Ситуационные задачи

Задача №1

К Вам на процедуру антицеллюлитного массажа пришла – женщина И. Б., 30 лет, продавец. Имеет рост 167 см, массу тела 70 кг, окружность грудной клетки – 102 см. Средняя толщина кожно-жировой складки – 13 мм. Хочет избавиться от целлюлита. В процессе сбора анамнеза - выяснилось наличие хронического гастрита.

Задание:

1. Дайте рекомендации по назначению лечебной диеты, в зависимости от наличия заболевания.

2. Какие продукты нужно исключить, а какие ввести в рацион питания?

ОТВЕТ: Задача №1 Диета № ОВД 2 Показания

Хронический гастрит с секреторной недостаточностью, хронический энтерит, колит без признаков обострения заболевания, при отсутствии заболеваний печени, поджелудочной железы.

Целевое назначение:Механическое щажение желудка, химическая стимуляция выработки желудочного сока.

Общая характеристика:Диета физиологически полноценная, с исключением продуктов и блюд, «тяжелых» для желудочно-кишечного тракта, трудноперевариваемых (жирные сорта мяса, рыбы, продукты, включающие грубую клетчатку). Рекомендуются блюда из нежирных сортов рыбы и мяса, творог, кисломолочные продукты, овощи, фрукты, ягоды.

Кулинарная обработка: Применяются различные степени измельчения и тепловой обработки (отваривание, запекание, обжаривание без панировки).

Химический состав: Белки 100 - 120 г, жиры 100 - 120 г, углеводы 400 - 450 г, поваренная соль до 15 г; калорийность 3000 - 3500 ккал.

Режим питания: 4 - 5 раз в сутки.

Задача №2

К Вам на маникюр пришла женщина 25 лет. В процессе сбора анамнеза – вы узнали о наличие беременности, сроком -20 недель и язвенной болезни. Длина тела 168 см, масса тела 64 кг, окружность грудной клетки – 96 см.

Задание:

1. Дайте рекомендации по назначению лечебной диеты, в зависимости от наличия заболевания.

2. Какие продукты нужно исключить, а какие ввести в рацион питания?

3. Ответ Задача №2 Диета № 1 Показания: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронические гастриты и гастродуодениты с сохраненной и повышенной секрецией.

Целевое назначение: Ограничение механических, химических, термических раздражителей желудка и двенадцатиперстной кишки (слизистой оболочки, нервно-рецепторного аппарата), торможение избыточной выработки желудочного сока, нейтрализация избыточно выделившейся соляной кислоты, стимуляция процессов репарации (восстановления) слизистой оболочки.

Общая характеристика: Диета содержит достаточное для нормальной жизнедеятельности, физиологически обоснованное количество белков, жиров, углеводов; ограничивается содержание поваренной соли, веществ, механически и химически раздражающих слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, стимуляторов выработки желудочного сока, продуктов и веществ, длительно задерживающихся в желудке. Исключается грубая клетчатка.

Кулинарная обработка:Пищу готовят на пару или варят. Применяется тщательная механическая обработка - продукты измельчаются (пропускаются через мясорубку, протираются). Рыбу и мясо негрубых сортов допускается использовать куском. Разрешается потребление копченых продуктов без грубой корки.

Химический состав:Белки 100 - 120 г, жиры 100 - 120 г, углеводы 400 - 450 г, поваренная соль 8 - 10 г; калорийность 3000 - 3500 ккал.

Режим питания 4 - 5 раз в сутки.

Задача №3

На массаж воротниковой зоны пришла Н.В. – женщина, 32 года, преподаватель ВУЗа, имеет рост 165 см, массу тела 59 кг, окружность грудной клетки – 96 см. Последний год жалуется на быструю утомляемость, раздражительность, нарушение сна, головокружения. Отмечается частые простудные заболевания, повышенное выпадение волос, кровоточивость десен во время чистки зубов, снижение аппетита. Последние 2 года старается похудеть, с этой целью перепробовала десятки диет, но стойкого эффекта не наблюдает.

Задание:

1. Дайте рекомендации по рациональному питанию, в зависимости от наличия заболевания.

2. Какие продукты нужно исключить, а какие ввести в рацион питания?

Ответ Задача №3

Диета № 11 Показания:Туберкулез легких, костей, лимфатических узлов, суставов при нерезком обострении или его затухании, при пониженной массе тела (истощение после инфекционных болезней, операций, травм).

Целевое назначение:Это улучшение питания организма, повышение его защитных сил, усиление восстановительных процессов в пораженном органе.

Общая характеристика:Это диета с повышенной калорийностью, увеличивающая содержание в организме животных белков, липотропных веществ, кальция, фосфора и витаминов. Режим питания: 5 раз в день.

Кулинарная обработка: Все виды.

Химический состав:Химический состав: белки — 110—130 г (60 % животные), жиры — 100—120 г (20—25 % растительные), углеводы — 400—450 г, поваренная соль — 15 г, свободная жидкость — 1,5 л. Энергоценность — 3000—3400 ккал

Задача №4

К Вам на массаж спины пришла женщина 45 лет. В ходе сбора анамнеза было выяснено, что женщина страдает ожирением 3 степени, жалуется на отеки ног по вечерам, боли в коленных суставах.

Задание:

1. Дайте рекомендации по назначению лечебной диеты, в зависимости от наличия заболевания.

2. Какие продукты нужно исключить, а какие ввести в рацион питания?

ответ Задача №4Диета № 8 Показания Ожирение.

Целевое назначение:Цель назначения лечебной диеты /стола/ №8— воздействие на обмен веществ для устранения избыточных отложений жира. Диета обеспечивает снижение калорийности рациона за счет ограниченного потребления сахаров, которые быстро усваиваются и переходят в организме в жир.

Характеристика лечебной диеты:В диете уменьшена энергоценность рациона за счет углеводов, легкоусвояемых жиров (в основном животных) при нормальном или незначительно повышенном содержании белка; ограничены свободная жидкость, поваренная соль и возбуждающие аппетит продукты и блюда. Пища теплая, блюда готовят вареные, тушеные, запеченные. Режим питания: 5—б раз в день. В рационе уменьшается количество жиров животного происхождения и повышается до 50% доля растительных масел, которые активируют процессы расходования жира в организме. Пища должна содержать много неусвояемых углеводов (клетчатки, геми-целлюлоз), чтобы обеспечить чувство насыщения. Из рациона исключают продукты и блюда, возбуждающие аппетит. Диета предусматривает ограничение соли и жидкости.

Кулинарная обработка:Пищу готовят, используя в основном варку, припускание, тушение, реже запекание.

Химический состав Химический состав: белки — 89 г, жиры — 45 г, углеводы — 104 г; поваренная соль — 5—10 г, свободная жидкость — 1—1,2 л. Энергоценность — 1700—1800 ккал.

Рекомендуемые продукты и блюда: Хлеб и мучные изделия. Хлеб черный, пшеничный и мучные изделия с отрубями. Количество хлеба ограничивают до 150 г в день. Если масса тела не уменьшается, то потребление хлеба сокращают.

