

np.: trudności z wykonaniem biometrii, oraz powikłania związane z przedostaniem się oleju silikonowego do komory przedniej w pseudofakii, co sprawia, że w chwili obecnej dość trudno jednoznacznie ustalić metody postępowania. W naszej klinice nie wszczepia się soczewek wewnątrzgałkowych do oczu wypełnionych olejem silikonowym. Wszczepiano natomiast soczewki w oczach po usunięciu oleju silikonowego. Istotnym problemem w chirurgii siatkówki z zastosowaniem oleju silikonowego do endotamponady jest emulsyfikacja oleju, czyli wytworzenie się w wodnym środowisku wnętrza gałki ocznej zawiesiny oleju. W naszych badaniach objawy tego powikłania stwierdziliśmy w 13% wyłącznie w komorze ciała szklonego. Jest to wartość porównywalna z danymi innych autorów – od 5% do 25% (1, 2, 4, 11, 13, 15). Współcześnie panuje pogląd, że emulsyfikacja oleju silikonowego powoduje impregnację struktur błony naczyniowej, co zapewne leży u podstaw innych powikłań, m.in. jaskry wtórnej czy zaniku nerwu wzrokowego (9). Po wypełnieniu komory ciała szklonego olejem silikonowym, tj. po wykonaniu tamponady wewnętrznej istotną staje się kwestia podwyższonego ciśnienia śródocznego, a więc jaskry wikłającej. Wprowadzona przez Ando irydektomia przypodstawna (na godzinie 6) znakomicie zabezpiecza przed wpukleniem się oleju silikonowego do komory przedniej i związaną z tym jaskrą ostrą z blokiem żrenicy (7). Potwierdzają to również nasze obserwacje, na podstawie których stwierdzamy dużą skuteczność tej metody.

Zagadnieniem znacznie bardziej złożonym są przypadki podwyższonego ciśnienia śródocznego, którego patogenetyczną przyczyną należy szukać w impregnacji struktur kąta przesączania przez niejednokrotnie zemulsiyfikowany olej silikonowy oraz w ubocznych skutkach miejscowej lub/i ogólnej steroidoterapii (7). Częstość występowania jaskry oceniana jest przez różne ośrodki w zakresie od 7% (Żivojnowic) do 15% (Leaver i Grey) (8, 17).

Autorzy, w zależności od potrzeby, stosowali typowe leczenie zachowawcze, tj. miejscowo pilokarpinę, beta-blokery, a ogólnie inhibitory anhidrazy węglanowej oraz preparaty osmotyczne, lub/i leczenie operacyjne (cyklokrioplastykę, irydektomię przypodstawną, trabekuloplastykę laserową, usunięcie oleju z oka) (2). W badanej przez nas grupie w pełni skuteczne okazało się leczenie zachowawcze.

W dalszym ciągu trudnym problemem pozostają przypadki ponownych odwarstwień siatkówki, których częstość w obserwacjach różnych autorów wynosi od 11% do 37% (8, 17). Leczenie tego powikłania jest szczególnie skomplikowanym problemem klinicznym.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych analiz porównawczych stwierdzamy, że osiągnięte przez nas wyniki są dobre, względnie stabilne, i odpowiadające wynikom innych autorów. Zastosowanie witrektomii z tamponadą wewnętrzną olejem silikonowym umożliwia leczenie najtrudniejszych przypadków odwarstwień siatkówki z proliferacyjną witreoretinopatią, których nie udało się wyleczyć metodami „klasycznymi”. Bardzo ważna jest opinia profesora Laqua, który ocenia stan chirurgii szklisko-siatkawkowej w ten sposób: „...w związku z jednoczesnym znaczącym wzrostem liczby sukcesów

częstość powikłań uważa się za rezultaty do zaakceptowania...” (9). Należy pamiętać, że trwałość uzyskanych wyników zależy od stałej i troskliwej opieki nad chorymi, którzy w okresie pooperacyjnym niejednokrotnie wymagają powtórnych zabiegów operacyjnych.

