

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

Кафедра офтальмологии имени профессора М.А.Дмитриева с курсом ПО

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

Реферат

Возрастная катаракта

Выполнила: Михайлова И.В.

Ординатор 1 года обучения

Проверил: ассистент кафедры Торопов А.В.

Красноярск 2022

Оглавление

Введение	3
1. Эtiология и патогенез	3
2. Классификация	4
3. Клиническая картина	4
4. Диагностика	4
5. Лечение	6
6. Реабилитация	7
7. Профилактика	8
Литература	9

Введение

Возрастная катаракта – патологическое состояние, связанное с частичным или полным помутнением хрусталика глаза, которое развивается у людей, как правило, после 60 лет и проявляется различными степенями расстройства зрения вплоть до полной утраты предметного зрения.

Катаракта является одной из основных причин слабовидения и обратимой слепоты в мире, поражая каждого шестого человека в возрасте старше 40 лет и подавляющую часть населения – к 8-й декаде жизни. Учитывая постепенно возрастающую продолжительность жизни, особенно характерную для экономически развитых стран, прогнозируется увеличение численности больных катарактой. По опубликованным данным, общий показатель распространенности катаракты в Российской Федерации (РФ) составляет 3,36% для городского населения и 3,63% – для сельского.

1. Этиология и патогенез

Факторы, предрасполагающие развитие катаракты:

возрастные изменения (до 90 % случаев);

наследственность;

травмы, воспалительные и дистрофические болезни глаза;

общесоматические заболевания: сахарный диабет, ревматоидные болезни, эндокринные нарушения, хронические болезни лёгких;

лучевые поражения: инфракрасное, рентгеновское, ионизирующее излучение;

отравление нафталином, спорыньёй, динитрофенолом, таллием, медикаментами и другие общие отравления;

курение.

По мнению ряда авторов, изменение состава водянистой влаги передней камеры с образованием аномальных метаболитов приводит к деструкции белка хрусталиковых волокон. Установлено также, что при катаракте происходит изменение микроэлементного, аминокислотного состава хрусталика, наблюдается скопление в его тканях натрия, кальция, цинка и воды, уменьшение калия, алюминия, растворимых белков, серосодержащих аминокислот, связанных с-кристаллинов, аскорбиновой

кислоты, рибофлавина, цитохрома. Снижается активность АТФ-синтазы, пируватфосфокиназы, карбоангидразы и т.д. Вопрос о том, что является пусковым механизмом таких изменений, еще остается открытым.

2. Классификация

1. В зависимости от локализации помутнений в веществе хрусталика:

- ядерная катаракта;
- кортикальная (корковая) катаракта;
- задняя субкапсулярная катаракта;
- тотальная (полная) катаракта.

2. По степени зрелости:

- начальная катаракта;
- незрелая катаракта;
- зрелая катаракта;
- перезрелая катаракта.

3. Клиническая картина

Во время осмотра на щелевой лампе с широким зрачком при начальной катаракте появляются субкапсулярные вакуоли, расслоение хрусталиковых волокон. При незрелой катаракте выделяется ядро бело-серого, желтого или бурого цвета, также возможно наличие кортикальных помутнений в виде спиц. При зрелой катаракте тотальное помутнение хрусталика, ядро и кортикальные массы белого цвета. При перезрелой катаракте корковое вещество превращается в разжиженную массу молочного цвета, которая постепенно рассасывается, плотное ядро опускается книзу.

4. Диагностика

Жалобы и анамнез.

В начальной стадии жалобы могут быть минимальны: больные ощущают мелькание или движение всевозможных предметов («черточки», «палочки», «мошки», «паучки» и т.д.) перед глазом, но всегда эти предметы перемещаются вслед за направлением взгляда. По мере прогрессирования катаракты возникают жалобы на постоянный «туман», снижение остроты зрения вдаль и вблизи. В зрелой стадии катаракты больные отмечают полное отсутствие предметного зрения, возможна жалоба на то, что зрачок стал серым. Снижение остроты зрения при катаракте всегда постепенное. Если помутнение находится в центре, то возникают жалобы на снижение зрения при ярком

освещении. При слабом освещении острота зрения, наоборот, повышается

.При первичном обследовании пациента с катарактой следует: определить этиологию процесса с учетом сопутствующих факторов риска;

выявить сопутствующие и системные заболевания, способные привести к снижению зрения или повлиять на прогрессирование заболевания, на ход хирургического вмешательства, течение послеоперационного периода или конечный результат лечения;

определить показания и противопоказания к операции;

установить оптимальную тактику лечения;

оценить прогноз восстановления зрительных функций в послеоперационном периоде.

Лабораторные диагностические исследования.

Специфическая лабораторная диагностика возрастной катаракты не применяется.

Инструментальные диагностические исследования.

