

*Черватюк Мария Игоревна,
студентка 6 курса Медицинского института НИУ «БелГУ»*

г. Белгород

*Амичба Марта Мурмановна,
студентка 6 курса Медицинского института НИУ «БелГУ»*

г. Белгород

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ КАТАРАКТЫ

***Аннотация:** на данный момент катаракта считается одним из самых распространенных заболеваний в области офтальмологии во всем мире. Данное заболевание известно давно, еще со времен Аристотеля и Гиппократов. Данная статья посвящена терапии катарактальной хирургии с точки зрения усовершенствования технологий и в отношении качества жизни, а также различных послеоперационных осложнений.*

***Ключевые слова:** катаракта, хирургия, история, факоэмульсификация.*

***Annotation:** Abstract: at the moment, cataract is considered one of the most common diseases in the field of ophthalmology worldwide. This disease has been known for a long time, since the days of Aristotle and Hippocrates. This article is devoted to the treatment of cataract surgery from the point of view of improving technology and in terms of quality of life, as well as various postoperative complications.*

***Key words:** cataract, surgery, history, phacoemulsification.*

Катаракта является заболеванием, при котором визуализируется частичное или полное помутнение хрусталика глаза, который расположен внутри глазного яблока, между стекловидным телом и радужкой.

Со временем люди зрелого и пожилого возраста отмечают, что их зрение ухудшается, примерно в 30-40% случаев это связано с катарактой, помутнением хрусталика. В возрасте старше 40 лет наблюдаются начальные помутнения, к 80 годам данная патология обнаруживается практически у каждого человека.

Согласно официальным источникам, общий показатель распространенности катаракты в Российской Федерации составил 3,36% для жителей городской черты населения и 3,63% для сельского.

К следующим факторам риска относятся: гипертоническая болезнь, сахарный диабет, перенесенные ранее инфекции, заболевания глаз прием кортикостероидов: глаукома, высокая близорукость, травмы глаза, тепла или лучевого излучения, курение, действие ультрафиолета, наследственный фактор и употребление алкоголя [5, с.87].

Из часто встречающихся этиологических факторов врожденных катаракт: наследственные болезни, хромосомные нарушения, внутриутробные инфекции (краснуха), метаболические болезни (галактоземия) [4, с.127]. Катаракта связана с патологическими процессами в почках, сердце, и другими заболеваниями, которые могут также усугублять проведение наркоза. Хрусталик может мутнеть из-за нарушенных обменных процессов. Если не обнаружить своевременно, а также не лечить катаракту, то зрение постепенно снижается и может достичь состояния, когда пациент не может различать предметы.

С катарактой связаны следующие осложнения: возникновение близорукости, иридоциклит, вторичная глаукома, разрушению капсулы хрусталика с вывихом мутного ядра. На сегодняшний день согласно данным ВОЗ в мире проживает около 20 миллионов человек, ослепших из-за катаракты [3,с.18].

Дифференциальную диагностику катаракты проводят с другими заболеваниями глаз:

1. Гемофтальм. При гемофтальме в отличие от катаракты течение процесса развивается быстрее, внезапно, больные жалуются на ускоренное (возможно в

течение часа) снижение остроты зрения, возникающие на фоне гипертонической болезни или сахарного диабета. Выявляется прозрачный хрусталик при биомикроскопическом исследовании на фоне отсутствия или снижения рефлекса с глазного дна. Отмечается диффузное помутнение стекловидного тела при офтальмосканировании [1,с.23].

2. Отслойка сетчатки. Патология развивается достаточно быстро, больные жалуются на внезапное снижение зрения, появление «занавески», «пелены», перед взглядом. Наблюдается сероватый рефлекс с глазного дна, при биомикроскопии выявляется прозрачность хрусталика, при офтальмоскопии выявляется отслойка сетчатки.

