

Netszemle

Megváltozott munkaképességűeket segít egy új együttműködés

Megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásához járul hozzá a Mecsek Fűszért Zrt. és a Főkefe Nonprofit Kft. azon stratégiai szerződéssel, melyet a két vállalat vezető képviselői írtak alá szerdán Pécsen.

Az üzleti és szociális alapú megállapodás lényege, hogy a Coop-csoport alapító és meghatározó tagszervezeteként működő, élelmiszer-kereskedéssel foglalkozó Mecsek Fűszért felveszi árukészletébe a Magyarországon a legtöbb, 3500 megváltozott munkaképességű dolgozót alkalmazó állami Főkefe hét termékét, melyeknek így állandó piaca lesz.

A kefék, partvisok és ecsetek kiemelt helyet kapnak a Mecsek Fűszért 175 boltjában. Az évi 30 milliárd forint árbevételre elerő társaság promóciójukról is gondoskodik, s ha a Főkefével való együttműködés sikeres lesz, bővíti az árucikkek körét.

Soltész Miklós, az Emberi Erőforrások Minisztériumának szociális és családügyért felelős államtitkára az aláírás előtti tájékoztatón hangsúlyozta: a kormány az elmúlt időszakban egységesítette, kiszámíthatóbbá tette a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásához kötődő támogatási rendszert.

Rámutatott, hogy ma 320 akkreditált cég 30500 megváltozott munkaképességű embert alkalmaz Magyarországon.

Hozzátette: több mint ötezer vállalkozás 17 ezer embert foglalkoztat rehabilitációs kártyával, amelynek köszönhetően mentesülnek a szociális hozzájárulási adó fizetése alól.

Az államtitkár fontos szempontnak nevezte meg, hogy a fogyatékkal élők alkalmazó cégek ne csak pénzügyi támogatást kapjanak, hanem termékeik piaci megjelenését is segítsék. Ennek egyik formája a Segítő vásárlás mozgalom, melynek keretében a vásárló tájékoztatást kap arról, hogy a termékeket megváltozott munkaképességűek készítik.

A magyar társadalomban már tudatosult az is, hogy a magyar termék magyar munkahelyet jelent. Minél több magyar terméket vásárolunk, annál több magyar munkahelyet tudunk megőrizni és újakat létrehozni - mondta Soltész Miklós.

Páva Zsolt, Pécs fideszes polgármestere arról beszélt, hogy a baranyai megyeszékhely a középületek megközelíthetőségétől a speciális kulturális programok szervezéséig komoly erőfeszítéseket tett és tesz a fogyatékkal élők in-

tegrációjáért, a velük való együttműködésért. Ennek elismerése az Elérhető Város-díj, melyet tavaly ítéltek meg Pécsnek.

Nagy Lajosné, a Mecsek Fűszért kereskedelmi vezérigazgatója azt mondta, a Főkefével való együttműködést nem a gazdasági haszonszerzés, hanem a társadalmi felelősségvállalás motiválta, a cég termékei jól illeszkednek a ke-

reskedelmi vállalat áruválasztékába.

Szabó György, a Főkefe ügyvezetője arról is beszámolt, hogy egyre több helyen ismerik el: a megváltozott munkaképességűek által előállított termékek mennyiségben, minőségben és árban is felveszik a versenyt a mások által készített hasonló árucikkkel.

Forrás: hirado.hu

Vakon mászta meg az ezerméteres sziklát

A skót Steve Bate az első olyan vak sportoló, aki egyedül, segítség nélkül mászta meg az ezerméteres El Capitan sziklát Kaliforniában, a Yosemite Nemzeti Parkban.

Bate a legnehezebb, Zodiac nevű mászóútvonalat választotta, hat napig tartott, míg elért a szikla tetejére. Az éjszakákat sziklapárkányokon kifeszített függőágyban töltötte. Mikor elindult, még százkilónyi felszerelés volt nála.

A korábban sziklamászó-oktatóként dolgozó Bate a retinitis pigmentosa nevű betegség miatt két évvel ezelőtt kezdte elveszíteni a látását, a periférikus látása mára már megszűnt, orvosai szerint pár éven belül teljesen megvakul. Még ezt megelőzően akarta meghódítani az El Capintant a már így is vaknak tekinthető sportoló.

