



Ryc. 1. Pęcherzyki gazu w korowych warstwach soczewki bezpośrednio po zadziałaniu 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 osiowo 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 chorych<sup>1</sup>. 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<sup>2,3</sup>. 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. Ophthalm. 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. Ophthalm. 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<sup>5,6</sup> ogłosili wyniki pierwszych prac klinicznych, w których zastosowano cyklosporynę w leczeniu zapalenia wewnątrzgałkowych. Wprowadzenie cyklosporyny stworzyło możliwości bezpiecznej i skuteczniejszej terapii różnego rodzaju zapalenia błony naczyniowej nie poddających się dotychczas stosowanym metodom leczenia i doprowadzających do ślepoty<sup>10</sup>. Chociaż cyklosporyna nie zawsze daje dobre wyniki w sytuacjach bardzo ciężkich, jest lekiem który przywraca nadzieję, gdy zawiodły inne metody leczenia (kortykosterydy, leki cytostaticzne).

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<sup>1-4, 8-10</sup>. *Leuenberger* i *Miescher*<sup>4</sup> 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 współpracowników<sup>11</sup>, w leczeniu przewlekłych zapalenia błony naczyniowej cyklosporyna zajmuje miejsce pośrednie między kortykosterydami a lekami cytostaticznymi.

Cyklosporyna ma jednak działania uboczne. Obserwowano po leczeniu cyklosporyną objawy uszkodzenia czynności nerek, wątroby, hirsutyzm, leukopenię, skłonność do zakażeń bakteryjnych i wirusowych. *Nussenblatt* i współpracownicy<sup>6</sup> u 5 pacjentów (z 16) stwierdzili objawy uszkodzenia czynności nerek, które ustąpiły po zmniejszeniu dawki leku. *Wakefield* i *Robinson*<sup>9</sup> 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 współpracownicy<sup>7</sup> 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

stwierdziliśmy znaczną poprawę: wina 5/55 ze szpary stenopejowej, niemałże przekształcającą spojówkę rogówkową bez owadów, linowa przednia cysta, cienka średnio szeroka, równa. W ciele szklistym — łuski miękkie. Tarcza z. wzrobowego o granicach szarych, obłocza płamki — bez smłok.

Pacjentka posiadała nadal w obserwacji w przyrodniczym przybliżeniu. W trakcie obserwacji stwierdziliśmy niemałe objawy podrażnienia w przednim odcinku niemałże oraz podwyższenie ciśnienia śródgałkówek. Pacjentka jest leczona preparatem Timoptic oraz okropkami małym dawkami diacarbolu. Nadal otrzymuje nieduże dawki sterydów. Ostrość wzroku dobra — v.o.s. 5/6, mimo drobnych zmian w tylnej torebce soczewki.

#### OCOWIEDZENIE

W mierzytelce ciężkich przypadkach nawrotowych zapalen błony naczyniowej leczenia cyklosporyną pozwoliło na opóźnienie procesu chorobowego. Pacjentki były wzbudzone, nie stwierdziliśmy żadnych powikłań. Obserwacje nasze są zgodne ze spostrzeżeniami innych autorów, że w leczeniu przewlekłych zapaleń błony naczyniowej cyklosporyną w połączeniu z małymi dawkami sterydów stanowi skuteczny oręż terapeutyczny hamujący reakcję immunologiczną.

(cd. ze str. 135)

### 8. Spojówka, rogówka, twardówka

WILSON S. E., GARRITY J. A., BOURNE W. M.: Obrzęk zębca rogówki indukowany przez zimno w neuropatii nerwu trójdzielnego (*Edema of the corneal stroma induced by cold in trigeminal neuropathy*). Amer. J. Ophthalmol. 107: 52—59 (1989).

Autorzy udowadniają wpływ nerwu trójdzielnego na uwodnienie rogówki podczas ekspozycji na niskie temperatury otoczenia. W tym celu zbadano pacjenta z sensoryczną neuropatią nerwu trójdzielnego, który miał obrzęk rogówki spowodowany zimnem. Grubość rogówki, średnia wielkość komórek nabłonka, przepuszczalność dla fluoresceiny i tempo przepływu mierzone w temperaturze pokojowej były podobne w obu oczach. Po 47 minutach w zimnym pokoju o temp. 4°C grubość rogówki oka lewego wzrosła z 0,55 do 0,65 mm, podczas gdy w oku prawym pozostała 0,55 mm. Podczas okresu maksymalnego obrzęknięcia lewa rogówka wykazywała kliniczne objawy podścieliskowego obrzęku zębca z fałdami w błonie Descemet'a, nie stwierdzano obrzęku nabłonka. Po powrocie do pomieszczenia obserwowano stopniowy powrót pierwotnej grubości rogówki w ciągu trzech godzin. Mikroskopia oka lewego po 15 minutach od ekspozycji na zimno wykazała liczne obrzękłe komórki nabłonka z zaciemnionymi powierzchniami pomiędzy komórkami. Zanik czucia ludzkiej rogówki może być przyczyną niernormalnej wrażliwości na zimno mającej wpływ na błędną kontrolę uwodnienia rogówki.

Aleksandra Kołodziejczak

### 9. Błona naczyniowa

CHAR D. H., HUHTA K., WALDMAN F.: Badania cyklu DNA komórek w czerniaku naczyniówki (*DNA cell cycle studies in uveal melanoma*). Amer. J. Ophthalmol. 107: 65—72 (1989).

Przebadano histologicznie trzy grupy czerniaków naczyniówki leczonych tylko chirurgicznie (enukleacja lub

#### PISMOIENICTWO

1. Ben Ezra D., Peter J., Brodsky M., Cohen E.: Cyclosporine eyedrops for the treatment of severe vernal keratoconjunctivitis. Amer. J. Ophthalmol. 101: 278—282 (1986). — 2. Krull P., van Balen A., Sillma J.: Cyclosporin A treatment in two cases of corneal peripheral melting syndrome. Docum. Ophthalmol. 59: 33—39 (1985). — 3. Harada T., Sugita K., Saito A., Awaya S.: Traitement des uvéites sévères par la ciclosporine A. Ophthalmologia 199: 21—25 (1987). — 4. Leuenberger P., Miescher P.: Syndrome de Högren. Traitement par la ciclosporine. Klin. Mbl. Augenhk. 199: 290—292 (1987). — 5. Nussenblatt R., Palestine A., Chan C., Leake W., Rook A., Seher I., Gery I.: Cyclosporine therapy in the treatment of uveitis. Transplant. Proc. 15: 2914—2916 (1983). — 6. Nussenblatt R., Palestine A., Chan C.: Cyclosporin A therapy in the treatment of intraocular inflammatory diseases resistant to systemic corticosteroids and cytotoxic agents. Amer. J. Ophthalmol. 96: 275—282 (1983). — 7. Pillunat L., Schmeiser T., Greber H.: Toxische Retinopathie unter Cyclosporin A — Therapie. Klin. Mbl. Augenhk. 199: 131—134 (1987). — 8. Quentin C., Vogel M.: Cyclosporin-Behandlung bei Uveitis. Klin. Mbl. Augenhk. 188: 248—250 (1986). — 9. Wakefield D., Robinson L.: Cyclosporin therapy in Mooren's ulcer. Brit. J. Ophthalmol. 71: 415—417 (1987). — 10. de Vries J., Baarsma G., Zaai M., Boen-Tan M., Rothova A., Buijtenhuis H., Schweitzer C., de Keizer R., Kijlstra A.: Cyclosporine in the treatment of severe chronic idiopathic uveitis. Brit. J. Ophthalmol. 74: 244—249 (1990).

Praca wpłynęła: 28.05.1991 (nr 5740).

ciliochoroidectomia) leczonych małą dawką 20 Gy wstępnego napromieniania, po którym nastąpiła enukleacja lub enukleowane po dużej dawce promieniowania (50 lub 80 Gy). Wychwył bromodezoxurydyny był znacznie mniejszy w napromienianych niż w nie napromienianych czerniakach. Podobnie wzrost tkanki napromienianego guza był znacząco mniejszy. Te dane demonstrowały destrukcję reprodukcyjnej siły czerniaków. Technika wychwytu bromodezoxurydyny i cienkiej biopsji mogą być użyteczne w opisie skuteczności napromienianych guzów.

Aleksandra Kołodziejczak

### 12. Siatkówka, ciało szkliste

NASRALLAH F., JALKH A. E., TREMPER C. L., McMEEL J. W., SCHEPENS C. L.: Krwotok podsiatkówkowy w zanikowym zwyrodnieniu plamki zależnym od wieku (*Subretinal hemorrhage in atrophic age-related macular degeneration*). Amer. J. Ophthalmol. 107: 38—41 (1989).

W 8 oczach u 8 pacjentów przebadano retrospektywnie po skutku krwotoku podsiatkówkowego występującego w postaci zaniku nabłonka barwnikowego wstępnego do zwyrodnienia plamki zależnego od wieku. Pacjenci badani byli od 1-go miesiąca do 20 miesięcy po wystąpieniu krwotoku. Badania wykazały, że krwiaki występujące w potokach zaniku nie muszą być związane z podsiatkówkowymi nowymi naczyniami i dlatego mają dobre rokowania co do cofania się. Zaden z pacjentów nie otrzymywał leków antykoagulacyjnych ani trombolitycznych. Ostrość wzroku, kiedy obserwowany był krwotok, wynosiła od 20/30 do leczenia palców i pozostała taka sama po jego resorpcji. Powodem niskiej ostrości wzroku był proces zwyrodnieniowo-zanikowy. Krwotok cofnął się w przeciągu 1 do 15 miesięcy i nie powrócił w okresie późniejszym (od 1 do 20 miesięcy).

Aleksandra Kołodziejczak

(cd. na str. 138)

WIRUSOWE schorzenia oczu dotyczą znacznej liczby pacjentów i obejmują grupę chorób trudnych do leczenia. Zwykle są one wywołane przez wirusy z grupy adenowirusów, herpes simplex (HSV) i varicella zoster, przy czym wirus opryszczki pospolitej jest powodem choroby u około 50% pacjentów w przypadkach zapalen rogówki. Zapalenia nawrotowe są trudniejsze do wyleczenia i zazwyczaj prowadzą do upośledzenia ostrości wzroku.

Chemioterapia antywirusowa obejmuje tylko kilka związków wykazujących przydatność kliniczną. Są to Metisazon, Idu, Vidarabina, Trójfluoridyna, Isoprinosin i Acyclovir<sup>1</sup>, który wykazuje *in vitro* najsilniejsze działanie przeciwko HSV.

Biorąc pod uwagę, że miejscowe leczenie nie zawsze daje wystarczająco dobre efekty postanowiono zastosować Acyclovir w tabletkach w niektórych wirusowych schorzeniach oczu.

#### BADANIA KLINICZNE

Rozpoznanie zapalenia HSV spojówek, rogówki, tęczówki lub siatkówki stawiano na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego. U wszystkich oceniano ostrość wzroku, przedni odcinek w lampie szczelinowej, dno oczu oraz wydzielanie łez testem Schirmera. Chorzy leżący w klinice byli badani co dzień, ambulatoryjni co 2—3 dni. Przed i po leczeniu określano morfologię z rozmazem, OB, transaminazy, próby wątrobowe, poziom mocznika i kreatyniny w surowicy krwi oraz wykonywano badanie ogólne moczu.

Acyclovir podawano doustnie 44 pacjentom w wieku 19—87 lat, (25 m i 19 k) przez okres 8—14 dni 5 x dziennie po 400 mg (2 tabl.). 10 chorzy było leczonych w klinice, 34 ambulatoryjnie.

Badania objęły następujące grupy chorych:

1. *Keratoconjunctivitis* (14 pacjentów — 28 oczu) — u 3 chorych zmiany oczne wystąpiły po ostrej infekcji wirusowej górnych dróg oddechowych, u 3 stwierdzono w wywiadzie częste opryszczki warg i błony śluzowej nosa, 5 miało kontakt z chorymi na wirusowe zapalenie spojówek. Posiewy bakteryjne z worków spojówkowych jałowe.

2. *Keratitis dendritica* (11 oczu) — u 6 chorych zmiany wystąpiły po raz pierwszy, u 5 miały charakter nawrotowy. Z obu grup po 3 chorych podawało opryszczki błon śluzowych w wywiadzie, tylko w 2 przypadkach leczenie rozpoczęło w 1 dniu choroby, w 7 przypadkach między 3—9 dniem, w 2 przypadkach po 3 tygodniach. U chorych, u których stosowano jednocześnie maść Zovirax (6 osób) poprawę obserwowano po 2 dniach, u chorych leczonych wyłącznie ogólnie — po 4 dniach. Jedyne u 1 chorego, u którego kurację rozpoczęto powyżej 3 tygodnia choroby, poprawę stwierdzono dopiero po 14 dniach leczenia.

3. *Keratitis profunda* (9 oczu) — u 2 chorych zmiany wystąpiły po raz pierwszy, u 7 choroba miała charakter nawracający. U wszystkich stwierdzono w wywiadzie opryszczki błon śluzowych. Tylko jednemu choremu po-

Z Kliniki Okulistycznej AM w Warszawie, kierownik: prof. dr med. Tadeusz Kęćik

Reprint requests to: Dr med. Alicja Moszczyńska-Kowalska, ul. Modzelewskiego 23 m. 384; 02-679 Warszawa, Poland

ALICJA MOSZCZYŃSKA-KOWALSKA, TADEUSZ KĘCIK, EWA DROBECKA-BRYDAK i ANNA STANISŁAWSKA

## Doustne leczenie Acyclovirem wirusowych schorzeń oczu

ORAL TREATMENT OF OCULAR DISEASES BY ACYCLOVIR

Forty four patients with virus conjunctivitis, keratitis, uveitis and retinitis were treated by acyclovir in tablets — 5 times a day 400 mg; the results were satisfactory. The drug was well tolerated and it could be used also in patients who showed hypersensitivity for acyclovir after intraconjunctival application in the form of ointment.

HASŁA: Acyclovir, rogówka

KEY WORDS: Acyclovir, cornea

dawano maść Zovirax do oczu, 8 otrzymywało wyłącznie leczenie doustne.

4. *Zoster ophthalmicus* (5 oczu) — leczenie rozpoczęto w okresie 6—12 dni od początku choroby. U 2 chorych z ujemnym wywiadem w kierunku zmian opryszczkowych podawano Acyclovir przez 4 dni w dawkach 5 x 800 mg (4 tabl.), a następnie przez 3 dni 5 x 600 mg (3 tabl.), później do 10 dnia 5 x 400 mg uzyskując całkowite ustąpienie zmian zapalnych.

5. *Keratoiritis* (4 oczy) — choroba wystąpiła po zabiegach operacyjnych usunięcia ciała obcego rogówki, operacjach przeciwjaskrowych lub po operacjach zaćmy z implantacją soczewki wewnątrzgałkowej.

6. *Retinitis centralis* (1 oko). U 37-letniej chorej pogorszenie widzenia wystąpiło po przebiegu grypy. Na dnie oka stwierdzono ogniska zapalne w plamce. Mimo stosowania przez 30 dni antybiotyków nie uzyskano poprawy. Po zastosowaniu Acycloviru już po 2 dniach obserwowano poprawę ostrości wzroku, zmniejszenie się objawów zapalnych na dnie oka oraz ich całkowite cofnięcie się po zakończeniu leczenia.

U 43 chorych tolerancja leku była bardzo dobra. Obserwowano jedynie wzrost transaminaz o kilka jednostek u 5 chorych, a u 24-letniego chorego w 7 dniu leczenia Acyclovirem wystąpiła angina. Zastosowano Ampicylinę, Polopirynę, vit. C uzyskując szybkie ustąpienie objawów ogólnych. U 56-letniej chorej z odmienniczkowym zapaleniem nerek, nadcisnieniem i kamicą żółciową po 2 dniach stosowania Acycloviru wystąpiły bóle i zawroty głowy, ociężałość, zaburzenia równowagi, nudności i biegunka. Objawy te chora wzięła z przyjmowaniem Acycloviru. Lek odstawiła. U 6 chorych w 4—10 dniu leczenia wystąpiły punktowate ubytki nabłonka rogówki, które nie dawały subiektywnych objawów i ustępowały po stosowaniu płynu Parkera i Solcoserylu w okresie około 2 tygodni.

Poza Acyclovirem doustnie chorzy otrzymywali ogólnie witaminy A i B<sub>2</sub>, miejscowo — antybiotyki, mydriatyki i, w zależności od stanu miejscowego, sterydy w kroplach. Ponadto u 17 z nich (9 — *keratoconjunctivitis*, 8 — *keratitis dendritica*) podawano miejscowo 3% maść oczną Zovirax.