

Tabela I. Wartość Dev w różnych okresach po wszczępieniu sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej przedniokomorowej

Lp.	Dev(dpt)			
	po 2 tygodniach od wszczępienia	po 3 miesiącach	po 6 miesiącach	po 9 miesiącach
1	0,0	0,5	0,75	0,5
2	0,0	0,75	1,0	1,0
3	0,5	1,5	1,0	1,0
4	0,75	0,75	0,25	0,0
5	1,0	1,75	1,25	1,0
6	0,75	1,25	1,5	1,5
7	1,0	1,5	1,75	1,5
8	1,0	1,0	0,5	0,5
9	1,5	1,0	0,5	0,5
10	1,75	1,25	0,5	0,25
11	1,25	0,75	0,25	0,0
12	2,0	1,5	1,0	1,25
13	1,5	1,0	0,5	0,5
14	1,25	0,75	0,5	0,5
15	1,5	1,0	1,25	1,25
16	1,5	2,0	1,75	1,5
17	1,75	1,75	1,0	1,0
18	2,0	1,0	0,75	0,75
19	1,25	1,0	1,0	1,0
20	1,75	1,25	1,5	1,5
21	1,25	0,75	0,25	0,5
22	1,5	1,0	0,5	0,5
23	2,0	1,5	0,0	0,0
24	1,5	1,0	0,0	0,0
25	1,75	1,5	1,0	1,0
26	2,25	1,75	1,5	1,75
27	2,5	2,0	1,75	1,75
28	3,0	2,5	2,0	2,0
29	2,5	2,0	1,5	1,5
30	2,25	1,5	1,0	1,0
31	2,5	1,75	1,0	1,0
32	3,0	2,5	2,0	2,25
33	3,25	2,75	2,0	2,25
34	3,5	3,0	2,5	2,5
35	3,5	3,0	2,0	1,75
36	3,75	3,0	2,0	2,0
37	4,0	3,0	2,5	2,25
38	3,5	2,75	1,75	2,0

OMÓWIENIE

Przeprowadzona analiza statystyczna wyników pozwala stwierdzić, że zmiany refrakcji w okresie między 6 a 9 miesiącem po wszczępieniu sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej przedniej są nieistotne, w przeciw-

stawie do zmian w okresach obserwacji pooperacyjnych wcześniejszych: 2 tyg. — 3 mies., 3—6 mies. po operacji. Wyniki te wskazują, że wartości odchylenia refrakcji (Dev) we wczesnym okresie pooperacyjnym (do 6 mies. po operacji) mogą ulec zmianie. Natomiast w okresie późniejszym (od 6 mies. po operacji) wyniki wykazują stabilizację. Po ustabilizowaniu się Dev, co jest równoznaczne z ustabilizowaniem się Rs, można wykorzystując podane wzory obliczyć A'. Jak wykazały nasze badania ma to sens najwcześniej w 6—9 miesiącu po operacji.

Należy sądzić, że przyczyną okresowego wahania się refrakcji po wszczępieniu jest wiele czynników związanych z pooperacyjnym procesem gojenia i z obecnością wszczępionego do gałki ocznej ciała obcego (sztuczna soczewka wewnątrzgałkowa). Wszczępioną soczewkę przedniokomorową można porównać do delikatnej sprężyny, z właściwościami autoadaptacyjnymi, która może zmienić kształt geometryczny oka i jego ośrodków optycznych. Deformacja ta może ulegać zmianom w miarę postępu pooperacyjnego procesu gojenia. Nie można wykluczyć zmiany współczynników załamania ośrodków optycznych we wczesnym okresie pooperacyjnym. Indywidualny sposób leczenia miejscowego lub ogólnego, szczególnie podawanie kortykosteroidów, przyspieszając lub opóźniając proces gojenia również może wpływać na kształtowanie się refrakcji oka w okresie pooperacyjnym. Eliminacja wymienionych czynników wpływających na refrakcję w okresie pooperacyjnym nie jest całkowicie możliwa. Toteż ustalenie okresu pooperacyjnego (6—9 miesiąc), w którym refrakcja oka ze wszczępioną soczewką przedniokomorową przestaje ulegać wahaniom ma znaczenie praktyczne w przypadku obliczenia współczynnika A' dla formuły SRK.

