения.
71. При организации медицинского обеспечения на пожарах необходимо помнить, что основная доля пораженных будет
А) С обширными ожогами;
Б) С травматическими повреждениями;
В) С отравлениями оксидом углерода;
Г) Нуждаться в помощи психологов.
72. По данным ВСМК в РФ среди зарегистрированных антропогенных и природных ЧС, в которых пострадали 3 человека и более, на долю транспортных приходится
А) 48,1%;
Б) 58,1%;
В) 68,1%;
Г) 78,1%.
73. Из всех транспортных происшествий дорожно-транспортные составляют
А) 64,2%;
Б) 74,2%;
В) 84,2%;
Г) 94,2%.
74. При ликвидации ЖД аварий легко пораженные составляют
А) 15 – 20%;
Б) 25 – 30%;
В) 30 – 35%;
Г) 35 – 40%.
75. При ликвидации ЖД аварий лица с повреждениями средней и тяжелой степени составят
А) 15 – 20%;
Б) 20 – 25%;
В) 25 – 35%;
Г) 35 – 40%.
76. При организации медицинского обеспечения на пожарах необходимо помнить, что основная доля пораженных будет
А) С обширными ожогами;
Б) С травматическими повреждениями;
В) С отравлениями оксидом углерода;
Г) Нуждаться в помощи психологов.
77. По данным ВСМК в РФ среди зарегистрированных антропогенных и природных ЧС, в которых пострадали 3 человека и более, на долю транспортных приходится
А) 48,1%;
Б) 58,1%;
В) 68,1%;
Г) 78,1%.
78. Из всех транспортных происшествий дорожно-транспортные составляют
А) 64,2%;
Б) 74,2%;
В) 84,2%;
Г) 94,2%.
79. При ликвидации ЖД аварий легко пораженные составляют
А) 15 – 20%;
Б) 25 – 30%;
В) 30 – 35%;
Г) 35 – 40%.
80. При ликвидации ЖД аварий лица с повреждениями средней и тяжелой степени составят
А) 15 – 20%;
Б) 20 – 25%;
В) 25 – 35%;
Г) 35 – 40%.
81. При землетрясении большинство пораженных получают
А) Психическую травму и нуждаются в помощи психолога;
Б) Различные травматические повреждения;
В) Инфаркт миокарда;
Г) Комбинированные поражения.
82. Количество тяжело пораженных, которые могут погибнуть под завалами в течение первых 6 часов может быть
А) До 25%;
Б) До 40%;
В) До 60%;
Г) До 75%.
83. У пораженных с легкими и средней тяжести травмами, оказавшихся под завалами, смерть в большинстве случаев наступает в результате
А) Инфаркта миокарда;
Б) Острого нарушения мозгового кровообращения;
В) Обезвоживания организма и переохлаждения;
Г) От диареи.
84. Если спасатели войдут в зону землетрясения в течение первых 3 часов, они могут спасти от гибели
А) 50% оставшихся в живых;
Б) 65 % оставшихся в живых;
В) 75% оставшихся в живых;
Г) 90% оставшихся в живых;
85. Если спасатели войдут в зону землетрясения через 6 часов, количество спасенных может составить
А) 20%;
Б) 35%;
В) 50%;
Г) 65%.
86. Проводить спасательные работы в зоне землетрясения не имеет смысла через
А) 3 дня;

- Б) 5 дней;
В) 7 дней;
Г) 10 дней.
87. В местах ожидания эвакуации групп пораженных (аэродромы, посадочные площадки, пристани ...) развертываются эвакуационные приемники, где
А) Оказывается доврачебная помощь;
Б) Оказывается I врачебная помощь;
В) Оказывается квалифицированная медицинская помощь;
Г) Оказание медицинской помощи не предусмотрено.
88. Ответственность за эвакуацию пораженных из очага несут
А) Руководители сводных отрядов спасателей;
Б) Руководители объектов;
В) Представители местной администрации, руководящие спасательными работами.
Г) и А и Б и В.
89. Погибшие в ДТП имеют переломы различной локализации
А) В 57% случаев;
Б) В 77% случаев;
В) В 87% случаев;
Г) В 97 % случаев.
90. Большинство повреждений, полученных при ДТП
А) Переломы различной локализации;
Б) Повреждения внутренних органов;
В) Сочетанные черепно-мозговые травмы;
Г) Кровотечения.
91. Долю раненных из числа пострадавших при железнодорожных происшествиях
А) Почти 40%;
Б) Почти 50%;
В) Почти 60%;
Г) Почти 70%.
92. Преимущество в структуре санитарных потерь при ЖД происшествиях занимают
А) Термические поражения;
Б) Механические травмы;
В) Психические расстройства;
Г) Расстройства зрения и слуха.
93. Авиационное происшествие авария
А) За которым не последовала гибель членов экипажа и пассажиров, приведшее к повреждению воздушного судна, ремонт которого возможен и экономически целесообразен;
Б) Не повлекшее гибель экипажа и пассажиров, однако приведшее к полному разрушению или тяжелому повреждению воздушного судна, в результате которого восстановление его технически невозможно и нецелесообразно;
В) Повлекшее гибель членов экипажа или пассажиров при разрушении или повреждении воздушного судна;
Г) Все варианты ответа правильные.
94. Причиной ЧС на воде может быть
А) Морская стихия;
Б) Поломка техники;
В) Ошибочные действия человека;
Г) и А и Б и В.
95. ЧС на воде характеризуется особенностями
А) Изолированностью людей, в том числе и пораженных;
Б) Относительным недостатком сил и средств медицинской и психологической помощи;
В) Возможностью возникновения паники среди терпящих бедствие людей;
Г) и А и Б и В.
96. В очаге железнодорожной катастрофы или вблизи от нее пораженным оказывают
А) Первую или доврачебную помощь;
Б) Первую врачебную помощь;
В) Квалифицированную медицинскую помощь;
Г) Медицинскую помощь вообще не оказывают, а принимают меры к быстрой эвакуации пораженных из зоны ЧС.
97. Среди лиц, пострадавших от наводнения, подавляющее большинство
А) Составляют пораженные хирургического профиля;
Б) Составляют пораженные психо-неврологического профиля;
В) Составляют пораженные терапевтического профиля;
Г) Составляют пораженные нуждающиеся в помощи психологов;
98. Выживаемость человека в воде при температуре воздуха +2-3 С составляет
А) 5 - 10 мин.;
Б) 10 – 15 мин.;
В) 15 – 20 мин.
Г) 20 – 25 мин.
99. Среди людей, находящихся под снежной лавиной не более 1 часа могут выжить
А) До 25%;
Б) До 35%;
В) До 50%;
Г) До 65%.
100. Через 3 часа под снежной лавиной вероятность остаться в живых не превышает
А) 25%;
Б) 15%;
В) 10%;
Г) 5 %

Вопросы для устного опроса:

1. Организация медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий радиационных аварий.
 2. Организация медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий химических аварий.
 3. Организация медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий землетрясений.
 4. Организация медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий других природных катастроф.
 5. Медико-тактическая характеристика транспортных и дорожно-транспортных чрезвычайных ситуаций.
 6. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций при взрывах и пожарах.
 7. Организация медицинского обеспечения при чрезвычайных ситуациях на транспортных, дорожно-транспортных объектах, при взрывах и пожарах.
- Тема докладов:
1. Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий землетрясений.
 2. Медико-санитарное обеспечение населения при ликвидации последствий наводнений.
 3. Медико-санитарное обеспечение населения при ликвидации последствий аварии на химическом производстве.
 4. Медико-тактическая характеристика транспортных и дорожно-транспортных чрезвычайных ситуаций.
- Проблемно-ситуационные задачи:

Задача 1: На химическом предприятии произошла производственная авария с выбросом в окружающую среду АОХВ. Обнаружен пострадавший. Предъявляет жалобы на наличие раны в области шеи, на сильную боль в области раны. Объективно: общее состояние удовлетворительное, на передней поверхности шеи, чуть правее средней линии, отмечается рана размером 1 см. x 1 см. Из раны отмечается небольшое кровотечение.

Какие мероприятия первой медицинской помощи необходимо провести пострадавшему?

Задача 2: На предприятии произошла радиационная авария с выбросом в окружающую среду радиоактивных веществ. Обнаружен пострадавший. Предъявляет жалобы на наличие раны в области правого бедра, на сильную боль в области раны, на сильное кровотечение из раны. Объективно: общее состояние удовлетворительное, на передней поверхности бедра, в средней трети, отмечается резанная рана размером 1 см. x 5 см. Из раны отмечается большое кровотечение. Какие мероприятия первой медицинской помощи необходимо провести пострадавшему?

Задача 3: На химическом предприятии произошла производственная авария с выбросом в окружающую среду АОХВ, образовался очаг химического поражения. Из очага химического поражения в лечебно-профилактическое учреждение поступил пострадавший. Предъявляет жалобы на наличие раны в области шеи, на сильную боль в области раны. Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс 70 ударов/мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/65 мм.рт.ст. На шее асептическая повязка промокшая кровью. Какие мероприятия доврачебной медицинской помощи необходимо провести пострадавшему?

Задача 4: Эпицентр землетрясения силой 7 баллов находится в 10 км от населенного пункта сельского типа с населением около 8.000 человек. Дайте заключение о потребности привлечения дополнительных сил МЧС для оказания медицинской помощи пострадавшим в очаге.

Задача 5: В населенном пункте (поселок городского типа) в результате землетрясения было разрушено около 20% зданий из ломаного камня, получили повреждения слабой степени железобетонные и кирпичные строения. Предположите силу толчков произошедшего землетрясения.

Задача 6: Землетрясение произошло в прибрежной зоне морского побережья на удалении 80 км. Сила толчков составила 8 -9 баллов. Дайте прогноз дальнейшего развития событий в населенном пункте на берегу, зона застройки примыкает к берегу.

Задача 7: На предприятии произошла радиационная авария с выбросом в окружающую среду радиоактивных веществ. Из очага поражения в лечебно-профилактическое учреждение доставлен пострадавший. Предъявляет жалобы на наличие раны в области правого бедра, на сильную боль в области раны. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, пульс 90 ударов в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. На передней поверхности бедра, в средней трети, отмечается повязка, промокшая кровью. В верхней трети бедра отмечается кровоостанавливающий жгут. Какие мероприятия доврачебной медицинской помощи необходимо провести пострадавшему?

Задача 8: На химическом предприятии произошла производственная авария с выбросом в окружающую среду АОХВ. Обнаружен пострадавший. Предъявляет жалобы на наличие раны в области шеи, на сильную боль в области раны. Объективно: общее состояние удовлетворительное, на передней поверхности шеи, чуть правее средней линии, отмечается рана размером 1 см. x 1 см. Из раны отмечается небольшое кровотечение. Какие мероприятия первой медицинской помощи необходимо провести пострадавшему?

Тема 4 Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: *тестирование, устный опрос, доклад, решение проблемно-ситуационных задач.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Тестовые задания:

1. Противоэпидемические мероприятия в ЧС

- А) Комплекс мер по предупреждению возникновения и распространения инфекционных заболеваний и быстрой ликвидации их возникновения в зоне ЧС;
- Б) Комплекс мер, проводимых в зоне ЧС с целью сохранения здоровья населения и участников ликвидации последствий ЧС;
- В) Участие в контроле санитарного состояния территории, своевременной ее очистки, обеззараживание и надзор за захоронением погибших и умерших людей и животных;
- Г) Организация и участие в санитарном надзоре за условиями размещения населения в районе ЧС, его питанием, водоснабжением, банно-прачечным обслуживанием.

2. К проведению противоэпидемических мероприятий в ЧС не относится

- А) Своевременное выявление инфекционных больных, их изоляция и госпитализация;
- Б) Учет и санация носителей возбудителей болезней и лиц, страдающих хроническими формами инфекционных болезней;
- В) Участие в контроле санитарного состояния территории, своевременной ее очистки, обеззараживание и надзор за захоронением погибших и умерших людей и животных;
- Г) Борьба с переносчиками трансмиссивных заболеваний и грызунами.

3. Особенности эпидемических очагов инфекционных заболеваний среди населения

- А) Наличие инфекционных заболеваний среди пострадавших и возможностью ускоренного распространения инфекции;
- Б) Активизация механизмов передачи возбудителей инфекций в зонах ЧС;
- В) Сложность индикации и диагностики инфекционных очагов;
- Г) и А, и Б, и В.

4. Значимый фактор для оценки степени эпидемической опасности инфекционных заболеваний в зоне ЧС

- А) Эпидемиологическое наблюдение;
- Б) Санитарно-эпидемиологическая разведка;
- В) Количество заболевших и количество предполагаемых санитарных потерь;
- Г) Профилактика инфекционных заболеваний путем применения вакцин, сывороток, антибиотиков и различных химических препаратов.

5. Одновременно с началом экстренной профилактики в очагах заражения

- А) Проводят дезинфекцию;
- Б) Проводят санитарно-разъяснительную работу;
- В) Рекомендуют проводить активную иммунизацию (вакцинацию или ревакцинацию) населения;
- Г) Анализ динамики и структуры заболеваемости по эпидемическим признакам.

6. Обеззараживание очагов осуществляется силами

- А) Территориального центра медицины катастроф;
- Б) Государственной санитарно-эпидемиологической службы;
- В) Коммунально-технической службы;
- Г) Волонтеров.

7. Дезинфекция –

- А) Уничтожение насекомых (переносчиков инфекционных болезней);
- Б) Уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней;
- В) Уничтожение грызунов (как источник возбудителей инфекционных болезней);
- Г) Обезвреживание АОХВ.

8. Дезинсекция -

- А) Уничтожение насекомых (переносчиков инфекционных болезней);
- Б) Уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней;
- В) Уничтожение грызунов (как источник возбудителей инфекционных болезней);
- Г) Обезвреживание АОХВ.

9. Дератизация -

- А) Уничтожение насекомых (переносчиков инфекционных болезней);
- Б) Уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней;
- В) Уничтожение грызунов (как источник возбудителей инфекционных болезней);
- Г) Обезвреживание АОХВ.

10. Обеззараживание продовольствия осуществляет

- А) Служба государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- Б) Служба медицины катастроф;
- В) Служба торговли и питания;
- Г) Подразделения МЧС.

11. Контроль качества обеззараживания продовольствия и воды осуществляет

- А) Служба государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- Б) Служба медицины катастроф;
- В) Служба торговли и питания;
- Г) Подразделения МЧС.

12. Не бывает оценки санитарно-эпидемиологического состояния района
- А) Благополучное состояние;
 - Б) Удовлетворительное состояние;
 - В) Неблагополучное состояние;
 - Г) Чрезвычайное состояние.
13. Санитарно-эпидемиологическая разведка включает в себя
- А) Сбор и передачу сведений о санитарно-гигиенической и эпидемиологической обстановке в зоне ЧС;
 - Б) Комплекс мер по предупреждению возникновения и распространения инфекционных заболеваний и быстрейшей ликвидации в случае их появления;
 - В) Комплекс мер, проводимых в зоне ЧС с целью сохранения здоровья населения и участников ликвидации последствий ЧС;
 - Г) Контроль санитарного состояния территории.
14. К режимно-ограничительным мероприятиям относится
- А) Выявление больных инфекционными заболеваниями;
 - Б) Обсервация;
 - В) Госпитализация больных инфекционными заболеваниями;
 - Г) Вакцинация.
15. К особо опасным инфекциям относится
- А) Вирусный гепатит «С»;
 - Б) Сыпной тиф;
 - В) Сибирская язва;
 - Г) Туберкулез.
16. Экстренная профилактика –
- А) Комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний людей в случае их заражения возбудителями инфекционных опасных заболеваний;
 - Б) Система временных организационных, режимно-ограничительных, административно-хозяйственных, правовых, эпидемических мероприятий, направленных на предупреждение выноса возбудителя опасного инфекционного заболевания за пределы эпидемического очага, обеспечение локализации очага и последующую их ликвидацию;
 - В) Своевременное раннее изъятие больного из коллектива;
 - Г) Оценка возможности использования для работы в эпидемических очагах сил и средств местных органов здравоохранения, сохранившихся в зонах ЧС.
17. Общую экстренную профилактику проводят
- А) До установления вида микроорганизма, вызвавшего инфекционное заболевание;
 - Б) После установления вида микроба-возбудителя, вызвавшего инфекционное заболевание;
 - В) В случае введении режима ограничительных мероприятий – карантин;
 - Г) В случае введении режима ограничительных мероприятий – обсервация.
18. В процессе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и обеспечения санитарно-эпидемиологического обеспечения населения проводятся
- А) Санитарно-гигиенические мероприятия;
 - Б) Противозидемические мероприятия;
 - В) Контроль окружающей среды;
 - Г) и А и Б и В.
19. Решение задач по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и обеспечению санитарно-эпидемиологического обеспечения населения возложено
- А) На территориальный центр медицины катастроф;
 - Б) На главу администрации пострадавшей в ЧС территории;
 - В) На территориальные центры Госсанэпиднадзора;
 - Г) На управление ЖКХ территории.
20. Санитарно-гигиенические и противозидемические мероприятия направлены
- А) На сохранение и укрепление здоровья населения, профилактику заболеваний;
 - Б) На предупреждение возникновения инфекционных заболеваний среди населения;
 - В) На быстрейшую ликвидацию инфекционных заболеваний в случае их появления;
 - Г) и А, и Б, и В.
21. Санитарно-гигиенические мероприятия в ЧС –
- А) Комплекс мер по предупреждению возникновения и распространения инфекционных заболеваний и быстрейшей ликвидации в случае их возникновения в зоне ЧС;
 - Б) Комплекс мер, проводимых в зоне ЧС с целью сохранения здоровья населения и участников ликвидации последствий ЧС;
 - В) Своевременное выявление инфекционных больных в зоне ЧС, их изоляция и госпитализация;
 - Г) Мероприятия по профилактике возникновения и распространения инфекционных заболеваний в зоне ЧС.
22. К проведению санитарно-гигиенических мероприятий в ЧС не относится
- А) Медицинский контроль состояния здоровья;
 - Б) Санитарный надзор за условиями размещения;
 - В) Борьба с переносчиками трансмиссивных заболеваний и грызунами;
 - Г) Санитарный надзор за банно-прачечным обслуживанием.
23. Специальную экстренную профилактику проводят
- А) До установления вида микроорганизма, вызвавшего инфекционное заболевание;
 - Б) После установления вида микроба-возбудителя, вызвавшего инфекционное заболевание;
 - В) В случае введении режима ограничительных мероприятий – карантин;
 - Г) В случае введении режима ограничительных мероприятий – обсервация.
24. Продолжительность курса общей экстренной профилактики в среднем составляет
- А) Однократный прием антибиотика широкого спектра действия;
 - Б) 1 сутки;
 - В) 2 – 5 суток;
 - Г) 6 – 7 суток;
25. Распоряжение о проведении экстренной медицинской профилактики отдает
- А) Глава администрации муниципального образования;
 - Б) Директор территориального центра медицины катастроф;
 - В) Министр здравоохранения области (республики, края);
 - Г) Санитарно-противозидемическая комиссия.
26. В процессе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и обеспечения санитарно-эпидемиологического обеспечения населения проводятся
- А) Санитарно-гигиенические мероприятия;
 - Б) Противозидемические мероприятия;
 - В) Контроль окружающей среды;
 - Г) и А и Б и В.
27. Решение задач по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и обеспечения санитарно-эпидемиологического обеспечения населения возложено
- А) На территориальный центр медицины катастроф;
 - Б) На главу администрации пострадавшей в ЧС территории;
 - В) На территориальные центры Госсанэпиднадзора;
 - Г) На управление ЖКХ территории.
28. Санитарно-гигиенические и противозидемические мероприятия направлены
- А) На сохранение и укрепление здоровья населения, профилактику заболеваний;
 - Б) На предупреждение возникновения инфекционных заболеваний среди населения;
 - В) На быстрейшую ликвидацию инфекционных заболеваний в случае их появления;
 - Г) и А и Б и В.
29. Санитарно-гигиенические мероприятия в ЧС –
- А) Комплекс мер по предупреждению возникновения и распространения инфекционных заболеваний и быстрейшей ликвидации в случае их возникновения в зоне ЧС;

- Б) Комплекс мер, проводимых в зоне ЧС с целью сохранения здоровья населения и участников ликвидации последствий ЧС;
В) Своевременное выявление инфекционных больных в зоне ЧС, их изоляция и госпитализация;
Г) Мероприятия по профилактике возникновения и распространения инфекционных заболеваний в зоне ЧС.
30. К проведению санитарно-гигиенических мероприятий в ЧС не относится
А) Медицинский контроль состояния здоровья;
Б) Санитарный надзор за условиями размещения;
В) Борьба с переносчиками трансмиссивных заболеваний и грызунами;
Г) Санитарный надзор за банно-прачечным обслуживанием.
31. Противоэпидемические мероприятия в ЧС
А) Комплекс мер по предупреждению возникновения и распространения инфекционных заболеваний и быстрой ликвидации их возникновения в зоне ЧС;
Б) Комплекс мер, проводимых в зоне ЧС с целью сохранения здоровья населения и участников ликвидации последствий ЧС;
В) Участие в контроле санитарного состояния территории, своевременной ее очистки, обеззараживание и надзор за захоронением погибших и умерших людей и животных;
Г) Организация и участие в санитарном надзоре за условиями размещения населения в районе ЧС, его питанием, водоснабжением, банно-прачечным обслуживанием.
32. К проведению противоэпидемических мероприятий в ЧС не относится
А) Своевременное выявление инфекционных больных, их изоляция и госпитализация;
Б) Учет и санация носителей возбудителей болезней и лиц, страдающих хроническими формами инфекционных болезней;
В) Участие в контроле санитарного состояния территории, своевременной ее очистки, обеззараживание и надзор за захоронением погибших и умерших людей и животных;
Г) Борьба с переносчиками трансмиссивных заболеваний и грызунами.
33. Особенности эпидемических очагов инфекционных заболеваний среди населения
А) Наличие инфекционных заболеваний среди пострадавших и возможностью ускоренного распространения инфекции;
Б) Активизация механизмов передачи возбудителей инфекций в зонах ЧС;
В) Сложность индикации и диагностики инфекционных очагов;
Г) и А, и Б, и В.
34. Значимый фактор для оценки степени эпидемической опасности инфекционных заболеваний в зоне ЧС
А) Эпидемиологическое наблюдение;
Б) Санитарно-эпидемиологическая разведка;
В) Количество заболевших и количество предполагаемых санитарных потерь;
Г) Профилактика инфекционных заболеваний путем применения вакцин, сывороток, антибиотиков и различных химических препаратов.
35. Санитарно-эпидемиологическая разведка включает в себя
А) Сбор и передачу сведений о санитарно-гигиенической и эпидемиологической обстановке в зоне ЧС;
Б) Комплекс мер по предупреждению возникновения и распространения инфекционных заболеваний и быстрой ликвидации в случае их появления;
В) Комплекс мер, проводимых в зоне ЧС с целью сохранения здоровья населения и участников ликвидации последствий ЧС;
Г) Контроль санитарного состояния территории.
36. Не бывает оценки санитарно-эпидемиологического состояния района
А) Благополучное состояние;
Б) Удовлетворительное состояние;
В) Неблагополучное состояние;
Г) Чрезвычайное состояние.
37. К режимно-ограничительным мероприятиям относится
А) Выявление больных инфекционными заболеваниями;
Б) Обсервация;
В) Госпитализация больных инфекционными заболеваниями;
Г) Вакцинация.
38. К особо опасным инфекциям относится
А) Вирусный гепатит «С»;
Б) Сыпной тиф;
В) Сибирская язва;
Г) Туберкулез.
39. Экстренная профилактика –
А) Комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний людей в случае их заражения возбудителями инфекционных опасных заболеваний;
Б) Система временных организационных, режимно-ограничительных, административно-хозяйственных, правовых, эпидемических мероприятий, направленных на предупреждение выноса возбудителя опасного инфекционного заболевания за пределы эпидемического очага, обеспечение локализации очага и последующую их ликвидацию;
В) Своевременное раннее изъятие больного из коллектива;
Г) Оценка возможности использования для работы в эпидемических очагах сил и средств местных органов здравоохранения, сохранившихся в зонах ЧС.
40. Общую экстренную профилактику проводят
А) До установления вида микроорганизма, вызвавшего инфекционное заболевание;
Б) После установления вида микроба-возбудителя, вызвавшего инфекционное заболевание;
В) В случае введении режима ограничительных мероприятий – карантин;
Г) В случае введении режима ограничительных мероприятий – обсервация.
41. Специальную экстренную профилактику проводят
А) До установления вида микроорганизма, вызвавшего инфекционное заболевание;
Б) После установления вида микроба-возбудителя, вызвавшего инфекционное заболевание;
В) В случае введении режима ограничительных мероприятий – карантин;
Г) В случае введении режима ограничительных мероприятий – обсервация.
42. Продолжительность курса общей экстренной профилактики в среднем составляет
А) Однократный прием антибиотика широкого спектра действия;
Б) 1 сутки;
В) 2 – 5 суток;
Г) 6 – 7 суток;
43. Распоряжение о проведении экстренной медицинской профилактики отдает
А) Глава администрации муниципального образования;
Б) Директор территориального центра медицины катастроф;
В) Министр здравоохранения области (республики, края);
Г) Санитарно-противоэпидемическая комиссия.
44. Одновременно с началом экстренной профилактики в очагах заражения
А) Проводят дезинфекцию;
Б) Проводят санитарно-разъяснительную работу;
В) Рекомендуют проводить активную иммунизацию (вакцинацию или ревакцинацию) населения;
Г) Анализ динамики и структуры заболеваемости по эпидемическим признакам.
45. Обеззараживание очагов осуществляется силами
А) Территориального центра медицины катастроф;
Б) Государственной санитарно-эпидемиологической службы;
В) Коммунально-технической службы;
Г) Волонтеров.
46. Дезинфекция –
А) Уничтожение насекомых (переносчиков инфекционных болезней);

- Б) Уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней;
- В) Уничтожение грызунов (как источник возбудителей инфекционных болезней);
- Г) Обезвреживание АОХВ.

47. Дезинсекция -

- А) Уничтожение насекомых (переносчиков инфекционных болезней);
- Б) Уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней;
- В) Уничтожение грызунов (как источник возбудителей инфекционных болезней);
- Г) Обезвреживание АОХВ.

48. Дератизация -

- А) Уничтожение насекомых (переносчиков инфекционных болезней);
- Б) Уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней;
- В) Уничтожение грызунов (как источник возбудителей инфекционных болезней);
- Г) Обезвреживание АОХВ.

49. Обеззараживание продовольствия осуществляет

- А) Служба государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- Б) Служба медицины катастроф;
- В) Служба торговли и питания;
- Г) Подразделения МЧС.

50. Контроль качества обеззараживания продовольствия и воды осуществляет

- А) Служба государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- Б) Служба медицины катастроф;
- В) Служба торговли и питания;
- Г) Подразделения МЧС.

Вопросы для устного опроса:

1. Задачи, цели и определение санитарно-противоэпидемического обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях.
2. Организация санитарно-гигиенических мероприятий в чрезвычайных ситуациях.
3. Организация противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях.
4. Задачи и организация сети наблюдения и лабораторного контроля.

Тема доклада:

Санитарно-противоэпидемические мероприятия в ЧС.

Проблемно-ситуационные задачи:

Задача 1: В результате обследования зоны ЧС (населенного пункта М.) группа санитарно-эпидемиологической разведки выявила: среди населения имеется рост заболеваемости дизентерией, появились единичные не наблюдавшиеся ранее заболевания брюшным тифом, при удовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии территории населенного пункта и водоисточников. Как оценивается санитарно-эпидемическое состояние района ЧС? Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

Задача 2: В результате обследования зоны ЧС (населенного пункта М.) группа санитарно-эпидемиологической разведки выявила: среди населения появились групповые заболевания брюшным тифом и имеется единичный случай заболевания холерой. Как оценивается санитарно-эпидемическое состояние района ЧС? Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

Задача 3: В результате обследования населенного пункта К. группа санитарно-эпидемиологической разведки выявила: среди населения выявлено 2 случая заболевания чумой. Как оценивается санитарно-эпидемическое состояние района ЧС? Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

Задача 4: В результате обследования зоны ЧС (населенного пункта М.) группа санитарно-эпидемиологической разведки выявила: среди населения появились групповые заболевания брюшным тифом и имеется единичный случай заболевания холерой. Как оценивается санитарно-гигиеническое состояние района ЧС?

Задача 5: Для обеззараживания эпидемического очага инфекции введена дезинфекционная группа. Состав дезинфекционной группы? Возможности дезинфекционной группы?

Тема 5 Подготовка и организация работы лечебно-профилактических учреждений в чрезвычайных ситуациях.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: *тестирование, устный опрос, доклад, решение проблемно-ситуационных задач.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Тестовые задания:

1. При планировании мероприятий в больницах существенное значение имеет

- А) Укомплектованность ЛПУ врачами и средним медицинским персоналом;
- Б) Укомплектованность ЛПУ санитарями и погрузочно – разгрузочными командами;
- В) Изучение планировки размещения функциональных отделений, их профиля и коечной емкости;
- Г) Профессиональная подготовка врачей и среднего медицинского персонала.

2. Решение задач по медико-санитарному обеспечению населения в ЧС зависит

- А) От обеспечения объектов здравоохранения и службы медицины катастроф средствами оказания медицинской помощи и лечения;
- Б) От степени готовности и устойчивости функционирования объектов здравоохранения, организации взаимодействия между ними;
- В) От подготовки ЛПУ к работе в ЧС;
- Г) От прогнозирования обстановки и ее оценки при возникновении ЧС.

3. При подготовке к работе в условиях возникновения ЧС больница решает

- А) Одну основную задачу;
- Б) Две основные задачи;
- В) Три основные задачи;
- Г) Четыре основные задачи.

4. Для обеспечения плановой, целенаправленной подготовки ЛПУ к работе в ЧС ее руководству выдается

- А) Наряд;
- Б) График;
- В) Задание;
- Г) Распоряжение.

5. Работа приемно-сортировочного отделения считается высоко интенсивной

- А) При приеме 15 – 25 пораженных в течении 1 часа;
- Б) При приеме 30 – 50 пораженных в течении 1 часа;
- В) При приеме 50 – 75 пораженных в течении 1 часа;
- Г) При приеме 75 – 100 пораженных в течении 1 часа;

6. Ответственность за создание и подготовку структуры органов управления и формирований в учреждениях здравоохранения для работы в ЧС несут

- А) Министры здравоохранения субъектов РФ;
- Б) Директора территориальных центров медицины катастроф;
- В) Главные врачи больниц и поликлиник;
- Г) Заместители главных врачей больниц и поликлиник по ГОЧС.

7. В лечебных учреждениях и поликлиниках приказом начальника ГО объекта создается орган управления

- А) Приемно-сортировочное отделение;
- Б) Сортировочный пост;
- В) Филиал территориального центра медицины катастроф;
- Г) Штаб ГОЧС объекта.

8. Основной принцип создания органа управления в учреждениях здравоохранения

- А) Планирование работы объекта в ЧС;
- Б) Организация защиты персонала и материальных средств от воздействия факторов ЧС;
- В) Включение в его состав основных руководящих работников и определение им функциональных обязанностей в соответствии с характером выполняемой ими повседневной работы;
- Г) Повышение устойчивости функционирования объекта в ЧС.

9. Получив информацию об угрозе или возникновении ЧС, ответственный дежурный по ЛПУ должен
- А) Приступить к выписке из ЛПУ стационарных больных на амбулаторное лечение;
 - Б) Приведение в готовность в установленные сроки органа управления – штаба ГОЧС лечебного учреждения;
 - В) Организовывать оповещение и сбор руководящего состава;
 - Г) Начать эвакуацию ЛПУ в загородную зону.
10. О состоянии готовности отделений и лечебного учреждения в установленные сроки главный врач докладывает
- А) Министру здравоохранения субъекта РФ;
 - Б) Главе администрации муниципального образования;
 - В) В территориальный центр медицины катастроф;
 - Г) В комиссию по ЧС муниципального образования.
11. Подготовка больницы к массовому приему пораженных в ЧС начинается
- А) С получения на аптечном складе медикаментов и перевязочных материалов;
 - Б) С оборудования площадки специальной обработки;
 - В) С перевода приемного отделения в приемно-сортировочное;
 - Г) С оборудования изолятора для инфекционных и психических больных.
12. При массовом поступлении пораженных в ЛПУ проводят
- А) Частичную санитарную обработку пораженных;
 - Б) Полную санитарную обработку пораженных;
 - В) Внутрипунктовую сортировку пораженных;
 - Г) Максимальную эвакуацию пораженных на следующий этап медицинской эвакуации.
13. При массовом поступлении ходячих пораженных
- А) После оказания медицинской помощи их направляют на эвакуацию;
 - Б) Приемное отделение для них оборудуют в отдельном здании;
 - В) Медицинская помощь им оказывается во вторую очередь;
 - Г) Без оказания медицинской помощи их направляют на эвакуацию.
14. При воздействии поражающих факторов ЧС на помещение больницы проводятся аварийно-спасательные работы силами
- А) ПСС МЧС муниципального образования;
 - Б) Территориального центра медицины катастроф;
 - В) Формирований больницы, составленных из ее персонала;
 - Г) Волонтеры из жителей муниципального образования.
15. При воздействии поражающих факторов ЧС на помещение больницы персонал больницы, не входящий в состав формирований
- А) Находится в резерве, на случай замены вышедших из строя сотрудников;
 - Б) Находится в палатах, успокаивает больных, удерживая их от необдуманных поступков до эвакуации из отделений;
 - В) Передается в распоряжение территориального центра медицины катастроф;
 - Г) Эвакуируется в загородную зону.
16. Отвечает за эвакуацию ЛПУ на территорию вне ЧС
- А) Глава администрации муниципального образования;
 - Б) Директор территориального центра медицины катастроф;
 - В) Главный врач ЛПУ;
 - Г) Директор муниципального автотранспортного предприятия.
17. Для планирования, организации, осуществления эвакуационных мероприятий и подготовки места размещения ЛПУ в загородной зоне создается рабочий орган
- А) Штаб по эвакуации ЛПУ;
 - Б) Объектовая эвакуационная комиссия;
 - В) Рабочая группа при главе муниципального образования;
 - Г) Ничего не создается. Данные мероприятия осуществляет территориальный ЦМК.
18. Нетранспортабельные больные, находящиеся дома, подлежат
- А) Срочной эвакуации в загородную зону, независимо от их состояния здоровья;
 - Б) Продолжают оставаться дома под присмотром родственников;
 - В) Продолжают оставаться дома под присмотром медицинских работников ЛПУ;
 - Г) Подлежат перевозу в стационары для данной категории больных.
19. Больных, находящихся на лечении в ЛПУ, по эвакуационному признаку делят
- А) На 2 основные группы;
 - Б) На 3 основные группы;
 - В) На 4 основные группы;
 - Г) На 5 основных групп.
20. Для расчета потребности транспортных средств при эвакуации ЛПУ необходимо
- А) Иметь резерв транспортных средств;
 - Б) Знать точное количество больных подлежащих эвакуации;
 - В) Определить тоннаж и объем имущества, подлежащего эвакуации с ЛПУ;
 - Г) Планировать только имеющийся транспорт ЛПУ.
21. К объектовым формированиям ЛПУ не относится
- А) Спасательная группа;
 - Б) Штаб ГО объекта;
 - В) Разведывательное звено;
 - Г) Группа обеспечения общественного порядка.
22. Начальником ГО объекта (ЛПУ) является
- А) Главный врач;
 - Б) Заместитель главного врача по ГОЧС;
 - В) Заместитель главного врача по организационно-методической работе;
 - Г) Заместитель главного врача по административно-хозяйственной работе.
23. О состоянии готовности отделений и лечебного учреждения в ЧС главный врач докладывает
- А) Министру здравоохранения области (республики, края);
 - Б) В территориальный центр медицины катастроф;
 - В) Главе администрации муниципального образования;
 - Г) В комиссию по ЧС муниципального образования.
24. Орган управления ЛПУ (штаб ГОЧС) при возникновении ЧС устанавливает контакт
- А) С Министерством здравоохранения области (республики, края);
 - Б) С территориальным центром медицины катастроф;
 - В) С администрацией муниципального образования;
 - Г) С комиссию по ЧС муниципального образования.
25. При возникшей ЧС на въезде в ЛПУ выставляется распределительный пост на котором работает
- А) Врач общей практики;
 - Б) Фельдшер;
 - В) Медицинская сестра;
 - Г) Санитарный инструктор - дозиметрист.
26. Для расчета потребности транспортных средств при эвакуации ЛПУ необходимо
- А) Иметь резерв транспортных средств;
 - Б) Знать точное количество больных, подлежащих эвакуации;
 - В) Определить тоннаж и объем имущества, подлежащего эвакуации с ЛПУ;
 - Г) Планировать только имеющийся транспорт ЛПУ.

27. К объектовым формированиям ЛПУ не относится
- А) Спасательная группа;
 - Б) Штаб ГО объекта;
 - В) Разведывательное звено;
 - Г) Группа обеспечения общественного порядка.
28. Начальником ГО объекта (ЛПУ) является
- А) Главный врач;
 - Б) Заместитель главного врача по ГОЧС;
 - В) Заместитель главного врача по организационно-методической работе;
 - Г) Заместитель главного врача по административно-хозяйственной работе.
29. О состоянии готовности отделений и лечебного учреждения в ЧС главный врач докладывает
- А) Министру здравоохранения области (республики, края);
 - Б) В территориальный центр медицины катастроф;
 - В) Главе администрации муниципального образования;
 - Г) В комиссию по ЧС муниципального образования.
30. Орган управления ЛПУ (штаб ГОЧС) при возникновении ЧС устанавливает контакт
- А) С Министерством здравоохранения области (республики, края);
 - Б) С территориальным центром медицины катастроф;
 - В) С администрацией муниципального образования;
 - Г) С комиссией по ЧС муниципального образования.
31. При возникшей ЧС на въезде в ЛПУ выставляется распределительный пост на котором работает
- А) Врач общей практики;
 - Б) Фельдшер;
 - В) Медицинская сестра;
 - Г) Санитарный инструктор - дозиметрист.
32. При планировании мероприятий в больницах существенное значение имеет
- А) Укомплектованность ЛПУ врачами и средним медицинским персоналом;
 - Б) Укомплектованность ЛПУ санитарями и погрузочно – разгрузочными командами;
 - В) Изучение планировки размещения функциональных отделений, их профиля и коечной емкости;
 - Г) Профессиональная подготовка врачей и среднего медицинского персонала.
33. Решение задач по медико-санитарному обеспечению населения в ЧС зависит
- А) От обеспечения объектов здравоохранения и службы медицины катастроф средствами оказания медицинской помощи и лечения;
 - Б) От степени готовности и устойчивости функционирования объектов здравоохранения, организации взаимодействия между ними;
 - В) От подготовки ЛПУ к работе в ЧС;
 - Г) От прогнозирования обстановки и ее оценки при возникновении ЧС.
34. При подготовке к работе в условиях возникновения ЧС больница решает
- А) Одну основную задачу;
 - Б) Две основные задачи;
 - В) Три основные задачи;
 - Г) Четыре основные задачи.
35. Для обеспечения плановой, целенаправленной подготовки ЛПУ к работе в ЧС ее руководству выдается
- А) Наряд;
 - Б) График;
 - В) Задание;
 - Г) Распоряжение.
36. Работа приемно-сортировочного отделения считается высоко интенсивной
- А) При приеме 15 – 25 пораженных в течении 1 часа;
 - Б) При приеме 30 – 50 пораженных в течении 1 часа;
 - В) При приеме 50 – 75 пораженных в течении 1 часа;
 - Г) При приеме 75 – 100 пораженных в течении 1 часа;
37. Ответственность за создание и подготовку структуры органов управления и формирований в учреждениях здравоохранения для работы в ЧС несут
- А) Министры здравоохранения субъектов РФ;
 - Б) Директора территориальных центров медицины катастроф;
 - В) Главные врачи больниц и поликлиник;
 - Г) Заместители главных врачей больниц и поликлиник по ГОЧС.
38. В лечебных учреждениях и поликлиниках приказом начальника ГО объекта создается орган управления
- А) Приемно-сортировочное отделение;
 - Б) Сортировочный пост;
 - В) Филиал территориального центра медицины катастроф;
 - Г) Штаб ГОЧС объекта.
39. Основным принципом создания органа управления в учреждениях здравоохранения
- А) Планирование работы объекта в ЧС;
 - Б) Организация защиты персонала и материальных средств от воздействия факторов ЧС;
 - В) Включение в его состав основных руководящих работников и определение им функциональных обязанностей в соответствии с характером выполняемой ими повседневной работы;
 - Г) Повышение устойчивости функционирования объекта в ЧС.
40. При воздействии поражающих факторов ЧС на помещении больницы проводятся аварийно-спасательные работы силами
- А) ПСС МЧС муниципального образования;
 - Б) Территориального центра медицины катастроф;
 - В) Формирований больницы, составленных из ее персонала;
 - Г) Волонтеры из жителей муниципального образования.
41. При воздействии поражающих факторов ЧС на помещении больницы персонал больницы, не входящий в состав формирований
- А) Находится в резерве, на случай замены вышедших из строя сотрудников;
 - Б) Находится в палатах, успокаивает больных, удерживая их от необдуманных поступков до эвакуации из отделений;
 - В) Передается в распоряжение территориального центра медицины катастроф;
 - Г) Эвакуируется в загородную зону.
42. Отвечает за эвакуацию ЛПУ на территорию вне ЧС
- А) Глава администрации муниципального образования;
 - Б) Директор территориального центра медицины катастроф;
 - В) Главный врач ЛПУ;
 - Г) Директор муниципального автотранспортного предприятия.
43. Для планирования, организации, осуществления эвакуационных мероприятий и подготовки места размещения ЛПУ в загородной зоне создается рабочий орган
- А) Штаб по эвакуации ЛПУ;
 - Б) Объектовая эвакуационная комиссия;
 - В) Рабочая группа при главе муниципального образования;
 - Г) Ничего не создается. Данные мероприятия осуществляет территориальный ЦМК.
44. Нетранспортабельные больные, находящиеся дома, подлежат
- А) Срочной эвакуации в загородную зону, независимо от их состояния здоровья;
 - Б) Продолжают оставаться дома под присмотром родственников;
 - В) Продолжают оставаться дома под присмотром медицинских работников ЛПУ;

Г) Подлежат перевозу в стационары для данной категории больных.

45. Больных, находящихся на лечении в ЛПУ, по эвакуационному признаку делят

А) На 2 основные группы;

Б) На 3 основные группы;

В) На 4 основные группы;

Г) На 5 основных групп.

46. Получив информацию об угрозе или возникновении ЧС, ответственный дежурный по ЛПУ должен

А) Присутствовать к выписке из ЛПУ стационарных больных на амбулаторное лечение;

Б) Приведение в готовность в установленные сроки органа управления – штаба ГОЧС лечебного учреждения;

В) Организовывать оповещение и сбор руководящего состава;

Г) Начать эвакуацию ЛПУ в загородную зону.

47. О состоянии готовности отделений и лечебного учреждения в установленные сроки главный врач докладывает

А) Министру здравоохранения субъекта РФ;

Б) Главе администрации муниципального образования;

В) В территориальный центр медицины катастроф;

Г) В комиссию по ЧС муниципального образования.

48. Подготовка больницы к массовому приему пораженных в ЧС начинается

А) С получения на аптечном складе медикаментов и перевязочных материалов;

Б) С оборудования площадки специальной обработки;

В) С перевода приемного отделения в приемно-сортировочное;

Г) С оборудования изолятора для инфекционных и психических больных.

49. При массовом поступлении пораженных в ЛПУ проводят

А) Частичную санитарную обработку пораженных;

Б) Полную санитарную обработку пораженных;

В) Внутрипунктовую сортировку пораженных;

Г) Максимальную эвакуацию пораженных на следующий этап медицинской эвакуации.

50. При массовом поступлении ходячих пораженных

А) После оказания медицинской помощи их направляют на эвакуацию;

Б) Приемное отделение для них оборудуют в отдельном здании;

В) Медицинская помощь им оказывается во вторую очередь;

Г) Без оказания медицинской помощи их направляют на эвакуацию.

Вопросы для устного опроса:

1. Подготовка лечебно-профилактических учреждений к работе в чрезвычайных ситуациях.

2. Организация работы лечебно-профилактических учреждений в чрезвычайных ситуациях.

3. Эвакуация лечебно-профилактических учреждений.

Тема доклада:

Организация работы ЛПУ при землетрясении.

Проблемно-ситуационные задачи:

Задача 1: В результате аварии на градообразующем горно-химическом комбинате образовалась зона радиоактивного заражения местности. В период проведения аварийно-спасательных и других неотложных работ изменилось направление ветра, и зараженное облако движется в направлении городской больницы.

Предполагаемый уровень радиоактивного загрязнения территории больницы может составить 25 кюри/м², а поглощенная доза, полученная персоналом, продолжающим работу _____ кюри/м², _____ вне _____ помещений _____ может _____ составить _____ 2 _____ Грей.

Примите управленческое решение по организации работы ЛПУ и режиму пребывания персонала и больных вне помещений.

Задача 2: В результате аварии на градообразующем горно-химическом комбинате образовалась зона радиоактивного заражения местности, которая захватывает территорию ЛПУ. Уровень радиоактивного загрязнения территории больницы составляет 325 кюри/м², поглощенная доза, полученная персоналом, продолжающим работу вне помещений может составить свыше 6 Грей, внутри помещений – 3-5 Грей. Примите управленческое решение по организации работы ЛПУ и режиму поведения персонала и больных.

Задача 3: В результате аварии на градообразующем горно-химическом комбинате, облако, содержащее изотопы ¹³¹I, ⁹²Kr, ⁹²Ru, ⁹⁰Sr, ¹³⁷Cs, движется в направлении населенного пункта, в котором находится руководимое Вами ЛПУ. Предполагаемый уровень радиоактивного загрязнения территории может составить 250 кюри/м². Ожидаемое время прохода облака над городом – через 4 часа. Примите управленческое решение по организации защиты персонала и больных.

Задача 4: В результате аварии на химическом комбинате, в зимнее время, облако, содержащее синильную кислоту, движется в направлении населенного пункта, в котором находится руководимое Вами ЛПУ. Предполагаемая концентрация HCN может составить 180 мг/м³. Ожидаемое время прохода облака над городом – через 2 часа. Примите управленческое решение по организации защиты персонала и больных, и подготовке ЛПУ к работе в условиях массового поступления пострадавших.

Тема 6 Организация медицинского снабжения в чрезвычайных ситуациях.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: *тестирование, устный опрос, доклад, решение проблемно-ситуационных задач.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Тестовые задания:

1. Наибольшее негативное воздействие на человека и окружающую среду вредных и опасных факторов ЧС приходится на стадию

А) Инициирования;

Б) Затухания;

В) Кульминации;

Г) Зарождения.

2. Психическое напряжение, мобилизация психофизиологических резервов, обострение восприятия, увеличение скорости мыслительных процессов отмечается

А) В 1 периоде – острого эмоционального шока;

Б) Во 2 периоде – психо-физиологической демобилизации;

В) В 3 периоде – стадии разрядки;

Г) В 4 периоде – стадии восстановления.

3. Чувство растерянности, панические реакции, тошнота, ощущение тяжести в голове, неприятные ощущения со стороны ЖКТ, отсутствие аппетита отмечается

А) В 1 периоде – острого эмоционального шока;

Б) Во 2 периоде – психо-физиологической демобилизации;

В) В 3 периоде – стадии разрядки;

Г) В 4 периоде – стадии восстановления.

4. Фаза компенсации у спасателей характеризуется

А) Кратковременным снижением почти всех показателей функционального состояния;

Б) Оптимизацией ответных реакций организма в соответствии с характером работы;

В) Наиболее экономичным использованием функциональных резервов организма;

Г) Значительными расстройствами жизненно важных функций.

5. Фаза гиперкомпенсации у спасателей характеризуется

А) Кратковременным снижением почти всех показателей функционального состояния;

Б) Оптимизацией ответных реакций организма в соответствии с характером работы;

В) Наиболее экономичным использованием функциональных резервов организма;

Г) Значительными расстройствами жизненно важных функций.

6. Фаза срыва у спасателей характеризуется

А) Кратковременным снижением почти всех показателей функционального состояния;

Б) Оптимизацией ответных реакций организма в соответствии с характером работы;

В) Наиболее экономичным использованием функциональных резервов организма;

Г) Значительными расстройствами жизненно важных функций.

7. Фаза первичной реакции у спасателей характеризуется

А) Кратковременным снижением почти всех показателей функционального состояния;

- Б) Оптимизацией ответных реакций организма в соответствии с характером работы;
- В) Наиболее экономичным использованием функциональных резервов организма;
- Г) Значительными расстройствами жизненно важных функций.
8. В ЧС отмечена следующая динамика развития нервно-психических расстройств
- А) Фаза психических изменений > фаза вегетативных нарушений > гиперкинетическая фаза > фаза страха;
- Б) Фаза вегетативных изменений > гиперкинетическая фаза > фаза страха > фаза психических нарушений;
- В) Фаза страха > фаза психических нарушений > фаза вегетативных изменений > гиперкинетическая фаза;
- Г) Фаза страха > гиперкинетическая фаза > фаза вегетативных изменений > фаза психических нарушений.
9. У пострадавшего при нервно-психическом расстройстве отмечается реакция с двигательным возбуждением и очень часто отмечаются бесцельные метания, стремления куда-то бежать. Данное состояние отмечается в фазу
- А) Страх;
- Б) Гиперкинетическую;
- В) Вегетативных изменений;
- Г) Психических нарушений.
10. У пострадавшего при нервно-психическом расстройстве возникает резкая двигательная заторможенность, доходящая до полного обездвиженности и ступора, когда вместо того, чтобы убежать он, застывает. Это состояние отмечается в фазу
- А) Страх;
- Б) Гипокинетическую;
- В) Вегетативных изменений;
- Г) Психических нарушений.
11. Стадия иницирования ЧС
- А) Возникновение условий или предпосылок для ЧС;
- Б) Начало ЧС;
- В) Стадия высвобождения энергии или вещества;
- Г) Локализация ЧС и ликвидация ее прямых и косвенных последствий.
12. Стадия затухания
- А) Возникновение условий или предпосылок для ЧС;
- Б) Начало ЧС;
- В) Стадия высвобождения энергии или вещества;
- Г) Локализация ЧС и ликвидация ее прямых и косвенных последствий.
13. Стадия кульминации
- А) Возникновение условий или предпосылок для ЧС;
- Б) Начало ЧС;
- В) Стадия высвобождения энергии или вещества;
- Г) Локализация ЧС и ликвидация ее прямых и косвенных последствий.
14. Стадия зарождения ЧС
- А) Возникновение условий или предпосылок для ЧС;
- Б) Начало ЧС;
- В) Стадия высвобождения энергии или вещества;
- Г) Локализация ЧС и ликвидация ее прямых и косвенных последствий.
15. Человеческий фактор важен на стадии
- А) Иницирования;
- Б) Затухания;
- В) Кульминации;
- Г) Зарождения.
16. В 1 период (острого эмоционального шока) у людей, подвергшихся воздействию стихийного бедствия возникают
- А) Чувство растерянности, панические реакции, увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой;
- Б) Мобилизация психофизиологических резервов, обострение восприятия, увеличение скорости мыслительных процессов, увеличение работоспособности в 1,5-2 раза;
- В) Пониженный эмоциональный фон, гипомимия, замедленность движений;
- Г) Активация межличностного общения, нормализация эмоциональной окраски речи и мимических реакций.
17. Во 2 период (психофизиологической демобилизации) у людей, подвергшихся воздействию стихийного бедствия возникают
- А) Чувство растерянности, панические реакции, увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой;
- Б) Мобилизация психофизиологических резервов, обострение восприятия, увеличение скорости мыслительных процессов, увеличение работоспособности в 1,5-2 раза;
- В) Пониженный эмоциональный фон, гипомимия, замедленность движений;
- Г) Активация межличностного общения, нормализация эмоциональной окраски речи и мимических реакций.
18. В 3 период (разряжения) у людей, подвергшихся воздействию стихийного бедствия возникают
- А) Чувство растерянности, панические реакции, увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой;
- Б) Мобилизация психофизиологических резервов, обострение восприятия, увеличение скорости мыслительных процессов, увеличение работоспособности в 1,5-2 раза;
- В) Пониженный эмоциональный фон, гипомимия, замедленность движений;
- Г) Активация межличностного общения, нормализация эмоциональной окраски речи и мимических реакций.
19. Повышение АД, тахикардия, прогрессивное нарастание признаков переутомления отмечается
- А) В 1 периоде – острого эмоционального шока;
- Б) Во 2 периоде – психо-физиологической демобилизации;
- В) В 3 периоде – стадии разряжения;
- Г) В 4 периоде – стадии восстановления.
20. У пострадавшего при нервно-психическом расстройстве проявляются боли в области сердца, головокружение и мышечные боли, тахикардия, нарушение зрения и слуха, расстройство желудка. Это состояние отмечается в фазу
- А) Страх;
- Б) Гипокинетическую;
- В) Вегетативных изменений;
- Г) Психических нарушений.
21. Не бывает фазы развития психических реакций при стихийных бедствиях
- А) Предвоздействия;
- Б) Воздействия;
- В) Послевоздействия;
- Г) Отдаленных последствий.
22. Страх становится доминирующей эмоцией в фазу
- А) Предвоздействия;
- Б) Воздействия;
- В) Послевоздействия;
- Г) Отдаленных последствий.
23. Динамика снижения работоспособности и развития утомляемости у спасателей в процессе профессиональной деятельности прослеживается при анализе
- А) 5 фаз изменения уровней функциональных резервов организма;
- Б) 6 фаз изменения уровней функциональных резервов организма;
- В) 7 фаз изменения уровней функциональных резервов организма;
- Г) 8 фаз изменения уровней функциональных резервов организма.
24. Активация межличностного общения, нормализация эмоциональной окраски речи и мимических реакций, но в состоянии физиологической сферы позитивной динамики не выявлено все это отмечается
- А) В 1 периоде – острого эмоционального шока;
- Б) Во 2 периоде – психо-физиологической демобилизации;

В) В 3 периоде – стадии разряжения;

Г) В 4 периоде – стадии восстановления.

25. В 4 период (восстановления) у людей, подвергшихся воздействию стихийного бедствия возникают

А) Чувство растерянности, панические реакции, увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой;

Б) Мобилизация психофизиологических резервов, обострение восприятия, увеличение скорости мыслительных процессов, увеличение работоспособности в 1,5-2 раза;

В) Активация межличностного общения, нормализация эмоциональной окраски речи и мимических реакций.

Г) Пониженный эмоциональный фон, гипомимия, замедленность движений;

26. Стадия инициирования ЧС

А) Возникновение условий или предпосылок для ЧС;

Б) Начало ЧС;

В) Стадия высвобождения энергии или вещества;

Г) Локализация ЧС и ликвидация ее прямых и косвенных последствий.

27. Стадия затухания

А) Возникновение условий или предпосылок для ЧС;

Б) Начало ЧС;

В) Стадия высвобождения энергии или вещества;

Г) Локализация ЧС и ликвидация ее прямых и косвенных последствий.

28. Стадия кульминации

А) Возникновение условий или предпосылок для ЧС;

Б) Начало ЧС;

В) Стадия высвобождения энергии или вещества;

Г) Локализация ЧС и ликвидация ее прямых и косвенных последствий.

29. Стадия зарождения ЧС

А) Возникновение условий или предпосылок для ЧС;

Б) Начало ЧС;

В) Стадия высвобождения энергии или вещества;

Г) Локализация ЧС и ликвидация ее прямых и косвенных последствий.

30. Наибольшее негативное воздействие на человека и окружающую среду вредных и опасных факторов ЧС приходится на стадию

А) Инициирования;

Б) Затухания;

В) Кульминации;

Г) Зарождения.

31. Человеческий фактор важен на стадии

А) Инициирования;

Б) Затухания;

В) Кульминации;

Г) Зарождения.

32. В 1 период (острого эмоционального шока) у людей, подвергшихся воздействию стихийного бедствия возникают

А) Чувство растерянности, панические реакции, увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой;

Б) Мобилизация психофизиологических резервов, обострение восприятия, увеличение скорости мыслительных процессов, увеличение работоспособности в 1,5-2 раза;

В) Пониженный эмоциональный фон, гипомимия, замедленность движений;

Г) Активация межличностного общения, нормализация эмоциональной окраски речи и мимических реакций.

33. Во 2 период (психофизиологической демобилизации) у людей, подвергшихся воздействию стихийного бедствия возникают

А) Чувство растерянности, панические реакции, увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой;

Б) Мобилизация психофизиологических резервов, обострение восприятия, увеличение скорости мыслительных процессов, увеличение работоспособности в 1,5-2 раза;

В) Пониженный эмоциональный фон, гипомимия, замедленность движений;

Г) Активация межличностного общения, нормализация эмоциональной окраски речи и мимических реакций.

34. В 3 период (разряжения) у людей, подвергшихся воздействию стихийного бедствия возникают

А) Чувство растерянности, панические реакции, увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой;

Б) Мобилизация психофизиологических резервов, обострение восприятия, увеличение скорости мыслительных процессов, увеличение работоспособности в 1,5-2 раза;

В) Пониженный эмоциональный фон, гипомимия, замедленность движений;

Г) Активация межличностного общения, нормализация эмоциональной окраски речи и мимических реакций.

35. В 4 период (восстановления) у людей, подвергшихся воздействию стихийного бедствия возникают

А) Чувство растерянности, панические реакции, увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой;

Б) Мобилизация психофизиологических резервов, обострение восприятия, увеличение скорости мыслительных процессов, увеличение работоспособности в 1,5-2 раза;

В) Активация межличностного общения, нормализация эмоциональной окраски речи и мимических реакций.

Г) Пониженный эмоциональный фон, гипомимия, замедленность движений;

36. Повышение АД, тахикардия, прогрессивное нарастание признаков переутомления отмечается

А) В 1 периоде – острого эмоционального шока;

Б) Во 2 периоде – психо-физиологической демобилизации;

В) В 3 периоде – стадии разряжения;

Г) В 4 периоде – стадии восстановления.

37. Активизация межличностного общения, нормализация эмоциональной окраски речи и мимических реакций, но в состоянии физиологической сферы позитивной динамики не выявлено все это отмечается

А) В 1 периоде – острого эмоционального шока;

Б) Во 2 периоде – психо-физиологической демобилизации;

В) В 3 периоде – стадии разряжения;

Г) В 4 периоде – стадии восстановления.

38. Психическое напряжение, мобилизация психофизиологических резервов, обострение восприятия, увеличение скорости мыслительных процессов отмечается

А) В 1 периоде – острого эмоционального шока;

Б) Во 2 периоде – психо-физиологической демобилизации;

В) В 3 периоде – стадии разряжения;

Г) В 4 периоде – стадии восстановления.

39. Чувство растерянности, панические реакции, тошнота, ощущение тяжести в голове, неприятные ощущения со стороны ЖКТ, отсутствие аппетита отмечается

А) В 1 периоде – острого эмоционального шока;

Б) Во 2 периоде – психо-физиологической демобилизации;

В) В 3 периоде – стадии разряжения;

Г) В 4 периоде – стадии восстановления.

40. В ЧС отмечена следующая динамика развития нервно-психических расстройств

А) Фаза психических изменений > фаза вегетативных нарушений > гиперкинетическая фаза > фаза страха;

Б) Фаза вегетативных изменений > гиперкинетическая фаза > фаза страха > фаза психических нарушений;

В) Фаза страха > фаза психических нарушений > фаза вегетативных изменений > гиперкинетическая фаза;

Г) Фаза страха > гиперкинетическая фаза > фаза вегетативных изменений > фаза психических нарушений.

41. У пострадавшего при нервно-психическом расстройстве отмечается реакция с двигательным возбуждением и очень часто отмечаются бесцельные метания, стремления куда-то бежать. Данное состояние отмечается в фазу

А) Страха;

Б) Гиперкинетическую;

В) Вегетативных изменений;

Г) Психических нарушений.

42. У пострадавшего при нервно-психическом расстройстве возникает резкая двигательная заторможенность, доходящая до полного бездвигательности и ступора, когда вместо того, чтобы убежать он, застывает. Это состояние отмечается в фазу
- А) Страх;
 - Б) Гипокинетическую;
 - В) Вегетативных изменений;
 - Г) Психических нарушений.
43. У пострадавшего при нервно-психическом расстройстве проявляются боли в области сердца, головокружение и мышечные боли, тахикардия, нарушение зрения и слуха, расстройство желудка. Это состояние отмечается в фазу
- А) Страх;
 - Б) Гипокинетическую;
 - В) Вегетативных изменений;
 - Г) Психических нарушений.
44. Не бывает фазы развития психических реакций при стихийных бедствиях
- А) Предвоздействия;
 - Б) Воздействия;
 - В) Послевоздействия;
 - Г) Отдаленных последствий.
45. Страх становится доминирующей эмоцией в фазу
- А) Предвоздействия;
 - Б) Воздействия;
 - В) Послевоздействия;
 - Г) Отдаленных последствий.
46. Динамика снижения работоспособности и развития утомляемости у спасателей в процессе профессиональной деятельности прослеживается при анализе
- А) 5 фаз изменения уровней функциональных резервов организма;
 - Б) 6 фаз изменения уровней функциональных резервов организма;
 - В) 7 фаз изменения уровней функциональных резервов организма;
 - Г) 8 фаз изменения уровней функциональных резервов организма.
47. Фаза компенсации у спасателей характеризуется
- А) Кратковременным снижением почти всех показателей функционального состояния;
 - Б) Оптимизацией ответных реакций организма в соответствии с характером работы;
 - В) Наиболее экономичным использованием функциональных резервов организма;
 - Г) Значительными расстройствами жизненно важных функций.
48. Фаза гиперкомпенсации у спасателей характеризуется
- А) Кратковременным снижением почти всех показателей функционального состояния;
 - Б) Оптимизацией ответных реакций организма в соответствии с характером работы;
 - В) Наиболее экономичным использованием функциональных резервов организма;
 - Г) Значительными расстройствами жизненно важных функций.
49. Фаза срыва у спасателей характеризуется
- А) Кратковременным снижением почти всех показателей функционального состояния;
 - Б) Оптимизацией ответных реакций организма в соответствии с характером работы;
 - В) Наиболее экономичным использованием функциональных резервов организма;
 - Г) Значительными расстройствами жизненно важных функций.
50. Фаза первичной реакции у спасателей характеризуется
- А) Кратковременным снижением почти всех показателей функционального состояния;
 - Б) Оптимизацией ответных реакций организма в соответствии с характером работы;
 - В) Наиболее экономичным использованием функциональных резервов организма;
 - Г) Значительными расстройствами жизненно важных функций.
51. ПМГ ВЦМК «Защита» в районе вооруженного конфликта может осуществить временную госпитализацию
- А) 50 – 100 нетранспортабельных пораженных в сутки;
 - Б) 100 - 150 нетранспортабельных пораженных в сутки;
 - В) 150 - 200 нетранспортабельных пораженных в сутки;
 - Г) 200 – 250 нетранспортабельных пораженных в сутки.
52. В зоне военных действий, госпиталь может работать в автономном режиме без пополнения запасов медикаментов и замены медицинского персонала
- А) До 5 суток;
 - Б) До 10 суток;
 - В) До 15 суток;
 - Г) До 20 суток.
53. Медицинское и санитарно-эпидемиологическое обеспечение пострадавшего населения в зоне ЧС включает мероприятия
- А) Оказание медицинской помощи;
 - Б) Эвакуацию пораженных для стационарного лечения в ЛПУ;
 - В) Выполнение санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий;
 - Г) и А и Б и В.
54. Первая Женевская конвенция об улучшении участи раненых в действующих армиях была подписана
- А) 22 августа 1864 года;
 - Б) 12 августа 1949 года;
 - В) 8 июня 1977 года;
 - Г) Находится в стадии рассмотрения.
55. Правом иммунитета от взятия в плен пользуются
- А) Санитары;
 - Б) Врачи оказывающие медицинскую помощь на поле боя;
 - В) Медицинский персонал госпитальных судов и самолетов санитарной авиации;
 - Г) Никто.
56. Всемирная организация здравоохранения и Международный комитет военной медицины и фармации в 1957 г. одобрили «Правила предоставления помощи раненым и больным в вооруженных конфликтах», где подтвержден принцип
- А) Выполнять профессиональный долг добросовестно и с достоинством;
 - Б) Считать здоровье больного своей главной задачей;
 - В) Единства медицинской этики в мирное и военное время;
 - Г) Не разглашать доверенных ему тайн.
57. Защита населения в ЧС в Российской Федерации определена
- А) Конституцией Российской Федерации;
 - Б) Федеральным Законом «Об обороне»;
 - В) Федеральным Законом «О защите населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера»;
 - Г) Федеральным Законом «О воинской обязанности и военной службе».
58. Граждане Российской Федерации имеют следующие права:
- А) За защиту жизни, здоровья, личного имущества;
 - Б) На использование имеющихся средств коллективной и индивидуальной защиты;
 - В) На информацию о возможном риске и мерах необходимой безопасности в ЧС;
 - Г) и А и Б и В.
59. Для обеспечения своевременного и надежного оповещения населения в ЧС мирного и военного времени и условиях войны установлен сигнал
- А) «Воздух!»;

- Б) «Тревога!»;
В) «Внимание всем!»
Г) «Все в укрытие!».
60. Основным источником формирования медицинской группировки сил и средств ГО и ВСМК является
А) МЧС России;
Б) Министерство обороны России;
В) Министерство здравоохранения России;
Г) и А и Б и В.
61. Для лечебно-эвакуационного обеспечения пораженного населения принята
А) Одноэтапная система ЛЭО пораженных;
Б) Двухэтапная система ЛЭО пораженных;
В) Трехэтапная система ЛЭО пораженных;
Г) Многоэтапная система ЛЭО пораженных.
62. В структуре современной боевой травмы значительный удельный вес составляют
А) Ожоговые поражения;
Б) Нейрохирургические поражения;
В) Травматологические поражения;
Г) Тяжелые сочетанные и множественные ранения.
63. У медицинского персонала ВСМК имеется статус
А) Военнослужащих ВС РФ;
Б) Военнослужащих Росгвардии;
В) Спасателей;
Г) Реаниматологов.
64. ПМГ ВЦМК «Защита» в районе вооруженного конфликта может принять, провести медицинскую сортировку и оказать квалифицированную медицинскую помощь
А) 150 пораженным;
Б) 250 пораженным;
В) 350 пораженным;
Г) 450 пораженным.
65. Антидотами для цианидов являются
А) Антициан, амилнитрит, натрия тиосульфат, глюкоза;
Б) Атропин, будаксим, дипираксим, пеликсим;
В) Аминостигмин, физостигмин, галантамин;
Г) Унитиол.
66. При отравлении лозитом и другими мышьяк содержащими ядами в качестве антидота используется
А) Глюкоза;
Б) Атропин;
В) Аминостигмин;
Г) Унитиол.
67. При отравлении ВЗ применяется
А) Антициан, амилнитрит, натрия тиосульфат, глюкоза;
Б) Атропин, будаксим, дипираксим, пеликсим;
В) Аминостигмин, физостигмин, галантамин;
Г) Унитиол.
68. В аптечке индивидуальной в четырехгранном пенале без окраски для экстренной неспецифической профилактики инфекционных заболеваний предусмотрен антибиотик
А) Эритромицин;
Б) Доксициклин;
В) Ампициллин;
Г) Никакой лекарственный препарат не предусмотрен.
69. В аптечке индивидуальной в круглом пенале голубого цвета находится противорвотное средство
А) Промедол;
Б) Будаксим;
В) Этаперазин;
Г) Отсутствует, т.к. не предусмотрен.
70. В зависимости от времени и сроков проведения эвакуация может быть
А) Срочная;
Б) Несрочная;
В) Упреждающая;
Г) Постепенная.
71. В зависимости от характера ЧС и численности населения, подлежащего перемещению из опасной зоны, не может быть эвакуации
А) Локальной;
Б) Местной;
В) Региональной;
Г) Всеобщей.
72. На период проведения эвакуационных мероприятий на маршрутах эвакуации развертывают
А) Санитарные посты;
Б) Фельдшерско-акушерские посты;
В) Медицинские пункты;
Г) Санитарно-эпидемиологические отряды.
73. В местах размещения эвакуируемого населения медико-санитарное обеспечение населения осуществляется исходя из следующих расчетов: в военное время на участке с населением 2500 человек
А) 2 средних медицинских работника (фельдшера);
Б) 1 врач и 1 средний медицинский работник;
В) 1 врач и 2 средних медицинских работника;
Г) 2 врача и 2 средних медицинских работников;
74. В поликлинике в военное время на 100 больных
А) 2 средних медицинских работника (фельдшера);
Б) 1 врач и 1 средний медицинский работник;
В) 1 врач и 2 средних медицинских работников;
Г) 2 врача и 2 средних медицинских работников;
75. Антидотами фосфорорганических отравляющих веществ являются
А) Антициан, амилнитрит, натрия тиосульфат, глюкоза;
Б) Атропин, будаксим, дипираксим, пеликсим;
В) Аминостигмин, физостигмин, галантамин;
Г) Унитиол.
76. Основным источником формирования медицинской группировки сил и средств ГО и ВСМК является
А) МЧС России;
Б) Министерство обороны России;
В) Министерство здравоохранения России;
Г) и А и Б и В.

77. Для лечебно-эвакуационного обеспечения пораженного населения принята
- А) Одноэтапная система ЛЭО пораженных;
 - Б) Двухэтапная система ЛЭО пораженных;
 - В) Трехэтапная система ЛЭО пораженных;
 - Г) Многоэтапная система ЛЭО пораженных.
78. В структуре современной боевой травмы значительный удельный вес составляют
- А) Ожоговые поражения;
 - Б) Нейрохирургические поражения;
 - В) Травматологические поражения;
 - Г) Тяжелые сочетанные и множественные ранения.
79. У медицинского персонала ВСМК имеется статус
- А) Военнослужащих ВС РФ;
 - Б) Военнослужащих Росгвардии;
 - В) Спасателей;
 - Г) Реаниматологов.
80. ПМГ ВЦМК «Защита» в районе вооруженного конфликта может принять, провести медицинскую сортировку и оказать квалифицированную медицинскую помощь
- А) 150 пораженным;
 - Б) 250 пораженным;
 - В) 350 пораженным;
 - Г) 450 пораженным.
81. ПМГ ВЦМК «Защита» в районе вооруженного конфликта может осуществить временную госпитализацию
- А) 50 – 100 нетранспортабельных пораженных в сутки;
 - Б) 100 - 150 нетранспортабельных пораженных в сутки;
 - В) 150 - 200 нетранспортабельных пораженных в сутки;
 - Г) 200 – 250 нетранспортабельных пораженных в сутки.
82. В зоне военных действий, госпиталь может работать в автономном режиме без пополнения запасов медикаментов и замены медицинского персонала
- А) До 5 суток;
 - Б) До 10 суток;
 - В) До 15 суток;
 - Г) До 20 суток.
83. Медицинское и санитарно-эпидемиологическое обеспечение пострадавшего населения в зоне ЧС включает мероприятия
- А) Оказание медицинской помощи;
 - Б) Эвакуацию пораженных для стационарного лечения в ЛПУ;
 - В) Выполнение санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий;
 - Г) и А и Б и В.
84. Первая Женевская конвенция об улучшении участи раненых в действующих армиях была подписана
- А) 22 августа 1864 года;
 - Б) 12 августа 1949 года;
 - В) 8 июня 1977 года;
 - Г) Находится в стадии рассмотрения.
85. Всемирная организация здравоохранения и Международный комитет военной медицины и фармации в 1957 г. одобрили «Правила предоставления помощи раненым и больным в вооруженных конфликтах», где подтвержден принцип
- А) Выполнять профессиональный долг добросовестно и с достоинством;
 - Б) Считать здоровье больного своей главной задачей;
 - В) Единства медицинской этики в мирное и военное время;
 - Г) Не разглашать доверенных ему тайн.
86. Правом иммунитета от взятия в плен пользуются
- А) Санитары;
 - Б) Врачи оказывающие медицинскую помощь на поле боя;
 - В) Медицинский персонал госпитальных судов и самолетов санитарной авиации;
 - Г) Никто.
87. Защита населения в ЧС в Российской Федерации определена
- А) Конституцией Российской Федерации;
 - Б) Федеральным Законом «Об обороне»;
 - В) Федеральным Законом «О защите населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера»;
 - Г) Федеральным Законом «О воинской обязанности и военной службе».
88. Граждане Российской Федерации имеют следующие права:
- А) За защиту жизни, здоровья, личного имущества;
 - Б) На использование имеющихся средств коллективной и индивидуальной защиты;
 - В) На информацию о возможном риске и мерах необходимой безопасности в ЧС;
 - Г) и А и Б и В.
89. Для обеспечения своевременного и надежного оповещения населения в ЧС мирного и военного времени и условиях войны установлен сигнал
- А) «Воздух!»;
 - Б) «Тревога!»;
 - В) «Внимание всем!»
 - Г) «Все в укрытие!».
90. В зависимости от времени и сроков проведения эвакуация может быть
- А) Срочная;
 - Б) Несрочная;
 - В) Упреждающая;
 - Г) Постепенная.
91. В зависимости от характера ЧС и численности населения, подлежащего перемещению из опасной зоны, не может быть эвакуации
- А) Локальной;
 - Б) Местной;
 - В) Региональной;
 - Г) Всеобщей.
92. На период проведения эвакуационных мероприятий на маршрутах эвакуации развертывают
- А) Санитарные посты;
 - Б) Фельдшерско-акушерские посты;
 - В) Медицинские пункты;
 - Г) Санитарно-эпидемиологические отряды.
93. В местах размещения эвакуируемого населения медико-санитарное обеспечение населения осуществляется исходя из следующих расчетов: в военное время на участке с населением 2500 человек
- А) 2 средних медицинских работника (фельдшера);
 - Б) 1 врач и 1 средний медицинский работник;
 - В) 1 врач и 2 средних медицинских работника;
 - Г) 2 врача и 2 средних медицинских работника;
94. В поликлинике в военное время на 100 больных
- А) 2 средних медицинских работника (фельдшера);
 - Б) 1 врач и 1 средний медицинский работник;

В) 1 врач и 2 средних медицинских работника;

Г) 2 врача и 2 средних медицинских работника;

95. Антидотами фосфорорганических отравляющих веществ являются

А) Антициан, амилнитрит, натрия тиосульфат, глюкоза;

Б) Атропин, будаксим, дипираксим, пеликсим;

В) Аминостигмин, физостигмин, галантамин;

Г) Унитиол.

96. Антидотами для цианидов являются

А) Антициан, амилнитрит, натрия тиосульфат, глюкоза;

Б) Атропин, будаксим, дипираксим, пеликсим;

В) Аминостигмин, физостигмин, галантамин;

Г) Унитиол.

97. При отравлении люизитом и другими мышьяк содержащими ядами в качестве антидота используется

А) Глюкоза;

Б) Атропин;

В) Аминостигмин;

Г) Унитиол.

98. При отравлении ВЗ применяется

А) Антициан, амилнитрит, натрия тиосульфат, глюкоза;

Б) Атропин, будаксим, дипираксим, пеликсим;

В) Аминостигмин, физостигмин, галантамин;

Г) Унитиол.

99. В аптечке индивидуальной в четырехгранном пенале без окраски для экстренной неспецифической профилактики инфекционных заболеваний предусмотрен антибиотик

А) Эритромицин;

Б) Доксициклин;

В) Ампициллин;

Г) Никакой лекарственный препарат не предусмотрен.

100. В аптечке индивидуальной в круглом пенале голубого цвета находится противорвотное средство

А) Промедол;

Б) Будаксим;

В) Этаперазин;

Г) Отсутствует, т.к. не предусмотрен.

Вопросы для устного опроса:

1. Психотравмирующие факторы чрезвычайных ситуаций

2. Особенности поведенческих реакций личности в чрезвычайных ситуациях.

3. Особенности развития нервно-психических расстройств у населения и спасателей в чрезвычайных ситуациях различного характера.

4. Медико-психологическая защита населения и спасателей.

5. Основы организации медико-санитарного обеспечения населения при террористических актах и локальных вооруженных конфликтах.

6. Специальные формирования здравоохранения.

7. Мобилизационные ресурсы.

8. Права и обязанности медицинского персонала в Вооруженных конфликтах.

9. Основные черты вооруженных конфликтов конца XX – начала XXI вв.

10. Виды военных конфликтов и их основные характеристики.

11. Характеристика современных видов оружия и их поражающих факторов.

Тема доклада:

1. Медико-психологическая защита населения и лиц, участвующих в его спасении при чрезвычайных ситуациях.

2. Особенности медико-санитарного обеспечения при террористических актах.

Проблемно-ситуационные задачи:

Задача 1: После землетрясения, рядом с очагом спасатели обнаружили пострадавшего. Объективно: резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи, отсутствие реакции на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения), «застывание» в определенной позе, оцепенение, состояние полной неподвижности. Оцените состояние пострадавшего. Окажите первую психологическую помощь.

Задача 2: Гражданка Н. стала свидетельницей происшествия (боевого столкновения). Сильно дрожит. Оцените состояние пострадавшей. Окажите первую психологическую помощь.

Задача 3: Внимательно рассмотрите схему организации лечебно-эвакуационных мероприятий в районе террористического акта (г. Беслан, 2004 г.). 1. Подготовите краткий доклад об организации ЛЭМ при этом теракте; 2. укажите этапы эвакуации, эвакуационные направления, пути эвакуации; 3. перечислите привлекаемые силы и средства, виды и объемы медицинской помощи, которые оказывались на разных этапах; 4. укажите особенности ЛЭМ при этом террористическом акте.

Тема 7 Медицинская защита населения и спасателей в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости *тестирование, устный опрос, доклад, решение проблемно-ситуационных задач.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Тестовые задания

1. Химическая разведка это:

а) сбор сведений о радиационной обстановке

б) сбор сведений о химической обстановке

в) сбор сведений о эпидемиологической обстановке

г) сбор сведений о радиационной и химической обстановке

д) сбор сведений о радиационной и эпидемиологической обстановке

2. Цель химической разведки это:

а) оповещение химической службы о возникновении очага

б) оповещение медицинской службы о возникновении очага

в) оповещение службы материально-технического обеспечения

г) оповещение командиров и штабов о возникновении очага

д) оповещение руководителей отделов ГО о возникновении очага химического заражения

3. Задачами химической разведки являются:

а) сбор сведений о химической и радиационной обстановке

б) своевременное обнаружение ОВ или АОХВ и подача сигнала о заражении

в) определение границ зараженной территории и обозначение их знаками ограждения

г) определение вида ОВ и времени определения

д) определение количества ОВ или АОХВ

4. Задачами химической разведки являются:

а) сбор сведений о химической и радиационной обстановке

б) проведение контроля за химическим очагом заражения

в) проведение индикации РВ на объектах

г) проведение индикации ОВ или АОХВ на объектах

д) взятие проб и отправке их лабораторию

5. Кто организует химическую разведку?

а) медицинская служба

б) химическая служба

в) служба оповещения и связи

- г) руководитель объекта
д) командир войсковой части
6. Химическую разведку непосредственно проводит:
- а) медицинская служба
б) химическая служба
в) продовольственная служба
г) служба оповещения и связи
- д) руководитель объекта, командир войсковой части
7. Где проводит химическую разведку медицинская служба?
- а) непосредственно в очаге
б) на границе очага
в) в местах своего расположения
г) на путях эвакуации
д) в ранах, промывных водах, рвотных массах
8. В медицинской службе химическую разведку непосредственно проводит:
- а) санинструктор
б) санинструктор дезинфектор
в) специальный обученный человек
г) врач лаборант
д) лаборант биохимик
9. Индикация ОВ и АОХВ это:
- а) определение ОВ, АОХВ на местности
б) определение ОВ на различных средах
в) определение АОХВ на различных средах
г) определение ОВ и РВ на различных средах
д) определение АОХВ и БС на различных средах
10. Какие методы индикации ОВ и АОХВ Вы знаете?
- а) органолептические
б) биологический
в) биохимический
г) химический
д) физический
11. Органолептический метод индикации ОВ это:
- а) определение ОВ органами зрения
б) определение ОВ органами слуха
в) определение ОВ органами обоняния
г) определение ОВ кожными покровами
д) определение ОВ на ощупь
12. Физический метод индикации ОВ это:
- а) определение ОВ на ощупь
б) определение ОВ по запаху
в) определение ОВ по температуре кипения
г) определение ОВ по температуре замерзания
д) определение ОВ по плотности к воде и воздуху
13. Химический метод индикации ОВ это:
- а) определение ОВ на ощупь
б) определение ОВ по запаху
в) определение ОВ по реакции с химическими реактивами
г) определение ОВ по реакции с ферментами
д) определение ОВ по плотности к воде и воздуху
14. Биохимический метод индикации ОВ это:
- а) определение ОВ на ощупь
б) определение ОВ по запаху
в) определение ОВ по реакции с химическими реактивами
г) определение ОВ по реакции с ферментами
д) определение ОВ по плотности к воде и воздуху
15. Биологический метод индикации ОВ это:
- а) определение ОВ на ощупь
б) определение ОВ по запаху
в) определение ОВ по реакции с химическими реактивами
г) определение ОВ по реакции с ферментами
д) определение ОВ по клинике поражения при заражении животных
16. Медицинская служба проводит индикацию ОВ:
- а) в воздухе
б) в воде
в) в пищевых продуктах
г) медицинского имущества, медикаментах
д) ранах, промывных водах. Рвотных массах
17. Укажите, какие приборы предназначены для индикации ОВ и АОХВ:
- а) ДП-5 (А, Б, В) ДП-64
б) ИД-1, ИД-11
в) ГСА-12, ГСП-11, АП-1
г) ПХР, ВПХР, МПХР
д) ПХР-МВ, МПХЛ
18. ПХР-МВ предназначен:
- а) для определения РВ в воздухе и на различных предметах
б) для определения ОВ в воздухе и на различных предметах
в) для определения ОВ в воде
г) для определения РВ в фураже
д) для определения ОВ в фураже
19. Укажите возможность прибора ПХР-МВ:
- а) 100-120 анализов
б) 25-30 анализов на известное ОВ
в) 5 анализов на неизвестное ОВ
г) в воздухе и на предметах 10-15 анализов
д) в воде 10 анализов
20. прибор МПХР предназначен:
- а) для определения РВ в воздухе и на различных предметах
б) для определения ОВ в воздухе и на различных предметах
в) для определения ОВ в воде

- г) для определения ОВ в фураже и сыпучих продуктах
д) для взятия проб при подозрении на БС
21. Укажите возможности прибора МПХР:
- а) 100-120 анализов
 - б) 25-30 анализов на известное ОВ
 - в) 5 анализов на неизвестное ОВ
 - г) в воздухе и на предметах 10-15 анализов
 - д) в воде 10 анализов
22. Прибор ВПХР предназначен:
- а) для определения РВ в воздухе и на различных предметах
 - б) для определения ОВ в воздухе
 - в) для определения ОВ на местности
 - г) для определения ОВ на технике
 - д) для определения ОВ в воде
23. Укажите возможности прибора ВПХР:
- а) 100-120 анализов
 - б) 25-30 анализов на известное ОВ
 - в) 5 анализов на неизвестное ОВ
 - г) 10 анализов
 - д) 10 анализов в воде
24. Прибор МПХЛ предназначен:
- а) для определения РВ в воздухе и на различных предметах
 - б) для определения ОВ в воде, продуктах, фураже
 - в) для определения ОВ на технике, на местности
 - г) для определения ОВ медикаментов, перевязочного материала и санитарного имущества
 - д) для качественного определения неорганических ядов в воде
25. Прибор МПХЛ предназначен:
- а) для определения РВ в воздухе и на различных предметах
 - б) для определения РВ на медикаментах, медико-санитарного оборудования
 - в) для качественного определения антихолинэстеразных ядов в воде
 - г) для количественного определения антихолинэстеразных ядов в воде
 - д) для количественного определения ОВ в пробах воды
26. Прибор МПХЛ предназначен:
- а) для определения ОВ на технике, на местности
 - б) для установления полноты дегазации техники
 - в) для установления полноты дегазации воды, продуктов, фуража
 - г) для установления полноты дегазации перевязочного материала, медикаментов, медицинского и санитарно-технического имущества
 - д) для установления зараженности продуктов, фуража неизвестными ОВ путем проведения биологических проб
27. Укажите возможности прибора МПХЛ:
- а) 100-120 анализов
 - б) 120 различных анализов
 - в) 25-30 анализов на известные ОВ
 - г) 5 анализов на неизвестные ОВ
 - д) 10 анализов
28. Газосигнализатор ГСА-12 предназначен:
- а) для определения РВ в воздухе и на местности
 - б) для определения ОВ на технике
 - в) для определения паров ОВ в воздухе
 - г) для определения ОВ в воде
 - д) для определения ОВ в фураже и сыпучих продуктах
29. Индикаторная пленка АП-1 предназначена:
- а) для определения ОВ в воздухе и на технике
 - б) для определения ОВ на технике
 - в) для определения ФОВ в воздухе
 - г) для определения ФОВ в воздухе, на обмундировании и технике в момент оседания ОВ
 - д) для определения всех видов ОВ в воздухе, на обмундировании и технике, в момент оседания их
30. Для определения ФОВ в воздухе используется:
- а) индикаторная трубка с тремя зелеными кольцами
 - б) индикаторная трубка с одним желтым кольцом
 - в) индикаторная трубка с двумя желтыми кольцами
 - г) индикаторная трубка с тремя желтыми кольцами
 - д) индикаторная трубка с одним красным кольцом и точкой
31. Для определения ипритов в воздухе используются индикаторные трубки, имеющие маркировку:
- а) с тремя зелеными кольцами
 - б) с одним желтым кольцом
 - в) с двумя желтыми кольцами
 - г) с тремя желтыми кольцами
 - д) с двумя черными кольцами
32. Для определения люизита в воздухе используются индикаторные трубки, имеющие маркировку:
- а) с тремя зелеными кольцами
 - б) с одним желтым кольцом
 - в) с двумя желтыми кольцами
 - г) с тремя желтыми кольцами
 - д) с одним красным кольцом и точкой
33. Для определения фосгена, дифосгена, хлора, хлорциана и синильной кислоты используются индикаторные трубки, имеющие маркировку:
- а) с тремя зелеными кольцами
 - б) с одним желтым кольцом
 - в) с двумя желтыми кольцами
 - г) с тремя желтыми кольцами
 - д) с двумя черными кольцами
34. Для определения мышьяковых соединений, в том числе и люизита используются индикаторные трубки, имеющие маркировку:
- а) с тремя зелеными кольцами
 - б) с одним желтым кольцом
 - в) с двумя желтыми кольцами
 - г) с тремя желтыми кольцами
 - д) с двумя черными кольцами
35. Для чего предназначена пробирка Дрекслея?
- а) для определения ипритов
 - б) для определения люизита
 - в) для определения ФОВ

- г) для определения солей тяжелых металлов
д) для определения ОВ раздражающего действия
36. Для определения ОВ раздражающего действия используются индикаторные трубки, имеющие маркировку:
- а) с тремя белыми кольцами
 - б) с двумя белыми кольцами
 - в) с одним белым кольцом
 - г) с тремя зелеными кольцами
 - д) с одним красным кольцом и точкой
37. В случае применения ОВ и при хорошей противохимической защите общие санитарные потери могут составить:
- а) 60-70%
 - б) 50-60%
 - в) 40-50%
 - г) 30-40%
 - д) 20-30%
38. Из числа общих санитарных потерь можно ожидать поражения тяжелой степени тяжести:
- а) 60-70%
 - б) 50-60%
 - в) 40-50%
 - г) 30-40%
 - д) 20-30%
39. Из числа общих санитарных потерь можно ожидать поражения средней степени тяжести:
- а) 40-50%
 - б) 30-35%
 - в) 25-30%
 - г) 20-25%
 - д) 10-20%
40. Из общего числа санитарных потерь можно ожидать поражения в легкой степени:
- а) 40-50%
 - б) 30-35%
 - в) 25-30%
 - г) 20-25%
 - д) 10-20%
41. На основании каких данных производится оценка химической обстановки?
- а) данных радиационной разведки
 - б) данных эпидемиологической разведки
 - в) данных медицинской разведки
 - г) данных химической разведки
 - д) данных службы оповещения и связи
42. Какие данные необходимы для оценки химической обстановки?
- а) возможные санитарные потери
 - б) стойкость и вид ОВ в очаге
 - в) примерную глубину распространения очага
 - г) ориентированные данные координата района заражения
 - д) способ, средства и масштабы применения ОВ
43. Для чего необходима мед службе оценка химической обстановки?
- а) расчета сил и средств для ликвидации очага
 - б) расчета сил и средств медицинской службе для оказания медицинской помощи
 - в) расчета сил и средств для проведения эвакуации
 - г) расчета сил и средств медицинской службы для эвакуации
 - д) расчета сил и средств медицинской службы для оказания медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации
44. Прибор МПХЛ предназначен:
- а) для определения РВ в воздухе и на различных предметах
 - б) для определения РВ на медикаментах, медико-санитарного оборудования
 - в) для качественного определения антихолинэстеразных ядов в воде
 - г) для количественного определения антихолинэстеразных ядов в воде
 - д) для количественного определения ОВ в пробах воды
45. ПХР-МВ предназначен:
- а) для определения РВ в воздухе и на различных предметах
 - б) для определения ОВ в воздухе и на различных предметах
 - в) для определения ОВ в воде
 - г) для определения РВ в фураже
 - д) для определения ОВ в фураже
46. Укажите возможность прибора ПХР-МВ:
- а) 100-120 анализов
 - б) 25-30 анализов на известное ОВ
 - в) 5 анализов на неизвестное ОВ
 - г) в воздухе и на предметах 10-15 анализов
 - д) в воде 10 анализов
47. Задачами химической разведки являются:
- а) сбор сведений о химической и радиационной обстановке
 - б) своевременное обнаружение ОВ или АОХВ и подача сигнала о заражении
 - в) определение границ зараженной территории и обозначение их знаками ограждения
 - г) определение вида ОВ и времени определения
 - д) определение количества ОВ или АОХВ
48. Задачами химической разведки являются:
- а) сбор сведений о химической и радиационной обстановке
 - б) проведение контроля за химическим очагом заражения
 - в) проведение индикации РВ на объектах
 - г) проведение индикации ОВ или АОХВ на объектах
 - д) взятие проб и отправка их лаборатории
49. Кто организует химическую разведку?
- а) медицинская служба
 - б) химическая служба
 - в) служба оповещения и связи
 - г) руководитель объекта
 - д) командир войсковой части
50. Химическую разведку непосредственно проводит:
- а) медицинская служба
 - б) химическая служба
 - в) продовольственная служба

г) служба оповещения и связи

д) руководитель объекта, командир войсковой части

51. Мероприятия по удалению и обезвреживанию ОВТВ называются

А) Дезактивация;

Б) Дегазация;

В) Дезинфекция;

Г) Дератизация.

52. Мероприятия по удалению и обезвреживанию РВ называются

А) Дезактивация;

Б) Дегазация;

В) Дезинфекция;

Г) Дератизация.

53. Мероприятия по удалению и обезвреживанию биологических средств называются

А) Дезактивация;

Б) Дегазация;

В) Дезинфекция;

Г) Дератизация.

54. Специальная обработка на этапах медицинской эвакуации осуществляется

А) Временно назначенным медицинским персоналом;

Б) 4 – 5 санитарными инструкторами из приемно-сортировочного отделения;

В) Взводом радиационной и химической разведки;

Г) В порядке само- и взаимопомощи.

55. ПМГ ВЦМК «Защита» в зоне ЧС для госпитализации нетранспортабельных больных может развернуть

А) До 100 коек;

Б) До 150 коек;

В) До 200 коек;

Г) До 250 коек.

56. Индивидуальный противохимический пакет ИПП – 8 представляет собой

А) Плоскую герметичную упаковку из ламинированной фольги размерами 9х13 см. В ней находятся 4 тампона, пропитанные полидегазирующей рецептурой;

Б) Стекланный флакон со 135 мл полидегазирующей рецептуры, упакованной с 4 ватно-марлевыми тампонами в герметически заваренном полиэтиленовом мешке;

В) Герметически закрытый алюминиевый баллон с полидегазирующей рецептурой РД – А, полиэтиленовой насадкой – щеткой и пробкой – пробойником;

Г) Дегазирующий пакет силикагелевый, содержимое которого позволяет значительно снизить опасность вторичных ингаляционных поражений за счет активной сорбции ОВТВ с поверхности различных материалов.

57. Индивидуальный противохимический пакет ИПП – 11 представляет собой

А) Плоскую герметичную упаковку из ламинированной фольги размерами 9х13 см. В ней находятся 4 тампона, пропитанные полидегазирующей рецептурой;

Б) Стекланный флакон со 135 мл полидегазирующей рецептуры, упакованной с 4 ватно-марлевыми тампонами в герметически заваренном полиэтиленовом мешке;

В) Герметически закрытый алюминиевый баллон с полидегазирующей рецептурой РД – А, полиэтиленовой насадкой – щеткой и пробкой – пробойником;

Г) Дегазирующий пакет силикагелевый, содержимое которого позволяет значительно снизить опасность вторичных ингаляционных поражений за счет активной сорбции ОВТВ с поверхности различных материалов.

58. Индивидуальный дегазационный пакет ИДП – 1 представляет собой

А) Плоскую герметичную упаковку из ламинированной фольги размерами 9х13 см. В ней находятся 4 тампона, пропитанные полидегазирующей рецептурой;

Б) Стекланный флакон со 135 мл полидегазирующей рецептуры, упакованной с 4 ватно-марлевыми тампонами в герметически заваренном полиэтиленовом мешке;

В) Герметически закрытый алюминиевый баллон с полидегазирующей рецептурой РД – А, полиэтиленовой насадкой – щеткой и пробкой – пробойником;

Г) Дегазирующий пакет силикагелевый, содержимое которого позволяет значительно снизить опасность вторичных ингаляционных поражений за счет активной сорбции ОВТВ с поверхности различных материалов.

59. Медицинское и санитарно-эпидемиологическое обеспечение пострадавшего населения в зоне ЧС включает мероприятия

А) Оказание медицинской помощи;

Б) Эвакуацию пораженных для стационарного лечения в ЛПУ;

В) Выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

Г) и А и Б и В.

60. Защита населения в ЧС в Российской Федерации определена

А) Конституцией Российской Федерации;

Б) Федеральным Законом «Об обороне»;

В) Федеральным Законом «О защите населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера»;

Г) Федеральным Законом «О воинской обязанности и военной службе».

61. Граждане Российской Федерации имеют следующие права:

А) За защиту жизни, здоровья, личного имущества;

Б) На использование имеющихся средств коллективной и индивидуальной защиты;

В) На информацию о возможном риске и мерах необходимой безопасности в ЧС;

Г) и А и Б и В.

62. Для обеспечения своевременного и надежного оповещения населения в ЧС мирного и военного времени и условиях войны установлен сигнал

А) «Воздух!»;

Б) «Тревога!»;

В) «Внимание всем!»

Г) «Все в укрытие!».

63. Основным источником формирования медицинской группировки сил и средств ГО и ВСМК является

А) МЧС России;

Б) Министерство обороны России;

В) Министерство здравоохранения России;

Г) и А и Б и В.

64. Для лечебно-эвакуационного обеспечения пораженного населения принята

А) Одноэтапная система ЛЭО пораженных;

Б) Двухэтапная система ЛЭО пораженных;

В) Трехэтапная система ЛЭО пораженных;

Г) Многоэтапная система ЛЭО пораженных.

65. У медицинского персонала ВСМК имеется статус

А) Военнослужащих ВС РФ;

Б) Военнослужащих Росгвардии;

В) Спасателей;

Г) Реаниматологов.

66. ПМГ ВЦМК «Защита» при полном развертывании может за сутки принять

А) До 150 пораженных;

Б) До 250 пораженных;

В) До 350 пораженных;

Г) До 450 пораженных.

67. В зависимости от времени и сроков проведения эвакуация может быть

А) Срочная;

Б) Несрочная;

В) Упреждающая;

Г) Постепенная.

68. В зависимости от характера ЧС и численности населения, подлежащего перемещению из опасной зоны, не может быть эвакуации
- А) Локальной;
 - Б) Местной;
 - В) Региональной;
 - Г) Всеобщей.
69. На период проведения эвакуационных мероприятий на маршрутах эвакуации развертывают
- А) Санитарные посты;
 - Б) Фельдшерско-акушерские посты;
 - В) Медицинские пункты;
 - Г) Санитарно-эпидемиологические отряды.
70. В местах размещения эвакуируемого населения медико-санитарное обеспечение населения осуществляется исходя из следующих расчетов: в военное время на участке с населением 2500 человек
- А) 2 средних медицинских работника (фельдшера);
 - Б) 1 врач и 1 средний медицинский работник;
 - В) 1 врач и 2 средних медицинских работника;
 - Г) 2 врача и 2 средних медицинских работника;
71. В поликлинике в военное время на 100 больных
- А) 2 средних медицинских работника (фельдшера);
 - Б) 1 врач и 1 средний медицинский работник;
 - В) 1 врач и 2 средних медицинских работника;
 - Г) 2 врача и 2 средних медицинских работника;
72. Антидотами фосфорорганических отравляющих веществ являются
- А) Антициан, амилнитрит, натрия тиосульфат, глюкоза;
 - Б) Атропин, будаксим, дипираксим, пеликсим;
 - В) Аминостигмин, физостигмин, галантамин;
 - Г) Унитиол.
73. Антидотами для цианидов являются
- А) Антициан, амилнитрит, натрия тиосульфат, глюкоза;
 - Б) Атропин, будаксим, дипираксим, пеликсим;
 - В) Аминостигмин, физостигмин, галантамин;
 - Г) Унитиол.
74. При отравлении лизоцитом и другими мышьяк содержащими ядами в качестве антидота используется
- А) Глюкоза;
 - Б) Атропин;
 - В) Аминостигмин;
 - Г) Унитиол.
75. В аптечке индивидуальной в круглом пенале голубого цвета находится противорвотное средство
- А) Промедол;
 - Б) Будаксим;
 - В) Этаперазин;
 - Г) Отсутствует, т.к. не предусмотрен.
76. Защита населения в ЧС в Российской Федерации определена
- А) Конституцией Российской Федерации;
 - Б) Федеральным Законом «Об обороне»;
 - В) Федеральным Законом «О защите населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера»;
 - Г) Федеральным Законом «О воинской обязанности и военной службе».
77. ПМГ ВЦМК «Защита» в зоне ЧС для госпитализации нетранспортабельных больных может развернуть
- А) До 100 коек;
 - Б) До 150 коек;
 - В) До 200 коек;
 - Г) До 250 коек.
78. Граждане Российской Федерации имеют следующие права:
- А) За защиту жизни, здоровья, личного имущества;
 - Б) На использование имеющихся средств коллективной и индивидуальной защиты;
 - В) На информацию о возможном риске и мерах необходимой безопасности в ЧС;
 - Г) и А и Б и В.
79. Медицинское и санитарно-эпидемиологическое обеспечение пострадавшего населения в зоне ЧС включает мероприятия
- А) Оказание медицинской помощи;
 - Б) Эвакуацию пораженных для стационарного лечения в ЛПУ;
 - В) Выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
 - Г) и А и Б и В.
80. Для обеспечения своевременного и надежного оповещения населения в ЧС мирного и военного времени и условиях войны установлен сигнал
- А) «Воздух!»;
 - Б) «Тревога!»;
 - В) «Внимание всем!»
 - Г) «Все в укрытие!».
81. Индивидуальный противохимический пакет ИПП – 8 представляет собой
- А) Плоскую герметичную упаковку из ламинированной фольги размерами 9x13 см. В ней находятся 4 тампона, пропитанные полидегазирующей рецептурой;
 - Б) Стекланный флакон со 135 мл полидегазирующей рецептуры, упакованной с 4 ватно-марлевыми тампонами в герметически заваренном полиэтиленовом мешке;
 - В) Герметически закрытый алюминиевый баллон с полидегазирующей рецептурой РД – А, полиэтиленовой насадкой – щеткой и пробкой – пробойником;
 - Г) Дегазирующий пакет силикагелевый, содержимое которого позволяет значительно снизить опасность вторичных ингаляционных поражений за счет активной сорбции ОВТВ с поверхности различных материалов.
82. Индивидуальный противохимический пакет ИПП – 11 представляет собой
- А) Плоскую герметичную упаковку из ламинированной фольги размерами 9x13 см. В ней находятся 4 тампона, пропитанные полидегазирующей рецептурой;
 - Б) Стекланный флакон со 135 мл полидегазирующей рецептуры, упакованной с 4 ватно-марлевыми тампонами в герметически заваренном полиэтиленовом мешке;
 - В) Герметически закрытый алюминиевый баллон с полидегазирующей рецептурой РД – А, полиэтиленовой насадкой – щеткой и пробкой – пробойником;
 - Г) Дегазирующий пакет силикагелевый, содержимое которого позволяет значительно снизить опасность вторичных ингаляционных поражений за счет активной сорбции ОВТВ с поверхности различных материалов.
83. Индивидуальный дегазационный пакет ИДП – 1 представляет собой
- А) Плоскую герметичную упаковку из ламинированной фольги размерами 9x13 см. В ней находятся 4 тампона, пропитанные полидегазирующей рецептурой;
 - Б) Стекланный флакон со 135 мл полидегазирующей рецептуры, упакованной с 4 ватно-марлевыми тампонами в герметически заваренном полиэтиленовом мешке;
 - В) Герметически закрытый алюминиевый баллон с полидегазирующей рецептурой РД – А, полиэтиленовой насадкой – щеткой и пробкой – пробойником;
 - Г) Дегазирующий пакет силикагелевый, содержимое которого позволяет значительно снизить опасность вторичных ингаляционных поражений за счет активной сорбции ОВТВ с поверхности различных материалов.
84. Мероприятия по удалению и обезвреживанию ОВТВ называются
- А) Дезактивация;
 - Б) Дегазация;
 - В) Дезинфекция;
 - Г) Дератизация.
85. Мероприятия по удалению и обезвреживанию РВ называются

- А) Дезактивация;
- Б) Дегазация;
- В) Дезинфекция;
- Г) Дератизация.

