

without light deprivation produces the visual deprivation syndrome in *Macaca mulatta*. *Brain Res.* 129: 37-44 (1977).  
 11. *von Noorden G.K.*: Experimental amblyopia in monkeys. Further behavioral observation and clinical correlations. *Invest. Ophthalmol.* 12: 721-726 (1973). — 12. *von Noorden G.K.*: Mechanism of amblyopia. *Adv. Ophthalmol.* 34: 93-115 (1977). — 13. *Ryab S.J., Maumenee A.E.*: Unilateral congenital cataracts and their management. *Ophthalmol. Surg.* 8: 35-39 (1977). — 14. *van Sluyters R.C.*: Recovery from monocular stimulus deprivation amblyopia in the kitten. *Ophthalmology.* 85: 475-488 (1978). — 15. *Szymankiewicz S.*: Ocena stosowania soczewki kontaktowej korekcyjnej u dzieci

po usunięciu zaćmy wrodzonej. *Klin. Oczna* 88: 85-87 (1986). — 16. *Wiesel T.N., Hubel D.H.*: Single cell responses in stratum opticum of kittens deprived of vision in one eye. *J. Neurophysiol.* 26: 1003-1018 (1963). — 17. *Wiesel T.N., Hubel D.H.*: Effects of visual deprivation on morphology and physiology of cells in the lateral geniculate body. *J. Neurophysiol.* 26: 878-1003 (1963). — 18. *Wiesel T.N., Hubel D.H.*: Comparison of the effects of unilateral and bilateral eye closure on cortical unit responses in kittens. *J. Neurophysiol.* 28: 1029-1039 (1965).

Praca wpłynęła: 30.11.1992.

B. Kornacki, H. Goryszewska-Macloch i inni

Bolesław Kornacki i Hanna Goryszewska-Macloch

## Niedowidzenie po operacji jednostronnej zaćmy wrodzonej Amblyopia after surgery of the congenital, unilateral cataract

**Summary.** Long-term functional results of the eyes with unilateral, congenital cataract operated in the years 1981-1983 are presented. It was found that 88% of the eyes had visual acuity below 5/50. The authors discussed these poor results and considered that they are associated with the lack of effective treatment of amblyopia. On account of this, the authors in their Ophthalmological Department operated only selected cases with unilateral cataract, mostly for cosmetic reasons.

Hasła: jednostronna zaćma wrodzona, celowość kwalifikacji do operacji, wyniki leczenia, niedowidzenie  
 Key words: unilateral congenital cataract, qualification for surgery, results, amblyopia

W poprzednio publikowanych doniesieniach dotyczących operacji zaćmy u dzieci przedstawiona została stosowana w Oddziale Okulistyki CZD technika operacyjna oraz wyniki leczenia<sup>5</sup>.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie odległych wyników czynnościowych uzyskanych u dzieci po operacji zaćmy jednostronnej wrodzonej oraz ich analiza pod kątem celowości kwalifikacji do tej operacji i oceny skuteczności leczenia.

### Materiał i wyniki

Badaniami objęto 90 oczu u 90 dzieci operowanych w latach 1981-1983 z powodu zaćmy wrodzonej jednostronnej, całkowitej lub częściowej (tab. I).

Tabela I  
Zaćma wrodzona jednostronna — materiał Oddziału

Liczba oczu	Liczba dzieci		Rodzaj zaćmy	
	Płeć M	Płeć Ż	całkowita	częściowa
90	47	43	65	25

Przed operacją ostrość wzroku można było ocenić u 47 dzieci — wynosiła ona we wszystkich przypadkach poniżej 5/50 do dali, poniżej 3.0 do bliży. U pozos-

tałych dzieci, ze względu na ich wiek, ostrość wzroku nie była badana. Po zabiegu operacyjnym wszystkim dzieciom zalecono, zgodną ze skiaskopią, korekcję okularową do dali i bliży oraz zasłanianie zdrowego oka minimum przez połowę czasu czuwania dziecka.

