

5. Cibis P.A., Becker B., Okun E., Canaan S.: *The use of liquid silicone in retinal detachment surgery*. Arch. Ophthalmol., 1962, 68, 590-599.
6. Federman J.L., Schubert H.D.: *Complications associated with the use of silicone oil in 150 eyes after retina-vitreous surgery*. Ophthalmology, 1988, 95, 870-876.
7. Gabel V.-P., Kampik A., Burkhardt J.: *Analysis of intraocular applied silicone oils of various origins*. Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol., 1987, 225, 160-162.
8. Gabel V.-P.: *Polydimethylsiloxane and the factors influencing its intraocular biocompatibility*. International Symposium on Proliferative Vitreoretinopathy, Köln, 1988, 156-162.
9. Gonvers M.: *Temporary silicone oil tamponade in the treatment of complicated diabetic retinal retinal detachments*. Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol., 1990, 228, 415-422.
10. Grey R.H.B., Leaver P.K.: *Silicone oil in the treatment of massive preretinal retraction. I. Results in 105 eyes*. Br. J. Ophthalmol., 1979, 63, 355-360.
11. Kreiner C.F.: *Chemical and Physical Aspects of Clinically Applied Silicones*. Dev. Ophthalmol., 1987, 14, 11.
12. Leaver P., Franks W.: *Removal of silicone oil – results and complications*. New Frontiers in Ophthalmology. Elsevier Sc. Publ., 1991, 345-352.
13. Lucke K.H., Foerster M.H., Laqua H.: *Long-term results of vitrectomy and silicone oil in 500 cases of complicated*

retinal detachments. Am. J. Ophthalmol., 1987, 104, 624-633.

14. Nguyen Q.H., Lloyd M.A., Huer D.K., Lean J.S., Liggett P.E.: *Incidence and management of glaucoma after intravitreal silicone oil injection for complicated retinal detachments*. Ophthalmology, 1992, 99, 1520-1525.
15. Nowack C., Lucke K., Laqua H.: *Sylikonoelentfernung zur Behandlung des sog. Emulsifikations-Glaukoms*. Ophthalmologie, 1992, 89, 462-464.
16. Scott J.D.: *A rationale for the use of liquid silicone in retinal detachment surgery*. Ophthalmol. Proc. Internat. Congress. Kyoto, 1978, 433-437.
17. Yamasaki A., Nagata M., Takagi S., Tamai A.: *Time-course of lens opacity and morphological changes in rabbit lens epithelial cells after intravitreal silicone oil injection*. Jpn. J. Ophthalmol., 1994, 38, 116-122.
18. Yeo J.H., Glaser B.M., Michels R.G.: *Silicone oil in the treatment of complicated retinal detachments*. Ophthalmology, 1987, 94, 1109-1113.
19. Zborowski-Gutman L., Treister G., Naveh N., Chen V., Blumenthal C.: *Acute following vitrectomy and silicone oil injection*. Br. J. Ophthalmol., 1987, 71, 903-906.

Praca wpłynęła do Redakcji 20 listopada 1995 r. (387)

Prace oryginalne

Klinika Oczna 1998, 100 (5): 301-304
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Znaczenie usunięcia oleju sylikonowego w profilaktyce odległych powikłań trwałej tamponady wewnętrznej

The importance of silicone oil removal in profilaxis of the late complications of endotamponade

Agata Wesołek-Czernik, Jerzy Nawrocki, Zbigniew Pikulski, Bazyli Bogorodzki

Purpose: To present the functional and anatomical results after silicone oil removal.

Material: Covers 32 patients (34 eyes), age 29-77 years. Silicone oil removal was performed between February 1993 and December 1994. The indication for silicone oil tamponade was: PDVR (17/34), rhegmatogenous retinal detachment (12/34), trauma (4/34) and vitreous haemorrhage (1/34).

Methods: The conditions of silicone oil removal were complete retinal attachment within at least 3 months, visual acuity not worse than 1/50, no proliferations, laser photocoagulation of peripheral retina.

Results: In postoperative period retina was attached in 30 cases (88%). Retinal detachment was observed in 4 cases (12%). Visual acuity remains unchanged in 27 cases.

Conclusions: We found that silicone oil removal leads in the majority of eyes to a stabilisation of visual acuity and reduces the progress of silicone oil-related complications.