Piśmiennictwo

- Cocerham W.D., Shepens C.I., Freeman H.M.: *Silicone injection in retinal detachment*. Arch. Ophthalmol., 1970, 83, 704-12-2.
- Dimopoulos S., Heimann K.: *Spatkomplikationem nach Silikoninjektion Langzeitbeobachtungen an 100 Fällen*. Klin. Monatsbl. Augenheilkd. 1986, 223-227.
- Gonvers M.: *Temporary silicone oil tamponade in the treatment of complicated diabetic retinal detachments*. Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol., 1990, 228, 415-422.
- Haut J., Ullern M., Chermet M., van Effenterre G.: *Complication of intraocular injection of silicon combined with vitrectomy*. Ophthalmologica (Basel), 1980, 180, 29-35.
- Kroll P., Gerding H., Busse H.: *Zum Zeitpunkt retinaler Komplikationen durch Reproliferationem nach vitreoretinaler Silikonchirurgie*. Klin. Monatsbl. Augenheilkd., 1989, 195, 145-149.
- Kroll P., Berg P., Biermeyer H.: *Langzeitergebnisse nach vitreoretinaler Silikonchirurgie*. Fortschr. Ophthalmol., 1988, 85, 259-262.
- Laqua H.: *Entwicklung und gegenwartiger Stand der Silikonchirurgie*. Klin. Monatsbl. Augenheilkd. 1988, 192, 277-283.
- Leaver P.K., Grey R.H.B., Graner A.: *Silicon oil injection in the treatment of massive preretinal reaction. II Late complications in 93 eyes*. Br. J. Ophthalmol., 1979, 63, 361-367.
- Lucke K., Strobel B., Foerster M., Laqua H.: *Sekundarglaukome nach Silikonchirurgie*. Klin. Monatsbl. Augenheilkd. 1990, 196, 205-209.
- Machemer R.: *Retinotomy*. Am. Ophthalmol. 1981, 92, 786-774.
- Movilean D., Sourdil Ph., Baikoff G. i wsp.: *Complications des injections intraoculaires d'huile de silicone*. Bull. Soc. Ophthalmol. Fr., 1983, 83, 461-464.
- Nawrocki J., Dziegielewski K., Pikulski Z.: *Witrektomia w leczeniu odwarstwień siatkówki proliferacyjną witreoretinopatią*. Klin. Oczna, 1993, 95, 357-359.
- Roussat B., Ruellan Y.M.: *Traitement du décollement de retine par vitrectomie et injection d'huile de silicone. Resultats a long terme et complications dans 105 cas*. J. Fr. Ophthalmol., 1984, 7, 11-18.
- Sell C.H. i wsp.: *Long term results of succesful vitrectomy with silicone oil for advanced proliferative vitreoretinopathy*. Am. J. Ophthalmol. 1987, 103, 24-28.
- Stern W.H., Johnsons R.N., Irvine A.R. i wsp.: *Extended retinal tamponade in the treatment of retinal detachment with proliferative vitreoretinopathy*. Br. J. Ophthalmol., 1986, 70, 911-917.
- Tavakolian U., Wollensak J.: *Ergebnisse von Silikoninjektionen in verschiedenen Stadien der proliferativen Vitreoretinopathie*. Klin. Monatsbl. Augenheilkd., 1985, 186, 268-271.
- Żivojnowic R.D., Mertens A., Peperkam E.: *Das Flussige Silikon in der Amotiochirurgie (II) Bericht über 280 Fälle weitere Entwicklung der Technik*. Klin. Monatsbl. Augenheilkd. 1982, 181, 444-452.

Praca wpłynęła do Redakcji 28 listopada 1996 r. (498)

Prace oryginalne

Klinika Oczna 1997, 99 (6): 379-382
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Ocena 200 operacji zewnątrztorebkowego wydobycia zaćmy wykonanych techniką koperty

Evaluation of 200 extracapsular cataract extractions with the use of an envelope technique

Ewa Szweda

Purpose: To present own results of extracapsular cataract extraction with the use of the envelope technique.

Material: 200 patients (110 male, 87 female and 3 children) aged from 7 to 86 years operated in the Department of Ophthalmology in Bydgoszcz from December 1992 to May 1996, including patients with congenital, senile, presenile cataract or with diabetes.

