

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра офтальмологии с курсом ПО им. проф. М. А. Дмитриева

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент Козина Е.В.

Реферат

На тему: «Осложненная катаракта»

Выполнила: клинический ординатор
Земцова Н. О.

Проверила: д.м.н., доцент Козина Е.В.

Красноярск 2019г.

Содержание

Введение	3
Механизм развития и клиническая картина.....	4
Причины возникновения и разновидности.....	5
Общие патологии организма.....	7
Внешние факторы.....	8
Лечение.....	9
Заключение	10

Список литературы	11
-------------------------	----

Введение

Осложненная катаракта — помутнение глазного хрусталика, возникающее на фоне уже имеющихся патологий, причем не только офтальмологических. Необходимо учитывать, что это такое заболевание, которое постоянно прогрессирует с постепенным захватом все новых областей, что в итоге приводит к полной потере зрения. В отличие от обычной катаракты осложненная не зависит от возраста, в ряде случаев процесс может быть обратим. Важно вовремя заметить первые признаки болезни, чтобы принять меры для ее купирования.

Хрусталик представляет собой биологическую линзу, являющуюся важной частью обеспечивающей зрение системы светопреломления. Снаружи он окружен внутриглазной жидкостью, из которой сквозь капсулу получает питание. Оболочка обладает избирательной проницаемостью, благодаря чему химический состав самого хрусталика стабилен. Изменения внутриглазной жидкости вследствие неблагоприятных факторов негативно отражаются на прозрачности линзы, вызывая осложненную катаракту.

При данном виде глазной патологии помутнение обычно локализуется под задней капсулой хрусталика (она находится со стороны черепа, граничит со стекловидным телом) и на периферии тыльной области коры (слоя, расположенного под капсулой). Нарушение условий питания, а также сбой обменных процессов оказывают влияние именно на заднюю часть оболочки, поскольку она более тонкая, здесь отсутствует эпителий, выполняющий защитную функцию, поэтому токсичные агенты легко проникают.

Значительно реже, но все же вероятно развитие набухающей осложненной катаракты, при которой размер хрусталика увеличивается, а глубина передней капсулы сокращается.

Начало болезни задает скапливающийся в результате воспалительных реакций инфильтрат. Качество зрения при этом существенно не страдает, если не считать незначительной периодической затуманенности. На заднем полюсе хрусталика под биомикроскопом можно наблюдать полихромную переливчатость.

На втором этапе появляется маленькое пятнышко на тыльной стороне хрусталика, которое постепенно увеличивается как в размерах, так и по плотности. Слой помутнения при этом еще тонкий, ядро и большая часть коры остаются незатронутыми патологическим процессом, но зрение заметно падает. Данная фаза развития заболевания называется «незрелая катаракта».

Третий этап характеризуется уже более плотным наслоением, которое становится пористым, грубеет, желтеет. При зрелой катаракте зрачок приобретает светло-серый оттенок.

Основные симптомы заболевания:

- ухудшение зрения в сумерках;
- повышенная светочувствительность;
- помутнение зрения, не корректируемое очками или линзами;
- двоение изображений.

Скорость прогрессирования осложненной катаракты зависит от характера основного заболевания.

Причины возникновения и разновидности

Система обмена веществ хрусталика очень чувствительна и уязвима, поэтому она живо реагирует на все изменения окружающей среды. Негативное влияние способны оказывать не только процессы, происходящие непосредственно в глазных тканях, но и во всем организме.

Внутриглазные факторы

Внутриглазная жидкость продуцируется отростками цилиарного тела (часть сосудистой оболочки, обеспечивающая фиксацию линзы), поэтому состояние этого органа оказывает прямое влияние на состав питательной среды хрусталика. Осложненная катаракта обычно развивается на фоне рецидивирующих заболеваний глазных тканей:

- иридоциклит — воспалительный процесс в сосудистой и радужной оболочках глазного яблока, а также в цилиарном теле. Выражается покраснением склеры, слезоточивостью, болями, изменением рисунка радужной оболочки. Причинами могут послужить системные заболевания (ревматизм), вирусные инфекции, травмы. Иридоциклит вызывает помутнение стекловидного тела, с которым контактирует задняя часть капсулы хрусталика, поэтому частые рецидивы провоцируют катаракту. Патология может начать свое развитие и с передней капсулы;
- хориоретинит — воспаление, охватывающее сосудистую оболочку (задний отдел) и сетчатку глаза. Основные симптомы: покраснение склер, плавающие темные пятна, затуманивание зрения, неожиданные искры или вспышки, искажение форм и размеров предметов. Хориоретинит появляется на фоне подавленного иммунитета, токсоплазмоза, цитомегаловирусной инфекции. Развитию катаракты в данном случае способствует как локальная, так и общая интоксикация организма;
- синдром Фукса — воспаление и последующий дистрофический процесс в радужной оболочке. Основными симптомами являются изменение цвета пораженного глаза, расширение зрачка, снижение зрения.

Катаракта — наиболее частое осложнение данного заболевания;

- терминальная глаукома — полная атрофия зрительного нерва, приводящая к необратимой слепоте. Катаракту провоцирует нарушение оттока внутриглазной жидкости;
- отслойка сетчатки глаза — отделение сетчатой оболочки от сосудистой. Процесс характеризуется появлением «мушек», различных световых

явлений типа искр, пеленой и сужением поля обзора. Причиной являются травмы, дистрофия, воспаления;

- миопия (близорукость) высокой степени. При обычной близорукости осложненная катаракта не возникает.