3. Поздние стадии глаукомы. Жалобы на постепенное уменьшение остроты зрения, которые возникают на фоне сужения полей зрения, иногда сохраняется боковое зрение, но невысокое. При биомикроскопии выявляется прозрачный хрусталик, при офтальмоскопии имеется выраженная глаукоматозная атрофия зрительного нерва, выявляется повышение внутриглазное давление при тонометрии.

4. Деструкция стекловидного тела. Пациенты жалуются на постепенное снижение остроты зрения, как правило, возникающее на фоне воспалительных заболеваний глаза. При биомикроскопическом исследовании выявляется деструкция передних отделов стекловидного тела, хрусталик прозрачен.

5. Центральная хориоретинальная дистрофия. Наблюдается снижение зрения, причем в большей степени центрального зрения, искаженность прямых линий. При биомикроскопии хрусталик прозрачен, при офтальмоскопии в макулярной области выявляются дистрофические изменения сетчатки.

6. Эмболия центральной артерии сетчатки. Возникшее уменьшение остроты зрения на фоне гипертонической болезни. Хрусталик при биомикроскопии прозрачен, при офтальмологии выявляются симптом «вишневой косточки» и отек сетчатки.

Действенным единственным вариантом терапии катаракты, на сегодняшний день, является хирургическое вмешательство, основа которого сводится в замене

помутневшего хрусталика на искусственный [5, с.380]. Широкую распространенность получила ультразвуковая (УЗ) факоэмульсификация (ФЭ), среди многообразия разновидностей хирургических операций, начало которой было положено в 1967 году Чарльзом Кельманом. Основывается на преимущественном использовании малотравматичных технологий, а также малых разрезов.

Терапия осуществляется оперативным путем. Техника проведения операции на сегодняшний день достаточно изучена и обработана, является высокотехнологичной, очень надежной и совершенно безболезненной процедурой. Проводятся через микропроколы, длительность около 15 минут. Изначально необходимо удаление помутневшего хрусталика, а затем установка искусственной линзы.

Искусственные хрусталики изготавливают из специальных оптических материалов, а также из мягких складывающихся полимеров, например, силикона и акрила. Замена натурального хрусталика для фокусировки четкого изображения на сетчатку глаза является главным предназначением.

Каждому больному индивидуально ведется расчет силы хрусталика, необходимая именно для его глаза. Производство и поставка искусственных хрусталиков в клинике осуществляется по диоптриям.

Нет необходимости после операции наложения швов, госпитализации в стационаре, отсутствует дискомфорт и неприятные болевые ощущения [3, с.231]. Ограничения, возникающие после операции минимальны, практически не изменяют привычный уклад жизни пациента.

Следует отметить, чем раньше будет выполнена операция, тем проще она проходит, помутнение хрусталика в начальном периоде устранить легче, чем полное. Начавшаяся ранняя реабилитация проходит быстрее, эффективность гораздо намного выше и самое главное, что не страдает несколько лет отсутствием качественного зрения.

Список литературы:

1. Бобыкин Е.В., Гринев А.Г., Хабаров О.Н. и др. Трехлетний опыт амбулаторной хирургии хрусталика // Съезд офтальмологов России, IX: тез. докл. — М., 2010. — С. 57.
2. Бочкарев С.С., Денкевиц М.Н., Ерошевская Е.Б., Малов И.П., Девяткин А.М. Медицина высоких технологий для пожилых пациентов с помутнением хрусталика // Российский медицинский журнал. — 2008. — №3. — С. 32-64.
3. Брежнев А.Ю., Курышева Н.И., Трубилин В.Н. и др. Проблемы ранней клинической диагностики псевдоэксфолиативного синдрома // Офтальмология. — 2012. — Т. 9, № 1. — С. 49-52.
4. Современная офтальмология / под ред. В.Ф. Даниличева. — СПб, 2000. — С. 327-328
5. Федоров С.Н. Основные тенденции современной хирургии катаракты // Тез докл. 11 съезда офтальмологов России. — М., 2000. — С. 11-14.