A hatnapos mászásban Bate teljesen kimerült, a rendkívüli hőség is megne-

hezítette a dolgát, többször közel volt ahhoz, hogy feladja. "Hihetetlen volt, mert egy időben volt félelmetes és élvezetes. Nagyon sok időt töltöttem azzal, hogy nagyon koncentrálok arra, hogy mit csináljak, és nem is nagyon törődtem azzal, hogy mi van mögöttem vagy alattam."

A magány és az állandó küzdelem lelkiileg is meggyötörte, emiatt sokat is hibázott a falon, és mikor megtudta, hogy a mászását végigkövető társa barátjánójét elütötték, a feladás is eszébe jutott.

"Nagyon kemény volt, amikor felértem, nem is igazán értettem, honnan tudtam még erőt meríteni. Még néhány napig eltart, hogy felépüljek a kimerültségből, de nagyon büszke vagyok, hogy megtettem" - mondta Bate, aki reméli, hogy a fogyatékkal élőket is inspirálni tudja.

Forrás: www.index.hu

Új reményt adhatnak a vakoknak a füllel látó eszközök

A Bath Egyetem tudósai szerint egy új eszköz, ami képes megtanítani az agynak, hogyan alakítsa a hangokat képekké, remek alternatívája lehet a vakok és gyengén látók kezelésére alkalmazott sokkal invazívabb módszereknek.

A Voice névre keresztelt szenzorikus helyettesítő készülék egy forradalmian új eszköz, ami lehetővé teszi a vakok számára, hogy a hangjelzéseket felhasználva mentális képeket hozzanak létre a fejükben a körülöttük lévő dolgokról.

A dr. Michael Proulx vezette kutatócsoport nemrég azt vizsgálta meg, hogy a bekötött szemű, amúgy egészséges résztvevők az eszköz segítségével hogyan teljesítenek egy látásvizsgálaton. A tudósok megkérték a résztvevőket, végezzék el a Snellen-tesztet, amely során be kell azonosítani, hogy a táblán lévő, különböző nagyságú E betűk milyen irányba néznek. Normál esetben, illetve korrigált látásélesség esetén a teszt eredménye 20/20-as, amit a táblától való távolság, illetve a betűk nagyságának figyelembe vételével számítanak ki.

A résztvevők az eszköz korábbi ismerete nélkül képesek voltak a mostani legjobb eredményt elérni a teszten (20/400). A folyamatosan fejlődő technológia mellett jelenleg ez a legjobb elérhető arány. "Ez a teljesítmény messze túlszárnyalja azt, amit a jelenlegi invazív módszerekkel, például őssejt vagy retinális protézis beültetésével elérni lehet" - nyilatkozta dr. Proulx.

"A legfrissebb kutatási eredmények szerint az őssejtek segítségével jelenleg csak 20/800-as eredmény érhető el. Bár ez idővel javulhat, és az őssejtes módszer tulajdonképpen a hagyományos látást állítja vissza, a megfizethető és kevésbé invazív voice kiváló alternatívát jelenthet. Sőt, a szenzorikus helyettesítő eszközök nemcsak alternatívaként, hanem más módszerekkel kombinálva is segíthetik az agy látásra való visszaszoktatását."

Forrás:

[http://mno.hu/betegszoba/uj-remenyt-adhatnak-a-vakoknak-a-fullel-lato-eszkozo-](http://mno.hu/betegszoba/uj-remenyt-adhatnak-a-vakoknak-a-fullel-lato-eszkozo)

k-1171810

Rövidlátás, távollátás

Rövid leírás

(másnéven: myopia, hypermetropia)

Az éleslátás feltétele, hogy a tárgy pontjairól érkező fénysugarak a szembe kerülve, annak törőközegein (szaruhártya, csarnokvíz, lencse, üvegtest) áthaladva, irányukat megváltoztatva, az ideghártyán (retinán) egyesüljenek képpontokká. A szem össztörőereje kb. 66 dioptriás konvex lencse törőerejének felel meg.

Ép fénytörésű, emmetropiás szemben az össztörőerőnek és a szemtengely hosszának (normálisan 24 mm) helyes arányban kell lennie, mert ha bármelyik csökkent, vagy fokozott, a gyújtópont nem eshet az ideghártyára. Ha a végtelenből jövő, idealizált, párhuzamos sugarak a nyugalmi állapotban lévő szemben nem az ideghártyán egyesülnek éles képpé, hibás fénytörésről, ametropiáról beszélünk.

