



Pierwsza miejscowa
terapia antyhistaminowa
alergicznego nieżyty
oczu i nosa

JANSSEN-CILAG
Div. Johnson-Johnson Poland Sp. z o.o.
02-285 Warszawa ul. Szyszkowa 20
tel. (0-22) 668 00 00, fax (0-22) 668 01 68

Postać: Aeroszol do nosa i krople do oczu Histimet występuje w postaci jalowej mikrozwiesiny (pH 6.8). Skład: 1 ml zawiera 0.5 mg lewokabastyny. Działanie: Aeroszol do nosa i krople do oczu Histimet zawierają lewokabastynę, która jest selektywnym antagonistą receptorów histaminowych H₁. Wskazania: Objawy alergicznego nieżyty nosa i zapalenia spojówek. Przeciwskazania: Nadwrażliwość na którykolwiek ze składników. Stosowanie w okresie ciąży: Lewokabastyna nie powinna być podawana kobietom w ciąży. Lewokabastyna może być stosowana u karmiących matek. Interakcje: W dotychczasowych badaniach klinicznych nie obserwowano interakcji z alkoholem, diazepamem oraz innymi lekami. Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwania maszyn: Lewokabastyna może być stosowana przez pacjentów prowadzących pojazdy mechaniczne lub obsługujących maszyny. Dawkowanie: Dorosli i dzieci po 12 roku życia: dawka zwykle stosowana = 2 rozpylenia aeroszolu do każdego otworu nosa 2 razy dziennie; 1 kropla do każdego oka 2 razy dziennie. Leczenie należy kontynuować do czasu ustąpienia objawów, nie dłużej jednak niż 6 miesięcy. Działania niepożądane: U niektórych pacjentów zaobserwowano przejściowe, nieznaczne miejscowe podrażnienie (kucie i pieczenie) bezpośrednio po podaniu aeroszolu do nosa lub po zakropieniu leku. Opakowanie: Preparat Histimet aeroszol do nosa dostępny jest w 15 ml buteleczkach. Opakowanie zawiera 10 ml białej mikrozwiesiny. Preparat Histimet krople do oczu dostępny jest w 5 ml buteleczkach zawierających 4 ml białej mikrozwiesiny. Uwaga! Przed zastosowaniem leku należy zapoznać się z ulotką informacyjną.

Prace oryginalne

Klinika Oczna 1996, 98 (2): 113-116
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Przebieg kliniczny i powikłania różnych postaci zmian zakrzepowych w układzie żylnym siatkówki w materiale własnym

Clinical course and complications of different retinal vein occlusion types based on own material

Monika Góralczyk, Roman Goś

The aim of the study was to analyse the clinical course and frequency of complications depending on type of retinal vein occlusion. The material included 70 patients (27 men, 43 women) aged 60,3±10,5 years. Follow-up period was 3 to 36 months from the occurrence of first clinical symptoms. Case history included occurrence of common diseases predisposing to occlusion formation, use of drugs and type of prodromal symptoms. Full ophthalmologic examination was performed at the start and the end of follow-up. Visual field was measured with TOPCON statistic perimeter SPB 2020. Fluorecein angiography was done in 45 patients.

Results: 8 patients appeared to have congestive retinopathy, 27 – ischaemic retinal vein occlusion and 35 – central retinal vein branch occlusion. Prodromal symptoms were mainly short-term (few minutes) eye blindness. Both the evaluation of sight organ function and ophthalmoscopy indicated more severe course of ischaemic occlusion in comparison with congestive occlusion. Absence of retinal capillary perfusion was observed only in cases of ischaemic occlusion.

