

Cięcie w przeClear corneal incision vs tylne cięcie rąbkowe (ang. near clear ncision) w fakoemulsyfikacji - wyniki wstępne

Wojciech Omulecki, Bartosz Biliński

Klinika Chorób Oczu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp:

W miarę rozwoju technik operacji zaćmy dochodziło stopniowo do zmniejszania szerokości Cięcia operacyjnego. Idealne cięcie powinno nie wymagać założenia szwów i być astygmatycznie obojętne, wykonywane w znieczuleniu powierzchniowym, samozasklepiające się, skracające czas zabiegu, dające szybką rehabilitację wzrokową i stabilność rany w czasie zabiegu.

Cel pracy:

Ocena wstępnych wyników astygmatyzmu indukowanego chirurgicznie u pacjentów operowanych przez cięcie "near clear" o szer. 2.2 mm i porównanie go z astygmatyzmem u pacjentów operowanych przez cięcie w przeźroczystej rogówce o szerokości 2.75 mm.

Materiał i metoda:

Za pomocą autorefraktometru oceniono u 7 pacjentów astygmatyzm pooperacyjny w miesiąc po operacji. Wyniki porównano z wynikami wcześniej przez nas opublikowanymi (J Cataract Refract Surg. 2009, 35: 563-9).

Wyniki i posumowanie:

Średni astygmatyzm indukowany chirurgicznie wyniósł w grupie pacjentów operowanych przez cięcie w czystej rogówce o szer. 2.75 mm 0.77 ± 0.55 , a w grupie 7. pacjentów operowanych przez cięcie near clear o szer. 2.2 mm wyniósł 0.31 ± 0.11 .

Cięcie w przeźroczystej rogówce jest bezkrwawe, wywołuje mały astygmatyzm indukowany chirurgicznie i daje szybką rehabilitację wzrokową. Cięcie w rąbku (near clear) wywołuje niewielkie krwawienie z naczyń spojówki (niewidoczne następnego dnia) i daje minimalny lub nieobecny astygmatyzm indukowany chirurgicznie

Słowa kluczowe: Astygmatyzm indukowany chirurgiczne, cięcie w przeźroczystej rogówce, cięcie "near cler"

Clear corneal incision vs near clear incision in phacoemulification - initial results

Wojciech Omulecki, Bartosz Biliński

Klinika Chorób Oczu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Introduction:

During the development of cataract surgery techniques the width of surgical incision was minimized. The ideal incision should not need application of sutures, being astigmatically neutral, being performed under superficial anesthesia, being self sealing, causing shortening of time of surgery, stability of of incision, and causing quick visual rehabilitation.

Aim of the study:

The aim was to estimate initial results of surgically induced astigmatism in patient operated with near clear 2.2 mm incision and compare the results with patient operated with 2.75 mm clear corneal incision.

Material and methods:

Using the autorefractometer surgically induced astigmatism was measured in 7 patients with near clear incision one month after surgery. Mean surgically induced astigmatism was 0.77 +/- 0.55 in patients with 2.75 clear corneal incision (J Cataract Refract Surg. 2009, 35: 563-9), and 0.31 +/- 0.11 in 7 patients with 2.2 near clear incision.

Conclusion:

The near clear incision is bloodless, induces small astigmatism and gives quick visual rehabilitation. The near clear incision causes small bleeding from conjunctival vessels, which is not seen next day, and induces minimal or no astigmatism.

Pacjent z zaćmą w 2022 roku. Jakie mamy możliwości?

Patient with cataracts in 2022. What possibilities do we have?

Jacek P. Szaflik^{1 2 3} , Tomasz Gałecki²

- 1. Katedra i Klinika Okulistyki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*
- 2. Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny w Warszawie*
- 3. Centrum Mikrochirurgii Oka Laser w Warszawie*

Zaćma jest najczęstszą chorobą narządu wzroku. Najczęściej dotyka osób starszych, jednak stale dotyczy też innych grup wiekowych. Jakie mamy najnowsze rozwiązania w chirurgii zaćmy? Czym kierować się przy doborze implantu najlepszego dla naszego pacjenta? Jak zapewnić bardzo dobrą jakość widzenia do dali i na odległość pośrednią? W prezentacji autor przedstawi współczesne możliwości korekcji wzroku przy jednoczesnym usunięciu zaćmy.

