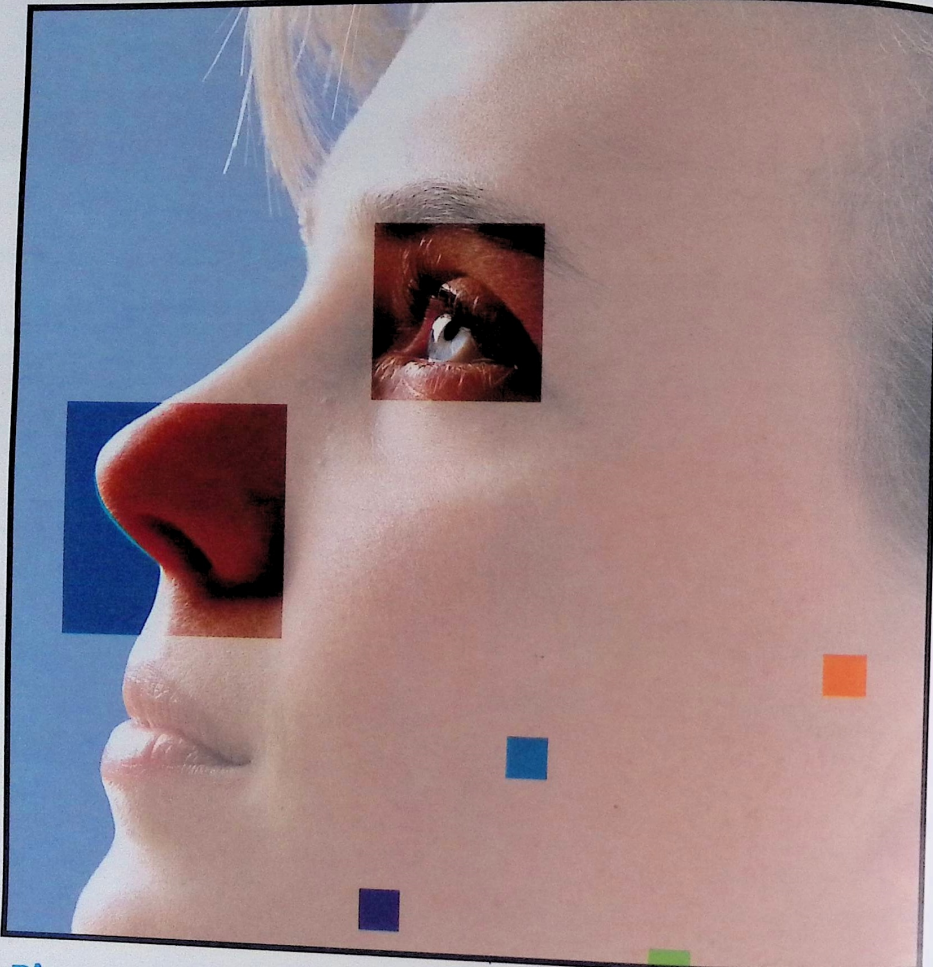


Szybkość i komfort w leczeniu alergii



**Pierwsza miejscowa
 terapia antyhistaminowa
 alergicznego nieżytu
 oczu i nosa**

 **JANSSEN-CILAG**
 Div. *Johnson & Johnson* Poland Sp. z o.o.
 02-285 Warszawa ul. Szyszkowa 20
 tel. (0-22) 668 00 00, fax (0-22) 668 01 68

