

Regulamin ogłaszania prac

1. Redakcja „Kliniki Ocznej” przyjmuje do druku oryginalne prace doświadczalne i kliniczne oraz prace poglądowe i kazuistyczne. Ponadto publikuje artykuły redakcyjne, kronikę, streszczenia z obcego piśmiennictwa, wspomnienia pośmiertne, oceny książek, sprawozdania z działalności PTO i z wyjazdów zagranicznych, listy do Redakcji oraz komunikaty.

2. Przesyłając pracę do druku należy załączyć oświadczenie, podpisane przez pierwszego autora, że nie została ona przedtem ani równocześnie złożona do innego czasopisma.

Prace kliniczne, w których prowadzone badania mogą przedstawiać jakiegokolwiek ryzyko dla chorego muszą zawierać akceptację projektu badań przez właściwe terenowe Komisje Etyczne. Maszynopis pracy w dwóch egzemplarzach należy przygotować z podwójnym odstępem

3. Maszynopis pracy w dwóch egzemplarzach należy przygotować z podwójnym odstępem (do 30 wierszy na stronie), jednostronnie, z zachowaniem marginesu 4 cm z lewej strony. Należy używać zwykłego pisma bez podkreślenia i rozspacjowania. Maszynopis musi być wyraźny, kontrastowy, przygotowany na maszynie o wyraźnej, czystej czcionce. W miarę możliwości prosimy o komputerowe przygotowanie prac, najlepiej w edytorze WordPerfect, z kontrastowym, starannym wydrukiem i z załączoną dyskietką, która zostanie zwrócona po wykorzystaniu.

4. Objętość prac poglądowych nie może przekraczać 10 stron maszynopisu, doświadczalnych i klinicznych — 8 stron, kazuistycznych — 5 a pozostałych artykułów (sprawozdania, listy itp.) — 3 stron maszynopisu, łącznie ze streszczeniami, piśmiennictwem, tabelami i rycinami.

5. Strona tytułowa powinna zawierać pełne imię i nazwisko autora (wzgl. autorów), tytuł pracy, nazwę ośrodka, z którego praca pochodzi wraz z podaniem kierownika, adres do korespondencji a na końcu proponowane hasła w języku polskim i angielskim.

6. Na stronie 2 należy umieścić, zaopatrzone w tytuł pracy streszczenie w języku polskim i angielskim. Streszczenie, o objętości 20-30 wierszy winno być opracowane według następującego schematu: cel pracy, badany materiał i zastosowana metodyka, wyniki, wnioski. Od strony 3 od góry rozpoczyna się treść pracy. Wszystkie strony, włączając piśmiennictwo, podpisy rycin i tabele powinny być kolejno ponumerowane.

7. Układ prac oryginalnych powinien być standardowy tzn. zawierać: a) krótki wstęp będący wprowadzeniem do zagadnienia w oparciu o aktualny stan wiedzy, b) metodykę i materiał doświadczalny lub kliniczny, stanowiący przedmiot badań, c) wyniki ujęte w formie tabel i wykresów, z dokumentacją fotograficzną, d) omówienie wyników, e) wnioski, które nie mogą być powtórzeniem uzyskanych wyników.

Prace kazuistyczne muszą przedstawiać dobrze udokumentowane przypadki, szczególnie interesujące z klinicznego punktu widzenia.

8. Tabele i ryciny muszą być załączone oddzielnie, natomiast w tekście należy zaznaczyć miejsca, w których mają być one umieszczone wpisując w środku osobnego wiersza np. „Rycina 1”, czy „Tabela 1” (ryciny mają numerację arabską, tabele — rzymską). Tabele powinny być pisane na maszynie, posiadać tytuł, nie mogą być zbyt obszerne i liczne oraz nie powinny stanowić zestawienia danych klinicznych dotyczących poszczególnych przypadków.

9. Materiałem ilustracyjnym mogą być fotografie czarno-białe, o formacie co najmniej 6 x 6 cm lub rysunki wykonane starannie czarnym tuszem na kalce technicznej albo na białym kartonie o wymiarach maksymalnych 20 x 30 cm.

Na oddzielnej stronie należy podać podpisy pod rycinami. Natomiast na odwrotnej stronie rysunków i fotografii należy umieścić nazwisko autora, tytuł pracy, numer ryciny oraz umiejscowić jej górę.