Pooperacyjną ostrość wzroku, po okresie obserwacji 5-8 lat, oceniono u 50 dzieci i te wyniki poddano dalszemu omówieniu.

Wyniki badania ostrości wzroku przeprowadzone u dzieci od 5 do 8 lat po operacji zestawiono w tabeli II.

Tabela II  
Zaćma wrodzona jednostronna — pooperacyjna ostrość wzroku

Ostrość wzroku do dali	Liczba oczu	%
< 5/50	44*	88
5/50	6	12
> 5/50	—	—
Razem:	50	100
Ostrość wzroku do bliży	Liczba oczu	%
< 3.0	43*	86
3.0	7	14
> 3.0	—	—
Razem:	50	100

\* w 5 przypadkach zmiany w dniu oka.

Przedstawione dane wskazują, że pomimo zastosowania korekcji bezsoczewkowości oraz zasłaniania zdrowego oka, u 88% dzieci ostrość wzroku operowanego

Z Oddziału Okulistyki CZD w Warszawie  
 Kierownik: prof. dr hab. Bolesław Kornacki

Reprint requests to:  
 Prof. dr hab. Bolesław Kordecki  
 ul. Grójecka 19/25 m. 114, 02-021 Warszawa



stawia technikę zabiegu na przykładzie operacji założenia szwów Cüppersa na mięsień prosty przyśrodkowy oraz zwraca uwagę na niektóre szczegóły dotyczące zabiegów na mięśniach skośnych górnych i dolnych.

We wnioskach końcowych autor podkreśla, że stosowana przez niego technika operacji ogranicza do minimum bliznowacenie, co jest szczególnie istotne w reoperacjach, a także w przypadkach ponownych zabiegów po założeniu szwów Cüppersa.

Anna Więckowska

HAKIM R.B., TIELSCH J.M.: Palenie papierosów przez ciężarne. Czynniki ryzyka występowania zęza w dzieciństwie. (*Maternal Cigarette Smoking During Pregnancy. A Risk Factor for Childhood Strabismus*). Arch. Ophthalm. 110: 1459-1462 (1992).

Zez u dzieci łączy się zwykle z pogorszeniem widzenia. Badania obejmujące populację dzieci pozwalają poznać zależność między występowaniem zęza w wieku dziecięcym, a czynnikami ryzyka (włączając w nie palenie papierosów przez ciężarne). Wszystkie przypadki zęza rozpoznano w czasie 21 miesięcy od 1 stycznia 1985 r. do 30 września 1986 r. w 9 wielkomięjskich ośrodkach okulistycznych, wybranych do prowadzenia badań (377 dzieci). Grupę kontrolną stanowiło 377 dzieci bez zęza, urodzonych w tych samych dniach i w tych samych szpitalach. Zbierano dane z wywiadu uzyskanego od biologicznych matek, z historii choroby położniczej oraz z historii choroby noworodka.

Palenie papierosów przez ciężarne łączyło się częściej z ezotropią niż z ezotropią u dzieci. Prawdopodobieństwo powstania zęza nie zwiększało się gdy matka zarzucała palenie przed ciążą lub podczas ciąży. Na ryzyko wystąpienia ezotropii u dzieci matek palących wpływa waga urodzeniowa i wiek ciążowy dziecka. Ryzyko wystąpienia ezotropii u dzieci kobiet palących w czasie ciąży jest bardzo duże, jeżeli waga urodzeniowa noworodków jest mniejsza niż 2500 g lub wyższa niż 3500 g.

Badania wskazują, że palenie papierosów przez ciężarne powoduje uszkodzenie systemu nerwowego rozwijającego się płodu. Zalecane jest badanie okulistyczne dzieci obciążonych czynnikiem ryzyka w 3 lub 4 r. ż.

