

Лекция 8

СУБКОМПЕНСИРОВАННОЕ ЗРЕНИЕ

(IV -я диспансерная группа – излечимая слепота)

Катаракты:

классификация,

этиология,

клиника,

современные методы лечения,

способы коррекции афакии

IV-я диспансерная группа – «Слабовидящие»

включает больных (3%), имеющих:

- остроту зрения **0,2-0,05** с переносимой коррекцией и без коррекции,
- сужение поля зрения до **20 градусов** и менее в любом меридиане,
- больных, требующих сложного и длительного стационарного лечения по поводу заболевания, угрожающего слепотой.

Лица, входящие в эту группу, не могут выполнять обычную работу и для производственной деятельности требуют создания специальных условий.



KATAPAKTA



Хрусталик

Хрусталик (lens cristallina) передней поверхностью прилегает к радужке, а задней граничит с стекловидным телом, располагаясь в соответствующем углублении (fossa patellaris). За ним имеется узкая щель, отделяющая его от стекловидного тела - ретролентиккулярное пространство.

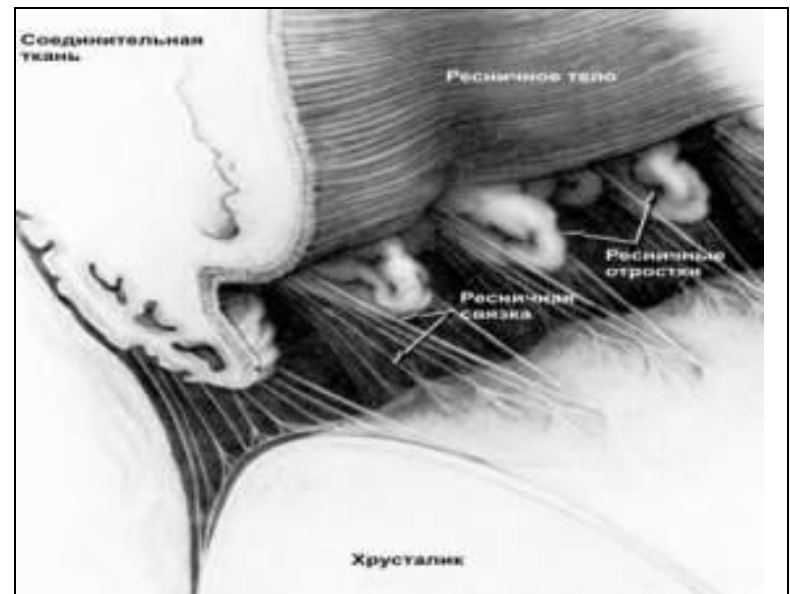
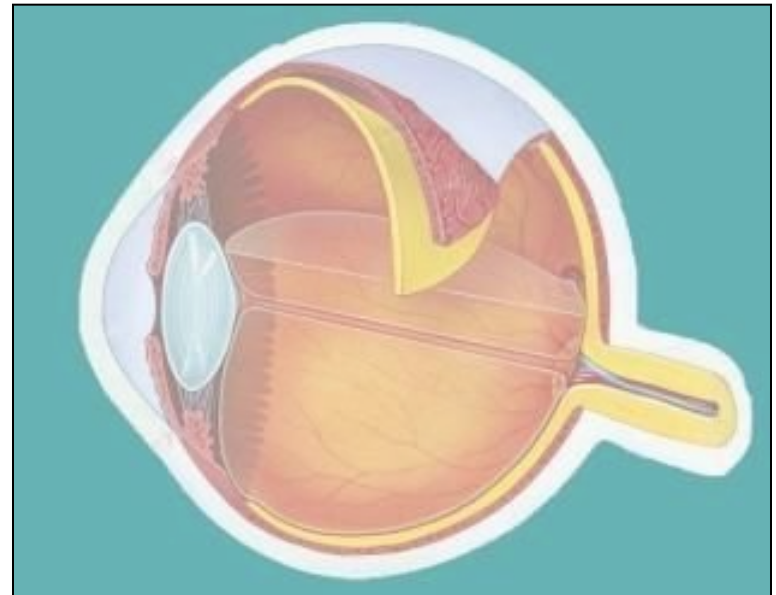
В своем положении хрусталик удерживается цинновой связкой (zonula Zinni), идущей от ресничного тела к сумке хрусталика несколько кпереди и кзади от его экватора. Пространство, ограниченное волокнами, прикрепляющимися к сумкам и экватору, имеет треугольную форму, и носит название канала Ганновера или Петитов канал.

Преломляющая сила хрусталика в состоянии покоя составляет примерно 18-19 дптр. В состоянии аккомодации может значительно увеличиваться (до 30 дптр.). Коэффициент преломления в поверхностных слоях 1.32, в глубоких – 1.42.

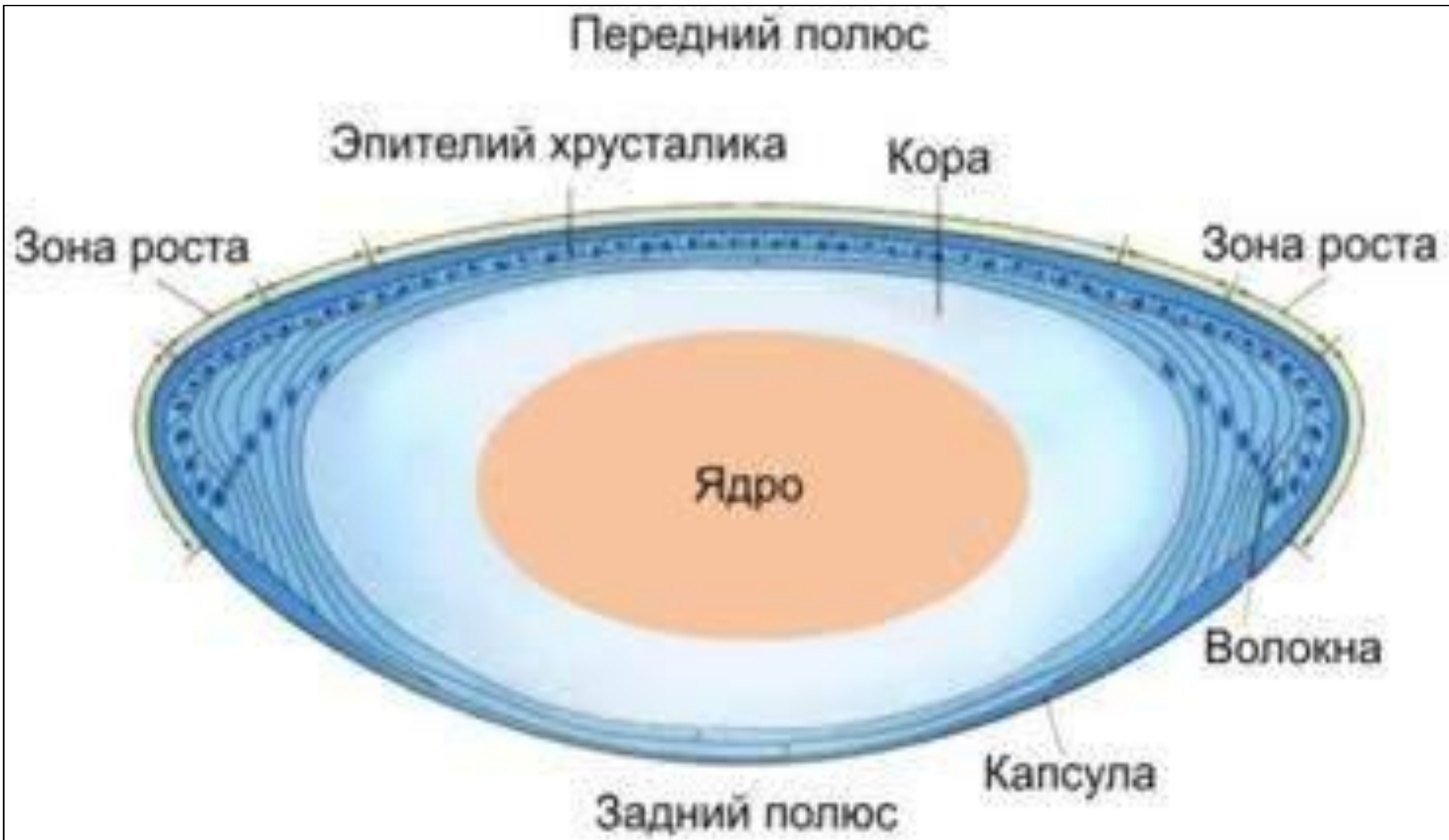
Хрусталик человека имеет эктодермальное происхождение.

Питается он за счет ВГЖ путем фильтрации, диффузии и осмоса.

Рост продолжается в течение всей жизни.



