

Tabela IV

Płeć	n	Średni wiek (lata)	Liczba oczu	Średni czas obserwacji (lata)	Ostrość wzroku przy rozpoczęciu badań (z korekcją)	Końcowa ostrość wzroku	Liczba oczu wymagających operacji
Kobiety	20	58,8 (50-71)	50	3,92	0,75	0,37*	14
Mężczyźni	8	57,1 (52-66)					

x — różnica statystycznie
znamienna

Zawód: pracownik umysłowy — 11
rolnik — 3
gospodyni domowa — 14

OMÓWIENIE

Dobór odpowiednio jednorodnej grupy chorych do badań skuteczności stosowanego miejscowo preparatu okulistycznego jest sprawą szalenie trudną. Stosując dość ostre kryteria selekcji wyodrębniono w ciągu 5 lat grupę 105 osób (tab. I-III) odpowiadającą wymogom prowadzonych obserwacji. Podstawowy zarzut czytelnika może być jeden — czy rzeczywiście zmiany w soczewkach tych ludzi wymagały stosowania Quinaxu?

Wg naszych kryteriów okulistycznych opartych na badaniach w lampie szczelinowej, subiektywnej ocenie badanego (od pewnego czasu zauważa gorsze widzenie) i ostrości wzroku uważamy, że tak. Należy zwrócić uwagę, że byli to ludzie w większości powyżej 65 r.ż., dla których czynnik ryzyka samoistnego wystąpienia zaćmy wynosi ponad 4%. Oczywiście ktoś mógłby powiedzieć, że tylko w 15 z 115 obserwowanych oczu (tab. I) rozwinęła się zaćma, ale można też powiedzieć, że aż w 15. Quinax stosowany systematycznie w 5-letniej obserwacji dał wskaźnik 0,87% wystąpienia zaćmy (tab. I) a niesystematycznie już 3,2% (tab. II). Jest to i tak znacznie mniej od przewidywanego ryzyka. Przemawia to jednak za potrzebą systematycznego stosowania leku i stałej jego dostępności. Oprócz efektu psychologicznego konieczności operacji w przypadku zaćmy niebagatelny jest efekt ekonomiczny. Operacja zaćmy nie należy do najtańszych, a koszt nawet jednej operacji przekracza koszt stosowania leku przez 30 chorych w okresie 5 lat.

Wydaje się, że Quinax wykazuje również skuteczność w opóźnianiu rozwoju zaćmy. Efekt opóźniania widać wyraźnie w tab. III, z której wynika, że nawet w przypadku zaawansowania zaćmy początkowej z ostrością wzroku poniżej 0,5 systematyczne stosowanie leku daje znaczne spowolnienie procesu mętnienia soczewki i pozwala przez szereg lat zachować użyteczną ostrość wzroku. Dla wielu starych ludzi, obciążonych chorobami układu krążenia, ma to niebagatelne znaczenie.

Natomiast nie wydaje się celowe stosowanie Quinaxu u chorych obciążonych ważnym czynnikiem ryzyka jakim jest cukrzyca. Co prawda obserwowana grupa 50

oczu (tab. IV) została włączona do pracy dość przypadkowo i nie jest w pełni wyselekcjonowana (niska początkowa ostrość wzroku) to przedstawione wyniki nie wykazują skuteczności Quinaxu u chorych z cukrzycą i zaćmą początkową obniżającą ostrość wzroku. Badania te wymagają dalszych uzupełnień o grupę chorych z cukrzycą z pełną ostrością wzroku i bez zmian w soczewce. Są one obecnie przez nas prowadzone, a dotychczasowe wyniki pozwalają ostrożnie szacować, że w grupie tej Quinax wykazuje jednak pewną skuteczność.

WNIOSKI

1. Quinax stosowany systematycznie wykazuje skuteczność w zapobieganiu zaćmie starczej w grupie osób powyżej 50 r.ż. bez czynników ryzyka wystąpienia zaćmy.
2. U chorych z zaćmą początkową powyżej 60 r.ż. bez czynnika ryzyka zaćmy preparat stosowany systematycznie znacznie zwalnia proces mętnienia soczewki.