PIŚMIENNICTWO

- Menezo J.L., Chaques V., Harto M.: The SRK regression formula in calculating the dioptric power of intraocular lenses. *Brit. J. Ophthalmol.* 68: 235—237 (1984).
- Richards S.C., Olson R.J., Brodstein D.E., Richards W.L.: Differences Between Men and Women as Related to Intraocular Lens Implantation. *Ophthalmol. Surg.* 17: 82—89 (1988).

Praca wpłynęła: 10.06.1991 r. (nr 5742).

DOBRA tolerancja implantowanych obecnie sztucznych soczewek oraz możliwość osiągnięcia w bardzo krótkim czasie wzrokowej rehabilitacji po usunięciu zaćmy sprawiają, że do leczenia zgłaszają się coraz częściej osoby w średnim wieku z ograniczonymi zmętnieniami soczewki. Ogólny stan fizyczny tych chorych jest zazwyczaj dobry i zbędne staje się ich prowadzenie po operacji w warunkach szpitalnych². W Klinice Chorób Oczu CSK WAM usuwamy zaćmę i wszczepiamy sztuczne soczewki ambulatoryjnie od 1988 roku. Tryb ambulatoryjny proponujemy chorym jeżeli pozwala na to ich stan somatyczny. U osób, których stan okulistyczny wymaga operacji, przeprowadzamy podstawowe badania laboratoryjne, serologiczne (WR, HIV, HBs), badanie radiologiczne płuca, ekg, bakteriologiczne worka spojówkowego oraz specjalistyczne: stomatologiczne, otolaryngologiczne i jako ostatnie internistyczne. Konsultacja internistyczna jest przeprowadzana pod kątem możliwości wykonania operacji w znieczuleniu miejscowym, wspomaganym neuroleptoanalgeją. Osoby sprawne fizycznie wykonują większość tych badań w swoich przychodniach w miejscu zamieszkania lub zatrudnienia. Po zapoznaniu się z ich wynikami wybieramy wspólnie z anesteziologiem chorych, którym można zaproponować leczenie w trybie ambulatoryjnym. Pod uwagę bierzemy osoby, których wiek nie przekracza 65 lat, z prawidłową hydrodynamiką oczu, dobrym stanem śródbłonna rogówki, bez obciążenia wysoką krótkowzrocznością, chorobami przemiany materii, układu oddechowego, serca i nadciśnieniem tętniczym. Z chorymi, którzy przystają na propozycję przeprowadzenia operacji ambulatoryjnie i mogą liczyć po powrocie do domu i podczas dojazdów do kliniki na pomoc osoby towarzyszącej, uzgadniamy plan postępowania, którego realizacja przedstawia się następująco.

W dniu operacji chorzy przybywają do kliniki na czczo, potwierdzają podpisem zgodę na jej przeprowadzenie ambulatoryjnie i otrzymują dwukrotnie Ocuflur i 1% roztwór atropiny do worka spojówkowego. W przeznaczonym do tego pomieszczeniu przebiegają się w bieliznie szpitalnej i zostają oddani pod opiekę anesteziologa w sali przedoperacyjnej. Operację przeprowadzamy w znieczuleniu miejscowym 2% roztworem ksylokainy z dodatkiem adrenaliny i hialuronidazy, wspomaganym neuroleptoanalgeją. Po operacji chorzy zostają przewiezieni do pomieszczenia urządzonego na wzór sali chorych, w którym przebywają przez pięć godzin, po czym powracają do domu pod opieką osoby towarzyszącej, przeważnie własnym samochodem.

Celem pracy jest ocena pierwszych 50 ekstrakcji za-

Tabela I

Rodzaj zaćmy	Liczba oczu	Liczba implantowanych soczewek
Wrodzona	1	1
Młodzieńcza	4	2
Przedstarcza	20	15
Starcza	24	16
Wklajająca	1	1
Razem	50	35

Z Kliniki Chorób Oczu Centralnego Szpitala Klinicznego WAM w Warszawie, kierownik: prof. dr med. Stanisław Mrzygłód

Reprint requests to: Prof. dr med. Stanisław Mrzygłód, ul. Garwolińska 8—10 m. 117; 04-348 Warszawa, Poland

STANISŁAW MRZYGLÓD, TERESA SKUBISZEWSKA, WŁADYSŁAW MARCINKIEWICZ i JOLANTA KRAMASZ

Organizacja i wyniki chirurgicznego leczenia zaćmy z implantacją sztucznej soczewki w warunkach ambulatoryjnych

