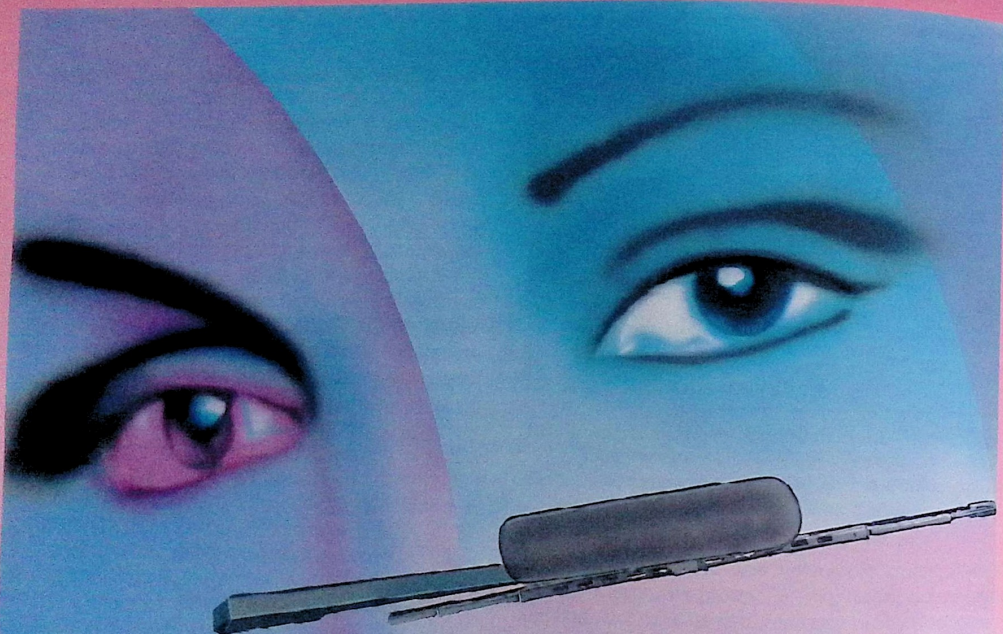


Spersallerg[®]

krople do oczu



BEZWZGLĘDNY DLA ALERGII

CIBAVision[®]
Ophthalmics

Skład:
chlorowodorek antazoliny 0,05%
chlorowodorek tetryzoliny 0,04%
metylohydroksypropyloceluloza

Przedstawicielstwo w Polsce:
PHARM SUPPLY Ltd
02-954 Warszawa, Marconich 6/1
tel./fax: 642 87 77, 642 33 31

Prace oryginalne

Klinika Oczna 1996, 98 (5): 383-384
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Wpływ szybkiego naprzemiennego zasłaniania oczu na kształtowanie się widzenia obuocznego u zezujących leczonych metodą lokalizacyjną. Część II. Ocena na podstawie zachowania się ubytków czynnościowych

The influence of fast alternating eye covering on the formation of binocular vision in squinting patients treated with the localization method.
Part II. Opinion based on the behaviour of functional scotomas

Alina Borowiec-Wojtanowska, Teresa Baranowska-George, Ireneusz Trojanowski

Abstract: The authors have examined the behaviour of functional scotomas in the squinting eye in children treated on the static apparatus modelled after the Starkiewicz alteroobturator. They examined 25 children at the age of between 8 and 14 years with convergent squint with macular fixation. Visual acuity of the master eye was equal 1.0 and in the of the squinting eye from 0.4 do 0.8 in correction. The angle of squint was equal from +4° to +26°. The patients were treated in accordance with the localization method – stage II/III.

Children were practising on the apparatus 2x7-10 minutes for 5 days. In 12 children out of the 25 under examination the functional scotomas were of the same size after exercises, and in 12 children it decreased from 12% to 40%, on average 24,8%. In 1 child the functional scotoma absolutely disappeared.

