

Garasone®

maść do oczu

Siarczan gentamycyny
i fosforan sodowy betametazonu

- ◆ DZIAŁANIE PRZECIWPALNE I PRZECIWBAKTERYJNE
- ◆ WYŁĄCZNIE DO STOSOWANIA DO OCZU
- ◆ DAWKOWANIE DOSTOSOWANE DO POTRZEB PACJENTA

SKŁAD:

1g preparatu GARASONE® maść do oczu zawiera siarczan gentamycyny, odpowiadający 3mg gentamycyny oraz fosforan sodowy betametazonu, odpowiadający 1mg betametazonu.

DZIAŁANIE:

Maść do oczu GARASONE® łączy przeciwzapalne i przeciwalergiczne działanie fosforanu sodowego betametazonu z szerokim zakresem działania bakteriobójczego aminoglikozydu-siarczanu gentamycyny. Betametazon ma silniejsze działanie przeciwzapalne niż inne kortykosteroidy, w związku z tym może być stosowany w niższych dawkach. In vivo, gronkowce reagowały korzystnie na siarczan gentamycyny. In vitro, siarczan gentamycyny działa na liczne chorobotwórcze bakterie Gram-ujemne: *Escherichia coli*, *Proteus sp.* (indolo-dodatnie i indolo-ujemne), *Pseudomonas aeruginosa*, gatunki z grupy *Klebsiella-Enterobacter-Serratia*, *Haemophilus influenzae*, gatunki *Citrobacter*, *Salmonella*, *Shigella*, *Moraxella*, *Serratia* i *Neisseria* (w szczególności gonokoki) oraz na niektóre bakterie Gram-dodatnie: koagulazo-dodatnie i kolagulo-ujemne gronkowce, włącznie z niektórymi szczepami opornymi na penicylinę.

WSKAZANIA I ZASTOSOWANIE:

Maść do oczu GARASONE® jest wskazana do leczenia stanów zapalnych tkanek oka, gdy konieczne jest równoczesne zastosowanie leku przeciwbakteryjnego i przeciwzapalnego np. gronkowcowe zapalenie spojówek i brzegów powiek, pryszczycowate zapalenie rogówki i spojówek, bakteryjno-alergiczne zapalenie rogówki i spojówek oraz alergiczne zapalenie spojówek z wtórnym zakażeniem wywołanym drobnoustrojami wrażliwymi na gentamycynę. Maść do oczu GARASONE® jest także zalecana do leczenia zapalnych i alergicznych schorzeń skóry obejmujących powierzchowne tkanki oka. Te schorzenia oczne obejmują: zapalenie spojówek (nieropne bakteryjne, nieżytowe, wiosenne); zapalenie brzegów powiek (nieropne bakteryjne, związane z łojotokowym zapaleniem skóry); zapalenie rogówki (nieswoiste powierzchowne, pooperacyjne); zapalenie nadtwardówki; zapalenie woreczka łzowego; jęczmyk; zapalenie gruczołów Meiboma; oraz uszkodzenia (przebijające i nieprzebijające) dotyczące przedniego odcinka oka wywołane ciałami obcymi, promieniowaniem, czynnikami cieplnymi, chemicznymi i pooperacyjnymi. W głęboko umiejscowionej chorobie oka, konieczne może być leczenie ogólne. Jednakże w tych chorobach preparat GARASONE® może być stosowany jako leczenie wspomagające.

DAWKOWANIE I PODAWANIE:

Wprowadzić niewielką ilość maści do oczu GARASONE® do worka spojówkowego chorego oka 3 do 4 razy dziennie. W ostrej fazie częstość podawania może być zwiększona: maść do oczu może być nakładana co 2 godziny; następnie częstość podawania można zmniejszyć w miarę jak ustępują objawy. Dawkowanie powinno być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta. W chorobach przewlekłych, odstawianie leczenia powinno odbywać się przez stopniowe zmniejszanie częstości podawania leku.

