



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по учебной работе



С.А. Артюшкин /

**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**основной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры  
по специальности 31.08.34 Диетология**

**Трудоемкость: 3 зе**

Санкт-Петербург  
2019 г.

## 1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.34 Диетология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.34 Диетология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.34 Диетология (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. №634н):

- диплом об окончании ординатуры.

## 2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

**Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.**

### ***Универсальные компетенции (УК):***

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- 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 (УК-3).

### ***Профессиональные компетенции (ПК):***

- профилактическая деятельность:
- 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-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-

статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков (ПК-4);

- диагностическая деятельность:

– 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-5);

- лечебная деятельность:

– готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи (ПК-6);

– готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

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

- психолого-педагогическая деятельность:

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

- организационно-управленческая деятельность:

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

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

– готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

### **3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации**

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов – государственный экзамен, 48 часов – консультации и 54 часа – самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;

- глубина изучения дополнительной литературы;

- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и

дополнительные экзаменационные вопросы;

- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

- имеются незначительные упущения при ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается на «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

#### **4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации**

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

#### **5. Программа государственного экзамена**

##### **5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену**

- подготовка к итоговой государственной аттестации должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена по вопросам, которые выносятся на итоговую государственную аттестацию;

- в процессе подготовки к экзамену следует ориентироваться на рекомендуемую научную и учебную литературу;

- для систематизации знаний необходимо посещение ординаторов консультаций по вопросам включенных в программу государственного итогового экзамена;

- содержание ответов ординаторов на государственном экзамене должно соответствовать требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.34 Диетология;

- ординатор должен продемонстрировать уровень сформированности универсальной и профессиональной компетенций, необходимых для решения профессиональных задач различной степени сложности;

- в процессе подготовки рекомендуется составить расширенный план ответов по каждому

вопросу; материал по раскрываемому вопросу необходимо излагать структурировано и логично по своей форме ответа; ответ должен быть уверенным и четким;

-необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в произношении терминов

## 5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Структура организации питания в ЛПУ.
2. Функциональные обязанности по организации лечебного питания главного врача ЛПУ
3. Функциональные обязанности по организации лечебного питания заместителей главного врача (по лечебной работе, АХУ).
4. Функциональные обязанности по организации лечебного питания заведующих отделениями.
5. Функциональные обязанности по организации лечебного питания врачей ординаторов.
6. Функциональные обязанности по организации лечебного питания врача-диетолога.
7. Функциональные обязанности по организации лечебного питания диетсестры
8. Функциональные обязанности по организации лечебного питания среднего и младшего персонала отделений.
9. Совет и секция по лечебному питанию.
10. Производственная документация на пищеблоке.
11. Санитарно-гигиенические требования к устройству пищеблока ЛПУ.
12. Требования к хранению, обработке пищевых продуктов, транспортировке и раздаче готовой пищи.
13. Пищевые отравления и их профилактика.
14. Диетотерапия при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.
15. Диетотерапия при остром гастрите.
16. Диетотерапия при хроническом гастрите с секреторной недостаточностью.
17. Диетотерапия при гастрите с повышенной секреторной функцией.
18. Особенности питания при гигантском гипертрофическом гастрите (болезни Менетрие), геморрагическом гастрите.
19. Диетотерапия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
20. Показания к хирургическому лечению язвенной болезни. Классификация постгастрорезекционных синдромов.
21. Демпинг-синдром. Патогенез, клиника, лечение.
22. Синдром приводящей петли. Патогенез, клиника, лечение.
23. Кишечная диспепсия (гнилостная, бродильная, смешанная). Диагностика. Медикаментозное лечение, диетотерапия.
24. Диетотерапия при хроническом энтерите, колите в фазе обострения и затухающего обострения.
25. Синдром раздраженной кишки с запорами, Клиника, диагностика, медикаментозное лечение. Диетотерапия.
26. Глютеновая энтеропатия. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диетотерапия.
27. Синдром диареи. Дифференциальный диагноз, Диетотерапия.
28. Синдром короткой кишки. Диетотерапия.
29. Диетотерапия при портальной гипертензии и асците.
30. Особенности диетотерапии при печеночно-клеточной недостаточности.
31. Диетотерапия при хроническом холецистите.



32. Постхолецистэктомический синдром. Питание после холецистэктомии.
33. Диетотерапия при остром панкреатите.
34. Диетотерапия при хроническом панкреатите
35. Пищевая непереносимость.
36. Пищевая аллергия.
37. Питание как фактор риска неинфекционных заболеваний.
38. Физиология и патофизиология белкового обмена.
39. Физиология и патофизиология жирового обмена.
40. Физиология и патофизиология углеводного обмена.
41. Физиология и патофизиология пищеварительного гидролиза и всасывания.
42. Нормы потребления пищевых веществ и энергии с учетом физиологических потребности здорового организма.
43. Значение белков в питании. Пищевые продукты - источники белка.
44. Значение жиров в питании, Пищевые продукты — источники жиров.
45. Значение углеводов в питании. Пищевые продукты — источники углеводов.
46. Гигиенические требования к пищевым продуктам и их экспертиза.
47. Лечебно-профилактическое питание в профилактике и лечении профессиональных заболеваний.
48. Нетрадиционные методы питания.
49. Классификация витаминов, Причины гипо- и авитаминозов,
50. Гипервитаминозы.
51. Макроэлементы кислой ориентации (сера, фосфор, хлор), биологическая роль, источники.
52. Макроэлементы основной ориентации (кальций, магний, калий), биологическая роль, источники.
53. Микроэлементы (железо, цинк, медь, йод), биологическая роль, источники.
54. Методика оценки нутриционного статуса.
55. Понятие о белково-энергетической недостаточности. Классификация, диагностика, клиника, лечение.
56. Биологические активные добавки к пище.
57. Питание в период предоперационной подготовки больных.
58. Питание в после операционном периоде в зависимости от характера оперативного вмешательства.
59. Питание при травмах.
60. Питание при ожоговой болезни.
61. Питание при желудочно-кишечных свищах.
62. Показания и противопоказания к проведению парентерального питания.
63. Показания и противопоказания к проведению энтерального питания.
64. Осложнения при проведении парентерального питания, их профилактика,
65. Осложнения при проведении энтерального питания, их профилактика,
66. Диетотерапия при атеросклерозе.
67. Диетотерапия при гипертонической болезни.
68. Диетотерапия при инфаркте миокарда.
69. Диетотерапия при хронической недостаточности кровообращения.
70. Диетотерапия при ревматизме.
71. Диетотерапия при остром гломерулонефрите.
72. Диетотерапия при хроническом гломерулонефрите.
73. Диетотерапия при хроническом пиелонефрите.
74. Диетотерапия при острой почечной недостаточности.
75. Диетотерапия при хронической почечной недостаточности.