Słowa kluczowe: retinopatia zastoinowa żylna, zakrzep żyły środkowej siatkówki z niedokrwieniem, zakrzep gałęzi żyły środkowej siatkówki

Key words: venous stasis retinopathy, ischaemic central retinal vein occlusion, retinal branch vein occlusion

W ostatnich latach przyjęto stosować podział zmian zakrzepowych w układzie żylnym siatkówki opracowany przez Hayreha i wyróżniający zakrzep żyły środkowej siatkówki bez niedokrwienia (retinopatia zastoinowa żylna) i postać niedokrwinną zakrzepu żyły środkowej siatkówki (retinopatia krwotoczna). Zakrzep gałęzi traktowany jest jako ograniczona postać niedokrwienia (5, 7).

Celem obecnej pracy była ocena częstości występowania poszczególnych postaci zmian zakrzepowych, ich przebieg kliniczny i powikłania w materiale Kliniki Okulistycznej SK WAM w Łodzi.

Materiał i metodyka

Badanie przeprowadzono u 70 chorych z procesem zakrzepowym żył siatkówki leczonych w Klinice

Z Kliniki Okulistycznej WAM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. Roman Goś

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Dr med. Monika Góralczyk
Klinika Okulistyczna WAM
ul. Zeromskiego 113
50-549 Łódź

Okulistycznej SK WAM w latach 1989-1993. Czas obserwacji wynosił od 3 do 36 miesięcy od wystąpienia pierwszych objawów klinicznych schorzenia. Z badań wyłączono osoby chorujące na jaskrę i cukrzycę. U chorych przeprowadzono pełne, rutynowe badania okulistyczne. Pole widzenia wykonywano metodą komputerowej perymetrii statycznej za pomocą aparatu SPB 2020 firmy TOPCON. U 45 chorych wykonano angiografię fluoresceinową tylnego odcinka oka fundus kamerą firmy TOPCON. Pozostali chorzy bądź to nie wyrazili zgody na to badanie, bądź też duże zmiany przezierności ośrodków optycznych oka nie gwarantowały uzyskania czytelnych angiogramów (odpowiednio 11 i 14 osób). W obliczeniach statystycznych stosowano test t-Studenta, test F-Snedecora i test niezależności chi².

Wyniki

Badanych chorych na podstawie zachowania funkcji narządu wzroku (ostrość wzroku do dali i do bliży, pole widzenia) oraz obrazu dna oka i angiografii fluoresceinowej zakwalifikowano do 3 typów zmian zakrzepowych wg Hayreha:

Tabela I: Wartości początkowej i końcowej ostrości wzroku do dali w oku chorym w poszczególnych grupach chorych

Table I: Initial and final far visual acuity in ill eye in particular groups of patients

Bez względu na ostrość wzroku do dali Absolute "distal" visual acuity	Zakrzep żyły środkowej siatkówki Central retinal vein occlusion								Zakrzep gałęzi żyły środkowej siatkówki Central retinal vein branch occlusion			
	Bez niedokrwienia Without ischaemia Grupa/Group I				Z niedokrwieniem With ischaemia Grupa/Group II				Grupa/Group III			
	Ostrość początkowa Initial acuity		Ostrość końcowa Final acuity		Ostrość początkowa Initial acuity		Ostrość końcowa Final acuity		Ostrość początkowa Initial acuity		Ostrość końcowa Final acuity	
	n	frakcja fraction	n	frakcja fraction	n	frakcja fraction	n	frakcja fraction	n	frakcja fraction	n	frakcja fraction
1/50	–	–	–	–	2	0,07	3	0,11	2	0,06	–	–
1/50-4/50	–	–	–	–	12	0,44	7	0,26	5	0,12	5	0,14
5/50-5/16	1	0,125	–	–	5	0,19	10	0,37	1	20,3	59	0,26
5/12-5/8	3	0,375	1	0,125	8	0,30	40	0,15	13	0,38	15	0,43
5/7-5/5	4	0,500	7	0,875	–	–	–	–	3	0,09	6	0,17
Razem Total		81,000	8	1,000	27	1,00	63	1,00	35	1,00	35	1,00

Tabela II: Wartości początkowej i końcowej ostrości wzroku do bliży w oku chorym w poszczególnych grupach chorych