Słowa kluczowe: szybkie naprzemienne zasłanianie oczu, ubytki czynnościowe, hamowanie centralne

Key words: fast alternating eye covering, functional scotomas, central inhibition

Ubytek czynnościowy z oka zezującego stwierdza się w centralnej części ekranu, czyli w miejscu fiksacji oka prowadzącego. Ubytki czynnościowe są związane z hamowaniem centralnym, w następstwie którego u zezujących nie występuje dwojenie. Hamowanie centralne jest po nieprawidłowej korespondencji siatkówek drugą co do wagi przeszkodą w uzyskaniu normalnego widzenia obuocznego. Bietti (3) stwierdził u większości

badanych dodatni wpływ inhalacji tlenu, witaminy B₁ w iniekcjach domięśniowych oraz strychniny i intermedyny w kroplach do worka spojówkowego na znikanie lub zmniejszanie się ubytków czynnościowych. Wykazał on również pozytywne oddziaływanie na ubytki czynnościowe środków rozszerzających naczynia, jak *amylum nitricum* i kwas nikotynowy. Strzyżewski (6) stosował do tego celu alkohol, strychninę, brom i morfinę. Badania przeprowadzone w naszej klinice wykazały zmniejszanie się ubytków czynnościowych pod wpływem psychedryny (1, 2). Psychedryna została jednak wycofana z Międzynarodowego Spisu Leków.

Zniknięcie ubytków czynnościowych i hamowanie centralne to warunek powstania centralnego widzenia obuocznego. Rozpoczęliśmy więc poszukiwanie innej metody osiągnięcia tego celu, która byłaby możliwa do zastosowania w leczeniu ambulatoryjnym i nie powodowała skutków ubocznych.

Z Katedry i Kliniki Okulistyki z Zakładem Patofizjologii Narządu Wzroku PAM w Szczecinie
Kierownik: prof. dr hab. Teresa Baranowska-George

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

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Lek. med. Alina Borowiec-Wojtanowska
ul. Za Wiatrakami 2a m. 2
72-002 Mierzyn k. Szczecina

Celem pracy jest sprawdzenie wpływu szybkiego naprzemiennego zakrywania oczu na zachowanie się hamowania w oku zezującym, czyli na wielkość ubytku czynnościowego.

Material i metoda

Ubytki czynnościowe wykrywamy za pomocą światła spolaryzowanego.

Pacjent i osoba badająca mają założone okulary polaryzacyjne. Badający rzuca na ekran z czarnej fibry równoległą wiązkę światła spolaryzowanego w takiej płaszczyźnie, jaka odpowiada płaszczyźnie światła przepuszczonego przez szkło znajdujące się przed badanym okiem. W taki sposób pacjent może widzieć rzucone na ekran światło tylko jednym okiem. Brak widzenia tego światła w oku badanym świadczy o istnieniu ubytku czynnościowego.

Badanie przeprowadzano w pomieszczeniu nieco oświetlonym, aby stworzyć warunki zbliżone do warunków życia codziennego. Natężenie oświetlenia ekranu równe było 20 luksom. Badany siedział w odległości 1 m od ekranu. Granice ubytków oznaczono za pomocą skali tangencjalnej, obliczonej dla tej odległości i umieszczonej na ekranie.

W 25-osobowej grupie dzieci (13 dziewczynek i 12 chłopców) z zezem zbieżnym i fiksacją plamkową badano ubytki czynnościowe w oku zezującym. Dzieci w wieku 8-14 lat znajdowały się na II/III etapie leczenia zezu metodą lokalizacyjną. Ostrość wzroku w oku prowadzącym była we wszystkich przypadkach równa 1,0. Ostrość wzroku oka zezującego w okularach wyrównujących wadę refrakcji wynosiła w poszczególnych przypadkach 0,4-0,9. Kąt zezu wahał się od +4° do +26°. Ustawienie oczu w okularach badano cover-testem. Brak jakiegokolwiek ruchu oczu świadczył o symetrycznym pobudzeniu siatkówek w okularach niwelujących wadę refrakcji i pryzmatach wyrównujących kąt zezu. Wielkość ubytku czynnościowego badano przed ćwiczeniami i po serii ćwiczeń. Dzieci przez 5 dni (2x7-10 min) wykonywały ćwiczenia przy aparacie statycznym wzorowanym na alteroobturatorze Starkiewicza. Dokładny jego opis znajduje się w części pracy, dotyczącej badań przeprowadzonych w wolnej przestrzeni.