PIŚMIENNICTWO

1. Clayton R., Cuthbert J., Duffy J.: Some risk factors associated with cataract in SE Scotland: a pilot study. Trans. Ophthalm. Soc. UK 102: 331-336 (1982).
2. Harding J., van Heyningen R.: Drugs, including alcohol, that act risk factors for cataract and possible protection against cataract by aspirin-like analgetics and cyclopent-hia-side. Brit. J. Ophthalm. 72: 809-814 (1988).
3. Harding J., Rixon K.: Carbamylation of lens proteins: a possible factor in cataractogenesis in some tropical countries. Exp. Eye Res. 31: 567-571 (1980).
4. van Heyningen R., Harding J.: Do aspirin-like analgetics protect against cataract? A case — control study. Lancet 121: 1111-1113 (1986).
5. van Heyningen R., Harding J.: A case — control study of cataract in Oxfordshire: some risk factors. Brit. J. Ophthalm. 72: 804-808 (1988).
6. Katuszny J., Stankiewicz A., Musiał G., Żywalewski B.: Age of senile and presenile cataract patients in Bydgoszcz and Białystok (Poland) in 1978-1987. VIII Kongres Europejskiego Towarzystwa Okulistycznego, Lizbona 1987. — 7. Minassian D., Mehra V., Jones B.: Dehydration crises from severe diarrhoea or heatstroke and risk of cataract. Lancet 119: 751-753 (1984).

Praca wpłynęła: 20.6.1988 (nr 5377).

W pracy naszej kontynuujemy temat podjęty w roku ubiegłym dotyczący podsumowania wyników leczenia zęza utrwalonego u dorosłych. Ocena stanu widzenia obuocznego przedstawiamy wg nowej klasyfikacji statystycznej uzupełnionej o dodatkowe podgrupy, uwzględniając próby w wolnej przestrzeni z bliska i w dal jak również próby na synoptoforze. Okresowa analiza uzyskanych rezultatów leczenia zęza pomaga wyciągnąć wnioski odnośnie sposobu leczenia jak i jego organizacji.

MATERIAŁ I METODYKA

Analizę stanu wyleczenia przeprowadzono u 168 osób (82 kobiety i 86 mężczyzn) w wieku 16-46 lat (średnio 30,7 lat). W tej grupie badanych 131 osób (77,1%) leczono z powodu zęza zbieżnego, a 37 (22,4%) z powodu zęza rozbieżnego. Przeciętny okres trwania zęza ujawnionego we wczesnym dzieciństwie wynosił 44 lata (średnio 19,5). Czas obserwacji wynosił 2-5 lat. W grupie tej 86 osób (51,2%) nosi korekcję pryzmatyczną, a 82 osoby (48,8%) nie wymaga już leczenia pryzmatami. W analizie materiału badawczego nie uwzględniono zezów akomodacyjnych. Wszyscy pacjenci leczeni byli wg zasad metody lokalizacyjnej.

Widzenie obuoczne oceniano na synoptoforze (jednoczesną percepcję — I°, fuzję — II° i stereopsję — III°) i próbami w wolnej przestrzeni do blizy i w dal używając testów: subiektywnego, filtrowego Bagoliniego i Bagoliniego w modyfikacji Starkiewicza oraz wizuskopowego i Wirta. Ilość dodatknych prób wskazywała na stan widzenia obuocznego pacjentów i jednocześnie kwalifikowała ich do poszczególnych grup wyleczenia zęza.

