

## Sprawozdanie z III Łódzkiej Spotkań Jaskrowych, 13 czerwca 1997 roku, Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

III Łódzkie Spotkania Jaskrowe odbyły się 13 czerwca 1997 roku w auli Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

Podczas uroczystego otwarcia licznie zebranych uczestników sympozjum (ponad 700 osób!) powitał organizator III Łódzkiej Spotkań Jaskrowych prof. Janusz Czajkowski. Następnie przemawiał Naczelny Dyrektor CZMP prof. Tomasz Pertyński. Otwarcia obrad dokonała prof. Krystyna Pecold – krajowy konsultant ds. okulistyki, przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Okulistycznego.

I Sesję naukową nt.: *Diagnostyka i leczenie jaskry młodzieńczej*, jak również konferencję okrągłego stołu poprowadziła prof. Ariadna Gierek-Łapińska.

Wygłoszono referaty:

1. J. Czajkowski, D. Tomaszewicz-Mondry, M. Depczyńska (Łódź) – *Etiologia, patogenezę jaskry młodzieńczej i jej miejsce wśród innych postaci jaskry* (referat zamieszczony na łamach VII numeru Nowej Medycyny);
2. A. Gierek-Łapińska, A. Szymański, M. Rzendkowski, A. Sarzyński, I. Rokita-Wala (Katowice) – *Co nowego w diagnostyce jaskry, szczególnie u ludzi młodych*;
3. A. Gierek-Łapińska, A. Szymańska, B. Koraszewska-Matuszewska, A. Szymański (Katowice) – *Kiedy i jak leczyć jaskrę młodzieńczą?*

Po wygłoszeniu referatów odbyła się konferencja okrągłego stołu, w której uczestniczyli:

- 1) prof. A. Gierek-Łapińska – moderator,
- 2) prof. Z. Krawczyk,
- 3) prof. K. Pecold,
- 4) prof. M. Prost,
- 5) prof. B. Koraszewska-Matuszewska,
- 6) prof. K. Raczyńska,
- 7) prof. S. Szymankiewicz,
- 8) doc. M. Gralek,
- 9) doc. A. Szymański,
- 10) prof. J. Czajkowski.

## Dyskusja

Prof. Czajkowski:

Chciałem zwrócić uwagę, że łączenie trabekulotomii z trabekulektomią jest, oczywiście, najnowszą metodą w leczeniu operacyjnym, jednak nie jest to zabieg prosty, ze względu na trudne warunki operacyjne (duża, rozdęta gałka oczna). Dlatego tak istotne jest zastosowanie transluminacji jako metody pomocnej w precyzyjnym określeniu miejsca wykonania trabekulotomii. Drugim istotnym problemem jest zastosowanie mitomycyny, gdyż szczególnie u dzieci należy liczyć się z dużym odczynem miejscowym. W naszym ośrodku stosowaliśmy ostatnio, w formie próby, pod płatek twardówki materiał wiskoelastyczny – Viscout w celu zmniejszenia tendencji do zrastania przetoki u młodych osób. Efekty trudno jest na razie ocenić ze względu na zbyt krótkie doświadczenie w stosowaniu tego preparatu.

Prof. Koraszewska-Matuszewska:

