

Tabela II

Stan zaawansowania stożka rogówki	Liczba oczu (%)	Ostrość wzroku (średnia orientacyjna)		
		bez korekcyj	w soczewkach kontaktowych miękkich	w szklach korekcyjnych
Lekkie zniekształcenie rogówki, bez zmian anatomicznych	8 (11,3)	5/8—5/10 (0,56)	5/5—5/8 (0,81)	5/6—5/10 (0,67)
Niewielkiego stopnia zmiany anatomiczne	38 (53,5)	5/12—5/50 (0,26)	5/5—5/25 (0,60)	5/10—5/50 (0,30)
Średniego stopnia zmiany anatomiczne	13 (18,3)	1/12—1/25 (0,06)	5/8—1/25 (0,33)	5/12—1/25 (0,23)
Dużego stopnia zmiany anatomiczne	12 (16,9)	1/50—1/100 (0,02)	5/16—1/25 (0,18)	5/16—1/50 (0,17)

nagałkową, wykazała lepsze wyniki korekcyjne po zastosowaniu soczewki kontaktowej miękkiej. Dotyczyło to szczególnie przypadków w początkowym okresie stożka rogówki. Ostrość wzroku w granicach 5/5—5/8 uzyskało 11,3% oczu. W przypadkach większych zmian anatomicznych rogówek uzyskiwano mniejszą poprawę ostrości wzroku, jednak również lepszą niż przy pomocy korekcji okularowej (tab. II).

Stwierdzono ponadto zależność pomiędzy siłą łamiącą soczewki a wielkością stożka: im większy był stożek rogówki tym silniejsze soczewki rozpraszające poprawiały ostrość wzroku.

Tolerancja soczewek nagałkowych miękkich była bardzo dobra. Chorzy nosili je od 6 do 12 h dziennie. Powikłania zdarzały się rzadko. U 3 chorych wystąpił okresowo stan zapalny spojówek, co wymagało kilkudniowej przerwy w noszeniu soczewki i przeprowadzenia odpowiedniego leczenia. W 1 przypadku, po roku stosowania miękkiej soczewki nagałkowej, stwierdzono konieczność zmiany parametrów soczewki na skutek powiększenia się stożka rogówki.

Sześciu chorych oprócz soczewek kontaktowych miękkich posiadało również soczewki nagałkowe twarde, które skuteczniej poprawiały ostrość wzroku, jednak tylko 2 chorych nosiło je stale. Pozostali chorzy, z powodu złej tolerancji soczewek twardych, posługiwali się miękkimi soczewkami.

PODSUMOWANIE

Na podstawie przeprowadzonych obserwacji można stwierdzić, że soczewki kontaktowe miękkie są szczegól-

nie przydatne w początkowych stadiach stożka rogówki. Przy ich pomocy udaje się uzyskać ostrość wzroku lepszą niż przy użyciu korekcyjnych szkieł okularowych.

W stożkach rogówki zaawansowanych, z dużym zniekształceniem i uwypukleniem części środkowej rogówki oraz zwyrodnieniem mięszu, uzyskana ostrość wzroku po zastosowaniu soczewki kontaktowej miękkiej jest również lepsza, aniżeli w korekcyjnych szklach okularowych, lecz gorsza od ostrości wzroku w soczewkach kontaktowych twardych.

Tolerancja soczewek kontaktowych miękkich jest lepsza aniżeli twardych, są przez pacjentów chętniej stosowane mimo uzyskania gorszej ostrości wzroku.

