

№ПЕД-21

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Кафедра детских болезней №1

УТВЕРЖДЕНО
протоколом заседания
Центрального координационного учебно-
методического совета «23» мая 2023 г. №5


ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине **НУТРИЦИОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИИ**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы
специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия,
утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов 4 курса
по специальности 31.05.02 Педиатрия

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «16» мая 2023 г. (протокол № 10)

Заведующая кафедрой детских болезней №1,
д.м.н., профессор  Т.Т. Бораева

г. Владикавказ 2023 г.

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензии на оценочные материалы
4. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных материалов:
 - вопросы к модулю
 - вопросы к зачету
 - банк ситуационных задач
 - банк деловых игр
 - эталоны тестовых заданий
 - билеты к зачету

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-
ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ
на оценочные материалы**

**по дисциплине Нутрициология в педиатрии
для студентов 4 курса
по специальности 31.05.02 Педиатрия**

Оценочные материалы составлены на кафедре детских болезней №1 на основании рабочей программы дисциплины Нутрициология в педиатрии 2023 г. и соответствуют требованиям ФГОС ВО.

Оценочные материалы включают в себя тестовые задания, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, деловых игр, билеты к зачету.

Банк тестовых заданий включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины Иммунопатология детского возраста. Сложность заданий варьирует. Количество заданий по каждой теме дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопросов в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям.

Количество билетов к зачету составляет 15, что достаточно для проведения зачета и исключает неоднократное использование одного и того же билета. Билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Билет включают в себя 3 вопроса. Вопросы одного билета относятся к различным разделам программы, позволяют более полно охватить материал дисциплины. Сложность вопросов в билетах по зачету распределена равномерно.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр. Ситуационные задачи дают возможность объективно оценить уровень усвоения студентом теоретического материала при текущем контроле.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет. В целом, оценочные материалы по дисциплине Нутрициология в педиатрии способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными, общепрофессиональными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине Нутрициология в педиатрии могут быть рекомендованы к использованию для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации у студентов 4 курса педиатрического факультета.

Рецензент:

**Заместитель главного врача по КЭР и ОМО
ГБУЗ РДКБ МЗ РСО-Алания**

«18» 11.02 2023

А.А. Газданова



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РЕЦЕНЗИЯ

на оценочные материалы

по дисциплине Нутрициология в педиатрии

для студентов 4 курса

по специальности 31.05.02 педиатрия

Оценочные материалы составлены на кафедре детских болезней №1 на основании рабочей 2020 г. программ учебной дисциплины и соответствуют требованиям ФГОС 3++.

Оценочные материалы включают в себя билеты для оценки практических навыков, банк тестовых заданий, экзаменационные билеты, вопросы к модулю, банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр. Билеты для оценки практических навыков позволяют адекватно оценить уровень практической подготовки студентов по дисциплине.

Количество билетов составляет 15. Вопросы в билетах разнообразны и отражают весь объем практических навыков дисциплины Нутрициология в педиатрии.

Банк тестовых заданий включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины нутрициология в педиатрии и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам. Количество экзаменационных билетов составляет 15, что достаточно для проведения зачета и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Билет включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относятся к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач (анализы, рецепты, рентгенограммы, электрокардиограммы и т.д.)/ практических заданий/ деловых игр. Ситуационные задачи (и др.) дают возможность объективно оценить уровень усвоения студентом теоретического материала при текущем, промежуточном, итоговом контроле. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет. В целом, оценочные материалы по дисциплине нутрициология в педиатрии способствуют качественной оценке уровня владения обучающимся общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине Нутрициология в педиатрии могут быть рекомендованы к использованию для текущей и промежуточной аттестации на педиатрии у студентов 4 курса.

Рецензент:

Председатель ЦУМК по педиатрии
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

д.м.н., профессор

«И» *И.И.И.*

20 *23*



Т.Т. Бораева Т.Т. Бораева

**Паспорт оценочных материалов
по дисциплине «Нутрициология в педиатрии»**

№п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Входной контроль знаний		Тестовые задания
Вид контроля	Текущий контроль успеваемости		
1	Принципы рационального питания и их практическое применение.	УК-1 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк деловых игр
2	Питание беременных женщин и кормящих матерей.	УК-1 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк деловых игр
3	Современные аспекты естественного, искусственного и смешанного видов вскармливания детей на 1 году жизни.	УК-1 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк деловых игр
4	Питание детей старше 1 года.	УК-1 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк деловых игр
5	Частная нутрициология. Питание детей при гипотрофии, паратрофии и ожирении.	УК-1 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1,	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк деловых игр

		ПК-2, ПК-4, ПК-5	
6	Питание детей при алиментарно-обусловленных заболеваниях (анемия, рахит, гипотрофия).	УК-1 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк деловых игр
7	Питание детей при аллергических заболеваниях.	УК-1 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк деловых игр
Вид контроля	Промежуточная аттестация		
1	Нутрициология в педиатрии	УК-1 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	вопросы к зачету, билеты к зачету

ВОПРОСЫ К МОДУЛЮ

1. Преимущества естественного вскармливания.
2. Режимы кормления ребенка при естественном вскармливании, кормление «по требованию» в первые месяцы жизни.
3. Потребность ребенка первого года жизни в пищевых веществах и энергии при естественном вскармливании.
4. Показания к введению густого прикорма и условия введения прикорма.
5. Технику введения прикорма и технологию приготовления блюд прикорма.
6. Сроки и технику введения соков и фруктового пюре при естественном вскармливании.
7. Критерии эффективности вскармливания.
8. Определение искусственного и смешанного вскармливания.
9. Характеристику и виды адаптированных молочных смесей.
10. Режимы кормления ребенка при ИВ и СВ, возможность кормления «по требованию» в первые месяцы жизни.
11. Потребность ребенка первого года жизни в пищевых веществах и энергии при ИВ и СВ вскармливании.
12. Показания к введению густого прикорма и условия введения прикорма.
13. Технику введения прикорма и технологию приготовления блюд прикорма.
14. Сроки и технику введения соков и фруктового пюре при СВ и ИВ.
15. Критерии эффективности вскармливания.
16. Сформировать у студентов знания особенностей органов и систем, участвующих в процессе пищеварения, обмена веществ и энергии, особенностей физического и нервно-психического развития, становления иммунной системы.
17. Принципы и методы организации питания детей данной возрастной группы.
18. Примерные нормативы суточного потребления различных продуктов питания для детей данной возрастной группы, способы кулинарной обработки продуктов.
19. Современное представление о наиболее часто встречающихся формах анемии у детей раннего возраста: железодефицитные анемии, гипопластические, гемолитические.
20. Лабораторная диагностика железодефицитной анемии.
21. Диета и лечение при ЖДА у детей.
22. Современное представление об атопическом дерматите, классификация. Особенности этиологии, патогенеза. Факторы, предрасполагающие к развитию заболевания у детей.
23. Диета и лечение при атопическом дерматите у детей.

