

NIEDOWIDZENIE u dzieci wymaga długotrwałego leczenia, między innymi przez zaslanianie oka prowadzącego. Stosowano wiele sposobów obturacji, które w różnym stopniu umożliwiały całodienne, skuteczne wyłączenie oka prowadzącego u dziecka, które pozostało bez stałej kontroli. Częste zdejmowanie zaslonki, występujące odczyny alergiczne i względy kosmetyczne, czyniły zaslanianie oka bardzo uciążliwym^{2,3}.

MATERIAŁ I METODYKA

W Poradni Okulistycznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie zastosowano miękkie soczewki kontaktowe jako obturatory u 16 dzieci w wieku od 5 do 11 lat (średnio 6,3 lat). U dzieci tych stwierdzono duży stopień niedowidzenia. Długotrwałe leczenie metodami tradycyjnymi nie przyniosło efektu. Dzieciom aplikowano szkła nagalkowe o wartościach od +8,0 do +13,0 dptr. Średnicę i promień krzywizny dobierano w zależności od uzyskanych pomiarów. Najczęściej były to wartości: 13,0—14,0 mm promień krzywizny, a średnica soczewki 8,0 mm.

Dzieci nosiły szkła kontaktowe na oko prowadzącym przez cały dzień. Na noc szkła były zdejmowane przez rodziców i poddawane odpowiedniej sterylizacji. Jednocześnie korygowano wadę wzroku oka niedowidzącego szklami okularowymi. Okres obserwacji wynosił od 6 miesięcy do 2 lat. W czasie pierwszych 6 miesięcy kontrolne badanie przeprowadzano co 7—10 dni, a następnie co 2—4 tygodnie. Sprawdzano stan soczewek obturacyjnych, badano przedni odcinek gałki ocznej i dno oka. Oznaczano ostrość wzroku, fiksację siatkówkową oraz ustawienie oczu.

WYNIKI

W trakcie leczenia stwierdzono poprawę ostrości wzroku u wszystkich dzieci. Ostrość wzroku przed leczeniem nie przekraczała 1/50 do 5/25, a po leczeniu wahała się od 5/16 do 5/10 u 6 dzieci (37,50% przypadków) oraz od 5/8 do 5/5 u 10 dzieci (62,50%). Fiksacja siatkówkowa uległa poprawie od nieustalonej u 7 (43,75%) lub paramakularnej u 9 dzieci (56,25%) do parafowolarniej 6 (37,50%) lub centralnej u 10 dzieci (62,50%). U dzieci z jednoczesnym zezem zbieżnym (12 osób — 75,0%) po założeniu soczewki kontaktowej stwierdzono równoległe ustawienie oczu, które w trakcie leczenia utrzymało się.

Soczewki kontaktowe były dobrze tolerowane u wszystkich dzieci.

Wszystkie dzieci były w dalszym ciągu intensywnie leczone za pomocą ćwiczeń pleoptyczno-ortoptycznych, odpowiedniej korekcji okularowej i dalszej obturacji.

OMÓWIENIE

Soczewki kontaktowe miękkie okazały się skutecznym środkiem w leczeniu niedowidzenia u dzieci, eliminując odczyny alergiczne na wylepce, niechęć do noszenia okularów, podglądanie spod zaslonki oraz problemy kosmetyczne.

Z Poradni Okulistycznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie, kierownik: dr med. Anna Korzekwa

ANNA KORZEKWA i PIOTR KORZEKWA

Soczewka kontaktowa miękka jako obturator u dzieci z niedowidzeniem

SOFT CONTACT LENS AS AN OBTURATOR IN CHILDREN WITH AMBLYOPIA

The authors present the results of application of a soft contact lens in 16 children. The lens has been used for obturation of the master-eye in the treatment of amblyopia. Particular attention was committed to the improvement of the visual acuity, retinal fixation and position of the eyes.

