

Anna Korzekwa i Piotr Korzekwa

Analiza leczenia zezu i niedowidzenia u dzieci powyżej szóstego roku życia w okresie pięcioletnim

Analysis of 5-year treatment of strabismus and amblyopia of children above 6

Summary. In 58 children aged 6-14, intensive therapy, using contact lenses, pleoptics and orthoptic training, was applied. A significant improvement of visual acuity depended on the systematic treatment and was observed already after 4 weeks.

Hasła: zez, niedowidzenie, zasłanianie, soczewka kontaktowa
Key words: strabismus, amblyopia, obturation, contact lens

Zez i niedowidzenie stanowią nadal duży problem leczniczy. U dzieci powyżej 6 roku życia prawidłowe postępowanie jest bardzo skomplikowane ze względu na trudności w wyłączeniu oka prowadzącego i utrwaleniu nieprawidłowych warunków widzenia. Wielu autorów podkreśla, że systematyczność leczenia ma największe znaczenie w osiągnięciu poprawy ostrości wzroku, uzyskaniu prawidłowego ustawienia oczu, jak również widzenia obuocznego^{1,3,6,7,8}.

Materiał i metodyka

Poddano analizie 58 dzieci w wieku od 6 do 14 lat, leczonych z powodu zezu i niedowidzenia. Dzieci te w większości (68% przypadków) były uprzednio leczone w różnych ośrodkach, mniej lub bardziej systematycznie. Ze względu na stopień niedowidzenia podzielono dzieci na 3 grupy: z dużym niedowidzeniem — ostrość wzroku poniżej 0,1, ze średnim — od 0,1 do 0,3 i z niedowidzeniem małym tzn. z ostrością wzroku od 0,4 do 0,7. U wszystkich dzieci po dokładnych badaniach (wywiad, skiaskopia, badanie przedniego i tylnego odcinka oczu, oznaczanie fiksacji, kąta zezu, badanie komputerowe refrakcji oka, mierzenie ciśnienia wewnątrzgałkowego) zastosowano odpowiednią korekcję okularową przed okiem niedowidzącym oraz soczewkę kontaktową zasłaniającą na oko prowadzące. Z uwagi na wiek dzieci nie było innej pewnej metody zabezpieczającej przed podglądaniem spod obturatora. Soczewkę kontak-

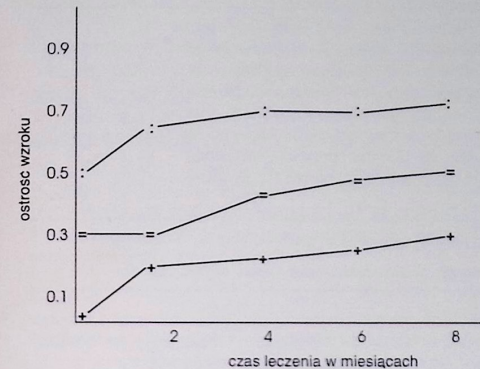
ową stosowano u dzieci przez cały dzień, aż do uzyskania poprawy widzenia, a następnie zmniejszono sukcesywnie czas zasłaniania. Skrupulatnie informowano rodziców i dzieci o konieczności leczenia, możliwościach poprawy i skutkach nieprzebrania zaleceń lekarskich. W ciągu pierwszych 3 miesięcy badania kontrolne przeprowadzano co dwa tygodnie, a następnie co 1-2 miesiące. Sprawdzano ostrość wzroku obu oczu, fiksację siatkówkową i ustawienie oczu. Przy ostrości wzroku co najmniej 5/16 i fiksacji siatkówkowej paramakularnej dzieci rozpoczynały ćwiczenia pleoptyczne. U dzieci, u których nie występowało tłumienie, wykonywano również okresowo ćwiczenia ortoptyczne. Leczenie było kontynuowane przez 10 miesięcy do 5 lat, średnio 2,2 roku.

Wyniki i omówienie

42 dzieci (72,4% przypadków) było leczonych systematycznie, zgłaszało się regularnie i wykonywało zalecane ćwiczenia. 16 dzieci zgłaszało się niesystematycznie. W 35% przypadków były to dzieci powyżej 12 roku życia, które nie mogły sobie poradzić z pracą z bliska. Już przy pierwszym badaniu kontrolnym, po 2-4 tygodniach, nastąpiła poprawa ostrości wzroku w 23% przypadków, przy czym w grupie leczonych systematycznie, w każdym przypadku. W grupie dzieci leczonych systematycznie w 33,3% przypadków, a w grupie leczonych niesystematycznie w 31,3% przypadków uzyskano użyteczną ostrość wzroku do 5/16. Lepszą ostrość wzroku po leczeniu stwierdzono w około 24% przypadków w grupie dzieci leczonych systematycznie i w blisko 19% przypadków w grupie leczonych niesystematycznie (tab. I). Najlepsze rezultaty uzyskano w okresie 8 miesięcznego zasłaniania oka i wykonywania ćwiczeń

Tabela I
Skuteczność leczenia

Ostrość wzroku	Liczba chorych	
	leczenie systematyczne	leczenie niesystematyczne
0,1	18 (42,8%)	8 (50%)
0,1-0,3	14 (33,3%)	5 (31,3%)
0,4-0,7	10 (23,8%)	3 (18,7%)
Razem	42	16