Ha a szem össztörőereje kisebb vagy a tengelye rövidebb, akkor túllátó (hypermetropiás), ha a törőereje nagyobb vagy a tengelye hosszabb, rövidlátó (myopiás).

A harmadik fénytörési hiba az astigmatizmus, amikor a szem törőereje az egyes tengelyekben különböző. A szem törőerejét az eléje helyezett konvex (domború) üveggel növelni, konkáv (homorú) üveggel, pedig csökkenteni lehet.

Túllátó szem esetén a végtelenből érkező párhuzamos fénysugarak nem

egyesülnek éles képpé a retinán, hanem, ha a szem burkain át tudnának hatolni, mögötte találkoznának. Az ideghártyán csak a természetben elő nem forduló, összetartó sugarak egyesülnének. A távollátó szemnek valós távolpontja nincsen, virtuális távolpontja a szem mögé esik.

Rövidlátó szem esetén a végtelenből érkező párhuzamos fénysugarak az ideghártya síkja előtt egyesülnek. A rövidlátó szem ideghártyáján csak szétterülő fénysugarak adnak éles képet, amelyek egy véges távolságban lévő pontból, ún. távolpontból indulnak ki. A távolpont távolsága a szemtől adja meg a rövidlátás mértékét dioptriában (D) kifejezve.

Előfordulás

A túllátás a lakosság 50%-át érinti. Rövidlátó a lakosság 10%-a.

Okok

Túllátás

Az esetek többségében az ilyen betegek szemgolyója kisebb, tehát a tengelye rövidebb (tengely-hypermetropia). Néha a törőerő gyengébb (törési hypermetropia), például lehet a szaruhártya vagy a lencse laposabb, illetve hiányozhat a fénysugarak útjából a lencse bal-és jobb oldalán lévő rész. Az újszülöttek is

hypermetropiások (átlagosan 2,4 D), melynek mértéke az első életévben kifejezetten csökken a szemgolyó növekedésével. Sok szem normál fénytörésűvé válik, de a lakosság 50%-a hypermetropiás marad.

Rövidlátás

A myopia oka vagy az, hogy erősebb a szem fénytörése (törési myopia), mert a fénytörő közegek (szaruhártya, szemlencse) felszíne domborúbb, vagy az, hogy hosszabb a szem tengelye (tengelemyopia). Az alkalmazkodás (közelre nézéskor a szemlencse domborúbbá válik, így a szem törőereje fokozódik) átmeneti görcse okozza a tranzitoricus myopiát, melynek oka gyakran a fáradtság, de okozhatják gyógyszerek, egyes központi idegrendszeri betegségek, vagy mérgezések is.

Ha felnőtt korban válik valaki rövidlátóvá (myopizálódás), más kóros állapotokat lehet feltételezni. Ilyen a cukorbetegség, az elvékonyodott szaruhártya körülírt kidomborodása (keratoconus), ideghártya leválás, szürke hályog, a sugártest tónusfokozódása (akkomodációs görcs).

Megfigyelték, hogy nagyfokú szemhéjcsüngés, szaruhártyahomály vagy szürke hályog esetén, amikor a fény szembe jutása akadályozott, a kor előrehaladtával a szemgolyó hossza nő.

Az alkalmazkodás szintén fokozza a myopia kialakulását. Ezért, aki gyermekkorában, amíg a szemgolyó növekszik, rossz fényviszonyok között sokat

olvas, annak nagyobb esélye van arra, hogy felnőtt korára rövidlátóvá váljék.

Tünetek

Túllátás

Fiatal korban, amíg a lencse rugalmas, a szem alkalmazkodással - a lencse domborúbbá válásával - növeli a törőerejét, így előrehozza a keletkezett képet az ideghártyára, az egyén élesen lát. Ezt hívják fakultatív hypermetropiának. Ehhez azonban a sugárizom állandó összehúzódására van szükség. Az ilyen szem távolra nézéskor sincs nyugalomban, akkor is alkalmazkodnia kell az éleslátáshoz. Az állandó alkalmazkodás miatt a túllátó beteg már el sem tudja lazítani teljesen a sugárizmát. Ez fáradásos jellegű panaszokhoz vezet, pl.: fejfájás, rossz közérzet, időnként jelentkező homályos látás. A fénytörési hibának így rejtve maradó részét a sugárizom atropin cseppel való bénításával deríthetjük ki.