W związku z powyższym podajemy ponownie proponowany podział poszczególnych grup wyleczenia, podkategoryzowany względami praktycznymi: N — wyleczenie całkowite — równoległe ustawienie oczu bez okularów i wszystkie próby dodatnie w zakresie widzenia I° i II° oraz przynajmniej 2 próby w zakresie widzenia III°; A — wyleczenie prawie całkowite — równoległe ustawienie oczu lub symetryczność pobudzeń siatekówek w pryzmatach do 5 prdpt, przynajmniej 8 prób dodatnich w zakresie widzenia I° i II° oraz 1 próba w zakresie widzenia III°; B — wyleczenie zaawansowane — symetryczność pobudzeń siatekówek obu oczu w pryzmatach do 10 prdpt i przynajmniej 6 prób dodatnich w zakresie widzenia I° i II°; C — wyleczenie początkowe — symetryczność pobudzeń siatekówek obu oczu w pryzmatach korygujących kąt zęza i przynajmniej 3 próby dodatnie w zakresie widzenia I° i II°; D — wyleczenie śladowe — symetryczność pobudzeń siatekówek obu oczu w pryzmatach korygujących kąt zęza i 1 lub 2 próby dodatnie w zakresie widzenia I° i II°; E — brak widzenia obuocznego.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Wyniki analizy przedstawiono w formie wykresów. Podział pacjentów na grupy w zależności od stanu widzenia obuocznego przedstawia ryc. 1. W powyższym materiale 8,93% osób (grupa N) osiągnęło prawidłowe widzenie obuoczne. W 24,39% (grupa N i A) osiągnięto

Z I Kliniki Okulistycznej AM w Szczecinie, kierownik: prof. dr med. Teresa Baranowska-George

Reprint requests to: Dr med. Ewa Tokarz-Sawinska, ul. Swierczewskiego 21 m. 3; 70-442 Szczecin, Poland

EWA TOKARZ-SAWIŃSKA
i TERESA BARANOWSKA-GEORGE

Ocena widzenia obuocznego u osób dorosłych z zezem leczonych metodą lokalizacyjną

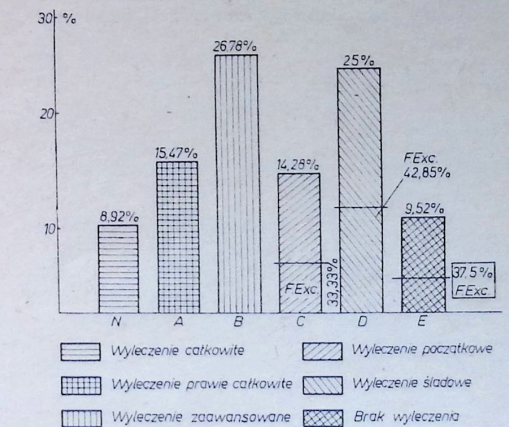
EVALUATION OF BINOCULAR VISION IN ADULTS WITH SQUINT TREATED BY LOCALIZATION METHOD

The authors are continuing the work started last year and concerning the summing up of the results of treatment of the squint in adults according to a new classification. One hundred and sixty eight patients were subjected to the analysis; they were qualified to individual groups in dependence on the condition of their binocular vision. Six groups were separated: N — full effect, A — almost full effect, B — advanced, C — initial, D — vestigial and E — no effect. There was a larger percentage of persons effectively cured in the N-D groups in comparison with the previous year.

HASŁA: zez, widzenie obuoczne, wyniki leczenia

KEY WORDS: strabismus, binocular vision, results of treatment

III° widzenia obuocznego natomiast jedynie u 9,52% (grupa E) brak jest wyraźnych efektów leczenia.



Ryc. 1. Podział przebadanych osób na grupy wyleczeń w zależności od stanu widzenia obuocznego.

W porównaniu z danymi Starkiewicza, który do wyleczonych zaliczał osoby, u których co najmniej 3 próby na widzenie obuoczne były dodatnie przy równoległym ustawieniu oczu w okularach lub bez okularów wyrównujących wadę refrakcji (wyleczenie I°), względnie przy zachowaniu symetryczności pobudzeń siatekówek z pryzmatami wyrównującymi kąt zęza (wyleczenie II°) stwierdzono znaczny wzrost wyleczeń. Oceniając wyniki naszego rocznego leczenia stwierdzono wzrost wyleczeń z 52,6% do 57,9% (grupa N-D). Podkreślana przez Starkiewicza konieczność co najmniej 3-letniego okresu

