

xy. Amer. J. Ophthal. 71: 835—837 (1971). — 4. *Lean J. S., Chignell A. H.*: Infection following retinal detachment surgery. Brit. J. Ophthal. 61: 595—594 (1977). — 5. *Lim Siew Ming A.*: Surgical complications — avoidance and treatment. Retinal detachment surgery, 66—71 (Karger, Basel 1978). — 6. *Lim Siew Ming A.*: Surgical complication — recurrence of detachment. Retinal detachment surgery, 72—79 (Karger, Basel 1978). — 7. *Lincoff H., McLean J., Nano H.*: Scleral abscess. A complication of retinal detachment buckling procedures. AMA Arch. Ophthal. 74: 641—648 (1985). — 8. *Lincoff H., Kreissig I.*: The treatment of retinal detachment without drainage of subretinal fluid. Modification of the Custodis procedure. Trans. Amer. Acad. Ophthal. 76: 1221—1233 (1972). — 9.

Robertson D. M.: Anterior segment ischaemia after segmental episcleral buckling and cryopexy. Amer. J. Ophthal. 79: 871—874 (1975). — 10. *Soo Hahn Y., Lincoff A., Lincoff H., Kreisig I.*: Infection after sponge implantation for scleral buckling. Amer. J. Ophthal. 87: 180—185 (1979).

11. *Ulrich M. R., Burton T. C.*: Infections following scleral buckling procedures. AMA Arch. Ophthal. 92: 213—215 (1974). — 12. *Urrets-Zavalía A.*: Acute scleral necrosis: A hitherto unrecognized complication of scleral detachment surgery. Trans. Amer. Acad. Ophthal. 75: 1035 (1971).

Praca wpłynęła: 12.6.1987 (nr 5190).

(c.d. ze str. 103)

RIMMER T., FALLON T. J., KOHNER E. M.: Długofalowe badanie przepływu krwi siatkówki u cukrzyków przy zastosowaniu zjawiska śródocznego niebieskiego światła (*Long-term follow-up of retinal blood flow in diabetes using the blue light entoptic phenomenon*). Brit. J. Ophthal. 73: 1—5 (1989).

Fenomen niebieskiego śródocznego światła był używany do mierzenia przepływu krwi w siatkówce u 87 cukrzyków i 10 kontrolnych osób normalnych w długo-okresowym badaniu. Okres pomiędzy początkiem i końcem badań wynosił 21—39 mies. (średnio 31,4). Szybkość przepływu krwi w siatkówce nie zmieniła się u 10 osób w grupie kontrolnej ani u tych 9 pacjentów, którzy nie mieli retinopatii. Wszyscy oprócz jednego byli wolni od uszkodzeń siatkokowych. U 24 pacjentów z retinopatią szybkość przepływu znacznie spadła z 0,71 (SD 0,35) mm/s do 0,48 (0,13) mm/s ($p < 0,01$). Szybkość również spadła w proliferacyjnej grupie pacjentów z 0,62 (0,39) mm/s do 0,41 (0,14) mm/s ($p < 0,05$). Stan retinopatii zmienił się w 11 przyp. z tej grupy. U pacjentów z retinopatią proliferacyjną będących w leczeniu obecnie i leczonych poprzednio, nie było zmiany w szybkości przepływu.

Anna Bernardczykowa

CHUANG E. I., BIRD A. C.: Obustronne przedarcia w warstwie barwnikowej siatkówki (*Bilaterality of tears of retinal pigment epithelium*). Brit. J. Ophthal. 72: 918—920 (1988).

Gałki oczne z przedarciami w odwarstwionej warstwie barwnikowej siatkówki zostały przeanalizowane wstecznie do 10 lat od momentu wystąpienia schorzenia. Stwierdzono, że wystąpienia w jednym oku pociągają wysokie ryzyko wystąpienia podobnej zmiany w oku towarzyszącym. Badania wykazały, że chorzy ci mieli specyficzne zmiany na poziomie blaszki podstawnej naczyniówki, które predysponowały do wystąpienia zmian związanych z wiekiem w obrębie plamek.