Микроскопическое строение хрусталика (хрусталик в схематическом разрезе)



Катаракта

является причиной слепоты и
слабовидения
в **47 %** случаев в мире

1. Катаракты при общих заболеваниях организма
2. Катаракты при общих отравлениях
3. Осложненные катаракты (uveиты, глаукома, миопия и др.)
4. Катаракты, развивающиеся при воздействии какого-либо вида лучистой энергии
5. Механические и химические повреждения хрусталика
6. Старческая катаракта

**Приобретенная
(прогрессирующая)**

**Врожденная
(стационарная)**

КАТАРАКТА



Частота
врожденных катаракт –
5 случаев на 100000 детей



Врожденные катаракты :

- ВЫЗЫВАЮТСЯ неблагоприятными воздействиями на зародыш и плод;
- НОСЯТ наследственный характер

Тератогенные факторы

- Интоксикации (эфир, алкоголь)
- Ионизирующие излучения
- Медикаменты
- Гиповитаминозы А и Е
- Недостаточность фолиевой и пантотеновой кислот
- Резус-несовместимость матери и плода
- Нарушения плацентарного кровообращения
- Сердечно-сосудистые, инфекционные заболевания

Внутриутробное поражение МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬСЯ:

- Простейшими (токсоплазмой)
- Бактериями
- Вирусами (краснухи, цитомегалии, лимфоцитарного хориоменингита, ветряной оспы, простого герпеса, гриппа)

Наследственный фактор

При поражениях кожи:

(синдромы Ротмунда,
Шеффера, Сабуро,
Блоха-Сульцбергера)

Наследственный фактор

**При нарушениях метаболизма
соединительной ткани и аномалиях
костной системы:**

(синдромы Марфана, Апера,
Элерса-Данло, Маркезани,
Конради-Хюннермана,
хондродистрофии,
гомоцистинурии)



Наследственный фактор

**При наследственных
хромосомных
заболеваниях:**

(синдромы Лоу,
Маринеску-Шегрена,
Шерешевского-Тернера,
болезнях Дауна и Норри)

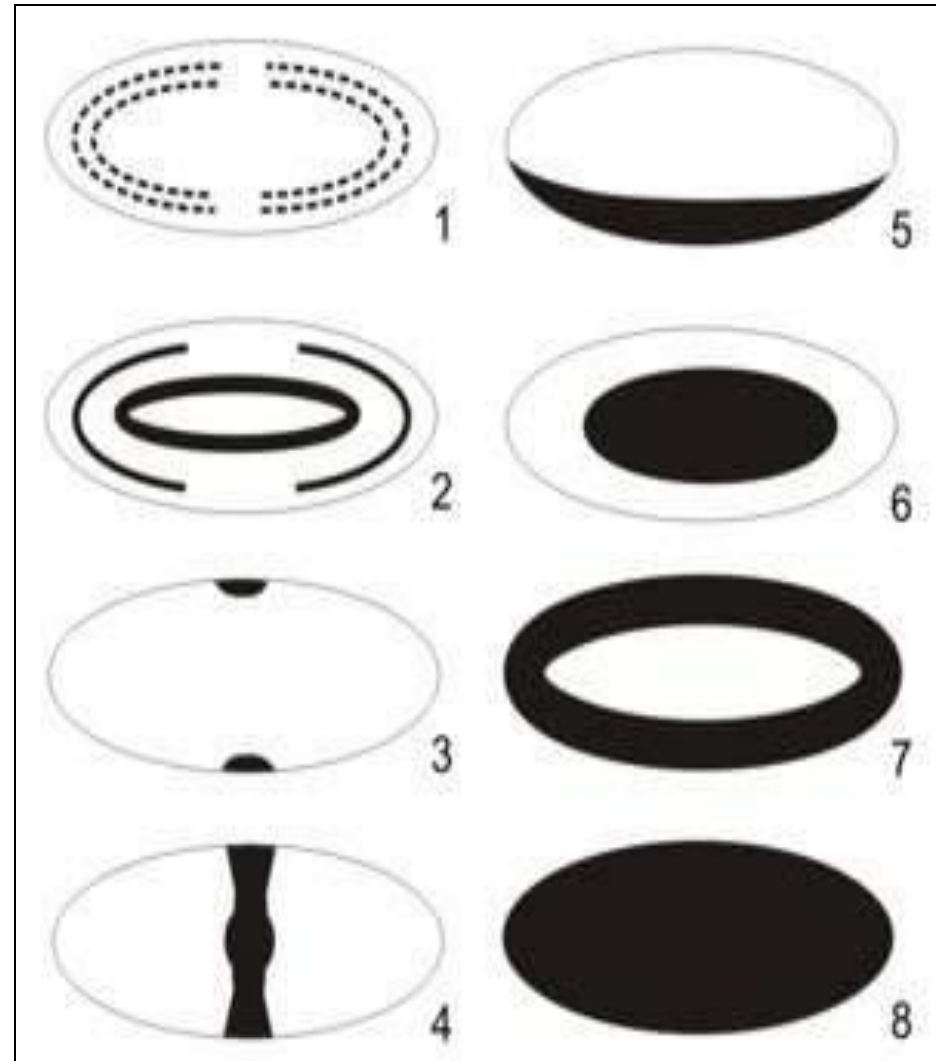


Болезнь Дауна

Катаракты в зависимости от локализации помутнений в веществе хрусталика

Виды катаракт (хрусталик в схематическом разрезе):

- 1) слоистая периферическая катаракта;
- 2) слоистая (зонулярная) катаракта;
- 3) передняя и задняя полярные катаракты;
- 4) веретенообразная катаракта;
- 5) задняя субкапсулярная (чашеобразная) катаракта;
- 6) ядерная катаракта;
- 7) кортикальная катаракта;
- 8) полная (тотальная) катаракта



Показания к оперативному лечению врожденной катаракты (микрохирургической экстракции катаракты):

- Прямое при двусторонней диффузной, пленчатой, зоннулярной катаракте с остротой зрения 0,1-0,005 и ниже. Операцию производят в первые месяцы жизни ребенка.
- Относительные при неинтенсивных локальных помутнениях и остроте зрения 0,1-0,3. Операцию производят по желанию родителей в возрасте 2-5 лет.
- Не показана операция при полярных, корковых, ядерных и полиморфных помутнениях и остроте зрения выше 0,3.



Двусторонняя афакия

Частая причина низкой остроты зрения после удаления врожденной катаракты - **обскурационная амблиопия**.

Причина: недоразвитие зрительного анализатора в результате отсутствия светового раздражения сетчатки.

Обскурационная амблиопия торпидна к плеоптическому лечению.

Приобретенные катаракты



```
graph TD; A[Приобретенные катаракты] --- B[Катаракты при общих заболеваниях организма]; A --- C[Катаракты при общих отравлениях]; A --- D[Осложненные катаракты (uveиты, глаукома, миопия и др.)]; A --- E[Катаракты, развивающиеся при воздействии какого-либо вида лучистой энергии]; A --- F[Механические и химические повреждения хрусталика]; A --- G[Старческая катаракта];
```

Катаракты при общих заболеваниях организма

Катаракты при общих отравлениях

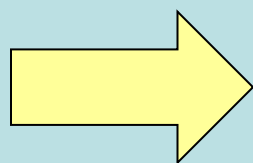
Осложненные катаракты (uveиты, глаукома, миопия и др.)

Катаракты, развивающиеся при воздействии какого-либо вида лучистой энергии

Механические и химические повреждения хрусталика

Старческая катаракта

Старческая



Начальная (начинающаяся)

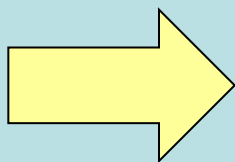
Незрелая

Зрелая

Перезрелая

КАТАРАКТА

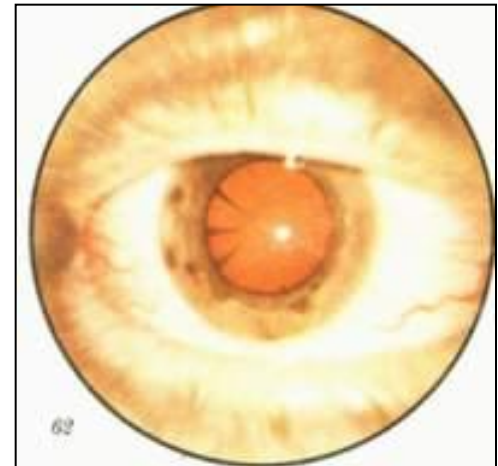
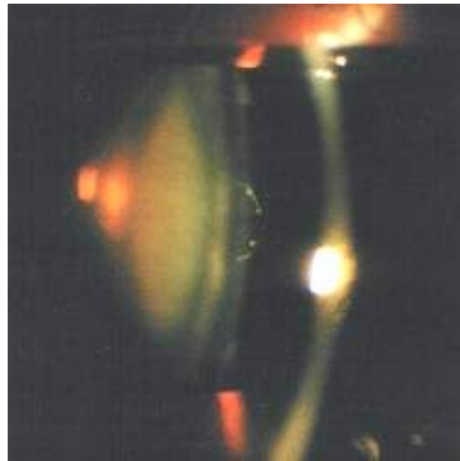
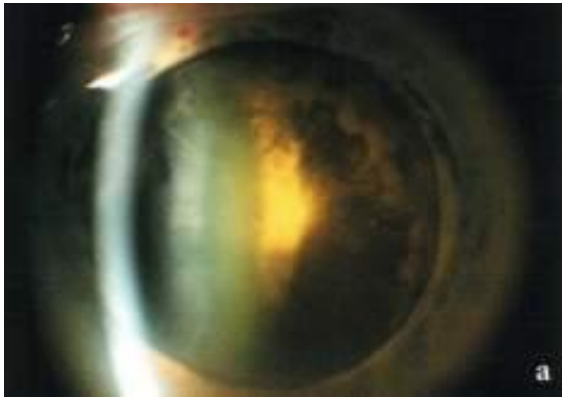
Осложненная