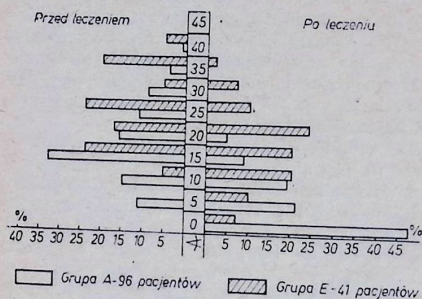
Tabela I

Kąt zeza	Przed leczeniem						Po leczeniu					
	A	B	C	D	E	Razem	A	B	C	D	E	Razem
0°						14	45	12	2	4	3	66
5°	10	2		2		28	20	21	3	4	4	52
10°	34	8	3	1	2	63	17	10	2	4	8	41
15°	32	15	2	4	10	63	9	10		2	8	29
20°	15	11		5	7	38	5	3		1	10	19
25°	11	12		1	10	34		3			4	7
30°	9	8	2	1	2	22					3	3
35°	4	3		1	8	16					1	1
40°	1				2	3						
45°												
Razem	96	59	7	15	41	218	96	59	7	15	41	218

Tabela II

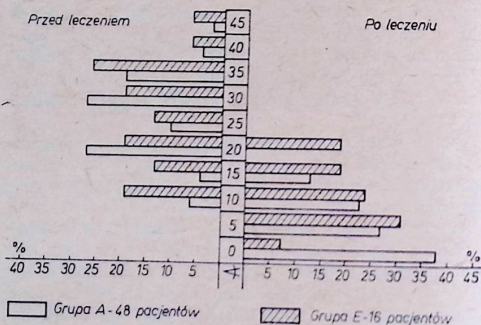
Kąt zeza	Przed leczeniem						Po leczeniu					
	A	B	C	D	E	Razem	A	B	C	D	E	Razem
0°							18	8	1	4	1	32
5°						3	13	5		5	5	28
10°	3					11	11	2	1	1	4	19
15°	2	2	1	4	2	11	6	6	1		3	16
20°	13	6	1		3	23					3	3
25°	5	4	1	2	2	14		1				1
30°	13	3		3	3	22						
35°	9	6		1	4	20						
40°	2	1			1	4						
45°	1				1	2						
Razem	48	22	3	10	16	99						

Zestawiono liczbowo ilość przypadków w poszczególnych grupach na początku leczenia, w przedziałach kąta zeza co 5° od +5° do +45° oraz jego zmniejszenie się po co najmniej trzyletnim okresie leczenia. Uzyskane zmniejszenie kątów zeza uwidoczni się w przesunięciu liczb w kierunku równoległego ustawienia oczu oraz zwiększenia liczb w przedziałach o mniejszym kącie odchylenia. Największy efekt uzyskano u chorych z grupy A a najmniejszy w grupie E, tak u dzieci leczonych tylko zachowawczo jak i operacyjnie. Porównanie wyników leczenia w % w tych dwóch grupach przedstawiono na ryc. 1 i 2.



Ryc. 1. Wielkość zeza w % przed i po leczeniu wyłącznie zachowawczym w grupach A (z uzyskanym widzeniem obuocznym) i E (brakiem widzenia obuocznego).

Przedstawiono oddzielnie chorych leczonych tylko zachowawczo oraz leczonych zachowawczo i operacyjnie. Uwidoczniło, że w grupie A u pacjentów leczonych wyłącznie zachowawczo, przy początkowych kątach zeza



Ryc. 2. Wielkość kąta zeza w % przed i po leczeniu zachowawczym i operacyjnym w grupach A (z uzyskanym widzeniem obuocznym) i E (z brakiem widzenia obuocznego).

w granicach od +5° do +40°, największe wychylenie po leczeniu wynosiło +20°. Tego dużego kąta zeza nie udało się zmniejszyć tylko u 5 dzieci (5%). Równoległe ustawienie oczu uzyskano w 45 przypadkach (47%). Natomiast w grupie E, u leczonych tylko zachowawczo, przy początkowym kącie zeza w granicach od +10° do +40°, po leczeniu największe wychylenie wynosiło +35° i miało miejsce u 1 pacjenta (2%). Równoległe ustawienie oczu uzyskano tylko u trojga dzieci, co stanowi 7% przypadków.