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ

1. Преимущества естественного вскармливания.
2. Режимы кормления ребенка при естественном вскармливании, кормление «по требованию» в первые месяцы жизни.
3. Потребность ребенка первого года жизни в пищевых веществах и энергии при естественном вскармливании.
4. Показания к введению густого прикорма и условия введения прикорма.
5. Технику введения прикорма и технологию приготовления блюд прикорма.
6. Сроки и технику введения соков и фруктового пюре при естественном вскармливании.
7. Критерии эффективности вскармливания.
8. Определение искусственного и смешанного вскармливания.
9. Характеристику и виды адаптированных молочных смесей.
10. Режимы кормления ребенка при ИВ и СВ, возможность кормления «по требованию» в первые месяцы жизни.
11. Потребность ребенка первого года жизни в пищевых веществах и энергии при ИВ и СВ вскармливании.
12. Показания к введению густого прикорма и условия введения прикорма.
13. Технику введения прикорма и технологию приготовления блюд прикорма.
14. Сроки и технику введения соков и фруктового пюре при СВ и ИВ.
15. Критерии эффективности вскармливания.
16. Сформировать у студентов знания особенностей органов и систем, участвующих в процессе пищеварения, обмена веществ и энергии, особенностей физического и нервно-психического развития, становления иммунной системы.
17. Принципы и методы организации питания детей данной возрастной группы.
18. Примерные нормативы суточного потребления различных продуктов питания для детей данной возрастной группы, способы кулинарной обработки продуктов.
19. Современное представление о наиболее часто встречающихся формах анемии у детей раннего возраста: железодефицитные анемии, гипопластические, гемолитические.
20. Лабораторная диагностика железодефицитной анемии.
21. Диета и лечение при ЖДА у детей.
22. Современное представление об атопическом дерматите, классификация. Особенности этиологии, патогенеза. Факторы, предрасполагающие к развитию заболевания у детей.
23. Диета и лечение при атопическом дерматите у детей.

БАНК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней №1
Факультет педиатрический Курс 4
Дисциплина Нутрициология в педиатрии

Ситуационная задача № 1

Ребенок 3 мес, родился недоношенным с массой тела 2000 г., с возраста 1мес. находился на искусственном вскармливании, получал В-кефир. В возрасте 2,5 мес. перенес кишечную инфекцию. С 2 мес. получал вит. Д₂ масляный р-р 1 кап. в день.

В возрасте 1,5 мес. появилась повышенная потливость во время сна и еды, стал вскрикивать во сне, уменьшилась продолжительность дневного сна. При осмотре участковый педиатр отметил облысение затылка, податливость краев родничка и края височных костей по ходу сагиттального шва, быстро возникал разлитой красный дермографизм. Изменений со стороны висцеральных органов и других систем не обнаружено.

Вопросы к задаче №1:

1. Поставьте диагноз.
1. Какие причины заболевания можно предположить у больного?
2. Правильно ли проводилось питание больного?
3. Какие изменения костей характерны для острого течения и какие для подострого?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Назначьте специфическую терапию.
6. Какие биохимические показатели можно использовать в качестве маркеров, помогающих контролировать специфическое лечение?
7. Какие вспомогательные терапевтические средства можно назначить больному?

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №1
Факультет педиатрический Курс 4
Дисциплина Нутрициология в педиатрии**

Ситуационная задача № 2

К участковому педиатру обратилась мать ребенка 4-х мес. с жалобами на беспокойство ребенка, повышенную потливость, нарушенный сон. Ребенок родился в сентябре месяце от нормальных беременности и родов. Масса тела при рождении 3600, рост 42 см., находился на грудном вскармливании: других продуктов питания и медикаментов не получал.

Месяц назад перенес средний отит, лечился тепловыми процедурами, в слуховой ход закапывался борный спирт. При осмотре кожа влажная, затылок облысел, красный дермографизм, ребенок капризен. Чешуя теменных костей продавливается при пальпации, выражена Гаррисонова борозда, нижняя аппертура развернута кнаружи. Живот вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Со стороны других органов отклонений НСІ .

Вопросы к задаче №2:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Наметьте план обследования.
3. Нуждается ли ребенок в коррекции питания? Если да, то в каком?
4. С чем связано возникновение данного заболевания?
5. В консультации каких специалистов нуждается данный ребенок?
6. С какими заболеваниями надо дифференцировать это состояние?
7. Назначьте медикаментозное лечение, выпишите необходимые рецепты.
8. К какой группе здоровья относится этот ребенок?

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №1
Факультет педиатрический Курс 4
Дисциплина Нутрициология в педиатрии**

Ситуационная задача № 3

Ребенок, 6,5 месяцев, родился с массой тела 3200г. на грудном вскармливании до 2 мес, затем переведен на кормление ацидофильной «Малюткой». С 4 мес получает манную кашу.

С 2 мес потливость, беспокойный сон, пугливость, раздражительность.

Объективно: масса тела 7800 г, длина 63 см. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Голова гидроцефальной формы. Затылок уплощен. Большой родничок 3х3 см, края размягчены. Выражены лобные бугры. Грудная клетка уплощена, нижняя апертура развернута, выражена гаррисонова борозда, пальпируются «четки». Границы сердца: правая- по правой парастернальной линии, левая – на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. ЧСС – 130 ударов в мин. Тоны сердца ясные, чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот распластан, мягкий, отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Статомоторное развитие: не поворачивается, двигательная активность снижена.

Общий анализ крови: Нв -118г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $6,4 \times 10^{10}$ /л, п/я -3%, с-23%, э-4%, л-60%, м-10%, СОЭ-6 мм/час.

Общий анализ мочи: эпителия-нет, слизи-нет, лейкоциты -2-3 в п/з, эритроциты –нет.

Вопросы к задаче №3:

1. Сформулируйте диагноз?
2. В чем причина развития заболевания?
3. Какие факторы способствуют развитию патологического процесса?
4. Какие изменения костей характерны для острого течения и какие - для подострого?
5. Какие изменения в биохимическом анализе крови должны быть у ребенка?
6. Какие рентгенологические изменения в трубчатых костях должны быть у ребенка?
7. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
8. Назначьте специфическую терапию.
9. Какие биохимические показатели можно использовать в качестве маркеров, помогающих контролировать специфическое лечение?
10. Какие вспомогательные терапевтические средства можно назначить больному?

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №1
Факультет педиатрический Курс 4
Дисциплина Нутрициология в педиатрии**

Ситуационная задача № 4

Ребенок 8 мес., поступил в отделение инфекционного стационара с жалобами на насморк, частый непродуктивный кашель, температуру тела 37,8°C в течение 2 дней. 9 Данные анамнеза: ребенок от 2 срочных родов, беременность на фоне анемии легкой степени, хронической фетоплацентарной недостаточности. Роды самостоятельные. Масса рождения 3400 г, рост 53 см, оценка по Апгар 8-8 баллов. На естественном вскармливании до 2 месяцев, затем переведен на искусственное вскармливание адаптированной смесью «Нан», прикормы ввели с 6 месяцев – фруктовый сок, молочная каша, картофельное пюре. «Аквадетрим» назначен в 6 месяцев по 500 МЕ раз в день. Физикально: состояние средней тяжести, при осмотре беспокоен, аппетит снижен. Кожные покровы бледные, влажные, подкожно-жировой слой развит избыточно, отмечается облысение затылка. Голова конфигурирована теменными буграми, размеры большого родничка 2х2 см, края родничка мягкие. Зубы отсутствуют. Отмечается выраженное снижение тонуса мышц, самостоятельно сидит неуверенно.

При пальпации по ходу ребер отмечаются уплотнения на границе между хрящевой и костной частями. Дыхание через затруднено. При осмотре зев слегка гиперемирован, миндалины гладкие, налетов нет. Аускультативно жесткое дыхание, над всей поверхностью легких выслушивается обилие проводных хрипов. ЧД – 30 в мин, ЧСС – 124 в мин. Тоны сердца ритмичные, звучные, выслушивается не грубый систолический шум на верхушке. При пальпации живот мягкий, безболезненный, отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень 2 см, селезенка не пальпируется. Стул – склонность к запорам, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: RBC – 3,8 x10¹² /л, HGT- 105 г/л. ЦП 0,89, НСТ – 43% RDW – 13,5%, MCV – 80fl, (норма – 80-94 фл), MCH – 26 pg, (норма – 27- 31 пг), MCHC – 30 g/l, (норма – 32-36 г/л), PLT - 242 x10⁹ /л. LBC – 8,5x10⁹ /л, п/я - 3%, с - 25%, л - 62%, э - 2%, м - 8%, СОЭ - 6 мм/час.

