

Krystyna Pecold i Anna Dałkowska

## Wszczepienie soczewki w oku z jaskrą

### Intraocular lens implantation in glaucomatous eye

**Summary.** Cataract extraction with intraocular lens implantation was performed in 32 eyes of 32 patients in the years 1990-1992. Surgery was performed in 10 eyes with well-controlled intraocular pressure without any antiglaucomatous operation, in 10 because of inadequate control with simultaneous trabeculectomy, in 7 after earlier filtering procedures and in 5 with secondary glaucoma. Surgical technics, intra- and postoperative complications and the results are discussed. Visual acuity in 18 eyes was 0.5-1.0, in 10 eyes 0.1-0.4 and in 2 it was 0.05. The follow-up for all the eyes yielded normal intraocular pressure, in most cases without additional pharmacological treatment.

Hasła: zaćma i jaskra, wszczepienie soczewki, operacja przeciwjaskrowa

Key words: cataract and glaucoma, lens implantation, antiglaucomatous operation

Współistnienie zaćmy i jaskry spotykamy często u osób starszych, po operacjach przeciwjaskrowych po dłuższym stosowaniu miotyków i po urazach. Wszczepianie soczewek w tych przypadkach było dość długo zagadnieniem kontrowersyjnym<sup>4,5,11,14</sup>. Wynikało to z różnych technik operacji zaćmy jak i rodzajów wszczepianych soczewek.

Wszczepienie przedniokomorowej soczewki lub "iris clips" po wewnątrztorebkowym usunięciu zaćmy było przeciwwskazane w oku z jaskrą ze względu na szkodliwe działanie części haptycznej soczewki na trabekulum, skłonność do wzrostów tylnych i tworzenia się błon w żrenicy<sup>3,11</sup>.

Powikłania te nie występują po zewnątrztorebkowym usunięciu zaćmy i wszczepieniu soczewki tylnokomorowej. W miarę upływu czasu okazało się, że istnieją jeszcze dodatkowe korzyści dla oka, jak pogłębienie kąta rogówkowo-łęczówkowego, obniżenie ciśnienia śródgałkowego<sup>1,2,6</sup>, zachowanie obwódki rzęskowej i torebki tylnej soczewki.

Zachęćto to chirurgów do coraz częstszego wszczepiania soczewek w oku jaskrowym, a w ostat-

nich latach pojawiły się publikacje dotyczące jednozasowej operacji: przeciwjaskrowej, usunięcia zaćmy i wszczepiania soczewki<sup>1,3,7,8,9-13</sup>.

Celem naszej pracy było przedstawienie technik operacyjnych stosowanych w różnych postaciach jaskry z współistniejącą zaćmą i wyników leczenia w materiale naszej Kliniki.

#### Material

Materiał nasz obejmował 32 chorych (32 oczu) z zaćmą i jaskrą leczonych w Klinice Okulistycznej AM w Poznaniu w ostatnich 2 latach (1990-1992). Wśród nich było 21 kobiet i 11 mężczyzn w wieku od 30 do 80 lat (średni wiek: 65,3).

Ze względu na rodzaj jaskry i sposób jej leczenia chorych podzielono na następujące 4 grupy:

- 10 oczu z jaskrą pierwotną otwartego kąta z farmakologicznie uregulowanym ciśnieniem śródgałkowym (Timoptic, Pilocarpina, okresowo Diuramid).
- 10 oczu z jaskrą pierwotną otwartego kąta z nieuregulowanym ciśnieniem śródgałkowym mimo stosowania w/w leków i trabekuloplastyki laserowej.
- 7 oczu z jaskrą pierwotną po uprzednio wykonanym zabiegu operacyjnym przeciwjaskrowym w różnym okresie (od 4 do 20 lat; średnio 11 lat).

#### Wszczepienie soczewki w oku z jaskrą

D. 5 oczu z jaskrą wtórną: w 3 oczach z zaćmą pęczniącą, w 2 oczach z soczewką zmętniałą i podwichniętą.

W 27 oczach grupy A, B i C w oku towarzyszącym stwierdzono jaskrę w tym w 2 przypadkach — prawie dokonaną i w 2 przypadkach dokonaną. U każdego chorego wykonano pełne badanie okulistyczne ze szczególnym uwzględnieniem zachowania się krzywej dobowego ciśnienia śródgałkowego, tonografii (przed i po podaniu leków przeciwjaskrowych), oceny kąta rogówkowo-twardówkowego i pola widzenia.

