ский, наоборот, замедляет. Задний полюс как бы стремится соответствовать периферической фокусировке. Обычная очковая и контактная коррекция, обеспечивая центральную эмметропизацию, дает гиперметропию на периферии. При ортокератологии же при центральной эмметропизации возникает периферическая миопия, очевидно, за счет увеличения кривизны роговицы в среднепериферической зоне.

За все время наблюдения ни в одном случае не было зафиксировано осложнений, связанных с пользованием ОК-линз.

ВЫВОДЫ

Коррекция миопии с помощью ОК-линз, по сравнению с аппаратным лечением и ношением очков, обладает рядом преимуществ:

- эффект повышения некорригируемой остроты зрения при использовании ОК-линз более длительный и стойкий;
- отсутствие необходимости в дополнительной очковой или контактной коррекции в течение дня позволяет продолжать вести активный образ жизни и занятия спортом;
- риск возникновения осложнений при ОК-терапии не выше, чем при других известных методах.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ВЕДЕНИИ ДЕТЕЙ ДО ТРЕХ ЛЕТ ПОСЛЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Плотникова О.А., Шахматова И.П., Паштаев Н.П.

Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова» Минздрава России, г. Чебоксары

АКТУАЛЬНОСТЬ

В современном мире число операций у детей с заболеванием органа зрения раннего возраста с каждым годом увеличивается. Это связано с тем, что на операционный стол попадают дети с первого дня жизни при таком заболевании, как ретинопатия недоношенных. В Чебоксарском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» также отмечается неуклонное увеличение количества оперируемых детей в возрасте до 3-х лет. Грамотное медицинское сопровождение детей, перенесших офтальмологические операции, особенно необходимо и неоценимо.

ЦЕЛЬ

Исследование роли медсестры и ее участия в уходе за детьми в послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За последние 3 года в Чебоксарском филиале прооперировано и пролечено 1863 ребенка в возрасте до 3 лет, из них максимальное количество 76,7% приходится на детей до 1 года жизни (табл.1). В послеоперационном периоде дети до 3 лет нуждаются в особом индивидуальном подходе, тщательном наблюдении и уходе.

АЛГОРИТМ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ДЕТЬМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

В первые сутки после операции ребенок находится под наблюдением не только анестезиолога, педиатра и лечащего врача-офтальмолога, но и под чутким наблюдением палатной медсестры. Лечение ребенка всегда проводится

Таблица 1

Динамика оперативных вмешательств у детей до 3-х летнего возраста в ЧФ МНТК «Микрохирургия глаза»

Возраст	2013 год	2014 год	2015 год	Пролечено детей (всего)
До 1 года	475	464	489	1428
От 1 до 2 лет	86	98	81	265
От 2 до 3 лет	30	66	74	170
Всего	591	628	644	1863

в сопровождении матери (сопровождающего) в условиях стационара, в комфортабельной индивидуальной палате, в которой имеется специальная детская кровать.

В первые часы после операции медицинской сестре необходимо установить тщательное наблюдение за ребенком. Следует обратить внимание на профилактику рвоты и осложнений, связанных с ней, таких как аспирация рвотными массами. Ребенка необходимо уложить в горизонтальном положении на боку без подушки. По восстановлении сознания ребенок может принять удобную позу в горизонтальном положении в зависимости от вида операции. Когда ребенок полностью проснулся, можно начинать его поить чистой водой без газа, обязательно маленькими порциями (для профилактики тошноты и рвоты).

Обезболивание имеет очень важное значение. Ребенок, у которого ничего не болит, как правило, не испытывает тошноту, рвоту, дискомфорт в глазу, не пытается снять повязку, следовательно, ранний послеоперационный период протекает комфортно и заживление послеоперационной раны идет быстрее. Мы в своей работе для послеоперационного обезболивания используем сироп панадола, чтобы свести к минимуму уколы, как правило, этого бывает достаточно. Одновременно с этим (давая сироп панадола) ведем профилактику нередкого осложнения - гипертермии, так как панадол является отличным жаропонижающим средством. Также необходимо регулярно проводить термометрию.