Биохимические показатели: Са крови-2,3 ммоль/л, Р-1,2 ммоль/л, ЩФ-500 ед/л.

Вопросы к задаче №4:

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2) Перечислите факторы, способствующие развитию данной патологии.
- 3) Определите основные принципы терапии пациента.
- 4) Дайте заключение по лабораторным данным.
- 5) Опишите влияние рахитических изменений на течение респираторной патологии.
- 6) Составьте схему терапии рахита.
- 7) Назовите костные изменения для данного течения рахита.
- 8) Выпишите рецепт на препараты витамина Д.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №1
Факультет педиатрический Курс 4
Дисциплина Нутрициология в педиатрии**

Ситуационная задача № 5

Ребенок 10 месяцев, поступил в тяжелом состоянии с резкой слабостью, выраженной мышечной гипотонией. Ребенок от первой беременности, протекавшей с нефропатией, первых срочных родов. Первые 7 мес. беременности мать проживала на Севере, питалась в основном консервами. Ребенок до 2 мес. кормился грудью матери, с 2 мес. - питание искусственное, адаптированными смесями, с 3 мес. - в основном кашами. Ребенок часто (каждые 2 мес.) болел ОРВИ, редко бывал на свежем воздухе. Заболевание началось с 1,5 мес., когда появились беспокойство, потливость, мышечная гипотония. Ребенок отстает в психомоторном развитии, 2 недели назад переболел ОРВИ.

При осмотре: температура тела 36,7°C. Ребенок не сидит, не стоит. Масса тела 8200 г, длина 71 см. Кожа сухая, бледная, слизистые рта бледные. Зубы - 0/2, обломаны на уровне шеек, с дефектами эмали. Голова с резко выраженными лобными и затылочными буграми, "олимпийский лоб". Грудная клетка деформирована - "куриная грудь". При попытке посадить ребенка видна деформация позвоночника (кифоз). Ноги: X-образное искривление. Правая нога короче левой на 1-1,5 см. Нижняя апертура грудной клетки развернута. Живот распластан. Аускультативно: на фоне жесткого дыхания - сухие свистящие хрипы. ЧД - 36 в 1 минуту. Границы сердца не расширены. Аускультативно: дующий систолический шум на верхушке и в IV межреберье слева от грудины. ЧСС - 136 уд/мин. Печень - 4 см из-под реберного края. Селезенка - 2 см из подреберья. Стул через день, "овечий". Нервно-психическое развитие: ребенок безучастен, не проявляет интереса к окружающим, игрушкам. Предречевое развитие задержано.

Общий анализ крови: Нв - 100 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк. - $7,5 \times 10^9$, п/я - 2%, с - 31%, э - 1%, л - 63%, м - 3%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 40,0 мл, относительная плотность - 1,012, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65,0 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, кальций - 2,0 ммоль/л, фосфор 1,1 ммоль/л, ЩФ - 950 Ед/л (норма - до 600).

Рентгенограмма трубчатых костей: выраженный остеопороз, размытость и нечеткость зон предварительного обызвествления.

Вопросы к задаче №5:

1. Ваш диагноз?
2. Что способствовало развитию заболевания у этого ребенка?
3. Ваши представления о патогенезе заболевания.
4. Как проводить лечение?
5. В чем заключается антенатальная профилактика данного заболевания?

БАНК ДЕЛОВЫХ ИГР

ДЕЛОВАЯ ИГРА № 1

«Гипотрофия»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения гипотрофии

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки	Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры								
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли								
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом								
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии								
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег								
Итого, баллов								

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с гипотрофией.

ДЕЛОВАЯ ИГРА № 2

«Паратрофия»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения паратрофии

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки	Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры								
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли								
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом								
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии								
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег								
Итого, баллов								

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с паратрофией.

ДЕЛОВАЯ ИГРА № 3

«Ожирение»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения ожирения

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки	Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры								
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли								
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом								
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии								
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег								
Итого, баллов								

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с ожирением.

ДЕЛОВАЯ ИГРА № 4

«Рахит»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения рахита

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки	Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры								
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли								
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом								
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии								
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег								
Итого, баллов								

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с рахитом.

ДЕЛОВАЯ ИГРА № 5

«Спазмофилия»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения спазмофилии

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки	Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры								
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли								
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом								
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии								
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег								
Итого, баллов								

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям со спазмофилией.

ДЕЛОВАЯ ИГРА № 6

«Железодефицитная анемия»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения железодефицитной анемии

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки	Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры								
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли								
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом								
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии								
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег								
Итого, баллов								

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с железодефицитной анемией.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №1

ЭТАЛОНЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы
специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов 4 курса педиатрического факультета

по специальности Педиатрия 31.05.02

г. Владикавказ 2023 г.

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	Код формируемых компетенций	стр. с __ по __
1	2	3	4	5
Вид контроля	Входной контроль уровня подготовки обучающихся	30	-	38-41
Вид контроля	Текущий контроль успеваемости			
1.	Принципы рационального питания и их практическое применение	44	УК-1 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	42-43
2.	Питание беременных женщин и кормящих матерей.	31	УК-1 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	43-44
3.	Современные аспекты естественного, искусственного и смешанного видов вскармливания детей на 1 году жизни.	22	УК-1 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	44-45
4.	Питание детей старше 1 года.	25	УК-1 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5.	46-49
5.	Частная нутрициология. Питание детей при гипотрофии, паратрофии и	22	УК-1 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10,	49-53

	ожирении.		ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5.	
6.	Питание детей при алиментарно-обусловленных заболеваниях (анемия, рахит, гипотрофия).	21	УК-1 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	53-56
7.	Принципы рационального питания и их практическое применение аллергических заболеваниях	18	УК-1 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	56-58

ВХОДНОЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

ВОЗРАСТ ВВЕДЕНИЯ ПЕРВОГО ПРИКОРМА НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

- 5 месяцев
- 6 месяцев
- 4 месяца
- 3 месяца

РАЗВЕДЕНИЕ КОРОВЬЕГО МОЛОКА ВОДОЙ ПРИ ПРИГОТОВЛЕНИИ
НЕАДАПТИРОВАННЫХ СМЕСЕЙ ОБОЗНАЧАЕТСЯ:

- буквами
- цифрами
- буквами и цифрами
- имеет промышленное название

РАЗВЕДЕНИЕ КОРОВЬЕГО МОЛОКА КРУПЯНЫМИ ОТВАРАМИ ПРИ ПРИГОТОВЛЕНИИ
НЕАДАПТИРОВАННЫХ СМЕСЕЙ обозначается

- буквами
- цифрами
- буквами и цифрами
- имеет промышленное название

РЕБЕНКУ 8 МЕСЯЦЕВ, НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. КАКОВА ЕГО ПОТРЕБНОСТЬ В
БЕЛКАХ

- 2,5г/кг
- 3,5г/кг
- 4г/кг
- 4,5г/кг

РЕБЕНКУ 2 МЕСЯЦА, РОДИЛСЯ С МАССОЙ 4 КГ, НА СМЕШАННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, НА
ОДНО КОРМЛЕНИЕ У МАТЕРИ 80,0 МЛ. ГРУДНОГО МОЛОКА. НАЗНАЧИТЬ ОБЪЕМ
ДОКОРМА .

