

## Задача 1.

На обследование в клинику направлен мальчик 13 лет с жалобами на избыточный вес, частые головные боли, головокружение, утомляемость. Со слов мамы, мальчик начал полнеть с 7-летнего возраста, однако за последние 1,5 года отмечается особенно большая прибавка в массе. Головная боль и головокружение беспокоят в течение года.

Из семейного анамнеза известно, что избыточный вес имеют мать, отец, бабушка мальчика по материнской линии. У матери ребенка - повышенное АД, у бабушки - сахарный диабет 2 типа. В рационе семьи преобладают мучные, макаронные изделия, картофель. Часто - выпечка.

Объективно: рост ребенка - 171 см, масса - 92 кг. Избыточное неравномерное отложение подкожно-жировой клетчатки: преимущественно на груди, животе. Фолликулит, цианотический оттенок кожи на предплечьях, кистях рук, бедрах, ягодицах. На коже груди, живота - яркие багрово-синюшные стрии. Дистальный гипергидроз. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 80 в мин. АД - 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул оформленный, регулярный. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Длинник яичек - 3,5 см. Формула пубертата: A2 P2 L1 V1 F0.

---

1. Наиболее вероятный диагноз
2. Назовите основные клинико-патогенетические формы заболевания.
3. План обследования
4. Дифференциальная диагностика
5. План лечения

### Эталон ответа к задаче 1:

1. Гипоталамический синдром пубертатного периода, ожирение 3 степени (избыток массы >50%).

В пользу данного диагноза свидетельствуют: особенно значительная прибавка в массе с началом полового созревания, высокая степень ожирения. С началом пубертата появились проявления гипоталамического (диэнцефального) синдрома: фолликулит, стрии, повышение АД, сопровождающееся головными болями, головокружением, проявлениями вегетативной дисфункции.

2. А. Первичное ожирение:

- 1). Конституционально-экзогенное: простая, переходная, осложненная формы.

- 2). Алиментарное.

- Б. Вторичное ожирение:

- 1). церебральное

- 2). диэнцефальное

- 3). эндокринное.

- В. Смешанное.

- Г. Редкие формы.

3. План обследования должен включать:

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

4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить:

- А. с синдромом Иценко-Кушинга,

Б. с адипозо-генитальной дистрофией.

В. с алиментарным ожирением.

А. У ребенка нет задержки роста, а имеется опережение (рост выше среднего), нет замедления полового созревания, нет характерного перераспределения подкожно-жирового слоя («лунообразное» лицо, преимущественно в области шеи и туловища).

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

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

#### 5. Терапия:

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

#### Задача 2.

На обследование в клинику направлена девочка 12 лет с жалобами на избыточный вес, частые головные боли, головокружение, утомляемость. Со слов мамы, ребенок начал полнеть с 6-летнего возраста, однако за последние 1,5 года отмечается особенно большая прибавка в массе. Головная боль и головокружение беспокоят в течение года.

Из семейного анамнеза известно, что избыточный вес имеют мать, отец, бабушка мальчика по материнской линии. У отца ребенка - повышенное АД, у бабушки - сахарный диабет 2 типа. В рационе семьи преобладают мучные, макаронные изделия, картофель. Часто - выпечка.

Объективно: рост ребенка - 170 см, масса - 82 кг. Избыточное неравномерное отложение подкожно-жировой клетчатки: преимущественно на груди, животе. Фолликулит, цианотический оттенок кожи на предплечьях, кистях рук, бедрах, ягодицах. На коже груди, живота - розовые стрии. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 80 в мин. АД - 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул оформленный, регулярный. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Формула пубертата: А2 Р3 Ма3 Ме0.

Наиболее вероятный диагноз?

- А. Гипоталамический синдром пубертатного периода, ожирение 2 степени
- В. Конституционально-экзогенное ожирение 3 степени
- С. Адипозо-генитальная дистрофия
- Д. Синдром Лоуренса-Муна-Барде-Бидля
- Е. Синдром Иценко-Кушинга