10. Na kolejnej stronie należy podać wykaz pozycji piśmiennictwa (tylko tych na które autor powołuje się w tekście, jednocześnie w tekście mogą być tylko te nazwiska, które podane są w piśmiennictwie), nie więcej niż 15, ułożony w porządku alfabetycznym nazwisk autorów. Każda pozycja piśmiennictwa musi zawierać: nazwisko autora(ów), pierwsze litery imion, tytuł artykułu, tytuł czasopisma w przyjętym skrócie, tom, strony początkową i końcową, rok, a gdy chodzi o prace oddzielne (książki) nazwisko autora, pierwsze litery imion, tytuł pracy, tom oraz strony początkową i końcową, wydawcę, miejsce i rok wydania. Piśmiennictwo musi być pisane w ciągu pozycja za pozycją, przedzielane tylko myślnikami, w blokach po 10 pozycji, to znaczy, że od nowego wiersza zaczynają się pozycje 1 i 11.

11. Prace powinny być dobrze opracowane stylistycznie, według zasad pisowni polskiej. Redakcja zastrzega sobie prawo poprawiania w maszynopisie usterek stylistycznych i mianownictwa medycznego oraz dokonywania skrótów. Prace przygotowane niezgodnie z regulaminem będą odsyłane autorom do poprawy.

Ludomir Stefańczyk¹ i Mirosława Grałek²

Kolorowa ultrasonografia dopplerowska w diagnostyce guzów gałki ocznej i oczodołu u dzieci

Doppler colour ultrasonography in diagnosis of ocular and orbital tumors in children

Summary. Purpose: To evaluate the usefulness of USG-CD in the assesment of ocular and orbital tumors in children. Methods: 24 children with focal changes in eyeballs and orbita were examined. The results of USG-CD were compared with those of computer tomography and angiography. Diagnosis was confirmed during surgery or by biopsy. Results: Typical USG-CD pictures of haemangioma, malanoma, retinoblastoma and also pseudotumors caused by haematoma and inflammation were described. The sonographic examination enabled to determine the placement and extent of the lesions, the Doppler option allowed to evaluate their blood-supply and in some cases, e.g. in haemangioma, to state a diagnosis.

Hasła: kolorowa ultrasonografia dopplerowska, guzy gałki, pseudoguzycy oczodołu, nieprawidłowości naczyniowe
Key words: kolor doppler imaging, ocular tumors, orbital pseudotumors, vascular malformations

Kliniczne zastosowanie ultrasonografii ulegają stalemu poszerzeniu. Znalazła ona swoje miejsce także w diagnostyce okulistycznej^{3,11}. Ostatnie lata przyniosły istotny postęp w rozwoju techniki USG poprzez wprowadzenie metod pozwalających na uwidocznienie przepływu (duplex Doppler, kolor Doppler)^{3,7,9,11}. Celem pracy była ocena przydatności kolorowej sonografii dopplerowskiej (CD) w ocenie guzów gałki ocznej i oczodołu u dzieci.

Materiał i metodyka

Badania ultrasonograficzne przeprowadzono u 24 chorych z klinicznym podejrzeniem procesu rozrostowego w obrębie gałki ocznej i oczodołu. Wykonywano je aparatami firm Toshiba (Sonolayer SSA 270-A) i Acuson (128 XP-10) z zastosowaniem techniki kolor Doppler. Używano głowic liniowych o częstotliwości 5 i 5.5 MHz. Istotne jest wykorzystanie maksymalnej czułości aparatów z zastosowaniem opcji „slow flow” pozwalającej na rejestrację przepływów o niskich prędkościach. Badania prowadzono bez specjalnego przygotowania chorego, w sposób typowy — poprzez

zamknięte powieki³. W razie konieczności dokładnej oceny zmian zlokalizowanych w obrębie powiek stosowano warstwę immersyjną. Obrazy gałki ocznej i oczodołu oceniono w płaszczyźnie czołowej i strzałkowej. W zależności od wskazań klinicznych, badania uzupełniono badaniami tomograficznymi (Siemens Somatom DR 2, Toshiba XPEED i Picker PQ 2000) lub/ i angiograficznymi. Wyniki badań ostatecznie weryfikowano na podstawie badań histopatologicznych materiału uzyskanego w trakcie zabiegów operacyjnych.