Soczewka multifokalna czy EDOF? TECNIS Synergy™ - hybrydowe rozwiązanie na aktualne pytanie

Multifocal or extended depth of focus (EDOF)? TECNIS Synergy - novel, hybrid solution

Jacek P. Szaflik^{1,2,3}, Jakub Dudziński^{2,3}, Agata J. Ordon^{1,3,4}

- 1. Katedra i Klinika Okulistyki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*
- 2. Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny w Warszawie*
- 3. Centrum Mikrochirurgii Oka Laser w Warszawie*
- 4. Zakład Patofizjologii Widzenia Obuocznego i Leczenia Zeza, I katedra Chorób Oczu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

Soczewka TECNIS Synergy™ to innowacyjna, hybrydowa soczewka łącząca w sobie właściwości soczewek wielogniskowych i soczewek EDOF. Dzięki zastosowaniu filtra wysokoenergetycznego fioletowego światła eliminuje powstawanie zjawisk wtórnych takich jak efekt halo, zaś technologia ChromAlign™ koryguje aberrację chromatyczną i optymalizuje kontrast widzenia. 50 oczu zostało poddanych niepowikłanej fakoemulsyfikacji zaćmy ze wszczepieniem soczewki TECNIS Synergy (41 oczu) oraz TECNIS Synergy TORIC (9 oczu). U objętych badaniem pacjentów oceniano przed- i pooperacyjną ostrość wzroku do dali i bliży, potrzebę stosowania korekcji do bliży, komfort widzenia w codziennym życiu, widzenie i poczucie kontrastu o zmierzchu, oraz obecność zjawisk optycznych. Wyniki badania zostaną przedstawione podczas niniejszej prezentacji.

Walidacja kalkulatora London Vision Clinic, w połączeniu z pomiarem UBM, do predykcji vault po wszczęciu soczewek fakijnych w oczach nadwzrocznych – doniesienie wstępne

Justyna Izdebska^{1,2,4}, Janusz Skrzypecki^{1,3}, Jan Bombuy⁵, Jerzy Szaflik^{1,4}, Jacek P. Szaflik^{1,2,4}

- 1. Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny w Warszawie*
- 2. Katedra i Klinika Okulistyki, Warszawski Uniwersytet Medyczny*
- 3. Zakład Fizjologii i Patorfizjologii Eksperymentalnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny*
- 4. Centrum Mikrochirurgii Oka Laser Klinika prof. Jerzego Szaflika, Warszawa*
- 5. Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Okulistyki, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

Wybór właściwego rozmiaru soczewki fakijnej jest krytyczny dla uniknięcia wczesnych i późnych powikłań operacji. W literaturze dostępne są różne formuły dedykowane oszacowaniu wielkości implantu. Najnowsze z nich tj. równanie opracowane przez okulistów London Vision Clinic zostało zwalidowane u pacjentów krótkowzrocznych w połączeniu z pomiarami biometrycznymi wykonanymi przy pomocy urządzenia ArcScan. W odróżnieniu od tradycyjnej ultrabiomikroskopii pomiar ArcScan jest niezależny od operatora i w związku z tym bardziej powtarzalny. Niemniej jednak, ze względu na niewielką dostępność urządzenia większość okulistów opiera się na pomiarach tradycyjnej ultrabiomikroskopii lub AS-OCT.

W niniejszej prezentacji chcieliśmy zweryfikować możliwość wykorzystania formuły London Vision Clinic u pacjentów nadwzrocznych w połączeniu z tradycyjnym pomiarem ultrabiomikroskopowym.

Vault prediction with London Vision Clinic phakic lens size calculator combined with ultrabiomicroscopy measurements in hyperopic eyes – preliminary findings

Justyna Izdebska^{1,2,4}, Janusz Skrzypecki^{1,3}, Jan Bombuy⁵, Jerzy Szaflik^{1,4}, Jacek P. Szaflik^{1,2,4}

- 1. Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny w Warszawie*
- 2. Katedra i Klinika Okulistyki, Warszawski Uniwersytet Medyczny*
- 3. Zakład Fizjologii i Patorfizjologii Eksperymentalnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny*
- 4. Centrum Mikrochirurgii Oka Laser Klinika prof. Jerzego Szaflika, Warszawa*
- 5. Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Okulistyki, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

Precise phakic intraocular lens sizing is important in order to avoid early and late postoperative complications. Various formulas have been proposed to achieve this goal. The most recent i.e. a formula designed by London Vision Clinic staff has been validated in myopic eyes measured with ArcScan. In contrast to traditional ultrabiomicroscopy, ArcScan measurement is independent from skills of the diagnostician and more repeatable. Nevertheless, due to low availability, the majority of ophthalmologists utilize traditional ultrabiomicroscopy.

