

УСЛОВИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ГЛАЗОПРОТЕЗНОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМИ С АНОФТАЛЬМОМ И СУБАТРОФИЕЙ ГЛАЗ

С.Г. Тихонов

Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница
гл. врач – к.м.н. С.С. Ильнков.

Резюме. *Представлена технология поэтапного глазного протезирования после потери глаза с учетом географических особенностей Красноярского края. Дана сравнительная характеристика подборочного и индивидуального глазного протезирования. Представлены условия получения инвалидами бесплатной глазопротезной помощи за счет средств федерального бюджета.*

Ключевые слов.: *глазопротезная помощь, анофтальм, субатрофия глаз, глазной протез стандартный, индивидуальный.*

С 2005г. Правительство Российской Федерации предоставило возможность инвалидам с анофтальмом и субатрофией глаз 1 раз в 2 года (детям – 1раз в год) получать глазопротезную помощь за счет средств федерального бюджета. Это возможность обусловлена:

-постановлением Правительства РФ № 771 от 12 декабря 2004г. « Об утверждении правил обеспечения в 2005г. инвалидов техническими средствами реабилитации, отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями за счет средств федерального бюджета»;

-приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 638 от 17 октября 2005г. «Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезно-ортопедическими изделиями за счет средств федерального бюджета».

Процедура бесплатного глазопротезирования предусматривает ступенчатое оформление пакета необходимых документов. Первоначально инвалид должен получить справку у окулиста по месту жительства (глазопротезиста лаборатории глазного протезирования), в которой должна быть указана нуждаемость инвалида в виде глазопротезной помощи (первичный подбор лечебного стандартного протеза, подбор постоянного стандартного глазного протеза или его замена, изготовление индивидуального протеза), а так же сроки получения этой помощи. Формулировки справки, как правило, в последующем полностью копируются в Программу реабилитации инвалида и, в последующем, соответственно, в направление фонда социального страхования для глазопротезного предприятия, определяя тактику и объём помощи для инвалида.

Отсюда понятно, что от знаний врача - окулиста поликлинического звена основ глазопротезирования, его умения определить показания, тактику и поэтапность

глазопротезной помощи зависит полнота её оказания, и, соответственно, уровень медицинской, профессиональной, психологической и косметической реабилитации инвалидов с анофтальмом и субатрофией глаз.

Сообщения современной литературы о тактике глазопротезной помощи и показаниях к индивидуальному и подборочному протезированию единичны и порой несколько противоречивы [2,5,6].

Первичный подбор послеоперационного лечебного протеза – весьма деликатная манипуляция. Щадящее отношение к тканям орбиты во время подбора, соблюдение правил санации полости, подбор наиболее подходящего по размеру и форме протеза - в последующем обуславливают высокие показатели протезирования. Неправильно подобранный по размеру и форме первичный протез, несвоевременная его замена могут привести к деформации полости конъюнктивального мешка, постоянному раздражению слизистой оболочки и выраженному чувству дискомфорта на стороне анофтальма и т.п. [1,3,4].



Рис.1 Выраженный отек и гематома тканей орбиты на 5 день после операции



Рис.2 Выраженный отек конъюнктивы и субконъюнктивальных тканей после операции (своды не проецируются)

Удаление из полости конъюнктивального мешка лечебного кольца и первичный подбор тонкостенного (одностенного) глазного протеза на 3-5 сутки после удаления глазного яблока создают предпосылки оптимальных условий для постепенного формирования глазной полости. Однако выраженный отек и гематома тканей орбиты на стороне анофтальма нередко затрудняют определение размеров и конфигурации полости, и, соответственно, определение необходимой формы и размера протеза (рис.1,2). В такой ситуации глазопротезист подбирает наиболее подходящий протез, не оказывающий давление на мягкие ткани орбиты и не вызывающий их пролежней тканей и деформацию [3,4].



Стабилизация формы и размера полости конъюнктивального мешка наступает в течение первых 4-6 месяцев после операции. Однако максимальное устранение отека тканей и формирование размера и конфигурации полости происходит постепенно в первый месяц после операции (рис.3,4)

Рис. 3 Состояние конъюнктивальной полости через месяц операции, проецируются своды, элементы дна

Рис. 4 Состояние тканей орбиты через месяц после операции. В полости первичный протез

Оптимальный вариант подборочного протезирования отслеживается при замене глазного протеза соответствующего размера и формы каждые 3-6 дней в течение первого месяца после удаления глаза в зависимости от изменяющихся параметров полости на стороне анофтальма. (6). На практике применение подобной тактики достаточно сложно вследствие ограниченных финансовых возможностей (каждый глазной протез оплачивается отдельно) и столь частого посещения пациентом врача - глазопротезиста.

Мы придерживаемся несколько отличной тактики первичного протезирования, и, как показывает наш опыт с учетом географических особенностей Красноярского края (большая территория, значительные расстояния многих населенных пунктов до краевого центра, где оказывается глазопротезная помощь), она наиболее приемлема в наших условиях.