Postać: Aerozol do nosa i krople do oczu Histimet występuje w postaci jądrowej mikrozwiesiny (pH 6-8). **Skład:** 1 ml zawiera 0,5 mg lewokabastyny. **Działanie:** Aerozol do nosa i krople do oczu Histimet zawierają lewokabastynę, która jest selektywnym antagonistą receptorów histaminowych H₁. **Wskazania:** Objawy alergicznego nieżytu nosa i zapalenia spojówek. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na którykolwiek ze składników. **Stosowanie w okresie ciąży:** Lewokabastyna nie powinna być podawana kobietom w ciąży. Lewokabastyna może być stosowana u karmiących matek. **Interakcje:** W dotychczasowych badaniach klinicznych nie obserwowano interakcji z alkoholem, diazepamem oraz innymi lekami. **Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwanie maszyn:** Lewokabastyna może być stosowana przez pacjentów prowadzących pojazdy mechaniczne lub obsługujących maszyny. **Dawkowanie:** Dorodni i dzieci po 12 roku życia: dawka zwykle stosowana = 2 rozpylenia aerozolu do każdego otworu nosa 2 razy dziennie; 1 kropla do każdego oka 2 razy dziennie. Leczenie należy kontynuować do czasu ustąpienia objawów, nie dłużej jednak niż 6 miesięcy. **Działania niepożądane:** U niektórych pacjentów zaobserwowano przejściowe, nieznaczne miejscowe podrażnienie (kłucie i pieczenie) bezpośrednio po podaniu aerozolu do nosa lub po zakropieniu leku. **Opakowanie:** Preparat Histimet aerozol do nosa dostępny jest w 15 ml buteleczkach. Opakowanie zawiera 10 ml białej mikrozwiesiny. Preparat Histimet krople do oczu dostępny jest w 5 ml buteleczkach zawierających 4 ml białej mikrozwiesiny. **Uwaga!** Przed zastosowaniem leku należy zapoznać się z ulotką informacyjną.

Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1996, 98 (3): 237-240
 ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Orbitografia w złamaniach oczodołu Orbitography in orbital fractures

Barbara Partyka-Tobiasz, Piotr Arkuszewski¹, Jerzy Foczański¹

Abstract: The authors present four cases of fractured orbit where the radiological examination with contrast orbitography was applied using the new Multiscop apparatus with digitized picture from Siemens. The examination was found to be very helpful for proper and detailed diagnosis and for choosing the appropriate operational method.

Słowa kluczowe: orbitografia, złamanie oczodołu

Key words: orbitography, orbital fracture

Ocena urazów oczodołu, poza wnikliwym badaniem klinicznym, wymaga wykonania wielu badań dodatkowych, w tym również radiologicznych. Zdjęcia przegładowe przednio-tylne i boczne czaszki oraz oczodołów wykonywane rutynowo metodą Watersa w urazach środkowego piętra twarzy pozwalają zazwyczaj ocenić przerwanie ciągłości tkanki kostnej w obrębie oczodołów. Jednak w wieloodłamowych złamaniach kości, ze względu na nakładanie się cieni innych struktur anatomicznych, nie zawsze można dokładnie ocenić przebieg linii złamania i rozległość urazu oczodołu. Bardzo precyzyjnie można określić linię złamania na podstawie zdjęć cienko- i grubowarstwowych wykonanych w płaszczyznach czołowej i strzałkowej metodą konwencjonalną. Jedną z uzupełniających metod radiologicznych oceniających zmiany patologiczne w oczodołach jest badanie kontrastowe, tzw. orbitografia (1, 2, 3).

Najdoskonalsze metody diagnostyczne, jakimi są tomografia komputerowa oraz rezonans magnetyczny nie zostały uwzględnione, gdyż techniki te nie są u nas powszechnie dostępne (3, 4, 5, 6, 7).

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie własnych doświadczeń w stosowaniu orbitografii u chorych leczonych z powodu złamania jarzmowo-szczękowo-oczodołowego, u których wystąpiły radiologiczne trudności w rozpoznaniu złamania oczodołu.

Materiał i metodyka

Ocenę uszkodzeń oczodołu dokonywano za pomocą badania radiologicznego aparatem najnowszej generacji Multiscop z cyfrową obróbką obrazu Politon S Plus firmy Siemens. Aparat ten jest wyposażony w zestaw komputerów do uzyskiwania obrazów cyfrowych. Obrotowe przemieszczanie głowicy aparatu w stosunku do badanej okolicy stwarza możliwość prześledzenia na monitorze przemieszczania się kontrastu i zarejestrowania jego położenia w dowolnym momencie. Obraz na ekranie monitora można powiększać oraz zmieniać jego kontrastowość. Dzięki temu istnieje możliwość prześledzenia miejsca, którym kontrast przechodzi z oczodołu do zatoki szczękowej, a czas jego przejścia może świadczyć o rozległości ubytku ściany kostnej dna oczodołu. Badanie wykonywano stosując niejonyowy środek kontrastowy Ultravist 240 lub Uromiro. Wprowadzony pozagątkowo kontrast w ilości 4 ml oraz możliwość wielokierunkowej oceny kości i tkanek miękkich oczodołu pozwalały na dokładne umiejscowienie zarówno szpary łączącej oczodoł z zatoką szczękową, jak i przemieszczenia tkanek oczodołu do zatoki szczękowej.