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:

Preparaty do oczu mogą powodować uczucie klucia krótko po podaniu. Długotrwałe stosowanie może prowadzić do wzrostu ciśnienia wewnątrzgałkowego; jaskry; rzadko uszkodzenia nerwu wzrokowego; pogorszenia ostrości wzroku i ubytków pola widzenia; tworzenia podtorebkowej zaćmy tylnej; opóźnienia gojenia ran; ostrego zapalenia przedniego odcinka błony naczyniowej; przebiecia gałki ocznej; rozszerzenia źrenicy; porażenia akomodacji; opadania powieki. Może wystąpić uczulenie na antybiotyki. Przy stosowaniu siarczanu gentamycyny do oczu opisywano przejściowe podrażnienie oka. Przy stosowaniu połączenia kortykosteroidów z antybiotykami do oka opisywano reakcje nadwrażliwości. W ostrych stanach ropnych oka, kortykosteroidy mogą maskować zakażenia lub nasilać istniejące zakażenia.

PRZECIWSKAZANIA:

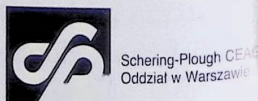
Opryszczka zwykła, zapalenie rogówki, drzewkowate zapalenie rogówki, krowianka, ospa wietrzna, inne wirusowe choroby rogówki i spojówek, zakażenie oka prątkami lub grzybami, jaglica lub nadwrażliwość na jakikolwiek ze składników tego preparatu. Stosowanie połączeń kortykosteroid/antybiotyk jest przeciwwskazane po usunięciu ciała obcego z rogówki.

ZALECENIA OSTROŻNOŚCI:

Jeżeli nie uzyska się szybkiej reakcji klinicznej po zastosowaniu maści do oczu GARASONE®, przypadek należy poddać dalszej ocenie. Gdy preparat GARASONE® jest podawany do oka przez 10 lub więcej dni, zaleca się przeprowadzenie badań tonometrycznych oraz przy użyciu lampy szczelinowej. W chorobach powodujących ściężczenie rogówki lub twardówki, obserwowano perforacje po miejscowym stosowaniu kortykosteroidów. Zgodnie z tym, nie zaleca się jako terapii początkowej, leczenia bakteryjnych owrzodzeń rogówki, które mogą być wywołane przez *Pseudomonas aeruginosa*, połączeniem antybiotyk/lek przeciwzapalny. Rozsądne jest stosowanie początkowo wyłącznie leku przeciwbakteryjnego. Jeżeli zakażenie zareaguje na leczenie przeciwbakteryjne, sugeruje się dodanie leku przeciwzapalnego dla zminimalizowania włóknienia i bliznowacenia rogówki. W ostrych, ropnych stanach oczu kortykosteroidy mogą maskować objawy infekcji lub nasilać istniejącą infekcję. Nie ustalono bezpieczeństwa stosowania i skuteczności preparatu GARASONE® maść do oczu u dzieci w wieku poniżej 8 lat i u kobiet w ciąży. Należy zachować ostrożność przy podawaniu preparatu kobietom karmiącym, ponieważ nie wiadomo czy składniki maści do oczu GARASONE® są wydzielaone do mleka matki.

OPAKOWANIA:

Tubki po 5g.
Przechowywać w temperaturze od 2 do 30°C.



Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1996, 98 (6): 451-454
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Porażenie nerwu odwodzącego jako jedyny objaw tętniaka tętnicy szyjnej wewnętrznej u dziecka

Sixth nerve palsy as the only symptom of intracavernous carotid aneurysm in a child

Ewa Oleszczyńska-Prost, Dorota Tarantowicz-Mazurek¹, Wanda Tarantowicz, Anna Bukala-Mroczek, Elżbieta Jurkiewicz²

Abstract: A case of a 10-year old child with isolated sixth nerve palsy due to giant intracavernous carotid aneurysm is presented. The aneurysm was confirmed by CT brain scan and carotid angiography. It was closed after local embolization of intracavernous carotid artery with the use of platinum inlays. It turns out that an intracranial aneurysm can be, although very rarely, the cause of isolated sixth nerve palsy in childhood.

