



УКРАЇНА

(19) UA (11) 51334 (13) U
(51) МПК (2009)
A61F 9/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗКРИТТЯ ПЕРЕДНЬОЇ КАМЕРИ ОКА У ДІТЕЙ ПРИ ВНУТРІШНЬООЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ

1

2

(21) u201000895

(22) 29.01.2010

(24) 12.07.2010

(46) 12.07.2010, Бюл.№ 13, 2010 р.

(72) БОБРОВА НАДІЯ ФЕДОРІВНА, ЖЕКОВ ОЛЕКСІЙ КОСТЯНТИНОВИЧ, РОМАНОВА ТЕТЯНА ВІКТОРІВНА, ДЕМБОВЕЦЬКА ГАННА МИКОЛАЇВНА

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ОЧНИХ ХВОРОБ І ТКАНИННОЇ ТЕРАПІЇ ІМ. В.П. ФІЛАТОВА АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

(57) Спосіб профілактики розкриття передньої камери ока при внутрішньоочних операціях у дітей молодшого віку, який полягає в обмеженні рухливості рук дитини, який **відрізняється** тим, що у ранньому післяопераційному періоді на ліктьові суглоби обох рук накладають іммобілізуючу пов'язку, так звані "налокітники", що запобігає згинанню рук у ліктьовому суглобі і натисненню на око.

Корисна модель відноситься до медицини, конкретно до офтальмології і може бути використана для профілактики розкриття передньої камери ока у дітей молодшого віку у післяопераційному періоді після внутрішньоочних операцій (факоаспірації вроджених катаракт, пересадження рогівки, сінусотрабекулоектомії та ін.).

Проведення успішної внутрішньоочної операції під загальною анестезією, особливо у дітей молодшого віку не гарантує гладкого післяопераційного періоду, що в значній мірі пов'язане з розвитком різних післяопераційних ускладнень, одним із яких є розкриття передньої камери ока. (Хватова А.В., Круглова Т.Б., 2000, Боброва Н.Ф., 2004.)

Розкриття передньої камери є наслідком поганого дотримання батьками дітей обмежувального режиму в післяопераційному періоді, що приводить до механічного звільнення передньої камери при натисненні, розчісуванні рукою дитини прооперованого ока, що у свою чергу супроводжується різними післяопераційними ускладненнями (підтягування зіниці до операційної рани, розвиток задніх сінехій, вторинної глаукоми, геморрагій в передню камеру і скловидне тіло, запалення судинної оболонки, і ін.). У випадку розбіжності операційних швів потрібно вторинне комплексне втручання по герметизації рани і усуненню розвинених ускладнень. (Боброва Н.Ф., 2004-2007).

Профілактикою розкриття передньої камери в післяопераційному періоді у дорослих є закриття операційного ока стерильним перев'язочним матеріалом, однак у дитячому віці ця міра мало

успішна, оскільки м'яка пов'язка легко продавлюється рукою дитини.

Відомі різні пристрої спрямовані на захист прооперованого ока від торкання руками дитини молодшого віку в післяопераційному періоді.

Так в 50-ті роки у дитячому відділенні інституту після внутрішніх операцій використовувалися так звані "сітки" з опуклим каркасом з металу на гумці, які накладалися на опероване око і навколишню область, і тільки поверх металевої сітки бинтувалася пов'язка (60 років Филатовській школи дитячої офтальмології, 2006).

Слід зазначити, що використання "сіток" було зв'язано із труднощами щільного фіксування останніх, крім того стерилізація "сіток" проводилася способом кип'ятіння, вони не були індивідуальні, що ускладняли щоденні перев'язки, а також могли привести до додаткового травматизму при зсуві краю сітки й більш сильному натисненню на око під час сну дитини. Далі "сітки" були модернізовані шляхом виготовлення їх із пластмаси, як більше легені й менш травматичного матеріалу, однак і вони не знайшли по тимі ж перерахованим вище причинам широкого застосування. (Бархаш С.А., 1957).

У теперішній час вважається, що наприклад після такої внутрішньої операції як факоаспірація вродженої катаракти з первинною імплантацією ІОЛ необхідно, щоб проопероване око не було прикрито пов'язками й відразу підключався до процесу розвитку зору (Боброва Н.Ф., 2007).

Найбільш близьким до запропонованого нами способу є сповивання, при якому хлопчато-

UA (19) 51334 (11) (13) U

паперовою або байковою пелюшкою фіксуються верхні й нижні кінцівки дитини. Сповивання було широко поширене в 19 і початку 20 століття. Останнім часом у сповивання досить багато супротивників, що пояснюють, що фіксація кінцівок гальмує психофізичний розвиток дитини. Поява одноразових підгузків привело до повсюдного "вільному" змісту грудних дітей без обмеження рухливості рук і ніг.

Завданням нашого винаходу стала розробка способу профілактики розкриття передньої камери ока при внутріочних операціях у дітей молодшого віку, що полягає в обмеженні рухливості рук дитини в ліктьовому суглобі, шляхом іммобілізуючої пов'язки, що накладається на ліктьові суглоби обох рук (так звані "налокотники"), що запобігає згинанню рук у ліктьовому суглобі і можливості натиснення на око і відповідно, розкриттю передньої камери.