Jadwiga Bernardczyk

17. Nowotwory, choroby ogólne a oko

CHAR D. H., LJUNG B.-M., DESCHÈNES J., MILLER T. R.: Wewnątrzgałkowy chłoniak: analiza immunologiczna i cytologiczna (*Intraocular lymphoma: immunological and cytological analysis*). Brit. J. Ophthal. 72: 905—911 (1988).

Autorzy przeanalizowali pod względem immunologicznym i cytologicznym ciała szkliste pobrane od 9 chorych z wewnątrzgałkowym chłoniakiem (*reticulum cell sarcoma*). Wyniki badań cytologicznych były dokładniejsze niż badań immunologicznych, w których określano znacznik powierzchniowy limfocytów i pozwalały

na odróżnienie chłoniaka od zapalenia błony naczyniowej. Chłoniak ten zwykle zajmuje błonę naczyniową, siatkówkę, ciało szkliste i układ nerwowy ośrodkowy. Postawienie właściwej diagnozy jest rzadkie i zwykle późne. Nawet w przypadkach występowania charakterystycznych żółtobiałych ognisk w obrębie siatkówki i błony naczyniowej oraz występowania odczynu zapalnego w obrębie ciała szklistego — obraz prawie patognomiczny dla jednostki — rozpoznanie jest zwykle opóźnione.

Jadwiga Bernardczyk

WHITE V., STEVENSON K., GARNER A., HUNGERFORD J.: Miasak gładko-komórkowy mesektodermalny ciała rzęskowego: opis przypadku (*Mesectodermal leiomyoma of the ciliary body: case report*). Brit. J. Ophthal. 73: 12—18 (1989).

Przedstawiono klinicznie, w mikroskopii świetlnej i elektronowej cechy mięsaka gładkokomórkowego ciała rzęskowego. Ten wyjątkowo rzadki i widocznie łagodny guz uważany jest za pochodną grzeblenia nerwowego. W opisanym przypadku komórki guza zawierały jak się okazało delikatne włókienka z miejscowymi zagęszczeniami i widocznymi mitochondriami. Delikatne białko mięśniowe uwidoczniło metodami immunohistochemicznymi.

Anna Bernardczykowa

18. Chirurgia, znieczulenie

WATTS M. T., PEARCE J. L.: Jednodniowe leczenie operacyjne zaćmy (*Day-case cataract surgery*). Brit. J. Ophthal. 72: 897—899 (1988).

Autorzy opisują wyniki operacyjnego usunięcia zaćmy u 40 chorych przeprowadzone w znieczuleniu miejscowym wraz z implantacją soczewki sztucznej podczas jednego dnia pobytu w szpitalu. Metoda ta początkowo rozpowszechniona w USA, jest pozytywnie oceniana również w Wielkiej Brytanii. Chory w dobrym stanie fizycznym i psychicznym zgłasza się do szpitala o godz. 11 i jest operowany w godzinach popołudniowych. Jako znieczulenie stosuje się ostrzykiwanie okołępkowe (zamiast pozagałkowego) 4—6 ml 0,75% roztworu bupivakainy. Po zewnątrzgałkowym usunięciu soczewki, wszczepiana jest soczewka sztuczna a na koniec operacji podspojówkowa iniekcja ampicyliny i depomedrolu oraz wkroplenie do worka spojówkowego 0,5% roztw. timoptiku. Chory opuszcza oddział, by zgłosić się do kontroli następnego dnia w godz. rannych i potem przez kolejne 3 dni. Jako korzyści podkreśla się krótki okres pobytu w szpitalu (komfort dla chorego) i znaczne obniżenie kosztów leczenia. Kluczowy jest właściwy dobór chorych.

Jadwiga Bernardczyk

(c.d. na str. 110)

P OWSZECHNIE wiadomo, że w chirurgii plastycznej twarzy, a w tym również i powiek mają zastosowanie trzy zasadnicze rodzaje przeszczepów skóry: naskórkowy *Thierscha*, pośredniej grubości *Mellera* oraz pełnej grubości *Wolfa-Krausego*¹.