Неполная

Полная

1. При локализации помутнений в оптической зоне (ядерная, чашеобразная катаракта) первоначально страдает острота зрения вдаль, предметы видятся как в тумане. При этом днем, при ярком солнечном свете, за счет сужения зрачка количество света, проникающего через мутные центральные отделы хрусталика, уменьшается, в связи с чем, снижается острота зрения. Напротив, в вечернее и сумеречное время, в результате увеличения размеров зрачка количество света, проходящего через оставшиеся еще прозрачными участки хрусталика, увеличивается. Усиливается яркость видимого изображения. Повышается острота зрения.
2. При локализации помутнений в коре на начальных стадиях процесса острота зрения практически не страдает. Такие катаракты характеризуются более медленным прогрессированием.



Начальная старческая катаракта

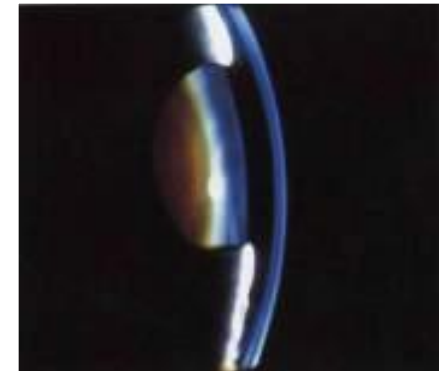
На начальных этапах заболевания больные могут предъявлять **жалобы** на периодически возникающее затуманивание зрения, чувство двоения предметов, появление фиксированных «мушек» или пятен перед глазами, желтоватый оттенок видимого изображения, затруднения при чтении, связанные с нарушением контраста между буквами и общим фоном.

Острота зрения на ранней стадии катаракты практически **не страдает**. Длительность начальной стадии может продолжаться от 1-3 до 10-15 лет.



Незрелая старческая катаракта

По мере созревания катаракты, описанные выше жалобы, постепенно прогрессируют, больной **начинает отмечать снижение остроты зрения.** Зачастую происходит **изменение рефракции глаза** – его **миопизация**, связанная с оводнением хрусталика. Больной отмечает, что для работы на близком расстоянии ему не приходится пользоваться пресбиопическими (плюсовыми) очками. Это характерно для **незрелой** катаракты.



Зрелая старческая катаракта

Позднее, в стадии
зрелой катаракты
предметное зрение
утрачивается,
сохраняется лишь
цвето- и
светоощущение с
правильной
проекцией света.



Перезрелая старческая (морганиева) катаракта

Дальнейшее прогрессирование катаракты сопровождается дегенерацией и распадом хрусталиковых волокон. Корковое вещество хрусталика становится жидким, капсула хрусталика теряет свое натяжение и более плотное желтоватое ядро в силу своей тяжести опускается книзу. Такой хрусталик напоминает мешочек. Подобная катаракта носит название «**морганиева катаракта**». Кора хрусталика может полностью рассосаться, в этом случае маленькое бурое ядро «падает» на дно капсульного мешка, оставляя свободным его большую часть, и больной вновь приобретает возможность видеть.



Факоморфическая глаукома

возникает при бурном оводнении хрусталика.

Зачастую это наблюдается при незрелой катаракте.

«Толстый» хрусталик смещает вперед радужку и перекрывает пути оттока внутриглазной жидкости.

Постепенно повышается ВГД –
до 50-60 мм рт ст.

(верхняя граница нормы 27 мм рт ст)

Факолитическая глаукома

развивается при перезрелой катаракте.

Встречается чаще у лиц, в анамнезе которых предметное зрение отсутствует в течение многих лет.

Боли в глазу возникают внезапно и через несколько часов могут становиться нестерпимыми. Нередко болевой синдром сопровождается тошнотой, рвотой, головными болями, подъемом АД. ВГД может подниматься

до 60-70 мм рт ст.

Так как в основе процесса лежит рассасывание вещества хрусталика, то патогенез повышения ВГД сводится к «забиванию» рассасывающимся хрусталиковым веществом

путей оттока внутриглазной жидкости.

Биохимический состав хрусталика:

Вода 60 - 65% (62%)

Белки 35%, из них

18% - водорастворимые (α , β , γ - кристаллины)

17% - водонерастворимые (альбуминоиды)

Минеральные вещества (катионы K^+ , Na^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+} , анионы SO_4^{2-} , Cl^- , PO_4^{3-}) 2%

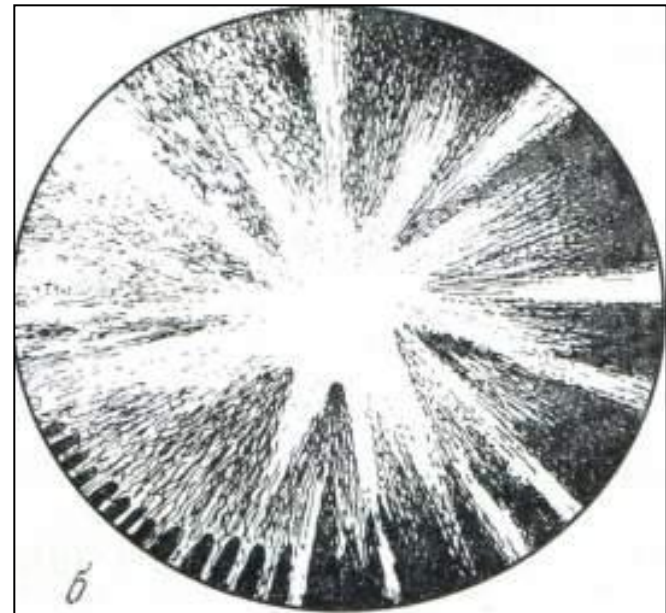
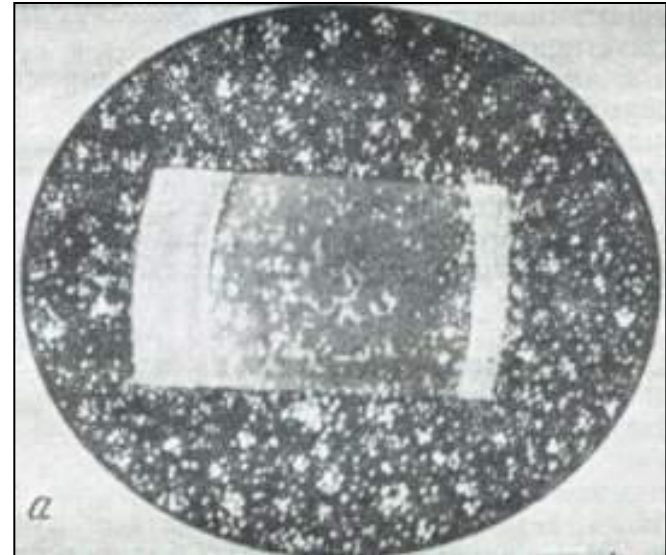
Липиды (холестерин, рибофлавин) - 1%.

С возрастом уменьшается содержание воды и увеличивается содержание водонерастворимых белков.



Диабетическая катаракта

- Встречается у 1 – 40% больных диабетом
- Чаще развивается у молодых
- Чаще развивается при диабете 1 типа
- Как правило бывает двусторонней
- Быстро развивается и быстро прогрессирует
- Характерно раннее изменение рефракции



Основные концепции развития сенильной катаракты

- Энергетическая

(O. Hockwin et al., 1976) –

эндокринные нарушения, недостаток витаминов и аминокислот, физические и химические воздействия, изменение профиля ферментов, развивающиеся на фоне старения организма, ведут к уменьшению обеспечения энергией хрусталика и предрасположенности к возникновению его помутнений.

