

## Психологические аспекты в реабилитации пациентов с анофтальмом



Е. Н. Веригο



Р. А. Гундорοва



И. А. Пряхина

ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

### РЕЗЮМЕ

Работа посвящена вопросам психологической реабилитации лиц с анофтальмом с определением ведущей роли протезирования в этой проблеме. Описаны стадии психологической реакции после потери глаза, а также трудности в адаптации людей с двусторонней потерей зрения. В помощь практическому врачу даны рекомендации по общению с данной категорией пациентов.

**Ключевые слова:** анофтальм, психологическая реабилитация, слепота

### ABSTRACT

E.N. Verigo, R.A. Gundorova, I.A. Pryachina

Psychological aspects rehabilitation of patients with anophthalmia

This work deals with the psychological rehabilitation of patients with anophthalmia having eye prothesis as the main role on the problem. Stages of psychological reaction after eye lost and also the difficulties of adaptation of fellows with both eyesight lost is widely discussed. In order to help practitioners, recommendations on dealing this kind of patients has been given.

**Key words:** anophthalmia, psychological rehabilitation, blindness

Офтальмология. — 2012. — Т. 9, № 3. — С. 81–85.

Поступила 15.06.12. Принята к печати 19.07.12

*Хорошие врачи говорят,  
что невозможно лечить одни глаза,  
а необходимо в то же время лечить голову,  
если желают, чтобы поправились глаза.*

*Сократ*

Органы чувств являются связующим звеном между внешним миром — источником ощущений и мозгом — органом мышления. Отображение и познание окружающей нас среды осуществляется человеком при помощи различных анализаторов, среди которых главное место занимает зрительный анализатор. Орган зрения позволяет получить до 90% информации об окружающем мире [1]. Энуклеация (удаление) глазного яблока в сознательном возрасте после перенесенного тяжелого заболевания или травмы глаза создает новые условия восприятия внешнего мира. В течение периода адаптации к монокулярному зрению люди испытывают ряд социальных, физических, экономических и бытовых проблем, которые проявляются в нарушениях личностной сферы, затруднениях в производственной и бытовой деятельности, вождении автомобиля, потере своей специ-

альности, проблемами в трудоустройстве и необходимости переобучения новой профессии. Кроме того, удаление глаза является психологической травмой и задача врача — смягчить эту травму и помочь больному приспособиться к новым условиям.

Удаление глаза проводится по строгим показаниям при следующих патологических состояниях: тяжелых травматических повреждениях глаз, с целью профилактики развития симпатического воспаления; внутриглазных злокачественных новообразованиях; абсолютной болящей глаукоме; при наличии косметически неполноценного слепого глаза с признаками некупирующегося увеита, когда невозможно протезирование и больной настаивает на удалении глаза для последующего улучшения косметики [2]. Глазное протезирование является методом оптимальной медицинской, кос-

метической и психологической реабилитации пациентов с анофтальмом.

Целью работы явилось ознакомление врачей-офтальмологов, а также врачей других специальностей с психологическими аспектами, возникающими у пациентов с анофтальмом.

Потеря глаза для человека — это тяжелое испытание. «Ничего не может быть страшнее, как потерять зрение: это невыразимая обида, она отнимает у человека девять десятых мира» (М. Горький). Если причина, приведшая к удалению глаза, внезапная (травма), то психологическая реакция более выражена, чем при удалении неполноценного атрофического глаза с косметической целью. Вопросы психологической реабилитации пациентов с данными проблемами исследуются и обсуждаются специалистами на отечественных и зарубежных конференциях, форумах, съездах. На VII Конгрессе окуляристов в Гааге 2011 г. также активно рассматривались данные вопросы.

Анализ опубликованных исследований [3, 7] показывает, что большинство людей, внезапно потерявших глаз, проходят три стадии психологической реакции:

1. **Шок.** Вначале человек испытывает шок от потери глаза, это кажется нереальным, страшным сном. Многие люди испытывают затруднения в процессе адаптации, сохранении необходимой информации, они рассеяны и находятся в замешательстве. Им трудно разговаривать на тему разрешения этой проблемы. Такое состояние может длиться от нескольких часов до нескольких дней.