Wolne płaty skóry pełnej grubości kurczą się jednak mniej niż pośredniej grubości, są one poza tym bardziej odporne na działanie czynników mechanicznych, łatwiejsze w pobraniu, a zmiany przebarwienia występują rzadko². Stąd też, przeszczepy te znajdują coraz częściej zastosowanie w chirurgii plastycznej powiek, zastępując stopniowo klasyczne przesunięcie skóry, bądź uszypułowane płaty skórne^{3,5}. Wolne przeszczepy skóry pełnej grubości, mają najczęściej zastosowanie w chirurgii rekonstrukcyjnej powiek przy ich schorzeniach nowotworowych, zmianach pourazowych, względnie wrodzonych zmianach barwnikowych.

Swoiste właściwości skóry powiek, a zwłaszcza jej cienkość i delikatność, a także brak podściółki tłuszczowej oraz skąpe uwłosienie i łatwość marszczenia się, określają ściśle rodzaj i cechy przeszczepu skórnego, przewidzianego do zastosowania na tym obszarze. Dlatego też, miejscem najodpowiedniejszym do jego pobrania jest skóra zza ucha, bądź przyśrodkowej powierzchni ramienia.

MATERIAŁ I METODYKA

W okresie ostatnich 10 lat zabieg operacyjny polegający na wykorzystaniu wolnego przeszczepu skóry pełnej grubości, pobranej zza ucha, w rekonstrukcyjnej chirurgii powiek, wykonano u 45 chorych w wieku od 19 do 81 lat. W tym było 17 kobiet i 28 mężczyzn. U 42 z nich wskazaniem do zabiegu były stwierdzone na powiece zmiany nowotworowe, w dwóch bliźniw pourazowe, zaś u jednego wrodzone znamię barwnikowe.

Pośród 45 chorych tylko u 4 z nich proces chorobowy dotyczył powieki górnej, zaś u pozostałych 41 dolnej; z tym, że u 9 obejmował on również okolice kąta przyśrodkowego, zaś u 2 kąta zewnętrznego powieki.

Technika zabiegu operacyjnego przedstawiała się następująco: po usunięciu zmiany nowotworowej, bliźniawej lub barwnikowej z powieki w obrębie tkanek zdrowych, z powstałego ubytku pobierano odcisk na sterylne płótno i wycinano odpowiadający mu szablon. Następnie szablon ten umieszczano w załamku uszno-czaszkowym i obrysowując go barwnikiem na skórze, określano w ten sposób wielkość potrzebnego do przeszczepu płata. Okolicę przyszłego pola operacyjnego znieczulano 0,5% roztworem ksylokainy z dodatkiem adrenaliny. Wzdłuż granic zaznaczonego uprzednio miejsca nacinano skórę przez całą jej grubość, po czym przytrzymując ją delikatnie haczykiem dwuzębnym wypreparowano wolny płat bez tkanki tłuszczowej. Powstała po pobraniu przeszczepu ranę skóry zszywano szwami samoadaptującymi. Natomiast uzyskany w ten sposób przeszczep oczyszczano jeszcze dokładnie z resztek tkanki tłuszczowej, po czym umieszczano go w ubytku powieki i w sposób

Z Oddziału Okulistycznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie, ordynator: prof. dr med. Edward Lenkiewicz

Reprint requests to: Dr med. Kazimierz Antonowicz, ul. Barcza 31 m. 3; 10-858 Olsztyn, Poland

KAZIMIERZ ANTONOWICZ i EDWARD LENKIEWICZ

Wolny przeszczep skóry w rekonstrukcyjnej chirurgii powiek

FREE CUTANEOUS GRAFT IN RECONSTRUCTION SURGERY OF THE LIDS

Surgical procedure consisting on the excision of a non-plasmatic, cicatricial or pigmentary change and on covering of the created defect by a free full thickness graft was carried out in 45 patients. A favourable functional and cosmetic effect was achieved in all of them.

HASŁA: rekonstrukcyjna chirurgia powiek, wolny przeszczep skóry

KEY WORDS: reconstructive eyelid surgery, free cutaneous graft

atraumatyczny przyszywano do otaczających tkanek za pomocą pojedynczych szwów grubości 6,0. Na wszczepiony płat skóry nakładano następnie opatrunek uszko-kowy z waty przepojonej penicyliną i parafiną. Opatrunek zdejmowano zazwyczaj po upływie 24 lub 48 h, po czym natłuszczano przeszczepioną skórę delikatnie masażem z antybiotykami. Szwy z przeszczepu usuwano pomiędzy 5 a 6 dniem, zaś z rany skórnej załamka uszno-czaszkowego po upływie 3 tygodni. W celu uformowania się jak najdelikatniejszej blizny zalecano po około 2 tygodniach od zabiegu, masaż brzożew przeszczepu opuszką palca z zastosowaniem maści hydrokortyzonowej. U chorych, u których usunięto z powieki zmianę nowotworową lub barwnikową badano ją histopatologicznie.