Słowa kluczowe: porażenie nerwu VI, tętniak tętnicy szyjnej wewnętrznej, tomografia komputerowa, angiografia fluoresceinowa tętnic, dziecko

Key words: sixth nerve palsy, intracavernous carotid aneurysm, CT brain scan, carotid angiography, child

Porażenie nerwu odwodzącego występuje zwykle w średnim i starszym wieku. Najczęstszą jego przyczyną, w około 30% przypadków, są zmiany naczyniowe w przebiegu cukrzycy i miażdżycy naczyń (2, 12, 14). W około 19,4% przypadków do porażenia nerwu VI dochodzi w wyniku przebiecia chorób infekcyjnych (2, 13), np.: wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (13), uogólnionych infekcji wirusowych (8, 12), *poliomyelitis* (10), grzybiczego czy kilowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (13), zapalenia ucha środkowego oraz wyrostka sutkowatego lub okostnej kości skroniowej (10, 15). Częstą przyczyną (w około 10,9% przypadków) są również guzy mózgu, najczęściej guzy

kałą mostowo-mózdkowego (neuroma, meningioma, glioma), guzy mostu (2, 10), szyszynki, przerzuty do opon mózgowych (12) oraz guzy okolicy nosowo-gardłowej (2), zatoki klinowej (7), a także osłoniaki nerwowe nerwu trójdzielnego (4). Rzadziej przyczyną porażenia nerwu VI bywają tętniaki tętnicy szyjnej wewnętrznej (2, 3, 14), zatoki jamistej (9), tętnicy łączącej tylnej (2), tętnicy kręgowej (5, 12). Uszkodzenie nerwu odwodzącego może być także wynikiem urazu, np. po złamaniach części skalistej kości skroniowej (2, 10), podstawy czaszki (10), wyrostka kręgu szyjnego (1), a także po zabiegach punkcji rdzeniowej (14), po operacyjnym otwarciu zatoki szczękowej (11) lub po założeniu zastawki komorowej przy wodogłowiu (6).

W około 29% przypadków porażenia nerwu VI etiologia pozostaje nie wyjaśniona. Dotyczy to szczególnie ludzi młodych.

W niniejszej pracy przedstawiamy przypadek dziecka z porażeniem nerwu VI, spowodowanym dużym tętniakiem tętnicy szyjnej wewnętrznej. Tętniak rozpoznany został za pomocą tomografii komputerowej i potwierdzony badaniem angiograficznym tętnicy szyjnej.

Materiał i metody

Dziesięcioletnia dziewczynka została przyjęta do Oddziału Okulistycznego Wojewódzkiego Szpitala

¹ Oddziału Okulistyki Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Warszawie
Ordynator: dr med. Stanisław Krzywicki

² Kliniki Okulistyki IPCZD w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. med. Marek Prost

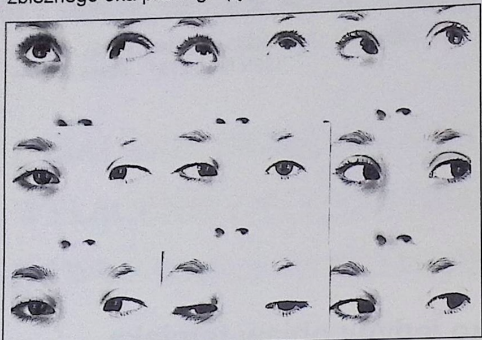
³ Zakładu Rentgenodiagnostyki CZD w Warszawie
Kierownik: dr med. Marek Pędich

Praca wygłoszona w czasie XV Sympozjum Sekcji Strabologicznej w Szczecinie, 13-14 października 1995 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Dr med. Ewa Oleszczyńska-Prost
ul. Hertzka 9/2

04-600 Warszawa

Dziecięcego w lutym 1995 r. z powodu uporczywego dwojenia i skręcania głowy w prawą stronę oraz zezu zbieżnego oka prawego (ryc. 1).



Ryc. 1. Badanie ruchomości gałek ocznych u dziecka. Widoczne objawy porażenia nerwu VI

Fig. 1. Examination of eyeball mobility in a child. Sixth nerve palsy symptoms are seen

