

Dane z wybranych pozycji piśmiennictwa obcego kształtują się również podobnie. Treiser i Machemer opisują dwa przypadki leczone z sukcesem⁶. Wilkinson i Rowsey⁷ uzyskali końcową ostrość wzroku 20/40 lub lepszą w 42,2% z 38 opisanych przypadków. Jednak gdy uzależnili wynik końcowy od początkowej ostrości wzroku wówczas okazało się, że dobre wyniki otrzymani w 74% w grupie oczu z początkową ostrością wzroku również wynoszącą 20/40 lub więcej. Wśród gorzej widzących w żadnym przypadku nie uzyskano dobrej ostrości wzroku. W kolejnej pracy Homera i współpracowników⁸ przedstawiono wyniki leczenia 17 chorych z początkową ostrością wzroku gorszą niż 20/40 i tutaj dobre wyniki czynnościowe uzyskano w 6 przypadkach (35,2%).

Wyniki nasze oraz wspomnianych autorów gorsze są od porównywalnej grupy 9 chorych (grupa 1) przedstawionej w pracy Gerkowicza i Toczołowskiego². Autorzy ci uzyskali bowiem ostrość wzroku 0,8–1,0 u wszystkich leczonych osób. Dane te różnią się od niektórych pozostałych tym, że witrektomię wykonywano w trakcie zabiegu usunięcia zaćmy. W związku z tym nie można interpretować zakresu ostrości wzroku po zucie światła do 1/50 jako odnoszącej się do stanu przed witrektomią.

W grupie naszych chorych nie wykonywano witrektomii w czasie operacji zaćmy ponieważ omawiane powikłania stwierdzono dopiero w późniejszym okresie. Jednak w razie istnienia przemieszczenia ciała szklistego do komory przedniej i jego styku z rogówką witrektomię starano się wykonać w możliwie najkrótszym czasie.

Kolejnym czynnikiem wymagającym przedyskutowania jest wejście do gałki w celu wykonania witrektomii przedniej. Autorzy polscy z reguły wybierali drogę poprzez rąbek rogówki. Również dotyczy to naszej pracy (tylko 1 przypadek operowany przez *pars plana* — 6,6%). Autorzy amerykańscy natomiast wykonywali częściej operację przez część płaską ciała rzęskowego (Michels 83,7% przypadków, Wilkinson 76,3%).

Wykonanie witrektomii przedniej przez część płaską ciała rzęskowego pozwala łatwiej usunąć szkliskę z komory przedniej, zwłaszcza w obszarze południka, w którym wykonane jest wejście do oka. *Pars plana* witrektomia pozwala również dokładniej oczyścić przestrzeń pod tętnówką i uzyskać prawidłową centralną i ruchomą źrenicę, nie ma wpływu na pooperacyjną nieborność, pozwala szybciej dopasować soczewkę kontaktową, stanowi mniejsze zagrożenie dla śródbłonka rogówki. Z drugiej strony wykonanie zabiegu w ten sposób może być obciążone powikłaniami dodatkowymi,

zwłaszcza jeśli cięcie w części płaskiej ciała rzęskowego nie jest rutynowo wykonywane przez operatora. Witrektomia przednia wykonywana przez cięcie w rąbku rogówki niesie ze sobą pewne niedogodności takie jak trudność oczyszczenia przestrzeni pod tętnówką lub w obszarze cięcia rąbkowego, łatwiejsza możliwość uszkodzenia śródbłonka rogówki, jednak jest to zabieg zblizony do typowej operacji w przednim odcinku oka i z tego powodu łatwiejszy.

Kolejnym ważnym czynnikiem wymagającym omówienia jest występowanie jaskry w okresie pooperacyjnym. Częstość tego powikłania wynosiła w pracy Żygulskiej-Machowej 23%⁸. Wartość ta zbliżona jest do przedstawionej w naszym materiale (20%). Niestety w jednym naszym przypadku powikłania tego nie udało się opanować i stało się ono przyczyną utraty wzroku. Należy jednak stwierdzić, że u omawianej chorej już w okresie przed witrektomią ciśnienie wewnątrzgałkowe przekraczało 60 mm Hg i nie obniżało się po stosowanym leczeniu zachowawczym.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że dobre wyniki czynnościowe wczesne i odległe potwierdzają potrzebę wykonywania witrektomii w powikłanym przemieszczeniu ciała szklistego do komory przedniej po operacji zaćmy. Jest to zabieg względnie prosty technicznie, możliwy do wykonania bez witrektomu, jednak jego użycie pozwala na działanie bardziej efektywne i mniej uszkadzające tkanki. Witrektomia może być cennym uzupełnieniem operacji zaćmy jeśli wystąpi wpływ ciała szklistego lub może być wykonana jako metoda leczenia odległych powikłań.