Супы. Преимущественно вегетарианские овощные, фруктовые из несладких плодов и ягод с ксилитом; 2—3 раза в неделю овощные на слабых бульонах. Норма супа 250 г.

Блюда и гарниры из овощей. Блюда из отварных и припущенных, запеченных овощей (капусты белокочанной и цветной, кабачков, тыквы, репы, помидоров, баклажанов). Блюда из картофеля, свеклы, моркови, брюквы, зеленого горошка в ограниченном количестве (не более 200 г в день). Ограничивают соленые и маринованные овощи.

Блюда и гарниры из круп и макаронных изделий. Можно использовать каши, отварные макаронные изделия, запеканки, пудинги с добавлением овощей и плодов, но в ограниченном количестве за счет уменьшения хлеба. Из круп целесообразно использовать гречневую и овсяную. Блюда из мяса, птицы, кролика, морепродуктов. Отварные куском с последующим тушением, запеканием или жаркой. Отварные язык, печень (ограниченно).

Яйца. 1—2 шт. в день; вкрутую, белковые омлеты.

Молоко, молочные продукты и блюда из них. Молоко и кисломолочные продукты; творог полужирный и блюда из него. Сметана ограниченно в блюда.

Холодные блюда и закуски. Винегреты, салаты из свежих и квашеных овощей, икра овощная, салаты из морепродуктов, мясо, рыба заливные, сельдь вымоченная, студень говяжий. Плоды. Ягоды, желе, муссы, компоты.

Соусы и пряности. На слабых овощных отварах, слабых бульонах; укроп, петрушка, ванилин, корица. Напитки и соки. Чай, кофе черный и с молоком, соки из овощей, малосладких плодов и ягод, отвар шиповника

Исключают: изделия из сдобного и слоеного теста; крепкие бульоны, молочные супы с манной крупой, рисом, макаронными изделиями; супы картофельные, крупяные с макаронными изделиями; сливки, соленые сыры, соленые и маринованные овощи, виноград, изюм, бананы, инжир, финики, сладкие соки.

Задача №5

К вам на педикюр пришла женщина 55 лет. В процессе беседы во время процедуры пожаловалась на частые запоры.

Задание:

1. Дайте рекомендации по назначению лечебной диеты, в зависимости от наличия заболевания.

2. Какие продукты нужно исключить, а какие ввести в рацион питания?

Ответ Задача №5

Диета № 3Показания Хронические заболевания кишечника с наличием запоров (в связи с понижением возбудимости нервно-мышечного аппарата кишечника).

Целевое назначение Стимулировать перистальтику кишечника.

Общая характеристика Диета физиологически полноценная, с повышенным содержанием механических стимуляторов моторной функции кишечника (клетчатка), с исключением продуктов, способствующих гнилостным, бродильным процессам в кишечнике. Используется мясо, рыба, молочные продукты, овощи, крупы.

Кулинарная обработка:Продукты измельчаются, отвариваются или приготовляются на пару. Овощи, фрукты предлагаются как в сыром, так и в вареном виде. Используются сорта овощей, фруктов, ягод, стимулирующих эвакуаторную функцию кишечника (свекла, морковь, яблоки, груши, абрикосы, курага, урюк и др.).

Химический состав:Белки 100 - 120 г, жиры 100 - 120 г, углеводы 400 - 450 г, поваренная соль 12 - 15 г; калорийность 3000 - 3500 ккал.

Задача №6

К вам на процедуру пилинга - лица пришла женщина Н. А. 38 лет. В ходе сбора анамнеза было выяснено наличие хронического холецистита.

Задание:

1. Дайте рекомендации по назначению лечебной диеты, в зависимости от наличия заболевания.

2. Какие продукты нужно исключить, а какие ввести в рацион питания?

Ответ Задача №6

Диета № 5 Показания

Заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы.

Целевое назначение

Максимальное щажение печени, стимуляция восстановительных (репаративных) процессов, желчевыделения, разгрузка жирового, холестеринового обмена.

Общая характеристика

Диета физиологически полноценная, исключаются сильные стимуляторы секреции пищеварительных соков - экстрактивные вещества, продукты, содержащие эфирные масла (лук, чеснок, редис), жареные, содержащие элементы неполного расщепления жира (акролеины, альдегиды), тугоплавкие жиры, продукты, богатые холестерином, пуринами. Диета богата фруктами, овощами, что способствует желчевыделению, выведению холестерина, а также продуктами, содержащими липотропные вещества (творог).

Кулинарная обработка

Отваривание, приготовление на пару, после чего разрешается запекать в духовом шкафу; измельчение не обязательно.

Химический состав

Белки 100 - 110 г, жиры 80 - 100 г, углеводы 400 - 450 г, поваренная соль 8 - 10 г; калорийность – 2800 - 3200 ккал.

Задача №7

К Вам на процедуру обертывания пришла женщина 35 лет П. В.. В процессе составления карточки клиента, выяснилось наличие заболевания - сахарный диабет, женщина только недавно узнала о наличии у нее такого заболевания.

Задание:

1. Дайте рекомендации по назначению лечебной диеты, в зависимости от наличия заболевания.

2. Какие продукты нужно исключить, а какие ввести в рацион питания?

Ответ Задача №7

Диета № 9 Показания Сахарный диабет.

Целевое назначение:Нормализация углеводного и жиролипоидного обмена.

Общая характеристика:Содержание белков в количестве, превышающем физиологическую норму, ограничение жиров, углеводов, поваренной соли.

Кулинарная обработка:Обычная, преимущественно отваривание, приготовление на пару.

Химический состав:Белки 100 - 120 г, жиры 70 г, углеводы 300 г, поваренная соль 5 - 10 г; калорийность – 2000 - 2600 ккал.

Примечание: При использовании сахароснижающих препаратов количество углеводов в рационе (особенно после введения инсулина) увеличивается.

Задача 8 .Составьте план диетологической коррекции с подробным обоснованием женщине 59 лет. Предположительный диагноз: «Дискинезия кишечника по гипоническому типу».Сопутствующий диагноз фурункулез

Ответ к задаче 8. Дискинезия кишечника с синдромом запора — наиболее частый клинический вариант, встречающийся у 2/з больных гастроэнтерологического профиля.

Длительное психоэмоциональное напряжение, стремительный темп жизни, прогрессирующая гиподинамия в сочета¬нии с нерегулярным, разбалансированным питанием, богатым рафинированными продуктами (белый хлеб, сахар, животный жир, сладости, консервиро¬ванные белковые продукты) являются основными причинами функциональной гипокинезии толстой кишки и запоров. Поэтому устранение этих патогенных факторов нередко приводит к полному выздоровлению.кишечника динертикулеза, дивертикулита, злокачественного новообразования тол¬стой кишки. Поэтому дискинезия ки¬шечника Больному рекомендуется диета ОВД № 3. Диета физиологически полноценная, с нормальным содержанием белков, жи¬ров, углеводов, с включением продуктов, богатых пищевыми волокнами, обладаю¬щими способностью, с одной стороны, усиливать перистальтику кишечника, а с другой — угнетать бродильные и гнилостные процессы и восстанавливать микробиоценоз толстой кишки.