Свободнорадикальная

(проистекает из теории старения Эмануэля) - оно связано с повышением образования свободных радикалов в сочетании со снижением активности метаболических путей их обезвреживания

Установлена связь между развитием катаракты и :

- Гипертриглицеридемией
- Ожирением
- Гипертонической болезнью
- Патологией печени
- Патологией ЖКТ
- Алкогольной интоксикацией

Лекарственные вещества применяемые для лечения катаракты

1. Средства, содержащие неорганические соли, необходимые для нормального электролитного и водного обменов (капли, содержащие соли кальция, магния, калия, лития, йода и др)

- **jodocol** (Франция)
- **rubistenol** (Италия)
- **peraiod** (Германия)

2. Средства, направленные на коррекцию метаболических процессов в хрусталике. Чаще всего они включают в себя биогенные препараты, витамины, гормоны

- **catarstat** (Франция)

- **орасинон** (Германия)

- **seletec** (США)

- **витайодурол, витафакол** (Франция)

- **rubidione** (Италия)

- **vitreolent** (Германия)



3. Медикаменты, содержащие органические соединения, нормализующие окислительно – восстановительные реакции

- офтанкатахром (Финляндия)
- квинакс (Бельгия)
- каталин (Япония)
- dulciprhak (Франция)



4. а также:

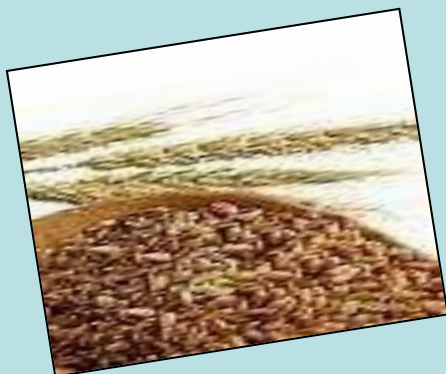


- рибофлавин
- глутаминовая кислота
- аскорбиновая кислота
- цистеин
- тауфон или таурин

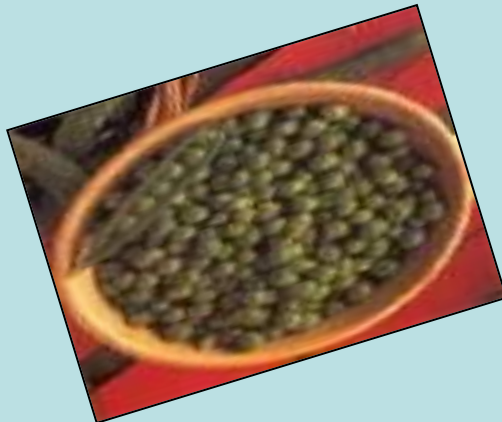
Продукты питания, рекомендуемые для профилактики катаракты

- с повышенным содержанием **витамина Е**
- с повышенным содержанием **витамина В1**
- с повышенным содержанием **витамина В2**
- с повышенным содержанием **витамина С**

Продукты богатые ТОКОФЕРОЛОМ



Продукты богатые ТИАМИНОМ



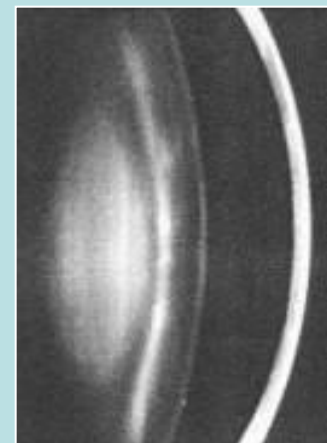
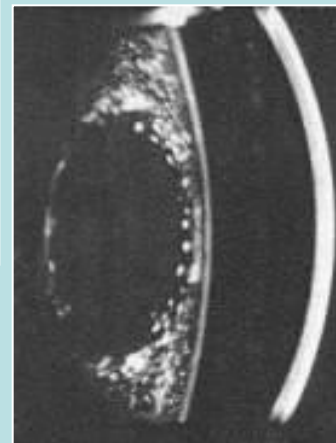
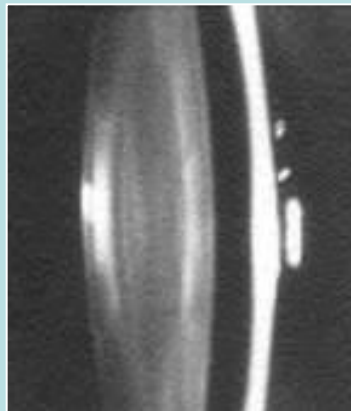
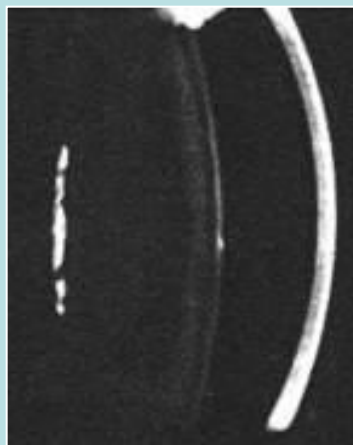
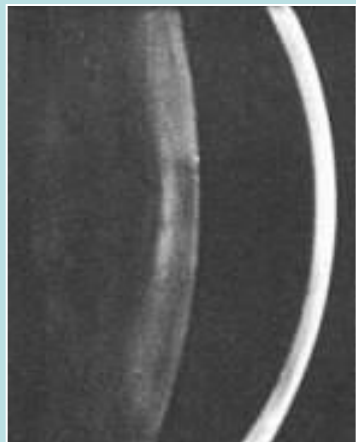
Продукты богатые РИБОФЛАВИНОМ



Продукты богатые АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТОЙ



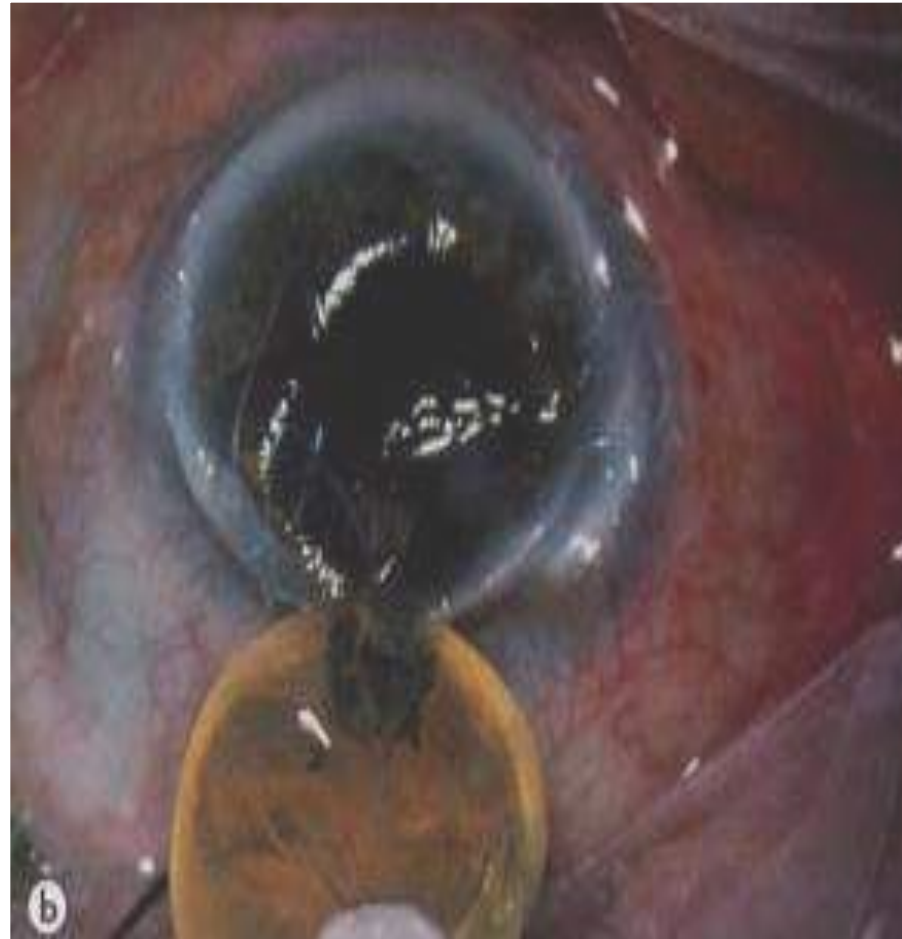
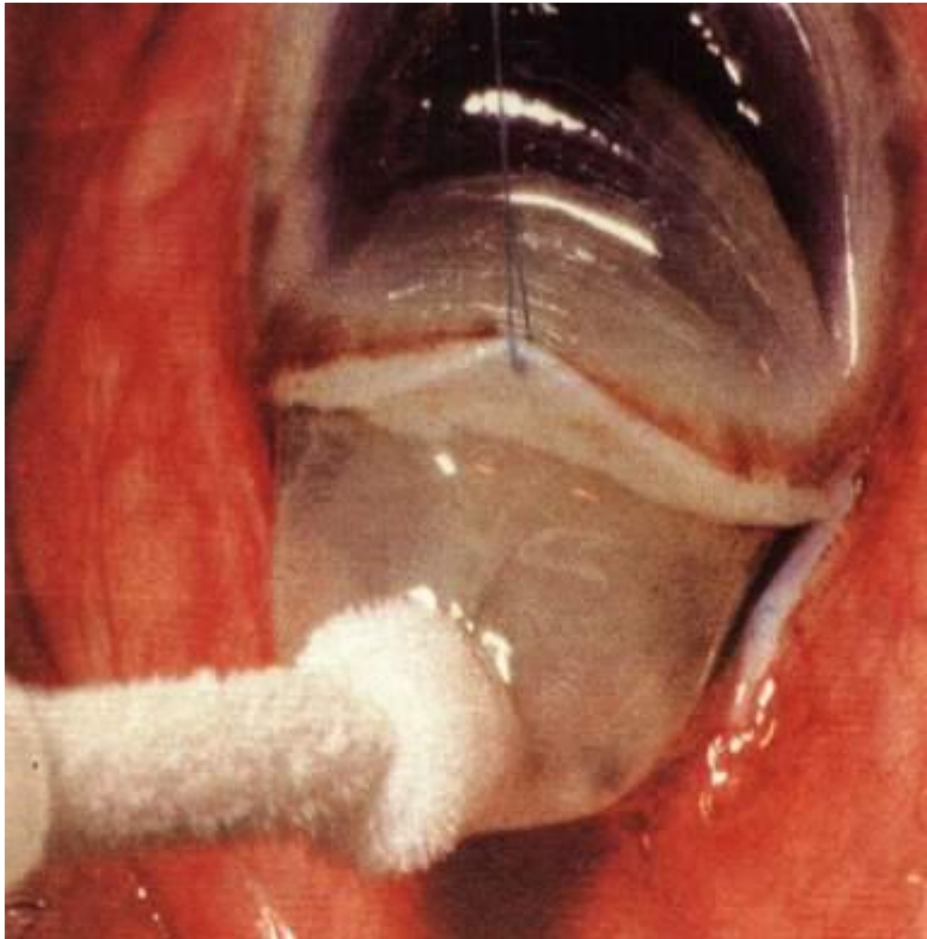
Шаймпфлюгфотографии оптического среза хрусталиков:



