

Abrams G. W.: Posttraumatic endophthalmitis. *AMA Arch. Ophthal.* 102: 547—550 (1984). — 3. *Ling C. H.*, Arch. Ophthal. 102: 547—550 (1984). — 3. *Ling C. H.*, Arch. Ophthal. 102: 547—550 (1984). — 4. *Peyman G. A.*, *Raichand M.*: Electron microscopic study of toxicity of intravitreal injections of gentamycin in primates. *Can. J. Ophthal.* 20: 179—183 (1985). — 4. *Peyman G. A.*, *Schulman J. A.*: Intravitreal surgery. Principles and Practice (Appleton-Century-Crofts, 1986). — 5. *McDonald H. R.*, *Schatz H.*, *Allen A. W.*, *Chenoweth R. G.*, *Cohen H. B.*, *Crawford J. B.*, *Klein R.*, *May D. R.*, *Snider J. D.*: Retinal toxicity secondary to intraocular gentamycin injection. *Ophthalmology* 93: 871—877 (1986). — 6. *Nawrocki J.*, *Swietliczko I.*: Rola lensektomii i witrektomii w zaopatrzeniu ciężkich ura-

(c. d. ze str. 40)

CANNISTRA A. J., ALBERT D. M., FRAMBACH D. A., DREHER R. J., ROBERTS L.: Nagła utrata wzroku stowarzyszona z bakteremią wywołaną przez *Clostridium* (*Sudden visual loss associated with clostridial bacteremia*). *Brit. J. Ophthal.* 72: 380—385 (1988).

Przedstawiono pacjenta z nabytym endogennym *panophthalmitis* wywołanym przez *Clostridium septicum*. Pacjent miał objawy towarzyszące tej infekcji okulistycznej. Badanie mikroskopowe wyluszczonego oka wykazało rozległy zawał, nekrozę tkanek oka w połączeniu z *panophthalmitis*. Ponadto obserwowano zakrzep t. środkowej siatkówki i naczyń naczyniówki.

Anna Bernardczykowa

11. Soczewka, pseudofakia

PERKINS E. S.: Grubość soczewki w zaćmie początkowej (*Lens thickness in early cataract*). *Brit. J. Ophthal.* 72: 348—353 (1988).

Poszukiwanie czynników środowiskowych skojarzonych z zaćmą spowodowało konfliktowe zapatrywanie. Jedną z możliwych przyczyn może być to, że środowiskowe wpływy stanowią początek zdarzeń, które występują przez krótkie okresy wiele lat przed utratą wzroku na skutek zaćmy. Jest ważne, aby być zdolnym wykryć badaniami epidemiologicznymi najwcześniejsze zmiany w tworzeniu zaćmy, także czynników środowiskowych. 2 możliwe wskaźniki wczesnej zaćmy były obserwowane w oświetleniu lampą szczelinową: zahamowany wzrost soczewki i nienormalności jasnej strefy podtorebkowej przedniej (i.s.p.p.). Seria pacjentów z wczesnymi zmianami soczewki była porównywana z osobami kontrolnymi w odniesieniu do tych 2 czynników. Grubość soczewki mierzono przy pomocy prostej metody optycznej. Przeciętna grubość soczewki u pacjentów z wczesnymi korowymi lub tylnymi podtorebkowymi zmianami soczewki była wyraźnie mniejsza niż u osób kontrolnych. 60% soczewek z zaćmą początkową wszystkich typów wykazywało ubytek lub brak i.s.p.p. Grubość soczewki i zachowanie się i.s.p.p. były łatwe do zmierzenia i obserwacji przez nierozszerzoną źrenicę. Jakkolwiek prognostyczna wartość wyników jest niepewna w przypadkach indywidualnych, mając raczej szeroki rozrzut wyników w normalnych oczach, obserwacje takie mogą mieć wartość w badaniach porównawczych populacji.