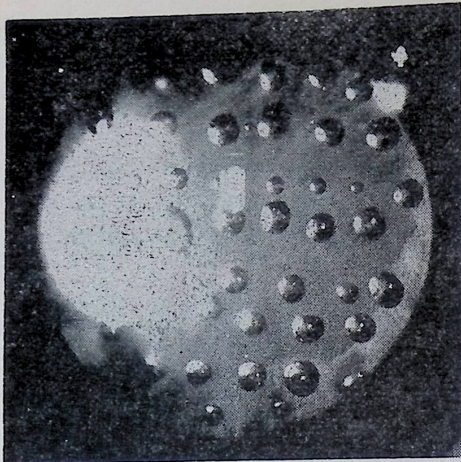
ORGANIZATION AND EFFECTS OF SURGICAL TREATMENT OF CATARACT WITH IMPLANTATION OF ARTIFICIAL LENS IN OUT-PATIENTS CONDITIONS

Forty one patients aged 29 to 82 years were subjected to cataract extraction in ambulatory conditions. Fifty eyes were operated, among them 33 with implantation of a posterior chamber artificial lens. In cases of a lack of opacities in the cortex layers their structure was loosened before the operation by a YAG laser. The lens was extracted mainly by phacoemulsification. The ambulatory procedure did not result in any undesirable consequences. The profits of operation performed in such a way were stressed. Attention was called to the fact that by prudent qualification of patients and a careful selection of surgical methods the risk of this kind of treatment is not greater than in stationary conditions.

HASLA: mikrochirurgia, chirurgia ambulatoryjna, ekstrakcja zaćmy, fakoemulsyfikacja, implantacja soczewki
KEY WORDS: microsurgery, out-patients surgery, cataract extraction, phacoemulsification, lens implantation

omy oraz 35 implantacji sztucznych soczewek tylnokomorowych (tab. I), przeprowadzonych w naszej klinice ambulatoryjnie u 26 mężczyzn i 15 kobiet w wieku 29—82 lat. Całkowite zmętnienie soczewki miało miejsce w kilku zaledwie oczach. Zaćma miała przeważnie charakter początkowej sklerofakii lub była ograniczona do zmętnień pod tylną torebką, których położenie upośledzało widzenie osiowe. W 5 oczach, a mianowicie w 2 z zaćmą młodzieńczą i w 3 z przedstarczą, ze względu na dobry stan pozostałej masy soczewki i przewidywane w związku z tym trudności dokładnego usunięcia kory, poprzedzono operację rozerwaniem jej struktury laserem YAG¹ (ryc. 1). Uzyskanie tego efektu wymagało dwóch zabiegów w odstępie tygodnia. W 4 oczach wykonano przed operacją kapsułotomię laserową w celu wywołania spęczenia i rozluźnienia przezroczystej kory.

Z 44 oczu usunięto zaćmę fakoemulsyfikatorem, z 5 przez aspirację, z 1 wytoczono jądro soczewki i odesano korę. Do aspiracji otwierano komorę przednią punktowo w rąbku rogówki, do fakoemulsyfikacji na szerokość 3,5 mm również w rąbku lecz pod płatkami spojówką, z poszerzeniem do 6,5 mm do przeprowadzenia sztucznej soczewki. Jeżeli planowano ekspulsję jądra dokonywano otwarcia z płatkami twardówki⁴. W każdym przypadku wykonywano okrężną kapsułotomię oraz irydektomię przypodstawną na godz. 12. Implantowano wyłącznie soczewki tylnokomorowe Cooper-Vision Style-827 i Allergan PC-20-AB. Ranę w rąbku i ranę spojówki zamykano filamentarnymi szwami cią-



Ryc. 1. Pęcherzyki gazu w korowych warstwach soczewki bezpośrednio po zadziaaniu impulsami lasera YAG w celu rozluźnienia ich struktury.

głymi z nici Dexon 2. Jeżeli wszczepiano soczewkę, wstrzykiwano do powięzi gałki ocznej Depomedrol.

W ciągu pierwszych czterech dni po operacji chorzy zgłaszali się do kliniki celem zmiany opatrunku. W czasie tych wizyt podawano do worka spojówkowego Dicotineff i maść detreomycynową. W następnych dniach chorzy stosowali to leczenie w domu. Osoby, którym wszczepiono sztuczną soczewkę otrzymywały gentamycynę i hydrokortyzon dożylnie w zmniejszającej się dawce. Dalsze badania kontrolne przeprowadzano po tygodniu oraz po jednym, dwóch i trzech miesiącach od operacji. Najdłuższe obserwacje trwały 2 lata.