Первый лечебный протез мы подбираем на 3-5 день после операции удаления глаза. Врач – глазопротезист (медицинская сестра кабинета подбора глазных протезов) объясняют пациенту правила пользования глазным протезом, условия получения глазопротезной помощи, его обучают технике вставления и удаления протеза из



глазной полости и выдаются на руки «Рекомендации для лиц, пользующихся глазными протезами».

Мы рекомендуем подбор второго (постоянного) стандартного глазного протеза производить через месяц после операции удаления глаза. В это время уже могут определяться показания к индивидуальному главному протезированию (диспропорциональность конъюнктивальных сводов, отсутствие или недостаточность опорно-двигательной культи или ее неправильное положение, рубцы и спайки слизистой и век и т.п., препятствующие получению достаточного эффекта протезирования).

Справка может быть выдана в любое из вышеуказанных обращений, но в более поздние сроки наиболее четко определяется состояние тканей орбиты на стороне анофтальма, позволяющее четко ориентироваться в потребности вида помощи, а так же в случае обращения пациента с длительным анофтальмом (более года).

Как показывает практика, возможности подборочного протезирования весьма ограничены. Только каждому третьему пациенту, обратившемуся за этим видом помощи, удастся подобрать наиболее подходящий глазной протез. Как правило, стандартными протезами невозможно устранить выраженные косметические недостатки анофтальма, получить достаточный эффект протезирования (рис. 5,6).

Рис. 5 В правой глазной полости стандартный глазной протез до его замены.

Имеются выраженные дефекты: «энофтальм» протеза, выраженное западение верхней орбито-пальпебральной борозды и т.п.

Рис. 6 Проведена замена стандартного протеза на новый (дефекты не устранены)

Индивидуальное глазное протезирование - это изготовление глазных протезов в соответствие с индивидуальными особенностями цветовых и структурных особенностей радужки и склеры парного глаза пациента, и, соответственно, с учетом размера и конфигурации полости конъюнктивального мешка.

Индивидуальными глазными протезами можно исправить отдельные косметические недостатки протезирования (птоз верхнего века 1-2 степени, небольшое западение орбито-пальпебральной борозды), придать правильный рельеф векам и т.п. (рис. 7,8).



Как показывают результаты проведенного нами исследования, свыше 86% лиц с анофтальмом по медицинским показаниям нуждаются в индивидуальном глазном протезировании.

Рис.7 В правой глазной полости стандартный глазной протез. Протез «косит». Имеется птоз 2 степени верхнего века, западение верхней орбито-пальпебральной борозды, узкая глазная щель.

Рис.8 В правой глазной полости индивидуальный глазной протез. Недостатки максимально устранены.

Мы глубоко убеждены, что при определении показаний к индивидуальному глазному протезированию должны учитываться не только клинические аспекты состояния тканей орбиты, но и социальные, профессиональные и психологические.

Таким образом, для получения бесплатной глазопротезной помощи за счет средств федерального бюджета инвалид с анофтальмом (субатрофией глаз) должен:

- получить справку у окулиста по месту жительства (или глазопротезиста лаборатории глазного протезирования) с указанием потребности в стандартных или индивидуальных глазных протезах и сроках их замены;

- оформить во МСЭК, где был ранее освидетельствован пациент на группу инвалидности, ИПР (индивидуальную программу реабилитации), для чего должен обратиться туда с ранее полученной справкой;

- в региональном отделении фонда социального страхования или его филиале по месту жительства, на основании полученной ИПР и записи в ней о необходимой инвалиду помощи, оформить направление в глазопротезное предприятие и обратиться туда за помощью.

CONDITIONS OF EYE PROTHESIS HELP GETTING BY INVALIDS WITH ANOPHTHALMOS AND EYE SUBATROPHY.

S. TIHONOV

Krasnoyarskaya Regional Ophthalmologic Clinic Hospital

The technology of stage-by-stage eye prosthesis after eye loss taking into account geographical peculiarities of Krasnoyarsk Territory was presented. The comparative characteristic of collecting and individual eye prosthesis was made. Condition of free eye prosthesis getting by invalids due to funds from federal budget are available.

Литература

1. Глазное протезирование и эктопротезирование: метод. рекомендации / Р.А. Гундорова, О. Д. Морозова, и др., // МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца.– М., 1986. – 20 с .
2. Кошарная, Н.В. Глазное протезирование: Практическое пособие для окулистов и глазопротезистов - Харьков, 1996 – С 71.
3. Косметические результаты глазного протезирования: Метод. рекомендации / Р.А.Гундорова, М.Г. Катаев, В.П. Быков и др. / МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца.– М.,1993 – 17 с.
4. Методы формирования культи после энуклеации и первичное глазное протезирование: метод. рекомендации / Р.А. Гундорова, Е.Н. Вериги, М.Г. Катаев и др. / МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца. – М., 1992 – 21 с.
5. Свердлов Д.Г., Щастный Ф. Е. Протезирование глаз: Руководство для врачей-окулистов, техников-протезистов и художников-глазопротезистов /,. – М.: Медгиз, – 1954 – 126 с.
6. Шиф, Л.В. Глазное протезирование /,. – М. : Медицина, 1981 – 183 с.