76. Диетотерапия при хронической почечной недостаточности, корригируемой гемодиализом и перитонеальным диализом.
77. Диетотерапия при мочекаменной болезни.
78. Диетотерапия при инсулинонезависимом сахарном диабете.
79. Диетотерапия при метаболическом синдроме.
80. Диетотерапия при инсулинозависимом сахарном диабете.
81. Диетотерапия при гипотиреозе.
82. Диетотерапия при тиреотоксикозе.
83. Диетотерапия при ожирении.
84. Лечение ожирения.
85. Показания к лечению методом разгрузочно-диетической терапии.
86. Противопоказания к лечению методом разгрузочно-диетической терапии.
87. Осложнения при проведении разгрузочно-диетической терапии и помощь при них.
88. Методика проведения разгрузочно-диетической терапии.
89. Диетотерапия при подагре.
90. Диетотерапия при острой пневмонии.
91. Диетотерапия при хронической пневмонии.
92. Диетотерапия при экссудативном плеврите.
93. Диетотерапия при нагноительных заболеваниях легких.
94. Диетотерапия при бронхоэктатической болезни. |
95. Диетотерапия при бронхиальной астме.
96. Диетотерапия при туберкулезе легких.
97. Диетотерапия при кожных заболеваниях.
98. Диетотерапия при анемиях.
99. Питание при радиационном воздействии.
100. Питание при некоторых наследственных и приобретенных ферментопатиях.
101. Питание при онкологических заболеваниях.
102. Питание в профилактике рака.
103. ВИЧ-инфекция (СПИД). Этиология, патогенез, диагностика, лечение. Особенности диетотерапии.
104. Особенности питания пожилых и старых людей.
105. Питание беременных женщин и кормящих матерей.
106. Первичная обработка мяса.
107. Первичная обработка рыбы.
108. Первичная обработка птицы.
109. Первичная обработка овощей, фруктов, круп, бобовых, макаронных изделий.
110. Виды тепловой обработки продуктов.
111. Санитарно-эпидемиологические отряды (СЭО).
112. Санитарно-эпидемиологические бригады (СЭБ).
113. Специализированные противоэпидемические бригады (СПЭБ).
114. Профилактика инфекционных заболеваний
115. Гепатит как медицинская и социальная проблема

## 4.2. Ситуационные задачи

### ЗАДАЧА 1

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

В хирургическое отделение стационара госпитализирован пациент 43 лет с выраженным абдоминальным болевым синдромом, многократной рвотой, послаблением стула до 4 раз в сутки без видимых патологических примесей. Указанные симптомы возникли 2 дня назад после употребления большого количества алкоголя ежедневно в течение недели. Последние 4 дня пациент ничего не ел. При обследовании в стационаре установлен диагноз «острый панкреатит, легкой степени тяжести».

1. Укажите, какой иницирующий вид нутриционной поддержки следует рекомендовать этому больному.
2. Обоснуйте рекомендуемый Вами иницирующий вид питания при остром панкреатите.
3. Обоснуйте с патогенетической точки зрения, почему у данного пациента не может быть использовано естественное питание.
4. Укажите, резервный вариант нутриционной поддержки при остром панкреатите и показания к его использованию.
5. Укажите основные недостатки резервного варианта нутриционной поддержки при остром панкреатите.

### ЗАДАЧА 2

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мужчина, 29 лет, водитель экскаватора (КФА=1,9). Имеет рост 177 см, массу тела 83 кг, окружность грудной клетки – 108 см. Средняя толщина кожно-жировой складки – 13 мм, окружность плеча 34 см, толщина кожно-жировой складки над трицепсом – 11 мм.

Для оформления санаторно-курортной карты прошел медицинское обследование. Получены следующие результаты: отмечается сухость кожных покровов, поперечные трещины на поверхности языка, гиперемия и изменени е формы сосочков языка, гиперемия зева. Артериальное давление 130/50 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 85 ударов в минуту. В анамнезе – хронический тонзиллит. Клинический анализ крови не изменен, биохимические показатели: общий белок сыворотки крови – 70 г/л, альбумины – 580 мкмоль/л, глюкоза сыворотки крови – 4,6 ммоль/л, триглицериды сыворотки крови – 1,1 ммоль/л, общий холестерин – 3,5 ммоль/л., трансферрин – 23 мкмоль/л.