Wyniki

W przedstawionym materiale u 10 chorych stwierdzono naczyniaki powiek i oczodołu, u 3 chorych czerniaka gałki, a w 4 przypadkach siatkówczaka. U 2 chorych występowały inne guzy nowotworowe.

Tabela 1
Liczba przypadków oraz wykonywane badania dodatkowe

Rozpoznanie (histopat. BAC)	Liczba chorych	Wykonane badania		
		USG-D	KT	ANGIO
naczyniak	10	10	7	4
siatkówczak	4	4	3	0
czerniak	2	2	2	0
glejak	1	1	1	1
odpryskowiec	1	1	1	0
krwiak	2	2	2	1
naciek zapalny	3	3	3	1
zacieł p. mózgowo-rdzeniowego	1	1	1	0
Razem	24	24	20	7

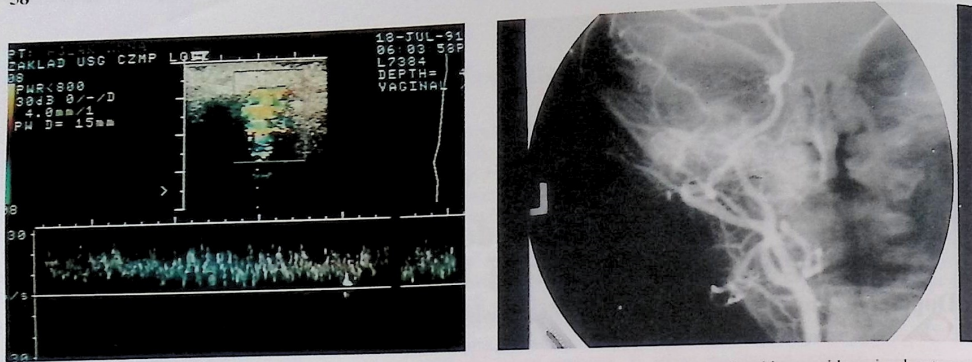
Z Zakładu Ultrasonografii¹ Centrum Zdrowia Matki Polki
Kierownik: prof. dr hab. Tomasz Petryński

Z Oddziału Okulistyki² Centrum Zdrowia Matki Polki
Ordynator: prof. dr hab. Janusz Czajkowski

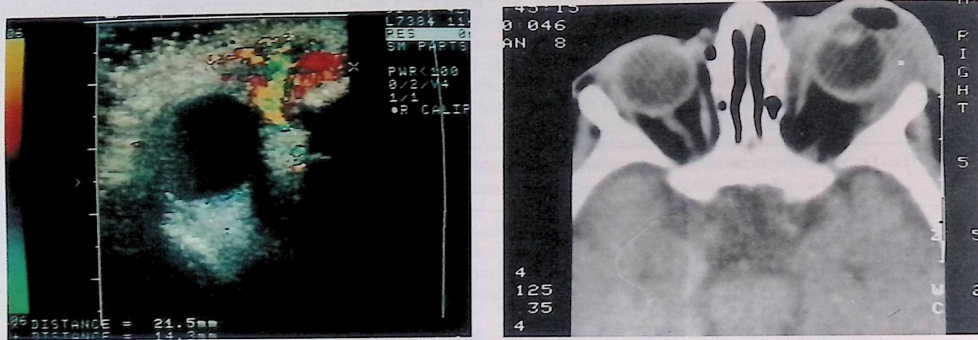
Reprint requests to:

Dr Ludomir Stefańczyk

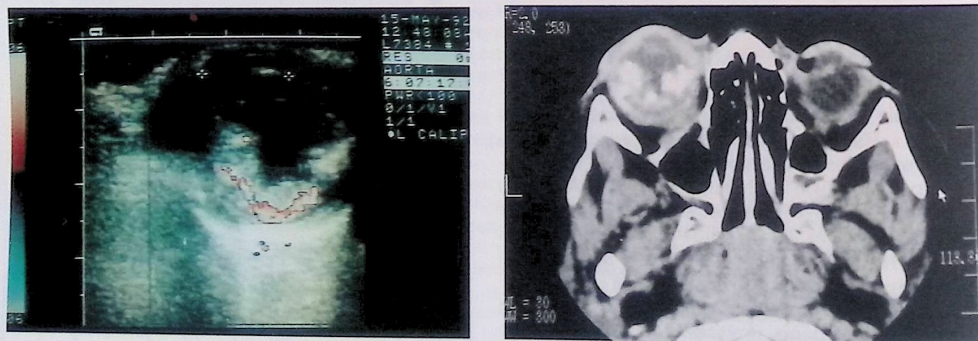
Zakład USG Centrum Zdrowia Matki Polki
ul. Rzgowska 281 m. 289, 93-338 Łódź



Ryc. 1. a) Obraz USG-CD naczyńki powieki dolnej. Widoczne liczne poszerzone naczynia i zapis widma uwiadczenia chaotyczny przepływu charakterystyczny dla przetok tętniczo-żylnych. b) obraz angiograficzny naczyńki uwiadczonego na ryc. 1a.



