

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 617.7-089.28-058

¹Разумовский М.И., ¹Кожушко Л.А., ²Разумовская А.М., ¹Гордиевская Е.О.,
¹Кузьмина И.Е.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОФТАЛЬМОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

¹ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России, 195067, г. Санкт-Петербург; ²ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, 194044, г. Санкт-Петербург

Удаление глаза является тяжелой моральной и психологической травмой для пациентов и в значительной мере снижает их качество жизни. Ведущим методом реабилитации таких больных является глазное протезирование. Основной задачей офтальмопротезирования является адаптация пациентов, потерявших глаз, к новым условиям жизни и трудовой деятельности. Изучение медико-социальных последствий, возникающих после офтальмопротезирования, будет способствовать совершенствованию медико-социальной реабилитации этой категории больных и инвалидов.

Ключевые слова: офтальмопротезирование; качество жизни; медико-социальные проблемы.

MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS OF OPHTHALMO PROTHESIS

¹Razumovsky M.I., ¹Kozhushko L.A., ²Rasumovskaja A.M., ¹Gordievskaya E.O., ¹Kuzmina I.E.

¹G.A. Albrecht Federal State Institution St. Petersburg Scientific and Practical Center of Medical and Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation, 195067, St. Petersburg, Russian Federation; ²St. Petersburg Institute of Medical Experts Postgraduate Development, 194044, St. Petersburg, Russian Federation

Eye removal is a heavy moral and psychological trauma for patients and significantly reduces their quality of life. The leading method of rehabilitation of such patients is the eye prosthesis. The main objective of ophthalmic prosthesis is to adapt patients with who lost an eye to the new conditions of life and work. Study of medical and social consequences which arise after ophthalmic prosthesis, will contribute to improving medical and social rehabilitation of these patients and the disabled.

Key words: ophthalmic prosthesis; quality of life; medical and social problems.

По статистическим данным, в России в удалении глазного яблока ежегодно нуждаются более 12 тыс. пациентов, из них 58% составляют лица в возрасте от 14 до 45 лет [1]. Проведенные Всесоюзным центром по главному протезированию исследования свидетельствуют о том, что интенсивный показатель распространенности анофтальма составляет 22,3 на 10 тыс. населения [2].

Удаление глаза является тяжелой психологической, моральной и физической травмой для пациента, особенно для детей и женщин, провоцирует развитие у них таких личностных особенностей, как повышенная сензитивность, раздражительность, обидчивость, сопровождающихся чувством стыда, безгласностью, опасениями негативных проявлений со стороны окружения, приводящих к сужению круга контактов, развитию самоуничижительных и суицидальных тенденций [3].

Значительно осложняется адаптация человека, лишённого глаза, к окружающей среде, ограничивается возможность выбора профессии, часто утрачиваются профессиональные навыки.

Внезапная потеря бинокулярного зрения, нарушение в оценке расстояния и глубины пространства вызывают трудности как при выполнении простых функций в быту, так и при производственной деятельности, что в итоге отрицательно отражается на психологическом статусе данной категории пациентов. Некоторые из них

замыкаются в себе, другие предъявляют множество жалоб, носящих навязчивый характер, в связи с возникшим невротическим состоянием, что в ряде случаев требует наблюдения и лечения у невропатолога, психолога и психиатра [4]. Тяжесть состояния может быть обусловлена возможностью сочетанного поражения различных структур глаза, длительностью и непредсказуемостью развития посттравматических процессов, трудностей в оценке показаний к проведению медицинских реабилитационных мероприятий.

Протезирование глаза уменьшает психологическую травму, способствует быстрой реабилитации инвалидов с данной патологией.

Число нуждающихся в глазопротезной помощи в РФ составляет более 320 тыс. человек [5]. Потребность населения в глазных протезах на территории Российской Федерации в основном имеет стабильный показатель (с тенденцией медленного роста).