Anna Bernardczykowa

Regina Romańczuk

(c. d. na str. 24)

zów przebijających oczu. *Klin. oczna* 90: 222—224 (1988). — 7. *Swietliczko I.*, *Nawrocki J.*: Witrektomia przednia i tylna jako metoda leczenia ciężkich schorzeń oczu. *Klin. oczna* 90: 215—217 (1988). — 8. *Talamo J. H.*, *Klin. oczna* 90: 215—217 (1988). — 8. *Talamo J. H.*, *Klin. oczna* 90: 215—217 (1988). — 9. *Verbrae-Amer. J. Ophthal.* 100: 840—847 (1985). — 9. *Verbrae-Amer. J. Ophthal.* 100: 840—847 (1985). — 9. *Verbrae-Amer. J. Ophthal.* 100: 840—847 (1985). — 9. *Verbrae-Amer. J. Ophthal.* 100: 840—847 (1985). — 9. *Verbrae-Amer. J. Ophthal.* 100: 840—847 (1985). — 9. *Verbrae-Amer. J. Ophthal.* 100: 840—847 (1985). — 9. *Verbrae-Amer. J. Ophthal.* 100: 840—847 (1985).

Praca wpłynęła: 23.4.1988 (nr 5341).

12. Siatkówka, ciało szkliste

PROST M.: Eksperymentalne badania nad patogeną retinopatii wcześniaków (*Experimental studies on the pathogenesis of retinopathy of prematurity*). *Brit. J. Ophthal.* 72: 363—367 (1988).

Angiogeniczna aktywność różnych części siatkówki u kotów z retinopatią wywołaną tlenem była badana przy użyciu rogówkowej mikrokieszonki i próby chorioallantoinowej. Badania wykazały, że w retinopatii wcześniaków najważniejszą rolę w patogenie proliferacji fibrowaskularnej odgrywa tzw. pierwotna awaskularna siatkówka, która jest częścią siatkówki nie unaczynionej w czasie ontogenezy.

Anna Bernardczykowa

KASINCEVA L. T., SALDAN I. R., ARTEMOV A. V., DEGTYARENO T. V.: Patogeniczne cechy prostej i proliferacyjnej retinopatii cukrzycowej (*Patogeneticzne osobennosti prostej i proliferativnoj diabetičeskoj retinopatii*). *Oftal. Z.* 30: 193—197 (1988).

Wzrost zachorowalności na cukrzycę w krajach rozwiniętych przemysłowo, w ostatnich dziesięcioleciach doprowadził do znacznego wzrostu liczby chorych z retinopatią (r.c.). Częstość zmian na dnie oka stwierdzają autorzy w 16—90%. Ulepszenie metod badania ma też na celu opracowanie wciąż niejasnej patogeny r.c. Materiał własny opisano z obserwacji 208 chorych, w tym 80 z cukrzycą I typu. Badano hemodynamikę oka metodą reooftalmografii, hemomikrocykulację kapilarską i angiografią fluorescencyjną. Badanie reologiczne krwi operano na tromboelastografii a poziom lipidemii oceniano w plazmie. Badania morfologiczne obejmowały wycinki spojówki i tęczówki uzyskane podczas zabiegów operacyjnych. W teście fotografie elektronogramów w powiększeniu 15 000 X. Badanie immunomorfologiczne wykonywano na materiale biopsyjnym niefikowanym, określając immunoglobuliny klasy G. Tromboelastografia została wykonana u 158 chorych. Z wyniku badań wykazano, że dla prostej r.c. w okresie jej rozwoju są charakterystyczne zaburzenia naczyniowe, niewypełnienie i stwardnienie włóscinkowo-tęczynowej sieci siatkówki. W przebiegu retinopatii proliferacyjnej na plan pierwszy występują zmiany wewnątrznaczyniowe: opisano liczne objawy. Dane kliniczne znajdują potwierdzenie morfologiczne: zaznaczyła się osmiofilność plazmy w kapilarach, diapedeza erytrocytów, piknoza i proliferacja śródbłonka. Podano, że prosta retinopatia często jest obserwowana u chorych z antygenem B-8.