Objawy te utrzymywały się od 8 miesięcy. Upřednio pacjentka była leczona w poradni rejonowej z powodu zezu zbieżnego oka prawego. Badaniem przedmiotowym stwierdzono: ostrość wzroku w dal obojga oczu – 5/5 cc +0,75 D sph, ostrość wzroku z bliska obojga oczu – 0,5, skiaskopia OP +1,0/+1,5, OL +1,5/+1,5, fiksacja obojga oczu – centralna, pole widzenia obojga oczu – w granicach normy, Cover test – pozytywny, konwergencja – prawidłowa, ruchomość gałek ocznych – ograniczenie ruchu odwodzenia oka prawego. Badanie na synoptoforze wykazało: kąt zezu równy +11°, jednoczesna percepcja (+), fuzja z zakresem od +12° do -4°. Widzenie obuoczne badane za pomocą testu TNO i testu Titmus – prawidłowe. Wykonano próbę spojrzenia w dziewięciu pozycjach wg Sobańskiego, podczas której stwierdzono dwojenie na wprost i w prawo.

Badanie z użyciem ekranu Hessa wykazało typowy wykres porażenia nerwu VI oka prawego. Przedni odcinek oczu – prawidłowy. Dno obojga oczu – w granicach normy. Badanie neurologiczne nie wykazało zmian. U dziewczynki wykonano badanie głowy za pomocą tomografii komputerowej. Stwierdzono duży tętniak odcinka wewnątrzczaszkowego tętnicy szyjnej wewnętrznej prawej o średnicy ok. 22 mm i poszerzenie tętnicy utrzymujące się prawie do bifurkacji. Tętniak powodował ucisk i modelowanie trzonu kości klinowej (ryc. 2).

Dziecko zostało przeniesione na Oddział Neurochirurgii CZD. Angiografia tętnicy szyjnej wewnętrznej prawej wykazała obecność dużego tętniaka w jej odcinku śródczaszkowym, który uwypuklał się w obręb zatoki jamistej. Tętniak miał bardzo szeroką szypułę i w jego okolicy stwierdzano się znaczne wrzecionowate poszerzenie tętnicy (ryc. 3a, b).

W marcu 1995 r. w Zakładzie Rentgenodiagnostyki CZD wykonano pierwszy etap embolizacji wewnątrzczaszkowej tętniaka podklinowego odcinka prawej tętnicy szyjnej wewnętrznej z użyciem 6 spiral platynowych uzyskując nieznaczne zmniejszenie przepływu krwi przez tętniak. Po 3 miesiącach przeprowadzono



Ryc. 2. Tomografia komputerowa – tętniak tętnicy szyjnej wewnętrznej prawej

Fig. 2. CT – right intracavernous carotid aneurysm

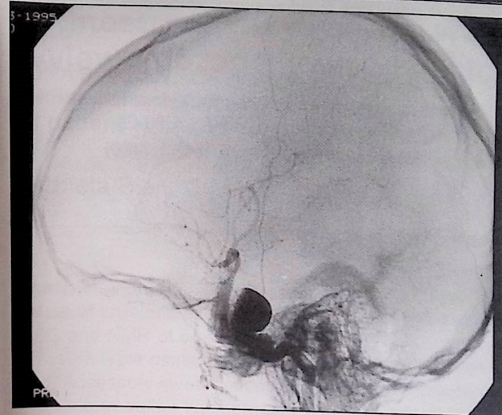
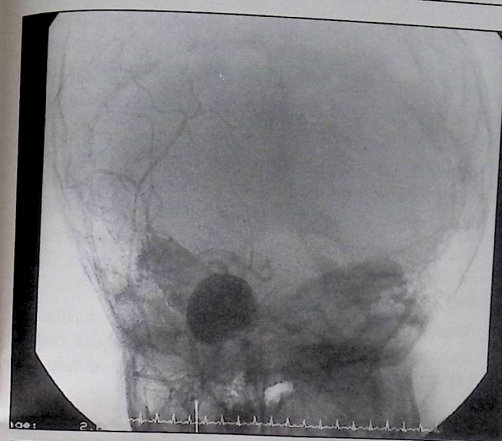
drugi etap embolizacji, umieszczając 14 spiral w świetle tętniaka. Tym razem spowodowało to znaczne zwolnienie przepływu krwi w jego obrębie. Po kolejnych 3 miesiącach wykonano trzeci etap embolizacji, używając 7 spiral. Uzyskano wtedy prawie całkowite wypełnienie światła tętniaka i brak przepływu krwi w tym miejscu. W odcinku ponad tętnikiem widoczne było wrzecionowate poszerzenie tętnicy szyjnej wewnętrznej (ryc. 4a, b).

