

Диетология

Ситуационные задачи

[Купить: medkeys.ru/product/dietologiya/](http://medkeys.ru/product/dietologiya/)



Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога мама с ребенком 8 лет.

Жалобы

На повышенную утомляемость, на изменения в лабораторных анализах крови.

Анамнез заболевания

В 6 лет при обследовании по поводу частых ОРВИ (каждый месяц), увеличение шейных л/у в клиническом анализе крови – лейкоцитоз 11,1 тыс, тромбоциты 410 тыс, гемоглобин 141 г/л; В биохимическом анализе крови - цитолиз минимальной степени активности (АЛТ 90,2 Ед/л, АСТ 53,6 Ед/л), билирубин, СРБ в норме, повышение ЩФ до 704 Ед/л, холестерина до 6,33 ммоль/л.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости – УЗ признаки диффузных изменений печени (усиление сосудистого рисунка), структура печени однородная, правая доля=108 мм, левая доля=39 мм (верхняя граница нормы), УЗ признаки ДЖВП на фоне перегибов желчного пузыря, взвеси в ЖП, умеренной спленомегалии (87x27), выраженного метеоризма. При дальнейшем обследовании сохранялся цитолиз умеренной степени активности (АЛТ 103 Ед/л, АСТ 50 Ед/л, ГГТ 32 Ед/л от 03.12.16), относительная эозинофилия (8%). Выявлено повышение IgG-СМV (129,5 Ед/мл), IgG antiEBV-VCA (34 Ед/мл).

Специфическое лечение не получал. При контроле УЗИ органов брюшной полости в динамике через 5 мес выявлена гепатомегалия (ПД=114 мм, ЛД=43 мм). Консультирован гастроэнтерологом, рекомендовано фосфалюгель на ночь на 3 нед, урсофальк 1 капсула на ночь 1 мес с положительным эффектом в виде отсутствия взвеси в желчном пузыре при УЗИ органов брюшной полости.

Проводился диагностический поиск. В б/х крови - цитолиз умеренной степени активности (279 Ед/л, АСТ 117 Ед/л), гиперхолестеринемия (5,4 ммоль/л) за счет ЛПНП (3,43 ммоль/л). Исключены вирусные гепатиты, аутоиммунный гепатит, дефицит альфа-1 антитрипсина, гельминтозы. Осмотрен офтальмологом - ангиопатия сетчатки. Суточная экскреция базальной меди в моче повышена - 107 мкг/сут. Активность кислой липазы в норме (0,326).

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, протекавшей физиологично. Роды – 2, срочные, самостоятельные, в головном предлежании. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9б. Вес при рождении - 3620 г, длина - 52 см. Ранний неонатальный период протекал гладко. Грудное вскармливание до 2 лет, прикорм с 6 мес - переносимость удовлетворительная. Весовая кривая по нижней границе норма с рождения. Развитие психомоторное по возрасту. Профилактические прививки проведены в соответствии с Национальным календарем вакцинации.

Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 р/год, хр.тонзиллит, отиты, в 1 г - рецидивирующие герпес вирусные стоматиты. На 1 году жизни наблюдался неврологом с диагнозом синдром мышечной дистонии. Аллергологический анамнез: отягощен

Наследственность: отягощена старшая сестра– полиноз; по материнской линии: мать 40 л – дисфункция билиарного тракта; родная сестра матери

(близнец) – артериальная гипертензия с 35 л; бабушка - ДЖВП, Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстная кишка, хронический холецистит; дедушка – ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия с 18 л, атеросклероз (с 50 л), полиноз. По отцовской линии: отец 40 л – дисфункция билиарного тракта, полиноз; дедушка - умер от лимфобластного лейкоза в 33 г.

Объективный статус

* Вес 21,5 кг.

* Рост 127,5 см. Z-Score роста -0,86.

* ИМТ 13,2кг/м². Z-Score ИМТ -2,27.

* Температура 36,5°C. Положение ребенка активное. Состояние питания недостаточное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, легкая пальмарная эритема. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Лимфатические узлы периферические л/у мелкие до 1 см, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Носовое дыхание свободное. ЧД – 24 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧСС 84 уд. в мин. АД 104/56 мм рт.ст. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык слегка обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствительный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, по правой парастеральной + 0,5 см, мягко-эластической консистенции, край ровный. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

Неврологический статус: Умственное развитие по возрасту. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительное, в позе Ромберга устойчив.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

Результаты лабораторных методов обследования

Определение уровня церулоплазмينا

15 мг/дл

Определение суточной экскреции меди с мочой на фоне приема Д-пенициллина

1100 мкг/сут

Молекулярно-генетический метод

Проведен молекулярно-генетический анализ на поиск частых мутаций в гене АТР7В выявлена мутация с.320 С>А в гомозиготном состоянии.

Определение суточной экскреции меди с мочой

103,7 мкг/сут

Определение суточной экскреции кальция с мочой

В пределах возрастной нормы

Анализ мочи по Нечипоренко

[cols="^, ^, ^"]

|====

| *Лейкоциты* | *Эритроциты* | *Цилиндры (гиалиновые)*

| 1200 | 600 | 0

|====

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

Результаты инструментальных методов обследования

УЗИ органов брюшной полости

ПЕЧЕНЬ Размеры - увеличены. Правая доля - 115 мм. Левая доля - 68 мм.

Эхогенность - повышена. Паренхима – мелкоочаговая диффузная неоднородность, Внутривенеченочные желчные протоки Диаметр – норма. Стенки - утолщены. Воротная вена - размер 6,5 мм норма; стенки норма. Печеночные вены – норма. Кровоток – не изменен. Контур - четкие, ровные.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ - в типичном месте увеличен, 70x25, перегиб в воронке, стенки норма, просвет свободный. **ЖЕЛУДОК** Стенки - норма; секреция - норма. 12перстная кишка Стенки - норма; секреция - норма.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА 20x16x25, увеличена. Контур - ровный.

Паренхима - однородная. Эхогенность - повышена. Стенки сосудов - не уплотнены. Вирсунгов проток - не изменен.

СЕЛЕЗЕНКА не увеличена. 87x45. Контур - ровный. Паренхима - однородной структуры. Эхогенность - средняя. Дополнительная долька - не визуализируется. Сосуды - не изменены. Селезеночная вена – 4 мм норма.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ не визуализируется.

СВОБОДНАЯ ЖИДКОСТЬ не визуализируется.

Заключение: УЗ признаки гепатомегалии с диффузными изменениями печени.

УЗ-признаки дисфункции желчных путей, вторичных изменений поджелудочной железы.

Проведение биопсии печени с определением количественного содержания меди в биоптате

При биопсии печени выявлены признаки хронического гепатита низкой степени активности (по Knodell). Концентрация меди в биоптате - 280 мкг/г сухого веса.

Проведение денситометрии

Минеральная плотность костной ткани снижена на 5% (вариант возрастной нормы)

УЗИ щитовидной железы

Правая доля 10x10x32, Объем 1,533 см³. Левая доля 9x10x30, Объем 1,293 см³.

Перешеек 2 мм. При ЦДК кровоток не изменен. Общий объем ЩЖ 2,826 см³.

Норма (м, 9л) 2,53-5,13см. Регионарные л/у не визуализируются.

Заключение: УЗ изменений не выявлено.

Измерение основного обмена методом непрямой калориметрии

Общие энерготраты покоя составили 1370 ккал/сут. Это свидетельствует о повышении уровня энергетического обмена на 32%. Скорость окисления углеводов 215г/сут – в норме. Скорость окисления жиров 33,6 г/сут, снижена на 12%. Скорость окисления белка 51,3 г/сут – повышена на 16%.

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

Диагноз

Болезнь Вильсона, печеночная форма

Болезнь Вильсона, церебральная форма

Криптогенный гепатит

Вирусный гепатит

Основными органами-мишенями, которые поражаются при болезни Вильсона, являются

- костная система, печень
- головной мозг, поджелудочная железа
- печень, скелетные мышцы, сердце
- печень, головной мозг

Основным методом лечения болезни Вильсона является прием препаратов

- содержащих железо
- содержащих медь
- выводящих медь
- содержащих кальций

Расчетная доза пенициллина для детей составляет + _____ + в сутки

- 10 мг
- 2 г
- 20 мг/кг
- 10 мг/кг

Совместно с приемом купренила обязательно назначение витамина

- D
- B2
- E
- B6

К продуктам, которые следует исключить из рациона, ввиду высокого содержания в них меди, относят

- субпродукты, грибы, шоколад
- цикорий, зеленый чай, яйца
- капуста пекинская, банан, авокадо
- молочные продукты, индейка, кальмары

Суточная калорийность рациона при болезни Вильсона соответствует

- пожеланиям пациента
- возрастным потребностям
- нормам детей 1 года жизни

- калорийности рациона взрослого человека

Для определения эффективности проводимого лечения и диетотерапии используют определение уровня

- суточной экскреции меди с мочой
- цинка в крови
- разовой экскреции кальция с мочой
- церулоплазмина

Начальные симптомы болезни Вильсона обычно не проявляются раньше + ____ + лет

- 14
- 5
- 10
- 3

Прогностически наиболее неблагоприятной формой гепатита при болезни Вильсона является + _____ + гепатит

- 14
- 5
- 10
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К диетологу на прием пришла мама с ребенком 7 мес.

Жалобы

На беспокойство ребенка, плохую прибавку в весе.

Анамнез заболевания

В настоящее время ребенок находится исключительно на грудном вскармливании. За последний месяц прибавил 380 г.

Получает витамин D в профилактической дозе 400МЕ/сут.

Психомоторное развитие: держит голову с 2 мес, сидит с 6 мес, хорошо переворачивается с живота на спину, ползает. Лепечет. На вопрос «Где?» находит предмет, расположенный в определенном месте.

Регулярно проходит профилактические осмотры педиатром по месту жительства.

Анамнез жизни

Девочка от 3 беременности, протекавшей физиологично. Роды 2, срочные, повторное плановое кесарево сечение (несостоятельность шва на матке). Оценка по Апгар 8/9б. Вес при рождении 3520 г, рост 51 см. Приложен к груди сразу. Грудное вскармливание до настоящего времени. Мать диету соблюдает, иногда

ест сладкое.

Наследственность по аллергологическим заболеваниям неотягощена.

Социальные условия – семья полная.

Жилищные условия – семья из 4 чел живет в 2-комнатной квартире.

Объективный статус

Рост 69 см. Z-Score длина тела/возраст +0,7.

Вес 6850 г. Z-Score вес/рост -1,85. Z-Score вес/возраст -1,14.

ИМТ 13,9. Z-Score ИМТ -1,95.

T 36,7°C. ЧСС 110 уд/мин. ЧДД 27 в мин. Большой родничок 1,5x1,5 см, малый родничок закрыт. Положение ребенка активное. На осмотр реагирует спокойно.

Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Зев не гиперемирован.

Гиперсаливация. Зубы с 6 мес, 2 зуба. Дыхание через нос свободное.

Аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, патологические шумы отчетливо не выслушиваются. Живот при

пальпации мягкий. Печень +0,5 см, мягко-эластичной консистенции, край

ровный. Селезенка не пальпируется. Податливость при пальпации костей

черепа. Легкая гипотония мышц нижних конечностей. Стул кашицеобразный х

2-3 р/сут. Мочеиспускание свободное.

Необходимыми для постановки диагноза, в первую очередь, является оценка

- моторных навыков и умений
- физического развития
- психического развития
- показателей основного обмена, проведенного методом непрямой калориметрии

Для выявления грудных детей и детей раннего возраста, нуждающихся в коррекции рациона питания, наиболее информативным показателем является

- масса тела/возраст
- ИМТ/возраст
- масса тела/рост
- рост/возраст

Учитывая анамнез жизни и заболевания, больному можно поставить диагноз

- масса тела/возраст
- ИМТ/возраст
- масса тела/рост
- рост/возраст

Диагноз

Дефицит веса, легкой степени. Группа здоровья II

Дефицит веса, легкой степени. Группа здоровья I

Дефицит веса, средней степени тяжести. Группа здоровья III

Здоров. Группа здоровья II

Физическое развитие ребенка

- ниже среднего, дисгармоничное за счет резкого дефицита массы тела
- выше среднего, дисгармоничное за счет дефицита массы тела
- среднее, дисгармоничное за счет дефицита массы тела
- ниже среднего, гармоничное

Суточный объем пищи для ребенка 7 мес составляет + _____ + мл

- 1200-1400
- 700-800
- 1000-1400
- 1000-1100

Рекомендуемые среднесуточные нормы потребления углеводов для ребенка 11 мес составляют + _____ + г/кг

- 13
- 15
- 8
- 17

Данному ребенку (7 месяцев) показана коррекция рациона за счет введения

- любых новых продуктов по желанию родителей
- прикорма, оптимальными сроками введения которого считается 4-6 месяцев
- прикорма, оптимальными сроками введения которого является 1 месяц после частичного отказа от грудного вскармливания
- кисломолочных продуктов, содержащих пре- и пробиотики

Одной из основных целей введения прикорма является

- улучшение работы сердечно-сосудистой системы
- улучшение лактации матери
- дополнительное введение пищевых веществ и энергии
- ранняя диагностика заболеваний органов желудочно-кишечного тракта

При введении новых блюд прикорма важно помнить о том, что их

- не противопоказано вводить во время проведения профилактических прививок
- показано вводить в вечерние часы
- следует вводить только здоровому ребенку
- рекомендовано давать после предварительного кормления грудью

Данному ребенку рекомендуется начать введение прикорма с

- овощных пюре, так как нет необходимости корректировать массу тела ребенка
- глютенных каш, так как они обладают меньшей аллергенностью
- кисломолочных продуктов с целью формирования иммунной толерантности к БКМ
- зерновых продуктов, так как у ребенка есть дефицит массы тела

Раннее введение прикорма (2-3 мес) опасно

- появлением пищевой аллергии
- формированием неправильного прикуса
- возникновением дефицита микронутриентов (железо, цинк и др.)
- возникновением гормонального дисбаланса у матери и ребенка

Преимуществом кисломолочных продуктов (кефир, детские йогурты и др.) служит то, что они

- появлением пищевой аллергии
- формированием неправильного прикуса
- возникновением дефицита микронутриентов (железо, цинк и др.)
- возникновением гормонального дисбаланса у матери и ребенка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Ю. 48 лет, офисный работник, обратился к врачу-диетологу.

Жалобы

На повышенную утомляемость, плохую переносимость физических нагрузок, плохой сон. Со слов жены знает, что часто во время сна громко храпит.

Анамнез заболевания

Масса тела увеличивалась постепенно в течение 20 лет на 30 кг. Снижать вес не пытался, поскольку до последнего времени ничего не беспокоило. Обратился по настоянию жены.

Анамнез жизни

* В детстве рос и развивался в соответствии с возрастными нормами.

* До 28 лет имел нормальную массу тела, активно занимался физической культурой.

* В 28 лет женился, сменил работу. Отмечает, что на работе в основном

питается сладкими напитками, выпечкой с кремом, а вечером предпочитает обильный ужин с жареным мясом, картофелем и пивом. Ведет малоподвижный образ жизни. С этого времени отмечает постепенный набор веса.

* Потребление энергии с пищей составляет: 2500 ккал, белки 70 г, жиры 100 г (животные – 70 г, растительные 30 г), углеводы 330 г, из них пищевые волокна 8 г.

* Отец имеет ожирение I ст, мать имеет ожирение 2 ст. Сестра имеет ожирение 2 ст.

Объективный статус

Рост - 178 см, масса тела – 115 кг. Объем талии (ОТ) 110 см. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно. Кожа обычной окраски и влажности. Пастозность голеней. Область сердца не изменена. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. Пульс - 78 ударов в мин., АД - 135/85 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см, безболезненный при пальпации. Симптом Ортнера отрицательный. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа при пальпации не увеличена.

Данные лабораторного обследования:

|====

| Показатель | Значение

| Пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы:

натощак

через 2 часа | {nbsp}

{nbsp}

{nbsp}

6,1 ммоль/л

7.7 ммоль/л

| Общий холестерин (ХС) | 5,5 ммоль/л

| ХС липопротеинов высокой плотности | 0,9 ммоль/л

| Триглицериды | 1,8 ммоль/л

|====

Одним из критериев метаболического синдрома у пациента является

- абдоминальное ожирение
- отрицательный симптом Ортнера
- пастозность голеней
- синдром обструктивного апноэ сна

Дополнительным критерием метаболического синдрома является

- абдоминальное ожирение
- отрицательный симптом Ортнера
- пастозность голеней
- синдром обструктивного апноэ сна

Результаты обследования

Повышение уровня триглицеридов

≥ 1,7 ммоль/л

Снижение уровня ХС ЛПВП

<1,0 ммоль/л у мужчин; <1,2 ммоль/л у женщин

Нарушенная гликемия натощак (НГН)

Уровень глюкозы плазмы натощак ≥ 6.1 и < 7.0 ммоль/л, при условии, что глюкоза плазмы через 2 ч при ПГТТ составляет менее 7.8 ммоль/л.

Повышение уровня мочевой кислоты

< 4 мг/дл (240 мкмоль/л)

Повышение уровня ХС ЛПВП

>1,0 ммоль/л у мужчин; >1,2 ммоль/л у женщин

Уровень артериального давления в пределах нормы

Уровень АД <140 и 90 мм рт.ст.

Индекс массы тела у пациента составляет + _____ + , что свидетельствует о ожирении + _____ + степени

- 26,3; I
- 16,3; I
- 36,3; II
- 46,3; III

В условиях специализированного стационара или клиники для выявления метаболического синдрома за счет определения массы абдоминального жира используется метод

- высокочувствительной денситометрии
- компьютерной томографии
- непрямой калориметрии
- прямой калориметрии

Предположительным клиническим диагнозом у пациента является

- высокочувствительной денситометрии
- компьютерной томографии
- непрямой калориметрии
- прямой калориметрии

Диагноз

Ожирение II ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак (метаболический синдром)

Ожирение I ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак (метаболический синдром)

Ожирение III ст., обменно-алиментарная форма. Нарушение гликемии натощак (метаболический синдром)

Ожирение I ст. Дислипидемия. (метаболический синдром)

Главными целями лечения больных с метаболическим синдромом следует считать

- снижение массы тела и достижение хорошего метаболического контроля
- замедление темпов увеличения массы тела и снижение уровня ХС ЛПВП
- замедление темпов увеличения массы тела и увеличение уровня ХС ЛПВП
- стабилизацию массы тела и достижение показателей гликемии на уровне 6,0 ммоль/л

Основным принципом диетотерапии ожирения у данного пациента является вариант диеты с

- пониженной калорийностью
- пониженным содержанием белка
- механическим и химическим щажением
- повышенным содержанием белка

Максимальная рекомендуемая скорость снижением массы тела составляет + ____ + кг в месяц

- 5
- 1
- 10
- 15

Одним из принципов построения рационального питания при метаболическом синдроме является контроль доли жиров + _____ + % от общего числа калорий в суточном рационе, причем насыщенных жиров – + _____ + %

- не более 10; не более 5
- не более 20; не более 5
- не менее 30; не менее 7-10
- не более 30; не более 7-10

Для построения рационального питания при метаболическом синдроме необходимым является обеспечение потребления клетчатки + _____ + гр. в день за счет

- 20; кондитерских изделий с сахарозаменителями
- не более 10; хлеба из муки высшего сорта
- 20; соков из фруктов и овощей

- не менее 40; зерновых продуктов, овощей и фруктов

Медикаментозное лечение ожирения показано при

- ИМТ >27 кг/м² в сочетании с СД 2 типа, дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- ИМТ < 27 кг/м²
- ИМТ >25 кг/м² в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- ИМТ >40 кг/м² в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена

У пациента имеется синдром

- ИМТ >27 кг/м² в сочетании с СД 2 типа, дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- ИМТ < 27 кг/м²
- ИМТ >25 кг/м² в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- ИМТ >40 кг/м² в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К диетологу на прием пришла мама с ребенком 10 лет.

Жалобы

На сниженный аппетит, периодически неустойчивый стул, боли и вздутие живота при погрешности в диете.

Анамнез заболевания

Девочка состоит на учете у гастроэнтеролога по месту жительства по поводу Хронического гастродуоденита. В 7 лет при очередном обращении к гастроэнтерологу с жалобами на диспепсические явления, изжогу, приступы боли в животе была комплексно обследована. В б/х анализах крови выявлено повышение трансаминаз ($>10N$), исключены вирусные гепатиты, гельминты. Диагноз - Гепатит неясной этиологии. Инфицирование Эбштейн-Барр вирусной инфекцией, реконвалесцент. Гастроэзофагельно-рефлюксная болезнь: халазия кардии, рефлюкс-эзофагит 1 ст, гастродуоденит. Дисфункция билиарного тракта по гипомоторному типу. Дисметаболическая нефропатия. Нейрогенный мочевого пузыря. Получала ферментную, антацидную терапию. При контроле биохимического анализа крови через 1 месяц – уровень трансаминаз в пределах нормы. Также при лабораторном обследовании было выявлено наличие маркеров целиакии: антитела к эндомизию IgA (1:320), Антитела трансглутаминазе IgA (78,48 – 72,58), антитела к деамид.пептидам глиаина IgA (25,93). При HLA-типировании выявлен гетеродимер DQ2 (HLA-DQA1 05:01 HLA-DQB1 02 (02:01?). По данным научной литературы сочетание галотипов HLA-DQA1

05:01 HLA-DQB1 02 достаточно часто встречается у пациентов с целиакией. По данным ЭГДС с биопсией: Антральный гастрит. Дуоденит. Описание микропрепарата: Фрагмент слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, ворсинчатость снижена, высокая степень атрофии ворсин, гиперплазия крипт, в собственной пластинке диффузная лимфоплазмоцитарная инфильтрация с примесью эозинофилов, количество МЭЛ очагово увеличено. По Marsh: тип 3в. Гастроэнтерологом по м/ж установлен диагноз: Целиакия, типичная форма, активный период. В настоящее время девочка находится на строгой безглютеновой и строгой безмолочной диете в течение 12 месяцев – на фоне которой отмечается положительная динамика в виде прибавки в весе, уменьшения вздутия живота, купирования абдоминальных болей, нормализация стула (оформленный, 1 р/сут).

Обратилась с целью коррекции рациона и решения вопроса о возможности введения глютен-содержащих продуктов.

Анамнез жизни

Ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре, угрозы прерывания, кандидозного кольпита, ОРВИ, гриппа, анемии. От 2-х срочных родов на 38 неделе беременности, физиологические. Вес при рожд: 3380г. Рост при рождении 57. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Ранний неонатальный период без особенностей. Грудное вскармливание до 3 мес, смешанное вскармливание с 3 мес (смесь Нутрилон 1, далее с 6 мес - Малютка), введение прикорма с 6 мес - переносимость удовлетворительная. Нарастание веса до 1 года по возрасту, далее плохая прибавка массы тела. Развитие психомоторное по возрасту. Профилактические прививки проведены по индивидуальному графику.

Перенесенные заболевания детские инфекции - в/оспа в 2015г, корь в мае 2018г, коклюш в сентябре 2018г. ОРВИ - часто, отиты, рецидивирующие стоматиты. Наследственность: у бабушки по отцовской линии - гипоплазия щитовидной железы, у дяди по материнской линии – сахарный диабет 2 типа. Есть старший брат - 7 лет (здоров), младшая сестра - 3 года (здорова)

Объективный статус

Вес 26,7 кг.

Рост 135 см. Z-Score роста -1,35.

ИМТ 14,7. Z-Score ИМТ -1,38.

Состояние питания пониженное. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. Слизистые оболочки влажные, розовые, чистые. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно.

Лимфатические узлы не увеличены. Сила и тонус мышц удовлетворительные.

Движения в крупных и мелких суставах в полном объеме. Кожа над суставами не изменена. Носовое дыхание не затруднено. Частота дыхания 22 в мин. При аускультации дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются. Область сердца не изменена. Артериальное давление 98/55 мм.рт.ст. ЧСС 72. Ритм правильный. Тоны сердца звучные. Шумы не выслушиваются. Пульсация периферических сосудов не определяется. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот умеренно болезненный в области эпигастрия, вздут, доступен поверхностной и глубокой пальпации. Печень по краю реберной дуги.

Селезенка не пальпируется. Стул неустойчивый, полуоформлен, 1 раз в 2 дня. Диурез в норме.

Необходимыми для оценки динамики состояния пациенту с установленным диагнозом лабораторными методами обследования являются

- ИМТ $>27 \text{ кг/м}^2$ в сочетании с СД 2 типа, дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- ИМТ $< 27 \text{ кг/м}^2$
- ИМТ $>25 \text{ кг/м}^2$ в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- ИМТ $>40 \text{ кг/м}^2$ в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена

Результаты лабораторных методов обследования

А/т к тканевой транглутаминазе, к деамидированному глиадину IgA, IgG

Маркеры целиакии:

{nbsp}

|=====

| Дата | А/т глиадину

IgA | А/т глиадину

IgG | А/т трансглут

IgA | А/т трансглут

IgG

| Титр | 0-10 | 0-10 | 0-10 | 0-10

|

| 5,15 | 4,94 | 4,75 | 0,21

|=====

Биохимический анализ крови

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат

| АЛТ | Ед/л | 4-40 | 22

| АСТ | Ед/л | 4-40 | 33

| Глюкоза | мм/л | 3,9-5,8 | 4,1

| Са | мм/л | 2,15-2,57 | 2,36

| Са⁺⁺ | мм/л | 1,22-1,37 | 1,14

| Р | мм/л | 1-1,8 | 1,68

| Fe | мкМ/л | 9,5-21,5 | 3,6

| ЛЖСС | мкМ/л | 44-80 | 66,3

| Белок общий | г/л | 64-83 | 65,7

| Холестерин | мм/л | 3,2-5,2 | 3,39

| Триглицериды | мм/л | 0,1-1,7 | 0,57

|=====

Клинический анализ крови

====
| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат
| НВ | г/л | 110-140 | 119,4
| Эр | $10^{12}/л$ | 3,7-4,9 | 4,38
| НСТ | % | 35-45 | 36,5
| WBC | $10^9/л$ | 4,5-13,00 | 5,43
| Neu | % | 43-65 | 42,6
| Lymph | % | 31-53 | 40,1
| Mon | % | 4-8 | 6,6
| Bas | % | 0-1 | 0,4
| Eos | % | 1-5 | 4
| PLT | $10^9/л$ | 150-440 | 209
| СОЭ | Мм/ч | 2-20 | 3

Копрограмма

====
| Показатель | Результат
| Форма | Оформленная
| Консистенция | Мягкая
| Цвет | Коричневый
| Запах | Каловый слабый
| Мыш волокна | Без исчерченности +
| Соед. Ткань | Abs
| Жир нейтр | Abs
| Жирные к-ты | Abs
| Мыла | Abs
| Растит. Клетчатка | Непереваренная +
| Эритроциты | Abs
| Лейкоциты | Abs

Анализ крови на определение а/т к гельминтам

====
| а/аскарида IgG | отриц
| а/лямблии, сумм | отриц
| а/токсокара, IgG | отриц
| а/эхинококки | отриц
| а/трихинеллы | отриц

Гликемический профиль

====
| Время | 9^{00} | 11^{00} | 13^{00} | 15^{00} | 17^{00} | 19^{00}

| Глюкоза | 5,2 | 5,9 | 5,8 | 5,4 | 5,6 | 6,2

|=====

К необходимым для оценки динамики состояния пациенту с установленным диагнозом инструментальными методами обследования являются

- ИМТ $>27 \text{ кг/м}^2$ в сочетании с СД 2 типа, дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- ИМТ $< 27 \text{ кг/м}^2$
- ИМТ $>25 \text{ кг/м}^2$ в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- ИМТ $>40 \text{ кг/м}^2$ в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена

Результаты инструментальных методов обследования

ЭГДС с биопсией

* Заключение ЭГДС с биопсией: _* патологии не выявлено

УЗИ органов брюшной полости

Заключение УЗИ органов брюшной полости: УЗ-признаки ДЖВП, вторичных изменений поджелудочной железы. УЗ-признаки мезаденита.

Денситометрия

|=====

| Z-score | BMD | % сниж МПКТ

| -1,9 | 0,658 | 23

(остеопения)

|=====

Колоноскопия

Заключение: Патологии не выявлено.

ЭКГ

ЭКГ: Синусовая аритмия. ЧСС 70-80-87 уд/мин. Вертикальное положение ЭОС

Учитывая полученные результаты исследования, пациенту можно поставить основной клинический диагноз

- ИМТ $>27 \text{ кг/м}^2$ в сочетании с СД 2 типа, дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- ИМТ $< 27 \text{ кг/м}^2$
- ИМТ $>25 \text{ кг/м}^2$ в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- ИМТ $>40 \text{ кг/м}^2$ в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена

Диагноз

Целиакия, типичная форма, период полной ремиссии

Целиакия, атипичная форма, период неполной ремиссии

Целиакия, типичная форма, активный период

Целиакия, типичная форма, период декомпенсации

На основании результатов лабораторно-инструментального обследования у ребенка имеет место сопутствующий диагноз

- гипогликемия натощак; нарушение сердечного ритма
- латентный дефицит железа; остеопения
- гипергликемия натощак; нарушение сердечного ритма
- железодефицитная анемия; остеопороз

Безглютеновую диету больным с целиакией рекомендовано соблюдать

- не строго у пациентов с бессимптомным течением
- строго до нормализации клинико-лабораторных показателей
- пожизненно строго
- пожизненно не строго

Данной пациентке можно расширить рацион за счет введения в рацион продуктов, содержащих

- глютен
- следы глютена и молока
- белок коровьего молока
- «скрытый» глютен

Также возможно расширение рациона за счет введения

- очищенного овса
- неочищенной ржи
- очищенной пшеницы
- неочищенного ячменя

Применение глюкокортикоидных препаратов допустимо при

- дефицит микронутриентов, особенно кальция, железа
- тяжелом течении заболевания
- легком дефиците массы тела
- клинической ремиссии заболевания

Белковый компонент в рационе больного целиакией обеспечивается за счет

- переносимых круп, картофеля, бобовых
- овощей, фруктов, ягод
- растительного и сливочного масел

- мяса, яиц, рыбы, молочных продуктов

С целью коррекции дефицита микронутриентов пациенту показан прием

- препаратов железа, кальция и витамина Д
- витамина В12, фолиевой кислоты, тиамин
- витамина К, цинка, хрома
- комплекса витаминов группы В, магния, цинка

Пациенты с тяжелыми проявлениями синдрома мальабсорбции нуждаются в

- госпитализации в отделение гастроэнтерологии
- амбулаторном наблюдении гастроэнтеролога
- госпитализации в отделение аллергологии
- амбулаторной консультации диетолога, эндокринолога

Возможным осложнением целиакии при несоблюдении строгой безглютеновой диеты является

- госпитализации в отделение гастроэнтерологии
- амбулаторном наблюдении гастроэнтеролога
- госпитализации в отделение аллергологии
- амбулаторной консультации диетолога, эндокринолога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-диетологу обратилась женщина 47 лет ростом 167 см и массой тела 82 кг с просьбой дать рекомендации по особенностям питания в ее случае.

Работает учителем младших классов в школе. Работа преимущественно сидячая. В спортзал не ходит. При опросе выявлено, что больная питается нерегулярно, 1-2 раза в день, днем – преимущественно всухомятку. Основной прием пищи вечером, за 1 час до сна. При анализе суточного рациона питания: белков – 100 г, жиров – 120 г, углеводов – 400 г.

Жалобы

На тупые, ноющие боли в области правого подреберья, преимущественно после погрешностей в питании, склонность к запорам (стул 1 раз в 2-3 дня, без патологических примесей), общую слабость, повышенную утомляемость

Анамнез заболевания

Вышеперечисленные жалобы беспокоят на протяжении последних 6 месяцев, когда впервые стали беспокоить жалобы на боли в области правого подреберья. Склонность к запорам отмечает на протяжении последних 3 лет. Набор массы тела (на 10 кг) отмечает в течение последних 3 лет, когда после стресса (смерть близкого родственника) стала «заедать» проблемы, питаться нерегулярно, с

большим количеством сладостей, преимущественно в вечернее время, перед сном, иногда даже ночью.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * травм, операций не было
- * не курит, несколько раз в неделю может выпить по 2-3 бокала полусладкого вина
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было
- * Наследственность – у мамы и у бабушки по материнской линии желчнокаменная болезнь, произведена холецистэктомия

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве. Температура тела — 36,8°C. Рост 167 см, масса тела 82 кг. Обхват талии – 80 см, обхват бедер – 100 см. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Сердце: тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 80 в мин. АД 125/85 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в области правого подреберья. Печень при пальпации не выступает из-под края реберной дуги. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Физиологические отправления: стул со склонностью к запорам.

Значение индекса массы тела у данной пациентки составляет + _____ + (кг/м²)

- 29,4
- 30,4
- 31,4
- 28,4

По результатам антропометрических измерений предварительным диагнозом у пациентки является

- ожирение 2 степени
- ожирение 1 степени
- избыточная масса тела
- нормальная масса тела

На первом этапе для установления диагноза пациентке необходимо провести инструментальное исследование

- ожирение 2 степени
- ожирение 1 степени
- избыточная масса тела
- нормальная масса тела

Результаты обследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП)

На УЗИ ОБП: желчный пузырь расположен типично, безболезненный при компрессии датчиком, овоидной формы, с перетяжкой в шейке, контуры желчного пузыря четкие, ровные, размеры желчного пузыря 64x19 мм, объем 12,0 см³, стенка не утолщена, содержимое – несмещаемый конкремент размером 7 мм

Обзорная рентгенография брюшной полости

На обзорной рентгенографии органов брюшной полости в проекции желчного пузыря конкременты не визуализируются

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография

На магнитно-резонансная холангиопанкреатографии в проекции желчного пузыря конкременты не визуализируются

Компьютерная томография

На компьютерной томографии органов брюшной полости в проекции желчного пузыря конкременты не визуализируются

По результатам инструментального исследования первого этапа диагностического поиска можно выставить диагноз

- ожирение 2 степени
- ожирение 1 степени
- избыточная масса тела
- нормальная масса тела

Диагноз

Желчнокаменная болезнь: камненосительство

Желчнокаменная болезнь: острый калькулезный холецистит

Билиарный сладж

Дисфункция желчного пузыря

Пациентке необходимо провести лабораторные исследования

- общий анализ крови, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, гамма-ГТ, билирубин + фракции, липидный спектр)
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, гамма-ГТ, билирубин + фракции, липидный спектр)
- глюкоза, инсулин
- общий анализ крови, общий анализ мочи

Величина основного обмена у пациентки составляет + _____ + ккал

- 1520
- 1571

- 1671
- 1371

Пациентка относится к _____ группе физической активности

- средней
- низкой
- очень низкой
- высокой

Коэффициент физической активности у пациентки составляет

- 1,3
- 1,5
- 1,4
- 1,2

Суточная потребность в энергии (ккал) для пациентки с учетом коэффициента физической активности составляет

- 2128
- 1765
- 2159
- 1912

Фактическая калорийность рациона пациентки по данным потребления белков, жиров и углеводов составляет + _____ + ккал

- 3480
- 2880
- 3080
- 3280

Среди мясных продуктов следует отдавать предпочтение

- говядине
- баранине
- свинине
- курице, индейке

Процентное распределение основных пищевых веществ, рекомендуемое для сбалансированного питания при снижении массы тела, составляет: белок + ___ + %, жиры + _____ + %, углеводы + _____ + %

- говядине
- баранине
- свинине
- курице, индейке

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-диетологу обратилась женщина 52 лет с просьбой дать рекомендации по особенностям питания в ее случае. Работает библиотекарем. Работа преимущественно сидячая. В спортзал не ходит. При опросе выявлено, что больная питается нерегулярно, любит сладкое, булочки, конфеты, в течение дня по 5-6 раз пьет чай с сахаром и сладостями. Вечером - обильный ужин, с жареной картошкой, жареным мясом. При анализе суточного рациона питания: белков – 50 г, жиров – 150 г, углеводов – 500 г.

Жалобы

На общую слабость, повышенную утомляемость, невозможность выполнять привычную физическую нагрузку

Анамнез заболевания

Набор массы тела (на 25 кг) отмечает в течение последних 5 лет, когда после развода с мужем, сокращения с руководящей должности стала «заедать» проблемы, питаться нерегулярно, с большим количеством сладостей, преимущественно в вечернее время, перед сном, иногда даже ночью.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * травм, операций не было
- * не курит, несколько раз в неделю может выпить по 2-3 бокала полусладкого вина
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве. Температура тела — 36,5 °С. Рост 160 см, масса тела 95 кг. Обхват талии – 100 см, обхват бедер – 115 см. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в 1 мин. Сердце: тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 88 в мин. АД 130/85 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень при пальпации не выступает из-под края реберной дуги. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены.

Значение индекса массы тела у данной пациентки составляет + _____ +
(кг/м²)

- 35,1
- 34,1
- 36,1
- 37,1

По результатам антропометрических измерений предварительным диагнозом у пациентки является

- 35,1
- 34,1
- 36,1
- 37,1

Диагноз

Ожирение 2 степени, метаболически нездоровый фенотип

Ожирение 2 степени, метаболически здоровый фенотип

Ожирение 1 степени, метаболически нездоровый фенотип

Избыточная масса тела, метаболически здоровый фенотип

У пациентки повышен

- риск заболеваний нервной системы
- риск заболеваний почек
- риск заболеваний опорно-двигательного аппарата
- кардиометаболический риск

Для оценки риска развития нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы необходимо назначить анализ крови

- риск заболеваний нервной системы
- риск заболеваний почек
- риск заболеваний опорно-двигательного аппарата
- кардиометаболический риск

Результаты анализа крови

Биохимический анализ крови

Холестерин общий 6.89 ммоль/л, триглицериды 2.78 ммоль/л, холестерин-ЛПНП 4.78 ммоль/л, холестерин-ЛПВП 0.97 ммоль/л

На уровень общего холестерина

Холестерин общий 6.89 ммоль/л

На ТТГ, Т3, Т4

Тиреотропный гормон (ТТГ): 2,26 мкМЕ/мл; Т3 свободный: 3,8 пмоль/л; Т4 свободный: 12,4 пмоль/л

На глюкозу и инсулин

Глюкоза: 5,4 ммоль/л; инсулин 6,3 мкЕД/мл

С выявленным у пациентки заболеванием наиболее часто ассоциирована

- алкогольная болезни печени

- неалкогольная жировая болезнь печени
- аутоиммунная патология печени
- проблема вирусного гепатита

Величина основного обмена у пациентки составляет + _____ + ккал

- 1652
- 1532
- 1442
- 1372

Пациентка относится к группе + _____ + физической активности

- низкой
- очень низкой
- высокой
- средней

Коэффициент физической активности у пациентки составляет

- 1,3
- 1,5
- 1,2
- 1,4

Суточная потребность в энергии (ккал) для пациентки с учетом коэффициента физической активности составляет

- 1838
- 2145
- 2298
- 2045

Рекомендуемая суточная потребность в энергии (ккал) для пациентки с учетом необходимости снижения массы тела составляет

- 2145
- 1945
- 2045
- 1645

Фактическая калорийность рациона пациентки по данным потребления белков, жиров и углеводов составляет + _____ + ккал

- 3350
- 2800
- 3550
- 2800

Процентное распределение основных пищевых веществ, рекомендуемое для сбалансированного питания при снижении массы тела, составляет: белок + ____ + %, жиры + ____ + %, углеводы + ____ + %

- 3350
- 2800
- 3550
- 2800

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога мама с ребенком 7 лет, страдающим детским церебральным параличом.

Жалобы

Жалобы у мамы на отсутствие прибавки массы тела, стул до 4-х раз в сутки, слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

Ребенок рос и развивался с задержкой моторного и речевого развития. 4 месяца назад перенес странгуляционную кишечную непроходимость с некрозом участка подвздошной кишки, множественные перфорации тощей кишки, осложненные разлитым перитонитом. Проведена резекция участка подвздошной кишки (30 см) с наложением анастомоза. Постооперационный период протекал без особенностей. Выписаны из отделения хирургии на 14 сутки после оперативного вмешательства.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, протекавшей б/о до 3 триместра, в 3 триместре маловодие, задержка внутриутробного развития.

От 1 срочных стимулированных родов на 39 неделе беременности в головном предлежании.

При рождении масса тела 2280 г, рост 47 см., Апгар – 5/7 баллов.

Нарастание гипоксии в первые сутки жизни, ИВЛ до 12 суток жизни. Угнетение ЦНС.

Ребенок растет с задержкой моторного и речевого развития - Детский церебральный паралич, тетрапарез.

Объективный статус

При осмотре: Самочувствие несколько снижено. Температура 36,5°C.

Положение ребенка вынужденное за счет снижения мышечного тонуса.

Самостоятельно переворачивается, сидит при поддержке. Кожные покровы физиологической окраски, гиперемия щек и перианальной области, сухие. На передней брюшной стенке послеоперационный рубец по срединной линии.

Слизистые оболочки розовые, чистые, блестящие. Зев: гиперемии нет.

Подкожно-жировая клетчатка не развита. Лимфатические узлы не пальпируются. Сила и тонус мышц снижены - диффузная мышечная гипотония, объем мышечной ткани значительно снижен. Развернутая апертура грудной

клетки. Суставы без видимой деформации, движения в полном объеме. Носовое дыхание свободное. Форма грудной клетки уплощена, развернутая апертура, реберные четки. ЧД 26-28 вдохов в мин. Кашель отсутствует. Перкуторно звук легочный. При аускультации дыхание везикулярное. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок визуально не определяется. Артериальное давление 110/60 мм рт.ст. ЧСС 90 ударов в минуту. Ритм - дыхательная аритмия. Перкуторные границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца звучные. Шумы не выслушиваются. Аппетит сохранен. Не жуёт. Глодает протертую пищу. Язык чистый, влажный. Слизистая ротовой полости розовая, чистая, блестящая. Происходит возрастная смена зубов. Живот распластан. Видимая перистальтика отсутствует, урчит при пальпации по ходу толстой кишки. Пальпация не затруднена. Глубокая пальпация не затруднена. Симптом Орнтера отрицательный. Стул полуоформлен 3-4 раза в сутки. Печень не выступает из-под края реберной дуги, край ровный, консистенция эластичная. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Мочеполовая система развита по мужскому типу. Поясничная область не изменена. Почки не пальпируются. Симптом "поколачивания" отрицательный. Дизурии нет. Половая система развита по возрасту.

Антропометрия:

Возраст 7 лет; Масса тела – 11,5 кг; Рост – 105 см; ИМТ – $10,6 \text{ кг/м}^2$; + Z-score рост/возраст = -1,24; Z-score ИМТ < -3.

Оценка физического развития проводилась с помощью центильных таблиц, разработанных для детей с ДЦП, с последующим конвертированием центильных показателей в Z-score-критерии.

Фактическое питание:

Завтрак 10:00 – Разваренная молочная каша 200 г + банан 50 г

Обед 13:00 – Овощное пюре 200 г + протертое мясо 50 г.

Полдник 16:00 – Йогурт/кефир 200 г + фрукт (банан) 50 г.

Ужин 19:00 - Разваренная молочная каша 200 г.

Суточная калорийность 792 ккал/сутки; белки 28 г/сутки; жиры 32 г/сутки; углеводы 105 г/сутки.

Питьевой режим 300-400 мл в сутки – вода.

Физическое развитие ребенка оценивается как

- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- ниже среднего с дефицитом массы тела тяжелой степени
- среднее гармоничное
- среднее с дефицитом массы тела тяжелой степени

Необходимыми лабораторными методами обследования являются

- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- ниже среднего с дефицитом массы тела тяжелой степени
- среднее гармоничное

- среднее с дефицитом массы тела тяжелой степени

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|=====

| Дата | Белок общ. | Альбумин | Холестерин | ЛПВП | ЛПНП | Триглицериды |
Глюкоза | Са ионизир

|

| г/л | г/л | мм/л | мм/л | мм/л | мм/л | ммоль/л | ммоль/л

| Нормы | 64-83 | 30-49 | 3,2-5,2 | 0,9-2,1 | 1,55-

3,8 | 0,1-1,7 | 3,5-5,5 | 1,2-1,3

| Результат | 60,4 | 28 | 3,0 | 0,5 | 1,9 | 1,14 | 3,3 | 1,2

|=====

Сывороточное железо 5,4 мкмоль/л (9,5-21,5 мкмоль/л).

Определение уровня витаминов в крови

Витаминный статус:

|=====

| Дата | 25-ОН

вит D | Токоф,

сумм | Вит С | В12 | ФК

|

| Нг/мл | Мг/100мл | Мг/л | Нг/л | мкг/л

| Нормы | 30-60 | 0,8-1,5 | 4-15 | 193-663 | 3-17

| Результат | 16,9 | 1,0 | 7,1 | 301 | 5,2

|=====

Клинический анализ крови

|=====

| Показатели | НВ | Эр | Лейк. | Нейт. | Лим. | Мо | Эо | ТВ | СОЭ

|

| г/л | 10¹²/л | 10⁹/л | % | % | % | % | 10⁹/л | мм/ч

| норма | 110-140 | 3,7-4,9 | 4,5-13 | 43-65 | 31-53 | 4-8 | 1-5 | 150-440 | 2-20

| Результат | 101,2 | 2,6 | 5,75 | 44 | 24 | 6,4 | 3,6 | 290,5 | 25

|=====

Антитела к глиадину (IgA, IgG)

В пределах нормы

Анализ мочи по Нечипоренко

Моча по Нечипоренко:

|=====

| Лейкоциты | Эритроциты | Цилиндры (гиалиновые)

| 900 | 200 | 0

|=====

Исследование кала на дисбактериоз

E.coli -10⁴ КОЕ/г фекалий

Для уточнения диагноза необходимо проведение инструментальных методов обследования

- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- ниже среднего с дефицитом массы тела тяжелой степени
- среднее гармоничное
- среднее с дефицитом массы тела тяжелой степени

Результаты инструментальных методов обследования

УЗИ органов брюшной полости

ПЕЧЕНЬ: Размеры – не увеличены. Правая доля - 95 мм. Левая доля - 60 мм. Эхогенность - средняя. Паренхима – однородная. Внутривенные желчные протоки: Диаметр – норма. Стенки - уплотнены. Воротная вена – размер 5,0 мм норма; стенки норма. Печеночные вены – норма. Кровоток – не изменен. Контур - четкие, ровные.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ - в типичном месте не увеличен, 58×16, форма – обычная, стенки норма, просвет свободный.

ЖЕЛУДОК Стенки - норма; секреция - норма.

12 ПЕРСТНАЯ КИШКА - Стенки - норма; секреция - норма.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА 10×14×12 мм, не увеличена. Контур - ровный.

Паренхима - однородная. Эхогенность - средняя. Стенки сосудов - не уплотнены. Вирсунгов проток - не изменен.

СЕЛЕЗЕНКА не увеличена. 68×35. Контур ровный. Паренхима - однородной структуры. Эхогенность - средняя. Дополнительная долька - не визуализируется. Сосуды - не изменены. Селезеночная вена – 4 мм норма.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ не визуализируются.

СВОБОДНАЯ ЖИДКОСТЬ не визуализируется.

Денситометрия

Минеральная плотность костной ткани снижена на 30% (Z-Score = -2,5)

Определение состава тела методом биоимпедансометрии

|=====

| Показатели | Результат | Норма

| Общая вода организма (кг) | 8,1 | 1,6-7,2

| Внеклеточная жидкость (кг) | 5,2 | 5,7-6,6

| Протеины (кг) | 5,1 | 5,9-9,8

| Минеральные вещества (кг) | 0,9 | 1,04-1,28

| Жировая масса (кг) | 0,5 | 1,2-3,3

| Масса тела (кг) | 11,7 |

| Масса скелетной мускулатуры (кг) | 3,6 | 5,4-9,4

| Индекс массы тела, кг/м² | 10,6 | 14-16,9

| Процент жировой ткани (%) | 5,9 | 11,0-21,0

|=====

Определение уровня основного обмена методом непрямой калориметрии
Уровень энерготрат покоя составил 724 ккал/сут., что свидетельствует о снижении уровня энергетического обмена на 12%. Скорость окисления углеводов 25г/сутки- снижена на 68% (78-117г/с). Скорость окисления жиров 55 г/сутки- повышена на 57% (норма 17-35 г/сутки) Скорость окисления белка 23 г/сутки- снижена на 3% (норма 24-33г/сутки).

Эхокардиография сердца

Морфометрические и функциональные параметры сердца в норме. Крупные сосуды, перегородки, полости не изменены. Сократимость миокарда в норме. Диастолическая функция не изменена.

Ультразвуковое исследование почек

Левая почка 68x26 мм., дифференцировка сохранена, чашечно-лоханочная система не изменена; конкременты не визуализируются. Правая почка 69x26 мм., дифференцировка сохранена, чашечно-лоханочная система не изменена, конкременты не визуализируются. Зона надпочечников: не изменена. Мочевой пузырь заполнен, стенки тонкие, ровные, просвет анэхогенный.

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования, пациенту можно поставить клинический диагноз

- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- ниже среднего с дефицитом массы тела тяжелой степени
- среднее гармоничное
- среднее с дефицитом массы тела тяжелой степени

Диагноз

Детский церебральный паралич, тетрапарез. Тяжелая белково-энергетическая недостаточность. Дефицит массы тела, тяжелый (Z-Score ИМТ<-3). Синдром короткой кишки. Состояние после резекции участка подвздошной кишки. Нарушение минеральной плотности костной ткани: остеопороз. Дефицит витамина Д. Железодефицитная анемия легкой степени

Детский церебральный паралич, тетрапарез. Белково-энергетическая недостаточность умеренной степени тяжести. Дефицит массы тела, средней степени тяжести (Z-Score ИМТ<-3). Синдром короткой кишки. Состояние после резекции участка подвздошной кишки. Нарушение минеральной плотности костной ткани: остеопороз. Железодефицитная анемия

Детский церебральный паралич, тетрапарез. Белково-энергетическая недостаточность легкой степени. Дефицит массы тела, средней степени тяжести (Z-Score ИМТ<-3). Синдром короткой кишки. Состояние после резекции участка подвздошной кишки. Рахит, активный период. Дефицит витамина D. Железодефицитная анемия средней степени тяжести

Детский церебральный паралич, тетрапарез. Белково-энергетическая недостаточность умеренная. Дефицит массы тела, тяжелой степени (Z-Score ИМТ<-3). Нарушение всасывания в кишечнике. Целиакия, восстановительный период. Нарушение минеральной плотности костной ткани. Рахит, активный период. Дефицит витамина D. Железодефицитная анемия легкой степени

Продуктом выбора для нутритивной поддержки является _____ смесь и ее объем составляет

- полуэлементная изокалорийная смесь; 50% от суточного объема рациона
- полимерная изокалорийная смесь; 50% от суточного объема рациона
- изокалорийная элементная смесь через зонд; 100 % от суточного рациона
- полимерная гиперкалорийная смесь; 20% от суточного объема рациона

Коррекция рациона с учетом нутритивной поддержки включает

- перевод на полное энтеральное питание смесью
- замену 3-х дополнительных приемов пищи (2-ой завтрак, полдник и на ночь) на лечебный продукт
- замену 2-х дополнительных приемов пищи (2-ой завтрак, полдник и на ночь) на лечебную полуэлементную смесь
- введение дополнительного приема пищи с использованием стандартных продуктов питания

Лечение железодефицитной анемии включает в себя

- назначение витамина B12 парентерально в лечебной дозе; коррекция рациона с увеличением доли железосодержащих продуктов
- назначение фолиевой кислоты в дозе 1 мг в сутки, как стимулятора эритропоэза, дополнительно к поливитаминным препаратам
- анемия легкой степени в медикаментозной терапии не нуждается; достаточно проведения коррекции питания с увеличением доли железосодержащих продуктов
- назначение препаратов железа в суточной дозе 45-60 мг элементарного железа; увеличение в рационе железосодержащих продуктов

Коррекция нарушения минеральной плотности костной ткани состоит из

- назначения препаратов кальция; витамина D в лечебной дозе на фоне нутритивной поддержки и реабилитационных мероприятий (лечебный физкультурный комплекс)
- назначения витамина D в профилактической дозе; нутритивной поддержки лечебной смесью
- включения в рацион продуктов, обогащенных кальцием на фоне профилактической дозы витамина D и реабилитационных мероприятий (лечебный физкультурный комплекс)

- назначения витамина Д в профилактической дозе; включения в рацион молочных продуктов до 600 мл в сутки

Суточная калорийность рациона в данной клинической ситуации рассчитывается

- с учетом базовой энергетической потребности, мышечного тонуса, физической активности
- выше на 20-30% от рекомендованной возрастной калорийности рациона с учетом степени дефицита массы тела
- в соответствии с рекомендуемыми нормами потребления детей на данный возраст
- ниже на 20-30% от рекомендованной возрастной калорийности с учетом тетрапареза

Процентное соотношение основных макронутриентов в рационе от суточной калорийности должно составлять: белки + _____ + %; жиры + _____ + %; углеводы + _____ + %

- 10; 10; 80
- 30; 30; 40
- 12-15; 30; 55-58
- 30; 40; 55-60

Длительность нутритивной поддержки необходима до

- прибавки роста в соответствии со средними возрастными показателями
- нормализации нутритивного статуса
- увеличения жировой и мышечной массы
- нормализации уровня общего белка и альбумина

Контроль за диетотерапией и нутритивной поддержкой осуществляется с помощью

- прибавки роста в соответствии со средними возрастными показателями
- нормализации нутритивного статуса
- увеличения жировой и мышечной массы
- нормализации уровня общего белка и альбумина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога мама с ребенком 13 лет, страдающим детским церебральным параличом.

Жалобы

Жалобы у мамы на отсутствие у ребенка прибавки массы тела, избирательный аппетит.

Анамнез заболевания

Ребенок рос и развивался с задержкой моторного и речевого развития. С 5 месяцев снижение аппетита. До возраста 4-х лет в рационе исключительно протертая пища в связи с длительным отсутствием навыка жевания. В питании избирателен. На фоне избирательного аппетита, плохая прибавка массы тела.

Анамнез жизни

Мальчик от II беременности (I беременность замершая), протекавшей на фоне хронической фетоплацентраной недостаточности, угрозы прерывания на всем протяжении беременности. От I-ых, преждевременные на 35 неделе беременности, самостоятельных родов в головном предлежании, двойное обвитие пуповины вокруг шеи. При рождении: масса тела 2080 гр, длина 48 см. Апгар 7/8 баллов. ИВЛ 3 суток. Обходился без дополнительной оксигенации с 7 суток жизни. Раннее психомоторное развитие с отставанием: голову держит с 3 месяцев, сидит с 11 месяцев, ходит с 2 лет. Задержка речевого развития. На грудном вскармливании до 2 месяцев, далее искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями. Введение прикорма с 4 месяцев каши, с 5 месяцев овощное пюре, творог и мясо с 6 месяцев.

Объективный статус

При осмотре: По системе классификаций больших моторных функций GMFCS - I класс моторной активности (ходьба без ограничений). Глохнет, жует, быстро утомляется. Обращает на себя внимание сухость кожных покровов. По органам и системам без патологии. Живот мягкий безболезненный, доступен поверхностной и глубокой пальпации. Стул самостоятельный 1 раз в 2 дня, без патологических примесей.

Антропометрия:

Возраст 13 лет; Масса тела – 27,5 кг; Рост – 149 см; ИМТ – 12,4 кг/м²; Z-score рост/возраст = -0,5; Z-score ИМТ = -2,9. Оценка физического развития проводилась с помощью центильных таблиц, разработанных для детей с ДЦП, с последующим конвертированием центильных показателей в Z-score-критерии.

Фактическое питание:

Завтрак 10:00: Каша на воде с добавлением молока 200 г + фрукт 100г, бутерброд (белый хлеб 30 г + сливочное масло 5 г + сыр 10 г) + чай 200 мл + сахар 10 г

Обед 13:00: Суп овощной или овоще-крупяной на мясном бульоне 200 г + мясо 80 г, чай 200 мл с печеньем 30г

Полдник 16:00: Йогурт/кефир 200 г + фрукт (банан) 100 г

Ужин 19:00: Овощной или крупяной гарнир 150-200 г + мясо 80 г, чай без сахара 200 г с печеньем 50 г

Суточная калорийность 1400 ккал/сутки; белки 48 г/сутки; жиры 67 г/сутки; углеводы 156 г/сутки.

Питьевой режим 600 мл в сутки – вода питьевая, компот, морс, чай.

Физическое развитие ребенка оценивается как

- задержка физического развития с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- среднее с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- среднее гармоничное
- среднее с дефицитом массы тела легкой степени тяжести

Необходимыми лабораторными методами оценки пищевого статуса являются

- задержка физического развития с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- среднее с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- среднее гармоничное
- среднее с дефицитом массы тела легкой степени тяжести

Результаты обследования

Биохимический анализ крови

Дата	Белок общ.	Альбумин	Холестерин	ЛПВП	ЛПНП	Триглицериды	Глюкоза	Са ионизир
г/л	г/л	мм/л	мм/л	мм/л	мм/л	ммоль/л	ммоль/л	
Нормы	64-83	30-49	3,2-5,2	0,9-2,1	1,55-3,8	0,1-1,7	3,5-5,5	1,2-1,3
Результат	65	32	3,5	0,9	2,1	1,2	4,5	1,28

Сывороточное железо 14 мкмоль/л (9,5-21,5 мкмоль/л).

Определение уровня витаминов в крови

Витаминный статус:

Дата	25-ОН вит D	Токоф, сумм	Вит С	В12	ФК
Нг/мл	Мг/100мл	Мг/л	Нг/л	мкг/л	
Нормы	30-60	0,8-1,5	4-15	193-663	3-17
Результат	12	1,2	5,1	439	10,7

Клинический анализ крови

Показатели	НВ	Эр	Лейк.	Нейт.	Лим.	Мо	Эо	ТВ	СОЭ
г/л	10^{12} /л	10^9 /л	%	%	%	%	10^9 /л	мм/ч	
норма	110-140	3,7-4,9	4,5-13	43-65	31-53	4-8	1-5	150-440	2-20

| Результат | 121,2 | 4,1 | 6,8 | 54 | 49 | 7 | 5 | 298 | 5

|=====

Антитела к глиадину (IgA, IgG)

В пределах нормы

Определение уровня антител к гельминтам в крови

Отрицательно

Исследование кала на дисбактериоз

Патологии не выявлено

Необходимыми дополнительными инструментальными методами оценки пищевого статуса являются

- задержка физического развития с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- среднее с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- среднее гармоничное
- среднее с дефицитом массы тела легкой степени тяжести

Результаты инструментальных методов обследования

Денситометрия

Минеральная плотность костной ткани снижена на 27% -Z-Score =-2,3

Определение состава тела методом биоимпедансометрии

|=====

| Показатели | Результат | Норма

| Общая вода организма | 8,1 | 2,6-9,5

| Протеины | 5 | 5,9-9,8

| Минеральные вещества | 1,0 | 1,5-2,2

| Жировая масса | 0,8 | 1,5-3,5

| Масса скелетной мускулатуры | 14 | 8,4-18

| Индекс массы тела, кг/м² | 12,4 | 14-16,9

| Процент жировой ткани | 3,0 | 11,0-21,0

|=====

Определение уровня основного обмена методом непрямой калориметрии

Уровень энерготрат покоя составил 1472 ккал/сут (норма 1107-1353 ккал в сутки), что свидетельствует о повышении уровня энергетического обмена.

Скорость окисления углеводов 145 г/сутки- снижена (норма 184-276 г/сут).

Скорость окисления жиров в норме 65г/сутки (норма 40-81 г/сутки) Скорость окисления белка 55 г/сутки, что также соответствует нормальным значениям (норма 41-57 г/сутки)

УЗИ органов брюшной полости

ПЕЧЕНЬ: Размеры не увеличены. Правая доля -120 мм.Левая доля 73 мм.

Эхогенность средняя. Паренхима однородная.Внутрипеченочные желчные протоки: Диаметр – норма.Стенки - норма.Воротная вена размер 6,5 мм

норма;стенки норма. Печеночные вены – норма.Кровоток не изменен. Контур - четкие, ровные.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ -в типичном месте не увеличен, 58×16, форма обычная,

стенки норма, просвет свободный. ЖЕЛУДОК Стенки норма; секреция -норма.
12 ПЕРСТНАЯ КИШКА Стенки норма; секреция норма.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА 12×15×13 мм, не увеличена. Контур ровный.
Паренхима однородная. Эхогенность средняя. Стенки сосудов не уплотнены.
Вирсунгов проток не изменен.

СЕЛЕЗЕНКА не увеличена. 94×46 мм. Контур ровный. Паренхима однородной
структуры. Эхогенность средняя. Дополнительная доля не визуализируется.
Сосуды - не изменены. Селезеночная вена – 4 мм норма.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ не визуализируются.

СВОБОДНАЯ ЖИДКОСТЬ не визуализируется

Эхокардиография сердца

Морфометрические и функциональные параметры сердца в норме. Крупные
сосуды, перегородки, полости не изменены. Сократимость миокарда в норме.
Диастолическая функция не изменена

Ультразвуковое исследование почек

Левая почка 90×40 мм, дифференцировка сохранена, чашечно-лоханочная
система не изменена; конкременты не визуализируются. Правая почка 89×41
мм, дифференцировка сохранена, чашечно-лоханочная система не изменена,
конкременты не визуализируются. Зона надпочечников: не изменена. Мочевой
пузырь заполнен, стенки тонкие, ровные, просвет анэхогенный.

**Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты
лабораторно-инструментальной оценки нутритивного статуса, пациенту
можно поставить клинический диагноз**

- задержка физического развития с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- среднее с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- среднее гармоничное
- среднее с дефицитом массы тела легкой степени тяжести

Диагноз

**Детский церебральный паралич. Белково-энергетическая недостаточность
средней степени тяжести. Дефицит массы тела, средней степени (Z-score
ИМТ = -2,9). Нарушение минеральной плотности костной ткани:
остеопения. Дефицит витамина D**

**Детский церебральный паралич. Белково-энергетическая недостаточность
легкой степени тяжести. Дефицит массы тела, средней степени (Z-
score ИМТ = -2,9). Нарушение минеральной плотности костной ткани:
рахит активный период. Дефицит витамина D**

**Детский церебральный паралич. Белково-энергетическая недостаточность
средней степени тяжести. Дефицит массы тела, средней степени (Z-score
ИМТ = -2,9). Нарушение минеральной плотности костной ткани:
остеопороз. Дефицит витамина D**

Детский церебральный паралич. Белково-энергетическая недостаточность легкой степени тяжести. Дефицит массы тела, легкой степени (Z-score ИМТ = -2,9). Нарушение минеральной плотности костной ткани: остеопороз. Недостаточность витамина D

Продуктом выбора для нутритивной поддержки является

+ _____ + смесь и ее объем от суточного рациона составляет
+ _____ + %

- полимерная изокалорийная; до 50
- полуэлементная изокалорийная; 50
- элементная изокалорийная; 100
- полуэлементная гиперкалорийная; 20

Коррекция рациона с учетом нутритивной поддержки включает

- замену 2-х основных приемов пищи (завтрака и ужина) на лечебный продукт
- замену 3-х дополнительных приемов пищи (2-ой завтрак, полдник и на ночь) на лечебный продукт
- замену 1-го дополнительного приема пищи (полдник или прием пищи на ночь) на лечебный продукт
- перевод на полное энтеральное питание лечебным продуктом

Суточная калорийность рациона у детей с детским церебральным параличом в i-ом классе моторной активности по системе классификации больших моторных функций GMFCS (ходьба без ограничений) должна соответствовать

- показателям основного обмена на полученные данные антропометрии
- меньше на 10-20% по сравнению со здоровыми детьми данного возраста
- расчетным показателям потребности в энергии у больных неврологического профиля
- рекомендуемым нормам потребления пищевых веществ для детей данного возраста

Комплекс мероприятий направленный на коррекцию нарушений минеральной плотности костной ткани включает

- назначение препаратов кальция; витамина D в лечебной дозе на фоне нутритивной поддержки и реабилитационных мероприятий
- назначение витамина D в профилактической дозе; включение в рацион молочных продуктов до 600 мл в сутки, на фоне реабилитационных мероприятий
- включение в рацион продуктов обогащенных кальцием на фоне назначения препаратов кальция и профилактической дозы витамина D

- назначение витамина D в лечебной дозе, перевод на полное энтеральное питание лечебной смесью, на фоне реабилитационных мероприятий

Процентное соотношение основных макронутриентов в рационе от суточной калорийности должно составлять: белки + _____ + %; жиры + _____ + %; углеводы + _____ + %

- 30; 40; 55-60
- 10-20; 20; 80
- 12-15; 30; 55-58
- 10; 10; 40

Расчет потребности в жидкости можно проводить ориентируясь на следующие показатели

- средний объем потребляемой пищи за сутки
- суточную калорийность рациона на момент обследования
- массу тела и базовую энергетическую потребность
- средний объем одного кормления

Длительность нутритивной поддержки необходима до

- нормализации уровня витамина D в крови
- нормализации нутритивного статуса
- прибавки роста в соответствии со средними возрастными показателями
- увеличения жировой и мышечной массы

Контроль за диетотерапией и нутритивной поддержкой осуществляется с помощью

- нормализации уровня витамина D в крови
- нормализации нутритивного статуса
- прибавки роста в соответствии со средними возрастными показателями
- увеличения жировой и мышечной массы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 9 лет, страдающий детским церебральным параличом, форма спастический тетрапарез.

Жалобы

Жалобы со стороны ухаживающих на отсутствие прибавки массы тела, длительный прием пищи (время приема пищи составляет 6 часов за сутки).

Анамнез заболевания

Ребенок растет и развивается с грубой задержкой моторного и речевого развития, самостоятельно не передвигается полная зависимость от

окружающих. В рационе исключительно протертая пища в связи с отсутствием навыка жевания.

Анамнез жизни

Мальчик от I беременности, протекавшей на фоне маловодия. От I-ых, срочных стимулированных родов на 42 неделе беременности, в головном предлежании, слабость родовой деятельности. При рождении: масса тела 2500 гр, длина 48 см. Апгар 5/7 баллов. ИВЛ 14 суток. Обходился без дополнительной оксигенации с 1 месяца жизни. Грубая задержка психомоторного развития. На искусственном вскармливании с рождения адаптированными молочными смесями до 1,5 лет. Введение прикорма с 6 месяцев (жидкие молочные каши из бутылки). Пюрированная пища в рационе после 1 года. Кормится с ложки. Не жует.

Объективный статус

При осмотре: По системе классификаций больших моторных функций GMFCS - V класс моторной активности (полная зависимость от окружающих). Не жует, пищу длительно держит во рту, трудности при проглатывании, поперхивается (орофарингеальная дисфункция/дисфагия). Процесс кормления занимает 1 час. Температура кожных покров верхних и нижних конечностей резко снижена. Подкожно-жировая клетчатка не развита. Умеренная сухость кожных покровов. Тургор кожи снижен. Аускультативно дыхание поверхностное, тоны сердца несколько приглушены, брадикардия до 64 уд в минуту. Живот при пальпации мягкий, не вздут, безболезненный. Стул запоры (после свечи с глицерином 1 раз в 2 суток, плотный, без патологических примесей). Антропометрия: Возраст 9 лет; Масса тела – 18,8 кг; Рост – 140 см; ИМТ – 9,6 кг/м²; Z-score рост/возраст = +1,65; Z-score ИМТ < -3,0.

Оценка физического развития проводилась с помощью центильных таблиц, разработанных для детей с ДЦП, с последующим конвертированием центильных показателей в Z-score-критерии.

Питьевой режим – жидкость принимает между приемами пищи с лекарственными препаратами не более 200 мл в сутки.

Физическое развитие ребенка оценивается как

- среднее гармоничное
- физическое развитие среднее с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- выше среднего с дефицитом массы тела тяжелой степени

Необходимыми лабораторными методами оценки пищевого статуса являются

- среднее гармоничное
- физическое развитие среднее с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- выше среднего с дефицитом массы тела тяжелой степени

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|=====

| Дата | Белок общ. | Альбумин | Холестерин | ЛПВП | ЛПНП | Триглицериды |
Глюкоза | Са ионизир

|

| г/л | г/л | мм/л | мм/л | мм/л | мм/л | ммоль/л | ммоль/л
| Нормы | 64-83 | 30-49 | 3,2-5,2 | 0,9-2,1 | 1,55-
3,8 | 0,1-1,7 | 3,5-5,5 | 1,2-1,3
| Результат | 54 | 25 | 2,5 | 0,5 | 1,3 | 0,7 | 2,9 | 1,2

|=====

Сывороточное железо 9,5 мкмоль/л (9,5-21,5 мкмоль/л).

Определение уровня витаминов в крови

Витаминный статус:

|=====

| Дата | 25-ОН
вит D | Токоф,
сумм | Вит С | В12 | ФК

|

| Нг/мл | Мг/100мл | Мг/л | Нг/л | мкг/л
| Нормы | 30-60 | 0,8-1,5 | 4-15 | 193-663 | 3-17
| Результат | 10 | 0,83 | 4,9 | 234 | 10,7

|=====

Клинический анализ крови

|=====

| Показатели | НВ | Эр | Лейк. | Нейт. | Лим. | Мо | Эо | ТВ | СОЭ

|

| г/л | 10¹²/л | 10⁹/л | % | % | % | % | 10⁹/л | мм/ч
| норма | 110-140 | 3,7-4,9 | 4,5-13 | 43-65 | 31-53 | 4-8 | 1-5 | 150-440 | 2-20
| Результат | 113 | 3,5 | 7,6 | 60 | 28 | 5 | 2,5 | 324 | 6

|=====

Антитела к глиадину (IgA, IgG)

В пределах нормы

Исследование крови на герпес вирусы методом ПЦР (вирус герпеса 1, 2, 6 типов, цитомегаловирус и вирус Эпштейна-Барр)

Отрицательно

Исследование кала на я/глист, соскоб на энтеробиоз

Отрицательно

Необходимыми инструментальными методами оценки пищевого статуса являются

- среднее гармоничное
- физическое развитие среднее с дефицитом массы тела легкой степени тяжести

- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- выше среднего с дефицитом массы тела тяжелой степени

Результаты инструментальных методов обследования

Денситометрия

Минеральная плотность костной ткани снижена на 30% -Z-Score =-2,5

Определение состава тела методом биоимпедансометрии

|=====

Показатели	Результат	Норма
Общая вода организма	10,0	10,2-12,4
Протеины	2,7	3,0-3,5
Минеральные вещества	0,27	0,94-1,15
Жировая масса	0,2	2,3-4,7
Масса скелетной мускулатуры	4,1	6,6-8,0
Индекс массы тела, кг/м ²	12,4	14-16,9
Процент жировой ткани	3,0	11,0-21,0
Фазовый угол	3,9	5,4-7,8

|=====

Определение уровня основного обмена методом непрямой калориметрии или с помощью специализированных формул, учитывающих возраст и данные антропометрии

Уровень энерготрат покоя составил 980 ккал/сутки.

УЗИ органов брюшной полости

ПЕЧЕНЬ: Размеры не увеличены. Правая доля -98 мм.Левая доля -64 мм. Эхогенность средняя. Паренхима однородная.Внутрипеченочные желчные протоки: Диаметр – норма.Стенки - норма.Воротная вена размер 6,0 мм норма;стенки норма. Печеночные вены – норма.Кровоток не изменен. Контур четкие, ровные.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ в типичном месте не увеличен, 36×18 мм, форма обычная, стенки норма, просвет свободный.

ЖЕЛУДОК Стенки - норма; секреция -норма.

12 ПЕРСТНАЯ КИШКА Стенки - норма; секреция - норма.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА 12×15×13 мм, не увеличена. Контур ровный.

Паренхима однородная. Эхогенность средняя.Стенки сосудов не уплотнены.

Вирсунгов проток не изменен.

СЕЛЕЗЕНКА не увеличена 73×36 мм. Контур ровный. Паренхима однородной структуры. Эхогенность средняя. Дополнительная долька не визуализируется.

Сосуды не изменены. Селезеночная вена – 4 мм норма.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ не визуализируются.

СВОБОДНАЯ ЖИДКОСТЬ не визуализируется.

Эхокардиография сердца

Морфометрические и функциональные параметры сердца в норме. Крупные сосуды, перегородки, полости не изменены. Сократимость миокарда в норме. Диастолическая функция не изменена

Ультразвуковое исследование почек

Левая почка 70×34 мм, дифференцировка сохранена, чашечно-лоханочная система не изменена; конкременты не визуализируются. Правая почка 70×34 мм, дифференцировка сохранена, чашечно-лоханочная система не изменена, конкременты не визуализируются. Зона надпочечников: не изменена. Мочевой пузырь заполнен, стенки тонкие, ровные, просвет анэхогенный.

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментальной оценки нутритивного статуса, пациенту можно поставить клинический диагноз

- среднее гармоничное
- физическое развитие среднее с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- выше среднего с дефицитом массы тела тяжелой степени

Диагноз

**Детский церебральный паралич, спастический тетрапарез.
Псевдобульбарный синдром. Тяжелая белково-энергетическая недостаточность. Дефицит массы тела, тяжелой степени (Z-score ИМТ<-3,0). Нарушение минеральной плотности костной ткани: остеопороз.
Дефицит витамина D**

**Детский церебральный паралич, спастический тетрапарез.
Псевдобульбарный синдром. Тяжелая белково-энергетическая недостаточность. Нарушение минеральной плотности костной ткани: остеопороз. Дефицит витамина D. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести**

**Детский церебральный паралич, спастический тетрапарез.
Псевдобульбарный синдром. Белково-энергетическая недостаточность средней степени тяжести. Дефицит массы тела, тяжелой степени (Z-score ИМТ<-3,0). Нарушение минеральной плотности костной ткани: остеопения. Недостаточность витамина D**

**Детский церебральный паралич, спастический тетрапарез.
Псевдобульбарный синдром. Белково-энергетическая недостаточность умеренная. Дефицит массы тела, средней степени тяжести (Z-score ИМТ<-3,0). Нарушение минеральной плотности костной ткани: остеопороз.
Дефицит витамина D. Латентный дефицит железа**

Методом выбора энтерального питания является организация питания через

- гастростому

- назодуоденальный зонд
- назогасральный зонд
- рот

Продуктом выбора для нутритивной поддержки является

+ _____ + смесь и ее объем в процентном соотношении составляет + _____ + % от суточного рациона

- элементная изокалорийная; 20
- полуэлементная гиперкалорийная; 100
- полимерная гиперкалорийная; 50
- полимерная изокалорийная; 50

Коррекция рациона с учетом нутритивной поддержки включает замену

+ _____ + на лечебный продукт

- 3-х основных приемов пищи
- 3-х дополнительных приемов пищи
- всех приемов пищи, с полным переводом
- 2-х основных приемов пищи

Суточная калорийность рациона у детей с детским церебральным параличом в v-ом классе моторной активности по системе классификации больших моторных функций GMFCS (полная зависимость от окружающих) должна соответствовать

- меньше на 10-20% по сравнению со здоровыми детьми данного возраста
- показателям основного обмена на полученные данные антропометрии
- с учетом базовой энергетической потребности, мышечного тонуса, физической активности
- рекомендуемым нормам потребления пищевых веществ с учетом возраста и антропометрии

Комплекс мероприятий направленный на коррекцию нарушений минеральной плотности костной ткани включает

- назначение витамина D в профилактической дозе; включение в рацион молочных продуктов до 600 мл в сутки, на фоне реабилитационных мероприятий
- назначение препаратов кальция; витамина D в лечебной дозе на фоне нутритивной поддержки и реабилитационных мероприятий
- назначение витамина D в лечебной дозе, перевод на полное энтеральное питание лечебной смесью, на фоне реабилитационных мероприятий
- включение в рацион продуктов обогащенных кальцием на фоне назначения препаратов кальция и профилактической дозы витамина D

Расчет потребности в жидкости можно проводить ориентируясь на следующие показатели

- массу тела и базовую энергетическую потребность
- средний объем одного кормления
- средний объем потребляемой пищи за сутки
- суточную калорийность рациона на момент обследования

Длительность нутритивной поддержки необходима до

- увеличения жировой и мышечной массы
- нормализации уровня общего белка и альбумина
- нормализации нутритивного статуса
- прибавки роста в соответствии со средними возрастными показателями

Контроль за диетотерапией и нутритивной поддержкой осуществляется с помощью

- увеличения жировой и мышечной массы
- нормализации уровня общего белка и альбумина
- нормализации нутритивного статуса
- прибавки роста в соответствии со средними возрастными показателями

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 7 лет, страдающий детским церебральным параличом, форма спастической диплегии.

Жалобы

Жалобы со стороны мамы на отсутствие прибавки массы тела.

Анамнез заболевания

Ребенок растет и развивается с грубой задержкой моторного и речевого развития, самостоятельно не передвигается полная зависимость от окружающих. В рационе исключительно протертая пища в связи с отсутствием навыка жевания.

Анамнез жизни

Мальчик от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре, угрозы прерывания и преждевременных родов на всем протяжении беременности. 1-х самопроизвольно начавшихся родов в головном предлежании с последующим экстренным кесаревым сечением на фоне стимуляции и эпидуральной анестезии, преэклампсии в родах (АД 210\120 мм рт. ст, многократной рвоты), дискоординации родовой деятельности. Вес при рождении 3,4 кг, рост – 50 см. Оценка по шкале Апгар 0/1 балл. Состояние при рождении крайней степени за счет перенесенной тяжелой асфиксии в родах. Спонтанное дыхание отсутствовало, разлитой цианоз, атония, арефлексия. ИВЛ в течение 1 месяца.

На искусственном вскармливании с рождения адаптированными молочными смесями. Введение прикорма с 6 месяцев (овощное пюре, каши). Кормится с ложки. Не жует. Глотает.

Объективный статус

При осмотре: По системе классификаций больших моторных функций GMFCS - V класс моторной активности (полная зависимость от окружающих).

Возраст 7 лет; Масса тела – 12,9 кг; Рост – 105 см; ИМТ – 11,7 кг/м²; Z-score рост/возраст = -1,08; Z-score ИМТ = -1,28. Оценка физического развития проводилась с помощью центильных таблиц, разработанных для детей с ДЦП, с последующим конвертированием центильных показателей в Z-score-критерии.

Кожные покровы бледно-розовые, чистые от сыпей. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, равномерно распределена. Толщина кожной складки на уровне трехглавой мышцы справа 3 мм, слева - 2 мм; околопупочной области - 1 мм. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Сердечно-легочная деятельность не нарушена. Живот правильной формы, пальпация не затруднена, печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул нерегулярный, полуоформленный. Дизурии нет.

Не жует, глотает хорошо. Процесс кормления занимает 30 мин.

Рацион питания: 1) завтрак (9.00-10.00) каша на воде 300 г + оливковое масло 5 г. 2) обед (13.00-14.00) суп овощной (кабачок, морковь, брокколи, стручковая фасоль) на мясном или рыбном бульоне 300 г. + мясное пюре (кролик, индейка, курица)/ рыба (треска, семга) / 60 г + оливковое масло 5 г. 3) полдник (18.00) кефир 200 г + банан 100 г. 4) ужин (21.00) каша на воде 300 г + оливковое масло 5 г.

Питьевой режим – жидкость принимает между приемами пищи с лекарственными препаратами не более 200 мл в сутки.

Физическое развитие ребенка оценивается как

- ниже среднего с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- физическое развитие среднее гармоничное
- физическое развитие среднее с дефицитом массы тела средней степени тяжести

Необходимыми лабораторными методами оценки пищевого статуса являются

- ниже среднего с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- физическое развитие среднее гармоничное
- физическое развитие среднее с дефицитом массы тела средней степени тяжести

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|=====

| Дата | Белок общ. | Альбумин | Холестерин | ЛПВП | ЛПНП | Триглицериды |
Глюкоза | Са ионизир

|

| г/л | г/л | мм/л | мм/л | мм/л | мм/л | ммоль/л | ммоль/л

| Нормы | 64-83 | 30-49 | 3,2-5,2 | 0,9-2,1 | 1,55-

3,8 | 0,1-1,7 | 3,5-5,5 | 1,2-1,3

| Результат | 76 | 45 | 3,7 | 1,8 | 2,2 | 0,5 | 3,9 | 1,25

|=====

Сывороточное железо 12,8 мкмоль/л (9,5-21,5 мкмоль/л).

Определение уровня витаминов в крови

Витаминный статус:

|=====

| Дата | 25-ОН

вит D | Токоф,

сумм | Вит С | В12 | ФК

|

| Нг/мл | Мг/100мл | Мг/л | Нг/л | мкг/л

| Нормы | 30-60 | 0,8-1,5 | 4-15 | 193-663 | 3-17

| Результат | 15,2 | 1,0 | 9,5 | 640 | 15

|=====

Клинический анализ крови

|=====

| Показатели | НВ | Эр | Лейк. | Нейт. | Лим. | Мо | Эо | ТВ | СОЭ

|

| г/л | 10¹²/л | 10⁹/л | % | % | % | % | 10⁹/л | мм/ч

| норма | 110-140 | 3,7-4,9 | 4,5-13 | 43-65 | 31-53 | 4-8 | 1-5 | 150-440 | 2-20

| Результат | 128 | 4,5 | 11 | 62 | 23 | 7 | 2 | 187 | 15

|=====

Антитела к глиадину (IgA, IgG)

В пределах нормы

Исследование крови на герпес вирусы методом ПЦР (вирус герпеса 1, 2, 6 типов, цитомегаловирус и вирус Эпштейна-Барр)

Отрицательно

Биохимия суточной мочи

Патологии не выявлено

Необходимыми инструментальными методами оценки пищевого статуса являются

- ниже среднего с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени тяжести

- физическое развитие среднее гармоничное
- физическое развитие среднее с дефицитом массы тела средней степени тяжести

Результаты инструментальных методов обследования

Денситометрия

Минеральная плотность костной ткани снижена на 27% -Z-Score =-2,3

Определение состава тела методом биоимпедансометрии

|=====

Показатели	Результат	Норма
Общая вода организма	9,0	1,6-7,2
Протеины	6,0	6,6-8,0
Минеральные вещества	0,98	1,2-1,8
Жировая масса	1,0	1,2-3,3
Масса скелетной мускулатуры	4,4	5,4-9,4
Индекс массы тела, кг/м ²	11,7	14-16,9
Процент жировой ткани	8	11,0-21,0
Фазовый угол	4,9	5,4-7,8

|=====

Определение уровня основного обмена методом непрямой калориметрии или с помощью специализированных формул, учитывающих возраст и данные антропометрии.

Уровень энерготрат покоя составил 350 ккал/сут, что свидетельствует о снижении уровня энергетического обмена на 47%, скорость окисления углеводов снижена на 23%, скорость окисления жиров снижена на 80%. Скорость окисления белка снижена на 46%

УЗИ органов брюшной полости

ПЕЧЕНЬ: Размеры не увеличены. Правая доля -98 мм.Левая доля -54 мм.

Эхогенность средняя. Паренхима однородная.Внутрипеченочные желчные протоки: Диаметр – норма.Стенки - норма.Воротная вена размер 5,0 мм норма;стенки норма. Печеночные вены – норма.Кровоток не изменен.

Контур - четкие, ровные.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ -в типичном месте не увеличен, 36×18 мм, форма обычная, стенки норма, просвет свободный.

ЖЕЛУДОК Стенки - норма; секреция -норма.

12 ПЕРСТНАЯ КИШКА Стенки - норма; секреция - норма.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА 10×11×14 мм, не увеличена. Контур ровный.

Паренхима однородная. Эхогенность средняя.Стенки сосудов не уплотнены.

Вирсунгов проток не изменен. **СЕЛЕЗЕНКА** не увеличена 73×36 мм. Контур ровный. Паренхима однородной структуры. Эхогенность средняя.

Дополнительная долька не визуализируется. Сосуды не изменены. Селезеночная вена – 4 мм норма.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ не визуализируются.

СВОБОДНАЯ ЖИДКОСТЬ не визуализируется

Эхокардиография сердца

Морфометрические и функциональные параметры сердца в норме. Крупные сосуды, перегородки, полости не изменены. Сократимость миокарда в норме. Диастолическая функция не изменена

Ультразвуковое исследование почек

Левая почка 72×34 мм, дифференцировка сохранена, чашечно-лоханочная система не изменена; конкременты не визуализируются. Правая почка 72×34 мм, дифференцировка сохранена, чашечно-лоханочная система не изменена, конкременты не визуализируются. Зона надпочечников: не изменена. Мочевой пузырь заполнен, стенки тонкие, ровные, просвет анэхогенный

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментальной оценки нутритивного статуса, пациенту можно поставить клинический диагноз

- ниже среднего с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- физическое развитие среднее гармоничное
- физическое развитие среднее с дефицитом массы тела средней степени тяжести

Диагноз

Детский церебральный паралич, спастическая диплегия. Белково-энергетическая недостаточность легкой степени тяжести. Дефицит массы тела легкой степени тяжести (Z-score ИМТ = -1,28). Нарушение минеральной плотности костной ткани: остеопения. Дефицит витамина D

Детский церебральный паралич, спастическая диплегия. Белково-энергетическая недостаточность умеренная. Дефицит массы тела средней степени тяжести (Z-score ИМТ = -1,28). Нарушение минеральной плотности костной ткани: остеопороз. Дефицит витамина D

Детский церебральный паралич, спастическая диплегия. Белково-энергетическая недостаточность тяжелой степени. Дефицит массы тела тяжелой степени (Z-score ИМТ = -1,28). Дефицит витамина D. Рахит, период активных проявлений. Остеопения. Латентный дефицит железа

Детский церебральный паралич, спастическая диплегия. Белково-энергетическая недостаточность легкой степени тяжести. Дефицит массы тела легкой степени тяжести (Z-score ИМТ = -1,28). Нарушение всасывания в кишечнике. Рахит, активный период. Остеопения. Дефицит витамина D

Методом выбора организации энтерального питания является питание через

- гастростому

- рот
- назоудоенальный зонд
- назогасральный зонд

Продуктом выбора для нутритивной поддержки является

+ _____ + смесь и ее объем в процентном соотношении составляет + _____ + % от суточного рациона

- полимерная элементная; 100
- полимерная изокалорийная; 20
- полимерная гиперкалорийная; 50
- полуэлементарная изокалорийная; 50

Коррекция рациона с учетом нутритивной поддержки включает замену

+ _____ + на лечебный продукт

- 2-х дополнительных приемов пищи
- 2-х основных приемов пищи
- всех приемов пищи, с полным переводом
- 3-х основного приема пищи

Суточная калорийность рациона у детей с детским церебральным параличом в V-ом классе моторной активности по системе классификации больших моторных функций GMFCS (полная зависимость от окружающих) должна соответствовать

- рекомендуемым нормам потребления пищевых веществ для детей данного возраста
- меньше на 10-20% по сравнению со здоровыми детьми данного возраста
- показателям основного обмена на полученные данные антропометрии
- с учетом базовой энергетической потребности, мышечного тонуса, физической активности

Комплекс мероприятий направленный на коррекцию нарушений минеральной плотности костной ткани включает

- включение в рацион продуктов обогащенных кальцием на фоне назначения препаратов кальция и профилактической дозы витамина D
- назначение витамина D в профилактической дозе; включение в рацион молочных продуктов до 600 мл в сутки, на фоне реабилитационных мероприятий
- назначение витамина D в лечебной дозе, перевод на полное энтеральное питание лечебной смесью, на фоне реабилитационных мероприятий
- назначение препаратов кальция; витамина D в лечебной дозе на фоне нутритивной поддержки и реабилитационных мероприятий

Расчет потребности в жидкости можно проводить ориентируясь на следующие показатели

- средний объем одного кормления
- суточную калорийность рациона на момент обследования
- средний объем потребляемой пищи за сутки
- массу тела и базовую энергетическую потребность

Длительность нутритивной поддержки необходима до

- нормализации уровня общего белка и альбумина
- нормализации нутритивного статуса
- прибавки роста в соответствии со средними возрастными показателями
- увеличения жировой и мышечной массы

Контроль за диетотерапией и нутритивной поддержкой осуществляется с помощью

- нормализации уровня общего белка и альбумина
- нормализации нутритивного статуса
- прибавки роста в соответствии со средними возрастными показателями
- увеличения жировой и мышечной массы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме женщина 45 лет

Жалобы

Боли в животе, возникающие после приема пищи, наиболее интенсивные - после приема жирной пищи.

Анамнез заболевания

Во время беременности (в 28 лет) - страдала ожирением. 2 года назад самостоятельно подобрала диету и резко снизила вес за короткий интервал времени (28 кг за 5 месяцев), через 6-7 месяцев появились периодические боли в животе, купировались приемом но-шпы. В течение последних 6 месяцев боли локализуются в правом подреберье, стали более интенсивными и продолжительными, усиливаются после приема жирной пищи.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: тонзиллотомия - в 12 лет, аппендектомия - в 25 лет. Наследственность - у мамы - бронхиальная астма и бабушки - желчнокаменная болезнь, у папы - мочекаменная болезнь.

Объективный статус

Вес 82.5 кг, рост 162 см. ИМТ 31,4 кг/м².

Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, чистые. Слизистые оболочки бледно-розовые, чистые, краевая субиктеричность склер. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС 82

уд. в мин. АД 120/70 мм рт ст. Appetit сохранен. Язык обложен. Живот мягкий, болезненный при пальпации в т.желчного пузыря, в т.Яновера. Симптом Ортнера положителен. Край печени у реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул с тенденцией к запору (1 раз в 3-4 дня, плотный). Ии нет.

Необходимыми лабораторными исследованиями на первом этапе обследования являются

- нормализации уровня общего белка и альбумина
- нормализации нутритивного статуса
- прибавки роста в соответствии со средними возрастными показателями
- увеличения жировой и мышечной массы

Результаты лабораторных методов исследования

Клинический анализ крови

=====			
Показатель	Ед измерения	Норма	Результат
НВ	г/л	110-140	117
Эр	$10^{12}/л$	3,7-4,9	4,38
НСТ	%	35-45	36,5
WBC	$10^9/л$	4,5-9,0	12,8
Neu	%	43-65	77
Lymph	%	31-53	12
Mon	%	4-8	6
Bas	%	0-1	1
Eos	%	1-5	4
PLT	$10^9/л$	150-440	156
СОЭ	Мм/ч	2-20	18
=====			

Биохимический анализ крови: билирубин, трансаминазы, холестерин

=====			
Билирубин общ/пр	АСТ	АЛТ	Холестерин
мкМ/л	ед/л	ед/л	мм/л
5-20/<5	5-40	5-40	3,2-5,2
28/5	45	48	6,2
=====			

Коагулограмма

=====			
Фибриноген	ПТИ	МНО	ПТВ
Мг%	%		
Сек			
200-450	81-138	0,88-1,1	12-15
286	105	1,02	11,1
=====			

Общий анализ мочи

=====
| Цвет | Прозр | Отн плотн | рН | Белок | Глюкоза | Эпит | Лейкоциты |
Эритроциты
| с/ж | полная | 1024 | 7 | Abs | Abs | Abs | 1-2 | Abs
=====

Биохимический анализ крови: мочевины, креатинина, мочевого кислоты

=====
| Мочевина | Креатинин | Мочевая
к-та
| мм/л | мкм/л | мкм/л
| N | 50-95 | 200-420
| 28/5 | 86 | 213
=====

Стартовым инструментальным методом диагностики является

- нормализации уровня общего белка и альбумина
- нормализации нутритивного статуса
- прибавки роста в соответствии со средними возрастными показателями
- увеличения жировой и мышечной массы

Результаты инструментального метода обследования

УЗИ органов брюшной полости

Желчный пузырь увеличен – 100x67 мм. В просвете - «хлопья» желчи + 6 подвижных образований, дающих дистальную тень, размером от 10x8 до 15x10 мм; стенки утолщены до 5 мм. Поджелудочная железа увеличена, паренхима умдиффузноеренно неоднородная, уплотнены стенки сосудов. Печень увеличена: левая доля 87 мм, правая доля 135 мм, диффузная неоднородность паренхимы, умеренно уплотнены стенки внутрипеченочных желчных протоков. Диаметр ствола вол воротной вены 10 мм, печеночные вены – без особенностей. Селезенка не увеличена - 98x45 мм, паренхима – не изменена.

Компьютерная томография органов брюшной полости

Желчный пузырь увеличен – 110x56 мм, стенка желчного пузыря значительно уплотнена. Содержимое неоднородно. Плотность содержимого составляет 10-17,5 НУ, визуализируются образования № 4 с плотностью +35 НУ. Поджелудочная железа увеличена, паренхима диффузно неоднородная. Печень увеличена, паренхима неоднородна, признаков портальной гипертензии нет.

Обзорная рентгенография брюшной полости

Желчный пузырь не визуализирован

Ретроградная холангио-панкреатография

Устье БДС канюлировано, аспирационная проба положительная, получена мутная желчь. При введении 40 мл контрастного вещества контрастируется не измененный холедох, долевыми и сегментарными протоками, в просвете желчного

пузыря - множественные округлые подвижные тени конкрементов от 0,8 до 20 мм.

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить клинический диагноз

- нормализации уровня общего белка и альбумина
- нормализации нутритивного статуса
- прибавки роста в соответствии со средними возрастными показателями
- увеличения жировой и мышечной массы

Диагноз

K80.0 Желчнокаменная болезнь. Камни желчного пузыря с острым холециститом

K80.2 — Камни желчного протока без холецистита

K80.5 — Камни желчного протока без холецистита или холангита

K80.3 — Камни желчного протока с холангитом

Характерными жалобами для заболевания гепатобилиарной системы является

- боли в левом подреберье, усиливающиеся при быстрой ходьбе
- боли в животе, локализующиеся в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи
- боли в пояснице, постоянные, ноющие, не улучшающиеся от изменения положения тела
- боли в межлопаточной области, усиливающиеся при глубоком вдохе

К консервативным методам лечения желчнокаменной болезни относят длительный курс

- обезболивающих средств
- желчегонных препаратов
- препаратов для растворения камней
- спазмолитиков

К препаратам, обладающих способностью растворять камни при ЖКБ относят

- урсодезоксихолевую кислоту
- дротаверин
- экстракт расторопши
- панкреатин

С целью растворения камней при желчнокаменной болезни урсодезоксихолевую кислоту назначают из расчета + _____ + мг/кг/сут

- 1-3
- 30-35
- 10-15
- 5-10

У пациентов с желчнокаменной болезнью для предотвращения приступа острого холецистита немедикаментозной рекомендацией является

- минимальное снижение веса
- увеличение веса
- резкое снижение веса
- поддержание нормальной массы тела

При госпитализации пациента с желчнокаменной болезнью с указанными выше клиническими проявлениями назначается стандартный вариант диеты

- высокобелковый
- низкокалорийный
- низкобелковый
- основной

При желчнокаменной болезни запрещается готовить пищу с использованием

- отваривания
- жарения
- тушения
- запекания

Режим питания у пациента с желчекаменной болезнью должен состоять из + _____ + приемов пищи

- 3-4
- 5-6
- 1-2
- 4-5

Рацион пациента с желчнокаменной болезнью должен быть обогащен

- 3-4
- 5-6
- 1-2
- 4-5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К диетологу на прием пришла мама с ребенком 7 месяцев.

Жалобы

На беспокойство ребенка, плохую прибавку в весе.

Анамнез заболевания

В настоящее время ребенок находится исключительно на грудном вскармливании. За последний месяц прибавил 380г.

Получает витамин D в профилактической дозе 400МЕ/сут.

Психомоторное развитие: держит голову с 2 мес, сидит с 6 мес, хорошо переворачивается с живота на спину, ползает. Лепечет.

Анамнез жизни

Мальчик от 1 беременности, протекавшей с токсикозом в 1 триместре. Роды 1, срочные, самостоятельные. Оценка по Апгар 8/9б. Вес при рождении 3650 г, рост 51 см. Приложен к груди в родблоке. Грудное вскармливание до настоящего времени. Мать диету соблюдает.

Наследственность: у мамы - ожирение 2 степени, по аллергологическим заболеваниям неотягощена.

Социальные условия – семья полная.

Жилищные условия – семья из 3 чел живет в 2 комнатной квартире.

Объективный статус

Рост 69 см. Z-Score длина тела/возраст +0,72.

Вес 6700 г. Z-Score вес/рост -1,96. Z-Score вес/возраст -1,1.

ИМТ 14,1. Z-Score ИМТ -2,08.

T 36,7°C. ЧСС 110 уд/мин. ЧДД 27 в мин. Большой родничок 1,3x1,5 см. На осмотр реагирует плачем.

Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, чистые. Катаральных явлений нет Гиперсаливация. Зубы с 6 мес., 2 зуба. Грудная клетка симметричная, перкуторно - легочный звук над всеми полями, аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные чистые.

Живот симметричный, доступен глубокой пальпации, мягкий, безболезненный.

Печень, селезенка не увеличены. Стул кашицеобразный, без патологических примесей х 2-3 р/сут. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Для определения адекватности питания необходимо провести оценку

- 3-4
- 5-6
- 1-2
- 4-5

Результаты оценки

Оценка физического развития

Физическое развитие среднее с дефицитом массы тела легкой степени тяжести (. Z-Score вес/рост -1,96. Z-Score вес/возраст -1,1)

Оценка психического развития

Соответствует возрасту

Оценка моторных навыков и умений

Соответствуют возрасту

Оценка показателей основного обмена, проведенного методом непрямой калориметрии

Основной обмен 490 ккал в сутки

Оценка контрольного взвешивания до и после кормления в течение суток

Разница веса до и после кормления грудью составила 200 г

Для решения вопроса о необходимости рациона питания, важным показателем является соотношение

- масса тела/возраст
- масса тела/рост
- рост/возраст
- ИМТ/возраст

Учитывая анамнез и показатели физического развития, можно констатировать, что

- масса тела/возраст
- масса тела/рост
- рост/возраст
- ИМТ/возраст

Диагноз

У ребенка дефицит веса легкой степени. Группа здоровья II

У ребенка дефицит веса легкой степени. Группа здоровья I

У ребенка дефицит веса средней степени тяжести. Группа здоровья III

Ребенок здоров. Группа здоровья II

Физическое развитие ребенка

- ниже среднего, дисгармоничное за счет резкого дефицита массы тела
- ниже среднего, гармоничное
- выше среднего, дисгармоничное за счет дефицита массы тела
- среднее, дисгармоничное за счет дефицита массы тела легкой степени тяжести

Суточный объем пищи для ребенка 7 месяцев составляет + _____ + мл

- 1000-1100
- 1000-1400
- 700-800

- 1200-1400

Рекомендуемая среднесуточная норма потребления углеводов для ребенка 7 мес. составляет + ____ + г/кг

- 10
- 13
- 15
- 8

Ребенку 7 месяцев с дефицитом веса легкой степени показана коррекция рациона за счет

- увеличения частоты кормления
- введения адаптированной молочной смеси
- введения прикорма
- увеличения объема питания

Одной из основных целей введения прикорма является

- улучшение работы желудочно-кишечного тракта
- улучшение лактации матери
- ранняя диагностика заболеваний органов желудочно-кишечного тракта
- дополнительное введение пищевых веществ и энергии

Новые блюда прикорма вводятся

- не зависимо от вакцинации (возможно в день прививки)
- во второй половине дня
- при удовлетворительном самочувствии ребенка
- после приема обычной пищи (грудного молока)

Данному ребенку рекомендуется начать введение прикорма с

- зерновых продуктов
- кисломолочных продуктов
- мясного пюре
- овощных пюре

Введение прикорма в возрасте 2-3 мес может быть связано с

- возникновением дефицита микронутриентов (железо, цинк и др.)
- появлением пищевой аллергии
- формированием неправильного прикуса
- возникновением гормонального дисбаланса у матери и ребенка

Преимуществом кисломолочных продуктов (кефир, детские йогурты и др.) является

- возникновением дефицита микронутриентов (железо, цинк и др.)
- появлением пищевой аллергии
- формированием неправильного прикуса
- возникновением гормонального дисбаланса у матери и ребенка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у врача-диетолога мама с ребенком 1 год 1 мес.

Жалобы

Со слов матери, на самочувствие жалоб не предъявляет

Анамнез заболевания

С 1 мес при плановом УЗИ органов брюшной полости в желчном пузыре обнаружен конкремент 6,7х4,4 мм, в б/х крови, со слов, без патологии. При контроле в динамике от 22.12.2018г. определяются 2 конкремента d 2х2 мм, 7х2 мм (конгломерат), в 3 мес – d 4х2, 6х2, в 9 мес - d 3х2 мм и 5х2 мм без акустической тени. В б/х крови – хилез++, трансаминазы, маркеры холестаза, липаза, панкреатическая амилаза в норме. В копрологии – скрытая кровь +, реакция на белок++, лейкоциты 4-5-6 (норма для детей на ГВ), дрожжевые грибы в небольшом количестве. В лечении урсофальк по 1,75 мл х 1 р/д курсами по 3 недели, далее 1 неделя перерыв, также получает пробиотики, витамин D. Для уточнения диагноза рекомендовано обращение в ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии».

Данная госпитализация в отделение впервые с целью комплексного обследования и определения тактики дальнейшей терапии.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, протекавшей физиологично. Роды – 1, срочные, самостоятельные, оперативные. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар. Вес при рождении – 3150 г., длина – 50 см. Ранний неонатальный период протекал гладко. Приложен к груди сразу. Грудное вскармливание до настоящего времени. Прикорм введен с 5 мес - переносимость удовлетворительная. Профилактические прививки проведены в соответствии с Национальным календарем вакцинации. Перенесенные заболевания: ОРВИ 1р. Травмы и операции отриц. Наблюдается у гастроэнтеролога по поводу ЖКБ.

Аллергологический анамнез: отягощен.

Наследственность: отягощена по линии отца - гиперхолестеринемия (принимает статины в течение 10 лет в дозе 5 мг - на фоне которой показатели липидограммы в норме), ГЭРБ, язвенная болезнь желудка.

Объективный статус

Состояние средней тяжести по основному заболеванию, самочувствие удовлетворительное. Температура 36,4°C. Положение ребенка активное. На осмотр реагирует негативно. Вес 12,5 кг. Рост 79 см. ИМТ 20 кг/м². Z-Score масса/возраст +2,12. Z-Score ИМТ +2.02. Z-Score роста +1,03. ОЖ- 47 см. ОБ- 51 см. Аппетит сохранен. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно.

Носовое дыхание свободное. ЧД -25 в мин. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. ЧСС 128 уд. в мин. АД – 85/50 мм рт.ст. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, мягко-эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- возникновением дефицита микронутриентов (железо, цинк и др.)
- появлением пищевой аллергии
- формированием неправильного прикуса
- возникновением гормонального дисбаланса у матери и ребенка

Результаты лабораторных методов обследования

Исследование маркеров холестаза

[cols=" , ^ , ^ , ^ " ,]

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат

| АЛТ | Ед/л | 4-40 | 33

| АСТ | Ед/л | 4-40 | 27

| Глюкоза | Ед/л | 3,9-5,8 | 4,1

| ГГТ | Ед/л | 6-60 | 48

| ЩФ | мМ/л | 0-400 | *615*

| Общий билирубин | мкМ/л | 3-17 | 16

| Прямой билирубин | мкМ/л | 0-3,5 | 2,5

|=====

Исследование липидного обмена

[cols=" , ^ , ^ , ^ " ,]

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат

| Холестерин | мМ/л | 3,2-5,2 | 4,98

| ЛПВП | мМ/л | 0,9-2,1 | 1,2

| ЛПНП | мМ/л | 1,5-3,8 | 2,93

| Триглицериды | мМ/л | 0,1-1,7 | *1,92*

|=====

Протеинограмма

|=====

| Белок общ. | Альбумин 4+^ | Глобулин

|

|

| А1 | А2 | В | γ

| 64-83 г/л | 55-65%/г/л | 2.20-

4.6% | 7.10-

13.80% | 7.20-
14.2% | 11.50-
18.6%
| 82 | 57,5% | 4,4 | 13,4 | 9,8 | 14,9
|====

Исследование кальпротектина

38 мкг/г (норма до 50 мкг/г)

Тиреоидный профиль

|====
| ТТГ | Т4св | Т3св | АТПО | АТТГ
| мкМЕ/мл | пМ/л | пМ/л | МЕ/мл | МЕ/мл
| 0,39-3,4 | 10-24,5 | 4-8,6 | < 30 | <100
| 3,44 | 12,8 | 5,1 | 11,83 | 5,25
|====

Коагулограмма

|====
| Фибриноген | ПТИ | МНО | ПТВ
| Мг% | % |
| Сек
| 200-450 | 81-138 | 0,88-1,1 | 12-15
| 350 | 97 | 1,02 | 14,7
|====

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- возникновением дефицита микроэлементов (железо, цинк и др.)
- появлением пищевой аллергии
- формированием неправильного прикуса
- возникновением гормонального дисбаланса у матери и ребенка

Результаты инструментального метода обследования

УЗИ органов брюшной полости

ПЕЧЕНЬ Размеры -увеличены. Правая доля -95 мм.Левая доля - 46 мм. Эхогенность – не изменена. Паренхима –однородная. Внутрпеченочные желчные протоки Диаметр – норма.Стенки - утолщены.Воротная вена - размер 4 мм. норма; стенкинорма. ОЖП - не расширен.Печеночные вены – норма.Кровоток – 3-х фазный. Контур - четкие, ровные. **ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ** -в типичном месте увеличен, 45x18, форма обычная, стенки норма, в просвет определяются 2 конкремента 3 мм. и 5 мм. **ЖЕЛУДОК** Стенки - норма; секреция -норма. 12 ПК Стенки - норма; секреция - норма. **ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА** 16x9x20, увеличена. Контур - ровный. Паренхима - однородная. Эхогенность - средняя.Стенки сосудов - не уплотнены. Вирсунгов проток -не изменен. **СЕЛЕЗЕНКА** не увеличена. 66x30. Контур - ровный. Паренхима - однородной структуры. Эхогенность - средняя. Дополнительная долька - не

визуализируется. Сосуды - не изменены. Селезеночная вена – 3 мм норма. ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ не визуализируется.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: УЗ признаки гепатомегалии без структурных изменений печени. УЗ-признаки ЖКБ, вторичных изменений поджелудочной железы.

Рентгенография органов брюшной полости

РГ-патологии не выявлено

Эластография печени

Проведена серия из 13 измерений, доля успешных составила 96%. Медиана эластичности печени составляет 4,2 кПа. Интерквартильный размах значений (IQR) – 24% – однородная.

Заключение: Общий результат измерений с наибольшей вероятностью соответствует гистологической стадии фиброза печени F0 по METAVIR. Уровень стеатоза 213 дб/м, что соответствует стеатозу S0.

Колоноскопия

Патологии не выявлено

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- возникновением дефицита микронутриентов (железо, цинк и др.)
- появлением пищевой аллергии
- формированием неправильного прикуса
- возникновением гормонального дисбаланса у матери и ребенка

Диагноз

Желчнокаменная болезнь, бессимптомное камненосительство

Дисфункция билиарного тракта на фоне деформации желчного пузыря

Острый холецистит

Хронический гастродуоденит

В большинстве случаев приступ боли при желчнокаменной болезни сопровождается

- потемнением мочи
- иктеричностью кожного покрова и склер
- ахолией стула
- рефлекторной рвотой

Спровоцировать приступ боли может прием жирной пищи, а также

- прием горячей пищи
- физическая нагрузка
- поездка в общественном транспорте

- прием холодной пищи

Целью консервативной терапии является уменьшение уровня

- ЛПНП и триглицеридов
- общего и прямого билирубина
- ЛПВП и общего холестерина
- ГГТ и щелочной фосфатазы

Для растворения желчных камней рекомендовано назначение

- жирорастворимых витаминов
- холеретиков
- водорастворимых витаминов
- урсодезоксихолевой кислоты

С целью увеличения секреции желчи и снижения её вязкости назначаются

- минеральные воды средней минерализации
- минеральные воды низкой минерализации
- специи и пряности
- мясо и мясные продукты с низким процентом жирности

Минеральные воды рекомендовано назначать курсами на

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 2 недели
- 1 месяц

Минеральные воды назначаются из расчета + ___ + мл/кг + _____ + еды

- 1; через 1 час после
- 3; через 1 час после
- 3; за 30 минут до
- 1; за 30 минут до

Детям с желчнокаменной болезнью также следует рекомендовать

- увеличение объема порций до 300-350г
- регулярные занятия физической культурой в основной группе
- санаторно-курортное лечение
- уменьшение числа приемов пищи до 2-3 раза в сутки

Прогноз при бессимптомном камненосительстве зависит от

- увеличение объема порций до 300-350г
- регулярные занятия физической культурой в основной группе

- санаторно-курортное лечение
- уменьшение числа приемов пищи до 2-3 раза в сутки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога мама с девочкой 8 лет

Жалобы

На общую слабость, подъемы температуры тела до 38°C, боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание.

Анамнез заболевания

Заболевание началось остро 2 дня назад, когда появились жалобы на учащенное, болезненное мочеиспускание, на следующий день присоединились боли в животе тянущего характера, иррадиирующие в поясницу. Не обследовалась. Из анамнеза известно, что неделю назад купалась в холодной речке.

Анамнез жизни

Ранний анамнез без особенностей. Прививки по возрасту. Травмы и операции отрицает. Аллергический анамнез отягощен: аллергия на цитрусовые. У специалистов по месту жительства не наблюдается.

Наследственность отягощена по заболеваниям мочевыделительной системы: у отца – мочекаменная болезнь, у старшей сестры – хронический пиелонефрит.

Объективный статус

Положение ребенка: активное. Вес 45,2. Рост 140 см. ИМТ 32,4. Z-Score +2,53. Температура 37,4°C. Состояние питания избыточное. Кожные покровы обычной окраски. Слизистые оболочки влажные, розовые. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена преимущественно, по абдоминальному типу. Отеков, пастозности нет. Лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание свободное. Аускультативно дыхание в легкие везикулярное, хрипов нет. АД 109/68 мм рт.ст. ЧСС 86 уд/мин. Ритм правильный. Тоны сердца звучные, ритмичные. Шумы не выслушиваются. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул в норме, мочеиспускание учащено.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- увеличение объема порций до 300-350г
- регулярные занятия физической культурой в основной группе
- санаторно-курортное лечение
- уменьшение числа приемов пищи до 2-3 раза в сутки

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

[cols="^,^,^",]

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат

| НВ | г/л | 110-140 | 130

| Эр | $10^{12}/л$ | 3,7-4,9 | 4,38

| НСТ | % | 35-45 | 36,5

| WBC | $10^9/л$ | 4,5-13,00 | *15,7*

| Neu | % | 43-65 | *77,2*

| Lymph | % | 31-53 | 20,1

| Mon | % | 4-8 | 6,6

| Bas | % | 0-1 | 0,4

| Eos | % | 1-5 | 4

| PLT | $10^9/л$ | 150-440 | 380

| СОЭ | Мм/ч | 2-20 | *26*

|=====

Общий анализ мочи

|=====

| Цвет | Прозр | Отн плотн | рН | Белок | Глюкоза | Лейкоциты | Эритроциты |
Слизь | Бактерии

| с/ж | мутная | 1021 | 7 | Abs | Abs | 30-40 | Abs | +++ | +++

|=====

биохимический анализ крови

[cols=" , ^ , ^ , ^ " ,]

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат

| АЛТ | Ед/л | 4-40 | 22

| АСТ | Ед/л | 4-40 | 33

| Глюкоза | мм/л | 3,9-5,8 | 4,1

| К⁺ | мм/л | 3,5-5,5 | 3,81

| Na⁺ | мм/л | 136-144 | 138

| Мочевина | мм/л | 2,8-7,2 | 5,1

| СРБ | мг/л | 0-3 | *82*

| Креатинин | мм/л | 54-95 | 126

| Белок общий | г/л | 64-83 | 72

| Альбумины | г/л | 35-50 | 46

| Холестерин | мм/л | 3,2-5,2 | 4,9

|=====

Протеинограмма

|=====

| Белок общ. | Альбумин 4+[^] | Глобулин

|

|

| А1 | А2 | В | γ

| 64-83 г/л | 55-65%/г/л | 2.20-

4.6% | 7.10-
13.80% | 7.20-
14.2% | 11.50-
18.6%
| 82 | 57,5% | 4,4 | 13,4 | 9,8 | 14,9
|====

Липидограмма

[cols="^,^,^,^",]
|====
| Хол | ЛПВП | ЛПНП | Тг
| мМ/л | мМ/л | мМ/л | мМ/л
| 3,2-5,2 | 0,9-2,1 | 1,55-3,8 | 0,1-1,7
| 4,8 | 1,108 | 2,6 | 1,33
|====

Соскоб на энтеробиоз

Яйца остриц не обнаружены

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- увеличение объема порций до 300-350г
- регулярные занятия физической культурой в основной группе
- санаторно-курортное лечение
- уменьшение числа приемов пищи до 2-3 раза в сутки

Результаты инструментального метода обследования

УЗИ почек и мочевого пузыря

ПОЧКИ: Левая почка - 84x30, почечная паренхима неоднородная с участками уплотнений, ЧЛС расширена, стенки ЧЛС уплотнены, стенки сосудов уплотнены, конкременты не визуализируются. Правая почка - 85x30, почечная паренхима неоднородная с участками уплотнений, ЧЛС расширена, стенки ЧЛС уплотнены, стенки сосудов уплотнены, конкременты не визуализируются. МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ заполнен, стенки тонкие, ровные, просвет анэхогенные.

УЗИ органов брюшной полости

Без патологии

ЭХО-КГ

Без патологии

ЭЭГ

Эпи-активность не зарегистрирована

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- увеличение объема порций до 300-350г
- регулярные занятия физической культурой в основной группе
- санаторно-курортное лечение

- уменьшение числа приемов пищи до 2-3 раза в сутки

Диагноз

Острый пиелонефрит

Хронический гломерулонефрит

Острый постстрептококковый гломерулонефрит

Острая почечная недостаточность

При пиелонефрите преимущественно поражается

- мочевой пузырь
- мочеточники
- интерстиций
- клубочковый аппарат

Лечебное питание при пиелонефрите направлено на

- обогащение рациона продуктами, для метаболизма которых требуются большие энергозатраты
- уменьшение нагрузки на транспортные системы канальцев
- увеличение продуктов, содержащих белок и натрий
- ограничение питьевого режима

В активную стадию пиелонефрита назначается стол № + _____ + по М.И.Певзнеру

- 7
- 3
- 5
- 4

Белок ограничивают до + _____ + г/кг/сут

- 1,5-2
- 0,5-1
- 1-1,5
- 2-2,5

Соль ограничивают до + _____ + г/сут

- 6-8
- 1-2
- 2-3
- 4-5

Пациентам с пиелонефритом разрешено употреблять

- икру
- печень
- кефир
- сыр

В рацион пациентам с пиелонефритом добавляют клюквенный сок и свежую клюкву, так как клюква

- препятствует адгезии микроорганизмов к эпителию мочевых путей
- обладает пробиотическими свойствами
- способствует сдвигу рН мочи в щелочную сторону
- влияет на снижение аппетита за счет воздействия на рецепторы энтероцитов

К мерам общей профилактики пиелонефритов относится

- сухое голодание
- регулярная физическая активность
- коррекция нарушений углеводного обмена
- избыточное питание

Первичный острый пиелонефрит развивается

- сухое голодание
- регулярная физическая активность
- коррекция нарушений углеводного обмена
- избыточное питание

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога девочка 14 лет с мамой по направлению нефролога.

Жалобы

В настоящее время на нарушение самочувствия жалоб не предъявляют.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что в 9 лет перенесла скарлатину, на фоне которой в общем анализе мочи были обнаружены следы белка, макрогематурия, лейкоцитурия. В дальнейшем анализы мочи не контролировались.

1,5 года назад находилась на госпитализации с жалобами на слабость, тошноту, появление бурой окраски мочи, боли внизу живота. Жалобы появились за 2 недели до госпитализации, амбулаторно получала лечение от цистита – нарастала вялость, тошнота. Объективно: пастозность век, АД 150/105 мм рт. ст. Снижение диуреза. В анализах крови: СОЭ 24 мм/ч. В биохимическом анализе крови: мочевины 14,4 ммоль/л, креатинин 73 ммоль/л, гамма-глобулины 22,1%.

В общем мочи: относительная плотность 1003-1012, белок 0,66г/л, эритроциты 25-30 в п/зрения, суточная экскреция белка с мочой 3,6 г/сут. Проводилось комплексное лечение с положительным эффектом. При выписке диагноз: Хронический гломерулонефрит, смешанная форма, период обострения, состояние почек не нарушено. При дальнейшем контроле общего анализа крови, мочи, УЗИ почек и мочевого пузыря – показатели в пределах референсных значений.

2 недели назад в связи с жалобами на слабость, тошноту, редкие головные боли обратилась к педиатру по месту жительства. При обследовании – в общем анализе крови лейкоцитоз (14×10^9 /л, СОЭ 21 мм/ч), в общем анализе мочи – повышение белка до 0,4 г/л, лейкоцитов 5-8 в п/зр, эритроциты до 15 в п/зр, относительная плотность 1021. Назначено лечение, направлена нефрологом для составления индивидуального рациона.

Анамнез жизни

Ранний анамнез без особенностей. Профилактические прививки – отказ родителей. Перенесла в/оспу, скарлатину, коклюш. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез отягощен – лекарственная аллергия (антибиотики пенициллинного ряда – сыпь).

Объективный статус

Вес 39,5 кг. Рост 153 см. ИМТ $16,9 \text{ кг/м}^2$. Z-Score ИМТ -1,18. Z-Score роста - 0,98.

Температура $36,5^\circ\text{C}$. Аппетит снижен, избирательный. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Носовое дыхание свободное. ЧД -18 в мин.

При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧСС 78 уд. в мин. АД 104/65 мм рт.ст. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык слегка обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Печень и селезенка не пальпируются. Стул и регулярный, оформленный. Мочеиспускание регулярное, безболезненное, моча светлая, прозрачная.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- сухое голодание
- регулярная физическая активность
- коррекция нарушений углеводного обмена
- избыточное питание

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

[cols="^,^,^",]

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат

| НВ | г/л | 110-140 | 124

| Эп | 10^{12} /л | 3,7-4,9 | 4,38

| НСТ | % | 35-45 | 36,5

| WBC | 10⁹/л | 4,5-13,00 | 11,8
| Neu | % | 43-65 | 54,6
| Lymph | % | 31-53 | 30,1
| Mon | % | 4-8 | 6,6
| Bas | % | 0-1 | 0,4
| Eos | % | 1-5 | 4
| PLT | 10⁹/л | 150-440 | 316
| СОЭ | Мм/ч | 2-20 | *24*
|====

Биохимический анализ крови

[cols="^,^,^",]

|====
| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат
| АЛТ | Ед/л | 4-40 | 22
| АСТ | Ед/л | 4-40 | 33
| Глюкоза | мМ/л | 3,9-5,8 | 4,1
| К⁺ | мМ/л | 3,5-5,5 | 3,81
| Na⁺ | мМ/л | 136-144 | 138
| Мочевина | мМ/л | 2,8-7,2 | 5,1
| СРБ | мг/л | 0-3 | *8*
| Креатинин | мМ/л | 54-95 | 56
| Белок общий | г/л | 64-83 | 71
| Альбумины | г/л | 35-50 | 40
| Холестерин | мМ/л | 3,2-5,2 | 5
| Триглицериды | мМ/л | 0,1-1,7 | 0,57
|====

Общий анализ мочи

|====
| Цвет | Прозр | Отн плотн | рН | Белок | Глюкоза | Эпит | Лейкоциты |
Эритроциты
| с/ж | полная | 1019 | 6 | следы | Abs | Abs | 2-4 | *5-6*
|====

Суточная экскреция белка с мочой

0,38 г/сут (норма до 0,3 г/сут)

Моча по Зимницкому

Плотность мочи в дневной и ночное время в пределах возрастной нормы

КЩС

|====
| рН | рСО₂ | ВЕ | НСО₃ | ТСО₂ | Lac
| 7,310-7,410 | 41,0-51,0 | (-2)-(-3) | 23,0-28,0 | 24-29 | 0,9-1,7
| 7,32 | 55 | 2,2 | 28,3 | 30 | 1,8
|====

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- сухое голодание
- регулярная физическая активность
- коррекция нарушений углеводного обмена
- избыточное питание

Результаты инструментального метода обследования

УЗИ почек, мочевого пузыря

ПОЧКИ +

Левая почка - 89х40, положение и форма типичные, контуры ровные, паренхима утолщена до 13-14 мм, диффузно повышенной эхогенности, кортико-медуллярная дифференцировка выражено нечетко, ЧЛС не расширена.

Правая почка - 85х30, положение и форма типичные, контуры ровные, паренхима утолщена до 13-14 мм, диффузно повышенной эхогенности, кортико-медуллярная дифференцировка выражено нечетко, ЧЛС не расширена.

МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ заполнен, стенки тонкие, ровные, просвет анэхогенные.

Зона надпочечников: не изменена.

КТ органов брюшной полости

По результатам КТ патологии не выявлено

Рентгенография органов грудной клетки

Патологии не выявлено

ЭЭГ

Эпиактивность не зарегистрирована

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- сухое голодание
- регулярная физическая активность
- коррекция нарушений углеводного обмена
- избыточное питание

Диагноз

Хронический гломерулонефрит, смешанная форма, без нарушения функции почек, период обострения

Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, без нарушения функции почек, период полной клинико-лабораторной ремиссии

Острый гломерулонефрит, смешанная форма, без нарушения функции почек, период полной клинико-лабораторной ремиссии

Хронический пиелонефрит, без нарушения функции почек, период обострения

В результате потери белка с мочой развивается гипопроteinемия и гипоальбуминемия, ведущие к

**+ _____ + с
развитием отеков**

- снижению проницаемости сосудистой стенки
- повышению онкотического давления плазмы
- повышению проницаемости сосудистой стенки
- снижению онкотического давления плазмы

Одной из основных задач диетотерапии детей с гломерулонефритами является

- длительное ограничение питьевого режима
- обеспечение достаточного количества энергии, витаминов
- повышение квоты жиров в рационе, преимущественно за счет животных жиров
- увеличение потребление натрия

В активную стадию пиелонефрита используется стол № + _____ + по М.И. Певзнеру

- 3
- 7
- 5
- 4

Для замедления прогрессирования хронических болезней почек используется + _____ + диета

- низкоуглеводная
- низкожировая
- низкокалорийная
- низкобелковая

Белок ограничивают детям из расчета + _____ + г/кг/сут в зависимости от возраста

- 1-2
- 0,3-0,7
- 0,8-1,1
- 1-1,5

Для эффективности диеты №7 с умеренным ограничением белка обязательным ее условием является

- сниженная калорийность
- снижение квоты углеводов
- высокая калорийность
- нормакалорийность

Максимальное потребление холестерина при гиперлипидемии при нефротическом синдроме составляет + _____ + мг

- 100
- 200
- 250
- 150

Нефритический синдром включает в себя

- распространенные отеки, артериальную гипертензию, анемию и/или тромбоцитопению
- протеинурию, гематурию, умеренные отеки и/или длительную артериальную гипертензию
- гиперлипидемию, протеинурию, макрогематурию и/или микрогематурию
- тяжелую протеинурию, гипоальбуминемию, гиперлипидемию, отеки на лице и/или нижних конечностей

Нефротический синдром включает в себя

- распространенные отеки, артериальную гипертензию, анемию и/или тромбоцитопению
- протеинурию, гематурию, умеренные отеки и/или длительную артериальную гипертензию
- гиперлипидемию, протеинурию, макрогематурию и/или микрогематурию
- тяжелую протеинурию, гипоальбуминемию, гиперлипидемию, отеки на лице и/или нижних конечностей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К диетологу на прием пришла мама с мальчиком 5 лет

Жалобы

На плохую прибавку в весе, задержку роста, вздутие живота, неустойчивый стул

Анамнез заболевания

Со слов матери, отставание роста отмечается с раннего возраста. Впервые при обследовании в 3 года был выявлен субклинический гипотиреоз, в течение 1 года получал левотироксин с положительным эффектом в виде нормализации лабораторно-инструментальных данных. С этого же возраста наблюдался гематологом по поводу железодефицитной анемии, легкой степени тяжести (гемоглобин 92-106 г/л), рефрактерной к терапии препаратами железа, фолиевой

кислоты в течение 2 лет. В 4 года впервые выявлено повышение IgA к эндомицию до 58 Ед/л (при норме до 7 Ед/л). Костный возраст соответствует 1,5 годам (паспортный возраст 4 года). Дальнейшее обследование не проводилось, к гастроэнтерологу не обращался.

