



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ-ОФТАЛЬМОЛОГОВ»
ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ
ПО ОФТАЛЬМОПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Протезирование глаз Вопросы и ответы

Рекомендации для врачей и пациентов

Согласовано на заседании экспертного совета 26.09.2025



Экспертный совет по офтальмопластической хирургии «Ассоциации врачей-офтальмологов России»: **Протезирование глаз. Вопросы и ответы.**

Рекомендации для врачей и пациентов – 2025

Авторы создали серию рекомендаций, основываясь на личном многолетнем опыте работы с пациентами, нуждающимися в использовании глазного протеза.

Достоверность представленной информации проверена временем.

Оформление А.А. Гаев

Информация предназначена студентам медицинских институтов, врачам-офтальмологам и пациентам, использующим глазные протезы.

Знание этого раздела офтальмологии поможет врачам офтальмологам при назначении лечения, а пациентам использовать глазной протез с комфортом и избежать возможных осложнений.

Пособие содержит сведения о лекарственных препаратах, не носит рекламный характер, рекомендовано исключительно в образовательных и информационных целях. Данная информация не заменяет профессиональную медицинскую консультацию.

Все права защищены. Использование любых материалов без ссылки на источник запрещены.

© Экспертный совет по офтальмопластической хирургии
«Ассоциации врачей-офтальмологов России»

© Сироткина И.А., 2025



ОГЛАВЛЕНИЕ

Честно и просто о том, что сложно и больно

№	Название главы	Стр.
1	Глазные протезы Что, когда и для чего?	07
2	Подготовка к операции по удалению глаза Операции по удалению глаза	15
3	Послеоперационный период. Формирование конъюнктивальной полости	21
4	Уход за глазным протезом и полостью. Памятка пациенту	24
5	Отделяемое из полости при использовании глазного протеза	29
6	О бесплатном протезировании	34
7	Протезирование при субатрофии глазного яблока	35
8	Часто задаваемые вопросы	37
9	О психологической реабилитации пациентов с анофтальмом	41
	Экспертный совет	42

ВКЛАДКА

Интеллект-карта! «Адаптация и приспособление
к потере глаза и зрения»



СТУКТУРА

1. Глазные протезы. Что, когда и для чего?

Что такое глазной протез?

Когда используют глазной протез?

Можно ли не носить глазной протез?

Для чего нужен глазной протез?

Какие бывают глазные протезы?

Стандартные (массовые).

Индивидуально изготовленные глазные протезы.

Какой протез лучше: пластмассовый или стеклянный?

Особенности и назначение конформаторов.

Как глазной протез держится в полости?

От чего зависит подвижность протеза?

Возможно ли при протезировании достичь такого результата, что протез будет двигаться полностью, как здоровый глаз?

2. Операции по удалению глаза.

Подготовка к операции по удалению глаза.

В каких случаях показано удаление глаза?

Пациенту необходимо удаление глаза. Что должен знать пациент?

Какие операции по удалению глаза существуют?

Какая операция лучше?

Какая операция дает лучший косметический результат?

Какие имплантаты (эндопротезы) используются?

Какая анестезия применяется?

Как подготовиться к операции?

Дополнительные рекомендации:

3. Послеоперационный период.

Повязка или темные очки?

Какие могут быть осложнения после удаления глаза?

Когда подбирается первый протез?

Формирование конъюнктивальной полости. Ступенчатое протезирование.

4. Уход за глазным протезом и полостью. Памятка пациенту.

Друг-игрушка.



Важно!

Уход за глазным протезом и полостью.

Ежедневный туалет.

Рекомендуется.

Запрещается.

5. Отделяемое полости при использовании глазного протеза.

Норма.

При появлении гнойного (желтого или зеленого) отделяемого из глазной полости

Осторожно! Растворители!

Износ протеза

Если не менять протез вовремя?

Чтобы сохранить эффект протезирования на долгие годы необходимо.

Если Вам назначили капли или мазь.

Аллергия.

Заболевания век.

6. О бесплатном протезировании.

Социальная защита.

Налоговый вычет.

Алгоритм получения инвалидом глазного протеза за счет средств ОСФР.

Электронный сертификат.

Возможно ли оформить группу инвалидности и карту реабилитации сразу после удаления глаза?

7. Протезирование при субатрофии глазного яблока .

Что такое субатрофия?

Противопоказания для протезирования субатрофичного глаза.

Правила.

Для чего нужны такие предосторожности?

Симпатическая офтальмия.

Подвижность протеза.



8. Часто задаваемые вопросы.

Почему изготовление индивидуального глазного протеза занимает 2 - 5 дней?

Может ли глазной протез выпасть из глазницы и разбиться, например, во время бега или ходьбы по улице?

Больно ли вставлять глазной протез?

Следует ли глазной протез держать в воде ночью?

Как определить косит или нет глазной протез?

Как выглядит нормальная конъюнктивальная полость?

За рубежом используют слепок полости при изготовлении глазного протеза. Вы пользуетесь этой методикой?

Незнакомые люди в транспорте, общественном месте пристально всматриваются в глаза? Это очень напрягает. Что делать?

В течение какого времени можно использовать один глазной протез?

Какое протезирование считается правильным?

Где можно получить квалифицированную помощь пациенту с глазным протезом.

Что делать, если пациенту с протезом предстоит операция на единственном глазу?

9. О психологической реабилитации пациентов с анофтальмом.

Жизнь делится на «до и после».

10. Экспертный совет.

ВСТАВКА: Интеллект-карта!

«Адаптация и приспособление к потере глаза и зрения».



1. ГЛАЗНЫЕ ПРОТЕЗЫ. ЧТО, КОГДА И ДЛЯ ЧЕГО? ЧТО ТАКОЕ ГЛАЗНОЙ ПРОТЕЗ?

Глазной протез («искусственный глаз») – лечебно-косметический протез глазного яблока, помещаемый за веки для имитации видимой его части. (Энциклопедический словарь медицинских терминов: в 3 томах./ гл. ред. Б.В. Петровский – М.: Советская энциклопедия, т.1-3. 1982.)

Глазной протез имеет соответствующую глазу кривизну внешней поверхности, на которой воспроизведены радужка со зрачком и склера с кровеносными сосудами.

Внутренняя (вогнутая) поверхность протеза должна соответствовать полости пациента и опираться на опорно-двигательную культю, к которой прикреплены глазные мышцы.



Фото 1.1 Глазные протезы различаются по материалу, цвету, форме, размеру.

Когда используют глазной протез?

Показания к главному протезированию:

Анофтальм – отсутствие одного или обоих глазных яблок. Анофтальм послеоперационный – результат хирургического удаления глазного яблока;

Врожденные анофтальм и микрофтальм – врожденное отсутствие или уменьшение глазного яблока;

Стационарная форма субатрофии глазного яблока – уменьшение глазного яблока в результате воспаления после травмы или заболевания.



Можно ли не носить глазной протез?

Использование глазного протеза при **отсутствии** глазного яблока (анофтальме) **обязательно!**

Если протеза нет, то веки постепенно заворачиваются внутрь, ресницы начинают раздражать слизистую, появляются слизисто-гнойные выделения из полости, болевые ощущения.

Впоследствии полость может уменьшиться до такой степени, что поставить глазной протез уже не удастся.

При наличии уменьшенного глаза (микрофтальме 1-2 степеней, субатрофии) вопрос о возможности использовать глазной протез решается индивидуально.

Для чего нужен глазной протез?

Протез выполняет важные функции:

- у детей глазной протез препятствует отставанию в росте костных стенок орбиты, сохраняет симметрию лица,
- заполняет пространство в глазнице, которое освободилось после удаления глазного яблока (при наличии эндопротеза - имплантата, формирующего подвижную культю, наружный глазной протез заполняет около 1/6 объема удаленного глаза)
- восстанавливает нервно-рефлекторные связи (содружественные нервно-мышечные реакции на воздействие внешних факторов, например ветра, солнца, пыли и т.д.),
- сохраняет размер и форму глазной (конъюнктивальной) полости,
- поддерживает тонус и положение век,
- удерживает в правильном положении слезные точки и слезные каналы,
- сохраняет симметрию и мимику лица,
- предохраняет полость от раздражающего действия внешней среды (ветра, пыли, холода),
- маскирует косметический дефект,
- облегчает социализацию.

Правильное и своевременное глазное протезирование избавляет пациента от видимого косметического недостатка и способствует адаптации человека в обществе.

Среди использующих глазной протез, есть успешные представители публичных профессий: врачи, медицинские сестры, преподаватели школ и ВУЗов, воспитатели, менеджеры и продавцы, руководители и артисты.

Какие бывают глазные протезы?

В зависимости от материала изготовления: **стеклянные или пластмассовые** (полимерные).

В зависимости от технологии изготовления: **стандартные (массовые)** и **индивидуально** изготовленные.

Стандартные (массовые) глазные протезы подбираются пациенту из имеющегося набора. Поэтому при использовании стандартного протезирования не всегда возможно учесть индивидуальные особенности каждого пациента, например, форму глазной полости или цветовые особенности парного глаза.