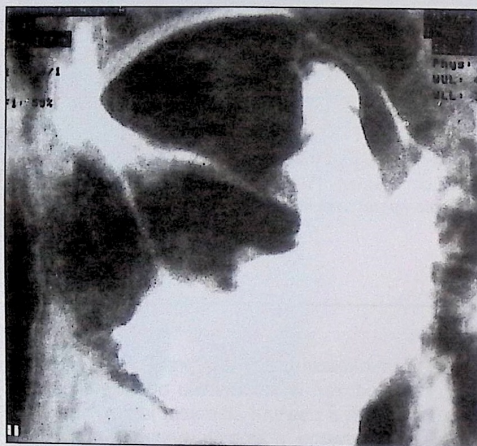
Z Katedry i Kliniki Chorób Oczu AM w Łodzi
 Kierownik: prof. dr hab. Bazyl Bogorodzki

¹ Z Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej IS AM w Łodzi
 Kierownik: prof. dr hab. Halina Plewińska

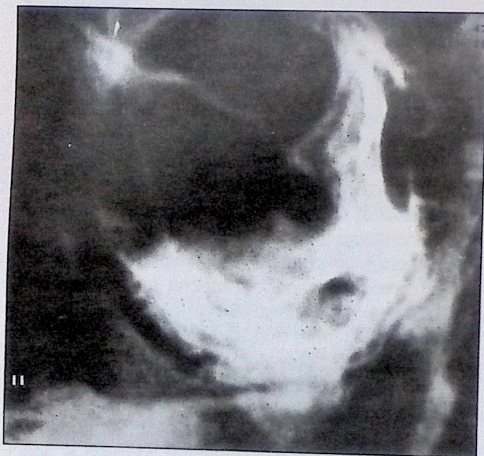
Adres do korespondencji (Reprint requests to):
 Dr Barbara Partyka-Tobiasz
 ul. Narutowicza 93/2
 90-139 Łódź

Przypadki własne

Przypadek 1. Chora A.K. przyjęta do Kliniki z powodu urazu okolicy oczodołowej prawej. Na podstawie obrazu klinicznego i badania rtg nie stwierdzono złamań w obrębie kostnych ograniczeń oczodołu. W badaniu okulistycznym występowały zaburzenia widzenia, dwojenie i ograniczenie ruchomości gałki ku górze i dołowi. Dolegliwości zgłaszane przez chorą – zawroty głowy z powodu podwójnego widzenia oraz wynik badania okulistycznego skłoniły nas do wykonania orbitografii, która wykazała złamanie w obrębie dolnej ściany oczodołu. Stwierdzono szerokie połączenie ze światłem zatoki szczękowej, przez które kontrast z dużą szybkością przedostawał się do jamy zatoki. Zabieg operacyjny potwierdził obecność ubytku kostnego (ryc. 1 i 2).



1.



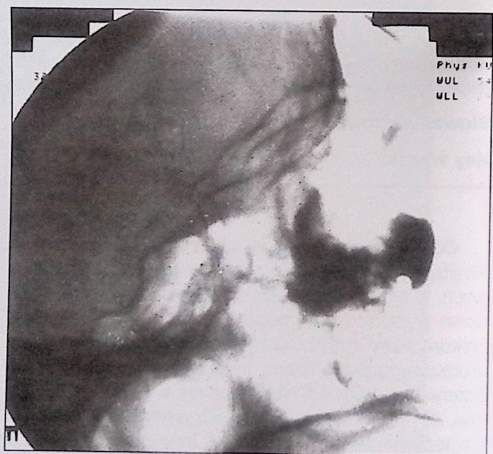
2.

