

INWAZJA pasożytnicza u dzieci może być powodem przewlekłego zapalenia błony naczyniowej. Przyczyną tego schorzenia są najczęściej pasożyty typu pierwotniaka *Toxoplasma gondii*, rzadziej robaki płaskie, wrotniaki *Toxoplasma gondii*, rzadziej robaki płaskie, wrotniaki *Toxoplasma gondii*, rzadziej robaki płaskie, wrotniaki *Toxoplasma gondii*. Ostatnio coraz częściej spotyka się odoble i wiciowce. Ostatnio coraz częściej spotyka się odoble i wiciowce. Ostatnio coraz częściej spotyka się odoble i wiciowce.

MATERIAŁ

W naszej klinice w latach 1985-1989 leczono 7 dzieci (5 chłopców i 2 dziewczynki) z nietypowym zapaleniem błony naczyniowej (tab. I). Pominięto stany zapalne wywołane przez *Toxoplasma gondii*.

U wszystkich dzieci stwierdzono pogorszenie ostrości wzroku od 5/8 do 5/50, ślad wysięku w komorze przedniej, gęsty wysięk drobnopłytkowy i męty zapalne w ciele szklistym. U 1 dziecka zmiany zapalne były zlokalizowane poniżej tarczy n. wzrokowego. U 3 dzieci zmiany obejmowały okolicę plamkową. U 1 z tych dzieci stwierdzono fałd siatkówki będący następstwem długotrwałego, nielezonego stanu zapalnego. U drugiego z tych dzieci po kilku miesiącach pojawiło się puszyste ognisko wysiękowo-wytwórcze w okolicy *pars plana*.

Tabela I

Lp.	Płeć	Wiek (lata)	Ostrość wzroku przed leczeniem	Wysięk i męty w ciele szklistym	Zmiany zapalne na dnie oka	Ostrość wzroku po leczeniu	Czynnik etiologiczny zapalenia
1	Ż	8	5/8	+	—	5/5	Lamblie
2	Ż	9	5/12	+	—	5/6	<i>Toxocara canis</i>
3	M	6	5/50	+	+	5/12	<i>Toxocara canis</i>
4	M	7	5/8	+	+	5/5	<i>Toxocara canis</i>
5	M	9	5/12	+	+	5/8	Lamblie
6	M	10	5/8	+	—	5/5	<i>Ascaris lumbricoides</i>
7	M	12	5/10	+	—	5/5	<i>Ascaris lumbricoides</i>

W badaniach dodatkowych, z odchylen od stanu prawidłowego, u 4 dzieci stwierdzono zwiększoną liczbę granulocytów kwasochłonnych w rozmazie krwi (od 5 do 10). Wykonano badania: serologiczne w kierunku brucelozji, listeriozy, toksoplazmozy, toksokariozy, kał na jaja pasożytów, a w razie potrzeby sondę dwunastniczą.

Do chwili uzyskania wyników badań stosowano typowe leczenie przeciwzapalne, które jedynie przytłumiło objawy zapalne.

Rezultaty badań wykazały u 3 dzieci dodatni wynik testu Elisa (1:100) w kierunku *Toxocara canis*, u 2 stwierdzono jaja glisty w kale, zaś u 2 wykazano lamblię.

Zastosowano celowane leczenie przeciw pasożytnicze, krioplikację i fotokoagulację, po których uzyskano poprawę widzenia oraz ustąpienie objawów zapalnych ze strony błony naczyniowej. Dzieci pozostają pod stałą opieką okulisty i pediatryczną. Do tej pory nie obserwujemy nawrotów.

OMÓWIENIE

U wszystkich dzieci występowały wysięk i męty zapalne w ciele szklistym. U dwojga dzieci ze zmianami zapalnymi zlokalizowanymi w okolicy plamkowej stwierdzono dodatni odczyn Elisa w kierunku toksokariozy,

Z Kliniki Okulistycznej AM w Białymstoku, kierownik: prof. dr med. Andrzej Stankiewicz

Reprint requests to: Dr med. Alina Bakunowicz-Lazarczyk, ul. Mieszka I 1 m. 59; 15-001 Białystok, Poland

ALINA BAKUNOWICZ-LAZARCZYK, EWA PRONIEWSKA-SKRETEK, MACIEJ WALKOWIAK i JAN GROCHOWSKI

Pasożytnicze zapalenia błony naczyniowej u dzieci

PARASITIC UVEITIS IN CHILDREN

Seven children with an atypical parasitic uveitis were treated in the Department of Ophthalmology in Białystok in the period 1985-1989. Parasitic background had been discovered in all the children: toxocara in 3, lamblia in 2 and nematodiasis also in 2. Specific treatment achieved an improvement of the visual acuity and the inflammatory process abated.