Results: In 197 patients (93.5%) final distance visual acuity was 0.7-1.0. Visual acuity less than 0.7 wasn't related with surgical procedure itself. In 8 patients corneal edema, lasting for a few days, was observed postoperatively. After treatment with systemic steroids all the symptoms resolved-not effecting final visual acuity.

Conclusion: Cataract extraction with the use of an envelope technique allows for stable IOL placement in the lens capsule and decreases postoperative corneal reaction to minimum.

Słowa kluczowe: chirurgia zaćmy, technika koperty, sztuczne soczewki wewnątrzgałkowe

Key words: cataract surgery, envelope technique, intraocular lenses

Istotną operacją zaćmy wykonanej techniką koperty jest usunięcie mas zaćmowych wraz z jądrem i wprowadzenie sztucznej soczewki do torebki soczewkowej przez nieduże nacięcie torebki przedniej w jej górnej części oraz wycięcie fragmentu torby przedniej w końcowym etapie zabiegu. W polskim piśmiennictwie dokładny opis poszczególnych etapów operacji przedstawił Kaluźny (7).

Celem doniesienia jest przedstawienie własnych wyników 200 operacji wykonanych w klinice bydgoskiej od grudnia 1992 do maja 1996 r.

Material i metodyka

Operowano 200 osób, w tym 110 mężczyzn, 87 kobiet i 3 dzieci. Wiek chorych wahał się od 7 do 86 lat.

Wśród operowanych byli chorzy z zaćmą wrodzoną, starczą i przedstarczą, jak również osoby ze współistniejącą cukrzycą (tab. I).

We wszystkich przypadkach w przeddzień i w dniu zabiegu stosowano do oczu 0,5% Timoptic i 0,5% Indometacynę. W znacznej większości przypadków operację przeprowadzano w znieczuleniu miejscowym. Stosowano soczewki firmy Medi Contur średnicy 10,0 mm oraz firmy Adatomed średnicy 10,5 mm. U wszystkich pacjentów ranę zamykano szwem ciągłym krzyżowym z węzłem schowanym w ranie. Zabieg kończono podaniem pod spojówkę Gentamycyny i Depomedrolu. Od pierwszej doby po zabiegu stosowano do oczu Dexamethason i Indometacynę w kroplach oraz mydriatyki, jednocześnie kontrolując szerokość żrenicy. Niektórym chorym ogólnie podawano antybiotyki i steroidy. Pacjentów uruchamiano w pierwszej dobie, a wypisywano z kliniki między 4. a 7. dniem po operacji.

Okres obserwacji wahał się od 3 miesięcy do 3,5 roku.

Wyniki

U 187 chorych, tj. w 93,5%, uzyskano ostrość wzroku do dali 0,7-1,0 (tab. II), a do bliży 0,5/30.

Z Kliniki Okulistycznej AM w Bydgoszczy
Kierownik: prof. dr hab. Józef Kaluźny

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Dr med. Ewa Szweda
ul. Glinki 125/3
85-861 Bydgoszcz

Tabela I: Typ zaćmy
Table I: Type of cataract

Rodzaj Type	n
Wrodzona Congenital	6
Starcza i przedstarcza Senile and presenile	178
Z współistniejącą cukrzycą In diabetic patients	16
Razem Total	200

Tabela II: Pooperacyjna ostrość wzroku
Table II: Visual acuity after surgery

Ostrość wzroku Visual acuity	n	%
0,7-1,0	187	93,5
0,5-0,6	3	1,5
0,2-0,4	7	3,5
0,08-0,1	3	1,5

Tabela III: Przyczyny obniżenia pooperacyjnej ostrości wzroku
Table III: Causes of decreased visual acuity after surgery