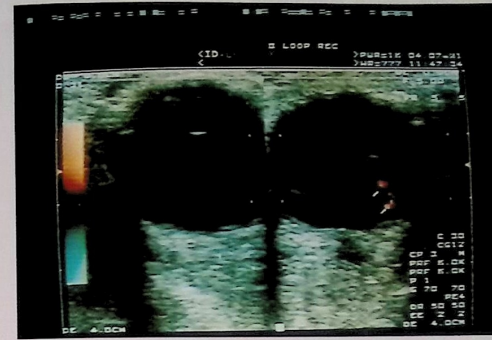
Ryc. 2. a) Obraz USG-CD naczyńki powieki górnej penetrującego w obręb oczodołu. Widoczne liczne naczynia, w tym naczynia zaopatrujące zmianę. b) obraz KT naczyńki uwiadczonego na ryc. 2a. Potwierdzono penetrowanie zmiany poza gałkę w obręb oczodołu.



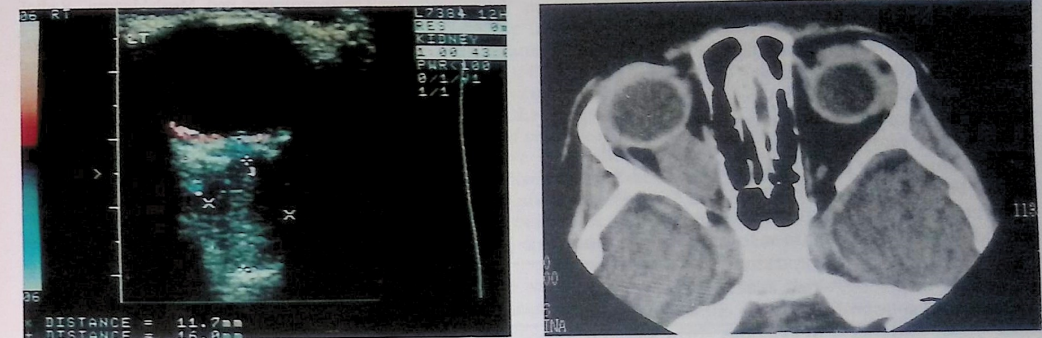
Ryc. 3. a) Obraz USG-CD siatkówczaka gałki prawej. Widoczne zwapnienia w obrębie zmiany oraz drobne naczynia w masie guza. b) obraz KT guza uwiadczonego na ryc. 3a. Potwierdzono obecność zwapnień w guzie.

U 6 chorych stwierdzono guzy rzekome: krwiaki, guzy o pochodzeniu zapalnym, a u jednego chorego pourazowy zaciek płynu mózgowo-rdzeniowego w obrębie oczodołu (tab. I). Naczyniaki w obrazie ultrasonograficznym postrzegano jako hyperechogeniczne

slabo odgraniczone zmiany ogniskowe^{3,10}. Małe zmiany nie przemieszczały struktur oczodołu, natomiast rozległe powodowały przemieszczenie gałki ocznej. Zastosowanie opcji kolorowej uwiadczyło liczne drobne naczynia z intensywnym przepływem.



Ryc. 4. Obraz USG-CD czerniaka gałki lewej. Widoczna niewielka hypoechogeniczna zmiana na ścianie bocznej gałki. W obrębie guza widoczne drobne naczynia.



Ryc. 5. a) Obraz USG-CD glejaka nerwu wzrokowego. Widoczne poszerzenie nerwu i typowe naczynia pęczka rozsunięte przez zmianę. b) obraz KT guza uwiadczonego na ryc. 5a.