86. Мероприятия по удалению и обезвреживанию биологических средств называются

- А) Дезактивация;
- Б) Дегазация;
- В) Дезинфекция;
- Г) Дератизация.

87. Специальная обработка на этапах медицинской эвакуации осуществляется

- А) Временно назначенным медицинским персоналом;
- Б) 4 – 5 санитарными инструкторами из приемно-сортировочного отделения;
- В) Взводом радиационной и химической разведки;
- Г) В порядке само- и взаимопомощи.

88. Основным источником формирования медицинской группировки сил и средств ГО и ВСМК является

- А) МЧС России;
- Б) Министерство обороны России;
- В) Министерство здравоохранения России;
- Г) и А и Б и В.

89. Для лечебно-эвакуационного обеспечения пораженного населения принята

- А) Одноэтапная система ЛЭО пораженных;
- Б) Двухэтапная система ЛЭО пораженных;
- В) Трехэтапная система ЛЭО пораженных;
- Г) Многоэтапная система ЛЭО пораженных.

90. У медицинского персонала ВСМК имеется статус

- А) Военнослужащих ВС РФ;
- Б) Военнослужащих Росгвардии;
- В) Спасателей;
- Г) Реаниматологов.

91. В поликлинике в военное время на 100 больных

- А) 2 средних медицинских работника (фельдшера);
- Б) 1 врач и 1 средний медицинский работник;
- В) 1 врач и 2 средних медицинских работника;
- Г) 2 врача и 2 средних медицинских работника;

92. Антидотами фосфорорганических отравляющих веществ являются

- А) Антициан, амилнитрит, натрия тиосульфат, глюкоза;
- Б) Атропин, будаксим, дипираксим, пеликсим;
- В) Аминостигмин, физостигмин, галантамин;
- Г) Унитиол.

93. Антидотами для цианидов являются

- А) Антициан, амилнитрит, натрия тиосульфат, глюкоза;
- Б) Атропин, будаксим, дипираксим, пеликсим;
- В) Аминостигмин, физостигмин, галантамин;
- Г) Унитиол.

94. ПМГ ВЦМК «Защита» при полном развертывании может за сутки принять

- А) До 150 пораженных;
- Б) До 250 пораженных;
- В) До 350 пораженных;
- Г) До 450 пораженных.

95. В зависимости от времени и сроков проведения эвакуация может быть

- А) Срочная;
- Б) Несрочная;
- В) Упреждающая;
- Г) Постепенная.

96. В зависимости от характера ЧС и численности населения, подлежащего перемещению из опасной зоны, не может быть эвакуации

- А) Локальной;
- Б) Местной;
- В) Региональной;
- Г) Всеобщей.

97. На период проведения эвакуационных мероприятий на маршрутах эвакуации развертывают

- А) Санитарные посты;
- Б) Feldшеско-акушерские посты;
- В) Медицинские пункты;
- Г) Санитарно-эпидемиологические отряды.

98. В местах размещения эвакуируемого населения медико-санитарное обеспечение населения осуществляется исходя из следующих расчетов: в военное время на участке с населением 2500 человек

- А) 2 средних медицинских работника (фельдшера);
- Б) 1 врач и 1 средний медицинский работник;
- В) 1 врач и 2 средних медицинских работника;
- Г) 2 врача и 2 средних медицинских работника;

99. При отравлении люизитом и другими мышьяк содержащими ядами в качестве антидота используется

- А) Глюкоза;
- Б) Атропин;
- В) Аминостигмин;
- Г) Унитиол.

100. В аптечке индивидуальной в круглом пенале голубого цвета находится противорвотное средство

- А) Промедол;
- Б) Будаксим;
- В) Этаперазин;
- Г) Отсутствует, т.к. не предусмотрен.

Вопросы для устного опроса

1. Средства и методы радиационной разведки и контроля.
 2. Средства и методы химической разведки и контроля.
 3. Организация и проведение радиационной и химической разведки.
 4. Организация и проведение контроля доз облучения личного состава, раненых и больных на этапах медицинской эвакуации.
 5. Организация и проведение экспертизы воды и продовольствия на зараженность отравляющими, высокотоксичными радиоактивными веществами.
 6. Частичная специальная обработка.
 7. Организация и проведение частичной специальной обработки.
 8. Полная специальная обработка. Организация работы отделения специальной обработки.
- Тема для доклада

1. Химическая разведка

2. Обеспечение армии в годы Великой отечественной войны.

Тексты ситуационных задач (типовые)

Задача 1: Расскажите назначение, устройство и порядок работы приборов, предназначенных для проведения индикации токсичных химических веществ: ВПХР - войсковой прибор химической разведки, МПХР - медицинский прибор химической разведки, ПХР-МВ - прибор химической разведки медицинской и ветеринарной служб

Задача 2: Расскажите примерный план развертывания площадки санитарной обработки.

Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.

Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов
	Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов.
решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
доклад	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы слушателей.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы слушателей.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы слушателей.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

3.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме зачета по зачетным билетам, содержащим два теоретических вопроса (в устной форме) и один практический вопрос (решение проблемно-ситуационной задачи).

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации.

Зачтено. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов > 70 %).

Не зачтено. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <20 %).

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Чрезвычайные ситуации: основные понятия, определения, классификация, медико-санитарные последствия. Поражающие факторы чрезвычайных ситуаций.
2. Единая государственная система предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (РСЧС). Организационная структура, задачи и режимы функционирования РСЧС.
3. Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК): определение, уровни организации, основные элементы.
4. Органы управления Всероссийской службой медицины катастроф. Основные задачи и подразделения Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» Минздрава России.
5. Учреждения и формирования службы медицины катастроф Минздрава. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита»: задачи, организационная структура.
6. Учреждения и формирования службы медицины катастроф Минобороны. Медицинский отряд специального назначения (МОСН): задачи, организационная структура.
7. Режимы функционирования Всероссийской службы медицины катастроф.
8. Сущность современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях. Виды и объем медицинской помощи.
9. Понятие об этапе медицинской эвакуации: определение, задачи, принципиальная схема развертывания.
10. Медицинская сортировка на этапах медицинской эвакуации. Виды медицинской сортировки. Сортировочные признаки. Сортировочные группы.
11. Особенности организации оказания медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях.
12. Подготовка и организация работы лечебно-профилактических учреждений в чрезвычайных ситуациях.
13. Эвакуация лечебно-профилактических учреждений. Группы больных по эвакуационному признаку.

14. Медико-тактическая характеристика очагов землетрясений. Особенности лечебно-эвакуационного обеспечения населения при ликвидации землетрясений.
15. Медико-тактическая характеристика очагов ЧС природного характера (наводнений, ураганов, селей). Особенности лечебно-эвакуационного обеспечения населения при ликвидации ЧС природного характера.
16. Медико-санитарное обеспечение населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций дорожно-транспортного характера.
17. Медико-санитарное обеспечение населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций взрыво- и пожароопасного характера.
18. Медико-тактическая характеристика очагов радиационных аварий. Особенности лечебно-эвакуационного обеспечения населения при радиационных авариях.
19. Медико-тактическая характеристика очагов поражения ОВ и АОХВ. Особенности лечебно-эвакуационного обеспечения населения при авариях, сопровождающихся выбросом АОХВ.
20. Виды и содержание санитарно-противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях.
21. Характеристика эпидемического очага. Понятие об обсервации и карантине. Основные мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию эпидемических очагов.
22. Сеть наблюдения и лабораторного контроля в ЧС. Цели и задачи учреждений и формирований функциональной подсистемы надзора за санитарно-эпидемиологической обстановкой в системе РСЧС.
23. Организация медицинского обеспечения населения при террористических актах и локальных вооруженных конфликтах.
24. Характеристика и поражающие факторы ядерного взрыва. Медико-тактическая характеристика очагов ядерного поражения. Особенности организации оказания медицинской помощи в очаге ядерного поражения.
25. Характеристика и классификация химического оружия. Медико-тактическая характеристика очагов химического поражения. Особенности организации оказания медицинской помощи в очаге химического поражения.
26. Характеристика бактериологического (биологического) оружия. Особенности организации оказания медицинской помощи в очаге бактериологического (биологического) поражения.
27. Психотравмирующие факторы чрезвычайных ситуаций. Патологические и непатологические формы психических расстройств. Паника в ЧС: особенности развития и способы борьбы с ней.
28. Организация медико-психологической помощи населению, медицинским работникам и спасателям в чрезвычайных ситуациях.
29. Характеристика и классификация медицинского имущества. Понятие о комплекте и наборе медицинского имущества.
30. Организация медицинского снабжения учреждений и формирований ВСМК в чрезвычайных ситуациях.
31. Предмет, содержание и задачи токсикологии отравляющих веществ (ОВ) и аварийно опасных химических веществ (АОХВ).
32. Физико-химические и токсические свойства веществ раздражающего действия (хлорацетофенон, адамсит). Механизм действия и патогенез интоксикации. Клиника поражения. Антидотная и симптоматическая терапия.
33. Вещества пультонотоксического действия. Механизм действия и патогенез интоксикации. Клиника поражения. Патогенетическая и симптоматическая терапия.
34. Механизм токсического действия параквата, патогенез интоксикации. Клиника поражения. Первая помощь и принципы лечения.
35. Физико-химические и токсические свойства оксида углерода. Механизм действия и патогенез интоксикации. Первая помощь, антидотная и симптоматическая терапия.
36. Физико-химические и токсические свойства синильной кислоты. Механизм действия и патогенез интоксикации. Клиника поражения. Антидотная и симптоматическая терапия.
37. Физико-химические и токсические свойства ипритов. Механизм действия и патогенез интоксикации. Клиника поражения ипритом и особенности ее проявления при различных путях поступления в организм. Патогенетическая и симптоматическая терапия.
38. Физико-химические и токсические свойства лонизита. Механизм токсического действия и патогенез интоксикации. Клиника поражения. Антидотная и симптоматическая терапия.
39. Дифференциальная диагностика при поражении ипритом и лонизитом. Антидотная и симптоматическая терапия.
40. Физико-химические свойства сероводорода. Механизм действия и патогенез интоксикации. Клиника поражения. Антидотная и симптоматическая терапия.
41. Физико-химические и токсические свойства диоксида. Клиника поражения. Патогенетическая и симптоматическая терапия.
42. Механизм действия ФОС и патогенез интоксикации. Клиника поражения. Антидотная и симптоматическая терапия.
43. Принципы антидотной терапии поражений ФОС. Антидотная и симптоматическая терапия. Объем первой помощи в очаге поражения и на этапах медицинской эвакуации.
44. Физико-химические и токсические свойства диэтиламида лизергиновой кислоты. Механизм действия, патогенез интоксикации. Клиника поражения. Патогенетическая и симптоматическая терапия.
45. Физико-химические и токсические свойства Би-зет. Механизм действия и патогенез интоксикации. Клиника поражения. Антидотная и симптоматическая терапия.
46. Физико-химические и токсические свойства дихлорэтана. Механизм действия и патогенез интоксикации. Клиника поражения. Первая помощь. Патогенетическая и симптоматическая терапия.
47. Механизм действия метилового спирта. Клиника поражения. Антидотная и симптоматическая терапия.
48. Физико-химические и токсические свойства этиленгликоля. Механизм действия и патогенез интоксикации. Первая помощь, антидотная и симптоматическая терапия.
49. Лучевые поражения в результате внешнего общего облучения. Острая лучевая болезнь: общая характеристика различных клинических форм. Хроническая лучевая болезнь.
50. Остаточные явления и отдаленные последствия внешнего общего облучения. Радиационный канцерогенез.
51. Местные лучевые поражения. Лучевые дерматиты: характеристика клинических стадий и степеней тяжести. Орофарингеальный синдром.
52. Характеристика защитных сооружений. Виды, назначение и устройство различных типов защитных сооружений.
53. Медицинские средства профилактики и оказания помощи при химических и радиационных поражениях.
54. Фильтрующий противогаз: состав комплекта, принцип действия, физиолого-гигиеническая оценка. Дополнительные патроны.
55. Изолирующий противогаз: виды, состав комплекта, принцип действия, физиолого-гигиеническая оценка.
56. Средства защиты кожи. Классификация. Режим работы в защитной одежде.
57. Табельные приборы контроля радиоактивного загрязнения поверхностей различных объектов, воды, продовольствия, медицинского имущества.
58. Табельные средства измерения доз облучения, общее устройство. Правила пользования.
59. Методы определения ОВ. Технические средства химической разведки, (ВПХР, ПХР-МВ, МПХР) устройство, правила работы.
60. Специальная обработка, её назначение. Виды и методы специальной обработки. Понятие о дегазации и дезактивации, методы и способы их проведения.

Практические задания для проверки сформированных умений и навыков

Очаг	1 этап	2 этап
	ОПМ (МО)	ЛПУ (другие формирования)
Управляя автомобилем ночью, столкнулся со стоявшим грузовым автомобилем без габаритных сигналов. Почувствовал сильную боль в правом плече и вскоре потерял сознание. Правое плечо висит на кожном лоскуте. Одежда промокла кровью.	В автомобильной аварии получил травму правого плеча. Терял сознание. На плече наложен жгут (с момента наложения прошло 50 минут), асептическая повязка, иммобилизация выполнена подручными средствами. Состояние тяжелое. Бледен. Пульс 120 в минуту. Дистальный участок конечности висит на кожном лоскуте.	Доставлен санитарным автомобилем. На культю плеча наложена асептическая повязка, иммобилизация выполнена стандартной шиной. Состояние тяжелое. Пульс нитевидный. АД 60/30 мм рт. ст.
1. Назовите вид медицинской помощи. 2. Кто оказывает? 3. Какие мероприятия выполнены? 4. Какое медицинское имущество используется?	1. Назовите вид медицинской помощи. 2. Проведите внутривенную сортировку (где, в какую очередь?) 3. Кто оказывает? 4. Какие мероприятия выполнены? 5. Какая медицинская документация оформляется? 6. Какое медицинское имущество используется? 7. Проведите эвакуационно-транспортную сортировку	1. Назовите вид медицинской помощи. 2. Кто оказывает? 3. Какие мероприятия выполнены? 4. Какое медицинское имущество используется? 5. Этапы реабилитации?

Эталон ответа:

Очаг	1 этап	2 этап
	ОПМ (МО)	ЛПУ (другие формирования)
1. Первая помощь 2. Само- или взаимопомощь 3. Остановка кровотечения, наложение асептической повязки, иммобилизация 4. Жгут для остановки кровотечения, медицинский бинт, подручные средства	1. Первая медицинская помощь 2. В первую очередь 3. Медсестра, сан.инструктор 4. Ревизия кровоостанавливающего жгута, пересечение кожного лоскута, обезболивание, иммобилизация шиной 5. Первичная медицинская карта 6. АИ, ППИ, хирургический набор, шина. 7. В первую очередь в ЛПУ, в положении лежа.	1. Высококвалифицированная специализированная помощь 2. хирург, ангиохирург, нейрохирург, травматолог 3. ПХО, формирование культи с ушиванием сосудов, нервов, мышц 4. в условиях операционной с использованием наборов инструментов для выполнения операций на сосудах, нервах, конечностях. 5. в условиях хирургического отделения, затем амбулаторный, возможно санаторно-курортное лечение.

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
 «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Медицина катастроф
 направление подготовки (специальность) 31.08.34 Диетология
 дисциплина Медицина чрезвычайных ситуаций

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1

1. Учреждения и формирования службы медицины катастроф Минздрава. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита»: задачи, организационная структура.
2. Физико-химические и токсические свойства оксида углерода. Механизм действия и патогенез интоксикации. Первая помощь, антидотная и симптоматическая терапия.
3. Ситуационная задача №5

Заведующий кафедрой _____ (д.м.н., доцент Боев М.В.)

Декан факультета подготовки
 Кадров высшей квалификации _____ (к.м.н., доцент Ткаченко И.В.)

« ____ » _____ 20__

Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.
 ВПХР, МПХЛ, ДП-5А, МПХР, ДП-24, АИ-1, АИ-2, ИП-46, ИПП, ППИ, ГП.

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	УК-1	Знать характеристику очагов массового поражения и районов чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени; задачи и организационную структуру Всероссийской службы медицины катастроф; медицинские формирования и учреждения, предназначенные для оказания медицинской помощи поражённому населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени;	вопросы № 1, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 28
		Уметь организовать работу в составе формирований службы медицины катастроф	практические задания № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16.
		Владеть оценкой масштабов очагов массового поражения и районов чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени	практические задания № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16.
2	ПК-3	Знать основы законодательства Российской Федерации о санитарно-эпидемиологическом благосостоянии населения и основные официальные документы, регламентирующие противозидемическое обслуживание населения при инфекционных и паразитарных заболеваниях; Эпидемиологию инфекционных и паразитарных заболеваний, осуществление противозидемических мероприятий, защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях; Особенности организации оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях и при катастрофах в мирное и военное время.	вопросы № 29, 53, 54, 55, 56
		Уметь выполнять профилактические, гигиенические и противозидемические мероприятия; оказывать первую помощь пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях; Участвовать в организации противозидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций.	практические задания № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16.
		Владеть основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию помощи населению	практические задания № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16.

		в очагах особо опасных инфекций; основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию помощи населению при ухудшении радиационной обстановки; основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию помощи населению при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.	
3	ПК-7	Знать алгоритмы оказания первой врачебной помощи пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях. Навыки организации медицинской эвакуации.	вопросы № 8, 9, 10, 11, 16, 17, 27, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48
		Уметь оказывать первую врачебную помощь пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях. Участвовать в организации санитарно-противоэпидемической помощи населению и медицинской эвакуации в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях.	практические задания № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16.
		Владеть особенностями организации оказания медицинской помощи в при проведении массовых и спортивных мероприятий, чрезвычайных ситуациях и при катастрофах в мирное и военное время.	практические задания № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16.
4	ПК-12	Знать особенности организации оказания медицинской помощи в при проведении массовых и спортивных мероприятий, чрезвычайных ситуациях и при катастрофах в мирное и военное время; навыки организации медицинской эвакуации.	вопросы № 8, 9, 10, 11, 16, 17, 27, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48
		Уметь оказывать первую врачебную помощь пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях; Участвовать в организации санитарно-противоэпидемической помощи населению и медицинской эвакуации в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях.	практические задания № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16.
		Владеть алгоритмами оказания первой врачебной помощи пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях; Осуществление противоэпидемических мероприятий, защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях; Принципами проведения лечебно-эвакуационных мероприятий в условиях чрезвычайной ситуации, в экстремальных условиях эпидемий, в очагах массового поражения.	практические задания № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16.

6. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Патология»

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачёта.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной программе ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-6 готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Практическое занятие 1. Патофизиология и патоморфология заболеваний сердечно-сосудистой системы

Вопросы для устного опроса:

Патофизиология заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Патоморфология заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Практическое занятие 2. Патофизиология и патоморфология при заболеваниях дыхательной системы

Вопросы для устного опроса:

Патофизиология заболеваний при заболеваниях дыхательной системы.

Патоморфология заболеваний при заболеваниях дыхательной системы.

Практическое занятие 3. Патофизиология и патоморфология при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта

Вопросы для устного опроса:

Патофизиология заболеваний при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта.

Патоморфология заболеваний при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта.

Практическое занятие 4. Патофизиология и патоморфология при заболеваниях мочевыделительной системы

Вопросы для устного опроса:

Патофизиология заболеваний при заболеваниях мочевыделительной системы.

Патоморфология заболеваний при заболеваниях мочевыделительной системы.

Практическое занятие 5. Патофизиология и патоморфология при заболеваниях эндокринной системы

Вопросы для устного опроса:

Патофизиология заболеваний при заболеваниях эндокринной системы.

Патоморфология заболеваний при заболеваниях эндокринной системы.

Практическое занятие 6. Патофизиология и патоморфология при опухолевых процессах.

Вопросы для устного опроса:

Патофизиология заболеваний при опухолевых процессах.

Патоморфология заболеваний при опухолевых процессах.

Практическое занятие 7. Патофизиология и патоморфология при заболеваниях опорно-двигательной системы

Вопросы для устного опроса:

Патофизиология заболеваний при заболеваниях опорно-двигательной системы.

Патоморфология заболеваний при заболеваниях опорно-двигательной системы.

Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации

1. Воспаление, определение понятия, особенности течения процесса, характеристика и методы диагностики.
2. Лихорадка, определение понятия, особенности течения процесса, характеристика и методы диагностики.
3. Гипоксия, определение понятия, особенности течения процесса, характеристика и методы диагностики.
4. Аллергия, определение понятия, особенности течения процесса, характеристика и методы диагностики.
5. Стресс, определение понятия, особенности течения процесса, характеристика и методы диагностики.
6. Опухолевый процесс, определение понятия, особенности течения процесса, характеристика и методы диагностики.
7. Тромбоз, определение понятия, особенности течения процесса, характеристика и методы диагностики.
8. Атрофия, определение понятия, особенности течения процесса, характеристика и методы диагностики.
9. Дистрофия, определение понятия, особенности течения процесса, характеристика и методы диагностики.
10. Атеросклероз, определение понятия, особенности течения процесса, характеристика и методы диагностики.
11. Патофизиология заболеваний сердечно-сосудистой системы.
12. Патоморфология заболеваний сердечно-сосудистой системы.
13. Патофизиология заболеваний при заболеваниях дыхательной системы.
14. Патоморфология заболеваний при заболеваниях дыхательной системы.
15. Патофизиология заболеваний при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта.
16. Патоморфология заболеваний при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта
17. Патофизиология заболеваний при заболеваниях мочевыделительной системы.
18. Патоморфология заболеваний при заболеваниях мочевыделительной системы.
19. Патофизиология заболеваний при заболеваниях эндокринной системы.
20. Патоморфология заболеваний при заболеваниях эндокринной системы.
21. Патофизиология заболеваний при опухолевых процессах.
22. Патоморфология заболеваний при опухолевых процессах.
23. Патофизиология заболеваний при заболеваниях опорно-двигательной системы.
24. Патоморфология заболеваний при заболеваниях опорно-двигательной системы.

Тестовые задания для текущего контроля

Практическое занятие 1. Патофизиология и патоморфология заболеваний сердечно-сосудистой системы

В жидкости, взятой из полости перикарда у больных с туберкулезным перикардитом, преобладают:

- а) эозинофилы;
 - б) моноциты;
 - в) лимфоциты;
 - г) лейкоциты
 - д) эритроциты.
2. Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:
 - а) асистолия желудочков;
 - б) фибрилляция желудочков;
 - в) желудочковая бигимения;
 - г) атриовентрикулярная блокада II степени;
 - д) синоаурикулярная блокада II степени.
 3. Пульс tardus (замедленный), parvus (малый) характерен для:
 - а) недостаточности трехстворчатого клапана;
 - б) недостаточности митрального клапана;
 - в) недостаточности аортального клапана;

з) стеноза устья аорты;

д) митрального стеноза.

4. Наличие у больного положительного венного пульса характерно для:

а) недостаточности митрального клапана;

б) митрального стеноза;

в) недостаточности аортального клапана;

г) стеноза устья аорты;

д) недостаточности трехстворчатого клапана.

5. Наиболее вероятная причина значительного расширения абсолютной тупости сердца:

а) дилатация правого предсердия;

б) дилатация правого желудочка;

в) гипертрофия правого желудочка;

г) дилатация левого желудочка;

д) гипертрофия левого желудочка.

6. Значительное расширение сердца влево и вниз наблюдается при дилатации:

а) правого предсердия;

б) правого желудочка;

в) левого предсердия;

г) левого желудочка;

д) левого предсердия и правого желудочка.

7. Кровохарканье чаще всего наблюдается при:

а) недостаточности митрального клапана;

б) митральном стенозе;

в) недостаточности аортального клапана;

г) стенозе устья аорты;

д) недостаточности трехстворчатого клапана.

8. Причиной эмболии по большому кругу кровообращения у больного с мерцанием предсердий может быть:

а) гипертрофия стенки правого желудочка;

б) гипертрофия стенки левого желудочка;

в) тромбоз полости левого предсердия;

г) флебит глубоких вен нижних конечностей;

д) дилатация правого желудочка.

9. Для инфекционного эндокардита при инвазивном пути заражения наиболее часто характерно поражение:

а) аортального клапана;

б) митрального клапана;

в) митрального и аортального клапанов;

г) трикуспидального и легочного клапанов;

д) только клапана легочной артерии.

10. У больных с наличием хронического очага инфекции в организме при возникновении инфекционного эндокардита наиболее часто поражаются:

а) аортальный клапан;

б) митральный клапан;

в) митральный и аортальный клапаны;

г) трикуспидальный и легочный клапаны;

д) только трикуспидальный клапан.

11. Тяжесть течения постреанимационного периода определяется: 1. продолжительностью периода умирания; 2. продолжительностью клинической смерти; 3. глубиной и длительностью перенесенной гипоксии; 4. характером основного заболевания.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

12. При остановке кровообращения развивается:

а) метаболический алкалоз;

б) метаболический ацидоз;

в) респираторный алкалоз;

г) респираторный ацидоз;

д) смешанный метаболический и респираторный ацидоз.

13. Укажите характерную и раннюю гемодинамическую реакцию на гипоксемию:

а) снижение АД и учащение пульса;

б) снижение АД и урежение пульса;

в) повышение АД и учащение пульса;

г) повышение АД и урежение пульса;

д) АД и частота пульса не изменяются.

14. Артериальная гипотензия со снижением пульсового давления, снижением центрального венозного давления и тахикардией возникает при:

а) кровопотере, не превышающей 10% объема циркулирующей крови;

б) кровопотере, превышающей 20% объема циркулирующей крови;

в) отравлении фосфорорганическими соединениями;

г) декомпенсации миокарда;

д) тромбозом легочной артерии.

15. Признаком недостаточности правых отделов сердца является:

а) снижение артериального давления;

б) повышение центрального венозного давления (ЦВД);

в) снижение ЦВД;

г) анемия;

д) полицитемия.

16. Механизмами повышения АД могут быть: 1. повышение общего периферического сосудистого сопротивления; 2. увеличение массы циркулирующей крови; 3. увеличение минутного объема сердца; 4. повышение концентрации ренина плазмы крови.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

17. В основе патогенеза истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит: 1. гиповолемия; 2. стрессовая реакция на боль; 3. артериальная гипотония; 4. резкое снижение сократительной функции левого желудочка.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

18. Причиной тромбозом легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит:

- а) лицевых вен;
- б) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза;
- в) глубоких вен верхних конечностей;
- г) поверхностных вен нижних конечностей;
- д) поверхностных вен верхних конечностей.

19. Нормальное количество жидкости, которое можно визуализировать в полости перикарда при проведении эхокардиографического исследования, равняется:

- а) 20-50 мл;
- б) 100 мл;
- в) 500 мл;
- г) 200-300 мл;
- д) 100-200 мл.

20. При остром инфаркте в миокарде выявляется:

- а) некроз;
- б) ишемия;
- в) дистрофия;
- г) нет верных ответов;
- д) все перечисленное верно.

Практическое занятие 2. Патофизиология и патоморфология при заболеваниях дыхательной системы

1. При хроническом бронхите соотношение геля и золя в мокроте:

1. меняется в сторону увеличения слоя геля; 2. зависит от функции сурфактантной системы; 3. не меняется; 4. меняется в сторону увеличения слоя золя.

- 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. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:

- а) спирографии, пневмотахографии;
- б) бронхоскопии;
- в) исследования газов крови;
- г) рентгенография легких;
- д) ангиопульмонографии.

3. Укажите необратимые компоненты бронхиальной обструкции: 1. спазм бронхов; 2. воспалительный отек слизистой оболочки бронхов; 3. нарушение функции мукоцилиарного аппарата бронхов; 4. стеноз и облитерация просвета бронхов, а также экспираторный их коллапс.

- 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;

4. Степень обструкции воздухоносных путей коррелирует с:

1. интенсивностью кашля; 2. интенсивностью дыхательных шумов над легкими и сухих хрипов; 3. количеством выделяемой мокроты; 4. данными спирографии.

- 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. При необструктивном хроническом бронхите в клинической картине заболевания на первый план выступают признаки: 1. бронхоспазма;

2. бронхиальной дискинезии и экспираторного коллапса стенки мелких бронхов; 3. инфекционного процесса; 4. воспаления слизистой оболочки бронхов и нарушение мукоцилиарного транспорта.

- 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. При хроническом бронхите с преимущественным поражением мелких (мембранных) бронхов возникновение дыхательной недостаточности связано с:

1. бронхоспазмом; 2. воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта; 3. облитерацией просвета мелких бронхов и синдромом хлопающего клапана; 4. инфекционным процессом.

- 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;

7. При хроническом бронхите клиническая симптоматика определяется: 1. бронхоспазмом; 2. воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта; 3. симптомами интоксикации; 4. инфекцией.

- 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;

8. Осложнениями хронического бронхита являются: 1. расширение и деформация бронхиол и мелких бронхов; 2. очаговый и диффузный пневмосклероз; 3. центриацинарная и буллезная эмфиземы легких; 4. облитерация мелких сосудов малого круга кровообращения и гипертрофия стенки правого желудочка сердца.

- а) если правильный ответ 1 и 3;
- б) если правильный ответ 1,2 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

9. Для выраженной гипоксической (экзогенной) гипоксии характерны: 1. нарушение сознания; 2. цианоз кожных покровов; 3. снижение альвеолярного pO_2 ; 4. снижение артериального pO_2 .

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

10. Цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек уже можно обнаружить при насыщении кислородом артериальной крови менее:

- а) 70%;
- б) 80%;
- в) 90%;
- г) 100%;
- д) 60%.

11. Экспираторный коллапс стенки мембранных бронхов и бронхиол приводит: 1. к появлению сухих хрипов в легких; 2. к возникновению приступов удушья; 3. к

появлению влажных хрипов в легких; 4. к развитию центриацинарной эмфиземе и булезной дистрофии легкого.

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;

12. Эластические волокна в мокроте обнаруживаются при: 1. абсцессе легкого; 2. раке легкого в стадии распада; 3. туберкулезе легкого; 4. хроническом бронхите; 5. крупозной пневмонии.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

13. Из перечисленных заболеваний слизисто-кровянистая мокрота характерна для:

а) острого трахеобронхита;

б) очаговой пневмонии;

в) хронического бронхита;

г) бронхогенного рака легкого;

д) туберкулеза легкого.

14. Морфологической основой саркоидной гранулемы являются:

а) эпителиоидные клетки и гигантские клетки типа Пирогова-Лангханса;

б) клетки Березовского-Штернберга;

в) гистиоциты;

г) макрофаги;

д) эозинофилы.

15. Пневмокониоз может развиваться при: 1. бурении; 2. дроблении; 3. шлифовке изделий; 4. обрубке литья.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

16. К основным профессиям, при которых может встретиться силикоз, относятся: 1. бурильщики; 2. пескоструйщики; 3. проходчики; 4. обрубщики.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

17. Затрудненное отделение мокроты может быть обусловлено:

1. дегидратацией мокроты при обезвоживании организма, приеме мочегонных средств; 2. усиление вязкости мокроты; 3. усиления прилипания мокроты к стенке воздухоносных путей; 4. замещения клеток призматического эпителия слизистой оболочки бронхов бокаловидными.

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.

18. Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена:

1. бронхоспазмом; 2. воспалительным отеком слизистой оболочки бронхов;

3. закрытием просвета бронхов вязким секретом; 4. спадением мелких бронхов на выдохе.

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.

19. При пневмонии поражается: 1. интерстиция легких; 2. дыхательные бронхиолы; 3. альвеолы; 4. крупные бронхи.

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.

20. Течение пневмонии определяется: 1. возбудителем пневмонии; 2. временем начала этиотропной терапии; 3. состоянием бронхов; 4. наличием или отсутствием болезней, снижающих реактивность организма.

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.

Практическое занятие 3. Патофизиология и патоморфология при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта

У пациентов с не леченной кишечной непроходимостью наиболее вероятной причиной смерти является:

а) только потеря воды;

б) только потеря натрия;

в) только потеря и натрия, и воды;

г) гипокалиемия;

д) нарушение кислотно-основного состояния.

2. Из местных механизмов ulcerогенеза основная роль отводится: 1. моторно-эвакуаторным нарушениям; 2. кислотно-пептическому фактору; 3. состоянию защитного слизистого барьера; 4. обратной диффузии ионов водорода.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

3. К патогенетическим факторам язвенной болезни с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке относятся: 1. кислотно-пептический фактор; 2. ускоренная эвакуация; 3. "кислые" стазы в двенадцатиперстной кишке; 4. хеликобактер пилори.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

4. Патогенез раннего демпинг-синдрома обусловлен: 1. ускоренной эвакуацией пищи из культи желудка в тонкую кишку; 2. повышением осмотического давления в тонкой кишке; 3. снижением объема циркулирующей плазмы; 4. гипогликемией.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
5. Печеночный запах связан с обменом:
а) холина;
б) билирубина;
в) метионина;
г) глутамина;
д) альфа-кетоглутаровой кислоты.
6. К основным патогенетическим звеньям развития ферментативного холецистита относятся: 1. панкреатопузырный рефлюкс; 2. стаз желчи; 3. изменение соотношения давления в панкреатическом и общем желчном протоке; 4. дуоденогастральный рефлюкс.
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
7. Основными патогенетическими звеньями образования камней в желчевыводящей системе являются: 1. нарушение метаболизма холестерина и билирубина; 2. изменение рН желчи; 3. холестаза; 4. продукция литогенной желчи.
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
8. Асцит при циррозе печени является следствием: 1. вторичного гиперальдостеронизма; 2. гипоальбуминемии; 3. портальной гипертензии; 4. сердечной недостаточности.
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
9. Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки является ценным диагностическим методом при: 1. болезни Уиппла; 2. глютеновой болезни; 3. склеродермии; 4. болезни Крона.
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
10. Морфологический субстрат хронического активного гепатита в отличие от персистирующего и холестатического гепатита составляют:
а) ступенчатые некрозы;
б) отложения меди;
в) жировая дистрофия;
г) отложения железа;
д) нарушение архитектоники печеночных долек.
11. При избыточном употреблении алкоголя возможными механизмами жировой дистрофии печени являются: 1. повышенная мобилизация жирных кислот из жировой ткани; 2. увеличение синтеза жирных кислот в печени; 3. уменьшение выделения жиров печенью; 4. некроз гепатоцитов.
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
12. Для цирроза печени не характерны морфологические изменения:
а) некроз;
б) фиброз;
в) жировая дистрофия;
г) регенерация;
д) перестрой архитектоники печени.
13. Для синдрома Мелори-Вейса характерно образование трещин в:
а) абдоминальном отделе пищевода;
б) кардиальном отделе желудка;
в) антральном отделе желудка;
г) пилорическом отделе желудка;
д) теле желудка.
14. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является:
а) повышение активности аланиновой аминотрансферазы;
б) повышение активности альдолазы;
в) повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы;
г) гипоальбуминемия;
д) повышение уровня сывороточного железа
15. При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается:
а) активность амилазы;
б) активность липазы;
в) уровень глюкозы;
г) активность щелочной фосфатазы;
д) активность трансаминазы.
16. Синдром мезенхимального воспаления характеризуется увеличением в крови:
а) гамма-глобулинов;
б) холестерина;
в) активности щелочной фосфатазы;
г) билирубина;
д) альбумина.
17. Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера, является:
а) увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина;
б) билирубинурия;
в) увеличение активности трансаминаз;
г) ретикулоцитоз;
д) гипоальбуминемия.
18. Для гемолитической желтухи характерно: 1. увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина; 2. нормальная активность сывороточной щелочной фосфатазы; 3. нормальная активность сывороточных трансаминаз и гамма-глутамилтранспептидазы; 4. ретикулоцитоз.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

19. Уровень конъюгированного (связанного) билирубина в крови возрастает при: 1. синдроме Ротора; 2. синдроме Дабина-Джонсона; 3. хроническом активном гепатите; 4. первичном билиарном циррозе печени.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

20. По данным скинтиграфии печени нельзя сделать заключение о:

- а) нормальном изображении печени;
- б) опухоли печени;
- в) диффузном поражении печени;
- г) хроническом гепатите;
- д) очаговом поражении печени.

Практическое занятие 4. Патофизиология и патоморфология при заболеваниях мочевыделительной системы

1. Альбуминурия и гипопроteinемия в сочетании с цилиндрурией и отеками характерны для:

- а) *острого гломерулонефрита*;
- б) пиелонефрита;
- в) почечно-каменной болезни;
- г) цистита;
- д) нефроптоза.

2. Нефротическому синдрому соответствуют: 1. отеки; 2. протеинурия 3г/сутки; 3. диспротеинемия; 4. гиперлипидемия.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

3. Острый нефритический синдром характеризуют:

- а) отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия;
- б) артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия;
- в) артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия;
- г) протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия;
- д) артериальная гипертензия, азотемия, анемия.

4. При шоке острая почечная недостаточность обусловлена:

- а) влиянием токсических веществ поврежденных тканей;
- б) сопутствующей инфекцией;
- в) падением артериального давления;
- г) недостаточностью надпочечников;
- д) метаболическим ацидозом.

5. Синдром уремии возникает тогда, когда утрачивается не менее:

- а) 10% почечной паренхимы;
- б) 20% почечной паренхимы;
- в) 50% почечной паренхимы;
- г) 75% почечной паренхимы;
- д) 90% почечной паренхимы.

6. Хроническая почечная недостаточность (ХПН) является следствием:

- а) изолированного поражения канальцев;
- б) изолированного поражения клубочков;
- в) изолированного поражения собирательных трубочек;
- г) поражения всего нефрона;
- д) изолированного поражения приносящей артериолы.

7. Урография позволяет: 1. определить размеры почек; 2. определить положение почек; 3. выявить конкременты; 4. оценить функцию почек.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

8. Для диагностики амилоидоза почек более информативно гистологическое исследование:

- а) десны;
- б) подкожного жира;
- в) слизистой оболочки прямой кишки;
- г) почки;
- д) кожи.

9. Основной морфологической и функциональной единицей почки является:

- а) чашечно-лоханочная система;
- б) сосудистый клубочек;
- в) почечные канальцы;
- г) нефрон;
- д) почечное тельце.

10. Морфологическим субстратом хронической почечной недостаточности является:

- а) нефросклероз;
- б) пролиферация мезангиальных клеток;
- в) деструкция малых отростков подоцитов;
- г) отложения иммунных комплексов в гломерулярной базальной мембране;
- д) облитерация выносящей артериолы.

11. Главными морфологическими элементами ЮГА являются клетки:

- а) эпителиоидные (гранулярные) и мезангиальные;
- б) эпителиоидные и плотного пятна;
- в) плотного пятна и Гурмагтига;
- г) эпителиоидные, плотного пятна, мезангиальные и Гурмагтига;
- д) плотного пятна.

12. Щелочная реакция мочи может быть обусловлена:

- а) употреблением преимущественно белковой пищи;
- б) значительной лейкоцитурией и бактериурией;
- в) употреблением преимущественно растительной пищи;

г) употреблением большого количества соли;

д) употреблением большого количества сахара.

13. Лейкоцитурия наиболее характерный симптом при:

а) пиелонефрите;

б) гломерулонефрите;

в) амилоидозе;

г) нефролитиазе;

д) поликистозе.

14. Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для:

а) хронического нефрита;

б) пиелонефрита;

в) сахарного диабета;

г) несахарного диабета;

д) сморщенной почки.

15. При проведении пробы Зимницкого необходимо:

а) соблюдать строгую диету с исключением соли;

б) ограничить физическую активность;

в) исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим);

г) ограничить употребление белковой пищи;

д) ограничить употребление растительной пищи.

16. Протеинурия, гипопроteinемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для:

а) острого гломерулонефрита;

б) пиелонефрита;

в) почечно-каменной болезни;

г) цистита;

д) амилоидоза почек.

17. Высокая относительная плотность мочи характерна для:

а) хронического нефрита;

б) пиелонефрита;

в) сахарного диабета;

г) несахарного диабета;

д) сморщенной почки.

18. Сочетание уробилиногенурии с билирубинурией характерно для:

а) подпеченочной желтухи;

б) надпеченочной (гемолитической) желтухи;

в) печеночной желтухи;

г) застойной почки;

д) инфаркта почки.

19. Выраженная билирубинурия характерна для:

а) подпеченочной желтухи;

б) надпеченочной (гемолитической) желтухи;

в) почечно-каменной болезни;

г) застойной почки;

д) хронического нефрита.

20. Наиболее точно отражает степень хронической почечной недостаточности повышение в сыворотке крови уровня:

а) мочевины;

б) остаточного азота;

в) креатинина;

г) калия;

д) мочевой кислоты.

Практическое занятие 5. Патофизиология и патоморфология при заболеваниях эндокринной системы

1. При недостаточности инсулина наблюдается: 1. гипергликемия; 2. увеличение образования кетоновых тел; 3. уменьшение синтеза гликогена; 4. усиление синтеза гликогена; 5. уменьшение образования кетоновых тел.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

2. При недостаточности инсулина наблюдается: 1. гипергликемия; 2. гиперкетонемия; 3. жировая инфильтрация печени; 4. гипопопротеинемия; 5. снижение уровня незатесифицированных жирных кислот.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

3. Основными патофизиологическими отличиями сахарного диабета 1 типа от сахарного диабета 2 типа является все перечисленное, кроме 1. склонности к кетоацидозу; 2. абсолютного дефицита инсулина; 3. высокого уровня С-пептида; 4. генетического дефекта противовирусного иммунитета; 5. деструкции в-клеток островков Лангерганса.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 3;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

4. В норме уровень сахара в крови при поведении теста на толерантность к глюкозе через 2 часа после введения глюкозы составляет:

а) не более 6,0 ммоль/л;

б) не более 7,0 ммоль/л;

в) не более 7,8 ммоль/л;

г) более 7,8 ммоль/л;

д) более 11,0 ммоль/л.

5. Диагностируется нарушение толерантности к глюкозе при уровне сахара в крови через 2 часа после введения глюкозы при поведении теста на толерантность к глюкозе:

а) от 6,0 до 7,0 ммоль/л;

б) от 7,0 до 7,8 ммоль/л;

в) от 7,8 до 9,0 ммоль/л;

г) от 7,8 до 11 ммоль/л;

д) более 11,0 ммоль/л.

6. Диагностируется сахарный диабет при уровне сахара в крови через 2 часа после введения глюкозы при поведении теста на толерантность к глюкозе:

а) от 6,0 до 7,0 ммоль/л;

б) от 7,0 до 7,8 ммоль/л;

в) от 7,8 до 9,0 ммоль/л;

в) от 7,8 до 11 ммоль/л;

в) более 11,0 ммоль/л.

7. Наиболее информативными методами диагностики тиреотоксикоза являются: 1. определение свободного тироксина (Т4); 2. определение тиреотропного гормона (ТТГ); 3. определение трийодтиронина (Т3); 4. определение белковосвязанного йода в крови (СБИ); 4. определение основного обмена.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

8. Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом является результатом:

а) жирового гепатоза;

б) гепатита;

в) цирроза;

г) сердечной недостаточности;

д) диабетической нефропатии.

9. Для аутоиммунного тиреоидита характерно: 1. повышение титра антител с микросомальной фракцией клеток щитовидной железы; 2. снижение функции щитовидной железы; 3. ультразвуковые признаки аутоиммунного поражения щитовидной железы; 4. повышение температуры тела.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

10. Для подострого тиреоидита характерно: 1. выраженный болевой синдром; 2. лейкоцитоз, увеличение СОЭ; 3. повышение титра антител к тиреоидным гормонам; 4. экзофтальм.

а) если правильны ответы 1 и 2;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

11. Наиболее информативными методами диагностики тиреотоксикоза являются: 1. определение свободного тироксина (Т4); 2. определение тиреотропного гормона (ТТГ); 3. определение трийодтиронина (Т3); 4. определение белковосвязанного йода в крови (СБИ); 4. определение основного обмена.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

12. При гипоталамо-гипофизарной недостаточности снижается выработка: 1. аденокортикотропного гормона (АКТГ), соматотропного гормона (СТГ); 2. тиреотропного гормона (ТТГ); 3. лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ); 4. пролактина.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

13. Для первичного альдостеронизма характерны: 1. положительная проба с верошпироном; 2. гиперкалиемия; 3. гипокалиемия; 4. отсутствие изменений на ЭКГ.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

14. Стойкая тахикардия у больных сахарным диабетом 1 типа может быть обусловлена: 1. сочетанием с токсическим зобом; 2. сердечной недостаточностью; 3. гипохромной анемией; 4. автономной сердечной нейропатией.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

15. К этиологическим моментам возникновения рака щитовидной железы следует относить:

а) узловой эутиреоидный зоб как облигатный предрак

б) аденома и аденоматоз щитовидной железы

в) стимуляция ткани щитовидной железы повышенным уровнем ТТГ и ионизирующим излучением

г) все ответы верны

д) нет верного ответа

16. В патогенезе остеопороза при болезни Иценко-Кушинга большое значение имеет:

а) катаболическое действие глюкокортикоидов на костную ткань

б) анаболическое действие глюкокортикоидов на костную ткань

в) анаболическое действие АКТГ на костную ткань

г) катаболическое действие АКТГ на костную ткань

д) нет верного ответа

17. Основным методом диагностики рака щитовидной железы является:

а) определение ТТГ

б) определение Т3 и Т4

в) биохимический анализ крови

г) рентгенография органов шеи

д) прицельная биопсия узла щитовидной железы

18. В патогенезе стероидного сахарного диабета большое значение имеет:

а) относительная недостаточность инсулина,

б) инсулинорезистентность

в) повышение уровня контринсулярных гормонов.

г) все ответы верные

д) нет верного ответа

19. Основным метаболический эффект соматотропина:

а) усиление анаболических процессов

б) усиление катаболических процессов

в) усиление энергетических процессов

г) все ответы верные

д) нет верного ответа

20. При недостатке глюкокортикоидов:

а) происходит потеря натрия и хлоридов с мочой с последующим развитием дегидратации

б) снижается содержание гликогена в печени и скелетных мышцах,

- в) повышается чувствительность к инсулину
- г) снижается уровень мочевины
- д) все ответы верные

Практическое занятие 6. Патофизиология и патоморфология при опухолевых процессах.

1. Минимальная величина кровопотери, которая чаще всего проявляется клинической картиной шока:

- а) 10-20%;
- б) 20-30%;
- в) 30-40%;
- г) 40-50%;
- д) более 50%.

2. Генез железодефицитной анемии у женщин можно непосредственно связать со следующими данными анамнеза:

- а) резекцией желудка
- б) большим количеством детей (родов)
- в) нефрэктомией
- г) гипосекреторным гастритом
- д) оральной контрацепцией

3. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен: 1.увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости; 2.тромбоцитозом; 3.нарушением функциональных свойств тромбоцитов;

4.активацией плазменного гемостаза.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 2 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

4. Основными патогенетическими моментами острого агранулоцитоза являются:

1. повышенное разрушение гранулоцитов за счет иммунных механизмов; 2. появление иммунных комплексов и реакинов в крови; 3. нарушение продукции гранулоцитарного ростка в костном мозге за счет иммунного или иного механизма; 4. вирусная инфекция.

а) если правильны ответы 1,2 и 3

- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2,3 и 4

5. Из перечисленных факторов влияние на повышение СОЭ может оказать: 1.увеличение содержания фибриногена в крови; 2.увеличение количества глобулинов в крови; 3.увеличение альбуминов в крови; 4.увеличение количества эритроцитов в крови; 5.повышение холестерина в сыворотке крови.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

6. Транзиторная лейкопения не возникает при: 1.лучевом воздействии с терапевтической целью; 2.длительном приеме лекарственных средств; 3.алиментарной недостаточности; 4.значительной физической нагрузке.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4.

7. Решающими для диагностики лимфогранулематоза являются:

- а) исследования крови (гемограмма, биохимические исследования)
- б) микроскопическое исследование лимфоидной ткани
- в) сцинтиграфия
- г) лимфография
- д) компьютерная и ЯМР-томография

8. Замедление СОЭ (менее 3 мм/ч) характерно для:

- а) криоглобулинемии;
- б) болезни Гоше;
- в) эритроцитоза;
- г) талассемии;
- д) железодефицитной анемии.

9. Обнаружение гемосидерина в моче наиболее характерно для:

- а) внутриклеточного гемолиза;
- б) внутрисосудистого гемолиза;
- в) терминальной стадии хронической почечной недостаточности;
- г) геморрагического цистита как осложнения терапии циклофосфаном;
- д) талассемии.

10. Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии:

- а) гиперхромия эритроцитов
- б) микроцитоз эритроцитов
- в) глюкозурия
- г) гиперурикемия
- д) лейкоцитоз

11. К функциям селезенки относятся: 1. выработка антител; 2. секвестрация клеток крови; 3. торможение костномозгового кроветворения; 4. синтез эритропоэтина.0

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

12. Характеристика лимфоузлов при гематосаркомах в начальных стадиях заболевания:

- а) резкая болезненность
- б) "деревянная" плотность
- в) плотноэластическая консистенция
- г) спаянность с кожей и между собой
- д) мягкие, безболезненные

13. Пункцию лимфатического узла целесообразно использовать для:

- а) установления варианта лимфогранулематоза
- б) диагностики лимфаденитов
- в) установления цитохимического варианта острого лейкоза
- г) диагностики метастазов рака
- д) уточнения клеточного состава лимфатического узла

14. Факторами, вызывающими мутации генов, являются: 1. инфракрасное излучение;

2. ионизирующее излучение; 3. тяжелые металлы; 4. алкилирующие химические препараты.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

15. Группа крови по системе АВ0 устанавливается: 1. только по результатам реакции агглютинации эритроцитов исследуемой крови анти-А и анти-В реагентами;

2. только по результатам реакции агглютинации стандартных эритроцитов с сывороткой исследуемой крови; 3. по результатам параллельного исследования изогемагглютининов и групповых веществ в сыворотке; 4. по результатам параллельного исследования антигенов эритроцитов и изогемагглютининов в сыворотке.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

16. При определении группы крови по системе АВ0 используются: 1. непрямой антиглобулиновый метод; 2. конглотинация с желатином; 3. конглотинация с альбумином; 4. реакция прямой агглютинации на плоскости или в пробирках.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

17. Проба на индивидуальную совместимость донора и реципиента проводится: 1. для подтверждения идентичности крови донора и реципиента по системе АВ0 и по резус-фактору; 2. для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВ0; 3. для выявления аутоSENSИБИЛИЗАЦИИ эритроцитов реципиента и донора и иммунных тел в сыворотке донора; 4. для выявления иммунных антител в сыворотке реципиента.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

18. Классификация лейкозов основана на:

а) клинической картине заболевания

б) анамнестических данных

в) степени зрелости клеточного субстрата заболевания

г) продолжительности жизни больного

д) эффективности проводимой терапии

19. При подозрении на острый лейкоз необходимо выполнить:

а) биопсию лимфоузла

б) стерильную пункцию

в) пункцию селезенки

г) подсчет ретикулоцитов

д) УЗИ печени и селезенки

20. Понятие "опухолевая прогрессия" лейкозов означает: 1. более злокачественное течение; 2. прогрессирование процесса; 3. появление новых автономных, более патологических клонов клеток; 4. снижение количества эритроцитов.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Практическое занятие 7. Патфизиология и патоморфология при заболеваниях опорно-двигательной системы

1. Среди перечисленных классов иммуноглобулинов реагином соответствует:

а) Ig E

б) Ig D

в) Ig M

г) Ig A

д) Ig G

2. Для атопической бронхиальной астмы характерно:

а) эффект элиминации

б) непереносимость препаратов пиразолонового ряда

в) рецидивирующий полипоз носа с признаками инфекции

г) постепенное развитие приступа

д) нет верного ответа

3. Ревматоидный фактор представляет собой

а) β-макроглобулин

б) антитело к FC-фрагменту агрегированного IgM

в) антитело к синовиальной оболочке

г) антитело к Shared еritор (общему эпитопу)

д) антитело к артритогенному пептиду

4. Антимитохондриальные антитела характерны для:

а) цирроза вирусной этиологии;

б) алкогольного цирроза;

в) первичного билиарного цирроза;

г) цирроза, обусловленного болезнью Вильсона-Коновалова;

д) цирроза печени при саркоидозе.

5. Из перечисленных клеточных элементов периферической крови роль неспецифических факторов иммунной защиты выполняют: 1. нейтрофилы; 2. эозинофилы; 3. базофилы; 4. моноциты.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

6. Из перечисленных клеток крови иммуноглобулины синтезируют:

а) эритроциты

б) гранулоциты

в) Т-лимфоциты

г) В-лимфоциты

д) тромбоциты

7. Морфологической основой гуморального иммунитета являются:

а) макрофаги

б) Т-лимфоциты

в) В-лимфоциты

г) плазмочиты

д) эритроциты

8. Морфологической основой специфического клеточного иммунитета являются:

а) Т-лимфоциты

б) В-лимфоциты

в) плазмочиты

г) макрофаги

д) эритроциты

9. В основе патогенеза СПИДа лежит: 1. паралич фагоцитарной активности; 2. прогрессирующее снижение уровня CD-8 клеток; 3. депрессия IgM 4. прогрессирующее снижение уровня CD-4 клеток.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

10. К наиболее частым клиническим проявлениям немедленной аллергии на пищевые аллергены относятся: 1. острая и хроническая крапивница; 2. ангионевротический отек Квинке; 3. поражение желудочно-кишечного тракта; 4. поражение нервной системы.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

11. Наиболее точной характеристикой сывороточной болезни является из приведенного ниже: 1. аллергическая реакция на медикаменты; 2. токсическая реакция на медикаменты; 3. токсическая реакция на белок лошадиной сыворотки; 4. аллергическая реакция на белок чужеродной сыворотки.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

12. Наиболее частым проявлением сывороточной болезни является: 1. острая крапивница; 2. температурная реакция; 3. лимфаденопатия; 4. гастрит.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

13. При поллинозах нередко развивается сопутствующая пищевая аллергия к:

а) молоку и молочным продуктам

б) мясу птицы

в) рыбе

г) меду

д) шоколаду

14. Для пыльцевой бронхиальной астмы характерно:

а) обострение в зимнее время года

б) круглогодичное течение процесса

в) обострение при уборке квартиры

г) обострение в весенне-летнее время года

д) обострение в осеннее время года

15. Наиболее эффективным методом профилактики обострения поллиноза является:

а) иглорефлексотерапия

б) назначение антимадиаторных препаратов

в) назначение глюкокортикостероидов

г) специфическая иммунотерапия

д) физиотерапия

16. В патогенезе острой аллергической крапивницы и отека Квинке необходимо участие:

а) неиммунных механизмов

б) Ig A

в) сенсibilизированных лимфоцитов

г) Ig E

д) Ig D

17. К неспецифическим факторам защиты организма относится: 1. система комплемента и фагоцитоза; 2. интерферон и лимфокины; 3. бактерицидные субстанции тканей, гидролитические ферменты; 4. лизоцим, NK- и К-клетки.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

18. К феноменам иммунной реактивности относятся: 1. антителогенез; 2. гиперчувствительность немедленного типа; 3. гиперчувствительность замедленного типа; 4. иммунологическая толерантность.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

19. К иммунокомпетентным клеткам относятся: 1. Т-лимфоциты; 2. В-лимфоциты; 3. макрофаги; 4. тромбоциты.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

20. Главный ген гистосовместимости у человека обозначают:

а) Rh LA

б) DLA

в) HLA

г) RLA

д) JPLA

Проблемно-ситуационные задачи для текущего контроля и промежуточной аттестации

Проблемно-ситуационная задача 1

Пациент, 25 лет поступил в клинику по поводу туберкулезного гонита (воспаление коленного сустава). Болен в течение 2 лет. Начало заболевания связывает с ушибом

коленного сустава при падении. Часто болел простудными заболеваниями. Ребенок пониженного питания.

1. Что явилось причиной заболевания?
2. Какие условия способствовали развитию заболевания?
3. Каким видом реактивности обусловлены более частые инфекционные заболевания у детей?

Проблемно-ситуационная задача 2

У пациента с гемолитической анемией обнаружена склонность к частым инфекционным заболеваниям, отмечается задержка умственного развития. При комплексном обследовании обнаружен наследственный дефект гена, кодирующего глутатион-синтетазу.

1. Объясните патогенетическую связь между недостаточностью глутатион-синтазы и обнаруженными клиническими симптомами.
2. Как называется состояние, характеризующееся развитием дисбаланса в окислительно-восстановительной системе клеток?
3. Перечислите основные компоненты системы поддержания окислительно-восстановительного гомеостаза клеток.
4. В какой период у детей развивается физиологическая гиперплазия лимфоидной ткани?

Проблемно-ситуационная задача 3

Пациент 19 умер от быстро прогрессирующего ревматизма с выраженными аллергическими реакциями. При вскрытии обнаружен панкардит.

1. Перечислите характерные изменения эндокарда.
2. Определите сущность изменения перикарда.
3. Какой тип иммунной реакции преобладал у больного?

Проблемно-ситуационная задача 4

У больного 18 лет обнаружен цирроз печени с клиническими признаками печеночной недостаточности. Высказано предположение о наследственном характере заболевания.

1. Назовите это заболевание?
2. Укажите биохимические проявления этой патологии.
3. Какие органы и ткани, кроме печени, поражаются при этом заболевании.

Проблемно-ситуационная задача 5

Для местной артериальной гиперемии характерны следующие проявления: • Ускорение кровотока; • Покраснение ткани; • Расширение артериол; • Увеличение объема органа; • Повышение температуры ткани; • Усиление обмена веществ.

1. Определите главное звено в данной цепи патогенеза артериальной гиперемии, устранение которого приведет к ликвидации всех указанных проявлений.
2. Дайте понятие причины болезни.
3. Дайте понятие условия возникновения болезни.

Проблемно-ситуационная задача 6

Ребенок 10 лет умер от быстро прогрессирующего ревматизма с выраженными аллергическими реакциями. При вскрытии обнаружен панкардит.

1. Перечислите характерные изменения эндокарда.
2. Опишите макроскопические изменения сердечной мышцы.
3. Уточните особенности изменений миокарда при микроскопическом исследовании.
4. Определите сущность изменения перикарда.
5. Какой тип иммунной реакции преобладал у больного?

Проблемно-ситуационная задача 7

У девушки 17 лет, оперированной по поводу митрального порока сердца, в биоптате ушка сердца обнаружены гранулемы, в центре которых располагаются очаги фибриноидного некроза, по периферии – скопления макрофагов.

1. О каком заболевании идет речь?
2. Назовите стадию развития гранулемы?
3. Укажите этиологическую разновидность этой гранулемы.
4. Назовите исходы процесса в миокарде.

Проблемно-ситуационная задача 8

Больному 12 лет произведена аппендэктомия по поводу острого флегмонозного аппендицита, осложненного разлитым гнойным перитонитом.

1. Опишите микроскопические изменения червеобразного отростка.
2. Уточните характер процесса в наружной оболочке червеобразного отростка и его брыжейке.
3. Каковы варианты исхода перитонита.

Проблемно-ситуационная задача 9

Укажите компенсаторные реакции, развивающиеся:

- при острой постгеморрагической анемии;
- остром бронхите;
- удалении одной почки;
- удалении одного или нескольких зубов;
- метаболическом ацидозе;
- острой гипотензии;
- при экзогенном дефиците йода.

Проблемно-ситуационная задача 10

Дайте патогенетическую оценку биологической целесообразности и роли в процессах выздоровления или прогрессирования болезни следующих компенсаторных реакций:

- рвоте и диарее при остром пищевом отравлении;
- нейтрофильного лейкоцитоза при ангине;
- рефлекторного повышения мышечного тонуса при радикулите;
- развития коллатерального портокавального кровообращения при циррозе печени с портальной гипертензией;
- ретикулоцитоза при анемиях;
- рефлекторной гиперактивации симпатoadреналовой и ренин-ангиотензин-альдостероидной систем при сердечной недостаточности;
- одышки при подъеме в горы;
- вазоконстрикции и централизации кровообращения при травматическом шоке;
- эритроцитозу при дыхательной недостаточности.

Сделайте заключение об относительной целесообразности реакций компенсации в развитии болезни. Каковы возможные осложнения указанных реакций.

Проблемно-ситуационная задача 11

В экспериментальных исследованиях по изучению патогенеза травматического шока обнаружено увеличение в крови и в ряде отделов нервной системы содержания норадреналина, глюкокортикоидов, адренкортикотропного гормона, энкефалинов, гамма-аминомасляной, гамма-оксимасляной кислот, простагландинов E, кортиколиберина. Какие из перечисленных соединений обеспечивают естественную антистрессорную защиту организма на фоне действия травмы?

Проблемно-ситуационная задача 12

Группа детей нашла на свалке капсулу с порошком, светящимся в темноте. Разбив капсулу, мальчишки втирали ее содержимое в различные части тела, играли в «индейцев», перед уходом домой разделили порошок по старшинству. Самое большое количество досталось Коле, чуть меньше Вите и т. д. На 7-е сутки у Коли на кистях рук, на предплечье и на лице, в тех местах, где втирали порошок, и где несколько дней назад появились красные болезненные пятна, стали образовываться пузырьки наполненные жидкостью желтого цвета, а затем (к концу 3-й недели) — язвы. Такого же рода изменения возникли у Вити и Саши чуть позже и развивались медленнее. Лишь у Владика (самого младшего), который только наблюдал за товарищами и подержал капсулу в руках, дело ограничилось болезненной гиперемией рук. Лабораторное исследование содержимого флакона установило природу содержащегося во флаконе порошка. Это был фосфор³².

Дайте ответы на следующие вопросы.

1. К каким излучениям относится фосфор³²? Какой период его полураспада?
2. Как называется поражение тканей, возникшее у детей?
3. Чем определяется различный срок проявления и различная степень выраженности описанного поражения тканей?
4. Можно ли ожидать развития у детей острой лучевой болезни или возникновение локального поражения исключает ее развитие?

Проблемно-ситуационная задача 13

Больной А., 16 лет, доставлен в травматологическое отделение по поводу открытого перелома левого бедра в средней трети со смещением отломков. Под эндотрахеальным наркозом произведена операция. В момент репозиции костных отломков внезапно возникла брадикардия, пульс — 46 уд. в минуту, артериальное давление упало до 90/30 мм рт. ст. Появилась выраженная гиперемия с цианозом кожных покровов лица. Через 10 мин исчез пульс на сонных артериях, расширились

зрачки. Констатирована клиническая смерть.

Какой вид нарушения периферического кровообращения мог вызвать последующие расстройства системной гемодинамики у больного?

Проблемно-ситуационная задача 14

У мальчика М., 8 лет, с болезнью Гиршпрунга и выраженной интоксикацией было проведено предоперационное обследование, которое выявило, в частности, что нижняя граница осмотической резистентности эритроцитов (ОРЭ) составила 0,47 % р-ра NaCl, обнаружен свободный гемоглобин в плазме — 0,38 г/л.

После оперативного вмешательства (наложения колостомы) состояние больного значительно улучшилось. Нижняя граница ОРЭ составила 0,36 % р-ра NaCl, свободный гемоглобин в плазме отсутствовал.

1. О чем свидетельствуют показатели ОРЭ и содержание свободного гемоглобина в плазме у больного М. до операции?
2. Как можно оценить состояние клеточных мембран при болезни Гиршпрунга?
3. Чем может быть обусловлено изменение состояния эритроцитарных мембран у больного до операции?
4. Какое заболевание крови также сопровождается снижением ОРЭ и развитием гемолиза? Как можно исключить эту патологию у больного М.?

Проблемно-ситуационная задача 15

Больной Б., 12 лет, при обследовании выявлено скопление жидкости в брюшной полости. Для выяснения характера скопившейся жидкости произведен парацентез (пункция брюшной полости).

При пункции получен мутноватый пунктат светло-желтого цвета. Относительная плотность — 1,029. Содержание белка 2–0,39 г/л. В осадке: значительное количество форменных элементов. Преобладают нейтрофилы, среди которых много дегенеративных форм. Микробная флора располагается внутри- и внеклеточно.

Каков характер жидкости, полученной при пункции? Поясните свой ответ.

Проблемно-ситуационная задача 16

Как показали результаты экспериментов, удаление у здоровых собак части или даже целого легкого, как правило, не сопровождалось нарушением оксигенации крови.

В то же время выключение вентиляции в пределах только доли легкого путем закупорки соответствующего бронха приводило к снижению насыщения артериальной крови кислородом примерно на 5–6 %.

Почему при обтурационном выключении доли здорового легкого из вентиляции снижается оксигенация крови в отличие от пульмонэктомии или резекции легкого?

Проблемно-ситуационная задача 17

Больная З., 13 лет, обратилась с жалобами на отечность левой половины лица, развившуюся в течение 3 ч в день обращения. Со слов родителей девочка накануне вечером съела большое количество клубники.

Объективно: лицо отечное, асимметрично, отек в большей степени распространяется на левую половину лица, нижнее и верхнее веко; цвет кожных покровов не изменен.

При пальпации: умеренная болезненность, локальная флюктуация отсутствует. АД 105/60 мм рт. ст., в легких везикулярное дыхание, живот мягкий, безболезненный при пальпации, температура тела — 36,8С.

Вопросы:

1. Определите вид отека. Каков механизм его развития?
2. Патогенетическая терапия данного отека?

Критерии оценивания

Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 100%-91% вопросов тестового контроля
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 90%-81% вопросов тестового контроля
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 80%-71% вопросов тестового контроля
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 70% и менее вопросов тестового контроля

3.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта проводится по зачётным билетам

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Профилактической медицины
направление подготовки (специальность) 31.08.34 Диетология
дисциплина Патология

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Воспаление, определение понятия, особенности течения процесса, характеристика и методы диагностики.
2. Патофизиология заболеваний при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта

Заведующая кафедрой
профилактической медицины
д.м.н., профессор

Н.П.Сетко

Председатель учебно-методической комиссии
по подготовке кадров высшей квалификации
в ординатуре д.м.н., профессор

Г.Ю. Евстифеева

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации
к.м.н., доцент

И.В. Ткаченко

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер)
1	ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать Термины, используемые в патологии. Основные методы исследования и патологической анатомии и патологической физиологии, цели, задачи, современные методы морфологической и функциональной диагностики патологических процессов и заболеваний. Сущность и основные закономерности общепатологических процессов, процессов приспособления и компенсации. Понятие этиологии, патогенеза, симптома и синдрома, морфогенеза, патоморфоза, учения о болезни, нозологии, принципы классификации болезни. Характерные структурные и функциональные изменения внутренних органов при заболеваниях. Основы клинко-анатомического анализа, учения о диагнозе и принципы построения клинического и патологоанатомического диагноза. Принципы формулировки диагноза в соответствии с МКБ-10.	вопросы № 1-24
		Уметь Определять морфо-функциональные проявления при основных типовых патологических процессах по результатам клинко-биохимических анализов и функционально-диагностических проб, типовые морфологические изменения на макропрепаратах. На основании клинко-патологического заключения высказать мнение о характере заболевания, его клинических проявлениях обосновывать направления патогенетической терапии. Анализировать изменения основных функционально-морфологических показателей организма при патологических состояниях, обосновывать направления патогенетической терапии. Формулировать клинический диагноз и проводить сопоставления с патологоанатомическим диагнозом в соответствии с МКБ, объяснять механизм развития осложнений и их последствия.	проблемно-ситуационные задачи № 1-17
		Владеть Методами параклинического обследования пациента, основываясь на знаниях общепатологических процессов. Общепатологической и патологоанатомической терминологией в части описания и клинко-морфологической диагностики патологических процессов, осложнений, острых состояний и основных заболеваний человека. Приемами	проблемно-ситуационные задачи № 1-17

		клинико-функциональных и клинико-анатомических сопоставлений при анализе результатов лабораторного и клинического исследования на разных этапах развития состояний и основных заболеваний человека. Навыками постановки диагноза на основе МКБ-10.	
--	--	--	--

7. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Гигиена питания»

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачёта.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной программе ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Практическое занятие 1. Санитарно-гигиенические требования к пищеблокам ЛПУ

Вопросы для устного опроса:

1. Требования к устройству пищеблоков.
2. Требования к планировке пищеблоков.
3. Требования к хранению, обработке пищевых продуктов, транспортировке и раздаче готовой пищи.
4. Прием и хранение продуктов.
5. Требования к холодной и теплой обработке пищевых продуктов.
6. Требования к транспортировке и раздаче готовой пищи.
7. Санитарный режим пищеблока.
8. Требования к мытью и дезинфекции посуды.
9. Моющие и дезинфицирующие средства, способы их применения.
10. Режим мытья и дезинфекции.
11. Ручная и механическая мойка, посудомоечные машины.
12. Критерии качества мытья и дезинфекции посуды.
13. Требования к уборке и дезинфекции помещений, инвентаря.
14. Личная гигиена персонала.
15. Периодические медицинские обследования.
16. Медицинская документация. Обучение персонала.
17. Контроль за соблюдением правил личной гигиены персонала.

Практическое занятие 2. Гигиеническая экспертиза пищевых продуктов

Вопросы для устного опроса:

1. Нормативные документы, определяющие цель, задачу и порядок проведения экспертизы.
2. Цель и задачи органов, осуществляющих надзор и экспертизу пищевых продуктов. Разграничение функции по экспертизе пищевых продуктов.
3. Порядок проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы пищевых продуктов.
4. Заключение по результатам экспертизы. Понятия доброкачественного, не доброкачественного продукта, продукта с пониженной ценностью, продукта-суррогата и фальсификата.

Практическое занятие 3. Пищевые токсикоинфекции.

Вопросы для устного опроса:

1. Пищевые токсикоинфекции, понятие, виды.
2. Патогенез пищевых токсикоинфекций
3. Клиническая картина пищевых токсикоинфекций
4. Лечение пищевых токсикоинфекций
5. Профилактика пищевых токсикоинфекций

Практическое занятие 4. Пищевые бактериальные токсикозы.

Вопросы для устного опроса:

1. Пищевые бактериальные токсикозы, понятие, виды.
2. Патогенез пищевых бактериальных токсикозов.
3. Клиническая картина пищевых бактериальных токсикозов.
4. Лечение пищевых бактериальных токсикозов.
5. Профилактика пищевых бактериальных токсикозов.

Практическое занятие 5. Пищевые микотоксикозы.

Вопросы для устного опроса:

1. Пищевые микотоксикозы, понятие, виды.
2. Патогенез пищевых микотоксикозов.
3. Клиническая картина пищевых микотоксикозов.
4. Лечение пищевых микотоксикозов.
5. Профилактика пищевых микотоксикозов.

Практическое занятие 6. Пищевые отравления немикробной природы.

Вопросы для устного опроса:

1. Пищевые отравления немикробной природы, понятие, виды.
2. Патогенез пищевых отравлений немикробной природы.
3. Клиническая картина пищевых отравлений немикробной природы.
4. Лечение пищевых отравлений немикробной природы.
5. Профилактика пищевых отравлений немикробной природы.

Практическое занятие 7. Расследование пищевых отравлений.

Вопросы для устного опроса:

1. Нормативная база расследования пищевых отравлений.
2. Методика расследования пищевых отравлений.
3. Составление акта расследования пищевого отравления.
4. Порядок проведения расследования.
5. Выявление подозреваемого продукта.

Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации

1. Гигиенические требования к качеству пищевых продуктов, применяемых в лечебном питании.
2. Проблема безопасности и качества пищевых продуктов.
3. Определение «Качество» и «Безопасность» пищевых продуктов, требование к качеству и безопасности пищевых продуктов.
4. Медико-биологическая оценка качества и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов в системе управления качеством и безопасностью.
5. Гигиеническая сертификация производственного сырья и пищевых продуктов.
6. Пищевая продукция из ГМО и ГМИ: актуальность проблемы, медицинские аспекты получения и использования.
7. Загрязнение продуктов питания чужеродными химическими веществами. Влияние на организм и протекание патологических процессов.
8. Продукты, снижающие негативное влияние на организм ЧХВ.

9. Загрязнение пищевой продукции пестицидами и нитратами.
10. Требования к устройству пищеблоков.
11. Требования к планировке пищеблоков.
12. Требования к хранению, обработке пищевых продуктов, транспортировке и раздаче готовой пищи.
13. Прием и хранение продуктов.
14. Требования к холодной и теплой обработке пищевых продуктов.
15. Требования к транспортировке и раздаче готовой пищи.
16. Санитарный режим пищеблока.
17. Требования к мытью и дезинфекции посуды.
18. Моющие и дезинфицирующие средства, способы их применения.
19. Режим мытья и дезинфекции.
20. Ручная и механическая мойка, посудомоечные машины.
21. Критерии качества мытья и дезинфекции посуды.
22. Требования к уборке и дезинфекции помещений, инвентаря.
23. Личная гигиена персонала.
24. Периодические медицинские обследования.
25. Медицинская документация. Обучение персонала.
26. Контроль за соблюдением правил личной гигиены персонала.
27. Нормативные документы, определяющие цель, задачу и порядок проведения экспертизы.
28. Цель и задачи органов, осуществляющих надзор и экспертизу пищевых продуктов. Разграничение функции по экспертизе пищевых продуктов.
29. Порядок проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы пищевых продуктов.
30. Заключение по результатам экспертизы. Понятия доброкачественного, не доброкачественного продукта, продукта с пониженной ценностью, продукта-суррогата и фальсификата.
31. Пищевые токсикоинфекции, понятие, виды.
32. Патогенез пищевых токсикоинфекций
33. Клиническая картина пищевых токсикоинфекций
34. Лечение пищевых токсикоинфекций
35. Профилактика пищевых токсикоинфекций
36. Пищевые бактериальные токсикозы, понятие, виды.
37. Патогенез пищевых бактериальных токсикозов.
38. Клиническая картина пищевых бактериальных токсикозов.
39. Лечение пищевых бактериальных токсикозов.
40. Профилактика пищевых бактериальных токсикозов.
41. Пищевые микотоксикозы, понятие, виды.
42. Патогенез пищевых микотоксикозов.
43. Клиническая картина пищевых микотоксикозов.
44. Лечение пищевых микотоксикозов.
45. Профилактика пищевых микотоксикозов.
46. Пищевые отравления немикробной природы, понятие, виды.
47. Патогенез пищевых отравлений немикробной природы.
48. Клиническая картина пищевых отравлений немикробной природы.
49. Лечение пищевых отравлений немикробной природы.
50. Профилактика пищевых отравлений немикробной природы.
51. Нормативная база расследования пищевых отравлений.
52. Методика расследования пищевых отравлений.
53. Составление акта расследования пищевого отравления.
54. Порядок проведения расследования.
55. Выявление подозреваемого продукта.

Тестовые задания для текущего контроля

1. ЦЕЛИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ИХ
 - 1) безопасности
 - 2) безвредности
 - 3) привлекательности
 - 4) должной пищевой ценности
 - 5) продаваемости
2. ЗАДАЧЕЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) определение энергетической потребности организма
 - 2) решение вопросов усвояемости пищевых продуктов
 - 3) контроль за витаминным качеством питания организованных коллективов
 - 4) выяснение свойств, характеризующих пищевую ценность и безвредность пищевых продуктов
 - 5) нормирование основных пищевых веществ в питании населения
3. ДОКУМЕНТЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ КАЧЕСТВО ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ
 - 1) федеральные законы (технические регламенты)
 - 2) счета-фактуры поставщика
 - 3) нормативные документы, определяющие стандарты качества, условия изготовления, оборота, экспертизы и утилизации пищевых продуктов
 - 4) технические документы, в соответствии с которыми осуществляется изготовление и оборот пищевой продукции
 - 5) методические документы, разъясняющие порядок и методику применения нормативных и технических документов (МУ, МР)
4. НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СТАНДАРТЫ КАЧЕСТВА, УСЛОВИЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ, ОБОРОТА, ЭКСПЕРТИЗЫ И УТИЛИЗАЦИИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ
 - 1) технические регламенты
 - 2) ГОСТ
 - 3) методические указания
 - 4) технические условия, технологические инструкции
 - 5) санитарные, ветеринарные правила и нормы
5. ТЕХНИЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ, В СООТВЕТСТВИИ С КОТОРЫМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИЗГОТОВЛЕНИЕ И ОБОРОТ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ
 - 1) технические регламенты
 - 2) ГОСТ
 - 3) методические указания
 - 4) технические условия, технологические инструкции
 - 5) санитарные, ветеринарные правила и нормы
6. ТЕХНИЧЕСКИЙ РЕГЛАМЕНТ НАЦИОНАЛЬНЫЙ (РФ) ВРЕМЕННО МОЖЕТ БЫТЬ ПРИНЯТ
 - 1) нормативным правовым актом федерального органа исполнительной власти по техническому регулированию
 - 2) федеральным законом, принятым Госдумой
 - 3) постановлением Роспотребнадзора
 - 4) приказом МЗ РФ
 - 5) постановлением правительства РФ
 - 6) указом президента РФ
7. ТЕХНИЧЕСКИЙ РЕГЛАМЕНТ ТАМОЖЕННОГО СОЮЗА ПРИНИМАЕТСЯ
 - 1) нормативным правовым актом федерального органа исполнительной власти по техническому регулированию

- 2) решением Совета Евразийской экономической комиссии
- 3) решением комиссии Таможенного союза
- 4) федеральным законом, принятым Госдумой
- 5) указом президента РФ
8. ПРОДУКЦИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ТЕХНИЧЕСКОМУ РЕГЛАМЕНТУ ТАМОЖЕННОГО СОЮЗА, МАРКИРУЕТСЯ ЗНАКОМ
- 1) ЗТС
- 2) ЕТР
- 3) ЕАС
- 4) АСТ
- 5) РТС
9. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ, ИССЛЕДОВАНИЙ, ИСПЫТАНИЙ, ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ, ГИГИЕНИЧЕСКИХ И ИНЫХ ВИДАХ ОЦЕНОК СЛЕДУЕТ РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ
- 1) федеральным законом №294 – ФЗ
- 2) приказом Роспотребнадзора №224
- 3) постановлением правительства РФ №1263
- 4) техническим регламентом Таможенного союза №005/2011
10. САНИТАРНО-ПОКАЗАТЕЛЬНЫЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БЕЗОПАСНОСТИ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОГО СЫРЬЯ И ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ
- 1) стафилококки
- 2) количество мезофильных аэробов факультативно-анаэробных микроорганизмов (КМАФАнМ)
- 3) дрожжи, плесени
- 4) бактерии группы кишечной палочки (БГКП)
- 5) энтерококки
11. УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БЕЗОПАСНОСТИ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОГО СЫРЬЯ И ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ
- 1) E.coli
- 2) S.aureus
- 3) бактерии рода Proteus
- 4) B.cereus
- 5) Cl.botulinum
12. МИКРООРГАНИЗМЫ ПОРЧИ
- 1) стафилококки
- 2) количество мезофильных аэробов факультативно-анаэробных микроорганизмов (КМАФАнМ)
- 3) дрожжи, плесени
- 4) бактерии группы кишечной палочки (БГКП)
- 5) энтерококки
13. ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ, В КОТОРЫХ КОНТРОЛИРУЮТСЯ 2,4 – Д КИСЛОТА, ЕЕ СОЛИ И ЭФИРЫ
- 1) фрукты и ягоды
- 2) мясо и мясопродукты
- 3) рыба и рыбопродукты
- 4) зерно и продукты его переработки
- 5) во всех видах пищевых продуктов
14. ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ, В КОТОРЫХ КОНТРОЛИРУЮТСЯ РТУТЬСОДЕРЖАЩИЕ ПЕСТИЦИДЫ
- 1) фрукты и ягоды
- 2) яйца
- 3) зерно и продукты его переработки
- 4) мед
- 5) во всех видах пищевых продуктов
15. ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ, В КОТОРЫХ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ НИТРАТЫ
- 1) овощи
- 2) фрукты
- 3) рыба
- 4) зерно
- 5) яйца
16. КОНТРОЛЮ НА СОДЕРЖАНИЕ НИТРОЗАМИНОВ ДОЛЖНЫ ПОДВЕРГАТЬСЯ
- 1) овощи, фрукты, бахчевые
- 2) копченые мясные и рыбные продукты
- 3) колбасные изделия
- 4) зерно, бобовые
- 5) пивоваренный солод
17. ПРОДУКТЫ, В КОТОРЫХ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ СОДЕРЖАНИЕ ОХРАТОКСИНА А
- 1) продовольственное зерно
- 2) овощи и фрукты
- 3) мясо, молоко, яйца
- 4) мучно-крупяные изделия
- 5) моллюски, крабы
18. СОДЕРЖАНИЕ ФИКОТОКСИНОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В
- 1) продовольственном зерне
- 2) овощах и фруктах
- 3) мясе, молоке, яйцах
- 4) мучно-крупяных изделиях
- 5) моллюсках, крабах
19. ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ, В КОТОРЫХ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ АФЛАТОКСИН В₁
- 1) молоко, мясо, яйца
- 2) фруктовые и овощные соки, пюре
- 3) орехи и семена масличных культур
- 4) пшеница, рис и продукты их переработки
- 5) рыба и рыбные продукты
20. ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ, В КОТОРЫХ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ АФЛАТОКСИН М₁
- 1) фруктовые и овощные соки, пюре
- 2) орехи и семена масличных культур
- 3) зерновые и продукты их переработки
- 4) молоко и молочные продукты
- 5) рыба и рыбные продукты
21. ПРОДУКТЫ, В КОТОРЫХ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ СОДЕРЖАНИЕ ДЕЗОКСИНИВАЛЕНОЛА (ВОМИТОКСИНА)
- 1) арахис, кукуруза
- 2) фрукты и овощи
- 3) пшеница, ячмень
- 4) мясо, рыба
- 5) молоко, яйца
22. СОДЕРЖАНИЕ ГИСТАМИНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В

- 1) молоке
 - 2) свинине, баранине, конине
 - 3) мясе птицы
 - 4) гречневой, рисовой, манной, кукурузной крупах
 - 5) лососевых, скумбриевых, сельдевых, тунцовых семействах рыб
23. ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ, В КОТОРЫХ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ ЗЕАРАЛЕНОН
- 1) кукуруза, пшеница и продукты их переработки
 - 2) фруктовые и овощные соки, пюре, повидла, джемы
 - 3) арахис, рис
 - 4) молоко, мясо, яйца
 - 5) нерыбные объекты промысла (моллюски, крабы)
24. ПАТУЛИН ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В
- 1) кукурузе, пшенице и продуктах их переработки
 - 2) фруктовых и овощных соках, пюре, повидле, джеме
 - 3) арахисе, рисе
 - 4) молоке, мясе, яйцах
 - 5) нерыбных объектах промысла (моллюски, крабы)
25. ПОЛИХЛОРИРОВАННЫЕ БИФЕНИЛЫ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В
- 1) хлебе, крупах
 - 2) рыбе и рыбопродуктах
 - 3) мясе
 - 4) морских млекопитающих
 - 5) молоке
26. БЕНЗ(А)ПИРЕН НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ В
- 1) зерне
 - 2) копченых мясных продуктах
 - 3) копченых рыбных продуктах
 - 4) овощах и фруктах
 - 5) масличных культурах
27. МЕЛАМИН СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ В
- 1) овощах
 - 2) зерне
 - 3) мясе
 - 4) рыбе
 - 5) молоке
28. НОРМИРУЕМЫЕ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ ВЕЩЕСТВА, ОБЛАДАЮЩИЕ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ КАНЦЕРОГЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ
- 1) свинец, ртуть
 - 2) афлатоксины
 - 3) кадмий
 - 4) нитраты, гексахлорциклогексан, антибиотики
 - 5) полихлорированные бифенилы, нитрозамины
29. РАДИОНУКЛИДЫ, ПОСТОЯННО НОРМИРУЕМЫЕ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ
- 1) цезий-137
 - 2) плутоний-239
 - 3) стронций-90
 - 4) калий-40
 - 5) йод-131
30. КОНТРОЛЮ ЗА ПИЩЕВЫМИ ПРОДУКТАМИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПИЩЕВОГО ОТРАВЛЕНИЯ СООТВЕТСТВУЕТ ВИД САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
- 1) плановая экспертиза
 - 2) внеплановая экспертиза
31. КОНТРОЛЮ ЗА СООТВЕТСТВИЕМ ГИГИЕНИЧЕСКИМ ТРЕБОВАНИЯМ ИЗДЕЛИЙ И ТАРЫ ДЛЯ УПАКОВКИ И ХРАНЕНИЯ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ СООТВЕТСТВУЕТ ВИД САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
- 1) плановая экспертиза
 - 2) внеплановая экспертиза
32. ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ПРОДУКТОВ ПО ПОРУЧЕНИЮ СЛЕДСТВЕННЫХ ОРГАНОВ СООТВЕТСТВУЕТ ВИД САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
- 1) плановая экспертиза
 - 2) внеплановая экспертиза
33. КОНТРОЛЮ ЗА СОДЕРЖАНИЕМ ОСТАТОЧНЫХ КОЛИЧЕСТВ ПЕСТИЦИДОВ СООТВЕТСТВУЕТ ВИД САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
- 1) плановая экспертиза
 - 2) внеплановая экспертиза
34. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПАРТИИ ПРОДУКТОВ НЕ ПРОВОДИТСЯ, ЕСЛИ
- 1) условия хранения на складе не соответствуют требуемым нормам
 - 2) на партию продуктов нет документации
 - 3) имеются нарушения тары или упаковок
 - 4) внешние дефекты (ржавые крышки и т.д.)
35. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОЛНОГО НАБОРА НЕОБХОДИМОЙ СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПАРТИЯ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ
- 1) признается потенциально опасной и изымается из оборота
 - 2) немедленно реализуется при отсутствии внешних признаков порчи
 - 3) немедленно уничтожается
 - 4) немедленно направляется на техническую утилизацию
 - 5) немедленно направляется на термическую обработку
36. КОЛИЧЕСТВО ЕДИНИЦ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВСКРЫТИЮ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
- 1) соответствующими стандартами
 - 2) на глаз
 - 3) 5 - 10% мест партии (в зависимости от ее размера)
 - 4) 10 - 15% мест партии (в зависимости от ее размера)
 - 5) по усмотрению заказчика
37. КОЛИЧЕСТВО ЕДИНИЦ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВСКРЫТИЮ, ЕСЛИ ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ОБНАРУЖЕНО, ЧТО ВСЕ ПРОДУКТЫ ПАРТИИ НАХОДЯТСЯ В ПОВРЕЖДЕННОЙ ТАРЕ
- 1) согласно соответствующему ГОСТу или ТУ
 - 2) 5 - 10 % неповрежденной тары
 - 3) до 5 - 10 % мест от партии
 - 4) вскрываются все единицы
 - 5) по усмотрению заказчика
38. КОЛИЧЕСТВО ЕДИНИЦ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВСКРЫТИЮ, ПАРТИИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ, СОСТОЯЩЕЙ ИЗ 3 - Х ЕДИНИЦ УПАКОВОК
- 1) по усмотрению заказчика
 - 2) согласно соответствующему ГОСТу или ТУ

- 3) вскрываются все единицы
- 4) 5 - 10 % неповрежденной тары
- 5) до 5 - 10 % мест от партии
39. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ОБРАЗЦОВ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ
- 1) составляется протокол исследований проб пищевых продуктов, содержащий результаты лабораторных исследований и заключение по партии продукции
- 2) составляется протокол исследований проб пищевых продуктов, содержащий результаты лабораторных исследований и заключение о соответствии образца санитарно-эпидемиологическим нормативам
- 3) составляется акт по результатам мероприятий по контролю с заключением по партии продукции
40. ОСТАТКИ ОБРАЗЦОВ СКОРОПОРТЯЩИХСЯ ПРОДУКТОВ СОХРАНЯЮТСЯ В ЛАБОРАТОРИИ
- 1) до выдачи результатов анализов
- 2) в течение 3 дней
- 3) в течение 5 дней
- 4) в течение 10 дней
- 5) в течение месяца
41. ОСТАТКИ ОБРАЗЦОВ НЕ СКОРОПОРТЯЩИХСЯ ПРОДУКТОВ СОХРАНЯЮТСЯ В ЛАБОРАТОРИИ
- 1) до выдачи результатов анализов
- 2) в течение 3 дней
- 3) в течение 5 дней
- 4) в течение 10 дней
- 5) в течение месяца
42. ОСТАТКИ ОБРАЗЦОВ, В КОТОРЫХ УСТАНОВЛЕНО НАЛИЧИЕ КАКИХ ЛИБО НЕРАЗРЕШЕННЫХ ИЛИ ВРЕДНЫХ ПРИМЕСЕЙ, А ТАКЖЕ ОСТАТКИ ОБРАЗЦОВ, ПОДОЗРЕВАЕМЫХ КАК ПРИЧИНА ПИЩЕВОГО ОТРАВЛЕНИЯ, ОПЕЧАТЫВАЮТСЯ И СОХРАНЯЮТСЯ В ЛАБОРАТОРИИ СО ДНЯ ВЫДАЧИ РЕЗУЛЬТАТОВ АНАЛИЗА В ТЕЧЕНИЕ
- 1) недели
- 2) 10 дней
- 3) двух недель
- 4) 20 дней
- 5) месяца
43. ПРОДУКТАМИ ОДНОЙ ПАРТИИ СЧИТАЮТСЯ ПРОДУКТЫ
- 1) одного наименования, выпущенные в один день разными сменами, изготовленные по одному стандарту или иным документам производителя
- 2) разного наименования, выпущенные одной сменой, изготовленные по одному стандарту или иным документам производителя
- 3) одного наименования, выпущенные одной сменой, изготовленные по одному стандарту или иным документам производителя
- 4) разного наименования, выпущенные в один день разными сменами, изготовленные по одному стандарту или иным документам производителя
44. ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОДУКЦИИ
- 1) сертификат соответствия или декларация о соответствии
- 2) товарно-транспортные накладные
- 3) свидетельство о государственной регистрации на некоторые виды продукции
- 4) свидетельство ветеринарной службы
- 5) этикетки (маркировки)
45. ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ВСЕМ ГИГИЕНИЧЕСКИМ ТРЕБОВАНИЯМ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫМ К ДАННОМУ ВИДУ ПРОДУКТА И УПОТРЕБЛЕНИЕ ИХ В ПИЩУ НЕ ВЫЗЫВАЕТ СОМНЕНИЙ ИЛИ ОПАСЕНИЙ
- 1) недоброкачественные
- 2) условно-годные
- 3) доброкачественные
- 4) фальсификаты
- 5) суррогаты
46. ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ, КОТОРЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЙ РЕЖИМА ТЕХНОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ, УСЛОВИЙ, СРОКОВ ХРАНЕНИЯ ИЛИ ДРУГИХ ПРИЧИН, НЕ УДОВЛЕТВОРЯЮТ НЕКОТОРЫМ ГИГИЕНИЧЕСКИМ ТРЕБОВАНИЯМ, НО НЕ ПРЕДСТАВЛЯЮТ ОПАСНОСТИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА
- 1) с пониженной питательной ценностью
- 2) условно-годные
- 3) доброкачественные
- 4) фальсификаты
- 5) суррогаты
47. ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ, КОТОРЫЕ В НАТУРАЛЬНОМ ВИДЕ ПРЕДСТАВЛЯЮТ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА, НО ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ОПРЕДЕЛЕННОГО ВИДА ОБРАБОТКИ ДЕФЕКТ МОЖЕТ БЫТЬ УСТРАНЕН
- 1) с пониженной питательной ценностью
- 2) условно-годные
- 3) доброкачественные
- 4) фальсификаты
- 5) суррогаты
48. ПИЩЕВОЙ ПРОДУКТ, КОТОРЫЙ ВНЕШНЕ НАПОМИНАЕТ БОЛЕЕ ЦЕННЫЙ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКТ И НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЕГО ПОЛНОЦЕННЫМ ЗАМЕНИТЕЛЕМ, ПРИ ЭТОМ НА ЭТИКЕТКЕ УКАЗАН ЕГО НАСТОЯЩИЙ СОСТАВ И ПИЩЕВАЯ ЦЕННОСТЬ
- 1) с пониженной питательной ценностью
- 2) условно-годный
- 3) недоброкачественный
- 4) фальсификат
- 5) суррогат
49. ПИЩЕВОЙ ПРОДУКТ, КОТОРЫЙ ВНЕШНЕ НАПОМИНАЕТ КАКОЙ ЛИБО БОЛЕЕ ЦЕННЫЙ НАТУРАЛЬНЫЙ ПРОДУКТ, НО ЗНАЧИТЕЛЬНО МЕНЕЕ ЦЕННЫЙ В БИОЛОГИЧЕСКОМ ОТНОШЕНИИ, ПРИ ЭТОМ ПО ЭТИКЕТКЕ И ЦЕНЕ ВЫДАЕТСЯ ЗА НАТУРАЛЬНЫЙ
- 1) недоброкачественный
- 2) условно-годный
- 3) фальсификат
- 4) с пониженной питательной ценностью
- 5) суррогат
50. ОРГАН ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ДЛЯ УНИЧТОЖЕНИЯ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ И ГИГИЕНИЧЕСКИМ ТРЕБОВАНИЯМ, ВЫНОСИТ
- 1) постановление
- 2) приказ
- 3) указ
- 4) предписание
- 5) условия
51. ВЛАДЕЛЕЦ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ ДОЛЖЕН УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ОРГАН ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА, ВЫНЕСШИЙ ПРЕДПИСАНИЕ ОБ УНИЧТОЖЕНИИ ПАРТИИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ
- 1) позвонить
- 2) письменно уведомить
- 3) сообщить о выбранном месте
- 4) сообщить о назначенном времени
- 5) предоставить фото
52. ДОКУМЕНТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПРИОСТАНОВЛЕНИЯ ВЫРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ ПРОДУКЦИИ ДО ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ОБРАЗЦОВ ПАРТИИ ПРОДУКТОВ

- 1) распоряжение (приказ) главного врача ЦГиЭ
 - 2) постановление главного государственного санитарного врача
 - 3) постановление руководителя территориального органа Роспотребнадзора
 - 4) предписание должностного лица, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор
53. УЧРЕЖДЕНИЯ, УЧАСТВУЮЩИЕ В СБОРЕ И СИСТЕМАТИЗАЦИИ ДАННЫХ МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ САНЭПИДЭКСПЕРТИЗ
- 1) территориальные центры гигиены и эпидемиологии и их филиалы
 - 2) центры гигиены и эпидемиологии субъекта федерации
 - 3) федеральный центр гигиены и эпидемиологии
 - 4) органы муниципального контроля
 - 5) информационно-методический центр «Экспертиза»
54. ТЕРМИН «ПИЩЕВАЯ ЦЕННОСТЬ» ОТРАЖАЕТ
- 1) аминокислотный состав
 - 2) химический состав и энергоценность продукта
 - 3) содержание полиненасыщенных жирных кислот
 - 4) уровень содержания ксенобиотиков и биологических контаминантов
 - 5) безвредность, надежность в отношении стабильности состава
55. БИОЛОГИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПРОДУКТА ОТРАЖАЕТ
- 1) показатель качества белка, зависящий от сбалансированности аминокислот и отражающий степень задержки белкового азота в организме
 - 2) показатель качества жира - степень усвоения жирных кислот
 - 3) показатель сбалансированности витаминов - процент содержания витаминов от величины их физиологической потребности
 - 4) показатель сбалансированности микроэлементов - процент содержания микроэлементов от величины их физиологической потребности
 - 5) относительная степень использования организмом отдельных нутриентов, поступающих с пищевыми продуктами
56. ПЕРЕВАРИВАЕМОСТЬ ПИЩЕВОГО ПРОДУКТА (ОПРЕДЕЛЕНИЕ)
- 1) соответствие химического состава продукта ферментным системам организма
 - 2) относительные различия степени атакуемости ферментами компонентов сырого и кулинарно переработанного продукта
 - 3) относительная степень использования организмом отдельных нутриентов, поступающих с пищевыми продуктами
57. ПРИЕДАЕМОСТЬ ПИЩЕВОГО ПРОДУКТА (ОПРЕДЕЛЕНИЕ)
- 1) скорость наступления субъективного насыщения в процессе еды
 - 2) скорость выработки отрицательного динамического стереотипа выбора и употребления пищевого продукта
 - 3) скорость формирования благоприятного отношения к органолептическим характеристикам пищевого продукта
 - 4) нормирование основных пищевых веществ в питании населения
 - 5) относительная степень использования организмом отдельных нутриентов, поступающих с пищевыми продуктами
58. ТЕРМИН «КАЧЕСТВО», ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОГО СЫРЬЯ И ПРОДУКТОВ, ОТРАЖАЕТ
- 1) аминокислотный состав
 - 2) химический состав и энергоценность
 - 3) содержание полиненасыщенных жирных кислот
 - 4) уровень содержания ксенобиотиков и биологических контаминантов
 - 5) органолептические свойства, химический состав и энергоценность, безвредность, надежность в отношении стабильности состава
59. ТЕРМИН «БЕЗВРЕДНОСТЬ», ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОГО СЫРЬЯ И ПРОДУКТОВ, ОТРАЖАЕТ
- 1) аминокислотный состав
 - 2) химический состав и энергетическая ценность
 - 3) содержание полиненасыщенных жирных кислот
 - 4) уровень содержания ксенобиотиков и биологических контаминантов
 - 5) органолептические свойства, химический состав и энергоценность, безвредность, надежность в отношении стабильности состава
60. НА ЭТИКЕТКУ ПИЩЕВОГО ПРОДУКТА ВЫНОСИТСЯ СОДЕРЖАНИЕ ОСНОВНЫХ ПИЩЕВЫХ ВЕЩЕСТВ (БЕЛКОВ, ЖИРОВ, УГЛЕВОДОВ И ЭНЕРГИИ) В СЛУЧАЯХ, КОГДА ИХ КОЛИЧЕСТВО В ПРОДУКТЕ
- 1) 1% и более от величины средней суточной потребности взрослого человека
 - 2) 2% и более от величины средней суточной потребности взрослого человека
 - 3) 5% и более от величины средней суточной потребности взрослого человека
 - 4) 7% и более от величины средней суточной потребности взрослого человека
 - 5) 10% и более от величины средней суточной потребности взрослого человека
61. НА ЭТИКЕТКУ ПИЩЕВОГО ПРОДУКТА ВЫНОСИТСЯ СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНОВ И МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В СЛУЧАЯХ, КОГДА ИХ КОЛИЧЕСТВО В ПРОДУКТЕ
- 1) 1% и более от величины средней суточной потребности взрослого человека
 - 2) 2% и более от величины средней суточной потребности взрослого человека
 - 3) 5% и более от величины средней суточной потребности взрослого человека
 - 4) 7% и более от величины средней суточной потребности взрослого человека
 - 5) 10% и более от величины средней суточной потребности взрослого человека
62. НА ЭТИКЕТКУ ВЫНОСЯТСЯ СВЕДЕНИЯ О СОДЕРЖАНИИ В ПРОДУКТЕ ГМО, ЕСЛИ ИХ КОЛИЧЕСТВО ПРЕВОСХОДИТ
- 1) 0,09%
 - 2) 0,9%
 - 3) 0,19%
 - 4) 0,99%
 - 5) 9%
63. ГОСУДАРСТВЕННАЯ РЕГИСТРАЦИЯ РОССИЙСКОЙ РОССТАВНОЙ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА ЭТАПЕ
- 1) подготовки к производству
 - 2) выпуска в оборот
 - 3) хранения перед реализацией
64. ОСНОВНОЙ ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ СООТВЕТСТВИЕ ИМПОРТНОЙ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ НОРМАТИВНЫМ ТРЕБОВАНИЯМ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ
- 1) сертификат соответствия
 - 2) сертификат качества и безопасности производителя
 - 3) санитарно-эпидемиологическое заключение
 - 4) свидетельство о государственной регистрации
65. ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ СЕРТИФИКАЦИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ
- 1) органом по сертификации в инициативном порядке
 - 2) органом по сертификации по заявке производителя
 - 3) самостоятельно производителем с привлечением аккредитованных лабораторий
66. ДЕКЛАРИРОВАНИЮ СООТВЕТСВИЯ ПОДЛЕЖИТ
- 1) питьевая вода (расфасованная в емкости)
 - 2) продукция диетического питания
 - 3) продукция детского и специализированного питания
 - 4) молочная, мясная и рыбная продукция
 - 5) продукция ликероводочной, пивоваренной промышленности
67. ГОСУДАРСТВЕННАЯ РЕГИСТРАЦИЯ ИМПОРТНОЙ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА ЭТАПЕ
- 1) подготовки к производству и выпуску в оборот
 - 2) подготовки заключения контракта на поставку в РФ
 - 3) пересечения государственной границы РФ