1. На основании указанных данных рассчитайте нормальную (идеальную) массу тела пациента.
2. Определите величину основного обмена (ВОО) для данного пациента.
3. Определите величину энерготрат (потребности в энергии) для данного пациента.
4. С учетом полученных ранее данных определите потребности пациента в основных нутриентах, если согласно формуле сбалансированного питания у мужчины 29 лет имеющему КФА 1,9 соотношение Б:Ж:У по энергии должно быть 1 : 2,6: 5,1, а по массе - 1 : 1,2 : 5,1.
5. По какому принципу формируется расчет потребности в витаминах, минеральных веществах и микроэлементах?



### ЗАДАЧА 3

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

В столовой завода пищевой комбинат предлагает для работников два варианта комплексных обедов.

1 вариант	2 вариант
Салат Оливье; Борщ Украинский, Макароны по-флотски, Компот из абрикосов Хлеб пшеничный	Икра кабачковая; Рассольник с рыбой; Бифштекс рубленный с яйцом и картофелем Кофе с молоком; Хлеб ржаной
Калорийность комплекса–1548 ккал Состав: белков – 36 г; жиров – 45,7 г; углеводов – 209,4 г; кальция – 153мг; фосфора – 505 мг; магния – 68 мг; железа – 47 мг; вит. А – 0,05 мг; каротин -7,8 мг; вит В1 -0,8 мг, вит В2 –0,9 мг, вит РР - 11,2мг, вит С-47,2 мг	Калорийность комплекса– 1088 ккал Состав: белков – 57,4 г; жиров – 43 г; углеводов – 185 г; кальция – 335 мг; фосфора – 913 мг; магния – 195 мг; железа – 8,6 мг; вит. А – 0,4 мг; каротин -3,6 мг, вит В1 -0,4 мг, вит В2 – 1мг, вит РР - 8мг, вит С-53 мг

1. Все ли приготовленные на пищевом комбинате блюда допускаются в системе общественного питания?
2. Какое еще блюдо из вышеуказанных в меню, кроме не рекомендованных к приготовлению в учреждениях общественного питания, может способствовать развитию кишечной инфекции?
3. Каким образом может быть подтверждён диагноз токсикоинфекции, связанной с приемом пищи в учреждении?
4. Что включает понятие «суточная проба» продуктов на предприятиях общественного питания и с какой целью она используется?
5. Укажите наиболее частые причины возникновения пищевых токсикоинфекций, выявляемых при обследовании объектов питания.

### ЗАДАЧА 4

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Группа студентов из пяти человек обратилась в здравпункт Университета в связи с появлением жалоб на тошноту, слабость, умеренную лихорадку – температура тела 37,2-37,8С, послабление стула, вздутие и урчание в животе, послабление стула – жидкий стул с остатками непереваренной пищи 2-3 раза в сутки. У двоих студентов ночью перед обращением была рвота кислым и съеденной пищей, их беспокоит кислый привкус во рту и тошнота.

Из анамнеза известно, что накануне обращения студенты после экзамена обедали в студенческой столовой и ели куриный суп. Врач, осматривающий студентов, предположил пищевое отравление

1. Что подразумевает понятие «пищевое отравление»?
2. На какие группы делятся пищевые отравления, согласно действующей классификации, и по какому принципу.
3. Каким образом может быть подтвержден диагноз токсикоинфекции, связанной с приемом пищи в учреждении?
4. Какой документ необходимо заполнить врачу в случае установления факта пищевого отравления, и в какие сроки надо направить его в центр санитарно-эпидемиологического контроля?
5. По каким основным направлениям должна осуществляться профилактика пищевых отравлений?

### **ЗАДАЧА 5**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Мужчина 45 лет, страдает хроническим панкреатитом. Длительность анамнеза 7 лет. Злоупотребляет алкоголем. За период болезни снижение массы тела на 12 кг. Вес 58 кг, рост 182 см. ИМТ 17,6 кг/м<sup>2</sup>. В настоящее время беспокоит интенсивная боль в эпигастральной области, подреберьях, боль иррадирует в спину; вздутие живота, затруднение отхождения газов, тошнота, рвота, не приносящая облегчения. Температура тела 38,5С. В клиническом анализе крови выявлен лейкоцитоз. В биохимическом анализе – повышение амилазы до 3 норм. В анализе мочи – амилазурия. Осмотрен гастроэнтерологом по месту жительства. Диагноз: Хронический панкреатит, обострение. Пациент госпитализирован.

1. Определите этапы лечебного питания больного в стационаре, показания к назначению, продолжительность первых этапов.
2. Определите общую характеристику и химический состав основного варианта стандартной диеты.
3. Укажите способы кулинарной обработки продуктов разрешенных в данном варианте диеты и режим питания.
4. Перечислите продукты, которые Вы не будете рекомендовать пациенту при выписке.
5. Какие минеральные воды можно рекомендовать пациенту при выписке? Объяснить цель назначения.

### **ЗАДАЧА 6**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Женщина 38 лет, страдает хроническим холециститом. Длительность анамнеза 7 лет. В настоящее время беспокоит умеренная, тупая боль в правом подреберье после погрешности в диете (жирное, жареное, копченое), запоры. Боль купируется самостоятельно через 20-30 минут. Температура тела нормальная. Клинический и биохимический анализы крови без отклонений от нормы.

Осмотрена гастроэнтерологом по месту жительства. Диагностирован Хронический холецистит, вне обострения. Гипомоторная дисфункция желчного пузыря.

1. Определите задачи диеты, которую должна получать пациентка.
2. Какая диета будет базисной для данной пациентки? Определите общую характеристику и химический состав предложенной диеты.
3. Обоснуйте коррективы, которые Вы внесёте в базисный вариант диеты.

