

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 zewnątrztorebkowej 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

Tabela I: Przyczyny jednoocznosci
Table I: Causes of monopia

Przyczyna Cause	Liczba chorych (%) No. of cases (%)
Uraz Trauma	16 (39)
Odwartwienie siatkówki Retinal detachment	7 (17)
Jaskra dokonana Absolute glaucoma	6 (15)
Zanik nerwu wzrokowego Optic nerve atrophy	5 (12)
Powikłania operacji zaćmy Complications of cataract surgery	3 (7)
Guz wewnątrzgałkowy Intraocular tumour	2 (5)
Zator środkowej tętnicy siatkówki Embolia of central retinal artery	2 (5)

Tabela II: Przed- i pooperacyjna ostrość wzroku
Table II: Pre- and postoperative visual acuity

Ostrość wzroku Visual acuity	Przedoperacyjna liczba oczu (%) Preoperative number of eyes (%)	Pooperacyjna liczba oczu (%) Postoperative number of eyes (%)
5/5-5/12	0 (0)	29 (71)
5/16-5/50	23 (56)	10 (24)
4/50-1/50	10 (24)	2 (5)
r.p.o.-l.p.p.o.	8 (20)	0 (0)

Wyniki

We wszystkich przypadkach nastąpiła poprawa ostrości wzroku.

Bardzo dobrą pooperacyjną ostrość wzroku (5/5-5/12) uzyskano w 29 oczach (71%). W 10 przypadkach (24%) ostrość wzroku wynosiła 5/16-5/50 (w tym 2 osoby z soczewką przedniokomorową), a u dwóch chorych (5%) była w granicach 4/50-1/50. Przyczyną niezyskania bardzo dobrej ostrości wzroku było zwyrodnienie starcze plamki w 5 oczach, zanik jaskrowy

nerwu wzrokowego w 4 oczach, pourazowe uszkodzenie plamki w 3 oczach. Wyniki czynnościowe przedstawiono w tabeli II.

Przebiegiowy wzrost ciśnienia śródgałkowego w pierwszych dniach po zabiegu stwierdzono w 4 przypadkach. Przemijające pofaldowanie błony Descemeta wystąpiło w 15 oczach, a włóknikowy odczyn zapalny w komorze przedniej w 2 przypadkach. Nie odnotowano innych powikłań tak śród-, jak i pooperacyjnych.

Omówienie

Nie znaleźliśmy w dostępnym piśmiennictwie opracowań dotyczących wszczepiania soczewek wewnątrzgałkowych u chorych jednoocznymi. Wyniki czynnościowe w omawianej grupie pacjentów były gorsze niż w grupie kolejnych 100 chorych operowanych w naszej klinice tą samą techniką (3) – bardzo dobrą ostrość wzroku uzyskano odpowiednio w 71% i 92% przypadków. Należy jednak podkreślić, że poprawa ostrości wzroku nastąpiła we wszystkich przypadkach, a nieuzyskanie bardzo dobrej ostrości wzroku w żadnym przypadku nie było związane z powikłaniami operacyjnymi, które były nieliczne i niezbyt groźne.

Przedstawione wyniki operacyjne skłaniają nas do stwierdzenia, że jednoocznosc nie stanowi przeciwwskazania do operacji zaćmy z wszczepieniem sztucznej soczewki, należy jednak bardzo rozważnie określić czas wykonania zabiegu, który powinien być przeprowadzony ze szczególną ostrożnością przez doświadczonego operatora.

Piśmiennictwo

- Ginsberg S.P.: *Cataract and Intraocular Lens Surgery*. Kugler Publications, Amsterdam, 1984, 27-30.
- Kęćik T.: *Wszczepianie soczewek wewnątrzgałkowych*. [w:] Orłowski W. *Okulistyka współczesna*. T. III, PZWL, Warszawa, 1992, 329-330.
- Omulecki W., Szusterowska-Martin E., Sempłowska-Szewczyk J., Grymin H.: *Wszczepianie sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej techniką kapsułotomii okężnej i techniką „koperty” – porównanie wyników*. Klin. Oczna, 1994, 96, 151-153.