HASŁA: soczewka kontaktowa miękka, niedowidzenie, obturacja

KEY WORDS: soft contact lens, amblyopia, obturation

Ferreri i *Squeri*¹ informowali o dobrych efektach leczenia niedowidzenia za pomocą szkieł nagalkowych, a *Smulders*⁶ wskazywał na potrzebę częstszego zastosowania powyższego leczenia u dzieci z niedowidzeniem. Także *Stangler*⁷ zwraca uwagę na bardzo skuteczne i szybkie uzyskanie poprawy ostrości wzroku oka słabowidzącego po założeniu obturacyjnej soczewki kontaktowej. Okluzyjne miękkie soczewki kontaktowe mają różny stopień przyciemnienia tak, że można za ich pomocą obniżyć ostrość wzroku nawet do braku poczucia światła. Miękkie soczewki zaslaniające stosowali również z powodzeniem okuliści czescy^{3,4}. Ich zdaniem, w ciągu kilku miesięcy, można uzyskać znaczną poprawę ostrości wzroku oka niedowidzącego. Stosowane przez nich soczewki obniżały ostrość wzroku oka prowadzącego do liczenia palców przed okiem.

Stosowane w naszej poradni miękkie soczewki obturacyjne nie posiadały żadnego zabarwienia części optycznej, a odpowiednio zwiększona korekcja ograniczała ostrość wzroku do ruchów ręki przed okiem. Nie stwierdzono zmian w nabłonku rogówki oraz nie obserwowano nowotworstwa naczyniowego. Jedynie w kilku przypadkach wystąpiło poszerzenie naczyń okołorąbkowych.

Stosowanie soczewki kontaktowej miękkiej obturacyjnej jest korzystne w leczeniu niedowidzenia u dzieci.

PIŚMIENNICTWO

- Ferreri G., Squeri C.A.*: Okklusion mittels weicher Kontaktlinse bei Amblyopiebehandlung. Klin. Mbl. Augenhk. 169: 362—363 (1976). — 2. *Flick H.*: Okklusionskontaktlinsen. Klin. Mbl. Augenhk. 174: 577—583 (1979). — 3. *Krejčí L.*: Klinické poznámky k aplikaci hydrofilnych kontaktních čoček v praxi. Čs. Oftal. 37: 202—211 (1981). — 4. *Peregrin J., Kuba M., Vit F., Svěrák J.*: Nová metoda lečení amblyopie. Čs. Oftal. 38: 125—233 (1982). — 5. *Schumm V., Heidlich C.*: Die Anwendung des Rotfilters bei Amblyopie zur Vermeidung einer temporalen Fixation. Klin. Mbl. Augenhk. 169: 632—634 (1976). — 6. *Smulders M.D.*: Contact lenses tomorrow. Ophthalm. Today 634—638 (1988). — 7. *Stangler-Zuschraft E.*: Erste Erfahrungen mit zentral geschwärzten Kontaktlinsen zur Amblyopiebehandlung. Schiel. 11: 19—24 (1979).

Praca wpłynęła: 21.05.1990 (nr 5663).

GRAŻYNA MACIASZEK, KRYSZYNA IWANKIEWICZ i HANNA NIŻANKOWSKA

Uprzywilejowanie immunologiczne komory przedniej oka w świetle obserwacji znajdującego się w niej żądła pszczoły

Od ponad stu lat wiadomo, że komora przednia oka (k.p.) jest jednym z tzw. obszarów „immunologicznie uprzywilejowanych”^{1,4,5}. Taki fenomen odmiennej reakcji z tego obszaru obserwowaliśmy w poniżej przedstawionym, rzadkim przypadku utkwienia żądła pszczoły w k.p.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent J.C., lat 50, pszczelarz, zgłosił się na ostry dyżur okulistyczny w 3 dni po użądleniu go przez pszczołę w oko prawe.