Необходимо отметить, что качество глазных протезов в нашей стране не вполне соответствует международным стандартам, так, технология изготовления стеклянных глазных протезов не изменялась с 1898 г. [6], а пластмассовых глазных протезов – с 1949 г. При этом в глазных протезах отмечается ряд недостатков, таких как плоская радужка с тусклым зрачком в толстостенном протезе и «размытый» лимб при «бомбажной» радужке и таком же невыразительном зрачке в тонкостенном протезе типа «коронка» [7].

Отставанию в деле глазного протезирования способствует тот факт, что в отличие от большинства стран в РФ проблемой глазного протезирования занимаются лечебно-профилактические, а не специализированные

Для корреспонденции:

Разумовский Михаил Израилевич – д-р мед. наук, проф., зав. отд. проблем медико-социальной экспертизы и реабилитации слепых и слабовидящих; 195067, г. Санкт-Петербург, Бестужевская ул., д. 50; e-mail: razumir@mail.ru.

центры протезирования. Все это обуславливает недостаточность обеспечения нуждающихся в протезировании: так, удовлетворение заявок на простые стандартные протезы не превышает 30–35%, а на индивидуальные протезирование – только 2,5%. Хотя с точки зрения косметического эффекта нуждаются в нем практически все 100% пациентов [8].

В связи с вышеизложенным есть основания полагать, что у данной категории лиц в значительной мере снижается качество жизни, а это в свою очередь обуславливает необходимость всестороннего изучения медико-социальных последствий, возникающих после офтальмопротезирования. Оценка этих последствий и анализ клинко-социальных факторов, влияющих на качество жизни лиц с данной патологией, будет способствовать совершенствованию медико-социальной реабилитации этой категории больных и инвалидов.

Материал и методы

В комплексном обследовании по изучению клинко-функциональных факторов, влияющих на качество жизни лиц, перенесших офтальмопротезирование, приняли участие 56 человек с данной патологией.

Исследование проводилось методом анкетирования с использованием опросника Short Form Medical Outcomes Study (MOS SF-36), предназначенного для исследования неспецифического качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем, вне зависимости от имеющегося заболевания, половых, возрастных особенностей и специфики того или иного лечения [10] и наиболее часто используемого в офтальмологической практике.

Модель, лежащая в основе конструкции шкал и суммарных измерений опросника SF-36, имеет три уровня: 36 вопросов; 8 шкал, сформированных из 2–10 вопросов; 2 суммарных измерения, которыми объединяются шкалы.

Таким образом 36 пунктов опросника сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизне-способность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Сбор данных осуществляется путем анкетирования респондентов прямым опросом. После разъяснения респондентам целей проводимого опроса дается информация о том, как планируется использовать результаты исследования, и объясняются правила заполнения опросника SF-36, затем опросник однократно заполняется респондентами самостоятельно.

Перед подсчетом показателей восьми шкал проводится перекодировка ответов (процедура пересчета необработанных баллов опросника в баллы КЖ, затем для получения значений каждой шкалы – суммирование перекодированных ответов (согласно методике, представленной авторами опросника в руководстве по применению SF-36® v.2).

В итоге шкалы группируются в 2 показателя “физический компонент здоровья” и “психологический компонент здоровья”.

1. Физический компонент здоровья (physical health – PH).

Составляющие шкалы: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья.

2. Психологический компонент здоровья (mental health – MH).

Составляющие шкалы: психическое здоровье; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; социальное функционирование; жизненная активность.

Чем больше число набранных баллов (из возможных 100), тем выше КЖ конкретного обследуемого.

Для более углубленной оценки КЖ лиц, перенесших офтальмопротезирование, разработана специальная анкета, в основе которой содержатся вопросы из стандартизированного офтальмологического опросника VF-14, дополненного группой вопросов из опросника, разработанного кафедрой глазной и пластической хирургии Башкирского государственного медицинского университета, предназначенного для изучения КЖ больных с анофтальмом и субатрофией [10], а также специальными вопросами, отражающими влияние монокулярного зрения и офтальмопротезирования на состояние жизнедеятельности больных.