U chorych operowanych z grupy A, przy początkowym kącie zeza w granicach od +15° do +45°, największe wychylenie po leczeniu wynosiło +15° i pozostało u 6 osób (13%) a równoległe ustawienie oczu uzyskano w 18 przypadkach tj. u 38% chorych. Natomiast u dzieci operowanych z grupy E, największe wychylenie po leczeniu

wynosiło +20° i miało miejsce w 3 przypadkach, tj. 18%. Równoległe ustawienie oczu uzyskano tylko u 1 chorego, co stanowi 6%.

$p < 0,05$ lub $p < 0,01$ lub $p < 0,001$ czyli różnice są statystycznie istotne.

PIŚMIENNICTWO

W oparciu o podany materiał obliczono średnie zmniejszenie zeza. Stwierdzono, że po leczeniu operacyjnym, średnie zmniejszenie w grupie A wynosiło 21,01° a przy leczeniu wyłącznie zachowawczym 11,7°. Natomiast u dzieci z grupy E, po leczeniu zachowawczym uzyskano średnie zmniejszenie kąta zeza tylko 8,7° a po leczeniu operacyjnym 19,6°. Stwierdzono więc, że operowani chorzy tak z grupy A jak i z grupy E uzyskali większe zmniejszenie odchylenia oka niż pacjenci leczeni tylko zachowawczo, co jest sprawą zrozumiałą. Wyraźnie lepsze wyniki pooperacyjnego ustawienia oczu u dzieci z uzyskanym widzeniem obuocznym, to znaczy w grupie A, świadczą o słuszności naszych wskazań dotyczących czasu wykonywania zabiegu. Wykazano także, że u chorych z utrwalonym widzeniem obuocznym można uzyskać lepszą poprawę ustawienia oczu leczeniem zachowawczym.

Przedstawione przez nas wyniki dotyczą niewielkich i nierównych ilościowo grup i w związku z tym przeprowadzono obliczenia różnic statystycznych. Przy pomocy stabilizowanego rozkładu prawdopodobieństwa χ^2 obliczono, że wszystkie opisane przez nas porównania posiadają

1. Baranowska-George T.: Uwagi w sprawie kryteriów wyleczenia zeza. Klin. oczna 82: 557-569 (1980). — 2. Baranowska-George T.: Propozycje ujednoczenia kryteriów wyleczenia zeza. Klin. oczna 86: 437-439 (1984). — 3. Baranowska-George T., Tokarz-Sawińska E., Karczewicz D., Grunt E.: Modyfikacja operacji na mięśniach prostych poziomych w zależności od różnicy kątów zeza do dali i bliży. Klin. oczna 86: 409-411 (1984). — 4. Baranowska-George T., Tokarz-Sawińska E., Karczewicz D., Grunt E.: Operative and conservative compensation of squint angles difference for distance and proximity. Transactions European Strabismological Association 14th Meeting, Copenhagen, 1984. — 5. Baranowska-George T.: Leczenie zeza ze szczególnym uwzględnieniem metody szczecińskiej. (PZWL, Warszawa 1985). — 6. Starkiewicz W., Baranowska-George T., Biernacka M., Drewnowska-Sochańska A., Karczewicz D., Klein Z., Zielńska H.: Wyniki leczenia zeza metodą lokalizacyjną w warunkach ambulatoryjnych na podstawie wieloletniej obserwacji 970 przypadków. Klin. oczna 42: 1357-1361 (1972). — 7. Starkiewicz W.: Porównanie tradycyjnych metod leczenia zeza, kryteriów wyleczenia i wyników z metodą, kryteriami i wynikami Kliniki Ocznej w Szczecinie. PTL 1711-1713 (1973). — 8. Starkiewicz W., Baranowska-George T.: Choroba zezowa. Metoda lokalizacyjna leczenia zeza. (w:) Orłowski W. J. (red.) Okulistyka współczesna. (PZWL, Warszawa 1977).

Praca wpłynęła: 1.6.1987 (nr 5171).