Po opuszczeniu Kliniki chorzy nadal pozostają w naszej kontroli ambulatoryjnej.

#### Metody operacyjnego leczenia

Postępowanie przedoperacyjne było jednakowe we wszystkich przypadkach — premedykacja, znieczulenie miejscowe (akinezja) i okupresja. W każdej z wyżej przedstawionych grup zostało przeprowadzone określone postępowanie chirurgiczne.

Ważniejsze etapy operacji były następujące:

**Grupa A.** Odcięcie spojówki od rąbka, cięcie rogówkowo-twardówkowe, zerwanie torebki soczewki, wypchnięcie jądra, usunięcie kory metodą jednoczesnej irygacji i aspiracji, wszczepienie soczewki do torebki, zeszywanie rany szwem ciągłym (10,0 nylon).

**Grupa B.** Operacja kombinowana: jednoczasowa trabekulektomia, zewnątrztorebkowe usunięcie zaćmy i wszczepienie soczewki do jej torebki. Cięcie spojówki przy rąbku z zachowaniem wąskiego jej paska przyrąbkowego, nacięcie nieprzenikające w rąbku od godz. 10 do 2 z wytworzeniem warstwowej trójkątnej klapki twardówki na godz. 12, trepanacja otworu w warstwie wewnętrznej, zerwanie przedniej torebki soczewki, wypchnięcie jądra, aspiracja mas korowych, wszczepienie soczewki do torebki, iridektomia obwodowa, założenie 1 szwu na szczyt klapki twardówki i pojedynczych na ranę rogówkowo-twardówkową, szew ciągły na spojówkę przy rąbku, kontrola filtracji.

**Grupa C.** Celem ochrony poduszki filtracyjnej po uprzednio przeprowadzonych zabiegach przetokowych wykonano cięcie rogówkowe. Następnie zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki i wszczepienie sztucznej wyżej wymienionym sposobem. W oczach z jaskrą pierwotną, w których stosowano długotrwale miotyki lub po uprzednio wykonanych zabiegach operacyjnych wystąpiły trudności w rozszerzeniu żrenicy co utrudniało dalsze etapy operacji. W tych oczach wykonano iridotomię z późniejszym jej zamykaniem w 2 oczach.

#### Grupa D.

a) Po odcięciu spojówki przy rąbku i cięciu rogówkowo-twardówkowym wykonano zewnątrztorebkowe usunięcie zaćmy pęczniącej wraz z ciałem obcym i wszczepienie soczewki do torebki.

b) Po odcięciu spojówki w rąbku i cięciu rogówkowo-twardówkowym wykonano usunięcie podwichniętej, zmętniałej soczewki przy pomocy pętli, wycięcie ciała szklстого z komory przedniej i wszczepienie soczewki przedniokomorowej oraz iridektomię obwodową.

Powikłania śród- i pooperacyjne wczesne przedstawiono w tabeli I.

Tabela I

Powikłania				
1. Śródoperacyjne	Gr. A	Gr. B	Gr. C	Gr. D
hyphaema	—	1	1	—
upływ c. szklстого	—	—	—	2
krwotok naczyniówkowy*	—	1	1	—
<b>2. Pooperacyjne wczesne</b>				
przejęciowy obrzęk rogówki	2	2	2	—
hyphaema	—	3	—	—
wysięk w żrenicy	1	1	2	—
zrosty tylne	1	1	2	—
przejęciowy wzrost T	3	—	1	—
odłączenie naczyniówki	—	1	—	—

\* W oczach tych nie wszczepiono soczewki.

Krwawienie do komory przedniej wystąpiło w 1 przypadku po obwodowym wycięciu tęczówki i w 1 po jej przecięciu (1). Upływ ciała szklстого związany był z podwichnięciem soczewki w 2 przypadkach.