Przypadek 2. Chory S.S. przyjęty do Kliniki z powodu zapadnięcia lewej gałki ocznej, zaburzeń jej ruchomości oraz podwójnego widzenia. Bezpośrednio

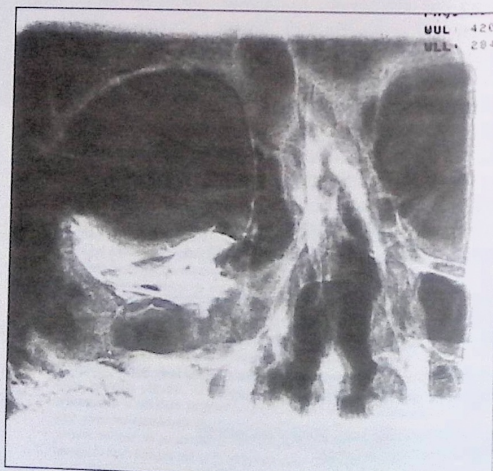
238



3.



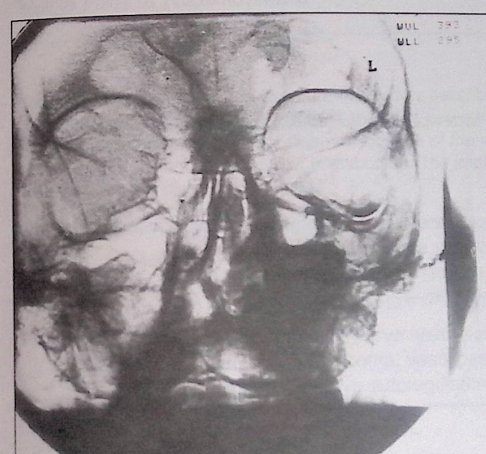
4.



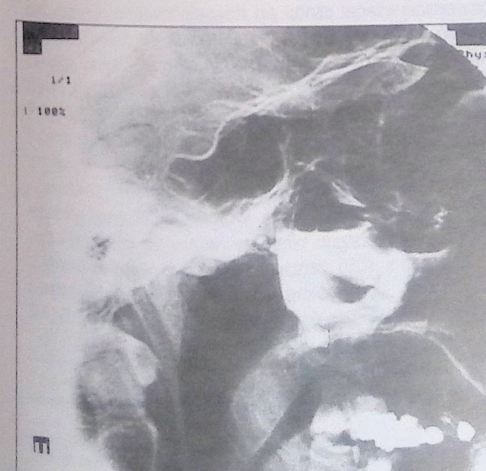
5.



6.



7.



8.

po doznanym urazie głowy ze wstrząśnieniem mózgu chory był hospitalizowany na oddziale chirurgicznym. Po 14 dniach od wypisania ze szpitala ze względu na objawy podwójnego widzenia oraz ograniczenie ruchomości ku górze i ku dołowi został skierowany do Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej. W tym przypadku rutynowe zdjęcia przednio-tyłne i boczne oczodołu nie uwidoczniły zmian pourazowych. Dopiero na podstawie wykonanej orbitografii stwierdzono złamanie dna oczodołu i powolny przeciek cienkiej strzałki kontrastu do światła zatoki szczękowej (ryc. 3 i 4)

Przypadek 3. Chory R.P. przyjęty do Kliniki z powodu złamania oczodołu prawego, zapadnięcia gałki i podwójnego widzenia. Na podstawie typowego badania rtg stwierdzono szerokie rozejście się odłamów w obrębie dolnego brzegu oczodołu. Orbitografia uwidoczniła szeroką szczelinę złamania w dolnym brzegu oczodołu z wypuklaniem się do niej tkanek miękkich. Nie zaobserwowano przeciekania kontrastu do światła zatoki szczękowej. W czasie zabiegu operacyjnego stwierdzono zmiany pourazowe o cechach dawno przebytego złamania (chory w przeszłości uprawiał boks), na które nałożyły się świeże zmiany. Po odsłonięciu szpary złamania uwolniono uwięzione tkanki miękkie. Nie uwidoczniło się połączenie z zatoką szczękową. Istniała zgodność obrazu w orbitografii ze stanem śródoperacyjnym (ryc. 5 i 6).