Химический состав диеты: белков 85-90 г (55 % животных), жиров 70-80 г(25—30 % растительных), углеводов 300—330 г. ЭЦ — 2170—2400 ккал. Пова¬ренная соль 6—8 г. Общее количество жидкости 1,5 л. Содержание витаминов и минеральных солей соответствует фи¬зиологической норме. Содержание пи¬щевых волокон 25 г. Хорошим источни¬ком пищевых волокон является отруб¬ный хлеб, хлеб "русский", докторские хлебцы, натуральные пищевые пшенич¬ные отруби (30—40 г) в день, добавляе¬мые в первое блюдо или заваренные ки¬пятком и набухшие, включенные в гар¬нир второго блюда .Диета назначается на длительный срок до полного восстановления моторной функции толстой кишки и ликвидации запора.

Показанияк назначении диеты ОВД № 3 : хронические заболевания кишечника с преобладанием синдрома дискинезии (запоров) в период нерезкого обострения и ремиссии, а также сочетании этих заболеваний с поражением желудка, печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы.

Целевое назначение: обеспечить полноценное питание при хронических заболеваниях кишечника с синдромом запоров, способствовать восстановлению нарушенных функций кишечника, стимулировать процессы регенерации слизистой.

Общая характеристика диеты. Диета содержит физиологическую квоту белков и углеводов и несколько по¬вышенное количество жира (растительного). Кроме того, она включает повышенное количество механических и хи¬мических стимуляторов моторной функ¬ции кишечника с исключением продуктов и блюд, усиливающих процесы брожения и гниения в кишечнике, богатых эфирными маслами, холестерином, про¬дуктов расщепления жира, образующих¬ся при жарении альдегидов и акролеинов.

Кулинарная обработка: пища дается в неизмельченном виде, приготов¬ленная на пару или отваренная в воде. Овощи и фрукты в сыром и вареном виде.

Задача 9 Составьте примерное меню липотропной диеты для пациентки 65лет, данные исследования крови которой подтверждают гиперхолестеринемию и дислипидемию. Сопутствующий: Псориаз Ответ к задаче 9.

Примерное меню липотропной диеты НКД (ЭЦ1340-1550 ккал)

 Выход, Белки, г Жиры, г Углево-ды, г

Первый завтрак

Белковый омлет (из 2 яиц) НО 8,2 6,4 3,3

Молоко (I стакан) 200 5,6 7,0 9,0

Второй завтрак

Кисель фруктовый 180 0,18 - 36,3

Обед

Суп слизистый молочный 400 7,7 15,7 21,2

Рыбное суфле паровое с

 растительным маслом 180 20,4 14,6 5,9

Желе фруктовое 126 2,6 - 23,4

Полдник

Отвар шиповнинка(I стакан) 180 - — —

УЖИН

Суфле рыбное с растительным маслом 180 20,4 14,6 5,9

Каша овсяная молочная протертая 300 9,7 12,2 42,5

Кисель фруктовыи 180 0,18 — 36,3

На ночь

Молоко (1 стакан) 200 5,6 7,0 9,0

На весь день

Сахар 25 — \_ 24,9

Всего: 80 78 218

Задача 10 Составьте план диетологической коррекции пациентке 29 лет с диагнозом «Ревматизм 1, неактивная фаза, возвратный ревмокардит, латентно текущий, НК0»Атопический дерматит

Ответ к задаче 10

Ревматизм с малой степенью активности процесса (вяло и латентно текущий возвратный ревмокар¬дит) без нарушения кровообращения, ревматизм в неактивной фазе и в фазе за¬тухающего обострения является показанием к назначению диеты ВБД №10б.

Целевое назначение диеты. Повысить иммунологическую реактивность организма, уменьшить воспали¬тельные явления в соединительной тка¬ни, снизить или купировать явления гиперергии, улучшить метаболические про¬цессы в миокарде и сосудистой стенке.

Общая характеристика. Диета с повышенным содержанием полноценного белка, ограничением углеводов, главным образом легко всасываемых экстрактивных веществ, поваренной соли и обеспечением потребности организма в витаминах С, Р, РР и группы В.

Кулинарная обработка. Все блюда готовят без соли. Мясо и рыбу дают в отварном виде, можно слегка обжаривать или запекать их после отваривания. Овощи дают в разваренном и сыром виде. Температура пищи обычная.

Число приемов пищи — 5—6 раз вдень.

Химическийсостав диеты. Белков 120 г (из них 50 % животного происхождения), жиров 100 г, углеводов 300 г. Энергетическая ценность — 2600 ккал. Поваренной соли 3—5 г (дают на руки больному).

Масса рациона около 2,5 кг. Общее количество свободной жидкости до 1,5 л (включая первое блюдо.

11.Составьте план диетологической коррекции с подробным обоснованием мужчине 49 лет. Предположительный диагноз: «Дискинезия кишечника по гипертоническому типу».сопутств атопический дерматит

**Ответ к задаче** Дискинезия кишечника с синдромом запора наиболее частый клинический вариант, встречающийся у 2/з больных гастроэнтерологического профиля.

Длительное психоэмоциональное напряжение, стремительный темп жизни, прогрессирующая гиподинамия в сочетании с нерегулярным, разбалансированным питанием, богатым рафинирован­ными продуктами (белый хлеб, сахар, животный жир, сладости, консервиро­ванные белковые продукты) являются основными причинами функциональной гипокинезии толстой кишки и запоров. Поэтому устранение этих патогенных факторов нередко приводит к полному выздоровлению.кишеч­ника динертикулеза, дивертикулита, злокачественного новообразования тол­стой кишки. Поэтому дискинезия ки­шечника Больному рекомендуется диета ОВД № 3. Диета физиологически полноценная, с нормальным содержанием белков, жи­ров, углеводов, с включением продуктов, богатых пищевыми волокнами, обладаю­щими способностью, с одной стороны, усиливать перистальтику кишечника, а с другой — угнетать бродильные и гнилостные процессы и восстанавливать микробиоценоз толстой кишки.

Химическийсоставдиеты: белков 100 г (55 % животных), жиров 90 г(25—30 % растительных), углеводов 350—400 г. ЭЦ — 2600—2800 ккал. Поваренная соль 6—8 г. Общее количество жидкости 1,5 л. Содержание витаминов и минеральных солей соответствует фи­зиологической норме. Содержание пи­щевых волокон 25 г. Хорошим источником пищевых волокон является отруб­ный хлеб, хлеб "русский", докторские хлебцы, натуральные пищевые пшенич­ные отруби (30—40 г) в день, добавляе­мые в первое блюдо или заваренные ки­пятком и набухшие, включенные в гарнир второго блюда. Диета назначается на длительный срок до полного восстановления моторной функции толстой кишки и ликвидации запора.

Показанияк назначении диеты ОВД № 3 : хронические заболевания кишечника с преобладанием синдрома дискинезии (запоров) в период нерезкого обострения и ремиссии, а также сочетании этих заболеваний с поражением желудка, печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы.