PIŚMIENNICTWO

1. Gierkowa A., Koraszewska-Matuszewska B., Szajlik J., Halałek R., Jasiak B.: Chirurgia części przedniej ciała szklistego. Klin. oczna 82: 177–179 (1980).
2. Gerkowicz K., Toczołowski J.: Wartość witrektomii w przemieszczeniu ciała szklistego do komory przedniej podczas operacji zaćmy. Klin. oczna 83: 162–163 (1986).
3. Homer P. J., Peyman G. A., Sugar J.: Automated vitrectomy in eyes with vitreocorneal touch associated with corneal dysfunction. Amer. J. Ophthalm. 39: 500 (1980).
4. Michels R. G.: Vitreous surgery. (Mosby, St. Louis 1981).
5. Świetliczko I., Nawrocki J.: Witrektomia przednia i tylna jako metoda leczenia ciężkich schorzeń oczu. Klin. oczna 90: 215–217 (1988).
6. Treister G., Machemer R.: Pars plana approach for various anterior segment problems. AMA Arch. Ophthalm. 97: 909 (1979).
7. Wilkinson C. P., Rowsey J. J.: Closed vitrectomy for the vitreous touch syndrome. Amer. J. Ophthalm. 90: 304 (1980).
8. Żygulska-Machowa H.: Wczesne i późne wyniki witrektomii wykonanej podczas operacji zaćmy. Klin. oczna 82: 607–609 (1980).

Praca wpłynęła: 23.4.1988 (nr 5342).

OBECNA praca jest rozwinięciem poprzednich doniesień^{6,7} i omawia wyniki wczesne i późne witrektomii zastosowanej w leczeniu odległych powikłań po urazach przebijających oczu oraz lensektomii jako metody leczenia skomplikowanych przypadków zaćm u młodych ludzi.

MATERIAŁ I METODYKA

Przedstawiany materiał stanowi 33 chorych — 6 kobiet, 20 mężczyzn, 7 dzieci — w wieku od 6 do 60 lat.

Chorych podzielono na dwie grupy. Do pierwszej zaliczono 23 osoby, u których wykonano późną rekonstrukcję gałki ocznej z usunięciem wzrostów przednich i tylnych, uszkodzonej i zmniejszonej soczewki oraz witrektomię przednią. Grupę tę stanowi 21 mężczyzna oraz 2 kobiety w wieku od 6 do 60 lat. Czas trwania choroby od dnia urazu do wykonania rekonstrukcji oka wynosił mniej niż 2 tygodnie u 3 chorych (13%), 2–4 tygodni u 8 (34,7%), 1–3 miesięcy u 2 (8,6%), 3–12 miesięcy u 7 (30,7%) i ponad rok u 3 chorych (13%). Ostrość wzroku wahała się od poczucia światła do 6/60.

Soczewkę usuwano w 18 przypadkach za pomocą witrektomu, jeden raz krioelektroforezą, jednorazowo ekspresją, u 1 chorego na pętlę, a dwukrotnie operowano oko bezsoczewkowe.

Zabiegi wykonywano w 22 przypadkach przez wejście do gałki w rąbku rogówki i 1 raz przez część płaską ciała rzęskowego. Metodyka operacyjna nie odbiegała od przedstawionej w poprzednich pracach^{6,7}. 12 operacji wykonano przez jedno wejście do gałki oraz 11 przez dwa nacięcia (witrektomem z rozdzielnymi funkcjami).

Do drugiej grupy zaliczono 10 chorych (5 kobiet, 5 mężczyzn w wieku od 20 do 39 lat) z różnego rodzaju zaćmami (wrodzone, w cukrzycy młodzieńczej, wiktające). U wszystkich chorych z tej grupy wykonywano lensektomię przez rąbek rogówki według metodyki przedstawionej w poprzednich pracach. Ostrość wzroku przed operacją wahała się od poczucia światła do 6/60. U 7 chorych zaćma istniała kilka lat a u 3 kilka miesięcy. Zabiegi wykonywano przez jedno wejście do gałki (6 chorych) lub przez dwa nacięcia (4 chorych).