Here, we wanted to verify, whether London Vision Clinic calculator might be used in hyperopic patients measured with traditional ultrabiomicroscopy.

Oj, boli boli - ból okooperacyjny w chirurgii zaćmy

Ewa Langwinska^{1,2}, Karolina Pielak², Agata Joanna Ordon², Katarzyna Malinowska²

1. Katedra i Klinika Okulistyki Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

2. Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny, Warszawa

Ból i leczenie przeciwbólowe są istotnymi elementami postępowania okooperacyjnego u pacjentów poddawanych zabiegowi usunięcia zaćmy. Wpływają na jakość życia oraz skłonność do decyzji o kolejnym zabiegu.

Poziom lęku, ból oraz jego natężenie występują ze zróżnicowaną częstością i nasileniem.

Grupa pacjentów, która przeszła niepowikłaną operację fakoemulsyfikacji zaćmy w znieczuleniu miejscowym i dożylniej sedacji, została poproszona o wypełnienie anonimowej ankiety, uwzględniającej szereg czynników w postaci: wieku, płci, wykształcenia, poziomu lęku przed operacją, wypełnienia zaleceń przedoperacyjnych, charakteru dolegliwości, przebytych wcześniej zabiegów, chorób ogólnych i innych.

Celem badania jest porównanie częstości i nasilenia dolegliwości bólowych okooperacyjnych w trakcie operacji pierwszego i drugiego oka oraz wyszczególnienie czynników predysponujących do pojawienia się bólu w trakcie niepowikłanego zabiegu usunięcia zaćmy.

Oh, it hurts - perioperative pain in cataract surgery

Ewa Langwinska^{1,2}, Karolina Pielak², Agata Joanna Ordon², Katarzyna Malinowska²

1. Katedra i Klinika Okulistyki Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

2. Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny, Warszawa

Pain and analgesic treatment are important elements of perioperative management of patients undergoing cataract surgery. They affect the quality of life and the tendency to decide on the next treatment.

The level of anxiety, pain and its intensity occur with varying frequency and intensity.

The group of patients who underwent uncomplicated cataract phacoemulsification under local anesthesia and intravenous sedation was asked to complete an anonymous questionnaire, taking into account several factors such as: age, gender, education, level of anxiety before surgery, fulfillment of preoperative recommendations, previous procedures, general diseases and other. The aim of the study is to compare the frequency and intensity of perioperative pain during first and second eye surgery and to list the factors that predispose to pain during uncomplicated cataract surgery.

Czy Monofocal+ to EDOF? Przegląd soczewkowych konstrukcji załamywania światła w zakresie rozszerzającym widzenie do dali o odległości pośrednie

Andrzej Dmitriew

Katedra Okulistyki UM w Poznaniu

reOptis - Okulistyka Szpitala św. Wojciecha w Poznaniu

Wysokiej jakości soczewki jednoogniskowe są rynkowym standardem komfortu widzenia do dali w fakoemulsyfikacji. Jednak brak nieskorygowanego widzenia w zakresie poniżej 1 metra stanowi powód do poszukiwania możliwości rozszerzenia tego zakresu bez dodatkowej korekcji do odległości pośrednich. Wiąże się to z zastosowaniem technologii optycznych, które poprawią ogniskowanie na tej przestrzeni. Jednocześnie zastosowanie soczewek wieloogniskowych wzbudza obawy o możliwość wystąpienia zjawisk świetlnych, jak halo czy olśnienia, a przez to zawęża ich stosowanie do wyspecjalizowanych ośrodków.

Jednak z kolei stworzenie kategorii soczewek jednoogniskowych z dodatkiem do odległości pośrednich - Monofocal+, poza istniejącą kategorią soczewek o wydłużonej ogniskowej - EDOF - powoduje wrażenie ich nakładania się.

Podawane przez producentów zakresy widzenia pośredniego porządkują w niewielkim stopniu te zależności. Najbardziej znane na rynku soczewki - Alcon Vivivity (do 50 cm), Johnson&Johnson Eyhance (do 66 cm) oraz Rayner EMV (do 80 cm) chętnie są też łączone z niewielką monowizją, w celu zwiększenia zakresu ogniskowania w tych odległościach.

Praca opisuje techniki użycia wymienionych soczewek na bazie doświadczeń autora.