- 60 мл
- 70 мл
- 80 мл
- 90 мл

РЕБЕНОК 2 МЕС., НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ВЫБЕРИТЕ ВЫСОКО
АДАПТИРОВАННУЮ СМЕСЬ:

- «Малютка»
- «Мальш»
- «Крепыш»
- «Агу»

РЕБЕНОК МАССОЙ 3600 ГР., ЕМУ 4.5 МЕС., НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИЕ.
РАССЧИТАТЬ СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ.

- 170 мл
- 180 мл
- 190мл
- 250 мл

ЦЕЛЬ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМОВ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.

- коррекция витаминов
- коррекция белков
- переход на другой вид пищи
- коррекция объема

РЕБЕНКУ 6 МЕС., НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. КОЛИЧЕСТВО ПРИКОРМОВ В РАЦИОНЕ?

- 1 прикорм
- 2 прикорма
- не введен
- 3 прикорма

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГИПОВИТАМИНОЗА В У ДЕТЕЙ.

- бледность кожи
- иктеричность кожи
- заеды в углах рта
- гхолязиум

РАССЧИТАТЬ СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИЩИ РЕБЕНКУ 2 ЛЕТ.

- 1400 мл
- 1200 мл
- 1500 мл
- 1700 мл

РЕБЕНКУ 1 ГОД, НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. КАКОВ СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ.

- 800 мл
- 1500 мл
- 1100 мл
- 1300 мл

КАКАЯ ФОРМУЛА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РАСЧЕТА ОБЪЕМА ГРУДНОГО МОЛОКА НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ДО 10 СУТОК?

- формула Зайцевой
- объемный метод
- формула Тура
- метод Шкарина

КАКОЙ ФЕРМЕНТ ГРУДНОГО ЖЕНСКОГО МОЛОКА УЧАСТВУЕТ В ПЕРЕВАРИВАНИЕ ЖИРОВ?

- амилаза
- липаза
- пепсин
- трипсин

ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРИНЦИПАМ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМОВ?

- каждый вид прикорма вводят постепенно
- первый прикорм вводят с 6 месяцев
- прикорм дают до кормления грудью
- можно вводить несколько продуктов одновременно

В КАКОЕ ВРЕМЯ СУТОК ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ БОЛЬШЕ ПРОЛАКТИНА?

утром

днем

ночью

равномерно в течение суток

КИСЛОМОЛОЧНЫЕ СМЕСИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ПРЕСНЫХ ВСЕМ, КРОМЕ ОДНОГО
стимулируют секреторную деятельность кишечника

усиливают брожение

нормализуют флору кишечника

богаты витаминами группы В

ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРАВИЛАМ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

введение прикормов не соответствует тем же принципам, что и при естественном вскармливании
нельзя часто менять молочные смеси

лечебные смеси назначает врач

кисломолочные смеси должны составлять 1/2 суточного рациона

ЗА КАКОЕ ВРЕМЯ ОСВОБОЖДАЕТСЯ ЖЕЛУДОК РЕБЕНКА ПРИ ИСКУССТВЕННОМ
ВСКАРМЛИВАНИИ:

2-3 часа

2,5-3,5 часа

3-4 часа

5-6 часов

ПОЧЕМУ ДЕТЯМ ДО ГОДА НЕ РЕКОМЕНДУЮТ КОРОВЬЕ МОЛОКО? (ВЫДЕЛИТЬ НЕ
ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ)

аллергизация белком коровьего молока

плохое усвоение железа

способствует диapedезным кровотечениям в кишечнике

вызывает дистрофию

ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРАВИЛАМ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

введение прикормов соответствует тем же принципам, что и при естественном вскармливании
можно часто менять молочные смеси, так как их состав примерно одинаков.

лечебные смеси назначают врач

кисломолочные смеси должны составлять часть суточного рациона

ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРАВИЛАМ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

введение прикормов соответствует тем же принципам, что и при естественном вскармливании
нельзя часто менять молочные смеси

лечебные смеси назначает врач

кисломолочные смеси должны составлять весь суточный рацион

ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРАВИЛАМ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

введение прикормов соответствует тем же принципам, что и при естественном вскармливании
нельзя часто менять молочные смеси

лечебные смеси выбирает сама мать

кисломолочные смеси должны составлять 1/2 суточного рациона

ПОЧЕМУ ДЕТЯМ ДО ГОДА НЕ РЕКОМЕНДУЮТ КОРОВЬЕ МОЛОКО? (ВЫДЕЛИТЬ НЕ
ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ)

аллергизация белком коровьего молока
плохое усвоение железа
способствует диapedезным кровотечениям в кишечнике
вызывает паратрофию

ПОЧЕМУ ДЕТЯМ ДО ГОДА НЕ РЕКОМЕНДУЮТ КОРОВЬЕ МОЛОКО? (ВЫДЕЛИТЬ НЕ
ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ)

аллергизация белком коровьего молока
плохое усвоение железа
способствует диapedезным кровотечениям в кишечнике
угнетает пищеварение

РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ 2 МЕСЯЦЕВ ПЕРЕВЕДЕН НА КОРМЛЕНИЕ МОЛОЧНЫМИ СМЕСЯМИ.
КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО КОРМЛЕНИЙ ЕМУ ПОКАЗАНО?

5 кормлений
6 кормлений
7 кормлений
10 кормлений

ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ НЕ ВОЗНИКАЕТ:

развитие аллергии у ребенка
стимуляция желудочной секреции
ограничение психо-эмоционального контакта матери и ребенка
замедление биологического созревания организма ребенка

МАССА РЕБЕНКА 3500 ГР., НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. ВОЗРАСТ 2 МЕС.
КАКОВА ПОТРЕБНОСТЬ В УГЛЕВОДАХ?

13 г/кг
14г/кг
15г/кг
6г/к

РЕБЕНОК 1 МЕС. НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. КАКОВА ЕГО ПОТРЕБНОСТЬ В
БЕЛКАХ НА АДАПТИРОВАННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ?

1,5 г/кг
2г/кг
3г/кг
3,5г/кг

РАЗВЕДЕНИЕ КОРОВЬЕГО МОЛОКА ВОДОЙ ПРИ ПРИГОТОВЛЕНИИ
НЕАДАПТИРОВАННЫХ СМЕСЕЙ ОБОЗНАЧАЕТСЯ:

буквами
цифрами
буквами и цифрами
имеет промышленное название

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

НАЗОВИТЕ КОЛИЧЕСТВО БЕЛКА В ЗРЕЛОМ ГРУДНОМ ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ.

- 1.8г/л
- 2,3 г/л
- 1,5г/л
- 1,2г/л

РЕБЕНОК РОДИЛСЯ МАССОЙ 3400ГР., НАХОДИТСЯ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. ЕМУ 8 ДНЕЙ. РАССЧИТАТЬ РАЗОВЫЙ ОБЪЕМ КОРМЛЕНИЯ.

- 50 мл
- 60 мл
- 110 мл
- 80 мл

РЕБЕНКУ 8 МЕСЯЦЕВ НАХОДИТСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ НЕАДАПТИРОВАННЫМИ СМЕСЯМИ. КАКИЕ СМЕСИ МОЖНО НАЗНАЧИТЬ.

- смесь А
- смесь В
- смесь №5
- смесь Б

РЕБЕНКУ 6 МЕСЯЦЕВ, НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. ДЕНЬ. КАКОВА ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКЕ НА КГ МАССЫ ТЕЛА?

