

je zmiany w nabłonku rogówki i zwalnia proces gojenia<sup>2</sup>. W 1974 r. *Klima* i *Ruckerowa* stwierdzili u pacjentów stosujących przez długi okres oxybuprokainę, keratopatię z całkowitym uszkodzeniem nabłonka i towarzyszącym temu obrzękiem oraz przymglenie rogówki. Obecna też była głęboka neowaskularyzacja, pofałdowania błony *Descemeta* i idące za tym obniżenie ostrości wzroku<sup>4</sup>.

*Henkes* i *Waubke* w 1978 r. donieśli o 3 przypadkach zapalenia rogówki w następstwie nadużycia znieczulenia miejscowego oxybuprokainą. Dwóch z trzech pacjentów miało centralny ubytek nabłonka rogówki, nacieczenie istoty właściwej i przymglenie rogówki. U jednego z chorych wystąpiła kontaktowa egzema skóry powiek. W powstawaniu opisanej tu keratopatii może odgrywać rolę kilka mechanizmów. Wystąpienie zapalenia kontaktowego skóry powiek sugeruje nadmierny odczyn immunologiczny typu późnego<sup>3</sup>.

Efekt toksyczny znieczulenia miejscowego na metabolizm komórek nabłonka rogówki prowadzi do obniżenia oddychania komórkowego i glikolizy oraz odkładania się kwasu mlekowego. Stwierdzono ultrastrukturalne zmiany w desmosomach i białkach wewnątrzkomórkowych oraz w przepuszczalności błon komórkowych. Zahamowanie mitoz i migracji komórek powoduje opóźnione gojenie się nabłonka rogówki<sup>5,10</sup>.

Głęboka penetracja środka miejscowo znieczulającego do istoty właściwej rogówki może hamować metabolizm komórkowy keratocytów i komórek śródłonka, co w efekcie może powodować obrzęk rogówki. Środek znieczulający może również przenikać do komory przedniej i wpływać toksycznie na struktury wewnątrzgałkowe dając odczyn zapalny ze strony błony naczyniowej. Długie stosowanie środka miejscowo znieczulającego może powodować zapalenie neurotroficzne<sup>10,11</sup>.

Nie wykazano toksycznych efektów środków konserwujących leki znieczulające powierzchniowo<sup>6</sup>.

Zmniejszona produkcja gruczołów łzowych, stosowanie soczewki kontaktowej i zaburzenia w odpływie łez mogą powodować zwiększenie toksyczności środków znieczulających miejscowo<sup>6</sup>.

Lekarz przepisując pacjentowi środki miejscowo znieczulające musi być świadomy powikłań, jakie mogą wystąpić przy nadużyciu tych leków. Nadużycie leków znieczulających wynika z jednej strony ze zbyt częstego przepisywania ich przez lekarzy, a z drugiej strony choroby, którym zapisano lek znieczulający sami kontynuują zakraplanie go bez wiedzy lekarza, gdyż przynosi im to przejściową ulgę, jednak nie działając przyczynowo.

Pacjent powinien być poinformowany o konieczności bardzo ograniczonego i krótkotrwałego użycia leku i o powikłaniach związanych z jego nadużyciem. W zasadzie postulowane jest stosowanie środków znieczulających jedynie w warunkach leczenia zamkniętego i nie stosowanie ich ambulatoryjnie. W przypadku stwierdzenia powikłań spowodowanych nadużyciem leku konieczne jest jego natychmiastowe odstawienie.

*Rosenwasser* i wsp.<sup>9</sup> zalecają, w zależności od nasilenia powikłań, częstą kontrolę lub hospitalizację, zasłanianie oka na dłuższy okres czasu, stosowanie sztucznych łez i kropli z antybiotykiem w celach zapobiegawczych, leczniczych soczewek kontaktowych, czasowe zeszcienie szpary powiekowej i zabiegi z płatkami spojówki. W przypadkach z głębokim uszkodzeniem istoty właściwej może być konieczna keratoplastyka. Zdarza się również, że konieczna jest enukleacja, gdy inne działania nie znoszą dolegliwości bólowych, a ostrość wzroku jest bardzo niska. Z naszych doświadczeń wynika, że w niezbyt nasilonych powikłaniach spojówkowo-rogówkowych, natychmiastowe odstawienie środka znieczulającego jest najlepszym leczeniem. Należy uprzedzić chorego, że ustępowanie dolegliwości będzie trwało wiele tygodni. Poprawa następuje szybciej jeżeli stosujemy *Lacrimon* lub *Solcoseryl*, a po zniknięciu ubytków nabłonka środki sterydowe w niewielkich dawkach.