2. **Удар.** Эта стадия начинается после того, как первоначальный шок уже прошел. Могут наблюдаться различные виды реакций — физические, эмоциональные, поведенческие. Это состояние продолжается в течение 2-3 дней после потери глаза, но может продлиться до нескольких недель. Люди в этот период часто задают ряд вопросов: «если бы мы не сделали этого, тогда бы могло ничего страшного не произойти» или «почему это случилось со мной». На этой стадии человек может впасть в гнев или обвинять в случившемся себя или окружающих. Как правило, людей захлестывает волна сильных эмоций.

К эмоциональным реакциям после потери глаза относят:

- горе: характеризуется наиболее интенсивным эмоциональным и физическим чувством потери, таким как гнев или печаль. Горе может продолжаться до тех пор, пока пациент не осознает потерю;
- страх: человек может беспокоиться и бояться будущего. Его очень волнуют такие вопросы, как будет выглядеть глазной протез, что могут подумать другие люди, как это повлияет на его будущую жизнь. Большинство людей имеют неправильное представление об искусственном глазе в этот период;

- отрицание: некоторые люди отказываются признать потерю глаза, надеясь, что это ошибка или какое-нибудь чудо вернет им глаз;
- гнев: сильная эмоция, которая часто сопровождается отсутствием страха, обвинением самого себя в случившемся. Гнев может сопровождаться физиологическими симптомами: тошнота, рвота, тремор, обильное потоотделение, тахикардия, повышение артериального давления, головная боль, боль в груди, расстройство сна и другие;
- вина: некоторые люди испытывают чувство вины, особенно это происходит с родителями, дети которых потеряли глаз в результате травмы, ретинобластомы или в других случаях. Они считают, что потеря глаза произошла по их вине;
- беспомощность: человек не знает, как помочь самому себе или когда боится сделать что-нибудь не так.

Важно понимать, что все эти реакции — это нормальный ответ на нестандартную ситуацию и события, которые не часто происходят в жизни.

3. **Решение.** На этом этапе человек осознает, что глаз потерян. Потерю глаза начинает интерпретировать как печальное событие, трагическую часть в своей жизни, принимая это как результат несчастного случая.

Врач может помочь менее трагично преодолеть этот период жизни. Принципы психологической помощи основываются, прежде всего, на соблюдении деонтологии, беседах, построенных с учетом индивидуальных особенностей личности пострадавшего. У некоторых людей имеется искаженное представление о глазном протезе, что он не может двигаться, имеет сферическую форму, будет часто выпадать и так далее. Объяснение простыми словами, не используя медицинских или технических терминов, поможет пациенту легче понять суть операции, правила поведения в послеоперационном периоде, особенности «искусственных глаз» и приводит к сокращению периода адаптации. Хорошо, если есть доступные для понимания брошюры о глазных протезах, так как части пациентов трудно хранить такую информацию в памяти. Первичное протезирование сразу на операционном столе способствует и формированию полости, пациент чувствует себя более уверенно, поскольку после снятия бинтовой повязки увидит в зеркале искусственный глаз, а не пустую полость глазницы. Дальнейшее ступенчатое протезирование с постепенным увеличением размеров и толщины протезов по мере уменьшения послеоперационного отека правильно сформирует полость, а следовательно, улучшит последующий косметический результат протезирования. Через 4-6 месяцев после операции возможно индивидуальное протезирование с изготовлением максимально похожего на свой глаз протеза [2].

