

Ситуационная задача 1

Мальчик Д. 2 года 3 месяца, из двойни находится в «Краевом специализированном центре медицинской реабилитации для детей». Болен с рождения.

Анамнез жизни: Ребенок от 2 многоплодной беременности, протекавшей на фоне перенесенной ОРВИ с субфебрильной температурой в 14-15 недель. Роды 2-е, в 35 недель. В течении первых 2х месяцев жизни находился в ОПННД, затем неоднократно находился на стационарном лечении в ГБУЗ СК "КДКБ" с диагнозом ПЭП, последствия натальной травмы шейного отдела позвоночника, с-м двигательных нарушений в виде спастического тетрапареза. Угроза формирования ДЦП. Судорожный синдром.

МРТ головного мозга: МР-признаки перивентрикулярной лейкомаляции в стадии кистозной дегенерации с обеих сторон, с признаками диспластических изменений мозолистого тела. МР-признаки внутренней асимметричной гидроцефалии.

Офтальмолог: Частичная атрофия дисков зрительных нервов обоих глаз.

Rg шейного отдела позвоночника - косвенные признаки натальной травмы ШОП.

В терапии получал фенибут, толпиризон, диакарб, массаж, электрофорез с эуфиллина по Ратнеру, магнитотерапия на ШОП.

Осмотр невролога:

Общее состояние тяжелое. Масса 10 кг. Рост 84 см. Окружность головы 43 см.

Общая координация движений нарушена. Голову удерживает непродолжительное время. Самостоятельно не стоит, не сидит; не ползает, не переворачивается.

Мышечный гипертонус. Пальцы рук плотно сжаты, наблюдается расстройство пальцевого праксиса.

Предметы (игрушки) не берет, не манипулирует, понимание речи ограничено. Ребенок не понимает, когда его зовут по имени.

Не лепечет, иногда спонтанно издаёт отдельные звуки.

Глотание, жевание затруднено.

Травматолог-ортопед:

Основной диагноз: контрактуры суставов верхних и нижних конечностей

Сопутствующий диагноз: Вывих правого т/б сустава? Укорочение правой нижней конечности на 2,0 см.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование, определите группу здоровья.
2. Оцените физическое развитие, в т.ч. с помощью программы WHO Anthro.
3. Как данному ребенку проводить нутритивную поддержку?
4. Ваши действия при повышении температуры у данного пациента до 38,5 С. Составьте план маршрутизации пациента.
5. Какой вид медицинской помощи необходим данному ребенку? Порядок ее получения?

Ситуационная задача 2

Девочка А. 1 год 6 мес. страдает тяжелой гидроцефалией. Она не может сидеть, не держит голову и не говорит. А. всегда смотрит в пространство и иногда бесцельно двигает руками. У нее нет координированного глотательного рефлекса, поэтому кормление осуществляется через назогастральный зонд. На МРТ выявлены кортикальная атрофия, атрофия мозолистого тела, гиппокампа. Значительное уменьшение объема белого вещества лобных, теменных, затылочных и височных долей.

Эффективного метода лечения нет.

В последние 2 недели девочка стала плохо переносить питание — сразу после кормления начинается рвота или обильно срыгивает. Был уменьшен объем вводимых питательных веществ, но симптомы не исчезли. Назначена антирефлюксная терапия - без эффекта.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование, определите группу здоровья.
2. Какой вид медицинской помощи необходим данному ребенку? Порядок ее получения?
3. Как данному ребенку проводить нутритивную поддержку?
4. Назовите виды лечебных питательных смесей.
5. Как проводится болюсное кормление через гастростомическую трубку?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Девочка М, 2 года, больна с рождения.

Жалобы: на постоянный кашель с трудноотделяемой мокротой, низкую прибавку массы, стул до 2-3 раз в сутки.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей на фоне артериальной гипертензии матери. Роды: 2 срочные в 39 недель, экстренное кесарево сечение. Закричала сразу, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Масса тела при рождении: 3110 г. Рост: 51 см.

Анамнез заболевания: по месту жительства сразу после рождения у ребенка диагностирована врожденная низкая кишечная непроходимость, мекониевый илеус, заподозрен диагноз: Муковисцидоз? После чего незамедлительно девочка переведена в ГБУЗ СК «КДКБ» с целью оперативного лечения, уточнения диагноза, коррекции терапии. Выполнено УЗИ ОБП: дилатация тонкой и толстой кишки, асцит. Ребенок к груди не приложен, установлен назо-гастральный зонд. Проведена лапаротомия, резекция подвздошной кишки, двойная илеостома. Через 3 недели проведена реконструктивная операция: иссечение илеостомы, Т-образный илеоилеоанастомоз по Баирову. Выполнен неонатальный скрининг - ИРТ 162,2 мг/мл, проведено исследование кала на панкреатическую эластазу-1: 75 мкг (тяжелая степень недостаточности поджелудочной железы). Молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене CFTR: delF508|delF508.

Выставлен диагноз: **Основной:** Муковисцидоз, смешанная форма. Врожденная низкая кишечная непроходимость, мекониевый илеус. Тяжелая панкреатическая недостаточность. Генетический диагноз: delF508|delF508. **Сопутствующий:** ВПС: ООО (1,2 мм). НК-0. Перинатальное поражение ЦНС смешанного генеза. Задержка психомоторного и физического развития. Анемия смешанного генеза 2 степени. Занесена в регистр по муковисцидозу, назначена базисная терапия (дорназа альфа, креон-10000, урсосан, муколитические средства, антибактериальная терапия, витаминотерапия, кинезиотерапия), рекомендовано диспансерное наблюдение в поликлинике по месту жительства, наблюдение в региональном центре муковисцидоза.

За последний год девочка трижды находилась на лечении в пульмонологическом отделении ГБУЗ СК «КДКБ» с обострением основного заболевания. Эпизод псевдо-Барттера синдрома в анамнезе.

Госпитализируется планово с целью решения вопроса о возможности присвоения паллиативного статуса.

Status praesens: Т 36,6 С. ЧСС: 117 уд. в 1 минуту. ЧДД: 40 в 1 минуту. SpO₂: 94 %. А/Д 90/60 мм.рт.ст. Рост: 83 см (z -1,26). Масса тела: 11 кг (-0,23 z); ИМТ (15,9 кг/м²).