Фактическое питание – калорийность рациона 1372 ккал/сут, при норме 1800 ккал/сут. Употребляет глютен, молочные продукты без ограничений.

Анамнез жизни

Ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре, угрозы прерывания, кандидозного кольпита, ОРВИ, гриппа, анемии. От 2-х срочных родов на 38 неделе беременности, физиологические. Вес при рождении 3380 г. Рост при рождении 57. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Ранний неонатальный период без особенностей. Грудное вскармливание до 3 мес, смешанное вскармливание с 3 мес. (смесь Нутрилон 1, далее с 6 мес - Малютка), введение прикорма с 6 мес - переносимость удовлетворительная. Нарастание веса до 1 года по возрасту, далее плохая прибавка массы тела. Развитие психомоторное по возрасту. Профилактические прививки проведены по индивидуальному графику. Перенесенные заболевания детские инфекции - в/оспа в 1,5 г, корь 4 г, коклюш в сентябре 4,5 г. ОРВИ - часто, отиты, рецидивирующие стоматиты.

Наследственность: у бабушки по отцовской линии - гипоплазия щитовидной железы, у дяди по материнской линии – сахарный диабет 2 типа. Есть старший брат - 7 лет (здоров), младшая сестра - 3 года (здорова).

Объективный статус

Температура 36,5°C. Положение ребенка активное.

Вес 14,8 кг. Z-Score масса/возраст -1,92.

Рост 101 см. Z-Score рост/возраст -2,25.

ИМТ 14,5кг/м². Z-Score ИМТ -0,61.

Аппетит снижен. Кожные покровы смуглые, сухие, следы царапин на спине (в области лопатки справа), участок гиперпигментации цвета кофе с молоком на передней поверхности брюшной стенки 4x10 мм (с рождения?), участок гипопигментации на лбу (след от ушиба), гипертрихоз. Толщина подкожно-жировой складки на животе 0,5 см. Видимые слизистые чистые, розовые, блестящие. Зубы кариозные (верхние), 20 зубов. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Костная система: развернутая апертура грудной клетки, реберные четки, нарушение осанки, крыловидные лопатки, вальгусная деформация нижних конечностей, плосковальгусные стопы. Гипермобильность суставов. Носовое дыхание свободное. Частота дыхания -25 в мин. В легких при аускультации дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений 116 уд. в мин. Артериальное давление – 85/55 мм рт.ст. Тоны сердца звучные, ритмичные, систолический шум на верхушке. Язык слегка обложен белым налетом. Живот увеличен в размере, выраженное вздутие, при пальпации урчание по ходу толстой кишки, безболезненный, определяется тимпанический звук при перкуссии. Слабость мышц передней брюшной стенки, широкое пупочное кольцо. Печень по краю реберной дуги, мягкоэластичной

консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул нерегулярный, полуоформленный. Дизурических явлений нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- распространенные отеки, артериальную гипертензию, анемию и/или тромбоцитопению
- протеинурию, гематурию, умеренные отеки и/или длительную артериальную гипертензию
- гиперлипидемию, протеинурию, макрогематурию и/или микрогематурию
- тяжелую протеинурию, гипоальбуминемию, гиперлипидемию, отеки на лице и/или нижних конечностей

Результаты лабораторных методов обследования

А/т к тканевой транглутаминазе, к эндомизию, к деамидированному глиадину IgA, IgG

* _Маркеры целиакии: _*

|=====

| | А/т глиадину IgA | А/т глиадину IgG | А/т трансглут IgA | А/т трансглут IgG |
А/т к эндомизию IgA

| Титр

| 0-10 | 0-10 | 0-10 | 0-10 | 0-10

|

| *>100* | *78,4* | *>200* | *14,8* | *85*

|=====

HLA-типирование DQ2/DQ8

HLA-DQ2 гетеродимер кодируется в цис-конфигурации HLA-DR3-QA1*0501

Иммунофенотипирование периферических лимфоцитов

|=====

| CD3 2+^| CD3/D4 2+^| CD3/CD8 2+^| CD19 2+^| CD3/CD16/CD56

|

| Abs | % | Abs | % | Abs | % | Abs | %

| 1,61-4,2 | 0,9-2,9 | 35-51 | 0,63-1,9 | 22-38 | 0,7-1,3 | 21-28 | 0,276-0,896 | 7,5-19,5

| 2,5 | 1,1 | 35 | 1,2 | 37 | 0,48 | 15,1 | 0,23 | 7,11

|=====

Общий анализ мочи

|=====

| Цвет | Прозр | Отн плотн | рН | Белок | Глюкоза | Эпит | Лейкоциты |

Эритроциты

| с/ж | полная | 1010 | 6 | Abs | Abs | Abs | Abs | Abs

|=====

Коагулограмма

=====
| Фибриноген | ПТИ | МНО | ПТВ
| Мг% | % |
| Сек
| 200-450 | 81-138 | 0,88-1,1 | 12-15
| 350 | 97 | 1,02 | 14,7

=====
Исследование на герпес-вирусы (ПЦР-диагностика)

=====
| Дата |

| ДНК CMV | Отриц
| ДНК EBV | Отриц
| ДНК HHV VI | Отриц
| ДНК HHV I, II | Отриц

=====
К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- распространенные отеки, артериальную гипертензию, анемию и/или тромбоцитопению
- протеинурию, гематурию, умеренные отеки и/или длительную артериальную гипертензию
- гиперлипидемию, протеинурию, макрогематурию и/или микрогематурию
- тяжелую протеинурию, гипоальбуминемию, гиперлипидемию, отеки на лице и/или нижних конечностей

Результаты инструментальных методов обследования

ЭГДС

Пищевод свободно проходим. Слизистая бледно-розовая, гладкая. Розетка кардии смыкается полностью. В желудке светлая пристеночная слизь. Складки продольно извиты, расправимы, расправляются при инсуффляции. Слизистая оболочка бледно-розовая. Привратник округлой формы, сомкнут. Слизистая луковицы отечна с редкими точечными подслизистыми геморрагиями. Постлуковичные отделы разрыхлены. Складки отечные. Осмотрены начальные отделы тощей кишки. Слизистая бледно-розовая, поверхностно гиперемирована, выражена продольная складчатость. Высота ворсин резко снижена, плохо просматриваются.

Заключение: НР- слабоассоциированный поверхностный антральный гастрит. Геморрагический бульбит, дуоденит, еюнит. Была взята биопсия (желудок, постбульбарный отдел 12ПК, луковица 12ПК).

Морфологическая диагностика

Заключение биопсии (биоптаты из желудка, 12ПК, тощей кишки):

Гистологическая картина хронического атрофического еюнита и дуоденита

характерна для глютеновой энтеропатии. Стадия Марш 3с. Слизистая оболочка тела желудка обычного строения.

Колоноскопия

Заключение колоноскопии: патологии не выявлено.

Суточная рН-метрия

За время исследования всего зафиксировано 21 рефлюксов (из них 4 во время еды – исключены из исследования). Из включенных 17 рефлюксов, число рефлюксов более 5 мин – 1 (норма до 3,5). DeMeester 6,5 (норма до 14,72). рН свода желудка 1,9 (норма), рН в теле желудка 1,1. Нормоацидное состояние.

Заключение: Патологии не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости

УЗ признаки гепатомегалии (за счет правой доли) с диффузными изменениями печени. УЗ-признаки ДЖВП, вторичных изменений поджелудочной железы

Учитывая выявленные изменения по результатам лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить диагноз – Целиакия

- распространенные отеки, артериальную гипертензию, анемию и/или тромбоцитопению
- протеинурию, гематурию, умеренные отеки и/или длительную артериальную гипертензию
- гиперлипидемию, протеинурию, макрогематурию и/или микрогематурию
- тяжелую протеинурию, гипоальбуминемию, гиперлипидемию, отеки на лице и/или нижних конечностей

Диагноз

Целиакия, типичная форма, активный период

Целиакия, атипичная форма, активный период

Целиакия, типичная форма, период неполной ремиссии

Целиакия, атипичная форма, латентный период

На основании данных антропометрии ребенку можно выставить сопутствующий клинический диагноз

- отклонений в физическом развитии не выявлено
- задержка роста (Z-Score роста -2,25)
- дефицит массы тела, средней степени тяжести (Z-Score масса/возраст -1,92)
- дефицит массы тела, легкой степени тяжести (Z-Score ИМТ -0,61)

Основным принципом лечения пациентов с установленным диагнозом целиакия является соблюдение

+ _____ + безглютеновой диеты

- пожизненной строгой
- нестрогой
- пожизненной строгой безмолочной
- до купирования острых клинических проявлений строгой

Учитывая повреждение щеточной каемки энтероцитов, пациентам с выше установленным диагнозом следует также исключить

- растительные и животные жиры
- легкоусвояемые углеводы
- цельное коровье молоко
- безглютеновые каши

В качестве замены молочным продуктам можно использовать смеси на основе + _____ + белка коровьего молока

- частичного гидролиза
- цельного или частичного гидролиза
- цельного
- высокого гидролиза

К глютенсодержащим крупам относятся

- овес, гречка, пшеница
- рожь, ячмень, пшеница
- гречка, кукуруза, амарант
- овес, рожь, кукуруза

К продуктам, содержащим скрытый глютен, относят

- орехи
- картофельный крахмал
- бобовые
- крабовые палочки

Больным с впервые установленным диагнозом целиакии требуется обязательное дополнительное обследование и лечение в отношении

- сахарного диабета 2 типа, ожирения
- железодефицитной анемии, остеопороза
- дефицита витамина К, гипервитаминоза витамина D
- инвагинации кишечника, избытка жирорастворимых витаминов

Серологическое исследование для оценки состояния в динамике проводят с целью

- принятия решения о снятии диагноза при отрицательных результатах
- объективного контроля за соблюдением безглютеновой диеты

- решения вопроса о возобновлении приема глютен-содержащих продуктов
- исключения дефицита микронутриентов

Возможным осложнением целиакии при несоблюдении строгой безглютеновой диеты является

- принятия решения о снятии диагноза при отрицательных результатах
- объективного контроля за соблюдением безглютеновой диеты
- решения вопроса о возобновлении приема глютен-содержащих продуктов
- исключения дефицита микронутриентов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у гастроэнтеролога-диетолога мать с 3-х летним мальчиком.

Жалобы

На повышенный аппетит, избыточную массу, увеличение размеров живота

Анамнез заболевания

Ребенок ранее не обследовался. Изучая медицинскую документацию обращает внимание на наличие гепатомегалии с 3,5 мес., маркеры гепатитов В и С (HBsAg, anti HCV) отрицательные, в б/х анализе крови повышены трансаминазы: АЛТ – 144 ед/л, АСТ – 123 ед/л. Ребенок направлен в стационар для обследования, уточнения диагноза и коррекции питания.

При обследовании: Общий анализ крови:

```

=====
| НВ | Эритро | Нт | лейко | нейтр | лимф | мон | эоз | тромб | СОЭ
| г/л | 1012/л | /л | 109/л | % | % | % | % | 109/л | мм/ч
| 115,3 | 3,998 | 0,3447 | 8,63 | 29,8 | 58,2 | 6,6 | 4,6 | 347,1 | 32
=====

```

Церулоплазмин – 0,3; альфа-1-АТ – 1,4 (0,9-2 г/л). ПЦР: CMV, EBV, HSV 1,2, HHV – отрицательные. Гормоны щит.железы в норме, инсулин – снижен – 2,2.

Биохимический анализ крови:

```

=====
| Дата | Бил. о/пр | хол.общ | АСТ | АЛТ | альб | глобул | глюко | ЛДГ | Об. белок
| Ед | мкмоль/л | ммоль/л | ед. | ед. | г/л | г/л | ммоль/л | Ед/л | г/л
| N | До 20,0/5,0 | До 5,20 | 0-35 | 0-35 | 35-50 | 23-35 | 3,9-5,8 | 140-300 | 64,0-83,0
|
| 15,31/10,08 | 4,39 | 356,6 | 267 | 47,1 | 21,7 | 2,85 | 980 | 68,8
=====

```

{nbsp}

Липидограмма: холестерин общ. -4,39 ммоль/л, ЛПВП – 0,6 (0,9-2,1) ммоль/л, ЛПНП – 2,76 (до 3,8 ммоль/л), триглицериды – 2,22 (до 1,7ммоль/л).

Иммуноглобулины: А,М,Г – в норме. КЩС: ВЕ=-8 (-2-3), рН7,368 (7,310-7,410)Лас-2,86 (0,9-1,7). Суточное мониторирование глюкозы: Количество

эффективных измерений 785. Среднее значение уровня глюкозы 3,5 ммоль/л, наибольшее значение –7,8 ммоль/л, наименьшее – 3.5 ммоль/л, стандартное отклонение 0,9. Состояние нормогликемии (3,9-7,8) сохранялось в течение 65% от времени исследования (40:10). Состояние гипергликемии в течение 93% случаев (60:50). Состояние гипогликемии отмечалось в 7% от времени исследования (4:35). Выявлена гипогликемия с 4.00. до 8:00 – 3,5 ммоль/л, что требует диетологической коррекции.

УЗИ брюшной полости: Желчный пузырь: размер не увеличен 81x22 мм, форма – обычная, стенки не уплотнены, просвет свободный. Поджелудочная железа не увеличена: размер – 10 мм x 8 мм x 12 мм, паренхима однородная, эхогенность средняя. Вирсунгов проток не расширен. Печень увеличена: размер ЛД- 102 мм, ПД- 132 мм; эхогенность повышена. Паренхима – мелкоочаговая диффузная неоднородность. Внутривенные желчные протоки: диаметр в норме, стенки не утолщены. Воротная вена – 5 мм, стенки в норме. ОЖП не расширен. Печеночные вены в норме. Кровоток не изменен. Контуры четкие, ровные. Селезенка не увеличена: размер- 68x30 мм, паренхима – однородная, эхогенность средняя. Селезеночная вена – 3 мм. Желудок - стенки не утолщены, 12 п кишка – секреция в норме, стенки не утолщены.

Заключение: УЗ признаки гепатомегалии с диффузными изменениями паренхимы печени, УЗ признаки ДЖВП.

УЗИ почек: Почки: левая 70x28 мм, контур ровный, четкий, дифференцировка сохранена; смещаемость, кровоток в норме. Правая: 68x28 мм, положение, смещаемость в норме, паренхима – дифференцировка сохранена. Кровоток не изменен. ЧЛС – не расширена, стенки не изменены. Мочевой пузырь заполнен, стенки тонкие, ровные, просвет анэхогенный. УЗИ щитовидной железы: УЗ изменений не выявлено. ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС – 140 в мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

Эластография печени: Медиана эластичности печени – 3,3 кПа; интерквартильный размах значений (IQR) 2,4 кПа.

Заключение: Общий результат исследования с наибольшей вероятностью соответствует гистологической стадии фиброза печени ~F0 (по METAVIR).

Методом прямого автоматического секвенирования был проведен частичный анализ гена РНКА2 (гликогеноз тип IX; исследованы экзоны 4,6,9,32 и 33 гена - в экзоне 9 обнаружена ранее не описанная однонуклеотидная замена с.884G>T (в гемизиготном состоянии), приводящая к замене аминокислотной последовательности белка Arg295Leu. При секвенировании 9 экзона гена РНКА2 (гликогеноз IX типа) матери пробанда на наличии семейной мутации с.884G>T. Мутация обнаружена в гетерозиготном состоянии.

Анамнез жизни

Мальчик от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза в первом триместре, роды срочные, оперативные с весом – 2925 г, длиной – 49 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Приложен к груди на 3-е сутки. Затяжная физиологическая желтуха. Находился на грудном вскармливании до 1 мес, затем искусственное. Перенесенные заболевания: ОРВИ, пупочная грыжа, гидроцеле правого яичка, синдром раздраженного кишечника, ДЖВП.

Профилактические прививки: по календарю вакцинации. Наследственность: у мамы ПМК, бабушка по материнской линии умер от рака легких.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес – 15 кг, рост – 93,5 см. ИМТ-17,4; Zscore ИМТ=-0,09; ИМТ к возр.=+1,45ОЖ-54 см. Кожные покровы бледные, чистые.

Подкожно- жировая клетчатка развита умеренно. Тонус мышц несколько снижен, плоско-вальгусная установка стоп. Носовое дыхание свободное, катаральных явлений нет. В легких перкуторно – ясный легочный звук, хрипы не выслушиваются. Область сердца визуальна не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД – 83/51 мм рт.ст., ЧСС - 116 уд/ в мин. Язык у корня слегка обложен белым налетом. Живот увеличен в объеме за счет гепатомегалии; доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень мягко-эластической консистенции, выступает из под края реберной дуги по передней аксиллярной линии +2 см, по среднеключичной +6 см, по правой парастернальной + 7 см, по срединной + 8 см и по левой парастернальной линии + 6 см. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Дизурических явлений нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- принятия решения о снятии диагноза при отрицательных результатах
- объективного контроля за соблюдением безглютеновой диеты
- решения вопроса о возобновлении приема глютен-содержащих продуктов
- исключения дефицита микронутриентов

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

====
| Дата | Бил. о/пр | хол.общ | АСТ | АЛТ | альб | глобул | глюк | ЛДГ | Об. белок
| Ед | мкмоль/л | ммоль/л | ед. | ед. | г/л | г/л | ммоль/л | Ед/л | г/л
| N | До 20,0/5,0 | До 5,20 | 0-35 | 0-35 | 35-50 | 23-35 | 3,9-5,8 | 140-300 | 64,0-83,0
|
| 15,31/10,08 | 4,39 | 356,6 | 267 | 47,1 | 21,7 | 2,85 | 980 | 68,8
|====

Определение кислотно-щелочного состояния

КЩС: BE=-8 (-2-3), pH7,368 (7,310-7,410)Lac-2,86 (0,9-1,7).

Общий анализ крови

====
| НВ | Эритро | Нт | лейко | нейтр | лимф | мон | эоз | тромб | СОЭ
| г/л | 10¹²/л | /л | 10⁹/л | % | % | % | % | 10⁹/л | мм/ч
| 115,3 | 3,998 | 0,3447 | 8,63 | 29,8 | 58,2 | 6,6 | 4,6 | 347,1 | 32
|====

Определение иммуноглобулинов крови

Иммуноглобулины: А,М,Г в норме

ПЦР -диагностика вирусов

ПЦР: CMV, EBV, HSV 1,2, HHV – отрицательные.

Основными клиническими проявлениями данного заболевания являются

- принятия решения о снятии диагноза при отрицательных результатах
- объективного контроля за соблюдением безглютеновой диеты
- решения вопроса о возобновлении приема глютен-содержащих продуктов
- исключения дефицита микронутриентов

Результаты обследования

Гепатомегалия

Печень мягко-эластической консистенции, выступает из под края реберной дуги по передней аксиллярной линии +2 см, по среднеключичной +6 см, по правой парастернальной + 7 см, по срединной + 8 см и по левой парастернальной линии + 6 см

Спленомегалия

Селезенка не пальпируется

Диспептические явления

Отсутствуют

Нарушения со стороны стула

Стул регулярный, оформленный

Основным инструментальным методом обследования, необходимым для постановки диагноза является

- принятия решения о снятии диагноза при отрицательных результатах
- объективного контроля за соблюдением безглютеновой диеты
- решения вопроса о возобновлении приема глютен-содержащих продуктов
- исключения дефицита микронутриентов

Результаты инструментального метода обследования

УЗ исследование брюшной полости

Желчный пузырь: размер не увеличен 81x22 мм, форма – обычная, стенки не уплотнены, просвет свободный. Поджелудочная железа не увеличена: размер – 10мм x 8мм x 12мм, паренхима однородная, эхогенность средняя. Вирсунгов проток не расширен. Печень увеличена: размер ЛД- 102 мм, ПД- 132 мм; эхогенность повышена. Паренхима – мелкоочаговая диффузная неоднородность. Внутривеночные желчные протоки: диаметр в норме, стенки не утолщены. Воротная вена – 5 мм, стенки в норме. ОЖП не расширен. Печеночные вены в норме. Кровоток не изменен. Контур четкие, ровные. Селезенка не увеличена: размер- 68x30 мм, паренхима – однородная, эхогенность средняя. Селезеночная вена – 3 мм. Желудок - стенки не утолщены, 12 п кишка – секреция в норме, стенки не утолщены.

Заключение: УЗ признаки гепатомегалии с диффузными изменениями паренхимы печени, УЗ признаки ДЖВП.

УЗ исследование почек

Почки: левая 70x28 мм, контур ровный, четкий, дифференцировка сохранена; смещаемость, кровоток в норме. Правая: 68x28 мм, положение, смещаемость в норме, паренхима – дифференцировка сохранена. Кровоток не изменен. ЧЛС – не расширена, стенки не изменены. Мочевой пузырь заполнен, стенки тонкие, ровные, просвет анэхогенный.

УЗ исследование щитовидной железы

УЗ изменений не выявлено.

Эластография печени

Медиана измерений эластичности печени – 3,3 кПа; интерквартильный размах значений (IQR) 2,4 кПа.

Заключение: Общий результат исследования с наибольшей вероятностью соответствует гистологической стадии фиброза печени ~F0 (по METAVIR).

Одним из важных методов диагностики для установления окончательного клинического диагноза является

- принятия решения о снятии диагноза при отрицательных результатах
- объективного контроля за соблюдением безглютеновой диеты
- решения вопроса о возобновлении приема глютен-содержащих продуктов
- исключения дефицита микронутриентов

Результаты обследования

Молекулярно-генетическое исследование

Методом прямого автоматического секвенирования был проведен частичный анализ гена РНКА2 (гликогеноз тип IX; исследованы экзоны 4,6,9,32 и 33 гена - в экзоне 9 обнаружена ранее не описанная однонуклеотидная замена с.884G>T (в гемизиготном состоянии), приводящая к замене аминокислотной последовательности белка Arg295Leu. При секвенировании 9 экзона гена РНКА2 (гликогеноз IX типа) матери пробанда на наличии семейной мутации с.884G>T. Мутация обнаружена в гетерозиготном состоянии.

Исследование липидограммы

Холестерин общ. - 4,39 ммоль/л, ЛПВП – 0,6 (0,9-2,1) ммоль/л, ЛПНП – 2,76 (до 3,8 ммоль/л), триглицериды – 2,22 (до 1,7ммоль/л). Иммуноглобулины: А,М,Г – отриц.

Определение иммунологического статуса

Иммуноглобулины: А,М,Г – отриц.

Определение уровня гормонов в крови

Гормоны щит.железы в норме, инсулин – снижен – 2,2.

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты клиничко-лабораторного и генетического обследования установлен клинический диагноз

- принятия решения о снятии диагноза при отрицательных результатах
- объективного контроля за соблюдением безглютеновой диеты
- решения вопроса о возобновлении приема глютен-содержащих продуктов
- исключения дефицита микронутриентов

Диагноз

Болезнь накопления гликогена, IXa тип

Наследственная непереносимость фруктозы

Недостаточность альфа-1-антитрипсина

Криптогенный гепатит

Дифференциальный диагноз при болезни накопления гликогена IXa типа в первую очередь надо провести с

- наследственной непереносимостью фруктозы
- другими типами БНГ
- недостаточностью альфа-1 антитрипсина
- наследственной непереносимостью галактозы

Основным принципом терапии болезней накопления гликогена является назначение

- гепатопротекторов
- витаминов
- диетотерапии
- фермент-заместительной терапия

Диетотерапия при болезнях накопления гликогена заключается в исключении из рациона

- крахмала
- глюкозы
- мальтозы
- пищевого сахара

При БНГ рекомендовано дробное питание до + _____ + раз в день

- 5-6
- 3-4
- 4-5
- 6-8

Прием поливитаминов и БАД к пище возможен без содержания

- сахарозы или фруктозы
- ксилита и сорбита
- сорбита и глюкозы
- глюкозы и сахарозы

Для поддержания уровня гликемии при болезнях накопления гликогена назначается

- галактоза
- фруктоза
- кукурузный крахмал
- мальтоза

Кукурузный крахмал детям раннего возраста назначается из расчета + ____ + г/кг каждые 3-4 часа

- галактоза
- фруктоза
- кукурузный крахмал
- мальтоза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога мать с 13 летним мальчиком.

Жалобы

На повышенный аппетит, избыточную массу тела, отрыжку, периодическую изжогу.

Анамнез заболевания

Со слов мамы мальчик в течение последнего года жалуется на изжогу после приема жирной пищи, периодические боли в животе. Диету не соблюдает, низкая физическая активность. При обследовании: Общий анализ крови в пределах нормы. Общий анализ мочи: в норме.

УЗИ органов брюшной полости: УЗ признаки ДЖВП, вторичных изменений поджелудочной железы. УЗ признаки гастродуоденита. ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС – 76 уд. в мин. Нормальное положение электрической оси сердца. УЗИ щитовидной железы: патологии не выявлено. УЗИ почек: в пределах нормы. ЭГДС: Катаральный рефлюкс-эзофагит. Поверхностный гастрит, дуоденит. Суточная рН метрия: Зонд установлен на уровне 42 см (5 см выше верхней границы пищевода-желудочного перехода, определенной по данным рентгенконтроля пищевода). За время исследования (20ч 40 мин) зарегистрировано 56 рефлюксов, из них во время еды – 28 (исключены из последующего анализа). Из 28 рефлюксов: 24 кислых, 4 слабокислых. 0-некислых; 6-жидкостные, 20-смешанным содержимым (воздух-жидкость). 0 из 28 (0%) рефлюксов достигают верхней трети пищевода. Заключение: Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о наличии кислых и слабокислых рефлюксов, что характерно для ГЭРБ.

Анамнез жизни

Мальчик от II беременности, протекавшей физиологически, вторых срочных родов с весом – 3 550г, длиной – 53 см. Раннее психомоторное развитие по возрасту.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, о. фарингит.

Прививки по календарю вакцинации.

Наследственность: у отца язвенная ЯБ желудка, у матери - ДЖВП, у бабушки по материнской линии – АГ, ЖКБ.

Объективный статус

Жалобы на изжогу после приема жирной пищи отрыжку. Рост – 170 см, вес – 77 кг. ИМТ - 26, Zscore роста= 1,47; Zscore имт = +1,8, percent - 91%. Кожные покровы физиологической окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД- 18 в мин. Область сердца визуально не изменена, перкуторные границы сердца соответствуют возрастной норме. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин, АД - 110/55 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Зубы санированы. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Диурез положительный.

К необходимым для постановки диагноза типичным симптомам данного заболевания относится (-ятся)

- боли в эпигастральной области
- боли за грудиной
- изжога
- дисфагия

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- боли в эпигастральной области
- боли за грудиной
- изжога
- дисфагия

Результаты инструментальных методов обследования

Эзофагогастродуоденоскопия

По данным ЭГДС картина катарального рефлюкс-эзофагита. Поверхностный гастрит, дуоденит.

Внутрипищеводная суточная рН-метрия

Зонд установлен на уровне 42 см (5 см выше верхней границы пищеводно-желудочного перехода, определенной по данным рентгенконтроля пищевода). За время исследования (20ч 40 мин) зарегистрировано 56 рефлюксов, из них во время еды – 28 (исключены из последующего анализа). Из 28 рефлюксов: 24 кислых, 4 слабокислых. 0- не кислых; 6-жидкостные, 20-смешанным содержимым (воздух-жидкость). 0 из 28 (0%) рефлюксов достигают верхней трети пищевода.

Заключение: Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о наличии кислых и слабокислых рефлюксов, что характерно для ГЭРБ.

УЗИ органов брюшной полости

Желчный пузырь: расположен в типичном месте, увеличен (97x32 мм), стенки уплотнены, форма обычная, в просвете взвесь. Поджелудочная железа увеличена: 28x24x34 мм, паренхима однородная: эхогенность повышена, стенки сосудов не уплотнены. Вирсунгов проток не изменен. Печень не увеличена: ЛД – 82 мм, ПД - 131 мм, контур ровный, паренхима однородная. Диаметр ствола воротной вены в норме- 9 мм, стенки не изменены. Печеночные вены не изменены. Селезенка не увеличена (110x55мм), паренхима однородная, контур ровный; селезеночная вена - 5 мм. Желудок и 12 перстная кишка – гиперсекреция, стенки утолщены.

Заключение: УЗ признаки ДЖВП, вторичных изменений поджелудочной железы. УЗ признаки гастродуоденита.

УЗ исследование щитовидной железы

Патологии не выявлено

Электрокардиография

Синусовый ритм, ЧСС – 76 уд. в мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

УЗ исследование почек

УЗИ почек в пределах нормы.

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- боли в эпигастральной области
- боли за грудиной
- изжога
- дисфагия

Диагноз

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Катаральный рефлюкс-эзофагит

Поверхностный гастрит

Гастродуоденит, обострение

На основании результатов оценки индекса массы тела пациенту поставлен сопутствующий клинический диагноз

- избыточная масса тела (SDS ИМТ= +1,8).
- ожирение экзогенно-конституциональной 1 степени
- ожирение экзогенно-конституциональной 2 степени
- нормальная масса тела

Лечение при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни направлено на уменьшение

- воспалительных изменений в пищеводе
- воспалительных изменений в луковице 12п.кишки
- выраженности рефлюксов
- воспалительных изменений в желудке

Основные принципы лечения ГЭРБ в настоящее время – это назначение

- адсорбентов
- антацидов
- гастропротекторов
- ингибиторов протонной помпы

Основной курс ингибиторами протонной помпы назначается на + _____ + недель

- 4-8
- 1-2
- 3-4
- 2-3

Диетологические рекомендации при ГЭРБ заключаются в исключении из рациона в первую очередь

- томатов и кислых фруктов
- фруктовых соков
- овощей и фруктов
- всех фруктов

При ГЭРБ пациенты должны избегать переедания и прекращать прием пищи за + _____ + час/часа до сна

- 2
- 1
- 3
- 4

Наиболее эффективное медикаментозное лечение ГЭРБ - это сочетание

- H₂-блокаторов и антацидов
- ИПП, прокинетиков и антацидов
- ИПП, гастропротекторов, антацидов
- прокинетиков, антацидов, адсорбентов

Антациды при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни принимают

- за 1 час до еды
- через 1,5-2 часа после еды
- через 1 час после еды
- за 30 минут до еды

С целью предотвращения повышения внутрибрюшного давления рекомендовано поднятие тяжестей не более + _____ + кг

- за 1 час до еды
- через 1,5-2 часа после еды
- через 1 час после еды
- за 30 минут до еды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога девочка 15 лет с мамой

Жалобы

На повышенный аппетит, избыточную массу

Анамнез заболевания

Со слов мамы избыточная прибавка в весе с раннего возраста. Физическая активность низкая. 01.2014г. находилась на обследовании в ЭНЦ г. Москвы, при обследовании был поставлен дз: Ожирение. Инсулинорезистентность, жировой гепатоз. Хронический холецистит. Масса тела – 96,6 кг. Получала дюфастон по поводу с-ма поликистозных яичников. Было рекомендовано снижение веса, наблюдение в динамике. В Клинику питания поступила впервые для редукции массы тела.

Анамнез жизни

Девочка от II-ой беременности, протекавшей с токсикозом. Первых срочных родов с весом 3400 г, длиной – 52 см. Находилась на грудном вскармливании до 2 мес, затем искусственное. Ранее психомоторное развитие по возрасту.

Привита по календарю вакцинации. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангина, ветряная оспа в 6 лет, хронический гломерулонефрит. Наблюдается по месту жительства с дз: хр. гломерулонефрит, ремиссия. ВСД, ангиопатия сетчатки, миопический астигматизм слабой степени. _Наследственность_: отягощена: у мамы ожирение, холецистит, у бабушки по материнской линии – cancer желудка.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на избыточный вес, повышенный аппетит. Вес – 93,2 кг. Рост – 152 см. ИМТ – 40,3 кг/м² (100% перцентиль, Z-score +3,6); ОТ – 114 см, ОБ – 120 см). Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы физиологической окраски, розовые стрии на животе; фолликулярный гипергидроз. Гирсутизм. Катаральных явлений нет. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена по смешанному типу. В легких при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 18 в

минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, звучные с ЧСС – 78 уд. в минуту. АД- 111/65 мм рт.ст. Язык густо обложен белым налетом. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации болезненный в эпигастрии, в точке желчного пузыря, Мейо-Робсона. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Диурез положительный.

После физикального осмотра пациента обязательным при постановке диагноза является определение

- за 1 час до еды
- через 1,5-2 часа после еды
- через 1 час после еды
- за 30 минут до еды

Результаты

Индекс массы тела

40,3 кг/м²

Вес

93,2 кг

Рост

152 см

Окружность талии

114 см

Основными лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются

- за 1 час до еды
- через 1,5-2 часа после еды
- через 1 час после еды
- за 30 минут до еды

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|=====

| холест | тригл | Бил.общ | глюкоза | ГГТ | ЩФ | АЛТ | АСТ | ЛПНП | ЛПВП |
белок | альбумин

2+[^] | ммоль/л | мкмоль/л | ммоль/л | Ед/л | Ед/л | Ед/л | Ед/л | Ммоль/л | Ммоль/л |
г/л | г/л

| до 5,2 | до 1,7 | 8.50-2,50 | 3,9-5,8 | 10-40 | 42-117 | 4-31 | до 35 | 0-3,80 | 0,9-2,1 |
65-85 | 35-50

| 4,28 | 0,63 | 11,42/ | 4,3 | 28,3 | 108,3 | 39 | 29,4 | 2,89 | 1,4 | 72,6 | 50

|=====

Стандартный пероральный глюкозотолерантный тест с глюкозой (ОГТТ)

ОГТТ: натощак – 4,3 ммоль/л, через 2 ч. после нагрузки – 6,9 ммоль/л.

Общий анализ крови

=====
| НВ (г/л) | Эр. ($10^{12}/л$) | Лейк. ($10^9/л$) | Эоз. (%) | Нейтр (%) | Лимф (%) | мон. (%) | ТВ ($10^9/л$) | СОЭ мм/ч
| 129,8 | 4,372 | 5,52 | 1,7 | 52,2 | 38,5 | 7,2 | 292 | 22

=====
Гормоны щитовидной железы
ТТГ – 0,62 (0,39-6,16), АТТПО - 0 (< 100).

Иммунологический анализ крови

В норме

Общий анализ мочи

=====
| Цвет | уд.вес | рН | бел | глюк. | эпит | кет | лейкоц | эр. | с/ж | 1025 | 5 | 0,30 | 0 | един. | 0 | 0-1 | 0-1

=====
Всем пациентам с ожирением рекомендовано проведение биохимического исследования крови в сочетании с

- за 1 час до еды
- через 1,5-2 часа после еды
- через 1 час после еды
- за 30 минут до еды

Результаты обследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень: умеренно увеличена, левая доля – 93 мм, правая доля - 142 мм, паренхима – мелкоочаговая диффузная неоднородность. Ствол воротной вены – 8 мм, стенки в норме. ОЖП не расширен. Печеночные вены в норме. Кровоток 3-х фазный. Желчный пузырь расположен в типичном месте, увеличен: 75x23 мм, форма обычная, стенки уплотнены, просвет свободный. Поджелудочная железа увеличена: 25x18x27 мм, эхогенность повышена, паренхима однородная, стенки сосудов не уплотнены, контур ровный. Вирсунгов проток не изменен. Селезенка не увеличена: 105x48мм, паренхима однородная, эхогенность средняя; селезеночная вена - 4 мм (н). Желудок: гиперсекреция, стенки утолщены. 12-перстная кишка: стенки утолщены, гиперсекреция.

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Патологии не выявлено

Ультразвуковое исследование почек

Патологии не выявлено.

Электрокардиография

Синусовый ритм с ЧСС – 75 уд. в мин. Нормальное положение ЭОС

К дополнительным инструментальным методам обследования относится проведение

- МТР брюшной полости
- эхо-кардиографии
- основного обмена
- компьютерной томографии брюшной полости

На основании анамнеза, данных осмотра, оценки индекса массы тела, результатов лабораторного и инструментального методов обследования пациентке поставлен клинический диагноз

- МТР брюшной полости
- эхо-кардиографии
- основного обмена
- компьютерной томографии брюшной полости

Диагноз

**Ожирение экзогенно-конституциональное III степени (SDS = +3,6).
Неалкогольная жировая болезнь печени**

Ожирение экзогенно-конституциональной I степени

Ожирение экзогенно-конституциональной 2 степени

Ожирение экзогенно-конституциональной, морбидное

Ожирение у детей и подростков от 0 до 19 лет следует определять как ИМТ, равный или превышающий + ___ + SDS ИМТ

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

Основным методом терапии данного заболевания является применение

- ингибиторов липаз
- поливитаминов
- бигуанидов
- диетотерапии

При неалкогольной жировой болезни печени и ожирении рекомендовано снижение массы тела первоначально не менее чем на + _____ + %

- 10
- 7

- 12
- 5

Пациентам с избыточной массой тела рекомендуется дробный режим питания + ____ + раз в день

- 5- 6
- 2-3
- 3-4
- 4-5

Продолжительность диетотерапии составляет + ____ + мес

- 2-3
- 6-12
- 1-2
- 3-6

Снижение калорийности рациона у данной пациентки целесообразно проводить преимущественно за счёт уменьшения потребления

- жиров и повышения квоты белка
- белка и углеводов
- жиров
- жиров и углеводов

Норма суточного потребления энергии для ребенка этого возраста составляет:

- жиров и повышения квоты белка
- белка и углеводов
- жиров
- жиров и углеводов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М. 43 года, работник офиса. Обратился на консультацию к врачу в связи с ухудшением самочувствия.

Жалобы

На боли в эпигастральной области жгучего характера, появляющиеся через 1-2 часа после приема пищи, иррадиирующие в левую лопатку и левую часть грудной клетки; отрыжку кислым.

Анамнез заболевания

Боли в эпигастральной области и отрыжка кислым беспокоят в течение 3,5 месяцев. Первоначально появилась боль, возникающая через 1-2 часа после

приема пищи, irradiрующая в левую часть грудной клетки и левую лопатку, боль ослабевала после приема молочных продуктов и антацидных лекарственных средств. В течение двух недель, предшествовавших обращению к врачу, состояние ухудшилось: боли усилились, отмечалось снижение массы тела и появление кислой отрыжки.

Анамнез жизни

- * Курит по 20 сигарет в день;
- * алкоголь употребляет в количестве 0,5 л пива в выходные дни;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергических реакций не было;
- * мать здорова, у отца – язвенная болезнь желудка;
- * питание нерегулярное в течение дня – 2-3 раза, перерыв между приемами пищи от 4 до 8 часов;
- * завтрак около 5% суточной калорийности преимущественно в виде чашки кофе с молоком и сахаром 200 мл, перекус в первой половине дня около 20% энергии суточного рациона, обед в период с 14 до 16 часов составляет около 35% энергии суточного рациона, ужин в период с 21 до 23 составляет около 25% суточного рациона;
- * в течение дня, находясь за рулем автомобиля, часто выпивает сладкие газированные напитки, которые составляют до 15% калорийности рациона.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 175 см, вес 55,2 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот симметричный, мягкий, отмечается умеренная болезненность в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные. Периферических отеков нет.

Лабораторными методами исследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- жиров и повышения квоты белка
- белка и углеводов
- жиров
- жиров и углеводов

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

ОАК: Нб 143 г/л, СОЭ 4 мм/час, эр. $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $8,6 \times 10^9/л$, э-2, п/я-5, с/я-56, лф-37%.

Кал на скрытую кровь

Изменений не выявлено

Общий анализ мочи

Изменений не выявлено

Копрограмма

Изменений не выявлено

Общий анализ мокроты

Изменений не выявлено

Биохимический анализ крови

Общий белок 76 г/л, альбумины 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза 5,2 ммоль/л, билирубин общий 16,3 мкмоль/л; прямой 3.6 ммоль/л; АЛТ 21 U/L; АСТ 17 U/L; амилаза крови 16 г/л (N 12-32 г/л в час).

Инструментальными методами исследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- жиров и повышения квоты белка
- белка и углеводов
- жиров
- жиров и углеводов

Результаты инструментальных методов обследования

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

Слизистая пищевода без признаков патологии, кардиальный жом смыкается. В желудке умеренное количество жидкости, слизь; в области большой кривизны желудка выявлен язвенный дефект размерами 21x23 мм, края ровные, гиперемированные, отечные, утолщены, в дне язвы склероз и тромбоз сосудов, фибринозные наложения.

Р-графия пищевода и желудка

Пищевод свободно проходим. Кардиальный жом смыкается. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга заброс желудочного содержимого в пищевод не наблюдается, складки слизистой желудка обычного калибра, в области тела желудка по большой кривизне обнаружен симптом «ниши», перистальтика желудка и эвакуация своевременна, луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей.

Рентгенография органов грудной клетки

Изменений не выявлено

Электрокардиография (ЭКГ)

Изменений не выявлено

Эхокардиография (ЭхоКГ)

Изменений не выявлено

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ)

Изменений не выявлено

С целью проведения экспресс-оценки пищевого статуса у данного пациента рекомендуется использовать

- индекс массы тела
- уравнение Харриса-Бенедикта
- прямую калориметрию
- биоимпедансометрию

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет

- 18
- 28
- 38
- 8

Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента является

- 18
- 28
- 38
- 8

Диагноз

Язвенная болезнь желудка

Рак желудка

Хронический панкреатит

Ишемическая болезнь сердца

Результаты экспресс-оценки пищевого статуса свидетельствуют о

- недостаточной массе тела, тяжелой степени недостаточности питания
- недостаточной массе тела, средней степени недостаточности питания
- недостаточной массе тела, легкой степени недостаточности питания
- нормальной массе тела, удовлетворительной степени питания

Для уменьшения проявлений симптомов болезни и начала заживления язвы рекомендуется назначить

- нитраты
- прокинетики
- ингибиторы протонной помпы
- цитопротекторы

При выявленном заболевании рекомендуется назначение варианта диеты с

- механическим и химическим щажением (ЩД)
- повышенным содержанием белка (ВБД)
- пониженным содержанием углеводов (НУД)
- пониженным содержанием жира (НЖД)

Основным принципом диетотерапии при заболеваниях органов пищеварения является

- необходимость дополнительного потребления белковых продуктов за счет включения обогащенных блюд
- предпочтительное использование в питании продуктов и блюд с низким гликемическим индексом
- соблюдение дробного режима питания с механическим и химическим щажением
- целесообразность использование в питании обезжиренных продуктов и блюд

У данного пациента рекомендуется исключить из рациона питания вещества

- являющиеся витаминами
- относящиеся к классу полиненасыщенных жирных кислот
- стимулирующие желудочную секрецию
- являющиеся источниками аминокислот

Необходимо направить данного пациента на консультацию к

- стоматологу
- кардиологу
- эндокринологу
- онкологу

После отмены антацидных лекарственных средств наиболее часто возникает

- стоматологу
- кардиологу
- эндокринологу
- онкологу

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка в возрасте 48 лет обратилась за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для избавления от изжоги и снижения массы тела.

Жалобы

На ежедневную изжогу, появляющиеся после еды, беспокоит лишний вес.

Анамнез заболевания

Изжога беспокоит более 5 лет, последние полгода отмечает ухудшение, изжогу отмечает ежедневно. Неделю назад при эзофагодуоденоскопии в нижней трети пищевода были выявлены эрозии, занимающие около 30% окружности пищевода. По рекомендации терапевта 5 дней назад начала принимать

ингибиторы протонной помпы – омепразол 20 мг в сутки с небольшим положительным эффектом.

Анамнез жизни

Работает продавцом в торговом центре. +

Семейный анамнез: мать страдает артериальной гипертензией. +

Оперативных вмешательств, переливаний крови не было. +

Хронические заболевания отрицает. +

Не курит. Алкоголь не употребляет. +

Аллергических реакций не отмечает.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, вес 105 кг, индекс массы тела (ИМТ) 38 кг/м². Кожные покровы физиологической окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце: тоны правильные, ритмичные. ЧСС 70 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации безболезненный. Окружность талии – 108 см. Печень и селезёнка не увеличены.

Методом диагностики, исключаям пищевод Баррета, является

- гистологическое исследование биоптатов пищевода
- манометрия пищевода
- рН-метрия
- рентгенологическое исследование пищевода

К внепищеводным проявлениям ГЭРБ относятся бронхолегочный и + _____ + синдромы

- нефротический
- гепатолиенальный
- отоларингологический
- суставной

Инструментальным исследованием, которое позволяет выявить грыжу пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), является

- УЗИ органов брюшной полости
- рН-метрия
- гистологическое исследование биоптатов пищевода
- рентгенологическое исследование пищевода

Пациентам с ГЭРБ рекомендуется соблюдать + _____ + разовый режим питания

- 7-8
- 1-2
- 3-4
- 5-6

Вариантом диеты, рекомендуемым при ГЭРБ в сочетании с сопутствующим ожирением, является питание с

- пониженным количеством белка
- пониженной калорийностью
- повышенной калорийностью
- повышенным количеством белка

В период обострения ГЭРБ необходимо максимально ограничить употребление

- чая
- жидких каш
- овощных соков
- газированных напитков

Вариант диеты, назначаемой при ГЭРБ в сочетании с сопутствующим ожирением, включает углеводы в количестве + _____ + грамм

- 130-200
- 90-110
- 330-400
- 200-300

Вариант диеты, назначаемой при ГЭРБ в сочетании с сопутствующим ожирением, включает жиров + _____ + грамм, в т.ч. растительного происхождения + _____ + грамм

- 30-40; 20
- 60-70; 40
- 40-50; 25
- 50-60; 30

Рекомендуемая температура пищи при ГЭРБ составляет + _____ + градусов Цельсия

- 40-85
- 50-90
- 10-45
- 15-65

Прекращать прием пищи при ГЭРБ рекомендуется за + _____ + час(а) до сна

- 2
- 1
- 1,5
- 0,5

При ГЭРБ следует избегать употребления

- томатов
- свеклы
- рыбных продуктов
- винограда

При ГЭРБ следует избегать

- томатов
- свеклы
- рыбных продуктов
- винограда

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка в возрасте 28 лет обратилась за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для снятия болей в животе, снижения частоты дефекаций.

Жалобы

На боли в животе больше в левой подвздошной области, ощущение вздутия, проходящие после акта дефекации. В утреннее время беспокоит кашицеобразный стул до 4 раз в сутки с примесью слизи. Также беспокоят перепады настроения.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы беспокоят около двух лет, после переезда в другой город и смены работы. В поликлинике по месту жительства после тщательного обследования был выставлен диагноз синдром раздраженного кишечника (СРК) с диареей. Согласно рекомендациям терапевта, принимала мебеверин с положительным эффектом, отмечает уменьшение болевого синдрома, однако сохраняется диарея и вздутие живота.

Анамнез жизни

Работает менеджером в торговой компании. Наследственность не отягощена. Хронические заболевания отрицает. Не курит. Алкоголь не употребляет. Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, вес 55 кг. ИМТ 20,52 кг/м². Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Язык влажный, обложен небольшим белым налетом на корне языка. Живот несколько вздут, мягкий, отмечается дискомфорт в области сигмовидной кишки. Размеры печени по Курлову в пределах нормы, селезенка не пальпируется.

Лабораторным исследованием, которое необходимо провести для исключения целиакии, является определение антител

- IgG к тиреопероксидазе
- IgG к бета-2 гликопротеину
- IgA к тканевой трансглутаминазе
- IgA к фосфатидил-серину

Инструментальным исследованием, которое необходимо провести для дифференциальной диагностики с болезнью Крона, является

- компьютерная томография
- илеоколоноскопия
- ирригоскопия
- магниторезонансная томография

По Бристольской шкале форм кала диарея более чем в 25% дефекаций означает, что форма кала соответствует типам

- 1-2
- 6-7
- 2-3
- 3-4

Вариантом диеты, который рекомендуется в период обострения СРК с диареей, является вариант

- основной с механическим щажением
- повышенной калорийности
- с повышенным количеством белка
- с повышенным содержанием углеводов

Элиминационная диета составляется путем исключения

- продуктов, вызывающих увеличение выраженности симптомов заболевания
- продуктов животного происхождения
- легкоусвояемых углеводов
- мясных продуктов

При СРК рекомендуется + _____ + разовое питание

- 1-2
- 3-4
- 2-3
- 4-6

Вариант диеты, назначаемой при СРК, включает белка + _____ + (г), в т.ч. животного происхождения + _____ + (г)

- 130-140; 60-65

- 40-60; 20-30
- 85-90; 40-45
- 110-120; 45-50

При СРК с диареей рекомендуется исключить из рациона

+ _____ + блюда

- запеченные
- копченые
- тушеные
- отварные

Вариант диеты, назначаемой при СРК включает жиры + _____ + (г), в т.ч. растительные + _____ + (г)

- 80-90; 50
- 30-40; 20
- 60-70; 40
- 70-80; 25-30

Вариант диеты, назначаемой при СРК, включает пищевые волокна

+ _____ + (г)

- 25-30
- 60-70
- 50-60
- 30-40

Энергетическая ценность варианта диеты, назначаемой при СРК,

составляет + _____ + ккал

- 2170-2400
- 1170-1400
- 3100-3300
- 1100-2100

При СРК рекомендуется ограничить употребление поваренной соли до

+ _____ + г/день

- 2170-2400
- 1170-1400
- 3100-3300
- 1100-2100

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка в возрасте 19 лет, студентка, обратилась за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для нормализации стула.

Жалобы

На постоянные запоры – стул 1 раз в 3 дня с выделением «овечьего» кала, которые сопровождаются распирающими болями в нижней части живота, уменьшающиеся после дефекации.

Анамнез заболевания

Симптомы стали беспокоить около 1 года назад. К врачу не обращалась. Для уменьшения абдоминальных болей принимает дротаверин с кратковременным эффектом, периодически использует слабительные препараты. Неделю назад консультирована гастроэнтерологом, прошла обследование, исключены органические заболевания кишечника, рекомендовано изменение образа жизни и питания.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Перенесённые заболевания: аппендэктомия в 18 лет. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез без особенностей. Не курит. Алкоголь не употребляет. В еде предпочитает мясные блюда, овощи и фрукты ест не каждый день.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, вес 70 кг. ИМТ 23,66 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. При перкуссии ясный лёгочный звук, при аускультации – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. При поверхностной пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень и селезёнка не увеличены. Отёков нет.

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза синдрома раздраженного кишечника (СРК) являются общий и биохимический анализ крови и

- анализ кала на скрытую кровь
- общий анализ мочи
- коагулограмма
- протеинограмма

Инструментальным исследованием, которое необходимо провести для дифференциальной диагностики с болезнью Крона, является

- илеоколоноскопия
- компьютерная томография
- магниторезонансная томография
- ирригоскопия

Согласно Бристольской шкале кала, форма кала в данной клинической ситуации соответствует + _____ + типу

- 2
- 7
- 5
- 1

При СРК с запорами форма кала соответствует типам 1-2 по Бристольской шкале в + _____ + процентах дефекаций

- 20-30
- > 25
- менее 25
- 10-20

Для определения продуктов, употребление которых приводит к увеличению выраженности симптомов, необходимо

- ведение «пищевого дневника»
- назначить альфа-галактозидазу
- придерживаться аглютеновой диеты
- проведение генетического анализа

При стойком нарушении моторно-эвакуаторной функции толстой кишки и упорных запорах рекомендуется

- увеличение в рационе продуктов растительного происхождения, богатых пищевыми волокнами
- уменьшение в рационе продуктов растительного происхождения, богатых пищевыми волокнами
- увеличение в рационе продуктов животного происхождения, богатых белком
- увеличение в рационе продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы

Продуктами, способствующими улучшению моторно-эвакуационной функции кишечника, являются

- кисломолочные продукты с добавлением пробиотических микроорганизмов
- острые приправы, копчености, сыры
- сорта хлеба, с добавлением цельного зерна, отрубей, проростков зерна
- пищевые продукты, содержащие животные белки

Предпочтительным ритмом питания при СРК с запорами является прием пищи

- по мере возникновения чувства голода
- 2-3 раза в день
- 4-6 раза в день

- 3 раза в день, полными порциями

Необходимый суточный объём потребляемой жидкости при СРК с запорами составляет + _____ + (л)

- 3-3,5
- 1-1,5
- 1,5-2
- 0,5-1

Энергетическая ценность варианта диеты, назначаемой при СРК, составляет + _____ + ккал

- 1170-1400
- 3100-3300
- 1100-2100
- 2170-2400

Вариант диеты, назначаемый при СРК, включает пищевые волокна в количестве + _____ + г

- 30-40
- 50-60
- 25-30
- 60-70

Вариант диеты, назначаемой при СРК включает жиры + _____ + (г), в т.ч. растительные + _____ + (г)

- 30-40
- 50-60
- 25-30
- 60-70

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент в возрасте 36 лет обратился за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для снятия болей в животе, снижения частоты дефекаций

Жалобы

На диарейный синдром – кашицеобразный стул до 3-4 раз в сутки, возникающий после каждого приема пищи. Также отмечает боли в животе, уменьшающиеся после опорожнения кишечника.

Анамнез заболевания

Год назад перенес стрессовую ситуацию, после чего стал отмечать

вышеуказанные жалобы. Отмечает связь с болями в животе и эмоциональным состоянием. Наблюдался у гастроэнтеролога в частном центре с диагнозом синдром раздраженного кишечника (СРК) с диареей. Принимает тримебутин с положительным эффектом.

Анамнез жизни

Работает журналистом. Питается нерегулярно из-за частых поездок в течение рабочего дня. Семейный анамнез: отец умер от ишемического инсульта. Хронические заболевания отрицает. Курит по 1 пачке сигарет в 2 дня, стаж 8 лет. Алкоголь не употребляет. Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, пальпаторная чувствительность по ходу толстой кишки. Размеры печени по Курлову в пределах нормы.

При синдроме раздраженного кишечника необходимо провести анализ кала на кальпротектин, а также анализы + _____ + на

- крови; протеины
- кала; уровень эластазы-1
- крови; коагулограмму
- кала; скрытую кровь
- крови; гормоны щитовидной железы

Для дифференциальной диагностики СРК с болезнью Крона необходимо выполнить

- компьютерную томографию
- ирригоскопию
- магниторезонансную томографию
- илеоколоноскопию

При СРК с диареей форма кала соответствует типам 6–7 по Бристольской шкале в + _____ + процентах дефекаций (%)

- более 25
- 20-30
- 10-20
- менее 25

Инструментальным исследованием, которое необходимо провести для дифференциальной диагностики с синдромом избыточного бактериального роста (СИБР), является

- определение уровня кальпротектина в кале
- анализ кала на дизбактериоз

- дыхательный уреазный тест с меченым углеродом
- водородный дыхательный тест с лактулозой

Вариантом диеты, который рекомендуется в период обострения СРК с диареей, является

- диета повышенной калорийности
- основной с механическим щажением
- диета с повышенным содержанием углеводов
- диета с повышенным количеством белка

Рекомендуемая температура принимаемой пищи при СРК с диареей составляет + _____ + (°C)

- 20-80
- 15-65
- 40-75
- 25-70

Ритм питания, рекомендуемый при СРК, составляет + _____ + раз(а) в день

- 1-2
- 4-6
- 3-4
- 2-3

Вариант диеты, назначаемый при СРК, включает белка + _____ + (г), в т.ч. животного происхождения + _____ + (г)

- 40-60; 20-30
- 85-90; 40-45
- 130-140; 60-65
- 110-120; 45-50

При СРК с диареей рекомендуется исключить из рациона + _____ + блюда

- отварные
- запеченные
- копченые
- тушеные

Вариант диеты, назначаемый при СРК, включает общие углеводы в количестве + _____ + г

- 230-350
- 160-270
- 300-330

- 180-290

Количество свободной жидкости в сутки, рекомендуемой при СРК с диареей, составляет + _____ + литра

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

Энергетическая ценность диеты, назначаемой при СРК, составляет + _____ + ккал

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

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 36 лет, обратился за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для уменьшения выраженности кислого рефлюкса.

Жалобы

На изжогу и кислую отрыжку, которая беспокоит 2-3 раза в неделю.

Анамнез заболевания

Год назад, спустя 2 месяца после трудоустройства на должность грузчика/водителя, заметил кислую отрыжку после еды, периодический кашель и изжога после еды. Отмечает, что приемы пищи стали реже (до 2 раз в сутки) и обильные. Так же увеличилась физическая нагрузка (разгружает мебель).

Анамнез жизни

Вредные привычки: курит ½ пачки в день в течение 10 лет, крепкий алкоголь по 100-150 мл употребляет каждые выходные. Хронические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез: не отягощен. Профессиональный анамнез: ранее работал в автосалоне мастером, в данный момент грузчик/водитель.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 177 см, вес 89 кг, индекс массы тела (ИМТ) 28,4 кг/м². Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Язык обложен бело-коричневатым налетом, присутствуют кариозные зубы. При пальпации в эпигастральной области отмечает умеренную болезненность.

Дополнительным инструментальным исследованием, необходимым для подтверждения диагноза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), является

- магниторезонансная томография

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- эзофагогастродуоденоскопия
- компьютерная томография

Количество стадий эзофагита согласно Лос-Анджелесской классификации составляет

- 5
- 4
- 3
- 6

При диагностике ГЭРБ результаты рН-метрии оценивают по общему времени, в течение которого сохраняется $\text{pH} < + \underline{\hspace{1cm}} +$, общему количеству рефлюксов за сутки, количеству рефлюксов продолжительностью более $+ \underline{\hspace{1cm}} +$ мин, наибольшей длительности рефлюкса

- 7; 10
- 5; 7
- 4; 5
- 2; 3

Внепищеводные проявления ГЭРБ включают $+ \underline{\hspace{2cm}} +$ синдромы

- бронхолегочный, оториноларингологический и стоматологический
- неврологический, оториноларингологический и стоматологический
- бронхолегочный, оториноларингологический и психосоматический
- бронхолегочный, неврологический и стоматологический

В период выраженного обострения болезни назначают вариант диеты с

- повышенным количеством белка
- механическим и химическим щажением
- элиминацией сложных углеводов
- повышенным количеством жиров

Температура пищи должна составлять $+ \underline{\hspace{1cm}} +$ °С

- 25-40
- 15-35
- 15-65
- 10-75

Количество свободной жидкости выпитой в день должно составлять $+ \underline{\hspace{1cm}} +$ (л)

- 1-1,5

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

Энергетическая ценность диеты, назначаемой при ГЭРБ составляет + _____ + (ккал)

- 2150-2300
- 2000-2200
- 2080-2690
- 2170-2480

Прекращать прием пищи при ГЭРБ рекомендуется за + _____ + час(а) до сна

- 2
- 1,5
- 0,5
- 1

При ГЭРБ следует избегать употребления в пищу

- винограда
- рыбных продуктов
- свеклы
- томатов

В период обострения ГЭРБ необходимо максимально ограничить употребление

- газированных напитков
- жидких каш
- овощных соков
- крепкого чая

При ГЭРБ следует избегать

- газированных напитков
- жидких каш
- овощных соков
- крепкого чая

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у педиатра мама с ребенком – девочка с нарушением обмена галактозы возраст 5 месяцев. Находится на искусственном вскармливании.

Жалобы

Плановый осмотр с решением вопроса о введении прикорма

Анамнез заболевания

На момент осмотра мать ребенка жалоб не предъявляет

Анамнез жизни

Девочка от I беременности, протекавшей физиологично. От 1-х срочных родов в головном предлежании на 38 неделе гестации. При рождении: масса тела - 3000 г, рост - 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен в родильном зале. Выписана из роддома на 4-е сутки жизни. Грудное вскармливание в течение 1 месяца жизни. При скрининге выявлено повышение уровня галактозы. Проведена ДНК диагностика: в гене GALE выявлена мутация связанная с недостаточностью уридин-фосфат-галактозо-4-эпимиразы.

Объективный статус

При осмотре:

Возраст 5 месяцев; Масса тела – 7,3 кг. Рост – 65 см. ИМТ $17,3 \text{ кг/м}^2$. Z-Score ИМТ = 0,26; Z-Score рост/возраст = +0,13; Z-Score масса тела/возраст = +0,27; Z-Score масса тела/рост = +0,33.

Ребенок спокоен, активен. Переворачивается, пытается вставать на четвереньки, раскачивается. Кожные покровы физиологической окраски, чистые от сыпей. Язык чистый, влажный. Зев не гиперемирован. Дыхание равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, нежный систолический шум. Живот мягкий, доступен пальпации, б/болезненный, печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул ежедневно 1-2 раза в сутки.

Искусственное вскармливание с 1 месяца жизни.

Физическое развитие ребенка оценивается как

- среднее с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- задержка, с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- среднее с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- среднее, гармоничное

В динамике на фоне диетотерпии необходимо контролировать

- среднее с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- задержка, с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- среднее с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- среднее, гармоничное

Результаты обследования

Биохимический анализ крови

|=====

| Дата | Общ. билирубин | Прямой билирубин | АЛТ | АСТ | ЩФ | ГГТ | Глюкоза |

Са ионизир

|
| мкМ/л | мкМ/л | Ед | Ед | Ед | Ед | ммоль/л | ммоль/л
| Нормы | 8,5-20,5/ | <5,0 | 4-40 | 0-40 | <400 | 10-
60 | 3,5-5,5 | 1,2-1,3
| Результат | 9,0 | 1,8 | 21 | 39 | 358,3 | 10 | 3,9 | 1,23
|====

Сывороточное железо 15 мкмоль/л (9,5-21,5 мкмоль/л).

Уровень общей галактозы

3,8 мг/дл

Клинический анализ крови

|====
| Показатели | НВ | Эр | Лейк. | Нейт. | Лим. | Мо | Эо | ТВ | СОЭ
|
| г/л | 10¹²/л | 10⁹/л | % | % | % | % | 10⁹/л | мм/ч
| норма | 110-140 | 3,7-4,9 | 4,5-13 | 43-65 | 31-53 | 4-8 | 1-5 | 150-440 | 2-20
| Результат | 122 | 4,0 | 8,9 | 46,1 | 51 | 5 | 2 | 298 | 6
|====

Антитела к глиадину (IgA, IgG)

В пределах нормы

Определение тиреоидного профиля

В пределах нормы

Антитела к гельминтам

Отрицательно

Необходимыми инструментальными методами исследования являются

- среднее с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- задержка, с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- среднее с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- среднее, гармоничное

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

УЗ признаки умеренной гепатомегалии с диффузными изменениями паренхимы печени.

Нейросонография

Структуры мозга сформированы правильно, рисунок отчетливый, боковые желудочки щелевидные, III желудочек 4 мм, базальные и ствольные структуры не изменены.

Рентгенограмма органов грудной клетки

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции костные и мягкотканые изменения не определяются. Легочные поля прозрачные, равномерно пневматизированы, очаговые и инфильтративные тени не выявляются. Тень средостения не увеличена, не смещена. Корни легких структурны, не расширены. Контуры куполов диафрагмы четкие, ровные. Синусы свободные.

Рентген желудочно-кишечного тракта с барием

Акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим. Функция кардии не изменена. Газовый пузырь свободен. Желудок натощак содержит жидкость. Складки эластичные. Контуры четкие, ровные. Перистальтика вялая.

Привратник проходим. 12п.к – эвакуация по ней ускорена. Петли тонкой кишки обычно расположены. Слизистая - рельеф не изменен. Умеренное количество газов в тонкой кишке. Смещаемость сохранена. Переход бария в толстую кишку наблюдается через 2,5 часа.

***Заключение*:** Пассаж по тонкой кишке ускорен.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография

Печень расположена типично, размеры соответствуют возрасту. Контуры печени ровные, чёткие, нижний край правой доли заострён. Паренхима диффузно неоднородна. Очаговых изменений не выявлено.

Необходимо наблюдение специалиста

- среднее с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- задержка, с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- среднее с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- среднее, гармоничное

Результаты наблюдения

Наблюдение специалиста офтальмолога

Патологии не выявлено

Наблюдение специалиста отоларинголога

Патологии со стороны лор-органов не выявлено

Наблюдение специалиста нефролога

Патологии со стороны мочевыделительной системы нет

Наблюдение специалиста хирурга-ортопеда

Широкое пупочное кольцо

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования пациенту можно поставить клинический диагноз

- среднее с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- задержка, с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- среднее с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- среднее, гармоничное

Диагноз

Нарушение обмена галактозы. Галактоземия тип III

Наследственное нарушение обмена углеводов. Болезнь Нимана-Пика

Врожденное нарушение обмена веществ. Врожденная лактазная недостаточность

Транзиторное нарушение обмена углеводов

Продуктом выбора для искусственного вскармливания у ребенка с нарушением обмена галактозы является

- безлактозная смесь
- низколактозная смесь
- грудное вскармливание
- антирефлюксная смесь

Токсическим действием при галактоземии обладает

- фруктоза
- лактат
- галактоза
- галактитол

Суточная калорийность рациона у ребенка с нарушением обмена галактозы должна

- быть больше на 50% по сравнению со здоровыми детьми данного возраста
- соответствовать показателям основного обмена на полученные данные антропометрии
- быть меньше на 10-20% по сравнению со здоровыми детьми данного возраста
- соответствовать рекомендуемым нормам потребления пищевых веществ для детей данного возраста

К продуктам, содержащим галактозиды, относятся

- томат, баклажан, картофель, сладкий перец
- бобовые, какао, шоколад, орехи, шпинат
- кабачки, цукини, патиссоны, все виды капусты
- изолят соевого белка, соевые смеси для детей 1-го года жизни

К продуктам, содержащим нуклеопротеины, относятся

- рыба и морепродукты
- все мясные и рыбные блюда при приготовлении которых требуется обжаривание
- печень, почки, мозги, яйца
- красное мясо, мясо птицы с кожей

Безлактозная диета при нарушении обмена галактозы необходима

- в течение первых 3-х лет жизни
- до 12 лет жизни
- в течение 6 месяцев до введения продуктов прикорма
- в течение всей жизни

У детей с нарушением обмена галактозы прикорм вводят в + _____ + месяцев

- в течение первых 3-х лет жизни
- до 12 лет жизни
- в течение 6 месяцев до введения продуктов прикорма
- в течение всей жизни

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На осмотре мама с ребенком – девочка 7 месяцев

Жалобы

Активных жалоб мать ребенка не предъявляет

Анамнез заболевания

В декретированные сроки проходит диспансерное обследование, патологий не выявлено. При контроле анализа крови перед плановой вакцинацией выявлена анемия.

Анамнез жизни

Девочка от 1 беременности, протекавшей с токсикозом в 1 триместре. Роды 1, срочные, самостоятельные. При рождении: масса тела 3200 г; рост 50 см; Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. С рождения и до настоящего времени находится на грудном вскармливании. Прикормы не вводились из-за отказа мамы.

Семейный анамнез - не отягощен.

Получает профилактическую дозу витамина D 1000 МЕ.

Объективный статус

Антропометрия:

Рост 69 см. Z-Score рост/возраст = +0,72.

Вес 7800 г. Z-Score вес/рост = -0,22; Z-Score вес/возраст = +0,72.

ИМТ 16,4 кг/м². Z-Score ИМТ = -0,35.

Т 36,4°C. ЧСС 115 ударов в минуту. ЧДД 27 вдохов в минуту. На осмотр реагирует адекватно, улыбается, гулит. Кожные покровы бледные, умеренно влажные, чистые. Катаральных явлений нет. Грудная клетка симметричная, перкуторно - легочный звук над всеми полями, аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена, перкуторные границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот симметричный, доступен глубокой пальпации, мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, без патологических примесей 2 р/сут.

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Психомоторное развитие соответствует возрасту: голову держит с 1,5 мес, переворачивается с 4,5 мес, ползает с 6 мес, сидит с 6,5 мес.

К важным лабораторным методам диагностики анемии относится

- в течение первых 3-х лет жизни
- до 12 лет жизни
- в течение 6 месяцев до введения продуктов прикорма
- в течение всей жизни

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

|=====
| НВ | Эр | Лейк. | Б | эоз | Не | Лф | Мо | ТВ | СОЭ | морфология эритроцитов
| г/л | $10^{12}/л$ | $10^9/л$ | % | % | % | %/
абс | % | $10^9/л$ | мм/ч |

| 90 | 3,4 | 9,6 | 0 | 0 | 24 | 67 | 9 | 378 | 14 | анизоцитоз, пойкилоцитоз
|=====
|

Биохимический анализ крови

[cols="^,^,^",]
|=====
| FRN | Fe | ОЖСС | КНТ
| нг/л | мкМ/л | мкМ/л | %
| 40-140 | 8,8-27,0 | 40-70 | 15-45
| 32 | *3,5* | *86* | *10*
|=====
|

Исследование общего белка, протеинограммы

Уровень общего белка - 64 г/л, альбумины - 40 г/л, глобулины - 24 г/л

Исследование холестерина, липидограммы

Уровень холестерина - 2,8 ммоль/л, Тг-0,98, ЛПВП - 0,9, ЛПНП - 2,3

Определение уровня электролитов

Уровень К, Са, Mg, P - соответствуют референсным значениям

Для решения вопроса о необходимости коррекции рациона питания, важным является проведение оценки

- физического развития и вкусовых предпочтений
- физического развития и фактического питания
- психомоторного развития и характера вскармливания
- физического и моторного развития

Учитывая анамнез и результаты проведенного обследования, ребенку может быть установлен диагноз

- физического развития и вкусовых предпочтений
- физического развития и фактического питания
- психомоторного развития и характера вскармливания
- физического и моторного развития

Диагноз

Железодефицитная анемия легкой степени

В 12-дефицитная анемия

Анемия на фоне тяжелого соматического заболевания

Фолиево-дефицитная анемия

Ребенка можно отнести к + _____ + группе здоровья

- II
- III
- I
- IV

Суточный объем питания для ребенка 7 мес должен составлять + _____ + мл

- 800
- 1000
- 900
- 1100

Для профилактики развития железодефицитной анемии у ребенка на исключительно грудном вскармливании сроками введения прикорма является возраст + _____ + мес

- 6-7
- 4-4,5
- 5-5,5
- 3-4

У ребенка со сниженными показателями гемоглобина первым прикормом следует считать

- безмолочную кашу промышленного выпуска
- овощи промышленного приготовления
- фруктовые соки
- фруктовое пюре

Ребенку с железодефицитной анемией в качестве прикорма рекомендуется вводить мясо в возрасте + _____ + мес

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

При необходимости выбора смеси для ребенка из группы риска по развитию железодефицитной анемии предпочтение следует отдавать смесям с высоким содержанием

- железа
- углеводов
- белка
- жиров

Потребность в белке у ребенка первых 7 месяцев с железодефицитной анемией составляет

+ _____ + г/кг

- 2,0
- 2,9
- 2,6
- 2,2

Калорийность суточного рациона у ребенка с железодефицитной анемией составляет + _____ + ккал/кг

- 100-105
- 110
- 120-140
- 140-150

Количество углеводов в рационе ребенка второго полугодия составляет + _____ + г/кг

- 100-105
- 110
- 120-140
- 140-150

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К диетологу на прием пришла мама с дочкой 17,5 лет

Жалобы

На низкие темпы роста и полового созревания, нарушение менструального цикла.

Анамнез заболевания

Ребенок получает лечение с 9 лет по поводу аутоиммунного гепатита, доза преднизолона в начале терапии составляла 35 мг/сут, постепенно в течение года доза была снижена до поддерживающей 10 мг/сут, которую девочка получает до настоящего времени. На фоне ГКС-терапии быстро набрала 20 кг (за 3 мес), при снижении дозы преднизолона и соблюдении рекомендаций по питанию редукция веса составила 15 кг. За последний год прибавка в росте составила 1 см.

Анамнез жизни

Девочка от 1 беременности, протекавшей на фоне отеков в последние 2 недели. Роды – 1, срочные, самостоятельные. Закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Вес при рождении – 3450г, длина - 52 см. К груди приложена в родзале. Грудное вскармливание до 7 мес, далее - искусственное (смеси на основе цельного белка коровьего молока). Прикормы введены с 4 мес – с овощного пюре. Профилактические прививки проведены в соответствии с Национальным календарем.

Психо-моторное развитие - по возрасту.

Перенесенные заболевания: ОРВИ часто, ангины.

Семейный анамнез у матери аутоиммунный тиреоидит.

Объективный статус

Вес 42,3 кг.

Рост 155 см.

ИМТ 17,6 кг/см². SDS ИМТ = -1,42; SDS рост/возраст = -1,21

Кожные покровы бледно-розовые, сухие на ощупь, чистые от сыпей. Дыхание через нос свободное, в легких - везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 110/70 мм РТ ст. ЧСС 68 уд. в мин. Живот симметричный, доступен глубокой пальпации, мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка +1 см. Стул регулярный, дизурии нет. Половое развитие 4 ст Таннер (Ма3, Ах4, Р4, Ме – с 14 лет нерегулярные, последние 9 мес назад)

Необходимыми методами исследования для диагностики нарушения фосфорно-кальциевого обмена являются

- 100-105
- 110
- 120-140
- 140-150

Результаты обследования

Биохимический анализ крови

|=====

| Кальций общий | фосфор | ЩФ | глюкоза | Креат | 25-ОН вит Д | магний

| 2,15-2,57 ммоль/л | 1-1,8 Мкмоль/л | 129-417 Ед/л | мм/л | 62-115 мкМ/л | 30-100 нг/мл | мкМ/л

| 2,0 | 1,1 | 460 | 5,9 | 54 | 30 | 0,7

|=====

Денситометрия (двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДЭРА) поясничного отдела позвоночника

Z-score -2,7

Общий анализ мочи

|=====

| Цвет | Прозр | Отн плотн | рН | Белок | Глюкоза | Эпит | Лейкоциты |
Эритроциты

| с/ж | полная | 1020 | 7 | Abs | Abs | Abs | Abs | Abs

|=====

Биохимический анализ мочи

|=====

4+^| *Кальций (в моче):*

a|Суточный объем мочи |

a|Суточная экскреция кальция с мочой |

|=====

Рентгенография поясничного отдела позвоночника

На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника в 2-х проекциях высота тел позвонков не изменена, несколько снижена высота L4-L5,L5-S1 межпозвонковых дисков. Замыкательные пластинки тел соответствующих позвонков не изменены. Лордоз сохранен. Задняя линия тел позвонков не деформирована.

К дополнительным факторам риска нарушения минеральной плотности костной ткани у данной пациентки относятся

- избыточная прибавка массы тела +20 кг за 3 месяца
- отягощенный семейный анамнез по заболеваниям щитовидной железы
- SDS рост/возраст = -1,21
- нарушение менструального цикла, вторичная аменорея

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования, больному можно поставить основной клинический диагноз

- избыточная прибавка массы тела +20 кг за 3 месяца
- отягощенный семейный анамнез по заболеваниям щитовидной железы
- SDS рост/возраст = -1,21
- нарушение менструального цикла, вторичная аменорея

Диагноз

М 82.4 Лекарственный остеопороз без переломов

М 81.5 Идиопатический остеопороз

М 82.1 Остеопороз при эндокринных заболеваниях

М 85.9 Нарушение плотности и структуры кости неуточненное

Клиническими признаками остеопороза являются

- ранняя менопауза, боли в спине
- снижение аппетита, снижение веса
- уменьшение роста более чем на 4 см, наличие низкотравматического перелома
- быстрый набор веса, появление болей в спине

Препаратом выбора в лечении данной пациентки являются

- оральные контрацептивы (КОКи)
- препараты витамина Д
- только препараты кальция
- бисфосфонаты

Основным макроэлементом костного матрикса является

- кальций
- фосфор
- магний
- калий

Рекомендованное суточное потребление кальция соответствует + _____ + мг

- 3000
- 2200
- 500
- 1000

К продуктам с наибольшим содержанием кальция относятся

- кунжут, твердые сорта сыра
- молоко коровье, вяленая рыба
- йогурт, простокваша
- яйца, творог

При остеопорозе необходимо назначение витамина

- В1
- В6
- С
- Д

Доза витамина Д при остеопорозе составляет + _____ + МЕ/сут

- 200
- 800
- 4000
- 400

К методам профилактики остеопороза у пациентов, получающих терапию пероральными глюкокортикоидами, относят прием

- препаратов кальция и витамина Д
- эстрагенсодержащих трав
- витаминноминеральных комплексов
- поливитаминных комплексов

К продуктам с наибольшим содержанием витамина Д относятся

- препаратов кальция и витамина Д
- эстрагенсодержащих трав
- витаминноминеральных комплексов
- поливитаминных комплексов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у педиатра мама с ребенком - девочка возраст 1 месяц.

Жалобы

Жалобы со стороны матери на вялость, обильные срыгивания, желтушность кожных покровов.

Анамнез заболевания

Симптомы: вялость, обильные срыгивания, желтушность кожных покровов - мама отмечает с конца первых суток жизни, однако их интенсивность нарастает в течение 1 месяца.

Анамнез жизни

Девочка от I беременности, протекавшей физиологично. От 1-х срочных родов в головном предлежании на 38 неделе гестации. При рождении: масса тела - 3000 г, рост - 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен в родильном зале. Выписана из роддома на 4-е сутки жизни. Грудное вскармливание с рождения по настоящее время. Вакцинирован в роддоме BCG-M, V1 гепатит В.

Объективный статус

При осмотре:

Возраст 1 месяц; Масса тела – 3,3 кг. Рост – 52 см. ИМТ 12,2 кг/м². Z-Score ИМТ = -1,78; Z-Score рост/возраст = -0,84; Z-Score масса тела/возраст = -1,67; Z-Score масса тела/рост = -1,57.

Ребенок беспокоен. Поза полуфлексии, рефлексy новорожденных быстро истощаются. Кожные покровы иктеричные до 1 степени, чистые от сыпей. Видимые слизистые розовые, чистые блестящие. Зев – гиперемии нет. Дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот доступен пальпации, печень +3,0 см по среднеключичной линии, край ровный, эластичный. Селезенка не пальпируется. Стул разжижен, впитывается в подгузник.

Вскармливание грудное каждые 2,5 часа. При контрольном взвешивании из груди высасывает 100 мл

Физическое развитие ребенка оценивается как

- среднее, гармоничное
- среднее, с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- с задержкой, с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- среднее, с дефицитом массы тела средней степени тяжести

Необходимыми лабораторными методами исследования являются

- среднее, гармоничное
- среднее, с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- с задержкой, с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- среднее, с дефицитом массы тела средней степени тяжести

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|=====
| Дата | Общ. билирубин | Прямой билирубин | АЛТ | АСТ | ЩФ | ГГТ | Глюкоза |
Са ионизир
|
| мкМ/л | мкМ/л | Ед | Ед | Ед | Ед | ммоль/л | ммоль/л
| Нормы | 8,5-20,5/ | <5,0 | 4-40 | 0-40 | <400 | 10-
60 | 3,5-5,5 | 1,2-1,3
| Результат | 150 | 10 | 56 | 69 | 158,3 | 18,1 | 3,1 | 1,2
|=====
Сывороточное железо 15 мкмоль/л (9,5-21,5 мкмоль/л).

Определение уровня галактозы в сухих пятнах крови

38 мг/дл

Клинический анализ крови

|=====
|

| Показатели | НВ | Эр | Лейк. | Нейт. | Лим. | Мо | Эо | ТВ | СОЭ
|
| г/л | $10^{12}/л$ | $10^9/л$ | % | % | % | % | $10^9/л$ | мм/ч
| норма | 110-140 | 3,7-4,9 | 4,5-13 | 43-65 | 31-53 | 4-8 | 1-5 | 150-440 | 2-20
| Результат | 132 | 4,9 | 8,9 | 46,1 | 51 | 5 | 2 | 298 | 6
|====

Антитела к глиадину (IgA, IgG)

В пределах нормы

Исследование крови на герпес вирусы методом ПЦР (вирус герпеса 1,2,6 типов, цитомегаловирус и вирус Эпштейна-Барр)

Отрицательно

Антитела к гельминтам

Отрицательно

Необходимыми инструментальными методами исследования являются

- среднее, гармоничное
- среднее, с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- с задержкой, с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- среднее, с дефицитом массы тела средней степени тяжести

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

УЗИ органов брюшной полости в возрасте 1 месяца: УЗ признаки гепатомегалии с диффузными изменениями паренхимы печени.

Нейросонография

Структуры мозга сформированы правильно, рисунок отчетливый, боковые желудочки щелевидные, III желудочек 4 мм, базальные и ствольные структуры не изменены.

Рентгенограмма органов грудной клетки

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции костные и мягкотканые изменения не определяются. Легочные поля прозрачные, равномерно пневматизированы, очаговые и инфильтративные тени не выявляются. Тень средостения не увеличена, не смещена. Корни легких структурны, не расширены. Контуры куполов диафрагмы четкие, ровные. Синусы свободные.

Рентген желудочно-кишечного тракта с барием

Акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим. Функция кардии не изменена. Газовый пузырь свободен. Желудок натощак содержит жидкость. Складки эластичные. Контуры четкие, ровные. Перистальтика вялая. Привратник проходим. 12п.к – эвакуация по ней ускорена. Петли тонкой кишки обычно расположены. Слизистая - рельеф не изменен. Умеренное количество газов в тонкой кишке. Смещаемость сохранена. Переход бария в толстую кишку наблюдается через 2,5 часа.

Заключение: Пассаж по тонкой кишке ускорен.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография

Печень расположена типично, размеры соответствуют возрасту. Контуры

печени ровные, чёткие, нижний край правой доли заострѐн. Паренхима диффузно неоднородна. Очаговых изменений не выявлено.

Необходимо проведение консультации

- среднее, гармоничное
- среднее, с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- с задержкой, с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- среднее, с дефицитом массы тела средней степени тяжести

Результаты осмотра

Проведение консультации офтальмологом

Патологии не выявлено

Проведение консультации отоларингологом

Данных за лор-патологию нет

Проведение консультации нефрологом

Здорова

Проведение консультации хирургом

Данных за хирургическую патологию нет

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования, пациенту можно поставить клинический диагноз

- среднее, гармоничное
- среднее, с дефицитом массы тела легкой степени тяжести
- с задержкой, с дефицитом массы тела средней степени тяжести
- среднее, с дефицитом массы тела средней степени тяжести

Диагноз

Нарушение обмена галактозы

Криптогенный гепатит минимальной степени активности

Конъюгационная желтуха

Энтероколит

Продуктом выбора для искусственного вскармливания ребенку с нарушением обмена галактозы является

- низколактозная смесь
- антирефлюксная смесь
- грудное вскармливание
- безлактозная смесь

При определении уровня галактозы в крови положительным считается результат

- выше уровня отрезной точки
- >20 мг/дл
- выше 99-го перцентиля верхней референсной границы при наличии клиники заболевания
- >10 мг/дл

Суточная калорийность рациона ребенка с нарушением обмена галактозы должна

- быть больше на 50% по сравнению со здоровыми детьми данного возраста
- не превышать уровни показателей основного обмена, полученные на фактические антропометрические данные
- соответствовать рекомендуемым нормам потребления пищевых веществ для детей данного возраста
- быть меньше на 10-20% по сравнению со здоровыми детьми данного возраста

Потребность в белке у детей с галактоземией рассчитывается + _____ + г/кг/сут

- 0,8-1,0
- 2,2
- 1,0-2,0
- 2,9

Потребность в углеводах у детей с галактоземией рассчитывается + _____ + г/кг/сут

- 18
- 5
- 25
- 13

Безлактозная диета при нарушении обмена галактозы необходима в течение

- 10 лет жизни
- 6 месяцев до введения продуктов прикорма
- всей жизни
- 1-го года жизни

У детей с нарушением обмена галактозы прикорм вводят в + _____ + месяцев

- 10 лет жизни
- 6 месяцев до введения продуктов прикорма

- всей жизни
- 1-го года жизни

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у врача-диетолога мама с ребенком 9 лет.

Жалобы

На слабость, на периодические боли в животе натошак, на изменения в лабораторных анализах крови

Анамнез заболевания

Впервые при плановом обследовании перед школой было выявлено по УЗИ ОБП от июня 2018г - гиперэхогенные образования, подвижные в желчном пузыре 0,7x0,8, 0,6x0,7. В б/х крови - повышение уровня холестерина до 6,53 ммоль. При дальнейшем обследовании сохранялась гиперхолестеринемия, максимальный уровень холестерина 7,99 ммоль/л от 13.10.2018г. У отца также выявлено повышение уровня ХС. Результаты генетического анализа 14 генов на "Гиперхолестеринемия" в работе.

Госпитализирован в ФГБУН "ФИЦ питания и биотехнологии" впервые с целью комплексного обследования и определения тактики дальнейшей терапии.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности от женщины 31г, протекавшей на фоне гестоза (водянка). Роды – 1, срочные, самостоятельные. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Вес при рождении – 3470г, длина - 52 см. Ранний неонатальный период – с-м возбудимости, получал сульфат магния в/м №2 выписан из р/д на 5 сутки. На грудном вскармливании до 2 лет, прикормы вводились, со слов мамы – с 6 мес. Нарастание веса с 4,5 лет, со слов матери, после перенесенной ОКИ (ротавирус?) недостаточная. Развитие психомоторное по возрасту. Профилактические прививки по индивидуальному графику. От кори вакцинирован однократно. Реакция Манту Т-SPOT.TB– отриц. На первом году наблюдался по поводу правой мышечной кривошеи, пупочной грыжи, вальгусных стоп, атопического дерматита, ПП ЦНС, с 5 лет – по поводу нарушения осанки. Перенесенные заболевания: ОРВИ 1-2 год, КИНЭ ротавирус. Наследственность – по линии матери: у матери – ЖКБ (в 2017г, ЖДА НВ 54 г/л), АИТ, показатели липидного обмена в норме; у бабушки – ЖКБ (холецистоэктомия), показатели липидного обмена в норме. По линии отца: у отца – гиперхолестеринемия до 7,2 ммоль/л (выявлено в 2018г), не обследовался, дед умер в 58л . (у мамы – рост – 170см, вес – 52см; у папы – рост – 183, вес- 72кг).

Объективный статус

Состояние средней тяжести по основному заболеванию, самочувствие удовлетворительное. Температура 36,5°C. Положение ребенка активное. Вес 20 кг. Рост 128 см. ИМТ 12,2 кг/м². Z-Score ИМТ -3,38. Z-Score роста -0,7. ОЖ- 46 см. ОБ- 55 см. Аппетит снижен. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, отмечается выраженная капиллярная сеть о передней

поверхности грудной клетки; гипергидроз ладоней и стоп. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно (практически отсутствует). Носовое дыхание свободное. ЧД -23 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧСС 87 уд. в мин. АД 105/62 мм рт.ст. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык слегка обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, сигмовидная кишка спазмирована. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 10 лет жизни
- 6 месяцев до введения продуктов прикорма
- всей жизни
- 1-го года жизни

Результаты лабораторных методов обследования

Исследование маркеров холестаза

Биохимический анализ крови:

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат

| АЛТ | Ед/л | 4-40 | 36

| АСТ | Ед/л | 4-40 | 29

| Глюкоза | Ед/л | 3,9-5,8 | 4

| ГГТ | Ед/л | 6-60 | 49

| ЩФ | мМ/л | 0-400 | *528*

| Общий билирубин | мкМ/л | 3-17 | 17

| Прямой билирубин | мкМ/л | 0-3,5 | 2,5

|=====

Исследование липидного обмена

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат

| Холестерин | мМ/л | 3,2-5,2 | 4,8

| ЛПВП | мМ/л | 0,9-2,1 | 1,3

| ЛПНП | мМ/л | 1,5-3,8 | 2,93

| Триглицериды | мМ/л | 0,1-1,7 | *1,8*

|=====

Протеинограмма

|=====

| Белок общ. | Альбумин 4+^ | Глобулин

|

|

| А1 | А2 | В | γ

| 64-83 г/л | 55-65%/г/л | 2.20-

4.6% | 7.10-
13.80% | 7.20-
14.2% | 11.50-
18.6%
| 82 | 57,5% | 4,4 | 13,4 | 9,8 | 14,9
|====

Исследование кальпротектина

38 мкг/г (норма до 50 мкг/г)

Тиреоидный профиль

|====
| ТТГ | Т4св | Т3св | АТПО | АТТГ
| мкМЕ/мл | пМ/л | пМ/л | МЕ/мл | МЕ/мл
| 0,39-3,4 | 10-24,5 | 4-8,6 | < 30 | <100
| 3,44 | 12,8 | 5,1 | 11,83 | 5,25
|====

Коагулограмма

|====
| Фибриноген | ПТИ | МНО | ПТВ
| Мг% | % |
| Сек
| 200-450 | 81-138 | 0,88-1,1 | 12-15
| 350 | 97 | 1,02 | 14,7
|====

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 10 лет жизни
- 6 месяцев до введения продуктов прикорма
- всей жизни
- 1-го года жизни

Результаты инструментального метода обследования

УЗИ органов брюшной полости

ПЕЧЕНЬ Размеры –не увеличены. Правая доля –90 мм.Левая доля - 67 мм.

Эхогенность - повышена. Паренхима –диффузная

неоднородность, Внутрпеченочные желчные протоки Диаметр – норма. Стенки - утолщены. Воротная вена - размер 6 мм норма; стенка норма.

ОЖП - не расширен. Печеночные вены – норма. Кровоток – 3х фазный. Контур - четкие, ровные.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ - в типичном месте увеличен, 69x23, форма обычная, стенки норма, просвет множественные конкременты общим размером 20мм.

ЖЕЛУДОК Стенки - норма; секреция - гиперсекреция. **12ПК** Стенки - норма; секреция – гиперсекреция.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА 18x14x23, увеличена. Контур - ровный.

Паренхима - однородная. Эхогенность - средняя. Стенки сосудов - не уплотнены. Вирсунгов проток - не изменен.

СЕЛЕЗЕНКА не увеличена. 74x35. Контур - ровный. Паренхима - однородной структуры. Эхогенность - средняя. Дополнительная долька - не визуализируется. Сосуды - не изменены. Селезеночная вена – 4 мм норма.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ не визуализируются.

СВОБОДНАЯ ЖИДКОСТЬ не визуализируется.

Заключение: УЗ признаки умеренно выраженных диффузных изменений печени. УЗ-признаки ДЖВП, вторичных изменений поджелудочной железы. УЗ признаки ЖКБ.

Рентгенография органов брюшной полости

РГ-патологии не выявлено

Эластография печени

Проведена серия из 13 измерений, доля успешных составила 96%. Медиана эластичности печени составляет 4,2 кПа. Интерквартильный размах значений (IQR) – 24% – однородная.

Заключение: Общий результат измерений с наибольшей вероятностью соответствует гистологической стадии фиброза печени F0 по METAVIR. Уровень стеатоза 213дб/м, что соответствует стеатозу S0.

Колоноскопия

Патологии не выявлено

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- 10 лет жизни
- 6 месяцев до введения продуктов прикорма
- всей жизни
- 1-го года жизни

Диагноз

Желчнокаменная болезнь, бессимптомное камненосительство

Дисфункция билиарного тракта на фоне деформации желчного пузыря

Острый холецистит

Хронический гастродуоденит

Под бессимптомным камненосительством подразумевается

- периодические диспепсические явления
- случайное выявление конкрементов в желчном пузыре или желчных протоков
- случайное выявление повышенного уровня холестерина или триглицеридов

- возникновение периодических приступов болей в правой подреберной области

**Рациональный стиль питания и + _____ +
помогают предотвратить развитие острого холецистита**

- использование высокоэнергетических напитков
- участие в спортивных соревнованиях
- поддержание нормальной массы тела
- отсутствие психоэмоциональных переживаний

**Рекомендуется дробный прием пищи с перерывами не + _____ +
часов**

- менее 4-6
- более 4-5
- более 5-6
- менее 1-2

Рацион пациента с желчнокаменной болезнью рекомендовано обогатить

- красным мясом
- молочными продуктами
- белым рисом
- пищевыми волокнами

Среди мясных продуктов следует отдавать предпочтение

- свинине
- мясу птицы без кожи
- мясу птицы с кожей
- телятине

В рационе рекомендовано ограничить употребление

- цельнозернового хлеба
- бурого риса
- молочных продуктов
- кисломолочных продуктов

Из рациона пациентов исключаются жареные блюда и

- продукты с высокой калорийности
- пища, богатая простыми углеводами
- бобовые
- пища, богатая сложными углеводами

Отсутствие признаков уменьшения количества и размеров камней на фоне лечение урсодезоксихолевой кислотой через + _____ + месяцев свидетельствует о/об + _____ + терапии

- 6; эффективности
- 3; эффективности
- 6; неэффективности
- 3; неэффективности

Главным методом лечения желчнокаменной болезни, протекающей с клинической симптоматикой, является

- 6; эффективности
- 3; эффективности
- 6; неэффективности
- 3; неэффективности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме мама с ребенком 11 месяцев.

Жалобы

На температуру 37,5-38,0°С капризность, жидкий стул до 6-7 раз в день, зеленоватый, с комочками непереваренной пищи, зловонный

Анамнез заболевания

Болен в течение трех дней, за пределы города не выезжали, контактов с инфекционными больными, со слов мамы, не было.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза в первом триместре, 1 срочных родов в головном предлежании. Вес при рождении 3 600 г., длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Выписан из роддома на 4 сутки. Грудное вскармливание до настоящего времени. Прикормы вводились с 4,5 месяцев в соответствии с рекомендациями. Профилактические прививки - в соответствии с Национальным календарем вакцинации. Перенесенные заболевания - температурная реакция на прорезывание зубов в 7 месяцев.

Объективный статус

Температура - 37,2°С. Вес - 10,5 кг. Рост - 72 см, развитие среднее, гармоничное. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, чистые. Грудная клетка симметричная, перкуторно – ясный легочный звук над всеми полями легких; аускультативно – пуэрильное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД-28 в мин. Область сердца визуально не изменена, тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС -110 уд.в мин. Аппетит снижен. Язык чистый. Живот симметричный, немного вздут, при пальпации безболезненный, определяется урчание при пальпации по ходу тонкого кишечника. Печень, селезенка - не пальпируются. Дизурии нет.

Тяжесть течения кишечной инфекции у ребенка соответствует степени

- стертой
- легкой
- среднетяжелой
- тяжелой

Первостепенными методами обследования являются

- стертой
- легкой
- среднетяжелой
- тяжелой

Результаты обследования

Клинический анализ крови

```

=====
| НВ | Эр | Лейк. | Б | эоз | Нс | Лф | Мо | ТВ | СОЭ
| г/л | 1012/л | 109/л | % | % | % | %/
абс | % | 109/л | мм/ч
| 110 | 4,5 | 9,6 | 0 | 3 | 37 | 57 | 6 | 287 | 6
=====

```

Копрология

Мышечные волокна, растительная клетчатка, крахмал, нейтральный жир - не обнаружены. Лейкоциты - 1-2 в п/зр, Эритроциты - 0.

Бактериологическое и вирусологическое исследование кала

Результат отрицательный (возбудитель не выявлен)

Исследование углеводов в кале

Содержание углеводов в кале

Метод и оборудование: метод Бенедикта

```

====
| |Результат |Референсные значения
|Результат |0,12% |0,0 – 0,25
====

```

Исследование иммуноглобулинов

Альбумин = 60% (норма 54.7-68.7%), глобулины: альфа1 = 4,3% (норма 3,7-7,8%), альфа2 = 7,8% (норма 5,2-10,7%), бета = 8,7% (норма 8.6,-13,7%), гамма = 11,3% (норма 10,7-19.3%).

Исследование специфических IgE к пищевым продуктам

Панель пищевые аллергены (Food Panel), IgE:

- фундук,
- арахис,
- грецкий орех,
- миндальный орех,
- коровье молоко,
- яичный белок,
- яичный желток,

- казеин,
- картофель,
- сельдерей,
- морковь,
- томаты,
- треска,
- крабы,
- апельсин,
- яблоко,
- пшеничная мука,
- ржаная мука,
- кунжут,
- соевые бобы

Результат: Класс 0 (отрицательный результат, норма)

Сформулируйте диагноз

- стертой
- легкой
- среднетяжелой
- тяжелой

Диагноз

Кишечная инфекция неясной этиологии, легкое течение

ОРВИ с кишечным компонентом, легкое течение

Инфекционный энтероколит, среднетяжелое течение

Кишечная инфекция: гастроэнтерит, среднетяжелое течение

Критериями легкой степени тяжести кишечной инфекции являются

- интоксикация, головная боль, температура до 40°C . Схваткообразные боли в животе, стул более 10 раз в сутки, олигоанурия
- интоксикация, температура 38°C , рвота, стул до 10 раз в сутки, тахикардия, гипотония. Обезвоживание II – степени
- температура субфебрильная, рвота отсутствует, стул не более 6-7 раз в сутки, признаков обезвоживания нет (или легкой степени)
- лихорадка неправильного типа, стул более 10 раз, многократная рвота, вялость, адинамия, судороги, миалгии, гепатоспленомегалия

При легком течении кишечной инфекции у детей менее 1 года детям назначается диета

- с пониженным количеством белка
- с повышенным количеством витаминов

- возрастная с ограничениями
- с повышенным количеством белка

При легком течении кишечной инфекции объем питания может быть уменьшен на + _____ + %

- 15-20
- 45-50
- 35-40
- 25-30

Основой питания ребенка до 1 года с легким течением кишечной инфекции является (-ются)

- фруктовое пюре и творог
- грудное молоко и/или адаптированные молочные смеси
- молочные каши на цельном молоке
- овощное пюре с добавлением цельного молока

При легком течении кишечной инфекции нормальный объем питания восстанавливается на + _____ + день

- 3-4
- 7-8
- 5-6
- 1-2

При кишечной инфекции у детей, когда в основе диареи лежит гиперосмолярность химуса, предпочтение для проведения оральной регидратации следует отдавать

- изотоническим растворам
- гипоосмолярным растворам
- гиперосмолярным растворам
- кисломолочным смесям

Для ликвидации эксикоза гипоосмолярные растворы назначаются из расчета + _____ + мл/кг

- 30-40
- 10-20
- 50-100
- 20-30

Показанием для проведения парентеральной регидратации является эксикоз более + _____ + %

- 1-2

- 3-4
- 7-9
- 5-6

Количество белка в рационе ребенка до 1 года с легкой формой острой кишечной инфекции составляет + _____ + г/кг/сут

- 1-2
- 3-4
- 7-9
- 5-6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме мама с мальчиком 5 месяцев.

Жалобы

На плохую прибавку в весе, задержку психо-моторного развития, срыгивания, периодически - рвоту.

Анамнез заболевания

С рождения наблюдается неврологом по поводу органического поражения ЦНС. В настоящее время ребенок находится исключительно на искусственном вскармливании адаптированной молочной смесью. Низкие прибавки веса с рождения.

Психомоторное развитие с задержкой: держит голову неуверенно с 3 месяцев, не переворачивается, следит взглядом за игрушками.

Анамнез жизни

Мальчик от 1 беременности, протекавшей с токсикозом в 1 триместре, угрозой прерывания на всем протяжении. Роды 1, срочные, самостоятельные стимулированные, в связи со слабостью родовой деятельности, в головном предлежании. При рождении: масса тела 2300 г, рост 47 см.; оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. Тяжесть состояния после рождения обусловлена синдромом угнетения центральной нервной системы. С рождения - искусственное вскармливание адаптированной молочной смесью. Сосательный рефлекс вялый, быстро истощался. Из роддома переведен на 2 этап выхаживания.

Семейный анамнез не отягощен.

Получает ноотропную терапию, массаж по назначению невролога.

Объективный статус

На момент осмотра возраст 5 месяцев.

Данные антропометрии:

Рост 67 см. Z-Score длина тела/возраст +0,5.

Вес 6400г. Z-Score вес/рост -2,39. Z-Score вес/возраст -1,44.

ИМТ 14,3. Z-Score ИМТ -2,36.

T=36,7°C. Податливость при пальпации костей черепа - краниотабес. Большой родничок 2,0 см x 1,5 см, края родничка мягкие, затылок вытерт. На осмотр

реагирует плачем. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, чистые, локальный гипергидроз. Катаральных явлений нет. Грудная клетка симметричная, перкуторно - легочный звук над всеми полями, аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД 30 вдохов в мин. Область сердца визуально не изменена, перкуторные границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 110 уд/мин. Живот симметричный, доступен глубокой пальпации, мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, без патологических примесей х 2 р/сут. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Выраженный гипотонус, задержка моторного развития.

Ребенок получает адаптированную молочную смесь средним объемом 700 мл/сут без учета потерь при срыгивании и рвоте.

У ребенка с тяжелым соматическим заболеванием для определения объема, характера и режима питания в первую очередь необходимо провести оценку показателей

- физического и моторного развития
- психомоторного развития и характера вскармливания
- физического развития и вкусовых предпочтений
- физического развития и фактического питания

Для решения вопроса о необходимости коррекции рациона питания, важным показателем оценки физического развития является стандартное отклонение Z-Score критерий соотношения

- физического и моторного развития
- психомоторного развития и характера вскармливания
- физического развития и вкусовых предпочтений
- физического развития и фактического питания

Результаты

Масса тела/рост

-2,39

Масса тела/возраст

-1,44

ИМТ/возраст

-2,36

Рост/возраст

+0,5

Учитывая анамнез и показатели физического развития, можно констатировать, что у ребенка с органическим поражением ЦНС имеет место физическое развитие

- физического и моторного развития
- психомоторного развития и характера вскармливания

- физического развития и вкусовых предпочтений
- физического развития и фактического питания

Физическое развитие

среднее, дефицит массы тела средней степени

выше среднего, дефицит массы тела легкой степени

ниже среднего, дефицит массы тела легкой степени

низкое с дефицитом массы тела тяжелой степени

Учитывая результаты осмотра, у ребенка имеет место дефицит витамина

- А
- В1
- D
- С

Суточный объем питания для ребенка 5 мес должен составлять + _____ + мл

- 900
- 700
- 800
- 1000

Для профилактики аспирации кормление ребенка проводят в положении

- полувертикальном
- вертикальном
- горизонтальном
- на боку

Длительность кормления ребенка с органическим поражением ЦНС должна составлять не менее + _____ + мин

- 20-30
- 10-15
- 5-10
- 15-20

Вопрос о решении назначения энтерального питания через зонд или стому решается при длительности кормления более + _____ + часа/ов в день

- 1
- 1,5

- 2
- 3

У детей со срыгиваниями и рвотами рекомендуется введение в рацион + _____ + смеси

- неадаптированной
- антирефлюксной
- частично гидролизованной
- кисломолочной

Потребность в белке у ребенка первых 5 мес с органическим поражением ЦНС и дефицитом веса составляет + _____ + г/кг

- 2,6
- 2,2
- 3,0
- 2,9

Целевая калорийность суточного рациона у ребенка с органическим поражением ЦНС и дефицитом веса должна составлять + _____ + ккал/кг

- 120-160
- 100-110
- 180-200
- 160-180

В качестве первого прикорма у детей с органическим поражением ЦНС и дефицитом веса рекомендуется использование

- 120-160
- 100-110
- 180-200
- 160-180

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Госпитализирован мужчина 32 лет.

Жалобы

На фебрильную температуру, боли в животе, многократный обильный жидкий пенистый, зловонный стул (до 15 раз/сут) с примесью слизи, непереваренных компонентов, рвоту 1-3 раза в день.

Анамнез заболевания

Болен в течение трех дней, в течение последних суток - температура не снижается при использовании жаропонижающих средств, нарастают слабость,

вялость, появились судороги в икроножных мышцах. Отмечается уменьшение массы тела на 4 кг. За пределы страны не выезжал, контакт с инфекционными больными исключает.

Анамнез жизни

Перенесенные ранее заболевания: ОРВИ, в детстве - краснуха, ветряная оспа.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура $39,2^{\circ}\text{C}$. Вес - 82 кг. Рост - 182 см ИМТ $24,8 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы бледные, сухие, периорбитальный цианоз, губы сухие, потрескавшиеся, тургор тканей снижен. Грудная клетка симметричная, перкуторно – ясный легочный звук над всеми полями легких; аускультативно – жесткое дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД- 24 в мин. Область сердца визуально не изменена, тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС -98 уд.в мин. АД 110/65 мм. рт. ст. Appetit резко снижен, испытывает жажду. Язык обложен. Живот симметричный, вздут, при пальпации болезненный во всех отделах (больше в эпигастрии), определяется урчание при пальпации по ходу тонкого кишечника. Печень, селезенка - не увеличены. Мочеиспускание редкое, небольшими порциями.

Уровень обезвоживания пациента соответствует + ____ + степени

- 2
- 3
- 1
- 4

Первостепенными методами обследования являются

- 2
- 3
- 1
- 4

Результаты обследования

Клинический анализ крови

|=====
| НВ | Эр | Лейк. | Б | эоз | Не | Лф | Мо | ТВ | СОЭ
| г/л | $10^{12}/\text{л}$ | $10^9/\text{л}$ | % | % | % | %/
абс | % | $10^9/\text{л}$ | мм/ч
| 109 | 4,5 | 16 | 0 | 0 | 82 | 13 | 5 | 200 | 36
|=====
|

Проведение реакции непрямой гемагглютинации парных сывороток с сальмонеллезным диагностикумом

Нарастание титра 1:200 → 1:800

Исследование анализа мочи

|=====
|

| рН | уд вес | Лейк. | Эр | белок | соли | эпителий
| 7 | 1032 | 15 | 6-8 | 0,3 | 0 | 2-3

|=====

Биохимический анализ крови

|=====

| бил. о/пр | АЛТ | АСТ | К | Na | Cl | Ca | глюкоза | мочевины | амилаза | О.белок
| мкМ/л | ед | Ед | мМ/л | мМ/л | мМ/л | мМ/л | мМ/л | мМ/л | Ед | г/л
| <20/<5 | 4-35 | 4-35 | 3,8-5,3 | 142-151 | 98-107 | 2,15-2,57 | 3,9-5,8 | 2,6-7,2 | <95 | 65-85
| 18/3 | 32 | 38 | 3,6 | 131 | 95 | 2,1 | 4,2 | 9,5 | 125 |

|=====

Рентгеноконтрастное исследование ЖКТ

Ускоренный пассаж бария по ЖКТ

Исследование иммуноглобулинов

IgG- 20,1 г/л; IgA – 2,3 г/л; IgM – 1,9 г/л

На основании данных анамнеза, осмотра, результатов проведенного обследования может быть поставлен диагноз

- 2
- 3
- 1
- 4

Диагноз

Сальмонеллез: гастроэнтерический вариант, среднетяжелое течение

Острая кишечная инфекция, средне-тяжелое течение

Инфекционный гастроэнтероколит, средне-тяжелое течение

Кишечная инфекция: гастроэнтерит, средне-тяжелое течение

Критериями средней степени тяжести болезни являются

- температура нормальная или субфебрильная, рвота отсутствует или однократная, стул 1-3 раза в сутки. Обезвоживание I – степени
- выраженная интоксикация, головная боль, головокружение, температура 39-40^oC. Возможно нарушение сознания, схваткообразные боли в животе, мучительная рвота, стул более 10 раз в сутки, судороги, олигоанурия
- лихорадка неправильного типа, стул более 10 раз, многократная рвота, вялость, адинамия, судороги, миалгии, гепатоспленомегалия
- интоксикация, температура 38-39^oC, многократная рвота, стул до 10 раз в сутки, тахикардия, гипотония. Обезвоживание II – степени

При необходимости госпитализации пациента с сальмонеллезом назначается вариант стандартной диеты

- щадящий
- высокобелковый
- основной
- низкокалорийный

Пероральная регидратация при средне-тяжелой форме сальмонеллеза может проводиться до + _____ + суток

- 7
- 3
- 10
- 5

Из рациона пациента с сальмонеллезом исключается

- молоко
- крупы
- мясо
- птица

Химический состав щадящего рациона для пациентов сальмонеллезом предусматривает количество белка + _____ + г/сут

- 85-90
- 70-80
- 120-130
- 100-110

Объем вводимой жидкости при оральной регидратации у пациентов со средне-тяжелым течением сальмонеллеза составляет + _____ + мл/кг

- 80-90
- 30-70
- 10-20
- 20-25

При сальмонеллезе запрещается готовить пищу с использованием

- отваривания
- тушения
- запекания
- жарения

Температура вводимой жидкости при оральной регидротации должна составлять + _____ + $^{\circ}\text{C}$

- 55-65
- 37-40
- 45-50
- 25-30

При сальмонеллезе в рацион вводятся продукты, ослабляющие перистальтику кишечника, к которым относят продукты, богатые

- 55-65
- 37-40
- 45-50
- 25-30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога мать с 10 месячным ребенком

Жалобы

На увеличение размеров живота, потребность в частых кормлениях, гипогликемические состояния.

Анамнез заболевания

Со слов мамы у девочки с рождения отмечались низкие показатели гранулоцитов, увеличение размеров печени. В возрасте 2 мес. госпитализирована по м/жительства с диагнозом: ЦМВ-инфекция с поражением печени и органов кроветворения (нейтропения, тромбоцитоз). Фурункул правой щечной области. Анемия железодефицитная смешанного генеза средней ст.тяжести. Получала терапию. В ОАК: Нв – 123- г/л эр.- $4,5 \times 10^{12}/л$, нейтропения (абс 0.6/0.2), моноцитоз 16.3, тромбоцитоз: $709 \times 10^9/л$, СОЭ -50 мм/час, В биохимическом анализе крови: повышение уровня холестерина до 7.16 ммоль/л, повышение уровня триглицеридов - до 4,7 ммоль/л, снижение уровня IgA -0.65, повышение активности трансаминаз: АСТ - 75.8 ед/л, АЛТ - 84 ед/л, глюкоза – 3,2 ммоль/л, отмечается лактат ацидоз до 6.53, альфа-1 антитрипсин, церулоплазмин в норме, сахарная кривая с гипогликемией на 90 минуте (2.6 ммоль/л).

Биохимический анализ крови:

|=====

| бил.

о/пр | АЛТ | АСТ | ЩФ | ГГТ | ЛДГ | глюкоза | холестерин | триглицериды
| мкМ/л | ед | ед | Ед | Ед | ед | мМ/л | Моль/л |

| 8,5-20,5/

<5,0 | 4-40 | 4-40 | <400 | 10-40 | 225-

450 | 3,9-5,8 | 3,2-5,2 | Моль/л

| 8,2/4,0 | 84 | 75,8 | 300 | 35 | 600 | 3,2 | 7,16 | 4,7

|=====

{nbsp}

Гормоны щитовидной железы, инсулин, С-пептид- в пределах нормы.

КЩС:

|=====

| Дата | pH | pCO₂ | BE | HCO₃ | TCO₂ | Lac

| N | 7,310-7,410 | 41,0-51,0 | (-2)-(-3) | 23,0-28,0 | 24-29 | 0,9-1,7

|

| 7,376 | 36,6 | -7 | 20,1 | 23 | 6,53

|=====

{nbsp}

УЗИ брюшной полости:

Печень увеличена: левая доля – 118 мм, правая доля – 90 мм. Контур ровный, паренхима – мелкоочаговая диффузная неоднородность, поглощения УЗ нет. Эхогенность повышена. Сосудистый рисунок: ствол воротной вены 5 мм, стенки не уплотнены. +

Селезенка: размеры не увеличены: 63x20x18 мм, паренхима однородная, эхогенность средняя, сосуды не расширены, ствол селезеночной вены 3,5 мм. +

По УЗИ почек: Почки: левая ↑ - 80x40 мм, правая ↑ - 79x38 мм, положение обычное; паренхима дифференцирована, эхогенность пирамидок повышена; контур ровный и четкий. ЧЛС - не изменена. Конкременты не визуализируются.

+

Заключение: УЗ признаки увеличения размеров и диффузных изменений в почках.

УЗИ щитовидной железы: патологии не выявлено. +

ЭХО- КГ:без патологии. +

Ребенок консультирован офтальмологом: патологии не выявлено. +

ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС 155 уд/мин. Отклонение ЭОС вправо. +

Суточное мониторирование глюкозы: Количество эффективных измерений 374.

Среднее значение уровня глюкозы 4,2 ммоль/л, наибольшее значение – 6,2 ммоль/л, наименьшее – 2,2 ммоль/л, стандартное отклонение 0,9. За время исследования продолжительностью 61:25 мин, состояние нормогликемии (3,9-7,8) сохранялось в 77% случаев. Состояние гипогликемии (ниже 3,9 ммоль/л) отмечалось в 23 часа.

Медико-генетическое исследование крови: Проведен полный анализ гена SLC37A4 (гликогенос 1 b тип). Исследованы экзоны 2,3,4,5,6,7,8 гена (экзон 1 некодирующий). В интроне 1 выявлена однонуклеотидная замена с.148+1G>T, приводящая к утрате сайта сплайсинга, в гетерозиготном состоянии. Данная замена описана в литературе как патогенная. В экзоне 4 выявлена делеция с.511delC, приводящая к сдвигу рамки считывания, в гетерозиготном состоянии.

Анамнез жизни

Ребенок от II беременности, протекавшей на фоне носительства ВПГ (титр АТ G 1:6400), ЦМВ (титр АТ G 1:100). Роды – 2, срочные на 39й неделе путем кесарево сечения (1-кесарево в связи с высокой миопией) в головном предлежании. Закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Синдром возбудимости. Риск ВУИ. Вес при рождении – 3950 г, длина- 53 см. В раннем возрасте – церебральная ишемия I степени, острый период. Грудное

вскармливание до 4,5 месяцев. Прикормы введены с 4 месяцев.
Профилактические прививки проведены в род.доме (БЦЖ), далее медотвод.
Перенесенные заболевания: частые ОРЗ 2-3 р/год. Наследственность: мать и отец, со слов мамы, практически здоровы; бабушка со стороны матери - АГ, дедушка со стороны матери - умер; бабушка со стороны отца - АГ; дедушка со стороны отца - практически здоров.

Объективный статус

Вес 9 кг,

рост 67 см,

ИМТ 19,6 кг/м²,

z-score 1,78, 96,2 percentile.

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Лимфатические узлы не увеличены. Сила и тонус мышц снижены. Носовое дыхание не затруднено. ЧД 25 в мин. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. АД 88/55 мм рт.ст. ЧСС - 126 уд. в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. Язык влажный, чистый. Живот увеличен в размере за счет гепатомегалии, незначительно вздут, доступен поверхностной и глубокой пальпации. Печень увеличена: выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии +7 см, мягко-эластической консистенции. Селезенка по краю реберной дуги. Стул оформленный, регулярный. Диурез положительный.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 55-65
- 37-40
- 45-50
- 25-30

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|=====

| бил.

о/пр | АЛТ | АСТ | ЩФ | ГГТ | ЛДГ | глюкоза | холестерин | триглицериды

| мкМ/л | ед | ед | Ед | Ед | ед | мМ/л | Моль/л | До 1,7

| 8,5-20,5/

<5,0 | 4-40 | 4-40 | <400 | 10-40 | 225-

450 | 3,9-5,8 | 3,2-5,2 | Моль/л

| 8,2/4,0 | 84 | 75,8 | 300 | 35 | 600 | 3,2 | 7,16 | 4,7

|=====

Определение кислотно-щелочного состояния

|=====

| Дата | рН | рСО₂ | ВЕ | НСО₃ | ТСО₂ | Lac

| N | 7,310-7,410 | 41,0-51,0 | (-2)-(-3) | 23,0-28,0 | 24-29 | 0,9-1,7

|

| 7,376 | 36,6 | -7 | 20,1 | 23 | 6,53

|====

Общий анализ крови

Нв – 123- г/л эр.- $4,5 \times 10^{12}$ /л, нейтропения (абс 0.6/0.2), моноцитоз 16.3, тромбоцитоз: 709×10^9 /л, СОЭ -50мм/час

Определение иммуноглобулинов крови

Иммуноглобулины: А- снижены до -0.65 М, G – в норме

Определение гормонального фона

Гормоны щитовидной железы, инсулин, С-пептид- в пределах нормы.

Оценка свертывающей системы крови

Коагулограмма в норме

Основным клиническим проявлением данного заболевания является (-ются)

- 55-65
- 37-40
- 45-50
- 25-30

Результаты

Гепатомегалия

Печень увеличена: выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии +7 см, мягко-эластической консистенции. Стул оформленный, регулярный.

Спленомегалия

Селезенка по краю реберной дуги

Диспептические явления

Отсутствуют

Нарушения со стороны стула

Стул оформленный, регулярный.

К основным дополнительным методам обследования, необходимым для постановки диагноза относятся

- 55-65
- 37-40
- 45-50
- 25-30

Результаты обследования

УЗ исследование брюшной полости

Печень увеличена: левая доля – 118 мм, правая доля – 90 мм. Контур ровный, паренхима – мелкоочаговая диффузная неоднородность, поглощения УЗ нет. Эхогенность повышена. Сосудистый рисунок: ствол воротной вены 5 мм,

стенки не уплотнены. Селезенка: размеры не увеличены: 63x20x18 мм, паренхима однородная, эхогенность средняя, сосуды не расширены, ствол селезеночной вены 3,5 мм.

Суточное мониторирование глюкозы

Количество эффективных измерений 374. Среднее значение уровня глюкозы 4,2 ммоль/л, наибольшее значение – 6,2 ммоль/л, наименьшее – 2,2 ммоль/л, стандартное отклонение 0,9. За время исследования продолжительностью 61:25 мин, состояние нормогликемии (3,9-7,8) сохранялось в 77% случаев. Состояние гипогликемии (ниже 3,9 ммоль/л) отмечалось в 23 часа.

УЗ исследование почек

Почки: левая ↑ - 80x40 мм, правая ↑ - 79x38 мм, положение обычное; паренхима дифференцирована, эхогенность пирамидок повышена; контур ровный и четкий. ЧЛС - не изменена. Конкременты не визуализируются.

Заключение: УЗ признаки увеличения размеров и диффузных изменений в почках.

УЗ исследование щитовидной железы

УЗ изменений не выявлено

Эхокардиография

без патологии.

Электрокардиография

Синусовый ритм. ЧСС 155 уд/мин. Отклонение ЭОС вправо

Одним из важных методов диагностики для установления окончательного клинического диагноза является

- 55-65
- 37-40
- 45-50
- 25-30

Результаты обследования

Молекулярно-генетическое исследование

Проведен полный анализ гена SLC37A4 (гликогеноз 1 b тип). Исследованы экзоны 2,3,4,5,6,7,8 гена (экзон 1 некодирующий). В интроне 1 выявлена однонуклеотидная замена с.148+1G>T, приводящая к утрате сайта сплайсинга, в гетерозиготном состоянии. Данная замена описана в литературе как патогенная. В экзоне 4 выявлена делеция с.511delC, приводящая к сдвигу рамки считывания, в гетерозиготном состоянии.

Исследование липидограммы

|=====
| Холест | ЛПВП | ЛПНП | Тг
| мм/л | мм/л | мм/л | мм/л
| 3,2-5,2 | 0,6-1,9 | 1,55-
3,8 | 0,1-
1,7

| 7,16 | - | - | 4,7

|====

Исследование гормонального статуса

Гормоны щитовидной железы, инсулин, С-пептид- в пределах нормы.

Определение свертывающей системы крови

коагулограмма в норме

На основании жалоб, анамнеза жизни и заболевания, а также результатов клинико-лабораторного и генетического обследования ребенку поставлен окончательный клинический диагноз

- 55-65
- 37-40
- 45-50
- 25-30

Диагноз

Болезнь накопления гликогена, Ib тип

Наследственная непереносимость фруктозы

Недостаточность альфа-1-антитрипсина

Криптогенный гепатит

При болезнях накопления гликогена основным принципом терапии является назначение

- диетотерапии
- гепатопротекторов
- фермент-заместительной терапии
- витаминов

Диетотерапия при болезнях накопления гликогена заключается в исключении из рациона

- пищевого сахара
- мальтозы
- глюкозы
- крахмала

При БНГ рекомендовано дробное питание до +_____+ раз в день

- 3-4
- 4-5
- 6-8
- 5-6

Прием поливитаминов и пищевых добавок возможно без содержания

- сорбита и глюкозы
- ксилита и сорбита
- сахарозы или фруктозы
- глюкозы и сахарозы

Для поддержания уровня гликемии при болезнях накопления гликогена назначается

- мальтоза
- кукурузный крахмал
- галактоза
- фруктоза

Кукурузный крахмал детям раннего возраста назначается из расчета + ____ + г/кг каждые 3-4 часа

- 1,5
- 1,6
- 2
- 1,7

С целью коррекции нейтропении при БНГ 1b типа назначается колониестимулирующий фактор из расчета + ____ + мкг/кг

- 1,5
- 1,6
- 2
- 1,7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка в возрасте 20 лет, студентка, обратилась на прием к диетологу. Подозрение на железодефицитную анемию.

Жалобы

Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, плохой аппетит, ухудшение успеваемости в институте.

Анамнез заболевания

До обращения к врачу жалоб на самочувствие не предъявляла. На протяжении последних 8 месяцев придерживалась строгой вегетарианской диеты, которую составила себе самостоятельно на основе публикаций «из глянцевого журнала». В последние 2-3 недели отмечает быструю утомляемость, слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, плохой аппетит. По совету подруги сдала

общий анализ крови. В анализе крови: гемоглобин 105 г/л, гематокрит – 34%. В связи с чем самостоятельно обратилась на прием к диетологу.

Анамнез жизни

Травм, переломов, переливаний крови не было. Не курит. Ведет активный образ жизни. Обучается в высшем учебном заведении на очном отделении. Ранее рацион был смешанный и включал продукты животного происхождения. Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, видимые слизистые бледные. Вес 55 кг, рост 170 см. Пульс 80 ударов в минуту, тахикардия. АД 110/75 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов не определяется. Живот мягкий, безболезненный. Отеков не отмечается. Стул и мочеиспускание не нарушены. Менструальный цикл в норме.