Wyniki i omówienie

Spśród 25 przebadanych dzieci u 12 wielkość ubytku czynnościowego przed ćwiczeniami i po ćwiczeniach była taka sama. U jednego dziecka ubytek czynnościowy zniknął zupełnie. U 12 dzieci jego wielkość, mierzona w jednostkach planimetrycznych, zmniejszyła się od 12% (minimum) do 40% (maksimum), średnio o 24,8%. Mediana wynosiła 24, odchYLENIE standardowe - 8,2. Różnica jest istotna statystycznie przy $p < 0,05$. Wyniki obliczono testem rangowanych znaków Wilcoxon.

Zniknięcie ubytku świadczy o zniesieniu hamowania centralnego, a zmniejszenie ubytku - o zmniejszeniu obszaru hamowania. U zezujących należy jednak roznieć dwa rodzaje hamowania. Pierwsze to hamowanie z nieużywania oka w czasie patrzenia obuocznego. Pogłębia się ono szybko u dziecka po wytworzeniu zezu; jest to obrona przed dwojeniem. Przy długo trwającym zezem w korze mózgowej powstają fałszywe połączenia



Ryc. 1. Wykrywanie ubytków czynnościowych
Fig. 1. Detection of functional scotomas

czenia między potylicznym ośrodkiem wzroku a innymi ośrodkami korowymi, ośrodkami ruchu i czucia. Te nowe patologiczne połączenia wywołują proces hamowania w połączeniach prawidłowych, istniejących przed okresem zezowania. Mówimy wtedy, że dochodzi do hamowania z indukcji ujemnej, pogłębionej jeszcze w przypadkach powstania ekscentrycznej fiksacji. Dodatkowe hamowanie z indukcji ujemnej tworzy się między miejscem nieprawidłowej fiksacji a miejscem prawidłowej plamki. W czasie leczenia szybkim naprzemiennym zakrywaniem oczu wpływamy na znoszenie hamowania z nieużywania oka, zmuszając oko zezujące do pracy. Nie można się spodziewać, że stosując alteroobturator statyczny szybko osiągniemy zmiany fałszywych połączeń korowych między potylicznym ośrodkiem wzroku a innymi ośrodkami korowymi, szczególnie ruchu i czucia, ponieważ nie ma w tym czasie koordynacji między ruchem rąk, nóg i całego tułowia oraz pobudzeniami siatkówek. U osób, u których w wyniku opisanego leczenia nie osiągnięto zmiany obszaru hamowania, najprawdopodobniej zależy ono od bardziej utrwalonych połączeń korowych. Hamowanie to pochodzi z procesu indukcji ujemnej w oczach z utrwalonym zezem. Dlatego alteroobturator Starkiewicza (4, 5) stosowany do ćwiczeń ruchowych może spełnić dodatkową rolę w tłumieniu nieprawidłowych połączeń korowych, które utrwaliły się w okresie zezowania. Wyrazem tego byłoby zmniejszenie ubytku funkcjonalnego.

Teza ta mogłaby zostać sprawdzona po uruchomieniu produkcji alteroobturatora.

Piśmiennictwo

1. Baranowska-George T.: *Leczenie zezu ze szczególnym uwzględnieniem metody szczecińskiej*. Sylwiana, Szczecin, 1995.
2. Baranowska-George T., Osiej J., Przędzomska A.: *Wpływ psychodryny na ubytki czynnościowe u zezujących*. Klin. Oczna, 1967, 37, 79-83.
3. Bietti G.B.: *Probl. Act. d'Ophthol.*, 1957, 1, 391-404.
4. Starkiewicz W.: *Alteroobturator wahadłowy do leczenia zezu*. Biuletyn Informacyjny C.M.S.M., 1967.
5. Starkiewicz W.: *Fizjologiczne podstawy przestrzennych wrażeń wzrokowych ze szczególnym uwzględnieniem tworzenia normalnego widzenia obuocznego u zezujących*. PZWL, Warszawa, 1969.
6. Strzyżewski K.: *Badania nad ubytkami czynnościowymi w polu widzenia u zezujących*. STN, Szczecin, 1961.