- 4 г/ кг
- 2,5 г/кг
- 3,5 г/кг
- 5г/кг

РЕБЕНКУ 2 МЕСЯЦА. ПРИ КОНТРОЛЬНОМ ВЗВЕШИВАНИИ ВЫСОСАЛ 60,0 ГРУДНОГО МОЛОКА. РАССЧИТАТЬ ОБЪЕМ ДОКОРМА И ВЫБРАТЬ СМЕСЬ.

- 50 мл. «Малыш»
- 100 мл. смесь №5
- 70 мл. смесь «Нутрилон-1»
- 20 мл смесь «Малютка»

С КАКОГО ВОЗРАСТА ПРИМЕНЯЕТСЯ НЕАДАПТИРОВАННАЯ СМЕСЬ № 5

- до 3 месяцев
- с 3 месяцев
- с 4 месяцев
- с 6 месяцев

МАССА РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ 3500 ГР., ЕГО ВОЗРАСТ 4 МЕСЯЦА, НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. РАССЧИТАТЬ РАЗОВЫЙ ОБЪЕМ КОРМЛЕНИЯ

- 180 мл.
- 100 мл.
- 150 мл
- 50 мл

РЕБЕНКУ 6 МЕСЯЦЕВ, НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. КАКОВА ЕГО ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИРАХ?

- 7г/кг

6г/кг
5,5г/кг
7,5г/кг

НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ СМЕШАННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.

отказ ребенка от груди
мастит
гипогалактия
психические заболевания у матери

КАКОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЪЕМ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ?

50 мл
80 мл
7 мл
3 мл

КАКОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЪЕМ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА К 10 ДНЮ ЖИЗНИ.

80 мл
7 мл
100 мл
50 мл

КАКОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЪЕМ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА К КОНЦУ 1 ГОДА ЖИЗНИ?

7мл
50мл
80 мл
250 мл

КАКОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЪЕМ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА К 3 ГОДАМ ?

250 мл
100 мл
300 мл
600 мл

РЕБЕНОК 1 МЕС. НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. КАКОВА ЕГО ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ НА ВСКАРМЛИВАНИИ АДАПТИРОВАННОЙ СМЕСЬЮ?

1,5 г/кг
2г/кг
3г/кг
3,5г/кг

МАССА РЕБЕНКА 3500 ГР., НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. ВОЗРАСТ 2 МЕС. . КАКОВА ПОТРЕБНОСТЬ В УГЛЕВОДАХ?

13 г/кг
14г/кг
15г/кг
6г/к

РЕБЕНКУ 2 МЕСЯЦА. ПРИ КОНТРОЛЬНОМ ВЗВЕШИВАНИИ ВЫСОСАЛ 60 ГР. ГРУДНОГО МОЛОКА. РАССЧИТАТЬ ОБЪЕМ НЕОБХОДИМОГО ДОКОРМА.

50мл
100 мл

70 мл
20 мл

ВОЗРАСТ ВВЕДЕНИЯ ПЕРВОГО ПРИКОРМА НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

5 месяцев
6 месяцев
4 месяца
3 месяца

РАЗВЕДЕНИЕ КОРОВЬЕГО МОЛОКА ВОДОЙ ПРИ ПРИГОТОВЛЕНИИ
НЕАДАПТИРОВАННЫХ СМЕСЕЙ ОБОЗНАЧАЕТСЯ:

буквами
цифрами
буквами и цифрами
имеет промышленное название

РАЗВЕДЕНИЕ КОРОВЬЕГО МОЛОКА КРУПЯНЫМИ ОТВАРАМИ ПРИ ПРИГОТОВЛЕНИИ
НЕАДАПТИРОВАННЫХ СМЕСЕЙ обозначается

буквами
цифрами
буквами и цифрами
имеет промышленное название

РЕБЕНКУ 8 МЕСЯЦЕВ, НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. КАКОВА ЕГО ПОТРЕБНОСТЬ В
БЕЛКАХ

2,5г/кг
3,5г/кг
4г/кг
4,5г/кг

РЕБЕНКУ 2 МЕСЯЦА, РОДИЛСЯ С МАССОЙ 4 КГ, НА СМЕШАННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, НА
ОДНО КОРМЛЕНИЕ У МАТЕРИ 80,0 МЛ. ГРУДНОГО МОЛОКА. НАЗНАЧИТЬ ОБЪЕМ
ДОКОРМА .

60 мл
70 мл
80 мл
90 мл

РЕБЕНОК 2 МЕС., НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ВЫБЕРИТЕ ВЫСОКО
АДАПТИРОВАННУЮ СМЕСЬ:

«Малютка»
«Мальш»
«Крепыш»
«Агу»

РЕБЕНОК МАССОЙ 3600 ГР., ЕМУ 4.5 МЕС., НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИЕ.
РАССЧИТАТЬ СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ.

170 мл
180 мл
190мл
250 мл

ЦЕЛЬ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМОВ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.

- коррекция витаминов
- коррекция белков
- переход на другой вид пищи
- коррекция объема

РЕБЕНКУ 6 МЕС., НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. КОЛИЧЕСТВО ПРИКОРМОВ В РАЦИОНЕ?

- 1 прикорм
- 2 прикорма
- не введен
- 3 прикорма

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГИПОВИТАМИНОЗА В У ДЕТЕЙ.

- бледность кожи
- иктеричность кожи
- заеды в углах рта
- гхольязиум

РАССЧИТАТЬ СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИЩИ РЕБЕНКУ 2 ЛЕТ.

- 1400 мл
- 1200 мл
- 1500 мл
- 1700 мл

РЕБЕНКУ 1 ГОД, НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. КАКОВ СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ.

- 800 мл
- 1500 мл
- 1100 мл
- 1300 мл

КАКАЯ ФОРМУЛА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РАСЧЕТА ОБЪЕМА ГРУДНОГО МОЛОКА НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ДО 10 СУТОК?

- формула Зайцевой
- объемный метод
- формула Тура
- метод Шкарина

КАКОЙ ФЕРМЕНТ ГРУДНОГО ЖЕНСКОГО МОЛОКА УЧАСТВУЕТ В ПЕРЕВАРИВАНИЕ ЖИРОВ?

- амилаза
- липаза
- пепсин
- трипсин

ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРИНЦИПАМ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМОВ?

- каждый вид прикорма вводят постепенно
- первый прикорм вводят с 6 месяцев
- прикорм дают до кормления грудью
- можно вводить несколько продуктов одновременно

В КАКОЕ ВРЕМЯ СУТОК ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ БОЛЬШЕ ПРОЛАКТИНА?

утром

днем

ночью

равномерно в течение суток

ЕСТЕСТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ:

лактостазе у матери

приеме матерью цитостатиков

ОРВИ у матери

пневмонии у ребенка

РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ 2 МЕСЯЦЕВ ПЕРЕВЕДЕН НА КОРМЛЕНИЕ МОЛОЧНЫМИ СМЕСЯМИ.
КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО КОРМЛЕНИЙ ЕМУ ПОКАЗАНО?

5 кормлений

6 кормлений

7 кормлений

10 кормлений

ЕСТЕСТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ:

лактостазе у матери

гриппе у матери

психические заболевания у матери

плохом аппетите у ребенка

ЕСТЕСТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ:

отсутствие сосательного рефлекса у ребенка

желтухи новорожденного

большой потери массы тела у ребенка

хорошей прибавки массы тела у ребенка

КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ГИПОГАЛАКТИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ?

раннее первое прикладывание ребенка к груди

позднее первое прикладывание ребенка к груди

избыточное формирование «лактационной» доминанты

не соблюдение питьевого режима

КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ГИПОГАЛАКТИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ?