Кормление после операции начинают только после того, как убедились, что ребенок способен усваивать воду. Лучше давать полужидкую и жидкую пищу (бульон, кефир, йогурт). Обязательно все согласовывается с педиатром. Дети малого возраста чаще всего находятся на грудном или искусственном вскармливании. Все необходимые смеси и готовое питание, к которому адаптирован ребенок, сопровождающие готовят сами. Хранят питание в холодильниках, которые имеются в каждой палате.

В зависимости от вида операции назначается повязка моно- (при операциях по поводу катаракты, глаукомы, отслойки сетчатки и др.) или бинокулярная (при хирургическом лечении некоторых видов косоглазий). В конце рабочего дня ребенок осматривается лечащим врачом, проводится беседа с матерью на тему ухода за ребенком. В первый день после операции перевязка проводится в присутствии заведующего отделением, лечащего врача и перевязочной медсестры. Все необходимые манипуляции производятся лично лечащим врачом. Далее осмотр осуществляется не менее трех раз в день с целью профилактики ранних послеоперационных осложнений.

С целью профилактики ранних послеоперационных осложнений со стороны органа зрения медсестра должна следить за тем, чтобы проводилась ежедневная влажная уборка мест пребывания с ребенком, проветривание комнаты не менее 3 раз в день, кварцевание не менее 3 раз в день. Необходимо обучать сопровождающих ребенка родственников правилам соблюдения личной гигиены. В периоды эпидемии гриппа сопровождающий и ребенок должны использовать средства индивидуальной защиты в виде одноразовой маски. Необходимо исключить контакт ребенка с пациентами старшего возраста. Палатная медсестра налаживает контакт с матерью и ребенком, заботится о своевременной смене повязки при ее намокании, регулярно закапывает индивидуально назначенные капли, контролирует общее состояние ребенка.

Медсестра объясняет сопровождающему, чтобы он также наблюдал за общим состояние ребенка, контролировал наличие повязки на глазах, защищал ребенка от случайного травмирования оперированного глаза, следил, чтобы ребенок не тер глаза руками.

Каким бы способом ни проводилось лечение, забота о создании условий для спокойного состояния больного ребенка и для сопровождающего его родственника наряду с медицинским уходом за прооперированным глазом, имеет огромное значение. В выздоровлении ребенка далеко не последнюю роль играют поддержка родителей, вся окружающая ребенка среда, которая должна быть максимально доброжелательной, сочувствующей, уютной, теплой и, по возможности, очень красочной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Увеличивающееся количество хирургических офтальмологических вмешательств у детей до 3 лет требует от медицинской сестры особых навыков, профессиональных знаний течения послеоперационного периода, умения грамотно проводить профилактику послеоперационных осложнений, чуткости, внимательности по отношению к своим маленьким пациентам и их родителям.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ РОГОВИЦЫ МЕТОДОМ КЕРАТОТОПОГРАФИИ

Серебрякова Н.Б.

Оренбургский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова» Минздрава России, г.Оренбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Роговица является важнейшей преломляющей средой глаза человека. Она обеспечивает две трети его оптической силы. При этом около 90% оптической силы роговицы определяется состоянием ее передней поверхности. В связи с этим даже незначительные ее изменения вследствие заболеваний или хирургических операций могут существенно сказываться на качестве ретинального изображения.

ЦЕЛЬ

Представить диагностические возможности и преимущества исследования патологий передней поверхности роговицы методом кератотопографии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В диагностическом кабинете отделения Лазерной хирургии работают два оптометриста, проводящие обследование пациентов, идущих на рефракционные операции, а также пациентов с подозрением на кератоконус. Обследование проводится на аппарате TMS-4 (Япония). Результат, получаемый при обследовании, дает представление о топографии передней поверхности роговицы и называется кератотопографией, она представлена цветной картой рельефа роговицы, демонстрирующей ее силу, радиус кривизны и высоту, используя шкалу цветового кадирования и числовые значения. Кератотопограмма графически передает неровности роговицы, аналогично географической карте, на которой горы также изображены отличным от долин цветом.