Idősebb korban a lencse merevebbé válásával, a sugártesttest kifáradásával az alkalmazkodási (akkomodációs) szélesség beszűkül. A beteg azzal a panasszal fordul szemorvoshoz, hogy közelre nem lát élesen. Az ilyen betegnél korábban jelentkezik az öregszeműség (presbyopia), korábban lesz szüksége olvasószemüvegre.

Az alkalmazkodás szoros kapcsolatban van a konvergenciával, a szemek összetérítésével. Egy normál szemű egyén, ha közelre néz, a fixálás távolsá-

ga szerint alkalmazkodik, domborúbbá válik a lencséje és konvergál, a két szem tengelye nagyobb szöget zár be. A két funkció anatómiai kapcsolatát idegpályák képviselik.

A kapcsolat nem szoros. Amennyiben ez a kapcsolat szorosabb, akkor már kis fokú alkalmazkodás is a szemek összetérítését okozza. Így alakul ki az ún. akkomodatív kancsalság. A hypermetrópia mértékének fontos szerepe van a kancsalság kiváltásában. Kis fokú, fakultatív hypermetropia esetén még nem lép be a konvergencia reflex, közepes, relatív hypermetrópia esetén a beteg csak kancsalítás árán lát élesen, a kétszemes együttlátás csak homályos látással lehetséges. A relatív hypermetropiások közül csak azok válnak kancsallá, akiknél az éleslátás kényszere fölülmúlja a kétszemes együttlátását. Nagymértékben (6-8 D-n felüli) túllátó szemű egyének általában igénybe sem veszik az alkalmazkodást, így nem válnak kancsallá (abszolút hypermetropia). Közelre állítják be a fénytörésüket, bemerevedik a sugártest. A távoli látásélesség vizsgálatánál törési rövidlátókhoz hasonlítanak.

A túllátó szemek általában kisebbek, az elülső csarnok sekélyebb, a csarnokzug szűkebb, ami zárt zugú zöld hályog kialakulására hajlamosít.

Rövidlátás

A kis (0-4 D) és közepes (4-8 D) fokú rövidlátók közelre élesen látnak, de legfőbb panaszuk, hogy távolra homá-

lyosan látnak.

Progresszív myopiában a szemgolyó hosszabbodása a növekedés befejeztéig tart. Iskolás korban évente 0.5 dioptria romlás várható. Az 5 éves korban mért fénytörés prognosztikai jelentőségű. Ha ebben a korban a fénytörés +0.5 és +1.5 dioptria között van, ép fénytörésű (emmetrop) szem kialakulása valószínű felnőtt korra. Ha a mért érték +1.5 dioptriánál nagyobb, túllátás, ha +0.5 dioptriánál kisebb, rövidlátás jellemzi a felnőtt szem fénytörését. Malignus myopiában a szemgolyó hosszának növekedése 40-50 éves korig is eltarthat. A rövidlátó populáció 30%-ának 6,0 dioptriánál nagyobb a fénytörési hibája. Az ilyen szemek hátsó szegmentumátágult elsősorban. Az elülső részek méretei teljesen normálisak lehetnek. A szemgolyó hátsó szegmentumának progresszív tágulása miatt az ínhártya elvékonyodik, körülírt tárgulatok jönnek létre. Az érhártya sorvad, az ideghártya külső rétege ezeken a helyeken elpusztul. Ha ez az éleslátás helyét, a sárgatestet is érinti, a látás visszafordíthatatlanul, kifejezetten megromlik. A beteg elveszíti centrális látását, olvasni sem tud, csak a viszonylagosan megmaradt perifériás látása alapján képes tájékozódni.

Az üvegtest sem egészséges, szerkezete elfolyósodik, emiatt úszkáló homályokat lát a beteg, ami a közeli távolpont miatt rendkívül zavaró lehet.

Az ideghártya perifériás degenerációja és az üvegtest elfajulása miatt szakadások keletkeznek az ideghártyán. Emiatt ideghártya leválás következhet

be mely a rövidlátók 9%-ánál kialakul. Tünetei: villámlátás, hirtelen jelentkező úszkáló homályok látása, egy idő után perifériás látótér kiesés, mely a centrum felé tartva nő, vagy hirtelen jelentkező sötétség.

Rövidlátókon a nyitott zugú zöld hályog gyakoribb. Az ilyen zöld hályogos betegek körülbelül 14%-a nagyfokú rövidlátó. A 10 D-nál nagyobb rövidlátók 3%-a szenved nyitott zugú zöld hályogban.