WYNIKI

W czasie operacji doszło w trzech oczach do uszkodzenia tylnej torebki. W jednym z nich przemieściło się do komory przedniej ciało szkliste, skąd zepchnięto je za pomocą roztworu hydroksymetylocelulozy. Powikłania pooperacyjne wystąpiły w 10 oczach. W 9 z implantowanymi soczewkami ciśnienie podwyższyło się przejściowo w pierwszej dobie do 28-40 mm Hg. W 4 oczach, w tym w 3 z pseudofakcją, pojawił się w przedniej komorze skąpy wysięk włóknikowy, który wchłoniął się po trzech dniach.

Po 3 miesiącach absolutna ostrość wzroku 45 oczu, w tym 33 z implantowaną soczewką, wynosiła 0,7 do 1,0 (tab. II). Korekcja wymagana w kilku przypadkach pseudofakcji wynosiła -2,0 do +1,5 Dsph. Przyczyną niskiej i bardzo niskiej ostrości wzroku były zmiany pozapalne, zwyrodnienie na dnie oka oraz niedowidzenie czynnościowe. We wszystkich oczach źrenice zachowały okrągły kształt, centralne położenie i reagowały sprawnie. Implantowane soczewki utrzymywały osiowe położenie nadane im podczas operacji.

Tabela II

Ostrość wzroku 3 mies. po operacji	Liczba oczu
0,1	3
0,2-0,4	2
0,7-1,0	45
Razem	50

Wszyscy chorzy, z wyjątkiem jednej osoby, powrócili do pracy. Pracownicy naukowcy, aktorzy, plastycy i rolnicy przystępowali do działalności zawodowej po kilkunastu a nawet kilku dniach. Nauczyciele, kierowcy, pomocnicy apteczni, sprzedawcy i pracownicy biurowi korzyścili z czterotygodniowego zwolnienia z pracy.

OMÓWIENIE

Przy dzisiejszym stanie techniki ekstrakcji zaćmy oraz implantacji sztucznych soczewek, wykonywanie tych operacji ambulatoryjnie nie pociąga za sobą ryzyka większego niż w warunkach stacjonarnych, jeżeli poważnie przeprowadza się kwalifikowanie chorych¹. Wiek nie powinien mieć w tym względzie poważniejszego znaczenia o ile najbliższe otoczenie zapewni choremu opiekę oraz transport. Przeszkodą może być większa odległość zamieszkania od ośrodka leczącego, chociaż niektóre z operowanych przez nas osób pokonywały codziennie drogę 40 do 70 km w jedną stronę, bez ujemnych tego następstw. Osoby skazane na samotności i o małej sprawności psycho-fizycznej, ograniczającej ich samodzielność lub obciążone chorobami, które mogą stanowić źródło powikłań, nie powinny być brane pod uwagę jako kandydaci do postępowania ambulatoryjnego. Mogłoby to narazić je na trudne sytuacje z niekorzystnymi ich następstwami.

Skuteczne zabezpieczenie przed powikłaniami po przeprowadzonych przez nas operacjach zapewniało małe otwarcie i szczelne zamknięcie komory przedniej. Możliwość takie daje zwłaszcza fakoemulsyfikacja, która ogranicza uraz operacyjny i okazuje się łagodnym zabiegiem jeżeli jest przeprowadzana starannie^{2,3}. U chorych których operujemy ambulatoryjnie, obserwujemy mniejsze napięcie emocjonalne niż u osób hospitalizowanych. Ich tryb życia zmienia się niewiele w czasie przygotowywania do operacji i po jej przeprowadzeniu. Skróceniu ulega nieobecność w pracy i czas rehabilitacji, co dla ludzi czynnych zawodowo ma niebagatelne znaczenie. Reprezentanci wolnych zawodów, aktorzy i twórcy, praktycznie nie przerywali swojej działalności. Rolnicy nie wykonywali przez kilkanaście dni pracy fizycznej ale mogli doglądać swoich gospodarstw.

Ekstrakcje zaćmy oraz implantacje sztucznych soczewek są przeprowadzane ambulatoryjnie w wielu ośrodkach zagranicznych, często specjalnie przystosowanych do tego technicznie i organizacyjnie. Za takim rozwiązaniem przemawia między innymi korzystniejsza kalkulacja kosztów leczenia. W naszym ośrodku wykonujemy je w oparciu o metody i własne ich modyfikacje, pozwalające nam na podejmowanie takich przedsięwzięć bez istotnego ryzyka, obok codziennych zadań chirurgicznych, realizowanych w trybie stacjonarnym.

