

Magyar Műlencse Implantációs és Refraktív Sebészeti Társaság (SHIOL) Kongresszusa

A 25 éves SHIOL Jubileumi Kongresszusa

Budapest, 2013. március 21-23.

Ramada Resort Aquaworld Budapest****superior



TARTALOMJEGYZÉK

- Általános tájékoztató
- Helyszín alaprajz
- A konferencia támogatói, kiállítói
- Áttekintő táblázat
- Live Surgery
- Részletes tudományos program
- Előadás összefoglalók
- Kurzus összefoglalók
- Poszter összefoglalók
- Videoverseny videóí

ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZTATÓ

Helyszín:

Ramada Resort Aquaworld Budapest**^{superior}**

1044 Budapest, Íves út 16.

Szálloda recepció: 1/23-13-600

www.ramadaresortbudapest.hu

Megközelítés:

BKV autóbusszal közvetlenül megközelíthető a Keleti pályaudvatól induló 230-as járáttal. Gépkocsival az M0-ás körgyűrű Dunakeszi-Dél Káposztásmegyer kijárat, utána a körforgalomban Káposztásmegyer tábla irányába, majd az első lehetséges lehajtónál - az Aquaworld tábla szerint - lehajtani (Budáról érkezőknek jobbra, Pestről érkezőknek balra).

GPS koordináták:

47.60061 ÉSZ

19.11400 KH

Parkolás:

A szálloda sorompóval őrzött nyitott parkolójában díjmentes

Szállás:

Ramada Resort Aquaworld Budapest**^{superior}**

1044 Budapest, Íves út 16.

ParkInn by Radisson****

1138 Budapest, Szekszárdi u. 16.

Mercure Budapest Metropol****

1074 Budapest, Rákóczi út 58.

Best Western Hotel Hungária**/******

1074 Budapest, Rákóczi út 90.

Hotel Viktória***

1047 Budapest, Váci út 27.

Regisztrációs iroda nyitvatartása:	2013. március 21. csütörtök	8.00-18.00
	2013. március 22. péntek	7.30-18.00
	2013. március 23. szombat	7.30-14.00

Tudományos programok helyszínei:

Amazonas terem – plenáris terem és a Live Surgery, valamint
a poszter szekció helyszíne

Ganges termék - Szekció terem I. és II.

Pub és folyosó – szakmai kiállítás és a kávészünetek helye

**A KONGRESSZUS IDEJÉN, A PLENÁRIS ÜLÉSEK IDŐSZAKÁNAK KIVÉTELÉVEL A STANDJUKON
WET-LAB OKTATÁST BIZTOSÍT AZ ALCON HUNGARIA KFT.
ELŐZETES JELENTKEZÉS AJÁNLOTT!**

A prezentációhoz szükséges vetített / video anyag leadása:

- Az Amazonas 3 teremben kérjük leadni a regisztrációs iroda nyitva tartási idejében, lehetőleg az előadást megelőző napon, de legkésőbb az előadást megelőző szekció előtti szünetben, memory sticken (pendrive-on).
- Az előadóteremben saját laptop használata nem lehetséges!
- Az előadások javasolt formátuma: ppt, pdf, prezi.com, keynote

Vendéglátás, társasági programok

A tudományos programban megadott kávészünetekben ásványvizet, üdítőt, kávé és édes-sós aprósüteményt biztosítunk minden regisztrált résztvevőnek az emeleti konferenciaszinten.

Szűkített büféebéd lesz március 21-én a Live Surgery után a szálloda Duna éttermében, melyet a regisztrációban átvett jegy ellenében biztosítunk a kongresszusra is regisztrált résztvevőknek.

Aki előre jelzete március 22-i és március 23-i napra fakultatív 2 fogásos menü ebéd igényét, az a regisztrációban átvett ebédjegy ellenében a Duna étteremben veheti igénybe.

Felhívjuk figyelmüket, hogy március 22-én, pénteken három szimpózium lesz délidőben, melyeken egyszerű ebéd-csomaggal várják Önöket szeretettel a tudományos programban feltüntetett cégek.

Fogadás

Helyszín: Ramada Resort Aquaworld Budapest, Duna étterem

Időpont: 2013. március 21. 19.00 – 22.00 óra

Program: büfévacsora élő zenével

Jubileumi Bankett

Helyszín: Ramada Resort Aquaworld Budapest, Nílus terem (8. emelet)

Időpont: 2013. március 22. 19.30 – 24.00 óra

Program: Császár Angéla művésznő műsorát követően felszolgált vacsora visszaemlékezésekkel az SHIOL elmúlt 25. évére. Vacsora után DJ szolgáltatja a zenét a tánchoz.

Kongresszusi Titkárság:

Egyéni regisztráció

TENSI Aviation Kft. – Pécs

7621 Pécs, Teréz u. 17.

Telefon: 72/513-993

Mobil: 70/45-45-853

E-mail: congress@tensipecs.hu



Web: www.tensi-congress.hu

Szponzorált regisztráció, céges kapcsolattartás

TENSI Kft. – Budapest

1023 Bp., Komjádi Béla u. 1.

Telefon: 1/345-1507

Mobil: 70/38-33-440

E-mail: tdezma@tensi.hu

SHIOL EMLÉKÉRMESEK

- 1999 Vörösmarty Dániel
- 2000 Galli Lóránt
- 2001 Biró Zsolt
Ulrich Klemen
- 2002 Radó Gábor
Futó Gábor
- 2003 Szalczer Lajos
- 2004 Halmai Ottó
- 2005 Salacz György
- 2006 Bausz Mária
- 2007 Nagy Zoltán Zsolt
- 2008 Gonda Gyula
- 2009 Kerek Andrea
Rácz Péter
- 2011 Kovács Bálint
- 2012 Hatvani István
Michael C. Knorz
- 2013 Kerényi Ágnes
Vámosi Péter

TISZTELETBELI TAG – HONORARY MEMBER

- 2005 Gerd U. Auffarth, Németország
- 2006 Abhay Vasavada, India
- 2007 Charlotta Zetterström, Svédország
- 2008 Steve A. Arshinoff, Kanada
- 2009 Vladimir Pfeifer, Slovenia
- 2012 Richard L. Abbott
- 2013 Jorge Alió
Roberto Bellucci
Wolfgang Haigis

A KONGRESSZUS LEGFŐBB TÁMOGATÓI:

ALCON HUNGÁRIA Kft.

MEDICONTUR Kft.

OPC SZEMÉSZETI ÉS TERMÉK KÖZPONTKft.

POLYTECH HUNGÁRIA Kft.

PREMED PHARMA Kft.

A KONGRESSZUS KIEMELT TÁMOGATÓI:

Argus Optik Kft.

Santen Oy Magyarországi Kereskedelmi Képviselete

KIÁLLÍTÓK, TÁMOGATÓK:

Alcon Hungária Kft.

Argus Optik Kft.

Bausch+Lomb Chauvin Ankerpharm

Carl Zeiss Technika Kft.

Ergo-Prevent Kft.

Medicontur Kft.

Neovisus Plus Kft.

OPC Szemészeti Termék Központ Kft.

Premed Pharma Kft.

Santen Oy Magyarországi Kereskedelmi Képviselete

Vitreus Kft.

ÁTTEKINTŐ PROGRAM

Március 21. Csütörtök	Plenáris terem	Szekció terem I.	Szekció terem II.
10,00 – 12,00	<p>Live Surgery 2013. <i>a MediconTur és az OPC szervezésében</i></p> <p><u>Moderátor:</u> Vogt Gábor</p> <p><u>Operatőrök:</u> Dunai Á. Kalácska R. Németh G. Pesztenlehrer N. Scharioth G.</p>		
12,00 – 12,45	Büféebéd		
12,45 – 13,45	<p>Kerekasztal megbeszélés az operatőrökkel Moderátor: Vogt G.</p>		
13,45 – 14,00	Szünet		
14,00 – 15,30	<p>Tudományos ülés <u>Elnök:</u> Nagy Z. Zs. <u>Előadók:</u> J. Alió: Modern Multifocal IOLs: What do they offer, what we should expect? W. Haigis: Modern biometry and IOL calculation</p>		
15,30 – 16,30	SHIOL közgyűlés		
19,00-tól	Fogadás – Duna Étterem		

Március 22. Péntek	Plenáris terem	Szekció terem I.	Szekció terem II.
8,30 – 10,00	Megnyitó, plenáris ülés (8,30-10,00) Üléelnök: Nagy Z. Zs., Kerényi Á.		
10,00 – 10,30	Kávészünet		
10,30 – 11,30	Előadások – Refraktív sebészet (10,30-12,00) Üléelnök: Berta A., Kerek A.	Kurzus I. (10,30-11,30) W. Haigis – Modern biometry and IOL calculation	Videoszekció (10,30-12,00)
11,30 – 12,00		Szünet	
12,00 – 12,15	Szünet		Szünet
12,15 – 12,45	Szimposium délidőben – ALCON (12,15-12,45) „A lehetőségekkel teli világ”	Szimposium délidőben – Premed Pharma (12,00-13,00) „Bausch&Lomb innovációk”	Szimposium délidőben – Polytech (12,15-13,00)
12,45 – 13,00	Szünet		
13,00 – 13,15		Szünet	Szünet
13,15 – 14,15	Előadások – Műtéti technika (13,00-14,30) Üléelnök: Szalczer L., Tsorbatzoglou A.	Santen szimpózium (13,15-14,15) „Katarakta műtétek – cél a posztoperatív fertőzések teljes eliminálása	Videoszekció (13,15-14,45)
14,15 – 14,30			
14,30 – 14,45	Kávészünet	Kávészünet	
14,45 – 15,00			Kávészünet
15,00 – 16,20	Előadások – Katarakta I. (15,00-16,20) Üléelnök: Biró Zs., Nagy Z. Zs.	Kurzus II. (15,00-16,30) Módis L. – Az elülső szegmentum modern képkeltő módszerei	Előadások – Műlencsék I. (15,00-16,30) Üléelnök: Győry J., Hári-Kovács A.
16,20 – 16,30	Szünet		
16,30 – 18,00	Kurzus III. (16,30-18,00) Biró Zs. – Te hogyan csinálnád? Hogyan folytatnád?		
A DÉLIDEI SZIMPÓZIUMOK SZPONSZORAI A DÉLIDEI SZIMPÓZIUMOK RÉSZTVEVŐINEK EBÉD-CSOMAGOT BIZTOSÍTANAK			
19,30-tól	Jubileumi Bankett – Nílus terem		

Március 23. Szombat	Plenáris terem	Szekció terem I.	Szekció terem II.
8,00 – 8,30			
8,30 – 9,30	Előadások – Műlencsék II. (8,30-9,50) Üléseelnök: Vámosi P., Bátor Gy.	Kurzus V. (8,30-9,30) Sohajda Z. – A lencsetokon végzett beavatkozások komplikált cataracta műtét során	Rezidens kurzus IV. (8,00-9,30) Cseke I. – A presbyopia műtéti kezelésének lehetőségei
9,30 – 9,45		Szünet	Szünet
9,45 – 9,50			
9,50 – 10,30	Szünet - Poszter-séta (9,50-10,30) Elnök: Tornai I., Cseke I.	Kurzus VI. (9,45-10,45) Kerek A. – Presbyopia lézeres korrekciója a szaruhártyán	Kurzus VII. (9,45-10,45) Vámosi P. – Amit a negatív diszfotopsziáról tudhatunk
10,30 – 10,45			
10,45 – 11,00	Előadások – Katarakta II. (10,30-11,50) Üléseelnök: Vogt G., Németh G.	Szünet	Szünet
11,00 – 11,30			
11,30 – 11,50			
11,50 – 12,00	Kávészünet	Kurzus VIII. (11,00-12,00) Kálmán Zs., Czeti I., Vogt G. – Lencsesérülések	<u>Videoszekció</u> (11,00-12,30)
12,00 – 12,30			
12,30 – 13,45	SHIOL Szimpózium (12,30-13,45) „A katarakta műtét és a macula” <i>Moderátor:</i> Kerényi Á. <i>Előadók:</i> Horváth A., Récsán Zs., Gyetvai T., Vogt G.		
13,45 – 14,00	Videoverseny eredményhirdetés, Zárszó		

A KONGRESSZUS IDEJÉN, A PLENÁRIS ÜLÉSEK IDŐSZAKÁNAK KIVÉTELÉVEL A STANDJUKON WET-LAB OKTATÁST BIZTOSÍT AZ ALCON HUNGARIA KFT.

RÉSZLETES TUDOMÁNYOS PROGRAM

Március 21. Csütörtök

PLENÁRIS TEREM

10,00 – 12,00 óra

SHIOL Live Surgery 2013

Élő műtéti közvetítés a Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinikájának műtőjéből

Az SHIOL által felkért szervezők:

a MEDICONTUR Kft és az OPC Kft

Moderátor: Vogt Gábor

Phacoemulsificatio, AMO Tecnis egytestű, diffraktív, aszferikus, hidrofób, multifokális műlencse beültetés

Készülék: DORC Associate phaco berendezés

Operatőr: Németh Gábor (Debrecen)

Phacoemulsificatio, MediconTur multifokális, diffraktív, aszferikus műlencse implantáció, 2,2mm sebméret,

Készülék: Geuder S4 phacokészülék

Operatőr: Pesztenlehrer Norbert (Győr)

Phacoemulsificatio, AMO Tecnis tórikus, aszferikus, hidrofób műlencse beültetés

Készülék: DORC Associate phaco berendezés

Operatőr: Dunai Árpád (Budapest)

Dioptria korrekció, MediconTur Add On refraktív, aszférikus, sulcus műlencse implantáció

Operatőr: Kalácska Richárd (Budapest)

Kombinált phacoemulsificatio és OPC / DORC GlaucoLight asszisztált kanaloasztika, MediconTur Z Flex aszférikus, hidrofil műlencse implantáció.

Készülék: AMO Signature WhiteStar phaco berendezés

Operatőr: Scharioth Gábor (Recklinghausen / Szeged)

Ebédszünet

12,45 – 13,45

Kerekasztal megbeszélés az operatőrökkel

Moderátor: Vogt Gábor

Szünet

14,00 – 15,30

Tudományos ülés

Elnök: Nagy Zoltán Zsolt

1 - MODERN MULTIFOCAL IOLS: WHAT DO THEY OFFER, WHAT WE SHOULD EXPECT?

