

- results of a multicenter prospective randomized study. *Retina* 1993; 13: 296-301.
10. Lansing MB, Glaser BM, Liss H, Hanham A, Thompson JT, Sjaarda RN, et al. The effect of pars plana vitrectomy and transforming growth factor-beta 2 without epiretinal membrane peeling on full-thickness macular holes. *Ophthalmology* 1993; 100: 868-71; disc 871-2.
 11. Paques M, Chastang C, Mathis A, Sahel J, Massin P, Dosquet C, et al. Effect of autologous platelet concentrate in surgery for idiopathic macular hole: results of a multicenter, double-masked, randomized trial. Platelets in Macular Hole Surgery Group. *Ophthalmology* 1999; 106: 932-8.
 12. Minihan M, Goggin M, Cleary PE. Surgical management of macular holes: results using gas tamponade alone, or in combination with autologous platelet concentrate, or transforming growth factor 2. *Br J Ophthalmol* 1997; 81: 1073-9.
 13. Benson WE, Cruickshanks KC, Fong DS, Williams GA, Bloome MA, Frambach DA, et al. Surgical management of macular holes: a report by the American Academy of Ophthalmology. *Ophthalmology* 2001; 108: 1328-33.
 14. Smiddy WE, Pimentel S, Williams GA. Macular hole surgery without using adjunctive additives. *Ophthalmic Surg* 1997; 28: 713-7.
 15. de Bustros S. Vitrectomy for prevention of macular holes. Results of a randomized multicenter clinical trial. Vitrectomy for Prevention of Macular Holes Study Group. *Ophthalmology* 1994; 101: 1055-9; disc 1060.
 16. Kim JW, Freeman WR, Azen SP, el-Haig W, Klein DJ, Bailey IL. Prospective randomized trial of vitrectomy or observation for stage 2 macular holes. Vitrectomy for Macular Hole Study Group. *Am J Ophthalmol* 1996; 121: 605-14.
 17. Freeman WR, Azen SP, Kim JW, el-Haig W, Mishell DR 3rd, Bailey I. Vitrectomy for the treatment of full-thickness stage 3 or 4 macular holes. Results of a multicentered randomized clinical trial. The Vitrectomy for Prevention of Macular Holes Study Group [erratum appears in *Arch Ophthalmol* 1997; 115: 636]. *Arch Ophthalmol* 1997; 115: 11-21.
 18. Micheals RG. A clinical and histopathologic study of epiretinal membranes affecting the macula and removed by vitreous surgery [review]. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1982; 80: 580-656.
 19. Smiddy WE, Micheals RG, de Bustros S, de la Cruz Z, Green WR. Histopathology of tissue removed during vitrectomy for impending idiopathic macular holes. *Am J Ophthalmol* 1989; 108: 360-4.
 20. Smiddy WE, Feuer W, Cordahi G. Internal limiting membrane peeling in macular hole surgery. *Ophthalmology* 2001; 108: 1471-6.
 21. Da Mata AP, Burk SE, Riemann CD, Rosa RH Jr, Snyder ME, Petersen MR, et al. Indocyanine green-assisted peeling of the retinal internal limiting membrane during vitrectomy surgery for macular hole. *Ophthalmology* 2001; 108: 1187-92.
 22. Haritoglou C, Gass CA, Schaumberger M, Ehrt O, Gandorfer A, Kampik A. Macular changes after peeling of the internal limiting membrane in macular hole surgery. *Am J Ophthalmol* 2001; 132: 363-8.
 23. Enaida H, Sakamoto T, Hisatomi T, Goto Y, Ishibashi T. Morphological and functional damage of the retina caused by intravitreal indocyanine green in rat eyes. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2002; 240: 209-13.
 24. Haritoglou C, Gandorfer A, Gass CA, Schaumberger M, Ulbig MW, Kampik A. Indocyanine green-assisted peeling of the internal limiting membrane in macular hole surgery affects visual outcome: a clinicopathologic correlation. *Am J Ophthalmol* 2002; 134: 836-41.
 25. Gass CA, Haritoglou C, Schaumberger M, Kampik A. Functional outcome of macular hole surgery with and without indocyanine green-assisted peeling of the internal limiting membrane. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2003; 241: 716-20.
 26. Margherio RR, Margherio AR, Williams GA, Chow DR, Banach MJ. Effect of perifoveal tissue dissection in the management of acute idiopathic full-thickness macular holes. *Arch Ophthalmol* 2000; 118: 495-8.

Bréf til ritstjórnar Læknablaðsins

Örn Ólafsson

Að gefnu tilefni vil ég benda á eftirfarandi:

Pegar hópar eða lönd eru borin saman með tilteknum mælingum þá er spurt, hvernig er aðferð valin til samanburðar? Af hverju getum við ekki alltaf notað meðaltöl mælinganna til samanburðar? Þær samtektir (statistics), t.d. meðaltöl, sem notuð eru við samanburð mega ekki vera of háðar því hvort einni mælingu er sleppt eða ekki, eins og gildir um íslenska meðaltalið í grein (1). Ef tiltekinni mælingu er sleppt þar fellur meðaltalið um 30%, sjá (2).

Pegar tölfraeðiaðferð er valin til samanburðar á höpum á rétt val aðferðar að tryggja að niðurstaðan standi ekki og falli með því hvort ein mæling sé með eða ekki! Meðaltöl eru því ekki notuð til

samaburðar þar sem dreifingar mælinganna eru mjög skekktar (skewed) eins og í grein (1), sjá einnig (3). Ég hef orðið var við í fleiri greinum í Læknablaðinu að ekki væri tekið tillit til ofangreindra atriða við val á aðferðum til samanburðar. Afleiðingar þessa eru aferandi í fyrrgreindum tilvikum.

Því vek ég athygli á þessum misbrest.

Heimildir

1. Sveinbjörnsdóttir S, Guðnadóttir AS, Þjóðleifsson B. Vísindastörf á Landspítala. *Læknablaðið* 2004; 90: 839-45.
2. Ólafsson Ö. Tvær athugasemdir vegna greinarinnar „Vísindastörf á Landspítala“ í desemberhefti Læknablaðsins 2004. *Læknablaðið* 2005; 91: 182-3.
3. Sveinbjörnsdóttir S, Guðnadóttir AS, Þjóðleifsson B. Svar við athugasemd Arnar Ólafssonar. *Læknablaðið* 2005; 91: 183.

Höfundur er stærðfræðingur og aðjúnkt við læknadeild HÍ.