Przed wszystkim chciałabym uporządkować poglądy na temat jaskry młodzieńczej. Uważa się, że ta postać jaskry występuje w wieku między 3. a 35.-40. lub 2. a 20. rokiem życia, w zależności od tego, kto jest autorem klasyfikacji. Mimo, że podziałów było już bardzo wiele, żaden z nich nie był doskonały, dlatego że przyczyny jaskry są wielorakie. Kąsky uważa, że jaskra młodzieńcza może przybierać dwie formy: późno rozpoznanej pierwotnej jaskry wrodzonej oraz wcześniej występującej jaskry kąta otwartego. Te postacie jaskry można odróżnić od siebie na podstawie wielu badań diagnostycznych, z których badaniem wiodącym zarówno u dzieci małych, jak i starszych jest gonioskopia. Na podstawie tego badania można określić postać jaskry młodzieńczej. Inne są warunki anatomiczne w kącie przesączania we wrodzonej jaskrze pierwotnej, chociaż i w tej, i w klasycznej jaskrze młodzieńczej kąta przesączania jest otwarty i najczęściej szeroki. W jaskrze pierwotnej wrodzonej brak jest wykształconej ostrogi oraz zachyłka kąta, inny jest kształt i miejsce przyczepu łączki, w innej formie jest rozwinięta linia Schwalbe. W klasycznej jaskrze młodzieńczej, co do istnienia której w ogóle były wątpliwości, tych zmian w kącie nie ma. Shaffer wyróżnia dwie formy jaskry młodzieńczej, zależne od wieku pacjenta: jaskrę występującą pomiędzy 3. a 20. rokiem życia, określaną jako późnomłodzieńcza. Czy w ogóle takie rozpoznanie jest nam potrzebne? Tak, gdyż dzięki określeniu formy jaskry młodzieńczej wybieramy sposób jej leczenia, zarówno dotyczący krótkotrwałego leczenia zachowawczego, jak i leczenia operacyjnego. Leczenie operacyjne jest w jaskrze młodzieńczej nieuniknione, gdyż – nawet jeśli udaje się za pomocą leczenia zachowawczego osiągnąć obniżenie poziomu ciśnienia wewnątrzgałkowego i zahamować postęp zmian czynnościowych – należy liczyć się z objawami ubocznymi stosowanych leków. Na przykład długotrwałe stosowanie leków beta-adrenergicznych wywołuje swoiste przyzwyczajenie – po pewnym czasie lek wykazuje słabsze działanie, pomimo rzetelnego przyjmowania. Poza tym stałe stosowanie leków stwarza dla młodego człowieka dodatkowe rygory.

Prof. Niżankowska:

Na podstawie wypowiedzi prof. Czajkowskiego na temat podziału jaskry na postać ze zmianami w kącie (dysgeneza) i wcześniej rozwijającą się jaskrę otwartego kąta, chciałabym się odnieść do leczenia zachowawczego pilokarpiną. Chcę zwrócić uwagę, że w postaci jaskry z dysgenezą kąta pilokarpina nie może przynieść efektów terapeutycznych, może być natomiast skuteczna w przypadku wcześniej manifestującej się jaskry z otwartym kątem. Jednak jej wskazania są ograniczone ze względu na dyskomfort prowokowany zmiennym w czasie skurczem akomodacji.

Ogromna tendencja do bliznowacenia u młodych ludzi stwarza trend do zalecania mitomycyny we wszystkich przypadkach. Staramy się stosować ją przez 2 minuty (w stężeniu takim jakie zalecane jest również w klinice ka-towickiej) i dokładnie wypłukać. Jak do tej pory nie obserwowaliśmy przetok dających hipotonię.

Prof. Pecold:

W uzupełnieniu metod diagnostycznych, o których szeroko mówiono, chciałabym zwrócić uwagę na rozpoznanie i prowadzenie jaskry na najniższym szczeblu. W przypadku jaskry młodzieńczej lekarz pierwszego kontaktu powinien zwrócić uwagę na wywiad rodzinny (wraz z badaniem członków rodziny), wygląd tarczy nerwu wzrokowego, konieczność stereoskopowej oceny tarczy za pomocą szkła Volka, rysowaniu tarczy z uwzględnieniem stosunku c/d. Sekcja Jaskrowa opracowała książeczki jaskrowe umożliwiające ocenę postępu ząglębnienia. W nawiązaniu do referatu doc. Szymańskiego, który przestrzega przed pochopnym podjęciem decyzji o operacji przetokowej w przypadkach zespołu Sturge-Webera – gdyż może grozić ona poważnym powikłaniem, jakim jest krwotok wypierający – uważam, że tych przypadkach należy przeprowadzić wnikliwą diagnostykę w celu poszukiwania naczynek naczyńiówki. Jedynym postępowaniem jest tu nasświetlanie oka promieniami Roentgena.