ZESPÓŁ styku ciała szklistego z rogówką (*vitreocon-neal touch syndrome*) wywołuje obrzęk warstwy właściwej rogówki i jej nabłonka. W razie dłuższej trwającego powikłania może dochodzić do zwyrodnienia rogówki i jaskry wtórnej związanej ze zmianami patologicznymi w kącie komory przedniej. Możliwe dalsze zmiany, takie jak blok źreniczny, zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego lub odwarstwienie siatkówki mogą również w istotny sposób wpływać na końcowe wyniki leczenia.

Obserwacje *Kasnera*⁴ dotyczące leczenia tego powikłania za pomocą *open-sky* witrektomii wykazały, że oko dobrze znosi usunięcie nawet znacznych ilości ciała szklistego. Fakt ten stał się jedną z przesłanek umożliwiających powstanie współczesnej chirurgii ciała szklistego.

Obecna praca przedstawia własne wyniki leczenia przemieszczenia ciała szklistego do komory przedniej po operacji zaćmy i stanowi ona rozszerzenie poprzedniego doniesienia⁵.

MATERIAŁ I METODYKA

Witrektomię przednią wykonywano w leczeniu kolejnych 15 chorych z przemieszczeniem ciała szklistego do komory przedniej po operacji zaćmy. Grupę tę stanowi 7 kobiet (średnia wieku 68,7 lat) oraz 8 mężczyzn (średnia wieku 65,2 lat). Omawiane powikłanie wystąpiło dwukrotnie po operacji zewnątrztołrebkowego usunięcia soczewki i 13-krotnie po krioekstrakcji.

Czas jaki upłynął od operacji zaćmy do wykonania witrektomii wynosił przeciętnie 2—4 tygodnie. U czterech chorych witrektomię wykonano w pierwszym tygodniu, natomiast u 2 w kilka miesięcy po operacji zaćmy.

Witrektomię wykonywano w 14 przypadkach przez wejście w rąbku rogówki i w 1 przypadku przez część płaską ciała rzęskowego.

Wszystkie zabiegi wykonywane były w mikroskopie operacyjnym OPMI-6 (firmy Opton), stosowano witek-tom *vitreal stripper* (firmy Oertli).

W omawianej grupie 10 chorych obserwowano od 6 miesięcy do 2 lat po zabiegu.

WYNIKI

Po zakończeniu leczenia ostrość wzroku 6/60 lub lepszą uzyskano w 11 przypadkach (73,3%). W grupie tej znalazło się 5 chorych z pełną ostrością wzroku (33,3%). Poprawa widzenia wystąpiła u 12 (80%), brak poprawy u jednej (6,7%) a pogorszenie u 2 osób (13,3%). Porównanie wyników pooperacyjnych w zależności od wyjściowych przedstawia ryc. 1.

W czasie operacji stwierdzono następujące powikłania: wylew krwi do oka (1 chory) oraz niewielkiego stopnia uszkodzenie tęczówki przy brzegu źrenicznym (1 chory).

W okresie pooperacyjnym stwierdzono podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe u 3 chorych (20%), objaw ten ustąpił u 2 w okresie 2—3 tygodni, natomiast u

Z Kliniki Okulistycznej AM w Łodzi, kierownik: prof. dr med. Irena Swietliczko

Reprint requests to: Prof. dr med. Irena Swietliczko, ul. Narutowicza 79c m. 1; 90-138 Łódź, Poland

IRENA SWIETLICZKO I JERZY NAWROCKI

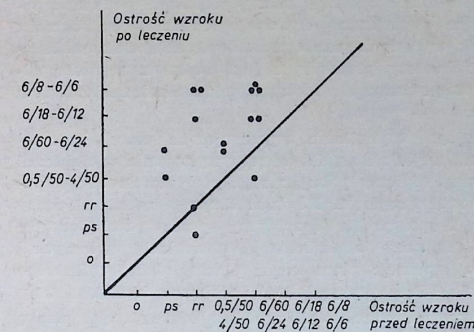
Zastosowanie witrektomii w leczeniu przemieszczenia ciała szklistego po operacji zaćmy