Badaniem okulistycznym stwierdzono: vis. o.d. 1,0. Gałka oczna delikatnie zrażdziona głęboko. W kwadrancie dolnoskroniowym rogówki, na godz. 7.00 widoczna część proksymalna żądła tkwiąca jednym końcem w blaszce granicznej tylnej, drugim sterząca do k.p. Ułamana część dystalna widoczna na granicy brzęgu żrenicznego tęczówki. Pofałdowanie blaszki granicznej tylnej, objaw tyndalizacji płynu komorowego i sektorowe przekrwienie tęczówki. Żrenica dobrze reagująca, okrągła. Soczewka, szkliska i dno oka bez zmian. Stan oka lewego również bez zmian patologicznych.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzono nieznacznie podwyższoną leukocytozę (11.000).

Zabieg usunięcia żądła z rogówki i k.p. wykonano z cięcia w rąbku chirurgicznym, na długości ok. 100° w kwadrantach skroniowych. Pincetą usunięto część proksymalną żądła, a następnie część dystalną, która podczas manipulacji ułożyła się na przedniej torbecce soczewki, dalszym końcem podążając w kierunku komory tylnej. Po zaopatrzeniu rany operacyjnej podano podspójnikowo gentamycynę z dexametazonem.

Okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań, pacjent został wypisany z pełną ostrością wzroku o.p., niewielką plamką rogówki w miejscu użądlenia oraz punktowatym zmętnieniem na przedniej torbecce soczewki na godz. 8.00. Powstało ono bądź wskutek nakłucia soczewki w momencie „wstrzelenia” żądła, które prawdopodobnie w wyniku uderzenia złamało się na dwie części, bądź podczas chirurgicznego usuwania części dystalnej.

OMÓWIENIE

W opisywanym przypadku interpretacji wymaga fakt istnienia minimalnych objawów zapalnych, ograniczających się do sektorowego przekrwienia tęczówki i tyndalizacji płynu komorowego, pomimo tkwiącego od 3 dni w komorze przedniej żądła, a przede wszystkim dostania się do niej jadu pszczelnego o silnych właściwościach antygenowych. Jak wiadomo, użądlenie owadów

Z Oddziału Okulistycznego W.Sz.Z. we Wrocławiu, ordynator: dr med. Krystyna Iwankiewicz i z Kliniki Okulistycznej, kierownik: prof. dr med. Piotr Hańczyk

Reprint requests to: Dr Grażyna Maciaszek, ul. Śliczna 30 m. 17; 50-550 Wrocław, Poland

THE IMMUNOLOGICAL PRIVILEGE OF THE ANTERIOR CHAMBER IN THE LIGHT OF OBSERVATION OF A BEE STING INSIDE IT

The authoresses present a case of a bee sting sticking for 3 days in the anterior chamber. It did not provoke any inflammatory changes except of a sector hyperemia of the iris and aqueous flare. After a surgical removal of the sting these symptoms receded. The lack of reaction to the bee poison is considered in the light of a humoral reaction and of the phenomenon of Anterior Chamber Associated Immune Deviation (ACAID) the essence of which is based on the suppression of the late type of sensitivity.

HASŁA: przywilej immunologiczny oka, odchylenie immunologiczne związane z przednią komorą oka, żądło pszczoły w komorze przedniej

KEY WORDS: immunological privilege of the eye, anterior chamber associated immune deviation, bee sting in anterior chamber

z rzędu *Hymenoptera* (Błonkoskrzydłe), prowokuje zwykle silny odczyn miejscowy, a niekiedy nawet gwałtowne alergiczne reakcje ogólnoustrojowe pod postacią wstrząsu anafilaktycznego⁸.

Umieszczenie żądła w wewnętrznych warstwach rogówki i komorze przedniej pozwala wyeliminować rolę nabłonka i znajdujących się w nim obwodowo nielicznych komórek *Langerhansa* w odpowiedzi immunologicznej. Antygen został wstrzyknięty bezpośrednio do komory przedniej, obszaru znanego z odmienności reakcji immunologicznych. Do niedawna sądzono, że jest ona wynikiem braku drenażu limfatycznego w k.p., a tym samym zablokowania łuku wstępującego odpowiedzi immunologicznej¹.