Состояние ребенка тяжелое, стабильное. Уровень сознания по шкале Глазго 15 баллов. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено. На передней брюшной стенке послеоперационный рубец. Симптомы «часовых стекол» и «барабанных палочек». Видимые слизистые оболочки: розовые. Подкожно – жировая клетчатка развита слабо, распределена равномерно. Лимфатические узлы: не увеличены. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторно легочной звук с коробочным оттенком. Аускультативно – дыхание жесткое, выслушиваются разнокалиберные хрипы с двух сторон. Границы относительной сердечной тупости: левая – по срединно – ключичной линии, верхняя - 3 ребро, правая – середина расстояния между парастернальной линией и правым краем грудины. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке.

Живот увеличен в размерах, подвздут, при пальпации безболезненный, печень + 3 см из-под края реберной дуги, край плотный, поверхность гладкая, селезенка не пальпируется. Стул 2-3 раза в сутки, обильный, зловонный с примесью жировых капель, «замазкообразный». Мочеиспускание свободное, безболезненное. Менингеальные симптомы: отрицательные.

Результаты дополнительных методов обследования:

Общий анализ крови: RBC – $3,4 \times 10^{12}/л$, MCV – 78 fl, HGB - 116g/l, MCH - 31pg, MCHC – 27%, RDW- 12%, HCT – 44%, PLT – $36,0 \times 10^9/л$, WBC – $8,59 \times 10^9/л$, нейтрофилы п/я - 3%, с - 15%, л - 68%, м - 6%, эозинофилы 2%, СОЭ - 8 мм/час.

ОАМ: цвет желтый, удельный вес: 1005, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты 0-1 в п/зр, эпителий плоский 2-3 в п/зр., белок отр., глюкоза отр., реакция рН 6,0.

Биохимические анализы крови: общий белок - 63 г/л, альбумин 45,9 г/л, ГГТ 10 е/л, ЛДГ 252 е/л, АЛТ 36 е/л, АСТ 33 е/л, ЩФ 346 е/л, СРБ ++, холестерин 2,83 ммоль/л, калий - 4,58 ммоль/л, натрий - 145 ммоль/л, кальций 2,4 ммоль/л, магний 0,85 ммоль/л.

Панкреатическая эластаза кала: менее 15 мкг г/экв.

Хлориды пота: 92 ммоль/л.

Копрограмма: запах специфический, цвет светло-коричневый, лейкоциты 1-0-2, реакция на стеркобилин положительная, жирные кислоты незначительное количество, жир нейтральный обнаружен, консистенция мягкая, дрожжевые грибы незначительное количество.

Бактериологическое исследование носа на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы индентификацией: S.aureus $1,0 \times 10^6$, Moraxella catarrhalis $1,0 \times 10^6$

КТ-исследование органов грудной клетки: усиление легочного рисунка, участки линейного пневмофиброза.

УЗИ брюшной полости: печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, неоднородна. Поджелудочная железа – 15 x 12 x 22 мм, увеличена, диффузно уплотнена. Желчный пузырь S – образной формы, с плотными стенками. Селезенка не увеличена.

ЭХО-КГ: открытое овальное окно 1,2 мм. Регургитация трикуспидального и митрального клапанов 1 степени, гемодинамически незначимая.

Выставлен окончательный диагноз:

Основной: Муковисцидоз, смешанная форма. Тяжелая панкреатическая недостаточность. Хронический обструктивный бронхит. ДН 1 степени. Врожденная низкая кишечная непроходимость, мекониевый илеус. Белково-энергетическая недостаточность средней степени. Эпизод псевдо-Барртер синдрома в анамнезе. Микробиологический диагноз: интермиттирующий высев Klebsiella, Pseudomonas aeruginosa, Moraxella catarrhalis. Хронический высев Staphylococcus aureus. Генетический диагноз: delF508|delF508.

Сопутствующий: ВПС: ООО (1,2 мм). НК-0. Перинатальное поражение ЦНС смешанного генеза. Задержка психомоторного и физического развития.

Пациент начал получать таргетную терапию (Трикафта).

Вопросы:

1. Необходимо ли данному пациенту присвоить паллиативный статус? Перечислите группы паллиативного статуса.
2. Какая базисная терапия назначается при данном заболевании?
3. Какой медицинский документ должны быть предоставлен участковому педиатру и паллиативной службы?
4. Порядок осуществления наблюдения за ребенком после выписки из стационара.
5. Показано ли ребенку дополнительное питание? Перечислите возможные варианты дополнительного питания при муковисцидозе.

ОТВЕТЫ:

1. Да. Пациент относится к 3 группе паллиативного статуса.
Группы паллиативного статуса:
ГРУППА I. Прогноз крайне неблагоприятный, смерть возможна в ближайшее время дети с тяжелыми, ограничивающими жизнь заболеваниями в терминальной стадии. Медицинская помощь требуется ограниченное время.
ГРУППА II. Прогноз неблагоприятный в отдаленном периоде дети с хроническими прогрессирующими и угрожающими жизни заболеваниями, при которых преждевременная смерть неизбежна, но прогнозируется в относительно отдаленном периоде при условии проведения определенных паллиативных и куративных мероприятий. Могут умереть в детском возрасте внезапно от осложнений болезни или от сопутствующих заболеваний, или перейти во взрослый возраст, или дожить до терминальной стадии заболевания и перейти в группу I. Медицинская помощь оказывается с момента постановки диагноза длительно.
ГРУППА III. Прогноз не ясен дети с угрожающими жизни заболеваниями, имеющие неопределенный прогноз (например, с бронхолегочной дисплазией, с последствиями ЧМТ и др.). Могут умереть в детском возрасте внезапно от осложнений болезни или от сопутствующих заболеваний, сняться с учета или перейти в группу II или в группу I. Помощь оказывается ограниченное время, при стабилизации состояния пациента – снятие с наблюдения.
2. Базисная терапия: антибактериальные средства при обострении, ферментная терапия (Креон), муколитическая терапия (Дорназа Альфа), ингаляционная терапия гипертоническим раствором хлорида натрия, бронхолитическая терапия при наличии бронхообструкции, препараты урсодезоксихолевой кислоты.
3. Выдается выписка из медицинской документации пациента, в которой указываются рекомендации по дальнейшему наблюдению, лечению, в том числе по организации респираторной поддержки и ухода в амбулаторных условиях (на дому). Копия указанной выписки направляется в медицинскую организацию, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь, и медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях. В течение 2 рабочих дней после выписки пациента медицинская организация, получившая информацию о пациенте, нуждающемся в оказании паллиативной медицинской помощи, организует первичный осмотр и дальнейшее наблюдение пациента.
При достижении ребенком, получающим паллиативную медицинскую помощь, возраста 18 лет с целью обеспечения преемственности оказания паллиативной медицинской помощи выписка из его медицинской документации направляется в медицинскую организацию, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь, а также в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях взрослым, не менее чем за 90 рабочих дней до достижения ребенком возраста 18 лет.
4. План обследования ежеквартальный: антропометрия, ОАК, ОАМ, копрограмма, спирометрия (с 6 лет), проба с бронхолитиком, микробиологическое исследование (мазок с задней стенки глотки, носа, мокрота), консультация диетолога, кинезиотерапевта, пульмонолога, гастроэнтеролога, лор - врача. КТ, рентгенография ОГК, УЗИ ОБП по показаниям. План обследования ежегодный: биохимический анализ крови, липидограмма, коагулограмма, жирорастворимые витамины. Посев мокроты на флору чувствительность к АБТ, панкреатическая эластаза кала, рентгенография или КТ ОГК. Оральный глюкозотолерантный тест детям старше 10 лет.
Консультация диетолога, оториноларинголога, психолога. Денситометрия, бодиплетизмография.