Тривалість носіння "налокотників" становить від 1 до 1,5 місяців до остаточного рубцювання операційного тоннельного мікророзтину. Для профілактики гіподинамії в дітей молодшого віку рекомендовано знімати налокотники на 1-1,5 години на день під строгим контролем батьків. Слід зазначити, що навіть при постійному носінні "налокотників" залишається залишковий кут згинання

ліктьового суглоба, достатній для екскурсії рук дитини в суглобі.

"Налокотники" прості, можуть виготовлятися з будь-яких підручних засобів (картон, легка пластмаса, щільний матеріал і ін.), індивідуальні для кожної дитини, легко обробляються сучасними дез. засобами.

Батьки самостійно виготовляють індивідуальні "налокотники" з врахуванням відносно розміру ліктьового суглоба своєї дитини. Найчастіше для виготовлення "налокотників" використовується розрізана гладка пластикова пляшка, дно й горлечко якої обрізається таким чином, щоб пластикова частина "налокотника" виступала вище і нижче ліктьового суглоба на 5-10см. Щоб зменшити травматичність - краї пластику обклеюються лейкопластиром. Для профілактики попірлоостей в "налокотниках" роблять 3-4 отвори. У літній жаркий період під них накладається марля. Фіксуються "налокотники" лейкопластиром.

Переваги розробленого способу полягають у досягненні профілактики розкриття передньої камери ока при внутріочних операціях у дітей молодшого віку, за рахунок використання "налокотників", а так само простоті виготовлення і використання останніх, індивідуальності для кожної дитини, можливості обробки сучасними дезінфікуючими засобами.

Причинно-наслідкові зв'язки:

№	Причина	Наслідок
1.	Фіксація ліктьових суглобів обох рук у післяопераційному періоді.	Попереджає натиснення на око дитини, тим самим запобігає розкриття передньої камери ока.
2.	Використання для фіксації ліктьових суглобів "налокотників".	Простота виготовлення і використання, індивідуальність для кожної дитини, можливість обробки сучасними дезінфікуючими засобами.

Конкретний приклад

Хвора С. 2 року (історія хвороби №514593) надійшла в дитяче відділення НДІ ім. В.П. Філатова з діагнозом: уроджена шарувата катаракта. Гострота зору обох очей: слабкий формений зір (по таблицях Teller перевірити не вдається, у зв'язку із занепокоєнням дитини).

Стан при надходженні: обидва ока спокійні. Кон'юнктива блідо-рожева, чиста, роговиця прозора, передня камера середньої глибини, волога прозора. Зіниця круглий, у центрі, діаметр 3мм, рухливий, реагує на світло. У просвіті зіниці кришталік, нерівномірно-мутний у всіх шарах. Очне дно в тумані.

Під загальною анестезією було проведено оперативне втручання на правому оці: факоаспірація вродженої шаруватої катаракти з переднім капсулорексисом, імплантацією ІОЛ Acrysof SN60WF +24,0D у капсулярний мішок і збереженням прозорої задньої капсули.

Ще в операційній, коли дитина перебувала в наркотичному сні її призначене носіння "налокотників".

Батьки самостійно виготовили індивідуальні "налокотники" відповідно розміру ліктьового суглоба своєї дитини довжиною 20см (по 10см вище і

нижче ліктьового суглоба). Для виготовлення "налокотників" використовувалася розрізана гладка пластикова пляшка ємністю 0,75 літра, дно і горлечко якої було обрізано, края пластику обклеєні лейкопластиром, також пророблені 4 отвори в пластику для профілактики попірлоостей. "Налокотники" фіксовані лейкопластиром.

Післяопераційний період перебігав гладко. Одержувала краплі - максидекс, индоколір 4-5 разів у день протягом 5 днів.

Стан очей при виписці: Ліве око як при надходженні. Праве око -спокійне. Кон'юнктива блідо-рожева. Рогівка прозора, передня камера середньої глибини, волога прозора, зіниця кругла, вільно рухлива. Псевдофакия, ІОЛ "Acrysof" SN60WF (+24.0 D) перебуває в капсулярном мішку, розташована правильно, гаптика в положенні 3-9г. За ІОЛ – прозора задня капсула. Рефлекс із очного дна рожевий. На очному дні патології не виявлено. ВГД пальпаторно в нормі. Гострота зору - з'явився гарний формений зір.

Рекомендоване продовжувати носіння "налокотників" до 1 місяця після виписки і інстиляції крапель.

На повторному огляді через 1,5 місяця праве око спокійне, ознак натиснення не виявлено. Гострота зору зберігається - гарний формений зір.

Метод "налокітників" був використаний у 107 дітей віком від 3 тижнів до 2 років життя з уродженими катарактами і глаукомою. Всім дітям були проведені внутріочні оперативні втручання. Відразу в операційній руки дітей були фіксовані в ліктьових суглобах за допомогою індивідуально виготовлених "налокітників".

У післяопераційному періоді під час знаходження в стаціонарі, а також до 1,5 місяців у домашніх умовах батьки прооперованих дітей користувалися "налокітниками". При цьому у дітей молодшого віку, що використовують "налокітники" у післяопераційному періоді не було виявлено ознак натиснення на око, а так само в жодному випадку розкриття передньої камери ока.