

JERZY SZAFLIK, WANDA ROMANIUK i EDWARD WYLĘGAŁA

## Pozatorebkowe usunięcie zaćmy twardej z jednoczasowym wszczepem soczewki wewnątrzgałkowej oraz zabiegiem przeciwjaskrowym

Współistnienie zaćmy i jaskry w populacji ludzi starszych spotykane jest dość często<sup>1</sup>. W takich sytuacjach zalecano różne metody operacyjne ale w ostatnich latach wielu autorów preferuje jednoczasowe usunięcie zaćmy z implantacją soczewki wewnątrzgałkowej oraz z zabiegiem przeciwjaskrowym<sup>2,3,5-7</sup>. Ta potrójna procedura jest wskazana przede wszystkim w zaćmie z towarzyszącą jaskrą przewlekłą<sup>4</sup>, a powoduje ona eliminację trudnych problemów związanych z leczeniem jaskry w oku afakijnym.

### MATERIAŁ, METODYKA I WYNIKI

U siedmiu pacjentów w wieku od 65 do 85 lat, u których stwierdzono jaskrę przewlekłą i zaćmę, wykonano usunięcie pozatorebkowe zaćmy z implantacją soczewki wewnątrzgałkowej w sposób wcześniej opisywany. W trzech przypadkach wszczepiono dotorebkowo wewnątrzgałkowe soczewki dyskowe, a w czterech przypadkach soczewki tylnokomorowe z częścią haptyczną w kształcie pętli.

Po zakończeniu pierwszego etapu operacji, tzn. pozatorebkowego usunięcia zaćmy i wszczepu dotorebkowego, przystępowano do drugiego etapu, czyli do zabiegu przeciwjaskrowego. Za pomocą nożyczek *Vannasa* wycinano w południku godz. 11<sup>00</sup> i 1<sup>00</sup> twardówkową część rąbka wraz z utkaniem trabekularnym w kształcie pro-

### EXTRACAPSULAR EXTRACTION OF HARD CATARACT WITH SIMULTANEOUS IMPLANTATION OF INTRAOCULAR LENS AND AN ANTIGLAUCOMATOUS OPERATION

The authors present 7 cases of extracapsular hard cataract extraction with implantation of posterior chamber lens or an intracapsular disc-shaped lens. Because of existing indications they performed simultaneously an antiglaucomatous operation. In all the cases the postoperative IOP persisted in normal limits without any necessity of application of a pharmacological treatment.

HASŁA: zaćma, jaskra, implantacja soczewki wewnątrzgałkowej, operacja przeciwjaskrowa

KEY WORDS: cataract, glaucoma, intraocular lens implantation, antiglaucomatous operation

stokąta o wymiarach 2×3 mm, a następnie wykonano przypodstawne wycięcie tęczęwki w południkach wcześniejszej trabekulektomii (ryc. 1). Ranę rąbkową zszywano szwami pojedynczymi lub ciągłym, pod spojówkę podawano antybiotyk ze sterydem.

Z powikłań śródoperacyjnych należy odnotować w jednym przypadku pęknięcie torebki tylnej soczewki i w jednym przypadku wąską źrenicę, utrudniającą usunięcie zaćmy.

W okresie pooperacyjnym wczesnym u jednego pacjenta utrzymywała się płytka komora przednia, a również w jednym przypadku wystąpiły pojedyncze zrosty tęczęwki z torebką soczewki.

W trzech przypadkach uzyskano ostrość wzroku 5/25-5/16 z powodu zaniku jaskrowego nerwu wzrokowego, w pozostałych wynosiła powyżej 5/10.

U wszystkich chorych uzyskano normalizację ciśnienia wewnątrzgałkowego bez konieczności stosowania środków farmakologicznych przez cały okres obserwacji.

### PODSUMOWANIE

Przedstawiona, potrójna procedura operacyjna daje dobre rezultaty dotyczące zarówno ostrości wzroku, jak i normalizacji ciśnienia wewnątrzgałkowego. Ze względu na jednoczasowość jest korzystniejsza zwłaszcza u pacjentów w starszym wieku.