Осмотры паллиативной службы: обязательный первичный осмотр в первые 2 дня после выписки из стационара. Далее по необходимости коррекции терапии, подбора средств для обезболивания, а также при необходимости госпитализации в стационар.

5. Да. Смеси Нутриен пульмо, Нутриен стандарт, Педиа Шур с пищевыми волокнами, Нутридринк, Нутризон, Пептамен, Фризубин протеин и другие.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мальчик М., 4,5 месяца, находится в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей детской больницы с диагнозом «Недоношенность 26 недель. Постконцептуальный возраст 44 недели. Тяжелое смешанное поражение ЦНС. Бронхолегочная дисплазия, тяжелое течение, хроническая дыхательная недостаточность II степени. Хронический трахеоканюляр».

Из анамнеза известно, что ребенок от здоровых родителей; беременность 1, протекавшая на фоне угрозы прерывания в 12, 16 недель, угрозы преждевременных родов в 20 недель (женщина находилась на стационарном лечении). Роды 1, преждевременные в 26 недель, самостоятельные. 1-й период — 4 часов 30 минут, 2-й - 20 минут, безводный промежуток - 4 часа. Мальчик! Вес при рождении 670 гр, длина тела 31 см, окружность головы 23 см. Оценка по шкале Апгар 3-5 баллов.

Мальчик находился в отделении реанимации и интенсивной терапии недоношенных 3 месяца с диагнозом «Респираторный дистресс синдром тяжелой степени. Инфекция, специфичная для перинатального периода. Экстремально низкая масса тела. Крайняя незрелость». В течение этого времени у ребенка развилась тяжелая форма бронхолегочной дисплазии, потребовавшая длительной респираторной поддержки. Далее ребенок переведен в отделение патологии новорожденных детей, где проведена деэскалация респираторной поддержки до подачи О₂ через трахеостому 2 л/мин.

На момент осмотра состояние ребенка среднетяжелое, стабильное. Вес 3120 гр. Дыхание самостоятельное, ЧДД до 52 в мин., кожа бледно-розовая при постоянной дотации дополнительного О₂ 2 л/мин через трахеостому для поддержания SaO₂ > 90%. Сатурация кислорода в покое — 94-96%, без дачи дополнительного О₂ падает до 82-85%. Питание полностью зондовое (назогастральный зонд), у ребенка имеют место бульбарные нарушения. Ребенок в весе прибавляет стабильно. Оценка физического развития по Intergrowth-21: вес z -0,2; длина z -0,6, Огол z +0,3.

Социальный статус: Мальчик проживает с мамой в частном доме в небольшом поселке. Ближайшая районная больница — в 30 км. Участковый педиатр посещает ребенка раз в неделю. Мама, не работает, ухаживает за ребенком одна. Семья испытывает финансовые трудности.

Результаты дополнительных методов обследования:

Общий анализ крови: RBC – $2,4 \times 10^{12}/л$, MCV – 83 fl, HGB - 90g/l, MCH - 31pg, MCHC – 25%, RDW- 13,7%, HCT – 40%, PLT – $310,0 \times 10^9/l$, WBC – $10,9 \times 10^9/l$, п/я - 3%, с - 15%, л - 68%, м - 6%, СОЭ -12 мм/час.

Коагулограмма: каолиновое время - 50" (норма - 40-60"), АЧТВ -45" (норма - 40-60"), протромбиновое время по Квику - 13" (норма - 12-15"), тромбиновое время - 30" (норма - 28-32").

Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: непрямой - 20мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АсТ - 30 ед., АлТ - 32 ед.

Кислотно-основное состояние крови: рО₂ - 45 мм рт.ст., рСО₂- 55 мм рт.ст., рН - 7,35, НСО₃: 30 ммоль/л; ВЕ+5 ммоль/л

Заключение ЭхоКГ: Гипертрофия миокарда ЛЖ. Аортальная регургитация I степени. Диастолическая дисфункция ЛЖ с нарушением релаксации. Сократительная способность миокарда достаточная. Систolicеское давление ЛА 41 мм рт ст. ООО 3,8 мм. Жидкости в полости перикарда не выявлено.

Заключение компьютерной томографии органов грудной клетки: КТ-признаки тяжелой бронхолегочной дисплазии с формированием буллезно-фиброзных изменений по типу «сотового легкого», диффузной бронхоэктатической болезни и выраженной

воздушной ловушки. Картина соответствует хронической стадии БЛД. Кардиомегалия. Тимомегалия 3 степени.

Вопросы:

1. Показана ли ребенку паллиативная помощь?
- Назовите критерии присвоения паллиативной помощи?
2. Составьте алгоритм действий для обеспечения ребенка кислородным концентратором на дому.
3. Какие ключевые моменты должны быть отражены в выписке из стационара для участкового педиатра и паллиативной службы?
4. Порядок осуществления наблюдения за ребенком на дому в первые 2 недели после выписки из стационара.
5. Показана ли иммунизация паливизумабом (синагис)?

Ответ на ситуационную задачу:

1. Критерии готовности пациента и семьи к переводу на домашнюю паллиативную помощь.