Jorge Alió

2 - MODERN BIOMETRY AND IOL CALCULATION

Wolfgang Haigis

15,30 – 16,30

Közgyűlés

Március 22. Péntek

PLENÁRIS TEREM

8,30 – 10,00

Megnyitó, Plenáris ülés

Ülésezők: Nagy Zoltán Zsolt, Kerényi Ágnes

Nagy Zoltán Zsolt: Köszöntés, a 25 éves SHIOL 2013. évi Kongresszusának megnyitása

Roberto Bellucci: Köszöntés

Vörösmarthy Dániel: 25 éves az SHIOL

Nagy Zoltán Zsolt: Az SHIOL „Tiszteletbeli tag”-ja cím adományozottjainak megnevezése, a diplomák átadása

Roberto Bellucci: Fluidics of micro incision cataract surgery

Salacz György, Tuzson Rita, Ferencz Mária: Katarakta- és refraktív sebészet helyzete Magyarországon 2012-ben

Nagy Zoltán Zsolt: Az SHIOL emlékérem adományozottjainak megnevezése

Vámosi Péter: A phakoemulsificatio műtéti technikájának fejlődése – ahogy én látom

Kerényi Ágnes: Szelektív keratoplasztika – az elmélet és a gyakorlat kölcsönhatása

Nagy Zoltán Zsolt: A megújult régi

Kávészünet

10,30 – 12,00

Előadások – Refraktív sebészet

Ülésezők: Berta András, Kerek Andrea

4 - A CORNEA BIOMECHANIKAI SAJÁTOSSÁGAI – ÚJ SZEMPONT A REFRAKTÍV SEBÉSZETBEN

¹Berta András, ¹Kemény-Beke Ádám, ²Ziad Hassan, ¹Németh Gábor, ¹Szalai Eszter, és ¹Módis László

¹Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szemklinika, Debrecen

²Orbident Egészség- és Lézercentrum, Debrecen

5 - A CORNEA BIOMECHANIKÁJÁNAK VIZSGÁLATA SCHEIMPFLUG ELVEN MŰKÖDŐ KÉPALKOTÁSSAL

¹Ziad Hassan, ²Módis László, ²Szalai Eszter, ²Berta András, ²Németh Gábor

¹Orbident Egészség- és Lézercentrum, Debrecen

²Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szemklinika, Debrecen

6 - HOSSZABB TÁVÚ TAPASZTALATAINK A SUPRACOR PRESBYOPIA-ELLENES EXCIMER LÉZERES KEZELÉSSSEL

Kerek Andrea, Czeti István, Gáspár Beáta, Gyöngyösi Péter, Kovács Orsolya, Markó Gábor, Palotás Csilla

Optimum Látásjavító Lézerközpont, Budapest

7 - A PRESBYOPIA KEZELÉSÉBEN ALKALMAZOTT LASER BLENDED VISION KEZELÉS BIZTONSÁGOSSÁGA, HATÉKONYSÁGA ÉS TERVEZHETŐSÉGE AZ ELSŐ 700 KEZELÉS RETROSPEKTÍV VIZSGÁLATA ALAPJÁN

Fodor Erzsébet, Kerekes Julianna, Kónya Zsuzsanna, Ferincz István E.

Focus Medical Lézeres Látásjavító Központ, Budapest

8 - PRESBYOPIA KEZELÉSE

Bereczki Árpád, Nagy Éva.

“SzemPont” Szemészeti LézerKözpont, Győr

9 - A PRESBYOPIA KEZELÉSÉNEK 1 ÉVES TAPASZTALATA VUE+ CORNEÁLIS INLAY-JEL

Ratkay Imola^{1,2}, Radnóti J.¹

¹*Aura Klinika Margitsziget, Budapest*

²*Dunakanyar Orvosi Centrum, Szentendre*

10 - PHOTOREFRAKTÍV KERATECTOMIÁVAL KOMBINÁLT ELÜLSŐ CSARNOK PHAKIÁS LENCSE BEÜLTETÉS AZ EXTRÉM NAGYFOKÚ MYOPIA KEZELÉSÉBEN

Kránitz Kinga, Gyenes Andrea, Juhász Éva, Takács Ágnes Ildikó, Sándor Gábor László, Nagy Zoltán Zsolt

Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest

11 - OPCA EPI-CLEAR HÁMELTÁVOLÍTÓ ESZKÖZ HATÉKONYSÁGA PHOTOREFRAKTÍV KERATECTOMIÁKNÁL

Gyenes Andrea, Filkorn Tamás, Kránitz Kinga, Juhász Éva, Nagy Zoltán Zsolt

Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest

12 - KÉSŐI TRAUMÁS LEBENY-DISZLOKÁCIÓ SIKERES MEGOLDÁSA (esetismertetés)

Gáspár Beáta, Kovács Orsolya, Palotás Csilla, Kerek Andrea

Optimum Látásjavító Lézerközpont, Budapest

Szünet

12,15 – 12,45

**Szimposium délidőben – ALCON
A LEHETŐSÉGEKKEL TELI VILÁG**

Újabb lehetőség a femto lézerrel végzett refraktív katarakta sebészetben: az AcrySof® IQ ReSTOR® +2,5 D

Nagy Zoltán Zsolt

Lehet-e a 2,5 több, mint 3,0?

Vogt Gábor

A szürkehályog műtét biztonság növelésének lehetősége: a megújult Infiniti® AutoSert®-tel

Alexis Tsorbatzoglou

Nyisson ablakot a világra!

Csonka Gábor

A SZIMPÓZIUM RÉSZTVEVŐI SZÁMÁRA A SZPONZOR EBÉD-CSOMAGOT BIZTOSÍT.

Szünet

13,00 – 14,30

Előadások – Műtéti technika

Üléselnök: Szalczer Lajos, Tsorbatzoglou Alexis

13 - AZ INTREPID AUTOSERT PEDÁLRÓL VEZÉRELT AUTOMATIKUS MŰLENCSE IMPLANTÁLÓ RENDSZERREL SZERZETT KEZDETI TAPASZTALATAINK

Tsorbatzoglou Alexis

Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft, Szemészeti Osztály, Nyíregyháza

14 - ÚJ IMPLANTÁCIÓS LEHETŐSÉG, AZ AUTOSERT RENDSZER

Őri Zsolt, Baksa Erika, Horváth Judit, Marinova Ruzsa, Péter Éva, Szabados Edit, Szervánszky Noémi
Vaszary Kolos Kórház, Esztergom

15 - NEW MOTORIZED IOL IMPLANTATION DEVICE

Gabor B. Scharioth

*Aurelios Augenzentrum, Recklinghausen, Germany
University of Szeged, Szeged, Hungary*

16 - HYDRO-IMPLANTÁCIÓ

Semsey István

Egynapos Szemészeti Ellátás, Kazincbarcika

17 - TOKSTABILIZÁLÁS PHACEOEMULSIFIKÁCIÓ SORÁN

Vogt Gábor, Dudás Veronika

MH - Honvédkórház, Szemészeti Osztály, Budapest

18 - CATARACTA MŰTÉT NEHÉZSÉGEI PSZEUDOEXFOLIATIÓS SZINDRÓMA (PEX) ESETÉN

Kovács Dóra, Biró Zsolt

PTE KK Szemészeti Klinika, Pécs

19 - „ROCK HARD” NUKLEUS- „OUT AND IN” CHOP TECHNIKA

Semsey István

Egynapos Szemészeti Ellátás, Kazincbarcika

20 - UTÓHÁLYOG MŰTÉTI MEGOLDÁSA LENCSE-EPHITEL LESZÍVÁSSAL ÉS HÁTSÓ TOKI CAPSULORHEXISSEL

Győry József

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

21 - KEZDETI TAPASZTALATAINK A GEUDER PEP PHACO CSÚCCSAL

Légrády György

Szent Lázár Megyei Kórház, Szemészeti Osztály, Salgótarján

Kávészünet

15,00 – 16,20

Előadások – Katarakta I.

Üléseelnök: Biró Zsolt, Nagy Zoltán Zsolt

22 - PHACOMORPH GLAUKÓMÁS SZEMEN VÉGZETT FEMTOLÉZERES SZÜRKEHÁLYOGMŰTÉT BEMUTATÁSA

Nagy Zoltán Zsolt, Kránitz Kinga, Takács Ágnes Ildikó, Gyenes Andrea, Gergely Róbert, Filkorn Tamás
Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest

23 - LEHETSÉGES KOMPLIKÁCIÓK FEMTOLÉZERES SZÜRKEHÁLYOGMŰTÉTEK SORÁN

Nagy Zoltán Zsolt, Takács Ágnes Ildikó, Filkorn Tamás, Kránitz Kinga, Gyenes Andrea, Juhász Éva, Sándor Gábor László, Kovács Illés
Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest

24 - „FEMTOCATARACT: ADVANTAGES AND DEBATABLE ISSUES”

Hana Abou Zeid

Jules-Gonin Eye Hospital, Lausanne, Switzerland

25 - KÉTLÉPCSŐS DALK ÉS PHACEOEMULSIFICATIO + PC-IOL KOMBINÁLT MŰTÉTÉ

Biró Zsolt

PTE KK Szemészeti Klinika, Pécs

26 - PERFORÁLÓ KERTOPLASZTIKA ÉS MŰLENCSÉ CSERE KERATOPHATIA BULLOSA MIATT (esetismertetés)

Nagy Ágnes, Biró Zsolt

PTE KK Szemészeti Klinika, Pécs

27 - A BETEGSZÁM CSÖKKENTÉSÉNEK HATÁSA A SZEMÉSZETI OSZTÁLY EREDMÉNYESSÉGÉRE

Vastag Oszkár¹, Kis Zoltán², Csáki Monika¹

¹*Tolna Megyei Balassa János Kórház Szemészeti Osztály, Szekszárd*

²*Tolna Megyei Balassa János Kórház Controlling Csoport, Szekszárd*

28 - POSZTOPERATÍV ENDOPHTHALMITIS MAGYARORSZÁG TANULMÁNY 2012

Szalczér Lajos¹, Ács Tamás², Bátor György³, Biró Zsolt⁴, Pesztenlehrer Norbert⁵, Czvikovszky György⁶, Gyetvai Tamás⁷, Győry József⁸, Horóczy Zoltán⁹, Őri Zsolt¹⁰, Pernecky Tamás¹¹, Pusztai Dezső¹², Sohajda Zoltán¹³, Tóth Jenő¹⁴, Vámosi Péter^{15,16}, Vogt Gábor¹⁷

¹*Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg*

²*Megyei Kórház, Kecskemét*

³*Vas Megyei Markusovszky Kórház, Szombathely*

⁴*PTE ÁOK Szemklinika, Pécs*

⁵*Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr*

⁶*Budapest XIII, XVI, XVII kerület, Bicske, Kecskemét Egynapos Sebészet*

⁷*SZTE Szemészeti Klinika, Szeged*

⁸*Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém*

⁹*Erzsébet Kórház, Hódmezővásárhely*

¹⁰*Vaszary Kolos Kórház, Esztergom*

¹¹*Uzsoki utcai Kórház, Budapest*

¹²*Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet Egyszemélyes Nonprofit Kft. Cegléd*

¹³*Kenézy Kórház RI Egészségügyi Szolgáltató Kft, Debrecen*

¹⁴*Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár*

¹⁵*Péterfy Sándor Kórház, Budapest*

¹⁶Szent Rókus Kórház, Budapest

¹⁷Magyar Honvédség Honvédkórház, Budapest

29 - GYAKORIBB MŰTÉTEK A KUTYA ÉS MACSKA ELÜLSŐ SZEGMENTJÉN

Szentgáli Zsolt

Szent István Egyetem Állatorvos-tudományi Kar, Sebészeti és Szemészeti Tanszék és Klinika, Budapest

Szünet

16,30 – 18,00

Kurzus III. – **Te hogyan csinálnád? Hogyan folytatnád?**

Biró Zsolt

SZEKCIÓ TEREM I.

10,30 – 11,30

Kurzus I. – **Modern biometry and IOL calculation**

Wolfgang Haigis

Szünet

12,00 – 13,00

Szimpózium délidőben – Premed Pharma

BAUSCH & LOMB INNOVÁCIÓK

A Bausch + Lomb Technolas refraktív technológia és klinikai eredményei

Palotás Csilla

A microincíziós sebészet jelene

Biró Zsolt

Új hydrophob glistening-free lencsék; enVista és enVista Toric

Vámosi Péter (Győry József, Futó Gábor, Biró Zsolt)

Stellaris és Stellaris PC a sokoldalú segítség!

Kerényi Ágnes

A SZIMPÓZIUM RÉSZTVEVŐI SZÁMÁRA A SZPONZOR EBÉD-CSOMAGOT BIZTOSÍT.

Szünet

13,15 – 14,15

Santen szimpózium

KATARAKTA MŰTÉTEK – CÉL A POSZTOPERATÍV FERTŐZÉSEK TELJES ELIMINÁLÁSA

Elnök: Nagy Zoltán Zsolt

Targeting zero infection in cataract surgery: The topical approach

Tat Keong Chan

Kávészünet

15,00 – 16,30

Kurzus II. – Az elülső szegmentum modern képalkotó módszerei

Módis László

SZEKCIÓ TEREM II.

10,30 – 12,00

Videoszekció

CATARCT SURGERY ON HYPERMATURE CATARACT

Biró Zsolt

PTE KK Szemészeti Klinika, Pécs

EXCISION OF CILIARY BODY TUMOR

Biró Zsolt

PTE KK Szemészeti Klinika, Pécs

RESTOR IOL IN POSTERIOR CATARACT

Biró Zsolt

PTE KK Szemészeti Klinika, Pécs

CATARACT SURGERY ON A SUBLUXATED LENS (MARFAN SYNDROME)

Biró Zsolt

PTE KK Szemészeti Klinika, Pécs

CATARACTA POLARIS POSTERIOR NAGYFOKÚ SZARUHÁRTYA ASZTIGMIÁVAL

Cseke István

Soproni Erzsébet Oktató Kórház, Szemészeti Osztály, Sopron

CSAK ÓVATOSAN!

Enyedi Lajos

Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Szemészet, Budapest

TOKSZÁKBA HELYEZETT MŰLENCSE BIZTONSÁGOS CSERÉJE HÁTSÓ CENTRÁLIS CAPSULORHEXIS ESETÉN

Győry József

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

A CASE OF LATE ONSET ENDOPHTALMITIS AFTER TRABECULECTOMY WITH MMC

Gabor B. Scharioth

Aurelios Augenzentrum, Recklinghausen, Germany

University of Szeged, Szeged, Hungary

STEEPED SURGERY FOR COMPLICATED CASES

Gabor B. Scharioth

Aurelios Augenzentrum, Recklinghausen, Germany

University of Szeged, Szeged, Hungary

Szünet

12,15 – 13,00

Szimposium délidőben – Polytech

Moderátor: Biró Zsolt

Amit a heparin bevonatú műlencsékrol tudni kell

Kerényi Ágnes

Hidrofób felületkezelt egytestű sárga lencsékkel végzett vizsgálat posztoperatív gyulladásoo jelek szempontjából

Popper-Sachetti Andrea

Sárga lencsék – érvek, ellenérvek. Fotokromatikus lencsék és előnyeik

Nagy Ágnes

A SZIMPÓZIUM RÉSZTVEŐI SZÁMÁRA A SZPONZOR EBÉD-CSOMAGOT BIZTOSÍT.

Szünet

13,15 – 14,45

Videoszekció

Videókat lásd a pénteki, Szekció terem II. 10,30 – 12,00 közötti program leírásánál

Kávészünet

15,00 – 16,30

Előadások – Műlencsék I.