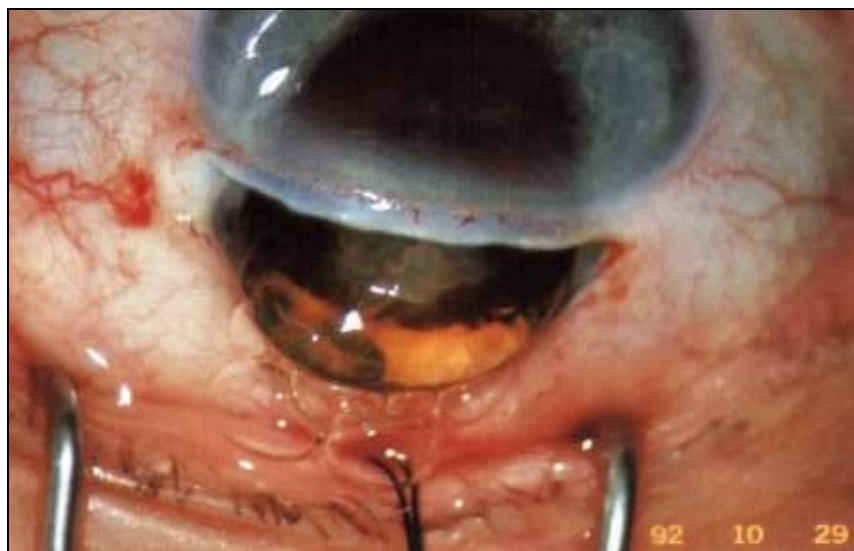
Виды экстракции катаракты

- РЕКЛИНАЦИЯ, ДЕПРЕССИЯ
- ЭКСТРАКАПСУЛЯРНАЯ
ЭКСТРАКЦИЯ КАТАРАКТЫ
- ИНТРАКАПСУЛЯРНАЯ
ЭКСТРАКЦИЯ КАТАРАКТЫ
- ХИРУРГИЯ КАТАРАКТЫ
«МАЛЫХ РАЗРЕЗОВ»

КРИОЭКСТРАКЦИЯ КАТАРАКТЫ



Основные этапы экстракапсулярной экстракции катаракты (ЭЭК)



Фактоэмульсификация катаракты



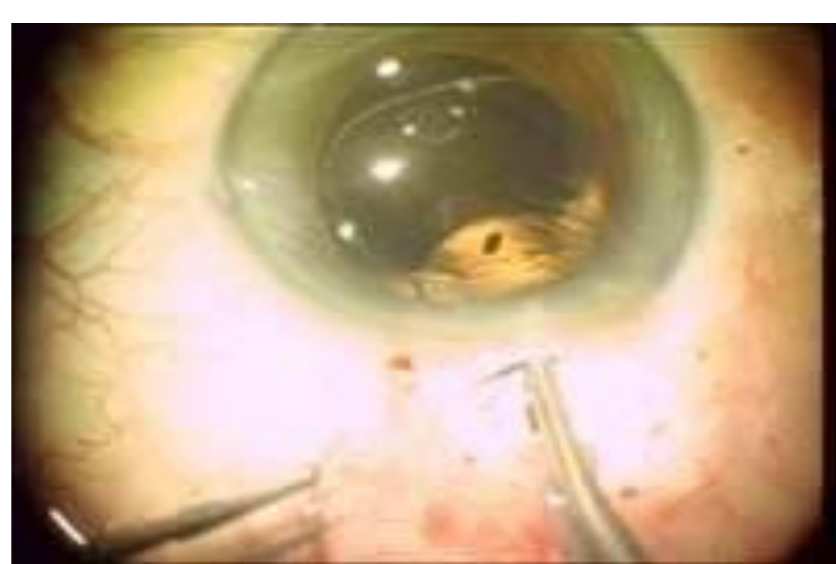
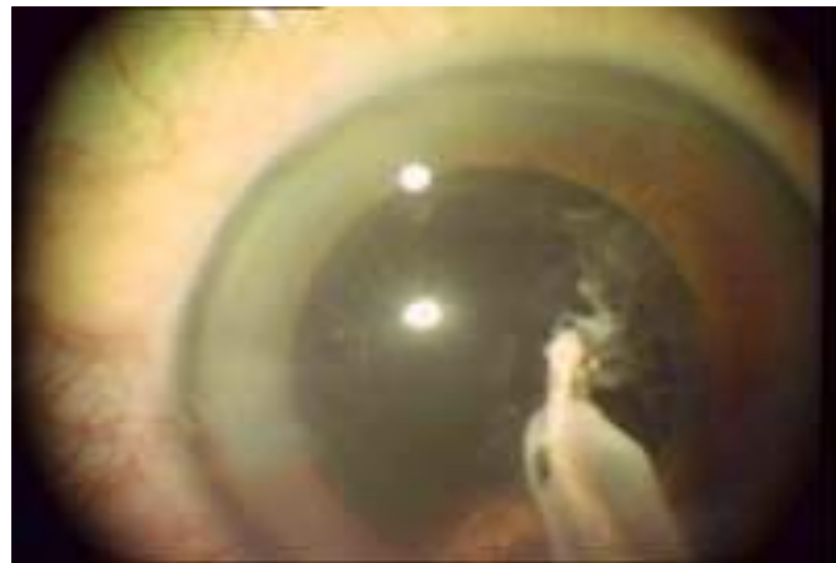
Основные этапы ФЭК