А) Медицинская стабильность:

- ✓ Состояние ребенка стабилизировано, острые состояния купированы.
- ✓ Определен и стабилен базовый режим кислородотерапии (поток, необходимая сатурация).
- ✓ Отрегулирован режим питания и гидратации.
- ✓ Составлен и согласован план симптоматической терапии (например, для купирования одышки).
- ✓ Обеспеченность оборудованием и расходниками.
- ✓ Подобран и доставлен по месту жительства кислородный концентратор с заявленными характеристиками (поток не менее 6-7 л/мин, увлажнитель, запасные фильтры).
- ✓ Имеется резервный источник кислорода (кислородный баллон) на 24-48 часов.
- ✓ Семья обеспечена пульсоксиметром для контроля сатурации.
- ✓ Обговорены сроки смены трахеостомы.

Б) Обученность семьи:

- ✓ Мама прошла полный инструктаж и продемонстрировала навыки: работа с концентратором, уход за увлажнителем и трахеостомой, использование резервного баллона.
- ✓ Мама обучена правилам ухода (туалет носа, кожи), основам ЛФК (постуральный дренаж), кормлению через зонд.
- ✓ Мама обучена распознаванию "красных флагов" (усиление одышки, изменение цвета кожи, вялость, отказ от еды) и знает, куда и кому звонить в этих случаях.
- ✓ В) Организационная готовность:
- ✓ Назначен куратор из паллиативной службы.
- ✓ Налажена связь с участковым педиатром и ФАПом, им передана выписка.
- ✓ Составлен и согласован "План действий при неотложных состояниях" для семьи.
- ✓ Решен вопрос с обеспечением ребенка лекарственными препаратами.

2. Составьте алгоритм действий для обеспечения ребенка кислородным концентратором на дому.

- 1) Врач стационара/паллиативной службы: Формулирует медицинские показания и оформляет официальное Направление на обеспечение ТСР (Техническим Средством Реабилитации).

2) Социальный работник/специалист паллиативной службы:

- Помогает семье подать документы в Фонд социального страхования (ФСС) для получения концентратора за счет государства.

- Параллельно, подает обращение в благотворительные фонды

3) Благотворительный фонд: оценивает заявку, при положительном решении закупает и доставляет концентратор семье, либо предоставляет его во временное пользование.

4) Представитель компании-поставщика оборудования: доставляет, устанавливает оборудование, проводит обучение матери на дому.

5) Куратор паллиативной службы: осуществляет контрольную связь после установки, чтобы убедиться, что мама все поняла и оборудование работает.

3. Какие ключевые моменты должны быть отражены в выписке из стационара для участкового педиатра и паллиативной службы?

- Четкий диагноз. Указание, что ребенок является паллиативным пациентом.
- Режим кислородотерапии:
 - Базовый: Поток 3 л/мин, целевая SpO₂ в покое 88-90%.
 - При нагрузке (кормление, активность): Увеличивать поток до 5-6 л/мин.
- Целевые значения: Подчеркнуть, что для данного пациента нормально 88-90%, и не следует стремиться к 95-100% (риск гипероксии).
- План симптоматической терапии: Конкретные препараты для купирования одышки, схема их применения.
- План питания: объем и тип смеси, режим зондового кормления. Сроки решения вопроса о постановки гастростомы.
- "План действий при ухудшении":
 - ✓ Что делать при падении сатурации ниже 85%
 - ✓ "Красные флаги", требующие срочного вызова скорой/связи с врачом: усиление цианоза, не купируемая одышка, резкая вялость, отказ от еды и питья.
 - ✓ Контакты ответственных: ФИО и телефоны лечащего врача стационара, куратора паллиативной службы.

4. Порядок осуществления наблюдения за ребенком на дому в первые 2 недели после выписки из стационара.

День 1-2 после выписки:

Кто: врач или медсестра паллиативной службы (выездная бригада).

- Действие: Очный визит на дом. Контроль состояния ребенка, проверка правильности использования оборудования, оценка условий, моральная поддержка мамы.

Ежедневно в первую неделю:

Кто: Куратор паллиативной службы.

- Действие: ежедневный телефонный/мессенджер звонок маме для оценки состояния Алины, ответов на вопросы, коррекции режима.

Неделя 2:

Кто: Участковый педиатр (при необходимости с выездом на дом).

- Действие: очный осмотр, оценка динамики.

Круглосуточно:

Кто: мама.

- Действие: ежедневный мониторинг состояния, ведение дневника (сатурация в покое/при нагрузке, объем съеденной пищи, эпизоды одышки).

Куратор паллиативной службы:

- Действие: координация всех участников, связь с фондами для решения возникающих проблем (нехватка расходников и т.д.).

5.Иммунизация паливизумабом (синагис), показания и сроки проведения.

Показания: профилактика тяжелой инфекции нижних дыхательных путей, вызванной респираторным синцитиальным вирусом (РСВ), у детей с высоким риском заражения РСВ и со следующими показателями: дети в возрасте до 6 мес, рожденные на 35-й нед беременности или ранее; дети в возрасте до 2 лет, которым требовалось лечение по поводу бронхолегочной дисплазии в течение последних 6 мес; дети в возрасте до 2 лет с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца.

Схема применения состоит из 5(минимум 3-х) инъекций препарата, проводимых с интервалом 1 мес в течение сезонного подъема заболеваемости, вызываемой РСВ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мальчик Б, 6 месяцев

Жалобы: на частую рвоту, общую слабость, выраженную сухость кожных покровов, плохую прибавку массы.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей с плацентарной недостаточностью, нейроциркуляторная дистония по смешанному типу. Роды 1, срочные. Гестационный срок 38 недель. ОША 8-9 бб. Масса при рождении 2750 г, длина 51 см. По результатам неонатального скрининга - ИРТ 140 мг/мл, потовая проба методом NANODUCT – 98 ммоль/л, проведено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене CFTR: delF508|delF508.

Анамнез заболевания: в возрасте 2 месяцев у ребенка установлен диагноз: Муковисцидоз, смешанная форма. Генетический диагноз: delF508|delF508. Мальчик занесен в регистр по муковисцидозу, назначена базисная терапия: дорназа альфа (тигераза), витаминотерапия, кинезиотерапия, рекомендовано диспансерное наблюдение в поликлинике по месту жительства, наблюдение в региональном центре муковисцидоза. В течение 4 месяцев на фоне назначенной базисной терапии отмечалась задержка физического развития в виде плохой прибавки массы. Вышеперечисленные жалобы появились в период экстремально жаркого лета. Со слов мамы в течение последней недели мальчик стал очень вялым, капризным. Аппетит резко снизился, питье моментально вызывало рвоту. Обратились в поликлинику по месту жительства, после чего ребенок экстренно госпитализирован в Региональный центр муковисцидоза.