Ostrość wzroku Visual acuity	Przyczyny Causes	n
0,08-0,1	Starcze zwyrodnienie plamki Age-related macular degeneration	2
	Zanik jaskrowy nerwu wzrokowego Glaucoma optic nerve atrophy	1
0,2-0,4	Zaćma wrodzona z oczopłasem Congenital cataract with nystagmus	2
	Zaćma wrodzona u 7-letniego dziecka Congenital cataract in child aged 7	1
	Zanik jaskrowy nerwu wzrokowego Glaucoma optic nerve atrophy	1
	Retinopatia cukrzycowa przedproliferacyjna Preproliferative diabetic retinopathy	3
0,5-0,6	Starcze zwyrodnienie plamki Age-related macular degeneration	1
	Retinopatia cukrzycowa prosta z rozpoczynającym się obrzękiem plamki Simple diabetic retinopathy with appearing macular edema	2

Tabela IV: Wczesne i późne powikłania pooperacyjne
Table IV: Early and late postoperative complications

Rodzaj powikłania Type of complication	n	%
Wczesne Early		
Obrzęk rogówki utrzymujący się przez kilka dni Corneal edema persisting for a few days	8	4
Odczyn zapalny przedniego odcinka błony naczyniowej Anterior uveitis	3	1,5
Rozejście się rany (w drugiej i trzeciej dobie po zabiegu) Wound leakage (2nd and 3rd postoperative day)	2	1
Późne Late		
Zmętnienie torby tylnej wymagające kapsulotomii laserem YAG Opacification of posterior capsule requiring YAG capsulotomy	22	11
Obrzęk torbielowaty plamki Cystoid macular edema	3	1,5

W 68 oczach konieczne były okulary do dali w granicach $\pm 3,0$ D sph lub $\pm 3,0$ D cyl., w 16 oczach niezbędna była korekcja mieszana. U żadnej z pozostałych osób obniżenie ostrości wzroku poniżej 0,7 nie miało związku z przeprowadzoną operacją. Wszystkie zabiegi, poza jednym przypadkiem krwawienia do komory przedniej, przebiegały bez powikłań. Przyczyny obniżonej ostrości wzroku poniżej 0,7 przedstawiono w tabeli III.

Zwyrodnienie plamki ujawnione w 3 przypadkach miało charakter zwyrodnienia starczego, u 2 chorych stwierdzono zanik jaskrowy nerwu wzrokowego. Spośród 16 chorych ze współistniejącą cukrzycą u 2 osób z ostrością wzroku 0,5-0,6 stwierdzono na dzień oka retinopatię prostą z rozpoczynającym się obrzękiem plamki, w 3 oczach z ostrością wzroku 0,2-0,4 istniała retinopatia cukrzycowa przedproliferacyjna. U 3 kolejnych chorych stwierdzono retinopatię prostą z prawidłową ostrością wzroku, a u pozostałych 8 osób dno oka było nie zmienione.

Powikłania pooperacyjne wczesne i późne przedstawiono w tabeli IV. W okresie pooperacyjnym,

w trakcie pobytu w szpitalu, u 8 pacjentów obserwowano obrzęk rogówki utrzymujący się przez kilka dni. U tych chorych zastosowano ogólnie steroidy. Objawy cofały się całkowicie bez wpływu na ostateczną ostrość wzroku. U 3 osób w okresie pooperacyjnym wystąpił odczyn zapalny przedniego odcinka błony naczyniowej, cechujący się obecnością włókniaka w obrębie źrenicy oraz wzrostów tylnych. U tych chorych zastosowano antybiotyki i steroidy miejscowo i ogólnie oraz miodyatyki w iniekcji podspojówkowej. W ciągu kilku dni stan zapalny ustępował. W 2 oczach doszło do rozejścia się rany pooperacyjnej w drugiej i trzeciej dobie po operacji z powodu zbyt luźnego założenia szwu w czasie zabiegu. Pacjentom tym założono dodatkowe pojedyncze szwy.

Zmętnienie torby tylnej wymagające kapsulotomii laserem YAG wystąpiło w 22 oczach, co stanowiło 11%.

U 3 chorych wystąpił obrzęk torbielowaty plamki. W tych przypadkach zastosowano typowe leczenie zachowawcze, uzyskując ustąpienie obrzęku i powrót do pełnej ostrości wzroku.

U żadnego pacjenta w trakcie obserwacji pooperacyjnej nie stwierdzono zmiany położenia sztucznej soczewki.

kwalfikowani pacjenci z zaćmą urazową, wklajającą, jak również po operacjach przeciwjaskrowych, a więc przypadki, które stanowią większe ryzyko powikłań śródoperacyjnych mających niekorzystny wpływ na ostateczny wynik operacji.