4. Укажите возможные источники увеличения количества пищевых волокон в рационе.
5. Укажите способы кулинарной обработки продуктов разрешенных в данном варианте диеты и режим питания.

### **ЗАДАЧА 7**

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациентка 42 лет, адвокат, обратилась к врачу с жалобами на нестабильное АД (колебания от 120/80 до 150/100 мм рт.ст.) в течение полугода, сопровождающееся головными болями. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД 150/95, в биохимическом анализе крови гиперлипидемия. Семейный анамнез: мать – страдает АГ, ИБС, ожирением; отец страдает сахарным диабетом.

При анализе рациона питания пациентки выявлено: Белки - 99г, жиры - 162 г, углеводы – 272г, энергетическая ценность – 3073. Самый обильный приём пищи вечером.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Вес 88 кг, рост 164 см. ИМТ – 32,7 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 92 см, окружность бедер – 100 см, ОТ/ОБ =0,92. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Нарушений мочеиспускания нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

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.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Определите физиологическую норму питания для данной пациентки.
3. Проведите анализ известных из анамнеза данных фактического рациона питания пациентки. Какие дефекты выявлены?
4. Дайте пациентке рекомендации по питанию.
5. Определите энергетическую ценность рекомендуемой гипокалорийной диеты.

### **ЗАДАЧА 8**

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Мужчина 58 лет, страдает язвенной болезнью. Длительность анамнеза 7 лет. В настоящее время беспокоит боль в эпигастральной области, через 1,5 –2 часа после еды. Боль купируется после приёма пищи. Температура тела нормальная. Клинический и биохимический анализы крови без отклонений от нормы.

Осмотрен гастроэнтерологом по месту жительства. По данным ФГДС - язва желудка. Пациент госпитализирован

1. Определите задачи диеты, которую должен получать пациент.
2. Какая диета будет базисной для данного пациента? Определите общую характеристику и химический состав предложенной диеты.
3. Назовите другие показания для назначения этого варианта диеты
4. Какие супы можно включать в состав данного рациона?
5. Укажите способы кулинарной обработки продуктов разрешенных в данном варианте диеты и режим питания.

### **ЗАДАЧА 9**

## ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка 46 лет, экономист, обратилась к врачу с жалобами на запоры до 4-5 дней, вздутие живота, изжогу, отрыжку. Любит сладости, выпечку. Фрукты и овощи ест редко. Количество жидкости суммарно за сутки 1200 мл.

Рост 160 см, масса тела 59 кг. Ведёт малоподвижный образ жизни. Химический состав рациона: белки – 62 г (животные 29г), жиры – 58 г (растительные 20 г), углеводы – 260 г (простые 55 г). пищевые волокна – 8 г, энергетическая ценность рациона 1810 ккал.

1. Укажите физиологические потребности в энергии и пищевых веществах для данной пациентки.
2. Определите дефект рациона.
3. Какие изменения в самочувствии обусловлены дефектами рациона питания?
4. Дайте пациентке рекомендации по питанию.
5. Подсчитайте величину основного обмена с учетом фактической массы тела пациентки и рассчитайте суммарный расход энергии.

### ЗАДАЧА 10

## ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мужчина 68 лет, страдает туберкулёзом. Длительно принимает фтивазид. В течение 8 месяцев отмечает слабость, вялость. Повышенную утомляемость, снижение настроения, подавленность, отмечает периодически раздражительность, бессонница, частая головная боль. Последние 2 недели поносы, кал коричневый без патологических примесей. Обратился к терапевту по месту жительства. При осмотре отмечается изменение кожи (гиперпигментация) тыльной части кистей рук и стоп, по типу перчаток и носков. Дерматит в области шеи – «ожерелье Казалея». В клиническом анализе крови – анемия.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и укажите причину развития данного состояния.
2. Перечислить возможные причины дефицита ниацина.
3. Какие продукты богатые ниацином можно рекомендовать пациенту. Перечислить пищевые источники ниацина, в порядке убывания содержания в 100 г продукта (не менее 6).
4. Какую кулинарную обработку Вы порекомендуете использовать пациенту для сохранения витамина РР в готовых блюдах.
5. Перечислите другие показания (не менее 6) к назначению препаратов ниацина (никотиновая кислота, никотинамид).

### ЗАДАЧА 11

## ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Женщина 36 лет, предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, головокружения, сердцебиение, снижение аппетита. В течение многих лет редко употребляет в пищу мясо и мясные продукты. Лечится у терапевта по поводу железодефицитной анемии. На улице потеряла сознание и была госпитализирована.

1. Перечислите задачи диетотерапии и основополагающие принципы построения диеты при железодефицитной анемии.
2. Какая диета должна быть назначена пациентке в стационаре? Каков химический состав этой диеты?
3. Какие продукты порекомендуете обязательно включить в рацион и почему?
4. Какие продукты следует вводить в рацион осторожно, назвать 3-4 продукта.

5. Представить примерный суточный набор продуктов, обеспечивающий данной пациентке поступление повышенного количества железа.

### **ЗАДАЧА 12**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Мужчина 47 лет, массой тела 120 кг, ведёт малоподвижный образ жизни, отдыхает в санатории. Необходимо назначить диету для снижения массы тела.

1. Определите величину основного обмена пациента.
2. Определить суточную энергетическую ценность диеты для данного больного.
3. Определить сроки соблюдения диеты с пониженной калорийностью и предполагаемое снижение жировой массы.
4. Какую диету Вы рекомендуете пациенту при поступлении в стационар? Дайте краткую характеристику диеты.
5. Дайте характеристику химического состава диеты.