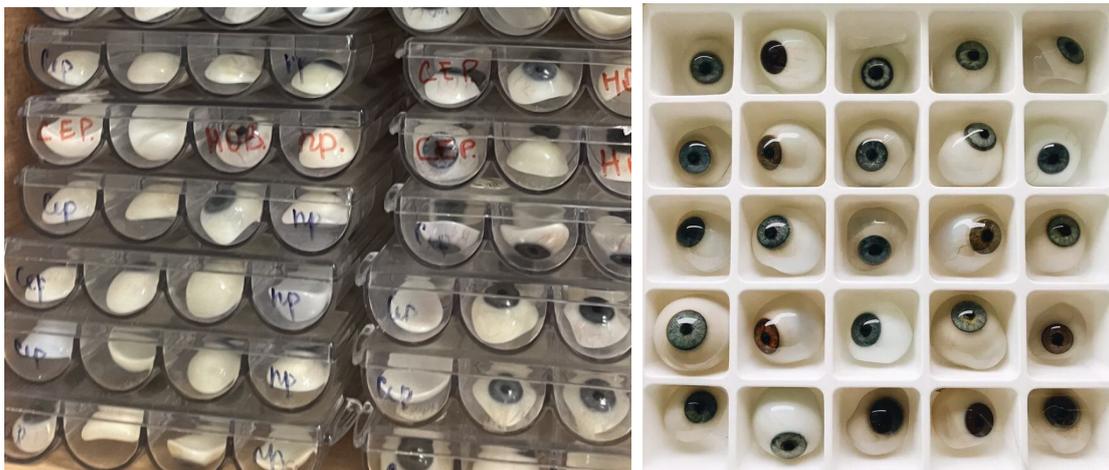


Фото 1.2 Стандартные (массовые) глазные протезы изготавливают заранее и хранятся в специальных коробках с ячейками.

Индивидуальный глазной протез изготавливают для конкретного пациента при его присутствии с учетом индивидуальных особенностей здорового глаза. Учитываются:

- глубина и расположение глазной полости;
- форма и расположения век;
- наличие и характеристики орбитального имплантата;
- расположение мышц в орбите;
- форма и размер здорового глаза;
- размер зрачка, цвет и размер радужки, оттенки склеры, расположение и цвет сосудистого рисунка.

Индивидуально изготовленный глазной протез максимально соответствует внешнему виду и положению парного глаза пациента.

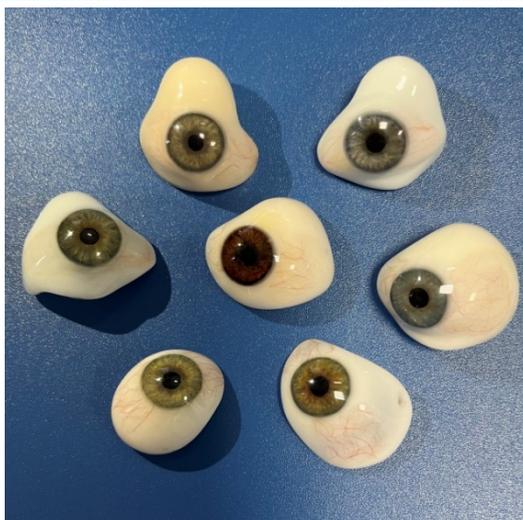


Фото 1.3 Индивидуальные глазные протезы изготавливают для конкретного пациента при его присутствии

Все глазные протезы – и стандартные, и индивидуальные – изготавливают **только вручную**. Процесс изготовления одного протеза занимает от 1 до 3 дней.

Какой протез лучше: пластмассовый или стеклянный?

Оба материала имеют свои преимущества и недостатки.

Свойства протезов	Стеклянный	Пластмассовый (полимерный)
Время изготовления	2-4 часа	2-3 рабочих дня
Возможность реставрации	Не подлежит	Поверхность может быть восстановлена
Максимальный срок ношения без осложнений	9 - 18 месяцев	2-4 года
Теплопроводность	Высокая. Значительно охлаждает глазную полость на морозе (мерзнет) и нагревает при высокой температуре окружающей среды.	Низкая. Не вызывает чувство дискомфорта в холод и жару
Механическая устойчивость	Легко разбить	Не бьется, что значимо для детей и пациентов пожилого возраста.
Возможность исправлять косметические недостатки с помощью сложных форм	Ограничены	Бо'льшие возможности по сравнению с протезами из стекла
Смачиваемость слезой	Высокая	Хорошая, но меньшая, по сравнению со стеклом



Обычно материал изготовления глазного протеза рекомендуется врачом офтальмологом.

Что такое конформатор?

Конформатор (или конформер) –– глазной протез специального назначения, выполненный из цветной однотонной, белой или прозрачной пластмассы.

Конформатор нужен для временного использования, например, сразу после операции или в период растяжения глазной полости. Предназначение конформатора – защита полости, сохранение сводов, а также щадящее (ступенчатое) растяжение полости для дальнейшего косметического протезирования. Под воздействием конформатора ткани полости глаза постепенно приспосабливаются к новому состоянию.

Особенности и назначение конформаторов:

- не имеют радужки и зрачка, так как преследуют не косметическую цель, а лечебную.
- их применяют для первичного формирования конъюнктивальной полости, профилактики сужений, бескровного расширения.

В зависимости от цели применения, существуют:

1) «Окончатые» (послеоперационные) изготавливаются для предупреждения сокращения конъюнктивальных сводов в раннем послеоперационном периоде. Они имеют гладкие округлые края, в центре – отверстие (окошко) для оттока слезы и заживления послеоперационной раны.

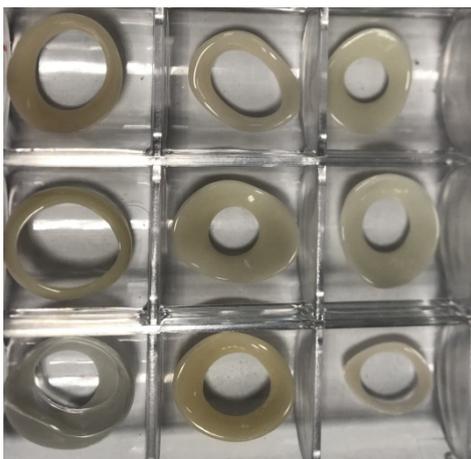


Фото 1.4; 1.5 «Окончатые» (послеоперационные) конформаторы.

2) Защитные конформаторы - протезы используют для защиты полости от воздействий внешней среды и формирования сводов.



Фото 1.6 Защитные конформаторы.

3) Конформаторы при врожденном анофтальме и микрофтальме 3 степени имеют разную форму: шаровидную, в виде оливы, грибовидную, сатурнообразную. Главная цель – постепенное, ступенчатое расширение глазной полости, предупреждение выраженной асимметрии лица. **Форма протеза выбирается в соответствии с формой полости и меняется по мере ее растяжения.**



Фото 1.7 Конформаторы при врожденном анофтальме и микрофтальме 3 степени шаровидные, в виде оливы.



Фото 1.8 Конформаторы при врожденном анофтальме и микрофтальме грибовидной формы.

4) Конформаторы для растяжения сократившейся полости имеют толстый центр и тонкие, очень гладкие края. Использование их одновременно с массажем и физиотерапевтическими процедурами и давящими повязками позволяет без операции растянуть полость глаза и установить глазной протез. Главное условие – наличие минимального размера конъюнктивальной полости у пациента.



Фото 1.9 Конформаторы для растяжения сократившейся полости



Как глазной протез держится в полости?

Протез удерживается в полости за счет наличия достаточного объема конъюнктивальной полости, глубины конъюнктивальных сводов («кармашков» под веками), наличия присасывающей силы при отсутствии воздуха между полостью и протезом, а так же благодаря мышечному тону век.

От чего зависит подвижность протеза?

При движении здорового глаза протез совершает синхронные движения – их объем зависит от нескольких факторов:

- сохранности мышц,
- соответствия формы глазной полости и внутренней кривизны протеза,
- от размеров и расположения культи,
- от глубины, эластичности и подвижности конъюнктивальных сводов пациента.

Возможно ли при протезировании достичь такого результата, что протез будет двигаться полностью, как здоровый глаз?

Идеальная подвижность протеза практически недостижима, потому что его подвижность всегда меньше подвижности парного глаза. Несмотря на то, что протез двигается синхронно со здоровым глазом, амплитуда движений протеза всегда меньше, чем у глаза.

Это связано с тем, что края протеза упираются в своды полости, делая невозможным полноценный поворот протеза.

Недостаточная подвижность протеза может быть связана с посттравматическими и послеоперационными рубцами в орбите и конъюнктивальных сводах, и с укорочением сводов.

В некоторых случаях есть шанс увеличить подвижность -

при регулярном (не реже один раз в 2 года) индивидуальном изготовлении нового глазного протеза возможно постепенно увеличить глубину сводов за счет изменения формы протеза.

При обычном общении, если пациент не делает глазами резких движений, то ограничения подвижности протеза практически не заметны.