Słowa kluczowe: proliferacyjna witreoretinopatia, odwarstwienie siatkówki, tamponada olejem sylikonowym, usunięcie oleju sylikonowego, witrektomia

Key words: proliferative vitreoretinopathy, retinal detachment, silicone oil removal, silicone oil tamponade, vitrectomy

Witrektomia z tamponadą olejem sylikonowym jest uznaną metodą leczenia powikłanych odwarstwień siatkówki. W związku z profilaktyką odległych powikłań związanych z obecnością oleju w oku proponuje się jego jak najszybsze usunięcie.

Celem niniejszej pracy jest omówienie wyników anatomicznych i czynnościowych po usunięciu oleju sylikonowego u pacjentów leczonych w Klinice Chorób Oczu AM w Łodzi.

Materiał i metodyka

Usunięcie oleju sylikonowego przeprowadzono u 32 pacjentów (34 oczu) w okresie od lutego 1993 do grudnia 1994 r. Materiał obejmował 12 kobiet i 20 mężczyzn w wieku 29-77 lat (średnio 53 lata).

U każdego z pacjentów przeprowadzono wcześniej witrektomię z podaniem oleju sylikonowego. Dodatkowo, w okresie poprzedzającym witrektomię wykonano po jednym zabiegu operacyjnym w 14 oczach, a dwa zabiegi w 4 oczach: opasanie gałki ocznej – 12 oczu, plomba natwardówkowa – 3, witrektomia (bez tamponady) – 3, usunięcie ciała obcego wewnątrzgałkowego – 2, witrektomia z lencektomią – 1, usunięcie zaćmy pourazowej – 1.

Wskazaniem do witrektomii z tamponadą wewnętrzną była w 17 przypadkach retinopatia cukrzycowa, w 12 – przedarciowe odwarstwienie siatkówki, w 4 – odwar-

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

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Lek. med. Agata Wesołek-Czernik
ul. Juhasowa 7
92-008 Łódź

Tabela I: Czas tamponady olejem sylikonowym a wskazanie do witrektomii
 Table I: Silicone oil endotamponade time and indication for vitrectomy

Wskazanie do witrektomii Indication for vitrectomy	Liczba przypadków No. of case	Tamponada ≤6 miesięcy Endotamponade ≤6 months	Tamponada >6 miesięcy Endotamponade >6 months
Uraz / Trauma	4	0	4
Retinopatia cukrzycowa / Diabetic retinopathy	17	11	6
Odwartwienie siatkówki przedarciowe / Tearing retinal detachment	12	4	8
Wylew krwi do ciała szklistego / Haemorrhage to vitreous body	1	1	0

stwienie siatkówki spowodowane urazem, a w jednym przypadku izolowany wylew krwi do komory ciała szklistego.

Warunkiem usunięcia oleju sylikonowego było całkowite przyłożenie siatkówki w ciągu co najmniej 3 miesięcy, użyteczna ostrość wzroku powyżej 1/50, brak proliferacji i wykonanie obwodowej laserokoagulacji siatkówki.

Powyższych warunków nie spełniał jeden przypadek, który był kwalifikowany do usunięcia oleju sylikonowego mimo słabszej ostrości wzroku.

Czas tamponady wynosił od 3 do 22 miesięcy (średnio 6,5 miesiąca). Zależność czasu tamponady od wskazania do witrektomii przedstawiono w tabeli I.

Metoda usunięcia oleju sylikonowego polegała na założeniu w kwadrancie skroniowym dolnym, w części płaskiej ciała rzęskowego kaniuli infuzyjnej oraz wykonaniu w kwadrancie skroniowym górnym sklerotomii, przez którą – rozchylając jej brzoży – ewakuowano olej.

W oczach bezsoczewkowych (w naszym materiale dwoje oczu) w rąbku rogówki na godzinie 12.00 wykonano niewielkie cięcie przebijające do komory przedniej i przez nie usuwano olej.

Okres obserwacji po usunięciu oleju wynosił od 3 do 22 miesięcy.

Wyniki

Ostrość wzroku po usunięciu oleju sylikonowego wahała się od poczucia światła do 5/7. Nie uległa ona zmianie w stosunku do stanu przed jego ewakuacją w 27 przypadkach. Porównanie ostrości wzroku przed i po usunięciu oleju sylikonowego przedstawiono w tabeli II.