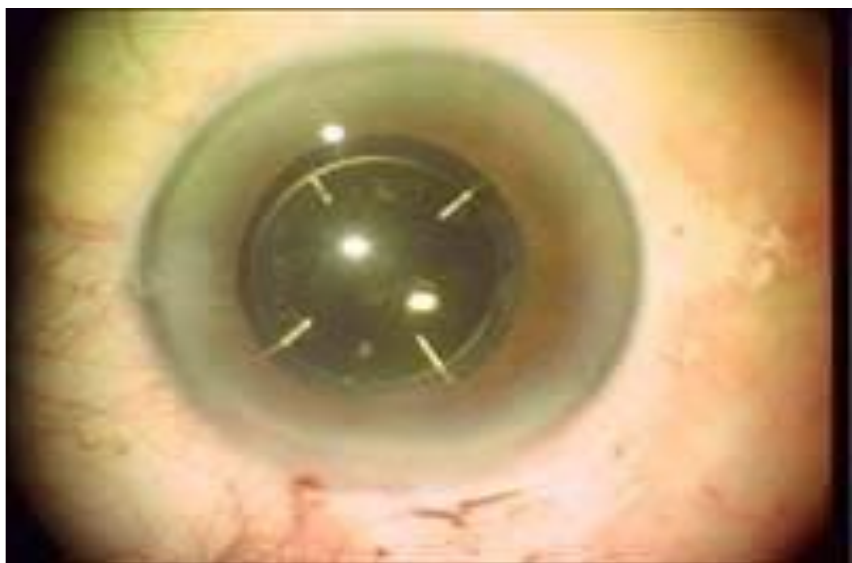
Основные этапы ФЭК



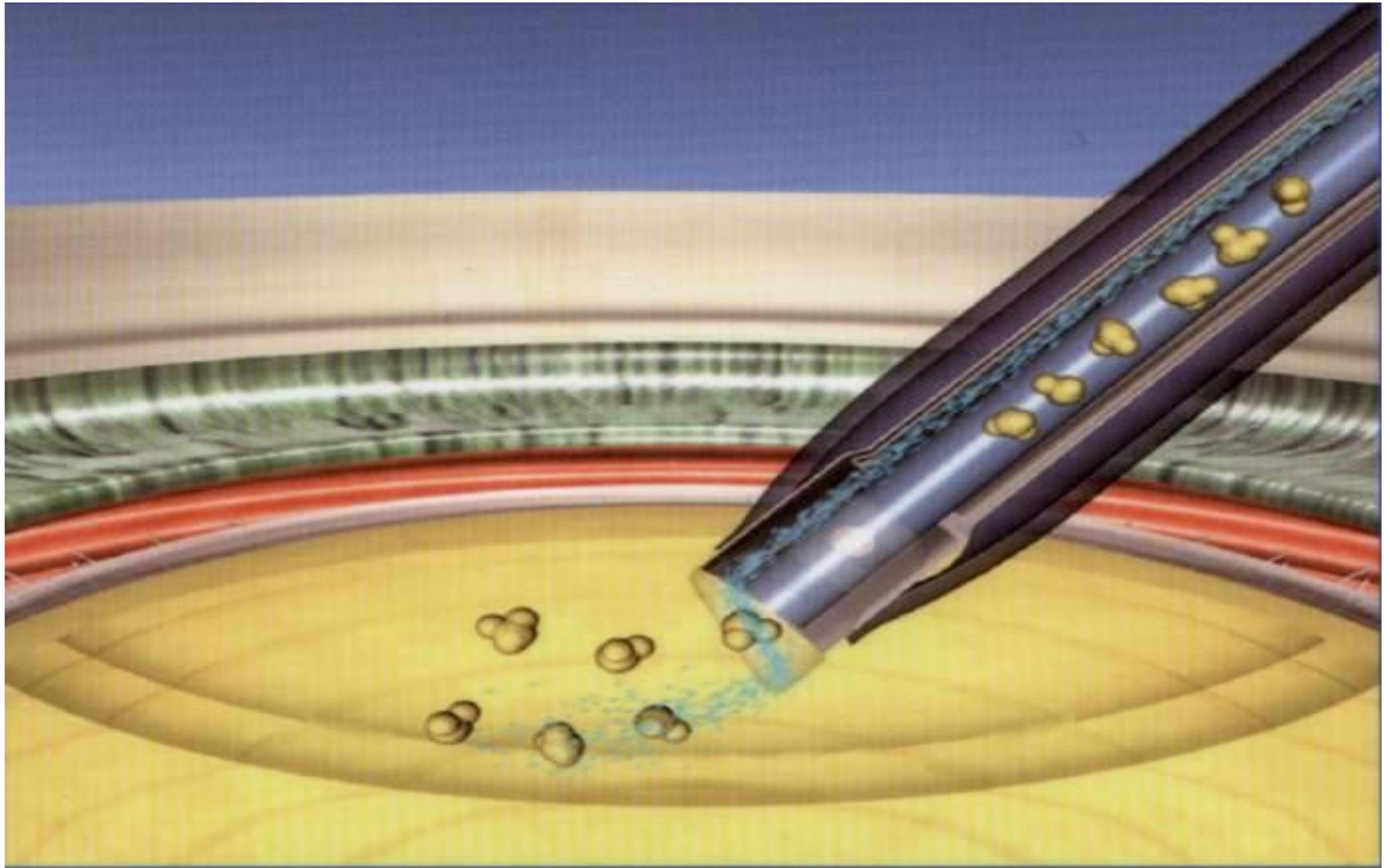
Основные этапы ФЭК



Этапы ФЭК



Методика удаления катаракты AQUALASE



**Способы
коррекции
афакии**

```
graph TD; A[Способы коррекции афакии] --- B[Очки]; A --- C[Контактные линзы]; A --- D[Интраокулярные линзы (ИОЛ)];
```

Очки

**Контактные
линзы**

**Интраокулярные
линзы
(ИОЛ)**

Коррекция афакии очками.

Недостатки:

- сужение полей зрения;
- увеличение изображения почти на 30% (максимально допустимая разница в величине изображений между двумя глазами около 7%).

3. очки:

- запотевают при резкой смене температур;
- оказывают давление на спинку носа и иногда затрудняют носовое дыхание;

4. ношение очков может вызвать дерматиты;

5. неудовлетворительный косметический эффект.



Коррекция афакии контактными линзами



Анизейкония составляет 4-10%.

Периферическое поле зрения не нарушается.

Однако не все пациенты могут пользоваться линзами:

- контактные линзы не всегда хорошо переносятся;
- требуют довольно тщательного ухода.
- установка и снятие может представлять непростую проблему для пожилых людей;
- частое развитие тяжелых инфекционных поражений роговицы у носящих линзы (особенно у лиц с сахарным диабетом).