Чтобы предотвратить развитие необратимых дегенеративных процессов и ухудшение зрения, необходимо вовремя реагировать на любые внешние и внутренние изменения со стороны глаз.

объединенную обменными процессами, сбои в которых вызывают нарушение здоровья различных органов, в том числе и глаз. Наглядным примером служит кахектическая осложненная катаракта, развивающаяся на фоне общего истощения человека вследствие таких заболеваний, как тиф, оспа, малярия, а также при хронической анемии и голодании. В 4-8% случаев осложненная катаракта провоцируется ревматизмом, даже может служить его первым признаком.

Вызвать помутнение хрусталика могут эндокринные патологии:

- миотоническая дистрофия (мультистемное заболевание, выражающееся общей слабостью мышц). Характерно помутнение переднего, заднего коркового слоя хрусталика;
- тетания (судороги, повышенная нервно-мышечная возбудимость из-за недостатка кальция в крови). Тетаническая или гипопаратиреоидная катаракта развивается у детей в течение первых лет жизни. Помутнение захватывает лишь поверхностные слои хрусталика. Растворение свежих помутнений возможно при своевременной терапии инъекциями хлорида кальция, препаратами для щитовидной железы;
- адипозогенитальная дистрофия (поражение гипоталамо-гипофизарной системы).

Осложненная дерматогенная катаракта развивается на фоне экземы, склеродермии, нейродерматита. Особенности данного вида:

- возникает в молодом возрасте;
- охватывает оба глаза, передний и задний полюсы хрусталиков;
- быстро прогрессирует;
- поражает нервную систему.

Осложненная катаракта обоих глаз часто возникает при диабете. Поражение прогрессирует быстро — буквально за несколько недель. Во время микроскопического исследования под эпителиальным слоем передней, а также задней капсулы видны отдельные серые образования, напоминающие по форме хлопья. Диабетическая катаракта отличается тем, что видеть вдаль человек начинает существенно хуже еще при прозрачном хрусталике. Если клиническая картина не улучшается посредством инсулинотерапии, то происходит набухание линзы.

Особенность осложненной катаракты, возникающей на фоне нарушения обмена веществ при вышеупомянутых заболеваниях, заключается в

вероятности ее рассасывания на ранних стадиях, если лечение основной патологии проводится грамотно и своевременно.

Внешние факторы

Продуцирование и скорость обмена внутриглазной жидкости зависят от внешних факторов: химического, лучевого, механического или термического воздействия. На состоянии хрусталика сказываются любые отклонения в составе окружающей субстанции и функционировании смежных с ним тканей.

Травмирование глаза может вызвать розеточную или лучистую катаракту, вследствие которой помутнение в центре образовавшейся «розетки» постепенно разрастается.

Хрусталик очень чувствителен к излучению (ультразвук, рентгеновские, радиоволновые лучи, ток СВЧ). При лучевой катаракте под задней капсулой образуется темный диск неправильной формы. У лиц пожилого и старческого возраста данный вид заболевания встречается нечасто ввиду снижения восприимчивости хрусталика. Обратное развитие лучевой катаракты невозможно.

Процесс помутнения хрусталика могут запустить внешние интоксикации. Например, при отравлении спорыньей катаракта обнаруживается через несколько месяцев.

Провокаторами могут оказаться также следующие вещества:

- таллий;
- нафталин;
- тринитротолуол;
- динитрофенол;
- нитрокраска.

Осложненная катаракта развивается при галактоземии и галактозурии, поскольку галактоза имеет свойство накапливаться в организме. Если токсическое воздействие прекратилось на начальном этапе развития заболевания, то помутнение может рассосаться самостоятельно.

Чем раньше будет диагностирована проблема, тем больше шансов на

сохранение зрения. Начальная осложненная катаракта в ряде случаев поддается медикаментозному лечению. При помощи регулярного использования офтальмологических капель с цистеином, глутамином, аскорбиновой кислотой, аминокислотами, лоностеролом происходит улучшение обменных процессов и рассасывание участка помутнения. Но в основном удается только остановить прогрессирование.

При значительном снижении зрения выполняется удаление хрусталика — хирургическая экстракция, — с целью его замены. Перед операцией проводится всестороннее обследование во избежание осложнений. Если есть активные воспалительные процессы, то они предварительно купируются. Для удаления используется несколько методов:

- факоэмульсификация: хрусталик превращается при помощи ультразвука в эмульсию, затем извлекается. Вместо него устанавливается интраокулярная линза. Весь процесс занимает около 15 минут;
- экстракапсулярная экстракция — удаление хрусталика без капсулы. Манипуляция длится порядка 40 минут;
- интракапсулярная экстракция — извлечение хрусталика с капсулой. Данный тип операции используется редко из-за большого риска отслойки сетчатки.

Заключение

После хирургического вмешательства осложнения в виде отеков, кровоизлияния, инфицирования или отторжения линзы могут возникать при серьезных сопутствующих поражениях глаз и сахарном диабете. Однако подобные явления нечасты. Врач всегда предупреждает пациента о возможных в его случае последствиях операции. В целом успех лечения осложненной катаракты во многом зависит от эффективности терапии основного заболевания либо поддержания его в стадии ремиссии.

Список литературы

1. Глазные болезни. Основы офтальмологии: Учебник/Под ред. В.Г. Копаевой. – 2012. – 560с.: ил.
2. Офтальмология / Под ред. Е. И. Сидоренко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 362 с.

3. Глазные болезни: учебник / Под ред. А. А. Бочкаревой. – М.: Медицина, 1989. – 389 с.