Diagnózis

Egy szembeteg bármely panasszal is fordul szemorvoshoz, először a látásélességét kell megvizsgálni, mely során a fénytörési hibájára is fény derül. Ez a fénytörés szubjektív meghatározása. A beteget 5 méterre leültetik egy jól megvilágított látáspróba táblától. Ezen felülről lefelé csökkenő nagyságú jelek, betűk, képek vagy számok vannak. A látásélességet egy tört fejezi ki. Mivel a különböző országokban más és más távolságból végzik a vizsgálatot, a könnyebb összehasonlítás miatt ma már inkább a decimális beosztást használjuk. E szerint a teljes látás 1,0, ha valaki a legalsó sort látja csak, látóélessége 0,1 Ha valaki a legfelső jelet sem látja 5 méterről, addig közelítik a táblához, míg azt fel nem ismeri. Ujjainkat is olvastathatjuk egyre közelebbről. Ha szem előtti ujjolvasása sincs a betegnek, megvizsgálják, hogy van-e kézmozgás látása. Ha ez sincs, akkor a betegnek nincs tárgylátása. Ha

a beteg látása 1 méter ujjolvasásnál rosszabb, meg kell vizsgálni a beteg fényérzését.

A közeli látás meghatározására különböző olvasótáblákat használnak, hazánkban Csapody I-XIII. olvasótáblái használatosak.

A kétszínű (zöld-vörös) teszt a látásélesség korrekciója utáni maradék fénytörési hibáról tájékoztat.

A fénytörés objektív meghatározására több lehetőség van:

1. Skiaszkópia (árnyékpróba). Lényege a távolpont keresés. Fénysugarakat vetítünk a pupillán keresztül a szemfenékre és a visszavert fénysugár viselkedéséből, haladási irányából következtethetünk a beteg távolpontjának a helyére, azaz a fénytörésére. A vizsgálatot a szűk pupilla és az alkalmazkodás jelentős befolyásolja, ezért pupilla tágítás után végezhető el.

2. Automatikus refraktometria. Ennek során gyenge, infravörös fényű jelet használnak, az ideghártyán keletkező jelet optikai rendszeren keresztül fotodiódák segítségével állítják élesre. A módszert az alkalmazkodás és a pontos fixálás jelentősen befolyásolja.

3. Keratometria. Ennek során meghatározhatjuk a szaruhártya törőerejét a centrumban, az astigmia fokát és tengelyállását.

4. Corneatopográfia. Ez a szaruhártya törőerőprofil meghatározására szolgáló topográfias módszer, ahol kódolt színskálát használnak.

5. Ultrahang vizsgálat. Ennek során pontosan lemérhető a szem hossza, a

szaruhártya és a lencse, a lencse és az ideghártya közötti távolság, valamint a lencse vastagsága. Ezekből az adatokból pontosan kiszámítható a szem fénytörése. Erre a vizsgálatra elsősorban műlencse beültetés előtt a beültetendő lencse törőerejének a kiszámításához van szükség, amikor más módszer a szürke hályog miatt nincs is a szem fénytörésének a megállapítására.

Kezelés

A fénytörési hibák javítására többféle lehetőségünk is van: szemüveggel, ill. kontaktlencsével történő korrekció, valamint különböző műtéti beavatkozások.

Túllátás esetén a fénytörés vizsgálata során az a legerősebb konvex (+) üveg, amivel a beteg még végig tudja olvasni a táblát a manifeszt hypermetrópiának, idős, alkalmazkodásra képtelen betegnél pedig a teljes hypermetrópiának felel meg. Fiatalok látens hypermetrópiáját így nem tudjuk meg, mivel képesek alkalmazkodni.

Bénítanunk kell a sugárizmot a vizsgálat előtt. A távolra alkalmazkodás kiakapcsolása érdekében mindig a legerősebb konvex üveget kell felírni, amivel még jól lát a beteg.

Rövidlátás esetén a betegnek, kivéve a gyermekeket, mindig a leggyengébb konkáv(-) üveget kell felírni, amivel még jól lát. A fiatal myopiás beteg erősebb konkáv üveggel is jól fog látni, az erősebb konkáv üveg széttérítő hatását ugyanis alkalmazkodással kompenzál-

ja. Az ilyen túlkorrekció az állandó alkalmazkodás kényszere miatt komoly panaszokat, elsősorban fejfájást okozhat.

