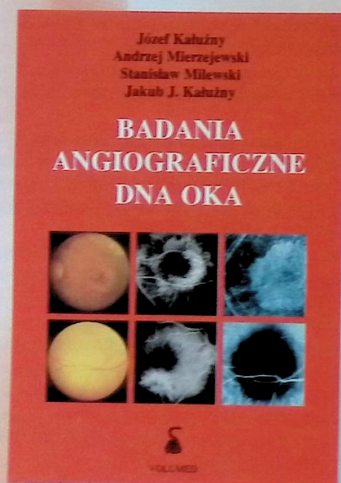




NOWOŚĆ WYDAWNICZA

VOLUMED

Sp. z o.o.



Szanowni Państwo

VOLUMED ma przyjemność zaproponować Państwu zakup książki

prof. dr. hab. med. Józefa Kałużnego
dr. med. Andrzeja Mierzejewskiego
dr. med. Stanisława Milewskiego
i lek. med. Jakuba J. Kałużnego
pt.

BADANIA ANGIOGRAFICZNE DNA OKA

W książce zawarto m.in.:

- angiografię fluoresceinową: wiadomości podstawowe,
- teoretyczne podstawy badania,
- podstawowe wiadomości o sprzęcie i materiałach,
- wykonywanie angiografii fluoresceinowej,
- fotografię stereoskopową,
- wykonanie zdjęć w świetle bezzerwiennym,
- podstawy interpretacji angiografii fluoresceinowej,
- hipofluorescencję, hiperfluorescencję,
- zastosowanie angiografii fluoresceinowej w diagnostyce najczęstszych schorzeń dna oka: naczyńiówki, siatkówki, tarczy nerwu wzrokowego,
- angiografię indocyjaninową i wskazania do jej stosowania.

Treść merytoryczna została wzbogacona ok. 500 zdjęciami, podnoszącymi walory dydaktyczne tej publikacji.

Format A4, ok. 250 stron, papier kredowy, oprawa twarda, foliowana, cena 130 zł

Dodatkowe informacje mogą Państwo uzyskać w biurze Wydawnictwa

51-423 Wrocław, ul. Olsztyńska 3
tel. (071) 32-53-561, 32-53-554, 0 90 26 20 79
tel./fax (071) 32-54-201

Wpłaty na konto: Bank Zachodni S.A. III Oddział Wrocław nr 11201737-296504-130-3000

Sprawozdania

Sprawozdanie z II Międzynarodowego Kongresu na temat jaskry

W dniach od 15 do 20 marca 1998 r. odbył się w Jerozolimie II Międzynarodowy Kongres Jaskrowy, którego szeroka tematyka obejmowała wiele bardzo istotnych zagadnień dotyczących współczesnego pojmowania jaskry.

W Kongresie uczestniczyło ponad 600 okulistów – głównie ze Stanów Zjednoczonych, ale także i z Europy – przede wszystkim z Niemiec i Anglii.

Z Polski na Kongres ten pojechało sześć osób, reprezentujących Warszawę, Białystok i Sosnowiec.

Obrazy rozpoczęły się wykładem wprowadzającym Ritcha, dotyczącym zagadnień neuroprotekcji w jaskrze. Ritch wskazał na udział zaburzeń krążenia aksoplazmy w obumieraniu komórek zwojowych siatkówki w jaskrze, a także podkreślił istotną rolę kwasu glutaminowego w tym procesie. Stwierdził, że w obecnej chwili wiemy o co najmniej dwóch przyczynach destrukcji nerwu wzrokowego: podwyższonym ciśnieniu śródgałkowym, które utrudnia swobodne krążenie aksoplazmy, oraz o zaburzeniu ukrwienia tylnego bieguna gałki ocznej, np. w wyniku czynnego skurczu naczyń, powodującym chroniczne „niedożywienie” tarczy nerwu wzrokowego. Za potencjalne leki neuroprotektoryjne w jaskrze Ritch uważa: antagonistów kwasu glutaminowego (NMDA), blokery kanałów wapniowych oraz inhibitory syntezy tlenku azotu (NO) z powodzeniem używane w takich schorzeniach neurologicznych, jak np. choroba Parkinsona, udary mózgowe czy choroba Alzheimera. Lekiem, który według Ritcha spełnia rolę leku poprawiającego ukrwienie, a jednocześnie neuroprotektoryjnego wobec komórek nerwowej, jest Gingko biloba (GBE) – wpływający nie tylko na obniżenie poziomu fibrynogenu we krwi, lecz także na przemianę tlenku azotu (NO) – może więc być lekiem wspierającym w leczeniu jaskry.