Anna Kubatko-Zielińska

## 17. Nowotwory, choroby ogólne a oko

GEIER AT., GÜRTEL L., KLAUSS V., MUELLER A., BADER L., EBERLE J., BOGNER J.J.R., KRONAWITTER U., GOEBEL F.D., LUND O.: Różnice w zawartości wirusa HIV

## Streszczenie

typu 1 w łzach i limfocytach krwi obwodowej. (*Unterschiede in der Nachweisbarkeit von Humanem Immunschwäche Virus Typ 1 in Tränenflüssigkeit und Blutlymphozyten*). Klin. Mbl. Augenhk. 201: 164-168 (1992).

Celem pracy było wyhodowanie wirusa HIV-1 z łez. Badaniu poddano 50 pacjentów zarażonych wirusem HIV, równolegle hodowano wirusa HIV i limfocytów krwi obwodowej. W żadnej z pobranych próbek łez nie wyizolowano wirusa, natomiast zawartość wirusa w limfocytach zależna była od stadium choroby wg Walter-Reed'a.

Uzyskane wyniki wskazują na bardzo małe prawdopodobieństwo zarażenia drogą łez, jednak nie jest ono wykluczone.

Anna Więckowska

KUCK H., ROSE D., GOETZ R., MENTZEL H.: Choroby oczu i zaburzenia widzenia u krąco- i niedojrzałych wcześniaków. (*Augenerkrankungen und Sehbehinderungen bei extrem unreifen Frühgeborenen*). Klin. Mbl. Augenhk. 201: 151-154 (1992).

W latach 1986-1989 leczono na oddziale Neonatologii Uniwersytetu w Tübingen 79 wcześniaków z wagą urodzeniową mniejszą niż 1000 g. Wszystkie dzieci były badane okulistycznie między 4-6 tyg. życia, częstość kolejnych badań uzależniona była od stanu narządu wzroku w dniu pierwszego badania. Stwierdzono: u 2 dzieci (4 oczu) retinopatię wcześniaków — stadium I, u 6 dzieci (11 oczu) — stadium II, u jednego dziecka (jedno oko) — stadium III, u jednego dziecka (2 oczu) — stadium III-IV. Kryoterapię wykonano we wszystkich przyp., w których rozpoznano retinopatię wcześniaków w stadium III, a więc w 3 oczach. Poza tym stwierdzono: w 8 oczach znaczną krętość naczyń, w 23 oczach obwodową strefę awaskularną, a w jednym oku przetrwałe, hyperplastyczne pierwotne ciało szkliste.

Kolejne badania wykonano u 42 dzieci w wieku między 2 a 5,5 r. ż. U 10 dzieci stwierdzono niewielkie zmiany, typowe dla fazy regresji. Jednak u dzieci, u których nie stwierdzono zmian siatkówkowych, występowały również odchylenia od stanu prawidłowego, takie jak: nadwzroczność, krótkowzroczność, astygmatyzm, anizometropia, zez, niedowidzenie.

Autorzy podkreślają konieczność badania wcześniaków nie tylko w okresie niemowlęcym ale również w 2 r. ż. oraz między 3-4 r. ż., kiedy można zdiagnozować wady refrakcji, zez, niedowidzenie.

Anna Więckowska

## Regulamin ogłaszania prac

1. Redakcja „Kliniki Ocznej” przyjmuje do druku oryginalne prace doświadczalne i kliniczne oraz prace poglądowe i kazuistyczne. Ponadto publikuje artykuły redakcyjne, kronikę, streszczenia z piśmiennictwa obcego, wspomnienia pośmiertne, oceny książek, sprawozdania z działalności PTO i z wyjazdów zagranicznych, listy do Redakcji oraz komunikaty.

2. Przesyłając pracę do druku należy załączyć oświadczenie, podpisane przez pierwszego autora, że nie została ona przedtem ani równocześnie złożona do innego czasopisma. Prace kliniczne, w których prowadzone badania mogą przedstawiać jakiekolwiek ryzyko dla chorego muszą zawierać akceptację projektu badań przez właściwe terenowe Komisje Etyczne.

3. Maszynopis pracy w dwóch egzemplarzach należy przygotować z podwójnym odstępem (do 30 wierszy na stronie), jednostronnie, z zachowaniem marginesu 4 cm z lewej strony. Należy używać zwykłego pisma bez podkreślania i spacjonowania.