Table II: Initial and final "proximal" visual acuity in ill eye in particular groups of patients

Bez względu na ostrość wzroku do dali Absolute "distal" visual acuity	Zakrzep żyły środkowej siatkówki Central retinal vein occlusion								Zakrzep gałęzi żyły środkowej siatkówki Central retinal vein branch occlusion			
	Bez niedokrwienia Without ischaemia Grupa/Group I				Z niedokrwieniem With ischaemia Grupa/Group II				Grupa/Group III			
	Ostrość początkowa Initial acuity		Ostrość końcowa Final acuity		Ostrość początkowa Initial acuity		Ostrość końcowa Final acuity		Ostrość początkowa Initial acuity		Ostrość końcowa Final acuity	
	n	frakcja fraction	n	frakcja fraction	n	frakcja fraction	n	frakcja fraction	n	frakcja fraction	n	frakcja fraction
nie czyta	–	–	–	–	14	0,51	10	0,37	4	0,12	5	0,14
3,0/30-2,0/30 cm	1	0,125	–	–	3	0,11	6	0,22	7	0,18	4	0,12
1,5/30-1,0/30 cm	2	0,250	1	0,125	5	0,19	6	0,22	17	0,50	13	0,37
0,75/30-0,5/30	5	0,625	7	0,875	5	0,19	5	0,19	7	0,20	13	0,37
Razem Total	8	1,000	8	1,000	27	1,00	27	1,00	35	1,00	35	1,00

Grupa I – 8 osób z retinopatią zastoinową żylną;
Grupa II – 27 osób z postacią niedokrwieniową zakrzepu żyły środkowej siatkówki;
Grupa III – 35 osób z zakrzepem gałęzi żyły środkowej siatkówki.

Średni wiek chorych wynosił 50,3±10,6 lat w grupie I, 69,5±10,3 lat w grupie II i 61,3±9,2 lat w grupie III.

Najczęściej zgłaszanym objawem subiektywnym w grupie I były przelotne zaniewidzenia chorego oka podawane przez 5 z 8 chorych. W grupach chorych ze zmianami zakrzepowymi i niedokrwieniem (grupa II i III) odpowiednio 25 i 34 osoby podawały w wywiadzie stopniowe lub nagłe, poranne obniżenie ostrości wzroku. Tylko dwie osoby z grupy I nie zgłaszały żadnych objawów subiektywnych.

W badaniu funkcji narządu wzroku oceniano bezwzględną, początkową ostrość wzroku do dali i do bliży (w czasie wystąpienia pierwszych objawów kli-

nicznych schorzenia) oraz końcową (w czasie ostatniego badania kontrolnego).

Najwyższe, początkowe i końcowe wartości ostrości wzroku stwierdzono u osób w grupie I. W grupie II – 19 osób miało początkową ostrość wzroku do dali poniżej 5/16 i u żadnej nie stwierdzono pełnej ostrości. Końcowe wartości ostrości wzroku chorego oka w porównaniu z początkowymi uległy znamiennej statystycznie poprawie. W grupie III początkowa ostrość wzroku do dali u 29 osób mieściła się w granicach 5/50 i nie uległa istotnej poprawie do czasu badania kontrolnego.

Średnie wartości ciśnienia wewnątrzgałkowego w czasie wystąpienia objawów klinicznych i ostatniego badania kontrolnego w obu oczach mieściły się w granicach normy we wszystkich grupach chorych.