Ostatnio obserwowaliśmy w klinice, w trakcie pełnienia ostrych dyżurów, znaczną liczbę chorych zgłaszających się z powikłaniami po nadużyciu środków miejscowo znieczulających. Najczęściej stosowanym lekiem tego typu był *Mibalín* oraz wodne roztwory *pantokainy*.

Biorąc pod uwagę podane informacje z piśmiennictwa oraz własne obserwacje zwracamy uwagę na konieczność ostrożnego i oszczędnego stosowania środków znieczulających powierzchniowo. Sądzymy, że leki te powinny być stosowane jedynie krótkotrwale w przypadkach po usunięciu ciała obcego z rogówki, innych pourazowych ubytków nabłonka oraz w celach diagnostycznych, takich jak tonometria i gonioskopia. Nie powinno się leków tych stosować długotrwale w leczeniu zapalen spojówek i rogówki.

#### Piśmiennictwo

1. *Ellis P.P.*: Ocular therapeutics and pharmacology. St. Louis, Mosby: 80 (1985).
2. *Fuchs E.* (w:) *Duke-Elder S.*, ed. System of ophthalmology. St. Louis, Mosby 14 (2): 1178-1179 (1972).
3. *Henkes H.E.*, *Waubke T.N.*: Keratitis from abuse of corneal anaesthetics. *Br. J. Ophthal.* 62: 62-65 (1978).
4. *Klima M.*, *Ruckerova H.*: Sever eye damage due to oxybuprocaine. *Cs. Oftal.* 30: 375-380 (1974).
5. *Leuenberger P.M.*: Ultrastrukturelle Veränderungen am Hornhautepithel nach Oberflächenanaesthetie. *Albrecht Von Graefes Arch. Klin. Exp. Ophthal.* 186: 73-90 (1973).
6. *Penna E.P.*, *Tabbara K.T.*: Oxybuprocaine keratopathy: a preventable disease. *Brit. J. Ophthal.* 70: 202-204 (1986).
7. *Podlewski J.K.*, *Chwalibogowska-Podlowska A.*: Lekii współczesnej terapii: 145, 346, 445, 526. (1987).
8. *Rosenwasser G.O.D.*: Complication of topical ocular anesthetics. *Int. Ophthal. Clin.* 29 (3): 157 (1989).
9. *Rosenwasser G.O.D.*, *Holland S.*, *Pflugfelder S.*, *Lugo M.*, *Heidemann D.*, *Culbertson W.*, *Kattan H.*: Topical anesthetic abuse. *Ophthalmology* 97: 967-972 (1990).
10. *Skalska-Rakowska J.*: Badania cytochemiczne i ultrastrukturalne wpływu kokainy na nabłonek rogówki szczura. *Klin. Oczna* 40: 449-455 (1970).
11. *Smith R.B.*, *Everett W.G.*: Physiology and pharmacology of local anesthetic agents. *Int. Ophthal. Clin.* 13 (2): 35-60 (1973).
12. *Weekers J.F.*: Recherches experimentales sur la genese des lesions corneennes dues aux anesthésiques. *Arch. Ophthal.* 34: 121 (1974).

Praca wpłynęła: 01.03.1993.

Leopold Glasner

## Sprawozdanie z II Międzynarodowego Sympozjum w Jerozolimie na temat zapalnych chorób oka

W dniach 30.VIII. — 3.IX.1992 r., w Jerozolimie odbyło się drugie światowe Sympozjum na temat zapalnych schorzeń oka. Miałem zaszczyt reprezentować *p.prof. Barbarę Iwaszkiewicz-Bilikiewiczową* w obradach „International Council Ocular Inflammation Society”, która jako jedyna przedstawicielka naszego kraju została powołana do międzynarodowej rady tego Towarzystwa. Prezydentem Towarzystwa i głównym organizatorem Sympozjum był *prof. David Ben Ezra* z Hadassah University Hospital w Jerozolimie, a wiceprezydentami — *prof. Alio* z Hiszpanii oraz *prof. Mochizuki* z Japonii. Szefem naukowym Sympozjum był *prof. Robert Nussenblatt* z National Eye Institute w USA.

Pierwszy tego rodzaju światowy zjazd odbył się przed dwoma laty w Hiszpanii, a następny będzie zorganizowany w dniach 22.X. — 26.X. 1994 r. w Japonii.