HASŁA: zapalenie błony naczyniowej, etiologia pasożytnicza, dzieci

KEY WORDS: uveitis, parasitic etiology, children

zaś u jednego wykazano lamblię. U jednego z tych dwojga dzieci po kilku miesiącach pojawiło się nowe ognisko zapalne w okolicy *pars plana*. U jednego dziecka z toksokariozą stwierdzono ognisko zapalne poniżej tarczy nerwu wzrokowego.

U dzieci zastosowano leczenie przeciw pasożytnicze (Mintezol, Combantrin, Metronidazol), po którym uzyskano poprawę ostrości wzroku i ustąpienie objawów zapalnych ze strony błony naczyniowej. Wzorem innych ośrodków, również i u nas w leczeniu zapalen błony naczyniowej użyto fotokoagulacji świetlnej i krioplikacji. Dzieci pozostają pod opieką okulisty i pediatryczną.

Przy ustalaniu czynnika etiologicznego w zapaleniach błony naczyniowej u dzieci należy zawsze brać pod uwagę tło pasożytnicze schorzenia, zwłaszcza jeżeli zmiany zapalne są ograniczone jedynie do wysięku i mętów zapalnych w ciele szklistym.

PIŚMIENNICTWO

1. Ashton W.: Larval granulomatosis of retina due to *Toxocara*. Brit. J. Ophthal. 44: 129-148 (1960).
2. Klimczak D., Kornacki B., Szymkowska-Bemowa W.: Postać oczna infekcji *Toxocara canis* u dzieci. Klin. oczna 89: 200-201 (1987).
3. Kwiatkowska-Kawecka Z.: Objawy oczne wywołane przez larwę *Toxocara canis*. Klin. oczna 39: 765-771 (1961).
4. Sauter K., Przeszczyński M.: Guz rzekomy siatkówki spowodowany przez *Toxocara canis*. Klin. oczna 45: 167-170 (1975).
5. Siam A.L.: Toxocaral chorio-retinitis. Treatment of early cases with photocoagulation. Brit. J. Ophthal. 57: 700-703 (1973).

Praca wpłynęła: 15.10.1990 (nr 5696).

W 1925 r. Vogt¹⁷ po raz pierwszy opisał charakterystyczne zmiany kliniczne umiejscowione w przednim odcinku oka. Nazwał je „*exfoliatio superficialis capsulae lentis anterioris*”. Występują one w postaci białych, drobnych złogów o postrzępionych brzegach, gromadzących się wokół otworu źrenicznego i obwodowo na przedniej torebce soczewki. Czasami towarzyszą im złogi w części środkowej, które z obwodowymi mogą być połączone pomostami. Charakterystyczny układ złogów na powierzchni soczewki tłumaczy się ruchami źrenicy.

Podobne białawe placki można znaleźć na powierzchni tęczęwki, ciała szklistego w oku bezsoczewkowym, na obwodzie rzęskowej, w obrębie kąta przesączania czy na śródbrzonku rogówki^{1, 5, 8, 11-14}. Vogt¹⁷ nie tylko opisał zmiany morfologiczne przedniego odcinka, ale również starał się wytłumaczyć ich powstawanie. Uważał, że złogi są wynikiem złuszczenia się w czasie ruchów źrenicy przedniej torebki soczewki dotkniętej starczym zwyrodnieniem.

W następnych latach problemem pochodzenia złogów zajmowali się Theobald, Bertelsen i Ashton, Radian, Sugar i inni¹⁸.

Wg Smoleńskiej-Janicowej¹²⁻¹⁴ zespół rzekomozłuszczeniowy można uważać za schorzenie zapalne błony naczyniowej typu autoagresji, gdzie materiałem antygenowym jest białko zmienionej soczewki.

Zdaniem Sugara¹⁸ zespół rzekomozłuszczeniowy jest procesem dynamicznym, którego ostatnią, czwartą fazą i równocześnie najgroźniejszym powikłaniem jest jaskra. Została ona nazwana jaskrą torebkową „*glaucoma capsulare*”. Przyczyną wzrostu ciśnienia śródocznego jest zamknięcie przestrzeni beleczek rogówkowo-twardówkowych przez barwnik i materiał pseudozłuszczeniowy, przy czym kąt rogówkowo-twardówkowy jest najczęściej otwarty^{4, 10}.