VITRECTOMY IN TREATMENT OF A VITREOUS PROLAPSE AFTER CATARACT EXTRACTION

Vitreous prolapse into the anterior chamber after cataract extraction is a severe complication in cases in which there is a contact between the vitreous and the cornea. The present paper discusses the result of treatment by vitrectomy in 15 patients with this complication. Anatomical and functional improvement was attained in 12 cases (89 p.c.) and in 5 among them — full visual acuity was obtained.

HASŁA: witrektomia, zaćma, przemieszczenie ciała szklistego

KEY WORDS: vitrectomy, cataract, vitreous prolapse



Ryc. 1. Ostrość wzroku po zakończeniu leczenia w przypadkach powikłanego przemieszczenia ciała szklistego do komory przedniej po operacji zaćmy.

jednej pacjentki jaskra stała się przyczyną ślepoty, obrzęk i niewielkiego stopnia przymglenie rogówki wystąpiły u 3 chorych (20%), wylew krwi do wnętrza gałki u 1 (6,7%) oraz dosyć liczne drobne męty w ciełe szklistym u 2 chorych (13,3%).

Wyniki czynnościowe w odległej obserwacji (6 miesięcy do 2 lat) kształtowały się następująco: ostrość wzroku 6/6—6/8 — 3 przypadki (30%), 6/18—6/12 — 3 (30%), 0,5/50—4/50 — 3 (30%), brak poczucia światła 1 przypadek (10%). Przyczyną braku poczucia światła u tego chorego była jaskra dokonana. W grupie z ostrością wzroku 0,5/50—4/50 stwierdzono następujące zmiany: zwyrodnienie okolicy plamkowej (1), zmętnienie rogówki po owrzodzeniu przebytym w okresie obserwacji (1), zmniejszenie przezroczystości rogówki związane z uszkodzeniem śródbłonka (1).

OMÓWIENIE

Nasze wyniki czynnościowe zbliżone są do przedstawionych przez *Gierkową* i współpr.¹ oraz *Zyguską-Machową*².

Dane z wybranych pozycji piśmiennictwa obcego kształtują się również podobnie. Treiser i Machemer opisują dwa przypadki leczone z sukcesem⁶. Wilkinson i Rowsey⁷ uzyskali końcową ostrość wzroku 20/40 lub lepszą w 42,2% z 38 opisanych przypadków. Jednak lepszą w 74% w grupie oczu z początkową ostrością wzroku wówczas okazało się, że dobre wyniki otrzymani w 74% w grupie oczu z początkową ostrością wzroku również wynoszącą 20/40 lub więcej. Wśród gorzej widzących w żadnym przypadku nie uzyskano dobrej ostrości wzroku. W kolejnej pracy Homera i współpracowników⁸ przedstawiono wyniki leczenia 17 chorych z początkową ostrością wzroku gorszą niż 20/40 i tutaj dobre wyniki czynnościowe uzyskano w 6 przypadkach (35,2%).

Wyniki nasze oraz wspomnianych autorów gorsze są od porównywalnej grupy 9 chorych (grupa 1) przedstawionej w pracy Gerkowicza i Toczołowskiego². Autorzy ci uzyskali bowiem ostrość wzroku 0,8–1,0 u wszystkich leczonych osób. Dane te różnią się od niektórych pozostałych tym, że witektonomię wykonywano w trakcie zabiegu usunięcia zaćmy. W związku z tym nie można interpretować zakresu ostrości wzroku po zucie światła do 1/50 jako odnoszącej się do stanu przed witektonomią.