Słowa kluczowe: zaćma, fakoemulsyfikacja, EDOF

Is Monofocal+ EDOF? Review of IOL light focusing constructions in the range extending far distance vision to uncorrected intermediate

Andrzej Dmitriew

Katedra Okulistyki UM w Poznaniu

reOptis - Okulistyka Szpitala św. Wojciecha w Poznaniu

Doświadczenia z krzywej uczenia dla dwóch systemów automatycznego otwarcia torebki przedniej - Capsulaser i Zepto

Learning curve experiences for two automatic anterior lens capsule opening systems - Capsulaser and Zepto

Andrzej Dmitriew

Katedra Okulistyki UM w Poznaniu

reOptis - Okulistyka Szpitala św. Wojciecha w Poznaniu

Dokładne - regularne, okrągłe i kalibrowane otwarcie torebki przedniej soczewki stało się standardem w zastosowaniu soczewek wieloogniskowych, EDOF i torycznych. Jednak manualne wykonanie capsulorhexis nie jest idealnie powtarzalne, często doprowadza do powstania owalizacji, średnicy otwarcia większej niż średnica części optycznej, a co za tym idzie - niepłaszczyznowym pozycjom soczewki sztucznej w torebce.

Femtofakoemulsyfikacja generuje z kolei niezwykle wysokie koszty zakupu urządzenia oraz procedury. Stąd zainteresowanie chirurgów metodami automatycznymi o niższym koszcie wykonania zabiegu oraz możliwości zestawienia z mikroskopem operacyjnym. Zepto to metoda z zastosowaniem przystawki umieszczanej w komorze przedniej, którą można przeprowadzić przez cięcia nawet o szerokości 2,2 mm, generująca otwarcie soczewki poprzez wytworzenie podciśnienia i dokładne przyleganie do torebki przedniej, a następnie zastosowania impulsu energii otwierającego torebkę. Capsulaser z kolei wykonuje otwarcie torebki bez konieczności wprowadzania do komory przedniej przystawki, jednak warunkiem jest zastosowanie błękitu trypanu.

W prezentacji zostaną zilustrowane i omówione zalety i słabości systemów oraz doświadczenia autora zilustrowane materiałem wideo z zabiegów.

Słowa kluczowe: capsulorhexis, zaćma, fakoemulsyfikacja

Racjonalna sterydoterapia po zabiegach w chirurgii okulistycznej

Rational steroid therapy after ophthalmic surgery

Jacek P. Szaflik^{1 2 3}, Monika Łazicka-Gałecka^{1 2}

- 1. Katedra i Klinika Okulistyki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*
- 2. Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny w Warszawie*
- 3. Centrum Mikrochirurgii Oka Laser w Warszawie*

Każda operacja okulistyczna, niezależnie od jej inwazyjności, powoduje powstanie odczynu zapalnego o różnym stopniu nasilenia. Autor odpowie na pytania czy warto stosować steroidy po operacjach okulistycznych? Jak długo stosować w zależności od rodzaju operacji? Jaka jest ich skuteczność?

Wpływ centralnej grubości rogówki na dokładność formuł Kane, EVO oraz Hill-RBF

Janusz Skrzypecki^{1,3}, Justyna Izdebska^{1,2}, Agata Ordon^{1,4}, Karolina Pielak¹, Jacek P. Szaflik^{1,2}

- 1. Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny w Warszawie*
- 2. Katedra i Klinika Okulistyki, Warszawski Uniwersytet Medyczny*
- 3. Zakład Fizjologii i Patofizjologii Eksperymentalnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny*
- 4. Zakładu Patofizjologii Widzenia Obuocznego i Leczenia Zeza, Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

Formuły Kane, EVO oraz Hill-RBF są jednymi z najnowszych i najdokładniejszych formuł matematycznych dedykowanych obliczaniu mocy soczewki wewnątrzgałkowej. Formuła Kane oparta jest na sztucznej inteligencji oraz optyce teoretycznej, Hill-RBF wykorzystuje sieci neuronalne, a formuła EVO korzysta z teorii emmetropizacji. Wspólną cechą łączącą powyższe formuły jest wykorzystanie nowego parametru tj. centralnej grubości rogówki do określenia pooperacyjnej pozycji soczewki.

W niniejszej prezentacji przeanalizujemy wpływ wykorzystania centralnej grubości rogówki na resztkową refrakcję pooperacyjną. Porównamy również dokładność powyższych formuł w zestawieniu z formułą Barrett Universal II, SRK-T, Hoffer-Q, czy Holladay 2.

