Z PRAXE PRO PRAXI

356.33:617-758.1-089

NAŠE ZKUŠENOSTI S OPERACEMI ŠILHÁNÍ U VOJÁKŮ

Plukovník MUDr. Gustav SINGER a major MUDr. Irena SGALLOVÁ
Ústřední vojenská nemocnice, Praha

Ještě nedávno vládl názor, že se šilhání nemá vojákům během základní služby operovat, že jde o čistě kosmetickou vadu, která nemá vliv na zdravotní stav vojáka a nemůže tedy ovlivnit jeho schopnost k vojenské službě. Dnes se na to díváme zcela jinak. Víme, že voják, který žije v úzkém styku v kolektivu s četnými jinými vojáky, pociťuje svou nápadnou tělesnou vadu mnohem tíživěji než v občanském životě. Stává se terčem jízlivých poznámek svých kamarádů. To se v té nebo oné formě může odrazit na výkonu služby a především na jeho vztahu ke kolektivu, který v morálce vojáka hraje významnou úlohu. Je beze sporu správné umožnit vojákovi, který o to žádá, operaci hned po ukončení základního výcviku.

Je třeba, aby starší lékař správně informoval vojáka o operaci. Nutno zdůraznit, že operací šilhání u dospělého se může dosáhnout rovnoběžného postavení očí, ale nezlepší se zraková ostrost tupozrakého oka. Také se nemění klasifikace. Jenom tehdy, stanovila-li komise při povolání nesprávnou klasifikaci (nebrala v úvahu tupozrakost), navrhne oddělení po operaci změnu klasifikace. Zákrok vyžaduje hospitalisaci 2—3 týdny, potom ještě po dobu 1—2 týdnů je třeba poskytovat úlevy ve službě (bez nočních a strážních služeb).

V letech 1952—1956 jsme provedli na našem oddělení 116 operací u 96 šilhavých. Šlo o 65 konvergujících a 31 divergujících; z konvergujících bylo 55 hypermetropů (včetně hypermetropického astigmatismu), 6 myopů (včetně astigmatismu), 2 emetropové, 2 měli smíšený astigmatismus. Ve skupině divergujících bylo 12 hypermetropů (včetně astigmatismu), 12 myopů (včetně astigmatismu), 6 emetropů a 1 měl smíšený astigmatismus. Ve skupině konvergujících šlo 16krát o strabismus alternans, ve skupině divergujících šlo 15krát o strabismus alternans, u zbývajících šilhalo jedno oko.

Věk nemocných byl určen vojenským charakterem našeho oddělení. Ve skupině konvergujících bylo 55 (84,9 %) ve věku od 19 do 24 roků, ve skupině divergujících bylo v témže věku 25 (80,6 %) operovaných.

Operovali jsme vždy bez předběžného ortoptického cvičení. U dospělých by sotva bylo možno zlepšit zrakovou ostrost amblyopického oka a toto zlepšení je předpokladem úspěšného ortoptického cvičení.

Operovali jsme v místní anestesii, kterou jsme prováděli optokainem injikovaným pod spojivku a většinou, zejména když jsme operovali v jedné operaci oba svaly, také retrobulbárně. Při retrobulbární anestesii byly zákroky méně bolestivé. Jen v jednom případě, u 14leté holčičky, jsme operovali v celkové narkose, kterou dával anestesiolog.

Při 55 operacích (47,1 %) jsme současně provedli myektomii jednoho a zajištěnou tenotomii druhého svalu, při 10 operacích myektomii jednoho a současně elongaci druhého svalu, při 7 operacích současně anteposici jednoho a zajištěnou tenotomii druhého svalu, při 7 operacích myektomii a anteposici jednoho a současně elongaci druhého svalu, při 12 operacích jen zajištěnou tenomii a při 7 jen myektomii. V menším počtu operací jsme provedli jen elongaci, případně anteposici, nebo současně tenorafii jednoho a elongaci nebo zajištěnou tenotomii druhého svalu. Zásadně jsme vždy při jedné operaci operovali jen jedno oko.

K oslabení svalu jsme zpočátku většinou prováděli elongaci. Později jsme přešli k oslabování svalu zajištěnou tenotomií, která nás více uspokojila. Uznává se všeobecně, že u strabismu není tak důležité, jakým způsobem se operuje, ale že je výhodné, zdokonaluje-li se operatér v určité operaci, ve které pak získá větší zkušenosti. My jsme nejčastěji prováděli současně myektomii podle Blaskovicse a zajištěnou tenotomii. Celkem 8krát jsme operovali podle Glezerova (Vestnik oftalmologii 4, 1954). Autor tuto operaci nazývá tenorafií. Jde vlastně o kombinaci anteposice s myektomií se zvláštním způsobem šití svalu catgutem. Tento způsob nás zaujal, dosažené efekty byly dobré, vydatné i při větších úchylkách. Opustili jsme tuto metodu, když u jedné nemocné bylo operované oko dlouho podrážděné. Přičítali jsme episklerální a konjunktivální injekci nesnášenlivosti vůči catgutu. Efekt operace byl však i zde velmi dobrý, 45stupňová divergence se po jedné operaci (tenorafie + zajištěná tenotomie) změnila v 5stupňovou.

U všech nemocných jsme po operaci přiložili binokulus, první převaz jsme většinou dělali po 48 hodinách, binokulus jsme nahrazovali monokulem obyčejně po 72 hodinách po operaci.