С целью подтверждения диагноза необходимо провести

- общий анализ крови повторный
- биохимический анализ крови
- определение скорости оседания эритроцитов
- расширенный анализ крови с лейкоцитарной формулой

В качестве диагностического критерия анемии в биохимическом анализе крови необходимо ориентироваться на

- изменение содержания альфа-глобулинов
- наличие специфических белков
- скорость оседания эритроцитов
- концентрацию сывороточного ферритина

Предположительным диагнозом у пациентки является железодефицитная анемия. О правомерности данного диагноза свидетельствует синдром

- анемический
- астено-вегетативный
- астенический
- сидеропенический

Основным принципом лечения железодефицитной анемии является назначение

- биологически активных добавок к пище, содержащих 15% суточной потребности в железе
- использования преимущественно препаратов железа для парентерального применения
- лекарственных железосодержащих препаратов перорального приема
- биологически активных добавок к пище, содержащих 50% суточной потребности в железе

Основным принципом диетотерапии при железодефицитной анемии является

- обеспечение эффективности всасывания железа из различных пищевых продуктов
- увеличение потребления продуктов и блюд, богатых пищевыми волокнами и клетчаткой
- исключение из рациона продуктов, возбуждающих аппетит
- снижение общего количества жиров за счет жиров животного происхождения

Вариантом диеты, назначаемой при железодефицитной анемии является

- стандартная диета с повышенным количеством белка
- низкокалорийная диета
- общий вариант диеты
- низкобелковая щадящая диета

Энергетическая ценность диеты, назначаемой при железодефицитной анемии составляет + _____ + (ккал)

- 1120-1570
- 2200-2650
- 2170-2400
- 2160-2690

Вариант диеты, назначаемой при железодефицитной анемии включает белка + _____ + (г), в т.ч. животного происхождения + _____ + (г)

- 85-90; 30-35
- 130-140; 60-65
- 40-60; 20-30
- 110-120; 45-50

Продуктами, повышающими адсорбцию железа, которые необходимо использовать в рационе лечебного питания у данной пациентки, являются

- яйца, орехи
- коровье молоко, сыр
- мясо, рыба, птица
- пшеничные отруби, пищевые волокна

Продуктами, снижающими адсорбцию железа, которые необходимо исключить из рациона лечебного питания у данной пациентки, является (-ются)

- чай и кофе
- отвар шиповника

- фруктовые и овощные соки
- мясо и птица, а также блюда из них

При железодефицитной анемии рекомендуются диетические (лечебные) продукты с повышенным содержанием

- кальция и карбонатов
- пищевых волокон и клетчатки
- полифенолов и оксалатов
- гемового железа и лактоферрина

Наиболее эффективной мерой общественной и индивидуальной профилактики железодефицитной анемии является

- кальция и карбонатов
- пищевых волокон и клетчатки
- полифенолов и оксалатов
- гемового железа и лактоферрина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка в возрасте 65 лет, пенсионерка, обратилась за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для улучшения процесса образования костной ткани и профилактики остеопороза.

Жалобы

Опасается повторных переломов, хочет «укрепить» кости.

Анамнез заболевания

1,5 месяца назад упала на улице во время гололеда. В результате произошел закрытый перелом дистальной части левой лучевой кости без смещения. Иных повреждений не отмечалось, сотрясения мозга не отмечалось, потерю сознания отрицает. В травмопункте проведена иммобилизация поврежденной конечности. Пациентка была направлена на амбулаторное лечение по месту жительства. Через 6 недель при повторном рентгенологическом исследовании отмечено появление костной мозоли. Отмечены признаки остеопороза. Молоко и кисломолочные продукты потребляет мало (не более 200 мл в день). Творог и сыр употребляет редко (2 раза в неделю).

Анамнез жизни

Ранее травм, переломов, оперативных вмешательств, переливаний крови не было. Хронические заболевания отрицает. Не курит. Ведет умеренно активный образ жизни (посещала бассейн). Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, вес 62 кг, индекс массы тела (ИМТ) 23. Кифозных деформаций позвоночника не

отмечается. Дизурические и диспептические явления отрицает. Снижение показателей роста за последние 10 лет не отмечает.

Необходимым дополнительным инструментальным методом исследования, подтверждающим диагноз, является + ___ + проксимального отдела бедренной кости и поясничного отдела позвоночника

- компьютерная томография
- рентгеноденситометрия
- обзорная флюорография
- рентгенография с контрастом

В качестве диагностического критерия остеопороза по данным минеральной плотности костной ткани по Т-критерию для женщин европеоидной расы в постменопаузе используют показатель (от среднего значения у молодых здоровых людей в популяции)

- в пределах 1 SD
- 1,0-2,5 SD
- менее 2,5 SD и наличие одного и более переломов
- менее 2,5 SD

Необходимым дополнительным лабораторным исследованием для выбора тактики лечения и диетотерапии при остеопорозе является

- 25(OH)D в крови
- витамин D в волосах
- общий кальций в крови
- фосфор в сыворотке крови

Значение 25(OH)D в сыворотке крови, свидетельствующее о дефиците витамина D в организме составляет

- >150 нг/мл (>375 нмоль/л)
- < 20 нг/мл (< 50 нмоль/л)
- <10 нг/мл (< 25 нмоль/л)
- ≥30 нг/мл* (≥75 нмоль/л)

При первичном остеопорозе рекомендуется вариант диеты

- повышенной калорийности
- с повышенным содержанием белка
- основной
- щадящий

Энергетическая ценность диеты, назначаемой при первичном остеопорозе составляет + _____ + (ккал)

- 2170-2400

- 1120-1570
- 2160-2690
- 2200-2650

Вариант диеты, назначаемой при первичном остеопорозе включает белка + _____ + (г), в т.ч. животного происхождения + _____ + (г)

- 130-140; 60-65
- 85-90; 40-45
- 110-120; 45-50
- 40-60; 20-30

Потребление кальция с пищей для данной пациентки должно составлять + _____ + (мг/сутки)

- 1200
- 800
- 1000
- 1500

Рекомендуемое суточное количество кальция возможно получить при ежедневном потреблении комбинации следующих продуктов + _____ + мл жидких молочных продуктов, + _____ + г творога и + _____ + г сыра твердых сортов

- 400; 100; 30
- 200; 50; 20
- 600; 200; 50
- 10; 50; 10

Продуктами, которые необходимо ограничить для достижения противовоспалительного эффекта при остеопорозе, являются

- коровье молоко, сыр
- сахар, соль
- яйца, орехи
- пшеничные отруби, пищевые волокна

Продуктами, снижающими усвоение кальция, которые рекомендуется ограничить при остеопорозе, являются

- чай и кофе
- мясо и птица, а также блюда из них
- фруктовые и овощные соки
- отвар и настой шиповника

Рекомендованное суточное потребление витамина D людьми старше 50 лет составляет + _____ + (МЕ/сутки)

- чай и кофе
- мясо и птица, а также блюда из них
- фруктовые и овощные соки
- отвар и настой шиповника

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка М., 18 лет, студентка, обратилась на прием к диетологу.

Жалобы

На общую слабость, сонливость, появление воспаления на коже (фурункулез, _acne vulgaris_), повышенный аппетит, сухость во рту, повышенную жажду, полиурию, снижение веса.

Анамнез заболевания

До обращения к врачу специфических жалоб не предъявляла.

Анамнез жизни

Травм, переломов, переливаний крови не было. Не курит. Ведет активный образ жизни. У бабушки по материнской линии сахарный диабет 2 типа.

Объективный статус

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые сухие, нормальной окраски, на коже лица и груди _acne vulgaris_. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено.

АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Рост 160 см, вес 49 кг.

В анализах крови (венозная плазма): глюкоза натощак – 7,8 ммоль/л, через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста 12,0 ммоль/л, HbA1c 6,6 %

Основным диагностическим критерием для постановки диагноза у данной пациентки является

- снижение веса в анамнезе
- наличие жалоб на сухость во рту
- определение уровня гликемии
- определение уровня гликированного гемоглобина

Предположительным диагнозом у пациентки является

- снижение веса в анамнезе
- наличие жалоб на сухость во рту
- определение уровня гликемии
- определение уровня гликированного гемоглобина

Диагноз

Сахарный диабет 1 типа

Сахарный диабет 2 типа

Нарушение толерантности к глюкозе

Нервная анорексия

Основным способом лекарственного лечения установленного заболевания является применение

- бигуанидов
- ингибиторов альфа-глюкозидаз
- препаратов сульфонилмочевины
- инсулинотерапии

Рекомендуемым для данной пациентки является + _____ + вариант диеты

- низкокалорийный
- щадящий
- высокобелковый
- основной

Основным принципом диетотерапии для пациентки является

- снижение нагрузки на желудочно-кишечный тракт
- увеличение потребления белка животного происхождения
- обеспечение относительно стабильного гликемического профиля
- ограничение калорийности рациона с редуцией калорий не более 25-40% (500-1000 ккал/день)

Энергетическая ценность диеты, назначаемой пациентке составляет + _____ + (ккал)

- 1120-1570
- 2170-2400
- 2160-2600
- 2200-2650

Необходимо исключить из рациона питания пациентки продукты, содержащие

- легкоусвояемые углеводы
- пищевые волокна
- ненасыщенные жиры
- насыщенные жиры

Необходимым условием эффективности диетотерапии для пациентки является

- преимущественное использование в диете углеводовсодержащих продуктов с пониженным гликемическим индексом
- контроль за содержанием белка в диете
- контроль за количественным и качественным составом жира в диете
- прием определенного количества углеводов в каждый прием пищи

Необходимым условием лечения является оценка усваиваемых углеводов по системе хлебных единиц (ХЕ). Это обусловлено необходимостью

- коррекции дозы инсулина перед едой
- коррекции дозы бигуанидов
- контроля массы тела пациента
- контроля гликемии через 2 часа после приема пищи

Рекомендованное суточное количество ХЕ для пациентки в возрасте 18 лет составляет

- 14-15
- 12-13
- 17-18
- 10-11

При занятиях физической активностью для пациентки рекомендуется прием продуктов и блюд, содержащих 1-2 ХЕ до и после нагрузки с целью профилактики развития

- лактоацидоза
- гипергликемии
- ацидоза
- гипогликемии

Минимальная частота самоконтроля гликемии для пациентки должна составлять + ____ + раз(а) в сутки

- лактоацидоза
- гипергликемии
- ацидоза
- гипогликемии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент в возрасте 19 лет, студент, обратилась на прием к диетологу. Подозрение на железодефицитную анемию.

Жалобы

Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, слабость, одышку при

незначительной физической нагрузке, плохой аппетит, ухудшение успеваемости в институте.

Анамнез заболевания

До обращения к врачу жалоб на самочувствие не предъявлял. На протяжении последнего года 4 раза становился донором крови (20 января, 19 апреля, 30 июня, 28 сентября). В последние 2-3 недели отмечает быструю утомляемость, слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, плохой аппетит.

Пищевой анамнез

Со слов пациента: после поступления в ВУЗ переехал в общежитие питается нерегулярно, 2 раза в день, «когда есть время между лекциями» и в вечернее время. Не завтракает. В рационе преобладают продукты «фаст фуд»: сладкие газированные напитки, кофе с сахаром, картофель фри, чипсы. Год назад (до поступления в высшее учебное заведение) питание было разнообразным, 3 раза в день (завтрак, обед, ужин), поскольку проживал с родителями и «готовая еда была под рукой».

Анамнез жизни

Травм, переломов не было. Не курит. Обучается в высшем учебном заведении на очном отделении. Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, видимые слизистые бледные. Вес 56 кг, рост 172 см. Пульс 80 ударов в минуту, тахикардия. АД 110/75 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов не определяется. Живот мягкий, безболезненный. Отеков не отмечается. Стул и мочеиспускание не нарушены. В анализе крови: гемоглобин 110 г/л, гематокрит – 34%. В связи с этим обратился на прием к врачу по совету родителей.

С целью подтверждения диагноза необходимо провести

- биохимический анализ крови
- общий анализ мочи
- определение скорости оседания эритроцитов
- расширенный анализ крови с лейкоцитарной формулой

В качестве диагностического критерия анемии в биохимическом анализе крови необходимо ориентироваться на

- наличие специфических белков
- изменение содержания альфа-глобулинов
- скорость оседания эритроцитов
- концентрацию сывороточного ферритина

Для экспресс-оценки пищевого статуса данного пациента рекомендуется использовать

- уравнение Харриса-Бенедикта
- систему «Нутритест» и «Нутрикор»
- индекс массы тела

- биоимпедансометрию

Предположительным диагнозом у данного пациента является железодефицитная анемия. Фактором образа жизни пациента, предрасполагающим к развитию данного состояния, является

- донорская сдача крови с перерывами менее 90 дней
- алиментарный дефицит вследствие несбалансированного питания
- высокое потребление простых углеводов с пищей
- донорская сдача крови в количестве 4 раза в год

Основным принципом лечения железодефицитной анемии является назначение

- лекарственных железосодержащих препаратов перорального приема
- биологически активных добавок к пище, содержащих 15% суточной потребности в железе
- биологически активных добавок к пище, содержащих 50% суточной потребности в железе
- преимущественно препаратов железа для парентерального применения

Основным принципом диетотерапии при железодефицитной анемии является

- введение в рацион наиболее полноценного белка животного происхождения
- исключение из рациона продуктов, возбуждающих аппетит
- снижение общего количества жиров за счет жиров животного происхождения
- увеличение потребления продуктов и блюд, богатых пищевыми волокнами и клетчаткой

Вариантом диеты, назначаемой при железодефицитной анемии является

- общий вариант диеты
- стандартная диета с повышенным количеством белка
- низкокалорийная диета
- низкобелковая щадящая диета

Рекомендуемый режим питания при железодефицитной анемии составляет + _____ + раз/а в сутки

- 4-6
- 2-3
- 1-2
- 7-8

Вариант диеты, назначаемой при железодефицитной анемии включает + _____ + г белка , в т.ч. животного происхождения + _____ + г

- 110-120; 45-50
- 85-90; 30-35
- 40-60; 20-30
- 130-140; 60-65

Продуктами, повышающими адсорбцию железа, которые необходимо использовать в рационе лечебного питания у данного пациента, являются

- яйца, орехи
- мясо, рыба, птица
- коровье молоко, сыр
- пшеничные отруби, пищевые волокна

Продуктом, снижающим адсорбцию железа, который необходимо исключить из рациона лечебного питания пациента, является

- кофе
- мясо
- отвар шиповника
- фруктовый сок

При железодефицитной анемии рекомендуются диетические (лечебные) продукты с повышенным содержанием

- кофе
- мясо
- отвар шиповника
- фруктовый сок

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент в возрасте 72 лет, пенсионер, обратился за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для профилактики остеопороза.

Жалобы

Страх возникновения повторного перелома. Боится потерять трудоспособность и оказаться «обузой для детей».

Анамнез заболевания

2 месяца назад, работая на даче в огороде, с высоты собственного роста упал на согнутую левую руку. В результате произошел закрытый перелом дистальной части левой лучевой кости без смещения. Иных повреждений не отмечалось, сотрясения мозга не отмечалось, потерю сознания отрицает. В травмункте проведена иммобилизация поврежденной конечности. Пациент был направлен

на амбулаторное лечение по месту жительства. Через 6,5 недель при повторном рентгенологическом исследовании: отмечено появление костной мозоли. Остеопороз?

По рекомендации травматолога обратился за подбором рациона питания с целью ускорения реабилитационного процесса.

Анамнез жизни

Ранее травм, переломов, оперативных вмешательств, переливаний крови не было. Хронические заболевания отрицает. Курит. Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Пищевой анамнез

Потребляет кофе по 150 мл – 2 раза в день, черный чай по 200 мл – 3 раза в день. Молоко и кисломолочные продукты потребляет редко - не более 100 мл в день. Творог – 100 г в день. Сыр 20 г в день.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 175 см, вес 82 кг, индекс массы тела (ИМТ) 27. Кифозных деформаций позвоночника не отмечается. Дизурические и диспептические явления отрицает. Снижение показателей роста за последние 10 лет не отмечает.

Необходимым дополнительным инструментальным исследованием, необходимым для подтверждения диагноза остеопороз, поставленного пациенту под вопросом, является + _____ + проксимального отдела бедренной кости и поясничного отдела позвоночника

- компьютерная томография
- рентгеноденситометрия
- рентгенография с контрастом
- обзорная флюорография

В качестве диагностического критерия остеопороза по данным минеральной плотности костной ткани по Т-критерию для мужчин европеоидной расы используют показатель (от среднего значения у молодых здоровых людей в популяции)

- в пределах 1 SD
- менее 2,5 SD и наличие одного и более переломов
- 1,0-2,5 SD
- менее 2,5 SD

Необходимым дополнительным лабораторным исследованием для выбора тактики лечения и диетотерапии при остеопорозе является

- витамин D в волосах
- фосфор в сыворотке крови
- общий кальций в крови
- 25(OH)D в крови

Значение 25(OH)D в сыворотке крови, свидетельствующее о дефиците витамина D в организме, составляет + _____ + нг/мл (нмоль/л)

- >150 (>375)
- < 20 (< 50)
- ≥30 (≥75)
- < 10 (< 25)

Методом исследования, который рекомендуется использовать с целью определения среднего потребления кальция с пищей у данного пациента, является метод

- регистрации пищи за 7 дней
- взвешивания пищи за 7 дней
- химического анализа суточного рациона
- 24-ти часового воспроизведения

При старческом остеопорозе рекомендуется диета с

- повышенным содержанием энергии
- повышенным содержанием белка растительного происхождения
- физиологическим содержанием белков, жиров, углеводов
- использованием протертых и приготовленных на пару блюда

Вариант диеты, назначаемой при первичном остеопорозе, включает + _____ + г белка, в т.ч. животного происхождения + _____ + г

- 40-60; 20-30
- 110-120; 45-50
- 85-90; 40-45
- 130-140; 60-65

Рекомендуемое потребление кальция с пищей при заболеваниях костной системы должно составлять + _____ + мг/сутки

- 1200
- 1100
- 1500
- 900

Рекомендуемое суточное количество кальция возможно получить при ежедневном потреблении комбинации следующих продуктов: + _____ + мл жидких молочных продуктов, + _____ + г творога и + _____ + г сыра твердых сортов

- 400; 100; 30
- 600; 200; 50
- 200; 50; 20

- 10; 50; 10

Продуктами, которые необходимо ограничить для достижения противовоспалительного эффекта при остеопорозе являются

- пшеничные отруби, пищевые волокна
- коровье молоко, сыр
- яйца, орехи
- сахар, соль

Продуктами, которые рекомендуется ограничить данному пациенту, поскольку они снижают усвоение кальция из пищи, являются

- чай и кофе
- отвар и настой шиповника
- фруктовые и овощные соки
- мясо птицы и рыбу

Рекомендованное суточное потребление витамина D людьми старше 50 лет составляет + _____ + (МЕ/сутки)

- чай и кофе
- отвар и настой шиповника
- фруктовые и овощные соки
- мясо птицы и рыбу

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С., 42 года обратилась к врачу-диетологу.

Жалобы

Обратилась с жалобами на прогрессирующее увеличение массы тела, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, кожный зуд, склонность появлению воспалительных элементов на коже, снижение остроты зрения, повышенный аппетит, жажду, полиурию с преобладанием в ночное время.

Анамнез заболевания

До обращения к врачу жалоб не предъявляла.

Анамнез жизни

Пациентка с детства имела склонность к полноте. Все члены семьи имеют избыточную массу тела. В семье принято «вкусно и много есть». Значительное увеличение веса на 12 кг произошло в течение последних 4 лет. Попыток снизить вес специально не предпринимала. Вес не беспокоил и «не доставлял проблем».

Хронические заболевания отрицает. Травм, операций не было. Не курит,

алкоголем не злоупотребляет. профессиональных вредностей не имела.
Аллергических реакций не отмечалось.

Анамнез питания

* примерный режим питания и доля приемов пищи по калорийности: завтрак в 7.00 утра - 5 %, перекусы с 9 до 12 – 15% , обед 12.30-13.00 – 20%, перекусы с 15 до 18 – 10%, ужин 19.30-20.00 – 35%, перед сном 22.00-22.30 – 15%.

* потребление основных пищевых веществ и калорийность питания составляет: энергия 2878 ккал, белок 72 г, жир 110 г, углеводы 400 г.

* в рационе преобладают кондитерские изделия и сладости (пирожные, выпечка, конфеты), мясные полуфабрикаты (колбаса, сардельки, пельмени), сладкие напитки (газированные, чай с сахаром, сокосодержащие напитки).

Объективный статус

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 165 см, вес 90 кг. Обхват талии – 86 см, обхват бедер – 102 см, соотношение ОТ\ОБ равен 0,84. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Тоны сердца звучные, ритм правильный, частота сердечных сокращений 80 в минуту, артериальное давление 135/85 мм. рт. ст. В легких хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный.

В анализах крови (венозная плазма): глюкоза натощак 7,1 ммоль/л, через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста 11,3 ммоль/л, HbA1c 6,5 %

Основным диагностическим критерием для постановки диагноза у данной пациентки является

- жалоба на утомляемость
- увеличение веса в анамнезе
- определение уровня гликемии
- определение уровня гликированного гемоглобина

Для экспресс-оценки пищевого статуса у данной пациентки рекомендуется использовать

- уравнение Харриса-Бенедикта
- непрямую калориметрию
- биоимпедансометрию
- соотношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ)
- двухэнергетическую рентгеновскую денситометрию
- индекс массы тела

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки составляет

- 22,9
- 17,8
- 33,3
- 34,9

Предположительным диагнозом у пациентки является

- 22,9
- 17,8
- 33,3
- 34,9

Диагноз

Сахарный диабет II типа, ожирение I степени

Сахарный диабет I типа, ожирение II степени

Сахарный диабет II типа, ожирение II степени

Сахарный диабет II типа, ожирение III степени

К основным методам лечения выявленного заболевания относится

- сбалансированное питание
- бандажирование желудка
- рукавная гастропластика
- билиопанкреатическое шунтирование

Рекомендуемым для данной пациентки является вариант диеты с

- повышенным содержанием белка
- пониженной калорийностью
- механическим и химическим щажением
- пониженным содержанием белка

Калорийность рациона необходимо ограничить в сутки не более чем на + _____ + ккал от физиологической потребности

- 500-1000
- 350-450
- 250-350
- 100-200

При диетотерапии выявленного заболевания рекомендуется использовать продукты

- с пониженным гликемическим индексом
- содержащие щелочные основания
- содержащие кислотные элементы
- с повышенным гликемическим индексом

Содержания в диете пищевых волокон должно составлять + _____ + г

- 30-40

- 20-25
- 10-15
- 5-10

Химический состав рекомендованной диеты для данной пациентки составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов

- 110-120; 80-90; 250-350
- 20-60; 80-90; 350-400
- 85-90; 70-80; 300-320
- 70-80; 60-70; 130-150

Сладким продуктом с наименьшим гликемическим индексом является

- сахароза
- фруктоза
- сахар
- мед

С целью улучшения углеводного обмена, уменьшения инсулинорезистентности, снижения гипертриглицеридемии рекомендуются ежедневные физические нагрузки продолжительностью + _____ + минут

- сахароза
- фруктоза
- сахар
- мед

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-диетологу обратилась женщина 35 лет. Работает диспетчером на автовокзале. Работа преимущественно сидячая. При опросе выявлено, что больная питается нерегулярно в связи с особенностями работы, стрессовыми ситуациями в семье.

Жалобы

На общую слабость, повышенную утомляемость

Анамнез заболевания

Набор массы тела (на 20 кг) отмечает в течение последних 3 лет, когда после смены работы и развода с мужем стала «заедать» проблемы, питаться нерегулярно, преимущественно в вечернее время, перед сном, иногда даже ночью.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * травм, операций не было

- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было

Анамнез питания

- * примерный режим питания и доля приемов пищи по калорийности: завтрак в 7.00 утра - 5 %, перекусы с 9 до 12 – 15% , обед 12.30-13.00 – 20%, перекусы с 15 до 18 – 10%, ужин 19.30-20.00 –35%, перед сном 22.00-22.30 – 15%.
- * потребление основных пищевых веществ и калорийность питания составляет: энергия 2800 ккал, белок 70 г, жир 109 г, углеводы 385 г.
- * в рационе преобладают кондитерские изделия и сладости (пирожные, выпечка, конфеты), мясные полуфабрикаты (колбаса, сардельки, пельмени), сладкие напитки (газированные, чай с сахаром, сокосодержащие напитки).

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 170 см, вес 92,5 кг. Обхват талии – 87 см, обхват бедер – 101 см, соотношение ОТ\ОБ равен 0,86.

Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно, в особенности в абдоминальной области. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце: тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 85 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и почки не пальпируются. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены.

В анализах крови (венозная плазма): глюкоза натощак – 6,0 ммоль/л, через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста 7,7 ммоль/л, HbA1c 5,9 %

Для экспресс-оценки пищевого статуса у данной пациентки рекомендуется использовать индекс массы тела и

- денситометрию
- уравнение Харриса-Бенедикта
- биоимпедансометрию
- соотношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ)

Неинвазивным методом исследования при диагностике компонентного состава тела (жировой ткани, скелетных мышц, общего содержания воды, вне- и внутриклеточной жидкости) является

- денситометрия
- непрямая калориметрия
- прямая калориметрия
- биоимпедансометрия

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки составляет

- 21,9
- 35,9
- 17,9
- 31,9

Наиболее вероятным диагнозом у пациентки является

- 21,9
- 35,9
- 17,9
- 31,9

Диагноз

Ожирение 1 степени

Ожирение 2 степени

Ожирение 3 степени

Избыточна масса тела

Фактором риска развития СД2 типа, ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии у данной пациентки является

- соотношение объема талии к объему бедер 0,86
- незначительная физическая активность при сидящей работе
- количество потребляемого с пищей белка в 70 г
- количество потребляемой с пищей энергии 2800 ккал

Вариантом диеты, рекомендованным данной пациентке, является вариант с

- пониженной калорийностью
- повышенным содержанием белка
- механическим и химическим щажением
- пониженным содержанием белка

Согласно системе номерных диет, данной пациентке рекомендована диета

- 15
- 7
- 4
- 8

Рекомендуемая калорийность диеты для данной пациентки составляет < + _____ + ккал в сутки

- 1000
- 2000
- 2500
- 1500

Химический состав рекомендованной диеты для данной пациентки составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов

- 20-60; 80-90; 350-400
- 70-80; 60-70; 130-150
- 130-140; 110-120; 400-500
- 50-60; 40-50; 100-120

С целью снижения массы тела рекомендуется использование контрастных разгрузочных дней количеством до + _____ + раз в

- 3; месяц
- 3; неделю
- 5; неделю
- 6; год

Для снижения массы тела пациентке необходимо рекомендовать в неделю + _____ + мин аэробной физической активности умеренной интенсивности или + _____ + мин аэробной физической активности высокой интенсивности

- 75; 60
- 100; 75
- 150; 75
- 60; 45

По уровню физической активности данная пациентка относится к _____ группе физической активности

- 75; 60
- 100; 75
- 150; 75
- 60; 45

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Н., 20 лет. Доставлен в стационар бригадой скорой медицинской помощи с автобусной остановки. «Скорую» вызвали прохожие, увидели, что молодому человеку «стало плохо».

Жалобы

Со слов пациента возникло резкое ухудшение самочувствия, расплывчатость зрения, «пелена перед глазами», общая слабость.

Анамнез заболевания

Ухудшение самочувствия наступило резко, после нервно-психического стресса-экзаменационная сессия в ВУЗе. В течение последних дней пациент отмечал

сухость во рту, повышенную жажду, полиурию, особенно в ночное время, снижение веса. Ранее специфических жалоб не предъявлял.

Анамнез жизни

Травм, переломов, переливаний крови не было. Не курит. Ведет образ жизни с умеренной двигательной активностью. Обучается на очном отделении ВУЗа. У дедушки по материнской линии диагностирован сахарный диабет.

Подробностей пациент не знает.

Объективный статус

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые сухие, нормальной окраски, на коже лица и груди acne vulgaris. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено.

АД – 110/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный.

Рост 170 см, вес 52,8 кг.

В анализах крови (венозная плазма): глюкоза натощак – 7,8 ммоль/л, через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста 11,4 ммоль/л, HbA1c 6,6 %

Основным диагностическим критерием для постановки диагноза у данного пациента является

- определение уровня гликемии
- жалоба на сухость во рту
- определение уровня гликированного гемоглобина
- снижение веса в анамнезе

Для экспресс-оценки пищевого статуса данного пациента рекомендуется использовать

- систему «Нутритест» и «Нутрикор»
- уравнение Харриса-Бенедикта
- индекс массы тела
- биоимпедансометрию

Значение индекса массы тела (ИМТ) у данного пациента составляет

- 18,2
- 1,82
- 3,1
- 0,31

Расчетное значение индекса массы тела у пациента свидетельствует о

- недостаточной массе тела, средней степени гипотрофии
- недостаточной массе тела, тяжелой степени гипотрофии
- недостаточной массе тела, легкой степени гипотрофии
- нормальной массе тела, нормотрофии

Предположительным диагнозом у пациента является

- недостаточной массе тела, средней степени гипотрофии
- недостаточной массе тела, тяжелой степени гипотрофии
- недостаточной массе тела, легкой степени гипотрофии
- нормальной массе тела, нормотрофии

Диагноз

Сахарный диабет 1 типа

Сахарный диабет 2 типа

Нарушение толерантности к глюкозе

Преддиабет

Критериями нарушений гликемии, соответствующими выбранному диагнозу, являются концентрация глюкозы натощак на уровне + _____ + ммоль/л и концентрация глюкозы через 2 часа после ПГТТ на уровне + _____ + ммоль/л

- >11,1; >14,1
- <6,1; >7,8
- < 7,0; >7,8 до 11,1
- >7,0; >11,1

Вариантом диеты, рекомендованным данному пациенту, является + _____ + вариант

- низкокалорийный
- щадящий
- основной
- высокобелковый

Основным принципом диетотерапии указанного заболевания является

- снижение нагрузки на желудочно-кишечный тракт
- увеличение потребления белка животного происхождения
- ограничение калорийности рациона с редукацией калорий не более 25-40% (500-1000 ккал/день)
- обеспечение относительно стабильного гликемического профиля

Необходимо исключить из рациона питания продукты, содержащие

- легкоусвояемые углеводы
- пищевые волокна
- насыщенные жиры
- ненасыщенные жиры

Эффективности диетотерапии данного заболевания зависит от

- использования продуктов с пониженным гликемическим индексом
- контроля содержания белка в диете
- приема умеренного количества легкоусвояемых углеводов
- контроля за количественным и качественным составом жира в диете

Необходимым условием лечения выявленного заболевания является оценка усваиваемых углеводов по системе хлебных единиц (ХЕ). Хлебная единица рассчитывается как количество продукта, содержащее

- 10-12 г белков
- 10–12 г углеводов
- 10-12 ккал энергии
- 10-12 г жиров

Ориентировочная потребность в хлебных единицах (ХЕ) у данного пациента составляет

- 10-12 г белков
- 10–12 г углеводов
- 10-12 ккал энергии
- 10-12 г жиров

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Н., 19 лет. Доставлен в стационар бригадой скорой медицинской помощи с автобусной остановки. «Скорую» вызвали прохожие, увидели, что молодому человеку «стало плохо».

Жалобы

Со слов пациента возникло резкое ухудшение самочувствия, расплывчатость зрения, «пелена перед глазами», общая слабость.

Анамнез заболевания

Ухудшение самочувствия наступило резко, после нервно-психического стресса-экзаменационная сессия в ВУЗе. В течение последних дней пациент отмечал сухость во рту, повышенную жажду, полиурию, особенно в ночное время, снижение веса. Ранее специфических жалоб не предъявлял.

Анамнез жизни

Травм, переломов, переливаний крови не было. Не курит. Ведет активный образ жизни. Обучается на очном отделении ВУЗа. Знает, что у отца диагностирован сахарный диабет. Подробности не помнит, т.к. в течение последних 7 лет контакта с отцом не имеет.

Объективный статус

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые сухие, нормальной окраски, на коже лица и груди asnevulgaris. Со

стороны сердца и легких патологии не выявлено.

АД – 110/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный.

Рост 168 см, вес 54 кг.

В анализах крови (венозная плазма): глюкозаноатощак – 7,8 ммоль/л, через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста 11,4 ммоль/л, HbA1c 6,6 %

Основным диагностическим критерием для постановки диагноза у данного пациента является

- определение уровня гликемии
- определение уровня гликированного гемоглобина
- снижение веса в анамнезе
- жалоба на сухость во рту

Для экспресс-оценки пищевого статуса данного пациента рекомендуется использовать

- биоимпедансометрию
- систему «Нутритест» и «Нутрикор»
- индекс массы тела
- уравнение Харриса-Бенедикта

Предположительным диагнозом у пациента является

- биоимпедансометрию
- систему «Нутритест» и «Нутрикор»
- индекс массы тела
- уравнение Харриса-Бенедикта

Диагноз

Сахарный диабет 1 типа

Сахарный диабет 2 типа

Нарушение толерантности к глюкозе

Преддиабет

Критериями нарушений гликемии, соответствующими выбранному диагнозу, являются концентрация глюкозы натощак на уровне + _____ + ммоль/л и концентрация глюкозы через 2 часа после ПГТТ на уровне + _____ + ммоль/л

- >11,1; >14,1
- <7,0; >14,1
- >7,0; >11,1
- <6,1; >7,8

Основным способом лекарственного лечения установленного заболевания является применение

- препаратов сульфаниламочевин
- инсулинотерапии
- бигуанидинов
- ингибиторов альфа-глюкозидаз

Пациенту рекомендуется _____ вариант диеты

- низкокалорийный
- щадящий
- высокобелковый
- основной

Основным принципом диетотерапии указанного заболевания является

- обеспечение относительно стабильного гликемического профиля
- увеличение потребления белка животного происхождения
- ограничение калорийности рациона с редуцией калорий не более 25-40% (500-1000 ккал/день)
- снижение нагрузки на желудочно-кишечных тракт

Энергетическая ценность диеты, назначаемой при данном заболевании составляет + _____ + (ккал)

- 2170-2400
- 1120-1570
- 2160-2600
- 2200-2650

Необходимо исключить из рациона питания продукты, содержащие

- пищевые волокна
- ненасыщенные жиры
- легкоусвояемые углеводы
- насыщенные жиры

Эффективности диетотерапии данного заболевания зависит от

- использования продуктов с пониженным гликемическим индексом
- контроля содержания белка в диете
- приема умеренного количества легкоусвояемых углеводов
- контроля за количественным и качественным составом жира в диете

Необходимым условием лечения является оценка усваиваемых углеводов по системе хлебных единиц (ХЕ). Это обусловлено необходимостью

- контроля гликемии через 2 часа после приема пищи
- коррекции дозы инсулина перед едой
- коррекции дозы бигуанидинов
- контроля массы тела пациента

Рекомендованное суточное количество ХЕ для пациента составляет

- контроля гликемии через 2 часа после приема пищи
- коррекции дозы инсулина перед едой
- коррекции дозы бигуанидинов
- контроля массы тела пациента

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М., 50 лет, обратился на прием к врачу-диетологу.

Жалобы

На сильные боли в левом подреберье, появляющиеся через 30-40 минут после приема пищи, тошноту после еды, снижение аппетита. Стула до 4 раз в сутки, неоформленный (жидкий) с неприятным запахом.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 4 лет, когда после обильного употребления алкоголя и жирной пищи на праздники впервые появились жалобы на интермиттирующую боль в эпигастральной области и левом подреберье через полчаса после приема пищи, тошноту. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно периодически принимал спазмолитическим препараты. В течение последнего года боль, связанная с приемами пищи, значительно усилилась, появился обильный жидкий стул, снизился аппетит. Снижение массы тела на 5 кг за последний год.

Анамнез жизни

По профессии – охранник. Операций, переливаний крови, травм - не было. Аллергологический анамнез не отягощен. Крепкий алкоголь (до 40%) употребляет 4 раза в неделю по 100-200 мл, по выходным дням и праздникам - регулярно в течение 20 лет, а также курит по 10 сигарет в день. Наследственность не отягощена. Другие заболевания отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести, температура тела 36,8°C. Кожные покровы, видимые слизистые обычной окраски. Тургор кожи сохранен. Рост 169 см, вес 54 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка не деформирована, участвует в акте дыхания. ЧДД 17 в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 125/75 мм рт. ст. Пульс 85 уд/мин., ритмичный. Язык влажный, чистый. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, в размерах не увеличен, мягкий, болезненный в эпигастрии, левом подреберье. При пальпации определяются раздутые кишечные петли. Отмечается болезненность в точке

Мейо-Робсона. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические опрвления: склонность к послаблению стула до 4 раз в сутки, без патологической примесей и ночной симптоматики, мочеиспускание - безболезненно, не учащено. Периферических отеков нет.

Комплексом лабораторных исследований, необходимым для постановки диагноза пациенту, является

- АЛТ, АСТ, билирубин, мочеви́на, креатинин, общий белок, белковые фракции, электролиты крови, общий анализ мочи, посев мочи на флору
- определение альфа-амилазы, активности панкреатической эластазы-1 в кале
- общий анализ крови, глюкоза крови, общий холестерин, электролиты крови, АЛТ, АСТ, коагулограмма, моче́вая кислота, австралийский антиген, копрограмму
- общий белок, альбумин, креатинин, щелочная фосфатаза, ГГТП, амилаза крови, холестерин, фосфолипиды, С-реактивный белок, онкомаркер поджелудочной желез

Наиболее информативным скрининговым методом обследования в диагностике заболевания у данного пациента является

- рентгеноскопия пищевода и желудка в положении Тренделенбурга
- МРТ-холангиография
- обзорная рентгенография органов брюшной полости
- УЗИ органов брюшной полости

Для экспресс-оценки пищевого статуса данного пациента рекомендуется использовать

- уравнение Харриса-Бенедикта
- систему «Нутритест» и «Нутрикор»
- биоимпедансометрию
- индекс массы тела

Значение индекса массы тела (ИМТ) у данного пациента составляет

- 69
- 0,32
- 19
- 1,9

Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента является

- 69
- 0,32
- 19

- 1,9

Диагноз

Хронический алкогольный панкреатит, обострение, болевая форма, хроническое рецидивирующее течение

Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, обострение. Холедохолитиаз

Язвенный колит, проктосигмоидит, рецидивирующее течение, средне-тяжелая атака

Функциональная диспепсия, болевой и постпрандиальный дистресс синдром. Синдром раздраженного кишечника с диареей

Для компенсации недостаточности внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы пациенту рекомендуется назначить

- антибиотики
- гепатопротекторы
- спазмолитики
- полиферментные препараты

В период обострения заболевания, выявленного у данного пациента, рекомендуется назначение варианта диеты с

- пониженным количеством белка (НБД)
- пониженной калорийностью (НКД)
- механическим и химическим щажением (ЩД)
- повышенным количеством белка (ВБД)

Энергетическая ценность диеты, назначенной пациенту в период обострения заболевания, составляет + _____ + (ккал)

- 2160-2600
- 1120-1570
- 2170-2480
- 2200-2650

Содержание белка (г), в т.ч. животного происхождения (г) в диете, назначенной пациенту с данным хроническим заболеванием в период обострения, составляет

- 85-90, 40-45
- 110-120, 45-50
- 130-140, 60-70
- 60-80, 30-40

При обострении диагностированного хронического заболевания у пациента необходимо исключить из рациона питания

- свежие фрукты и овощи
- острые закуски, приправы, пряности
- молоко и кисломолочные продукты
- сахар, варенье, мед, мучные изделия

Рекомендуемый режим питания для данного пациента составляет
+ _____ + раз в день

- 2-3
- 3-4
- 5-6
- 1-2

К профилактическим мероприятиям для предотвращения обострения установленного хронического заболевания относятся

- 2-3
- 3-4
- 5-6
- 1-2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная М., 45 лет

Жалобы

Обратилась с жалобами на прогрессирующее увеличение массы тела, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, кожный зуд, склонность появлению воспалительных элементов на коже, снижение остроты зрения, повышенный аппетит, жажду, полиурию с преобладанием в ночное время.

Анамнез заболевания

До обращения к врачу жалоб не предъявляла

Анамнез жизни

Пациентка с детства имела склонность к полноте. Все члены семьи имеют избыточную массу тела. В семье принято «вкусно и много есть». Значительное увеличение веса на 10 кг произошло в течение последних 5 лет. Попыток снизить вес специально не предпринимала. Вес не беспокоил и «не доставлял проблем».

Хронические заболевания отрицает. Травм, операций не было. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональных вредностей не имела. Аллергических реакций не отмечалось.

Анамнез питания

* примерный режим питания и доля приемов пищи по калорийности: завтрак в 7.00 утра - 5 %, перекусы с 9 до 12 – 15% , обед 12.30-13.00 – 20%, перекусы с 15 до 18 – 10%, ужин 19.30-20.00 – 35%, перед сном 22.00-22.30 – 15%.

* потребление основных пищевых веществ и калорийность питания составляет: энергия 2800 ккал, белок 70 г, жир 109 г, углеводы 385 г.

* в рационе преобладают кондитерские изделия и сладости (пирожные, выпечка, конфеты), мясные полуфабрикаты (колбаса, сардельки, пельмени), сладкие напитки (газированные, чай с сахаром, сокосодержащие напитки).

Объективный статус

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 160 см, вес 90 кг. Обхват талии – 90 см, обхват бедер – 102 см, соотношение ОТ\ОБ равен 0,88. Индекс массы тела- 35,1. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Тоны сердца звучные, ритм правильный, частота сердечных сокращений 80 в минуту, артериальное давление 135/85 мм. Рт. ст. В легких хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный.

В анализах крови (венозная плазма): глюкоза натощак 7,1 ммоль/л, через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста 11,2 ммоль/л, HbA1c 6,4 %

Основным диагностическим критерием для постановки диагноза у данной пациентки является (-ются)

- определение уровня гликемии
- определение уровня гликированного гемоглобина
- жалобы на утомляемость
- увеличение веса в анамнезе

Для экспресс-оценки пищевого статуса у данной пациентки рекомендуется использовать индекс массы тела и

- соотношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ)
- двухэнергетическую рентгеновскую денситометрию
- биоимпедансометрию
- уравнение Харриса-Бенедикта

Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывается как вес в + _____ + поделенный на показатель роста человека в

- килограммах; метрах в квадрате
- граммах; метрах в квадрате
- граммах; сантиметрах
- килограммах; сантиметрах

Предположительным диагнозом у пациентки является

- килограммах; метрах в квадрате
- граммах; метрах в квадрате
- граммах; сантиметрах

- килограммах; сантиметрах

Диагноз

Сахарный диабет II типа, ожирение II степени

Сахарный диабет I типа, ожирение II степени

Сахарный диабет II типа, ожирение I степени

Сахарный диабет II типа, ожирение III степени

К основным методам лечения выявленного заболевания относится

- рукавная гастропластика
- бандажирование желудка
- сбалансированное питание
- билиопанкреатическое шунтирование

Рекомендуемым для данной пациентки является вариант диеты с

- механическим и химическим щажением
- повышенным содержанием белка
- пониженным содержанием белка
- пониженной калорийностью

При выявленном заболевании рекомендуется ограничение калорийности рациона не более + _____ + ккал/день от физиологической потребности

- 200-300
- 300-400
- 100-300
- 500-1000

При диетотерапии выявленного заболевания рекомендуется использовать продукты

- с пониженным гликемическим индексом
- содержащие щелочные основания
- содержащие кислотные элементы
- с повышенным гликемическим индексом

Содержания в диете пищевых волокон должно составлять + _____ + г

- 30-40
- 5-10
- 10-15
- 20-25

Химический состав рекомендованной диеты для данной пациентки составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов

- 70-80; 60-70; 130-150
- 110-120; 80-90; 250-350
- 85-90; 70-80; 300-320
- 20-60; 80-90; 350-400

Общее количество жира в рационе питания должно составлять до + _____ + %

- 40
- 35
- 45
- 30

С целью улучшения углеводного обмена, уменьшения инсулинорезистентности, снижения гипертриглицеридемии рекомендуются ежедневные физические нагрузки продолжительностью + _____ + минут

- 40
- 35
- 45
- 30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент А., 54 года, водитель такси. Обратился к врачу в связи с ухудшением самочувствия.

Жалобы

На изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища, и в положении лёжа; боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой; избыточную саливацию во время сна.

Анамнез заболевания

Изжога, боли в эпигастрии и за грудиной, отрыжка кислым беспокоят в течение трёх лет. Сначала появилась изжога после погрешности в питании, при наклонах туловища; затем появились боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи. В течение последнего месяца состояние больного ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился.

Антацидные препараты, применяемые ранее для купирования изжоги и болей, в течение последнего месяца перестали действовать. При боли за грудиной принимал нитроглицерин – без эффекта.

Анамнез жизни

- * курит 0,5 пачки сигарет (10 штук) в день,
- * алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергических реакций не было
- * питание нерегулярное в течение дня – 2-3 раза, перерыв между приемами пищи от 4 до 8 часов.
- * не завтракает, перекус в первой половине дня около 20% энергии суточного рациона, обед в период с 14 до 16 часов составляет около 25 % энергии суточного рациона, ужин в период с 20 до 22 составляет около 40% суточного рациона.
- * В течение дня, находясь за рулем автомобиля, часто выпивает сладкие газированные напитки, которые составляют до 15 % калорийности рациона приемов пищи
- * отец здоров, у матери – гипертоническая болезнь

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Масса тела 107,5 кг, рост 168 см. Объем талии 110 см, объем бедер 100 см. ОТ/ОБ составляет 1,1. ИМТ- 38. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за чрезмерного развития жировой ткани в области живота. Печень по краю реберной дуги. Симптомы Кэра, Мерфи, Ортнера отрицательны.

Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- 40
- 35
- 45
- 30

Результаты инструментальных методов обследования

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

Слизистая нижней трети пищевода несколько отёчна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании, в грудную полость пролабирует слизистая желудка; В желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей

Р-графия пищевода и желудка

Пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всём протяжении. Кардия зияет. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга заброс желудочного содержимого в пищевод. дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременна, луковица ДПК без особенностей.

Рентгенография шейного отдела позвоночника

Изменений не выявлено

Электрокардиография (ЭКГ)

Изменений не выявлено

ЭХО-кардиография (ЭхоКГ)

Изменений не выявлено

Для экспресс-оценки пищевого статуса у данного пациента рекомендуется использовать индекс массы тела и

- биоимпедансометрию
- прямую калориметрию
- соотношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ)
- денситометрию

Неинвазивным методом исследования при диагностике компонентного состава тела (жировой ткани, скелетных мышц, общего содержания воды, вне- и внутриклеточной жидкости) является

- денситометрия
- непрямая калориметрия
- прямая калориметрия
- биоимпедансометрия

**Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывается как вес в + _____ +
поделенный на показатель роста человека в**

- килограммах; метрах в квадрате
- граммах; метрах в квадрате
- граммах; сантиметрах
- килограммах; сантиметрах

Предполагаемым диагнозом у данного пациента является

- килограммах; метрах в квадрате
- граммах; метрах в квадрате
- граммах; сантиметрах
- килограммах; сантиметрах

Диагноз

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, неэрозивная форма

Язвенная болезнь желудка, рецидив

Хронический фарингит, обострение

Ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения 1ФК

Сопутствующим заболеванием у пациента является ожирение + ____ + степени

- II
- IV
- III
- I

Основным требованием к лечебному питанию при заболеваниях пищевода и желудка является

- соответствие физиологическим потребностям организма
- снижение энергетической ценности рациона за счет назначения «разгрузочных дней»
- потребление продуктов-источников «простых» углеводов
- повышение энергетической ценности рациона для противовоспалительной «поддержки» организма

С учетом основного и сопутствующего заболевания пациенту рекомендован вариант диеты

- основной
- с пониженным содержанием белка
- с пониженным содержанием жира
- с повышенным содержанием белка

К характеристикам назначаемой диеты относится

- режим питания дробный 6-8 раз в день
- исключение продуктов, содержащих жиры животного происхождения
- приготовление блюд в отварном, тушеном, запеченном непротертом виде, на пару, 4-5 раз в день
- приготовление блюд в обжаренном, протертом виде, на открытом огне

С учетом выявленного основного и сопутствующего заболеваний данному пациенту необходимо исключить из рациона

- сладкие газированные напитки
- молочный белок
- свободную жидкость
- поваренную соль

К обязательным условиям эффективного лечения выявленного заболевания относится

- использование в питании «голодных» пауз без приема пищи около 5-6 часов
- снижение массы тела

- занятия йогой
- введение в рацион частых перекусов

Пациенту вне обострения рекомендуется прохождение курсового санаторно-курортного лечения с применением

- использование в питании «голодных» пауз бед приема пищи около 5-6 часов
- снижение массы тела
- занятия йогой
- введение в рацион частых перекусов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В., 50 лет, водитель большегрузного транспорта. Обратился к врачу в связи с ухудшением самочувствия.

Жалобы

На появление изжоги после еды, обостряющиеся при наклонах туловища вперед, а также в положении лёжа. На боли в эпигастральной области, за грудиной, жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. Отмечает повышенное слюноотделение во время сна.

Анамнез заболевания

Изжога, боли в эпигастральной области и за грудиной, отрыжка кислым беспокоят в течение трех с половиной лет. Первоначально появилась изжога после погрешности в питании, во время наклонов туловища вперед. Впоследствии появились боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать практически через день независимо от принимаемой пищи. В течение последнего месяца состояние больного ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточное слюноотделение во время сна, сон ухудшился. Антацидные препараты, применяемые ранее для купирования изжоги и болей, не приносили желаемого эффекта. При болях за грудиной принимал нитроглицерин – без эффекта.

Анамнез жизни

- * курит около 10 сигарет в день,
- * алкоголь употребляет 1-2 раза в неделю, в нерабочие дни, по 20 мл (в пересчете на спирт)
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергических реакций не было
- * питание нерегулярное в течение дня – 2-3 раза, перерыв между приемами пищи от 4 до 8 часов.
- * завтрак около 5% суточной калорийности преимущественно в виде чашки кофе с молоком и сахаром 200 мл, перекус в первой половине дня около 10% энергии суточного рациона, обед в период с 13 до 16 часов составляет около 30

% энергии суточного рациона, ужин в период с 21 до 23 составляет около 40% суточного рациона.

* в течение дня, находясь за рулем автомобиля, часто выпивает сладкие газированные напитки, которые составляют до 20 % калорийности рациона.

* наследственный анамнез не отягощен

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Масса тела 89,5 кг, рост 167 см. Объем талии 97 см, объем бедер 90 см. ОТ/ОБ составляет 1,1. ИМТ – 32. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за чрезмерного развития жировой ткани в области живота. Печень по краю реберной дуги. Симптомы Кэра, Мерфи, Ортнера отрицательны.

Инструментальными методами исследования, необходимыми для проведения диагностики, являются

- использование в питании «голодных» пауз без приема пищи около 5-6 часов
- снижение массы тела
- занятия йогой
- введение в рацион частых перекусов

Результаты инструментальных методов обследования

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

Слизистая нижней трети пищевода несколько отёчна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании, в грудную полость пролабирует слизистая желудка; В желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей

Р-графия пищевода и желудка

Пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всём протяжении. Кардия зияет. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга заброс желудочного содержимого в пищевод. дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей.

Рентгенография шейного отдела позвоночника

Изменений не выявлено

Электрокардиография (ЭКГ)

Изменений не выявлено

ЭХО-кардиография (ЭхоКГ)

Изменений не выявлено

Флюорография органов грудной клетки

Изменений не выявлено

С целью проведения оценки пищевого статуса у данного пациента рекомендуется использовать индекс массы тела и

- прямую калориметрию
- биоимпедансометрию
- соотношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ)
- денситометрию

Диагностическим критерием наличия висцерального жираотложения, а также фактором риска развития метаболических нарушений и артериальной гипертензии у данного пациента является

- калорийность завтрака 5%
- калорийность ужина 40%
- незначительная физическая активность при сидящей работе
- соотношение объема талии к объему бедер 1,1

**Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывается как вес в + _____ +
поделенный на показатель роста человека в**

- граммах; сантиметрах
- килограммах; сантиметрах
- граммах; метрах в квадрате
- килограммах; метрах в квадрате

Предполагаемым основным диагнозом у пациента является

- граммах; сантиметрах
- килограммах; сантиметрах
- граммах; метрах в квадрате
- килограммах; метрах в квадрате

Диагноз

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, неэрозивная форма

Язвенная болезнь желудка, рецидив

Хронический фарингит, обострение

Ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения 1ФК

**У пациента сопутствующим заболеванием будет являться ожирение + ____ +
степени**

- IV
- III
- I

- II

При заболеваниях пищевода и желудка основным требованием к лечебному питанию является

- повышение энергетической ценности рациона для противовоспалительной «поддержки» организма
- потребление продуктов-источников «простых» углеводов
- соответствие физиологическим потребностям организма
- снижение энергетической ценности рациона за счет назначения «разгрузочных дней»

С учетом основного заболевания пациенту рекомендован вариант диеты

- с пониженным содержанием углеводов
- основной
- с повышенным содержанием белка
- с пониженным содержанием жира

К характеристикам назначаемой диеты относится

- приготовление блюд в отварном, тушеном, запеченном непротертом виде, на пару, 4-5 раз в день
- режим питания дробный 6-8 раз в день
- приготовление блюд в обжаренном, протертом виде, на открытом огне
- исключение продуктов, содержащих жиры животного происхождения

С учетом сопутствующего заболевания пациенту рекомендуется

- повышение содержанием белка
- снижение потребления растительных жиров
- ограничение калорийности питания
- понижение содержания белка

С учетом выявленного основного и сопутствующего заболеваний данному пациенту необходимо исключить из рациона

- растительное масло
- свободную жидкость
- сладкие газированные напитки
- поваренную соль

К обязательным условиям эффективного лечения выявленного заболевания относится

- растительное масло
- свободную жидкость
- сладкие газированные напитки

- поваренную соль

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К диетологу на прием пришла мама с мальчиком 17 лет

Жалобы

Неудовлетворительные показатели глюкозы в утренние часы, повышенную ночную потливость, приступы слабости в дневное время.

Анамнез заболевания

Мальчик наблюдается детским эндокринологом по поводу СД 1 типа с 8 лет. Находится на инсулинотерапии в помповом режиме. Самоконтроль проводит нерегулярно, занимается самостоятельно в фитнес-клубе, следит за весом, боится поправиться. В рационе предпочитает мясные изделия и сырые овощи.

Анамнез жизни

Мальчик от 2 беременности, протекавшей с гестозом в 3-м триместре. Роды – 1, срочные, самостоятельные. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Вес при рождении – 4500г, длина- 54 см. К груди приложен в родзале. Грудное вскармливание до 12 мес, Прикормы введены с 4 месяцев – с овощного пюре. Профилактические прививки проведены в соответствии с Национальным календарем.

Психо-моторное развитие - по возрасту.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа в 3 года.

Семейный анамнез у отца ожирение, АГ, у бабушки по отцовской линии СД 2 типа, у матери аутоиммунный тиреоидит, ожирение, у дедушки по материнской линии СД 2 типа.

Объективный статус

Вес 75 кг.

Рост 175 см.

Окружность живота 87 см, окружность бедер 96 см.

ИМТ 24,5кг/см².

Z-Score ИМТ+0,93; Z-Score рост к возрасту +1,81.

Кожные покровы бледно-розовые, сухие на ощупь, чистые от инфекционных и аллергических сыпей. Катаральных явлений нет. Дыхание через нос свободное, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена, перкуторные границы сердца соответствуют возрастной норме. Сердечные тоны громкие, ритм правильный. АД 115/70 мм рт.ст. Живот симметричный, доступен поверхностной и глубокой пальпации, мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме: стул оформленный, обычной окраски, без патологических примесей, 1 раз в день; дизурии нет.

С целью уточнения гликемического статуса пациенту необходимо провести

- растительное масло
- свободную жидкость

- сладкие газированные напитки
- поваренную соль

Результаты обследования

Суточное мониторирование глюкозы

Общий анализ мочи

=====									
Цвет	Прозр	Отн плотн	pH	Белок	Глюкоза	Эпит	Лейкоциты	Эритроциты	
с/ж	полная	1020	7	Abs	Abs	Abs	Abs	Abs	
=====									

Определение глюкозы в крови

7,6 ммоль/л (норма 3,3-5,6 ммоль/л)

Определение базального инсулина

Менее 2 (норма 2-10 мМЕ/мл)

Физическое развитие ребенка оценивается как

- выше среднего, гармоничное
- высокое, ожирение 1 степени
- среднее гармоничное
- выше среднего с избыточной массой тела

На основании данных анамнеза и результатов обследования можно поставить диагноз

- выше среднего, гармоничное
- высокое, ожирение 1 степени
- среднее гармоничное
- выше среднего с избыточной массой тела

Диагноз

Е 10.8 Инсулинозависимый сахарный диабет с неуточненными осложнениями, целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7,5% (текущий 6,7%). Нестабильный этап пубертатного периода

Е11.8 Инсулиннезависимый сахарный диабет с неуточненными осложнениями, тяжелое течение, целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7,5% (текущий 6,7%)

Е13.0 Другие уточненные формы сахарного диабета, MODY-диабет. целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7,5% (текущий 6,7%),

нестабильный этап пубертатного периода

E11.8 Инсулиннезависимый сахарный диабет с неуточненными осложнениями, инсулинопотребный, целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7,5% (текущий 6,7%)

Клиническими признаками гипогликемии являются

- повышение веса, снижение аппетита, слабость, утомляемость, боли в животе, жидкий стул
- снижение веса, снижение аппетита, жидкий стул, запах ацетона, потливость, приступы беспокойства
- слабость, головокружения, потливость, тремор рук, чувство голода
- повышенный аппетит, набор веса, потливость по ночам, приступы тошноты, рвоты, зуд

Основными методами гликемического контроля является инсулинотерапия и

- физическая нагрузка
- назначение иглорефлексотерапии
- назначение витаминно-минеральных комплексов
- диетотерапия

При СД 1 типа содержание макронутриентов (белков, жиров, углеводов) должно быть

- физиологическим по белкам и углеводам, ограниченным по жирам
- физиологическим по белкам и жирам, ограниченным по углеводам
- физиологическим по углеводам и жирам, ограниченным по белкам
- физиологическим

Ограничение в рационе углеводов может привести к развитию

- гипогликемии
- кетоацидоза
- отеков
- лактатацидоза

При расчете дозы болюсного инсулина ориентируются на

- кисло-молочные продукты и углеводы и их энергетическая ценность
- количество углеводов, в перерасчете на хлебные единицы
- количество калорий в порции
- количество жиров и углеводов в пересчете на кКал

При расчете питания данному ребенку сколько необходимо ввести углеводов в перерасчете на ХЕ

- 20
- 12
- 10
- 19-21

Количество углеводов в 1 ХЕ (хлебной единице) соответствует + _____ + г

- 12-15
- 14-18
- 10-12
- 20-23

С целью самоконтроля уровня глюкозы на фоне терапии инсулином наиболее эффективным является

- суточное мониторирование глюкозы
- определение гликированного гемоглобина ежемесячно
- ежедневный гликемический профиль
- исследование глюкозы 4-6 раз в день

При занятиях спортом больным СД необходимо контролировать

- суточное мониторирование глюкозы
- определение гликированного гемоглобина ежемесячно
- ежедневный гликемический профиль
- исследование глюкозы 4-6 раз в день

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 13 лет госпитализирована в стационар с жалобами на выраженные симптомы интоксикации, иктеричность кожных покровов и склер.

Жалобы

На повышенную утомляемость, желтушное окрашивание склер, изменения в анализах крови

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что впервые повышение активности АЛТ до 2,5 норм было выявлено при обследовании по поводу болей в животе в возрасте 7 лет, поставлен диагноз: реактивный гепатит. В 9 лет при повторном обследовании выявлено увеличение печени и селезенки, умеренный геморрагический синдром (гематурия, экхимозы), гипербилирубинемия до 4-5 норм за счет прямой фракции, повышение уровня трансаминаз до 2-4 норм, тромбоцитопения, гипергаммаглобулинемия, повышение уровня IgG, аутоантитела не определялись, поставлен диагноз: аутоиммунный гепатит на стадии цирроза печени и назначен преднизолон (начальная доза 60 мг/сут., в/в, затем 25 мг/сут.

per os), имуран. Через 6 мес. (в 9,5 лет) выросли отечно-асцитический и геморрагический синдромы; ухудшение состояния было связано с приемом имурана, в связи с чем он был отменен, после чего состояние несколько улучшилось. Далее наблюдалась по месту жительства. В динамике в 13 лет по УЗИ – нарастание гепатоспленомегалии, расширение воротной и селезеночной вен; аутоантитела – не обнаружены. Доза преднизолона постепенно была снижена и в 13 лет 4 мес. преднизолон отменен полностью. Через 3 мес. после отмены преднизолона состояние ухудшилось, появились замедление речи, нарушение моторики рук, неадекватность поведения. При обследовании по месту жительства: селезенка 4 см из-под края реберной дуги; повышение трансаминаз (АЛТ 164 ед., АСТ 144 ед), гипергаммаглобулинемия, при УЗИ признаки портальной гипертензии. Получала инфузионную терапию, викасол, вновь назначен преднизолон в дозе 30 мг/сут (за 10 дней доза была снижена до 20 мг/сут).

Поступила в гастроэнтерологическое отделение для уточнения диагноза и определения тактики лечения. При обследовании: в клиническом анализе крови гемоглобин 109 г/л, эритроциты – $2,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $3,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты 48×10^9 /л. В биохимическом анализе крови: АЛТ – 107 ед/л, АСТ – 120 ед/сут., общий белок 68 г/л, альбумин 30 г/л (35-50 г/л), глобулины 38 г/л, билирубин общий – 43 мкмоль/л, прямой – 32 мкмоль/л, холестерин общ. – 3,57 ммоль/л. Zn – 11 (10-16 мкмоль/л), Cu – 13 (11-24 мкмоль/л), сывороточное железо – 9 мкмоль/л, Са – 2,0 ммоль/л.

На ЭГДС: варикозное расширение вен пищевода 1-2 степени.

ЭЭГ: Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга с признаками дисфункции срединных структур. Признаки раздражения лобно-височных отделов, больше слева, усиливающиеся при функциональных пробах. Фотопароксизмальная реакция.

Денситометрия: МПК в области поясничного отдела позвоночника в пределах нормы. L2-L4: BMD – 1,131, Z score = -0,3.

Консультация невролога: в неврологическом статусе дизартрия, нарушение походки, интеллектуально-мыслительные процессы. ЧМН: недостаточность VIIn по периферическому типу справа, легкий парез мягкого неба справа.

Горизонтальный нистагм в краевых отведениях. Умеренно выраженная дистония по экстрапирамидному типу, DS. Координаторные пробы выполняет с дисметрией.

Консультация офтальмолога: Положение глаз правильное. На момент осмотра: отмечается наличие пигмента темно-зеленоватого цвета в верхних квадратах эндотелия роговицы по лимбу на обоих глазах.

Анамнез жизни

Из анамнеза известно, что ребенок от III беременности, протекавшей физиологически, вторых срочных родов с весом 2900 г, длиной 49 см. Раннее психомоторное развитие по возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ, корь, в 3 года – вирусный гепатит А.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Жалобы на замедление речи, нарушение походки. Вес 53,5 кг, рост 165 см. В неврологическом статусе: выраженная

неврологическая симптоматика (дизартрия, дрожание мимической мускулатуры, языка, рук, замедление мелкой моторики, нарушение походки). Кожные покровы бледные, асiae vulgaris на лице, краевая субиктеричность склер. Зев спокойный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 18 в мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца приглушены, ритм сохранен, выслушивается систолический шум на верхушке и в V точке, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 3,5-4 см, край плотноэластической консистенции. Стул регулярный, дизурических явлений нет.

Необходимыми лабораторными исследованиями при данном заболевании являются определение

- суточное мониторирование глюкозы
- определение гликированного гемоглобина ежемесячно
- ежедневный гликемический профиль
- исследование глюкозы 4-6 раз в день

Результаты лабораторных исследований

Суточная экскреция меди с мочой

141,9 мкг/сут.

Суточная экскреция меди с мочой в пробе с пеницилламином

4,663 мкг/сут.

Церулоплазмин

6,8 г/дл (норма 20-60г/дл)

Сывороточное железо

9 мкмоль/л

Медь в крови

13 мкмоль/л

Цинк в крови

11 мкмоль/л

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относится

- суточное мониторирование глюкозы
- определение гликированного гемоглобина ежемесячно
- ежедневный гликемический профиль
- исследование глюкозы 4-6 раз в день

Результаты инструментального метода обследования

УЗИ органов брюшной полости

УЗИ брюшной полости: Желчный пузырь: размер увеличен 93×22 мм, стенки утолщены, форма - деформирована, просвет свободный.

Поджелудочная железа: 15×12×15 мм, эхоструктура в норме, выражена дольчатость.

Печень: правая доля 113 мм, левая доля 65 мм, паренхима – «тяжистость» печеночного рисунка, гипозхогенные участки d- до 22 мм.

Воротная вена - 14 мм, извита, уплотнения по ходу ствола и ветвей воротной вены; печеночный рисунок обеднен.

Селезенка: увеличена в размере 156×84 мм, мелкоочаговая неоднородность паренхимы; добавочная долька в диаметре 34 мм, селезеночная вена - расширена до 15 мм, извита.

Стенки желудка утолщены, гиперсекреция.

Почки: без особенностей.

Ультразвуковое исследование почек

Почки: левая – 120×40 мм, правая – 107×43 мм, положение, смещаемость, паренхима, ЧЛС в норме, справа – удвоение ЧЛС.

Эхо-кардиография

Полости сердца не расширены, стенки не утолщены. Крупные сосуды не изменены. Проплапс передней створки митрального клапана – 4 мм с подклапанной регургитацией (+). Перегородки интактны. Фальшхорды, дополнительная трабекула в полости левого желудочка.

Проведение остеоденситометрии поясничного отдела позвоночника (L2-L4)

МПК в области поясничного отдела позвоночника в пределах нормы. L2-L4: BMD – 1,131, Z score = -0,3.

Для подтверждения диагноза обязательна консультация

- эндокринолога
- кардиолога
- офтальмолога
- невролога

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты клинико-лабораторного, инструментального обследования, а также на основании консультации специалистов установлен окончательный клинический диагноз

- эндокринолога
- кардиолога
- офтальмолога
- невролога

Диагноз

Болезнь Вильсона, смешанная форма (печеночная, ригидно аритмо-гиперкинетическая) на стадии цирроза печени

Болезнь Вильсона, неврологическая форма

Болезнь Вильсона, печеночная форма

Хронический гепатит неясной этиологии

Дополнительным методом обследования, необходимым для подтверждения основного диагноза является

- УЗИ почек
- молекулярно-генетическое исследование крови для поиска мутаций в гене АТР7В
- эхокардиография
- эзофагогастродуоденоскопия

Диагноз болезнь Вильсона, смешанная форма установлен на стадии

- фульминантного гепатита
- хронического гепатита
- доклинической
- цирроза печени

Принцип диетотерапии при болезни Вильсона заключается в

- назначении основного варианта диеты
- уменьшении поступления меди и железа
- назначении диеты с повышенным количеством белка
- уменьшении поступления меди в организм

Необходимо исключить продукты, содержание меди в которых превышает + ____ + мг/100 гр

- 0,25
- 0,50
- 1,0
- 0,5

Основным методом лечения болезни Вильсона является прием препаратов

- глюкокортикостероидов
- гепатопротекторов
- хелаторов меди
- хелаторов меди и препаратов цинка

Расчетная доза пенициллина для пациентов с болезнью Вильсона составляет + _____ + в сутки

- 10 мг
- 15 мг/кг
- 20 мг/кг
- 2 г

Оценка эффективности проводимой патогенетической терапии при болезни Вильсона заключается в определении уровня

- церулоплазмина и уровня свободной меди в крови
- церулоплазмина в крови
- меди в крови
- суточной экскреции меди с мочой

Прогноз при болезни Вильсона при отсутствии патогенетической терапии

- церулоплазмина и уровня свободной меди в крови
- церулоплазмина в крови
- меди в крови
- суточной экскреции меди с мочой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога мальчик 11 лет с мамой

Жалобы

На избыточную массу тела, изменения в анализах крови.

Анамнез заболевания

В 02.2013г. (8 лет) у мальчика появились боли в животе. На УЗИ в IV.2013г. выявлена гепатомегалия, диффузные изменения печени, реактивные изменения поджелудочной железы. В связи с выявленным синдромом цитолиза и наличием антител IgG, IgM к EBV –диагноз: EBV-инфицирование. На фоне проводимой противовирусной терапии боли в животе усилились и ребенок госпитализирован в стационар. 05.2013г.: печень +1,5 см, плотно-эластичная, селезенка не пальпируется. В б/х анализе крови минимальная активность трансаминаз. При проведении УЗИ сохраняется гепатомегалия с диффузными изменениями паренхимы. При УЗИ почек – признаки обменной нефропатии. Эхо-КГ – признаки дисфункции трикуспидального клапана.

Был установлен диагноз: Хронический бульбит. Гепатобилиарная дисфункция (ДЖП, гипомоторный тип, жировой гепатоз). Обменная нефропатия. Миопия слабой степени. Ангиопатия сетчатки. МАРС: дисфункция хорд трикуспидального клапана с физиологической регургитацией 1 степени.

В дальнейшем, в динамике (II.2014г) отмечалось нарастание с-ма цитолиза, CMV IgG+, HSV 1,2 IgG+, EBV IgG+, IgM+. Ребенку назначен урсофальк 250 мг. Мальчику на приеме у диетолога предложено обследование в стационаре. При обследовании: ОАК - Нв – 150 г/л, эр. – $5,0 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 180×10^9 /л. В б/х крови: АСТ – 84,4 ед/л, АЛТ 219 ед/л, ГГТ 54,6 ед/л, холестерин – 4,30 ммоль/л, коагулограмма, иммунограмма, аутоантитела, КЩС- в норме. ПЦР на CMV, EBV, HSV 1,2, HHV-6 -отрицательно.

Кровь на исследование мутаций в гене HFE на гемохроматоз: мутаций С282У и Н63D не обнаружено.

Консультация офтальмолога: Ангиопатия сетчатки по венозному типу. Спазм

аккомодации.

Консультация психотерапевта: Тревожно-невротическое состояние с тиками и функциональной гипертермией.

Анамнез жизни

Ребенок от I беременности, протекавшей с гестозом II половины, на фоне ФПН, варикозного расширения вен, герпеса, от I срочных оперативных родов (ягодичное предлежание). Вес при рождении – 2940 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Ранний период адаптации протекал без особенностей. Психомоторное развитие – по возрасту. Профилактические прививки проведены в соответствии с календарем вакцинации.

Перенесенные заболевания: наблюдался по поводу водянки яичек (на 1 году жизни), с 3 лет – у невролога по поводу ММД, ЗРР, с XI.2012 года – по поводу поражения экстрапирамидной системы, генерализованных тиков; с 2007г. – у ЛОР по поводу гипертрофии небных миндалин, с 2010г. - аденоидов (аденотомия в 2011г.); перенес ангину, частые ОРВИ, о.гайморит (10.2011г.).

Объективный статус

Состояние средней тяжести по основному заболеванию, самочувствие удовлетворительное. Жалобы на периодические боли в животе, непроизвольные тики лица, повышенную утомляемость, повышение T тела до 37 в течение года, головокружение на фоне переутомления. Вес – 57,2 кг. Рост – 155,5 см. ИМТ – 23,7 кг/м²; Z-score ИМТ +2,13. Катаральных явлений нет. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Грудная клетка симметричная, перкуторно – ясный легочный звук над всеми полями легких; аускультативно – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД - 18 в мин. Область сердца визуально не изменена, перкуторные границы сердца соответствуют возрастной норме. Тоны сердца ясные ритмичные. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в эпигастрии, в точке желчного пузыря. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеполовая система сформирована по мужскому типу, дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

Основным показателем крови и мочи при данном заболевании, изменения которого подтверждают диагноз, является

- церулоплазмина и уровня свободной меди в крови
- церулоплазмина в крови
- меди в крови
- суточной экскреции меди с мочой

Результаты обследования

Уровень церулоплазмина

0,23 г/л

Уровень суточной экскреции меди с мочой

88,2 мкг/сут

Уровень суточной экскреции меди с мочой в пробе с пеницилламином

1608,9 мкг/сут

Мутация в гене АТР7В

При исследовании гена АТР7В выявлена мутация у ребенка выявлена мутация с.1340-1343del4 в гетерозиготном состоянии

Уровень цинка в крови

В пределах возрастной нормы

Уровень сывороточного железа

В пределах нормы.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- церулоплазмина и уровня свободной меди в крови
- церулоплазмина в крови
- меди в крови
- суточной экскреции меди с мочой

Результаты инструментальных методов обследования

УЗИ органов брюшной полости

УЗИ брюшной полости: Желчный пузырь: увеличен- 90x27 мм, форма – обычная, просвет свободный, стенки утолщены до 3 мм.

Поджелудочная железа: увеличена 20x18x24 мм, эхогенность средняя, паренхима однородная, стенки сосудов не изменены. Вирсунгов проток не изменен.

Печень: левая доля – 78 мм, правая доля – 138 мм. Паренхима – мелкоочаговая диффузная неоднородность, л/у не визуализируются, эхогенность повышена. Ствол воротной вены – 9 мм, стенки в норме. ОЖП не расширен, печеночные вены в норме. Кровоток не изменен. Контур четкий, ровный.

Селезенка не увеличена: 103x60мм, паренхима однородная, эхогенность средняя; селезеночная вена - 5 мм (норма).

Желудок: секрет есть, стенки не утолщены.

12-перстная кишка: стенки не утолщены.

Заключение: УЗ признаки диффузных изменений паренхимы печени, ДЖВП, вторичных изменений поджелудочной железы.

Ультразвуковая эластография печени

Проведена серия из 17 успешных измерений; доля успешных измерений от общего их числа составила 100 %. Медиана измерений эластичности печени составляет 6,2 кПа; в различных участках правой доли печени эластичность ее однородна IQR=0,6, что соответствует гистологической стадии -F1 (по METAVIR).

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

ЛД– 14x16x42 мм; ПД – 14x14x45 мм, перешеек – 3 мм. Общий объем = 8,731 см³ (3,38-6,24 см³). Паренхима однородная, эхогенность средняя. При ЦДК кровоток не изменен. Региональные л/узлы не визуализируются.

Заключение: УЗ признаки увеличения объема без изменений паренхимы щитовидной железы.

Ультразвуковое исследование почек

Левая – 95x36 мм, положение обычное; ЧЛС не изменена, стенки не изменены.

Правая– 96x36 мм, ЧЛС, стенки в норме. Смещаемость паренхима, кровоток – в норме.

Зона надпочечников не изменена.

Мочевой пузырь не заполнен, стенки тонкие, ровные, просвет анэхогенный.

Эхокардиография

Морфометрические и функциональные параметры сердца в норме. Крупные сосуды, клапаны, перегородки, полости не изменены. Сократимость миокарда в норме. Диастолическая функция не изменена.

Остеоденситометрия поясничного отдела позвоночника (L2-L4)

Минеральная плотность костной ткани в пределах возрастной нормы. $Z = -0,3$; BMD – 0,779.

На основании анамнеза, результатов клинико-лабораторного и инструментального обследования, а также результатов генетического анализа пациенту поставлен клинический диагноз

- церулоплазмина и уровня свободной меди в крови
- церулоплазмина в крови
- меди в крови
- суточной экскреции меди с мочой

Диагноз

Болезнь Вильсона, печеночная форма

Болезнь Вильсона, неврологическая форма

Неалкогольная жировая болезнь печени

Хронический гепатит неясной этиологии

На основании результатов комплексного обследования и оценки физического развития установлен сопутствующий диагноз

- Неалкогольная жировая болезнь печени
- Жировой гепатоз
- Экзогенно-конституциональное ожирение 1 степени (Z -score ИМТ +2,13)
- Стеатогепатит

Диетотерапия при болезни Вильсона направлена на

- усиление выведения меди из организма
- уменьшение поступления железа
- уменьшение поступления меди в организм
- уменьшение поступления цинка

Диета у пациентов с болезнью Вильсона и сопутствующим экзогенно-конституциональным ожирением в условиях стационара должна быть

- низкокалорийной
- высокобелковой
- низкобелковой
- нормокалорийной

Прием поливитаминов и пищевых добавок

- разрешается 1 раз в 3 месяца
- разрешается 1 раз в год
- запрещается
- разрешается 1 раз в 6 месяцев

Патогенетическая терапия при болезни Вильсона проводится

- гепатопротекторами
- глюкокортикостероидами
- хелаторами меди
- хелаторами меди и препаратами цинка

Терапевтическая доза пенициллина для данного пациента с болезнью Вильсона составляет + _____ + мг в сутки

- 750
- 500
- 850
- 1000

Количество приема пенициллина + _____ + раз в сутки

- 3-4
- 5-6
- 1-2
- 2-3

Показателем эффективности проводимой патогенетической и диетотерапии является

- определение уровня церулоплазмина
- определение уровня меди в сыворотке крови
- определение уровня суточной меди в моче
- определение уровня свободной меди

Поддерживающая доза пенициллина назначается при уровне суточной экскреции меди с мочой ниже + _____ + мкг/сут

- определение уровня церулоплазмина
- определение уровня меди в сыворотке крови
- определение уровня суточной меди в моче

- определение уровня свободной меди

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 16 лет госпитализирована в стационар с жалобами на периодические боли в животе, нарушение походки, тремор рук.

Жалобы

на периодические боли в животе, нарушение походки, тремор рук

Анамнез заболевания

В 6-летнем возрасте девочка перенесла острый диффузный гломерулонефрит, отмечались изменения в анализах мочи, отеки, слабость, утомляемость, снижение аппетита. Ребенок был госпитализирован по месту жительства, после курса лечения состояние нормализовалось. В 9 лет с жалобами на субфебрилитет, отеки, боли в суставах, мышцах, быструю утомляемость госпитализирована по месту жительства – диагноз: после проведенного лечения (преднизолон 6 таб (30 мг/сут) с постепенной отменой в течении 1/2 г, курантил) девочка с улучшением выписана домой. В 12-летнем возрасте на фоне ОРВИ появились слабость, боли в мышцах и суставах, носовые кровотечения, присоединилась неврологическая симптоматика - затруднение речи, замедленность движений, тремор. Девочка обследована по месту жительства, диагноз дерматомиозит снят. На КТ: выраженная гидроцефалия, на ЭЭГ - общемозговые явления.

Поставлен диагноз - паркинсонический синдром неясного генеза, внутричерепная гипертензия, компенсированная. Получала лечение: трентал, курантил без положительного эффекта, неврологическая симптоматика нарастала.

Поступила в клинику для уточнения диагноза. При обследовании: в клиническом анализе крови гемоглобин 116 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $3,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты 160×10^9 /л. В биохимическом анализе крови: АЛТ - 98 ед/л, АСТ - 102 ед/сут., общий белок 70г/л, альбумин 40г/л (35-50г/л), глобулины 23г/л, билирубин общий – 15 мкмоль/л, прямой – 2 мкмоль/л, холестерин общ. – 4,2 ммоль/л. Zn - 16 (10-16 мкмоль/л), Cu – 15 (11-24 мкмоль/л), сывороточное железо – 12 мкмоль/л. Са – 2,1 ммоль/л.

Эхо-КГ: патологии не выявлено. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС – 78 уд. в мин.

Вертикальное положение ЭОС.

ЭЭГ: Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга с признаками дисфункции срединных структур. Признаки раздражения лобно-височных отделов, больше слева, усиливающиеся при функциональных пробах.

МРТ: эмбриофетальные нарушения, агенезия червя мозжечка, постинфекционные поражения таламической области, правосторонняя гемиатрофия.

Денситометрия: Остеопения поясничного отдела позвоночника, Z-score = -1,7, BMD – 1,033.

Консультация невролога: в неврологическом статусе: эмоциональная сфера

уплощена, эйфорична; дефицит познавательной деятельности, ЧМН: - устойчивый нистагм OD, дизартрия. Мышечный тонус нарастающий D>S; сухожильные рефлексы оживлены, D>S; тремор кистей рук, дисметрия справа, атаксия.

Консультация офтальмолога: Щелевая лампа: радужка дистрофична, пигментная зернистость, недостаточность зрительного пигмента. Отложения пигмента желтого цвета в верхних и нижних отделах роговицы. Глазное дно: полнокровие вен.

Заключение: кольцо Кайзера-Флейшера на роговице обоих глаз, ангиопатия сетчатки.

Анамнез жизни

Из анамнеза известно, что девочка от IV беременности, протекавшей физиологически, третьих срочных родов с весом 3300 г, длиной 51 см. Раннее психомоторное развитие по возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, паротит, вителиго с 2 лет, энтеробиоз, о. бронхит.

Объективный статус

Состояние средней тяжести по основному заболеванию. Кожные покровы смуглые, сухие, на лице аспае vulgaris. Зев спокойный. Катаральных явлений нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС - 74 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии и в точке Кера. Печень +0,5-1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме. Отмечается тремор кистей, нечеткость речи.

Необходимыми лабораторными исследованиями являются определение

- определение уровня церулоплазмина
- определение уровня меди в сыворотке крови
- определение уровня суточной меди в моче
- определение уровня свободной меди

Результаты лабораторных исследований

Суточная экскреция меди с мочой

107,6 мкг/сут.

Суточная экскреция меди с мочой в пробе с пеницилламином

3432,2 мкг/сут.

Церулоплазмин

4,3 г/дл (норма 20-60г/дл).

Сывороточное железо

12 мкмоль/л

Медь в крови

15 мкмоль/л

Цинк в крови

16 мкмоль/л

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относится

- определение уровня церулоплазмينا
- определение уровня меди в сыворотке крови
- определение уровня суточной меди в моче
- определение уровня свободной меди

Результаты инструментального метода обследования

УЗИ органов брюшной полости

Желчный пузырь: размер увеличен 86x12 мм, стенки утолщены (3 мм), просвет свободный.

Поджелудочная железа: размер средний 14x11x17 мм, паренхима однородная.

Печень: размер: левая доля 64 мм, правая доля 137 мм, контур неровный, паренхима неоднородная за счет гипоэхогенных участков d= 8-14 мм, узлы d= 20 мм, гиперэхогенные тяжи по ходу ветвей воротной вены; воротная вена – 11 мм, уплотнены стенки. Печёночные вены: рисунок обеднен, 2-х фазный кровотоков.

Селезенка: размер увеличен 123x63 мм, паренхима гиперэхогенная, умеренно неоднородная. Ствол селезеночной вены 9 мм, извита. Множественные в/органные ветви с гиперэхогенными стенками.

Почки: Левая – 117x46 мм, правая – 115x41 мм, верхняя группа чашечек – 11 мм.

Ультразвуковое исследование почек

Почки: Левая – 117x46 мм, правая – 115x41 мм, верхняя группа чашечек – 11 мм.

Эхокардиография

Без патологии

Остеоденситометрия поясничного отдела позвоночника (L2-L4)

Остеопения поясничного отдела позвоночника, Z-score = -1,7, BMD – 1,033.

Для подтверждения диагноза обязательна консультация специалистов

- офтальмолога и невролога
- невролога и кардиолога
- эндокринолога и невролога
- оториноларинголога и офтальмолога

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты клинико-лабораторного, инструментального обследования, а также на основании консультации специалистов установлен окончательный клинический диагноз

- офтальмолога и невролога
- невролога и кардиолога
- эндокринолога и невролога
- оториноларинголога и офтальмолога

Диагноз

Болезнь Вильсона, смешанная форма (печеночная, дрожательно-ригидная) стадия хронического гепатита

Болезнь Вильсона, неврологическая форма

Болезнь Вильсона, печеночная форма

Хронический гепатит неясной этиологии

К дополнительным методам обследования, необходимым для подтверждения смешанной формы болезни Вильсона относят

- ЭКГ и эхокардиографию
- денситометрию и ЭКГ
- эзофагогастродуоденоскопию и УЗИ брюшной полости
- электроэнцефалографию и МРТ головного мозга

Диагноз болезнь Вильсона, смешанная форма установлен на стадии

- хронического гепатита
- доклинической
- фульминантного гепатита
- цирроза печени

Принцип диетотерапии при болезни Вильсона заключается в

- уменьшении поступления меди в организм
- уменьшении поступления меди и железа
- назначении диеты с повышенным количеством белка
- назначении основного варианта диеты

Необходимо исключить продукты, содержание меди в которых превышает + ____ + мг/100 гр

- 1,5
- 2,0
- 1,0
- 0,5

Основным методом лечения болезни Вильсона является прием препаратов

- гепатопротекторов
- хелаторов меди
- хелаторов меди и препараты цинка
- глюкокортикостероидов

Расчетная доза пеницилламина для пациентов с болезнью Вильсона составляет + ____ + мг/кг в сутки

- 15
- 5
- 10
- 20

Показателем эффективности проводимой патогенетической терапии при болезни Вильсона является определение уровня

- суточной экскреции меди с мочой
- церулоплазмина в крови
- церулоплазмина и уровня свободной меди в крови
- меди в крови

Прогноз при отсутствии терапии при смешанной форме болезни Вильсона

- суточной экскреции меди с мочой
- церулоплазмина в крови
- церулоплазмина и уровня свободной меди в крови
- меди в крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога мать с 15 летней девочкой.

Жалобы

На повышенный аппетит, высокий уровень холестерина.

Анамнез заболевания

Впервые повышение уровня холестерина до 6,7 ммоль/л было выявлено в 11 лет, при обследовании у эндокринолога по поводу избыточной массы тела и субклинического гипотиреоза. Получала курсами липоевую кислоту, желчегонные препараты. В динамике через год: холестерин общ.- 7,0 ммоль/л. ЛПНП – 4,6 ммоль/л, глюкоза – 4,6-5,1 ммоль/л.

При обследовании: ОАК в пределах нормы. В биохимическом анализе крови АЛТ – 30 ед/л. АСТ – 26 ед/л, ГГТ – 8, ЩФ – 51 ед/л, уровень холестерина остается повышенным: 8,5 ммоль/л, ЛПНП – 6,79 ммоль/л, ЛПВП – 1,30 ммоль/л. Гормоны щитовидной железы в пределах нормы.

УЗИ брюшной полости: УЗ признаки гастродуоденита, признаки ДЖВП, вторичных изменений поджелудочной железы. УЗИ щитовидной железы без патологии.

Эхо-КГ: Морфометрические и функциональные параметры сердца в норме. Крупные сосуды, клапаны, перегородки, полости не изменены. Сократимость миокарда в норме. Диастолическая функция не изменена. Дополнительная трабекула в полости левого желудочка. ПМК с регургитацией.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС – 73 уд. в мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

Консультация кардиолога: Семейная гиперхолестеринемия.

Молекулярно-генетическое исследование крови: в гене LDLR (гиперхолестеринемия семейная, аутосомно - доминантная, MIM 143890) выявлена мутация NM_000527:c/1202T>A в гетерозиготном состоянии.

Анамнез жизни

Девочка от II беременности, протекавшей на фоне диффузного нетоксического зоба I степени, II срочных родов с весом – 3100 г, длиной - 48 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Грудное вскармливание до 3 мес., затем искусственное. Прикорм по возрасту.

Наследственностьотягощена по линии отца: у отца ИБС, 3 инфаркта в 43г., инсульт, у бабушки инсульт в молодом возрасте, гиперхолестеринемия.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа в 4 года; аппендэктомия в 13 лет. С 11 лет наблюдается у кардиолога с диагнозом: ВСД с функциональной кардиопатией, синусовой тахикардией.

Объективный статус

Состояние девочки удовлетворительное. Жалобы на повышение уровня холестерина. Вес – 53,2 кг. Рост – 162,5 см, ИМТ – 20,3 кг/м², Z-score ИМТ = 0,25. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые.

Катаральных явлений нет. Дыхание через нос свободное. В легких при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС- 71 уд. в минуту.

АД- 107/59 мм рт.ст. Язык у корня обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастрии, в точке желчного пузыря.

Печень и селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Диурез положительный.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются определение уровня

- суточной экскреции меди с мочой
- церулоплазмина в крови
- церулоплазмина и уровня свободной меди в крови
- меди в крови

Результаты лабораторных методов обследования

Холестерин

8,5 ммоль/л.

ЛПНП

6,75 ммоль/л

Активность трансаминаза

АЛТ – 30 ед/л, АСТ – 26 ед/л

Триглицериды

1,4 ммоль/л

ГГТ

8 ед/л

ЩФ

51 ед/л

Окончательный диагноз ставится на основании

- доплерографии сосудов шеи
- молекулярно-генетического исследования крови
- эхокардиографии
- сфигмографии

Учитывая жалобы, анамнез жизни, результаты молекулярно генетического исследования крови пациенту поставлен клинический диагноз

- доплерографии сосудов шеи
- молекулярно-генетического исследования крови
- эхокардиографии
- сфигмографии

Диагноз

Чистая гиперхолестеринемия, детерминированная мутацией гена рецептора ЛПНП

Чистая гиперхолестеринемия, аутосомно-доминантная тип В

Чистая гипертриглицеридемия

Семейная комбинированная гиперлипидемия

В зависимости от типа наследования выделяют

+ _____ + формы семейной гиперхолестеринемии

- вероятную и возможную
- определенную и возможную
- гетерозиготную и гомозиготную
- вероятную и определенную

В соответствии с критериями Саймона Брума (Simon Broome) по вероятности наличия гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии выделяют + _____ + СГХС

- гетерозиготную
- вероятную
- гомозиготную и гетерозиготную
- определенную и возможную

Основным лечебным подходом при семейной гиперхолестеринемии служит назначение

- желчегонных препаратов
- диетотерапии
- адсорбентов
- физической нагрузки

Рекомендовано ограничить употребление холестерина у пациентов с семейной гиперхолестеринемией до + ____ + мг/день

- 200
- 300
- 350
- 250

У детей с подтвержденной семейной гиперхолестеринемией рекомендуется начинать медикаментозное лечение с + ____ + лет

- 14
- 10
- 15
- 12

Целью лечения является снижение уровня липопротеидов низкой плотности у детей ниже + ____ + ммоль/л

- 3,5
- 4,0
- 3,7
- 3,9

Целью лечения является снижение уровня липопротеидов низкой плотности у взрослых ниже + ____ + ммоль/л

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

Всем пациентам с семейной гиперхолестеринемией с целью снижения уровня общего холестерина и ХС-ЛНП рекомендуется соблюдение диеты с ограничением потребления насыщенных жиров менее + ____ +% от потребляемых ккал/день

- 7
- 15
- 10
- 5

Диетотерапию и медикаментозную терапию при семейной гиперхолестеринемии рекомендовано соблюдать

- 7
- 15
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога девочка 14 лет с мамой

Жалобы

На избыточную массу тела

Анамнез заболевания

Со слов мамы, за последний год прибавила 5 кг. Физическая активность низкая.

При обследовании:

Общий анализ крови:

|=====

| НВ (г/л) | Эр.(10^{12} /л) | Нт | Лейк. (10^9 /л) | Эоз. (%) | Нейтр

(%) | Лф

(%) | Мон.

(%) | ТВ (10^9 /л) | СОЭ

мм/ч

| 131 | 4,62 | 0,394 | 6,8 | 1,6 | 4,2 | 30,5 | 6,4 | 313 | 8

|=====

{nbsp}

Общий анализ мочи

|=====

| Цвет | Прозр | Уд.вес | рН | Бел | Глюк | Уробил | Кет | Бил | Лейк | Эр. | Соли

| С/ж | Сл/мут | 1011 | Кисл | 0 | 0 | 0 | 0 | 0-1 | 0 | ++

|=====

{nbsp}

УЗИ органов брюшной полости:

Желчный пузырь: увеличен (82x20 мм), стенки утолщены (2 мм), просвет свободный, форма не изменена.

Поджелудочная железа: (16x12x21 мм), паренхима однородная: эхогенность обычная.

Печень: размер средний: ЛД - 85 мм, ПД - 118 мм, контур ровный, паренхима не изменена; уплотнены стенки в/печеночных желчных протоков. Диаметр ствола воротной вены - 9 мм. Печеночные вены не изменены.

Селезенка: не увеличена (96x48мм), паренхима обычной эхогенности; селезеночная вена – 5 мм.

Желудок и 12 перстная кишка – секрет есть, стенки не утолщены.

УЗИ щитовидной железы без изменений.

ЭКГ: Синусовая аритмия, ЧСС – 70 уд. в мин. Вертикальное положение электрической оси сердца. Блокада правой ножки п. Гиса.

Анамнез жизни

Девочка от II беременности, протекавшей физиологически, вторых срочных самостоятельных родов с весом - 3900 гр, длиной- 53 см. Грудное вскармливание до 6 мес. До 1 года проявления атопического дерматита.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, краснуха. Профилактические прививки по возрасту. Наследственность отягощена: со стороны матери у тети сахарный диабет 2 типа, у бабушки сахарный диабет 2 типа с 50 лет. Со стороны отца - артериальная гипертензия.

Объективный статус

Состояние стабильное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Рост – 170 см, Z-score роста= +1,47, вес – 77,3 кг, ИМТ-26,7 кг/м², Z-score ИМТ = +1,90, ОТ – 97 см, ОБ – 106 см. Носовое дыхание не затруднено. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипы не выслушиваются. Область сердца не изменена. Патологической пульсации сосудов нет, тоны звучные, аритмичные. Язык обложен у корня беловатым налетом. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме.

Наиболее информативным при постановке диагноза для данной патологии является определение

- веса
- роста
- окружности талии
- индекса массы тела

Основными лабораторными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза являются

- веса
- роста
- окружности талии
- индекса массы тела

Результаты лабораторных методов обследования

Стандартный пероральный глюкозотолерантный тест с глюкозой (СГТТ)

Проба с нагрузкой глюкозой 75 гр: глюкоза до нагрузки – 5,2 ммоль/л, после нагрузки на 120 минуте 8,5 ммоль/л (в периферической крови).

Биохимический анализ крови

|=====
| Хол | Тригл | Моч. к-та | Глюк | О.бил | Амилаза | ГГТ | ЩФ | АЛТ | АСТ
2+^ | ммоль/л | мкм/л | ммоль/л | мкмоль/л | Ед/л | Ед/л | Ед/л | Ед/л | Ед/л
| до 5,2 | до 1,7 | 140-340 | 3,9-5,8 | до 20 |
| 10-40 | 42-117 | 4-31 | до 35
| 2,84 | 1,38 | 266 | 4,37 | 9,05 | 37,2 | 18,5 | - | 18,6 | 13,7

|=====
|

Общий анализ крови

|=====
| НВ (г/л) | Эр.(10¹²/л) | Нт | Лейк. (10⁹/л) | Эоз. (%) | Нейтр
(%) | Лф

(%) | Мон.

(%) | ТВ (10^9 /л) | СОЭ

мм/ч

| 131 | 4,62 | 0,394 | 6,8 | 1,6 | 4,2 | 30,5 | 6,4 | 313 | 8

|====

Иммунологический анализ крови

Норма

Общий анализ мочи

|====

| Цвет | Прозр | Уд.вес | рН | Бел | Глюк | Уробил | Кет | Бил | Лейк | Эр. | Соли

| С/ж | Сл/мут | 1011 | Кисл | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0-1 | 0 | ++

|====

Гормоны щитовидной железы

Гормоны щитовидной железы в норме: ТТГ – 2,81, Т3-3,03, Т4 – 1,34, АТТПО – 11,38.

К наиболее важным инструментальным методам обследования для постановки диагноза и оценки состояния относятся

- веса
- роста
- окружности талии
- индекса массы тела

Результаты инструментальных методов обследования

Биоимпедансометрия

Оценка состава тела (биоимпедансный анализ)

|====

| Параметры | результат | нормы

| Вес | 77,3 | 53,6-72,6

| Индекс массы тела | 26,7 | 18,8-24,8

| ОВО | 32,2 | 32,1-10,6

| Жировая масса (кг) | 28,0 | 11,6-23,2

| МСМ (кг) | 24,0 | 24,2-29,6

| Минеральные вещества | 3,42 | 2,98-3,64

| Протеины | 8,6 | 8,6-10,6

| Соотношение талия /бедря | 0,770,75-0,85 |

|====

Оценка основного обмена методом непрямой калориметрии

Исследование основного обмена методом непрямой респираторной калориметрии

[cols="25%,^25%,^25%"]

|====

| Потребление кислорода | 0,25 | N – 0,276

| Выделение углекислого газа | 0,18 | -

| Дыхательный коэффициент | 0,73 | N – 0,69-1,3

| Энерготраты покоя | 1710 | N – 1121 -1370

|====

{nbsp}

Окисление субстратов:

|====

|

| Углеводы | Жиры | Белки

| Скорость окисления, г/сут | 37,58 (213,7-320,6) | 155,93 (47,5-95,0) | 16,91 (42,04-58,23)

| Скорость окисления, ккал/сут | 150,32 (854,8-128,2) | 1403,34(427,4-854,8) | 67,65 (168,14-232,91)

|====

{nbsp}

Общие энерготраты основного обмена составили 1710 ккал/сут. Это свидетельствует о нормальном уровне энергетического обмена. Скорость окисления углеводов снижена на 82%. Скорость окисления жиров повышена. Скорость окисления белка снижена – отражение стабильности активной клеточной массы. Минимальные потребности в белке –17 г/сут.

Спирография

ЖЕЛ в норме. Бронхиальная проходимость не нарушена.

УЗИ щитовидной железы

УЗИ щитовидной железы в норме

Электрокардиография

Синусовая аритмия, ЧСС – 70 уд. в мин. Вертикальное положение электрической оси сердца. Блокада правой ножки п. Гиса.

Дополнительная информация

<https://www.who.int/tools/child-growth-standards/software>[Калькулятор ВОЗ]

На основании анамнеза, данных осмотра, оценки индекса массы тела, результатов обследования пациентке поставлен основной клинический диагноз

- веса
- роста
- окружности талии
- индекса массы тела

Диагноз

Избыточная масса тела (SDS ИМТ= +1,90). Нарушение толерантности к глюкозе

Нормальная масса тела

Ожирение экзогенно-конституциональное 1 степени

Ожирение экзогенно-конституциональное 2 степени

Избыточную массу тела у детей и подростков от 0 до 19 лет следует определять как ИМТ от + ___ + до + ___ + SDS ИМТ

- 2; 3
- 1; 2
- 1,5; 2,5
- 0,5; 1,5

Основным методом лечения при избыточной массе тела является

- коррекция питания
- использование поливитаминов
- назначение бигуанидов
- физическая активность

При избыточной массе тела питание ребенка необходимо привести к возрастной физиологической норме в первые + _____ + дней

- 7-10
- 10-14
- 15-20
- 7-14

Пациентам с избыточной массой тела рекомендуется дробный режим питания + _____ + раз в день

- 4-5
- 5-6
- 3-4
- 2-3

Учитывая полученные результаты основного обмена, снижение калорийности рациона целесообразно проводить преимущественно за счет редукации

- углеводов и белка
- жиров
- углеводов
- белка

При нарушении толерантности к глюкозе и избыточной массе тела у детей и подростков ограничиваются

- рафинированные сахара и продукты, богатые углеводами
- жиры и углеводы
- углеводы и продукты, богатые клетчаткой

- белки

При низком уровне физической активности для определения суточной калорийности рациона показатель энерготрат покоя умножается на коэффициент

- 1,4
- 1,6
- 1,8
- 1,9

Учитывая результаты основного обмена у данного ребенка, рекомендованная калорийность рациона питания должна составить не менее + _____ + ккал/сут

- 1,4
- 1,6
- 1,8
- 1,9

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В. 40 лет, бухгалтер. Обратился на консультацию к врачу в связи с ухудшением самочувствия.

Жалобы

На появление болей в эпигастральной области, носящих жгучий характер, возникающих через 1-1,5 часа после приема пищи иррадиирующих в левую лопатку и левую часть грудной клетки. Отрыжка кислым.

Анамнез заболевания

Боли в эпигастральной области и отрыжка кислым беспокоят в течение 3,5 месяцев. Сначала появилась боль, возникающая через 1-1,5 часа после приема пищи, иррадиирующая в левую часть грудной клетки и левую лопатку. Боль уменьшалась после приема антацидных лекарственных средств, а также употребления молочных продуктов. В течение двух недель до обращения к врачу состояние значительно ухудшилось: появилось значительное усиление боли. За 2 недели масса тела снизилась на 4 кг. Появилась отрыжка кислым.

Анамнез жизни

- * курит по 15 сигарет в день
- * алкоголь употребляет редко
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергических реакций не выявлено
- * мать здорова, у отца – язвенная болезнь желудка
- * 2-3 разовое питание в течение дня, перерыв между приемами пищи от 4 до 8 часов.
- * завтрак около 6% суточной калорийности преимущественно в виде чашки

кофе с молоком и сахаром 200 мл, перекус в первой половине дня около 20% энергии суточного рациона, обед в период с 14 до 16 часов составляет около 34% энергии суточного рациона, ужин в период с 21 до 23 составляет около 25% суточного рациона.

* в течение дня пьет газированные напитки, которые составляют до 15 % калорийности рациона.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 178 см, вес 53,3 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 135/80 мм рт. ст. Живот симметричный, мягкий, отмечается умеренная болезненность в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные. Периферических отеков нет.

Лабораторными методами исследования, используемыми для постановки диагноза у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, являются

- анализ кала на скрытую кровь
- определение антинуклеарных антител
- общий анализ мочи
- общий анализ крови
- определение антител к циклическому цитруллинированному пептиду
- общий анализ мокроты

Инструментальными методами исследования, применение которых целесообразно для постановки диагноза, являются

- анализ кала на скрытую кровь
- определение антинуклеарных антител
- общий анализ мочи
- общий анализ крови
- определение антител к циклическому цитруллинированному пептиду
- общий анализ мокроты

Результаты инструментальных методов обследования

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

Слизистая пищевода без признаков патологии, кардиальный жом смыкается. В желудке умеренное количество жидкости, слизь; в области большой кривизны желудка выявлен язвенный дефект размерами 21x23 мм, края ровные, гиперемированные, отечные, утолщены, в дне язвы склероз и тромбоз сосудов, фибринозные наложения.

Р-графия пищевода и желудка

Пищевод свободно проходим. Кардиальный жом смыкается. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положении Тренделенбурга заброс желудочного содержимого в пищевод не наблюдается, складки слизистой желудка обычного калибра, в области тела желудка по большой кривизне

обнаружен симптом «ниши», перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей.

Рентгенография органов грудной клетки

Изменений не выявлено

Электрокардиография (ЭКГ)

Изменений не выявлено

Эхокардиография (ЭхоКГ)

Изменений не выявлено

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ)

Изменений не выявлено

Пищевой статус у пациента рекомендуется оценивать на основании

- биоимпедансометрии
- уравнения Харриса-Бенедикта
- прямой калориметрии
- индекса массы тела

Расчетное значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет

- 36,8
- 16,8
- 6,8
- 26,8

По результатам анамнеза, жалоб, лабораторных и инструментальных исследований, наиболее вероятным диагнозом у данного пациента является

- 36,8
- 16,8
- 6,8
- 26,8

Диагноз

Язвенная болезнь желудка

Рак желудка

Полипы желудка

Дивертикулез кишечника

По результатам экспресс-оценки пищевого статуса у пациента наблюдается

- нормальная масса тела, удовлетворительная степень питания
- недостаточная масса тела, тяжелая степень недостаточности питания
- недостаточная масса тела, легкая степень недостаточности питания
- недостаточная масса тела, средняя степень недостаточности питания

На начальном этапе лечения выявленного заболевания с целью уменьшения проявления симптомов болезни рекомендуется назначать

- прокинетики
- нитраты
- цитопротекторы
- ингибиторы протонной помпы

Вариантом диеты, рекомендованной при выявленном заболевании, является диета с

- пониженным содержанием жира (НЖД)
- повышенным содержанием белка (ВБД)
- повышенным содержанием углеводов (ВУД)
- механическим и химическим щажением (ЩД)

При патологии органов пищеварения ведущим принципом диетотерапии является

- предпочтительное использование в питании продуктов и блюд с низким гликемическим индексом
- использование в питании обезжиренных продуктов и блюд
- целесообразность потребления белковых продуктов за счет включения обогащенных блюд
- соблюдение дробного режима питания с механическим и химическим щажением

При выявленной патологии пациенту рекомендуется исключить из рациона вещества

- относящиеся к классу полиненасыщенных жирных кислот
- стимулирующие желудочную секрецию
- относящиеся к классу витаминов
- являющиеся источниками аминокислот

При выявленном заболевании рекомендуется соблюдать кратность питания + _____ + раз в сутки

- 1-2
- 7-8
- 5-6
- 3-4

Диспансерное наблюдение пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки рекомендуется проводить + _____ + в течение + ____ + с момента последнего обострения

- 1-2

- 7-8
- 5-6
- 3-4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент А., 62 года, пенсионер. Обратился к терапевту по поводу астенического состояния после перенесенного острого респираторного заболевания.

Направлен на консультацию к врачу-диетологу.

Жалобы

На мышечную слабость, особенно в проксимальных группах мышц, трудности при ходьбе, поддержании равновесия.

Анамнез заболевания

Наличие хронических заболеваний отрицает. Увеличение массы тела происходило постепенно за 10 лет на 15 кг. Снижать вес не пытался.

Периодически обращался к врачу по поводу ОРВИ. После последнего эпизода перенесенного респираторного заболевания состояние астении.

Анамнез жизни

* не курит

* алкоголем не злоупотребляет

* профессиональных вредностей не имеет

* аллергических реакций не было

* питание 3-4 раза в день

* потребление пищевых веществ и энергии составляет: 2300 ккал, белок 65 г, жиры 72 г, углеводы 350 г.

* рыбу морских сортов потребляет не более 1 р в 2 месяца.

* витамин D дополнительно к пище не принимает

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Масса тела 95 кг, рост 175 см. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. АД 138/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за чрезмерного развития жировой ткани в области живота. Печень по краю реберной дуги.

Пациента необходимо направить на биохимический скрининг обеспеченности витамином D в связи с

- низким потреблением белка
- высоким потреблением жиров
- тем, что данный скрининг показан всем гражданам РФ в рамках диспансеризации
- высокой массой тела
- онконастороженностью
- высоким риском тяжелого дефицита витамина D

Оценку статуса обеспеченности витамином D рекомендуется проводить путем определения уровня

- низким потреблением белка
- высоким потреблением жиров
- тем, что данный скрининг показан всем гражданам РФ в рамках диспансеризации
- высокой массой тела
- онконастороженностью
- высоким риском тяжелого дефицита витамина D

Результаты обследования

Общий 25(ОН)D в сыворотке крови

<20 нг/мл (50 нмоль/л)

Общий 25(ОН)D в моче

<20 нг/мл (50 нмоль/л)

1,25(ОН)2D в моче

30-60 нг/мл (75-150 нмоль/л)

1,25(ОН)2D в сыворотке крови

30-60 нг/мл (75-150 нмоль/л)

Для экспресс-оценки пищевого статуса у данного пациента рекомендуется использовать

- уравнение Харриса-Бенедикта
- денситометрию
- индекс массы тела
- биоимпедансометрию

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет + _____ + , что свидетельствует о наличии

- 21; избыточной массы тела
- 41; ожирения III степени
- 31; ожирения I степени
- 12; дефицита массы тела

По результатам оценки обеспеченности организма у данного пациента наблюдается + _____ + витамина D

- 21; избыточной массы тела
- 41; ожирения III степени
- 31; ожирения I степени
- 12; дефицита массы тела

Диагноз

Дефицит витамина D

Недостаточность витамина D

Адекватный уровень витамина D

Рекомендованное целевое значение витамина D

Рекомендуемым препаратом для лечения дефицита витамина D является

- колекальциферол
- ситокальциферол
- кальцитриол
- эргокальциферол

Схема лечения выявленного дефицита витамина D у данного пациента предусматривает потребление + _____ + в дозах + _____ + выше, применяемых для лечения пациентов, не имеющих

- колекальциферола; 2-3 раза; ожирения
- колекальциферола; 4-5 раз; дефицита массы тела
- эргокальциферола; 6-7 раз; дефицита массы тела
- эргокальциферола; 8-10 раз; ожирения

Значимым источником витамина D в пище является

- сыр плавленый
- молоко козье
- дикий лосось
- говяжья печень

Рекомендуемыми препаратами для профилактики дефицита витамина D является

- эргокальциферол
- парикальцитол
- кальцитриол
- альфакальцидол

Лицам, имеющим факторы риска, не рекомендуется назначение доз витамина D более + _____ + МЕ в сутки на период более 6 месяцев без лабораторного контроля

- 10000
- 400
- 1000
- 4000

Всем лицам, проходящим лечение в связи с недостаточной обеспеченностью витамина D, рекомендуется адекватное возрасту потребление

- магния
- фосфора
- кальция
- цинка

Рекомендованная физиологическая норма потребления кальция с пищей составляет + _____ + мг/сутки

- магния
- фосфора
- кальция
- цинка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Н., 56 лет, пенсионерка. Обратилась к врачу по поводу избыточного веса, утомляемости при ходьбе.

Жалобы

На избыточную массу тела, мышечную слабость, трудности при ходьбе, которые пациентка связывает с избыточным весом. Помимо этого, предъявляет жалобы на плохой рост волос и появление на коже воспалительных элементов.

Анамнез заболевания

Наличие хронических заболеваний отрицает. С детских лет имела избыточный вес, что не доставляло проблем и не являлось поводом обращения к врачу. Увеличение массы тела с происходило постепенно за последние 15 лет на 20 кг. Попыток снизить массу тела не предпринимала.

Анамнез жизни

- * без вредных привычек
- * профессиональных вредностей не имеет
- * питание 3-4 раза в день
- * потребление пищевых веществ и энергии составляет: 2500 ккал, белок 70 г, жиры 85 г, углеводы 365 г.
- * каждый прием пищи употребляет различные виды кондитерских изделий
- * рыбу морских сортов потребляет не более 1 р в 3 месяца.
- * витамин D дополнительно к пище не принимает

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Масса тела 93 кг, рост 163 см. Кожные покровы бледные, с единичными воспалительными элементами.

Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. АД 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних

органов затруднена из-за чрезмерного развития жировой ткани в области живота. Печень по краю реберной дуги.

С учетом данных пищевого анамнеза, возраста и антропометрических показателей пациентку необходимо направить на биохимический скрининг обеспеченности витамином D в связи с

- низким потреблением белка
- высоким потреблением жиров
- тем, что данный скрининг показан всем гражданам РФ в рамках диспансеризации
- высоким риском тяжелого дефицита витамина D
- высокой массой тела
- онконастороженностью

Статус обеспеченности витамином D рекомендуется проводить путем определения уровня

- низким потреблением белка
- высоким потреблением жиров
- тем, что данный скрининг показан всем гражданам РФ в рамках диспансеризации
- высоким риском тяжелого дефицита витамина D
- высокой массой тела
- онконастороженностью

Результаты обследования

Общий 25(ОН)D в сыворотке крови

<10 нг/мл (25 нмоль/л)

Общий 25(ОН)D в моче

<10 нг/мл (<25 нмоль/л)

1,25(ОН)2D в моче

≥ 20 и <30 нг/мл (≥50 и <75 нмоль/л)

1,25(ОН)2D в сыворотке крови

≥ 20 и <30 нг/мл (≥50 и <75 нмоль/л)

С целью экспресс-оценки пищевого статуса у данной пациентки необходимо выполнить

- биоимпедансометрию
- расчет индекса массы тела
- денситометрию
- расчет показателей основного обмена

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки составляет + _____ + , что свидетельствует о наличии

- 35; ожирения II степени

- 35; ожирения III степени
- 25; ожирения I степени
- 25; избыточной массы тела

По результатам оценки обеспеченности организма у пациентки наблюдается + _____ + витамина D

- 35; ожирения II степени
- 35; ожирения III степени
- 25; ожирения I степени
- 25; избыточной массы тела

Диагноз

Выраженный дефицит витамина D

Недостаточность витамина D

Адекватный уровень витамина D

Дефицит витамина D

Рекомендуемым препаратом для лечения дефицита витамина D является

- холекальциферол
- кальцитриол
- кальцитонин
- ситокальциферол

Схема лечения выявленного дефицита витамина D у данной пациентки предусматривает потребление + _____ + в дозах + _____ + выше, применяемых для лечения пациентов, не имеющих

- эргокальциферола; 6-7 раз; дефицита массы тела
- холекальциферола; 4-5 раз; дефицита массы тела
- эргокальциферола; 8-10 раз; ожирения
- холекальциферола; 2-3 раза; ожирения

Вариантом диеты, рекомендованным данной пациентке, является вариант с

- механическим и химическим щажением
- пониженным содержанием белка
- повышенным содержанием белка
- пониженной калорийностью

Рекомендуемая калорийность диеты для данной пациентки составляет + _____ + ккал в сутки

- < 2000
- < 2500
- < 1500
- < 1000

Химический состав рекомендованной диеты для данной пациентки составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов

- 130-140; 110-120; 400-500
- 50-60; 40-50; 100-120
- 20-60; 80-90; 350-400
- 70-80; 60-70; 130-150

Значимым источником витамина D в пище является

- рыбий жир
- молоко козье
- печень свиная
- сыр плавленый

Рекомендуемыми препаратами для профилактики дефицита витамина D является

- рыбий жир
- молоко козье
- печень свиная
- сыр плавленый

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Ю., 19 лет, учащаяся. Обратилась к врачу для составления рациона питания, поскольку пациентка внимательно относится к своему здоровью, работает в модельном агентстве.

Жалобы

На снижение уровня обеспеченности витамином D, выявленное в результате анализа крови.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * без вредных привычек
- * питание 4 раза в день, регулярное
- * потребление пищевых веществ и энергии составляет: 1900 ккал, белок 60 г, жиры 65 г, углеводы 270 г.
- * рыбу морских сортов не потребляет
- * витамин D дополнительно к пище не принимает

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Масса тела 55 кг, рост 170 см. Кожные покровы сухие, чистые, бледные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. АД 125/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов безболезненная. Печень по краю реберной дуги.

В анализах крови: 25(ОН)D 22 нг/мл.

Определение концентрации 25(ОН)D в сыворотке крови является + _____ + для мониторинга статуса витамина D

- ограниченным в применении дорогостоящим методом
- не рекомендуемым методом
- одним из возможных вариантов
- лучшим индикатором

С целью экспресс-оценки пищевого статуса у данной пациентки необходимо выполнить

- биоимпедансометрию
- расчет показателей основного обмена
- денситометрию
- расчет индекса массы тела

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки составляет + _____ + , что свидетельствует о(об)

- 35, ожирения III степени
- 19, нормальной массе тела
- 25, ожирения I степени
- 25, избыточной массе тела

Выявленный уровень обеспеченности витамином D на основании концентрации 25(ОН)D в сыворотке крови свидетельствует о(об) + _____ + витамина D

- 35, ожирения III степени
- 19, нормальной массе тела
- 25, ожирения I степени
- 25, избыточной массе тела

Диагноз

Недостаточность витамина D

Выраженный дефицит витамина D

Дефицит витамина D

Адекватный уровень витамина D

Рекомендуемым препаратом для коррекции недостаточности витамина D является

- ситокальциферол
- кальцитонин
- колекальциферол
- кальцитриол

Схема коррекции выявленной недостаточности витамина D

предусматривает потребление + _____ + в количестве + _____ + МЕ в день, в течение + _____ + недель

- эргокальциферола; 1000; 4
- эргокальциферола; 7000; 8
- колекальциферола; 60000-150 000; 4
- колекальциферола; 7000; 4

Адекватный уровень витамина D для профилактики эндокринной патологии и здоровья костной ткани составляет + _____ + нг/мл

- 10-25
- 30-100
- 150-375
- 400-450

Рекомендуемыми препаратами для профилактики дефицита витамина D является

- парикальцитол
- колекальциферол
- альфакальцидол
- кальцитриол

Лицам в возрасте 18-50 лет для профилактики дефицита витамина D рекомендуется получать не менее + _____ + МЕ витамина D в сутки

- 800-1000
- 100-200
- 500-600
- 300-400

При лечении недостаточной обеспеченности витамином D рекомендуется адекватное потребление кальция. Физиологическая норма потребления кальция с пищей для данной пациентки составляет + _____ + мг/сутки

- 1500

- 800
- 2000
- 1000

Значимым источником витамина D животного происхождения в пище является

- печень свиная
- молоко козье
- рыбий жир
- сыр плавленый

Источником витамина D растительного происхождения в пище являются

- печень свиная
- молоко козье
- рыбий жир
- сыр плавленый

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вас в качестве диетолога пригласили в отделение патологии новорожденных к девочке 5 суток жизни.

Жалобы

На мышечную слабость, отказ от еды, периодические рвоты, вялость, подъем Т тела.

Анамнез заболевания

В течение первых 2 суток состояние расценивалось как удовлетворительное. Кормилась грудным молоком, сосала охотно. На 3 сутки резкое ухудшение состояния за счет развития слабости, вялости, отказа от еды, приступами рвоты. Проводилась инфузионная терапия, грудное вскармливание отменено. При возобновлении энтерального кормления (грудью и стандартной детской молочной смесью) вновь ухудшение состояния, сопровождающееся рвотой, судорогами, кратковременной потерей сознания (девочка пришла в себя после реанимационных мероприятий – непрямой массаж сердца, мешок Амбу). При обследовании – лейкоцитоз $32 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СРБ до 5 мг/л. ЭЭГ – зарегистрирована периодическая судорожная активности. УЗИ – умеренная гепатомегалия, диффузные изменения в почках. ЭХО-КГ – открытое овальное окно 2 мм, гемодинамически незначимое. ЭКГ – синусовая аритмия. Нельзя исключить наличие у девочки митохондриального заболевания.

Анамнез жизни

Девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и угрозой преждевременных родов, по поводу чего проводилось лечение. Роды в срок, самостоятельные, околоплодные воды были мутные. Масса ребенка при

рождении 3400 г, рост 50 см. Оценка по шкале Апгар - 8-9 баллов. К груди новорожденная приложена в родзале. С рождения отмечается у ребенка мышечная слабость. От вакцинации отказ родителей.

Объективный статус

Состояние ребенка средней степени тяжести. При осмотре спит. Масса тела 3370 г, Рост 50 см. ИМТ $13,5 \text{ кг/м}^2$; Z-Score ИМТ = $\{plus\}0,18$; Z-Score рост к возрасту = $\{plus\}0$; Z-Score Масса тела к возрасту = $\{plus\}0,18$; Z-Score Масса тела к росту = $\{plus\}0,06$. Т $37,4^\circ\text{C}$. Большой родничок 2×2 см, малый родничок капельный. Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита достаточно. Видимые слизистые влажные, бледно-розовые. Дыхание через нос свободное, аускультативно хрипы не выслушиваются. ЧД 29 в мин. Тоны сердца громкие, аритмичные, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС 98-112 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена $\{plus\}4$, плотноватая.

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются

- печень свиная
- молоко козье
- рыбий жир
- сыр плавленый

Результаты обследования

Тандемная масс-спектрометрия

Увеличение концентрации тетрадецеаноилкарнитина (C14:1) до $0,78 \text{ мкмоль/л}$ (норма до $0,43$); повышение уровня тетрадеcanoилкарнитина (C14), снижение свободного карнитина (C0) до 12 мкмоль/л

Молекулярно-генетическое исследование гена ACADVL

Выявлены мутации в гене ACADVL в гомозиготной форме

Биохимический анализ крови

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат

| АЛТ | Ед/л | 4-40 | *713*

| АСТ | Ед/л | 4-40 | *821*

| ЩФ | Ед/л | <400 | *685*

| ГГТ | Ед/л | 10-60 | *64*

| Общий билирубин | мкМ/л | 0-20 | *189*

| Прямой билирубин | мкМ/л | 0-5 | *51*

| Глюкоза | мМ/л | 3,9-5,8 | *1,9*

| K+ | мМ/л | 3,5-5,5 | 3,81

| Na+ | мМ/л | 136-144 | 138

| Мочевина | мМ/л | 2,8-7,2 | *12,4*

| СРБ | мг/л | 0-3 | 1,1

| АФП | МЕ/мл | <10 | 3,1

| Креатинин | мМ/л | 54-95 | *152*

| Креатинкиназа | Ед | 40-226 | *1723*

| Белок общий | г/л | 64-83 | 62
| Альбумины | г/л | 35-50 | 44
| Холестерин | мм/л | 3,2-5,2 | 4,1
| Триглицериды | мм/л | 0,1-1,7 | 1,6

|=====
КЩС

|=====
| pH | pCO₂ | BE | HCO₃ | TCO₂ | Lac
| 7,310-7,410 | 41,0-51,0 | (-2)-(3) | 23,0-28,0 | 24-29 | 0,9-1,7
| *7,29* | 48 | *-8* | 28,3 | 32 | *3,7*

|=====
Молекулярно-генетическое исследование гена АТР7В

В гене АТР7В мутаций не выявлено

Анализ крови на активность лизосомных ферментов в сухих пятнах крови

Активность лизосомных ферментов в пределах нормы

На фоне гипогликемии и метаболического ацидоза появляется

- артериальная гипертензия, брадиаритмия, срыгивание
- катаракта, гипервозбудимость, судорожный синдром
- мышечная гипотония, рвота, судороги
- выраженное беспокойство, гипертонус, повышение аппетита

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- артериальная гипертензия, брадиаритмия, срыгивание
- катаракта, гипервозбудимость, судорожный синдром
- мышечная гипотония, рвота, судороги
- выраженное беспокойство, гипертонус, повышение аппетита

Диагноз

Нарушение обмена жирных кислот

Нарушение цикла мочевины

Болезнь накопления гликогена

Недостаточность орнитин-транскарбамилазы

Физическое развитие ребенка можно оценить как

- высокое, с дефицитом массы тела средней степени
- ниже среднего с дефицитом массы тела легкой степени
- среднее, гармоничное

- выше среднего, гармоничное

Коррекция метаболических нарушений проводится в основном посредством диеты с ограничением

- среднецепочечных триглицеридов
- жиров
- белков
- лактозы и введения в рацион кукурузного крахмала

В межприступный период одним из основных правил диетотерапии является

- соблюдение промежутков между кормлениями не менее 3-4 часов
- исключение ночных кормлений
- использование специализированных низкобелковых смесей
- исключение из питания женского молока, детских молочных смесей

Энергетическая ценность рациона для детей грудного и раннего возраста составляет + _____ + ккал/кг

- не выше 200
- не выше 100
- не ниже 100
- не ниже 200

Для детей грудного возраста доля жирового компонента составляет + _____ + % от энергетической ценности всего рациона

- не более 25
- менее 30
- не менее 30
- более 25

Жировой компонент рациона должен быть представлен преимущественно

- животными жирами
- растительными жирами
- среднецепочечными триглицеридами
- длиноцепочечными триглицеридами

Доля среднецепочечных триглицеридов в рационе больных с нарушением обмена жирных кислот составляет + _____ + % от энергетической ценности рациона на первом году жизни, из расчета около + _____ + г/кг массы тела

- 10-14; 3
- 15-18; 2

- 20-25; 4
- 16-19; 3,5

Дефицит ацил-КоА дегидрогеназы жирных кислот с очень длинной углеродной цепью является наследственным заболеванием из группы дефектов митохондриального β -окисления жирных кислот, наследуемом по + _____ + типу

- Y-сцепленному
- аутосомно-рецессивному
- аутосомно-доминантному
- X-сцепленному

При отягощенном наследственном анамнезе по нарушению бета-окислению жирных кислот возможно

- Y-сцепленному
- аутосомно-рецессивному
- аутосомно-доминантному
- X-сцепленному

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вас пригласили в качестве диетолога в неонатологическое отделение к девочке 6 суток.

Жалобы

На мышечную слабость, отказ от еды, периодические рвоты, приступы судорог.

Анамнез заболевания

В течение 1 суток состояние расценивалось как удовлетворительное. Кормилась грудным молоком, сосала охотно. На 2 сутки резкое ухудшение состояния за счет развития брадиаритмии (до 60 уд/мин) с последующей остановкой сердечной деятельности. Появилась слабость, вялость, гипорефлексы, мышечная гипотония, мраморность кожного покрова. Проводились реанимационные мероприятия (искусственная вентиляция легких, непрямой массаж сердца, введение адреналина и преднизолон) с положительным эффектом и стабилизацией сердечной деятельности на 12 минуте реанимационных мероприятий.

Проводилась инфузионная терапия, вскармливание – грудное и стандартные детские смеси, на фоне которых возникли клонические судороги в конечностях. При обследовании – лейкоцитоз 28×10^9 /л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СРБ до 6 мг/л. ЭЭГ – зарегистрирована периодическая судорожная активности. УЗИ – умеренная гепатомегалия, диффузные изменения в почках. ЭХО-КГ – открытое овальное окно 2 мм, гемодинамически незначимое. ЭКГ – синусовая аритмия, удлинение интервала QT. Учитывая отягощенный наследственный анамнез и полученные результаты

обследования, нельзя исключить наличие у девочки митохондриального заболевания. При переводе на парентеральное питание состояние стабилизировалось.

