

kettős, illetve hármas hatásmechanizmussal rendelkező Alomide, illetve Naaxia szemcseppet. Ismert allergén szezonális előfordulása esetén nagyon eredményes a profilaktikusan alkalmazott kromoglikátot tartalmazó Opticrom, illetve Taleum. Makacs allergiás gyulladásokban a szteroid tartalmú szemcseppek használata indokolt, szem előtt tartva a hosszú távon való alkalmazásuk kockázatát (szürkehályog, zöldhályog).

Legfontosabb azonban, és sok esetben elegendő az allergiát okozó tényező eliminálása (szemcseppek, kontaktlencse), ismerve a legtöbb szemcsepp összetételében konzerváló szerként szereplő benzalkonium-klorid allergiát kiváltó hatását.

### Irodalomjegyzék:

1. Daniel V., Taylor A., Paul R-Eva: *General Ophthalmology* (111-113) 1992.

2. Jack J. Kanski:

*Clinical Ophthalmology* (62-65) 1988.

3. Farkas Ágnes: *A kötőhártya-gyulladások* Magyar Egészségpiac 1999. Ápr.339-343

4. Alberth Béla: *Szemészet* (82-84) 1990.

5. Süveges Ildikó: *Szemészet* (111-112) 1998.

6. Endre László, Szemere Pál: *A kötőhártya allergiás betegségeinek sejtés és molekuláris alapjai* Orvosi Hetilap 1999, 140(12),647-651

7. Pintér László: *Allergiás szemgyulladás kezelése* Opticrom szemcseppel Gyógyszereink 1993. 43. 242-246.

Dr. Radó Gábor

## A szürkehályogról

A szürkehályog a szemlencse elszürkülése, világszerte a látásromlás és vakság leggyakoribb oka. A gyógyítás műtéti, a gyógyszeres megelőzés lehetőségei (csepp) nem meggyőzőek.

A veleszületett és ifjúkori kataraktaformák, általános vagy szembetegség következtében kialakuló szekunder katarakták viszonylag ritkábban fordulnak elő, ezek a háziorvos számára kevesebb jelentőséggel bírnak.

A felnőttkori kataraktákat a szemészet senilis kataraktának nevezi, bár egyre gyakrabban jelentkezik 40-50 éveseknél. Kortikális és nucleáris megjelenését különítjük el.

A beteg leggyakoribb panasa a látásélesség csökkenése: nehezen megy a tú befűzése, az olvasás, az arcok felismerése az utca túlsó oldalán. Ritkább panasz, hogy a szembejövő fény kápráztat, vagy hogy a látás távolra romlik ugyan, de az olvasáshoz nem kell az addig megszokott olvasó szemüveg, vagyis a szem rövidlátóvá válik, a lencse törőereje nő.

Az előrehaladott hályog fel-tűnően szürkének látszik szűk pupillán át is, az idős ember pupillája azonban tiszta lencse mellett is szürkés. Ezért fontos a lencse alapos vizsgálata biomikroszkóppal és átvilágítással. A szemorvos a

panaszok egyéb lehetséges okait kizárva a beteggel megismerteti a műtéti rehabilitáció lehetőségét. A műtétet szinte mindig a beteg kéri. A hályog megtartása csak különleges esetekben okoz szövőd-ményeket: duzzadó lencse glaukomás rohamot, erősen túlrett hályog phakolytikus glaukomát okozhat. Ritkán azért szükséges a hályogot eltávolítani, hogy a szemész jobban láthassa a szemfeneket (diabetikus retinopátia vagy ideghártya-leválás megítéléséhez) vagy a lézerkezelés a szürkülő lencsén keresztül nem végezhető el. A hályog megtartása több hátránnyal jár: egyrészt elodázza a rehabilitációt, másrészt minél később operálunk, a műtét annál kevésbé kíméletes, annál inkább számolhatunk szövőd-ményekkel.