Однако при резких движениях и при крайних положениях здорового глаза протез отстает от парного глаза, что делает протез заметным.



Фото 1.10. Пример ограничения подвижности протеза и глаза в крайних положениях.

Выход: когда нужно посмотреть в ту сторону, где расположен протез, то опустите веки, поверните голову, снова откройте глаза и смотрите прямо перед собой. Этот навык поможет сделать глазной протез почти не заметным для окружающих.

При правильном протезировании веки должны не только открываться и повторять форму век глаза, но и свободно закрываться. Иначе протез будет подсыхать.



Фото 1.11. Пример свободного движения век на протезе.



Фото 1.12. Лагофтальм (несмыкание век) над протезом из-за укорочения полости.



2. ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ ПО УДАЛЕНИЮ ГЛАЗА ОПЕРАЦИИ ПО УДАЛЕНИЮ ГЛАЗА

Глазное протезирование начинается с момента определения окончательных показаний к удалению глазного яблока (Гундорова Р.А., 1987).

В каких случаях показано удаление глаза?

Удаление глазного яблока проводится, когда органосохранное лечение слепого глаза представляется бесперспективным и/или опасным, а также при выраженном болевом синдроме.

Показаниями к удалению слепого глаза являются:

- терминальная болящая глаукома;
- угроза симпатической офтальмии на здоровом глазу при некупирующемся посттравматическом воспалении (увеите) травмированного глаза или не стихающем увеите после хирургической операции на глазу;
- опухоли глаза;
- сильные боли в слепом глазу после воспалительного заболевания;
- тяжелое гнойное заболевание глаза (эндофтальмит) и тканей вокруг него (панофтальмит);
- травмы с разрушением глазного яблока.

Операцию по удалению глаза должен производить опытный офтальмохирург, знакомый с основами пластической офтальмохирургии.

Пациенту необходимо удаление глаза.

Что должен знать пациент?

Если у вас есть показания и вы дали согласие на проведение операции по удалению глаза, то первое, что необходимо сделать, – постараться по возможности успокоиться, тем самым вы поможете своему организму быстрее настроиться и перенести операцию. Излишнее волнение вызывает обострение хронических заболеваний и дестабилизирует организм.

Какие операции по удалению глаза существуют?

Энуклеация - полное удаление глазного яблока без нарушения склеральной капсулы с отсечением глазных мышц и зрительного нерва.

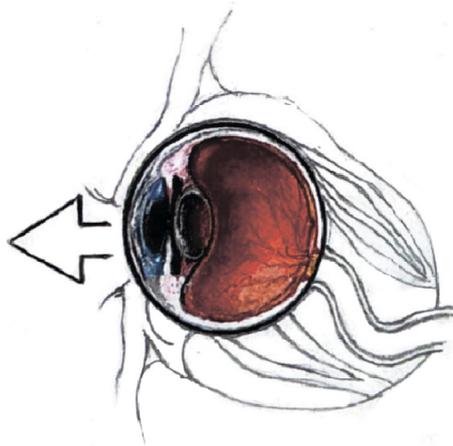


Рис.2.1 Энуклеация. Схема операции

Эвисцерация – удаляются роговица и внутренние оболочки глаза. Склера и зрительный нерв сохраняются.

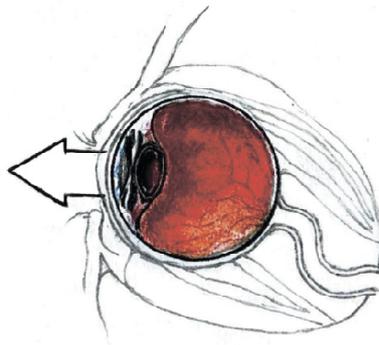


Рис 2.2. Эвисцерация Схема операции

Операция **эвисцерация с удалением роговицы и заднего полюса** – удаляются роговица, внутренние оболочки глаза, задний полюс склеры с частью зрительного нерва.

В определенных случаях допустимо сохранение роговицы и всей склеральной капсулы.

Все операции (кроме эвисцерации по поводу панофтальмита) могут и должны проводиться с одновременным **эндопротезированием** – формированием опорно-двигательной культы с использованием орбитальных имплантатов (вкладыши, имеющие форму шара или конуса). Орбитальный имплантат заполняет объем утраченного глаза, а фиксирование к нему глазных мышц обеспечивает в дальнейшем максимально возможную подвижность протеза.

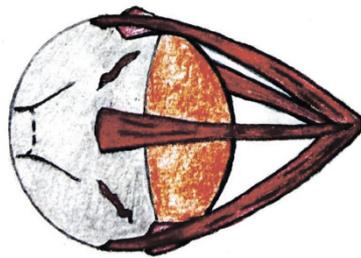


Рис.2.3. Схема расположения имплантата (эндопротеза) в склеральной капсуле после операции эвисцерации с удалением роговицы и заднего полюса с формированием опорно-двигательной культы

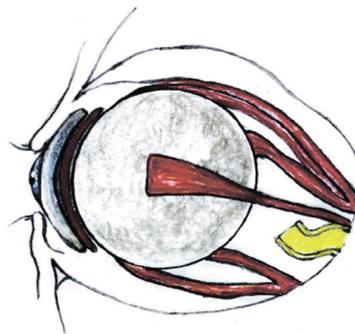


Рис.2.4. Схема положения глазного протеза и имплантата (эндопротеза) после энуклеации с формированием опорно-двигательной культы.

Какая операция лучше?

При операции эвисцерации сохранение склеры, перибульбарных связей и конъюнктивальных сводов создает для последующего протезирования более благоприятные условия: взвешенное положение культы в орбите, отсутствие окружающих рубцов, глубокие своды.

Поэтому при отсутствии противопоказаний эвисцерация с удалением роговицы и заднего полюса с одновременным формированием опорно-двигательной культы эндопротезом (имплантатом) – более предпочтительный метод удаления больного глаза.

Однако для каждой операции есть определенные показания и противопоказания.

Выбор типа операции и вида имплантата для конкретного пациента – ответственность хирурга.

Какая операция дает лучший косметический результат?

Косметический результат обычно получается лучше при формировании опорно-двигательной культы с использованием имплантата (эндопротеза).



К сожалению, имеются противопоказания к проведению операции с первичным использованием имплантатов:

- гнойная инфекция глаза и орбитальной ткани,
- внутриглазная злокачественная опухоль с прорастанием за пределы глазного яблока,
- тяжелые соматические заболевания (диабет, психические заболевания и т.д.).

Если имплантация по какой-то причине не сделана, ее можно провести через несколько месяцев (лет) после удаления глаза. Если операция не показана, то хорошего косметического эффекта можно добиться ранним и адекватным ступенчатым глазным протезированием.

Какие имплантаты (эндопротезы) используются?

В настоящее время применяются следующие сертифицированные в России орбитальные имплантаты:

1) «Аллоплант» (рег. удостоверение № 901 от 19 22.07.1987, производство г.Уфа);



Фото 2. 1. Внешний вид Аллопланта для формирования опорно-двигательной культы.

2) Лиофилизированный костный орбитальный имплантат **«Лиопласт»** (свидетельство № 265748 от 22.03.2004, производство г.Самара).

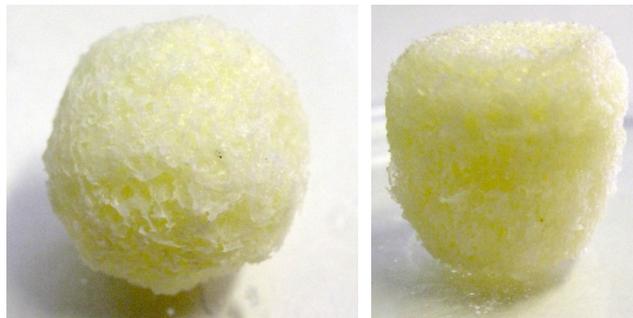


Фото 2.2. Внешний вид имплантатов Лиопласт для формирования опорно-двигательной культы. Сферическая и конусовидная формы.

3) Вкладыши-имплантаты орбитальные политетрафторэтиленовые (ПТФЭ) ВИО – «ЭКОФЛОН» (рег. удостоверение № ФСР 2009/04561 от 25.03.2009, производство г.Санкт-Петербург);



Фото 2.3. Внешний вид вкладышей имплантатов орбитальных из пористого политетрафторэтилена для формирования опорно-двигательной культуры ВИО-«ЭКОФЛОН». Сферы диаметром 18,19,20 мм.

4) Эндопротез силиконовый опорной культуры глазного яблока ЭСОКГ-16,17,18,19,20 - «ПЛАСТИС-М» (по ТУ 9398-015-11425292-2011, Москва)



Фото 6. Внешний вид имплантатов из силикона

Выбор орбитального имплантата зависит от опыта и предпочтений хирурга, согласовывается с пациентом.

Какая анестезия применяется?

Операция по удалению глаза производится:

- под общим обезболиванием (наркозом);
- глубокой седацией.

Выбор анестезии определяется анестезиологом в зависимости от состояния здоровья пациента.

Как подготовиться к операции?

