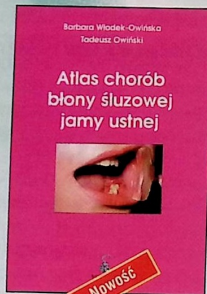




NOWOŚCI WYDAWNICZE

VOLUMED

Ryszard Kacała & Józef Kokoszka



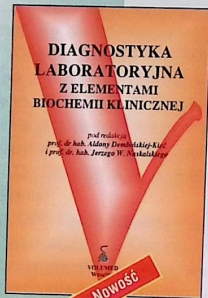
Atlas chorób błony śluzowej jamy ustnej

prof. dr hab. Tadeusz Owirński i dr n. med. Barbara Wodek-Owirńska

Książka ta rozpoczyna przygotowywaną przez nas serię podręczników specjalistycznych dla stomatologów. Omówiono w niej m.in.:

- choroby zakaźne (m.in. gruźlicę jamy ustnej, półpasiec, kiłę, chorobę AIDS),
- ziarniakowatość jamy ustnej (m.in. chorobę Crohna, zespół Melkerssona-Rosenthala),
- nowotwory (m.in. raki, gruczolaki, białaczkę, czerniaki, mięsaki, włókniaki),
- choroby gruczolów wydzielania wewnętrznego i zaburzeń metabolicznych,
- choroby krwi, narządów krwiotwórczych i układu krążenia,
- schorzenia tkanek miękkich jamy ustnej,
- choroby skórne (m.in. pęcherzycę, łuszczycę, liszaj płaski, zespół Aschera),
- wady rozwojowe (m.in. naczyniaki chłonne, zespół Ehlersa-Danlosa),
- zatrucia, uboczne działanie leków, urazy (m.in. zatrucie rtęcią, chorobę Alzheimera, mocznicowe zapalenie jamy ustnej).

Rok wyd. 1997, 258 stron, 303 zdjęcia kolorowe, ISBN 83-85564-02-0



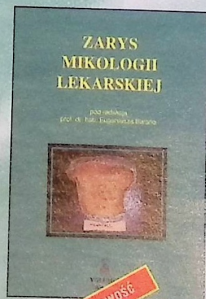
Diagnostyka laboratoryjna z elementami biochemii klinicznej

Praca zbiorowa pod redakcją prof. dr hab. Aldony Dembińskiej-Kieć i prof. dr hab. Jerzego W. Naskalskiego

Książka ta zawiera podstawy biochemii klinicznej i diagnostyki. Autorzy tego podręcznika przygotowali nowoczesne i pełne opracowanie, które nie ma aktualnie konkurenta na polskim rynku wydawniczym. Publikacja ta może być najlepszym kompendium wiedzy przeznaczonym nie tylko dla lekarzy i analityków, ale także dla studentów medycyny. Podręcznik spełnia wymogi europejskiego programu TEMPUS w zakresie nauczania biochemii klinicznej. Może być dobrą bazą do przygotowywania do egzaminów specjalizacyjnych. Całość materiału została podzielona na cztery podstawowe grupy tematyczne:

- pobieranie i przechowywanie materiału do badań,
- podstawowe techniki i metody stosowane w diagnostyce laboratoryjnej,
- podstawy badań z zakresu analityki lekarskiej,
- podstawy diagnostyki hematologicznej.

Rok wyd. 1998, 883 strony, 172 rycin, 8 zdjęć, 249 tabel, ISBN 83-85564-12-8



Zarys mikologii lekarskiej

Praca zbiorowa pod redakcją prof. dr hab. Eugeniusza Barana

W pierwszej części pracy autorzy starali się przekazać najnowsze dane dotyczące biologii i ekologii grzybów. Opisy botaniczne zostały wzbogacone rysunkami, które doskonale uzupełniają dane morfologiczne. W kolejnych rozdziałach przedstawiono patomechanizm zakażeń grzybiczych oraz obraz kliniczny poszczególnych jednostek chorobowych. Zasady diagnostyki mikologicznej oraz leczenia i profilaktyka grzybic zajmują kolejne rozdziały podręcznika.

Monografia jest kierowana do lekarzy różnych specjalności oraz mikrobiologów i botaników pracujących w pracowniach mikologicznych.