Üléselnök: Győry József, Hári-Kovács András

30 - AZ MI60 MICROINCÍZIÓS LENCSE KÉTÉVES NYOMONKÖVETÉSÉNEK LEGÚJABB EREDMÉNYEI

Győry József, Madár Edina

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

31 - UVEITIS ÉS SZÜRKEHÁLYOG SEBÉSZET, HEPARINIZOTT LENCSEVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Sohár Nicolette

Szegedi Tudományegyetem, Szemészeti Klinika, Szeged

32 - TÓRIKUS MŰLENCSEKKEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Herman Laura, Pesztenlehrer Norbert, Gőcze Péter, Erdélyi Hilda, Máté Tamás, Középesy Mária, Prohászka-Rád Imre, Kulcsár Kinga

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Szemészeti Osztály, Győr

33 - AZ ENVISTA TORIC HIDROFÓB, ABERRÁCIÓMENTES MŰLENCSE BEÜLTETÉSÉVEL NYERT KORAI KLINIKAI EREDMÉNYEK

Győry József¹, Biró Zsolt², Futó Gábor³, Vámosi Péter⁴

¹Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

²PTE ÁOK Szemklinika, Pécs

³Szent Borbála Kórház, Tatabánya

⁴Péterfy Sándor utcai Kórház, Budapest

34 - ROTATIONAL STABILITY OF A SINGLE-PIECE TORIC ACRYLIC IOL

Hirnschall Nino

Hanusch-Krankenhaus, Augenabteilung, Wien, Austria

35 - THE APROPIATE IOL IN RIGHT SITUATION

Filip Mircea, Monica Apostolescu, Amarelia Filip, Carmen Dragne, Miruna Nicolae, G.Triantafyllidis

Ama Optimex, Bucharest, Romania

36 - ELSŐ TAPASZTALATAINK 1STQ A4SW00 ADD-ON INTRAOCULARIS MŰLENCSÉVEL

Hári-Kovács András, B. Tóth Barbara, Facskó Andrea

Szegedi Tudományegyetem, Szemészeti Klinika, Szeged

37 - INITIAL EXPERIENCE WITH +7.0 DPT ADD-ON-IOL IN CASES OF PSEUDOPHAKIC PARS PLANA VITRECTOMY WITH SILICONE OIL

Gabor B. Scharioth

Aurelios Augenzentrum, Recklinghausen, Germany

University of Szeged, Szeged, Hungary

38 - MEDALION A SZEMBEN

Kerényi Ágnes, Vörösmarthy Dániel

Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Szent Rókus Kórház, Szemészeti Osztály, Budapest

PLENÁRIS TEREM

8,30 – 9,50

Előadások – Műlencsék II.

Üléselnök: Vámosi Péter, Bátor György

39 - INTRAOCULARIS LENCSEK EGYES BIOFIZIKAI TULAJDONSÁGAINAK TANULMÁNYOZÁSA NMR SPEKTROSKÓPIÁVAL ÉS DSC-VEL

Bátor György¹, Bokor Mónika², Tompa Kálmán², Kamasa Pawel², Verebélyi Tamás², Rácz Péter¹

¹*Markusovszky Lajos Egyetemi Oktatókórház, Szombathely*

²*Wigner Fizikai Kutatóközpont, Magyar Tudományos Akadémia, Budapest*

40 - REZOOM ÉS TECNIS MULTIFOKÁLIS MŰLENCSEK IMPLANTÁCIÓJÁVAL NYERT ELSŐ TAPASZTALATAINK

Kemény-Beke Ádám, Rentka Anikó, Módis László, Berta András

DE OEC Szemklinika, Debrecen

41 - AZ ACRYSOF IQ RESTOR +2.5D MULTIFOKÁLIS MŰLENCSEVEL NYERT KEZDETI TAPASZTALATAINK

Tsorbatzoglou Alexis

Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft, Szemészeti Osztály, Nyíregyháza

42 - DIFFRAKTÍV-REFRAKTÍV MULTIFOKÁLIS ÉS AKKOMODATÍV MŰLENCSEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

Tóth Gábor, Kránitz Kinga, Szigeti Andrea, Nagy Zoltán Zsolt

Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest

43 - MŰLENCSETERVEZÉS EREDMÉNYESSÉGÉNEK VIZSGÁLATA MULTIFOKÁLIS HIDROFÓB MŰLENCSE VONATKOZÁSÁBAN

Gőcze Péter, Pesztenlehrer Norbert

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr

44 - LÁTÁSFUNKCIÓK KÜLÖNBÖZŐ ADDÍCIÓJÚ ACRYSOF RESTOR MŰLENCSEK ESETÉN

Takács Enikő, Barta Ágnes, Dudás Vera, Szathmáry Enikő, Vogt Gábor

MH Honvédkórház, Budapest

45 - BETEGELÉGEDETTSÉG VIZSGÁLATA DIFFRAKCIÓS PSEUDOACCOMODATÍV MŰLENCSE (RESTOR) IMPLANTÁCIÓJA UTÁN

Barta Ágnes, Gyöngyössy Balázs, Gyenzse Zsuzsanna, Vogt Gábor

MH Honvédkórház, Szemészeti Osztály, Budapest

46 - ACRYSOF RESTOR INTRAOCULÁRIS MŰLENCSE IMPLANTÁCIÓJA UTÁN VÉGZETT YAG CAPSULOTOMIÁK

Gyenzse Zsuzsanna, Barta Ágnes, Vogt Gábor

MH Honvédkórház, Szemészeti Osztály, Budapest

Szünet – közben

9,50 – 10,30

Poszter-séta

Elnök: Tornai Ildikó, Cseke István

1 - FEMTOLÉZERREL VÉGZETT SZÜRKEHÁLYOGMŰTÉT LENTICONUS ANTERIOR OPTIKAI REHABILITÁCIÓJÁRA - ESETTANULMÁNY

*Ecsedy Mónika, Kránitz Kinga, Sándor Gábor László, Takács Ágnes, Wagner László, Nagy Zoltán Zsolt
Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest*

2 - MŰLENCSETERVEZÉS HYPERMETROP REFRAKTÍV SZARUHÁRTYA KEZELÉSEK UTÁN - ESETBEMUTATÁS

*Juhász Éva, Filkorn Tamás, Kránitz Kinga, Sándor Gábor László, Gyenes Andrea, Nagy Zoltán Zsolt
Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest*

3 - KORAI PERIFÉRIÁS CORNEÁLIS ENDOTÉLSEJT VESZTÉS ÖSSZEHASONLÍTÁSA FEMTOLÉZER ASSZISZTÁLT ÉS HAGYOMÁNYOS FAKOEMULZIFIKÁCIÓ UTÁN

*Sándor Gábor László, Takács Ágnes Ildikó, Vitalij Klishko, Juhász Éva, Kránitz Kinga, Nagy Zoltán Zsolt
Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinika, Budapest*

4 - IPARI LÚGSÉRÜLÉS KÖVETKEZTÉBEN KIALAKULT RECIDIVÁLÓ ERÓZIÓ KÉT ESETÉNEK KEZELÉSE FOTOTERÁPIÁS KERATECTOMIÁVAL

*Tóth Gábor, Kránitz Kinga, Gyenes Andrea, Nagy Zoltán Zsolt
Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinika, Budapest*

5 - SZÜKSÉG VAN-E NAPJAINKBAN ECCE MŰTÉTRE?

*Tóth Éva, Sebestyén Margit
Szent Pantaleon Kórház, Szemészeti Osztály, Dunaújváros*

6 - TRAUMÁS CATARACTA MEGOLDÁSA FEMTOLÉZER ASSZISZTÁLT SZÜRKEHÁLYOGMŰTÉTTTEL (ESETISMERTETÉS)

*Szepessy Zsuzsanna, Filkorn Tamás, Takács Ágnes, Sándor Gábor László, Tóth Gábor, Nagy Zoltán Zsolt
Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest*

7 - PHAKIÁS LENCSE (PIOL) IMPLANTÁCIÓN ÁTESETT BETEG SZEMÉN SUBCAPSULARIS CATARACTA MIATT A PIOL ELTÁVOLÍTÁSÁVAL KOMBINÁLT SZÜRKEHÁLYOG ELLENES MŰTÉT BEMUTATÁSA

*Gyenes Andrea, Kránitz Kinga, Sándor Gábor László, Nagy Zoltán Zsolt
Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest*

8 - SZÜRKEHÁLYOG MŰTÉT KAPCSÁN FELLÉPŐ DESCOMET MEMBRÁN LEVÁLÁS VIZSGÁLATA ÉS KÖVETÉSE OCT KÉSZÜLÉKKEL

*Ba Katalin, Sebestyén Margit, Szakáts Ildikó, Drávai Éva
Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet, Dunaújváros*

10,30 – 11,50

Előadások – Katarakta II.

Üléselnök: Vogt Gábor, Németh Gábor

47 - IRVINE-GASS SZINDRÓMA 3 ÉVES BETEGYAGUNKBAN

*Vogt Gábor, Takáts Judit
MH - Honvédkórház, Szemészeti Osztály, Budapest*

48 - PSEUDOPHAKIÁS CYSTOID MACULA OEDÉMÁS BETEGEINK KEZELÉSE

Czeglédi Miklós

Jósa András Kórház, Szemészet, Nyíregyháza

49 - OPTIKAI BIOMETRIA SORÁN MÉRT 1,5D FELETTI PREOPERATÍV CORNEALIS ASTIGMIA ELŐFORDULÁSI ARÁNYÁNAK MEGHATÁROZÁSA KATARAKTA MŰTÉTRE KERÜLŐ BETEGEINKNÉL

Tsorbatzoglou Alexis

Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft, Szemészeti Osztály, Nyíregyháza

50 - AZ ASTIGMATISMUS ELOSZLÁSA NORMÁL POPULÁCIÓN

Németh Gábor, Berta András, Módis László

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szemklinika, Debrecen

51 - A CORNEALIS ASTIGMIA CSÖKKENTÉSE SZÜRKEHÁLYOG MŰTÉT SORÁN

Dunai Árpád Ferenc¹, Jóföldi F.², Filkorn Tamás¹

¹*Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinika, Budapest*

²*Semmelweis Egyetem ÁOK V. évf., Budapest*

52 - MULTIFOCALIS MŰLENCSE BEÜLTETÉS OCCI-VAL KOMBINÁLVA (esetismertetés)

Kovács Judit, Biró Zsolt

PTE KK Szemészeti Klinika, Pécs

53 - HIBÁS BIOMETRIA MIATTI HÁTSÓCSARNOK MŰLENCSE CSERE

Törkáló Renáta, Balogh Teodóra, Biró Zsolt, Balla Zsolt

PTE KK Szemészeti Klinika, Pécs

54 - A SYSTANE ULTRA NEDVESÍTŐ SZEMCSEPP HATÁSA KATARAKTA MŰTÉTEN ÁTESETT BETEGEK SZÁRAZ SZEM PANASZAIRA

Cserép Veronika, Szalczer Lajos

Zala Megyei Kórház Szemészeti Osztály, Zalaegerszeg

Kávészünet

12,30 – 13,45

SHIOL szimpózium

A KATARAKTA MŰTÉT ÉS A MACULA

Moderátor: Kerényi Ágnes

Bevezető

Kerényi Ágnes

Befolyásolja-e az időskori macula degeneráció progresszióját / exsudatívvá válását a szürkehályog műtét?

Horváth Adrienn, Pámer Zsuzsa

Van-e bizonyíték arra, hogy a kék színszűrős műlencsék akadályoznák az időskori macula degeneráció kialakulását / progresszióját?

Gyetzai Tamás

Befolyásolja-e a diabéteszes maculopátiát / retinopátiát a szürkehályog műtét?

Récsán Zsuzsanna

Az Irvine-Gass szindrómáról

Vogt Gábor

Diskusszió

13,45 – 14,00
Videoverseny eredményhirdetés
Zárszó

SZEKCIÓ TEREM I.

8,30 – 9,30
Kurzus V. – **A lencsetokon végzett beavatkozások komplikált cataracta műtét során**
Sohajda Zoltán

Szünet

9,45 – 10,45
Kurzus VI. – **Presbyopia lézeres korrekciója a szaruhártyán**
Kerek Andrea

Szünet

11,00 – 12,00
Kurzus VIII. – **Lencsesérülések**
Kálmán Zsuzsanna, Czeti István, Vogt Gábor

Kávészünet

SZEKCIÓ TEREM II.

8,00 – 9,30
REZIDENS KURZUS IV. – A presbyopia műtéti kezelésének lehetőségei
Cseke István

Szünet

9,45 – 10,45
Kurzus VII. – **Amit a negatív diszfotopsziáról tudhatunk**
Vámosi Péter

Szünet

11,00 – 12,30
Videoszekció

Videókat lásd a pénteki, Szekció terem II. 10,30 – 12,00 közötti program leírásánál

Kávészünet

1.

MODERN MULTIFOCAL IOLS: WHAT DO THEY OFFER, WHAT WE SHOULD EXPECT?

Jorge Alió

Miguel Hernandez University, Elche-Alicante, Spain

Multifocal IOLs have experienced a major technical evolution in recent years. New methods for evaluation of IOLs have improved our knowledge on the technology and the clinical outcomes. During this presentation information will be provided about the clinical outcomes of the most recently developed IOLs related to those factors more closely related to the patient satisfaction and best clinical outcomes.

2.

MODERN BIOMETRY AND IOL CALCULATIONWolfgang Haigis*Dept. of Ophthalmology, University of Wuerzburg, Wuerzburg, Germany*

The last years have seen increasing requirements for the precision of intraocular lens (IOL) power calculations. Multifocal, phakic, toric, potentially accommodative and aspheric lenses, clear lens extractions and eyes after refractive surgery make great demands on clinical measurement and calculation techniques. With the advent of laser interference biometry, a highly precise method was added to ocular biometry, which for nearly half a century was dominated by ultrasound techniques. Optical biometry essentially solved the problem of unreliable axial lengths in myopic eyes and dramatically reduced the influence of axial length measurement errors.

Apart from state-of-the-art biometry, sophisticated calculation algorithms to determine the required IOL power are of essential importance for the refractive outcome after lens surgery. In principle, different methods (empirical, analytical, numerical or combined) may be used to derive the necessary IOL power. The optical system 'eye + spectacles' may e.g. be approached by exact ray tracing or in paraxial approximation. Matrix optics may be applied and lenses treated as thick or thin lenses. Most commonly, analytical 'IOL power formulas' (SRK II, SRK/T, Holladay I, Holladay II, Hoffer Q, Haigis) are applied.

There is not one formula suitable for all situations: phakic and 'normal' pseudophakic IOLs require different approaches, short and long eyes need special consideration as do astigmatic eyes with toric IOLs. Furthermore, intraocular lenses are represented in different ways in the various approaches, e.g. by different 'lens constants', which need to be customized for each lens model.

The lecture will give an overview on currently applied approaches in biometry and IOL calculation and will illustrate their advantages and disadvantages.

3.

KATARAKTA- ÉS REFRAKTÍV SEBÉSZET HELYZETE MAGYARORSZÁGON 2012-BEN

Salacz György, Ferencz Mária, Tuzson Rita

Szent Imre Kórház, Mária utcai Szemklinika, Budapest

A korábbi évekhez hasonlóan kiküldött kérdőívekre kapott válaszok alapján a hazai katarakta és refrakciós sebészeti adatokat elemezzük a 2012-es évre vonatkozóan. Vizsgáljuk az elmúlt évben történt műtéti szokások, valamint az operáló helyek (egynapos sebészet) változásait. Kitérünk a különböző műlencse típusok és újabb refraktív beavatkozási módok térhódításaira. Az adatok összesítése lehetőséget ad arra, hogy a kataraktás betegek ellátásának színvonala, szám szerinti változása nyomon követhető legyen Magyarországon.

4.