раннее первое прикладывание ребенка к груди

отсутствие сформированной «лактационной» доминанты

избыточное формирование «лактационной» доминанты

не соблюдение питьевого режима

В ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ В ОТЛИЧИЕ ОТ КОРОВЬЕГО (УКАЗАТЬ НЕВЕРНОЕ)

более низкое содержание железа

более высокое содержание полиненасыщенных жирных кислот

более высокий уровень белка

более низкая концентрация натрия

ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ НЕ ВОЗНИКАЕТ:

развитие аллергии у ребенка

стимуляция желудочной секреции

ограничение психо-эмоционального контакта матери и ребенка
замедление биологического созревания организма ребенка

РАННЕЕ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 30 МИНУТ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ СПОСОБСТВУЕТ:

задержке послеродовой инволюции матки
ограничению длительности лактации
изменению нормального биоценоза кишечника
быстрому становлению лактации у матери

ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМОВ С 6 МЕСЯЦЕВ НЕ ОСНОВАНО НА СЛЕДУЮЩЕМ ПОЛОЖЕНИИ;
поступление пищевых веществ с женским молоком становится недостаточным для растущего организма

ребенок хорошо адаптируется к питанию более плотной пищей
органы пищеварения достигают определенной зрелости для переваривания новой пищи
уменьшается лактация у матери

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМОВ ПРИ ВСЕХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ
одинаковое

меняется порядок при искусственном
меняется порядок при смешанном
меняется порядок при естественном

КАКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕПРАВИЛЬНОЙ ТЕХНИКИ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ?

лактостаз
лакторея
нарушение микрофлоры кишечника
увеличение прибавки массы тела

К ПРАВИЛАМ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ОТНОСИТСЯ ВСЕ КРОМЕ

первое прикладывание к груди должно осуществляться в течение 30 минут после рождения при отсутствии противопоказаний

ребенок должен самостоятельно доползти до молочной железы
кормление осуществляется по требованию ребенка
необходимо ограничить пребывание ребенка у груди в течение 20 минут

ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРАВИЛАМ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

введение прикормов соответствует тем же принципам, что и при естественном вскармливании
можно часто менять молочные смеси, так как их состав примерно одинаков.

лечебные смеси назначают врач
кисломолочные смеси должны составлять $\frac{1}{2}$ суточного рациона

ЧТО МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О НЕОБХОДИМОСТИ ДОКОРМА

редкое мочеиспускание
хорошая прибавка в массе тела
спокойный сон
хороший тургор тканей.

С КАКОГО ВОЗРАСТА ПРИМЕНЯЕТСЯ НЕАДАПТИРОВАННАЯ СМЕСЬ № 5

до 3 месяцев
с 3 месяцев
с 4 месяцев

с 6 месяцев

МАССА РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ 3500 ГР., ЕГО ВОЗРАСТ 4 МЕСЯЦА, НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. РАССЧИТАТЬ РАЗОВЫЙ ОБЪЕМ КОРМЛЕНИЯ

- 180 мл.
- 100 мл.
- 150 мл
- 50 мл

РЕБЕНКУ 6 МЕСЯЦЕВ, НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. КАКОВА ЕГО ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИРАХ?

- 7г/кг
- 6г/кг
- 5,5г/кг
- 7,5г/кг

РАЦИОНАЛЬНЫМ НАЗЫВАЕТСЯ ПИТАНИЕ:

- богатое жирами и белками;
- соответствующее возрасту ребенка;
- обеспечивающее здоровье и гармоничное развитие детей, способствующее нормальному росту ребенка, правильному развитию органов и тканей, формированию скелета, ЦНС и интеллекта;
- питание ребенка в определенные часы.

ОБЪЕМ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ТРЕХ ЛЕТ:

- 250 мл;
- 575-680 мл;
- 800 мл;
- 920 мл.

ПО КАКОЙ ФОРМУЛЕ РАССЧИТЫВАЕТСЯ СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИЩИ ДЛЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА?

- 500 мл $100 * n$ (n – число лет до 15-ти);
- 100 мл $200 * n$ (n – число лет до 15-ти)
- 1000 мл $300 * n$ (n – число лет до 15-ти)
- 1000 мл $100 * n$ (n – число лет до 15-ти)

КАКОЙ ОБЪЕМ МОЛОКА В СУТКИ ДОЛЖНЫ ПОЛУЧАТЬ ДЕТИ В ВОЗРАСТЕ 3-4 ЛЕТ?

- 800 мл
- 300 мл
- 500 мл
- 1000 мл

ПОД РЕЖИМОМ ПИТАНИЯ ПОНИМАЮТ:

- употребление пищи в определенные часы и в определенном объеме
- соблюдение определенных часов приема пищи и интервалов между ними, наилучшее распределение количества принимаемой пищи и ее энергетической ценности в течение суток
- употребление качественной пищи, богатой витаминами
- соответствие рациона питания возрастным требованиям

ВИТАМИН Д СОДЕРЖИТСЯ В:

- желтке
- овощах

хлебе грубого помола;
мясе

СУХОЙ ЯРКО-КРАСНЫЙ ЯЗЫК (ФУКСИНОВЫЙ) С АТРОФИРОВАННЫМИ СОСОЧКАМИ
НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ВИТАМИНА:

В2
В6
В12
РР

ВИТАМИН А ИМЕЕТ НАЗВАНИЕ:

ретинол
токоферол
биотин
цианокобаламин

ВИТАМИН Е ОБЛАДАЕТ ВСЕМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ, КРОМЕ:

антиоксидантных свойств
защиты ненасыщенных жирных кислот в мембранах от липопероксидации
формирования межклеточного вещества
абсорбции кальция в кишечнике

ВИТАМИН К ОБЛАДАЕТ СЛЕДУЮЩИМ СВОЙСТВОМ:

принимает участие в процессах свертывания крови;
принимает участие в синтезе аминокислот
участвует в процессе тканевого дыхания

УРОВЕНЬ НВ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА 1 Г. ЖИЗНИ НЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ НИЖЕ:

80-90 г/л
90-100 г/л
100-110 г/л
110-120 г/л
120-130 г/л

ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНОВ У ДЕТЕЙ МОГУТ БЫТЬ ВСЕ,
КРОМЕ:

несбалансированного питания
однообразного лечебного питания
рационального питания

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА С У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ВЫЗЫВАЕТ:

ночную слепоту;
скорбут
аплазию костного мозга

ТИПИЧНАЯ ТРИАДА – ТРИ Д (ДЕРМАТИТ, ДИАРЕЯ, ДЕМЕНЦИЯ) – ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

пеллагры
квashiоркора
спру

ТИПИЧНАЯ ТРИАДА – ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ НЕВРИТ, ДЕРМАТИТ И АНЕМИЯ –
ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА:

цианокобаламина
пиридоксина
фолацина
ниацина

СИММЕТРИЧНАЯ ЭРИТЕМА НА ТЫЛЕ КИСТЕЙ, НА ШЕЕ (ПЕРЧАТКИ, ЧУЛКИ, ВОРОТНИК, ЧУЛКИ, ГАЛСТУК) ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

пеллагры
рахита
бери-бери
скорбута

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА С У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ВЫЗЫВАЕТ:

цингу
бери-бери
пеллагру

БОЛЕЗНЬ БЕРИ-БЕРИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ВИТАМИНА:

A;
B₁
B₂
B₆
PP

ВИТАМИН B₂ НЕ СОДЕРЖИТСЯ В:

рисовых отрубях;
дрожжах;
яичном желтке;
молоке.

КАКОЙ ИЗ ВИТАМИНОВ СИНТЕЗИРУЕТСЯ ФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА РЕБЕНКА?

