

PODSUMOWANIE

Opadnięcie górnej powieki występuje najczęściej jako wada wrodzona i wymaga operacyjnego leczenia z powodów poważnych zaburzeń czynności widzenia oraz powodów estetycznych.

W złożonych wadach rozwojowych leczenie operacyjne jest trudne i etapowe, a operacja opadnięcia powieki winna być ostatnim etapem leczenia, po odtworzeniu prawidłowych obrysów powiek i ustawieniu gałki ocznej w prawidłowym położeniu.

Dostępny przeszskórny daje dogodną możliwość identyfikacji anatomicznych struktur powieki, ich właściwą ocenę i tym samym polepsza wynik operacji, co według własnych doświadczeń zapewnia zmodyfikowana operacja sposobem Berkego.

PIŚMIENNICTWO

1. Beard C.: Ptosis. (Mosby, St. Louis 1981). — 2. Berens C., King J.H.: An atlas of ophthalmic surgery. (Lippincott, Philadelphia 1961). — 3. Berke R.N., Hackensack N.J., Wadsworth J.A.C.: Histology of levator muscle in congenital and acquired ptosis. *AMA Arch. Ophthal.* 53: 413—428 (1955).

4. Berke R.N., Hackensack N.J.: Results of resection of the levator muscle through a skin incision in congenital ptosis. *AMA Arch. Ophthal.* 61: 177—201 (1959). — 5. Collin J.R.O.: A manual of systemic eyelid surgery. (Churchill Livingstone, 1983). — 6. Fasanella R.M., Servat J.: Levator resection for small ptosis: another simplified operation. *AMA Arch. Ophthal.* 73: 493—496 (1961). — 7. Hedstrom J., Parsons J., Maloney P.L., Doku H.C.: Superior orbital fissure syndrome: report of case. *J. Oral Surg.* 32: 198—201 (1974). — 8. Krauss M., Jethon J.: Leczenie chirurgiczne wrodzonego zespołu zwężenia szpar powiek, opadnięcia powiek i fałdów nakątnych. *Klin. oczna* 84: 385—387 (1982). — 9. Krzystkova K.M., Kubatko-Zielińska A.: Wrodzone zespoły zaburzeń narządu ruchowego oczu w materiale własnym. I i II. *Klin. oczna* 86: 379—385 (1984). — 10. Mustardé J.: Problems and possibilities in ptosis surgery. *Plast. Reconstr. Surg.* 56: 381—388 (1975).

11. Neuhaus R.N.: Eyelid suspension with transposed levator palp. superioris muscle. *Amer. J. Ophthal.* 100: 308—311 (1985). — 12. Szczypiński J., Cybulski S.: Korekcja chirurgiczna małego opadnięcia powieki górnej. *Klin. oczna* 88: 249—250 (1986). — 13. Szreterowa M.: Wyniki operacyjnego leczenia wrodzonego opadnięcia powiek. *Klin. oczna* 88: 65—66 (1986).

Praca wpłynęła: 10.12.1988 (nr 5492).

S P R A W O Z D A N I A

DANUTA KARCEWICZ

Sprawozdanie z działalności Zachodniopomorskiego Oddziału PTO w roku 1990

W roku sprawozdawczym oddział liczył 80 członków w tym 11 rencistów. Skład zarządu przedstawiał się następująco: przewodniczący: prof. dr hab. Wanda Andrzejewska, v-ce przewodniczący: prof. dr med. Teresa Baranowska-George, II v-ce przewodniczący: prof. dr hab. Olgierd Palacz, sekretarz: doc. dr hab. Danuta Karcewicz, skarbnik: lek. med. Bolesław Markiewicz, członkowie zarządu: lek. med. Tadeusz Bytów, dr med. Lidia Puchalska-Niedbał, Komisja rewizyjna: przewodniczący: doc. dr hab. Grażyna Remlein-Mozolewska, członkowie: dr med. Halina Zielińska i dr med. Mirosława Biernacka.

Odbyły się 3 zebrania zarządu oddziału i 11 zebrań naukowo-szkoleniowych na których wygłoszono 18 referatów.