1. МОЛОКО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОДУКТОМ
 - 1) белково-углеводным
 - 2) белково-жировым
 - 3) углеводно-жировым
 - 4) белково-углеводно-жировым
 - 5) углеводным
2. В ПИТАНИИ МОЛОКО И МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ
 - 1) кальция, фосфора, витаминов В₂ и А
 - 2) кальция, железа, натрия, витамина В₁
 - 3) магния, аскорбиновой кислоты и биофлавоноидов
 - 4) калия, натрия, МНЖК, витамина Е
 - 5) ПНЖК, полноценных белков
3. ОСНОВНЫМ ПО КОЛИЧЕСТВУ БЕЛКОМ В КОРОВЬЕМ МОЛОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) ихтулин
 - 2) лактоальбумин
 - 3) миоглобин
 - 4) лактоглобулин
 - 5) казеин
4. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ МОЛОЧНОГО ЖИРА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ В ЕГО СОСТАВЕ
 - 1) полиненасыщенных жирных кислот
 - 2) холестерина
 - 3) мононенасыщенных жирных кислот
 - 4) жирорастворимых витаминов
 - 5) лецитина
5. МОЛОКО ЯВЛЯЕТСЯ ЕДИНСТВЕННЫМ ИСТОЧНИКОМ В ПИТАНИИ
 - 1) фруктозы
 - 2) сахарозы
 - 3) лактозы
 - 4) глюкозы
 - 5) крахмала
6. МОЛОЧНОКИСЛЫЕ БАКТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОДУЦЕНТАМИ ВИТАМИНОВ
 - 1) С
 - 2) Д
 - 3) А
 - 4) группы В
7. ИЗ МИНЕРАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В МОЛОКЕ НЕДОСТАТОЧНО
 - 1) кальция
 - 2) железа
 - 3) фосфора
 - 4) калия
8. ХАРАКТЕРИСТИКИ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ СЫВОРОТОЧНЫМ БЕЛКАМ МОЛОКА
 - 1) термолабильность
 - 2) термостабильность
 - 3) в их состав входят серосодержащие аминокислоты
 - 4) коагулируют при рН 4,6-4,7
 - 5) являются фосфопротеидами
9. ФАЗЫ МОЛОКА (ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ)
 - 1) дрожжей и плесеней
 - 2) бактерицидная
 - 3) смешанной микрофлоры
 - 4) молочнокислых бактерий

ответ: 2, 3, 4, 1
10. ФАКТОР, ИГРАЮЩИЙ ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БАКТЕРИЦИДНОЙ ФАЗЫ МОЛОКА
 - 1) индивидуальные особенности дойных животных
 - 2) температура хранения
 - 3) степень обсеменения
 - 4) состав микрофлоры
11. ПИЩЕВАЯ ЦЕННОСТЬ КИСЛОМОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ ОБУСЛОВЛЕНА
 - 1) высокими потребительскими свойствами
 - 2) хорошей усвояемостью
 - 3) высоким содержанием аскорбиновой кислоты
 - 4) содержанием кальция и фосфора
 - 5) содержанием витаминов группы В
12. ВИДЫ БРОЖЕНИЯ В ПРОИЗВОДСТВЕ КИСЛОМОЛОЧНЫХ НАПИТКОВ
 - 1) спиртовое
 - 2) масляно-кислое
 - 3) молочно-кислое
 - 4) уксусно-кислое
 - 5) пропионово-кислое
13. КИСЛОМОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ МОЛОЧНОКИСЛОГО БРОЖЕНИЯ
 - 1) кефир
 - 2) сметана
 - 3) творог
 - 4) варенец
 - 5) кумыс
14. КИСЛОМОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ СМЕШАННОГО БРОЖЕНИЯ
 - 1) кефир
 - 2) ряженка
 - 3) кумыс
 - 4) айран
 - 5) варенец
15. МИКРООРГАНИЗМЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В СОСТАВЕ ЗАКВАСОЧНЫХ КУЛЬТУР В ПРОИЗВОДСТВЕ КИСЛОМОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ
 - 1) молочнокислые стрептококки
 - 2) ацидофильная и болгарская палочки
 - 3) пропионово-кислые бактерии
 - 4) дрожжи
 - 5) масляно-кислые бактерии
16. КИСЛОМОЛОЧНЫЙ ПРОДУКТ, ПРОИЗВЕДЕННЫЙ ПУТЕМ СКВАШИВАНИЯ ТОПЛЕНОГО МОЛОКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕРМОФИЛЬНЫХ МОЛОЧНОКИСЛЫХ СТРЕПТОКОККОВ С ДОБАВЛЕНИЕМ (ИЛИ БЕЗ) БОЛГАРСКОЙ МОЛОЧНОКИСЛОЙ ПАЛОЧКИ

- 1) кефир
 - 2) ряженка
 - 3) кумыс
 - 4) варенец
 - 5) айран
17. КИСЛОМОЛОЧНЫЙ ПРОДУКТ, ПРОИЗВЕДЕННЫЙ ПУТЕМ СКВАШИВАНИЯ СТЕРИЛИЗОВАННОГО МОЛОКА И (ИЛИ) МОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕРМОФИЛЬНЫХ МОЛОЧНОКИСЛЫХ СТРЕПТОКОККОВ
- 1) кефир
 - 2) йогурт
 - 3) ряженка
 - 4) айран
 - 5) варенец
18. КИСЛОМОЛОЧНЫЙ ПРОДУКТ, ПРОИЗВЕДЕННЫЙ ПУТЕМ СКВАШИВАНИЯ КОБЫЛЬЕГО МОЛОКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БОЛГАРСКОЙ И АЦИДОФИЛЬНОЙ МОЛОЧНОКИСЛЫХ ПАЛОЧЕК И ДРОЖЖЕЙ
- 1) кефир
 - 2) ряженка
 - 3) кумыс
 - 4) варенец
 - 5) айран
19. КИСЛОМОЛОЧНЫЙ ПРОДУКТ С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ СУХИХ ОБЕЗЖИРЕННЫХ ВЕЩЕСТВ МОЛОКА, ПРОИЗВЕДЕННЫЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СМЕСИ ТЕРМОФИЛЬНЫХ МОЛОЧНОКИСЛЫХ СТРЕПТОКОККОВ И БОЛГАРСКОЙ МОЛОЧНОКИСЛОЙ ПАЛОЧКИ
- 1) кефир
 - 2) йогурт
 - 3) ряженка
 - 4) айран
 - 5) варенец
20. ПРИ СБИВАНИИ МАСЛА ОБРАЗУЕТСЯ
- 1) пахта
 - 2) сыворотка
 - 3) обрат
 - 4) сметана
21. ПРИ ПРИГОТОВЛЕНИИ ТВОРОГА ОБРАЗУЕТСЯ
- 1) пахта
 - 2) сыворотка
 - 3) обрат
22. ПРИ ОБЕЗЖИРИВАНИИ МОЛОКА ОБРАЗУЕТСЯ
- 1) пахта
 - 2) сыворотка
 - 3) обрат
23. ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА МОЛОКА
- 1) влажность
 - 2) зольность
 - 3) плотность
 - 4) кислотность
 - 5) пористость
 - 6) бактериальная обсемененность
24. ПЛОТНОСТЬ МОЛОКА ИЗМЕРЯЕТСЯ В
- 1) градусах Тернера
 - 2) процентах
 - 3) граммах
 - 4) г/см³
 - 5) единицах
25. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВЕЖЕСТИ МОЛОКА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) плотность
 - 2) кислотность
 - 3) сухой остаток
 - 4) содержание жира
26. КИСЛОТНОСТЬ МОЛОКА ИЗМЕРЯЕТСЯ В
- 1) градусах Тернера
 - 2) процентах
 - 3) граммах
 - 4) г/см³
 - 5) градусах Кельвина
27. КИСЛОТНОСТЬ ПАРНОГО СВЕЖЕВЫДЕЛЕННОГО МОЛОКА В ГРАДУСАХ ТЕРНЕРА
- 1) 11-13
 - 2) 14-15
 - 3) 16-18
 - 4) 22-25
28. ПАРТИЯ С ПОВЫШЕННОЙ КИСЛОТНОСТЬЮ (23°Т)
- 1) используется для питания без ограничений
 - 2) направляется на корм скоту по согласованию с ветнадзором
 - 3) направляется на техническую переработку
 - 4) признается условногодной и передается в сеть общественного питания для приготовления теста
29. НАЛИЧИЕ ФОСФАТАЗЫ В МОЛОКЕ ПОСЛЕ ПАСТЕРИЗАЦИИ ГОВОРИТ О
- 1) качественной пастеризации
 - 2) некачественной пастеризации
30. ДЛЯ МАСКИРОВКИ СИЛЬНОГО РАЗБАВЛЕНИЯ МОЛОКА ВОДОЙ ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) сахарный песок
 - 2) крахмал
 - 3) муку
 - 4) соль
 - 5) желатин
31. ФАЛЬСИФИКАЦИЯ МОЛОКА КРАХМАЛОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ
- 1) снижения бактериальной обсемененности
 - 2) нейтрализации повышенной кислотности
 - 3) увеличения плотности
32. ЦЕЛЬ ФОСФАТАЗНОЙ ПРОБЫ
- 1) контроль качества термической обработки молока
 - 2) определение бактериальной обсемененности молока
 - 3) определение возбудителей бруцеллеза в молоке

- 4) выявление фальсификации молока
5) определение кислотности молока
33. РЕЖИМ ПАСТЕРИЗАЦИИ МОЛОКА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ ПОЛНОЕ УНИЧТОЖЕНИЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ
- 1) +50°C - 30 мин.
 - 2) +55°C - 10 мин.
 - 3) +55°C - 30 мин.
 - 4) +60°C - 30 мин.
 - 5) +65°C - 30 мин.
34. КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПАСТЕРИЗАЦИИ МОЛОКА СООТВЕТСТВУЕТ РЕЖИМ ОБРАБОТКИ
- 1) +63 - 65°C в течение 20 - 30 минут
 - 2) +72 - 80°C в течение 15 - 20 секунд
 - 3) +90°C без выдержки
 - 4) выше +100°C
35. ДЛИТЕЛЬНОЙ ПАСТЕРИЗАЦИИ МОЛОКА СООТВЕТСТВУЕТ РЕЖИМ ОБРАБОТКИ
- 1) +63 - 65°C в течение 20 - 30 минут
 - 2) +72 - 80°C в течение 15 - 20 секунд
 - 3) +90°C без выдержки
 - 4) выше +100°C
36. МГНОВЕННОЙ ПАСТЕРИЗАЦИИ МОЛОКА СООТВЕТСТВУЕТ РЕЖИМ ОБРАБОТКИ
- 1) +63 - 65°C в течение 20 - 30 минут
 - 2) +72 - 80°C в течение 15 - 20 секунд
 - 3) +90°C без выдержки
 - 4) выше +100°C
37. СТЕРИЛИЗАЦИИ МОЛОКА СООТВЕТСТВУЕТ РЕЖИМ ОБРАБОТКИ
- 1) +63 - 65°C в течение 20 - 30 минут
 - 2) +72 - 80°C в течение 15 - 20 секунд
 - 3) +90°C без выдержки
 - 4) выше +100°C
38. ПУТЬ РЕАЛИЗАЦИИ ПАРТИИ МОЛОКА С НИЗКИМ СОДЕРЖАНИЕМ ЖИРА, СУХОГО ОБЕЗЖИРЕННОГО ВЕЩЕСТВА, НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ И ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ РАЗБАВЛЕННОГО ВОДОЙ МОЛОКА
- 1) уничтожение
 - 2) направление на корм скоту по согласованию с ветнадзором
 - 3) направление на предприятия общественного питания для приготовления молочных блюд и теста
 - 4) использование для питания без ограничений
39. ЦЕЛЬ РЕДУКТАЗНОЙ ПРОБЫ
- 1) контроль качества пастеризации
 - 2) определение бактериальной обсемененности непастеризованного молока
 - 3) определение возбудителей бруцеллеза в молоке
 - 4) определение возбудителей туберкулеза в молоке
 - 5) выявление фальсификации молока
40. ДЛЯ МАСКИРОВКИ НЕКАЧЕСТВЕННОГО МОЛОКА С ПОВЫШЕННОЙ КИСЛОТНОСТЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) раствор формалина
 - 2) раствор двуххромовокислого калия
 - 3) концентрированную серную кислоту
 - 4) очищенную соду
 - 5) едкую щелочь
41. ФАЛЬСИФИКАЦИЯ МОЛОКА СОДОЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ
- 1) снижения бактериальной обсемененности
 - 2) нейтрализации повышенной кислотности
 - 3) увеличения плотности
42. ФАЛЬСИФИКАЦИЯ МОЛОКА ПЕРЕКИСЬЮ ВОДОРОДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ
- 1) снижения бактериальной обсемененности
 - 2) нейтрализации повышенной кислотности
 - 3) увеличения плотности
43. ЦЕЛЬ ПРОБЫ С РЕЗАУРИНОМ
- 1) контроль качества пастеризации
 - 2) определение бактериальной обсемененности молока
 - 3) определение возбудителей бруцеллеза в молоке
 - 4) определение возбудителей туберкулеза в молоке
44. МОЛОКО, ПОЛУЧЕННОЕ ОТ ЖИВОТНЫХ, БОЛЬНЫХ СИБИРСКОЙ ЯЗВОЙ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
- 1) после кипячения в течение 5 минут для откорма животных
 - 2) после кипячения в течение 30 минут для пищевых целей
 - 3) подлежит уничтожению
 - 4) после пастеризации только на изготовление топленого масла
 - 5) без ограничений
45. МОЛОКО, ПОЛУЧЕННОЕ ОТ ЖИВОТНЫХ, БОЛЬНЫХ МАСТИТОМ, МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНО
- 1) подлежит уничтожению
 - 2) после кипячения для кормления молодняка
 - 3) после кипячения для пищевых целей
 - 4) без ограничений
46. МОЛОКО, ПОЛУЧЕННОЕ ОТ ЖИВОТНЫХ, БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ, РЕАЛИЗУЕТСЯ
- 1) без ограничений
 - 2) подлежит уничтожению
 - 3) после термической обработки
47. МОЛОКО, ПОЛУЧЕННОЕ ОТ ЖИВОТНЫХ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПРОЯВЛЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
- 1) без ограничений
 - 2) подлежит уничтожению
 - 3) после термической обработки
48. МОЛОКО ОТ КОРОВ, КАРАНТИРОВАННЫХ ПО ЯЩУРУ
- 1) может использоваться без ограничений
 - 2) пригодно в пищу после кипячения
 - 3) не пригодно для питания
 - 4) реализуется внутри хозяйства
 - 5) может вывозиться из хозяйства
49. ТРЕБОВАНИЯ К СЫРОМУ МОЛОКУ КОРОВЬЕМУ, ПРЕДНАЗНАЧЕННОМУ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА СЫРА
- 1) уровень бактериальной обсемененности по редуцтазной пробе I и II классов
 - 2) уровень бактериальной обсемененности по редуцтазной пробе II и III классов
 - 3) кислотность не более 19 градусов Тернера
 - 4) кислотность не менее 22 градусов Тернера
 - 5) массовая доля белка не менее 1,5 процента

- 6) массовая доля белка не менее 2,8 процента
50. ЗАПРЕЩЕНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ПИЩУ И СКАРМЛИВАТЬ ЖИВОТНЫМ МОЛОКО ОТ БОЛЬНЫХ
- 1) бруцеллезом
 - 2) гнойным маститом
 - 3) сибирской язвой
 - 4) бешенством
 - 5) чумой

1. МЯСО ПО ХИМИЧЕСКОМУ СОСТАВУ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ

- 1) жировых
- 2) белковых
- 3) углеводистых
- 4) углеводисто-жировых
- 5) белково-жировых

2. СРЕДНЕЕ СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКОВ В МЯСЕ КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА СРЕДНЕЙ УПИТАННОСТИ В %

- 1) 1-6
- 2) 10-11
- 3) 18-20
- 4) 22-25
- 5) свыше 25

3. УСВОЯЕМОСТЬ БЕЛКОВ ГОВЯДИНЫ В %

- 1) 15 - 25
- 2) 40 - 50
- 3) 70 - 80
- 4) 85 - 90
- 5) 90 - 95

4. БЕЛКИ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ МЯСА

- 1) миозин, миоген
- 2) коллаген, эластин
- 3) актин, глобулин
- 4) ихтулин, глютен
- 5) казеин, авидин

5. БЕЛКИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ МЯСА

- 1) коллаген
- 2) миозин
- 3) миоген
- 4) эластин
- 5) актин

6. ГЛОБУЛИН

6. НАИБОЛЬШЕЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТЬЮ ИЗ БЕЛКОВ МЯСА ОБЛАДАЕТ

- 1) 1) коллаген
- 2) 2) миозин
- 3) 3) эластин
- 4) 4) оссеин
- 5) 5) миоглобин

7. ДИАПАЗОН КОЛЕБАНИЙ СОДЕРЖАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ГОВЯДИНЕ (В %)

- 1) 1 - 4
- 2) 2) 4 - 8
- 3) 3) 8 - 12
- 4) 4) 10 - 14
- 5) 5) 14 - 18

8. ЖИВОТНЫЙ ЖИР НАИЛУЧШИЙ ПО БИОЛОГИЧЕСКИМ СВОЙСТВАМ

- 1) говяжий
- 2) свиной
- 3) бараний

9. МЯСНЫЕ ПРОДУКТЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ КАК

- 1) кальций
- 2) железо
- 3) фосфор
- 4) магний
- 5) натрий

10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕ ПРОЦЕСС СОЗРЕВАНИЯ МЯСА

- 1) процесс распада тканей мяса, происходящий с участием микроорганизмов и его ферментов
- 2) начальная стадия автолиза за счет активации ферментов гликолиза
- 3) процесс биохимических превращений в белковых веществах под влиянием протеаз
- 4) процесс биохимических превращений жировых веществ под влиянием липаз

11. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У ЧЕЛОВЕКА ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ МЯСА ОТ БОЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

- 1) описторхоз, анизакидоз
- 2) сибирская язва, туберкулез
- 3) афлатоксикоз, эрготизм
- 4) трихинеллез, тениидоз
- 5) бруцеллез, ящура

12. МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПИЩЕВОЙ И БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ МЯСА

- 1) определение жира по Соклесту
- 2) определение жира по методу Гербера
- 3) определение белка по Кьельдалю
- 4) определение кислотного числа
- 5) окраска отпечатков по Грамму

13. ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МЯСА НА СТЕПЕНЬ СВЕЖЕСТИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1) внешнего вида, консистенции, запаха
- 2) состояния жира
- 3) состояния сухожилий
- 4) состояния костной ткани
- 5) прозрачности и аромата бульона

14. ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРОБЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СВЕЖЕСТИ МЯСА

- 1) проба на «нож»
- 2) проба на «вилку»
- 3) проба на «шпильку»
- 4) пробная варка
- 5) проба Эбера

15. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОБЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СВЕЖЕСТИ МЯСА

- 1) бензидиновая
- 2) фосфатазная
- 3) редуктазная
- 4) окраска отпечатков по Грамму (бактериоскопия)
- 5) проба Эбера

16. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЛЕТУЧИХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МЯСА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1) свежести мяса
- 2) пищевой ценности
- 3) биологической ценности
- 4) наличия гельминтов
- 5) содержания пищевых добавок

17. ОПРЕДЕЛИТЬ СОДЕРЖАНИЕ АМИНО-АМИАЧНОГО АЗОТА ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) реакция бульона с серно-кислой магnezией
- 2) пробная варка
- 3) проба Эбера
- 4) бензидиновая проба
- 5) редуктазная проба

18. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СВЕЖЕСТИ МЯСА ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ В НЕМ ПРОДУКТОВ ПЕРВИЧНОГО РАСПАДА БЕЛКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) бактериоскопию
- 2) реакцию бульона с сернокислой магnezией
- 3) пробу Эбера
- 4) пробную варку
- 5) пробу на «нож»

19. БЕНЗИДИНОВАЯ ПРОБА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СВЕЖЕСТИ МЯСА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1) количество летучих жирных кислот
- 2) активность пероксидазы
- 3) аминок-аммиачный азот
- 4) бактериальную обсемененность
- 5) гельминтов

20. ЦВЕТ КЛЕЙМА, НАНОСИМОГО НА МЯСО ЗДОРОВЫХ ЖИВОТНЫХ КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА

- 1) черное
- 2) синее
- 3) фиолетовое
- 4) красное
- 5) зеленое

21. ЦВЕТ КЛЕЙМА, НАНОСИМОГО НА УСЛОВНО ГОДНОЕ МЯСО КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА

- 1) черное
- 2) синее
- 3) фиолетовое
- 4) красное
- 5) зеленое

22. ТРИХИНЕЛЛОСКОПИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МЯСА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1) свежести мяса
- 2) пищевой ценности
- 3) биологической ценности
- 4) наличия гельминтов

23. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ МЯСА В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ ПРИ ТРИХИНЕЛЛОСКОПИИ ОДНОЙ ТРИХИНЕЛЛЫ

- 1) мясо считается условно годным и допускается к употреблению только после предварительного обезвреживания
- 2) туша и субпродукты подлежат технической утилизации
- 3) можно ограничиться удалением пузырей и разрешить использовать в питании остальную здоровую часть туши
- 4) печень и легкое бракуется полностью
- 5) мясо бракуется и передается на техническую утилизацию

24. МЯСО ТУШИ ПРИЗНАЕТСЯ НЕДОБРАКАЧЕСТВЕННЫМ В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ В НЕМ В 24 СРЕЗАХ

- 1) 4 трихинелл
- 2) 3 трихинелл
- 3) 2 трихинелл
- 4) 1 трихинеллы

25. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ЭХИНОКОККОМ ПАРТИЯ МЯСА ЖИВОТНЫХ

- 1) признается годной для питания без ограничений
- 2) пораженные органы подвергаются технической утилизации, а остальные части туши реализуются как условно годное мясо после предварительного обезвреживания
- 3) передается на техническую утилизацию
- 4) передается по согласованию с ветнадзором на корм скоту

26. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ МЯСА ПРИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ОРГАНОВ УБОЙНЫХ ЖИВОТНЫХ ЭХИНОКОККОМ

- 1) мясо считается условно годным и допускается к употреблению только после предварительного обезвреживания
- 2) туша и субпродукты подлежат технической утилизации
- 3) можно ограничиться удалением пузырей и разрешить использовать в питании остальную здоровую часть туши
- 4) печень и легкое бракуется полностью
- 5) мясо бракуется и передается на техническую утилизацию

27. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ МЯСА ПРИ МАССИВНОМ ПОРАЖЕНИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ЭХИНОКОККОМ

- 1) мясо считается условно годным и допускается к употреблению только после предварительного обезвреживания
- 2) туша и субпродукты подлежат технической утилизации
- 3) можно ограничиться удалением пузырей и разрешить использовать в питании остальную здоровую часть туши
- 4) печень и легкое бракуется полностью
- 5) мясо бракуется и передается на техническую утилизацию

28. СВИНОЙ ВООРУЖЕННЫЙ И БЫЧИЙ НЕВООРУЖЕННЫЙ БЫЧИЙ ЦЕПНИ ВЫЗЫВАЮТ У ЧЕЛОВЕКА ЗАБОЛЕВАНИЕ

- 1) эхинококкоз
- 2) энтеробиоз
- 3) тениидоз
- 4) анизакидоз
- 5) фасциолез

29. ПОРАЖЕНИЕ МЯСА СВИНЫМ И БЫЧИМ ЦЕПНЯМИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) трихинеллез
- 2) финноз
- 3) фасциолез
- 4) дифиллоботриоз
- 5) описторхоз

30. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ МЯСО, ЕСЛИ НА 40 СМ² ПЛОЩАДИ ТУШИ НАЙДЕНО

- 1) 1 финна

- 2) 2 финны
- 3) 3 финны
- 4) 4 финны
- 5) ни одной финны
31. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ МЯСА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ БОЛЕЕ 3 ФИНН НА ПЛОЩАДИ 40 СМ² МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ
 - 1) мясо считается условно годным и допускается к употреблению только после предварительного обезвреживания
 - 2) туша и субпродукты подлежат технической утилизации
 - 3) можно ограничиться удалением пузырей и разрешить использовать в питании остальную здоровую часть туши
 - 4) печень и легкое бракуется полностью
 - 5) мясо бракуется и передается на техническую утилизацию
32. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ МЯСА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ КОЛИЧЕСТВА ФИНН МЕНЬШЕ 3 НА ПЛОЩАДИ 40 СМ² МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ
 - 1) мясо считается условно годным и допускается к употреблению только после предварительного обезвреживания
 - 2) туша и субпродукты подлежат технической утилизации
 - 3) можно ограничиться удалением пузырей и разрешить использовать в питании остальную здоровую часть туши
 - 4) печень и легкое бракуется полностью
 - 5) мясо бракуется и передается на техническую утилизацию
33. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПАРТИИ МЯСА, ПОЛУЧЕННОГО ОТ ЖИВОТНЫХ, ИМЕВШИХ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ЖИЗНИ И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОСЛЕ УБОЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БРУЦЕЛЛЕЗА
 - 1) признать пригодной для питания без ограничения
 - 2) признать условно годной после предварительного обезвреживания проваркой
 - 3) признать не пригодной для питания
 - 4) передать по согласованию с ветнадзором на корм скоту
 - 5) передать на техническую утилизацию
34. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПАРТИИ МЯСА, ПОЛУЧЕННОГО ОТ БОЛЬНЫХ ЯЩУРОМ ЖИВОТНЫХ, УБИТЫХ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ ТЕЛА
 - 1) признать условно годной после обезвреживания проваркой
 - 2) не пригодна для питания
 - 3) пригодна для питания без ограничений
 - 4) передать на техническую утилизацию
 - 5) передать по согласованию с ветнадзором на корм скоту
35. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПАРТИИ МЯСА, ПОЛУЧЕННОГО ОТ БОЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА С ПРИЗНАКАМИ ИСТОЩЕНИЯ И БЕЗ
 - 1) признать условно годной, использовать после тщательной проварки
 - 2) пригодна для питания без ограничений
 - 3) не пригодна для питания, утилизировать
 - 4) передать по согласованию с ветнадзором на корм скоту
36. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПАРТИИ МЯСА ЖИВОТНЫХ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ОДНОГО ОРГАНА ИЛИ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ УСЛОВИИ ОТСУТСТВИЯ ИСТОЩЕНИЯ
 - 1) пораженные органы утилизировать, тушу отправить на проварку
 - 2) пригодна для питания без ограничений
 - 3) не пригодна для питания, утилизировать
 - 4) передать по согласованию с ветнадзором на корм скоту
37. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПАРТИИ МЯСА ЖИВОТНЫХ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ОДНОГО ОРГАНА ИЛИ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ УСЛОВИИ ОТСУТСТВИЯ ИСТОЩЕНИЯ
 - 1) печень реализуют для пищевых целей без ограничений
 - 2) пораженные части органа удаляют и направляют на техническую утилизацию
 - 3) орган целиком направляют на техническую утилизацию или уничтожают
 - 4) непораженные части органа после зачистки обезвреживают проваркой
 - 5) печень и тушу уничтожают
38. МЯСО МОЖЕТ БЫТЬ РЕАЛИЗОВАНО ПОСЛЕ ЗАЧИСТКИ НА ОБЩИХ ОСНОВАНИЯХ (ПРИ СОХРАНЕНИИ ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ) В СЛУЧАЯХ
 - 1) обнаружения на поверхности плесени
 - 2) загара туш, кислого брожения и гнилостного разложения
 - 3) поверхностных механических повреждений во время транспортировки
 - 4) повреждения туш грызунами
 - 5) наличия участков свечения
39. БОЛЬШЕ БЕЛКОВ В МЯСЕ ПТИЦЫ У
 - 1) цыплят
 - 2) кур
 - 3) индеек
 - 4) гусей
 - 5) уток
40. НИЗКАЛОРИЙНЫМ СЧИТАЕТСЯ МЯСО
 - 1) цыплят
 - 2) кур
 - 3) индеек
 - 4) гусей
 - 5) уток
41. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПАРТИИ МЯСА ПТИЦЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ
 - 1) пригодна для питания без ограничений
 - 2) внутренние органы утилизируют, тушки отправляют на проварку или переработку на консервы
 - 3) не пригодна для питания, утилизировать
 - 4) передать по согласованию с ветнадзором на корм скоту
42. ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА КОЛБАСНЫХ ИЗДЕЛИЙ
 - 1) массовая доля влаги, поваренной соли
 - 2) плотность, кислотность
 - 3) массовая доля нитрита натрия, крахмала
 - 4) остаточная активность кислой фосфатазы
 - 5) массовая доля жира, белка
43. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПАРТИИ ВАРЕННЫХ И ПОЛУКОПЧЕННЫХ КОЛБАСНЫХ ИЗДЕЛИЙ С НОРМАЛЬНЫМИ ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ В НИХ БАКТЕРИЙ ГРУППЫ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКИ ИЛИ ПРОТЕЯ
 - 1) реализация без ограничений
 - 2) переработка на колбасу
 - 3) техническая утилизация
 - 4) передать по согласованию с ветнадзором на корм скоту
44. ВЫСОКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОПАСНОСТЬ ВАРЕННЫХ КОЛБАС СВЯЗАНА С
 - 1) высоким содержанием влаги
 - 2) низким содержанием влаги
 - 3) высоким содержанием поваренной соли
 - 4) низким содержанием поваренной соли
 - 5) добавлением пищевых добавок
45. ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ ЦВЕТА В КОЛБАСНОМ ПРОИЗВОДСТВЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) полифосфаты
- 2) белковый стабилизатор
- 3) соевый белок
- 4) нитрит натрия
- 5) копильные препараты
46. МАССОВАЯ ДОЛЯ НИТРИТА НАТРИЯ В ВАРЕННЫХ КОЛБАСНЫХ ИЗДЕЛИЯХ, ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ БОЛЕЕ
 - 1) 0,001%
 - 2) 0,01%
 - 3) 0,003%
 - 4) 0,005%
 - 5) 0,05%
47. МАССОВАЯ ДОЛЯ НИТРИТА НАТРИЯ В СЫРОКОПЧЕНЫХ КОЛБАСНЫХ ИЗДЕЛИЯХ, ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ БОЛЕЕ
 - 1) 0,001%
 - 2) 0,01%
 - 3) 0,003%
 - 4) 0,005%
 - 5) 0,05%
48. ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ ОКРАСКИ И НЕЙТРИЛИЗАЦИИ НИТРИТА НАТРИЯ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ КОЛБАСНЫХ ИЗДЕЛИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ
 - 1) стабилизатор белковый
 - 2) глюкозу
 - 3) глютамат натрия
 - 4) аскорбинат натрия
 - 5) казеинат натрия
49. ПОЛИФОСФАТЫ, КОТОРЫЕ ДОБАВЛЯЮТ В КОЛБАСЫ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ
 - 1) интенсивности цвета
 - 2) повышения поглощающей и удерживающей способности фарша
 - 3) вкусовых свойств продукта
 - 4) пищевой ценности продукта
 - 5) сроков хранения
50. ВАРЕННЫЕ КОЛБАСЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАПРАВЛЕННЫ НА ТЕХНИЧЕСКУЮ УТИЛИЗАЦИЮ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ
 - 1) внутри батонов признаков гнилостного разложения
 - 2) на оболочке сухого налета плесени

1. РЫБА ПО СВОЕМУ ХИМИЧЕСКОМУ СОСТАВУ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ

- 1) жировых
 - 2) белковых
 - 3) углеводисто-белковых
 - 4) углеводисто-жировых
 - 5) белково-жировых
2. ПИЩЕВАЯ ЦЕННОСТЬ РЫБЫ И РЫБОПРОДУКТОВ ОБУСЛОВЛЕНА СОДЕРЖАНИЕМ

- 1) высокоценных белков, ПНЖК, жирорастворимых витаминов
- 2) высокоценных белков, хорошо усвояемых углеводов, витамина с
- 3) незаменимых аминокислот, витаминов с и е, калия, магния, марганца
- 4) серосодержащих аминокислот, β-ситостерина, кальция, железа, фтора
- 5) олеиновой кислоты, витамина РР, холестерина
- 6) казеина, пектина, витамина А

3. МОРСКАЯ РЫБА В ПИТАНИИ СЛУЖИТ ИСТОЧНИКОМ

- 1) НЖК, МНЖК, йода, кальция, натрия, витаминов Е, D
- 2) ПНЖК семейства омега-6, йода, кальция, витаминов А, D
- 3) НЖК, йода, калия, витаминов Е, D
- 4) ПНЖК семейства омега-3, йода, фосфора, витаминов А, D
- 5) НЖК, лактоза, витамины группы В

4. ЕЖЕДНЕВНОМУ ВКЛЮЧЕНИЮ В РАЦИОН РЫБНЫХ БЛЮД МОЖЕТ ПРЕПЯТСТВОВАТЬ ИХ

- 1) низкая биологическая ценность
 - 2) высокая энергетическая ценность
 - 3) высокая приедаемость
 - 4) низкая перевариваемость
 - 5) высокое содержание пектиновых веществ
5. СПЕЦИФИЧЕСКИЙ БЕЛОК МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ РЫБЫ

- 1) коллаген
- 2) эластин
- 3) казеин
- 4) глобулин
- 5) ихтулин

6. БЕЛОК СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ОТСУТСТВУЮЩИЙ В РЫБЕ

- 1) альбумины
- 2) ихтулин
- 3) коллаген
- 4) эластин
- 5) авидин

7. АМИНОКИСЛОТОЙ, ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ В РЫБЕ В БОЛЬШЕМ КОЛИЧЕСТВЕ, ЧЕМ В ДРУГИХ ПРОДУКТАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лейцин
- 2) изолейцин
- 3) метионин
- 4) аргинин
- 5) тирозин

8. БЕЛКОМ БОГАТЫ

- 1) лососевые
- 2) осетровые
- 3) карповые
- 4) сельдевые
- 5) тресковые

9. СОДЕРЖАНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РЫБЕ КОЛЕБЛЕТСЯ В ДИАПАЗОНЕ

- 1) 0,5 - 2,0%
- 2) 0,5 - 3,5%
- 3) 3,5 - 7,0%
- 4) 3,5 - 10,0%
- 5) 7,0 - 10,0%

10. МИНЕРАЛЬНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ В РЫБЕ В МЕНЬШЕМ КОЛИЧЕСТВЕ, ЧЕМ В МЯСЕ ТЕПЛОКРОВНЫХ ЖИВОТНЫХ

- 1) кальций

- 2) железо
- 3) фосфор
- 4) калий
- 5) натрий
11. РЫБИЙ ЖИР ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ
 - 1) аскорбиновой кислоты
 - 2) каротина
 - 3) кальциферола
 - 4) рибофлавина
 - 5) тиамина
12. В РЫБЬЕМ ЖИРЕ СОДЕРЖАТСЯ ПНЖК
 - 1) омега – 7
 - 2) омега – 6
 - 3) омега - 5
 - 4) омега – 3
 - 5) омега - 2
13. НЕРЫБНЫЕ ЖИВОТНЫЕ МОРЕПРОДУКТЫ ОТЛИЧАЮТСЯ
 - 1) высоким содержанием белка, жира и йода и низким содержанием фосфора
 - 2) низким содержанием жира и высоким содержанием белка, йода, цинка, меди
 - 3) высоким содержанием жира и низким содержанием белка, цинка, меди
 - 4) низким содержанием белка, жира и высоким содержанием йода, цинка, меди
14. В РЫБЕ И МОРЕПРОДУКТАХ РЕГЛАМЕНТИРУЮТСЯ
 - 1) нитраты
 - 2) токсичные элементы
 - 3) микотоксины
 - 4) полихлорированные бифенилы
 - 5) радионуклиды
15. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ РЫБЫ ПРОБА «НА НОЖ» ИЛИ НА «ШПИЛЬКУ» ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
 - 1) цвета
 - 2) вкуса
 - 3) консистенции
 - 4) структурных особенностей образца
 - 5) запаха
16. ЛАБОРАТОРНЫЕ СПОСОБЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОСТИ РЫБЫ
 - 1) бактериоскопия
 - 2) овоскопирование
 - 3) определение pH среды
 - 4) проба Эбера
 - 5) проба на фосфатазу
17. ПОД ПОНЯТИЕМ «ФУКСИН» ПОНИМАЮТ
 - 1) бурый цвет поверхности рыбы вследствие прогоркания и окисления подкожного жира
 - 2) потемнение мышечной ткани вдоль позвоночника вследствие пропитывания ее гемолизированной кровью
 - 3) поверхностный красный налет, вызванный развитием пигментообразующих бактерий
 - 4) слизь грязно-серого цвета с неприятным гнилостным запахом на поверхности рыбы
18. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПАРТИИ РЫБЫ С ПРИЗНАКАМИ ПОВЕРХНОСТНОГО ПОРАЖЕНИЯ ФУКСИНОМ
 - 1) быстрая реализация после тщательной промывки
 - 2) направить на утилизацию
 - 3) реализация без ограничения
 - 4) направить на корм скоту
 - 5) переработать на рыбную муку
19. ПОД ПОНЯТИЕМ «ЗАГАР» ПОНИМАЮТ
 - 1) бурый цвет поверхности рыбы вследствие прогоркания и окисления подкожного жира
 - 2) потемнение мышечной ткани вдоль позвоночника вследствие пропитывания ее гемолизированной кровью
 - 3) поверхностный красный налет, вызванный развитием пигментообразующих бактерий
 - 4) слизь грязно-серого цвета с неприятным гнилостным запахом на поверхности рыбы
20. ПОД ПОНЯТИЕМ «РЖАВЧИНА» ПОНИМАЮТ
 - 1) бурый цвет поверхности рыбы вследствие прогоркания и окисления подкожного жира
 - 2) потемнение мышечной ткани вдоль позвоночника вследствие пропитывания ее гемолизированной кровью
 - 3) поверхностный красный налет, вызванный развитием пигментообразующих бактерий
 - 4) слизь грязно-серого цвета с неприятным гнилостным запахом на поверхности рыбы
21. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПОРАЖЕНИЯ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ СОЛЕНОЙ РЫБЫ РЖАВЧИНОЙ РЫБУ СЛЕДУЕТ
 - 1) снять с реализации и рекомендовать на корм животных
 - 2) снять с реализации и уничтожить
 - 3) направить на производство рыбы холодного копчения
 - 4) промыть в тузлуке и срочно реализовать
 - 5) реализовать на общих основаниях
22. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПАРТИИ РЫБЫ, ПОРАЖЕННОЙ ЛИЧИНКАМИ СЫРНОЙ МУХИ «ПРЫГУНКОМ»
 - 1) утилизация
 - 2) быстрая реализация после промывки
 - 3) направление на корм скоту
 - 4) реализация без ограничения
23. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У СОЛЕНОЙ РЫБЫ ПОРОКА «ЛОПАНЕЦ» БЕЗ ВЫПАДЕНИЯ ВНУТРЕННОСТЕЙ И ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ РЫБУ СЛЕДУЕТ
 - 1) снять с реализации и рекомендовать на корм животных
 - 2) реализовать на общих основаниях
 - 3) снять с реализации и уничтожить
 - 4) направить на производство рыбы горячего копчения
 - 5) направить на производство пресервов
24. ГЕЛЬМИНТОЗЫ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ЧЕРЕЗ РЫБУ
 - 1) дифиллоботриоз
 - 2) тенидоз
 - 3) эхинококкоз
 - 4) описторхоз
 - 5) анизакидоз
25. ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМИ БЕЗОПАСНОСТЬ РЫБЫ, ЗАРАЖЕННОЙ ПАРАЗИТАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ
 - 1) живых паразитов, опасных для человека
 - 2) паразитов, локализованных в кишечнике
 - 3) паразитов в мышечной ткани
 - 4) паразитов, локализованных на коже и под кожей
 - 5) живых паразитов любого вида

26. ВОЗБУДИТЕЛЬ ДИФИЛЛОБОТРИОЗА
- 1) печеночный сосальщик
 - 2) широкий лентец
 - 3) кошачья двуустка
 - 4) острица
 - 5) аскарида
27. ПЕРВЫЙ ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ ХОЗЯИН ШИРОКОГО ЛЕНТЕЦА
- 1) веслоногий рачок
 - 2) циклоп
 - 3) щука
 - 4) окунь
 - 5) собака
28. РЫБЫ – ВТОРЫЕ ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ ХОЗЯЕВА ШИРОКОГО ЛЕНТЕЦА
- 1) карась, сазан
 - 2) щука, окунь
 - 3) лосось, кижуч
 - 4) судак, налим
 - 5) лещ, линь
29. ПРИЧИНОЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДИФИЛЛОБОТРИОЗОМ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ УПОТРЕБЛЕНИЕ
- 1) рыбы горячего и холодного копчения
 - 2) рыбы свежего посола и холодного копчения
 - 3) рыбы отварной и вяленой
 - 4) пресервов и рыбы среднего посола
 - 5) консервов и рыбы горячего копчения
30. РАДИКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДИФИЛЛОБОТРИОЗА
- 1) дегельминтизация населения
 - 2) замораживание
 - 3) тщательная тепловая обработка
 - 4) обезвреживание сточных вод
 - 5) посол
31. ПАЛЛИАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДИФИЛЛОБОТРИОЗА
- 1) посол
 - 2) замораживание
 - 3) обезвреживание сточных вод
 - 4) дегельминтизация населения
 - 5) тщательная тепловая обработка
32. МЕТАЦИРКАРИИ КОШАЧЕЙ ДВУУСТКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В МЫШЦАХ РЫБ
- 1) лососевых
 - 2) осетровых
 - 3) карповых
 - 4) сельдевых
 - 5) тресковых
33. КОШАЧЬЯ ДВУУСТКА – ВОЗБУДИТЕЛЬ
- 1) тенидоза
 - 2) эхинококкоза
 - 3) описторхоза
 - 4) дифиллоботриоза
 - 5) энтеробиоза
34. ПРИЧИНОЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПИСТОРХОЗОМ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ УПОТРЕБЛЕНИЕ
- 1) рыбы горячего копчения и рыбы вяленой
 - 2) рыбы холодного копчения, вяленой, строганины
 - 3) строганины и пресервов
 - 4) пресервов и рыбы свежего посола
 - 5) консервов и рыбы среднего посола
35. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПАРТИИ СВЕЖЕЙ РЫБЫ, НЕЗНАЧИТЕЛЬНО ПОРАЖЕННОЙ ПЛЕРОЦЕРКОИДОМ ШИРОКОГО ЛЕНТЕЦА
- 1) не пригодна для питания, направить на корм скоту по согласованию с ветеринарной службой
 - 2) пригодна для питания при условии тщательной термической обработки
 - 3) пригодна к реализации без ограничений
 - 4) не пригодна для питания, направить на техническую переработку
36. РЫБУ, ЗАРАЖЕННУЮ ЛИГУЛЕЗОМ ИЛИ ДРУГИМИ ПАРАЗИТАМИ, НЕ ОПАСНЫМИ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА, МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
- 1) на общих основаниях
 - 2) после потрошения и любой обработки
 - 3) только в консервном производстве
 - 4) только для приготовления рыбы холодного копчения
 - 5) тол
37. ЯЙЦА В ПИТАНИИ СЛУЖАТ ИСТОЧНИКАМИ
- 1) полноценного белка, ПНЖК, кальция, витаминов В₁, Е
 - 2) полноценного белка, МНЖК, калия, витаминов В₆, К
 - 3) полноценного белка, лецитина, железа, витаминов В₂, А
38. ВЫСОКОЙ ПИЩЕВОЙ И БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ ЯЙЦА
- 1) куриные
 - 2) перепелиные
 - 3) гусиные
 - 4) утиные
39. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ БЕЛКИ ЯЙЦА
- 1) ихтулин
 - 2) овомукоид
 - 3) миоген, актин
 - 4) овоальбумин
 - 5) авидин
40. ОСНОВНЫЕ ПРОТЕИНЫ ЖЕЛТКА ЯЙЦА
- 1) вителлин
 - 2) ливетин
 - 3) овоальбумин
 - 4) кональбумин
 - 5) авидин
41. АВИДИН ЯИЧНОГО БЕЛКА ОБЛАДАЕТ
- 1) способностью связывать кальций и фосфор
 - 2) способностью связываться с биотином (витамином Н)
 - 3) антибиотическими свойствами

- 4) способностью улучшать усвояемость аминокислот
42. **ЖИРЫ ЯЙЦА ПРЕДСТАВЛЕНЫ**
- 1) ПНЖК
 - 2) лецитином
 - 3) МНЖК
 - 4) холестеринном
 - 5) холином
43. **ЯЙЦА СОДЕРЖАТ ВИТАМИНЫ И ВИТАМИНОПОДОБНЫЕ ВЕЩЕСТВА**
- 1) витамины А, Д
 - 2) витамин С
 - 3) каротиноиды
 - 4) витамин В₁₂
 - 5) холин
44. **ЯЙЦА ИСТОЧНИК МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ**
- 1) фосфора
 - 2) серы
 - 3) кальция
 - 4) железа
 - 5) меди
45. **ПУГОЙ ЯЙЦА НАЗЫВАЮТ**
- 1) толстый белковый мешок, окружающий желток
 - 2) пространство между белковым мешком и подскорлупной оболочкой
 - 3) воздушную камеру у тупого конца яйца, образованную подскорлупными оболочками
 - 4) волокнистую капсулу, покрывающую поверхность желтка
 - 5) тяжи, которые одним концом соединены с желточной оболочкой, другим – с подскорлупной оболочкой
46. **ЯЙЦА ВОДОПЛАВАЮЩИХ ПТИЦ РАЗРЕШАЕТСЯ**
- 1) реализовывать через продовольственную сеть
 - 2) использовать для изготовления мелкостручных изделий из теста (булочек, печенья, сдобы)
 - 3) использовать для изготовления кондитерских изделий с кремом
 - 4) применять в сыром виде на предприятиях общественного питания
 - 5) использовать при выпечке хлеба
47. **ДЕЛЕНИЕ КУРИНЫХ ЯИЦ НА КАТЕГОРИИ ЗАВИСИТ ОТ**
- 1) сроков снесения яиц
 - 2) массы яиц
 - 3) оплодотворенности яиц
 - 4) загрязненности яиц
48. **В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ХРАНЕНИЯ ЯЙЦА ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА**
- 1) столовые
 - 2) свежие
 - 3) диетические
 - 4) не свежие
 - 5) диабетические
49. **ДИЕТИЧЕСКИМ СЧИТАЕТСЯ ЯЙЦО С**
- 1) массой менее 43 г
 - 2) массой не менее 44 г
 - 3) в течение 7 суток после снесения
 - 4) по истечению 7 суток после снесения
 - 5) независимо от сроков снесения
50. **СТОЛОВЫМ СЧИТАЕТСЯ ЯЙЦО С**
- 1) массой менее 43 г
 - 2) массой не менее 44 г
 - 3) в течение 7 суток после снесения
 - 4) по истечению 7 суток после снесения
 - 5) независимо от сроков снесения
51. **ПОКАЗАТЕЛИ, КОТОРЫЕ УЧИТЫВАЮТСЯ ПРИ ОВОСКОПИРОВАНИИ ЯИЦ**
- 1) подвижность пуги
 - 2) чистота скорлупы
 - 3) дата снесения
 - 4) положение желтка
52. **УСЛОВНО ГОДНЫМИ СЧИТАЮТСЯ ЯЙЦА, ИМЕЮЩИЕ ПОРОКИ**
- 1) красюк
 - 2) туман
 - 3) бой, выливка
 - 4) миражные
 - 5) присушка
53. **НЕ ПРИГОДНЫМИ В ПИЩУ ПРИЗНАЮТСЯ ЯЙЦА, ИМЕЮЩИЕ ПОРОКИ**
- 1) красюк
 - 2) бой, выливка
 - 3) туман
 - 4) миражные
 - 5) малое пятно
54. **«КРАСЮК» - ПОРОК ЯИЦ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ**
- 1) полным смешением белка с желтком
 - 2) наличием кровеносных сосудов в виде кольца на поверхности желтка в результате развития зародыша
 - 3) непрозрачным содержимым яйца в результате развития бактерий и плесени
 - 4) полной или частичной вытечкой содержимого яйца
 - 5) наличием пятна под скорлупой общим размером более 1/3 поверхности яйца
55. **«ТУМАН» - ПОРОК ЯИЦ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ**
- 1) полным смешением белка с желтком
 - 2) наличием кровеносных сосудов в виде кольца на поверхности желтка в результате развития зародыша
 - 3) непрозрачным содержимым яйца в результате развития бактерий и плесени
 - 4) полной или частичной вытечкой содержимого яйца
 - 5) наличием пятна под скорлупой общим размером более 1/3 поверхности яйца
56. **«КРОВЯНОЕ КОЛЬЦО» - ПОРОК ЯИЦ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ**
- 1) полным смешением белка с желтком
 - 2) наличием кровеносных сосудов в виде кольца на поверхности желтка в результате развития зародыша
 - 3) непрозрачным содержимым яйца в результате развития бактерий и плесени
 - 4) полной или частичной вытечкой содержимого яйца
 - 5) наличием пятна под скорлупой общим размером более 1/3 поверхности яйца
57. **ЯЙЦА, ИЗЪЯТЫЕ ИЗ ИНКУБАТОРОВ КАК НЕОПЛОДОТВОРЕННЫЕ**

- 1) «миражные»
- 2) «задохлик»
- 3) «мраморные»
- 4) «красюк»

58. ЧЕРЕЗ ЯЙЦА ПЕРЕДАЮТСЯ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) сальмонеллез
- 2) сибирская язва
- 3) орнитоз
- 4) микоплазмоз
- 5) грипп

1. В ПИТАНИИ ЧЕЛОВЕКА РАСТИТЕЛЬНЫЕ МАСЛА ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ

- 1) ПНЖК семейства омега-3, ретинола, биофлавоноидов, фолиевой кислоты
- 2) ПНЖК семейства омега-6, токоферолов, фитостерина
- 3) МНЖК, ретинола, аскорбиновой кислоты, холестерина

2. ЖИРЫ СМЕШАННОЙ ПРИРОДЫ

- 1) растительное масло
- 2) сливочное масло
- 3) кондитерские жиры
- 4) рыбий жир
- 5) животные топленые жиры

3. НАИБОЛЬШЕЕ СОДЕРЖАНИЕ НЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ИМЕЕТ

- 1) масло сливочное
- 2) свиной жир
- 3) бараний жир
- 4) рыбий жир
- 5) подсолнечное масло

4. НИЗКАЯ СТОЙКОСТЬ РАСТИТЕЛЬНОГО МАСЛА ПРИ ХРАНЕНИИ СВЯЗАНА С НАЛИЧИЕМ В НЕМ

- 1) полиненасыщенных жирных кислот
- 2) витамина Е (токоферолов)
- 3) железа
- 4) диацетила
- 5) β-каротина

5. ПРОЦЕСС ПРОГОРКАНИЯ ЖИРА И ПОЯВЛЕНИЕ ХАРАКТЕРНОГО НЕПРИЯТНОГО ВКУСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАКОПЛЕНИЕМ

- 1) оксисоединений
- 2) альдегидов, кетонов, низкомолекулярных кислот
- 3) ненасыщенных жирных кислот
- 4) высокомолекулярных жирных кислот

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ЖИРА ПРИ ПРОГОРКАНИИ

- 1) плотный желтый налет на поверхности
- 2) бесцветный цвет
- 3) желто-зеленый, коричневый или серый цвет
- 4) стеариновый (сальный) запах
- 5) прогорклый запах
- 6) горький вкус

7. ПРОЦЕСС ОСАЛИВАНИЯ ЖИРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАКОПЛЕНИЕМ

- 1) оксисоединений
- 2) альдегидов, кетонов, низкомолекулярных кислот
- 3) ненасыщенных жирных кислот
- 4) высокомолекулярных жирных кислот

8. ХАРАКТЕРИСТИКА ЖИРА ПРИ ОСАЛИВАНИИ

- 1) бесцветный цвет
- 2) желто-зеленый, коричневый или серый цвет
- 3) плотный желтый налет на поверхности
- 4) горький вкус
- 5) прогорклый запах
- 6) стеариновый (сальный) запах

9. ЖИРЫ СОМНИТЕЛЬНОЙ СВЕЖЕСТИ И ЖИРЫ С ПРИЗНАКАМИ ОСАЛИВАНИЯ НАПРАВЛЯЮТ НА

- 1) утилизацию
- 2) корм скоту по согласованию с ветнадзором
- 3) промышленную переработку после зачистки и устранения дефектов
- 4) хлебопекарные предприятия для изготовления мелкоштучных хлебулочных и кондитерских изделий

10. ПРИ ОКИСЛИТЕЛЬНОЙ ПОРЧЕ ЖИРА В НЕМ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ

- 1) перекисное число
- 2) йодное число
- 3) кислотное число
- 4) количества глицерина
- 5) количество моно - и диглицеридов

11. ПРОГОРКЛЫЕ ЖИРЫ НАПРАВЛЯЮТ НА

- 1) хлебопекарные предприятия для изготовления мелкоштучных хлебулочных и кондитерских изделий
- 2) промышленную переработку после зачистки и устранения дефектов
- 3) корм скоту по согласованию с ветнадзором
- 4) утилизацию

12. ПРИ ГИДРОГЕНИЗАЦИИ РАСТИТЕЛЬНЫХ МАСЕЛ ИХ ПИЩЕВАЯ ЦЕННОСТЬ УМЕНЬШАЕТСЯ ЗА СЧЕТ СНИЖЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ

- 1) влаги и витаминов
- 2) витаминов и фосфатидов
- 3) ненасыщенных жирных кислот и витаминов
- 4) фосфатидов и влаги
- 5) ненасыщенных жирных кислот и фосфатидов

13. ОСНОВНОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ СТЕПЕНЬ СВЕЖЕСТИ ЖИРА (ГИДРОЛИЗА ЖИРА НА СВОБОДНЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ И ГЛИЦЕРИН)

- 1) кислотное число
- 2) пероксидное число
- 3) число омыления
- 4) йодное число
- 5) массовая доля влаги

14. ПОКАЗАТЕЛЬ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ СТЕПЕНЬ ОКИСЛЕНИЯ ЖИРА

- 1) число омыления
- 2) кислотное число

- 3) пероксидное число
- 4) йодное число
- 5) массовая доля влаги
15. ПОКАЗАТЕЛЬ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧИСТОТЫ И ПРИРОДЫ ЖИРА, А ТАКЖЕ ЕГО ИНДЕНТИФИКАЦИИ
 - 1) кислотное число
 - 2) пероксидное число
 - 3) число омыления
 - 4) йодное число
 - 5) массовая доля влаги
16. ПОКАЗАТЕЛЬ, ОТРАЖАЮЩИЙ СТЕПЕНЬ НАСЫЩЕННОСТИ ЖИРНЫХ КИСЛОТ, ВХОДЯЩИХ В СОСТАВ ЖИРА
 - 1) число омыления
 - 2) кислотное число
 - 3) пероксидное число
 - 4) йодное число
 - 5) массовая доля влаги
17. ОСНОВНОЙ СОРТОВЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ТОПЛЕННЫХ ЖИВОТНЫХ ЖИРОВ
 - 1) массовая доля влаги
 - 2) перекисное число
 - 3) реакция с нейтральным красным
 - 4) число омыления
 - 5) йодное число
18. СЛИВОЧНОЕ МАСЛО С ВЫСОКИМ СОДЕРЖАНИЕМ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКИ, ПРЕВЫШАЮЩИМ НОРМАТИВЫ
 - 1) может использоваться в производстве сливочных кремов
 - 2) может использоваться в производстве белковых кремов
 - 3) может использоваться в производстве изделий, подвергающихся термической обработке
 - 4) может использоваться без ограничений
 - 5) не может использоваться
19. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ КУЛИНАРНОМ ПЕРЕГРЕВЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ МАСЕЛ ВОЗНИКАЕТ ОПАСНОСТЬ
 - 1) увеличения кислотного и перекисного чисел
 - 2) уменьшения кислотного и перекисного чисел
 - 3) разрушения токоферолов и фосфолипидов
 - 4) изомеризации жирных кислот
20. ГЛАВНЫЙ СТРУКТУРНЫЙ КОМПОНЕНТ МАРГАРИНА
 - 1) гидрированные жиры (саломассы)
 - 2) топленая смесь
 - 3) жирорастворимые витамины (А, Д, Е)
 - 4) рафинированные растительные масла
 - 5) красители
21. СУТЬ ГИДРОГЕНИЗАЦИИ ЖИДКИХ ЖИРОВ
 - 1) повышение диспертности жировой фазы с целью улучшения консистенции
 - 2) насыщение водородом с целью перевода их в твердое состояние
 - 3) повышение стойкости при хранении
 - 4) разделение на фракции под действием центробежной силы
22. ПРИ ГИДРОГЕНИЗАЦИИ ЖИДКИХ ЖИРОВ (В МАРГАРИНОВОМ ПРОИЗВОДСТВЕ) ОБРАЗУЮТСЯ
 - 1) фосфолипиды
 - 2) β -ситостеринны
 - 3) транс-изомеры жирных кислот
 - 4) цис-изомеры жирных кислот
23. АНТИОКИСЛИТЕЛИ, ПОВЫШАЮЩИЕ СТОЙКОСТЬ ЖИРОВ К ОКИСЛЕНИЮ
 - 1) бутилксианизол
 - 2) бутилксиитолуол
 - 3) бензойная кислота
 - 4) аннато, каротин
 - 5) диацетил
24. ПРИЧИНА ДЕФЕКТА МАЙОНЕЗА «РАССЛАИВАНИЕ» - ЭТО
 - 1) повышенная кислотность продукта
 - 2) температурные перепады при хранении
 - 3) повышенное количество пряностей
 - 4) действие света
25. В РФ В КАЧЕСТВЕ СТАБИЛИЗАТОРОВ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ МАЙОНЕЗОВ ИСПОЛЬЗУЮТ
 - 1) кукурузный фосфатный крахмал марки Б
 - 2) карбоксиметилловый крахмал
 - 3) ксантан
 - 4) альгинат натрия
26. ДЕФЕКТ МАРГАРИНА «ШТАФФ» - ЭТО ПОРОК ЦВЕТА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ
 - 1) образованием более интенсивной окраски поверхности
 - 2) пятнистостью, мраморностью, полосатостью окраски
 - 3) сероватой, буровой окраской
 - 4) бледным цветом
27. ПРИЧИНЫ ДЕФЕКТА МАРГАРИНА «ШТАФФ»
 - 1) воздействие света при хранении
 - 2) воздействие воздуха при хранении
 - 3) интенсивное испарение влаги на поверхности продукта
 - 4) недостаток пластификаторов в рецептуре
 - 5) неравномерное охлаждение эмульсии
28. ДЕФЕКТ МАРГАРИНА «ПЯТНИСТОСТЬ, МРАМОРНОСТЬ» ОБУСЛОВЛЕН
 - 1) плохим качеством красителя
 - 2) использованием плохо отбеленного жира
 - 3) неравномерным охлаждением эмульсии
 - 4) резкими колебаниями температуры
 - 5) воздействием света при хранении
29. ДОПУСТИМЫЕ ДЕФЕКТЫ ЦВЕТА И ВНЕШНЕГО ВИДА МАРГАРИНА
 - 1) прогорклый вкус
 - 2) ясно выраженный вкус растительного масла
 - 3) пятнистость, мраморность массы
 - 4) сероватый оттенок
 - 5) консистенция мучнистая, творожная
30. СТЕАРИНОВЫЙ ПРИВКУС, ОЛЕИСТЫЙ ПРИВКУС МАРГАРИНА ВОЗНИКАЕТ
 - 1) от плохо продезодорированных масел
 - 2) в рецептуре присутствуют плохие ароматизаторы или плохо дезодорированные жиры

- 3) при производстве использовали плохо сквашенное молоко
- 4) из-за используемого молока с повышенной кислотностью
- 5) при попадании говяжьего и бараньего сала
31. КОНДИТЕРСКИЕ ЖИРЫ ДЕЛЯТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ
 - 1) для печенья
 - 2) для вафельных и прохладительных начинок
 - 3) для шоколадных изделий, конфет и пищевых концентратов
 - 4) твердый - на пальмоядровой основе
 - 5) для пирожных
32. НАИБОЛЕЕ СУЩЕСТВЕННОЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЕ ОТЛИЧИЕ КРЕМОВЫХ КОНДИТЕРСКИХ ИЗДЕЛИЙ ОТ ДРУГИХ КОНДИТЕРСКИХ ИЗДЕЛИЙ СОСТОИТ В
 1. большей влажности и большем содержании жира
 2. большей влажности и меньшим содержанием сахара
 3. меньшим содержанием сахара и большем содержании жира
 4. большем содержании сахара и жира
 5. меньшей влажности и большем содержании сахара
33. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОПАСНОСТЬ КРЕМОВЫХ КОНДИТЕРСКИХ ИЗДЕЛИЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СООТНОШЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ ИНГРЕДИЕНТОВ ИЗДЕЛИЙ
 - 1) жира и сахара
 - 2) сахара и влаги
 - 3) муки и сахара
 - 4) влаги и жира
 - 5) муки и жира
34. ЯИЧНЫЙ МЕЛАНЖ ДОПУСКАЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ
 - 1) выпечки мелкоштучных кондитерских и хлебобулочных изделий без отделки кремов
 - 2) выпечки бисквитов
 - 3) приготовления сливочных кремов
 - 4) приготовления крема типа «суфле»
 - 5) приготовления заварного крема
35. В КОНДИТЕРСКИХ ИЗДЕЛИЯХ РАЗРЕШЕНО СОДЕРЖАНИЕ
 - 1) антибиотиков
 - 2) эмульгаторов
 - 3) разрыхлителей теста
 - 4) красителей
 - 5) ароматизаторов
36. МИНИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ САХАРА НА ВОДНУЮ ФАЗУ КРЕМА, ПОДАВЛЯЮЩАЯ РОСТ ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОККА, СОСТАВЛЯЕТ
 - 1) 50%
 - 2) 55%
 - 3) 60%
 - 4) 65%
 - 5) 70%
37. НАИБОЛЕЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ БЕЗОПАСНЫ ПО СОДЕРЖАНИЮ САХАРА НА ВОДНУЮ ФАЗУ КРЕМЫ
 - 1) сливочные и белковые
 - 2) заварные и из взбитых сливок
 - 3) белковые
 - 4) глянсе
 - 5) белковые и глянсе
38. НАИБОЛЕЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ ОПАСНЫ КРЕМЫ
 - 1) сливочные
 - 2) белковые
 - 3) заварные
 - 4) глянсе
39. ОСНОВНОЙ КОНСЕРВАНТ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ СТОЙКОСТИ И УДЛИНЕНИЯ СРОКОВ ГОДНОСТИ КОНДИТЕРСКИХ ИЗДЕЛИЙ
 - 1) борная кислота
 - 2) сорбиновая кислота
 - 3) токоферолы
 - 4) формальдегиды
 - 5) бензойная кислота
40. ОВОЩИ И ФРУКТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПОСТАВЩИКАМИ
 - 1) белков
 - 2) жиров
 - 3) углеводов
 - 4) пектиновых веществ
 - 5) витаминов и минералов
 - 6) органических кислот
41. ОВОЩИ И ФРУКТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВАЖНЕЙШИМИ ПИЩЕВЫМИ ИСТОЧНИКАМИ НЕЗАМЕНИМЫХ НУТРИЕНТОВ
 - 1) аскорбиновой кислоты, пищевых волокон
 - 2) аскорбиновой кислоты, кальция, витамина В₁₂, ПНЖК
 - 3) β-каротина, биофлавоноидов
 - 4) аминокислот, витаминов А и Е, кальция
 - 5) лактозы, витамина Д, железа
42. ОВОЩИ И ФРУКТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ ЕЖЕДНЕВНОГО РАЦИОНА, ОБЕСПЕЧИВАЮТ ПОСТУПЛЕНИЕ В ОРГАНИЗМ
 - 1) незаменимых нутриентов, нормальную моторику и секрецию желудочно-кишечного тракта, пребиотический эффект
 - 2) балластных веществ, моно- и дисахаридов, быстрое чувство насыщения, повышенный диурез, колонизацию в кишечнике лактобактерий
 - 3) веществ, участвующих в поддержании кислотно-щелочного равновесия и предупреждающих ацидотические сдвиги
43. В СВЕЖИХ ОВОЩАХ И ФРУКТАХ ОТМЕЧАЕТСЯ НИЗКОЕ СОДЕРЖАНИЕ
 - 1) белков, жиров
 - 2) пищевых волокон, калия
 - 3) органических кислот
 - 4) эфирных масел, воды
 - 5) натрия, хлора
44. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО САХАРОВ СОДЕРЖИТСЯ В
 - 1) картофеле, репе
 - 2) моркови, свекле
 - 3) арбузах, дынях
 - 4) кабачке, патиссоне
 - 5) огурцах, томатах
45. ФРУКТЫ И ОВОЩИ МОГУТ БЫТЬ ФАКТОРОМ ПЕРЕДАЧИ ГЕЛЬМИНТОЗОВ
 - 1) аскаридоза
 - 2) описторхоза

- 3) тениидоза
- 4) энтеробиоза
- 5) трихоцефалеза
46. НЕРАСТВОРИМЫЕ В ВОДЕ ОРГАНИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА ПЛОДОВ И ОВОЩЕЙ
- 1) целлюлоза
- 2) протопектин
- 3) пектин
- 4) крахмал
- 5) сахара
47. ФИЗИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ, ПРОИСХОДЯЩИЕ В ПЛОДАХ И ОВОЩАХ ПРИ ХРАНЕНИИ
- 1) созревание
- 2) дыхание
- 3) прорастание
- 4) испарение влаги
- 5) выделение тепла
- 6) заживление ран
48. ФИЗИОЛОГО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ, ПРОИСХОДЯЩИЕ В ПЛОДАХ И ОВОЩАХ ПРИ ХРАНЕНИИ
- 1) дыхание, созревание
- 2) изменение химического состава
- 3) прорастание
- 4) испарение влаги, выделение тепла
- 5) заживление ран
49. ДЕФЕКТЫ, КОТОРЫЕ ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ КАЧЕСТВА СВЕЖЕЙ ПЛОДООВОЩНОЙ ПРОДУКЦИИ ПРИЗНАЮТСЯ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ
- 1) царапины
- 2) несоответствие по размеру
- 3) нажимы и градобоины
- 4) микробиологические повреждения менее, чем на 50% мякоти плода
- 5) нетипичная окраска
- 6) повреждения вредителями
50. ДОПУСТИМЫЕ ДЕФЕКТЫ ПЛОДООВОЩНОЙ ПРОДУКЦИИ
- 1) плоды яблок с 1-2-мя засохшими повреждениями плодовойжоркой, не более 2 % от массы партии
- 2) рассеянные по плоду косточковых мелкие точки клястероспориума
- 3) содержание плодов томатов с незарубцевавшимися трещинами, зеленых, мятых, увядших, подмороженных, с прилипшей землей
- 4) содержание корнеплодов с отклонениями от установленных по диаметру размеров более чем на 0,5 см
- 5) содержание корнеплодов разветвленных, треснувших с открытой сердцевинной, частей корнеплодов длиной менее 7 см
- 6) содержание плодов томатов с диаметром меньше установленного размера
51. ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ - КОНСЕРВАНТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ПЕРЕРАБОТКЕ ПЛОДООВОЩНОЙ ПРОДУКЦИИ
- 1) пирофосфат натрия
- 2) бензойная кислота
- 3) хлористый кальций
- 4) каррагинан
- 5) низин
- 6) сернистая кислота
52. В ПЛОДООВОЩНОЙ ПРОДУКЦИИ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ
- 1) микотоксинов
- 2) нитрозаминов
- 3) полихлорированных бифенилов
- 4) нитратов
- 5) изомеров ГХЦГ
53. ГРИБКОВЫЕ БОЛЕЗНИ ЯБЛОК
- 1) парша
- 2) пухлость
- 3) побурение
- 4) загар
- 5) монилиа
54. СУХИЕ ТЕМНО-БУРЫЕ ПЯТНА НА КОЖИЦЕ ЯБЛОК – ПРОЯВЛЕНИЕ
- 1) плодовой гнили (монилии)
- 2) парши
- 3) загара
- 4) поражения сажистым грибом
- 5) пухлости
55. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ ЯБЛОК
- 1) загар
- 2) парша
- 3) монилиа
- 4) пухлость
- 5) стекловидность

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ»

- 1) острые или хронические заболевания, обусловленные употреблением пищи массивно, обсемененной некоторыми видами микроорганизмов
- 2) острые или хронические заболевания, вызванные употреблением пищи, содержащей токсичные вещества микробной и немикробной природы
- 3) заболевания, обусловленные неполноценным, несбалансированным питанием
- 4) заболевания, обусловленные употреблением продуктов с пониженной питательной ценностью
- 5) заболевания, вызванные нерациональным питанием

2. ПРИЗНАКИ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ

- 1) не передаются от больного человека здоровому
- 2) связь каждой вспышки с употреблением одного продукта или блюда
- 3) длительный инкубационный период заболевания
- 4) территориальная ограниченность при потреблении или покупке продукта
- 5) подострое течение

3. ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ ПО ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ НА

- 1) микробные
- 2) немикробные
- 3) токсикоинфекции и токсикозы
- 4) неустановленной этиологии
- 5) микотоксикозы

4. ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ МИКРОБНОЙ ПРИРОДЫ КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ НА

- 1) токсикоинфекции
- 2) токсикозы
- 3) микотоксикозы

- 4) миксты
- 5) немикробной природы
5. **ОСТРЫЕ ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПИЩИ, СОДЕРЖАЩЕЙ МАССИВНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖИВЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ**
 - 1) пищевые токсикоинфекции
 - 2) пищевые токсикозы
 - 3) миксты
 - 4) неустановленной этиологии
6. **ОСТРЫЕ ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПИЩИ, СОДЕРЖАЩЕЙ ЭКЗОТОКСИН**
 - 1) пищевые токсикоинфекции
 - 2) пищевые токсикозы
 - 3) миксты
 - 4) неустановленной этиологии
7. **ПРИЗНАКИ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ МИКРОБНОЙ ПРИРОДЫ**
 - 1) внезапное начало
 - 2) короткий инкубационный период
 - 3) хроническое течение
 - 4) эффективность от антибиотикотерапии
 - 5) носят массовый характер
8. **ВОЗБУДИТЕЛИ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ**
 - 1) бактерии рода *E. Coli*, *Proteus*, энтерококки
 - 2) *Staphylococcus aureus*
 - 3) *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*
 - 4) *Clostridium botulinum*
 - 5) *Citrobacter*, *Hafnia*, *Klebsiella*
9. **К МАЛОИЗУЧЕННЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ ОТНОСЯТСЯ**
 - 1) *Citrobacter*
 - 2) *Hafnia*
 - 3) *Bacillus cereus*
 - 4) *Pseudomonas*
 - 5) *Clostridium perfringens*
10. **ПРОДУКТЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ ОТНОСЯТСЯ**
 - 1) хлебобулочные
 - 2) кулинарные изделия из рубленого мяса (студни, ливерные колбасы, субпродукты)
 - 3) холодные блюда (салаты, винегреты)
 - 4) молоко «самоквас» и молочные продукты
 - 5) яйца, яичные продукты
11. **ВОЗБУДИТЕЛИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ТОКСИКОЗОВ**
 - 1) *Staphylococcus aureus*
 - 2) *Pseudomonas aeruginosa*
 - 3) *Clostridium botulinum*
 - 4) *Escherichia coli*
 - 5) *Streptococcus*
12. **ВОЗБУДИТЕЛИ МИКОТОКСИКОЗОВ - МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ГРИБЫ РОДА**
 - 1) *Aspergillus*
 - 2) *Candida*
 - 3) *Fusarium*
 - 4) *Claviceps purpurea*
 - 5) *Malassezia*
13. **К ВОЗБУДИТЕЛЯМ СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ ОТНОСЯТСЯ**
 - 1) *Bacillus cereus* и энтеротоксигенный *Staphylococcus aureus*
 - 2) грибы рода *Fusarium* и энтеротоксигенный *Staphylococcus aureus*
 - 3) *Proteus vulgaris* и энтеротоксигенный *Staphylococcus aureus*
 - 4) грибы рода *Aspergillus* и *Fusarium*
 - 5) *Klebsiella* и *Proteus vulgaris*
14. **К ПИЩЕВЫМ ОТРАВЛЕНИЯМ НЕ ОТНОСЯТ**
 - 1) ботулизм
 - 2) сальмонеллез
 - 3) эрготизм
 - 4) отравления фазинном, соланином
 - 5) отравления пестицидами, нитратами
15. **КОЛИЧЕСТВО УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ БАКТЕРИЙ, ВЫЗЫВАЮЩЕЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ (КОЕ/Г ПРОДУКТА)**
 - 1) 10^1-10^3
 - 2) 10^3-10^5
 - 3) 10^4-10^5
 - 4) 10^5-10^6
16. **ПРИЧИНЫ ВОЗМОЖНОГО МИКРОБНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ**
 - 1) нарушение точности технологического процесса на пищевом объекте
 - 2) нарушение правил личной гигиены персонала пищевого объекта
 - 3) нарушение технологии приготовления (рецептуры) продуктов и блюд
 - 4) несоблюдение температуры и сроков хранения продуктов и блюд
17. **НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ РАЗМНОЖЕНИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ В ПИЩЕ**
 - 1) $pH < 5,4$, водная активность $< 0,95$
 - 2) $pH < 4,4$, водная активность $< 0,85$
 - 3) $pH > 4,4$, водная активность $> 0,85$
18. **ЗАБОЛЕВАНИЯ РАБОТНИКОВ ПИЩЕВЫХ ОБЪЕКТОВ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ ОПАСНОСТЬ В ПЛАНЕ ОБСЕМЕНЕНИЯ ПРОДУКТОВ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРОЙ**
 - 1) кариес
 - 2) пиелонефрит, цистит
 - 3) тонзиллит, ангина
 - 4) парапроктит, геморрой
 - 5) дисбактериоз, холецистит
19. **ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ИНТЕРВАЛ, ПРИ КОТОРОМ КОЛИЧЕСТВО МЕЗОФИЛЬНЫХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ В ПИЩЕ УДВАИВАЕТСЯ КАЖДЫЕ 15-20 МИНУТ**
 - 1) $+0-6^{\circ}C$
 - 2) $+8-14^{\circ}C$
 - 3) $+15-45^{\circ}C$
 - 4) $+50-60^{\circ}C$
20. **ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ**
 - 1) менее 6 часов

- 2) 6-24 часов
- 3) 12-36 часов
- 4) 8-10 суток
- 5) 2-3 недели
21. ОСНОВНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ
 - 1) качественная термическая обработка продуктов
 - 2) соблюдение технологического процесса приготовления продуктов
 - 3) медицинский контроль за здоровьем работающих на пищевых предприятиях
 - 4) пропаганда опасности домашнего консервирования
 - 5) правильное хранение муки и зерна
22. ЗАБОЛЕВАНИЯ РАБОТНИКОВ ПИЩЕВЫХ ОБЪЕКТОВ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ ОПАСНОСТЬ В ПЛАНЕ ОБСЕМЕНЕНИЯ ПРОДУКТОВ СТАФИЛОКОККОМ
 - 1) тонзиллит, ангина
 - 2) отит
 - 3) порезы, фурункулы
 - 4) кариес
 - 5) холецистит
23. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ СТАФИЛОКОККОВЫХ ТОКСИКОЗАХ СОСТАВЛЯЕТ
 - 1) до 30 минут
 - 2) до 2 часов
 - 3) до 6 часов
 - 4) до 12 часов
 - 5) до 24 часов
24. К ПРОДУКТАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ СТАФИЛОКОККОВЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ОТНОСЯТСЯ
 - 1) кондитерские изделия с кремом
 - 2) фруктовые компоты домашнего консервирования
 - 3) арахис
 - 4) творог из непастеризованного молока
 - 5) маринованные грибы
25. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫЙ ПРОДУКТ В ОТНОШЕНИИ РАЗВИТИЯ СТАФИЛОКОККОВОГО ТОКСИКОЗА
 - 1) картофельное пюре
 - 2) манная каша
 - 3) отварные макароны
 - 4) заварной крем
 - 5) консервы
26. ПИЩЕВОЕ ОТРАВЛЕНИЕ, ПРОИЗОШЕДШЕЕ ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СВЕЖЕПРИГОТОВЛЕННОГО БЛЮДА ПОДВЕРГШЕГОСЯ ТЕРМИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ, ВЫЗВАНО
 - 1) Clostridium botulinum
 - 2) Escherichia coli
 - 3) Staphylococcus aureus
 - 4) Klebsiella
 - 5) Proteus vulgaris
27. ДЛЯ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХАРАКТЕРНО
 - 1) короткий инкубационный период
 - 2) низкая контагиозность
 - 3) явления острого гастроэнтерита
 - 4) поражение бульбарного отдела ЦНС
28. ОБНАРУЖЕНИЕ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА В ПРОДУКТЕ ПОСЛЕ ТЕПЛОВОЙ ОБРАБОТКИ
 - 1) свидетельствует о вторичном загрязнении продукта
 - 2) является показателем эпидемиологического неблагополучия объекта
 - 3) указывает на возможное загрязнение патогенными микроорганизмами
 - 4) является показателем санитарного неблагополучия объекта
29. К НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ СТАФИЛОКОККОВЫХ ТОКСИКОЗОВ НА ПИЩЕБЛОКЕ ОТНОСЯТСЯ
 - 1) соблюдение правил личной гигиены
 - 2) предупреждение размножения бактерий в пище
 - 3) качественная термическая обработка продуктов
 - 4) соблюдение сроков хранения продуктов
 - 5) уничтожение патогенных бактерий в процессе холодной обработки
30. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ ОБСЕМЕНЕНИЯ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ ЭНТЕРОТОКСИГЕННЫМ СТАФИЛОКОККОМ
 - 1) качественная термическая обработка продуктов
 - 2) соблюдение технологического процесса приготовления продуктов и блюд
 - 3) медицинский контроль за здоровьем работающих на пищевых предприятиях
31. БЛЮДА, В КОТОРЫХ СТАФИЛОКОККОВЫЙ ЭНТЕРОТОКСИН СПОСОБЕН НАКАПЛИВАТЬСЯ ПРИ КОМНАТНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ В ТЕЧЕНИЕ 3-4 ЧАСОВ ДО ПОРОГОВОЙ ДОЗЫ
 - 1) молочная каша
 - 2) щи из кислой капусты
 - 3) рыба, запеченная в лимонном соусе
 - 4) котлета с картофельным пюре
 - 5) макароны по-флотски
32. ИСТОЧНИКАМИ ПАТОГЕННЫХ ШТАММОВ МИКРООРГАНИЗМОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЧЕЛОВЕК И ЖИВОТНОЕ ПРИ
 - 1) ботулизме
 - 2) эрготизме
 - 3) пищевых токсикоинфекциях
 - 4) афлатоксикозе
 - 5) стафилококковом токсикозе
33. БОТУЛИЗМ ОТНОСИТСЯ К
 - 1) бактериальным токсикозам
 - 2) пищевым отравлениям неустановленной этиологии
 - 3) микотоксикозам
 - 4) глистным инвазиям
 - 5) зоонозам
34. СПОРЫ CLOSTRIDIUM BOTULINUM
 - 1) термостабильны
 - 2) термолабильны
 - 3) устойчивы к кислой среде
 - 4) устойчивы в щелочной среде
 - 5) анаэробы
 - 6) аэробы
35. ПРОДУКТЫ - ИСТОЧНИКИ БОТУЛИЗМА
 - 1) кондитерские изделия

- 2) соленая, вяленая, копченая рыба
- 3) консервы домашнего приготовления
- 4) молочные продукты
- 5) сырокопченая колбаса, свиное сало
36. ПОДАВЛЯЮЩЕЕ ЧИСЛО СЛУЧАЕВ БОТУЛИЗМА СВЯЗАНО С УПОТРЕБЛЕНИЕМ В ПИЩУ
- 1) консервированных и копченых продуктов домашнего приготовления
- 2) салатов домашнего приготовления
- 3) колбасных изделий заводского приготовления
37. ОСНОВНОЕ МЕСТО В ПРИРОДЕ, ГДЕ ПОДДЕРЖИВАЕТ СВОЙ ВИД ВОЗБУДИТЕЛЬ БОТУЛИЗМА
- 1) воздух
- 2) почва
- 3) вода
- 4) кишечник человека
- 5) кишечник рыб, грызунов, свиней
38. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ БОТУЛИЗМЕ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) до 2 часов
- 2) от 8 до 12 часов
- 3) от 12 до 30 часов
- 4) от 2 часов до 10 дней
- 5) от 10 дней до 14 дней
39. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА БОТУЛИЗМА
- 1) 4-6 часов
- 2) 6-12 часов
- 3) 12-36 часов
- 4) 7 суток
- 5) 2-3 недели
40. БОТУЛОТОКСИН ПОРАЖАЕТ
- 1) лимфоидную ткань
- 2) бульбарные ядра
- 3) печень
- 4) почки
- 5) легкие
41. СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОТУЛИЗМА
- 1) метеоризм, диарея
- 2) пониженная температура
- 3) фебрильная температура
- 4) метеоризм, запор
- 5) птоз, косоглазие
- 6) дизартрия
42. ПИЩЕВОЕ ОТРАВЛЕНИЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ, ДВОЕНИЕМ В ГЛАЗАХ, ПТОЗОМ, ЗАТРУДНЁННЫМ ГЛОТАНИЕМ, ОСИПЛОСТЬЮ ГОЛОСА, ПЕРШЕНИЕМ В ГОРЛЕ
- 1) отравление грибами
- 2) сальмонеллез
- 3) стафилококковый токсикоз
- 4) ботулизм
- 5) эрготизм
43. ПРОФИЛАКТИКА БОТУЛИЗМА ВКЛЮЧАЕТ
- 1) отстранение работников пищеблоков, больных ангиной, от работы до полного выздоровления
- 2) ежедневный осмотр рук работников, занятых на разделке продуктов, прошедших термическую обработку, работающих в цехах изготовления кремовых изделий
- 3) отстранение работников пищеблоков с гнойничковыми заболеваниями рук от работы до полного выздоровления
- 4) соблюдение правил транспортировки продуктов
- 5) правильную обработку и соблюдение технологии приготовления продуктов
44. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ БОТУЛИЗМА
- 1) санитарный контроль за консервированием продуктов на консервных заводах
- 2) запрещение реализации изделий домашнего консервирования
- 3) контроль за состоянием оборудования пищеблока
- 4) проведение флюорографии
- 5) контроль за состоянием здоровья работников пищевых объектов
45. МИКОТОКСИКОЗЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ФУЗАРИОЗАМ
- 1) эрготизм
- 2) афлатоксикоз
- 3) септическая ангина
- 4) отравление «пьяным хлебом»
- 5) охратоксикоз
46. ТОКСИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА СПОРЫШЬИ
- 1) алкалоиды
- 2) сапонины
- 3) патулин
- 4) цитринин
- 5) биогенные амины
47. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЭРГОТИЗМА
- 1) конвульсивная
- 2) лейкопеническая
- 3) гангренозная
- 4) смешанная
- 5) ангиозно-геморрагическая
48. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ В ПИЩУ ИЗДЕЛИЙ ИЗ ЗЕРНА, ПЕРЕЗИМОВАВШЕГО ПОД СНЕГОМ
- 1) эрготизм
- 2) алиментарно-токсическая алейкия
- 3) отравлением «пьяным хлебом»
- 4) афлатоксикоз
- 5) охратоксикоз
49. НЕКРОТИЧЕСКАЯ АНГИНА ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ
- 1) эрготизме
- 2) фузариотоксикозе
- 3) алиментарно-токсической алейкии
- 4) отравлении ядрами косточковых плодов
- 5) отравлении бледной поганкой
50. СТАДИИ АЛИМЕНТАРНО-ТОКСИЧЕСКОЙ АЛЕЙКИИ
- 1) острой интоксикации

- 2) конвульсивная
 - 3) лейкопеническая
 - 4) гангренозная
 - 5) ангиозно-геморрагическая
 - 6) выздоровление и развитие осложнений
51. ПИЩЕВОЕ ОТРАВЛЕНИЕ С КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ, НАПОМИНАЮЩИМИ СИМПТОМЫ ОПЬЯНЕНИЯ (БЕСПРИЧИННЫЙ СМЕХ, ПЛЯСКА, ПЕНИЕ, ШАТКАЯ ПОХОДКА)
- 1) аспергиллотоксикоз
 - 2) эрготизм
 - 3) ботулизм
 - 4) алиментарно-токсическая алейкия
 - 5) отравление «пьяным хлебом»
52. В СИСТЕМУ ПЛАНОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЭРГОТИЗМА И ФУЗАРИОТОКСИКОЗА ВХОДЯТ
- 1) соблюдение норм и сроков сбора зерновых культур
 - 2) ограничение применения токсичных пестицидов при обработке зерновых культур
 - 3) запрещение использования для выпечки хлебобулочных изделий импортного сырья
 - 4) контроль за наличием в зерновом сырье микотоксинов
 - 5) соблюдение норм и сроков хранения и переработки зерновых культур
53. ПРОДУКТЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ОТРАВЛЕНИЮ ТОКСИНАМИ МИКРОСКОПИЧЕСКИХ ГРИБОВ ИЗ РОДА *Aspergillus*
- 1) орехи (арахис)
 - 2) семечки подсолнечника
 - 3) мясные продукты
 - 4) кондитерские изделия
 - 5) кофе
54. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗМНОЖЕНИЮ В ПРОДУКТАХ ИЛИ СЫРЬЕ ГРИБОВ РОДА *ASPERGILLUS* И НАКОПЛЕНИЮ АФЛОТОКСИНОВ
- 1) повышенная влажность сырья (продукта)
 - 2) пониженная влажность сырья (продукта)
 - 3) температура выше +20 °С
 - 4) температура ниже +20 °С
 - 5) высокое содержание в продукте (сырье) липидов
55. ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ С ВОЗМОЖНЫМ ОТДАЛЕННЫМ КАНЦЕРОГЕННЫМ ЭФФЕКТОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
- 1) ботулизме
 - 2) эрготизме
 - 3) афлатоксикозе
 - 4) фузариотоксикозе
 - 5) митилизме
56. АФЛАТОКСИКОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ
- 1) рыбы
 - 2) соевых бобов
 - 3) арахиса
 - 4) зернопродуктов
 - 5) семян подсолнечника
57. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АФЛАТОКСИКОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ПИЩЕ
- 1) арахиса
 - 2) мясных изделий
 - 3) консервов
 - 4) молочных продуктов
 - 5) грибов
58. ДЛЯ ОСТРОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ АФЛАТОКСИНОВ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ
- 1) токсического миокардита
 - 2) гломерулонефрита
 - 3) токсического гепатита
 - 4) менингоэнцефалита
 - 5) гастроэнтероколита
59. К ОСНОВНОМУ ХРОНИЧЕСКОМУ ЭФФЕКТУ ВОЗДЕЙСТВИЯ АФЛАТОКСИНОВ ОТНОСИТСЯ
- 1) мутагенный
 - 2) сенсibiliзирующий
 - 3) тератогенный
 - 4) развитие гепатокарциномы
 - 5) возникновение злокачественных новообразований желудка и легких
60. ОРГАН, ПОРАЖАЕМЫЙ ПРИ ОХРАТОКСИКОЗЕ
- 1) печень
 - 2) легкие
 - 3) желчный пузырь
 - 4) поджелудочная железа
 - 5) почки
61. НАКОПЛЕНИЕ ПАТУЛИНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
- 1) зерновых культур
 - 2) плодов, частично подвергнутых порче
 - 3) замороженных фруктов
 - 4) соков, выработанных с применением биологически активных добавок
 - 5) тортов с кремовой отделкой
62. ФИЗИЧЕСКИЕ (МЕХАНИЧЕСКИЕ) МЕТОДЫ ОБЕЗВРЕЖИВАНИЯ ЗАГРЯЗНЕННЫХ МИКОТОКСИНАМИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ И КОРМОВ
- 1) электронная сортировка
 - 2) обработка 1% раствором соды
 - 3) применение консервирующих растворов
 - 4) помол
 - 5) замораживание
63. ХИМИЧЕСКИЙ МЕТОД ОБЕЗВРЕЖИВАНИЯ ЗАГРЯЗНЕННЫХ МИКОТОКСИНАМИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ И КОРМОВ ВКЛЮЧАЕТ ОБРАБОТКУ
- 1) 1% раствором соды
 - 2) 1% раствор гипохлорита кальция
 - 3) 1% раствором люголя
 - 4) 1% раствором перекиси водорода
 - 5) 1% раствором соляной кислоты
1. К ПИЩЕВЫМ ОТРАВЛЕНИЯМ ПРОДУКТАМИ, ЯДОВИТЫМИ ПО СВОЕЙ ПРИРОДЕ ОТНОСЯТСЯ ОТРАВЛЕНИЯ
- 1) бледной поганкой
 - 2) волнушками
 - 3) триходесмой
 - 4) проросшим картофелем

- 5) севанским омулем
2. К ПИЩЕВЫМ ОТРАВЛЕНИЯМ ПРОДУКТАМИ, ЯДОВИТЫМИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ УСЛОВИЯХ ОТНОСЯТСЯ ОТРАВЛЕНИЯ
- 1) мухомором
- 2) горькими ядрами косточковых плодов
- 3) груздями
- 4) мидиями
- 5) проросшим картофелем
3. ОТРАВЛЕНИЕ МЁДОМ, СОБРАННЫМ ПЧЕЛАМИ С ЯДОВИТЫХ РАСТЕНИЙ, ОТНОСИТСЯ К ОТРАВЛЕНИЯМ ПРОДУКТАМИ
- 1) ядовитыми по своей природе растительного происхождения
- 2) ядовитыми по своей природе животного происхождения
- 3) ядовитыми при определенных условиях растительного происхождения
- 4) ядовитыми при определенных условиях животного происхождения
- 5) неустановленной этиологии
4. «ЯДОВИТЫЕ» ВИДЫ РЫБ
- 1) маринка
- 2) налим
- 3) щука
- 4) севанский омуль
- 5) фугу
5. ВИДЫ РЫБ, У КОТОРЫХ МОЛОКИ, ИКРА, ПЕЧЕНЬ В ПЕРИОД НЕРЕСТА ПРИОБРЕТАЮТ ЯДОВИТЫЕ СВОЙСТВА
- 1) налим
- 2) щука
- 3) жерех
- 4) скумбрия
- 5) севанский омуль
6. МАРИНОТОКСИКОЗЫ – ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ
- 1) рыбы – маринки
- 2) фугу
- 3) нерыбных морепродуктов
- 4) фруктов и овощей
- 5) ядовитых грибов
7. ФУГУ – ЯДОВИТАЯ РЫБА СЕМЕЙСТВА ИГЛОБРЮХИХ СОДЕРЖИТ
- 1) тетродотоксин
- 2) гистамин
- 3) аманитины
- 4) охратоксин
- 5) скополамин
8. ДЕЙСТВИЕ ТЕТРОДОТОКСИНА НА ОРГАНИЗМ
- 1) аллергическое
- 2) нейропаралитическое
- 3) гепатотоксическое
- 4) нефротоксическое
- 5) развитие гастроэнтерита
9. БОЛЕЗНЕННЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ВО РТУ, ВЫСЫПАНИЯ В ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ТУЛОВИЩА, СНИЖЕНИЕ АД, ЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРИТА – ПРОЯВЛЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ
- 1) тетродотоксина
- 2) соланина
- 3) скомбротоксина
- 4) скополамина
- 5) мускарина
10. РЫБА, В КОТОРОЙ МОЖЕТ СОДЕРЖАТЬСЯ СКОМБРОТОКСИН
- 1) тунец, скумбрия
- 2) фугу, маринка
- 3) сардины, сельдь
- 4) лещь, плотва
- 5) лосось
11. УСЛОВНО СЪЕДОБНЫЕ ГРИБЫ
- 1) строчки
- 2) груздь
- 3) мухомор
- 4) сморчки
- 5) волнушки
12. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ОТРАВЛЕНИЙ ЯДОВИТЫМИ ГРИБАМИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ
- 1) недостаточное знание грибов
- 2) несоблюдение правил сбора и заготовки грибов
- 3) недостаточная санитарная обработка
- 4) продажа смеси грибов, грибных салатов, икры и других продуктов в измененном виде
- 5) несоблюдение технологии производства
13. ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ БЛЕДНОЙ ПОГАНКИ ОБУСЛОВЛЕНО СОДЕРЖАНИЕМ
- 1) фазина
- 2) сакситоксина
- 3) аманитина
- 4) скополамина
- 5) фаллоидина
14. ДЕЙСТВИЕ ТОКСИНОВ БЛЕДНОЙ ПОГАНКИ
- 1) канцерогенное
- 2) гепатотоксическое
- 3) психотропное
- 4) нейротропное
- 5) нефротоксическое
15. НЕУКРОТИМАЯ РВОТА, ДИАРЕЯ, ОБЕЗВОЖИВАНИЕ, УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛТУХА, ОЛИГУРИЯ ВПЛОТЬ ДО АНУРИИ – КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОТРАВЛЕНИЯ
- 1) мухомором
- 2) фугу
- 3) болиголовом
- 4) софорой
- 5) бледной поганкой
16. ВЫСОКАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ХАРАКТЕРНА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ
- 1) мухомором

- 2) ложным опенком
- 3) свинушкой
- 4) бледной поганкой
- 5) сморчками
17. ТОКСИЧЕСКОЕ ВЕЩЕСТВО МУХОМОРА
 - 1) мускарин
 - 2) тетродотоксин
 - 3) охратоксин
 - 4) фаллоидин
 - 5) скомбротоксин
18. ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ МУСКАРИНА
 - 1) нейротропное
 - 2) психотропное
 - 3) нефрогенное
 - 4) канцерогенное
 - 5) гепатотропное
19. СЛЮНОТЕЧЕНИЕ, РВОТА, ДИАРЕЯ, СУЖЕНИЕ ЗРАЧКОВ, ГАЛЛЮЦИНАЦИИ, БРЕД, СУДОРОГИ – КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОТРАВЛЕНИЯ
 - 1) мухомором
 - 2) сатанинским грибом
 - 3) бледной поганкой
 - 4) свинушкой
 - 5) строчками
20. ГЕМОЛИЗ ЭРИТРОЦИТОВ ВЫЗЫВАЮТ ТОКСИНЫ
 - 1) мухомора
 - 2) строчков, сморчков
 - 3) свинушки
 - 4) мухомора
 - 5) ложного опенка
21. ТОКСИНЫ СТРОЧКОВ
 - 1) атропин
 - 2) мускарин
 - 3) гельвеловая кислота
 - 4) аманитины
 - 5) гиомитрин
22. ГЕЛЬВЕЛОВАЯ КИСЛОТА, СОДЕРЖАЩАЯСЯ В СТРОЧКАХ И СМОРЧКАХ, ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
 - 1) нейротоксическое (судорожное)
 - 2) нейротоксическое (холинолитическое)
 - 3) нефротоксическое
 - 4) гепатотоксическое
 - 5) тератогенное
23. ОТРАВЛЕНИЯ ГРИБАМИ С КОРОТКИМ ИНКУБАЦИОННЫМ ПЕРИОДОМ (МЕНЕЕ 3 ЧАСОВ)
 - 1) мухоморами
 - 2) бледной поганкой
 - 3) шампиньоном ядовитым
 - 4) ложными опятами
 - 5) строчками, сморчками
24. ОТРАВЛЕНИЯ ГРИБАМИ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ИНКУБАЦИОННЫМ ПЕРИОДОМ (БОЛЕЕ 3 ЧАСОВ)
 - 1) мухоморами
 - 2) бледной поганкой
 - 3) волнушками
 - 4) строчками, сморчками
 - 5) ложными опятами
25. ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОТРАВЛЕНИЙ ЯДОВИТЫМИ ГРИБАМИ
 - 1) санитарно-просветительная работа
 - 2) соблюдение сроков хранения грибов
 - 3) упорядочение сбора грибов и их переработки
 - 4) соблюдение правил продажи грибов
 - 5) санитарная обработка грибов
26. ЦИКУТОТОКСИН СОДЕРЖИТСЯ В ЯДОВИТОМ РАСТЕНИИ
 - 1) белена
 - 2) паслен
 - 3) вех ядовитый
 - 4) болиголов
 - 5) волчье лыко
27. ДЕЙСТВИЕ ЦИКУТОТОКСИНА ВЕХА ЯДОВИТОГО
 - 1) гепатотоксическое
 - 2) судорожное
 - 3) нефротоксическое
 - 4) канцерогенное
 - 5) гемолитическое
28. ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ШАТКОСТЬ ПОХОДКИ, СУДОРОГИ, ПАРАЛИЧИ), НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СВЯЗАНО С ДЕЙСТВИЕМ
 - 1) цикутотоскина
 - 2) коннина
 - 3) атропина
 - 4) соланина
 - 5) дафнина
29. КОНИИН СОДЕРЖИТСЯ В
 - 1) строчках
 - 2) полевом маке
 - 3) болиголове
 - 4) дурмане
 - 5) вьюне полевом
30. ТОКСИНЫ КРАСАВКИ
 - 1) атропин
 - 2) цикутотоксин
 - 3) скополамин
 - 4) коннин
 - 5) гиосциамин
31. СУХОСТЬ ВО РТУ, ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА, ГИПЕРЕМИЯ ЛИЦА, РАСШИРЕНИЕ ЗРАЧКОВ, ТАХИКАРДИЯ, ЗАПОР, БРЕД, ГАЛЛЮЦИНАЦИИ –

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОТРАВЛЕНИЯ

- 1) волчьим лыком
- 2) беленой
- 3) мухомором
- 4) куколем
- 5) софорой

32. ДАФНИН – ТОКСИЧЕСКОЕ ВЕЩЕСТВО

- 1) свинушки
- 2) куколя
- 3) футу
- 4) волчьей ягоды
- 5) болиголова

33. ГЕПАТОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЮТ ТОКСИНЫ СОРНЫХ РАСТЕНИЙ С ЯДОВИТЫМИ СЕМЕНАМИ

- 1) куколя
- 2) софоры
- 3) гелиотропа
- 4) вязаля
- 5) вьюна полевого

34. ТОКСИНЫ ТРИХОДЕСМЫ СЕДОЙ ПРИВОДЯТ К ПОРАЖЕНИЮ

- 1) центральной нервной системы
- 2) печени
- 3) почек
- 4) желудочно-кишечного тракта
- 5) лимфоидной ткани

35. ДВИГАТЕЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ МЫШЦ ЯЗЫКА С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДЕЙСТВИЯ ТОКСИНОВ СЕМЯН

- 1) куколя
- 2) горчака
- 3) плевела
- 4) триходесмы
- 5) вьюна полевого

36. МИДИИ МОГУТ СОДЕРЖАТЬ

- 1) патулин
- 2) дафнин
- 3) соланин
- 4) сакситоксин
- 5) атропин

37. ДЕЙСТВИЕ САКСИТОКСИНА

- 1) нейропаралитическое
- 2) гемолитическое
- 3) нефротическое
- 4) аллергическое
- 5) геморрагическое

38. ОТРАВЛЕНИЯ ПРОДУКТАМИ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, ПРИОБРЕТШИМИ ЯДОВИТЫЕ СВОЙСТВА

- 1) Гаффская болезнь
- 2) отравление проросшим картофелем
- 3) отравление «пьяным хлебом»
- 4) отравление бобами сырой фасоли
- 5) отравление пчелиным медом

39. СОЛАНИН СОДЕРЖИТСЯ В

- 1) проросшем картофеле
- 2) незрелых томатах
- 3) сырой фасоли
- 4) баклажанах
- 5) бледной поганке

40. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОТРАВЛЕНИЯ СОЛАНИНОМ

- 1) царапающее ощущение в зеве
- 2) желтуха
- 3) диспептические расстройства
- 4) лейкопения
- 5) судороги

41. ГОРЬКИЕ ЯДРА КОСТОЧКОВЫХ ПЛОДОВ СОДЕРЖАТ

- 1) фазин
- 2) соланин
- 3) коннин
- 4) амигдалин
- 5) атропин

42. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ НЕБАКТЕРИАЛЬНОЙ ПРИРОДЫ

- 1) профилактические медицинские осмотры
- 2) соблюдение условий и сроков хранения
- 3) несоблюдение технологии первичной и вторичной обработки продуктов
- 4) своевременный сбор урожая злаковых культур
- 5) санитарно-просветительская работа среди населения

43. БОЛЕЗНЬ КАШИНА-БЕКА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ У

- 1) новорожденных
- 2) детей в возрасте от 5 до 13 лет
- 3) подростков 14-16 лет
- 4) взрослых людей
- 5) пожилых людей старше 60 лет

44. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ КАШИНА-БЕКА

- 1) утолщение и деформация суставов
- 2) диарея
- 3) укорочение длинных трубчатых костей
- 4) некротическая ангина
- 5) параличи

45. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ПРИСТУПАМИ ОСТРЫХ МЫШЕЧНЫХ БОЛЕЙ И НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

- 1) афлотоксикоз
- 2) пароксизмально-токсическая миоглобинурия
- 3) фузариотоксикоз
- 4) эрготизм
- 5) отравление ФОС

46. ВРАЧ - ГИГИЕНИСТ ПРОВОДИТ РАССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВОГО ОТРАВЛЕНИЯ

- 1) после получения результатов бактериологического и химического анализа пищи
- 2) немедленно после получения экстренного извещения
- 3) с начала следующего за экстренным извещением рабочего дня
- 4) после выздоровления пострадавших

47. ФОРМА ЭКСТРЕННОГО ИЗВЕЩЕНИЯ О ПИЩЕВОМ ОТРАВЛЕНИИ

- 1) №026/У
- 2) №027/У
- 3) №058/У
- 4) №086/У
- 5) №070/У

48. ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ПО СЛУЧАЮ ПОДОЗРЕНИЯ НА ПИЩЕВОЕ ОТРАВЛЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОДАНО В ЦЕНТР ГОССАНЭПИДНАДЗОРА В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 12 часов
- 2) 24 часов
- 3) 36 часов
- 4) 72 часов
- 5) по усмотрению врача, выявившего данного больного

49. ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ПИЩЕВОГО ОТРАВЛЕНИЯ ВРАЧ - ГИГИЕНИСТ ОБЯЗАН УСТАНОВИТЬ СВЯЗЬ С

- 1) дирекцией предприятия, где работает пострадавший
- 2) главным врачом поликлиники
- 3) медицинским работником, оказавшим помощь заболевшим
- 4) родственниками пострадавших

50. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «ПИЩЕВОЕ ОТРАВЛЕНИЕ» УСТАНОВЛИВАЮТ ПОСЛЕ

- 1) анализа первичных симптомов заболевания
- 2) сбора пищевого анамнеза и выявления «подозреваемого» продукта
- 3) получения данных лабораторных исследований
- 4) анализа эпидемиологической обстановки
- 5) санитарно-эпидемиологического обследования пищевого объекта

51. СХЕМА ОПРОСА ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ ПИЩЕВОМ ОТРАВЛЕНИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) паспортную часть
- 2) данные о том, где питался пострадавший в течение последних 2-х суток и имеются ли заболевания среди членов семьи, где они питались
- 3) сведения о хронических заболеваниях
- 4) данные о месте, времени приёма в пищу подозреваемого продукта, какой продукт, блюдо подозревается
- 5) клинические симптомы

52. ПРИ СБОРЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПИЩЕВОЕ ОТРАВЛЕНИЕ У БОЛЬНОГО ВЫЯСНЯЕТСЯ

- 1) обстоятельства начала заболевания
- 2) наличие единого пищевого продукта (блюда), у всех заболевших
- 3) наличие сопутствующих хронических заболеваний
- 4) наличие инвазивных медицинских манипуляций за предыдущие 6 месяцев
- 5) время и место поступления продуктов, характер и условия приготовления готовых блюд, режим и сроки их хранения

53. В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСТАТКОВ ПОДОЗРЕВАЕМОГО ПИЩЕВОГО ПРОДУКТА (БЛЮДА) НЕОБХОДИМО

- 1) немедленно уничтожить данный пищевой продукт
- 2) разрешить для использования в питании после дополнительной термической обработки
- 3) обеспечить холодовой режим хранения до прибытия сотрудников службы Госсанэпиднадзора

54. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ

- 1) идентификация причинного фактора отравления с целью установления окончательного диагноза
- 2) установление идентичности штаммов, выделенных из различных лабораторных материалов
- 3) выработка тактики специфического лечения
- 4) определение чувствительности к антибиотикам

55. ЗАДАЧИ ПЕРВОГО ЭТАПА РАССЛЕДОВАНИЯ ПИЩЕВОГО ОТРАВЛЕНИЯ

- 1) запрещение эксплуатации пищевого объекта
- 2) отбор проб патологического материала для лабораторных исследований и срочная отправка в санитарно-эпидемиологическую лабораторию ФБГУЗ «центр гигиены и эпидемиологии»
- 3) госпитализация или отстранение от работы выявленного источника инфекции
- 4) запрет реализации подозрительных продуктов до выяснения всех обстоятельств
- 5) изъятие из употребления остатков подозрительной пищи и взятие проб для анализа

56. ЗАДАЧИ ВТОРОГО ЭТАПА РАССЛЕДОВАНИЯ ПИЩЕВОГО ОТРАВЛЕНИЯ

- 1) изъятие из употребления остатков подозрительной пищи и взятие проб для анализа
- 2) выявление источника инфекции
- 3) сбор первичного эпидемиологического анамнеза
- 4) составление акта расследования пищевого отравления
- 5) расшифровка механизма приобретения продуктом (кулинарным изделием) патогенных и токсических свойств

57. ЗАДАЧИ ТРЕТЬЕГО ЭТАПА РАССЛЕДОВАНИЯ ПИЩЕВОГО ОТРАВЛЕНИЯ

- 1) снятие с реализации или установление порядка реализации «виновного» продукта
- 2) изоляция источника инфекции
- 3) проведение обследования лиц, посещающих «пострадавший» организованный коллектив
- 4) прерывание путей обсеменения пищевых продуктов возбудителями пищевых отравлений (запрещение эксплуатации пищевого объекта, ремонт, дезинфекция и т.д.)
- 5) сбор первичного эпидемиологического анамнеза

1. ДИЕТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ НАЗНАЧАЕТСЯ:

1. здоровым людям
2. здоровым людям с вредными производственными факторами
3. больным с острыми заболеваниями
4. больным с хроническими заболеваниями в стадии обострения
5. больным с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии

2. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ ВЫДАЕТСЯ:

1. на дому
2. в ЛПУ
3. в санатории
4. на предприятии

3. НОМЕР ПРИКАЗА, НА ОСНОВАНИИ КОТОРОГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ:

1. 288
2. 325
3. 330
4. 540

4. НАЧАЛО РАЗРАБОТКИ И ПРИМЕНЕНИЯ ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РОССИИ СВЯЗАНО С ИССЛЕДОВАНИЯМИ:

1. Певзнера М.И.
2. Покровского А.А.