Вот несколько советов, которые помогут при общении с людьми, недавно потерявшими глаз. Будьте чувствительны в Вашем отношении к пациенту, но не принимайте на себя чувства пациентов, не персонализируйте никакие реакции, особенно гнев, направленный на Вас. Важно помнить, что это может быть естественной реакцией на стрессовое состояние. Можно использовать фразу: «не надо изводить себя, это уже случилось». Осторожно используйте шутки и юмор. Хотя обычно это помогает людям, но неуместная шутка может вызвать подъем негативной реакции. Избегайте таких фраз: «Вам повезло, могло быть хуже». Взаимодействие врача и пациента, правильно найденный язык общения, помогут больному быстрее адаптироваться к новой, тяжелой ситуации.

Помимо психологических реакций, происходят функциональные изменения, связанные с отсутствием глаза. При одностороннем анофтальме теряется глубинное зрение. Потеря бинокулярного зрения требует перестройки всей зрительной системы применительно к новым условиям видения одним глазом. У людей, потерявших зрение на один глаз, отмечается сужение границ общего поля зрения, потеря полноценного пространственного восприятия, утомление аккомодационного аппарата, нарушение гидродинамики парного глаза. Для замены бинокулярного зрения монокулярным необходимо время. Развитие монокулярного глубинного зрения быстрее наступает у лиц молодого возраста, играют роль и личные качества, образование, профессиональный опыт пострадавшего. По мере адаптации пространственные изменения изучаются из опыта, при этом отпадает чувство неуверенности. Если был удален уже невидящий глаз, то адаптация к монокулярному зрению уже произошла [4].

Практически нет профессии, которая не могла бы выполняться человеком с анофтальмом, однако восприятие глубины рельефа у них не может достигнуть совершенства и быстроты, равной бинокулярному зрению. Особенно это актуально для таких профессий, как профессиональные водители и др. После тяжелой патологии глазного яблока, приведшей к анофтальму, снижается качество жизни пациентов. Факторами, влияющими на процесс восстановления качества жизни, являются пол, возраст, трудовая занятость, уровень дохода, микросоциальный статус пациентов. Плохое материальное благосостояние, наличие сопутствующих заболеваний, пожилой возраст, отсутствие семьи и работы являются факторами, сдерживающими восстановление качества жизни [4].

Приобретенный анофтальм может наступить в любом возрасте, в том числе и в детстве. Среди основных причин удаления глазного яблока в детском возрасте — онкопатология, последствия тяжелых травм, воспалительные заболевания, приведшие к субатрофии глаза, абсолютная врожденная глаукома [5]. Внезапная поте-

ря органа зрения у детей приводит к психологической травме не только ребенка, но и родителей. Важно успокоить родственников, объяснив, что в большинстве случаев другие люди не могут отличить искусственный глаз от настоящего, что установка глазного протеза безболезненна, и что в последующем ребенок может успешно заниматься некоторыми видами спорта.

При удалении глазного яблока у детей в результате онкологических заболеваний достичь высоких косметических результатов чрезвычайно трудно из-за выраженного анофтальмического синдрома (из-за отсутствия подсадки в культю), выраженной постлучевой атрофии тканей орбиты и подкожно-жировой клетчатки на стороне анофтальма, рубцовых изменений и сокращения конъюнктивальных сводов, как результата лучевой терапии. У таких пациентов глазной протез постоянно должен находиться в конъюнктивальной полости: во время лучевой терапии, сразу после энуклеации, во время сна. У детей необходима замена протеза не реже одного раза в 6 месяцев, а в период активного роста 1 раз в 3-4 месяца. Удаление глаза в детском возрасте приводит к замедлению роста орбиты, соответствующей части лицевого скелета, асимметрии лица. Энуклеация до 5 лет замедляет рост тканей орбиты на 15% по сравнению с противоположной стороной, тогда как удаление глаза после 9 лет не ведет к заметной асимметрии лица [6]. Во всех этих случаях для возможного уменьшения данных дефектов необходима серия реконструктивных операций, порой с большим промежутком времени.