Doc. Gralek:

Nawet podczas pracy w poradniach młodzi okuliści mają szansę właściwego rozpoznania i prowadzenia chorych z jaskrą. Wymaga to czasu na badanie dziecka oraz rozmowę z rodzicami. Dysponując skromnymi środkami w poradni można nie przeoczyć choroby.

Prof. Trusiewicza:

Chciałabym zaapelować do lekarzy dysponujących perymetrami statycznymi o dołączenie do badania opisu, co znacznie ułatwiłoby porównanie badań wykonanych różnymi perymetrami komputerowymi.

II Sesję naukową nt.: *Jaskra z niskim ciśnieniem wewnątrzgałkowym. Czy to już jest problem społeczny?* oraz odbyła po niej konferencję okrągłego stołu poprowadziła prof. dr hab. n. med. Maria Hanna Niżankowska.

Wygłoszono referaty:

1. Niżankowska M.H., Szelepin Ł., Ćwirko M. (Wrocław) – *Etiologia, patogenezę i przebieg kliniczny jaskry z normalnym ciśnieniem wewnątrzgałkowym*;
2. Niżankowska M.H., Turno-Kręcicka A. (Wrocław) – *Czynniki ryzyka wystąpienia jaskry z normalnym ciśnieniem wewnątrzgałkowym*;
3. Niżankowska M.H. (Wrocław) – *Jaskra normalnego ciśnienia – czy to jest problem społeczny. Kiedy i jak leczyć?*

Po wygłoszeniu referatów odbyła się konferencja okrągłego stołu, w której uczestniczyli:

- 1) prof. M.H. Niżankowska – moderator,
- 2) prof. I. Świetliczko,
- 3) prof. A. Fryczkowski,
- 4) prof. J. Toczolowski,
- 5) doc. E. Tokarz-Sawińska.

## Dyskusja

Prof. Fryczkowski:

Chciałabym zwrócić uwagę, że ciśnienie tkankowe w nerwie wzrokowym poza gałką oczną wynosi 6-8 mm Hg, co jest ważne przy oznaczaniu perfuzji w związku z zagadnieniem odżywienia komórek zwojowych i ich aksonów. Jeżeli powstają zaburzenia krążenia na pograniczu tarczy nerwu

wzrokowego, to wiemy, że obwód tarczy będzie zaopatrywany z naczyń naczyńiówki. Stwierdza się zanik naczyń włosowatych. Miałem okazję obserwować, że na różnym obszarze w tej okolicy dochodzi do zaniku otworów, tzw. fenestracji naczyń, co ma duże znaczenie dla odżywienia nerwu wzrokowego.

Poza tym chciałbym podkreślić, że każda komórka ma swój biologiczny próg wrażliwości na niedotlenienie, co powoduje indywidualną tolerancję na działanie tego czynnika. W związku z tym śmierć komórki zwojowej może nastąpić poprzez zahamowanie przepływu aksoplazmy w różnym czasie.

I jeszcze podzielę się spostrzeżeniami własnymi analizy kart 400 pacjentów z zaburzeniami naczyńiowymi. U 52 osób stwierdziliśmy tzw. przednią lub tylną niedokrwioną neuropatię nerwu wzrokowego. W grupie 28 chorych z neuropatią tylną jaskrę ujawniliśmy u 11 pacjentów.