PIŚMIENNICTWO

1. *L'Esperance F. A.*: Ophthalmic Lasers. Photocoagulation, photoradiation and surgery. (Mosby, St. Louis 1983). — 2. *Fedorov S. N., Basinova N. P., Antonov A. A.*: Ambulatorna hirurgija katarakty. Vest. Oftal. 102: 5-7 (1986). — 3. *Kelman C. D.*: Phakoemulsification and aspiration. Amer. J. Ophthal. 64: 23-35 (1967). — 4. *Mrzyglód S.*: Otwarcie gałki z płatkami twardówki. Niekonwencjonalna mikrochirurgiczna metoda operacji zaćmy twardej. Klin. oczna 84: 163-164 (1982). — 5. *Oesterhuis J. A.*: Lens extraction, ambulatory surgery or hospitalization. Ned. Tijdschr. Geneeskol. 133: 1251-1253 (1989). — 6. *Welt R.*: Phakoemulsifikation. Fortschr. Ophthal. 82: 309-311 (1985).

Praca wpłynęła: 15.03.1991 (nr 5724).

CYKLOSPORYNA A — prototyp nowej generacji preparatów immunosupresyjnych — jest stosowana m.in. w przeszczepieniach serca, nerek, trzustki, szpiku kostnego, jelit, kości, skóry. W okulistyce podajemy cyklosporynę w leczeniu choroby przeszczepu po transplantacji rogówki.

W 1983 r. *Nussenblatt* i współpracownicy^{5,6} ogłosili wyniki pierwszych prac klinicznych, w których zastosowano cyklosporynę w leczeniu zapaleń wewnątrzgałkowych. Wprowadzenie cyklosporyny stworzyło możliwości bezpiecznej i skuteczniejszej terapii różnego rodzaju zapaleń błony naczyniowej nie poddających się dotychczas stosowanym metodom leczenia i doprowadzających do ślepoty¹⁰. Chociaż cyklosporyna nie zawsze daje dobre wyniki w sytuacjach bardzo ciężkich, jest lekiem który przywraca nadzieję, gdy zawiodły inne metody leczenia (kortykosterydy, leki cytostatyczne).

Od 1983 r. pojawiło się wiele prac o stosowaniu z dobrymi wynikami cyklosporyny w ciężkich nawracających zapaleniach błony naczyniowej, w chorobie *Behçeta*, we wrzodzie *Moorena*, w zespole *Sjögrena*, w ciężkich przypadkach *keratoconjunctivitis vernalis*, w przypadkach rozmiękania rogówki^{1-4, 8-10}. *Leuenberger* i *Miescher*⁴ uważają, że cyklosporyna w połączeniu z małymi dawkami kortykosterydów stanowi skuteczny oręż terapeutyczny hamujący reakcję autoimmunologiczną. Podobnie jak kortyzon, cyklosporyna hamuje powstawanie interleukiny 2 i gamma interferonu, działa jednak na innej drodze i z innymi następstwami. Według *de Vries* i współpracowników¹¹, w leczeniu przewlekłych zapaleń błony naczyniowej cyklosporyna zajmuje miejsce pośrednie między kortykosterydami a lekami cytostatycznymi.

Cyklosporyna ma jednak działania uboczne. Obserwowano po leczeniu cyklosporyną objawy uszkodzenia czynności nerek, wątroby, hirsutyzm, leukopenię, skłonność do zakażeń bakteryjnych i wirusowych. *Nussenblatt* i współpracownicy⁶ u 5 pacjentów (z 16) stwierdzili objawy uszkodzenia czynności nerek, które ustąpiły po zmniejszeniu dawki leku. *Wakefield* i *Robinson*⁹ stwierdzili hirsutyzm, podwyższenie ciśnienia tętniczego krwi, podwyższenie poziomu mocznika i kreatyniny we krwi, zaburzenia czynności wątroby. Po zmniejszeniu dawki leku, wspomniane objawy cofnęły się. *Pillunat* i współpracownicy⁷ opisali przypadek toksycznej retinopatii po leczeniu cyklosporyną.

W ostatnich latach obserwowaliśmy w naszej klinice dwa przypadki nawracającego zapalenia błony naczyniowej o niezwykle ciężkim przebiegu, w których podawanie cyklosporyny pozwoliło na opanowanie sytuacji.