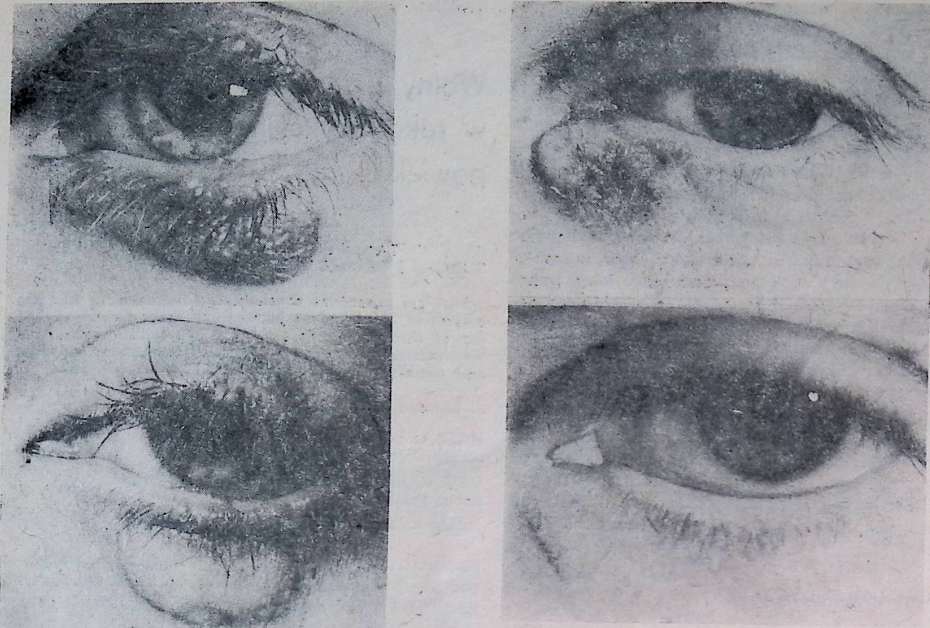
WYNIKI I OMÓWIENIE

W przebiegu pooperacyjnym w miarę wgajania się przeszczepu obserwowano stopniowo zmianę jego zabarwienia z fioletowo-niebieskiego, poprzez różowe aż do koloru otaczającego skóry. Nigdy nie stwierdzono odrzucenia przeszczepu i w związku z tym nie zachodziła konieczność reoperacji.

Z powikłań wczesnych tylko u jednego chorego w 48 h po zabiegu wystąpiło krwawienie z rany pooperacyjnej, które udało się opanować i przeszczep uległ prawidłowemu wgojeniu. Ponadto u kilku chorych w początkowym okresie, wytworzyła się zbyt duża blizna, która zmniejszyła się wyraźnie po zastosowaniu masażu z użyciem maści hydrokortyzonowej. U wszystkich chorych w wyniku przeprowadzonego zabiegu operacyjnego uzyskano dobry efekt funkcjonalny i kosmetyczny (ryc. 1—3).

W wyniku przeprowadzonych badań histopatologicznych usuniętych z powieki zmian chorobowych u 43 chorych stwierdzono: *carcinoma basocellulare* (35), *carcinoma planoepitheliale* (4), *papilloma* (3) oraz *naevus pigmentosus* (1).

Jak mogliśmy się przekonać wolny przeszczep skóry pełnej grubości, pobrany zza ucha, okazał się bardzo



Ryc. 1. Chory J. J. z znamieniem barwnikowym powieki dolnej: u góry przed operacją, u dołu 12 dni po zabiegu.