A CORNEA BIOMECHANIKAI SAJÁTSÁGAI - ÚJ SZEMPONT A REFRAKTÍV SEBÉSZETBEN

¹Berta András, ¹Kemény-Beke Ádám, ²Ziad Hassan, ¹Németh Gábor, ¹Szalai Eszter, és ¹Módis László

¹Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szemklinika, Debrecen

²Orbident Egészség- és Lézercentrum, Debrecen

Cél: A cornea biomechanikai sajátságainak ismertetése. A biomechanikai vizsgálatok jelentőségének bemutatása a cornea betegségeinek diagnosztikájában és a refraktív sebészetben.

Módszer: Az irodalmi adatok és az elmúlt két év nemzetközi kongresszusain hallottak összefoglalása.

Eredmények: Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szemklinikája, a Szemklinika épületében működő Orbident Egészség- és Lézercentrummal együttműködve, 2012-ben elkezdte a refraktív műtétekre váró és az azokon átesett betegek corneájának biomechanikai vizsgálatát. Előzetes eredményeinkről külön előadásban számolunk be.

Következtetés: A cornea biomechanikai sajátságainak vizsgálata új terület a cornea diagnosztikájában. Erről a kérdésről egyre többet lehet hallani és olvasni az utóbbi időben. A cornea biomechanikája mindenképpen ígéretes kutatási terület, ugyanakkor a rendelkezésre álló műszerek és módszerek továbbfejlesztése és validálása szükséges ahhoz, hogy a refraktív sebészeti gyakorlatba bevezetésre kerüljenek.

5.

AZ CORNEA BIOMECHANIKÁJÁNAK VIZSGÁLATA SCHEIMPFLUG ELVEN MŰKÖDŐ KÉPALKOTÁSSAL¹Ziad Hassan, ²Módis László, ²Szalai Eszter, ²Berta András, ²Németh Gábor¹Orbident Egészség- és Lézercentrum, Debrecen²Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szemklinika, Debrecen**Cél:**

A CorVis ST nagysebességű Scheimpflug fotográfiát alkalmazó készülék a corneális biomechanika vizsgálatára. Célunk az volt, hogy egészséges szemeken, valamint LASIK és PRK műtét előtt és után vizsgáljuk a készülék használhatóságát és elemezzük a mért paramétereket.

Betegek és módszer:

Az egészséges szemek vizsgálata esetén kizártunk bármilyen elülső szegmentum rendellenességet, intraocularis műtétet az anamnézisben, valamint a kontaktlencse viselőket. LASIK valamint PRK előtt, majd az azt követő napon, 1 hét múlva és 1 hónap múlva ismételt méréseket végeztünk. A CorVis ST készülékkel 10, a cornea biomechanikáját jellemző, műszerre specifikus paramétert mértünk a szemnyomás és corneavastagság értékeken kívül.

Eredmények:

Az egészséges (75 páciens 75 szeme, életkor: $61,2 \pm 15,7$ év) és a refraktív műtétre váró páciensek (39 páciens 78 szeme, életkor: $32,6 \pm 9,9$ év) között jelentős különbségeket figyeltünk meg négy CorVis ST által mért specifikus paramétert tekintve. LASIK műtétek után (26 páciens 52 szeme) a pachymetriai adatokon kívül a CorVis ST által mért radiusértékekben találtunk csak jelentős különbséget a műtét utáni szakban. 1 hónappal a műtét után ezen kívül már csak a második applanáció sebessége mutatott eltérést.

PRK műtét után (13 páciens 26 szeme) a pachymetriai értékeken kívül 4 specifikus paraméter (a corneacsúcs maximális kitérése, az első applanációig eltelt idő, a második applanáció sebessége, a legnagyobb homorulat elérésig eltelt idő) mutatott szignifikáns eltérést a preoperatív adathoz képest az első napon, azonban a műtét után 1 hónappal már nem mutattunk egyik biomechanikai paraméterekben sem érdemi különbséget.

Következtetés:

A CorVis ST a cornea biomechanikájának új vizsgálati eszköze, mellyel kimutatható különbség van az egészséges és a refraktív műtétre váró páciensek corneája között. Refraktív műtétek után 1 hónappal azonban a cornea biomechanikai állapota már nem különbözött az egészséges szemekétől.

6.

HOSSZABB TÁVÚ TAPASZTALATAINK A SUPRACOR PRESBYOPIA-ELLENES EXCIMER LÉZERES KEZELÉSEL

Kerek Andrea, Czeti István, Gáspár Beáta, Gyöngyösi Péter, Kovács Orsolya, Markó Gábor, Palotás Csilla

Optimum Látásjavító Lézerközpont, Budapest

Célkitűzés:

A leggyakoribb fénytörési hiba, a presbyopia corneális javíthatósága az utóbbi években került az érdeklődés középpontjába. Az új, kétoldali, multifokális excimer lézeres presbyopia-ellenes Supracor kezelés során a szaruhártya centrumában kontrollált magasabb rendű aberrációk keletkeznek, melynek hatására jó távoli, köztes és közeli látóélesség biztosítható.

Betegek és módszerek:

Beszámolunk az új Supracor technikával 54 páciens 108 szemén végzett, egy éven túl szerzett tapasztalatainkról. Betegeink átlagéletkora $56,1 \pm 4,5$ év volt, átlag manifeszt szférikus eqivalens refrakciójuk $+1,59 \pm 0,48$ D volt.

Eredmények:

Részletesen ismertetjük pácienseink preoperatív és posztoperatív korrigálatlan és legjobb korrigált látóélességének alakulását távolra és közelre, valamint ezen értékek változását monokulárisan és binokulárisan egyaránt. Elemeztük a magasabb rendű aberrációk, ezen belül főleg a 4. rendű szférikus aberrációk, valamint a Q-értékek változását a kezelés előtt és után az eltelt követési idő során. A műszeres vizsgálatok mellett értékeltük pácienseink kérdőíves válaszait távoli és közeli látásminőségükkel kapcsolatban.

Következtetések:

Tapasztalataink megerősítik, hogy a Supracor-technika biztonságos és hatásos excimer lézeres kezelés a hypermetrop presbyopia javítására.

7.

A PRESBYOPIA KEZELÉSÉBEN ALKALMAZOTT LASER BLENDED VISION KEZELÉS BIZTONSÁGOSSÁGA, HATÉKONYSÁGA ÉS TERVEZHETŐSÉGE AZ ELSŐ 700 KEZELÉS RETROSPEKTÍV VIZSGÁLATA ALAPJÁN

Fodor Erzsébet, Kerekes Julianna, Kónya Zsuzsanna, Ferincz István E.

Focus Medical Lézeres Látásjavító Központ, Budapest

Cél:

A presbyopia excimer lézeres kezelésére kifejlesztett Laser Blended Vision (LBV) kezelés biztonságosságának, hatékonyságának és tervezhetőségének bemutatása az intézetünkben végrehajtott első 350 páciens kezelésének eredményeinek retrospektív vizsgálatán keresztül.

Módszer:

Az LBV kezelések során a corneális lebeny képzéséhez Intralase FS60-as femtoszekundos lézert, míg a nem lineáris corneális aszférikus abláció létrehozásához Carl Zeiss Meditec MEL80-as excimer lézert használtunk CRS-Master tervezőprogrammal.

Az 350 kezelt presbyop páciensből 167 férfi, 183 nő (48%, illetve 52%) volt, életkoruk 45 és 65 év közötti, az átlag: $56,3 \pm 6,10$ év volt. A páciensek közül 42 fő myop (12%), 278 fő hypermetrop (79%) és 30 fő emmetróp (9%) volt. A myopiás csoportban a preoperatív refrakció átlagos szférikus ekvivalense $-2,88 \pm 1,68D$ (max. $-7,63D$), míg a hypermetropiás csoportban ugyanez az érték $1,67 \pm 0,64 D$ (max. $+4,50D$) volt. Az alkalmazott micro-monovision mértéke 1,0D és 1,75D közé esett.

Eredmények:

Az LBV kezelést követő 2. hónapban a binokuláris korrigálatlan látásélesség átlaga (1,18) gyakorlatilag változatlan maradt a preoperatív legjobb korrekcióban mért 1,17-hez képest. Az átlagos közeli látásélesség kissé jobb volt, mint Csapody IV, és a páciensek 88%-a látott legalább 1,0 és Csapody IV-et.

Egyetlen egy esetben sem tapasztaltunk a legjobb korrigált visusban csökkenést.

A preoperatív szűrésen jó toleranciájúnak talált páciensek átlagosan 24 óra és 1 hét között szokták meg a micro-monovisiont. Az adaptáció általában hirtelen következik be, szinte egyik napról a másikra.

Következtetés:

Tapasztalataink alapján az LBV kezelés a megfelelő szűrő- és elővizsgálaton alkalmasnak talált presbyop pácienseknél magas toleranciájú, biztonságosan elvégezhető, jól kiszámítható eredményt adó kezelési típus.

Amennyiben a megszokás fél - 1 éven belül nem következne be, a kialakított monovision reverzibilis, a nem domináns szem távoli korrekciója elvégezhető.

8.

PRESBYOPIA KEZELÉSE

Bereczki Árpád, Nagy Éva

“SzemPont” Szemészeti LézerKözpont, Győr

CÉLKITŰZÉS:

Szeretnénk bemutatni, a femto lebeny alá helyezett KAMRA corneális inlay-el szerzett tapasztalatainkat. A beültetés a nem domináns szembe, femtosecundum lézer segítségével, presbyopiás betegeken történt. Cél a közeli és köztes látás javítása volt.

MÓDSZER:

Egymást követő 40, egy oldali KAMRA inlay beültetésen átesett betegeink preoperatív és posztoperatív adatait követtük figyelemmel. A beavatkozás előtt és ezt követően vizsgáltuk a betegek refrakcióját, korrigált és korrigálatlan távoli, közeli és köztes visusát. Pentacam adatok, kappa szög és a pupilla méret került rögzítésre, A kezelések Wavelight FS 200 femtosecundum lézerrel történtek. A követési idő 3 hónap volt.

EREDMÉNYEK:

A vizsgálat 40 beteg 40 szemét érintette. Három hónapos követési idő után, 37 beteg Jaeger (J) 2 vagy jobbat olvasott közelre. A távoli visus az operált szeméken 1.0, binokulárisan 1.2 volt.

A betegek mind távoli, közeli és köztes vísusa jó volt, a szemüveg függőségük megszűnt. Egyetlen esetben sem merült fel az inlay centrálásának vagy eltávolításának a szükségessége.

KÖVETKEZTETÉS:

A KAMRA inlay, kiszámítható, hatásos és biztonságos a jól kiválasztott presbyop betegek kezelésében.

9.

A PRESBYOPIA KEZELÉSÉNEK 1 ÉVES TAPASZTALATA VUE+ CORNEÁLIS INLAY-JEL

Ratkay Imola^{1,2}, Radnóti Judit¹

¹Aura Klinika Margitsziget, Budapest

²Dunakanyar Orvosi Centrum, Szentendre

Cél.

A Vue+ corneális inlay, mint a presbyopia kezelésének egyik lehetséges műtéti eljárásával szerzett 1 éves hazai tapasztalatainak bemutatása.

Módszer.

15 Emetropiás-Presbyopiás és Hypermetropiás-Presbyopiás páciens nem domináns szemén IntraLase Femtoszekundumos lézerrel 150 µm mélységben vágott szaruhártya lebeny alá került beültetésre a PresbyLens[®]=Vue+=Raindrop mikrolencse (ReVision Optics Inc., Lake Forest, CA, USA). Az eljárás a szaruhártya felszínének átformálásának elvén alapul, amelynek során a 2mm átmérőjű, 30 mikronnál vékonyabb, biokompatibilis hidrogél „Raindrop[™] Near Vision Inlay” került beültetésre a szaruhártyába. A hypermetropiás pácienseknél együlésben IntraLasik kezelés is történt (preop refrakció: +0,75D≤+3,0D, cilinderes korrekció <+1,5D) mindkét szemén. A mikrolencse a pupillára centrálva, a lebeny varrása nélkül került beültetésre a nem domináns szembe. Az eredmények rögzítése UCVAN, UCVAI, UCVAF, ill. BCVAN és BCVAF látásélességek mérésével, biomikroszkópiával, corneatopográfiával és wavefront analízissel történt, emellett betegelégedettségi kérdőívek feldolgozásával.

Eredmény.

A cornealebeny minden esetben jól adaptált, az intracorneális mikrolencsék helyzete pedig stabil volt. A hypermetropiás-presbyopiás csoportban 2 betegnél átmeneti Haze:1 alakult ki a 6. hónapban, mely FML kezelés hatására 1 hónap alatt eltűnt. Mindkét kezelt csoportban a közeli látásélesség átlagban 5 sorral, az intermediér látás pedig átlagban 2 sorral javult a kezelt szemeken. Mindegyik beteg kétszemes távoli látóélessége: ≥1,0. Egyetlen páciens sem veszített többet 2 sornál a kezelt szemén a BCVAF-hez viszonyítva. Az eljárás előnye, hogy a páciens kétszemes távoli látásának megtartása mellett javul a közeli, ill. köztes látásélesség.

Következtetés.

A Vue+ (Raindrop[™] Near Vision Inlay) corneális inlay a presbyopia kezelésének egy jól tolerálható, alternatív műtéti lehetősége.

10.

PHOTOREFRAKTÍV KERATECTOMIÁVAL KOMBINÁLT ELÜLSŐ CSARNOK PHAKIÁS LENCSE BEÜLTETÉS AZ EXTRÉM NAGYFOKÚ MYOPIA KEZELÉSÉBEN

Kránitz Kinga, Gyenes Andrea, Juhász Éva, Takács Ágnes Ildikó, Sándor Gábor László, Nagy Zoltán Zsolt

Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest

Célkritizés:

Célul tűztük ki a photorefraktív keratectomiával (PRK) kombinált elülső csarnok phakiás lencse (pIOL) beültetés szerepét bemutatni nagyfokú myopia kezelésében egy fiatal myop asztigmias beteg mindkét szemén végzett műtétsorozat ismertetésével.

Beteg és módszerek:

A 34 éves nőbeteg 2011 júniusában kereste fel Klinikánkat nagyfokú rövidlátásának műtéti megoldása céljából. Szubjektív refrakciója jobb szemén -19,0 D Sph -3,5 D Cyl 10', bal szemén -16,0 D Sph -3,5 Cyl 180' volt. A legjobb korrigált látóélesség a jobb szemén 0,7, a bal szemén 0,9 volt.

Mindkét szemén -16,5 D-s Acysof Cachet pIOL (Alcon Laboratories Inc., USA) lencse implantálása mellett döntöttünk. A cornealis endothelsejtszám-változást spekulár mikroszkópiával (Noncon Robo, Konan Medical Inc. USA), a pIOL pozícióját Scheimpflug-kamerával (Pentacam, Oculus Optikgerate GmbH, Germany) ellenőriztük. Fél évvel a lencse implantációt követően kiegészítő photorefraktív keratectomiás (PRK) kezelést végeztünk a beteg mindkét szemén.