W leczeniu okulistycznym ze względu na uporczywe dwojenie i skręcanie głowy w stronę prawą zapisano szkła korekcyjne +1,0 D sph=10 D pryzm. przed każde oko. Pacjentka zgłosiła się na badanie kontrolne we wrześniu tego roku. Nadal obserwowano porażenie nerwu odwodzącego i brak odwodzenia okiem prawym. Zez zbieżny oka prawego powiększył się do +17°, ale widzenie obuoczne pozostawało niezmienione. Badanie w 9 pozycjach spojrzenia próbą Sobańskiego wykazało dwojenie we wszystkich kierunkach, nasilające się przy spojrzeniu w prawo. Powiększono korekcję pryzmatyczną do 15 D pryzm. przed każdym okiem. W okularach tych dwojenie zniknęło przy patrzeniu na wprost i w lewo.

Dziewczynka nadal pozostaje pod kontrolą neurochirurgiczną i okulistyczną. Przygotowywana jest do zabiegu na mięśniach ocznych.

Omówienie

Tętniaki wewnątrzczaszkowe są rzadką przyczyną porażenia nerwu odwodzącego. Według danych z piśmiennictwa powodują one 0-4% porażen (2, 5, 9, 12, 14).



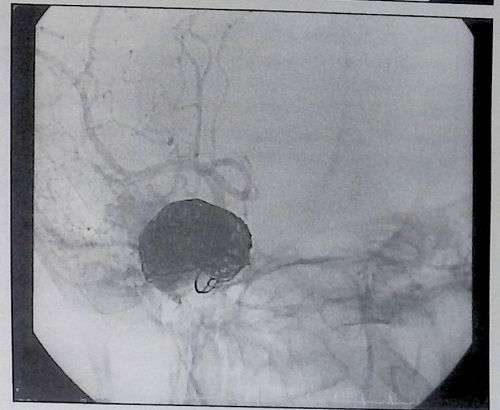
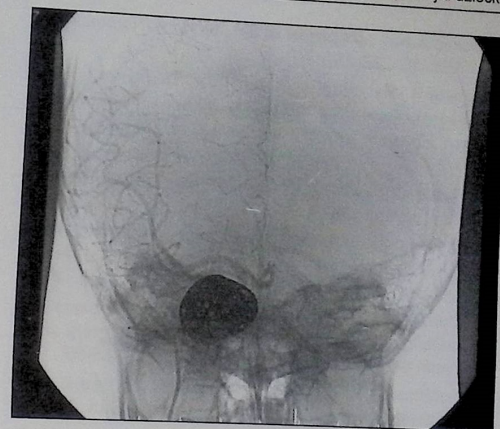
Ryc. 3. Arteriografia tętnicy szyjnej prawej – widoczny duży tętniak w odcinku tętnicy szyjnej wewnętrznej prawej w obrębie zatoki jamistej:
a. rzut przednio-tylny,
b. rzut boczny

Fig. 3. Arteriography of right carotid artery – giant intracavernous carotid aneurysm within cavernous sinus
a. anteroposterior projection,
b. lateral projection

Zmiany te występują przede wszystkim u osób powyżej 50. roku życia. U dzieci opisywano je wyjątkowo – w dostępnym piśmiennictwie znaleziono opis tylko jednego przypadku u 7-letniego dziecka (30). Dlatego też w niniejszej pracy postanowiliśmy omówić obserwowany przez nas przypadek tętniaka tętnicy szyjnej wewnętrznej u 10-letniej dziewczynki, którego jedynym objawem było porażenie nerwu odwodzącego.

W przebiegu leczenia pomimo embolizacji i uzyskania prawie całkowitego zahamowania przepływu krwi przez tętniak stwierdzono brak poprawy, a nawet nieznaczne zwiększenie się stopnia porażenia nerwu VI. Zmniejszenie przepływu krwi nie musi być jednoznaczne ze zmniejszeniem ucisku na nerw. Materiał embolizacyjny w postaci spiral platynowych oraz powstające wskutek zastój skrzepy krwi mogą bowiem w dalszym ciągu powodować uciskanie nerwu przebiegającego w obrębie zatoki jamistej.