Объективный осмотр: Т 37,2 С. ЧСС: 115 уд. в 1 минуту. ЧДД: 62 в 1 минуту. SpO₂: 94 %. АД 90/60 мм.рт.ст. Оценка по WHO Anthro Рост: 62 см (z -2,6). Масса тела: 5,8 кг (z-2,8); ИМТ (-1,7).

При поступлении состояние тяжелое за счет синдрома мальабсорбции, развития эксикоза, белково-энергетической недостаточности. Уровень сознания по шкале Глазго 14 баллов. Мальчик реагирует на осмотр вяло. Кожные покровы бледные, выраженная сухость. Подкожно – жировая клетчатка развита слабо, распределена равномерно. Тургор тканей снижен. Периферических отеков нет. Видимые слизистые оболочки розовые. Лимфатические узлы не увеличены. Большой родничок 1,5 x 1,5 см., западает. Мышечный тонус слабый. Носовое дыхание не затруднено. Одышка смешанного характера. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторно легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно – дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости: верхняя – 2 ребро, левая – 1-2 см кнаружи от срединно – ключичной линии, правая – по парастеральной линии. Тоны сердца приглушены, короткий систолический шум на верхушке. Живот увеличен в размерах, при пальпации безболезненный. Печень + 4+4,5 см из-под края реберной дуги, пальпаторно край эластичный. Селезенка не пальпируется. Стул до 1 раза в сутки по Бристольской шкале тип 2. Мочеиспускание свободное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Результаты дополнительных методов обследования:

Общий анализ крови: HGB – 140 г/л, RBC – $5,9 \times 10^{12}$ /л, MCV – 75 фл, MCH – 28 пг, MCHC – 27 г/л, HCT – 48%, RDW – 3,5%, PLT – 317×10^9 /л, WBC – $15,7 \times 10^9$ /л, EO – 3%, NEUT – 62% (П – 8%, С – 54%), LYM – 25%, MON – 10%, СОЭ – 2 мм/ч.

ОАМ: цвет желтый, удельный вес: 1025, лейкоциты 1-2 в п/зр, эритроциты 0-1 в п/зр, эпителий плоский 2-3 в п/зр., белок отр., глюкоза отр., реакция pH 6,0.

Биохимические анализы крови: общий белок - 60 г/л, альбумин 37,9 г/л, ГГТ 12 е/л, ЛДГ 260 е/л, АЛТ 43 е/л, АСТ 35 е/л, ЩФ 356 е/л, СРБ 8 мг/л, холестерин 3,2 ммоль/л, калий - 3,4 ммоль/л, натрий - 129 ммоль/л, кальций 2,4 ммоль/л, магний 0,85 ммоль/л., хлор 96 ммоль/л.

Кислотно-основное состояние: A-aDO₂ – 60 mmHg, O₂ct - 12,8мл/дл, SBC - 22,5 ммоль/л, HCO₃⁻ - 23,1 ммоль/л, TCO₂ – 24,3 ммоль/л, pCO₂ – 38,3 mmHg, BEb (-1,8) ммоль/л, BEecf (-2,1) ммоль/л, pH 7,389, RI 1,82, pO₂ - 33 mmHg.

Панкреатическая эластаза кала: менее 35 мкг г/экв.

Кoproграмма: запах специфический, цвет светло-коричневый, лейкоциты 1-0-2, реакция на стеркобилин положительная, жирные кислоты незначительное количество, жир нейтральный обнаружен, консистенция мягкая, дрожжевые грибы незначительное количество.

ЭКГ: ритм - синусовая тахикардия, ЧСС 143 уд/мин, электрическая ось - нормальная. электрическая позиция - вертикальная. **ГИПЕРТРОФИИ:** преобладание потенциалов правого желудочка. **БЛОКАДЫ:** нет, **ЭКСТРАСИСТОЛИИ:** нет.

Рентгенография ОГК: Легкие без признаков инфильтративных и видимых очаговых изменений.

УЗИ брюшной полости: печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, неоднородна. Поджелудочная железа – 10 x 8 x 12 мм, увеличена, диффузно уплотнена. Желчный пузырь S – образной формы, с плотными стенками.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз, назовите осложнения основного заболевания.
2. Назовите принципы коррекции данных осложнений основного заболевания.
3. Оцените физическое развитие ребенка.
4. Перечислите основные принципы лечения муковисцидоза.
5. Дайте рекомендации по профилактике и наблюдению за ребенком после выписки из стационара.
6. Показано ли ребенку дополнительное питание? Перечислите возможные варианты дополнительного питания при муковисцидозе.
7. Какой прогноз данного заболевания.

Ответы

1. **Основной:** Муковисцидоз, смешанная форма. Тяжелая панкреатическая недостаточность. Генетический диагноз: delF508|delF508.

Осложнение: Псевдо-Барттер синдром (гипокалиемия, гипонатриемия, гипохлоремия, метаболический алкалоз). Белково-энергетическая недостаточность средней степени тяжести. Дыхательная недостаточность 1 степени. Микроцитарная анемия 1 степени.

2. Лечение рекомендовано проводить препаратами калия хлорида, калийсберегающими диуретиками для профилактики электролитных нарушений. *Пероральное введение хлорида калия возможно при снижении калия от 3,5 до 3,0 ммоль/л, отсутствии изменений на ЭКГ. Внутривенная терапия - при снижении калия ниже 2,5 ммоль/л, при наличии изменений на ЭКГ, при длительном нарушении состояния ребенка.*

Профилактика гипокалиемии 1-2 ммоль/кг массы тела по 7% раствору калия хлорида, терапевтическая доза вводится внутривенно из расчета 2-4 ммоль/кг и более в зависимости от уровня калия в крови.

В комплексной терапии используются калийсберегающие диуретики – спиронолактон (off label детям до 3 лет) из расчета 1-3 мг/кг. Отмена терапии проводится постепенно, после полной стойкой нормализации уровня электролитов в крови, при стабильных прибавках веса и под контролем концентрации электролитов в венозной крови.