Prof. Toczolowski:

Obecnie uważa się, że nie ma procesu patologicznego, w którym nie biorą udziału wolne rodniki tlenowe. Uszkodzenie nerwu wzrokowego w przebiegu jaskry, szczególnie z niskim ciśnieniem wewnątrzgałkowym, może przebiegać z udziałem wolnych rodników tlenowych, które powstają w okresie reperfuzyj. W okresie niedotlenienia, w czasie nocnego spadku ciśnienia tętniczego krwi następuje dopływ dużej ilości krwi z wolnymi rodnikami, które to rodniki niszczą błonę komórkową, łącząc się z nienasyconymi kwasami tłuszczowymi komórek. W związku z tym należy zastanowić się, czy można leczyć jaskrę nie wpływając na ciśnienie wewnątrzgałkowe. Wydaje się, że ciśnienie wewnątrzgałkowe nie jest ani konieczne, ani wystarczające do powstania zmian jaskrowych. Około 40% chorych ma objawy jaskry, mimo braku podwyższonego ciśnienia wewnątrzgałkowego, natomiast wielokrotnie częściej występuje podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe bez zmian jaskrowych. Należałoby brać pod uwagę lęki wpływające na czynniki powstałe w okresie niedotlenienia, a więc antyoksydanty i zmiatacze wolnych rodników, jak również blokery kanałów wapniowych.

Doc. Szymański:

Aktualnie największym centrum badawczym zajmującym się tym problemem jest ośrodek w Indianapolis, kierowany przez prof. Harisa. Badania prowadzone w tym ośrodku nie wskazują na istnienie korelacji między defektami zaburzeń układu naczyń tętniczych siatkówki i naczyń pozagałkowych a zmianami jaskrowymi w polu widzenia. Według wielu autorów, być może, jakieś błędy techniczne popełnione w trakcie prowadzonych badań mogą być przyczyną takich wyników analizy otrzymanych danych.

Prof. Świetliczko:

W sposób tak jasny, zrozumiały i szczegółowo usłyszeliśmy kilka zasadniczych prawd. Jedną z nich jest to, że nie ma jednej teorii, która tłumaczyłaby jaskrowy zanik nerwu wzrokowego. Młode pokolenie nie pamięta, jak jedna teoria wykluczała inną. Istniała np. teoria nerwowa, a jaskrę tego rodzaju leczono snem.

Następna sprawa to fakt wielokrotnie tu podkreślany, że oko nie jest odrębnym organem, lecz częścią całego organizmu, dlatego potrzebna jest współpraca okulisty z internistą, neurologiem lub lekarzami innych specjalności. Należy pamiętać, że jesteśmy przede wszystkim lekarzami, a w następnej kolejności specjalistami.

Trzecia uwaga – zbyt późno wkraczamy z leczeniem, dlatego nie utrzymamy status quo, a zanik nerwu wzrokowego będzie dalej postępował.



I jeszcze chcę poruszyć sprawę nazewnictwa. Stosowane są takie terminy, jak: destrukcja nerwu wzrokowego, zwyrodnienie nerwu wzrokowego, a nie zanik nerwu wzrokowego w przebiegu jaskry (zanik początkowy, dogłębny).

III Sesję naukową nt.: **Nowości lekowe, aparatury i książkowe** poprowadzili prof. J. Czajkowski i prof. J. Szaflik.

Wygłoszono referaty:

1. Szaflik J., Siwicka R. (Warszawa) – *Jopidyna – nowości w arsenale leków przeciwjaskrowych*;
2. Tomaszewicz-Mondry D. (Łódź) – *Zastosowanie 2% Trusoptu w leczeniu nadciśnienia wewnątrzgałkowego i jaskry młodzieńczej – doniesienia wstępne*;
3. Kotłowska M. (Warszawa) – *Latanoprost – nowe możliwości leczenia jaskry*;
4. Herbarth U. (Niemcy) – *Laser Scanning Tomography with TopSS and ICG Angiography with AngioScan – two exciting instruments for the retinal specialist*;
5. Herbarth U. (Niemcy) – *Gdx – the first instrument for objective screening and follow-up of glaucoma*;
6. Szaflik J., Kamińska A., Izdebska J. (Warszawa) – *Ocena tarczy nerwu wzrokowego u pacjentów z jaskrą przy użyciu laserowego oftalmoskopu skaningowego TopSS*.