биотин;
ретинол;
пиридоксин;
токоферол.

ПРИ ДЕФИЦИТЕ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ АНЕМИЯ:

гипохромная;
нормохромная;
гиперхромная.

ЧЕМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СУБНОРМАЛЬНАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ОРГАНИЗМА ВИТАМИНАМИ?

состоянием резкого (но не полного) снижения запасов витаминов в организме;
доклинической стадией дефицита витаминов, проявляющейся в основном нарушениями метаболических и физиологических реакций, в которых участвует данный витамин;
состоянием практически полного истощения витаминных ресурсов организма; отсутствием каких-либо клинических проявлений.

В КАКИХ ПРОДУКТАХ СОДЕРЖИТСЯ БОЛЬШЕ ВСЕГО МЕДИ?

зелень петрушки, изюм, курага, шпинат, финики, чернослив;
бананы, апельсины;
картофель, морковь, баклажаны;

свекла, яблоки, зелень, косточковые плоды.

ПРИ КАКОМ КОЛИЧЕСТВЕ ЖЕНСКОГО МОЛОКА СМЕШАННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ЕСТЕСТВЕННОМУ:

2/3
1/2
1/3
1/5

ПРИ КАКОМ КОЛИЧЕСТВЕ ЖЕНСКОГО МОЛОКА СМЕШАННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ИСКУССТВЕННОМУ:

1/3
1/2
2/3
1/5

ПРИ КАКОМ КОЛИЧЕСТВЕ ЖЕНСКОГО МОЛОКА ВСКАРМЛИВАНИЕ СЧИТАЕТСЯ ЧИСТО СМЕШАННЫМ:

1;2
1;1
2;1
1;5

УКАЖИТЕ ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ ПРИ СМЕШАННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ПРИБЛИЖЕННОМ К ЕСТЕСТВЕННОМУ:

1,5-2
2-2,5
2,5-3
3-3,5

УКАЖИТЕ ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ ПРИ СМЕШАННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРИБЛИЖЕННОМ К ИСКУССТВЕННОМУ АДАПТИРОВАННЫМИ СМЕСЯМИ:

1,5-2
2-2,5
2,5-3
3-3,5

НАЗОВИТЕ ПОТРЕБНОСТИ В ЖИРАХ НА СМЕШАННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ПРИБЛИЖЕННОМ К ЕСТЕСТВЕННОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ ДО ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМОВ:

6-6,5
6,5-7
7-8
8-8,5

НАЗОВИТЕ ПОТРЕБНОСТИ В ЖИРАХ НА СМЕШАННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРИБЛИЖЕННОМ К ИСКУССТВЕННОМУ:

6,5-7
7-8
8-9
8,5

НАЗОВИТЕ ПОТРЕБНОСТИ В УГЛЕВОДАХ РЕБЕНКА ОТ 0 ДО 3 МЕС. ПРИ СМЕШАННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ПРИБЛИЖЕННОМ К ЕСТЕСТВЕННОМУ:

- 14
- 13
- 15
- 14,5

НАЗОВИТЕ ПОТРЕБНОСТИ В УГЛЕВОДАХ ПРИ СМЕШАННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ПРИБЛИЖЕННОМ К ИСКУССТВЕННОМУ АДАПТИРОВАННЫМИ СМЕСЯМИ ДО ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМОВ:

- 15
- 13
- 14
- 15,5

НАЗОВИТЕ СРОКИ ВВЕДЕНИЯ 1 ПРИКОРМА ПРИ СМЕШАННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ПРИБЛИЖЕННОМ К ИСКУССТВЕННОМУ АДАПТИРОВАННЫМИ СМЕСЯМИ:

- 5-5,5 мес.
- 4-4,5 мес.
- 4,5-5 мес.
- 6-6,5 мес.

УКАЖИТЕ СМЕСИ, КОТОРЫЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЙ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ДОКОРМА ПРИ СМЕШАННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ:

- адаптированные
- неадаптированные
- цельное молоко
- лечебные смеси

РЕБЕНКУ 2 МЕСЯЦА, РОДИЛСЯ С МАССОЙ 4 КГ, НА СМЕШАННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, НА ОДНО КОРМЛЕНИЕ У МАТЕРИ 80,0 МЛ ГРУДНОГО МОЛОКА. НАЗНАЧИТЬ ОБЪЕМ ДОКОРМА:

- 60 мл
- 70 мл
- 80 мл
- 90 мл

НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ СМЕШАННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.

- заболевания матери
- анемия у матери
- повторная беременность у женщины
- гипогалактия

ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- полноценного питания
- употребления жидкости в малом количестве
- приема жидкости до и после кормления грудью
- приема дрожжевого напитка

КАКОЙ ВИД ВСКАРМЛИВАНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ОПТИМАЛЬНОЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА?

- грудное

искусственное неадаптированными смесями
искусственное смесями, обогащенными минеральными веществами и витаминами
смешанное

КАКОЙ САХАР ПРЕОБЛАДАЕТ В УГЛЕВОДАХ ГРУДНОГО МОЛОКА?

сахароза
мальтоза
β-лактоза
галактоза

СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКЕ У ДЕТЕЙ 1-4 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ПРИ СМЕШАННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

2-2,5 г/кг
3-3,5 г/кг
3,5-4,0 г/кг
до 2,4 г/кг

ПЮРЕ ФРУКТОВОЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ В ПИТАНИЕ РЕБЕНКА С

1,5-2 месяца
4 месяцев
3-3,5 месяцев
3 месяцев

ПРИКОРМ ВВОДИТСЯ НА НЕАДАПТИРОВАННЫХ СМЕСЯХ

в сроки по видам прикорма с использованием неадаптированных смесей
раньше на 2-3 недели при смешанном и искусственном вскармливании
позже на 2-3 недели при смешанном и искусственном вскармливании
раньше на 2 месяца при смешанном и искусственном вскармливании

СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИРАХ ПРИ ЛЮБОМ ВИДЕ ВСКАРМЛИВАНИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 7-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ

7 г/кг
6,5 г/кг
6 г/кг
5,5 г/кг

ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

полноценного питания
употребления жидкости в малом количестве
приема жидкости до и после кормления грудью
приема дрожжевого напитка

СКОЛЬКО РАЗ В ДЕНЬ СЛЕДУЕТ КОРМИТЬ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 4 МЕСЯЦЕВ ДО ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА?

7 РАЗ
6-5 раз
4 раз
3 раз

СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКЕ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА ПРИ СМЕШАННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

2 г/кг

2,5 г/кг

4 г/кг

3 г/кг

НА ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА ПЕРЕВОДЯТ, ЕСЛИ

грудное молоко отсутствует или составляет менее 1/5 суточного объема

грудное молоко составляет менее 1/3 суточного объема пищи

грудное молоко составляет более 1/3 суточного объема пищи

грудное молоко составляет более 1/5 суточного объема пищи

КИСЛОМОЛОЧНЫЕ СМЕСИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ПРЕСНЫХ ВСЕМ, КРОМЕ ОДНОГО

стимулируют секреторную деятельность кишечника

усиливают брожение

нормализуют флору кишечника

богаты витаминами группы В

ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРАВИЛАМ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

введение прикормов не соответствует тем же принципам, что и при естественном вскармливании

нельзя часто менять молочные смеси

лечебные смеси назначает врач

кисломолочные смеси должны составлять 1/2 суточного рациона

ЗА КАКОЕ ВРЕМЯ ОСВОБОЖДАЕТСЯ ЖЕЛУДОК РЕБЕНКА ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ:

2-3 часа

2,5-3,5 часа

3-4 часа

5-6 часов

ПОЧЕМУ ДЕТЯМ ДО ГОДА НЕ РЕКОМЕНДУЮТ КОРОВЬЕ МОЛОКО? (ВЫДЕЛИТЬ НЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ)

аллергизация белком коровьего молока

плохое усвоение железа

способствует диapedезным кровотечениям в кишечнике

вызывает дистрофию

ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРАВИЛАМ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

введение прикормов соответствует тем же принципам, что и при естественном вскармливании

можно часто менять молочные смеси, так как их состав примерно одинаков.