Tabela II: Ostrość wzroku przed zabiegiem operacyjnym i po nim
 Table II: Visual acuity before and after operative treatment

Ostrość wzroku Visual acuity	Przed zabiegiem Before operation	Po zabiegu After operation
Poczucie światła Feeling of light	0	1
r.r.p.o.-l.p.p.o	1	2
1/50-4/50	17	12
5/50-5/16	13	15
5/12-5/8	2	3
>5/8	1	1

Ostrość wzroku poniżej 1/50 stwierdzono w trojgu oczach. W jednym przypadku, z wyjściową ostrością wzroku 2/50, w trakcie usuwania oleju sylikonowego siatkówka odwarstwiła się, a ostrość wzroku obniżyła się do poczucia światła. W dwóch pozostałych oczach z retinopatią cukrzycową po usunięciu oleju sylikonowego wykazano wylew krwi do komory szklistkowej, a ostrość wzroku obniżyła się do liczenia palców przed okiem.

Odwartwienie siatkówki po usunięciu oleju sylikonowego stwierdzono w 4 oczach (12%). Wśród nich było 2 oczu po urazie, jedno leczone z powodu odwarstwienia siatkówki (8% oczu z tym rozpoznaniem), a drugie z zaawansowanymi zmianami cukrzycowymi (6%).

We wszystkich przypadkach wykonano powtórna witrektomię z podaniem oleju sylikonowego i przyłożenie siatkówki udało się uzyskać w trojgu oczach.

Troje oczu spośród 34 było oczami bezsoczewkowymi już przed witrektomią. W 9 oczach po ewakuacji oleju (27%) usunięto soczewkę z powodu zaćmy. W 22 oczach w okresie obserwacyjnym soczewki pozostawały przezroczyste lub zmiany zaćmowe były na tyle ograniczone, że nie zdecydowano się na usunięcie zaćmy.

U żadnego z pacjentów w trakcie tamponady olejem sylikonowym nie stwierdzono podwyższonego ciśnienia śródgałkowego powyżej 25 mm Hg.

Emulsyfikację oleju obserwowano w trzech przypadkach.

Obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego poniżej 10 mm Hg wykazano w 10 oczach, z czego w dwóch przypadkach poniżej 5 mm Hg.

Wylew krwi do komory ciała szklistego po usunięciu oleju sylikonowego stwierdzono w 6 oczach z retinopatią cukrzycową. We wszystkich tych przypadkach wykonano ponowną witrektomię, w tym w trzech powtórnie podano olej sylikonowy.

Nowotwórstwo naczyniowe w zakresie tęczówki stwierdzono w dwojgu oczach, nie towarzyszyło mu jednak podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe.

Nie zaobserwowano wpływu obecności oleju sylikonowego na zmiany zwyrodnieniowe rogówki.

Omówienie

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że ostrość wzroku po usunięciu oleju sylikonowego w 79% przypadków pozostaje nie zmieniona w stosunku do ostrości wzroku przed jego usunięciem. W naszym materiale nie uległa ona zmianie w 27 oczach

(79%), średnio w 6-miesięcznym okresie obserwacyjnym. Trudne jest porównywanie wyników, gdyż kryteria nie są ujednolicone. Gonvers (6) podaje, że spośród 81 przypadków z retinopatią cukrzycową po usunięciu oleju sylikonowego uzyskano ostrość wzroku w zakresie 1/50-5/8 w 64 oczach. Według innych autorów (10) w okresie obserwacyjnym, średnio 10-miesięcznym, ostrość wzroku pozostawała nie zmieniona w 51% przypadków.

W naszym materiale podobne wyniki osiągnęliśmy w 15 spośród 17 przypadków (88%).

Kroll (8) opisał zachowanie się ostrości wzroku w 74 oczach, spośród których tylko u części usunięto olej sylikonowy. W grupie oczu po usunięciu oleju sylikonowego obserwował on polepszenie ostrości wzroku z 0,1 do 0,17, natomiast w grupie bez ewakuacji oleju – pogorszenie widzenia do 0,05.