Анамнез жизни

Беременность 2 (1 – мальчик, скоропостижно умер в возрасте 2 месяцев), протекавшей с угрозой прерывания во II триместре, от 2 родов в срок. При рождении состояние удовлетворительное. Вес 3610 г, рост 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

Брак близкородственный.

Объективный статус

Состояние ребенка средней степени тяжести. При осмотре спит. Масса тела 3570 г, рост 51 см. ИМТ 13,7 кг/м²; Z-Score ИМТ = {plus}0,37; Z-Score рост к возрасту = {plus} 0,54; Z-Score Масса тела к возрасту = {plus}0,58; Z-Score Масса тела к росту = {plus} 0,02. Т 36,1°C. Большой родничок 3x3 мм, малый родничок точечный. Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита достаточно. Видимые слизистые влажные, бледно-розовые. Дыхание через нос свободное, аускультативно хрипы не выслушиваются. ЧД 29 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС 98-112 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена +4,5 см, плотноватая.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- Y-цепленному
- аутосомно-рецессивному
- аутосомно-доминантному
- X-цепленному

Результаты лабораторных методов обследования

Тандемная масс-спектрометрия

Увеличение концентрации тетрадецеаноилкарнитина (C14:1) до 0,78мкмоль/л (норма до 0,43); повышение уровня тетрадеканоилкарнитина (C14), снижение свободного карнитина (C0) до 12 мкмоль/л

Молекулярно-генетическое исследование гена ACADVL

Выявлены мутации в гене ACADVL в гомозиготной форме

Биохимический анализ крови

|=====

Показатель	Ед измерения	Норма	Результат
АЛТ	Ед/л	4-40	*594*
АСТ	Ед/л	4-40	*680*
ЩФ	Ед/л	<400	*768*
ГГТ	Ед/л	10-60	*70*
Общий билирубин	мкМ/л	0-20	*198*
Прямой билирубин	мкМ/л	0-5	*54*
Глюкоза	мм/л	3,9-5,8	*2,1*

| К⁺ | мМ/л | 3,5-5,5 | 3,81
| Na⁺ | мМ/л | 136-144 | 138
| Мочевина | мМ/л | 2,8-7,2 | *12,4*
| СРБ | мг/л | 0-3 | 1,1
| АФП | МЕ/мл | <10 | 3,1
| Креатинин | мМ/л | 54-95 | *131*
| Креатинкиназа | Ед | 40-226 | *1680*
| Белок общий | г/л | 64-83 | 62
| Альбумины | г/л | 35-50 | 44
| Холестерин | мМ/л | 3,2-5,2 | 4,1
| Триглицериды | мМ/л | 0,1-1,7 | 1,6
|=====
КЩС

|=====
| рН | рСО₂ | ВЕ | НСО₃ | ТСО₂ | Lac
| 7,310-7,410 | 41,0-51,0 | (-2)-(3) | 23,0-28,0 | 24-29 | 0,9-1,7
| *7,29* | 48 | *-16* | 28,3 | 32 | *3,7*
|=====
Молекулярно-генетическое исследование гена АТР7В

В гене АТР7В мутаций не выявлено

Анализ крови на активность лизосомных ферментов в сухих пятнах крови

Активность лизосомных ферментов в пределах нормы

Основными провоцирующими факторами накопления токсичных метаболитов при митохондриальных заболеваниях являются

- наличие лактозы в рационе
- добавление в рацион среднепочечных триглицеридов
- низкая калорийность рациона
- количество белка более 2 г/кг/сут

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- наличие лактозы в рационе
- добавление в рацион среднепочечных триглицеридов
- низкая калорийность рациона
- количество белка более 2 г/кг/сут

Диагноз

Нарушение обмена жирных кислот

Нарушение цикла мочевины

Болезнь накопления гликогена

Недостаточность орнитин-транскарбамилазы

Физическое развитие ребенка можно оценить как

- ниже среднего, с дефицитом массы тела легкой степени
- среднее, гармоничное
- выше среднего, гармоничное
- высокое, с дефицитом массы тела легкой степени

Главной задачей диетотерапии является профилактика голодания и

- ограничение в рационе среднецепочечных триглицеридов
- увеличение поступления с пищей жирных кислот с очень длинной углеродной цепью
- предупреждение развития гипогликемии
- ограничение в рационе белковых блюд

В период развития метаболического криза ребенку показано дополнительное введение + ____ +% декстрозы из расчета + _____ + мл/кг/мин для энергетической поддержки и уменьшения интенсивности процессов катаболизма

- 25; 8-10
- 40; 3-8
- 5; 7-10
- 10; 7-10

При кризе рекомендовано + _____ + потребление жиров на период острого криза, что составляет + _____ + часов

- полностью исключить; 10-12
- ограничить до 0,9 г/кг/сут; до 24
- полностью исключить; 24-48
- ограничить до 1,3 г/кг/сут; до 24

После купирования острого состояния показано введение

- 25% раствора декстрозы длительно
- 40% раствора глюкозы однократно
- жиров с очень длинной углеродной цепью в рацион
- среднецепочечных триглицеридов в рацион

После купирования острого криза высокая калорийность рациона (не менее + _____ + ккал/кг) обеспечивается преимущественно за счет

- 120-130; жиров

- 110-115; углеводов
- 120-130; углеводов
- 110-115; жиров

После прекращения инфузионной терапии следует помнить о/об

- полном исключении потребления среднецепочечных жиров
- достаточном питьевом режиме
- избегании длительных промежутков между едой
- полном исключении потребления всех жиров

Накопление жирных кислот с очень длинной цепью оказывает неблагоприятный эффект на ткани головного мозга, сердца и

- почек
- печени
- костей
- глаз

Пациентом показано диспансерное наблюдение с + _____ + коррекцией лечебного питания и симптоматической терапии

- почек
- печени
- костей
- глаз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вас пригласили в качестве диетолога в отделении педиатрии к девочке 4 лет.

Жалобы

На искривление ног, нарушение походки, боли в костях при ходьбе, носовые кровотечения, периодические боли в животе.

Анамнез заболевания

До 1 года жалоб, со слов матери, не было. С 1 года родители стали отмечать деформацию нижних конечностей, наблюдались ортопедом, носили ортопедические стельки, специальную обувь – без значимого эффекта. С 2 лет девочку стали беспокоить запоры и каломазание, периодические боли в животе. При обследовании – в копрологии без значимых изменений, общий анализ – крови гипохромная анемия легкой степени тяжести (Hb 97 г/л). На фоне приема препаратов железа в возрастной дозировке подъем Hb до 104 г/л. Получала желчегонную терапию, антациды с непродолжительным положительным эффектом. Далее девочка находилась за границей, со слов матери, не обследовалась. Поступила в отделение по направлению педиатра по месту жительства.

При обследовании в отделении – в общем анализе крови – анемия средней степени тяжести (Hb 88 г/л), тромбоцитопения (108×10^9 /л), в общем анализе мочи – лейкоцитурия (5-10 в поле зрения); витаминный профиль – витамин D 35 нг/мл (норма), проба Сулковича.

УЗИ – печень неоднородная с диффузными изменениями, деформация желчного пузыря, спленомегалия, увеличение размеров почек с диффузными изменениями.

По результатам денситометрии отмечается снижение минеральной плотности костной ткани на 1,9 стандартных отклонений (остеопения). Эластография – медиана эластичности печени 12,9 кПа, что соответствует фиброзу печени F4 по Metavir.

У девочки нельзя исключить наследственное заболевание.

Анамнез жизни

Ребенок от 4-ой беременности (1 беременность - девочка, здорова; 2– девочка, умерла в 3 года (предположительный диагноз болезнь де Тони Дебре Фанкони, лечение витаминов D без эффекта, умерла от пневмонии); 3 – мед.аборт), протекавшей на фоне многоводия, анемии, токсикоза в I и III триместрах. Роды 3, срочные, самостоятельные. При рождении вес - 3980 г, рост – 52 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Ранний неонатальный период – без особенностей. Приложена к груди сразу, грубое вскармливание до 1 года, прикорм с 6 месяцев. Нарастание веса удовлетворительное. Развитие психомоторное по возрасту, ходит с 1 года 1 месяца. Вакцинация в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, анемия, носовые кровотечения.

Периодически девочка наблюдалась ортопедом по поводу вальгусной деформации конечностей, гастроэнтерологом по поводу энкопреза, запоров. Наследственность по линии матери не отягощена, по линии отца нет данных. Брак не близкородственный.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура 36,6°C. Положение ребенка: активное. Вес 16 кг, рост - 107 см, ИМТ $14,2 \text{ кг/м}^2$; Z-Score ИМТ = -0,83; Z-score рост к возрасту = {plus}0,83; Z-score вес к возрасту = -0,03; Z-score вес к росту = -0,03. Аппетит избирательный. Кожные покровы физиологической окраски, на голенях множественные экхимозы разной давности. Слизистые оболочки - кровоточивость слизистой ротовой полости и носа. Зев гиперемии нет. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Лимфатические узлы не увеличены. Костная система вальгусная деформация конечностей. Носовое дыхание свободное, форма грудной клетки не изменена. ЧД 24 в мин. При аускультации дыхание пуэрильное. Хрипы не выслушиваются. Артериальное давление 105/60 мм.рт.ст. ЧСС 117. Ритм правильный. Перкуторные границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца звучные. Шумы не выслушиваются. Гипоплазия эмали верхних и нижних зубов. Живот мягкий, безболезненный. Печень {plus}1,0 см. Край плотный. Консистенция эластичная. Селезенка {plus}1,5 см от ребра. Дизурии нет. Стул 1 раз в 2-3 дня, периодически задержка стула до 5 дней.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- почек
- печени
- костей
- глаз

Результаты лабораторных методов обследования

Тандемная масс-спектрометрия

Повышение сукцинилацетона и тирозина в крови

Моча на органические кислоты

Резкое повышение сукцинилацетона в моче

КЩС

|=====

pH	pCO ₂	BE	HCO ₃	TCO ₂	Lac
7,310-7,410	41,0-51,0	(-2)-(3)	23,0-28,0	24-29	0,9-1,7
7,23	55	*-11*	28,3	32	*3,6*

|=====

Биохимический анализ крови

|=====

Показатель	Ед измерения	Норма	Результат
АЛТ	Ед/л	4-40	22
АСТ	Ед/л	4-40	*71*
ЩФ	Ед/л	<400	*794*
ГГТ	Ед/л	10-60	*118*
Глюкоза	мм/л	3,9-5,8	*3,7*
К ⁺	мм/л	3,5-5,5	3,81
Na ⁺	мм/л	136-144	138
Мочевина	мм/л	2,8-7,2	*2,1*
СРБ	мг/л	0-3	1,1
АФП	МЕ/мл	<10	*354*
Креатинин	мм/л	54-95	88
Белок общий	г/л	64-83	62
Альбумины	г/л	35-50	44
Холестерин	мм/л	3,2-5,2	*7,9*
Триглицериды	мм/л	0,1-1,7	*3,6*

|=====

Коагулограмма

|=====

Фибриноген	МНО	Протромбин по Квику	ТВ
г/л			
%	Сек		

| 1,7-4,2 | 0,85-1,15 | 70-130 | 15,8-24,9

| 1,5 | *1,61* | *44,7* | *28,9*

|====

Молекулярно-генетическое исследование на поиск мутаций в гене АТР7В

Мутаций в гене АТР7В не выявлено

Фермент фумарилацетоацетаза осуществляет в норме конечный этап деградации тирозина на нетоксичные продукты

- малеилацетоацетат и фумарилацетоацетат
- сукцинилацетон и малеилацетоацетат
- сукцинилацетон и фумарилацетоацетат
- фумарат и ацетоацетат

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- малеилацетоацетат и фумарилацетоацетат
- сукцинилацетон и малеилацетоацетат
- сукцинилацетон и фумарилацетоацетат
- фумарат и ацетоацетат

Диагноз

Нарушение обмена тирозина

Нарушение цикла мочевины

Гликогеновая болезнь

Наследственный дефицит фактора XI

Физическое развитие ребенка можно оценить как

- ниже среднего, дисгармоничное
- высокое, гармоничное
- выше среднего, гармоничное
- среднее, гармоничное

Хроническая форма заболевания протекает легче, когда

- дети отказываются от белковой пищи
- родители настаивают на приеме белковой пищи
- родители добавляют в рацион стандартные аминокислотные смеси
- в рационе снижено количество углеводов

В рационе пациентов с тирозинемией ограничивают также + _____ +, так как эта аминокислота является предшественником тирозина

- гомоцистеин
- нитизинон
- триптофан
- фенилаланин

Прием специфической терапии нитизиномом следует сочетать с

- приемом аминокислотных смесей, содержащих тирозин и фенилаланин
- высокобелковой диетой
- низкобелковой диетой
- приемом стандартных аминокислотных смесей

При высоком уровне тирозина белок ограничивается до + _____ + г/кг в сутки

- 1,6-2,0
- 1,1-1,5
- 0,2-0,5
- 0,5-1

Потребность в других незаменимых аминокислотах восполняется назначением лечебного питания из расчета до + _____ + г/кг

- 2
- 4
- 1
- 3

Расчет объема специализированных продуктов на основе аминокислот без фенилаланина и тирозина проводится по

- жирам
- белку
- углеводам
- уровню витаминов и минералов

Патогенез наследственной тирозинемии 1 типа заключается в

- интоксикации продуктами аномального распада тирозина
- нарушении транспорта электролитов между клетками и межклеточной жидкостью
- избыточном образовании заменимой аминокислоты тирозина
- недостаточности ферментов или транспортных белков, ответственных за образование мочевины

Наследственная тирозинемия I типа относится к заболеваниям с
+ _____ + типом наследования

- интоксикации продуктами аномального распада тирозина
- нарушении транспорта электролитов между клетками и межклеточной жидкостью
- избыточном образовании заменимой аминокислоты тирозина
- недостаточности ферментов или транспортных белков, ответственных за образование мочевины

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вас пригласили в качестве диетолога в отделении гастроэнтерологии к девочке 1 год 5 месяцев.

Жалобы

На разрушение эмали зубов, капризность, спонтанные переломы, рецидивирующие носовые кровотечения, отказ от белковой пищи.

Анамнез заболевания

С 11 месяцев жизни мать отмечала у ребенка синюшность под глазами, разрушение зубов, носовые кровотечения. При обследовании анемия – (Hb - 68 г/л), стационарное лечение (в/м инъекции препарата железа (феррум-лек) преднизолон, энтеральные препараты железа), тромбоцитопения - 127 тыс.

При плановом осмотре выявлено увеличение печени, по данным УЗИ - диффузно-очаговые изменения печени, метастазы? Диффузные изменения паренхимы почек с увеличением их размеров. Ребенок экстренно госпитализирован в отделение онкологии. По данным б/х крови повышение щелочной фосфатазы до до 1087 Ед/л, синдром цитолиза (АСТ - 86 Ед/л, АЛТ - 19 Ед/л), повышение АФП до 158800 нг/мл (норма <9 нг/мл).

В анализе мочи по Нечипоренко Лц - 11500, Эр 1500. МСКТ органов брюшной полости - Гепатомегалия. Выраженные диффузно-очаговые изменения паренхимы печени (по типу дистрофии) с наличием единичных очаговых образований. Нельзя исключить аномалию развития желчного пузыря (желчный пузырь неправильной формы, увеличен в размере, с наличием участков перегиба и тонких перемычек, стенка не утолщена, содержимое гомогенное).

Добавочная доля селезенки. Двустороннее неполное удвоение почек.

Каликопиелозктазия справа.

Проведена лапароскопическая биопсия участка печени и трепанобиопсия костного мозга.

Заключение: в доставленном фрагменте печени обнаружена картина сформированного цирроза, имеющего строение портального. Генез цирроза по морфологической картине указать невозможно. Признаков метастатического поражения в доставленном материале не обнаружено. Достоверных микроскопических данных за гепатобластому нет.

Данных за аутоиммунное заболевание нет (аутоантитела не обнаружены). За

время госпитализации у ребенка - спонтанный перелом нижней трети правого бедра. Наложена задняя гипсовая лангета, через 10 дней снята. Ребенок консультирован генетиком - нельзя исключить наследственное нарушение обмена.

Анамнез жизни

Ребенок от 4-ой беременности (1 беременность - девочка, здорова; 2 – мед.аборт; 3 – экстренные преждевременные роды в связи с тяжелым гестозом на 31-32 неделе гестации – летальный исход в возрасте 2-х месяцев жизни – кишечная непроходимость, сепсис), протекавшей с токсикозом в 1 триместре, гестационный сахарный диабет с 26 недель, кровянистые выделения в 36 недель. Роды 3, преждевременные родов на 36-37 неделе беременности путем операции кесарева сечения, в связи с ухудшениями показателей кардиотокограммы. При рождении вес - 3570 г, рост – 54 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Ранний неонатальный период – гипогликемия в течение первых 3 суток. Вскармливание естественное по настоящее время. Нарастание веса удовлетворительное. Развитие психомоторное по возрасту (ползает, сидит с 6 месяцев). Вакцинация в соответствии с национальным календарем профилактических прививок. Реакция Манту в возрасте 1 года – результат отрицательный.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, анемия, носовые кровотечения, спонтанный перелом правой бедренной кости. Наследственность: мама - хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, миома матки, остеохондроз (шейный, поясничный); дедушка по линии мамы - отягощена наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, летальный исход на фоне гипертонического криза; бабушка по линии мамы - остеохондроз, артрит; папа - язва 12-п.к, хронический холецистит; бабушка по линии папы - артериальная гипертензия, межпозвоночные грыжи, дисфункция билиарного тракта?; дедушка по линии папы - ВСД, артериальная гипотензия. Брак не близкородственный.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести.

Симптомы интоксикации, капризна, вялая, отказывается от еды.

Температура 36,7°C.

Положение ребенка: пассивное, после перенесенного перелома правой бедренной кости. Вес 10,9 кг., рост - 82 см., ИМТ 16,2 кг/м²; Z-S core ИМТ = {plus}0,28; z-score рост к возрасту = {plus}0,87; z-score вес к возрасту = {plus}0,7; z-score вес к росту = {plus}0,4. Окружность головы 50 см. Окружность груди 49 см. Окружность живота 53 см.

Состояние питания удовлетворительное. Кожные покровы: бледные. На передней брюшной стенке - шрамы после проведения лапароскопической биопсии. В области ягодиц экхимозы после парентерального введения препаратов железа. Гиперемия и эрозии в паховой области. Выраженная гиперемия вульвы. Слизистые оболочки - выраженная кровоточивость слизистой ротовой полости и носа. Зев гиперемии нет. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Лимфатические узлы не увеличены. Костная система: визуально без видимой деформации, сохраняется умеренная

отечность правого бедра после снятия гипсовой лангеты. Носовое дыхание свободное, форма грудной клетки не изменена. ЧД 30 в мин. При аускультации дыхание пуэрильное. Хрипы не выслушиваются. Артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. ЧСС 132. Ритм правильный. Перкуторные границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца звучные. Шумы не выслушиваются. Слизистая ротовой полости чистая, сильно кровоточит. Зубы частично разрушены верхние зубы, несостоятельность эмали нижних зубов. Живот мягкий, безболезненный.

Печень по передней аксиллярной линии {plus}5,0 см, по среднеключичной линии +6,0 см, по правой парастернальной {plus}5,5 см, по срединной линии {plus}1,5 см, по левой парастернальной {plus}1,0 см. Край плотный.

Консистенция эластичная. Селезенка {plus}1,5 см от ребра. Дизурии нет. Стул регулярный.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- интоксикации продуктами аномального распада тирозина
- нарушении транспорта электролитов между клетками и межклеточной жидкостью
- избыточном образовании заменимой аминокислоты тирозина
- недостаточности ферментов или транспортных белков, ответственных за образование мочевины

Результаты лабораторных методов обследования

Тандемная масс-спектрометрия

Повышение сукцинилацетона и тирозина в крови

Моча на органические кислоты

Резкое повышение сукцинилацетона в моче

КЩС

|=====
| рН | pCO₂ | BE | HCO₃ | TCO₂ | Lac
| 7,310-7,410 | 41,0-51,0 | (-2)-(3) | 23,0-28,0 | 24-29 | 0,9-1,7
| 7,26 | 48 | -12 | 28,3 | 32 | 3,7

|=====
|

Биохимический анализ крови

|=====
| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат
| АЛТ | Ед/л | 4-40 | 42
| АСТ | Ед/л | 4-40 | 68
| ЩФ | Ед/л | <400 | 768
| ГГТ | Ед/л | 10-60 | 117
| Глюкоза | мМ/л | 3,9-5,8 | 2,4
| К⁺ | мМ/л | 3,5-5,5 | 3,81
| Na⁺ | мМ/л | 136-144 | 138

| Мочевина | мМ/л | 2,8-7,2 | 2,6
| СРБ | мг/л | 0-3 | 1,1
| АФП | МЕ/мл | <10 | 87654
| Креатинин | мМ/л | 54-95 | 88
| Белок общий | г/л | 64-83 | 62
| Альбумины | г/л | 35-50 | 44
| Холестерин | мМ/л | 3,2-5,2 | 10,1
| Триглицериды | мМ/л | 0,1-1,7 | 3,7
|=====

Коагулограмма

|=====
| Фибриноген | МНО | Протромбин по Квику | ТВ
| г/л |
| % | Сек
| 1,7-4,2 | 0,85-1,15 | 70-130 | 15,8-24,9
| 1,5 | 1,58 | 54,7 | 29,1
|=====

Молекулярно-генетическое исследование на поиск мутаций в гене АТР7В

Мутаций в гене АТР7В не выявлено

Молекулярно-генетическим методом подтверждения диагноза является обнаружение мутации в гене

- АТР7В
- TYR
- GALT
- FAN

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- АТР7В
- TYR
- GALT
- FAN

Диагноз

Нарушение обмена тирозина

Нарушение цикла мочевины

Гликогеновая болезнь

Наследственный дефицит фактора XI

Физическое развитие ребенка можно оценить как

- ниже среднего, дисгармоничное
- выше среднего, гармоничное
- высокое, гармоничное
- среднее, гармоничное

Специфическая терапия проводится препаратом

- L-цитруллин
- себелипаза альфа
- L-аргинин
- нитизинон

Основным принципом диетотерапии является ограничение

- тирозина и гомоцистеина
- лейцина и изолейцина
- валина и фенилаланина
- тирозина и фенилаланина

В Российской Федерации в качестве лечебного питания разрешено использование смесей на основе аминокислот без фенилаланина и тирозина

- моноген, ликвиджен
- тирозидон, анамикс инфант
- инфанрикс гекса, пентаксим
- нутрилон пепти гастро, симилак гипоаллергенный

Смесь Тирозидон с высоким содержанием белкового компонента (77 г на 100 г сухого вещества) назначается в среднем из расчета + _____ + г/кг

- 0,5
- 3
- 2
- 1

Смесь Анамикс Инфант используется как основной продукт питания при искусственном и смешанном вскармливании из расчета + _____ + г/кг

- 2,1-2,9
- 3-4
- 0,5-1
- 1-2

Расчет смеси Анамикс Инфант производится в зависимости от наличия терапии + _____ + и объемом

- цитруллина; введенного крупяного прикорма
- нитизиноном; грудного вскармливания
- цитруллина; грудного вскармливания
- нитизиноном; введенного крупяного прикорма

О развитии печеночно-клеточной недостаточности, а также высокого уровня метионина свидетельствует

- развитие вторичного синдрома Фанкони
- появление «капустного» запаха от ребенка
- развитие вторичного синдрома Иценко-Кушинга
- появление «мышинного» запаха от ребенка

Наиболее частыми исходами хронической тирозинемии 1Б при отсутствии лечения являются

- развитие вторичного синдрома Фанкони
- появление «капустного» запаха от ребенка
- развитие вторичного синдрома Иценко-Кушинга
- появление «мышинного» запаха от ребенка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вас пригласили в качестве диетолога в инфекционное отделение стационара к мальчику 3 месяца.

Жалобы

Периодические боли в животе, сопровождающиеся беспокойством ребенка, неустойчивый стул, увеличение живота.

Анамнез заболевания

Мальчик наблюдается педиатром по месту жительства в связи с неустойчивым стулом, затяжной желтухой, слабостью, отставанием в психомоторном развитии (голову не держит). Ребенок чувствует себя некомфортно на руках матери, капризный, беспокойный. Лежа в кроватке, успокаивается. Объективно: гепатоспленомегалия. В общем анализе крови – тромбоцитопения. По данным компьютерной томографии органов брюшной полости были обнаружены множественные очаговые образования печени. С учетом клиничкоанамнестических данных и результатов обследования была заподозрена хроническая гранулематозная болезнь (ХГБ). В центре молекулярной генетики была проведена ДНК-диагностика, в результате которой ХГБ была исключена. Для дообследования направлен в стационар. Вирусные гепатиты А, В, С, герпесвирусные гепатиты исключены. Нельзя исключить наследственное заболевание.

Анамнез жизни

Мальчик от 1 беременности, протекавшей на фоне раннего токсикоза, уреаплазмоза, ОРВИ в III триместре. Роды 1, самостоятельные, в головном

предлежании. Вес при рождении 3560г, рост при рождении 51см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Ранний неонатальный период без особенностей. Выписан из род.дома на 4-е сутки. Грудное вскармливание по настоящее время. От вакцинации мед. отвод в связи с сохраняющимся желтушным окрашиванием склер.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура 36,6°C. Положение ребенка: активное. Вес 6,1 кг, рост - 60 см, ИМТ 16,9 кг/м²; Z-Score ИМТ = {plus}0,38; Z-Score рост к возрасту = {plus}0,11; Z-Score Масса тела к возрасту = {plus}0,35; Z-Score Масса тела к росту = {plus}0,41.

Состояние питания удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые иктеричные, чистые от инфекционной сыпи. Зев гиперемии нет. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, форма грудной клетки не изменена. ЧД 28 в мин. При аускультации дыхание пуэрильное. Хрипы не выслушиваются. Артериальное давление 95/50 мм.рт.ст. ЧСС 132. Ритм правильный.

Перкуторные границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца звучные. Шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень по передней {plus}2,5 см. Край плотноватый. Консистенция эластичная. Селезенка {plus}1см от ребра. Дизурии нет. Стул кашицеобразный до 3 р/сутки, периодически осветленный.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- развитие вторичного синдрома Фанкони
- появление «капустного» запаха от ребенка
- развитие вторичного синдрома Иценко-Кушинга
- появление «мышинного» запаха от ребенка

Результаты лабораторных методов обследования

Тандемная масс-спектрометрия

Повышение сукцинилацетона и тирозина в крови

Моча на органические кислоты

Резкое повышение сукцинилацетона в моче

КЩС

|=====

| pH | pCO₂ | BE | HCO₃ | TCO₂ | Lac

| 7,310-7,410 | 41,0-51,0 | (-2)-(3) | 23,0-28,0 | 24-29 | 0,9-1,7

| 7,26 | 48 | -12 | 28,3 | 32 | 3,7

|=====

Биохимический анализ крови

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат

| АЛТ | Ед/л | 4-40 | 42

| АСТ | Ед/л | 4-40 | 68
| Общий билирубин | мкМ/л | 0-20 | 9
| Прямой билирубин | мкМ/л | 0-5 | 20
| ЩФ | Ед/л | <400 | 768
| ГГТ | Ед/л | 10-60 | 117
| Глюкоза | мм/л | 3,9-5,8 | 2,4
| К⁺ | мм/л | 3,5-5,5 | 3,81
| Na⁺ | мм/л | 136-144 | 138
| Мочевина | мм/л | 2,8-7,2 | 2,6
| СРБ | мг/л | 0-3 | 1,1
| АФП | МЕ/мл | <10 | 87654
| Креатинин | мм/л | 54-95 | 88
| Белок общий | г/л | 64-83 | 62
| Альбумины | г/л | 35-50 | 44
| Холестерин | мм/л | 3,2-5,2 | 10,1
| Триглицериды | мм/л | 0,1-1,7 | 3,7
|====

Коагулограмма

|====
| Фибриноген | МНО | Протромбин по Квику | ТВ
| г/л |
| % | Сек
| 1,7-4,2 | 0,85-1,15 | 70-130 | 15,8-24,9
| 1,5 | 1,48 | 68,7 | 29,1
|====

Молекулярно-генетическое исследование на поиск мутаций в гене АТР7В
Мутаций в гене АТР7В не выявлено

У детей могут также отмечаться внепеченочные проявления по типу порфирии, клинически проявляющиеся

- рецидивирующей гипертермией, острой миалгией, гипертонусом конечностей
- эпизодами эпилепсии, мышечной гипотонией и задержкой моторного развития
- периферической нейропатией и острыми абдоминальными кризами
- снижением артериального давления и брадикардией
- снижением слуха, остроты зрения, катарактой

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- рецидивирующей гипертермией, острой миалгией, гипертонусом конечностей
- эпизодами эпилепсии, мышечной гипотонией и задержкой моторного развития

- периферической нейропатией и острыми абдоминальными кризами
- снижением артериального давления и брадикардией
- снижением слуха, остроты зрения, катарактой

Диагноз

Нарушение обмена тирозина

Нарушение цикла мочевины

Гликогеновая болезнь

Наследственный дефицит фактора XI

Дополнительная информация

<https://www.who.int/tools/child-growth-standards/software>[Калькулятор ВОЗ]

Физическое развитие ребенка можно оценить как

- ниже среднего, дисгармоничное
- выше среднего, гармоничное
- среднее, гармоничное
- высокое, гармоничное

Специфическая терапия проводится препаратом

- L-аргинин
- нитизинон
- себелипаза альфа
- L-цитруллин

Расчет лечебного питания при наличии терапии нитизиноном для детей первого года жизни производят исходя из потребностей в белке

+ _____ +, что составляет + _____ + г/кг массы тела в сутки

- ниже физиологической; 1,5-1,7
- близкой к физиологической; 2,2-2,3
- выше физиологической; 2,7-2,8
- близкой к физиологической; 2,5-2,7

За счет специализированной смеси аминокислот удовлетворяется

+ _____ + % суточной потребности в белке

- не более 50-60
- не менее 50-60
- не менее 30-40
- не более 30-40

Остальная часть суточной потребности в белке компенсируется белком сцеженного материнского молока или детской молочной смеси с низким содержанием белка + _____ + г белка на 100 мл восстановленной смеси, а также низкобелковыми продуктами прикорма

- 1,8-2
- 0,8-1
- 1,2-1,3
- 1,5-1,8

Дефицит калорийности лечебного рациона компенсируется с помощью добавления + _____ +, но + _____ + 3,5-4 г общего жира на кг в сутки

- сливочного масла; не менее
- сливочного масла; не более
- растительных масел; не менее
- растительных масел; не более

К низкобелковым продуктам, используемых для увеличения квоты углеводов, относят

- детский творог и нежирную сметану
- брокколи и цветную капусту
- молочные каши и нежирную говядину
- яблочное и кабачковое пюре

При лечении больных тирозинемией с гепатопротективной целью нельзя применять

- экстракт расторопши
- экстракт листьев артишока
- масло семян тыквы
- адеметионин

При повышении концентрации тирозина в сыворотке крови выше 800 мкмоль/л могут появляться

- экстракт расторопши
- экстракт листьев артишока
- масло семян тыквы
- адеметионин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у врача-диетолога женщина 43 лет.

Жалобы

На боли в поясничной области постоянного характера, учащенное болезненное мочеиспускание до 12 раз в сутки, помутнение мочи, повышение T тела.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 6 лет. Накануне до появления жалоб переохладилась, после чего появились подъемы температуры до 37,8°C, частое болезненное мочеиспускание, выделение мутной мочи. Последнее обострение связывает с переохлаждением.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Работает продавцом.

Наблюдается нефрологом по месту жительства.

Беременности: 2, роды: 2.

Наследственность отягощена: мать – инфаркт миокарда; отец – хронический гастродуоденит.

Аллергоанамнез не отягощен.

Вредные привычки нет.

Объективный статус

Вес 71 кг. Рост 178 см. ИМТ 22,4 кг/м². Состояние удовлетворительное. T 37,4°C. Кожные покровы физиологичной окраски, чистые от инфекционной сыпи. Слизистые оболочки влажные, розовые. Зев не гиперемирован.

Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Носовое дыхание не затруднено. ЧД 17 в мин. При аускультации дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются. Область сердца не изменена. АД 120/75 мм рт.ст. ЧСС 87 уд/мин. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумы не выслушиваются. Язык обложен белым налетом. Слизистая ротовой полости влажная, розовая, чистая. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания положительный справа. Стул оформленный, ежедневный. Мочеиспускание учащенное, болезненное.

Факторами риска при инфекциях мочевыводящих путей являются

- состояние после успешной коррекции обструкции мочевыводящих путей
- асимптоматическая бактериурия
- неконтролируемый нейрогенный мочевой пузырь
- обструкция мочеточника
- временно установленный катетер
- контролируемый сахарный диабет

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными и инструментальными методами обследования являются

- состояние после успешной коррекции обструкции мочевыводящих путей
- асимптоматическая бактериурия
- неконтролируемый нейрогенный мочевой пузырь
- обструкция мочеточника

- кратковременно установленный катетер
- контролируемый сахарный диабет

Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования

Общий анализ мочи

|=====

| Цвет | Прозр | Отн плотн | рН | Белок | Глюкоза | Эпит | Лейкоциты |
 Эритроциты
 | желт | *мутная* | 1005 | 6 | *0,34* | Abs | 0-1 | *До 50 в п/зр* | 0-2

|=====

УЗИ почек и мочевого пузыря

Паренхима правой почки отечна. Расширение ЧЛС правой почки, стенки сосудов уплотнены, слева – чашечно-лоханочная система сохранена. Мочевой пузырь без патологии.

Общий анализ крови

Общий анализ крови – гемоглобин 115 г/л, лейкоциты $9,8 \times 10^9$ /л, СОЭ 36 мм/ч.

Биохимический анализ крови

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат
 | АЛТ | Ед/л | 4-40 | 22
 | АСТ | Ед/л | 4-40 | 33
 | Глюкоза | мм/л | 3,9-5,8 | 4,1
 | К⁺ | мм/л | 3,5-5,5 | 3,81
 | Na⁺ | мм/л | 136-144 | 138
 | Мочевина | мм/л | 2,8-7,2 | 5,1
 | СРБ | мг/л | 0-3 | *31*
 | Креатинин | мм/л | 54-95 | 90
 | Белок общий | г/л | 64-83 | 72
 | Альбумины | г/л | 35-50 | 36
 | Холестерин | мм/л | 3,2-5,2 | 4,9
 | Триглицериды | мм/л | 0,1-1,7 | 0,6

|=====

Бактериологический анализ мочи с определением чувствительности

Высеяна E. coli, чувствительная к ампициллину

Посев кала на E.coli

Высеяна E. coli, чувствительная к ампициллину

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования, больной можно поставить основной клинический диагноз

- состояние после успешной коррекции обструкции мочевыводящих путей
- асимптоматическая бактериурия

- неконтролируемый нейрогенный мочевой пузырь
- обструкция мочеточника
- временно установленный катетер
- контролируемый сахарный диабет

Диагноз

Необструктивный хронический пиелонефрит

Хронический обструктивный пиелонефрит

Хронический неосложненный гломерулонефрит

Острый гломерулонефрит

**По данным статистики, женщины болеют пиелонефритом + _____ +
мужчин в + _____ + раз**

- реже; 4-7
- чаще; 4-7
- реже; 2-5
- чаще; 2-5

Целью лечения является ликвидация или уменьшение активности воспалительного процесса, что возможно лишь при

- восстановлении оттока мочи, санации мочевыводящих путей
- частичном восстановлении оттока мочи, санации половых путей
- частичном восстановлении оттока мочи, купировании эпизодов почечной колики
- восстановлении оттока желчи, санации желудочно-кишечного тракта

Ведущее значение в лечении хронического пиелонефрита имеет назначение

- антибактериальных препаратов
- диетотерапии
- мочегонной терапии
- антимикотических препаратов

При хроническом пиелонефрите рекомендовано употребление

- витаминизированных отваров
- цитрусовых фруктов
- лесных ягод
- высокоосмолярных смесей на основе белка коровьего молока

Больным хроническим пиелонефритом, осложненным артериальной гипертензией при отсутствии полиурии и потери электролитов, показано
+ _____ + в сутки

- ограничение потребления поваренной соли до 5-6 г
- уменьшение потребление жидкости до 500 мл
- увеличение потребления поваренной соли до 10-11 г
- увеличение потребления жидкости до 2000-2500 мл

Больным хроническим пиелонефритом, осложненным артериальной гипертензией при отсутствии полиурии и потери электролитов, показано ограничение жидкости до + _____ + мл в сутки

- 1000
- 500
- 2000
- 2500

При хроническом пиелонефрите рекомендовано употребление отваров на основе клюквы, брусники, шиповника, которые обладают
+ _____ + свойствами

- антидиуретическими
- желчегонными
- мочегонными
- антисептическими

К общей профилактике данного хронического пиелонефрита относят

- коррекция нарушений белкового обмена
- лечение очагов неинфекционных процессов
- лечение очагов инфекционных процессов
- коррекция нарушения жирового обмена

При обострении первичного необструктивного пиелонефрита рекомендовано(-а)

- коррекция нарушений белкового обмена
- лечение очагов неинфекционных процессов
- лечение очагов инфекционных процессов
- коррекция нарушения жирового обмена

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у врача-диетолога женщина, 41 год.

Жалобы

На обильное мочеотделение боли в поясничной области слева, повышение температуры тела.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что у женщины мочекаменная болезнь левой почки в течение 5 лет, хронический цистит. Отмечает ухудшение самочувствия, сопровождающееся появлением фебрильной температуры, озноба, болей в поясничной области слева, учащенное мочеиспускание в ночное время в течение последних 2-х дней.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Работает охранником.

Наблюдается нефрологом по месту жительства.

Беременностей 2, роды 1.

Наследственность отягощена: мать – гипертоническая болезнь, умерла от инсульта; отец – мочекаменная болезнь.

Аллергоанамнез не отягощен.

Вредные привычки - курит.

Объективный статус

T 38,4°C. АД 115/75 мм рт.ст., ЧСС 72 уд/мин. Пастозность век. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул оформлен, регулярный. Почки не пальпируются. При пальпации в области почек определяется болезненность справа. Симптом поколачивания положительный слева. Мочеиспускание учащено, никтурия.

При обследовании больной обращают внимание на

- температуру тела
- артериальное давление
- болезненность при пальпации в области почек
- полиурию
- положительный симптом Пастернацкого
- болезненность в точке Мейо-Робсена

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными и инструментальными методами обследования являются

- температуру тела
- артериальное давление
- болезненность при пальпации в области почек
- полиурию
- положительный симптом Пастернацкого
- болезненность в точке Мейо-Робсена

Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования

Общий анализ мочи

|=====

| Цвет | Прозр | Отн плотн | рН | Белок | Глюкоза | Эпит | Лейкоциты |
Эритроциты

| желт | *мутная* | 1007 | 8 | *0,35* | Abs | 0-1 | *До 60 в п/зр* | 0-1

|=====

УЗИ почек и мочевого пузыря

Паренхима правой почки отечна. Расширение ЧЛС левой почки, стенки сосудов уплотнены, справа – чашечно-лоханочная система сохранена. В проекции ЧЛС с обеих сторон определяются множественные гиперэхогенные включения диаметром 2-4 мм. Мочевой пузырь без патологии.

Общий анализ крови

Общий анализ крови - гемоглобин 121 г/л, лейкоциты 14×10^9 /л, СОЭ - 36 мм/ч.

Биохимический анализ крови

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат

| АЛТ | Ед/л | 4-40 | 22

| АСТ | Ед/л | 4-40 | 33

| Глюкоза | мМ/л | 3,9-5,8 | 4,5

| К⁺ | мМ/л | 3,5-5,5 | 3,81

| Na⁺ | мМ/л | 136-144 | 138

| Мочевина | мМ/л | 2,8-7,2 | 5,1

| СРБ | мг/л | 0-3 | *55*

| Креатинин | мМ/л | 54-95 | 92

| Белок общий | г/л | 64-83 | 70

| Альбумины | г/л | 35-50 | 38

| Холестерин | мМ/л | 3,2-5,2 | 5,0

| Триглицериды | мМ/л | 0,1-1,7 | 0,9

|=====

Бактериологический анализ мочи с определением чувствительности

Высеяна *E. coli*, чувствительная к ампициллину

Посев кала на *E. coli*

Высеяна *E. coli*, чувствительная к ампициллину

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования, больной можно поставить основной клинический диагноз

- температуру тела
- артериальное давление
- болезненность при пальпации в области почек
- полиурию
- положительный симптом Пастернацкого
- болезненность в точке Мейо-Робсена

Диагноз

Калькулезный пиелонефрит

Острый пиелонефрит

Необструктивный хронический пиелонефрит, связанный с рефлюксом

Острый гломерулонефрит

При подозрении на туберкулез почек следует проконсультировать пациентов у

- нефролога
- гирудотерапевта
- фтизиатра
- невролога

При хроническом пиелонефрите необходимо поддерживать

- дефицит суточной калорийности рациона
- положительный азотистый баланс
- отрицательный азотистый баланс
- достаточный диурез

Объем выпиваемой жидкости должен составлять + _____ + мл в сутки

- 2000-2500
- 500-1000
- 1000-1500
- 2500-3000

Рекомендовано применение + _____ + сборов

- кислотообразующих
- антидиуретических
- желчегонных
- мочегонных

Антисептическими свойствами обладают

- боярышник, зверобой, тысячелистник
- малина, земляника, черника
- облепиха, морошка, калина
- клюква, брусника, шиповник

Объем потребляемой жидкости не ограничивают в случае отсутствия у пациента

- артериальной гипертензии
- артериальной гипотензии
- жажды
- дисбаланса электролитов

Вне обострений возможно санаторно-курортное лечение в

- Магнитогорске, Усть-Качке
- Зеленограде, Евпатории
- Ессентуках, Пятигорске
- Казани, Солнечном

Диетотерапия при калькулезном пиелонефрите будет зависеть от

- характера бактериальной флоры
- химического состава конкрементов
- размера и формы конкрементов
- нутритивного статуса пациента

При наличии характерных проявлений хронического пиелонефрита в качестве скринингового метода используют

- характера бактериальной флоры
- химического состава конкрементов
- размера и формы конкрементов
- нутритивного статуса пациента

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К диетологу на прием пришла мама с мальчиком 5 лет.

Жалобы

На дефицит веса, плохой аппетит, эпизоды слабости, потливости.

Анамнез заболевания

Ребенок в течение последних 6 месяцев получает инсулинотерапию по поводу СД 1 типа. Дебют заболевания на фоне снижения веса на 2 кг, полидипсии, полиурии, гликемии 12 ммоль/л, без кетоацидоза. В стационарных условиях подобрана инсулинотерапия в базисно-болюсном режиме в дозе 0,5-0,6 ЕД/кг в сутки. На фоне терапии отмечена нормализация гликемии в пределах 4,5-7,5 ммоль/л, отмечена прибавка в весе 1 кг. За последние 2 месяца потребность в инсулине стала снижаться. В настоящее время в связи с участвовавшими эпизодами гипогликемии инсулинотерапию не получает. На самоконтроле гликемия от 5,0 ммоль/л натощак до 6,5 ммоль/л постпрандиальные значения.

Анамнез жизни

Мальчик от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре, отеков в последние 2 недели. Роды – 1, срочные, самостоятельные. Закричал

сразу. При рождении: масса тела – 3450 г, рост – 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен в родзале. Грудное вскармливание до 7 месяцев, далее – искусственное (адаптированная смесь на основе цельного белка коровьего молока). Прикормы введены с 4 месяцев с овощного пюре. Профилактические прививки проведены в соответствии с Национальным календарем.

Психомоторное развитие по возрасту.

Перенесенные заболевания: ОРВИ 2 раза в год.

Семейный анамнез: бабушка по материнской линии СД 2 типа, у матери аутоиммунный тиреоидит, атопический дерматит.

Объективный статус

Вес 16500 г. Z-Score вес/возраст -1,34

Рост 115 см. Z-Score рост/возраст {plus} 0,3

ИМТ 12,5 кг/см². Z-Score ИМТ -2,59.

Кожные покровы бледно-розовые, сухие на ощупь, свободные от сыпи.

Катаральных явлений нет. Дыхание через нос свободное, в легких – пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена, перкуторные границы сердца соответствуют возрастной норме. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Живот симметричный, доступен глубокой пальпации, мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме: стул оформленный, обычной окраски, без патологических примесей, 1 раз в день; дизурии нет.

Необходимым лабораторным показателем для установления фазы заболевания является

- характера бактериальной флоры
- химического состава конкрементов
- размера и формы конкрементов
- нутритивного статуса пациента

Результаты обследования

Определение гликированного гемоглобина

HbA1c 6,5%

Общий анализ мочи

|=====

| Цвет | Прозр | Отн плотн | рН | Белок | Глюкоза | Эпит | Лейкоциты |
Эритроциты

| с/ж | полная | 1020 | 7 | Abs | Abs | Abs | Abs | Abs

|=====

Определение глюкозы в крови

5,6 ммоль/л (норма 3,3-5,6 ммоль/л)

Определение базального инсулина

Менее 2 (норма 2-10 мМЕ/мл)

Данные антропометрии у ребенка 6 лет можно оценить как физическое развитие

- ниже среднего, избыточная масса тела
- среднее, дефицит массы тела легкой степени
- выше среднего, дефицит массы тела тяжелый
- среднее, с дефицитом массы тела средней степени

Учитывая данные анамнеза и результаты обследования, у данного пациента можно диагностировать

- ниже среднего, избыточная масса тела
- среднее, дефицит массы тела легкой степени
- выше среднего, дефицит массы тела тяжелый
- среднее, с дефицитом массы тела средней степени

Диагноз

E 10.9 Инсулинозависимый сахарный диабет без осложнений, фаза «медового месяца»

E10.0 Инсулинозависимый сахарный диабет

E13.0 Другие уточненные формы сахарного диабета, MODY-диабет

R73.0 Отклонение результатов нормы теста толерантности к глюкозе (НТГ)

Клиническими признаками СД 1 типа являются

- повышение веса, снижение аппетита, слабость, утомляемость, боли в животе, жидкий стул
- снижение веса, снижение аппетита, жидкий стул, запах ацетона, потливость, приступы беспокойства
- резкое снижение веса, повышенный аппетит, жажда, зуд кожи, полиурия, запах ацетона
- повышенный аппетит, набор веса, потливость по ночам, приступы тошноты, рвоты, зуд

Основными методами гликемического контроля является инсулинотерапия и

- прием витаминно-минеральных комплексов
- диетотерапия
- иглорефлексотерапия
- физическая нагрузка

При СД 1 типа содержание макронутриентов (белков, жиров, углеводов) должно быть физиологическим

- только по белкам, с ограничением по жирам и углеводам

- по белкам и углеводам, ограниченным по жирам
- в соответствии с возрастными нормами
- по белкам и жирам, ограниченным по углеводам

Ограничение в рационе углеводов может привести к развитию

- гипогликемии
- метаболического синдрома
- лактатацидоза
- кетоацидоза

При расчете дозы болюсного инсулина ориентируются на

- количество углеводов в перерасчете на хлебные единицы
- количество жиров и углеводов в пересчете на ккал
- кисломолочные продукты, углеводы и их энергетическую ценность
- количество калорий в порции

Показанием для экстренной госпитализации пациента с СД 1 типа является

- тяжелая гипогликемия и кетоацидоз
- гликированный гемоглобин 10% и более
- вирусная инфекция с высокой лихорадкой
- высокая вариабельность гликемии и гипергликемия натощак

1 ХЕ равняется количеству продукта, содержащему + _____ + г углеводов

- 10-12
- 13-15
- 14-16
- 18-20

Расчет углеводов ребенку в возрасте 6 лет будет проводиться на + _____ + ХЕ

- 15-16
- 10-11
- 12-13
- 18-20

Целевыми показателями гликемического контроля являются

- 15-16
- 10-11
- 12-13
- 18-20

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение мамы с ребенком 2,5 лет.

Жалобы

На увеличение размеров живота, избирательность в еде.

Анамнез заболевания

Мама с раннего возраста обратила внимание на увеличенный живот. При введении прикорма – отказ от фруктов и овощей. УЗИ брюшной полости выявлена гепатомегалия.

При обследовании: АСТ – 55 ед/л, АЛТ – 58 ед/л; глюкоза 3,25 ммоль/л.

Поступила в отделение с целью дальнейшего обследования, уточнения диагноза. В ОАК: Нв – 129 г/л (110-147), эр. – $5,06 \times 10^{12}/л$ (3,5-4,5), лейкоц. – $5,8 \times 10^9/л$ (4,5-10,5). СОЭ – 5 мм/ч. В биохимическом анализе крови: АЛТ – 49 ед/л АСТ – 46 ед/л, ГГТ – 37 ед/л, ЩФ – 345 ед/л, глюкоза – 4,1 ммоль/л, холестерин общ. – 5,50 ммоль/л, липидограмма в норме, церулоплазмн, альфа-1-антитрипсин в норме. Проведена сахарная кривая -нормогликемия.

ЭХО-КГ: Структуры сердца сформированы правильно. Полости сердца не расширены, стенки не утолщены. Сократительная способность миокарда в пределах нормы. Перегородки интактны. Клапаны – без особенностей.

«Фальшхорда».

Эластография печени: плотность печени не изменена (4,1 кПа) что соответствует гистологической стадии F0 по METAVIR.

Анамнез жизни

Девочка от 1-й физиологически протекавшей беременности, 1-х срочных родов.

Масса тела при рождении 3400 г, длина 51 см. Перенесенные заболевания:

ОРВИ, бронхит. Профилактические прививки: по календарю вакцинации.

Наследственность: не отягощена.

Объективный статус

Состояние стабильное, самочувствие удовлетворительное. Вес 14,5 кг, рост 90 см. Ребенок активен, аппетит сохранен. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные. Катаральных явлений нет. Дыхание через нос свободное, в легких пуэрильное, хрипов нет. Перкуторная граница сердца в пределах возрастной нормы, тоны громкие, ритмичные. ЧСС-100 в мин. Живот мягкий, вздут, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 2-2,5см, край печени эластичный, закруглён, безболезненный при пальпации. Селезенка не пальпируется. Стул полуоформленный со слов мамы, 2 -3 раза в день. Диурез положительный.

Основным методом исследования для подтверждения данного диагноза является

- 15-16
- 10-11
- 12-13

- 18-20

Результаты обследования

Молекулярно-генетическое исследование крови

При молекулярно-генетическом исследовании крови выявлена мутация в гене ALDOP: Обнаружена частая мутация p.A174D в гомозиготном состоянии.

Определение уровня глюкозы в крови

3,9 ммоль/л

Определение активности трансаминаз

АЛТ 48 Ед/л, АСТ 56 Ед/л,

Определение уровня щелочной фосфатазы

250 ед/л

При ультразвуковом исследовании печени при данной патологии выявляются изменения в первую очередь со стороны

- 15-16
- 10-11
- 12-13
- 18-20

Результаты обследования

УЗИ печени

Печень увеличена: ЛД 74 мм, ПД – 107 мм, контур ровный, паренхима: мелкоочаговая диффузная неоднородность. Ослабление УЗ ~ на 1/5. Ствол воротной вены - 6 мм. Печеночные вены – норма.

Заключение: УЗ-признаки гепатомегалии, диффузные изменения паренхимы печени.

УЗИ селезенки

Селезенка не увеличена (69х30мм.). Паренхима обычной эхогенности. Ствол селезеночной вены не расширен (3 мм).

УЗИ поджелудочной железы

Поджелудочная железа: не увеличена, эхогенность не изменена.

УЗИ желчного пузыря

Желчный пузырь не изменен

Обязательным дополнительным исследованием является проведение

- 15-16
- 10-11
- 12-13
- 18-20

Результаты обследования

УЗИ почек

УЗИ почек: Размер: правая 75х35 мм, левая 75х33 мм. Положение,

смещаемость, паренхима, кровоток, ЧЛС не изменены. Уплотнены стенки сосудов с обеих сторон. Мочевой пузырь заполнен умеренно. Стенки, форма просвет – норма.

Ультразвуковая эластография печени

Плотность печени не изменена (4,1 кРа) что соответствует гистологической стадии F0 по METAVIR.

Эхокардиография

Структуры сердца сформированы правильно. Полости сердца не расширены, стенки не утолщены. Сократительная способность миокарда в пределах нормы. Перегородки интактны. Клапаны – без особенностей. «Фальшхорда».

Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод проходим. Слизистая блестящая, розовая. Розетка кардии смыкается. Желудок количество жидкости – пустой. Высота складок средней величины, эластичные. Слизистая блестящая, розовая, гладкая. Привратник округлой формы, смыкается. Перистальтика живая.

Луковица двенадцатиперстной кишки – деформации нет. Слизистая блестящая, розовая.

Заключение: органических изменений не выявлено.

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты клинико-лабораторного и генетического обследования у ребенка имеет место клинический диагноз

- 15-16
- 10-11
- 12-13
- 18-20

Диагноз

Наследственная непереносимость фруктозы

Болезнь накопления гликогена

Недостаточность фруктозо-1,6-бифосфатазы

Недостаточность альфа-1-антитрипсина

Дифференциальный диагноз при наследственной непереносимости фруктозы в первую очередь надо провести с диагнозом

- галактоземия
- болезнь накопления гликогена
- лизосомные болезни
- мальабсорбция фруктозы

Основными проявлениями стороны желудочно-кишечного тракта при наследственной непереносимости фруктозы является наличие

- спленомегалии
- диспептических явлений
- болей в животе
- гепатомегалии

Основные принципы терапии при наследственной непереносимости фруктозы заключаются в назначении

- медикаментозной терапии
- диетотерапии
- желчегонных препаратов
- гепатопротекторов

Диетотерапия при наследственной непереносимости фруктозы заключается в исключении из рациона

- фруктозы и сахаразы
- глюкозы и мальтозы
- мальтозы
- сахарозы и мальтозы

Возможен прием препаратов, поливитаминов и пищевых добавок без содержания

- ксилита
- глюкозы
- сорбита
- сахарозы

Фруктозу и сахарозу при наследственной непереносимости фруктозы следует заменить на

- сорбит
- глюкозу и мальтозу
- сахарозу и ксилит
- сахарозу и мальтозу

При своевременной диагностике фруктоземии и соблюдении диетотерапии происходит нормализация уровня

- билирубина
- щелочной фосфатазы
- трансаминаз
- глюкозы

Отсутствие симптоматической и диетотерапии при наследственной непереносимости фруктозы у детей приводит к формированию

- билирубина
- щелочной фосфатазы
- трансаминаз
- глюкозы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у гастроэнтеролога мать с 5 летним ребенком.

Жалобы

На утомляемость, слабость, периодические головные боли, повышенный аппетит, УЗ изменения со стороны печени.

Анамнез заболевания

В 2 года на УЗИ брюшной полости выявлена спленомегалия, изменения расценены как реакция на частые инфекции. Далее по спленомегалии не наблюдался. При проведении проф.осмотра в детском саду в 5 лет обнаружена гепатоспленомегалия. В ОАК: Нв 135,6 г/л, эр.- $5,0 \times 10^{12}/л$, эоз – 6,9%, тромб - . СОЭ – мм/ч. В биохимическом анализе крови: АЛТ – 99ед/л, АСТ- 59,6 ед/л, ГГТ – 49,8 ед/л, ЩФ –284,1ед/л, холестерин общ. -7,22 ммоль/л, ЛПНП –6,17 моль/л, ЛПВВ- 0,9 моль/л, триглицериды –1,64 моль/л (0,1-1,43). Кровь на Ат к пищевым аллергенам: молоко коровье, ржаная мука, картофель, треска, говядина, свинина, курица, кабачок, рис, греча, яичный белок, пшеничная мука, яблоко - отрицательные. ИФА крови на лямблиоз, аскаридоз, токсокароз, хеликобактер - отрицательный. Аутоантитела: ANA – отрицат.

ЭГДС: Гастрит антрума, невыраженный. Дуоденит, минимально выраженный.

УЗИ щитовидной железы: левая доля – 16, толщина – 13 мм, длина - 30 мм; правая доля – 14x12x30 мм, перешеек – 1,8 мм. Общий объем = $5,403 \text{ см}^3$ ($1,09-3,01 \text{ см}^3$). Паренхима – однородная, эхогенность средняя. При ЦДК кровотоков усилен. Региональные л/узлы не визуализируются.

Заключение: УЗ признаки эндемического зоба.

Эхо-КГ: Морфометрические и функциональные параметры сердца в норме.

Крупные сосуды, клапаны, перегородки, полости не изменены. Сократимость миокарда в норме. Диастолическая функция не изменена. ЭКГ от 08.06.18г:

Синусовая аритмия с ЧСС – 96-108 уд. в мин. Вертикальное положение ЭОС.

Остеоденситометрия поясничного отдела позвоночника (L2-L4): Минеральная плотность костной ткани в пределах нормальных значений (-1%). Z=-0,1. BMD = 0,634.

Консультация гематолога: по данным миелограмм данных за заболевания крови нет.

Консультация эндокринолога: Субклинический гипотиреоз вследствие йодной недостаточности.

Рекомендовано: Йодид калия по 100мкг/сут.

Энзимодиагностика и молекулярно-генетические исследования: кислая липаза в пятне крови: 0.02 нМ/час/пятно (N 0.16-1.8).

ТМС : данных за наследственные аминокислотопатии, органические ацидурии и

дефекты митохондриального в-окисления не выявлено.

Исследование гена LIPA – В 7 экзоне обнаружена однонуклеотидная замена NM 000235.3с 796G>T (pGly266Term) в гетерозиготном состоянии. В 8 экзоне обнаружена однонуклеотидная замена NM 000235.3с 894G>A в гетерозиготном состоянии.

Анамнез жизни

Ребенок от 6 беременности, протекавшей на фоне ожирения. Роды – 3, срочные, самостоятельные. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 9/9 баллов. Вес при рождении - 3000 г, длина- 51 см. Ранний неонатальный период протекал гладко. Грудное вскармливание до 6 мес. Прикормы введены по возрасту.

Профилактические прививки проведены по возрасту. Перенесенные заболевания: ребенок относится к группе часто болеющих детей: На первом году ОРВИ 6 раз, на втором 8 раз, на третьем 9 раз, на четвертом 4 раза, на пятом 5 раз. Курсы антибиотиков приблизительно 4 р/год (флемоксин, аугментин, азитромицин) Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность: у матери гиперхолестеринемия.

Объективный статус

Состояние средней тяжести по основному заболеванию, самочувствие удовлетворительное. Жалобы на утомляемость, слабость, периодические головные боли. Вес – 22 кг. Рост – 111 см, ИМТ – 17,9; Zscore = {plus} 1,71; 95,6 percent. Кожные покровы бледно-розовые, чисты. Катаральных явлений нет. Повышенного питания, подкожно-жировая клетчатка развита избыточно на животе. Дыхание через нос свободное. В легких при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС- 93 уд. в минуту. АД- 92/56 мм рт.ст. Язык слегка обложен у корня белым налетом. Живот увеличен в объеме за счет выраженной подкожно-жировой клетчатки, доступен глубокой пальпации. Печень увеличена: из-под края реберной дуги по среднеключичной линии {plus} 3 см, мягкоэластической консистенции. Селезенка {plus} 2 см. Стул регулярный, оформленный. Диурез положительный.

Основными лабораторными показателями, позволяющие поставить правильный диагноз являются

- низкий уровень кислой липазы в пятне крови
- повышение триглицеридов
- снижение ЛПВП
- дислипидемия
- повышение активности трансаминаз: АЛТ, АСТ
- гиперхолестеринемия

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- низкий уровень кислой липазы в пятне крови
- повышение триглицеридов
- снижение ЛПВП
- дислипидемия

- повышение активности трансаминаз: АЛТ, АСТ
- гиперхолестеринемия

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование печени

Печень: увеличена, левая доля – 84мм, правая доля - 128 мм, эхогенность повышена. Паренхима – мелкоочаговая диффузная неоднородность, ослабление УЗ на 1/4. Ствол воротной вены – 6мм, расширена. ВПЖП- диаметр норма.

Стенки утолщены неравномерно. ОЖП не расширен. Печеночные вены истончены, рисунок обеднен, кровоток не изменен. Контур четкий, ровный. Желчный пузырь: в типичном месте, увеличен – 76x27 мм, форма – перегиб в воронке, стенки уплотнены, просвет свободный.

Поджелудочная железа увеличена: 15x12x23 мм, эхогенность повышена, паренхима неоднородная, стенки сосудов не изменены. Вирсунгов проток не изменен.

Селезенка увеличена: 117x58 мм, паренхима однородная, эхогенность изменена, повышена. Селезеночная вена 5,3 мм.

Желудок: секреция норма, стенки не изменены. 12-перстная кишка: стенки не утолщены, секреция норма.

МРТ брюшной полости

МРТ брюшной полости: признаки гепатомегалии с неоднородностью паренхимы печени, признаки жирового гепатоза. Спленомегалия.

УЗИ щитовидной железы

УЗИ щитовидной железы: левая доля – 16, толщина – 13 мм, длина - 30 мм; правая доля – 14x12x30 мм, перешеек – 1,8 мм. Общий объем = 5,403 см³ (1,09-3,01 см³). Паренхима – однородная, эхогенность средняя. При ЦДК кровотоков усилен. Региональные л/узлы не визуализируются.

Заключение: УЗ признаки эндемического зоба.

УЗИ сердца

По данным Эхокардиографии: Морфометрические и функциональные параметры сердца в норме. Крупные сосуды, клапаны, перегородки, полости не изменены. Сократимость миокарда в норме. Диастолическая функция не изменена.

Остеоденситометрия поясничного отдела позвоночника (L2-L4)

Минеральная плотность костной ткани в пределах нормальных значений (-1%). Z=-0,1. BMD = 0,634.

На основании анамнеза, комплексного клинико-лабораторного и инструментально методов обследования установлен клинический диагноз

- низкий уровень кислой липазы в пятне крови
- повышение триглицеридов
- снижение ЛПВП
- дислипидемия
- повышение активности трансаминаз: АЛТ, АСТ
- гиперхолестеринемия

Диагноз

Дефицит лизосомной кислой липазы: болезнь накопления эфиров холестерина

Хронический гепатит неясной этиологии

Неалкогольная жировая болезнь печени: стеатогепатит

Неалкогольная жировая болезнь печени: жировой гепатоз

На основании результатов комплексного клинико-лабораторного обследования с оценкой физического развития установлен сопутствующий диагноз

- избыточная масса тела (Z_{score} имт= +1,71)
- экзогенно-конституциональное ожирение 1 ст
- дефицит массы тела
- экзогенно-конституциональное ожирение 2 ст

Патогенетическая терапия заключается в назначении

- себелипазы альфы
- статинов
- гепатопротекторов
- желчегонных препаратов

Фермент-заместительная терапия себелипазой альфа при дефиците лизосомной кислой липазы: болезни накопления эфиров холестерина назначается из расчета + ____ + мг/кг

- 1
- 0,5
- 2
- 3

Частота приема себелипазы альфа при дефиците лизосомной кислой липазы составляет

- 3 раза в неделю
- 1 раз в день
- 1 раз в 2 недели
- 2 раза в неделю

Прием себелипазы альфа назначается

- внутривенно капельно
- per os

- подкожно
- внутримышечно

Фермент-заместительную терапию при дефиците лизосомной кислой липазы назначают

- 6 месяцев
- пожизненно
- 12 месяцев
- 3 месяца

Диетотерапия при избыточной массе тела у пациента с дефицитом лизосомной кислой липазы направлена на ограничение

- белков и жиров
- сахара и жиров
- углеводов и жиров
- клетчатки

У ребенка с дефицитом лизосомной кислой липазы и избыточной массой тела жиры животного происхождения в рационе уменьшают за счет животного жира на + _____ + %

- 10-13
- 3-5
- 10-15
- 5-10

Отсутствие фермент-заместительной терапии при дефиците лизосомной кислой липазы приводит к формированию

- 10-13
- 3-5
- 10-15
- 5-10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 10 месяцев с синдромом короткой кишки, ранний послеоперационный период (2 месяца после хирургического лечения).

Жалобы

Жалобы со стороны мамы на отсутствие прибавки массы тела, диарею до 10-15 раз в сутки.

Анамнез заболевания

В возрасте 8 месяцев ребенок оперирован по поводу некроза подвздошной

кишки на фоне инвагинации с формированием колокола анастомоза. Послеоперационный период протекал гладко. Энтеральное питание с 3 суток полуэлементной смесью с постепенным наращиванием объема. Выписана под наблюдение участкового врача педиатра и хирурга по месту жительства на 14 сутки после операции.

Анамнез жизни

Девочка от I беременности, протекавшей на фоне отека синдрома в 3 триместре, от 1-ых срочных оперативных родов на 38 неделе гестации, путем операции кесарева сечения (полное предлежание плаценты), о/плодные воды светлые. При рождении: масса тела – 2800 г, длина – 49 см, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Ранний неонатальный период без особенностей. Естественное вскармливание в течение 1 месяца жизни. В связи с недостаточной прибавкой массы тела за 1-ый месяц жизни {plus}200 г, переведена на искусственное вскармливание базовой формулой на основе цельного белка коровьего молока. Прикорм с 6 месяцев жизни.

Объективный статус

При осмотре:

Возраст 10 месяцев; Рост –68 см.; Z-Score рост/возраст = -1,44; Масса тела – 6,05 кг. ИМТ 13,1кг/м². Z-ScoreИМТ = -2,8; Z-Score масса тела/возраст = - 2,86; Z-Score масса тела/рост = - 2,85.

Телосложения правильного, пониженного питания. Кожные покровы физиологической окраски, разлитая гиперемия перианальной области. Послеоперационный рубец в области передней брюшной стенки. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, распределена равномерно. Лимфатические узлы не увеличены. Костная система и суставы не деформированы, движения в полном объеме. Носовое дыхание свободное. Форма грудной клетки не изменена. ЧД30 вдохов в минуту. При аускультации дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы. Хрипы не выслушиваются. ЧСС 110 ударов в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. Аппетит удовлетворительный. Язык чистый. Слизистая ротовой полости розовая, чистая, влажная. Живот несколько вздут, доступен пальпации, безболезненный во всех отделах, урчит по ходу толстой кишки. Печень не выступает из-под края реберной дуги, край ровный, консистенция эластичная. Селезенка не пальпируется. Стул водянистый до 15 раз в сутки. Мочеполовая система развита по женскому типу. Симптом "поколачивания" отрицательный. Дизурии нет.

Фактическое питание:

Получает изокалорийную полимерную низколактозную смесь (1 мл=1 ккал), 2,6 г белка на 100 мл. 900 мл в сутки (по 150 мл * 6 раз в день) и крупяной прикорм (безглютеновые безмолочные каши, разведенные на смеси) * 3 раза в день.

На основании объективного статуса физическое развитие ребенка оценивается как

- ниже среднего с дефицитом массы тела средней степени
- физическое развитие среднее гармоничное
- физическое развитие среднее с дефицитом массы тела тяжелой степени
- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени

Необходимыми лабораторными методами оценки пищевого статуса являются

- ниже среднего с дефицитом массы тела средней степени
- физическое развитие среднее гармоничное
- физическое развитие среднее с дефицитом массы тела тяжелой степени
- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

=====								
Дата	Белок общ.	Альбумин	Холестерин	ЛПВП	ЛПНП	Триглицериды	Глюкоза Са ионизир	
г/л	г/л	мм/л	мм/л	мм/л	мм/л	ммоль/л	ммоль/л	
Нормы	64-83	30-49	3,2-5,2	0,9-2,1	1,55-3,8	0,1-1,7	3,5-5,5	1,2-1,3
Результат	65	36	3,0	0,8	1,2	0,62	3,9	1,3

|=====

{nbsp}

Сывороточное железо 4,8 мкмоль/л (9,5-21,5 мкмоль/л).

Определение уровня витаминов в крови.

Витаминный статус:

=====							
Дата	25-ОН	вит D	Токоф,	сумм	Вит С	В12	ФК
Нг/мл	Мг/100мл	Мг/л	Нг/л	мкг/л			
Нормы	30-60	0,8-1,5	4-15	193-663	3-17		
Результат	18	0,8	9,5	200	6,3		

Клинический анализ крови

=====									
Показатели	НВ	Эр	Лейк.	Нейт.	Лим.	Мо	Эо	ТВ	СОЭ
г/л	10 ¹² /л	10 ⁹ /л	%	%	%	%	10 ⁹ /л	мм/ч	
норма	110-140	3,7-4,9	4,5-13	43-65	31-53	4-8	1-5	150-440	2-20
Результат	102	3,5	11	62	23	5	4,3	187	22

Антитела к глиадину (IgA, IgG)

В пределах нормы

Исследование крови на герпес вирусы методом ПЦР (вирус герпеса 1,2,6 типов, цитомегаловирус и вирус Эпштейна-Барр)

Отрицательно

Антитела к гельминтам

Отрицательно

Необходимыми инструментальными методами оценки пищевого статуса являются

- ниже среднего с дефицитом массы тела средней степени
- физическое развитие среднее гармоничное
- физическое развитие среднее с дефицитом массы тела тяжелой степени
- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени

Результаты инструментальных методов обследования

Калиперометрия

Толщина кожной складки над трицепсом правой и левой руки 4 мм; толщины кожной складки под лопаткой 2 мм. % жира в теле с использованием уравнения Slaughter M.H – 5,6%.

Определение состава тела методом биоимпедансометрии

|=====

Показатели	Результат	Норма
Общая вода организма	9,0	1,6-7,2
Протеины	3,0	6,6-8,0
Минеральные вещества	0,94	1,2-1,8
Жировая масса	0,3	1,2-3,3
Масса скелетной мускулатуры	4,4	5,4-9,4
Индекс массы тела, кг/м ²	13,1	14-16,9
Процент жировой ткани	5	11,0-21,0
Фазовый угол	4,2	5,4-7,8

|=====

Определение уровня основного обмена методом непрямой калориметрии или с помощью специализированных формул, учитывающих возраст и данные антропометрии

Уровень энерготрат покоя составил 315 ккал/сут.

УЗИ органов брюшной полости

Переднезадний размер правой доли 80 мм, левой 51 мм, контуры ровные, четкие, края острые, структура однородная, нормальной эхогенности, сосуды и желчные протоки не изменены. Желчный пузырь сокращен после еды.

Поджелудочная железа увеличена, размеры 10*6*12 мм. Контуры ровные, четкие, структура однородная, нормальной эхогенности. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Почки расположены обычно, контуры ровные, четкие. Мочевой пузырь пуст. Петли кишечника не расширены, активно перестальтируют.

Нейросонография

Структуры мозга сформированы правильно, рисунок отчетливый, боковые

желудочки щелевидные, III жел. 4 мм, базальные и стволовые структуры не изменены.

Эзофагогастродуоденоскопия

Фиброскоп введен свободно. Слизистая пищевода бледно-розовая, гладкая. Кардия смыкается кратковременно. Пролапс желудочных складок в пищевод при срыгивании. В желудке немного слизи. Складки обычные. Слизистая оболочка розовая, гладкая. Привратник округлой формы при раскрытии. Слизистая оболочка 12 п.к. без особенностей. Воспалительных изменений не выявлено.

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментальной оценки нутритивного статуса, пациенту можно поставить клинический диагноз

- ниже среднего с дефицитом массы тела средней степени
- физическое развитие среднее гармоничное
- физическое развитие среднее с дефицитом массы тела тяжелой степени
- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени

Диагноз

Нарушение всасывания в кишечнике. Состояние после резекции подвздошной кишки. Еюноколоанастомоз. Железодефицитная анемия легкой степени. Дефицит витамина D. Дефицит массы тела средней степени (Z-score масса тела/рост = -2,85)

Энтероколит. Состояние после резекции подвздошной кишки. Еюноколоанастомоз. Латентный дефицит железа. Дефицит витамина D. Дефицит массы тела тяжелой степени (Z-score масса тела/рост = -2,85)

Энтерит. Состояние после резекции подвздошной кишки. Еюноколоанастомоз. Анемия легкой степени смешенного генеза. Дефицит витамина D. Дефицит массы тела тяжелой степени (Z-score масса тела/рост = -2,85)

Нарушение всасывания в кишечнике. Энтерит. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Рахит. Дефицит массы тела средней степени тяжести (Z-score масса тела/рост = -2,85)

Способом энтерального питания в данной клинической ситуации является

- продолжить питание через рот
- питание через гастростому
- питание через назодуоденальный зонд
- питание через назогастральный зонд

Продуктом выбора для нутритивной поддержки у ребенка с синдромом короткой кишки является + _____ + смесь

- элементная изокалорийная смесь
- полимерная изокалорийная смесь
- полуэлементная безлактозная смесь
- полимерная гиперкалорийная смесь

При синдроме короткой кишки жировой компонент должен быть преимущественно представлен

- растительными жирами
- животными жирами
- обезжиренными продуктами
- среднецепочечными триглицеридами

Суточная калорийность рациона у ребенка с синдромом короткой кишки должна соответствовать

- меньше на 10-20% по сравнению со здоровыми детьми данного возраста
- больше на 50% по сравнению со здоровыми детьми данного возраста
- рекомендуемым нормам потребления пищевых веществ для детей данного возраста с учетом потерь
- показателям основного обмена на полученные данные антропометрии

Для энтерального восполнения жидкости следует использовать

- растворы для оральной регидратации
- физиологический раствор хлорида натрия 0,9%
- растворы глюкозы 5-10%
- минеральные воды

Терапия при синдроме короткой кишки в ранний постоперационный период должна включать в себя

- замедление пассажа по кишечнику, коррекцию метаболических нарушений, заместительную терапию витаминами и микроэлементами
- желчегонную терапию, коррекцию метаболических нарушений, заместительную терапию витаминами и микроэлементами
- противогрибковую, антибактериальную и противогельминтную терапию, заместительную парентеральную терапию витаминами и микроэлементами
- антибактериальную терапию, коррекцию метаболических и электролитных нарушений, парентеральное питание

Длительность нутритивной поддержки необходима

- в течение 1 месяца
- до нормализации нутритивного статуса
- не более 6 месяцев
- в течение 3-х месяцев

Контроль за диетотерапией и нутритивной поддержкой осуществляется с помощью

- в течение 1 месяца
- до нормализации нутритивного статуса
- не более 6 месяцев
- в течение 3-х месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 1 г 8 месяцев с синдромом короткой кишки, период адаптации (1 год после хирургического лечения).

Жалобы

Жалобы со стороны мамы на отсутствие прибавки массы тела, диарею до 8-10 раз в сутки.

Анамнез заболевания

В возрасте 8 месяцев ребенок оперирован по поводу некроза подвздошной кишки на фоне инвагинации с формированием колокола анастомоза.

Послеоперационный период протекал гладко. Энтеральное питание с 3 суток полуэлементной смесью с постепенным наращиванием объема. Выписана под наблюдение участкового врача педиатра и хирурга по месту жительства на 14 сутки после операции.

Анамнез жизни

Девочка от I беременности, протекавшей на фоне отеочного синдрома в 3 триместре, от 1-ых срочных оперативных родов на 38 неделе гестации, путем операции кесарева сечения (полное предлежание плаценты), о/плодные воды светлые. При рождении: масса тела – 2800 г, длина – 49 см, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Ранний неонатальный период без особенностей. Естественное вскармливание в течение 1 месяца жизни. В связи с недостаточной прибавкой массы тела за 1-ый месяц жизни {plus}200 г, переведена на искусственное вскармливание базовой формулой на основе цельного белка коровьего молока. Прикорм с 6 месяцев жизни.

Объективный статус

При осмотре:

Возраст 1 год 8 месяцев; Рост –79 см. Z-Score рост/возраст = -1,24; Масса тела – 8,74 кг.; ИМТ 14 кг/м²; Z-Score ИМТ = -1,28; Z-Score масса тела/возраст = -1,65; Z-Score масса тела/рост = -1,42.

Телосложения правильного, пониженного питания. Кожные покровы физиологической окраски, разлитая гиперемия перианальной области.

Послеоперационный рубец в области передней брюшной стенки. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, распределена равномерно. Лимфатические узлы не увеличены. Костная система и суставы не деформированы, движения в полном объеме. Носовое дыхание свободное. Форма грудной клетки не изменена. ЧД25 вдохов в мин. При аускультации дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы. Хрипы не выслушиваются. ЧСС 100 ударов в мин. Тоны сердца звучные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. Аппетит сохранен. Язык чистый. Слизистая ротовой полости розовая, чистая, влажная. Живот умеренно вздут, доступен пальпации, безболезненный во всех отделах, урчит по ходу толстой кишки. Печень не выступает из-под края реберной дуги, край ровный, консистенция эластичная. Селезенка не пальпируется. Стул водянистый до 8-10 раз в сутки. Мочеполовая система развита по женскому типу. Симптом "поколачивания" отрицательный. Дизурии нет.

Питание – стол ясельный. Нутритивную поддержку не получает.

На основании объективного статуса физическое развитие ребенка оценивается как

- физическое развитие среднее гармоничное
- физическое развитие среднее с дефицитом массы тела тяжелой степени
- ниже среднего с дефицитом массы тела легкой степени
- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени

Необходимыми лабораторными методами оценки пищевого статуса являются

- физическое развитие среднее гармоничное
- физическое развитие среднее с дефицитом массы тела тяжелой степени
- ниже среднего с дефицитом массы тела легкой степени
- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|=====
| Дата | Белок общ. | Альбумин | Холестерин | ЛПВП | ЛПНП | Триглицериды |
| Глюкоза | Са ионизир
|
| г/л | г/л | мМ/л | мМ/л | мМ/л | мМ/л | ммоль/л | ммоль/л
| Нормы | 64-83 | 30-49 | 3,2-5,2 | 0,9-2,1 | 1,55-
3,8 | 0,1-1,7 | 3,5-5,5 | 1,2-1,3
| Результат | 65 | 36 | 3,0 | 0,8 | 1,2 | 0,62 | 3,9 | 1,3
|=====
{nbsp}

Сывороточное железо 11 мкмоль/л (9,5-21,5 мкмоль/л).

Определение уровня витаминов в крови.

Витаминный статус:

|=====

| Дата | 25-ОН

вит D | Токоф,

сумм | Вит С | В12 | ФК

|

| Нг/мл | Мг/100мл | Мг/л | Нг/л | мкг/л

| Нормы | 30-60 | 0,8-1,5 | 4-15 | 193-663 | 3-17

| Результат | 18 | 0,8 | 9,5 | 200 | 6,3

|=====

Клинический анализ крови

|=====

| Показатели | НВ | Эр | Лейк. | Нейт. | Лим. | Мо | Эо | ТВ | СОЭ

|

| г/л | 10¹²/л | 10⁹/л | % | % | % | % | 10⁹/л | мм/ч

| норма | 110-140 | 3,7-4,9 | 4,5-13 | 43-65 | 31-53 | 4-8 | 1-5 | 150-440 | 2-20

| Результат | 112 | 3,5 | 11 | 62 | 23 | 5 | 4,3 | 187 | 22

|=====

Антитела к глиадину (IgA, IgG)

В пределах нормы

Исследование крови на герпес вирусы методом ПЦР (вирус герпеса 1,2,6 типов, цитомегаловирус и вирус Эпштейна-Барр)

Отрицательно

Антитела к гельминтам

Отрицательно

Необходимыми инструментальными методами оценки пищевого статуса являются

- физическое развитие среднее гармоничное
- физическое развитие среднее с дефицитом массы тела тяжелой степени
- ниже среднего с дефицитом массы тела легкой степени
- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени

Результаты инструментальных методов обследования

Калиперометрия

Толщина кожной складки над трицепсом правой и левой руки 5 мм; толщины кожной складки под лопаткой 3 мм. % жира в теле с использованием уравнения Slaughter M.H – 10,1%.

Определение состава тела методом биоимпедансометрии

|=====

| Показатели | Результат | Норма

| Общая вода организма | 9,0 | 1,6-7,2

| Протеины | 3,0 | 6,6-8,0

| Минеральные вещества | 0,94 | 1,2-1,8
| Жировая масса | 0,9 | 1,2-3,3
| Масса скелетной мускулатуры | 4,4 | 5,4-9,4
| Индекс массы тела, кг/м² | 14 | 14-16,9
| Процент жировой ткани | 9,8 | 11,0-21,0
| Фазовый угол | 4,3 | 5,4-7,8

|====

Определение уровня основного обмена методом непрямой калориметрии или с помощью специализированных формул, учитывающих возраст и данные антропометрии

Уровень энерготрат покоя составил 872,6 ккал/сут.

УЗИ органов брюшной полости

Переднезадний размер правой доли 80 мм, левой 51 мм, контуры ровные, четкие, края острые, структура однородная, нормальной эхогенности, сосуды и желчные протоки не изменены. Желчный пузырь сокращен после еды.

Поджелудочная железа увеличена, размеры 6*10*12 мм. Контуры ровные, четкие, структура однородная, нормальной эхогенности. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Почки расположены обычно, контуры ровные, четкие. Мочевой пузырь заполнен, стенки ровные. Петли кишечника не расширены, активно перистальтируют.

Нейросонография

Структуры мозга сформированы правильно, рисунок отчетливый, боковые желудочки щелевидные, III жел. 4 мм, базальные и ствольные структуры не изменены.

Эзофагогастродуоденоскопия

Фиброскоп введен свободно. Слизистая пищевода бледно-розовая, гладкая. Кардия смыкается кратковременно. Пролапс желудочных складок в пищевод при срыгивании. В желудке немного слизи. Складки обычные. Слизистая оболочка розовая, гладкая. Привратник округлой формы при раскрытии. Слизистая оболочка 12 п.к. без особенностей. Воспалительных изменений не выявлено.

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментальной оценки нутритивного статуса, пациенту можно поставить клинический диагноз

- физическое развитие среднее гармоничное
- физическое развитие среднее с дефицитом массы тела тяжелой степени
- ниже среднего с дефицитом массы тела легкой степени
- задержка физического развития, с дефицитом массы тела средней степени

Диагноз

Нарушение всасывания в кишечнике. Состояние после резекции подвздошной кишки. Еюноколоанастомоз. Дефицит витамина D. Дефицит массы тела легкой степени

Энтероколит. Состояние после резекции подвздошной кишки. Еюноколоанастомоз. Латентный дефицит железа. Недостаточность витамина D. Дефицит массы тела тяжелый

Энтерит. Состояние после резекции подвздошной кишки. Еюноколоанастомоз. Гиповитаминоз. Дефицит витамина D. Дефицит массы тела тяжелый

Нарушение всасывания в кишечнике. Функциональные нарушения моторной активности кишки. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Рахит. Дефицит массы тела средней степени тяжести

Способом энтерального питания является

- питание через назогастральный зонд
- питание через гастростому
- питание через назоудоденальный зонд
- продолжить питание через рот

Продуктом выбора для нутритивной поддержки у ребенка с синдромом короткой кишки является + _____ + смесь

- полимерная гиперкалорийная смесь
- элементная изокалорийная смесь
- полимерная изокалорийная смесь
- полуэлементная безлактозная смесь

При синдроме короткой кишки жировой компонент должен быть преимущественно представлен

- среднецепочечными триглицеридами
- растительными жирами
- обезжиренными продуктами
- животными жирами

Суточная калорийность рациона у ребенка с синдромом короткой кишки должна соответствовать

- рекомендуемым нормам потребления пищевых веществ для детей данного возраста с учетом потерь
- меньше на 10-20% по сравнению со здоровыми детьми данного возраста
- больше на 50% по сравнению со здоровыми детьми данного возраста
- показателям основного обмена на полученные данные антропометрии

Объем нутритивной поддержки составляет

- 20% от суточного объема кормлений
- 100% от суточного объема кормлений - полное энтеральное питание

- 20-50% от суточного объема кормлений
- 50% от суточного объема кормлений

Терапия при синдроме короткой кишки в ранний постоперационный период должна включать в себя

- желчегонную терапию, коррекцию метаболических нарушений, заместительную терапию витаминами и микроэлементами
- антибактериальную терапию, коррекцию метаболических и электролитных нарушений, парентеральное питание
- противогрибковую терапию, антибактериальную терапию, заместительную парентеральную терапию витаминами и микроэлементами
- замедление пассажа по кишечнику, коррекцию метаболических нарушений, заместительную терапию витаминами и микроэлементами

Длительность нутритивной поддержки необходима

- до нормализации нутритивного статуса
- не более 6 месяцев
- в течение 3-х месяцев
- в течение 1 месяца

Контроль за диетотерапией и нутритивной поддержкой осуществляется с помощью

- до нормализации нутритивного статуса
- не более 6 месяцев
- в течение 3-х месяцев
- в течение 1 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Диетолога вызвали в отделение кардиологии к ребенку 4 мес. с врожденным пороком сердца, хронической сердечной недостаточностью.

Жалобы

на

- * беспокойство ребенка,
- * плохую прибавку в весе.

Анамнез заболевания

Наблюдается по поводу врожденного порока сердца (дефект межжелудочковой перегородки) с рождения, готовится к операции. В настоящее время ребенок находится исключительно на искусственном вскармливании базовой формулой, предназначенной для вскармливания детей от 0 до 6 месяцев. За последний месяц прибавил 200г. Наблюдается неврологом с диагнозом: Перинатальное

поражение ЦНС, синдром мышечной гипотонии.

Получает терапию по поводу хронической сердечной недостаточности (гликозиды, мочегонные препараты).

Психомоторное развитие с темповой задержкой: держит голову с 3 месяцев, не переворачивается.

Анамнез жизни

* Мальчик от 1 беременности, протекавшей с токсикозом в 1 триместре, угрозой прерывания на всем протяжении. Роды 1, срочные, самостоятельные. При рождении: масса тела 2700г.; рост 48 см.; Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. С рождения - искусственное вскармливание адаптированной смесью для детей от 0 до 6 месяцев. Из роддома переведен на 2 этап выхаживания. Перенесенные заболевания: ОРВИ.

* Семейный анамнез не отягощен.

* Социальные условия – семья полная.

Объективный статус

* При осмотре: возраст 4 месяца.

* Антропометрия:

Рост 64 см. Z-Score рост к возрасту {plus}0,87.

Масса тела 5500г. Z-Score МТ к возрасту -1,26; Z-Score МТ к росту -2,51.

ИМТ 13,4. Z-Score ИМТ -2,37.

* T=36,7°C. ЧСС 135 уд/мин. ЧДД 40 вдохов в мин. Большой родничок 1,3 см x 1,5 см. На осмотр реагирует плачем. Кожные покровы бледные, умеренно влажные, чистые. Катаральных явлений нет. Грудная клетка симметричная, перкуторно - легочный звук над всеми полями, аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена, перкуторные границы сердца расширены влево. Тоны сердца ритмичные, грубый систолический шум с р.мах в V точке. Живот симметричный, доступен глубокой пальпации, мягкий, безболезненный. Печень {plus}3,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, без патологических примесей 2-3 р/сут. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

У ребенка с тяжелым соматическим заболеванием для оценки нутритивного дефицита необходимо провести оценку

- до нормализации нутритивного статуса
- не более 6 месяцев
- в течение 3-х месяцев
- в течение 1 месяца

Результаты обследования

Показатели антропометрии

Физическое развитие среднее (Z-Score рост к возрасту {plus}0,87) с дефицитом массы тела средней степени тяжести (Z-Score МТ к росту -2,51).

Психическое развитие

Соответствует возрасту.

Моторные навыки и умения

Темповая задержка моторных навыков.

Показатели основного обмена, проведенного методом непрямой калориметрии

460 ккал

Копрологическое исследование кала

Неоформленный, цвет желтый, кровь не обнаружена, остатки неперваренной пищи не обнаружены, мышечные волокна не обнаружены, жир нейтральный и жирные кислоты не обнаружены, мыла умеренное количество, растительная клетчатка не обнаружена, слизь в кале не обнаружена, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты не обнаружены.

Для решения вопроса о необходимости коррекции рациона питания важным показателем для детей первого года жизни является Z-Score критерий

- ИМТ к возрасту
- рост к возрасту
- масса тела к возрасту
- масса тела к росту

Необходимыми лабораторными методами оценки пищевого статуса являются

- ИМТ к возрасту
- рост к возрасту
- масса тела к возрасту
- масса тела к росту

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|=====

| Дата | Белок общ. | Альбумин | Холестерин | ЛПВП | ЛПНП | Триглицериды |
Глюкоза | Са ионизир

|

| г/л | г/л | мМ/л | мМ/л | мМ/л | мМ/л | ммоль/л | ммоль/л

| Нормы | 64-83 | 30-49 | 3,2-5,2 | 0,9-2,1 | 1,55-

3,8 | 0,1-1,7 | 3,5-5,5 | 1,2-1,3

| Результат | 60 | 32 | 3,0 | 0,5 | 1,3 | 0,7 | 3,3 | 1,25

|=====

{nbsp}

Сывороточное железо 9,5 мкмоль/л (9,5-21,5 мкмоль/л).

Клинический анализ крови

|=====

| Показатели | НВ | Эр | Лейк. | Нейт. | Лим. | Мо | Эо | ТВ | СОЭ

г/л	$10^{12}/л$	$10^9/л$	%	%	%	%	$10^9/л$	мм/ч			
Норма	110-140	3,7-4,9	4,5-13	43-65	31-53	4-8	1-5	150-440	2-20		
Результат	113	3,5	7,6	60	28	5	2,5	324	6		
=====											

Антитела к глиадину (IgA, IgG)

В пределах нормы.

Исследование крови на герпес вирусы методом ПЦР (вирус герпеса 1, 2, 6 типов, цитомегаловирус и вирус Эпштейна-Барр)

Отрицательно.

Исследование кала на я/глист, соскоб на энтеробиоз

Отрицательно.

Способом энтерального питания в данной клинической ситуации является

- продолжить питание через рот
- питание через назоудоденальный зонд
- питание через назогастральный зонд
- питание через гастростому

Суточный объем питания для ребенка 4 мес с хронической сердечной недостаточностью IIА ст. составляет + _____ + мл

- 1200
- 700
- 800
- 1000

Объем потребляемой жидкости рассчитывается с учетом

- массой тела
- ростом
- отношением веса к росту
- объема диуреза

Объем потребляемой жидкости у детей первого года жизни должен быть не менее + _____ + % от физиологической потребности

- 20
- 30
- 40
- 50

Для детей первого полугодия жизни объем жидкости в среднем составляет + _____ + мл/кг

- 80-90
- 120-130

- 60-70
- 100-110

Постепенное увеличение энергоценности рациона у ребенка с хронической сердечной недостаточностью должно достигнуть рекомендуемых + _____ + ккал/кг/сут

- 90-100
- 100-110
- 110-120
- 120-160

Потребность в белке у ребенка первых 6 мес с хронической сердечной недостаточностью составляет + _____ + г/кг

- 2,5-3
- 2-2,5
- 3-4,5
- 1,5-2,0

При невозможности высасывания полного разового объема возможно уменьшение объема кормления до + _____ + мл и увеличения частоты до + _____ + раз/сут

- 65-75 и 8-10
- 90-100 и 7-8
- 80-90 и 9-10
- 50-55 и 10-12

Введение прикорма детям с хронической сердечной недостаточностью рекомендуется в возрасте + _____ + мес

- 65-75 и 8-10
- 90-100 и 7-8
- 80-90 и 9-10
- 50-55 и 10-12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка К. 43 года, научный сотрудник, обратилась к врачу-диетологу.

Жалобы

На избыточную массу тела и повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

Масса тела значительно увеличилась 9 лет назад после родов. Во время нахождения в отпуске по уходу за ребенком употребляла много жирной и

углеводной пищи, что привело к увеличению массы тела на 15 кг за 3 года. В последующие 6 лет еще на 8 кг. После увеличения веса пыталась самостоятельно худеть при помощи диеты. Без видимого результата. Аппетит нормальный.

Анамнез жизни

* В детстве пациентка росла и развивалась в соответствии с возрастными половыми нормами.

* Ведет малоподвижный образ жизни, физической культурой не занимается

* Отец имеет ожирение I ст., мать имеет ожирение II ст. Младший брат имеет ожирение I ст.

Объективный статус

Рост - 167 см, масса тела – 93,3 кг. Объем талии (ОТ) 88 см. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно. Кожа обычной окраски и влажности. Пастозность голеней. Область сердца не изменена. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. Пульс - 78 ударов в мин., АД - 145/90 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Нижний край печени не выступает из-под реберной дуги, безболезненный при пальпации. Симптом Ортнера отрицательный. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. +

Данные лабораторного обследования:

|=====

| Показатель | Значение

| Пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы:

натощак

через 2 часа | 5,8 ммоль/л

7,6 ммоль/л

| Общий холестерин (ХС) | 5,3 ммоль/л

| ХС липопротеинов высокой плотности | 1,1 ммоль/л

| Триглицериды | 1,73 ммоль/л

|=====

Основным критерием наличия метаболического синдрома у данной пациентки является

- отрицательный симптом Ортнера
- объем талии более 80 см
- артериальное давление выше 130/80 мм рт. ст
- пастозность голеней

С целью диагностики ожирения у данной пациентки необходимо выполнить

- биоимпедансометрию
- расчет индекса массы тела
- прямую калориметрию
- непрямую калориметрию

Расчетное значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки составляет
+ _____ + кг/м²

- 13,5
- 33,5
- 43,5
- 23,5

Наиболее точным методом исследования регистрации суточного ритма артериального давления, динамики АД во времени является

- механический метод Короткова
- самоконтроль артериального давления
- пульсометрия
- суточное мониторирование АД

Наиболее очевидным клиническим диагнозом у пациентки является
Ожирение + _____ + ст. Дислипидемия.

+ _____ + (метаболический синдром)

- механический метод Короткова
- самоконтроль артериального давления
- пульсометрия
- суточное мониторирование АД

Диагноз

Ожирение I ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак. Артериальная гипертензия 1 ст. (метаболический синдром)

Ожирение II ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак. Артериальная гипертензия 2 ст. (метаболический синдром)

Ожирение III ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак. (метаболический синдром)

Ожирение I ст. Дислипидемия. Артериальная гипертензия 2 ст. (метаболический синдром)

Перед назначением терапии метаболических нарушений при метаболическом синдроме в данном случае следует определить

- параметры основного обмена
- величину общего сердечно-сосудистого риска
- дыхательный коэффициент
- количество жировой ткани в организме

Основной задачей терапии пациента с метаболическим синдромом является

- снижение массы тела, достижение хорошего метаболического контроля, предупреждение острых и отдаленных сердечно-сосудистых осложнений
- замедление темпов увеличения массы тела и увеличение уровня ХС ЛПВП, нормализация артериального давления на уровне 140/90 мм рт. ст
- стабилизация массы тела, достижение показателей гликемии на уровне 6,0 ммоль/л, нормализация артериального давления на уровне 120/80 мм рт. ст
- замедление темпов увеличения массы тела, снижение уровня ХС ЛПВП, нормализация артериального давления на уровне 130/80 мм рт. ст

Основным принципом диетотерапии ожирения у данной пациентки является вариант диеты с

- пониженной калорийностью
- механическим и химическим щажением
- пониженным содержанием белка
- повышенным содержанием белка

Одним из принципов построения рационального питания при метаболическом синдроме является обеспечение потребления клетчатки + _____ + гр. в день за счет

- 30; соков из фруктов и овощей
- не менее 40; зерновых продуктов, овощей и фруктов
- 20; кондитерских изделий с сахарозаменителями
- не более 10; хлеба из муки высшего сорта

Медикаментозное лечение ожирения показано при ИМТ + _____ + кг/м²

- {nbsp} >27; в сочетании с СД 2 типа, дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- {nbsp} > 25; в сочетании с сопутствующими заболеваниями (АГ, СД 2 типа, дислипидемия)
- {nbsp} > 40; и наличии сопутствующих заболеваний (АГ, СД 2 типа, дислипидемия)
- {nbsp} < 30; и наличии тяжелых заболеваний (СД2, заболевания суставов, СОАС)

К наиболее важным факторам, способствующим развитию метаболического синдрома, относят

- женский пол и низкую физическая активность
- повышенное артериальное давление при незначительной физической нагрузке

- возраст старше 35 лет и избыточное потребление пищевых волокон с пищей
- избыточное потребление жирной пищи и низкую физическую активность

У пациентки имеется высокая степень риска развития синдрома

- женский пол и низкую физическая активность
- повышенное артериальное давление при незначительной физической нагрузке
- возраст старше 35 лет и избыточное потребление пищевых волокон с пищей
- избыточное потребление жирной пищи и низкую физическую активность

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка В. 42 года, преподаватель. Обратилась к врачу-диетологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

Масса тела значительно увеличилась 7 лет назад после родов. Во время нахождения в отпуске по уходу за ребенком употребляла много жирной и углеводной пищи, что привело к увеличению массы тела на 15 кг за 3 года. В последующие 2 года еще на 10 кг. После увеличения веса пыталась самостоятельно худеть при помощи диеты. Без видимого результата. Аппетит нормальный.

Анамнез жизни

* В детстве пациентка росла и развивалась в соответствии с возрастными половыми нормами.

* Ведет малоподвижный образ жизни.

* Отец и мать страдают ожирением. Младший брат имеет ожирение 1 ст.

Объективный статус

Рост - 165 см, масса тела – 91 кг. Объем талии (ОТ) 89 см. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно. Кожа обычной окраски и влажности. Пастозность голеней. Область сердца не изменена. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. Пульс - 78 ударов в мин., АД - 140/90 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Нижний край печени не выступает из-под реберной дуги, безболезненный при пальпации. Симптом Ортнера отрицательный. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. +

Данные лабораторного обследования:

|====

| Показатель | Значение

| Пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы:
(цельная капиллярная кровь):

натошак

через 2 часа | 5,8 ммоль/л

7,6 ммоль/л

| Общий холестерин (ХС) | 5,2 ммоль/л

| ХС липопротеинов высокой плотности | 1,0 ммоль/л

| Триглицериды | 1,75 ммоль/л

|====

Значимыми показателями метаболических нарушений у данной пациентки являются

- гиперинсулинемия
- отрицательный симптом Ортнера
- нарушение липидного обмена
- пастозность голеней
- абдоминальный тип ожирения
- повышенное артериальное давление

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки составляет + _____ + кг/м²

- 33,7
- 43,7
- 13,7
- 23,7

Наиболее точным методом исследования регистрации суточного ритма артериального давления, динамики АД во времени является

- механический метод Короткова
- суточное мониторирование АД
- самоконтроль артериального давления
- пульсометрия

Предположительным клиническим диагнозом у пациентки является

Ожирение + _____ + ст. Дислипидемия.

+ _____ + (метаболический синдром)

- механический метод Короткова
- суточное мониторирование АД
- самоконтроль артериального давления
- пульсометрия

Диагноз

Ожирение I ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак. Артериальная гипертензия I ст. (метаболический

синдром)

Ожирение II ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак Артериальная гипертензия 2 ст. (метаболический синдром)

Ожирение III ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак (метаболический синдром)

Ожирение I ст. Дислипидемия. Артериальная гипертензия 1 ст. (метаболический синдром)

Перед назначением терапии метаболических нарушений при метаболическом синдроме следует определить

- дыхательный коэффициент
- количество жировой ткани в организме
- параметры основного обмена
- величину общего сердечно-сосудистого риска

Главными целями лечения больных с метаболическим синдромом следует считать

- снижение массы тела, достижение хорошего метаболического контроля, предупреждение острых и отдаленных сердечно-сосудистых осложнений
- замедление темпов увеличения массы тела и увеличение уровня ХС ЛПВП, нормализацию артериального давления на уровне 140/90 мм рт. ст
- стабилизацию массы тела, достижение показателей гликемии на уровне 6,0 ммоль/л, нормализацию артериального давления на уровне 120/80 мм рт. ст
- замедление темпов увеличения массы тела, снижение уровня ХС ЛПВП, нормализацию артериального давления на уровне 130/80 мм рт. ст

Пациентке рекомендована + _____ + диета как основной метод диетологической коррекции метаболического синдрома

- низкоуглеводная
- высокобелковая
- гипокалорийная
- щадящая

Одним из принципов построения рационального питания при метаболическом синдроме является обеспечение

- потребления сложных углеводов, с высоким гликемическим индексом
- преобладания сложных углеводов с низким гликемическим индексом
- потребления клетчатки не более 10 гр день за счет хлеба из муки высшего сорта

- доли жиров не менее 30% от общего числа калорий в суточном рационе, насыщенных жиров – не менее 7-10%

Медикаментозное лечение ожирения показано при ИМТ + _____ + кг/м²

- 35–40; в сочетании с сахарным диабетом 2 типа, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, поражением суставов, СОАС
- $\{ \text{nbsp} \} > 27$; в сочетании с СД 2 типа, дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- $\{ \text{nbsp} \} > 25$; в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- $\{ \text{nbsp} \} > 40$; в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена

К медикаментозным средствам лечение нарушений углеводного обмена при метаболическом синдроме относятся

- гипогликемические средства (инсулин), кофеинсодержащие препараты, гистаминолибераторы
- сибутрамин, римонабант, глюкагоноподобный пептид-1
- бигуаниды, ингибиторы альфа-глюкозидаз, тиазолидиндионы
- амфепрамон, дексфенфлурамин, фенилпропаноламин

Наиболее важными факторами, способствующими развитию метаболического синдрома, являются + _____ + и

- женский пол; низкая физическая активность
- избыточное потребление жирной пищи; низкая физическая активность
- повышенное артериальное давление при незначительной физической нагрузке; пожилой возраст
- возраст старше 35 лет; избыточное потребление пищевых волокон с пищей

У пациентки имеется высокая степень риска развития синдрома

- женский пол; низкая физическая активность
- избыточное потребление жирной пищи; низкая физическая активность
- повышенное артериальное давление при незначительной физической нагрузке; пожилой возраст
- возраст старше 35 лет; избыточное потребление пищевых волокон с пищей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка У. 58 лет, лаборант. Обратилась к врачу-диетологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

Масса тела значительно увеличилась после родов в 35 лет. Во время нахождения в отпуске по уходу за ребенком употребляла много жирной и углеводной пищи, что привело к увеличению массы тела на 10 кг за 3 года. В последующие годы постепенно еще на 10 кг. После увеличения веса пыталась самостоятельно худеть при помощи диеты. Без видимого результата. Аппетит нормальный.

Анамнез жизни

В детстве пациентка росла и развивалась в соответствие с возрастно-половыми нормами. +

Ведет малоподвижный образ жизни. +

Отец и мать страдают ожирением 2 ст. Младший брат имеет ожирение 1 ст.

Объективный статус

Рост - 168 см, масса тела - 95 кг. Объем талии (ОТ) 90 см. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно. Кожа обычной окраски и влажности. Пастозность голеней. Область сердца не изменена. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. Пульс - 78 ударов в мин., АД - 145/95 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см, безболезненный при пальпации. Симптом Ортнера отрицательный. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. +

Данные лабораторного обследования:

|=====

| Показатель | Значение

| Пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы (цельная капиллярная кровь): а|

а|натощак | 5,8 ммоль/л

а|через 2 часа

а|7,6 ммоль/л

| Общий холестерин (ХС) | 5,2 ммоль/л

| ХС липопротеинов высокой плотности | 1,0 ммоль/л

| Триглицериды | 1,75 ммоль/л

|=====

Значимыми показателями метаболических нарушений у данной пациентки являются

- увеличение массы висцерального жира
- пастозность голеней
- повышенное артериальное давление
- гиперинсулинемия
- отрицательный симптом Ортнера
- нарушение липидного обмена

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки составляет + _____ + кг/м²

- 13,7
- 43,7
- 23,7
- 33,7

Наиболее точным методом исследования регистрации суточного ритма артериального давления, динамики АД во времени является

- механический метод Короткова
- суточное мониторирование АД
- самоконтроль артериального давления
- пульсометрия

Предположительным клиническим диагнозом у пациентки является

Ожирение + _____ + ст.

+ _____ + (Метаболический синдром)

- механический метод Короткова
- суточное мониторирование АД
- самоконтроль артериального давления
- пульсометрия

Диагноз

Ожирение I ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак. Артериальная гипертензия 1 ст. (метаболический синдром)

Ожирение II ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак. Артериальная гипертензия 2 ст. (метаболический синдром)

Ожирение III ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак. Артериальная гипертензия 1 ст. (метаболический синдром)

Ожирение I ст. Дислипидемия. (метаболический синдром)

Перед назначением терапии метаболических нарушений при метаболическом синдроме следует определить

- величину общего сердечно-сосудистого риска
- дыхательный коэффициент
- количество жировой ткани в организме

- параметры основного обмена

Главными целями лечения больных с метаболическим синдромом следует считать

- замедление темпов увеличения массы тела, снижение уровня ХС ЛПВП, нормализацию артериального давления на уровне 130/80 мм рт. ст
- стабилизацию массы тела, достижение показателей гликемии на уровне 6,0 ммоль/л, нормализацию артериального давления на уровне 120/80 мм рт. ст
- замедление темпов увеличения массы тела и увеличение уровня ХС ЛПВП, нормализацию артериального давления на уровне 140/90 мм рт. ст
- снижение массы тела, достижение хорошего метаболического контроля, предупреждение острых и отдаленных сердечно-сосудистых осложнений

Методом диетологической коррекции метаболического синдрома является + _____ + диета

- щадящая
- гипокалорийная
- вегетарианская
- кетогенная

Оптимальным снижением массы тела считается + ____ + кг в месяц

- 5-6
- 8-10
- 0,5-1
- 2-4

Одним из принципов построения рационального питания при метаболическом синдроме является обеспечение

- потребления сложных углеводов, с высоким гликемическим индексом
- потребления клетчатки не более 10 гр день за счет хлеба из муки высшего сорта
- доли жиров более 30% от общего числа калорий в суточном рационе, насыщенных жиров – не менее 7-10%
- доли жиров не более 30% от общего числа калорий в суточном рационе, а насыщенных жиров – не более 7-10%

Медикаментозное лечение ожирения показано при ИМТ + _____ + кг/м²

- $\{ \text{nbsp} \} > 25$; в сочетании с сопутствующими заболеваниями (АГ, СД 2 типа, дислипидемия)
- $\{ \text{nbsp} \} > 40$; в сочетании с сопутствующими заболеваниями (АГ, СД 2 типа, дислипидемия)

- $\text{LDL} > 27$; в сочетании с сопутствующими заболеваниями (АГ, СД 2 типа, дислипидемия)
- $\text{HDL} < 30$

К медикаментозным средствам лечение нарушений углеводного обмена при метаболическом синдроме относятся

- инсулин, кофеин, гистамин
- сибутрамин, римонабант, глюкагоноподобный пептид-1
- амфепрамон, дексфенфлурамин, фенилпропаноламин
- бигуаниды, ингибиторы альфа-глюкозидаз, тиазолидиндионы

Наиболее важными факторами, способствующими развитию метаболического синдрома, являются + _____ + и

- инсулин, кофеин, гистамин
- сибутрамин, римонабант, глюкагоноподобный пептид-1
- амфепрамон, дексфенфлурамин, фенилпропаноламин
- бигуаниды, ингибиторы альфа-глюкозидаз, тиазолидиндионы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент А. 48 лет, офисный работник, обратился к врачу-диетологу.

Жалобы

На повышенную утомляемость, плохую переносимость физических нагрузок, плохой сон. Со слов жены знает, что часто во время сна громко храпит.

Анамнез заболевания

Масса тела увеличивалась постепенно в течение 20 лет на 40 кг. Снижать вес не пытался, поскольку до последнего времени ничего не беспокоило. Обратился по настоянию жены.

Анамнез жизни

* В детстве рос и развивался в соответствии с возрастно-половыми нормами.

* До 28 лет имел нормальную массу тела, активно занимался физической культурой.

* В 28 лет женился, сменил работу. Отмечает, что на работе в основном питается сладкими напитками, выпечкой с кремом, а вечером предпочитает обильный ужин с жареным мясом, картофелем и пивом. Ведет малоподвижный образ жизни. С этого времени отмечает постепенный набор веса.

* Потребление энергии с пищей составляет: 2500 ккал, белки 70 г, жиры 100 г (животные – 70 г, растительные 30 г), углеводы 330 г, из них пищевые волокна 8 г.

* Отец имеет ожирение I ст., мать имеет ожирение 2 ст. Сестра имеет ожирение 2 ст.

Объективный статус

Рост - 178 см, масса тела – 130 кг. Объем талии (ОТ) 118 см. Подкожная

жировая клетчатка развита избыточно. Кожа обычной окраски и влажности. Пастозность голеней. Область сердца не изменена. Границы сердца увеличены влево. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. Пульс - 80 ударов в мин., АД - 150/95 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см, безболезненный при пальпации. Симптом Ортнера отрицательный. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. +
Данные лабораторного обследования:

|=====

| Показатель | Значение

| Пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы:

натощак

через 2 часа | 6,1 ммоль/л

7,7 ммоль/л

| Общий холестерин (ХС) | 5,5 ммоль/л

| ХС липопротеинов высокой плотности | 0,9 ммоль/л

| Триглицериды | 1,8 ммоль/л

|=====

Основным критерием метаболического синдрома у пациента является

- объем талии более 94 см
- повышенное артериальное давление
- пастозность голеней
- отрицательный симптом Ортнера

Дополнительными критериями метаболического синдрома являются

- объем талии более 94 см
- повышенное артериальное давление
- пастозность голеней
- отрицательный симптом Ортнера

Результаты обследования

Повышение уровня триглицеридов

{nbsp} $\geq 1,7$ ммоль/л

Снижение уровня ХС ЛПВП

{nbsp} $< 1,0$ ммоль/л у мужчин; +

{nbsp} $< 1,2$ ммоль/л у женщин

Нарушенная гликемия натощак (НГН)

Уровень глюкозы плазмы натощак ≥ 6.1 и < 7.0 ммоль/л, при условии, что глюкоза плазмы через 2 ч при пероральном глюкозотолерантном тесте (ПГТТ) составляет менее 7.8 ммоль/л

Повышение уровня артериального давления

САД 150 мм рт. ст., +

ДАД 95 мм рт. ст.

Снижение уровня триглицеридов

{nbsp}< 1,7 ммоль/л

Повышение уровня ХС ЛПВП

{nbsp}> 1,0 ммоль/л у мужчин; +

{nbsp}> 1,2 ммоль/л у женщин

Индекс массы тела у пациента составляет +____+, что свидетельствует об ожирении +__+ степени

- 31,0; III
- 21,0; I
- 11,0; I
- 41,0; III

В условиях специализированного стационара или клиники для выявления метаболического синдрома за счет определения массы абдоминального жира используется метод

- прямой калориметрии
- компьютерной томографии
- высокочувствительной денситометрии
- непрямой калориметрии

Наиболее точным методом исследования регистрации суточного ритма и динамики артериального давления во времени является

- самоконтроль артериального давления
- суточное мониторирование АД
- механический метод Короткова
- пульсометрия

Предположительным клиническим диагнозом у пациента является

Ожирение +____+ ст.

+_____+. Артериальная гипертензия +____+ ст. (Метаболический синдром)

- самоконтроль артериального давления
- суточное мониторирование АД
- механический метод Короткова
- пульсометрия

Диагноз

Ожирение III ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак. Артериальная гипертензия 1 ст. (метаболический синдром)

Ожирение I ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак. Артериальная гипертензия 2 ст. (метаболический синдром)

Ожирение III ст., обменно-алиментарная форма. Нарушение гликемии натощак. Артериальная гипертензия 3 ст. (метаболический синдром)

Ожирение I ст. Дислипидемия. Артериальная гипертензия 2 ст. (метаболический синдром)

Перед назначением терапии метаболических нарушений при метаболическом синдроме следует определить

- количество жировой ткани в организме
- величину общего сердечно-сосудистого риска
- параметры основного обмена
- дыхательный коэффициент

Главными целями лечения больных с метаболическим синдромом следует считать

- снижение массы тела, достижение хорошего метаболического контроля, предупреждение острых и отдаленных сердечно-сосудистых осложнений
- стабилизацию массы тела, достижение показателей гликемии на уровне 6,0 ммоль/л, нормализацию артериального давления на уровне 120/80 мм рт. ст
- замедление темпов увеличения массы тела и увеличение уровня ХС ЛПВП, нормализацию артериального давления на уровне 140/90 мм рт. ст
- замедление темпов увеличения массы тела, снижение уровня ХС ЛПВП, нормализацию артериального давления на уровне 130/80 мм рт. ст

Основным принципом диетотерапии ожирения у данного пациента является вариант диеты с

- пониженной калорийностью
- повышенным содержанием белка
- механическим и химическим щажением
- пониженным содержанием белка

Одним из принципов построения рационального питания при метаболическом синдроме является контроль доли жиров + _____ + % от общего числа калорий в суточном рационе, причем насыщенных жиров - + _____ + %

- не более 30; не более 7-10
- не более 20; не более 5
- не менее 30; не менее 7-10

- не более 10; не более 5

Медикаментозное лечение ожирения показано при ИМТ + _____ + кг/м²

- $\text{ИМТ} > 27$; в сочетании с сопутствующими заболеваниями: АГ, СД 2 типа, дислипидемия
- $\text{ИМТ} < 27$; без сопутствующей патологии
- $\text{ИМТ} > 25$; в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- $\text{ИМТ} > 40$; в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена

У пациентов с артериальной гипертензией и морбидным ожирением следует рассмотреть возможность

- $\text{ИМТ} > 27$; в сочетании с сопутствующими заболеваниями: АГ, СД 2 типа, дислипидемия
- $\text{ИМТ} < 27$; без сопутствующей патологии
- $\text{ИМТ} > 25$; в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- $\text{ИМТ} > 40$; в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Х. 53 года, юрист, обратился к врачу-диетологу.

Жалобы

На повышенную утомляемость, плохую переносимость физических нагрузок, плохой сон. Храп во время сна беспокоит супругу пациента, вследствие чего супруги вынуждены ночевать в разных комнатах.

Анамнез заболевания

Масса тела увеличивалась постепенно в течение 20 лет на 25 кг. Снижать вес пытался путем «голодных» дней. Однако масса тела снижалась незначительно (на 1-2 кг в месяц), а далее происходило новое увеличение веса.

Анамнез жизни

- * В детстве рос и развивался в соответствии с возрастно-половыми нормами.
- * До 30 лет имел нормальную массу тела, активно занимался физической культурой.
- * В 33 года женился. Начал вести малоподвижный образ жизни. Начался набор веса.
- * В питании преобладают высокожирные продукты (жареная свинина, сало, масло сливочное) и сладости (выпечка, кондитерские изделия с кремом).
- * Мать имеет ожирение 2 ст. Сестра имеет ожирение 2 ст.

Объективный статус

Рост - 175 см, масса тела - 123 кг. Объем талии (ОТ) 115 см. Подкожная жировая

клетчатка развита избыточно. Кожа обычной окраски и влажности. Пастозность голеней. Область сердца не изменена. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. Пульс - 80 ударов в мин., АД - 145/90 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см, безболезненный при пальпации. Симптом Ортнера отрицательный. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. Данные лабораторного обследования:

|=====

| Показатель | Значение

| Пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы:

натощак

через 2 часа | 5.9 ммоль/л

7.7 ммоль/л

| Общий холестерин (ХС) | 5,5 ммоль/л

| ХС липопротеинов высокой плотности | 0,9 ммоль/л

| Триглицериды | 1,8 ммоль/л

|=====

Одним из критериев метаболического синдрома у пациента является

- абдоминальное ожирение
- отрицательный симптом Ортнера
- пастозность голеней
- синдром обструктивного апноэ сна

Индекс массы тела у пациента составляет + _____ + кг/м², что свидетельствует об ожирении + ___ + степени

- 30,2; II
- 20,2; I
- 10,2; I
- 40,2; III

Неинвазивным методом исследования диагностики содержания жировой ткани в организме является

- денситометрия
- биоимпедансометрия
- непрямая калориметрия
- прямая калориметрия

Наиболее точным методом исследования регистрации суточного ритма и динамики артериального давления во времени является

- самоконтроль артериального давления
- суточное мониторирование АД
- пульсометрия
- механический метод Короткова

Предположительным клиническим диагнозом у пациента является

Ожирение + _____ + ст.

+ _____ +. Артериальная гипертензия + _____ + ст. (Метаболический синдром)

- самоконтроль артериального давления
- суточное мониторирование АД
- пульсометрия
- механический метод Короткова

Диагноз

Ожирение III ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак. Артериальная гипертензия 1 ст. (Метаболический синдром)

Ожирение II ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак. Артериальная гипертензия 2 ст. (Метаболический синдром)

Ожирение III ст., обменно-алиментарная форма. Нарушение гликемии натощак. Артериальная гипертензия 3 ст. (Метаболический синдром)

Ожирение I ст. Дислипидемия. Артериальная гипертензия 1 ст. (Метаболический синдром)

Перед назначением терапии метаболических нарушений при метаболическом синдроме следует определить

- дыхательный коэффициент
- параметры основного обмена
- количество жировой ткани в организме
- величину общего сердечно-сосудистого риска

Главными целями лечения больных с метаболическим синдромом следует считать

- замедление темпов увеличения массы тела и увеличение уровня ХС ЛПВП, нормализацию артериального давления на уровне 140/90 мм рт. ст
- снижение массы тела, достижение хорошего метаболического контроля, предупреждение острых и отдаленных сердечно-сосудистых осложнений
- стабилизацию массы тела, достижение показателей гликемии на уровне 6,0 ммоль/л, нормализацию артериального давления на уровне 120/80 мм рт. ст
- замедление темпов увеличения массы тела, снижение уровня ХС ЛПВП, нормализацию артериального давления на уровне 130/80 мм рт. ст

Основным принципом диетотерапии ожирения у данного пациента является вариант диеты с

- механическим и химическим щажением
- пониженной калорийностью
- повышенным содержанием белка
- пониженным содержанием белка

При построении диетотерапии метаболического синдрома основная часть потребляемых жиров должна приходилась на

- телячьи и свиные
- растительные и рыбные
- молочные
- кулинарные и маргарины

Для построения рационального питания при метаболическом синдроме необходимым является обеспечение потребления клетчатки + _____ + гр. в день за счет

- не более 10; хлеба из муки высшего сорта
- 20; соков из фруктов и овощей
- 20; кондитерских изделий с сахарозаменителями
- не менее 40; зерновых продуктов, овощей и фруктов

Медикаментозное лечение ожирения показано при ИМТ + _____ + кг/м²

- $\{ \text{nbsp} \} > 40$; в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- $\{ \text{nbsp} \} < 27$
- $\{ \text{nbsp} \} > 25$; в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- $\{ \text{nbsp} \} > 27$; в сочетании с сопутствующими заболеваниями (АГ, СД 2 типа, дислипидемия)

У пациентов с артериальной гипертензией и морбидным ожирением следует рассмотреть возможность

- $\{ \text{nbsp} \} > 40$; в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- $\{ \text{nbsp} \} < 27$
- $\{ \text{nbsp} \} > 25$; в сочетании с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена
- $\{ \text{nbsp} \} > 27$; в сочетании с сопутствующими заболеваниями (АГ, СД 2 типа, дислипидемия)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент П. 60 лет, научный сотрудник, обратился к врачу-диетологу.

Жалобы

На повышенную утомляемость, сложности одевания обуви из-за «складок жира на животе», плохой сон.

Анамнез заболевания

Масса тела увеличивалась постепенно в течение 25 лет на 30 кг. Снижать вес пытался, без видимого результата.

Анамнез жизни

* В детстве рос и развивался в соответствии с возрастными нормами.

* До 30 лет имел нормальную массу тела, активно занимался физической культурой.

* В 32 года женился. Начал вести малоподвижный образ жизни.

* В питании преобладают высокожирные продукты (жареная свинина, сало, масло сливочное) и сладости (выпечка, кондитерские изделия с кремом). Еду готовит супруга-домохозяйка, у супруги избыточный вес.

* Мать имеет ожирение 2 ст. Сестра имеет ожирение 1 ст.

Объективный статус

Рост - 176 см, масса тела - 125 кг. Объем талии (ОТ) 115 см. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно. Кожа обычной окраски и влажности. Пастозность голеней. Область сердца не изменена. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. Пульс - 78 ударов в мин., АД - 148/95 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см, безболезненный при пальпации. Симптом Ортнера отрицательный. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. +

Данные лабораторного обследования:

|=====

| Показатель | Значение

| Пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы:

натощак

через 2 часа | 5.8 ммоль/л

7.6 ммоль/л

| Общий холестерин (ХС) | 5,7 ммоль/л

| ХС липопротеинов высокой плотности | 1,0 ммоль/л

| Триглицериды | 1,75 ммоль/л

|=====

Основным критерием метаболического синдрома у пациента является

- пастозность голеней
- расширение границ сердца влево
- отрицательный симптом Ортнера
- объем талии более 94 см

Для экспресс-оценки пищевого статуса у данного пациента рекомендуется использовать индекс массы тела, который составляет

- 40,4
- 14,4
- 30,4
- 20,4

Неинвазивным методом исследования при диагностике содержания жировой ткани в организме является

- биоимпедансометрия
- денситометрия
- прямая калориметрия
- непрямая калориметрия

Наиболее точным методом исследования регистрации суточного ритма артериального давления, динамики АД во времени является

- самоконтроль артериального давления
- механический метод Короткова
- пульсометрия
- суточное мониторирование АД

Предположительным клиническим диагнозом у пациента является

- самоконтроль артериального давления
- механический метод Короткова
- пульсометрия
- суточное мониторирование АД

Диагноз

Ожирение III ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак. Артериальная гипертензия 1 ст. (метаболический синдром)

Ожирение I ст., обменно-алиментарная форма. Дислипидемия. Нарушение гликемии натощак. Артериальная гипертензия 2 ст. (метаболический синдром)

Ожирение II ст., обменно-алиментарная форма. Нарушение гликемии натощак. Артериальная гипертензия 3 ст. (метаболический синдром)

Ожирение I ст. Дислипидемия. Артериальная гипертензия 1 ст. (метаболический синдром)

Главными целями лечения больных с метаболическим синдромом следует считать

- замедление темпов увеличения массы тела и увеличение уровня ХС ЛПВП, нормализацию артериального давления на уровне 140/90 мм рт. ст
- замедление темпов увеличения массы тела, снижение уровня ХС ЛПВП, нормализацию артериального давления на уровне 130/80 мм рт. ст
- снижение массы тела, достижение хорошего метаболического контроля, предупреждение острых и отдаленных сердечно-сосудистых осложнений
- стабилизацию массы тела, достижение показателей гликемии на уровне 6,0 ммоль/л, нормализацию артериального давления на уровне 120/80 мм рт. ст

Основным принципом диетотерапии ожирения у данного пациента является вариант диеты с

- пониженным содержанием белка
- механическим и химическим щажением
- пониженной калорийностью
- повышенным содержанием белка

При коррекции массы тела оптимальным считается снижение веса на + ____ + кг в месяц

- 2-4
- 0,5-1
- 8-10
- 5-6

Одним из принципов построения рационального питания при метаболическом синдроме является обеспечение

- доли жиров не менее 30% от общего числа калорий в суточном рационе, насыщенных жиров – не менее 7-10%
- доли жиров не более 30% от общего числа калорий в суточном рационе, а насыщенных жиров – не более 7-10%
- потребления сложных углеводов, с высоким гликемическим индексом
- потребления клетчатки не более 10 гр. день за счет хлеба из муки высшего сорта

Медикаментозное лечение ожирения показано при ИМТ + ____ + кг/м²

- $\{ \text{nbsp} \} < 27$; без сопутствующих заболеваний
- $\{ \text{nbsp} \} > 27$; в сочетании с сопутствующими заболеваниями (АГ, СД 2 типа, дислипидемия)
- $\{ \text{nbsp} \} > 25$; в сочетании с сопутствующими заболеваниями (АГ, СД 2 типа, дислипидемия)
- $\{ \text{nbsp} \} > 40$; в сочетании с сопутствующими заболеваниями (АГ, СД 2 типа, дислипидемия)

У пациентов с артериальной гипертензией и морбидным ожирением (ИМТ $\{ \text{nbsp} \} > 40 \text{ кг/м}^2$) следует рассмотреть возможности

- психологического сопровождения
- скоростно-силовых тренировок
- занятий аква-аэробикой
- бариатрической хирургии

У пациента имеется высокая степень риска развития синдрома

- психологического сопровождения
- скоростно-силовых тренировок
- занятий аква-аэробикой
- бариатрической хирургии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 64 лет обратился к врачу-диетологу с целью коррекции рациона питания.