Модели ИОЛ

**Переднекамерные
ИОЛ**

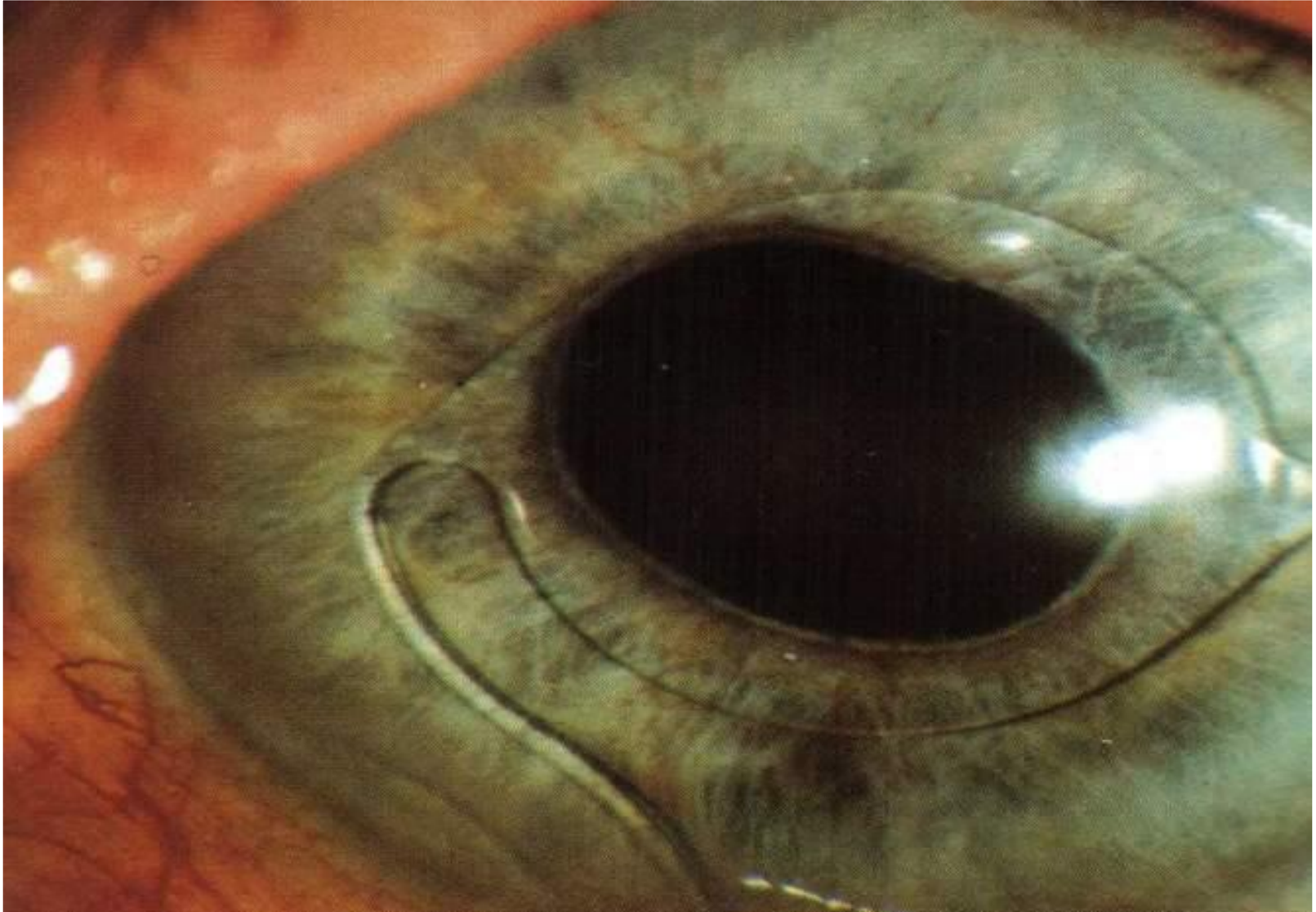
**Ирис-клипс
линзы**

**Заднекамерные
ИОЛ**

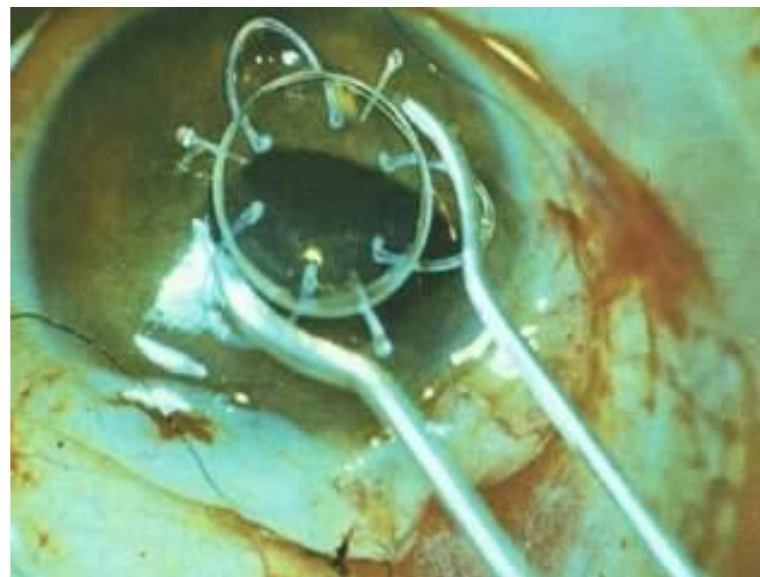
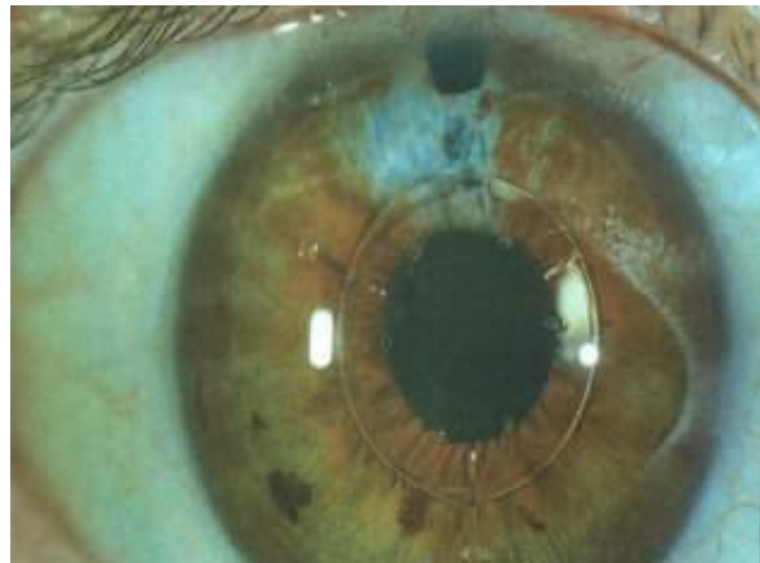
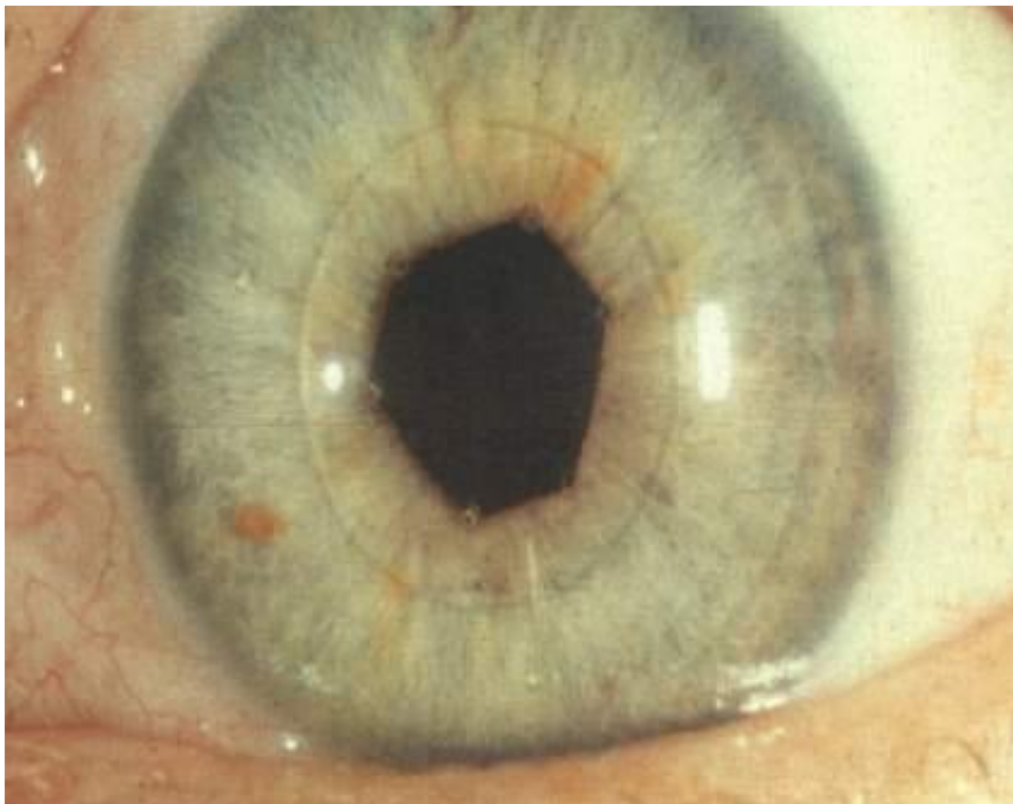
**цилиокапсулярная
фиксация**