Jednym z poważniejszych powikłań po usunięciu oleju sylikonowego jest odwarstwienie siatkówki. Według różnych autorów (2, 5, 6, 8, 12) dotyczy ono od 11 do 38% przypadków. W naszym materiale powikłanie to wystąpiło w 4 oczach (12%). Starając się wyjaśnić możliwe przyczyny odwarstwienia siatkówki po usunięciu oleju sylikonowego, pod uwagę brano wskazania do witrektomii z tamponadą olejem oraz czas jej trwania. Nie stwierdzono jednak korelacji między ww. kryteriami a tym powikłaniem. Według Gonversa (6) odwarstwienie siatkówki w oczach z retinopatią cukrzycową miało miejsce w 33%, wg Nawrockiego i wsp. (10) – w 27%, w naszym materiale natomiast w 11%. Casswell i Gregor (2) podają, że powikłanie to wystąpiło w 26% oczu z przedarciowym odwarstwieniem siatkówki, u nas pojawiło się w 8% przypadków.

Przyczyny względnie wysokiej częstości tego powikłania są niejasne. Uważa się, że powodem są trudne do wykrycia błony nasiatkówkowe, które po usunięciu oleju sylikonowego ulegają obkurczeniu, ewentualnie obecność trudnych do odnalezienia otworów zlokalizowanych na dalekim obwodzie siatkówki. Postępowanie lecznicze w takich przypadkach wymaga usunięcia tych proliferacji, a czasami wykonania retinotomii, oraz ponownego podania oleju sylikonowego. Według innych autorów (10) w 50% przypadków reoperacji utrzymano ostrość wzroku z okresu sprzed usunięcia oleju. Nasze wyniki są porównywalne (uzyskano to w 3 z 4 oczu).

Szczególne znaczenie ma wpływ oleju sylikonowego na postępowanie zmętnienia soczewki. W naszym materiale w 9 spośród 31 oczu (29%), z powodu postępujących zmian zaćmowych po usunięciu oleju sylikonowego, zdecydowano się na usunięcie soczewki. W 12 przypadkach (39%) w okresie obserwacyjnym zmiany zaćmowe były na tyle ograniczone, że soczewki nie usuwano.

W pozostałych 10 oczach (30%) soczewka pozostawała przezroczysta. Spośród nich w 6 przypadkach (60%) czas tamponady nie był dłuższy od 6 miesięcy. Według Nawrockiego i wsp. (10) wskaźnik ten wynosi 46%.

Może to przemawiać za tym, że okres tamponady nie powinien przekraczać pół roku. Podobne wnioski przedstawił Casswell i Gregor (1), którzy w swojej pracy donoszą, że u pacjentów, u których po usunięciu oleju sylikonowego zmiany zaćmowe nie postępowały, czas tamponady wynosił średnio 6,3 miesiąca, nato-

miast u osób, u których zmiany zaćmowe nasilały się, okres ten wynosił średnio 10,6 miesiąca. U żadnego z obserwowanych przez nich pacjentów, u których olej pozostawał w gałce dłużej niż 10 miesięcy, soczewka nie pozostawała przezierna.

Gonvers (5) podaje, że w 78% przezroczystych soczewek w okresie obserwacyjnym, trwającym od 6 miesięcy do 2 lat po usunięciu oleju sylikonowego, doszło do postępowania zmian zaćmowych. Sugeruje on, że nawet jednorazowy kontakt soczewki z olejem sylikonowym doprowadza do rozwoju jej zmętnienia. Gnad i wsp. (4) obserwowali postępujące zaćmy w 75% oczu w okresie obserwacyjnym trwającym od 7 do 10 miesięcy. W związku z tym, że zmiany zaćmowe nie są obserwowane we wszystkich przypadkach po usunięciu oleju sylikonowego, a także, że nieznane są inne czynniki wpływające na ich postępowanie, znaczenie usunięcia oleju sylikonowego w zachowaniu przezroczystości nie jest całkowicie wyjaśnione.

Podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe wywołane obecnością oleju sylikonowego w większości przypadków ulega normalizacji po jego usunięciu. Według Kampika (7) ma to miejsce we wszystkich przypadkach. Lucke (9) natomiast nie zauważył wpływu usunięcia oleju sylikonowego na częstość występowania jaskry u jego pacjentów.

U innych autorów (10) udało się zmniejszyć występowanie tego powikłania z 20 do 8%. W naszej pracy u żadnego z pacjentów w trakcie tamponady olejem sylikonowym nie stwierdzono podwyższonego ciśnienia wewnątrzgałkowego.