Jedynie u dwóch osób z grupy II, u których doszło do jaskry wtórnej z nowotworzenia naczyń tętniczych, stwierdzono znacznie podwyższone ciśnienie końco-

Tabela III: Średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe wartości ciśnienia wewnątrzgałkowego początkowego i końcowego (w mm Hg) obu oczu w poszczególnych grupach chorych

Table III: Mean arithmetic and standard deviation values of initial and final intraocular pressure of both eyes in particular groups of patients

Zakrzep żyły środkowej siatkówki Central retinal vein occlusion								Zakrzep gałęzi żyły środkowej siatkówki Central retinal vein branch occlusion			
Bez niedokrwienia Central retinal vein occlusion Grupa/Group I				Z niedokrwieniem With ischaemia Grupa/Group II				Grupa/Group III			
Oko chore Ill eye		Oko zdrowe Healthy eye		Oko chore Ill eye		Oko zdrowe Healthy eye		Oko chore Ill eye		Oko zdrowe Healthy eye	
Ciśnienie Pressure		Ciśnienie Pressure		Ciśnienie Pressure		Ciśnienie Pressure		Ciśnienie Pressure		Ciśnienie Pressure	
początkowe initial	końcowe final	początkowe initial	końcowe final	początkowe initial	końcowe final	początkowe initial	końcowe final	początkowe initial	końcowe final	początkowe initial	końcowe final
14,9	16,7	15,2	16,6	16,5	20,0	17,7	18,5	16,9	17,5	17,2	17,8
± 2,7	± 2,2	± 3,1	± 2,5	± 3,3	± 7,1	± 2,7	± 1,9	± 1,9	± 2,1	± 1,8	± 1,9

Tabela IV: Porównanie wartości ciśnienia wewnątrzgałkowego początkowego w oku chorym i zdrowym w poszczególnych grupach

Table IV: Comparison of initial intraocular pressure in ill eye and healthy eye according to groups

Porównywane średnie wartości ciśnienia wewnątrzgałkowego Compared mean values of intraocular pressure	Zakrzep żyły środkowej siatkówki Central retinal vein occlusion				Zakrzep gałęzi żyły środkowej siatkówki Central retinal vein branch occlusion	
	Bez niedokrwienia Without ischaemia Grupa/Group I		Z niedokrwieniem With ischaemia Grupa/Group II		Grupa/Group III	
	Wartość testu t Test t. value	Istotność p p significance	Wartość testu t Test t. value	Istotność p p significance	Wartość testu t Test t. value	Istotność p p significance
Ciśnienie początkowe Initial pressure						
Oko chore Ill eye	0,320	p>0,05	2,201	p<0,05	1,023	
Oko zdrowe Healthy eye					p>0,05	

we (40,3 i 46,3 mm Hg) po 1,5 i 3 latach od początku schorzenia. W grupie chorych z zakrzepem żyły środkowej siatkówki z niedokrwieniem wykazano istotne statystycznie obniżenie wartości początkowych ciśnienia wewnątrzgałkowego chorego oka w porównaniu z okiem zdrowym.

W obrazie dna chorego oka zwracano szczególną uwagę na stan naczyń krwionośnych oraz zmiany świadczące o obecności i nasileniu niedokrwienia siatkówki. W grupie I najczęściej występującą nieprawidłowością była obecność poszerzonych naczyń rzęskowo-siatkówkowych na tarczy nerwu wzrokowego. U żadnej osoby nie stwierdzono obliteracji naczyń tętniczych siatkówki, chociaż u 6 osób występowały cechy ich stwardnienia. W tej grupie nie obserwowano objawów niedokrwienia siatkówki. W grupie II u 17 osób stwierdzono obliterację naczyń tętniczych, a u 25 zmiany stwardnieniowe. W grupie III cechy stwardnienia naczyń tętniczych z objawem ucisku żyły na skrzyżowaniach tętniczo-żylnych stwierdzono we wszystkich oczach, a w 10 towarzyszyła im obliteracja tętnic. W grupie II i III

u 75% chorych stwierdzono różnie nasilone nowotworzenie naczyń na dnie oka, a także inne zmiany świadczące o niedostateczności krążenia tętniczego (zblednięcie tarczy nerwu wzrokowego, ogniska waciaste siatkówki).