- **Перед самой операцией** не нужно резко менять повседневный ритм и образ жизни, поведение и привычки.
- Если пациент по назначению лечащего врача принимает **противосвертывающие препараты** (содержат ацетилсалициловую кислоту,



варфарин и др.), то необходимо заранее, после консультации с лечащим врачом, прекратить прием препаратов или уменьшить дозу.

● **Назначение даты операции**

После установления диагноза и принятия решения о необходимости хирургического лечения назначается дата операции.

Пациенту выдаётся перечень предоперационных обследований и анализов для того, чтобы определить готовность организма к операции, риск возможных осложнений

Операция – это стресс, на фоне которого могут обостриться даже давно забытые хронические болезни.

Действительность результатов обследования и срок анализов различаются в зависимости от вида исследования.

Перед операцией

При поступлении пациенту при себе нужно иметь:

- паспорт, полис,
- амбулаторную историю болезни,
- направление и результаты анализов,
- халат (пижама, сорочка), тапочки,
- туалетные принадлежности.

Перед операцией пациент должен сообщить врачу, если накануне произошли какие-либо изменения в состоянии здоровья (лихорадка, насморк, гнойничковые высыпания на коже, аллергические реакции и др.).

При назначении дня операции у женщин учитываются дни менструального цикла, так как восстановительные способности организма в эти дни могут быть снижены. Поэтому пациентка должна предупредить врача, если в цикле произошли изменения накануне операции.

Пациентом обязательно беседует анестезиолог. Он оценит, насколько организм готов к операции и какой вид наркоза лучше и безопаснее.

Если пациент принимает какие-либо **препараты (в том числе оральные гормональные контрацептивы)**, необходимо рассказать об этом анестезиологу.

Дополнительные рекомендации:

- При поступлении в клинику драгоценности и ценные вещи лучше оставить дома.
- На лице не должно быть косметики и маникюра.



- С собой иметь постоянно принимаемые лекарства по поводу сопутствующей патологии.
- Если операция под наркозом, утром перед операцией **нельзя есть и пить.**
- При выписке из стационара желательно, чтобы пациента сопровождали родственники.

3. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Во время операции накладывается тугая давящая повязка, которую снимают через 3-5 дней.

В течение суток после операции возможна головная боль, боль в орбите при движении глаз.

После снятия тугой повязки в течение первого месяца необходимо, если нет аллергии, промывать полость 2-3 раза в день растворами антисептиков, не содержащих спирт (например: мирамистин 0,01%, диоксидин 1%, хлоргексидина биглюконат 0,05% или раствором окусалин 3%). По мере заживления раны спустя полтора-два месяца после операции можно умываться как обычно.

Инстилляции (закапывание) капель назначает врач.

Обычно используют: антисептики (водный раствор борной кислоты 2%, колларгол 3%, пиллоксидин, бензилдиметил-миристоиламинопропиламмоний - мирамистин 0,01% и аналоги);

1. антибиотики (тобрекс, флоксал, максифлоксацин, левофлоксацин, ципролет и др.);
2. комбинированные с дексаметазоном препараты (тобрадекс, тобразон, макситрол, комбинил и др.).

Швы на коже век обрабатывают спиртовыми растворами календулы или бриллиантовой зелени, глазной мазью с антибиотиком (тетрациклиновой 1%, мазью флоксал).

Не следует использовать раствор сульфацила натрия 20% (альбуцид), так как от него остается осадок в виде кристалликов, который повреждает слизистую и протез.

Если глазной протез установлен во время операции, то необходимо точно следовать инструкции в выписке хирурга и советам протезиста.

Если протез не установлен, то достаточно вышеперечисленных мер.

Швы с конъюнктивы (со слизистой) снимают через 14-30 дней после операции. Если наложены рассасывающие швы, то их обычно не снимают.



Весь послеоперационный период необходимо соблюдать охранительный режим (не напрягаться, не поднимать тяжести, не простывать, не перегреваться) и регулярно посещать врача-офтальмолога

Повязка или темные очки?



Фото .3.1. Послеоперационная повязка должна пропускать воздух.

После операции удаления глаза при выписке для защиты со стороны удаленного глаза крепится простая марлевая повязка. Большинство после нескольких дней отказываются от повязки в пользу солнцезащитных очков. Они удобнее и привлекают гораздо меньше внимания. Постоянно ходить в темных очках нельзя. Закажите очки со светофильтрами с защитой от УФО. Это поможет сохранить зрение на единственном глазу.

Какие могут быть осложнения после удаления глаза?

Расхождение швов и обнажение орбитальных имплантатов может происходить в ранние (1-2 недели) и в отдаленные (более 3-х месяцев) сроки после операции. Чаще всего причиной обнажения служит:

- слабость тканей, покрывающих эндопротез;
- неправильный подбор протеза,
- несоблюдение правил гигиены рук и полости;
- внутренние инфекции.

Осложнения требуют дополнительных вмешательств, но вполне устранимы.



Фото .3.2.Обнажение имплантата.

Первые 6 месяцев пациент должен быть особенно осторожным. Противопоказаны физические нагрузки, связанные с поднятием и передвижением тяжестей, переохлаждение, перегревание, пыльная и грязная работа, работа в наклон, тряская езда.

При туалете полости **обязательно** наблюдайте за ее состоянием.

Когда подбирается первый протез?

Сроки первичного протезирования зависят от того, какая операция была проведена.

Операция может **быть проведена без имплантации и с имплантацией вкладыша (эндопротеза).**

При отсутствии осложнений при удалении глаза без имплантата первый лечебный временный глазной протез вставляют на операционном столе или на 3-4 день после операции, сразу после снятия давящей повязки. Наличие конъюнктивальных швов не является противопоказанием к протезированию. Задержка с протезированием нередко приводит к сужению полости, укорочению сводов, снижению тонуса, завороту или вывороту век.

После операции с формированием опорно-двигательной культи и имплантацией вкладыша (эндопротеза), если протез не поставлен во время операции, первый лечебный временный глазной протез для формирования конъюнктивальной полости подбирается через 20- 30- дней после операции.

Формирование конъюнктивальной полости. Ступенчатое протезирование

По мере уменьшения послеоперационного отека тканей конъюнктивальной полости переходят к ступенчатому протезированию, постепенно увеличивая и изменяя размер и форму протеза. Замена первого лечебного протеза возможна через 1-2 месяца. Это связано с тем, что



на протяжении первых месяцев идет уменьшение послеоперационного отека, рубцевание тканей и формирование конъюнктивальной полости, вследствие чего величина и форма протеза постепенно меняются. В течение этого времени протезы являются лечебными и подбираются под наблюдением лечащего врача и протезиста. Вопрос о возможности, необходимости и сроках пользования временным глазным протезом решается врачом кабинета глазного протезирования индивидуально. Выбор формы временного протеза или отказ от его ношения осуществляется врачом протезистом и согласовывается с пациентом.



Фото 3.3. Набор протезов для формирования полости после операции)

Поэтапное ступенчатое формирование полости позволяет постепенно, безболезненно сформировать правильные анатомические соотношения в орбите для дальнейшего индивидуального протезирования.

Изготовление индивидуального косметического глазного протеза обычно проводится в лабораториях глазного протезирования через 6 месяцев после операции.

Такой срок обусловлен завершением процессов рубцевания.

4. УХОД ЗА ГЛАЗНЫМ ПРОТЕЗОМ И ПОЛОСТЬЮ. ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЛАЗНОГО ПРОТЕЗА БЕЗБОЛЕЗНЕННО!

При первой установке протеза болезненных ощущений нет, однако они могут быть непривычными. После установки протеза пациент чувствует некоторый дискомфорт, который проходит обычно спустя уже несколько дней, по мере привыкания глазной полости к протезу. Возможно, придется немного потренироваться, чтобы закрывать и открывать глаза так, как прежде, без усилия.

На первом приеме у протезиста пациент должен научиться **самостоятельно** вставлять и вынимать протез.

Если протезируется ребенок, эти навыки должны отработать родители.



Друг-игрушка.

Дети быстро адаптируются к новому состоянию. Сделайте или приобретите мягкую игрушку, у которой вынимается один или оба глаза.

Это практика обращения с глазным протезом облегчит приобретение нового опыта, как ребенку, так и родителям.



Рис. 4.1. Присоска (съемник) для контактных линз



Рис. 4.2. Игрушки со съемными глазами.

Важно!

После операции в течение первого месяца обрабатывать протез нужно ежедневно.

В дальнейшем гигиеническая обработка протеза проводится 1 раз в 7-10 дней!

При анофтальме, если полость чистая, обработка протеза проводится по мере необходимости.

Уход за полостью и протезом проводят, сидя за столом, покрытым полотенцем, поставив перед собой зеркало.

Вымойте руки с мылом и снимите протез.

Существует 3 способа извлечения протеза:

1. «Присоской» (съемником) для жестких контактных линз, предварительно смочив ее прохладной кипяченой водой или физиологическим раствором, или раствором для контактных линз.



2. Глазной **стеклянной палочкой**, подцепив протез под нижним веком.