### **ЗАДАЧА 13**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациент: мужчина 25 лет, художник, старовегетарианец (веган). Рост 170 см, масса тела 62 кг. Предъявляет жалобы на слабость, плохую переносимость физических нагрузок, частые ОРЗ. Питается четыре раза в день. КФА=1,4 Химический состав усредненного суточного рациона: белки – 50 г (все белки растительного происхождения), жиры 80 г (все жиры растительного происхождения), углеводы 375 г (простые 36 г), пищевые волокна – 35 г, фосфолипиды 5 г/сут, свободная жидкость – 1,5 л/сут, энергетическая ценность рациона – 2420 ккал.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и укажите причину.
2. Определите величину основного обмена пациента.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Дефицит каких нутриентов стал причиной данного состояния пациента?
5. Назовите пищевые источники лизина, метионина и треонина.

### **ЗАДАЧА 14**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Мужчина 65 лет, длительно страдающий циррозом печени в исходе токсического гепатита (алкогольного генеза) поступил в стационар признаками портальной гипертензии, печеночной энцефалопатии II ст., развитием печеночно-клеточной недостаточности, гипокоагуляцией, трудно контролируемым асцитом. При оценке выставлен прогностический класс С (13 баллов) по Чайлд-Пью.

1. Какие нутриенты необходимо ограничить в рационе данного пациента?
2. Обоснуйте ваши выводы.
3. Требуется ли у данного пациента ограничения потребления пищевых волокон?
4. Нужно ли уменьшать квоту углеводов в рационе пациента?
5. Целесообразно ли длительное ограничение белка в рационе этого больного?



### **ЗАДАЧА 15**

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Женщина, 37 лет, работает кассиром (КФА=1,4). Имеет рост 158 см, массу тела 78, окружность грудной клетки 98 см. Жалуется на повышенную утомляемость, слабость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость. При обследовании установлено: Окружность плеча 34,8 см, толщина кожно-жировой складки над трицепсом – 27 мм. АД 140/90 мм рт. ст. Сухость и шелушение кожи.

Клинико-биохимические показатели: общий белок сыворотки крови – 82г/л, альбумины – 750 мкмоль/л, глюкоза сыворотки крови – 5,9 ммоль/л, триглицериды сыворотки крови – 1,34 ммоль/л, общий холестерин – 5,9 ммоль/л., мочевины сыворотки крови – 45мг%, трансферрин – 20,5 мкмоль, кетоновые тела – 4 мг%.

Микронутриентный состав фактического рациона, с учетом потерь при кулинарной обработке: Витамины: А (ретинол) 0,88 мг; С (аскорбиновая кислота) 93,56мг; В1 (тиамин) 1,55 мг; В2 (рибофлавин) 1,37 мг; РР (никотиновая кислота) 15,9 мг; Каротины 0,14 мг. Макроэлементы, мг: Кальций 985,4мг, Фосфор 1751мг, Магний 357,7мг, Соотношение Са:Р - 1:1,8. Микроэлементы, мг: Железо 19мг; Хром 0,014мг; Йод 0,0107мг; Фтор 0,77мг. Пищевые волокна (г) 22,6.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. На основе величины основного обмена и потребности в энергии для данной пациентки предложите тактику лечения.
5. Назовите пищевые источники йода.

### **ЗАДАЧА 16**

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациентка, 28 лет, страдающая синдромом раздраженной кишки с диареей, обратилась с жалобами на слабость, утомляемость, периодически — появление красных пятен на коже, контактную кровоточивость десен, жжение в языке, частые простудные заболевания в последние полгода. Масса тела стабильна. Стул оформлен или кашицеобразный, без патологических примесей, 3 раза в день. При стрессах отмечает появление поносов до 5–6 раз в день. Сопутствующее заболевание: вегетососудистая дистония по гипотоническому типу.

При проведении фиброгастродуоденоскопии, фиброколоноскопии, анализа крови на антитела IgА к тканевой транскляминазе, копрограммы, анализа кала на яйца глистов и простейших, посева кала на дисбиоз, биохимического анализа крови - патологии не выявлено. В клиническом анализе крови — картина гиперхромной анемии (гемоглобин крови — 110 г/л, цветовой показатель - 1,3).

Пациентка в течение 5 мес. полностью исключила фрукты и овощи (кроме картофеля и моркови) из рациона из-за боязни поносов. Полностью исключены из рациона мясо, печень, яичный желток (не любит). Употребляет рыбу, птицу, белок яиц, сливочное масло, сыр, творог, сухарики из пшеничного хлеба, крупы быстрого приготовления. Питается 4 раза в день.

Данные осмотра: рост — 163 см, масса тела — 55 кг, индекс массы тела — 20,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожа бледная, губы сухие, слегка синюшные. Имеется набухание межзубных сосочков. Язык чистый. Пульс — 78 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные. Артериальное давление — 90/60 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациентки.
4. Дефицит каких нутриентов стал причиной данного состояния пациентки?
5. Назовите пищевые источники дефицитных нутриентов.