Жалобы

На припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них.

Анамнез заболевания

Страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. В последующем артрит неоднократно рецидивировал. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает.
- * Перенесенные заболевания и операции: отрицает.
- * Наследственность не отягощена.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Вредные привычки: курит, алкоголь употребляет.

Объективный статус

Телосложение правильное. Рост 168 см, вес 85 кг. Окружность талии 95 см. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 0,2 см, белесоватые на изгибе. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюснефаланговых суставов правой стопы, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Правый голеностопный сустав припухший, болезненный при пальпации. Кожа над суставом блестящая, синевато-багрового цвета, горячая. АД - 170/105 мм рт. ст. ЧСС - 84 удара в минуту.

Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены.

У всех пациентов с подозрением на подагру рекомендуется определять

- концентрацию креатинина в крови и суточной моче
- сывороточный уровень молочной кислоты
- сывороточный уровень мочевой кислоты
- уровень концентрации мочевины в крови
- активность щелочной фосфатазы
- кристаллы моноурата натрия в синовиальной жидкости или в содержимом тофуса

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования являются

- ультразвуковое исследование сустава
- рентгенография сустава
- УЗИ органов брюшной полости
- остеоденситометрия
- компьютерная томография сустава

Для экспресс-оценки пищевого статуса у пациента рекомендуется использовать

- индекс массы тела
- биоимпедансометрию
- уравнение Харриса-Бенедикта
- денситометрию

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет

- 20,1
- 30,1
- 40,1
- 10,1

Предполагаемым развернутым диагнозом является

- 20,1
- 30,1
- 40,1
- 10,1

Диагноз

Хроническая тофусная подагра, поражение суставов, артериальная гипертензия II степени, ожирение I ст. (метаболический синдром)

Ревматоидный артрит, артериальная гипертензия I степени, ожирение II ст

Артериальная гипертензия II степени, избыточная масса тела

Хроническая тофусная подагра, поражение суставов, артериальная гипертензия III степени, ожирение III ст. (метаболический синдром)

Одной из стадий подагры является

- стадия разрешения
- стадия клинических проявлений
- острый подагрический артрит
- острая стадия

Препаратом выбора для лечения острого приступа подагры является

- аллопуринол
- панктеатин
- питофенон
- колхицин

Вариантом диеты, рекомендованным пациенту, является вариант диеты

- с механическим и химическим щажением
- стандартный с пониженной калорийностью
- с пониженным количеством белка
- с повышенным количеством белка

Химический состав рекомендованной диеты для данной пациентки составляет + ____ + г белка, + ____ + г жира, + ____ + г углеводов

- 50-60; 40-50; 100-120
- 70-80; 40-50; 130-200
- 20-60; 80-90; 350-400
- 130-140; 110-120; 400-500

В период обострения подагры из рациона необходимо исключить

- молоко, сыр
- шпроты, копчености
- яблоки, груши
- крупы, орехи

Индикатором эффективности лечения подагры является

- положительная динамика по рентген-снимкам
- предупреждение образования и растворение имеющихся кристаллов моноурата натрия

- положительная динамика по результатам артроцентеза
- снижение концентрации воспалительных маркеров в анализах крови

С целью профилактики в межприступный период необходимо ограничение

- положительная динамика по рентген-снимкам
- предупреждение образования и растворение имеющихся кристаллов моноурата натрия
- положительная динамика по результатам артроцентеза
- снижение концентрации воспалительных маркеров в анализах крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная М. 48 лет, преподаватель, обратилась к врачу-диетологу для подбора рациона питания.

Жалобы

На общую слабость, вялость, плохой аппетит, чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи.

Анамнез заболевания

Последние 4 месяца стала отмечать появление неустойчивости при ходьбе, онемения конечностей, ощущение «мурашек» в нижних конечностях, жжение языка.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально
- * Работает
- * Перенесенные заболевания и операции: отрицает
- * Наследственность не отягощена.
- * Аллергологический анамнез не отягощен
- * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 58 кг, рост 165 см. Кожные покровы чистые, бледноватые с легкой желтушностью, нормальной влажности. ЧДД 18 в мин. ЧСС 90 ударов в минуту. АД 105/70 мм рт. ст. Со стороны дыхательной системы без особенностей. Смещение левой границы сердца влево (1 см). Язык ярко-красный блестящий гладкий (из-за сглаженности сосочков), обложен белым налётом у корня. Живот не вздут, мягкий, слегка чувствительный в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Дизурии нет. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- положительная динамика по рентген-снимкам
- предупреждение образования и растворение имеющихся кристаллов моноурата натрия
- положительная динамика по результатам артроцентеза

- снижение концентрации воспалительных маркеров в анализах крови

Результаты лабораторных методов обследования

Общий (клинический) анализ крови развернутый

|====|

| Наименование | Нормы | 28.12.17 13:40

| Гемоглобин | 130,0 - 160,0 | 106,0

| Лейкоциты | 4,00 - 9,00 | 4,9

| Эритроциты | 4,00 - 5,70 | 2,9

| Ретикулоциты | 0,2-1,4 | 1

| цветовой показатель | 0,85-1,0 | 1,09

| Тромбоциты | 150,0 - 320,0 | 138,0

| Ср.объем эритроцита | 80,0 - 97,0 | 130,0

| Ср.содерж.гемоглобина | 28,0 - 35,0 |

| Ср.конц.гемоглобина | 330 - 360 |

| Инд.распр.эр-товкоэф.вар. | 11,50 - 14,50 |

| Средний объем тромбоцита | 7,40 - 10,40 |

| Тромбоцитокрит | 0,150 - 0,400 |

| Лимфоциты абс. | 1,20 - 3,50 |

| Моноциты абс. | 0,10 - 1,00 |

| Гранулоциты абс. | 1,20 - 7,00 |

| Нейтрофилы абс. | 2,04 - 5,80 |

| Эозинофилы абс. | 0,02 - 0,30 |

| Базофилы абс. | 0,00 - 0,07 |

| Лимфоциты | 17,0 - 48,0 |

| Моноциты | 2,0 - 10,0 |

| Гранулоциты | 42,00 - 80,00 |

| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 |

| Эозинофилы | 0,0 - 6,0 |

| Базофилы | 0,0 - 1,0 |

| СОЭ по Панченкову | 2 - 20 | 15

|

|

| макроцитоз, анизоцитоз тельца Жолли, кольца Кебота

|=====

Мазок костного мозга (миелограмма)

Миелограмма (пункцию необходимо делать до начала лечения!): раздражение красного кроветворного ростка, его гиперплазия; клетки красного ряда преобладают над клетками белого ряда, отношение лейкоциты/эритроциты 1:2 - 1:3 (при норме 3:1 - 4:1); мегалобластный тип кроветворения (гигантская клетка с эксцентрично расположенным ядром без ядрышек, нежной хроматиновой сетью) с преобладанием в разгар болезни базофильных мегалобластов («синий костный мозг»); изменение клеток миелоидного ряда; нарушение созревания мегакариоцитов.

Анализ крови биохимический

|=====

| Наименование | Нормы | 28.12.18 13:40

| АЛТ | До 31 | 32 Ед/л

| АСТ | 10-40 | 30 Ед/л

| амилаза | До 100 | 60Ед/л

| щелочная фосфатаза | До 240 | 59 Ед/л

|=====

Дуоденальное зондирование на определение простейших

Порция А – золотисто-жёлтая, В – коричневого цвета, С – светло-жёлтая. В - мутная. Реакция материала: А – нейтральная, материалов В и С – щелочная.

Плотность: А - 1015, В – от 1025, С – от 1009. Максимальное значение холестерина в порциях А, В и С – 2,0 ммоль/л; 15,6 ммоль/л и 57,2 ммоль/л.

Билирубин в А и С 0,3 ммоль/л, В - 2,5. Отсутствие клеток слизистых оболочек.

Отсутствие слизи. Отсутствие лейкоцитов.

Анализ крови на гормоны щитовидной железы

Т~4~ -- 80 нмоль/л; Т~3~ -- 1,9 нмоль/л; ТТГ – 2 мМЕ/л

Дуоденальное зондирование на определение паразитов

Анализ дуоденального содержимого

|=====

|

| А | В | С

| Цвет | Желтая | Светло-коричневая | Желтая

| Прозрачность | Прозрачная | Мутная | Мутная

| Слизь | Небольшое количество | Большое количество | Большое количество

| Эпителий плоский | 1-3 | Большое количество | Большое количество

| Эпителий цилиндрический |

|

|

| Лейкоциты | Единичные | 0-2 | 0-2

| Паразиты |

| Не обнаружены |

|=====

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- положительная динамика по рентген-снимкам
- предупреждение образования и растворение имеющихся кристаллов моноурата натрия
- положительная динамика по результатам артроцентеза
- снижение концентрации воспалительных маркеров в анализах крови

Результаты инструментального метода обследования

Эзофагостродуоденоскопия

Пищевод: слизистая оболочка розовая. Кардия смыкается. Складки обычные. Атрофия слизистой оболочки в области тела желудка. Складки не высокие, утолщены. Угол желудка не изменен. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки нормальная. Слизистая оболочка в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки нормальная.

Заключение: Хронический атрофический гастрит.

Рентгенография органов грудной клетки

Сердце без патологии. Усиление лёгочного рисунка с обеих сторон.

Расплывчатость и нечёткость контуров корней лёгких.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Умеренные диффузные и умеренные протоковые изменения в печени и поджелудочной железе.

Электрокардиограмма

Для экспресс-оценки пищевого статуса у данной пациентки рекомендуется использовать

- биоимпедансометрию
- прямую калориметрию
- индекс массы тела
- денситометрию

Наиболее вероятным основным диагнозом является В~12~-дефицитная анемия, + _____+, фуникулярный миелоз. Хронический гастрит, тип

- биоимпедансометрию

- прямую калориметрию
- индекс массы тела
- денситометрию

Диагноз

V12-дефицитная анемия, средней степени тяжести, фуникулярный миелоз. Хронический гастрит, тип А

V12-дефицитная анемия, средней степени тяжести, фуникулярный миелоз. Хронический гастрит, тип В

V12-дефицитная анемия, тяжелое течение, фуникулярный миелоз. Хронический гастрит, тип А

V12-дефицитная анемия, средней степени тяжести, фуникулярный миелоз. Хронический гастрит, тип В. Целиакия

К триаде, характерной для В~12~ -дефицитной анемии, относятся изменения

- крови, желудочно-кишечного тракта, нервной системы
- крови, желудочно-кишечного тракта, костно-мышечного аппарата
- крови, нервной системы, костно-мышечного аппарата
- желудочно-кишечного тракта, нервной системы

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки составляет

- 31,3
- 21,3
- 11,3
- 41,3

Препаратом выбора для лечения В~12~-дефицитной анемии является

- пиридоксина гидрохлорид
- никотиновая кислота
- цианокобаламин
- тиамин гидрохлорид

Вариантом диеты, рекомендованным данной пациентке, является вариант с

- повышенной калорийностью
- повышенным количеством белка
- пониженным содержанием белка
- механическим и химическим щажением

Рекомендуемая калорийность диеты для данной пациентки составляет + _____ + ккал в сутки

- 2080-2690
- 1100-1300
- 2500-3200
- 2170-2400

Химический состав рекомендованной диеты для данной пациентки составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов

- 50-60; 40-50; 100-120
- 85-90; 80-90; 250-350
- 110-120; 80-90; 300-330
- 130-140; 110-120; 400-500

Для первичной профилактики В12-дефицитной анемии следует рекомендовать

- вегетарианский тип питания
- прием витамина В6 в количестве 300-500% суточной потребности
- рациональное питание, лечение глистных инвазий
- прием биологически активных добавок к пище – источников ПНЖК

Рекомендуется пациентам из группы риска развития В12 дефицитной анемии проводить профилактические курсы витамина В12 по

- вегетарианский тип питания
- прием витамина В6 в количестве 300-500% суточной потребности
- рациональное питание, лечение глистных инвазий
- прием биологически активных добавок к пище – источников ПНЖК

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Н. 42 лет обратился к врачу-диетологу с целью коррекции рациона питания.

Жалобы

На выраженные боли в эпигастральной области, появляются через 30-60 минут после еды и проходят самостоятельно через 1-2 часа, изжогу, тошноту, запоры, однократную рвоту на высоте более кислым содержимым, приносящую облегчение.

Анамнез заболевания

В течение 5 лет в осенне-весенний период беспокоят умеренные боли в подложечной области, возникающие после приема пищи. За медицинской помощью ранее не обращался. По рекомендации коллег по работе в период

появления болей принимал омепразол 20 мг 1 раз в день в течение 2 недель, после чего боли проходили. Настоящее обострение началось в марте, длится уже 3 недели, боли сопровождаются изжогой, тошнотой, рвотой на высоте болей, приносящей облегчение, похудел на 3 кг, принимает омепразол 20 мг 1 раза в день в течение 2 недель, улучшение незначительное.

Анамнез жизни

Туберкулез, гепатит, онкологические заболевания, сахарный диабет отрицает. Респираторные инфекции 1 раз в год. Операций не было. Курит в течении 20 лет по 20 сигарет в день. Алкоголь не употребляет. У отца язвенная болезнь желудка.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. В сознании, ориентирован в месте и времени. Телосложение правильное. Рост 183 см, вес 76 кг, ИМТ 22,6 кг/м².

Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа 0 ст. (ВОЗ). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 68 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. +

Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется локальная болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Опенховского (боль при поколачивании остистых отростков VII-XII позвонков). Локальная перкуторная болезненность в эпигастральной (симптом Менделя).

Печень по краю реберной дуги. +

Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. +

Стул оформленный 1 раз в день, обычного цвета. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются клинический анализ крови и

- коагулограмма (гемостазиограмма) расширенная
- анализ кала на скрытую кровь
- ТТГ (тиреотропный гормон), свободный Т4
- клинический анализ мочи

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с прицельной биопсией и

- ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ)
- рентгенография желудка
- эластометрия (фибросканирование печени)
- мультиспиральная компьютерная томография легких

Для экспресс-оценки пищевого статуса у пациента рекомендуется использовать

- денситометрию
- прямую калориметрию

- индекс массы тела
- биоимпедансометрию

Наиболее вероятным основным диагнозом на основании клинических и лабораторных данных является

- денситометрию
- прямую калориметрию
- индекс массы тела
- биоимпедансометрию

Диагноз

Язвенная болезнь желудка, обострение

Язвенный колит

Хронический пиелонефрит, обострение

Хронический панкреатит, обострение

Вариантом диеты, рекомендованным пациенту на основании установленного диагноза, является вариант

- диеты с повышенным содержанием белка
- низкокалорийной диеты
- основной вариант стандартной диеты
- стандартной диеты с механическим и химическим щажением

В соответствии с Приказом №330 и согласно системе номерных диет, пациенту рекомендована диета

- 15 б
- 8 а
- 10 б
- 1 б

**Рекомендуемая калорийность диеты для пациента составляет
+ _____ + ккал в сутки**

- 2120-2650
- 2500-2800
- 2170-2480
- 1000-1200

**Химический состав рекомендованной диеты для пациента составляет
+ _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов**

- 110-120; 80-90; 250-350
- 130-140; 110-120; 400-500
- 85-90; 70-80; 300-350
- 70-80; 40-50; 130-200

В комплексной диетотерапии при заболеваниях желудка целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- ПНЖК семейства омега-9
- мононенасыщенных ЖК
- ресвератрола
- ПНЖК семейства омега-3 и омега-6

Режим питания, рекомендованный пациенту, предусматривает прием пищи +__+ раз(-а) в день

- 5-6
- 7-8
- 2-4
- 9-10

Пациент с язвенной болезнью желудка подлежит направлению на санаторно-курортное лечение не +_____+, чем через +__+ после купирования обострения

- позже; 2 недели
- ранее; 2-4 года
- ранее; 6 месяцев
- ранее; 2-3 месяца

Диспансерное наблюдение пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки рекомендуется проводить +_____+ в течение +__+ с момента последнего обострения

- позже; 2 недели
- ранее; 2-4 года
- ранее; 6 месяцев
- ранее; 2-3 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 39 лет обратилась к врачу-диетологу с целью коррекции рациона питания при бронхиальной астме аллергического генеза.

Жалобы

Эпизоды одышки, которые могут возникнуть при повседневных физических нагрузках (медленной ходьбе, подъеме на 1 этаж), в т.ч. ночью, при эмоциональных нагрузках. Сопровождаются интенсивным, приступообразным кашлем с легко отделяемой слизистой мокротой в течение всего дня, но преимущественно утром, без запаха и примеси крови. +

Периодически возникают свистящие хрипы.

Анамнез заболевания

Впервые вышеперечисленные жалобы появились 2 года назад во время отдыха в санатории в Краснодарском крае, по возвращению домой симптомы исчезли, беспокоил только сухой кашель с трудно отделяемой мокротой. Не обследовалась, лечение не получала. +

Настоящее ухудшение заболевания 1 месяц назад, после перенесенного простудного заболевания.

Анамнез жизни

* Работает бухгалтером.

* В детстве болела пневмонией, часто болела ОРВИ (1-2 раза в год), после выздоровления длительное время отмечался кашель. В зрелом возрасте после простудных заболеваний так же отмечался длительный кашель, но к специалистам не обращалась.

* Аллергия на кошачью шерсть, проявляется слезотечением.

* Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает.

* Алкоголем не злоупотребляет.

* Не курит и никогда не курила.

Объективный статус

- Общее состояние больного: удовлетворительное.

- Конституция: гиперстеническая. Рост: 182 см. Вес: 100 кг.

- Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 уд/мин. АД 130/80 мм рт. ст.

- Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный.

Печень не увеличена, безболезненна при пальпации. Размеры по Курлову 12 x 10 x 8 см.

- Стул в норме. Диурез адекватный.

- Грудная клетка правильной формы, при пальпации безболезненна. ЧДД 22 в мин. Аускультация легких: дыхание проводится по всем полям. Множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Перкуторно: коробочный звук.

С целью экспресс-оценки пищевого статуса и выбора тактики диетологической коррекции рекомендуется использовать

- непрямую калориметрию
- прямую калориметрию
- денситометрию
- индекс массы тела

**Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки составляет + _____ +
кг/м²**

- 32,8
- 30,2
- 18,2
- 24,8

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки свидетельствует об ожирении +__+ степени

- I
- III
- II
- IV

При бронхиальной астме без указаний на переносимость пищевых продуктов следует назначить

- основную гипоаллергенную диету
- вегетарианский рацион
- диету с пониженным содержанием белка
- диету с повышенным содержанием белка

Принцип питания при бронхиальной астме направлен на исключение продуктов с высокой антигенной потенцией, к которым относятся

- яйца, рыба, орехи
- молоко, масло, сметана
- индейка, кролик, свинина
- гречка, кукуруза, рис

При бронхиальной астме необходимо исключение из рациона продуктов со свойствами неспецифических раздражителей, к которым относятся

- острые продукты и приправы
- молоко и кисломолочные продукты
- крупяные блюда
- свежие овощи и фрукты

Модификацией лечебного питания, рекомендованным при бронхиальной астме и выявленном ИМТ в данном случае является вариант диеты с

- повышенным содержанием белка
- пониженной калорийностью
- механическим и химическим щажением
- пониженным содержанием белка

Рекомендуемая калорийность диеты при бронхиальной астме и выявленном ИМТ, составляет менее +____+ ккал в сутки

- 2500
- 1500
- 2000
- 1000

Химический состав рекомендованной диеты при бронхиальной астме и выявленном ИМТ составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов

- 50-60; 40-50; 100-120
- 130-140; 110-120; 400-500
- 70-80; 60-70; 130-150
- 20-60; 80-90; 350-400

В комплексной диетотерапии бронхиальной астмы с аллергическим компонентом целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- минеральных веществ
- салидрозидов и катехинов
- витаминов С, А, РР, К и группы В
- неперевариваемых пищевых волокон

Питание при бронхиальной астме осуществляться + ___ + раз(-а) в сутки

- 3
- 8
- 2
- 5

Для профилактики обострений бронхиальной астмы данной пациентке следует рекомендовать

- 3
- 8
- 2
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Ф. 55 лет обратилась к врачу-диетологу с целью коррекции рациона питания при бронхиальной астме аллергического генеза.

Жалобы

* выраженная одышка в покое, при незначительной физической нагрузке - ходьбе на 20 метров;

- * приступы затрудненного дыхания, удушья до 10 раз в сутки, в том числе ночные ежечасно, сопровождаются сухими, свистящими хрипами;
- * чувство дискомфорта, стеснения в грудной клетке;
- * затруднение носового дыхания.

Анамнез заболевания

Считает себя больной более 14 лет, когда на фоне простудного фактора появилась одышка, эпизоды свистящего дыхания. Обращалась к терапевту по месту жительства, выставлен диагноз Бронхиальная астма, консультирована аллергологом, выявлена сенсibilизация к аллергену домашней пыли. Получает базисную терапию Форадил Комби 12/400 мкг 2 раза в сутки, ипратерол, на фоне терапии отмечает улучшение. Наблюдается пульмонологом. В течение последних 3-х суток отмечает резкое ухудшение самочувствия – связывает с переохлаждением, переменой погоды. В связи с выраженным обострением госпитализирована в терапевтическое отделение.

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: ОРВИ, аппендэктомия.
- * Вирусный гепатиты, туберкулез отрицает. Венерические заболевания отрицает.
- * Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными – отрицает, сырую воду не пьет. В открытых водоемах не купалась. За границу не выезжала.
- * Аллергологический анамнез: сенсibilизация к аллергенам домашней пыли
- * Наследственность: неотягощена
- * Гемотрансфузионный анамнез: отрицает
- * Профессиональный анамнез: пенсионер, работала учителем
- * Вредные привычки: отрицает
- * Инвалидность: нет
- * Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Сатурация кислорода 90%. Аускультативно дыхание жесткое, множественные сухие хрипы по всем полям. Шум трения плевры не выслушивается. Аускультативно: Тоны сердца приглушены, сердцебиения ритмичные. Перкуторно границы сердца не расширены. АД 130/85 мм рт. ст., ЧСС 115 в мин, пульс 115 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Периферических отёков нет. Нормостенической конституции. Вес 68, рост 168 см.

С целью экспресс-оценки пищевого статуса и выбора тактики диетологической коррекции рекомендуется использовать

- прямую калориметрию
- денситометрию
- непрямую калориметрию
- индекс массы тела

**Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки составляет + ____ +
кг/м²**

- 32,8
- 24,1
- 26,8
- 18,5

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки свидетельствует о/об

- нормальной массе тела
- ожирении III степени
- недостаточной массе тела
- ожирении I степени

При бронхиальной астме без указаний на переносимость пищевых продуктов следует назначить

- диету с пониженным содержанием белка
- диету с повышенным содержанием белка
- вегетарианский рацион
- основную гипоаллергенную диету

Противовоспалительный эффект питания при заболеваниях нижних дыхательных путей достигается за счет ограничения

- гречки, кукурузы, риса
- индейки, кролика, свинины
- легкоусвояемых углеводов, поваренной соли
- молока, масла, сметаны

При бронхиальной астме необходимо исключение из рациона продуктов со свойствами неспецифических раздражителей, к которым относятся

- молоко и кисломолочные продукты
- острые продукты и приправы
- свежие овощи и фрукты
- крупяные блюда

Модификацией лечебного питания, рекомендованным при бронхиальной астме и выявленном ИМТ, является вариант диеты

- с механическим и химическим щажением
- с пониженным содержанием белка
- основной стандартной
- с повышенным содержанием белка

Рекомендуемая калорийность диеты при бронхиальной астме и выявленном ИМТ, составляет + _____ + ккал в сутки

- 1150-1570
- 2160-2690
- 2170-2400
- 2300-2800

Химический состав рекомендованной диеты при бронхиальной астме и выявленном ИМТ составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов

- 130-140; 110-120; 400-500
- 20-60; 80-90; 350-400
- 85-90; 70-80; 300-330
- 50-60; 40-50; 100-120

В комплексной диетотерапии бронхиальной астмы с аллергическим компонентом целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- витаминов С, А, группы В
- простых углеводов
- салидрозидов и катехинов
- неперевариваемых пищевых волокон

Питание при бронхиальной астме осуществляться +__+ раз(-а) в сутки

- 2
- 3
- 5
- 8

С целью профилактики обострений БА данной пациентке следует рекомендовать

- 2
- 3
- 5
- 8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 19 лет обратилась к врачу-диетологу с целью коррекции рациона питания при бронхиальной астме аллергического генеза.

Жалобы

На кашель, эпизоды затрудненного свистящего дыхания, возникающие ежедневно и ночью, проходят после ингаляции сальбутамола.

Анамнез заболевания

Ранний дебют атопического дерматита по типу мокнущей экземы до 5 лет. Крапивница при введении консервированного детского питания, в дальнейшем на мед, орехи, мороженое. Частые острые респираторные инфекции с 2 лет с затяжным течением. С 3 лет рецидивирующий бронхообструктивный синдром. В 6 лет приступ затрудненного дыхания в поезде. Наблюдалась педиатром в детской поликлинике с диагнозом астматический бронхит, затем – бронхиальная астма. Кожные пробы с бытовыми и эпидермальными аллергенами: пыльца березы (++++), домашняя пыль (++++), шерсть кошки (++++). Получала бронхолитики короткого действия по потребности (сальбутамол), антигистаминные препараты, кромогликат натрия, беклометазон при обострении, трижды санаторно-курортное лечение. В последние 3 года обострения 1 раз в году, преимущественно весной, лечится амбулаторно. Госпитализаций не было. В последний месяц эпизоды дыхательного дискомфорта ежедневно, периодически просыпается ночью из-за кашля со свистящим дыханием. Появились ограничения в повседневной деятельности из-за заболевания (кашель во время занятий, потребность в ингаляторе). Использует только сальбутамол по 2-4 дозы в сутки и антигистаминные капли в нос и в таблетках.

Анамнез жизни

- На естественном вскармливании более года.
- Учится в университете.
- Аллергологический анамнез: первые проявления атопического дерматита при введении прикорма.
- Наследственность: у матери БА. Работает в детском саду методистом.
- Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Туберкулез и гепатит отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 105 кг. Говорит спокойно, выдох не удлинен (перед приемом 2 вдоха сальбутамола). При осмотре зева патологических изменений не выявлено. Кожные покровы обычной окраски и сухие. Периферических отеков нет. Частота дыхания 18 в минуту. Аускультативно - дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы над всей поверхностью легких при форсированном выдохе. Тоны сердца ритмичные. Частота сердечных сокращений 82 удара в минуту. АД 130/85 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены.

С целью экспресс-оценки пищевого статуса и выбора тактики диетологической коррекции рекомендуется использовать

- денситометрию
- непрямую калориметрию
- прямую калориметрию
- индекс массы тела

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки составляет

- 38,6
- 32,8
- 24,8
- 28,7

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки свидетельствует об ожирении + ___ + степени

- II
- IV
- I
- III

При бронхиальной астме без указаний на переносимость пищевых продуктов следует назначить

- диету с повышенным содержанием белка
- диету с пониженным содержанием белка
- основную гипоаллергенную диету
- вегетарианский рацион

Принцип питания при бронхиальной астме направлен на исключение продуктов с высокой антигенной потенцией, к которым относятся

- гречка, кукуруза, рис
- яйца, рыба, орехи
- индейка, кролик, свинина
- молоко, масло, сметана

При бронхиальной астме необходимо исключение из рациона продуктов со свойствами неспецифических раздражителей, к которым относятся

- острые продукты и приправы
- свежие овощи и фрукты
- молоко и кисломолочные продукты
- крупяные блюда

Модификацией лечебного питания, рекомендованным при бронхиальной астме и выявленном ИМТ, является вариант диеты с

- пониженным содержанием белка
- пониженной калорийностью
- повышенным содержанием белка
- механическим и химическим щажением

Рекомендуемая калорийность диеты при бронхиальной астме и выявленном ИМТ, составляет менее + ___ + ккал в сутки

- 1000
- 2000
- 1500
- 2500

Химический состав рекомендованной диеты при бронхиальной астме и выявленном ИМТ составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов

- 50-60; 40-50; 100-120
- 70-80; 60-70; 130-150
- 130-140; 110-120; 400-500
- 20-60; 80-90; 350-400

В комплексной диетотерапии бронхиальной астмы с аллергическим компонентом целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- салидрозидов и катехинов
- минеральных веществ
- витаминов С, А, РР, К, группы В
- неперевариваемых пищевых волокон

Питание при бронхиальной астме осуществляться +__+ раз(-а) в сутки

- 2
- 5
- 8
- 3

С целью профилактики обострений БА данной пациентке следует рекомендовать

- 2
- 5
- 8
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет обратился к врачу-диетологу с целью коррекции рациона питания при гипертонической болезни.

Жалобы

На выраженную одышку при ходьбе по ровной местности в медленном темпе, периодически головные боли в затылочной области, быструю утомляемость.

Анамнез заболевания

Одышка при ходьбе в умеренном темпе появилась 10 месяцев назад. Последние полгода одышка значительно усилилась, возникает через несколько минут ходьбы по ровной местности, из-за которой часто останавливается. Отмечает периодические головные боли, повышение АД до 150-160 мм рт. ст. на фоне приема антигипертензивной терапии лозартаном 100 мг в сутки. Выраженная одышка и слабость послужили поводом обращения к терапевту. С целью улучшения течения заболевания, пациент был направлен терапевтом к врачу-диетологу для коррекции питания.

Анамнез жизни

- В анамнезе гипертоническая болезнь, по поводу которой принимает лозартан 100 мг в сутки.
- Вредные привычки: курит с 20 лет по 1 пачке (ИК 40 пачка/лет). Алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональный анамнез: с 30 до 40 лет работал на металлургическом предприятии. Затем работал в охране завода.
- Наследственность: отец умер от рака легкого в возрасте 80 лет, мать болеет гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа.
- Аллергологический анамнез: спокойный.
- Туберкулез, гепатит отрицает.

Объективный статус

- Состояние удовлетворительное. Кожные покровы с цианотическим оттенком, периферических отеков нет. Температура тела 36,6 С. Рост 176 см, вес 75 кг. Округлость талии 86 см.
- Границы сердца не расширены. АД 160/90 мм рт. ст. ЧСС 90 уд/мин. Акцент 2 тона над аортой.
- ЧДД 20 в мин. При перкуссии над легкими коробочный звук, при аускультации легких дыхание проводится во все отделы легких, ослабленное, единичные сухие хрипы.
- Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены.

С целью экспресс-оценки пищевого статуса и выбора тактики диетологической коррекции, рекомендуется использовать

- денситометрию
- индекс массы тела
- прямую калориметрию
- непрямую калориметрию

Дополнительным неинвазивным методом исследования при диагностике компонентного состава тела (жировой ткани, скелетных мышц, общего содержания воды, вне- и внутриклеточной жидкости) является

- биоимпедансометрия
- прямая калориметрия
- денситометрия

- непрямая калориметрия

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет

- 17,3
- 26,8
- 35,9
- 24,2

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) свидетельствует о/об

- ожирении II степени
- ожирении I степени
- дефиците массы тела
- нормальной массе тела

Модификацией лечебного питания, рекомендованным при гипертонической болезни и выявленном ИМТ, является вариант стандартной диеты

- основной
- пониженным содержанием белка
- механическим и химическим щажением
- повышенным содержанием белка

Согласно системе номерных диет, при гипертонической болезни и выявленном ИМТ, рекомендована диета по Певзнеру номер

- 4
- 10
- 8
- 15

Диетотерапия при гипертонической болезни направлена на минимальное потребление ионов

- кальция
- калия
- марганца
- натрия

Рекомендуемая калорийность диеты при гипертонической болезни и выявленном индексе массы тела в данном случае, составляет + _____ + ккал в сутки

- 800-1100
- 1200-1500
- 2170-2400

- 2300-2500

Химический состав рекомендованной диеты при гипертонической болезни и выявленном ИМТ составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов

- 130-140, 110-120, 400-500
- 85-90, 70-80, 300-330
- 50-60, 40-50, 100-120
- 20-60, 80-90, 350-400

В комплексной диетотерапии при гипертонической болезни целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- салидрозидов и катехинов
- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- неперевариваемых пищевых волокон
- минеральных веществ

В период обострения гипертонической болезни рекомендуется сократить потребление ионов натрия до + _____ + г/сутки

- 1,0-1,5
- 3,0-3,5
- 2,0-2,5
- 5,0-5,5

В рационе питания при гипертонической болезни рекомендуется увеличить потребление ионов + _____ + и

- 1,0-1,5
- 3,0-3,5
- 2,0-2,5
- 5,0-5,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Н. 42 года, обратился к врачу-диетологу с целью коррекции рациона питания при подагре.

Жалобы

На сильные боли в плюснефаланговых суставах I-ых пальцев обеих стоп, левом голеностопном суставе, усиливающиеся в ранние утренние часы и при движениях, ограничение объема движений в вышеперечисленных суставах.

Анамнез заболевания

Впервые на фоне полного благополучия ночью появились сильные, жгучие, пульсирующие боли в области плюснефалангового сустава I пальца правой стопы около 1,5 лет тому назад. Повысилась температура тела до 38,8°C. Сустав припух, кожа над ним покраснела, стала горячей, натянутой, движения в суставе стали невозможны из-за нестерпимой боли. К врачам пациент не обращался, принимал самостоятельно диклофенак 100 мг в сутки. Через 3-4 дня боли в I-ом плюснефаланговом суставе правой стопы прошли, через неделю прошла припухлость сустава. Второй приступ последовал примерно полгода назад, когда появились боли в суставе, носили аналогичный характер, сопровождались субфебрилитетом, недомоганием. Эпизодически наблюдаются подъемы артериального давления до 160/100 мм рт. ст.

Анамнез жизни

Алкоголь употребляет в виде пива. Предпочитает мясные продукты.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве. Температура тела – 36,8°C. Рост 176 см, вес – 98 кг. Окружность талии – 102 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет. ЧСС – 78 уд в 1 мин. Пульс, ритмичный одинакового наполнения и напряжения с обеих сторон, 78 уд. в 1 мин. АД – 135/75 мм рт. ст. на обеих руках. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, край печени мягкий, безболезненный при пальпации. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре суставов: деформация левого голеностопного суставов и I-ых плюснефаланговых суставов обеих стоп, кожа над суставами гиперемирована, локальная гипертермия. Движения в суставах с болезненным ограничением. Предварительный диагноз: Подагра.

«Золотым стандартом» при диагностике подагры является

- ультразвуковое исследование
- компьютерная томография
- поляризационная микроскопия
- магнитно-резонансная томография

Пороговым значением при гиперурикемии является уровень мочевой кислоты \geq + ____ + ммоль/л

- 0,24
- 0,48
- 0,36
- 0,60

С целью экспресс-оценки пищевого статуса и выбора тактики пищевой коррекции рекомендуется использовать

- индекс массы тела

- денситометрию
- прямую калориметрию
- непрямую калориметрию

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет

- 35,9
- 40,5
- 21,6
- 31,6

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) свидетельствует об ожирении +__+ степени

- II
- I
- IV
- III

Препаратом выбора для лечения острого приступа подагры является

- панктеатин
- аллопуринол
- питофенон
- колхицин

Диетотерапия при подагре и выявленном в данном случае индексе массы тела направлена на снижение потребления

- пуринов и калорийности
- глюкозамина и хондроитина
- пищевых антиоксидантов
- растительных жиров и клетчатки

Вариантом диеты, рекомендованным пациенту, является вариант диеты с

- повышенным количеством белка
- механическим и химическим щажением
- пониженной калорийностью
- пониженным количеством белка

Химический состав рекомендованной диеты для данного пациента составляет +_____+ г белка, +_____+ г жира, +_____+ г углеводов, энергии +_____+ ккал

- 50-60; 40-50; 100-120; 800-1100
- 60-80; 40-50; 130-200; 1120-1570
- 130-140; 110-120; 400-500; 2160-2690

- 20-60; 80-90; 350-400; 2200-2650

Продуктами, которые необходимо исключить из рациона питания при подагре, являются

- овощи, фрукты, орехи
- мясные бульоны, телятина и копчености
- молоко, сыр, яйца
- овсянка, гречка, рис

При подагре рекомендуется ограничить потребление ионов

- фосфора
- кальция
- калия
- натрия

К диетическим продуктам, рекомендуемым при подагре, относятся продукты

- фосфора
- кальция
- калия
- натрия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

С целью подбора рациона питания при язвенной болезни желудка в стадии обострения к врачу-диетологу обратился мужчина 42 лет по рекомендации врача общей практики.

Жалобы на

- * выраженные боли в эпигастральной области, которые появляются через 30-60 минут после еды и проходят самостоятельно через 1-2 часа,
- * изжогу,
- * тошноту,
- * запоры,
- * однократную рвоту на высоте болей кислым содержимым, приносящую облегчение.

Анамнез заболевания

В течение 5 лет в осенне-весенний период беспокоят умеренные боли в подложечной области, возникающие после употребления пищи. За медицинской помощью не обращался. По совету родственников в период появления болей принимал омепразол 20 мг 1 раз в день в течение 2 недель, после чего боли проходили. Настоящее обострение началось в марте, длится уже 3 недели, боли сопровождаются изжогой, тошнотой, рвотой на высоте болей, приносящей

облегчение, похудел на 3 кг, принимает омепразол 20 мг 1 раза в день в течение 2 недель, улучшение незначительное.

Анамнез жизни

- * Туберкулез, гепатит, онкологические заболевания, сахарный диабет отрицает.
- * Респираторные инфекции 1 раз в год.
- * Операций не было.
- * Курит в течении 20 лет по 20 сигарет в день. Алкоголь не употребляет.
- * У отца язвенная болезнь желудка.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. В сознании, ориентирован в месте и времени. Телосложение правильное. Рост 183 см, вес 76 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа 0 ст. (ВОЗ). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 68 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется локальная болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Опенховского (боль при поколачивании остистых отростков VII-XII позвонков). Локальная перкуторная болезненность в эпигастральной (симптом Менделя). Печень по краю реберной дуги. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный 1 раз в день, обычного цвета. Отеков нет.

Лабораторными методами обследования, которые должны быть выполнены для подтверждения диагноза и предоставлены врачу-диетологу, являются

- коагулограмма (гемостазиограмма) расширенная
- анализ кала на скрытую кровь
- гормоны крови: ТТГ (тиреотропный гормон), свободный Т4
- клинический анализ мочи
- клинический анализ крови
- С-реактивный белок

Инструментальными методами обследования, которые могут быть выполнены для подтверждения диагноза и предоставлены врачу-диетологу, являются

- рентгенография желудка
- эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с прицельной биопсией
- ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ)
- мультиспиральная компьютерная томография легких
- эхо-кардиография
- эластометрия (фибросканирование печени)

С целью экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- денситометрию
- непрямую калориметрию

- прямую калориметрию
- индекс массы тела

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет

- 36,7
- 18,5
- 32,8
- 22,7

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) свидетельствует о

- нормальной массе тела
- дефиците массы тела
- ожирении I степени
- ожирении II степени

Основным принципом диетотерапии язвенной болезни желудка в стадии обострения является

- снижение калорийности питания
- химическое и механическое щажение
- увеличение потребления белка
- снижение потребления натрия

Согласно системе номерных диет, при язвенной болезни желудка в стадии обострения рекомендована диета по Певзнеру номер

- 1б
- 15
- 8а
- 7б

Диетотерапия при язвенной болезни желудка в стадии обострения направлена на

- повышение активности катаболических процессов на фоне снижения обеспеченности белком
- повышение калорийности рациона за счет жиров
- максимальное механическое, термическое и химическое щажение
- исключение из рациона глюкозаминов и хондроитина

Химический состав рекомендованной диеты при язвенной болезни желудка в стадии обострения составляет + _____ + г. белка, + _____ + г. жира, + _____ + г. углеводов, энергия + _____ + ккал

- 85-90; 70-80; 300-350; 2170-2480
- 20-60; 80-90; 350-400; 1200-1300

- 50-60; 40-50; 100-120; 2100-2300
- 130-140; 110-120; 400-500; 2800-3000

В рацион питания пациента с язвенной болезнью желудка рекомендуется включать

- крепкие мясные и рыбные бульоны
- отварные мясо и рыбу, яйца, молоко и молочные продукты
- газированные фруктовые воды, пиво, белое сухое вино, шампанское, кофе
- копчености и консервы, приправы и специи (лук, чеснок, перец, горчицу), соленья, маринады

Пациент с язвенной болезнью желудка подлежит направлению на санаторно-курортное лечение не ранее чем через + _____ + после стихания обострения

- 10-14 дней
- 2-3 месяца
- 3-4 недели
- 12-18 месяцев

Диспансерное наблюдение пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки рекомендуется проводить + _____ + в течение + _____ + с момента последнего обострения

- 10-14 дней
- 2-3 месяца
- 3-4 недели
- 12-18 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Е. 67 лет по рекомендации врача общей практики обратился к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания при гипертонической болезни.

Жалобы

- удушье,
- стеснение в груди,
- сухой кашель.

Анамнез заболевания

В течение последних 15 лет страдает гипертонической болезнью (далее - ГБ), систематически не лечится. Вышеописанные жалобы появились впервые внезапно ночью во время сна.

Анамнез жизни

- работает в школе вахтером
- рос и развивался соответственно возрасту и полу;

- перенесенные заболевания и травмы отрицает;
- наследственность – у родителей ГБ в анамнезе;
- вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 175 см, вес 92 кг. Правая граница относительной сердечной тупости {plus}1 см от правого края грудины, левая граница {plus}2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя граница – на уровне III ребра. ЧСС 74 удара в 1 минуту, АД 140/100 мм рт. ст. на обеих руках. Тоны сердца ясные, ритмичные, отмечается акцент II тона над аортой. Шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков не выявлено. Нарушений липидного и углеводного обмена не выявлено.

С целью экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- денситометрию
- индекс массы тела
- непрямую калориметрию
- прямую калориметрию

Дополнительным неинвазивным методом исследования при диагностике компонентного состава тела (жировой ткани, скелетных мышц, общего содержания воды, вне- и внутриклеточной жидкости) является

- денситометрия
- непрямая калориметрия
- биоимпедансометрия
- прямая калориметрия

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет + ____ + кг/м²

- 35,9
- 20,7
- 30,0
- 42,1

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) свидетельствует об ожирении + __ + степени

- III
- I
- II
- IV

Модификацией лечебного питания, рекомендованным при гипертонической болезни и выявленном ИМТ, является стандартный вариант диеты с

- повышенным содержанием белка
- пониженной калорийностью
- механическим и химическим щажением
- пониженным содержанием белка

Согласно системе номерных диет, при гипертонической болезни и выявленном ИМТ, рекомендована диета по Певзнеру номер

- 10г
- 10
- 8
- 15

Диетотерапия при гипертонической болезни и выявленном индексе массы тела в данном случае направлена на

- повышенное потребление ионов кальция и снижение потребления растительных жиров
- повышенное потребление ионов марганца и снижение потребления пищевых волокон
- минимальное потребление ионов натрия и снижение калорийности
- минимальное потребление ионов калия и снижение потребления общих жиров

Химический состав рекомендованной диеты при гипертонической болезни и выявленном индексе массы тела составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов, энергии + _____ + ккал

- 20-60; 80-90; 350-400; 1120-1570
- 130-140; 110-120; 400-500; 2300-2500
- 70-80; 60-70; 130-150; 1350-1550
- 50-60; 40-50; 100-120; 800-1100

В комплексной диетотерапии при гипертонической болезни целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- неперевариваемых пищевых волокон
- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- салидрозидов и катехинов
- минеральных веществ

В период обострения гипертонической болезни рекомендуется сократить потребление ионов натрия до + _____ + г/сутки

- 1,0-1,5
- 3,0-3,5

- 5,0-5,5
- 2,0-2,5

Длительность диспансерного наблюдения пациентов с гипертонической болезнью

- пожизненно
- 5 лет
- 3 месяца
- 1 год

С целью определения сердечно-сосудистого риска используется шкала

- пожизненно
- 5 лет
- 3 месяца
- 1 год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 29 лет, обратился по рекомендации врача общей практики обратился к врачу-диетологу для подбора рациона питания при ревматоидном артрите.

Жалобы

- боли в проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, проксимальных плюснефаланговых суставах стоп, постоянного характера, усиливающиеся в ранние утренние часы;
- утренняя скованность в суставах до 90 минут;
- припухлость проксимальных межфаланговых суставов, лучезапястных суставов, плюснефаланговых суставов стоп с ограничением движений в вышеуказанных суставах;
- лихорадка до 37,5 – 37,9°C, общая слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

Впервые боли появились в 2-3 проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей около 3 месяцев тому назад. Самостоятельно стал принимать нимесулид в суточной дозе 200 мг в течении 3 недель, на фоне приема которого боли прошли. Через 4 недели боли возобновились, появились боли и припухлость в лучезапястных, проксимальных межфаланговых суставах. Стала нарастать скованность в суставах. Пациент возобновил самостоятельный прием нимесулида в суточной дозе 200 мг, улучшение самочувствия на фоне приема препарата кратковременное.

Анамнез жизни

Без особенностей. Курит 10-15 сигарет в день.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве. Телосложение нормостеническое.

Рост 180 см, вес – 80 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет. ЧСС – 82 уд в 1 мин. Пульс, ритмичный одинакового наполнения и напряжения с обеих сторон, 82 уд. в 1 мин. АД – 125/80 мм рт. ст. на обеих руках. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, край печени мягкий, безболезненный при пальпации. При осмотре суставов: припухлость II – V проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, припухлость обоих лучезапястных суставов, II – III проксимальных межфаланговых суставов обеих стоп, положительные тесты сжатия обеих кистей и стоп, снижена кистевая сила, подкожных узлов нет. + Предварительный диагноз: Ревматоидный артрит (далее РА).

С целью выбора тактики диетологической коррекции и экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- индекс массы тела
- денситометрию
- прямую калориметрию
- непрямую калориметрию

Дополнительным неинвазивным методом исследования при диагностике компонентного состава тела (жировой ткани, скелетных мышц, общего содержания воды, вне- и внутриклеточной жидкости) является

- биоимпедансометрия
- прямая калориметрия
- денситометрия
- непрямая калориметрия

Значение индекса массы тела у пациента составляет + _____ + кг/м²

- 32,2
- 35,6
- 24,7
- 42,1

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) свидетельствует о/об

- ожирении I степени
- нормальной массе тела
- дефиците массы тела
- ожирении III степени

Модификацией лечебного питания, рекомендованным при ревматоидном артрите и выявленном ИМТ, является вариант стандартной диеты с

- пониженным содержанием белка
- повышенным количеством калорий

- повышенным содержанием белка
- механическим и химическим щажением

Диетотерапия при ревматоидном артрите направлена на

- повышение калорийности рациона за счет жиров
- повышение активности катаболических процессов на фоне снижения обеспеченности белком
- исключение из рациона глюкозиминов и хондроитина
- повышение неспецифической иммунологической реактивности организма

Рекомендуемая калорийность диеты при ревматоидном артрите и выявленном ИМТ составляет + _____ + ккал в сутки

- 1120-1570
- 2160-2690
- 2170-2400
- 2200-2650

Химический состав рекомендованной диеты при ревматоидном артрите и выявленном ИМТ составляет + ____ + г белка, + ____ + г жира, + ____ + г углеводов

- 110-120; 80-90; 250-350
- 20-60; 80-90; 350-400
- 50-60; 40-50; 100-120
- 130-140; 110-120; 400-500

В комплексной диетотерапии ревматоидного артрита целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- индола
- катехинов
- антиоксидантов
- ресвератрола

В диетотерапии ревматоидного артрита ограничивается поваренная соль до + ____ + г/день

- 40-50
- 10-20
- 6-8
- 2-5

В диетотерапии ревматоидного артрита необходимо обогащать рацион

- селимарином и селибинином

- витаминами С, А, РР, К
- терпенами
- катехинами

Рекомендуется проводить назначение препаратов кальция и витамина D и, при необходимости, лечение с использованием антиостеопоротической терапии, глюкокортикоидного остеопороза у всех пациентов с РА, принимающих ГК в дозе > 5 мг/день в течение более + ____ + месяцев

- селимарином и селибинином
- витаминами С, А, РР, К
- терпенами
- катехинами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет по рекомендации врача общей практики обратилась за консультацией к врачу-диетологу для коррекции рациона питания при ревматоидном серопозитивном артрите.

Жалобы

Жалобы на боли в пястно-фаланговых суставах, суставах запястья, плюснефаланговых суставах, усиливающиеся при физической нагрузке, ограничение подвижности в этих суставах, их деформация; утренняя скованность в тех же суставах, длительностью около 3-х часов; наличие округлых плотных образований на локтях.

Анамнез заболевания

Впервые боли в проксимальных и дистальных межфаланговых суставах появились около 1,5 лет назад, тогда же появилась утренняя скованность до 30 минут. В течение последнего месяца утренняя скованность до 2 часов. По совету знакомых применяла местно Фастум-гель с кратковременным положительным эффектом.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было
- * отец здоров, мать перенесла инсульт.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, чистые. Рост 160 см, вес 97 кг. Температура 36,8°C. Отёки стоп, нижней трети голеней, мягкие. Определяется припухлость и болезненность II-III пястно-фаланговых, II-IV плюсно-фаланговых, голеностопных суставов, деформация 2-го пальца справа по типу «шеи лебедя», активные движения ограничены за счёт болевого синдрома и анкилоза. На разгибательной поверхности предплечий ближе к

локтям имеются плотные округлые образования диаметром около 1,0 см, подвижные, безболезненные – два на правой руке, один на левой. Атрофия тенара, межкостных мышц на обеих кистях. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: правая – 0,5 см от правого края грудины, верхняя – 3 ребро, левая – на 1,5 см снаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца чуть приглушённые, ритмичные, шумов нет. ЧСС 70 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный.

С целью выбора тактики диетологической коррекции и экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- прямую калориметрию
- непрямую калориметрию
- индекс массы тела
- денситометрию

Дополнительным неинвазивным методом исследования при диагностике компонентного состава тела (жировой ткани, скелетных мышц, общего содержания воды, вне- и внутриклеточной жидкости) является

- биоимпедансометрия
- денситометрия
- прямая калориметрия
- непрямая калориметрия

Значение индекса массы тела у пациентки (ИМТ) составляет + ____ + кг/м²

- 21,9
- 32,2
- 42,1
- 37,9

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) свидетельствует об ожирении + ____ + степени

- III
- IV
- II
- I

Модификацией лечебного питания, рекомендованным при ревматоидном артрите и выявленном ИМТ, является вариант стандартной диеты с

- пониженным содержанием белка
- повышенным содержанием белка

- механическим и химическим щажением
- пониженной калорийностью

Диетотерапия при ревматоидном артрите направлена на

- повышение калорийности рациона за счет жиров
- исключение из рациона глюкозиминов и хондроитина
- повышение активности катаболических процессов на фоне снижения обеспеченности белком
- повышение неспецифической иммунологической реактивности организма

Рекомендуемая калорийность диеты при ревматоидном артрите и выявленном ИМТ составляет + _____ + ккал в сутки

- 1120-1570
- 2200-2650
- 2160-2690
- 2170-2400

Химический состав рекомендованной диеты при ревматоидном артрите и выявленном ИМТ составляет + ____ + г белка, + ____ + г жира, + ____ + г углеводов

- 70-80; 40-50; 130-200
- 20-60; 80-90; 350-400
- 50-60; 40-50; 100-120
- 130-140; 110-120; 400-500

В комплексной диетотерапии ревматоидного артрита целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- антиоксидантов
- катехинов
- индола
- ресвератрола

Медикаментозное лечение ожирения показано при ИМТ более + ____ + кг/м²

- 30
- 27
- 25
- 15

Диспансерное наблюдение пациентов с ревматоидным артритом осуществляет

- невролог
- ортопед
- ревматолог
- терапевт

Частота осмотра пациента ревматологом при достижении ремиссии составляет 1 раз в + ____ + месяц(-а, -ев)

- невролог
- ортопед
- ревматолог
- терапевт

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 47 лет по рекомендации врача общей практики обратился за консультацией к врачу-диетологу с целью коррекции рациона питания при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *H. pylori*.

Жалобы

На боли в эпигастрии, возникающие после приема пищи, тошноту, периодическую рвоту съеденной пищей.

Анамнез заболевания

Впервые появление болей после приема пищи отметил год назад. К врачу не обращался, самостоятельно принимал Алмагель. Последнее ухудшение состояния отметил неделю назад.

Анамнез жизни

Образование высшее, работает геологом, частые командировки. Алкоголь не употребляет, курит 1 пачку в день. Мать страдает гипертонической болезнью, отец – язвенной болезнью.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Рост 175 см, вес 65 кг. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 уд/мин., АД 120/70 мм рт. ст. Язык обложен беловатым налетом, влажный. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в эпигастрии, а также умеренная резистентность мышц передней брюшной стенки. Отмечается положительный симптом Менделя (симптом раздражения брюшины). Печень и селезенка не увеличены.

С целью экспресс-оценки пищевого статуса пациента рекомендуется использовать

- биоимпедансометрию
- денситометрию
- прямую калориметрию

- индекс массы тела

Неинвазивным методом исследования при диагностике компонентного состава тела (жировой ткани, скелетных мышц, общего содержания воды, вне- и внутриклеточной жидкости) является

- денситометрия
- биоимпедансометрия
- прямая калориметрия
- непрямая калориметрия

Значение индекса массы тела (ИМТ) составляет

- 31,2
- 21,2
- 41,2
- 17,9

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) свидетельствует о/об

- дефиците массы тела
- нормальной массе тела
- ожирении I степени
- ожирении III степени

Модификацией лечебного питания, рекомендованным при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и выявленном ИМТ, является вариант диеты с

- повышенной калорийностью
- пониженным содержанием белка
- механически и химическим щажением
- повышенным содержанием белка

Согласно системе номерных диет, при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки рекомендована диета по Певзнеру номер

- 7б
- 15
- 8а
- 1б

Диетотерапия при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и выявленном ИМТ направлена на

- увеличение потребления жиров при снижении общей калорийности пищи
- обеспечение физиологического количества пищевых веществ и щажение ЖКТ

- увеличение потребления белков и калорийности пищи
- снижение потребления углеводов и калорийности пищи

Рекомендуемая калорийность диеты при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и выявленном ИМТ в данном случае составляет + _____ + ккал в сутки

- 800-1200
- 2170-2480
- 2000-2500
- 2510-2730

Химический состав рекомендованной диеты составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов

- 130-140; 110-120; 400-500
- 20-60; 80-90; 350-400
- 50-60; 40-50; 100-120
- 85-90; 70-80; 300-350

Через + ____ + месяца(-ев) после стихания обострения, пациентам с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, рекомендовано санаторно-курортное лечение

- 5-6
- 1-2
- 10-12
- 2-3

Данному пациенту необходимо рекомендовать отказ от

- командировок
- щадящей пищи
- умеренных физических нагрузок
- курения

Одним из показаний для хирургического лечения язвенной болезни является

- командировок
- щадящей пищи
- умеренных физических нагрузок
- курения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 55 лет обратилась за консультацией к врачу-диетологу по рекомендации врача общей практики с целью подбора рациона питания при гипертонической болезни II стадии, 1 степени.

Жалобы

На повышение артериального давления, общую слабость.

Анамнез заболевания

Отмечает повышение давления в течение года, периодически самостоятельно принимала различные антигипертензивные препараты.

Анамнез жизни

Не работает, не курит, алкоголь не употребляет. В течение последних 5 лет отмечает прогрессирующее повышение массы тела. Хронические заболевания отрицает. У матери - сахарный диабет 2 типа.

Объективный статус

Сознание ясное, общее состояние удовлетворительное, кожа и слизистые бледно-розового цвета. Рост 162, вес 78 кг. Окружность талии 80 см. Правая граница относительной сердечной тупости {plus}1 см от правого края грудины, левая граница {plus}2 см снаружи от левой среднеключичной линии, верхняя граница – на уровне III ребра. ЧСС 74 в 1 минуту, АД 140/100 мм рт. ст. на обеих руках. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 74 в 1 минуту отмечается акцент II тона над аортой. Шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень -- у края реберной дуги. Периферических отеков не выявлено. Нарушений липидного и углеводного обмена не выявлено.

С целью экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- прямую калориметрию
- денситометрию
- индекс массы тела
- непрямую калориметрию

Дополнительным неинвазивным методом исследования при диагностике компонентного состава тела (жировой ткани, скелетных мышц, общего содержания воды, вне- и внутриклеточной жидкости) является

- непрямая калориметрия
- прямая калориметрия
- биоимпедансометрия
- денситометрия

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки составляет

- 29,7
- 42,1
- 35,9
- 20,7

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) свидетельствует о/об

- ожирении II степени
- ожирении I степени
- нормальной массе тела
- избыточной массе тела

Модификацией лечебного питания, рекомендованным при гипертонической болезни и выявленном ИМТ, является стандартный вариант диеты с

- повышенным содержанием белка
- пониженной калорийностью
- механическим и химическим щажением
- пониженным содержанием белка

Согласно системе номерных диет, при гипертонической болезни и выявленном ИМТ в данном случае, рекомендована диета по Певзнеру номер

- 10с
- 15
- 11
- 7б

Диетотерапия при гипертонической болезни направлена на

- повышенное потребление ионов марганца и снижение потребления пищевых волокон
- минимальное потребление ионов натрия и снижение калорийности
- минимальное потребление ионов калия и снижение потребления общих жиров
- повышенное потребление ионов кальция и снижение потребления растительных жиров

Рекомендуемая калорийность диеты при гипертонической болезни и выявленном ИМТ, составляет + _____ + ккал в сутки

- 2300-2500
- 800-1100
- 2170-2400
- 1350-1550

Химический состав рекомендованной диеты при гипертонической болезни и выявленном ИМТ составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов

- 20-60; 80-90; 350-400

- 130-140; 110-120; 400-500
- 70-80, 60-70; 130-150
- 50-60; 40-50; 100-120

В комплексной диетотерапии при гипертонической болезни целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- неперевариваемых пищевых волокон
- минеральных веществ
- салидрозидов и катехинов
- ПНЖК семейства омега 3 и 6

В период обострения гипертонической болезни рекомендуется сократить потребление ионов натрия до + _____ + г/сутки

- 3,0-3,5
- 5,0-5,5
- 2,0-2,5
- 1,0-1,5

Для коррекции артериального давления и массы тела пациентке необходимо рекомендовать в неделю + ___ + мин аэробной физической активности умеренной интенсивности

- 3,0-3,5
- 5,0-5,5
- 2,0-2,5
- 1,0-1,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 56 лет, пенсионерка, обратилась за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для устранения симптомов болезни.

Жалобы

Беспокоит периодический дискомфорт в виде тяжести в области правого подреберья, не связан с чем-либо.

Анамнез заболевания

Подобные боли впервые появились около шести месяцев назад. Принимала дротаверин 40 мг – без эффекта. Наблюдалась у терапевта, по результатам УЗИ органов брюшной полости выявлено увеличение размеров печени, стеатоз печени, функциональные пробы печени в норме, назначены гепатопротекторы и рекомендовано изменение образа жизни и питания.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в

возрасте 15 лет, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь (регулярно принимает лекарственные препараты, рекомендованные кардиологом). Наследственность: сведений нет. Не курит. Алкоголь не употребляет. Работала инженером.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 82 кг, рост 167 см. ИМТ 30,12 кг/м². Кожные покровы нормальной окраски. При пальпации и перкуссии грудной клетки патологии не выявлено, выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания 16 в минуту. Тоны сердца ясные, приглушены, шумов нет. ЧСС 72 удара в минуту. АД 134/92 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1-1,5 см, край закруглен, тестоватая консистенция. Отеков нет.

Методом диагностики, который служит «золотым стандартом» диагностики стеатоза печени, является

- МРТ органов брюшной полости
- УЗИ органов брюшной полости
- биопсия печени
- эластометрия

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) являются

- ЭКГ
- рентгенография органов грудной клетки
- ЭГДС
- УЗИ печени
- эластометрия

Основным предполагаемым диагнозом является

- ЭКГ
- рентгенография органов грудной клетки
- ЭГДС
- УЗИ печени
- эластометрия

Диагноз

Неалкогольная жировая болезнь печени, стеатоз печени. Ожирение первой степени

Цирроз печени, класс А по Чайлд-Пью. Гепатомегалия

Хронический панкреатит, обострение. Ожирение первой степени

Хронический гастрит, обострение. Ожирение первой степени

Важным критерием, отличающим неалкогольной жировой болезни печени от алкогольной болезни печени, служит отсутствие употребления пациентами алкоголя в гепатотоксичных дозах, т.е. более +__+ г чистого этанола в сутки для мужчин

- 40
- 80
- 60
- 50

В данной клинической ситуации оптимальным вариантом корректировки массы тела является

- снижение массы тела как можно быстрее и интенсивнее
- плавное снижение первоначально на 10% и не более чем на 0,5-1,0 кг в неделю
- снижение массы тела со скоростью более 5 кг в месяц
- пациентка не нуждается в снижении массы тела

При заболевании печени с сопутствующим ожирением рекомендуется употребления пищевых волокон +_____+ г в сутки

- 60-70
- 30-40
- 10-20
- 20-30

Вариантом стандартной диеты, который необходимо рекомендовать в данной клинической ситуации, является с

- основной
- пониженной калорийностью
- повышенным содержанием белка
- механическим и химическим щажением

Варианту стандартной диеты с пониженной калорийностью соответствует

- ограничение количества жиров и легкоусвояемых углеводов, повышенное содержание белка и сложных углеводов, исключение из рациона пищевых волокон
- ограничение количества жиров, увеличенное содержание легкоусвояемых углеводов, нормальное содержание белка и сложных углеводов, увеличенное количество пищевых волокон

- ограничение количества жиров и легкоусвояемых углеводов, нормальное содержание белка и сложных углеводов, увеличенное количество пищевых волокон
- умеренное количество жиров и легкоусвояемых углеводов, повышенное содержание белка и сложных углеводов, уменьшенное количество пищевых волокон

Вариант диеты, назначаемой при обострении хронического панкреатита, включает белка + _____ + г

- 100-110
- 70-80
- 170-180
- 40-45

Предпочтительным ритмом питания варианта стандартной диеты с пониженной калорийностью является питание + _____ + раз(-а) в день

- 1-2
- 4-6
- 2-4
- 3-5

Диета при заболевании печени с сопутствующей ожирением, включает употребление 60-70г жиров, в т.ч. растительного происхождения + ___ + г

- 45
- 15
- 35
- 25

Энергетическая ценность стандартной диеты с пониженной калорийностью, назначаемой при заболевании печени включает + _____ + ккал

- 45
- 15
- 35
- 25

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент в возрасте 55 лет, работает охранником, обратился за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для устранения симптомов болезни.

Жалобы

Беспокоит боль ноющего характера в эпигастральной области, возникающий сразу после еды, с иррадиацией в спину, при погрешности в питании: употребление жареного, жирного, алкогольных напитков.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 5 лет, когда появились подобные боли. Обратился к терапевту, был поставлен диагноз хронический панкреатит в стадии обострения, получил соответствующее лечение, с положительным эффектом. При погрешности в питании симптомы возобновились, лечился самостоятельно, к врачам не обращался. +
Последнее ухудшение состояния неделю назад, связывает с переждением и употреблением острой, маринованной, жирной пищи.

Анамнез жизни

Травм, переломов, оперативных вмешательств, переливаний крови не было. Курит в течение 20 лет, по пачке в день. Алкоголь употребляет редко, 2-3 раза в год, около 100 мл водки. Ведет малоподвижный образ жизни. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Рост 172 см, вес 80 кг, индекс массы тела (ИМТ) 27,0 кг/м². Кожные покровы физиологической окраски. ЧСС 80 уд/мин, ритм правильный. АД 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дизурические и диспептические явления отрицает.

Инструментальным методом первичного скрининга при хроническом панкреатите является

- эзофагодуоденоскопия
- эндоскопическое ультразвуковое исследование
- трансабдоминальное ультразвуковое исследование
- обзорная рентгенография брюшной полости

Снижение содержания + _____ + свидетельствует о первичной экзокринной недостаточности поджелудочной железы

- амилазы крови
- общего белка крови
- эластазы-1 в кале
- диастазы мочи

Для оценки нутритивного статуса пациентов с хроническим панкреатитом используют такой параметр, как

- повышение уровня тиреотропного гормона
- снижение билирубина
- снижение массы тела
- повышение массы тела

Одним из лабораторных методов диагностики для выявления эндокринной недостаточности поджелудочной железы является определение

- уровня тиреотропного гормона
- уровня гликогена
- концентрации соматотропина
- концентрации гликозилированного гемоглобина

При обострении хронического панкреатита рекомендуется вариант диеты

- с пониженным количеством белка (низкобелковая диета)
- с пониженным количеством соли
- без ограничений (основной)
- с механическим и химическим щажением (щадящая диета)

При обострении хронического панкреатита принцип питания включает

- больше белковой пищи, с исключением жирных и углеводных продуктов
- больше белковой и жирной пищи, с исключением углеводных продуктов
- больше жирной пищи, с исключением белковых и углеводных продуктов
- больше углеводной пищи, с исключением жирных и белковых продуктов

Энергетическая ценность диеты, назначаемой при обострении хронического панкреатита, составляет + _____ + ккал

- 1600-2150
- 2170-2480
- 1100-1600
- 2500-3150

Вариант диеты, назначаемой при обострении хронического панкреатита, включает + _____ + г. белка

- 85-90
- 100-110
- 40-45
- 170-180

Вариант диеты, назначаемой при обострении хронического панкреатита, включает + _____ + г. жиров

- 90-110
- 70-80
- 40-60
- 120-170

Вариант диеты, назначаемой при обострении хронического панкреатита, включает + _____ + г. углеводов

- 600-650
- 100-110
- 170-180
- 300-350

Ритм питания при обострении хронического панкреатита составляет + ___ + раз(а) в день

- 3-4
- 1-2
- 2-3
- 5-6

Рекомендуемыми способами приготовления блюд при обострении хронического панкреатита являются

- 3-4
- 1-2
- 2-3
- 5-6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 52 лет, бухгалтер, обратилась за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для устранения симптомов болезни.

Жалобы

Беспокоит периодическая «тяжесть» в правом подреберье, не связана с чем-либо.

Анамнез заболевания

При прохождении медицинского осмотра полгода назад был выявлен стеатоз печени, после чего отмечает появление тяжести в правом подреберье. Наблюдалась у терапевта, курсами принимала эссенциальные фосфолипиды без эффекта, стеатоз печени по УЗИ сохраняется, функциональные пробы печени в норме, рекомендовано изменение образа жизни и питания.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания и операции: гипертоническая болезнь.
Наследственность: у мамы ишемический инсульт. Не курит. Алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 158 см. ИМТ 32,12 кг/м².
Кожные покровы нормальной окраски. При пальпации и перкуссии грудной клетки патологии не выявлено, выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 84 удара в минуту. АД 142/94 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край закруглен, тестоватая консистенция. Отеков нет.

Метод диагностики, который является «золотым стандартом» диагностики стеатоза печени

- УЗИ органов брюшной полости
- эластометрия
- биопсия печени
- МРТ органов брюшной полости

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) являются

- УЗИ печени
- эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)
- ЭКГ
- обзорная рентгенография органов брюшной полости
- эластометрия

Основным предполагаемым диагнозом является

- УЗИ печени
- эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)
- ЭКГ
- обзорная рентгенография органов брюшной полости
- эластометрия

Диагноз

Неалкогольная жировая болезнь печени, стеатоз печени. Ожирение первой степени

Цирроз печени, класс А по Чайлд-Пью, стеатоз печени. Гепатомегалия

Жировая болезнь печени, стеатоз печени, обострение. Ожирение второй степени

Хронический холецистит, стеатоз печени. Ожирение второй степени

Важным критерием алкогольной болезни печени у женщин является прием более +__+ г. чистого этанола в сутки

- 30
- 60
- 20
- 40

В данной клинической ситуации оптимальным вариантом корректировки массы тела является

- сохранение существующей массы тела
- плавное снижение первоначально на 10% и не более чем на 0,5-1,0 кг в неделю
- снижение массы тела со скоростью 5 кг в месяц
- снижение массы тела как можно быстрее и интенсивнее

Вариант диеты, назначаемой при заболевании печени с сопутствующим ожирением, включает прием + ____ + г. пищевых волокон

- 30-40
- 60-70
- 10-20
- 50-60

Данной пациентке показана диета

- с механическим и химическим щажением
- с пониженной калорийностью
- без ограничений
- с повышенным содержанием белка

Варианту стандартной диеты с пониженной калорийностью соответствует

- ограничение количества жиров и легкоусвояемых углеводов, нормальное содержание белка и сложных углеводов, увеличенное количество пищевых волокон
- нормальное количество жиров и легкоусвояемых углеводов, повышенное содержание белка и сложных углеводов, исключение из рациона пищевых волокон
- умеренное количество жиров и легкоусвояемых углеводов, повышенное содержание белка и сложных углеводов, уменьшенное количество пищевых волокон
- увеличенное количество жиров и легкоусвояемых углеводов, пониженное содержание белка и сложных углеводов, нормальное количество пищевых волокон

Вариант диеты, назначаемой при неалкогольной жировой болезни печени, включает + ____ + г. белка животного происхождения

- 50
- 80
- 20
- 40

Предпочтительным ритмом питания у данной пациентки является + ___ + раз(а) в день

- 1-2
- 7-8
- 1-3
- 4-6

Вариант диеты, назначаемой при заболевании печени с сопутствующей ожирением, включает + ___ + г. жиров растительного происхождения

- 45
- 15
- 35
- 25

Энергетическая ценность стандартной диеты с пониженной калорийностью, назначаемой при заболевании печени, составляет + _____ + ккал

- 45
- 15
- 35
- 25

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент в возрасте 48 лет обратился за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для снижения уровня мочевой кислоты и предупреждения атак подагрического артрита.

Жалобы

Жалоб на момент приема нет. Опасается новых приступов подагрического артрита.

Анамнез заболевания

Год назад во время очередного медицинского осмотра было выявлено повышение уровня мочевой кислоты в крови - 650 мкмоль/л. В то время боли в суставах не беспокоили. Полгода назад, появилась острая боль, гиперемия, отечность в 1-м плюснефаланговом суставе правой стопы. Накануне отмечал день рождения. Обратился в поликлинику по месту жительства. Принимал ибупрофен 7 дней – приступ купировался. Сейчас принимает аллопуринол 300 мг в день. Больше приступов подагрического артрита не было.

Анамнез жизни

Ранее травм, переломов, оперативных вмешательств, переливаний крови не было. Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Не курит. Работает программистом. В рационе преобладает мясо, жирная и жареная пища. Часто употребляет пиво (по 250 мл 2-3 раза в неделю).

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 170 см, вес 92 кг, индекс массы тела (ИМТ) 31,8 кг/м². Деформации суставов нет.

Артериальное давление - 120/80 мм рт. ст. Дизурические и диспептические явления отрицает. Периферических отёков нет.

Дополнительным признаком подагры, выявляемый при физикальном осмотре пациента, является наличие

- тофусов
- ревматоидных узелков
- «кисетного» рта
- пятнисто-папулезной сыпи

Наиболее информативным инструментальным методом («золотым стандартом») исследования для диагностики подагры является

- магнитно-резонансная томография
- рентгенография кистей и стоп в прямой проекции
- ультразвуковое исследование суставов
- поляризационная микроскопия синовиальной жидкости

При невозможности исследования синовиальной жидкости методом поляризационной микроскопии для ранней диагностики подагры рекомендуется проведение

- рентгенографии суставов
- ультразвукового исследования суставов
- магнитно-резонансной томографии суставов
- компьютерной томографии суставов

При ультразвуковом исследовании пораженного сустава у пациента с подагрой выявляется

- эрозия
- признак двойного контура
- «матовое стекло»
- картина «булыжной мостовой»

При подагре без нарушения функции почек рекомендуется + _____ + вариант диеты

- преимущественно белковый
- основной
- щадящий
- высококалорийный

При подагрической нефропатии с нарушением азотовыделительной функции почек и развитием хронической почечной недостаточности, рекомендуется диета

- с пониженным количеством белка
- с щадящим режимом обработки пищи
- без ограничений
- с повышенным количеством белка

При подагре показаны диетические продукты с/со

- пробиотиками
- повышенной калорийностью
- сниженным содержанием пуриновых оснований
- повышенным содержанием животного белка

При подагре необходимо полностью исключить

- жирные сорта мяса и рыбы, внутренние органы животных и птицы
- молоко, кисло-молочные продукты
- легкоусвояемые углеводы, продукты из твёрдых сортов пшеницы
- цитрусовые, щелочные минеральные воды

Энергетическая ценность диеты, назначаемой при подагре без поражения почек, составляет + _____ + ккал

- 2570-2870
- 1970-2150
- 2170-2400
- 1120-1570

Вариант диеты, назначаемой при подагре без поражения почек включает + _____ + г. белка

- 130-140
- 85-90
- 40-60
- 110-120

Вариант диеты, назначаемой при подагре, включает + _____ + г. жиров растительного происхождения

- 15-20
- 40-45
- 25-30
- 35-40

Целевым уровнем мочевой кислоты в крови для данного пациента является показатель менее + ___ + мкмоль/л

- 15-20
- 40-45
- 25-30
- 35-40

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 64-х лет, пенсионер, обратилась за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для профилактики приступов боли в суставах.

Жалобы

Появление выраженной боли в 1-м плюснефаланговом суставе левой стопы, с его покраснением, выраженным ограничением движений в нем.

Анамнез заболевания

С 55 лет отмечает периодические боли в суставах стоп, связывала с остеоартрозом, не обследовалась. В последние полгода отмечает повторяющиеся приступы боли в первом плюснефаланговом суставе левой стопы, преимущественно после застолий с употреблением алкоголя и жирной пищи. + Боль в суставе распирающего характера, с выраженной припухлостью и покраснением, повышением температуры над суставом.

Анамнез жизни

Ранее травм, переломов, оперативных вмешательств, переливаний крови не было. Менопауза с 55 лет. Хронические заболевания – остеоартрит, хронический тонзиллит. Не курит. Принимает алкоголь по «праздникам» (1 раз в 3-4 месяца, крепкие алкогольные напитки (водка, коньяк)). Ведет умеренно активный образ жизни (плавание в бассейне 1 раз в неделю). Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, вес 62 кг, индекс массы тела (ИМТ) $24,2 \text{ кг/м}^2$. Значительная болезненность при пальпации 1-го плюснефалангового сустава. Узелки Гебердена, Бушара. Кифозных деформаций позвоночника не отмечается. Дизурические и диспептические явления отрицает.

Целевым уровнем мочевой кислоты в крови для пациентки является показатель менее + ___ + мкмоль/л

- 420
- 380
- 460
- 360

Фактором риска подагры у данной пациентки является

- наличие остеоартроза
- менопауза
- длительный стаж курения
- злоупотребление алкоголем, нарушение питания (жирная, острая пища)

Наиболее информативным инструментальным методом исследования для первичной диагностики подагры является

- рентгенография кистей и стоп в прямой проекции
- магнитно-резонансная томография
- поляризационная микроскопия синовиальной жидкости
- ультразвуковое исследование суставов

При невозможности проведения поляризационной микроскопии синовиальной жидкости наиболее информативным инструментальным методом исследования для ранней диагностики подагры является

- артроскопия пораженного сустава
- рентгенография кистей и стоп
- компьютерная томография
- ультразвуковое исследование суставов

При подагре рекомендуется + _____ + вариант стандартной диеты

- основной
- щадящий
- высококалорийный
- преимущественно белковый

Потребность в белках животного происхождения при диетотерапии подагры обеспечивается за счет

- продуктов, содержащих пурины
- молока и молочных продуктов
- эфирных масел
- мясных и рыбных наваров

Вариант диеты, назначаемой при подагре, включает + _____ + г белка животного происхождения

- 40-45
- 60-65
- 20-30
- 50-55

Потребление мясных и рыбных продуктов при подагре допустимо

- не чаще 6 раз в месяц

- ежедневно
- не чаще 4 раз в неделю
- не чаще 2 раз в неделю

Энергетическая ценность диетотерапии подагры составляет

+ _____ + ккал

- 2800 - 3100
- 3200 - 3100
- 2170 - 2400
- 1400 - 1750

Вариант диеты, назначаемой при подагре, включает + _____ + г жиров

- 70-80
- 50-60
- 30-40
- 90-100

В период обострения подагры рекомендовано

- исключение из рациона молочных продуктов, увеличение потребления пищевых волокон
- повышение употребления белка, преимущественно растительного происхождения, до 70-90 г, ограничение поваренной соли до 4-6 г в сутки
- употребление белков, жиров и углеводов в физиологических количествах
- исключение из рациона мясных и рыбных продуктов с использованием преимущественно жидкой пищи и употреблением до 2 л жидкости в сутки

Вариант диеты, назначаемой при подагре, включает + _____ + г моно- и дисахаридов

- исключение из рациона молочных продуктов, увеличение потребления пищевых волокон
- повышение употребления белка, преимущественно растительного происхождения, до 70-90 г, ограничение поваренной соли до 4-6 г в сутки
- употребление белков, жиров и углеводов в физиологических количествах
- исключение из рациона мясных и рыбных продуктов с использованием преимущественно жидкой пищи и употреблением до 2 л жидкости в сутки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент в возрасте 42 лет, программист, обратился за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для уменьшения частоты приступов подагры.

Жалобы

Появление выраженной боли в 1-м плюсне-фаланговом суставе правой стопы с его покраснением, выраженным ограничением движений в нем.

Анамнез заболевания

2 года назад впервые появилась боль в первом плюснефаланговом суставе правой стопы, распирающего характера, с выраженной припухлостью и покраснением, повышением температуры над суставом. Приступ возник после застолья с употреблением алкоголя, жирного мяса. Пациент обратился к терапевту, в ходе дообследования был установлен диагноз Подагра, суставной синдром купирован (НПВП – нимесулид), назначена терапия по снижению уровня мочевой кислоты – Аллопуринол 100 мг в день внутрь, даны рекомендации по питанию. Однако пациент периодически нарушал режим питания, прерывал терапию, что приводило к новым приступам подагрического артрита.

Анамнез жизни

Ранее травм, переломов, оперативных вмешательств, переливаний крови не было. Врожденный вывих левого бедра. Хронические заболевания – хронический тонзиллит, хронический бронхит. Курит (с 15 лет, в среднем по 10-12 сигарет в день). Принимает алкоголь (1-2 раза в неделю по бутылке пива). Ведет сидячий образ жизни (работа за компьютером). Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает. Питание нерегулярное, в виде перекусов (хлебобулочными изделиями), отдает предпочтение острой и жирной пище.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 178 см, вес 102 кг, индекс массы тела (ИМТ) 32,2 кг/м². Выраженная подкожная жировая клетчатка (толщина кожной складки на уровне пупка – 6 см, на уровне лопатки – 7 см). Незначительная болезненность при пальпации 1-го плюснефалангового сустава. Кифозных деформаций позвоночника не отмечается. Дизурические и диспептические явления отрицает.

Целевым уровнем мочевой кислоты в крови для данного пациента является показатель менее + ____ + мкмоль/л

- 420
- 360
- 460
- 380

Фактором(ами) риска подагры у данного пациента является(ются)

- длительный стаж курения
- ожирение, злоупотребление алкоголем, нарушение питания (жирная, острая пища)
- наличие врожденной патологии (врожденный вывих бедра)
- хронический тонзиллит, хронический бронхит

Наиболее информативным инструментальным методом исследования для первичной диагностики подагры является

- рентгенография кистей и стоп в прямой проекции
- ультразвуковое исследование суставов
- поляризационная микроскопия синовиальной жидкости
- магнитно-резонансная томография

При невозможности проведения поляризационной микроскопии синовиальной жидкости наиболее информативным инструментальным методом исследования для ранней диагностики подагры является

- компьютерная томография
- рентгенография кистей и стоп
- артроскопия пораженного сустава
- ультразвуковое исследование суставов

При подагре без нарушения функции почек рекомендуется + _____ + вариант стандартной диеты

- высококалорийный
- щадящий
- основной
- преимущественно белковый

Потребность в белках животного происхождения при диетотерапии подагры обеспечивается за счет

- продуктов, содержащих пурины
- молока и молочных продуктов
- мясных и рыбных наваров
- эфирных масел

Вариант диеты, назначаемой при подагре включает + _____ + граммов белка животного происхождения

- 50-55
- 60-65
- 20-30
- 40-45

Потребление мясных и рыбных продуктов при подагре допустимо

- не чаще 6 раз в месяц
- не чаще 4 раз в неделю
- не чаще 2 раз в неделю
- ежедневно

Энергетическая ценность рациона при диетотерапии подагры составляет
+ _____ + ккал

- 2170 - 2400
- 2800 - 3100
- 1400 - 1750
- 3200 - 3100

Вариант диеты, назначаемой при подагре, включает + _____ + г жиров растительного происхождения

- 15-20
- 40-45
- 25-30
- 35-40

В период обострения подагры рекомендовано

- повышение употребления белка, преимущественно растительного происхождения, до 70-90 г, ограничение поваренной соли до 4-6 г в сутки
- исключение из рациона мясных и рыбных продуктов с использованием преимущественно жидкой пищи и употреблением до 2 л жидкости в сутки
- исключение из рациона молочных продуктов, увеличение потребления пищевых волокон
- употребление белков, жиров и углеводов в физиологических количествах

Независимым фактором риска для подагры у данного пациента является

- повышение употребления белка, преимущественно растительного происхождения, до 70-90 г, ограничение поваренной соли до 4-6 г в сутки
- исключение из рациона мясных и рыбных продуктов с использованием преимущественно жидкой пищи и употреблением до 2 л жидкости в сутки
- исключение из рациона молочных продуктов, увеличение потребления пищевых волокон
- употребление белков, жиров и углеводов в физиологических количествах

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент в возрасте 44 лет обратился за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для снижения уровня мочевой кислоты в крови и профилактики приступов подагрического артрита.

Жалобы

На боли в I плюсне-фаланговом суставе правой стопы, покраснение, ограничение движения.

Анамнез заболевания

4 дня назад отмечал с другом день рождения, употреблял мясо и пиво в большом количестве. На следующий день внезапно, около 6 часов вечера, ощутил сильную боль в области I-го плюснефалангового сустава правой стопы, припухлость I-го пальца правой стопы, гиперемию кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C, познабливание. Обратился к участковому терапевту, начал прием НПВП (диклофенак).

Анамнез жизни

Работает стоматологом. Семейный анамнез: мать – страдает сахарным диабетом 2 типа, отец -- страдал подагрическим полиартритом. +

Хронические заболевания отрицает. Не курит. Алкоголь употребляет периодически, в основном по праздникам, иногда по выходным. Предпочитает пассивный отдых, спортом не занимается. Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост – 172 см, масса тела – 105 кг, ИМТ – 35,59 кг/м². Окружность талии – 115 см, окружность бедер – 123 см.

Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 130/84 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. При осмотре I-го плюснефалангового сустава правой стопы: кожные покровы над суставом гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава болезненна, движение ограничено.

Для подбора антигиперурикемической терапии данному пациенту необходимо определить уровень

- мочевой кислоты крови
- глюкозы крови
- общего холестерина
- общего кальция крови

Целевым уровнем мочевой кислоты в крови для данного пациента является показатель менее + ___ + мкмоль/л

- 460
- 380
- 360
- 420

Наиболее информативным инструментальным методом исследования для первичной диагностики подагры является

- ультразвуковое исследование суставов
- магнитно-резонансная томография
- рентгенография кистей и стоп в прямой проекции
- поляризационная микроскопия синовиальной жидкости

При невозможности проведения поляризационной микроскопии синовиальной жидкости наиболее информативным инструментальным методом исследования для ранней диагностики подагры является

- компьютерная томография
- ультразвуковое исследование суставов
- рентгенография кистей и стоп
- артроскопия пораженного сустава

При подагре без нарушения функции почек рекомендуется + _____ + вариант стандартной диеты

- высококалорийный
- основной
- щадящий
- преимущественно белковый

В период обострения подагры необходимо исключить из рациона

- молочнокислые продукты
- жидкие каши
- овощные и фруктовые соки
- мясные продукты

Энергетическая ценность диеты, назначаемой при подагре без поражения почек, составляет + _____ + ккал

- 2170-2400
- 1970-2150
- 2570-2870
- 1120-1570

При подагре без нарушения функции почек в сочетании с сопутствующим ожирением рекомендуется вариант диеты

- с пониженным количеством белка
- без ограничений
- с пониженной калорийностью
- с повышенным количеством белка

Вариант диеты, назначаемой при подагре в сочетании с сопутствующим ожирением без нарушения функции почек, включает + ___ + граммов белка животного происхождения

- 50
- 80
- 60
- 40

Вариант диеты, назначаемой при подагре в сочетании с сопутствующим ожирением, без нарушения функции почек, включает + _____ + жиров (г), в т.ч. растительного происхождения

- 60-70
- 20-30
- 70-80
- 40-50

В период обострения подагры рекомендуется употреблять до + ____ + л жидкости в сутки

- 1
- 0,5
- 1,5
- 2

При подагре желательно исключить из рациона

- 1
- 0,5
- 1,5
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу к врачу-диетологу с целью коррекции рациона питания при гипертонической болезни обратилась женщина 60 лет.

Жалобы

На периодическое повышение артериального давления до 185/110 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью (преимущественно в теменной области) сжимающего характера, тошнотой, снижением работоспособности; одышку, усиливающуюся при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Повышение артериального давления отмечает более 9 лет. Изначально давление повышалось до 150/90 мм рт. ст., возникало реже 1 раза в месяц, только на фоне выраженного эмоционального напряжения. Последние 2 года повышение артериального давления стала отмечать регулярно (1 раз в неделю и чаще). Лечилась самостоятельно, принимала капотен под язык с положительным эффектом. Пациентка сообщила, что около трех месяцев назад она была консультирована кардиологом. Была проведена электрокардиограмма (ЧСС – 85 в минуту, отклонение электрической оси сердца влево, признаков ишемии миокарда не выявлено. Зарегистрирована 1 наджелудочковая экстрасистола). На приеме у доктора артериальное давление 190/100 мм рт. ст., дана одна таблетка капотена сублингвально, через 30 минут артериальное давление – 140/90 мм рт.

ст., еще через 30 минут – 120/80 мм рт. ст. Был рекомендован прием лозартана в дозе 50 мг, а также ведение ежедневного дневника измерений артериального давления (3 раза в день необходимо измерять артериальное давление и вписывать результаты в соответствующие графы). Через 3 недели приема лозартана артериальное давление стало вновь повышаться до 180/90 мм рт. ст., в связи с чем обратилась к участковому терапевту. При осмотре дневника отмечается, что в последние две недели имели место ежедневные подъемы артериального давления до 190/100 мм рт. ст. +

Пациентка указывает, что всегда имела лишний вес, но за последние несколько лет вес увеличился на 8 кг.

Анамнез жизни

Работает юристом в строительной компании. Перенесенные заболевания – ОРВИ реже 2 раз в год; онкологические, инфекционные заболевания, травмы, операции отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность: у отца была диагностирована гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, умер в возрасте 68 лет. Курит 30 лет, выкуривает по 14 сигарет в день.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. +

Телосложение гиперстеническое, рост 1,70 м, вес 106 кг. Кожные покровы нормальной окраски, отмечается гиперемия кожи лица, видимые слизистые розового цвета. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичны, выслушивается акцент второго тона на аорте. При аускультации легких дыхание ослабленное везикулярное. Над всей поверхностью легких выслушиваются сухие хрипы. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД 150/90 мм рт. ст. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме (со слов).

Для уточнений основного диагноза и с целью экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- прямую калориметрию
- денситометрию
- непрямую калориметрию
- индекс массы тела

Дополнительным неинвазивным методом исследования при диагностике компонентного состава тела (жировой ткани, скелетных мышц, общего содержания воды, вне- и внутриклеточной жидкости) является

- прямая калориметрия
- непрямая калориметрия
- биоимпедансометрия
- денситометрия

**Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки составляет + _____ +
кг/м²**

- 36,7
- 33,8
- 20,7
- 42,1

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) соответствует

- ожирению I степени
- ожирению III степени
- ожирению II степени
- нормальной массе тела

Модификацией лечебного питания, рекомендованной при гипертонической болезни и выявленном ИМТ у данной пациентки, является стандартный вариант диеты с

- пониженной калорийностью
- повышенным содержанием белка
- механическим и химическим щажением
- пониженным содержанием белка

Согласно системе номерных диет, при гипертонической болезни и выявленном ИМТ, рекомендована диета по Певзнеру номер

- 8
- 15
- 10
- 10г

Диетотерапия при гипертонической болезни с ИМТ $36,7 \text{ кг/м}^2$ у данной пациентки направлена на

- минимальное потребление ионов калия и снижение потребления общих жиров
- повышенное потребление ионов марганца и снижение потребления пищевых волокон
- повышенное потребление ионов кальция и снижение потребления растительных жиров
- минимальное потребление ионов натрия и снижение калорийности

Химический состав рекомендованной диеты при гипертонической болезни и данным ИМТ пациентки включает + _____ + г. жира

- 80-90
- 40-50
- 90-100
- 60-70

В комплексной диетотерапии при гипертонической болезни целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- неперевариваемых пищевых волокон
- минеральных веществ
- полиненасыщенных жирных кислот семейства омега 3 и 6
- салидрозидов и катехинов

В период обострения гипертонической болезни рекомендуется сократить потребление ионов + _____ + до + _____ + г/сутки

- калия; 5,0-5,5
- фосфора; 1,0-1,5
- натрия; 2,0-2,5
- цинка; 3,0-3,5

Пациенты с гипертонической болезнью должны наблюдаться

- в течение 1 года
- в течение 3-х лет
- в течение 5 лет
- пожизненно

С целью определения сердечно-сосудистого риска используется шкала

- в течение 1 года
- в течение 3-х лет
- в течение 5 лет
- пожизненно

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-диетологу с целью коррекции рациона питания при гипертонической болезни обратился мужчина 40 лет.

Жалобы

- * периодические головные боли, «стук» в висках;
- * неоднократное повышение АД до 160/100 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Головные боли и стук в висках периодически появляются уже в течение 3 лет. АД стал измерять в последние 4 месяца, результатов ниже 130/90 мм рт. ст. не было.

Анамнез жизни

- хронические заболевания отрицает
- курит, алкоголем не злоупотребляет

- профессиональных вредностей нет
- аллергический анамнез не отягощен
- отец страдает от гипертонической болезни более 20 лет

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. +

Рост 178 см, масса тела 89 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности.

Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 67 в 1 мин, АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Всем пациентам с АГ с целью исключения вторичной гипертензии рекомендуется выполнение

- анализа на определение уровня NT-proBNP
- коагулограммы
- общего (клинического) анализа крови
- исследования паратгормона

Необходимыми для подтверждения диагноза инструментальными методами обследования являются

- чреспищеводное электрофизиологическое исследование
- ЭКГ
- компьютерная томография органов грудной полости
- тредмил-тест
- эхоКГ

С целью экспресс-оценки пищевого статуса и выбора тактики диетологической коррекции рекомендуется использовать

- денситометрию
- индекс массы тела
- непрямую калориметрию
- прямую калориметрию

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет

- 35,9
- 28,1
- 31,8
- 21,3

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) свидетельствует о/об

- нормальной массе тела
- ожирении II степени
- избыточной массе тела

- ожирении I степени

При гипертонической болезни с нормальной и избыточной массой тела рекомендуется вариант стандартной диеты

- с повышенным содержанием белка
- с пониженным содержанием белка
- пониженной калорийности
- с механическим и химическим щажением

Согласно системе номерных диет, при гипертонической болезни и выявленном ИМТ, рекомендована диета по Певзнеру номер

- 10г
- 8
- 15
- 1

Диетотерапия при гипертонической болезни направлена на + _____ + потребление ионов

- минимальное; натрия
- повышенное; кальция
- минимальное; калия
- повышенное; марганца

В комплексной диетотерапии при гипертонической болезни целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- неперевариваемых пищевых волокон
- салидрозидов и катехинов
- минеральных веществ
- полиненасыщенных жирных кислот семейства омега 3 и 6

В рационе питания при гипертонической болезни рекомендуется увеличить потребление ионов + _____ + и

- бора; брома
- кальция; фосфора
- калия; магния
- кобальта; цинка

Сердечно-сосудистый риск оценивается по шкале

- CHA2DS2-VASc
- Child-Pugh
- KDIGO

- SCORE

Нормальных значений АД возможно добиться путем изменения образа жизни у пациентов АГ + ___ + степени с

- CHA2DS2-VASc
- Child-Pugh
- KDIGO
- SCORE

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Х. 72 лет для улучшения самочувствия обратилась к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания при бронхиальной астме.

Жалобы

На кашель со слизистой мокротой, до 50 мл в сутки, чувство дискомфорта, стеснения в грудной клетке, снижение работоспособности, на приступы затрудненного дыхания, удушья до 6 раз в сутки, в том числе ночные до 1-2 раз, сопровождаются сухими, свистящими хрипами.

Анамнез заболевания

Считает себя больной бронхиальной астмой в течение 3 лет, получает базисную терапию Серетид 25 {plus} 250 мкг 2 раза в сутки, беродуал через небулайзер по потребности. Наблюдается терапевтом по месту жительства. Настоящее обострение в течении 10 дней. Госпитализирована в связи с обострением заболевания в отделение пульмонологии РКБ для проведения лечения.

Анамнез жизни

Вирусный гепатит, туберкулез отрицает. +

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными – отрицает, сырую воду не пьет. В открытых водоемах не купалась. За границу не выезжала.

+

Аллергологический анамнез: отрицает +

Наследственность: не отягощена +

Гемотранфузионный анамнез: отрицает +

Профессиональный анамнез: пенсионер неработающий +

Вредные привычки: отрицает +

Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. +

Сатурация кислорода 96%. +

Аускультативно дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, сухие хрипы над всей поверхностью легких, перкуторно звук коробочный, ЧД 20 в мин. +

Шум трения плевры не выслушивается. +

Аускультативно тоны сердца приглушены, ритм неправильный, шумов нет.

Перкуторно границы относительной сердечной тупости изменены {plus}2 см вправо. АД 130/90 мм рт. ст., ЧСС 80 в мин. +
Живот при пальпации мягкий, безболезненный. +
Стул, мочеиспускание в норме. +
Рост 168 см, вес 70 кг.

В качестве маркеров аллергического воспаления при БА рекомендуется исследовать

- фракцию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- уровень прокальцитонина
- уровень NT-proBNP
- уровень эозинофилов в мокроте
- фракцию углекислого газа в выдыхаемом воздухе
- уровень гормонов щитовидной железы

Для подтверждения диагноза необходимым инструментальным методом обследования является

- фракцию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- уровень прокальцитонина
- уровень NT-proBNP
- уровень эозинофилов в мокроте
- фракцию углекислого газа в выдыхаемом воздухе
- уровень гормонов щитовидной железы

Результаты инструментального метода обследования

Спирометрия

ЖЕЛ - 2,23 л (74%), +
ОФВ1 - 1,74 л (69%). +
ОФВ1/ЖЕЛ-81%.

Умеренные обструктивные нарушения, легкое снижение ЖЕЛ. Проба с бронхолитиком: прирост ОФВ1 на 190 мл.

Электрокардиография

Электрокардиография: Фибрилляция предсердий со средней ЧСЖ 78 в мин, Вертикальное положение электрической оси сердца (угол альфа {plus}86).
Сегмент ST на изолинии.

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства

УЗИ внутренних органов: Печень - правая доля 150 мм, левая доля-110 мм, границы четкие, контуры ровные, паренхима однородная, структура уплотнена, эхогенность повышена, собственные вены умеренно расширены, VP-10, Холедох-4 мм, внутрпеченочные протоки не расширены. +
Желчный Пузырь-размер 67{asterisk}29 мм, форма крючкообразная с S-образным изгибом, стенки уплотнены, содержимое: сгущенная желчь.
Поджелудочная железа: средних размеров, контуры волнистые, паренхима однородная, уплотнена, эхогенность повышена, головка 30 мм, тело 19 мм, хвост 28 мм. +

Селезенка: 101 {asterisk}40 мм, паренхима однородная, эхогенность обычная, селезеночная вена-6 мм. +

Брюшная полость: жидкость не визуализируется. +

Почки: Правая почка - расположена обычно, форма без особенностей, контуры ровные, размер 115 {asterisk}44 мм, паренхима-14 мм, паренхима уплотнена, ЧЛС-структура тяжистая. В проекции ЧЛС визуализируются мелкие гиперэхогенные структуры диаметром до 3-4 мм, полость не расширена. Левая - расположена обычно, форма без особенностей, контуры ровные, размер 119 {asterisk}46 мм, паренхима-16 мм, паренхима уплотнена, ЧЛС-структура тяжистая. В проекции ЧЛС визуализируются мелкие гиперэхогенные структуры диаметром до 3-4 мм, полость не расширена.

Бронхоскопия

Бронхоскопия: Осмотрены просветы трахеи и бронхов до 5-7 генерации. Карина и бронхиальные шпоры эластичные. Рельеф хрящевых колец подчеркнут.

Умеренно выраженная гиперемия истонченной слизистой проксимальных бронхов. Умеренное количество полупрозрачной вязкой слизистой мокроты на стенках бронхов с обеих сторон в виде нитей в просвете, преимущественно в просвете бронхов. Санация, лаваж физ. раствором.

С целью выбора тактики диетологической коррекции и для оценки пищевого статуса пациентки рекомендуется использовать

- прямую калориметрию
- биоимпедансометрию
- индекс массы тела
- денситометрию

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки составляет

- 28,4
- 33,9
- 24,8
- 18,9

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки свидетельствует о/об

- ожирении II степени
- дефиците массы тела
- ожирении I степени
- нормальной массе тела

При бронхиальной астме без указаний на переносимость пищевых продуктов следует назначить

- основную гипоаллергенную диету
- вегетарианский рацион
- диету с повышенным содержанием белка

- диету с пониженным содержанием белка

Принцип питания при бронхиальной астме направлен на исключение продуктов с высокой антигенной потенцией, к которым относятся

- молоко, масло, сметана
- индейка, кролик, свинина
- яйца, рыба, орехи
- гречка, кукуруза, рис

При бронхиальной астме необходимо исключение из рациона продуктов со свойствами неспецифических раздражителей, к которым относятся

- молоко и кисломолочные продукты
- острые приправы и продукты
- свежие овощи и фрукты
- крупяные блюда

Химический состав рекомендованной диеты для данной пациентки включает + _____ + граммов белка

- 50-65
- 85-90
- 20-40
- 130-140

Питание при бронхиальной астме осуществляться + ____ + раз(-а) в сутки

- 5
- 8
- 2
- 3

В комплексной диетотерапии заболеваний нижних дыхательных путей и легочной ткани целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- полиненасыщенных жирных кислот семейства омега 3 и 6
- неперевариваемых пищевых волокон
- минеральных веществ
- салидрозидов и катехинов

Всем пациентам с бронхиальной астмой средней и тяжелой степенью тяжести проводить противогриппозную вакцинацию

- полиненасыщенных жирных кислот семейства омега 3 и 6
- неперевариваемых пищевых волокон
- минеральных веществ

- салидрозидов и катехинов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 65 лет обратился к врачу-диетологу с целью коррекции рациона питания при хронической почечной недостаточности.

Жалобы

- выраженная слабость,
- снижение аппетита, тошнота,
- снижение массы тела на 5 кг за последние полгода,
- повышение давления до 180/90 мм рт. ст.,
- периодически возникающая головная боль, особенно на фоне повышения артериального давления;
- никтурия.

Анамнез заболевания

В течение последних 15-ти лет страдает артериальной гипертензией, принимает гипотензивные препараты (нифедипин 20 мг 2 раза в сутки). Со слов больного артериальное давление не контролировал, пропускал прием гипотензивных препаратов. При последнем обращении к терапевту около года назад наблюдалась минимальная протеинурия (0,7 г/сут), уровень креатинина составил 154 мкмоль/л. За последний год отмечает частое повышение АД с максимальными значениями до 180/90 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью. Отметил, что ночью стал вынужден вставать мочиться 3-4 раза, похудел на 5 кг за полгода. Последние 3 месяца беспокоит общая слабость, снижение аппетита. В течение месяца отмечает ухудшение состояния - усиление общей слабости, появилась тошнота, пастозность лица и нижних конечностей (голеней и стоп).

Анамнез жизни

- * Не работает, на пенсии с 60 лет.
- * Наследственность отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям (у отца – артериальная гипертензия).
- * Аллергических реакций не было.
- * Перенесённые заболевания: острый бронхит и ОРВИ 1-2 раза в год.
- * Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает.
- * Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. +

Нормостенического телосложения. Рост 173 см, вес 70 кг. +

Кожные покровы сухие, слизистые бледные. Костно-мышечная система без особенностей. Неврологических симптомов нет, в позе Ромберга устойчив. +

В легких дыхание проводится над всеми отделами, жесткое, единичные сухие хрипы. +

Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца приглушены, акцент II

тона на аорте. ЧСС 88 уд/мин, ритм правильный. АД 155/90 мм рт. ст. на обеих руках. +

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются, перкуторно – их границы в пределах нормы. +

Почки не пальпируются, область их безболезненна. Мочеиспускание свободное, безболезненное. +

Пастозность лица и нижних конечностей (голени, стопы). Никтурия 3-4 раза. Диурез 2100 мл (выпито 2500 мл жидкости за сутки).

У пациентов с выявленной хронической болезнью почек (ХБП) необходимыми лабораторными методами обследования являются

- определение уровня тиреотропного гормона
- определение уровня креатинфосфокиназы
- биохимические показатели обмена железа
- определение креатинина мочи
- определение экскреции в суточной моче общего белка
- определение уровня иммуноглобулинов А, М и G

Необходимым инструментальным методом обследования для данного пациента является

- определение уровня тиреотропного гормона
- определение уровня креатинфосфокиназы
- биохимические показатели обмена железа
- определение креатинина мочи
- определение экскреции в суточной моче общего белка
- определение уровня иммуноглобулинов А, М и G

Результаты инструментального метода обследования

УЗИ почек

Левая почка. Расположена обычно. Контуры ровные. Размер 93x47 мм. Паренхима 14 мм. Паренхима уплотнена. ЧЛС – Структура плотная, тяжистая. В проекции ЧЛС визуализируются мелкие гиперэхогенные структуры диаметром до 3-4 мм. Полость не расширена. +

Правая почка. Расположена обычно. Контуры ровные. Размер 90x42 мм. Паренхима 11 мм. Паренхима уплотнена. ЧЛС – Структура плотная, тяжистая. В проекции ЧЛС визуализируются мелкие гиперэхогенные структуры диаметром до 3-4 мм. Полость не расширена.

Рентгенография органов грудной клетки

Легочный рисунок усилен, деформирован. Корни уплотнены, признаки пневмосклероза, синусы свободные, диафрагма очаговых и инфильтративных изменений нет. Диафрагма и синусы визуализируются. Аорта расширена, уплотнена, тень сердца расширена в поперечнике

Колоноскопия

Качество подготовки отличное, 9 баллов (3-3-3) по Бостонской шкале.

Колоноскоп проведен до купола слепой кишки (эндоскоп введен в тонкую

кишку, слизистая розовая). Баугиниевая заслонка губовидной формы, смыкается полностью. Слизистая слепой кишки розовая, сосудистый рисунок отчетливый, тонус сохранен. Слизистая восходящего отдела кишки розовая, сосудистый рисунок отчетливый, тонус сохранен. Слизистая поперечно-ободочной кишки розовая, сосудистый рисунок отчетливый, тонус сохранен. Слизистая нисходящего отдела кишки розовая, сосудистый рисунок отчетливый, тонус сохранен. Слизистая сигмовидной кишки розовая, сосудистый рисунок отчетливый, тонус сохранен. Слизистая слепой кишки розовая, сосудистый рисунок отчетливый, тонус сохранен. Гаустрация прослеживается на всем протяжении толстой кишки, гаустры средней высоты, не деформированы. Слизистая анального канала розовая. Периаанальная область не изменена. +
Заключение: Видимой органической патологии не выявлено.

Ретроградная пиелография

На 1 и 2 снимках ретроградной уретеропиелографии правой и левой почки размеры лоханок не увеличены. В области перехода лоханки в мочеточник и по ходу мочеточника сужения не выявлены. +

Заключение: Признаки обструкции мочеточников не выявлены.

Расчет скорости клубочковой фильтрации (pCKФ) для определения стадии уже известной хронической почечной недостаточности производится по формуле

- {nbsp}МВ-СКФ
- {nbsp}СКД-ЕPI
- {nbsp}СКД-FM
- {nbsp}МВ-EP1

При оценки пищевого статуса важно учитывать потерю массы тела, которая рассчитывается как

- обычная МТ /фактическая МТ × 100 (%)
- (обычная МТ – фактическая МТ) / обычная МТ × 100 (%)
- обычная МТ /(обычная МТ – фактическая МТ)
- (обычная МТ – фактическая МТ) / обычная МТ

Значение индекса массы тела (ИМТ) составляет + _____ + кг/м²

- 35,9
- 17,9
- 23,4
- 27,6

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) свидетельствует о/об

- ожирении I степени
- нормальной массе тела
- дефиците массы тела
- ожирении II степени

Модификацией лечебного питания, рекомендованным при хронической почечной недостаточности, является вариант

- диеты с механическим и химическим щажением
- стандартной диеты с пониженным количеством белка
- основной стандартной диеты
- стандартной диеты с повышенным содержанием белка

Диетотерапия при хронической почечной недостаточности направлена на

- ограничение поступления белка с пищей
- повышение калорийности рациона за счет жиров
- исключение из рациона глюкозиминов и хондроитина
- повышение потребления калия и магния

В диетотерапии хронической почечной недостаточности используют продукты, содержащие

- небольшое количество углеводов и обладающие невысокой калорийностью
- небольшое количество жиров и обладающие высокой калорийностью
- большое количество белка и обладающие невысокой калорийностью
- небольшое количество белка и обладающие высокой калорийностью

В диетотерапии хронической почечной недостаточности ограничивается использование

- пищевых волокон
- крахмала и мальтодекстрина
- азотистых экстрактивных веществ
- саго и продуктов из него

В диетотерапии хронической почечной недостаточности исключают из применения

- поваренную соль при кулинарной обработке пищи
- белок животного происхождения
- общие углеводы
- крахмал и агар-агар

Суточное потребление белка у данного пациента с ХБП 4 стадии + _____ + г/кг/сут

- поваренную соль при кулинарной обработке пищи
- белок животного происхождения
- общие углеводы
- крахмал и агар-агар

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-диетологу обратился мужчина 32 лет с целью подбора рациона питания при гастроэзофагеальном рефлюксе с эзофагитом.

Жалобы

Сухой кашель, усиливающийся в положении лежа, осиплость голоса, на изжогу, боли за грудиной, усиливающиеся при наклонах вперед и в горизонтальном положении, отрыжку кислым, которая усиливается после еды и приема газированных напитков.

Анамнез заболевания

Страдает изжогой в течение 3 лет, за медицинской помощью не обращался, отмечает усиление симптомов в течение последнего месяца, периодически принимал антациды.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания – отрицает
- * курит по 10 сигарет в день в течение 10 лет, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имел;
- * аллергических реакций не было;
- * наследственность: неотягощена

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное.
- * Рост 178 см, вес 75 кг.
- * Кожа обычной окраски, влажности.
- * ЧДД 14 в минуту.
- * Грудная клетка нормостеническая, симметрична, перкуторный звук ясный легочный. При аускультации над лёгкими выслушивается везикулярное дыхание.
- * Пульс на лучевых артериях ритмичный, 68 в мин., АД 125/80 мм рт. ст. Границы сердца соответствуют норме. Тоны сердца ритмичные, звучные.
- * Язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненное.
- * Стул регулярный, мочеиспускание без особенностей.
- * Периферических отёков нет

Необходимыми для подтверждения диагноза инструментальными методами исследования являются

- поваренную соль при кулинарной обработке пищи
- белок животного происхождения
- общие углеводы
- крахмал и агар-агар

Результаты инструментальных методов обследования

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

Пищевод свободно проходим. В просвете умеренное количество слизи. Слизистая розовая, выше зубчатой линии 3 линейных эрозии длиной от 1 до 1,5 см с налетом фибрина, венчиком яркой гиперемии. Z-линия на расстоянии 35 см от резцов. Просвет желудка обычных размеров. В просвете умеренное количество слизи. Складки обычных размеров. Перистальтика активная. Слизистая розовая. Привратник проходим. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая розовая. Постбульбарные отделы ДПК без особенностей. В просвете желчь. +

Заключение. ГЭРБ. Эрозийный эзофагит В.

Внутрипищеводная суточная рН-метрия

Заключение: Многочисленные кислые рефлюксы (рН<4,0)

Мониторирование ЭКГ по Холтеру

Синусовый ритм в течение всего периода наблюдения с ЧСС от 45 до 115 ударов в минуту, что соответствует возрасту пациента. Аритмический синдром представлен одиночными наджелудочковыми экстрасистолами в непатологическом количестве. Желудочковых экстрасистол не обнаружено. Ишемические изменения не выявлены. Удлинения Q-T интервала свыше 450 мс не выявлено. Нарушений дыхания во сне не выявлено. Вариабельность сердечного ритма сохранена. AV-блокада I степени не выявлена.

ЭХО-кардиография (ЭхоКГ)

Левый желудочек: КДР - 4,6 см, КДО – 58 мл, КСО – 21 мл. ЛП – 27 мл. Правый желудочек: 1,7 см. ТМЖП – 0,8 см, ЗС-0,8 см, характер движения стенок не изменен, ФВ – 70%. Признаков легочной гипертензии нет. Стенки аорты без особенностей.

Рентгенография органов грудной клетки

Легочный рисунок не изменен. Корни структурны, синусы свободные, очаговых и инфильтративных изменений нет. Диафрагма визуализируется. Аорта не расширена, тень сердца не расширена.

Необходимым для подтверждения диагноза лабораторным методом исследования является

- поваренную соль при кулинарной обработке пищи
- белок животного происхождения
- общие углеводы
- крахмал и агар-агар

Результаты лабораторного метода обследования

Общий анализ крови развернутый

|=====

| Показатель | Результат | Нормы

| Эритроциты (RBC), {asterisk} 10¹²/л | 5,0 | м. 4,4-5,0ж. 3,8-4,5

| Гемоглобин (Hb), г/л | 140 | м. 130-160ж. 120-140

| Гематокрит (HCT),% | 47 | м. 39-49ж. 35-45

| Цветовой показатель (ЦП) | 0,94 | 0,8-1,0

| Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл) | 86 | 80-100
| Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг) | 29 | 26-34
| Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл | 5 | 3,0-37.0
| Ретикулоциты (RET), ‰ | 11 | 2-12
| Тромбоциты (PLT), {asterisk}10⁹/л | 276 | 180-320
| Лейкоциты (WBC), {asterisk}10⁹/л | 6,7 | 4-9
3+^h| Лейкоцитарная формула
| Нейтрофилы палочкоядерные, ‰ | 4 | 1-6
| Нейтрофилы сегментоядерные, ‰ | 67 | 47-72
| Эозинофилы, ‰ | 3 | 1-5
| Базофилы, ‰ | 0 | 0-1
| Лимфоциты, ‰ | 32 | 19-37
| Моноциты, ‰ | 3 | 2-10
| СОЭ, мм/ч | 10 | м. 2-10ж. 2-15

|=====

Уровень тиреотропного гормона (ТТГ)

1,7 мкМЕ/мл (норма: 0,3-4,2)

Общий анализ мочи

|=====

| Показатель | Результат | Нормальные значения
| Количество | 15 | 10-100 в сутки
| Запах | нет | нет
| Цвет | Бесцветный | бесцветный
| Характер | Слизистый | слизистый
| Примеси | нет | нет
| Консистенция | вязкая | жидкая
| Эпителий плоский | 10-20 в п/зр. | < 25 кл.
| Эпителий альвеолярный | нет | нет
| Волокна | нет | нет
| Лейкоциты | нет | нет
| Эритроциты | нет | нет
| Эозинофилы | нет | нет
| Микобактерии туберкулеза | не обнаружены | нет
| Прочая флора | нет | нет
| Спирали Куршмана | нет | нет
| Кристаллы Шарко-Лейдена | нет | нет
| Клетки с признаками атипии | нет | нет

|=====

Определение антител к H.Pylori

Не обнаружены

Для выбора тактики диетологической коррекции и с целью экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- индекс массы тела
- непрямую калориметрию
- денситометрию

- прямую калориметрию

Значение индекса массы тела (ИМТ) составляет + _____ + кг/м²

- 17,9
- 35,9
- 28,3
- 23,7

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) свидетельствует о/об

- ожирении I степени
- ожирении II степени
- дефиците массы тела
- нормальной массе тела

Модификацией лечебного питания, рекомендованным при ГЭРБ и выявленном ИМТ, является вариант

- с пониженной калорийностью
- с повышенным содержанием белка
- с пониженным содержанием белка
- основной стандартной диеты

К характеристикам назначаемой диеты относится

- приготовление блюд в отварном, тушеном, запеченном непротертом виде, на пару
- приготовление блюд в обжаренном, протертом виде, на открытом огне
- использование продуктов с повышенным содержанием белка
- использование продуктов с пониженным содержанием белка

Режим питания при ГЭРБ предусматривает

- проведение «разгрузочных» дней
- прекращение приема пищи за 2 часа до сна
- замена основных приемов пищи на необъемные «перекусы»
- дробное и частое питание

Кратность приемов пищи при ГЭРБ предусматривает

- 6-8-разовое питание
- 2-3-разовое питание
- ненормированное число приемов пищи
- 3-4-разовое питание

В питании при ГЭРБ следует избегать употребления продуктов

- содержащих пищевые волокна
- являющихся источником аминокислот
- усиливающих газообразование
- являющихся источниками ПНЖК

Немедикаментозная терапия включает в себя

- отказ от курения и переедания
- физиопроцедуры
- ежегодное санаторно-курортное лечение
- физические упражнения, направленные на повышение внутрибрюшного давления

Больные ГЭРБ должны находиться под диспансерным наблюдением с контрольным обследованием, которое проводят не реже 1 раза в +__+ месяцев(а)

- отказ от курения и переедания
- физиопроцедуры
- ежегодное санаторно-курортное лечение
- физические упражнения, направленные на повышение внутрибрюшного давления

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 32 года обратилась к врачу-диетологу с целью коррекции рациона питания при хронической почечной недостаточности.

Жалобы

- * на выраженную слабость,
- * отеки на лице
- * снижение аппетита, тошноту,
- * повышение давления до 170/95 мм рт. ст, сопровождающееся головными болями в височных и затылочной областях

Анамнез заболевания

С детства сахарный диабет 1 типа. Последние 5-6 лет отмечает повышение АД, по поводу чего принимает на постоянной основе лизиноприл 1 р в день и индапамид, часто отмечает уровень давления 100-110/70 мм рт. ст, и повышения при нервных стрессах до 170/95 мм рт. ст., снижает разовым приемом каптоприла или нифедипина. Наблюдается у терапевта, периодически сдает анализы, в последние 2 года наблюдается повышение креатинина, недавно проходила диспансеризацию (неделю назад креатинин был 172 мкмоль/л), по анализам мочи протеинурия в течение 10 лет. +

Отмечает ухудшение самочувствия в последние 2 дня, связывает с нервным стрессом, после которого было повышение АД, самостоятельно выпила вместе каптоприл и нифедипин, после чего отмечала сильное головокружение с

тошнотой. Стали нарастать общая слабость, появилась отечность лица. За диурезом не следила.

Анамнез жизни

* Работает на удаленной работе, дизайнером.

* Наследственность неотягощена.

* Аллергических реакций не было.

* Перенесённые заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год, острый бронхит. Наличие туберкулеза, хронических инфекций отрицает.

* Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. +

Нормостенического телосложения. Рост 171 см, масса тела 60 кг +

Кожные покровы бледноватые, пастозность лица и стоп. +

Костно-мышечная система без особенностей. +

Неврологических симптомов нет, в позе Ромберга устойчива. +

В легких дыхание проводится над всеми отделами, везикулярное. +

Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. ЧСС 92 уд/мин, ритм правильный. АД 110/60 мм рт. ст. на обеих руках. +

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются, перкуторно – их границы в пределах нормы. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез 700 мл в день.

У пациентов с хронической болезнью почек необходимыми лабораторными методами обследования являются

- определение креатинина мочи
- определение уровня креатинфосфокиназы
- определение экскреции в суточной моче общего белка
- определение уровня тиреотропного гормона
- коагулограмма

Необходимым инструментальным методом обследования для подтверждения диагноза хронической болезни почек (ХБП) является

- определение креатинина мочи
- определение уровня креатинфосфокиназы
- определение экскреции в суточной моче общего белка
- определение уровня тиреотропного гормона
- коагулограмма

Результаты инструментального метода обследования

УЗИ почек

Левая почка. Расположена обычно. Контуры ровные. Размер 95x53 мм.

Паренхима 14 мм. Паренхима уплотнена. ЧЛС – Структура плотная, тяжистая.

В проекции ЧЛС визуализируются мелкие гиперэхогенные структуры диаметром до 3-4 мм. Полость не расширена.

Правая почка. Расположена обычно. Контуры ровные. Размер 95x54 мм.

Паренхима 14 мм. Паренхима уплотнена. ЧЛС – Структура плотная, тяжистая.

В проекции ЧЛС визуализируются мелкие гиперэхогенные структуры диаметром до 3-4 мм. Полость не расширена.

рентгенография грудной клетки

Легочный рисунок без особенностей. Корни структурные, очаговых и инфильтративных изменений нет. Диафрагма и синусы визуализируются. Аорта расширена, уплотнена, тень сердца расширена в поперечнике

УЗИ органов брюшной полости

Печень. Границы четкие. Контуры ровные. Структура зернистая уплотнена.

Эхогенность повышена. VP: 10 мм. Холедох: 4 мм. +

Желчный пузырь: Размер: 69x30 мм., стенки гиперэхогенные. Содержимое: неомогенное с осадком сгущенной желчи и гиперэхогенными структурами. +

Поджелудочная железа: Не увеличена. Эхогенность паренхимы без особенностей. +

Селезенка: Не увеличена. Паренхима однородная. Селезеночная вена 5 мм.

Ретроградная пиелография

Признаки обструкции мочеточников не выявлены.

Для выбора тактики диетологической коррекции и с целью экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- непрямую калориметрию
- индекс массы тела
- денситометрию
- прямую калориметрию

Значение индекса массы тела (ИМТ) составляет + _____ + кг/м²

- 27,6
- 17,9
- 20,5
- 35,9

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) свидетельствует о

- нормальной массе тела
- ожирении I степени
- ожирении II степени
- дефиците массы тела

Модификацией лечебного питания, рекомендованной при хронической почечной недостаточности, является вариант

- диеты с механическим и химическим щажением
- диеты с повышенным содержанием белка

- стандартной диеты с пониженным количеством белка
- основной стандартной диеты

Диетотерапия при хронической почечной недостаточности направлена на

- исключение из рациона глюкозиминов и хондроитина
- ограничение поступления с пищей белка
- повышение потребления калия и магния
- повышение калорийности рациона за счет жиров

В диетотерапии хронической почечной недостаточности используют продукты, содержащие

- большое количество белка и обладающие невысокой калорийностью
- небольшое количество белка и обладающие высокой калорийностью
- небольшое количество жиров и обладающие высокой калорийностью
- небольшое количество углеводов и обладающие невысокой калорийностью

В диетотерапии хронической почечной недостаточности ограничивается использование

- азотистых экстрактивных веществ
- пищевых волокон
- саго и продуктов из него
- крахмала и мальтодекстрина

В диетотерапии хронической почечной недостаточности исключают из применения

- поваренную соль при кулинарной обработке пищи
- белок животного происхождения
- общие углеводы
- крахмал и агар-агар

Химический состав рекомендованной диеты при хронической почечной недостаточности включает + _____ + г белка

- 70-90
- 20-60
- 80-100
- 70-110

При хронической почечной недостаточности потребление жидкости рекомендуется на уровне + _____ + л в день

- 70-90
- 20-60

- 80-100
- 70-110

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет, преподаватель ВУЗа, обратился по рекомендации врача общей практики к врачу-диетологу с целью коррекции рациона питания.

Жалобы

Испытывает усталость и общую слабость при обычной ходьбе, вынужден ходить медленнее и периодически останавливаться для отдыха.

Анамнез заболевания

С 2005 года отмечает подъёмы АД при психо-эмоциональных стрессах до 200/100 мм рт. ст., сопровождающиеся головокружением, тяжестью в затылочной области, покраснением лица. Пациент наблюдается у врача общей практики, подобрана терапия бисопрололом 5 мг и периндоприлом 5 мг. На фоне проводимого лечения АД 130-140/80 мм рт. ст., с редкими подъёмами до 160/90 мм рт. ст.

Анамнез жизни

Рос и развивался здоровым ребенком. Курит с 15 лет, сейчас до 10 сигарет в день. Алкоголь употребляет эпизодически, запоев нет. Диету не соблюдает, предпочитает подсаливать пищу. Отец умер в возрасте 40 лет от инфаркта миокарда. Матери 70 лет, с 50 лет страдает артериальной гипертензией.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин, АД 140/90 мм рт. ст. Шумы на сонных артериях не выслушиваются. Пульсация периферических артерий сохранена. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Очаговой неврологической симптоматики не выявляется.