Brzo po operaci, tj. někdy už třetí nebo čtvrtý den, jsme vyžadovali, aby nemocní cvičili pohled v tu nebo onu stranu, podle toho, šlo-li o hypokorekci nebo o hyperkorekci, popřípadě, aby cvičili konvergenci. Bylo-li cvičení prováděno včas a skutečně intensivně, došlo často ke zlepšení. Při hypokorekci u hypermetropů jsme co nejdříve dávali plnou korekci. Současně jsme kapali mydriatika, aby byla znemožněna akomodace a tím oslaben impuls ke konvergenci. Stojí za zmínku, že Hamburger doporučuje v těchto případech naopak silná miotika (mintakol, DFP apod.), která vyvolávají spasmus ciliárního svalu. Odpadne proto impuls k akomodaci a tím také impuls k nadměrné konvergenci.

Spojivkové stehy jsme odstraňovali kolem pátého dne, hluboké stehy jsme ponechávali podle potřeby, tj. podle postavení bulbu až i 14 dnů. Steh po zajištěné tenotomii jsme v případě hypokorekce odstranili již čtvrtý až pátý den.

U velkých úchylek jsme počítali s tím, a také jsme na to nemocné upozorňovali, že budeme muset případně operovat později i druhé oko. Celkem jsme operovali dvakrát v 15,6 %.

V konečném hodnocení výsledků operací bereme

Výsledky operací

		Konverg.	Diverg.	%
Paralelní		25	13	49,3
Hypokorekce	Do 5°	10	4	18,6
	5—10°	6	4	13,3
	10—20°	4	—	5,2
Hyperkorekce	Do 5°	4	2	8
	5—10°	2	1	4
	10—20°	2	—	2,6

v úvahu jen ty operované, které jsme měli možnost vyšetřit nejméně za dva měsíce po operaci. Je jich 77. Nejdelší doba pozorování u nich je 5 let, průměrná doba pozorování je 22 měsíců.

U 38 operovaných jsme při poslední kontrole zjistili paralelní postavení bulbů. Máme za to, že za dobrý výsledek je možno pokládat i konvergenci nebo divergenci do 5 stupňů. Této úchylky si laik sotva všimne, a tak sebe nepovažuje, ani okolím není považován za šilhavého. Tento výsledek jsme měli u 20 operovaných. U 14 operovaných zbyla úchylka 5—20 stupňů. Většinou šlo o velké úchylky, které se operací zmenšily zhruba o polovinu. Jen jeden z těchto šilhavých byl operován dvakrát. Někteří jsou s dosavadním výsledkem spokojeni, jiní se mají ještě dostavit k doplňující operaci. Část z nich skončila vojenskou službu a případná reoperace bude provedena v jiném ústavu podle místa bydliště. Za neúspěšně operované pokládáme skupinu 5 hyperkorigovaných. Protože je známo, že se efekt operace časem zmenšuje, snažili jsme se, aby bezprostředně po operaci byl strabismus hyperkorigován. Při prvním převazu jsme zjistili hyperkorekci asi v 50 %, při čemž těsně po operaci byla hyperkorekce ve velké většině případů.

U několika operovaných byla po operaci diplopie, která nebyla závadou při výkonu služby a časem vymizela. Jen u jednoho operovaného trvala diplopie delší dobu a byla velmi rušivá.

Jsme si vědomi toho, že počet našich operovaných je poměrně malý a že doba pozorování po operaci je vcelku krátká. Přinášíme však naše sdělení především proto, že se týká, kromě několika nemocných, operací šilhání u dospělých, o nichž je poměrně málo referováno.

Souhrn

V Ústřední vojenské nemocnici bylo v letech 1952—1956 provedeno 116 operací pro šilhání u 96 osob. Šlo většinou o vojáky základní služby. Nejčastěji byla současně provedena myektomie jednoho a zajištěná tenotomie druhého svalu. U 77 kontrolovaných (průměrná doba pozorování 22 měsíců) byly zjištěny tyto výsledky: u 49,3 % bulby paralelní, u 19,4 % hypokorekce nebo hyperkorekce do 5°, u 13,3 % hypokorekce 5—10°, u 5,2 % hypokorekce 10—20°, u 4 % hyperkorekce 5—10° a u 2,6 % hyperkorekce 10—20°. Je správné operovat šilhání u vojáků základní služby. Dobrý výsledek operace může odstranit pocit méněcennosti vojáka.

Резюме

В Центральном военном госпитале с 1952 года по 1956 год было сделано у 96 лиц, страдающих косоглазием, всего 116 операций. В подавляющем большинстве случаев были оперированы солдаты действительной службы. Чаще всего одновременно проводилась миэктомия одной и тенотомия второй мышцы. Под контролем находилось 77 лиц (средний срок наблюдения равнялся 22 месяцам), у которых были установлены следующие результаты: в 49,3 % случаев глазные яблоки в горизонтальном положении, в 19,4 % случаев необходима гипо или гиперкоррекция до 5°, у 13,3 % больных необходима гипокоррекция 5—10°, у 5,25% случаев гипокоррекция 10—20°, в 4 % гипекоррекция 5—10°, и, наконец, в 2,6 % гиперкоррекция 10—20°. Авторы считают правильным оперировать косоглазие у солдат действительной службы. Хорошие результаты операции могут ликвидировать у солдата чувство неполноценности.

Summary

116 squint operations were performed in 96 subjects during the period 1952—56. The patients were in the majority conscripted soldiers. Most often myectomy of one muscle and tenotomy of the other muscle was simultaneously done. In 77 followed up cases (everage time 22 months) these results were found: 49,3 % showed parallel bulbi, 19,4 % hypocorrection or hypercorrection up to 5°, 13,3 % hypocorrection from 5—10°, 5,2 % hypocorrection from 10—20°, 4 % hypercorrection from 5—10° and 2,6 % hypercorrection from 10—20°. It is justified to operate squint in conscripted soldiers, because a favourable result can remove the soldier's feeling of inferiority.