8.

*8.1. Allergiás conjunctivitisek*

Jellegzetes tünetek: vérbőség, viszketés, kevés váladék. Kenetben sok eos, és bas sejt.

**Szénaláz conjunctivitis**: szezonálisan fordul elő, éveken át visszatérhet. Egyre gyakoribb, ártalmatlan. I-es típusú túlérzékenységi reakció. Tünetek: tüsszögés, orrfolyás, orrdugulás, garatviszketés, el- elmúló viszketés, könnyezés. Diffúz chemosis, papillaris reakció lehet, lehet nagyfokú szemhéjödéma, tiszta vizes exsudatum, a cornea érintetlen marad. Th: optichrom (sodiumchromoglycate), vasoconstriktorok (Nafazolin), kortokiszteroid cseppek, szisztémás antihisztaminok, hideg borogatás a szemhéjra. Pollenek gyakori eltávolítása enyhíthet a panaszokon (hidegvizes szemkörnyéki öblítés).

**Conjunctivitis vernalis**: ritka, rekurrens, 2oldali, 5- 10 éves gyerekekben. Tavasszal exacerbálódik, ősszel nincs tünet. Főleg meleg éghajlaton. Eredete nem tisztázott, IgE- közvetített mechanizmus. I-es típusú (lokalizált anafilaxia) és IV-es típus (sejtmediált) kombinációja.Tünetek: viszketés, photophobia,égés, idegentestérzés. Könnyezés, ragadós, mucinosus váladék, ptosis. A conjunctiva színe jellegzetes🡪 mintha tejjel öntötték volna le, opálos rózsaszínű. Formái: 1) palpebralis, 2) limbális, 3) kevert, 4) keratopáthia.

Palpebralis: conj. hiperaemia, chemosis, aztán diffúz papillaris hipertrófia a felső tarsuson. A papilla nagy és utcakórajzolat alakulhat ki. Súlyos esetben óriás papilla és ragacsos exsudatum. A papillák sérthetik a corneát🡪 hámhiány.

Limbális: hiperémiás, ödémás, megvastagodott conj 4 mm-es széles sávban a limbusban. Majd a kh egyenetlenné válik, mucoid nodulák, diszkrét felszínes foltok (Trantas- foltok) eos sejtekből. Feketéken gyakori.

Dg: kenetben eos-ek, könnyben IgG, hisztamin emelkedés. Th: lokális CS🡪 MH!, Optichrom (2 %-os sodiumchromoglycate)🡪 nincs MH-a, hosszan használható, akut szakban azonban a szteroid hatásosabb. Váladék eltávolítása, súlyos esetben cryoapplicatio javallata a papillára.

**Óriás papillás conjunctivitis**: idegentest indukálta, I-es típusú reakció. Kontaktlencsések, műszemviselők, műtét után, varratvégektől. Tünetek: óriáspapillák a felső tarsuson, hasonló a vernalis conj-hez, de nem annyira viszket, mucosus váladék van. Th: kiváltó ok megszüntetése.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tünetek, jelek | Allergiás conjunctivitis | Fertőzéses conjunctivitis |
| anamnézis | egyéb allergiás jellegű panasz, betegség | környezetben kh gyulladás |
| szemviszketés | + | - |
| IT-érzés | +/- | +/- |
| váladék | híg, könnyszerű | sárgás, nyúlós, serosus, híg |
| chemosis | + | -/+ |
| papillaris hipertrófia | + | - |
| follucularis hipertrófia | - | +/- |
| bulbaris conjunctiva injectio | + | ++ |
| vérzés | - | -/+ |
| citológia | eos sejtek,  ly | gennysejt  baci |
| conjunctiva leoltás | neg | baci vagy neg |

*8.2. Kísérő kancsalság és kezelése*

**Kancsalság:** a két szem nézővonala nem találkozik a fixált pontban, a szemek nézővonalai a távolba tekintve nem párhuzamosak, szöget zárnak be. Az eltérő nézővonalú szem a kancsalító, a másik a fixáló szem. A bezárt szög a kancsalsági szög.