Analizując powikłania pooperacyjne wczesne zwraca uwagę mała liczba chorych, u których obserwowano objawy dekomensacji rogówki ustępujące w ciągu kilku dni. Apple i wsp. (1) zwrócili uwagę na znaczne zmniejszenie odczynów rogówkowych u pacjentów operowanych techniką koperty. Zwraca uwagę również fakt, że częstość występowania zmętnienia torby tylnej w przedstawionym materiale nie jest zbyt duża, choć pokrywa się z danymi uzyskanymi przez innych autorów (3, 4, 8, 17). Z obserwacji opisanych w piśmiennictwie wynika, że liczba zmętnień torby tylnej u osób dorosłych maleje wraz z wiekiem (8, 12). Wśród przedstawionych w niniejszej pracy pacjentów ponad połowę stanowiły osoby powyżej 50. r.ż. Martin i wsp. (13) wykazali, że zmętnienie torby tylnej występuje rzadziej w przypadku soczewek mocowanych w torebce soczewkowej.

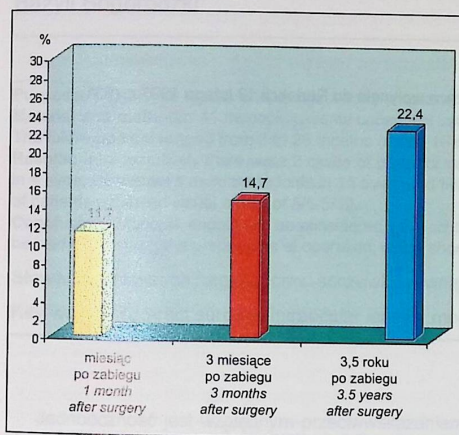
Oceniając przypadki występowania torbielowatego obrzęku plamki należy podkreślić, zgodnie z danymi piśmiennictwa (9), korzystny wpływ okołoperacyjnego stosowania Indometacyny na zmniejszenie występowania tego powikłania.

Analiza wykresu przedstawiającego średnią procentową utratę komórek śródbłonka wykazuje największą ich utratę w ciągu pierwszego miesiąca po operacji, co jest zgodne z danymi piśmiennictwa (5, 6, 11, 14-16). Utrata komórek w późniejszym okresie również nie odbiega od średnich wyników przedstawionych przez innych autorów (2, 5, 6, 10, 14-16). Na wykresie uwagę zwraca dalszy wzrost procentowej utraty komórek śródbłonka w ciągu 3,5 roku po operacji. Liesegang i wsp. (11), mimo że za początek stabilizacji przyjęli 3 miesiące, obserwowali stopniową utratę komórek również w ciągu 2 lat po operacji, Bourne i wsp. (2) stwierdzili, że u badanych przez nich pacjentów z tylnokomorową soczewką utrata komórek po 10 latach wynosiła 32%. Ich obserwacje wykazały, że w ciągu 10 lat średnia utrata komórek wynosiła 2,5% na rok.

Analizując przedstawiony materiał, można stwierdzić, że zastosowanie techniki koperty w operacjach zaćmy pozwala na zmniejszenie do minimum pooperacyjnych odczynów rogówkowych. Wynika to z faktu ochronnej roli w stosunku do rogówki, jaką spełnia prawie nienaruszona torebka przednia w trakcie wszelkich manipulacji związanych z usunięciem jądra i mas korowych soczewki. Technika ta pozwala również na pewną lokalizację sztucznej soczewki w torebce soczewkowej. Wymienione zalety, jak również prostota przeprowadzenia operacji tą techniką zachęcają do szerokiego jej stosowania.

Piśmiennictwo

- Apple D., Hansen S., Richeils S., Tetz M.: *Histopathological and Experimental Aspects of Modern Lens Implant Surgery*. [w:] *Intracapsular Cataract Extraction*. ed. Rosen E., Kabl I. Pergamon Press, Oxford, 1988, 1-11.
- Bourne W.M., Nelson L.R., Hodge D.O.: *Continued endothelial cell loss ten years after lens implantation*. *Ophthalmology*, 1994, 101, 1014-1023.