Целевое назначение: обеспечить полноценное питание при хронических заболеваниях кишечника с синдромом запоров, способствовать восстанов­лению нарушенных функций кишечни­ка, стимулировать процессы регенерации слизистой.

 **Ситуационные задачи**

**Задача 1**. На обследование в клинику направлен мальчик 13 лет с жалобами на избыточный вес, частые головные боли, головокружение, утомляемость. Со слов мамы, мальчик начал полнеть с 7-летнего возраста, однако за последние 1,5 года отмечается особенно большая прибавка в массе. Головная боль и головокружение беспокоят в течение года. Из семейного анамнеза известно, что избыточный вес имеют мать, отец, бабушка мальчика по материнской линии. У матери ребенка - повышенное АД, у бабушки - сахарный диабет 2 типа. В рационе семьи преобладают мучные, макаронные изделия, картофель. Часто - выпечка. Объективно: рост ребенка - 171 см, масса - 92 кг. Избыточное неравномерное отложение подкожно-жировой клетчатки: преимущественно на груди, животе. Фолликулит, цианотический оттенок кожи на предплечьях, кистях рук, бедрах, ягодицах. На коже груди, живота - яркие багрово-синюшные стрии. Дистальный гипергидроз. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 80 в мин. АД - 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул оформленный, регулярный. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Длинник яичек - 3,5 см. Формула пубертата: А2 Р2 L1 V1 F0.

1. Наиболее вероятный диагноз

2. Назовите основные клинико-патогенетические формы заболевания.

3. План обследования

4. Дифференциальная диагностика

5. План лечения

 **Эталон ответа к задаче** 1: 1. Гипоталамический синдром пубертатного периода, ожирение 3 степени (избыток массы >50%). В пользу данного диагноза свидетельствуют: особенно значительная прибавка в массе с началом полового созревания, высокая степень ожирения. С началом пубертата появились проявления гипоталамического (диэнцефального) синдрома: фолликулит, стрии, повышение АД, сопровождающееся головными болями, головокружением, проявлениями вегетативной дисфункции.

2. А. Первичное ожирение: 1). Конституционально-экзогенное: простая, переходная, осложненная формы. 2). Алиментарное. Б. Вторичное ожирение: 1). церебральное 2). диэнцефальное 3). эндокринное. В. Смешанное. Г. Редкие формы.

 3. План обследования должен включать: краниограмму (состояние турецкого седла, признаки внутричерепной гипертензии) сахар крови натощак, тест толерантности к глюкозе, биохимический анализ крови (липидный спектр), ЭКГ, Эхоэнцефалоскопия, электроэнцефалография, Осмотр глазного дна, определение полей зрения, консультации невропатолога, отоларинголога.

3.Дифференциальный диагноз необходимо проводить:

 **А. с синдромом Иценко-Кушинга**, Б. с адипозо-генитальной дистрофией. В. с алиментарным ожирением. А. У ребенка нет задержки роста, а имеется опережение (рост выше среднего), нет замедления полового созревания, нет характерного перераспределения подкожножирового слоя («лунообразное» лицо, преимущественно в области шеи и туловища).

 **Б. Нет характерного поясного отложения жира («фартук»),** нет задержки роста, нет задержки пубертата, напротив - отмечается некоторое опережение средних темпов пубертата.

В. При алиментарном ожирении избыток массы отмечается с раннего возраста, как правило ожирение невысокой - 1-й или 2-й степени. Нет признаков диэнцефального синдрома.

5. Терапия: Диета субкалорийная. Рациональная психотерапия, коррекция пищевого поведения в семье ,ЛФК, массаж. При наличии текущего воспалительного процесса (энцефалит, арахноидит), и в случаях выявления других очагов инфекции (носоглотка) - курс антибактериальной терапии (парентерально). При наличии симптомов повышения внутричерепного давления (краниограмма, эхоэнцефалоскопия) - дегидратационная терапия (диакарб, верошпирон). Ноотропные препараты (пирацетам и др.) Препараты, нормализующие церебральное кровообращение (кавинтон, винпоцетин, циннаризин). Витаминотерапия (В1, В6, РР, В12).

**Задача №2.**

Больная Л., 32 лет. Жалуется на избыточную массу тела, повышенную утомляемость, периодическую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема пищи. Аппетит нормальный. Ограничения в питании переносит хорошо. Масса тела значительно увеличилась 5 лет тому назад после родов. Предрасположена к полноте с детства. Развивалась нормально. Менструации с 15 лет, регулярные. Любит мучные изделия, сладости. Отец и мать страдают ожирением. Младший брат обычной упитанности. Объективно: рост  168 см, масса тела  96 кг. Отложение подкожной жировой клетчатки равномерное. Кожа обычной окраски и влажности. Щитовидная железа не увеличена, при пальпации мягко-эластичная, безболезненная, подвижная. Пульс  78 ударов в мин., ритмичный. АД  128/80 мм.рт.ст. Левая граница относительной сердечной тупости в V межреберье на 1см. кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см, болезненный. Симптомы Ортнера, Кера положительные. Диурез в норме, стул со склонностью к запорам.

OАК: Hb 115г/л, эр 5,0 Е/л, L 9,5 г/л, п/я 2%, с/я 50%, э 2%, л 38%, м 8%.

Биохимический анализ крови: общ. белок -55,0 г/л, глюкоза -4,4 ммоль/л, холестерин -4,7 ммоль/л, К-6,0 ммоль/л, Na- 130,0 ммоль/л, щ.ф.-243 ед, β-липопротеиды-30 ед, Ca -2,6 ммоль/л, Р- 1,82 ммоль/л, АСТ-1,3 ммоль/л, АЛТ -1,6 ммоль/л.

Стандартный тест толерантности к глюкозе: натощак 5.5 ммоль/л, через 2 часа  8.5 ммоль/л.

1.Поставьте предварительный диагноз

2.Составьте план обследования

3.Укажите основные принципы лечения

**Ответ к задаче № 2**

1. Предварительный диагноз:Конституционально-экзогенное ожирение III степени, медленно-прогрессирующее течение. Осложнения: Нарушение толерантности к углеводам.

2. План обследования: МРТ головного мозга, определение липидного спектра, определение уровня инсулина, ТТГ, св.Т4, пролактин, кортизол, ЭКГ.

3. Лечение: Диета: с ограничением рафинированных углеводов, исключение вкусовых приправ и экстрактивных веществ. Применение продуктов с высоким содержанием клетчатки, способствующей быстрому насыщению, ускорению прохождения пищи через кишечник и тем самым уменьшению всасывания питательных веществ. Обязательно включение растительных жиров, дробные приемы пищи  56 раз в день. Применение разгрузочных дней: фруктово-овощных, рыбных, мясных, кефирных и т.д. Расчет суточного калоража: суточная потребность в ккал без учета затрат на трудовую деятельность = 15 ккал (при ожирении III степени) вес тела (96 кг), что составляет 1440 ккал. Кроме того, от данного значения потребуется 1/6 часть на восполнение энергетических затрат при выполнении очень легкой работы (240 ккал). Таким образом, суточная калорийность для данной пациентки должна быть не более 1680 ккал. Причем суточное содержание углеводов - не более 100 г, жиров 8090 г при достаточном содержании белков 120г, витаминов, минеральных веществ. Назначение препаратов группы бигуанидов (производные метформина: глюкофаж, сиофор, формин-плива). При отсутствии эффекта снижения массы тела . В динамике возможно использование препаратов центрального действия (сибутрамин), ингибиторов кишечной липазы (ксеникал).