Hályogszűrást már Kr. e. 600-ban végeztek Indiában: keskeny késsel behatolva a szaruhártya szélén az elszürkült lencsét az üvegtestbe tölték (reclinatio lentis). Bár a hályogos lencse eltávolítása 1764 óta ismert, a vásári hályogszűrők még századunk derekán is dolgoztak. A múlt század végétől egyre jobban elterjedt az elszürkült lencse teljes eltávolítása, az intracapsuláris katarakta extrakció (ICCE) és még húsz évvel ezelőtt is úgy tűnt, a hályogműtét kérdése hosszú időre megoldott. Az eltávolított lencsét kétféleképpen lehetett pótolni: az operáltak kis része kontaktlencsé-

vel látott jól, nagyobb részük vastag hályogüveggel kissé torzítva, jól-rosszul.

Brit szemészek figyelték meg a II. Világháború alatt, hogy pilóták sérült szeme az eltávolíthatatlan plexi szélvédőszilánk ellenére jól gyógyult. A polymeitmetakrilát napjainkban is a legjelentősebb lencsealapanyag. Az első sikeres lencsebeültetést Ridley végezte egy medikus ötlete alapján 1949-ben. A hatvanas-hetvenes években domináló elülső csarnoki és irishez rögzített lencsét a nyolcvanas években teljesen kiszorította a sokféle hátsó csarnokba ültethető lencsemodell. Ezzel együtt a mikroszkópos szemsebészet elterjedésével (1958-tól) ismét előtérbe kerül az Extra Capsuláris Cataracta Extractio (ECCE), ami egyrészt a hátsó csarnoki lencsebeültetés feltétele, másrészt a megtartott tok jelentős mechanikai védelmet biztosít ideghártya leválás és cystoid maculaoedema ellen.

A tokmegtartásos hályogműtét alapvetően kétféle módszerrel végezhető. A manuális ECCE során a magot egyben távolítjuk el, ehhez 7-8 mm-es seb szükséges. A phakoemulsificációs technikával a magot ultrahanggal szétzúzzuk és leszívjuk. Ennek előnye, hogy 3,2 mm-es seb elégséges, mely sebet alagúttechnikával készítve varrni sem kell, a sebzárás mégis stabilabb. A kis seb kis műtéti reakcióval jár, elhanyagolhatóan

Dr. Radó Gábor  
Semmelweis Orvostudományi Egyetem  
II. sz. Szemészeti Klinika  
1085 Budapest, Mária u. 39.

változtatja a szaruhártya fénytörését. Ehhez a technikához tartozik, hogy a lencsét a kis seben keresztül összehajtva ültessük be (szilikon vagy akrilát anyagú lencsék).

A műtetre előkészítés a családorvossal együttműködve történik; a vérnyomás és cukorháztartás ellenőrzésén, illetve beállításán van a fő hangsúly. Véralvadást gátló beteg esetében a terápia csökkentése vagy átmeneti szüneteltetése lehet szükséges.

A hályogműtét a betegre csekély terhet ró: retrobulbáris érzéstelenítés biztosítja a fájdalommentességet, nyugedőrási okupreszúrával alacsony szemnyomást igyekszünk elérni a műtét idejére. Az utóbbi években újra tért hódít a cseppérezéstelenítés. A beavatkozás maga mintegy húsz percig tart, a beteg nyugodt viselkedését enyhe szedatívummal segítjük.

A rehabilitáció gyors: a beteg általában már a műtét utáni napokban jól lát szemüveg nélkül. Míg régebben várni kellett a hályogérésére, az új műtési technika

kezdődő hályognál egyszerűbb, és mivel jó optikai rehabilitációt ígér, kezdődő panaszoknál is bátran ajánlhatjuk.