Eredmények:

A beteg reziduális refrakciója fél évvel a pIOL implantációját követően a jobb szemén -2,5 D Sph -1,5 D Cyl 180', míg a bal szemén -1,25 D Cyl 170'-ban volt. A centrális endothelsejt szám egyik szemén sem változott szignifikánsan (odex: preop ill. postop: 3058/mm²; osin: preop: 3096/mm² postop: 3086/mm²). A pIOL pozíciója stabil maradt (odex: preop ill. postop: cornea-pIOL távolság: 2020 μm, pIOL-lencse távolság: 620 μm; osin: preop ill. postop: cornea-pIOL távolság: 2100 μm, pIOL-lencse távolság: 600 μm). A refrakciónak megfelelően 83 ill. 34 μm-es PRK-t végeztünk 6,0 mm-es átmérővel.

Fél évvel a PRK-t követően a beteg legjobb korrigálatlan látóélessége a jobb szemén 0,9-1,0? a bal szemén 1,0 volt.

Következtetések:

Extrém nagyfokú myop asztigmia kezelésében szoros kontroll mellett a PRK-val kombinált Cachet lencse implantáció hatékony és biztonságos műtéti megoldást jelent.

11.

OPCA EPI-CLEAR HÁMELTÁVOLÍTÓ ESZKÖZ HATÉKONYSÁGA PHOTOREFRAKTÍV KERATECTOMIÁKNÁL

Gyenes Andrea, Filkorn Tamás, Kránitz Kinga, Juhász Éva, Nagy Zoltán Zsolt
Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest

Célkitűzés:

Vizsgálatunk célja a többpengéjű polimer epikeratommal, az ún. Epi-Clear eszközzel végrehajtott epi-Bowman keratectomia és a hagyományos hokikéssel történt hámtávolítás eredményének összehasonlítása photorefraktív keratectomiáknál (PRK).

Betegek és módszerek:

7 beteg mindkét szemén PRK-t hajtottunk végre a Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinikáján. A refraktív kezelési dioptria -11.0 és +2.0 D sph közötti tartományban volt. Preoperatíván meghatároztuk a korrigálatlan és a legjobb korrigált látóélességet, valamint a szemeket réslámpával, Pentacam HR Scheimpflug kamerával és Tomey-TMS corneatopográffal vizsgáltuk. Oxibuprocainnal történt érzéstelenítést követően a hámtávolítást a betegek egyik szemén Epi-clear eszközzel, másik szemén hokikéssel végeztük. A kezelés végén a szemekre terápiás kontaktlencsét illesztettünk. A posztoperatív 1., 2. 3. napon és 1. hónap elteltével meghatároztuk a korrigálatlan és a legjobb korrigált látóélességet. A szaruhártya gyógyulási folyamatát elülső szegment OCT készülékkel követtük.

Eredmények:

Hét beteg közül hat esetben a harmadik napra mindkét módszerrel befejeződött a hámosodás. Hétből két esetben az Epi-Clearrel kezelt csoportba tartozó szemeknél már a második napra befejeződött a reepithelizáció. Egy esetben a hokikéssel kezelt csoportban a harmadik napon még hámphányt figyeltünk meg. A hámgógyulás üteme az Epi-Clear csoportban szignifikánsan gyorsabb volt.

Következtetés:

Az Epi-Clear többpengéjű polimer hámtávolító eszköz hatására PRK kezelést követően gyorsabb reepithelizáció figyelhető meg a hokikéssel összehasonlítva.

Kulcsszavak: PRK, Epi-Clear, OCT

12.

KÉSOI TRAUMÁS LEBENY-DISZLOKÁCIÓ SIKERES MEGOLDÁSA (ESETISMERTETÉS)

Gáspár Beáta, Kovács Orsolya, Palotás Csilla, Kerek Andrea

Optimum Látásjavító Lézerközpont, Budapest

29 éves nőbeteg – aki egy évvel azelőtt eseménytelen lebenyes Zyoptix excimer lézeres kezelésen esett át intézményünkben - 3 nappal háziállat karmolása okozta traumás szemsérülését követően jelentkezett vizsgálatra.

A páciens homályos látásról, idegentest érzésről, fájdalomról és irritációról számolt be. Az elvégzett réslámpás vizsgálat lebeny diszlokációt, redőzöttséget és kezdődő epithel inváziót mutatott. Lebenyét műtéti körülmények között felemeltük, a striákat kisimítottuk és az epithel sejteket mechanikusan eltávolítottuk. A beavatkozás végén védő kontaktlencsét helyeztünk fel. Néhány napos intenzív antibiotikum, valamint hosszabb ideig tartó szteroid tartalmú szemcseppeket alkalmaztunk lokális kezelésként.

A látóélesség már az egynapos kontroll alkalmával jelentős mértékben javult, a panaszok megszűntek, a cornea felszínén apró hámszínyon kívül egyéb eltérést nem találtunk. 3 hónap követési idő elteltével a páciensünk továbbra is panaszmentes, látóélessége teljes, szaruhártyáján a sérülés nyomtalanul gyógyult. A folyamatot réslámpás fotókkal, műtéti videóval, cornea topográfiával és elülső szegmentum OCT-vel dokumentáltuk.

13.

AZ INTREPID AUTOSERT PEDÁLRÓL VEZÉRELT AUTOMATIKUS MŰLENCSÉ IMPLANTÁLÓ RENDSZERREL SZERZETT KEZDETI TAPASZTALATAINK

Tsorbatzoglou Alexis

Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft, Szemészeti Osztály, Nyíregyháza

A katarakta sebészet fejlődése napjainkban is töretlen. Egyre modernebb műszerek segítségével, egyre csökkenő sebméret mellett, egyre korszerűbb műlencsékkel egyre szélesebb látásspektrumot tudunk biztosítani betegeink számára.

Munkánk célja a legújabb fejlesztésű Intrepid AutoSert pedálról vezérelt automatikus műlencse implantáló rendszerrel szerzett kezdeti tapasztalataink bemutatása volt. A szerző az előadás során részletesen beszámol az injektor működéséről, az átállással kapcsolatos tapasztalatairól és a rendszer használatának előnyeiről.

14.

ÚJ IMPLANTÁCIÓS LEHETŐSÉG, AZ AUTOSERT RENDSZER

Őri Zsolt, Baksa Erika, Horváth Judit, Marinova Ruzsa, Péter Éva, Szabados Edit, Szervánszky Noémi, Vaszary Kolos Kórház, Esztergom

Célkitűzés:

A lágyműlencsék egyre kisebb seben át történő implantálása időnként komoly fizikai erőt vesz igénybe. Minél nagyobb erőt igényel az implantáció, annál nagyobb az esetleges hibák előfordulási valószínűsége. Ezért nagyon fontos az implantációs eszköz használhatósága, megbízhatósága. Olyan injektort kell használnunk, mely lehetővé teszi, hogy a műlencsét egyenletes sebességgel, lehetőleg zökkenőmentesen tudjuk beültetni. Azt vizsgáltuk, hogy az implantáció gépesítése az Autosert rendszerrel, mennyiben képes kivédeni a kézi implantáció veszélyeit. Azt is vizsgáltuk, hogy a különböző gyakorlattal rendelkező operatőrök milyenek értékelték az új eljárást, mennyi volt a betanulási idő. Természetesen fontos szempont volt az is, hogy mennyivel lesz hosszabb a műtét az új eljárás alkalmazásakor.

Betegek és módszer:

2 hétig minden műlencse implantációra került beteg esetében a műlencse beültetését az új Autosert rendszerrel végeztük el. Az operatőrök először csak az eszközt próbálták ki, majd utána használták a műtét során a műlencse beültetéséhez az új eljárást.

Eredmények:

A tapasztalat egyhangú volt. Minden operatőr dicsérte az új eljárást. A kevesebb rutinnal rendelkező kollégák esetében a vélemény pozitívabb volt, mint a gyakorlottabbak esetében. Azt minden esetben megállapíthattuk, hogy a beültetés sokkal egyszerűbb volt az Autosert rendszerrel, mint bármelyik más injektorral. A betanulási idő rendkívül rövid (1 műtét) volt. Sokkal gyorsabban megtanulható, mint a kézi injektorok használata. A műtét semmivel sem lett hosszabb, mert az eszközt a műtősnő a műtét alatt be tudja tölteni, az operatőr már csak az implantációt végzi.

Következtetés:

Az új Autosert implantációs rendszer a műlencse beültetését biztonságosabbá, könnyebbé teszi. Kiküszöböli az összes, kézi injektor esetében megfigyelt komplikációs lehetőséget. A műlencse egyenletesen, zökkenőmentesen kerül beültetésre.

15.

NEW MOTORIZED IOL IMPLANTATION DEVICE

Gabor B. Scharioth

Aurelios Augenzentrum, Recklinghausen, Germany

University of Szeged, Szeged, Hungary

Purpose:

We report on our initial experience with a new motorized IOL implantation system (Autosert, Alcon, USA) for implantation of single piece IOL (Acrysof, Alcon, USA) during microincisional cataract surgery.

Method:

Since November 2012 we have used this new system in more than 100 surgeries. IOL was loaded to standard D-cartridges, HPMC or hyaluronic acid was used, the cartridge was inserted to the motorized IOL implantation system and wound assisted IOL implantation through 2.0 or 2.2mm incision was performed. Injection speed was 4.0-4.4mm/sec. The injection was controlled by foot pedal with linear control (Alcon Infiniti System). The eye was stabilized during IOL injection with a second instrument placed in the side port incision.

Results:

All implantations were uneventful. No device related complication occurred.

Discussion:

Motorized IOL implantation is a helpful tool to increase safety during microincisional cataract surgery. Smaller cartridges for reduced incision size and preloaded IOL cartridges to reduce mistakes during IOL loading are recommended for the future.

16.

HYDRO-IMPLANTÁCIÓ

Semsey István

Egynapos Szemészeti Ellátás, Kazincbarcika

A hydro-implantáció OVD használata nélkül, folyamatos inflow mellett történt PCL implantációt jelent. A módszer biztonságos alkalmazását a microincisios cataracta sebészet elterjedése tette lehetővé, melynek következtében a műlencse-implantáció fázisa alatt is stabil csarnok és biztonságos hátsó tok védelem biztosítható. A technika előnyeit részletesen tárgyaljuk a hagyományos, OVD használata mellett történt implantációval összevetve. Előadásunkat rövid videó-anyaggal illusztráljuk.

17.

TOKSTABILIZÁLÁS PHACOEMULSIFIKÁCIÓ SORÁN

Vogt Gábor, Dudás Veronika

MH - Honvédkórház, Szemészeti Osztály, Budapest

Célkitűzés:

A tokstabilizálás lehetőségeinek elemzése phacoemulsifikáció során osztályunk beteganyagának áttekintése kapcsán.

Módszer:

A vizsgálatba 43 eset adatait vontuk be, akiknél lencse sublúxiót, zonulodialysist, zonulagyengeséget, kifejezett phacodonesist észleltünk már a műtét előtt vagy az operáció alatt. Vizsgáltuk a betegek nemét, életkorát, szemészeti és kísérőbetegségeit, valamint a lencse instabilitásra hajlamosító tényezőket. Elemeztük a műtét egyes lépéseit, a tokstabilizáláshoz használt segédeszközöket, az intraoperatív nehézségeket, komplikációkat és azok megoldását.

Eredmények:

40 beteg 43 szemének adatait vizsgáltuk. Az átlagéletkor $70,7 \pm 10,7$ év, a betegek 55%-a nő, 45%-a férfi (3 férfi mindkét szeme) volt. A betegek anamnézisében pseudoexfoliációs szindróma (23,3%), lencse sublúxió (39,5%), szemsérülés (30,2%), rövidlátás (32,5%), szűk pupilla (25,6%), zöldhályog (25,6%), trabeculectomia (7%) szerepelt. A lencse instabilitása az esetek 27,9%-ban csak a műtét alatt derült ki, a preoperatív vizsgálat során ennek lehetősége nem vetődött fel. A lencse intraoperatív stabilizálására tokfeszítő gyűrűt (81,2%), iriszhorgot (11,8%) és tokretraktort (7%) alkalmaztunk. A műlencse implantációja 40 szem esetében (93%) intracapsulárisan történt, 2 műlencsét varrattal rögzítettünk a sulcuba, 1 műlencsét pedig az első csarnokba ültettünk. Pars plana vitrectomiára 1, anterior vitrectomiára 7 esetben volt szükség. A műtét másnapján 20 Hgmm feletti szemnyomást 13,9%-ban mértünk, a vízus 0,5 vagy jobb a betegek 60,4%-ban volt. Néhány nap alatt a tenzió minden beteg esetében rendeződött, a követési idő végére (átlag 11 hónap) a vízus érték 76,7%-ban volt 0,5 vagy jobb. Az implantált műlencsék elmozdulását a követési idő során nem észleltük, repozicionálásukra nem volt szükség.

Következtetés:

Tokfeszítő gyűrű, iriszhorog és tokretraktor segítségével az esetek többségében megfelelő tokstabilitás érhető el phacoemulsifikáció során, ami lehetővé teszi a műlencse intracapsularis implantációját.

18.

CATARACTA MŰTÉT NEHÉZSÉGEI PSZEUDOEXFOLIACIÓS SZINDRÓMA (PEX) ESETÉN (ESETISMERTETÉS)

Kovács Dóra, Biró Zsolt

PTE KK Szemészeti Klinika, Pécs

Bár elsősorban skandináv országokban gyakori a PEX előfordulása, Magyarországon is gyakran találkozunk ilyen betegekkel szürkehályog műtét során. Esetismertetésünkben egy beteg kapcsán videófilm segítségével demonstráljuk az ilyen betegen végzett műtét lépéseit, illetve nehézségeit. A gyakran szűk pupilla mellett számolnunk kell a zonulák gyengeségével, és azzal, hogy a lencsetok szakítási tulajdonságai eltérőek az átlagos szemhez képest. Javasolt minden esetben a lencsetok megfestése, magas viszkozitású viszkoelasztikus anyag alkalmazása, és közepesen nem jobban táguló pupilla mellett az írisz-tartó hurkok használata. Fontos a műtét végén a viszkoelasztikus anyag alapos kimosása. Döntéseinket befolyásolja, hogy a betegnek volt-e pseudoexfoliatív glaukómája. A posztoperatív időszakban a beteg fokozott ellenőrzése, a szemnyomás, illetve a műlencse pozíciójának monitorozása javasolt.

Megfelelő előkészülettel, óvatos műtėti technikával, ill. segédeszközök használatával minimálisra csökkenthetők az intra- és posztoperatív komplikációk.

19.

„ROCK HARD NUCLEUS”- „OUT AND IN” CHOP TECHNIKA

Semsey István

Egynapos Szemészeti Ellátás, Kazincbarcika

A modern phacoemulsificatiós műtéti eljárások elterjedésével a cataracta sebészek számára ma is kihívást jelenthet a túl kemény magok biztonságos fragmentálása és emulzifikálása. Ennek oka a felhasznált ultrahang-energia miatti endothel sejtszám-csökkenés, a nehezebb fragmentálás során a zonulákra kifejtett stresszhatás következményeként zonulodialysis illetve a hátsó tok védelmét biztosító perinuclearis állomány hiánya miatt a hátsó tok sérülésének veszélye.

Előadásunkban egy olyan chop- technikát mutatunk be, mellyel az igen kemény magok biztonságosan fragmentálhatók, tárgyaljuk ennek anatómiai hátterét, előadásunkat rövid videóval is illusztráljuk.

20.