Decyzją rady naczelnej Sympozjum powołano oficjalne międzynarodowe czasopismo „Ocular Immunology and Inflammation”, którego naczelnym redaktorem został na najbliższe pięć lat *prof. dr A. Kijlstra* (Department of Ophthalmology-Immunology, of the Netherlands Ophthalmic Research Institute w Amsterdamie).

Poszczególne sesje obrad dotyczyły w dużej mierze mechanizmów powstawania zapalenia błony naczyniowej, roli poszczególnych reakcji immunologicznych, znaczenia prostaglandyn, interleukin i cytokinin w powstawaniu zapalen. Warto podkreślić, iż obok bardzo specjalistycznych doniesień z ośrodków amerykańskich (głównie z National Eye Institut, Maryland), nowoczesne prace prezentowali badacze z Japonii, gdzie właśnie immunologia zapalenia błony naczyniowej jest szczegółowo opracowywana.

Specjalna sesja poświęcona była cyklosporynie, która obecnie jest już powszechnie stosowana w okulistyce. Swoje doświadczenie na dużej liczbie pacjentów i wszelkie szczegóły dotyczące wskazań i przeciwwskazań do terapii cyklosporyną A szczegółowo omawiał *prof. Ben Ezra*. Jest to obecnie lek drugiego rzutu (po kortykosteroidach) w leczeniu endogennego zapalenia błony naczyniowej, choroby *Behceta*, pęcherzycy oka, immunologicznego zapalenia płamki żółtej, a nawet w toksoplazmozie ocznej.

Duże nadzieje w okulistyce wiąże się z nowym lekiem FK-506 (odkrytym i produkowanym w Japonii), który okazał się bardzo skuteczny w łuszczycy i wielu chorobach immunologicznych. Lek ten obniżył o ponad połowę koszty transplantacji wątroby w porównaniu z cyklosporyną. Jego zastosowanie w zapaleniach błony naczyniowej, chorobie *Behceta* i przeszczepach rogówki jest chyba już tylko kwestią tygodni.

Specjalna sesja Sympozjum dotyczyła trudnych zagadnień leczenia alergicznych chorób spojówek. Duże nadzieje wiąże się z upowszechnieniem produkcji cyklosporyny w kroplach, oraz z nowym lekiem przeciwalergicznym „Nedocromil sodium”, który jest już produkowany przez firmę „Fisons-Pharmaceuticals” w Wielkiej Brytanii. Środek ten hamuje histaminę, działając na receptory  $H_1$  blokuje też syntezę prostaglandyn. Zdaniem autorów z Kanady, Francji i Wielkiej Brytanii, gdzie zakończono już badania nad tym lekiem, terapia powinna trwać 3-6 tygodni, jednakże subiektywna poprawa następuje już po 24 godzinach, nie dając żadnych powikłań ze strony spojówki, rogówki i twardówki. Wskazaniem do stosowania leku są wszelkie zapalenia alergiczne spojówek, szczególnie tzw. wiosenne zapalenie spojówek, zapalenie brzożów powiek, jąglica.

Szereg prac podczas specjalnej sesji dokładnie omawiało zagadnienia AIDS w okulistyce. Zdaniem autorów z Hiszpanii, aż u 40% pacjentów zarażonych wirusem HIV, występują oczne manifestacje choroby. Wśród grupy przebadanych 547 chorych najczęstszą zmianą było chorioretinitis, mięsak *Kaposiego* spojówki, drożdżycza oraz toksoplazmoza siatkówki. We wszystkich przypadkach konieczne było leczenie ogólne.

Według obserwacji lekarzy z Południowej Afryki często wczesną manifestacją zakażenia wirusem HIV jest herpes zoster, potem u tych chorych dochodzi do wirusowego zapalenia siatkówki. Także w Austrii każdy pacjent z herpes zoster jest testowany w kierunku AIDS. Autorzy pracy z Instytutu Rehovot w Izraelu omawiali wyniki leczenia 39 pacjentów z AIDS preparatem Ganciclovir podawanym dożylnie w dawce 5 mg/kg/dobę. U chorych tych oprócz objawów zapalenia siatkówki, stwierdzano często „ogniska

waty", krwotoki oraz ogniska martwicze. Dodatkowo poza leczeniem ogólnym stosowano fotokoagulację laserem argonowym, olej silikonowy i witrektomię. U większości pacjentów dochodziło do zaniku n. wzrokowego i odwarstwienia siatkówki. Wdrożenie leczenia chirurgicznego u takich chorych jest na pewno zagadnieniem kontrowersyjnym. Lekarze zajmujący się transplantacją rogówki zwracali uwagę na przeprowadzanie badań nosicielstwa wirusa HIV w rogówce, które jak się okazuje wcale nie jest rzadkie. Podobne odczyny immunologiczne stwierdzono u pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby (typ B), gdzie wirus penetruje poprzez wątrobę do nerek, serca, kości i skóry.