3. Тутельяна В.А.
4. Самсонова М.А.
5. СОВРЕМЕННАЯ НОМЕНКЛАТУРА СТАНДАРТНЫХ ДИЕТ СОГЛАСНО ПРИКАЗА МИНЗДРАВА РОССИИ №330 ВКЛЮЧАЕТ:
 1. 5 диет
 2. 8 диет
 3. 11 диет
 4. 15 диет
6. ПОДДЕРЖАНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ГОРЯЧИХ БЛЮД ПЕРЕД РАЗДАЧЕЙ В ЛПУ ДОЛЖНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ В ТЕМПЕРАТУРНЫХ ПРЕДЕЛАХ:
 1. 40-45°C
 2. 40-50°C
 3. 45-50°C
 4. 60-65°C
7. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ТЕМПЕРАТУРА ХОЛОДНЫХ БЛЮД В ЛПУ НЕ НИЖЕ:
 1. 10°C
 2. 15°C
 3. 20°C
 4. 30°C
8. ОБЩЕЕ РУКОВОДСТВО ЛЕЧЕБНЫМ ПИТАНИЕМ В ЛПУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ:
 1. главный врач
 2. врач-диетолог
 3. диетсестра
 4. дежурный врач
 5. заведующий производством (шеф-повар)
9. ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В ЛПУ ЯВЛЯЕТСЯ:
 1. главный врач
 2. врач-диетолог
 3. диетсестра
 4. дежурный врач
 5. заведующий производством (шеф-повар)
10. СОВЕТ ПО ЛЕЧЕБНОМУ ПИТАНИЮ В ЛПУ СОБИРАЕТСЯ НЕ РЕЖЕ:
 1. 1 раза в месяц
 2. 1 раза в 3 месяца
 3. 1 раз в полгода
 4. 1 раз в год
11. СОВЕТ ПО ЛЕЧЕБНОМУ ПИТАНИЮ В ЛПУ СОЗДАЕТСЯ ПРИ КОЛИЧЕСТВЕ КОЕК СВЫШЕ:
 1. 100
 2. 200
 3. 300
 4. 400
 5. 500
12. ПОВЫШАТЬ УРОВЕНЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ ПО ДИЕТОЛОГИИ ВРАЧ-ДИЕТОЛОГ ДОЛЖЕН НЕ РЕЖЕ:
 1. 1 раза в год
 2. 1 раза в 2 года
 3. 1 раза в 3 года
 4. 1 раза в 4 года
 5. 1 раза в 5 лет
13. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОГО В ЛПУ ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ НАЗНАЧАЕТ:
 1. главный врач
 2. врач-диетолог
 3. диетсестра
 4. дежурный врач
 5. заведующий производством (шеф-повар)
14. УЧЕТ ДИЕТ ВЕДЕТСЯ:
 1. главным врачом
 2. дежурными врачами
 3. лечащими врачами
 4. палатными медсестрами
 5. старшей медсестрой
15. ПОРЦИОННИК НА ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ СОСТАВЛЯЕТ:
 1. главный врач
 2. врач-диетолог
 3. диетсестра
 4. дежурный врач
 5. старшая медсестра
16. ФОРМА ПОРЦИОННИКА НА ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ:
 1. № 22-МЗ
 2. № 1-84
 3. № 23-МЗ
 4. № 1-85
 5. № 45-МЗ
17. СВОДНЫЕ СВЕДЕНИЯ ПО НАЛИЧИЮ БОЛЬНЫХ, СОСТОЯЩИХ НА ПИТАНИИ СОСТАВЛЯЕТ:
 1. главный врач
 2. врач-диетолог
 3. диетсестра
 4. дежурный врач
 5. старшая медсестра
18. ФОРМА СВОДНЫХ СВЕДЕНИЙ ПО НАЛИЧИЮ БОЛЬНЫХ, СОСТОЯЩИХ НА ПИТАНИИ:
 1. № 22-МЗ
 2. № 1-84
 3. № 23-МЗ
 4. № 1-85
 5. № 45-МЗ
19. ФОРМА РАЗДАТОЧНОЙ ВЕДОМОСТИ НА ОТПУСК ОТДЕЛЕНИЯМ РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ:
 1. № 22-МЗ
 2. № 1-84
 3. № 23-МЗ
 4. № 1-85
 5. № 45-МЗ
20. НА КАЖДОЕ БЛЮДО, ПРИГОТОВЛЕННОЕ В ЛПУ, СОСТАВЛЯЕТСЯ:
 1. порционник

2. раздаточная ведомость
3. карточка-раскладка
4. требование
21. ФОРМА КАРТОЧКИ-РАСКЛАДКИ:
 1. № 22-МЗ
 2. № 1-84
 3. № 23-МЗ
 4. № 1-85
 5. № 45-МЗ
22. НА ОСНОВАНИИ «СВОДНЫХ СВЕДЕНИЙ ПО НАЛИЧИЮ БОЛЬНЫХ, СОСТОЯЩИХ НА ПИТАНИИ» В ЛПУ СОСТАВЛЯЕТСЯ:
 1. порционник
 2. раздаточная ведомость
 3. карточка-раскладка
 4. требование
 5. меню-раскладка
23. ФОРМА МЕНЮ-РАСКЛАДКИ:
 1. № 22-МЗ
 2. № 44-МЗ
 3. № 23-МЗ
 4. № 1-85
 5. № 45-МЗ
24. РАЗДАЧУ ГОТОВОЙ ПИЩИ ПОСЛЕ ЕЕ ПРИГОТОВЛЕНИЯ, ВКЛЮЧАЯ И ВРЕМЯ ДОСТАВКИ ПИЩИ В ОТДЕЛЕНИЕ, ПРОИЗВОДЯТ НЕ ПОЗДНЕЕ:
 1. 1 часа
 2. 2 часов
 3. 3 часов
 4. 4 часов
25. МИНИМАЛЬНАЯ КРАТНОСТЬ ПИТАНИЯ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ:
 1. 3 раза
 2. 4 раза
 3. 5 раз
 4. 6 раз
26. СХЕМА ДВИЖЕНИЯ ПИЩИ В БОЛЬНИЦЕ ПРИ ДЕЦЕНТРАЛИЗОВАННОМ ПИЩЕБЛОКЕ:
 1. пищеблок – экспедиция – буфет - больной
 2. пищеблок - кухня доготовочная – больной
 3. пищеблок – экспедиция - кухня доготовочная – буфет - больной
27. ДОКУМЕНТ ПИЩЕБЛОКА ЛПУ, СОДЕРЖАЩИЙ ЧИСЛО БОЛЬНЫХ И ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ ДИЕТ И ИХ КОЛИЧЕСТВО:
 1. карточка-раскладка
 2. меню-раскладка
 3. плановое семидневное меню
 4. накопительная ведомость
 5. порционник
28. ДОКУМЕНТ ПИЩЕБЛОКА ЛПУ, СОДЕРЖАЩИЙ НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД ПО ПРИЕМАМ ПИЩИ, ИХ ВЫХОД, ПЕРЕЧЕНЬ СЫРЫХ ПРОДУКТОВ С УКАЗАНИЕМ ИХ ВЕСА (НЕТТО, БРУТТО), НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ИХ ПРИГОТОВЛЕНИЯ:
 1. карточка-раскладка
 2. меню-раскладка
 3. плановое семидневное меню
 4. накопительная ведомость
 5. порционник
29. ДОКУМЕНТ ПИЩЕБЛОКА ЛПУ, СОДЕРЖАЩИЙ РЕЦЕПТУРУ БЛЮДА:
 1. карточка-раскладка
 2. меню-раскладка
 3. плановое семидневное меню
 4. накопительная ведомость
 5. порционник
30. ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ОТПУСКА ГОТОВОЙ ПИЩИ В ПИЩЕБЛОКЕ ЛПУ И ВЫДАЧУ БОЛЬНЫМ ОТВЕЧАЕТ:
 1. диетсестра
 2. зам.главрача
 3. буфетчица
 4. завпроизводством
31. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ГОТОВЫХ БЛЮД В ПИЩЕБЛОКЕ ЛПУ ОТМЕЧАЕТСЯ В:
 1. журнале «Здоровье»
 2. бракеражном журнале
 3. личной медицинской книжке
 4. в журнале по контролю за доброкачественностью особоскоропортящихся продуктов
32. РАЗРЕШЕНИЕ НА УПОТРЕБЛЕНИЕ БЛЮД В ПИЩУ БРАКЕРАЖНАЯ КОМИССИЯ ДАЕТ:
 1. раз в неделю с учетом составленного меню
 2. ежедневно по каждому приготовлению (завтрак, обед, полдник, ужин)
 3. ежедневно в целом по всему меню
 4. выборочно в зависимости от числа используемых диет
33. ДЛЯ СУТОЧНОЙ ПРОБЫ, КОТОРАЯ ОСТАВЛЯЕТСЯ НА ПИЩЕБЛОКЕ ЛПУ, ОТБИРАЮТ:
 1. только первое блюдо;
 2. только второе блюдо;
 3. первое и второе блюда;
 4. отбирают блюда, указанные в меню-раскладке
34. ОТСУТСТВИЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКА ПИЩЕБЛОКА ЛПУ И В ЕГО СЕМЬЕ ОТРАЖАЕТСЯ:
 1. в бракеражном журнале
 2. в личной медицинской книжке
 3. в журнале по контролю за доброкачественностью особоскоропортящихся продуктов, поступающих на пищеблок
 4. в журнале «Здоровье»
35. ОТМЕТКА О ПРОХОЖДЕНИИ СОТРУДНИКОМ ПИЩЕБЛОКА ЛПУ КУРСА ПО ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ ОТРАЖАЕТСЯ:
 1. в бракеражном журнале
 2. в личной медицинской книжке
 3. в журнале по контролю за доброкачественностью особоскоропортящихся продуктов, поступающих на пищеблок
 4. в журнале «Здоровье»
36. ЗАКЛАДКА ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ В КОТЕЛ ПРОИЗВОДИТСЯ В ПРИСУТСТВИИ:
 1. главной медсестры
 2. диетсестры или диетврача
 3. главного врача
 4. шеф- повара
 5. буфетчиц

37. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ НАЗНАЧАЕТСЯ:

1. здоровым людям
2. здоровым людям с вредными производственными факторами
3. больным с острыми заболеваниями
4. больным с хроническими заболеваниями в стадии обострения
5. больным с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии

38. МЕХАНИЗМЫ ЩАЖЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕБНОМ ПИТАНИИ:

1. механическое
2. осмотическое
3. биологическое
4. термическое
5. химическое

39. ПАТОЛОГИИ ПРИ КОТОРЫХ ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЕДИНСТВЕННЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ:

1. фенилкетонурия
2. ожирение
3. сахарный диабет
4. туберкулез
5. целиакия

40. К СОСТАВНЫМ ЧАСТЯМ СТАНДАРТНОЙ ДИЕТЫ ОТНОСЯТ:

1. показания к применению
2. нормы питания на 1-го больного
3. химический состав диеты
4. калорийность диеты
5. общая характеристика, кулинарная обработка

41. ПРОДУКТЫ ДЛЯ ЗАМЕНЫ МЯСА ПО БЕЛКУ:

1. сыр
2. творог
3. макароны
4. рыба
5. куриное яйцо

42. ПРОДУКТЫ ДЛЯ ЗАМЕНЫ КАРТОФЕЛЯ ПО УГЛЕВОДАМ:

1. курага
2. макароны
3. яблоки
4. хлеб
5. морковь, капуста

43. КОНТРОЛЬ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ И ВЫХОДОМ ГОТОВЫХ БЛЮД ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:

1. главный врач
2. врач-диетолог
3. диетсестра
4. дежурный врач
5. заведующий производством (шеф-повар)

44. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ГОТОВЫХ БЛЮД В ЛПУ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:

1. главный врач
2. врач-диетолог
3. диетсестра
4. дежурный врач
5. заведующий производством (шеф-повар)

45. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ:

1. травма, ожоги, острые отравления
2. кишечная непроходимость
3. расстройства центральной нервной системы
4. острый панкреатит
5. тяжелые формы мальабсорбции

46. ПРИ ЭНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ПИТАТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ:

1. в виде напитков через трубку мелкими глотками
2. парентеральный путь
3. с помощью назогастральных, назодуоденальных, назоэюнальных зондов
4. через стомы (гастро-, дуодено-, еюно-, илиостома)

47. ТИПЫ ПИЩЕБЛОКОВ ЛПУ:

1. централизованный
2. децентрализованный
3. индивидуальный
4. экспериментальный
5. типовой

48. НЕДОСТАТКИ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ПИЩЕБЛОКА:

1. нарушение технологии приготовления блюда
2. перекладывание блюд
3. остывание блюд
4. повышенный расход продуктов
5. возможность инфицирования блюд

49. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СОСТАВЛЯЕМЫХ УЧЕТНЫХ ФОРМ ПРИ ВЫПИСКЕ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В ЛПУ:

1. ведомость на отпуск отделениям рационов питания для больных
2. сводные сведения по наличию больных, состоящих на питании
3. меню-раскладка
4. порционник на питание больных
5. требование на выдачу продуктов питания со склада (кладовой)

50. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ БРАКЕРАЖА ГОТОВОЙ ПРОДУКЦИИ:

1. качество блюда
2. правильность кулинарной обработки
3. санитарное состояние пищеблока
4. выполнение меню
5. правильность выхода (вес продукции)

Проблемно-ситуационные задачи для текущего контроля и промежуточной аттестации

Проблемно-ситуационная задача 1

В соответствии с Распоряжением начальника Управления Роспотребнадзора в N области о проведении мероприятий по контролю за выполнением государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов проведено санитарно-эпидемиологическое обследование пищеблока лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). В процессе обследования выявлено следующее: разделочные доски в мясорыбном цехе имеют трещины, не промаркированы. Для транспортировки готовой пищи в буфетные отделения ЛПУ используется эмалированная посуда (кастрюли, ведра) с поврежденной эмалью. Суточные пробы отбираются не в полном объеме (не

оставлены пробы молоко кипяченое – ужин, бульон – обед, каша молочная – ужин). Часть суточных проб хранятся в емкостях без крышек, часть – с неплотными крышками. При проверке медицинских документов установлено, что 3 работника пищеблока не имеют обучения и аттестации по программе санитарного минимума. В буфетных раздаточных используется посуда с трещинами, отбитыми краями. Установлено, что аскорбиновая кислота в порошкообразном виде вводилась в общую массу при варке компота, которая в дальнейшем кипятилась. Проведен отбор проб витаминизированного блюда – компота.

При лабораторном исследовании содержание витамина С в блюде составило 55 мг, при норме закладки 90 мг на порцию компота.

Вопросы:

1. Выявите нарушения на пищеблоке ЛПУ.
2. Оцените и обоснуйте правильность проведения витаминизации блюда.
3. Дайте заключение о содержании аскорбиновой кислоты в витаминизированном блюде.
4. Перечислите виды технологического оборудования, которые должны быть на пищеблоке ЛПУ.
5. Определите меры административной ответственности и укажите порядок привлечения виновных к юридической ответственности.

Проблемно-ситуационная задача 2

В семье, состоящей из 5 человек, заболели отец и трое детей (11,13,15 лет). Больные жаловались на тошноту, частую мучительную рвоту, головную боль, головокружение и сильную общую слабость. К концу следующего дня у детей и отца появилась желтушная окраска склеры и кожи. Пульс у детей был слабо наполнен и редкий (53 уд. в мин.). Дети на 3-й день были доставлены в больницу, где у двух младших в 4 ч дня наступило бессознательное состояние, а в 6 ч вечера появились судороги. Ночью оба ребенка погибли при явлениях сердечной слабости. Мальчик 15 лет и отец перенесли тяжелую форму отравления и остались живы.

Расследованием установлено: семья употребляла в пищу: зеленый борщ с мясом, хлеб с маслом, жаренные грибы, картофельное пюре на сливочном масле. В 2 часа ночи начали появляться выше указанные симптомы.

Лабораторное исследование: при вскрытии погибших отмечалось жировое перерождение печени. Селезенка увеличена.

Какое пищевое отравление можно заподозрить на основании данных клиники и анамнеза?

Какой из указанных продуктов явился причиной отравления?

Указать порядок санитарно-эпидемиологического расследования.

Наметить профилактические мероприятия при данном виде отравления.

Проблемно-ситуационная задача 3

Ночью заболели дети, затем взрослые. Заболевание началось с рвоты, болей в животе и поноса. Рвота и понос были частые, появилась жажда. У некоторых появились судороги в икроножных мышцах.

При пальпации живота отмечались боли в печени. К утру 3-го дня при явлениях сердечной слабости погибла девочка 7 лет, а спустя час - мальчик 9 лет. Вечером скончалась бабушка. У родителей желтушное окрашивание лица, увеличение печени, к концу 3-го дня наметилось улучшение и они через 2,5 недели были выписаны.

Исследованием установлено: семья употребляла на обед бутерброд с колбасой, чай с сахаром, суп картофельный с мясом, жаренные грибы в сметане, среди которых были и "шампиньоны", купленные на рынке, молоко, хлеб с маслом. В 21 час вечера начались вышеописанные симптомы.

Исследованием выявлено: при вскрытии погибших обнаружено жировое перерождение печени, почек. Увеличение печени и селезенки.

Какое пищевое отравление можно заподозрить на основании данных клиники и анамнеза?

Какой из указанных продуктов явился причиной отравления?

Указать порядок санитарно-эпидемиологического расследования.

Наметить профилактические мероприятия при данном виде отравления.

Проблемно-ситуационная задача 4

В семье пострадали 5 чел. (3- взрослых, 1 подросток и 1 ребенок 8 лет.). 3 пострадавших жаловались на резкую общую слабость, слезотечение, тошноту, рвоту, дрожание конечностей, пошатывающуюся походку, ослабление зрения и слуха.

При осмотре: бледность и гипергидроз кожных покровов, бледность лица, резкое сужение зрачков. Пульс нитевидный (40-45 уд. в мин.), понижение максимального давления до 80 мм.рт.ст. Минимальное не улавливалось.

Опросом установлено: семья употребляла накануне заболевания: чай с сахаром, хлеб с маслом, борщ со сметаной, мед (30-40 г), компот, кефир, утром (в день заболевания) чай, печенье, жаренный картофель. Через 50 мин появились выше указанные симптомы.

Какое пищевое отравление можно заподозрить на основании данных клиники и анамнеза?

Какой из указанных продуктов явился причиной отравления?

Указать порядок санитарно-эпидемиологического расследования.

Наметить профилактические мероприятия при данном виде отравления.

Проблемно-ситуационная задача 5

В аккредитованный испытательный лабораторный центр на исследование направлены образцы яиц куриных пищевых столовых, категория отборное (СО).

Срок годности 25 суток.

Условия хранения от 0°C до 20°C, относительной влажности воздуха 85-88%.

Энергетическая ценность: 157 ккал.

Произведено: ООО "ТД"Авдон", 450018, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Элеваторная, д. 1. ОАО "Птицефабрика" Башкирская".

ГОСТ Р 52121-2003

Результаты испытаний:

Масса 10 яиц – 635 г.

Состояние воздушной камеры – не подвижная или слегка подвижная.

Высота воздушной камеры – от 4 до 7 (среднее 5,5).

Состояние и положение желтка – прочный или слегка подвижный, мало заметный, для небольшого числа яиц – с небольшими отклонениями от центрального положения.

Цвет и вид желтков – желто-оранжевые, однородно окрашенные.

Плотность и цвет яйца – недостаточно плотный, светлый, прозрачный.

Состояние скорлупы – в одном яйце при овоскопировании обнаружены трещины на скорлупе. На нескольких яйцах пятна в виде потеков, занимающие менее 1:8 поверхности яйца.

Запах содержимого яиц – без постороннего запаха.

Запах и вкус омлета – свойственный данному виду продукта, без постороннего запаха и вкуса.

Количество мезофильных аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов, КОЕ в 1г (см3) - не более 30.

Бактерии рода кишечной палочки (колиформы) (г на см3) - не обнаружены.

Патогенные микроорганизмы, в том числе сальмонеллы – в 125,0 г не обнаружены.

Содержание левомицетина (хлорамфеникола), мг на кг – не обнаружено.

Содержание антибиотиков тетрациклиновой группы (мг на кг) – 0,06.

Токсичные элементы (мг на кг):

Свинец – 0,01.

Кадмий – 0,009.

Ртуть – 0,01.

Пестициды (мг на кг):

ГХЦГ-изомеры – 0,05.

ДДТ и его метаболиты – не обнаружены.

Дайте заключение и определите дальнейшие пути использования.

Проблемно-ситуационная задача 6

В лабораторию гигиены питания принят образец пшеничного хлеба из муки I сорта, направленный специалистом Роспотребнадзора с указанием о необходимости исследования образца на соответствие требованиям ГОСТа. Образец взят - из хлебозавода. Характер упаковки - в мягкой упаковке, перевязанной шпагатом, концы которого скреплены пломбой с неясным оттиском. Количество образца - 450 г.

Результаты анализа.

Органолептические свойства. Внешний вид - поверхность гладкая, без крупных трещин, надрывов. Состояние корки и мякиша - при поперечном разрезе корочка отслаивается от мякиша. Мякиш недостаточно пористый, липкий, тягучий. Цвет корочки - коричнево-бурый, мякиша – желтовато-бурый. Запах – мякиш имеет неприятный валериановый запах.

Физико-химические показатели.

Влажность - 65%. Пористость - 32%. Кислотность - 2 градуса.

Дайте заключение по образцу на соответствие требованиям ГОСТа.

Наметьте мероприятия по предупреждению указанных изменений хлеба.

Проблемно-ситуационная задача 7

В лабораторию гигиены питания принят образец пшеничного хлеба из муки I сорта, направленный специалистом Роспотребнадзора с указанием о необходимости исследования образца на соответствие требованиям ГОСТа. Образец взят - из продовольственного магазина. Характер упаковки - завернут в бумагу, перевязан, не опечатан. Количество образца - 600 г.

Результаты анализа.

Органолептические свойства. Внешний вид - форма правильная, без напылов и трещин. Состояние корки и мякиша - при поперечном разрезе корочка отслаивается от мякиша, не подгорелая. Мякиш без следов непромеса, равномерно пористый, эластичный. Цвет - корочка коричневая с блеском, мякиш - более темный, чем обычно. Запах - посторонний, напоминающий запах сельди. Вкус - слегка горьковатый и селедочный.

Физико-химические показатели.

Влажность - 42%. Пористость - 66%. Кислотность - 3 градуса.

Дайте заключение по образцу на соответствие требованиям ГОСТа.

Проблемно-ситуационная задача 8

В лабораторию гигиены питания принят образец ржаного формового хлеба, направленный специалистом Роспотребнадзора с указанием о необходимости исследования образца на соответствие требованиям ГОСТа. Образец взят - из хлебозавода. Характер упаковки - в мягкой упаковке, перевязанной шпагатом, не опечатан. Количество образца - 500 г.

Результаты анализа.

Органолептические свойства. Внешний вид - поверхность гладкая, без крупных трещин, надрывов. Состояние корки и мякиша - не подгорелая. Толщина верхней корки около 4 мм, нижней - около 2 мм, мякиш хорошо пропеченный, без комочков и следов непромеса, без закала. Цвет корочки - коричнево-бурый, мякиша - обычный. Запах - несколько кисловатый, без затхлости. Вкус - кислый, не пересолённый, без горечи и постороннего привкуса, без хруста на зубах.

Физико-химические показатели.

Влажность - 51%. Пористость - 48%. Кислотность - 15 градусов.

Дайте заключение по образцу на соответствие требованиям ГОСТа.

Проблемно-ситуационная задача 9

В лабораторию кафедры гигиены питания принято два образца пастеризованного фляжного молока. Образцы взяты из двух разных фляг в магазине "Молоко".

Результаты анализа:

	Органолептические свойства	
	Образец 1	Образец 2
Внешний вид	однородная жидкость	однородная жидкость
Цвет	слегка синеватого цвета, без осадка	белого цвета, без осадка
Запах	без особенностей	без особенностей
Вкус	водянистый	свойственный пастеризованному молоку
	Физико-химические показатели	
Плотность	1,019	1,030
Сухое вещество	10,7 проц.	12,1 проц.
Сухое обезжиренное вещество	7,4 проц.	8,2 проц.
Кислотность в градусах Тернера	19	20
Жир	2,1 проц.	3,2 проц.

Дайте заключение по образцу на соответствие требованиям ГОСТа.

Наметить пути реализации исследуемой партии продуктов.

Проблемно-ситуационная задача 10

В лабораторию кафедры гигиены питания принят образец пастеризованного фляжного молока с указанием о необходимости исследования на соответствие требованиям ГОСТа. Образец взят из студенческой столовой.

Результаты анализа

	Органолептические свойства	
	Образец	
Внешний вид	однородная жидкость без осадка	
Цвет	белого цвета	
Запах	слегка кисловатый	
Вкус	кислый	
	Физико-химические показатели	
Плотность	1,030	
Сухое вещество	12,1 проц.	
Сухое обезжиренное вещество	8,2 проц.	
Кислотность в градусах Тернера	23	
Жир	3,2 проц.	

Дайте заключение по образцу на соответствие требованиям ГОСТа.

Наметить пути реализации исследуемой партии продуктов.

Проблемно-ситуационная задача 11

В лабораторию кафедры гигиены питания принят образец колбасы вареной "Любительской", направленный специалистом Роспотребнадзора с указанием о необходимости исследования образца на соответствие требованиям ГОСТа. Образец взят из магазина. Упакован в бумагу, перевязан бечевкой, не опечатан. Вес образца - 200 г.

Результаты анализа.

Органолептические свойства.

Внешний вид: поверхность оболочки сухая, без видимых загрязнений, обычного для вареной колбасы цвета. Консистенция: упругая, плотная. Запах: приятный, специфический для вареной колбасы, без посторонних оттенков. Вкус: приятный, в меру соленый, без постороннего привкуса.

Физико-химические показатели. Влажность - 52%. Поваренная соль - 3%. Нитриты - 15 мг %.

Дайте заключение по образцу на соответствие требованиям ГОСТа.

Наметить пути реализации исследуемой партии продуктов.

Проблемно-ситуационная задача 12

В лабораторию принят образец мяса говяжьего. Образец взят из студенческой столовой в порядке внеплановой экспертизы. Характер упаковки: завернут в оберточную бумагу, перевязан, опечатан. Количество образца - 300 г.

Результаты анализа.

Органолептические свойства.

Внешний вид: кусок мяса говяжьего сырого, состоящий из мышечной ткани с прожилками жира без кости. Цвет: мышечная ткань буро-красная с беловатыми пятнышками, жир желтоватый. Консистенция: недостаточно эластичная, свойственная оттаявшему мясу. Запах: сырого говяжьего мяса без пороков.

Детальное анатомическое исследование показало, что на разрезе мышечная ткань содержит плотные включения в виде пузырьков овальной формы, величиной с пшеничное зерно, на участках в 40 см кв. обнаруживается 8-10 таких образований. При микроскопическом исследовании (ув. в 40-80 раз) обнаруживаются характерные строения для финн ленточных глистов, видна подвижная головка паразита без крючьев, финна жизнеспособна.

Дайте заключение по образцу на соответствие требованиям ГОСТа.

Наметить пути реализации исследуемой партии продуктов.

Проблемно-ситуационная задача 13

В лабораторию принят образец мяса-свинины с указанием о необходимости исследования образца на трихинеллез. Образец взят из цеха первичной обработки мясокомбината. Характер упаковки: завернут в полиэтиленовый пакет с номером, не опечатан. Количество образца - 120 г.

Результаты анализа.

Органолептические свойства.

Внешний вид: два продолговатых кусочка мышечной ткани, заканчивается с одной стороны сухожилием, без кости и жира. Цвет розовый, характерный для свежей свинины. Запах без пороков. Консистенция: плотная, эластичная.

Исследования на трихинеллы.

В 24 срезах обнаружена одна нежизнеспособная трихинелла.

Дайте заключение по образцу на соответствие требованиям ГОСТа.

Наметить пути реализации исследуемой партии продуктов

Проблемно-ситуационная задача 14

В лабораторию принят образец печени говяжьей с указанием о необходимости исследования образца на соответствие требованиям ГОСТа. Образец взят из магазина. Характер упаковки: завернут в полиэтиленовый мешочек, перевязан, опечатан. Количество образца - 250 г.

Результаты анализа.

Органолептические свойства.

Внешний вид: кусок печеночной ткани, с одной стороны покрытый капсулой.

Цвет: ткань буро-красная, под капсулой точечные кровоизлияния.

Консистенция: местами плотная, местами дряблая. Запах: без особенностей. На разрезе желчные ходы зияют, окружены разросшейся соединительной тканью и отложением солей (известковых и желчных). Из расширенных протоков при надавливании выделяется слизистая масса и подвижные плоские паразиты, имеющие длину 2-3 см и ширину 1 см. При внимательном рассмотрении видно характерное строение двуутки, из класса сосальщиков.

Дайте заключение по образцу на соответствие требованиям ГОСТа.

Проблемно-ситуационная задача 15

В лабораторию принят образец мяса-свинины с указанием о необходимости исследования образца на свежесть. Образец взят из колбасного цеха мяскокомбината.

Характер упаковки: завернут в пергаментную бумагу, перевязан, опечатан. Количество образца - 300 г.

Результаты анализа.

Органолептические свойства. Внешний вид: мясо свиное, состоящее из мышечной ткани и кусочка кости.

Корочка подсыхания темно-красная. Цвет мышечной ткани на разрезе более темный, чем обычно. Запах с поверхности без выраженных изменений, в глубоких частях (у кости) при "пробе на нож" и "шпильку" гнилостный.

Физико-химические показатели. Реакция с 5% раствором меди сернокислой - осадок желеобразный. Содержание летучих жирных кислот - 1,5 мл. Содержание аминокислот азота - 160 мг.

Бактериологические исследования. В препаратах-отпечатках в поле зрения микробов не обнаружено. Мышечные волокна лишены ядер и исчерченности.

Дайте заключение по образцу на соответствие требованиям ГОСТа.

Проблемно-ситуационная задача 16

В лабораторию кафедры гигиены питания принят образец колбасы вареной "докторской", направленный специалистом Роспотребнадзора с указанием о необходимости исследования образца на соответствие требованиям ГОСТа. Образец взят из столовой. Упакован в бумагу, перевязан бечевкой, не опечатан. Вес образца -500 г.

Результаты анализа.

Органолептические свойства. Внешний вид: поверхность оболочки сухая, без видимых загрязнений, обычного для вареной колбасы цвета. Консистенция: упругая, плотная. Запах: ароматный запах пряностей. Вкус: повышено соленый, без постороннего привкуса. Фарш крошится, кусочки шпига белого цвета, со слегка розовым оттенком, равномерно распределены по всему срезу батона.

Физико-химические показатели. Влажность - 70%. Поваренная соль - 5,5%. Нитраты - 3 мг. %.

Дайте заключение по образцу на соответствие требованиям ГОСТа.

Проблемно-ситуационная задача 17

В лабораторию кафедры гигиены питания принят образец колбасы полу копченой "Минской", направленный специалистом Роспотребнадзора с указанием о необходимости исследования образца на соответствие требованиям ГОСТа. Образец взят из кафе. Упакован в бумагу, перевязан бечевкой, не опечатан. Вес образца - 500 г.

Результаты анализа.

Органолептические свойства. Внешний вид: поверхность батона слегка влажная, липкая, покрыта белым налетом. Оболочка легко отстает от фарша и рвется.

Консистенция: отмечается пониженная упругость фарша на поверхности батона. Цвет: фарш на разрезе имеет серо-зеленоватую окраску по периферии с сохранением нормального цвета в центральной части батона. Запах: слабо гнилостный, отмечается ослабление запаха специй. Вкус: слабо гнилостный привкус.

Физико-химические показатели. Влажность - 55%. Поваренная соль - 5%. Нитраты - 5 мг%. Крахмал - 2,5%

Дайте заключение по образцу на соответствие требованиям ГОСТа.

Проблемно-ситуационная задача 18

При экспертизе партии мяса, состоящей из 10 туш крупного рогатого скота, выявлено: животные до убоя перегонялись своим ходом, страдали поносом. Убой произведен сразу в обычной бойне. В процессе убоя обескровливание производилось частично, происходило загрязнение туши шкурой, каныгой. Туши не подвергались туалету и ветеринарно-санитарной экспертизе. При бактериоскопии кусочков мяса обнаружено множество кишечных палочек, стафилококков.

Укажите возможные ошибки в процессе ведения убоя и дайте заключение по результатам экспертизы партии мяса.

Задача 1

В инфекционное отделение больницы поступили больные 5 чел. Больные из разных семей. Начало заболевания больные отмечали за 30-45 мин. до поступления в отделение. Больные жаловались на слабость, тошноту, рвоту, понос наблюдался у 3 их них.

При объективном обследовании: бледность кожных покровов, цианоз губ, пульс у некоторых 96-120 уд. в мин.

Опросом установлено: больные употребляли в пищу: 1-ый - хлеб с маслом, котлеты с картофельным пюре, суп лапша молочная, чай, торт; 2-ой и 4-ый - суп вермишелевый с мясом, картофель жаренный на сливочном масле, чай, хлеб, торт; 3-ий - кофе с молоком, хлеб с маслом, печень жаренная с картофелем, какао, торт; 5-ый - бутерброд с сыром, кофе с молоком, молочная рисовая каша, какао, чай с сахаром, торт.

Установлено: данная партия тортов изготовлена столовой этого района. Изготовление партии тортов в количестве 118 кг продолжалось свыше 12 часов, а продажа началась через 26 часов после изготовления.

Какое пищевое отравление можно заподозрить на основании данных клиники и анамнеза?

Какой из указанных продуктов явился причиной отравления?

Указать порядок санитарно-эпидемиологического расследования.

Наметить профилактические мероприятия при данном виде отравления.

Проблемно-ситуационная задача 19

В детском саду заболело 7 детей; признаки болезни: рвота, боли в животе, общая слабость, затруднение глотания, анисокория, бифарпоз, гнусавая речь, температура тела нормальная. Первые 2 заболевших умерли: диагноз одного - бульбарная форма полиомиелита, другого - дизентерийный полиневрит. Для обследования остальных детей была организована врачебная комиссия. Опросом установлено: дети употребляли в саду кашу молочную, кофе и хлеб; щи из квашенной капусты с мясом, картофель тушеный и консервированный портулак промышленного производства; кофе с молоком; молоко и хлеб. В 8 часов вечера того же дня появились признаки заболевания.

Какое пищевое отравление можно заподозрить на основании данных клиники и анамнеза?

Какой из указанных продуктов явился причиной отравления?

Указать порядок санитарно-эпидемиологического расследования.

Наметить профилактические мероприятия при данном виде отравления.

Проблемно-ситуационная задача 20

В инфекционную больницу госпитализирован больной. При поступлении жаловался на двоение в глазах, шаткую походку, затрудненное глотание слюны и пищи.

При осмотре: кожные покровы без изменений, язык сухой, обложен белым налетом, слизистая оболочка полости рта сухая, язычок отклонен влево, отмечен птоз верхних век, зрачки расширены, живот мягкий, стул отсутствует 3-и сутки, заболел накануне вечером. Появилась тошнота, рвота, ночью плохо спал, утром возникло затрудненное глотание. На следующий день госпитализирована сестра (13-лет) с более выраженными симптомами. Несмотря на принятые меры, при нарастании расстройств дыхания больная умерла.

При расследовании выяснилось: в пищу употреблялись: курица жаренная, колбаса, помидоры и икра из синих баклажанов домашнего приготовления. Эти же продукты употреблялись и на другой день.

Какое пищевое отравление можно заподозрить на основании данных клиники и анамнеза?

Какой из указанных продуктов явился причиной отравления?

Указать порядок санитарно-эпидемиологического расследования.

Наметить профилактические мероприятия при данном виде отравления.

Проблемно-ситуационная задача 21

Заболело 19 человек в доме отдыха. Заболевание началось внезапно. Появились тошнота, рвота, понос у большинства. Стул был частым (до 10 раз и более), зловонным. Язык обложен серым налетом. Наиболее частые симптомы боли в животе режущего характера, озноб, головная боль, слабость, у некоторых судороги икроножных мышц. При объективном обследовании больных отмечена: вялость, бледность кожных покровов, цианотичность слизистых оболочек, похолодание

конечностей, приглушенность тонов сердца, мягкость и болезненность при пальпации живота. Опросом выявлено: все пострадавшие употребляли молочную рисовую кашу со сливочным маслом, чай с сахаром, хлеб с маслом, борщ с мясом, плов с мясом, кофе с молоком, кефир и булочки, жаренную рыбу (треска и камбала). Через 6 часов началось заболевание.

Обследование установило: жаренная рыба после жарки хранилась при температуре свыше 27° С в течение 5 часов.

Какое пищевое отравление можно заподозрить на основании данных клиники и анамнеза?

Какой из указанных продуктов явился причиной отравления?

Указать порядок санитарно-эпидемиологического расследования.

Наметить профилактические мероприятия при данном виде отравления.

Критерии оценивания

Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимыми схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 100%-91% вопросов тестового контроля
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 90%-81% вопросов тестового контроля
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 80%-71% вопросов тестового контроля
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 70% и менее вопросов тестового контроля

3.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта проводится по зачётным билетам

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Профилактической медицины
направление подготовки (специальность) 31.08.34 Диетология
дисциплина Гигиена питания

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Гигиенические требования к качеству пищевых продуктов, применяемых в лечебном питании.
2. Заключение по результатам экспертизы. Понятия доброкачественного, не доброкачественного продукта, продукта с пониженной ценностью, продукта-суррогата и фальсификата.

Заведующая кафедрой
профилактической медицины
д.м.н., профессор

Н.П.Сетко

Председатель учебно-методической комиссии по подготовке
кадров высшей квалификации в ординатуре д.м.н., профессор

Г.Ю. Евстифеева

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации
к.м.н., доцент

И.В. Ткаченко

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер)
1	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Знать Оценивать эффективность и безопасность продуктов лечебного питания, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями.	вопросы № 1-55
		Уметь Оценивать эффективность и безопасность продуктов лечебного питания, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями.	проблемно-ситуационные задачи № 1-21
		Владеть Методами контроля за качеством лечебного питания	проблемно-ситуационные задачи № 1-21

8. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Эндокринология»

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной программе ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-1 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-6 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.

Не предусмотрены.

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Модуль №1. Диабетология

Тема №1. Сахарный диабет. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного и письменного контроля.

1. Определение сахарного диабета.
2. Классификация сахарного диабета.
3. Категории гипергликемий, тактика ведения пациента.
4. Факторы риска развития сахарного диабета.
5. Скрининг сахарного диабета в популяции.
6. Основные патогенетические механизмы развития сахарного диабета 1 и 2 типов.

Тестовые задания

Смотри тесты по теме в разделе «Промежуточная аттестация»

Практические задания для проверки практических навыков

1. Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
2. Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
3. Назначение лечения

Тема №2. Сахарный диабет. Клиника. Диагностика. Критерии постановки диагноза. Лечение.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного и письменного контроля.

1. Критерии диагностики сахарного диабета по лабораторным показателям.
2. Методика проведения теста толерантности к глюкозе.
3. Определение целевого уровня гликированного Нб (HbA1C).
4. Клинические проявления сахарного диабета.
5. Лечение сахарного диабета. Питание при сахарном диабете.
6. Основные группы сахароснижающих препаратов, механизм их действия.
7. Целевой уровень HbA1C.
8. Показания к инсулинотерапии.
9. Классификация инсулинов. Особенности фармакокинетики и фармакодинамики.

Тестовые задания

Смотри тесты по теме в разделе «Промежуточная аттестация»

Практические задания для проверки практических навыков

1. Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
2. Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
3. Назначение лечения

Тема №3. Сахарный диабет. Осложнения. Принципы лечения.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного и письменного опроса

1. Классификация осложнений сахарного диабета.
2. Диабетическая нейропатия. Патогенез.
3. Диабетическая вегетативная нейропатия, патогенез.
4. Классификация диабетической нейропатии. Диагностика. Клинические проявления.
5. Диабетическая ретинопатия. Патогенез.
6. Классификация диабетической ретинопатии. Диагностика. Клинические проявления.
7. Диабетическая нефропатия. Патогенез.
8. Классификация диабетической нефропатии. Диагностика. Клинические проявления.
9. Особенности ИБС при сахарном диабете.
10. Особенности ведения пациентов с макроангиопатией. Лечение.

Тестовые задания

Смотри тесты по теме в разделе «Промежуточная аттестация»

Практические задания для проверки практических навыков

1. Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
2. Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
3. Назначение лечения

Тема №4. Осложнения сахарного диабета. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного и письменного опроса

1. Особенности ИБС при сахарном диабете.
2. Особенности ведения пациентов с макроангиопатией. Лечение.
3. Диабетическая макроангиопатия. Особенности атеросклеротических проявлений сахарного диабета. Классификация. Диагностика. Клинические проявления.

4. Лечение диабетическойнейропатии.
5. Лечение диабетической нефропатии.
6. Показания к гемодиализу.
7. Лечение диабетическойретинопатии.

Тестовые задания

Смотри тесты по теме в разделе «Промежуточная аттестация»

Практические задания для проверки практических навыков

1. Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
2. Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
3. Назначение лечения

Модуль №2. Частная эндокринология

Тема №1. Гипотиреоз. Йоддефицитные заболевания. Диффузный токсический зоб.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного и письменного опроса

1. Дать определение диффузного токсического зоба (ДТЗ).
2. Этиология диффузного токсического зоба.
3. Основные патогенетические механизмы развития ДТЗ.
4. Классификация зоба.
5. Степени тяжести тиреотоксикоза.
6. Лабораторная диагностика ДТЗ.
7. Осложнения ДТЗ.
8. Основные методы лечения ДТЗ.
9. Показания к оперативному лечению ДТЗ.
10. Показания к радиойодтерапии ДТЗ.
11. Дать определение эндокринной офтальмопатии.
12. Классификация эндокринной офтальмопатии.
13. Клинические проявления эндокринной офтальмопатии.
14. Инструментальная диагностика эндокринной офтальмопатии.
15. Лечение эндокринной офтальмопатии.
16. Схемы пульс-терапии метипредомпри эндокринной офтальмопатии.
17. Дать определение гипотиреоза.
18. Причины развития гипотиреоза.
19. Классификация гипотиреоза.
20. Критерии диагностики аутоиммунного заболевания.
21. Степени тяжести гипотиреоза.
22. Лабораторная диагностика гипотиреоза.
23. Основные клинические проявления гипотиреоза.
24. Лечение гипотиреоза.
25. Дать определение йоддефицитных заболеваний.
26. Причины развития йоддефицитных заболеваний
27. Классификация йоддефицитных заболеваний.
28. Критерии диагностики йоддефицитных заболеваний.
29. Лабораторная и инструментальная диагностика йоддефицитных заболеваний.
30. Основные клинические проявления йоддефицитных заболеваний.
31. Профилактика йоддефицитных заболеваний.
32. Лечение йоддефицитных заболеваний.

Тестовые задания

Смотри тесты по теме в разделе «Промежуточная аттестация»

Практические задания для проверки практических навыков

1. Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
2. Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
3. Назначение лечения

Тема №2. Гиперкортицизм. Хроническая надпочечниковая недостаточность.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного и письменного опроса

1. Дать определение гиперкортицизма.
2. Этиология гиперкортицизма.
3. Основные патогенетические механизмы развития гиперкортицизма.
4. Классификация гиперкортицизма.
5. Степени тяжести гиперкортицизма.
6. Методы диагностики гиперкортицизма.
7. Лабораторная диагностика гиперкортицизма.
8. Малая дексаметазоновая проба.
9. Определение кортизола слюны. Интерпретация результатов.
10. Проведение большой дексаметазоновой пробы. Показания, интерпретация результатов.
11. Топическая диагностика.
12. Основные клинические проявления гиперкортицизма.
13. Осложнения гиперкортицизма.
14. Методы лечения гиперкортицизма.
15. Показания к оперативному лечению.
16. Подготовка к оперативному лечению.

Тестовые задания

Смотри тесты по теме в разделе «Промежуточная аттестация»

Практические задания для проверки практических навыков

1. Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
2. Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
3. Назначение лечения

Тема №3. Хроническая надпочечниковая недостаточность.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного и письменного опроса

1. Дать определение хронической надпочечниковой недостаточности.
2. Причины развития хронической надпочечниковой недостаточности.
3. Классификация хронической надпочечниковой недостаточности.

4. Степени тяжести хронической надпочечниковой недостаточности.
5. Лабораторная диагностика хронической надпочечниковой недостаточности.
6. Проведение теста с синактоном-депо. Показания к проведению.
7. Инструментальная диагностика хронической надпочечниковой недостаточности.
8. Основные клинические проявления хронической надпочечниковой недостаточности.
9. Дифференциальная диагностика хронической надпочечниковой недостаточности.
10. Аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа. Диагностика, клинические проявления.
11. Аутоиммунный полигландулярный синдром 2 типа. Диагностика, клинические проявления.
12. Лечение хронической надпочечниковой недостаточности.
13. Особенности лечения первичной хронической надпочечниковой недостаточности.
14. Особенности лечения вторичной хронической надпочечниковой недостаточности.

Тестовые задания

Смотри тесты по теме в разделе «Промежуточная аттестация»

Практические задания для проверки практических навыков

1. Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
2. Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
3. Назначение лечения

Тема №4. Ожирение. Метаболический синдром.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; письменный опрос; тестирование, проверка практических навыков

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного и письменного опроса

1. Дать определение ожирения.
2. Причины развития ожирения.
3. Классификация ожирения.
4. Диагностика ожирения.
5. Основные клинические проявления ожирения.
6. Осложнения ожирения.
7. Лечение ожирения.
8. Сибутрамин. Механизм действия.
9. Показания к лечению сибутрамином.
10. Орлистат. Механизм действия.
11. Показания к лечению орлистатом.
12. Лираглутид. Механизм действия.
13. Показания к лечению лираглутидом.
14. Показания к бариатрической хирургии.
15. Ведение пациентов после бариатрических операций.

Тестовые задания

Смотри тесты по теме в разделе «Промежуточная аттестация»

Практические задания для проверки практических навыков

1. Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
2. Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
3. Назначение лечения

Тема №5. Акромегалия.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; письменный опрос; тестирование, проверка практических навыков

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного и письменного опроса

1. Дать определение акромегалии.
2. Причины развития акромегалии.
3. Классификация акромегалии.
4. Диагностика акромегалии.
5. Анализ уровня гормона с применением орального глюкозо-толерантного теста.
6. Дополнительные гормональные анализы при акромегалии.
7. Топическая диагностика акромегалии.
8. Основные клинические проявления акромегалии.
9. Осложнения акромегалии.
10. Дифференциальная диагностика акромегалии.
11. Цели лечения акромегалии.
12. Подготовка к оперативному лечению пациента.
13. Методы лечения акромегалии.
14. Лечение акромегалии.
15. Показания к оперативному лечению.

Тестовые задания

Смотри тесты по теме в разделе «Промежуточная аттестация»

Практические задания для проверки практических навыков

1. Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
2. Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
3. Назначение лечения

Тема №6. Несахарный диабет. Зачет.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; письменный опрос; тестирование, проверка практических навыков

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного и письменного опроса

1. Дать определение несахарного диабета.
2. Причины развития несахарного диабета.
3. Классификация несахарного диабета.
4. Центральный несахарный диабет, диагностика.
5. Нефрогенный несахарный диабет, диагностика.
6. Диагностика несахарного диабета.
7. Основные клинические проявления несахарного диабета.
8. Проба с сухоедением. Методика проведения.
9. Интерпретация результатов пробы с сухоедением.
10. Проба Зимницкого, интерпретация данных при несахарном диабете.
11. Осложнения несахарного диабета.
12. Лечение несахарного диабета.
13. Особенности лечения центрального несахарного диабета.
14. Особенности лечения нефрогенного несахарного диабета.
15. Критерии эффективности проводимой терапии.

Тестовые задания

Смотри тесты по теме в разделе «Промежуточная аттестация»

Практические задания для проверки практических навыков

1. Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
2. Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
3. Назначение лечения

Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.

Форма контроля	Критерии оценивания
Устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
Тестирование	Оценка «ЗАЧТЕНО» выставляется при условии 70% и более правильных ответов
	Оценка «НЕ ЗАЧТЕНО» выставляется при условии 69% и менее правильных ответов
Прием практических навыков	Оценка «Зачтено» выставляется если ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения.
	Оценка «Незачтено» выставляется если ординатор не может продемонстрировать необходимые практические навыки и/или не может пояснить методику их выполнения.

Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине «Патология» в форме экзамена проводится в устной форме по экзаменационным билетам по окончании каждого учебного года, т.е. всего 2 раза.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Результат аттестации	Критерии оценивания
Зачтено	С оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	С оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	С оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
Не зачтено	Ответ ординатора, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Классификация сахарного диабета.
2. Патогенез сахарного диабета.
3. Критерии диагностики сахарного диабета.
4. Категории гипергликемий: диагностика, врачебная тактика.
5. Диабетическая нейропатия: патогенез, клинические проявления, лечение.
6. Диабетическая нефропатия: патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.
7. Диабетическая ретинопатия: патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.
8. Изменения сердечно-сосудистой системы при сахарном диабете.
9. Синдром диабетической стопы: клинические формы, диагностика.
10. Классификация сахароснижающих препаратов
11. Инсулины длительного действия: сроки развертывания эффекта, показания к применению, побочные действия.
12. Инсулины короткого действия: сроки развертывания эффекта, показания к применению, побочные действия.
13. Бигуаниды: механизм действия, показания для применения, побочные действия.
14. Сульфанилмочевинные сахароснижающие препараты: механизм действия, показания к применению, противопоказания, осложнения.
15. Инкретины: механизм действия, показания к применению, противопоказания, осложнения.
16. Глифлозины: механизм действия, показания к применению, противопоказания, осложнения.
17. Синдром гиперкортицизма: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
18. Методы исследования надпочечников.
19. Гормоны надпочечников. Механизм их действия.
20. Болезнь Иценко-Кушинга: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
21. Малая дексаметазоновая проба.
22. Хроническая надпочечниковая недостаточность: этиопатогенез, классификация, клинические формы, диагностика, лечение.
23. Ожирение: этиология, классификация, принципы лечения.
24. Ожирение: показания к консервативной терапии. Механизм действия препаратов, побочные эффекты.
25. Ожирение: показания к бариатрической хирургии. Виды бариатрических операций.
26. Диффузный токсический зоб: этиология, патогенез, клинические синдромы.
27. Методы лечения диффузного токсического зоба.
28. Эндокринная офтальмопатия: патогенез, клиника, лечение.
29. Современные методы исследования щитовидной железы.
30. Профилактика и лечение йоддефицитных заболеваний щитовидной железы.

31. Йоддефицитные заболевания: этиология, патогенез, клиника, диагностика.
32. Узловой зоб: диагностика, тактика ведения.
33. Аутоиммунный тиреоидит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы терапии.
34. Гипотиреоз: классификация, диагностика, лечение.
35. Показания к оперативному лечению при заболеваниях щитовидной железы.
36. Акромегалия: этиопатогенез, клинические формы, диагностика, лечение.
37. Несахарный диабет: этиопатогенез, клинические формы, диагностика.
38. Сахарный диабет: лечение. Критерии эффективности.

Тестовые задания для проведения промежуточной аттестации

Тестирование обучающихся проводится на бумажных носителях.

«Сахарный диабет»

1. АУТОИММУННАЯ ДЕСТРУКЦИЯ БЕТА-КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ

- А) сахарного диабета 1 типа
- Б) сахарного диабета 2 типа
- В) гестационного сахарного диабета
- Г) генетических форм сахарного диабета (mody и др.)
- Д) сахарного диабета на фоне эндокринопатий

2. МИНИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ СУТОК, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩЕЕ В ПОЛЬЗУ ДИАГНОЗА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ», СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

- А) 11,1
- Б) 6,1
- В) 9,7
- Г) 15
- Д) 10,8

3. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Инсулин
- Б) Глибенкламид
- В) Метформин
- Г) Глипизид
- Д) Форсига

4. ФЕНОМЕНОМ «УТРЕННЕЙ ЗАРИ» СЧИТАЮТ

- А) утреннюю гипергликемию, обусловленную повышением секреции контринсулярных гормонов
- Б) снижение уровня глюкозы крови в ответ на введение инсулина
- В) исчезновение симптомов вторичного сахарного диабета при болезни Кушинга после двусторонней адреналэктомии
- Г) утреннюю гипергликемию после ночной гипогликемии
- Д) повышение уровня глюкозы крови в ответ на введение инсулина

5. ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СЧИТАЮТ

- А) гипергликемию, впервые выявленную во время беременности, но не соответствующую критериям «манифестного» сахарного диабета
- Б) любое значение гликемии, превышающее нормальный уровень глюкозы во время беременности
- В) гипергликемию, впервые выявленную во время беременности или в течение года после родов
- Г) гипергликемию, обусловленную сниженной продукцией кортизола у беременной женщины
- Д) гипергликемию плода

6. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

- А) иммобилизации пораженной конечности
- Б) вазоактивных препаратов
- В) препаратов альфа-липоевой кислоты
- Г) нестероидных противовоспалительных препаратов
- Д) витаминов группы В

7. ДИАГНОЗ «СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ» СТАВЯТ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- А) язвенного дефекта подошвы стопы и сенсорно-моторной нейропатии
- Б) сухости кожных покровов стоп
- В) выраженной деформации пальцев
- Г) снижения чувствительности в области стоп
- Д) снижение пульсации артерий стопы

8. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И СНИЖЕНИЯ ПРОДУКЦИИ ГЛЮКОЗЫ ПЕЧЕНЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) Метформин
- Б) Натеглинид
- В) Глибенкламид
- Г) Акарбозу
- Д) Форсигу

9. ТРЕТЬЕЙ А СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП 3А) СООТВЕТСТВУЕТ СКФ (МЛ/МИН/1,73 М2)

- А) 45-59
- Б) 30-44
- В) 15-29
- Г) 10-14
- Д) 89- 60

10. ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП 4) СООТВЕТСТВУЕТ СКФ (МЛ/МИН/1,73 М2)

- А) 15-29
- Б) 45-59
- В) 30-44
- Г) 60-89
- Д) более 90

11. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ С ПРОТЕИНУРИЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ

- А) комбинированная терапия, включающая ингибитор ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ингибитор АПФ или сартан)

- Б) диуретики
- В) бета-адреноблокаторы
- Г) блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда
- Д) гипотензивные препараты центрального действия

12. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ПРОТЕКАЮЩИЙ С АБСОЛЮТНОЙ ИНСУЛИНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСИТСЯ К

- А) 1 типу
- Б) 2 типу
- В) гестационному
- Г) стероидному
- Д) сахарному диабету на фоне эндокринопатий

13. ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРИРОДА САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- А) антигенов HLA DR-3, DR-4
- Б) антител к инсулину
- В) инсулинорезистентности
- Г) С-пептида
- Д) антител к бета- клеткам поджелудочной железы

14. ГЕМОСТАЗ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) высокой адгезивностью и агрегацией тромбоцитов
- Б) активацией факторов фибринолиза
- В) склонностью к спонтанным кровотечениям
- Г) активацией факторов гипокоагуляции
- Д) не изменен

15. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) лазерная фотокоагуляция
- Б) применение Децинона
- В) применение Трентала
- Г) применение Диабетона
- Д) применение Курантила

16. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ САХАРОСНИЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) стимуляция секреции инсулина
- Б) подавление продукции глюкозы печенью
- В) снижение инсулинорезистентности
- Г) торможение всасывания глюкозы в кишечнике
- Д) выведение глюкозы с мочой

17. КАКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ СОСУДОВ В СЕТЧАТКЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ?

- А) новообразование
- Б) извитость
- В) сужение
- Г) расширение
- Д) четкообразность

18. КЛАССИФИКАЦИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ВКЛЮЧАЕТ СТАДИЮ

- А) альбуминурии
- Б) отечную
- В) нефротическую
- Г) гематурическую
- Д) непролиферативную

19. ОСМОЛЯРНСТЬ КРОВИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЗАВИСИТ ОТ КОНЦЕНТРАЦИИ В ПЛАЗМЕ

- А) глюкозы
- Б) калия
- В) мочевины
- Г) альбуминов
- Д) хлора

20. ДЛЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО

- А) снижение распада жиров
- Б) повышение рН крови
- В) появление ацетона в моче
- Г) наличие гипергликемии
- Д) появление глюкозы в моче

«Диффузный-токсический зоб»

1. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ТИРЕОИДНЫХ И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МАНИФЕСТНОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА?

- А) Т3 – повышен; Т4 – повышен; ТТГ – снижен
- Б) Т3 – в норме; Т4 – в норме; ТТГ – снижен
- В) Т3 –повышен; Т4 – в норме; ТТГ – в норме
- Г) Т3 – в норме; Т4 – снижен; ТТГ – повышен
- Д) Т3- снижен; Т4- повышен; ТТГ - повышен

2. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ТИРЕОТОКСИКОЗА НЕ ОТНОСЯТ

- А) запоры
- Б) возбудимость, раздражительность
- В) потерю веса
- Г) повышение аппетита
- Д) тахикардию

3. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА НАЛИЧИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПЕРТИРЕОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) снижение тиреотропного гормона
- Б) повышение тиреотропного гормона
- В) повышение тироксина
- Г) снижение тироксина
- Д) тиреотропный гормон в пределах нормы

4. ПРИ ГИПЕРТИРЕОЗЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ

- А) бета-адреноблокаторы
- Б) диуретики
- В) блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда
- Г) ингибиторы АПФ
- Д) блокаторы рецепторов ангиотензина II

5. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ОТНОСЯТ

- А) снижение массы тела, возбудимость
- Б) отечность век, кистей, стоп
- В) наличие ломких, сухих, часто выпадающих волос
- Г) медлительность, заторможенность, сонливость
- Д) увеличение языка и дистальных отделов конечностей

6. АНТИТИРЕОДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ

- А) диффузного токсического зоба
- Б) острого тиреоидита
- В) подострого тиреоидита
- Г) гипотиреоза
- Д) аутоиммунного тиреоидита

7. ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ТИРЕОСТАТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) лейкопения
- Б) тромбоцитоз
- В) миокардиодистрофия
- Г) надпочечниковая недостаточность
- Д) эритремия

8. К ТИРЕОСТАТИКАМ ОТНОСИТСЯ

- А) Пропилтиоурацил
- Б) Левотироксин
- В) Пропранолол
- Г) Бисопролол
- Д) Милдронат

9. ПРИ ДИФFUЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ УРОВЕНЬ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА

- А) понижен
- Б) повышен
- В) не изменяется
- Г) зависит от возраста пациента
- Д) зависит от этиологии заболевания

10. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ДИФFUЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ХАРАКТЕРНО

- А) развитие фибрилляции предсердий
- Б) снижение периферического сопротивления сосудов
- В) наличие стойкой брадикардии
- Г) наличие стойкой гипотензии
- Д) сердце при этом заболевании не поражается

11. ГИПЕРФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДИФFUЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ОБУСЛОВЛЕНА ГИПЕРПРОДУКЦИЕЙ

- А) тиреостимулирующих иммуноглобулинов
- Б) тиреотропного гормона
- В) тиреолиберина
- Г) антител к тиреоглобулину
- Д) антител к клеткам щитовидной железы

12. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ТИРЕОТОКСИКОЗА РАЗВИВАЮТСЯ

- А) при болезни Грэйвса
- Б) после операции на щитовидной железе
- В) при аутоиммунном тиреоидите
- Г) при остром тиреоидите
- Д) при аплазии щитовидной железы

13. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ОТНОСЯТ

- А) миопатию и тахикардию
- Б) гиперхолестеринемию
- В) сухость кожи
- Г) гипотонию
- Д) брадикардию

14. ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ В КРОВИ ИЗМЕНЯЕТСЯ УРОВЕНЬ

- А) тиреотропного гормона
- Б) трийодтиронина
- В) тиреолиберина
- Г) тиреоглобулина
- Д) тироксина

15. ЭНДОКРИННАЯ ОФТАЛЬМОПАТИЯ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- А) аутоиммунного процесса в ретробульбарной клетчатке
- Б) повышения тонуса глазодвигательных мышц
- В) воспалительного процесса тканей глаза
- Г) токсического влияния гормонов щитовидной железы
- Д) инфекционного заболевания глаз

16. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА И НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) уровень трийодтиронина и тироксина в крови
- Б) йодопоглотительная функция щитовидной железы
- В) уровень показателей основного обмена

- Г) содержание в крови холестерина
- Д) ЭЭГ

17. ДЛЯ БОЛЬНОГО С ДИАГНОЗОМ «ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ» ХАРАКТЕРНА

- А) раздражительность
- Б) сонливость
- В) вялость
- Г) заторможенность
- Д) прибавка массы тела

18. СОЧЕТАНИЕ ТАХИКАРДИИ, ЭКЗОФТАЛЬМА И ТРЕМОРА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) диффузного токсического зоба
- Б) сахарного диабета
- В) эндемического зоба
- Г) гипотиреоза
- Д) аутоиммунного тиреоидита

19. АНТИТЕЛА К РЕЦЕПТОРУ ТТГ ЯВЛЯЮТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ

- А) болезни Грейвса-Базедова
- Б) хронического аутоиммунного тиреоидита
- В) послеродового тиреоидита
- Г) цитокин-индуцированного тиреоидита
- Д) тиреотропиномы гипофиза

20. Длительность терапии мерказолилом тиреотоксикоза на фоне диффузного токсического зоба составляет не менее:

- А) 12-18 мес
- Б) 4-6 мес
- В) 7-11 мес
- Г) 19-24 мес
- Д) 2-3 мес

«Гипотиреоз»

1. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ ТИРЕОИДНЫХ И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА?

- А) Т4 – снижен; ТТГ – повышен
- Б) Т4 – снижен; ТТГ – в норме
- В) Т4 – снижен; ТТГ – снижен
- Г) Т4 – в норме; ТТГ – повышен
- Д) Т4- в норме; ТТГ- снижен

2. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГИПОТИРЕОЗА НЕ ОТНОСЯТ

- А) сердцебиение
- Б) сонливость
- В) запоры
- Г) сухость кожных покровов
- Д) набор веса

3. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО

- А) повышение ТТГ и снижение Т4
- Б) снижение ТТГ и повышение Т4
- В) нормальный ТТГ и снижение Т4
- Г) снижение ТТГ и Т4
- Д) повышение ТТГ и Т4

4. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- А) отеки, зябкость, заторможенность, сухость кожи
- Б) ожирение, гипертония, одышка
- В) потливость, сонливость, нарушение координации
- Г) снижение памяти, головная боль, анорексия
- Д) гипертония, боли в области сердца, раздражительность

5. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- А) аутоиммунного тиреоидита
- Б) поражения гипофиза
- В) разрушения гипоталамуса
- Г) нарушения чувствительности тканей к тиреоидным гормонам
- Д) опухоли головного мозга

6. ВТОРИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- А) поражения гипофиза
- Б) разрушения гипоталамуса
- В) нарушения чувствительности тканей к тиреоидным гормонам
- Г) аутоиммунного тиреоидита
- Д) подострого тиреоидита

7. НЕДОСТАТОК ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ ОБУСЛАВЛИВАЕТ

- А) сонливость
- Б) тахикардию
- В) похудание
- Г) повышение теплообразования
- Д) тремор

8. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) снижение эхогенности и неоднородная структура
- Б) наличие единичного узлового образования
- В) наличие множественных узловых образований
- Г) увеличение объема
- Д) наличие микрокальцинатов в ткани железы

9. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) брадикардия
- Б) кахексия
- В) тахикардия
- Г) тремор
- Д) гипертония

10. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ГИПОТИРЕОЗЕ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НЕОБХОДИМО

- А) назначить малые дозы тиреоидных гормонов
- Б) назначить тиреоидные гормоны в соответствии с общепринятыми расчетными дозами
- В) отказаться от лечения тиреоидными гормонами
- Г) назначить препараты йода
- Д) назначить тиреостатики

11. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

- А) брадикардии, отеков
- Б) снижения массы тела
- В) тахикардии, потливости
- Г) увеличения щитовидной железы, тремора
- Д) экзофтальма

12. ДЛЯ БОЛЬНОГО С ГИПОТИРЕОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА

- А) сонливость
- Б) чувство жара
- В) раздражительность
- Г) бессоницу
- Д) тахикардию

13. СНИЖЕНИЕ ПАМЯТИ, ЗАПОР, БРАДИКАРДИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ

- А) гипотиреоза
- Б) диффузного токсического зоба
- В) сахарного диабета
- Г) феохромоцитомы
- Д) подострого тиреоидита

14. С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА, РАЗВИВШЕГОСЯ В ИСХОДЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА, ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ

- А) левотироксина в заместительной дозе
- Б) левотироксина в супрессивной дозе
- В) калия иодида в терапевтической дозе
- Г) калия иодида в профилактической дозе
- Д) тиреостатиков

15. ЛЕВОТИРОКСИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ

- А) гипотиреоза
- Б) сахарного диабета
- В) несахарного диабета
- Г) надпочечниковой недостаточности
- Д) гиперкортицизма

16. При осложненном течении гипотиреоза возможны осложнения:

- А) Полисерозит, сердечная недостаточность
- Б) Раздражительность, фибрилляция предсердий
- В) Отеки, заторможенность, брадикардия
- Г) Гипергликемическая кома, инфаркт
- Д) инсульт

17. Третичный гипотиреоз обусловлен:

- А) первичным поражением гипоталамических центров, секретирующих тиролиберин
- Б) синдромом Симмондса – Шиена
- В) недостатком введения в организм йода
- Г) радиационным повреждением щитовидной железы
- Д) аутоиммунным тиреоидитом

18. Препаратом выбора для заместительной терапии гипотиреоза является:

- А) L-тироксин
- Б) тиреоидин
- В) тиреотом
- Г) тирекомб
- Д) трийодтиронин

19. Аутоиммунный тиреоидит является:

- А) органоспецифическим аутоиммунным заболеванием
- Б) системным аутоиммунным заболеванием
- В) смешанным аутоиммунным заболеванием
- Г) иммунодефицитом
- Д) иммунопролиферативным заболеванием

20. При аутоиммунном тиреоидите наиболее часто встречаются антитела к:

- А) Тиреопероксидазе
- Б) хромоаффинным клеткам надпочечников
- В) рецептору ТТГ
- Г) ретробульбарной клетчатке
- Д) островковым клеткам поджелудочной железы

«Ожирение»

1. ОЖИРЕНИЕ 2 СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА (КГ/М²)

- А) 35,0-39,9
- Б) 18,5-24,9
- В) 25,0-29,9

- Г) 30,0-34,9
- Д) более 40

2. СНИЖЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ УМЕНЬШЕНИЯ

- А) жиров
- Б) белков
- В) углеводов
- Г) белков, жиров и углеводов
- Д) белков и углеводов

3. СЕКРЕЦИЯ ГОРМОНА РОСТА УГНЕТАЕТСЯ ПРИ

- А) ожирении
- Б) хронической почечной недостаточности
- В) неврогенной анорексии
- Г) стрессе
- Д) сахарном диабете 1 типа

4. АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ У ЖЕНЩИН БЕЛОЙ РАСЫ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ БОЛЕЕ (СМ)

- А) 80
- Б) 94
- В) 90
- Г) 92
- Д) 95

5. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК СООТНОШЕНИЕ

- А) массы тела в кг к росту в м²
- Б) массы тела в кг к росту в метрах
- В) роста в см к массе тела в кг
- Г) массы тела в кг к росту в см²
- Д) массы тела в кг² к росту в м

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ ПРИМЕНЕНИЯ СИБУТРАМИНА ЯВЛЯЮТСЯ

- А) сердцебиение, потливость, сухость во рту
- Б) запоры и сухость кожи
- В) вздутие живота, диарея
- Г) холестаза, гипербилирубинемия
- Д) диарея

7. ИМТ не используется для диагностики ожирения :

- А) У детей с незакончившимся периодом роста
- Б) У лиц старше 40 лет
- В) У лиц с сопутствующей АГ
- Г) У лиц с ХБП
- Д) у лиц в ХПН

8. ИМТ не используется для диагностики ожирения :

- А) У беременных женщин
- Б) У лиц старше 40 лет
- В) У лиц с сопутствующей АГ
- Г) У лиц с ХБП
- Д) У лиц с ХСН

9. _____ рекомендуется как основной метод лечения ожирения:

- А) Диетотерапия
- Б) Фармакотерапия
- В) Занятия спортом
- Г) Хирургическое лечение
- Д) Психотерапия

10. Назначение фармакологических препаратов для лечения ожирения без осложнений рекомендуется при ИМТ:

- А) ≥ 30 кг/м²
- Б) > 35 кг/м²
- В) > 25 кг/м²
- Г) > 20 кг/м²
- Д) > 40 кг/м²

11. Противопоказанием к хирургическому лечению ожирения является:

- А) Все перечисленное
- Б) обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
- В) беременность
- Г) онкологические заболевания
- Д) острые инфекционные заболевания

12. Чувство голода/насыщения регулируется:

- А) Гипоталамусом
- Б) Корой головного мозга
- В) Жировой тканью
- Г) Гипофизом
- Д) энтерохромаффинными клетками ЖКТ

13. АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ У МУЖЧИН БЕЛОЙ РАСЫ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ БОЛЕЕ (СМ)

- А) 80
- Б) 94
- В) 90
- Г) 92
- Д) 100

14. ОЖИРЕНИЕ 1 СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА (КГ/М²)

- A) 35,0-39,9
- Б) 18,5-24,9
- В) 25,0-29,9
- Г) 30,0-34,9
- Д) более 40

15. ОЖИРЕНИЕ 3 СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА (КГ/М²)

- A) 35,0-39,9
- Б) 18,5-24,9
- В) 25,0-29,9
- Г) 30,0-34,9
- Д) более 40

16. ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА (КГ/М²)

- A) 35,0-39,9
- Б) 18,5-24,9
- В) 25,0-29,9
- Г) 30,0-34,9
- Д) 25- 29,9

17. К симптоматическому (вторичному) ожирению не относится:

- A) Гиноидное
- Б) Церебральное
- В) Гипотиреодное
- Г) При опухолях гипофиза
- Д) При гиперкортицизме

18. Орлистат является:

- A) ингибитором кишечной липазы
- Б) Ингибитором обратного захвата серотонина
- В) Абсорбентом
- Г) Сахароснижающим средством
- Д) ингибитором протеазы

19. Сибутрамин является:

- A) Ингибитором обратного захвата серотонина
- Б) Абсорбентом
- В) Ингибитором кишечной липазы
- Г) Сахароснижающим средством
- Д) ингибитором протеаз

20. Лираглутид является:

- A) аналогом человеческого глюкагоноподобного пептида-1
- Б) Ингибитором обратного захвата серотонина
- В) Ингибитором кишечной липазы
- Г) Абсорбентом
- Д) ингибитором протеаз

Образец экзаменационного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра педиатрии института профессионального образования
специальность 31.08.32 «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»
дисциплина «Эндокринология»

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1

Теоретические вопросы

1. Вариант набора тестовых заданий №1.
2. Изменения сердечно-сосудистой системы при сахарном диабете.
3. Методы исследования надпочечников.

Зав. кафедрой факультетской терапии и эндокринологии, д.м.н.,
профессор

Р.И. Сайфутдинов

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации
к.м.н., доцент

И.В. Ткаченко

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	ПК-1	Знать особенности диетотерапии, образа жизни, медикаментозного и немедикаментозного лечения, диспансерного наблюдения, а также стандарты медицинской помощи пациентам с кардиальными осложнениями эндокринной патологии, сердечно-сосудистыми заболеваниями. Знать показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению, и особенности медицинской реабилитации таких больных.	вопросы №№1-38
		Уметь дать рекомендации по диетотерапии, изменению образа жизни, медикаментозным и немедикаментозным методам лечения пациентов с дерматологическими осложнениями эндокринной патологии, сердечно-сосудистыми заболеваниями. Уметь определить показания для госпитализации, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению, медицинской реабилитации и организовать их.	вопросы №№1-38
		Владеть применением природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении при дерматовенерологических осложнениях эндокринной патологии, сердечно-сосудистых заболеваниях.	вопросы №№1-38
4	ПК-6	Знать особенности этиологии, патогенеза, клиники, а также лечения эндокринологических заболеваний, сопровождающихся дерматовенерологическими симптомами.	вопросы №№1-38
		Уметь проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья - формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения данных заболеваний, ранняя диагностика, выявление причин и условий их возникновения и развития, устранение вредного влияния факторов среды обитания пациента.	вопросы №№1-38
		Владеть получением исчерпывающей информации от больного, применением объективных методов исследования, выявлением общих и специфических признаков заболевания, оценкой тяжести состояния пациента, оценкой данных лабораторных, биохимических, инструментальных методов исследования, проведением дифференциальной диагностики, обоснованием клинического диагноза в соответствии с МКБ поражений эндокринной системы при дерматовенерологических заболеваниях, а также осложнений.	вопросы №№1-38

9. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Гастроэнтерология»

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной программе ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

УК-1: готовность к абстрактному мышлению, анализу и синтезу;

ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи;

ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Тема 1. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Формы текущего контроля успеваемости: собеседование, проверка историй болезни.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для собеседования

1. Анатомия и физиология пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Методы обследования пациентов с патологией пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
3. Дискинезии пищевода. Ахалазия кардии. Этиология. Патогенез. Основные клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
4. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
5. Эзофагиты. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Синдром Баррета. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
6. Дивертикулы пищевода. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
7. Опухоли пищевода. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
8. Острый гастрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
9. Хронические гастриты. Классификация. Этиология. Патогенез. Основные клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
10. Функциональная диспепсия. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
11. Язвенная болезнь и симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
12. Опухоли желудка. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
13. Болезни оперированного желудка. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
14. Острые и неотложные состояния при болезнях пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: ожоги пищевода, кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, перфорация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь. Принципы профилактики, лечения и реабилитации. Особенности диагностики и лечения у детей.
15. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, характерные для беременных. Гастроэзофагеальная болезнь у беременных. Рвота беременных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.

Проверка историй болезни

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.
2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:
 - сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;
 - проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;
 - оценка факторов риска;
 - формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;
 - определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;
 - разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;
 - оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;
 - проведения дифференциальной диагностики;
 - назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;
 - определения показаний для направления на консультацию к специалистам;
 - формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.
3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:
 - оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;
 - назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;
 - назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;
 - контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

Тема 2. Болезни кишечника.

Формы текущего контроля успеваемости: собеседование, проверка историй болезни.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для собеседования

1. Анатомия и физиология тонкой и толстой кишки.
2. Методы обследования пациентов с патологией тонкой и толстой кишки.
3. Основные синдромы при заболеваниях кишечника: мальабсорбции, короткой кишки, избыточного тонкокишечного роста бактерий, экссудативная энтеропатия.
4. Неинфекционные заболевания тонкой кишки. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
5. Дивертикулярная болезнь кишечника. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.

6. Хронический неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
7. Карциноид. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
8. Функциональные заболевания кишечника: функциональный запор, функциональная диарея, синдром раздражённой кишки. Классификация. Этиология. Патогенез. Основные клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
9. Микроскопический колит. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
10. Ишемические поражения кишечника. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
11. Опухоли толстой кишки. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
12. Редкие болезни кишечника (лактазная недостаточность, целиакия, болезнь Уиппла, эозинофильный гастроэнтерит, радиационные поражения кишечника). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
13. Поражения кишечника, обусловленные приёмом лекарственных препаратов. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы профилактики, лечения и реабилитации. Особенности диагностики и лечения у детей.
14. Острые и неотложные состояния при болезнях кишечника: кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта, кишечная непроходимость, мезентериальный тромбоз, перфорация, ущемление грыжи. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь. Принципы профилактики, лечения и реабилитации. Особенности диагностики и лечения у детей.
15. Паразитарные и протозойные болезни кишечника. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
16. Болезни кишечника, характерные для беременных. Запоры беременных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
17. Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.

Проверка историй болезни

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.
2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:
 - сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;
 - проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;
 - оценка факторов риска;
 - формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;
 - определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;
 - разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;
 - оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;
 - проведения дифференциальной диагностики;
 - назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;
 - определения показаний для направления на консультации к специалистам;
 - формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.
3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:
 - оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;
 - назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;
 - назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;
 - контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

Тема 3. Болезни печени, билиарного тракта и поджелудочной железы.

Формы текущего контроля успеваемости: собеседование, проверка историй болезни.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для собеседования

1. Анатомия и физиология печени, билиарного тракта и поджелудочной железы.
2. Методы обследования пациентов с патологией печени, билиарного тракта и поджелудочной железы.
3. Основные клинко-лабораторные синдромы при заболеваниях печени: желтуха, холестаз, асцит, портальная гипертензия, печёночная энцефалопатия, печёночная недостаточность. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Бессимптомные изменения функциональных проб печени. Особенности у детей.
4. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
5. Алкогольная болезнь печени. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
6. Токсические и лекарственные поражения печени. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
7. Наследственные и врождённые заболевания печени. Доброкачественные пигментные гепатозы. Гемохроматоз. Болезнь Вилсона-Коновалова. Недостаточность α_1 -антитрипсина. Непереносимость фруктозы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
8. Аутоиммунные заболевания печени. Аутоиммунный гепатит. Первичный билиарный цирроз. Первичный склерозирующий холангит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
9. Сосудистые заболевания печени. Классификация. Этиология. Патогенез. Основные клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
10. Первичные и вторичные опухоли печени. Гепатоцеллюлярная карцинома. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
11. Вирусные гепатиты. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
12. Паразитарные и протозойные болезни печени и билиарного тракта. Описторхоз. Лямблиоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
13. Фиброз и цирроз печени. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей.
14. Заболевания печени и беременность. Холестаз беременных. HELLP-синдром. Острая жировая дистрофия печени беременных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
15. Функциональные расстройства билиарного тракта. Дискинезия желчного пузыря. Дисфункция сфинктера Одди. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
16. Острый и хронический холецистит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
17. Желчно-каменная болезнь. Холестероз желчного пузыря. Билиарный сладж. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
18. Опухоли желчного пузыря и желчных протоков. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
19. Панкреатиты. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы. Классификация. Этиология. Патогенез. Основные клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
20. Опухоли поджелудочной железы. Функциональная диспепсия. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
21. Острые и неотложные состояния при болезнях печени, билиарного тракта и поджелудочной железы. Печёночная (желчная) колика. Острый панкреатит. Этиология.

Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь. Принципы профилактики, лечения и реабилитации. Особенности диагностики и лечения у детей.

Проверка историй болезни

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.
2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:
 - сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;
 - проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;
 - оценка факторов риска;
 - формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;
 - определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;
 - разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;
 - оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;
 - проведения дифференциальной диагностики;
 - назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;
 - определения показаний для направления на консультации к специалистам;
 - формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.
3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:
 - оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;
 - назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;
 - назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;
 - контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.

Форма контроля	Критерии оценивания
собеседование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении.
проверка историй болезни	Оценка «ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся продемонстрировал правильно или с незначительными погрешностями заполненные истории болезни, обосновал диагностические и лечебные методики, рациональную фармакотерапию с учетом гендерных, возрастных и других особенностей пациентов, оценил эффективность лекарственных препаратов с учетом их возможных побочных эффектов.
	Оценка «НЕ ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся не смог продемонстрировать заполненные истории болезни или при их ведении допустил существенные ошибки, не смог обосновать назначение лекарственных средств или не учел к ним противопоказания для их применения у пациента.

3.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине «Гастроэнтерология» проводится в форме недифференцированного зачета по зачетным билетам в устной форме.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Итоговая оценка («зачтено», «не зачтено») по результатам промежуточной аттестации складывается из результатов оценки устного опроса и выполнения практических заданий по решению ситуационных задач:

«ЗАЧТЕНО» - выставляется при положительной оценке («отлично», «хорошо», «удовлетворительно») по итогам устного опроса и решению ситуационных задач.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - выставляется при отрицательной («неудовлетворительно») оценке по итогам устного опроса и/или по решению ситуационных задач.

Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Дискинезии пищевода. Ахалазия кардии. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Дивертикулы пищевода. Этиология. Патогенез. Основные клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
2. Эзофагиты. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Синдром Баррета. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей.
3. Опухоли пищевода. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и паллиативной помощи, особенности диетотерапии.
4. Острый и хронические гастриты. Классификация. Этиология. Патогенез. Основные клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
5. Функциональная диспепсия. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
6. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бессимптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
7. Опухоли желудка. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и паллиативной помощи, особенности диетотерапии.
8. Болезни оперированного желудка. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
9. Острые и неотложные состояния в гастроэнтерологии. Острый живот. Определение понятия. Перфорация полых органов. Желудочно-кишечные кровотечения. Мезентериальный тромбоз. Кишечная непроходимость. Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости. Печёночная колика. Ущемленные грыжи. Синдром Бадда-Киарри. Острая печёночная недостаточность. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. Особенности диагностики и лечения у детей.
10. Болезни пищеварительной системы, характерные для беременных. Холестаз беременных. HELLP-синдром. Острая жировая дистрофия печени беременных. Гастроэзофагеальная болезнь у беременных. Рвота беременных. Запоры беременных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии.
11. Микроскопический колит. Дивертикулярная болезнь кишечника. Ишемические поражения кишечника. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей.
12. Хронический неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии.
13. Функциональные заболевания кишечника: функциональный запор, функциональная диарея, синдром раздражённого кишечника. Классификация. Этиология. Патогенез. Основные клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
14. Опухоли кишечника. Рак толстой и прямой кишки. Карциноид. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и паллиативной помощи.
15. Редкие болезни кишечника (лактазная недостаточность, целиакия, болезнь Уиппла, эозинофильный гастроэнтерит, радиационные поражения кишечника). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
16. Поражения кишечника, обусловленные приёмом лекарственных препаратов. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы, профилактики, лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей.
17. Паразитарные и протозойные болезни пищеварительной системы. Описторхоз. Лямблиоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей.
18. Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии.
19. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
20. Алкогольная болезнь печени. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей.
21. Токсические и лекарственные поражения печени. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей.
22. Наследственные и врождённые заболевания печени. Доброкачественные пигментные гепатозы. Гемохроматоз. Болезнь Вилсона-Коновалова. Недостаточность α_1 -антитрипсина. Непереносимость фруктозы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей.
23. Аутоиммунные заболевания печени. Аутоиммунный гепатит. Первичный билиарный цирроз. Первичный склерозирующий холангит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей.
24. Вирусные гепатиты. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей.
25. Фиброз и цирроз печени. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей.
26. Функциональные расстройства билиарного тракта. Дискинезия желчного пузыря. Дисфункция сфинктера Одди. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
27. Острый и хронический холециститы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
28. Желчно-каменная болезнь. Холестероз желчного пузыря. Билиарный сладж. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
29. Опухоли печени, билиарного тракта и поджелудочной железы. Этиология. Патогенез. Клиника. Скрининг. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения, паллиативной помощи, особенности диетотерапии.
30. Панкреатиты. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы. Классификация. Этиология. Патогенез. Основные клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей. Показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.

Типовые ситуационные задачи для проверки сформированных умений и навыков:

Задача 1.

Мужчина, 73 года. Жалобы на приступы слабости, головокружений и сердцебиений примерно через 15 минут после приёма пищи, длящиеся примерно до 1 часа, боли в эпигастрии, боли в правом и левом подреберьях после жирной и жареной пищи, постоянное вздутие живота, приступообразные боли в правой подвздошной области, неустойчивый обильный мажущийся, зловонный стул

Анамнез. Перенес резекцию желудка 22 года назад по поводу желудочного кровотечения, с этого времени постоянное прогрессирование желудочно-кишечной диспепсии и нарастание слабости, постоянно принимает антисекреторные препараты, панкреатические ферменты, периодически препараты железа, которые переносит плохо.

Данные объективного осмотра. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,7°C. Астенического телосложения, пониженного питания, рост 171 см, вес 54 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, 70 уд/мин. АД 135/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при поверхностной пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При глубокой пальпации все отделы толстого кишечника нормальных размеров, безболезненные, эластичные. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна, симптом Пастернацкого (без определения наличия эритроцитурii) отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования

ОАК. Hb – 59 г/л, эритроциты - $3,96 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,45, тромбоциты – $361 \times 10^9/л$, лейкоциты – $4,8 \times 10^9/л$; п/я – 3%; с/я – 60%; э - 2%; л/ф - 26%; м - 9%; СОЭ 13 мм в час.

ОАМ. Уд. вес 1012, белок – нет, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Амилазный тест. 149,3-334,5-429,1 Е/л

Копрограмма. цвет – коричневый, консистенция - мазевидная, запах – специфический, мышечные волокна +, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал +, перевариваемая клетчатка +, соединительная ткань – нет, слизь – нет, стеркобилин ++, билирубин – нет, реакция на скрытую кровь – отрицательная.

Йодофильная флора - единичная Яйца глист и патогенные простейшие не найдены.

Биохимические показатели крови. Билирубин общий – 7,0 мкмоль/л; билирубин связанный – 1,1 мкмоль/л; общий холестерин – 3,0 ммоль/л; β-ЛП – 2,4 ммоль/л; АлТ – 17 ЕД/л; АсТ – 23 ЕД/л; амилаза крови – 86,4 ЕД/л; общий белок – 55 мг/л; щелочная фосфатаза – 96,8 ЕД/л; ГГТП – 17 ЕД/л; ЛДГ – 345 ЕД/л; мочевина – 4,9 ммоль/л; креатинин – 83 мкмоль/л; K⁺ – 5,0 ммоль/л; Na⁺ – 139 ммоль/л; Ca⁺⁺ – 2,19 ммоль/л, железо сыворотки – 14,9 мкмоль/л, ОЖСС – 96 мкмоль/л.

Глюкоза крови до еды – 4,01 ммоль/л; Глюкоза крови после еды – 11,59 ммоль/л.

Уреазный тест к *Helicobacter pylori* – отрицательный

ЭКГ до еды: Синусовый ритм с ЧСС 78 в мин. ЭОС не отклонена. Синдром ранней реполяризации желудочков.

ЭКГ после еды: Синусовый ритм с ЧСС 92 в мин. Зубцы без динамики.

УЗИ внутренних органов: Печень левая доля 44 мм, правая доля 135 мм, контуры ровные, эхоструктура диффузно неоднородная, эхогенность смешанная. Воротная вена – 9 мм, холедох – 3 мм. Желчный пузырь 69x22 мм, форма обычная, эхогенность стенок повышена, толщина 3 мм, содержимое – уровень густой желчи, конкрементов нет. Поджелудочная железа – 23x12x25 мм, контуры неровные, эхоструктура слегка неоднородная, эхогенность не изменена. Селезёнка – 92x42 мм, контуры ровные, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена. Почки – правая 95x48x16 мм, левая 92x45x15 мм, расположение типичное, контуры слегка неровные, паренхима неоднородная, почечные синусы расширены, деформированы единичными кистами. Конкрементов нет. В среднем сегменте левой почки анэхогенное образование 9 мм – паренхиматозная киста.

ЭГДС: Пищевод свободно проходим, кардия смыкается. Оперированный желудок. Слизистая гиперемирована, отечна. Область анастомоза без особенностей.

Ирригоскопия: В сигме несколько маленьких 2-3 мм дивертикулов, после опорожнения рельеф прослеживается сегментарно, не изменен.

ЗАДАНИЯ:

1. На основании клинических данных и анамнеза выделите синдромы, подсчитайте и оцените ИМТ.
2. Оцените данные имеющихся дополнительных методов исследования.
3. На основании имеющихся данных поставьте диагноз и обоснуйте его.
4. Составьте план лечения больного. Посоветуйте диету. Определите показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.

Задача 2.

Мужчина, 42 года. Жалобы на боли в животе по ходу толстого кишечника, неустойчивый стул, периодически с прожилками темной крови, иногда – схваткообразные боли в околопупочной области, левом боку и подвздошной области слева, постоянную слабость, часто – повышение температуры до 37,5°C

Анамнез. Боли в животе и изменение стула отмечает около года, за мед помощью не обращался, не лечился. Вредные привычки – не курит, алкоголь употребляет не часто (по праздникам). Диеты не придерживается. Туберкулёз, ИППП и другие инфекционные заболевания отрицает.

Данные объективного осмотра. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,9°C. Астенического телосложения, пониженного питания, рост 171 см, вес 54 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, 90 уд/мин. АД 135/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при поверхностной пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При глубокой пальпации все отделы толстого кишечника нормальных размеров, безболезненные, эластичные. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна, симптом поколачивания в поясничной области – отрицательный с обеих сторон. Мочепускание свободное, безболезненное. Стул до 5 раз в сутки (в т.ч. и в ночное время), кашицеобразный, с прожилками крови.

Данные дополнительных методов исследования

ОАК: Нб – 100 г/л, эритроциты - 3,70x10¹²/л, ЦП – 0,8, тромбоциты – 299x10⁹/л, лейкоциты – 10,4x10⁹/л; п/я – 2%; с/я – 53%; э - 2%; л/ф - 34%; м - 9%; СОЭ – 32 мм в час.

ОАМ: Жёлтая, прозрачная, удельный вес 1013, белка – нет, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Копрограмма: цвет коричневый, с прожилками крови, полуоформленный, реакция на скрытую кровь – положительная, эритроциты – большое количество, мышечные волокна с исчерченностью – 0-1; без исчерченности – 2-3; жирные кислоты – небольшое количество, переваренная клетчатка – нет, внеклеточный крахмал – 0-1 в поле зрения. Йодофильная флора – единичная. Яйца глист и патогенные простейшие не найдены.

Биохимические анализы крови. Билирубин общий – 17,0 мкмоль/л; общий холестерин – 4,9 ммоль/л; АлТ - 41 ЕД/л; АсТ – 39 ЕД/л; диастаза крови – 63 Е/л; глюкоза крови - 4,35 ммоль/л; общий белок – 73 мг/л; щелочная фосфатаза - 134 ЕД/л; ГГТП – 33 Е/л; фибриноген - 2,6 г/л; ПТВ - 14,3; ПТИ - 92%;

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 84 в мин. Полуоризонтальное положение ЭОС. Местные нарушения в/желудочковой проводимости.

УЗИ. Печень левая доля 147x59 мм, контуры ровные, эхоструктура диффузно-неоднородная, эхогенность слегка повышена. Воротная вена 8 мм, холедох - 6 мм.

Желчный пузырь 89x42 мм. форма обычная, эхогенность стенок не изменена, толщина 2,5 мм, содержимое однородное. Поджелудочная железа – 25x15x25 мм, контуры нечеткие, эхоструктура неоднородная, эхогенность повышена. Селезёнка – 96x40 мм, контуры ровные, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена. Почки – правая 100x53x17 мм, левая 103x53x17 мм, расположение типичное, контуры ровные, паренхима обычная, почечные синусы не расширены, конкрементов нет.

ЭГДС. Пищевод свободно проходим, слизистая оболочка розовая, кардия смыкается. Желудок обычной формы и размеров, слизистая розового цвета, складки обычных размеров. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки гиперемирована, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи.

Колоноскопия: Осмотр до купола слепой кишки. Слизистая оболочка сигмовидной, нисходящей и поперечной ободочной кишок гиперемирована и разрыхлена, сосудистый рисунок смазан, повышенная контактная кровоточивость при проведении аппарата, множество больших по площади эрозий и язв. Восходящая ободочная и слепая кишки не изменены. Взята биопсия.

Патологоанатомическое исследование биоптата. Обильная клеточная инфильтрация стромы слизистой оболочки, нарушение нормального строения крипт и неглубокие (в пределах слизистой оболочки) язвенные поражения. Поверхностный эпителий с многочисленными микроабсцессами.

ЗАДАНИЯ:

1. На основании клинических данных и анамнеза выделите синдромы, подсчитайте и оцените ИМТ.
2. Оцените данные имеющихся дополнительных методов исследования.
3. На основании имеющихся данных поставьте диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план лечения больного. Посоветуйте диету.

Задача 3.

Девочка, 5 лет. Жалобы на боли в животе, тошноту, рвоту, иногда – диарею, общую слабость. Описанные симптомы возникают, как правило, через полчаса после приёма пищи.

Анамнез жизни и заболевания. Родилась в срок, 8 баллов по шкале Апгар. Находилась на грудном вскармливании. Росла и развивалась соответственно возрасту.

Описанная выше симптоматика появилась после введения в рацион прикорма в виде фруктовых соков. Значительное ограничение (вплоть до полного исключения) из рациона питания сладостей, фруктов, фруктовых соков приводила к почти полному регрессу симптомов болезни. Ухудшение в течение 3 дней – начала посещать детское дошкольное учреждение, где возникли погрешности в диете.

Данные объективного осмотра. Общее состояние ближе к средней степени тяжести. Температура тела – 36,5°C. Астенического телосложения, сниженного питания.

Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, 90 уд/мин. АД 80/60 мм рт.ст. Язык слегка обложен белым налётом. Живот при поверхностной пальпации мягкий, немного болезненный в эпигастриальной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При глубокой пальпации все отделы толстого кишечника нормальных размеров, безболезненные, эластичные. Печень до 1,5 см из под ребёрной дуги, по Курлову 8x7x6 см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна, симптом поколачивания в поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Данные лабораторных методов исследования.

ОАК: Нб – 125 г/л, эр. – 4,0x10¹²/л, Нг – 37%, ЦП – 0,95, лейкоциты – 8,1x10⁹/л, баз. – 1%, э – 2%, п/я – 4%, с/я – 40%, л – 44%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час.

ОАМ: удельный вес – 1011, белок – нет, эритроциты – нет, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимические исследования крови: глюкоза 2,91 ммоль/л, билирубин 13,17 мкмоль/л, АлТ 30 ЕД/л, АсТ 27 ЕД/л.

Копрограмма: цвет – коричневый, консистенция - оформленный, запах – специфический, мышечные волокна +, нейтральный жир +, жирные кислоты и мыла +, крахмал +, перевариваемая клетчатка +, соединительная ткань – нет, слизь – нет, стеркобилин +, билирубин – нет, реакция на скрытую кровь – отрицательная. Яйца глист и патогенные простейшие не найдены.

УЗИ органов брюшной полости. Печень 89x48 мм контуры ровные, эхогенность диффузно усилена, сосуды не изменены. Желчный пузырь – 51x17 мм, перегиб в верхней трети, стенки ровные, протоки не расширены, содержимое однородное. Поджелудочная железа 17x12x19 мм, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена. Селезёнка 70x37 мм, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена. Проба Селиванова-Банга – слабо положительная.

ЭГДС. Пищевод свободно проходим, слизистая оболочка розовая, кардия смыкается. Желудок обычной формы и размеров, слизистая розового цвета, складки обычных размеров. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета.

ЗАДАНИЯ:

1. На основании клинических данных и анамнеза выделите синдромы.
2. Оцените данные имеющихся дополнительных методов исследования.
3. На основании имеющихся данных поставьте диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план лечения больного. Посоветуйте диету. Определите показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.

Задача 4.

Женщина, 35 лет. Жалобы на сильный кожный зуд по всему телу преимущественно в ночное время (но бывает и днём).