W sesji I zaprezentowano 20-letnie obserwacje Johnsona z Mayo Clinic, który przedstawił wyniki chorych leczonych z powodu jaskry z otwartym kątem przesączania.

Obserwacje dotyczyły oceny ślepoty pojawiającej się u chorych mimo stałego leczenia przeciwjaskrowego. Kryterium włączenia chorego do grupy niewidomych spełniali ci pacjenci, u których ostrość wzroku wynosiła 20/200 i gorzej, oraz gdy mieli pole widzenia mniejsze niż 20° (oceniane metodą Goldmana – znacznikiem III/4 lub odpowiednim w perymetrii automatycznej). Okazało się, że po 20 latach leczenia stwierdzono jednooczną ślepotę u 27% chorych, a u 10% badanych ślepotę obuoczną. Ślepotą wynikała głównie z postępujących zmian w nerwie wzrokowym, którym nie zawsze towarzyszyło podwyższone ciśnienie śródgałkowe.

W sesjach sponsorowanych przez określone firmy farmaceutyczne przedstawiono badania doświadczalne związane z oceną konkretnych leków. I tak: Sesja II dotyczyła nowej generacji alfa-agonistów i ich roli w leczeniu jaskry. W przedstawionych pracach opisywano działanie Brimonidine tartaratu – silnego agonisty alfa-dwa adrenoreceptorów, selektywnie obniżającego ciśnienie śródgałkowe bez powodowania

mydriazy, skurczu naczyń w siatkówce czy skurczu oskrzeli. Omawiano pierwsze próby kliniczne z tym lekiem i porównywano jego skuteczność z działaniem Timololu, Betaxololu, Lanatoprostu i Dorzolamidu.

W sesji VI głównie omówiono analog F prostaglandyny – Latanoprost, którego działanie na odpływ cieczy wodnistej drogą uveo-scleralną jest udowodnione.

Przedmiotem prac były dodatkowe obserwacje kliniczne – jak np. przeprowadzona przez Lindena, w wyniku której stwierdzono, że jednorazowe w ciągu dnia podanie Latanoprostu jest bardziej skuteczne niż stosowanie go dwa razy dziennie.

W sesji IX omówiono inny analog prostaglandyny – isopropyl unoprostone (Rescula), oceniając jego pozytywny wpływ na poziom ciśnienia śródgałkowego (Chau) oraz na wzmocnienie perfuzji w oku po jego zastosowaniu (Harris).

Rozwinięciem wstępnego referatu Ritcha była sesja XV w całości poświęcona neuroprotekcji w jaskrze, głównie w aspekcie doświadczalnym.

Hernandes oraz Neufeld z Washington University omówili odwracalność uszkodzenia nerwu wzrokowego w jaskrze, uważając, że synteza tlenku azotu odgrywa zasadniczą rolę w tym procesie. Dociekano, czy proces apoptozy neuronów jest odwracalny i w którym jeszcze momencie (Shirvan) oraz czy niedotlenienie jest przyczyną apoptozy (Levin). Zaskakująca i ciekawa była w tej sesji praca Waxa, który przedstawił hipotezę istnienia czynnika immunologicznego wpływającego na neuropatię jaskrową, wskazując na podobieństwo jaskry do takich chorób immunologicznych, jak choroba Sjörgrena, *arthritis* czy *sclerosis multiplex*. W podsumowaniu stwierdzono, że liczne próby zdefiniowania przyczyny śmierci komórek w procesie jaskrowym – przyczynia neuropatii jaskrowej – każą myśleć o nowej strategii w leczeniu tych schorzeń.

