4.

*4.1. Neuritis retrobulbaris*

A n. opticus orbitán belüli szakaszának gyulladása. Tünetek: akutan fellépő, nagyfokú látásvesztés, szemfenéki kép közel normális, „a beteg nem lát semmit, az orvos sem lát semmit”, konszenzuális pupillareflex csökkenése, vagy hiánya (afferens szár zavara), CFF csökkenése, látótérben egy nagy centralis scotoma. Ha a gyulladás nem csökken 4-6 hét után atrophia nervi optici alakul ki🡪 jele a temporalis papillafél halványodása, decolorálódása (=papilla színének halványodása, amely az atrophia kezdeti jele).

Gyulladások okai: a papillitiseké a környező melléküregek gyulladásának átterjedése a papillára, a retrobulbaris neuritiseké SM. Infekciózus megbetegedések (vírus, luóesz, malária). Tonsillitis, foggyökérgyulladás után is kialakulhat. 70 %-ban ismeretlen az etiológia.

Ddg: pangásos papilla, kr. neuritis retrobulbaris (intoxikációk miatt), chiasma tumorai (kezdeti tünetei hasonlóak). A DM-ban kialakuló hasonló tünetekkel járó látóideg keringési zavar is felmerülhet. A Leber-féle optikus atrófia is ezzel kezdődik, gyakran ezt nem észlelik, mert későn kerül a beteg orvoshoz, amikor atrófia van már.

Th: oki terápia + szteroid. Nagy dózisú kortikoszteroid adása tbc-ben, ulcus betegségben, DM-ban és HT-ban KI. Estenként érdemes adni B- vitamin- komplexet, keringéstámogatást.

*4.2. Bakteriális keratitisek, ulcus corneae*

Szaruhártyafekély (ulcus corneae)

Tünetek: fénykerülés, könnyezés, fájdalom, conjunctivitis miatt szúró/ égő érzés, váladékozás. A betegség kis fehér infiltrátummal kezdődik a cornea stromájában, a beszűrődés széle nem határolódik el élesen felette a hámhiány gyorsan kialakul. Az infiltrátum leukocytákból áll, ezek szétesnek és proteolytikus enzimek okozzák a cornea beolvadását🡪 a progresszióval kialakul a fekély.

Kezelés nélkül a cornea stroma a Descemet- memránig beolvadhat, mely elődomborodik🡪 Descemetokele. Ez a membrán átszakadhat, ekkor a cornea perforál🡪 az átfolyó csarnokvíz az irist kisodorhatja (irisprolapsus). Ha a nyílás fennmarad fistula corneae alakul ki. A hegesedés során az iris betapadhat a perforációs nyílásba, környezetében a cornea elszürkül (leucoma adherens). Ha az iris nem prolabált, csak kitapadt🡪 synechia anteriores. Ha nagy felületen történt letapadás🡪 a csarnok sekély lesz🡪 összenövések a cszugban🡪 szek glaucoma. Gyógyulás során a cornea hegesedik, ez pedig elvékonyodik, ez a szem belnyomásának ellenállni nem tud🡪 kiboltosul🡪 staphyloma corneae. A perforáció veszélye, hogy a kórokozók a szem belsejébe juthatnak🡪 iritis, iridocyclitis, endophtalmitis, panophtalmitis🡪 atrophia bulbi.

Speciális fekély- forma az **ulcus serpens corneae** (kúszófekély): a cornea centrumában keletkezik, progrediál, a fekély két széle eltérő stádiumban van, egyik oldalon gyógyul/ hegesedik, a másikon progrediál. A stagnáló oldalé széle fehér, éles határú, a progrediáló életlen, sárgásfehér. Ált genny kíséri a csarnokban. A hypopyont PMN- leukocyták, sejt- szövettörmelék adja. Heg hátrahagyásával gyógyul🡪 itt a cornea átlátszatlan marad= leucoma corneae. Ha sokáig fennáll a gyulladás a cornea ereződhet is= leucoma corneae vascularis.

Veszedelmes forma a **gyűrűs tályog** (abscessus annularis): ma gyakoribb a kontaktlencse viselőkön🡪 nem tartják be a higiénét. Gyorsan kifejlődik: limbustól 1-2 mm-re sárgás, gyűrű alakú beszűrődés🡪 kiterjed az egész coreára🡪 24 óra alatt széteshet a cornea.

Az egyszerű fekélyt Staphylococcus epidermidis, egyéb, akár saprophitaként élő baci is okozhatja. Az ulcuc serpens corneae cum hypopyo oka ált Diplococcus pneumoniae, Moraxella lacunata. A gyűrűs forma oka Pseudomonas pyocyanea, acanthamoeba.