Анамнез. Беременность 33 недели. Больна в течение 4 недель, когда впервые появился кожный зуд. Первоначально зуд был только в ночное время и локализовался на стопах, голенях и кистях, затем – постепенная генерализация на всё тело и появление в дневное время. По назначению терапевта женской консультации получала урсодезоксихолевую кислоту (15 мг/кг массы тела в сутки в течение 4 недель с момента появления зуда) и S-адметионин (в дневном стационаре – 800 мг в сутки внутривенно капельно в течение последних 2 недель) – без какого-либо клинического эффекта. В анамнезе – 2 беременности, во всех беременностях – кожный зуд в третьем триместре. Первая беременность – роды. Во вторую беременность внутриутробная гибель плода на 32 неделе на фоне кожного зуда, приёма препаратов урсодезоксихолевой кислоты, S-адметионина и плазмафереза. Вирусные гепатиты отрицает. Питается регулярно, диету соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена.

Данные объективного осмотра. Общее состояние ближе к удовлетворительному, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной влажности, розового цвета, тургор и эластичность в норме, множественные следы расчёсов на спине, руках, животе, голенях. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Периферических отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное хрипов нет. Пульс ритмичный, 78 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Живот увеличен в размере из-за беременности, равномерно участвует в дыхании, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы, симптом флюктуации отрицательные. Печень не пальпируется, размеры по Курлову 9×8×7 см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненная. Поджелудочная железа не пальпируется. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. Стул ежедневно, однократно, коричневого цвета, без патологических примесей. Мочевыделение свободное, безболезненное.

ОАК: эритроциты – $4,8 \times 10^{12}/л$, Hb – 135 г/л. СОЭ – 14 мм/ч, тромбоциты – $290 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,4 \times 10^9/л$: э-5%, п-4%, с-54%, лф-29%, м-8%.

ОАМ: светло-желтая, прозрачная, щелочная, удельный вес 1018; белка нет, глюкоза - нет, лейкоциты – 0-1, эпителий – 1-2 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - нет.

Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, гликированный гемоглобин 4%, фибриноген – 2,7 г/л, протромбиновый индекс – 87%, АСТ – 16 ЕД/л, АЛТ – 18 ЕД/л, холестерин – 6,9 ммоль/л, билирубин общий – 12,0 мкмоль/л, прямой – 10,5 мкмоль/л, непрямой – 1,5 мкмоль/л, ЩФ – 280 ЕД/л., ГГТП – 55 ЕД/л., амилаза – 45 ЕД/л, креатинин – 58 мкмоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%, концентрация желчных кислот сыворотки – 71,4 мкмоль/л, мочевиная кислота – 180 мкмоль/л.

Копрограмма: цвет – коричневый, оформленный, запах – специфический, мышечные волокна +, нейтральный жир +, жирные кислоты и мыла +, крахмал +, перевариваемая клетчатка +, соединительная ткань – нет, слизь – нет, стеркобилин ++, билирубин – нет.

ЭКГ: ритм синусовый, 76 в минуту, полугоризонтальное положение электрической оси сердца.

ЗАДАНИЯ:

1. На основании клинических данных и анамнеза выделите синдромы, оцените данные имеющихся дополнительных методов исследования. Сформируйте дифференциально-диагностический ряд. Обоснуйте.
2. Назначьте дополнительные исследования для уточнения диагноза, обоснуйте.
3. Дайте заключение по результатам дополнительно выполненных методов исследования, обоснуйте и сформулируйте окончательный диагноз.

УЗИ органов брюшной полости: печень 125×44 мм, контуры ровные, эхоструктура слегка диффузно неоднородная, эхогенности не изменена. Желчные протоки не расширены, холедох – 4 мм. Воротная вена 10 мм. Лимфатические узлы гепатодуоденальной связки и ворот печени не визуализируются. Желчный пузырь 63×22 мм, обычной формы, эхогенность стенок не изменена, толщина стенок 1,5 мм, содержимое однородное, конкрементов нет. Поджелудочная железа 25×15×27 мм, контуры ровные, чёткие, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена, проток поджелудочной железы 1 мм. Селезенка 84×40 мм, контуры ровные, эхоструктура не изменена.

ЭГДС: Пищевод свободно проходим, слизистая оболочка розовая, кардия смыкается. Желудок обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета, складки обычных размеров. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи.

4. Назначьте лечение. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки? Посоветуйте диету. Назовите патогенетические механизмы поражения плода при данном заболевании.

Задача 5.

Женщина, 28 лет. Жалоба на примесь крови в кале при большей части дефекаций, запоры до 3-4 дней.

Анамнез. Больна около 1,5 месяцев, когда впервые заметила у примесь крови в кале. Считала это проявлением геморрой и к врачу не обращалась. Пожаловалась на данный симптом при профосмотре. Болей в животе не ощущает. Запоры до 3-4 дней – постоянно, в течение многих лет, не вызывают сильного беспокойства пациентки, стул возникает самостоятельно, без использования клизм или слабительных. Питаться старается регулярно, диету строго не соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Не замужем, детей нет.

Данные объективного осмотра. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. ИМТ 21 кг/м². Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 16 в минуту. Перкуторно над легкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 80 в мин., удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, на верхушке нежный систолический шум. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен. Живот правильной формы, равномерно участвует в дыхании. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы, симптом флюктуации отрицательные. Пальпируются все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, болезненные, урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 10×8×7см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненна. Поджелудочная железа пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. Самостоятельный стул один раз в 3-4 дня оформленный, коричневого цвета, с небольшим количеством крови. Мочевыделение свободное, безболезненное.

Данные дополнительных методов исследования.

ОАК. Hb – 110 г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,8, тромбоциты – $270 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$; п/я – 5%; с/я – 53%; э - 5%; л/ф - 29%; м - 8%; СОЭ 19 мм в час.

Биохимическое исследование крови: глюкоза – 3,9 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, протромбиновый индекс – 89%, АСТ – 30 ЕД/л, АЛТ – 31 ЕД/л, холестерин – 3,8 ммоль/л, билирубин общий – 16,0 мкмоль/л, прямой – 13,5 мкмоль/л., непрямой – 2,5 мкмоль/л, амилаза – 65 ЕД/л, креатинин – 67 мкмоль/л, общий белок – 64 г/л, альбумины – 53%, глобулины – 47%.

Копрограмма: коричневый с красноватыми пятнами крови, оформленный, реакция на скрытую кровь положительная, запах – специфический, мышечные волокна +, нейтральный жир +, жирные кислоты и мыла +, крахмал +, перевариваемая клетчатка +, соединительная ткань +, слизь – небольшое количество, стеркобилин +, билирубин – нет.

ЭКГ: ритм синусовый, 78 в минуту, нормальная позиция электрической оси сердца.

ЭГДС. Пищевод свободно проходим, слизистая бледно-розового цвета, кардия смыкается. Желудок обычной формы и размеров, слизистая розовая, складки без изменений. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи.

УЗИ. Печень 140×50 мм, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена, внутривенные желчные протоки и вены не расширены, общий желчный проток 4 мм.

Желчный пузырь нормальной формы 78×24 мм, эхогенность стенок не изменена, толщина 1,5 мм. Поджелудочная железа 25×14×26 мм, эхогенности не изменена, эхоструктура однородная, проток 1 мм. Селезенка 101×46 мм, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена. Конкременты и объемные образования не визуализируются.

Колоноскопия: Осмотр на 30 см, сигмовидная кишка удлинена, далее осмотр прерван из-за выраженного болевого синдрома и трудностей прохождения петли сигмовидной кишки. На осматриваемом участке - слизистая бледно-розовая, блестящая, гладкая, сосудистый рисунок обычный, тонус кишки в норме.

Ирригоскопия. Контраст заполняет все отделы толстой кишки, перистальтика прослеживается, сигмовидная кишка удлинена, образует дополнительную петлю, на

нисходящей ободочной кишке, примерно посередине между селезёночным углом и сигмовидной кишкой отмечается сужение с неровной поверхностью, не расправляющееся при перестальтике с супрастенотическим расширением, затеканием туда контраста и задержкой его там после опорожнения, создавая специфическую картину «кольца Сатурна». В других отделах – без патологических образований, дефектов или избытков наполнения.

ЗАДАНИЯ:

1. На основании клинических данных и анамнеза выделите синдромы, подсчитайте и оцените ИМТ.
2. Оцените данные имеющихся дополнительных методов исследования.
3. На основании имеющихся данных поставьте диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Определитесь с дальнейшей тактикой ведения пациентки. Посоветуйте диету.

Задача 6.

Женщина 22 лет жалуется на учащение стула до 4-5 раз в сутки, периодические «крутящие» боли вокруг пупка, без чёткой связи с приёмом пищи и стулом, слабость, сердцебиение, головокружение при физической нагрузке, снижение настроения и работоспособности, судороги в кистях и стопах. Кал кашицеобразный. Каловые массы обильные, светло-жёлтого цвета, содержат кусочки непереваренных овощей, плохо отмываются от унитаза холодной водой.

Больна в течение 8-9 месяцев, когда после срочных неосложнённых родов появилось послабление стула и постепенно сформировались указанные жалобы. Похудела на 8 кг. Температура тела на протяжении болезни нормальная. Пыталась лечиться самостоятельно: принимала фуразолидон, диоктадерический смектит, ферменты без чёткого положительного эффекта. Соблюдение в течение нескольких дней диеты в виде употребления в пищу небольшого количества сухарей, крепкого чая и черничного киселя приводит к урежению стула и уменьшению количества каловых масс.

В анамнезе частые «пищевые отравления», замедленное физическое развитие в детстве, умеренная железодефицитная анемия во время беременности.

При осмотре – кожа и слизистые бледные, чистые. Дефицит массы тела (рост 160 см, масса тела 52 кг). Сухость кожи, «заеды» в углах рта, ногти с выраженной поперечной исчерченностью. В легких хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС=90 в мин., АД 90/70 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в мезогастрин, урчит, шум плеска над слепой кишкой. Размеры печени и селезенки не изменены.

В ан. крови Нb 90 г/л, умеренная гипохромия эритроцитов, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 12 мм/час. В биохимическом анализе крови выявлено снижение общего белка до нижней границы нормы, снижение уровня сывороточного железа, снижение уровня калия и кальция до нижней границы нормы. Анализ мочи без патологии.

Бактериологическое исследование кала – патогенной флоры не обнаружено. Отмечено отсутствие бифидобактерий, увеличение количества лактозонегативной кишечной палочки.

При УЗИ органов брюшной полости патологии не выявлено. При рентгенографии желудка органической патологии не выявлено, отмечается снижение тонуса начальных отделов тонкой кишки.

ЗАДАНИЯ:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какое исследование для уточнения диагноза проводится в первую очередь?
3. Какой препарат для ликвидации анемии наиболее целесообразно назначить больной?
4. Какой препарат для устранения гиповитаминоза В₁ и В₆ наиболее целесообразно назначить?
5. При подтверждении диагноза какой метод следует считать патогенетическим лечением заболевания? Определите показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.

Задача 7.

Больной 31 года жалуется на слабость, снижение работоспособности, плохой аппетит, недомогание, временами апатию. Подобные жалобы беспокоят на протяжении последних 2-х лет. Связывал их развитие с усталостью (работает в течение нескольких лет менеджером без отпусков с ненормированным рабочим днём). В анамнезе хронический гастрит, в детстве – дискинезия желчного пузыря. Кроме того сообщил, что несколько лет тому назад имелся непродолжительный период внутривенного употребления наркотиков. В настоящее время наркотики не употребляет, алкоголем не злоупотребляет.

При обследовании: повышенного питания, кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Над лёгкими хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС=66 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени и селезенки не увеличены. Ан. крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови отмечается повышение АЛТ в 2 раза выше нормы, АСТ в 1,5 раза выше нормы при нормальных значениях белка, протромбина, холестерина, мочевины, креатинина, билирубина. Нbs антиген отрицательный, HCV AT - положительные.

УЗИ печени - диффузные изменения по типу жирового гепатоза. Желчный пузырь с несколько утолщенными стенками, в его просвете гомогенная желчь.

Поджелудочная железа без патологии. Селезенка без особенностей.

ЗАДАНИЯ:

1. Для уточнения диагноза назначьте наиболее необходимое дополнительное исследование.
2. Какой диагноз наиболее вероятен при получении положительного ответа на выбранное Вами исследование?
3. Содержат ли приведенные в описании результаты обследования данные за сформировавшийся цирроз печени?
4. Какова дальнейшая тактика ведения пациента.
5. Диетические рекомендации.

Задача 8.

Вас вызвали на консультацию в хирургическое отделение.

Больная 53 лет жалуется на желтушность кожи и слизистых, кожный зуд, усиливающийся при контакте с водой, неприятный привкус во рту, слабость, недомогание, периодически субфебрилитет.

Ранее практически здорова. В течение последнего полугодия беспокоил сильный кожный зуд, в течение последних 2-х месяцев появилась и нарастает желтуха, выявлен субфебрилитет.

Была госпитализирована в инфекционный стационар, где диагноз инфекционных гепатитов отвергнут и больная с подозрением на механическую желтуху переведена в хирургическое отделение.

При обследовании в хирургическом отделении (ЭГДС, УЗИ, КТ) механическая природа желтухи исключена. В биохимическом анализе крови повышение билирубина, преимущественно за счёт его прямой фракции, АЛТ и АСТ увеличены в 1,5–2 раза (в динамике). Протромбин, альбумины в пределах нормы, отмечается значительное увеличение уровня холестерина.

ЗАДАНИЯ:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Какое обследование с наибольшей точностью подтвердит диагноз?
3. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки.
4. Каковы основные принципы лечения подобных пациентов?
5. Диетические рекомендации.

Задача 9.

Больная 43 лет жалуется на сильную боль в правом подреберье, появившуюся накануне ночью, субфебрилитет (37,8⁰С), нарастающую желтуху.

Из анамнеза известно, что в течение нескольких лет периодически беспокоит тянущая боль в правом подреберье. Ранее при УЗИ находили конкременты в желчном пузыре. 5 дней тому назад возникла интенсивная боль в правом подреберье. Лечилась самостоятельно: принимала неселективные спазмолитики, НПВС. На фоне их приёма боль существенно уменьшилась. Однако, рецидивы менее интенсивной тянущей боли в правом подреберье сохранялись, отмечалась связь их возникновения с употреблением острой и жирной пищи. Также отмечалась частая тошнота, горечь во рту, недомогание. Два дня тому назад заметила желтуху, которая с тех пор стала более выраженной. При обследовании в общем анализе крови обнаружен невысокий (12×10⁹/л) нейтрофильный лейкоцитоз с незначительным сдвигом лейкоформулы влево.

ЗАДАНИЯ:

1. Выберите ситуацию, при которой невозможна описанная симптоматика, наиболее вероятный диагноз.
2. УЗИ, проведенное у больной при обращении выявило наличие нескольких мелких (до 7 мм в диаметре) конкрементов в желчном пузыре. Конкременты в других отделах желчевыводящей системы не обнаружены, отмечается расширение холедоха.
3. О чём может свидетельствовать расширение холедоха при ультразвуковом исследовании если камень при этом в желчных протоках не визуализируется?
4. Предложите метод обследования, позволяющий наиболее адекватно уточнить диагноза в данной ситуации.
5. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки. Назначьте диету. Определите показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению (после купирования острой ситуации).

Задача №10.

Б., 57 лет, охранник.

Поступил в стационар с жалобами: на боли в эпигастрии, рвоту «кофейной гущей», изжогу, тошноту, резкую слабость и головокружение, затруднённую и болезненную дефекацию.

Из анамнеза: много лет страдает «гастритом», дважды были кратковременные эпизоды рвоты «кофейной гущей» – 3 и 7 лет назад. Последнее ухудшение состояния 2 дня назад после погрешности в диете. Поддерживающей терапии не получал. В течение года отмечается затруднённая дефекация, 3 месяца назад появились боли при дефекации.

Данные лабораторных исследований:

ОАК: Нв - 118 г/л, Эр. - $4,24 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,83, тромбоциты - $306 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,9 \times 10^9/л$, п/я - 1%, с/я - 54%, э - 7 л/ф - 31, м-7, СОЭ 17 мм в час.

ОАМ Уд. вес 1016, белок - отр., л - 3-4 в п/зр, эпителий - отр, цилиндры - гиалиновые един.

Биохимические показатели крови: Билирубин общ - 10,4 ммоль/л; общ. холестерин - 4,4, в-ЛП - 4,5, АлАт - 17 Ед/л, АсАт - 12 Ед/л, амилаза крови 66 Ед/л; щелочная фосфатаза - 115 Е/л; глюкоза крови - 4,86; мочевины - 4,6, креатинин - 90, общ. белок - 64, тимоловая проба - 1,3.

ИФА на *Helicobacter pylori* - положит титр 1:80.

Копрограмма: цвет с/кор., офор., р-ция на скрытую кровь - резко положит, мыш. волокна с исчерч. - 0, без исчерченности - 1-2 п/з, жир. кислоты - неб. кол-во, перевар.

Клетчатка - отр. внеклет крахмал - 0. Лейкоциты до нескольких десятков, эритроциты 10-15-20 в п/з. Я/глист не найдены.

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 91 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Нарушение в/желудочковой проводимости.

УЗИ внутренних органов: Печень лев. доля 76 мм. прав. доля 158 мм, контуры ровные, эхоструктура диффузно неоднородная, эхогенность повышена. Воротная вена 14-15 мм, холедох-5 мм. Желчный пузырь 66x40 мм, форма обычная, эхогенность стенок повышена, толщина 3 мм, содержимое хлопья, конкрементов нет. Поджелудочная железа - 32x22x30 мм, контуры ровные, эхоструктура слегка неоднородная, эхогенность повышена. Селезёнка - 100x40мм, контуры ровные, эхоструктура - однородная, эхогенность - не изменена. Почки - пр. 112x52x17 мм, лев. 110x54x18 мм, расположение типичное, контуры ровные, паренхима слегка неоднородная, ЧЛС умеренно расширены. Конкрементов нет.

ЗАДАНИЯ.

1. Назначьте уточняющее обследование и обоснуйте его.

2. При дополнительном обследовании получены следующие результаты. ЭГДС: Желудок с эластичными стенками, слизистая ярко гиперемирована с эрозиями округлой формы до 0,2 см с налетом гематина. Привратник смыкается. Луковица двенадцатиперстной кишки рубцово-деформирована, слизистая гиперемирована, отечна. Закл.: Признаки эрозивного антрального гастрита с геморагическим компонентом. Бульбита. Колоноскопия: Эндоскоп введён на 25 см от ануса, где просвет кишки значительно сужен за счёт инфильтрации и бугристости стенок по всему периметру. Выше уровня сужения эндоскоп не проходит. При биопсии - фрагментация. Закл: Са сигмовидной кишки. Биопсия: умеренно дифференцированная аденокарцинома кишки. Цитология: на фоне эритроцитов скопление опухолевых клеток.

Сформулируйте основной и сопутствующий диагнозы.

3. Укажите в каком отделении стационара должен получать медицинскую помощь пациент с желудочно-кишечным кровотечением.

4. Дайте рекомендации по ведению пациента, назначьте диету.

Задача №11

Г. 70 лет, пенсионер.

Поступил в стационар с жалобами: на приступы слабости и головокружения сразу после приёма пищи, боли в эпигастрии, боли в правом и левом подреберьях после жирной и жареной пищи, постоянное вздутие живота, приступообразные боли в правой подвздошной области, неустойчивый обильный мажущийся, зловонный стул, постоянную слабость и сердцебиение.

Из анамнеза: перенёс резекцию желудка 30 лет назад по поводу язвенной болезни желудка, с этого времени постоянное прогрессирование желудочно-кишечной диспепсии и нарастание слабости, постоянно принимает антисекреторные препараты, панкреатические ферменты, периодически препараты железа, которые переносит плохо.

Рост 168 см, вес 52 кг

Данные лабораторных исследований:

ОАК при поступлении: Нв - 59 г/л, эритроциты - $3,96 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,45, тромбоциты - $361 \times 10^9/л$, лейкоциты - $4,8 \times 10^9/л$; п/я - 3%; с/я - 60%; э - 0%; л/ф - 26%; м - 11%; СОЭ 13 мм в час.

ОАМ: Уд. вес 1008, белок - отр., лейкоциты - 1-2 в п/зр.

Амилазный тест: 149,3-334,5-429,1 Е/л

Копрограмма: цвет корич., офор., р-ция на скрытую кровь - отриц; мыш. волокна с исчерч. - 0-1; без исчерченности - 2-3; жир. кислоты - небольшое кол-во, перевар.

клетчатка - отр., внеклет крахмал - 0-1 в п/з. Йодофильная флора - един. Я/глист и патогенные простейшие не найдены.

Анализ кала на дисбактериоз: Выявлено сплошной рост общего количества кишечной палочки.

Биохимические показатели крови:

Билирубин общ - 7,0 ммоль/л; билирубин связанный - 1,1 ммоль/л; общий холестерин - 3,0 ммоль/л; в-ЛП - 3,4 ммоль/л; АлАт - 17 Ед/л; АсАт - 23 Ед/л; амилаза крови - 86,4 Е/л; общий белок - 55 мг/л; щелочная фосфатаза - 96,8 Е/л; тимоловая проба - 3,1; ГГТ - 17 Е/л; ЛДГ - 345 Ед/л; мочевины - 4,9 ммоль/л; креатинин - 83 ммоль/л; К - 5,0; Na-143; Ca - 1,9 ммоль/л. ИФА к *Helicobacter pylori*-сомнительный

УЗИ внутренних органов: Печень левая доля 44 мм, правая доля 135 мм, контуры ровные, эхоструктура диффузно неоднородная, эхогенность смешанная. Воротная вена - 9 мм, холедох - 3 мм. Желчный пузырь 69x22 мм, форма обычная, эхогенность стенок повышена, толщина 3 мм, содержимое - уровень густой желчи, конкрементов нет. Поджелудочная железа - 23x12x25 мм, контуры неровные, эхоструктура слегка неоднородная, эхогенность не изменена. Селезёнка - 92x42мм, контуры ровные, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена. Почки - правая 95x48x16 мм, левая 92x45x15 мм, расположение типичное, контуры слегка неровные, паренхима неоднородная, почечные синусы расширены, деформированы единичными кистами. Конкрементов нет. В среднем сегменте левой почки анэхогенное образование 9 мм - паренхиматозная киста.

ЭГДС: Пищевод свободно проходит, кардия смыкается. Оперированный желудок. Слизистая гиперемирована, отечна. Область анастомоза без особенностей. Закл:

Оперированный желудок. Гастрит культуры.

Ирригоскопия: В сигме несколько маленьких 2-3 мм дивертикулов, после опорожнения рельеф прослеживается сегментарно, не изменён. Закл: дивертикулез сигмовидного отдела. Недостаточность баугиниевой заслонки, моторная дискинезия толстой кишки.

ЗАДАНИЯ.

1. Каков предварительный диагноз?

2. Назначьте уточняющее обследование и обоснуйте его.

3. Глюкоза крови до еды - 4,01 ммоль/л; Глюкоза крови после еды - 11,59 ммоль/л. ЭКГ до еды: Синусовый ритм с ЧСС 78 в мин. ЭОС не отклонена. Синдром ранней реполяризации желудочков. ЭКГ после еды: Синусовый ритм с ЧСС 88 в мин. Зубцы без динамики. Рентгеноскопия желудка с барием - ускоренная эвакуация бария из культуры желудка.

Сформулируйте основной и сопутствующий диагнозы.

4. Дайте рекомендации по ведению пациента, назначьте лечение, диету. Определите показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.

Задача №12

Пациентка С., 56 лет. Не работает.

Обратилась с жалобами: на ежедневную изжогу после приёма любой пищи, боли в эпигастрии и левом и правом подреберьях после приёма жирной пищи и газированных напитков, тяжесть в правом подреберье, затруднения при дефекации и редкий стул (раз в 3 дня), беспокоит зуд в анусе.

Из анамнеза: изжога беспокоит более 10 лет, периодически принимает антациды, более 20 лет страдает ожирением (вес 105 кг, рост 170 см), алкоголь не употребляет.

Запоры беспокоят 5 лет, регулярно принимает препараты сенны с нестойким непостоянным эффектом.

Данные лабораторных и инструментальных исследований.

ОАК: Нв - 138 г/л, эритроциты - $4,84 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,86, тромбоциты - $214 \times 10^9/л$, лейкоциты - $6,6 \times 10^9/л$; п/я - 6%; с/я - 53%; э - 1%; л/ф - 29%; м - 11%; СОЭ 37 мм в час.

ОАМ: Уд. вес 1020, белок - отр., лейкоциты - 1-2 в п/зр.

Копрограмма: цвет корич., офор., р-ция на скрытую кровь - отриц; мыш. волокна с исчерч. - 0-1; без исчерченности - 2-3; жир. кислоты - небольшое кол-во, перевар.

клетчатка - отр. внеклет крахмал - 0-1 в п/з. Йодофильная флора - един. Я/глист и патогенные простейшие не найдены. Обнаружен псевдомонелий гриба.

Биохимические показатели крови: билирубин общ - 14,6 ммоль/л; билирубин связанный - 12,4 ммоль/л; общий холестерин - 5,9, в-ЛП - 5,7, АлАт - 37 Ед/л, АсАт - 30 Ед/л; амилаза крови 94 Е/л; глюкоза крови - 5,56 ммоль/л; мочевины - 6,09, креатинин - 77, общ. белок - 87, щелочная фосфатаза - 96 Е/л; тимоловая проба - 5,6;

фибриноген - 3,0; ГГТ - 27 Е/л; сиаловая проба - 0,14; С-реактивный белок - отриц; ЛДГ - 366 Ед/л; Калий - 5,23; Натрий - 149,4.

ИФА к описторхиям, токсокарам, лямблиям, аскаридам - отриц.

ИФА к *Helicobacter pylori*-положит 1:80

ВГС+HVBsAg-отрицательный.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 81 в мин. Полуторизонтальное положение ЭОС. Диффузные нарушения процессов реполяризации.

УЗИ внутренних органов: Печень левая доля 55 мм, правая доля 138 мм, контуры ровные, эхоструктура диффузно неоднородная, эхогенность повышена с эффектом

затухания эхосигнала. Воротная вена - 9 мм, холедох - 4 мм. Желчный пузырь 92x29 мм, форма обычная, эхогенность стенок повышена, толщина 2 мм, содержимое небольшое количество желчи, конкрементов нет. Поджелудочная железа - 28x16x25 мм, контуры слегка неровные, эхоструктура неоднородная, эхогенность смешанная, преимущественно повышена. Селезёнка - 100x41 мм, контуры ровные, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена. Почки - правая 103x57x16 мм, левая 101x51x15 мм, расположение типичное, контуры ровные, паренхима неоднородная, почечные синусы не расширены, конкрементов нет.

ЗАДАНИЯ.

1. Каков предварительный диагноз?
 2. Назначьте уточняющее обследование и обоснуйте его.
 3. ЭГДС: Антральный гранулярный гастрит. Короткий пищевод. Рентгеноскопия органов легких, пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки: Перидуоденит. Отмечается заброс бария в пищевод при осмотре в горизонтальном положении тела. Колоноскопия: Осмотр до печёночного угла. Признаки дискинезии толстой кишки по гипотоническому типу. Долихоsigmoid. Хронический наружный геморрой в стадии ремиссии.
- Сформулируйте основной и сопутствующий диагнозы.
4. Дайте рекомендации по ведению пациента, назначьте лечение, диету. Определите показания к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.

Задача №13

Пациентка Г., 52 года. Разнорабочая.

Поступила в стационар с жалобами: на боли в животе по ходу толстого кишечника, неустойчивый стул, периодически с прожилками тёмной крови, тяжесть и периодически схваткообразные боли в правом подреберье, боли в эпигастрии, отрыжку желчью, плохую переносимость жирной пищи, постоянную слабость.

Из анамнеза: боли в животе и изменение стула около года. 5 лет назад холецистэктомия, после этого появились боли в эпигастрии.

Данные исследований.

ОАК: Нб - 100 г/л, эритроциты - $3,70 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,8, тромбоциты - 299×10^9 /л, лейкоциты - $4,4 \times 10^9$ /л; п/я - 2%; с/я - 55%; э - 0%; л/ф - 34%; м - 9%; СОЭ 17 мм в час.

ОАМ: Уд. вес 1013, белок - отр., лейкоциты - 1-2 в п/зр.

Амилазный тест: 360,9-194,9-34,9 Е/л

Копрограмма: цвет корич., оформ., р-ция на скрытую кровь - положительная; мыш. волокна с исчерч. - 0-1; без исчерченности - 2-3; жир. кислоты - небольшое кол-во, перевар. клетчатка - отр., вклетчатка крахмал - 0-1 в п/з. Йодофильная флора - един. Я/глист и патогенные простейшие не найдены.

Анализ кала на дисбактериоз: Выявлено увеличение роста общего количества кишечной палочки, отсутствие вируса палочки, отсутствие вируса палочки.

Биохимические показатели крови: Билирубин общ - 17,0 ммоль/л; общий холестерин - 5,8 ммоль/л; бета-ЛП - 5,4 ммоль/л; АлАт - 73 Ед/л; АсАт - 45 Ед/л; диастаза крови - 63 Ед/л; глюкоза крови - 4,35 ммоль/л; общий белок - 73 мг/л; щелочная фосфатаза - 134 Ед/л; тимоловая проба - 2,7; ГГТ - 63 Ед/л; фибриноген - 2,6; ПТВ - 14,3; ПТИ - 92%;

ИФА к описторхиям, токсокарам - отр. ИФА к лямблиям - полож, титр 1:100.

ИФА к Helicobacter pylori - отриц. ВГС+HBsAg-отрицательный.

Анализ желчи: Порция «А» - 80,0; желтая, слабо мутная, эпителий плоский небольшое кол-во, лейкоциты 8-10 в п/з, аморфные соли неб кол-во. Порция «В» - нет (удалён желчный пузырь). Порция «С» - 7,0; желтая, слабо мутная, аморфные соли неб кол-во. Лямблии и яйца описторха не найдены.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 74 в мин. Полугоризонтальное положение ЭОС. Нарушение в/желудочковой проводимости.

УЗИ внутренних органов: Печень левая доля 69 мм, правая доля 167 мм, контуры ровные, эхоструктура диффузно-неоднородная, эхогенность слегка повышена с эффектом затухания эхо-сигнала. Воротная вена 8 мм, холедох - 7-8 мм. В паренхиме микрокальцинаты. Желчный пузырь: удалён. Поджелудочная железа - 25x15x25 мм, контуры нечёткие, эхоструктура неоднородная, эхогенность повышена. Селезёнка - 96x40 мм, контуры ровные, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена. Почки - правая 100x53x17 мм, левая 103x53x17 мм, расположение типичное, контуры ровные, паренхима обычная, почечные синусы не расширены, конкрементов нет.

ЗАДАНИЯ.

1. Каков предварительный диагноз?
 2. Назначьте уточняющее обследование и обоснуйте его.
 3. Колоноскопия: Просвет кишки свободен, с неизменённой слизистой до селезёночного угла. Начиная с селезёночного угла и на всем протяжении поперечно-ободочной кишки, просвет сужен из-за выраженного отёка. Кишка с гиперемированной слизистой с множеством эрозий, изъязвлений, покрыта налётом фибрина серого цвета. При контакте слегка кровоточит. Другие отделы не изменены. Закл: признаки язвенного колита.
- Сформулируйте основной и сопутствующий диагнозы.
4. Дайте рекомендации по ведению пациента, назначьте лечение, диету.

Задача №14

Пациентка Х, 35 лет. Воспитатель.

Поступила в стационар с жалобами: на постоянные тупые тянущие боли в правом подреберье, чувство горечи во рту по утрам, периодически высыпания на коже, напоминающие крапивницу, слабость, раздражительность, прерывистый сон.

Из анамнеза: боли в правом подреберье беспокоят около 3-х лет, горечь во рту появилась год назад, с этого же времени периодически кожный зуд и высыпания на коже.

Данные исследований.

ОАК: Нб - 122 г/л, эритроциты $3,91 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,96, тромбоциты - 199×10^9 /л, лейкоциты - $7,2 \times 10^9$ /л; п/я - 1%; с/я - 54%; л/ф - 28%; эоз.: 7%, м - 8%; СОЭ - 15 мм/час.

ОАМ: Уд.вес - 1015, белок - 0,033; лейкоциты - 1-2 в п/зр., цилиндры гиалиновые - 0-1 в п/зр, слизь большое кол-во. Диастаза мочи - 189 ед/л

Копрограмма: цвет корич., оформ., р-ция на скрытую кровь - отриц; мыш. волокна: без исчерченности - 1-2; с исчерченностью - 0-1; жир. кислоты - един; вклет. крахмал - 2-5 в п/з; переваренная клетчатка - 1-4. Я/глист и патогенные простейшие не найдены.

Биохимические показатели крови: Общий белок - 85 г/л; общий холестерин - 5,2 ммоль/л; бета-липопротеиды - 5,12 ммоль/л; АлАт - 16 Ед./л; АсАт - 24 Ед/л; глюкоза крови - 4,42 ммоль/л; диастаза крови - 57 ммоль/л; ЛДГ - 256 Ед/л; тимоловая проба - 2,1; ГГТ - 15,3 Ед/л; общий билирубин - 15,0 мкмоль/л, прямой билирубин - 1,3 мкмоль/л.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 70 в минуту. ЭОС не отклонена. Нарушение процессов реполяризации диффузного характера, более выраженные в области нижней стенки.

ЭГДС: Пищевод, желудок и двенадцатиперстная кишка без особенностей, слизистая их розовая. Перистальтика хорошая.

ЗАДАНИЯ.

1. Каков предварительный диагноз?
 2. Назначьте уточняющее обследование и обоснуйте его.
 3. УЗИ внутренних органов: Печень: левая доля 35 мм, правая доля 100 мм, контуры ровные, эхоструктура слегка неоднородна за счет усиления сосудистого рисунка, эхогенность не изменена. Воротная вена 10 мм, холедох - 3 мм. Желчный пузырь 74 x 10 мм, сокращён после еды, в просвете дополнительные образования не выявлены. Поджелудочная железа - 22x14x25 мм, контуры ровные, эхоструктура слегка неоднородная, эхогенность не изменена. Селезёнка - 82 x 24 мм, контуры, эхоструктура, эхогенность не изменены. Почки - правая 102x51x18 мм, левая 100x48x18 мм, расположение - слегка опущена справа, слева типичное, контуры ровные, паренхима слегка неоднородная, почечные синусы не расширены, конкрементов нет.
- Анализ желчи: Порция «А» - 10,0; св-желтая, лейкоциты до нескольких десятков, аморфные соли бол. кол-во. Порция «В» - 60,0; коричневая, лейкоциты - до нескольких десятков; аморфные соли - большое количество. Порция «С» - 20,0; желтая; мутная; лейкоциты до нескольких десятков; аморфные соли большое количество. Найдены яйца сибирской двуустки.
- Сформулируйте основной и сопутствующий диагнозы.
4. Дайте рекомендации по ведению пациента, назначьте лечение, диету.

Задача №15

Пациентка О. 65 лет. Инвалид 2 группы.

Поступила в стационар с жалобами: на тяжесть в правом и левом подреберьях, постоянную слабость, увеличение объёма живота, опоясывающие боли в верхней половине живота, плохую переносимость жирной и жареной пищи, периодическую изжогу, затруднения при проглатывании твёрдой пищи.

Из анамнеза: самочувствие стало ухудшаться 10 лет назад - появилась тяжесть в правом подреберье. При обследовании были обнаружены маркеры вирусного гепатита С. 2 года назад периодически стал увеличиваться живот, принимала фуросемид и верошпирон с положительным эффектом. Год назад стали беспокоить опоясывающие боли в верхней половине живота, которые уменьшались после приема но-шпы и пензитала. В последние месяцы появилась дисфагия и изжога.

Объективно. Кожные покровы и склеры с лёгким налётом желтушности. Язык влажный. Живот несколько увеличен в объёме; перкуторно в положении лёжа на спине - притупление в боковых отделах живота; при пальпации не напряжён, болезненный в правом подреберье, мезогастрии. Печень +1,5 см у края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется.

Данные исследований.

ОАК: Нб - 104г/л, эритроциты - $3,56 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,87, тромбоциты - 133×10^9 /л, лейкоциты - $3,7 \times 10^9$ /л; п/я - 1%; с/я - 72%; э - 1%, л/ф - 19%; м - 7%; СОЭ 25 мм/час.

ОАМ: Уд. вес 1012, белок – 0,033; лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты св. 1-2 в п/з., эпителий пл. неб.кол-во в п/зр.
Копрограмма: цвет темно – корич., офор., р-ция на скрытую кровь – отриц; мыш. волокна: без исчерченности – 0-2; жир. кислоты – единичные; переваренная клетчатка 1-2. Я/глист и патогенные простейшие не найдены.

Биохимические показатели крови: альбумины – 35 г/л, билирубин общий – 30,7 ммоль/л, билирубин связанный 11,9 ммоль/л, общий холестерин – 3,0 ммоль/л; бета-липопротеиды – 3,26 ммоль/л; АлАт – 55 Ед/л; АсАт – 103 Ед/л; глюкоза крови – 5,53 ммоль/л; амилаза – 60,4 Е/л; липаза – 37,6 Е/л; щелочная фосфатаза – 160 Е/л; ГГТП – 168,6 Е/л; натрий – 147,2 ммоль/л, калий – 4,68 ммоль/л, фибриноген – 3,0 г/л, ПТИ – 66%, ПТВ – 16,4 сек.

HBsAg-отрицательный. ИФА к гепатиту С - положительный (Coг+, NS+).

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 53 уд. в мин. Полуторизонтальное положение ЭОС. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Гипертрофия левого желудочка.

Нарушение процессов реполяризации переднее-боковой, верхушечной области. Возможно очаговые изменения нижних отделов.

Флюорография лёгких: Пневмосклероз. Мышечные изменения сердца. Склероз аорты.

ЗАДАНИЯ.

1. Каков предварительный диагноз?

2. Назначьте уточняющее обследование и обоснуйте его.

3. УЗИ: Печень: левая доля 63 мм, правая доля 161 мм, контуры неровные, эхоструктура выражено неоднородная, эхогенность смешанная. В панкреатодуоденальной зоне единичные увеличенные лимфоузлы до 17x7 мм. Воротная вена – 16 мм, холедох – 6 мм. Нижняя полая вена – 20 мм. Желчный пузырь 44x20 мм, форма обычная; эхогенность стенок повышена, толщина 4-5 мм, содержимое анэхогенное; конкрементов нет. Поджелудочная железа – 30x15x27мм, контуры ровные, эхоструктура неоднородная, эхогенность смешанная, преимущественно повышена. В малом тазу, между петель кишечника в виде локального скопления свободная жидкость. Селезёнка увеличена, 135x58 мм, контуры ровные, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена. С единичными микрокальцинатами. Селезеночная вена – 10 мм. Почки – правая 115x57x18мм, левая 125x48x19мм, расположение типичное, контуры ровные, паренхима неоднородная, слегка повышенной эхогенности, почечные синусы не расширены, пирамидки - 8 мм, конкрементов нет. УЗ-Допплерография сосудов портальной системы: Признаки соответствуют портальной гипертензии в стадии компенсации (учитывая наличие пищеводных коллатералей).

Сформулируйте основной и сопутствующий диагнозы.

4. Дайте рекомендации по ведению пациента, назначьте лечение, диету.

Эталон решения типовых ситуационных задач

Задача 1.

1. Синдром абдоминальной боли (эпигастральной и билиарной), кишечной диспепсии (метеоризм, неустойчивый стул, полифекалия),стеаторея, демпинг-синдром ИМТ =18,47 кг/м² – дефицит массы тела (<18,5).

2. ОАК. Гипохромная анемия тяжелой степени.

ОАМ. Показатели в пределах нормы.

Амилазный тест. Показатели в пределах нормы.

Копрограмма. Стеаторея.

Биохимические показатели крови. Низкий уровень сывороточного железа при повышенном ОЖСС свидетельствует о дефиците железа. Остальные показатели в пределах нормы.

Пробы на демпинг положительные: увеличение глюкозы крови после еды более, чем в 2 раза и ЧСС более, чем в 2 раза.

Helicobacter ruoi не обнаружен

УЗИ внутренних органов. Признаки застоя желчи в желчном пузыре, хронического холецистита, кист почек.

ЭГДС. Закл. Оперированный желудок. Гастрит культуры.

Ирригоскопия. Дивертикулёз сигмовидной кишки, дискинезия толстой кишки..

3. Болезнь оперированного желудка с упадком питания (ИМТ 18,47 кг/м²), гастрит культуры. Демпинг-синдром II степени. Хроническая агастральная гипохромная железодефицитная анемия тяжелой степени.

Хронический холецистит с дискинезией желчевыводящих путей. Хронический билиарнозависимый панкреатит, болевая форма, внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы. Дивертикулёз сигмовидной кишки. Колодискинезия.

Сопутствующий: Поликистоз почек.

Обоснование диагноза.

Болезнь оперированного желудка – на основании данных анамнеза, данных ЭГДС.

С упадком питания – по данным подсчёта ИМТ (18,47 кг/м²).

Гастрит культуры – по данным ЭГДС.

Демпинг-синдром II степени – по данным клиники (слабость, тахикардия, головокружения после еды длительностью до 1 часа), проб на демпинг с глюкозой и ЭКГ до и после приёма пищи.

Хроническая агастральная гипохромная железодефицитная анемия тяжелой степени – по данным ОАК, железа сыворотки и ОЖСС.

Хронический холецистит с дискинезией желчевыводящих путей – по данным клиники (болевого абдоминальный синдром билиарного типа) и данных УЗИ.

Хронический билиарнозависимый панкреатит, болевая форма, внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы – по данным клиники (болевого абдоминальный синдром, кишечная диспепсия, стеаторея) и данным обследований – (стеаторея).

Дивертикулёз сигмовидной кишки. Колодискинезия. – по данным клиники (кишечная диспепсия, полифекалия, неустойчивый стул), ирригоскопии.

Поликистоз почек – на основании данных УЗИ.

4. Диетотерапия. Частое дробное высококалорийное питание (5-6 раз в сутки), малыми порциями. Раздельное употребление жидкой и твёрдой пищи. Сначала – второе блюдо, через 30 минут – первое. Пища должна быть не горячая (чтобы не ускорять эвакуацию). Снизить количество углеводов, сахар заменить сорбитом. Ограничить жирную пищу. После еды лечь в постель на 30-60 минут.

Полиферментные препараты (креон, эрмиталь, микразим): до 25000 ЕД в основные приём пищи, не менее 10000 ЕД в другие приёмы пищи.

Рассмотреть вопрос применения прокинетики (итоприд).

Рассмотреть вопрос применения анаболических стероидов (ретаболил).

Задача 2.

1. Синдром абдоминальной боли, кишечной диспепсии (неустойчивый стул), геморрагический (гематохезия), субфебрилитета, астенический (слабость, похудание). ИМТ =18,47 кг/м² – дефицит массы тела (<18,5).

2. ОАК. Гипохромная анемия лёгкой степени тяжести. Лейкоцитоз и повышение СОЭ – признаки воспаления.

ОАМ. Показатели в пределах нормы.

Копрограмма. Гематохезия.

Биохимические показатели крови. Показатели в пределах нормы.

УЗИ внутренних органов. Показатели в пределах нормы.

ЭГДС. Показатели в пределах нормы.

Колоноскопия. Язвы на фоне воспалённой слизистой оболочки.

ЭКГ. Показатели в пределах нормы..

Биопсия – данные за хронический неспецифический язвенный колит (воспалительные изменения и большие по площади, но неглубокие язвы).

3. Хронический неспецифический язвенный колит, субтотальный, средней степени тяжести, впервые выявленный. Соп.: Хроническая гипохромная анемия лёгкой степени.

Обоснование.

Хронический неспецифический язвенный колит – на основании клиники (жидкий стул с примесью крови до 5 раз в сутки, ночные симптомы, субфебрилитет, похудание), данных дополнительных методов исследования: воспалительные изменения и язвы на колоноскопии и при патологоанатомическом исследовании биоптата, подтверждение гематохезии в копрограмме

Субтотальный – по распространённости поражения по данным колоноскопии.

Средней степени тяжести – согласно классификации по S.Tuelove и L.Witts на основании частоты стула (4-6), умеренной примеси крови в кале, субфебрилитета, ЧСС (90), уровня гемоглобина в ОАК (100), СОЭ (32 мм/час, в пределах 30-35), умеренного лейкоцитоза, незначительного похудания (по ИМТ).

Хроническая гипохромная анемия лёгкой степени – по данным ОАК.

4. Составьте план лечения больного. В период обострения диета с исключением из рациона молочных продуктов, экстрактивных вещества, алкоголя.

Избегать психоэмоциональных и физических стрессов и перенапряжений, инсоляции.

Препараты 5-АСК (месалазин и сульфасалазин) по 2,5–3 г в сутки, после индукции клинической ремиссии дозу препарата снижают до 1-2 г/сутки (пожизненный поддерживающий приём).

Глюкокортикоиды 20-40 мг внутрь, до достижения клинической ремиссии, затем постепенное (по 2,5 мг в 3-5 дней) снижение дозы до полной отмены. При обострении заболевания на фоне отмены – возврат к начальной дозе.

Поддерживающая терапия – препараты 5-АСК 1-2 г/сутки пожизненно. При неэффективности – азатиоприн (50 мг/сутки затем – 2 мг/кг массы тела в сутки) или метотрексат (7,5-25 мг 1 раз в неделю) с контролем ОАК, АлТ и АсТ 1 раз в неделю (1-й месяц), затем 1 раз в месяц. При неэффективности – инфликсимаб (5-7 мг/кг массы тела 1 раз в 2, 4, затем в 8 недель).

Колоноскопия – 1 раз в год.

Задача 3.

1. Синдром абдоминальной боли, желудочной диспепсии (тошнота, рвота), кишечной диспепсии (диарея), астенический (слабость, сниженное питание), гепатомегалии.

2. ОАК. Показатели в пределах нормы.

ОАМ. Показатели в пределах нормы.

Копрограмма. Показатели в пределах нормы.

Биохимические показатели крови. Гипогликемия.

УЗИ. Гепатомегалия, дискинезия желчевыводящих путей. полости.

Проба Селиванова-Банга – фруктозурия.

ЭГДС. Показатели в пределах нормы.

1. Наследственная непереносимость фруктозы. Дискинезия желчевыводящих путей.

Наследственная непереносимость фруктозы – на основании клиники (дебют заболевания и ухудшение течения после приёма фруктозосодержащей пищи, улучшение – при отсутствии таковой), данных дополнительных методов исследования (положительная проба Селиванова-Банга). Гепатомегалия вписывается в общую картину заболевания, в то же время данных за цирроз печени на момент осмотра нет.

Дискинезия желчевыводящих путей – на основании клиники (диспепсия) и данных УЗИ (перегиб желчного пузыря).

4. Диетотерапия. Полное исключение свекловичного и тростникового сахара, мёда, всех фруктов и сладких овощей. Глюкоза разрешается. Достаточное количество белков (мясо, творог, отварная не жирная рыба, молочные продукты). Частое дробное питание (5-6 раз в сутки). Ограничить жирную пищу.

Учитывая имеющиеся единичные данные об антифибротической активности эссенциальных фосфолипидов возможно их курсовое применение.

Желчегонные травы (кукурузные рыльца, бессмертник)..

Задача 4.

1. Клинически: холестатический синдром.

ОАК. Показатели в пределах нормы.

ОАМ. Показатели в пределах нормы.

Копрограмма. Показатели в пределах нормы.

Биохимическое исследование крови: признаки холестаза – более чем 10-кратное повышение концентрации сывороточных желчных кислот, повышение концентрации холестерина, незначительное повышение традиционных маркеров холестаза (ЩФ и ГГТП). Уровень желчных кислот выше 40 мкмоль/л указывает на тяжёлый холестаз с высоким риском для плода.

ЭКГ. Показатели в пределах нормы.

Рецидивирующий холестаз беременных? Хронический гепатит с холестатическим синдромом?

Рецидивирующий холестаз беременных можно предполагать на основании наличия клинических и лабораторных проявлений холестаза.

Отсутствие гепатомегалии, желтухи, астенического, мезенхимально-воспалительного синдрома (повышение АлТ и АсТ) делают диагноз гепатита маловероятным.

2. УЗИ органов брюшной полости, для оценки состояния гепатобилиарной системы и исключения других заболеваний, протекающих с холестазом.

ЭГДС для исключения других заболеваний желудочно-кишечного тракта и исключения других заболеваний, протекающих с холестазом.

Исследование кала и/или желчи на наличие яиц описторха для исключения других поражений печени, с холестазом.

Маркёры вирусных гепатитов В (HBsAg, анти-HBc IgM и IgG, анти-HBs, HB_EAg) и С (анти-HCV core IgG (антитела класса G к ядерным белкам HCV свидетельствуют об инфицированности HCV или перенесенной инфекции), анти-HCV NS антитела к неструктурным белкам HCV обычно обнаруживаются в хронической стадии гепатита С) – для исключения возможных исключения других заболеваний печени, протекающих с холестазом.

Биопсия печени не показана (при холестазах беременных не информативна).

3. УЗИ. Показатели в пределах нормы.

Маркёры вирусных гепатитов В и С не выявлены.

ЭГДС – без патологии.

Данные дополнительных исследований показали отсутствие изменений на УЗИ, ЭГДС, отсутствие вирусных и паразитарных причин холестаза, что подтверждает первоначальный диагноз холестаза беременных.

Диагноз: Рецидивирующий холестаз беременных (рецидивирующий холестатический гепатоз беременных), тяжёлое течение. Беременность 34 недели,

неблагополучный акушерский анамнез.

4. Диета стол №5, режим питания дробный, полное исключение приёма алкоголя.

Учитывая наличие очень высокой концентрации желчных кислот сыворотки и неблагоприятного акушерского анамнеза (внутриутробная гибель плода) необходима консультация акушера-гинеколога для решения вопроса о досрочном (хирургическом) родоразрешении. Дальнейшая медикаментозная терапия не показана.

При уровне сывороточных желчных кислот выше 40 мкмоль/л – повышение чувствительности рецепторов матки и сосудов матки к окситоцину, вазоконстрикция и остроразвивающаяся гипоксия плода.

Задача 5.

1. Геморрагический синдром (гематокезия), синдром кишечной диспепсии (запоры).

ИМТ в норме (21 кг/м²).

2. ОАК. Гипохромная постгеморрагическая анемия лёгкой степени тяжести. Признаки воспалительной реакции (повышение СОЭ)

ОАМ. Показатели в пределах нормы.

Копрограмма. Положительная скрытая кровь, пятна красной крови, последнее – за кровотечение из левых отделов толстой кишки.

Биохимические показатели крови. Показатели в пределах нормы.

УЗИ внутренних органов. Показатели в пределах нормы.

ЭГДС. Показатели в пределах нормы.

Колоноскопия: Долихосигма. На осмотренном участке - показатели в пределах нормы.

Ирригоскопия. Долихосигма. Опухоль нисходящей ободочной кишки.

ЭКГ. Показатели в пределах нормы.

3. Рак нисходящей ободочной кишки, осложнённый кишечным кровотечением.

Хроническая гипохромная постгеморрагическая анемия лёгкой степени.

Долихосигма. Рак нисходящей ободочной кишки – на основании данных клиники – кровотечения (с развитием анемии), данных ирригоскопии – стеноз нисходящей ободочной кишки с неровными краями поверхности.

Хроническая гипохромная постгеморрагическая анемия на основании данных клиники (кровотечения), ОАК (анемия, гипохромия).

Долихосигма – на основании данных колоноскопии и ирригоскопии.

Рак нисходящей ободочной кишки – на основании данных клиники – кровотечения (с развитием анемии), данных ирригоскопии – стеноз нисходящей ободочной кишки с неровными краями поверхности.

Хроническая гипохромная постгеморрагическая анемия на основании данных клиники (кровотечения), ОАК (анемия, гипохромия).

Долихосигма – на основании данных колоноскопии и ирригоскопии.

4. Тактика ведения: следует направить пациентку к онкологу. Дальнейшие рекомендации по выбору диеты зависят от стадии процесса, оценки клинического состояния пациентки и выбранной онкологом тактики лечения.

Задача 6.

1. Глотеновая энтеропатия

2. Дуоденоскопия с залуковичной биопсией.

3. Внутривенные препараты железа.

4. Прибегнуть к парентеральному назначению обоих витаминов одновременно.

5. Соблюдение специальной аглотеновой диеты. Подлежат полному исключению из рациона: пшеница, рожь, ячмень. Можно употреблять (безвредны): рис, гречиха, бобы, кукуруза, картофель. Неоднозначные данные по овсянке.

Задача 7.

1. HCV RNA методом ПЦР
2. Хронический вирусный гепатит С
3. Нет, не содержат.
4. Направить пациента для дальнейшего лечения к инфекционисту (в гепатитный кабинет инфекционной больницы).
5. Диета стол 5, режим питания дробный. Необходима сбалансированная диета. Употребление белков, натрия и жидкости при отсутствии декомпенсированного цирроза не ограничивают. Желательно полное исключение приёма алкоголя. Дальнейшие рекомендации по выбору диеты зависят от активности и стадии процесса, оценки клинического состояния пациентки и выбранной инфекционистом тактики лечения пациентки.

Задача 8.

1. Первичный билиарный цирроз печени
2. Определение антимитохондриальных антител
3. Направить пациента к гастроэнтерологу для дальнейшего лечения.
4. Медикаментозное лечение: препараты урсодезоксихолевой кислоты, глюкокортикостероидные гормоны, цитостатики. При необходимости (неэффективность лечения) – рассмотреть вопрос о трансплантации печени.
5. Оценка нутритивного статуса. Рекомендуемая энергетическая ценность рациона 30-40 ккал/кг при количестве белка 1-1,5 г/кг массы тела. Углеводы должны покрывать 70-80% суточной энергетической потребности, жиры – 20-30%. Желательно полное исключение приёма алкоголя. Обеспечить поступление достаточного количества витаминов и минералов с пищевыми продуктами, но исключить большие дозы витамина А и потребление продуктов, обогащённых железом.

Задача 9.

1. Вклинение конкремента в шейку желчного пузыря или холедох. Диагноз: ЖКБ, острый калькулёзный холецистит, механическая желтуха.
2. Острый калькулёзный холецистит, желчная колика, рак головки поджелудочной железы, рак Фатерова сосочка.
3. ЭРХПГ.
4. В экстренном порядке (по «скорой помощи») направить пациентку на госпитализацию в хирургический стационар для решения вопроса о холецистэктомии и дальнейшего лечения. Стол – 0 (голод).

Задача 10

1. ЭГДС. Обоснование – наличие жалоб на рвоту кофейно гущей, боли в эпигастрии, изжогу, тошноту, резкую слабость, головокружения. Колоноскопия. Обоснование – наличие скрытой крови и эритроцитов в анализе кала, запоры, затруднения и болезненность при дефекации.
2. Диагноз: Аденокарцинома сигмовидной кишки T2N?M?. Соп. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ремиссия. Рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки. Хронический эрозивный гастрит, бульбит, обострение. *Helicobacter pylori* +. Остановившееся желудочное кровотечение. Хронический холецистит, дискинезия желчевыводящих путей. Билиарный сладж. Дисфункция сфинктера Одди по панкреатическому типу. Хронический билиарно-зависимый панкреатит.
3. В отделении реанимации и интенсивной терапии.
4. Диета стол 0, до окончательной остановки кровотечения. В дальнейшем – частое, дробное, механически и химически щадящее питание с исключением блюд, вызывающих или усиливающих клинические проявления заболевания (острые, жаренные, кочёности, маринады, приправы, консервы и т.д.). Ингибиторы протонной помпы (предпочтительнее эзомепразол 80 мг внутривенно, затем перевод на пероральные формы на длительный срок) + эрадикация *Helicobacter pylori* в зависимости от ранее применённых схем. Лечение и наблюдение хирургом. После заживления эрозий – направление к онкологу для решения вопроса о тактике лечения рака сигмовидной кишки.

Задача 11

1. Болезнь оперированного желудка: гастрит культуры, обострение. Демпинг-синдром. Хроническая железодефицитная анемия тяжёлой степени с тканевым дефицитом железа, сложного генеза (агастральная, алиментарная). Хронический холецистит с дискинезией желчевыводящих путей, обострение. Вторичный билиарнозависимый панкреатит, болевая форма, внешнесекреторная недостаточность средней степени тяжести. Недостаточность баугиниевой заслонки. Дивертикулёз сигмовидной кишки. Колодискинезия.
 2. Для уточнения степени выраженности демпинг-синдрома: глюкоза крови и ЭКГ до и после приёма пищи, контрастная рентгенокопия желудка.
 3. Диагноз: Болезнь оперированного желудка с упадком питания: гастрит культуры, обострение. Демпинг-синдром II степени. Хроническая железодефицитная анемия тяжёлой степени с тканевым дефицитом железа, сложного генеза (агастральная, алиментарная). Хронический холецистит с дискинезией желчевыводящих путей, обострение. Вторичный билиарнозависимый панкреатит, болевая форма, внешнесекреторная недостаточность средней степени тяжести. Недостаточность баугиниевой заслонки. Дивертикулёз сигмовидной кишки. Колодискинезия. Дисбактериоз кишечника.
 4. Лечение и наблюдение у гастроэнтеролога.
- Диетотерапия. Частое дробное высококалорийное питание (5-6 раз в сутки), малыми порциями. Раздельное употребление жидкой и твёрдой пищи. Сначала – второе блюдо, через 30 минут – первое. Пища должна быть не горячая (чтобы не ускорять эвакуацию). Снизить количество углеводов, сахар заменить сорбитом. Ограничить жирную пищу. После еды лечь в постель на 30-60 минут.
- Полиферментные препараты (креон, эрмиталь, микрозим): до 25000 ЕД в основные приёмы пищи, не менее 10000 ЕД в другие приёмы пищи.
- Рассмотреть вопрос применения прокинетики (итоприд).
- Рассмотреть вопрос применения анаболических стероидов (ретаболил).

Задача 12.

1. Диагноз: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Хронический гастрит, ассоциированный с инфекцией *Helicobacter pylori*. Стеатоз печени. Хронический панкреатит, болевая форма, обострение. Хронический холецистит с дискинезией желчевыводящих путей, обострение. Хронический запор.
 2. ЭГДС и контрастная рентгенокопия желудка – для уточнения изменений в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке. Колоноскопия – для исключения органической природы запоров (опухоль толстой кишки).
 3. Диагноз: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: эндоскопически негативная форма. Короткий пищевод. Хронический антральный гастрит, ассоциированный с инфекцией *Helicobacter pylori*, перидуоденит. Стеатоз печени. Хронический панкреатит, болевая форма, обострение. Хронический холецистит с дискинезией желчевыводящих путей, обострение. Кандидоз толстого кишечника. Хронический запор на фоне долихосигмы и колодискинезии по гипотоническому типу. Хронический наружный геморрой, ремиссия.
 4. Лечение у гастроэнтеролога.
- Диета с исключением/ограничением острых, жирных, кислых продуктов, продуктов стимулирующих гастроэзофагеальный рефлюкс (стимулирующих расслабление кардиального сфинктера желудка) и оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: продуктов богатых жирами (цельное молоко, сливки, торты, пирожные), жирную рыбу и мясо (гусь, утка, свинина, баранина, жирная говядина), алкоголь, напитки содержащие кофеин (кофе, крепкий чай, шоколад), цитрусовые, томаты, лук, чеснок, жаренные блюда; отказаться от газированных напитков. Частое дробное питание. Учитывая наличие запоров: достаточный питьевой режим и пища богатая клетчаткой.
- Антирефлюксные мероприятия, в том числе: избегать обильного приёма пищи; после приёма пищи избегать наклонов вперёд и горизонтального положения; последний приём пищи не позже, чем за 3 часа до сна.
- Эрадикация *Helicobacter pylori* с последующим длительным/постоянным приёмом ингибиторов протонной помпы по поводу ГЭРБ. Ферментзаместительная терапия. Слабительные осмотического действия (лактuloза) и/или пищевые волокна (у обоих классов препаратов одновременно имеется и пребиотический эффект).

Задача 13

1. Предварительный диагноз: Рак толстой кишки? Неспецифический язвенный колит? Болезнь Крона? Туберкулёз кишечника? Стеатогепатит неалкогольной этиологии. ПХЭС, дисфункция сфинктера Одди. Хронический гастрит, тип С: дуодено-гастральный рефлюкс. Вторичный панкреатит, латентное течение. Хроническая железодефицитная анемия лёгкой степени.
 2. Колоноскопия для исключения опухоли толстой кишки и верификации диагноза (особенно с учётом анемии в ОАК и наличия скрытой крови в копрологии)
 3. Диагноз: Хронический неспецифический язвенный колит средней степени тяжести, впервые выявленный. Стеатогепатит неалкогольной этиологии. ПХЭС: дисфункция сфинктера Одди. Хронический гастрит, тип С: дуодено-гастральный рефлюкс. Вторичный панкреатит, латентное течение. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени.
 4. Лечение у гастроэнтеролога.
- Диета: в период обострения диета с исключением из рациона молочных продуктов, экстрактивных вещества, алкоголя. Частое дробное питание. Для купирования обострения язвенного колита – глюкокортикостероидные гормоны местно (per rectum) и системно. Препараты 5-АСК для купирования обострения и поддержания ремиссии. Пробиотики. Селективные спазмолитики (мебеверин).

Задача 14.

1. Предварительный диагноз: Хронический холецистит с дискинезией желчевыводящих путей? Описторхоз? Гельминтоз?
 2. Анализ желчи на лямблии и описторхии.
 3. Заключительный диагноз: Описторхоз, хроническая стадия. Дискинезией желчевыводящих путей по гипотоническому типу.
 4. Стол 5. Режим питания дробный.
- Стационарное лечение у паразитолога или гастроэнтеролога с целью эрадикации описторхий: празиквантель 80 мг/кг массы тела на фоне дезинтоксикационной и десенсибилизирующей терапии. Селективные спазмолитики (мебеверин, гемикромон).

Задача 15.

1. Предварительный диагноз: Цирроз печени вирусной этиологии (анти HCV+). Портальная гипертензия: асцит. Хронический панкреатит.
 2. УЗИ внутренних органов (печени) и УЗДГ сосудов портальной системы.
 3. Заключительный диагноз: Цирроз печени вирусной этиологии (анти HCV+) с нарушением функций печени (белковообразующей, пигментообразующей) класс В по Чайлду Пью. Портальная гипертензия: варикозное расширение вен пищевода 1-2 степени, асцит, спленомегалия с явлениями гиперспленизма. Хронический билиарнозависимый панкреатит, болевая форма.
 4. Наблюдение и лечение у гастроэнтеролога.
- Противовирусная терапия у инфекциониста.
 Диета. Оценка нутритивного статуса. Рекомендуемая энергетическая ценность рациона 30-40 ккал/кг при количестве белка 1-1,5 г/кг массы тела. Углеводы должны покрывать 70-80% суточной энергетической потребности, жиры – 20-30%. В связи с недостаточным питанием в данном случае показано увеличение энергетической ценности рациона до 40-50 ккал/кг при поступлении белка 1-1,8 г/кг массы тела (признаков печёночной энцефалопатии нет, поэтому поступление белка не ограничивают). Т.к. имеется асцит, то ограничивается потребление натрия до 2 г/сутки и жидкости. Желательно полное исключение приёма алкоголя. Обеспечить поступление достаточного количества витаминов и минералов с пищевыми продуктами, но исключить большие дозы витамина а и потребление продуктов, обогащённых железом.
 Диуретики, β-адреноблокаторы, орнитин-аспартат, ферменты.

Образец зачётного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
 «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Клинической медицины
 направление подготовки (специальность) 31.08.34 Диетология
 дисциплина: Гастроэнтерология

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 1

- I. Дискинезии пищевода. Ахалазия кардии. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Дивертикулы пищевода. Этиология. Патогенез. Основные клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей.
- II. Поражения кишечника, обусловленные приёмом лекарственных препаратов. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы, профилактики, лечения и диетотерапии. Особенности диагностики и лечения у детей.
- III. Ситуационная задача.

Заведующий кафедрой
 клинической медицины (_____)

Декан факультета подготовки
 кадров высшей квалификации (_____)

« ____ » _____ 20 ____

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	УК-1: готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику заболеваний пищеварительной системы	вопросы № 1-30
		Уметь анализировать полученную информацию в процессе профессиональной деятельности	практические задания № 1-15
		Владеть формированием заключений и выводов на основе полученной информации в процессе профессиональной деятельности	практические задания № 1-15
2	ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов	Знать Факторы риска, этиологию и патогенез заболеваний пищеварительной системы	вопросы № 1-30
		Уметь выявлять основные факторы риска развития хронических заболеваний пищеварительной системы, клинические признаки и лабораторно-инструментальные критерии патологии пищеварительной системы	практические задания № 1-15
		Владеть методами профилактики и ранней диагностики заболеваний и патологических состояний пищеварительной системы	практические задания № 1-15

	среды его обитания		
3	ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать классификацию основных болезней органов пищеварения в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, методы их диагностики и диагностические критерии	вопросы № 1-15
		Уметь определять патологические изменения при использовании диагностических методов исследования	практические задания № 1-15
		Владеть методами оценки патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний пищеварительной системы.	практические задания № 1-15
5	ПК-6: готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи	Знать Методы лечения и алгоритмы ведения пациентов, правила назначения основных стандартных, специальных и персонализированных диет, медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению на основе клинических рекомендаций, порядков и стандартов оказания медицинской помощи при болезнях органов пищеварения у взрослых и детей. План назначения лечебного питания пациентов гастроэнтерологического профиля с учётом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учётом стандартов медицинской помощи..	вопросы № 1-30
		Уметь Определять тактику ведения пациентов с заболеваниями пищеварительной системы, назначать лечебное питание, обосновывать выбор лечебной диеты (стандартной, специальной, персонализированной), определять оптимальную последовательность лечебного питания в зависимости от стадии заболевания, фазы (обострения, ремиссии) пациентам с острыми и хроническими заболеваниями органов пищеварения, анализировать эффективность лечебного питания у них.	практические задания № 1-15.
		Владеть Принципами лечения заболеваний пищеварительной системы, назначением и оценкой эффективности лечебного питания и лечебной диеты, в том числе стандартной, специальной или персонализированной пациентам с острыми и хроническими заболеваниями органов пищеварения.	практические задания № 1-15.
6	ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знать основы реабилитации и санаторно-курортного лечения при болезнях пищеварительной системы	вопросы № 1, 4-6, 8, 13, 15, 19, 26-28, 30
		Уметь назначить не медикаментозную и медикаментозную терапию заболеваний пищеварительной системы при проведении реабилитации и санаторно-курортного лечения	практические задания № 1, 3, 6, 9, 11, 12.
		Владеть оценкой эффективности не медикаментозной и медикаментозной терапии при проведении реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения в гастроэнтерологии	практические задания № № 1, 3, 6, 9, 11, 12.

10. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Питание детей и подростков»

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачёт.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6 готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи

ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Практическое занятие 1. Особенности питания детей до 1 года

Вопросы для устного опроса:

1. Физиолого-биохимические особенности развития ребенка первого года жизни.
2. Потребность детей первого года жизни в пищевых веществах и энергии
3. Виды вскармливания детей первого года жизни
4. Естественное вскармливание
5. Смешанное и искусственное вскармливание детей первого года жизни
6. Адаптированные молочные смеси – заменители женского молока

Практическое занятие 2. Особенности питания детей от 1 года до 3 лет

Вопросы для устного опроса:

1. Физиолого-биохимические особенности развития ребенка от 1 года до 3 лет.
2. Потребность детей от 1 года до 3 лет в пищевых веществах и энергии.
3. Наборы продуктов для детей от 1 до 3 лет жизни
4. Особенности состава рациона, режима питания и технологии приготовления пищи
5. Специализированные продукты промышленного выпуска для детей 1-3-х лет жизни

Практическое занятие 3. Особенности питания детей от 3 лет до 7 лет

Вопросы для устного опроса:

1. Физиолого-биохимические особенности развития ребенка от 3 лет до 7 лет.
2. Потребность детей от 3 лет до 7 лет в пищевых веществах и энергии.
3. Наборы продуктов для детей от 3 лет до 7 лет жизни
4. Особенности состава рациона, режима питания и технологии приготовления пищи
5. Специализированные продукты промышленного выпуска для детей от 3 лет до 7 лет.

Практическое занятие 4. Особенности питания детей школьного возраста

Вопросы для устного опроса:

1. Физиолого-биохимические особенности развития ребенка школьного возраста.
2. Потребность детей школьного возраста в пищевых веществах и энергии.
3. Наборы продуктов для детей школьного возраста
4. Особенности состава рациона, режима питания и технологии приготовления пищи
5. Специализированные продукты промышленного выпуска для детей школьного возраста.
6. Питание детей в специализированных учебных организациях

Практическое занятие 5. Особенности питания детей-спортсменов

Вопросы для устного опроса:

1. Потребность детей-спортсменов в пищевых веществах и энергии.
3. Наборы продуктов для детей-спортсменов
4. Особенности состава рациона, режима питания и технологии приготовления пищи
5. Специализированные продукты промышленного выпуска для детей-спортсменов.
6. Питание детей в специализированных спортивных организациях.

Практическое занятие 6. Особенности диетотерапии при патологии детей раннего возраста

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности диетотерапии ребенка с гипотрофией и паратрофией.
2. Особенности диетотерапии ребенка с рахитом.
3. Особенности диетотерапии ребенка с аномалиями конституции.
4. Особенности диетотерапии ребенка с функциональными гастроинтестинальными нарушениями.
5. Особенности диетотерапии ребенка с анемией.

Практическое занятие 7. Особенности диетотерапии при патологии нервной и эндокринной систем у детей

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности диетотерапии при патологии нервной системы у детей.
2. Особенности диетотерапии при патологии эндокринной системы у детей.

Практическое занятие 8. Особенности диетотерапии при патологии сердечно-сосудистой системы и ревматических заболеваниях у детей.

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности диетотерапии при патологии сердечно-сосудистой системы у детей.
2. Особенности диетотерапии ребенка с ревматическими заболеваниями.

Практическое занятие 9. Особенности диетотерапии при патологии пищеварительной системы у детей.

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности диетотерапии при патологии верхних отделов пищеварительного тракта у детей.
2. Особенности диетотерапии при патологии билиарного тракта, печени и поджелудочной железы у детей.

3. Особенности диетотерапии при патологии кишечника у детей.

Практическое занятие 10. Особенности диетотерапии при патологии почек и мочевыводящих путей у детей.

Вопросы для рассмотрения:

1. Особенности диетотерапии при патологии почек у детей.
2. Особенности диетотерапии при патологии мочевыделительной системы у детей.

Практическое занятие 11. Особенности диетотерапии при метаболических заболеваниях у детей.

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности диетотерапии при метаболических нарушениях у детей.
2. Особенности диетотерапии при врожденных нарушениях аминокислотного обмена у детей.
3. Особенности диетотерапии при врожденных нарушениях углеводного обмена у детей.

Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации

1. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта недоношенных детей
2. Организация рационального вскармливания недоношенного ребенка
3. Методы вскармливания недоношенного ребенка
4. Показания к энтеральному вскармливанию недоношенного ребенка
5. Способы вскармливания недоношенных детей
6. Потребность недоношенных детей в жидкости, нутриентах и энергии
7. Правила составления программы энтерального вскармливания недоношенного ребенка
8. Оценка результатов энтерального вскармливания недоношенного ребенка
9. Физиолого-биохимические особенности развития ребенка первого года жизни.
10. Потребность детей первого года жизни в пищевых веществах и энергии
11. Виды вскармливания детей первого года жизни
12. Естественное вскармливание
13. Смешанное и искусственное вскармливание детей первого года жизни
14. Адаптированные молочные смеси – заменители женского молока
15. Физиолого-биохимические особенности развития ребенка от 1 года до 3 лет.
16. Потребность детей от 1 года до 3 лет в пищевых веществах и энергии.
17. Наборы продуктов для детей от 1 до 3 лет жизни
18. Особенности состава рациона, режима питания и технологии приготовления пищи
19. Специализированные продукты промышленного выпуска для детей 1-3-х лет жизни
20. Физиолого-биохимические особенности развития ребенка от 3 лет до 7 лет.
21. Потребность детей от 3 лет до 7 лет в пищевых веществах и энергии.
22. Наборы продуктов для детей от 3 лет до 7 лет жизни
23. Особенности состава рациона, режима питания и технологии приготовления пищи
24. Специализированные продукты промышленного выпуска для детей от 3 лет до 7 лет.
25. Физиолого-биохимические особенности развития ребенка школьного возраста.
26. Потребность детей школьного возраста в пищевых веществах и энергии.
27. Наборы продуктов для детей школьного возраста
28. Особенности состава рациона, режима питания и технологии приготовления пищи
29. Специализированные продукты промышленного выпуска для детей школьного возраста.
30. Питание детей в специализированных учебных организациях
31. Потребность детей-спортсменов в пищевых веществах и энергии.
32. Наборы продуктов для детей-спортсменов
33. Особенности состава рациона, режима питания и технологии приготовления пищи
34. Специализированные продукты промышленного выпуска для детей-спортсменов.
35. Питание детей в специализированных спортивных организациях.
36. Особенности диетотерапии ребенка с гипотрофией и паратрофией.
37. Особенности диетотерапии ребенка с рахитом.
38. Особенности диетотерапии ребенка с аномалиями конституции.
39. Особенности диетотерапии ребенка с функциональными гастроинтестинальными нарушениями.
40. Особенности диетотерапии ребенка с анемией.
41. Особенности диетотерапии при метаболических нарушениях у детей.
42. Особенности диетотерапии при врожденных нарушениях аминокислотного обмена у детей.
43. Особенности диетотерапии при врожденных нарушениях углеводного обмена у детей.
44. Особенности диетотерапии при патологии сердечно-сосудистой системы у детей.
45. Особенности диетотерапии ребенка с ревматическими заболеваниями.
46. Особенности диетотерапии при патологии верхних отделов пищеварительного тракта у детей.
47. Особенности диетотерапии при патологии билиарного тракта, печени и поджелудочной железы у детей.
48. Особенности диетотерапии при патологии кишечника у детей.
49. Особенности диетотерапии при патологии почек у детей.
50. Особенности диетотерапии при патологии мочевыделительной системы у детей.
51. Особенности диетотерапии при патологии нервной системы у детей.
52. Особенности диетотерапии при патологии эндокринной системы у детей.

Тестовые задания для текущего контроля

1. Укажите наиболее точный способ расчета питания недоношенному ребенку:
калорийный
объемный
по формуле Шкариной
по формуле Зайцевой
2. Какие причины обуславливают трудности вскармливания недоношенных детей, особенно в первые 2 недели жизни:
все ответы правильные
незрелость пищеварительной системе
незрелость нервной системы
сопутствующие заболевания
3. Расчет объема кормления у ребенка с внутриутробной гипотрофией в первые дни жизни проводится:
на фактический вес
на долженствующий вес
на среднедолженствующий вес
4. При вскармливании недоношенного ребенка через назогастральный зонд смену следует производить каждые 3 суток
ежедневно
каждые 2 суток
каждые 5 суток
4. Показанием к прикладыванию к груди матери недоношенного ребенка является:
активное высасывание из бутылочки более 30-40 мл. смеси
подсасывание зонда

гестационный возраст

масса тела

5. Постоянное зондовое кормление показано детям при массе тела:

менее 1300 г.

менее 1500 г.

менее 2000 г.

менее 2500 г.

6. Суточная прибавка массы тела у недоношенного ребенка в норме составляет:

15 г

5 г

30 г

50 г

7. Наиболее частой причиной плохой прибавки в массе у недоношенных детей свнутриутробной гипотрофией является:

правильные ответы 1,2

неправильное вскармливание

поражение ЦНС

наличие очагов скрытой инфекции

8. Наиболее оптимальным видом вскармливания недоношенных детей с массой тела менее 1500 г является:

материнское молоко, обогащенное белково-витаминными добавками

донорское молоко

смеси формулы 1

козье молоко

9. Оптимальным соотношением Б:Ж:У для правильного рационального вскармливания новорожденного является:

1:3:6

1:4:6

1:2:6

1:2:4

10. Укажите, какой вид вскармливания не относится к энтеральному

внутривенное введение питательных компонентов

кормление из бутылочки

кормление через гастро – или еюностому

кормление через зонд

11. Нутритивные потребности недоношенного ребенка не зависят от

наличия сосательного рефлекса

фактической массой тела

постконцептуальным возрастом

наличием и тяжестью течения фонового заболевания

12. Раннее трофическое питание («минимальное энтеральное питание») не превышает объем

24 мл/кг/сутки.

12 мл/кг/сутки.

10 мл/кг/сутки.

5 мл/кг/сутки.

13. Укажите, что не является противопоказанием к проведению энтерального питания

появление отхождения мекония

обструкция ЖКТ

некротизирующий энтероколит

желудочное/кишечное кровотечение

14. Укажите фактор риска снижения толерантности к энтеральной нагрузке:

артериальная гипотензия, флюктуации артериального давления

появление повышения билирубина до 100 мм/л

уровень глюкозы крови 4,4 ммоль/л

уровень лактата 2,1 ммоль/л

15. Укажите, при какой ситуации кормление через рожок противопоказано

резкое снижение перистальтики

стабильное состояние ребенка

частота дыхания не более 60 в минуту

наличие активного сосательного рефлекса

16. Укажите, для какой массы тела недоношенного характерен диапазон увеличения объема энтеральной нагрузки в количестве 10-20 мл/кг/сут

масса тела менее 1000,0

масса тела менее 1500,0

масса тела менее 2000,0

масса тела менее 2500,0

17. Укажите, для какой массы тела недоношенного характерен диапазон увеличения объема энтеральной нагрузки в количестве 30 мл/кг/сут

масса тела более 2000,0

масса тела менее 1500,0

масса тела менее 2000,0

масса тела более 2500,0

18. Укажите, что не является показанием для обогащения грудного молока

ежедневная прибавка массы по 25,0 гр

масса тела при рождении менее 1800 г;

гестационный возраст \leq 34 недель

явления постнатальной гипотрофии у недоношенного ребенка в возрасте 2-х недель и старше

19. Обогащение грудного молока фортификаторами рекомендуется после достижения суточного объема энтерального питания

не менее 100 мл/кг.

не менее 50 мл/кг.

не менее 24 мл/кг.

не менее 12 мл/кг.

20. Сочетание стойкого снижения мочевины (менее 1,5 ммоль/л) с прогрессирующей гипоальбуминемией (менее 25 г/л) указывает на

дефицит белкового обеспечения

острого поражения почек

дефицит триглицеридов

избыточное поступление жира

21. Укажите, чего нельзя делать при вскармливании недоношенных детей с синдромом холестаза длительностью его более 10 дней

снижать калораж на 25% от физиологической потребности;

повышать калораж до 125% от физиологической потребности;

повышать содержание среднецепочечных триглицеридов (не менее 30%, оптимально 40-50%);

вводить жирорастворимые витамины внутрь

22. Ребенок имеет массу 2010,0, укажите, на какие сутки жизни его суточная потребность в жидкости составит 120,0-160,0 мл/кг

6-7

4-5

2-3

1-2

23. Ребенок имеет массу 1590,0 укажите его потребность в белке

4 -3.5 г/кг/сутки

4-4.5 г/кг/сутки

3.5-3.2 г/кг/сутки

2.2 г/кг/сутки

24. Укажите, что является противопоказанием к проведению парентерального питания

реанимационные мероприятия

хирургическое лечение

ИВЛ

рождение доношенного ребенка в асфиксии

23. Укажите, как меняется концентрация натрия в экстрацеллюлярной жидкости в период транзиторной убыли массы тела

концентрация натрия возрастает

концентрация натрия снижается

концентрация натрия остается стабильной

концентрация натрия сначала падает и сразу увеличивается

24. При какой концентрации натрия риск повреждения мозга повышается

гипонатриемия < 125 ммоль/л

гипонатриемия < 105 ммоль/л

гипонатриемия < 140 ммоль/л

гипонатриемия < 75 ммоль/л

25. Укажите, что не является показанием к ограничению введения жировой эмульсии

недоношенность 24 недели

персистирующая легочная гипертензия

гипербилирубинемия

сепсис

26. Укажите, до каких пределов не следует уменьшать дозу вводимой жировой эмульсии с целью предотвращения дефицита эссенциальных кислот

0.5-1.0 г/кг/сут

0.1-0,5 г/кг/сут

1,0-1.5 г/кг/сут

1,0-2,0г/кг/сут

27. Для синдрома мальабсорбции у ребенка грудного возраста характерны следующие симптомы, кроме:

наличие скрытой крови в кале

полифекалии

гипотрофии

удовлетворительного аппетита

анемии

28. Развитие целиакии связано:

с непереносимостью белка злаковых

с врожденной непереносимостью лактозы

с врожденной гипоплазией поджелудочной железы

с непереносимостью галактозы

с непереносимостью фенилаланина

29. Для целиакии характерны следующие симптомы, кроме:

рецидивирующие обструктивные бронхиты

истощение

задержка роста

анемия

стеаторея

30. Симптомом целиакии может быть:

задержка роста

шейный лимфаденит

фебрилитет

энурез

лейкоцитурия

31. Для лабораторной верификации целиакии проводят:

исследование антител к тканевой трансглутаминазе и ретикулину

исследование длительности кровотечения и свертываемости крови

исследование белковых фракций сыворотки и трансаминаз

анализ мочи на суточную экскрецию оксалатов

определение хлоридов пота

32. Для инструментальной верификации целиакии проводят:

морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки тонкой кишки

рентгеновское исследование желудка и двенадцатиперстной кишки

ирригографию

колоноскопию и биопсию толстой кишки

сцинтиграфию поджелудочной железы

33. При лечении целиакии из рациона исключают:

продукты из ржи, пшеницы, ячменя, овса

продукты, содержащие коровье молоко

продукты из свинины и баранины

рыбные изделия

салат, щавель, бобовые

34. При рахите активность щелочной фосфатазы:

не изменится

понижена

повышена

очень низкая

в норме

35. При рахите концентрация фосфора в сыворотке крови может снижаться до (ммоль/л):

0,65

0,8

0,75

0,5

0,35

36. При рахите концентрация кальция в сыворотке крови снижена до (ммоль/л):

3,0-3,2

2,0-2,2

2,5-2,7

5,0

1,0-1,5

37. В норме фосфор в сыворотке крови составляет (мкмоль/л):

0,65-1,0

0,8 –1,0

1,3-2,3

2,3-2,5

2,5-3,0

38. В норме кальций в сыворотке крови составляет (мкмоль/л):

1,0-1,5

2,4-2,7

1,5-2,0

2,0-2,5

3,0-3,5

39. При рахите аминоацидоурия превышает (мг/кг в сутки):

5,0

10

1,2

1,5

3,8

40. Начальный период заболевания выявляется в возрасте:

1-2 мес

3-4 мес

сразу после рождения

6-9 мес

12-18 мес

41. При рахите череп поражается впервые (месяцы жизни):

1 мес

3 мес

6 мес

9 мес

12 мес

42. Продолжительность начального периода рахита:

1 нед

1,5 нед – 1 мес

3 нед – 1,5 мес

2-3 мес

6-9 мес

43. При рахите деформации грудной клетки возникают в возрасте:

1-2 мес

6-9 мес

3-6 мес

6-9 мес

9-12 мес

44. Углубоко недоношенных детей поражение костной системы при рахите возникают в возрасте:

1-3 нед

4-12 нед

4-5 мес

6-8 мес

9 мес

45. Соотношение Са и Р в сыворотке крови в период разгара рахита составляет:

1:3-1:4

2:1-3:1

3:1 –4:1

1:2

2:3-3:4

46. Соотношение Са и Р в сыворотке крови у здорового ребенка:

2:1

2:3

1:3

1:2

3:4

47. Специфическая профилактика рахита в постнатальном периоде здоровому ребенку начинают с возраста:

с рождения

1 нед

3 нед

1 мес

3 мес

48. При специфической профилактике рахита проба Сулковича проводится:

ежедневно

раз 2-3 нед

раз в месяц

ежеквартально

по показаниям

49. Для начального периода рахита характерно все кроме :

беспокойства

легкой возбудимости

поверхностного сна

мышечной гипотонии

явных изменений скелета

50. Клиническим признаком разгара рахита является:

краниотабес

лобные бугры

уплощение затылка

потливость

искривление нижних конечностей

51. При гипервитаминозе Д необходимо исключить из питания ребенка:

овощное пюре

творог

мясо

бульон

кашу

52. Адекватный уровень витамина D определяется как концентрация 25(OH)D:

более 30 нг/мл (75 нмоль/л)

25(OH)D 21–30 нг/мл

менее 20 нг/мл (50 нмоль/л).

менее 15 нг/мл (50 нмоль/л).

53. Детям в возрасте от 1 до 6 месяцев, вне зависимости от вида вскармливания, вне зависимости от сезона года, для профилактики дефицита витамина D

рекомендуются дозы:

1000 МЕ/сут

500 МЕ/сут

1500 МЕ/сут

400 МЕ/сут

54. Детям в возрасте от 6 до 12 месяцев, вне зависимости от вида вскармливания, вне зависимости от сезона года, для профилактики дефицита витамина D

рекомендуются дозы:

1000 МЕ/сут

1500 МЕ/сут

500 МЕ/сут

500 МЕ/сут

55. Детям в возрасте от 1 года до 3 лет для профилактики дефицита витамина D рекомендуются дозы:

1500 МЕ/сут

2000 МЕ/сут

3000 МЕ/сут

4000 МЕ/сут

56. Детям в возрасте от 3 до 18 лет для профилактики дефицита витамина D рекомендуются дозы:

1) 1000 МЕ/сут.

2) 800 МЕ/сут.

3) 1500 МЕ/сут.

57. Какой из препаратов местного действия при atopическом дерматите не приведет к атрофии кожи?

Элоком

Целестодерм

Тридерм

Элидел

58. Характерная локализация очагов atopического дерматита у детей младшего возраста:

Сгибательные поверхности конечностей

Туловище

Запястья, стопы

Разгибательные поверхности конечностей

Щеки, лоб, веки

59. Какой максимальный срок использования топических стероидов при atopическом дерматите у детей?

5 дней

10 дней

14 дней

1 месяц

3 месяца

60. Патологические изменения в коже при atopическом дерматите локализуются:

в эпидермисе

в сосудах соединительной ткани кожи

в гиподерме

61. Наиболее частой клинической формой пищевой аллергии у детей раннего возраста является:

Atopический дерматит

Бронхообструктивный синдром

Нефротический синдром

Крапивница и отек Квинке

62. Наиболее часто вызывающую пищевую аллергию ягода:

Черника

Смородина

Клубника

Ежевика

63. Наиболее часто вызывают пищевую аллергию овощи:

Томаты

Кабачки

Огурцы

Капуста цветная

64. Фрукты, наиболее часто вызывающие пищевую аллергию:

Яблоки зеленого цвета

Апельсины

Чернослив

Персики

65. Для диагностики пищевой аллергии наиболее информативен метод:

Кожных проб с подозреваемым аллергеном

Определение уровня специфических антител в Jg E

Оценки пищевого дневника

Оценки результатов провокационной пробы

66. Редко вызывает пищевую аллергию мука:

Овсяная

Манная

Соевая

Гречневая

67. Следствием пищевой аллергии не является заболевание:

Себорейный дерматит

Крапивница

Atopический дерматит

Ринит

68. Рацион питания ребенка при рахите должен обеспечить его:

повышенным количеством животного белка

большим количеством жира

большим количеством легкоусвояемых углеводов

кальцием

калием

69. Как влияет избыток жира в рационе на всасывание кальция в кишечнике:

- улучшает
- ухудшает
- не меняет

растительные жиры улучшают
животные жиры ухудшают

70. У детей с активным рахитом к употреблению рекомендуется:

- белые молочные каши
- поликомпонентное овощное пюре
- повышенное количество жиров
- мучные продукты
- повышенное количество молока

71. При анемии рацион обогащают следующими продуктами:

- животными жирами
- углеводами
- растительным белком
- животным белком
- клетчаткой

72. Железо максимально абсорбируется из:

- печени
- яблок
- мяса
- икры
- гречневой крупы

73. Железо максимально абсорбируется из:

- печени
- свинины
- курятины
- говядины
- баранины

74. Большое количество железа содержится в:

- молоке
- твороге
- гречневой крупе
- лиственных овощах
- картофеле

75. Всасывание железа ухудшает:

- овощные соки
- аскорбиновая кислота
- чай
- лимонная кислота
- цитрусовые соки

76. Процент реабсорбции железа из женского молока:

- 10-30%
- 49-70%
- 1-5%
- 90-100%
- 50%

77. Ребенку с гипотрофией при назначении диеты следует ориентироваться на:

- фактический возраст
- весоростовые показатели
- гестационный возраст при рождении
- приблизительно должную массу тела
- долженствующую массу тела

78. На этапе разгрузки у детей с гипотрофией объем пищи доводят до следующего суточного объема:

- 1/3
- 2/3
- 1
- 3/4
- 1/2

79. В период минимального питания при гипотрофии увеличивают объем пищи до:

- 1/3 суточного объема
- 2/3 суточного объема
- суточного объема
- 1/2 суточного объема
- 2/3 суточного объема

80. При лимфатико-гипопластическом диатезе объем пищи назначается от возрастной нормы:

- по верхней границе
- по нижней границе
- по возрастной норме
- 1/2 возрастной нормы
- 2/3 возрастной нормы

81. При лимфо-гипопластическом диатезе углеводы и жиры рассчитываются на:

- фактическую массу тела
- долженствующую массу тела
- приблизительно должную массу тела
- возраст ребенка
- индекс массы тела

82. При лимфо-гипопластическом диатезе белки рассчитываются на массу тела:

- фактическую
- долженствующую
- приблизительно должную
- возраст ребенка
- индекс массы тела

83. В рационе детей с нервно-артритическим диатезом исключают продукты с высоким содержанием:

- фосфатов
- оксалатов
- пуринов
- солей кальция
- клетчатки

84. У детей с нервно-артритическим диатезом в рационе ограничиваются:

полисахариды
животные жиры
растительные жиры
клетчатка

рафинированные углеводы

85. При нервно-артритическом диатезе исключаются:

каши
овощи и фрукты
молоко
крепкие бульоны

86. Сроки введения при экссудативно-катаральном диатезе соков:
не вводят

с 2 месяца
с 2 - 2,5 месяцев
с 4 месяцев
с 5,5 месяцев

87. Сроки введения каш при экссудативно-катаральном диатезе:

3мес.
3-3,5мес
4мес.
4-4,5мес
4,5-5мес

88. При экссудативно-катаральном диатезе в рационе ограничиваются следующие продукты:

белки
жиры
углеводы легкоусвояемые
полисахариды
кальций

89. Белки в рационе детей с экссудативно-катаральным диатезом на фоне гормональной терапии должен быть выше возрастной нормы на:

5-10%
15-20%
25-30%
40-50%
50-55%

90. Растительное масло в рационе детей с экссудативно-катаральным диатезом должно составлять от общего количества жира:

5-10%
15-20%
25-30%
40-50%
50-55%

91. Диетотерапия пищевой аллергии. При аллергии к коровьему молоку показаны смеси:

на основе козьего молока
на основе соевого белка
на основе белковых гидролизатов
с содержанием лактозы
содержащие лактулозу

92. При пищевой аллергии картофеля следует вымачивать:

3 часа
18 часов
24 часа
1 час
30 минут

93. При пищевой аллергии исключается следующий вид кулинарной обработки:

жарка
на пару
пюрирование
запекание
отваривание

94. При пищевой аллергии разрешаются следующие продукты:

баранина
жирные куры
утка
жирная свинина
кролик

95. В молозиве по сравнению со зрелым молоком больше содержится:

белка
углеводов
насыщенных жирных кислот
фосфора
калия

96. В женском молоке по сравнению с коровьим содержится:

больше глобулинов
меньше альбуминов
оптимальное для усвоения соотношение незаменимых аминокислот
больше белка
больше углеводов

97. Факторами грудного молока, способствующими росту бифидофлоры, являются:

белок
лактоза
таурин
витамин Д
иммуноглобулины

98. Альбумин к казеину в грудном молоке относится как:

40/80
80/40
80/20
20/80
50/50

99. Адаптация коровьего молока к женскому достигается путем:

- снижения концентрации микроэлементов
- снижения концентрации таурина
- увеличения концентрации белка
- увеличения концентрации солей
- обогащения незаменимыми аминокислотами

100. Грудных детей следует кормить:

- строго по часам
- по требованию
- придерживаясь определенных перерывов между приемами пищи
- только в дневное время
- в зависимости от прибавки в весе

101. Грудные дети должны получать только грудное молоко в возрасте:

- 3 недели
- 3 месяца
- 3-5 месяцев
- 4-6 месяцев
- 7-8 месяцев

102. Желток назначается в возрасте:

- 4 месяца
- 1 месяц
- 2 месяца
- 5 месяцев
- 6 месяцев

103. Вскармливание будет смешанным, если докорм составляет от суточного объема пищи более:

- 1/3
- 1/5
- 1/2
- 2/3
- 1/10

104. При искусственном вскармливании грудное молоко отсутствует или составляет от суточного объема пищи менее:

- 1/3
- 1/5
- 1/2
- 2/3
- 1/10

105. Суточный объем пищи для новорожденных по формуле Тура при массе тела при ожирении 3000г составляет:

- 70 мл х п (число дней жизни)
- 80 мл х п (число дней жизни)
- 50 мл х п (число дней жизни)
- 30 мл х п (число дней жизни)
- 90 мл х п (число дней жизни)

106. Здоровых новорожденных прикладывают к груди матери через:

- сутки
- 6 часов
- 12 часов
- не позднее 2 часов после рождения
- в течение 30 минут после рождения

107. Суточный объем пищи от массы тела до 2 месяцев составляет:

- 1/5
- 1/7
- 1/6
- 1/10
- 1/2

108. Суточный объем пищи от массы тела до 4 месяцев составляет:

- 1/5
- 1/7
- 1/6
- 1/10
- 1/2

109. Суточный объем пищи от массы тела до 6 месяцев составляет:

- 1/5
- 1/7
- 1/6
- 1/10
- 1/2

110. Суточная потребность в белке (г/кг/сут) в возрасте до 3 мес. составляет:

- 2,6
- 2,2
- 2,9
- 3,2
- 3,5

111. Суточная потребность в белке (г/кг/сут) в возрасте до 6 мес. составляет:

- 2,6
- 2,2
- 2,9
- 3,2
- 3,5

112. Суточная потребность в белке (г/кг/сут) в возрасте до 12 мес. составляет:

- 2,6
- 2,2
- 2,9
- 3,2
- 3,5

113. Суточная потребность в жирах (г/кг/сут) в возрасте до 3 мес. составляет:

- 6
- 5,5
- 6,5
- 8

10

114 Суточная потребность в жирах (г/кг/сут) в возрасте до 6 мес. составляет:

6

5,5

6,5

8

10

115. Суточная потребность в жирах (г/кг/сут) в возрасте до 12 мес. составляет:

6

5,5

6,5

8

10

116. Суточная потребность в энергии (ккал/кг/сут) в возрасте до 3 мес. составляет:

110

115

120

60

200

117. Суточная потребность в энергии (ккал/кг/сут) в возрасте до 6 мес. составляет:

110

115

120

60

200

118. Суточная потребность в энергии (ккал/кг/сут) в возрасте до 12 мес. составляет:

110

115

120

60

200

119. Суточная потребность в углеводах у детей первого года жизни при всех видах вскармливания составляет в г/кг/сут:

10

11

12

13

14

120. Суточный объем пищи по калорийному способу (ккал/кг/сут) в возрасте до 3 мес. составляет:

100

125

110

115

120

121. Суточный объем пищи по калорийному способу (ккал/кг/сут) в возрасте до 6 мес. составляет:

100

125

110

115

120

122. Суточный объем пищи по калорийному способу (ккал/кг/сут) в возрасте до 9 мес. составляет:

100

125

110

115

120

Проблемно-ситуационные задачи для текущего контроля и промежуточной аттестации

Проблемно-ситуационная задача 1.

Никита Л., 14 лет, обратился к педиатру с жалобами на боли в подложечной области, возникающие вскоре после приема пищи (особенно жирной и острой), изжога в районе центра грудины, сухость и периодически кисловатый привкус во рту. Около 6 месяцев назад появились боли в животе и изжога. Первое время эти симптомы возникали периодически, в основном после переиздания, но в последний месяц изжога стала ощущаться как выраженный жар за грудиной, навязчива, вызывала значительный дискомфорт. Мальчик стал быстро уставать, ухудшилась успеваемость, появились приступы ипохондрии. Питание с большими перерывами, злоупотребляет едой всухомятку. Курит по 3-4 сигареты в день. Алкоголь – пиво 1-2 раза в месяц. Наркотические препараты не употребляет. В дошкольном возрасте мать отмечала сниженный аппетит, периодически возникали нелокализованные боли в животе. В этом году резко вырос на 5 см, появился дискомфорт в животе, затем боли и изжога. Подросток осмотрен и госпитализирован в специализированный гастроэнтерологический стационар. При поступлении состояние средней тяжести, рост 180 см, вес 65 кг. Кожа бледная, сухая. В подмышечных впадинах, паховой области – локальный гипергидроз. Красный разлитой дермографизм. Полость рта чистая. Язык влажный, густо обложен бело-желтым налетом, неприятный запах изо рта. Зубы санированы. Миндалины до 2 ст., гипертрофированы, лакуны свободны. При глубокой пальпации живота определяется болезненный в центре эпигастрия, области проекции ДПК, в подложечной области. Печень не увеличена. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Мочится свободно, безболезненно.

Результаты обследования: Общий анализ крови: Нв - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, Эр - 4,2x10¹²/л; Лейк - 7,2x10⁹; п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 19 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л, амилаза - 100 Ед/л, тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л.

Внутриполостная рН-метрия 3-х электродным зондом - натошак - рН в н/3 пищевода 6,3; периодически кратковременное на 15-20 сек снижение до 3,3-3,0; в теле желудка 1,7, в антруме 3,8; после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг - рН в пищеводе 6-6,5 со снижением уровня рН чаще по 30-40 сек до 2,8-3,3; в теле 1,3; в антруме 3,6.

ЭФГДС – слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, гиперемия по типу «языков пламени», на задней стенке крупная эрозия до 0,3 см, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищевода отверстия диафрагмы. В желудке желчь, слизистая антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна.

Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов не изменена.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 2.

Больная С. 16 лет, поступила в клинику с жалобами на боль за грудиной, которая появляется во время еды, особенно после приема горячей и холодной пищи, боль в эпигастральной области натошак. Кроме того, беспокоят частые изжога, отрыжка воздухом или съеденной пищей, тошнота. Рвота бывает редко, в основном при сильной боли в эпигастрии. После рвоты боль в эпигастрии исчезает. Отмечается склонность к запорам. Считает себя больной с 7 лет, когда стала беспокоить непродолжительная боль в эпигастрии, правом подреберье, которая возникала периодически сразу или спустя 20-30 минут после еды. В 7-летнем возрасте находилась на обследовании и лечении в стационаре. В удовлетворительном состоянии выписана с диагнозом: хронический гастродуоденит, ДЖВП, после чего не обследовалась и не лечилась. В последнее время состояние ухудшилось. При поступлении состояние средней степени тяжести, больная несколько пониженного питания, язык незначительно обложен белым налетом, живот при пальпации болезнен в эпигастрии и в правом подреберье. Анализы крови, мочи, кала - без особенностей.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 3.

Большой М. 16 лет, госпитализирован в детское пульмонологическое отделение с жалобами на приступы затрудненного дыхания, приступообразный кашель с отделением слизистой мокроты, изжогу. Из анамнеза известно, что в течение последних 3 лет пациент отмечает появление изжоги, в связи с чем самостоятельно принимал антацидные препараты, эффективность действия которых из года в год постепенно снижалась. Обращался за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства, однако комплексного обследования не проводилось. С прошлого года присоединились приступы затрудненного дыхания, чаще в ночное время, после употребления большого количества пищи на ночь. При обследовании: на спирограмме смешанная форма вентиляционных нарушений функции легких с обструкцией на уровне всех бронхов. Проба с вентолином – положительная (прирост ОФВ1 после ингаляции с бронхолитиком составил 28% от должной величины). Аллергологическое обследование – сенсibilизации не выявлено. ФГДС: недостаточность кардии, множественные эрозии на слизистой оболочке пищевода.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 4.

Юноша 15 лет, поступил в эндокринное отделение по поводу абдоминального ожирения 4 степени (избыток массы 150%). При обследовании выявлена артериальная гипертензия, нарушенная толерантность к глюкозе и рефлюкс – эзофагит 2 степени.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 5.

Девочка 15 лет пролечена 3 недели в стационаре по поводу рефлюкс-эзофагита 2 степени, выписана в состоянии клинической ремиссии, амбулаторно лечение не получала. Жалобы вновь появились через 3 недели после выписки, при проведении ЭФГДС выявлены эрозии нижней трети пищевода.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 6.

Большой К. 17 лет, длительно страдает изжогой. При проведении ФГДС в месте желудочно-пищеводного перехода выявлены участки гиперемии в виде «языков пламени». Гистологическое исследование биоптата из участков гиперемии выявило метаплазию плоского эпителия пищевода и появление цилиндрического эпителия с фундальными железами, дисплазию низкой степени.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 7.