Rejestracja widma wykazała chaotyczny przepływ charakterystyczny dla obecności przetok tętniczo-żylnych (ryc. 1a, b). W badaniu CD możliwe było uwiadczenie rozległości guza, jego penetrowania w obręb oczodołu i naczyń zaopatrujących zmianę (ryc. 2a, b). W jednym przypadku naczyńki przepływu nie uwiadczyliśmy, ale badanie prowadzono bez zastosowania opcji „slow flow”. Sugerowano obecność zmiany o charakterze zapalnym.

Siatkówczaki posiadają charakterystyczny obraz w badaniach radiologicznych z powodu obecności zwapnień^{3,6,8}. W badaniu ultrasonograficznym, obok typowych zwapnień w obrębie guza, naczynia obserwowano w 3 przypadkach spośród 4 (ryc. 3a, b). W jednym przypadku, guza rozsianego w obrębie siatkówki, obecności naczyń nie wykazano. Czerniaki widoczne były jako regularne hypoechogeniczne zmiany zlokalizowane wewnątrzgałkowo^{3,8}. Wszystkie były niewielkie, o średnicy ok. 3-5 mm. Naczynia w obrębie guza uwiadczyliśmy w dwóch przypadkach (ryc. 4). Wśród innych guzów, u 16-letniej chorej diagnozowanej z powodu wytrzeszczu, stwierdzono bulawkowate poszerzenie nerwu wzrokowego, roz-

suwające naczynia⁵. Rozpoznano glejaka nerwu wzrokowego⁵. (ryc. 5a, b). W drugim przypadku w obrębie powieki górnej obserwowano lłą, hypoechogeniczną, dobrze odgraniczoną zmianę bez cech przepływu. Operacyjnie rozpoznano guz o typie odpryskowca (hamartoma). Najczęściej rozpoznawanymi guzami rzekomymi w prezentowanym materiale były krwiaki. Zmiany posiadały w badaniu USG typowy wygląd i przebieg^{3,8}. W jednym przypadku fałszywie zinterpretowano przestrzeń płynową widoczną w obrębie oczodołu. Sugerowano zorganizowany krwiak. Śródoperacyjnie rozpoznano zaciek płynu mózgowo-rdzeniowego, powstały w wyniku urazowego uszkodzenia opon. Naciek zapalny uwiadcza się w badaniu USG jako hyperechogeniczna, słabo odgraniczona zmiana nieznacznie przemieszczająca struktury oczodołu³. W przypadku zastosowania opcji kolorowej w jednym przypadku uwiadczyliśmy drobne naczynia, ale jedynie na obrzeżu zmiany. Częstość obecności przepływu uchwytanego za pomocą techniki dopplerowskiej w obrębie opisywanych zmian zebrano w tabeli II.

Tabela II
Uwidocznienie przepływu w obrębie obserwowanych zmian za pomocą opcji dopplerowskiej

Rozpoznanie (histopat. BAC)	Liczba chorych	Przepływ obecny	Brak przepływu
naczyniak	10	9	1
siatkówczak	4	3	1
czerniak	2	1	1
glejak	1	0	1
odpryskowiec	1	0	1
krwiak	2	0	2
naciek zapalny	3	1	2
zaciek p. mózgowo-rdzeniowego	1	0	1
Razem	24	14	10

Omówienie

Zastosowanie USG w okulistyce pediatrycznej jest szczególnie korzystne ze względu na wyeliminowanie promieniowania jonizującego (uszkodzenie soczewek) i środków cieniujących³. Badanie jest łatwe do przeprowadzenia, nie wymaga specjalnego przygotowania chorego i jest akceptowane przez większość nawet małych dzieci^{3,7}. Możliwe jest uzyskiwanie obrazów w dowolnej płaszczyźnie i w sposób ciągły, bez względu na ruch gałek. Pozwala to na wykrycie i ocenę nawet drobnych i subtelných zmian, nietrudnych do przeoczenia w tomografii komputerowej, pozbawionej opcji spiralnej^{3,7,11}. Wprowadzenie technik dopplerowskich znacznie rozszerzyło możliwości ultrasonografii kosztem niewielkiego wydłużenia czasu badania². Wykazano dużą przydatność metody w diagnostyce szeregu zmian patologicznych, w tym także o charakterze rozrostowym^{1-3,8,9}. Szczególnie efektowna jest diagnostyka dopplerowska naczynek i malformacji naczyniowych oczodołu. Obraz jest charakterystyczny, pozwala na określenie rodzaju zmian i ich rozległości^{3,4}. Konieczność badań kontrolujących efekty leczenia jest argumentem mocno przemawiającym za stosowaniem metody w tych przypadkach^{3,4,8}. Ograniczone są możliwości różnicowania na podstawie samego obrazu USG charakteru innych zmian ogniskowych. Wprowadzenie metody CD, dającej szansę wykrycia drobnych naczyń w obrębie guza stanowi w tej mierze istotny postęp⁷⁻⁹. Skromny materiał nie pozwala na wyciągnięcie szerszych wniosków, jednak odnotujemy, że naczynia były widoczne w większości siatkówczaków i czerniaków^{7,8,11,12}. Nie obserwowano ich