Po zakończonej sesji dr Patelska-Wytyk z poznańskiej kliniki podzieliła się spostrzeżeniami z prac prowadzonych w Nowym Jorku na temat skuteczności działania Latanoprostu. Ponadto dr Kotłowska, autorka referatu nt. Latanoprostu – poinformowała, że lek ten jest dostępny w ramach importu docelowego.

IV Sesję naukową nt.: **Zastosowanie laserów w diagnostyce i leczeniu jaskry** poprowadził prof. J. Kałużny.

Wygłoszono referaty:

1. Kałużny J. (Bydgoszcz) – *Możliwości diagnostyczne i lecznicze technik laserowych w jaskrze*;
2. Palacz O., Sylwestrzak Z., Palacz A. (Szczecin) – *Zalety i wady terapii laserowej w jaskrze otwartego kąta*;
3. Czechowicz-Janicka K., Piekarniak A., Malski P. (Warszawa) – *YAG – laser w leczeniu jaskry pierwotnej, 2-letnie obserwacje własne*;
4. Gierek-Łapińska A., Rzendkowski M., Leszczyński R., Rusek P. (Katowice) – *Laserowe zabiegi cyklodestrukcyjne w leczeniu wybranych przypadków jaskry*;
5. Kęćik T. (Warszawa) – *Przyszłość technik laserowych w leczeniu jaskry*;
6. Romaniuk W., Wylęgała E., Fronczek M., Kozera A., Dorecka M. (Katowice) – *Fakoemulsyfikacja zaćmy w oczach jaskrowych*.

Po wygłoszeniu referatów odbyła się konferencja okręgłego stołu, w której uczestniczyli:

- 1) prof. J. Kałużny,
- 2) prof. O. Palacz,
- 3) prof. T. Kęćik,
- 4) prof. K. Czechowicz-Janicka,
- 5) doc. W. Romaniuk.

## Dyskusja

**Prof. Niżankowska:**

W prowadzonych przez ośrodek warszawski badaniach zaobserwowano znaczny spadek ciśnienia wewnątrzgałkowego w pierwszej dobie po laseroterapii. Nasze spostrzeżenia są odmiennie. W pierwszej dobie po zabiegu stwierdzamy wyraźny, przejściowy wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego.

**Prof. Czechowicz-Janicka:**

Chciałam zauważyć, że mimo przedstawianych pozytywnych wyników leczenia laserowego przyszłość leczenia jaskry leży w leczeniu operacyjnym.

**Prof. Palacz:**

Nie zgadzam się z opinią prof. Czechowicz-Janickiej, gdyż uważam, że lasery już znalazły swoje miejsce w leczeniu jaskry, a przyszłość pokaże, prawdopodobnie, ich jeszcze większe możliwości.

**Prof. Kęćik:**

Uważam, że oboje moi przedmówcy mają swoje racje. Prawdą jest to, że – jak dotąd – nie wynaleziono żadnej nowej metody leczenia zabiegowego w jaskrze. Omawiane metody to modyfikacje znanych od lat technik operacyjnych. Nie zawsze leczenie chirurgiczne przynosi pożądany efekt.

Po zakończonej IV sesji prof. J. Czajkowski podziękował tak licznie zebranym uczestnikom sympozjum za wykazanie nadzwyczaj dużego zainteresowania i udział w dyskusji nad zagadnieniami diagnostyki i możliwości terapeutycznych w jaskrze, postrzeganymi w coraz pełniejszym, jednak nadal niedoskonałym świetle naszej wiedzy i umiejętności.