Dodatkowym elementem, który zdawał się blokować także fazę indukcji odpowiedzi humoralnej, jest brak na przedniej powierzchni tęczówki, śródbłonku rogówki oraz w *trabeculum* komórek dendrytycznych pełniących funkcję „prezentacji antygenów”⁶. Jak wykazują badania doświadczalne, odpowiedź humoralna istnieje jednak, a wg prac *Kaplana* i współpr.⁵ jest ona co najmniej tak silna, jak przy dożylnym podaniu antygeny.

Badania nad allogenicznymi przeszczepami tkankowymi do k.p. dowiodły także, że układ immunologiczny jest informowany o pojawieniu się w niej antygeny. Informacja ta przechodzi nie drogą limfatyczną, a drogą krwi¹⁻⁴. Ta specyficzna prezentacja inicjuje odpowiedź immunologiczną aktywną, aczkolwiek paradoksalną. Nosi ona nazwę „odchylenia immunologicznego związanego z przednią komorą oka” (*Anterior Chamber Associated Immune Deviation* — ACAID). Jej istota polega na supresji późnej fazy nadwrażliwości na antygen. Ta selektywna supresja nadwrażliwości typu późnego w oku (podobnie jak w mózgu) jest uważana za swoisty mechanizm obronny organów, w których integralność anatomiczna jest warunkiem zachowania funkcji⁴.

Z doświadczenia klinicznego wiadomo jednak, że ten „kompromis” pomiędzy okiem, a układem immunologicznym w pewnych okolicznościach patologicznych zogicznym staje przerwaną i nadwrażliwość typu późnego pojawia się w postaci stanu zapalnego błony naczyniowej, co jednakże nie miało miejsca w przedstawionym przypadku.

PIŚMIENNICTWO

1. Adler F.H.: Physiology of the Eye, 38—39 (1981).
2. Arkin W.: Przeszczepienie rogówki, 283—294

(PZWL, Warszawa 1969). — 3. Davson H.: Physiology of the eye. (Churchill, Edinburgh 1972). — 4. Faure J.P., Bloch-Michel E., Le Hoang P., Vadot E.: Immunopathologie de l'oeil. (Masson, Paris 1988). — 5. Kaplan H.J., Streilein J.W., Stevens T.R.: Transplantation immunology of the anterior chamber of the eye. II. Immune response to allogenic cells. J. Immunol. 115: 805—810 (1975). — 6. Ptak W.: Podstawy immunologii. (PZWL, Warszawa 1987). — 7. Raki A., Garner A.: Immunopathology of the Eye. (1976). — 8. Thoru G., Adams R.: Principles of Internal Medicine, 392—393 (1977). — 9. Smolin G., Thofte R.: The Cornea, 97—98 (1983).

Praca wpłynęła: 20.04.1990 (nr 5658).

(cd. ze str. 15)

w 120 przypadkach po operacji zaćmy wykonanej zewnątrzobrotowo. W 96% przypadków w pierwszym dniu po zabiegu obserwowano przerwanie bariery krwi—ciężka wodnista. W 80% przypadków obserwowano normalizację wartości białka między piętastym a trzyciąstym dniem po zabiegu; w 20% przypadków obserwowano nadal podwyższony poziom białka. W 3 przypadkach w 6 miesięcy po zabiegu stwierdzano jeszcze podwyższony poziom białka w komorze przedniej.

Zofia Donotek-Barecka

AMBLER J.S., GASS J.D.M., GUTMAN F.A.: Objawowe rozwarstwienie — odwarstwienie siatkówki obejmujące plamkę (*Symptomatic retinoschisis — detachment involving the macula*). Amer. J. Ophthal. 112: 8—14 (1991).