### **ЗАДАЧА 17**

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациент, 40 лет, обратился с жалобами на выраженную общую слабость, повышенную утомляемость, сонливость, раздражительность, головную боль, шум в ушах, боль в сердце, одышку, сердцебиение при физических нагрузках или в покое, пощипывание или покалывание в кончиках пальцев, онемение в нижних конечностях, похудение на 6 кг за 2 месяца. Считает себя больным около 6 месяцев. Аппетит сохранен. Стул регулярный, оформлен, без патологических примесей. При анализе фактического рациона питания каких-либо явных дефектов рациона выявить не удалось. При сборе пищевого анамнеза выяснилось, что пациент часто употребляет самостоятельно засоленную рыбу и рыбную икру. Перенесенные заболевания: в детстве — ветряная оспа, ангины. Редкие ОРВИ.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 178 см, масса тела – 73 кг, индекс массы тела — 23,1 кг/м<sup>2</sup>. Кожа бледная, с желтоватым оттенком. Склеры иктеричные. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум во всех точках аускультации. ЧСС 84 уд. в мин., АД – 135/80 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. Язык - «малиновый» с атрофией сосочков. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

В последнем анализе крови - макроцитарная гиперхромная анемия (гемоглобин крови — 80 г/л, цветовой показатель - 1,2). В анализе кала выявлены яйца широкого лентеца.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова суточная потребность в витамине В<sub>12</sub>?
5. Назовите пищевые источники витамина В<sub>12</sub>.

### **ЗАДАЧА 18**

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациент, 72 лет, обратился с жалобами на головную боль, шум в ушах, головокружение, боль в сердце, одышку, сердцебиение при физических нагрузках или в покое, выраженную общую слабость, сонливость, раздражительность, снижение настроения, покалывание в кончиках пальцев, онемение в нижних конечностях, снижение аппетита, болевые ощущения в области языка, тяжесть в эпигастральной области после еды, снижение массы тела на 5 кг за 4 месяца.

Считает себя больным около 7 месяцев. Стул регулярный, оформленный или кашицеобразный, без патологических примесей. При анализе фактического рациона питания каких-либо явных дефектов рациона выявить не удалось.

Перенесенные заболевания: хронический атрофический гастрит 4 стадии 3 степени (OLGA 2008) H.pylori негативный, редкие ОРВИ.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 182 см, масса тела – 79 кг, индекс массы тела — 23,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожа бледная, с желтоватым оттенком. Склеры иктеричные. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум во всех точках аускультации. ЧСС 79 уд. в мин., АД – 140/80 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. Язык - «малиновый» с атрофией сосочков. Живот мягкий, при пальпации

безболезненный. Размеры печени по Курлову 12x11x9 см. В последнем анализе крови макроцитарная гиперхромная анемия (гемоглобин крови — 68 г/л, цветовой показатель — 1,2).

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова тактика лечения пациента?
5. Назовите пищевые источники витамина В<sub>12</sub>.

### **ЗАДАЧА 19**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациентка, 32 лет, обратилась с жалобами на сухость кожи, гиперкератоз локтей и коленей, гнойничковые высыпания на коже лица и в области декольте, сухость и выпадение волос, ломкость ногтей, повышенную чувствительность эмали зубов, ощущение «песка» в глазах, нарушение зрения в темное время суток, повышенную утомляемость, частые ОРВИ.

Считает себя больной около 5 месяцев. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. При анализе фактического рациона питания пациентка отмечала, что в течение последних 2 лет, соблюдает диету со значительным ограничением жиров в рационе.

Перенесенные заболевания: аппендэктомия в 7 лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост — 164 см, масса тела — 65 кг, индекс массы тела — 24,2 кг/м<sup>2</sup>. Кожный покров обычной окраски, сухой, гиперкератоз локтей и коленей, на коже лица и области декольте угревые высыпания. Ксантелазма в области верхнего века справа. Склеры обычной окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 72 уд. мин., АД — 125/80 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова потребность взрослого человека в витамине А?
4. В какой последовательности возникают метапластические изменения при формировании дефицита витамина А?
5. Назовите пищевые источники витамина А

### **ЗАДАЧА 20**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациентка, 46 лет, обратилась с жалобами на головную боль, звон в ушах, раздражительность, повышенную возбудимость, чередование сонливости и бессонницы, двоение в глазах, боли в костях, кожный зуд, шелушение кожи на губах и ладонях, кровоточивость десен, появление язвочек в полости рта, тошноту, периодическую рвоту, кашицеобразный стул до 3 раз в день. При анализе фактического рациона питания каких-либо явных дефектов рациона выявить не удалось. Перенесенные заболевания: детские инфекции, в течение последних 5 лет — экзема. В течение последних трех месяцев по совету знакомой пациентка для лечения экземы принимает какой-то жирорастворимый витамин (дозу указать не может).

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост — 160 см, масса тела — 69 кг, индекс массы тела — 27,0 кг/м<sup>2</sup>. Кожа обычной окраски, сухая, шелушение губ и ладоней. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 70 уд. мин. АД — 135/80 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. На слизистой ротовой полости —

язвенные дефекты до 3 мм. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Размеры печени по Курлову 14x12x11 см.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациентки.
4. Составьте план лечения пациентки.
5. Назовите пищевые источники витамина А.

### **ЗАДАЧА 21**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациент 32 лет поступил в хирургическое отделение с признаками желудочно-кишечного кровотечения. По данным фиброгастродуоденоскопии в луковице двенадцатиперстной кишки выявлена язва диаметром 0,5 см. Консервативными методами кровотечение остановлено. В течение 3 суток получал полное парентеральное питание. Питание через рот было исключено. Контрольная фиброгастродуоденоскопия через 3 дня – язвенный дефект под фибрином, признаков кровотечения нет. Патологии со стороны других органов и систем не выявлено. На консультацию вызван врач-диетолог.

1. Какой вид нутриционной поддержки следует рекомендовать этому пациенту?
2. Обоснуйте ваши рекомендации.
3. Возможна ли энтеральная нутриционная поддержка после остановки желудочно-кишечного кровотечения и если возможна, то через какое время?
4. Обоснуйте целесообразность применения у этого пациента смесей направленного действия в качестве первой линии нутриционной поддержки.
5. Какие питательные смеси относятся к изокалорическим?