Effect of central corneal thickness on refractive predictions of Kane, EVO and Hill-RBF formulas

Janusz Skrzypecki^{1,3}, Justyna Izdebska^{1,2}, Agata Ordon^{1,4}, Karolina Pielak¹, Jacek P. Szaflik^{1,2}

- 1. Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny w Warszawie*
- 2. Katedra i Klinika Okulistyki, Warszawski Uniwersytet Medyczny*
- 3. Zakład Fizjologii i Patofizjologii Eksperymentalnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny*
- 4. Zakładu Patofizjologii Widzenia Obuocznego i Leczenia Zeza, Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

Kane, EVO and Hill-RBF formulas constitute the most recent advancements in IOL power calculation formulas. Neither of these formulas has been published, therefore only limited data on their mathematical background is available. Kane formula is based on artificial intelligence and theoretical optics, Hill-RBF utilizes neural networks, whereas EVO formula evolved from theory of emmetropization. Interestingly, all new formulas i.e. Kane, EVO and Hill-RBF have introduced central corneal thickness (CCT) as an optional parameter to refine refractive predictions.

Here, we would like to study whether an input of CCT into IOL power calculator improves refractive outcomes. Additionally, we would like to compare these formulas with Barrett Universal II, SRK-T, Hoffer-Q and Holladay 2.

Przydatność i skuteczność zintegrowanego z mikroskopem Lumera komputerowego systemu znakowania osi astygmatyzmu w chirurgii zaćmy z wykorzystaniem sztucznych soczewek torycznych

Leszek Kuprijanowicz, Elżbieta Krytkowska, Anna Machalińska

I Katedra i Klinika Okulistyki PUM, Szczecin

Cel:

Celem niniejszej pracy jest ocena przydatności i skuteczności zintegrowanego z mikroskopem Lumera komputerowego systemu znakowania osi astygmatyzmu (Callisto, Carl Zeiss Meditec).

Pacjenci i Metody:

U 20 pacjentów (20 oczu) z astygmatyzmem rogówkowym powyżej 2 dioptrii wykonano przedoperacyjne kalkulacje soczewek przy pomocy urządzenia IOL Master 500 (Carl Zeiss Meditec), następnie korzystano z kalkulatora on-line (Eyecryl iol toric calculator) dedykowanego wszczepianym przez nas soczewkom Eyecryl. System Callisto zintegrowany z mikroskopem Lumera 700 został wykorzystany do oznaczenia osi ustawienia sztucznej soczewki w komorze tylnej bez konieczności znakowania tuszem. Po tygodniu, miesiącu i trzech miesiącach oceniano czy nie doszło do rotacji wszczepionych soczewek. Przedoperacyjnie i w trakcie badań kontrolnych przeprowadzono rutynowe badanie okulistyczne z autorefraktometrią i keratometrią wykonywaną aparatem OCT CASIA.

Wyniki:

Średnia rotacja po tygodniu wyniosła 0,55, po miesiącu 2,25, a po trzech 2,45 stopnia. Tylko w jednym przypadku wystąpiła konieczność ponownego ufiksowania sztucznej soczewki (różnica 28 stopni). Obserwowaną rotację należy przyjąć za nieistotną.

Wnioski:

System Callisto jest niezwykle skutecznym i przydatnym dodatkiem do mikroskopu Lumera. Pozwala on w prosty sposób na wykonanie implantacji sztucznej soczewki i jej łatwe ustawienie w odpowiedniej osi bez konieczności znakowania rogówki barwnikiem przed operacją i śródoperacyjnie.

Usefulness and effectiveness of a computer system for marking the axis of astigmatism integrated with the Lumera microscope in cataract surgery with the use of artificial toric lenses

Leszek Kuprjanowicz, Elżbieta Krytkowska, Anna Machalińska

I Katedra i Klinika Okulistyki PUM, Szczecin

Aim:

The aim of this study is to assess the usefulness and effectiveness of a computer system for marking the axis of astigmatism (Callisto, Carl Zeiss Meditec) integrated with the Lumera microscope.

Patients and Methods:

In 20 patients (20 eyes) with corneal astigmatism above 2 diopters, preoperative lens calculations were performed using the IOL Master 500 device (Carl Zeiss Meditec), then an on-line calculator (Eyecryll iol toric calculator) dedicated to the Eyecryll lenses implanted by us. The Callisto system (Lumera 700 microscope) was used to mark the axis of positioning the artificial lens in the posterior chamber without the need for ink marking. After one week, one month and three months assessment of IOL rotation was performed. Preoperatively and during control visits, a routine ophthalmological examination was performed with autorefractometry and keratometry performed with the OCT CASIA device.