WYNIKI

W grupie rekonstrukcji po urazach w dniu wypisu uzyskano następujące wyniki czynnościowe: pełną ostrość wzroku — 15 chorych (65,2%), 6/60–6/12 — 4 (17,4%), poczucie światła do 4/50 również 4 chorych (17,4%). Średnia ostrość wzroku wynosiła 6/12.

W czasie operacji jedynym stwierdzonym powikłaniem był wylew krwi do wnętrza gałki u 4 chorych (17,3%). W okresie pooperacyjnym wystąpiło dwukrotnie przekrwienie gałki z dosyć dużą ilością mętów w ciele szklistym, dwukrotnie stwierdzono także obwodowo leżące fragmenty mas soczewkowych i torby tylnej.

Przyczyny złej ostrości wzroku w dniu wypisu były następujące: zmiany proliferacyjne lub męty w ciele szklistym — 2 chorych (u jednego z nich wcześniej

IRENA ŚWIETLICZKO, JERZY NAWROCKI
i ZOFIA NAWROCKA

Wartość witrektomii i lensektomii w leczeniu zaćm wiktających i powikłań urazów

THE VALUE OF VITRECTOMY AND LENSECTOMY IN TREATMENT OF COMPLICATED CATARACT AND IN COMPLICATIONS OF INJURIES

Vitrectomy and/or lensectomy was performed in 33 successive cases of traumatic and complicated cataracts. The discussed cases were divided into 2 groups: 1. late reconstructions of the anterior eye segment after injuries and 2. complicated cataracts. After surgery the visual acuity amounted 6/60 or better in 27 from 33 eyes (81.8 per cent). Full visual acuity was attained in 18 patients (54.5 per cent).

HASŁA: witrektomia, lensektomia, uraz, zaćma

KEY WORDS: vitrectomy, lensectomy, injury, cataract

usuwano ciało obce magnetyczne), wylew krwi do gałki również u 2 chorych.

16 osób z tej grupy zgłosiło się do badania kontrolnego w okresie od 6 mies. do 2,5 roku po operacji. Pełną ostrość wzroku stwierdzono u 13 (81,2%), u jednego ostrość wzroku wyniosła 6/12 (6,2%) oraz u 2 0,5/50 do 4/50. Zła ostrość wzroku spowodowana była długotrwałym owrzodzeniem w centrum rogówki i jej zmętnieniem — 1 chorej (owrzodzenie rogówki pojawiło się w kilka miesięcy po operacji). U jednego dziecka nastąpiło pogorszenie ostrości wzroku związane z jaskrą wtórną i wodococzem. Był to chorej, który zgłosił się do kliniki w celu wykonania rekonstrukcji oka ponad rok po urazie i przed operacją stwierdzano wysokie ciśnienie wewnątrzgałkowe.

W porównaniu z danymi uzyskanymi w dniu wypisu u 5 osób ostrość wzroku uległa poprawie o 2 do 5 rzędów w okresie odległej obserwacji.

W grupie drugiej obejmującej różnego rodzaju powikłane przypadki zaćm w dniu wypisu uzyskano następującą ostrość wzroku: 6/6 — 4 chorych (40%), 6/60–6/12 — 5 (50%), ruch ręki przed okiem 1 chorej (10%). Średnia ostrość wzroku wyniosła 6/18. Przyczyną złej ostrości wzroku u 1 chorego była obecność litych mas łącznotkankowych wypełniających ciało szkliste.

Jako powikłanie śródoperacyjne w jednym przypadku uszkodzono tętnówkę przy brzegu źrenicznym i w jednym utopiono kilka drobnych fragmentów soczewki w ciele szklistym. Powikłania te nie miały wpływu na końcowe wyniki czynnościowe.

W odległej obserwacji u jednej chorej stwierdzono niewielkiego stopnia zmniejszenie przezroczystości rogówki spowodowane prawdopodobnie uszkodzeniem śródbłonka.

Do badania kontrolnego po okresie 1–2 lat od zabiegu zgłosiło się 7 chorych. U 6 z nich (85,7%) ostrość wzroku wyniosła 6/12–6/6, pełną ostrość wzroku uzyskano u 4 chorych (57,1%). U jednej chorej stwierdzono ostrość wzroku gorszą niż w dniu wypisu i wynoszącą

Z Kliniki Okulistycznej AM w Łodzi, kierownik: prof. dr med. Irena Świetliczko

Reprint requests to: Prof. dr med. Irena Świetliczko, ul. Narutowicza 79c m. 1; 90-138 Łódź, Poland