PIŚMIENNICTWO

1. Abugova T. D.: Rehabilitacja bol'nyh s keratokonusom načal'nyh stadii. Vestn. Oftal. 101: 51—53 (1985).
2. Bogorodzki B.: Stożek rogówki. Klin. oczna 46: 1117—1121 (1976).
3. Ehrich W.: Atlas der Kontaktlinsen Anpassung, 124—128. (Ferdinand Enke, Stuttgart 1985).
4. Kolberger K.: Asphärische Kontaktlinsen beim Keratoconus. Contactologia 5: 190—196 (1983).
5. Lundh R. L.: Keratoconus. A disease that can be treated with soft lenses. Ophthalmologica 176: 34—38 (1978).
6. Ruben M.: Contact lens practice, 282. (Baillière Tindall, London 1975).
7. Szymankiewiczowa S.: Ocena stosowania soczewki kontaktowej korekcyjnej u chorych po usunięciu zaćmy i zabiegu odwarstwienia siatkówki. Klin. oczna 86: 131—132 (1984).
8. Swietliczko I., Bogorodzki B., Borchardt M.: Ocena przydatności soczewek kontaktowych w przypadkach stożka rogówki. Klin. oczna 43: 907—911 (1973).

Praca wpłynęła: 1.12.1988 (nr 5480).

ISTNIEJĄ różne przyczyny niedrożności dróg łzowych u noworodków i niemowląt^{1,4,5}. Stosunkowo często zdarza się brak odpływu do jamy nosowej wydzieliny spojówki i śluzówki woreczka oraz też z zawartością elementów upostaciowanych, głównie złączanego nabłonka. Spowodowane jest to obecnością błony zamykającej światło przewodu nosowo-łzowego w jego końcowym odcinku, w obrębie zastawki *Hasnera*. Cienka, delikatna błona pęka samoistnie przed urodzeniem lub w czasie porodu udrażniając końcowy odcinek odpływu łez. Utrzymując się poza życiem płodowym powoduje, że gromadząca się wydzielina doprowadza do rozstrzeni worka łzowego zaznaczającej się jego uwypukleniem i sinawym przeświecaniem tej okolicy. Zakażenie zalegającej treści co zdarza się zarówno w czasie porodu, jak i po urodzeniu, wywołuje zapalenie worka łzowego z całym zespołem objawów^{2,7}, początkowo z cechami zapalenia spojówek. Stopień zaawansowania procesu chorobowego wyznacza sposób leczenia^{1,5,8}. Na podstawie własnych doświadczeń uważam, że wczesne rozpoznanie i postępowanie udrażnia drogi łzowe bez konieczności wykonywania skomplikowanych niekiedy zabiegów operacyjnych.

BADANIA WŁASNE

W latach 1982—1987 leczono z powodu niedrożności dróg odpływu łez noworodków spośród 14 434 wszystkich żywo urodzonych w naszym szpitalu, co stanowi 1% tej grupy. Było to możliwe dzięki bezpośredniemu sąsiedztwu i bliskiej współpracy oddziałów położnictwa, noworodków i okulistyki w Szpitalu im. *Marii Skłodowskiej-Curie* w Zgierz. W pierwszym etapie wykonywano zabiegi profilaktyczne. Położne obecne przy porodzie były przeszkolone i zobowiązane do zapobiegawczego ucisku okolicy worka łzowego od góry ku dółowi i nosowi u każdego noworodka tuż po urodzeniu. To działanie umożliwiało przerwanie przetrwałej błoniastej przeszkody w ujściu nosowo-łzowym, gdyż zawarta w worku wydzielina śluzowa pod wpływem nacisku powodowała swym ciężarem pęknięcie błony. Pozwalało to na uzyskanie naturalnej drożności i zapobiegano dalszym powikłaniom.

Po przeniesieniu do oddziału noworodków, w przypadku stwierdzenia u dzieci obrzęku powiek, przekrwienia lub obrzęku spojówek, wydzieliny śluzowej lub ropnej podawano im do oczu krople sulfacetamidowe i rhinophenazol przez pierwsze 3—4 dni życia. W 4—5 dniu, jeżeli zmiany nie ustępowały przynoszono czasowo noworodki do badania i leczenia do oddziału okulistycznego.

