

ne do rozpoznania stożka rogówki, to jednak w początkowym stadium schorzenia metoda ta znacznie ułatwia diagnozę. Pomaga ponadto w dobieraniu soczewek kontaktowych, monitorowaniu postępowania zmian oraz w podejmowaniu decyzji o keratoplastyce. Szczególnego znaczenia nabiera ona przy kwalifikowaniu chorych do zabiegów chirurgii refrakcyjnej oraz przy pracach nad genetycznymi uwarunkowaniami stożka rogówki. Zastosowanie powyższej metody oceny ilościowej zapewni dużą specyficzność i czułość testu (5), co czyni ją przydatną do wszechstronnej oceny topograficznej stożka rogówki (ryc. 2).

#### Piśmiennictwo

1. Amsler M.: *Le keratocone fruste au Javal*. Ophthalmologica, 1938, 96, 77-83.
2. Gierek-Łapińska A., Wyględowska D., Gierek-Ciaciura S., Mrukwa E.: *Atlas topografii rogówki*. Volumed, Wrocław, 1995.
3. Klyce S.D.: *Computer-assisted corneal topography. High resolution graphic presentation and analysis of keratometry*. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci., 1984, 25, 1426-1439.
4. Krachmer J.H., Feder R.S., Belin M.W.: *Keratoconus and related noninflammatory corneal thinning disorders*. Surv. Ophthalmol., 1984, 28, 293-322.
5. Maeda N., Klyce S.D., Smolek M.K.: *Comparison of methods for detecting keratoconus using videokeratography*. Arch. Ophthalmol., 1995, 113, 870-874.
6. Maguire L.J., Bourne W.M.: *Corneal topography of early keratoconus*. Am. J. Ophthalmol., 1989, 108, 107-112.

7. Maguire L.J., Klyce S.D., McDonald M.B., Kaufman H.E.: *Corneal topography of pellucid marginal degeneration*. Ophthalmology, 1987, 94, 519-524.
8. Perry H.D., Buxton J.N., Fine B.S.: *Round and oval cones in keratoconus*. Ophthalmology, 1980, 87, 905-909.
9. Placido A.: *Novo instrumento par analyse immediate des irregularidades de curvatura de cornea*. Periodico Oftalmologia Practica, 1880, 6, 44-49.
10. Rabinowitz Y.S., Garbus J., McDonnell P.J.: *Computer-assisted corneal topography in family members of patients with keratoconus*. Arch. Ophthalmol., 1990, 108, 365-371.
11. Rabinowitz Y.S., McDonnell P.J.: *Computer-assisted corneal topography of keratoconus*. Refract. Corneal Surg., 1989, 5, 400-408.
12. Rowsey J.J., Reynolds A.E., Brown R.: *Corneal topography: corneoscope*. Arch. Ophthalmol., 1981, 99, 1093-1100.
13. Wilson S.E., Lin D.T.C., Klyce S.D.: *Corneal topography of keratoconus*. Cornea, 1991, 10, 2-8.
14. Wilson S.E., Lin D.T.C., Klyce S.D., Insler M.S.: *Terien's marginal degeneration: corneal topography*. Refract. Corneal Surg., 1990, 6, 15-20.
15. Wilson S.E., Lin D.T.C., Klyce S.D., Reidy J.J., Insler M.S.: *Topographic changes in contact-lens-induced corneal warpage*. Ophthalmology, 1990, 97, 734-744.

Praca wpłynęła do Redakcji 15 stycznia 1996 r. (408)

## Prace oryginalne

Klinika Oczna 1997, 99 (1): 25-28  
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