W 2 oczach grupy B i C wystąpił pod koniec usuwania mas zaćmowych wzrost ciśnienia śródgałkowego, spowodowany ograniczonym krwotokiem naczyniówkowym z następowym pęknięciem torebki soczewki i upływem ciała szklстого.

Ranę rogówkowo-twardówkową zeszyto szczelnie, wycinając ciało szklste. Wobec tych powikłań odstąpiono od wszczepienia soczewki. Spośród powikłań pooperacyjnych wczesnych należy wymienić przejęciowy obrzęk rogówki w 6 oczach, krew w przedniej komorze wolno resorbującą się w 3, wysięk w żrenicy i zrosty tylne w 4, przejęciowy wzrost ciśnienia śródgałkowego w 4 oczach i odłączenie naczyniówki w 1 oku.

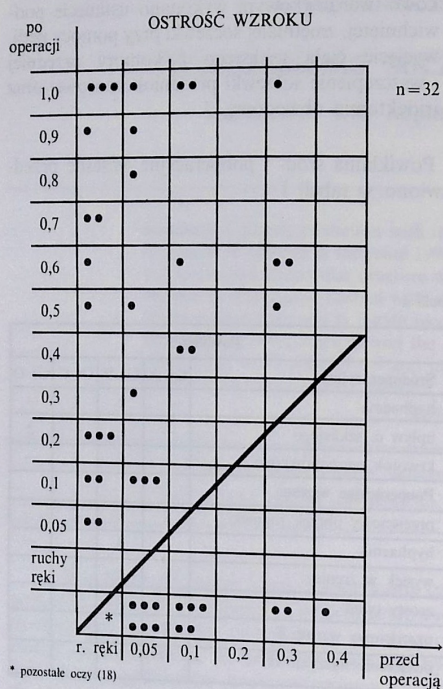
Z Kliniki Okulistycznej AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu  
Kierownik: prof. dr hab. Krystyna Pecold

Reprint requests to:  
Prof. dr hab. Krystyna Pecold  
ul. Wiedeńska 38, 60-683 Poznań

## Wyniki leczenia

Uzyskaną po operacji ostrość wzroku (w 32 oczach) i porównanie jej z przedoperacyjną ilustruje tabela II.

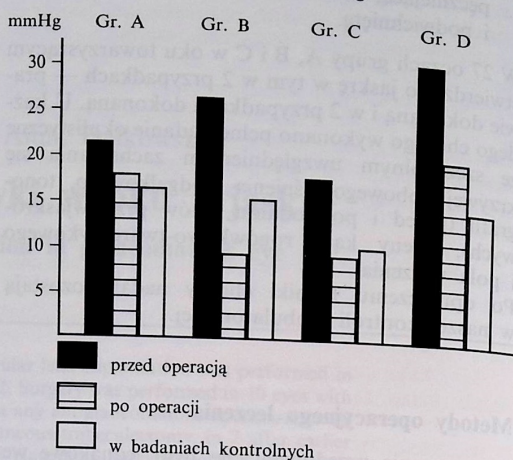
Tabela II



Poprawę ostrości wzroku w przedziale 0,5 — 1,0 uzyskano w 18 oczach, w tym w 7 oczach 1,0. W 10 oczach poprawa wynosiła od 0,1 do 0,4, a tylko w 2 oczach uzyskano niewielką poprawę z ruchów ręki do 0,05. Średnie wartości ciśnienia śródgałkowego przed, po operacji i w badaniach kontrolnych w poszczególnych grupach przedstawiono w tabeli III.

W okresie przedoperacyjnym w grupie A i C po leczeniu farmakologicznym średnie wartości ciśnienia wynosiły od 19,1 mm Hg do 22,4 mm Hg. W grupach B i D mimo maksymalnego leczenia farmakologicznego średnia wartość ciśnienia wynosiła od 27,8 mm Hg do 31,2 mm Hg.

W okresie pooperacyjnym wczesnym obserwowano we wszystkich grupach obniżenie się ciśnienia wewnątrzgałkowego średnio od 11,6 mm Hg (gr. B) do 21,4 mm Hg (gr. D). W badaniach kontrolnych we wszystkich oczach stwierdzono uregulowane ciśnienie śródgałkowe (średnia wartość nie przekraczała 17,4 mm Hg) w większości przypadków bez stosowania dodatkowych leków.