MATERIAŁ I METODYKA

Celem pracy była ocena stanu klinicznego i funkcji układu wzrokowego u 27 chorych (39 oczu) z rozpoznaną jaskrą torebkową leczonych w krakowskiej Klinice Okulistycznej w latach 1979-1989. Wśród chorych było 18 mężczyzn i 9 kobiet w wieku od 59 do 87 lat. Średnia wieku wynosiła 73 lata. U 12 pacjentów schorzenie występowało w obu oczach, natomiast u 15 tylko w jednym. Najczęstszą przyczyną zgłoszenia się do okulisty było pogorszenie się ostrości wzroku (24 chorych). U jednego chorego wystąpiły bóle głowy, u 2 stwierdzono przypadkowo podwyższone ciśnienie śródgałkowe podczas badania okulistycznego.

Czas od wystąpienia niepokojących objawów do rozpoczęcia leczenia klinicznego wynosił od 1/2 roku do 11 lat.

Ocena kliniczna obejmowała badanie przedniego odcinka oka w biomikroskopie przy poszerzonej źrenicy, ze szczególnym uwzględnieniem wyglądu tęczęwki, otworu źrenicznego, umiejscowienia złogów, przezroczystości soczewki. Ponadto u każdego chorego wykonywano badanie gonioskopowe kąta przesączania oraz badanie dna oka.

Z Kliniki Okulistycznej AM w Krakowie, kierownik: prof. dr med. Helena Żygulska-Mach

Reprint requests to: Dr med. Renata Urban, ul. Kopernika 38; 31-501 Kraków, Poland

RENATA URBAN, ELŻBIETA KULAWIK i JOLANTA LEBIEDZ

Jaskra w zespole rzekomego złuszczenia się torebki soczewki

GLAUCOMA IN THE PSEUDOEXFOLIATION OF THE LENS CAPSULE SYNDROME

The authors observed 27 patients (39 eyes) with glaucoma in the course of the pseudoexfoliation of the lens capsule syndrome treated in the period of 1979-1989. In all the patients the corneo-scleral angle was open with a considerable amount of pigment; 30 eyes exhibited opacification of the lens. The conservative anti-glaucomatous treatment was successful in only 2 patients. Control of the IOP was attained in 5 eyes after a laser trabeculoplasty and in 23 eyes after the Elliot-Fronimopoulos goniotrepanation. Discussed was the lesion of the visual function occurring in the presented syndrome.

HASŁA: zespół rzekomo złuszczeniowy torebki soczewki, jaskra torebkowa, trabekuloplastyka laserowa, goniotrepanacja

KEY WORDS: pseudoexfoliation of the lens capsule syndrome, pseudoexfoliative glaucoma, laser trabeculoplasty, goniotrepanation

Funkcję układu wzrokowego określano oceniając ostrość wzroku w dal i z bliska po dobraniu optymalnej korekcji okularowej oraz stan pola widzenia przy pomocy perymetru kulistego firmy Zeiss. Ciśnienie śródgałkowe mierzono tonometrem aplanacyjnym Goldmana. Uszkodzenia pola widzenia oceniano według Osterczy-Sliwińskiej¹⁴.

WYNIKI

Ostrość wzroku w dal przed leczeniem była prawidłowa jedynie w 10 oczach, w pozostałych występowało różnego stopnia jej obniżenie, co przedstawiono w tab. I.

Tabela I. Ostrość wzroku w dal przed leczeniem

Ostrość wzroku	n
brak poczucia światła	2
poczucie światła	3
0,02-0,1	5
0,1-0,4	10
0,5-0,7	9
0,8-1,0	10
Razem	39

Lepsze wyniki uzyskano analizując ostrość wzroku z bliska, ponieważ aż 18 oczu posiadało pełną ostrość wzroku (0,5-0,6), a wybitnie upośledzoną (nie odczytywanie znaków) tylko 4 oczy. W pozostałych 17 oczach ostrość wzroku wynosiła od 0,8 do 6,0. Prawidłowe pole widzenia stwierdzono w 4 oczach, w trzech było niewykonalne z powodu złej ostrości wzroku. Uszkodzenia pola widzenia I^o stwierdzono w 7 oczach, III^o w 14, IV^o w 6, V^o w 3 i VI^o w 2 oczach.

Ciśnienie śródgałkowe we wszystkich oczach było podwyższone i wynosiło w okresie przyjęcia do kliniki od 22 mm Hg do 69 mm Hg, wynosząc średnio 35 mm Hg.