3. **Пальцами (самый не рекомендуемый):**

- 1) при удалении протеза смотрят вверх;
- 2) большим или указательным пальцем сдвигают протез в свободную сторону;
- 3) захватывают протез за открывшийся край;
- 4) и извлекают его.

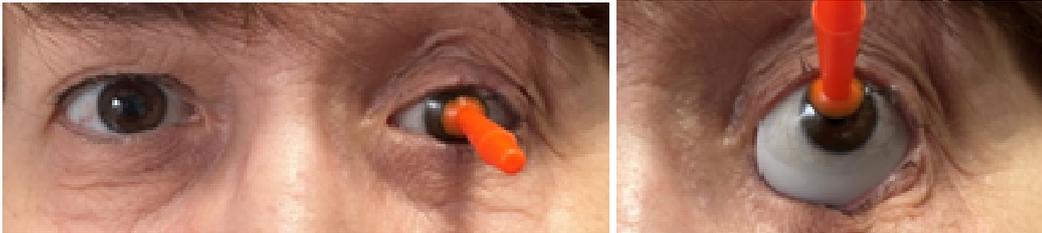


Рис. 4.3. Способ удаления протеза присоской.

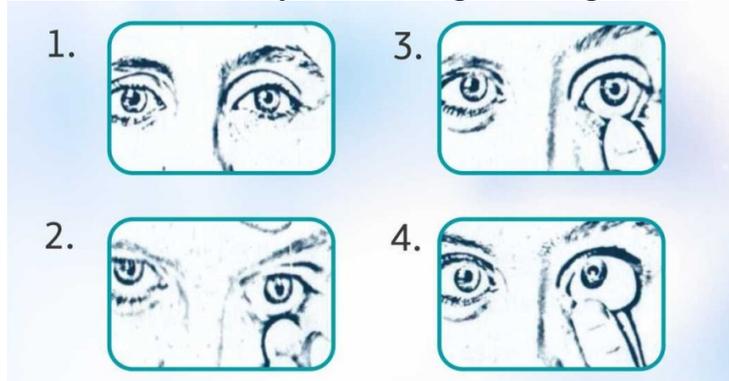


Рис. 4.4. Способ удаления протеза пальцами.

Гигиеническая обработка протеза

- **Пластмассовый протез** аккуратно почистите жидким мылом с помощью зубной щетки с **мягкой** щетиной, а затем промойте проточной водой.
- После обработки протрите протез (стеклянный или пластмассовый) мягкой салфеткой из микрофибры. Не полотенцем, не марлей и другими ворсистыми или жесткими тканями – иначе при постоянной процедуре можно процарапать покрытие (не сразу, конечно, заметите, но это неизбежно).
- Протез должен блестеть и внутри, и снаружи.
- **Стекло́нный протез** надо тщательно вымыть с мылом. Чистить его зубной щеткой **НЕЛЬЗЯ!**

После чистки протез смочите в стаканчике с многофункциональным раствором для ухода за контактными линзами (например АкваОптик) или с физиологическим раствором 0,9% , или с прохладной кипяченой водой и сразу установите влажный протез в полость.



Как вставить протез?

1. Протез берут узким концом к носу, широким к виску.
2. Поднимают верхнее веко.
3. Протез подталкивают вверх под веко, другой рукой поправляют нижнее веко.
4. Протез помещается в полости.

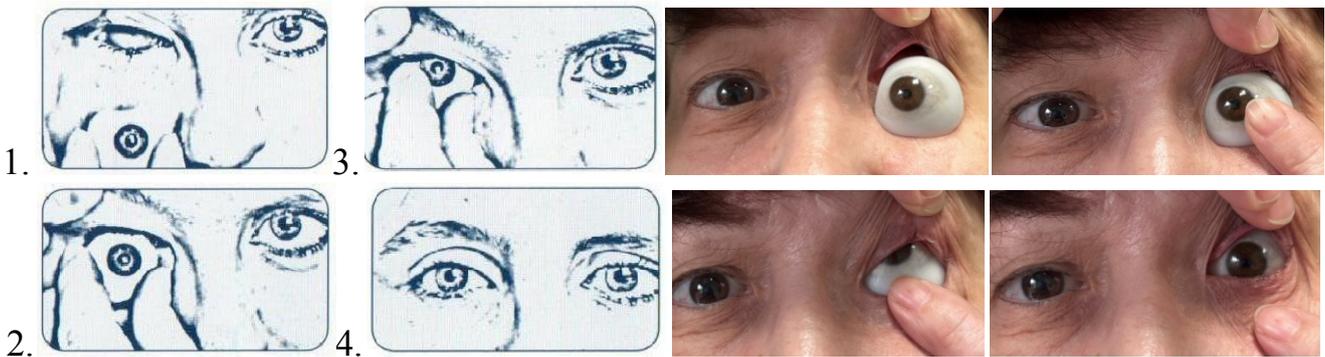


Рис. 4.5. Протез в полость вставляют пальцами.

Ежедневный туалет:

- При умывании или если надо вытереть слезу, - бережно протирайте веки круговыми движениями вокруг глаз сверху вниз по направлению **от виска к носу**. Избегайте попадания мыла в полость;
- Внешнюю часть век и протеза обрабатывайте с помощью ватных дисков, смоченных в прохладной кипяченой воде или физиологическом растворе 0,9%, или растворе для контактных линз (например, **АкваОптик**).

Рекомендуется:

- При купании и нырянии соблюдать осторожность (возможна потеря протеза). **Рекомендовано использование плавательных очков.**
- Проводить регулярный уход за протезом.
- С собой всегда иметь зеркало для контроля за положением протеза.
- При возникновении ощущения сухости, инородного тела, для создания ощущения комфорта можно закапывать на протез увлажняющие капли (хилопарин комод, оптинол, окутиарз, гилан, системн ультра и др.) или раствор **АкваОптик**, не снимая протез, а слегка отодвинув его, и/ или протереть поверхность протеза ватным диском смоченным этим раствором.
- **Не касайтесь руками лица, области глаз, очков.** Мы часто неосознанно делаем это. Старайтесь контролировать свои движения, чтобы не занести грязь или инфекцию в глазную полость.



- Если чешется веко над протезом, обязательно сомкните веки и потрите верхнее веко тыльной стороной ладони. Научите детей делать так же.
- Если вы носите протез на уменьшенном глазу, рекомендовано снимать протез на ночь. Протез хранить в сухом контейнере или мягкой сухой салфетке.
- При просмотре телепередач и работе с гаджетами соблюдайте режим труда и отдыха (как в школе), через каждые 40 минут делайте 10-15-минутную перемену с активными движениями (например, можно 10 раз присесть).

Запрещается:

Промывать протез раствором марганцовки - протез мутнеет.

- Закапывать раствор альбумида (сульфацила натрия 20%)- кристаллы оседают на протезе и разрушают его.
- Пользоваться одним стеклянным протезом больше года, пластмассовым - более 2-5 лет.
- Оставлять глазную полость без протеза на длительное время (более 2-8 часов).
- Вынимать протез на ночь (если иное не назначил врач).
- Если нет воспаления полости, можно иногда спать без протеза
- Особую осторожность должны соблюдать пациенты после онкопатологии и облучения орбитальных тканей.



Фото 4.6. После лучевой терапии полость со временем неизбежно сокращается, веки укорачиваются



- Оставление такой полости без протеза более 10 мин, воспаление, несвоевременная реставрация протеза приводят к резкому сокращению полости, выталкиванию протеза без возможности поставить протез на место. Таким пациентам мы предлагаем 2-3 протеза меньшего размера, чтобы при появлении отека полости (например при простуде или аллергии) была возможность поставить подобный протез меньшей величины и сохранить полость.
- **Нельзя** пользоваться сломанным **и изношенным** протезом. Глазной протез становится шероховатым через 1-1,5 года. Стекланный подлежит замене. Пластмассовый можно реставрировать.

5. ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ ПОЛОСТИ

Как правило, использование глазного протеза сопровождается умеренным отделением слизи.

Некоторые пациенты называют эти выделения гноем.

НЕТ! Гнойное отделяемое имеет желтый или зеленый цвет и неприятный запах!

Норма

Слезная железа, железки в веках и сама слизистая вырабатывают слезу, которая омывает полость и защищает ее от инфекции. Слеза покрывает искусственный глаз и смывает все, что находится на его поверхности.

Прозрачное слизистое отделяемое из полости - это норма

Благодаря слизи веки свободно скользят по протезу. Если протез гладкий, соответствует форме полости и культи, веки смыкаются над протезом, то вырабатывается достаточно слизи для свободного моргания и пациент не чувствует дискомфорта.

Если между протезом и слизистой остается пространство, то слеза скапливается под протезом, появляется чувство распирания. Для того, чтобы слеза не инфицировалась, ее нужно удалять, не снимая, а слегка надавливая на протез через веко и покачивая его. Лишняя слеза выйдет и дискомфорта не будет. Обычно достаточно проводить такую манипуляцию 2-3 раза в день.

Увеличение количества отделяемого появляется при адаптации к новой форме протеза, при насморке, аллергии. Если протез соответствует полости, то количество выделений нормализуется обычно через 2-3 недели, когда полость адаптируется к новому протезу.