При недостаточной прибавке в весе у пациентов с муковисцидозом рекомендуется отдавать предпочтение высококалорийным смесям, имеющим в качестве жирового компонента СЦТ и растительные жиры в эмульгированной форме, что позволяет улучшить утилизацию жира и снизить дозу панкреатических ферментов. Частое

дробное питание. Рекомендовано назначение смесей на основе гидролизатов молочного белка при аллергии к белкам коровьего молока и временно – после оперативного. Своевременное введение прикормов.

3. Физическое развитие низкое. Белково-энергетическая недостаточность средней степени тяжести.
4. Базисная терапия - (Дорназа альфа/Тигераза), панкреатин капсулы кишечнорастворимые в виде микросфер (Креон-10000), препараты урсодезохсихолевой кислоты (Урсофальк), антибактериальная терапия при обострении, витаминотерапия (препараты Холекальциферола), ингаляционная терапия гипертоническим раствором хлорида натрия, бронхолитическая терапия при наличии бронхообструкции, кинезиотерапия.
5. Пищу больного муковисцидозом, осложнённого синдромом псевдо-Барттера, нужно обязательно подсаливать. Потребность в соли увеличивается при обострении бронхо-лёгочного процесса, при лихорадке, в жаркое время года.
Для младенцев, находящихся на грудном вскармливании, рекомендуется добавление специальных молочных смесей и допаивание солёной водой в рекомендованном педиатром режиме.
Своевременно возмещать потерю электролитов у пациентов с желудочно-кишечными расстройствами, особенно в жаркое время года. Контролировать уровень электролитов крови особенно у детей раннего возраста.
Профилактически назначать натрий из расчёта 1–2 ммоль/кг в сутки в виде поваренной соли или солевых растворов для пероральной регидратации.
План обследования ежеквартальный: антропометрия, ОАК, ОАМ, копрограмма, спирометрия (с 6 лет), проба с бронхолитиком, микробиологическое исследование (мазок с задней стенки глотки, носа, мокрота), консультация диетолога, кинезиотерапевта, пульмонолога, гастроэнтеролога, лор - врача. КТ, рентгенография ОГК, УЗИ ОБП по показаниям. План обследования ежегодный: биохимический анализ крови, липидограмма, коагулограмма, жирорастворимые витамины. Посев мокроты на флору чувствительность к АБТ, панкреатическая эластаза кала, рентгенография или КТ ОГК.
Консультация диетолога, оториноларинголога, психолога. Денситометрия, бодиплетизмография.
6. Да. Смеси Нутриен пульмо, Нутриен стандарт, Педиа Шур с пищевыми волокнами, Нутридринк, Нутризон, Пептамен, Фризубин протеин и другие.
7. При своевременном назначении базисной терапии и коррекции осложнений условно-благоприятный.

Ситуационная задача 6

Девочка Е. 1 год. Жалобы на грубую задержку моторного развития (лежа на животе голову не удерживает, не поворачивается на бок, игрушки не захватывает).

Из анамнеза: Ребенок от 10 беременности. Роды домашние, со слов женщины срок беременности 25 недель. При рождении не кричала. Состояние ребенка крайне тяжелое, дыхательная недостаточность, асфиксия недоношенного тяжелой степени. Ребенок переведен в отделение ОРИТ на ИВЛ.

В 2 месяца проведена нейросонография: тривентрикулярная вентрикуломегалия. Кисты в теменно-затылочных областях. Учитывая нарастание окружности головы и признаки внутричерепной гипертензии. Ребенок консультирован нейрохирургом. Был установлен вентрикулоперитонеальный шунт.

В течение 3 недель у ребёнка отмечался прирост окружности головы на 1,5 см. Проведено МРТ головного мозга: МРТ-признаки последствий выраженных гипоксически-ишемических изменений головного мозга: выраженная внутренняя окклюзионная тетраветрикулярная гидроцефалия с перивентрикулярными порэнцефалическими кистами, сливающимися с боковыми желудочками, диффузными изменениями таламических отделов, стёртостью дифференцировки паренхимы. Состояние после ВЖШ, шунт в III желудочке.

Объективно: Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания по шкале Глазго 15 баллов. На коже передней брюшной стенки шов после шунтирования. Голова плагиоцефальной формы с асимметричными затылочными буграми и расширенной венозной сетью. Окружность головы 46 см. Большой родничок 4х4 см, напряжен.

ЧМН: объём движения глазных яблок не ограничен, взгляд кратковременно фиксирует, за предметом не следит. Симптом Грефе (+). Глотание не нарушено. Язык по средней линии.

Объём активных и пассивных движений в конечностях не ограничен, преобладает асимметричный шейный тонический рефлекс. Тонус мышц в верхних и нижних конечностях – умеренная гипотония D=S. Сухожильные рефлексы в верхних и нижних конечностях D=S, средней живости. Патологические рефлексы – Бабинского с двух сторон. Клонусы стоп отсутствуют.

НПР: голову не удерживает, самостоятельно не переворачивается, не сидит, не стоит. Речь на уровне звуков.

Диагноз

Последствия раннего органического поражения ЦНС. Заместительная гидроцефалия. код по МКБ: G96.8

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии МКБ-10, напишите его обоснование. Определите группу здоровья.
2. Оцените физическое развитие, в т.ч. с помощью программы WHO Anthro.
3. В осмотре каких специалистов дополнительно нуждается ребенок.
4. Какой вид медицинской помощи необходим данному ребенку?
5. Тактика ведения пациента? Нуждается пациент в паллиативной помощи?

Ситуационная задача 7.

Девочка М. 2 года. Жалобы на грубую задержку моторного развития (голову не удерживает, не сидит, не переворачивается, не ползает, не стоит), высокий мышечный тонус, ограничение движений. Ребенок самостоятельно не ест, не глотает.

Из анамнеза: роды в 22 недели. ОША 0-1-2б. Масса при рождении 480гр. Течение раннего неонатального периода в ОРИТН, респираторная поддержка на ИВЛ. На 7 сутки проявления ДВС-синдрома, проводилась плазмотрансфузия.

Объективно: сознание ясное, на осмотр реагирует спокойно, продуктивному речевому контакту недоступна. Объем движения глазных яблок: ограничен, за молоточком не следит, сходящееся косоглазие обоих глаз. Плавающие движения глазных яблок. Глотание: нарушено. Питание через назогастральный зонд.