Chociaż liczba naszych przypadków jest mała, ale satysfakcjonujące wyniki sugerują, że jest to metoda godna rozpowszechnienia.

### PIŚMIENNICTWO

1. Charleux J., Villa J.: Triple procédé glaucome, cataracte et lentille intra-oculaire. *Ophthalmologie* 1: 365-367 (1987).
2. Jay J.L.: Extracapsular lens extraction and posterior chamber intraocular lens insertion combined with trabeculectomy. *Brit. J. Ophthalmol.* 69: 487-490 (1985).
3. Leubisson B., Delbecq P., Leory L.: L'opération combinée: cataracte et glaucome avec implantation. *Resultats d'une série de 28 cas.* *J. Fr. Ophthal.*

- 7: 781-787 (1984).
4. McMahan L.B., Monica M.L., Zimmermann T.J.: Posterior chamber pseudophakes in glaucoma patients. *Ophthalm. Surg.* 17: 146-150 (1986).
5. Percival S.P.B.: Glaucoma triple procedure of extracapsular cataract extraction, posterior chamber lens implantation, and trabeculectomy. *Brit. J. Ophthalmol.* 65: 92-102 (1985).
6. Renard G.: Glaucoma et pseudo-

- phakie. *J. Fr. Ophthal.* 9: 763-772 (1986).
7. Wiley R.G., Barnebey H.S., Martin G.: Combined trabeculectomy, intracapsular cataract extraction, and lens implantation: a clinical series. *Ann. Ophthalmol.* 16: 485-495 (1984).

Praca wpłynęła: 15.12.1988 (nr 5496).

### Ocena

Brian J. CURTIN: *The myopias. Basic science and clinical management* (Krótkowzroczność. Podstawowa wiedza i postępowanie kliniczne). Harper and Row Publishers Inc., Philadelphia, Cambridge, New York, Hagerstown, San Francisco, London, Mexico City, Sao Paulo, Sydney 1985. Str. XV+495 z 255 ryc. i 92 tab. w tekście; opr. płóc., sztywna, form. 26×19 cm.

Od wielu lat istniało autentyczne zapotrzebowanie na wyczerpującą książkę o krótkowzroczności (k.). Ta szeroko rozpowszechniona we wszystkich zakątkach świata wada refrakcji stanowi poważną ułomność i niepostrzeżenie przechodzi w ciężkie schorzenie będące jedną z głównych przyczyn ślepoty. Koszta pomocy optycznych i inwalidztwo wzrokowe stanowią poważny problem społeczny i ekonomiczny.

Zadaniu temu w pełni sprostał prof. B.J. Curtin, człowiek niezmiernie sumienny, skrupulatny, będący dzisiaj najpoważniejszym autorytetem w tej dziedzinie. Zawarł on w swej książce wyniki nie tylko swych prac i przemysłów z 35 lat pracy podczas których poświęcił się temu zagadnieniu, lecz również wszystkie inne liczące się poglądy i wyniki badań pochodzące z wielu krajów.

Książka stara się uczynić zadość oczekiwaniom czytelnika, przekazać mu obszerną wiedzę o krótkowzroczności, jak i o postępowaniu klinicznym. Składa się ona z czterech części. W pierwszej części przekazuje podstawową, współczesną wiedzę rozpoczynając od definicji k. i jej rysu historycznego. Stara się następnie odpowiedzieć jak się rozwija refrakcja oka i co powoduje, iż staje się ono krótkowzroczne, mówi o prevalencji, o liczbie jej przypadków w danych populacjach i okresach czasu. Opisuje czynniki wrodzone i środowiskowe, które powodują k. Szeroko traktuje o etiologii oraz rozważa uwarunkowania optyczne rehabilitacji wzrokowej.