### **ЗАДАЧА 22**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациент 74 лет поступил в хирургическое отделение с признаками желудочно-кишечного кровотечения. По данным фиброгастродуоденоскопии в антральном отделе желудка выявлена кровоточащая язва диаметром 1,5 см. Консервативными методами кровотечение остановлено. В течение 3 суток получал полное парентеральное питание. Питание через рот было исключено. Контрольная фиброгастродуоденоскопия через 3 дня – язвенный дефект под фибрином, признаков кровотечения нет. У пациента также имеется сахарный диабет II типа, инсулинозависимый. На консультацию вызван врач-диетолог.

1. Какой вид нутриционной поддержки следует рекомендовать этому пациенту?
2. Обоснуйте ваши рекомендации.
3. Возможна ли энтеральная нутриционная поддержка после остановки желудочно-кишечного кровотечения и если возможна, то через какое время?
4. Каким требованиям должны отвечать метаболически направленные питательные смеси типа «Диабет»?
5. Перечислите противопоказания для назначения энтерального питания (помимо продолжающегося желудочно-кишечного кровотечения).

### **ЗАДАЧА 23**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациентка 49 лет с циррозом печени в исходе первичного билиарного холангита, прогностический класс С (12 баллов) по Чайлд-Пью, поступила в стационар с напряженным

асцитом, выраженными отеками нижних конечностей. В условиях хирургического отделения был произведен парацентез, удалено 7 л асцитической жидкости. В связи с тяжестью состояния (MELD 14 баллов) пациентка включена в лист ожидания трансплантации печени. В настоящее время проводится мочегонная (верошпирон+фуросемид), гепатопротективная, метаболическая терапия, кроме того пациентка получает специализированные парентеральные растворы.

1. Ограничение потребления продуктов, богатых каким микроэлементом, необходимо для данной пациентки. До какого уровня должно быть снижено потребление данного микроэлемента?

2. Обоснуйте ваш ответ.

3. В связи с проводимой комбинированной мочегонной терапией необходимо ли контролировать уровень микроэлементов и, если необходимо, то каких именно?

4. У данной пациентки в связи с наличием первичного билиарного холангита нарушена абсорбция одного из микроэлементов. Назовите этот микроэлемент и суточную дозу, необходимую для коррекции его уровня в организме.

5. Дефицит каких микроэлементов часто остается незамеченным у больных с циррозом печени?

#### **ЗАДАЧА 24**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациенту 32 лет выполнена реконструктивная операция на пищеводе по поводу рубцовых стриктур пищевода с наложением анастомоза.

Вес 72 кг, рост 180 см, индекс массы тела 20 кг/м<sup>2</sup>.

1. Какой вид нутриционной поддержки следует рекомендовать этому пациенту и на какой период?

2. Рассчитайте энергетическую потребность для данного пациента по формуле Харриса-Бенедикта.

3. Какими растворами нужно обеспечивать энергетические потребности пациента и в каком соотношении?

4. Назовите адекватное потребление азота и соотношение небелковой энергии к азоту для этого пациента.

5. Назовите рекомендуемое количество аминокислот в составе сбалансированной аминокислотной смеси для пациента.

#### **ЗАДАЧА 25**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

В субботу 7 июня 2005 г. в районную больницу № 5 г. Москвы бригадой скорой помощи была доставлена 56-летняя женщина. При поступлении у больной температура 37,0С, бледность кожных покровов и видимых слизистых, адинамия. Больная на вопросы отвечает вяло, жалуется на туман перед глазами, двоение. Объективно: язык обложен белым налетом, слизистая полости рта сухая, голос сиплый. Живот мягкий, безболезненный, имеется умеренный метеоризм. В течение 2-х дней стула не было. Установлен диагноз «пищевое отравление», назначено соответствующее лечение, которое закончилось выздоровлением.

Пищевой анамнез предыдущего дня. Завтрак: творожная запеканка с изюмом, чай. Обед: борщ, картофель отварной с консервированными грибами домашнего приготовления, компот из сухофруктов, хлеб пшеничный. Ужин: чай с лимоном, булочка с повидлом, яблоко.

Симптомы недомогания появились у больной спустя 2,5 часа после обеда.



1. Поставьте предположительный диагноз заболевания.
2. К какой группе пищевых отравлений относится это расстройство здоровья?
3. Укажите наиболее вероятный продукт – причину отравления, и обоснуйте Ваш ответ.
4. Какие необходимо сделать дополнительные исследования для постановки заключительного диагноза?
5. Перечислите меры профилактики заболеваний, связанных с этим этиологическим фактором?

### **ЗАДАЧА 26**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

В населенном пункте Н. зарегистрирован семейный случай заболевания. Клинические проявления: лихорадка, боли в жевательных мышцах и мышцах шеи, в межреберных мышцах и мышцах верхних и нижних конечностей, миастения, отеки преимущественно периорбитальной части и лица в целом. В крови у всех выявлена выраженная эозинофилия, лейкоцитоз, в сыворотке крови - гипопротейнемия (снижение содержания альбумина), снижение уровней калия и кальция, повышение активности креатининфосфокиназы, АЛТ. В питании заболевших используются традиционные пищевые продукты. Неделю назад все члены семьи ели мясо кабана, застреленного на охоте.

1. Поставьте предположительный этиологический диагноз заболевания с его обоснованием по данным клинической картины.
2. Что Вы можете сказать об эпидемиологии заболевания?
3. Как осуществлять профилактику этого заболевания?
4. Назовите другие заболевания, относящиеся к этой группе болезней.
5. Какие рекомендации по лечению можно дать пациенту?