Referaty:

1. kol. D. Sobczak: Techniki operacyjne w leczeniu zezów.
2. kol. kol. Teresa Baranowska-George, Ewa Tokarz-Sawińska, Lidia Puchalska-Niedbał, Katarzyna Mozolewska i Bogdan Adamek: Modyfikacje operacji na mięśniach zewnętrznych oczu wprowadzone w I Klinice Okulistycznej.
3. kol. kol. Wanda Andrzejewska, Ewa Tokarz-Sawińska, Danuta Przerwa, Zofia Krzystolik i Krystyna Piłarska: Wyniki leczenia chirurgicznego zaburzeń ruchomości mięśni ocznych u chorych z oftalmopatią obrzękowo-naciekową.
4. kol. Wojciech Lubiński: Ocena funkcji bioelektrycznej siatkówki w oczach z krótkowzrocznością średniego stopnia.

5. kol. Ewa Tokarz-Sawińska: VER jako jeden z czynników diagnostycznych w chorobie zezowej.
6. kol. Olgierd Palacz: Nowoczesne metody operowania zaćmy.
7. kol. Cezary Michalak: Badania USG gałki ocznej.
8. kol. Kierska: Fizykoterapia w okulistyce.
9. kol. Maurice Ardouin: Rozwój widzenia.
10. kol. Maurice Ardouin: Zez wrodzony.
11. kol. Maurice Ardouin: Badanie widzenia stereoskopowego u dzieci.
12. kol. kol. Wanda Andrzejewska i Lidia Puchalska-Niedbał: Epidemiologia i obraz kliniczny toksoplazmozy wrodzonej w materiale własnym.
13. kol. kol. Wanda Andrzejewska, Danuta Karcewicz, Zofia Sylwestrak i Lidia Puchalska-Niedbał: Laseroterapia w toksoplazmozie.
14. kol. Zabkiewicz: Problemy Polskiego Związku Niewidomych.
15. kol. kol. Wanda Andrzejewska i Danuta Karcewicz: Keratotomia radialna.
16. kol. kol. Wanda Andrzejewska, Danuta Karcewicz i Lidia Puchalska-Niedbał: Wieloletnia obserwacja obustronnego glejaka siatkówki.
17. kol. kol. Lidia Puchalska-Niedbał i Ewa Tokarz-Sawińska: Wyniki leczenia operacyjnego zaćmy wrodzonej metodą tradycyjną i lensektomii.
18. kol. kol. Wanda Andrzejewska, Danuta Karcewicz i Bogdan Adamek: Profilaktyka odklejenia siatkówki.

Praca wpłynęła: 13.01.1991 (nr 5714).

TADEUSZ KĘCIK I JOANNA CISZEWSKA

Zastosowanie wszczepu gąbki akrylowej Miragel w ciężkich oparzeniach narządu wzroku wapnem

APPLICATION OF MIRAGEL ACRYL SPONGE IN SEVERE LIME BURNS OF THE EYE

One of complications of burns of the eye caused by lime are the conjunctival adhesions. Presented are 2 patients who were treated by strips of Miragel acryl sponge implanted temporarily into the conjunctival sac. After 1 year of observation and removal of the implants the conjunctival sac showed to be free of adhesions with a free motility of the eye.

HASŁA: oparzenie chemiczne, zrosty spojówkowe, wapno, gąbka Miragel

KEY WORDS: chemical burns, conjunctival adhesions, lime, Miragel sponge



Ryc. 1. Obraz po wprowadzeniu paska gąbki Miragel do załamka dolnego.

prawą. O.I.: vis 0,1 sc, ciśnienie wewnątrzgałkowe 5,0/5,5. Gałka biała o prawidłowej ruchomości, śladowe zrosty spojówkowe, rogówka o zmniejszonej przezroczystości.

Chory K.S. lat 7, przyjęty z powodu oparzenia oka lewego zaprawą murarską. Stan przy przyjęciu — o.p.: vis 5/6 sc, przedni i tylny odcinek bez zmian. O.I.: vis 5/20 sc, światłowstręt, łzawienie. Powieki obrzęknięte i przekrwione. W dolnej części spojówki gałkowej krew po iniekcji podspojówkowej. Rogówka o znacznie zmniejszonej przezroczystości, matowa. Dalsze odcinki poza zarysem szerokiej źrenicy, niemożliwe do oceny.