Sesja XI była poświęcona mechanizmom sprzyjającym rozwojowi jaskry. Badania biometryczne wykonane przez Teusa dowodzą na przykład, że w zespole złuszczenia (PXS) soczewki bywają grubsze niż w jaskrze otwartego kąta (POAG). Wnikliwa ocena tarczy nerwu wzrokowego u 588 chorych na jaskrę, przeprowadzona przez Jonasa, pozwoliła dowiedzieć, że strefa beta okołotarczowego zaniku jest znacząco mniejsza, a zagłębienie w tarczy istotnie głębsze w przypadkach jaskry z niskim ciśnieniem (NTG) w porównaniu z jaskrą z podwyższonym ciśnieniem śródgałkowym (POAG).

Warto podkreślić, że tematy Sesji III poświęcone osiągnięciom technicznym ułatwiającym diagnostykę jaskry oraz umożliwiającym śledzenie procesu destrukcji nerwu wzrokowego.

Prace prezentowane w tej sesji dotyczyły zastosowań Heidelberg Retina Tomograf do określenia topografii tylnego bieguna gałki ocznej, zagłębienia w tarczy nerwu

Sprawozdania

wzrokowego, przepływu krwi w naczyniach siatkówki, a także wykorzystania analizatora włókien nerwowych do oceny wczesnych stadiów jaskry.

W tej i innych sesjach pojawiło się także kilka prac oceniających za pomocą Laser Doppler Flowmetry naczyń naczyniówki w oczach zdrowych i w oczach jaskrawych (Chung, Grunwald, Schmidt).

Wreszcie w dwóch sesjach omawiano chirurgiczne leczenie jaskry. Większość prac koncentrowała się na ocenie zastosowania mitomycyny C w trabekulektomiach i operacjach kombinowanych (jaskra + zaćma). Większość autorów była zdania, że stosowanie mitomycyny C powinno być zarezerwowane dla przypadków jaskry źle rokującej.

W kilku pracach omawiano pozytywne efekty trabekulektomii nieprzenikającej, najczęściej połączonej z implantacją kolagenu.

Razsival przedstawił ponad 40 przypadków chorych z jaskrą z otwartym kątem przesączania, u których wykonał z powodzeniem tzw. selektywną trabekuloplastykę laserem Selecta 7000 (firmy Coherent) – różniąc się od dotychczas stosowanych tym, że promień lasera nie powodował koagulacji *trabeculum*. Ta selektywna trabekuloplastyka, według autora, redukuje około 30% ciśnienia w oku.

Na koniec należy wspomnieć o ciekawej pracy przedstawionej przez Strenyova z Jekaterinburga. Autor ten przedstawił zabieg operacyjny wykonywany przez niego w jaskrze naczyniowej, urazowej lub zapalnej, polegający na głębokiej tylnej sklerektomii z wejściem do komory tylnej i przypaleniem wyrostków rzęskowych laserem diodowym. Według autora jest to zabieg efektywny, bezpieczny i stosunkowo prosty.

Podsumowaniem obrad, mimo że było to drugiego dnia Kongresu, były „warsztaty” prowadzone przez Epsteina i We-

inreba, dotyczące jaskry z niskim ciśnieniem (NTG). Sesja warsztatowa odbywała się w sali teatralnej. Na scenie zasiadło 28 okulistów – autorów, których nazwiska pojawiają się na Kongresach, gdy tematyką jest jaskra (Harris, Alvarado, Kitazawa, Krupin, Lee, Migdal, Pillunat, Spaeth, Ritch, Jonas i inni).

Mieli oni odpowiadać na stawiane przez prowadzących pytania: „Co to jest jaskra z niskim ciśnieniem?”, „Co jest jej przyczyną?”, „Jak ją leczyć?”. Każde z pytań rozwijane było o dodatkowe kwestie, takie jak np. „Jaka jest dynamika cieczy wodnistej w NTG?”, „Czy ciśnienie śródgałkowe jest istotne w NTG?”, „Czy NTG nie jest chorobą – autoimmunizacyjną?”, „Jakie jest niskie ciśnienie śródgałkowe – aby było dobre w NTG?” i wiele równie interesujących pytań. Trwającej przeszło trzy godziny dyskusji przysłuchiwali się siedzący na sali uczestnicy warsztatów – nie mając zresztą szansy zadania jakiegokolwiek dodatkowego pytania. Nie sposób streścić wyrażanych przez wszystkich uczestników tej dyskusji opinii na konkretne, zadawane przez prowadzących pytania. Opinie były oczywiście różne, a każdy z 28 dyskutantów starał się przekonać innych do swoich racji. Po zakończeniu sesji Ritch powiedział, że był to jeden z najtrudniejszych jego egzaminów.