Ha a két szem fénytörése különböző, anisometriáról beszélünk. Ilyenkor korrekció után a két szem ideghártyáján eltérő nagyságú képek keletkeznek. A két szem közötti maximum 3 dioptria különbség esetén a képeket a látókéreg még egybe tudja forrasztani. Ellenkező esetben, ha az eltérés 3 dioptria fölött van, a képek annyira különböző nagyságúak lesznek, hogy kergeti egybeolvasztásuk lehetetlen. Ez kettőslátást, szédülést okoz. Ilyenkor a gyengébben látó szem fénytörési hibáját nem korrigáljuk ki teljesen üveggel. Másik lehetőség a kontaktlencse, melylyel mindkét szem fénytörési hibája maximálisan korrigálható panaszok nélkül. A közvetlenül a szaruhártya felszínén elhelyezkedő lencse nagyító és kicsinyítő hatása ugyanis minimális.

A kontaktlencse a fénytörési hibák javításának másik módszere. A szaruhártyát fedő könnyfilmen úszva, a könnyfilm állandóan cserélődik alatta. Így a szaru külső hámsejtjei, melyek a könny közvetítésével kapják az oxigént a levegőből, nem károsodnak. Optikailag jobb kép keletkezik a kontaktlencse viseléskor, mint nagy dioptriájú szemüveg viselése esetén, mert elmarad a legalább 1 cm-re a szem előtt lévő szemüveg kicsinyítő vagy nagyító hatása, illetve a szemüveg széli részének torzító hatása.

A kontaktlencse rendelés javallatai:

- o nagyfokú rövidlátás (-8 D fölött),
- o nagyfokú túllátás (+6 D fölött),
- o anisometropia ,
- o astigmia,
- o kozmetikai illetve foglalkozási okok.

A kontaktlencse rendelés ellenjavallatai:

- o a szemháj betegségei,
- o a kötőhártya betegségei,
- o a szaruhártya betegségei,
- o a könnyfilm rendellenességei,
- o szivárványhártya gyulladás,
- o festékes anyajegy a szemfelszínen,
- o a szaruhártya érzéketlensége,
- o egyik szem hiánya,
- o neurotikus félelem.

A fénytörési hibák korrekciójában egyre nagyobb teret hódít a szaruhártya lézerrel történő átszabása. A szemben a két legfontosabb törőerőt képviselő képlet a szaruhártya (44 D) és a lencse (20 D). A szem összdioptriájának megváltoztatására a szaruhártya törőerejének a megváltoztatása ad lehetőséget a legkönnyebben, hiszen kívül, könnyen hozzáférhető helyen van és a legnagyobb törőerővel rendelkezik a szem képletei közül. Az excimer lézerkezelés során a lézertény elnyelődik a szaruhártya szövetében, felbontja a molekulák közötti kötéseket és elpárologtatja a felbontott anyagokat.

Az excimer lézerkezelés javallatai:

- o kontaktlencse viselési képtelenség,
- o foglalkozási okok,
- o szaruhártya átültetést és szürke

hályog műtétet követő astigmia,

- o nagyfokú astigmatizmus,
- o egyes szaruhártya-betegségeken terápiás céllal történő kezelés.

Az excimer lézeres kezelés ellenjavallatai:

- o 18 életév alatti kor (még növekvő szem),
- o instabil fénytörési hiba,
- o kötőszöveti rendellenesség,
- o a szaruhártya kóros állapotai,
- o súlyos könnyhiány,
- o rossz látásélesség,
- o súlyos krónikus betegség (beállítatlan cukorbetegség, sebgyógyulási zavar stb.).

A nagyfokú rövidlátás progressziójának megállítására, vagy lassítására többféle műtéti eljárást dolgoztak ki. Ezek lényege a szem hátsó pólusának megtámasztása.

Ezen ún. sclera (ínhártya) megtámasztásos műtétekkel kb. 80-85 %-ban megáll a szemgolyó növekedése.

Hasznos tudnivalók

Az első szűrővizsgálat már 9 hónapos korban esedékes, majd a következő 2,5-3 éves korban, ezt követően pedig az iskola megkezdése előtt. Természetesen ettől függetlenül is bármilyen szemészeti problémával javasolt szemorvoshoz fordulni.

Szerző: Dr. Pohánka Tünde

Lektor: Dr. Kiss Kinga

Forrás: www.hazipatika.com