Grupa ta, jak już wspominałem, liczyła 149 noworodków. Było w niej 68 dziewczynek (45%) i 79 chłopców (55%). Stwierdzono cechy niedrożności dróg łzowych ze zmianami obustronnymi u 65 noworodków (43,6%) i jednostronnymi u 84 (56,4%). U 11 noworodków (7%) wystąpiły objawy niedrożności z torbielowatym uwypukleniem ścian worka łzowego i zaleganiem obfitej wydzieliny śluzowo-ropnej.

Z Oddziału Okulistyki Pomnika Szpitala Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, ordynator: doc. dr med. *Bazyli Bogorodzki*

Reprint requests to: Doc. dr med. *Bazyli Bogorodzki*, ul. Piotrkowska 182 m. 178; 90-368 Łódź, Poland

BAZYLI BOGORODZKI

Niedrożność dróg łzowych u noworodków

ATHRESIA OF LACRIMAL PASSAGES IN NEWBORN

Presented is the personal experience concerning the early opening of the occluded lacrimal passages. In 149 newborn babies 4—5 days of age the author performed — according to indications — the syringing and probing of the lacrimal passages with a full success.

HASŁA: noworodki, niedrożność dróg łzowych, profilaktyka, leczenie

KEY WORDS: newborns, athresia of lacrimal passage, prophylaxis, treatment

W leczeniu stosowano płukanie i sondowanie dróg łzowych. Większość zabiegów wykonywałem osobiście, w znieczuleniu miejscowym, po dobrym unieruchomieniu głowy noworodków przez asystującą pielęgniarkę. Polegały one na wstępnym płukaniu dróg łzowych i dalszym ich zgłębnikowaniu. Płukanie wykonywano w przeważającej liczbie przypadków przez kanalik łzowy górny, po rozszerzeniu wejścia do kanalika sondą stożkową, gdy zachodziła taka potrzeba. Jednorazowym płukaniem uzyskano drożność dróg łzowych u 31 pacjentów (20,7%). Jeżeli przy jednoczesnym braku w popłuczynach treści ropnej, drogi były niedrożne, przystępowano w dalszej kolejności do sondowania przewodu nosowo-łzowego, po dodatkowym płukaniu roztworem leku znieczulającego. W wyniku jednorazowego sondowania wyleczono niedrożność u 68 noworodków (45,3%). Po dwukrotnym zgłębnikowaniu udrożniono przewody nosowo-łzowe u 27 pacjentów (18,1%). 18 pacjentów (12,6%) wymagało trzykrotnego zgłębnikowania dróg łzowych a 5 (3,3%) czterokrotnego celem uzyskania drożności dróg łzowych.

Oporne na leczenie noworodki konsultowano laryngologicznie nie stwierdzając odchyłań od normy. Jeśli w czasie płukania niedrożnych dróg łzowych wydobywała się zawartość ropna przystępowano do sondowania po wyleczeniu stanu zapalnego, płuczając drogi łzowe i podając do worka spojówkowego antybiotyki zgodnie z otrzymanymi wynikami badań bakteriologicznych. W przypadkach wielokrotnych płukań i sondowań stosowano jednocześnie miejscowo środki anemizujące śluzówkę i zmniejszające obrzęk w przerwach między kolejnymi zabiegami.

U noworodków z ropnymi rozstrzeniami worków łzowych sondowanie wykonywano po opróżnieniu zawartości worka za pomocą ucisku na jego okolicę i aspiracji treści ropnej oraz płukaniu aż do uzyskania czystej zawartości.

OMÓWIENIE

Własne obserwacje wskazują, że wczesnie rozpoznane i leczone wrodzone niedrożności dróg łzowych pozwoliły na uzyskanie wyleczenia we wszystkich przypadkach. Okres leczenia ograniczył się do fizjologicznego pobytu w oddziale noworodkowym. Istniała jednak konieczność ścisłej współpracy między oddziałami szpitalnymi. Proste