Tabela III  
Średnie wartości ciśnienia wewnątrzgałkowego

Stosowane leczenie farmakologiczne w poszczególnych grupach przed- i po operacji przedstawia tabela IV.

Tabela IV  
Stosowane leczenie farmakologiczne

	Gr. A	Gr. B	Gr. C	Gr. D
Przed operacją	9 90%	9 90%	6 86%	5 100%
Po operacji	4 40%	1 10%	—	2 40%

Przed zabiegiem operacyjnym 29 chorych stosowało leczenie farmakologiczne, podczas gdy po operacji tylko 7.

Pole widzenia oceniano przed i po operacji u 26 chorych; u pozostałych 6 chorych wykonanie pola widzenia nie było możliwe.

W 4 oczach pole widzenia było prawidłowe, w 12 stwierdzono ubytek w 1 kwadrancie, w 7 w 2 kwadrantach a w 3 oczach koncentryczne zwężenie od 10° do 20°.

## Omówienie

Wyniki naszego postępowania u chorych z zaćmą i jaskrą, w oczach, w których wykonano wszczepienie soczewki lub zabiegi kombinowane wykazały korzyści zarówno dla przywrócenia widzenia jak i uregulowania ciśnienia wewnątrzgałkowego.

W 30 oczach (94%) uzyskano poprawę ostrości wzroku, w tym w 18 oczach (56%) w granicach 0,5 — 1,0. Jedyne w 2 oczach (6,2%) nie uzyskano wyraźnej poprawy ze względu na zanik jaskrowy n.II (1 oko) i zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe w płamce (1 oko). Podobne wyniki uzyskali Kamman<sup>3</sup> (94%) i Kusber<sup>4</sup> (95%).

## Wszczepienie soczewki w oku z jaskrą

Należy podkreślić, że poprawa ostrości wzroku jest szczególnie ważna u chorych z jaskrą, u których uszkodzone jest pole widzenia.

W naszym materiale zmiany w polu widzenia wystąpiły u 22 chorych (85%), w tym u 10 chorych znacznego stopnia (39%). Ciśnienie wewnątrzgałkowe we wszystkich oczach obniżyło się po operacji i utrzymuje się w granicach prawidłowych, w tym w 25 oczach (78%) bez stosowania leków, a w 7 (22%) przy uzupełniającym leczeniu farmakologicznym (Timoptic).

W grupie A ciśnienie wewnątrzgałkowe zostało uregulowane farmakologicznie przed zabiegiem, wobec czego w oczach tych wykonano jedynie zewnątrztorbkowe usunięcie zaćmy i wszczepienie soczewki tylnokomorowej.

W grupie B ze względu na duże zwężenie ciśnienia wewnątrzgałkowego i nieskuteczne leczenie zachowawcze zachodziła konieczność wykonania zabiegu przeciwjaskrowego filtrującego i usunięcia zaćmy. Zdecydowano się wykonać zabieg jednoczasowy: trabekulektomię, zewnątrztorbkowe usunięcie zaćmy i wszczepienie soczewki tylnokomorowej. We wszystkich oczach uzyskano zamierzony cel: poprawę ostrości wzroku i uregulowanie ciśnienia. Zalety tego kombinowanego postępowania jednoczasowego podkreśla wielu autorów<sup>1,3,7,8,11,12</sup>. Natomiast zdaniem Kusbera<sup>4</sup> u chorych z zaćmą i jaskrą należy wykonać najpierw zewnątrztorbkowe usunięcie zaćmy z wszczepieniem soczewki tylnokomorowej odsuwając termin trabekulektomii na przyszłość. Grupa C to chorzy z uprzednio wykonaną operacją przeciwjaskrową (w 2 oczach wkłeszczenie tęczówki, w 5 — trabekulektomia), która w wieku starszym jest czynnikiem przyspieszającym rozwój zaćmy. Ciśnienie wewnątrzgałkowe w oczach tych jest z reguły uregulowane (w naszym materiale średnia wartość wynosiła 19,1 mm Hg).