UTÓHÁLYOG MŰTÉTI MEGOLDÁSA LENCSE-EPITHEL LESZÍVÁSSAL ÉS HÁTSÓ TOKI CAPSULORHEXISSEL

Győry József

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

Célkitűzés: Azonos operatőr adott műtéti technikája melletti 3 hónapos nyomonkövetés; a látásteljesítmény és szövődmény-kialakulás súlyozott figyelembevételével.

Módszer: Prospektív, adott operatőr által – biaxiális technikával végzett, sima lefolyású, hátsó toki centrális capsulorhexissel kiegészített – műtéteinek 3 hónapos nyomonkövetése 27 szemnél, hydrofób és hydrofil műlencsék mellett. A visus értékelésnél kiválasztási szempont volt a egészséges szemfenék. A vizitek preop. majd postop. 1 napon, 1 héten, 6. héten, 3. hónapban történtek. A panaszok felvételét követően refrakció- és keratometriás mérés után nyers és korrigált visusfelvétel, réslámpa vizsgálat és tenzió-ellenőrzés, macula-OCT történt minden esetben.

Eredmények: A postoperatív napon az értékelhető esetekben a korrigált visus 0,85 volt. 2 esetben mértünk határérték feletti szemnyomást, mindkettő rendeződött a postop. 1 héten. A 3. hónap végére 27 szem volt értékelhető morfológiai szempontból; ebből 21 szem látásteljesítmény szempontjából is (megjelenés hiánya miatt 2 esett ki). Postop CMO 1 esetben – diabeteses CSMO mellett alakult ki. A 3. hónapra a műlencse centrális területe minden esetben tiszta, az értékelt szemeken a korrigált visusok átlaga 1,0 volt. A mért refrakció átlagos eltérése -0,25 D volt az 1. és 3. hó között.

Következtetés: A fenti technikával operált utóhályogok után jó látást érhető el, vállalható szövődményveszéllyel.

21.

KEZDETI TAPASZTALATAINK A GEUDER PEP (PURE EFFICIENCY PHACOEMULSIFICATION) PHACO CSÚCCSAL

Légrády György

Szent Lázár Megyei Kórház, Szemészeti Osztály, Salgótarján

A szerző ismerteti a címben szereplő phaco csúcs és öblítő kanül technikai paramétereit, a hozzá kapcsolódó beállításokat, és beszámol a műtéti tapasztalatokról.

First experiences with the Geuder PEP (Pure Efficiency Phacoemulsification) phaco tip.

The author reports the technical parameters of the above mentioned phaco tip and the corresponding irrigation/aspiration handpiece, gives information of the instrument settings and delineates the experiences obtained in the course of surgeries.

22.

PHACOMORPH GLAUKÓMÁS SZEMEN VÉGZETT FEMTOLÉZERES SZÜRKEHÁLYOGMŰTÉT BEMUTATÁSA

Nagy Zoltán Zsolt, Kránitz Kinga, Takács Ágnes Ildikó, Gyenes Andrea, Gergely Róbert, Filkorn Tamás
Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest

Célkitűzés:

Phacomorph glaukómás szemén végzett femtolézeres hályogműtét bemutatása.

Beteg és módszerek:

A Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinikáján 2013 januárjában femtolézer (Alcon-LenSx Inc., Aliso Viejo, Kalifornia, USA) asszisztált szürkehályog műtétet végeztünk phacomorph glaucoma miatt egy 89 éves nőbeteg szemén. A preoperatív szakban a korábban pilocarpinnal szűkített pupillát kombinált cseppterápia segítségével tágítottuk, majd a műtét során Malyugin gyűrűt ültettünk be, a cornea sebet varrattal zártuk. A beépített optikai koherencia tomográfnek (OCT) köszönhetően a szűk elülső csarnokban femtolézer segítségével precíz capsulotomiát, illetve a barna lencse magban meghatározott minta alapján törést végeztünk. A capsulotomiát csipesszel, az elszürkült szemlencsét phacoemulsificációs technikával eltávolítottuk, majd +30 D-ás Acrysof MA60AC típusú műlencsét implantáltunk a tokzsákba.

Eredmények:

Az intraoperatív OCT vizsgálatnak köszönhetően a femtolézeres eljárás során a szűk elülső csarnok ellenére precíz csapulotomia és lencsedarabolás elvégzésére nyílt lehetőség, mellyel a műtét későbbi fázisában elkerülhettük az elülső, illetve a hátsó tok szakadását, valamint a szemlencse eltávolításához kevesebb phacoenergiára volt szükség.

Következtetések:

A femtolézer asszisztált hályogsebészeti technika biztonságosan alkalmazható phacomorph glaucoma műtéti megoldásaként, köszönhetően a beépített OCT biztosította precíz tervezhetőségnek.

23.

LEHETSÉGES KOMPLIKÁCIÓK FEMTOLÉZERES SZÜRKEHÁLYOGMŰTÉTEK SORÁN

Nagy Zoltán Zsolt, Takács Ágnes Ildikó, Filkorn Tamás, Kránitz Kinga, Gyenes Andrea, Juhász Éva, Sándor Gábor László, Kovács Illés

Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest

Célkitűzés:

Femtolézeres hályogműtétek során fellépő lehetséges komplikációk bemutatása.

Módszerek:

A Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinikáján végzett femtolézer (Alcon-LenSx Inc., Aliso Viejo, Kalifornia, USA) asszisztált szürkehályog műtétek retrospektív analizisét végeztük el.

Eredmények:

A tanulási fázis során, az első 100 esetben a következő komplikációk fordultak elő: suction break (2%), kötőhártya vörössége, ill. kötőhártyavérzés (34%), szövethíd-képződés a capsulotomia készítése során (20%), elülső tok szakadás (4%), miosis (32%), endothel sérülés lézer okozta incisio miatt (3%). Sem tok elzáródás (capsular blockage), sem hátsótok szakadás nem keletkezett a műtétek során (0%). A femtolézeres technika hibájából eredően vitrektómiára nem volt szükség (0%)

Következtetések:

A femtolézerrel végzett hályogműtétek esetében, a tanulási fázisban, az első 100 műtét során jelentkezhetnek komplikációk, melyek azonban óvatos sebészi manipulációk segítségével kivédhetők. A femtolézer asszisztált hályogsebészeti technikát a szerzők eredményeik alapján hatékony és biztonságos eljárásnak találták.

25.

KÉTLÉPCSŐS DALK ÉS PHACOEMULSIFICATIO + PC-IOL KOMBINÁLT MŰTÉTE

Biró Zsolt

PTE KK Szemészeti Klinika, Pécs

Borús, heges szaruhártya és progredivens cataracta miatt kombinált műtétet végeztünk egy 62 éves nőbetegen.

Első lépésben 8.0 mm átmérőjű 2/3 mélységű cornea lebenyt preparáltunk, mellyel a szaruhártya heg jelentős részét sikerült kimetszeni, és így a mélyebb részek megítélhetővé váltak. Az elülső lencsetok megfestését követően csipesszel óvatosan capsulorhexist készítettünk, majd phacoemulsificatio módszerrel a szürkehályogot eltávolítottuk, és a lencsetokba összehajtható műlencsét implantáltunk. A pupilla beszűkítését követően folytattuk a mély elülső lamelláris keratoplastikát (Deep Anterior Lamellar Keratoplasty = DALK).

A donor lebenyt az endothel eltávolítását követően csomós öltésekkel rögzítettük.

A műtét egyes lépéseit videofilm segítségével demonstráljuk.

Az irodalomban hasonló műtéti megoldást nem találtunk.

Esetünket érdekessége és ritkasága miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek.

26.

**PERFORÁLÓ KERATOPLASZTIKA ÉS MŰLENCSÉ CSERE KERATOPATHIA BULLOSA MIATT
(ESETISMERTETÉS)**

Nagy Ágnes, Biró Zsolt

PTE KK Szemészeti Klinika, Pécs

A keratopathia bullosa egyik gyakori kiváltó oka az elülső csarnokba helyezett műlencse.

A szaruhártya borúsága miatt keratoplasztika végzése javasolt. Elméletileg szóba jön az endothel és Descemet réteg cseréje is, azonban az elülső csarnok lencse miatt perforáló keratoplasztika javasolt a műlencse hátsó csarnoki műlencsére történő cseréjével.

Előadásunkban áttekintjük az irodalomban javasolt sebészeti megoldásokat.

Kettő saját eset kapcsán videofelvétellel demonstrálva ismertetjük az általunk alkalmazott műtéti technikát: mindkét esetben áthatoló szaruhártya átültetést végeztünk, az elülső csarnok lencsét eltávolítottuk, a hátsó csarnokba ültetett lencsét sulcus varratokkal rögzítettük.

Keratopathia bullosa miatt történő szaruhártya átültetés esetén érdemes a kiváltó okot megszüntetni, eseteinkben az elülső csarnok lencsét hátsó csarnok műlencsére cserélni.

27.

A BETEGSZÁM CSÖKKENTÉSÉNEK HATÁSA A SZEMÉSZETI OSZTÁLY EREDMÉNYESSÉGÉRE

Vastag Oszkár¹, Kis Zoltán², Csáki Monika¹

Tolna Megyei Balassa János Kórház Szemészeti Osztály¹, Szekszárd

Tolna Megyei Balassa János Kórház Kontrolling Csoport², Szekszárd

Cél:

A TVK éppen aktuális állapota alapján az elektív műtéteket végző szakmák voltak kitéve a forgalom felülről történő szabályozásának. Az esetszám csökkenésével nem csak a betegellátáshoz szorosan kapcsolódó egyedi költségek (gyógyszer, műlencse) csökkentek, hanem az árbevétel is. A kérdés, hogy melyik csökkenés volt nagyobb?

Módszer:

2009-től kezdődően vizsgálták a szemészeti osztály gazdasági eredményeinek alakulását.

Eredmények:

Az egészségügyben is létezik a méretgazdaságosság fogalma. Fenn kell tartani az osztály működését, ami adott létszámot, energiát stb. feltételez. Amennyiben a betegforgalmat bármilyen okból korlátozzuk, az elérhető költségmegtakarítások várhatóan alacsonyabbak lesznek, mint az azzal járó bevételcsökkenés, ezért az osztály eredménye romlani fog.

Következtés:

Intézményi szinten még mindig lehet ez a reális megoldás (TVK fölötti teljesítmények megszüntetése, veszteséges tevékenységek korlátozása), ezért az osztályok elemzésénél erre is figyelemmel kell lenni.

28.

POSZTOPERATÍV ENDOPHTHALMITIS MAGYARORSZÁGI TANULMÁNY 2012

Szalczér Lajos¹, Ács Tamás², Bátor György³, Biró Zsolt⁴, Pesztenleher Norbert⁵, Czvikovszky György⁶, Gyetvai Tamás⁷, Győry József⁸, Horóczy Zoltán⁹, Őri Zsolt¹⁰, Pernecky Tamás¹¹, Pusztai Dezső¹², Sohajda Zoltán¹³, Tóth Jenő¹⁴, Vámosi Péter^{15,16}, Vogt Gábor¹⁷

¹Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg

²Megyei Kórház, Kecskemét

³Vas Megyei Markusovszky Kórház, Szombathely

⁴PTE ÁOK Szemklinika, Pécs

⁵Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr

⁶**Budapest XIII, XVI, XVII kerület, Bicske, Kecskemét Egynapos Sebészet**

⁷SZTE Szemészeti Klinika, Szeged

⁸Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

⁹Erzsébet Kórház, Hódmezővásárhely

¹⁰Vaszary Kolos Kórház, Esztergom

¹¹Uzsoki utcai Kórház, Budapest

¹²Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet Egyszemélyes Nonprofit Kft. Cegléd

¹³Kenézy Kórház RI Egészségügyi Szolgáltató Kft, Debrecen

¹⁴Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár

¹⁵Péterfy Sándor Kórház, Budapest

¹⁶Szent Rókus Kórház, Budapest

¹⁷Magyar Honvédség Honvédkórház, Budapest

Hét éve fejeződött be az ESCRS endophthalmitis tanulmánya, mely az intracamerális (IC) cefuroxime injekciót hatásosnak találta a posztoperatív endophthalmitis (POE) megelőzésére.

Célkitűzés:

Szerettük volna felmérni, hogy hazánkban, a tanulmányban szereplő 17 intézetben bevezették-e az IC cefuroxime injekció adását, ha nem, akkor mit alkalmaztak a POE megelőzésére, és mekkora volt ezen intézeteknél 2012-ben a POE gyakorisága. Azon intézeteknél, ahol bevezették csökkent-e az endophthalmitis ráta.

Módszer:

A tanulmányban mindenki egységesen alkalmazta műtét előtt a kötőhártya Betadinos átöblítését, és clear cornealis seben keresztül operált.

2012 év adatait dolgoztuk fel. Tizenhét intézetben végzett **27.297** műtét adatait értékeltük.

Eredmények:

Két intézetekben nem tértek át az ESCRS tanulmányban ajánlott cefuroxime injekció IC adására, egy intézetben IC Vancomycint használtak profilaxisra, egy intézetben nem adtak IC injekciót, a többiek (15 intézet) alkalmazták az IC cefuroxime injekciót. Öt intézet kivételével mindenki adott preoperatív antibiotikus profilaxist. Posztoperatív időszakban mindenki használt antibiotikus kezelést. **7**

POE-t regisztráltunk. POE ráta: **0.02**

Két esetben olyan betegnél alakult ki POE, akik nem kaptak IC cefuroxime injekciót.

Következtetés:

Az intézetek döntő többsége alkalmazta az IC cefuroxime injekciót, mely lényegesen csökkentette a POE gyakoriságát. Műtét előtt és műtét után újabb generációs Fluorokinolon cseppekkel kiegészítve a kezelést a hatékonyság növekszik. Bevezetését minden szürkehályog műtét során ajánljuk.

29.

GYAKORIBB MŰTÉTEK AZ ELÜLSŐ SZEGMENTEN KISÁLLATOKBANSzentgáli Zsolt*Szent István Egyetem Állatorvos-tudományi Kar, Sebészeti és Szemészeti Tanszék és Klinika, Budapest*

Kisállatok-társállatok (kutya, macska, kistrágcshalók, díszmadarak, hüllők stb) anterior szegmentjének betegségei gyakoriak. Ezek között is első helyen szerepelnek a szaruhártya betegségei. A corneán számos, különböző indikációjú műtétet lehet elvégezni. Technikai szempontból ezek azonban alapvetően ugyan azokat az eszközöket és műszereket igénylik: operációs mikroszkóp, kézi mikrosebészeti műszerek és mikrosebészeti varróanyagok. Több különböző kórtanú szarubetegség estében alkalmazható a felületes vagy mély keratectomia (pl: német juhász kutyák Überreiter syndromája, macskák cornea sequestruma, pigmentációs keratitis, cornea dermoid stb.). Az állatokban szintén gyakori szaruhártya fekélyek (mély lágyuló vagy nem lágyuló cornea ulcerek) leggyakrabban különböző kötőhártya graft módszerekkel jól gyógyíthatók (pl. szabad sziget kötőhártya graft transplantatio vagy nyeles kötőhártya graft transpositio). Az említett módszerek nem csupán a szemgolyó fizikális megőrzésére, hanem a látás megmentésére ill. helyreállítására is alkalmasak. Hüllőknél nem ritka, hogy vedlési zavar következtében a szaruhártya vedlése elmarad, a le nem vedlett, régi corneát ilyenkor műtéti úton kell eltávolítani.