Rozwarstwienie siatkówki jest dość częstym zaburzeniem obwodowej siatkówki i jest prawie zawsze bezobjawowe. W momencie kiedy w zewnętrznej warstwie siatkówki nastąpi przedarcie, dochodzi do odwarstwienia siatkówki. Odwarstwienie jest wówczas również prawie zawsze bezobjawowe, rzadko postępuje i rzadko wymaga leczenia. Autorzy doniesienia leczili rzadkie powikłania rozwarstwienia — odwarstwienia siatkówki w 4 oczach u 3 pacjentów. W tych 4 oczach tylnie położone rozwarstwienie — odwarstwienie siatkówki stało się objawowe na skutek rozprzestrzenienia się płynu pod zewnętrzną warstwę siatkówki w obszarze plamki. Połączenie fotokoagulacji laserowej z interwencją chirurgiczną jako jedyne postępowanie zastosowano w czwartym oku. Wykonano fotokoagulację laserową a następnie drenaż zewnętrzny płynu z jamy rozwarstwienia i dogławkowe podanie gazu. Po zabiegu pacjent był

ułożony w pozycji twarzą w dół. W dalszej kolejności zastosowano fotokoagulację laserową z uwagi na utrzymujący się płyn podsiatkówkowy. Płyn wolno wchłaniał się a całkowite przyłożenie siatkówki nastąpiło w okresie roku po interwencji chirurgicznej. Witrektomia i podanie dogławkowe gazu jest inną możliwością leczenia i daje dobre rezultaty. Może być to połączone z wewnętrznym lub zewnętrznym drenażem płynu podsiatkówkowego. W obecnej chwili nie ma jednoznacznie najlepszej metody leczenia tego typu schorzenia.

Małgorzata Guzińska

SNEED S.R., SIEVING P.A.: Dystrofia plamki z okienkowym odblaskiem (*Fenestrated sheen macular dystrophy*). Amer. J. Ophthal. 112: 1—7 (1991).

Dystrofia plamki z okienkowym odblaskiem jest rzadko spotykaną chorobą. Jest ona dziedziczna w sposób autosomalnie dominujący. Ta dystrofia plamki charakteryzuje się we wczesnych stadiach małymi, czerwonymi, ograniczonymi zmianami zlokalizowanymi w głębokiej nerwowo-zmysłowej warstwie siatkówki. Są to jedynie zmiany barwnikowe a nie w postaci zgrubienia czy ścięczenia siatkówki. Autorzy badali rodzinę, w której występuje dystrofia plamki z okienkowym odblaskiem. Dotknięci tą chorobą członkowie tej rodziny prezentowali zmiany w plamce w postaci czerwonych uszkodzeń. Centralna ostrość wzroku pozostawała prawidłowa pomimo nieprawidłowości w plamce. W obwodowej siatkówce występowały także ziarnistości w nabłonku barwnikowym. Autorzy doniesienia zapowiadają dłuższą obserwację tych pacjentów co pozwoli na pogłębienie wiedzy na temat tej ciekawej plamkowej dystrofii.

Małgorzata Guzińska

(cd. na str. 33)

IMO coraz doskonalszych metod diagnostycznych spotykamy w codziennej praktyce przypadki, w których rozpoznanie jest niezwykle trudne. Dotyczy to zwłaszcza chorych, u których wzniernikowa ocena dna oczu jest niemożliwa i musimy opierać się na metodach pośrednich.

W tym doniesieniu przedstawiamy przypadek tego typu.

PRZYPADKOWY WŁASNY

Pacjent S.K., hist. chor. 14630/889, zgłosił się przypadkowo do okulisty rejonowego z powodu uczucia ciała obcego w oku lewym. W trakcie badania stwierdzono wtedy obniżoną znacznie ostrość wzroku w oku lewym oraz utrudniony wgląd w tylny odcinek gałki ocznej. Chory został skierowany do rejonowego oddziału okulistycznego. Tam w badaniu USG stwierdzono pierwotne odwarstwienie siatkówki. Zaproponowano hospitalizację za około 2 miesiące.

W związku z tym pacjent zgłosił się do naszej kliniki. W wykonanym 21.09.88 r. badaniu USG stwierdzono podejrzenie guza wewnątrzgałkowego w oku lewym z towarzyszącym odwarstwieniem siatkówki. Chory został przyjęty do kliniki.