Необходимо отметить, что сбор данных для оценки КЖ при интервьюировании инвалидов основан на субъективной оценке содержательной анкеты-опросника, однако психологический статус инвалидов может отражаться на объективной составляющей заключительной оценки КЖ.

В связи с этим требуется в каждом конкретном случае сопоставление субъективной оценки содержания поставленных вопросов с результатами объективных, клинческих, офтальмоэргонимических, психофизиологических и медико-социальных исследований. При этом большое значение имеет определение клинко-функционального состояния парного глаза, характеристики операционного вмешательства, характеристики психологического состояния обследуемого, степень компенсации монокулярного зрительного дефекта на состояние жизнедеятельности.

Все вышеописанные факторы должны определять потребность лиц, перенесших офтальмопротезирование, в профессиональном тестировании, в выборе профиля профессии, рациональном трудоустройстве и профессиональной адаптации.

Результаты и обсуждение

Обследуя контингент лиц, перенесших офтальмопротезирование, выявлено, что основной причиной потери глаза были: травма органа зрения, которая определена у половины всех обследованных (28 человек), злокачественные опухоли – в 25,0% случаев и терминальная болящая глаукома – в 12,5%.

Большинству (73,2%) таких больных (энуклеация) была произведена с первичным формированием опорно-двигательной культи, 3,6% пациентам была произведена отсроченная пластика опорно-двигательной культи из-за чрезмерно большого размера конъюнктивальной полости.

Говоря о сроках проведения энуклеации, можно отметить, что у 17,9% пациентов этот срок составлял менее 1 года, у 21,4% – от 1 года до 3 лет. Следует отметить, что именно в этот период предъявляется большое количество жалоб различного характера в связи с неполной адаптацией к зрительному дефекту и наличию протеза в орбите. При этом у большинства обследованных конъюнктивальная полость имела удовлетворительные параметры, культи была расположена центрально, имела равномерно-округлую форму и достаточную подвижность. Птоз верхнего века различной степени выраженности наблюдался у 17,9% обследованных.

Качеством проведенной операции были довольны 78,6% обследованных. Однако качеством протезирования – 66,1%. Наибольшее количество жалоб предъявляли пациенты с протезами, изготовленными из пластмассы (32,1%). При этом основные жалобы – это дискомфорт, шероховатость, возникновение аллергических реакций, неидентичность парному глазу. При этом больные жаловались на скудное отделяемое из конъюнктивальной полости (17,9%), на чувство сухости в конъюнктивальной полости при ношении протеза (12,5%), на проблему с обработкой протеза при нахождении вне дома (14,2%).

Данные клинико-функционального обследования выявили, что у 60,7% протезированных больных имелось нарушение функции парного глаза, связанное с имеющейся патологией. При этом значительно выраженные нарушения зрительной функции были выявлены у 7,1% больных, выраженные и умеренные у 26,8% соответственно.

Результаты исследования зрительной работоспособности методом аккомодатрии показали, что в процессе выполнения бинокулярной зрительной нагрузки все пациенты предъявляли астенопические жалобы, что свидетельствует о развитии зрительного утомления. При этом у большинства (63,5%) обследованных имелось умеренное нарушение зрительной работоспособности, у 30,8% – выраженное, а у 5,7% – значительно выраженное.

О тяжести нарушения зрительной функции у лиц, перенесших офтальмопротезирование, свидетельствует изменение электрофизиологических показателей сохраненного глаза. При этом более чем у половины (57,1%) обследованных преобладали умеренные и выраженные изменения основных электрофизиологических показателей электрочувствительности, лабильности и критической частоты слияния мельканий.

Необходимо отметить, что степень тяжести изменений офтальмоэргонимических и электрофизиологических показателей находилась в прямой зависимости от сроков адаптации к монокулярному зрению и имеющейся патологии на сохраненном глазу.