W znieczuleniu ogólnym oczyszczono sklepienie spojówek z martwych tkanek oraz założono do załamków paski akrylowe Miragel mocując je szwami materacowymi. Oczyszczono oparzoną rogówkę oraz na godzinie 12, w rąbku wszczepiono fragment (ok. 2×2 mm) nabłonka, zdjęty z rogówki zdrowego oka. Pokryto go płatkami spojówki. Chłopiec otrzymał ogólnie: Ampicilinę; miejscowo do oka lewego: wersenian sodu, 2% sol. chloromycetyni, 1% sol. homatropini, Solcoseryl, wreszcie

OPARZENIA chemiczne oczu stanowią wciąż trudny problem terapeutyczny. Szczególnie niebezpieczne i poważnie rokujące są oparzenia wywołane zasadami. Martwica rozplywna, która jest następstwem zadziałania tego rodzaju związków chemicznych, powoduje w przeważającej liczbie przypadków nieodwracalne zmiany. Przenikający w głąb gałki ocznej zdysocjowany jon zasadowy (Ca⁺⁺) prowadzić może do zapalenia tęczówki, zaćmy, jaskry wtórnej a nawet do zaniku gałki ocznej¹.

Zrosty spojówkowe tworzące się z reguły w tego typu oparzeniach ograniczają ruchomość gałki ocznej, deformują powieki, zaburzają wydzielanie śluzu przez komórki kubkowe powodując czasem niedomykanie szpary powiekowej i wysychanie gałki ocznej². Zapobieganie lub ewentualna rekonstrukcja okolicy załamków jest ważna w całokształcie leczenia.

Poniżej przedstawiamy 2 pacjentów oparzonych wapnem, u których dokonano próby zapobieżenia zrostom spojówki gałkowej i powiekowej.

PRZYPADKI WŁASNE

Chory S.G. lat 31, przewieziony do kliniki z oddziału rejonowego po 3 miesiącach od zasypania obu gałek ocznych wapnem palonym (CaO). Stan okulistyczny — o.p.: vis. poczucie światła, rzutowanie tylko od skroni i nosa. Powieki obrzęknięte, zaczerwienione, oparzenie skóry II stopnia. Spojówki obrzęknięte, przekrwione, z licznymi ogniskami martwicy, szczególnie w okolicy sklepień. Rogówka o znacznie zmniejszonej przezroczystości (porcelanowa) z licznymi kryształami wapnia w warstwach głębokich. Twardówka od dołu i góry martwicza, miejscami odsłonięta błona naczyniowa. Dalsze odcinki niemożliwe do oceny. O.I.: vis. 0,1 (korekcja nie poprawia). Skóra powiek — oparzenie II stopnia. Spojówki obrzęknięte, Rogówka o zmniejszonej przezroczystości, z widocznymi w niej złogami wapna w warstwach powierzchniowych i licznymi pofałdowaniami blaszki granicznej tylnej. Dalsze odcinki niemożliwe do oceny.

Chorego poddano leczeniu operacyjnemu. Oczyszczono dokładnie worki spojówkowe obu oczu z zalegających, licznych grudek wapna i piasku. Uwolniono zrosty spojówkowe. Pod dolną i górną powiekę oka prawego oraz górną oka lewego wprowadzono paski gąbki akrylowej Miragel, mocując ją szwami materacowymi do wewnętrznej strony powiek (ryc. 1). Oczyszczono także w miarę możliwości rogówkę z grudek wapna i martwych tkanek.

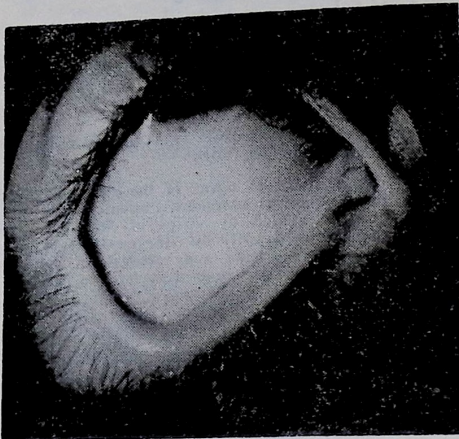
Podano ogólnie: Ampicilinę, Syntarpen, miejscowo: wersenian sodu, Priscool, gentamycynę, 2% sol. chloromycetyni, 1% sol. homatropini, 1% sol. tropicamid i płyn Parkera, a w późniejszym okresie Ophthor H. Szwy wraz ze wszczepami usunięto po 30 dniach od zabiegu. W czasie dalszej obserwacji stwierdzono tendencję do ponownego tworzenia się zrostów spojówkowych w oku prawym. W oku lewym załamki pozostały wolne.