Kończąc obrady gospodarz zaprosił wszystkich zebranych na kolejne Łódzkie Spotkania Jaskrowe, które są zaplanowane na 12 czerwca 1999 r. Dominować będą trzy tematy:

- 1) jaskra w oku krótkowzrocznym (ze szczególnym uwzględnieniem jaskry barwnikowej),
- 2) nowe metody diagnostyki i leczenia jaskry,
- 3) jaskra a odwarstwienie siatkówki.

Oficjalnego zamknięcia obrad III Łódzkich Spotkań Jaskrowych dokonała prof. M.H. Niżankowska. Pani Profesor pogratulowała organizatorom sympozjum wyboru ciekawej tematyki prowadzonych sesji, skupienia na obradach III Łódzkich Spotkań Jaskrowych oraz tak szerokiego forum słuchaczy. Prof. Niżankowska zaprosiła wszystkich zainteresowanych na Sympozjum Jaskrowe organizowane przez klinikę wrocławską w przyszłym roku.

Janusz Czajkowski, Dorota Tomaszewicz-Mondry,  
Mariola Depczyńska

Oddział Kliniczny Okulistyki  
Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

## Streszczenia z piśmiennictwa obcego

### 8. Spojówka, rogówka, twardówka

**De la Maza M.S., Foster C.S., Jabbur N.S.: Zapalenie błony naczyniowej towarzyszące zapaleniu twardówki (Scleritis – associated uveitis).** *Ophthalmology*, 1997, 104, 58-63.

Celem pracy była analiza częstości występowania zapalenia przedniego odcinka błony naczyniowej w przebiegu zapalenia twardówki, jego charakteru oraz wpływu na powstanie miejscowych powikłań.

Badaniami objęto 172 pacjentów (231 oczu) z zapaleniem twardówki, których podzielono na dwie grupy: grupę chorych z zapaleniem przedniego odcinka błony naczyniowej i zapaleniem twardówki oraz grupę chorych z zapaleniem twardówki bez zapalenia błony naczyniowej oka.

U 73 pacjentów (42%) stwierdzono w okresie obserwacji co najmniej jeden epizod zapalenia przedniego odcinka błony naczyniowej oka. U większości zapalenie błony naczyniowej miało mierne nasilenie i zawsze towarzyszyło czynnemu procesowi zapaleniu twardówki. W tej grupie chorych częściej obserwowano powikłania miejscowe: nekrotyczne zapalenie twardówki (37%), spadek ostrości widzenia (49%), obwodowe owróżnienie rogówki (22%) oraz jaskrę (19%). Nie stwierdzono natomiast u tych pacjentów częstszego występowania chorób układowych, w porównaniu do chorych z zapaleniem twardówki bez zapalenia błony naczyniowej.

Współistnienie zapalenia twardówki z zapaleniem przedniego odcinka błony naczyniowej jest złym prognostycznie objawem, prowadzącym do powstania ciężkich powikłań miejscowych i mogącym być przyczyną utraty widzenia.

Autorzy zwracają uwagę na konieczność przeprowadzania u pacjentów z zapaleniem twardówki szczegółowego badania przedniego odcinka błony naczyniowej podczas każdej kontroli okulistycznej. Wczesne rozpoznanie i leczenie stanów zapalnych przedniego odcinka błony naczyniowej może bowiem w tej grupie chorych znacznie poprawić rokowanie.

Agnieszka Kubicka-Trzaska

**Luchs J.I., Cohen E.J., Pauano C.J., Laibson P.R.: Wrzodzące zapalenie rogówki w przebiegu keratopatii pęcherzowej (Ulcerative Keratitis in Bullous Keratopathy).** *Ophthalmology*, 1997, 104, 816-822.