Pacjent nie potrafił podać od jak dawna gorzej widzi okiem lewym. Prawdopodobnie przed 1,5 rokiem wystąpiły zaburzenia widzenia stereoskopowego.

W chwili przyjęcia stwierdzono: ostrość wzroku oka prawego 1,0 cc +1,0 Dsph; P.o.d. 5/5,5. Odcinek przedni i dno w normie. Ostrość wzroku oka lewego — pocucie światła bez rzutowania. Odcinek przedni: spojówka przekrwiona, rogówka z lekkim obrzękiem nabłonka, w komorze przedniej od tyłu smuga krwi i rozproszone krwinki. Rysunek tęczówki zatarty, widoczne liczne, kręte naczynia (*rubeosis*). W ciele szklistym widoczne mglisto szare błony. Dalsze odcinki niedostępne badaniu. Ciśnienie śródgałkowe waha się od 25 do 60 mm Hg.

Wyniki podstawowych badań laboratoryjnych w normie. Kolejne badania USG nie dawały jednoznacznych wyników (ryc. 1). Diafanoskopia przednia ujemna. Tomografia komputerowa: gałka oczna lewa nieznacznie



Ryc. 1. Badanie USG — widoczna zmiana w ciele szklistym.

Z Kliniki Okulistycznej AM w Warszawie, kierownik: prof. dr med. Tadeusz Kęćik

Reprint requests to: Dr Dariusz Kęćik, ul. Maklakiewicza 13 m. 30; 02-642 Warszawa, Poland

DARIUSZ KĘCIK I JERZY MIANOWICZ

Nietypowy obraz kliniczny czerniaka naczyniówki

ATYPICAL CLINICAL PICTURE OF AN UVEAL MELANOMA

Presented is a case of uveal melanoma in the posterior segment of the eye. It has been accompanied by an inflammatory reaction of the anterior segment which made impossible the visual evaluation of the fundus.

HASŁA: czerniak naczyniówki, irydocyklitis, trudności diagnostyczne

KEY WORDS: uveal melanoma, iridocyclitis, diagnostic difficulties

powiększona i o zwiększonym wysyceniu. Nie stwierdzono guza wewnątrzgałkowego.

Badanie reograficzne wykazało obecność obszaru o zwiększonym ukrwieniu. Obraz taki może odpowiadać czerniakowi. W badaniu rtg oczodołu lewego nie stwierdzono zmian patologicznych. Badanie w kierunku brucelozы, toxocara, toxoplazma w granicach normy. Badanie USG narządów jamy brzusznej bez zmian patologicznych. W badaniu rtg klatki piersiowej stare zmiany po przebytych procesach gruźliczym.

W tej sytuacji podjęto próbę leczenia farmakologicznego. Pacjent otrzymał: ampicylinę, syntarpen, diuramid. Do oka lewego pilokarpinę i timolol. Nie wpłynęło to jednak na poprawę stanu miejscowego.

Po licznych konsultacjach zdecydowano się usunąć gałkę oczną. Zabieg wykonano 22.11.1988 roku w sposób typowy. Po operacji pobrano płyn z komory przedniej na badanie cytologiczne i mikrobiologiczne oraz ciało szkliste do badania mikrobiologicznego i mykologicznego. Następnie gałkę oczną przecięto. Stwierdzono całkowite odwarstwienie siatkówki, żółty płyn wypełniający jej wnętrze oraz płaski biały guz wysięcający cały tylny odcinek gałki, grubości od 1 do 2 mm (ryc. 2).

Badanie histopatologiczne (nr 16817—16819) wykazało: *Melanoma malignum* — guz bardzo płaski, nie naciekający ściany gałki ocznej ani nerwu wzrokowego. W ciele szklistym ani w płynie z komory przedniej nie



Ryc. 2. Gałka oczna po usunięciu — widoczny płaski guz.