### **ЗАДАЧА 27**

**ЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

В клинику внутренних болезней поступил молодой человек 22 лет с признаками острого холангита. При поступлении температура 38°C. Больной жалуется на повышенную потливость, адинамию, слабость и головную боль. Печень увеличена, имеются признаки желтухи. В крови картина эозинофильного лейкоцитоза. Семейный анамнез больного не отягощен.

Первые признаки недомогания появились 5 дней назад в Сибири, где больной проводил отпуск. Во время отпуска много времени проводил на реке, где ловил сазанов, лещей, карпа, линя. Практически ежедневно из улова готовилась уха, часть рыбы подвергалась слабой засолке и вялению. Этот вид рыбной продукции также периодически использовался в питании.

1. Поставьте предположительный этиологический диагноз.
2. Что Вы можете сказать об эпидемиологии заболевания?
3. Каковы особенности патогенеза заболевания?
4. Какие необходимо сделать дополнительные исследования для постановки заключительного диагноза?
5. Перечислите меры профилактики заболеваний, связанных с этим этиологическим фактором.

### **ЗАДАЧА 28**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациент 62 лет, обратился к врачу-диетологу с жалобами на снижение массы тела на 10 кг за прошедшие 8 месяцев. В анамнезе – гастрэктомия по поводу аденокарциномы желудка, выполненная 10 месяцев назад. При расспросе больной уточнил, что связывает снижение массы тела с ограничением объема потребляемой пищи – после употребления молочных продуктов, каш и сладких блюд беспокоит чувство переполнения в эпигастрии, сердцебиение, общая слабость. Анализ рациона питания выявил снижение суточной энергоценности рациона по сравнению с нормой на 20%.

Диагноз, установленный врачом-диетологом: синдром оперированного желудка, демпинг-синдром, недостаточность питания средней степени.

1. Какие обследования требуется назначить пациенту для уточнения диагноза?
2. Нужно ли назначить данному пациенту энтеральную смесь для коррекции недостаточности питания?
3. Какую именно энтеральную смесь необходимо рекомендовать пациенту? Обоснуйте свой выбор.
4. Какие продукты следует ограничить в рационе питания пациенту с демпинг-синдромом?
5. Какие мероприятия следует предпринять при тяжелой форме демпинг-синдрома?

### **ЗАДАЧА 29**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациентка 56 лет с диагнозом цирроз печени в исходе вирусного гепатита С, прогностический класс В (8 баллов) по Чайлд-Пью, госпитализирована в многопрофильный стационар с отечно-асцитическим, интоксикационным синдромами. При обследовании выявлены признаки печеночной энцефалопатии I ст. В биохимическом анализе крови уровень альбумина составил 27,5 г/л.

Принято решение об инициации энтерального питания.

1. Какая энтеральная смесь будет наилучшим вариантом для данной пациентки?
2. Чем можно заменить данную смесь, если ее применение в ближайшие дни невозможно (препарат будет доступен через 5-7 дней)?
3. Чем следует обогатить пищевой рацион пациента для уменьшения проявлений печеночной энцефалопатии?
4. Какая калорийность рациона, распределение по основным нутриентам и кратность питания должны быть рекомендованы пациентке?
5. Какой коррекции требует белковая составляющая рациона при развитии декомпенсированного цирроза?

### **ЗАДАЧА 30**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациентка 56 лет госпитализирована с диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения. В течение последних 5 суток не получала питание через рот, внутривенно вводился 10% раствор глюкозы в объеме 1 л в сутки. Вызван диетолог для решения вопроса о выборе метода питания пациента. При осмотре состояние тяжелое, больная без сознания. Пастозность нижних третей голени. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, индекс массы тела 32 кг/м<sup>2</sup>. Лабораторно – нормальные значения альбумина, глюкозы, креатинина. В анамнезе – гипертоническая болезнь, значимой патологии других органов и систем не выявлено.

1. Какой вид питания следует выбрать для пациентки?

2. Учитывая высокий ИМТ, будет ли оправдано отсрочить назначение энтерального питания?
3. Какой способ введения энтерального питания требуется данной пациентке?
4. Можно ли проводить зондовое питание естественной пищей в жидком виде?
5. В какой период целесообразно наложение гастростомы у пациентов, находящихся без сознания?

### 5.3. Рекомендуемая литература

#### *а) основная литература:*

1. Клиническая диетология [Электронный ресурс] / В. П. Шевченко ; под ред. В. Т. Ивашкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430088.html>
2. Клинические рекомендации: Коррекция нарушений пищевого поведения у больных морбидным ожирением [Электронный ресурс] // Москва, 2015.-  
Режим доступа: [web.ion.ru/files/клин.рекомен.%202014-%20последний.docx](http://web.ion.ru/files/клин.рекомен.%202014-%20последний.docx)
3. Сборник ситуационных задач по гигиене питания / В.В. Закревский, И.В. Мелешкова, Л.В. Кордюкова // Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2014.- 134с.

#### *б) дополнительная литература:*

1. Нутрициология [Электронный ресурс] / Л.З. Тель [и др.] - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.- <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502553.html>
2. Парентеральное и энтеральное питание [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. М. Ш. Хубутя, Т. С. Поповой, А. И. Салтанова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433874.html>
3. База данных «Химический состав пищевых продуктов, используемых в Российской Федерации» [Электронный ресурс] //  
Режим доступа: [http://web.ion.ru/food/FD\\_tree\\_grid.aspx](http://web.ion.ru/food/FD_tree_grid.aspx)
4. Функциональное питание / И. А. Шевченко, М. Я. Лейтис, А. С. Вершинин // СПб. : Изд-во политехнического ун-та, 2013.- 154с.