## Zewnątrztorebkowe usunięcie zaćmy z wszczepieniem sztucznej soczewki w oczach po operacjach przeciwjaskrowych

### Extracapsular cataract extraction with intraocular lens implantation after glaucoma surgery

Aleksandra Synder, Michał Kowalski, Wojciech Omulecki, Bazyl Bogorodzki

**Purpose:** To analyse results of cataract surgery with intraocular lens implantation in eyes with previous glaucoma surgery. **Material and methods:** In the years 1994-1996 in 44 eyes of 39 patients (13 males and 26 females) cataract surgery was performed. The follow-up ranged from 3 to 12 months (mean 8.5 months). The time interval between glaucoma surgery and cataract surgery ranged from 1 month to 40 years. The most frequent kind of glaucoma surgery was trabeculectomy (77.3%). An inverse corneal incision and envelope capsulotomy was performed in every eye, thirty eight percent required synechiolysis and twenty percent iridoplastic surgery. **Results:** Intraoperatively there were 2 cases of posterior capsule tears with vitreous loss and 4 mild hemorrhages into anterior chamber. The most common postoperative complications were Descemet's membrane folds (36.4%), fibrinous exudate in anterior chamber (27.3%) and transient corneal oedema (9.2%). Fifty percent of eyes achieved the best corrected visual acuity - 5/8 and better. Postoperative astigmatism mostly with the rule was observed in 86.4% eyes. Postoperative intraocular pressure was unchanged in 81.8% eyes, and in 13.8 percent of eyes preoperative glaucoma medication was no longer required. **Conclusions:** The technique of extracapsular cataract extraction with intraocular lens implantation is a safe procedure giving good visual rehabilitation and having no influence on glaucoma control in patients who had previous glaucoma surgery.

**Słowa kluczowe:** operacja przeciwjaskrowa, operacja zaćmy, wszczepienie soczewki

**Key words:** glaucoma surgery, cataract surgery, intraocular lens implantation

Zaćma i jaskra często występują jednocześnie u ludzi w starszym wieku. Powyżej 40. roku życia częstotliwość występowania jaskry w całej populacji wynosi 2,5%, a wśród osób chorujących na zaćmę dotyczy ona aż 4,5% przypadków (4). Gdy oba schorzenia wymagają leczenia operacyjnego, można wykonać jednocześnie usunięcie zaćmy z wszczepieniem sztucznej soczewki i trabekulektomię lub przeprowadzić zabieg przeciwjaskrowy, a w późniejszym okresie usunąć zaćmę. U chorych z jaskrą prostą często konieczne jest przeprowadzenie operacji filtrujących wtedy, gdy nie mają jeszcze żadnych objawów zaćmy. Szybsze postępowanie zmętnień soczewek u osób,

które wcześniej przebyły takie zabiegi, jest powszechnie znane (6, 17, 22). Rośnie więc stale grupa osób, u których konieczne jest usunięcie zmętniałej soczewki w oczach już operowanych z powodu jaskry.

Celem pracy była ocena ostrości wzroku, powikłań śród- i pooperacyjnych, wpływu przeprowadzonego zabiegu na ciśnienie śródgałkowe oraz niezborności pooperacyjnej po usunięciu zaćmy w oczach z wcześniej przebytą operacją przeciwjaskrową.

#### Materiał i metodyka

W okresie od lipca 1994 do czerwca 1996 roku w Klinice Chorób Oczu AM w Łodzi wykonano 44 zabiegi usunięcia zaćmy z wszczepem sztucznej soczewki w oczach po uprzednio przebytych zabiegach przeciwjaskrowych.

Ogółem operowano 39 osób (44 oczu), w tym 13 mężczyzn (16 oczu) i 26 kobiet (28 oczu) w wieku od 63 do 93 lat (średnio 74,3 roku). Okres obserwacji wynosił od 3 do 12 miesięcy (średnio 8,5 miesiąca).

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

Adres do korespondencji (Reprint requests to):  
Dr med. Aleksandra Synder  
ul. Filarecka 3  
94-216 Łódź

Tabela I: Czas trwania jaskry  
Table I: Duration of glaucoma

Wiek w latach Years	Liczba chorych Number of patients
0,5-5	17
6-10	6
11-15	8
15-40	8
Średnio – 10 Mean	Razem – 39 Total

Tabela II: Rodzaj zabiegów przeciwjaskrowych  
Table II: Type of glaucoma surgery

Rodzaj zabiegu Type of surgery	Liczba oczu Number of eyes
Trabekulektomia Trabeculectomy	34
Elliot-Fronimopoulos	7
Indenoleisis	2
Indektomia obwodowa Peripheral iridectomy	1
Razem / Total	44

Czas występowania jaskry wynosił od pół roku do 40 lat, średnio 10 lat (tab. I).

Najczęściej wykonywanym zabiegiem przeciwjaskrowym była trabekulektomia – 77,3% oczu (tab. II).