W grupie tej istnieją szczególne wskazania do wszczepienia soczewki tylnokomorowej, gdyż stosowanie soczewki kontaktowej jest przeciwwskazane ze względu na możliwość uszkodzenia poduszki filtracyjnej i możliwość infekcji. Dla ochrony miejsc filtracji zewnątrztorbkowe usuwanie soczewki i wszczepianie sztucznej powinno być wykonane poprzez cięcie rogówkowe. Bleckmann<sup>1</sup> zwraca uwagę na możliwość zaburzenia filtracji w przypadkach wewnątrztorbkowego usunięcia zaćmy. W praktyce okulistycznej spotykamy się często z jaskrą wtórną w wyniku pęcznienia soczewki lub jej podwichnięcia (po urazie).

W tej grupie przed operacją zaobserwowano mimo intensywnego leczenia najwyższe wartości ciśnienia (średnio 31,2 mm Hg). W 2 oczach z podwichniętą soczewką usunięto zaćmę wewnątrztorbkowo i wszczepiono soczewkę przedniokomorową. Te 2 przypadki wymagały uregulowania ciśnienia dodatkowym leczeniem farmakologicznym po zabiegu.

Obecnie w celu uniknięcia wszczepienia przedniokomorowej soczewki, która kryje w sobie możliwość

wystąpienia późnych powikłań wydaje się celowe wszczepienie soczewki tylnokomorowej z przyszyciem jej części haptycznej. Dalsze nasze obserwacje wykazują słuszność tego postępowania.

Dane z piśmiennictwa<sup>1,3,4,11,12,14</sup> potwierdzają korzystny wpływ usunięcia zaćmy na ciśnienie śródgałkowe, a dodatkowo wszczepienie tylnokomorowej soczewki pogłębia kąt rogówkowo-tęczówkowy. Zdaniem Payer'a<sup>6</sup> mechanizm działania soczewki tylnokomorowej na obniżenie ciśnienia polega na napięciu beleczkowania przez część haptyczną soczewki, a tym samym na pogłębieniu kąta i ułatwieniu odpływu cieczy wodnistej.

Prace Simmons'a i wsp.<sup>11,12</sup> podkreślają korzystne znaczenie zewnątrztorbkowego usunięcia zaćmy i wszczepienia soczewki w oku jaskrowym, gdyż zabiegi te utrzymują ciało szkliste w prawidłowej pozycji.

U 2 chorych po 75 r.ż. krwotok naczyńkowy w czasie operacji uniemożliwił wszczepienie soczewki. Jest to powikłanie, które częściej może wystąpić u starszych ludzi, a tym bardziej w oku jaskrowym. Nie jest ono związane z wszczepieniem soczewki. W naszych przypadkach ostrość wzroku po operacji wynosiła 0,3 i 0,1. Spośród powikłań pooperacyjnych występowanie wysięku w żrenicy i skłonności do wzrostów tylnych, obserwowali także inni autorzy<sup>8,11,12</sup>. Przejściowy wzrost ciśnienia (w 4 oczach 12,5%) i obrzęk rogówki (w 3 oczach 9,4%) utrzymywał się w 1-szej i 2-giej dobie po zabiegu. Odłączenie naczyńki obserwowano tylko w 1 przypadku (3,1%).

Należy zwrócić uwagę, że w naszym materiale w żadnym przypadku nie było w przebiegu pooperacyjnym spłycenia komory przedniej. Jest to wynikiem korzystnego działania już omówionego zewnątrztorbkowego usunięcia soczewki i wszczepienia tylnokomorowej.

Dokonane badania wskazują, że wszczepienie soczewki tylnokomorowej w oku jaskrowym i w niektórych postaciach jaskry wtórnej z zastosowaniem określonych technik operacyjnych może być metodą z wyboru. Zwiększa ono komfort widzenia choremu, eliminując ograniczenie pola widzenia związane z noszeniem szkieł korekcyjnych i stwarza możliwość lepszego wykorzystania niekiedy resztkowego pola widzenia, wpływa korzystnie na regulację ciśnienia i zmniejsza konieczność stosowania leków przeciwjaskrowych.

Na zakończenie pragniemy podkreślić, że leczenie operacyjne oka z zaćmą i jaskrą wymaga indywidualnego ustalenia czasu zabiegu, odpowiedniego wyboru techniki i doświadczenia chirurga.