w świetle zmian łagodnych (krwiaków, torbieli oraz nacieków zapalnych^{3,7,8}). Wadą ultrasonografii pozostaje ograniczona możliwość oceny zmian położonych przy ścianie i w szczycie oczodołu oraz ich penetracji na sąsiednie struktury¹⁰. W razie wątpliwości niezbędne pozostaje wykonanie tomografii komputerowej^{1,10}. Wprowadzenie technik dopplerowskich coraz mocniej kreuje ultrasonografię na podstawowe badanie wspierające ocenę kliniczną, przyczynia się do ograniczenia wskazań do przeprowadzania bardziej inwazyjnych badań radiologicznych⁷⁻¹¹.

Piśmiennictwo

1. Artmann H., Grau H., Losche C. C.: Aussagefähigkeit der Computer-Tomographie in der ophthalmologischen Diagnostik. Teil II: CT bei Bulbustumoren, Orbitatumoren, nicht-tumoresen Raumfordernden Orbita-prozessen und Missbildungen. Radiol. Diagn. Berl. 31: 5-19; (1990). — 2. Erickson S. J., Hendrix L. E., Massaro B. M., Harris G. J., Lewandowski M. F., Foley W. D., Lawson T. L.: Color Doppler Flow Imaging of the Normal and Abnormal Orbit. Radiology 173: 511-516; (1989). — 3. Glasier C. M., Brodsky M. C., Leithiser R. E. Jr, Williamson S. L., Seibert J. J.: High resolution ultrasound with Doppler: a diagnostic adjunct in orbital and ocular lesions in children. Pediatr. Radiol. 22: 174-178; (1992). — 4. Gloor B., Kalman A.: Neoplastische Raumverdrangung in der Orbita. I. Ubersicht; Hamangiom, Lymphangiom und embryonales Rhabdomyosarkom. Klin. Mbl. Augenheilk. 201: 291-300; (1992). — 5. Jakobiec F. A., Depot M. J., Kennerdell J. S.: Combined clinical and computed tomographic diagnosis of orbital glioma and meningioma. Ophthalmology 1984; 91: 137-155; (1984). — 6. Lallemand D. P., Brasch R. C., Char D. H., Norman D.: Orbital tumors in children. Characterization by computed tomography. Radiology 151: 85-88; (1984). — 7. Lieb W. E., Flaharty P. M., Sergott R.: Color Doppler imaging of the eye and orbit. A. synopsis of a 400 cases. Acta Ophthal. 204: 50-54; (1992). — 8. Lieb W. E., Shields J. A., Cohen S. M., Merton D. A., Mitchell D. G., Lieb W. E., Shields J. A., Cohen S. M., Merton D. A., Mitchell D. G., Shields C. L.: Color Doppler imaging in the management of the intraocular tumors. Ophthalmology 97: 1660-1664; (1990). — 9. Munk P., Downey D., Nicolle D., Villet A. D., Rankin R., Lin D. T.: The role of colour flow Doppler ultrasonography in the investigation of disease in the eye and orbit. Can. J. Ophthal. 28: 171-176; (1993). — 10. Riedel K. G., Markl A.: Hasenfratz Zum Stellenwert der Kernspin-Tomographie im Vergleich zu Ultraschall-Echographie und Computer-Tomographie bei Raumforderungen der Orbita und des Chiasma opticum. Fortschr. Ophthal. 84: 482-488; (1987). — 11. Rochels R.: Echographische Diagnostik in der Ophthalmologie. Fortschr. Ophthal. 86: 524-529; (1989). — 12. Wolff-Kormann P. G., Kormann B. A., Spengel F. A., Hasenfratz G. C., Riedel K. G.: Duplex-sonographie in der Ophthalmologie: aktuelle Forschungsansätze und Perspektiven. Bildgebung 1991; 58: 71-75 (1991).