Autorzy przeanalizowali częstość występowania wrzodzącego zapalenia rogówki w grupie 918 pacjentów z keratopatią pęcherzową w oczach z pseudofakcją lub afakcją. Spośród 918 oczu z keratopatią pęcherzową w 44 (4,7%) przypadkach wystąpiło powikłanie w postaci zapalenia rogówki. Do statystycznie istotnych, niezależnych czynników wpływających na ryzyko rozwoju wrzodzącego zapalenia rogówki należało podawanie miejscowo kortykosteroidów ( $p=0,0001$ ), stosowanie leczniczych miękkich soczewek kontaktowych ( $p=0,004$ ) oraz obecność pęcherzyków ( $p=0,01$ ). Największe ryzyko występowało w przypadku jednoczesnego stosowania kortykosteroidów i leczniczych soczewek kon-

taktowych ( $p=0,001$ ). Profilaktyczne stosowanie antybiotyków, paradoksalnie, wykazywało również statystycznie znamienne wiązanie z występowaniem wrzodzącego zapalenia rogówki ( $p=0,01$ ). Przedłużający się czas trwania keratopatii pęcherzowej zwiększał ryzyko powstawania wrzodów.

Najczęściej z worka spojówkowego hodowano bakterie z grupy *Streptococcus*. Na podstawie przeprowadzonych badań ustalono, że czynnikami ryzyka rozwinięcia się wrzodzącego zapalenia rogówki w przebiegu keratopatii pęcherzowej są stosowane miejscowo preparaty kortykosteroidowe i terapeutyczne soczewki kontaktowe oraz przedłużający się czas trwania keratopatii pęcherzowej. Profilaktyczne stosowanie antybiotyków nie zapobiega powstawaniu wrzodów u pacjentów z keratopatią pęcherzową.

Arkadiusz Pogrzebielski

### 9. Błona naczyniowa

**Nussenblatt R.B., Grey I., Weiner H.L., Ferris F.L., Siloach J., Remaley N., Perry C., Caspi R.R., Hafler D.A., Foster C.S., Whitcup S.M.: Leczenie zapalenia błony naczyniowej podawanymi doustnie antygenami siatkówkowymi: wyniki fazy III ślepej maskowanej próby (Treatment of Uveitis by Oral Administration of Retinal Antigens: Results of Phase III of Randomized Masked Trial).** *Am. J. Ophthalmol.*, 1997, 123, 583-592.

Celem pracy była ocena efektu oraz bezpieczeństwa doustnego podawania antygenów siatkówkowych u chorych z zapaleniem błony naczyniowej oka.

W przeprowadzonym doświadczeniu klinicznym wybrano w sposób losowy chorych z endogennym zapaleniem błony naczyniowej, leczonych środkami immunosupresyjnymi. Dziesięciu pacjentów otrzymało izolowany antygen S, innym dziesięciu podano jednocześnie antygen S oraz mieszaninę rozpuszczalnych antygenów siatkówkowych. Samą miksturę antygenów siatkówkowych otrzymało dziesięciu pacjentów, a placebo podano 15 chorym. Następnie u wszystkich osób objętych badaniami wycofywano się stopniowo, w okresie 8-tygodniowym, z prowadzonego leczenia immunosupresyjnego. Okres, w którym redukowano dawkę leków immunosupresyjnych, nie różnił się istotnie statystycznie między czterema badanymi grupami. W grupie chorych otrzymujących oczyszczony antygen S redukcję dawki leków przeprowadzono jednak szybciej w porównaniu do grupy „placebo”. Nie zaobserwowano żadnych toksycznych objawów związanych z doustnym podaniem antygenów siatkówkowych.

Rola tolerancji immunologicznej wywołanej antygenami siatkówkami w leczeniu zapalnych schorzeń oczu nadal pozostaje niejasna i wymaga dalszych badań. Na podstawie przeprowadzonych obserwacji klinicznych, wydaje się, iż mogą być one bezpiecznym czynnikiem zastępującym steroidy oraz leki immunosupresyjne u chorych z przewlekłym zapaleniem błony naczyniowej oka.

Agnieszka Kubicka-Trzaska