Ryc. 3. Chory S. K. z rakiem podstawnokomórkowym powieki dolnej: u góry przed operacją, u dołu 3 dni po zabiegu.

przydatnym materiałem w rekonstrukcyjnej chirurgii powiek. Zabarwieniem swoim był on bowiem bardzo zbliżony do koloru skóry otoczenia. Szczególnie korzystnym okazał się on u chorych ze zmianami nowotworowymi powiek, gdzie ich radykalne wycięcie w obrębie zdrowych tkanek jest metodą leczenia z wyboru².

Oczywiście podstawowym warunkiem przyjęcia się wolnego płata jest przestrzeganie zasad przeszczepiania z możliwie jak najmniejszą traumatyzacją zarówno samego wolnego płata skóry jak i jego otoczenia, a przede wszystkim dokładnego zahamowania krwawienia w podłożu. Przestrzeganie tych zasad sprawiło, że u wszystkich chorych nastąpiło prawidłowe wgojenie się przeszczepu, przez co uzyskano u nich sprawną funkcję powiek i optymalny efekt kosmetyczny.

PIŚMIENNICTWO

1. Bardach J.: Chirurgia plastyczna twarzy, 53 (PZWL, Warszawa 1972).
2. Chwirot R.: W sprawie leczenia raka powiek. Klin. oczna 43: 761—762 (1973).
3. Chwirot R.: Wolny przeszczep naskórkowy Mollera w rekonstrukcyjnej chirurgii powiek. Klin. oczna 44: 381—384 (1974).
4. Gerkowicz K.: Uwagi o występowaniu nowotworów narządu wzroku w oparciu o spostrzeżenia kliniczne. Klin. oczna 36: 43—50 (1966).
5. Kratochwil Z.: Leczenie operacyjne wywinięcia powiek wolnym przeszczepem skóry pełnej grubości z małżowiny usznej. Pamiętnik X-lecia Woj. Szpital. Chir. Plast. w Polanicy Zdroju 1951—1961.
6. Kratochwil Z.: Zastosowanie wolnych przeszczepów skóry pełnej grubości przy pokrywaniu ubytków pooperacyjnych. Pamiętnik X-lecia Woj. Szpital. Chir. Plast. w Polanicy Zdroju 1951—1961.
7. Zygulska-Machowa H., Starzycka M.: Późne wyniki operacji plastycznej powiek metodą Wilczka. Klin. oczna 39: 715—719 (1969).

Praca wpłynęła: 21.7.1987 (nr 5208).



Ryc. 2. Chora P. M. z rakiem podstawnokomórkowym powieki dolnej: u góry przed operacją, u dołu 11 dni po zabiegu.

INTERWENCJA chirurgiczna w przypadkach krwotoków do komory przedniej jest niezbędna, kiedy staje się on przyczyną przedłużającej się zwyżki ciśnienia wewnątrzgałkowego lub gdy wynaczyniona krew nie resorbuje się dostatecznie szybko, co stwarza możliwość odkładania się jej produktów rozpadu w rogówce. Wskazaniem do usunięcia krwi z komory przedniej jest również ryzyko zwióknienia skrzepu z wytworzeniem trwałych zrostów.

Punkcja komory przedniej celem usunięcia z niej krwi jest zawsze zabiegiem stwarzającym trudności związane ze złą widocznością w obrębie wypełnionej krwią komory oraz jej spłyceniem podczas aspiracji. Te niekorzystne okoliczności stwarzają znaczne ryzyko uszkodzenia śródbłonka rogówki, tęczęwki czy torebki soczewki podczas manipulacji związanych z wykonywanym zabiegiem. Nagłe obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego spowodowane odpłynięciem zawartości komory przedniej może być powodem wystąpienia powtórnego krwotoku.

Doświadczenia własne jak i innych autorów^{1—3} dotyczące korzystnych efektów zastosowania soli sodowej kwasu hialuronowego jako substancji osłaniającej i ułatwiającej wykonanie operacji wewnątrzgałkowych przy utrzymaniu głębokiej, przezroczystej komory przedniej skłoniły nas do próby zastosowania jej w przypadkach punkcji komory przedniej połączonej z ewakuacją znajdującej się wewnątrz krwi.