Несоответствие протеза конъюнктивальной полости вызывает излишнее трение протеза и слизистой, механическое раздражение и, как



следствие, воспаление полости. Часто небольшая корректировка протеза может решить эту проблему.

При появлении гнойного (желтого или зеленого) отделяемого из глазной полости:

необходимо обратиться к врачу офтальмологу по месту жительства или в лабораторию глазного протезирования.



Фото 5.1; 5.2 Слизисто-гнойное отделяемое из полости с протезом.

При отсутствии возможности сделать это в ближайшее время самостоятельно!

- Выньте протез, проведите его гигиеническую обработку.
- При отсутствии аллергии полость и протез можно промыть раствором окусалина 3% и одним из антисептиков: водными растворами мирамистина, хлоргексидина биглюконат 0,05 %, водным раствором фурацилина 1:5000,
- Поместите протез на 3-5 минут в раствор 3% перекиси водорода.
- Пластмассовый протез почистите мягкой зубной щеткой с жидким мылом.
- Если нет аллергии, поместите протез на 5-10 минут в раствор любого из перечисленных антисептиков: **мирамистин, окомистин, Микросептин Офтальмо Лор, пилоксидин, пикторид, водный раствор хлоргексидина биглюконат 0,05%, водный раствор фурацилина 1:5000.**
- В это время ватным тампоном, смоченным раствором окусалина 3% или в одной из вышеуказанных жидкостей, аккуратно очистите полость от корочек, слизи и гноя.
- Чистый протез, если нет аллергии, смажьте 1% тетрациклиновой глазной мазью **ИЛИ МАЗЬЮ ФЛОКСАЛ** и **вновь вставьте в полость.**
- Повторяйте процедуру 2-4 раза в день, в зависимости от количества гноя. Если невозможно повторить процедуру, то допускается в течение



ние дня орошение растворами антисептиков полости и протеза (не снимая, а слегка отодвигая протез).

- **Во время лечения воспаления снимать протез надолго (более 1 часа) нельзя, т.к. полость сократится. Если ранее проводилась лучевая терапия, полость нельзя оставлять без протеза более 5- 10 минут.**

- **Обратитесь к офтальмологу и к протезисту!** Самолечение может привести к серьезным осложнениям (сокращение полости, заворот век и др.).

Лечение каплями и мазью даст временный эффект.

Лечение антибиотиками назначает только врач!

Протезист, как правило, обнаруживает царапины на поверхности протеза или его дефект. В таком случае необходим ремонт (шлифовка, полировка) или замена протеза.

Осторожно! Растворители!

Если у вас пластмассовый протез, то пары любых растворителей (бензин, керосин, ацетон, уайт-спирит, нашатырный спирт, клей «Момент» и др.) разрыхляют поверхностный слой пластмассы, вызывают увеличение количества слизистого отделяемого и ускоряют износ протеза. Если вам предстоит работать с растворителями, посещение маникюрного салона обмажьте весь протез глазной мазью или заклейте веки лейкопластырем. После работы мазь смыть обязательно!

Износ протеза.

Через 1 год использования протез теряет гладкость поверхности, становится мутноватым. Это проявляется постепенным увеличением количества слизистого отделяемого, а затем сухостью полости и прилипанием век к протезу. Постепенно появляются и углубляются поры и микротрещины, травмирующие слизистую оболочку. Большинство пациентов не обращают на это внимания, считая, что это норма

При хорошем состоянии полости протез сохраняется дольше.

Это ведет к накоплению в них патогенных микроорганизмов и вирусов, хроническому воспалению, постепенному рубцеванию и сокращению полости

Поверхность протеза становится мутной

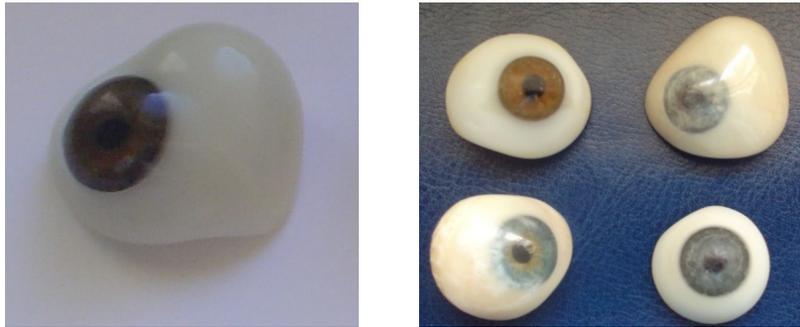


Фото 5.3. Старый протез имеет мутную поверхность)

Если не менять протез вовремя?

В результате возникают осложнения: грануляции, кисты, заворот ресниц, что приводит к выраженному снижению косметических показателей протезирования.



Фото 5.4. Сокращение полости, заворот век



Фото 5.5. Выталкивание протеза в связи с не своевременной заменой



Фото 5.6 Грануляция конъюнктивы в связи с использование старого изношенного протеза.



Фото 5.6 Киста конъюнктивы образовалась в связи с использованием протеза 8 лет без ремонта и замены.



Фото 5.7 Укорочение верхнего свода и отсутствие нижнего в связи с использованием протеза 20 лет без ремонта и замены. Протезирование невозможно.

Чтобы сохранить эффект протезирования на долгие годы необходимо:

- соблюдать гигиенические требования;
- своевременно реставрировать пластмассовый протез (1 раз в год);
- своевременно менять изношенный протез на новый:
стеклянный - каждый год,
пластмассовый - через 2-5 лет (при ежегодной полировке).

Соблюдение простых правил сохранит глазную полость здоровой.

Если назначили капли или мазь

Капли можно закапывать, не вынимая протез, поднимая верхнее веко, отодвигая нижнее веко вниз, а протез в сторону, чтобы капли попали под протез.

Перед закладкой мази необходимо извлечь протез из глазной полости, тщательно его промыть; на внутреннюю поверхность протеза нанести небольшое количество мази; вставить протез с мазью в полость, излишки мази аккуратно промокнуть ватным диском.

Аллергия

Выделения из глаз может вызывать аллергия на любые лекарственные препараты, домашнюю пыль, кошачью шерсть и прочее. Симптомы могут напоминать конъюнктивит. Разобраться смогут только специалисты.

Заболевания век

Односторонний блефарит и ячмень при протезировании, как правило, является следствием ношения старого протеза или повреждения нового. Лечение будет эффективно только после ремонта или замены протеза.

Если Вы носите глазной протез, с любыми жалобами сначала обращайтесь к протезисту.



6. О БЕСПЛАТНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ

Бесплатно, за счет Отделения Социального фонда России (ОСФР), протезируются инвалиды и пострадавшие на производстве в том случае, если глазной протез включен в Индивидуальную программу реабилитации инвалида (ИПРА) или Программу реабилитации пострадавшего на производстве (ПРПП).

Социальная защита

Если доход семьи пациента ниже величины прожиточного минимума, то можно обратиться в местные органы социальной защиты с заявлением о получении материальной помощи.

Алгоритм получения инвалидом глазного протеза за счет средств ОСФР

Если Вы или Ваш ребенок является инвалидом, независимо от группы инвалидности и основания признания гражданина инвалидом (не обязательно быть инвалидом по зрению), глазной протез должен быть вписан в программу реабилитации (если ее нет, то ее необходимо разработать).

В программе есть соответствующая графа, в которой прописаны средства индивидуальной реабилитации, в том числе и глазной протез.

В ситуации, когда имеется инвалидность, а глазной протез не вписан в карту, необходимо вписать информацию о его необходимости.

Для этого нужно обратиться к участковому терапевту и офтальмологу по месту жительства и обозначить ему задачу.

Для получения глазного протеза Вам необходимо подать заявление одним из способов.

- 1) Обратиться с заявлением на получение **средства технической реабилитации** в территориальный орган ОСФР (форма заявления есть на сайте территориального отделения Фонда). Заявление можно подать лично или отправить по почте в адрес территориального Органа ОСФР.
- 2) Подать заявление через Единый портал Государственных и Муниципальных услуг WWW.GOSUSLUGI.RU.
- 3) Подать заявление через Многофункциональный центр (МФЦ).
- 4) Получить электронный сертификат.

Электронный сертификат — это электронная запись в каталоге ОСФР, привязанная к карте «Мир» любого российского банка, содержит сведения о доступных технических средствах реабилитации (ТСР), их характеристиках, предельной сумме, которую покрывает сертификат, и сроке его действия. По сертификату можно самостоятель-



но приобрести глазной протез или оплатить часть стоимости. Потратить деньги можно только на то ТСР, которое положено получателю сертификата.

Документы, прилагаемые к заявлению:

- документ, удостоверяющий личность (паспорт);
- свидетельство о рождении для детей до 14 лет, и паспорт для детей с 14 лет;
- индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида/ребенка инвалида (ИПР/ИПРА).