Ryc. 1. Średnia procentowa utrata komórek śródbłonka
Fig. 1. Percentage of mean loss of endothelium

Spośród 200 operowanych u 50 dokonano analizy średniej procentowej utraty komórek śródbłonka w ciągu 1 miesiąca, 3 miesięcy i 3,5 roku po zabiegu (ryc. 1).

Jak wynika z wykresu, największa utrata komórek śródbłonka wystąpiła w ciągu pierwszego miesiąca po operacji. Zwraca jednak uwagę dalsza utrata komórek w ciągu 3,5-letniej obserwacji po zabiegu.

Omówienie

Oceniając wyniki operacji zaćmy, kierujemy się przede wszystkim ostrością wzroku. Uzyskana w 93,5% ostateczna ostrość wzroku 0,7-1,0 stanowi korzystny wynik przeprowadzonych zabiegów. U pozostałych 6,5% pacjentów ostrość wzroku poniżej 0,7 nie miała związku z przeprowadzoną operacją. Należy jednak podkreślić, że do operacji techniką koperty nie byli

3. Doughman D.J., Musch D., O'Day D.M., Schein O.D., Dickersin K.: *Posterior capsular opacification and YAG capsulotomy*. Ophthalmology, 1993, 100 (suppl.), 52-55.
4. Frezzotti R., Caporossi A., Mastrangelo D., Hadjistilianou T., Tosi P., Cintorino M., Minacci C.: *Pathogenesis of posterior capsular opacification*. J. Cataract Refract. Surg., 1990, 16, 353-360.
5. Galin M.A., Lin L.L., Fetherolf E., Ostbaum S.A., Sugar A.: *Time analysis of corneal endothelial cell density after cataract extraction*. Am. J. Ophthalmol., 1979, 88, 93-96.
6. Gierek-Lapińska A., Bolek S., Kamińska-Olechowicz B., Wojciechowska R.: *Stan śródbłonna rogówki po operacjach usunięcia zaćmy w badaniach kontaktowych mikroskopem endothelialnym*. Klin. Oczna, 1992, 94, 177-179.
7. Kałużny J.: *Wszczepienie sztucznej soczewki do torebki soczewkowej techniką koperty*. Klin. Oczna, 1988, 90, 502-503.
8. Kałużny J., Elik I., Szweda E., Malukiewicz-Wiśniewska G.: *Ocena porównawcza częstości zmętnienia torby tylnej w pseudofakii u dzieci i dorosłych. Współczesne zagadnienia okulistyki dziecięcej*. Materiały III Forum Okulistyki Dziecięcej, Gdańsk, 20-21 września 1990, 362-371.
9. Kałużny J., Mierzejewski A.: *Torbielowaty obrzęk płamki w pseudofakii*. Klin. Oczna, 1988, 91, 177-179.
10. Kraff M.C., Sanders D.R., Lieberman H.L.: *Specular microscopy in cataract and intraocular lens patients*. Arch. Ophthalmol., 1980, 98, 1782-1784.
11. Liesegang T.J., Bourne W.M., Ilstrup D.M.: *Short- and long-term endothelial cell loss associated with cataract extraction and intraocular lens implantation*. Am. J. Ophthalmol., 1984, 97, 32-39.
12. Maltzman B.A., Haupt E., Notis C.: *Relationship between age at time of cataract extraction and time interval before capsulotomy for opacification*. Ophthalmol. Surg., 1989, 20, 321-324.
13. Martin R.G., Sanders D.R., Soucek J., Raanan M.G., DeLuca M.: *Effect of posterior chamber intraocular lens design and surgical placement on postoperative outcome*. J. Cataract Refract. Surg., 1991, 18, 333-341.
14. Oxford Cataract Treatment and Evaluation Team: *Long-term corneal endothelial cell loss after cataract surgery. Results of a randomized controlled trial*. Arch. Ophthalmol., 1986, 10, 1170-1175.
15. Rao G.N., Stevens R.E., Harris J.K., Aquawella J.W.: *Long-term changes in corneal endothelium following intraocular lens implantation*. Ophthalmology, 1981, 88, 386-397.
16. Szweda E., Donotek-Barecka Z., Lesiewska-Junk H.: *Śródbłonek rogówki po operacjach zaćmy*. Klin. Oczna, 1994, 96, 60-62.
17. Wan Oye R., Budo C., Galad A., Foetz B., Goes F.: *Two-years postoperative results of Galand lens implantation*. J. Cataract Refract. Surg., 1986, 12, 135-139.