W badaniu pola widzenia chorego oka nie stwierdzono żadnych zmian u 7 z 8 osób w grupie I. U jednej osoby występował centralny mroczek względny. Największe zmiany w polu widzenia stwierdzono u wszystkich osób z grupy II, u których badanie pola widzenia było możliwe do wykonania. U tych osób wykryto centralne i paracentralne mroczki bezwzględne i względne połączone ze zmianami obwodowymi w polu widzenia chorego oka. Podobne zmiany stwierdzono u 30 osób z grupy III.

Badaniem angiograficznym w grupie I stwierdzono jedynie obecność poszerzonych naczyń żylnych na tarczy nerwu wzrokowego. U 20 chorych (67%) w grupie II i 17 (52%) w grupie III stwierdzono cechy nowotworzenia naczyń i obszary braku perfuzji włósczkowej siatkówki o różnym stopniu nasilenia.

Omówienie

Klinicznymi wyznacznikami stopnia niedostateczności krążenia tętniczego jest głębokość zaburzeń funkcji narządu wzroku oraz występowanie zmian niedokrwiennych w obrazie dna oka i angiografii fluoresceinowej. Na ich podstawie wyodrębnia się przebiegiem łagodnie postać zakrzepu żyły środkowej biegnącej łagodnie postać zakrzepu żyły środkowej siatkówki bez zmian niedokrwiennych, inaczej nazywaną retinopatią zastoinową żylną. Wg Hayreha objawy tej właśnie postaci były wcześniej traktowane jako zwiastuny stanu przedzakrzepowego (5, 7). Druga postać zakrzepu żyły środkowej siatkówki o znacznie cięższym przebiegu klinicznym i gorszym rokowaniu to przebiegająca z niedokrwieniem retinopatia krwotoczna. Zmiany na dnie oka w jej przebiegu były poprzednio opisywane jako typowy zakrzep żyły środkowej siatkówki. Zakrzep gałęzi jest procesem o ograniczonym zasięgu uznawanym za segmentową retinopatię krwotoczną z niedokrwieniem tętniczym dotyczącym obszaru siatkówki zaopatrywanego przez gałąź tętnicy środkowej siatkówki, a drenowanym przez zamkniętą gałąź żylną (9).

Częstość występowania postaci zastoinowej zakrzepu według różnych autorów wynosi około 20%, co zgodne jest z naszymi obserwacjami. Hayreh uważa jednak, że w rzeczywistości jest ona znacznie częstsza, ale ze względu na nieznaczne objawy kliniczne rzadko jest rozpoznawana (2, 6, 7, 12). Często jedynym objawem subiektywnym w tych przypadkach są lekceważone przez chorych przelotne, samoistnie ustępujące zaniewidzenia chorego oka. Przyczyną obniżenia ostrości wzroku w tej postaci zakrzepu może być przemijający obrzęk siatkówki okolicy plamkowej z towarzyszącym mroczkiem centralnym, który w naszym materiale stwierdzono u 1 osoby. U tych chorych nie stwierdza się w obrazie dna oka i angiografii fluoresceinowej cech niedostateczności krążenia tętniczego, a jedyną nieprawidłowością jest obecność poszerzonych naczyń żylnych rzęskowo-siatkawkowych na tarczy nerwu wzrokowego, uważanych za drogę odpływu obocznego z żyły środkowej siatkówki. Ta postać zakrzepu występuje u osób młodszych częściej niż postać niedokrwienna i dlatego należy przypuszczać, że wydolne mechanizmy autoregulacji utrzymują ciśnienie przepływu krwi na poziomie zapewniającym perfuzję w łożysku włóscinkowym siatkówki. To sprawia, że schorzenie ma łagodny, prawie bezobjawowy przebieg kliniczny i dobre rokowanie (6, 12).

