

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ

Осипова О.В., Федин Д.А., Богданова Т.Б.,
Иванова Г.В.

Областной клинический противотуберкулёзный
диспансер, Рязань

Актуальность. Сочетание туберкулёза и беременности выявляется у 1,9–26,5% женщин, заболевших в репродуктивном возрасте. Подобная коморбидность отказывает отрицательное взаимовлияние и требует своевременной совместной работы фтизиатров, акушеров-гинекологов и педиатров. Приводим собственный случай ведения беременности и родоразрешения женщины с открытой формой туберкулёза.

Описание клинического случая. Пациентка Н., 35 лет, множественные туберкулёмы лёгких, фаза инфильтрации и распада, МБТ+, широкая лекарственная устойчивость; настоящая беременность 2-я, 34–35 нед, обследована как контактная по туберкулёзу (сожитель БК+, HCV+), консультацию посетила в 11 нед, далее не наблюдалась. Предыдущая беременность в 2001 г., роды в 14 лет, мальчик 3450 г, здоров. Текущий лёгочный процесс и бактериовыделение потребовали госпитализации, но в связи с беременностью противотуберкулёзных препаратов не получала. При проведении компьютерной томографии в течение беременности отрицательная динамика. Комплаентность к лечению низкая, принимала алкоголь и психоактивные вещества, продолжался контакт с МБТ+ сожителем. На сроке 38 нед проведено родоразрешение путём планового кесарева сечения. Ребёнок: доношенный мальчик, 7/8 баллов по шкале Апгар, масса тела 2590 г, длина 49 см. После родоразрешения бинтование груди, начато противотуберкулёзное лечение по 5 режиму, фаза интенсивная. Ребёнок был госпитализирован, обследован, проведены неонатальный скрининг, лабораторная и инструментальная диагностика. На рентгенограмме грудной клетки патологии не выявлено; вакцинация БЦЖ на 8-й день жизни. Мальчик выписан через 2 мес с хорошими массо-ростовыми показателями. В настоящее время находится в социальном учреждении в связи с сохранением активно-го туберкулёзного процесса у матери.

Выводы. Беременные женщины с туберкулёзом являются группой высокого риска, требующей своевременного эффективного индивидуального и мультидисциплинарного подхода.

ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Останина И.А.¹, Сидоренко Е.Е.^{1,2}, Мигель Д.В.²,
Росельо Кесада Н.М.¹, Суханова И.В.²,
Лоскутова В.Е.¹

¹Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава
России, Москва

²Научно-практический центр специализированной
помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента
здравоохранения г. Москвы, Москва

Актуальность. Косоглазие — постоянное или периодическое отклонение зрительной оси глаза от точки фиксации, приводящее к нарушению формирования бинокулярных функций, встречается у 2–5% детей. На протяжении многих лет ведётся поиск эффективных и менее травматичных методов лечения косоглазия. Мы проводим малоинвазивный метод лечения косоглазия при помо-

щи хемоденервации экстраокулярных мышц ботулиническим токсином типа А (БТА) под масочным наркозом с длительностью оперативного лечения 1–2 мин. Используем специальный разработанный инструмент для захвата глазодвигательных мышц, позволяющий минимизировать травматизацию тканей и сократить время операции и послеоперационную реабилитацию.

Цель: повысить эффективность лечения глазодвигательных нарушений у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Пролечены 26 пациентов (52 глаза) с косоглазием, средний угол отклонения $29 \pm 9^\circ$ по Гиршбергу. Средний возраст $15,7 \pm 4,5$ мес. Период наблюдения 24 мес. Средняя дозировка БТА — $3,1 \pm 0,91$ ЕД. Доза подбиралась в соответствии с возрастом пациента, величиной угла и типом косоглазия.

Результаты. Через 1 мес после операции у 84,6% угол косоглазия был нивелирован, в дальнейшем отмечалось повышение показателей эффективности. На 24-м месяце наблюдения у 95,6% пациентов сохранялся положительный эффект. Повторные инъекции проводились в 46,2% случаев у пациентов с углом косоглазия до 25° по Гиршбергу, у 83,3% пациентов с углом девиации больше 25° по Гиршбергу. Осложнения: птоз 1 степени (3,8%), гиперемия в местах инъекции БТА (28,2%), транзиторный гиперэффект (15,4%). Все вышеперечисленные осложнения были обратимы и не требовали дополнительного лечения.

Выводы. Применение хемоденервации у детей раннего возраста с глазодвигательными нарушениями показало себя как высокоэффективный, малоинвазивный метод лечения косоглазия. Использование метода хемоденервации при помощи БТА способствует формированию физиологических бинокулярных функций в ранний сенситивный период.

ДИНАМИКА ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ПОСТОЯННЫМ НИСТАГМОМ ПОСЛЕ ХЕМОДЕНЕРВАЦИИ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ПРИ ПОМОЩИ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А

Останина И.А.¹, Сидоренко Е.Е.^{1,2}, Мигель Д.В.²,
Суханова И.В.²

¹Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава
России, Москва

²Научно-практический центр специализированной
помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента
здравоохранения г. Москвы, Москва

Актуальность. Нистагм представляет собой хаотичные колебания глаз. Из-за постоянного перемещения зрительной фиксации между центральной и парацентральной областями снижается качество фокусировки, что приводит к отсутствию условий для физиологического формирования зрительного анализатора, вследствие чего снижается качество жизни. Перед врачами разных специальностей стоит большая задача помочь детям с нистагмом для создания условий физиологического формирования зрительных функций в сенситивный период, тем самым повышая качество их жизни. Существуют различные методики лечения нистагма: консервативная терапия и хирургическое лечение. Консервативное лечение имеет низкую эффективность, а традиционное хирургическое лечение связано с длительным периодом послеоперационной реабилитации и риском послеоперационных осложнений. Нами проводится лечение детей с нистагмом при помощи хемоденервации ботулиническим токсином типа А (БТА). Данная методика является эффективной, малотравматичной, с коротким послеоперационным периодом реабилитации.