Praca wpłynęła do Redakcji 1 października 1997 r. (595)

Prace oryginalne

Klinika Oczna 1997, 99 (6): 385-391
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Występowanie zaćmy i czynniki jej ryzyka w północno-wschodnim regionie Polski

Incidence and risk factors of cataract in North-East Region of Poland

Andrzej Stankiewicz, Zofia Mariak, Andrzej Mikita, Iwona Obuchowska, Bogdan Żywalewski, Elżbieta Moskalonek

Purpose: Retrospective analysis of the incidence and risk factors of senile and pre-senile cataract in patients from North-East Region of Poland, operated on cataract in the years 1986-1995.

Material and methods: In the analysed decade, 6038 patients were operated on cataract in the Ophthalmology Department of the Clinical Hospital and Ophthalmology Department of the District Hospital in Białystok. There were 2603 males and 3435 females, mean age amounted to 69±11 years. 44% of the patients came from rural communities (560.000 inhabitants in the region), whereas 56% of the patients were of urban provenience (796.000 inhabitants). Statistical analysis was performed on such variables like age, gender, place of residence, cataract history and presence of concomitant diseases: arterial hypertension, diabetes, lung and joints disorders, intestinal diseases.

Results and conclusions: Residence in rural communities increases the risk of cataract, although the condition in this environment tends to develop in older age. Gender distribution of the patients does not differ from male/female ratio in the population of the region, so both genders are exposed to similar risk of cataract. Females contract cataract in older age, on average about 3 years later than males. Age is the most important risk factor of cataract; 52% of the patients are older than 70, 43% are in the age of 51-70 years. Mean value of duration of cataract history before operation decreased during the analysed 10 years from 3.8 years in 1986 to 2.2 years in 1995. In 14% of patients cataract coexisted with arterial hypertension, in 8% with diabetes, and in 15% with other diseases. During the analysed 10 years period the number of patients with cataract increased in the same degree in all examined communities. The mean age of patients operated on cataract decreased in this period by 2 years in spite of increasing number of patients older than 75 years. This result can be explained by the fact that the disease tends now to develop earlier and by concomitant decreasing of the time between onset of the disease and decision for operation.

Słowa kluczowe: zaćma, czynniki ryzyka

Key words: cataract, risk factors

Jednym z częściej występujących problemów okulistycznych jest zaćma starcza i przedstarcza. Do jej uwarunkowań socjoekonomicznych przywiązuje się ogromną wagę, przy czym wiele z tych czynników ma nieoczekiwany i trudny do wyjaśnienia charakter. Jak wynika z literatury, zaćma występuje szczególnie czę-

sto w regionach o skażonym środowisku (3). Interesujące są również zależności między występowaniem zaćmy a wykształceniem, wykonywanym zawodem, paleniem papierosów (6, 18), sposobem żywienia (17), nadużywaniem alkoholu (9, 14), przewlekłym stresem, ekspozycją na ultrafiolet (7, 19), a także statusem społecznym i stanem cywilnym (6). Zaćma korowo-jądrowa częściej występuje u ludzi niewykształconych, a zaćma podtorebkowa tylna u ludzi z wykształceniem wyższym (6). Japończycy zaćmę jądrową częściej obserwowali w regionach wiejskich (15). Jak się okazuje, w większym stopniu na tę chorobę zapadają ludzie samotni, a ponadto gorsze są u nich efekty leczenia operacyjnego (8). Udowodniono rów-

Z Katedry i Kliniki Okulistyki AM w Białymstoku
Kierownik Katedry: prof. dr hab. Andrzej Stankiewicz

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Prof. dr hab. Andrzej Stankiewicz
Katedra Okulistyki AMB
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a
15-276 Białystok