Rok wyd. 1998, 658 stron, 21 zdjęć czarno-białych, 82 zdjęcia kolorowe, 112 rycin, 41 tabel, ISBN 83-85564-17-9

Dodatkowe informacje mogą Państwo uzyskać w biurze Wydawnictwa
51-423 Wrocław, ul. Olsztyńska 3
tel. (071) 32-53-561, 32-53-554, 0 90 26 20 79
tel./fax (071) 32-54-201

Prace poglądowe

Klinika Oczna 1997, 99 (5): 339-341
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Pleptyczne leczenie niedowidzenia spowodowanego różnowzrocznością i niedowidzenia zezowego

Pleoptic therapy in anisometric and strabismic amblyopia

Anna Broniarczyk-Loba, Olimpia Nowakowska

Abstract: The study aims at describing the current trends in pleoptic treatment with a special attention paid to the practised exercises. On the basis of literature a short review of the pathogenesis of amblyopia with or without strabismus is presented. The need for careful choice of the treatment according to specific conditions in each subject is emphasised. The importance of active pleoptic therapy in cases with or without strabismus is particularly pointed out. In anisometropia contrast sensitivity is decreased, differentiation of optotypes put in line and shape differentiation are worsened, ability to discern figures and to accommodation are impaired. Amblyopia with strabismus leads to decrease in space orientation ability, impairment in following movement, prolongation of saccadic movement and of eye-hand coordination time. The types of visual dysfunction mentioned above determine the exercises which should be recommended in a given case. Examples of exercises are presented and the range of improvement possible to achieve is documented.

Słowa kluczowe: niedowidzenie anizotropijne, niedowidzenie zezowe, ćwiczenia pleptyczne

Key words: anisometric amblyopia, strabismic amblyopia, pleoptic exercises

Przez niedowidzenie rozumiemy obniżenie ostrości wzroku bez żadnych zmian organicznych lub nieproporcjonalnie do nich (4). Niedowidzenie jednego oka spotykamy nie tylko u pacjentów z zezem, ale i w różnowzroczności.

Sherman (10) stwierdził, że 44% niedowidzących ma zez bez różnowzroczności, 33% jest różnowzrocznych bez zez, a 22% ma zarówno zez, jak i różnowzroczność.

Odnosnie patogenezы niedowidzenia uważa się, że niedowidzenie bez zez jest biernym zahamowaniem normalnego rozwoju widzenia plamkowego. Spowodowane ono jest niewystarczającymi bodźcami świata zewnętrznego, co może być związane np.: z nie wyrów-

naną wadą refrakcji lub bardziej aktywną supresją z powodu trudności fuzji różnych obrazów, szczególnie jeżeli różnią się one wielkością.

W przypadkach niedowidzenia zezowego jest ono spowodowane czynnym zahamowaniem rozwoju prawidłowego widzenia, czyli tłumieniem pochodzącym ze zdrowego oka. Występuje ono przy zaburzeniu obocznego widzenia, głównie w celu uniknięcia dowojenia (3, 4).

Od wielu lat terapia niedowidzenia nie uległa zmianie. Uwzględnia ona pełną korekcję wady, zasłanianie oka dobrze widzącego oraz terapię bierno-czynną. Schemat postępowania jest ogólnie znany i opisywany przez wielu autorów. W ostatnim okresie obserwuje się jednak odejście od biernych metod leczenia na korzyść aktywnych ćwiczeń procesu widzenia (10).

Terapia aktywna zakłada włączenie innych narzędzi zmysłu w celu rozwinięcia sprawności wzrokowej. Metody te nie są nam obce, gdyż już prof. Star-kiewicz z Kliniki Szczecińskiej w swojej książce *Psychofizjologia wzroku* (11) główną rolę w powstaniu

Z Poradni Leczenia Zeza Katedry i Kliniki Chorób Oczu AM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. med. Bazyl Bogorodzki

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Dr med. Anna Broniarczyk-Loba
ul. Sienkiewicza 59/4
90-009 Łódź

wrażeń wzrokowych przypisywał czynnikiem kinestetycznym całego ciała. Zasada ta została wykorzystana do ćwiczeń lokalizacyjnych.

Leczenie w przypadku niedowidzenia jest bardziej efektywne, jeżeli jest ukierunkowane na specyficzne dla danego pacjenta ubytki sprawności wzrokowej, inne w przypadku niedowidzenia spowodowanego zezem, a inne w przypadku różnowzroczności.