W drugiej części Autor podkreśla, że nie jest możliwe zrozumienie wysokiej krótkowzroczności bez zrozumienia jej niższych stopni. Wprowadza tutaj nowe podziały i nowe mianownictwo. Nie powołuje się na prawo przyrody, że „nie ma w niej linii granicznych, lecz są przestrzenie graniczne”. Jednak zgodnie z powyższą prawidłowością uważa, że podział tradycyjny k. na dwie grupy, czyli na krótkowzroczność fizjologiczną i patologiczną jest zarówno uproszczony, jak i mylący. Uważa,

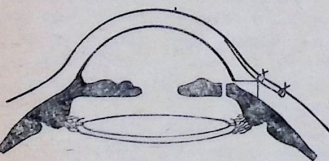
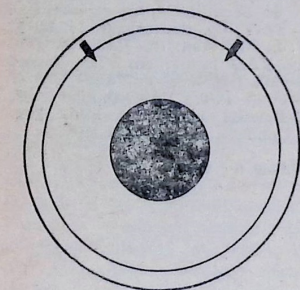
że podział niższych stopni na k. „fizjologiczną” i „pośrednią” jest istotny. W k. fizjologicznej każda składowa refrakcji znajduje się w granicach normalnej krzywej dystrybucji. Rozwój oka po urodzeniu jest normalny, zachodzi tylko lekki nie stosunek między siłą refrakcji rogówki a długością gałki. Formowanie się stożka rogówki i innych zmian jest miarą przechodzenia k. w pośrednią. Krótkowzroczność do 3 dioptrii lub niższa w przeważającej mierze jest fizjologiczna. Krótkowzroczność między -3 i -5 dioptrii w połowie przypadków może być jeszcze fizjologiczna, lecz w połowie przypadków należy już do typu pośredniego.

W trzeciej części książki zawarty jest opis k. patologicznej, a więc mającej największe znaczenie kliniczne. To schorzenie oczne i jego komplikacje wysuwają się na czołowe miejsce jako przyczyna ślepoty: zaćma, jaskra, odwarstwienie siatkówki, degeneracja plamki, niedowidzenie. Opisana jest patologia, charakterystyka kliniczna, przebieg kliniczny i leczenie k. patologicznej. Trzecia część książki ma znaczenie największe.

Część czwarta zawiera opis specjalnych form k., takich jak: k. u wczesniaków, k. przy anizometrii, pseudomiopia i inne.

Każda z wymienionych części jest podzielona na szereg rozdziałów. Cała książka ma ich 20. W trzeciej części wyróżnia się rozdział o leczeniu k. patologicznej. Po każdym rozdziale podane jest odnośne piśmiennictwo — cała książka zawiera około 2900 pozycji. Sam Autor jest twórcą oryginalnej leczniczej metody wzmocnienia twardówki w tylnym biegunie oka ocznej i zamieszcza nie tylko opis własnej operacji, lecz i odpowiednie piśmiennictwo obce. Najważniejsze omawia w tekście książki. Wiele pozycji jest omawiane w tekście. Podaje naszą metodę operacyjną, nasze wyniki oraz dokonuje porównania badań europejskich (na podstawie naszych wyników oraz *Nestorowa*) z własnymi. Zacytuje tylko jedno ze zdań, które m.in. o nas napisał: „Hańczyk, ze swoimi współpracownikami, opublikował prawdopodobnie najbardziej obszerną serię artykułów w tym zakresie”. Curtin stworzył dzieło, do którego wszyscy interesujący się zagadnieniem krótkowzroczności będą mogli sięgać przez wiele lat.

Piotr Hańczyk



Ryc. 1. Schemat opisywanego zabiegu operacyjnego.

Z Oddziału Okulistycznego Szpitala Górniczego w Sosnowcu, ordynator: doc. dr med. Jerzy Szaflik

Reprint requests to: Doc. dr med. Jerzy Szaflik, ul. Kępowa 22 p; 40-583 Katowice, Poland