W grupie naszych chorych nie wykonywano witektonomii w czasie operacji zaćmy ponieważ omawiane powikłania stwierdzono dopiero w późniejszym okresie. Jednak w razie istnienia przemieszczenia ciała szklistego do komory przedniej i jego styku z rogówką witektonomię starano się wykonać w możliwie najkrótszym czasie.

Kolejnym czynnikiem wymagającym przedyskutowania jest wejście do gałki w celu wykonania witektonomii przedniej. Autorzy polscy z reguły wybierali drogę poprzez rąbek rogówki. Również dotyczy to naszej pracy (tylko 1 przypadek operowany przez *pars plana* — 6,6%). Autorzy amerykańscy natomiast wykonywali częściej operację przez część płaską ciała rząskowego (Michels 85,7% przypadków, Wilkinson 76,3%).

Wykonanie witektonomii przedniej przez część płaską ciała rząskowego pozwala łatwiej usunąć szkliskę z komory przedniej, zwłaszcza w obszarze południka, w którym wykonane jest wejście do oka. *Pars plana* witektonomia pozwala również dokładniej oczyścić przestrzeń pod tęczęwką i uzyskać prawidłową centralną i ruchomą źrenicę, nie ma wpływu na pooperacyjną nieborność, pozwala szybciej dopasować soczewkę kontaktową, stanowi mniejsze zagrożenie dla śródbłonka rogówki. Z drugiej strony wykonanie zabiegu w ten sposób może być obciążone powikłaniami dodatkowymi,

zwłaszcza jeśli cięcie w części płaskiej ciała rząskowego nie jest rutynowo wykonywane przez operatora. Witektonomia przednia wykonywana przez cięcie w rąbku rogówki niesie ze sobą pewne niedogodności takie jak trudność oczyszczenia przestrzeni pod tęczęwką lub w obszarze cięcia rąbkowego, łatwiejsza możliwość uszkodzenia śródbłonka rogówki, jednak jest to zabieg zblizony do typowej operacji w przednim odcinku oka i z tego powodu łatwiejszy.

Kolejnym ważnym czynnikiem wymagającym omówienia jest występowanie jaskry w okresie pooperacyjnym. Częstość tego powikłania wynosiła w pracy Żygulskiej-Machowej 23%⁸. Wartość ta zbliżona jest do przedstawionej w naszym materiale (20%). Niestety w jednym naszym przypadku powikłania tego nie udało się opanować i stało się ono przyczyną utraty wzroku. Należy jednak stwierdzić, że u omawianej chorej już w okresie przed witektonomią ciśnienie wewnątrzgałkowe przekraczało 60 mm Hg i nie obniżało się po stosowanym leczeniu zachowawczym.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że dobre wyniki czynnościowe wczesne i odległe potwierdzają potrzebę wykonywania witektonomii w powikłanym przemieszczeniu ciała szklistego do komory przedniej po operacji zaćmy. Jest to zabieg względnie prosty technicznie, możliwy do wykonania bez witektonomii, jednak jego użycie pozwala na działanie bardziej efektywne i mniej uszkadzające tkanki. Witektonomia może być cennym uzupełnieniem operacji zaćmy jeśli wystąpi wpływ ciała szklistego lub może być wykonana jako metoda leczenia odległych powikłań.

PIŚMIENNICTWO

1. Gierkowa A., Koraszewska-Matuszewska B., Szajlik J., Halałek R., Jasiak B.: Chirurgia części przedniej ciała szklistego. Klin. oczna 82: 177–179 (1980).
2. Gerkowicz K., Toczołowski J.: Wartość witektonomii w przemieszczeniu ciała szklistego do komory przedniej podczas operacji zaćmy. Klin. oczna 83: 162–163 (1986).
3. Homer P. J., Peyman G. A., Sugar J.: Automated vitrectomy in eyes with vitreocorneal touch associated with corneal dysfunction. Amer. J. Ophthalm. 39: 500 (1980).
4. Michels R. G.: Vitreous surgery. (Mosby, St. Louis 1981).
5. Świetliczko I., Nawrocki J.: Witektonomia przednia i tylna jako metoda leczenia ciężkich schorzeń oczu. Klin. oczna 90: 215–217 (1988).
6. Treister G., Machemer R.: Pars plana approach for various anterior segment problems. AMA Arch. Ophthalm. 97: 909 (1979).
7. Wilkinson C. P., Rowsey J. J.: Closed vitrectomy for the vitreous touch syndrome. Amer. J. Ophthalm. 90: 304 (1980).
8. Żygulska-Machowa H.: Wczesne i późne wyniki witektonomii wykonanej podczas operacji zaćmy. Klin. oczna 82: 607–609 (1980).