Ostatniego dnia obrad odbyła się sesja na temat leczenia chirurgicznego zapalenia błony naczyniowej. Do zwolenników szybkiego wkroczenia chirurgicznego należeli między innymi *prof. Nussenblatt* i *prof. Alio*, natomiast *profesorowie Mochizuki, Kaplan* i *Ben-Ezra* reprezentowali pogląd, iż wskazania do chirur-

gii w zapaleniu błony naczyniowej muszą być bardzo wnikliwie rozważane.

Dzięki doskonałej organizacji Zjazdu, uczestnikom zapewniono szereg imprez towarzyszących. Była to między innymi wycieczka nad Morze Martwe, zwiedzanie kibucu Ein-Gedi, spacer po starym mieście w Jerozolimie oraz zwiedzanie muzeum historii Jerozolimy. Mimo, iż obrady najczęściej kończyły się około godziny 6-7 wieczorem, już około godziny 9 rozpoczynały się imprezy taneczne, często na wolnym powietrzu, trwające do późnych godzin nocnych. W trakcie tych spotkań *prof. Ben-Ezra* dał się poznać jako doskonały, gościnny gospodarz oraz nauczyciel narodowych tańców izraelskich. Żegnając się tradycyjnym izraelskim „Szalom”, grupa lekarzy okulistów z Japonii uroczystie ślubowała, iż dołożą wszelkich starań, aby następny Sympozjon był co najmniej tak samo udany.

Jolanta Dębowska-Weiss

## Sprawozdanie z działalności PTO

### Oddział w Bydgoszczy w roku 1992

W roku sprawozdawczym oddział liczył 107 członków w tym 12 emerytów. Urzędował zarząd wybrany na walnym zebraniu 23.II.1991 w składzie:

przewodniczący: dr med. *Maria Kaniasty*,  
z-ca przewodniczącego — dr med. *Lech Bieganowski*,  
sekretarz — dr *Jolanta Dębowska-Weiss*,  
skarbnik — *Hanna Lesiewska-Junk*,  
członkowie: prof. dr med. *Józef Kałużny*, dr med. *Grażyna Malukiewicz-Wiśniewska*, dr med. *Krzyszyna Jędruszek-Ługin*.

Odbyły się 3 zebrania zorganizowane przez firmy farmaceutyczne (Dispersa i Alcon) i 5 naukowo-szkoleniowych.

Wygłoszono 11 referatów:

1. Podsumowanie działalności Poradni Leczenia Zeza przy X Wojskowym Szpitalu Poliklinicznym (materiał własny) — dr *M. Komorowska*.
2. Specyfika chirurgii oka u chorych z cukrzycą — dr *M. Kubas*
3. Analiza porównawcza leczenia operacyjnego zaćmy u chorych z cukrzycą i bez — dr *A. Okoń*.
4. Możliwość korekcji nieźorności za pomocą keratotomii — prof. *J. Kałużny*
5. Zasady i celowość kwalifikacji pacjentów do badań ERG — dr *J. Stafiej*.

6. Wszczyepy soczewek dwuogniskowych — doniesienie wstępne — prof. *J. Kałużny*.
7. Aspekty widzenia barw w zatruciach grzybami — dr med. *L. Bieganowski*.
8. Wrażenia z pobytu na Kongresie Amerykańskiej Akademii Okulistyki w Dallas — prof. *J. Kałużny*.
9. Sprawozdanie z X Kongresu ESCRS w Paryżu — dr med. *E. Szweda*.
10. Sprawozdanie ze stypendium w Klinice Uniwersyteckiej w Edynburgu — dr med. *G. Malukiewicz-Wiśniewska*.
11. Wrażenia z pobytu na IX Kongresie Europejskiego Towarzystwa Okulistycznego w Brukseli — dr med. *A. Mierzejewski*.

Przedstawiono 2 przypadki:

1. Wrodzona anomalia soczewki u dziecka — dr *H. Sikorska*.
2. Torbiel tęczowki skutecznie leczona laserem Nd: YAG — dr *E. Kwiatkowska*.

Średnia frekwencja na zebraniach — 50 osób.