Postaci niedokrwienna zmian zakrzepowych występują u osób w starszym wieku z zaawansowanymi zmianami stwardnieniami tętnic. Ograniczenie wydolności mechanizmu autoregulacji krążenia sprawia, że niemożliwe jest odtworzenie przepływu krwi zabezpieczającego perfuzję tkanek po przemijającej niedostateczności krążenia tętniczego, co doprowadza do powstawania obszarów braku perfuzji włóscinkowej siatkówki (1-3, 10, 11). Mimo ograniczonego charakteru niedokrwienia tętniczego w zakrzepie gałęzi żyły środkowej siatkówki powstające w jego

wyniku obszary braku perfuzji włóscinkowej w większości przypadków są wystarczające dla zapoczątkowania procesu nowotworzenia naczyń (9).

Ocena ostrości wzroku do dali i bliży, zmian w polu widzenia, obrazu dna oka, a przede wszystkim wyników angiografii fluoresceinowej pozwala na stwierdzenie, że postać niedokrwienna ma cięższy przebieg kliniczny i zdecydowanie gorsze rokowanie niż postać zastoinowa. Wydaje się, że w postaci niedokrwiennego zdecydowaną rolę odgrywa niedostateczność krążenia tętniczego, czego pośrednim wyrazem może być obserwowane znaczne obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego chorego oka w porównaniu z okiem zdrowym (4, 13). Nie można wykluczyć jednak dodatkowego znaczenia czynników ogólnych wpływających na lepkość krwi. Próba wyjaśnienia tych zjawisk będzie tematem kolejnych doniesień.

Piśmiennictwo

1. Augustyniak E., Pasternok E.: *Odległe obserwacje zakrzepów żyły środkowej siatkówki*. Klin. Oczna, 1986, 88, 128-129.
2. Bresnick G.H.: *Following up patients with central retinal vein occlusion*. Arch. Ophthalmol., 1988, 106, 324-326.
3. Central Vein Occlusion Study Group: *Baseline and early natural history report*. Arch. Ophthalmol., 1993, 111, 1087-1095.
4. Frucht J., Shapiro A., Merin S.: *Intraocular pressure in retinal vein occlusion*. Brit. J. Ophthalmol., 1984, 88, 26-28.
5. Hayreh S.S.: *So-called central retinal vein occlusion. I. Pathogenesis, terminology, clinical features*. Ophthalmologica, 1976, 172, 1-13.
6. Hayreh S.S.: *So-called central retinal vein occlusion. II. Venous stasis retinopathy*. Ophthalmologica, 1976, 172, 14-37.
7. Hayreh S.S.: *Classification of central retinal vein occlusion*. Ophthalmology, 1983, 90, 458-474.
8. Hayreh S.S., March W., Phelps C.D.: *Ocular hypotony following retinal vein occlusion*. Arch. Ophthalmol., 1978, 96.
9. Hayreh S.S., Podhajsky P.: *Ocular neovascularization with retinal vascular occlusion. II Occurrence in central and retinal artery occlusion*. Arch. Ophthalmol., 1982, 100, 1585-1596.
10. Laatikainen L., Kohner E.M.: *Fluorescein angiography and its prognostic significance in central retinal vein occlusion*. Brit. J. Ophthalmol., 1976, 60, 411-418.
11. Magargal L.E., Doneso L.A., Sanborn G.E.: *Retinal ischemia and risk of neovascularization following central vein obstruction*. Ophthalmology, 1982, 89, 1241-1245.
12. Priluck I.A., Robertson D.N., Hollenhorst R.W.: *Long-term follow-up of occlusion of the central retinal vein in young adults*. Amer. J. Ophthalmol., 1980, 90, 190-202.
13. Rynarzewska E., Szwarcowa C.: *Ciśnienie śródgałkowe w zakrzepach centralnych i obwodowych żyły środkowej siatkówki*. Klin. Oczna, 1985, 87, 496-497.