Для экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- биоимпедансометрию
- прямую калориметрию
- денситометрию
- индекс массы тела

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет + ____ + кг/м²

- 24,0
- 17,9
- 34,0
- 40,1

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента свидетельствует о/об

- нормальной массе тела
- ожирении I степени
- избыточном весе
- дефиците массы тела

Предполагаемым диагнозом является

- нормальной массе тела
- ожирении I степени
- избыточном весе
- дефиците массы тела

Диагноз

Гипертоническая болезнь

Хроническая обструктивная болезнь легких

Двусторонняя пневмония

Тромбоэмболия легочной артерии

Вариантом диеты, рекомендованным пациенту с учетом пищевого статуса, является

- основной вариант стандартной диеты
- диета с механическим и химическим щажением
- диета с повышенным содержанием белка
- диета с пониженным содержанием белка

Рекомендуемая диета характеризуется

- увеличенным потреблением жиров и белка, исключением любых углеводов
- нормальным потреблением насыщенных жиров, легкоусвояемых углеводов, сниженным содержанием белка, увеличенным содержанием пищевых волокон
- значительным ограничением насыщенных жиров, легкоусвояемых углеводов, нормальным содержанием белка, увеличенным содержанием пищевых волокон
- существенным снижением потребления жиров и белка, высоким потреблением всех групп углеводов

Химический состав рекомендованной диеты составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов, энергетическая ценность + _____ + ккал

- 20-60; 80-90; 350-400
- 50-60; 40-50; 100-120
- 85-90; 70-80; 300-330; 2170-2400
- 130-140; 110-120; 400-500

В период обострения гипертонической болезни рекомендуется сократить потребление ионов натрия до + _____ + г/сутки

- 1,0-1,5
- 3,0-3,5
- 5,0-5,5
- 2,0-2,5

В рационе пациентов с гипертонической болезнью рекомендуется увеличить содержание ионов магния до + _____ + г/сутки и калия + _____ + г/сутки

- 0,8-1,0 ; 4-5
- 4-5 ; 0,8-1,0
- 1,2-1,5 ; 6-8
- 0,1-0,3; 10-15

В комплексной диетотерапии гипертонической болезни целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- индолов и салидрозидов
- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- таурина и кофеина
- селимарина и селибинина

Для улучшения контроля заболевания пациенту следует ограничить употребление

- конфет
- молочных продуктов с пониженной калорийностью
- морской рыбы
- алкоголя

С целью снижения риска сердечно-сосудистых осложнений всем пациентам с АГ рекомендованы + _____ + мин в неделю аэробной физической активности умеренной интенсивности

- конфет

- молочных продуктов с пониженной калорийностью
- морской рыбы
- алкоголя

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 50 лет после консультации с врачом общей практики обратился к врачу-диетологу для подбора рациона питания.

Жалобы

На интенсивные боли в первом плюснефаланговом суставе правой ноги в покое, усиливающиеся при движении.

Анамнез заболевания

Отмечает частое употребление мясной пищи и алкоголя (3-4 раза в неделю).

Анамнез жизни

Работа связана со значительными стрессовыми нагрузками. Ведет малоподвижный образ жизни, имеет избыточную массу тела в течение 10 лет. Отец пациента страдал болезнью суставов стоп и мочекаменной болезнью.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, отеков нет. В области первого плюсне-фалангового сустава правой ноги отчетливая гиперемия и припухлость, болезненная при пальпации. Рост 170 см, масса тела 92 кг. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, число дыханий 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. АД 130 и 90 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 72 в 1 мин. Носовые ходы проходимы, язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа.

У всех пациентов с подозрением на подагру рекомендуется определять сывороточный уровень

- креатинина
- мочевой кислоты
- железа
- мочевины

С целью экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- биоимпедансометрию
- индекс массы тела
- прямую калориметрию
- денситометрию

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет

- 18,0

- 38,8
- 21,8
- 31,8

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента свидетельствует о/об

- избыточном весе
- ожирении I степени
- дефиците массы тела
- нормальной массе тела

Препаратом выбора для лечения острого приступа подагры является

- питофенон
- аллопуринол
- панктеатин
- колхицин

Вариантом диеты, рекомендованным пациенту с учетом основного заболевания и пищевого статуса, является вариант диеты

- с повышенным количеством белка
- с пониженным количеством белка
- с механическим и химическим щажением
- стандартной с пониженной калорийностью

Химический состав рекомендованной диеты для данной пациентки составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов

- 70-80; 40-50; 130-200
- 50-60; 40-50; 100-120
- 130-140; 110-120; 400-500
- 20-60; 80-90; 350-400

В период обострения подагры из рациона необходимо исключить

- крупы, орехи
- яблоки, груши
- шпроты, копчености
- молоко, сыр

Снижению сывороточного уровня мочевой кислоты способствует ограничение в пищевом рационе продуктов животного происхождения, богатых

- пуринами
- нуклеиновыми кислотами

- витаминами
- аминокислотами

Снижению сывороточного уровня мочевой кислоты способствует диета, обогащенная

- жирными молочными продуктами
- молочными продуктами с низким содержанием жира
- хлебобулочными изделиями
- субпродуктами

Индикатором эффективности лечения подагры является

- снижение концентрации мочевой кислоты
- положительная динамика по результатам артроцентеза
- снижение концентрации воспалительных маркеров в анализах крови
- положительная динамика по рентген- снимкам

Независимым фактором риска развития подагры служит

- снижение концентрации мочевой кислоты
- положительная динамика по результатам артроцентеза
- снижение концентрации воспалительных маркеров в анализах крови
- положительная динамика по рентген- снимкам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент О. направлен на консультацию к врачу-диетологу для коррекции питания.

Жалобы

Исходно жалобы на загрудинные боли колющего характера при физической нагрузке с иррадиацией в левую лопатку.

Анамнез заболевания

С 47 лет страдает артериальной гипертонией (максимальное АД до 180/95 мм рт. ст.). На фоне лечения эналаприл 20 мг/сут {plus} индапамид 2,5 мг/сут АД -- на уровне 140-145/80-85 мм рт. ст. За последние три года стал отмечать колющую, сжимающую боль в области сердца, с периодической иррадиацией в левую лопатку при физической нагрузке. Принимал Кардикет 60 мг с положительным эффектом. +

Ультразвуковое исследование сонных артерий, заключение: толщина КИМ 0,9 мм; эхо-признаки стенозирующего атеросклероза экстракраниальных отделов магистральных артерий шеи: стеноз правой ОСА до 38% по диаметру, меньший диаметр левой ПА. +

Наблюдается у терапевта, проводился нагрузочный тест (на фоне отмены

нитратов) – выявлена стресс-индуцированная ишемия миокарда при ЧСС выше 110 в минуту.

Анамнез жизни

Работает продавцом-консультантом в магазине бытовой техники. +

Профессиональной вредности не имеет. +

Курит более 30 лет, по 15 сигарет в сутки, злоупотребление алкоголем отрицает.

+

Травмы, операции и хронические заболевания отрицает. +

Аллергологический анамнез без особенностей. +

Мать 89 лет страдает ИБС и АГ, отец умер от ишемического инсульта.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве. Рост 164 см, масса тела 96 кг. Объем талии 100 см. Кожные покровы бледные, влажные. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Сердце: тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 75 в мин. АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом покачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- снижение концентрации мочевой кислоты
- положительная динамика по результатам артроцентеза
- снижение концентрации воспалительных маркеров в анализах крови
- положительная динамика по рентген- снимкам

Результаты лабораторного метода обследования

Анализ крови на липидный спектр

|=====

| Показатель | Результат | Норма

| Холестерин общий | 7,1 ммоль/л | (0,00-5,30)

| Триглицериды | 1,53 ммоль/л | (0,00-1,70)

| Холестерин ЛПВП | 1,47 ммоль/л | (0,90-1,90)

| Холестерин ЛПОНП | 0,42 ммоль/л | (0,10-1,00)

| Холестерин ЛПНП | 4,8 ммоль/л | (0,00-3,30)

| Коэффициент атерогенности | 3,42 | (2,28-3,02)

|=====

Общий анализ крови

|=====

| Показатель | Результат | Норма

| Эритроциты, {asterisk}10¹²/л | 4,34 | м. 4,5-5,0

ж.3,7-4,7

| Гемоглобин, г/л | 133 | м. 132-164

ж.115-145

| ЦП | 0,96 | 0,85-1,05
| Ретикулоциты, ‰ | - | 2-12
| СОЭ, мм/ч | 5 | м. 2-10
ж. 2-15
| Тромбоциты, $\{asterisk\}10^9/\text{л}$ | 270,9 | 180-320
| Гематокрит, ‰ | 42,9 | м.40-48
ж.36-41
| Лейкоциты, $\{asterisk\}10^9/\text{л}$ | 7,27 | 4-9
3+^h| Лейкоцитарная формула
| Нейтрофилы палочкоядерные, ‰ | 1 | 1-5
| Нейтрофилы сегментоядерные, ‰ | 59 | 47-72
| Эозинофилы, ‰ | 2 | 1-5
| Базофилы, ‰ | 1 | 0-1
| Лимфоциты, ‰ | 32 | 20-40
| Моноциты, ‰ | 5 | 2-10
|====

Количественный тест на определение тропонина Т

21 нг/л (Норма < 50)

Анализ мочи по Зимницкому

Суточный диурез 1550 мл. Соотношение дневного и ночного диуреза 3:1.

Плотность мочи от 1010 до 1025.

Качественный тест на определение тропонина Т

Отрицательно

Анализ крови на определение церуллоплазмينا

240 мл/л (норма 180-450 мл/л)

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- ультразвуковое исследование органов малого таза
- ультразвуковое исследование почек
- МРТ головного мозга
- ЭКГ в покое (12 отведений)

Для экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- прямую калориметрию
- биоимпедансометрию
- индекс массы тела
- денситометрию

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет

- 30,8
- 25,7
- 42,3
- 35,7

Наиболее вероятным является диагноз: Ишемическая болезнь сердца

- 30,8
- 25,7
- 42,3
- 35,7

Диагноз

Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения

Ишемическая болезнь сердца. Нестабильная стенокардия

Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз

Ишемическая болезнь сердца. Атеросклеротический кардиосклероз

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента свидетельствует о/об

- ожирении I степени
- нормальной массе тела
- ожирении II степени
- избыточном весе

Вариантом диеты, рекомендованным пациенту с ишемической болезнью сердца и высоким ИМТ, является вариант с

- повышенным содержанием белка
- пониженной калорийностью
- механическим и химическим щажением
- пониженным содержанием белка

Состав рекомендованной пациенту диеты включает + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов, + _____ + ккал энергии

- 70-80; 60-70; 130-150; 1350-1550
- 50-60; 40-50; 100-120; 1500-1700
- 130-140; 110-120; 400-500; 2300-2500
- 20-60; 80-90; 350-400; 1120-1570

Диетотерапия ишемической болезни сердца при повышенном ИМТ направлена на

- сохранение калорийности в пределах физиологической нормы, исключение из рациона неперевариваемой клетчатки
- редукцию потребления белков и пуриновых веществ, серосодержащих аминокислот

- повышение потребления кетогенных веществ, контроль экзогенного холестерина, сбалансированность по минеральному составу
- редукцию калорийности рациона, ограничение экзогенного холестерина, сбалансированность по микронутриентному составу

При диетотерапии ишемической болезни сердца при повышенном ИМТ необходимо обеспечивать соотношение общих и рафинированных углеводов, не менее чем

- 4:3
- 3:2
- 7:1
- 5:2

В комплексной диетотерапии ишемической болезни сердца целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- минеральных веществ
- салидрозидов и катехинов
- неперевариваемых пищевых волокон

Медикаментозное лечение ожирения показано при ИМТ + ____ + кг/м²

- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- минеральных веществ
- салидрозидов и катехинов
- неперевариваемых пищевых волокон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Н. 45 лет обратился к врачу-диетологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, повышенную утомляемость при незначительной нагрузке, не может участвовать в концертах (работает музыкантом) из-за повышенной утомляемости. Беспокоит храп по ночам, из-за чего не высыпается.

Анамнез заболевания

В период до 25 лет масса тела составляла 80 кг. Далее набор веса связывает с началом концертной деятельности, из-за чего нарушился режим дня, часто пропускал прием пищи на завтрак и плотно ужинал. Масса тела увеличилась в течение 20 лет примерно на 45 кг. Никаких попыток снизить вес не предпринимал.

Анамнез жизни

* В детстве пациент рос и развивался в соответствие с возрастно-половыми

нормами.

* В питании предпочитает кондитерские изделия, сладкие напитки, выпечку.

* Семейный анамнез: у матери ожирение I ст., бабушка по материнской линии имела ожирение II ст. и сахарный диабет II типа.

Объективный статус

Рост -- 176 см, масса тела -- 126 кг. Объем талии (ОТ) 122 см.

Подкожная жировая клетчатка развита избыточно. Кожа обычной окраски и влажности. Пастозность голеней.

Область сердца не изменена. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. Пульс -- 78 ударов в мин., АД -- 130/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Пальпация области живота затруднена вследствие избыточно выраженной клетчатки.

Симптом Орнера отрицательный. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа при пальпации не увеличена.

Алгоритм лабораторной диагностики при выраженном ожирении включает определение

- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- минеральных веществ
- салидрозидов и катехинов
- неперевариваемых пищевых волокон

Результаты обследования

Определение липидного спектра крови

=====				
№	Название	Результат	Нормы	Ед. измерения
14	Триглицериды	2,24	0,50 - 2,30	ммоль/л
15	ЛПВП-холестерин	1,12	0,90 - 1,89	ммоль/л
16	Холестерин	*6,18*	3,50 - 5,20	ммоль/л
24	ЛПНП-холестерин-XL	*4,04*	0,08 - 4,00	ммоль/л

Определение глюкозы крови натощак и глюкозо-толерантного теста

* Глюкоза натощак 5,3 ммоль/л (норма 5,1-6,9)

* 1 час после нагрузки 8,5 ммоль/л (>10,0)

* 2 часа после нагрузки 9,2 ммоль/л (8,5-11,0)

Определение гликированного гемоглобина

5,6%

Определение общего анализа мочи

=====				
№	Название	Результат	Нормы	Ед. измерения
1	Белок	0,05	0,00 -- 0,15	г/л
2	Билирубин	Отрицательно		мкмоль/л
3	Глюкоза	0,2	0,0 -- 2,8	ммоль/л

| 4 | Кетоновые тела | Отрицательно | 0 - 1 | ммоль/л

| 5 | Кислотность | 6,0 Кислая | 5,0 - 7,0 |

| 6 | Лейкоциты | 14 | 0 -- 28 | Лей/мкл

| 7 | Прозрачность | Полная | |

| 8 | Слизь | Немного | | в п/зр

| 9 | Удельный вес | 1017 | 1015 - 1026 |

| 10 | Уробилиноген | Норма | 0 - 34 | мкмоль/л

| 11 | Цвет | Светло-желтая | |

| 12 | Эпителий плоский | 5 | 0 -- 28 | Клет/мкл

| 13 | Эритроциты неизмененные | 4 | 0 -- 17 | Эр/мкл

|====

Определение антител к тиреопероксидазе

15 МЕ/мл (норма 0 - 34 МЕ/мл)

Коагулограмма

|====

| № | Название | Результат | Нормы | Ед. измерения

| 50 | Международное нормализованное отношение | 1,07 | 0,75 - 1,15 |

| 51 | Протромбин по Квику% | 91,0 | 70,0 - 150,0 | %

| 52 | Протромбиновое время | 11,7 | 5,0 - 15,0 | сек

|====

С целью диагностики ожирения у данного пациентка необходимо выполнить

- прямую калориметрию
- непрямую калориметрию
- денситометрию
- расчет индекса массы тела

Расчетное значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет

- 22,5
- 36,4
- 40,7
- 30,5

Неинвазивным методом исследования при диагностике компонентного состава тела (жировой ткани, скелетных мышц, общего содержания воды, вне- и внутриклеточной жидкости) является

- денситометрия
- непрямая калориметрия
- биоимпедансометрия
- прямая калориметрия

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) свидетельствует о/об

- ожирении III степени
- ожирении I степени
- избыточной массе тела
- ожирении II степени

Основным методом лечения ожирения является

- общая физическая подготовка
- лечебная физкультура
- диетотерапия
- бариатрическая операция

Модификацией лечебного питания, рекомендованным при выявленном ИМТ, является вариант диеты с

- повышенным содержанием белка
- механическим и химическим щажением
- пониженной калорийностью
- пониженным содержанием белка

Снижение калорийности питания на 500-1000 ккал в сутки от расчетного приводит к уменьшению массы тела на + _____ + кг в

- 2-3; неделю
- 0,5-1,0; день
- 0,5-1,0; неделю
- 2-3; месяц

Медикаментозное лечение ожирения показано при ИМТ + _____ + кг/м²

- $\{ \text{nbsp} \} > 30$ или ИМТ $\{ \text{nbsp} \} > 25$ кг/м² в сочетании с сопутствующими заболеваниями (АГ, СД 2 типа, дислипидемия)
- $\{ \text{nbsp} \} > 40$ в сочетании с сопутствующими заболеваниями (АГ, СД 2 типа, дислипидемия)
- $\{ \text{nbsp} \} < 30$
- $\{ \text{nbsp} \} > 25$ в сочетании с сопутствующими заболеваниями (АГ, СД 2 типа, дислипидемия)

Лекарственным препаратом, представляющим собой аналог человеческого глюкагоноподобного пептида, разрешенным на территории РФ для лечения ожирения, является

- лираглутид
- орлистат
- капсаицин
- сибутрамин

Хирургическое лечение рекомендуется проводить при неэффективности ранее проводимых консервативных мероприятий у лиц в возрасте 18-60 лет и выявленном ИМТ $\{ \text{nbsp} \} > + \underline{\hspace{1cm}} + \text{кг/м}^2 + \underline{\hspace{3cm}} +$ сопутствующих заболеваний

- 30; независимо от
- 40; независимо от наличия
- 35; независимо от
- 25; при наличии

Всем пациентам после бариатрических операций, особенно после шунтирующих операций, рекомендуется

- 30; независимо от
- 40; независимо от наличия
- 35; независимо от
- 25; при наличии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В. 48 лет обратился к врачу-диетологу.

Жалобы

Предъявляет жалобы на избыточную массу тела, повышенную утомляемость при незначительной физической нагрузке.

Анамнез заболевания

В период с 20 до 30 лет масса тела составляла 78 кг. Далее набор веса связывает с началом ведения собственного бизнеса, частыми застольями, которые сопровождали деловые переговоры, режим питания был беспорядочным, часто употреблял алкоголь. Масса тела увеличилась в течение 18 лет более чем на 50 кг. Никаких попыток снизить вес не предпринимал.

Анамнез жизни

* В детстве рос и развивался в соответствии с возрастно-половыми нормами.

* В юности занимался водным поло.

* Отец имеет ожирение I ст., мать имеет ожирение II ст.

Объективный статус

Рост - 178 см, масса тела – 130 кг. Объем талии (ОТ) 125 см.

Подкожная жировая клетчатка развита избыточно. Кожа обычной окраски и влажности. Пастозность голеней.

Область сердца не изменена. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс - 78 ударов в мин., АД - 138/85 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Пальпация области живота затруднена вследствие избыточно выраженной клетчатки.

Симптом Ортнера отрицательный. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа при пальпации не увеличена.

Всем пациентам рекомендуется проведение анализа крови биохимического с исследованием уровней

- тиреотропного гормона, креатинина, мочевой кислоты
- общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности
- общего анализа крови, общего анализа мочи, мочевой кислоты
- свободного и связанного билирубина

С целью диагностики ожирения у данного пациента необходимо выполнить

- непрямую калориметрию
- расчет индекса массы тела
- УЗИ брюшной полости
- прямую калориметрию

Расчетное значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет

- 30,8
- 41,0
- 37,2
- 23,5

Неинвазивным методом исследования при диагностике компонентного состава тела (жировой ткани, скелетных мышц, общего содержания воды, вне- и внутриклеточной жидкости) является

- прямая калориметрия
- денситометрия
- биоимпедансометрия
- непрямая калориметрия

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) свидетельствует о/об

- ожирении I степени
- ожирении III степени
- избыточной массе тела
- ожирении II степени

Целями лечения ожирения являются

- стабилизация массы тела и артериального давления на уровне 140/85 мм рт. ст
- достижение индекса массы тела на уровне 20-23 в течение 6 месяцев
- замедление темпов увеличения массы тела, снижение уровня ХС ЛПВП, стабилизация артериального давления на уровне 140/90 мм рт. ст
- снижение массы тела до уровня, при котором достигается максимально возможное уменьшение риска для здоровья и улучшение течения заболеваний, ассоциированных с ожирением

Модификацией лечебного питания, рекомендованным выявленном ИМТ, является вариант диеты с

- пониженным содержанием белка
- механическим и химическим щажением
- пониженной калорийностью
- повышенным содержанием белка

Согласно системе номерных диет, при ожирении рекомендована диета по Певзнеру номер

- 8
- 7
- 15
- 4

Медикаментозное лечение ожирения показано при ИМТ + _____ + кг/м²

- {nbsp}> 25; в сочетании с сопутствующими заболеваниями (АГ, СД 2 типа, дислипидемия)
- {nbsp} ≥ 30 кг/м² или при наличии ассоциированных заболеваний и ИМТ 27-29.9 кг/м²
- {nbsp}< 30
- {nbsp}> 40; в сочетании с сопутствующими заболеваниями (АГ, СД 2 типа, дислипидемия)

Ингибитором кишечной липазы, зарегистрированным на территории РФ для лечения ожирения, является

- сибутрамин
- капсаицин
- орлистат
- лираглутид

Наиболее важными факторами внешней среды, способствующими развитию ожирения, являются

- избыточное потребление жирной пищи и низкая физическая активность
- женский пол и низкая физическая активность
- возраст старше 35 лет и избыточное потребление пищевых волокон с пищей
- повышенное артериальное давление при незначительной физической нагрузке

Хирургическое лечение рекомендуется проводить при неэффективности ранее проводимых консервативных мероприятий у лиц в возрасте 18-60 лет и выявленном ИМТ > + _____ + кг/м²

- избыточное потребление жирной пищи и низкая физическая активность
- женский пол и низкая физическая активность
- возраст старше 35 лет и избыточное потребление пищевых волокон с пищей
- повышенное артериальное давление при незначительной физической нагрузке

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка в возрасте 56 лет обратилась к врачу-диетологу для коррекции питания с целью замедлить разрушение костной ткани.

Жалобы

Боль и скованность в пояснице, тревожность из-за риска возникновения переломов.

Анамнез заболевания

Год назад после падения на спину появилась ноющая боль в поясничном отделе позвоночника, постоянная усталость в спине. За это время отмечается уменьшение роста на 3 см. При обследовании по месту жительства были выявлены признаки остеопороза, компрессия тел Th12, L1, L2. В анамнезе ревматоидный артрит в течение 15 лет. Регулярно принимает метотрексат 15 мг 1 раз в неделю внутрь, фолиевую кислоту 5 мг через сутки после приема метотрексата, мелоксикам 15 мг при болях в суставах.

Анамнез жизни

Работает бухгалтером.

Травм, оперативных вмешательств, переливаний крови не было.

Наследственность не отягощена.

Вредные привычки отрицает.

Аллергоанамнез: крапивница на введение амоксициллина.

Творог потребляет 3-5 раз в неделю по 100-200 граммов, молоко не пьет из-за непереносимости.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 163 см, вес 55 кг, индекс массы тела (ИМТ) $20,7 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Язык влажный, с белым налетом на спинке. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система: ульнарная девиация кистей, кифотической деформации грудной клетки нет.

Для определения 10-летней вероятности перелома у данной пациентки следует использовать шкалу

- SELENA-SLEDAI
- SCORE
- FRAX
- SOFA

Диагностировать остеопороз по данным минеральной плотности костной ткани у данной пациентки возможно при T-критерии

- -2,5 и ниже
- -1,0 и выше
- -3,5 до -5,0
- -2,5 до -3,5

У пациентки уровень 25(ОН)D в крови составил 15 нг/мл, что указывает на + _____ + витамина D

- дефицит
- повышенный уровень
- адекватный уровень
- тяжелый дефицит

Вариантом диеты, который следует рекомендовать данной пациентке при первичном остеопорозе, является

- с пониженной калорийностью
- с высоким содержанием белка
- щадящий
- основной

Пациентке следует рекомендовать диету, включающую количество белка + _____ + (г), в т.ч. животного происхождения + _____ + (г)

- 85-90; 40-45
- 110-120; 45-50
- 40-60; 20-30
- 130-140; 60-65

Пациентке следует рекомендовать диету с энергетической ценностью + _____ + ккал

- 1000-1500
- 2200-2600
- 2170-2400
- 2000-2500

Пациентке следует рекомендовать ограничить употребление

- аскорбиновой кислоты
- глюкозы
- белков животного происхождения
- кофеина

Рекомендуемые дневные нормы потребления витамина D для лиц старше 50 лет + _____ + (МЕ/сут)

- 1000-1300
- 1500-2000
- 800-1000
- 200-500

Противовоспалительный эффект диеты при остеопорозе достигается за счет ограничения в рационе

- растительной клетчатки, поваренной соли и включения продуктов, богатых солями кальция
- легкоусвояемых углеводов, поваренной соли и включения продуктов, богатых солями магния
- легкоусвояемых углеводов, поваренной соли и включения продуктов, богатых солями кальция
- легкоусвояемых углеводов, животных жиров и включения продуктов, богатых солями кальция

Компрессионный перелом тела позвонка при остеопорозе можно заподозрить при снижении роста на + ___ + см и более за 1-3 года или на + ___ + см и более за жизнь

- 1-2; 4
- 2; 10
- 2; 4
- 4; 10

К пищевым продуктам, снижающим риск развития остеопении и остеопороза относятся продукты с повышенным содержанием кальция и

- витаминов ДЗ, К, изофлавонов сои
- белка, изофлавонов сои
- фосфора, фолиевой кислоты
- витаминов ДЗ, К, фолиевой кислоты

Норма потребления кальция в сутки для лиц старше 50 лет составляет + _____ + мг

- витаминов ДЗ, К, изофлавонов сои
- белка, изофлавонов сои
- фосфора, фолиевой кислоты
- витаминов ДЗ, К, фолиевой кислоты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 60 лет, пенсионерка, обратилась за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для профилактики переломов.

Жалобы

На изменение осанки, боли в пояснице.

Анамнез заболевания

Отмечает уменьшение роста на 2 см за последние несколько лет, усиление грудного кифоза, появились боли в позвоночнике во второй половине дня и после нагрузок. Обратилась к неврологу. Невролог предположил диагноз «остеопороз», рекомендовал дообследование.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, грипп.

Травм, переломов, оперативных вмешательств, переливаний крови не было.

Хронические заболевания отрицает.

Аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечает.

Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 162 см, вес 62 кг, индекс массы тела (ИМТ) 22 кг/м^2 . Кожные покровы обычной окраски и влажности.

Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, частота дыхательных движений 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст., шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Усилен физиологический кифоз в грудном отделе позвоночника. Болезненность при пальпации паравертебральных точек поясничного отдела позвоночника. Дизурические и диспептические явления отрицает.

Для постановки диагноза необходимым инструментальным методом обследования является

- ультразвуковое исследование суставов
- рентгенография органов грудной клетки
- рентгенография кистей
- двуэнергетическая рентгеновская денситометрия

Исследованием, необходимым для проведения диагностики нарушений минерализации скелета, является

- ультразвуковое исследование суставов
- рентгенография органов грудной клетки
- рентгенография кистей
- двуэнергетическая рентгеновская денситометрия

Дополнительная информация

По результатам обследования у пациентки выявлен дефицит 25(OH)D в крови, выявлены критерии первичного остеопороза

Вариантом диеты, который следует рекомендовать данной пациентке при первичном остеопорозе, является вариант

- с пониженной калорийностью
- с высоким содержанием белка
- основной
- щадящий

Пациентке следует рекомендовать диету, включающую количество + _____ + г. белка, в том числе + _____ + г. животного происхождения

- 130-140; 60-65
- 40-60; 20-30
- 85-90; 40-45
- 110-120; 45-50

Пациентке следует рекомендовать диету, включающую количество + _____ + г. жиров, в том числе + _____ + г. растительного происхождения

- 70-80; 25-30
- 40-45; 20-30
- 170-180; 80-90
- 100-110; 50-60

Пациентке рекомендовано назначение диеты с энергетической ценностью + _____ + ккал

- 2000-2500
- 2170-2400
- 2200-2600
- 1000-1500

Чтобы избежать нарушения всасывания кальция в кишечнике, пациентке рекомендовано ограничить потребление

- белков животного происхождения
- кофеина
- глюкозы
- аскорбиновой кислотой

Продуктом, содержащим наибольшее число МЕ витамина D, является

- говяжья печень
- дикий лосось
- сыр
- молоко

К пищевым продуктам, которые рекомендовано ограничить при остеопорозе для обеспечения противовоспалительного эффекта, относятся

- легкоусвояемые углеводы, поваренная соль
- злаковые
- молочные продукты
- фрукты, овощи

Уровнем 25(ОН)D в сыворотке крови, свидетельствующим об адекватном уровне витамина D в организме, является показатель + _____ + нг/мл

- ≥ 30
- ≥ 20
- > 10
- > 50

Рекомендуемая дневная норма потребления витамина D для данной возрастной категории составляет + _____ + МЕ/мл

- 600-800
- 500-800
- 800-900
- 800-1000

Возрастной нормой потребления кальция для женщин старше 50 лет является + _____ + мг/сутки

- 600-800
- 500-800
- 800-900
- 800-1000

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 46 лет, находящийся на диспансерном наблюдении с хронической обструктивной болезнью легких (далее - ХОБЛ), обратился к врачу-диетологу по рекомендации врача общей практики для подбора рациона лечебного питания.

Жалобы

На экспираторную одышку при умеренной физической активности, периодически - приступы кашля с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты.

Анамнез заболевания

Диагноз ХОБЛ поставлен 5 лет назад в ходе проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, взят на диспансерный учёт с кратностью осмотров 2 раза в год. Обострения заболевания возникали 2-3 раза в год в осенне-зимний и весенний периоды на фоне ОРВИ. Отмечает позитивный

эффект от ингаляций ипратропия бромидом, увеличение их количества в последние несколько дней способствовало улучшению состояния.

Анамнез жизни

Работа связана с периодическим пребыванием на открытом воздухе на строящихся объектах. Курит 20-25 сигарет в день в течение 22 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, отеков нет. Рост 170 см, масса тела 87 кг. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, число дыханий 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. АД 130 и 90 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 72 в 1 мин. Носовые ходы проходимы, язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень -- по краю реберной дуги.

Для экспресс-оценки пищевого статуса данного пациента рекомендуется использовать

- биоимпедансометрию
- денситометрию
- прямую калориметрию
- индекс массы тела

Неинвазивным методом исследования при оценке пищевого статуса и компонентного состава тела (жировой ткани, скелетных мышц, общего содержания воды, вне- и внутриклеточной жидкости) является

- непрямая калориметрия
- биоимпедансометрия
- денситометрия
- прямая калориметрия

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет +_____+ кг/м²

- 35,9
- 21,9
- 30,1
- 17,9

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента свидетельствует о/об

- избыточном весе
- ожирении II степени
- ожирении I степени
- дефиците массы тела

Диетотерапия заболеваний нижних дыхательных путей направлена на

- ограничение поступления свободной жидкости
- повышение иммунологической реактивности организма
- коррекцию энергетической ценности рациона
- снижение пищевой нагрузки на желудочно-кишечный тракт

С целью уменьшения интоксикации организма рекомендуется вводить в рацион + _____ + и жидкость в объеме + _____ + мл

- витамины С, РР; 1500-1700
- пищевые волокна; 500-1000
- йодированную соль; 2000-2500
- железо и медь; 1800-2000

Учитывая основное заболевание и результаты оценки пищевого статуса пациенту рекомендуется

- питание с ограниченной калорийностью
- основной вариант стандартной диеты
- вариант диеты с механически и химическим щажением
- рацион с повышенным количеством простых углеводов

Химический состав рекомендованной диеты составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов, энергетическая ценность + _____ + ккал

- 85-90; 70-80; 300-330; 2170-2400
- 50-60; 40-50; 100-120; 1500-1700
- 130-140; 110-120; 400-500; 2300-2500
- 20-60; 80-90; 350-400; 1200-1500

В комплексной диетотерапии заболеваний нижних дыхательных путей и легочной ткани целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- неперевариваемых пищевых волокон
- фенольных соединений
- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- салидрозидов и катехинов

С целью регенерации дыхательных путей рекомендуется обогащение рациона + _____ + и

- витамином В12; железом
- глюкозамином; хондроитином
- витамином А; бета-каротином
- кальцием; гиалуроновой кислотой

Способом профилактики хронической обструктивной болезни легких является прекращение курения и

- вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции
- длительная кислородотерапия, хирургическое лечение (при наличии буллезной эмфиземы лёгких)
- вакцинация от гемофильной инфекции
- различные виды респираторной поддержки

Основной целью фармакотерапии хронической обструктивной болезни легких является

- вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции
- длительная кислородотерапия, хирургическое лечение (при наличии буллезной эмфиземы лёгких)
- вакцинация от гемофильной инфекции
- различные виды респираторной поддержки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 года направлен врачом общей практики на консультацию к врачу-диетологу для коррекции рациона питания.

Жалобы

На периодические головные боли, повышение артериального давления, общую слабость.

Анамнез заболевания

Впервые отметил головную боль 5 лет назад, после сильного психоэмоционального напряжения, которая купировалась самостоятельно через три дня. Со слов больного, на протяжении 5 лет головные боли сопровождались повышением давления, по поводу которого он время от времени принимал антигипертензивные препараты. Значительное улучшение самочувствия отмечал после отпуска.

Анамнез жизни

Бухгалтер в крупной фирме, не курит, алкоголь – по праздникам. У матери и старшей сестры - гипертоническая болезнь. Отец умер от инфаркта миокарда в 58 лет.

Объективный статус

Сознание ясное, общее состояние удовлетворительное, кожа и слизистые бледно-розового цвета. Рост 172, масса тела 80 кг, окружность талии 85 см. Правая граница относительной сердечной тупости {plus} 1 см от правого края грудины, левая граница - по левой среднеключичной линии, верхняя граница – на уровне III ребра. ЧСС 78 в 1 минуту, АД 170/100 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 в 1 минуту отмечается акцент II тона над аортой. Шумов нет. АД 170/100 мм. рт. ст. на обеих руках. Живот при пальпации

мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков не выявлено.

Необходимые для уточнения диагноза лабораторными методами обследования являются

- вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции
- длительная кислородотерапия, хирургическое лечение (при наличии буллезной эмфиземы лёгких)
- вакцинация от гемофильной инфекции
- различные виды респираторной поддержки

Результаты лабораторных методов обследования

Анализ крови для оценки нарушения липидного обмена

|=====

^| Показатель | Результат | Нормы | Ед. изм.

| Общий холестерин | *6,2* | 3,45 – 5,87 | ммоль/л

| ЛПВП | *0,9* | 0,94 – 2,0 | ммоль/л

| ЛПНП | *4,1* | 1,81 – 4,04 | ммоль/л

| Триглицериды | *1,9* | 0,45 – 1,84 | ммоль/л

|=====

Общий анализ мочи с определением наличия белка в суточной порции

Общий анализ мочи: плотность 1017 г/л; белок не определяется; лейкоциты 1-2 в п/зр. Микроальбуминурия 40 мг/сут

Анализ крови биохимический (креатинин, глюкоза, калий, натрий)

Креатинин 98 мкмоль/л; глюкоза - 4,2 ммоль/л; калий - 4,3 ммоль/л; натрий 140 ммоль/л

Определение сердечного тропонина Т или I

|=====

^| Показатель | Результат | Нормы

| Тропонин Т, нг/л | < 50 | < 50

|=====

Анализ кала на скрытую кровь

|=====

^| Показатель | Результат | Нормы

| Бензидиновая проба | Отр. | Отр.

|=====

Коагулограмма

|=====

^| Показатель | Результат | Нормы | Ед. изм.

| АЧТВ | 27,6 | 26,0 – 37,5 | сек

| Протромбиновое отношение | 106 | 80 – 120 | %

| Протромбиновый индекс по Квику | 110 | 70 – 130 | %

| Фибриноген | 280 | 180 – 350 | мг/дл

|=====

Необходимыми для уточнения диагноза инструментальными методами обследования являются

- вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции
- длительная кислородотерапия, хирургическое лечение (при наличии буллезной эмфиземы лёгких)
- вакцинация от гемофильной инфекции
- различные виды респираторной поддержки

Результаты инструментальных методов обследования

Электрокардиограмма

Ритм синусовый, ЧСС 84 в минуту. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Индекс Соколова-Лайона 39 мм.

Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

Толщина комплекса интима-медиа 1 мм

Эзофагогастродуоденоскопия

Эндоскоп (Pentax EG 290 Kp) под контролем зрения проведен. Пищевод свободно проходим, перистальтика прослеживается по всем стенкам. Слизистая бледно-розовая, гладкая, блестящая. Z-линия смазана. Розетка кардии смыкается не полностью. В желудке умеренное количество слизи. Складки снижены, эластичные, воздухом расправляются. Перистальтика прослеживается во всех отделах симметричная. Угол ровный. Во всех отделах желудка слизистая неравномерно окрашена с участками атрофии и очагами кишечной метаплазии (в антральном отделе). Привратник полностью не смыкается. Луковица двенадцатиперстной кишки рубцово деформирована, укорочена, проходима, слизистая ее не изменена. В постбульбарном отделе – слизистая без воспалительных изменений, при осмотре торцевой оптикой область БДС не изменена.

Показания: исключение поражения верхних отделов пищеварительного тракта.

Осложнения: нет.

Исследование: видеоэзофагогастродуоденоскопия высокого разрешения, белый свет (WLI).

Заключение: Недостаточность кардии. Хронический гастрит с участками атрофии и очагами кишечной метаплазии в антральном отделе желудка.

Рубцовая деформация луковицы ДПК.

Коронароангиография

Заключение: Сбалансированный тип кровоснабжения сердца. Ствол левой коронарной артерии не изменен. Передняя межжелудочковая артерия: не изменена. Огибающая артерия: не изменена. Правая коронарная артерия: не изменена.

Магнитно-резонансная томография головного мозга

На серии FLAIR, DWI, T1- и T2- взвешенных томограмм головного мозга получены изображения суб- и супратенториальных структур. Срединные структуры не смещены. Желудочки обычной формы и размеров.

Субарахноидальные пространства не расширены. Дифференциация серого и белого вещества сохранена. Очаговые изменения в веществе головного мозга не выявлены. МР-сигнал от подкорковых ядер не изменен. Селлярная область без патологических изменений. Размеры гипофиза в пределах нормы. Стволовые структуры и мозжечок в пределах нормы. Мостомозжечковые углы без особенностей. Краниовертебральный переход не изменен. Придаточные пазухи и ячейки сосцевидных отростков воздушны. Содержимое глазниц без особенностей.

Заключение: МР-данных за очаговое поражение вещества головного мозга не получено.

С целью оценки пищевого статуса у пациента рекомендуется использовать

- биоимпедансометрию
- индекс массы тела
- денситометрию
- прямую калориметрию

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет + _____ + кг/м², что свидетельствует о/об

- 17,0; недостаточной массе тела
- 42,0; ожирении III степени
- 37,0; ожирении II степени
- 27,0; нормальной массе тела

Наиболее вероятным диагнозом является: Гипертоническая болезнь + ___ + стадии, + ___ + степени, + _____ + риск

- 17,0; недостаточной массе тела
- 42,0; ожирении III степени
- 37,0; ожирении II степени
- 27,0; нормальной массе тела

Диагноз

Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, высокий риск

Гипертоническая болезнь I стадии, 2 степени, высокий риск

Гипертоническая болезнь II стадии, 1 степени, умеренный риск

Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, очень высокий риск

Вариантом диеты, рекомендованным пациенту, является

- диета с повышенным содержанием белка
- диета с механическим и химическим щажением
- основная стандартная диета

- диета с пониженным содержанием белка

Рекомендуемая диета характеризуется

- нормальным потреблением насыщенных жиров, легкоусвояемых углеводов, сниженным содержанием белка, увеличенным содержанием пищевых волокон
- существенным снижением потребления жиров и белка, высоким потреблением всех групп углеводов
- значительным ограничением насыщенных жиров, легкоусвояемых углеводов, нормальным содержанием белка, увеличенным содержанием пищевых волокон
- увеличенным потреблением жиров и белка, исключением любых углеводов

Химический состав рекомендованной диеты составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов, энергетическая ценность + _____ + ккал

- 20-60; 80-90; 350-400
- 50-60; 40-50; 100-120
- 85-90; 70-80; 300-330; 2170-2400
- 130-140; 110-120; 400-500

В период обострения гипертонической болезни рекомендуется сократить потребление ионов натрия до + _____ + г/сутки

- 1,0-1,5
- 5,0-5,5
- 3,0-3,5
- 2,0-2,5

В рационе пациентов с гипертонической болезнью рекомендуется увеличить содержание ионов магния до + _____ + г/сутки и калия + _____ + г/сутки

- 1,2-1,5; 6-8
- 4-5; 0,8-1,0
- 0,8-1,0; 4-5
- 0,1-0,3; 10-15

В комплексной диетотерапии гипертонической болезни целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- селимарина и селибинина
- таурина и кофеина

- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- индолы и салидрозиды

Целевым уровнем артериального давления при терапии является значение менее

- селимарина и селибини́на
- таурина и кофеина
- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- индолы и салидрозиды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 56 лет направлен к врачу-диетологу для коррекции рациона питания.

Жалобы

На периодическое повышение артериального давления (АД) максимально до 155/90 мм рт. ст., сопровождающееся сильной головной болью.

Анамнез заболевания

Повышение уровня АД в течение года. При подъемах АД принимал каптоприл под язык (посоветовал друг), к врачам ранее не обращался и не обследовался. Боли в сердце отрицает. При дообследовании: общий анализ крови и мочи в норме, биохимия крови: АСТ – 19 Ед/л; АЛТ – 15 Ед/л; общий ХС – 5,8 ммоль/л; ЛПНП – 3,6 ммоль/л; ТГ – 1,6 ммоль/л; ЛПВП – 0,9 ммоль/л; глюкоза в плазме крови (натощак) – 5,0 ммоль/л; креатинин 0,082 ммоль/л (СКФ по MDRD = 90 мл/мин/1,73 м²). На ЭКГ: ритм синусовый, 72 в мин. Гипертрофия левого желудочка.

Анамнез жизни

Работает преподавателем в университете. Хронические заболевания и вредные факторы на работе отрицает. Курит в течение 15 лет около пачки в день. Со слов пациента, его мать страдала гипертонической болезнью, умерла от инфаркта в возрасте 62 лет.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Щитовидная железа пальпаторно без особенностей. Периферических отеков нет. Рост 178 см, вес 97 кг, окружность талии 105 см. ЧД=14 в минуту. Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС = 78 в минуту. АД = 155-160/85-90 мм рт. ст. на обеих руках. Шумы на сосудах шеи и почечных артериях не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Мочеиспускание, стул без особенностей.

Необходимые для уточнения диагноза лабораторными методами обследования являются

- селимарина и селибини́на
- таурина и кофеина

- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- индолы и салидрозиды

Результаты лабораторных методов обследования

Анализ мочи для выявления микроальбуминурии

Анализ мочи для выявления микроальбуминурии (МАУ) – 20 мг/л

Исследование калия и натрия в сыворотке крови

Калий – 4,1 ммоль/л, натрий – 142 ммоль/л

Определение концентрации мочевой кислоты в крови

Мочевая кислота – 302 мкмоль/л

Исследование уровня билирубина в сыворотке крови

Билирубин общий -- 15,5 ммоль/л

Определение концентрации мочевины в крови

Мочевина – 7,3 ммоль/л

Исследование коагулограммы

АЧТВ – 26 сек; ПТВ – 14 сек; ПТИ – 98%; МНО – 0,95; ПВ – 15 сек

Необходимыми для уточнения диагноза инструментальными методами обследования являются

- селимарина и селибина
- таурина и кофеина
- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- индолы и салидрозиды

Результаты инструментальных методов обследования

Трансторакальное эхокардиографическое исследование сердца

Аорта уплотнена, в восходящем отделе – 33 мм. Аортальный клапан трехстворчатый. ЛП 4,1 x 3,7 см. Полость ЛЖ не расширена. КДР 5,0 см. КСР 3,2 см. Толщина межжелудочковой перегородки - 1,2 см, толщина задней стенки ЛЖ – 1,1 см, масса миокарда ЛЖ 223 г, индекс массы миокарда ЛЖ 116 г/м². ПП – 3,8 x 4,5 см, ПЖ 2,8 см, толщина передней створки ПЖ 0,3 см. Систолическое давление в ЛА 18 мм рт.ст. Количество жидкости в полости перикарда не увеличено. Нарушение локальной сократимости не выявлено. Диастолическая функция сохранена. Сократительная способность миокарда ЛЖ не нарушена (ФВ = 63,7%).

Ультразвуковое исследование почек

Правая почка: расположена в типичном месте. Размеры 10,4 x 4,6 см. Паренхима 17 мм, обычной структуры. ЧЛС не расширена. Конкременты не определяются. Левая почка: расположена в типичном месте. Размеры 10,2 x 4,4 см. Паренхима 18 мм, обычной структуры. ЧЛС не расширена. Конкременты не определяются.

Офтальмоскопия: оценка глазного дна

Глазное дно ОУ: зрительный нерв бледно-розовый, границы четкие. Артерии сужены, вены не изменены. Макула не изменена.

Спирография

Вариант нормы

Магнитно-резонансная томография головного мозга

На серии FLAIR, DWI, T1- и T2- взвешенных томограмм головного мозга получены изображения суб- и супратенториальных структур. Срединные структуры не смещены. Желудочки обычной формы и размеров.

Субарахноидальные пространства не расширены. Дифференциация серого и белого вещества сохранена. Очаговые изменения в веществе головного мозга не выявлены. МР-сигнал от подкорковых ядер не изменен. Селлярная область без патологических изменений. Размеры гипофиза в пределах нормы. Стволовые структуры и мозжечок в пределах нормы. Мостомозжечковые углы без особенностей. Краниовертебральный переход не изменен. Придаточные пазухи и ячейки сосцевидных отростков воздушны. Содержимое глазниц без особенностей.

Заключение: МР-данных за очаговое поражение вещества головного мозга не получено.

Для экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- биоимпедансометрию
- индекс массы тела
- денситометрию
- прямую калориметрию

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет

- 33,1
- 13,1
- 23,1
- 43,1

Предполагаемым клиническим диагнозом является Гипертоническая болезнь + ___ + стадии, АГ + ___ + степени, риск + ___ +. Гипертрофия левого желудочка. Сопутствующий: Абдоминальное ожирение 1 степени. Дислипидемия

- 33,1
- 13,1
- 23,1
- 43,1

Диагноз

Гипертоническая болезнь II стадии, АГ 2 степени, риск 3. Гипертрофия левого желудочка. Сопутствующий: Абдоминальное ожирение 1 степени. Дислипидемия

Гипертоническая болезнь II стадии, АГ 2 степени, риск 4. Гипертрофия левого желудочка. Сопутствующий: Абдоминальное ожирение 1 степени.

Дислипидемия

Гипертоническая болезнь III стадии, АГ 2 степени, риск 4. Гипертрофия левого желудочка. Сопутствующий: Абдоминальное ожирение 1 степени. Дислипидемия

Гипертоническая болезнь I стадии, АГ 2 степени, риск 3. Гипертрофия левого желудочка. Сопутствующий: Абдоминальное ожирение 1 степени. Дислипидемия

Вариантом диеты, рекомендованным пациенту, является вариант с

- механическим и химическим щажением
- пониженным содержанием белка
- пониженной калорийностью
- повышенным содержанием белка

Рекомендуемая диета характеризуется

- нормальным потреблением насыщенных жиров, легкоусвояемых углеводов, сниженным содержанием белка, увеличенным содержанием пищевых волокон
- значительным ограничением насыщенных жиров, легкоусвояемых углеводов, нормальным содержанием белка, увеличенным содержанием пищевых волокон
- существенным снижением потребления жиров и белка, высоким потреблением всех групп углеводов
- увеличенным потреблением жиров и белка, исключением любых углеводов

Химический состав рекомендованной диеты составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов

- 50-60; 40-50; 100-120
- 20-60; 80-90; 350-400
- 70-80; 60-70; 130-150
- 130-140; 110-120; 400-500

В период обострения гипертонической болезни рекомендуется сократить потребление ионов натрия до + _____ + г/сутки

- 5,0-5,5
- 3,0-3,5
- 2,0-2,5
- 1,0-1,5

В рационе пациентов с гипертонической болезнью рекомендуется увеличить содержание ионов магния до + _____ + г/сутки и калия + _____ + г/сутки

- 0,1-0,3; 10-15
- 1,2-1,5; 6-8
- 4-5; 0,8-1,0
- 0,8-1,0; 4-5

В комплексной диетотерапии гипертонической болезни целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- селимарина и селибинина
- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- таурина и кофеина
- индолов и салидрозидов

Всем пациентам с АГ для улучшения метаболических показателей рекомендуется увеличить употребление

- селимарина и селибинина
- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- таурина и кофеина
- индолов и салидрозидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент в возрасте 52 лет, работает бухгалтером, обратился за консультацией к врачу-диетологу по рекомендации врача общей практики.

Жалобы

Страх приема пищи, в связи с появлением эпигастральных болей режущего характера через 30-40 минут после еды.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение недели, когда появились впервые сильные режущие боли в эпигастральной области, возникающие через 30-40 минут после еды. Связывает появление этих болей с нерациональным питанием (в связи с неудобным графиком работы). Обращался к участковому терапевту по месту жительства. После осмотра рекомендовано проведение ЭГДС. На ЭГДС выявлен язвенный дефект антрального отдела желудка, активная стадия.

Подобрана противоязвенная терапия. При разговоре с пациентом выявлено то, что в рационе преобладают полуфабрикаты, предпочитает острую и жареную пищу. Рекомендована консультация диетолога, для подбора диеты.

Анамнез жизни

Травм, переломов, оперативных вмешательств, переливаний крови не было.

Хронический гастрит с частыми обострениями в анамнезе. Не курит. Ведет малоподвижный образ жизни. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 172 см, вес 72 кг, индекс массы тела (ИМТ) 24,4 кг/м². Кожные покровы физиологической окраски. ЧСС 80 уд/мин, ритм правильный. АД 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Дизурические и диспептические явления отрицает.

Одной из основных причин развития язвенной болезни является

- наследственность
- несбалансированный рацион
- потребление большого количества белковой пищи
- инфекция *H. pylori*

Основным методом диагностики язвенной болезни на сегодняшний день является

- рентгенография желудка с контрастированием
- суточная рН-метрия
- УЗИ желудка
- эзофагогастродуоденоскопия

Оценка эффективности эрадикационной терапии инфекции *H. pylori* может быть проведена с использованием

- серологического метода – уровень *IgM* к *H. pylori*
- бактериологического метода биоптата
- определения антигена *H. pylori* в кале лабораторным способом
- дыхательного теста с мочевиной, меченой ¹³C
- серологического метода – уровень *IgG* к *H. pylori*
- определения антигена *H. pylori* в моче лабораторным способом

Режим питания, который необходимо соблюдать пациентам с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной, составляет + ___ + раз/сутки

- 7-8
- 5-6
- 1-2
- 3-4

Энергетическая ценность диеты, назначаемой при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, составляет + _____ + (ккал)

- 500-1000

- 1500-2400
- 2500-3900
- 2170-2480

Питание при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения рекомендуется + _____ + и + _____ + порциями

- редко; малыми
- часто; большими
- часто; малыми
- редко; большими

Вариантом диеты, рекомендуемым при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, является диета с

- механическим и химическим щажением (щадящая диета)
- повышенным количеством углеводов (высокоуглеводная диета)
- пониженным количеством белка (низкобелковая диета)
- повышенным количеством белка (высокобелковая диета)

Вариант диеты, назначаемой при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения включает + _____ + г. белков

- 170-180
- 40-45
- 85-90
- 100-110

Вариант диеты, назначаемой при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения включает + _____ + г. жиров

- 100-110
- 40-45
- 70-80
- 170-180

Вариант диеты, назначаемой при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения включает + _____ + г. углеводов

- 600-650
- 170-180
- 100-110
- 300-350

При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения необходимо исключить из питания

- протертые и отварные каши
- тушеные и запеченные блюда
- отварные и тушеные блюда
- острые закуски, пряности и копчения

При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения в питании должны присутствовать

- протертые и отварные каши
- тушеные и запеченные блюда
- отварные и тушеные блюда
- острые закуски, пряности и копчения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент в возрасте 58 лет работает сварщиком, обратился за консультацией к врачу-диетологу по рекомендации врача-терапевта.

Жалобы

Предъявляет жалобы на боль режущего характера в эпигастрии с иррадиацией в спину, возникающий через 5-10 мин после еды, отмечает появление болей после употребления алкоголя, сопровождающийся диарейным синдромом.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 12 лет, когда впервые появились подобные боли, многократная рвота, диагностирован острый панкреатит, получал стационарное лечение. Обострения хронического панкреатита отмечает 1 раз 2-3 года, после употребления алкоголя. Настоящее ухудшение состояния неделю назад. Связывает с употреблением жирной пищи.

Анамнез жизни

Травм, переломов, оперативных вмешательств, переливаний крови не было. Не курит. Алкоголь употребляет 1-2 раза в неделю, около 200-500 мл водки. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Телосложение астеническое. Рост 178 см, вес 61 кг, индекс массы тела (ИМТ) $19,3 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы бледные, сухие. ЧСС 92 уд/мин, ритм правильный. АД 130/92 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии. Дизурические и диспептические явления отрицает.

Доза алкоголя, которая приводит к хроническому панкреатиту в течении 10-15 лет, составляет + _____ + мл/сутки

- 60-80

- 30-50
- 30-40
- 20-40

Снижение содержания + _____ + свидетельствует о первичной экзокринной недостаточности поджелудочной железы

- общего белка крови
- эластазы-1 в кале
- амилазы крови
- диастазы мочи

Для оценки нутритивного статуса пациентов с хроническим панкреатитом используют

- увеличение роста
- снижение общего белка
- повышение ИМТ
- повышение массы тела

Лабораторным методом диагностики для выявления эндокринной недостаточности поджелудочной железы является

- уровень тиреотропного гормона
- концентрация соматотропина
- уровень глюкозы крови натощак
- уровень гликогена

Вариантом диеты, рекомендуемым при обострении хронического панкреатита, является диета с

- термическими обработками продуктов (жарением)
- пониженным количеством белка (низкобелковая диета)
- повышенным количеством белка (высокобелковая диета)
- механическим и химическим щажением (щадящая диета)

Принципом питания, рекомендуемым при обострении хронического панкреатита, является

- употребления углеводной пищи с исключением жирных и белковых продуктов
- употребление белковой и жирной пищи
- исключение жирных и углеводных продуктов
- исключение белковых и углеводных продуктов

Энергетическая ценность диеты, назначаемой при обострении хронического панкреатита составляет + _____ + ккал

- 2080-2480
- 2200-2310
- 2500-3150
- 1100-1600

Вариант диеты, назначаемой при обострении хронического панкреатита, включает + _____ + г. белка

- 170-180
- 85-90
- 40-45
- 100-110

Вариант диеты, назначаемой при обострении хронического панкреатита, включает + _____ + г. жиров

- 70-80
- 100-110
- 170-180
- 40-45

Вариант диеты, назначаемой при обострении хронического панкреатита, включает + _____ + г. углеводов

- 300-350
- 170-180
- 600-650
- 100-110

При обострении хронического панкреатита питание должно быть + ___ + раз(-а) в день

- 4-5
- 3-4
- 1-2
- 5-6

Рекомендуемым способом приготовления блюд при обострении хронического панкреатита является

- 4-5
- 3-4
- 1-2
- 5-6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 45 лет обратилась к врачу-диетологу с целью снижения массы тела.

Жалобы

На увеличение массы тела, одышку, утомляемость при обычной физической нагрузке, проходящие в покое, на мышечную слабость, сонливость, запоры.

Анамнез заболевания

7 лет назад во время прохождения медицинского обследования по поводу возникновения жалоб на перебои в работе сердца, при холтер-мониторировании ЭКГ был выявлен эпизод пароксизма фибрилляции предсердий, при дальнейшем дообследовании выставлен диагноз: Гипертрофическая кардиомиопатия, нарушение ритма сердца: пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Регулярно принимает: Амиодарон – по 100 мг 2 раза в сутки, Варфарин – 5 мг в сутки. В течение последнего года беспокоит появление одышки при обычной физической нагрузке, купирующейся в покое. За последние 6 месяцев отмечает увеличение массы тела на 10 кг, появление мышечной слабости, сонливости, запоров. В рационе питания преобладает мучное, сладкое, молочные продукты. Овощи, фрукты употребляет не более 2-х раз в неделю.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Работает бухгалтером. Наследственность: отец – умер в 45 лет (внезапная сердечная смерть), мать 76-ти лет, страдает ГБ, родная сестра 52-х лет – гипертрофическая кардиомиопатия.

Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., пульс – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный, напряжения мышц живота нет. Печень не увеличена, размеры по Курлову – 9х8х7 см.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- 4-5
- 3-4
- 1-2
- 5-6

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

[КДЛ] Гематология

|=====

|№ |Название |Результат |Нормы |Ед. Измерения

|27 |Базофилы |0,08 |0,00 – 0,20 |тыс./мкл

28	Гематокрит	44,3	37,0 – 47,0	%
29	Гемоглобин	14,26	12,00 – 16,00	г/дл
30	Коэфф.анизотропии эритроцитов	11,7	11,5 – 14,5	%
31	Лейкоциты	10,2	4,8 – 10,8	10*9/л
32	Лимфоциты	3,4	0,9 – 5,2	тыс./мкл
33	Моноциты	0,66	0,20 – 1,00	тыс./мкл
34	Нейтрофилы	5,7	1,9 – 8,0	тыс./мкл
35	Процент базофилов	0,75	0,00 – 1,50	%
36	Процент лимфоцитов	33,7	19,0 – 48,0	%
37	Процент моноцитов	6,54	3,40 – 12,00	%
38	Процент нейтрофилов	56,0	40,0 – 74,0	%
39	Процент эозинофилов	2,97	0,00 – 7,00	%
40	Средняя конц. Гемогл.в эритроц	32	33 – 37	г/дл
41	Среднее содержание гемоглобина	27,4	27,0 – 31,0	пг
42	Средний объем тромбоцита	6,6	7,2 – 11,1	фл
43	Средний объем эритроцита	84,9	81,0 – 99,0	фл
44	Тромбоцит	0,22	0,02 – 1,00	%
45	Тромбоциты	339	130 – 400	10*9/л
46	Ширина распред. Тромбоцитов по	19,5	12,0 – 18,0	%
47	Эозинофилы	0,30	0,00 – 0,80	тыс./мкл
48	Эритроциты	5,21	4,20 – 5,40	10*12/л
49	Скорость оседания эритроцитов	24,0	0,0 – 30,0	мм/час
=====				

Натрийуретические пептиды

BNP 120 пг/мл

Биохимический анализ крови, электролиты

=====				
№	Название	Результат	Нормы	Ед. измерения
14	Триглицериды	1,2	0,50 - 2,30	ммоль/л
15	ЛПВП-холестерин	1,12	0,90 - 1,89	ммоль/л
16	Холестерин	4,5	3,50 - 5,20	ммоль/л
17	Креатинин	72,3	44,0 - 106,0	мкмоль/л
18	Билирубин общий	13,4	1,7 - 20,5	мкмоль/л
19	Глюкоза	5,6	3,50 - 5,80	ммоль/л
20	Калий	4,7	3,5 - 5,3	ммоль/л
21	Натрий	139,0	138,0 - 153,0	ммоль/л
22	Хлор	98,0	98,0 - 108,0	ммоль/л
23	АСТ	23,0	3,0 - 29,0	Ед/л
24	ЛПНП-холестерин-XL	3,5	0,08 - 4,00	ммоль/л
25	Общий белок	77,0	64,0 - 83,0	г/л
26	АЛТ	16,0	3,0 - 40,0	Ед/л
=====				

Тропонин I

0,1 нг/мл (норма < 0,29 нг/мл)

Коагулограмма

Коагулология

|=====

№	Название	Результат	Нормы	Ед. измерения
50	Междун.нормализов.отношение	1,07	0,75 - 1,15	
51	Протромбина по Квику %	91,0	70,0 - 150,0	%
52	Протромбиновое время	11,7	5,0 - 15,0	сек

|=====

Определение группы крови и резус-фактора

Определение группы крови и резус-фактора

|=====

№	Название	Результат
55	Сw антиген	0 - отриц.
56	Kell-антиген	0 - (отриц.)
57	Антиэритроцитарные Антитела	0 - (отриц.)
58	Группа крови АВО	0 О (I)
59	Резус-фактор	0 - (отриц.)
60	Фенотип	0 ссее

|=====

{nbsp}

[КДЛ] Фенотипирование (доп. забор не вып.)

|=====

№	Название	Результат
61	Сw антиген	0 - отриц.
62	Фенотип	0 ссее

|=====

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- спирометрия, ЭхоКГ, МРТ головного мозга
- УЗИ почек, ЭКГ, эргоспирометрия
- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей
- трансторакальная ЭхоКГ, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки

Дополнительным методом исследования, с учётом жалоб и длительного приёма амиодарона, является определение

- спирометрия, ЭхоКГ, МРТ головного мозга
- УЗИ почек, ЭКГ, эргоспирометрия
- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей
- трансторакальная ЭхоКГ, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки

Результаты обследования

ТТГ = 8 мМЕ/л; +

Т4 своб. = 5,2 пмоль/л. +

Предполагаемым диагнозом у пациентки с гипертрофической кардиомиопатией, нарушением ритма сердца: Пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, хронической сердечной недостаточностью, является

- спирометрия, ЭхоКГ, МРТ головного мозга
- УЗИ почек, ЭКГ, эргоспирометрия
- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей
- трансторакальная ЭхоКГ, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки

Диагноз

**Гипертрофическая кардиомиопатия, нарушения ритма сердца:
Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, хроническая сердечная недостаточность. Вторичное ожирение I степени**

**Гипертрофическая кардиомиопатия, нарушения ритма сердца:
Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, хроническая сердечная недостаточность. Повышенная масса тела**

**Гипертрофическая кардиомиопатия, нарушения ритма сердца:
Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, хроническая сердечная недостаточность. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени**

**Гипертрофическая кардиомиопатия, нарушения ритма сердца:
Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, хроническая сердечная недостаточность. Вторичное ожирение II степени**

Для выбора тактики лечения и диетотерапии у данной пациентки необходимо провести консультацию

- онколога
- эндокринолога
- гинеколога
- невролога

Препаратами первой линии, рекомендованными пациентке с хронической сердечной недостаточностью, являются + _____ + и

- петлевые диуретики; сартаны
- тиазидные диуретики; ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ)

- β -адреноблокаторы; ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ)
- дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов; сартаны

Энергетическая ценность диеты, назначаемой при хронической сердечной недостаточности, гипотиреозе и сопутствующем ожирении составляет + _____+(ккал)

- 1350 – 1550
- Более 2400
- 2170 – 2400
- 2080 – 2690

При построении диеты при ожирении следует

- включить в рацион продукты, возбуждающие аппетит (острые закуски, пряности)
- увеличить прием поваренной соли до 15 г/сут
- избегать частого дробного приёма пищи (до 5-6 раз в сутки)
- избегать снижения общего количества жиров за счет жиров растительного происхождения

Процент (от физиологической нормы) витаминно-минеральных комплексов, включаемых в стандартные диеты пациентов с заболеваниями сердца и перикарда, составляет + _____ + %

- 50-100
- 30-40
- 10-15
- 1-3

Низкокалорийная диета, назначаемая при заболеваниях сердца, щитовидной железы, включает + _____ + (г) жиров

- 80 – 90
- 110 – 120
- 60 – 70
- 70 – 80

Норма потребления кальция в сутки для лиц старше 50 лет составляет + _____ + мг

- 1000-1200
- 1500-2000
- 300-500
- 2300-2500

Для экспресс-оценки пищевого статуса у пациента рекомендуется использовать

- 1000-1200
- 1500-2000
- 300-500
- 2300-2500

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщине 29 лет рекомендована консультация врача-диетолога с целью подбора питания при пневмонии.

Жалобы

На сухой кашель с трудноотделяемой мокротой, слабость, головокружение, головную боль, повышение температуры тела до 38,5°C

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 3-х дней после того, как длительное время находилась на открытом воздухе (каталась на горных лыжах), заболела остро, появились озноб, общая слабость, температура до 38,5°C. На 3 день от начала болезни появился кашель с трудноотделяемой мокротой. Медикаментозную терапию не принимала.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания – отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было;
- * наследственность: неотягощена.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. +

Рост 158 см, масса тела 43 кг. +

Кожные покровы физиологической окраски, обычной влажности.

Периферические узлы не увеличены, отеков нет. +

Дыхание поверхностное, ЧДД 17 в 1 мин. Определяется усиление голосового дрожания и бронхофонии в левой подключичной области. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в левой надключичной области, в I межреберье слева. При аускультации над местом притупления выслушивается крепитация. +

Пульс 93 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритм правильный. АД 110/70 мм рт. ст. +

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул и диурез не нарушены.

Необходимыми для подтверждения диагноза лабораторными методами обследования являются

- 1000-1200
- 1500-2000
- 300-500
- 2300-2500

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

[cols=",^,^"]

|=====

^h| Показатель h| Значение h| Нормы

| Эритроциты (RBC), {asterisk}10¹²/л | 4,09 | м. 4,4-5,0

ж. 3,8-4,5

| Гемоглобин (Hb), г/л | 130.0 | м. 130-160

ж. 120-140

| Гематокрит (HCT),% | 42 | м. 39-49

ж. 35-45

| Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл) | 84,9 | 80-100

| Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг) | 26,8 | 26-34

| Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл | 18 | 3,0-37.0

| Ретикулоциты (RET), ‰ | 10 | 2-12

| Тромбоциты (PLT), {asterisk}10⁹/л | 234 | 180-320

| Лейкоциты (WBC), {asterisk}10⁹/л | 8,8 | 4-9

3+^| *Лейкоцитарная формула*

| Нейтрофилы палочкоядерные, ‰ | 11,0 | 1-6

| Нейтрофилы сегментоядерные, ‰ | 76,0 | 47-72

| Эозинофилы, ‰ | - | 1-5

| Базофилы, ‰ |

| 0-1

| Лимфоциты, ‰ | 9,0 | 19-37

| Моноциты, ‰ | 4,0 | 2-10

| СОЭ, мм/ч | 34 | м. 2-10

ж. 2-15

|=====

Общий анализ мокроты

|=====

2+^h| Физические свойства

| Количество | 10 мл

| Запах | Нет

| Цвет | желтоватый

| Характер | Гнойно-слизистая

| Примеси | Нет

| Консистенция | Жидкая

2+^h| Микроскопическое исследование нативного препарата

| Эпителий | 1-2 кл.

| Волокна | Нет

| Лейкоциты | В большом количестве в п/зр

| Эритроциты | 1-2

2+^h| Микроскопическое исследование окрашенного препарата

| Лимфоциты | 6%

| Нейтрофилы | 64%

| Моноциты | 5%

| Макрофаги | 25%

2+^h| Микроскопическое исследование окрашенного препарата (по Граму)

| Палочки грам ({plus}) | Незнач. количество в п/зр

| Кокки грам ({plus}) | Большое количество в п/зр

2+^h| Микроскопическое исследование окрашенного препарата (по Цилю-Нильсену)

| Микобактерии туберкулеза | Не обнаружены

|=====

Определение антигенов и антител к ВИЧ 1, 2 типа (Ag/Ab HIV 1, 2 Combo test)

Отрицательно

Проведение реакции Вассермана (RW)

Отрицательно

Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg) в крови

Определение антигена HbsAg – отрицательно

Необходимыми для подтверждения диагноза инструментальными методами обследования являются

- 1000-1200
- 1500-2000
- 300-500
- 2300-2500

Результаты инструментальных методов обследования

Обзорная рентгенография в 2-х проекциях

На рентгенограмме органов грудной клетки в проекции верхней доли левого лёгкого определяется участок инфильтрации однородной структуры, средней интенсивности, с нечеткими контурами уплотненного участка, за исключением мест соприкосновения с междолевой плеврой. В уплотнённом участке визуализируются воздушные просветы бронхов.

Пульсоксиметрия

Показатель сатурации SatO₂ – 97%

Спирометрия

|=====

| Показатель | должный/ фактический | % от должных значений

| ФЖЕЛ, л | 4,6/4,5 | 98

| ОФВ₁, л/с | 3,5/3,29 | 94

| ОФВ₁/ФЖЕЛ,% |

| 79

|=====

Рентгенография придаточных пазух носа

Пневматизация придаточных пазух носа сохранена, гипертрофия слизистой носовых ходов.

Бронхоскопия

Трахея: слизистая розового цвета, блестящая. +

Бронхи левого легкого: слизистая оболочка не изменена, хрящевой рисунок обычный. +

Бронхи правого легкого: слизистая оболочка незначительно гиперемированная, инъекция сосудов (+), хрящевой рисунок обычный, следы дренажа мокроты (+). +

Заключение: эндобронхит справа 1 ст.

Для экспресс-оценки пищевого статуса у пациентки рекомендуется использовать

- биоимпедансометрию
- прямую калориметрию
- денситометрию
- индекс массы тела

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки составляет + _____ + кг/м²

- 17,9
- 21,4
- 18,7
- 31,2

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки свидетельствует о/об

- ожирении I степени
- нормальной массе тела
- дефиците массы тела
- ожирении II степени

Диетотерапия заболеваний нижних дыхательных путей направлена на

- повышение иммунологической реактивности организма
- ограничение поступления свободной жидкости
- коррекцию энергетической ценности рациона
- ограничение потребления белковых продуктов

С целью уменьшения интоксикации организма рекомендуется вводить в рацион + _____ + и жидкость в объеме + _____ + мл

- пищевые волокна; 500-1000
- железо и медь; 1800-2000

- витамины С, РР ; 1500-1700
- йодированную соль; 2000-2500

С целью ускорения регенерации дыхательных путей необходимо обогащать диету + _____ + и

- витамином А; бета-каротином
- лютеином; зеаксантином
- таурином; L-карнитином
- железом; витамином В12

Учитывая основное заболевание и результаты оценки пищевого статуса, пациентке рекомендуется диета с

- повышенным количеством белка
- повышенным количеством простых углеводов
- механически и химическим щажением
- ограниченной калорийностью

Химический состав рекомендованной диеты составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов, энергетическая ценность + _____ + ккал

- 50-60; 40-50; 100-120; 1500-1700
- 20-60; 80-90; 350-400; 1200-1500
- 130-140; 110-120; 400-500; 2300-2500
- 110-120; 80-90; 300-350; 2080-2690

С целью препятствия подавления роста микрофлоры кишечника при применении антибиотиков и сульфамидных препаратов необходимо включать в рацион продукты-источники

- витаминов группы В
- ненасыщенных жирных кислот
- салидрозидов
- ресвератрола

Эффективность антибактериальной терапии при лечении пневмонии следует оценивать через + _____ + часа(-ов)

- витаминов группы В
- ненасыщенных жирных кислот
- салидрозидов
- ресвератрола

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка в возрасте 53 лет обратилась на консультацию к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для коррекции массы тела и уменьшения болей в суставах.

Жалобы

На утомляемость, боли в области коленных суставов, возникающие при спуске по лестнице, «стартовые» боли, ограничение объема движений в коленных суставах.

Анамнез заболевания

Болеет около 4 лет, когда появились вышеперечисленные жалобы, за медицинской помощью не обращалась, занималась самолечением, принимала настои трав, периодически (1-2 раза в год) – массаж суставов. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в коленных суставах после значительной физической нагрузки, в вечерние часы и в первую половину ночи, небольшая утренняя скованность. Наблюдается у терапевта, рекомендовано снижение веса.

Анамнез жизни

С подросткового и юношеского возраста наблюдалась значительная прибавка веса, что связывала с хорошим питанием и малоподвижным образом жизни. + Работала бухгалтером, последние 6 лет. +

Наследственный анамнез: мать – сахарный диабет 2 типа, остеоартроз. +

Не курит, алкоголь не принимает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 172 см, вес – 119 кг, индекс массы тела (ИМТ) $41,0 \text{ кг/м}^2$, окружность талии – 123 см. +

Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет.

Дыхание везикулярное, частота дыхательных движений 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст., шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Болезненность при пальпации паравертебральных точек поясничного отдела позвоночника.

Дизурические и диспептические явления отрицает. +

Суставы обычной формы, движения несколько ограничены, крепитация в коленных суставах при движении.

Лабораторный анализ, который включен в стандарт диагностики пациентов с морбидным ожирением -- это

- витаминов группы В
- ненасыщенных жирных кислот
- салидрозидов
- ресвератрола

Результаты лабораторного метода обследования

Липидный спектр крови

|====

Название	Результат	Нормы	Ед. измерения
Триглицериды	*3,1*	0,50 - 2,30	ммоль/л
ЛПВП-холестерин	0.78	0,90 - 1,89	ммоль/л
Холестерин	*7.1*	3,50 - 5,20	ммоль/л
ЛПНП-холестерин-XL	*4,8*	0,08 - 4,00	ммоль/л
ЛПОНП-холестерин	*1,4*	0,1-1,00	ммоль/л

=====

Коагулограмма

Коагулология

=====

№	Название	Результат	Нормы	Ед. измерения
50	Междун.нормализов.отношение (МНО)	1,07	0,75 - 1,15	

51	Протромбин по Квику%	91,0	70,0 - 150,0	%
52	Протромбиновое время	11,7	5,0 - 15,0	сек

=====

Определение группы крови и резус-фактора

Определение группы крови и резус-фактора

=====

№	Название	Результат
55	Cw антиген	отриц.
56	Kell-антиген	отриц.
57	Антиэритроцитарные Антитела	отриц.
58	Группа крови АВО	О (I)
59	Резус-фактор	отриц.
60	Фенотип	ссее
61	Cw антиген	отриц.
62	Фенотип	ссее

=====

Определение D-димера

=====

№	Название	Результат	Нормы	Ед. измерения
1	D-димер	0,74	0,00 - 0,50	мкг/мл

=====

Наиболее достоверным и доступным инструментальным методом диагностики остеоартрита является

- рентгенологическое исследование суставов
- ультразвуковое исследование костей
- рентгенологическое исследование черепа
- рентгеновская денситометрия костей

Индекс массы тела пациентки составил 36,3 кг/м², что соответствует + _____ + степени ожирения

- 2
- 4
- 3
- 1

К сопряженным с ожирением заболеваниям относится

- гипертиреоз
- остеопороз
- анемия
- остеоартроз

Вариантом диеты, который рекомендован при остеоартрозе в сочетании с сопутствующим ожирением, является вариант

- с пониженной калорийностью
- с повышенным количеством белка
- с пониженным количеством белка
- основной

Энергетическая ценность диеты, назначаемой при остеоартрозе в сочетании с сопутствующим ожирением составляет + _____ + ккал

- 1120-1570
- 2200-2600
- 600-1100
- 2170-2400

Вариант диеты, назначаемой при остеоартрозе в сочетании с сопутствующим ожирением включает + _____ + белка (г), в т.ч. + _____ + (г) животного происхождения

- 40-60; 20
- 110-120; 45
- 70-80; 40
- 130-140; 60

Режимом питания, который необходимо соблюдать пациентам с остеоартрозом в сочетании с сопутствующим ожирением (разовое питание), предусматривает прием пищи + _____ + раз(-а) в день

- 1-2
- 3-4
- 7-8
- 4-6

Вариант диеты, назначаемой при остеоартрозе в сочетании с сопутствующим ожирением включает жиров + _____ + (г), в т.ч. + ____ + (г) растительного происхождения

- 40-50; 25
- 70-80; 25
- 100-110; 50-60
- 170-180 ; 80-90

При диетотерапии ожирения у пациентов с заболеваниями суставов показаны продукты

- способствующие ощелачиванию мочи
- с повышенным содержанием белка
- с частичной заменой животного белка на растительный белок
- богатые свинцом, алюминием и золотом

Количество свободной жидкости в сутки, рекомендуемой при остеоартрозе в сочетании с сопутствующим ожирением, предусматривает потребление + _____ + л

- 2,5-3
- 0,8-1,5
- 2-2,5
- 1,5-2

Способом приготовления блюд, который не рекомендован при остеоартрозе, является

- 2,5-3
- 0,8-1,5
- 2-2,5
- 1,5-2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Д. 45 лет, бухгалтер. Обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На боли в области эпигастрия жгучего характера, появляющиеся через 1-2 часа после приема пищи, иррадиирующие в левую лопатку и левую часть грудной клетки; отрыжку кислым.

Анамнез заболевания

Боли в эпигастрии и отрыжка кислым беспокоят в течение 3-х месяцев. Сначала появилась боль, возникающая через 1-2 часа после приема пищи, иррадиирующая в левую часть грудной клетки и левую лопатку, боль ослабевала после приема

молочных продуктов и антацидов (Альмагель). В течение последней недели состояние ухудшилось: боли усилились, заметил снижение массы тела и появление кислой отрыжки. Также сообщает, что 4 месяца назад впервые начали беспокоить боли в коленных суставах, усиливающиеся при движении, самостоятельно начал принимать Кетопрофен Форте с положительным эффектом, продолжает принимать и в настоящее время. Курит, употребляет алкоголь.

Анамнез жизни

* курит 1 пачку сигарет (20 штук) в день, алкоголь употребляет 0,5 л пива в выходные дни.

* профессиональных вредностей не имеет

* аллергических реакций не было

* мать здорова, у отца – рак желудка.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Вес 52,1 кг, рост 170 см. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот симметричный, мягкий, отмечается умеренная болезненность в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные. Периферических отеков нет.

Необходимым лабораторным методом обследования с целью установления диагноза является

- 2,5-3
- 0,8-1,5
- 2-2,5
- 1,5-2

Результаты лабораторного метода обследования

Общий анализ крови

Нв 143 г/л; СОЭ 4 мм/час; эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты $8,6 \times 10^9/л$; эозинофилы 2; палочкоядерные - 5; сегментоядерные - 56; лимфоциты - 37%.

Общий анализ мочи

Изменений не выявлено

Копрограмма

Изменений не выявлено

Общий анализ мокроты

Изменений не выявлено

Необходимыми инструментальными методами обследования с целью установления диагноза являются

- 2,5-3
- 0,8-1,5
- 2-2,5
- 1,5-2

Результаты инструментального метода обследования

Эзофагогастродуоденоскопия

Слизистая пищевода без признаков патологии, кардиальный жом смыкается. В желудке умеренное количество жидкости, слизь; в области большой кривизны желудка выявлен язвенный дефект размерами 21x23 мм, края ровные, гиперемированные, отечные, утолщены, в дне язвы склероз и тромбоз сосудов, фибринозные наложения.

Рентгенография желудка и 12-ти перстной кишки

Пищевод свободно проходим. Кардиальный жом смыкается. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга заброс желудочного содержимого в пищевод не наблюдается, складки слизистой желудка обычного калибра, в области тела желудка по большой кривизне обнаружен симптом «ниши», перистальтика желудка и эвакуация своевременны, луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей.

Рентгенография органов грудной клетки

Изменений не выявлено

Электрокардиограмма

Изменений не выявлено

Эхокардиография

Изменений не выявлено

УЗИ органов брюшной полости

Изменений не выявлено

Для экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- денситометрию
- биоимпедансометрию
- прямую калориметрию
- индекс массы тела

**Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет + _____ +
кг/м²**

- 1,8
- 18,0
- 3,6
- 36,0

Основным заболеванием у данного пациента являются

- 1,8
- 18,0
- 3,6
- 36,0

Диагноз

Язвенная болезнь желудка

Рак желудка

Хронический панкреатит, жировой гепатоз

Хронический холецистит, ЖКБ

Значение индекса массы тела свидетельствует о/об

- ожирении I степени
- дефиците массы тела
- ожирении II степени
- нормальной массе тела

Для уменьшения проявлений симптомов болезни и начала заживления язвы рекомендуется назначить

- препараты прокинетического действия
- цитопротекторы
- ингибиторы протонного насоса
- изосорбида динитрат и изосорбид-5-мононитрат

Основным принципом диетотерапии выявленного основного заболевания является

- снижение калорийности питания
- снижение потребления натрия
- увеличение потребления белка
- химическое и механическое щажение

При выявленном заболевании пациенту следует соблюдать режим питания и принимать пищу + ___ + раз(-а) в сутки

- 3-4
- 7-8
- 5-6
- 2-3

Показанием к назначению энтерального питания больных с патологией желудка с целью коррекции белково- энергетической недостаточности является

- невозможность обеспечения адекватного поступления нутриентов
- отказ пациента от соблюдения диетических рекомендаций
- все случаи выявления язвенной болезни желудка, независимо от пола и возраста пациента
- выявленный индекс массы тела у пациента свыше 30

Диспансерное наблюдение пациентов с язвенной болезнью желудка
рекомендуется проводить + _____ + в течение + _____ + лет с момента
последнего обострения

- ежемесячно; 7
- ежеквартально; 10
- ежегодно; 5
- ежемесячно; 10

Пациенту показано санаторно-курортное лечение
+ _____ + вне обострения

- ежемесячно; 7
- ежеквартально; 10
- ежегодно; 5
- ежемесячно; 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 38 лет обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На приступы одышки, сопровождающиеся слышимыми на расстоянии хрипами, заложенность в грудной клетке и кашель с выделением небольшого количества вязкой мокроты.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 2-х лет, когда появились подобные симптомы. Не обследовалась. В течение последнего года симптомы возникают ежедневно, ночью 1 раз в неделю. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад и связывает с ремонтом в доме. В течение последних 2-х недель симптомы усилились и возникают ежедневно, ночью до 3 раз в неделю, нарушают активность и сон.

Анамнез жизни

Наблюдается пищевая непереносимость цитрусовых, малины, клубники (кашель, зуд кожи). Курит. Работает на стройке.

Объективный статус

Нормостенической конституции. Вес 65, рост 165 см. Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые. Над легкими дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 72 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферические отеки отсутствуют.

К необходимому в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- ежемесячно; 7
- ежеквартально; 10

- ежегодно; 5
- ежемесячно; 10

Результаты инструментальных методов обследования

Спирометрия с бронходилатационным тестом

Исходные данные: ЖЕЛ - 82%, ОФВ1 - 62%, ФЖЕЛ - 75%. Через 15 минут после ингаляции 800 мкг Сальбутамола: ОФВ1 - 78%.

Пикфлоуметрия

ПСВ в утреннее время - 450 л/мин, в вечернее время 550 л/мин от должных значений (норма – 600 л/мин). Суточный разброс ПСВ = 20%.

Рентгенография придаточных пазух носа

Пневматизация пазух носа сохранена

Эхокардиография

Полости сердца не расширены. Сократимость миокарда ЛЖ удовл. Митральная регургитация I ст. Трикуспидальная регургитация I ст. СДЛА 19 мм рт. ст.

Фибробронхоскопия

Диффузный поверхностный бронхит I ст.

Для оценки пищевого статуса пациентки рекомендуется использовать

- денситометрию
- прямую калориметрию
- индекс массы тела
- биоимпедансометрию

Выявленные изменения соответствуют

- хроническому обструктивному бронхиту
- хронической обструктивной болезни легких
- хроническому бронхиту
- аллергической бронхиальной астме

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки составляет + _____ + кг/м²

- 18,9
- 33,9
- 40,9
- 23,9

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентки свидетельствует о/об

- ожирении I степени
- дефиците массы тела
- нормальной массе тела
- избыточном весе

Вариантом диеты, рекомендованным данной пациентке, является вариант

- с механическим и химическим щажением
- с пониженным содержанием белка
- основной стандартной диеты
- с пониженной калорийностью

Диетотерапия при выявленном заболевании направлена на

- ограничение поступления свободной жидкости
- контроль калорийности питания
- увеличение потребления простых углеводов
- улучшение течения окислительных процессов

Химический состав рекомендованной диеты для данной пациентки составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов

- 50-60; 40-50; 100-120
- 20-60; 80-90; 350-400
- 130-140; 110-120; 400-500
- 85-90; 70-80; 300-350

В комплексной диетотерапии заболеваний нижних дыхательных путей и легочной ткани целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- простых углеводов
- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- салидрозидов и катехинов
- неперевариваемых пищевых волокон

Целью терапии бронхиальной астмы является

- достижение и поддержание отсутствия обратимой бронхообструкции при ФВД
- нормализация эозинофилов в периферической крови
- достижение и поддержание хорошего контроля симптомов астмы в течение длительного времени
- нормализация IgE в периферической крови

Кратность ежегодного посещения врача терапевта в рамках диспансерного наблюдения пациента с бронхиальной астмой составляет + _____ + раз(-а) в год

- 4
- 3
- 2
- 1

Медикаментозное лечение ожирения показано при ИМТ + ____ + кг/м²

- 4
- 3
- 2
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 58 лет обратился в приемный покой городской больницы.

Жалобы

На одышку при незначительной физической нагрузке, сопровождающуюся свистом в грудной клетке; +
на приступообразный кашель с отделением гнойной мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы; +
повышение температуры до 37,8°C.

Анамнез заболевания

Преимущественно сухой кашель беспокоит в течение 15 лет. Последние 5 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъеме на 3 этаж. В течение последнего года одышка усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке. По поводу одышки принимает ежедневно Беродуал до 3-4 раз в сутки. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8°C, усилился кашель, появилась скудная вязкая слизисто-гнойная мокрота, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома амоксициллин по 500 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха 6 раз в день без улучшения.

Анамнез жизни

Курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки. Работает на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°C. Рост – 172 см, масса тела – 59 кг. Грудная клетка увеличена в передне-заднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук коробочный. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии -- 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 100 ударов в минуту. АД 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10×9×8 см. Отеков нет. По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния mMRS questionnaire - 4 балла. Индекс курения 45 пачка/лет.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 4

- 3
- 2
- 1

Результаты инструментальных методов обследования

Спирометрия с бронходилатационным тестом

=====

^h| Показатель 2+^h| До пробы с бронхолитиком 3+^h| После пробы с бронхолитиком

|

| Фактич. | % от должных значений | Фактич. | % от должных значений | % изменений

| ЖЕЛ, л | 2,16 | 52 | | 52 |

| ФЖЕЛ, л | 2,16 | 52 |

| 52 |

| ОФВ~1~, л/с | 0,79 | 25 | 0,8 | 26 | 1,26

| ОФВ~1~/ФЖЕЛ,% | 67 |

|

| 68 |

=====

Рентгенография органов грудной клетки

На рентгенограмме легких деформация легочного рисунка. Корни не расширены, тень сердца расположена срединно, куполы диафрагмы ровные, четкие. +

Заключение: Эмфизема легких. Пневмосклероз.

Пульсоксиметрия

Сатурация кислорода - 88%.

Фибробронхоскопия

Трахея: слизистая розового цвета, блестящая. +

Бронхи левого легкого: слизистая оболочка не изменена, хрящевой рисунок обычный. +

Бронхи правого легкого: слизистая оболочка незначительно гиперемированная, инъекция сосудов ({plus}), хрящевой рисунок обычный, следы дренажа мокроты ({plus}). +

Заключение: хронический диффузный эндобронхит 1 ст.

МСКТ с контрастированием сосудов

Легкие расправлены, без очаговых и инфильтративных участков повышения плотности. Корни легких обычные. Пройодимость трахеи, главных, долевых

бронхов сохранена. Жидкости в плевральной полости не определяется. При проведении ангиопульмонографии дефектов контрастирования нет.

Эхокардиография

Полости сердца не расширены. Сократимость миокарда ЛЖ удовл. Митральная регургитация I ст. Трикуспидальная регургитация I ст. СДЛА 19 мм рт. ст.

Для экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- денситометрию
- прямую калориметрию
- индекс массы тела
- биоимпедансометрию

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет + _____ + кг/м²

- 35,0
- 30,0
- 20,0
- 25,0

Предполагаемым основным диагнозом у пациента является

- 35,0
- 30,0
- 20,0
- 25,0

Диагноз

Хроническая обструктивная болезнь легких, крайне тяжелого течения, 4 степени, с выраженными симптомами, с частыми обострениями, в фазе тяжелого обострения. ДН 2 ст

Хроническая обструктивная болезнь лёгких, степень тяжести 2 (GOLD), преимущественно эмфизематозный тип, группа С (легкие симптомы, частые обострения)

Хроническая обструктивная болезнь легких, степень тяжести 3 (GOLD), группа В (выраженные симптомы, редкие обострения), преимущественно эмфизематозный фенотип

Бронхиальная астма неаллергического генеза тяжелое течение в фазе тяжелого обострения. ДН 2 ст

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента свидетельствует о/об

- ожирении I степени

- дефиците массы тела
- нормальной массе тела
- избыточном весе

Диетотерапия заболеваний нижних дыхательных путей направлена на

- коррекцию энергетической ценности рациона
- снижение пищевой нагрузки на желудочно-кишечный тракт
- ограничение поступления свободной жидкости
- повышение иммунологической реактивности организма

С целью уменьшения интоксикации организма рекомендуется вводить в рацион + _____ + и жидкость в объеме + _____ + мл

- пищевые волокна; 500-1000
- витамины С, РР; 1500-1700
- йодированную соль; 2000-2500
- железо и медь; 1800-2000

Учитывая основное заболевание и результаты оценки пищевого статуса, пациенту рекомендуется вариант диеты с

- ограниченной калорийностью
- механически и химическим щажением
- повышенным количеством простых углеводов
- повышенным количеством белка

Химический состав рекомендованной диеты составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов, энергетическая ценность + _____ + ккал

- 110-120; 80-90; 300-350; 2080-2690
- 50-60; 40-50; 100-120; 1500-1700
- 20-60; 80-90; 350-400; 1200-1500
- 130-140; 110-120; 400-500; 2300-2500

В комплексной диетотерапии заболеваний нижних дыхательных путей и легочной ткани целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- салидрозидов и катехинов
- фенольных соединений
- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- неперевариваемых пищевых волокон

Способом профилактики хронической обструктивной болезни легких является прекращение курения и

- вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции
- различные виды респираторной поддержки
- вакцинация от гемофильной инфекции
- длительная кислородотерапия, хирургическое лечение (при наличии буллезной эмфиземы легких)

Противовоспалительный эффект диетотерапии при заболеваниях нижних дыхательных путей обеспечивается ограничением + _____ +, поваренной соли до + _____ + г и увеличением продуктов, богатых

- вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции
- различные виды респираторной поддержки
- вакцинация от гемофильной инфекции
- длительная кислородотерапия, хирургическое лечение (при наличии буллезной эмфиземы легких)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На повышение температуры до 38,0°C, слабость, кашель со скудной желтоватой мокротой.

Анамнез заболевания

Повышение температуры до 38,0°C и кашель с мокротой беспокоят в течение пяти дней. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенес ОРВИ.

Анамнез жизни

Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет.

Объективный статус

Состояние пациента средней степени тяжести, частота дыхания – 18 в минуту. Вес 57 кг, рост 180 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается крепитация в нижних отделах грудной клетки справа, в других отделах легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции
- различные виды респираторной поддержки
- вакцинация от гемофильной инфекции
- длительная кислородотерапия, хирургическое лечение (при наличии буллезной эмфиземы легких)

Результаты лабораторных методов обследования

Общий (клинический) анализ крови развернутый

|=====

2+^h| Показатель ^h| Значение ^h| Нормы

2+^| Эритроциты (RBC), {asterisk} 10¹²/л | 4,09 | м. 4,4-5,0

ж. 3,8-4,5

2+^| Гемоглобин (Hb), г/л | 130.0 | м. 130-160

ж. 120-140

2+^| Гематокрит (HCT),% | 42 | м. 39-49

ж. 35-45

2+^| Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл) | 84,9 | 80-100

2+^| Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг) | 26,8 | 26-34

2+^| Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл | 18 | 3,0-37.0

2+^| Ретикулоциты (RET), % | 10 | 2-12

2+^| Тромбоциты (PLT), {asterisk} 10⁹/л | 234 | 180-320

2+^| Лейкоциты (WBC), {asterisk} 10⁹/л | 5,8 | 4-9

4+^h| Лейкоцитарная формула

| Нейтрофилы палочкоядерные, % 2+^| 11,0 | 1-6

| Нейтрофилы сегментоядерные, % 2+^| 76,0 | 47-72

| Эозинофилы, % 2+^| - | 1-5

| Базофилы, % 2+^|

| 0-1

| Лимфоциты, % 2+^| 9,0 | 19-37

| Моноциты, % 2+^| 4,0 | 2-10

| СОЭ, мм/ч 2+^| 34 | м. 2-10

ж. 2-15

|=====

Анализ крови на липидный спектр

|=====

| Показатель | Результат | Норма

| Холестерин общий | 7,1 ммоль/л | (0,00-5,30)

| Триглицериды | 1,53 ммоль/л | (0,00-1,70)

| Холестерин ЛПВП | 1,47 ммоль/л | (0,90-1,90)

| Холестерин ЛПОНП | 0,42 ммоль/л | (0,10-1,00)

| Холестерин ЛПНП | 4,8 ммоль/л | (0,00-3,30)

| Коэффициент атерогенности | 3,42 | (2,28-3,02)

|=====

Проведение реакции Вассермана (RW)

Реакция микропреципитации - отрицательно

Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови

Определение антигена HbsAg Hepatitis B virus – отрицательно

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции
- различные виды респираторной поддержки
- вакцинация от гемофильной инфекции
- длительная кислородотерапия, хирургическое лечение (при наличии буллезной эмфиземы легких)

Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография органов грудной клетки

Рентгенография органов грудной клетки прямой: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется участок затемнения легочной ткани инфильтративного характера

Пульсоксиметрия

Сатурация SatO₂ ~ 96%

Компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием

Легкие расправлены, справа в С9С10 определяется участок повышения плотности без четких контуров. Слева без очаговых и инфильтративных участков повышения плотности, с наличием в нем просветов бронхов. Корни легких обычные. Пройодимость трахеи, главных, долевого бронхов сохранена. Жидкости в плевральной полости не определяется. При проведении ангиопульмонографии дефектов контрастирования нет.

Исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов

|=====

^h| Показатель 2+^h| До пробы с бронхолитиком 3+^h| После пробы с бронхолитиком

|

^h| Фактич. ^h| % от должных

значений ^h| Фактич. ^h| % от

должных

значений ^h| %

изменений

| ЖЕЛ, л | 2,28 | 74 | 2,28 | 74 |

| ФЖЕЛ, л | 3,68 | 74 | 3,8 | 74 |

| ОФВ₁, л/с | 1,56 | 70 | 1,66 | 72 | 7

| ОФВ₁/ФЖЕЛ,% | 51 | 71 | 54 | 74 |

|=====

Бронхоскопия

Трахея: слизистая розового цвета, блестящая. +

Бронхи левого легкого: слизистая оболочка не изменена, хрящевой рисунок обычный. +

Бронхи правого легкого: слизистая оболочка незначительно гиперемированная, инъекция сосудов (plus), хрящевой рисунок обычный, следы дренажа мокроты (plus). +

Заключение: эндобронхит справа 1 ст.

Для экспресс-оценки пищевого статуса у пациента рекомендуется использовать

- биоимпедансометрию
- прямую калориметрию
- денситометрию
- индекс массы тела

Предполагаемым основным диагнозом является

- биоимпедансометрию
- прямую калориметрию
- денситометрию
- индекс массы тела

Диагноз

Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести. Дыхательная недостаточность (ДН) 0 ст

Очаговая пневмония нижней доли правого лёгкого

Внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого тяжелое течение

Пневмония в нижней доле правого лёгкого

Значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента составляет

- 37,6
- 17,6
- 23,6
- 27,6

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) у пациента свидетельствует о (об)

- ожирении I степени
- дефиците массы тела
- нормальной массе тела
- избыточной массе тела

Диетотерапия заболеваний нижних дыхательных путей направлена на

- повышение иммунологической реактивности организма

- ограничение поступления свободной жидкости
- коррекцию энергетической ценности рациона
- снижение пищевой нагрузки на желудочно-кишечный тракт

С целью уменьшения интоксикации организма рекомендуется вводить в рацион + _____ + и жидкость в объеме + _____ + мл

- пищевые волокна; 500-1000
- витамины С, РР; 1500-1700
- железо и медь; 1800-2000
- йодированную соль; 2000-2500

Учитывая основное заболевание и результаты оценки пищевого статуса пациенту рекомендуется вариант диеты с

- повышенным количеством простых углеводов
- ограниченной калорийностью
- механически и химическим щажением
- повышенным количеством белка

Химический состав рекомендованной диеты составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов, энергетическая ценность + _____ + ккал

- 20-60; 80-90; 350-400; 1200-1500
- 110-120; 80-90; 250-300; 2160-2690
- 130-140; 110-120; 400-500; 2300-2500
- 50-60; 40-50; 100-120; 1500-1700

В комплексной диетотерапии заболеваний нижних дыхательных путей и легочной ткани целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- салидрозидов и катехинов
- неперевариваемых пищевых волокон
- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- индольных соединений

Контрольное рентгенологическое исследование после начала антибактериальной терапии пневмонии следует провести через + _____ + дней

- салидрозидов и катехинов
- неперевариваемых пищевых волокон
- ПНЖК семейства омега 3 и 6
- индольных соединений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

45-летняя пациентка с желчекаменной болезнью обратилась за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для профилактики рецидивов желчных колик.

Жалобы

Опасается повторных приступов желчных колик.

Анамнез заболевания

7 дней назад пациентка поступила в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе в эпигастральной области с иррадиацией в правое подреберье. Была диагностирована желчекаменная болезнь с наличием единичного конкремента, размером 4 мм. Было проведено консервативное лечение (спазмолитики, ингибиторы протонной помпы, ферменты) с положительным эффектом. Пациентка направлена на амбулаторное лечение по месту жительства для проведения медикаментозной литотрипсии препаратами урсодезоксихолевой кислоты.

Анамнез жизни

В анамнезе оперативных вмешательств, переливаний крови не было. +

В 2018 году перелом правой бедренной кости в результате ДТП. +

Хронические заболевания: хронический синусит. +

Не курит. Ведет малоактивный образ жизни. Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, вес 75 кг, индекс массы тела (ИМТ) 27,5 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот симметричный, мягкий. Небольшая болезненность при пальпации в правом подреберье. Окружность талии 88 см. На коже проксимальных отделов правой нижней конечности – рубец 2 {asterisk}8 см.

Методом выбора в диагностике жёлчнокаменной болезни (ЖКБ) является

- УЗИ печени и желчных путей
- холангиография с внутривенным контрастированием
- обзорная рентгенография брюшной полости
- холецистография с пероральным контрастированием

Наиболее информативным методом для дифференциальной диагностики ЖКБ с абсцессом печени является

- чрескожная чреспеченочная холангиография
- эндоскопическая ретроградная холангиография
- компьютерная томография брюшной полости
- билиосцинтиграфия с иминодиуксусной кислотой

Наиболее надежным методом для обнаружения мелких камней в желчном пузыре (менее 3 мм) является

- обзорная рентгенография брюшной полости
- радиоизотопное сканирование
- эндо-УЗИ желчного пузыря
- УЗИ желчного пузыря

Признаком острого холецистита по данным инструментальных исследований является

- «отключенный» желчный пузырь при рентгенологических исследованиях с контрастным веществом
- обнаружение жёлчных камней при проведении обзорной рентгенографии брюшной полости
- недостаточная визуализация желчного пузыря при нормальной визуализации дистальных жёлчных путей при билиосцинтиграфии
- свободный газ в брюшной полости на обзорной рентгенограмме брюшной полости

Предпочтительный метод хирургического лечения ЖКБ с клинической симптоматикой

- лапароскопическая холецистэктомия
- открытая холецистэктомия
- холецистостомия
- чрескожная холецистолитотомия

К ранним формам постхолецистэктомического синдрома относят

- холангит
- дискинезию сфинктера Одди
- образование невриномы
- стриктуры

Механизм действия препаратов урсодезоксихолевой кислоты включает

- снижение насыщения жёлчи холестерином
- купирование билиарной колики
- купирование диспепсических явлений
- прокинетический и спазмолитический эффекты

При ожирении показаны продукты с

- исключением неметаболизируемых пищевых веществ
- модификацией белкового компонента
- модификацией витаминно-минерального компонента
- модификацией жирового компонента

При ЖКБ без холецистита рекомендуется питаться +__+ раз(а) в день

- 2-3
- 3-4
- 2-4
- 4-6

Вариант диеты, назначаемой при ЖКБ без холецистита включает +__+ г пищевых волокон

- 30
- 25
- 40
- 10

Вариант диеты, назначаемой при ЖКБ без холецистита включает +____+ белка (г), в т.ч. животного происхождения +____+ (г)

- 40-60; 20-30
- 85-90; 40-45
- 130-140; 60-65
- 110-120; 45-50

Энергетическая ценность диеты, назначаемой при ЖКБ без холецистита, составляет +____+ ккал

- 40-60; 20-30
- 85-90; 40-45
- 130-140; 60-65
- 110-120; 45-50

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме мама с мальчиком 3,5 лет.

Жалобы

На периодические высыпания на коже, на неустойчивый стул, вздутие живота с отхождением газов с резким неприятным запахом, периодические боли в животе.

Анамнез заболевания

С возраста 1 года у мальчика периодически появляются высыпания на коже в периоральной области, на щеках, на туловище. На фоне соблюдения гипоаллергенной безмолочной диеты состояние с положительной динамикой в виде уменьшения симптоматики. В настоящее время диету не соблюдает: регулярно употребляет кисломолочные продукты, вчера на ужин ел запеченную рыбу. Утром родители заметили свежие высыпания в области локтевых сгибов,

на щеках. В амбулаторных условиях перед настоящей консультацией проведено УЗИ органов брюшной полости. При этом выявлено: увеличение желчного пузыря (62x18 мм), перегиб в теле, стенки норма, просвет свободный; увеличение поджелудочной железы (15x12x20 мм), с ровными контурами, однородной паренхимой и средней эхогенностью; конгломерат мезентериальных л/у общим размером 16x8 мм в околопупочной области; среди особенностей - вздутие кишечника, расширение ампулы прямой кишки до 34 мм. +

Заключение: УЗ-признаки дискинезии желчевыводящих путей, вторичных изменений поджелудочной железы.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, протекавшей с угрозой прерывания, на фоне ОРВИ во II триместре, эпизода аллергии в 18 недель. Роды самостоятельные, преждевременные в 36-37 недель. Вес при рождении – 2300 г, длина – 48 см. Оценка по Апгар 7/8. Состояние после рождения средней степени тяжести, физиологическая желтуха на 2-е сутки. На 5 сутки переведен в отделение патологии новорожденных, где выхаживался до 3 мес. с Ds перинатальной энцефалопатии (ПЭП), неонатальной желтухой. Грудное вскармливание до 8 мес., прикорм введен с 7 мес. различными мультизлаковыми кашами, хлебные изделия с 8 мес. Психомоторное развитие: голову держит с 3 мес., сидит с 7 мес., ходит с 1 г 4 мес., речь с 1 г 6 мес. Прибавка веса на первом году жизни по возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 р/год. Травм и операций не было. Наблюдается гастроэнтерологом. Отягощенная наследственность по аллергии: у отца – бронхиальная астма. +

Вакцинация по индивидуальному плану. Реакция Манту – поствакцинальная аллергия (ПВА).

Объективный статус

T 36,5°C. ЧДД 24 в мин. АД 92/58 мм рт. ст. ЧСС 113/мин. +

Вес 14,6 кг. Z-Score вес/рост = -1,06. Z-Score вес/возраст = -0,51. +

Рост 102 см. Z-Score рост/возраст = {plus}0,35. +

ИМТ 14 кг/м². Z-Score ИМТ/возраст = -1,18. Окружность головы 48 см.

Окружность груди 51 см. Окружность живота 51 см. Окружность бедер 53 см. +

Состояние питания пониженное. Кожные покровы: бледно-розовые, несколько сухие; участок эритематозно-сквамозных высыпаний d 1 см в периоральной области слева, в области локтевых и коленных сгибов, сопровождаются зудом. Слизистые оболочки влажные, розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита достаточно. Л/у не увеличены. Носовое дыхание не затруднено. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов нет. Живот умеренно вздут. Печень и селезенка не пальпируются. Стул неустойчивый, полуоформлен, 1 раз в 2 дня. Диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 40-60; 20-30
- 85-90; 40-45
- 130-140; 60-65

- 110-120; 45-50

Результаты лабораторных методов обследования

Определение специфических IgE

Аллергообследование:

|=====

^h| Аллерген 2+^h| IgE

^h|

^h| МЕ/мл ^h| Класс

| А-лактальбумин | 0,4 | 0

| В-лактглобулин | 0,12 | 0

| Казеин | 2,56 | 2

| Клейковин (глютен) | 1,46 | 2

| Треска | 2,76 | 2

|=====

А/т IgG и IgA к глиадину и тканевой трансглутаминазе

Маркеры целиакии:

|=====

| А/т к тк. трансглутаминазе IgA | А/т к тк. трансглутаминазе IgG | А/т к глиадину IgG | А/т к глиадину IgA

| Ед/л | Ед/л | Ед/л | Ед/л

| <10 | <10 | <10 | <10

| 0,2 | 2,4 | 2,4 | 4,3

|=====

Общий анализ мочи

Общий анализ мочи:

|=====

| Цвет | Прозр | Отн плотн | рН | Белок | Глюкоза | Эпит | Лейкоциты | Эритроциты

| с/ж | полная | 1010 | 6 | Abs | Abs | Abs | Abs | Abs

|=====

Витаминный профиль

Витаминный статус:

|=====

| Дата | 25-ОН - вит D | Фолиевая к-та | Витамин В12

|

| нг/мл | нг/мл | пг/мл

| Норма | 30-80 | 2,5-15 | 313-1410

| результат | 39,6 | 12 | 503

|=====

Коагулограмма

Коагулограмма:

|=====

| Дата | Фибриноген | ПТА | МНО | ПТВ

|

| мг% | % |

| сек
| Норма | 200-450 | 81-131 | 0,85-1,15 | 12-15
| результат | 245 | 91 | 1,06 | 15,4
|====

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- нейросонографию
- рентгенографию органов грудной клетки
- проведение кожного тестирования
- денситометрию

**Основным клиническим диагнозом у данного пациента является
+ _____ + пищевая аллергия, + _____ + форма(-ы).
+ _____ + изменения поджелудочной железы. Нарушение
функции билиарного тракта на фоне деформации желчного пузыря**

- нейросонографию
- рентгенографию органов грудной клетки
- проведение кожного тестирования
- денситометрию

Диагноз

**Поливалентная пищевая аллергия, кожная и гастроинтестинальная форма.
Вторичные изменения поджелудочной железы. Нарушение функции
билиарного тракта на фоне деформации желчного пузыря**

**Поливалентная пищевая аллергия, кожная форма. Вторичные изменения
поджелудочной железы. Нарушение функции билиарного тракта на фоне
деформации желчного пузыря**

**Поливалентная пищевая аллергия, гастроинтестинальная форма.
Первичные изменения поджелудочной железы. Нарушение функции
билиарного тракта на фоне деформации желчного пузыря**

**Моновалентная пищевая аллергия, кожная форма. Вторичные изменения
поджелудочной железы. Нарушение функции билиарного тракта на фоне
деформации желчного пузыря**

**Физическое развитие данного ребенка оценивается как среднее с
+ _____ + массы тела + _____ + степени**

- дефицитом; 1
- избытком; 1
- дефицитом; 2
- избытком; 2

Основным принципом лечения пищевой аллергии является

- элиминация причинно-значимого аллергена
- соблюдение строгой молочной диеты
- ограничение причинно-значимого аллергена
- ограничение молочных и кисло-молочных продуктов в рационе

Иногда под аллергию на рыбу маскируется аллергия на

- *Blattella germanica* (таракан)
- *Apis mellifera* (медоносная пчела)
- *Anisakis simplex* (паразит рыб)
- *Cladosporium* (паразит растений)

Высокая перекрестная реактивность отмечается между + _____ + рыб

- БКМ и тропомиозином
- БКМ и парвальбумином
- тропомиозинами
- парвальбуминами

При кулинарной обработке белки рыб и ракообразных

- разрушаются при кипячении
- не разрушаются
- разрушаются при ошпаривании
- разрушаются при заморозке

При аллергии к М-антигену, содержащемуся в рыбе, аллергическая реакция возникает также

- при вдыхании паров, выделяющих при приготовлении рыбы
- к различным антигенам говядины, курицы
- к альфа-лактальбумину – одной из сывороточных фракций белка коровьего молока
- к бета-лактоглобулину - одной из сывороточных фракций белка коровьего молока

В «большую восьмерку» аллергенов входят

- белок коровьего молока, яйца, соя
- яблоки, груши, бананы
- рожь, бананы, виноград
- колбаса, пшено, абрикос

Профилактика пищевой аллергии проводится

- детям из семей, где ни у одного из родственников не наблюдается аллергических заболеваний
- всем детям
- первым детям в семье
- детям из семей, где один из родителей или братьев/сестер имеет атопическое заболевание

Продукты с высокой аллергенностью (пшеница, молоко) следует вводить после +__+ месяцев

- детям из семей, где ни у одного из родственников не наблюдается аллергических заболеваний
- всем детям
- первым детям в семье
- детям из семей, где один из родителей или братьев/сестер имеет атопическое заболевание

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка в возрасте 40 лет, швея, обратилась за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для улучшения качества жизни и снижения лишнего веса.

Жалобы

Повышение давления до 155/90 мм рт. ст., упадок сил, «не нравится отражение в зеркале», лишний вес.

Анамнез заболевания

Повышение артериального давления отмечает в течение 5 лет, появились во время беременности. Была консультирована кардиологом, назначен допегит по 2т 2 раза в день. На фоне приема допегита отмечает нормализацию цифр АД. После родов гипотензивную терапию самостоятельно отменила, снова появились скачки АД до 150-155/90 мм рт. ст. Отмечает набор лишнего веса, появилась утомляемость, снижение работоспособности. Из пищевых продуктов предпочитает мучное, сладкое. Мясо, рыбу употребляет редко (1-2 раза в неделю).

Анамнез жизни

Травм, переломов, оперативных вмешательств, переливаний крови не было.

Хронические заболевания отрицает. Курит 15 лет по 10 сигарет в день.

Гиподинамия. Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 175 см, вес 100 кг, индекс массы тела (ИМТ) 32,65. Окружность живота 105 см. Сухие кожные покровы. ЧСС 78 в 1 минуту, АД 170/100 мм рт. ст. Тоны сердца ясные,

ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеки на ногах до нижней трети голени, симметричные.

Шкалой, рекомендованной для оценки абсолютного сердечно-сосудистого риска (ССР) пациентам с артериальной гипертензией (АГ), является

- {nbsp}CHA2DS2-VASc
- {nbsp}SAPS II
- {nbsp}HAS-BLED
- {nbsp}SCORE

Основным методом диагностики маскированной артериальной гипертензии является

- электрокардиография
- УЗИ почек и надпочечников
- суточное мониторирование артериального давления
- эхокардиография

Всем пациентам с артериальной гипертензией рекомендуется контролировать массу тела, целевое значение индекса массы тела + _____ + кг/м²

- менее 30
- более 30
- 30-40
- 25-35

Тестом/шкалой, необходимой для оценки степени тяжести курения и никотиновой зависимости, является

- тест Фагерстрема
- шкала GRASE
- шкала Мориски-Грина
- шкала SMART-COP

Рекомендуемым столом питания для данного пациента является

- 10 с
- 1
- 7б
- 5п

Энергетическая ценность диеты для женщин, имеющих ИМТ более 30 кг/м², назначаемой при артериальной гипертензии, составляет + _____ + ккал

- 1350-1550
- 2170-2400

- 1120-1570
- 2080-2690

Вариант диеты, назначаемой пациентке, включает +__+ г белка животного происхождения

- 40
- 20
- 70-80
- 65-70

Потребление соли с пищей для данного пациента при достижении целевого давления должно составлять +___+ г/сутки

- 3-5
- 5-6
- 2-3
- 7-8

Потребление количества ионов калия с пищей для данного пациента необходимо увеличить до +___+ г/день

- 1,5-1,7
- 7-8
- 4-5
- 2-3

Продуктами – источниками максимального содержания магния являются

- крупы и бобовые
- яйца, шпинат
- печенье, шоколад
- коровье молоко, сыр

Процент потребления простых углеводов должен составлять +___+ % от калорийности рациона, а добавленного сахара +___+%

- <20; <10
- <5; <10
- <10; <5
- >10; >5

Безопасной дозой потребления алкоголя для женщин является +_____+ мл/сут

- <20; <10
- <5; <10
- <10; <5

- >10; >5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент в возрасте 50 лет, водитель троллейбуса, обратился за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для улучшения самочувствия и нормализации артериального давления.

Жалобы

На головные боли, повышения АД до 150-160/90 мм рт. ст., снижение зрения, утомляемость.

Анамнез заболевания

2 года назад впервые начал замечать головные боли, сопровождающиеся повышением давления до 150/90 мм рт. ст. Через год, после первых эпизодов повышения АД, обратился к врачу терапевту. Препараты для снижения АД пьет нерегулярно. Последнее время начал отмечать ухудшение зрения. После просмотренной телепередачи про здоровое питание решил обратиться к диетологу. Диету ранее не соблюдал. Употребляет большое количество соленой и жирной пищи. Любит мучное. Воды пьет мало.

Анамнез жизни

Травм, переломов, оперативных вмешательств, переливаний крови не было. Хронические заболевания отрицает. Не курит. Ведет умеренно активный образ жизни (посещает бассейн 2 раза в неделю). Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, вес 80 кг, индекс массы тела (ИМТ) 29,4 кг/м². Окружность живота 100 см. Сухие кожные покровы. ЧСС – 75 уд/мин. АД – 145/90 мм рт. ст. Мочеиспускание не нарушено.

Инструментальным методом исследования, которое рекомендуется провести пациенту для подтверждения диагноза артериальной гипертензии, является

- ультразвуковая доплерография сосудов головы и шеи
- УЗИ органов брюшной полости
- суточное мониторирование АД
- рентгенография органов грудной клетки

С целью оценки состояния органов-мишеней при артериальной гипертензии у данного пациента рекомендуется провести

- исследование глазного дна
- электроэнцефалографию
- чреспищеводную эхокардиографию
- УЗИ органов брюшной полости

Для оценки общего сердечно-сосудистого риска всем пациентам с АГ рекомендуется определять

- показатели белковых фракций
- показатели коагулограммы
- скорость клубочковой фильтрации (СКФ)
- уровень тиреотропного гормона

У больных АГ 2-й степени уровень систолического АД + _____ + мм рт. ст

- 160-179
- 180-199
- 130-149
- 140-159

Данному пациенту с АГ и избыточной массой тела рекомендуется вариант диеты

- повышенной калорийности
- с повышенным содержанием белка
- щадящий
- пониженной калорийности

Энергетическая ценность диеты для пациентов с АГ, имеющих избыточную массу тела, составляет + _____ + (ккал)

- 2160-2690
- 1120-1300
- 1500-1700
- 2200-2650

Вариант диеты при артериальной гипертензии включает + _____ + г белка растительного и животного происхождения

- 40-60
- 130-140
- 90-100
- 110-120

Одним из наиболее эффективных немедикаментозных подходов у больных АГ является ограничение потребления соли до + ___ + г/сутки

- 5,0
- 8,0
- 7,0
- 6,0

Рафинированные углеводы в диете данного пациента

- ограничиваются до 50-60 г/день
- не ограничиваются
- ограничиваются до 35-40 г/день
- полностью исключаются

Пациенту с гипертонической болезнью показан вариант диеты

- с повышенным количеством белка
- с пониженным количеством белка
- основной стандартный
- с механическим и химическим щажением

Для эффективного снижения уровня общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности, пациенты с АГ должны ежедневно потреблять с пищей +__+ г фитостеролов

- 1,0
- 0,5
- 2,0
- 1,5

В сбалансированном рационе жиры должны обеспечивать +__+ % калорийности

- 1,0
- 0,5
- 2,0
- 1,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-диетологу обратилась мама с ребенком, мальчиком 12 лет, с целью подбора рациона питания для снижения веса.

Жалобы

На быструю утомляемость у ребенка при незначительной физической нагрузке, сложности психологического характера при общении со сверстниками: ребенка дразнят «жирным»

Анамнез заболевания

При рождении масса тела составляла 3500 г, длина тела 54 см. Ребенок находится на грудном вскармливании 3 месяца, далее был переведен на искусственное вскармливание. Увеличение массы тела происходило постепенно, на избыточные вес никто в семье внимания не обращал, поскольку мама, папа, бабушка со стороны матери имеют избыточные вес, считают это нормой. В семье принято потреблять много кондитерских изделий во все приемы пищи.

Анамнез жизни

- * Ребенок от первых естественных родов
- * Хронических заболеваний не имеет.
- * У бабушки по материнской линии сахарный диабет 2 типа.
- * Двигается мало, в основном время проводит за компьютерными играми.
- * Любит сладости, сладкие газированные напитки, кондитерские изделия, потребляет их в количестве 3-4 порции в день.
- * Не завтракает, в школе перекусывает сладкими напитками и кондитерскими изделиями, обедает дома пельменями, макаронами, сосисками. Вечером плотно ужинает со всей семьей.
- * Овощи, каши, рыбу не потребляет, фрукты, творог и мясо – редко.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 150 см, вес 51,8 кг. Индекс массы тела составляет 23,0. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 86 в 1 минуту, АД 115/74 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и почки не пальпируются. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены.

В качестве диагностического критерия избыточной массы тела и ожирения у детей рекомендовано определение величины стандартных отклонений

- индекса массы тела
- массы тела по полу
- окружности талии
- массы тела по возрасту

Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывается как масса тела в

**+ _____ + разделить на показатель роста человека в + _____ +
в квадрате**

- килограммах; метрах
- граммах; метрах
- килограммах; сантиметрах
- граммах; сантиметрах

Ожирение у детей и подростков от 0 до 19 лет следует определять, как

+ _____ + > {plus} + _____ + стандартных отклонений

- массы тела по росту; 1,0 до {plus}2,0
- массы тела во возрасту; 2,0
- индекс массы тела; 1,0 до {plus}2,0
- индекс массы тела; 2,0

Неинвазивным методом исследования, применяемым при диагностике компонентного состава тела (жировой ткани, скелетных мышц, общего

содержания воды, вне- и внутриклеточной жидкости) у детей и взрослых, является

- денситометрия
- биоимпедансометрия
- непрямая калориметрия
- прямая калориметрия

Всем детям и подросткам с ожирением и избыточной массой тела рекомендовано проводить фактическую оценку питания с помощью _____ + для назначения диетотерапии или ее коррекции

- прямой калориметрии
- непрямой калориметрии
- взвешивания потребляемой пищи
- пищевого дневника

Отклонение значения индекса массы тела от медианы на 2,0-2,5 является показателем ожирения + ____ + степени

- IV
- I
- III
- II

Самым частым видом ожирения, связанным с избыточным поступлением калорий в условиях гиподинамии и наследственной предрасположенности, является + _____ + ожирение

- ятрогенное
- конституционально-экзогенное
- моногенное
- синдромальное

Основными компонентами лечения избыточной массы тела и ожирения 1 степени у детей и подростков является/являются

- назначение бариатрической хирургии и сибутрамина
- диетотерапия, расширение физической активности и коррекция пищевого поведения
- гидроколонотерапия и гирудотерапия
- разгрузочно-диетическая терапия с элементами голодания

Для контроля массы тела у детей и подростков с ожирением и избыточной массой тела рекомендовано(-а)

- обязательная госпитализация в отделение патологии обмена веществ
- применение разгрузочно-диетической терапия с элементами голодания

- использование гипокалорийной диеты (менее 1000 ккал)
- формирование и поддержание норм рационального питания с учетом возрастных особенностей

С целью снижения массы тела детям школьного возраста рекомендуется

- мочегонные травяные напитки
- ограничение сладких напитков и фруктов
- интервальное голодание
- строгое вегетарианство

Препаратом, разрешенным для терапии ожирения у детей старше 12 лет, является

- имипрамин
- орлистат
- сибутрамин
- амфетамин

Детям и подросткам в возрасте 6-17 лет необходимы ежедневные физические нагрузки от умеренной до высокой интенсивности, в общей сложности не менее + ___ + минут

- имипрамин
- орлистат
- сибутрамин
- амфетамин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме мама с девочкой 12 лет.

Жалобы

На кожные высыпания.

Анамнез заболевания

В раннем возрасте наблюдалась педиатром по поводу атопического дерматита, аллергологом выявлена аллергия на белок коровьего молока, в связи с чем до 3 лет находилась на безмолочной диете. Периодически отмечает зуд в ротовой полости при употреблении мяса курицы, куриных и перепелиных яиц. Накануне съела яичницу, домашние блины с шоколадной пастой, клубникой – после чего появились высыпания в области локтевых сгибов, сопровождающиеся зудом. В амбулаторных условиях перед настоящей консультацией проведено УЗИ органов брюшной полости. При этом выявлено: увеличение желчного пузыря (72 × 20 мм), перегиб в теле, стенки норма, просвет свободный; увеличение поджелудочной железы (20 × 18 × 25 мм), с ровными контурами, однородной паренхимой и средней эхогенностью; Множественные лимфатические узлы в

ретропанкреатическом пространстве. Конгломерат мезентериальных лимфоузлов в околопупочной области 25 × 15 мм. *Заключение*: УЗ-признаки дискинезии желчевыводящих путей, вторичных изменений поджелудочной железы.

Анамнез жизни

Ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре. Роды – 2-е, самостоятельные, срочные, в головном предлежании. Закричал сразу. Вес при рождении - 3200 г, длина - 51 см. Ранний неонатальный период протекал гладко. Грудное вскармливание до 9 мес., прикорм с 9 мес. - переносимость удовлетворительная. Нарастание веса по возрасту. Развитие психомоторное по возрасту. +

Профилактические прививки – отказ родителей. +

Перенесенные заболевания: Ветряная оспа в 6 мес., ОРВИ 3-4 раза/год. +

Травмы - 5 переломов: перелом правой руки без смещения. +

Наблюдается нефрологом с диагнозом: Медуллярный нефрокальциноз I степени (синдром гиперэхогенных пирамидок) – клинически и биохимически компенсирована; +

ортопедом с диагнозом: Правосторонний сколиоз груднопоясничного отдела позвоночника 2-3 степени (носит коррекционный корсет). +

Аллергологический анамнез: старший брат – крапивница, отек Квинке в анамнезе.

Объективный статус

Температура 36,5°C. ЧД 20 в мин. ЧСС 72 уд. в мин. АД – 104/75 мм рт. ст. + Вес 43 кг. Рост 160 см. Z-Score роста 0,58. ИМТ 16,8 кг/м². Z-Score ИМТ 0,87. ОЖ 57 см. ОБ 80 см. Аппетит избирательный. Кожные покровы бледные, периорбитальные тени, эритематозно-сквамозные высыпания в области локтевых сгибов, выраженная сухость кожного покрова, гипергидроз ладоней и стоп. Видимые слизистые розовые, чистые. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Правосторонний груднопоясничный сколиоз (носит жесткий корсет). Носовое дыхание свободное. При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, не вздут, чувствительный в пилородуоденальной зоне, в точках Кера, Яновера, Мейо-Робсена. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и диурез в норме.