Czas od zabiegu przeciwjaskrowego do usunięcia zaćmy wynosił: po trabekulektomii od 1 miesiąca do 7 lat (średnio 2,2 roku), po zabiegu Elliota-Fronimopoulosa od 12 do 40 lat (średnio 19,7 roku), po indenoleisis od 20 do 24 lat (średnio 22 lata), po obwodowej iridektomii 10 lat.

We wszystkich oczach wykonano odwrotne cięcie rogówkowe i wszczępienie sztucznej soczewki tylnokomorową metodą koperty. W 17 oczach (38,6%) konieczne było oddzielenie zrostów tylnych, w 9 (20,4%) nacięcie i późniejsze zeszyście tęczęwki. Dodatkowe obwodowe wycięcie tęczęwki wykonano w 2 przypadkach (4,6%).

Tabela III: Powikłania pooperacyjne  
Table III: Postoperative complications

Rodzaj powikłania Complication	Liczba oczu Number of eyes	%
Pofałdowanie błony Descemet'a Descemet's membrane folds	18	38,3
Włóknisty wysięk w komorze przedniej Fibrous exudate in anterior chamber	12	27,3
Przemijający obrzęk rogówki Transient corneal oedema	4	9,2
Resztki mas kolorowych w komorze przedniej Residual cortex in anterior chamber	2	4,6
Podwyższone ciśnienie śródgałkowe Increased intraocular pressure	1	2,3
Odlączenie naczyniówki Chorioidal detachment	1	2,3
Razem Total	44	100,0

## Wyniki

W czasie zabiegu w 2 oczach doszło do przedarcia tylnej torebki soczewki z upływem ciała szklistego. W 4 przypadkach wystąpiło niewielkie krwawienie z tęczęwki.

We wczesnym okresie pooperacyjnym najczęstszym powikłaniem było pofałdowanie błony Descemet'a – 36,4% oczu, włóknisty wysięk w komorze przedniej – 27,3% oczu oraz przemijający obrzęk rogówki – w 9,2% oczu. Pozostałe powikłania, takie jak resztki mas soczewkowych w komorze przedniej, odlączenie naczyniówki i zwyczajka ciśnienia śródgałkowego w pierwszych dwóch dobach po zabiegu stanowiły znikomy odsetek (tab. III).

Wartości ostrości wzroku przed i po zabiegu przedstawiono w tabeli IV. Prawie 80% oczu uzyskało dobrą ostrość wzroku (powyżej 5/25), a 50% bardzo dobrą (powyżej 5/8).

Pooperacyjna niezborność, badana 3 miesiące po zabiegu, wystąpiła w 38 oczach (86,4%). W 35 przypadkach była to niezborność prosta, od 1 do 6 D (średnio 2,5 D), w 6 niezborność odwrócona od 0,5 do 1,5 D (śr. 1 D).

W okresie obserwacji, nie zmienione w porównaniu z okresem przedoperacyjnym, ciśnienie śródgałkowe stwierdzono w 36 oczach (81,8%). W 6 przypadkach (13,7%) ciśnienie obniżyło się, co pozwoliło na zaprzestanie stosowania dotychczasowego leczenia miejscowego. Jedynie w 2 oczach (4,5%) konieczne było włączenie dodatkowych leków przeciwjaskrowych (tab. V).

## Omówienie

W piśmiennictwie zostały opisane różne metody usuwania zaćmy po przebytych operacjach przeciwjaskrowych. Yasuna (24), Regan i Day (16) wykonywali z dobrymi wynikami usunięcie zaćmy przez cięcie w obszarze pęczeryzka filtracyjnego. Hutchinson stosował cięcie w rąbku rogówki od dołu (5). Tą metodą operowali również Baloglou i wsp. (1). Ostatnio większość autorów, podobnie jak my, aby uniknąć uszkodzenia pęczeryzka filtracyjnego, preferuje cię-

Tabela IV: Ostrość wzroku przed i po zabiegu  
Table IV: The best corrected visual acuity before and after surgery

