

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.

Цель: повысить эффективность лечения нистагма у детей с использованием хемоденервации БТА.

Материалы и методы. Обследовано 9 пациентов (18 глаз) с постоянным нистагмом, средний возраст 6,25 года. Острота зрения оценивалась с коррекцией и без нее. Средняя дозировка БТА составила $2,94 \pm 1,30$ ЕД. Период наблюдения 6 мес.

Результаты. У пациентов до проводимого лечения острота зрения составляла $0,18 \pm 0,12$ без коррекции, $0,25 \pm 0,15$ с коррекцией. После лечения у 66,7% отмечалось повышение зрительных функций. В среднем повышение остроты зрения отмечалось на 3-й месяц наблюдения. Острота зрения после лечения в среднем составила $0,25 \pm 0,15$ без коррекции, $0,29 \pm 0,15$ с коррекцией.

Выводы. Хемоденервация глазодвигательных мышц уменьшает амплитуду и периодичность нистагма, позволяет повысить зрительные функции, способствует физиологическому формированию зрительных функций в сенситивный период.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ РАЗНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ 25(OH)D В СЫВОРОТКЕ ПУПОВИННОЙ КРОВИ

Панкратова Е.С., Черненко Ю.В., Панина О.С.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов

Актуальность. В последние десятилетия была установлена значимая роль дефицита витамина D у детей и взрослых в формировании различной патологии.

Цель: определить особенности адаптации новорождённых в зависимости от уровня 25(OH)D в сыворотке пуповинной крови.

Материалы и методы. Обследовано 96 новорождённых с гестационным возрастом более 32 нед и массой тела более 1800 г, родившихся в январе 2020 г. Проведён анализ медицинской документации матерей (форма № 096/у, обменная карта беременной) и историй развития новорождённого (форма № 097/у). Во время родов (независимо от способов родоразрешения) было взято 5 мл пуповинной крови для исследования уровня 25(OH)D в сыворотке пуповинной крови методом ИФА с помощью реагентов 25(OH) vitamin D ELISA (Германия). Трактовка результатов проводилась согласно Национальной программе «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции» (2018 г.) и показателям, трактуемым в Национальной программе как «адекватный уровень», «недостаточность» и «дефицит». Тема работы была одобрена независимым локальным этическим комитетом.

Результаты. Среди обследованных детей 44 младенца являлись недоношенными, причём дети со сроком гестации 32–33,6 нед составили 53,8%, 34–35 нед 6 дней — 19,2%, 36–37 нед — 27%; 52 ребёнка были доношенными. По данным исследования сыворотки пуповинной крови среди младенцев: недостаток витамина D был выявлен у 53,8% недоношенных и у 28,6% доношенных, дефицит — у 30,8% и 14,3% младенцев соответственно, нормальный уровень — у 15,4% недоношенных и 57,1% доношенных младенцев.

Выводы. Недоношенные дети входят в группу высокого риска по дефицитным состояниям 25(OH) витамина D в сыворотке пуповинной крови, при наличии дефицита респираторный дистресс-синдром новорождённых протекает тяжелее (возрастают параметры вентиляции, длительность кислородотерапии, риск осложнений).

ДЕТИ У МАТЕРЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Пекарева Н.А., Павлова В.С., Котик И.Е.,
Приходько Н.А.

Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Минздрава России, Москва

Актуальность. Начало манифестации ревматических заболеваний (РЗ) у женщин часто совпадает с детородным возрастом (18–45 лет). Совершенствование методов лечения привело к росту числа женщин с РЗ, планирующих рождение детей.

Цель: оценить исходы беременностей у женщин с различными формами РЗ, состояние здоровья их детей в неонатальном периоде и в ходе катamnестического наблюдения.

Материалы и методы. Исследование включало 26 детей у 22 женщин (одна двойня, три повторно рожавших). Женщины наблюдались с диагнозами: ревматоидный артрит, спондилоартрит, системная красная волчанка; болезнь Шегрена; системный васкулит; дерматомиозит, склеродермия. Средняя продолжительность заболевания до беременности $13,6 \pm 4,2$ года, ремиссия составила от 1,5 до 4 лет. Роды путём кесарева сечения — 20, самопроизвольных родов — 5.

Результаты. Преждевременные роды произошли в 6 случаях, включая роды двойней; синдром задержки роста плода был выявлен в 2 случаях. Доношенными родились 19 детей с оценкой по шкале Апгар $7,92 \pm 0,95/8,92 \pm 0,75$ балла. 3 ребёнка — маловесные к сроку гестации. Длина тела в пределах нормативных значений. В отделении патологии переведены 3 детей с диагнозами: врождённый порок сердца (ВПС), тромбоцитопения, брадикардия. На грудном вскармливании до 6 мес находились 10 детей, на искусственном — 4 ребёнка. Вакцинированы по индивидуальному графику все дети. На 1-м году жизни дети наблюдались по поводу функциональных нарушений органов пищеварения, атопического дерматита, анемии, рахита, гидроцеле, ВПС без недостаточности кровообращения. Недоношенными родились 7 детей. Средний срок гестации — 32,8 нед. Физическое развитие при рождении в пределах нормы по таблицам Intergrowth. Оценка по шкале Апгар $7,0 \pm 0,95/8,0 \pm 0,75$ балла. В реанимацию переведены 6 детей с диагнозами: врождённая пневмония, некротизирующий энтероколит, респираторный дистресс-синдром, нарушения сердечного ритма. 3 детей находились на грудном вскармливании до 6 мес, на смешанном — 1, искусственном с рождения — 3. Вакцинированы к 1,5 годам 5 детей. Проявления неонатальной волчанки: брадикардия, кожные высыпания были отмечены у 2 детей. На 1-м году жизни дети наблюдались по поводу функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта, атопического дерматита, анемии, гидроцеле, ВПС, дисплазии и вывиха тазобедренных суставов. Особенностью явились множественные гемангиомы у 3 детей из 7.

Выводы. Дети от матерей с РЗ чаще рождаются преждевременно. Они имеют особенности соматической патологии в неонатальном периоде: аритмии, цитопении и не имеют таковых на 1-м году жизни в сравнении с детьми, рождёнными от матерей без РЗ.