Станислав 16 лет, болен бронхиальной астмой. На фоне терапии ингаляционными ГКС, теотардом приступы удушья днем перестали беспокоить, но появились боли за грудиной жгучего характера, возникающие во время еды и в ночные часы. Появление болей, без иррадиации, сопровождается тошнотой и отрыжкой воздухом. Связи болей с физической нагрузкой пациент не отмечает. Для уменьшения болевого синдрома принимает альмагель с хорошим эффектом. Ночные приступы астмы участились до 2 раз в неделю. При проведении ФГДС (амбулаторно) патологических изменений не выявлено. Больной направлен на стационарное обследование и лечение.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 8.

Витя С., 4 года, поступил в нефрологическое отделение с диагнозом хронический нефрит.

У матери пробанда в возрасте 25 лет диагностирован хронический нефрит, 2 брата матери страдали тугоухостью, умерли в возрасте 20 и 27 лет от хронической почечной недостаточности. У брата пробанда в возрасте 8 лет установлен синдром Альпорта. Ребенок от 2-ой беременности, во второй половине которой у матери наблюдалось повышение артериального давления, отеки, в моче белок до 0,99 г/л, эритроциты 80-100 в п/зр.

Гематурия у мальчика обнаружена случайно при оформлении в детский сад в возрасте 2 лет, изменения в анализах мочи носят стойкий характер. Мальчик часто болеет респираторными заболеваниями.

Самочувствие удовлетворительное. Кожные покровы бледные, тени под глазами. Отеков нет. Общая мышечная гипотония. АД 100/60 мм рт. ст. Периодически наблюдается красный цвет мочи

Анализ мочи: в о.а. мочи эритроциты сплошь покрывают п/зр., экскреция белка за сутки – 70 мг.

Биохимия крови: Общий белок крови 79,8 г/л, альбуминов – 51%, глобулины: альфа-2 – 10%, альфа-1 – 8%, бета – 12%, гамма – 19%.

Клиренс по эндогенному креатинину – 108 мл/мин.

Проба Зимницкого: Относительная плотность мочи от 1007 – 1025, никтурия.

Сурдолог: нейросенсорная двусторонняя тугоухость.

При **экскреторной урографии:** положение почек обычное, размеры и форма не изменены, контрастирование мочевыделительной системы хорошее, задержки контраста после мочеиспускания нет.

Осмотр генетика: найдены стигмы дизэмбриогенеза (синдактилия 2-3-его пальца на ноге, искривление мизинца, деформация ушных раковин, астигматизм, готическое небо, нарушение прикуса).

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 9.

Иванов С., 5 лет, поступил в стационар с жалобами на отечность век по утрам, макрогематурию. Отеки век по утрам стали наблюдаться последний год. Других жалоб нет. Мать ребенка умерла в 29 лет от почечной недостаточности. Отец страдает алкоголизмом. Объективно: ребенок бледный, пастозность век по утрам, тоны сердца ритмичные, ясные, 82 в мин., АД 90/50 мм. рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Найдены внешние стигмы дизэмбриогенеза: голубые склеры, аномалия хрусталика, готическое небо, гипоплазия эмали, искривление мизинцев, плоскостопие, приросшая мочка уха.

Сурдолог: снижение слуха.

Анализ крови: Нв – 120 г/л, эритроциты 5x10¹²/л, лейкоциты 6x10⁹/л, п-4, с-44, э-2, л-33, м-7, СОЭ-12 мм в час.

Анализ мочи: кол-во – 200 мл, цвет сол. желт., реакция кислая, белок 0,66 г/л, эритроциты 20-30 в п/зр., лейкоциты 5-6 в п/зр., гиал. цилиндры 2-3 в п/зр.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 10.

Мать двухлетнего ребенка предъявляет жалобы на выраженное беспокойство мальчика. Ребенок беспокоен с грудного возраста, часто имеются подъемы температуры до 38 гр., сопровождаются рвотой, неоднократно эпизоды судорог. В течение суток постоянно просит пить, выпивает за сутки до 7 л воды, выделяет мочи около 5-7 литров, энурез дневной и ночной. При осмотре ребенок крайне раздражителен, отстаёт в физическом развитии, психомоторное развитие соответствует 1,5 годам. Просит пить.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 11.

Ваня С., 15 лет, поступил в клинику с диагнозом хронический нефрит. Ребенок родился от первой беременности. У матери во второй половине беременности была нефропатия. В 2,5 года случайно при сдаче анализа мочи обнаружены 0,66 г/л белка и 10-15 эритроцитов в п/зр. Изменения в моче у ребенка держатся постоянно.

Дедушка по материнской линии находится на гемодиализе по поводу хронического гломерулонефрита.

При осмотре кожные покровы бледные, общая мышечная гипотония. Отеков нет. Хронический тонзиллит. АД – 140/65 мм рт.ст. При аудиометрическом исследовании выявлено двустороннее снижение слуха по звуковоспринимающему типу. За сутки с мочой теряет 400 мг белка. **Анализ мочи по Нечипоренко:** лейкоциты 2700, эритроциты 54000. **Биохимия:** общий белок крови 74,2 г/л, альбуминов 44,7%, альфа-1 глобулины 6%, альфа-2 глобулины 14,3%, бета глобулины 21,5%, гамма глобулины 13,5%. **Клиренс по эндогенному креатинину** – 71 мл/мин.

Относительная плотность мочи 1006-1016, никтурия. **Экскреторная урография:** положение и форма почек обычные. ЧЛС не изменена. **Биопсия левой почки:** фокально-сегментарный, преимущественно мезангиальный гломерулит, белковая и жировая дистрофия эпителия извитых канальцев, умеренный перигломерулярный и периваскулярный склероз. При электронной микроскопии изменение базальной мембраны по типу «плетеной корзины».

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 12.

Мальчик, 1-е сутки жизни, находится на ИВЛ в палате интенсивной терапии родильного дома. Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с токсикозом 1 и 2 половины. УЗИ во время беременности не выполнялось по религиозным причинам. Роды преждевременные, выраженное маловодие. Состояние при рождении очень тяжелое, спонтанный пневмоторакс. Имеются характерные стигмы: уплощенный нос, западающий подбородок, эпикант, микрогнатия. Живот увеличен в объеме, пальпируются увеличенные обе почки, ≈ до 7 см. Мочи в 1 сутки не выделено. При УЗИ почек обе почки увеличены в размерах, паренхима

имеет повышенную экзогенность с наличием мелких, эконегативных зон. Почечный синус не определяется, архитектура паренхимы полностью нарушена (кистозное перерождение обеих почек).

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 13.

В стационар поступил мальчик, 2 мес. Жалобы на отеки туловища, по месту жительства в о.а.мочи выявлен белок 15 г/л. При осмотре самочувствие ребенка страдает мало. В массе прибывает по 1,5 кг за месяц. Выявлены отеки лица, подкожно-жировой клетчатки ног, отеки мошонки, асцит. В биохимическом анализе крови белок 40 г/л, альбумины 39%, холестерин 9 ммоль/л. Мочится около 5 раз за день.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 14.

На приём к педиатру обратилась женщина с ребёнком 4 лет. Её беспокоит появление у сына мочи цвета «мясных помоев». Самочувствие ребенка не страдает, в анамнезе фактов предшествующей инфекции не выявлено. При осмотре отеки отсутствуют, АД – нормальное, диурез не снижен. По органам и системам – без патологических отклонений. В анализе мочи у ребенка: эритроциты сплошь, белок 0,9 г/л. На УЗИ изменений нет. Нв 116 г/л, СОЭ 4 мм/час. Из анамнеза известно, что мать страдает тугоухостью, анализы мочи не сдавала.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 15.

К участковому врачу обратилась мать ребёнка 12 лет, у которого имелись жалобы на наличие крови в моче, боли в спине и в боку при горизонтальном положении, температура тела 38 гр. Мочится «помногу», встает помочиться ночью. В общем анализе мочи эритроциты сплошь, лейкоциты 8-10 п/зр. На УЗИ почки увеличены в размерах, паренхима представлена множественными кистами. Мать страдает поликистозом почек.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 16.

На прием к ортопеду обратилась мать с сыном 4 лет с жалобами на искривление у ребенка ног. Из анамнеза удалось выяснить, что на первом году жизни мама постоянно проводила профилактику рахита витамином Д, мальчик хорошо набирал массу тела, психомоторное развитие соответствовало возрасту. Проявлений гипотрофии, анемии, рахита не было. Искривление ног появилось с 2-х летнего возраста. При осмотре О-образное искривление ног, «утиная» походка, относительное снижение роста, беспокоят боли в ногах по вечерам. У матери также выявлено О-образное искривление ног.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 17.

На прием к педиатру обратилась женщина с двухлетней девочкой. Мать заметила развитие у ребенка жажды, в последний месяц температура постоянно около 37,5 гр. За второй год жизни в массе прибавила всего 100 гр, в росте – прибавки нет. Выражена мышечная слабость, ребенок отказывается активно передвигаться, имеется О-образное искривление ног, 3 мес назад наблюдался спонтанный перелом бедра. Девочка отстаёт в психомоторном развитии. **В о.а.мочи:** глюкоза 7 ммоль/л, белок 0,8 г/л, относит. плотность 1022, лейкоц. 2-3 в п/зр., эритроц. нет.

Клин. анализ крови: Нв 99 г/л, лейкоц. 5000/мкл, СОЭ 4 мм/час

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 18.

У ребенка 2,5 лет на фоне ОРВИ, протекающей с высокой лихорадкой, выраженной интоксикацией, появилась одышка в покое до 36-38 в минуту, общая слабость, потливость, частый непродуктивный кашель.

При осмотре бледен, легкий акроцианоз, отеки стоп, пастозность голеней, одышка с участием вспомогательной мускулатуры. В легких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Пульс 136 в минуту, ритмичный. Верхушечный толчок ослаблен, разлитой, локализуется по передней подмышечной линии в пятом межреберье слева и совпадает с левой границей сердца. Аускультативно: тоны сердца глухие, акцент II тона над легочной артерией, нежный дующий систолический шум над верхушкой. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Мочится редко.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 19.

У ребенка 1,5 лет, часто болеющего ОРВИ, на фоне последнего заболевания, протекающего особенно тяжело, с высокой лихорадкой, выраженной интоксикацией, появилась одышка в покое до 32-34 в минуту, потливость, беспокойство, покашливание при смене положения, боли в животе, рвота. При осмотре бледен, легкий акроцианоз. В легких единичные влажные хрипы с обеих сторон в задне-нижних отделах: границы сердца расширены влево и вправо до 1,5-2 см, тоны сердца глухие, тахикардия до 130 в минуту при нормальной температуре тела. На верхушке сердца нежный систолический шум. Живот мягкий, печень +4 см из-под реберной дуги, край острый, селезенка у края реберной дуги.

Голеня пастозные. Мочится редко.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 20.

Большой Н., 13 лет на приеме у педиатра с жалобами на сухой кашель, одышку, нарушение самочувствия, слабость, вялость похудание. Из анамнеза: ребенок от I беременности, протекавшей без особенностей. Родился в срок, с массой 3500 гр. Находился на грудном вскармливании до 1 года. Привит по календарю. Ребенок проживает в сельской местности, часто находится с крупнорогатым скотом, помогает родителям в хозяйстве, кормит животных. Часто находится на сеновале. Со слов матери в конце лета ребенок перенес тяжелую двухстороннюю пневмонию, длительно находился в стационаре, антибактериальная терапия не оказывала желаемого эффекта. После этого сохраняется нечастый сухой кашель. При осмотре: Состояние ребенка средней степени тяжести, тяжесть обусловлена основным заболеванием, ДН, симптомами интоксикации. Кашель с небольшим количеством мокроты в течение дня, умеренная одышка, усиливающаяся при физической нагрузке, слабость. 44 Пониженного питания (физическое развитие соответствует возрасту 10 годам), подкожно-жировой слой развит недостаточно. Носовое дыхание затруднено за счет заложенности. Грудная клетка несколько уплощена. Аускультативно – дыхание жесткое, в нижних отделах несколько ослаблено, выслушиваются непостоянные крепитирующие хрипы с обеих сторон. ЧДД- 25 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС- 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. При обследовании: Клинический анализ крови: Нв 100 г/л, эр 3,0, тр 190, лейкоц 7,9, п 2, с 66, э 2, б 0, л 24, м 6, СОЭ 18 мм/ч Рентгенограмма грудной клетки: отмечается снижение прозрачности легочной ткани (симптом матового стекла), сетчатотяжистый рисунок, диффузные мелкоочаговые тени, высокое стояние куполов диафрагмы.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 21.

Участковый врач, осматривая ребенка 2 месяцев жизни обратила внимание матери на то, что у ребенка в области щек имеется гиперемия и сухость в виде «молочного струпа».

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от I беременности, I срочных родов. Беременность протекала с гестозом в III триместре беременности, мать перенесла пневмонию на 28 неделе беременности, получала антибактериальный препарат. В последнем триместре регулярно принимала иммуностимулирующие гомеопатические средства. Роды в срок, масса при рождении 3600 г, длина тела 52 см. С первых дней находится на естественном вскармливании.

Из анамнеза заболевания стало известно, что данные проявления появились 2 недели назад, после того, как мать для улучшения лактации начала употреблять растительный препарат, привезенный из Индии. При выяснении наследственного анамнеза, определено, что отец ребенка страдает поллинозом на цветение растений, а у его брата – бронхиальная астма.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 22.

Девочка 7,5 мес., впервые поступила на участок. До этого жила в деревне. Участковым врачом осматривалась редко. Мать жалуется на наличие у ребенка сыпи в области щек, голеней и бедер, сопровождающейся зудом, на повышенную возбудимость и плохой сон.

Ребенок от I беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. Матери во время беременности впервые выставили диагноз «сахарный диабет», у отца – хронический пиелонефрит, у бабушки по линии отца – рак желудка. Масса ребенка при рождении – 4030 г. Находилась с 4 месяцев на неправильном искусственном вскармливании (получала цельное коровье молоко) из-за отсутствия молока у матери. В массе прибавляла ежемесячно по 700-1000 г, но при малейших заболеваниях быстро худела. Девочка часто болеет ОРВИ, в 5 месяцев перенесла острый бронхит. Проводилось рентгенологическое обследование, при котором определялось увеличение вилочковой железы.

Впервые сыпь и зуд появились через неделю после применения коровьего молока. К врачу не обращались, лечились народными средствами. Объективно: Состояние средней степени тяжести, самочувствие нарушено. Беспокоит зуд. В области щек, разгибательной поверхности бедер и голени – гиперемия, инфильтрация, сухость, шелушение. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Общая пастозность тканей. Пальпируются задне-шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы, размером 0,3-05 см, миндалина 2 степени. Изменений внутренних органов нет.

ОАК: Эр. 3,2 x 10¹², Нв 110 г/л, ЦП 0,85, Лейк. 8,2 x 10⁹, Э 2%, П 3%, С 20%, Л 70%, М 5%, СОЭ 2 мм/час.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 23.

Мальчик Дима, 12 лет поступил в стационар из детского дома с жалобами на: постоянный кашель в течение года со слизисто-гнойной мокротой, периодическое повышение температуры до фебрильных цифр, заложенность носа.

Из анамнеза известно: Неоднократно лечился по поводу обструктивного бронхита. Обострения частые до 3-4 раз в год, длительностью не менее месяца. После выписки сохраняется масса хрипов в легких, кашель с гнойной мокротой. Дважды перенес пневмонию, осложненную плевритом.

При объективном осмотре: состояние мальчика средней тяжести, отстает в физическом развитии по массо-ростовым показателям. Имеются множественные стигмы дисэмбриогенеза: череп микроцефальной формы, ушные раковины диспластичные, деформированы. Кожные покровы бледные, в области живота с переходом на переднюю поверхность грудной клетки расширенная венозная сеть. Дыхание через нос затруднено, отделяемого нет. Деформация грудной клетки, справа отмечается западение. Перкуторно над всей поверхностью коробочный звук. Аускультативно – дыхание равномерно ослаблено, справа в верхней, средней и нижней долях масса крепитирующих хрипов, чд 26 в минуту. Сердечные тоны отчетливые, ритмичные, ЧСС 98 в минуту. Живот обычной формы, несколько вздут и напряжен, печень при пальпации безболезненная, плотной консистенции, + 1,5 см. Селезенка + 1,5 см

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 24.

Больная Маша Н., 11 лет обратилась на прием к участковому педиатру в связи с жалобами на: приступообразный кашель со скудно отделяемой мокротой, сопровождающийся болями в области грудины, на фебрильную температуру тела в течение 4 дней, осиплость голоса, общую слабость, недомогание. Заболела остро, около недели назад, когда поднялась температура тела до 37,6оС, появились слизистые выделения из носа, затем присоединился кашель, осиплость голоса, в последние 4 дня температура повышается до 38,5оС. Амбулаторно принимала сироп «Доктор МОМ», парацетамол, эффект слабый. В семье у девочки болеет старший брат в течение недели с похожим кашлем. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ 2-3 раза в год. В 4 года и в 7 лет острые бронхиты 1-2 раза в год, лечилась амбулаторно. В 7 лет перенесла острую пневмонию. Аллергический анамнез не отягощен. В семье курит отец.

Объективно: Кашель приступообразный, малопродуктивный. Голос изменен. Из носа слизистые выделения. Кожные покровы бледные, чистые. Лимфоузлы заднешейные до 1,0 см., умеренно болезненные. В зеве умеренная, разлитая гиперемия, отмечается зернистость задней стенки. При аускультации в легких: на фоне жесткого дыхания, выслушиваются грубые крупно- и среднепузырчатые хрипы с обеих сторон, чд 20 в минуту, выдох свободен. Тоны сердца ясные, ритмичные, чсс 80 в минуту. Другие органы и системы при физикальном обследовании — без особенностей.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 25.

Больной Владимир, 5 лет, поступил в отделение детской пульмонологии с жалобами на: выраженную одышку, цианоз, непродуктивный кашель, затруднение носового дыхания, необильные слизистые выделения из носа, температура тела 37,5оС.

Болен в течение 4 дней, когда после посещения детского сада вечером поднялась температура тела до 37,8оС. Дыхание через нос стало затрудненным, появилось слизистое отделяемое из носа. С третьего дня болезни присоединился сухой кашель, появилась и быстро выросла одышка. Ребенок стал беспокойным, была однократная рвота.

В анамнезе — острая респираторно-вирусная инфекция в легкой форме 3 недели назад. При осмотре: состояние ребенка тяжелое. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, ушных раковин, кончиков пальцев. Дыхание шумное, поверхностное, с затрудненным выдохом и участием в акте дыхания вспомогательных мышц (крылья носа, плечевой пояс), втяжением межреберных промежутков, чд до 80 в 1 мин. Грудная клетка вздута, над легкими — коробочный оттенок перкуторного звука. При аускультации дыхание жесткое, выдох резко удлинен, на вдохе и выдохе по всем полям выслушивается масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов. Тоны сердца звучные, частота сердечных сокращений 172 в 1 мин. Другие органы и системы при физикальном обследовании — без особенностей.

Анализ крови: НВ 138 г/л, Эр 4,3x10¹²; Л13,4x10⁹ /л; СОЭ 25мм/час; Э1%, П3%, С57%, Л33%, М6%.

Рентгенограмма грудной клетки – Отмечается резкое вздутие легочной ткани, диффузно умеренно усилен легочный рисунок. Срединная тень расположена обычно.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 26.

Пациент Евгений, 10 лет поступил в отделение детской пульмонологии с жалобами на кашель с трудно отделяемой слизистогнойной мокротой.

Заболел 6 дней назад, когда поднялась температура до 38,5оС, общее состояние страдало не значительно, на следующий день появился сухой упорный кашель, лечились амбулаторно - жаропонижающие, грудной сбор. На 5-й день от начала заболевания кашель стал малопродуктивным. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ до 3-4 раз в год. Два месяца назад перенес острый бронхит, лечился амбулаторно – флемоксин, муколитики, травы. Аллергический анамнез не отягощен.

При осмотре: Состояние ребенка средней степени тяжести, самочувствие не страдает – сон и аппетит не нарушены. Кожные покровы бледные. Подкожно-жировой слой развит умеренно, равномерно. В зеве разлитая гиперемия. Грудная клетка уплощена. При аускультации – на фоне ослабленного дыхания выслушиваются мелкопузырчатые асимметричные хрипы, чд – 20 в минуту. Другие органы и системы при физикальном обследовании — без особенностей.

Анализ крови: НВ 136 г/л, Эр 4,3x10¹²; Л12,4x10⁹ /л; СОЭ 18мм/час; Э1%, П 1%, С 57%, Л 35%, М6%.

Рентгенограмма грудной клетки – Диффузно усилен легочный рисунок за счет интерстициального и сосудистого компонентов, корни легких расширены, усиление мелких элементов. Купола диафрагмы четкие. Срединная тень расположена обычно.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 27.

Ребенок 6 мес. болен третий день: отмечается затруднение носового дыхания, необильные слизистые выделения из носа, редкий сухой кашель, температура тела 37,5оС. С третьего дня болезни состояние ухудшилось: кашель приобрел характер спастического обертона, появилась и быстро выросла одышка до 80 в 1 мин. Ребенок стал беспокойным, была однократная рвота. Температура тела 37,3 С. Со слов мамы: такое состояние у ребенка впервые. В анамнезе — острая респираторно-вирусная инфекция в легкой форме 3 недели назад.

При осмотре состояние ребенка тяжелое. Кожные покровы, слизистые оболочки губ и полости рта синюшные. Дыхание шумное, «пыхтающее», поверхностное, с затрудненным выдохом и участием в акте дыхания вспомогательных мышц (крылья носа, плечевой пояс), втяжением межреберных промежутков. Грудная клетка вздута, над легкими — коробочный оттенок перкуторного звука, границы сердечной тупости уменьшены, верхние границы печени и селезенки смещены вниз на одно межреберье. При аускультации дыхание жесткое, выдох резко удлинен, на вдохе и выдохе по всем полям выслушивается масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов. Тоны сердца звучные, частота сердечных сокращений 172 в 1 мин, акцент I тона над легочной артерией. Границы сердца соответствуют возрасту. Другие органы и системы при физикальном обследовании — без особенностей.

Рентгенограмма грудной клетки – Диффузно усилен легочный рисунок за счет бронхососудистого компонента, мелкие ателектазы.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 28.

На приеме у участкового педиатра девочка, 8 лет с жалобами на сухой приступообразный кашель, усиливающийся в ночное время, затрудненное дыхание, температура тела 37,5оС, общая слабость, нарушение сна. Заболела остро 3 дня назад, когда после переохлаждения поднялась температура тела до 38,5С, появились симптомы ринита. Затем на следующий день присоединился сухой кашель. Лечилась дома: жаропонижающие, муколитики – состояние не улучшилось. Девочка из группы часто болеющих: ОРЗ до 6-7 раз в год. Острые бронхиты с 4 до 6 лет – 1-2 раза в год. Обструктивные бронхиты с 6 лет 2-3 раза в год. Последний эпизод обструкции дыхательных путей 2 месяца назад, лечилась амбулаторно. Аллергических проявлений не было. У девочки двоюродная тетя страдает бронхиальной астмой. В семье курящие родители.

При осмотре: Состояние девочки средней степени тяжести. Кашель сухой приступообразный. Кожные покровы бледные. Лимфоузлы заднешейные до 0,5 см., безболезненные, не спаяны с тканями. Из носа слизистые выделения, в зеве разлитая гиперемия, наложений нет. Над легкими — коробочный оттенок перкуторного звука. При аускультации дыхание жесткое, выдох удлинен, на вдохе с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы, чд 20 в минуту. Тоны сердца звучные, частота сердечных сокращений 80 в минуту. Границы сердца соответствуют возрасту. Другие органы и системы при физикальном обследовании — без особенностей.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 29.

Мальчик, 5 лет, поступил в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 39,20 С, одышку, боль в животе, отказ от еды, вялость, недомогание. Из анамнеза известно, что ребенок болен 8 дней, когда повысилась температура до 39,5 С., появилась заложенность носа, першение в горле. В течение 3-х дней, нарастала вялость, тошнота, отказывался от еды и питья, беспокоил кашель, температура сохранялась 38,7-39 град. После назначения через 2 суток амоксициллина состояние значительно улучшилось, появился аппетит, Т-37,2-36,9 град. Через 3 дня вновь повысилась 38,8 град., появились боли в животе, ЧД-32, гиперестезия кожи по подмышечной линии справа. Перкуторно: притупление легочного звука сзади от угла лопатки и ниже, спереди с 3 по 6 ребро. Аускультативно: выслушивалось ослабление дыхания справа.

Клин. анализ крови: Нб-96г/л, эр. 2,8 x 1012 /л, лейкоц. 4,3x109/л, СОЭ-64

мм/ч, эоз.-1%, пал.-1%, сегм.-53%, лимф.39%, мон.-6%, тромб.-196%. Сигаловые кислоты-380ед., серомукоид-1,2.

Рентгенография легких: отмечается тотальное гомогенное затемнение нижней доли слева с четкой верхней границей. Средостение расположено обычно. Справа отмечается повышение пневматизации легочной ткани и усиление легочного рисунка.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 30.

Мальчик П., 10 лет, заболел остро. Отмечалось умеренное недомогание, головная боль, обильные слизистые выделения из носа, сухой навязчивый кашель. Первые 2 дня от начала заболевания больной высоко лихорадил, но температура снижалась после приема парацетамола. Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Раннее развитие без осложнений. Привит по возрасту. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, эпидемический паротит. Наблюдается окулистом по поводу миопии средней степени.

При осмотре на вторые сутки от начала болезни: мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, видимые слизистые чистые, в зеве - выраженные катаральные изменения, ринорея. Сохраняется сухой кашель. Пальпируются подчелюстные, заднешейные и переднешейные лимфоузлы, мелкие, эластичные, безболезненные. При аускультации выслушивается жесткое дыхание, рассеянные симметричные непостоянные сухие и разнокалиберные (преимущественно среднепузырчатые) влажные хрипы. После откашливания хрипы практически исчезают, сохраняются в нижней доле справа. Частота дыхания 26 в минуту. Перкуторно: звук с коробочным оттенком, притупление над нижней долей справа. Тоны сердца звучные, ритмичные, умеренная тахикардия. Живот мягкий,

безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание в норме.

Общий анализ крови: Нб - 115 г/л, Эр - 3,2x1012/л, Лейк - 8,4 x109/л, п/я - 2%, с - 21%, э - 7%, л - 63%, м - 6%, б - 1%, СОЭ - 14 мм/час.

Рентгенография органов грудной клетки: отмечается умеренное усиление пневматизации, больше в верхней доле справа, в нижней доле справа определяется неомогенное затемнение. Тень средостения расположена срединно. Купола диафрагмы четкие.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 31.

Мальчик 8 лет, заболел после переохлаждения остро, отмечался подъем температуры до 39,0°С, появился сухой болезненный кашель, головная боль. Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденности - синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребенок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание хрипящее. ЧД 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстает в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧД 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Нб - 115 г/л, Лейк - 18,6x109/л, п/я - 10%, с - 57%, э - 1%, л - 23%, м - 9%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого легкого.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 32.

Большой К., 4 лет 8 месяцев, осмотрен врачом неотложной помощи по поводу гипертермии и болей в животе. Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°С. Мама отметила резкое ухудшение общего состояния ребенка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала неотложную помощь. При осмотре врач неотложной помощи обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щек (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого легкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Хрипы не выслушивались. Соотношение пульса к ЧД 2:1.

Общий анализ крови: Нб - 134 г/л, Эр - 4,8x1012/л, Лейк - 16,2x109/л,

юные нейтрофилы - 2%, п/я - 8%, с - 64%, л - 24%, м - 2%, СОЭ 22 мм/час. **Рентгенография грудной клетки:** выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 33.

Мальчик А., 10 месяцев, осмотрен педиатром по поводу повышения температуры и кашля.

Из анамнеза известно, что он болен в течение 7 дней. Неделю назад мама стала отмечать у ребенка вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно появились заложенность носа, обильное отделяемое из носа слизистого характера, редкий кашель. Температура повысилась до 37,5°С. Мама ребенка обратилась в поликлинику и пригласила участкового врача, который диагностировал у ребенка острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено симптоматическое лечение. На фоне проводимых лечебных мероприятий состояние мальчика улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания у ребенка вновь повысилась температура до 38,6°С. Мальчик стал более вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился кашель. Мама повторно вызвала врача.

При осмотре участковый врач обнаружил бледность кожных покровов, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, тахикардию до 140 ударов в минуту. Соотношение пульса к числу дыханий составило 3:1. Над легкими выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы в межлопаточной области справа, дыхание жесткое. Ребенок госпитализирован.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 34.

Больная Т., 7 лет. Жалобы на приступообразный, непродуктивный кашель, мокрота вязкая, зеленого цвета.

Из анамнеза известно: От 2 беременности. Ребенок от 1 беременности умер от кишечной непроходимости в периоде новорожденности. С 2 месячного возраста одышка, кашель с мокротой. До 5 лет - часто ОРВИ, бронхиты, в 6 лет выявлен хронический бронхит, деформирующий слева, ДН 0. Задержка физического развития. Проведена бронхография слева - деформация нижнедолевых бронхов, бронхоэктазов не выявлено. В течение последнего года - 2 раза ОРВИ, кашель с мокротой слизистого характера, временами принимает АЦЦ.

При объективном осмотре: состояние девочки средней тяжести, живот увеличен в объеме, конечности истощены. Отмечается втяжение податливых мест грудной клетки, отмечаются «барабанные палочки», «часовые стекла». Грудная клетка деформирована, перкуторно звук коробочный. При аускультации дыхание ослаблено, выслушиваются влажные хрипы разного калибра, единичные свистящие хрипы, чд 34 в мин. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, чсс 98 в мин. Печень плотная, +3,5 см из-подреберной дуги. Селезенка +2 см.

Проведено обследование: Потовый тест - хлориды пота - (норма до 60 ммоль/мл) - 86 ммоль/мл. Копрограмма - жир нейтральный +++ .

ФГС - язва желудка, диффузный антральный гастрит.

1. О каких заболеваниях можно подумать в данном случае.

2. Какие диагностические методы необходимо провести для уточнения диагноза.

3. Составьте план лечения.

4. План диспансерного наблюдения за данным больным.

5. Прогноз заболевания

Мальчик 10 лет, поступил в отделение детской пульмонологии с жалобами на мучительный приступообразный кашель, усиливающийся в ночные и утренние часы.

Болен в течение 1,5 месяцев когда, после работы с журналами и книгами появился лающий кашель и осиплость голоса. Лечился амбулаторно: бромгексин, АЦЦ.

Положительной динамики от проведенной терапии не отмечалось.

Наблюдается у аллерголога по поводу atopического дерматита. С 8 лет эпизоды обструктивного бронхита 2-3 раза в год. Мама страдает поллинозом (аллергический риноконъюнктивит).

Объективный осмотр: Состояние ребенка средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, дыхание носом затруднено. При физикальном обследовании: в легких выслушивается жесткое дыхание, на форсированном выдохе выслушиваются сухие свистящие хрипы с обеих сторон, выдох удлинен, ЧДД 24 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС 88 в минуту. Живот пальпации доступен, мягкий. Стул регулярный оформленный. Мочится свободно.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 35.

Мальчик 4 лет, родители обратились к врачу с жалобами на длительный приступообразный кашель, эпизоды затрудненного дыхания. **Анамнез заболевания:** Заболел неделю назад, после смены места жительства (из благоустроенной квартиры переехал в частный дом с печным отоплением). Лечился самостоятельно микстурой от кашля, облегчения не приносило. Был приглашен участковый врач. С раннего возраста отмечались проявления atopического дерматита на белки коровьего молока. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем и бронхитами. Семейный анамнез: у матери ребенка – пищевая и лекарственная аллергия. Отец практически здоров, много курит.

При **объективном осмотре:** состояние ребенка средней степени тяжести. Отмечаются пупочно-папулезные высыпания в области шеи, локтевых сгибов и в подколенных ямках. Носовое дыхание резко затруднено, кашель непродуктивный. Над легкими перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлиненного выдоха – рассеянные сухие хрипы, среднепузырчатые влажные на вдохе. ЧД – 32 в мин. Тоны сердца ритмичные, шумов нет ЧСС 110 уд/мин. Живот при пальпации мягкий безболезненный.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 36.

Ребенку 12 лет, в течение последних 4 лет страдает бронхиальной астмой, без базисной терапии, приступы были редкие, легкие. В последнее время дневные приступы возникают 1-2 раза в неделю при физических нагрузках, ночные приступы 3-4 раза в месяц, купируются 1-2 дозами салбутамола. При аускультации в легких масса сухих, свистящих хрипов, ЧДД 28 в минуту. Тест по контролю над астмой 12 баллов.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 37.

Девочка 10 лет после выезда в лес обратилась к врачу с жалобами на заложенность носа, приступообразный сухой кашель, приступы удушья.

В анамнезе до года atopический дерматит, в 3 года крапивница. У мамы бронхиальная астма, папа страдает рецидивирующей крапивницей. Девочка в течение последних 3 лет с апреля по июнь отмечает обильное

слизистое отделяемое из носа и приступообразный кашель, приступы удушья. **Анализ крови:** НВ 110 г/л Эр 4,3x10¹²; Лейк 6,6x10⁹; СОЭ 6 мм/час; Э15 П2 С35 Л50 М8 **Цитологический анализ** со слизистой носа: эпителий.кл. – 2-4 в п/зр, эоз – 10 в п/зр, с/яд – 5-7 в п/зр.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 38.

Девочка 11 лет, поступила в аллергологическое отделение с жалобами на приступы удушья, кашель, свистящие хрипы, чувство сдавления в груди.

Анамнез заболевания: Заболела остро, после вдыхания паров в школе лакокрасочных изделий. Появился кашель, лекарственные средства не принимали, затем состояние ухудшилось, на «скорой помощи» была доставлена в больницу.

В течение 5 лет состоит на диспансерном учете по поводу бронхиальной астмы. Получала базисную терапию – Серетид, закончила прием препарата около 3-х месяцев назад. В период приема Серетиды отмечались одышки по вечерам 1-2 раза в неделю, которые проходили самостоятельно или после однократной ингаляции салбутамола (со слов мамы). Приступы участились через 1,5 месяца после окончания приема базисного препарата. Приступы удушья 4-5 раз в неделю, включая ночные.

Для купирования приступов применяла салбутамола, эуфиллин. К врачу не обращалась.

Объективный осмотр: Общее состояние ребенка нарушено значительно, одновременно отмечается беспокойство и чувство страха, речь затруднена. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, ушных раковин, кончиков пальцев. ЧДД 40 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Результаты физикального обследования: в легких выслушиваются сухие хрипы, как на выдохе, так и на вдохе, время выдоха в два раза превышает время вдоха. Тоны сердца приглушены тахикардия, ЧСС более 120, АД 130/90 мм.рт.ст.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 39.

Мальчик 2 лет. В течение 6 месяцев у ребенка разжиженный, учащенный, со слизью стул до 5-6 раз в день, в последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, редко-густки, за последние 3 недели примесь крови в кале постоянная. Беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагом и пробиотиками без стойкого эффекта. Ребенок доношенный, на естественном вскармливании до 6 месяцев. С 1 года atopический дерматит, пищевая аллергия на морковь, цитрусовые, белок коровьего молока. Мать 27 лет, здорова. Отец 32 года, здоров. Бабушка (по матери) – гастрит, колит, лактазная недостаточность. Осмотр: рост 85 см, масса 11,5 кг. Бледность кожных покровов и слизистых, на коже лица и голени участки гиперемии, расчесов, корочек. ЧСС 116 в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в т. Боткина, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной кишки, петли сигмы слепой кишки спазмированы. Печень +1,5; +2; в/3, плотновата, симптомы Мерфи, Кера – (+). Общий анализ крови: Нв - 96 г/л; Ц.п. - 0,8; Эр – 3,7x10¹²/л; ретикулоциты - 18%; Лейк – 12,0x10⁹/л, п/я - 7%, с/я - 43%, э - 5%; л - 36%, м - 9%, СОЭ – 18 мм/час; тромб. – 330x10⁹/л. Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная; рН - 5,5; плотность - 1018; белок - нет, сахар - нет; Л - 2-3 в п/з, Эр - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумины - 53%, глобулины: альфа1 - 6%, альфа2 - 14%, бета - 13%, гамма - 14%, АлАТ - 40 Ед/л, АсАТ - 36 Ед/л, ЩФ - 162 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 45 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 13 мкмоль/л, из них связ. - 0 мкмоль/л, железо - 7 мкмоль/л, ОЖСС - 79 мкмоль/л (норма 36-72), СРВ (++) . Кoproграмма: кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жир - нет, жирные кислоты - немного, крахмал внеклеточный - довольно много. Резко положительная реакция Грегерсона. Л - 12-15-30 в п/з, Эр - 30-40-50 в п/з, слизь - много. Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и на 30 см подвздошная кишки. Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая, гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, кровоизлияниями, линейными язвками до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной кишок, выражена контактная кровоточивость. Слизистая сигмы и прямой кишки гиперемирована, контактная кровоточивость. Лестничная биопсия. Гистология фрагментов слизистой ободочной кишки: интенсивная лимфорециркуляторная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя с лейкоцитами, уменьшение в эпителии крипт бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 40.

Мальчик 4 года. Из анамнеза: ребенок доношенный, масса при рождении 4000 гр, рост 53 см, до 1 года на грудном вскармливании. С рождения мама отмечала у ребенка жидкий стул до 5-6 раз в сутки. В 4 месяца в стуле обнаружена прожилка крови. По результатам копрологии – патологических изменений не выявлено. До 1 года прибавки в массе по возрасту. С 9 месяцев прибавки массы остановились. В 1 год 8 месяцев обильное носовое кровотечение. Наблюдался у ЛОР врача. В 2 года 4 месяца в анализе крови выявлены признаки анемии тяжелой степени. Рекомендован препарат железа. Эффекта от лечения не было. Ребенка направили на обследование в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом: синдром мальабсорбции и мальдигестии. Семейный анамнез: мать и отец здоровы. Осмотр: рост 151 см, масса 30 кг. Бледность и сухость кожных покровов и слизистых. ЧСС 116 в минуту, сердечные тоны звучные, мягкий систолический шум в V т. Боткина, не связанный с тоном, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации нисходящей и ободочной кишки, петли сигмовидной кишки спазмированы. Печень +1,5; +2; 1/3, плотновата, симптомы Мерфи, Кера - положительны. В течение 6 месяцев у ребенка разжиженный учащенный со слизью до 5-6 раз в день стул, в последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, редко густки крови, за последние 3 недели примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагом и пробиотиками без стойкого эффекта. Общий анализ крови – гемоглобин 96 г/л; ц.п. 0,8; эритроциты 3,7*10¹²/л; ретикулоциты 18%; лейкоциты 12,0*10⁹/л, лейкоцитарные 7%, сегментоядерные 43%, эозинофилы 5%; лимфоциты 36%, моноциты 9%, СОЭ - 28 мм/час; тромбоциты 330*10⁹/л. Биохимический анализ крови - общий белок 58 г/л, альбумины 43% (24,9 г/л), глобулины: альфа-16%, альфа-214%, бета 13%, гамма 24%, АлАТ 40 Ед/л, АсАТ 36 Ед/л, щелочная фосфатаза 602 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 45 Ед/л (норма 10-120), общий билирубин - 13 мкмоль/л, железо - 5,7 мкмоль/л, ОЖСС 89 мкмоль/л (норма 36-72), СРВ 12 г/л (норма 0-4). Кoproграмма - кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жир - нет, жирные кислоты - немного, крахмал внеклеточный - много. Резко положительная реакция Грегерсона, лейкоциты 12-15-30 в п/з, эритроциты 30-40-50 в п/з, слизь в большом количестве. Колонофиброскопия - осмотрены ободочная и на 30 см подвздошная кишки. Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая, слизистая ободочной кишки резко гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, множественные эрозии 0,2-0,4 мм, единичные язвы до 0,6 см на стенках нисходящей и сигмовидной кишки. Выражена контактная кровоточивость. В сигмовидной кишке жидкая кровь. Слизистая прямой кишки гиперемирована, выражена контактная кровоточивость. Взята биопсия. Гистология фрагментов слизистой ободочной кишки: интенсивная лимфоцитарная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя, уменьшение в эпителии крипт бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 41.

Ребенок 9 лет поступил в стационар с жалобами на боли приступообразного характера, локализующиеся в эпигастральной области с иррадиацией в левое подреберье, левую руку, ногу. Боли усиливаются после приема свежих фруктов, фруктовых соков, молочных продуктов. Ребенка беспокоит тошнота, иногда рвота, вздутие живота. Из анамнеза известно, что полгода назад у ребенка была тупая травма живота (на физкультуре стукнули в живот). Была рвота, боли в животе. Лечился амбулаторно, после чего появились боли в животе, интенсивность которых постепенно нарастала. Диету не соблюдал. Не обследовался. При осмотре общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые. Хорошего питания. Зев чист. Язык обложен налетом. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, брадикардия (ЧСС 68 в 1 мин.), систолический шум на верхушке. АД 95/60 мм рт. ст. Живот немного увеличен в размерах, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, точке Мейо-Робсона, Кача. Печень и селезенка не увеличены, стул 2 раза в день, кашицеобразный с жирным блеском.

Проблемно-ситуационная задача 42.

Ольга 6 лет. Родители ребенка обратились на прием к участковому врачу с жалобами на боль в животе, возникающую в области пупка вскоре после приема пищи, которая продолжается 30–40 минут и затем самопроизвольно исчезает, сниженный аппетит. Из анамнеза: девочка болеет около полугода, когда впервые стали беспокоить боль в животе, тошнота, изредка рвота при приеме жирной пищи. Девочка учится в подготовительном классе и отличается усидчивостью. Кроме того, посещает школу балетного искусства с 4 лет. Наследственный анамнез не отягощен. При осмотре: ребенок астенического телосложения, кожа бледная, субиктеричность кожи носогубного треугольника, полость рта чистая, язык чистый. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, локальная болезненность при глубокой пальпации в правом подреберье и околопупковой области. Пузырные симптомы Кера, Мэрфи, Ортнера положительные. Печень выступает из подреберного края на 3 см, плотно-эластичной консистенции, слегка болезненна. Стул 1–2 раза в сутки. Мочится безболезненно. *Общий анализ крови:* Нб - 130 г/л, Ц.п. - 0,93, Эр - 4,6x10¹²/л; лейкоциты - 7,0x10⁹/л, п/я - 2%, с/я - 56%, э - 12%, л - 25%, м - 5%, СОЭ - 7 мм/час. *Биохимический анализ крови:* общий белок - 79 г/л, АЛТ - 30 Ед/л, АсАТ - 40 Ед/л, ЩФ - 150 Ед/л, амилаза - 78 Ед/л, билирубин - 17 мкмоль/л. *Копрограмма:* цвет - коричневый, оформленный, рН - 7,3; мышечные волокна - ++; крахмал внутриклеточный - ++; нейтральный жир - +++; растительная клетчатка - умеренное количество; слизь - +, лейкоциты - 1–2 в п/з, обнаружены цисты лямблий. *Фекальная эластаза* – 280 мкг/г кала. *УЗИ органов брюшной полости:* печень - контуры ровные, паренхима гомогенная.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 43.

Алена 6 лет, поступила на обследование с жалобами на боли в животе в течение 7 мес., с нечеткой локализацией (эпигастрий, вокруг пупка), через 20 – 30 минут после еды, отрыжку воздухом, снижение аппетита, беспокойный сон, эмоциональную лабильность, конфликтность. Стул 1 раз в день, оформлен, без патологических примесей, обычного цвета. Питание не регулярное, «перекусами», часто употребляет консервированные продукты, сухие концентраты соков. Из анамнеза: с 2 месяцев искусственное вскармливание, с 6 мес. до 2 лет – перенесла 3 кишечные инфекции (шигеллез, ротавирусная, неуточненная), у отца – ЯБ ДПК. При обследовании: нечетливая болезненность вокруг пупка, в эпигастральной зоне. Лабораторные данные: анализы кала на яйца глистов и лямблий - отрицательные, ФГДС – без патологии, рН-метрия желудка – без патологических изменений, УЗИ органов брюшной полости - без патологии.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 44.

Аня П., 6 лет, на приеме у гастроэнтеролога жалуется на эпизодические боли в околопупочной области ноющего характера длительностью 20–30 минут, не зависящие от приема и характера съеденной пищи, купирующиеся самостоятельно. Среди диспепсических жалоб периодически отмечаются отрыжка воздухом, ощущение тяжести в животе, чувство быстрого насыщения. Стул 1 раз в 3–4 дня, чаще «овечий»; в течение последних 2 месяцев – после очистительной клизмы. Умеренно выражен астенический синдром, аппетит понижен. Жалобы отмечаются в течение 1,5 лет. Дважды обращалась к участковому педиатру, поставлен диагноз: дискинезия желчевыводящих путей. Проведенный курс желчонной терапии не дал существенного улучшения. В течение последних 2 месяцев дважды принимала лактулозу, однако прекращала прием через 2–3 дня вследствие выраженного вздутия живота. Наследственность по патологии ЖКТ отягощена: мать (35 лет) – хронический холецистит, у бабушки по линии матери – желчнокаменная болезнь (оперирована в возрасте 44 лет). Ранний анамнез без особенностей. Аллергологический анамнез не отягощен. Осмотр: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые. Язык обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=70 уд/мин; АД=100/65 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. При глубокой пальпации определяется болезненность в правом подреберье. Пузырные симптомы (Ортнера, Кери, Мерфи) – положительные. Печень выступает на 1 см из подреберной дуги, селезенка не увеличена, сигма умеренно спазмирована. Стул 1 раз в 3–4 дня, чаще «овечий», с длительным натуживанием. Периодически возникает болезненность при дефекации. За последние 2 недели трижды отмечалась примесь алой крови в стуле. При осмотре анальной области определяется эпителизирующаяся трещина наружного анального сфинктера. Пальцевое исследование безболезненно, патологических признаков не выявлено.

Общий анализ крови: Нб - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, Эр - 4,2x10¹²/л; Лейк - 7,2x10⁹/л; п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 4,6 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 390 ед/л (норма до 360 ед/л), билирубин (общий) – 20 мкмоль/л, АЛТ – 19,8 ед, АСТ – 14,6 ед. (норма до 40 ед). Копрограмма – мышечные волокна без исчерченности (++) , жирные кислоты (++) , крахмал внеклеточный (++) . Соскоб на энтеробиоз – отрицательно. УЗИ органов брюшной полости – деформация желчного пузыря (перегиб в области тела, частично устраняющийся в положении стоя), гиперэхогенные включения по стенкам желчного пузыря, скопление мутной желчи в области дна, увеличение косого вертикального размера печени. Ректороманоскопия – при наружном осмотре обнаружена эпителизирующаяся трещина в области наружного анального сфинктера (на 3 ч по циферблату). При пальцевом исследовании изменений нет. Тубус введен на 18 см. Просвет кишки не изменен. Слизистая оболочка прямой и дистального отдела сигмовидной кишки не изменена.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 45.

Девочка Аля, 10 лет, поступила в отделение с жалобами на боли в животе, в области поясницы справа, повышение температуры тела до 38,50С в течение 3-х дней, слабость, утомляемость, сниженный аппетит, частые мочеиспускания, головную боль. При объективном обследовании: бледность кожных покровов, их сухость, пастозность лица, болезненность правых мочеточниковых точек, а также реберно-позвоночной точки справа. В анализе мочи: белок 127 г/л, лейкоциты сплошь покрывают все поля зрения, единичные эритроциты, бактерии +++, соли оксалаты в большом количестве.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 46.

Мальчик, 8 лет, обратился в поликлинику с жалобами на боли в животе, недомогание, снижение аппетита, редкие мочеиспускания, небольшую отечность лица, изменение цвета мочи (мутная). Со слов мамы мальчик победил за последний месяц, появилось ночное недержание мочи. В последнюю неделю отмечается повышение температуры тела до 38 гр. При объективном обследовании отмечается одутловатость лица, бледность кожных покровов, пониженное питание, приглушенность сердечных тонов, АД снижено 75/40 мм рт ст, болезненность верхних и нижних мочеточниковых точек. Положительный симптом Пастернацкого, больше слева. При обследовании: в анализе крови Нб 100 г/л, лейкоциты 11 тыс/мкл, сдвиг формулы влево. СОЭ 19 мм/час. В анализах мочи белка нет, лейкоциты в большом количестве, клетки почечного эпителия единичные в препарате. Бак. посев мочи: микробное число 3 млн микробных тел в 1 мл мочи, посев дал рост кишечной палочки.

На УЗИ органов мочевой системы выявлено расширение ЧЛС слева: лоханка до 30 мм, все группы чашечек до 10 мм.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 47.

Девочка 2 лет, заболела остро, температура тела 38,2 гр в течение 3-х дней, стала беспокойной, много плачет, стала часто мочиться, моча мутная. При осмотре: бледная, вялая, жалуется на боли в животе около пупка, там же отмечается болезненность при пальпации, больше справа. Реагирует при поколачивании по XII ребру. В анализе крови Нб 110 г/л, эрит. 3,8 млн/мкл, тромб 260 тыс/мкл, лейкоц. 8,7 тыс/мкл, п/я с 63 э2 м2 б3 л 23 СОЭ 30 мм/час. В анализе мочи белка нет, лейкоциты до 10 в п/зр., по Нечипоренко 300000/мл. Посев мочи дал рост *E.coli*, микробное число 100 000 микробных тел в 1 мл мочи.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 48.

Девочка 6 лет, поступила в нефрологическое отделение в связи с тем, что при обследовании для подготовки в школу был выполнен анализ мочи, в котором выявлена лейкоцитурия до 8–10 в п/зр, бактерии +++. Удалось выяснить, что у ребенка наблюдается учащенное мочеиспускание в течение дня до 20 раз, периодические императивное недержание мочи, изредка ночной энурез. При анализе амбулаторной карты выяснилось, что при плановой сдаче анализов мочи всегда присутствует лейкоцитурия.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 49.

Ребенок 3-хлет, находится в отделении в течение 2-х недель по поводу домашней пневмонии, получал лечение амоксициллином. На протяжении всего времени в анализе мочи постоянно сохраняется лейкоцитурия (до 20 в п/зр), выявлена бактериурия 100 000 микробных тел в 1 мл мочи (*Klebsiella pneumoniae*), при выполнении УЗИ почек слева выявлена лоханка до 6 мм.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 50.

К участковому врачу обратилась девушка, 16 лет. Жалобы на резко болезненное, частое мочеиспускание (позывы каждые полчаса), тянущие боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,50. Заболела остро, накануне было переохлаждение. ОРЗ переносит до 4-х раз в год, за последний год отмечала периоды учащенного мочеиспускания и тянущих болей над лоном. Эти явления связывала с началом интимных отношений, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре физическое развитие среднее, кожа чистая. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Над легкими дыхание везикулярное. ЧСС 65 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации над лоном. Симптом XII ребра положительный справа. Моча, принесенная для анализа, мутная, с хлопьями.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 51.

Мать с мальчиком 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость, частые головные боли в затылочной области у ребёнка.

Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье употребляют много сладкого, жирного, выпеченных изделий.

Ребёнок от второй беременности, вторых родов в срок, без патологий. Масса тела при рождении – 4200 г, длина – 52 см.

Осмотр: рост – 142 см, масса тела – 92 кг, ИМТ – 46 кг/м², объём талии – 96 см. Кожные покровы обычной окраски, в области живота, ягодиц, бёдер – ярко-розовые стрии, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением жира на животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС – 95 ударов в минуту, частота дыхания – 19 в 1 минуту. АД – 160/80 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – 3,9×10¹²/л, лейкоциты – 5,5×10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 37%, моноциты – 5%, СОЭ – 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, прозрачная, относительная плотность – 1015, реакция кислая, белок – нет, сахар – нет, ацетон не определяется.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, триглицериды – 2,5 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,9 ммоль/л, глюкоза при проведении СТТГ через 2 часа – 8,9 ммоль/л.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 52.

Пациентка 17,5 лет госпитализирована в стационар с жалобами на избыточный вес, периодическую жажду, сухость во рту.

Ожирение диагностировано в возрасте 6 лет. Врачебные рекомендации относительно диеты и режима физических нагрузок не соблюдала, злоупотребляет мучными изделиями, физическая активность недостаточна. С 9 лет – артериальная гипертензия, назначены ингибиторы АПФ.

Наследственность отягощена по ожирению и сахарному диабету 2 типа по линии матери.

От третьей беременности, протекавшей с осложнениями: при сроке гестации 30 недель диагностирован гестационный диабет, до наступления беременности – ожирение и артериальная гипертензия. Роды вторые при сроке гестации 38 недель, вес при рождении – 3800 г, длина – 52 см. Находилась на искусственном вскармливании, в развитии от сверстников не отставала. Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, острый тонзиллит.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Вес – 105 кг, рост – 169 см. Пропорционального телосложения, избыточного питания с равномерным отложением подкожно-жировой клетчатки. Стрии багрового цвета в области тазового пояса. Зев не гиперемирован. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Перкуторный звук над лёгкими лёгочный. Дыхание везикулярное. Перкуторные границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа не увеличена. Стадия полового развития по Таннер: B5P5. Менструации с 12 лет, регулярные.

Гликемический профиль: 7:00 – 11,4 ммоль/л; 11:00 – 13,4 ммоль/л; 13:00 – 10,4 ммоль/л; 15:00 – 15,0 ммоль/л; 18:00 – 10,4 ммоль/л; 20:00 – 14,4 ммоль/л; 23:00 – 11,3 ммоль/л.

HbA1c – 9,3%. C-пептид – 1483 пмоль/л (N=298-2450). Ацетон в моче – 0.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 53.

Юра Ф., 11 лет. Поступил в отделение с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье много употребляют сладкого, жирного, выпеченных изделий. Ребенок от 2-й беременности, 2-е роды в срок, без патологии.

Масса тела при рождении 4000 г, длина 52 см.

Осмотр: рост 142 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожножировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС - 95 уд/мин, дыхание - 19 в 1 минуту. АД 110/70 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень +1 см. Общий анализ крови: Hb - 130 г/л, Эр - 3,9x10¹²/л, Лейк - 5,5x10⁹/л; п/я - 1%, с/я - 52%; э - 4%, л - 37%, м - 6%, СОЭ – 4 мм/час. Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - хорошая; удельный вес 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 5,2 ммоль/л, натрий - 137,0 ммоль/л, калий - 5 ммоль/л, общий белок - 65,0 г/л, холестерин - 7,6 ммоль/л.

ЭКГ: нормальное положение ЭОС, синусовый ритм.

УЗИ желудочно-кишечного тракта: размеры печени - увеличены; паренхима - подчеркнут рисунок внутрпеченочных желчных протоков; стенки желчного пузыря - утолщены, в просвете определяется жидкое содержимое.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Проблемно-ситуационная задача 54.

Мать с мальчиком 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость, частые головные боли в затылочной области у ребёнка.

Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье употребляют много сладкого, жирного, выпеченных изделий.

Ребёнок от второй беременности, вторых родов в срок, без патологий. Масса тела при рождении – 4200 г, длина – 52 см.

Осмотр: рост – 142 см, масса тела – 92 кг, ИМТ – 46 кг/м², объём талии – 96 см. Кожные покровы обычной окраски, в области живота, ягодиц, бёдер – ярко-розовые стрии, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением жира на животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС – 95 ударов в минуту, частота дыхания – 19 в 1 минуту. АД – 160/80 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – 3,9×10¹²/л, лейкоциты – 5,5×10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 37%, моноциты – 5%, СОЭ – 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, прозрачная, относительная плотность – 1015, реакция кислая, белок – нет, сахар – нет, ацетон не определяется.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, триглицериды – 2,5 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,9 ммоль/л, глюкоза при проведении СТТГ через 2 часа – 8,9 ммоль/л.

Предположите диагноз

Обоснуйте основные принципы диетотерапии.

Критерии оценивания

Форма контроля	Критерии оценивания
	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных

устный опрос	вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 100%-91% вопросов тестового контроля
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 90%-81% вопросов тестового контроля
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 80%-71% вопросов тестового контроля
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 70% и менее вопросов тестового контроля

3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта проводится по зачётным билетам

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Профилактической медицины
направление подготовки (специальность) 31.08.34 Диетология
дисциплина Питание детей и подростков

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Потребность детей первого года жизни в пищевых веществах и энергии
2. Особенности диетотерапии при патологии кишечника у детей.

Заведующая кафедрой
профилактической медицины
д.м.н., профессор

Н.П.Сетко

Председатель учебно-методической комиссии
по подготовке кадров высшей квалификации
в ординатуре д.м.н., профессор

Г.Ю. Евстифеева

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации
к.м.н., доцент

И.В. Ткаченко

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер)
1	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	<p>Знать</p> <p>Медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов профилактики у пациентов с выявленными хроническими заболеваниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи Принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов с выявленными алиментарно-зависимыми заболеваниями, хроническими заболеваниями, в развитии которых ведущую роль играет алиментарный фактор</p> <p>Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе по реализации программ здорового питания</p> <p>Формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), здоровых лиц, медицинских работников по вопросам лечебного и здорового питания</p> <p>Основы здорового образа жизни, методы его формирования, основы здорового питания</p> <p>Принципы и особенности профилактики возникновения и прогрессирования алиментарно-зависимых заболеваний, хронических заболеваний, в развитии которых ведущую роль играет алиментарный фактор</p> <p>Оценка эффективности и безопасности включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями</p> <p>Уметь</p> <p>Проводить оздоровительные и санитарно-просветительные мероприятия для населения с учетом возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни</p> <p>Консультировать пациентов и здоровых людей по вопросам навыков здорового образа жизни, здорового питания, профилактики заболеваний</p> <p>Разрабатывать и рекомендовать программы лечебного и профилактического питания</p> <p>Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы здорового питания</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями.</p> <p>Владеть</p> <p>Проведение оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для населения с учетом возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни</p> <p>Контроль за выполнением профилактических мероприятий</p> <p>Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела и в организациях для детей-сирот и детей, оставленных без попечения родителей</p> <p>Оценка эффективности профилактической работы с населением</p>	<p>вопросы № 1-52</p> <p>проблемно-ситуационные задачи № 1-54</p> <p>проблемно-ситуационные задачи № 1-54</p>
2	ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	<p>Знать</p> <p>Нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов и здоровых лиц, правила организации и проведения программ лечебного и здорового питания</p> <p>Порядок диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями и (или) состояниями</p> <p>Уметь</p> <p>Проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями, имеющими факторы риска нарушения питания</p> <p>Проводить оздоровительные мероприятия среди пациентов с выявленными хроническими заболеваниями (питание, сон, режим дня, двигательная активность)</p>	<p>вопросы № 1-52</p> <p>проблемно-ситуационные задачи №1-54</p>

		Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы здорового питания Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями.	
		Владеть Проведение диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями, имеющими факторы риска нарушения питания Назначение профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи	проблемно-ситуационные задачи №1-54
3	ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать Алгоритмы дифференциальной диагностики при постановки диагноза с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Методы диагностики нарушений пищевого статуса пациента Принципы лечения нарушений пищевого статуса и алиментарнозависимых заболеваний методом диетотерапии	вопросы № 1-52
		Уметь проводить оценку фактического питания пациентов проводить исследование и анализ антропометрических показателей и состава тела проводить оценку пищевого поведения уметь пользоваться МКБ	проблемно-ситуационные задачи №1-54
		Владеть клиническими методами обследования пациентов лабораторными методами исследования методами оценки фактического питания больного в домашних условиях методами исследования антропометрических показателей методами определения состава тела с использованием методов биоимпедансметрии и, рентгеновской остеоденситометрии методами оценки пищевого поведения методами оценки показателей основного обмена методами оценки риска развития алиментарнозависимых заболеваний	проблемно-ситуационные задачи №1-54
4	ПК-6 готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи	Принципы составления перечня и количества продуктов, разрешенных для передачи пациентам, находящимся на лечении в медицинской организации Принципы организации лечебного питания пациентов с учетом клинико-статистических групп заболеваний Определение перечня лечебных диет для пациентов с учетом клинико-статистических групп заболеваний	вопросы № 1-52
		Назначать лечебные диеты (стандартные, специальные или персонализированные), в том числе определять необходимость дополнительного применения специализированной пищевой продукции диетического лечебного питания, не входящих в состав стандартных лечебных диет Назначать энтеральное и (или) парентеральное питание Осуществлять контроль за ведением историй болезни на соответствие назначаемых диет и этапности лечебного питания Организовывать лечебное питание пациентов с учетом заболевания и (или) состояния	проблемно-ситуационные задачи №1-54
		Организация лечебного питания пациентов с учетом заболевания и (или) состояния Определение перечня лечебных диет	проблемно-ситуационные задачи №1-54
5	ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Порядок оказания медицинской помощи по профилю "диетология" Порядок организации санаторно-курортного лечения Принципы лечебного питания при проведении реабилитации пациентов Основные принципы лечебного питания при проведении реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных, профессиональных, психологических) Механизм воздействия лечебного питания при проведении реабилитационных мероприятий Методы профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате лечебного питания при проведении мероприятий по медицинской	вопросы № 1-52

	<p>реабилитации Медицинские показания и противопоказания к проведению мероприятий санаторно-курортного лечения Методы оценки эффективности и безопасности включения специализированных продуктов, в том числе сухих белковых композитных смесей и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями</p>	
	<p>Определять медицинские показания для назначения лечебного питания при санаторно-курортном лечении Оценивать эффективность и безопасность лечебного питания при проведении санаторно-курортного лечения Разрабатывать план лечебного питания при проведении реабилитационных мероприятий для пациентов Назначать лечебное питание при проведении санаторно-курортного лечения Организовывать лечебное питание при проведении санаторно-курортного лечения Определять медицинские показания для направления пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации или медицинской реабилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи Оценивать эффективность и безопасность лечебного питания при проведении санаторно-курортного лечения Проводить работу по реализации лечебного питания при реабилитации инвалидов Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями</p>	<p>проблемно-ситуационные задачи №1-54</p>
	<p>Составление плана лечебного питания при проведении санаторно-курортного лечения Проведение лечебного питания при санаторно-курортном лечении Направление пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий при санаторно-курортном лечении Составление и мониторинг выполнения плана мероприятий по санаторно-курортному лечению пациентов в части назначения лечебного питания</p>	<p>проблемно-ситуационные задачи №1-54</p>

11. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Питание людей пожилого и старческого возраста»

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачёт.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной программе ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6 готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи

ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Практическое занятие 1. Рациональное питание лиц пожилого и старческого возраста.

Вопросы для устного опроса:

1. Структура питания взрослого населения РФ.
2. Химический состав и энергетическая ценность рациона питания у людей пожилого и старческого возраста
3. Основные группы пищевых продуктов, применяемые в питании у людей пожилого и старческого возраста продукты.
4. Специализированные пищевые продукты, биологически активные добавки (БАД) и особенности их применения у людей пожилого и старческого возраста.
5. Принципы составления рациона питания людей пожилого и старческого возраста.
6. Особенности технологии приготовления блюд для людей пожилого и старческого возраста
7. Режим питания с учетом особенностей у людей пожилого и старческого возраста.

Практическое занятие 2. Диетотерапия в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях пищевода.
2. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях желудка
3. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях двенадцатиперстной кишки.
4. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях тонкой кишки.
5. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях толстой кишки.
6. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при аноректальных заболеваниях.
7. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях печени.
8. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях желчного пузыря.
9. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях желчевыводящих путей.
10. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях поджелудочной железы.

Практическое занятие 3. Диетотерапия в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при артериальной гипертензии.
2. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при атеросклеротических заболеваниях
3. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при ишемической болезни сердца
4. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при нарушениях мозгового кровообращения
5. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при хронической сердечной недостаточности
6. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при ревматической лихорадке

Практическое занятие 4. Диетотерапия в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях почек.

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при остром гломерулонефрите.
2. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при хроническом гломерулонефрите.
3. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при нефротическом синдроме
4. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при хроническом пиелонефрите
5. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при острой почечной недостаточности
6. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при хронической почечной недостаточности
7. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при мочекаменной болезни

Практическое занятие 5. Диетотерапия в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях кроветворной системы

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при гемобластозах.
2. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при анемии.
3. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при геморрагическом диатезе
4. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при нейтропении
5. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при агранулоцитозе
6. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при порфириях
7. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при гемосаркоме
8. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при лейкомических реакциях

Практическое занятие 6. Диетотерапия в пожилом и старческом возрасте при сахарном диабете.

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности углеводного обмена у людей пожилого и старческого возраста.
2. Инсулиновая недостаточность панкреатическая и внепанкреатическая
3. Особенности диетотерапии при ангиопатиях при сахарном диабете
4. Особенности комы при сахарном диабете: кетоацидотическая, гипогликемическая, гиперосмолярная, лактоцидемическая.
5. Особенности диетотерапии при сахарном диабете и инсулинотерапии
6. Особенности диетотерапии при инсулинорезистентности

Практическое занятие 7. Диетотерапия в пожилом и старческом возрасте при ожирении.

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности диетотерапии при метаболическом синдроме
2. Особенности диетотерапии при избыточной массе тела.
3. Особенности диетотерапии при ожирении 1 степени.
4. Особенности диетотерапии при ожирении 2 степени.
5. Особенности диетотерапии при ожирении 3 степени.

Практическое занятие 8. Диетотерапия в пожилом и старческом возрасте при остеопорозе.

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности диетотерапии при дефиците витамина Д.
2. Особенности диетотерапии при постменопаузальном остеопорозе
3. Особенности диетотерапии при сенильном остеопорозе
4. Особенности диетотерапии при системном остеопорозе при приеме глюкокортикоидов.

Практическое занятие 9. Диетотерапия в пожилом и старческом возрасте при когнитивных нарушениях.

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности диетотерапии при болезни Альцгеймера.
2. Особенности диетотерапии при сосудистых когнитивных расстройствах
3. Особенности диетотерапии при деменции смешанной
4. Особенности диетотерапии при деменции лобно-височной
5. Особенности диетотерапии при деменции с тельцами Леви

Практическое занятие 10. Диетотерапия в пожилом и старческом возрасте при потере мышечной массы.

Вопросы для рассмотрения:

1. Особенности диетотерапии при потере мышечной массы связанной с возрастом.
2. Особенности диетотерапии при потере мышечной массы связанной с образом жизни.
3. Особенности диетотерапии при потере мышечной массы связанной с заболеваниями
4. Особенности диетотерапии при потере мышечной массы связанной с дефицитом питания.

Практическое занятие 11. Роль алиментарного фактора в распространении возрастозависимой патологии.

Вопросы для устного опроса:

1. Алиментарные факторы в развитии атеросклероза.
2. Алиментарные факторы в развитии диабета.
3. Алиментарные факторы в развитии остеопороза.
4. Алиментарные факторы в развитии анемии

Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации

1. Основы профилактической геронтологии и гериатрии.
2. Физиология и гигиена питания у лиц старших возрастных групп.
3. Методы и средства в профилактике преждевременного старения и продления жизни
4. Структура питания взрослого населения РФ.
5. Химический состав и энергетическая ценность рациона питания у людей пожилого и старческого возраста
6. Основные группы пищевых продуктов, применяемые в питании у людей пожилого и старческого возраста продукты.
7. Специализированные пищевые продукты, биологически активные добавки (БАД) и особенности их применения у людей пожилого и старческого возраста.
8. Принципы составления рациона питания людей пожилого и старческого возраста.
9. Особенности технологии приготовления блюд для людей пожилого и старческого возраста
10. Режим питания с учетом особенностей у людей пожилого и старческого возраста.
11. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях пищевода.
12. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях желудка
13. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях двенадцатиперстной кишки.
14. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях тонкой кишки.
15. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях толстой кишки.
16. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при аноректальных заболеваниях.
17. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях печени.
18. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях желчного пузыря.
19. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях желчевыводящих путей.
20. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях поджелудочной железы.
21. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при артериальной гипертензии.
22. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при атеросклеротических заболеваниях
23. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при ишемической болезни сердца
24. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при нарушениях мозгового кровообращения
25. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при хронической сердечной недостаточности
26. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при ревматической лихорадке
27. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при остром гломерулонефрите.
28. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при хроническом гломерулонефрите.
29. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при нефротическом синдроме
30. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при хроническом пиелонефрите
31. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при острой почечной недостаточности
32. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при хронической почечной недостаточности
33. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при мочекаменной болезни
34. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при гемобластозах.
35. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при анемии.
36. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при геморрагическом диатезе
37. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при нейтропении
38. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при агранулоцитозе
39. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при порфириях
40. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при гемосаркоме
41. Особенности диетотерапии в пожилом и старческом возрасте при лейкомических реакциях
42. Особенности углеводного обмена у людей пожилого и старческого возраста.
43. Инсулиновая недостаточность панкреатическая и внепанкреатическая
44. Особенности диетотерапии при ангиопатиях при сахарном диабете
45. Особенности комы при сахарном диабете: кетоацидотическая, гипогликемическая, гиперосмолярная, лактоцидемическая.
46. Особенности диетотерапии при сахарном диабете и инсулинотерапии
47. Особенности диетотерапии при инсулинорезистентности
48. Особенности диетотерапии при метаболическом синдроме
49. Особенности диетотерапии при избыточной массе тела.
50. Особенности диетотерапии при ожирении 1 степени.
51. Особенности диетотерапии при ожирении 2 степени.
52. Особенности диетотерапии при ожирении 3 степени.
53. Особенности диетотерапии при дефиците витамина Д.
54. Особенности диетотерапии при постменопаузальном остеопорозе

55. Особенности диетотерапии при сенильном остеопорозе
56. Особенности диетотерапии при системном остеопорозе при приеме глюкокортикоидов.
57. Особенности диетотерапии при болезни Альцгеймера.
58. Особенности диетотерапии при сосудистых когнитивных расстройствах
59. Особенности диетотерапии при деменции смешанной
60. Особенности диетотерапии при деменции лобно-височной
61. Особенности диетотерапии при деменции с тельцами Леви
62. Особенности диетотерапии при потере мышечной массы связанной с возрастом.
63. Особенности диетотерапии при потере мышечной массы связанной с образом жизни.
64. Особенности диетотерапии при потере мышечной массы связанной с заболеваниями
65. Особенности диетотерапии при потере мышечной массы связанной с дефицитом питания.
66. Алиментарные факторы в развитии атеросклероза.
67. Алиментарные факторы в развитии диабета.
68. Алиментарные факторы в развитии остеопороза.
69. Алиментарные факторы в развитии анемии

Тестовые задания для текущего контроля

1. Геронтология — это:

- А. наука о смерти;
- Б. наука о закономерностях старения;

2. Гериатрия:

- А. наука о заболеваниях, вызванных медицинскими работниками;
- Б. наука о старческих болезнях и их лечении;
- В. наука о лечении травмами;
- Г. наука о психических заболеваниях.

3. Особенности личной гигиены в пожилом возрасте:

- А. не требуется из-за атрофии кожных желез;
- Б. чаще принимать горячие ванны;
- В. периодическая обработка кожных покровов питательными кремами.

4. Старость — это: А. следствие вредных привычек;

- Б. патологический процесс;
- В. закономерный процесс возрастных изменений.

5. При уходе за больным стариком с ограниченной подвижностью необходимо:

- А. чтобы больной не находился в течение целого дня в постели;
- Б. чтобы пол был покрыт цельным ковром;
- В. чтобы тапочки были с задниками;
- Г. все вышеперечисленное.

6. Физическая активность вызывает у пожилых:

- А. омолаживающий эффект;
- Б. уменьшение ЖЕЛ;
- В. тугоподвижность суставов;
- Г. ухудшение самочувствия.

7. Процесс старения сопровождается:

- А. усилением метаболизма;
- Б. улучшением мыслительных способностей;
- В. ослаблением метаболизма;
- Г. повышением работоспособности.

8. Долгожители — это люди:

- А. моложе 100 лет;
- Б. старше 80 лет;
- В. старше 75 лет;
- Г. старше 90 лет.

9. Пожилой возраст:

- А. старше 90 лет;
- Б. 60-74 лет;
- В. 45-60 лет;
- Г. 50-90 лет.

10. Старческий возраст:

- А. 74-90 лет;
- Б. 60-74 лет;
- В. 45-60 лет;
- Г. 60-80 лет.

11. Ведущая потребность в старости:

- А. лечение;
- Б. работа;
- В. отдых;
- Г. общение, передача накопленного опыта.

12. При длительном постельном режиме необходимо проводить:

- А. усиленное питание;
- Б. антибактериальную терапию;
- В. профилактику пролежней и застойных пневмоний;
- Г. интенсивную лечебную физическую культуру (ЛФК).

13. При уходе за тяжелобольным стариком дома необходимо:

- А. проветривать комнату;
- Б. убрать из комнаты всю лишнюю мебель;
- В. кровать поставить у стены;
- Г. все вышеперечисленное.

14. Причиной старения является:

- А. влияние болезней, вредные привычки;
- Б. влияние внешней среды;
- В. генетически заложенная программа;
- Г. все вышеперечисленное.

15. Геронтофобия — это:

- А. страх перед старостью;
- Б. враждебное отношение пожилых людей к окружающим;
- В. страх смерти;
- Г. враждебные чувства по отношению к пожилым людям.

16. Практически все изменения в старости имеют клиническую картину (выберите пропущенное слово):

- А. бессимптомную;
- Б. ярко выраженную;

В. обычную;

Г. стертую.

17. При лечении болезней надо учитывать:

А. динамику артериального давления (АД);

Б. возрастной баланс;

В. возможность изменения микрофлоры кишечника;

Г. все вышеперечисленное.

18. В старости ведущим общепатологическим процессом является:

А. атрофия;

Б. склонность к инфекционным заболеваниям;

В. воспаление;

Г. гипертрофия желез.

19. Реанимация в старческом возрасте показана при:

А. остановке сердца в течение одного часа;

Б. при обмороке;

В. внезапном наступлении клинической смерти;

Г. биологической смерти.

20. Увеличить продолжительность жизни могут:

А. отказ от вредных привычек;

Б. своевременное лечение заболеваний;

В. благоприятные экологические, экономические и социальные условия;

Г. все вышеперечисленное.

21. Наличие двух и более заболеваний у пациента — это:

А. полипрагмазия;

Б. полиморбидность;

В. полиэтиологичность;

Г. атипичность.

22. Одновременное назначение нескольких лекарственных препаратов — это:

А. полипрагмазия;

Б. полиморбидность;

В. полиэтиологичность;

Г. полиморфность.

23. Правила фармакотерапии у пожилых и стариков:

А. назначается уменьшенная доза;

Б. назначается увеличенная доза;

В. лекарства принимаются последовательно;

Г. лекарства принимаются сразу все.

24. Старческие изменения органов дыхания:

А. увеличение общей емкости легких;

Б. увеличение веса легких;

В. уменьшение веса легких;

Г. уменьшение жизненной емкости легких.

25. Возрастные изменения верхних дыхательных путей:

А. атрофия слизистой оболочки;

Б. гипертрофия миндалин;

В. сужение голосовой щели;

Г. утолщение голосовых связок.

26. Грудная клетка в старости:

А. приобретает бочкообразную форму;

Б. теряет подвижность при дыхании;

В. деформируется;

Г. все вышеперечисленное.

27. Рентгенографию следует обязательно провести при проявлении на фоне хронического бронхита:

А. общей слабости;

Б. недомогания;

В. влажного кашля;

Г. кровохарканья.

28. Наиболее частое осложнение острого бронхита у лиц пожилого и старческого возраста:

А. хронический бронхит;

Б. очаговая пневмония;

В. туберкулез;

Г. рак легкого.

29. Предрасполагают к развитию хронического бронхита у пожилых:

А. снижение иммунологической реактивности, переохлаждение;

Б. неполноценное питание;

В. застойная сердечная недостаточность;

Г. гипотиреоз.

30. При обострении хронического бронхита лицам пожилого и старческого возраста рекомендуют:

А. пентамин;

Б. корвалол;

В. фуросемид;

Г. отхаркивающую микстуру.

31. При возникновении пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста редко наблюдается:

А. слабость;

Б. недомогание;

В. кашель;

Г. выраженная лихорадка.

32. К развитию пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста предрасполагает:

А. переутомление;

Б. перегревание;

В. постельный режим;

Г. стрессы.

33. Основная жалоба пациента пожилого возраста при обструктивном бронхите:

А. повышение температуры;

Б. головная боль;

В. одышка;

Г. слабость.

34. Наиболее частая причина кровохарканья у лиц пожилого и старческого возраста:

А. острый бронхит;

Б. бронхоэктатическая болезнь;

В. крупозная пневмония;

Г. рак легкого.

35. Неотложная помощь при легочном кровотечении:

А. аминокaproновая кислота, хлорид кальция;

Б. гепарин, дибазол;

В. ацетилсалициловая кислота, реопирин;

Г. димедрол, пипольфен.

36. Экспираторный характер одышки в пожилом возрасте характерен для:

А. абсцесса легкого;

Б. бронхиальной астмы;

В. крупозной пневмонии;

Г. отека легкого.

37. При приступе бронхиальной астмы в пожилом возрасте противопоказаны:

А. астмопент;

Б. беотек;

В. эуфиллин;

Г. морфин.

38. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы:

А. сальбутамол;

Б. кодеин;

В. либексин;

Г. тусупрекс.

39. Больным позднего возраста с бронхиальной астмой необходима консультация:

А. аллерголога;

Б. инфекциониста;

В. онколога;

Г. хирурга.

40. Основная жалоба пациента пожилого возраста при эмфиземе:

А. боль в грудной клетке;

Б. кашель с выделением мокроты;

В. кровохарканье;

Г. одышка.

41. После острой пневмонии диспансерное наблюдение пожилым пациентам проводится в течение:

А. 6 месяцев;

Б. 10 месяцев;

В. двух лет;

Г. трех лет.

42. Кратность проведения диспансерных осмотров при хроническом бронхите в течение года:

А. 1 раз;

Б. 2 раза;

В. 3 раза;

Г. 4 раза.

43. Задержка мочеиспускания у лиц пожилого и старческого возраста связана с:

А. острым гломерулонефритом.

Б. острым пиелонефритом.

В. острым циститом.

Г. аденомой предстательной железы.

44. Больным сахарным диабетом 2 типа с нормальной массой тела рекомендуют:

А. основной вариант стандартной диеты

Б. вариант диеты с механическим и химическим щажением

В. вариант диеты с повышенным содержанием белка

Г. вариант диеты с пониженным содержанием белка

45. Нарушению уродинамики у пожилых и стариков способствуют:

А. атония мочевых путей, гиподинамия, заболевания предстательной железы

Б. нарушение иммунитета.

В. нарушение метаболизма в печени.

Г. замедление всасывания в ЖКТ.

46. Приоритетная проблема при аденоме предстательной железы у лиц пожилого и старческого возраста:

А. боль в пояснице.

Б. головная боль.

В. отеки.

Г. задержка мочеиспускания.

47. При аденоме предстательной железы у лиц пожилого и старческого возраста увеличивается вероятность развития:

А. гломерулонефрита.

Б. пиелонефрита.

В. колита.

Г. гепатита.

48. Приоритетное действие медсестры при недержании мочи у лиц пожилого и старческого возраста:

А. катетеризация мочевого пузыря.

Б. резкое ограничение жидкости.

В. резкое ограничение соли.

Г. обеспечение мочеиспускания.

49. Мочевые камни, состоящие преимущественно из солей щавелевой кислоты, называются:

А. оксалатами.

Б. уратами.

В. фосфатами.

50. Уратами называют мочевые камни, состоящие преимущественно из солей:

А. угольной кислоты.

Б. фосфорной кислоты.

В. мочевой кислоты.

Г. щавелевой кислоты.

51. Какой вариант начала мочекаменной болезни чаще встречается в пожилом и старческом возрасте:

А. Случайная находка мочевого камня при рентгенографии поясничного отдела позвоночника.

Б. Случайная находка мочевого камня при ультразвуковом исследовании почек.

В. Появление болей разлитого характера по всему животу с иррадиацией в подложечную область.

Г. Внезапное появление сильных болей в пояснице (приступообразное начало).

52. Следует исключить из диеты молочные продукты (кроме ограниченного числа кисломолочных), рекомендовать мясо, рыбу, растительные масла больному, у которого мочевые камни состоят из:

А. фосфатов.

Б. оксалатов.

- В. уратов.
53. Следует исключить из диеты чай, шоколад, салат, ревень, шпинат, крыжовник, морковь ограничить употребление картофеля и помидоров, рекомендовать молочные продукты, черный хлеб, если мочевые камни состоят из:
- А. фосфатов.
Б. оксалатов.
В. уратов.
54. Следует исключить из пищи мясные продукты (особенно мясной бульон, печень, почки, мозги), рыбу, алкоголь, и рекомендуются хлеб, молочные продукты, овощи и фрукты больному, у которого мочевые камни состоят из:
- А. фосфатов.
Б. оксалатов.
В. уратов.
55. При приступе почечной колики пожилому пациенту можно выполнить ряд процедур, кроме:
- А. грелки на живот.
Б. грелки на поясницу.
В. пузыря со льдом на живот.
56. Особенности начала острого пиелонефрита в пожилом и старческом возрасте:
- А. внезапно возникающие сильные боли в пояснице (почечная колика).
Б. озноб, повышение температуры, поющие боли в пояснице, во всем теле, умеренная дизурия, развившиеся в течение одних суток или даже нескольких часов.
В. Общая слабость, недомогание, субфебрилитет, головные боли, развившиеся в течение одной-двух недель.
57. Какие изменения в моче больше всего указывают на острый пиелонефрит в пожилом возрасте.
- А. лейкоцитурия, пиурия.
Б. протеинурия.
В. цилиндрурия: особенно много гиалиновых цилиндров, есть восковидные.
58. Симптоматическая гипертония более характерна для:
- А. острого пиелонефрита.
Б. хронического пиелонефрита.
В. мочекаменной болезни.
Г. аденомы предстательной железы.
59. Самыми частыми возбудителями пиелонефрита в пожилом и старческом возрасте являются:
- А. кишечные палочки, энтерококки.
Б. синегнойная палочка.
В. микоплазмы.
Г. смешанная флора.
60. Клинически хронический пиелонефрит в пожилом и старческом возрасте проявляется:
- А. ознобом, повышением температуры, ноющими болями в пояснице, во всем теле, умеренной дизурией, развившимися в течение одних суток или даже нескольких часов.
Б. внезапно возникающими сильными болями в пояснице (почечная колика).
В. атипичностью клинических проявлений — отсутствием температурной реакции, на первый план выступают урологические симптомы, слабость, недомогание, головные боли.
61. Осложнениями обострения хронического пиелонефрита в пожилом возрасте являются:
- А. хронический гломерулонефрит.
Б. артериальная гипотензия.
В. бактериемический шок, острая почечная недостаточность.
Г. острый панкреатит.
62. Предрасполагающими факторами для возникновения пиелонефрита в пожилом возрасте могут быть:
- А. язвенная болезнь желудка.
Б. гипертрофия предстательной железы.
В. гипотиреоз.
Г. хронический бронхит.
63. Возрастные изменения сердечно-сосудистой системы:
- А. снижение объема циркулирующей крови;
Б. брадикардия;
В. повышение АД;
Г. все вышеперечисленное.
64. Вес сердца старого человека:
- А. увеличивается;
Б. не изменяется;
В. уменьшается;
Г. сначала увеличивается, потом уменьшается.
65. В старости артерии:
- А. расширяются;
Б. не изменяются;
В. укорачиваются;
Г. сужаются.
66. Какой ритм сердца характерен при физиологическом типе старения:
- А. тахикардия;
Б. брадикардия;
В. нормальный, синусовый;
Г. аритмия.
67. Уровень АД при атеросклеротической гипертензии характеризуется:
- А. повышением систолического, понижением диастолического давления;
Б. снижением систолического, повышением диастолического давления
В. равномерным повышением систолического и диастолического давления;
Г. остается в пределах нормы.
68. Ведущая причина артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста:
- А. атеросклероз;
Б. болезнь Иценко - Кушинга;
В. хронический пиелонефрит;
Г. феохромоцитом.
69. Гипертонический криз у пожилых и стариков начинается:
- А. внезапно;
Б. постепенно;
В. закономерность отсутствует;
70. На фоне гипертонического криза у лиц пожилого и старческого возраста часто развивается недостаточность:
- А. сосудистая;
Б. правожелудочковая;
В. левожелудочковая;
Г. печеночная.
71. Терапия гипертонического криза у лиц пожилого и старческого возраста начинается с введения препарата:
- А. внутривенно;

- Б. внутримышечно;
- В. подкожно;
- Г. сублингвально.

72. При гипертоническом кризе у лиц пожилого и старческого возраста применяют:

- А. анаприлин;
- Б. лазикс;
- В. пентамин;
- Г. нифедипин (коринфар).

72. Приступ стенокардии у пожилых обусловлен:

- А. спазмом сосудов;
- Б. изменением обмена веществ;
- В. гипокалиемией;
- Г. гипоксией миокарда.

73. Приступ стенокардии у пожилых характеризуется:

- А. выраженными болевыми ощущениями;
- Б. необычной иррадиацией и слаженностью болевых ощущений;
- В. выраженными вегетативными и сильными болевыми ощущениями;
- Г. безболевого формой.

74. Для купирования приступа стенокардии целесообразно использовать:

- А. валидол;
- Б. но-шпу;
- В. нитроглицерин;
- Г. валокордин.

75. Для лечения стенокардии в пожилом возрасте используют:

- А. диуретики + ингибиторы АПФ + антагонисты кальция;
- Б. сердечные гликозиды + диуретики + нитраты;
- В. нитраты + ингибиторы АПФ + антагонисты кальция;
- Г. нитраты + диуретики + ингибиторы АПФ.

76. Антисклеротическое питание для пожилых предусматривает употребление:

- А. яиц;
- Б. овощей;
- В. сала;
- Г. рыбы.

77. Дозы лекарственных препаратов, используемых для лечения ИБС у пожилых, должны быть:

- А. равны дозе среднего возраста;
- Б. на 50% превышать дозу среднего возраста;
- В. на 50% быть меньше дозы среднего возраста.

78. Причина снижения интенсивности боли при инфаркте миокарда у лиц пожилого и старческого возраста:

- А. усиление воспалительной реакции;
- Б. ослабление воспалительной реакции;
- В. повышение порога болевой чувствительности;
- Г. снижение порога болевой чувствительности.

79. Форма инфаркта миокарда, реже встречающаяся в пожилом возрасте:

- А. ангинозная;
- Б. астматическая;
- В. аритмическая;
- Г. безболевая.

80. Введение гидрохлорида морфина в пожилом возрасте нецелесообразно, так как:

- А. угнетается дыхательный центр;
- Б. способствует развитию аритмии;
- В. вызывает резкое снижение АД;
- Г. вызывает резкое повышение АД.

81. Начальными признаками сердечной недостаточности у пожилых являются:

- А. покашливание при разговоре;
- Б. пароксизмальные нарушения сердечного ритма;
- В. проявления гипоксии мозга;
- Г. отеки.

82. Для лечения сердечной недостаточности у пожилых используют:

- А. сердечные гликозиды + диуретики + венозные вазодилаторы;
- Б. сердечные гликозиды + ингибиторы АПФ + бета-адреноблокаторы;
- В. диуретики + антагонисты кальция;
- Г. нитраты + диуретики.

83. Сердечные гликозиды у пожилых целесообразно назначать:

- А. обычные дозы, короткий курс;
- Б. малые дозы, короткий курс;
- В. большие дозы, длительный курс;
- Г. малые дозы, длительный курс.

84. Гликозидной интоксикации у стариков способствует:

- А. ослабление перистальтики, запоры, замедление выведения с мочой;
- Б. поносы и ускоренная перистальтика;
- В. ускоренное выведение с мочой.

85. У лиц пожилого и старческого возраста увеличивается частота:

- А. болезни Шенлейна — Геноха;
- Б. гемофилии;
- В. железодефицитной анемии;
- Г. хронического лимфолейкоза.

86. Слабость, обмороки, извращение вкуса и обоняния в пожилом возрасте наблюдаются при анемии:

- В. пневмонии
- Г. цирроза печени.
- Б. гипопластической.
- В. гемолитической.
- Г. железодефицитной.

87. В клинической картине железодефицитной анемии у пожилых преобладает:

- А. синдром гипоксии.
- Б. геморрагический синдром.
- В. синдром инфекционных осложнений.

88. Железодефицитная анемия у пожилых по цветному показателю:

- А. гиперхромная.
- Б. гипохромная.
- В. нормохромная.

89. Больше всего железа содержится в:

- А. крупе.
- Б. молоке.
- В. мясе.
- Г. свекле.

90. При лечении железодефицитной анемии препараты железа в пожилом возрасте следует начинать вводить:

- А. внутрь.
- Б. внутривенно.
- В. внутримышечно.
- Г. подкожно.

91. Причина снижения эффективности пероральных препаратов железа у лиц пожилого и старческого возраста:

- А. увеличение всасывания.
- Б. уменьшение всасывания.
- В. ускоренная эвакуация из желудка.
- Г. повышение кислотности желудочного сока.

92. Препараты железа лучше запивать:

- А. кофе.
- Б. кислым фруктовым соком.
- В. минеральной водой.
- Г. чаем.

93. Препарат железа для парентерального применения:

- А. гемостимулин.
- Б. феррокаль.
- В. феррум-лек.
- Г. ферроплекс.

94. При лечении железодефицитной анемии в пожилом возрасте применяют:

- А. адреналин, викасол.
- Б. гепарин, полиглюкин.
- В. ферроплекс, витамин С.
- Г. цианокобаламин, витамин РР.

95. Об эффективности лечения препаратами железа свидетельствует появление в крови:

- А. лейкоцитоза.
- Б. ретикулоцитоза.
- В. тромбоцитоза.
- Г. лейкопении.

96. В12-дефицитная анемия развивается при:

- А. атрофическом гастрите.
- Б. желудочном кровотечении.
- В. легочном кровотечении.
- Г. дефиците факторов свертывания.

97. Клиника В12-дефицитной анемии:

- А. извращение вкуса и обоняния.
- Б. рвота «кофейной гущей» и дегтеобразный стул.
- В. отрыжка горьким, боль в правом подреберье.
- Г. жжение в языке, парестезии.

98. В12-Дефицитная анемия по цветному показателю:

- А. гиперхромная.
- Б. гипохромная.
- В. нормохромная.

99. При лечении В12-дефицитной анемии в пожилом возрасте применяют:

- А. адреналин.
- Б. гепарин.
- В. ферроплекс.
- Г. цианокобаламин.

100. Основная причина острого лейкоза в пожилом и старческом возрасте:

- А. бактериальная инфекция.
- Б. гиподинамия.
- В. стрессы.
- Г. хромосомные нарушения.

102. Стернальная пункция в пожилом возрасте проводится при диагностике:

- А. инфаркта миокарда.
- Б. лейкоза.

103. При лейкозе наблюдаются синдромы:

- А. болевой, дизурический.
- Б. гипертонический, нефротический.
- В. гиперпластический, геморрагический.
- Г. болевой, диспепсический.

104. Лейкемический «провал» в анализе крови у пожилых наблюдается при:

- А. гемофилии.
- Б. остром лейкозе.
- В. хроническом лимфолейкозе.
- Г. хроническом миелолейкозе.

105. При хроническом лимфолейкозе происходит увеличение:

- А. печени, селезенки, сердца.
- Б. печени, селезенки, лимфатических узлов.
- В. селезенки, сердца, почек.
- Г. селезенки, сердца, щитовидной железы.

106. При лечении лейкозов в пожилом возрасте применяют:

- А. антибиотики, витамины.
- Б. диуретики, сульфаниламиды.
- В. нитрофураны, анальгетики.
- Г. цитостатики, глюкокортикостероиды.

107. Клиническая картина эритремии в пожилом возрасте складывается из синдромов:

- А. анемического, гипоксического.
- Б. геморрагического, инфекционных осложнений.
- В. плеторического, миелопролиферативного.
- Г. лимфоидной инфильтрации, анемического.

108. Изменения в микрофлоре кишечника приводят:

- А. к исчезновению молочнокислых бактерий.
- Б. снижению ферментативной активности флоры кишечника.

В. к усилению гнилостных процессов.

Г. все вышеперечисленное.

109. В старости в желудке происходит:

А. снижение уровня секреции.

Б. зияние привратника.

В. повышение тонуса мускулатуры.

Г. повышение уровня секреции. |

110. Сколько раз в сутки следует питаться пожилым людям:

А. часто и понемногу.

Б. 2 раза в сутки.

В. 4 раза в сутки.

Г. 3 раза в сутки.

111. Промежутки между приемами пищи у пожилых должны быть:

А. 4-6 часов.

Б. 6-8 часов.

В. 2-3 часа.

Г. 3-1 часа.

112. Язвенный дефект у лиц пожилого и старческого возраста чаще локализуется в:

А. желудке.

Б. 12-ти перстной кишке.

В. слепой кишке.

Г. ободочной кишке.

113. В возникновении язвенной болезни в пожилом возрасте наибольшее значение имеет:

А. генетическая предрасположенность.

Б. нарушение микроциркуляции в стенке желудка.

В. повышение кислотности желудочного сока.

Г. психоэмоциональные перегрузки.

114. «Старческие» язвы характеризуются:

А. коротким анамнезом, малосимптомностью, невыраженным болевым синдромом.

Б. длительным анамнезом.

В. значительной выраженностью болевого синдрома.

Г. типичной клинической картины.

115. Противопоказанием к применению холинолитиков является:

А. аденома предстательной железы.

Б. пилороспазм.

В. холецистит.

Г. дискинезия кишечника.

116. Больному 73 года. Находится в стационаре по поводу язвенной болезни желудка. Постоянно предъявляет жалобы на изжогу; учитывая это, какой антацид надо назначить:

А. деюл.

Б. викаир.

В. альмагель.

Г. натрия гидрокарбонат.

117. Запоры у стариков часто обусловлены:

А. малым количеством потребляемой жидкости.

Б. гиподинамией.

В. ослаблением перистальтики кишечника.

Г. все вышеперечисленное.

118. Клетчатка, необходимая пожилым, содержится в:

А. отрубях.

Б. сухофруктах.

В. овощах.

Г. белом хлебе.

Д. мясе.

119. У пожилых и стариков лучше использовать следующие антациды:

А. сода.

Б. викалин.

В. маалокс.

Г. метацин.

120. Глаукома является противопоказанием для применения:

А. фосфалгогеля.

Б. маалокса.

В. атропина.

Г. альмагеля.

121. При печеночной колике в пожилом возрасте боль локализуется в:

А. левом подреберье.

Б. левой подвздошной области.

В. правом подреберье.

Г. правой подвздошной области.

122. Неотложная помощь при печеночной колике в пожилом и старческом возрасте:

А. баралгин, но-шпа.

Б. адреналин, мезатон, анальгин.

В. дибазол, папаверин.

Г. мезатон, кордиамин, кофеин.

Проблемно-ситуационные задачи для текущего контроля и промежуточной аттестации

Проблемно-ситуационная задача 1.

Больной Г., 64 лет, обратился с жалобами на общую слабость, потливость, повышение температуры, кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку.

Анамнез заболевания: Заболел 10 дней назад после переохлаждения: появился насморк, кашель, боела голова, лечился самостоятельно, повышение

температуры до 38,50С, принимал жаропонижающие препараты. Хуже стало вчера вновь поднялась температура до 38,40С.

Объективно: температура - 38,60С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 25 в мин. При осмотре грудной клетки и при

пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое,

выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 130/80 мм

рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови: Нб 130 Г/л, Эр. 3,9 x10¹²/л, ЦП 1,0, лейкоциты 12,0x10⁹/л, п/я 13%, с/я 57%, э 2%, л 23%, м 7%, СОЭ 22 мм/час, Тр. 180,0x10⁹/л.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 2.

Мужчина, 68 лет. Жалобы на повышение температуры до 39оС, кашель с вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной

физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита. Данные анамнеза. Неделю назад заболел ОРВИ. Лечился дома парацетамолом состояние не улучшилось. Вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы.

Данные осмотра. Общее состояние тяжелое. Заторможен. Одышка в покое с ЧД 32 в 1 минуту. Слабый диффузный цианоз лица. При обследовании системы органов дыхания выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 8 см² ниже угла правой лопатки. Дыхание здесь жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс – 100 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 105/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет. Стул, диурез в норме.

Данные лабораторных исследований.

ОАК: эр. – 4,5х10¹²/л, Нв – 120 г/л, цв.п. – 0,9; тромбоциты – 220х10⁹/л, лейкоциты – 13,2х10⁹/л, пал. – 8%, сегм. – 52%, лимф. – 32%, мон. – 8%, СОЭ – 32 мм/час.

ОАМ: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность- полная, уд. Вес – 1020, белок – 0,033 г/л, сахара нет, лейкоц. – 3-5 в п/зр., эр. – нет, цилиндров нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 80 г/л, сахар – 3,9 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, билирубин – 12,4 мкмоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, СРБ – 100 мг/л.

Анализ мокроты общий: желтоватая, слизисто-гнойная, вязкая, без запаха, эпителий плоский – 2-3 в п/зр., мерцательный – 5-7 в п/зр., альвеолярный – 5-7 в п/зр., лейкоциты – 80-100 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр+кокковая флора.

Бактериологический анализ мокроты – высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспорином, эритромицину, линкомицину.

Данные инструментального исследования.

Рентгенография легких – Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония.

ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 98 уд/мин. ЭОС не отклонена.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 3.

Мужчина Ю., 69 лет. Жалобы на одышку при бытовой нагрузке, отхождение небольшого количества мокроты по утрам, постоянный сухой кашель в течение дня.

Анамнез заболевания: Около 30 лет назад установлен диагноз хронического бронхита. Обострения его повторяются 2-3 раза в году, кашель сохраняется и вне обострения и без присоединения ОРВИ. Во время обострений усиливается одышка, отмечается кашель с гнойной мокротой. С 62 лет отмечает прогрессирование одышки, которая в последние полгода стала возникать при выполнении обычной бытовой нагрузке (при уборке комнаты, периодически при одевании, раздевании).

Анамнез жизни: Работал маляром. Курит 44 года, одну пачку сигарет ежедневно.

Данные объективного обследования: Состояние средней степени тяжести. Грудная клетка бочкообразная. Цианоз губ, пульсирующие яремные вены, вспомогательные дыхательные мышцы участвуют в акте дыхания, ЧДД – 24 в мин. Голосовое дрожание снижено. При перкуссии – коробочный звук над всей поверхностью грудной клетки. При аускультации – дыхание резко ослаблено, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы над всеми отделами легких (практически не изменяются при кашле) ЧСС – 110 в мин.; АД – 115/70 мм рт. ст. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови: Нв – 162 г/л, лейкоциты – 8,4 тыс. (формула – без особенностей), тромбоциты – 300 тыс., СОЭ – 12 мм/ч

Анализ мокроты: лейкоциты – 30 в п/зр, эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена и спирали Куршмана не найдены, БК – отр.

ЭКГ: - синусовый ритм с ЧСС 98 в мин. ЭОС вертикальная. Гипертрофия ПЖ. Гипертрофия ПП.

ЭХОКС: Правые отделы сердца расширены: ПЖ 3,2 см, ПП визуально увеличено (в 4-камерной позиции), гипертрофия стенки ПЖ (0,6 см) с выраженным гиперкинезом.

Допплер-эхокардиография: признаки легочной гипертензии.

Спирография: ОФВ1 – 15%, после ингаляции сальбутамола: ФЖЕЛ – 39%, ОФВ1 – 15%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 27%.

Шкала одышки mMRC 5 баллов.

PaO₂ – 38 мм рт.ст SaO₂ – 72%.

Рентгенография органов грудной клетки: Выраженная эмфизема легких. Пневмосклероз. Расширение сердца вправо. Талия сердца сглажена. Уплотнение диафрагмы.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 4.

Женщина 62 лет обратилась с жалобами на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд.

Считает себя больной в течение полугода, когда появилась сухость во рту, жажда. Неделю назад появился кожный зуд, что и заставило обратиться к врачу.

Работала поваром в школьной столовой. В анамнезе - 5 лет хронический панкреатит.

У двоюродной сестры 2 года назад выявлен сахарный диабет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 36 кг/м². Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, на руках следы расчесов. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Мочеиспускание безболезненное.

В анализах: глюкоза крови натощак - 6,8 ммоль/л, через 2 часа после еды – 11,4 ммоль/л, общий холестерин - 6,1 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 5.

Мужчина 69 лет наблюдается в районной поликлинике у врача-гериятра по поводу артериальной гипертензии, получает гипотензивную терапию в виде эналаприла в дозе 20 мг/сут., индапамид-ретард 1,5 мг в сутки, гиполипидемическую терапию: аторвастатин 20 /сут. При очередном обращении для выписки рецептов пожаловался на слабость, утомляемость, похудел на 3 кг, в связи с чем был направлен на определение уровня гликемии натощак, который оказался на уровне 5,8 ммоль/л.

Мать пациента страдала сахарным диабетом, получала лечение глибенкламидом, затем была переведена на инсулинотерапию. Умерла от инфаркта миокарда в возрасте 70 лет. В анамнезе у пациента хронический панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции, что требует практически ежедневного 2-3-кратного приема заместительной терапии пищеварительными ферментами (панкреатин).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 33 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной влажности. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 74 ударов в минуту. АД - 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

Отеков нет. Мочеиспускание безболезненное.