Chorego wypisano do domu po 40 dniach, polecając zgłosić się do kontroli ambulatoryjnej. Po 10 miesiącach od zakończenia hospitalizacji stwierdzono brak poczucia światła w oku prawym i zmniejszoną, zanikową gałkę

Z Kliniki Okulistycznej AM w Warszawie, kierownik: prof. dr med. Tadeusz Kęcik

Reprint requests to: Prof. dr med. Tadeusz Kęcik, ul. Prosta 2/14 m. 75; 00-850 Warszawa, Poland

Dicortineff. Szwy wraz z implantem zdjęto 23 dnia po operacji. Załamki górny i dolny były wolne. W czasie hospitalizacji stwierdzono pokrywanie się rogówki nabłonkiem od miejsca operacyjnego wszczepienia oraz stopniowe wrastanie naczyń powierzchownych i głębszych w rogówkę.



Ryc. 2. Wolny załamek dolny po usunięciu gąbki Miragel 30 dni od zabiegu.

Dziecko wypisano do domu z zaleceniem okresowej kontroli. W badaniu ambulatoryjnym po trzech miesiącach od opuszczenia szpitala stwierdzono pojedyncze śladowe blizny spojówki, w załamku dolnym, z zachowaną pełną ruchomością gałki ocznej lewej (ryc. 2).

OMÓWIENIE

Zrosty spojówki powiekowej z gąbką (*symblepharon*) jako jedno z poważnych powikłań w przebiegu oparzenia oczu, mogą wytwarzać się już po 1 godzinie od doznania urazu¹. Spowodowane jest to zniszczeniem i utratą przyczepności do podłoża komórek nabłonka wielowarstwowego płaskiego spojówki. Dołączają się liza komórek i denaturacja kolagenu². Zanik komórek kubkowych powoduje w konsekwencji obniżone nawilżanie rogówki.

W celu zapobieżenia zrostom, oprócz leczenia farmakologicznego stosuje się masaż załamek. Efekt tego działania nie zawsze przynosi dobry rezultat.

Autorzy francuscy³, w ślad za *Croll'em*⁴, polecają stosowanie płaska owodni jajka kurzego, wprowadzanego głęboko do obydwu załamek, pokrywającego jednocześnie rogówkę. Zaletą tego materiału jest prawidłowy pasaż tlenu i leków, przy jednoczesnej ochronie rege-

nerującej się spojówki. Natomiast do rekonstrukcji i zachowania spojówki używa się leczniczych protez kontaktowych lub zwykłych soczewek nagałkowych zakładanych do worka spojówkowego. Stosuje się także przeszczepy błony śluzowej jamy ustnej. Jednak fakt, że nabłonek spojówki nigdy nie przechodzi w prawidłowe się przeszczepu, zmuszają do poszukiwania innych metod⁵. Jedną z nich, spotykaną w piśmiennictwie, jest użycie przeszczepu wierzchnich warstw spojówki zdrowego oka w miejsce oparzonej^{6,7}. Należy wspomnieć również o próbach pokrywania rogówki płatkami zdrowej spojówki, wykorzystując zdolność komórek nabłonka spojówki do migracji i adaptacji do morfologii komórek nabłonkowych rogówki^{4,8}.

W naszej klinice dokonano próby użycia syntetycznego preparatu Miragel do odtworzenia załamek i zapobieżenia zrostom. Miragel firmy Mira jest polimerem akrylowym o utkanu zbitej gąbki. Znajduje zastosowanie przede wszystkim w operacjach odwarstwienia siatkówki. Jest to biała, elastyczna i hydrofilna opaska o gładkiej powierzchni. Zawiera liczne mikropory i 17% izotonicznego chlorku sodu. Dzięki takiej budowie chemicznej i konstrukcji nie powoduje odczynów zapalnych.