Praca wpłynęła do Redakcji 29 kwietnia 1996 r. 1444)

Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1996, 98 (5): 385-386
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Przypadek zespołu Jadassohna-Lewandowsky'ego

A case of Jadassohn-Lewandowsky syndrome

Roman Sobacki, Cezary Jaroszewicz, Krystyna Czechowicz-Janicka

Abstract: A case of a 25-year-old female patient with reduction of visual acuity, strabismus convergens with corneal scars and paralimbal neovascularisation of her left eye with skin changes of linear skin naevus type is presented. The diagnosis of Jadassohn-Lewandowsky syndrome was based on characteristic skin and eye disturbances. There are also typical changes in mucous membranes and central nervous system. The treatment is difficult and a certain role may be played by cosmetic and repair surgery.

Słowa kluczowe: zespół Jadassohna-Lewandowsky'ego, znamię linijne skóry

Key words: Jadassohn-Lewandowsky syndrome, linear skin naevus

Zespoły chorobowe, które dotyczą jednocześnie skóry i oka, są spotykane dość często. Jednym z rzadziej występujących zespołów skórno-ocznych jest zespół Jadassohna-Lewandowsky'ego (z.J.-L.). Został on opisany po raz pierwszy w 1906 r., a w 1925 r. dermatolog E. Schäfer po raz pierwszy zrelacjonował objawy oczne w tym zespole (1, 2, 3). Przyczyna schorzenia pozostaje nieznana. Choroba polega na zaburzeniu rogowacenia, dziedziczy się w sposób autosomalny dominujący i może występować rodzinnie, choć w różnym stopniu ekspresji. Jest to zespół przede wszystkim dermatologiczny, ale obserwuje się również zmiany patologiczne w obrębie narządu wzroku, zębów i śluzówki jamy ustnej; ponadto stwierdzano niekiedy upośledzenie inteligencji (2, 4).

Opis przypadku

Chora M.W. lat 25 została skierowana do naszej kliniki w celu wykonania operacji korekcyjnej zezu zbieżnego oka lewego. Na podstawie danych z wy-

wiadu ustalono, że zez zbieżny i niedowidzenie oka lewego występują od dzieciństwa. We wczesnym dzieciństwie chora była hospitalizowana na oddziale neurologicznym, gdzie stwierdzono nieznacznie opóźniony rozwój ogólny z nieprawidłowym zapisem EEG i zmianami zanikowymi mózgu w okolicach czołowych po stronie lewej. Ponadto w badaniu stomatologicznym wykazano zaburzenia ząbkowania oraz wadę zgryzu. W późniejszym okresie życia, ze względu na obecność znamion linijnych na skórze twarzy, pacjentka była wielokrotnie konsultowana i leczona dermatologicznie oraz chirurgicznie. W 1994 r. po wycięciu w klinice chirurgii plastycznej znamion na skórze twarzy stwierdzono w badaniach histopatologicznych zmiany o charakterze znamion linijnych z ogniskami hiperkeratozy, papillomatozy i akantozy. Obecnie w czasie konsultacji okulistycznej zaobserwowano: oczodół lewy ustawiony nieco niżej niż prawy, szparę powiekową lewą szerszą, ruchomość powiek prawidłową (ryc. 1); w kącie zewnętrznym szpary powiekowej prawej obecna zmiana guzowata-blinnowata, podobna zmianie po stronie lewej z dodatkowo rozszianymi zmianami brodawkowato-blinnowatymi przechodzącymi na okolicę jarzmową policzka; gałka oczna lewa w niewielkim wytrzeszczu, ustawiona zbieżnie, brak ruchomości ku górze, upośledzenie odwodzenia, niewielki ubytek rzęs powieki górnej.

Ostrość wzroku w dal oka prawego prawidłowa z korektą -1,5 D, oka lewego - liczenie palców przed

Z Kliniki Okulistycznej Centrum Medycznego Kształcenia Podypatycznego w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. Krystyna Czechowicz-Janicka

Adres do korespondencji (Reprint request to):

Dr med. Roman Sobacki
Klinika Okulistyczna CMKP
ul. Czerniakowska 231
00-416 Warszawa