Для лица, представляющего интересы инвалида:

- оригиналы вышеуказанных документов;
- документ, удостоверяющий личность;
- доверенность с печатью и подписью главы городского/сельского поселения (либо заверенная нотариально) или распоряжение об установлении опеки для инвалидов старше 18 лет;
- заявление от инвалида с согласием на обработку его персональных данных.

Возможно ли оформить группу инвалидности и карту реабилитации сразу после удаления глаза?

Инвалидность по зрению возможно оформить:

- если глаз удален по поводу подтвержденного гистологическим исследованием онкологического заболевания;
- если единственный глаз видит менее 0,3 с любой коррекцией.

Остальным пациентам после удаления глаза инвалидность по зрению не положена.

7. ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ СУБАТРОФИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА



Фото 7.1. Субатрофия правого глаза через 3 года после травмы.

Что такое субатрофия?

Это медленная дегенерация глаза, которая проявляется тем, что ослепший глаз постепенно уменьшается в размерах и, в конечном итоге, атрофируется. Причина субатрофии глаза – тяжелая травма, хирурги-



ческие операции на глазу или сильный воспалительный процесс. Величина субатрофичного глаза варьируется от небольшого уменьшения глазного яблока, по сравнению со здоровым, до $\frac{1}{4}$ величины сохранившегося глаза, когда в глубине орбитальной полости виден небольшой сморщенный, рубцово измененный остаток глаза.

Решение о протезировании субатрофичного глаза является ответственным как для пациента, так и для офтальмолога.

Только после проведенного дополнительного обследования обоих глаз: визометрии, офтальмоскопии, УЗИ, ЭФИ, по возможности иммунологических исследований к глазным антигенам, может быть решен вопрос о тактике в отношении субатрофированного глазного яблока и возможности его использования в качестве основы для глазного протеза.

Противопоказания для протезирования субатрофичного глаза:

- раннее протезирование (менее 1 года после травмы и после последнего обострения воспалительного процесса);
- вялотекущий увеит в стадии обострения;
- повышенное внутриглазное давление;
- внутриглазное инородное тело;
- предположение о наличии опухоли в глазу;
- состояние после органосохраняющей операции по поводу внутриглазной опухоли;
- кератоконус и дистрофический кератит;
- наличие зрительных функций в глазу (допускается светоощущение с неправильной проекцией).

Правила!

- Протезирование субатрофичных глаз проводится после осмотра офтальмолога, подтверждающего отсутствие на нем воспаления и зрения;
- Протезирование у пациентов начинается с пробного ношения глазного протеза 15-60 минут, постепенно увеличивая время его использования.
- Для быстрой адаптации протез стоит начинать носить постепенно. Сначала несколько часов в день, затем увеличить период ношения до половины дня, и только потом уже носить их целый день. Важным критерием при адаптации являются ощущения пациента. Очень важно отличать дискомфорт (период адаптации) от непереносимости.



- Время первичного глазного протезирования при наличии субатрофированного глазного яблока обычно занимает 1-2 недели под контролем врача офтальмолога.

После протезирования необходим постоянный контроль офтальмолога за состоянием обоих глаз. Первые полгода нужно посещать офтальмолога 1 раз в месяц, далее - 1 раз в 3 месяца.

Для чего нужны такие предосторожности?

Травмированный глаз (даже без внешних признаков воспаления) остается потенциально опасным для развития воспаления на здоровом глазу - симпатической офтальмии (содружественное воспаление парного глаза).

Если развивается такое воспаление, то единственный видящий глаз может ослепнуть. Во время проведенная операция по удалению слепого болящего глаза, грамотное медикаментозное лечение до, во время и после операции предупреждают возникновение симпатической офтальмии.

Протез может вызвать дополнительное механическое раздражение и спровоцировать вялотекущее воспаление внутри субатрофированного глаза.

Даже при хорошей переносимости протеза, пациент пользуется протезом днем, а на ночь снимает.

Подвижность протеза при субатрофии отличается от подвижности при анофтальме?

Движение протеза зависит от того, на что мы его надеваем. Если субатрофия небольшая и протез тонкий, он, как правило, хорошо двигается.

Чем меньше глаз, тем толще протез и меньше подвижность.

При правильном протезировании протез двигается синхронно со здоровым глазом.

8. ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ.

Почему изготовление индивидуального глазного протеза занимает 2 -5 дней?

Консультация, изготовление и установка глазного протеза осуществляется в течение 1-2-3-5 дней. Это необходимо для адаптации полости к новой форме протеза и для контроля, чтобы пациент привык, а протез не вызывал раздражения.



Может ли глазной протез выпасть из глазницы и разбиться, например, во время бега или ходьбы по улице?

Маловероятно. Если своды глубокие, тонус век достаточно высок, глазной протез держится стабильно. Если нет явных дефектов век, он остается на месте даже при резких движениях.

Больно ли вставлять глазной протез?

Установка, снятие и ношение глазного протеза **безболезненны**.

Следует ли глазной протез держать в воде ночью?

Нет! Если офтальмолог дал указание снять глазной протез на ночь, его следует хранить в чистом сухом контейнере, завернув в чистый ватный диск.

Как определить косит или нет глазной протез?

Есть достоверный метод (по Гиршбергу). Пациент стоит напротив любого источника света (окно, лампа). В зрачке глаза и протеза видно яркое световое пятнышко - рефлекс. Он должен отражаться одинаково в глазу и протезе. Метод более показателен, если источник света - кольцевая лампа!



Фото .8.1. Световой рефлекс в центре зрачка у обеих пациенток.

Как выглядит здоровая конъюнктивальная полость?

В норме полость гладкая блестящая цвета полости здорового глаза. Можно сравнить, оттянув нижнее веко здорового глаза.



Фото .8.2. Здоровая полость.



За рубежом используют слепок полости при изготовлении глазного протеза. Вы пользуетесь этой методикой?

Слепок полости позволяет получить статичное представление о расположении тканей и повторяет полость только при положении глаз прямо. Но полость подвижна, глазные мышцы и веки совершают разнообразные движения в 3 плоскостях.

Мы иногда используем слепок полости для коррекции внутренней формы индивидуального протеза. Обычно это необходимо, если культя неправильной формы и не удастся достичь соответствия поверхности культи и внутренней поверхности протеза обычными методами. Подвижность протеза зависит от комплекса мероприятий, включающих захват протезом культи в глубине сводов, куда слепочная масса не проникает. Эффективнее увеличение подвижности достигается путем визуального осмотра, пальпации полости и лепки индивидуальной формы при персональной работе художника-протезиста с пациентом.

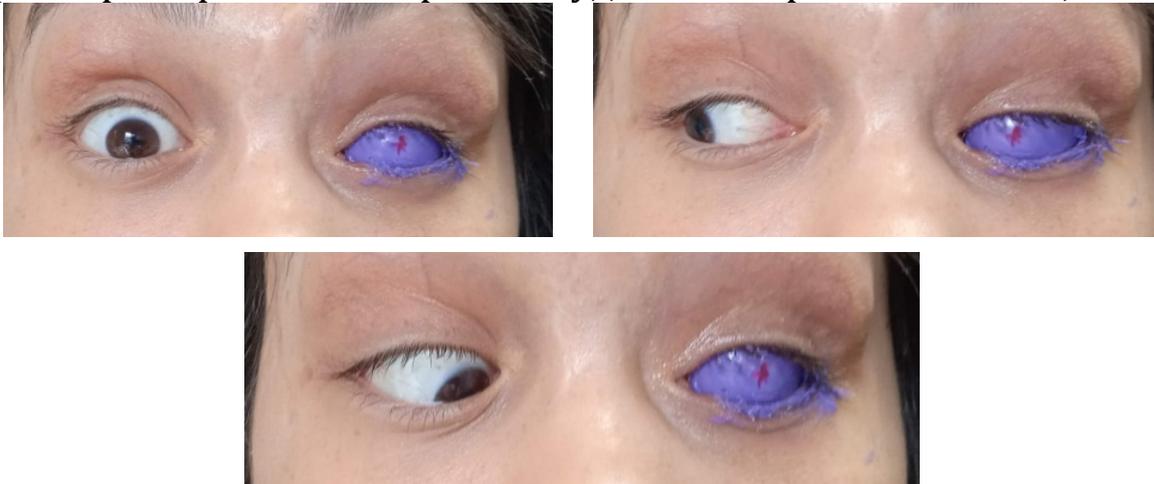


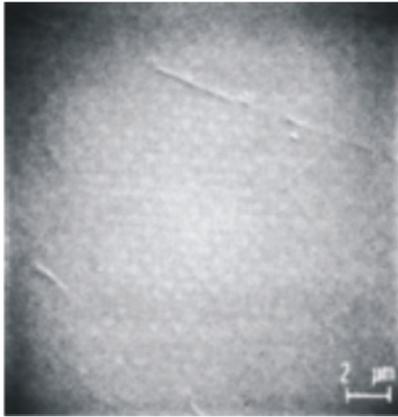
Фото .8.3. Слепок полости с использованием прозрачного конформатора.

Незнакомые люди в транспорте, общественном месте пристально всматриваются в глаза? Это очень напрягает. Что делать?