W przypadkach ciężkich oparzeń wapnem, u przedstawionych wyżej chorych, wszyto czasowo fragmenty gąbki Miragel do załamka dolnego i górnego.

Wiadomym jest, że stopień zmian klinicznych zależy od koncentracji anionów, ilości środka chemicznego, czasu trwania oparzenia i toksyczności danego związku itp. Wobec tego efekt naszego działania będzie zależny od wyżej wymienionych czynników. Niemniej niepożądane skutki udaje się czasem zmniejszyć. Przedstawiona powyżej metoda przeszczepu do załamek gąbki akrylowej oraz próba przeszczepu nabłonka rogówki wydają się godne polecenia w uzasadnionych przypadkach.

PISMIENNICTWO

1. *Croll M.*: Egg membrane for chemical injuries of the eye. *Amer. J. Ophthalm.* 35: 1585—1586 (1952).
2. *Diedler J.L.*: Prévention du symblepharon dans les brûlures oculaires graves — à propos de 3-cas. *J. Fr. Ophthalm.* 7: 31—33 (1984).
3. *Orłowski W.*: Okulistyka współczesna. (PZWL, Warszawa 1986).
4. *Parunović A.*: Autotransplantation der Bindehaut zur Rehabilitation von Augenverätzungen. *Klin. Mbl. Augenhk.* 183: 291—293 (1983).
5. *Roswell R.*: The effects of chemical injury on the ocular surface. *Ophthalmology* 90: 601—609 (1983).
6. *Thoft R.K.*: Biochemical transformation of regenerating. *Invest. Ophthalm.* 16: 14—20 (1977).
7. *Vastine D.*: Reconstruction of the Pericocular Membrane by Autogenous Conjunctival Transplantation. *Ophthalmology* 89: 1072—1075 (1982).

Praca wpłynęła: 21.09.1987 (nr 5241).

STOZEK rogówki, objawiający się głównie obniżeniem ostrości wzroku, polega w początkowym okresie schorzenia na zniekształceniu i wypukleniu części środkowej rogówki z narastającym zmniejszaniem się promienia krzywizny, w późniejszym okresie na postępującym ścięczeniu mięszu, pękaniu blaszki granicznej tylniej i powstaniu przymgleń oraz zbliznowaceń rogówki.

Leczenie stożka w okresie początkowym wymaga wyrównania wady wzroku przy pomocy odpowiedniego szkła korekcyjnego sferycznego lub cylindrycznego. W stożku rogówkowym leczeniem z wyboru jest twarde rogówkowe soczewki kontaktowe¹⁻⁴. Najczęściej stosowane są soczewki rogówkowe z polimetylmetakrylatu oraz z celulozoacetobutyrytu.

Nieliczne prace dotyczą stosowania w stożku rogówki soczewki kontaktowej miękkiej z poli-HEMA. Do niedawna uważano ją za nie przydatną w tym schorzeniu. Dopiero od kilku lat opinia ta uległa zmianie, dzięki wszechstronnemu rozpracowaniu optycznych możliwości i technicznych właściwości hydrożelowego materiału. Odstępiono od stosowania soczewki miękkiej o zbyt małej średnicy, wprowadzając soczewki o zmienionych parametrach optycznych.

*Ruben*⁵ zaleca stosowanie we wczesnym okresie stożka soczewki poli-HEMA o średnicy 13,0 do 14,0 mm, promieniu tylnym krzywizny w granicach od 6,90 do 8,70 mm i grubości 0,2 mm w jej centralnej części. *Lundh*⁶ uzyskuje dobre wyniki po zastosowaniu równoczesnej korekcji szklami okularowymi i soczewką kontaktową miękką.

Powyższe doniesienia jak również i własne obserwacje chorych ze zmianami pourazowymi rogówki, u których wyrównano wadę refrakcji i współistniejącą nieźborność rogówki przy pomocy hydrofilnej soczewki nagałkowej⁷, przyczyniły się do zastosowania soczewki kontaktowej miękkiej w przypadkach wczesnego stożka rogówki.