Pacjentka *H. S.*, l. 66, nr historii choroby — 1127/86 leczona w naszej klinice z powodu nawracającego zapalenia błony naczyniowej oka prawego o nieustalonej etiologii. Po raz pierwszy zgłosiła się w październiku 1986 r. Przed 3 laty usunięto oko lewe z powodu jaskry wtórnej w przebiegu nawrotowego zapalenia błony naczyniowej. Była leczona antybiotykami, sterydami, TFX-em. W 1988 r. — nawrót zapalenia. Zastosowaliśmy cyklosporynę — 800 mg przez 3 dni, następnie 400 mg dziennie przez 28 dni. Uzyskaliśmy wyraźną poprawę. Po upływie kilku miesięcy nawrót zapalenia. Za-

Z Kliniki Okulistycznej II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie, p.o. kierownika: dr hab. med. *Ewa Iwaszkiewicz*

Reprint requests to: Prof. dr med. *Zofia Trzcńska-Dąbrowska*, ul. Dantyszka 2 m. 9; 02-054 Warszawa, Poland

ZOFIA TRZCIŃSKA-DĄBROWSKA

Cyklosporyna w leczeniu zapalenia błony naczyniowej

CYCLOSPORIN IN TREATMENT OF UVEITIS

The study presents several years of observations concerning the application of cyclosporin in 2 cases of a very severe recurrent uveitis. The treatment by cyclosporin enabled to control the situation. In 1 case a cataract extraction was performed without complications. Both patients remain in observation of the out-patients department. The treatment with cyclosporin requires observation of some precautions (control of function of the liver, kidneys etc.). No complications after cyclosporin therapy were seen.

HASŁA: cyklosporyna, zapalenie błony naczyniowej, leczenie chorób oczu

KEY WORDS: cyclosporin, uveitis, treatment of eye diseases

stosowaliśmy ponownie cyklosporynę — 200 mg dożylnie codziennie przez 10 dni, następnie doustnie 500 mg dziennie. Objawy zapalne stopniowo cofały się. Wypisana z poprawą — v.o.d. 5/6 z -4,0 Dsph. Po raz czwarty pacjentka zgłosiła się do naszej kliniki w styczniu 1990 r. z powodu zaćmy wikłającej w oku prawym — v.o.d. 1/50. Oko spokojne, usunęliśmy soczewkę śródtorebkową (kriektstrakcja) z irydektomią obwodową. W chwili wypisania — v.o.d. 5/50 cc +10,0 Dsph. W trakcie leczenia ambulatoryjnego (w przychodni przyklinicznej) ostrość wzroku poprawiła się. W marcu 1991 r. — v.o.d. 5/7 cc +8,0 Dsph.

Pacjentka *A. W.*, l. 26, nr historii choroby — 1546/88 została skierowana do naszej kliniki na ostry dyżur okulistyczny w lutym 1988 r. z powodu skarg na bóle oka lewego i okolicy czoła, obrzęku powiek i czoła po stronie lewej, pogorszenia widzenia. Objawy oczne wystąpiły po przeziębieniu. Choruje od kilku dni, gorączka do 39°C. W anamnezie — w 10 roku życia angina, posocznica. Później częste infekcje z objawami ocznymi.

W chwili przybycia stwierdziliśmy: w oku lewym zatarcie granic tarczy n. wzrokowego, mroczek środkowy. Wstępne rozpoznanie — zapalenie n. wzrokowego w oku lewym. Mimo leczenia antybiotykami, po kilku dniach stwierdziliśmy wysięk w komorze przedniej oka, męty w ciele szklistym, tarcza n. wzrokowego zawaolowana, żyły kręte, szerokie, osady na rogówce.

Pacjentka została wszechstronnie przebadana. Badanie laryngologiczne nie wykazało odchyłań od normy w zakresie nosa, gardła i uszu. Konsultacja neurologiczna — zaburzenia czucia w zakresie n. V, nieznaczna sztywność karku. Konsultacja reumatologiczna — stan zapalny naczyń na tle immunologicznym. Po leczeniu enkortonem zaobserwowaliśmy poprawę ostrości wzroku, ślad wysięku w komorze przedniej oka.

W marcu 1988 r. ponownie pogorszenie. Wystąpiły silne bóle oka, obrzęk rogówki, wysięk w komorze przedniej, plastron wysięku w źrenicy, osłabienie ostrości wzroku — v.o.s. 5/50. Na dnie oka płat wysięku pokrywa tarczę. Rozpoczęliśmy leczenie cyklosporyną w połączeniu z małymi dawkami enkortonu. Po leczeniu