U naszej pacjentki obecność tętniaka stwierdzono w tomografii komputerowej głowy z zastosowaniem



Ryc. 4. Arteriografia tętnicy szyjnej prawej po zabiegach embolizacji wewnątrzczaszkowej tętniaka. W obrębie tętniaka widoczne liczne spirale platynowe wypełniające prawie całkowicie jego światło:
a. rzut przednio-tylny,
b. rzut boczny

Fig. 4. Arteriography of right carotid artery after embolization of internal carotid artery. Numerous platinum inlays almost completely fill the light of aneurysm
a. anteroposterior projection,
b. lateral projection

kontrastu. W piśmiennictwie donoszono jednak, że w niektórych przypadkach dopiero wykonanie angiografii tętnicy szyjnej wykazało obecność tętniaka. Dlatego należy pamiętać, że brak zmian w tomografii komputerowej nie wyklucza tętniaka jako przyczyny porażenia nerwu VI (14).

W około 29% przypadków przyczyna izolowanego porażenia nerwu odwodzącego pozostaje nie wyjaśniona. Opisany przez nas przypadek wskazuje, że również u dzieci może nią być tętniak tętnicy szyjnej wewnętrznej. W związku z tym w razie trudności w diagnostyce izolowanego porażenia nerwu VI u dziecka należy pamiętać, że może ono być spowodowane tętniakiem wewnątrzczaszkowym.

Piśmiennictwo

1. Arias M.J.: Bilateral traumatic abducens nerve palsy without skull fracture and with cervical spine fracture: 453

- case report and review of the literature. Neurosurgery, 1985, 16, 232-234.
2. Berlit P., Reinhardt J., Krause K.H.: *Die isolierte Abduzensparese – Eine retrospective studie an 165 Patienten.* Fortschr. Neurol. Psychiat., 1988, 56, 32-40.
 3. Cropmton J.L., Keith C.G.: *Giant intracavernous aneurysm: rare cause of isolated sixth nerve palsy in a child.* Med. J. Aust., 1976, 928, 342-343.
 4. Del-Priore L.V., Miller N.R.: *Trigeminal schwannoma as a cause of chronic, isolated sixth nerve palsy.* Am. J. Ophthalm., 1989, 15, 726-729.
 5. Dumas S., Shults W.T.: *Abducens paresis. A rare presenting sign of posterior-inferior cerebellar artery aneurysm.* J. Clin. Neuro. Ophthalmol., 1982, 2, 55-60.
 6. Espinosa J.A., Giroux M., Johnston K.: *Abducens palsy following shunting for hydrocephalus.* Can. Neurol. Sci., 1993, 20, 123-125.
 7. Moore G.F., Massey J.D., Yonkers A.J.: *Abducens nerve paralysis: a potential presentation of sphenoid sinus cancer.* Otolaryngol. Head. Neck. Surg., 1986, 94, 149-153.
 8. Nement P., Ehrlich D., Lazer M.: *Benign abducens palsy in varicella.* Am. J. Ophthalm., 1974, 78, 859.
 9. O'Dell K.B., Gordon R.S.: *Intracavernous carotid aneurysm – an unusual case of isolated abducens nerve palsy.* Ann. Emerg. Med., 1990, 19, 1063-1065.
 10. Pau H.: *Differential diagnosis of eye diseases.* Sanders Company, Philadelphia, 1988, 56-57.
 11. Reiner S., Willoughby J.H.: *Transient abducens nerve palsy following a Le Fort I maxillary osteotomy: report of a case.* J. Oral Maxillofac. Surg., 1988, 46, 699-701.
 12. Rusch J.A., Younge B.R.: *Paralysis of cranial nerve III, IV, VI. Cause and prognosis in 1000 cases.* Arch. Ophthalm., 1981, 99, 76-77.
 13. Shaked J., Samra Y.: *Q fever meningoencephalitis associated with bilateral abducens nerve paralysis, bilateral optic neuritis and abnormal cerebrospinal fluid findings.* Infection, 1989, 17, 394-395.
 14. Stracciari A., Ciucci G., Bianchedi G.G.: *Isolated sixth nerve palsy due to intracavernous carotid aneurysm in a young woman.* Acta Neurol. Belg., 1988, 88, 148-151.
 15. Van-Wieringen P.M., Van-Lith H.J., Van-Dijk R.A.: *Otitis media, ptosis en het syndrom van Gradenigo.* Tijdschr. Kindergeneesk., 1989, 57, 63-66.
- Praca wpłynęła do Redakcji 5 lipca 1996 r. (466)

Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1996, 98 (6): 455-458
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Jednostronny wytrzeszcz w przebiegu samoistnego wylewu pozagałkowego u pacjenta z nadciśnieniem tętniczym Unilateral exophthalmus in course of spontaneous retrobulbar haemorrhage in patient with arterial hypertension

Elżbieta Bień, Wojciech Czarnecki, Rafał Taczanowski¹

Abstract: In this paper we present a case of a 60-year-old patient with labile hypertension, who was admitted to hospital because of unilateral exophthalmus and loss of vision of the left eye. During the hospitalization basic laboratory investigations, USG and NMR of orbits and arteriography of internal carotid arteries were carried out. Body temperature and arterial blood pressure were monitored. Leucocytosis and high values of arterial blood pressure in the early hours of the morning were found. Accessory investigations didn't explain the cause of exophthalmus. Repeated NMR of orbits showed image characteristic for retrobulbar haemorrhage in the left orbit. During the hospitalization hipotensive, anti-inflammatory and oedema-reducing treatment was administered, without surgical intervention. This case demonstrates that modern diagnostic investigations must be preceded by precise history taking concerning the early symptoms of the disease, its course and accompanying systemic diseases. Although spontaneous retrobulbar haemorrhages occur rarely, they must be taken into consideration in differential diagnosis of unilateral exophthalmus, especially in elderly patients with atherosclerosis and hypertension.

Słowa kluczowe: wytrzeszcz gałki ocznej, nadciśnienie tętnicze, guzy oczodołu

Key words: exophthalmus, arterial hypertension, orbital tumours

Wytrzeszczem nazywamy stan nadmiernego wysunięcia gałki ocznej ku przodowi. Może on występować jako jedno- lub obustronny. W zależności od dynamiki procesu chorobowego rozróżnia się wytrzeszcz ostry lub przewlekłe narastający.

Przyczyną wytrzeszczu jednostronnego mogą być: procesy zapalne toczące się w oczodole, takie jak ropowica, ropień oczodołu, guz rzekomy, zapalenie pochewki gałki ocznej, zapalenie mięśni zewnątrzgałkowych; choroby naczyniowe – tętniaki, żyłaki, przetoka tętniczko-żylna; krwiaki samoistne, pourazowe lub będące powikłaniem pooperacyjnym; torbiele; guzy nowo-

tworowe – pierwotne i przerzutowe; zmiany pourazowe oraz procesy wtórne powstałe na tle chorób ogólnych, jak białaczki, chłoniaki, zaburzenia endokrynologiczne (3, 6, 9, 10, 11, 12). Najczęstszą przyczyną jednostronnego wytrzeszczu są nowotwory. Występują one w 59,2-80% przypadków. Wytrzeszcz spowodowany problemami naczyniowymi stanowi natomiast 15,4%, zapalnymi – 13%, a metabolicznymi – 6,9% (6, 9).

Pomimo różnorodnych nowoczesnych badań pomocniczych, stosowanych w diagnostyce zmian chorobowych oczodołu, wytrzeszcz niejednokrotnie stwarza liczne problemy. Chociaż kolejność występowania objawów, w zależności od etiologii, często sprzyja postawieniu właściwego rozpoznania, to jednak często pojawiają się duże trudności w różnicowaniu (4, 10).

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie i omówienie przypadku 60-letniego pacjenta z jednostronnym wytrzeszczem spowodowanym samoistnym wylewem pozagałkowym w przebiegu nadciśnienia tętniczego.

Z Oddziału Ocznego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie
Ordynator: dr n. med. Wojciech Czarnecki

¹Z Oddziału Neurochirurgii Szpitala Bródnowskiego w Warszawie
Ordynator: prof. dr hab. med. Witold Mazurowski

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Lek. med. Elżbieta Bień
ul. Grzybowska 6/10 m. 923
00-121 Warszawa