Результаты исследования бинокулярного зрения свидетельствовали о грубых нарушениях его у всех пациентов, перенесших офтальмопротезирование. Стереоскопическое зрение отсутствовало у 33,9% обследованных, у остальных пациентов оно было значительно снижено (от 20 до 44 дуг/с).

Необходимо отметить, что лицам, перенесшим офтальмопротезирование перед трудоустройством в обязательном порядке необходимо проходить профессиональное тестирование. В связи с тем что у 38,8% таких больных имелись умеренные изменения офтальмоэргонимических показателей, происходила быстрая вработываемость в производственный процесс (коэффициент вработываемости составлял 0,07–0,09) и имелся достаточный функциональный резерв, позволяющий использовать в трудовом процессе единственный глаз. В то же время у 30,8% наблюдались выраженные нарушения офтальмоэргонимических показателей, была снижена вработываемость в производственный процесс и сравнительно быстро появлялись признаки зрительного утомления. У 5,7% пациентов наблюдались резко выраженные изменения офтальмоэргонимических показателей. Вработываемость в производственный процесс у этой категории лиц значительно снижена.

При анализе ограничений сфер жизнедеятельности данных больных было выявлено, что в большинстве (83,9%) случаев отмечались ограничения способности (различной степени) выполнять основные мероприя-

тия по дому и вне дома. Такая тенденция наблюдалась и у лиц молодого возраста с высокой остротой зрения на оставшемся глазу, даже при сроке, прошедшем после энуклеации, более трех лет.

Анализируя трудовую занятость этого контингента лиц, можно отметить, что в настоящее время не работают большинство (58,9%) обследованных пациентов, при этом треть из них (36,3%) – люди трудоспособного возраста. Все они связывают невозможность трудоустройства с наличием зрительного дефекта.

Среди работающих пациентов только у 37,5% профессия не изменилась, остальные были вынуждены сменить профессию вследствие невозможности адаптироваться к имеющемуся зрительному дефекту или в связи с тем, что новый вид трудовой деятельности требовал бинокулярного зрения. При этом у большинства (70,0%) больных, перенесших офтальмопротезирование, наблюдалось снижение квалификации.

Представляет интерес характер зрительного труда у больных после офтальмопротезирования. Так, оказалось, что 62,5% таких больных работают со зрительным напряжением, 31,2% – с вынужденной позой. При этом треть пациентов отмечали, что выполняемая работа им не нравится, однако выбрать работу по своему желанию не представляется возможным.

Желание пройти повторно профтестирование и переобучение выразили только 35,7% обследованных, а рационально трудоустроиться – 42,1% из всех пациентов.

Одним из важных показателей КЖ является социально-бытовой статус, изучение которого у лиц, перенесших офтальмопротезирование, показало, что 71,4% этих больных предъявляют жалобы на плохое материальное положение, 17,8% – на отсутствие семьи, 26,8% не имеют собственного жилья. При этом на вопрос «удовлетворены ли своей жизнью в целом?» большинство (57,1%) ответили положительно и считают себя полезными в общественной жизни и семье.

Психодиагностическое обследование лиц, перенесших офтальмопротезирование, показало, что имеется дискомфорт при выполнении трудовых заданий, связанных с зрительным напряжением глаз. Так, большинство (83,3%) обследованных указывали на «боли в глазах», «быструю, высокую утомляемость глаз», «невозможность долго напрягать зрение».

Психодиагностическое обследование выявило нарушения различной степени выраженности, например, определялись нарушения интеллектуально-мнестических функций преимущественно незначительного и умеренного характера (75,9%), в то время как выраженные нарушения составили 18,5%. Динамика психической работоспособности у 44,4% пациентов характеризовалась преимущественно умеренной истощаемостью и утомляемостью.