Двигательная сфера: голову не удерживает, не переворачивается, не сидит, не ползает, не встает у опоры. При пассивной вертикализации опора с перекрестом голеней в нижней трети. Тонус мышц: резко повышен во всех конечностях до уровня высокой спастичности, Объем движений: объем активных и пассивных движений в верхних и нижних конечностях ограничен. Множественные контрактуры конечностей. Сухожильные рефлексы: D=S, оживлены, с расширением рефлексогенных зон

Патологические рефлексы: с-м Бабинского + с двух сторон.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии МКБ-10, напишите его обоснование. Определите группу здоровья.
2. Какой вид медицинской помощи необходим данному ребенку? Нуждается пациент в паллиативной помощи?
3. Как данному ребенку проводить нутритивную поддержку?
4. Назовите виды лечебных питательных смесей.
5. Как проводится болюсное кормление через гастростомическую трубку?

Диагноз: Основное заболевание: Детский церебральный паралич, спастический тетрапарез. GMFCS V, MACS IV, CFCS V, FMS-N. Заместительная гидроцефалия. Гиперэксплексия, рефлекторные гемицефальные и билатеральные приступы на фоне недоношенности. код по МКБ-10: G80.0.

Сопутствующие заболевания: Бронхолегочная дисплазия, тяжелое течение. Тимомегалия 2-3 степени. Ретинопатия недоношенных обоих глаз 2 степени, стадия регресса.

Подозрение на ЧАЗН. Сенсоневральная тугоухость? ВПС: межпредсердное сообщение (4,2 мм.), ООС 2,5 мм. Незначительный стеноз левой ветви легочной артерии до 16 мм.рт.ст. ХСН - 2 ФК. Паллиативный статус. Функциональный аддуктороспазм с двух сторон. Пупочная грыжа.

Ситуационная задача 8.

Девочка М. 6 лет. Жалобы со стороны матери на наличие трахеостомы, отсутствие глотания (кормится через назогастральный зонд), наличие пролежней, грубую задержку всех видов развития, выраженный дефицит веса.

Из анамнеза: девочка заболела 13.07.2025г. когда появился небольшой насморк, 13.07.2025 отмечался подъем температуры до 38С, появилась сыпь. Самостоятельно дали ибупрофен, супрастин, без положительной динамики. 14.07.2025 состояние ребенка резко ухудшилось, сыпь усилилась, стала ярко красная, разного диаметра, отмечалось отечность пальцев рук. СМП доставлена в экстренном порядке в отделение анестезиологии и реанимации.

МРТ ГМ с КУ 20.08.25 -заключение: МР-признаки отека головного мозга с выраженными диффузными изменениями белого вещества паренхимы, вероятно имеют место острые метаболические нарушения, дифференцировать с малообратимыми аксональными повреждениями, с признаками (вероятно) тромбомасс в проекции таламуса, бледного шара, скорлупы и ограда.

Консультация офтальмолога: отек диска зрительного нерва в стадии обратного развития, эпителиопатия роговицы, формирующаяся язва роговицы обоих глаз.

Диагноз. Основное заболевание: Бактериальная генерализованная инфекция, ассоциированная с *P. aeruginosa* (полисегментарная двусторонняя пневмония, менингоэнцефаломиелит), тяжелое течение, реконвалесцент. Тяжелые резидуальные поражения центральной нервной системы (инфекционные, метаболические, гипоксические) с преимущественным поражением проводниковых путей, экстрапирамидной системы: синдром "малого сознания", спастический тетрапарез, подкорковый синдром, ликвородинамические нарушения.

Осложнения основного заболевания: Полиорганная недостаточность: гепатит, васкулит, инфекционно-токсический шок от 15.10.2025 г. Отек головного мозга. Кома 2-3.

Объективно: Общее состояние: Тяжелое. Уровень сознания по шкале Глазго: 6 баллов.

Оценка состояния кожных покровов: сухие, шелушащиеся, с множественными пролежнями в области костных выступов на конечностях, в области крестца, затылка. Через левый носовой ход проходит назогастральный зонд. Состояние подкожно-жировой клетчатки: истончена по всему телу. Оценка костно-мышечной системы: объем движений ограничен за счет тонусных нарушений, формирующихся контрактур крупных суставов. Голову не удерживает, не переворачивается, не сидит.

Результаты аускультации легких: на передней поверхности шеи – трахеостомическая трубка, ID 5.0. Кожа под трубкой слабо гиперемирована. Аускультативно дыхание проводится во все отделы легких, выслушиваются умеренные хрипы преимущественно проводного характера, кашлевой рефлекс. Результаты перкуссии и аускультация сердца: границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Результаты пальпации органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки: живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Печень +2 см от края реберной дуги, край эластичный, закруглен. Селезенка не пальпируется. Результаты обследования мочеполовой системы: область проекции почек внешне не изменена. Половые органы развиты по женскому типу. Наличие менингеальных симптомов: не определяются.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии МКБ-10, напишите его обоснование. Определите группу здоровья.
2. Какой вид медицинской помощи необходим данному ребенку?
3. Как данному ребенку проводить нутритивную поддержку?
4. Назовите виды лечебных питательных смесей.

5. Тактика ведения пациента? Нуждается пациент в паллиативной помощи?

Диагноз

Основное заболевание: Тяжёлые резидуальные последствия поражения ЦНС (инфекционные, метаболические, гипоксические) с преимущественным поражением проводниковых путей, экстрапирамидной системы: синдром "малого сознания", спастический тетрапарез, подкороковый синдром, ликвородинамические нарушения. код по МКБ: G96.8

Ситуационная задача 9.

Мальчик П. 8 лет. Жалобы на ограничение движений в руках и ногах, повышенный мышечный тонус, нарушение глотания.

Из анамнеза: в 07.07. 2024 года был на пруду в сопровождении матери, ребенок находился на берегу водоема, потеря сознания упал в водоем, захлебнулся водой. Окружающие провели СЛР, после чего ребенок задышал. БСМП госпитализирован в отделение анестезиологии и реанимации где находился с диагнозом: Острая гипоксическая энцефалопатия с развитием отека головного мозга, ликвородинамические нарушения, судорожный синдром. Трахеоканюляр. Кома 1-2. С февраля 2025 года отмечаются ежедневные эпизоды в виде запрокидывания головы, хаотичных движений рук. Назначена противосудорожная терапия. МРТ головного мозга: МР-картина выраженного гипоксического поражения головного мозга (глиозно-атрофических изменений полушарий головного мозга, кистозная перестройка в базальных ядрах и таламусах). Расширение наружных и внутренних ликворных пространств заместительного характера.