4. Objętość prac poglądowych nie może przekraczać 10 stron maszynopisu, doświadczalnych i klinicznych — 8 stron, kazuistycznych — 5 a pozostałych artykułów (sprawozdania, listy itp.) — 3 stron maszynopisu, łącznie ze streszczeniami, piśmiennictwem, tabelami i rycinami.

5. Strona tytułowa powinna zawierać pełne imię i nazwisko autora (wzgl. autorów), tytuł pracy, nazwę ośrodka, z którego praca pochodzi wraz z podaniem kierownika, adres do korespondencji a na końcu proponowane hasła w języku polskim i angielskim.

6. Na stronie 2 należy umieścić, zaopatrzone w tytuł pracy, rzeczowe streszczenie, którego objętość nie może przekraczać 20 wierszy. Nie może ono powtarzać sformułowań i danych zawartych w tytule pracy.

Od strony 3 od góry rozpoczyna się treść pracy. Wszystkie strony, włączając piśmiennictwo, podpisy rycin i tabele powinny być kolejno ponumerowane.

7. Układ prac oryginalnych powinien być standardowy tzn. zawierać: a) krótki wstęp będący wprowadzeniem do zagadnienia w oparciu o aktualny stan wiedzy, b) metodykę i materiał doświadczalny lub kliniczny, stanowiący przedmiot badań, c) wyniki ujęte w formie tabel i wykresów, z dokumentacją fotograficzną, d) omówienie wyników, e) wnioski, które nie mogą być powtórzeniem uzyskanych wyników. Prace kazuistyczne muszą przedstawiać dobrze udokumentowane przypadki, szczególnie interesujące z klinicznego punktu widzenia.

8. Tabele i ryciny muszą być załączone oddzielnie, natomiast w tekście należy zaznaczyć miejsca, w których mają być one umieszczone, wpisując w środku osobnego wiersza np. „Rycina 1”, czy „Tabela 1” (ryciny mają numerację arabską, tabele rzymską). Tabele powinny być pisane na maszynie, nie mogą być zbyt obszerne i liczne.

9. Materiałem ilustracyjnym mogą być fotografie czarno-białe, o formacie co najmniej 6x6 cm lub rysunki wykonane starannie czarnym tuszem na kalce technicznej albo na białym kartonie o wymiarach maksymalnych 20x30 cm.

Na oddzielnej stronie należy podać podpisy pod rycinami. Natomiast na odwrotnej stronie rysunków i fotografii należy umieścić nazwisko autora, tytuł pracy, numer ryciny oraz umiejscowić jej górę.

10. Na kolejnej stronie należy podać wykaz pozycji piśmiennictwa (tylko tych, na które autor powołuje się w tekście, jednocześnie w tekście mogą być tylko te nazwiska, które podane są w piśmiennictwie), nie więcej niż 15 (do 30 w pracach poglądowych), ułożony w porządku alfabetycznym nazwisk autorów. Każda pozycja piśmiennictwa musi zawierać: nazwisko(a) autora(ów), pierwsze litery imion, tytuł artykułu, tytuł czasopisma w przyjętym skrócie, tom, strony początkową i końcową, rok, a gdy chodzi o prace oddzielne (książki) nazwisko autora, pierwsze litery imion, tytuł pracy, tom oraz strony początkową i końcową, wydawcę, miejsce i rok wydania. Nie należy umieszczać w nim podręczników. Piśmiennictwo musi być pisane w ciągu pozycja za pozycją, przedzielane tylko myślnikami, w blokach po 10 pozycji, to znaczy, że od nowego wiersza zaczynają się pozycje 1 i 11.

11. Prace powinny być dobrze opracowane stylistycznie, według zasad pisowni polskiej. Redakcja zastrzega sobie prawo poprawiania w maszynopisie usterek stylistycznych i mianownictwa medycznego oraz dokonywania skrótów. Prace przygotowane niezgodnie z regulaminem będą odsyłane autorom do poprawy.