**Задача №3.**

Больная Л., 40 лет. Жалобы на головные боли, снижение остроты зрения, лабильность настроения, сонливость, периодическую гипертермию при отсутствии катаральных проявлений, жажду, повышенный аппетит, особенно во второй половине дня, чувство голода ночью. Нарушения менструальной функции (опсоменорея). Указанные жалобы возникли 6 лет назад без видимых причин. С этого времени начала увеличиваться масса тела (с 76 до 112 кг в настоящее время при росте 168 см).

Объективно. Распределение подкожно-жировой клетчатки по верхнему типу. Отмечается пастозность лица, гирсутизм, жирная себорея, трофические нарушения кожи, мелкие розовые стрии на бедрах, животе, гиперпигментация шеи, локтей, лимфостаз нижних конечностей. АД150/90 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: левая на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии, правая  в IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко ослаблены, акцент II тона над легочным стволом. Дыхание везикулярное, ослабленное. ЧДД  24 в минуту с периодами апноэ. Живот увеличен в объеме, вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Щитовидная железа не пальпируется.

OАК: Hb 115г/л, эр 3,4 Е/л, L 9,3 г/л, п/я 4%, с/я 58%, эоз 3%, л 48%, м 5%, СОЭ 12 мм/ч.

ОАМ: цвет желтый, прозрачный, уд. вес 1020, рН 6,0, белок-отр., сахар отр., ацетон отр.

Биохимический анализ крови: общий белок 62,7 г/л, общ. билирубин 7,0 мкмоль/л, прямой 0 мкмоль/л, сахар 6,6 ммоль/л, К 3,9 ммоль/л, Na 140,0 ммоль/л, холестерин крови8,8 ммоль/л, триглицериды  2,8;

Гормональное исследование крови: Прл-765 мкМЕ/л, ТТГ- 0,45 мкМЕ/мл, Т4св.- 20,1 мкМЕ/мл

ЭКГ: высокие заостренные зубцы Р и Т, экстрасистолия, синусовая тахикардия 115 уд в мин.

1.Поставьте предварительный диагноз

2.Составьте план обследования

3.Укажите основные принципы лечения

**Ответ к задаче № 3:**

1. Предварительный диагноз: Гипоталамическое ожирение. Болезнь Иценко-Кушинга? Сердечно-легочная недостаточность. Недостаточность кровообращения IIA.

2. План обследования: МРТ головного мозга, надпочечников, определение уровня АКТГ, кортизол в крови, кортизол в суточной моче, малая и большая дексаметазоновая пробы.

3. Лечение: дегидратационная терапия, витаминотерапия, препараты, снижающие инсулинорезистентность

При подтверждении болезни или синдрома Иценко-Кушинга - ингибиторы стероидогенеза, транссфеноидальная аденоэктомия, протонотерапия на область гипофиза, односторонняя (двусторонняя) адреналэктомия.

**Задача №4.**

Пациент 13л. поступил в эндокринологическое отделение с жалобами на периодически возникающие головные боли, избыточную массу тела, снижение успеваемости в школе, эпизодическую жажду. Объективно: рост 159 см, вес 75,4 кг. Кожа бледно-розовой окраски, повышенной влажности в естественных складках. Подкожно- жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, увеличение молочных желез, железистая ткань не пальпируется, признаков эстрогенизации нет. Щитовидная железа не увеличена, при пальпации мягко-эластичная, безболезненная, подвижная. Дыхание везикулярное, ритмичное. Пульс  58 ударов в мин., ритмичный. АД  115/75 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот увеличен в размерах, пальпация затруднена. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненный, плотноват. Диурез регулярный, стул со склонностью к запорам.

ОАК: Нв-111 г/л, эр 4,05Т/л, Цв. П. 0,82, L 6,8 х103 г/л, Тром. 144 г/л, э 4 %, с 35 %, л 55 %, м 6 %, СОЭ7мм/ч

Б/х крови: белок 81,5 г/л, билирубин 15,0 мкмоль/л, непрямой  14 ммоль/л, глюкоза 5,7 ммоль/л, холестерин 4,8 ммоль/л, бета  липопротеиды 57 ед, АСТ 25 ммоль/л, АЛТ 29 ммоль/л, щелочная фосфатаза  110 Е/л, ТГЦ  2,53 ммоль/л, С-реакт. белок отр.

Гормональный статус: Пролактин  629 мМЕ/л (N - 67-726 мМЕ/л), Кортизол  296,0 нмоль/л (N 150660 нмоль/л), ТТГ  6,2 мМЕ/л (N 0,3-4,0 мМЕ/л), Т4 св. - 12,5 пг/мл (N 8,0-19,0 пг/мл),

СТТГ: до нагрузки  6,4 ммоль/л, 30мин.  9,3 ммоль/л, 60мин. - 7,6 ммоль/л , 120 мин. -8,1 ммоль/л

УЗИ органов брюшной полости: Гепатомегалия. Жировой гепатоз.

УЗИ щитовидной железы: расположена типично, визуализируется правая доля, слева отмечается отсутствие тиреоидной ткани общим объемом 9,8 мл. Аплазия левой доли щитовидной железы. Объем правой доли соответствует нормальному объему щитовидной железы.

1.Поставьте предварительный диагноз

.2. Составьте план обследования

3.Укажите основные принципы лечения

**Ответ задача № 4:**

1. Предварительный диагноз: Ожирение III ст., смешанного генеза, медленно-прогрессирующее течение, осложненное. Субклинический гипотиреоз на фоне аплазии левой доли щитовидной железы.

Осложнения: Нарушение толерантности к углеводам. Жировой гепатоз. Ложная гинекомастия.

2. План обследования: Rg-графия черепа в боковой проекции, определение липидного спектра, ЭКГ, определение уровня инсулина или С-пептида.

3. Лечение: диета стол № 8 по Певзнеру + 1-2 разгрузочных дня в неделю + расширение физической активности, метформин 500 мг 2 р\день не менее 6 месяцев под контролем СТТГ; L-тироксин 100 мкг 1 раз в день утром до еды, йодомарин 150 мкг 1 р\д утром после еды под контролем тиреостата через 3 месяца. Курсы гепатопротекторов и желчегонных препаратов 2 раза в год.

**Задача №5.**

Пациентка Светлана А., 16л. поступила в эндокринологическое отделение с жалобами на избыточную массу тела, нежелательный рост волос на лице, пояснице, ногах, отсутствие месячных, периодически возникающие головные боли.