A műtét még idős, rossz általános állapotú betegen végezve is csekély általános megterheléssel jár, ezért helytelen az az elterjedt álláspont, hogy „arra a hátralevő kis időre minek”. Sok idős beteg általános hanyatlásában egy sikeres hályogműtét nagy javulást hozhat: a több és jobb minőségű vizuális élmény szellemi frissülést, fellendülést, kivirágzást okoz. Fontos, hogy a megajánlott hályogműtétet a családorvos is ilyen szellemben támogassa.

A hályogsebészet élvonalában a phakoemulzifikációs technika mintegy 80 százalékos részesedése jellemző. Magyarországon ugyan a hályogosok 97 százaléka kap lencsét, de phakoemulzifikáció csak mintegy 16 százalékban

történik, az arány évről évre nő (ld. táblázat 1.). A készülék drága, az új műtési technikára való áttérés nagy kihívást jelent az operátornek.

	1993	1998
ICCE	1944	250
ECCE	18928	27150
Phakoemulzifikáció	0	5213

1. táblázat

Kis metszés, phakoemulzifikáció, összehajtható lencse: az így végzett műtét gyakorlott kézből olyan kevésbé traumatizáló, hogy ambuláns módon is végezhető. Magyarországon egyre több intézet tudja betegeinek ajánlani, annál is inkább, mert 1999. április óta a biztosító kiemelten finanszírozza.

#### Irodalom:

Salacz Gy., Ferencz M.: *A hályogműtét helyezése Magyarországon 1998-ban.*  
Szemészet. Megjelenés alatt.

Prof. Dr. Salacz György

## Mennyire gyógyíthatók a diabetes mellitus okozta szemfenéki megbetegedések?

A diabetes mellitus (DM) korunk népbetegsége. A háziorvosok által gondozott népesség 4-8 százaléka szenved cukorbetegségben. Előfordulása a populációban 5 százalékra tehető.<sup>1</sup> Az egyre sikeresebb belgyógyászati kezelések következtében mind több beteg éri el azt a kort, amikor a szemészeti szövődmények jelentkezhetnek, s a látást veszélyeztetik. Nincsen pontos adat arra vonatkozólag, hogy Magyarországon hány DM-ben szenvedő beteg szorul szemészeti kezelésre. Talán jól jellemezhetik az országos viszonyokat a 250.000 lakosú Tolna

megye adatai: eszerint 4 százalék a cukorbeteg aránya a megyében, ezek 6-8 százaléka az I. típusú, 92-94 százaléka a II. típusú cukorbetegség csoportba tartozik. A kórházi kezelést igénylő szem betegek között 16,4 százaléknak volt DM-a<sup>2</sup>.

Az orvosi köztudatban elterjedt, hogy a retinopathia diabetica (RPD) feltartóztatlanul vak-sághoz vezet. Az is ismert, hogy a retinopathia kialakulásában a betegség fennállási ideje, a betegség típusa (I. vagy II. típus), a kísérő betegségek (hypertonia, cardiovascularis megbetegedések stb.) nagymértékben szerepet játszanak.

Számos nemzetközi statisztika bizonyítja, hogy a RPD esetek 90-

95 százalékában a látás megtartható<sup>3</sup>. Ugyanakkor a vaksági statisztikákban a DM az előkelő 2-3. helyen található. A két adat között ellentmondás látszik.

Az RPD kezelésének módjai a következők: lézerkezelés, vitreo-retinális műtét<sup>4</sup>, amely az elborult üvegtest eltávolítását jelenti (az úgynevezett vitrectomia), valamint a proliferatív membránok eltávolítása (membranectomia), tractiós ideghártya leválás visszafektetése folyadék-gáz csere vagy szilikonolaj implantáció segítségével, valamint kiegészítő, szükség esetén panretinális lézerkoaguláció<sup>5</sup>. Ehhez társulnak a következők: a szürkehályog-műtét, szilikonolaj szükség szerinti lebecsátása, a szemnyomás fokozódás szükség szerinti

Prof. Dr. Salacz György  
Semmelweis Orvostudományi Egyetem  
II. sz. Szemészeti Klinika  
1085 Budapest, Mária utca 39.