30.

AZ MI60 MICROINCÍZIÓS LENCSE KÉTÉVES NYOMONKÖVETÉSÉNEK LEGÚJABB EREDMÉNYEI

Győry József, Madár Edina

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

Célkitűzés:

Azonos operatőr adott műtéti technikája melletti 2 éves nyomonkövetés; a lencse stabilitása és a látásteljesítmény súlyozott figyelembevételével.

Módszer:

Prospektív, adott operatőr standard – 2,6 mm-es seben keresztül végzett, sima lefolyású, hátsó toki centrális capsulorhexissel kiegészített – műtéteinek 2 éves nyomonkövetése 137 betegnél Mi60-as műlencse (PCL) alkalmazásával. A betegeknél kiválasztási szempont volt az egészséges szemfenék; ez azonban postop. revízióra szorult. A vizitek preop., majd, postop. 1 napon, 1 héten, 6. héten, 3. hónapban és 2 évvel a műtét után történtek. A panaszok felvételét követően refrakció- és keratometriás mérés után nyers és korrigált visusfelvétel, réslámpa vizsgálat és tenzió-ellenőrzés, macula-OCT történt minden esetben. A két éves kontrollnál ez ki lett egészítve kontraszt-szenzitivitás teszttel és tág pupillás vörös-visszfény fotóval.

Eredmények:

3 hónap után 125 szem volt értékelhető morfológiai szempontból; ebből 108 szem látásteljesítmény szempontjából is. 2 év után 101 szem volt értékelhető morfológiai- és 87 szem látásteljesítmény szempontjából (megjelenés hiánya miatt). Enyhe postop CMO 8 esetben alakult ki, valamennyi rendeződött non-steroid gyulladásgátló cseppe. A 3. hónapra a PCL-morfológiai állapot 100%-ban optimális volt, az értékelt visusok átlaga 1,0 volt. A 2. év végére a PCL-excentricitása átlagosan 0,34 mm elmozdulás volt, számottevő PCO 9.8%-ban alakult ki volt, az értékelhető visusok átlaga 0,91 volt. (YAG-lézerkezelés 1 esetben történt.) A mért refrakció eltérés -0,25 D volt a 3. és 24. hó között. A kontraszt-szenzitivitás értékekek mind photopicus-, mind mezopicus viszonyok között, mind ellenfényben jók voltak. A betegek elégedettsége nagyon jó volt, a PCO-esetek kivételével; A nem-PCO betegek körében dyshotopsiás panasz csak rákérdezésre fordult elő, 1 esetben.

Következtetés:

Az Mi60 lencsével, az alkalmazott technikával operált betegek kiemelkedően jó optikai tulajdonságokat tapasztalnak 2 évvel a műtét után is.

31.

UVEITIS ÉS SZÜRKEHÁLYOG SEBÉSZET, HEPARINIZOTT LENCSEVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Sohár Nicolette

Szegedi Tudományegyetem, Szemészeti Klinika, Szeged

Bevezetés:

Intraocularis lencsék beültetése szürkehályog műtét során uveitises betegek esetén a mai napig vitatott. A beültetésre kerülő PCL idegentestre adott gyulladásozó válaszreakciót és klasszikus és alternatív úton komplement kaszkádot indíthat el, főleg polypropylene haptic esetén. A heparinnal borított modellek esetén csökken az IOL felszínén megjelenő depozitumok száma és a gyulladásozó súlyossága.

Betegek és módszerek:

2012-2013 között 3 krónikus endogén uveitises beteg 4 szemén történt phacoemulsificatio heparinizált műlencse (Polylens, H10AS) beültetéssel. A páciensek átlag életkora a műtétkor 44 év volt. A műtét előtt mindhárom beteg intravénás corticosteroid terápiaában részesült. Az átlagos posztoperatív követés 4.5 hónap volt. Vizsgáltuk a látásélesség változását, illetve a posztoperatív felmerülő korai és késői szövődményeket.

Eredmények:

A páciensek közül 2 esetben ismeretlen eredetű, 1 esetben pedig sponylitis ankylopoetica-hoz társuló krónikus uveitis állt a komplikált szürkehályog háttérében. Műtét előtt az átlag látásélesség 0.1, műtét után pedig 0.57 volt.

Megbeszélés:

Uveitises betegek esetén IOL beültetés látásélesség és életminőség javulással kell, hogy járjon. A műtét idejének, típusának megtervezése a beteg általános állapotának, uveitis fokának és a várható prognózis megállapítása után történik. Pácienseink eseteinek tanulmányozása alapján a heparinizált hátsó csarnoki lencse beültetés után a látásélesség jelentősen javult, az uveitis nem recidivált.

TÁMOP- 4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0035

Szerzőknek nincs az előadással kapcsolatban finansialis kötődése

32.

TORICUS MŰLENCSEKKEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Herman Laura, Pesztenlehrer Norbert, Gőcze Péter, Erdélyi Hilda, Máté Tamás, Középesy Mária, Prohászka-Rád Imre, Kulcsár Kinga

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Szemészeti Osztály, Győr

Célkitűzés:

A 0,75 D feletti astigmatiával rendelkező betegeink szürkehályog műtete során implantált toricus műlencsével szerzett tapasztalataink, eredményeink ismertetése.

Módszer:

A 2012-es évben Osztályunkon végzett szürkehályog műtétek során Alcon Acrysof Toric (T2-T9) műlencse implantációban részesülő betegek prospektív vizsgálata. Meghatároztuk a pre - ill. postoperatív sphericus és astigmias korrekciót, valamint a legjobb korrekció nélküli és korrigált visus értéket, valamint a maradék sphericus refractiót és astigmatiát.

Eredmények:

Összesen 72 beteg 84 szemét vizsgáltuk, ebből 49 beteg 55 szem mérési eredményeit értékeltük. A betegek átlag életkora 73 év (37 – 90) volt. 2012. április és december között 17db T2, 37 db T3, 7 db T4, 4db T5, 7 db T6, 2 db T7, 4 db T8, 6 db T9 műlencse implatálására került sor. Az átlagos követési idő 67 nap (19 - 255 nap) volt. A preoperative mért átlagos astigmia -1,94 D [(-)0,66D – (-)7,30D] az utolsó kontrollra átlag -0,64 D [+0,25D – (-)5,00 D] cylinder auto-refraktométerrel mért ill. átlag 0.31 D [(-) 0,25 – (-)4 D] cylinder korrigált postoperatív maradék össz-astigmia értékre mérséklődött. A követési időszakban összesen 19 esetben volt szükség szférikus ill. ugyanennyi esetben az astigmia postoperatív korrekciójára, 10 esetben mind szférikus mind astigmias korrekciót igényelt a beteg. A legjobb korrigált visus 0,9 - 1,0 volt 46 szem esetében (83,63%), ebből 23 szem (41,81%) a mérhető kis sphericus ill astigmias refrakció ellenére sem igényelt postoperatív korrekciót. 0,6 – 0,8 volt 5 szem (9,09%), 0,5 alatti visus 4 szem esetében (7,27%) fordult elő. 9 esetben volt egyéb szemészeti kórkép – amblyopia, glaucoma, AMD, fundus myopicus, foramen mac. lut., leucoma corneae – diagnosztizálható, ezek alkották a 0,8 visus alatti csoportot.

Következtetés:

Összhangban a hasonló vizsgálatok eredményeivel elmondható, hogy a toricus műlencse implantációja eredményesen alkalmazható astigmias refractiók hibák korrekciójára cataractás betegeknél.

33.

AZ ENVISTA TORIC HIDROFÓB, ABERRÁCIÓMENTES MŰLENCSE BEÜLTETÉSÉVEL NYERT KORAI KLINIKAI EREDMÉNYEK**Győry József**¹, Biró Zsolt², Futó Gábor³, Vámosi Péter⁴¹Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém²PTE ÁOK Szemklinika, Pécs³Szent Borbála Kórház, Tatabánya⁴Péterfy Sándor utcai Kórház, Budapest**Célkitűzés:**

Különböző operatőrök első implantálási sorozata során szerzett tapasztalatok összegzése, különös tekintettel a műtési technikára, a lencse pozíció stabilitására, astigmia korrekció kalkulálhatóságára és a betegek szubjektív elégedettségére.

Módszer:

A szerzők az Envista Toric típusú műlencsével, az első beültetési sorozat betegeinek adatgyűjtését összegezik, az elért legjobb korrekció nélküli és korrigált visus, maradék mérhető össz-astigmia, a műlencse fokokban kifejezett elfordulása és a páciens szubjektív elégedettsége tekintetében.

Eredmények:

Összesen 12 szem eredményei voltak korlátozott mértékben értékelhetőek. 2 db 1,25 D cyl, 3 db 2,0 Dcyl, 7 db 2,75 D cyl toricitású műlencse került beültetésre. Követési idő: 6 héttől 4 hónapig terjedt. A maradék össz-cylinder tekintetében 0,25D-nál kisebb érték alakult ki 9 esetben; 0,26 -0,5D közötti 1 esetben; 0,51 -1,0 D közötti 1 esetben; 1,0D feletti 1 esetben. A legjobb korrigálatlan visus tekintetében (a kitűzött fókusztávolsághoz viszonyítva, egyéb pathologia hiányában) 0,9 – 1,0 volt 6 esetben, 0,7-0,8 volt 4 esetben, 0,5- 0,6 volt 2 esetben. A legjobb korrigált visus 0,9 – 1,0 volt 92%-ban, 0,6-0,8 volt 8%-ban. A PCL elfordulása 5 fok alatt volt minden esetben. Repositio 1 esetben vált szükségessé; extrém méretű tokzsák mellett. Tokfeszítő gyűrű beültetéssel végzett korrekciót követően a PCL stabil maradt. A betegek elégedettsége 10 esetben teljes volt, 1 esetben mérsékelt fenntartásokkal elégedett és 1 esetben (különleges psychés alkatú betegnél) inkább elégedetlen, mint elégedett.

Következtetés:

A műtési és pozicionálási módszerek eltérő volta ellenére a kezdeti eredmények kedvezőek, mind a lencse által korrigált fénytörési hiba és stabilitás tekintetében, mind a betegek elégedettsége terén.

34.

ROTATIONAL STABILITY OF A SINGLE-PIECE TORIC ACRYLIC IOL

Hirnschall Nino

Hanusch-Krankenhaus, Augenabteilung, Wien, Austria

Purpose:

To assess the rotational stability and visual performance of the Tecnis Toric one-piece IOL (AMO, USA) during the first 3 post-operative months

Setting:

VIROS - Vienna Institute for Research in Ocular Surgery, Vienna Austria

Methods:

In this prospective study patients with age-related cataract and corneal astigmatism of 1.0 to 3.0 D measured with the IOL-Master 500 (Carl Zeiss Meditec AG, Germany) were included. Pre-operatively, rotating Scheimpflug scans (Pentacam HR, Oculus, Germany) were performed and the cornea was marked in the sitting position at the slit lamp. Patients received a single-piece toric hydrophobic acrylic IOL (Tecnis Toric, AMO, USA). Immediately and 3 months after surgery retroillumination photographs were taken to assess the rotational stability of the IOL. Additionally, Autorefractometry (Topcon, USA), subjective refraction, uncorrected and distance corrected visual acuity, keratometry, Scheimpflug and ocular wavefront (WASCA, Carl Zeiss Meditec AG, Germany) measurements were performed at the 3 months follow-up.

Results:

Thirty eyes of 30 patients were included in this study. Mean absolute difference between the IOL axis at the 3 months and the 1 hour follow-up was 2.7° (SD: 3.0°). The IOL rotation was <3° and <6° in 62% and 95% of all cases, respectively.

Conclusions:

The investigated IOL showed to be rotationally stable, showed excellent capsule bag performance and refractive outcomes.

35.

THE APROPRIATE IOL IN RIGHT SITUATION

Mircea Filip, Monica Apostolescu, Amarelia Filip, Carmen Dragne, Miruna Nicolae, G.Triantafyllidis
Ama Optimex, Bucharest, Romania

Authors make an evaluation of diferent types of IOLs used in the the clinic where they work, but also in Romania.

Taking into account the specific needs and expectations of every pacient, they explain what are the selection criteria for the aproprate IOL to be implanted. Also, a focus is made on Premium IOLs.

Finally, they make a brief overview about the availability of intraocular lenses and technical possibilities in Romania.

36.

ELSŐ TAPASZTALATAINK 1STQ A4SW00 ADD-ON INTRAOCULARIS MŰLENCSÉVEL

Hári-Kovács András, B. Tóth Barbara, Facskó Andrea

Szegedi Tudományegyetem, Szemészeti Klinika, Szeged

Az előadás célja a 1stQ add-on lencse implantációjával nyert korai tapasztalatink ismertetése.

Két rövidlátó beteg (66/71 év) egy-egy szemén végzett komplikációmentes phacoemulsificatio után a tervezettől jelentősen eltérő postoperatív refractiót (+3,0 Dsph – 0,75 D cyl ax 170' ill. +4,75 Dsph – 1,0 Dcyl ax177') kaptunk.

A refractív szövődmény megoldására cseppéztelenítésben clear corneális metszésből A4SW00 típusú acryl műlencsét implantáltunk a sulcus ciliarisba.

A lencstervezést vízelőtéten át ultrahanggal valamint Lenstar segítségével végeztük. Az alap szemészeti vizsgálatokon kívül vizsgáltuk a betegek kontrasztérzékenységét, ultrahang biomikroszkóppal a műlencsék helyzetét.

A vizsgálat végpontjai: a posztoperatív visus, refractio és kontrasztérzékenység valamint a műlencse pozíciója.

Tapasztalataink szerint a vizsgált műlencse hatásos és biztonságos megoldást jelenthet cataracta műtét után jelentkező refractiós hibák esetében. A kezdeti eredmények megerősítéséhez nagyobb számú műtét elemzése szükséges.

37.

INITIAL EXPERIENCE WITH +7.0 DPT ADD-ON-IOL IN CASES OF PSEUDOPHAKIC PARS PLANA VITRECTOMY WITH SILICONE OIL TAMPONADE

Gabor B. Scharioth

Aurelios Augenzentrum, Recklinghausen, Germany

University of Szeged, Hungary

Purpose:

During complicated vitreoretinal surgery often silicone oil tamponade is required. This causes a postoperative refractive change of about +5 dpt and could cause anisometropia, aniseikonia, diplopia, reduced BUCVA etc. We would like to present initial experience with a new hydrophilic add-on intraocular lens temporary placed in eyes with silicone oil tamponade.

Method:

When decision was made to use silicone oil tamponade during pseudophakic vitreoretinal surgery a hydrophilic add-on-IOL (A4SW00, 1stQ, Germany) was implanted into the ciliary sulcus.

Results:

We have implanted three +7.0 add-on-IOL in January 2013. Intended postoperative refraction was +/- 1.0dpt in all three cases. No IOL related complication occurred.

Discussion:

Initial results of add-on-IOL in silicone oil filled eyes encourage us to continue to use these refractive surgical technique for this special indication.

38.