Przypadek 4. Chory J.J. przyjęty do Kliniki w drugiej dobie po urazie z powodu złamania kości jarzmowej. Jako powikłanie ze strony układu wzrokowego wystąpiła ślepotą prawego oka. Na zdjęciu rtg były widoczne szczeliny złamania w obrębie trzonu i łuku kości jarzmowej. Wykonana orbitografia dodatkowo uwidoczniła rozległy ubytek w tylnej części dna oczodołu z szybkim wypełnieniem się kontrastem światła zatoki szczękowej. Złamanie tylnej części dna oczodołu było przyczyną utraty widzenia prawego oka. Chorego nie operowano z powodu urazu nerwu wzrokowego (ryc. 7 i 8).

Omówienie

Z przedstawionego materiału wynika, że złamania oczodołu bywają często nie rozpoznawane klinicznie i radiologicznie bądź rozpoznawane z dużym opóźnieniem (1, 2). Tłumaczy się to tym, iż chorzy z obrażeniami twarzowej części czaszki, a szczególnie oczodołów, są często ofiarami wypadków komunikacyjnych, w których dochodzi do ciężkich wielonarządowych urazów. W związku z tym są hospitalizowani zgodnie z potrzebą na innych oddziałach. Wielokrotnie ciężki stan chorego będących zagrożeniem dla życia chorego, odwracają uwagę od obrażeń twarzowej części czaszki. Wpływa na to również fakt, że często objawy złamania oczodołu są dyskretne i pozostają nie zauważone zarówno przez lekarza, jak i chorego. Niektórzy autorzy twierdzą, że jedynie badanie komputerowe – CT lub 3CT, a także badanie NMR jest

najbardziej przydatne w rozpoznaniu złamania dolnej ściany oczodołu (4, 5, 6).

W małych ośrodkach medycznych brak dostatecznej liczby specjalistów nie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie urazów oczodołu. Skromne zaplecze techniczne pracowni rtg nie daje pełnych możliwości diagnostycznych, dlatego też chorzy zgłaszają się po dość długim okresie od urazu i bez dostatecznej diagnozy.

Evansen i wsp. uważają, że w ośrodkach, gdzie badania CT i NMR są trudno dostępne, orbitografia może być stosowana jako bezpieczny i skuteczny środek diagnostyczny (3).

Omawiane przez nas badanie kontrastowe oczodołu nie jest nową metodą. Należy podkreślić, że w wybranych przypadkach daje duże możliwości diagnostyczne szczególnie tam, gdzie tradycyjne metody radiologiczne nie pozwalają dokładnie określić obrażeń oczodołu, a objawy kliniczne niebicie świadczą o uszkodzeniu układu wzrokowego i kości twarzowej części czaszki. Orbitografia, wobec możliwości korzystania z aparatów najnowszej generacji pozwalających na wielokierunkową ocenę tkanek miękkich i kości, wydaje się godną polecenia w trudnych do oceny przypadkach złamań oczodołu.

Piśmiennictwo

1. Bartkowski S., Naturska-Targosz H., Cesarz A.: *Orbitografia w rozpoznaniu rozprężającego złamania oczodołu*. Pol. Przegl. Radiol., 1977, 40, 6, 477-479.

Praca wpłynęła do Redakcji 6 listopada 1995 r. (384)

2. Bartkowski S., Krzystkova K., Pająkowska J., Przepiórkowska E.: *Własne obserwacje w rozpoznawaniu i leczeniu rozprężającego złamania oczodołu*. Klin. Oczna, 1976, 44, 2, 775-782.
3. Evensen A., Johansen J., Udanes I., Arnesen K.: *Orbitography with new nonionising water soluble contrast medium*. Acta Ophthalmol. Copenh., 1976, 54, 6, 767-774.
4. Grove A.S. Jr.: *New diagnostic techniques for the evaluation of orbital trauma*. Trans.-Am.-Acad. Ophthalmol.-Otolaryngol., 1977, 83, 1, 626-640.
5. Mommaerts M.Y., Casselman J.W.: *Assesment of the damages by orbital "blow-out" fractures*. Acta Chir. Belg., 1993, 93, 5, 201-206.
6. Rowe-Jones J.M., Adam E.J., Moor-Gillon Y.: *Subtle diagnostic markers of orbital floor "blow-out" fracture on coronal CT*. Scan. J. Laryngol. Otol., 1993, 102, 7, 161-162.
7. Schnabel K., Stock K.W.: *Radu. Radiologische Abklärung bei Verdacht auf Orbitafraktur*. Klin.-Mbl.-Augenhk., 1993, 202, 5, 455-457.