Wydaje się, że we wzroście ciśnienia wewnątrzgałkowego bezsoczewkowość jest czynnikiem decydującym o jego zmianie oraz, że prawidłowo wykonana i funkcjonująca przez cały czas tamponady irydektomia metodą Ando jest najpewniejszym sposobem zabezpieczającym przed tym powikłaniem. Według Nawrockiego i wsp. (10) 69% oczu, w których stwierdzono podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe, było oczami bezsoczewkowymi; u Casswella i Gregora (1) wskaźnik ten wynosił 79%. Za wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego jest odpowiedzialne zablokowanie przez olej sylikonowy beleczkowania w kącie komory przedniej.

Uważa się, że czas tamponady ma istotny wpływ na częstość występowania tego powikłania i dlatego proponuje się jak najszybsze usunięcie oleju sylikonowego.

Nadal spornym problemem pozostaje emulsyfikacja oleju, choćby z powodu nieścisłych kryteriów stosowanych przez różnych autorów. Obserwowali ją oni w 0,7-100% przypadków (3, 11, 13). Według kryteriów stosowanych przez nas (emulsyfikacja obserwowana w komorze przedniej za pomocą lampy szczelinowej) zauważono ją w trojgu oczach (9%). Próbuje się ustalić związek między występowaniem tego powikłania a rodzajem oleju sylikonowego użytego do tamponady, do tej pory brak jest jednak konkretnych danych potwierdzających tę zależność.

Obniżone ciśnienie śródgałkowe (<10 mm Hg) zauważono w 10 oczach (29%), z czego w dwóch poniżej 5 mm Hg. Inni autorzy (10) obserwowali to powikłanie w 11% przypadków, z czego w oczach z ciśnieniem poniżej 6 mm Hg zauważono późniejsze powikłania,

tn. odwarstwienie siatkówki czy zanik gałki ocznej. W naszym materiale nie stwierdziliśmy, by miało to istotny wpływ na wyniki anatomiczne i czynnościowe po usunięciu oleju sylikonowego.

Neowaskularyzacja tężówkowa była w naszym materiale na tyle rzadkim powikłaniem, że nie możemy jej porównywać z doniesieniami innych autorów.

Wnioski

Podsumowując, uważamy, że usunięcie oleju sylikonowego w większości oczu prowadzi do stabilizacji ostrości wzroku i, prawdopodobnie, zmniejsza możliwość wystąpienia powikłań związanych z obecnością oleju sylikonowego w gałce ocznej. Wobec groźby ponownego odwarstwienia siatkówki decyzja o usunięciu oleju sylikonowego powinna być jednak podejmowana niezwykle rozważnie i indywidualnie w stosunku do każdego pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Casswell A.G., Gregor Z.J.: *Silicone oil removal. I. The effect on the complications of silicone oil.* Br. J. Ophthalmol., 1987, 71, 893-897.
2. Casswell A.G., Gregor Z.J.: *Silicone oil removal. II. Operative and postoperative complications.* Br. J. Ophthalmol., 1987, 71, 898-902.
3. Federman J.N., Schubert H.D.: *Complications associated with the use of silicone oil in 150 eyes after retinal-vitreous surgery.* Ophthalmology, 1988, 95, 870-876.
4. Gnad H., Skorpik Ch., Paroussis P. i wsp.: *Functionelle und anatomische Resultate nach temporärer Silikonimplantation.* Klin. Monatsbl. Augenheilkd., 1984, 185, 364-367.