W przypadku niedowidzenia spowodowanego różnowzrocznością, obniżona jest wrażliwość na kontrast, proporcjonalnie do niższej ostrości wzroku. Obniżona jest ponadto zdolność rozdzielcza i gorsze rozróżnianie optotypów w szeregu. Bez względu na próg odczuwania światła jest prawidłowy, a różnicowa wartość progowa nieco podwyższona. To podwyższenie jest związane z rozszerzeniem pól odbiorczych bodźca, których rozmiary upodobią się do tych na obwodzie siatkówki (12). Prowadzi to do gorszego rozróżniania kształtu. Funkcja akomodacji jest ponadto osłabiona z powodu zmniejszenia jej zapotrzebowania.

Ćwiczenia powinny stawić wymagania w zakresie rozróżniania szczegółów, jak to ma miejsce przy korekcie druku, szukaniu ukrytych obrazków i słów w tekście, zliczaniu coraz cieńszych linii.

Ćwiczenia winny uwzględniać:

- naprzemienną fiksację do dali i bliży optotypów, przedmiotów lub obrazków przy zastosowaniu skokowych zmian mocy soczewek korekcyjnych z jednoczesnym dotykiem,
- zajęcia polegające na rysowaniu lub układaniu różnej wielkości zmniejszających się w miarę ćwiczeń przedmiotów, optotypów, liter czy obrazków zgrupowanych lub rozproszonych.

W przypadku niedowidzenia zezowego percepcja przestrzeni jest zniekształcona i niepewna, co jest przyczyną utraty dokładności w określeniu położenia obserwowanego obiektu. Oczy zezujące mają obniżoną sprawność okulomotoryczną, włączając w to niestabilizowaną pozadołeczkową fiksację, wydłużenie w ruchu sakadowym, zwiększony czas koordynacji oko-ręka oraz zmniejszoną dokładność ruchu śledzącego. Powstają ruchy drgające oka niedowidzącego podobne do oczopląsu, często szybkość czytania jest zmniejszona, a ruchy śledzenia nieregularne (12).

Ćwiczenia powinny koncentrować się na koordynacji oko-ręka i pobudzeniu dołka siatkówki. Powinny to być ćwiczenia pobudzania płamki za pomocą eutyskopu, wywoływanie zjawiska Haidingera lub powidoków wraz z takimi czynnościami, jak szybkie celowanie, powielanie labiryntów i wzorów oraz gry komputerowe. Ćwiczenia należy wykonywać przy stopniowo zmniejszanych wymiarach przedmiotów i obrazków oraz przy wzrastającym stopniu ich zgrupowania w celu zwiększenia dokładności lokalizacji.

Należy także pamiętać o hamującym wpływie oka dominującego w przypadku niedowidzenia zezowego i prowadzić równoczesne jego zasłanianie. Leczenie zezem wymaga także czynnego udziału chorych, skupienia ich uwagi (5). Van Baalen i Henkes (1) porównali niedowidzenie w zezie do stanu prawidłowego oka z wyłączonej uwagi.

U wszystkich niedowidzących z powodu różnowzroczności i z powodu zezem, którzy są zdolni uzyskać

obuoczność w wyniku terapii wergencji lub kompensacji pryzmatycznej, dalsze ćwiczenia powinny zawierać metody jednoocznej fiksacji w polu obuocznym (2). Leczenie to polega na jednoocznych ćwiczeniach centralnego widzenia oka niedowidzącego w obuocznym polu peryferyjnym. Uczą one używania oka niedowidzącego do inicjowania fiksacji i wytworzenia fuzji peryferyjne.

Ta faza leczenia może zostać wdrożona, gdy oboje oczu uzyskało jednakowy poziom sprawności jednoocznej, zwykle gdy oko niedowidzące osiągnęło ostrość wzroku w przybliżeniu 6/18. Umożliwienie peryferyjnego stymulowania oka dominującego, podczas gdy tylko oko niedowidzące otrzymuje bodźce centralne, pomaga zmniejszyć hamowanie oka niedowidzącego przez oko dominujące i na ogół dodatkowo poprawia ostrość wzroku.

Ćwiczenia funkcji jednoocznych w polu obuocznym powinny być prowadzone z zastosowaniem czerwonego przezroczystego filtru przed okiem niedowidzącym. Karty do ćwiczeń są drukowane czerwoną farbą. Jeśli oko niedowidzące jest tłumione, to rysunki nie będą widziane. Filtr przed okiem niedowidzącym pozwala pacjentowi postrzegać obiekty usytuowane centralnie, podczas gdy filtr przed drugim okiem umożliwia pacjentowi widzenie wszystkiego w polu widzenia poza obiektami w jego centrum. Można zastosować również filtry zielono-przezroczyste, oraz okulary czerwono-zielone.

