

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСТЕТИ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

СРС

ВТОРИЧНАЯ КАТАРКТА

Выполнила: Қанапия А.А
Проверила: Ботанова А.М
Факультет: ОМ
Группа: 20-01

2018г

Катаракта - это заболевание глаза, основным признаком которого является помутнение основного вещества или капсулы хрусталика , сопровождающееся понижением остроты зрения.

Вторичная катаракта — это осложнение после операции по удалению помутнения хрусталика и установки интраокулярной линзы. Вторичная катаракта развивается в 10-15% случаев после установки искусственного хрусталика.



ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНОЙ КАТАРАКТЫ:

Этиопатогенез изучен недостаточно. Но основными причинами считаются:

- **Фиброз задней капсулы.** Развитию фиброза предшествуют воспалительные процессы в окружающей клетчатке, поэтому факторами риска возникновения вторичной катаракты выступают увеит и метаболические расстройства (сахарный диабет).
- **Миграция гиперпластических эпителиоцитов.** Причиной образования шарообразных клеточных конгломератов Адамюка-Эльшнига в эпителии капсулы хрусталика является избыточная регенерация эпителия после экстракции катаракты.
- **Некорректная имплантация ИОЛ.** Вторичная катаракта чаще развивается при внедрении переднекамерной ИОЛ, превышении диаметра ее оптической части (более 7 мм) или фиксации линзы в зоне цилиарной борозды.

ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНОЙ КАТАРАКТЫ:

- неполное рассасывание масс хрусталика при его травме;
- неполного извлечения элементов хрусталика во время операции;
- нарушений обмена веществ и эндокринных заболеваний;
- аутоиммунных процессов;
- высокой степени близорукости;
- отслойки сетчатки;
- воспалительных процессов в сосудистой оболочке глаз.

С МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ВТОРИЧНОЙ КАТАРАКТЫ:

- **Фиброзная.** Характеризуется фиброзной трансформацией задней капсулы. В клеточном составе пленки преобладают соединительнотканые элементы. Фиброзный тип диагностируют в первые 3 месяца с момента начала развития патологии.
- **Пролиферативная.** При этом варианте заболевания выявляются специфические клетки-шары Адамюка-Эльшнига, кольца Земмерринга, что свидетельствует о продолжительном течении заболевания (3 и более месяцев).
- **Утолщение капсулы хрусталика.** Согласно классификации, это отдельный нозологический тип, поскольку в отличие от остальных вариантов утолщение капсулы не сопровождается потерей ее прозрачности. Диагностируется редко, этиология и патогенез не установлены.

СИМПТОМЫ ВТОРИЧНОЙ КАТАРАКТЫ:

- прогрессирующее снижение остроты зрения
- ухудшению цветовосприятия (уменьшению яркости изображения перед глазами)
- повышенная утомляемость при выполнении зрительной работы
- двоение перед глазами, искажение формы предметов
- появление «пелены» или «тумана» перед глазами
- возникновение бликов, вспышек или цветных ореолов вокруг источника света

ОСЛОЖНЕНИЕ

Длительное течение вторичной катаракты приводит к необратимой потере зрения, не поддающейся классическим способам коррекции. Интраоперационное повреждение роговицы не только осложняет течение основной патологии, но и ассоциируется с высокой вероятностью развития дисперсного синдрома и пигментной глаукомы. Воспалительный процесс, лежащий в основе патогенеза заболевания, часто провоцирует развитие увеита, склерита, эндофтальмита. Пролиферативный тип вторичной катаракты и утолщение хрусталиковой капсулы стимулируют повышение внутриглазного давления, что проявляется клиникой офтальмогипертензии.

ДИАГНОСТИКА

Вторичная катаракта – сложно диагностируемая патология, для выявления которой применяется комплекс инструментальных и лабораторных методов исследования. Инструментальная диагностика информативна только при выраженных изменениях капсулы хрусталика. Лабораторные методы применяются на ранних стадиях или для прогнозирования риска развития нозологии.

Офтальмологическое обследование включает в себя:

- **Визометрию.** Методика позволяет определить степень снижения остроты зрения с коррекцией и без нее.
- **Биомикроскопию глаза.** Процедура применяется с целью визуализации помутнения оптических сред, дегенеративно-дистрофических изменений переднего отдела глаз.
- **УЗИ глаза в А- и В-режимах.** Метод дает возможность оценить анатомо-физиологические особенности строения органа зрения, положение ИОЛ.
- **Оптическую когерентную томографию (ОКТ).** Методику используют для дополнительного изучения топографии глазного яблока и внутриорбитальных структур. Обследование показано для выявления патологических изменений задней камеры (плотной соединительнотканной пленки и скопления колец Земмерринга, клеточных элементов Адамюка-Эльшнига).

Дополнительно при вторичной катаракте показано:

- ▣ **Измерение уровня противовоспалительных цитокинов.** Исследование проводится методом гибридизации и иммунофлуоресценции. Определение в сыворотке крови повышенного титра цитокинов коррелирует с тяжестью воспаления на послеоперационном этапе.
- ▣ **Исследование титра антител к хрусталику.** Нарастание титра антител в крови или слезной жидкости ассоциировано с высоким риском формирования вторичной катаракты.
- ▣ **Цитологическое исследование пленки.** Выявление клеток Адамюка-Эльшнига и колец Земмерринга возможно не раньше, чем через 90 дней после первичного оперативного воздействия, свидетельствует о длительном течении заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ КАТАРАКТЫ

Лазерная дисцизия вторичной катаракты.

Техника лазерной капсулотомии сводится к нанесению мелких перфорационных отверстий с последующим полным удалением соединительнотканых разрастаний.

Оперативное вмешательство проводится под регионарной анестезией и не ограничивает трудоспособность пациента.

Удаление катаракты с помощью аспирационно-ирригационной системы. Автоматизированная бимануальная методика аспирации-ирригации позволяет удалить пролиферирующий эпителий хрусталика путем формирования двух парацентезов в роговой оболочке, введения вискоэластика и мобилизации ИОЛ. Дополнительно может проводиться имплантация капсульного кольца или капсулорексис под интраокулярной линзой.

ПРОГНОЗ И ПРОФИЛАКТИКА

Прогноз при своевременной диагностике и лечении вторичной катаракты для жизни и трудоспособности благоприятный. Отсутствие адекватной терапии – причина частых рецидивов, в дальнейшем возможна необратимая потеря зрительных функций. Хирургическая профилактика сводится к индивидуальному подходу к выбору модели, материала и дизайна края интраокулярной линзы с учетом анатомо-физиологических особенностей строения глаза. Медикаментозные превентивные меры требуют местного и перорального применения нестероидных противовоспалительных средств и глюкокортикостероидов в пред- и послеоперационном периоде.