5. Gonders M.: *Temporary silicone oil tamponade in the management of retinal detachment with proliferative vitreoretinopathy.* Am. J. Ophthalmol., 1985, 100, 239-245.
6. Gonders M.: *Temporary silicone oil tamponade in the treatment of complicated diabetic retinal detachments.* Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol., 1990, 228, 415-422.
7. Kampik A., Hoing C., Heidenkummer P.: *Möglichkeit der Silikonentfernung nach komplexer vitreoretinaler Chirurgie.* Paper presented at 99 Jahrestagung der DOG 23-26 September 1990 in Baden-Baden.
8. Kroll P., Berg P., Biermeier H.: *Langzeitergebnisse nach vitreoretinaler Silikonchirurgie.* Fortschr. Ophthalmol., 1988, 85, 259-262.
9. Lucke K., Strobel B., Foerster M., Laqua H.: *Sekundärglaukome nach Silikonchirurgie.* Klin. Monatsbl. Augenheilkd., 1990, 196, 205-209.
10. Nawrocki J., Ghoraba H., Gabel V.P.: *Probleme der Silikonentfernung.* Ophthalmologie, 1993, 90, 258-263.
11. Riedek K.G., Gabel V.P., Neubauer L. i wsp.: *Intravitreal silicone oil injection: complications and treatment of 415 consecutive patients in proliferative vitreoretinopathy.* red. K. Heimann, P. Wiedemann. Kaden Verlag Heidelberg, 1989.
12. Sell C.H., McCuen B.W., Landers M.B., Machemer R.: *Long term results of successful vitrectomy with silicone oil for advanced proliferative vitreoretinopathy.* Am. J. Ophthalmol., 1987, 103, 24-28.
13. Sem W.H., Johnson 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.

Praca wpłynęła do Redakcji 22 grudnia 1995 r. (400)

Prace oryginalne

Klinika Oczna 1998, 100 (5): 305-309
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Własne doświadczenia z zastosowaniem szwów regulowanych w różnych typach operacji zezów

Own experiences with the use of adjustable sutures in various types of strabismus operations

Anna Broniarczyk-Loba, Olimpia Nowakowska

Purpose: To present our results of operations in various types of strabismus conducted with the use of adjustable sutures. **Material and methods:** We studied 56 patients, both adolescents and adults, aged between 15 and 57 years operated due to strabismus in Department of Ophthalmology, Medical University of Łódź. Adjustable strabismus sutures serve to improve the chance of achieving the desired surgical alignment with single operation and thereby decrease the need for staged operations or reoperations. **Results and conclusions:** The surgery results were as follows: 60.8% excellent, 21.4 good, 14.3% fair, 3.3% poor. Five patients with various types of strabismus treated with the use of adjustable sutures were described. Adjustable sutures are a very good method for reoperation, in parietic strabismus, and also in adults when a good cosmetic result is desired after strabismus operation without the fear of diplopia.

Słowa kluczowe: szwy regulowane, operacyjne leczenie zezów, doświadczenia własne

Key words: adjustable sutures, strabismic surgery, own experiences

W naszej klinice metodę szwów regulowanych zastosowaliśmy początkowo u pacjentów z zezem porażennym, a następnie w innych rodzajach zezów. Obserwując możliwość częstego wystąpienia dwojenia po operacjach zezów u dorosłych, dążyliśmy do takiej metody, w której uda nam się ustawić oczy możliwie prosto, bez obawy wystąpienia dwojenia. Osoby, które operują pacjentów z zezem, wiedzą, jak trudno czasami obliczyć zakres zabiegu operacyjnego oraz jak wiele czynników odgrywa istotną rolę przy jego planowaniu (1, 3, 4). Wynik operacyjny zawsze jest niepewny, ale zastosowanie szwów regulowanych daje nam dodatkową możliwość poprawy ostatecznego stanu miejscowego (oczywiście w pewnym zakresie). Tak jak

Spielmann i inni autorzy (6), uważamy, że lepiej jest osiągnąć „stres regulacji” niż „stres następnego dnia” po tradycyjnej operacji.

W poprzednim artykule (2) przedstawiliśmy wskazania przy wyborze pacjentów do operacji zezów za pomocą szwów regulowanych. Stosując tę technikę chcieliśmy sprawdzić, w jakich przypadkach, podawanych przez innych autorów, są one przydatne, oraz przedstawić własne wnioski, które nasunęły nam się w przebiegu przeprowadzonych tą metodą operacji.

Materiał i metodyka

W Klinice Chorób Oczu AM w Łodzi wykonano 56 operacji metodą szwów regulowanych. Wśród operowanych byli pacjenci obojga płci, w wieku od 15 do 57 lat z różnymi postaciami zezów towarzyszącego i porażennego. Charakterystykę osób z zezem, u których wykonywano regulację, przedstawiono w tabeli 1.

Pierwszy etap operacji przeprowadzono w znieczuleniu miejscowym. Technika zabiegu i jej modyfikacje zostały opisane w naszym poprzednim artykule (2).

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

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Dr med. Anna Broniarczyk-Loba
ul. Sienkiewicza 59/4
90-009 Łódź