При врожденном одностороннем анофтальме и микрофтальме у детей важно своевременное и адекватное протезирование, которое помогает нивелировать имеющийся недостаток путем правильного развития лицевого скелета на стороне анофтальма. При врожденном анофтальме полость чаще имеет конусовидную форму со сглаженным нижним сводом. Нередко полость настолько мала, что туда можно вставить только круглый шарик диаметром около 5 мм. В этом случае производится бескровное расширение конъюнктивальной полости методом ступенчатого протезирования, начиная с 3-месячного возраста. Если размер глазного яблока при врожденном микрофтальме не превышает горошины, то ступенчатое протезирование начинают с 5-6 месяцев. В тех случаях, когда размер глазного яблока достаточно большой необходимо тщательно изучить функции глаза для исключения наличия зрительных функций. При их отсутствии недоразвитое глазное яблоко является хорошей опорно-двигательной культей, обеспечивающей протезу высокую подвижность и хороший косметический результат. Хорошо подобранный по форме и размеру протез может полностью скрывать анатомический дефект у ребенка, помогая ему адаптироваться среди сверстников, уменьшает психологическую травму, полученную

в результате заболевания или врожденной патологии [5]. Если глазной протез подбирается на субатрофичный глаз с травмой в анамнезе, необходим периодический клиничко-иммунологический контроль. Исследуется наличие сенсбилизации к тканям глаза. Исправление имеющейся патологии до школьного возраста уменьшает психологическую травму, поскольку сверстники в классе фиксируют особое внимание на косметических недостатках. Несмотря на имеющийся физический дефект важно помочь гармоничному развитию ребенка, поощряя природные способности.

При поражении одного глаза в большинстве случаев психоэмоциональные нарушения носят кратковременный и стертый характер. Но в жизни бывают ситуации, травмирующие оба глаза, или же единственно видящий глаз. Возникает внезапная слепота. При этом происходят более серьезные психические нарушения, и развившиеся депрессивные состояния могут требовать фармакологической коррекции [7].

По данным ВОЗ, за 2005 г. в мире насчитывалось 37 млн. слепых [8]. К слепым относят людей, у которых острота зрения с коррекцией не превышает 0.04 на лучше видящем глазу. Если же пациент не отличает света от тьмы, его называют тотально слепым. Всех остальных относят к слепым с остаточным зрением. Если человек воспринимает свет и различает его яркость, то это слепой со светоощущением. Остальные люди, относящиеся к слепым с остаточным зрением, имеют форменное зрение. Восприятие окружающего мира с помощью остаточного зрения имеет свои особенности. Слепые со светоощущением обычно все вокруг себя видят в сером цвете, который имеет множество оттенков. Одни предметы кажутся более темными, другие более светлыми, что облегчает ориентировку в помещениях и на улице. Незрячий, имея светоощущение, может заметить движение темных полос, например, так он воспринимает руки на фоне света, ис-

ходящего от окна. Не следует удивляться, если незрячий правильно и быстро ориентируется в квартире, на улице, но проходя мимо вас, задевает стулья, людей. Это возможно у слабовидящего с узким полем зрения (около 10 градусов) [9].

Слепому человеку нельзя воспринимать как жертву обстоятельств, как беспомощного человека, который нуждается в постоянной опеке. Постигнуть мир чувств и эмоций незрячий может при бережном, открытом, заинтересованном общении. Надо помочь ослепшему научиться жить с той проблемой, которая у него возникла, помочь жить без зрения.

Социальная защита и реабилитация инвалидов по зрению осуществляет Всероссийское общество слепых (ВОС). Эта организация основана в 1925 г. В Российской Федерации количество учтенных слепых и слабовидящих составляет около 218000 человек [11]. Центральное правление ВОС находится по адресу: г. Москва, Новая площадь, 14.

Стандартные и индивидуальные глазные протезы изготавливает Центр глазного протезирования — старейшее российское предприятие, ведущее в своей отрасли.