Объективно: Общее состояние: Тяжелое. На осмотр реагирует спокойно, продуктивному речевому контакту недоступен. Голова конфигурирована.

Со стороны ЧМН: глазные щели D = S, зрачки D = S. Взгляд не фиксирует, реакции слежения нет. Плавающие движения глазных яблок. Лицо симметрично. Язык в полости рта. Объем активных движений ограничен. Контрактуры крупных суставов. Мышечный тонус повышен во всех конечностях до уровня высокой спастичности. Сухожильные рефлексы с рук и ног D=S, высокие, с расширением рефлексогенных зон. Патологические рефлексы: с-м Бабинского + с 2-х сторон. Исследование чувствительности и координации: адекватно оценить невозможно. Менингеальные симптомы – отрицательные.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии МКБ-10, напишите его обоснование. Определите группу здоровья.
2. Как данному ребенку проводить нутритивную поддержку?
3. Назовите виды лечебных питательных смесей.
4. Как проводится болюсное кормление через гастростомическую трубку?
5. Какой вид медицинской помощи необходим данному ребенку? Нуждается пациент в паллиативной помощи?

Диагноз: Последствия острой гипоксической энцефалопатии (утопление) с развитием отека головного мозга, ликвородинамические нарушения, судорожный синдром. Тетраплегия. Трахеоканюляр. код по МКБ: G96.8

Ситуационная задача 10.

Мальчик Л. 4 года. Жалобы: на грубую задержку в развитии (голову держит неуверенно, не переворачивается, не ползает, не сидит самостоятельно), высокий мышечный тонус в конечностях, периодически срыгивания, употребляет только протертую пищу.

Анамнез заболевания: болен с рождения, когда на фоне крайней недоношенности в 25 недель беременности у ребенка произошло ВЖК 3-4 степени, приведшее к прогрессирующей гидроцефалии, с поражением структур головного мозга, потребовавшей экстренного вентрикуло-перитонеального шунтирования, затем ревизии и замены шунта в 2022г.

Анамнез жизни: ребенок от повторной беременности, протекавшей на фоне УПБ с 6 недель, ХФПН. 2-х преждевременных родов в 25 недель, экстренное ОКС. Вес при рождении 950г., рост 31 см. ОША 1-0 баллов. Состояние при рождении тяжелое обусловленное тяжелой дыхательной недостаточностью, внутрижелудочковым кровоизлиянием, судорожным синдромом в анамнезе, БДЛ новорожденного. Получал длительную интенсивную терапию.

Объективно. Уровень сознания: ясное, на осмотр реагирует положительно, улыбается, в контакт не вступает. Менингеальный синдром: нет. ЧМН: Глазные щели: D=S. Зрачки: D=S. За предметом следит не продолжительно. Лицо симметрично. Нистагм: плавающие движения глазных яблок. Глотание: поперхивание при приеме пищи. Положение языка: по средней линии. Двигательная сфера: голову удерживает неуверенно, самостоятельно не сидит, не стоит. Объем движений: в конечностях ограничен. Сгибательная установка рук, кисти сжаты в кулачки. Сгибательно-приводящая установка бедер. Тонус мышц: с рук, с ног D=S, повышен по пирамидному типу. Сухожильные рефлексы: с рук D=S оживлены, с ног D=S высокие. Патологические рефлексы: Бабинский с 2х сторон. Исследование чувствительности: не определима в виду возраста и тяжести заболевания.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии МКБ-10, напишите его обоснование. Определите группу здоровья.
2. Оцените физическое развитие, в т.ч. с помощью программы WHO Anthro.
3. В осмотре каких специалистов дополнительно нуждается ребенок.
4. Какой вид медицинской помощи необходим данному ребенку?
5. Тактика ведения пациента? Нуждается пациент в паллиативной помощи?

Диагноз: Основное заболевание: Детский церебральный паралич: спастический тетрапарез, начальная резидуальная стадия, GMFCS IV-V уровень. Постгемморегическая шунтозависимая гидроцефалия, состояние после вентрикуло-перитонеального шунтирования в 2021 году. код по МКБ-10: G80.0.

Ситуационная задача 11.

Мальчик М. 4 года. Не разговаривает, не следит за предметами, слабость в руках и ногах, наличие трахеостомы.

Из анамнеза: со слов мамы 02.10.2025 г. к вечеру повышение температуры до 37.5°C, мама дала Парацетомол, свечи Виферон, Гриппферон в нос. 03.10.2025 г. повторное повышение температуры до 37.5°C. В обед 03.10.2025г. ребенок упал на пол, стал напряженным, отмечались подергивания в руках, пена изо рта. Вызвали БСМП. Ребенок доставлен в отделение анестезиологии и реанимации. На 11 сутки переведен в инфекционное отделение. МРТ головного мозга: на фоне признаков диффузного энцефалита прогрессируют признаки выраженных изменений паренхимы серого, в том числе и белого вещества, вероятно, имеют место острые метаболические нарушения с малообратимыми аксональными повреждениями. ЭЭГ: комплекс фокальной эпилепсии. Назначена противосудорожная терапия.

Объективно: менингеальный синдром: нет. ЧМН: Глазные щели: D=S. Зрачки: D=S. За предметом следит не продолжительно. Лицо асимметрично. Глотание: поперхивание при приеме пищи, кормление через назогастральный зонд. Положение языка: по средней линии. Двигательная сфера. Объем движений: в конечностях ограничен. Сгибательная установка рук. Сгибательно-приводящая установка бедер. Тонус мышц: с рук, с ног D=S, повышен по пирамидному типу. Сухожильные рефлексы: с рук D=S оживлены, с ног D=S высокие. Патологические рефлексы: Бабинский с 2х сторон. Исследование чувствительности: не определима в виду возраста и тяжести заболевания.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии МКБ-10, напишите его обоснование. Определите группу здоровья.
2. Какой вид медицинской помощи необходим данному ребенку?
3. Как данному ребенку проводить нутритивную поддержку?
4. Назовите виды лечебных питательных смесей.
5. Тактика ведения пациента? Нуждается пациент в паллиативной помощи?

Диагноз: Аденовирусный первичный диссеминированный энцефалит, тяжелое течение. Бульбарные нарушения. Тетрапарез. Структурная эпилепсия. код по МКБ-10: G09