Praca wpłynęła do Redakcji 19 lutego 1997 r. (531)

Prace oryginalne

Klinika Oczna 1997, 99 (6): 383-384
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Operacje zaćmy z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej u chorych jednoocznych

Cataract surgery with intraocular lens implantation in monopic patients

Wojciech Omulecki, Joanna Sempiriska-Szewczyk, Dorota Zawadziło-Kobielska, Bazyl Bogorodzki

Purpose: To analyse results and complications of cataract surgery with IOL implantation in monopic patients.
Material and methods: 41 monopic patients underwent cataract surgery with IOL implantation during the period of 1995-1997. The follow up time ranged from 3 to 28 months (mean 16 months).
Results: Intraoperatively there were 2 cases of posterior capsule tears with vitreous loss. Postoperatively, transient hypertonia in 4 eyes, Descemet's membrane folds in 15 eyes, and fibrinous reaction in anterior chamber in 2 eyes were observed. 71% of patients achieved visual acuity of 5/5-5/12.
Conclusion: Monopia should not be considered as a contraindication for IOL implantation, although special attention should be paid to choosing the proper time of operation, which should be performed extremely carefully by an experienced surgeon.

Słowa kluczowe: chirurgia zaćmy, soczewki wewnątrzgałkowe, jednooczność

Key words: cataract surgery, intraocular lenses, monopia

Jednooczność jest względnym przeciwwskazaniem do wszczepienia sztucznej soczewki po usunięciu zaćmy (1, 2). Poprzednie niepowodzenie operacyjne lub choroba drugiego oka mogą stanowić czynnik pogarszający rokowanie. Celem niniejszej pracy jest ocena wyników operacji zaćmy u chorych jednoocznych w materiale własnym.

Materiał i metodyka

Od stycznia 1995 r. do czerwca 1997 r. w Klinice Chorób Oczu AM w Łodzi operowano 41 osób jednoocznych (27 kobiet i 14 mężczyzn) z powodu zaćmy, co stanowiło 1,3% wszystkich (3 270) wykonanych w tym okresie operacji połączonych z wszczepem

wewnątrzgałkowym. Najmłodszy chory miał 25 lat, a najstarszy 86 lat (średnio 67 lat).

Jako kryterium jednooczności przyjęto brak druzgłej gałki ocznej lub trwałe, nieodwracalne obniżenie ostrości wzroku drugiego oka do wartości <0,5/50.

Przyczyny jednooczności zestawiono w tabeli I.

Okres trwania jednooczności w 18 przypadkach wyniósł od roku do 10 lat, u 22 chorych był dłuższy niż 10 lat, a tylko u jednego chorego był krótszy niż rok (średnio 17 lat).

Ostrość wzroku jedyne go oka przed zabiegiem operacyjnym wynosiła: r.r.p.o. – 1/50 w 8 oczach, 1/50-4/50 w 10 oczach, 5/50-5/16 w 23 oczach.

W 39 przypadkach wykonano zabieg operacyjny zewnątrztorebkowego usunięcia zaćmy z wszczepieniem sztucznej soczewki tylnokomorowej techniką „koperty”. U dwóch osób po usunięciu zaćmy wszczepiono soczewkę przedniokomorową z powodu śródoperacyjnego pęknięcia tylnej torebki soczewki.

Okres obserwacji pooperacyjnej wyniósł od 3 do 28 miesięcy (średnio 16 miesięcy).

Z Katedry i Kliniki Chorób Oczu AM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. Bazyl Bogorodzki

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Dr med. Wojciech Omulecki
ul. Cementowa 10
91-859 Łódź