## Piśmiennictwo

1. Bleckmann H.: Hinterkammerlinsen und Glaukom. Klin. Mbl. Augenheilk. 187: 173-177 (1985).
2. Mc Guigan L.J.B., Gottsch J., Stark W.J., Maumenee A.E., Quigley H.A.: Extracapsular cataract extraction and posterior chamber lens implantation in eyes with preexisting glaucoma. Arch. Ophthalmol. 104: 1301-1308

(1986). — 3. *Kammann J., Nüchel A., Lücking W.*: Hinterkammerlinsen — Implantation bei Glaukom. Fort. Ophthal. 82: 183-185 (1985). — 4. *Kusber M., Aust W.*: Kunststofflinsen — Implantation bei Katarakt — Patienten mit Glaukom. Klin. Mbl. Augenhk. 198: (185-189) (1991). — 5. *Lucas B., Krüger H., Böke W.*: Retropupillare Linsen bei Glaucom: Vorderkammertiefe, Druckverhalten, Medikation prä- und postoperativ. Fort. Ophthal. 83: 214-216 (1986). — 6. *Payer H., Payer G.*: Intraoculare Drucksenkung nach hinten gewinkelten Ziliarkörpergestützten Sienskey — Hinterkammerlinsen in normotonen Augen. Klin. Mbl. Augenhk. 183: (381-383) (1983). — 7. *Percival S.P.B.*: Glaucoma triple procedure of extracapsular cataract extraction, posterior chamber lens implantation, and trabeculectomy. Brit. J. Ophthal. 69: 99-102 (1985). — 8. *Renard G., Louka B., Legeais J.M., Poulituen Y.*: L'intervention combinee glaucome et cataracte. J. Fr. Ophthal. 13: 569-574 (1990). — 9. *Savage J.A., Thomas J.V., Belcher C.D., Simmons R.J.*: Extracapsular cataract extraction and posterior chamber intraocular lens implantation in

glaucomatous eyes. J. Ophthalm. 92: 1506-1516 (1985). — 10. *Shields M.B.*: Combined cataract extraction and quarded sclerectomy. J. Ophthal. 93: 366-370 (1986). — 11. *Simmons S.T.*: Symposium on the laser ophthalmology and glaucoma. update. The c.v. Mosby Company (1985). — 12. *Simmons S.T., Litoff D., Nichols D.A., Sherwood M.B., Spaeth G.L.*: Extracapsular cataract extraction and posterior chamber intraocular lens implantation combined with trabeculectomy in patients with glaucoma. Am. J. of Ophthal. 104: 465-470 (1987). — 13. *Szaflik J., Romaniuk W., Wylegala E.*: Pozatorebkowe usunięcie zaćmy twardej z jednoczasowym wszczepem soczewki wewnątrzgałkowej oraz zabiegiem przeciwjaskrowym. Klin. Oczna 92: 186-187 (1990). — 14. *Weickert Ch.*: Hinterkammerlinsen — Implantation bei Glaukom — Tensioverlauf postoperativ und bei Langzeitverlaufskontrolle. Fort. der Ophthal. 85: 270-272 (1988).

Praca wpłynęła: 30.09.1992.

## Wojciech Omulecki, Elżbieta Szusterowska-Martin i Michał Kowalski Wczesne i późne obserwacje ciśnienia śródgałkowego u chorych z wszczepioną soczewką wewnątrzgałkową

Early and long-term observation of intraocular pressure in patients with implanted intraocular lens

**Summary.** The aim of the paper was to evaluate intraocular pressure changes that follow the implantation of posterior intraocular lens. In two examined groups of patients (I group — sulcus ciliaris, II group — intracapsular implantation) the decrease of average intraocular pressure values was observed in the early days after surgery, then during 3 months, it gradually returned to the initial values. This decrease was less marked in the first group of patients. Long-term observation showed the stabilization of intraocular pressure at a level similar to the mean values before surgery.