У большинства пациентов, ранее офтальмопротезированных, наблюдалось нарушение продуктивности, точности распределения, переключаемости, концентрации и устойчивости внимания. При этом были нарушены функции памяти: объема кратковременной и долговременной памяти на визуальные и аудиальные стимулы, в некоторых случаях – вербально-логической памяти, сужение объема узнавания с ложными узнаваниями.

При исследовании мышления установлены нарушения его функций у 94,4% обследуемых. В то же время у большинства обследованных больных выявлялась нестабильная динамика психической деятельности со снижением работоспособности и признаками истощаемости.

При исследовании аффективно-личностной сферы (эмоционально-волевой компонент и особенности лич-

ности и поведения) было установлено, что для большинства обследуемых характерны астеноипохондрические проявления на уровне личности с признаками хронической дезадаптации и пессимистической оценки перспективы (шкалы «тревожности – Pt »-7, «ипохондри – Hs »-1, «эмоциональной лабильности – Hu »-3) разной степени выраженности.

По результатам собеседования с лицами, перенесшими офтальмопротезирование, были выявлены жалобы на головную боль, головокружение, нарушения сна, памяти, внутреннюю тревогу, раздражительность, перепады настроения и т. д. Многие больные предъявляли жалобы на снижение работоспособности, трудности выполнения различных видов деятельности в силу высокой «устоляемости», «быстро наступающей усталости», «общей слабости», что подтверждено данными, полученными с помощью теста СМИЛ. У 40% больных определены неврозоподобные состояния преимущественно астеноипохондрического и астенодепрессивного характера. В целом с помощью теста СМИЛ было выявлено превышение нормативного коридора по показателям основных шкал теста у 66,7% обследованных.

На основании вышеизложенного следует сделать следующие выводы:

1. У лиц, перенесших офтальмопротезирование, при оценке состояния КЖ и жизнедеятельности важное значение имеет оценка психологического статуса.

2. Показатели уровня КЖ больных, перенесших офтальмопротезирование, тесно взаимосвязаны с показателями уровня психологических нарушений преимущественно аффективно-личностной сферы.

3. Больные с заниженными показателями КЖ отличались выраженными нарушениями психологического статуса, проявляющимися в таких аффективно-личностных нарушениях, как повышенный уровень тревоги, фиксация внимания на своих ощущениях, склонность к пессимистической оценке перспективы, ипохондрические и тревожно-фобические расстройства.

4. Психологическими предикторами, влияющими на уровень КЖ больных, перенесших офтальмопротезирование, являются преимущественно нарушения психологического статуса, проявляющиеся в напряженности, раздражительности, низкой стрессоустойчивости, склонности к фиксации внимания на своих ощущениях и пессимистической оценке перспективы, а также в высоком уровне тревожности и внутриличностной конфликтности. Из этого следует, что для данной категории больных особое значение в структуре реабилитационных мероприятий имеет реализация методов именно психологической реабилитации.

5. Для повышения эффективности реабилитационных мероприятий лиц, перенесших офтальмопротезирование, и для решения широкого спектра проблем психологического и социального содержания, возникающих в связи с энуклеацией и ношением протеза, проведение лечебных мероприятий целесообразно сочетать с методами психологической коррекции и психотерапии. В данном контексте следует отметить, что не столь важным является какой метод, какую технику использует психотерапевт, а насколько они эффективны при решении конкретных поставленных задач.