лечебные смеси назначают врач

кисломолочные смеси должны составлять часть суточного рациона

ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРАВИЛАМ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

введение прикормов соответствует тем же принципам, что и при естественном вскармливании

нельзя часто менять молочные смеси

лечебные смеси назначает врач

кисломолочные смеси должны составлять весь суточный рацион

ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРАВИЛАМ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

введение прикормов соответствует тем же принципам, что и при естественном вскармливании

нельзя часто менять молочные смеси

лечебные смеси выбирает сама мать

кисломолочные смеси должны составлять 1/2 суточного рациона

ПОЧЕМУ ДЕТЯМ ДО ГОДА НЕ РЕКОМЕНДУЮТ КОРОВЬЕ МОЛОКО? (ВЫДЕЛИТЬ НЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ)

- аллергизация белком коровьего молока
- плохое усвоение железа
- способствует диапедезным кровотечениям в кишечнике
- вызывает паратрофию

ПОЧЕМУ ДЕТЯМ ДО ГОДА НЕ РЕКОМЕНДУЮТ КОРОВЬЕ МОЛОКО? (ВЫДЕЛИТЬ НЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ)

- аллергизация белком коровьего молока
- плохое усвоение железа
- способствует диапедезным кровотечениям в кишечнике
- угнетает пищеварение

РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ 2 МЕСЯЦЕВ ПЕРЕВЕДЕН НА КОРМЛЕНИЕ МОЛОЧНЫМИ СМЕСЯМИ. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО КОРМЛЕНИЙ ЕМУ ПОКАЗАНО?

- 5 кормлений
- 6 кормлений
- 7 кормлений
- 10 кормлений

ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ НЕ ВОЗНИКАЕТ:

- развитие аллергии у ребенка
- стимуляция желудочной секреции
- ограничение психо-эмоционального контакта матери и ребенка
- замедление биологического созревания организма ребенка

Масса ребенка 3500 гр., на искусственном вскармливании. Возраст 2 мес. Какова потребность в углеводах?

- 13 г/кг
- 14г/кг
- 15г/кг
- 6г/к

РЕБЕНОК 1 МЕС. НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. КАКОВА ЕГО ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ НА АДАПТИРОВАННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ?

- 1,5 г/кг
- 2г/кг
- 3г/кг
- 3,5г/кг

РАЗВЕДЕНИЕ КОРОВЬЕГО МОЛОКА ВОДОЙ ПРИ ПРИГОТОВЛЕНИИ НЕАДАПТИРОВАННЫХ СМЕСЕЙ ОБОЗНАЧАЕТСЯ:

- буквами
- цифрами
- буквами и цифрами
- имеет промышленное название

РАЗВЕДЕНИЕ КОРОВЬЕГО МОЛОКА КРУПЯНЫМИ ОТВАРАМИ ПРИ ПРИГОТОВЛЕНИИ НЕАДАПТИРОВАННЫХ СМЕСЕЙ ОБОЗНАЧАЕТСЯ

буквами

цифрами

буквами и цифрами

имеет промышленное название

РЕБЕНКУ 1 ГОД, НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. КАКОВ СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ?

800 мл

1500 мл

1100 мл

1300 мл

ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМОВ С 6 МЕСЯЦЕВ НЕ ОСНОВАНО НА СЛЕДУЮЩЕМ ПОЛОЖЕНИИ; поступление пищевых веществ с женским молоком становится недостаточным для растущего организма

ребенок хорошо адаптируется к питанию более плотной пищей

органы пищеварения достигают определенной зрелости для переваривания новой пищи

уменьшается лактация у матери

РАЗВИТИЕ КАКИХ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЭФФЕКТОВ ВОЗМОЖНО ПРИ РАННЕМ ВВЕДЕНИИ ПРИКОРМОВ (ДО 3 – 4 МЕС.)?

рахита

запоров

аллергические реакции

анемия

РАЗВИТИЕ КАКИХ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЭФФЕКТОВ ВОЗМОЖНО ПРИ РАННЕМ ВВЕДЕНИИ ПРИКОРМОВ (ДО 3 – 4 МЕС.)?

рахита

дисбиоза кишечника

диспепсия

анемия

РАЗВИТИЕ КАКИХ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЭФФЕКТОВ ВОЗМОЖНО ПРИ РАННЕМ ВВЕДЕНИИ ПРИКОРМОВ (ДО 3 – 4 МЕС.)?

рахита

запоров

аллергических реакций

анемия

ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМОВ С 6 МЕСЯЦЕВ НЕ ОСНОВАНО НА СЛЕДУЮЩЕМ ПОЛОЖЕНИИ; поступление пищевых веществ с женским молоком становится недостаточным для растущего организма

ребенок хорошо адаптируется к питанию более плотной пищей

органы пищеварения достигают определенной зрелости для переваривания новой пищи

в женском молоке избыток белка

ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМОВ С 6 МЕСЯЦЕВ НЕ ОСНОВАНО НА СЛЕДУЮЩЕМ ПОЛОЖЕНИИ; поступление пищевых веществ с женским молоком становится недостаточным для растущего организма

ребенок хорошо адаптируется к питанию более плотной пищей

органы пищеварения достигают определенной зрелости для переваривания новой пищи

в женском молоке избыток жира.

ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМОВ С 6 МЕСЯЦЕВ НЕ ОСНОВАНО НА СЛЕДУЮЩЕМ ПОЛОЖЕНИИ;
поступление пищевых веществ с женским молоком становится недостаточным для растущего организма

ребенок хорошо адаптируется к питанию более плотной пищей

органы пищеварения достигают определенной зрелости для переваривания новой пищи

в женском молоке избыток углеводов.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМОВ ПРИ ВСЕХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ
одинаковое

меняется порядок при искусственном

меняется порядок при смешанном

меняется порядок при естественном

ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРИНЦИПАМ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМОВ?

каждый вид прикорма вводят постепенно

первый прикорм вводят с 6 месяцев

прикорм дают до кормления грудью

можно вводить несколько продуктов одновременно

РЕБЕНКУ 6 МЕС., НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. КОЛИЧЕСТВО ПРИКОРМОВ В РАЦИОНЕ?

1 прикорм

2 прикорма

не введен

3 прикорма

ЦЕЛЬ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМОВ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.

коррекция витаминов

коррекция белков

переход на другой вид пищи

коррекция объема

НАЗОВИТЕ СРОКИ ВВЕДЕНИЯ 1 ПРИКОРМА ПРИ ИСКУССТВЕННОМ АДАПТИРОВАННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ:

5-5,5 мес.

4-4,5 мес.

4,5-5 мес.

6-6,5 мес.

ВОЗРАСТ ВВЕДЕНИЯ ПЕРВОГО ПРИКОРМА НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

5 месяцев

6 месяцев

4 месяца

3 месяца

ПЕРВЫМ ПРИКОРМОМ РЕКОМЕНДУЮТ:

кашу

овощное пюре

творог

мясо

МЯСНЫЕ ПАРОВЫЕ КОТЛЕТЫ РЕКОМЕНДОВАНЫ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ:

6 месяцев

7 месяцев

8 месяцев

9 месяцев