Praca wpłynęła: 23.06.1993 (182).

L. Stefańczyk, M. Gralek

Olgierd Palacz, Zofia Krzystolik, Wojciech Lubiński
i Ewa Iwanicka

Postępowanie chirurgiczne u chorych z zaćmą i krótkowzrocznością

Surgical methods in patients with cataract and myopia

Summary. Purpose: To present own experiences in cataract surgery in myopic eyes. **Methods:** 72 eyes of patients, aged 41-84, with 4-year follow-up were analysed. According to the degree of myopia, the patients were divided into 3 groups: Mp up to -4.0 D (29 eyes), Mp from -4.25 D to -8.0 D (27 eyes) and Mp > -8.0 D (16 eyes). Extracapsular cataract extraction was performed in 55 eyes (76.4%) and intracapsular in 11 (15.2%). Posterior IOLs were implanted in 30 eyes (41.6%), anterior IOLs (including 4 secondary ones) in 26 (36.1%) and 16 eyes (22.2%) were operated on without IOLs implantation. Results: Good visual acuity (> 0.5) was achieved in 73.6% of cases, useful visual acuity (> 0.1) in 89%. The results as well as the postoperative complications were compared with the control group of non-myopic eyes. Glaucoma was observed in 18% of myopic eyes and in 10% of non-myopic but it was not significant. **Conclusion:** The safest method of cataract surgery in myopic eyes is extracapsular extraction with posterior IOL implantation. These eyes should be operated on by very experienced surgeons.

Hasła: chirurgia zaćmy, krótkowzroczność, wszczepy soczewek w oku krótkowzrocznym, wyniki, powikłania
Key words: cataract surgery, myopia, IOL-implantation in myopic eye, results, complications

Krótkowzroczność często towarzyszy zaćmie, a wysoka krótkowzroczność może być powikłana wcześniej występującą zaćmą.

W latach 70-tych operacje zaćmy w oczach z wysoką krótkowzrocznością zaliczono do zabiegów o zwiększonym ryzyku². Stosowano wówczas w większości przypadków technikę usuwania zaćmy sposobem wewnątrztorebkowym. Uważano, że krótkowzroczność powyżej -7,0D zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia odwarstwienia siatkówki i stąd uznawano wysoką krótkowzroczność za przeciwwskazanie do wszczepu sztucznej soczewki³.

Szerokie wprowadzenie techniki zewnątrztorebkowej, a także środków wiskoelastycznych powoduje zmianę poglądów w tym zakresie. Istnieją opinie, że sztywna soczewka tynkomorowa użyta w wysokiej krótkowzroczności przyczynia się do stabilizacji ciała szklistego i zmniejsza ryzyko wystąpienia odwarstwienia siatkówki⁴. Dziś nie tylko wszczepia się soczewki w przypadkach wysokiej krótko-

wzroczności powikłanej zaćmą, ale metoda ta jest stosowana przez niektórych autorów również w przypadkach przeziernych soczewek — przy czym operacja ta jest traktowana jako zabieg korygujący optycznie wysoką krótkowzroczność^{1,8}.

W niniejszym doniesieniu pragniemy przedstawić własne doświadczenia, dotyczące postępowania chirurgicznego w przypadkach krótkowzroczności.

Materiał i metodyka

Badania przeprowadzono u 72 osób (49 kobiet i 23 mężczyzn), leczonych operacyjnie z powodu zaćmy w oczach krótkowzrocznych. Wiek chorych wahał się od 41 do 84 lat (średnio 65). Czas obserwacji od 0,5 do 4 lat. W zależności od wysokości wady refrakcji chorych podzielono na 3 grupy:

- A. krótkowzroczność do 4,0D — 29 oczu,
- B. krótkowzroczność od 4,25 do 8,0D — 27 oczu
- C. krótkowzroczność > 8,0D — 16 oczu.

W 57 oczach (79,2%) soczewkę usunięto techniką zewnątrztorebkową, w 11 oczach (15,3%)

Z II Kliniki Okulistycznej Pomorskiej AM w Szczecinie
Kierownik: prof. dr hab. Olgierd Palacz

Reprint requests to:
Prof. dr hab. Olgierd Palacz
Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin