

działo do tarczy n. wzrokowego i zbliżyło się do plamki na około 1,5 dd, przechodząc poza barierę wykonaną fotokoagulacją w 1981 r. Wykonano krioleksję obszaru rozwarstwienia i założono balon *Lincoffa* i *Kreissig* w kwadrancie górno-nosowym. Balon usunięto po 8 dniach. Pęczarz rozwarstwienia zmniejszył się do granic z 1981 r., obszar objęty wtedy fotokoagulacją barażową pozostał jednak rozwarstwiony. Na granicy rozwarstwienia wykonano fotokoagulację laserem argonowym. Stan chorej utrzymał się bez dalszych zmian do ostatniej kontroli w listopadzie 1988 r.

OMÓWIENIE

W leczeniu 4 omawianych chorych stosowaliśmy tradycyjną technikę leczenia rozwarstwienia zalecaną przez szereg autorów^{1, 2, 4, 7, 8}. Wyniki uzyskane przez nas zgodne są z dotychczasowymi doniesieniami. Po przypaleniach pola rozwarstwienia (przypadki 2, 4, 5) obserwowaliśmy spłaszczenie pęczera w pierwszych tygodniach, które jednak tylko u jednej chorej było całkowite i trwałe (przypadek 2). *Pecoldowa* stosując fotokoagulację obszaru rozwarstwienia nie obserwowała zmian w wielkości pęczera, jednak zarówno średnica ognisk jak i energia były znacznie mniejsze, aniżeli u naszych chorych. Zastosowanie metody odgrodenia pęczera przy pomocy fotokoagulacji było skuteczne u 3 chorych, jednak u 1 chorej rozwarstwienie powiększyło się poza wykonaną barierę (przypadek 5). Świadczy to, że zastosowanie fotokoagulacji nie daje gwarancji zatrzymania postępującego rozwarstwienia siatkówki.

Mechanizm wchłaniania się płynu z pęczera rozwarstwienia nie jest całkowicie wyjaśniony, prawdopodobnie jednak na skutek przerwania bariery naczyniowo-siatkawkowej, zwłaszcza na poziomie warstwy barwnikowej i błony *Brucha* dochodzi do stopniowego wchłaniania się płynu przez krążenie naczyniówkowe. Ma to miejsce głównie w pierwszej, zapalnej fazie po koagulacji.

W ostatnich latach pewną popularność zdobyło czasowe wglabianie twardówki przy pomocy specjalnego balonu w leczeniu wybranych przypadków odwarstwienia siatkówki. Balon działa w tym wypadku jako okulopresor i po jego zastosowaniu dochodzi do wzrostu ciśnienia w gałce ocznej aż do zrównania z ciśnieniem wewnątrz balonu. Ucisk spowodowany balonem i odkształcenie gałki ocznej wywołują tzw. efekt tonograficzny³, polegający na zmniejszeniu się objętości cieczy wodnistej w obrębie ciała szklistego oraz zmniejszeniu ilości krwi w błonie naczyniowej. Ciśnienie w gałce ocznej (i w balonie) obniża się stopniowo do granic normy i ustala się ponowna równowaga pomiędzy produkcją i odpływem cieczy wodnistej.

Zniszczenie bariery naczyniowo-siatkawkowej poprzez krioleksję stwarza możliwość przechodzenia płynu z obszaru rozwarstwienia na zewnątrz siatkówki, prawdopodobnie do naczyń naczyniówki. Powoduje to pewną, bardzo niewielką, różnicę ciśnień między jamą ciała szklistego, a wnętrzem pęczera rozwarstwienia. Naszym zdaniem stosowanie długotrwałego ucisku na gałkę oczną oraz odkształcenie twardówki i ciała szklistego mogą tę różnicę w pewnym stopniu zwiększyć i przyczynić się do szybszego wchłaniania się płynu i przyplaszczania pęczera. Ponieważ stosowanie balonu miało na celu jedynie wywołanie sił mogących przyspieszać wchłanianie się płynu z pęczera rozwarstwienia, a siły te nie zależą od lokalizacji wgłobienia, balon zakładaliśmy zwykle poza obszarem rozwarstwienia.

Przypadek 3 wydaje się potwierdzać nasze przypuszczenia, ponieważ po zastosowaniu balonu doszło do szybkiego i całkowitego wchłonięcia się płynu. Zastosowanie balonu u chorych nr 4 i 5 nie dało jednak tak spektakularnych wyników. Należy tu jednak wziąć pod uwagę fakt, że obszar rozwarstwienia u tych chorych poddany był poprzednio intensywnej fotokoagulacji, co spowodowało powstanie blizn w obrębie naczyniówki i zewnętrznych warstw siatkówki.

Wprawdzie liczba leczonych przez nas chorych jest zbyt mała, aby można było wyciągnąć przekonujące wnioski, to jednak wydaje się, że sposób ten jest bezpieczny i nie wyklucza późniejszego stosowania fotokoagulacji lub innych metod leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. *Constantinides G., Madelain F., François P.*: Le retinoschisis et son traitement. Bull. Soc. Ophthal. France 76: 1019—1020 (1976).
2. *Dobbie I. G.*: Cryotherapy in the management of senile retinoschisis. Trans. Amer. Acad. Ophthal. 73: 1047—1059 (1969).
3. *Dräger J., Winter R.*: Developments in intraocular cataract extraction. (w:) *Steele A. D., Drews R. C.* (red.): Cataract surgery, 72—85 (Butterworth, London 1984).
4. *L'Esperance F. A., Jr.*: Ophthalmic lasers. Photocoagulation, photoradiation and surgery. (Mosby, St. Louis 1983).
5. *Lincoff H., Kreissig I.*: Results with a temporary balloon buckle for the repair of retinal detachment. Amer. J. Ophthal. 92: 245—251 (1981).
6. *Nauermann G. O. H., Apple D. J.*: Pathology of the eye. (Springer, New York 1985).
7. *Okun E., Cibis P. A.*: The role of photocoagulation in the management of retinoschisis. AMA Arch. Ophthal. 72: 309—314 (1964).
8. *Pecoldowa K.*: Leczenie rozwarstwienia siatkówki fotokoagulacją laserową. Klin. oczna 81: 37—38 (1979).
9. *Straatsma B. R., Foos R. Y.*: Typical and reticular degenerative retinoschisis. Amer. J. Ophthal. 75: 551—560 (1973).
10. *Szwarcowa C.*: Rozwarstwienie siatkówki w obrazie morfologicznym. Klin. oczna 81: 11—12 (1979).
11. *Witmer R.*: Zur Therapy der Retinoschisis. Mod. Probl. Ophthal. 5: 350—357 (1967).

Praca wpłynęła: 7.03.1989 (nr 5526).

STOSOWANE obecnie metody operacyjnego leczenia odwarstwienia siatkówki (o.s.)^{1, 2, 4-6, 8} oraz lepsze poznanie samej kliniki odwarstwienia zezwoliły na znaczne złagodzenie (I) przed- i (II) pooperacyjnego reżimu u pacjentów z tą chorobą^{2, 7, 8}.

Dotyczy to w okresach I i II: 1) unieruchomienia chorego w łóżku, 2) unieruchomienia oczu opatrunkami, szwami, okularami, 3) czasu leczenia chorych z o.s.

I. Okres przedoperacyjny

1. Reżim łóżkowy z odpowiednim ułożeniem głowy (opadającej w kierunku przedarcia siatkówki) stosowany jest w: a) przypadkach o.s. świeżego, zwłaszcza w górnej połowie, bez zajęcia plamki i w przypadkach wskazywanych do szybkiej operacji; b) przypadkach o.s. wysokiego z zajęciem lub zasłoniętą plamką — leżenie 24—48 h w celu przyłożenia siatkówki wraz z plamką, odsłonięcia plamki i spłaszczenia pęczera o.s.; c) przypadkach o.s. całkowitego — próba spłaszczenia o.s. i ułatwienia znalezienia przedarcia (ale też tylko przez 1—2 doby).

Odwarstwienie całkowite i w połowie dolnej nie wymaga unieruchomienia pacjenta w łóżku. Każdy przypadek z grup a, b, c może być podnoszony kilkakrotnie w ciągu doby (do badania, posiłków, toalety).

2. Unieruchomienie oczu (dla zmniejszenia lub zahamowania o.s.) opatrunkami lub okularami stenopeicznymi łączona jest z reguły z unieruchomieniem w łóżku w przypadkach jak a, b, c i nie powinno być przedłużane, zwłaszcza gdy brak jego efektu po 2 dniach stosowania.

Założenie szwu (lub szwów) cugłowego⁷ na gałkę oczną z o.s. odpowiednio ją rotującego i unieruchamiającego zezwala choremu z o.s. (nawet połowy górnej) na pozostawanie w pozycji pionowej, poruszanie się.

W przypadkach z krwotokiem do ciała szklistego, utrudniającym ocenę o.s., stosuje się również reżim jak 1, 2.

3. Okres przedoperacyjny skrócony winien być do minimum, tj. do kilku dni niezbędnych dla oceny klinicznej o.s. (znalezienia wszystkich przedarcia) pobrania posiewu, ustalenia rodzaju zabiegu, oceny stanu ogólnego (osoby starsze, zabieg w znieczuleniu ogólnym) itp. W czasie tym równocześnie może być podjęta próba leżenia i unieruchomienia oczu.

Bardzo ważne jest też zaznajomienie chorego ze stanem oczu, dlaczego operacja jest konieczna, czego od niego oczekujemy w okresie przed i pooperacyjnym i że tzw. reżim w przypadku o.s. nie jest zbyt obciążający.

Przypadki z o.s. górnym, zagrażającym zajęciem plamki i przypadki z narastającym PVR winny być traktowane w chirurgii jako przypadki nagłe; przypadki z ograniczonym o.s. mogą praktycznie być operowane następnego dnia po przyjęciu. W innych przypadkach (o.s. nosowe, dolne, z zajęciem plamki, całkowite) termin operacji nie jest tak ważny.

MARIA BARTKOWSKA-ORŁOWSKA
i KRYSZYNA PECOLDOWA

Prowadzenie przed- i pooperacyjne chorych w odwarstwieniu siatkówki

PRE- AND POSTOPERATIVE MANAGEMENT OF PATIENTS IN CASES OF RETINAL DETACHMENT

Our procedure in both these periods is discussed in reference to the immobilization of the patient in bed, immobilization of the eyes, the period of the treatment depending on the extent of the detachment, the localization of the tears and application of surgical methods. It enabled us to shorten the period of treatment of the non-complicated cases from 62 days in 1962 and 49 days in 1968 to 12 (in cases of single operation) and to 26 days (in cases of multiple operations) in the years 1986—87 including numerous laboratory examinations.

HASŁA: odwarstwienie siatkówki, opieka przedoperacyjna i pooperacyjna

KEY WORDS: retinal detachment, pre- and postoperative management

II. Okres pooperacyjny (też dotyczy problemów 1, 2, 3, ale zależą one od typu zastosowanej operacji).

1. Reżim łóżkowy ograniczony jest do 2—4 dni (z zezwoleniem na zmianę pozycji i wstanie do badania, posiłków, toalety) i to: a) przy wgłobieniu twardówki z usunięciem płynu podsiatkawkowego ułożenie głowy podobne jak przed operacją, tj. w kierunku przedarcia, wykonanego zabiegu; b) przy zabiegu bez usuwania płynu ułożenie głowy jest odwrotne niż przed operacją, tj. przy otworach w górnej połowie dna głowa uniesiona jest wyżej, przy otworach w połowie dolnej — płasko itp. Pozycja ta zezwala na odpływ płynu z obszaru przedarcia i szybsze jego uszczelnienie wykonanym balonem, gdy o.s. jest ograniczone i dotyczy górnej połowy dna, reżim łóżkowy jest niepotrzebny. W balonach dla o.s. dolnego (rzadziej stosowanych) obowiązuje częściowy reżim łóżkowy z głową ułożoną płasko; d) przy zastosowaniu tamponady wewnętrznej gazem^{4, 6}, wskazanej w o.s. z przedarciem w górnej połowie, pozycja pionowa może być stosowana zaraz po operacji (również w łóżku głowa ułożona jest wysoko). Przy przedarciach bardziej bocznych głowa skierowana jest ku przeciwnemu do południka przedarcia ramieniu (otwór po stronie prawej dna — głowa skierowana w lewo). Taki sposób poruszania się z nachyloną głową obowiązuje przez kilka dni. Ponadto w przedarciach plamki zaopatrywanych tamponadą gazem obowiązuje utrzymanie głowy z twarzą pochyloną do przodu i spanie w sposób podobny (twarzą na odpowiednim stoliku-pomocniku) do spania w pociągu.

We wszystkich przypadkach dotyczących a—d obowiązuje badanie dna oczonego już następnego dnia, najlepiej z użyciem wziennika do badania w obrazie odwró-

Z Kliniki Okulistycznej AM w Poznaniu, kierownik: prof. dr med. Witold J. Orłowski

Reprint requests to: Dr med. Maria Bartkowska-Orłowska, ul. Grochowska 91c m. 1; 60-337 Poznań, Poland

conym (metoda bezkontaktowa, a przy wzierniku dwuocznym również ocena przestrzenna z dokładną lokalizacją przedarcia w stosunku do wgłobienia, peksji, płynu itp.). Badanie takie wykonać można u chorego leżącego lub siedzącego (przypadki z gazem). Jeżeli zezwała stan pooperacyjny oka można też ocenić dno oka w biomikroskopie przy użyciu szkła kontaktowego.

2. Zastonięcie obu oczu opatrunkami dotyczy tylko pierwszej doby pooperacyjnej. Od drugiego dnia bez względu na rodzaj zabiegu oko drugie może być i jest odsłonięte (przy bólu, podrażnieniu oka chorego zalecamy ciemne szkło na oko drugie; przy silnych doległościach oka operowanego pacjent i tak nie nadużywa odsłoniętego oka zdrowego). Z chwilą ustąpienia bezpośrednich dolegliwości związanych z zabiegiem, tj. po 2—4 dniach odsłonięte zostaje też oko operowane z zaleceniem noszenia szkła przydymionego.

3. Czas szpitalnego leczenia pooperacyjnego dla wszystkich typów operacji zakończonych pomyślnie (zamknięcie przedarcia, wchłanianie się płynu) w naszych warunkach zależy tylko od wygojenia oka operowanego, tj. ustąpienia odczynu operacyjnego. Z reguły po usunięciu szwów spojówkowych lub balonu Lincoffa-Kreissig między 5 a 7 dniem pooperacyjnym chory może być wypisany do domu, również zwykle w tym okresie wchłania się gaz (tamponady wewnętrznej).

W wypadku stwierdzenia 2—4 dnia po operacji braku dociśnięcia otworu (zła lokalizacja wgłobienia, niewystarczające wgłobienie), konieczna jest reoperacja (nowe wgłobienie czy poprawienie poprzedniego) lub korekcja (np. uzupełnienie płynu w balonie, uzupełnienie gazu lub wręcz dolożenie gazu — tamponady wewnętrznej) do operacji typu wgłobienia — tamponady zewnętrznej). Wykonanie w tym okresie drugiego zabiegu jest dużo prostsze. Łatwiej poza tym uzyskać na to zgodę chorego niż po nie mającym uzasadnienia dla przebiegu o.s. wyczekiwaniu przez 2 i więcej tyg., zwłaszcza gdy wyczekiwanie to łączy się z całkowicie bezskutecznym dla wchłaniania się płynu i niepotrzebnym leżeniem w łóżku.