A betegség keletkezése úgy történhet, hogy a cornea hámján kis, felületes sérülés van, amelyen át a kórokozó a stromába juthat. Oka lehet mikrotrauma, idegentest. A baktériumok megrekedhetnek a ductus nasolacrimalis elzáródása miatt pangó könnyzsákváladékban is. A könnyutakat minden corneafekélynél át kell fecskendezni. Elzáródás esetén műtét: dacryocystorhinostomia.

Lokális th: A kezelést gyorsan meg kell kezdeni, gyors a progresszió a perforáció kialakulása. AB-ok. A tipizált kórokozó érzékenysége szerint! Az eredmény előtt azonban érdemes elkezdeni a kezelést Gentamycin, Polymyxin B, Ciprofloxacin cseppekkel. Kezdetben óránként, majd napi 5x. Ezután célzott terápia végzendő. Intraoculáris folyamatokban (iritis, iridocyclitis, hypopyon)🡪 pupillatágítás atropinnal (1 %- os csepp, napi 1-3x), szisztémás AB. A kezelés kezdetén kortikoszteroidot lokálisan nem adnak, regrediálás esetén napi 2-3x adnak Ultracortenol/ Efflumidex/ AB+ szteroid keveréket-> Tobradex, Garason cseppeket. A szteroid akadályozza a leukocytamigrációt, proteolitikus enzimek kiszabadulását. A kezelést óvatosan lehet csak folytatni, napi többszöri réslámpaellenőrzéssel, fekvőbeteg ellátásban. A hegesedés stádiumában később, a reepithelisatió befejeződése után a szteroid az elsődleges terápia.

Általános th: AB, ha endophtalmitis, panophtalmitis esélye fenyeget.

Műtét: keratoplasztika, Descemetokele esetén nagy kiterjedésű, beolvadó ulceratív folyamataban indikált.

*4.3. Binocularis látás, amblyopia felismerése, megelőzése*

A) Binocularis látás

Három fokozata van. 1) elsőfokú binocularis látás- szimultán percepció: a két szemet külön érő fény és szín ingert egyszerre fogjuk fel. Ha a két szem elé két különböző ábrát helyezünk🡪 a két ábra geometriai összegét látjuk. 2) másodfokú bonicularis látás- fúzió: a két szem retináján keletkezett kép tudatunkban egybeolvad, egy képet látunk. Alapja a retinális korreszpondencia, a kép a két retina egymásnak megfelelő pontjain keletkezzen. 3) harmadfokú bo látás- térlátás, mélységlátás: a tárgyakat 3D-ben a térben elhelyezve látjuk.

A binocularis látás tanult funkció, az első 4 évben alakul ki. Feltételei: anatómiailag intakt bulbus, ép magasabb látókp-ok, isometropia (azonos nagyságú képek keletkezése a két szemben), hasonló látásélesség a 2 szemen, jó látótér (binocularisan 130 fok), normálisan korreszpondáló ideghártya területek, ép szemmozgató rendszer. Ha vmelyik elvész🡪 kettősképek keletkeznek. Ha ennek a szemmozgató izmok, motoros rendszer károsodása az oka🡪 bénulásos kancsalság= strabismus paralyticus. Ha a szenzorikus rendszer alkalmazkodik ehhez a helyzethez, akkor kísérő kancsalság jön létre (strabismus concomitans). Kancsalság alatt az utóbbit értjük.

B) Amblyopia

A tompalátás a nem megfelelő látásfejlődés miatt alakul ki. A szemben organikus eltérés nincs, vagy az elváltozás nem magyarázza a csökkent látásélességet. Ált unilaterális.

Felismerés: A két szem látásélesség vizsgálata külön- külön. Csecsemő és kicsi gyerek tiltakozik az ép szem letakarásakor. Szűrővizsgálaton kell keresni.

Fajtái: kancsalsághoz társuló amblyopia, anisometriához társuló amblyopia, deprivációs amblyopia (tükröződések homálya, vagy átlátszatlansága miatt alakul ki, pl cataracta, üvegtesti/ corneális homály, ptosis).

Th: a látásfejlődés szempontjából aktív időszakban van lehetőség a kezelésre, ez 8-10 éves korig tart. Megfelelő kezelés mellett 2 éves korban 100 %- os látásélesség érhető el. A látásjavulás prognózisa a korral csökken.

Occlusio= takarásos kezelés, a domináns szem takarása, ha túl hosszan takarjuk reverz amblyopia alakulhat ki.

Penalizáció: a domináns szem elé olyan üveget helyezünk, amivel ebbe a szembe homályos kép jut.