Praca wpłynęła: 23.4.1988 (nr 5342).

OBECNA praca jest rozwinięciem poprzednich doniesień^{6,7} i omawia wyniki wczesne i późne witektonomii zastosowanej w leczeniu odległych powikłań po urazach przebijających oczu oraz lensektomii jako metody leczenia skomplikowanych przypadków zaćm u młodych ludzi.

MATERIAŁ I METODYKA

Przedstawiany materiał stanowi 33 chorych — 6 kobiet, 20 mężczyzn, 7 dzieci — w wieku od 6 do 60 lat.

Chorych podzielono na dwie grupy. Do pierwszej zaliczono 23 osoby, u których wykonano późną rekonstrukcję gałki ocznej z usunięciem wzrostów przednich i tylnych, uszkodzonej i zmniejszonej soczewki oraz witektonomię przednią. Grupę tę stanowi 21 mężczyzna oraz 2 kobiety w wieku od 6 do 60 lat. Czas trwania choroby od dnia urazu do wykonania rekonstrukcji oka wynosił mniej niż 2 tygodnie u 3 chorych (13%), 2–4 tygodni u 8 (34,7%), 1–3 miesięcy u 2 (8,6%), 3–12 miesięcy u 7 (30,7%) i ponad rok u 3 chorych (13%). Ostrość wzroku wahała się od poczucia światła do 6/60.

Soczewkę usuwano w 18 przypadkach za pomocą witektonomu, jeden raz krioelektroforezą, jednorazowo ekspresją, u 1 chorego na pętlę, a dwukrotnie operowano oko bezsoczewkowe.

Zabiegi wykonywano w 22 przypadkach przez wejście do gałki w rąbku rogówki i 1 raz przez część płaską ciała rząskowego. Metodyka operacyjna nie odbiegała od przedstawionej w poprzednich pracach^{6,7}. 12 operacji wykonano przez jedno wejście do gałki oraz 11 przez dwa nacięcia (witektonomem z rozdzielnymi funkcjami).

Do drugiej grupy zaliczono 10 chorych (5 kobiet, 5 mężczyzn w wieku od 20 do 39 lat) z różnego rodzaju zaćmami (wrodzone, w cukrzycy młodzieńczej, wiktające). U wszystkich chorych z tej grupy wykonywano lensektomię przez rąbek rogówki według metodyki przedstawionej w poprzednich pracach. Ostrość wzroku przed operacją wahała się od poczucia światła do 6/60. U 7 chorych zaćma istniała kilka lat a u 3 kilka miesięcy. Zabiegi wykonywano przez jedno wejście do gałki (6 chorych) lub przez dwa nacięcia (4 chorych).

WYNIKI

W grupie rekonstrukcji po urazach w dniu wypisu uzyskano następujące wyniki czynnościowe: pełną ostrość wzroku — 15 chorych (65,2%), 6/60–6/12 — 4 (17,4%), poczucie światła do 4/50 również 4 chorych (17,4%). Średnia ostrość wzroku wynosiła 6/12.

W czasie operacji jedynym stwierdzonym powikłaniem był wylew krwi do wnętrza gałki u 4 chorych (17,3%). W okresie pooperacyjnym wystąpiło dwukrotnie przekrwienie gałki z dosyć dużą ilością mętów w ciele szklistym, dwukrotnie stwierdzono także obwodowo leżące fragmenty mas soczewkowych i torby tylnej.