Prace poglądowe

Klinika Oczna 1996, 98 (3): 241-247
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Rola warunków hemodynamicznych w obrębie tylnego odcinka oka w powstawaniu i rozwoju neuropatii jaskrowej

Role of haemodynamic conditions within posterior eye segment in genesis and development of glaucomatous neuropathy

Maria Hanna Nizankowska

Abstract: The contemporary literature has widely described the role of insufficiency of blood flow in glaucomatous damage. The paper presents the blood supply of the optic nerve head and the role of systemic and nocturnal hypotension, vasospasmus syndrome, carotide artery disease, location of the watershed zone in relation to the optic disc and the effects of defective autoregulation of blood flow in glaucoma. The implications of vascular risk factors in glaucoma for its prognostics and management are discussed.

Słowa kluczowe: źródła ukrwienia tarczy nerwu wzrokowego, ciśnienie perfuzji w obrębie tylnego odcinka oka, układowa hipotonia nocna w jaskrze, zespół naczynioskurczowy w jaskrze, nieprawidłowości krążenia miejscowego w jaskrze, nieskuteczność autoregulacji przepływu krwi w oku jaskrowym, destrukcyjny wpływ niedotlenienia

Key words: blood supply of the optic nerve head, perfusion pressure within posterior eye segment, nocturnal systemic hypotension in glaucoma, vasospasmus syndrome in glaucoma, abnormalities in local blood supply in glaucoma, defective autoregulation in glaucoma, effect of hypoxia on the cells and the vessels

Liczne badania kliniczne oraz rozwój technik badawczych pozwalających na coraz lepsze poznanie fizjopatologii mikrokrazenia w tylnym odcinku oka ułatwiają obecnie wyjaśnienie wielu zagadnień związanych z powstawaniem i dynamiką neuropatii jaskrowej. Pogląd, iż w oku jaskrowym przyczyną powstawania i postępu ubytków w polu widzenia (p.w.), a także zmian w obrazie tarczy nerwu wzrokowego (t.n.w.) jest – oprócz wzrostu ciśnienia wewnątrzgałkowego (T) – szereg innych czynników, staje się obecnie powszechny. Czynniki te – tzw. czynniki ryzyka w jaskrze – są z jednej strony natury genetycznej (50), z drugiej zaś – bezspornie natury hemodynamicznej (2, 4-11, 18, 26, 27, 31, 34, 35, 39-49, 53, 58-60, 69, 71, 74).

Wpływ czynnika krążeniowego na powstawanie i rozwój neuropatii jaskrowej jest szczególnie wyraźny w przypadku jaskry normalnego ciśnienia (j.n.c.) (2, 15-17, 23, 24, 29, 31, 33, 37, 48, 49, 59, 60, 69). Istnienie jaskry ze wszystkimi jej morfologicznymi i czynnościowymi cechami w oku z ciśnieniem mieszczącym się w granicach statystycznej normy już samo przez się przeczy podstawowej roli poziomu T w patogenezie neuropatii jaskrowej, tym bardziej, że w znacznym odsetku oczu, w których T przekracza tzw. „górną granicę normy”, neuropatia jaskrowa nigdy się nie rozwija.

Opracowania statystyczne dowodzące, że jaskrowe zmiany w p.w. nie przestają postępować pomimo leczenia, które utrzymuje T na poziomie ≤ 20 mm Hg, pojawiają się w piśmiennictwie światowym od wielu lat (12, 51, 64). Chauhan (13) przeprowadził długoterminową, bo trwającą średnio 7,5 lat, obserwację zachowania się zmian w p.w. w grupie 64 chorych na jaskrę pierwotną otwartego kąta (j.p.o.k.) przy średniej wieku 62,5 lat, która wykazała, że u ok. 25% chorych zmiany w p.w. postępowały przy poziomie T=14-16 mm Hg.

Z Katedry i Kliniki Okulistyki AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Maria Hanna Nizankowska

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Prof. dr hab. Maria Hanna Nizankowska
ul. Agrestowa 87
53-006 Wrocław