Ostrość wzroku Visual acuity	Przed zabiegiem Before	%	Po zabiegu After	%
l. p. -1/50	17	38,6	2	4,6
2/50-5/50	10	22,8	7	15,9
5/25-5/10	17	38,6	13	29,5
5/8-5/5	–	–	22	50
Razem Total	44	100	44	100

cie rogówkowe (7, 10, 13, 15, 20). W naszym materiale poprawę ostrości wzroku powyżej 5/25 uzyskaliśmy w 79,5% oczu, w tym w granicach 5/8-5/5, w 50%, co jest porównywalne z wynikami osiągniętymi przez innych autorów (2, 9, 12, 15, 23). Odsetek oczu z ostrością wzroku powyżej 5/8 był co prawda istotnie niższy niż u pacjentów po operacji zaćmy bez współistniejącej jaskry, gdzie wynosi od 76 do 94% (2, 8, 11), ale można było spodziewać się tego ze względu na uszkodzenie narządu wzroku, spowodowane samą jaskrą. Jedynie w 4 przypadkach nie uzyskano poprawy ostrości wzroku ze względu na starcze zwyrodnienie płamki (2 oczu) oraz prawie dokonany zanik nerwu wzrokowego (2 oczu).

Usunięcie zaćmy z wszczępieniem soczewki tylnokomorowej ma korzystny wpływ na obniżenie ciśnienia śródgałkowego (15). Soczewka tylnokomorowa pogłębia kąt przesaczenia powodując napięcie beleczkowania przez jej część haptyczną, co ułatwia odływ cieczy wodnistej (14). U naszych chorych przedoperacyjne ciśnienie śródgałkowe było w większości przypadków unormowane (średnia wartość – 16,9 mmHg). Nie zmieniło się znacząco w okresie pooperacyjnym u 81,8% chorych, ale aż w 13,7% przypadków ciśnienie obniżyło się, co pozwoliło na zaprzestanie stosowania dotychczasowego leczenia. Jedynie 4,5% oczu wymagało dodatkowego leczenia przeciwjaskrowego. Jest to odsetek mniejszy niż podają inni autorzy (od 9 do 15%) (2, 13, 24).

Wśród powikłań śródoperacyjnych najpoważniejszy był upływ ciała szklistego spowodowany przedarciem torebki tylnej, który wystąpił w 2 przypadkach. W oczach tych, po wykonaniu przedniej witrektomii, wszczępiłiśmy soczewki przedniokomorowe. Chitkara (2) opisuje, że najczęściej występującym powikłaniem w jego materiale było przedarcie obwódki rzęzkowej – dwoje oczu, oraz niezamierzone wewnątrzrebkowe usunięcie zaćmy po okrzężnej kapsuloreksji – jedno oko. Pecoldowa (15) przedstawia przypadek wzrostu ciśnienia śródgałkowego, spowodowany ograniczonym krwotokiem naczyniówkowym z następnym pęknięciem torebki i upływem ciała szklistego, co uniemożliwiło wszczępienie soczewki. Obserwowane przez nas powikłania pooperacyjne, jak wystąpienie wysięku włóknistego w komorze przedniej, przemijający obrzęk rogówki, przejściowy wzrost ciśnienia oraz odlączenie naczyniówki, opisywali także inni autorzy (2, 15, 18, 19, 23).

Niezborność pooperacyjna wystąpiła w 86,4% operowanych oczu. Tak duży odsetek niezborności

Tabela V: Ciśnienie śródoczne po zabiegu w stosunku do okresu przedoperacyjnego  
Table V: Postoperative glaucoma control in relation to preoperative period

Ciśnienie śródoczne Intraocular pressure	Liczba oczu Number of eyes	%
Nie zmienione Unchanged	36	81,8
Obniżone Decreased	6	13,7
Podwyższone Increased	2	4,5
Razem Total	44	100,0

związany jest głównie z rodzajem wykonywanego cięcia. Stwierdzono, że stopień niezborności po cięciu rogówkowym jest dużo wyższy niż po cięciu rogówkowo-twardówkowym. Wykazały to prace Steinbacha (21) i Cosimira (3). Duże znaczenie ma także długość rany. Cięcie długości 10-11 milimetrów daje średnią niezborność około 3 D (3).

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że zewnątrzebkowe usunięcie zaćmy z wszczępieniem sztucznej soczewki po przebytych zabiegach przeciwjaskrowych, pomimo dodatkowych trudności operacyjnych spowodowanych sztywną, wąską źrenicą czy częstą obecnością zrostów tylnych, jest zabiegiem stosunkowo bezpiecznym, dającym chorym szansę na znaczną poprawę ostrości wzroku i nie wpływającym ujemnie na przebieg jaskry.