**внутрикапсулярная
фиксация**

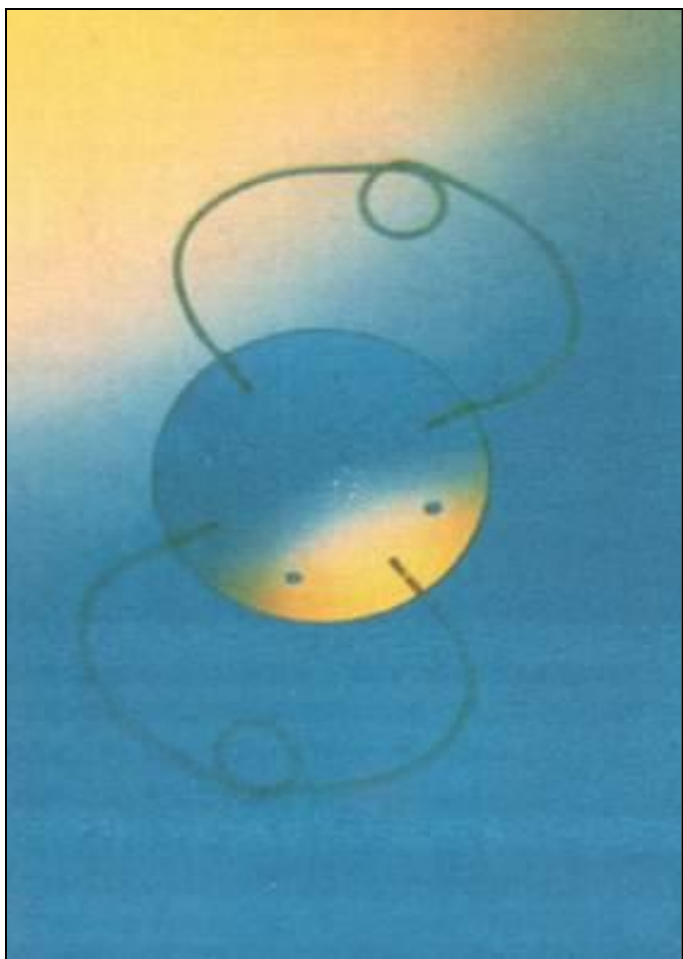
ПЕРЕДНЕКАМЕРНАЯ ИОЛ



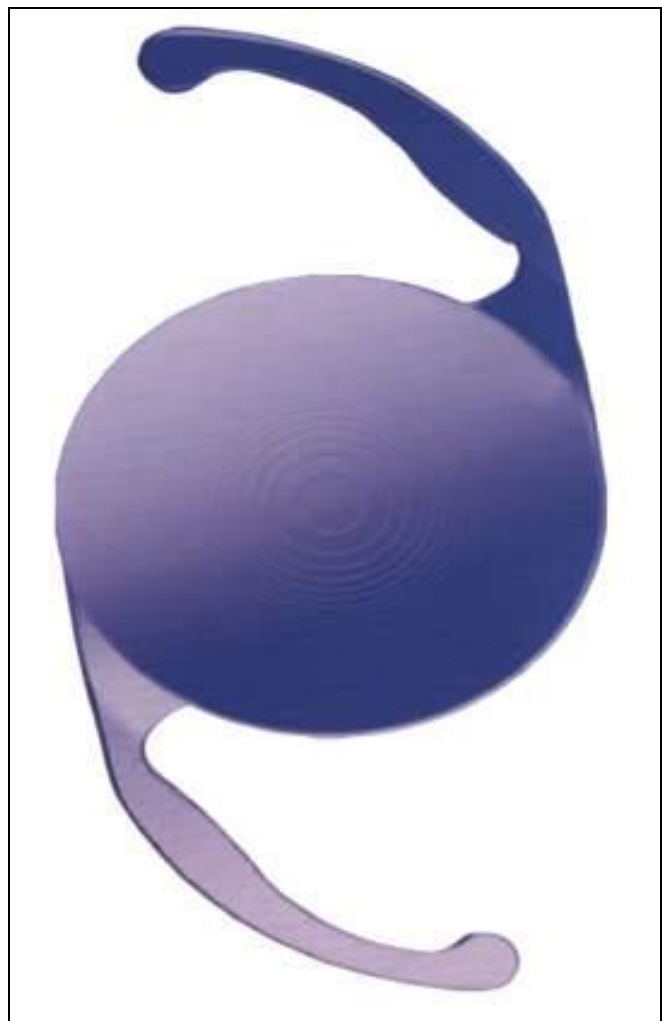
ИРИС-КЛИПС ЛИНЗЫ



ЗАДНЕКАМЕРНЫЕ ИОЛ

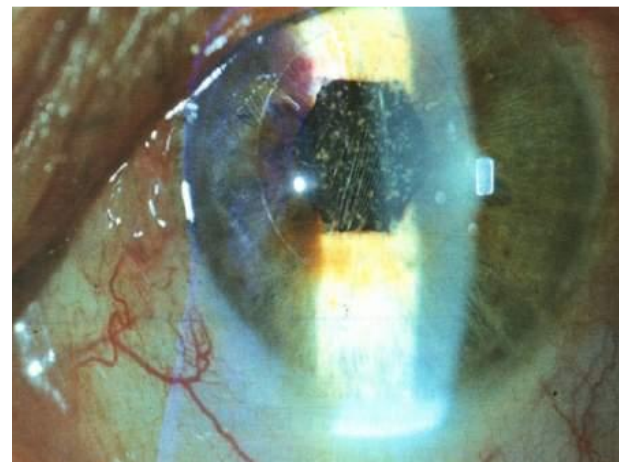
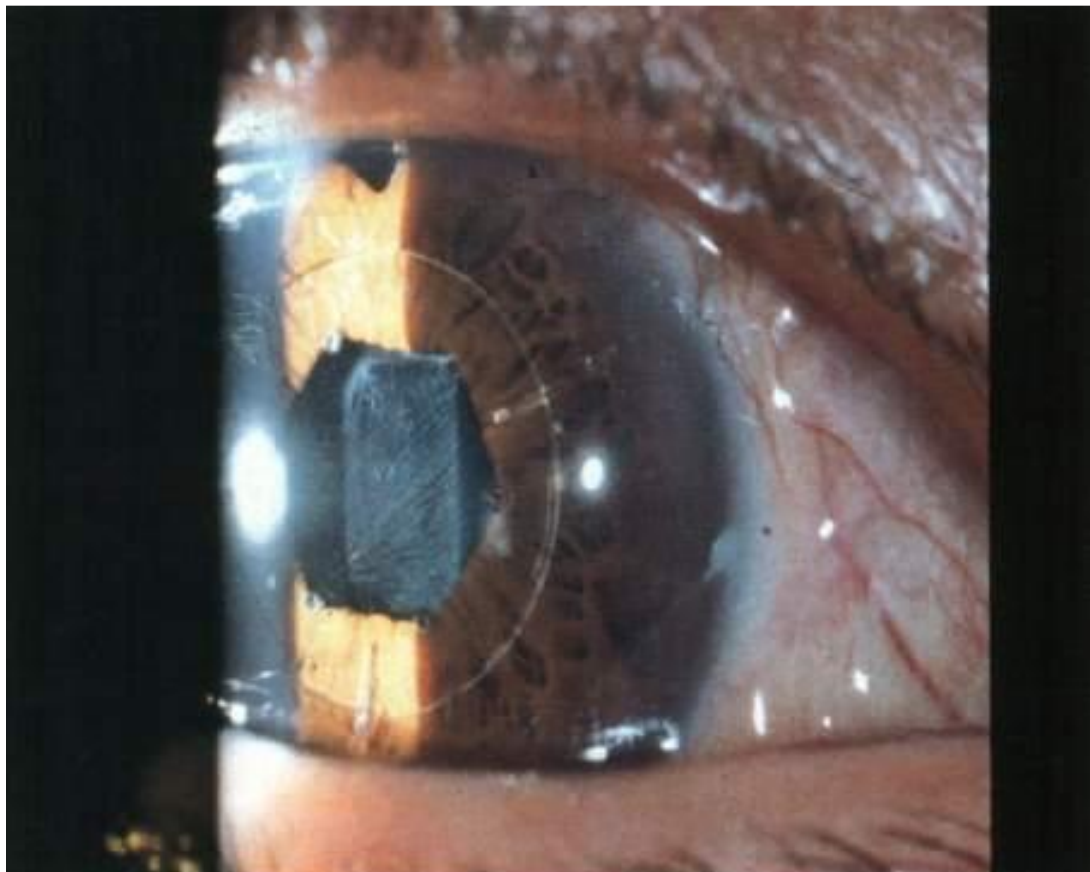


НОВЫЕ МОДЕЛИ ИОЛ

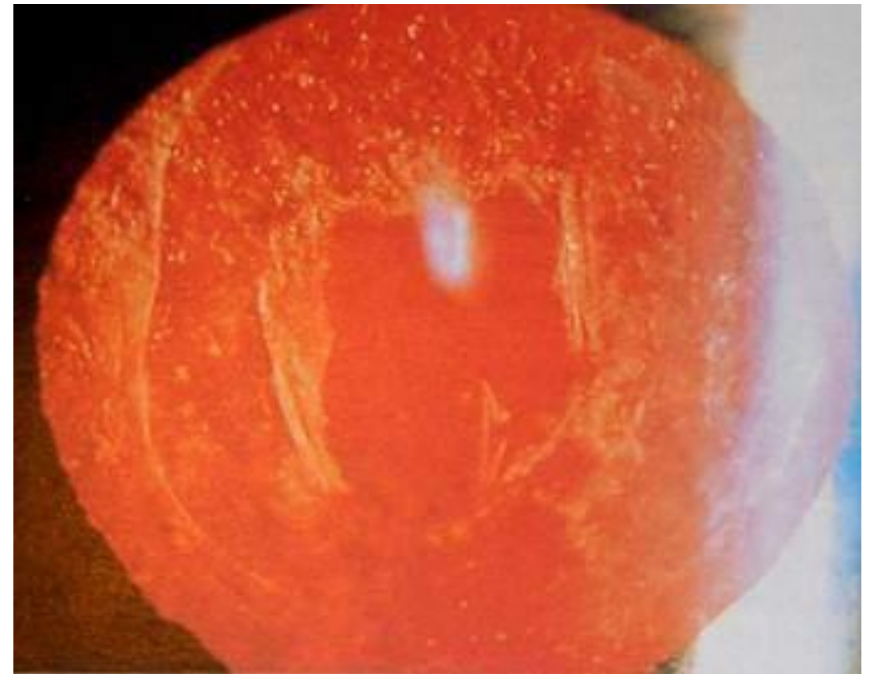




ВТОРИЧНАЯ КАТАРАКТА



ВТОРИЧНАЯ КАТАРАКТА



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !

Вопрос:

**Кто и когда
впервые
посадил в глаз человека
«искусственный
хрусталик» ?**