Объективно: рост 161 см, вес 82 кг. Кожа смуглой окраски, гипергидроз ладоней, единичные розовые неглубокие стрии на груди. Подкожно- жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, избыточных рост темных стержневых волос на лице по типу «бакенбардов», «усиков»; по белой линии живота, на пояснице, бедрах и голенях, единичные волоски по границе околососковой области молочных желез. Более интенсивная смуглая окраска кожи в подмышечных областях, на локтях, симптом «грязной шеи». Щитовидная железа не увеличена, при пальпации мягко-эластичная, безболезненная, подвижная. Дыхание везикулярное. Пульс  78 ударов в мин., ритмичный. АД  118/65 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, печень по краю реберной дуги, край ровный, гладкий. Физиологические отправления в норме.

ОАК: Нв-143 г/л; Эр-5,05 Т/л; Цв. П. 0,84; L-9,5 Г/л; э 2 %, с 42 %, л 48 %, м-7%, СОЭ 8мм/ч

Б/х крови: белок 78,5 г/л, билирубин 14,0 мкмоль/л; холестерин 7,5 ммоль/л; креатинин 61,6 ммоль/л; калий 4,48 ммоль/л; натрий 146,6 ммоль/л; сахар 5,1 ммоль/л, бета  липопротеиды 66 ед, ЩФ-145,0, кальций 2,37 ммоль/л; фосфор 1,65 ммоль/л; триацилглицериды 2,22 ммоль/л; мочевая кислота 0,45 мкмоль/л АСТ 20,4 ммоль/л, АЛТ 21,9 ммоль/л.

Липидный спектр: Общий холестерин 7,5 ммоль/л, триацилглицериды 2,22 ммоль/л, ХС ЛПВП 1,37 ммоль/л, ХС ЛПНП 5,09 ммоль/л, индекс атерогенности 4,36 ммоль/л.

Гормональный анализ крови: ТТГ 1,22 мМЕ/л (N - 1.22 мМЕ/л); тестостерон 5,3 нмоль/л (возрастная N  до1,9 нмоль/л); кортизол 8ч. утра 1484 нмоль/л, в 16ч. утра 366,0 нмоль/л (N  до 660,0 нмоль/л); прогестерон 5,8 нмоль/л (N  фолликулярная фаза менее 6,0 нмоль/л, лютеиновая фаза  10,0-89,0 нмоль/л).

УЗИ ОМТ: Размеры гениталий в норме. Фолликулы единичные, мелкие, что является косвенным признаком гипофункции.

Rg-грамма кистей: Костный возраст соответствует 18-19 годам.

1.Поставьте предварительный диагноз

2.Составьте план обследования

3.Укажите основные принципы лечения

**Ответ задача № 5:**

Предварительный диагноз:Гипоталамический синдром пубертатного периода на фоне ожирения II степени, прогрессирующее течения, осложненный. Осложнения: Дисменорея. Гиперандрогения. Дислипидемия. Гиперкортицизм функционального генеза.

2. План обследования: Rg-графия черепа в боковой проекции, УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, СТТГ, определение уровня инсулина, С-пептида, расчет индекса НОМА; консультация гинеколога, повторить исследование уровня ФСГ, ЛГ, эстрадиола, кортизола, тестостерона, ДГА-сульфата, 17-ОНП.

3.Лечение: Диета стол № 8, 2 разгрузочных дня в неделю; обязательное ежедневное употребление йодированной соли, а так же морепродуктов не реже 2 раз в неделю, исключить продукты, содержащие большое количество жиров. Расширение физической активности, не менее 30- 60 мин в день. Сиофор 500мг 3 раза в день, верошпирон 50-100 мг в день, октолипен (Берлитион, Тиоктацид, Тиогамма) 600 мг (2 капсулы по 300 мг) 1 раз утром в течение 3-х месяцев. Витаминотерапия. Физиолечение.

**Задача № 6.**

Больная Л., 50лет. Жалобы  на избыточную массу тела, повышенный аппетит, периодическую жажду, эпизоды повышения АД до 145-150/90-100, сопровождающиеся головными болями, в анамнезе  холецистэктомия по поводу ЖКБ, наследственность отягощена по СД 2 типа, ожирению. Офисный сотрудник, двигательный режим минимальный, передвигается в основном на автомобиле.

Объективно: Рост 170 см, вес 124 кг. Распределение подкожно-жировой клетчатки по абдоминальному типу. Отмечается яркий румянец на лице, множественные розовые и белесые стрии на животе и ягодицах, сухость кожных покровов и локтевой гиперкератоз. Щитовидная железа не увеличена. АД150/90 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, чистое. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧДД  20 в минуту. Живот значительно увеличен в объеме, пальпация затруднена из-за избыточного отложения подкожно-жировой клетчатки, но болезненности нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см. Стул регулярный, мочеиспускание не нарушено. Менопауза в течении 5 лет.

Биохимический анализ крови: общий белок 60,7 г/л, сахар 7,4 ммоль/л, холестерин крови6,8 ммоль/л, триглицериды  4,8, мочевая кислота  8,0 ммоль/л;

1.Поставьте предварительный диагноз

2.Составьте план обследования

3.Укажите основные принципы лечения

**Ответ к задаче № 6**

1. Предварительный диагноз Метаболический синдром (ожирение III ст. + НТГ + АГ+дислипидемия)

2. План обследования: определение типа пищевого поведения и толерантности к физическим нагрузкам, СТТГ, определение уровня ТТГ, кортизола, пролактина, инсулина или С-пептида крови, гликированный гемоглобин. Липидный спектр, коагулограмма, белок в суточной моче. ЭКГ

3. Лечение: диета стол № 8 + 1-2 разгрузочных дня в неделю + расширение физической активности. Метформин 500 мг 2 р\день 6 месяцев, затем контроль СТТГ. Коррекция липидного спектра, гипотензивная терапия.

**Задача №7.**

Пациент 24 лет, в течение 2-х лет жалобы на периодические подъемы давления до 140/90 мм рт. ст., носовые кровотечения. С 13 лет страдает увеличением массы тела до 85кг при росте 170 см. Отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, паху. Половой член маленький, яички маленькие, плотные. Обратился к врачу с жалобами на постоянно высокое давление (140/90), резкую прибавку в весе за последние 6 месяцев на 7 кг, головные боли. При осмотре повышенная жирность волос, кожи лица, акне. Ожирение 2 ст., луноподобное лицо, яркие красные стрии. Рентгенография черепа в боковой проекции: пальцевые вдавления, порозность стенки турецкого седла, увеличение его в размерах.

1.Поставьте предварительный диагноз

2.Составьте план обследования

3.Укажите основные принципы лечения

**Ответ к задаче № 7**

1. Предварительный диагноз Болезнь Иценко-Кушинга.

2.План обследования: МРТ головного мозга, надпочечников, определение уровня АКТГ, кортизол в крови, кортизол в суточной моче, дексаметазоновая проба

3.Лечение: ингибиторы стероидогенеза, транссфеноидальная аденоэктомия, протонотерапия на область гипофиза

**Задача №8**

 Больной Т., 15 лет. Жалобы на головную боль, чаще в утренние часы, повышенную массу тела.