## Piśmiennictwo

- Baloglou P., Matta C., Asdourian K.: *Cataract extraction after filtering operations*. Arch. Ophthalmol., 1972, 88, 12-14.
- Chitkara D.H., Smerdon D.L.: *Cataract extraction after glaucoma surgery*. Eur. J. Implant Ref. Surg., 1995, 7, 14-16.
- Cosimir A.: *Postoperative Astigmatism*. Surv. Ophthalmol., 1987, 31, 219-248.
- Hirschman H.: *Lens implantation in glaucoma. Current concepts in cataract surgery*. C.V. Mosby, 1978, 275-276.
- Hutchinson B.T.: *Cataract extraction from below after filtering surgery*. Current concepts in cataract surgery. C.V. Mosby, 1978, 276-278.
- Jerdnal T., Lundstrom M.: *330 trabeculectomies – a long time study (3-5, 5y)*. Acta Ophthalmol., 1980, 58, 947-956.
- Kałużny J.: *Chirurgia soczewki*. Volumed, Wrocław, 1994, 6.

8. Kałużny J., Szweda E., Smyk A.: 250 operacji wszczepienia sztucznej soczewki tylnokomorowej. *Klin. Oczna*, 1988, 90, 337-338.
9. Kammann J., Nuckel A., Lucking W.: *Hinterkammerlinsen – Implantation bei Glaukom*. Fort. Ophthalmol., 1985, 82, 183-185.
10. Kondo T.: *Cataract extraction after filtering operation*. *Glaucoma*, 1979, 1, 165.
11. Kraff M.C., Sanders D.R., Lieberman H.L.: *The results of posterior chamber lens implantation*. *J. Am. Intraocul. Implant. Soc.*, 1983, 9, 148-150.
12. Kusber M., Aust W.: *Kunststofflinsen – Implantation bei Katarakt – Patienten mit Glaucom*. *Klin. Monatsbl. Augenheikd.*, 1991, 198, 185-189.
13. Oyakawa R.T., Maumenee A.E.: *Clear-cornea cataract extraction in eyes with functioning filtering blebs*. *Am. J. Ophthalmol.*, 1982, 93, 294-298.
14. Payer H., Payer G.: *Intraoculare Drucksenkung nach hinten gewinkelten Ziliarkörpergestützten Sienskey – Hinterkammerlinsen in normotonen Augen*. *Klin. Monatsbl. Augenheikd.*, 1983, 183, 381-383.
15. Pecold K., Dałkowska A.: *Wszczepienie soczewki w oku z jaskrą*. *Klin. Oczna*, 1993, 95, 60-64.
16. Regan E.F., Day R.M.: *Cataract extractions and filtering procedures*. *Am. J. Ophthalmol.*, 1971, 71, 331.
17. Schaffer R.N., Rosenthal G.: *Comparison of cataract incidence in normal and glaucomatous population*. *Am. J. Ophthalmol.*, 1970, 69, 368-371.
18. Simmons S.T.: *Symposium on the laser ophthalmology and glaucoma update*. C.V. Mosby, 1985.
19. Simmons S.T., Litoff D., Nichols D.A., Sherwood M.B., Spaeth G.L.: *Extracapsular cataract extraction and posterior chamber intraocular lens implantation combined with trabeculectomy in patients with glaucoma*. *Am. J. Ophthalmol.*, 1987, 104, 465-470.
20. Spaeth G.L.: *Cataract extraction following previous filtering procedures*. *Current concepts in cataract surgery*. C.V. Mosby, 1978, 279-281.
21. Steinbach P.D., Gerhardt G.: *Postoperativer Astigmatismus und Visus nach Katarakt-extraction bei unterschiedlichem operativem Vorgehen*. *Klin. Monatsbl. Augenheikd.*, 1978, 172, 305-312.
22. Sugar S.H.: *Post-operative cataract in successfully filtering glaucomatous eyes*. *Am. J. Ophthalmol.*, 1970, 69, 740-746.
23. Szaflik J., Liberek I.: *Metody postępowania chirurgicznego w jaskrze powikłanej zaćmą*. *Nowa Medycyna*, 1996, 12, 19-24.
24. Yasuna E.: *Cataract section through site of filtering blebs: follow-up on seventy cases*. *Current concepts in cataract surgery*. C.V. Mosby, 1978, 278-279.