Przypadek własny

U chorego C. A. lat 40, u którego z powodu jaskry prostej oka lewego wykonano śródwardówkowe wkłeszczenie tęczęwki wystąpił samoistnie drugiego dnia po operacji krwotok do komory przedniej. Pomimo stosowania leków przeciwkrwotocznych i unieruchomienia chorego następnego dnia wystąpił powtórny krwotok wypełniając całą komorę przednią i powodując utratę widzenia. Równocześnie stwierdzono podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe uprzednio unormowane przeprowadzoną operacją przeciwjaskrową. W okresie 7 dni od wystąpienia krwotoku krew z komory przedniej uległa jedynie nieznacznej resorpcji i wypełniała 3/4 wysokości komory przedniej. Ze względu na wolno postępującą resorpcję krwi oraz istniejące zagrożenie zamknięcia otworu filtracyjnego przez ulegające zwióknieniu skrzepu podjęto decyzję o aspiracji krwi z komory przedniej.

Po znieczuleniu pozagąłkowym i założeniu szwów na powieki wykonano w obrębie rogówki 1 mm od rąbka 2 cięcia za pomocą noża żyłkowego: pierwsze cięcie długości około 1,5 mm na godz. 11 oraz drugie nieco dłuższe na godz. 5. Poprzez cięcie na godz. 11 tępo zakończoną igłą wprowadzano do komory przedniej hialuronat sodu (IAL). Sól sodową kwasu hialuronowego podawano do komory przedniej wolno tak aby nie uległa zmieszaniu z krwią. Hialuronat sodu wypełniając stopniowo komorę przednią wypychał krew poprzez drugie cięcie rogówkowe na godz. 5 (ryc. 1). Operację zakończono gdy cała krew z komory przedniej została usunięta i zastąpiona hialuronatem sodu (ryc. 2).

Z Kliniki Okulistycznej AM w Lublinie, kierownik: prof. dr med. Kazimierz Gerkowicz

Reprint requests to: Dr med. Marek Gerkowicz, ul. Środkowa 13 m 43; 20-015 Lublin, Poland

MAREK GERKOWICZ

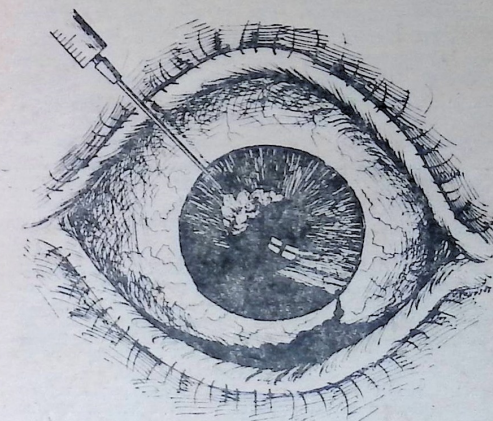
Postępowanie operacyjne w trudno resorbujących się krwotokach do komory przedniej

SURGICAL PROCEDURE IN — WITH DIFFICULTY RESORBING — ANTERIOR CHAMBER HAEMORRHAGES

A method of removing of blood from the anterior chamber by means of the hyaluronic acid is presented. The application of the natrium hyaluronate is raising the safety of operation as well as acts as means of protection against the appearance of intra- and postoperative complications such as secondary haemorrhages, hypotonia of the eyes or adhesions in the anterior chamber.

HASŁA: hyphema, punkcja komory przedniej, sól sodowa kwasu hialuronowego

KEY WORDS: anterior chamber haemorrhage, anterior chamber puncture, natrium hyaluronate



Ryc. 1. Schemat przedstawiający technikę operacji usunięcia krwi z komory przedniej z zastosowaniem hialuronatu sodu.

Ponieważ cięcia rogówkowe są niewielkie nie wymagają jakiegokolwiek zaopatrzenia chirurgicznego. Jeżeli jednak w obrębie komory znajdowały się większe skrzepy celem ich łatwiejszego usunięcia można poszerzyć cięcia rogówkowe na godz. 5.

OMÓWIENIE

Zastosowanie hialuronatu sodu w omawianym przypadku wpłynęło zdecydowanie korzystnie na przebieg zabiegu. Umożliwiło przeprowadzenie operacji przy zachowanej przez cały czas jej trwania głębokiej komorze przedniej, co w znacznym stopniu zabezpieczyło przed mechanicznymi uszkodzeniami śródbłonek rogówki, tęczęwki i soczewki. Bardzo duża lepkość prepara-