Przyczyny złej ostrości wzroku w dniu wypisu były następujące: zmiany proliferacyjne lub męty w ciele szklistym — 2 chorych (u jednego z nich wcześniej

IRENA ŚWIETLICZKO, JERZY NAWROCKI
i ZOFIA NAWROCKA

Wartość witektonomii i lensektomii w leczeniu zaćm wiktających i powikłań urazów

THE VALUE OF VITRECTOMY AND LENSECTOMY IN TREATMENT OF COMPLICATED CATARACT AND IN COMPLICATIONS OF INJURIES

Vitrectomy and/or lensectomy was performed in 33 successive cases of traumatic and complicated cataracts. The discussed cases were divided into 2 groups: 1. late reconstructions of the anterior eye segment after injuries and 2. complicated cataracts. After surgery the visual acuity amounted 6/60 or better in 27 from 33 eyes (81.8 per cent). Full visual acuity was attained in 18 patients (54.5 per cent).

HASŁA: witektonomia, lensektomia, uraz, zaćma

KEY WORDS: vitrectomy, lensectomy, injury, cataract

usuwano ciało obce magnetyczne), wylew krwi do gałki również u 2 chorych.

16 osób z tej grupy zgłosiło się do badania kontrolnego w okresie od 6 mies. do 2,5 roku po operacji. Pełną ostrość wzroku stwierdzono u 13 (81,2%), u jednego ostrość wzroku wyniosła 6/12 (6,2%) oraz u 2 0,5/50 do 4/50. Zła ostrość wzroku spowodowana była długotrwałym owrodzeniem w centrum rogówki i jej zmniejszeniem — 1 chorej (owrodzenie rogówki pojawiło się w kilka miesięcy po operacji). U jednego dziecka nastąpiło pogorszenie ostrości wzroku związane z jaskrą wtórną i wodococzem. Był to chorej, który zgłosił się do kliniki w celu wykonania rekonstrukcji oka ponad rok po urazie i przed operacją stwierdzano wysokie ciśnienie wewnątrzgałkowe.

W porównaniu z danymi uzyskanymi w dniu wypisu u 5 osób ostrość wzroku uległa poprawie o 2 do 5 rzędów w okresie odległej obserwacji.

W grupie drugiej obejmującej różnego rodzaju powikłane przypadki zaćm w dniu wypisu uzyskano następującą ostrość wzroku: 6/6 — 4 chorych (40%), 6/60–6/12 — 5 (50%), ruch ręki przed okiem 1 chorej (10%). Średnia ostrość wzroku wyniosła 6/18. Przyczyną złej ostrości wzroku u 1 chorego była obecność litych mas łącznotkankowych wypełniających ciało szkliste.

Jako powikłanie śródoperacyjne w jednym przypadku uszkodzono tęczęwkę przy brzegu źrenicznym i w jednym utopiono kilka drobnych fragmentów soczewki w ciele szklistym. Powikłania te nie miały wpływu na końcowe wyniki czynnościowe.

W odległej obserwacji u jednej chorej stwierdzono niewielkiego stopnia zmniejszenie przezroczystości rogówki spowodowane prawdopodobnie uszkodzeniem śródbłonka.

Do badania kontrolnego po okresie 1–2 lat od zabiegu zgłosiło się 7 chorych. U 6 z nich (85,7%) ostrość wzroku wyniosła 6/12–6/6, pełną ostrość wzroku uzyskano u 4 chorych (57,1%). U jednej chorej stwierdzono ostrość wzroku gorszą niż w dniu wypisu i wynoszącą

Z Kliniki Okulistycznej AM w Łodzi, kierownik: prof. dr med. Irena Świetliczko

Reprint requests to: Prof. dr med. Irena Świetliczko, ul. Narutowicza 79c m. 1; 90-138 Łódź, Poland