Объективно. Состояние удовлетворительное, самочувствие не страдает. Масса 140 кг, рост 186,5 см. АД 136/82 мм рт. ст., пульс 77 уд. в мин., ИМТ 42 кг/м2, Мальчик по физическому развитию выше среднего, телосложение гиперстеническое. Подкожно-жировой слой выражен избыточно, распределен преимущественно по женскому типу. Отмечается выраженный «жировой фартук», «климактерический горбик», ложная гинекомастия. Кожные покровы умеренной влажности, локтевой гиперкератоз, на плечах фолликулит, элементы acne vulgaris, на груди, животе и бедрах многочисленные стрии, преимущественно белого цвета, единичные розовые, отмечается гиперпигментация в области шеи, локтевых сгибов, подмышечных впадинах. Щитовидная железа не пальпируется из-за выраженного подкожно-жирового слоя. Тоны сердца глухие, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, пальпация печени затруднена из-за выраженности подкожно-жировой клетчатки. Физиологические отправления в норме. Половое развитие соответствует полу и возрасту.

Гормональное исследование крови: ТТГ - 1,5 мкМЕ/мл (норма), Т4 - 73,4 нм/л (норма), Т3 - 1,84 нм/л (норма), АТ к ТПО  0,52 ЕД/мл (норма), пролактин  317,3 мМЕ/л (норма), кортизол  285,1 нмоль/л. ОАМ: без патологии. Биохимический анализ крови: без клинически значимых отклонений. Тест толерантности к углеводам с 75 гр. глюкозы: 6,8  8,0  8,7  8,6 ммоль/л.

1.Поставьте предварительный диагноз

2.Составьте план обследования

3.Укажите основные принципы лечения

**Ответ к задаче № 8**

 Предварительный диагноз: Ожирение IV степени, смешанного генеза, осложненное гипоталамическим синдромом, нейроэндокринная форма (артериальная гипертензия, стрии), нарушением толерантности к углеводам, жировым гепатозом, прогрессирующее течение.

 План обследования: Rg-графия черепа в боковой проекции, УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, СТТГ, определение уровня инсулина или С-пептида, расчет индекса НОМА, МРТ головного мозга и надпочечников.

 Лечение: рекомендуется строгая диета №8, разгрузочные дни 2 раза в неделю, ЛФК, консультация психолога с целью формирования мотивации на снижение массы тела, Сиофор 1000 мг в сутки под контролем уровня гликемии. Гепатопротекторы, липотропная терапия курсами 2 -3 раза в год. Эналаприл 10 мг в сутки под контролем артериального давления. Мочегонная терапия (диакарб, фуросемид) в сочетании с препаратами калия.

**Задача №9**

Больной Т., 25 лет. Жалобы на избыток массы тела, приступы повышенного аппетита, головную боль, эпизоды повышения АД, сухость во рту, позывы на мочеиспускание по ночам (редко).

Объективно: масса 114 кг., рост 162 см. АД 140/85 мм рт. ст., пульс 104 уд. в мин. Молодой человек гиперстенического телосложения, повышенного питания. Кожа бледно-розовая, с элементами фолликулита на предплечьях, единичные розовые стрии на груди, животе, в подколенных областях, суховата. Подкожно-жировой слой выражен избыточно, распределен равномерно. Отмечается «климактерический горбик», ложная гинекомастия. Щитовидная железа пальпаторно 0 ст. Мышечный тонус снижен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5-2 см, край ровный, гладкий, плотно-эластичной консистенции. Стул регулярный, диурез сохранен, эпизодически никтурия. Половое развитие соответствует полу и возрасту.

ОАК: Нв-132 г/л; Эр-4,7 Т/л; Цв. П. 0,83; L-6,2 Г/л; с 52 %, л 45 %, м-2%, СОЭ 16мм/ч

ОАМ: цвет желт., прозр., реакция 6,0, плотность 1010, белок -отр, глюкоза -отр, кетон.тела -отр, билирубин -отр ,эпит. Пл. 0-0-1 в п/з, лейк 0-1-2 в п/з .

Б/х крови: белок 77 г/л, билирубин 13,0 мкмоль/л; холестерин 4,4 ммоль/л; креатинин 55,6 ммоль/л; сахар 4,3 ммоль/л, бета  липопротеиды 42 ед, ЩФ-272,0, триацилглицериды 1,9 ммоль/л; мочевая кислота 0,51 мкмоль/л АСТ 28,3 ммоль/л, АЛТ 37,6 ммоль/л.

Гормональный анализ крови : ТТГ 4,4 мМЕ/л (N  0,3-4,0 мМЕ/л); св. Т4  14,7 нмоль/л, ат к ТПО 15,8 Е/л, кортизол 8ч. утра 180 нмоль/л, пролактин  609,0 мМЕ/л (N  105-540 мМЕ/л)

Кортизол в суточной моче 893,0 нмоль/сут (N-24,8-496,8)

1.Поставьте предварительный диагноз

2.Составьте план обследования

3.Укажите основные принципы лечения

**Ответ к задаче № 9**

Предварительный диагноз: Ожирение III степени, смешанного генеза, медленнопрогрессирующее течение, осложненное. Осложнения: Нарушение гликемии натощак. Артериальная гипертензия. Жировой гепатоз. Гиперкортицизм неясного генеза. Субклинический гипотиреоз, МРТ головного мозга и надпочечников.

 План обследования: Rg-графия черепа в боковой проекции, УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, СТТГ, липидный спектр, осмотр окулиста.

 Лечение: строгая диета №8, разгрузочные дни 2 раза в неделю, ЛФК. Консультация психолога с целью формирования мотивации на снижение массы тела. Мочегонная терапия (диакарб, фуросемид) в сочетании с препаратами калия. Йодомарин 200 мкг 1 р/д длительно с контролем ТТГ. Сиофор 1000 мг 2 р. в сутки под контролем уровня гликемии. Гепатопротекторы, липотропная терапия курсами 2 -3 раза в год.

**Задача №10**

Больной Д., 14 лет, поступил в эндокринологическую клинику с жалобами на избыточную массу тела, повышенный аппетит, задержку темпов физического и полового развития, задержку психомоторного развития.

Объективно: масса 72 кг., рост 142 см. Подкожно жировой слой выражен избыточно, распределен равномерно. Интеллект снижен. Щитовидная железа не пальпируется из-за подкожно-жирового слоя. Мышечный тонус снижен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Половое развитие по Таннеру: 0-1.

Тест толерантности к углеводам с 75 гр. глюкозы: 5,9 - 14,0 - 12,2 ммоль/л.