Hasła: ciśnienie śródgałkowe, operacja zaćmy, soczewki wewnątrzgałkowe

Key words: intraocular pressure, cataract surgery, intraocular lenses

Wielu autorów opisywało zachowanie się ciśnienia śródgałkowego u chorych po operacjach zaćmy<sup>2,10,11,12,15,18</sup>. Szczególną uwagę zwracano w ostatnich latach na występowanie jaskry w pseudo-fakii<sup>1,3-9,12,14,16,17,19</sup>. Do wzrostu ciśnienia śródgałkowego częściej dochodzi w przypadku soczewek żrenicznych i przedniokomorowych, a znacznie rzadziej po pozatorebkowym usunięciu zaćmy i wszczepieniu soczewki tylnokomorowej, gdzie nie występuje zablokowanie żrenicy i wycięcia obwodowego tęczówki przez szklistkę<sup>1,6,8,17</sup>.

W piśmiennictwie wymienianych jest wiele czynników mogących wpływać na ciśnienie śródgałkowe w oczach z wszczepami tylnokomorowymi. Należą do nich: szczelność rany operacyjnej, długość i umiejscowienie cięcia, zastosowanie substancji wiskoelastycznych w czasie operacji, pooperacyjny odczyn zapalny, miejscowe stosowanie sterydów po zabiegu oraz ucisk wszczepu na ciało rzęskowe lub pociąganie beleczkowania przez implant oparty w rowku rzęskowym<sup>1,4,6,8,9,16</sup>.

### Materiał i metodyka

Badaniem objęto 80 chorych, którzy byli operowani w naszej klinice w 1991 roku z powodu zaćmy starczej lub przedstarczej. Chorzy ci przebyli zabieg pozatorebkowego usunięcia zaćmy z wszczepieniem soczewki tylnokomorowej. W 40 przypadkach wszczepiono soczewkę do rowka rzęskowego i w 40 przypadkach metodą kopertową dotorebkowo. Wszystkie zabiegi wykonano w znieczuleniu miejscowym. Stosowano cięcie dwupłaszczyznowe w rąbku. Do kapsulotomii i wszczepienia soczewki stosowano niskocząsteczkowy hialuronat sodu — IAL, który przed końcem zabiegu wypłukiwano płynem Ringera. Ranę operacyjną zamykano szwem ciągłym krzyżkowym Nylon 10/0. Irydektomii nie wykonywano.

Ciśnienie śródgałkowe mierzono tonometrem *Schiötza*, zawsze rano, w dniu poprzedzającym operację oraz w 1, 3 i 7 dniu pooperacyjnym. Kolejne pomiary, w czasie kontroli ambulatoryjnych, wykonano po 2 tygodniach, po miesiącu, po 3 miesiącach oraz w okresie od pół roku do roku po zabiegu. Analizy statystycznej dokonano za pomocą testu t Studenta.

Wśród 40 pacjentów z wszczepami dotorebkowymi było 18 mężczyzn i 22 kobiety, średni wiek — 58 lat, zakres wieku 41 — 69 lat. W grupie wszczepów dorowkowych było 12 mężczyzn i 28 kobiet, średni wiek — 64 lata, zakres wieku 42 — 82 lata.

Z Kliniki Okulistycznej AM w Łodzi  
Kierownik: prof. dr hab. med. Irena Świetliczko

Reprint requests to:  
Dr med. Wojciech Omulecki  
ul. Wierzbowa 42 m. 20, 90-133 Łódź

### KOMUNIKAT

„16 Krajowy Zjazd Chirurgów Szczykowo-Twarzowych i Stomatologicznych odbędzie się w Krakowie w hotelu Forum w dniach 19 i 20 maja 1994 roku.

#### TEMATYKA NAUKOWA:

Chirurgia głowy i szyi, chirurgia estetyczna twarzy oraz tematy wolne.

Forma prezentacji prac:

referaty, plakaty, filmy.

Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego jest

Prof. dr hab. Stanisław B. Bartkowski

Klinika Chirurgii Szczykowo-Twarzowej i Stomatologicznej AM, ul. Kopernika 26, 31-501 Kraków, tel. 21-40-83.

Zainteresowanych zapraszamy do wzięcia udziału w Zjeździe i kierowania korespondencji na wyżej podany adres”.

SEKRETARZ

Dr med. Jadwiga Stypulkowska

PREZES

Prof. dr hab. Stanisław B. Bartkowski