Results:

Mean rotation after one week was 0.55 degrees, after one month 2.25 degrees and after three months 2.45 degrees. Only in one case was it necessary to re-fix the artificial lens (difference of 28 degrees). The observed rotation can be considered insignificant.

Conclusions:

The Callisto system is an extremely effective and useful addition to the Lumera microscope. It allows for easy implantation of an artificial lens and its easy positioning in the appropriate axis without the need to mark the cornea with a dye before surgery and intraoperatively.

Key words: cataract, astigmatism, surgery

Wrodzona dysfunkcja soczewki własnej jako niediagnozowana przyczyna obniżenia jakości widzenia oraz ostrości wzroku do dali. 3 letnie doświadczenia własne

Adam Cywiński, **Martyna Michulec**

Śląskie Centrum Leczenia Oczu, Żory, Polska

18 pacjentów (30 oczu) poddano zabiegowi usunięcia dysfunkcyjnej soczewki własnej, której obecność potwierdzono stosując badanie z użyciem analizatora iTrace. Obecność aberracji wyższego rzędu pochodzących z wnętrza oka (soczewki) była jedyną zdiagnozowaną, możliwą przyczyną obniżenia ostrości wzroku do dali, przy zachowaniu prawidłowego widzenia do bliży. Usunięcie soczewki spowodowało znaczącą poprawę widzenia do dali, chociaż w żadnym przypadku nie uzyskano pełnej normalizacji widzenia.

Słowa kluczowe: dysfunkcja wrodzona soczewki, niedowidzenie, astygmatyzm krótkowzroczny

Congenital lens dysfunction as an undiagnosed reason of deterioration of quality of vision and visual acuity to far distances. Three years of own experiences

Adam Cywiński

Śląskie Centrum Leczenia Oczu, Żory, Polska

18 patients (30 eyes) were operated on because of diagnosed congenital dysfunctional lens, which was confirmed using iTrace analyzer. The presence of higher order aberration, generated by the lens was the only one possible reason of deterioration of visual acuity to far distances while near distant vision was normal. Removal of dysfunctional lens was a reason of significant improvement of far vision in all cases, although no full normalization of vision was achieved in any case.

Współczesne algorytmy leczenia pacjenta z DME

Maciej Gawęcki

Centrum Okulistyczne Dobry Wzrok w Gdańsku

Szpital Specjalistyczny im. J.K. Łukowicza w Chojnicach

W ciągu ostatnich 20 lat leczenie cukrzycowego obrzęku plamki (DME) przeszło znaczącą ewolucję. Jeszcze stosunkowo niedawno główną formą leczenia DME była klasyczna fotokoagulacja laserowa siatkówki. Zastosowanie tej metody pozwalało na zachowanie widzenia pacjenta, ale poprawa ostrości wzroku odnotowywana była w stosunkowo małej liczbie przypadków. Wprowadzenie do metod terapeutycznych takich leków i zabiegów jak doszklistkowa terapia anti-VEGF, doszklistkowa sterydoterapia, podprogowa laseroterapia mikropulsowa oraz doskonalenie technik operacyjnych sprawiło, że rekomendacje dotyczące leczenia tego schorzenia uległy zasadniczej zmianie. Nowe metody terapeutyczne pozwalają nie tylko utrzymać ostrość wzroku, ale również uzyskać poprawę widzenia u pacjentów z DME. Prezentacja przedstawia współczesne metody leczenia DME układając je w algorytmy postępowania, uzależnione od postaci DME, jego czasu trwania oraz reakcji na terapię.

Modern algorithms for treatment of patient with DME

Maciej Gawęcki

Centrum Okulistyczne Dobry Wzrok w Gdańsku

Szpital Specjalistyczny im. J.K. Łukowicza w Chojnicach

Last 20 years have brought a significant evolution in the treatment of diabetic macular edema. Just recently, main therapeutic method for DME was classic retinal laser photocoagulation. This method preserved vision, however improvement was noted in minority of cases. Advent of new therapeutic medications and methods, such as intravitreal anti-VEGF treatment, intravitreal steroid treatment, subthreshold micropulse laser as well as improvement of surgical techniques resulted in radical change in therapeutic recommendations for that clinical entity. New treatment modalities enable not only the preservation of vision, but also provide visual gains in DME patients. The presentation outlines contemporary therapeutic methods in DME, arranging them into algorithms and recommendations for treatment, dependent on the type of DME, its duration and response to treatment.