Необходимым для постановки диагноза специфическим лабораторным методом обследования является определение

- имипрамин
- орлистат
- сибутрамин
- амфетамин

Результаты лабораторного метода обследования

Определение специфических IgE

Аллергообследование:

|=====

^h| Аллерген 2+^h| IgE
^h|
^h| МЕ/мл ^h| Класс
| Белок коровьего молока | 0,87 | 2
| Куриный желток | 4,63 | 3
| Куриный белок | 2,56 | 2
| Клейковина (глютен) | 1,12 | 2

|=====

Определение гормонов щитовидной железы

|=====

| Показ-ль | ТТГ | Т4 своб | Т3 своб | АТПО | АТТГ
|
| мкМЕ/мл | пМ/л | пМ/л | МЕ/мл | МЕ/мл
| N | 0,39-3,4 | 10-24,5 | 4-8,6 | < 30 | <100
|
| 3,44 | 12,8 | 5,1 | 11,83 | 5,25

|=====

Определение иммуноглобулинов крови

Иммунология:

|=====

| IgG | IgM | IgA
| г/л | г/л | г/л
| 6,8-16,5 | 0,7-1,6 | 0,8-4,06
| 13,46 | 1,11 | 2,13

|=====

Определение кислотно-щелочного состояния

КЩС:

|=====

| Дата | pH | pCO2 | BE | HCO3 | TCO2 | Lac
| N | 7,310-7,410 | 41,0-51,0 | (-2)-(-3) | 23,0-28,0 | 24-29 | 0,9-1,7
|
| 7,42 | 48 | 2,1 | 26,3 | 24 | 1,4

|=====

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- проведение кожного тестирования
- денситометрия
- рентгенография органов грудной клетки
- УЗИ почек и мочевого пузыря

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больной можно поставить клинический диагноз Атопический дерматит. + _____ + пищевая аллергия, + _____ + форма(-ы). + _____ + изменения поджелудочной железы

- проведение кожного тестирования
- денситометрия
- рентгенография органов грудной клетки
- УЗИ почек и мочевого пузыря

Диагноз

Атопический дерматит. Поливалентная пищевая аллергия, кожная форма. Вторичные изменения поджелудочной железы. Нарушение функции билиарного тракта

Атопический дерматит. Поливалентная пищевая аллергия, кожная форма. Вторичные изменения поджелудочной железы

Атопический дерматит. Моновалентная пищевая аллергия, кожная и гастроинтестинальная формы. Вторичные изменения поджелудочной железы. Нарушение функции билиарного тракта

Атопический дерматит. Моновалентная пищевая аллергия, кожная форма. Первичные изменения поджелудочной железы. Нарушение функции билиарного тракта

Физическое развитие данного ребенка оценивается как
 + _____ + (Z-Score ИМТ=-0,87)

- выше среднего, гармоничное
- среднее, гармоничное
- среднее, дисгармоничное за счет дефицита веса легкой степени
- среднее, дисгармоничное за счет дефицита веса средней степени

Детям с подтвержденной аллергией на белки коровьего молока рекомендовано использовать в питании специализированные смеси на основе

- высокогидролизованного молочного белка
- умеренно гидролизованного молочного белка
- козьего молока
- частично гидролизованного молочного белка

По современной классификации проявлений пищевой аллергии, к смешанным IgE- опосредованным и клеточным реакциям относят

- индуцированную пищей энтеропатию
- атопический дерматит
- индуцированный пищей проктит
- анафилаксию при пищевой аллергии

К термостабильным белкам относится

- альфа-лактоальбумин
- бета-лактоглобулин
- овотрансферрин
- овомукоид куриного яйца

В «большую восьмерку» аллергенов входят

- рожь, бананы, виноград
- арахис, пшеница, ракообразные
- кабачки, брокколи, кролик
- яблоки, персики, помидоры

Доминирующим аллергеном куриных яиц является

- овотрансферрин (Gal d3)
- овомукоид (Gal d1)
- овальбумин (Gal d2)
- лизоцим (Gal d4)

Преобладающее большинство людей с аллергией на куриные яйца

- хорошо переносят куриный белок
- имеют аллергию на рыбу и морепродукты
- имеют аллергию к казеиновой фракции белка коровьего молока
- хорошо переносят куриный желток

При наличии аллергии к белкам куриного яйца следует помнить о возможности развития аллергических реакций при

- употреблении глютен-содержащих продуктов
- заборе крови из вены
- употреблении кисломолочных продуктов
- проведении вакцинации коревой вакциной

Сенсибилизация к куриному яйцу

- употреблении глютен-содержащих продуктов
- заборе крови из вены
- употреблении кисломолочных продуктов
- проведении вакцинации коревой вакциной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме мама с ребенком 4 месяцев.

Жалобы

На периодические высыпания, вздутие живота, капризность и беспокойство ребенка.

Анамнез заболевания

Ребенок с рождения находится на грудном вскармливании. На фоне периодической погрешности диеты матери (молочные продукты, цитрусовые, клубника, шоколад) у ребенка появляются высыпания на коже щек, в периоральной области, за ушами, в области ануса и на животе. Также в последнее время мама стала отмечать выраженное беспокойство через 1,5-2 часа после кормления, за последний месяц мальчик прибавил 250 г. Регулярно проходит профилактические осмотры педиатром.

Анамнез жизни

Мальчик от 1 беременности, протекавшей с угрозой прерывания во II триместре, на фоне миопии средней степени. Роды 1, срочные, самостоятельные. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Вес при рождении 3870 г, рост 52 см. Приложен к груди сразу. +

Наследственность отягощена по аллергическим заболеваниям. По отцовской линии у дяди – поллиноз, у бабушки – поллиноз, бронхиальная астма. +

Социальные условия – семья полная. +

Жилищные условия – семья из 3 человек живет в 3х-комнатной квартире.

Объективный статус

Рост 65 см. Z-Score длина тела/возраст {plus}0,53. +

Вес 6720 г. Z-Score вес/рост -0,96. Z-Score вес/возраст -0,37. +

ИМТ 15,9. Z-Score ИМТ - 0,91 кг/м². +

T=36,7°C. ЧСС 114 уд/мин. ЧДД 29 в мин. Большой родничок 1,5x1,5 см, малый родничок закрыт. Положение ребенка активное. На осмотр реагирует спокойно. +

Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Зев не гиперемирован.

Гиперсаливация. Зубов нет. Дыхание через нос свободное. Аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, патологические шумы отчетливо не выслушиваются. Живот при пальпации мягкий. Печень {plus}0,5 см, мягко-эластичной консистенции, край ровный. Селезенка не пальпируется. Тонус мышц физиологический. Стул кашицеобразный 3-4 раза/сут. Мочеиспускание свободное.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- употреблении глютен-содержащих продуктов
- заборе крови из вены
- употреблении кисломолочных продуктов
- проведении вакцинации коревой вакциной

Результаты лабораторного метода обследования

Определение специфических IgE

Аллергообследование:

|=====

^h| Аллерген 2+^h| IgE

^h|

^h| МЕ/мл ^h| Класс

| А-лактальбумин | 0,2 | 0

| В-лактглобулин | 4,8 | 3

| Казеин | 2,56 | 2

|====

Иммунологический анализ крови

Иммунология:

|====

| IgG | IgM | IgA | IgE

| г/л | г/л | г/л | Ед/л

| 6,8-16,5 | 0,7-1,6 | 0,8-4,06 | <100

| 13,46 | 1,11 | 2,13 | 12

|====

Липидограмма

Липидограмма:

|====

| Холестерол | ЛПВП | ЛПНП | Триглицериды

| мМ/л | мМ/л | мМ/л | мМ/л

| 3,2-5,2 | 0,9-2,1 | 1,55-3,8 | 0,1-1,7

| 3,1 | 1,108 | 1,8 | 1,33

|====

Определение кислотно-щелочного состояния (КЩС)

КЩС:

|====

| Дата | pH | pCO₂ | BE | HCO₃ | TCO₂ | Lac

| N | 7,310-7,410 | 41,0-51,0 | (-2)-(-3) | 23,0-28,0 | 24-29 | 0,9-1,7

|

| 7,32 | 55 | 2,2 | 28,3 | 30 | 3,6

|====

Ребенку данного возраста для постановки диагноза

- требуется выполнение рентгенографии органов грудной клетки
- требуется проведение денситометрии
- инструментальное обследование не требуется
- требуется проведение нейросонографии

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторного обследования, данному больному можно поставить клинический диагноз Пищевой аллергии

+ _____ + форма(-ы)

- требуется выполнение рентгенографии органов грудной клетки
- требуется проведение денситометрии
- инструментальное обследование не требуется
- требуется проведение нейросонографии

Диагноз

Пищевая аллергия на белок коровьего молока, кожная и гастроинтестинальная формы

Пищевая аллергия неуточненная, кожная и гастроинтестинальная формы

Пищевая аллергия на белок коровьего молока, кожная форма

Пищевая аллергия на белок коровьего молока, гастроинтестинальная форма

Физическое развитие данного ребенка оценивается как
+ _____ + (Z-Score ИМТ=-0,91)

- выше среднего, гармоничное
- среднее, гармоничное
- среднее, дисгармоничное за счет дефицита массы тела
- среднее, дисгармоничное за счет избытка массы тела

Основным причинно-значимым аллергеном для детей первого года жизни является

- пшеница
- яблоко
- белок коровьего молока
- груша

Детям с подтвержденной пищевой аллергией к белку коровьего молока (БКМ) период элиминационной диеты составляет + _____ + месяца(-ев)

- более 6
- 5
- менее 3
- менее 1

При легких или среднетяжелых симптомах пищевой аллергии матери ребенка назначается диета с

- исключением БКМ и куриных яиц
- ограничением бобовых и глютена
- ограничением БКМ и куриных яиц
- исключением бобовых и глютена

В случае необходимости докорма в рацион добавляется смесь на основе

- белка коровьего молока высокого гидролиза
- цельного белка коровьего молока

- белка коровьего молока частичного гидролиза
- соевого белка

Введение новой лечебной смеси следует начинать

- сразу в полном объеме
- во второй половине дня
- совместно с новыми продуктами прикорма
- постепенно, в первой половине дня

Новый продукт впервые включается в рацион ребенка в количестве не более +__+ мл

- 5
- 15
- 10
- 20

При введении прикорма детям с аллергией к БКМ предпочтительнее начинать с

- молочных глютенных каш или яичного желтка
- молочных безглютеновых каш или поликомпонентных овощных пюре
- безмолочных глютенных каш или монокомпонентных фруктовых пюре
- безмолочных безглютеновых каш или монокомпонентных овощных пюре

В периоде ремиссии детям с пищевой аллергией в возрасте старше 8 месяцев можно расширить рацион за счет введения

- молочных глютенных каш или яичного желтка
- молочных безглютеновых каш или поликомпонентных овощных пюре
- безмолочных глютенных каш или монокомпонентных фруктовых пюре
- безмолочных безглютеновых каш или монокомпонентных овощных пюре

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме девушка 27 лет.

Жалобы

Нет.

Анамнез заболевания

В течение 3 месяцев находится на низкожировой диете, на фоне которой отмечает снижение веса на 2 кг, улучшение спортивных результатов. Через 1 месяц - соревнования по волейболу. Тренировки ежедневные. Обратилась с целью получения диетологических рекомендаций и составления плана питания перед соревнованиями.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Спортсменка (волейболистка). +
Перенесенные заболевания – ОРВИ до 5-6 раз год в последний год, ветряная оспа в 7 лет. +

Травмы – подвывих лучезапястного сустава левой руки. Операции отрицает. +
Наследственность неотягощена. Аллергоанамнез – аллергический ринит, аллергический конъюнктивит в апреле-мае. +

Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Вес 50 кг. Рост 161 см. ИМТ 19,2 кг/м². +

T=36,3°C. Кожные покровы физиологичной окраски, умеренной влажности.

Слизистые оболочки влажные, розовые. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Носовое дыхание не затруднено. ЧД 18 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Область сердца не изменена. АД 110/55 мм рт. ст. ЧСС 58 уд/мин. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумы не выслушиваются. Язык обложен белым налетом. Слизистая ротовой полости влажная, розовая, чистая. При поверхностной пальпации живот безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- молочных глютеных каш или яичного желтка
- молочных безглютеных каш или поликомпонентных овощных пюре
- безмолочных глютеных каш или монокомпонентных фруктовых пюре
- безмолочных безглютеных каш или монокомпонентных овощных пюре

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

Общий анализ крови

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат

| НВ | г/л | 110-140 | 140

| Эп | 10¹²/л | 3,7-4,9 | 5,1

| НСТ | % | 35-45 | 39,5

| WBC | 10⁹/л | 4,5-13,00 | 7,3

| Neu | % | 43-65 | 52,6

| Lymph | % | 31-53 | 40,1

| Mon | % | 4-8 | 5,6

| Bas | % | 0-1 | 0,4

| Eos | % | 1-5 | 4

| PLT | 10⁹/л | 150-440 | 320

| СОЭ | Мм/ч | 2-20 | 6

|=====

Витаминный профиль

Витаминный статус:

|=====
| 25-ОН
вит D | Токоф,
сумм | В2,
Сыв | Вит С | В12 | ФК
| Нг/мл | Мг/100мл | нг/мл | Мг/л | Нг/л | мкг/л
| 30-80 | 0,8-1,5 | 6-20 | 4-15 | 193-982 | 3-17
| *20* | 1,3 | 18 | 11 | 652 | 10,4

|=====
Биохимический анализ крови

Биохимический анализ крови:

|=====
| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат
| АЛТ | Ед/л | 4-40 | 22
| АСТ | Ед/л | 4-40 | 33
| Глюкоза | мМ/л | 3,9-5,8 | 4,1
| К{plus} | мМ/л | 3,5-5,5 | 3,81
| Na{plus} | мМ/л | 136-144 | 138
| Мочевина | мМ/л | 2,8-7,2 | 5,1
| СРБ | мг/л | 0-3 | 2
| Креатин | мМ/л | 54-95 | 126
| Белок общий | г/л | 64-83 | 70
| Альбумины | г/л | 35-50 | 39
| Холестерин | мМ/л | 3,2-5,2 | 4,1
| ЛПНП | мМ/л | 1,55-3,8 | 2,6
| ЛПВП | мМ/л | 0,9-2,1 | 1,12
| Триглицериды | мМ/л | 0,1-1,7 | 0,57

|=====
Тиреоидный профиль

Тиреоидный профиль:

|=====
| ТТГ | Т4св | Т3св | АТПО | АТТГ
| мкМЕ/мл | пМ/л | пМ/л | МЕ/мл | МЕ/мл
| 0,39-3,4 | 10-24,5 | 4-8,6 | < 30 | <100
| 3,44 | 12,8 | 5,1 | 11,83 | 5,25

|=====
Антитела к вирусным гепатитам

ИФА:

|=====
| HbsAg | Отриц
| aHBcor IgM | Отриц
| aHCV | Отриц
| aHAV IgM | Отриц
| aHEV IgM | Отриц

|=====
|

Электрофорез белков

Электрофорез белков:

|=====

| Показатель | Значение | Норма (референсные значения)

| Альбумин | 58,1% | 55,8-66,1

| Альфа-1 глобулин | 3,8% | 2,9-4,9

| Альфа-2 глобулин | 9,7% | 7,1-11,8

| Бета-глобулин | 11,6% | 7,9-13,7

| Гамма-глобулин | 13,8% | 11,1 – 18,8

|=====

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят

- молочных глютеных каш или яичного желтка
- молочных безглютеновых каш или поликомпонентных овощных пюре
- безмолочных глютеных каш или монокомпонентных фруктовых пюре
- безмолочных безглютеновых каш или монокомпонентных овощных пюре

Результаты инструментального метода обследования

Биоимпедансометрия

Оценка состава тела:

|=====

| Вес, кг | 50

(52,3-56,1)

| ЖМ, кг | 10

(15-26)

| ПЖМ | 13,4

(15-25)

| МСМ | 20

(15,7-19,1)

| Протеины | 6,1

(5,9-7,2)

| Мин.в-ва | 2,6

(2,03-2,49)

| ОВО, кг | 17

(16-208)

| ИТБ | 0,98

(0,75-0,85)

| ИМТ, кг/м² | 19,3

(16,2-22,2)

|=====

УЗИ органов брюшной полости

УЗ-патологии не выявлено

УЗИ органов малого таза

УЗ-патологии не выявлено

Фиброэластометрия печени

Проведена серия из 14 успешных измерений. Медиана измерений эластичности печени составляет 3,8 кПа; интерквартильный размах значений (IQR) 0,6 кПа - однородная.

Заключение: патологии не выявлено.

Учитывая анамнез жизни, а также результаты лабораторно-инструментального обследования, пациентке можно поставить основной клинический диагноз

- молочных глютеных каш или яичного желтка
- молочных безглютеновых каш или поликомпонентных овощных пюре
- безмолочных глютеных каш или монокомпонентных фруктовых пюре
- безмолочных безглютеновых каш или монокомпонентных овощных пюре

Диагноз

Дефицит витамина D

Белково-энергетическая недостаточность

Задержка роста

Железодефицитная анемия

Уменьшенное потребление жиров с пищей на протяжении нескольких месяцев способствует

- быстрому росту мышечной массы и повышению отложения жира в депо
- повышению потребления энергии организмом и отложения жира в депо
- снижению потребления энергии организмом и отложения жира в депо
- повышению потребления энергии организмом и уровня углеводов

При выраженных физических нагрузках для обеспечения суточной нормы белка прием пищи, богатой протеинами, может быть дополнен приемом

- омега-6 ПНЖК
- омега-3 ПНЖК
- незаменимых аминокислот, особенно ВСАА
- омега-9 ПНЖК

Спортсменам командных игровых видов спорта рекомендовано употреблять + _____ + г/кг/сутки белка

- 1,1-1,3
- 1,8-2,1
- 0,8-1,2
- 1,4-1,7

Для физически активных лиц квота жиров в рационе должна составлять +_____+ %

- 30-35
- 20-25
- 10-20
- 15-20

Обязательными компонентами жировой части рациона у спортсменов, занимающихся командными видами спорта, являются

- альфа-липоевая кислота и очень длинноцепочечные триглицериды
- рыбий жир и среднецепочечные триглицериды
- L-карнитин и длинноцепочечные триглицериды
- омега-3 жирные кислоты и короткоцепочечные триглицериды

При назначении низкоуглеводной диеты следует помнить, что недостаток глюкозы

- опосредованно снижает иммунитет спортсменов
- снижает гормональную реакцию (адреналин) на нагрузки, что предотвращает снижение иммунного ответа
- снижает расход и истощение запасов углеводов в виде гликогена
- опосредованно повышает иммунитет спортсменов

Данной пациентке для восполнения уровня витамина Д необходимо включить в рацион

- сырые овощи
- мясные продукты
- молочные продукты
- кондитерские изделия с желатином

Процесс мышечного сокращения обеспечивается в основном за счет

- протеинов
- жирных кислот
- триглицеридов
- магния

Частые международные переезды и перелеты со сменой часовых поясов

- протеинов
- жирных кислот
- триглицеридов
- магния

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка в возрасте 45 лет, продавец-кассир, обратилась за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для улучшения самочувствия, нормализации артериального давления и профилактики инсультов, инфарктов.

Жалобы

На повышение давления до 170/100 мм рт. ст., сухость во рту, головные боли.

Анамнез заболевания

Со слов, болеет около 5 лет. Беспокоят повышение давления, головные боли. Выявили сахарный диабет 2 типа 2 года назад при диспансеризации. Препараты принимает нерегулярно. Во время прохождения диспансеризации: общий холестерин 7,0 ммоль/л, глюкоза 8 ммоль/л. После беседы с участковым терапевтом решила обратиться за консультацией к врачу-диетологу. Никакой диеты ранее не соблюдала. Употребляет большое количество соленой и жирной пищи. Отмечает преобладание в рационе питания сладкого и мучного. Воду пьет мало.

Анамнез жизни

Травм, переломов, оперативных вмешательств, переливаний крови не было. Хронические заболевания отрицает. Курит в течение 25 лет. Ведет малоподвижный образ жизни. Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, вес 90 кг, индекс массы тела (ИМТ) 31,4 кг/м². Окружность живота 90 см. Бледные кожные покровы. ЧДД 16 в минуту. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧСС 78 в 1 минуту, АД 170/100 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеки на ногах до нижней трети голени, симметричные.

Шкалой, рекомендованной для оценки абсолютного сердечно-сосудистого риска (ССР) пациентам с артериальной гипертензией (АГ), является

- {nbsp}CHA2DS2-VASc
- {nbsp}HAS-BLED
- {nbsp}SAPS II
- {nbsp}SCORE

При физикальном осмотре показателем висцерального ожирения считается увеличение коэффициента ОТ/ОБ (окружности талии/окружности бедер) у женщин более

- 1,0
- 0,85
- 0,9

- 2,5

Целевым уровнем ХС ЛПНП для пациентов с очень высоким сердечно-сосудистым риском является + _____ + ммоль/л

- 3,5-3,8
- менее 1,8
- 1,0-1,3
- менее 3,0

Оборудованием, которое рекомендуется использовать для объективизации курения, является

- пикфлоуметр
- смокелайзер
- сфигмоманометр
- пульсоксиметр

Предварительным диагнозом у пациентки является

+ _____ + степени. Сахарный диабет + _____ + типа

- пикфлоуметр
- смокелайзер
- сфигмоманометр
- пульсоксиметр

Диагноз

Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени. Сахарный диабет 2 типа, компенсированный

Вторичная артериальная гипертония 2 степени. Сахарный диабет 2 типа, компенсированный

Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени. Сахарный диабет 2 типа, декомпенсированный

Артериальная гипертония II стадии, 3 степени. Сахарный диабет 1 типа, компенсированный

Вариантом диеты, не рекомендуемой при артериальной гипертензии, является

- основной вариант стандартной диеты
- диета с умеренным содержанием белка
- диета с ограничением поваренной соли
- диета с повышенной калорийностью

Энергетическая ценность диеты для женщин, имеющих ИМТ более 30 кг/м², назначаемой при артериальной гипертензии, составляет + _____ + ккал

- 2200-2650
- 1350-1550
- 2160-2690
- 920-1170

Вариант диеты, назначаемой при артериальной гипертензии, включает + _____ + г белка животного происхождения

- 20-30
- 55-60
- 65-70
- 40-45

Уменьшение потребления соли до 5 г в сутки может снизить цифры САД на + _____ + мм рт. ст.

- 9-12
- 13-15
- 20-25
- 4-5

Рекомендуемым содержанием ионов калия в рационе пациентки является + _____ + г в сутки

- 1-2
- 7-9
- 10-12
- 4-5

Продуктами, которые необходимо ограничить при артериальной гипертензии для достижения максимального гипотензивного эффекта, являются + _____ + и

- пшеничные отруби; пищевые волокна
- яйца; орехи
- алкоголь; соль
- коровье молоко; сыр

Рекомендуемым количеством суточного потребления сливочного масла является + _____ + г

- пшеничные отруби; пищевые волокна
- яйца; орехи
- алкоголь; соль

- коровье молоко; сыр

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вас вызвали в отделение реанимации для составления питания к ребенку 6 дней.

Жалобы

Периодические подъемы температуры тела до 38С, апноэ, вялость, отказ от кормления, обильные срыгивания, вздутие живота.

Анамнез заболевания

С рождения находится в отделении интенсивной терапии, респираторная поддержка в СРАР в течение первых 3 суток. Состояние было стабильным. В течение последних 2 дней нарастают симптомы инфекционного токсикоза – вялость, апноэ, срыгивания, выраженное вздутие живота, неустойчивая лихорадка, стул с примесями. Отрицательная динамика массы тела.

Анамнез жизни

Беременность - 1, протекавшая с угрозой прерывания на всем протяжении, ЗВУР 1 ст. Роды – 1, на 28 неделе, путем операции экстренное кесарево сечение по поводу отслойки плаценты. Рост 34 см, вес 870 г. Оценка по шкале Апгар 5/6б. Закричал после реанимационных мероприятий (мешок Амбу). После родов переведен на этап выхаживания недоношенных. После рождения получал смесь на основе цельного белка коровьего молока.

Объективный статус

Состояние ребенка тяжелое. Т 37,8 С. Б.Р. 4.5x4,5см, не напряжен. М.Р. 1,5x1,5, швы податливы. Кожные покровы бледные с желтоватым оттенком, холодные на ощупь. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Единичные эпизоды апноэ. Дыхание через нос свободное. Аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет. Брадикардия с ЧСС 98 уд/мин. АД 76/48 мм рт. ст. Тоны сердца громкие, аритмичные, систолический шум на верхушке. Живот при пальпации напряжен, вздут, ребенок беспокойный. Печень +2см из-под края реберной дуги, селезенка +0,5см на вдохе. Стул 2-3 р/сут, примеси слизи и крови в стуле. Диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- пшеничные отруби; пищевые волокна
- яйца; орехи
- алкоголь; соль
- коровье молоко; сыр

Результаты обследования

Общий анализ крови

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат

| HB | г/л | 110-140 | *102*
| Эп | $10^{12}/л$ | 3,7-4,9 | 4,38
| HCT | % | 35-45 | *33,5*
| WBC | $10^9/л$ | 4,5-13,00 | *26*
| Neu | % | 35-55 | *62,6*
| Lymph | % | 41-65 | *30,1*
| Mon | % | 4-8 | 6,6
| Bas | % | 0-1 | 0,4
| Eos | % | 1-5 | 4
| PLT | $10^9/л$ | 150-440 | 209
| СОЭ | Мм/ч | 2-20 | *30*
|====

Биохимический анализ крови

|====
| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат
| АЛТ | Ед/л | 4-40 | 39
| АСТ | Ед/л | 4-40 | 33
| Билирубин общий | мМ/л | 5-20 | *230*
| Билирубин прямой | мМ/л | 0-5 | *120*
| Глюкоза | мМ/л | 3,9-5,8 | 4,1
| К{plus} | мМ/л | 3,5-5,5 | 3,81
| Na{plus} | мМ/л | 136-144 | 138
| Мочевина | мМ/л | 2,8-7,2 | 5,1
| СРБ | мг/л | 0-3 | *5*
| Креатинн | мМ/л | 54-95 | 126
| Белок общий | г/л | 64-83 | 64
| Альбумины | г/л | 35-50 | 36
| Холестерин | мМ/л | 3,2-5,2 | *2,6*
| Триглицериды | мМ/л | 0,1-1,7 | 0,8
|====

Кислотно-щелочное равновесие

|====
| pH | pCO2 | BE | HCO3 | TCO2 | Lac
| 7,310-7,410 | 41,0-51,0 | (-2)-(3) | 23,0-28,0 | 24-29 | 0,9-1,7
| 7,32 | *55* | *-3* | *29,3* | 30 | *3,6*
|====

Коагулограмма

|====
| Фибриноген | ПТИ | МНО | ПТВ
| Мг% | % |
| Сек
| 200-450 | 81-138 | 0,88-1,1 | 12-15

| 350 | 97 | 1,02 | 14,7

|=====

Антитела к вирусным гепатитам

|=====

| HbsAg | Отриц

| aHBcor IgM | Отриц

| aHCV | Отриц

| aHAV IgM | Отриц

| aHEV IgM | Отриц

|=====

ПЦР герпес вирусов

|=====

| ДНК CMV | Отриц

| ДНК EBV | Отриц

| ДНК HSV I/II | Отриц

|=====

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- пшеничные отруби; пищевые волокна
- яйца; орехи
- алкоголь; соль
- коровье молоко; сыр

Результаты обследования

Рентгенологическое исследование брюшной полости

РГ признаки дилатации и утолщения стенок кишечника. Пневматоз кишечника.

УЗИ органов брюшной полости

УЗ-признаки усиления сосудистого рисунка печени, утолщения стенок желчного пузыря (в просвете взвесь) на фоне деформации желчного пузыря, вторичных изменений поджелудочной железы. Выраженный метеоризм, снижение перистальтики кишечника.

Электроэнцефалограмма

Исследование провести невозможно вследствие возраста и массово-ростовых показателей ребенка

Фиброэластометрия печени

Исследование датчиком S провести невозможно вследствие узких межреберных промежутков

УЗИ тазобедренных суставов

УЗ-признаки незрелости тазобедренных суставов

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования, больному можно поставить основной клинический диагноз

- пшеничные отруби; пищевые волокна
- яйца; орехи
- алкоголь; соль
- коровье молоко; сыр

Диагноз

Некротический энтероколит, 1В стадия

Неспецифический язвенный колит

Болезнь Крона

Перинатальное поражение нервной системы

Факторами риска развития некротического энтероколита (НЭК) являются

- новорожденные <30 недель, ЗВУР, энтеральное питание молочными смесями
- новорожденные <30 недель, ЗВУР, энтеральное питание смесями на основе аминокислот
- новорожденные <37 недель, ЗВУР, парентеральное питание
- новорожденные <37 недель, ЗВУР, энтеральное питание смесями на основе аминокислот

Основой терапии при НЭК 1В стадии является

- усиленное энтеральное питание через рот
- прекращение энтерального питания
- усиленное энтеральное питание через назогастральный зонд молочными смесями
- хирургическое вмешательство

Также новорожденным с картиной НЭК 1В стадии следует провести

- курс антибактериальной терапии в течение 48-72 часов
- плановую лапаротомию
- курс антибактериальной терапии в течение 10 суток
- экстренную лапаротомию

Согласно протоколу полного парентерального питания (TPN) необходимо раннее введение белков, начиная с + _____ + г/кг/сут и жиров с + _____ + г/кг/сут

- 1,5; 3,0
- 3,0; 1,5
- 3,5; 3,0
- 3,0; 3,5

При высоком содержании триглицеридов, жирных кислот в плазме развивается

- метаболический алкалоз
- кетоацидоз
- гипероксалурия
- гиперурикемия

С первых суток лечения НЭК новорожденным назначаются

- витамины, электролиты, микроэлементы
- энтеральные смеси на основе аминокислот
- высококалорийные энтеральные смеси
- противовирусные и антибактериальные препараты, ацетилсалициловая кислота

Энтеральное питание возобновляется

- при появлении стойкой тенденции к улучшению или нормализации лабораторно-инструментальных показателей
- на 3-4 сутки парентеральной терапии
- по желанию матери ребенка
- не позднее 10 дней от начала парентеральной терапии вне зависимости от лабораторно-инструментальных показателей

Индикатором эффективности проводимого лечения является

- субфебрильная температура тела
- прибавка массы тела 15-20 кг/сут
- вялое сосание
- стул с примесями слизи

Профилактика развития НЭК

- субфебрильная температура тела
- прибавка массы тела 15-20 кг/сут
- вялое сосание
- стул с примесями слизи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вас вызвали в отделение реанимации для составления питания к ребенку 7 дней.

Жалобы

Периодические подъемы T, апноэ, вялость, отказ от кормления, рвота, вздутие живота, примеси крови в стуле.

Анамнез заболевания

С рождения находится в отделении интенсивной терапии, респираторная поддержка в ИВЛ в течение первых 4 суток. Состояние было стабильным. В течение последних 2 дней нарастают симптомы инфекционного токсикоза – апноэ, рвота, вялое сосание, выраженное вздутие живота, неустойчивая лихорадка, стул с примесями слизи и крови. Отрицательная динамика массы тела.

Анамнез жизни

Беременность - 2, протекавшая с угрозой прерывания на всем протяжении, на фоне гестационного диабета. Роды – 2, на 29 неделе, путем операции экстренное кесарево сечение по преждевременному отхождению околоплодных вод (мутные). Рост 36 см, вес 1010 г. Оценка по шкале Апгар 4/6б. Закричал после реанимационных мероприятий. После родов переведен на этап выхаживания недоношенных. Питание смесью на основе цельного белка коровьего молока.

Объективный статус

Состояние ребенка тяжелое. Т 38,1С. Б.Р. 4х4 см, не напряжен. М.Р. 1х1, швы податливы. Кожные покровы бледные с желтоватым оттенком, холодные на ощупь, сухие. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Эпизоды апноэ. Сосет вяло. Дыхание через нос свободное. Аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет. Брадикардия с ЧСС 98 уд/мин. АД 76/48 мм рт. ст. Тоны сердца громкие, аритмичные, систолический шум на верхушке. Живот при пальпации напряжен, болезненный, вздут, ребенок беспокойный. Печень +2см из-под края реберной дуги, селезенка +0,5 см на вдохе. Стул частый, скудный с примесями слизи, зелени и крови в стуле. Диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- субфебрильная температура тела
- прибавка массы тела 15-20 кг/сут
- вялое сосание
- стул с примесями слизи

Результаты обследования

Общий анализ крови

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат

| НВ | г/л | 110-140 | *98*

| Эп | 10¹²/л | 3,7-4,9 | 4,38

| НСТ | % | 35-45 | *31,9*

| WBC | 10⁹/л | 4,5-13,00 | *27*

| Neu | % | 35-55 | *72,6*

| Lymph | % | 41-65 | *20,1*

| Mon | % | 4-8 | 6,6

| Bas | % | 0-1 | 0,4

| Eos | % | 1-5 | 4

| PLT | 10⁹/л | 150-440 | *139*
| СОЭ | Мм/ч | 2-20 | *31*

|=====

Биохимический анализ крови

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат
| АЛТ | Ед/л | 4-40 | 39
| АСТ | Ед/л | 4-40 | 33
| Билирубин общий | мМ/л | 5-20 | *230*
| Билирубин прямой | мМ/л | 0-5 | *120*
| Глюкоза | мМ/л | 3,9-5,8 | 4,1
| К⁺ | мМ/л | 3,5-5,5 | *3,3*
| Na⁺ | мМ/л | 136-144 | *131*
| Ca²⁺ | мМ/л | 1,5-1,8 | *1,1*
| Мочевина | мМ/л | 2,8-7,2 | *8,6*
| СРБ | мг/л | 0-3 | *15*
| Креатинин | мМ/л | 54-95 | 126
| Белок общий | г/л | 64-83 | *58*
| Альбумины | г/л | 35-50 | *27*
| Холестерин | мМ/л | 3,2-5,2 | 3,9
| Триглицериды | мМ/л | 0,1-1,7 | 0,8

|=====

Кислотно-щелочной состав крови

|=====

| pH | pCO₂ | BE | HCO₃ | TCO₂ | Lac
| 7,310-7,410 | 41,0-51,0 | (-2)-(-3) | 23,0-28,0 | 24-29 | 0,9-1,7
| *7,2* | *56* | *-7* | *31,3* | 28 | *6*

|=====

Коагулограмма

|=====

| Фибриноген | ПТИ | МНО | ПТВ
| Мг% | % |
| Сек
| 200-450 | 81-138 | 0,88-1,1 | 12-15
| 350 | 97 | 1,02 | 14,7

|=====

Антитела к вирусным гепатитам

|=====

| HbsAg | Отриц
| aHBcor IgM | Отриц
| aHCV | Отриц
| aHAV IgM | Отриц

| aHEV IgM | Отриц

|=====

ПЦР герпес вирусов

|=====

| ДНК CMV | Отриц

| ДНК EBV | Отриц

| ДНК HSV I/II | Отриц

|=====

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- субфебрильная температура тела
- прибавка массы тела 15-20 кг/сут
- вялое сосание
- стул с примесями слизи

Результаты обследования

Рентгенологическое исследование брюшной полости

РГ признаки выраженной дилатации и утолщения стенок кишечника. Пневматоз кишечника. Наличие множественных разнокалиберных уровней в кишечных петлях

УЗИ органов брюшной полости

УЗ-признаки гепатомегалии с усилением сосудистого рисунка печени, дисфункции билиарного тракта, вторичных изменений поджелудочной железы. Выраженный метеоризм, снижение перистальтики в пораженных сегментах, неравномерная, умеренная дилатация петель кишечника, минимальное количество жидкостного компонента между кишечными петлями

Электроэнцефалограмма

Исследование провести невозможно вследствие возраста и массово-ростовых показателей ребенка

Фиброэластометрия печени

Исследование датчиком S провести невозможно вследствие узких межреберных промежутков

УЗИ тазобедренных суставов

УЗ-признаки незрелости тазобедренных суставов

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования, больному можно поставить основной клинический диагноз

- субфебрильная температура тела
- прибавка массы тела 15-20 кг/сут
- вялое сосание
- стул с примесями слизи

Диагноз

Некротический энтероколит стадия 2А

Неспецифический язвенный колит

Болезнь Крона

Перинатальное поражение центральной нервной системы

На 2А стадию некротического энтероколита указывают

- перфорация кишечника, метаболический ацидоз, анемия, тромбоцитопения
- кровотечение из верхних отделов ЖКТ, расширение вен пищевода, анемия
- шок, перитонит, интактный кишечник
- кровотечение из ЖКТ, болезненность живота, ацидоз, тромбоцитопения

Новорожденным с картиной НЭК 2А стадией требуется проведение

- энтерального питания из расчета физиологической потребности
- энтерального питания ниже физиологической потребности
- парентерального питания ниже физиологической потребности
- парентерального питания из расчета физиологической потребности

Для коррекции патологических потерь при парезе кишечника объем инфузионной терапии увеличивается до + _____ + мл/кг/сут

- 10-20
- 50
- 20-40
- 15

Согласно протоколу полного парентерального питания (TPN) глюкоза назначается с + _____ + г/кг/сут с ежедневным увеличением на + _____ + г/кг/сут, доводя до + _____ + г/кг/сут

- 10; 3; 30
- 10; 2; 20
- 1; 2; 10
- 10; 4; 20

На фоне парентерального введения глюкозы дважды в сутки определяется уровень глюкозы с целью

- коррекции гемодинамических значимых нарушений

- оценки степени ее усвоения и решения вопроса о необходимости терапии инсулином
- оценки степени ее усвоения и решения вопроса об увеличении или снижении дозы вводимой глюкозы
- коррекции нутритивного статуса пациента

Начальная доза аминокислот, назначаемых при ТРН, составляет + _____ + г/кг/сут с постепенным увеличением до + _____ + г/кг/сут

- 0,1-0,3; 6
- 0,5-1,5; 3
- 0,1-0,3; 3
- 0,5-1,5; 6

Для оценки качества усвоения аминокислот определяют уровень

- остаточного азота, общего белка, мочевины, КЩС
- трансферрина, церулоплазмينا, альбумина
- мочевой кислоты, креатинина, амилазы, липазы
- общего белка, холестерина, триглицеридов

Введение прикорма детям, перенесшим НЭК,

- вводится на 4-6 месяце жизни
- вводится не раньше 6-8 месяца жизни
- должно учитывать степень незрелости и сопутствующие состояния
- осуществляется в соответствии нормами для здоровых детей

Все новые продукты вводят постепенно с учетом толерантности,

- вводится на 4-6 месяце жизни
- вводится не раньше 6-8 месяца жизни
- должно учитывать степень незрелости и сопутствующие состояния
- осуществляется в соответствии нормами для здоровых детей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вас вызвали в отделение реанимации для составления питания к ребенку 8 дней.

Жалобы

Периодические подъемы T, апноэ, вялость, отказ от кормления, рвота, вздутие живота, примеси крови, слизи в стуле.

Анамнез заболевания

С рождения находится в отделении интенсивной терапии, респираторная поддержка в ИВЛ в течение первых 2 суток. Состояние было стабильным. В последние 3 дня постепенное нарастание симптомов интоксикации – апноэ,

рвота, вялое сосание, выраженное вздутие живота, неустойчивый стул с примесями слизи и крови. Отрицательная динамика массы тела.

Анамнез жизни

Беременность - 2, протекавшая на фоне хламидийной инфекции, мать не лечилась. Роды – 1, на 29 неделе, путем операции экстренное кесарево сечение по преждевременному отхождению околоплодных вод (мутные). Рост 35 см, вес 980г. Оценка по шкале Апгар 4/6б. Закричал после реанимационных мероприятий. После родов переведен на этап выхаживания недоношенных. Питание смесью на основе цельного белка коровьего молока.

Объективный статус

Состояние ребенка тяжелое. Т 38,0С. Б.Р. 4x4 см, не напряжен. М.Р. 1x1, швы податливы. Кожные покровы бледные с желтоватым оттенком, холодные на ощупь, сухие. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Эпизоды апноэ. Сосет вяло. Дыхание через нос свободное. Аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет. Брадикардия с ЧСС 96 уд/мин. АД 80/50 мм рт. ст. Тоны сердца громкие, аритмичные, систолический шум на верхушке. Живот при пальпации напряжен, болезненный, вздут, ребенок беспокойный. Печень {plus}2 см из-под края реберной дуги, селезенка {plus}0,5 см на вдохе. Стул задержан 1 сутки, накануне скудный с примесями слизи, зелени и крови в стуле. Диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- вводится на 4-6 месяце жизни
- вводится не раньше 6-8 месяца жизни
- должно учитывать степень незрелости и сопутствующие состояния
- осуществляется в соответствии нормами для здоровых детей

Результаты обследования

Общий анализ крови

=====			
Показатель	Ед измерения	Норма	Результат
НВ	г/л	110-140	*94*
Эр	10 ¹² /л	3,7-4,9	4,38
НСТ	%	35-45	*30,1*
WBC	10 ⁹ /л	4,5-13,00	*26*
Neu	%	35-55	*72,4*
Lymph	%	41-65	*20,1*
Mon	%	4-8	6,6
Bas	%	0-1	0,4
Eos	%	1-5	4
PLT	10 ⁹ /л	150-440	*142*
СОЭ	Мм/ч	2-20	*34*
=====			

Кислотно-щелочной состав

|=====
| pH | pCO₂ | BE | HCO₃ | TCO₂ | Lac
| 7,310-7,410 | 41,0-51,0 | (-2)-(3) | 23,0-28,0 | 24-29 | 0,9-1,7
| *7,2* | *56* | *-7* | *31,3* | 28 | *6*

Анализ кала на скрытую кровь

Реакция на скрытую кровь положительная

Антитела к вирусным гепатитам

|=====
| HbsAg | Отриц
| aHBcor IgM | Отриц
| aHCV | Отриц
| aHAV IgM | Отриц
| aHEV IgM | Отриц

ПЦР герпес вирусов

|=====
| ДНК CMV | Отриц
| ДНК EBV | Отриц
| ДНК HSV I/II | Отриц

Коагулограмма

|=====
| Фибриноген | ПТИ | МНО | ПТВ
| Мг% | % |
| Сек
| 200-450 | 81-138 | 0,88-1,1 | 12-15
| 350 | 97 | 1,02 | 14,7

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- вводится на 4-6 месяце жизни
- вводится не раньше 6-8 месяца жизни
- должно учитывать степень незрелости и сопутствующие состояния
- осуществляется в соответствии нормами для здоровых детей

Результаты обследования

Рентгенологическое исследование брюшной полости

РГ признаки выраженной дилатации и утолщения стенок кишечника. Пневматоз

кишечника. Наличие множественных разнокалиберных уровней в кишечных петлях

УЗИ органов брюшной полости

УЗ-признаки гепатомегалии с усилением сосудистого рисунка печени, дисфункции билиарного тракта, вторичных изменений поджелудочной железы. Выраженный метеоризм, снижение перистальтики в пораженных сегментах, неравномерная, умеренная дилатация петель кишечника, минимальное количество жидкостного компонента между кишечными петлями

Электроэнцефалография

Исследование провести невозможно вследствие возраста и массово-ростовых показателей ребенка

Фиброэластометрия печени

Исследование датчиком S провести невозможно вследствие узких межреберных промежутков

УЗИ тазобедренных суставов

УЗ-признаки незрелости тазобедренных суставов

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования, больному можно поставить основной клинический диагноз

- вводится на 4-6 месяце жизни
- вводится не раньше 6-8 месяца жизни
- должно учитывать степень незрелости и сопутствующие состояния
- осуществляется в соответствии нормами для здоровых детей

Диагноз

Некротический энтероколит стадия 2А

Неспецифический язвенный колит

Болезнь Крона

Перинатальное поражение центральной нервной системы

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- синдромом Швахмана-Даймонда, билиарной атрезией
- синдромом Ледда, острой формой болезни Гиршпрунга
- неспецифическим язвенным колитом, туберкулезом кишечника
- хронической формой болезни Гиршпрунга, болезнью Крона

Основой терапии при некротическом энтероколите (НЭК) любой стадии является

- усиленное энтеральное питание через рот

- усиленное энтеральное питание через назогастральный зонд молочными смесями
- прекращение энтерального питания
- хирургическое вмешательство

При II стадии НЭЖ обычно энтеральная нагрузка исключается на + _____ + суток

- 5-7
- 1-3
- 7-10
- 3-5

Ребенку показана установка назогастрального зонда для обеспечения

- доступа для введения дополнительной жидкости с целью восполнения объема циркулирующей крови
- доступа для проведения антибактериальной терапии
- свободного оттока содержимого желудка с целью декомпрессии кишечника
- доступа для энтерального питания в случае отказа от кормления через рот

В случае отсутствия самостоятельного стула ребенку разрешены

- слабительные свечи после 4-5 суток острого периода
- сифонные клизмы
- слабительные свечи при выраженном вздутии живота
- очистительные клизмы

Для коррекции патологических потерь при повышении T тела на каждый градус выше 37С, объем инфузионной терапии увеличивается на + _____ + мл/кг/сут

- 40
- 30
- 20
- 10

При нормализации состояния для стартового энтерального вскармливания предпочтительно использование

- нативного или пастеризованного грудного молока
- смесей на основе частичного гидролиза белка коровьего молока
- смесей на основе полного гидролиза белка коровьего молока
- аминокислот

Энтеральное вскармливание начинают с

- 15 мл/кг/сут без наращивания объема в первые сутки
- 10 мл/кг/сут с ежедневным увеличением на 1 мл/кг/сут
- 10 мл/кг/сут без наращивания объема в первые сутки
- 15 мл/кг/сут с ежедневным увеличением на 1 мл/кг/сут

НЭЖ – тяжелое заболевание, которое представляет собой воспаление кишечной стенки

- 15 мл/кг/сут без наращивания объема в первые сутки
- 10 мл/кг/сут с ежедневным увеличением на 1 мл/кг/сут
- 10 мл/кг/сут без наращивания объема в первые сутки
- 15 мл/кг/сут с ежедневным увеличением на 1 мл/кг/сут

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме мама с девочкой 12 лет.

Жалобы

На плохую прибавку в весе, неустойчивый стул, периодические боли в животе.

Анамнез заболевания

В течение 7 месяцев девочку беспокоят периодические боли в животе, купирующиеся самостоятельно, не связанные с приемом пищи. Девочка связывала симптомы с нерегулярным питанием, периодическим употреблением фастфуда. В последние полгода отмечает разжиженный стул с примесями слизи и алой крови, иногда стул задержан до 3 дней. Не обследовалась.

Анамнез жизни

Ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре. Роды – 2-е, самостоятельные, срочные, в головном предлежании. Закричала сразу. Вес при рождении - 3200 г, длина - 51 см. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Грудное вскармливание до 9 мес, прикорм с 9 мес - переносимость удовлетворительная. Нарастание веса по возрасту. Развитие психомоторное по возрасту Профилактические прививки проведены в соответствии с Национальным календарем вакцинации. Диаскин тест - отриц. Перенесенные заболевания: В/оспа в 6 мес, ОРВИ 3-4 р/год. Травм и операций не было. Наблюдается ортопедом с Ds Правосторонний сколиоз грудопоясничного отдела позвоночника 2-3 степени (носит коррекционный корсет). Аллергологический анамнез: не отягощен. Наследственность: по заболеваниям ЖКТ не отягощена.

Объективный статус

Вес 41 кг. Рост 160 см. ИМТ 14,8 кг/м². Z-Score ИМТ -1,12. Z-Score роста +0,58. ОЖ – 57 см. ОБ – 80 см. Аппетит несколько снижен. Кожные покровы бледные, периорбитальные тени, чистые от инфекционной сыпи; гипергидроз ладоней и стоп. Видимые слизистые розовые, чистые. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Правосторонний грудопоясничный сколиоз (носит жесткий корсет). Носовое дыхание свободное.

ЧД -20 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧСС 72 уд. в мин. АД – 104/75 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, не вздут, чувствительный в пилородуоденальной зоне, в точках Кера, Яновера, Мейо-Робсена, в правой и левой подвздошной областях. Печень и селезенка не пальпируются. Стул, Диурез в норме.

Для постановки диагноза из лабораторных методов исследования не нужно проводить

- 15 мл/кг/сут без наращивания объема в первые сутки
- 10 мл/кг/сут с ежедневным увеличением на 1 мл/кг/сут
- 10 мл/кг/сут без наращивания объема в первые сутки
- 15 мл/кг/сут с ежедневным увеличением на 1 мл/кг/сут

Результаты обследования

Анализ мочи по Нечипоренко

=====

	Лейкоциты		Эритроциты		Цилиндры (гиалиновые)
	1 500		350		-

=====

Клинический анализ крови

=====

	Показатель		Ед измерения		Норма		Результат
	НВ		г/л		110-140		101
	Эр		$10^{12}/л$		3,7-4,9		4,5
	НСТ		%		35-45		34,5
	WBC		$10^9/л$		4,5-13,00		14,8
	Neu		%		43-65		70,6
	Lymph		%		31-53		26,1
	Mon		%		4-8		4,6
	Bas		%		0-1		0,4
	Eos		%		1-5		5
	PLT		$10^9/л$		150-440		304
	СОЭ		Мм/ч		2-20		18

=====

Биохимический анализ крови

=====

	Показатель		Ед измерения		Норма		Результат
	АЛТ		Ед/л		4-40		38
	АСТ		Ед/л		4-40		27
	Глюкоза		мм/л		3,9-5,8		3,8
	K{plus}		мм/л		3,5-5,5		3,82
	Na{plus}		мм/л		136-144		139

| Fe | мкМ/л | 9,5-21,5 | 9,1
| Мочевина | мм/л | 2,8-7,2 | 5,1
| СРБ | мг/л | 0-3 | 8
| Креатинн | мм/л | 54-95 | 66
| Белок общий | г/л | 64-83 | 73
| Альбумины | г/л | 35-50 | 42
| Холестерин | мм/л | 3,2-5,2 | 4,1
| Триглицериды | мм/л | 0,1-1,7 | 1,2
|====

Коагулограмма

|====
| Фибриноген | ПТИ | МНО | ПТВ
| Мг% | % |
| Сек
| 200-450 | 81-138 | 0,88-1,1 | 12-15
| 319 | 104 | 1,09 | 13,9
|====

Копрограмма

|====
| Показатель | Результат
| Форма | Полуоформленная
| Консистенция | Мягкая
| Цвет | Желто-коричневый
| Запах | Каловый резкий
| Мыш волокна | Без исчерченности {plus}
| Соед. Ткань | Abs
| Жир нейтр | Abs
| Жирные к-ты | Abs
| Мыла | {plus}
| Растит. Клетчатка | Непереваренная {plus}
Перевариваемая {plus}
| Эритроциты | {plus} {plus}
| Скрытая кровь | {plus}
| Лейкоциты | {plus}
| Слизь | {plus} {plus} {plus}
|====

Кальпротектин

>1000 мкг/г

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 15 мл/кг/сут без наращивания объема в первые сутки
- 10 мл/кг/сут с ежедневным увеличением на 1 мл/кг/сут
- 10 мл/кг/сут без наращивания объема в первые сутки
- 15 мл/кг/сут с ежедневным увеличением на 1 мл/кг/сут

Результаты обследования

УЗИ органов брюшной полости

ПЕЧЕНЬ Размеры – не увеличены. Правая доля - 102 мм. Левая доля - 66 мм.

Эхогенность - повышена. Паренхима – однородная, Внутривеночные желчные протоки Диаметр – норма. Стенки - утолщены. Воротная вена - размер 5мм норма; стенки норма. ОЖП - не расширен. Печеночные вены – норма.

Кровоток – не изм. Контур - четкие, ровные.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ - в типичном месте увеличен, 73x22, форма обычная, стенки норма, просвет свободный.

ЖЕЛУДОК Стенки - норма; секреция - норма. **12ПК** Стенки - норма; секреция - норма.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА 17x14x20, увеличена. Контур - ровный.

Паренхима - однородная. Эхогенность - средняя. Стенки сосудов - не уплотнены. Вирсунгов проток - не изменен.

СЕЛЕЗЕНКА не увеличена. 66x30. Контур - ровный. Паренхима - однородной структуры. Эхогенность - средняя. Дополнительная долька - не визуализируется. Сосуды - не изменены. Селезеночная вена – 4 мм норма.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ конгломерат мезентериальных л/у в околопупочной области 23x7.

СВОБОДНАЯ ЖИДКОСТЬ не визуализируется.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: УЗ признаки гепатомегалии с диффузными изменениями печени. УЗ-признаки ДЖВП, вторичных изменений поджелудочной железы.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия

Заключение ФЭГДС: Поверхностный рефлюкс-гастрит.

Колоноскопия с лестничной биопсией

Заключение колоноскопии: геморрагический колит с эрозиями, лимфофолликулярная гиперплазия поперечной, нисходящей и слепой кишок. Картина характерна для ВЗК (Неспецифический язвенный колит).

Результаты лестничной биопсии: Фрагменты слизистой оболочки различных отделов толстой кишки с сохраненной гистоархитектоникой. С собственной пластинке выраженная лимфоплазмочитарная инфильтрация с формированием фолликулов со светлыми центрами, и умеренной примесью эозинофилов и нейтрофилов, которые проникают в просветы желез

УЗИ крупных суставов

Патологии не выявлено

Фиброэластография печени

Проведена серия из 19 успешных измерений. Медиана измерений эластичности печени составляет 4,4 кПа; интерквартильный размах значений (IQR) 1,1 кПа - однородная.

Заключение: Общий результат исследования с наибольшей вероятностью соответствует гистологической стадии фиброза печени ~ F0 (по METAVIR).

УЗИ брахиоцефальных артерий и вен

Патологии не выявлено

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования, больному можно поставить основной клинический диагноз

- 15 мл/кг/сут без наращивания объема в первые сутки
- 10 мл/кг/сут с ежедневным увеличением на 1 мл/кг/сут
- 10 мл/кг/сут без наращивания объема в первые сутки
- 15 мл/кг/сут с ежедневным увеличением на 1 мл/кг/сут

Диагноз

Неспецифический язвенный колит, активный период

Болезнь Крона, стадия ремиссии

Гастроинтестинальная форма пищевой аллергии

Острая кишечная инфекция

Физическое развитие данного ребенка можно оценить как

- среднее, дисгармоничное за счет дефицита веса легкой степени (Z-Score ИМТ -1,12)
- выше среднего, дисгармоничное за счет дефицита веса легкой степени (Z-Score ИМТ -1,12)
- выше среднего, дисгармоничное за счет дефицита веса средней степени (Z-Score ИМТ -1,12)
- среднее, дисгармоничное за счет дефицита веса средней степени (Z-Score ИМТ -1,12)

**В фазу обострения воспалительных заболеваний кишечника
рекомендована диета №**

- 4
- 1
- 4б
- 4в

**Данный вариант диеты является физиологически неполноценным и
однообразным, поэтому рекомендовано**

- дополнительное зондовое питание
- дополнительное назначение панкреатических ферментов с целью улучшения пищеварения
- дополнительное назначение стандартных энтеральных смесей в качестве дополнительного питания
- дополнительное назначения антибиотикотерапии с целью купирования воспалительного процесса

**С целью коррекции дефицита железа у пациентов с воспалительными
заболеваниями кишечника оптимальным является сочетание в одном
приеме пищи**

- продуктов, содержащих гемовое железо, с высокой биодоступностью и продуктов, содержащих белок коровьего молока
- продуктов, содержащих гемовое железо, с высокой биодоступностью и продуктов, богатых кальцием
- продуктов, содержащих гемовое железо, с высокой биодоступностью и продуктов, богатых калием
- продуктов, содержащих гемовое железо, с высокой биодоступностью и продуктов, богатых органическими кислотами

В лечебном питании детей с болезнями толстой кишки с пробиотической целью используют

- свежие овощи и фрукты, глютеносодержащие крупы, цельное молоко
- продукты из морских водорослей
- сливочное масло, сладкие фрукты и ягоды, бобовые
- свежевыжатые фруктовые и овощные соки, мясные бульоны

Для восполнения потерь калия пациентам с диареей возможно употребление

- красного мяса
- помидоров
- бананов
- огурцов

В период ремиссии заболевания рекомендовано исключить из рациона

- семечки, орехи, грибы
- свежие фрукты, нежирные сорта мяса и рыбы
- тушеные овощи, мясные бульоны
- кисломолочные продукты, свежие ягоды

К вторичным профилактическим мероприятиям относят

- профилактику кровотечений и свищей
- санацию полости рта и соблюдение гигиенических правил
- режим и качество питания
- отказ от вредных привычек

Пациентам с воспалительным заболеванием кишечника

- профилактику кровотечений и свищей
- санацию полости рта и соблюдение гигиенических правил
- режим и качество питания
- отказ от вредных привычек

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме мама с мальчиком 7 лет.

Жалобы

На заложенность носа в апреле-мае, на зуд губ, ротовой полости, чувство «распираания» языка, неба.

Анамнез заболевания

На 1 году жизни наблюдался педиатром с аллергией на белок коровьего молока. С возраста 4 лет родители стали отмечать постоянную заложенность носа в весеннее время, аллергологом не наблюдались. В последнее время при употреблении свежих яблок, персиков появились жалобы на зуд губ, ротовой полости, чувство «распираания» языка, неба.

Анамнез жизни

Ребенок от 3 беременности (1 - здоровый мальчик, 2 - выкидыш), протекавшей физиологически. Роды – 2 срочные, самостоятельные, с однократным обвитием пуповины. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Вес при рождении - 3690 г, длина - 52 см. Ранний неонатальный период протекал гладко. Грудное вскармливание до 6 месяцев. Прикормы введены с 5 месяцев. Профилактические прививки: по возрасту. Диаскин тест – отрицательный. Перенесенные заболевания: ОРВИ, рахит, ЖДА, в/оспа 1 месяц назад.

Объективный статус

Рост 119 см, вес 19.3 кг, ИМТ 14.0 кг/м². Z-Score ИМТ -1,53. Z-Score роста - 0,55. Кожные покровы физиологической окраски, несколько сухие, остаточные следы после перенесенной в/оспы. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, распределена равномерно. Видимые слизистые физиологической окраски. Лимфатические узлы не увеличены, без признаков воспаления. Зев гиперемирован, отечность и рыхлость задней стенки. Аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена, перкуторные границы сердца соответствуют норме. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке, ЧСС - 83 в мин. АД – 98/55 мм рт. ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Со слов мамы, стул оформленный, периодически с примесями слизи. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- профилактику кровотечений и свищей
- санацию полости рта и соблюдение гигиенических правил
- режим и качество питания
- отказ от вредных привычек

Результаты обследования

Специфические IgE

Исследование крови на аллергенспецифические IgE антитела:

|=====

| Аллерген | Класс | Аллерген | Класс

| Гриб аспергиллиус | 0 | Яйцо цельное | 0
 | Гриб кладоспориум | 0 | Лесной орех – фундук (пищ.) | 0
 | Оляха | 0 | Молоко коровье | 0
 | *Береза белая* | *4* | Горох (пищ.) | 0
 | *Лещина* | *4* | Свинина | 0
 | *Овсяница луговая* | *3* | Картофель | 0
 | Ежа сборная | 0 | *Соя* | *1*
 | Рожь (пыльца) | 0 | Клубника | 0
 | Тимофеевка | 0 | *Томат* | *3*
 | Лебеда | 0 | *Пшеница* | *1*
 | Одуванчик лекарственный | 0 | Смесь перьев | 0
 | Полынь смесь | 0 | Лошадь (эпид.) | 0
 | *Яблоко* | *4* | *Собака (эпид.)* | *1*
 | *Говядина* | *1* | *Кошка (эпид.)* | *1*
 | *Морковь (пищ.)* | *3* | Таракан – смесь | 0
 | *Злаки пищ. – смесь (кукуруза, овес, рис)* | *4* | *Домашняя пыль* | *2*
 | Куриное мясо | 0 | Клещ терониссинус | 0
 | Треска | 0 | Клещ farina | 0
 |====

Общий анализ крови

|====
 | Показатель | Ед измерения | Норма | Результат
 | НВ | г/л | 110-140 | 136
 | Эр | $10^{12}/л$ | 3,7-4,9 | 4,38
 | НСТ | % | 35-45 | 38,5
 | WBC | $10^9/л$ | 4,5-13,00 | 7,43
 | Neu | % | 43-65 | 42,6
 | Lymph | % | 31-53 | 38,1
 | Mon | % | 4-8 | 6,6
 | Bas | % | 0-1 | 0,4
 | Eos | % | 1-5 | *9*
 | PLT | $10^9/л$ | 150-440 | 312
 | СОЭ | Мм/ч | 2-20 | 7
 |====

Кал на дисбактериоз

Исследование кала на дисбактериоз кишечника:

|====
 | *Микроорганизмы* | *Результат* | *Референсные значения*
 | E.coli Lac ({plus}) | $8 \cdot 10^8$ | 10^7 – 10^9
 | E.coli Lac (-) | Не выявлено | $\leq 10^7$
 | E.coli Гем ({plus}) | Не выявлено | 0
 | Enterococcus spp. | $1,6 \cdot 10^7$ | 10^5 – 10^6
 | Enterococcus Гем ({plus}) spp. | Не выявлено | 0
 | Proteus spp. | Не выявлено | $\leq 10^4$
 | Условно патогенные микроорганизмы

(УПМ) суммарно {asterisk}: | 8×10^5 | $\leq 10^5$
| *Klebsiella* spp. | 8×10^5 |

| *Citrobacter* spp. | Не выявлено |

| *Enterobacter* spp. | Не выявлено |

| *Hafnia* spp. | Не выявлено |

| *Serratia* spp. | Не выявлено |

| Прочие УПМ | Не выявлено |

| *Pseudomonas* spp. | Не выявлено | 0 {asterisk} {asterisk}

| Стафилококки коагулазонегативные | Не выявлено | $\leq 10^4$

| *Staphylococcus aureus* | Не выявлено | 0

| Дрожжеподобные грибы | Не выявлено | $\leq 10^4$

| Лактобациллы | $8 \cdot 10^8$ | $\geq 10^6$

| Бифидобактерии | $< 1 \cdot 10^8$ | 10^8 - 10^{10}

| Клостридии | Не выявлено | $\leq 10^5$

|====

Заключение: Увеличено количество *Enterococcus* spp., *Klebsiella pneumoniae*,
УМП суммарно. Снижено количество *Bifidobacterium* spp.

Иммунологический анализ крови

* _Иммунология: _*

|====

| IgG | IgM | IgA | IgE

| г/л | г/л | г/л | Ед/л

| 6,8-16,5 | 0,7-1,6 | 0,8-4,06 | < 100

| 13,46 | 1,11 | 2,13 | 12

|====

Липидограмма

* _Липидограмма: _*

|====

| Хол | ЛПВП | ЛПНП | ТГ

| мм/л | мм/л | мм/л | мм/л

| 3,2-5,2 | 0,9-2,1 | 1,55-3,8 | 0,1-1,7

| 3,1 | 1,108 | 1,8 | 1,33

|====

КЩС

|====

| Дата | pH | pCO₂ | BE | HCO₃ | TCO₂ | Lac

| N | 7,310-7,410 | 41,0-51,0 | (-2)-(-3) | 23,0-28,0 | 24-29 | 0,9-1,7

|

| 7,32 | 55 | 2,2 | 28,3 | 30 | *3,6*

|=====

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- профилактику кровотечений и свищей
- санацию полости рта и соблюдение гигиенических правил
- режим и качество питания
- отказ от вредных привычек

Результаты обследования

Скарификационные пробы

Кожные тесты с неинфекционными аллергенами:

|=====

| Номер | Показатель | Папула, мм | Гиперемия, мм

| 1 | Гистамин | 18 | 30

| 2 | Контроль | Отр | Отр

|=====

Бытовые и эпидермальные аллергены

|=====

| 3 | Домашняя пыль | Отр | 8

| 4 | Клещи домашней пыли (*D. farinae*) | Отр | 12

| 5 | Шерсть овцы | Отр | Отр

| 6 | Шерсть собаки | Отр | 9

| 7 | Перо подушки | Отр | 24

|=====

Пыльцевые аллергены

|=====

| 8 | Пыльца березы | 7 | 16

| 9 | Пыльца орешника | 3 | 12

| 10 | Пыльца ольхи | Отр | Отр

| 11 | Пыльца тимopheевки | Отр | Отр

|=====

Пищевые аллергены

|=====

| 14 | Яблоки | 6 | 24

| 15 | Персик | 5 | 19

| 16 | Гречневая мука | Отр | Отр

| 17 | Пшеничная мука | Отр | Отр

|=====

Денситометрия

Минеральная плотность костной ткани в пределах возраста

Рентгенография органов грудной клетки

Патологии не выявлено

ФВД

Бронхиальная проводимость не нарушена

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- профилактику кровотечений и свищей
- санацию полости рта и соблюдение гигиенических правил
- режим и качество питания
- отказ от вредных привычек

Диагноз

Оральный аллергический синдром

Отек Квинке

Острая крапивница

Бронхиальная астма

Физическое развитие ребенка следующее

- среднее, дисгармоничное за счет дефицита веса легкой степени тяжести (Z-Score ИМТ -1,53)
- ниже среднего, гармоничное
- среднее, гармоничное
- среднее, дисгармоничное за счет дефицита веса средней степени тяжести (Z-Score ИМТ -1,53)

В период цветения березы пациентам рекомендовано исключить из рациона

- яблоки
- пшеницу
- кефир
- молоко

Обычно симптомы орального аллергического синдрома возникают

- не раньше 6 часов после контакта с аллергеном
- сразу после контакта с аллергеном
- в течение 12 часов после контакта с аллергеном
- в течение 15 минут после приема аллергенного продукта

Перекрестной активностью к полыни обладают

- дыня, банан, киви
- яблоки, фундук, вишня
- груши, морковь, сельдерей

- арбуз, кабачки, баклажаны

Особенность орального аллергического синдрома заключается в отсутствии каких-либо симптомов, если фрукты/овощи

- прошли кулинарную обработку
- употребляются в свежем виде
- выращены в собственном огороде
- не были обработаны пестицидами

Развитие орального аллергического синдрома связано с употреблением сырых фруктов и овощей у людей, которые страдают, в основном,

- аллергией на пыльцу
- аллергией на домашнюю пыль
- аллергией на эпидермис домашних животных
- аллергией на белок коровьего молока

Симптомы пищевой аллергии у таких больных, как правило, усиливаются

- при контакте с домашними животными
- в осенне-зимний период
- в дождливую погоду
- в период высокой концентрации пыльцы в воздухе

Основной механизм развития орального аллергического синдрома

- активация C-3 компонента комплимента
- Ig-E опосредованная дегрануляция тучных клеток
- Ig-A опосредованная чувствительность к антигенам косточковых фруктов
- образование циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)

Орофарингеальные симптомы

- активация C-3 компонента комплимента
- Ig-E опосредованная дегрануляция тучных клеток
- Ig-A опосредованная чувствительность к антигенам косточковых фруктов
- образование циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме мама с мальчиком 2 лет.

Жалобы

На боли в животе, слабость, заложенность носа, жидкий стул, головокружение

Анамнез заболевания

Заболевание началось остро с подъема Т до 37,3°C, двукратной рвотой, жидкого стула с примесью слизи, водянистый, пенный – 3 р/сут. Также отмечалось наличие катаральных явлений (покашливания, насморк).

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей. Роды – 1, срочные, самостоятельные. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9б. Вес при рождении - 3370г, длина – 52 см. Ранний неонатальный период протекал гладко. Приложен в груди сразу. Психомоторное развитие по возрасту. Аллергоанамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3 раза. Наследственность по заболеваниям ЖКТ не отягощена.

Эпид. анамнез – 2 дня назад контакт с больным ребенком с симптомами кишечной инфекции.

Объективный статус

Температура 36,9°C. Положение ребенка активное. Вес 13 кг. Рост 91 см. ИМТ 15,7 кг/м². Z-Score вес/рост - 0,12, Z-Score вес/возраст {plus}0,04, Z-Score роста/возраст {plus}0,16, Z-score ИМТ - 0,13. Аппетит снижен. Кожные покровы бледные, чистые от инфекционной сыпи. Видимые слизистые розовые, несколько сухие, чистые. Задняя стенка зернистая, умеренная гиперемия зева. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Заложенность носа, отделяемое слизистое. ЧД -25 в мин. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. ЧСС 108 уд. в мин. АД – 84/44 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык слегка обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, слабость мышц белой линии живота. Печень и селезенка не увеличены. Стул пенный, с примесями слизи до 3-4 р/сут. Диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- активация С-3 компонента комплимента
- Ig-E опосредованная дегрануляция тучных клеток
- Ig-A опосредованная чувствительность к антигенам косточковых фруктов
- образование циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)

Результаты обследования

Исследование кала методом ПЦР на ротавирусы и норовирусы

В кале обнаружены ротавирусы

Клинический анализ крови

Общий анализ крови

|=====

| Показатель | Ед. измерения | Норма | Результат

| НВ | г/л | 110-140 | 119,4

| Эп | 10¹²/л | 3,7-4,9 | 4,38

| НСТ | % | 35-45 | 36,5

| WBC | 10⁹/л | 4,5-13,00 | *14*

| Neu | % | 43-65 | 60

| Lymph | % | 31-53 | 35,1
| Mon | % | 4-8 | 4,6
| Bas | % | 0-1 | 0,4
| Eos | % | 1-5 | 2
| PLT | $10^9/\text{л}$ | 150-440 | 289
| СОЭ | Мм/ч | 2-20 | 15

|=====

Биохимический анализ крови

|=====

| Показатель | Ед. измерения | Норма | Результат
| АЛТ | Ед/л | 4-40 | 22
| АСТ | Ед/л | 4-40 | 33
| Глюкоза | мМ/л | 3,9-5,8 | 4,1
| К{plus} | мМ/л | 3,5-5,5 | 3,81
| Na{plus} | мМ/л | 136-144 | 138
| Мочевина | мМ/л | 2,8-7,2 | 5,1
| СРБ | мг/л | 0-3 | 2
| Креатинин | мМ/л | 54-95 | 68

|=====

Протеинограмма

|=====

| Белок общ. | Альбумин 4+^ | Глобулин
|
|
| A1 | A2 | B | γ
| 64-83 г/л | 30,9-49,2 г/л | 1,7-3,7 г/л | 4,8-9,7 г/л | 4,4-9,1 г/л | 6,0-12,7 г/л
| 69,46 | 41,7 | 2,5 | 6,9 | 7,1 | 11,1

|=====

Антитела к вирусным гепатитам

|=====

| HbsAg | Отриц
| aHbcor IgM | Отриц
| aHCV | Отриц
| aHAV IgM | Отриц
| aHEV IgM | Отриц

|=====

Коагулограмма

|=====

| Фибриноген | ПТИ | МНО | ПТВ
| Мг% | % |
| Сек
| 200-450 | 81-138 | 0,88-1,1 | 12-15

| 350 | 97 | 1,02 | 14,7

|====

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- активация С-3 компонента комплимента
- Ig-E опосредованная дегрануляция тучных клеток
- Ig-A опосредованная чувствительность к антигенам косточковых фруктов
- образование циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)

Результаты обследования

УЗИ органов брюшной полости

УЗИ брюшной полости: Печень: размеры не увеличены: правая доля -112 мм, левая доля – 58 мм, контур четкий, ровный, эхогенность средняя, паренхима – однородная. Стенки внутривенных желчных протоков не утолщены. Воротная вена – 7 мм, стенки - норма. Печеночные вены истончены, рисунок обеднен. Кровоток не изменен. Желчный пузырь: в типичном месте не увеличен, размеры 68x29 мм, форма- перегиб в воронке, стенки не уплотнены, просвет - свободный. Поджелудочная железа: увеличена, размер 37x30x38 мм, контур ровный, эхогенность повышенная, паренхима однородная, стенки сосудов не изменены. Вирсунгов проток не изменен. Селезенка: не увеличена, размеры 145x70 мм, паренхима - однородная; эхогенность средняя, дополнительная долька не визуализируется. Селезеночная вена 6 мм. Желудок: стенки утолщены, секреция - норма. 12-перстная кишка: стенки утолщены, секреция - норма. Лимфатические узлы - не визуализируется. Свободная жидкость не визуализируется. *Заключение:* УЗ признаки ДЖВП, вторичных изменений поджелудочной железы

Электрокардиограмма

Ритм синусовый с ЧСС 89 уд/мин. Вертикальная ЭОС.

УЗИ органов малого таза

УЗ-патологии не выявлено

Электроэнцефалограмма

Эпи-активность не зарегистрирована

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- активация С-3 компонента комплимента
- Ig-E опосредованная дегрануляция тучных клеток
- Ig-A опосредованная чувствительность к антигенам косточковых фруктов
- образование циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)

Диагноз

Ротавирусный гастроэнтерит

Эшерихиоз

Сальмонеллез

Инфекционный мононуклеоз

Физическое развитие ребенка в данном случае можно оценить как

- ниже среднего, гармоничное
- среднее, гармоничное
- среднее, дисгармоничное за счет избытка массы тела
- выше среднего, гармоничное

Одним из принципов комплексной терапии ротавирусной инфекции является

- пероральная регидратация и (или) инфузионная регидратационная и дезинтоксикационная терапия
- пероральная и (или) инфузионная антибактериальная терапия
- обогащение рациона высокобелковыми продуктами и клетчаткой
- этиотропная противовирусная терапия препаратами прямого действия

Основным принципом диетотерапии при острых кишечных инфекция у детей является

- использование высококалорийных высокобелковых смесей
- использование продуктов с антибактериальными свойствами
- использование продуктов с пробиотическими свойствами
- обогащение рациона белковыми продуктами, в том числе на основе белка коровьего молока

При развитии диареи «осмотического» типа в рационе необходимо ограничить

- соки, цельное коровье молоко
- низколактозные продукты питания, отварное мясо птицы
- смеси на основе полного гидролиза белка коровьего молока
- безлактозные продукты питания, крупы

При развитии диареи «осмотического» типа в рационе разрешено использование

- молочных продуктов любой жирности, свежей выпечки, шоколада
- печеных яблок, нежирного творога, каш на воде
- свежих яблок, бобовых, кисломолочных продуктов
- печеных бананов, творога не менее 9% жирности, каш на молоке

При эксикозе I-II степени

- регидратационная терапия не проводится
- проводится парентеральное введение глюкозы 5%
- проводится пероральная регидратация
- проводится парентеральная регидратация

Особенностью эпидемического процесса при ротавирусной инфекции является

- невозможность внутрибольничного распространения инфекции
- высокая контагиозность
- преобладание парентерального пути передачи
- выраженная летняя сезонность

Источниками ротавирусной инфекции являются

- реконвалесценты и бактерионосители
- реконвалесценты и вирусоносители
- больные и бактерионосители
- больные и вирусоносители

Ротавирусной инфекцией наиболее часто болеют

- реконвалесценты и бактерионосители
- реконвалесценты и вирусоносители
- больные и бактерионосители
- больные и вирусоносители

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме папа с ребенком 10 месяцев.

Жалобы

На слабость, снижение аппетита, частые срыгивания, вздутие живота, жидкий стул с примесями слизи.

Анамнез заболевания

Заболел 2 дня назад. Начало постепенное со слабости, подъема Т к вечеру до 37,2°C, редких срыгиваний. На следующий день срыгивания обильные, частые вплоть до рвоты. Стул «брызжущий», обильный, желтого цвета с умеренным количеством слизи – 2-3 р/сут.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей. Роды – 1, срочные, самостоятельные. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9б. Вес при рождении - 3360г, длина – 50 см. Ранний неонатальный период протекал гладко. Приложен в груди сразу. Находится на грудном вскармливании по настоящее время, прикормы введены с 6 мес – переносимость удовлетворительная. Психомоторное развитие по возрасту. Аллергоанамнез не отягощен.

Перенесенные заболевания: ОРВИ 3 раза. Наследственность по заболеваниям ЖКТ не отягощена.

Эпид. анамнез – у матери были симптомы кишечной инфекции

Объективный статус

Температура 37,4°C. На осмотр реагирует негативно. Вес 9 кг; рост – 73см; ИМТ 16,9 кг/м². Z-score ИМТ = 0,18; Z-score рост к возрасту = 0,62; Z-score вес к возрасту = 0,49; Z-score вес к росту = 0,29. Состояние питания пониженное, обильные срыгивания. Кожные покровы физиологической окраски с сухостью и шелушением, несколько снижен тургор кожи. Зев гиперемии нет. Лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание свободное. ЧД 28 в мин. При аускультации дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧСС 116 уд. в мин. Ритм правильный. Тоны сердца звучные, нежный систолический шум на верхушке. Живот несколько напряжен, при пальпации капризна, поджимает ножки Печень: {plus}0,5 см из-под края реберной дуги. При пальпации край ровный, консистенция эластичная. Селезенка не пальпируется. Дизурии нет. Стул обильный, желтого цвета с умеренным количеством слизи, капельками жира – 2-3 р/сут.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- рекоменвалесценты и бактерионосители
- реконвалесценты и вирусносители
- больные и бактерионосители
- больные и вирусносители

Результаты обследования

Общий анализ крови

=====			
Показатель	Ед измерения	Норма	Результат
НВ	г/л	110-140	130
Эп	10 ¹² /л	3,7-4,9	5,1
НСТ	%	35-45	36,5
WBC	10 ⁹ /л	4,5-13,00	*15*
Neu	%	43-65	*72*
Lymph	%	31-53	26,1
Mon	%	4-8	4,6
Bas	%	0-1	0,4
Eos	%	1-5	3
PLT	10 ⁹ /л	150-440	388
СОЭ	Мм/ч	2-20	*23*
=====			

Копрограмма

=====	
Показатель	Результат

| Форма | Полуоформленная
| Консистенция | Мягкая
| Цвет | Желто-коричневый
| Запах | Каловый резкий
| Мыш волокна | С исчерченностью {plus}
| Соед. Ткань | Скудно
| Жир нейтр | {plus} {plus}
| Жирные к-ты | Abs
| Мыла | {plus}
| Растит. Клетчатка | Непереваренная {plus}
Перевариваемая {plus}
| Эритроциты | {plus} {plus}
| Лейкоциты | {plus} {plus}
| Слизь | {plus} {plus} {plus}

|====

Бактериологический метод

Выявлен рост энтеропатогенных эшерихий

Общий анализ мочи

|====

| Цвет | Прозр | Отн плотн | рН | Белок | Глюкоза | Эпит | Лейкоциты |
Эритроциты
| с/ж | полная | 1010 | 6 | Abs | Abs | Abs | Abs | Abs

|====

Определение антител к вирусным гепатитам

ИФА, ПЦР:

|====

| HbsAg | Отриц
| aHBcor IgM | Отриц
| aHCV | Отриц
| aHAV IgM | Отриц
| aHEV IgM | Отриц

|====

Коагулограмма

|====

| Фибриноген | ПТИ | МНО | ПТВ
| Мг% | % |
| Сек
| 200-450 | 81-138 | 0,88-1,1 | 12-15
| 368 | 108 | 1,08 | 13,7

|====

Для постановки диагноза в данном случае

- рекоменвалесценты и бактерионосители
- реконвалесценты и вирусносители
- больные и бактерионосители

- больные и вирусоносители

Результаты обследования

Инструментальная диагностика не требуется

Нет необходимости в инструментальной диагностике

Электрокардиограмма

Ритм синусовый с ЧСС 89 уд/мин. Вертикальная ЭОС.

УЗИ органов малого таза

УЗ-патологии не выявлено

Электроэнцефалография

Эпи-активность не зарегистрирована

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования, больному можно поставить основной клинический диагноз

- реконвалесценты и бактерионосители
- реконвалесценты и вирусоносители
- больные и бактерионосители
- больные и вирусоносители

Диагноз

Эшерихиозный гастроэнтерит

Шигиллезный гастроэнтерит

Сальмонеллезный гастроэнтерит

Кампилобактериозный гастроэнтерит

Физическое развитие ребенка в данном случае можно оценить как

- среднее, дисгармоничное за счет дефицита массы тела
- выше среднего, гармоничное
- среднее, гармоничное
- ниже среднего, гармоничное

При легкой форме острой кишечной инфекции (ОКИ) детям грудного возраста рекомендовано + _____ + в первые 3-4 дня

- увеличение объема питания на 15-20%
- увеличение объема питания на 30-40%
- уменьшение объема питания на 15-20%
- уменьшение объема питания на 30-40%

Оптимальным видом питания грудных детей при острой кишечной инфекции является

- непастеризованное коровье молоко
- пастеризованное коровье молоко
- непастеризованное грудное молоко
- непастеризованное козье молоко

Назначение неадаптированных кисломолочных смесей

- не рекомендовано, так как они вызывают дисбаланс микрофлоры кишечника
- рекомендовано, так как они обладают пробиотической активностью
- рекомендовано, так как они улучшают моторику желудочно-кишечного тракта
- не рекомендовано, так как из-за диapedезных кровотечений в кишечнике возможно развитие железодефицитной анемии

В данном случае возможно приготовление каш

- на воде или половинном молоке
- на смеси на основе цельного белка коровьего молока
- только на воде
- только на цельном молоке

С противорвотной целью возможно назначение

- энтеросорбентов
- ферментов
- бактериофагов
- прокинетиков

Энтеросорбенты в острый период острой кишечной инфекции назначаются

- на 1-3 дня до нормализации характера стула
- на 5-10 дней до нормализации характера стула
- на 1-3 дня до купирования приступов тошноты и рвоты
- на 5-10 дней до купирования приступов тошноты и рвоты

Основным источником инфекции при эшерихиозах является

- больной человек
- здоровый бактерионоситель
- больные домашние животные
- вирусоноситель

Основным путем передачи эшерихиозов является

- больной человек
- здоровый бактерионоситель
- больные домашние животные

- вирусоноситель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме мама с девочкой 3 лет 9 месяцев.

Жалобы

На рецидивирующую рвоту, абдоминальный болевой синдром, метеоризм, неустойчивый характер стула, отсутствие прибавки массы тела.

Анамнез заболевания

После рождения на фоне течения энтероколита плохо усваивала энтеральное питание, нарушена моторно-эвакуаторная функция ЖКТ. На фоне геморрагического синдрома и нарастания интоксикации временно переведена на полное парентеральное питание в течение нескольких дней, с последующим расширением рациона - смесь на основе глубокого гидролиза БКМ {plus} СЦТ, далее с постепенным переводом на преНутрилон 1.

С 1 года отмечаются периодические рвоты при попытке увеличить объем кормления и на фоне введения новых продуктов (фрукты, кисломолочные продукты), на фоне рвот отмечалась плохая прибавка массы тела, вялость. По данным УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено. При обследовании выявлен желудочно-пищеводный рефлюкс. ФЭГДС в желудке и в 12 п.к. - эрозии покрытые гемосидерином. В 1г 6 мес. - проведена операция фундопластика по Ниссену - эзофагогастрофундопликация. После хирургического лечения значительное уменьшение рвоты.

В 3 года появились жалобы на боли в животе, отрыжка кислым содержимым, рвота на фрукты и к/молочные продукты, далее отмечалась неукротимая рвота (купирование в/в введением глюкозы, спазмолитик, омепразол). При проведении гастроскопии пилороспазм (фиброскоп в дуоденум проходит с трудом), при рентгеноскопии с барием - заброса из желудка в пищевод не получено, эвакуация из желудка своевременная. На фоне антацидов, прокинетики и ингибиторов протонной помпы состояние с положительной динамикой. Необходима коррекция рациона и подбора лечебной смеси для нутритивной поддержки.

Фактическое питание в домашних условиях: +

Завтрак - Овсяная каша на воде 300 г {plus} сливочное масло 3 г {plus} банан 50-100 г {plus} компот (яблоко, курага) с сахаром 1 ч.л. на 100 мл воды. +

Обед - Суп на курином бульоне 250 г {plus} курица 50 г (картофель, морковь, цветная капуста, рис, гречка, макароны) {plus} фрикадельки (индейка, говядина) 5 шт. {plus} сливочное масло 5 г / {plus} Овощное пюре домашнего приготовления (картофель, капуста, цветная капуста, кабачок, морковь, петрушка, тыква) 80-90 г {plus} мясо из баночки 50 г {plus} льняное масло 3 мл. Компот на дневной сон. +

Полдник - паровой омлет (4 перепелиных яйца) на молоке Агуша 4 раза в неделю {plus} печеное яблоко или яблочное пюре / каша на воде со сливочным маслом (овсянка, гречка) / хлебец или печенье {plus} банан 100 г {plus} компот.

+

Ужин Суп овоще-крупяной с мясом 250-300 мл {plus} овощное пюре как на обед {plus} мясо из баночки 50 г. +

Н/ночь {plus} ночь компот 400 мл.

Анамнез жизни

Ребенок от 3 беременности (1-ая бер-ть – замершая; 2-ая бер-ть – внематочная (тубэктомия), 3-я беременность – настоящая), протекавшей на фоне тяжелого токсикоза, угрозы прерывания на всем протяжении, с-м гиперкоагуляции, гепатоза беременных, нарушением маточно-плацентарного кровотока 3 степени. От 1-х преждевременных родов путем экстренной операции кесарева сечения на 29 неделе гестации, тазовое предлежание плода, околоплодные воды светлые.

При рождении: вес 990 гр.; рост 37 см. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов.

Состояние после рождения тяжелое, обусловленное дыхательной недостаточностью, течением в/утробной пневмонии, гемодинамическими и микроциркуляторными нарушениями, на фоне угнетения ЦНС, задержки роста плода, недоношенности 29-30 недель. Респираторная поддержка - назальный СРАР - 7 суток, желтуха со 2-х суток (максимальный уровень билирубина 142 ммоль/л). На 2-е сутки жизни отмечался геморрагический синдром (желудочное кровотечение, кровоточивость из мест инъекций), который был купирован введением СЗП. Со стороны ЖКТ - повторные эпизоды застоя в желудке, течение энтероколита, энтеральное питание усваивала плохо. ДМЖП в мышечной части - 2,5 мм. Выписана со 2-го этапа выхаживания под наблюдение участкового врача педиатра в 3 месяца жизни календарного возраста с массой тела 2675 г. Искусственное вскармливание с рождения - смесь Альфаре с постепенным переходом на пре-Нутрилон 1. Недостаточная прибавка веса отмечалась с рождения. Развитие психомоторное: темповая задержка моторного развития.

Вакцинация по индивидуальному графику: ВСГ-М, вакцинация против кори, краснухи, паротита в 1г. Реакция Манту не проводилась. +

Операции: эзофагогастрофундопликация по Ниссену по поводу грыжи пищеводного отверстия; оперативное лечение паховой грыжи. +

Перенесенные заболевания: рецидивирующие срыгивания и рвоты, ОРВИ с диарейным синдромом, двухсторонний отит, бронхит. +

Наследственность: мать - бронхиальная астма, сезонный аллергический ринит, гастрит; папа - артериальная гипертензия.

Объективный статус

Температура 36,6. ЧДД 26 в в мин. АД 100/60 мм рт. ст. ЧСС 84 уд в мин. +

Вес 11,8 кг; Z-Score вес/возраст = -2,12, Z-Score вес/рост=-3,36. +

Рост 102 см; Z-Score роста/возраст= {plus}0,23; +

ИМТ 11,3 кг/м². Z-Score ИМТ =-3,55;

Кожные покровы физиологической окраски, чистые от сыпей, со склонностью к сухости. Множественные мелкие рубцы после проведения инфузионной терапии в периферические вены. Слизистые оболочки розовые, чистые, влажные. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Носовое дыхание свободное. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца звучные, ритмичные, систолический шум, нежный в V точке

аускультации. Аппетит сохранен. Язык чистый, влажный. Живот вздут, при пальпации чувствительный в точках проекции поджелудочной железы. Печень и селезенка не пальпируются. Стул полуоформленный. Дизурии нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- больной человек
- здоровый бактерионоситель
- больные домашние животные
- вирусоноситель

Результаты обследования

Определение специфических IgE

=====

Аллерген 2+^ IgE
МЕ/мл Класс
А-лактальбумин *0,87* *2*
В-лактглобулин *4,63* *3*
Казеин *2,56* *2*
Клейковин (глютен) *1,12* *2*

Определение а/т IgG и IgA к глиадину и тканевой трансглутаминазе

Маркеры целиакии:

=====

А/т к тк. трансглутаминазе IgA	А/т к тк. трансглутаминазе IgG	А/т к
глиадину IgG	А/т к глиадину IgA	
Ед/л	Ед/л	Ед/л Ед/л
<10	<10	<10 <10
0,1	2,59	3,4 4,2

Уровень кальпротектина

Исследования кала:

=====

Кальпротектин
<214 мкг/г
308

Общий анализ мочи

=====

Цвет	Прозр	Отн плотн	рН	Белок	Глюкоза	Эпит	Лейкоциты
Эритроциты							
с/ж	полная	1010	6	Abs	Abs	Abs	Abs

=====

Витаминный профиль

Витаминный статус:

|=====

| Дата | 25-ОН - вит D | Фолиевая к-та | Витамин В12

|

| нг/мл | нг/мл | пг/мл

| Норма | 30-80 | 2,5-15 | 313-1410

|

| 39,6 | 12 | 503

|=====

Коагулограмма

|=====

| Дата | Фибриноген | ПТА | МНО | ПТВ

|

| мг% | % |

| сек

| Норма | 200-450 | 81-131 | 0,85-1,15 | 12-15

|

| 245 | 91 | 1,06 | 15,4

|=====

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- больной человек
- здоровый бактерионоситель
- больные домашние животные
- вирусоноситель

Результаты обследования

УЗИ органов брюшной полости

ПЕЧЕНЬ Размеры –не увеличены. Правая доля -96 мм.Левая доля - 50 мм.

Эхогенность - средняя. Паренхима–однородная. +

Внутрипеченочные желчные протоки: Диаметр – норма.Стенки – уплотнены.Воротная вена – размер 5,0 мм норма; стенки норма. ОЖП - не расширен.Печеночные вены – норма.Кровоток –не изменен. Контур - четкие, ровные. +

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ -в типичном месте;увеличен 64x20 мм, форма – перегиб в воронке, стенки норма, просвет свободный. +

ЖЕЛУДОК Стенки - норма; секреция - содержимое газ. +

12ПК Стенки - норма; секреция – содержимое газ. +

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА 16x12x19, увеличена. Контур - ровный.

Паренхима - однородная. Эхогенность - средняя.Стенки сосудов - не уплотнены.

Вирсунгов проток -не изменен. +

СЕЛЕЗЕНКА не увеличена. 76x35 мм. Контур - ровный. Паренхима -

однородной структуры. Эхогенность - средняя. Дополнительная долька - не

визуализируется. Сосуды - не изменены. Селезеночная вена – 3,0 мм норма. +
ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ конгломерат мезентериальных л/узлов в
околопупочной области 23*10 мм. +
СВОБОДНАЯ ЖИДКОСТЬ не визуализируется. +
ПОЧКИ ЛП 79x28, дифференцировка сохранена. ЧЛС не изменена.
Конкременты не визуализируются. ПП 68x28, дифференцировка сохранена,
ЧЛС не изменена. Конкременты не визуализируются. +
ЗОНА НАДПОЧЕЧНИКОВ: не изменена. +
МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ заполнен, стенки тонкие, ровные, просвет анэхогенный.
Расширена ампула прямой кишки до 49 мм, сигмовидная до 35 мм.
Перистальтика снижена. Обильное содержимое газа в кишечнике.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ: УЗ признаки ДЖВП, вторичных изменений поджелудочной
железы, дискинезии дистальных отделов кишечника. УЗ признаки мезаденита.

Денситометрия

Минеральная плотность костной ткани в пределах возраста

Рентгенография органов грудной клетки

Патологии не выявлено

Нейросонография

Патологии не выявлено

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования, больному можно поставить клинический диагноз

- больной человек
- здоровый бактерионоситель
- больные домашние животные
- вирусоноситель

Диагноз

Поливалентная пищевая аллергия, гастроинтестинальная форма. Вторичные изменения поджелудочной железы. Нарушение функции билиарного тракта на фоне деформации желчного пузыря. Состояние после эзофагогастрофундопликации

Поливалентная пищевая аллергия, кожная форма. Вторичные изменения поджелудочной железы. Нарушение функции билиарного тракта на фоне деформации желчного пузыря

Поливалентная пищевая аллергия, кожная и гастроинтестинальная форма. Вторичные изменения поджелудочной железы. Нарушение функции билиарного тракта на фоне деформации желчного пузыря. Состояние после эзофагогастрофундопликации

Пищевая аллергия, гастроинтестинальная форма

Физическое развитие ребенка следующее

- среднее, дисгармоничное за счет дефицита веса тяжелой степени (Z-Score вес/рост=-3,36)
- среднее, дисгармоничное за счет дефицита веса тяжелой степени (Z-Score ИМТ=-3,55)
- среднее, дисгармоничное за счет дефицита веса тяжелой степени (Z-Score вес/возраст=-2,12)
- среднее, дисгармоничное за счет дефицита веса тяжелой степени (Z-Score роста/возраст=+0,23)

Основной принцип лечения пищевой аллергии любого генеза заключается в

- ограничении в рационе продуктов, содержащих причинно-значимые аллергены
- исключении продуктов, содержащих белок коровьего молока
- исключении «большой восьмерки» продуктов вне зависимости от выявленных причинно-значимых аллергенов
- исключении из рациона продуктов, содержащих причинно-значимые аллергены

Наиболее важный аллерген БКМ

- бычий сывороточный альбумин
- казеин
- овомукоид
- лактоферрин

При аллергии на смесь с высокогидролизованной белками рекомендована

- элементная смесь на основе аминокислот
- смесь на основе казеинового гидролиза
- смесь с частичным гидролизом белка
- смесь на основе сывороточного гидролиза

Элементное питание (смесь на основе аминокислот) возможно использовать в качестве основной смеси

- для детей, находящихся на молочной диете
- для детей, находящихся на безмолочной диете
- для условно здоровых детей
- для детей, находящихся на кисло-молочной диете

Известно, что соевые смеси

- предотвращают формирование сенсibilизации к БКМ
- не предотвращают формирование сенсibilизации к БКМ

- предотвращают формирование сенсibilизации к яичному белку
- предотвращают формирование сенсibilизации к белку пшеницы

При наличии аллергии на белок коровьего молока

- в 10% развивается аллергия на белок козьего молока
- в 90% развивается аллергия на белок козьего молока
- в 90% развивается аллергия на белок куриных яиц
- в 10% развивается аллергия на белок куриных яиц

Наибольшая распространенность аллергии среди

- подростков
- детей 5-6 лет
- детей до 2 лет
- детей школьного возраста

Пищевые аллергены являются

- подростков
- детей 5-6 лет
- детей до 2 лет
- детей школьного возраста

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 18 лет, студент 2 курса, обратился за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания.

Жалобы

Пациент периодически отмечает мышечную слабость в бедрах, вплоть до падения.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, в детстве было «заболевание костей», какое именно назвать не может, было проведено лечение. За последние 2 месяца пациент отметил появление выраженной слабости в конечностях, преимущественно в проксимальных отделах бедер, повышенную склонность к падениям, из-за чего пациент прекратил посещение секции волейбола в университете.

Анамнез жизни

Ранее травм, переломов, оперативных вмешательств, переливаний крови не было. Хронические заболевания отрицает. Не курит. Алкогольные напитки не употребляет. Ведет активный образ жизни (занимается волейболом).

Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Питание нерегулярное, «на бегу», отсутствие пищевого разнообразия.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 190 см, вес 75 кг,

индекс массы тела (ИМТ) 20,8. Деформация грудной клетки по типу сколиоза, черепа (по типу «башенного»). Дизурические и диспепсические явления отрицает. Снижение показателей роста за последние 10 лет не отмечает. **Данные объективного статуса предполагают перенесенный**

- туберкулез костей
- рахит
- первичный остеопороз
- остеомиелит

Скрининг на дефицит витамина D показан

- всем лицам без исключения
- наследственно предрасположенным лицам
- пациентам, с заболеваниями желудочно-кишечного тракта
- пациентам, имеющим факторы риска развития дефицита витамина D

Для проведения оценки статуса дефицита витамина D рекомендуется определение

- 25(ОН)D в крови
- общего кальция в крови
- эргокальциферола
- фосфора в сыворотке крови

Фактором риска развития дефицита витамина D у данного пациента является (-ются)

- перенесенный рахит
- нерегулярное питание
- чрезмерные физические нагрузки
- неправильное питание

Рекомендуемым препаратом для лечения дефицита витамина D является

- колекальциферол (D3)
- эргокальциферол
- 22-дигидроэргокальциферол
- сигма-кальциферол

Адекватным уровнем витамина D является + _____ + (нг/мл)

- < 10
- >150
- < 20
- ≥30

Доза и режим приема 25(ОН)D для данного пациента для приема внутрь (МЕ) являются

- 150000, двукратно с разницей в неделю
- 100000, однократно
- 10000, однократно в неделю в течение 4 недель
- 50000, однократно в неделю в течение 8 недель

Инструментальная диагностика дефицита витамина D

- не применяется
- представлена двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрией
- представлена позитронной эмиссионной томографией
- представлена компьютерной томографией

В комбинации с витамином D необходимо назначить препараты

- магния
- фосфора
- железа
- кальция

Потребление кальция с пищей для данного пациента должно составлять + _____ + (мг/сутки)

- 900
- 700
- 1000
- 1200

Продуктами, снижающими усвоение кальция, которые рекомендуется ограничить данному пациенту являются

- мясо и птица, а также блюда из них
- ягоды
- фруктовые и овощные соки
- чай и кофе

Контроль витамина D в крови необходимо провести

- мясо и птица, а также блюда из них
- ягоды
- фруктовые и овощные соки
- чай и кофе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка в возрасте 42 лет, обратилась за консультацией к врачу-диетологу с целью оценки статуса и подбора рациона питания после перенесенной бариатрической операции.

Жалобы

Пациентка ощущает дискомфортное состояние после употребления в пищу тех или иных продуктов (чаще хлебобулочных изделий и сладких продуктов) в виде вздутия живота, чувства переливания в животе, периодического жидкого стула с прослойками непереваренной пищи, периодически мышечную слабость в бедрах, вплоть до падения.

Анамнез заболевания

С возраста 32 лет пациентка начала стремительно набирать вес (проблемы в семье), по причине «заедания» стресса, со слов пациентки, пыталась снизить вес самостоятельно - периодически сидела на диетах, «срывалась», занималась неадекватными своему состоянию здоровью физическими нагрузками, периодически наблюдалась у эндокринолога. Два года назад пациентке была проведена бариатрическая операция. Периодически пациентка отмечала проблемы с пищеварением в виде вздутия, периодического жидкого стула с частицами непереваренной пищи, чувство слабости в проксимальных отделах нижних конечностей, периодические падения. Пациентка прошла биохимический скрининг витамина D, который составил 25(OH)D 9 нг/мл.

Анамнез жизни

Ранее травм, переломов, переливаний крови не было. Хронические заболевания отрицает. Гинекологический анамнез – без особенностей. Не курит.

Алкогольные напитки не употребляет. Ведет умеренно активный образ жизни (посещает бассейн, скандинавская ходьба). Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, вес 69 кг, индекс массы тела (ИМТ) 25,5. Кифозных деформаций позвоночника не отмечается. Дизурические явления отрицает. Снижение показателей роста за последние 10 лет не отмечает.

Согласно данным уровня витамина D диагностируется как

- уровень с возможным проявлением токсичности витамина D
- адекватный уровень витамина D
- выраженный дефицит витамина D
- недостаточность витамина D

Фактором риска развития тяжелого дефицита витамина D у пациентки является

- бариатрическая операция
- недостаточная инсоляция
- неизвестное заболевание желудочно-кишечного тракта
- неправильное питание

Для проведения оценки статуса дефицита витамина D рекомендуется определение

- 25(ОН)D в крови
- эргокальциферола
- фосфора в сыворотке крови
- общего кальция в крови

Значение 25(ОН)D + _____ + нг/мл (+ ___ + нмоль/л) в сыворотке крови, свидетельствует о дефиците витамина D в организме

- более 150; 375
- менее 10; 25
- более 30; 75
- менее 20; 50

Рекомендуемым препаратом для лечения дефицита витамина D является

- эргокальциферол
- колекальциферол (D3)
- 22-дигидроэргокальциферол
- сигма-кальциферол

После последнего приема лечебной дозы витамина D определение уровня 25(ОН)D в крови целесообразно провести через

- 3 недели
- 3 дня
- 3 месяца
- год

Суточной дозой 25(ОН)D для данной пациентки является + _____ + (МЕ)

- 2500 – 3000
- 1000 – 1500
- 5000 – 6000
- 6000 – 10000

Наибольшее число МЕ витамина D содержится в

- молоке
- говяжьей печени
- диком лососе
- сыре

В комбинации к витамину D необходимо назначить препараты

- кальция
- железа
- магния
- фосфора

Потребление кальция с пищей для данной пациентки должно составлять + _____ + (мг/сутки)

- 300-500
- 400-600
- 600-800
- 1000-1200

Продуктами, снижающими усвоение кальция, которые рекомендуется ограничить данной пациентке являются

- мясо и птица, а также блюда из них
- фруктовые и овощные соки
- ягоды
- чай и кофе

Повышенный риск потери костной ткани (нмоль/л) отмечается при уровне 25(ОН)D в сыворотке крови

- мясо и птица, а также блюда из них
- фруктовые и овощные соки
- ягоды
- чай и кофе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент в возрасте 56 лет обратился за консультацией к врачу-диетологу с целью подбора рациона питания для снижения уровня мочевой кислоты в крови и нормализации функции почек.

Жалобы

Отмечает подъемы АД до 200/120 мм рт. ст., высокий уровень мочевой кислоты в крови, образование тофусов в области суставов.

Анамнез заболевания

В течение 12 лет отмечает повышение уровня мочевой кислоты до 850 мкмоль/л. Нерегулярно принимает Аллопуринол. Отмечал несколько приступов артрита в области локтевых и плечевых суставов за последние 2 года. В течение 3 лет беспокоит повышение АД до 200/120 мм рт. ст. Принимает ингибиторов АПФ – Эналаприл 10 мг и блокаторов медленных кальциевых каналов – Амлодипин 10 мг с временным эффектом.

Анамнез жизни

Работает начальником отдела в строительной фирме. Семейный анамнез: мать – страдает сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 25 лет. Алкоголь употребляет периодически, 1-2 раза в месяц, предпочитает крепкие напитки, примерно 300 мл в сутки. Отмечает малоподвижный образ жизни. Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Объективный статус

Рост 170 см, вес 108 кг. ИМТ 37 кг/м². Отмечена пастозность лица и нижней трети голени. Температура тела 36,6°C. Имеются тофусы в области проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон, в области локтевых суставов. В легких дыхание везикулярное. Сердце: тоны правильные, 80 в мин., акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Для определения стадии хронической болезни почек (ХБП) следует рассчитать клиренс креатинина с помощью

- соотношения альбуминурия/протеинурия
- формулы Шварца
- соотношения протеинурия/альбуминурия
- формулы СКД-ЕП

Инструментальным исследованием, позволяющим выявить наличие характерных кристаллов мочевой кислоты в тофусах является

- компьютерная томография
- магниторезонансная томография
- рентгенография
- поляризационная микроскопия

Инструментальным исследованием, которое необходимо провести пациенту является

- ультразвуковое исследование сосудов шеи
- компьютерная томография легких
- ультразвуковое исследование суставов
- рентгенография поясничного отдела позвоночника

Целевым уровнем мочевой кислоты в крови для данного пациента является менее + _____ + (мкмоль/л)

- 420
- 360
- 460
- 300

При подагрической нефропатии с нарушением азотовыделительной функции почек рекомендована диета

- с пониженным количеством белка (НБД)
- основной стол (ОВД)
- с пониженной калорийностью (НКД)
- с повышенным количеством белка (ВБД)

В период обострения подагры необходимо исключить из рациона

- жидкие каши
- мясные продукты
- молочнокислые продукты
- овощные и фруктовые соки

Вариант диеты, назначаемой при подагрической нефропатии с нарушением азотовыделительной функции почек включает белка + _____ + (г), в том числе + _____ + животного происхождения (г)

- 60-70; 30-40
- 20-60; 15-30
- 70-80; 40-50
- 90-100; 50-60

При подагрической нефропатии с нарушением азотовыделительной функции почек рекомендуется питьевой режим в объеме + _____ + (л)

- 1-1,5
- 2-2,5
- 1-2
- 0,8-1

Рекомендуемое количество поваренной соли при подагрической нефропатии с нарушением азотовыделительной функции почек составляет + _____ + (г/день)

- 1,5-3
- 3-4
- менее 1,5
- 2-3,5

При подагрической нефропатии с нарушением азотовыделительной функции почек из диеты исключается

- чай
- вода
- кофе
- молоко

Вариант диеты, назначаемой при подагрической нефропатии с нарушением азотовыделительной функции почек включает углеводы общие + _____ + (г), в том числе рафинированные + _____ + (г)

- 100-200; 30-40
- 350-400; 50-100
- 200-300; 40-50
- 400-500; 90-100

При подагре желательно исключение из рациона

- 100-200; 30-40
- 350-400; 50-100
- 200-300; 40-50
- 400-500; 90-100

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-диетологу обратилась женщина 40 лет (мать) с девочкой 9 лет 6 мес (дочь).

Жалобы

У ребенка возникли трудности психологического характера в общении со сверстниками в школе из-за избыточного веса. Помимо этого, во время уроков физической культуры не может выполнять задания, которые дает учитель, тяжело бегать, появляется одышка и быстрая утомляемость.

Анамнез заболевания

Со слов матери, начиная со второго года жизни дочь «была плотненьким ребенком», масса тела ребенка никого из родителей не беспокоила, т.к. все в семье «крупные». При диспансеризации в возрасте 3 и 6 лет участковый врач педиатр обращал внимание матери избыточную массу тела и на риск развития у ребенка избыточного веса, однако она внимания этому не придавала. + Ребенок ест также, как и вся семья, никакого специального рациона не соблюдает. После начала обучения в школе вес стал увеличиваться значительно, поскольку девочка «не любит то, что дают в школьной столовой», в основном «перекусывает» выпечкой и сладкими напитками, которые приносит из дома. +

Анамнез питания +

Примерный режим питания и доля приемов пищи по калорийности: завтрак 5% суточной калорийности рациона (булочка со сладким чаем), перекусы в школе с 10 до 11 – 10% (шоколадные батончики, сок), обед в виде перекусов в школе 13-14.00 – 20% (булочки, молочные коктейли с фруктовыми наполнителями, глазированные сырки), полдник дома с 16 до 17 – 25% (2-3 бутерброда с колбасой, чай с сахаром), ужин 19.30-20.00 – 35% (макароны с майонезом, сосиски или сардельки, выпечка со сливочным маслом, чай с вареньем), перед сном 22.00 – 20% (вафли или пряники, сладкие кисломолочные напитки).

Анамнез жизни

* Девочка родилась в результате первых естественных родов, масса тела при рождении 3300 г, длина тела 53 см.

* Ребенок с рождения на искусственном вскармливании

* Хронических заболеваний нет

* У матери ожирение I степени, у бабушки по материнской линии сахарный диабет II типа и ожирение II степени.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 139 см, вес 49 кг. +

Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. +

В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. +

Сердце: тоны сердца ясные, ритм правильный. +

Язык влажный, чистый. +

Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. +

Печень и почки не пальпируются. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены.

По рекомендациям ВОЗ для оценки избыточной массы тела и ожирения у детей в возрасте от 0 до 19 лет, необходимо использовать

- непрямую калориметрию
- индекс массы тела
- прямую калориметрию
- уравнение Харриса-Бенедикта

Расчетное значение индекса массы тела у данного ребенка составляет

- 25,4
- 28,9
- 22,0
- 16,5

Дополнительным неинвазивным методом исследования при диагностике компонентного состава тела является

- непрямая калориметрия
- биоимпедансометрия
- прямая калориметрия
- денситометрия

У детей и подростков с избыточной массой тела и ожирением следует активно выявлять

- переносимость углеводов
- степень толерантности к физической нагрузке
- генетическую предрасположенность
- нарушения липидного и углеводного обмена

Согласно расчетным данным по ИМТ у данного ребенка отмечается

- избыточная масса тела
- ожирение II степени
- ожирение III степени
- ожирение I степени

Основным методом терапии ожирения у детей и подростков является

- разгрузочно-диетическая методика и физиотерапия
- бариатрическая хирургия и использование лекарственных препаратов
- коррекция пищевого поведения, диетотерапия и адекватная физическая нагрузка
- применение анорексигенных препаратов, лечебное голодание и интенсивные физические нагрузки

Первым этапом коррекции питания у детей с избыточной массой тела и ожирением является

- введение в рацион «разгрузочных» и «голодных» дней
- приближение режима и рациона питания к физиологическим нормам
- назначение гипокалорийного рациона питания из расчета 1000-1200 ккал/сутки
- увеличения потребления жидкости до 3000 мл в сутки

На втором этапе при коррекции массы тела у детей с применением субкалорийного рациона снижение энергетической ценности рациона обеспечивается за счет уменьшения содержания

- простых углеводов и частично жиров, при квоте белков, соответствующей физиологическим потребностям
- пропорционально белков, общих углеводов, всех групп жиров
- животных белков и частично жиров, при квоте углеводов, соответствующей физиологическим потребностям
- сложных углеводов и растительных жиров, при квоте белков, соответствующей физиологическим потребностям

При выявленном ИМТ и диагностированной степени избыточного веса соотношение пищевых веществ белков/жиров/углеводов должно составлять

- 1:0,75:3
- 1:0,7:2,5
- 1:1:4
- 1:0,8:3,5

При снижении массы тела распределение энергетической ценности рациона по приемам пищи у детей должно составлять: (завтрак/второй завтрак/обед/полдник/ужин)

- 15/5/30/25/25
- 20/15/35/10/20
- 15/10/25/20/30
- 10/5/25/25/35

Вероятность сохранения избыточной массы тела и ожирения во взрослой жизни (в 21-29 лет) для детей 6—9 лет с избыточной массой тела и ожирением возрастает по сравнению с их сверстниками без указанных факторов риска в + _____ + раз(а)

- 10,3-18,5
- 2,5-3,2
- 30-35
- 5,8-9,7

Детям и подросткам в возрасте 6-17 лет необходимы ежедневные физические нагрузки

- 10,3-18,5
- 2,5-3,2
- 30-35
- 5,8-9,7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-диетологу обратилась женщина 40 лет с мальчиком 10 лет 2 мес. Мама с сыном.

Жалобы

У ребенка возникли трудности из-за избыточного веса во время уроков физической культуры не может выполнять задания, которые дает учитель.

Анамнез заболевания

Со слов матери, начиная со второго года жизни «был плотненьким», вес ребенка никого из родителей не беспокоил, т.к. все в семье «крупные». При диспансеризации в ДООУ и школе врачи обращали внимание на риск развития у ребенка избыточного веса, однако мать внимания этому не придавала. Ребенок питается наряду со всей семьей, никакого специального рациона не соблюдает. После начала обучения в школе вес стал увеличиваться значительно, поскольку ребенок отказывается посещать столовую в школе, в основном «перекусывает» выпечкой и сладкими напитками, которые приносит из дома. +

Анамнез питания +

Примерный режим питания и доля приемов пищи по калорийности: завтрак

отсутствует, перекусы в школе с 10 до 11 – 10%, обед в виде перекусов в школе 13-14.00 – 20%, полдник дома с 16 до 17 – 25%, ужин 19.30-20.00 – 35%, перед сном 22.00 – 20%. +

В рационе преобладают кондитерские изделия и сладости (пирожные, выпечка, конфеты), мясные полуфабрикаты (колбаса, сардельки, пельмени), сладкие напитки (газированные, чай с сахаром, сокосодержащие напитки).

Анамнез жизни

* Мальчик родился в результате первых естественных родов, масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см.

* Ребенок с 3-х месячного возраста на искусственном вскармливании

* Хронических заболеваний нет

* У матери и отца – ожирение I степени.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 141 см, вес 45 кг. +

Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. +

В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. +

Сердце: тоны сердца ясные, ритм правильный. +

Язык влажный, чистый. +

Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. +

Печень и почки не пальпируются. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены.

С целью оценки избыточной массы тела и ожирения у детей в возрасте от 0 до 19 лет, согласно рекомендациям ВОЗ, необходимо использовать

- уравнение Харриса-Бенедикта
- индекс массы тела
- непрямую калориметрию
- прямую калориметрию

Показатель, который рассчитывается как отношение массы тела в килограммах к квадрату роста человека, выраженному в метрах, является индексом

- физического развития (Бонгарда)
- массы тела (Кетле)
- основного обмена (Харриса-Бенедикта)
- физического развития (Брока)

Расчетное значение индекса массы тела у данного ребенка составляет

+ _____ + кг/м²

- 26,4
- 22,6
- 16,5
- 18,6

Неинвазивным методом исследования при диагностике компонентного состава тела (жировой ткани, скелетных мышц, общего содержания воды, вне- и внутриклеточной жидкости) является

- 26,4
- 22,6
- 16,5
- 18,6

Дополнительная информация

Распределение стандартных отклонений от медианы идеального показателя ИМТ для мальчиков в возрасте 10 лет 2 мес. выглядит как: медиана 16,5; $\{plus\}1SD$ 18,6; $\{plus\}2 SD$ 21,6; $\{plus\}3 SD$ 26,4.

Согласно расчетным данным по ИМТ у данного ребенка отмечается

- ожирение II степени
- избыточная масса тела
- ожирение I степени
- нормальная масса тела

Основу терапии ожирения у детей составляет

- применение анорексигенных препаратов, лечебное голодание и интенсивные физические нагрузки
- коррекция пищевого поведения, диетотерапия, адекватная физическая нагрузка
- разгрузочно-диетическая методика и физиотерапия
- бариатрическая хирургия и использование лекарственных препаратов

Первый этап коррекции питания у детей с избыточной массой тела и ожирением должен начинаться с

- назначения гипокалорийного рациона питания из расчета 1000-1200 ккал/сутки
- увеличения потребления жидкости до 3000 мл в сутки
- введения в рацион «разгрузочных» и «голодных» дней
- приближения режима и рациона питания к физиологическим нормам

В субкалорийном рационе при коррекции массы тела у детей снижение энергетической ценности рациона обеспечивается за счет уменьшения содержания

- животных белков и частично жиров, при квоте углеводов, соответствующей физиологическим потребностям
- сложных углеводов и растительных жиров, при квоте белков, соответствующей физиологическим потребностям
- пропорционально белков, общих углеводов, всех групп жиров

- простых углеводов и частично жиров, при квоте белков, соответствующей физиологическим потребностям

При выявленном ИМТ и диагностированной степени избыточного веса соотношение пищевых веществ белков/жиров/углеводов должно составлять

- 1:1:4
- 1:0,8:3,5
- 1:0,75:3
- 1:0,7:2,5

Распределение энергетической ценности рациона по приемом пищи у детей должно составлять: завтрак/второй завтрак/обед/полдник/ужин

- 20/15/35/10/20
- 15/5/30/25/25
- 10/5/25/25/35
- 15/10/25/20/30

Ранняя профилактика ожирения среди детей обеспечивается за счет

- выявления детей с ИМТ более 1,0 SDS начиная с 2-х лет
- перевода детей на смешанное вскармливание в возрасте 3-4 месяцев
- обязательного дополнительного физического развития в специализированных секциях
- выявления детей с ИМТ более 2,0 SDS начиная с 2-х лет

Единственным лекарственным препаратом, разрешенным для лечения ожирения у детей старше 12 лет в Российской Федерации является

- выявления детей с ИМТ более 1,0 SDS начиная с 2-х лет
- перевода детей на смешанное вскармливание в возрасте 3-4 месяцев
- обязательного дополнительного физического развития в специализированных секциях
- выявления детей с ИМТ более 2,0 SDS начиная с 2-х лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, 45 лет, обратился к врачу-диетологу с целью коррекции питания для снижения веса. Работает в дорожно-патрульной службе.

Жалобы

На повышенную утомляемость при физических нагрузках, одышку при ходьбе и подъеме по лестнице.

Анамнез заболевания

Набор массы тела более чем на 15 кг отмечает постепенно в течение 10 лет. Связывает с особенностями работы, ненормированным рабочим днем, периодами повышенного нервного стресса. Ест преимущественно в вечернее время, когда заканчивается смена. На работе полноценных приемов пищи нет, в основном перекусывает сладкими блюдами (конфеты, выпечка, чай и кофе с сахаром, кондитерские изделия).

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * травм, операций не было;
- * курит по 10 сигарет в день;
- * алкоголь потребляет в выходные и праздничные дни;
- * аллергических реакций не было;
- * мать имеет ожирение II степени, отец имеет избыточный вес.

Анамнез питания

* Примерный режим питания и доля приемов пищи (в %) от суточной калорийности: завтрак отсутствует, перекусы с 10 до 12 – 15%, перекусы днем 12.30-13.00 – 15%, перекусы с 15 до 18 – 15%, ужин после 20.00 – 30%, перед сном 23.00-24.00 – 25%.

* потребление основных пищевых веществ и калорийность питания составляет: энергия 2800 ккал, белок 75 г, жир 100 г, углеводы 400 г.

* в рационе преобладают кондитерские изделия и сладости (пирожные, выпечка, конфеты), мясные полуфабрикаты (колбаса, сардельки, пельмени), сладкие напитки (газированные, чай с сахаром, сокосодержащие напитки).

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 170 см, вес 105 кг. Индекс массы тела $36,3 \text{ кг/м}^2$. Обхват талии – 103 см, обхват бедер – 90 см. +

Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно, в особенности в абдоминальной области. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце: тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 85 в мин. АД 132/83 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и почки не пальпируются. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены. +

В анализах крови (венозная плазма): гликемия натощак и ГТТ – в норме, липидный спектр крови – в норме.

Соотношение веса (кг) к квадрату роста человека (м^2) является индексом

- массы тела
- здоровья
- Брока
- Ярхо-Каупе

Для количественной оценки различных компонентов состава тела рекомендуется использовать

- биоимпедансометрию

- непрямую калориметрию
- прямую калориметрию
- денситометрию

Пороговым значением стандартной визуально-аналоговой шкалы оценки готовности пациента к модификации образа жизни и терапии ожирения считается +__+ баллов

- 5,2
- 4,5
- 3,7
- 6,5

Значение индекса массы тела 36,3 у данного пациента свидетельствует об ожирении +__+ степени

- 5,2
- 4,5
- 3,7
- 6,5

Диагноз

Ожирение II степени

Ожирение I степени

Ожирение III степени

Ожирение IV степени

Соотношение объема талии к объему бедер +__+ у данного пациента является значимым фактором риска развития СД 2 типа, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии

- 1,00
- 0,93
- 1,14
- 0,79

Диетой, рекомендованной пациенту с алиментарным ожирением для коррекции веса, является вариант с

- механическим и химическим щажением
- пониженной калорийностью
- повышенным содержанием белка
- пониженным содержанием белка

Рекомендуемое ограничение калорийности диеты составляет
+ _____ + ккал в сутки

- 1120-1570
- 2500-3000
- 1800-2000
- 800-1000

У данного пациента из рациона рекомендуется исключить

- морепродукты
- сырые овощи
- простые сахара
- цельнозерновые продукты

Вариант стандартной диеты с пониженной калорийностью должен
включать + _____ + граммов жиров в сутки

- 80-90
- 60-70
- 10-20
- 30-40

В настоящее время наиболее безопасной и вместе с тем эффективной
считается методика постепенного (0,5–1,0 кг в неделю) снижения веса в
течение + ___ + месяцев

- 4-6
- 8-9
- 1-2
- 2-3

Всем лицам с избыточной массой тела и ожирением показаны регулярные
+ _____ + физические упражнения продолжительностью не менее
+ _____ + минут в неделю

- скоростно-силовые; 30
- аэробные; 150
- скоростно-силовые; 120
- анаэробные; 60

Препаратом для снижения веса, который тормозит всасывание жиров в
желудочно-кишечном тракте, является

- скоростно-силовые; 30
- аэробные; 150
- скоростно-силовые; 120
- анаэробные; 60

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-диетологу обратилась женщина 35 лет. Работает менеджером по продажам. Работа преимущественно сидячая. При опросе выявлено, что больная питается нерегулярно в связи с особенностями работы и стрессовыми ситуациями в семье.

Жалобы

На «плохой внешний вид», «стыдно надеть купальник на пляже».

Анамнез заболевания

Набор массы тела (на 10 кг) отмечает постепенно в течение последних 10 лет, когда после окончания института вышла замуж. Стала много есть, особенно по вечерам, когда встречает мужа с работы. На работе часто перекусывает сладкими блюдами (конфеты, выпечка, чай и кофе с сахаром).

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * травм, операций не было;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было.

Анамнез питания

- * Примерный режим питания и доля приемов пищи по калорийности: завтрак в 7.00 утра - 5 %, перекусы с 9 до 12 – 15%, обед 12.30-13.00 – 20%, перекусы с 15 до 18 – 10%, ужин 19.30-20.00 – 30%, перед сном 22.00-22.30 – 20%;
- * потребление основных пищевых веществ и калорийность питания составляет: энергия 2500 ккал, белок 70 г, жир 100 г, углеводы 330 г;
- * в рационе преобладают кондитерские изделия и сладости (пирожные, выпечка, конфеты), мясные полуфабрикаты (колбаса, сардельки, пельмени), сладкие напитки (газированные, чай с сахаром, сокосодержащие напитки).

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, вес 82 кг. Обхват талии – 77 см, обхват бедер – 90 см, соотношение ОТ/ОБ равен 0,86. +

Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно, в особенности в абдоминальной области. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце: тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 85 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и почки не пальпируются. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены. +

В анализах крови (венозная плазма): глюкоза натощак – 5,56 ммоль/л, через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста 7,7 ммоль/л, HbA1c 5,9%, Триглицериды < 1.7 ммоль/л, ЛПВП >1 ммоль/л.

Для экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- биоимпедансометрию
- уравнение Харриса-Бенедикта

- индекс массы тела
- прямую калориметрию

Неинвазивным методом исследования при диагностике компонентного состава тела (жировой ткани, скелетных мышц, общего содержания воды, вне- и внутриклеточной жидкости) является

- непрямая калориметрия
- денситометрия
- прямая калориметрия
- биоимпедансометрия

Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывается как

- вес (в килограммах) поделенный на показатель роста человека (в сантиметрах в квадрате)
- вес (в граммах) поделенный на показатель роста человека (в сантиметрах в квадрате)
- вес (в килограммах) поделенный на показатель роста человека (в метрах в квадрате)
- вес (в граммах) поделенный на показатель роста человека (в метрах в квадрате)

Значение индекса массы тела (ИМТ) составляет

- 0,03
- 30,1
- 18,6
- 3,01

Наиболее вероятным диагнозом у пациентки является

- 0,03
- 30,1
- 18,6
- 3,01

Диагноз

Ожирение 1 степени

Ожирение 2 степени

Ожирение 3 степени

Избыточна масса тела

Фактором риска развития СД2 типа, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии у данной пациентки является

- количество потребляемой с пищей энергии 2500 ккал
- незначительная физическая активность при сидящей работе
- количество потребляемого с пищей белка в 70 г
- соотношение объема талии к объему бедер 0,86

Вариантом диеты, рекомендованным данной пациентке, является вариант с

- пониженной калорийностью
- повышенным содержанием белка
- механическим и химическим щажением
- пониженным содержанием белка

Согласно системе номерных диет (столы по Певзнеру) – это диета

- 1а
- 7
- 8
- 4

Рекомендуемое ограничение калорийности диеты составляет + _____ + ккал в сутки

- >1800
- <800
- >2500
- <1500

Химический состав рекомендованной диеты для данной пациентки составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов

- 130-140; 110-120; 400-500
- 20-60; 80-90; 350-400
- 70-80; 60-70; 130-150
- 50-60; 40-50; 100-120

Одним из принципов построения рационального питания при ожирении является

- обеспечение доли жиров не менее 30% от общего числа калорий в суточном рационе, насыщенных жиров – более 7-10%
- потребление простых углеводов не менее 25 гр в день за счет соков и напитков
- преобладание сложных углеводов, с высоким гликемическим индексом

- потребление пищевых волокон не менее 25 гр в день за счет зерновых продуктов, овощей и фруктов

Для снижения массы тела пациентке необходимо рекомендовать в неделю +__+ мин аэробной физической активности умеренной интенсивности или +__+ мин аэробной физической активности высокой интенсивности

- обеспечение доли жиров не менее 30% от общего числа калорий в суточном рационе, насыщенных жиров – более 7-10%
- потребление простых углеводов не менее 25 гр в день за счет соков и напитков
- преобладание сложных углеводов, с высоким гликемическим индексом
- потребление пищевых волокон не менее 25 гр в день за счет зерновых продуктов, овощей и фруктов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-диетологу направлена пациентка О., 64 года, для подбора рациона питания при В12- дефицитной анемии.