**Kísérő kancsalság**: az egyik szem változatlan kancsalsági szöggel kíséri a másik szemet, minden tekintési irányban. Kisgyermekeken keletkezik, nagy jelentőségű, mert a kancsalító szem tompalátó lehet.

**Bénulásos kancsalság**: a kancsalsági szög változó. Bármely korban kialakulhat.

Strabismus convergens concomitans: a kísérő kancsalság 95 %-ban konvergens. Szenzoros működés zavara miatt jön létre, oka a hipermetropia. Ez egy fénytörési anomália. Látópálya🡪 életlen kép a látókéregbe🡪 supranuclearis efferens pályák🡪 oculomotorius magja a hídban🡪 akkomodáció🡪 kompenzáció. A fasciculus longitudinalis posterior csak mértéken aluli kompenzációt enged. Ez a relatív akkomodációs szélesség, egyénenként eltérő. Ha a relatív akkomodációs szélesség nagyobb, mint a hipermetropia korrigálásához szükséges akkomodáció mértéke, a binocularis látási reflex a látás élesre állítása után is megmarad. Ha kisebb, az éleslátás csak egyidejú konvergenciával lehetséges, periodikus, majd végleges kancsalság alakul ki. Agykárosult, koraszülött gyerekeknél nagyobb arányban van kancsalság. Lehet ok: neurológiai betegségek, myopathiák, convergenciacentrum fokozott érzékenysége, szem organikus károsodása, szemizmok rendellenes tapadása, anisometropia, aniseiconia, interkurrens fertőzések. Láz, fertőző gyerekkori betegség, trauma gyakran előzi meg.

Vizsgálatok:

**Váltott eltakarás módszere**: a szemek alapállását lehet vele nézni. Az egyik szemet eltakarja, majd megnézi, hogy az eltakarás megszűnése után a szem végez-e beállító mozgást. Uez a másik szemmel is. Ha a szemek nyugalmi helyzetükben megtartják primer állásukat🡪 ortophoria, ha az eltakart szem más állást vesz fel🡪 heterophoria. Csecsemő esetében színes fényforrást mutat neki, észrevétlenül egyik, majd másik szemét takarja el. Ha nem tiltakozik, ill. nincs beállító mozgás, a kancsalság, amblyopia kizárható nagy valószínűséggel.

**Kancsalsági szög mérése**: a heterophoria javított fénytörésű szemen vizsgálható. A heterophoria és annak foka mérhető: Maddox- féle korong és tangens skála segítségével.

Maddox- korong: 6-7 kis vörös üvegrúd, erős konvex cilinderek alkotják, melyek a villanykörte izzószálát hosszú, vörös fényszállá torzítja. Ez lehet függőleges, vízszintes. A tangens skála 2 egymásra merőleges faléc, ezeken számok jelzik a kancsalsági szög fokát, 5 m-ről nézve a középen található fényforrást. A beteg a fényforrást fixálja🡪 az egyik szem elé Maddox- korongot helyez vízszintes helyzetben🡪 ekkor függőleges vörös csík keletkezik🡪 a korong alatti szem nyugalmi helyzetbe kerül🡪 a fúziós kényszer megszűnik🡪 heterophoria esetén a vörös vonal vmelyik oldalra eltolódik🡪 az eltolódás mértéke leolvasható a skáláról (esophoria esetén jobbra, exophoria esetén balra). Ha a Maddox- korong függőleges, a beteg vízszintes vonalat lát (hiperphoria esetén a fényforrás alá, hipophoria esetén fölé mozdul.

Synoptophor: vizsgálható és fejleszthető vele a kancsalsági szög, első-, másod-, harmadfokú binocularis működés. Vertikális rotatorikus és magassági eltéréseket is lehet vele vizsgálni.

Leginkább a **hasábtakarásos módszert** használják a szög mérésére. Hasáblécet helyez a kancsalító szem elé🡪 közben váltott takarás🡪 a beteg egy fényforrást fixál közben. A hasáblécet addig mozgatja, amíg a szem nem végez már beállító mozgást. Ekkor leolvassa az adott hasáb szögértékét. A kancsalsági szög ennek a fele.