Praca wpłynęła do Redakcji 8 stycznia 1997 r. (513)

## Prace oryginalne

Klinika Oczna 1997, 99 (1): 29-32  
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

## Ocena trafności rozpoznania nowotworu wewnątrzgałkowego w materiale własnym z lat 1985-1994

Assessment of accuracy of intraocular tumor diagnosis in 1985-1994

Iwona Cieślińska, Józef Kałużny

**Aim:** Assessment of the correlation between the clinical diagnosis of intraocular tumor and anatomopathologic findings.  
**Material and methods:** Retrospective analysis of the results of the treatment in the groups of adults and children during the period of 1985-1994.

**Results:** In all 35 cases of adults *melanoma malignum* was diagnosed and confirmed anatomopathologically. In 7 among 20 children the appearance of tumor was not confirmed by anatomopathologic findings.

**Conclusions:** Special attention should be paid to the improvement of intraocular tumor diagnosis, particularly in children.

**Słowa kluczowe:** guzy wewnątrzgałkowe, diagnostyka, enukleacja, badanie histopatologiczne

**Key words:** intraocular tumors, diagnostics, enucleation, histopathological evaluation

Mimo wprowadzenia wielu nowoczesnych metod diagnostycznych (tomografia komputerowa, tomografia rezonansu magnetycznego, ultrasonografia, biopsja cienkoigłowa), rozpoznanie guza wewnątrzgałkowego nadal dość często nastęca sporo trudności. Według doniesień z ostatnich lat (2, 3, 7, 8, 10-12, 16, 17) rozpoznanie nowotworu wewnątrzgałkowego u dorosłych można postawić dość pewnie, nawet przy nieprzezroczystych ośrodkach optycznych. W przypadku podejrzenia guza wewnątrzgałkowego u dzieci dokonanie prawidłowej diagnozy klinicznej jest o wiele trudniejsze (1, 4-6, 9, 13, 14, 18-20). Zmiany zapalne siatkówki i błony naczyniowej, wrodzone nieprawidłowości siatkówki i ciała szklanego, retinopatia wcześniaków, choroba Lebera-Coatsa, zakażenie pasożytem *Toxocara canis* i inne choroby nienowotworowe mogą imitować proces nowotworowy we wnętrzu gałki. Pociąga to za sobą możliwość błędnego rozpoznania klinicznego i usunięcia gałki, w której

badanie histologiczne nie potwierdza obecności guza. W ostatnich trzydziestu latach odsetek takich przypadków zmniejszył się z około 50 do około 10 (18). Z drugiej strony możliwe jest także fałszywie ujemne rozpoznanie kliniczne. Wtedy dopiero dalsza obserwacja i wykonane w końcu badanie histologiczne pozwalają na ustalenie prawidłowej diagnozy. Istnieje jeszcze trzecia grupa dzieci z podejrzeniem nowotworu wewnątrzgałkowego, u których – jak pisze Żygulska-Machowa (20) – „mimo zastosowania wszystkich metod diagnostycznych, nie ma pewności co do charakteru guza i konieczne jest usunięcie oka, najczęściej już ślepego, dla wykonania badania histologicznego”.

Celem obecnej pracy jest ocena materiału własnego i porównanie diagnozy klinicznej z wynikiem badania histologicznego gałki ocznej z rozpoznaniem lub podejrzeniem guza wewnątrzgałkowego.

### Materiał i metoda

W latach 1985-1994 w Klinice Okulistycznej w Bydgoszczy wykonano zabieg usunięcia gałki ocznej z powodu nowotworu wewnątrzgałkowego u 55 pacjentów. Wśród leczonych było 19 mężczyzn, 16 kobiet oraz 20 dzieci (w tym 9 chłopców i 11 dziewcząt).

Z Kliniki Okulistycznej AM w Bydgoszczy  
Kierownik: prof. dr med. Józef Kałużny

Adres do korespondencji (Reprint requests to)  
Lek. med. Iwona Cieślińska  
ul. Siąska 39/1  
85-235 Bydgoszcz