Проба с клонидином на СТН: 0,25 нг/мл , 1,3нг/мл, 2,4 нг/мл, 1,7 нг/мл, 0,5 нг/мл

1.Поставьте предварительный диагноз

2.Составьте план обследования

3.Укажите основные принципы лечения

Ответ к задаче № 10

1. Предварительный диагноз: Синдром Прадера-Вилли

2. План обследования: кариотипирование, исследование уровня инсулина, а/т к инсулину, β-клеткам, к глютамадекарбоксилазе

3. Лечение: строгая диета №8, разгрузочные дни 2 раза в неделю, ЛФК. Консультация психолога с целью формирования мотивации на снижение массы тела. Мочегонная терапия (диакарб, фуросемид) в сочетании с препаратами калия. Йодомарин 200 мкг 1 р/д длительно с контролем ТТГ. Сиофор 1000 мг 2 р. в сутки под контролем уровня гликемии. Гепатопротекторы, липотропная терапия курсами 2 -3 раза в год.

**Задача №11**

Больная А., 43 года, поступила в клинику в ноябре 2006 г. с жалобами на повышение артериального давления (АД) до 190/100 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями, головокружением, шумом в ушах.

Из анамнеза известно, что после родов в 31 год стала отмечать прибавку в весе и повышение АД до 150/90 мм рт. ст. Наблюдалась по поводу артериальной гипертензии (АГ) у врача по месту жительства, лечилась нерегулярно. При обследовании был выявлен калькулезный холецистит. В 2004 г. перенесла холецистэктомию. Амбулаторная антигипертензивная терапия эналаприлом и гипотиазидом эффекта не приносила, обратилась в терапевтическую клинику. Госпитализирована для обследования и подбора терапии.Семейный анамнез отягощен. Мать умерла в 52 года от инсульта, страдала АГ.

При осмотре обращает на себя внимание наличие абдоминального ожирения. Масса тела 110 кг, индекс массы тела (ИМТ)  40,8 кг/м2, объем талии (ОТ)  130 см, отношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ)  1,08.

Клинические признаки АГ: акцент II тона над аортой, АД 180/95 мм рт. ст., pulsus durus. Выявлялись признаки поражения органов-мишеней при АГ у больной в виде гипертрофии левого желудочка. Левая граница относительной тупости сердца располагалась по левой срединно-ключичной линии. Определяются признаки желчнокаменной болезни: наличие рубца в правом подреберье после холецистэктомии.

1.Поставьте предварительный диагноз

2.Составьте план обследования

3.Укажите основные принципы лечения Ожирение

**Ответ к задаче № 11** Предварительный диагноз: Абдоминальное ожирение II cт. Гипертоническая болезнь 2-й стадии, очень высокого риска. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Атеросклеротический кардиосклероз. Дислипидемия.

 План обследования: ЭКГ, биохимический анализ крови, липидный спектр, коагулограмма, уровень ТТГ, прлактина, кортизола, инслина, СТТГ, УЗИ органов брюшной полости, суточное мониторирование АД

3. Лечение: диетические рекомендации, комбинированная антигипертензивная терапия (индапамид, лизиноприл, амлодипин), метформин в дозе 1000 мг/сут, симвастатин 20 мг/сут.

**Задача 12**

Составьте примерное меню липотропной диеты для пациентки 65лет, данные исследования крови которой подтверждают гиперхолестеринемию и дислипидемию. Сопутствующий: Псориаз .

Ответ к задаче 9.Примерное меню липотропной диеты НКД (ЭЦ1340-1550 ккал)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Выход, | Белки, г | Жиры, г | Углево­ды, г |
| **Первый завтрак** |  |  |  |  |
| Белковый омлет (из 2 яиц) | НО | 8,2 | 6,4 | 3,3 |
| Молоко (I стакан) | 200 | 5,6 | 7,0 | 9,0 |
| **Второй завтрак** |  |  |  |  |
| Кисель фруктовый | 180 | 0,18 | - | 36,3 |
| Обед |  |  |  |  |
| Суп слизистый молочный | 400 | 7,7 | 15,7 | 21,2 |
| Рыбное суфле паровое с растительным маслом | 180 | 20,4 | 14,6 | 5,9 |
| Желе фруктовое | 126 | 2,6 | - | 23,4 |
| **Полдник** |  |  |  |  |
| Отвар шиповнинка(I стакан) | 180 | - | — | — |
| **Ужин** |  |  |  |  |
| Суфле рыбное с растительным маслом | 180 | 20,4 | 14,6 | 5,9 |
| Каша овсяная молочная протертая | 300 | 9,7 | 12,2 | 42,5 |
| Кисель фруктовыи | 180 | 0,18 | — | 36,3 |
| **На ночь** |  |  |  |  |
| Молоко (1 стакан) | 200 | 5,6 | 7,0 | 9,0 |
| **На весь день** |  |  |  |  |
| Сахар | 25 | — | \_ | 24,9 |
| Всего: |  | 80 | 78 | 218 |

**Пример ситуационных задач для итоговой аттестации:**

**Задача.1** Составьте план диетологической коррекции с подробным обоснованием мужчине 49 лет. Предположительный диагноз: «Дискинезия кишечника по гипертоническому типу».сопутств атопический дерматит

**Ответ к задаче 1**Дискинезия кишечника с синдромом запора наиболее частый клинический вариант, встречающийся у 2/з больных гастроэнтерологического профиля.

Длительное психоэмоциональное напряжение, стремительный темп жизни, прогрессирующая гиподинамия в сочетании с нерегулярным, разбалансированным питанием, богатым рафинирован­ными продуктами (белый хлеб, сахар, животный жир, сладости, консервиро­ванные белковые продукты) являются основными причинами функциональной гипокинезии толстой кишки и запоров. Поэтому устранение этих патогенных факторов нередко приводит к полному выздоровлению.кишеч­ника динертикулеза, дивертикулита, злокачественного новообразования тол­стой кишки. Поэтому дискинезия ки­шечника Больному рекомендуется диета ОВД № 3. Диета физиологически полноценная, с нормальным содержанием белков, жи­ров, углеводов, с включением продуктов, богатых пищевыми волокнами, обладаю­щими способностью, с одной стороны, усиливать перистальтику кишечника, а с другой — угнетать бродильные и гнилостные процессы и восстанавливать микробиоценоз толстой кишки.

Химическийсоставдиеты: белков 100 г (55 % животных), жиров 90 г(25—30 % растительных), углеводов 350—400 г. ЭЦ — 2600—2800 ккал. Поваренная соль 6—8 г. Общее количество жидкости 1,5 л. Содержание витаминов и минеральных солей соответствует фи­зиологической норме. Содержание пи­щевых волокон 25 г. Хорошим источником пищевых волокон является отруб­ный хлеб, хлеб "русский", докторские хлебцы, натуральные пищевые пшенич­ные отруби (30—40 г) в день, добавляе­мые в первое блюдо или заваренные ки­пятком и набухшие, включенные в гарнир второго блюда. Диета назначается на длительный срок до полного восстановления моторной функции толстой кишки и ликвидации запора.

Показанияк назначении диеты ОВД № 3 : хронические заболевания кишечника с преобладанием синдрома дискинезии (запоров) в период нерезкого обострения и ремиссии, а также сочетании этих заболеваний с поражением желудка, печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы.

Целевое назначение: обеспечить полноценное питание при хронических заболеваниях кишечника с синдромом запоров, способствовать восстанов­лению нарушенных функций кишечни­ка, стимулировать процессы регенерации слизистой.