MATERIAŁ I METODYKA

Niniejsze doniesienie dotyczy obserwacji 41 chorych (71 oczu) w wieku od 10 do 50 lat, w tym chorzy od 21 do 30 lat stanowili 52,1%: ze stożkiem obustronnym było 30 chorych (w większym stopniu u kobiet) i jednostronnym 11 chorych. Mężczyzn było 23 (37 oczu), kobiet 18 (34 oczu) — tab. I. U 27 chorych stożek rogówki wystąpił przed 1,5 rokiem i wcześniej, u 14 chorych stwierdzony został w okresie od 0,5 do 1,5 roku.

Tabela I. Wiek i płeć leczonych chorych

Wiek chorych (lata)	Liczba oczu (%)		
	Mężczyźni	Kobiety	Razem
10—20	9 (24,3)	3 (8,8)	12 (16,9)
21—30	20 (54,1)	17 (50,0)	37 (52,1)
31—40	8 (21,6)	8 (23,5)	16 (22,5)
41—50	—	6 (17,7)	6 (8,5)
Razem	37 (100,0)	34 (100,0)	71 (100,0)

Z Wojewódzkiej Przychodni Okulistycznej ZWPS w Katowicach, kierownik: prof. dr med. *Stefania Szymankiewiczowa*

Reprint requests to: Prof. dr med. *Stefania Szymankiewiczowa*, ul. Kukulek 36; 40-533 Katowice, Poland

STEFANIA SZYMANKIEWICZOWA i RENATA WIECZORKOWA

Optyczna korekcja stożka rogówki za pomocą soczewki kontaktowej miękkiej

OPTICAL CORRECTION OF KERATOCONUS USING SOFT CONTACT LENSES

Soft contact lenses have been used in 41 patients (71 eyes) aged 10—30 years with uni- and bilateral keratoconus. In 46 eyes (64.8 p.c.) application of soft contact lens enabled visual acuity of 5/5 to 5/25, mainly in initial or intermediated phases of keratoconus. In these cases correction with soft contact lenses gave better results than after application of spherocylindrical spectacles. In far advanced keratoconus one can observed better visual acuity after application of soft contact lenses in comparison with spectacles correction. However correction with hard contact lenses was the best one.

HASEŁA: stożek rogówki, miękka soczewka kontaktowa, ostrość wzroku

KEY WORDS: keratoconus, soft contact lens, visual acuity

Przed przystąpieniem do próbnego założenia soczewki kontaktowej miękkiej przeprowadzono badania okulistyczne obejmujące oznaczenie ostrości wzroku bez korekcji i z korekcją okularową, ocenę stopnia zaawansowania stożka rogówki przy pomocy lampy szczelinowej i oftalmometru *Java'a*, badanie ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem *Schiötz'a* lub tonometrem bezkontaktowym oraz ocenę dna oka wziernikiem okulistycznym.

Z uwagi na trudności w oznaczeniu parametrów rogówki, zwłaszcza w stożkach zaawansowanych, soczewki nagałkowe dobierano metodą eliminacji. W pierwszej kolejności zakładano próbną soczewkę miękką o niskich wartościach optycznych, zwracając głównie uwagę na właściwe jej przyleganie do rogówki. Następnie przy pomocy korekcji szklami okularowymi ustalano jaką siłę łamiącą powinna mieć soczewka kontaktowa. Ustalając powyższe parametry, przystępowano do aplikacji soczewki nagałkowej o właściwych parametrach optycznych.

Stosowano soczewki kontaktowe miękkie poli-HEMA o refrakcji od -0,5 do -11,0 dpt., promieniu krzywizny od 7,2 do 8,0 mm, średnicy od 13,5 do 14,5 mm.

Po okresie wymaganej adaptacji do soczewek nagałkowych, wynoszącym 6 tygodni, chorzy zgłaszali się do badań kontrolnych. Sprawdzano ostrość wzroku bez i w soczewkach nagałkowych, porównywano obecny stopień zaawansowania stożka ze stanem przed stosowaniem soczewki kontaktowej, zwracano uwagę na tolerancję soczewek i oceniano ich dalszą przydatność. W razie potrzeby soczewki wymieniano.

Okres obserwacji chorych wynosił od 2 do 4 lat.

OMÓWIENIE

Przeprowadzona obserwacja pod kątem przydatności soczewki kontaktowej miękkiej w stożku rogówki oraz analiza porównawcza odnośnie różnicy ostrości wzroku, uzyskanej przy pomocy korekcji okularowej i soczewką