



Ryc. 9.17 (A) Soczewka wewnątrzgałkowa (IOL) w komorze ciała szklistego; (B) IOL i masy jądrowe w ciele szklistym (Dzięki uprzejmości: S Milewski)

obejmuje witrektomię przez *pars plana* z usunięciem, repozycją lub wymianą sztucznej soczewki, w zależności od stanu torebki soczewki.

Krwotok nadnaczyniówkowy

Krwotok do przestrzeni nadnaczyniówkowej może spowodować wyparcie zawartości gałki ocznej (krwotok wypierający) lub uniesienie powierzchni siatkówki. Jest to groźne powikłanie, które przy fakoemulsyfikacji pojawia się bardzo rzadko (0,04%). Źródłem krwawienia jest przedarta tętnica rzęskowa tylna długa bądź krótka. Mimo że dokładna przyczyna nie jest znana, do powikłania tego usposabiają: zaawansowany wiek, jaskra, długa gałka oczna, choroby sercowo-naczyniowe i wypływ szklistki, a także konwersja metody usunięcia zaćmy z fakoemulsyfikacji do usunięcia zewnątrztorebkowego. Bardzo ważne jest wczesne wykrycie krwawienia. Jeśli ma się jakiegokolwiek podejrzenie krwawienia nadnaczyniówkowego, operacja powinna być przerwana i natychmiast zaszyta rana.

1. Objawy (w kolejności występowania)

- postępujące spłykanie się komory przedniej, podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe i wypadnięcie tęczy, a także

- wypływ szklistki, utrata czerwonego refleksu i pojawienie się ciemnego uniesienia za źrenicą,
 - w cięższych przypadkach cała zawartość oka może zostać wypchnięta przez ranę.
2. **Natychmiastowe leczenie** polega na:
- wypełnieniu komory przedniej wiskoelastykiem i zamknięciu rany operacyjnej,
 - pozostawieniu wiskoelastyku w celu podniesienia ciśnienia wewnątrzgałkowego i zatamowania krwawiącego naczynia,
 - podawaniu leków obniżających ciśnienie wewnątrzgałkowe (np. doustny acetazolamid) w celu kontroli ciśnienia wewnątrzgałkowego w okresie pooperacyjnym,
 - jeśli to konieczne, można podać dożylny roztwór mannitolu, ale należy unikać gwałtownego obniżenia ciśnienia,
 - po operacji pacjent powinien być intensywnie leczony miejscowo i ogólnie kortykosteroidami zmniejszającymi wewnątrzgałkowy odczyn zapalny.
3. **Dalsze postępowanie** to ocena rozległości zmian, w czym pomocne może być USG. Leczenie operacyjne podejmuje się 7–14 dni później, gdy skrzep krwi zostanie upłynniony. Wykonuje się drenaż krwi z przestrzeni nadnaczyniówkowej i *pars plana* witrektomię z wymianą powietrze–płyn. Chociaż rokowanie co do widzenia jest złe, czasami udaje się uzyskać użyteczną ostrość wzroku. Jeśli konieczne jest dokończenie operacji zaćmy, należy odczekać kolejne 2 tygodnie.

Ostre pooperacyjne zapalenie wnętrza gałki ocznej

Patogeneza

Częstość tego powikłania po operacjach zaćmy określa się na około 0,3%. Toksyny produkowane przez bakterie oraz reakcja zapalna organizmu powodują gwałtowne i nieodwracalne zniszczenie fotoreceptorów. Proces ten może trwać znacznie dłużej niż obecność drobnoustrojów patogennych w tkankach oka.

- Czynniki ryzyka** obejmują wystąpienie powikłań śródoperacyjnych (np. przedarcie tylnej torebki), wydłużony czas zabiegu, chirurgię zaćmy połączoną z innymi procedurami, wykonanie nacięcia w przezierniej rogówce (bez szwów), wykonanie nacięcia po stronie skroniowej, przeciek z rany w pierwszej dobie, opóźnienie włączenia pooperacyjnej antybiotykoterapii do następnego dnia po operacji, znieczulenie miejscowe, choroby aparatu ochronnego oka i cukrzyce.
- Mikroorganizmy wywołujące.** Około 90% wyizolowanych drobnoustrojów to bakterie Gram-dodatnie i w 10% Gram-ujemne. Według częstości występowania obejmują:
 - koagulazoujemne gronkowce (np. *S. epidermidis*),
 - inne mikroorganizmy Gram-dodatnie (np. *S. aureus*, *Streptococcus*),
 - Gram-ujemne mikroorganizmy (*Pseudomonas*, *Proteus*).
- Źródła infekcji** najczęściej nie są ustalone. Uważa się, że czynnikiem sprawczym jest przede wszystkim flora bakteryjna powiek i spojówek pacjenta. Innymi potencjalnymi źródłami zakażenia mogą być zakażone roztwory i narzędzia, a także powietrze i personel bloku operacyjnego.