Stosowane przez nas postępowanie skróciło znacznie czas leczenia szpitalnego naszych chorych z o.s. (sprawę tę poruszył w swej pracy Orłowski³ już w 1970 r.) i średni czas pobytu w latach 1986—1987 przy zabiegu pojedynczym wyniósł 12 dni, przy zabiegach mnogich (2—4) — 26 dni (Orłowski³: 62 dni w 1962 i 49 dni w 1968 r.).

Postępowanie nasze zgodne jest z danymi z piśmiennictwa proponowanymi już prawie przed 20 laty wg a i nie wpłynęło negatywnie na wyniki zabiegów i procent wyleczenia o.s. Przeciwnie, szybsze uruchomienie chorego sprzyja uniknięciu powikłań ogólnych, gojeniu, wchłanianiu się płynu, bliznowaceniu a więc wyleczeniu. Sam chory łatwiej decyduje się na zabieg, reoperację. Łatwiej decyduje się poddać ponownemu leczeniu szpitalnemu i stąd szybciej zgłasza się w razie wznowy czy zajęcia oka drugiego, wiedząc, że ciężkie schorzenie jakim jest o.s. nie łączy się z bezwzględny reżimem leżenia z zasłoniętymi oczami.

Możliwość skrócenia leczenia o.s., uruchamiania chorego przed i po operacji zezwała na zabiegi operacyjne również osób starszych bez obawy powikłań ogólnych (dotąd ta liczna grupa chorych z powodu wieku nie była kwalifikowana do operacji, względnie sami chorzy rezygnowali z zabiegu).

Praca nasza dotyczy przypadków o.s. typowych, przedarciovych, bez większych powikłań, a więc większości materiału klinicznego. Przypadki o.s. powikłanego, związane np. z wyraźnym krwotokiem do ciała szklatego, odczynem zapalnym, wyraźnym PVR, otworami i oderwaniami olbrzymimi nie są tematem obecnego doniesienia. Wymagają one z reguły również i witrektomii, ale nawet i ona nie dyktuje bezwzględnie, długotrwałego unieruchomienia pacjenta i jego oczu.

PIŚMIENNICTWO

1. Chawla H. B.: Retinal detachment. The essentials of management. (Churchill Livingstone, Edinburgh 1974).
2. Chignell A. H.: Retinal detachment surgery. (Springer-Verlag, Berlin 1980).
3. Orłowski W. J.: Prowadzenie chorego z odwarstwieniem siatkówki. Klin. oczna 40: 721—727 (1970).
4. Raichand M., Peyman G. A.: Pneumatic retinoplexy. (w:) Ernest J. T., Deutsch T. A. (red): Year book of ophthalmology 1987, 173—176 (Year Book Medical Publishers, Chicago 1987).
5. Pecoldowa K., Orłowski W. J.: Zamknięcie otworu siatkówki przez wpuklenie zewnątrzrodówkowe przy pomocy balonu wg Lincoffa-Kreissig. Klin. oczna 86: 69—71 (1984).
6. Pecold K., Richard G.: Ergänzenden Gasendotamponade nach eindellender Netzhautchirurgie. Spectrum Augenhk. 1: 327—328 (1987).
7. Pecoldowa K., Stanowsky A.: Znaczenie unieruchomienia gałki ocznej za pomocą nici pociągających w przygotowaniu chorego do operacji odwarstwienia siatkówki. Klin. oczna 87: 110—112 (1985).
8. Schepens C.L.: Retinal detachment and allied diseases. (Saunders, Philadelphia 1983).

Praca wpłynęła: 20.6.1988 (nr 5376).