Terápia:

Szemüvegrendelés: fontos a fénytörés vizsgálata, korrigálása. A totalis hipermetropia csak az alkalmazkodás bénítása után határozható meg🡪 3-5 napig 1-3x 0,5%-os atropint kell csepegtetni. Ezután skiaszkópiával meghatározza a törési rendellenességet és korrigálja. Az esetleges astigmiát is ki kell javítani. A myopiát minden esetben korrigálni kell, a hipermetropiát csak 4D felett, ha nem okoz panaszt. A gyerek az üveget egész nap használja, a kancsalsági szög általában 1-1,5 év után stabilizálódik. A periodikusan kancsalítók között lehet tiszta akkomodatív esotropia, amikor a deviáció megszűnhet a korrekcióra. Megfigyelhető olyan is, hogy a teljes korrekcióra divergens kancsallá válik a gyerek, miközben a hipermetropia nem csökkent. Gyakoribb, hogy a periodikusan kancsalító gyerek állandóan és egyre nagyobb mértékben kezd kancsalítani. Tehát az első észlelésnél mért szög nem tekinthető véglegesnek, többször kell vizsgálni!

Felismerés:

Hirschberg- teszt (fénypont teszt, cornealis reflex teszt)🡪 1mm eltérés a centrumtól 7 foknyi kancsalságot jelez

Cover teszt: takarásos teszt során a beigazító mozgásokat figyelik

Teendő: szemészetre küldeni, pláne ha akutan jelent meg

Fontos: a kancsalság retinoblastoma tünete lehet, hipermetropia hajlamosíthat rá.

Komplex kezelés:

1. teljes fénytörési hiba meghatározása

2. amblyopia elleni kezelés

3. alternálás esetén váltott takarás

4. műtét 2-3 évesen

5. műtét után szemüveg (fénytörési hiba!)

6. cél a 2szemes együttlátás elérése, fúzió, sztereolátás

Szemmozgató ideg bénulása:

tünetek: diplopia, rosszullét, szédülés, mozgáskorlátozottság, ferde fejtartás, változó kancsalsági szög a különböző tekintési irányokban

VI. agyideg: a szem kifele tekintése nehezen kivihető

IV. ai: a szem befele hengerítése, addukcióban süllyesztése nehezebb (befele, lefele elmarad), kiküszöbölés ferde fejtartással

III. ai: az ép m. rectus lat, m. obl. sup. kifele, lefele húzza a szemet, ptosis, kettőskép nincsen, totális bénulásnál a pupilla tág

vizsgálat: 9 tekintési irányban az ujjat felmutatva a beteg ezeket fixálja és követi-> hol, melyik szem marad el? itt a beteg kettősképet fog jelezni

teendők: neurológia, szemészet (lehet agyvérzés, artéria elzáródás, ICP fokozódás, stb!)

*8.3. Leucocoria lehetséges okai*

Leucocoria: fehér pupilla. Lehet 1 vagy 2 oldali.

Felismerése:

* egyes esetekben már egyszerű megtekintéssel
* máskor bizonyos körülmények között: tág pupillánál
* fényképen az egyik szemen vörös visszfény, a másik fehér
* vörös visszfény keresése kézi szemtükörrel.

Jelentősége:

* életveszélyes állapot jele lehet: retinoblastoma
* visus romlás-> amblyopia (pl.: congenitalis cataracta).

|  |  |
| --- | --- |
| betegség | jellemzők |
| congenitalis cataracta | ½ oldali |
| retinoblastoma | ritka, de leggyakoribb a primer malignus intraocularis gyerekkori tumor |
| ROP |  |
| PHPV | 1oldali, a primer üt csak részben regrediál, gyakori a 13-as triszómiában |
| Coats betegség (retinitis exsudativa) | 1oldali, fiatal fiúkban  retinalis teleangiectasiák, aneurysmák, exsudative retinaleváláshoz vezethetnek |
| ablatio retinae | gyerekkorban gyakran retinoblastoma mellett |
| üvegtesti vérzés, vascularis elváltozások |  |
| stb |  |

Th: alapbetegség kezelése.