Заключение

Таким образом, анализ основных факторов, определяющих медико-социальный статус лиц, перенесших офтальмопротезирование, показал, что для его объективной оценки необходимо проведение всестороннего об-

следования с определением ряда показателей, входящих в спектр основных характеристик качества жизни этой категории лиц. К ним прежде всего относятся: характеристика операционного вмешательства и протезирования; клиничко-функциональное состояние парного глаза, характеристика психологического статуса, психической сферы обследуемых, оценка влияния монокулярного дефекта на состояние жизнедеятельности; характеристика трудовой деятельности больного, а также его нуждаемость в профессиональном тестировании, рациональном трудоустройстве, профессиональной адаптации и в помощи выбора рациональных форм трудовой деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чеглаков Ю.А., Лясковик А.Ц. Формирование опорно-двигательной культы с имплантацией эластичного экзплантов-кладыша при энуклеации. *Офтальмохирургия*. 1997; 1: 62–6.
2. Вериге Е.Н., Харлампиди М.П., Пряхина И.А., Лаврентьева Н.В. Нормативно-правовые аспекты глазопротезирования. *Офтальмология*. 2011; 8(3): 70–3.
3. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. *Медицинская психология*. 2-е изд. М.: Медицина; 1984.
4. Гундорова Р.А., Вериге Е.Н., Садовская Е.П., Харлампиди М.П. Вопросы эпидемиологии и реабилитации лиц с анофтальмом на территории РФ. *Вестник офтальмологии*. 2007; 3: 42–3.
5. Гундорова Р.А., Вериге Е.Н., Садовская Е.П., Пименова Т.И. Основные направления организации службы глазного протезирования. *Вестник офтальмологии*. 2003; 3: 3–6.
6. Шиф Л.В. *Удаление глаза и вопросы косметики*. М.: 1973.
7. Шкромиди М.И., Мосяк М.А. Отдаленные результаты косметического протезирования у больных с анофтальмическим синдромом. *Вестник офтальмологии*. 1991; 107(5): 23–5.
8. Иванов А.Н. Организация глазного протезирования в СССР. *Вестник офтальмологии* 1991; 2: 7–12.
9. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 physical and mental health summary scales: A user's manual. Boston, Mass.: The Health Institute, New England Medical Center. 1994.
10. Рыжов В.А. *Влияние индивидуального глазного протезирования на качество жизни больных с анофтальмом и субатрофией глазного яблока*: Дисс. Уфа; 2003.

REFERENCES

1. Cheglaikov Ju.A., Ljaskovik A.C. Formation of locomotor stump with implantation of elastic eksplantovkladysya with enucleation. *Ophthalmosurgery*. 1997; 1: 62–6. (in Russian)
2. Verigo E.N., Harlampidi M.P., Prjahina I.A., Lavrent'eva N.V. Legal Aspects glazoprotezirovaniya. *Ophthalmology*. 2011; 8(3): 70–3. (in Russian)
3. Lakosina N.D., Ushakov G.K. *Medical psihologiya. [Meditsinskaya psikhologiya.]* Moscow: Medicine, 1984. (in Russian)
4. Gundorova R.A., Verigo E.N., Sadovskaja E.P., Harlampidi M.P. Epidemiology and rehabilitation of persons with anophthalmia in Russia. *Bulletin of ophthalmology*. 2007; 3: 42–3. (in Russian)
5. Gundorova R.A., Verigo E.N., Sadovskaja E.P., Pimenova T.I. The main directions of the organization service ocular prosthetics. *Bulletin of ophthalmology*. 2003; 3: 3–6. (in Russian)
6. Shif L.V. *Removing eye makeup and questions. [Udalenie glaza i voprosy kosmetiki.]* Moscow; 1973. (in Russian)
7. Shkromida M.I., Mosjak M.A. Long-term results of cosmetic prosthesis in patients with anoftalmicheskim syndrome. *Vestn. ophthalmological*. 1991; 107(5): 23–5. (in Russian)
8. Ivanov A.N. Organization of ocular prosthetics in the USSR. *Bulletin of ophthalmology*. 1991; 2: 7–12. (in Russian)
9. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 physical and mental health summary scales: A user's manual. Boston, Mass.: The Health Institute, New England Medical Center; 1994.
10. Ryzhov V.A. Influence of individual ocular prosthesis on the quality of life of patients with anophthalmia and subatrophy eyeball. Diss., Ufa, 2003. (in Russian)

Поступила 07.11.13
Received 07.11.13