ELŻBIETA SZEWCZYKOWA, EWA SANKOWSKA I JOANNA MOKRZYCKA

Sprawozdanie z XVII Sympozjonu Retinologicznego Mrągowo, 28-29.04.1988

XVII Sympozjon Retinologiczny odbył się w dniach 28—29 kwietnia 1988 roku w Mrągowie i zorganizowany został przez Oddział Olsztyński PTO. Uczestniczyło w nim 237 okulistów; w tym 16 z zagranicy (RFN — 11, NRD — 2, ZSRR — 1, Bułgaria — 1, Szkocja — 1).

Tematem głównym była ocena chirurgicznego leczenia odwarstwienia siatkówki. Podczas Sympozjonu wygłoszono 65 referatów oraz przedstawiono jeden plakat i 2 filmy naukowe.

Uczestnicy Sympozjonu mieszkali w hotelu „Mrongovia”, zaś miejscem obrad była sala konferencyjna Miejskiego Domu Kultury. W hallu i kuluarach Domu Kultury zorganizowana została wystawa sprzętu okulistycznego i leków, w której uczestniczyło 13 firm (3 polskie i 10 zagranicznych). W przeddzień obrad wieczorem, kolacją w restauracji hotelu „Mrongovia” firma Solco-Basel SA podjęła członków Zarządu Głównego PTO i Zarządu Sekcji Retinologicznej oraz gości zagranicznych Sympozjonu.

Po krótkim koncercie powitalnym, w wykonaniu Chóru Kameralnego „Collegium Musicum” z Olsztyna, Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego prof. Edward Lenkiewicz przywitał przybyłego Protektora Sympozjonu — Wojewodę Olsztyńskiego mgra Sergiusza Rubczewskiego oraz członków Komitetu Honorowego. Następnie przywitał gości zagranicznych Sympozjonu oraz wszystkich jego uczestników z kraju.

Z kolei zabrał głos Wojewoda Olsztyński mgr Sergiusz Rubczewski, który składając uczestnikom Sympozjonu życzenia owocnych obrad i przyjemnego pobytu na Ziemi Olsztyńskiej zapoznał ich z aktualnym stanem służby zdrowia i perspektywami jej rozwoju w tym regionie kraju.

Następnie Naczelnik miasta Mrągowo mgr Antoni Chudy wręczył Medal Pamiątkowy Miasta Mrągowo następującym osobom: prof. Helenie Zygułskiej-Machowej, prof. Witoldowi Orłowskiemu, prof. Tadeuszowi



Ryc. 2. Fragment sali obrad z otwarcia Sympozjonu.

Łęciowski, prof. Edwardowi Lenkiewiczowi i dr Krystynie Pecoldowej.

Oficjalnego otwarcia XVII Sympozjonu Retinologicznego dokonała, w zastępstwie nieobecnego prof. Witolda Orłowskiego, prof. Helena Zygułska-Machowa, wygłaszając słowo wprowadzające.

I POSIEDZENIE NAUKOWE

Temat główny: ocena metod chirurgicznego leczenia odwarstwienia siatkówki (część I).
Prezydium: przewodnicząca — prof. dr Helena Zygułska-Machowa, członkowie — prof. dr Richard Gisbert, prof. Zofia Trzcńska-Dąbrowska, doc. dr Lestaw Krwawicz, doc. dr Barbara Iwaszkiewicz-Bilikiewiczowa.



Ryc. 3. Prezydium I posiedzenia naukowego.

1. Irena Świetliczkowa, Elżbieta Szusterowska-Martynowa, Jerzy Nawrocki i Aleksandra Synder (Łódź): Ocena chirurgicznych metod leczenia odwarstwienia siatkówki w latach 1980—1987.



Ryc. 1. Otwarcie obrad.

Z Oddziału Okulistycznego W.Sz.Z. w Olsztynie, ordynator: prof. dr med. Edward Lenkiewicz

Reprint requests to: Dr med. Elżbieta Szewczykowa, ul. Partyzantów 10 m. 2; 10-521 Olsztyn, Poland