Praca wpłynęła do Redakcji 18 stycznia 1996 r. (411)

Prace oryginalne

Klinika Oczna 1996, 98 (2): 117-119
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Wszczepy soczewek tylnokomorowych po śródoperacyjnym przerwaniu torebki tylnej soczewki

Implantation of posterior IOLs after intraoperative posterior capsule tear

Janusz Jabłoński, Beata Zzelska-Basińska, Małgorzata Nowicka-Lorczyńska, Anita Szkarłat

Purpose: To present the results of cataract surgery with IOLs implantation complicated by posterior capsule tear.
Material and methods: 38 eyes of 38 patients with cataract, operated on between August 1993 and May 1994 were examined. In all cases posterior capsule tear occurred during surgery but the IOLs were supported by the residual capsule or, when the tear was large, by the residue of the anterior capsule with haptics being placed in the ciliary sulcus.
Results: Useful visual acuity was achieved in 78% of the eyes. The main complications observed in post-operative period were increase of intraocular pressure in 11 eyes, dislocation of IOL in 4 and dyscoria in 24 eyes.
Conclusion: The applied surgical technique seems to be very useful in cases of posterior capsule tear but in each case the surgeon must decide what is the best for the eye: anterior or posterior chamber IOL.

Słowa kluczowe: soczewki tylnokomorowe, uszkodzenie torby tylnej, wyniki, ostrość wzroku, powikłania

Key words: posterior chamber lenses, posterior capsule lesion, results, visual acuity, complications

W związku ze stale rosnącą liczbą dokonywanych zabiegów operacyjnych zewnątrztorebkowego usunięcia zaćmy, połączonego ze wszczepem sztucznej soczewki do komory tylnej, pojawił się problem postępowania w przypadkach powikłań śródoperacyjnym uszkodzeniem torebki tylnej. Początkowo uważano, że jedyną możliwością przy tego typu powikłaniu jest umieszczenie wszczepu w komorze przedniej, a nawet zaniechanie implantacji w przypadku upływu ciała szklistego (1, 4, 9). Obecnie, wobec dobrze poznanych powikłań po wszczepach przedniokomorowych, dąży się do rozwinięcia metod implantacji soczewek tylnokomorowych również w przypadkach uszkodzenia lub nieobecności torebki tylnej (2). W wielu przypadkach śródoperacyjnego pęknięcia tylnej torebki soczewki jest możliwe umieszczenie implantu w komorze tylnej przy

wykorzystaniu jako podparcia zerwanej częściowo tylnej torebki lub resztek torby przedniej z fiksacją w rowku ciała rzęskowego.

Celem obecnej pracy jest przedstawienie wyników operacji wszczepów tylnokomorowych w wypadkach wyżej opisanego powikłania śródoperacyjnego w materiale naszego Oddziału.

Materiał i metodyka

Spośród chorych leczonych operacyjnie z powodu zaćmy na Oddziale Okulistycznym Szpitala Miejskiego w Gdańsku-Zaspie w okresie od sierpnia 1993 r. do maja 1994 roku badaniem objęto tych 38 osób, (38 oczu), u których doszło do śródoperacyjnego uszkodzenia tylnej torebki soczewki, i u których podjęto próbę wszczępienia sztucznej soczewki do komory tylnej. W wyżej wymienionych przypadkach nie stosowano fiksacji przezetwardówkowej soczewek wewnątrzgałkowych. Okres obserwacji wynosił od 4 do 12 miesięcy. Chorzy poddawani byli comiesięcznemu badaniu kontrolnemu. W uzasadnionych przypadkach badanie przeprowadzono częściej. Wyniki leczenia operacyjnego oceniano analizując ostrość wzroku operowanych oczu, ciśnienie śródgałkowe we wczesnym i późniejszym

Z Oddziału Okulistycznego Szpitala Miejskiego w Gdańsku-Zaspie
Ordynator: dr hab. med. Janusz Jabłoński

Praca częściowo przedstawiona w czasie II Sympozjum Sekcji Wszczepów Wewnątrzgałkowych i Chirurgii Refrakcyjnej, 30.09-1.10.1994 r. w Bydgoszczy

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Dr hab. med. Janusz Jabłoński
ul. Wendy 10B
80-299 Gdańsk