Таким образом, медико-психологическая реабилитация, повышение качества жизни лицам с анофтальмом и слабовидящим является социальной проблемой, касающейся не только офтальмологов, но и других медицинских специальностей, сферы образования, а также родственников и общества в целом. Чтобы помочь человеку адаптироваться к новым условиям жизни, необходимо выработать умения и навыки, которые позволят ему вернуть самостоятельность и уверенность в своих действиях. Надо создать ситуацию, когда незрячий является полноценным человеком со своими определенными трудностями. В этом случае слепота не будет расцениваться как безысходное состояние. Это и является признаком культуры и развития общества.

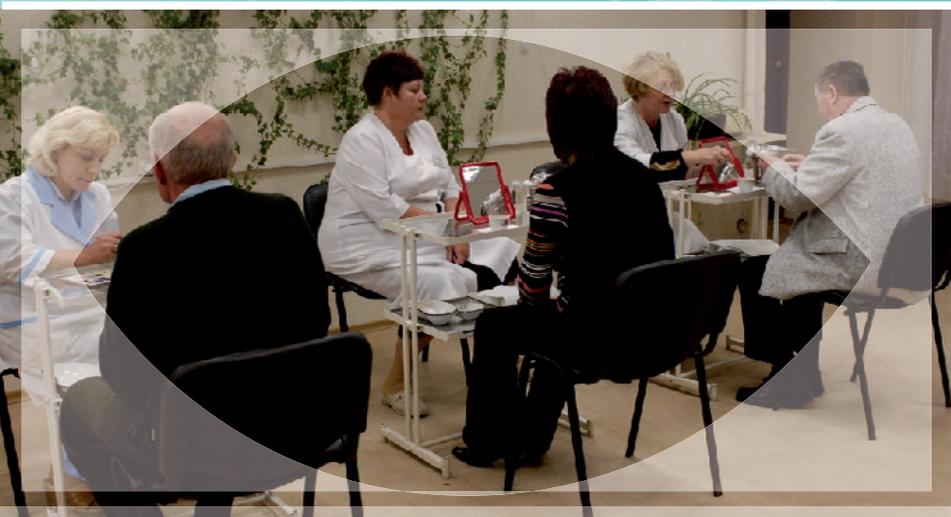
## ЛИТЕРАТУРА

1. Копаева В.Г. с соавт. Глазные болезни // Москва, Медицина, 2002. – С.558.
2. Гундорова Р.А., Нероев В.В., Кашников В.В. Травмы глаза. М., 2009. – С. 464-497.
3. Paul Geelen. «Working With People After Eye Loss – Understanding and Dealing With The Psychological Impact» // VII Congress Association of Ocularists, The Hague, The Netherlands. September – 2011. – P. 6-11.
4. Лудченко О.Е. Клиничко-социальные аспекты адаптации к монокулярному зрению после травмы глаза у взрослых // Автореферат дисс...канд. мед. наук. Красноярск, 2007. – С. 26.
5. Вериге Е.Н., Садовская Е.П., Катаев М.Г., Лаврентьева Н.В. // Проблемы реабилитации детей с анофтальмом // Российская педиатрическая офтальмология. – 2010. – № 3. – С. 32-35.
6. Кирюхина С.Л. Компьютерная томография в комплексной диагностике посттравматических и врожденных дефектов орбитальной области // Дисс... канд. мед. наук. М., 1991. –138 с.
7. Макаров П.В. Осложнения тяжелой ожоговой травмы глаз: патогенез, анализ причин, профилактика и возможные пути оптимизации результатов лечения. // Дисс.... д-ра мед. наук. М., 2003. – С. 263-268.
8. Нероев В.В. Современный этап в работе «Российского национального комитета по предупреждению слепоты» в рамках всемирной программы ВОЗ: ликвидация устранимой слепоты. // Материалы IV Российского межрегионального симпозиума июнь 2008 Ярославль «Ликвидация устранимой слепоты: всемирная инициатива ВОЗ. Ликвидация слепоты и слабовидения, связанных с рефракционными нарушениями» // М., 2008. – С. 15-19.
9. ВОС. Навстречу незрячему. М., 1998. 30 с.
10. Шкляев А.В. Слепота и что за нею. М., 1998. – 152 с.
11. Нероев В.В. «Современный этап в работе Российского национального комитета по предупреждению слепоты. Развитие целевой программы по ликвидации устранимой слепоты, связанной с патологией сетчатки и зрительного нерва» // Материалы V Российского межрегионального симпозиума «Ликвидация устранимой слепоты: всемирная инициатива ВОЗ. Ликвидация устранимой слепоты, связанной с патологией сетчатки и зрительного нерва». М., 2010. – С. 8-16.