Poprawa w przypadku niedowidzenia spowodowanego różnowzrocznością jest trudniejsza do uzyskania, następuje wolniej, ale jest trwalsza. Opisywaliśmy to już we wcześniej opublikowanych przez nas pracach (6). Poprawa następuje wolno, bo słabsza jest motywacja tych pacjentów do leczenia, ze względu na proste ustawienie oczu. Trudniej osiągnąć poprawę, bo chorzy ci zgłaszają się dopiero w wieku szkolnym lub później, a więc w okresie, gdy leczenie pleoptyczne jest mniej skuteczne. Philips i wsp. (9) uważają, że przypadki te są bardziej oporne na leczenie pleoptyczne, gdyż pacjenci ci są pierwszy raz badani w późnym okresie życia. Leczenie eutyskopem jest konieczne u starszych osób, u których przedłużamy okres leczenia, czasem do 2 miesięcy. Poprawa jest jednak stabilniejsza, co wiąże się z istnieniem fuzji obwodowej. U tych osób istnieje większa przestrzeń Panuma (9).

W przypadkach ze środkową fiksacją i prawidłową korespondencją, rokowanie jest dobre, zaś przy fiksacji dołkowej i przy kącie anomalii równym odległości miejsca ekscentrycznej fiksacji leczenie może być nieskuteczne (4).

U pacjentów z zezem poprawa jest większa i szybsza, istnieją jednak nawroty, stąd powstaje konieczność leczenia podtrzymującego. Chorzy mogą wymagać zasłaniania oka przez pewien czas codziennie, aby zachować osiągniętą ostrość wzroku (8).

W niedowidzeniu zezowym ważny jest czas powstania zezem i okres rozpoczęcia leczenia. Niedowidzenie zezowe powinno być leczone jak najwcześniej, gdyż u starszych dzieci terapia musi trwać dłużej i przynosi gorsze efekty. Jednak granica wieku, powyżej którego leczenie nie jest skuteczne, jest problemem otwartym (7, 10).

Piśmiennictwo

1. Balen A. van, Henkes H.: *Attention and amblyopia*. Br. J. Ophthalmol., 1962, 46, 12-15.
2. Cohen A.H.: *Monocular fixation in a binocular field*. J. Am. Optom. Assoc., 1981, 52, 801-806.
3. Jeanrot H.: *Notion of critical period in amblyopia according to physiological and clinical data*. Vllth International Orthoptic Congress Nurnbergh, 1991, 116-120.
4. Krzystkowska K., Mirkiewicz-Sieradzka B.: *Niedowidzenie bez zezem*. Klin. Oczna, 1967, 37, 227-232.
5. Laszczyk A.: *Rola układu siatkowego w patogenezie i leczeniu zezem*. Klin. Oczna, 1975, 45, 339-342.
6. Nowakowska O., Broniarczyk-Loba A., Goetz J.: *Wyniki leczenia niedowidzenia anizotropijnego z zezem i bez zezem*. Klin. Oczna, 1994, 96, 339-342.
7. Oliver M., Neumann R., Chaimovitch Y., Gotesman N., Shimshoni M.: *Compliance and Results of Treatment for Amblyopia in Children More Than 8 Years Old*. Am. J. Ophthalmol., 1986, 102, 340-345.
8. Oliver M., Nawratzki I.: *Screening of pre-school children for ocular anomalies II. Amblyopia. Prevalence and therapeutic results at different ages*. Br. J. Ophthalmol., 1971, 55, 467-469.
9. Phillips C.I.: *Strabismus, Anisometropia and Amblyopia*. Br. J. Ophthalmol., 1959, 43, 449-460.
10. Sherman A.: *Amblyopia therapy*. Transcript Annual Meeting, College of Optometrists in Vision Development, Houston, Texas, 1977, 56-58.
11. Starkiewicz W.: *Psychofizjologia wzroku*, PZWL, Warszawa, 1960.
12. Urvoy M., Pincon F.: *Niedowidzenie u osób zezujących - fizjopatologia i patogeneza*. Klin. Oczna, 1978, 48, 565-567.

Praca wpłynęła do Redakcji 10 marca 1996 r. (479)