Przed zakończeniem obrad prowadzący zarządził głosowanie, w czasie którego uczestnicy dyskusji mieli się wypowiedzieć, czy według nich jaskra z niskim ciśnieniem (NTG) jest takim samym schorzeniem jak jaskra z podwyższonym ciśnieniem (POAG). Zdecydowana większość dyskutantów stwierdziła, że są to różne schorzenia.

To stwierdzenie wydaje się wytyczać na przyszłość kierunek badań nad jaskrą.

Krystyna Czechowicz-Janicka
Klinika Okulistyki Centrum Medycznego
Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Sprawozdania

Sprawozdanie z konferencji naukowo-szkoleniowej na temat współczesnych technik operacji zaćmy i wszczepów sztucznych soczewek wewnątrzgałkowych u dzieci – Katowice, 27 marca 1998 r.

W konferencji pod tytułem „Współczesne techniki operacji zaćmy i wszczepów sztucznych soczewek wewnątrzgałkowych u dzieci”, która została zorganizowana w I Katedrze Okulistyki Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach przy ul. Ceglanej 35, udział wzięło 198 osób z całego kraju.

Przybyłych na spotkanie powitała kierownik Kliniki Okulistyki Dziecięcej Śląskiej AM prof. dr hab. Bronisława Koraszewska-Matuszewska. Wykład inauguracyjny pt. *Fakoemulsyfikacja i wszczepy sztucznych soczewek wewnątrzgałkowych heparynizowanych* wygłosiła kierownik I Katedry i Kliniki Okulistyki Śląskiej AM prof. dr hab. Ariadna Gierek-Łapińska. Podczas transmisji z sali operacyjnej uczestnicy obrad obserwowali operacje fakoemulsyfikacji i wszczepiania sztucznych soczewek wewnątrzgałkowych heparynizowanych prowadzone przez dr Charlotte Zetterström z St. Erik's Eye Clinic w Sztokholmie. Dr Zetterström operowała troje dzieci w wieku od 2,5 roku do 7 lat, którym wszczepiła sztuczne soczewki wewnątrzgałkowe heparynizowane tylnokomorowe. Następnie wygłosiła referat pt. *Praktyczne aspekty wszczepiania soczewek wewnątrzgałkowych heparynizowanych u dzieci*,

w którym poruszyła zagadnienia związane z zaćmą wrodzoną, zaćmą pourazową, operacjami podwichniętych soczewek oraz powikłaniami po operacjach. Prof. Bronisława Koraszewska-Matuszewska podziękowała dr Ch. Zetterström za interesujący wykład i otworzyła dyskusję. Głos zabrali: prof. S. Szymankiewicz, prof. B. Koraszewska-Matuszewska, dr D. Wyględowska-Promieńska i inni. Pytania dotyczyły postępowania w zaćmie jednostronnej, obliczania mocy wszczepianej soczewki wewnątrzgałkowej oraz mocy soczewki kontaktowej aplikowanej noworodkom i niemowlętom po operacji zaćmy wrodzonej. Duże zainteresowanie wywołała możliwość wszczepiania soczewki wewnątrzgałkowej zgodnie z wyliczoną refrakcją, a następnie po kilku latach dodania do tego samego oka kolejnej soczewki wewnątrzgałkowej z powodu zmian w refrakcji. Dyskusję podsumowała prof. B. Koraszewska-Matuszewska, dziękując jednocześnie dr Ch. Zetterström, prof. A. Gierek-Łapińskiej i uczestnikom, oraz w imieniu sponsorującej spotkanie firmy Pharmacia-Upjohn zaprosiła wszystkich na obiad.

Ewa Lange