# ЦЕНТР ГЛАЗНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

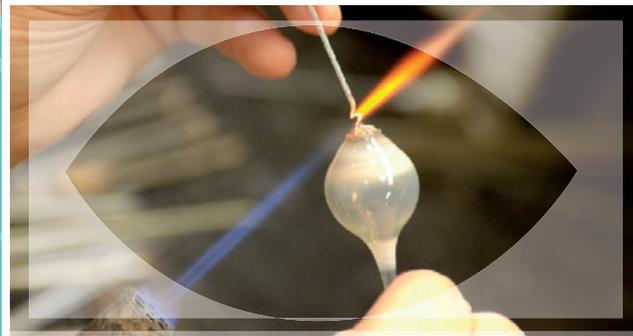
Центр – старейшее в России предприятие, занимающееся протезированием самого сложного и хрупкого человеческого органа - глаза. Его история началась в июне 1943 года, когда по распоряжению Совета народных комиссаров была основана Московская фабрика глазных протезов, которая стала родоначальником отрасли в Советском Союзе. В то время глазные протезы изготавливались из «стекла молочного, стекла цветного и стекла бесцветного».



Изготовление индивидуального глазного протеза – это самый короткий и эффективный путь возвращения пациента к нормальной активной жизни. При индивидуальном протезировании достигается максимально возможный косметический эффект, учитываются особенности строения глазной полости конкретного человека, протез не приносит дискомфорта, что обеспечивает отсутствие психологической напряженности человека в социальной жизни, в процессе общения с другими людьми.

Стекло и сегодня остается одним из самых практичных и удобных материалов с превосходными косметическими свойствами. Современные офтальмологические протезы изготавливаются из особого стекла, сваренного по оригинальной технологии, разработанной и запатентованной сотрудниками Центра. Они устойчивы к механическому воздействию частичек пыли, дезинфицирующих средств, сохраняют живой блеск и хорошо смачиваются слезой, что облегчает скольжение века. Уникальные специалисты-стеклодувы расплавленными стеклянными нитями с фотографической точностью воспроизводят индивидуальный рисунок радужки, кровеносной системы, копируют цвет и форму глазного яблока. Сочетание новейших технологий и ручного труда позволяет достичь результата, при котором только наметанный глаз врача может отличить протез от живого глаза. Каждое изделие - произведение искусства. Люди, делающие эту работу, посвятили главному протезированию не один десяток лет своей жизни, только пять из них уходит на обучение такого специалиста.

**Центр производит и реализует протезы стандартных форм. В отличие от индивидуальных такие протезы закупаются (партиями от 50 до 1000 штук) офтальмологическими клиниками, больницами, кабинетами глазного протезирования в регионах для подбора протеза пациенту на месте, потому что далеко не везде есть квалифицированные мастера по изготовлению индивидуальных протезов.**



**Мастера по производству протезов из пластика работают как художники - кистью и красками. Внимательно глядя Вам в глаза, они пишут портрет «зеркала души». Пластмассовые протезы немного тяжелее стеклянных, но менее подвержены температурным воздействиям и имеют более долгий срок использования. Подходящий именно для Вас материал поможет выбрать врач-офтальмолог.**

**105203, г. Москва,  
ул. 14-я Парковая, д.1 А, стр.1  
секретариат: (495) 461-33-72  
e-mail: [centr-gp@umail.ru](mailto:centr-gp@umail.ru)  
[www.centrglaz.ru](http://www.centrglaz.ru)**