+ niedowidzenie dużego stopnia
- niedowidzenia średniego stopnia
• niedowidzenia małe

Ryc. 1. Wyniki leczenia

Tabela II
Wyniki leczenia

Liczba chorych	Wiek	Ostrość wzroku		Czas leczenia (mies.)
		przed leczeniem	po leczeniu	
13	6-8	0,1	0,3-0,6	6-8
6	9-11	0,1	0,3-0,6	10
7	12-14	0,1	0,3-0,6	16
9	6-8	0,1-0,3	0,3-	12
6	9-11	0,1-0,3	0,3-0,7	10-12
4	12-14	0,1-0,3	0,3-0,7	12
4	6-8	0,4-0,7	0,5-0,8	10
7	9-11	0,4-0,7	0,5-	10-12
2	12-14	0,4-0,7	0,5-	16

zeń wzrokowych w obu grupach (ryc. 1). W zależności od wieku i stopnia niedowidzenia stwierdzono poprawę ostrości wzroku w okresie od 6 do 16 miesięcy leczenia. U dzieci w wieku od 6 do 8 lat

z dużym niedowidzeniem (13 dzieci) poprawę ostrości wzroku o 3 do 8 rzędów otrzymano w okresie krótszym, do 8 miesięcy. U dzieci starszych 9 do 14 lat, dobre wyniki leczenia były widoczne po okresie nie krótszym niż 10 miesięcy (tab. II). W wielu publikacjach podkreśla się systematyczność leczenia jako podstawowy czynnik warunkujący poprawę widzenia^{2,3,7,8}. Lithander i Sjöstrand badając 44 dzieci, stwierdzają w 97,3% przypadków wyleczenie (jedna linia różnicy w ostrości wzroku), przy bardzo konsekwentnym przestrzeganiu zaleceń lekarskich. W 18% przypadków nastąpiła poprawa u dzieci leczonych niesystematycznie, jednak po znacznie dłuższym czasie⁷. Neumann dokonał spostrzeżenia, że dzieci starsze leczyły się znacznie trudniej i mniej chętnie zasłaniały oko prowadzące. Było to przyczyną gorszych rezultatów (około 72% przypadków wyleczenia)⁸. Badania Cremersa wykazują, że nieprzebranie konsekwentnego leczenia jest zasadniczą przyczyną niepowodzenia w leczeniu zezu i niedowidzenia². Wielokrotnie podkreśla się, że większy wpływ na ostateczne wyniki leczenia u dzieci starszych ma dokładność przeprowadzanych ćwiczeń, niż wielkość zezu czy niedowidzenia w momencie rozpoczęcia leczenia^{1,4,5,6}. W badaniach retrospektywnych Flynn, Ingran i Neumann stwierdzili konieczność systematycznego leczenia i uzyskali największą poprawę w trakcie 3 pierwszych miesięcy^{3,4,8}. Zgodnie z innymi autorami pragniemy podkreślić, że gorsze efekty uzyskiwano u dzieci z niedowidzeniem bez jednoczesnego zezu. Prawdopodobnie było to związane z mniejszym stopniem motywacji przy leczeniu^{1,2,3,7}. Wydaje się, że systematyczne i rzetelne podjęcie tego typu leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia jest celowe.

Piśmiennictwo

- Aurell E., Norsell K.: A longitudinal study of children with a family history of strabismus: factors determining the incidence of strabismus. Brit. J. Ophthal. 74: 589-594 (1990).
- Cremers H.: Pupillary abnormalities in amblyopia. J. Pediatr. Ophthal. 23: 47-49 (1989).
- Flynn J. T., Cassidy J. C.: Current trends in amblyopia therapy. Ophthalmology 85: 428-450 (1978).
- Ingran R. M., Walker C., Bilingham B., Lucas J., Dally S.: Factors relating to visual acuity in children who have been treated for convergent squint. Brit. J. Ophthal. 74: 82-83 (1990).
- Ikedo H., Tremain K. E.: Amblyopia resulting from penalisation: neurophysiological studies of kittens reared with atropinisation of one or both eyes. Brit. J. Ophthal. 62: 21-28 (1978).
- Korzekwa A., Korzekwa P.: Soczewka kontaktowa miękka jako obturator u dzieci z niedowidzeniem. Klin. Oczna 94: 20-22 (1992).
- Lithander J., Sjöstrand J.: Anisometropic and strabismic amblyopia in the age group 2 years and above: a prospective study of the results of treatment. Brit. J. Ophthal. 75: 111-116 (1991).
- Neumann R., Oliver M., Gottesmann N., Shimshoni M.: Prognosis for occlusive therapy for strabismic and anisometropic amblyopia and for different initial depths of amblyopia. Chibret Int. J. Ophthal. 6: 22-27 (1989).

Praca wpłynęła: 29.12.1993

Z Prywatnego Centrum Diagnostyczno-Leczniczego Komed w Częstochowie

Kierownik: dr med. Anna Korzekwa

Reprint requests to:
Dr med. Anna Korzekwa
ul. Raclawicka 2, 42-200 Częstochowa