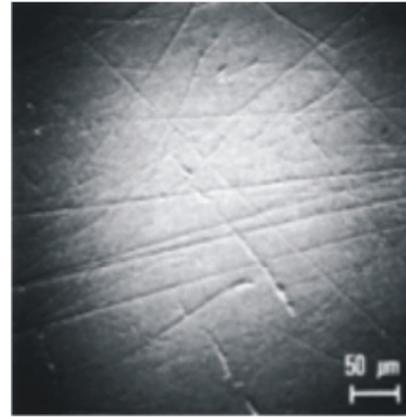
Улыбнуться человеку, и подмигнуть ему одним глазом. Как правило, этого достаточно, чтобы «сеанс рассматривания» немедленно прекратился.

В течение какого времени можно использовать один глазной протез?

Продолжительность использования стеклянных глазных протезов составляет 1 год, пластмассовых - 2 года. Во время использования поверхность протеза становится не идеально гладкой, поэтому раздражает веки и полость глаза, вызывая воспаление и последующие осложнения. Стеклянный протез подлежит замене, а пластмассовый можно реставрировать, отполировать, увеличив срок службы протеза до 4-5 лет.

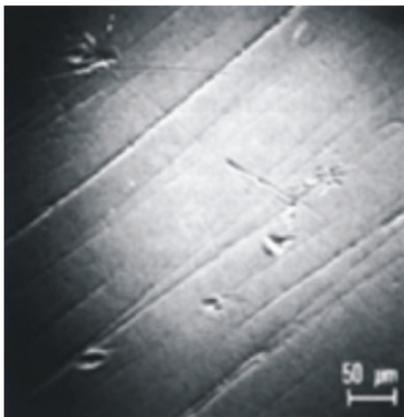


Неиспользованный

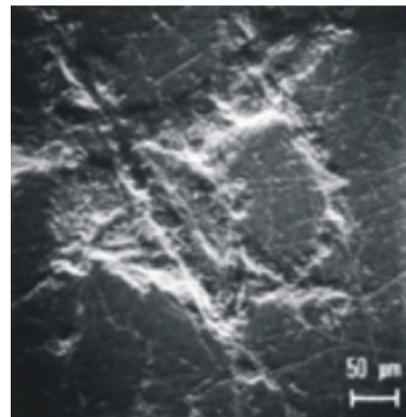


Через 1 год использования

Фото 8.4. Поверхность стеклянного протезов под микроскопом



Неиспользованный



Через 1 год использования

Фото 8.5. Поверхность пластмассового протеза под микроскопом

Какое протезирование считается правильным?

Что такое хороший глазной протез?

Протезирование считается адекватным, когда:

- протез симметричен здоровому глазу по положению в орбите (по высоте и глубине имеет ту же кривизну, что и здоровый глаз;
- цвет и рисунок, размер радужки и зрачка, цвет склеры и расположение сосудистого рисунка соответствует здоровому глазу при «среднем» (не очень ярком) освещении;
- веки над протезом симметрично открываются и полностью прикрывают протез при закрытых глазах;
- протез визуально не выделяется при беседе на расстоянии 0,5 м по сравнению со здоровым глазом;
- выделения из полости с протезом прозрачные умеренные;
- пациент не ощущает, а иногда забывает о существовании протеза!



Что делать, если пациенту с протезом предстоит операция на единственном глазу?

Перед оперативным лечением **обязательно** заменить протез на новый! Микроорганизмы, которые существуют на поверхности старого протеза, могут вызвать инфекционное воспаление в единственном глазу после операции!

Где можно получить квалифицированную помощь пациенту с глазным протезом

Список предприятий, занимающихся глазным протезированием, размещены на сайтах:



<https://okoris.ru/pacientam/kliniki-mira/>



https://ретинобластомаинфо.рф/eyeprosthetics_centers



<https://oookrasmed.ru/>

9. О ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АНОФТАЛЬМОМ

Жизнь делится на «до и после».

Потеря зрения в результате травмы или тяжелого заболевания является для пациентов серьезной психологической травмой. Необходимость удаления слепого и косметически неприемлемого глазного яблока значительно усиливает все сомнения и страхи пациентов относительно будущей жизни и внешнего вида.

Страх за то, как человек будет жить без одного глаза или без зрения – нормален. Так же как и страх за внешность после операции. Но современный мир предлагает множество вариантов людям с ограниченными возможностями, а современное протезирование позволяет сделать последствие удаления глаза **малозаметным** для окружающих. Если вы чувствуете, что не в силах принять ситуацию, обратитесь к специалисту за психологической помощью.



При наблюдении за пациентами до и после операции мы отметили интересную закономерность. В то время, пока шла борьба за сохранение зрительных функций, пациентов не беспокоил внешний вид глазного яблока, которое обычно было болезненно раздражено, гиперемировано, деформировано рубцами, уменьшено в размерах, глазная щель сужена, верхнее веко опущено.

Однако после удаления глазного яблока отношение пациентов к своему внешнему виду резко менялось. При установке глазного протеза пациентов беспокоили любые детали: незначительные отличия в расположении складок век, положение век на протезе и нюансы, на которые раньше они не обращали внимание.

Окончанием реабилитации периода потери глаза считается привыкание к своему состоянию, освоение манипуляций постановки и снятия протеза для самостоятельной обработки глазного протеза.

В течение первых 3 недель, иногда до года, происходит адаптация к зрению одним глазом. В это время человек может чаще, чем обычно, «не вписываться» в дверной проем, проливать жидкости, оступаться на лестнице. Особую осторожность необходимо соблюдать при переходе улицы, т.к. сужение поля зрения со стороны отсутствующего глаза уменьшает обзор дороги.

Дети после удаления глазного яблока быстрее взрослых осваиваются со своим новым состоянием, сами выполняют гигиенические процедуры и ведут довольно активный образ жизни. Отсутствие одного глазного яблока не мешает продолжать учебу в школе, заниматься физкультурой и спортом.

Мы рекомендуем не сообщать знакомым, коллегам о наличии глазного протеза. Те пациенты, которые следовали нашим советам, чувствуют себя комфортно в коллективе и не ощущают неполноценности из-за отсутствия органа. В некоторых семьях даже близкие родственники до какого-то момента могут не знать о существовании глазного протеза.

Жизненные истории наших пациентов свидетельствуют о возможности активной и полноценной жизни с глазным протезом.

За исключением запрета профессий, связанных с повышенным травматизмом, возможна работа и учеба по любой специальности. При ношении глазного протеза можно заниматься спортом, но с соблюдением некоторых предосторожностей.



ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ



Филатова Ирина Анатольевна -

Руководитель отдела пластической хирургии и глазного протезирования, главный научный сотрудник, врач - офтальмолог высшей квалификационной категории. Доктор медицинских наук, Профессор кафедры непрерывного медицинского образования ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней имени Гельмгольца» МЗ РФ. Сопредседатель Экспертного совета по пластической офтальмохирургии «Ассоциации врачей-офтальмологов России», член Европейского общества пластических офтальмохирургов.

Мулдашев Эрнст Рифгатович -

Основатель, ведущий хирург главный научный консультант Всероссийского центра глазной и пластической хирургии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Д.м.н., профессор, врач-офтальмолог высшей квалификационной категории, Заслуженный врач РФ. Сопредседатель Экспертного совета по пластической хирургии «Ассоциации врачей-офтальмологов России». Создатель трансплантационной технологии «Аллоплант» - нового направления в медицине, изобретатель многочисленных операций.



Галимова Венера Узбековна -

Профессор кафедры офтальмологии ФБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, главный внештатный специалист - офтальмолог Минздрава РФ по ПФО.

Д.м.н., профессор, врач-офтальмолог высшей квалификационной категории, Заслуженный врач РФ, Заслуженный врач Республики Башкортостан (РБ), эксперт Росздравнадзора по РБ, член Экспертного совета по пластической офтальмохирургии «Ассоциации врачей-офтальмологов России», член Экспертного совета «АВО по глаукоме».



Милюдин Евгений Сергеевич -

Д.м.н., доцент кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии с курсом медицинских информационных технологий, ведущий научный сотрудник НИИ «Биотех» ФГБОУ ВО «Самарский Государственный медицинский университет» МЗ РФ, член Экспертного совета по пластической офтальмохирургии Ассоциации врачей-офтальмологов России.



Голубев Сергей Юрьевич -

К.м.н., врач-офтальмолог.
Руководитель электронного СМИ - офтальмологический портал «Орган зрения» (organum-visus.ru), секретарь Экспертного совета по пластической офтальмохирургии Ассоциации врачей-офтальмологов России.

Сироткина Ирина Анатольевна -

К.м.н., врач - офтальмолог высшей квалификационной категории, офтальмолог - протезист
Организаор Уральского центра глазного протезирования «Окорис», секретарь Экспертного совета по пластической офтальмохирургии Ассоциации врачей-офтальмологов России, президент Европейской ассоциации глазных протезистов-2017 (Association of European Ocularists).



Если у вас возникли вопросы,
Вы можете задать их по электронной почте
okoris@yandex.ru

или в группе **ОКОРИС**