- Визометрия с определением лучшей корригированной остроты зрения для объективной оценки зрительных функций;

-Офтальмотонометрия для оценки исходного внутриглазного давления;

- Биомикроскопия – наружный осмотр с помощью щелевой лампы для оценки состояния глаза;

- Биомикроскопия переднего отрезка глаза при помощи щелевой лампы в условиях миоза и мидриаза для оценки состояния глаза;

- Офтальмоскопия глазного дна в условиях мидриаза для уточнения локализации очагов помутнения вещества хрусталика, их распространенности и степени, изучения состояния стекловидного тела, диска зрительного нерва, центрального и периферического отделов сетчатки для оценки состояния глаза;

- Биометрии глаза (оптической или ультразвуковой) для расчета интраокулярной линзы (ИОЛ) и оценки состояния глаза;

-Кератометрии (офтальмометрии) для расчета интраокулярной линзы и оценки состояния глаза.

5.Лечение.

Консервативное лечение

Консервативное лечение старческой катаракты неэффективно. На сегодняшний день нет известных лекарственных средств, позволяющих вылечить катаракту или замедлить ее прогрессирование.

Хирургическое лечение

Рекомендовано всем пациентам с установленным диагнозом старческая катаракта удаление помутневшего хрусталика с имплантацией ИОЛ как единственный действенный эффективный и радикальный способ лечения катаракты при отсутствии противопоказаний.

Показаниями к хирургическому лечению катаракты являются:

- снижение остроты зрения;
- клинически значимая анизометропия, связанная с катарактой;
- помутнения хрусталика, затрудняющие диагностику и/или лечение заболеваний заднего отрезка глаза;
- нарушения офтальмотонуса, связанные с развитием катаракты (факоморфическая, факолитическая, факоанафилактическая, факотопическая глаукомы);

Относительными противопоказаниями к хирургическому вмешательству по поводу катаракты являются:

- уровень остроты зрения с коррекцией на пораженном глазу, соответствующий потребностям пациента;
- наличие у пациента сопутствующей психосоматической патологии, не гарантирующей безопасного проведения оперативного вмешательства;
- отсутствие условий для адекватного послеоперационного ухода за пациентом и проведения ему соответствующего послеоперационного лечения.

Абсолютными противопоказаниями к хирургическому вмешательству по поводу катаракты можно считать ситуации, когда хирург не ожидает улучшения зрительных функций в результате проведения операции и при этом отсутствуют другие медицинские показания для удаления катаракты (факогенная патология). Следует подчеркнуть, что в условиях реальной клинической практики каждый пациент требует индивидуального подхода. И лечащий врач (хирург) должен принимать окончательное решение о правомерности и адекватности выбора

хирургического лечения с учетом всех аспектов местного и системного статуса пациента.

Всем пациентам для замены помутневшего хрусталика или коррекции аметропии при сохранности связочного аппарата хрусталика и капсульной сумки рекомендован экстракапсулярный метод экстракции катаракты (ЭЭК). Преимущественным вариантом ЭЭК, получившим наиболее широкое распространение, является факоэмульсификация (ФЭ). Для профилактики инфекционных осложнений возможно применение антибактериальных и/или антимикробных лекарственных препаратов до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний). Всем пациентам необходимо проводить терапию лекарственными препаратами: группы м-холинолитиков и/или группы альфа-адреномиметиков в течение 1 часа до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний).

При катарактах плотной консистенции рекомендовано применение метода лазерной экстракции катаракты.

ФЭ с фемтосекундным сопровождением для замены помутневшего хрусталика или коррекции аметропии рекомендуется проводить в случаях (при низкой плотности клеток заднего эпителия роговицы, слабости или локальной несостоятельности связочного аппарата хрусталика) для уменьшения риска возникновения осложнений

6.Реабилитация.

Рекомендован подбор средств оптической коррекции (очки, контактные линзы) для дали и близи при необходимости. Сроки оптической коррекции определяются индивидуально, как правило, через 3-4 недели после операции.

7.Профилактика.

При отсутствии осложнений, частота и сроки последующих послеоперационных осмотров зависят от динамики клинического выздоровления. В норме – на 1-е, 7-е и 30-е сутки после операции. Более частые осмотры рекомендуются при атипичном течении послеоперационного периода и развитии осложнений. С целью определения субъективной удовлетворенности пациентов результатами проведенного лечения возможно применение различных оценочных инструментов.

При каждом послеоперационном осмотре для оценки состояния глаза рекомендовано выполнять определенный объем процедур:

- сбор промежуточного анамнеза (используемые медикаменты, наличие новых симптомов и оценка пациентом своего зрения);
- определение зрительных функций (проверка остроты зрения, включая проверку с использованием диафрагмы и рефрактометрию (по показаниям); - измерение ВГД;
- биомикроскопия глаза;
- консультирование и обучение пациента или сопровождающего лица; - определение дальнейшей тактики ведения .

Рекомендовано всем пациентам с целью профилактики развития катаракты ношение солнечных очков с УФ-фильтром и шляп с широкими полями, особенно в регионах, характеризующихся повышенной инсоляцией.

Литература.

1. Федеральные клинические рекомендации «Старческая катаракта», Москва - 2020.
2. <https://eyepress.ru/Default.aspx>