Жалобы

На снижение аппетита; чувство тяжести в эпигастрии, возникающее после приема любой пищи; отрыжку воздухом и вздутие живота; чувство онемения и покалывания в нижних конечностях (парестезии); периодическую диарею; чувство жжения и онемения на кончике языка; постоянную слабость.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 8-ми месяцев, когда впервые появились жалобы на слабость, снижение аппетита, дискомфорт в эпигастрии после еды, вздутие живота и отрыжку воздухом. В течение последних 6-ти месяцев отмечает послабленный стул.

При расспросе выяснено, что 4 года назад пациентке была произведена правосторонняя гемиколонэктомия по поводу дивертикулярной болезни толстой кишки. Пациентка наблюдается у врача гастроэнтеролога и колопроктолога, данных о рецидиве заболевания нет.

С вышеуказанными жалобами никуда не обращалась, лечение не проходила. За последний год похудела на 5 кг. Ухудшение состояния за последний месяц – усиление всех симптомов, появление чувства жжения и онемения кончика языка, онемения и покалывания в нижних конечностях.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год, ветряная оспа в 5 лет.

Холецистэктомия – в 2007 году.

Эпиданамнез: Тбс, гепатит, венерические заболевания отрицает. За границу не выезжала. Укусов клещей не было. С инфекционными больными в контакте не была. Сырую воду не пьет. В водоемах не купалась.

Гемотрансфузии: не проводились.

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез: пищевая, лекарственная, химическая аллергия отсутствует.

Гинекологический анамнез: беременности – 3, роды – 3, аборт – 0. Менопауза с 51 года.

Вредные привычки: не курит, со слов, алкоголь употребляет «редко в малых дозах».

Проф. анамнез: работала продавщицей хозяйственных товаров, профессиональных вредностей не было.

Бытовые условия хорошие, питание регулярное, разнообразное, вегетарианской диеты не соблюдает.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Пациентка ведет себя раздражительно и беспокожно.

Телосложение – нормостеническое Рост – 165 см, вес – 56 кг, температура тела – 37,1°C.

Кожные покровы бледные, сухие, эластичность снижена.

Видимые слизистые бледные, чистые. Склеры иктеричны. Глоссит.

Периферические лимфоузлы не увеличены.

Костно-мышечная система: атрофия и слабость мышц верхних и нижних конечностей.

Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД=130/80 мм рт. ст., P_s=84 уд/мин.

Легкие – перкуторно легочной звук, дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет, ЧДД – 16 в 1 мин.

Живот симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Передненижний край печени – на уровне реберной дуги, закругленный, поверхность эластичная.

Отмечается пастозность стоп и голеней

Лабораторными методами, необходимыми для постановки диагноза являются

- исследование уровня тиреотропного гормона в крови
- бензидиновая проба (анализ кала на скрытую кровь)
- уровень витамина В12 в сыворотке крови
- исследование морфологии костного мозга
- клинический анализ крови
- общий анализ кала

Инструментальным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза является

- исследование уровня тиреотропного гормона в крови
- бензидиновая проба (анализ кала на скрытую кровь)
- уровень витамина В12 в сыворотке крови
- исследование морфологии костного мозга
- клинический анализ крови
- общий анализ кала

Результаты обследования

Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим, складки продольные, слизистые, розовые. Кардия перистальтирует, смыкается на 43 см от резцов. Зубчатая линия четкая, на уровне кардии. Желудок обычной формы и размеров, слизистая бледная, в антральном отделе атрофирована, складки расправляются, перистальтика прослеживается. Привратник округлой формы, перистальтирует, смыкается не полностью. ДПК-слизистая розовая, луковица не деформирована. Нисходящий отдел-продольная складка не расширена. БДС достоверно не визуализируются.

Заключение: Атрофический антральный гастрит вне обострения, недостаточность привратника.

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Щитовидная железа типичной формы и расположения, контуры ровные, четкие, общий объем 12,3 мл. Перешеек толщиной 4 мм, контуры ровные, эхоструктура однородная, изоэхогенная. Объем правой доли-6,7 мл, левой доли-5,6 мл, контуры ровные, четкие, эхоструктура однородная, изоэхогенная, дополнительных образований не определяется. Регионарные лимфатические узлы не визуализируются.

Заключение: Эхоструктурные изменения не выявлены.

Пульсоксиметрия

Сатурация SaO₂ – 95%

Рентгенография пищевода

Пищевод свободно проходим для жидкой бариевой взвеси, не изменен. Стенки его эластичны, в процессе исследования отмечаются выраженные спастические сокращения. Рельеф представлен продольными складками слизистой, обычного калибра. Функция кардии сохранена.

С целью экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- индекс массы тела
- денситометрию
- непрямую калориметрию
- прямую калориметрию

Неинвазивным методом исследования при диагностике компонентного состава тела (жировой ткани, скелетных мышц, общего содержания воды, вне- и внутриклеточной жидкости) является

- непрямая калориметрия
- прямая калориметрия
- денситометрия
- биоимпедансометрия

Значение индекса массы тела (ИМТ) составляет

- 35,9
- 20,6

- 21,9
- 17,9

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) свидетельствует о

- 35,9
- 20,6
- 21,9
- 17,9

Диагноз

Нормальная масса тела

Дефицит массы тела

Ожирение I степени

Избыточный вес

Модификацией лечебного питания, рекомендованным при В12 дефицитной анемии и выявленном ИМТ, является вариант стандартной диеты с

- повышенной калорийностью
- повышенным количеством белка
- механическим и химическим щажением
- пониженным содержанием белка

Диетотерапия при В12 дефицитной анемии направлена на

- повышение калорийности рациона за счет жиров и углеводов
- построение стромы кровяных клеток и обеспечение достаточного количества незаменимых аминокислот
- исключение из рациона глюкозиминов и хондроитина
- повышение активности катаболических процессов на фоне снижения обеспеченности белком

Химический состав рекомендованной диеты при В12 дефицитной анемии составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов

- 110-120; 80-90; 300-350
- 20-60; 80-90; 350-400
- 130-140; 110-120; 400-500
- 50-60; 40-50; 100-120

В комплексной диетотерапии В12 дефицитной анемии целесообразно использовать биологически активные добавки к пище, являющиеся источником

- аминокислот и витаминов группы В
- салидрозидов и катехинов
- неперевариваемых пищевых волокон и олигосахаридов
- насыщенных жирных кислот

Главной причиной развития В-12 дефицитной анемии у данной пациентки является

- атрофический гастрит
- пожилой возраст
- гемиколэктомия в анамнезе
- холецистэктомия в анамнезе

Физиологическая потребность организма взрослого человека в витамине В12 составляет + ____ + мкг

- атрофический гастрит
- пожилой возраст
- гемиколэктомия в анамнезе
- холецистэктомия в анамнезе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка И, 27 лет направлена на консультацию к врачу-диетологу по поводу коррекции питания при тиреотоксикозе с диффузным зобом.

Жалобы

На отечность век, особенно по утрам, боль при движении глаз, ощущение «песка в глазах», редко возникающее двоение в глазах, проходящее самостоятельно, слабость, беспокойство.

Анамнез заболевания

Данные жалобы стали беспокоить около полугода, находясь в отпуске по уходу за ребенком, не имела возможности обратиться к врачу. В течение нескольких месяцев жалобы со стороны глаз имели периодический характер, пользовалась увлажняющими каплями. Слабость, нарушение сна, беспокойство и нервозность связывала с ссорами с супругом, уходом за маленьким ребенком. В течение 4 месяцев похудела, хотя отмечает что аппетит не снизился, наоборот считает, что заедала стресс. Несколько недель назад заметила, что стало тесно в водолазках и блузках с узким воротом. В настоящее время усилилась слабость, стала чаще замечать отечность век, постоянно беспокоит ощущение «песка в глазах», появилась потливость, сердцебиение, дрожь в теле.

Анамнез жизни

- * Курит в течение 8 лет, 10-15 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет
- * Профессиональных вредностей не имеет, учитель в средней школе, в настоящее время в отпуске по уходу за ребенком 2,2 года.
- * Аллергические реакции на препараты сульфаниламидной группы (бисептол)

* Семейный анамнез: отец в возрасте 39 лет имел какие-то проблемы с щитовидной железой. Мать страдает артериальной гипертензией.

* Менструальный цикл с 13 лет до настоящего времени, регулярный, 1 беременности и 1 роды.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, больная эмоционально лабильна, суетлива, отмечается мелкоразмахистый тремор пальцев рук.

Вес - 55 кг, рост – 169 см. Астенический тип телосложения, подкожно жировая клетчатка распределена равномерно.

Кожные покровы эластичные, влажные, тёплые нормальной окраски.

Офтальмологические симптомы: расширение глазной щели, повышенный блеск глаз, невозможность фиксировать взгляд обеими глазами на близком расстоянии, при взгляде вверх определяется полоска склеры между верхним веком и радужкой, при взгляде вниз – отставание нижнего века от радужки, нежный тремор век при их смыкании, отёчный экзофтальм с двух сторон, гиперемия век. Тонус глазных яблок при пальпации нормальный.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа видна при осмотре, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Гиперемия шеи, зоны декольте.

АД 125/70 мм. рт. ст. ЧД - 18 в минуту. Пульс – 116 в минуту, ритмичный симметричный. Сердечные тоны громкие, ритм правильный.

ЧСС 116 в минуту. Дыхание везикулярное по всем легочным полям.

Печень у края рёберной дуги. Живот при пальпации мягкий безболезненный.

Печень при пальпации не выступает из-под края рёберной дуги.

Периферических отёков нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для подтверждения диагноза лабораторными методами обследования являются

- определение базального уровня ТТГ
- определение паратгормона (ПТГ)
- определение антител к рТТГ
- исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)
- общий (клинический) анализ крови развернутый
- определение уровня калия, натрия

Необходимыми для подтверждения диагноза инструментальными методами обследования являются

- нагрузочная проба под контролем ЭКГ
- ультразвуковое исследование паратиреоидных желез
- тонометрия
- трансторакальное эхокардиографическое исследование
- визометрия
- УЗИ щитовидной железы

С целью экспресс-оценки пищевого статуса рекомендуется использовать

- денситометрию
- прямую калориметрию
- непрямую калориметрию
- индекс массы тела

Значение индекса массы тела (ИМТ) составляет

- 19,2
- 31,8
- 26,3
- 35,9

Выявленное значение индекса массы тела (ИМТ) свидетельствует о

- 19,2
- 31,8
- 26,3
- 35,9

Диагноз

Нормальная масса тела

Дефицит массы тела

Ожирение I степени

Ожирение II степени

Модификацией лечебного питания, рекомендованным при тиреотоксикозе с диффузным зобом является вариант диеты

- с механическим и химическим щажением (ЩД)
- с пониженным содержанием белка (НБД)
- повышенной калорийности (ВКД)
- пониженной калорийности (НКД)

Диетотерапия при тиреотоксикозе с диффузным зобом направлена на

- поддержание белкового обмена, предотвращение нарушений структуры и функций мышц
- поддержание общего энергетического баланса организма и увеличение общей массы тела
- использование продуктов и блюд, оказывающих максимально щадящее действие на ЖКТ
- исключение из рациона глюкозиминов и хондроитина

Химический состав рекомендованной диеты при тиреотоксикозе с диффузным зобом составляет + _____ + г белка, + _____ + г жира, + _____ + г углеводов, энергии + _____ + ккал

- 20-60; 80-90; 350-400; 2200-2650
- 130-140; 110-120; 400-500; 3110-3640
- 110-120; 80-90; 250-350; 2160-2690
- 70-80; 40-50; 130-200; 1120-1570

Из рациона питания пациентки необходимо исключить

- продукты и блюда, возбуждающие нервную и сердечно-сосудистую систему
- витаминно-минеральные комплексы, содержащие витамин С, Е, А, витамин каротин
- продукты, содержащие незаменимые аминокислоты
- продукты, являющиеся источником кальция, магния, калия

В комплексной диетотерапии при тиреотоксикозе с диффузным зобом целесообразно использовать БАД к пище с

- кофеином и матэином
- неперевариваемыми пищевыми волокнами (клетчаткой)
- женьшенем и лимонником
- витаминами, минеральными веществами, ПНЖК семейства омега 3 и 6, аминокислотами

При тиреотоксикозе рацион должен содержать + _____ + на 1 кг массы тела, из них + _____ + животного происхождения при относительно нормальном содержании углеводов и жиров

- 2,5-3 г белка; 30%
- 1-1,5 г белка; 55%
- 2,5-3 г жиров; 55%
- 1-1,5 г жиров; 45%

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) относится к + _____ + заболеваниям

- 2,5-3 г белка; 30%
- 1-1,5 г белка; 55%
- 2,5-3 г жиров; 55%
- 1-1,5 г жиров; 45%

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме девушка 24 лет.

Жалобы

На высыпания на коже, сопровождающиеся зудом.

Анамнез заболевания

В последние 2 года у девушки периодически на фоне приема большого количества молочных продуктов, а также при употреблении креветок возникают высыпания в области щек, локтевых сгибов, на плечах и предплечьях обеих рук, туловище, бедрах, сопровождающееся кожным зудом. Со слов пациентки, данные симптомы купируются после соблюдения гипоаллергенной диеты.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Работает экономистом.

Перенесенные заболевания – хронический гастрит вне обострения.

Беременности и родов не было.

Наследственность отягощена: мать – бронхиальная астма, поллиноз, ангиотеки в анамнезе; отец – ИБС.

Аллергоанамнез отягощен – в раннем возрасте аллергия на БКМ.

Вредные привычки нет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести по основному заболеванию, самочувствие нарушено. Температура 36,5°C. В сознании, на вопросы отвечает адекватно. Вес 72 кг. Рост 177 см. Кожные покровы сухие, физиологической окраски, уртикарные высыпания на кистях рук, в области локтевых сгибов, предплечье, бедрах, передней поверхности грудной клетки. Видимые слизистые чистые. Зев гиперемия дужек. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Носовое дыхание свободное. ЧД - 17 в мин. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧСС 65 уд. в мин. АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык слегка обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Дизурических явлений нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 2,5-3 г белка; 30%
- 1-1,5 г белка; 55%
- 2,5-3 г жиров; 55%
- 1-1,5 г жиров; 45%

Результаты обследования

Специфические IgE

Аллергообследование:

[cols="25%,^25%,^25%"]

|=====

.2+h| Аллерген 2+^h| IgE

h| МЕ/мл h| Класс
| Ракообразные | 4,59 | 3
| Рыба | 4,63 | 3
| Белок коровьего молока | 2,56 | 2
| Глютен | 0,8 | 1
|====

Кал на дисбактериоз

Исследование кала на дисбактериоз кишечника:

|====
| *Микроорганизмы* | *Результат* | *Референсные значения*
| E.coli Lac ({plus}) | $8 \cdot 10^8$ | 10^7 - 10^9
| E.coli Lac (-) | Не выявлено | $\leq 10^7$
| E.coli Гем ({plus}) | Не выявлено | 0
| Enterococcus spp. | $1,6 \cdot 10^7$ | 10^5 - 10^6
| Enterococcus Гем ({plus}) spp. | Не выявлено | 0
| Proteus spp. | Не выявлено | $\leq 10^4$
| Условно патогенные микроорганизмы
(УПМ) суммарно*: | $8 \cdot 10^5$ | $\leq 10^5$
| 1. Klebsiella spp. | $8 \cdot 10^5$ |

| 2. Citrobacter spp. | Не выявлено |

| 3. Enterobacter spp. | Не выявлено |

| 4. Hafnia spp. | Не выявлено |

| 5. Serratia spp. | Не выявлено |

| 6. Прочие УПМ | Не выявлено |

| Pseudomonas spp. | Не выявлено | 0**
| Стафилококки коагулазонегативные | Не выявлено | $\leq 10^4$
| Staphylococcus aureus | Не выявлено | 0
| Дрожжеподобные грибы | Не выявлено | $\leq 10^4$
| Лактобациллы | $8 \cdot 10^8$ | $\geq 10^6$
| Бифидобактерии | $< 1 \cdot 10^8$ | 10^8 - 10^{10}
| Клостридии | Не выявлено | $\leq 10^5$
|====

Заключение: Увеличено количество Enterococcus spp., Klebsiella pneumoniae, УМП суммарно. Снижено количество Bifidobacterium spp.

Иммунологический анализ крови

Иммунология:

|====
| IgG | IgM | IgA | IgE
| г/л | г/л | г/л | Ед/л
| 6,8-16,5 | 0,7-1,6 | 0,8-4,06 | < 100

| 13,46 | 1,11 | 2,13 | 12

|====

Липидограмма

Липидограмма:

|====

| Хол | ЛПВП | ЛПНП | Тг

| мм/л | мм/л | мм/л | мм/л

| 3,2-5,2 | 0,9-2,1 | 1,55-3,8 | 0,1-1,7

| 3,1 | 1,108 | 1,8 | 1,33

|====

К необходимому для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- денситометрию
- ФВД
- рентгенографию органов грудной клетки
- ничего

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- денситометрию
- ФВД
- рентгенографию органов грудной клетки
- ничего

Диагноз

Аллергическая крапивница

Отек Квинке

Бронхиальная астма

Атопический дерматит, непрерывно рецидивирующее течение

Острая крапивница появляется

+ _____ + после приема пищи

- через 1-2 часа
- не позднее 12 часов
- не ранее 6 часов
- в течение нескольких минут

Наиболее часто такие острые реакции вызывают такие продукты как

- гречка, рисовое или кокосовое молоко

- яйца, молоко, соя, морепродукты
- косточковые фрукты, лесные ягоды
- фасоль, кукуруза, горошек, бананы

Органом-мишенью при острой крапивнице является

- системная реакция
- кожа
- респираторный тракт
- ЖКТ

Для купирования нежизнеугрожающих проявления острой крапивница показано применение

- ингибиторов серотонинового захвата
- альфа-блокаторов
- антигистаминных препаратов I поколения
- антигистаминных препаратов II поколения

Элиминационная диета может быть

- лечебной и диагностической
- профилактической
- профилактической и этиологической
- лечебной

При диагностическом введении продукта, содержащего подозреваемый причинно-значимый аллерген, доза аллергена должна быть

- значительно меньше той, которая вызывала реакцию
- значительно больше той, которая вызывала реакцию
- той же, которая вызывала реакцию
- определена пациентом самостоятельно

Срок наблюдения за реакцией после диагностического введения продукта составляет

- не более 2-3 часов
- от 2 часов до 7 дней
- от 2 часов до 2 суток
- не более 1 суток

Одним из биохимических факторов, способствующим аллергенности пищевого белка, является

- низкое содержание аллергена в пище
- растворимость в воде
- термическая и химическая лабильность

- молекулярная масса >70 kD

Острая крапивница относится к

- низкое содержание аллергена в пище
- растворимость в воде
- термическая и химическая лабильность
- молекулярная масса >70 kD

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога мама с ребенком 10 лет.

Жалобы

На высыпания на коже, зуд (особенно в ночное время).

Анамнез заболевания

С 5 летнего возраста наблюдается аллергологом с диагнозом Атопический дерматит. В течение последних двух лет наблюдается обострение, дважды проходила стационарное лечение с введением дексаметазона и дипроспана.

Выписана с диагнозом: Атопический дерматит, эритематозно-сквамозная форма, тяжелое течение, стадия обострения. При аллергообследовании – выявлена сенсibilизация к лебнице 2 класс, к дубу, ржи, крапиве – 1 класс. Консультирована дерматологом – рекомендована гипоаллергенная диета, левоцетиризин, назонекс, при ухудшении состояния – дексаметазон.

При обследовании – при аллергообследовании – сенсibilизация к тимофеевке, пшенице. Общий иммуноглобулин Е более 2000. Эозинофильный катионный белок более 200. 25(ОН) витамин Д 17,63 нг/мл. в копрограмме – дрожжи. По данным УЗИ органов брюшной полости без патологии. В настоящее время получает кетотифен, ксизал.

Анамнез жизни

Девочка от 1 беременности, 1 срочных, самостоятельных родов. Вес при рождении 3500 гр, рост 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложена в родзале. Выписана на 4 сутки жизни. На первом году жизни беспокоили запоры, колики, покраснение наружных половых органов. Грудное вскармливание до 6 месяцев. Прикорм с 5 месяцев, переносимость удовлетворительная. Сопутствующие заболевания - отрицает. Вакцинирована по календарю. Перенесенные заболевания – ОРВИ, ветрянка в 5 лет. Семейный анамнез – по отцовской линии у прабабушки бронхиальная астма, по материнской линии – дисфункция билиарного тракта, заболевания щитовидной железы.

Объективный статус

Масса тела 29,7 кг. Рост 137 см, ИМТ 15,8 кг/м². Z-Score ИМТ = -0,59, z-score роста = -0,73. Сознание ясное, положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы- высыпания на лице, верхних и нижних конечностях, на туловище. Представлен ярко-розовой сливной эритемой, на

поверхности – мелко-пластинчатое шелушение. В сгибательных областях конечностей – лихенификация. Отмечаются дополнительные складки нижних век. Кожа сухая, тургор снижен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Носовое дыхание свободное. ЧД – 26 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧСС 96 уд. в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык слегка обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

Основные диагностические критерии для постановки диагноза

- склонность к кожным инфекциям (*S. aureus*, *H. simplex*); локализация кожного процесса на кистях и стопах; хейлит; рецидивирующие конъюнктивиты; гиперпигментация кожи периорбитальной области
- кожный зуд; типичная морфология и локализация поражения кожи: у детей первых лет жизни – покраснение и высыпания на лице и разгибательных поверхностях конечностей, у детей более старшего возраста и взрослых лиц – лихенификация и расчёсы в области сгибов конечностей; хроническое рецидивирующее течение; наличие atopических заболеваний у пациента или его родственников
- себорейная экзема; складки на передней поверхности шеи; зуд при повышенном потоотделении; обострение процесса и усиление зуда под влиянием провоцирующих факторов (шерстяная одежда, мыло, аллергены, раздражители, пищевые продукты, эмоциональный стресс и т.д.); непереносимость пищи; сезонность обострений (ухудшение в холодное время года и улучшение летом); белый дермографизм
- сухость кожи (ксероз); гиперлинеарность ладоней («складчатые») и подошв или фолликулярный гиперкератоз; повышение содержания общего и специфических IgE в сыворотке крови; начало заболевания в раннем детском возрасте (до 2 лет)

В случае отсутствия достаточного для установления диагноза atopического дерматита числа диагностических критериев пациентам рекомендуется исследование

- склонность к кожным инфекциям (*S. aureus*, *H. simplex*); локализация кожного процесса на кистях и стопах; хейлит; рецидивирующие конъюнктивиты; гиперпигментация кожи периорбитальной области
- кожный зуд; типичная морфология и локализация поражения кожи: у детей первых лет жизни – покраснение и высыпания на лице и разгибательных поверхностях конечностей, у детей более старшего возраста и взрослых лиц – лихенификация и расчёсы в области сгибов конечностей; хроническое рецидивирующее течение; наличие atopических заболеваний у пациента или его родственников
- себорейная экзема; складки на передней поверхности шеи; зуд при повышенном потоотделении; обострение процесса и усиление зуда под влиянием провоцирующих факторов (шерстяная одежда, мыло, аллергены, раздражители, пищевые продукты, эмоциональный стресс и т.д.);

непереносимость пищи; сезонность обострений (ухудшение в холодное время года и улучшение летом); белый дермографизм

- сухость кожи (ксероз); гиперлинеарность ладоней («складчатые») и подошв или фолликулярный гиперкератоз; повышение содержания общего и специфических IgE в сыворотке крови; начало заболевания в раннем детском возрасте (до 2 лет)

Результаты обследования

Уровень общего иммуноглобулина E в крови

Уровень общего IgE более 2000

Общий анализ крови

НВ - 124,6 г/л, Эр - $4,683 \times 10^{12}$ /л, Нсг - 39,39%, Лейк. - $8,2 \times 10^9$ /л, Б-0,5%, Эо - 1,2%, Нейт. - 19,9%, Лим. - 72,5%, Мо - 5,9%, ТВ - $456,8 \times 10^9$ /л, СОЭ - 3 мм/ч

Биохимический анализ крови с электролитами

АЛТ 17 ед, АСТ - 40 ед, ЩФ - 242 ед, билирубин общий 6,0 мкМ/л, билирубин прямой 2,2 мкМ/л, белок общий 80 г/л, холестерин 4,6 ммМ/л, калий - 4,7 ммМ/л, кальций общий - 2,58 ммМ/л, кальций ионизированный - 1,78 ммМ/л, натрий - 143 ммМ/л

Общий анализ мочи

Отн. плотность - 1015, рН - 5,5, белок - отр., глюкоза - отр., лейкоциты - отсут., эритроциты - 0, слизь - отсут., бактерии - отсут., соли - отр.

Для подтверждения аллергической природы атопического дерматита проводят

- аллергологическое исследование
- физикальное обследование
- общий анализ крови
- определение индекса SCORAD

Для дифференциальной диагностики в случае наличия у пациента клинических признаков общих с другими заболеваниями кожи рекомендуется проводить

- определение общего уровня IgA
- определение индекса SCORAD
- патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи
- кожное тестирование с небактериальными аллергенами

При атопическом дерматите назначается

- диета с уменьшением облигатных аллергенов вне зависимости от причинно-значимого аллергена
- гипоаллергенная диета с исключением облигатных аллергенов и причинно-значимого аллергена
- основной вариант диеты

- диета на основе стола №5

В качестве мероприятий первичной профилактики атопического дерматита введение прикорма в качестве мероприятий первичной профилактики рекомендуется с _____ месяца жизни ребенка вне зависимости от наследственной отягощенности

- 4
- 6
- 5
- 3

В качестве мероприятий первичной профилактики атопического дерматита при необходимости для прикорма детям из группы высокого риска рекомендуются смеси

- профилактические или лечебные (высокогидролизные)
- адаптированные на основе козьего молока
- на основе изолята соевого белка
- адаптированные на основе коровьего молока

Для прикорма здоровым детям без наследственной отягощенности по аллергическим заболеваниям рекомендуются смеси

- адаптированные на основе коровьего молока
- на основе изолята соевого белка
- на основе частично гидролизованного белка молочной сыворотки
- на основе аминокислот

Пациентам с атопическим дерматитом назначают консервативное лечение, включающее

- регенеранты и репаратанты
- увлажняющие и смягчающие средства (эмоленты) наружно
- наружную терапию глюкокортикоидами
- дерматотропные средства

Глюкокортикоидом, применяемым в дерматологии рекомендованным для наружной терапии пациентов с атопическим дерматитом легкой степени в возрасте 10 лет является

- бетаметазон 0,05% мазь
- нафталанская нефть линимент 10%
- клобетазол 0,05% крем
- такролимус 0,03% мазь

Для уменьшения интенсивности зуда при атопическом дерматите рекомендуют применение системного препарата

- кетотифен
- клемастин
- кромоглициевая кислота
- атаракс

Схема назначения клемастина детям в возрасте 6–12 лет по

- кетотифен
- клемастин
- кромоглициевая кислота
- атаракс

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога мама с ребенком 5 лет.

Жалобы

На тошноту, рвоту после еды.

Анамнез заболевания

Около года назад появились жалобы на тошноту, боли в животе, снижение аппетита. Обращались к гастроэнтерологу, девочка получала креон, без эффекта. В течение последней недели отмечается ухудшение состояния – сильная тошнота, резкое снижение аппетита, рвота желчью.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, протекавшей физиологично. Роды – 2, срочные, самостоятельные, в головном предлежании. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9б. Вес при рождении - 3620г, длина – 52 см. К груди приложена на первые сутки. Ранний неонатальный период протекал гладко. Грудное вскармливание до года, прикорм с 6 мес - переносимость удовлетворительная. Психомоторное развитие по возрасту. Профилактические прививки проведены в соответствии с Национальным календарем вакцинации. Аллергологический анамнез не отягощен.

Наследственность: старший брат здоров; по материнской линии: мать – дисфункция билиарного тракта; бабушка – дисфункция билиарного тракта, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. По отцовской линии: отец – дисфункция билиарного тракта, полиноз.

Объективный статус

Масса тела 20,0 кг. Рост 115 см, ИМТ 15,1 кг/м². Z-Score ИМТ = 0,36

Температура 36,4°C. Сознание ясное, положение активное. Аппетит снижен.

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно.

Периферические лимфатические узлы – пальпируются передне- и заднешейные лимфатические узлы до 5 мм, подвижные, эластичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Носовое дыхание свободное. ЧД – 24 в мин.

При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧСС 98 уд.

в мин. АД 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык слегка обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. Положительные симптомы Ортнера, Мерфи. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме. Неврологический статус: Умственное развитие по возрасту. Сон не нарушен. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительное, в позе Ромберга устойчива.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- кетотифен
- клемастин
- кромоглициевая кислота
- атаракс

Результаты обследования

Биохимический анализ крови

АЛТ 14 ед/мл, АСТ 31 ед/мл, ЩФ 331 МЕ/л, ЛДГ 453 ед/л, ГГТ 7 ед/л, билирубин общий 8 мкмоль/л, билирубин прямой 2 мкмоль/л, общий белок 71 г/л, альбумин 37 г/л, холестерин общий 4,7 ммоль/л, триглицериды 1,58 ммоль/л, амилаза 200 ед/л, липаза 20 МЕ/л

Клинический анализ крови

Лейкоциты $8,9 \times 10^9$ /л, эритроциты $5,03 \times 10^9$ /л, гемоглобин 111 г/л, тромбоциты 225×10^9 /л, п/я 2%, с/я 45%, э 2%, мон 7%, лимф 44%, СОЭ 2 мм/час

Общий анализ мочи

В пределах возрастной нормы.

Анализ крови на HbSAg, анти-НСV

Отрицательный

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- кетотифен
- клемастин
- кромоглициевая кислота
- атаракс

Результаты обследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

ПЕЧЕНЬ структура однородная, эхогенность не изменена. Сосудистый рисунок несколько усилен. Передне-задний размер 99 мм. Левая доля 75 мм.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ – в типичном месте, 55x14, перегиб в воронке, стенки тонкие, просвет анэхогенный.

ЖЕЛУДОК натощак – содержимое (ребенок пил воду).

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА головка – 18 мм, тело – 17 мм, хвост прикрыт

содержимым желудка. Паренхима - умеренно неоднородная. Эхогенность – повышена. Вирсунгов проток - стенки уплотнены, просвет – 3 мм.

СЕЛЕЗЕНКА продольный размер 79 мм, эхогенность и эхоструктура в норме. Селезеночная вена – 4 мм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: УЗ-признаки дисфункции желчных путей, вторичных изменений поджелудочной железы.

Эзофагогастродуоденоскопия

Фиброскоп свободно введен в желудок. В желудке и двенадцатиперстной кишке видимых изменений слизистой не выявлено.

Ультразвуковое исследование почек

Почки овальной формы, расположены типично, правая 83x32 мм, корковый слой 13 мм, Дифференциация слоев сохранена. ЧЛС – без деформаций. Левая 85x31 мм, корковый слой – 12 мм. Дифференциация слоев сохранена. ЧЛС в области лоханки – 6 мм.

Электрокардиография

Синусовая тахикардия. Вертикальное положение ЭОС.

Рентгенография органов брюшной полости

На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободный газ под диафрагмой, уровни жидкости в кишечнике не определяются. Газонаполнение кишечника удовлетворительное.

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- кетотифен
- клемастин
- кромоглициевая кислота
- атаракс

Диагноз

Дисфункция желчного пузыря, обострение, вторичные изменения поджелудочной железы

Хронический панкреатит, обострение

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, обострение

Желчнокаменная болезнь

К диагностическим критериям между основными вариантами билиарной дисфункции относят

- боль, сопровождающаяся тошнотой и рвотой; иррадиацией в спину и/или правую подлопаточную область
- боли в правом подреберье, которые могут возникать как в связи с приемом пищи, так и на фоне стрессов и эмоциональных состояний

- выявление у ребенка во время осмотра сухости кожных покровов, коричневого налета на языке, нормальных показателей маркеров холестаза и снижение уровня амилазы крови
- кратковременное повышение уровня маркеров холестаза при дисфункции сфинктера Одди билиарного типа, повышение уровня амилазы – на дисфункцию сфинктера Одди по панкреатическому типу

При дисфункции билиарного тракта характер питания приближен к диете №2 + ___ + по М.И. Певзнеру

- 8
- 3
- 5
- 15

При дискинезии желчного пузыря питание должно быть

- механически, химически щадящим, оптимальным по составу и энергетической ценности
- с ограничением продуктов, содержащих повышенное количество холестерина
- с включением продуктов, содержащих пониженное количество магния
- с включением продуктов, содержащих повышенное количество животных жиров

При дискинезии желчевыводящих путей необходимо ограничивать употребление продуктов, содержащих

- липотропные вещества
- растительную клетчатку
- повышенное количество животных жиров
- повышенное количество простых углеводов

При дискинезии желчного пузыря с целью снижения уровня холестерина необходимо добавить в рацион продукты, содержащие повышенное количество

- цинка
- хрома
- магния
- йода

К продуктам, богатым холестерином относят

- молочные продукты с низким содержанием жиров, кальмары, нежирные сорта мяса, растительное масло

- яичные желтки, субпродукты (мозги, печень, почки), жирные молочные продукты, сливочное масло, жирные сорта мяса
- цикорий, зеленый чай, яйца
- капусту пекинскую, банан, авокадо

К продуктам, богатым магнием относят

- субпродукты (мозги, печень, почки), жирные сорта мяса, рыба жирных сортов
- хлеб из цельного зерна, пшеничные отруби, гречневую крупу, фасоль, какао, орехи
- молочные продукты, индейку, кальмары
- капусту пекинскую, банан, авокадо

Для поддержания холестерина в растворенном состоянии рекомендуются продукты с высоким содержанием

- насыщенных жиров
- белка (нежирное мясо, творог)
- магния
- простых углеводов

К группе лекарственных средств, которая наиболее широко используется у детей при дискинезии желчевыводящих путей относят

- насыщенных жиров
- белка (нежирное мясо, творог)
- магния
- простых углеводов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога пациентка 45 лет.

Жалобы

На приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку.

Анамнез заболевания

Данные жалобы появились около 3 лет назад, провоцируются жирной и жареной пищей. Также периодически появляется изжога и горечь во рту. В течение последнего месяца боли носят приступообразный характер, 1-2 раза в неделю.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает. Сидячий образ жизни (работает в офисе). Двигательная активность низкая.

Семейный анамнез – по отцовской линии желчнокаменная болезнь, по материнской линии – гипотиреоз.

Объективный статус

Правильного телосложения, избыточного питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем — без особенностей. Живот мягкий, болезненный в точке желчного пузыря, имеются положительные симптомы Керра, Мерфи, Ортнера. Печень, селезенка не увеличены. Рост — 160 см.

Вес — 70 кг. ИМТ — 27,3 кг/м².

Питание – режима питания нет, могут быть редкие приемы пищи с длительными интервалами между едой. Может не быть завтрака или обеда. Ужин поздний, плотный, может быть алкоголь (пиво). В рационе преобладают мясные продукты (колбаса, сосиски), хлебобулочные изделия, сладкие напитки. Овощи в рационе отсутствуют. При подсчете фактического рациона питания энергетическая ценность рациона составила 2100 ккал в сутки, количество белка 116 г в сутки, количество жиров 81 г в сутки, количество углеводов 225 г в сутки.

К необходимым лабораторным методам исследования для верификации имеющихся изменений у пациента на основании жалоб и объективного обследования относятся

- насыщенных жиров
- белка (нежирное мясо, творог)
- магния
- простых углеводов

Результаты обследования

Общий и биохимический (АЛТ, АСТ, билирубин общ/связанный, ГГТП, амилаза, ЩФ, глюкоза, холестерин) анализы крови

Общий билирубин 25,4 мкмоль/л, прямой билирубин 7,2 мкмоль/л, трансаминазы, амилаза, глюкоза, ЩФ, ГГТП, общий анализ крови — в пределах нормы.

Общий анализ мочи

В норме

Электролиты крови

В норме

Липидограмма, включая общий холестерин, ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, триглицериды и определение всех белковых фракций

Холестерин 5,0 ммоль/л, ЛПНП 2,87 ммоль/л, ЛПВП 2,0 ммоль/л, триглицериды 0,9 ммоль/л

К необходимым в первую очередь для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- насыщенных жиров
- белка (нежирное мясо, творог)
- магния

- простых углеводов

Результаты обследования

УЗИ органов брюшной полости

УЗИ: печень, почки, поджелудочная железа — без особенностей. Желчный пузырь грушевидной формы, размером 7,5 x 3 см, стенки утолщены до 4 мм, в просвете — конкремент диаметром 2,3 см с акустической тенью, а также множество мелких конкрементов, которые занимают $\frac{3}{4}$ объема желчного пузыря.

Фиброгастродуоденоскопия

При ФГДС был выявлен дуоденогастральный рефлюкс, наличие желчи в желудке, умеренный поверхностный рефлюкс-гастрит, НР(-).

Холецистосцинтиграфия

Не проводилась из-за невозможности проведения исследования

Магнитно-резонансную холангиопанкреатография

Не проводилась из-за невозможности проведения исследования

Учитывая выявленные изменения по результатам лабораторно-инструментального обследования, больному можно поставить основной диагноз

- насыщенных жиров
- белка (нежирное мясо, творог)
- магния
- простых углеводов

Диагноз

Камни желчного пузыря с острым холециститом (K80.0)

Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (K21.0)

Камни желчного пузыря без холецистита (K80.2)

Поверхностный гастрит, дуодено-гастральный рефлюкс (K29)

Учитывая выявленные изменения по результатам лабораторно-инструментального обследования, больному можно поставить сопутствующий диагноз

- поверхностный гастрит, дуодено-гастральный рефлюкс
- гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом
- камни желчного пузыря без холецистита
- камни желчного пузыря с подострым холециститом

Основным методом хирургического лечения желчнокаменной болезни, протекающей с клинической симптоматикой является

- холецистэктомия
- холецистостомия
- холедохотомия
- чрескожная холецистолитотомия

При желчнокаменной болезни без холецистита назначается

- основной вариант диеты с механическим и химическим щажением
- диета с пониженной калорийностью
- основной вариант стандартной диеты
- диета с повышенным количеством белка

При желчнокаменной болезни с острым холециститом назначается

- вариант стандартной диеты с механическим и химическим щажением
- вариант диеты с повышенным количеством белка
- основной вариант стандартной диеты
- вариант диеты с пониженной калорийностью

Химический состав диеты с механическим и химическим щажением включает

- белки – 20-60 г, в том числе животные 15-30; жиры общие – 80-90 г, в том числе растительные – 20-30 г; углеводы общие – 350-400 г, в том числе рафинированные 50-100, пищевые волокна – 15-20 г. Энергетическая ценность 2120-2650 ккал
- белки — 110–120 г, в т. ч. животные 45–50 г; жиры общие — 80–90 г, в т. ч. растительные 30 г; углеводы общие — 300–350 г, пищевые волокна — 25– 30 г. Энергетическая ценность 2080–2690 ккал
- белки – 85-90 г, в т.ч. животные 40-45 г; жиры общие – 70-80 г, в т.ч. растительные 25-30 г; углеводы общие – 300-350 г; пищевые волокна – 20-25 г. Энергетическая ценность 2170 - 2480 ккал
- белки — 70–80 г, в т. ч. животные 40 г; жиры общие — 60–70 г, в т. ч. растительные 25 г; углеводы общие — 130–150 г, пищевые волокна — 30–40 г. Энергетическая ценность 1350–1550 ккал

При желчнокаменной болезни рекомендуются

- продукты, обогащенные пищевыми волокнами (свежие фрукты и овощи)
- субпродукты, морепродукты, сливочное масло
- шоколад, газированная вода, соки
- жареные блюда, копчености, выпечка

Наибольшая частота растворения камней (более 70%) препаратами урсодезоксихолевой кислоты достигается у пациентов

- при наличии 1-3 камнями «всплывающего» типа общим диаметром менее 30 мм при условии сохранения функции желчного пузыря
- с небольшими (менее 5 мм) флотирующими рентгеноотрицательными камнями
- при наличии 4-5 камнями «всплывающего» типа общим диаметром менее 50 мм при условии сохранения функции желчного пузыря
- с рентгеноотрицательными желчными камнями размером менее 15 мм при условии сохранения функции желчного пузыря

Доза урсодезоксихолевой кислоты для лечения больных с желчнокаменной болезнью составляет _____ мг/кг/сутки

- 15-20
- 10-15
- 5-10
- 10-20

При лечении урсодезоксихолевой кислотой контрольное ультразвуковое исследование проводят

- 15-20
- 10-15
- 5-10
- 10-20

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога мама с ребенком 12 лет.

Жалобы

На избыточный вес, частые головные боли, повышенный аппетит, тягу к сладкому.

Анамнез заболевания

Прибавка в весе отмечается со школьного возраста. Вес нарастает постепенно. Аппетит повышен с частыми перекусами. К эндокринологу по поводу избыточного веса не обращались.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременностей, протекавшей физиологично. Роды – 2, срочные, самостоятельные, в головном предлежании. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9б. Вес при рождении – 3620 г, длина – 52 см. К груди приложен в первые сутки. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Грудное вскармливание до года, прикорм с 6 мес. - переносимость удовлетворительная. Психомоторное развитие по возрасту. Профилактические прививки проведены в соответствии с Национальным календарем вакцинации. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность: старший брат здоров; по материнской линии: мать –

дисфункция билиарного тракта; бабушка – дисфункция билиарного тракта, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. По отцовской линии: отец – дисфункция билиарного тракта, полиноз, избыточный вес.

Объективный статус

Масса тела 75 кг, рост 152 см. SDS роста 0,33, ИМТ 32,5 кг/м². SDS ИМТ +3,36, perc >99%, окружность талии = 92 см, окружность бедер = 85 см
Температура 36,4°C. Сознание ясное, положение активное. Состояние питания избыточное. Аппетит повышен. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, на предплечьях – фолликулярный гиперкератоз. Акантоз подмышек. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Носовое дыхание свободное. ЧД – 24 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧСС 98 уд. в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык слегка обложен белым налетом. Живот увеличен за счет избыточной подкожно-жировой клетчатки, при пальпации мягкий. Печень, селезенка не пальпируются. Стул и диурез, со слов, в норме. Представлены результаты обследования на инсулин – 20 мкЕд/мл (норма до 10,4).

К критериям постановки диагноза избыточная масса тела и ожирение относят определение

- 15-20
- 10-15
- 5-10
- 10-20

Результаты обследования

Величина стандартных отклонений индекса массы тела (SDS ИМТ)

SDS ИМТ=+3,36

Масса тела ребенка

Масса тела = 75 кг

Соотношение окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ)

ОТ/ОБ=1,08

Индекс массы тела

ИМТ=32,5 кг/м²

С целью скрининга осложнений пациенту необходимо выполнить

- 15-20
- 10-15
- 5-10
- 10-20

Результаты обследования

Биохимический анализ крови

Глюкоза 4,7 ммоль/л, АЛТ 30 ед/л, АСТ 25 ед/л, общий холестерин 4,5 ммоль/л, ЛПВП 1,2 ммоль/л, триглицериды 0,8 ммоль/л

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

УЗ-признаки дисфункции желчных путей, вторичных изменений поджелудочной железы

Общий анализ крови

В пределах референсных значений.

Общий анализ мочи

В пределах референсных значений.

Определение тиреоидного профиля

ТТГ 2,6 мкМЕ/мл, Т4 св 15 пмоль/л, Т3 св. 3,5 пмоль/л

При клинических признаках синдрома обструктивного апноэ во сне детям и подросткам с ожирением рекомендуется проведение

- рентгенографии пазух носа
- электрокардиографии
- ночной полисомнографии
- холтеровского мониторирования ЭКГ

Для оценки пищевого статуса пациента необходимо провести оценку фактического питания с использованием

- метода взвешивания порций
- метода «тарелки»
- анализа частоты потребления пищи без помощи пищевого дневника
- метода 24-часового воспроизведения питания с помощью пищевого дневника

На основании данных антропометрии ребенку можно выставить предварительный клинический диагноз

- метода взвешивания порций
- метода «тарелки»
- анализа частоты потребления пищи без помощи пищевого дневника
- метода 24-часового воспроизведения питания с помощью пищевого дневника

Диагноз

**Ожирение экзогенно-конституциональное, 3 степени (SDS ИМТ=+3,36).
Инсулинорезистентность**

Ожирение экзогенно-конституциональное, 1 степени

Ожирение экзогенно-конституциональное, морбидное

**Ожирение экзогенно-конституциональное, 2 степени (SDS ИМТ=+6,36).
Сахарный диабет 2-го типа**

Для оценки инсулинорезистентности в повседневной практике наибольшей диагностической значимостью обладает

- исследование уровня инсулиноподобного ростового фактора I в крови (ИРФ1) без проведения глюкозотолерантного теста
- определение эугликемического и гипергликемического клэмпа
- исключительно оценка глюкозотолерантного теста
- оценка стимулированного выброса инсулина и определение индекса _Matsuda_ по данным глюкозотолерантного теста

Основу терапии ожирения у детей составляет

- коррекция пищевого поведения
- расширение двигательной активности
- изменение образа жизни
- диетотерапия

Целью лечения ожирения в краткосрочном периоде является + _____ + SDS ИМТ в течение + _____ + месяцев наблюдения

- снижение значения; 4-6
- удержание значения; 1-2
- снижение значения; 12
- удержание значения; 6-12

При ожирении у детей назначается

- кетогенная диета
- высококалорийный рацион без учета возраста
- нормокалорийный рацион по возрасту
- низкожировая диета

Для наглядности желательного размера порций в настоящее время широко применяются

- метод взвешивания порций
- «тарелки питания»
- справочные таблицы
- альбомы размеров порций

Детям с ожирением разрешается не более + _____ + г сладких фруктов в день

- 200
- 300
- 450
- 100

Детям младшего возраста при ожирении рекомендуется употреблять +____+ грамм в сутки овощей

- 200
- 300
- 450
- 100

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога мама с ребенком 8 лет.

Жалобы

На неустойчивый характер стула, метеоризм, высыпания на коже.

Анамнез заболевания

Со слов мамы, жалобы на неустойчивый стул, высыпания на коже беспокоят с раннего возраста. Получал симптоматическую терапию ферментами, про- и пребиотиками, желчегонными препаратами – с положительной динамикой. Обращались к аллергологу, аллергообследование не проходили, рекомендована гипоаллергенная диета. При повторных высыпаниях на коже проведено аллергообследование: выявлено повышение IgG к глиадину - 45 Ед/мл (0-35); уровень общего IgE в пределах нормы; выявлено повышение специфических IgE к аллергенам: коровье молоко, куриное яйцо, свинина, говядина, треска, пшеничная мука, овсянка, гречка. Получал: урсосан, урсофальк, зодак, вермокс, р-р метиленового синего, акридерм крем. Со слов мамы, на фоне гипоаллергенной диеты состояние с улучшением в виде купирования явлений атопического дерматита и купирования абдоминального болевого синдрома. Жалобы на неустойчивый стул сохранялись, в дальнейшем возобновились эпизоды болей в животе. Находился на стационарном обследовании и лечении. При поступлении жалобы на полуоформленный стул 4-5 р/сут, эпизоды болей в животе. При осмотре: очаги алопеции на коже волосистой части головы: диаметром 1 см и 7 см. Ногти по типу часовых стекол. По данным УЗИ органов брюшной полости: холелитиаз, диффузные изменения поджелудочной железы. При аллергообследовании сохраняется повышение уровня специфических IgE к аллергенам: куриное яйцо, свинина, говядина, треска, овсянка, курица, рис, гречка. Терапия в стационаре: диетотерапия, креон, стопдиар, энтеросгель, зодак, бифиформ, аквадетрим, фосфалюгель. Д/з: Хронический энтерит смешанной этиологии, средней степени тяжести, период обострения. Хронический гастрит, обострение. Лактазная недостаточность. ЖКБ. Очаговая алопеция. С. Дауна. ВПС, состояние после оперативной коррекции. Атопический дерматит, детская форма, период неполной ремиссии. Рекомендовано: консультация хирурга с целью решения вопроса об оперативном лечении ЖКБ, диета с исключением причинно-значимых аллергенов, урсосан, про- и пребиотики, креон, зодак, фосфалюгель. После выписки из стационара рекомендации в полном объеме не соблюдали.

Проведена лапароскопическая холецистэктомия, п/о период протекал гладко. После выписки из стационара жалобы на неустойчивый характер стула, боли в животе сохраняются. Гипоаллергенную диету не соблюдают.

Анамнез жизни

Ребенок от III беременности (I беременность – девочка, здорова; II беременность – м/а), протекавшей на фоне гестоза средней степени тяжести, хронической маточно-плацентарной недостаточности, гестационного сахарного диабета, варикозного расширения вен н/конечностей. Роды II на 39 неделе гестации, самостоятельные. Вес при рождении 3720 г, длина- 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/7. При рождении установлен диагноз синдром Дауна, на 4 сутки жизни выявлен ВПС, оперирован- пластика ДЖВП, клипирование ОАП.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На первом году жизни дважды проходил стационарное лечение с диагнозом: Бронхолегочная дисплазия. Обструктивный с-м. ДН 0-1. Хромосомная патология. ВПС: перимембранозный дефект межжелудочковой перегородки. ОАП.

Характер вскармливания: с рождения на искусственном вскармливании.

Прикорм введен с 6 мес.

Наследственность: мать 45 лет, вес 100 кг, рост 170 см ЖКБ. Отец 42 года, вес 76 кг, рост 172 см, здоров. Сестра – гастрит, эзофагит.

Профилактические прививки по индивидуальному календарю.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Самочувствие не нарушено. Положение ребенка: активное. Фенотипические признаки синдрома Дауна: плоское лицо, монголоидный разрез глаз, эпикант, макроглоссия. Вес 27,5 кг. Рост 120 см. ИМТ 19,1 кг/м². Z-Score ИМТ/возраст = -0,33, Z-score рост/возраст = -0,52.

Согласно критериям ВОЗ: уровень физического развития: среднее, данных за дефицит массы тела нет. Оценка физического развития проводилась с использованием специализированных центильных таблиц для детей с С. Дауна.

Состояние питания удовлетворительное. Кожные покровы: сухие на ощупь, на разгибательных поверхностях рук следы расчесов, гиперемия кожи щек.

Слизистые оболочки чистые. Слизистая зева не гиперемирована. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Лимфатические узлы не увеличены. Сила и тонус мышц незначительно снижены. Костная система: без грубых деформаций. Суставы: активные и пассивные движения в полном объеме, безболезненные. Носовое дыхание не затруднено. ЧД 23 в мин. Одышка в покое отсутствует. Перкуторно звук легочный. При аускультации дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются. Область сердца не изменена.

Верхушечный толчок визуально не определяется. Артериальное давление 105/73 мм рт.ст. ЧСС 112 в минуту. Ритм правильный. Appetit сохранен.

Диспептические явления отсутствуют. Язык: обложен белым налетом, складчатый, глоссит. Полость рта санирована. Живот округлой формы, мягкий, не вздут, безболезненный при пальпации. Симптом Ортнера отрицательный.

Печень: по краю реберной дуги. Консистенция эластичная. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется. Стул со слов мамы ежедневно, полуоформленный 4-5 р. Мочеполовая система: по мужскому типу. Поясничная область не изменена. Симптом "поколачивания" отрицательный. Дизурии нет.

Продуктивному контакту доступен: понимает обращенную речь, просьбы выполняет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 200
- 300
- 450
- 100

Результаты обследования

Определение уровня специфических антител класса IgE

|=====

| Аллерген ^| Класс аллергии
| Молоко коровье ^| *+3*
| Белок куриного яйца ^| *+2*
| Желток куриного яйца ^| *0*
| Свинина ^| *0*
| Говядина ^| *0*
| Курица ^| *0*
| Банан ^| *+3*
| Пшеничная мука ^| *0*
| Рис ^| *0*
| Гречневая мука ^| *+3*
| Овсяная крупа ^| *+4*

|=====

Клинический анализ крови

Гемоглобин 142,6 г/л, эритроциты $4,56 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 43,22%, лейкоциты $4,93 \times 10^9$ /л, базофилы 0,7%, эозинофилы 1,9%, нейтрофилы 42,8%, лимфоциты 43,1%, моноциты 11,5%, тромбоциты $311,3 \times 10^9$ /л, СОЭ 2 мм/ч

Биохимический анализ крови

АЛТ 18 ед/л, АСТ 25,7 ед/л, ЩФ 253,3 ед/л, глюкоза 4,65 мм/л, общий билирубин 19,6 мкм/л

Анализ крови на общий IgE

150 МЕ/мл (норма менее 100)

Методом дифференциальной диагностики с другими (неиммунными) формами пищевой непереносимости (целиакция) и заболеваниями желудочно-кишечного тракта является

- 200
- 300
- 450
- 100

Результаты обследования

Эзофагогастродуоденоскопия

Фиброскоп свободно введен в желудок. В желудке и двенадцатиперстной кишке видимых изменений слизистой не выявлено.

Кожное тестирование

Коровье молоко 2+

Куриное яйцо+/-

Мандарин+/-

Овсяная крупа 2+

Пшеничная мука 2+

УЗИ органов брюшной полости

Косвенные признаки гастродуоденальной патологии, состояние после холецистэктомии. Реактивные изменения поджелудочной железы.

Эхокардиография

Полости сердца не расширены. Нарушений сократимости левого желудочка не выявлено.

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- 200
- 300
- 450
- 100

Диагноз

Атопический дерматит. Поливалентная пищевая аллергия, гастроинтестинальная и кожная форма. Синдром Дауна

Лактазная недостаточность

Атопический дерматит. Лекарственная аллергия на все группы антибиотиков. Синдром Дауна

Синдром раздраженной толстой кишки

Боли в животе и изменение характера стула у пациента при пищевой аллергии могут быть проявлением

- токсических реакций на пищу бактериальной, вирусной или иной этиологии
- дисахаридазной недостаточности (сахарозная, мальтазная)
- синдрома раздраженного кишечника
- гастроинтестинальных симптомов пищевой аллергии

Этиологическим лечением пищевой аллергии является (-ются)

- наружная терапия
- соблюдение элиминационной диеты
- стабилизаторы мембран тучных клеток
- антигистаминные препараты I-го поколения

Детям с аллергией на белок коровьего молока рекомендовано использовать специализированные

- смеси на основе козьего молока
- смеси на основе частично (умеренно) гидролизованного белка
- соевые смеси
- смеси на основе высокогидролизованного молочного белка или аминокислот

При аллергии на белок коровьего молока не рекомендовано использовать смеси на основе

- изолята соевого белка
- козьего молока
- растительного молока
- сывороточного белка

Элиминационная диета при пищевой аллергии назначается на срок не менее

- 1 месяца
- 14 дней
- 3 месяцев
- 6 месяцев

Первый этап элиминационной диагностической диеты длится от

- 2 дней до 1 недели
- 10 до 20 дней
- 7 дней до 2-4 недель
- 14 до 20 дней

Ключевым правилом введения прикорма детям с высоким риском развития атопии является

- длительная элиминация причинно-значимых аллергенов (более 6 месяцев)
- быстрое расширение рациона за счет введения ранее употребляемых продуктов
- быстрое расширение рациона (в течение 1 недели)
- постепенное расширение рациона (не более 1 продукта в неделю)

Для купирования нежизнеугрожающих проявлений пищевой аллергии используются

- антигистаминные препараты II поколения
- антигистаминные препараты I поколения
- стабилизаторы мембран тучных клеток
- антигистаминные препараты III поколения

Назначение стабилизаторов мембран тучных клеток не рекомендуется для

- антигистаминные препараты II поколения
- антигистаминные препараты I поколения
- стабилизаторы мембран тучных клеток
- антигистаминные препараты III поколения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога родители с четырехлетним ребенком.

Жалобы

На низкие темпы прибавки массы тела, запоры, периодически высыпания на коже, редко - отрыжку.

Анамнез заболевания

Дефицит массы тела с раннего возраста. С рождения на искусственном вскармливании, на смесь НАН высыпания по типу атопического дерматита. При переводе на смесь Альфаре Амино с положительной динамикой. Прикорм по возрасту, на молочные продукты – высыпания. С двухлетнего возраста наблюдается специалистами по поводу легкой белково-энергетической недостаточности, ГЭР. Обследован аллергологом: общий IgE 11,54 МЕ/л (8-20), антитела к глиадину IgA 30,1 (норма до 12), АТ к глиадину IgG 60,6 (норма до 12), АТ к тканевой трансглутаминазе IgA 1,3 (норма до 19), АТ к тканевой трансглутаминазе IgG 1,8 (норма до 10). наличие специфических IgE не выявлено. В двухлетнем возрасте проходил стационарное лечение по поводу ГЭРБ. Аспирационный синдром. Гипотиреоз неуточненный. Легкая белково-энергетическая недостаточность. Симптоматическая эпилепсия. Выполнено оперативное вмешательство: лапароскопия, пластика пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагогастрофундопликация по Ниссену. Через год проходил стационарное лечение по поводу стеноза пищевода, проведена баллонная дилатация пищевода. Установлен баллонный дилататор 12 мм. Диету не соблюдает, периодически появляются высыпания на коже. Наблюдается гастроэнтерологом, периодически получает терапию ингибиторами протонной помпы, прокинетиками, пробиотиками, с незначительным положительным эффектом.

Анамнез жизни

Ребенок от III беременности, протекавшей на фоне кольпита во втором триместре, гестационных отеков в третьем триместре. Роды II, оперативные на 37-38 неделе. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Вес при рождении – 2,880 г, длина - 48 см. Состояние при рождении средней тяжести за счет синдрома

угнетения ЦНС. Кариотип 46ХУ+21. В возрасте 15 суток жизни переведен на второй этап выхаживания с диагнозом: Гипоплазия и кистозная дисплазия почек. Сужение носослезного канала. Малые аномалии развития сердца (эктопические хорды и трабекулы левого желудочка), НК0. Синдром Дауна. Наблюдается эндокринологом по поводу гипотиреоза, дефицита массы тела. Получает л-тироксин. Наблюдается неврологом по поводу симптоматической эпилепсии. Получает противосудорожную терапию вальпроевой кислотой. Профилактические прививки по индивидуальному календарю.

Объективный статус

Масса тела– 6,8 кг, рост – 81 см. ИМТ 10,5 кг/м², Z-Score ИМТ/возраст = -3, Z-Score рост/возраст = -1,65, Z-Score масса тела/возраст = -3

Оценка физического развития проводилась с использованием специализированных центильных таблиц для детей с Синдромом Дауна. У ребенка уровень физического развития – ниже среднего (Z-Score рост/возраст = -1,65), тяжелый дефицит массы тела (Z-Score ИМТ/возраст = -3).

Общее самочувствие не нарушено. Аппетит повышен. Кожные покровы физиологической окраски, отмечается мраморность. Тургор кожи снижен. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, распределена равномерно. Видимые слизистые оболочки чистые. Носовое дыхание не затруднено. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Ритм правильный, тоны приглушены. Глотает, не жует. Язык чистый. Живот безболезненный, мягкий, незначительно вздут. Аускультативно - перистальтика замедлена. Стул со слов, обильный, до 3 раз в сутки, водянистый или полуоформленный, со зловонным запахом. Мочеиспускание не нарушено. Питание: рацион протертый, безмолочные инстантные каши (гречка, рис, кукуруза); мясо (кролик, индейка, говядина), фрукты и фруктовые пюре, кукурузный крахмал. Размер разовой порции около 200 г. Периодически в рационе могут быть молочные продукты (детский творожок, йогурт).

Эзофагеальными симптомами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни являются

- регургитация
- постоянное покашливание
- дисфагия (ощущение «кома» за грудиной)
- изжога
- чувство першения и охриплость голоса
- отрыжка

Для подтверждения диагноза необходимо провести

- регургитация
- постоянное покашливание
- дисфагия (ощущение «кома» за грудиной)
- изжога
- чувство першения и охриплость голоса
- отрыжка

Результаты обследования

Ультразвуковое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта с водно-сифонной пробой

Желчный пузырь: перегиб в теле и шейке, взвесь в небольшом кол-ве. Печень – правая доля 79 мм, левая доля 41 мм, 1 сегмент – 11, эхогенность обычная, паренхима однородная. Проток 6 мм. Поджелудочная железа - 12x10x14 мм, эхогенность обычная, паренхима однородная. Множественные мезентериальные лимфоузлы, диаметр до 8 мм. При проведении водно-сифонной пробы определяется расширение пищевода.

Фиброгастродуоденоскопия

В нижней трети пищевода визуализируется резкое сужение просвета до 3-4 мм, не проходимое для аппарата. Слизистая в области сужения бледно-розовая. Просвет пищевода над сужением несколько расширен.

Рентгенологическое исследование пищевода и желудка с барием

При обследовании выявлены признаки гастроэзофагеального рефлюкса

Комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов без водно-сифонной пробы

Желчный пузырь: перегиб в теле и шейке, взвесь в небольшом кол-ве. Печень – правая доля 79 мм, левая доля 41 мм, 1 сегмент – 11, эхогенность обычная, паренхима однородная. Проток 6 мм. Поджелудочная железа - 12x10x14 мм, эхогенность обычная, паренхима однородная. Множественные мезентериальные лимфоузлы, диаметр до 8 мм.

Сцинтиграфия пищевода

Исследование не проводилось ввиду отсутствия технических возможностей

Ультразвуковое исследование почек и надпочечников

Эхо-структурной патологии почек и надпочечников не выявлено

"Золотым стандартом" определения патологического гастроэзофагеального рефлюкса считается

- манометрия пищевода
- рентгенологическое исследование пищевода и желудка с барием
- фиброгастродуоденоскопия
- суточное рН-мониторирование

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования пациенту можно поставить основной клинический диагноз

- манометрия пищевода
- рентгенологическое исследование пищевода и желудка с барием
- фиброгастродуоденоскопия
- суточное рН-мониторирование

Диагноз

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, состояние после оперативного лечения ГЭРБ. Баллонная дилатация пищевода

Нарушение всасывания в кишечнике. Субклинический гипотиреоз

Атопический дерматит. Симптоматическая эпилепсия в стадии клинической медикаментозной ремиссии

Дефицит массы тела тяжелой степени (z-score ИМТ=-3). Синдром Дауна

К внепищеводным проявлениям у пациента гастроэзофагеальной рефлюксной болезни не относят

- неврологические
- оториноларингологические
- стоматологические
- бронхолегочные

При неэффективности постуральной терапии у детей раннего возраста могут использоваться смеси

- на основе аминокислот
- высокогидролизованного сывороточного белка
- с антирефлюксными свойствами
- на основе частично гидролизованного белка

В качестве базисной диеты при ГЭРБ используются диетические столы под номерами

- 2, 3, 8
- 3, 6, 7
- 2, 4, 6
- 1, 4, 5

Диетические ограничения при ГЭРБ включают

- снижение содержания животного жира; увеличение количества углеводов; уменьшение количества белка; избежание раздражающих продуктов
- снижение содержания животного жира; уменьшение содержания белка; уменьшение объема пищи; избежание раздражающих продуктов
- уменьшение содержания животного жира; повышение содержания белка; уменьшение объема пищи; избежание раздражающих продуктов
- повышение содержания жира; уменьшение содержания белка; уменьшение объема пищи; избежание продуктов, повышающих внутрибрюшное давление

Продуктами, повышающими внутрибрюшное давление являются

- мучные изделия, шоколад
- кофе, жирная и острая пища
- газированные напитки, бобовые
- жирные и жареные блюда

Минеральные воды при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни назначаются в

- теплом и дегазированном виде за 30-40 мин до еды в течение 4 недель
- холодном виде во время еды в течение 4 недель
- холодном виде за 30 минут до еды в течение 4 недель
- теплом и газированном виде через 30-40 минут после еды в течение 4 недель

При ГЭР без эзофагита, эндоскопически негативным вариантом ГЭРБ, ГЭР с рефлюкс-эзофагитом I степени не рекомендовано назначение

- корректоров моторики (тримебутин)
- антацидов и антацидов в комбинациях
- прокинетиков (домперидон)
- пробиотиков

Для купирования рефлюкса, особенно в ночное время пациенту рекомендуется поструральная терапия, включающая сон на

- корректоров моторики (тримебутин)
- антацидов и антацидов в комбинациях
- прокинетиков (домперидон)
- пробиотиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога пациент 50 лет.

Жалобы

На избыточный вес, боли в коленных суставах и суставах стоп, особенно в области первого пальца правой стопы.

Анамнез заболевания

В течение последних 10 лет набрал вес на фоне низкой двигательной активности и погрешностях в питании. За последний год прибавил около 10 кг. В последние два года появились боли в суставах.

Анамнез жизни

Всегда был крупным. В 40 лет весил 83 кг при росте 182 см. Сопутствующие заболевания отрицает. Вредные привычки – курит, выпивает по праздникам (крепкий алкоголь). К специалистам по поводу избыточного веса не обращался.

Работает в офисе.

Семейный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Правильное телосложение, избыточное питание, кожные покровы чистые, суставы не деформированы. Рост 182 см, вес 107 кг, ИМТ 32,3 кг/м², объем талии 103 см, объем бедер 102 см, ОТ/ОБ = 1,0. Пульс 72 уд/ мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца звучные, ритмичные.

Артериальное давление — 130/80 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез, со слов, без изменений.

Питание -любит мясопродукты (колбасу, полуфабрикаты мясные), шоколад (на работе, вечером с чаем), пиво (по выходным). Крепкие алкогольные напитки употребляет редко и в небольших количествах.

При лабораторно-инструментальном обследовании (анализы крови клинический и биохимический, анализ мочи общий, анализ крови на гормоны щитовидной железы, УЗИ брюшной полости, рентгенография суставов стоп и коленных суставов) было выявлено повышение мочевой кислоты в сыворотке крови, наличие уратов в моче, рентгенологические признаки подагрического артрита, конкременты в почках.

Критерием для постановки диагноза «Ожирение» является

- корректоров моторики (тримебутин)
- антацидов и антацидов в комбинациях
- прокинетики (домперидон)
- пробиотиков

Результаты обследования

Индекс массы тела

ИМТ = 32,3 кг/м²

Отношение окружности талии к окружности бедер

ОТ/ОБ=1,0

Масса тела более 100 кг

Масса тела = 107 кг

Окружность талии более 94 см

ОТ= 103 см

Для диагностики метаболических нарушений необходимо провести биохимическое исследование, включая

- корректоров моторики (тримебутин)
- антацидов и антацидов в комбинациях
- прокинетики (домперидон)
- пробиотиков

Результаты обследования

Липидный профиль, креатинин, трансаминаза и мочевая кислота

Холестерин 5,3 ммоль/л, триглицериды 1,4 ммоль/л, креатинин 78 мкмоль/л, АЛТ 20 ед/мл, АСТ 14 ед/мл, мочевая кислота 630 мкмоль/л.

Клинический анализ крови с определением скорости оседания эритроцитов

В пределах референсных значений.

Тиреотропный гормон, Т3 свободный и Т4 свободный

В пределах референсных значений.

Общий белок, альбумин, калий, натрий и хлориды крови

В пределах референсных значений.

Пациенту с подозрением на подагру необходимо проверить уровень

- глюкозы, гликированного гемоглобина
- мочевой кислоты в крови
- холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов
- общего белка, мочевины, креатинина

Для выявления кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости или в содержимом тофуса применяется

- компьютерная томография
- рентгенологическое исследование
- метод поляризационной микроскопии
- ультразвуковое исследование

Для снижения веса при ожирении рекомендуется

- нормокалорийная диета
- высокобелковая диета
- гипокалорийная диета (НКД)
- разгрузочно-диетические дни

При подагре в питании ограничиваются продукты, богатые

- простыми углеводами
- пуриновыми основаниями
- холестерином
- щавелевой кислотой

К продуктам, содержащим большое количество пуринов (более 150 мг на 100 г продукта) относят

- молоко, сыр, яйца, икру рыб, крупы, орехи, мед, овощи, фрукты, смеси белковые композитные сухие на основе сывороточного белка молока
- мясо, рыбу, свиной шпик, мидии, крабы, фасоль, горох, сою, цветную капусту, шпинат, щавель, грибы
- овощи, фрукты, орехи, молоко, сыр, яйца

- цыплят, телятину, печень, почки, мясные бульоны, сардины, анчоусы, шпроты, копчености, сельдь иваси (в масле)

Продукты, являющиеся независимым фактором риска развития подагры, - это

- мясные продукты и полуфабрикаты
- сладкие молочные продукты
- рыба и морепродукты
- алкоголь (особенно пиво), фруктоза в напитках

К продуктам, способствующим снижению сывороточного уровня мочевой кислоты относят

- молочные продукты с низким содержанием жира
- овощи
- фрукты
- орехи, включая грецкий орех и кешью

В период обострения подагры диета преимущественно состоит из

- овощных супов и жидких каш
- отварной, протертой пищи без соли
- овощей и фруктов, термически обработанных
- низкоуглеводных блюд

Медикаментозная терапия при ожирении назначается при индексе массы тела начиная с + _____ + кг/м²

- > 35
- >= 30
- > 40
- >=25

К препаратам, зарегистрированным в России для лечения ожирения, относят

- > 35
- >= 30
- > 40
- >=25

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На консультацию обратилась женщина, 38 лет, домохозяйка. С целью быстрого снижения массы тела планирует использовать голодание.

Жалобы

На избыточный вес.

Анамнез заболевания

Набор веса в течение последних 5 лет на фоне низкой двигательной активности и нерационального питания. В рационе преобладают блюда фаст-фуда, готовые блюда. Ужин поздний, не завтракает. С целью быстрого снижения массы тела планирует использовать голодание.

Анамнез жизни

В течение года появились изменения менструального цикла: редкие по частоте и иногда обильные менструации. В анамнезе двое родов. Хронических заболеваний нет.

Наследственность: у матери ожирение, гипертензия, гипотиреоз.

Объективный статус

При осмотре - рост 172 см, вес 90 кг, окружность талии 84 см, ИМТ 30,4 кг/м²;

Кожные покровы обычной окраски, тургор кожи удовлетворительный.

Избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки в области бедер.

Пальпируется щитовидная железа мягко-эластичной консистенции, молочные железы без особенностей. Со стороны легких, сердца, органов брюшной полости особенностей не выявлено. Стул, диурез (со слов пациентки) не изменены.

Критерием для постановки диагноза «висцеральное ожирение» является значение

- > 35
- ≥ 30
- > 40
- ≥ 25

Результаты обследования

Значение окружности талии

ОТ=84 см

Значение клинического анализа крови

В пределах референсных значений.

Значение общего анализа мочи

В пределах возрастной нормы.

Значение отношения окружности талии к окружности бедер

Меньше 0,85

Для исключения эндокринных причин ожирения необходимо определить уровни

- > 35
- ≥ 30
- > 40

- ≥ 25

Результаты обследования

Уровень тиреотропного гормона в крови

Показатели в пределах референсных значений.

Уровень свободного кортизола в моче (суточный анализ)

Показатели в пределах референсных значений.

Уровень пролактина в крови

Показатели в пределах референсных значений.

Уровень базального инсулина, С-пептида

Базальный инсулин = 10,4 мЕд/мл, С-пептид = 2,1 нг/мл

Уровень общего и свободного тестостерона, ЛГ, ФСГ

Тестостерон общий = 1,5 нмоль/л, тестостерон свободный = 2,0 пг/мл, ЛГ = 57 мМЕ/мл, ФСГ = 13,2 мМЕ/мл

Уровень Т3 и Т4 свободного

Т3 св = 3,2 пмоль/л, Т4 св = 11,0 пмоль/л

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- > 35
- ≥ 30
- > 40
- ≥ 25

Диагноз

Ожирение экзогенно-конституциональное 1 степени

Избыточная масса тела

Ожирение экзогенно-конституциональное 2 степени

Нормальная масса тела

Для диагностики метаболических нарушений пациенту необходимо проверить биохимические показатели

- липидограмму, креатинин, мочевую кислоту, АЛТ, АСТ, ГГТ, свободный и связанный билирубин
- инсулин, С-пептид
- глюкозу, гликированный гемоглобин, общий холестерин, мочевую кислоту и щелочную фосфатазу
- общий белок, альбумин

Данной пациентке с целью снижения веса голодание

- не рекомендуется
- не рекомендуется на первой неделе лечения
- рекомендуется на первой неделе лечения
- рекомендуется

При снижении массы тела дефицит калорий составляет + _____ + ккал от физиологической потребности с учетом массы тела, возраста и пола

- 100-300
- 300-500
- 700-1000
- 500-700

Для снижения массы тела при ожирении рекомендуется

- гипокалорийная диета
- основной вариант стандартной диеты
- эукалорийная диета
- вариант диеты с повышенным количеством белка

С целью уменьшения рисков для здоровья рекомендуется снижение массы тела на

- 5-10% за 3-6 месяцев
- 20% за месяц
- 10% за 30 дней
- 7% за 14 дней

При лечебном питании при ожирении запрещаются

- хлеб из цельного зерна, пшеничные отруби, гречневая крупа, фасоль, какао, орехи
- банан, авокадо, орехи, сливочное масло
- субпродукты, жирные сорта мяса, рыбы, молочные продукты с пониженной калорийностью
- конфеты, шоколад, кондитерские изделия, сдоба, мороженое, сладкие газированные напитки

Химический состав и калорийность варианта диеты с пониженной калорийностью: белки + ___ + г, жиры + ___ + г, углеводы + ___ + г, калорийность + ___ + ккал

- 70-80; 60-70; 130-150; 1340-1550
- 20-60; 80-90; 350-400; 2120-2650
- 110-120; 80-90; 250-350; 2080-2690
- 85-90; 70-80; 300-330; 2170-2400

При снижении массы тела рекомендуется ограничение потребления натрия до + ____ + г/сутки

- 7
- 5
- 9
- 2

К специальным диетам, которые могут использоваться при ожирении, относятся

- 7
- 5
- 9
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога мама с ребенком 11 лет.

Жалобы

В настоящее время активных жалоб нет.

Анамнез заболевания

Со слов матери, два года назад у ребенка появились жалобы на полиурию, полидипсию, снижение массы тела (похудел на 5 кг), слабость. В связи с ухудшением состояния в виде нарастания слабости, вялости, одышки, выраженного запаха ацетона изо рта самостоятельно обратились в больницу. При обследовании в ОАМ – глюкозурия 2%, ацетон +++; б/х крови – гипергликемия 29 ммоль/л. Проводилась инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами. По результатам обследования установлен диагноз: Сахарный диабет 1 типа. Гликированный гемоглобин при манифестации 10,5%. После купирования кетоацидоза был переведен на интенсифицированную схему инсулинотерапии препаратами Апидра и Лантус. Также был выявлен субклинический гипотиреоз, получает ЗГТ левотироксином натрия 12,5 мкг/сутки. Контроль гликемии регулярный. Дневник ведет, подсчет углеводов адекватный.

Анамнез жизни

Ребенок от 3 беременности (1- 2005 – замершая в 5 нед, 2 - 2006 – выкидыш в 16 нед) протекавшей с угрозой на всем протяжении (утрожестан, магнеВ6, фенюльс, магnezия в/в кап, в/м, папаверин свечи), в 20 нед - появился зуд, АСТ, АЛТ>600 у матери во время беременности - гепатит неуточненный, консультирована у гематолога по поводу аутоиммунной тромбоцитопенией - повышение Д-димера (инфузии не помнит). Роды – 1, срочные (39 нед), самостоятельные, эпизиотомия. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Вес при рождении - 4040 г, длина- 55 см. Ранний неонатальный период протекал гладко - желтуха на 2 сутки, держалась 2 мес. Грудное вскармливание

до - 1 г 2 мес (смешанное - Нутрилон). Прикормы введены с 6 мес с овощных пюре (морковь - аллергия - крапивница).

Профилактические прививки со слов мамы - по индивидуальному календарю.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, бронхит, синусит, в/оспа в 7,5 лет.

Наблюдался у невролога в связи с гиперактивностью (получал тенотен).

Наследственность: у отца, 42 г (вес 100 кг, рост 178 см) - СД 2 типа, ожирение.

Мама, 36 лет (вес 62 кг. Рост 180 см) - аллергия - крапивница - анальгин, конъюнктивит - бисептол, косметика - ринит, сыпь. Бабушка по линии мамы - проблемы с ПЖ, дед - высокий гемоглобин. Бабушка по линии отца - ЯБ желудка. Аллергоanamнез - морковь - крапивница.

Объективный статус

Самочувствие удовлетворительное. Температура 36,5. Положение ребенка активное. Вес 41 кг. Рост 152 см. ИМТ 17,7 кг/м². Z-score ИМТ -0,14. Z-score рост/возраст -0,09. Аппетит сохранен. Кожные покровы обычной окраски, немного суховаты на ощупь. Видимые слизистые чистые. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Носовое дыхание свободное. ЧД - 20 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧСС 86 уд. в мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык слегка обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, регулярный. Мочеиспускание свободное.

Диагноз «сахарный диабет» можно выставить при уровне глюкозы в плазме венозной крови

- $\geq 13,0$ ммоль/л при случайном определении
- $\geq 10,0$ через 2 ч после нагрузки при проведении перорального глюкозотолерантного теста
- $\geq 7,0$ ммоль/л натощак
- $\geq 11,1$ ммоль/л через 2 ч после нагрузки при проведении перорального глюкозотолерантного теста
- $\geq 11,1$ ммоль/л при случайном определении
- 29 ммоль/л

Для диагностики степени нарушения углеводного обмена необходимо определять

- удельный вес мочи
- кетоновые тела в моче или крови
- глюкозу в крови
- рН мочи

Учитывая жалобы пациента, анамнез жизни и анамнез заболевания, в настоящее время пациенту можно выставить основной клинический диагноз

- удельный вес мочи
- кетоновые тела в моче или крови

- глюкозу в крови
- рН мочи

Диагноз

Инсулинзависимый сахарный диабет без осложнений

Сахарный диабет инсулиннезависимый

Инсулинзависимый сахарный диабет с множественными осложнениями

Гипергликемия неуточненная

Критерием нарушенной толерантности к глюкозе при проведении перорального глюкозотолерантного теста является уровень глюкозы в плазме венозной крови _____ ммоль/л через 2 часа после нагрузки

- $\geq 6,1$ и $< 7,0$
- $\geq 6,5$
- $\geq 7,8$ и $< 11,1$
- $< 10,0$

При сахарном диабете 1 типа у детей назначается

- физиологически полноценная диета
- диета с пониженным количеством белка
- вариант диеты с повышенным количеством белка
- вариант диеты с ограничением углеводов

Оптимальным распределением макронутриентов в процентах от суточной калорийности в рационе ребенка с сахарным диабетом 1 типа является

- белки 12-15%, жиры 30 %, углеводы 58-60%
- белки 20%, жиры 30%, углеводы 50%
- белки 15-20% , жиры менее 35% , углеводы 45-50%
- белки 20%, жиры 40%, углеводы 40%

Для количественной оценки углеводов при сахарном диабете 1 типа используется подсчет

- хлебных единиц (ХЕ) и количества углеводов
- гликемического индекса продуктов
- суточной калорийности блюда
- суточного объема пищи в граммах

Подсчет гликемического индекса пищевых продуктов и блюд при сахарном диабете 1 типа рекомендуется для

- определения дозы вводимого инсулина
- точного расчета калорий
- улучшения гликемического контроля
- профилактики избыточной массы тела пациента

На раннюю и отсроченную постпрандиальную гликемию влияют пищевые

- жиры и углеводы
- жиры и белки
- углеводы и белки
- углеводы и макронутриенты

Целевым уровнем гликированного гемоглобина (HbA1c) у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа является менее + ____ + %

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

В качестве препаратов выбора у пациентов с СД 1 типа с целью снижения риска гипогликемии рекомендуется использование инсулина

- ультракороткого действия, ИУКД и сверхбыстрого действия, ИСБД
- длительного действия (аналоги инсулина человека), ИДД
- сверхдлительного действия (аналоги инсулина человека), ИСДД
- короткого действия, ИКД и ультракороткого действия, ИУКД

Мониторинг глюкозы глюкометром у пациентов с сахарным диабетом 1 рекомендуется проводить не менее + ____ + раз в сутки

- ультракороткого действия, ИУКД и сверхбыстрого действия, ИСБД
- длительного действия (аналоги инсулина человека), ИДД
- сверхдлительного действия (аналоги инсулина человека), ИСДД
- короткого действия, ИКД и ультракороткого действия, ИУКД

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога отец с дочерью 9 лет.

Жалобы

На периодические боли в животе.

Анамнез заболевания

В 7 лет при обследовании по поводу периодических болей в животе:

В клиническом анализе крови – без клинически значимых изменений; +

в биохимическом анализе крови – цитолиз минимальной степени активности

(АЛТ 106 Ед/л, АСТ 64 Ед/л), маркеры холестаза в норме. +
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости – УЗ признаки диффузных изменений печени (усиление сосудистого рисунка), структура печени однородная, правая доля=107 мм, левая доля=41мм (верхняя граница нормы), УЗ признаки ДЖВП на фоне перегибов желчного пузыря, умеренной спленомегалии (87×27), выраженного метеоризма.
При дальнейшем обследовании сохранялось повышение маркеров цитолиза (АЛТ 112 Ед/л, АСТ 68 Ед/л), ГГТ 32 Ед/л (норма), относительная эозинофилия (7%). +
Антитела к гельминтам отрицательные. +
Специфическое лечение не получала.
При контроле УЗИ органов брюшной полости в динамике через 7 мес выявлена гепатомегалия (ПД=114мм, ЛД=43мм). +
Консультирована гастроэнтерологом, рекомендован прием антацидов, тримебутина, пробиотиков, желчегонная терапия, урсодезоксихолевая кислота 250 мг на ночь 1 мес. с положительным эффектом в виде купирования болей в животе.
Проводился диагностический поиск.
В биохимическом анализе крови отмечалось нарастание активности печеночных ферментов (286 Ед/л, АСТ 124 Ед/л), гиперхолестеринемия (5,7 ммоль/л) за счет ЛПНП (3,7 ммоль/л). +
Исключены вирусные гепатиты, аутоиммунный гепатит, дефицит альфа-1 антитрипсина, гельминтозы. +
Осмотрена офтальмологом - ангиопатия сетчатки. +
Суточная экскреция базальной меди в моче повышена - 145 мкг/сут. +
Активность кислой липазы в норме (0,248).

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, протекавшей физиологично. +
Роды – 1, срочные, самостоятельные, в головном предлежании. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9 б. Вес при рождении – 3570 г, длина- 51 см. Ранний неонатальный период протекал гладко. Грудное вскармливание до 1,5 лет, прикорм с 6 мес. - переносимость удовлетворительная. Весовая кривая по нижней границе норма с рождения. +
Развитие психомоторное по возрасту. +
Профилактические прививки проведены в соответствии с Национальным календарем вакцинации.
Аллергологический анамнез: не отягощен.
Наследственность: отягощена по хроническому гастриту по линии матери.

Объективный статус

Вес 26 кг.
Рост 129 см. Z-Score роста -0,59.
ИМТ 15,6 кг/м². Z-Score ИМТ -0,27.
Температура 36,4 °С. Положение ребенка активное. Состояние питания недостаточное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, легкая пальмарная эритема. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при

пальпации. Носовое дыхание свободное. ЧД – 20 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧСС 83 уд. в мин. АД 105/65 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык слегка обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствительный при пальпации. Печень по передней аксиллярной линии + 0,5 см, по среднеключичной линии + 1,5 см, мягко-эластической консистенции, край ровный. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме. +

Неврологический статус: умственное развитие по возрасту, пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга устойчива.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- ультракороткого действия, ИУКД и сверхбыстрого действия, ИСБД
- длительного действия (аналоги инсулина человека), ИДД
- сверхдлительного действия (аналоги инсулина человека), ИСДД
- короткого действия, ИКД и ультракороткого действия, ИУКД

Результаты обследования

Определение уровня церулоплазмينا

7 мг/дл

Определение суточной экскреции меди с мочой на фоне приема Д-пенициллина

1150 мкг/сут

Молекулярно-генетический анализ

Проведен молекулярно-генетический анализ на поиск частых мутаций в гене АТР7В выявлена мутация с.320С >А в гомозиготном состоянии.

Определение суточной экскреции меди с мочой

101 мкг/сут

Определение суточной экскреции кальция с мочой

В пределах возрастной нормы

Анализ мочи по Нечипоренко

[cols="^,^,^",options="header"]

|=====

| Лейкоциты | Эритроциты | Цилиндры (гиалиновые)

| 1300 | 500 | 0

|=====

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- ультракороткого действия, ИУКД и сверхбыстрого действия, ИСБД
- длительного действия (аналоги инсулина человека), ИДД
- сверхдлительного действия (аналоги инсулина человека), ИСДД
- короткого действия, ИКД и ультракороткого действия, ИУКД

Результаты обследования

УЗИ органов брюшной полости

ПЕЧЕНЬ Размеры - увеличены. Правая доля - 120 мм. Левая доля - 71 мм.

Эхогенность - повышена. Паренхима – мелкоочаговая диффузная неоднородность, Внутривенеченочные желчные протоки Диаметр – норма. Стенки - утолщены. Воротная вена - размер 7 мм норма; стенки норма. Печеночные вены – норма. Кровоток – не изменен. Контур - четкие, ровные.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ - в типичном месте увеличен, 75×30, перегиб в теле, стенки норма, просвет свободный.

ЖЕЛУДОК Стенки - норма; секреция - норма.

12 ПЕРСТНАЯ КИШКА Стенки - норма; секреция - норма.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА 21×17×28, увеличена. Контур - ровный.

Паренхима - однородная. Эхогенность - повышена. Стенки сосудов - не уплотнены. Вирсунгов проток - не изменен.

СЕЛЕЗЕНКА не увеличена. 88×46. Контур - ровный. Паренхима - однородной структуры. Эхогенность - средняя. Дополнительная долька - не визуализируется. Сосуды - не изменены. Селезеночная вена – 4 мм норма.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ не визуализируется.

СВОБОДНАЯ ЖИДКОСТЬ не визуализируется.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: УЗ-признаки гепатомегалии с диффузными изменениями печени. УЗ-признаки дисфункции желчных путей, вторичных изменений поджелудочной железы.

Проведение биопсии печени с определением количественного содержания меди в биоптате

При биопсии печени выявлены признаки хронического гепатита низкой степени активности (по Knodell). Концентрация меди в биоптате - 294 мкг/г сухого веса.

Проведение денситометрии

Минеральная плотность костной ткани снижена на 4% (вариант возрастной нормы)

УЗИ щитовидной железы

Правая доля 10×10×32, объем 1,533 см³. Левая доля 9×10×30, объем 1,293 см³. Перешеек 2 мм. При ЦДК кровоток не изменен. Общий объем ЩЖ 2,826 см³. Норма (м, 9 л) 2,53-5,13 см. Регионарные л/у не визуализируются.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: УЗ- изменений не выявлено.

Измерение основного обмена методом непрямой калориметрии

Общие энерготраты покоя составили 1380 ккал/сут. Это свидетельствует о повышении уровня энергетического обмена на 17%. Скорость окисления углеводов 206 г/сут – в норме. Скорость окисления жиров 38 г/сут, снижена на 11%. Скорость окисления белка 55 г/сут – повышена на 12%.

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- ультракороткого действия, ИУКД и сверхбыстрого действия, ИСБД
- длительного действия (аналоги инсулина человека), ИДД
- сверхдлительного действия (аналоги инсулина человека), ИСДД

- короткого действия, ИКД и ультракороткого действия, ИУКД

Диагноз

Болезнь Вильсона, печеночная форма

Болезнь Вильсона, церебральная форма

Аутоиммунный гепатит I типа

Аутоиммунный гепатит II типа

Основными органами-мишенями, которые поражаются при болезни Вильсона, являются печень и

- костная система
- головной мозг
- скелетные мышцы, сердце
- поджелудочная железа

Основным методом лечения болезни Вильсона является прием препаратов

- содержащих железо
- выводящих медь
- содержащих медь
- выводящих цинк

Расчетная лечебная доза пенициллина для детей составляет + _____ + в сутки

- 10 мг/кг
- 20 мг/кг
- 2 г
- 10 мг

Совместно с приемом пенициллина обязательно назначение витамина

- E
- B6
- B12
- B2

К продуктам, которые следует исключить из рациона, ввиду высокого содержания в них меди, относят

- капусту пекинскую, банан, авокадо
- молочные продукты, индейку, кальмара
- субпродукты, грибы, шоколад

- цикорий, зеленый чай, яйца

Суточная калорийность рациона при болезни Вильсона соответствует

- пожеланиям пациента
- калорийности рациона взрослого человека
- возрастным потребностям
- нормам детей 1 года жизни

Для определения эффективности проводимого лечения и диетотерапии используют определение уровня

- церулоплазмина
- цинка в крови
- суточной экскреции меди с мочой
- разовой экскреции кальция с мочой

Начальные симптомы болезни Вильсона обычно не проявляются раньше + ____ + лет

- 14
- 5
- 3
- 10

Прогностически наиболее неблагоприятной формой гепатита при болезни Вильсона является + _____ + гепатит

- 14
- 5
- 3
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у диетолога мама с мальчиком 9 лет

Жалобы

На частые боли в животе, преимущественно натошак, отрыжку.

Анамнез заболевания

Со слов матери, в течение года отмечаются периодические боли в животе, преимущественно натошак, отрыжка. 4 месяца назад находился на госпитализации в гастроэнтерологическом отделении, где при обследовании по ЭГДС – признаки эрозивного эзофагита, поверхностного гастрита, по-видимому, ассоциированного с H.Pylori. В терапии: антациды, прокинетики, гастропротекторы с некоторым положительным эффектом в виде уменьшения

болей. Эрадикационная терапия не проводилась.

Обратился в связи с возобновлением болей в эпигастрии и пилородуоденальной зонах. В рационе – фастфуд до 3-4 раз в неделю.

Анамнез жизни

Ребёнок от 1 беременности, протекавшей физиологично. От 1 самостоятельных родов в срок. При рождении: масса тела 3810г., рост 52 см. Состояние после рождения удовлетворительное, к груди приложен сразу. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Грудное вскармливание до 3 лет, прикорм введен с 6 месяцев.

Психомоторное развитие - по возрасту. +

Профилактические прививки: по возрасту. +

Перенесенные заболевания: ангина в 4 года, ОРВИ 3-4 раза в год. Травмы и операции отрицает. +

Наследственность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта (гастрит) отягощена по линии матери.

Объективный статус

Вес 34 кг, рост 130 см, ИМТ 20,1 кг/м², Z-Score ИМТ +1,61, Z-Score роста - 0,41.

Катаральных явлений нет. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно, распределена преимущественно, по абдоминальному типу. Грудная клетка симметричная, аускультативно – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов не выслушивается. ЧД 21 в мин. Область сердца визуально не изменена, тоны сердца несколько приглушены вследствие избыточного развития жировой ткани, ритмичные, ЧСС 82 уд в мин. АД 115/70 мм рт. ст. Appetit сохранен. Язык несколько обложен белым налетом, влажный. Живот симметричный, глубокая пальпация затруднена, из-за избыточного развития жировой ткани, при пальпации болезненный в эпигастрии, околопупочной области, области, в точке желчного пузыря. Печень, селезенка не пальпируются. Стул в норме, дизурии нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- 14
- 5
- 3
- 10

Результаты обследования

Серологическое исследование крови на антитела к H.Pylori, IgA и IgG

А/т к H.pylori

|=====

^| IgA H.Pylori ^| *Положительно*

^| IgG H.Pylori ^| *Положительно*

|=====

Серологическое исследование крови на антитела к лямблиям, IgA и IgG

Антитела не обнаружены.

Соскоб на энтеробиоз

Отрицательный

Серологическое исследование крови на антитела к токсокарам, IgA и IgG

Антитела не обнаружены.

Посев кала на кишечную флору

Без патологии

Определение РНК ротавируса, норовируса, астровируса методом ПЦР в кале

РНК ротавируса, норовируса, астровируса в кале не обнаружено.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 14
- 5
- 3
- 10

Результаты обследования

Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией

Пищевод свободно проходим на всем протяжении. Слизистая верхней и средней трети обычная. Слизистая нижней трети и кардии изменена по типу «языков пламени». Кардиальный жом смыкается, при перистальтике отмечается заброс содержимого желудка. В желудке натошак умеренное количество слизи. Складки извитые, расправляются свободно. В кардиальном отделе имеется полиповидное образование. На широком основании, ярко-красного цвета. С глянцевитой поверхностью и слизистыми наложениями. Слизистая вокруг полипа раздражена, отечная, зернистая, при контакте легко ранима. Слизистая тела желудка умеренно гиперемирована, в антропилорическом отделе изменен по типу «булыжной мостовой». Привратник приоткрыт. Просвет duodenum свободен. Слизистая луковицы и внелуковичной части рыхлая, гиперемирована. Фатеров сосочек обычный. Произведена биопсия из кардиального отдела желудка с помощью биопсатора. Взяты 2 кусочка для гистологического исследования. НР тест положительный (++).

Заключение: Рефлюкс-эзофагит. Полип желудка. Гипертрофический гастродуоденит

УЗИ органов брюшной полости

УЗ-признаки гастродуоденита. УЗ-признаки ДЖВП. УЗ-признаки вторичных изменений поджелудочной железы

УЗИ органов малого таза

Патологии не обнаружено

Колоноскопия

Патологии не обнаружено

Ирригография

Патологии не обнаружено

Электрокардиография

Ритм синусовый с ЧСС 86 уд/мин. Нормальное положение ЭОС.

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить основной клинический диагноз

- 14
- 5
- 3
- 10

Диагноз

Хронический гастродуоденит, Нр+

Хронический гастродуоденит, Нр-

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, Нр+

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, Нр-

Дифференциальная диагностика, в первую очередь, проводится с

- язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки
- неспецифическим язвенным колитом и полипом толстого кишечника
- болезнью Крона и неспецифическим язвенным колитом
- дисфункцией желчного пузыря и острым панкреатитом

При хроническом гастродуодените с нормальной секрецией в период ремиссии рекомендован стол № + ____ + по М.И. Певзнеру

- 1
- 8
- 7
- 11

Строгая диета, рекомендуемая в период обострения заболевания, назначается обычно на срок

- не более 2 недель
- 2-4 недели
- 4 месяца и более
- 1-2 месяца

Пациенту с хроническим гастродуоденитом в стадии обострения показано обязательное исключение

- тушеных овощей
- нежирных сортов колбасы
- паровых котлет из говядины

- крепкого чая

Стол №2 по М.И. Певзнеру рекомендован при

- остром и хроническом гепатите
- язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
- хроническом гастрите с секреторной недостаточностью
- остром и хроническом энтерите

Длительного переваривания в желудке не требует

- вымоченная сельдь
- свежий черный хлеб
- свежий белый хлеб
- жирная свинина

С целью улучшения обменных процессов в слизистой оболочке рекомендовано назначение

- экстракта плодов пятнистой расторопши
- L-карнитина и L-глутамин
- комплекса витаминов, фолиевой кислоты
- экстракта листьев артишока

Уровень основного обмена у здорового человека среднего возраста соответствует расходу + ____ + ккал/ч на каждый килограмм массы тела

- 0,5
- 2,5
- 3,0
- 1,0

1 ккал составляет + ____ + кДж

- 0,5
- 2,5
- 3,0
- 1,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К диетологу на прием пришла мама с мальчиком 7 лет

Жалобы

На медленную прибавку массы тела, темповую задержку роста, частое вздутие живота, неоформленный стул.

Анамнез заболевания

Со слов матери, с раннего возраста у ребенка отмечаются масса тела и рост ниже рекомендованных норм. С 3,5 лет наблюдался педиатром и гематологом по поводу железодефицитной анемии легкой степени тяжести (гемоглобин 91-104 г/л), рефрактерной к терапии препаратами железа, фолиевой кислоты. В 5 лет впервые выявлено повышение IgA к эндомизину до 65 Ед/л (при норме до 7 Ед/л). Костный возраст соответствует 3,5 годам (паспортный возраст 5 лет). Дальнейшее обследование не проводилось, к гастроэнтерологу не обращался. Фактическое питание – калорийность рациона 1265 ккал/сут, при норме 1800 ккал/сут. В рационе много овощей и фруктов в свежем и приготовленном виде, все виды круп, курица, индейка. Молочные продукты употребляет 3-4 раза в неделю.

Анамнез жизни

Ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в I и II триместрах, ОРВИ. От 2-х самостоятельных родов на 39 неделе. При рождении: масса тела 3380г, рост 57 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Ранний неонатальный период протекал гладко. Грудное вскармливание до 8 мес., введение прикорма с 6 мес. - переносимость удовлетворительная. Нарастание массы тела до 1 года по возрасту, далее ниже возрастной. Развитие психомоторное по возрасту. Профилактические прививки – отказ родителей. Перенесенные заболевания: в/оспа в 3г, ОРВИ 5-6 р/год, рецидивирующие стоматиты.

Наследственность отягощена по сахарному диабету 2 типа по линии матери.

Старшая сестра - 9 лет.

Объективный статус

Температура 36,2°C

Вес 17,4 кг. Z-Score масса/возраст -2,12.

Рост 111 см. Z-Score рост/возраст -2,03.

ИМТ 14,1кг/м². Z-Score ИМТ -1,08.

Аппетит снижен, избирательный. Кожные покровы бледные, сухие. Толщина подкожно-жировой складки на животе 0,4 см. Видимые слизистые чистые, розовые, блестящие. Зубы кариозные. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Костная система: развернутая апертура грудной клетки, вальгусная деформация нижних конечностей. Носовое дыхание свободное. Частота дыхания -21 в мин. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений 98 уд. в мин. Артериальное давление – 85/55 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, ритмичные, мягкий систолический шум на верхушке. Язык слегка обложен белым налетом. Живот увеличен в размере, выраженное вздутие, безболезненный при пальпации, отмечается урчание по ходу толстой кишки, определяется тимпанический звук при перкуссии. Слабость мышц белой линии живота. Печень по краю реберной дуги, мягкоэластичной консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул нерегулярный, полуоформленный до 4-5 р/сут, периодически с неперевавленными комочками пищи. Дизурических явлений нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 0,5
- 2,5
- 3,0
- 1,0

Результаты обследования

Исследование на антитела к тканевой трансглутаминазе, к эндомиозию, к деамидированному глиадину IgA, IgG

Маркеры целиакии:

[cols=",^,^,^,^,^",options="header"]

|=====

|

| А/т глиадину +

IgA | А/т глиадину +

IgG | А/т трансглут +

IgA | А/т трансглут +

IgG | А/т к эндомиозию +

IgA

| Титр | 0-10 | 0-10 | 0-10 | 0-10 | 0-10

|

| *>100* | *78,4* | *>200* | *14,8* | *85*

|=====

HLA-типирование DQ2/DQ8

HLA-DQ2 гетеродимер кодируется в цис-конфигурации HLA-DR3-QA1*0501

Иммунофенотипирование периферических лимфоцитов

Иммунофенотипирование периферических лимфоцитов

[cols=",^,^,^,^,^,^,^",options="header"]

|=====

^| *CD3* 2+^| *CD3/D4* 2+^| *CD3/CD8* 2+^| *CD19* 2+^| *CD3/CD16/CD56*

|

^| Abs ^| % ^| Abs ^| % ^| Abs ^| % ^| Abs ^| %

^| 1,61-4,2 ^| 0,9-2,9 ^| 35-51 ^| 0,63-1,9 ^| 22-38 ^| 0,7-1,3 ^| 21-28 ^| 0,276-0,896 ^| 7,5-19,5

^| 2,5 ^| 1,1 ^| 35 ^| 1,2 ^| 37 ^| 0,48 ^| 15,1 ^| 0,23 ^| 7,11

|=====

Общий анализ мочи

[cols="^,^,^,^,^,^,^,^",options="header"]

|=====

| Цвет | Прозр | Отн плотн | рН | Белок | Глюкоза | Эпит | Лейкоциты |

Эритроциты

| с/ж | полная | 1010 | 6 | Abs | Abs | Abs | Abs | Abs

|=====

Коагулограмма

[cols="^,^,^,^",options="header"]

=====
| Фибриноген | ПТИ | МНО | ПТВ
| Мг% | % |
| Сек
| 200-450 | 81-138 | 0,88-1,1 | 12-15
| 350 | 97 | 1,02 | 14,7

=====
Исследование на герпес-вирусы (ПЦР-диагностика)

[cols="^,^",options="header"]

=====
| Дата |

| ДНК CMV | Отриц
| ДНК EBV | Отриц
| ДНК HHV VI | Отриц
| ДНК HHV I, II | Отриц

=====

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 0,5
- 2,5
- 3,0
- 1,0

Результаты обследования

Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим. Слизистая бледно-розовая, гладкая. Розетка кардии смыкается полностью. В желудке светлая пристеночная слизь. Складки продольно извиты, расправимы, расправляются при инсуффляции. Слизистая оболочка бледно-розовая. Привратник округлой формы, сомкнут. Слизистая луковицы отечна с редкими точечные подслизистыми геморрагиями.

Постлуковичные отделы разрыхлены. Складки отечные. Осмотрены начальные отделы тощей кишки. Слизистая бледно-розовая, поверхностно гиперемирована, выражена продольная складчатость. Высота ворсин резко снижена, плохо просматриваются.

Заключение: НР-слабоассоциированный поверхностный антральный гастрит. Геморрагический бульбит, дуоденит, еюнит. Была взята биопсия (желудок, постбульбарный отдел 12ПК, луковица 12ПК).

Морфологическая диагностика

Заключение биопсии (биоптаты из желудка, 12ПК, тощей кишки):

Гистологическая картина хронического атрофического еюнита и дуоденита характерна для глютенной энтеропатии. Стадия Марш 3с. Слизистая оболочка тела желудка обычного строения.

Колоноскопия

Заключение колоноскопии: патологии не выявлено.

Суточная рН-метрия

За время исследования всего зафиксировано 21 рефлюксов (из них 4 во время еды – исключены из исследования). Из включенных 17 рефлюксов, число рефлюксов более 5 мин – 1 (норма до 3,5). DeMeester 6,5 (норма до 14,72). рН свода желудка 1,9 (норма), рН в теле желудка 1,1. Нормоацидное состояние.

Заключение: Патологии не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости

Заключение УЗИ органов брюшной полости: УЗ признаки гепатомегалии (за счет правой доли) с диффузными изменениями печени. УЗ-признаки ДЖВП, вторичных изменений поджелудочной железы

Учитывая выявленные изменения по результатам лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить диагноз:

Целиакия

- 0,5
- 2,5
- 3,0
- 1,0

Диагноз

Целиакия, типичная форма, активный период

Целиакия, атипичная форма, активный период

Целиакия, типичная форма, период неполной ремиссии

Целиакия, типичная форма, латентный период

На основании данных антропометрии ребенку можно выставить сопутствующий клинический диагноз

- отклонений в физическом развитии не выявлено
- задержка роста (Z-Score роста -2,03)
- дефицит массы тела, средней степени тяжести (Z-Score масса/возраст - 2,12)
- дефицит массы тела, легкой степени тяжести (Z-Score ИМТ -1,08)

Основным принципом лечения пациентов с установленным диагнозом целиакия является соблюдение + _____ + безглютеновой диеты

- пожизненной строгой безмолочной и
- нестрогой
- пожизненной строгой
- до купирования острых клинических проявлений строгой

Учитывая повреждение щеточной каемки энтероцитов, пациентам с выше установленным диагнозом следует также исключить из рациона

- белок коровьего молока
- безглютеновые каши
- легкоусвояемые углеводы
- масла, содержащие среднецепочечные триглицериды

В качестве замены молочным продуктам можно использовать смеси на основе + _____ + белка коровьего молока

- цельного
- высокого гидролиза
- цельного или частичного гидролиза
- частичного гидролиза

К глютенсодержащим крупам относятся ячмень, пшеница и

- кукуруза
- рожь
- овес
- гречка

К продуктам, содержащим скрытый глютен, относят

- пельмени
- пастилу
- картофельный крахмал
- чечевицу

Пациентам с впервые установленным диагнозом целиакии требуется обязательное дополнительное обследование и лечение в отношении

- железодефицитной анемии, остеопороза
- дефицита витамина К, гипervитаминоза витамина D
- сахарного диабета 2 типа, ожирения
- инвагинации кишечника, избытка жирорастворимых витаминов

Серологическое исследование для оценки состояния в динамике проводят с целью

- объективного контроля за соблюдением безглютеновой диеты
- исключения дефицита основных макроэлементов
- исключения дефицита основных микроэлементов
- решения вопроса о введении в рацион глютен-содержащих продуктов

Возможным осложнением целиакии при несоблюдении строгой безглютеновой диеты является

- объективного контроля за соблюдением безглютеновой диеты
- исключения дефицита основных макроэлементов

- исключения дефицита основных микронутриентов
- решения вопроса о введении в рацион глютен-содержащих продуктов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К диетологу на прием обратилась девушка 17 лет.

Жалобы

На периодические боли в пояснице слева, помутнение мочи.

Анамнез заболевания

Впервые жалобы на периодические боли в животе, спине возникли около 1 года назад. Наблюдалась гастроэнтерологом с диагнозом Хронический гастродуоденит, НР-. Дисфункция желчного пузыря, получала симптоматическое лечение с некоторым положительным эффектом в виде купирования болей в животе. В анализе крови без патологии, в общем анализе мочи – моча несколько мутная, плотность 1023, много слизи, соли + (оксалаты). Лечение не получала, специфической диеты не придерживалась.

3 недели назад появились частые колющие боли в животе, в поясничной области слева, субфебрильная температура тела с максимальным подъемом до фебрильных значений (до 38,2°C) на фоне отсутствия катаральных явлений (прием жаропонижающих с положительным эффектом).

Анамнез жизни

Ранний анамнез без особенностей. Прививки по индивидуальному графику. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-4 р/год, инфекции мочевых путей 2 раза за последний год. Вредные привычки отрицает. Наследственность отягощена по заболеваниям мочевыделительной системы по линии матери.

Объективный статус

Вес 59 кг, рост – 168 см. ИМТ 20,4. Z-score ИМТ -0,04. Z-score роста +0,77. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Костно-мышечная система без видимой патологии. Аускультативно: дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 18 в мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца звучные, ритмичные, АД – 115/80 мм рт.ст., ЧСС 66 уд. в мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка – не пальпируется. Слабоположительный симптом Пастернацкого слева. Стул регулярный, оформленный, мочеиспускание свободное, безболезненное.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- объективного контроля за соблюдением безглютеновой диеты
- исключения дефицита основных макронутриентов
- исключения дефицита основных микронутриентов
- решения вопроса о введении в рацион глютен-содержащих продуктов

Результаты обследования

Общий анализ крови

[cols=" , ^, ^, ^", options="header"]

|=====

^| Показатель | Ед.измерения | Норма | Результат

| НВ | г/л | 110-140 | 119,4

| Эп | 10^{12} /л | 3,7-4,9 | 4,38

| НСТ | % | 35-45 | 36,5

| WBC | 10^9 /л | 4,5-13,00 | *11,4*

| Neu | % | 43-65 | *67,6*

| Lymph | % | 31-53 | 24,1

| Mon | % | 4-8 | 6,6

| Bas | % | 0-1 | 0,4

| Eos | % | 1-5 | 1,3

| PLT | 10^9 /л | 150-440 | 376

| СОЭ | мм/ч | 2-20 | *21*

|=====

Общий анализ мочи

[cols=" ^, ^, ^, ^, ^, ^, ^, ^, ^", options="header"]

|=====

| Цвет | Прозр | Отн плотн | рН | Белок | Глюкоза | Эпит | Лейкоциты |

Эритроциты | Соли

| желт | неполн | 1018 | 5 | Abs | Abs | Abs | 3-5 | 3-4 | Оксалаты++

|=====

Биохимический анализ крови

[cols=" , ^, ^, ^", options="header"]

|=====

^| Показатель | Ед.измерения | Норма | Результат

| АЛТ | Ед/л | 4-40 | 28

| АСТ | Ед/л | 4-40 | 26,4

| Глюкоза | мм/л | 3,9-5,8 | 4,4

| Креатинин | мкм/л | 54-95 | 72

| Мочевая кислота | мкм/л | 200-420 | 384

| Ca⁺⁺ | мм/л | 1,22-1,37 | 1,31

| K⁺ | мм/л | 3,8-5,3 | 4,8

| Na⁺ | мм/л | 136-144 | 139

| Mg⁺⁺ | мм/л | 0,7-1,2 | 0,86

| СРБ | мг/дл | 0-3 | *8*

|=====

Иммунологический анализ крови

[cols=" ^, ^, ^, ^, ^", options="header"]

|=====

| Показатель | IgG | IgM | IgA | IgE

|

| г/л | г/л | г/л | Ед/л

| N | 6,8-16,5 | 0,7-1,6 | 0,8-4,06 | <100

| Результат | 13,46 | 1,11 | 2,13 | 12

|=====

Анализ крови на антитела к гельминтам

Антител к токсокарам, аскаридам, лямблиям не обнаружено

Анализ крови на КЩС

КЩС:

[cols="^,^,^,^,^,^",options="header"]

|=====

| Дата | pH | pCO₂ | BE | HCO₃ | TCO₂ | Lac

| N | 7,310-7,410 | 41,0-51,0 | (-2)-(3) | 23,0-28,0 | 24-29 | 0,9-1,7

| Результат | 7,32 | 55 | 2,2 | 28,3 | 30 | 1,6

|=====

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- объективного контроля за соблюдением безглютеновой диеты
- исключения дефицита основных макроэлементов
- исключения дефицита основных микроэлементов
- решения вопроса о введении в рацион глютен-содержащих продуктов

Результаты обследования

УЗИ органов мочевой системы

ПОЧКИ ЛП 97x51, дифференцировка сохранена, ЧЛС стенки уплотнены, визуализируются единичные конкременты (соли?). ПП 98x43, дифференцировка сохранена, ЧЛС не изменена. Зона надпочечников: не изменена.

МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ заполнен, стенки тонкие, ровные, просвет анэхогенный.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: УЗ признаки дисметаболической нефропатии слева.

Спиральная КТ мочевыделительной системы

В ЧЛС левой почки визуализируются множественные конкременты d 0,3-0,5 см.

Наиболее вероятно оксалаты кальция.

МРТ органов брюшной полости

Патологии не обнаружено

Электрокардиография

Ритм синусовый с ЧСС 72 уд/мин. Вертикальное положение ЭОС

Эзофагогастродуоденскопия

Поверхностный гастрит

Учитывая жалобы, анамнез жизни и заболевания, а также результаты лабораторно-инструментального обследования можно поставить основной клинический диагноз

- объективного контроля за соблюдением безглютеновой диеты
- исключения дефицита основных макроэлементов
- исключения дефицита основных микроэлементов
- решения вопроса о введении в рацион глютен-содержащих продуктов

Диагноз

Конкремент левой почки. Гипероксалурия

Конкременты обеих почек. Гипероксалурия

Конкремент левой почки. Гиперфосфатурия

Конкремент правой почки. Гиперфосфатурия

Наиболее частым симптомом при нефролитиазе является

- многократная рвота
- эпизодическое снижение температуры тела
- гематурия
- постгеморрагическая анемия

Принципиальное отличие диеты № 7 от диеты № 5 состоит в том, что диета № + ____ + является

- 7; солевой, низкобелковой
- 5; бессолевой, низкобелковой
- 5; бессолевой, высокобелковой
- 7; бессолевой, низкобелковой

Снижение квоты белка в рационе у пациентов с заболеванием почек происходит за счет + _____ + поступления

- повышения; животных белков
- повышения; растительных белков
- снижения; животных белков
- снижения; растительных белков

Для улучшения вкусовых качеств блюд соль возможно заменить на

- соевый соус
- апельсиновый или лимонный сок
- сладкие газированные напитки
- майонез или кетчуп

При оксалатно-кальциевой дисметаболической нефропатии ограничивается поступление солей + _____ + кислоты

- янтарной
- щавелевой
- уксусной
- молочной

При оксалатурии ограничиваются + _____ +, так как в этих продуктах содержатся оксалаты от 1 до 3 г/кг

- бананы, тыква, горох
- сливочное масло, морковь, лук
- слива, растительное масло, щавель
- какао, абрикосы, инжир

Пациентам с дисметаболической нефропатией рекомендован + _____ +
питьевой режим на + _____ + % + _____ + возрастной нормы

- пониженный; 50; ниже
- пониженный; 10; ниже
- повышенный; 50; больше
- повышенный; 70; больше

Критерием достаточного употребления жидкости является

- ярко-желтый цвет мочи
- появление пастозности голеней
- отсутствие жажды
- бесцветная прозрачная моча

При мочекаменной болезни могут быть + _____ + камни

- ярко-желтый цвет мочи
- появление пастозности голеней
- отсутствие жажды
- бесцветная прозрачная моча

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К диетологу на прием пришла мама с девочкой 9 лет

Жалобы

на сниженный аппетит, полуоформленный стул, периодические боли в животе, вздутие

Анамнез заболевания

Девочка амбулаторно наблюдается гастроэнтерологом по поводу хронического гастродуоденита с раннего возраста. В 8 лет при очередном обращении к гастроэнтерологу с жалобами на изжогу, приступы болей в животе проведено комплексное обследование, по результатам которого выявлен цитоллиз высокой степени активности (>10N); исключены вирусные гепатиты, гельминты.

Наблюдалась гастроэнтерологом по месту жительства с диагнозом «Криптогенный гепатит. Инфицирование Эбштейн-Барр вирусной инфекцией, реконвалесцент. Гастроэзофагельная рефлюксная болезнь: халазия кардии,

рефлюкс-эзофагит 1 ст, гастродуоденит. Дисфункция билиарного тракта». К терапии курсами ингибиторы протонной помпы, антациды, ферменты, гепатопротекторы. При контроле биохимического анализа крови в динамике отмечалось снижение активности трансаминаз, через 4 месяца – уровень АЛТ и АСТ в пределах 2 норм. Также при лабораторном обследовании были выявлены маркеры целиакии: антитела к эндомизию IgA (1:320), антитела трансглутаминазе IgA (78,48 – 72,58), антитела к деамидированным пептидам глиаина IgA (25,93). При HLA-типировании выявлен гетеродимер DQ2 (HLA-DQA1 05:01 HLA-DQB1 02 (02:01?). По данным ЭГДС с биопсией: Антральный гастрит. Дуоденит. Описание микропрепарата: Фрагмент слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, ворсинчатость снижена, высокая степень атрофии ворсин, гиперплазия крипт, в собственной пластинке диффузная лимфоплазмочитарная инфильтрация с примесью эозинофилов, количество МЭЛ очагово увеличено. По Marsh: тип 3в.

Гастроэнтерологом по м/ж установлен диагноз: Целиакия, типичная форма, активный период. В настоящее время девочка находится на строгой безглютеновой и строгой безмолочной диете в течение 12 месяцев – на фоне которой отмечается положительная динамика в виде прибавки в весе, уменьшения вздутия живота, купирования абдоминальных болей, нормализация стула (оформленный, 1 р/сут).

Обратилась с целью коррекции рациона и решения вопроса о возможности введения глютен-содержащих продуктов.

Анамнез жизни

Ребенок от 3-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре, анемии. От 2-х родов на 38 неделе беременности, физиологические. Масса тела при рождении 3420 г. Рост при рождении 55 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Ранний неонатальный период без особенностей. Грудное вскармливание до 10 мес, введение прикорма с 6 мес. - переносимость удовлетворительная. Нарастание веса до 3 лет по возрасту, далее по нижней границе нормы. Развитие психомоторное по возрасту. Профилактические прививки проведены в соответствии с национальным календарем вакцинации. Перенесенные заболевания детские инфекции - ОРВИ 3-4 р/год. Наследственность: у бабушки по линии матери - гипоплазия щитовидной железы.

Объективный статус

Вес 23 кг.

Рост 126 см. Z-Score роста -1,06.

ИМТ 14,5. Z-Score ИМТ -1,18.

Состояние питания пониженное. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. Слизистые оболочки влажные, розовые, чистые. Зев не гиперемирован. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно.

Лимфатические узлы не увеличены. Сила и тонус мышц удовлетворительные.

Движения в крупных и мелких суставах в полном объеме. Кожа над суставами не изменена. Носовое дыхание не затруднено. Частота дыхания 22 в мин. При

аускультации дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются. Область

сердца не изменена. Артериальное давление 105/60 мм рт.ст. ЧСС 79. Тоны

сердца звучные. Шумы не выслушиваются. Пульсация периферических сосудов

не определяется. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот умеренно болезненный в области эпигастрия, вздут, доступен поверхностной и глубокой пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул неустойчивый, полуоформлен, периодически со склонностью к запорам до 2-3 дней. Диурез в норме.

Для оценки динамики состояния пациента с установленным диагнозом необходимыми лабораторными методами обследования являются

- ярко-желтый цвет мочи
- появление пастозности голеней
- отсутствие жажды
- бесцветная прозрачная моча

Результаты обследования

Исследование крови на а/т к тканевой трансглутаминазе, к деамидированному глиадину IgA, IgG

* _Маркеры целиакии: _*

[cols="^,^,^,^",options="header"]

|=====

| Дата | А/т глиадину

IgA | А/т глиадину

IgG | А/т трансглут

IgA | А/т трансглут

IgG

| Титр | 0-10 | 0-10 | 0-10 | 0-10

|

| 5,15 | 4,94 | 4,75 | 0,21

|=====

Биохимический анализ крови

* _Биохимический анализ крови _*

[cols=",^,^,^",options="header"]

|=====

^| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат

| АЛТ | Ед/л | 4-40 | 22

| АСТ | Ед/л | 4-40 | 33

| Глюкоза | мМ/л | 3,9-5,8 | 4,1

| Са | мМ/л | 2,15-2,57 | 2,36

| Са{plus}{plus} | мМ/л | 1,22-1,37 | *1,14*

| Р | мМ/л | 1-1,8 | 1,68

| Fe | мкМ/л | 9,5-21,5 | *3,6*

| ЛЖСС | мкМ/л | 44-80 | 66,3

| Белок общий | г/л | 64-83 | 65,7

| Холестерин | мМ/л | 3,2-5,2 | 3,39

| Триглицериды | мМ/л | 0,1-1,7 | 0,57

|=====

Клинический анализ крови

* _Клинический анализ крови_ *

[cols="^,^,^,^",options="header"]

|=====

| Показатель | Ед измерения | Норма | Результат

| НВ | г/л | 110-140 | 119,4

| Эр | $10^{12}/л$ | 3,7-4,9 | 4,38

| НСТ | % | 35-45 | 36,5

| WBC | $10^9/л$ | 4,5-13,00 | 5,43

| Neu | % | 43-65 | 42,6

| Lymph | % | 31-53 | 40,1

| Mon | % | 4-8 | 6,6

| Bas | % | 0-1 | 0,4

| Eos | % | 1-5 | 4

| PLT | $10^9/л$ | 150-440 | 209

| СОЭ | мм/ч | 2-20 | 3

|=====

Копрограмма

* _Копрология: _ *

[cols="^,^",options="header"]

|=====

^| Показатель | Результат | Референсные значения

| Форма | Оформленная | Оформленная

| Консистенция | Мягкая | Плотная

| Цвет | Коричневый | Коричневый

| Запах | Каловый слабый | Каловый

| Мыш волокна | Без исчерченности {plus} | Единичные

| Соед. Ткань | Abs | Abs

| Жир нейтр | Abs | Abs

| Жирные к-ты | Abs | Abs

| Мыла | Abs | Abs

| Растит. Клетчатка | Непереваренная {plus} | Единичные

| Эритроциты | Abs | Abs

| Лейкоциты | Abs | Abs

|=====

Анализ крови на определение а/т к гельминтам

* _Анализ крови на определение а/т к гельминтам: _ *

[cols="^,^",]

|=====

| а/аскарида IgG | отриц

| а/лямблии, сумм | отриц

| а/токсокара, IgG | отриц

| а/эхинококки | отриц

| а/трихинеллы | отриц

|=====

Исследование гликемического профиля

* _Гликемический профиль: _ *

[cols="^,^,^,^,^,^,^",]

|=====

| Время | 9^00^ | 11^00^ | 13^00^ | 15^00^ | 17^00^ | 19^00^

| Глюкоза | 5,2 | 5,9 | 5,8 | 5,4 | 5,6 | 6,2

|=====

Необходимыми для оценки динамики состояния пациенту с установленным диагнозом инструментальными методами обследования являются

- ярко-желтый цвет мочи
- появление пастозности голеней
- отсутствие жажды
- бесцветная прозрачная моча

Результаты обследования

Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией

Заключение ЭГДС с биопсией: патологии не выявлено

УЗИ органов брюшной полости

Заключение УЗИ органов брюшной полости: УЗ-признаки ДЖВП, вторичных изменений поджелудочной железы. УЗ-признаки мезаденита.

Денситометрия

* _Денситометрия: _ *

[cols="^,^,^",options="header"]

|=====

| Z-score | BMD | % сниж МПКТ

| -1,9 | 0,658 | 23 (остеопения)

|=====

Колоноскопия

Заключение: Патологии не выявлено.

Электрокардиограмма

ЭКГ: Синусовая аритмия. ЧСС 70-80-87 уд/мин. Вертикальное положение ЭОС

Дуплексное сканирование сонных и позвоночных артерий

Заключение: динамически значимых препятствий кровотоку в сонных и позвоночных артериях не выявлено.

Учитывая полученные результаты исследования, пациенту можно поставить основной клинический диагноз Целиакия

- ярко-желтый цвет мочи
- появление пастозности голеней
- отсутствие жажды
- бесцветная прозрачная моча

Диагноз

Целиакия. Типичная форма, период полной ремиссии

Целиакия. Атипичная форма, период неполной ремиссии

Целиакия. Типичная форма, активный период

Целиакия. Типичная форма, период декомпенсации

На основании результатов лабораторно-инструментального обследования у ребенка имеет место сопутствующий диагноз

- гипергликемия натощак. Нарушение сердечного ритма
- железодефицитная анемия. Остеопороз
- гипогликемия натощак. Нарушение сердечного ритма
- латентный дефицит железа. Остеопения

Методом лечения целиакии у данной пациентки является соблюдение + _____ + безглютеновой диеты

- строгой до нормализации клинико-лабораторных показателей
- пожизненной строгой
- нестрогой при бессимптомном течении
- пожизненной нестрогой

Данной пациентке можно расширить рацион за счет введения в рацион продуктов, содержащих

- «скрытый» глютен
- белок коровьего молока
- следы глютена
- глютен

Также возможно расширение рациона за счет введения

- очищенной пшеницы
- очищенного овса
- неочищенной ржи
- неочищенного ячменя

Применение глюкокортикоидных препаратов при данном заболевании допустимо при

- клинической ремиссии заболевания
- тяжелом течении заболевания
- дефиците микронутриентов, особенно кальция, железа
- легком дефиците массы тела

Белковый компонент в рационе данной больной обеспечивается за счет

- мяса, яиц, рыбы, молочных продуктов
- переносимых круп, картофеля, бобовых
- растительного и сливочного масел
- овощей, фруктов, ягод в свежем и приготовленном виде

С целью коррекции дефицита микронутриентов пациентке показан прием

- витамина К, цинка, хрома
- комплекса витаминов группы В, магния, цинка
- витамина В12, фолиевой кислоты, тиамина
- препаратов железа, кальция и витамина Д

Пациенты с тяжелыми проявлениями синдрома мальабсорбции нуждаются в

- госпитализации в отделение гастроэнтерологии
- амбулаторном наблюдении гастроэнтеролога
- госпитализации в отделение аллергологии
- амбулаторной консультации эндокринолога

Возможным осложнением целиакии при несоблюдении строгой безглютеновой диеты является

- онкологическое заболевание
- сахарный диабет 2 типа
- хронический тонзиллит
- поликистозная болезнь почек