В анализах: при проведении теста толерантности к глюкозе глюкоза крови через 2 часа после еды - 12,8 ммоль/л, HbA1c – 7,9%, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ - 1,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л, мочевина – 5,4 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, натрий – 144 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 6.

Большая И. 73 лет на приеме в поликлинике жалуется на слабость, утомляемость, снижение аппетита, одышку при ходьбе, похуждение, периодически сердцебиение, ощущение «песка в глазах», слезотечение.

Из анамнеза известно, что начало заболевания связывает с переутомлением.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы на ощупь влажные, отмечается припухлость век. Подкожно жировой слой развит умеренно (рост - 170 см., вес - 54 кг). Отмечается крупный тремор вытянутых пальцев рук, мышечная слабость. Симптомы Грефе и Мобиуса положительные.

Щитовидная железа увеличена до II степени (по ВОЗ), эластичная, однородная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. При аускультации сердца выслушивается систолический шум, тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС □ 120 ударов в минуту. АД □ 160/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Печень выступает на 1 см от края реберной дуги. Отеки голеней, стоп.

В анализах: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,6 ммоль/л, общий белок 64 г/л, креатинин-86 мкмоль/л, мочевина – 6,3 ммоль/л, общий билирубин 16,4 мкмоль/л, фибриноген 2,4 г/л. Исследование тиреоидных гормонов: Т4св. – 40,8, ТТГ – 0,1.

УЗИ щитовидной железы: общий объем 45,5 см³, диффузно неоднородная, эхогенность снижена, кровоток усилен.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, с ЧЖС 115-125 в мин. ЭОС отклонена влево. Признаки нагрузки на правое предсердие.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 7.

Большой М. 64 лет на приеме у врача-гериятра жалуется на быструю утомляемость, снижение памяти, сонливость, зябкость, запор, увеличение веса, снижение слуха, осиплость голоса.

Из анамнеза известно, что указанные жалобы возникли 6 лет назад без видимой причины и развивались постепенно. За это время вес увеличился с 76 до 118 кг.

В анамнезе - повторные ангины.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 165 см, кожные покровы чистые, сухие, особенно на локтях, холодные на ощупь. Лицо одутловатое, бледное.

Кисти пастозны. На нижних конечностях плотный отёк. Распределение жировой клетчатки равномерное. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной

железы, больше правая; железа плотная, безболезненна (1 ст. по ВОЗ). Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16. Границы относительной тупости сердца: левая - 1,5 см снаружи от средне-ключичной линии; правая - на 1,5 см снаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко ослаблены. Пульс - 53 в минуту, ритмичен. АД - 90/70 мм рт. ст. Язык влажный, со следами зубов. Живот увеличен за счет жировой клетчатки и вздутия. Пальпация его безболезненна. Печень не увеличена. Стул склонность к запорам.

При лабораторном исследовании было выявлено ТТГ: 14 мМЕ/л (норма 0,4-4 мМЕ/л), св. Т4 - 5,6 пмоль/мл (норма 10 пмоль/л-25 пмоль/л), анти-ТПО - 364 МЕ/Мл (до 30 МЕ/мл).

Общий анализ крови: эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 96 г/л. Холестерин крови - 8,8 ммоль/л. Общий анализ мочи без патологии. Результат ЭКГ: синусовая брадикардия с ЧСС 56 в мин. ЭОС горизонтальная. Снижен вольтаж зубцов. Нарушение процессов реполяризации диффузного характера.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 8.

Мужчина, 61 год, обратился с жалобами на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения.

Болен сахарным диабетом в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил. На ночь принимал Метформин 500 мг.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ - 26 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС - 70 ударов в минуту, АД - 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. Мочеиспускание безболезненное.

В анализах: общий холестерин - 6,9 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная 12,0 ммоль/л, креатинин - 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРП) = 70,8 мл/мин; альбуминурия - 100 мг/сутки.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 9.

Пациентка 70 лет обратилась с жалобами на слабость, утомляемость, приступы головной боли, головокружения, сердцебиения, одышки, за грудиной боли, побледнения кожи на фоне повышения АД до 200/100 мм рт.ст. Кроме того, отмечался страх смерти, потливость. Продолжительность приступов 10-15 мин., чаще в вечернее время, после приступа - обильное мочеиспускание, слабость.

Анамнез заболевания: ранее стабильного повышения АД не отмечала, изредка до 140/90 мм рт.ст., не лечилась. Указанные приступы беспокоят в течение 2-х лет, участились в последние 2 месяца, провоцируются физической нагрузкой, тряской ездой. За последний год похудела на 3 кг.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 33 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС - 74 уд. в мин., АД - 140/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. Стул регулярный.

В анализах: общий холестерин - 5,9 ммоль/л, глюкоза натощак - 5,4 ммоль/л, креатинин - 80 мкмоль/л, общий белок 72 г/л, общий билирубин - 16 мкмоль/л.

УЗИ надпочечников: в проекции правого надпочечника образование 4 см в диаметре.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 10.

Пациентка, 66 лет, обратилась с жалобами: на ежедневную изжогу после приема любой пищи, отрыжку кислым, боли в эпигастрии, левом и правом подреберьях после приема жирной пищи и газированных напитков, тяжесть в правом подреберье, иногда тошноту.

Анамнез заболевания: изжога беспокоит более 10 лет, периодически принимает антациды, более 20 лет страдает ожирением (вес 105 кг, рост 170 см), алкоголь не употребляет.

Кожные покровы чистые, обычной окраски. На передней брюшной стенке «капли красной росы». В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 74 уд. в мин., АД - 140/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии, правом и левом подреберьях. Симптомы Мерфи, Ортнера положительные. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Отеков нет. Стул регулярный.

Лабораторные данные:

ОАК: Hb - 138 г/л, эритроциты - $4,84 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,86, тромбоциты - $214 \times 10^9/л$, лейкоциты - $6,6 \times 10^9/л$; п/я - 6%; с/я - 53%; э - 1%; л/ф - 29%; м - 11%; СОЭ 37 мм/час.

ОАМ: Уд. вес 1020, белок - отр., лейкоциты - 1-2 в п/зр.

Копрограмма: цвет корич., офор., реакция на скрытую кровь - отриц; мыш. волокна с исчерч. - 0-1; без исчерченности - 2-3; жир. кислоты - небольшое кол-во, перевар. клетчатка - отр. вклетк крахмал - 0-1 в п/з. Йодофильная флора - един. Я/глист и патогенные простейшие не найдены.

Биохимические показатели крови: билирубин общ - 14,6 ммоль/л; билирубин связанный - 12,4 ммоль/л; общий холестерин - 5,9 ммоль/л, в-ЛП - 5,7, АлАт - 37 Ед/л, АсАт - 30 Ед/л; амилаза крови 94 Ед/л; глюкоза крови - 5,56 ммоль/л; мочевина - 6,09, креатинин - 77 мкмоль/л, общий белок - 87 г/л, щелочная фосфатаза - 96 Ед/л; фибриноген - 3,0 г/л; ГГТ - 27 Ед/л; сиаловая проба - 0,14; С-реактивный белок - отриц; ЛДГ - 366 Ед/л; Калий - 5,23 ммоль/л; Натрий - 149,4 ммоль/л.

ИФА к описторхиям, токсокарам, лямблиям, аскаридам - отриц.

ИФА к Helicobacter pylori - положит 1:80

ВГС+HVBsAg-отрицательный.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 81 в мин. Полуторизонтальное положение ЭОС. Диффузные нарушения процессов реполяризации.

УЗИ внутренних органов: Печень левая доля 55 мм, правая доля 138 мм, контуры ровные, эхоструктура диффузно однородная, эхогенность не изменена. Воротная вена - 9 мм, холедох - 4 мм. Желчный пузырь 92x29 мм, форма обычная, эхогенность стенок повышена, толщина 2 мм, содержимое - небольшое количество желчи, конкрементов нет. Поджелудочная железа - 28x16x25 мм, контуры слегка неровные, эхоструктура неоднородная, эхогенность смешанная, преимущественно повышена. Селезенка - 100x41 мм, контуры ровные, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена. Почки - правая 103x57x16 мм, левая 101x51x15 мм, расположение типичное, контуры ровные, паренхима неоднородная, почечные синусы не расширены, конкрементов нет.

ЭГДС: Антральный гранулярный гастрит. Короткий пищевод.

Рентгеноскопия органов легких, пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки: Перидуоденит.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 11.

Большая К., 65 лет, обратилась с жалобами на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, преимущественно в ночное время, общую слабость, потерю веса, боли в коленных и голеностопных суставах.

Анамнез заболевания. Считает себя больной около 2 мес, когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала. За 2 нед до обращения появился жидкий стул с примесью крови и слизи, в течение 10 дней принимала антибиотики и лоперамид. Самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 12 кг.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, язык влажный, обложен белым налетом; перкуторно границы легких в пределах нормы, ясный легочный звук; при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 94 в минуту. Размеры печени по Курлову 10x9x8 см, нижний край печени безболезненный. Живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена.

Патологические рефлексы отсутствуют. Внешних изменений в суставах не определяются.

Анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 26 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Биохимия крови: общий белок - 60 г/л, холестерин - 4,2 мг %, креатинин - 102 мкмоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 145 ммоль/л, общий билирубин 18,3 мкмоль/л, АСТ - 30 ЕД, АЛТ - 20 ЕД.

УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 12.

Мужчина, 69 лет. Жалобы на боли в эпигастриальной области, ноющие, голодные (по ночам), исчезающие после приема пищи, тошноту, отрыжку кислым содержимым, снижение аппетита, запоры, иногда - рвоту желудочным содержимым, чаще на высоте болей, приносящую облегчение (иногда вызывается пациентом самостоятельно).

Из анамнеза заболевания. Много лет наблюдался в поликлинике с диагнозом «хронический гастрит», беспокоили боли в эпигастрии после приема острой и жареной пищи, изжога. Настоящие жалобы впервые возникли примерно полгода назад, но боли быстро купировались приемом альмагеля. Ухудшение самочувствия около двух дней, возобновились ночные голодные боли без иррадиации, присоединилась рвота на высоте болей съеденной пищей. Самостоятельно принимал но-шпу, альмагель без выраженного и стойкого эффекта.

Перенесенные заболевания: детские инфекции. Питается нерегулярно, часто всухомытку, часто употребляет алкоголь в больших количествах. Курит до 1 пачки сигарет в день. Наследственность: у отца – язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен.

Данные осмотра. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Астенического телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, умеренно влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 76 уд/мин. АД 130/85 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен белым налетом, на боковых поверхностях языка отпечатки зубов, сосочки сглажены. Живот симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания, локальная умеренная резистентность в пилородуоденальной зоне. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, симптом Менделя слабо положительный в пилородуоденальной зоне. При глубокой пальпации определяются все отделы толстого кишечника, нормальных размеров безболезненные, эластичные, определяется болезненность в пилородуоденальной области. Размеры печени по Курлову 9□8□7 см. Селезенка не увеличена. Поджелудочная железа пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования.

ОАК: Нб-125 г/л, эр. – 4,1□1012/л, лейкоциты – 6,6□109/л, э – 2%, п/я – 2%, с/я – 56%, л – 32%, м – 8%, СОЭ – 10 мм/час.

ОАМ: относительная плотность – 1016, эпителий – 2-3 в п.зр., белок, эритроциты, цилиндры, соли не определяются.

Биохимическое исследование крови: сахар крови – 4,4 ммоль/л, фибриноген – 2,8 г/л, общий белок – 66 г/л, альбумины – 51%, глобулины – 49%: α1 – 4%, α2 – 12%, β – 15%, γ – 17%, билирубин – 8,9 (2,2/6,7) мкмоль/л.

ЭГДС – пищевод свободно проходимо, слизистая не изменена, кардия смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая гиперемирована, определяется язвенный дефект 1,0 см в диаметре. Дно прикрыто фибрином. Выявлен *Helicobacter pylori*.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 13.

Женщина, 68 лет, обратилась к врачу с жалобами на частые приступы острой боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую половину шеи, плечо, длящиеся до 3-х часов, сопровождающиеся повышением температуры тела до субфебрильных цифр, тошнотой, рвотой с примесью желчи, лёгкий кожный зуд. Возникают, как правило, после приема острой и жирной пищи.

Анамнез заболевания. Считает себя больной около 2 лет, когда впервые возникли боли в правом подреберье. С этого времени после погрешностей в диете возникают подобные обострения, не обследовалась, самостоятельно принимала спазмолитики, пользовалась грелкой. Вчера после погрешностей в диете возобновились боли, присоединились тошнота и рвота с примесью желчи, сегодня повысилась температура тела до 37,90С, вызвала скорую помощь. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: на пенсии, часто употребляет жирную и жареную пищу. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре. Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Гиперстенического телосложения, повышенного питания, ИМТ 25,5 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно, толщина подкожно-жировой складки на уровне пупка – 3 см, по средне-ключичной линии – 2 см. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяются ясный легочный звук одинаковой громкости. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 88 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет. Язык влажный, у корня обложен бело-жёлтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Край печени не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 10□9□8 см. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера – положительные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Данные дополнительных методов исследования.

ОАК: эритроциты – 3,9□1012/л, Нб – 136 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ – 19 мм/ч, тромбоциты – 318□109/л, лейкоциты – 11,4□109/л: э – 1%, п – 17%, с – 58%, лф. – 15%, м – 9%.

ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1017; белок, сахар – нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты – небольшое количество.

Биохимическое исследование крови: сахар крови – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 3,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 48 ЕД/л, АЛТ – 46 ЕД/л, холестерин – 5,5 ммоль/л, билирубин общий – 59,0 мкмоль/л, прямой – 53,0 мкмоль/л, непрямой – 6,0 мкмоль/л, амилаза – 95,7 ЕД/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%, щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, гамма-глутамилтранспептидаза – 85 ЕД/л, желчные кислоты сыворотки – 19 мкмоль/л.

Копрограмма: светло-желтый, мягкой консистенции, запаха – специфический, мышечные волокна +, нейтральный жир ++, жирные кислоты и мыла +, крахмал +, перевариваемая клетчатка +, соединительная ткань +, слизь – нет, стеркобилин – нет, билирубин – нет.

ЭКГ: ритм синусовый, частотой 82 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено.

УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной экзогенности, протоки не расширены, стенка их уплотнена, общий желчный проток 7 мм.

Желчный пузырь нормальных размеров, стенка 5 мм, уплотнена, в просвете определяются множественные конкременты. Экзогенность стенок желчных протоков повышена. Отмечается выраженная болезненность при компрессии датчиком непосредственно в проекции желчного пузыря, наличие жидкости вокруг желчного пузыря. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной экзогенности, однородная, проток 2 мм.

Обзорная рентгенография брюшной полости: множественные конкременты желчного пузыря.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 14.

Больной Н., 72 лет, обратился к врачу с жалобами на пожелтение кожного покрова, увеличение живота в размерах, чувство тяжести в правом подреберье, потерю в весе до 10 кг за 4-5 мес, выраженную слабость, плохой сон ночью и сонливость днем.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение полугода, когда впервые отметил увеличение в размерах живота, стала беспокоить повышенная утомляемость.

Алкоголем не злоупотребляет. Не курит. Переливаний крови, внутривенных инъекций лекарств не проводилось. Наследственный анамнез не отягощен.

При осмотре состояние тяжелое. Больной сонлив, в пространстве, времени, собственной личности ориентирован. Отмечается размашистый тремор пальцев рук.

Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны, множественные сосудистые звездочки на плечах. На передней поверхности грудной клетки – расширенные поверхностные вены. Массивные отеки нижних конечностей до средней трети бедер. В легких дыхание везикулярное, справа от угла лопатки не проводится. Хрипов нет. ЧД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 96 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. Ритм сердца правильный. АД 130/80 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита, при пальпации чувствительный в правом подреберье. Нижний край печени определяется на 8 см книзу от реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 16x14x12 см. В левом подреберье пальпируется селезенка. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул 1 раз в 2 дня.

Общий анализ крови: гемоглобин – 108 г/л, лейкоциты – 4,0x10⁹/л, эритроциты – 2,8x10¹²/л, тромбоциты – 138,0x10⁹/л. СОЭ – 43 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 58,5 г/л, альбумин – 24 г, холестерин – 4,6 ммоль/л, мочевины – 2,7 ммоль/л, креатинин – 62 мкмоль/л, сахар крови – 5,6 ммоль/л, общий билирубин – 133 ммоль/л, прямой билирубин – 65 ммоль/л, К+ – 3,6 мэкв/л, Na+ – 135 мэкв/л, АЛТ – 241 ЕД/л, АСТ – 88 ЕД/л, ЩФ – 170 ЕД/л.

Протромбиновое время – 5 с, международное нормализованное отношение – 3,0.

RW, ВИЧ – отрицательное. Обнаружен HBSAg. Маркеры вирусного гепатита С – отрицательные.

УЗИ органов брюшной полости. Печень: левая доля увеличена до 10 см (N до 7,0), правая доля увеличена до 16,2 см (N до 14,0), структура диффузно неоднородная, экзогенность значительно неоднородная с гипо- и гиперэхогенными включениями. V. porta 1,6 см. D. choledochus 0,5 см. Асцит. Поджелудочная железа не увеличена, структура диффузно неоднородная. Селезенка увеличена (10,5x4,2 см). Почки расположены в обычном месте. Конкрементов нет. Чашечно-лоханочная система не расширена.

ЭГДС: варикозно-расширенные вены пищевода I-II степени.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтра-тивных теней не выявлено, корни тяжисты, справа от угла лопатки – жидкость. Сердце и аорта без особенностей.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС – 92 в минуту, нормальное положение ЭОС.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 15.

Больная Б., 63 лет, предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке, эпизоды учащенного сердцебиения. Указанные жалобы появились месяц назад. Кроме того, стала отмечать изменение вкуса и обоня-ния: нравится мел, уголь, запах побелки. В анамнезе жизни: 2 месяца назад

появились кровянистые выделения из влагалища. В связи с нарастанием симптомов маточного кровотечения была госпитализирована в гинекологическое отделение, где при УЗИ гениталий и при раздельном диагностическом выскабливании была диагностирована гиперплазия эндометрия. В последующем выполнена надвлагалищная ампутация матки. Послеоперационный период протекал без осложнений.

При осмотре: нормостенический тип телосложения. Кожный покров бледный, склеры с голубизной. Волосы сухие ломкие. Ногтевые пластинки истончены, койлонихии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке, ЧСС – 80 в мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени, селезенки не увеличены. Диурез в норме. Отеков нет. Стул регулярный. Общий анализ крови: Hb – 70 г/л, Эр – 2,1x10¹²/л, ЦП – 0,6, лейкоциты – 6,1x10⁹/л, выраженный анизоцитоз эритроцитов, СОЭ – 10 мм/час, железо сыворотки – 7 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: без патологий.

Анализ кала: без патологии, реакция Грегерсена отрицательна.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 16.

У мужчины, 69 лет, через 3 года после резекции желудка по поводу прободения, появились жалобы на общую слабость, головокружение, шум в ушах, снижение работоспособности, чувство онемения в конечностях, ощущение «ползания мурашек».

Объективные данные: астенический тип телосложения (рост – 178 см, вес – 60 кг), отмечается бледность кожного покрова, ик-теричность склер, умеренная сплаженность сосочков языка. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 120/80 мм рт. ст. Пульс – 96 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, выслушивается мягкий систолический шум на верхушке. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка пальпируются по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул, диурез в норме. Отеков нет.

ОАК: Hb – 70 г/л, ЦП – 1,4, MCV – 118, эритроциты – 3,5x10¹²/л, тромбоциты – 180x10⁹/л, лейкоциты – 4,5x10⁹/л, нейтрофилы п/ядерные – 5%, с/ядерные – 50%, моноциты – 10%, лимфоциты – 35%, СОЭ – 18 мм/ч.

В миелограмме: пунктат костного мозга гиперклеточный. Эритропоэз смешанный – мегалонормобластический. Имеются гигантские и уродливые палочкоядерные нейтрофилы и метамиелоциты. Встречаются эритроциты с тельцами Жолли.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 17.

Большая Л., 66 лет, пенсионерка, поступила с жалобами на кровотечение из лунки удаленного накануне зуба. В течение прошедшего месяца отмечала слабость, утомляемость, потливость. К врачам не обращалась.

Объективные данные: состояние средней степени тяжести. Кожный покров и слизистые бледные, на коже передней поверхности грудной клетки определяется петехиальная сыпь. Десны гиперплазированы, кровоточат. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 110/70 мм рт.ст. Пульс – 92 уд/мин. Тоны сердца ритмичны, выслушивается мягкий систолический шум на верхушке. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Отеков нет. Стул, диурез в норме.

ОАК: Hb – 75 г/л, эритроциты – 2,8x10¹²/л, ЦП – 0,9, тромбоциты – 15x10⁹/л, лейкоциты – 2,3x10⁹/л, бласты – 20%, миелоциты – 6%, п/ядерные – 4%, с/ядерные – 18%, моноциты – 2%, лимфоциты – 50%, СОЭ – 55 мм в час.

Миелограмма: бласты – 40%, лимфоциты – 20%; эритро-идный, мегакариоцитарный ростки угнетены. Миелопероксидаза положительная в 100%.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 18.

Пациентка Д., 69 лет. При диспансеризации жалобы на боли в спине умеренного характера, больше в положении стоя и при физической нагрузке, но в покое часто также не исчезают, усиливаются при дыхании, умеренные боли в суставах, в основном в коленных, связанные с физической нагрузкой.

Анамнез заболевания: в 62 года перелом правой лучевой кости при падении дома на скользком полу. В 68 лет перелом хирургической шейки левой плечевой кости при падении вбок во время прополки грядок несколько лет. Самостоятельно принимала диклофенак без достаточного положительного эффекта. Менопауза с 50 лет.

Объективные данные. Общее состояние удовлетворительное. Температура 36,70С. Астенического телосложения, пониженного питания, рост 161 см, масса тела 53 кг.

Грудная клетка обычной формы, симметрична в акте дыхания. Аускультативно над лёгкими дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в минуту. АД 135/85 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выходит за край рёберной дуги. Селезёнка и почки не пальпируются. Периферических отёков нет. Мочевыделение свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Отеков нет.

Данные обследований: ОАК: Hb 130 Г/л, Эр. 3,9 x10¹²/л, ЦП 1,0, лейкоциты 5,0x10⁹/л, п/я 3%, с/я 57%, э 5%, л 28%, м 7%, СОЭ 12 мм/час, Тр. 185,0x10⁹/л.

ОАМ: сол. желтая, прозрачная, 1012, белок – отр., сахар – отр., эр. 0-1 п/зр, лейкоц. 1-2 п/зр., слизь – неzn. кол-во, соли - оксалаты. Суточный кальций – 4,5 ммоль/сутки.

Биохимические исследования: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,6 ммоль/л, общий белок 68 г/л, креатинин-86 мкмоль/л, мочевина – 6,3 ммоль/л, общий билирубин 16,4 мкмоль/л, фибриноген 2,4 г/л, общий кальций 2,6 ммоль/л.

При денситометрии в 73 года Т-критерий в поясничных позвонках –2,3 СО, в шейке бедренной кости –2,0 СО, в бедре в целом –2,1 СО. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Подсчет риска переломов по калькулятору FRAX: 10-летний абсолютный риск основных переломов – 15%, 10-летний абсолютный риск перелома бедренной кости – 3,1%.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 19.

На прием к врачу поликлиники обратилась женщина К., 68 лет, с жалобами на периодические головные боли в затылочной области, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при ходьбе. В анамнезе отмечает повышение АД до 170/100 мм рт. ст. в течение трех лет. Ранее принимала самостоятельно андипал, седативные препараты.

Объективный статус: гиперстеническое телосложение (рост – 159 см, вес – 84 кг), объем талии – 92 см. Кожные покровы обычной окраски, влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, ослаблен I тон, акцент II тона на аорте, АД – 150/100 мм рт. ст. на обеих руках, ЧСС – 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Отёков нет. Стул, диурез в норме.

Результаты лабораторных исследований: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности – 3,4 ммоль/л, глюкоза крови натощак – 5,4 ммоль/л. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 74 в мин., признаки гипертрофии миокарда левого желудочка (SV1+RV5=3,6mB).

Консультация окулиста: имеется умеренное сужение сосудов глазного дна, признаки гипертонической ангиопатии сетчатки.

В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-EP1) = 70,8 мл/мин; альбуминурия – 100 мг/сутки.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 20.

Большая Н., 81 год, при обращении предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, периодически перебои в сердце, головокружение, с эпизодами кратковременной потери сознания, одышку при ходьбе. Из анамнеза заболевания: указанные жалобы беспокоят в течение последнего года.

Объективные данные: Вес 79 кг, рост 165 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, нормальной влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 72 уд/мин. АД 140/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме. Отеков нет.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: СОЭ - 14 мм/час; эр. – 4,2x10¹²/л; Hb – 132 г/л; лейкоц. – 4,5x10⁹/л, тромб. - 190x10⁹/л.

ОАМ: отн. плотность - 1022; лейкоц. – 2-3 в п.зр.; эр – 1-2 в п.зр.; белок, сахар – отриц.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 64 в мин., ЭОС горизонтальная, диффузные нарушения процессов реполяризации.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,8 ммоль/л; сахар крови – 4,8 ммоль/л, креатинин - 85 мкмоль/л, калий – 4,9 ммоль/л, натрий - 160 ммоль/л.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 21.

Большой Г., 69 лет. Жалобы: боль в груди давящего характера при нагрузке (подъем на 2-3 этаж), одышка, потливость в этот момент, перебои в работе сердца, чувство замирания в груди независимо от нагрузки.

Анамнез заболевания: Считает себя больным последние 3 месяца, когда стал отмечать перебои в работе сердца, «толчки», «замирание» в этот момент, чувство кома в горле, слабость. Сознание не терял. Эти ощущения возникают независимо от нагрузки, времени дня. АД регулярно не измеряет. Однократно на приеме у врача АД

было 160/95 мм.рт.ст. ИМ, ОНМК в анамнезе не было. Давящие боли в груди возникают при ходьбе 300-400м, или подъеме на 2-3 этажа, с одышкой, потливостью.

Боль купируется в покое. Голени и стопы пастозные (последние 2-3 месяца).

Объективные данные: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Голени и стопы пастозные.

Обследование:

1) ОАК: Эр – 3,9 x 10¹²/л, Нв- 139 г/л, лейкоциты- 4,7 x 10⁹/л, тромб- 210 x10⁹/л, ЦП- 0,87, СОЭ – 14 мм/ч, п/я-2, с/я – 64%, э-2, лимф- 34 %, мон-7%.

2) ОАМ: уд. вес- 1007, белок – нет, лейкоциты- 0-1 в поле зрения, эпителий – 2-3 в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр.

3) Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,7 ммоль/л, билирубин общий – 20,4 мкмоль/л, креатинин – 107 мкмоль/л, АлАТ 14 Е/л, АсАТ 27 Е/л, общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТАГ – 3,0 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л, калий - 3,4 ммоль/л, натрий – 137 ммоль/л, мочевина – 4,7 ммоль/л.

4) Тест с 6-минутной ходьбой: 420 метров.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 85 в мин. ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка. Парная полиморфная желудочковая экстрасистолия.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Проблемно-ситуационная задача 22.

Женщина Ю., 70 лет. Жалобы на боли за грудиной давящего характера, приступообразные, возникающие во время ходьбы в обычном темпе на расстояние до 200 м, реже в покое, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся приемом 1 таблетки нитроглицерина через 3 минуты, либо в покое.

Анамнез заболевания. Указанные жалобы беспокоят около года. Наблюдалась у терапевта по поводу ИБС. Стабильная стенокардия III ФК. Принимала бисопролол, кардиомагнил, симвастатин. На фоне проводимой терапии жалобы сохранялись направлена в стационар с лечебно-диагностической целью.

Анамнез жизни. Хронические заболевания в анамнезе отрицает. Менструальный цикл сохранен, регулярный.

Данные объективного обследования. Общее состояние удовлетворительное. Над легкими ясный легочный звук, в легких дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в минуту. АД - 115/70 мм рт. ст. Органы брюшной полости без особенностей. Периферических отеков нет.

Данные лабораторного обследования. ОАК: эр. - 4,7x10¹²/л, Нв - 135 г/л, цв.п. - 1,0; тромбоциты - 255x10⁹/л, лейкоциты - 7,9x10⁹/л, пал. - 2%, эоз.- 3%, сегм. - 65%, лимф, - 28%, мон. - 2%, СОЭ - 5 мм/ час.

БАК: общий холестерин – 5,8 ммоль/л, бета-липопротеиды - 4,6 ммоль/л, ЛПТИ - 100%, сахар - 5,2 ммоль/л, натрий - 133 ммоль/л, калий - 4,9 ммоль/л, кальций - 2,3 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л.

ОАМ: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1020, белка и сахара нет, лейкоц. - 2-4 в п/зр., цилиндров нет.

Данные инструментального обследования.

ЭКГ - синусовый ритм с ЧСС 80 в мин. ЭОС не отклонена.

Велоэргометрия: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 100 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной.

Холтеровское мониторирование: выявлено 3 эпизода депрессии сегмента ST на 1,5-2 мм во время ходьбы в обычном темпе.

Эхокардиография: Атеросклероз аорты. Полости сердца не расширены. ФВ 56%. Зон нарушений локальной сократимости не выявлено. Диастолическая функция не нарушена.

Рентгенография органов грудной клетки: органы грудной клетки без патологии.

Рентгенография грудного отдела позвоночника: патологии не выявлено.

ЭГДС: патологии не выявлено.

Коронарная ангиография: правый тип кровоснабжения миокарда. Гемодинамически значимых поражений коронарных артерий не выявлено.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте рекомендации по питанию с учетом патологии.

Критерии оценивания

Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 100%-91% вопросов

тестирование	тестового контроля
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 90%-81% вопросов тестового контроля
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 80%-71% вопросов тестового контроля
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 70% и менее вопросов тестового контроля

3.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта проводится по зачётным билетам

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Профилактической медицины
направление подготовки (специальность) 31.08.34 Диетология
дисциплина Питание людей пожилого и старческого возраста

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Методы и средства в профилактике преждевременного старения и продления жизни
2. Особенности диетотерапии при дефиците витамина Д.

Заведующая кафедрой
профилактической медицины
д.м.н., профессор

Н.П.Сетко

Председатель учебно-методической комиссии
по подготовке кадров высшей квалификации
в ординатуре д.м.н., профессор

Г.Ю. Евстифеева

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации
к.м.н., доцент

И.В. Ткаченко

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер)
1	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Знать Медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов профилактики у пациентов с выявленными хроническими заболеваниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи Принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов с выявленными алиментарно-зависимыми заболеваниями, хроническими заболеваниями, в развитии которых ведущую роль играет алиментарный фактор Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе по реализации программ здорового питания Формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), здоровых лиц, медицинских работников по вопросам лечебного и здорового питания Основы здорового образа жизни, методы его формирования, основы здорового питания Принципы и особенности профилактики возникновения и прогрессирования алиментарно-зависимых заболеваний, хронических заболеваний, в развитии которых ведущую роль играет алиментарный фактор Оценка эффективности и безопасности включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями	вопросы № 1-69

		<p>Уметь</p> <p>Проводить оздоровительные и санитарно-просветительные мероприятия для населения с учетом возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни</p> <p>Консультировать пациентов и здоровых людей по вопросам навыков здорового образа жизни, здорового питания, профилактики заболеваний</p> <p>Разрабатывать и рекомендовать программы лечебного и профилактического питания</p> <p>Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы здорового питания</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями.</p>	проблемно-ситуационные задачи № 1-22
		<p>Владеть</p> <p>Проведение оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для населения с учетом возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни</p> <p>Контроль за выполнением профилактических мероприятий</p> <p>Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела и в организациях для детей-сирот и детей, оставленных без попечения родителей</p> <p>Оценка эффективности профилактической работы с населением</p>	проблемно-ситуационные задачи № 1-22
2	ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	<p>Знать</p> <p>Нормативные правовые акты, регламентирующие порядок проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов и здоровых лиц, правила организации и проведения программ лечебного и здорового питания</p> <p>Порядок диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями и (или) состояниями</p>	вопросы № 1-69
		<p>Уметь</p> <p>Проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями, имеющими факторы риска нарушения питания</p> <p>Проводить оздоровительные мероприятия среди пациентов с выявленными хроническими заболеваниями (питание, сон, режим дня, двигательная активность)</p> <p>Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы здорового питания</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями.</p>	проблемно-ситуационные задачи №1-22
		<p>Владеть</p> <p>Проведение диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями, имеющими факторы риска нарушения питания</p> <p>Назначение профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	проблемно-ситуационные задачи №1-22
3	ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	<p>Знать</p> <p>Алгоритмы дифференциальной диагностики при постановки диагноза с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p> <p>Методы диагностики нарушений пищевого статуса пациента</p> <p>Принципы лечения нарушений пищевого статуса и алиментарнозависимых заболеваний методом диетотерапии</p>	вопросы № 1-69
		<p>Уметь</p> <p>проводить оценку фактического питания пациентов</p> <p>проводить исследование и анализ антропометрических показателей и состава тела</p> <p>проводить оценку пищевого поведения</p> <p>уметь пользоваться МКБ</p>	проблемно-ситуационные задачи №1-22

		<p>Владеть клиническими методами обследования пациентов лабораторными методами исследования методами оценки фактического питания больного в домашних условиях методами исследования антропометрических показателей методами определения состава тела с использованием методов биоимпедансометрии и, рентгеновской остеоденситометрии методами оценки пищевого поведения методами оценки показателей основного обмена методами оценки риска развития алиментарнозависимых заболеваний</p>	<p>проблемно-ситуационные задачи №1-22</p>
4	ПК-6 готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи	<p>Знать Принципы составления перечня и количества продуктов, разрешенных для передачи пациентам, находящимся на лечении в медицинской организации Принципы организации лечебного питания пациентов с учетом клинико-статистических групп заболеваний Определение перечня лечебных диет для пациентов с учетом клинико-статистических групп заболеваний</p>	<p>вопросы № 1-69</p>
		<p>Уметь Назначать лечебные диеты (стандартные, специальные или персонализированные), в том числе определять необходимость дополнительного применения специализированной пищевой продукции диетического лечебного питания, не входящих в состав стандартных лечебных диет Назначать энтеральное и (или) парентеральное питание Осуществлять контроль за ведением историй болезни на соответствие назначаемых диет и этапности лечебного питания Организовывать лечебное питание пациентов с учетом заболевания и (или) состояния</p>	<p>проблемно-ситуационные задачи №1-22</p>
		<p>Владеть Организация лечебного питания пациентов с учетом заболевания и (или) состояния Определение перечня лечебных диет</p>	<p>проблемно-ситуационные задачи №1-22</p>
5	ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	<p>Знать Порядок оказания медицинской помощи по профилю "диетология" Порядок организации санаторно-курортного лечения Принципы лечебного питания при проведении реабилитации пациентов Основные принципы лечебного питания при проведении реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных, профессиональных, психологических) Механизм воздействия лечебного питания при проведении реабилитационных мероприятий Методы профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате лечебного питания при проведении мероприятий по медицинской реабилитации Медицинские показания и противопоказания к проведению мероприятий санаторно-курортного лечения Методы оценки эффективности и безопасности включения специализированных продуктов, в том числе сухих белковых композитных смесей и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями</p>	<p>вопросы № 1-69</p>
		<p>Уметь Определять медицинские показания для назначения лечебного питания при санаторно-курортном лечении Оценивать эффективность и безопасность лечебного питания при проведении санаторно-курортного лечения Разрабатывать план лечебного питания при проведении реабилитационных мероприятий для пациентов Назначать лечебное питание при проведении санаторно-курортного лечения Организовывать лечебное питание при проведении санаторно-курортного лечения Определять медицинские показания для направления пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации или медицинской реабилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи Оценивать эффективность и безопасность лечебного питания при проведении санаторно-курортного лечения</p>	<p>проблемно-ситуационные задачи №1-22</p>

		<p>Проводить работу по реализации лечебного питания при реабилитации инвалидов Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями</p>	
		<p>Владеть Составление плана лечебного питания при проведении санаторно-курортного лечения Проведение лечебного питания при санаторно-курортном лечении Направление пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий при санаторно-курортном лечении Составление и мониторинг выполнения плана мероприятий по санаторно-курортному лечению пациентов в части назначения лечебного питания</p>	<p>проблемно-ситуационные задачи №1-22</p>

12. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Основы здорового образа жизни»

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачёта.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Практическое занятие 1. Мониторинг здоровья и образа жизни человека. Методики оценки здоровья человека.

Вопросы для устного опроса:

1. Мониторинг здоровья человека
2. Мониторинг образа жизни человека
3. Методы оценки дыхательной системы
4. Методы оценки сердечно-сосудистой системы
5. Методы оценки костно-мышечной системы
6. Методы оценки нервной системы
7. Методы оценки физического развития
8. Методы оценки психического развития
9. Комплексная оценка здоровья

Практическое занятие 2. Правовые основы формирования здорового образа жизни.

Вопросы для устного опроса:

1. Правовые основы профилактики инфекционных заболеваний.
2. Правовые основы профилактики неинфекционных заболеваний.
3. Правовые основы формирования здорового образа жизни.
4. Концепция формирования здорового образа жизни.
5. Порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях.

Практическое занятие 3. Роль рационального и адекватного питания в здоровом образе жизни

Вопросы для устного опроса:

1. Роль рационального и адекватного питания в здоровом образе жизни у детей дошкольного возраста.
2. Роль рационального и адекватного питания в здоровом образе жизни у детей школьного возраста
3. Роль рационального и адекватного питания в здоровом образе жизни у подростков
4. Роль рационального и адекватного питания в здоровом образе жизни у мужчин
5. Роль рационального и адекватного питания в здоровом образе жизни у женщин

Практическое занятие 4. Роль двигательной активности и спорта в здоровом образе жизни

Вопросы для устного опроса:

1. Роль двигательной активности и спорта в здоровом образе жизни у детей дошкольного возраста.
2. Роль двигательной активности и спорта в здоровом образе жизни у детей школьного возраста
3. Роль двигательной активности и спорта в здоровом образе жизни у подростков
4. Роль двигательной активности и спорта в здоровом образе жизни у мужчин
5. Роль двигательной активности и спорта в здоровом образе жизни у женщин

Практическое занятие 5. Роль закаливания в здоровом образе жизни

Вопросы для устного опроса:

1. Роль закаливания в здоровом образе жизни у детей дошкольного возраста.
2. Роль закаливания в здоровом образе жизни у детей школьного возраста
3. Роль закаливания в здоровом образе жизни у подростков
4. Роль закаливания в здоровом образе жизни у мужчин
5. Роль закаливания в здоровом образе жизни у женщин

Практическое занятие 6. Профилактика заболеваний органов дыхания

Вопросы для устного опроса:

1. Факторы риска развития заболеваний органов дыхания.
2. Первичная профилактика заболеваний органов дыхания
3. Вторичная профилактика заболеваний органов дыхания
4. Профилактика заболеваний органов дыхания у различных групп населения
5. Специфическая профилактика заболеваний органов дыхания

Практическое занятие 7. Профилактика заболеваний органов почек и мочевыделительной системы

Вопросы для устного опроса:

1. Факторы риска развития заболеваний почек.
2. Первичная профилактика заболеваний почек
3. Вторичная профилактика заболеваний почек
4. Профилактика заболеваний почек у различных групп населения
5. Специфическая профилактика заболеваний почек
6. Факторы риска развития заболеваний мочевыделительной системы.
7. Первичная профилактика заболеваний мочевыделительной системы
8. Вторичная профилактика заболеваний мочевыделительной системы
9. Профилактика заболеваний мочевыделительной системы у различных групп населения
10. Специфическая профилактика заболеваний мочевыделительной системы

Практическое занятие 8. Профилактика онкологических заболеваний

Вопросы для устного опроса:

1. Факторы риска развития онкологических заболеваний.
2. Первичная профилактика онкологических заболеваний
3. Вторичная профилактика онкологических заболеваний Профилактика онкологических заболеваний у различных групп населения
4. Специфическая профилактика онкологических заболеваний

Практическое занятие 9. Профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта

Вопросы для устного опроса:

1. Факторы риска развития заболеваний желудочно-кишечного тракта.
2. Первичная профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта
3. Вторичная профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта
4. Профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта у различных групп населения
5. Специфическая профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта

Практическое занятие 10. Профилактика сахарного диабета и ожирения

Вопросы для рассмотрения:

1. Факторы риска развития сахарного диабета.
2. Первичная профилактика сахарного диабета
3. Вторичная профилактика сахарного диабета
4. Профилактика сахарного диабета у различных групп населения
5. Специфическая профилактика сахарного диабета
6. Факторы риска развития ожирения.
7. Первичная профилактика ожирения
8. Вторичная профилактика ожирения
9. Профилактика ожирения у различных групп населения
10. Специфическая профилактика ожирения

Практическое занятие 11. Профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы

Вопросы для устного опроса:

1. Факторы риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы.
2. Первичная профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы
3. Вторичная профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы
4. Профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы у различных групп населения
5. Специфическая профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы

Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации

1. Мониторинг здоровья человека
2. Мониторинг образа жизни человека
3. Методы оценки дыхательной системы
4. Методы оценки сердечно-сосудистой системы
5. Методы оценки костно-мышечной системы
6. Методы оценки нервной системы
7. Методы оценки физического развития
8. Методы оценки психического развития
9. Комплексная оценка здоровья
10. Правовые основы профилактики инфекционных заболеваний.
11. Правовые основы профилактики неинфекционных заболеваний.
12. Правовые основы формирования здорового образа жизни.
13. Концепция формирования здорового образа жизни.
14. Порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях.
15. Роль рационального и адекватного питания в здоровом образе жизни у детей дошкольного возраста.
16. Роль рационального и адекватного питания в здоровом образе жизни у детей школьного возраста
17. Роль рационального и адекватного питания в здоровом образе жизни у подростков
18. Роль рационального и адекватного питания в здоровом образе жизни у мужчин
19. Роль рационального и адекватного питания в здоровом образе жизни у женщин
20. Роль двигательной активности и спорта в здоровом образе жизни у детей дошкольного возраста.
21. Роль двигательной активности и спорта в здоровом образе жизни у детей школьного возраста
22. Роль двигательной активности и спорта в здоровом образе жизни у подростков
23. Роль двигательной активности и спорта в здоровом образе жизни у мужчин
24. Роль двигательной активности и спорта в здоровом образе жизни у женщин
25. Роль закаливания в здоровом образе жизни у детей дошкольного возраста.
26. Роль закаливания в здоровом образе жизни у детей школьного возраста
27. Роль закаливания в здоровом образе жизни у подростков
28. Роль закаливания в здоровом образе жизни у мужчин
29. Роль закаливания в здоровом образе жизни у женщин
30. Факторы риска развития заболеваний органов дыхания.
31. Первичная профилактика заболеваний органов дыхания
32. Вторичная профилактика заболеваний органов дыхания
33. Профилактика заболеваний органов дыхания у различных групп населения
34. Специфическая профилактика заболеваний органов дыхания
35. Факторы риска развития заболеваний почек.
36. Первичная профилактика заболеваний почек
37. Вторичная профилактика заболеваний почек
38. Профилактика заболеваний почек у различных групп населения
39. Специфическая профилактика заболеваний почек
40. Факторы риска развития заболеваний мочевыделительной системы.
41. Первичная профилактика заболеваний мочевыделительной системы
42. Вторичная профилактика заболеваний мочевыделительной системы
43. Профилактика заболеваний мочевыделительной системы у различных групп населения
44. Специфическая профилактика заболеваний мочевыделительной системы
45. Факторы риска развития онкологических заболеваний.
46. Первичная профилактика онкологических заболеваний
47. Вторичная профилактика онкологических заболеваний Профилактика онкологических заболеваний у различных групп населения
48. Специфическая профилактика онкологических заболеваний
49. Факторы риска развития заболеваний желудочно-кишечного тракта.
50. Первичная профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта
51. Вторичная профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта
52. Профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта у различных групп населения
53. Специфическая профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта

54. Факторы риска развития сахарного диабета.
55. Первичная профилактика сахарного диабета
56. Вторичная профилактика сахарного диабета
57. Профилактика сахарного диабета у различных групп населения
58. Специфическая профилактика сахарного диабета
59. Факторы риска развития ожирения.
60. Первичная профилактика ожирения
61. Вторичная профилактика ожирения
62. Профилактика ожирения у различных групп населения
63. Специфическая профилактика ожирения
64. Факторы риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы.
65. Первичная профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы
66. Вторичная профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы
67. Профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы у различных групп населения
68. Специфическая профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы

Тестовые задания для текущего контроля

1.Классификация избыточной массы тела и ожирения (ВОЗ*, 1998 г.) выделяет:

1. 3 категории – недостаточная масса тела, избыточная масса тела, нормальная масса тела
2. 4 категории - недостаточная масса тела, нормальная масса тела, избыточная масса тела, ожирение
3. 5 категорий - недостаточная масса тела, нормальная масса тела, избыточная масса тела, ожирение I-II степени
4. 6 категорий - недостаточная масса тела, нормальная масса тела, избыточная масса тела, ожирение I-III степени
5. Нет верного ответа

2.Состояние питания по КЖС трицепса и ОМП зависит от пола и возраста и делится на:

1. Нормальное (90 -100%)
2. Легкое нарушение (90-80% от нормы)
3. Нарушение средней тяжести (80-70% от нормы)
4. тяжелое нарушение (<70% от нормы)
5. Верно все перечисленное

3.Калиперометрия проводится в следующих областях:

1. Трицепс
2. Бицепс
3. Лопатка
4. Верхнеподвздошная область
5. Верно все перечисленное

4.Для расчета «Силовой индекса» (%) у пациента необходимо знать:

1. Массу тела, кг.
2. Силу сжатия кисти, кг.
3. Становую силу, кг
4. Верно 1,2

5. «Силовой индекс» у женщин считается ниже среднего, если его значение составляет:

1. < 48 %
2. 48-50 %
3. < 65 %
4. 65-80 %
5. 80 %

6. «Силовой индекс» у женщин считается средним, если его значение составляет:

1. < 48 %
2. 48-50 %
3. 50-65 %
4. 65-80 %
5. 80 %

7. «Силовой индекс» у женщин считается выше среднего, если его значение составляет:

1. < 48 %
2. 48-50 %
3. 50 %
4. 60 %
5. 80 %

8. «Силовой индекс» у мужчин считается ниже среднего, если его значение составляет:

1. < 65 %
2. 65-80 %
3. 85-90 %
4. 90-95 %
5. 95 %

9. «Силовой индекс» у мужчин считается средним, если его значение составляет:

1. < 65 %
2. 65-80 %
3. 85-90 %
4. 90-95 %

10. «Силовой индекс» у мужчин считается выше среднего, если его значение составляет:

1. < 48 %
2. 48-50 %
3. < 65 %
4. 65-80 %
5. 80 %

11.Выделяют четыре класса состояний здоровья на основании анализа данных вариабельности сердечного ритма:

1. Удовлетворительная адаптация к условиям окружающей среды («зеленая группа»)
2. Напряжение механизмов адаптации
3. Неудовлетворительная адаптация к условиям окружающей среды («желтая группа»)
4. Срыв и поломка адаптационных механизмов («красная группа»)
5. Верно все перечисленное

12.Лодыжечно-плечевой индекс рассчитывается с целью:

1. Выявления обструктивных заболеваний артерий нижних конечностей
2. Выявления обструктивных заболеваний артерий верхних конечностей
3. Выявления обструктивных заболеваний вен нижних конечностей
4. Выявления обструктивных заболеваний вен верхних конечностей
5. Верно все перечисленное

13.Выраженная степень обструкции кровотока, которая имеет клинические проявления в виде перемежающейся хромоты, наблюдается при значениях лодыжечно-плечевого индекса:

1. <0,4

2. 0,4 до 0,9
3. 0,9-1,0
4. 1,1-1,2
5. >1,2

14. Тяжелая ишемия конечности, наблюдается при значениях лодыжечно-плечевого индекса:

1. <0,4
2. 0,4 до 0,9
3. 0,9-1,0
4. 1,1-1,2
5. >1,2

15. Кальцинированность артерии нижних конечностей (артерия плохо поддается компрессии) наблюдается при значениях лодыжечно-плечевого индекса:

1. <0,4
2. 0,4 до 0,9
3. 0,9-1,0
4. 1,1-1,2
5. >1,2

16. Наиболее важными характеристиками внешнего дыхания являются:

1. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ), индекс Тиффно
2. Форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ)
3. Объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1)
4. Максимальная скорость выдоха на уровне 75, 50 и 25% (МСВ75-25) ФЖЕЛ
5. Верно все перечисленное

17. Исследование функции внешнего дыхания считается приемлемым при соблюдении следующих условий:

1. Отсутствие артефактов: кашель (особенно на протяжении первой секунды форсированного выдоха), смыкание голосовых связок, преждевременное завершение дыхательного маневра или его прерывание, проведение дыхательного маневра не на максимальном уровне, утечка воздуха, закупорка загубника, наличие дополнительных дыхательных маневров
2. Отсутствие обратной экстраполяции (затянувшейся задержки на высоте максимального вдоха перед форсированным выдохом более 80 мс)
3. Длительность форсированного выдоха не менее 6 с или достижение фазы плато на выдохе
4. Верно 1,2
5. Верно 1,2,3

18. Для получения максимально достоверных результатов при исследовании функции внешнего дыхания необходимо:

1. Воздержаться от приема препаратов, влияющих на сопротивление дыхательных путей - лекарств из группы бронходилататоров или неселективных бета-блокаторов
2. Отсутствие обратной экстраполяции (затянувшейся задержки на высоте максимального вдоха перед форсированным выдохом более 80 мс)
3. Не курить, по меньшей мере, за 4 часа до исследования
4. Избегать тяжелой физической работы за сутки до процедуры
5. Исключить полноценный прием пищи за 2 часа до исследования
5. Верно все перечисленное

19. Для получения максимально достоверных результатов при исследовании функции внешнего дыхания необходимо:

1. Воздержаться от приема препаратов, влияющих на сопротивление дыхательных путей - лекарств из группы бронходилататоров или неселективных бета-блокаторов
2. Отсутствие обратной экстраполяции (затянувшейся задержки на высоте максимального вдоха перед форсированным выдохом более 80 мс)
3. Не курить, по меньшей мере, за 4 часа до исследования
4. Избегать тяжелой физической работы за сутки до процедуры
5. Исключить полноценный прием пищи за 2 часа до исследования
5. Верно все перечисленное

20. Биоимпедансный анализ - метод оценки абсолютных и относительных значений компонентов состава тела позволяет определить следующие показатели:

1. Индекс массы тела
2. Жировая масса тела
3. Доля жировой массы в организме
4. Тощая безжировая масса организма
5. Верно все перечисленное

21. Биоимпедансный анализ - метод оценки абсолютных и относительных значений компонентов состава тела позволяет определить следующие показатели:

1. Удельный основной обмен
2. Основной обмен
3. Активная клеточная масса
4. процентная доля активной клеточной массы
5. Верно все перечисленное

22. Биоимпедансный анализ - метод оценки абсолютных и относительных значений компонентов состава тела позволяет определить следующие показатели:

1. Соотношение обхватов талии и бедер
2. Скелетно-мышечная масса тела
3. Доля скелетно-мышечной массы в тощей массе
4. Общая жидкость в организме
5. Верно все перечисленное

23. Классификация степеней курения в зависимости от концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе и карбоксигемоглобина:

1. Отсутствие курения, легкое курение, умеренное курение, курение тяжелой степени
2. Отсутствие курения, умеренное курение, курение тяжелой степени
3. Отсутствие курения, легкое курение, курение тяжелой степени
4. Отсутствие курения, легкое курение (1 степень), легкое курение (2 степень), умеренное курение, курение тяжелой степени
5. Отсутствие курения, легкое курение (1 степень), умеренное курение, курение тяжелой степени (5 степеней)

24. В программу комплексного обследования Центра здоровья не входит:

1. Оценка содержания глюкозы в крови
2. Определение содержания общего холестерина в крови
3. Определение уровня триглицеридов с целью расчета уровня холестерина липопротеинов низкой плотности по формуле Фридвальда
4. Верно 1,2
5. Верно 1,3

25. При выявлении уровня холестерина более 5,0 ммоль/л врач Центра здоровья рекомендует пациенту:

1. Диету с ограничением насыщенных жиров, проведение развернутого анализа крови на липиды натошак (с определением уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, триглицеридов и холестерина липопротеинов высокой плотности)
2. Диету с ограничением насыщенных жиров
3. Проведение развернутого анализа крови на липиды натошак (с определением уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, триглицеридов и холестерина липопротеинов высокой плотности)
4. Диету с ограничением насыщенных жиров, проведение развернутого анализа крови на липиды натошак (с определением уровня холестерина липопротеинов низкой плотности)
5. Диету с ограничением насыщенных жиров, проведение развернутого анализа крови на липиды натошак (с определением уровня холестерина липопротеинов высокой плотности)

26. Доля женщин, не отказывающихся от курения даже во время беременности, составляет:

1. 10%
2. 20%
3. 40%
4. 60%
5. 80%

27. Оценка суммарного риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE проводится у следующих категорий лиц с:

1. Диагностированными сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза
2. Сахарным диабетом II и I типа при наличии микроальбуминурии
3. Очень высокими уровнями отдельными факторами риска (например, АГ III степени тяжести или уровнем общего ХС более 8 ммоль/л)
4. Хронической болезнью почек
5. Верно все перечисленное

28. Очень высокий риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE определяется у следующих лиц, имеющих:

1. Диагностированными сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза
2. Сахарный диабет II и I типа при наличии микроальбуминурии
3. Очень высокий уровень отдельными факторами риска (например, АГ III степени тяжести или уровнем общего ХС более 8 ммоль/л)
4. Хроническую болезнь почек
5. Верно все перечисленное

29. Очень высокий риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE определяется у следующих лиц, имеющих Риск SCORE:

1. 10%
2. 5% и < 10%
3. 1% и < 5%
4. < 1%
5. 0%

30. Высокий риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE определяется у следующих лиц, имеющих Риск SCORE:

1. 10%
2. 5% и < 10%
3. 1% и < 5%
4. < 1%
5. 0%

31. Умеренный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE определяется у следующих лиц, имеющих Риск SCORE:

1. 10%
2. 5% и < 10%
3. 1% и < 5%
4. < 1%
5. 0%

32. Низкий риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE определяется у следующих лиц, имеющих Риск SCORE:

1. 10%
2. 5% и < 10%
3. 1% и < 5%
4. < 1%
5. 0%

33. При определении уровня риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет по шкале SCORE необходимо учитывать все кроме:

1. Пол и возраст пациента
2. Курение
3. Значения систолического артериального давления пациента
4. Значения систолического и диастолического артериального давления пациента
5. Содержания общего холестерина в крови пациента

34. Гигиенист стоматологический в Центре здоровья в ходе осмотра проводит диагностику:

1. Гигиены полости рта
2. Болезней слизистой оболочки и пародонта
3. Некариозных поражений
4. Кариеса зубов
5. Верно все перечисленное

35. Врач Центра здоровья при осмотре обязан:

1. Опрашивать каждого пациента в отношении курения (Курит ли пациент?) и, если пациент "не курит", то поощрять его поведение, а если – "курит" то, оценивать особенности курения (степень/тяжесть курения) и готовность бросить курить.
2. Рекомендовать бросить курить (аргументируя необходимость отказа от курения научно-обоснованными фактами о вреде курения с учетом анамнеза и настоящего состояния пациента). Твердый и аргументированный совет врача – важный фактор в деле прекращения курения пациентом.
3. Определять стратегию по прекращению курения: совет/беседа по изменению поведения, посещение Школы по отказу от курения, психотерапия, никотин-заместительная или другая лекарственная терапия.
4. Регистрировать и обновлять данные пациента по курению в медицинской карте при каждом визите пациента
5. Верно все перечисленное

36. Врач Центра здоровья проводит консультирование по рационализации питания и разъяснению пациенту следующих принципов здорового питания:

1. Качественной, количественной характеристики, сбалансированности питания, режима питания, безопасности и легкоусвояемости пищи
2. Качественной, количественной характеристики, сбалансированности питания, режима питания, безопасности и легкоусвояемости пищи
3. Качественной, количественной характеристики, сбалансированности питания, режима питания, безопасности и легкоусвояемости пищи
4. Качественной, количественной характеристики, сбалансированности питания, режима питания, безопасности и легкоусвояемости пищи
5. Качественной, количественной характеристики, сбалансированности питания, безопасности и легкоусвояемости пищи

37. В группу риска с гиподинамией входят лица, имеющие двигательную активность менее:

1. 60 мин./день
2. 40 мин./день
3. 30 мин./день
4. 20 мин./день
5. 10 мин./день

38. Регулярная физическая активность уменьшает общую и сердечно-сосудистую смертность более чем на:

1. 50%
2. 40%
3. 30%
4. 20%
5. 10%

39. Аэробная умеренная физическая активность в течение 150 минут (2 часа 30 минут) в неделю снижает риск:

1. Преждевременной смерти
2. Развития ишемической болезни сердца и инсульта
3. Артериальной гипертензии и сахарного диабета
4. Депрессии
5. Верно все перечисленное

40. Всем пациентам, ведущим малоподвижный образ жизни, рекомендуется ежедневная физическая активность в течение:

1. 10-15 мин./день
2. 15-20 мин./день
3. 20-30 мин./день
4. 30-40 мин./день
5. 40-50 мин./день

41. Взрослые люди в возрасте 18-64 года для выполнения норм физической активности должны выполнять следующее:

1. Заниматься умеренной физической активностью средней интенсивности не менее 150 минут в неделю, или выполнять упражнения по аэробной физической активности высокой интенсивности 75 минут в неделю

2. Выполнение упражнений сериями продолжительностью не менее 10 минут
3. Постепенно увеличивать время выполнения упражнений аэробной физической активностью средней интенсивности до 300 минут в неделю или выполнять занятия аэробной физической активностью высокой интенсивности до 150 минут в неделю
4. Выполнение силовых упражнений с задействованием основных групп мышц 2 и более дней в неделю
5. Верно все перечисленное

42. Пожилые люди старше 64 лет для выполнения норм физической активности должны выполнять следующее:

1. Заниматься аэробной физической активностью средней интенсивности не менее 150 минут в неделю, или выполнять упражнения высокой интенсивности 75 минут в неделю
2. Выполнение упражнений сериями продолжительностью не менее 10 минут
3. Выполнение упражнений аэробной физической активностью средней интенсивности до 300 минут в неделю или выполнять занятия аэробной физической активностью высокой интенсивности до 150 минут в неделю
4. Выполнение силовых упражнений с задействованием основных групп мышц 2 и более дней в неделю
5. Верно все перечисленное

43. Абдоминальное ожирение диагностируется у мужчин, имеющих окружность талии более:

1. 54 см.
2. 64 см.
3. 74 см.
4. 84 см.
5. 94 см.

44. Абдоминальное ожирение диагностируется у женщин, имеющих окружность талии более:

1. 50 см.
2. 60 см.
3. 70 см.
4. 80 см.
5. 90 см.

45. Наличие избыточной массы тела и ожирения увеличивает риск развития артериальной гипертонии в:

1. 2 раза
2. 3 раза
3. 4 раза
4. 5 раз
5. 6 раз

46. Наличие избыточной массы тела и ожирения увеличивает риск развития ишемической болезни сердца в:

1. 2 раза
2. 3 раза
3. 4 раза
4. 5 раз
5. 6 раз

47. Наличие избыточной массы тела увеличивает риск развития сахарного диабета в:

1. 6 раз
2. 7 раз
3. 8 раз
4. 9 раз
5. 10 раз

48. Наличие ожирения увеличивает риск развития сахарного диабета в:

1. 5 раз
2. 10 раз
3. 20 раз
4. 30 раз
5. 40 раз

49. При небольшом избытке Массы тела продолжительность жизни в среднем сокращается:

1. от 3 до 5 лет
2. от 6 до 9 лет
3. от 10 до 13 лет
4. от 14 до 16 лет
5. от 17 до 19 лет

50. При выраженном ожирении продолжительность жизни в среднем сокращается:

1. от 3 до 5 лет
2. от 6 до 9 лет
3. от 10 до 13 лет
4. от 14 до 16 лет
5. от 17 до 19 лет

51. Основным принципом диетологического вмешательства при ожирении является:

1. Снижение калорийности пищевого рациона
2. Создание энергетического дефицита
3. Ограничение объема употребляемой пищи
4. Верно 1,2
5. Верно все перечисленное

52. Умеренная степень энергетического дефицита характерна при ограничении калорийности диеты до:

1. 800 ккал/сутки
2. 1000 ккал/сутки
3. 1200 ккал/сутки
4. 1400 ккал/сутки
5. 1600 ккал/сутки

53. Очень высокая степень энергетического дефицита характерна при ограничении калорийности диеты до:

1. 800 ккал/сутки
2. 1000 ккал/сутки
3. 1200 ккал/сутки
4. 1400 ккал/сутки
5. 1600 ккал/сутки

55. При очень высокой степени энергетического дефицита снижение массы тела в неделю может составлять до:

1. 0,5-1,4 кг.
2. 1,5-2 кг.
3. 2,5-3,0 кг.
4. 3,5-4,0 кг.
5. 4,5-5,0 кг.

56. При умеренной степени энергетического дефицита снижение массы тела в неделю может составлять до:

1. 0,5-1,4 кг.
2. 1,5-2 кг.
3. 2,5-3,0 кг.
4. 3,5-4,0 кг.

5. 4,5-5,0 кг.

57. Недостатками использования диет с очень низкой калорийностью является:

1. Отсутствие формирования навыков рационального питания
2. Плохая переносимость таких диет
3. Частые побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта
4. Желчнокаменная болезнь
5. Верно все перечисленное

58. К немедикаментозным методам лечения артериальной гипертонии относятся:

1. Ограничение потребления поваренной соли
2. Увеличение потребления овощей и фруктов
3. Снижение массы тела и повышение физической активности
4. Ограничение потребления алкоголя и отказ от курения
5. Верно все перечисленное

59. Ограничение потребления поваренной соли, как одного из немедикаментозных методов лечения артериальной гипертонии, должно составлять до:

1. 1 г/сутки
2. 5 г/сутки
3. 8 г/сутки
4. 10 г/сутки
5. 12 г/сутки

60. Увеличение потребления овощей и фруктов, как одного из немедикаментозных методов лечения артериальной гипертонии, должно составлять до:

1. 400 г/сутки
2. 500 г/сутки
3. 600 г/сутки
4. 700 г/сутки
5. 800 г/сутки

61. Для лиц, имеющих гиперхолестеринемию, не рекомендуется использовать в питании либо крайне редко зерновые:

1. Любые крупы
2. Хлеб из муки тонкого помола
3. Блюда из макарон
4. Печенье, зерновые хлопья
5. Выпечка, кексы, пироги, круассаны

62. Для лиц, имеющих гиперхолестеринемию, не рекомендуется использовать в питании либо крайне редко овощи:

1. Отварные
2. Сырые
3. Тушеные с добавлением растительного масла
4. Овощи, приготовленные в животном масле или со сливками
5. Консервированные

63. Для лиц, имеющих гиперхолестеринемию, не рекомендуется использовать в питании либо крайне редко:

1. Некалорийные сахарозаменители
2. Сахароза, фруктоза
3. Леденцы, мёд
4. Глюкоза, шоколад
5. Все перечисленное верно

64. Для лиц, имеющих гиперхолестеринемию, не рекомендуется использовать в питании либо крайне редко мясо и рыбу:

1. Жирная и нежирная рыба
2. Домашняя птица без кожи
3. Постные куски говядины, баранина, свинина, телятина
4. Моллюски, морепродукты
5. Сосиски, салями, бекон, ребрышки, хот-доги

65. Для лиц, имеющих гиперхолестеринемию, не рекомендуется использовать в питании либо крайне редко молочные продукты и яйца:

1. Обезжиренное молоко
2. Обезжиренный йогурт
3. Яичный белок
4. Кефир, ряженка
5. Яичный желток

66. При низком риске развития фетальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE и содержании в крови пациента холестерина липопротеидов низкой плотности < 1,8 ммоль/л стратегия профилактических мероприятий врача заключается в:

1. Снижение уровня липидов не требуется
2. Оздоровлении образа жизни
3. Оздоровлении образа жизни и возможное назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень липидов.
4. Оздоровлении образа жизни и немедленное назначение лекарств
5. Немедленном назначении лекарств

67. При низком риске развития фетальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE и содержании в крови пациента холестерина липопротеидов низкой плотности 1,8 до < 2,5 ммоль/л стратегия профилактических мероприятий врача заключается в:

1. Снижение уровня липидов не требуется
2. Оздоровлении образа жизни
3. Оздоровлении образа жизни и возможное назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень липидов.
4. Оздоровлении образа жизни и немедленное назначение лекарств

68. При низком риске развития фетальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE и содержании в крови пациента холестерина липопротеидов низкой плотности 2,5 до < 5,0 ммоль/л. стратегия профилактических мероприятий врача заключается в:

1. Снижение уровня липидов не требуется
2. Оздоровлении образа жизни
3. Оздоровлении образа жизни и возможное назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень липидов.
4. Оздоровлении образа жизни и немедленное назначение лекарств
5. Немедленном назначении лекарств

69. При низком риске развития фетальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE и содержании в крови пациента холестерина липопротеидов низкой плотности > 5,0 ммоль/л. стратегия профилактических мероприятий врача заключается в:

1. Снижение уровня липидов не требуется
2. Оздоровлении образа жизни
3. Оздоровлении образа жизни и возможное назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень липидов.
4. Оздоровлении образа жизни и немедленное назначение лекарств
5. Немедленном назначении лекарств

70. При умеренном риске развития фетальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE и содержании в крови пациента холестерина липопротеидов низкой плотности < 1,8 ммоль/л. стратегия профилактических мероприятий врача заключается в:

1. Снижение уровня липидов не требуется
2. Оздоровлении образа жизни
3. Оздоровлении образа жизни и возможное назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень липидов
4. Оздоровлении образа жизни и немедленное назначение лекарств
5. Немедленном назначении лекарств

71. При умеренном риске развития фетальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE и содержании в крови пациента холестерина

липопротеидов низкой плотности 1,8 до < 2,5 ммоль/л. стратегия профилактических мероприятий врача заключается в:

1. Снижение уровня липидов не требуется
2. Оздоровлении образа жизни
3. Оздоровлении образа жизни и возможное назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень липидов
4. Оздоровлении образа жизни и немедленное назначение лекарств
5. Немедленном назначении лекарств

72. При умеренном риске развития фетальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE и содержании в крови пациента холестерина

липопротеидов низкой плотности > 2,5 ммоль/л. стратегия профилактических мероприятий врача заключается в:

1. Снижение уровня липидов не требуется
2. Оздоровлении образа жизни
3. Оздоровлении образа жизни и возможное назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень липидов
4. Оздоровлении образа жизни и немедленное назначение лекарств
5. Немедленном назначении лекарств

73. При высоком риске развития фетальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE и содержании в крови пациента холестерина липопротеидов низкой плотности < 1,8 ммоль/л. стратегия профилактических мероприятий врача заключается в:

1. Снижение уровня липидов не требуется
2. Оздоровлении образа жизни
3. Оздоровлении образа жизни и возможное назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень липидов
4. Оздоровлении образа жизни и немедленное назначение лекарств

74. При высоком риске развития фетальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE и содержании в крови пациента холестерина липопротеидов низкой плотности 1,8 до < 2,5 ммоль/л. стратегия профилактических мероприятий врача заключается в:

1. Снижение уровня липидов не требуется
2. Оздоровлении образа жизни
3. Оздоровлении образа жизни и возможное назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень липидов
4. Оздоровлении образа жизни и немедленное назначение лекарств
5. Немедленном назначении лекарств

75. При высоком риске развития фетальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE и содержании в крови пациента холестерина липопротеидов низкой плотности > 2,5 ммоль/л. стратегия профилактических мероприятий врача заключается в:

1. Снижение уровня липидов не требуется
2. Оздоровлении образа жизни
3. Оздоровлении образа жизни и возможное назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень липидов
4. Оздоровлении образа жизни и немедленное назначение лекарств
5. Немедленном назначении лекарств

76. При высоком риске развития фетальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE и содержании в крови пациента холестерина липопротеидов низкой плотности > 2,5 ммоль/л. стратегия профилактических мероприятий врача заключается в:

1. Снижение уровня липидов не требуется
2. Оздоровлении образа жизни
3. Оздоровлении образа жизни и возможное назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень липидов
4. Оздоровлении образа жизни и немедленное назначение лекарств
5. Немедленном назначении лекарств

77. При очень высоком риске развития фетальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE и содержании в крови пациента холестерина липопротеидов низкой плотности < 1,8 ммоль/л. стратегия профилактических мероприятий врача заключается в:

1. Снижение уровня липидов не требуется
2. Оздоровлении образа жизни
3. Оздоровлении образа жизни и возможное назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень липидов
4. Оздоровлении образа жизни и немедленное назначение лекарств
5. Немедленном назначении лекарств

78. При очень высоком риске развития фетальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE и содержании в крови пациента холестерина липопротеидов низкой плотности > 1,8 ммоль/л. стратегия профилактических мероприятий врача заключается в:

1. Снижение уровня липидов не требуется
2. Оздоровлении образа жизни
3. Оздоровлении образа жизни и возможное назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень липидов
4. Оздоровлении образа жизни и немедленное назначение лекарств
5. Немедленном назначении лекарств

79. Риск смерти у мужчин, страдающих сахарным диабетом, в сравнении со здоровыми мужчинами возрастает:

1. 2-3 раза
2. 3,5-4 раза
3. 4,5-5 раз
4. 5,5-6 раз
5. 6,5-7 раз

80. Риск смерти у женщин, страдающих сахарным диабетом, в сравнении со здоровыми мужчинами возрастает:

1. 2-3 раза
2. 3,5-4 раза
3. 4,5-5 раз
4. 5,5-6 раз
5. 6,5-7 раз

81. Лицам с низким (< 1 % по шкале SCORE) и умеренным (> 1 % и < 5 % по шкале SCORE) кардиоваскулярным риском рекомендуется достичь характеристик, которые позволяют людям оставаться здоровыми:

1. Не курить и соблюдать принципы здорового питания, физическая активность - 30 мин умеренной физической нагрузки в день
2. Индекс массы тела < 25 кг/м² и отсутствие центрального ожирения
3. Артериальное давление < 140/90 мм рт.ст.
4. Общий холестерин < 5 ммоль/л (< 190 мг/дл), холестерин липопротеидов низкой плотности < 3 ммоль/л (< 115 мг/дл), глюкоза в крови < 6 ммоль/л (< 110 мг/дл).
5. Верно все перечисленное

82. У лиц с высоким кардиоваскулярным риском необходимо достичь по следующим показателям следующие значения:

1. Артериальное давление < 130/80 мм рт.ст., при отсутствии противопоказаний
2. Общий холестерин < 4,5 ммоль/л (< 175 мг/дл), предпочтительнее < 4 ммоль/л (< 155 мг/дл), при отсутствии противопоказаний
3. Холестерин липопротеины низкой плотности < 2,5 ммоль/л (< 100 мг/дл)
4. Уровень глюкозы в крови натощак < 6,0 ммоль/л (< 100 мг/дл) и HbA1c < 6,5 %, при отсутствии противопоказаний
5. Верно все перечисленное

83. Значимость проблемы формирования здорового образа жизни обусловлена:

1. Невысоким ранговым местом здоровья в шкале жизненных ценностей населения
2. Эффективностью комплексной первичной профилактики среди населения
3. Существенным влиянием образа жизни на многие социальные процессы и характеристики общества, здоровье населения
4. Широким распространением вредных привычек среди населения, в том числе и среди подростков
5. Верно все перечисленное

84. Основными компонентами здорового образа жизни являются:

1. Соблюдение гигиенических норм и правил режима учебы, труда, отдыха, питания, оптимальный двигательный режим, отсутствие вредных привычек, высокая медицинская активность, правильное половое поведение, правильное экологическое поведение
2. Соблюдение гигиенических норм и правил режима учебы, труда, отдыха, питания, оптимальный двигательный режим, отсутствие вредных привычек, высокая медицинская активность, правильное экологическое поведение

3. Соблюдение гигиенических норм и правил режима учебы, труда, отдыха, питания, оптимальный двигательный режим, отсутствие вредных привычек, высокая медицинская активность, правильное половое поведение
4. Соблюдение гигиенических норм и правил режима труда, отдыха, питания, оптимальный двигательный режим, отсутствие вредных привычек, высокая медицинская активность, правильное половое поведение, правильное экологическое поведение
5. Соблюдение гигиенических норм и правил режима учебы, труда, отдыха, питания, оптимальный двигательный режим, отсутствие вредных привычек, правильное половое поведение, правильное экологическое поведение

85.Здоровый образ жизни рассматривается как:

1. Медицинская, социально-экономическая, философская, педагогическая категория, личная проблема
2. Медицинская, социально-экономическая категория, личная проблема
3. Медицинская, социально-экономическая, педагогическая категория, личная проблема
4. Медицинская, социально-экономическая категория
5. Философская, педагогическая категория, личная проблема

86.Пути снижения негативного влияния факторов риска на человека является все перечисленное, кроме:

1. Информирование населения о факторах риска его здоровью
2. Формирование мотивации к здоровому образу жизни
3. Улучшение условий природной среды
4. Улучшение условий социальной среды
5. Совершенствование больнично-поликлинической помощи населению

87.К числу социально-значимых неинфекционных заболеваний относятся:

1. Болезни системы кровообращения
2. Злокачественные новообразования
3. Болезни опорно-двигательного аппарата
4. Верно 1,2
5. Верно 1,2,3

88.Для развития среди населения здорового образа жизни наиболее эффективной формой его воспитания и обучения является:

1. Очная
2. Очно-заочная
3. Заочная
4. Верно все перечисленное
5. Нет верного ответа

89.Формы воспитания и обучения детского и подросткового населения по вопросам здорового образа жизни может проводится в виде:

1. Лекций
2. Индивидуальных бесед
3. Информационных бюллетеней и проспектов
4. Тематических фильмов
5. Верно все перечисленное

90.Формы воспитания и обучения детского и подросткового населения по вопросам здорового образа жизни может проводится в виде:

1. Просмотра телепередач
2. Просмотра мультипликационных фильмов
3. Использования аудиовизуальных средств
4. Проведение научно-исследовательской работы
5. Верно все перечисленное

91.Гигиеническое воспитание и обучение должны проводиться в процессе:

1. Воспитания и обучения в дошкольных и школьных общеобразовательных учреждениях
2. Профессиональной подготовки и аттестации должностных лиц и работников организаций, характер деятельности которых связан с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды
3. Подготовки работников общеобразовательных учреждений путем включения в программу обучения разделов о гигиенических знаниях
4. Повышения квалификации работников общеобразовательных учреждений путем включения в программу обучения разделов о гигиенических знаниях
5. Верно все перечисленное

92.Работники детских и подростковых учреждений обязаны проходить гигиеническую подготовку по программе гигиенического обучения по следующим разделам:

1. Здоровье детского и подросткового населения, условия его формирования, показатели состояния здоровья индивидуума и коллектива
2. Гигиена режима дня и учебно-воспитательного процесса
3. Гигиена физического воспитания
4. Гигиена трудового воспитания
5. Верно все перечисленное

93.Работники детских и подростковых учреждений обязаны проходить гигиеническую подготовку по программе гигиенического обучения по следующим разделам:

1. Гигиена питания детей и подростков
2. Ответственность администрации детских учреждений за выполнение требований санитарных норм и правил
3. Гигиеническое обучение и воспитание, формирование здорового образа жизни детей и подростков
4. Медицинское и санитарно-эпидемиологическое обеспечение детей и подростков
5. Верно все перечисленное

94.К оздоровительным процедурам в детских дошкольных учреждениях в рамках гигиенического воспитания детей относится:

1. Пребывание на свежем воздухе, солнечные ванны
2. Купания
3. Физическое упражнения
4. Спокойный отдых
5. Верно все перечисленное

95.Выберите правильное определение термину «Здоровый образ жизни»

1. Перечень мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья
2. Лечебно-физкультурный оздоровительный комплекс
3. Индивидуальная система поведения, направленная на сохранение и укрепление здоровья
4. Регулярные занятия физкультурой
5. Нет верного ответа

96.В понятие рационального питания, как одного из компонента здорового образа жизни, входят следующие принципы:

1. Качественной и количественной характеристики пищи
2. Сбалансированности питания
3. Режимы питания
4. Легкоусвояемости и безвредности пищи
5. Верно все перечисленное

97.В перечень вредных привычек, мешающих вести здоровый образ жизни входит:

1. Алкоголизм
2. Наркомания
3. Токсикомания
4. Интернет зависимость и чрезмерное увлечение азартными играми
5. Верно все перечисленное

98.В понятие «Рациональная организация быта» входит:

1. Разумный выбор места жительства
2. Положительный микроклимат в семье

3. Комфортные условия жилища
4. Культурный досуг
5. Верно все перечисленное

99. Соблюдение правил личной гигиены включает:

1. Мытье рук перед едой и после каждого загрязнения, чистка зубов
2. Контрастный душ утром и вечером, посещение бани 2-3 раза в месяц
3. Правильный подбор, хранения и содержание индивидуальной обуви, одежды
4. Верно все, кроме 3
5. Верно все перечисленное

100. Оценка состояния здоровья проводится по следующим критериям:

1. Отсутствие в момент обследования болезни
2. Физическое и нервно-психическое развитие
3. Функциональное состояние органов и систем
4. Общая резистентность организма
5. Верно все перечисленное

101. Оценка резистентности организма у учащихся проводится с учетом кратности в течение года:

1. Острой заболеваемости
2. Хронической заболеваемости
3. Обострений хронических заболеваний
4. Острой заболеваемости только вирусной этиологии
5. Острой заболеваемости только бактериальной этиологии

102. К основным принципам закаливания относится:

1. Проведение закаливающих процедур с учетом здоровья ребенка,
2. Постепенное увеличение интенсивности процедур
3. Систематичность и последовательность проведения закаливающих процедур
4. Комплексное воздействие закаливающих процедур
5. Верно все перечисленное

103. К основным принципам закаливания относится:

1. Положительны реакции на проведение закаливающих мероприятий со стороны ребенка
2. Начало закаливающих мероприятий в теплое время года
3. Возобновление процедур после перерывов с такой интенсивности воздействий, которая была в начале закаливания, но с более быстрым нарастанием
4. Верно 1,3
5. Верно все перечисленное

Проблемно-ситуационные задачи для текущего контроля и промежуточной аттестации

Проблемно-ситуационная задача 1

Мужчина 39 лет, работает начальником отдела в строительной компании, работа ответственная, связана с общением с людьми, ведением переговоров, в основном сидячая, рабочий день ненормированный. С юности занимался спортом: бег, лыжи, футбол, бокс. Последнее время занимается нерегулярно, на фоне чего прибавил в весе на 10 кг за 3 года. Калорийность рациона – высокая. Курит по 15 сигарет в день. Умеренно употребляет слабые и крепкие алкогольные напитки 2–3 раза в неделю. Рост 176 см, вес 98 кг. Наследственность: у родителей с 40–50 лет – артериальная гипертензия, у дедушки по материнской линии – сахарный диабет.

Задания:

1. Перечислите факторы риска, связанные с образом жизни у данного мужчины.
2. Дайте рекомендации по ведению здорового образа жизни.
3. Перечислите средства формирования ЗОЖ, которые целесообразно применить в данной ситуации.

Проблемно-ситуационная задача 2

Женщина 56 лет. Образование высшее, работает менеджером высшего звена в крупной компании. Гинекологические заболевания отрицает, менопауза в 51 год. Курит до 0,5 пачки сигарет в день в течение 20 лет. Из анамнеза известно, что мать пациентки, страдает артериальной гипертензией, перенесла острое нарушение мозгового кровообращения. Отец умер в возрасте 54 лет от обширного инфаркта миокарда.

Задания:

1. Перечислите факторы риска, связанные с образом жизни у данной женщины.
2. Дайте рекомендации по ведению здорового образа жизни.
3. Перечислите средства формирования ЗОЖ, которые целесообразно применить в данной ситуации.

Проблемно-ситуационная задача 3

В центр здоровья обратилась женщина 35 лет, работает экономистом, в рационе питания преимущественно мучные изделия, спортзал не посещает. Мать и бабушка имеют ожирение с преимущественным отложением в области живота. При осмотре рост 169 см, вес 78 кг.

Задание:

Разработайте программу профилактических и оздоровительных мероприятий.

Проблемно-ситуационная задача 4

На приём в центр здоровья обратился мужчина 56 лет, с просьбой дать рекомендации по снижению веса. Работает в офисе на руководящей должности, отмечает частые стрессы, ненормированный рабочий день, в связи с чем, нерегулярное питание, частые перекусы «быстрой едой», поздние ужины, курение. Свободное время предпочитает проводить за просмотром телевизора. Страдает артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа. При осмотре рост 170 см, вес 106 кг.

Задание:

Разработайте программу профилактических и оздоровительных мероприятий.

Проблемно-ситуационная задача 5

Мужчина 41 год, устроился на работу формовщиком в литейный цех станкостроительного завода. Работа предполагает изготовление земляных форм с помощью пневматической трамбовки, которая является источником вибрации с виброскоростью до 5 см/с на октавных среднегеометрических частотах 16 и 32 Гц.

Задание:

Дайте рекомендации по организации рационального режима труда и отдыха при работе с источниками вибрации.

Проблемно-ситуационная задача 6

Мужчина, 43 года. Работает шофером на междугороднем автобусе. Состоит на диспансерном учёте около 10 лет с диагнозом: «Язвенная болезнь желудка. Хронический холецистит. Хронический панкреатит». Последнее обострение три месяца тому назад, находился в стационаре, выписан с улучшением. Курит с 20 лет по 1,5 пачки сигарет в день. Семья состоит из семи человек, в т.ч. трое взрослых.

Задание:

Дайте рекомендации по ведению здорового образа жизни.

Проблемно-ситуационная задача 7

Рабочий 37 лет, обратился в поликлинику к неврологу с жалобами на постоянную тревогу, чувство внутреннего напряжения, плохое предчувствие и ожидание худшего, трудности в сосредоточении внимания, прерывистый ночной сон и позднее пробуждение. Данные симптомы наблюдаются в течение 7 месяцев. Внешне больной напряжён, раздражителен, перебирает руками, периодически тяжело вздыхает, определяется поглывость, умеренная тахикардия. Причину тревоги точно указать не может. Из анамнеза: курит с 15 лет, последнее время друзья предложили курительную смесь трав.

Задание:

Дайте рекомендации по ведению здорового образа жизни.

Проблемно-ситуационная задача 8

Ветеринарный врач 50 лет, поступил на стационарное лечение с жалобами на отсутствие аппетита, слабость, зуд кожных покровов, одышку, увеличение живота в течение последнего месяца, боли в ногах. В анамнезе: злоупотреблял алкогольными напитками, курит по пачке сигарет в день. Кожа желтушная со следами расчёсов. Страдает повышенным артериальным давлением.

Задание:

Дайте рекомендации по ведению здорового образа жизни.

Проблемно-ситуационная задача 9

Учитель средней школы, 55 лет, обратился на приём к кардиологу с жалобами на ощущение перебоев в области сердца. Подобные ощущения отмечает около года. Однако в течение последнего месяца перебой участились, нередко сопровождаются слабостью и даже головокружением. Появление перебоев чаще связывает с физическими нагрузками, курением. В анамнезе периодически приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, проходящие в состоянии покоя.

Задание:
Какие методы, формы и средства санитарно-гигиенического воспитания целесообразно применить в данной ситуации?

Проблемно-ситуационная задача 10

Шофер 49 лет, на амбулаторном приёме жалуется на боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку. Боль приступообразная, возникающая во время быстрой ходьбы, сопровождается чувством страха, в покое быстро проходит. Считает себя больным около 2-х месяцев. Длительно много курит. Страдает повышенным артериальным давлением. Отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда. Имеет избыточный вес.

Задание:
Дайте рекомендации по ведению здорового образа жизни. Какие методы, формы и средства санитарно-гигиенического воспитания целесообразно применить в данной ситуации.

Проблемно-ситуационная задача 11

Рабочий мучной фабрики, 50 лет, предъявляет жалобы на приступообразный, надсадный, мучительный кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизистой мокротой, усиливающийся в утренние часы, слабость, недомогание. Из анамнеза: курит 25 лет, периодически употребляет спиртное. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи «простудных» заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Несколько раз перенес острую пневмонию.

Задание:
Дайте рекомендации по ведению здорового образа жизни. Какие методы, формы и средства санитарно-гигиенического воспитания целесообразно применить в данной ситуации.

Критерии оценивания

Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 100%-91% вопросов тестового контроля
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 90%-81% вопросов тестового контроля
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 80%-71% вопросов тестового контроля
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 70% и менее вопросов тестового контроля

3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта проводится по зачётным билетам

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Профилактической медицины
направление подготовки (специальность) 31.08.34 Диетология
дисциплина Основы здорового образа жизни

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Роль закаливания в здоровом образе жизни у подростков.
2. Методы оценки физического развития

Заведующая кафедрой
профилактической медицины
д.м.н., профессор

Н.П.Сетко

Председатель учебно-методической комиссии
по подготовке кадров высшей квалификации
в ординатуре д.м.н., профессор

Г.Ю. Евстифеева

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации
к.м.н., доцент

И.В. Ткаченко

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер)
1	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Знать Медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов профилактики у пациентов с выявленными хроническими заболеваниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи Принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов с выявленными алиментарно-зависимыми заболеваниями, хроническими заболеваниями, в развитии которых ведущую роль играет алиментарный фактор Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе по реализации программ здорового питания Формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), здоровых лиц, медицинских работников по вопросам лечебного и здорового питания Основы здорового образа жизни, методы его формирования, основы здорового питания Принципы и особенности профилактики возникновения и прогрессирования алиментарно-зависимых заболеваний, хронических заболеваний, в развитии которых ведущую роль играет алиментарный фактор Оценка эффективности и безопасности включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями	вопросы № 1-68

		<p>Уметь</p> <p>Проводить оздоровительные и санитарно-просветительные мероприятия для населения с учетом возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни</p> <p>Консультировать пациентов и здоровых людей по вопросам навыков здорового образа жизни, здорового питания, профилактики заболеваний</p> <p>Разрабатывать и рекомендовать программы лечебного и профилактического питания</p> <p>Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы здорового питания</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями.</p>	проблемно-ситуационные задачи № 1-11
		<p>Владеть</p> <p>Проведение оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для населения с учетом возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни</p> <p>Контроль за выполнением профилактических мероприятий</p> <p>Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела и в организациях для детей-сирот и детей, оставленных без попечения родителей</p> <p>Оценка эффективности профилактической работы с населением</p>	проблемно-ситуационные задачи № 1-11
2	ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	<p>Знать</p> <p>Нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов и здоровых лиц, правила организации и проведения программ лечебного и здорового питания</p> <p>Порядок диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями и (или) состояниями</p>	вопросы № 1-68
		<p>Уметь</p> <p>Проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями, имеющими факторы риска нарушения питания</p> <p>Проводить оздоровительные мероприятия среди пациентов с выявленными хроническими заболеваниями (питание, сон, режим дня, двигательная активность)</p> <p>Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы здорового питания</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями.</p>	проблемно-ситуационные задачи №1-11
		<p>Владеть</p> <p>Проведение диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями, имеющими факторы риска нарушения питания</p> <p>Назначение профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	проблемно-ситуационные задачи №1-11
3	ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<p>Знать</p> <p>Основы здорового образа жизни, методы его формирования, основы здорового питания</p>	вопросы № 1-68
		<p>Уметь</p> <p>Проводить оздоровительные мероприятия среди пациентов с выявленными хроническими заболеваниями (питание, сон, режим дня, двигательная активность)</p> <p>Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы</p>	проблемно-ситуационные задачи №1-11

	здорового питания	
	Владеть Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела и в организациях для детей-сирот и детей, оставленных без попечения родителей Оценка эффективности профилактической работы с населением	проблемно-ситуационные задачи №1-11

13. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Нутригеномика. Генетически-диетные взаимодействия»

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачёта.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной программе ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ПК-6 готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Практическое занятие 1. Генетические особенности пищевой непереносимости

Вопросы для устного опроса:

1. Генетические особенности пищевой непереносимости лактозы
2. Генетические особенности пищевой непереносимости фруктозы
3. Генетические особенности пищевой непереносимости короткоцепочечных ферментируемых углеводов.
4. Генетические особенности пищевой непереносимости глютена
5. Генетические особенности пищевой непереносимости гистамина

Практическое занятие 2. Генетические особенности повышенной чувствительности к некоторым продуктам питания

Вопросы для устного опроса:

1. Генетические особенности повышенной чувствительности к кофеину
2. Генетические особенности повышенной чувствительности к алкоголю
3. Генетические особенности повышенной чувствительности к соли.
4. Генетические особенности повышенной чувствительности к сульфитам.
5. Генетические особенности повышенной чувствительности к пищевым аллергенам.
6. Генетические особенности повышенной чувствительности к горькому вкусу.

Практическое занятие 3. Генетические особенности метаболизма макронутриентов

Вопросы для устного опроса:

1. Генетические особенности метаболизма белков.
2. Генетические особенности метаболизма липидов
3. Генетические особенности метаболизма ПНЖК
4. Генетические особенности метаболизма углеводов
5. Генетические особенности метаболизма холестерина

Практическое занятие 4. Генетические особенности метаболизма микронутриентов

Вопросы для устного опроса:

1. Генетические особенности метаболизма витамина А.
2. Генетические особенности метаболизма витамина D.
3. Генетические особенности метаболизма витамина С.
4. Генетические особенности метаболизма витамина Е.
5. Генетические особенности метаболизма витамина К.
6. Генетические особенности метаболизма витамина В₂
7. Генетические особенности метаболизма витамина В₆
8. Генетические особенности метаболизма витамина В₉
9. Генетические особенности метаболизма витамина В₁₂

Практическое занятие 5. Генетические особенности метаболизма минеральных веществ

Вопросы для устного опроса:

1. Генетические особенности метаболизма кальция.
2. Генетические особенности метаболизма магния.
3. Генетические особенности метаболизма калия.
4. Генетические особенности метаболизма железа.
5. Генетические особенности метаболизма цинка.
6. Генетические особенности метаболизма селена
7. Генетические особенности метаболизма йода
8. Генетические особенности метаболизма фосфора
9. Генетические особенности метаболизма натрия

Практическое занятие 6. Генетические особенности пищевого поведения

Вопросы для устного опроса:

1. Генетические особенности склонности к перееданию.
2. Генетические особенности склонности к усиленному чувству голода
3. Генетические особенности склонности к перекусам
4. Генетические особенности склонности к спонтанным приемам пищи
5. Генетические особенности склонности к чрезмерному употреблению сладкого
6. Генетические особенности склонности к чрезмерному употреблению жирной пищи
7. Генетические особенности склонности к чрезмерному употреблению соленой пищи
8. Генетические особенности склонности к чрезмерному употреблению глутамата

Практическое занятие 7. Генетические особенности антиоксидантного статуса

Вопросы для устного опроса:

1. Генетические особенности антиоксидантной защиты глутатиона.
2. Генетические особенности антиоксидантной защиты фермента супероксиддисмутазы
3. Генетические особенности антиоксидантной защиты фермента каталазы
4. Генетические особенности антиоксидантной защиты фермента глутатионпероксидазы
5. Генетические особенности антиоксидантной защиты фермента глутатион трансферазы
6. Генетические особенности антиоксидантной защиты фермента глутатионредуктазы
7. Генетические особенности антиоксидантной защиты кофактора Q 10

Практическое занятие 8. Генетические особенности гормонального статуса

Вопросы для устного опроса:

1. Генетические особенности фолликулстимулирующего гормона.

2. Генетические особенности лютеинизирующего гормона
3. Генетические особенности эстрадиола
4. Генетические особенности тестостерона
5. Генетические особенности прогестерона
6. Генетические особенности дегидротестостерона

Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации

1. Понятие персонализированного питания
2. Понятие индивидуального питания
3. Продукты персонализированного питания, виды, классификация, особенности использования.
4. Принципы разработки рационов персонализированного питания с учетом генотипа.
5. Понятия: геномика, эпигеномика, нутригеномика, транскриптомика, протеомика, метаболомика.
6. Формирование персонализированных рационов питания на основе молекулярно-генетического тестирования.
7. Задачи нутригеномики в разработке рационов персонализированного питания.
8. Генетические особенности пищевой непереносимости лактозы
9. Генетические особенности пищевой непереносимости фруктозы
10. Генетические особенности пищевой непереносимости короткоцепочечных ферментируемых углеводов.
11. Генетические особенности пищевой непереносимости глутена
12. Генетические особенности пищевой непереносимости гистамина
13. Генетические особенности повышенной чувствительности к кофеину
14. Генетические особенности повышенной чувствительности к алкоголю
15. Генетические особенности повышенной чувствительности к соли.
16. Генетические особенности повышенной чувствительности к сульфитам.
17. Генетические особенности повышенной чувствительности к пищевым аллергенам.
18. Генетические особенности повышенной чувствительности к горькому вкусу.
19. Генетические особенности метаболизма белков.
20. Генетические особенности метаболизма липидов
21. Генетические особенности метаболизма ПНЖК
22. Генетические особенности метаболизма углеводов
23. Генетические особенности метаболизма холестерина
24. Генетические особенности метаболизма витамина А.
25. Генетические особенности метаболизма витамина D.
26. Генетические особенности метаболизма витамина С.
27. Генетические особенности метаболизма витамина Е.
28. Генетические особенности метаболизма витамина К.
29. Генетические особенности метаболизма витамина В₂
30. Генетические особенности метаболизма витамина В₆
31. Генетические особенности метаболизма витамина В₉
32. Генетические особенности метаболизма витамина В₁₂
33. Генетические особенности метаболизма кальция.
34. Генетические особенности метаболизма магния.
35. Генетические особенности метаболизма калия.
36. Генетические особенности метаболизма железа.
37. Генетические особенности метаболизма цинка.
38. Генетические особенности метаболизма селена
39. Генетические особенности метаболизма йода
40. Генетические особенности метаболизма фосфора
41. Генетические особенности метаболизма натрия
42. Генетические особенности склонности к перееданию.
43. Генетические особенности склонности к усиленному чувству голода
44. Генетические особенности склонности к перекусам
45. Генетические особенности склонности к спонтанным приемам пищи
46. Генетические особенности склонности к чрезмерному употреблению сладкого
47. Генетические особенности склонности к чрезмерному употреблению жирной пищи
48. Генетические особенности склонности к чрезмерному употреблению соленой пищи
49. Генетические особенности склонности к чрезмерному употреблению глутамата
50. Генетические особенности антиоксидантной защиты глутатиона.
51. Генетические особенности антиоксидантной защиты фермента супероксиддисмутазы
52. Генетические особенности антиоксидантной защиты фермента каталазы
53. Генетические особенности антиоксидантной защиты фермента глутатионпероксидазы
54. Генетические особенности антиоксидантной защиты фермента глутатион трансферазы
55. Генетические особенности антиоксидантной защиты фермента глутатионредуктазы
56. Генетические особенности антиоксидантной защиты коэнзима Q 10
57. Генетические особенности фолликулстимулирующего гормона.
58. Генетические особенности лютеинизирующего гормона
59. Генетические особенности эстрадиола
60. Генетические особенности тестостерона
61. Генетические особенности прогестерона
62. Генетические особенности дегидротестостерона

Тестовые задания для текущего контроля

1. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОЧЕНЬ ДЛИННОЦЕПОЧЕЧНОЙ АЦИЛ-КОА ДЕГИДРОГЕНАЗЫ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ИЗМЕНЯЕТСЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЦИЛКАРНИТИНОВ
 1. C14:1; C14; C14:2
 2. C16:1OH; C16OH; C18:1OH
 3. C6; C8; C10:1; C10
 4. C4; C5
2. К ФАКТОРАМ, ПРОВОЦИРУЮЩИМ КРИЗ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ГЛЮКОЗО-6-ФОСФАТ ДЕГИДРОГЕНАЗЫ, ОТНОСЯТ
 1. фармакологические средства
 2. переохлаждения
 3. переливания крови
 4. частые голодания
3. ДЛЯ ДОСТАВКИ НУКЛЕИНОВЫХ КИСЛОТ В КЛЕТКИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН
 1. вирус Эпштейна-Барр
 2. аденоассоциированный вирус
 3. лентивирус
 4. аденовирус
4. ПРИ МИОПАТИИ, СВЯЗАННОЙ С НАКОПЛЕНИЕМ ЛИПИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФЛАВИНАДЕНИНДИНУКЛЕОТИДА, ПАТОГЕННЫЕ ВАРИАНТЫ МОГУТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНЫ В ГЕНАХ
 1. FLAD1

2. DYSF
3. ENO3
4. FKRР
5. ПОВРЕЖДАЮЩИМ ФАКТОРОМ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА ЯВЛЯЕТСЯ

1. отложение меди в тканях
2. повышение уровня метаболитов пуринового обмена
3. отложение гемосидерина в тканях
4. наличие кольца Кайзера – Флейшера
6. ФЕРМЕНТНАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У МУЖЧИН С КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ ФАБРИ РЕКОМЕНДОВАНА
1. с момента установления диагноза
2. при наличии клинических проявлений заболевания, снижающих качество жизни и/или, признаков прогрессирующего поражения органов-мишеней
3. в возрасте старше 20 лет
4. если в семье есть больные родственники мужского пола

7. РЕБЕНКУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ «КЛЕНОВОГО СИРОПА» ПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ

1. ферментного комплекса дегидрогеназ
2. гистидазы
3. аргиназы
4. щелочной фосфатазы
8. ВРОЖДЕННАЯ ВЫСОКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ В ½ СЛУЧАЕВ СОЧЕТАЕТСЯ С СИНДРОМОМ

1. Дауна
2. Нунан
3. Шерешевского – Тернера
4. Алажиля
9. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА ВЫЯВЛЕН МУКОПОЛИСАХАРИДОЗ I ТИПА, ТО ДАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ОБУСЛОВЛЕНА НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

1. альфа-L-идуронидазы
2. гепаран-N-сульфатазы
3. аргининсукцинат синтетазы
4. идуронат-2-сульфатазы
10. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕХАНИЗМАМ ПАТОГЕНЕЗА НАСЛЕДСТВЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ОБМЕНА ОТНОСЯТ

1. накопление субстратов блокированной реакции
2. нарушение клеточного деления
3. снижение количества продукта реакции
4. нарушение транспорта молекул в клетку
11. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ОБМЕНА ЯВЛЯЮТСЯ

1. генные мутации
2. геномные мутации
3. сбалансированные транслокации
4. тератогенные воздействия

12. РЕБЕНКУ С ДИАГНОЗОМ «ГАЛАКТОЗЕМИЯ» НАЗНАЧАЮТ ДИЕТУ

1. безгалактозную
2. с ограничением меди до 1 мг в сутки
3. ограничивающую поступление в организм белка и фенилаланина
4. ограничивающую поступление животных и растительных жиров
13. КЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ФЕНИЛКЕТОНУРИИ ЛЕЧИТСЯ ДИЕТОЙ С НИЗКИМ СОДЕРЖАНИЕМ

1. Фенилаланина
2. Фенилглицина
3. Фенилгидразина
4. 2-4-динитрофенилгидразина

14. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГАЛАКТОЗЕМИИ ТИП I АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТА ОПРЕДЕЛЯЮТ В

1. эритроцитах
2. клетках печени
3. лейкоцитах
4. тромбоцитах

Проблемно-ситуационные задачи для текущего контроля и промежуточной аттестации

Проблемно-ситуационная задача 1

Пациент Ю., 41 года, официант ресторана, жаловался на периодические боли в пояснице (иногда – приступы почечной колики), познабливание, ночное мочеиспускание (2 – 3 раза), слабость. В течение 12 лет страдает мочекаменной болезнью (оксалаты), хроническим пиелонефритом. Наблюдается и лечится у уролога.

Данные осмотра: пациент правильного телосложения, удовлетворительного питания (рост 171 см, масса тела 73 кг, ИМТ 24,4 кг/м²). Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пульс 72 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные. АД 130/80 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно – ясный легочный звук. Поколачивание поясницы безболезненное с обеих сторон.

Данные обследования: клинический анализ крови – снижение гемоглобина до 115 г/л, остальные показатели в норме. Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, уд. масса 1,012, реакция слабокислая, оксалаты (++) , лейкоциты 4-8 в поле зрения, эпителий плоский – единичный в поле зрения, слизь (++) , бактерии (+).

УЗИ: расширение чашечно-лоханочной системы с обеих сторон, конкремент левой почки диаметром 8 мм. Проба Адисса – Каковского – увеличение количества лейкоцитов до 3,2 млн. В биохимическом анализе крови обращало на себя внимание повышение мочевины и креатинина (0,4 ммоль/л). Проба Реберга выявила снижение клубочковой фильтрации до 40 мл/мин.

Таким образом, у больного с мочекаменной болезнью и хроническим пиелонефритом развилась хроническая почечная недостаточность II стадии.

При анализе фактического рациона питания было выявлено, что больной употребляет белков – 105 г, жиров – 102 г, углеводов – 370 г; энергетическая ценность – 2818 ккал (физиологическая норма для мужчины 41 года, II группы интенсивности труда: белки – 72 г, жиры – 83 г, углеводы – 366 г, ЭЦ – 2500 ккал).

1. Задание: разработайте для пациента рацион персонализированного питания.

Проблемно-ситуационная задача 2

Пациент К., 39 лет с детства отмечает жидкий стул 3-6 раз в день без патологических примесей. Многократно обследовался и лечился у гастроэнтерологов с диагнозом: синдром раздраженной кишки с поносами, дисбактериоз кишечника. Лечение не приносило желаемого результата. С подросткового возраста страдает бронхиальной астмой и атопическим дерматитом с преимущественным поражением кистей рук. Жалобы не связывал с употреблением каких-либо продуктов.

После исключения целиакии (анализ крови на антитела к глиадину и эндомизию, ФГДС с биопсией слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки) и воспалительных заболеваний кишечника (ФКС и осмотром подвздошной кишки и множественной биопсией), ферментативной недостаточности (копрограмма, анализ кала на эластазу) больной сдал анализы крови на антитела Ig E и Ig G к пищевым продуктам. Был выявлен максимально высокий титр IgG (+4) к четырем продуктам: коровьему молоку, пшенице, яичному белку, йогурту; высокий титр (+3) к шести продуктам: яичному желтку, овсу, меду, сыру, кунжуту, сливе; умеренный (+2) и низкий титр (+1) – еще к двадцати пищевым продуктам.

Пациент исключил из рациона все тридцать непереносимых продуктов. На фоне элиминационной диеты постепенно нормализовалась частота стула, стали реже, а через полгода прошли приступы бронхиальной астмы, исчезли явления атопического дерматита. Поскольку была выявлена аллергия на коровье и козье молоко, во избежание дефицита кальция пациент получал биологически активные добавки к пище, содержащие кальций.

1. Задание: разработайте для пациента рацион персонализированного питания.

Проблемно-ситуационная задача 3

Пациент А., 35 лет, обратился с жалобами на учащенный до 3-4 раз в день стул кашицеобразной консистенции, умеренный метеоризм. Считает себя больным в течение примерно 20 лет. Неоднократно обследовался (ФКС, ФГДС, копрограмма, кал на яйца глистов и простейших, посев кала на дисбактериоз, анализ крови на антитела к глиадину и эндомизию), однако патологии не было выявлено. С детства страдает бронхиальной астмой, атопическим дерматитом. Наличие сопутствующих

заболеваний, а также отсутствие каких-либо других причин, объясняющих расстройство стула, позволило предположить наличие скрытой пищевой аллергии. В анализе крови на антитела IgG к 90 пищевым продуктам был выявлен высокий титр антител к пшенице, коровьему молоку и белку яйца. Данные продукты были полностью исключены из рациона. Через месяц соблюдения диеты симптомы всех заболеваний стали постепенно уменьшаться. При осмотре через 1 год стул был оформлен, 1-2 раза в день, кожные проявления прошли, приступов бронхиальной астмы не было.

1. Задание: разработайте для пациента рацион персонализированного питания.

Проблемно-ситуационная задача 4

Пациентка Н., 42 лет, рост 164 см, масса 88 кг (ИМТ 32,7 кг/м²), нормостеник, бухгалтер. Ведет малоподвижный образ жизни.

Жалобы на одышку при физической нагрузке, потливость, периодически – головную боль, головокружение. В юности весила весила 60 кг, после родов (24 года) прибавила в весе до 73 кг, с тех пор постепенно набрала еще 15 кг. С 38 лет отмечает повышение артериального давления, диагностирована гипертоническая болезнь II ст., принимает эналаприл 10 мг/сут. При исследовании щитовидной железы патологии не выявлено.

Диагноз: ожирение I степени, алиментарно-конституциональное. Гипертоническая болезнь II ст.

Согласно нормам РФ, женщина 42 лет, относящаяся к I группе интенсивности труда, должна получать в сутки 1800 ккал, белков – 58 г, из них животных 29 г, жиров – 60 г, из них растительных 20 г, углеводов – 257 г, из них простых не более 10% (25,7 г).

Фактический рацион питания пациентки Н. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациентки Н.

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 7.30					
Кофе с сахаром	200/5	-	-	5	19
Каша овсяная на молоке:	200	8,3	9,7	34,6	260
овсяные хлопья геркулес	50	5,5	3,0	24,9	152
молоко 2,5%	100	2,8	2,5	4,7	52
сахар	5	-	-	5,0	19
масло сливочное	5	-	4,2	-	37
Булка (батон нарезной, в/с)	50	3,8	1,5	25,4	132
Масло сливочное	5	-	4,2	-	37
Колбаса твердого копчения, зернистая	40	4,0	25,3	-	243
Сок яблочный	100	0,5	-	9,1	38
Всего		16,6	40,7	69,1	710
Обед 13.00					
Чай с сахаром	200/5	-	-	5,0	19
Булка	100	7,5	2,9	50,7	264
Масло сливочное	10	-	8,3	-	75
Сыр российский	50	11,5	14,5	-	180
Яблоко	100	0,4	0,4	9,8	45
Всего		19,4	26,1	65,5	583
Ужин 17.00					
Борщ	250	2,5	4,7	13,0	108
Говядина отварная (в борще)	30	7,7	5,0	-	76
Свинина жареная (эскалоп)	100	18,0	32,6	-	365
Картофель жареный на растительном масле	200	5,6	19,0	46,8	384
Салат из помидоров на растительном масле:	300/15				
Помидоры	300	3,3	0,6	11,4	69
Масло растительное	15	-	15,0	-	135
Хлеб ржаной	150	9,9	1,8	51,3	272
Всего		47,0	78,7	122,5	1409
Второй ужин 21.00					
Чай с сахаром	200/5	-	-	5,0	19
Булка	50	3,8	1,5	25,4	132
Сыр российский	30	6,9	8,7	-	108
Кефир 3,2%	200	5,6	6,4	8,2	112
Всего		16,3	16,6	38,6	371
Итого		99,3	162,1	295,7	3073

Таблица 2

Химический состав фактического рациона питания пациентки Н. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым лечебным рационом питания

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	99	162	296	3073
Физиологическая норма	58	60	257	1800
Рекомендуемый лечебный рацион	82	47	228	1639

Как видно из набора продуктов и блюд, пациентка является любителем сыра, колбасы, сливочного и растительного масла, жирных сортов мяса.

При сравнении фактического рациона питания с физиологической нормой были выявлены следующие дефекты:

1. Превышение энергетической ценности на 71% нормы (3073 ккал вместо 1800 ккал).
2. Нерациональное распределение энергетической ценности в течение дня с переносом основной доли на вечернее время. На завтрак пациентка употребляла 23% (710 ккал), на обед – 19% (583 ккал), на ужин – 46% (1409 ккал), на второй ужин – 12% (371 ккал). Таким образом, на ужин и второй ужин приходилось 58% суточной энергетической ценности рациона вместо рекомендуемых 25-35%.
3. Превышение нормы белков на 71% (91 г вместо 58 г), преимущественно за счет животных.
4. Энергетическая ценность суточного рациона за счет белков в пределах нормы (13% при норме РФ 11-12%, норме ВОЗ 10-15%):
 $99 \text{ г} * 4 \text{ ккал} = 396 \text{ ккал}$
 $3073 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $396 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$
 $X = 13\%$
5. Превышение нормы жиров на 170%, т.е. в 2,7 раза (162 г вместо 60 г) за счет животных в 2,5 раза (105 г вместо 40 г) и растительных в 3 раза (57 г вместо 20 г).
6. Энергетическая ценность суточного рациона за счет жиров значительно превышена (47 % вместо 30 %):
 $162 \text{ г} * 9 \text{ ккал} = 1458 \text{ ккал}$
 $3073 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $1458 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$
 $X = 47\%$
7. Превышение нормы углеводов на 11,5 % (296 г вместо 257 г), количество простых углеводов в пределах нормы.
8. Энергетическая ценность суточного рациона за счет углеводов значительно снижена (38,5 % вместо 50-60%):
 $296 \text{ г} * 4 \text{ ккал} = 1184 \text{ ккал}$
 $3073 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $1184 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$

X = 38,5 %.

9. Изменено соотношение между белками, жирами и углеводами – 1 : 1,6 : 3,0 (норма 1 : 1,1 : 4,1) за счет избыточного количества белков и жиров.

1.Задание: разработайте для пациента рацион персонализированного питания.

Проблемно-ситуационная задача 5

Пациентка П., 42 лет, нормостеник, экспедитор, ведет очень малоподвижный образ жизни, ездит на машине с водителем, пешком почти не ходит, физической культурой не занимается. Рост 170 см, масса 92 кг, ИМТ 31,8 кг/м². ОТ 97 см, ОП 34 см. Обратилась с жалобами на избыточную массу тела, которая в последнее время не уменьшается на фоне соблюдаемой диеты, периодически умеренные головные боли во время повышения артериального давления до 125/90 мм.рт.ст.

Родители имеют ожирение. В семье большое значение придавалось вкусной и обильной еде. В детстве росла полной девочкой, в пубертатном периоде поправилась до 90 кг, затем постепенно к 40 годам поправилась до 120 кг. Полтора года назад самостоятельно начала соблюдать диету, в результате чего похудела за год на 28 кг. В последние полгода масса стабилизировалась на 92 кг.

Клинический и биохимический анализы крови – без патологии. Пациентка консультирована эндокринологом, патологии эндокринной системы не выявлено.

Диагноз: ожирение I степени, алиментарно-конституциональное. Сопутствующее заболевание: ЖКБ, холецистэктомия в 2000 г. Артериальная гипертензия.

Согласно нормам РФ, женщина 42 лет, относящаяся к I группе интенсивности труда, должна получать в сутки 1800 ккал, белков – 58 г, из них животных – 32 г, жиров – 60 г, из них растительных – 20 г, углеводов – 257 г, из них простых не более 10% (см.прил. 1).

Фактический рацион питания пациентки П. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациентки П.

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтра 8.00-9.00					
Кофе без сахара	200	-	-	-	-
Сыр российский	30	6,9	8,7	-	108
Ужин 19.00-20.00					
Говядина жареная	200	57,6	21,0	-	420
Салат из свежих овощей	400	4,4	0,8	15,2	92
Масло растительное	30	-	30,0	-	270
Сок апельсиновый	200	1,4	-	25,6	108
Итого		70,3	60,5	40,8	998

Таблица 2

Химический состав фактического рациона питания пациентки П. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Физиологическая норма	58	60	257	1800
Фактический рацион	70	61	41	998
Рекомендуемый лечебный рацион	57	33	154	1142

При сравнении фактического рациона питания с физиологической нормой были выявлены следующие дефекты:

1. Энергетическая ценность снижена на 55% по сравнению с нормой (998 ккал вместо 1800 ккал).
2. Двухразовое питание с переносом основной доли калорийности на вечернее время. На завтрак пациентка употребляла 11% (108 ккал), на ужин – 89% (890 ккал).
3. Превышение нормы белков на 21% (70 г вместо 58 г), преимущественно за счет животных.
4. Энергетическая ценность суточного рациона за счет белков почти в два раза выше нормы (28% при норме РФ 11-12%, норме ВОЗ 10-15%):
 $70 \text{ г} * 4 \text{ ккал} = 280 \text{ ккал}$
 $998 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $280 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$
 $X = 280 * 100 : 998 = 28\%$
5. Количество жиров в пределах нормы.
6. Энергетическая ценность суточного рациона за счет жиров значительно превышена (55% вместо 30%):
 $61 \text{ г} * 9 \text{ ккал} = 549 \text{ ккал}$
 $998 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $549 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$
 $X = 549 * 100 : 998 = 55\%$
7. Количество углеводов снижено примерно в 6 раз по сравнению с нормой (41 г вместо 257 г).
8. Энергетическая ценность суточного рациона за счет углеводов значительно снижена (16% вместо 50-60%):
 $41 \text{ г} * 4 \text{ ккал} = 164 \text{ ккал}$
 $998 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $164 \text{ ккал} - X$
 $X = 16\%$
9. Изменено соотношение между белками, жирами и углеводами – 1 : 0,9 : 0,6 (норма 1 : 1,1 : 4,1) за счет выраженного дефицита углеводов и небольшого избытка белков.
10. Количество потребляемой жидкости составляет всего 400 г при норме 1 – 1,5 л/сут.
11. Имеется дефицит пищевых волокон в связи с отсутствием овощей, орехов, круп, отрубного хлеба.
12. В связи с однообразием питания пациентка получает недостаточное количество многих витаминов (прежде всего группы В, минералов).
В данном случае мы столкнулись с совершенно иной ситуацией: энергетическая ценность рациона женщины почти в два раза ниже нормы, но она при этом не худеет. Затянувшееся «плато» в процессе похудения можно объяснить развитием Low-T₃ – syndrom, снижением интенсивности основного обмена. Химический состав диеты соответствует диете Аткинса (или «кремлевской» диете).

Расчет энергетической ценности и химического состава рекомендуемого пациентке П. рациона питания

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта с учетом фактической массы тела:
 $ВОО = 665 + (9,5 * 92) + (1,8 * 170) - (4,7 * 42) = 665 + 874 + 306 - 197,4 = 1648 \text{ ккал}$
2. Рассчитываем суммарный расход энергии. Для этого величину основного обмена умножаем на коэффициент физической активности. При малоподвижном образе жизни при ожирении он составляет 1,3:
 $1648 \text{ ккал} * 1,3 = 2142 \text{ ккал}$
3. Определяем энергетическую ценность рекомендуемой умеренно гипокалорийной диеты, уменьшая суммарный расход энергии не на 600 ккал, а на 1000 ккал с учетом снижения интенсивности основного обмена:
 $2142 - 1000 = 1142 \text{ ккал}$
4. Рассчитываем количество белков в рационе, принимая калорийность за счет белков за 20% (гиперпротеиновая диета в фазе похудения):
 $1142 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $X \text{ ккал} - 20\% \text{ ЭЦ}$
 $X = 1142 * 20 : 100 = 228 \text{ ккал}$
 $228 \text{ ккал} : 4 = 57 \text{ г}$
5. Рассчитываем количество жиров в рационе, принимая калорийность за счет жиров за 26%:
 $1142 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $X \text{ ккал} - 26\%$
 $X = 1142 * 26 : 100 = 297 \text{ ккал}$
 $297 : 9 = 33 \text{ г}$
6. Рассчитываем количество углеводов в рационе, принимая калорийность за счет углеводов за 54%:
 $1142 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $X \text{ ккал} - 54\% \text{ ЭЦ}$
 $X = 1142 * 54 : 100 = 617 \text{ ккал}$
 $617 : 4 = 154 \text{ г}$

Итого: белки – 57 г, жиры – 33 г, углеводы – 154 г, энергетическая ценность – 1142 ккал.

1.Задание: разработайте для пациента рацион персонализированного питания.

Проблемно-ситуационная задача 6

Пациентка З., 28 лет, нормостеник, товаровед, обратилась с жалобами на недостаточную массу тела, раздражительность, учащение стула до 2-3 раз в день. За последний год похудела на 10 кг (45 кг вместо 55 кг). 3 месяца назад был диагностирован диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса), наблюдается эндокринологом, получает терапию мерказолилом.

При осмотре обращают на себя внимание небольшой экзофтальм, влажная «бархатистая» кожа. Рост 162 см, масса тела 45 кг, ИМТ 17,2 кг/м², ОП 24 см, КЖСТ 12 мм. Данные клинического, биохимического анализа крови, копрограммы, посева кала на дисбиоз – без патологии.

Диагноз: болезнь Грейвса, тиреотоксикоз. Белково-энергетическая недостаточность легкой степени.

Фактический рацион питания пациентки З. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациентки З.

Наименование блюд	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 7.30				
Кофе с сахаром 200/16	-	-	16,0	61
Каша геркулесовая на воде 300 г	8,7	4,2	44,5	254
Масло сливочное 5 г	-	4,1	-	37
Пряник 20 г	0,6	0,6	16,0	70
Всего	9,3	8,9	76,5	422
Обед 14.00				
Суп из овощей на мясном бульоне 250 г	2,7	4,3	12,6	96
Сметана 20% жирности 25 г	0,7	5,0	0,8	52
Гуляш из говядины 125 г	15,4	15,2	4,9	218
Картофель жареный на кулинарном жире 200 г	5,6	19,0	46,8	384
Компот из сухофруктов 200 г	0,5	-	29,6	116
Хлеб ржаной 50 г	3,6	0,7	17,8	95
Всего	29,5	44,2	112,5	961
Ужин 19.00				
Пельмени отварные 200 г	20,0	28,1	28,1	448
Чай с сахаром 200/16	-	-	16,0	70
Яблоки свежие 150 г	0,6	0,6	14,7	68
Печенье сахарное 2 шт. (27 г)	2,0	3,2	20,1	118
Всего	22,6	36,0	78,9	704
Итого	61,4	85,0	267,9	2087

Анализ фактического рациона пациентки З.

Согласно нормам РФ, женщина 28 лет, относящаяся к I группе интенсивности труда, должна получать в сутки 2000 ккал, белков – 61 г, из них животных – 30,5 г, жиров – 67 г, из них растительных – 20 г, углеводов 289 г, из них простых не более 10% (см.прил 1).

Таблица 2

Химический состав фактического рациона питания пациентки З. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым лечебным рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	61	85	268	2087
Физиологическая норма	61	67	289	2000
Рекомендуемый лечебный рацион	93	77	313	2316

При сравнении фактического рациона питания с физиологической нормой было выявлено следующее:

1. Энергетическая ценность незначительно (на 4%) выше нормы (2087 ккал вместо 2000 ккал).
2. Распределение энергетической ценности рациона в течение дня: на завтрак – 20,2%, на обед – 45%, на ужин – 33,8%, что близко к рекомендуемым величинам.
3. Количество белков (61 г) соответствует физиологической норме.
4. Энергетическая ценность суточного рациона за счет белков соответствует норме (11,7% при норме 11-13%):
 $61 \text{ г} \cdot 4 \text{ ккал} = 244 \text{ ккал}$
 $2087 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $244 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$
 $X = 11,7\%$
5. Количество жиров увеличено на 26,8% (85 г вместо 67 г).
6. Энергетическая ценность суточного рациона за счет жиров превышена (36,6% вместо 30%):
 $85 \text{ г} \cdot 9 \text{ ккал} = 765 \text{ ккал}$
 $2087 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $765 \text{ ккал} - X$
 $X = 36,6\%$
7. Количество углеводов незначительно (на 7,3%) ниже нормы (268 г вместо 289 г).
8. Энергетическая ценность суточного рациона за счет углеводов находится на нижней границе нормы (51,4% при норме 50-60%):
 $268 \text{ г} \cdot 4 \text{ ккал} = 1072 \text{ ккал}$
 $2087 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $1072 \text{ ккал} - X$
 $X = 51,4\%$
9. Изменено соотношение между белками, жирами и углеводами – 1 : 1,4 : 4,4 (норма 1 : 1,1 : 4,1).
10. В рационе практически отсутствуют молочные продукты, что может привести к дефициту кальция и рибофлавина.

Анализ рациона показал, что пациентка употребляет достаточное количество энергии с пищей, и грубых отклонений от физиологической нормы в химическом составе рациона нет. Учащенный до 2-3 раз в день стул вряд ли является причиной похудения, так как в копрограмме отсутствуют признаки мальдигестии и мальабсорбции. Однако пациентка на фоне гипертиреоза, вот почему рацион, примерно соответствующий физиологической норме, является недостаточным для поддержания нормальной массы тела.

1.Задание: разработайте для пациента рацион персонализированного питания.

Проблемно-ситуационная задача 7

Пациентка Б., 48 лет, обратилась с жалобами на необъяснимое увеличение массы тела в последний год на 8 кг, появление запоров до трех дней, выпадение волос.

Женщина работает менеджером, ведет активный образ жизни, три раза в неделю занимается аэробикой. В последний год образ жизни и рацион питания не меняла. Менструальный цикл регулярный, проявлений климактерического синдрома нет.

При росте 156 см в течение многих лет весила 53-54 кг, в настоящее время масса тела составляет 62 кг (ИМТ 25,5 кг/м²).

При УЗИ обнаружены увеличение размеров щитовидной железы, диффузные ее изменения. В сыворотке крови отмечалось повышение уровня ТТГ, снижение уровня Т₄, наличие антител к ТПО в диагностическом титре.

Диагноз: аутоиммунный тиреоидит. Гипотиреоз. Избыточная масса тела.

Фактический рацион питания пациентки Б. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациентки Б.

Наименование блюд	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
-------------------	----------	---------	-------------	-------------------------------

Завтрак 7.30				
Каша: крупа овсяная 4 ст. ложки (48 кг)	5,3	3,0	24,0	146
Молоко 2,5% 200 г	5,6	5,0	9,4	104
Сахар 1 ст. ложка (25 г)	-	-	25,0	95
Кофе с молоком 2,5% 130/70 г	2,0	1,9	3,3	36
Сахар 2 ч.л. (16 г)	-	-	16,0	61
Пряники 4 шт. (80 г)	3,8	2,2	62,2	280
Всего	16,7	12,1	139,9	722
Ужин 18.00-18.30				
Рыба отварная 130 г (горбуша)	29,8	10,1	-	182
Салат из овощей 150 г, масло раст. 15 г	2,0	15,0	8,0	176
Пряники 4 шт. (80 г)	3,8	2,3	62,2	280
Кофе без сахара 200 г				
Всего	35,6	12,3	70,2	638
Второй ужин 21.00				
Творог 2% 100г	18,0	2,0	1,8	100
Йогурт 2,5% 60 г	1,7	1,5	10,1	61
Варенье 2 ст. ложки (90 г)	0,5	-	61,4	239
Всего	20,2	3,5	73,3	400
Итого	72,5	42,9	283,4	1760

Согласно нормам РФ, женщина 48 лет, относящаяся к I группе интенсивности труда, должна получать в сутки 1800 ккал, белков – 58 г, из них животных 29 г, жиров – 60 г, из них растительных 20 г, углеводов – 257 г, из них простых не более 10% (см.прил.1)

Таблица 2

Химический состав фактического рациона питания пациентки Б. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым лечебным рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	73	43	283	1811*
Физиологическая норма	58	60	257	1800
Рекомендуемый лечебный рацион (в фазе похудения)	43	25	117	866

Суточная энергетическая ценность 1811 кал (вместо 1760 ккал в таблице подсчета химического состава фактического рациона) получена путем умножения белков, жиров и углеводов на их средние калорические коэффициенты 4, 9 и 4, что необходимо для более точной оценки структуры рациона.

При сравнении фактического рациона питания с физиологической нормой было выявлено следующее:

- Энергетическая ценность рациона практически соответствует физиологической норме
 - Имеется перенос основной доли калорийности рациона на вечернее время. На завтрак пациентка употребляла 41% (722 ккал), на ужин и второй ужин – 59% (1038 ккал).
 - Пациентка не обедает, перерыв между завтраком и ужином составляет 10-11 часов.
 - Превышение нормы белков на 25% (73 г вместо 58 г), преимущественно за счет животных.
 - Энергетическая ценность суточного рациона за счет белков несколько выше нормы (16% при норме 11-12%):
 $73 \text{ г} * 4 \text{ ккал} = 292 \text{ ккал}$
 $1811 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $292 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$
 $X = 16\%$
 - Количество жиров ниже нормы на 28% (43 г вместо 60 г).
 - Энергетическая ценность суточного рациона за счет жиров ниже нормы (21% вместо 30%):
 $43 \text{ г} * 9 \text{ ккал} = 387 \text{ ккал}$
 $1811 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $387 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$
 $X = 21\%$
 - Количество углеводов повышено по сравнению с нормой на 10% (283 г вместо 257 г), из них 223 г (79%) составляют моно- и дисахариды.
 - Энергетическая ценность суточного рациона за счет углеводов повышена (63% вместо 50-60%):
 $283 \text{ г} * 4 = 1132 \text{ ккал}$
 $1811 \text{ ккал} - 100\% \text{ ЭЦ}$
 $1132 \text{ ккал} - X \text{ ЭЦ}$
 $X = 63\%$
 - Количество жидкости в рационе составляет всего 660 г (при норме 1-1,5 л).
 - Изменено соотношение между белками, жирами и углеводами – 1 : 0,6 : 3,9 (норма 1 : 1,1 : 4,1) за счет дефицита жиров и небольшого избытка белков.
- Таким образом, энергетическая ценность фактического рациона пациентки Б. соответствует физиологической норме, но обращает на себя внимание значительный избыток простых углеводов (79% общего количества углеводов вместо 10%), которые оказывают инсулиногенное действие и, таким образом, способствуют отложению жиров про запас. Если бы пациентка не ограничивала жиры, то ее масса тела нарастала бы еще быстрее. Вторым фактором, способствующим накоплению жиров, является перенос основной доли калорийности рациона на вечернее время. И наконец, третий фактор – это гипотиреоз, при котором потребность в энергии снижена по сравнению с физиологической нормой.

1. Задание: разработайте для пациента рацион персонифицированного питания.

Проблемно-ситуационная задача 8

Пациентка М., 45 лет, парикмахер, обратилась с жалобами на похудение, слабость, вздутие живота, неустойчивый стул 1-2 раза в день без патологических примесей. 10 месяцев назад перенесла частичную резекцию поперечной ободочной кишки по поводу рака. До операции при росте 165 см, весила 68 кг, после операции постепенно похудела до 49 кг. В связи с похудением был заподозрен рецидив опухоли или появление метастазов. Сопутствующее заболевание: хронический атрофический гастрит с пониженной секретной функцией желудка, ассоциированный с Helicobacter pylori. Успешная эрадикация была проведена 2 года назад.

Данные осмотра: большая правильного телосложения, нормостеник, пониженного питания (рост 165 см, масса тела 49 кг, ИМТ 18,1 кг/м², ОП – 24 см, ОМП – 20,6 см, КЖСТ – 11 мм). Кожа сухая, гипертрофия сосочков языка. Послеоперационный шов на передней брюшной стенке белого цвета, живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и других органов и систем – без особенностей.

Данные обследования. ФГДС – атрофия слизистой оболочки в антральном отделе, НР(-), слизистая оболочка пищевода и двенадцатиперстной кишки без патологии. При ФКС, УЗИ, брюшной полости, рентгенографии легких органической патологии не выявлено. Онкомаркеры крови (РЭА, СА-19 – 9) не повышены. В копрограмме найдены соединительная ткань, мышечные волокна. При посеве кала выявлен рост гемолизирующей кишечной палочки, дефицит лактофлоры. Клинический анализ крови в пределах нормы. В биохимическом анализе крови отмечалось умеренное снижение уровня альбуминов до 33 г/л.

Таким образом, у пациентки имели место белково-энергетическая недостаточность легкой степени, дисбактериоз кишечника. Фактический рацион питания пациентки М. представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Фактический рацион питания пациентки М.

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 9.00					
Каша жидкая овсяная	200	4,0	0,9	23,0	126
Кура отварная	50,0	12,6	3,7	-	85
Бифидок 1%	100,0	2,8	1,0	4,5	36
Чай зеленый с молоком 2,5%	200/30	0,8	0,8	1,4	16

Всего		20,2	6,4	28,9	263
Второй завтрак 12.00					
Батон	40	2,9	1,2	20,4	100
Сыр	20	5,3	5,0	-	68
Настой шиповника	200	0,4	-	5,0	22
Всего		8,6	6,2	25,4	190
Обед 15.00					
Суп на овощном бульоне со сливочным маслом	350/5	4,6	3,5	29,4	168
Фрикадельки из говядины	50,0	12,9	8,4	-	127
Винегрет с подсолнечным маслом	100/5	1,8	5,1	11,3	94
Чай с сахаром	200/8	-	-	8,0	30
Всего		19,3	17,0	48,7	419
Ужин 19.00					
Треска отварная	50,0	8,5	0,4	-	39
Макаронные изделия отварные с растительным маслом	150/2,5	6,2	3,1	28,5	170
Бифидок 1%	150	4,2	1,5	6,8	54
Всего		18,9	5,0	35,3	263
На весь день					
Мед	20,0	0,2	-	16,0	62
Апельсин	100,0	0,9	0,2	11,3	45
Изюм	10,0	0,2	-	7,0	28
Хлебцы пшеничные	20,0	2,5	0,5	13,0	65
Всего		3,8	0,7	47,3	200
Итого		70,8	35,3	185,6	1335

Рекомендуемая масса тела по формуле Европейской ассоциации диетологов:

$$PMT = P - 100 - [(P - 152) * 0,4] = 165 - 100 - [(165 - 152) * 0,4] = 165 - 100 - (13 * 0,4) = 165 - 100 - 5,2 = 59,8. \text{ Дефицит массы тела (ДМТ)} = 1,5 \text{ кг (17,7\%).}$$

Расчет химического состава и энергетической ценности рекомендуемого пациентке М. рациона питания

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта:
 $ВОО = 665 + (9,5 * 49) + (1,8 * 165) - (4,7 * 45) = 665 + 465,5 + 297 - 211,5 = 1216 \text{ ккал.}$
2. Рассчитываем суточный расход энергии, используя КФА 1,6, так как пациентка относится ко II группе интенсивности труда, и ДМТ 1,1, так как дефицит массы тела укладывается в диапазон 10-20%:
 $РЭ = ВОО * КФА * ДМТ = 1216 * 1,6 * 1,1 = 2140 \text{ ккал.}$
3. Определяем энергетическую ценность рациона за счет белков, принимая их за 16%:
2140 ккал – 100%
Х ккал – 16%
 $X = 2140 * 16 : 100 = 342 \text{ ккал.}$
4. Рассчитываем количество белков в граммах:
342 ккал : 4 = 85,5 г.
5. Определяем энергетическую ценность рациона за счет жиров, принимая их за 30%:
2140 ккал – 100%
Х ккал – 30%
 $X = 2140 * 30 : 100 = 642 \text{ ккал.}$
6. Рассчитываем количество жиров в граммах:
642 ккал : 9 = 71,3 г.
7. Определяем энергетическую ценность рациона за счет углеводов, принимая их за 54%:
2140 ккал – 100%
Х ккал – 54%
 $X = 2140 * 54 : 100 = 1156 \text{ ккал.}$
8. Рассчитываем количество углеводов в граммах:
1156 ккал : 4 = 289 г.

Таблица 2

Химический состав и энергетическая ценность фактического рациона питания пациентки М. в сравнении с физиологической нормой и рекомендуемым рационом

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	71	35	186	1335
Физиологическая норма	63	70	305	2100
Рекомендуемый рацион	86	71	289	2140

Особенности фактического рациона питания пациентки М.:

1. Энергетическая ценность рациона ниже нормы на 36% (1335 кал вместо 2100 ккал), что явилось причиной постепенного снижения массы тела.
2. Количество белков несколько выше физиологической нормы (71 г вместо 63 г), но ниже рекомендуемой (86 г).
3. Энергетическая ценность суточного рациона за счет белков выше как физиологической нормы (21,3% при норме 11-12%), так и рекомендуемой величины (16%):
 $71 \text{ г} * 4 \text{ ккал} = 284 \text{ ккал}$
1335 ккал – 100% ЭЦ
284 ккал – Х ЭЦ
 $X = 21,3\%$
4. Количество жиров в 2 раза ниже физиологической нормы и рекомендуемой величины (35 г вместо 70-71 г).
5. Энергетическая ценность суточного рациона за счет жиров снижена по сравнению с физиологической нормой и рекомендованной величиной (23,6% вместо 30%):
 $35 \text{ г} * 9 \text{ ккал} = 315 \text{ ккал}$
1335 ккал – 100% ЭЦ
315 ккал – Х
 $X = 23,6\%$
6. Количество углеводов снижено на 39% о сравнению с физиологической нормой (186 г вместо 305 г), и на 36% - с рекомендуемой величиной (289 г).
7. Энергетическая ценность суточного рациона за счет углеводов соответствует норме (55,7% при норме 50-60%):
 $186 \text{ г} * 4 \text{ ккал} = 744 \text{ ккал}$
1335 ккал – 100% ЭЦ
744 ккал – Х
 $X = 55,7\%$
8. Изменено соотношение между белками, жирами и углеводами – 1 : 0,5 : 2,6 (норма 1 : 1,1 : 4,8 для II группы интенсивности труда) прежде всего за счет недостатка жиров, а так же углеводов.

1.Задание: разработайте для пациента рацион персонализированного питания.

Проблемно-ситуационная задача 9

Пациентка Г., 50 лет, инженер, обратилась с просьбой дать ей рекомендации по питанию в связи с избыточной массой тела. Активных жалоб со стороны внутренних

органов не было. Отмечает запоры по 3 дня, кал – без патологических примесей.

Из анамнеза известно, что при росте 163 см в молодости весила 60 кг. После родов (в 22 года и в 28 лет) прибавила в общей сложности 20 кг. Использовала дважды в течение месяца очень низкокалорийные диеты для похудения, но после их отмены масса возвращалась к исходному уровню. Пациентка много ходит пешком, два раза в неделю посещает бассейн. Два года назад после стресса (смерть сестры) развилась злокачественная опухоль левой молочной железы. Была удалена молочная железа, проведен курс химиотерапии. Во время лечения пациентка похудела до 72 кг, затем вновь появился хороший аппетит, масса тела увеличилась до 83 кг.

Родители пациентки имеют избыточную массу тела. В семье всегда царил культ еды: было много вкусной высококалорийной пищи (жареное мясо, копчености, пироги, варенье, соленья и маринады и др.)

Данные осмотра: правильного телосложения, избыточного питания, кожа чистая, обычной окраски. Преимущественное отложение жира – на ягодицах и бедрах (гиноидный тип ожирения). Рост 163 см, масса 83 кг, ИМТ 31,2 кг/м², ОТ 94 см, ОБ 120 см, ОТ/ОБ 0,78. Со стороны внутренних органов – без особенностей.

При обследовании (клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, анализ крови на гормоны гипофиза и щитовидной железы, ЭКГ, онкомаркеры крови, ФКС, копрограмма) отклонений от нормы не было выявлено.

Таким образом, у пациентки, перенесшей операцию по поводу рака левой молочной железы, было выявлено алиментарно-конституциональное ожирение I степени.

Алиментарный запор.

Фактический рацион питания пациентки Г. представлен в табл. 1-3

Таблица 1

Фактический рацион питания пациентки Г. (белки, жиры, углеводы, ЭЦ)

Наименование блюд	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Завтрак 8.00					
Творог «Активиа»	130	7,7	5,9	4,8	103
Батон нарезной из муки пшеничной в/с	50	3,8	1,5	25,4	132
Масло сливочное	5	-	4,1	-	37
Ветчина	50	11,3	10,5	-	140
Ватрушка с творогом	100	5,3	2,1	61,0	284
Кофе с сахаром (2 ч.л.)	200/16	-	-	16,0	61
Всего		28,1	24,1	107,2	757
Обед 13.00					
Салат рыбный (с треской копченой)	200	9,6	31,8	11,8	374
Свинина жареная (эскалоп)	100	18,0	32,6	-	365
Картофель жареный на сливочном масле	200	7,6	30,2	65,4	566
Огурцы соленые	100	0,8	0,1	1,6	13
Хлеб ржаной	100	6,6	1,2	35,3	181
Чай с клубничным вареньем	200/20	0,1	-	14,2	54
Всего		42,7	95,9	128,3	1553
Ужин 19.00					
Салат из свежих овощей с растительным маслом	300/17	3,3	17,6	11,4	222
Бефстроганов из говядины	100	18,0	14,3	6,6	228
Каша гречневая со сливочным маслом	145/10	8,9	9,5	45,5	312
Пироги печеные с мясом	200	26,2	15,0	82,4	568
Чай с клубничным вареньем	200/20	0,1	-	14,2	54
Всего		56,5	56,4	160,1	1384
Итого		127,3	176,4	395,6	3694

Таблица 2

Фактический рацион питания пациентки Г. (пищевые волокна, холестерин)

Наименование блюд	Масса, г	Клетчатка, г	Холестерин, мг
Завтрак 8.00			
Творог «Активиа»	130	-	12,5
Батон нарезной из муки пшеничной в/с	50	0,5	-
Масло сливочное	5	-	-
Ветчина	50	-	30
Ватрушка с творогом	100	0,2	7
Кофе с сахаром (2 ч.л.)	200/16	-	-
Всего		0,7	49,5
Обед 15.00			
Салат рыбный	200	1,4	30
Свинина жареная (эскалоп)	100	-	70
Картофель жареный на сливочном масле	200	2,0	27
Огурцы соленые	100	0,7	-
Хлеб ржаной	100	1,1	-
Чай с клубничным вареньем	200	0,2	-
Всего		5,4	127
Ужин 20.00			
Салат из свежих овощей с растительным маслом	300/17	2,4	-
Бефстроганов из говядины	100	-	123
Каша гречневая со сливочным маслом	145/10	0,6	-
Хлеб ржаной	150	1,7	-
Пироги печеные с мясом	200	0,3	20
Чай с клубничным вареньем	200/20	0,2	-
Всего		5,2	143
Итого		11,3	319,5

Таблица 3

	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Фактический рацион	127	176	396	3694
Физиологическая норма	58	60	257	1800
Рекомендуемый рацион	57	47	216	1517

Расчет химического состава и энергетической ценности рекомендуемого пациентке М. рациона питания

1. Определяем величину основного обмена по формуле Харриса – Бенедикта:

$$ВОО = 665 + (9,5 * 83) + (1,8 * 163) - (4,7 * 50) = 665 + 788,5 + 293,4 - 235 = 1512 \text{ ккал.}$$

2. Рассчитываем суточный расход энергии, используя КФА 1,4, так как пациентка относится к I группе интенсивности труда:

$$РЭ = ВОО * КФА = 1512 * 1,4 = 2117 \text{ ккал.}$$

Если пациентка будет употреблять такое количество энергии, то будет сохранять имеющуюся массу тела. Для похудения необходимо создать дефицит энергии 600 ккал:

$$2117 \text{ ккал} - 600 \text{ ккал} = 1517 \text{ ккал}$$

3. Определяем энергетическую ценность рациона за счет белков, принимая их за 15%:

1517 ккал – 100%

X ккал – 16%

X = 228 ккал.

4. Рассчитываем количество белков в граммах:

228 ккал : 4 = 57 г.

5. Определяем энергетическую ценность рациона за счет жиров, принимая их за 28%:

1517 ккал – 100%

X ккал – 28%

X = 1517 * 28 : 100 = 425 ккал.

6. Рассчитываем количество жиров в граммах:

425 ккал : 9 = 47 г.

7. Определяем энергетическую ценность рациона за счет углеводов, принимая их за 57%:

1517 ккал – 100%

X ккал – 57%

X = 1517 * 57 : 100 = 865 ккал.

8. Рассчитываем количество углеводов в граммах:

865 ккал : 4 = 216 г.

Дефекты фактического рациона питания пациентки М.

1. Энергетическая ценность рациона в 2 раза выше физиологической нормы (3694 ккал вместо 1800 ккал), что способствовало развитию ожирения даже на фоне достаточной физической активности.
2. Количество жиров превышает норму в 3 раза (176 г вместо 60 г), в основном за счет жиров животного происхождения.
3. Уровень холестерина несколько выше рекомендуемого (319,5 мг вместо 300 мг и ниже).
4. Количество белков в 2,2 раза выше нормы (127 г вместо 58 г), в основном за счет белков животного происхождения.
5. Избыток углеводов составляет 54%, т.е. в 1,5 раза выше нормы (396 г вместо 257 г), в том числе моно- и дисахаридов (65 г вместо 26 г)
6. Имеется дефицит пищевых волокон (11,3 г вместо 20 г), который является причиной запоров. У онкологической больной запоры повышают риск развития вторичной локализации опухоли – толстой кишки.
7. Частое употребление жареной, копченой, соленой пищи, что крайне нежелательно в данном случае.
8. Отсутствие свежих фруктов и ягод (пациентка их не любит) – причина снижения антиоксидантной защиты организма и дефицита калия.
9. Изменено соотношение белки : жиры : углеводы (1 : 1,4 : 3 вместо 1 : 1,1 : 4,1) за счет большого избытка жиров и белков.

1.Задание: разработайте для пациента рацион персонализированного питания.

Проблемно-ситуационная задача 10

Пациентка О., 48 лет, жаловалась на избыточную массу тела, головные боли, шум в ушах, экстрасистолию, которая плохо поддавалась медикаментозному лечению, слизистые выделения из носоглотки, небольшой кашель с умеренным количеством слизистой мокроты. Жалобы не связывала с приемом каких-либо продуктов. Аллергических реакций на лекарственные препараты, прививки не было. Исследование крови на антитела к пищевым продуктам выявило высокий титр IgG к пшенице. Пациентка полностью исключила из рациона пшеницу и содержащие ее продукты. На 4-й день диетотерапии появилось обильное мочеиспускание, за сутки похудела на 4 кг. Затем прекратились головные боли и шум в ушах (со слов больной «прояснилась голова»), постепенно исчезли слизистые выделения из носоглотки и покашливание. Примерно через 2 недели прекратились экстрасистолы.

1. Задание: разработайте для пациента рацион персонализированного питания.

Критерии оценивания

Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточным свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимыми схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 100%-91% вопросов тестового контроля
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 90%-81% вопросов

тестирование

тестового контроля

Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 80%-71% вопросов тестового контроля

Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, когда ординатор ответил верно на 70% и менее вопросов тестового контроля

3.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта проводится по зачётным билетам

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Профилактической медицины
направление подготовки (специальность) 31.08.34 Диетология
дисциплина Нутригеномика. Генетически-диетные взаимодействия.

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Генетические особенности пищевой непереносимости глютена
2. Генетические особенности метаболизма углеводов

Заведующая кафедрой
профилактической медицины
д.м.н., профессор

Н.П.Сетко

Председатель учебно-методической комиссии
по подготовке кадров высшей квалификации
в ординатуре д.м.н., профессор

Г.Ю. Евстифеева

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации
к.м.н., доцент

И.В. Ткаченко

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер)
1	ПК-6 готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи	Знать Принципы организации лечебного питания пациентов с учетом клинико-статистических групп заболеваний Определение перечня лечебных диет для пациентов с учетом клинико-статистических групп заболеваний Принципы составления перечня блюд лечебного питания, карточек-раскладок, семидневного меню стандартных, специальных и персонализированных диет	вопросы № 1-62
		Уметь Назначать лечебные диеты (стандартные, специальные или персонализированные), в том числе определять необходимость дополнительного применения специализированной пищевой продукции диетического лечебного питания, не входящих в состав стандартных лечебных диет Составлять семидневное меню стандартных, специальных и персонализированных диет	проблемно-ситуационные задачи № 1-10

	<p>Владеть Организация лечебного питания пациентов с учетом заболевания и (или) состояния Определение перечня лечебных диет Составление перечня блюд лечебного питания, подготовка карточек-раскладок блюд лечебного питания Составление семидневного меню стандартных, специальных и персонализированных диет</p>	<p>проблемно-ситуационные задачи № 1-10</p>
--	--	---

14. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике по диетологии

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по практике содержит типовые контрольно-оценочные материалы для контроля сформированных в процессе прохождения практики результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по данному виду практики, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности умений, навыков и практического опыта по каждой компетенции, установленной в программе практики.

В результате прохождения практики у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях

ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6 готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи

ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

2. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по практике в форме зачета с оценкой проводится по контролю освоения практических навыков и практического опыта, отраженных в дневнике и отчете о прохождении клинической практики (*образцы дневника и отчета с перечнем практических навыков представлены в методических рекомендациях для ординаторов по прохождению практики*).

Критерии оценивания на зачете по практике

«ОТЛИЧНО». При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, вся документация оформлена в соответствие с требованиями, положительная характеристика с места практики. Продемонстрировал высокую активность в ходе практики. На зачете демонстрирует хорошее владение практическими навыками. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи.

«ХОРОШО». При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, в отчетной документации присутствуют негрубые ошибки и недочеты, свидетельствующие о некотором снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Положительная характеристика с места практики. Демонстрация практического навыка с небольшими ошибками, но без грубых нарушений алгоритма. Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Небольшие нарушения сроков сдачи отчетной документации без уважительной причины, в отчетной документации присутствуют ошибки и недочеты, свидетельствующие о снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Демонстрация практического навыка с одной/двумя грубыми ошибками.

В ответе нарушения в последовательности изложения. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Документация оформлена с серьезными замечаниями. Отсутствует положительная характеристика с места работы. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

Перечень для проверки сформированных умений, навыков, приобретенного практического опыта

№	Наименование навыков
1	Стационар МО
1.1	Сбор анамнеза и жалоб, оценка состояния больного, формулирование предварительного диагноза
1.2	Оценка семейного анамнеза, пищевого статуса пациента
1.3	Составление индивидуального плана обследования и лечения
1.4	Оценка результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, бактериологических, серологических показателей крови, мочи, мокроты, кала, показателей коагулограммы, КЩС)
1.5	Постановка клинического диагноза в соответствии с международной классификацией заболеваний
1.6	Назначение режима лечения, лекарственных препаратов
1.7	Назначение лечебного питания
1.8	Назначение немедикаментозного лечения (физиотерапевтические методы, рефлексотерапия, лечебная физкультура, фитотерапия) Разработка комплекса мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни
1.9	Составление плана диспансерного наблюдения пациентов с учетом выявленной патологии
1.10	Составление плана реабилитационных мероприятий после хирургического и консервативного лечения
1.11	Назначение санаторно-курортного лечения, направление на медицинскую реабилитацию
1.12	Использование в профессиональной деятельности медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"
1.13	Пропаганда здорового образа жизни и проведение санитарно-просветительной работы
1.14	Использование методики комплексного осмотра и обследования взрослых и детей с учетом их анатомо-функциональных особенностей
1.15	Использование методики комплексного осмотра и обследования взрослых и детей с учетом их анатомо-функциональных особенностей
1.16	Установление диагноза, проведение анализа алиментарных рисков развития хронических заболеваний
1.17	Назначение лечебных рационов (стандартной, специальной или персонализированной диеты), в том числе определять объем белковой коррекции лечебного рациона смесями белковыми композиционными сухими
1.18	Обоснование необходимости направления пациентов с алиментарно-зависимыми заболеваниями на консультацию к врачам-специалистам
1.19	Выявление клинических проявлений нарушения пищевого статуса, способные вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход, и применять меры для их устранения
1.20	Оценка тяжести состояния пациента с нарушениями пищевого статуса и применение необходимых мер для выведения пациента из этого состояния

1.21	Применение методов дифференциальной диагностики заболеваний специального или персонализированного питания пациентам, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложненного) с учетом МКБ-10 в соответствии с оценкой пищевого статуса
1.22	Применение методик: - оценки пищевого статуса пациента; исследования индекса массы тела, результатов биоимпедансометрии и соматометрии; - методики расчета индивидуальной потребности в пищевых веществах; - расчета индивидуальной потребности в белке смесей белковых композитных сухих; - расчета энтерального питания; - мониторинга пищевого статуса пациента; - оценки эффективности диетотерапии
1.23	Проверка историй болезни на соответствие назначаемых диет и этапности диетотерапии
1.24	Анализ эффективности лечебного питания, белковой коррекции пищевых рационов смесями белковыми композитными сухими
1.25	Определение перечня и количества продуктовых домашних передач у пациентов, находящихся на лечении в медицинской организации
1.26	Организация лечебного питания для различных клинико-статистических групп пациентов
1.27	Выявлять клинические симптомы и синдромы при развитии белково-энергетической недостаточности у пациентов
1.28	Интерпретация и анализ информации, полученной от пациентов (их законных представителей)
1.29	Использование медицинское оборудование: калипер (для измерения толщины кожных складок), анализатор глюкозы в крови (глюкометр), анализатор биохимический ручной, аппарат для исследования компонентного состава тела (биоимпедансометрии), персональный компьютер с программным обеспечением (: программа оценки фактического питания; программа диагностического тестирования для выявления нарушений пищевого поведения; программа расчета индивидуальных рационов питания)
1.30	Оценка тяжести состояния пациента, определять медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара
1.31	Определение медицинские показания для направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара
1.32	Интерпретация и анализ результатов осмотра и обследования пациентов
1.33	Обоснование и планирование объема лабораторного обследования пациентов
1.34	Интерпретация и анализ результатов лабораторного обследования пациентов
1.35	Применение оптимальных лечебных рационов для проведения диетотерапии пациентам с различными клинико-статистическими группами Применять оптимальные лечебные рационы для проведения диетотерапии пациентам с различными клинико-статистическими группами
1.36	Назначение коррекции нарушений пищевого статуса при проведении диетотерапии с применением специализированных пищевых продуктов (смесей белковых композитных сухих) и витаминно- минеральных комплексов.
1.37	Проведение мониторинга эффективности и безопасности диет
2	Пищевая блок МО
2.1	Формирование перечня лечебных рационов питания
2.2	Формирование перечня диетических блюд, подготовка карточек-раскладок диетических блюд, составление семидневного меню стандартных и специальных диет
2.3	Организация производственного контроля работы пищевого блока
2.4	Составление программы производственного контроля
2.5	Применение методики контроля качества продуктов при их поступлении на склад и пищевой блок; правильность хранения запаса пищевых продуктов
2.6	Применение методики расчета индивидуальной потребности в пищевых веществах
2.7	Применение методики расчета индивидуальной потребности в белке смесей белковых композитных сухих
2.8	Применение методики контроля за правильностью закладки продуктов при приготовлении блюд
2.9	Применение методики контроля за правильностью закладки специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих при приготовлении блюд
2.10	Применение методику контроля правильности ведения документации медицинской сестрой диетической
2.11	Организация контроля за качеством готовой пищи перед выдачей ее в отделения путем снятия пробы в каждый прием пищи
2.12	Организация контроля своевременности проведения профилактических медицинских осмотров работников пищевого блока и буфетных
2.13	Организация санитарно-просветительной работы по оптимальному и лечебному питанию для всех сотрудников медицинской организации и пациентов
2.14	Организация и ведение внутриведомственного контроля за организацией лечебного питания
2.15	Организация контроля за объемом потребностей в пищевых продуктах, в том числе специализированных, входящих в состав норм лечебного питания: смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексов
2.16	Организация контроля за планированием объемов закупок пищевых продуктов, в том числе и специализированных пищевых продуктов (смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексов)
2.17	Обоснование выбора оптимального вида лечебного рациона (стандартного, специального, персонализированного) у пациентов с острыми и хроническими заболеваниями
2.18	Определение оптимальной последовательности диетотерапии в зависимости от стадии заболевания, фазы (обострения, ремиссии) у пациентов с острыми и хроническими заболеваниями
2.19	Назначение диетотерапии пациентам с острыми и хроническими заболеваниями, анализ эффективности диетотерапии
2.20	Проведение мониторинга эффективности и безопасности диетотерапии у пациентов с острыми и хроническими заболеваниями
2.21	Разработка плана нутритивной поддержки пациентов при плановом хирургическом лечении
2.22	Разработка плана нутритивной поддержки послеоперационного ведения пациентов, проводить профилактику или лечение белково-энергетической недостаточности
2.23	Назначение основной стандартной диеты, специальной и персонализированной диеты; показания и противопоказания к их назначению
2.24	Применение метода белковой коррекции пищевых рационов смесями белковыми композитными сухими; знать показания и противопоказания; нормы введения в пищевой рацион смесей белковых композитных сухих
2.25	Применение для формирования семидневных диет технологические карты приготовления диетических блюд оптимизированного питания с включением смесей белковых композитных сухих. Обеспечивать безопасность применения, выполнение национальных стандартов, ГОСТов и технических регламентов
2.26	Умение проводить подбор и назначение пищевых продуктов, в том числе специализированных пищевых продуктов, витаминно-минеральных комплексов, БАД для коррекции пищевого статуса и включения в пищевые рационы
2.27	Умение применять принципы и методы персонализированной коррекции пищевого рациона
2.28	Умение разрабатывать программу предоперационной диетотерапии и предоперационной подготовки и послеоперационного контроля пищевого статуса пациентов
2.29	Умение применять принципы и методы диетотерапии, разгрузочных и специальных диет
2.30	Умение составлять лечебные пищевые рационы, семидневные меню, стандартные и специальные диеты
2.31	Определение медицинских показаний для проведения диетотерапии при медицинской реабилитации
2.32	Разработка плана диетотерапии при проведении реабилитационных мероприятий для пациентов
2.33	Оценка эффективности и безопасности диетотерапии при проведении медицинской реабилитации
2.34	Назначение диетотерапии при проведении медицинской реабилитации пациентов

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Проводить оздоровительные и санитарно-просветительные мероприятия для населения с учетом возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни Консультировать пациентов и здоровых людей по вопросам навыков здорового образа жизни, здорового питания, профилактики заболеваний Разрабатывать и рекомендовать программы лечебного и профилактического питания Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы здорового питания Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями.	практические навыки № 1.1 -1.37, 2.1-2.34
2	ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями, имеющими факторы риска нарушения питания Проводить оздоровительные мероприятия среди пациентов с выявленными хроническими заболеваниями (питание, сон, режим дня, двигательная активность) Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы здорового питания Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями.	практические навыки № 1.1 -1.37, 2.1-2.34
3	ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	определять необходимость и объем проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций	практические навыки № 1.1 -1.37, 2.1-2.34
4	ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Планировать и осуществлять конкретные социально-гигиенические и клинико-статистические исследования с целью изучения состояния здоровья населения, объема и качества организации медицинской помощи с позиций доказательной медицины Анализировать основные демографические показатели территории, обслуживаемой ЛПУ	практические навыки № 1.1 -1.37, 2.1-2.34
5	ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	проводить оценку фактического питания пациентов проводить исследование и анализ антропометрических показателей и состава тела проводить оценку пищевого поведения уметь пользоваться МКБ	практические навыки № 1.1 -1.37, 2.1-2.34
6	ПК-6 готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи	Назначать лечебные диеты (стандартные, специальные или персонализированные), в том числе определять необходимость дополнительного применения специализированной пищевой продукции диетического лечебного питания, не входящих в состав стандартных лечебных диет Назначать энтеральное и (или) парентеральное питание Осуществлять контроль за ведением историй болезни на соответствие назначаемых диет и этапности лечебного питания Организовывать лечебное питание пациентов с учетом заболевания и (или) состояния Формировать перечень лечебных диет Формировать перечень блюд лечебного питания, подготавливать карточки-раскладки блюд лечебного питания Составлять семидневное меню стандартных, специальных и	практические навыки № 1.1 -1.37, 2.1-2.34

		<p>персонализированных диет</p> <p>Контролировать качество продуктов при их поступлении на склад и пищеблок; правильность хранения запаса продуктов</p> <p>Контролировать правильность закладки продуктов при приготовлении блюд лечебного питания, в том числе специализированных продуктов, смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов</p> <p>Организовывать контроль качества готовой пищи перед выдачей ее в отделения путем снятия пробы в каждый прием пищи</p> <p>Организовывать санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового и лечебного питания среди сотрудников медицинской организации и пациентов</p> <p>Осуществлять контроль за организацией лечебного питания</p> <p>Организовывать контроль за объемом потребностей в продуктах, в том числе специализированных, входящих в состав норм лечебного питания: смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексах</p> <p>Организовывать контроль за планированием объемов закупок продуктов, в том числе специализированных, входящих в состав норм лечебного питания: смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексов</p> <p>Консультировать врачей-специалистов отделений по вопросам организации лечебного питания</p>	
7	ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	определять необходимость в проведении мероприятий лечебно-эвакуационного обеспечения оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях	практические навыки № 1.1 -1.37, 2.1-2.34
8	ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	<p>Определять медицинские показания для назначения лечебного питания при санаторно-курортном лечении</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность лечебного питания при проведении санаторно-курортного лечения</p> <p>Разрабатывать план лечебного питания при проведении реабилитационных мероприятий для пациентов</p> <p>Назначать лечебное питание при проведении санаторно-курортного лечения</p> <p>Организовывать лечебное питание при проведении санаторно-курортного лечения</p> <p>Определять медицинские показания для направления пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации или медицинской реабилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность лечебного питания при проведении санаторно-курортного лечения</p> <p>Проводить работу по реализации лечебного питания при реабилитации инвалидов</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями</p>	практические навыки № 1.1 -1.37, 2.1-2.34
9	ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<p>Проводить оздоровительные мероприятия среди пациентов с выявленными хроническими заболеваниями (питание, сон, режим дня, двигательная активность)</p> <p>Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы здорового питания</p>	практические навыки № 1.1 -1.37, 2.1-2.34
10	ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	<p>Составлять план работы и отчет о своей работе</p> <p>Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа</p> <p>Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости,</p>	практические навыки № 1.1 -1.37, 2.1-2.34

		инвалидности для оценки здоровья населения Использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом	
11	ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Рассчитывать, оценивать и интерпретировать медико-демографические показатели Использовать в работе методы статистического анализа показателей и оценки здоровья населения Использовать в работе методы статистического анализа показателей и оценки деятельности медицинской организации	практические навыки № 1.1 -1.37, 2.1-2.34
12	ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	определять необходимость в проведении мероприятий лечебно-эвакуационного обеспечения организовать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	практические навыки № 1.1 -1.37, 2.1-2.34

15. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике по оценке фактического питания и алиментарного статуса

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по практике содержит типовые контрольно-оценочные материалы для контроля сформированных в процессе прохождения практики результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по данному виду практики, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности умений, навыков и практического опыта по каждой компетенции, установленной в программе практики.

В результате прохождения практики у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

2. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по практике в форме зачета с оценкой проводится по контролю освоения практических навыков и практического опыта, отраженных в дневнике и отчете о прохождении клинической практики (*образцы дневника и отчета с перечнем практических навыков представлены в методических рекомендациях для ординаторов по прохождению практики*).

Критерии оценивания на зачете по практике

«ОТЛИЧНО». При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, вся документация оформлена в соответствие с требованиями, положительная характеристика с места практики. Продемонстрировал высокую активность в ходе практики. На зачете демонстрирует хорошее владение практическими навыками. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи.

«ХОРОШО». При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, в отчетной документации присутствуют негрубые ошибки и недочеты, свидетельствующие о некотором снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Положительная характеристика с места практики. Демонстрация практического навыка с небольшими ошибками, но без грубых нарушений алгоритма. Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Небольшие нарушения сроков сдачи отчетной документации без уважительной причины, в отчетной документации присутствуют ошибки и недочеты, свидетельствующие о снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Демонстрация практического навыка с одной/двумя грубыми ошибками.

В ответе нарушения в последовательности изложения. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Документация оформлена с серьезными замечаниями. Отсутствует положительная характеристика с места работы. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

Перечень для проверки сформированных умений, навыков, приобретенного практического опыта

№	Наименование навыков и умений
1	Интерпретация и анализ полученной информации от пациентов при проведении консультирования
2	Использование методики комплексного осмотра и обследования взрослых и детей
3	Использование методики комплексного осмотра и обследования взрослых и детей с учетом их анатомо-функциональных особенностей
4	Интерпретация и анализ результатов комплексного осмотра и обследования взрослых и детей с учетом анализа пищевого статуса пациентов
5	Интерпретация и анализ результатов комплексного осмотра и обследования пациентов с отклонениями индекса массы тела с учетом их анатомо-функциональных особенностей
6	Определение индивидуальных пищевых потребностей пациента, в том числе в дополнительном питании
7	Установление диагноза, проведение анализа алиментарных рисков развития хронических заболеваний
8	Применение методик: - оценки пищевого статуса пациента; исследования индекса массы тела, результатов биоимпедансометрии и соматометрии; - методики расчета индивидуальной потребности в пищевых веществах; - расчета индивидуальной потребности в белке; - мониторинга пищевого статуса пациента;
9	Использование методик осмотра и обследования пациентов с учетом анатомо-функциональных особенностей: - сбор анамнеза и жалоб; - визуальный осмотр; - физикальное обследование (пальпацию, перкуссию, аускультацию); - измерение артериального давления; - анализ сердечного пульса; - определение заболеваний и (или) патологических состояний органов и систем организма человека
10	Использование медицинского оборудования: - калипер (для измерения толщины кожных складок), - анализатор глюкозы в крови (глюкометр), - анализатор биохимический ручной, - аппарат для исследования компонентного состава тела (биоимпедансометрии), - персональный компьютер с программным обеспечением: программа оценки фактического питания; программа диагностического тестирования для выявления нарушений пищевого поведения; программа расчета индивидуальных рационов питания)
11	Использование программного обеспечения: - программа оценки фактического питания; - программа диагностического тестирования для выявления нарушений пищевого поведения; - программа расчета индивидуальных рационов питания

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями, имеющими факторы риска нарушения питания	практические навыки № 1.1 -1.11
2	ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	проводить оценку фактического питания пациентов проводить исследование и анализ антропометрических показателей и состава тела проводить оценку пищевого поведения уметь пользоваться МКБ проводить определение состава тела с использованием методов биоимпедансметрии, рентгеновской остеоденситометрии проводить оценку пищевого поведения проводить оценку показателей основного обмена выявлять у пациента риск развития алиментарнозависимых заболеваний	практические навыки № 1.1 -1.11

16. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике по технологии приготовления блюд

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по практике содержит типовые контрольно-оценочные материалы для контроля сформированных в процессе прохождения практики результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по данному виду практики, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности умений, навыков и практического опыта по каждой компетенции, установленной в программе практики.

В результате прохождения практики у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ПК-6 готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи

2. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по практике в форме зачета с оценкой проводится по контролю освоения практических навыков и практического опыта, отраженных в дневнике и отчете о прохождении клинической практики (*образцы дневника и отчета с перечнем практических навыков представлены в методических рекомендациях для ординаторов по прохождению практики*).

Критерии оценивания на зачете по практике

«ОТЛИЧНО». При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, вся документация оформлена в соответствии с требованиями, положительная характеристика с места практики. Продемонстрировал высокую активность в ходе практики. На зачете демонстрирует хорошее владение практическими навыками. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи.

«ХОРОШО». При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, в отчетной документации присутствуют негрубые ошибки и недочеты, свидетельствующие о некотором снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Положительная характеристика с места практики. Демонстрация практического навыка с небольшими ошибками, но без грубых нарушений алгоритма. Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Небольшие нарушения сроков сдачи отчетной документации без уважительной причины, в отчетной документации присутствуют ошибки и недочеты, свидетельствующие о снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Демонстрация практического навыка с одной/двумя грубыми ошибками.

В ответе нарушения в последовательности изложения. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Документация оформлена с серьезными замечаниями. Отсутствует положительная характеристика с места работы. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

Перечень для проверки сформированных умений, навыков, приобретенного практического опыта

№	Наименование навыков и умений
1	Формировать перечень лечебных диет
2	Формировать перечень блюд лечебного питания, подготавливать карточки-раскладки блюд лечебного питания
3	Составлять семидневное меню стандартных, специальных и персонализированных диет
4	Контроль за правильностью закладки продуктов при приготовлении блюд лечебного питания
5	Осуществление контроля за качеством готовой пищи перед выдачей ее в отделения, в том числе снятие пробы в каждый прием пищи

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	ПК-6 готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи	Формировать перечень лечебных диет Формировать перечень блюд лечебного питания, подготавливать карточки-раскладки блюд лечебного питания Составлять семидневное меню стандартных, специальных и персонализированных диет Контролировать качество продуктов при их поступлении на склад и пищеблок; правильность хранения запаса продуктов Контролировать правильность закладки продуктов при приготовлении блюд лечебного питания, в том числе специализированных продуктов, смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов Организовывать контроль качества готовой пищи перед выдачей ее в отделения путем снятия пробы в каждый прием пищи Организовывать санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового и лечебного питания среди сотрудников медицинской организации и пациентов Организовывать контроль за объемом потребностей в продуктах, в том числе специализированных, входящих в состав норм лечебного питания: смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексах Организовывать контроль за планированием объемов закупок продуктов, в том числе специализированных, входящих в состав норм лечебного питания: смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексов	практические навыки № 1.1 -1.5

17. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.34

Диетология

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации содержит типовые контрольно-оценочные материалы для контроля сформированных в процессе обучения в ординатуре знаний, умений и навыков по каждой **компетенции**, установленной федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.34 ДИЕТОЛОГИЯ:

УК-1 – готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

УК-2 - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

УК-3 - готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

ПК 1 – готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК 2 – готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хронически больными

ПК 3 – готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях

ПК 4 – готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

ПК 5 – готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК 6 – готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи

ПК 7 – готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

ПК 8 – готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

ПК 9 – готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

ПК 10 – готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

ПК 11 – готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

ПК 12 – готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

Государственная итоговая аттестация в виде экзамена по специальности проводится в 2 этапа: сдача практических навыков, экзамен в устной форме по экзаменационным билетам.

2. Оценочные материалы

I этап государственной аттестации – сдача практических навыков (решение ситуационных задач).

Задания для оценки практических навыков.

1. Сбор анамнеза и жалоб, оценка состояния больного, формулирование предварительного диагноза
2. Оценка семейного анамнеза, пищевого статуса пациента
3. Физикальные методы обследования пациента
4. Составление индивидуального плана обследования и лечения
5. Оценка результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, бактериологических, серологических показателей крови, мочи, мокроты, кала, показателей коагулограммы, КЩС)
6. Постановка клинического диагноза в соответствии с международной классификацией заболеваний
7. Назначение режима лечения, лекарственных препаратов
8. Назначение лечебного питания
9. Назначение немедикаментозного лечения (физиотерапевтические методы, рефлексотерапия, лечебная физкультура, фитотерапия)
10. Разработка комплекса мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни
11. Составление плана диспансерного наблюдения пациентов с учетом выявленной патологии
12. Составление плана реабилитационных мероприятий после хирургического и консервативного лечения
13. Назначение санаторно-курортного лечения, направление на медицинскую реабилитацию
14. Использование в профессиональной деятельности медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"
15. Пропаганда здорового образа жизни и проведение санитарно-просветительной работы
16. Интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов при проведении консультирования
17. Оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем при заболеваниях у взрослых и детей
18. Использовать методики комплексного осмотра и обследования взрослых и детей
19. Использовать методики комплексного осмотра и обследования взрослых и детей с учетом их анатомо-функциональных особенностей
20. Интерпретировать и анализировать результаты комплексного осмотра и обследования взрослых и детей с учетом анализа пищевого статуса пациентов
21. Интерпретировать и анализировать результаты комплексного осмотра и обследования пациентов с отклонениями индекса массы тела с учетом их анатомо-функциональных особенностей
22. Обосновывать необходимость и объем инструментального обследования пациентов с риском развития алиментарных заболеваний
23. Определять индивидуальные пищевые потребности пациента, в том числе в дополнительном питании
24. Устанавливать диагноз, проводить анализ алиментарных рисков развития хронических заболеваний
25. Назначать лечебные рационы (стандартной, специальной или персонализированной диеты), в том числе определять объем белковой коррекции лечебного рациона смесями белковыми композитными сухими
26. Обосновывать необходимость направления пациентов с алиментарно-зависимыми заболеваниями на консультацию к врачам-специалистам
27. Интерпретировать и анализировать результаты повторного осмотра пациентов
28. Выявлять клинические проявления нарушения пищевого статуса, способные вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход, и применять меры для их устранения
29. Выявлять клинические симптомы и синдромы при развитии белково-энергетической недостаточности у пациентов
30. Оценивать тяжесть состояния пациента с нарушениями пищевого статуса и принимать необходимые меры для выведения пациента из этого состояния
31. Применять методы дифференциальной диагностики заболеваний специального или персонализированного питания пациентам, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ-10 в соответствии с оценкой пищевого статуса
32. Применять методики: - оценки пищевого статуса пациента; исследования индекса массы тела, результатов биоимпедансометрии и соматометрии; - методики расчета индивидуальной потребности в пищевых веществах; - расчета индивидуальной потребности в белке смесей белковых композитных сухих; - расчета энтерального питания; - мониторинга пищевого статуса пациента; - оценки эффективности диетотерапии
33. Проверять историю болезни на соответствие назначаемых диет и этапности диетотерапии
34. Анализировать эффективность лечебного питания, белковой коррекции пищевых рационов смесями белковыми композитными сухими
35. Определять перечень и количество продуктовых домашних передач у пациентов, находящихся на лечении в медицинской организации
36. Организовывать лечебное питание для различных клинико-статистических групп пациентов
37. Формировать перечень лечебных рационов питания
38. Формировать перечень диетических блюд, подготовка карточек-раскладок диетических блюд, составление семидневного меню стандартных и специальных диет
39. Организовывать производственный контроль работы пищеблока

40. Составлять программы производственного контроля
41. Применять методику контроля качества продуктов при их поступлении на склад и пищеблок; правильность хранения запаса пищевых продуктов
42. Применять методики расчета индивидуальной потребности в пищевых веществах
43. Применять методики расчета индивидуальной потребности в белке смесей белковых композитных сухих
44. Применять методику контроля за правильностью закладки продуктов при приготовлении блюд
45. Применять методику контроля за правильностью закладки специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих при приготовлении блюд
46. Применять методику контроля правильности ведения документации медицинской сестрой диетической
47. Организовывать контроль за качеством готовой пищи перед выдачей ее в отделения путем снятия пробы в каждый прием пищи
48. Организовывать контроль своевременности проведения профилактических медицинских осмотров работников пищеблока и буфетных
49. Организовывать санитарно-просветительную работу по оптимальному и лечебному питанию для всех сотрудников медицинской организации и пациентов
50. Организовывать и вести внутриведомственный контроль за организацией лечебного питания
51. Организовывать контроль за объемом потребностей в пищевых продуктах, в том числе специализированных, входящих в состав норм лечебного питания: смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексов
52. Организовывать контроль за планированием объемов закупок пищевых продуктов, в том числе и специализированных пищевых продуктов (смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексов)
53. Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей)
54. Использовать медицинское оборудование: калипер (для измерения толщины кожных складок), анализатор глюкозы в крови (глюкометр), анализатор биохимический ручной, аппарат для исследования компонентного состава тела (биоимпедансометрии), персональный компьютер с программным обеспечением (: программа оценки фактического питания; программа диагностического тестирования для выявления нарушений пищевого поведения; программа расчета индивидуальных рационов питания)
55. Оценивать тяжесть состояния пациента, определять медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара
56. Определять медицинские показания для направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара
57. Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов
58. Обосновывать и планировать объем лабораторного обследования пациентов
59. Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов
60. Применять оптимальные лечебные рационы для проведения диетотерапии пациентам с различными клинико-статистическими группами Применять оптимальные лечебные рационы для проведения диетотерапии пациентам с различными клинико-статистическими группами
61. Обосновывать выбор оптимального вида лечебного рациона (стандартного, специального, персонализированного) у пациентов с острыми и хроническими заболеваниями
62. Определять оптимальную последовательность диетотерапии в зависимости от стадии заболевания, фазы (обострения, ремиссии) у пациентов с острыми и хроническими заболеваниями
63. Назначать диетотерапию пациентам с острыми и хроническими заболеваниями, анализировать эффективность диетотерапии
64. Проводить мониторинг эффективности и безопасности диетотерапии у пациентов с острыми и хроническими заболеваниями
65. Назначать коррекцию нарушений пищевого статуса при проведении диетотерапии с применением специализированных пищевых продуктов (смесей белковых композитных сухих) и витаминно- минеральных комплексов.
66. Проводить мониторинг эффективности и безопасности диетотерапии у пациентов с острыми и хроническими заболеваниями
67. Разрабатывать план нутритивной поддержки пациентов при плановом хирургическом лечении
68. Разрабатывать план нутритивной поддержки послеоперационного ведения пациентов, проводить профилактику или лечение белково-энергетической недостаточности
69. Назначать основные стандартные диеты, специальные и персонализированные диеты; показания и противопоказания к их назначению
70. Применять методы белковой коррекции пищевых рационов смесями белковыми композитными сухими; знать показания и противопоказания; нормы введения в пищевой рацион смесей белковых композитных сухих
71. Применять для формирования семидневных диет технологические карты приготовления диетических блюд оптимизированного питания с включением смесей белковых композитных сухих. Обеспечивать безопасность применения, выполнение национальных стандартов, ГОСТов и технических регламентов
72. Уметь проводить подбор и назначение пищевых продуктов, в том числе специализированных пищевых продуктов, витаминно-минеральных комплексов, БАД для коррекции пищевого статуса и включения в пищевые рационы
73. Уметь применять принципы и методы персонализированной коррекции пищевого рациона
74. Уметь разрабатывать программу предоперационной диетотерапии и предоперационной подготовки и послеоперационного контроля пищевого статуса пациентов
75. Уметь применять принципы и методы диетотерапии, разгрузочных и специальных диет
76. Уметь составлять лечебные пищевые рационы, семидневные меню, стандартные и специальные диеты
77. Определять медицинские показания для проведения диетотерапии при медицинской реабилитации
78. Разрабатывать план диетотерапии при проведении реабилитационных мероприятий для пациентов
79. Оценивать эффективность и безопасность диетотерапии при проведении медицинской реабилитации
80. Назначать диетотерапию при проведении медицинской реабилитации пациентов
81. Организовывать диетотерапию при проведении медицинской реабилитации
82. Определять медицинские показания для направления пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Критерии оценивания сдачи практических навыков

Критерии оценивания
Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся правильно интерпретирован навык и выполнен, ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся правильно интерпретирован навык и выполнен с одной или двумя ошибками, ответы на дополнительные вопросы верные, но не четкие.
Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся правильно интерпретирован навык и выполнен с несколькими ошибками, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся неправильно интерпретирован навык и невыполнен, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

II этап государственной аттестации: экзамен в устной форме по экзаменационным билетам

Вопросы для экзамена в устной форме по экзаменационным билетам

1. Оценка количественной стороны питания. Энергетический обмен. Энергетические затраты организма и потребность в энергии. Факторы, влияющие на энергетический обмен. Пища как источник энергии.
2. Диетическое (лечебное питание), понятие, принципы. Основные диеты, используемые в лечебном питании (нумерная система диет, зондовые диеты, специальные и разгрузочные диеты), их характеристика.
3. Лечебное питание при травмах и ожоговой болезни
4. Оценка качественной стороны питания. Потребность в основных пищевых веществах различных групп населения. Сбалансированность основных нутриентов.
5. Значение диетотерапии в общем комплексе лечебных мероприятий. Основные механизмы действия, принципы лечебного питания
6. Рациональное питание, определение понятия, принципы. Принципы адекватного питания. Алиментарные заболевания, связанные с нарушением принципов рационального питания и их профилактика.
7. Организация лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях. Руководство, штаты и обязанности диетслужбы. Положение о совете по лечебному питанию в ЛПУ.
8. Лечебное питание при хирургических заболеваниях. Лечебное питание в пред- и послеоперационном периоде
9. Пищевой статус как комплексный показатель состояния питания. Определение понятия. Виды. Методы его оценки. Расчет и оценка индекса массы тела.

10. Организация лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях. Порядок выписки питания для больных в ЛПУ. Основная документация.
11. Лечебное питание при гематологических заболеваниях.
12. Белок как основа полноценности питания. Заменяемые и незаменимые аминокислоты, их роль. Продукты - источники белка. Болезни недостаточного и избыточного белкового питания (алиментарная дистрофия, маразм, квашиоркор).
13. Руководство лечебным питанием в лечебно-профилактических учреждениях. Права и обязанности врача-диетолога, диетсестры.
14. Лечебное питание при онкологических заболеваниях.
15. Питание отдельных групп населения. Особенности питания лиц пожилого и старческого возраста. Энергетическая и качественная сторона питания.
16. Карточка блюд. Принципы составления и расчета химического состава картотеки блюд.
17. Лечебное питание при белково-энергетической недостаточности.
18. Биологическая роль жиров. Состав жиров. Пищевое значение жирных кислот. Продукты - источники жиров. Роль избытка и недостатка жиров в патологии. Связь избыточного потребления жиров с развитием атеросклероза.
19. Правила составления меню. Основные требования к меню. Раздаточная ведомость и меню-раскладка. Взаимозаменяемость продуктов при приготовлении диетических блюд.
20. Лечебное питание при заболеваниях желчных путей.
21. Углеводы как основной источник энергии. Классификация. Характеристика отдельных видов углеводов. Источники простых и сложных углеводов. Роль избытка и недостатка углеводов в патологии.
22. Организация контроля за качеством питания в лечебно-профилактических учреждениях. Оценка качества готовой пищи. Нормы выхода готовых блюд, выемка проб, организация отпуска пищи и доставка ее в буфетную.
23. Лечебное питание при инфекционных заболеваниях.
24. Волокнистые структуры пищи. Классификация, механизмы действия, место в профилактике и лечении основных социально значимых заболеваний. Продукты - источники пищевых волокон.
25. Работа буфетных. Подогревание пищи. Контроль за питанием больных в отделениях. Кормление больных, находящихся на постельном режиме и зондовых. Контроль за продуктовыми передачами.
26. Лечебное питание при заболеваниях двенадцатиперстной кишки.
27. Витамины: классификация, механизмы действия, их роль в метаболизме и патологии. Причины витаминной недостаточности. Продукты - источники витаминов. Мероприятия по обеспечению населения достаточным уровнем витаминов.
28. Санитарные требования к условиям раздачи пищи. Правила и допустимые сроки хранения готовой пищи. Транспортировка готовой пищи в буфетные и раздача ее больным.
29. Лечебное питание при заболеваниях желудка.
30. Водорастворимые витамины и их значение в жизнедеятельности организма. Причины недостаточности и избыточности. Клинические проявления гипо- и гипервитаминозов. Продукты - источники витаминов. Мероприятия по обеспечению населения достаточным уровнем витаминов.
31. Личная и производственная гигиена работников пищеблоков и буфетных лечебно-профилактических учреждений. Гигиена рук: правила мытья и дезинфекции. Предварительные и периодические медицинские осмотры работников. Спецодежда: правила ее ношения и хранения.
32. Лечебное питание при аллергических заболеваниях.
33. Жирорастворимые витамины и их значение в жизнедеятельности организма. Причины недостаточности и избыточности. Клинические проявления гипо- и гипервитаминозов. Продукты - источники витаминов. Мероприятия по обеспечению населения достаточным уровнем витаминов.
34. Санитарно-противоэпидемический режим на пищеблоках лечебно-профилактических учреждений. Роль в профилактике пищевых отравлений и кишечных инфекций.
35. Лечебное питание при заболеваниях суставов.
36. Витаминоподобные вещества и их значение в жизнедеятельности организма. Продукты – источники. Применение в комплексной терапии различных заболеваний.
37. Санитарно-гигиенические требования к буфетным отделений. Режим мытья столовой и кухонной посуды. Разрешенные моющие средства.
38. Лечебное питание при болезнях обмена веществ.
39. Минеральные вещества, их классификация. Роль макроэлементов в жизнедеятельности организма. Источники макроэлементов в продуктах питания. Заболевания, связанные с их недостаточным или избыточным поступлением с рационом питания. Мероприятия по обеспечению населения достаточным уровнем макроэлементов.
40. Теоретические основы технологии приготовления диетических блюд. Технологические приемы, обеспечивающие химическое щажение. Технологические приемы, обеспечивающие механическое щажение.
41. Лечебное питание при заболеваниях с нарушением метаболизма нутриентов.
42. Микроэлементы, их роль в жизнедеятельности организма. Источники микроэлементов в продуктах питания. Заболевания, связанные с их недостаточным или избыточным поступлением с рационом питания. Мероприятия по обеспечению населения достаточным уровнем микроэлементов.
43. Санитарно-гигиенические требования к пищеблокам в лечебно-профилактических учреждениях (водоснабжение, канализация, отопление, освещение, оборудование, инвентарь). Виды пищеблоков, их характеристика.
44. Лечебное питание при сахарном диабете.
45. Значение зерновых продуктов в питании. Продукты переработки зерна, их пищевая и биологическая ценность. Роль зерновых продуктов в профилактике и лечении заболеваний. Общие сведения по технологии приготовления блюд из круп и муки.
46. Санитарно-гигиенические требования, предъявляемые к молочным кухням. Требования к качеству коровьего молока. Методы контроля качества. Ведение отчетной документации.
47. Лечебное питание при заболеваниях щитовидной железы.
48. Значение молока и молочных продуктов в питании различных групп населения. Химический состав, пищевая и биологическая ценность. Значение молока в питании детей, людей пожилого возраста и больных.
49. Характеристика условий хранения и реализации пищевых продуктов. Гигиена хранения различных продуктов в складских помещениях.
50. Лечебное питание при ожирении.
51. Кисломолочные продукты и их значение в питании. Роль в профилактике и лечении заболеваний. Питательные и лечебные свойства.
52. Значение кулинарии в рациональном и лечебном питании. Специальные требования к приготовлению пищи для больного.
53. Лечебное питание при заболеваниях почек и мочевыводящих путей.
54. Яйца и яичные продукты, их пищевая и биологическая ценность. Роль в профилактике и лечении заболеваний.
55. Гигиенические оценка процессов кулинарной обработки пищи. Основные химические процессы, происходящие при тепловой кулинарной обработке. Изменение пищевой ценности.
56. Лечебное питание при заболеваниях органов дыхания.
57. Биологическая роль липоидов в питании. Продукты – источники. Значение в комплексной терапии различных заболеваний.
58. Лечебная кулинария. Основные сведения по технологии предварительной обработки и приготовления блюд из мяса и рыбы. Супы, их виды. Основы технологии приготовления супов.
59. Лечебное питание при заболеваниях поджелудочной железы.
60. Пищевые отравления микробной природы. Пищевые токсикоинфекции. Возбудители и их характеристика, источники, пути обсеменения. Роль отдельных продуктов и блюд в возникновении данной группы пищевых отравлений. Профилактика.
61. Лечебная кулинария. Яичные и молочные блюда. Общие сведения по технологии приготовления
62. Лечебное питание при заболеваниях печени.
63. Пищевые отравления микробной природы. Пищевые токсикозы. Возбудители и их характеристика, источники, пути обсеменения. Роль отдельных продуктов и блюд в возникновении данной группы пищевых отравлений. Профилактика.
64. Лечебная кулинария. Блюда из круп, макаронных изделий и бобовых. Общие сведения по технологии приготовления.
65. Лечебное питание при заболеваниях кишечника.
66. Определение и содержание понятия «пищевые отравления». Современная классификация пищевых отравлений. Профилактические мероприятия.
67. Лечебная кулинария. Блюда из овощей. Обработка овощей и технология приготовления блюд.
68. Лечебное питание при заболеваниях пищевода.
69. Мясо и мясные продукты. Пищевая и биологическая ценность различных видов мяса. Значение в питании здорового и больного человека.
70. Принципы организации и контроль за диетическим питанием в системе общественного питания.
71. Лечебное питание при сердечной недостаточности.
72. Рыба, рыбопродукты и морепродукты как источники полноценного белка и высокоценного жира. Значение в питании здорового и больного человека.
73. Значение рационального питания для гармоничного физического и нервно-психического развития детей. Особенности питания детей младшего, дошкольного и школьного возраста, подростков.

74. Лечебное питание при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
75. Лечебное питание при хирургических заболеваниях. Лечебное питание после операций на органах пищеварения
76. Основные термины и определения системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности
77. Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности
78. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности
79. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности
80. Лицензирование медицинской деятельности
81. Технологии экспертизы качества и безопасности медицинской деятельности
82. Система обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности
83. Средства контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Медицинские стандарты.
84. Средства контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Экспертная оценка.
85. Средства контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Показатели деятельности медицинской организации, показатели здоровья населения
86. Контроль профессиональных качеств медицинских работников
87. Процедуры лицензирования медицинской, фармацевтической и иных видов деятельности, осуществляемых в сфере охраны здоровья
88. Аккредитация учреждений различных систем здравоохранения
89. Сертификация лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники
90. Внутренний контроль качества медицинской помощи. Врачебная комиссия.
91. Критерии экспертной оценки качества врачебной помощи
92. Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых
93. Экстренная медицинская помощь при остром коронарном синдроме
94. Экстренная медицинская помощь при кардиогенном шоке
95. Экстренная медицинская помощь при отеке легких
96. Экстренная медицинская помощь при анафилактическом шоке
97. Экстренная медицинская помощь при желудочно-кишечном кровотечении
98. Экстренная медицинская помощь при бронхообструктивный синдром на фоне бронхиальной астмы
99. Экстренная медицинская помощь при тромбоэмболии легочной артерии
100. Экстренная медицинская помощь при гипо-, гипергликемии
101. Экстренная медицинская помощь при спонтанном пневмотораксе
102. Экстренная медицинская помощь при остром нарушении мозгового кровообращения

Критерии оценивания сдачи экзамена в устной форме по экзаменационным билетам

Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на итоговой аттестации.

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу и синтезу.	Знать теоретические основы анализа, систематизации и выработки решений при выполнении профессиональной деятельности в сфере оказания первичной специализированной медицинской помощи в области профессиональной патологии при профессиональных заболеваниях, проведения медицинских осмотров и медицинских экспертиз	вопросы № 1-102
		Уметь - использовать при выполнении профессиональной деятельности в сфере оказания первичной специализированной медицинской помощи в области профессиональной патологии при профессиональных заболеваниях, проведения медицинских осмотров и медицинских экспертиз приемы анализа, систематизации и выработки обоснованных решений использовать при выполнении профессиональной деятельности в сфере оказания первичной специализированной медицинской помощи в области профессиональной патологии при профессиональных заболеваниях, проведения медицинских осмотров и медицинских экспертиз приемы анализа, систематизации и выработки обоснованных решений	практические задания № 1-82
		Владеть - навыками анализа, систематизации и выработки решений при выполнении профессиональной деятельности в сфере оказания первичной специализированной медицинской помощи в области профессиональной патологии при профессиональных заболеваниях, проведения медицинских осмотров и медицинских экспертиз	практические задания № 1-82
2	УК -2 Готовность к управлению	Знать - Принципы работы и в взаимодействия с работниками медицинской организации по вопросам профпатологии	вопросы № 1-102

	коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Уметь – Взаимодействовать с работниками медицинской организации по вопросам профпатологии Взаимодействовать с пациентами по вопросам диагностики, лечения и профилактики развития профессиональных заболеваний с учетом социального статуса пациента, его этнических, конфессиональных и культурных взглядов	практические задания № 1-82
		Владеть - Навыками взаимодействия с работниками медицинской организации и пациентами в своей профессиональной деятельности без ущерба их социальных, этнических, конфессиональных и культурных принадлежностей	практические задания № 1-82
3	УК-3. Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	Знать - Принципы, формы, методы и средства обучения работников медицинской организации вопросам профпатологии	вопросы № 1-102
		Уметь - Применять принципы, формы, средства обучения среди персонала медицинской организации по вопросам профпатологии	практические задания № 1-82
		Владеть - Навыками обучения вопросам профпатологии работников медицинской организации	практические задания № 1-82
4	ПК-1. Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Знать: Медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов профилактики у пациентов с выявленными хроническими заболеваниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи Принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов с выявленными алиментарно-зависимыми заболеваниями, хроническими заболеваниями, в развитии которых ведущую роль играет алиментарный фактор Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе по реализации программ здорового питания Формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), здоровых лиц, медицинских работников по вопросам лечебного и здорового питания Основы здорового образа жизни, методы его формирования, основы здорового питания Принципы и особенности профилактики возникновения и прогрессирования алиментарно-зависимых заболеваний, хронических заболеваний, в развитии которых ведущую роль играет алиментарный фактор Оценка эффективности и безопасности включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями	вопросы № 1-102
		Уметь: Проводить оздоровительные и санитарно-просветительные мероприятия для населения с учетом возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни Консультировать пациентов и здоровых людей по вопросам навыков здорового образа жизни, здорового питания, профилактики заболеваний Разрабатывать и рекомендовать программы лечебного и профилактического питания Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы здорового питания Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями.	практические задания № 1-82
		Владеть: Проведение оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для населения с учетом возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни Контроль за выполнением профилактических мероприятий Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела и в организациях для детей-сирот и детей, оставленных без попечения родителей Оценка эффективности профилактической работы	практические задания № 1-82

		с населением	
5	ПК 2. Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Знать: Нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов и здоровых лиц, правила организации и проведения программ лечебного и здорового питания Порядок диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями и (или) состояниями	вопросы № 1-102
		Уметь: Проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями, имеющими факторы риска нарушения питания Проводить оздоровительные мероприятия среди пациентов с выявленными хроническими заболеваниями (питание, сон, режим дня, двигательная активность) Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы здорового питания Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями.	практические задания № 1-82
		Владеть: Проведение диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями, имеющими факторы риска нарушения питания Назначение профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи	практические задания № 1-82
6	ПК 3. Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Знать: основы санитарно-противоэпидемических мероприятий в очагах особо опасных инфекций, при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций факторы риска развития терапевтических и смежных заболеваний патофизиологическую стадию течения заболевания как основу для проведения диагностических, профилактических и лечебных мероприятий формы и методы санитарного просвещения методы профилактики заболеваний и принципы проведения профилактики в группах риска принципы формирования здорового образа жизни основы трудового законодательства, правила внутреннего трудового распорядка, правила по охране труда и пожарной безопасности	вопросы № 1-102
		Уметь: определять необходимость и объем проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций	практические задания № 1-82
		Владеть: навыками организации санитарно-противоэпидемических мероприятий по защите населения в очагах особо опасных инфекций, по контролю и защите продуктов питания, пищевого сырья, воды и организации их санитарной экспертизы в чрезвычайных ситуациях	практические задания № 1-82
7	ПК 4. Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Знать: Статистику здоровья населения; статистику здравоохранения Критерии оценки и показатели, характеризующие состояние здоровья населения Факторы, влияющие на здоровье: природные, социальные, экономические, образ жизни Формы и методы организации гигиенического образования и воспитания населения	вопросы № 1-102
		Уметь: Планировать и осуществлять конкретные социально-гигиенические и клинко-статистические исследования с целью изучения состояния здоровья населения, объема и качества организации медицинской помощи с позиций доказательной медицины Анализировать основные демографические показатели территории, обслуживаемой ЛПУ	практические задания № 1-82
		Владеть: Социально-гигиеническими и клинко-статистическими методами исследования с целью изучения состояния здоровья населения, объема и качества организации медицинской помощи с позиций доказательной медицины.	практические задания № 1-82

8	<p>ПК 5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Знать: Алгоритмы дифференциальной диагностики при постановки диагноза с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Методы диагностики нарушений пищевого статуса пациента Принципы лечения нарушений пищевого статуса и алиментарнозависимых заболеваний методом диетотерапии</p> <p>Уметь: проводить оценку фактического питания пациентов проводить исследование и анализ антропометрических показателей и состава тела проводить оценку пищевого поведения уметь пользоваться МКБ</p> <p>Владеть: клиническими методами обследования пациентов лабораторными методами исследования методами оценки фактического питания больного в домашних условиях методами исследования антропометрических показателей методами определения состава тела с использованием методов биоимпедансметрии и, рентгеновской остеоденситометрии методами оценки пищевого поведения методами оценки показателей основного обмена методами оценки риска развития алиментарнозависимых заболеваний</p>	<p>вопросы № 1-102</p> <p>практические задания № 1-82</p> <p>практические задания № 1-82</p>
9	<p>ПК 6. Готовность к применению методов лечебного питания у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи</p>	<p>Знать Принципы составления перечня и количества продуктов, разрешенных для передачи пациентам, находящимся на лечении в медицинской организации Принципы организации лечебного питания пациентов с учетом клинико-статистических групп заболеваний Определение перечня лечебных диет для пациентов с учетом клинико-статистических групп заболеваний Принципы составления перечня блюд лечебного питания, карточек-раскладок, семидневного меню стандартных, специальных и персонализированных диет Методы организации производственного контроля работы пищеблока Методы составления программы производственного контроля Принципы контроля качества продуктов при их поступлении на склад и пищеблок; правила хранения запаса продуктов Принципы контроля за правильностью закладки продуктов при приготовлении блюд лечебного питания Методы контроля за правильностью закладки специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов Методы контроля качества готовой пищи перед выдачей ее в отделения путем снятия пробы в каждый прием пищи Методы контроля своевременности проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников пищеблока Принципы организации и проведения контроля за организацией лечебного питания Методы контроля за объемом потребностей в продуктах, в том числе специализированных, входящих в состав норм лечебного питания: смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексов Методы контроля за планированием объемов закупок продуктов, в том числе и специализированных пищевых продуктов: смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексов</p> <p>Уметь: Назначать лечебные диеты (стандартные, специальные или персонализированные), в том числе определять необходимость дополнительного применения специализированной пищевой продукции диетического лечебного питания, не входящих в состав стандартных лечебных диет Назначать энтеральное и (или) парентеральное питание Осуществлять контроль за ведением историй болезни на соответствие назначаемых диет и этапности лечебного питания Организовывать лечебное питание пациентов с учетом заболевания и (или) состояния Формировать перечень лечебных диет Формировать перечень блюд лечебного питания, подготавливать карточки-раскладки блюд лечебного питания Составлять семидневное меню стандартных, специальных и персонализированных диет Контролировать качество продуктов при их поступлении на склад и пищеблок; правильность хранения запаса продуктов Контролировать правильность закладки продуктов при приготовлении блюд лечебного питания, в том числе специализированных продуктов, смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов Организовывать контроль качества готовой пищи перед выдачей ее в отделения путем снятия пробы в каждый прием пищи Организовывать санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового и лечебного питания среди сотрудников медицинской организации и пациентов Осуществлять контроль за организацией лечебного питания Организовывать контроль за объемом потребностей в продуктах, в том числе специализированных, входящих в состав норм лечебного питания: смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексах Организовывать контроль за планированием объемов</p>	<p>вопросы № 1-102</p> <p>практические задания № 1-82</p>

		закупок продуктов, в том числе специализированных, входящих в состав норм лечебного питания: смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексов Консультировать врачей-специалистов отделений по вопросам организации лечебного питания	
		Владеть: Организация лечебного питания пациентов с учетом заболевания и (или) состояния Определение перечня лечебных диет Составление перечня блюд лечебного питания, подготовка карточек-раскладок блюд лечебного питания Составление семидневного меню стандартных, специальных и персонализированных диет Проведение работы по организации производственного контроля работы пищеблока и буфетной в медицинской организации Проведение работы по составлению программы производственного контроля работы пищеблока и буфетной в медицинской Контроль качества продуктов при их поступлении на склад и пищеблок, требований к хранению запаса продуктов Контроль за правильностью закладки продуктов при приготовлении блюд лечебного питания Контроль за правильностью закладки специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов Осуществление контроля за качеством готовой пищи перед выдачей ее в отделения, в том числе снятие пробы в каждый прием пищи Проведение работы по контролю своевременности проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников пищеблока и буфетных Проведение санитарно-просветительной работы по пропаганде здорового и лечебного питания среди сотрудников медицинской организации и пациентов Осуществление контроля за организацией лечебного питания Контроль за имеющимся в медицинской организации объемом продуктов, в том числе специализированных продуктов, входящих в нормы лечебного питания: смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов Контроль за планированием объемов закупок продуктов, в том числе специализированных продуктов: смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов	практические задания № 1-82
10	ПК 7. Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Знать: основы лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени порядки оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях	вопросы № 1-102
Уметь: определять необходимость в проведении мероприятий лечебно-эвакуационного обеспечения оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях		практические задания № 1-82	
Владеть: навыками организации лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени методикой оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях		практические задания № 1-82	
	ПК 8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знать Порядок оказания медицинской помощи по профилю "диетология" Порядок организации санаторно-курортного лечения Принципы лечебного питания при проведении реабилитации пациентов Основные принципы лечебного питания при проведении реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных, профессиональных, психологических) Механизм воздействия лечебного питания при проведении реабилитационных мероприятий Методы профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате лечебного питания при проведении мероприятий по медицинской реабилитации Медицинские показания и противопоказания к проведению мероприятий санаторно-курортного лечения Методы оценки эффективности и безопасности включения специализированных продуктов, в том числе сухих белковых композитных смесей и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями	вопросы № 1-102
		Уметь: Определять медицинские показания для назначения лечебного питания при санаторно-курортном лечении Оценивать эффективность и безопасность лечебного питания при проведении санаторно-курортного лечения Разрабатывать план лечебного питания при проведении реабилитационных мероприятий для пациентов Назначать лечебное питание при проведении санаторно-курортного лечения Организовывать лечебное питание при проведении санаторно-курортного лечения Определять медицинские показания для направления пациентов к врачам-	практические задания № 1-82

		<p>специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации или медицинской реабилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи Оценивать эффективность и безопасность лечебного питания при проведении санаторно-курортного лечения Проводить работу по реализации лечебного питания при реабилитации инвалидов Оценивать эффективность и безопасность включения специализированных продуктов, в том числе смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с социально значимыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями</p>	
		<p>Владеть: Составление плана лечебного питания при проведении санаторно-курортного лечения Проведение лечебного питания при санаторно-курортном лечении Направление пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий при санаторно-курортном лечении Составление и мониторинг выполнения плана мероприятий по санаторно-курортному лечению пациентов в части назначения лечебного питания</p>	<p>практические задания № 1-82</p>
<p>ПК 9. готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>		<p>Знать: принципы организации и проведения пропаганды здорового образа жизни, назначение профилактических мероприятий работникам (пациентам) из группы риска развития профессионального заболевания и профессиональной непригодности; формы и методы санитарно-просветительной работы по профилактике профессиональных заболеваний и заболеваний (отравлений), связанных с условиями труда, формированию здорового образа жизни, в том числе по реализации программ потребления алкоголя и табака, предупреждения развития сердечно-сосудистых заболеваний, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ</p>	<p>вопросы № 1-102</p>
		<p>Уметь: Проводить оздоровительные мероприятия среди пациентов с выявленными хроническими заболеваниями (питание, сон, режим дня, двигательная активность) Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы здорового питания</p>	<p>практические задания № 1-82</p>
		<p>Владеть: Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела и в организациях для детей-сирот и детей, оставленных без попечения родителей Оценка эффективности профилактической работы с населением</p>	<p>практические задания № 1-82</p>
<p>ПК 10. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>		<p>Знать Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "диетология", в том числе в форме электронного документа Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" Требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "диетология" Методы контроля правильности ведения документации медицинской сестрой диетической</p>	<p>вопросы № 1-102</p>
		<p>Уметь Составлять план работы и отчет о своей работе Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья населения Использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом</p>	<p>практические задания № 1-82</p>
		<p>Владеть Составление плана работы и отчета о своей работе Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом Проведение работы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности Контроль правильности ведения документации медицинской сестрой диетической</p>	<p>практические задания № 1-82</p>

ПК 11. Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Знать: Организацию статистической службы на различных иерархических уровнях Теорию и методы санитарной статистики	вопросы № 1-102
	Уметь: Рассчитывать, оценивать и интерпретировать медико-демографические показатели	практические задания № 1-82
	Владеть: Методами статистического анализа показателей и оценки здоровья населения Методами статистического анализа показателей и оценки деятельности медицинской организации	практические задания № 1-82
ПК 12. Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Знать: основы лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени порядок организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	вопросы № 1-102
	Уметь: определять необходимость в проведении мероприятий лечебно-эвакуационного обеспечения организовать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	практические задания № 1-82
	Владеть: навыками организации лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени технологией оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	практические задания № 1-82

Образец экзаменационного билета

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**«Утверждаю»
проректор по учебной работе
д.м.н., профессор Чернышева Т.В.**

« _____ » _____ 2021 года

**Этап государственного экзамена:
Сдача практических навыков
Уровень образования: высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность: «31.08.34 Диетология»**

БИЛЕТ № 1

1. Использовать медицинское оборудование: аппарат для исследования компонентного состава тела (биоимпедансометрии), персональный компьютер с программным обеспечением: программа диагностического тестирования для выявления нарушений пищевого поведения.
2. Обосновывать выбор оптимального вида лечебного рациона (стандартного, специального, персонализированного) у пациентов с острыми и хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.
3. Составить лечебные пищевые рационы при заболеваниях крови.

Заведующая кафедрой
профилактической медицины
д.м.н., профессор

Н.П.Сетко

Председатель учебно-методической комиссии
по подготовке кадров высшей квалификации
в ординатуре д.м.н., профессор

Г.Ю. Евстифеева

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации
к.м.н., доцент

И.В. Ткаченко

«Утверждаю»
проректор по учебной работе
д.м.н., профессор Чернышева Т.В.

« _____ » _____ 2021 года

Этап государственного экзамена:
Экзамен в устной форме по экзаменационным билетам
Уровень образования: высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность: «31.08.34 Диетология»

БИЛЕТ № 1

1. Оценка количественной стороны питания. Энергетический обмен. Энергетические затраты организма и потребность в энергии. Факторы, влияющие на энергетический обмен. Пища как источник энергии.
2. Диетическое (лечебное питание), понятие, принципы. Основные диеты, используемые в лечебном питании (номерная система диет, зондовые диеты, специальные и разгрузочные диеты), их характеристика.
3. Лечебное питание при травмах и ожоговой болезни

Заведующая кафедрой
профилактической медицины
д.м.н., профессор

Н.П.Сетко

Председатель учебно-методической комиссии
по подготовке кадров высшей квалификации
в ординатуре д.м.н., профессор

Г.Ю. Евстифеева

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации
к.м.н., доцент

И.В. Ткаченко