MEDÁLION A SZEMBEN

Kerényi Ágnes, Vörösmarthy Dániel:

Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Szent Rókus Kórház, Szemészeti Osztály, Budapest

Célkitűzés:

Egy hazai műlencse-történeti eset ismertetése

Esetleírás:

Traumás katarakta miatt végzett műtét során 1982-ben a beteg jobb szemébe egy olyan – Magyarországon talán egyedülálló - iris clip lencsét ültettek be a Fővárosi Önkormányzat (Szent) Rókus Kórházának Szemészeti Osztályán, amelynek a rögzítése felül az irishez varrattal történt, alul pedig azáltal rögzült, hogy irist az optikai rész nyúlványa és a haptikai rész közrefogta. Ezt követően a beteg panaszmentes volt, jól látott az operált szemmel, mígnem 2012-ben a szem hirtelen izgatott lett és a látás is megromlott rajta. Ennek oka a műlencsét rögzítő varrat eleresztése, a műlencse részleges helyhagyása és a szaruhártya oedemája volt. Azonnali műlencse cserét követően a beteg panaszmentessé, a szem tünetmentessé, a látóélessége teljessé vált.

Következtetés:

A műlencse beültetés hazai, erősen korlátozott lehetőségei és rendezetlen körülményei ellenére is előfordulhatott 1982-ben, hogy egy műtéttechnikailag kitűnően végrehajtott műtét során egy fiatal beteg egy 30 éven át tökéletes látásrehabilitációt eredményező műlencséhez jutott.

39.

INTRAOCULARIS LENCSEK EGYES BIOFIZIKAI TULAJDONSÁGAINAK TANULMÁNYOZÁSA NMR SPEKTROSKÓPIÁVAL ÉS DSC-VEL

Bátor György¹, Bokor Mónika², Tompa Kálmán², Kamasa Pawel², Verebélyi Tamás², Rácz Péter¹

¹Markusovszky Lajos Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

²Wigner Fizikai Kutatóközpont, Magyar Tudományos Akadémia, Budapest

Klinikai szemszögből nézve nagyon fontosnak tartjuk az implantált intraocularis lencsék és biológiai környezetük (csarnokvíz, lencsetek, stb.) kölcsönhatásának megismerését az implantáció után kezdődő idő függvényében, ezért in vitro hidrofil és hidrofób műlencsék kötött és szabad víz tartalmát, annak arányát vizsgáltuk az erre a célra specifikusan jól alkalmazható mágneses magrezonancia spektroszkópiával (NMR) és pásztázó kalorimetriával (DSC).

Bruker SXP 4-100 spektrométerrel mértük a hidrofób, száraz hidrofil, és nedves hidrofil műlencsék ¹H NMR spektrumát és spin-spin relaxációs jellemzőit. DSC (pásztázó kalorimetria) módszerrel a hidrofil és hidrofób műlencsénél a felvett hőmérséklet-különbségi görbékből számolt fajhőt vizsgáltuk a hőmérséklet függvényében.

Az ¹H-NMR spektrum hidrofób és hidrofil műlencsénél két komponensre bontható. A széles spektrum-komponens a lencsék molekulaszervezetében lévő „immobilis” protonoktól, míg a keskeny spektrum-komponens a lencsék „mozgékony” protonjaitól származik. Azt találtuk, hogy egyes hidrofób műlencsék 87%, a „száraz” hidrofilek ennél kevesebb, 67%, sőt a „nedves” hidrofil lencsék 65% kötött vízzel rendelkeznek. DSC módszerrel történt vizsgálat során a hidrofil műlencsék fajhőjének kismértékű változása tapasztalható - fázisátalakulás nélkül, míg a hidrofób lencsénél már kicsivel 0°C felett endoterm átalakulás megy végbe a fajhő növekedésével, +41°C körül exoterm átmenetként kristályosodás lép fel.

Eredményeink azt sugallják a klinikus számára a műlencsék biofizikai tulajdonságainak megismeréséből, hogy a perioperatív időszakban a műlencse tulajdonságainak ismerete fontos. A műlencsék tárolási hőmérséklet okozta változásai, a kis seben történő implantálhatóság mértékét a lencsék molekulaszervezetében levő „immobilis” és „mobilis” hidrogénatomok aránya az alakváltozást befolyásolhatja.

40.

REZOOM ÉS TECNIS MULTIFOKÁLIS MŰLENCSEK IMPLANTÁCIÓJÁVAL NYERT ELSŐ TAPASZTALATAINK

Kemény-Beke Ádám, Rentka Anikó, Módis László, Berta András

DE OEC Szemklinika, Debrecen

Célkitűzés:

Egyik szemén ReZoom, másik szemén TECNIS ZMA00 multifokális műlencsével (AMO) implantált betegeink látásfunkciójának értékelése.

Beteg és módszer:

A DE OEC Szemklinikán az utóbbi időben 4 beteg 7 szemébe implantáltunk időskori szürkehályog phacoemulzifikációját követően ReZoom, illetve TECNIS ZMA00 műlencsét. Biometria során a posztoperatív refrakciót 0.0 D értékre terveztük. A követési idő minden esetben legalább 6 hónap volt. Posztoperatív decimális olvasótáblával felvettük a monocularis és binocularis közeli és távoli látásélességet. Szemikvantitatíve kiértékeljük a szekunder cataracta mértékét és vizsgáltuk a műlencse esetleges decentráltságát, valamint vizsgáltuk az esetleges diszfotopsziás panaszokat.

Eredmények:

A távoli vízus korrekciójához a vizsgált szemek közül egy szemén lehetett szemüveget használni, a többi esetben távolra nem kellett korrekció. Közelre nézéshez minden beteg teljesen szemüveg-független volt. Távoli és közeli látásával minden beteg nagyon elégedett.

Következtetés:

A binocularisan implantált betegek mind közelre, mind távolra nézéshez szemüveg-függetlenek, még a hosszan tartó vagy nagyon aprólékos munkához sem tesznek fel közeli korrekciót. Első tapasztalatunk a ReZoom és TECNIS multifokális műlencsékkel kifejezetten jónak volt mondható.

41.

AZ ACRYSOF IQ RESTOR +2,5D MULTIFOKÁLIS MŰLENCSÉVEL NYERT KEZDETI TAPASZTALATAINK

Tsorbatzoglou Alexis

Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft, Szemészeti Osztály, Nyíregyháza

Bevezetés:

Napjainkban a katarakta sebészet során a betegek távoli látásélességének biztosítása mellett lehetőségünk van a korrekció nélküli közeli és intermedier látás helyreállítására is. Munkánk célja a legújabb fejlesztésű AcrySof IQ ReSTOR +2,5D multifokális műlencsével tapasztalt látásfunkciók elemzése volt.

Betegek és módszer:

Távoli domináns életmódot élő kataraktás betegeinken optikai biometriát követően phakoemulsificatiót végeztünk ReSTOR +2,5D intraokuláris műlencse beültetéssel. A posztoperatív időszakban meghatároztuk a távoli, közeli és intermedier vízust, illetve kontrasztérzékenységi vizsgálatot végeztünk.

Eredmények:

Vizsgálataink az absztrakt beadásának határidejében még folyamatban vannak, eredményeinkről részletesen beszámolunk előadásunkban.

42.

DIFFRAKTÍV-REFRAKTÍV MULTIFOKÁLIS ÉS AKKOMODATÍV MŰLENCSÉK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

Tóth Gábor, Kránitz Kinga, Szigeti Andrea, Nagy Zoltán Zsolt

*Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinika, Budapest***Célkitűzés:**

Diffraktív-refraktív multifokális és akkomodatív műlencsék posztoperatív összehasonlítása presbyop korú betegekben.

Betegek és módszerek:

8 beteg 10 szemébe Crystalens AT-50AO akkomodatív műlencsét (A csoport), 5 beteg 9 szemébe Optivis® refraktív-diffraktív multifokális műlencsét (MF csoport) ültettünk be phacoemulzifikációs technikával végzett szürkehályog műtétek során.

A műtét után fél évvel meghatároztuk a betegek korrigálatlan és legjobb korrigált távoli, intermedier és közeli látóélességét, a műlencsék tiltjét és decentrációját, ill. a teljes szemre vonatkoztatott összes és magasabb rendű hullámfront eltéréseket. A biometria optikai módszerrel készült (IOLMaster, Carl Zeiss Meditec, Germany).

Eredmények:

Nem volt szignifikáns különbség a két betegcsoport között az életkorban (MF: 56,0±4,0 év A:64,5±11,0 év p=0,06) és a műlencsetervezés hibájában (MF:0,62±0,28 A:0,71±0,52 p=0,49). A MF csoportban a korrigálatlan távoli (MF:0,80±0,2 A:0,55±0,30 p=0,004), és a korrigálatlan közeli látóélesség (MF:0,80±0,35 A:0,60±0,30 p=0,045) is szignifikánsan jobbnak bizonyult. Nem volt különbség a két betegcsoport között az intermedier látóélességben (MF:1,0±0,25 A:1,0±0,3 p=0,38). A legjobb korrigált közeli és távoli látóélesség mindkét betegcsoportban 1,0 volt.

Nem volt szignifikáns különbség a két betegcsoport között a műlencsék posztoperatív tiltjében (vertikális tilt: MF:4,20±3,19 fok A:1,91±2,36 fok p=0,22; horizontális tilt: MF:3,79±4,21 fok A:2,21±1,89 fok p=0,46) és decentrációjában (vertikális decentráció: MF:80,00±70,00 μm A:80,00±140 μm p=0,44; horizontális decentráció: MF: 150±100 μm A:95±170 μm p=0,38). A MF csoportban a magasabb rendű aberrációk mennyisége szignifikánsan többnek bizonyult (0,43±0,20 μm vs. 0,28±0,10 μm; p=0,03).

Következtetések:

A látóélességre és műlencse pozíciókra vonatkozó eredményeink mindkét betegcsoport esetében megfelelnek a nemzetközi irodalomban közölteknek. Jobb korrigálatlan távoli és közeli látóélesség – szemüveg függetlenség – érhető el a multifokális műlencsék alkalmazásával a akkomodatív műlencsékkel szemben. A magasabb rendű aberrációk aránya a multifokális műlencsék esetében szignifikánsan nagyobbak bizonyult. Eredményeink felhívják a figyelmet a pontos betegtájékoztatásra.

43.

MŰLENCSETERVEZÉS EREDMÉNYESSÉGÉNEK VIZSGÁLATA MULTIFOKÁLIS HIDROFÓB MŰLENCSE VONATKOZÁSÁBANGőcze Péter, Pesztenlehrer Norbert*Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr***Célkitűzés:**

Ultrahangos és alacsony koherenciájú interferometriás műlencsetervezés pontosságának vizsgálata multifokális műlencse estében

Módszer:

2012 júliusa és decembere között, 6 operatőr által, 2,75mm-es clear cornea seben át végzett komplikációmentes phacoemulsificatiót követően beültetett 31 db Alcon Acrysof IQ Restore D1/3 kalkulált [Alcon Ultrascan; Zeiss IOLMaster 500], valamint mért refrakciójának, a betegek pre-, és posztoperatív visusának retrospektív vizsgálata.

Eredmények:

A 31 esetből (átlag életkor: $52 \pm 9,7$ [25-65]év), melyek 67,7%-át adták a corticalis posterior cataracták, 12 esetben csak ultrahangos műlencsetervezés volt kivitelezhető. Az összes kalkulált refrakció átlaga $-0,04D \pm 0,17D$, az összes elért refrakció átlaga $0,1D \pm 0,5D$ lett. Az ultrahangos és az optikai alcsoportnál a tervezett és elért refrakció átlagok a következők: $-0,06D \pm 0,18D$ illetve $0,02D \pm 0,31D$; $-0,01D \pm 0,14D$ illetve $-0,04D \pm 0,22D$. A tervezett és az elért refrakció közti eltérés az egész mintában $0,03D \pm 0,25D$, az ultrahangos csoportban $0,23D \pm 0,18D$, az interferometriás csoportban $-0,03D \pm 0,20D$ lett, a két alcsoport közti eltérés szignifikáns ($p < 0,05$). A minta preoperatív UCVA ($0,16 \pm 0,13$) és BCVA értéke ($0,27 \pm 0,18$) jelentős javulást mutatott posztoperatív ($0,9 \pm 0,21$ illetve $1,0 \pm 0,11$).

Következtetések:

A tervezett és a mért refrakció közti eltérés szignifikánsan jobb az interferometriás műlencsetervezés esetében. Az ultrahangos műlencsetervezés létjogosultságát igazolja a tömöttebb hátsó kérgi szürkehályogok esetében eredménytelen optikai mérés.

44.

LÁTÁSFUNKCIÓK KÜLÖNBÖZŐ ADDÍCIÓJÚ ACRYSOF RESTOR MŰLENCSEK ESETÉBEN

Takács Enikő, Barta Ágnes, Dudás Vera, Szathmáry Enikő, Vogt Gábor

MH Honvédkórház, Budapest

Célkitűzés:

A látási funkciók vizsgálata különböző addíciójú Acrysof Restor műlencsés betegek esetében.

Anyag és módszer:

A tanulmányba a Honvédkórház Szemészeti Osztályán szürkehályoggal operált 30 beteget vontunk be. 10 beteg esetében +4,0 (1. csoport), 10 beteg esetében +3,0 (2. csoport), 10 beteg esetében +2,5D (3. csoport) addíciójú Acrysof Restor műlencse került beültetésre. Vizsgáltuk a műtét előtti és utáni közeli és távoli korrekció nélküli, ill. legjobb korrigált vízrust, az olvasási sebességet, a betegek számára optimális olvasási távolságot, és a különböző távolságból felismert betűnagyságokat.

Eredmények:

A műtét után valamennyi beteg korrekció nélküli távoli vízusa 0,8-nál jobb volt. Közelről, fotopikus körülmények között a J7 jeleket az összes beteg felismerte, a 3. csoportba tartozó betegek teljesítettek a leggyengébben. A betegek számára optimális olvasótávolság az 1-es csoport esetében átlag 28, a 2-es csoport esetében átlag 34, a 3-as csoport esetében átlag 42 cm volt. Mivel a korrekció nélküli látásélessége 50cm-ről a +2,5D addíciójú csoportba tartozó betegeknek volt a legjobb, ezek a betegek voltak a legelégedettebbek a számítógép használat tekintetében. A szemüveg függetlenség elérésében nagy szerepet tulajdonítunk a neuroadaptációnak és a megszokási időnek.

Következtetés:

A pseudoaccomodatív műlencsék bővülő palettája lehetővé teszi a személyre szóló választást, így a betegek igényeinek kielégítését. Megfelelő betegkiválasztással, a páciens elvárásainak alapos felméréssel, részletes műtét előtti felvilágosítással, az optimális lencse megválasztással jó eredmények érhetők el mindhárom lencsetípus esetében.

45.

BETEGELÉGEDETTSÉG VIZSGÁLATA DIFFRAKCIÓS PSEUDOACCOMODATÍV MŰLENCSE (RESTOR) IMPLANTÁCIÓJA UTÁN

Barta Ágnes, Gyöngyössi Balázs, Gyenizse Zsuzsanna, Vogt Gábor
MH Honvédkórház, Szemészeti Osztály, Budapest

Célkitűzés:

Különböző addíciójú Restor műlencsés betegek elégedettségének összehasonlítása

Betegek és módszerek:

Vizsgálatunkba 120 páciensünket vontuk be, akik +4,0 +3,0 vagy +2,5 dioptria addíciójú Restor műlencsét kaptak. A betegek elégedettségét módosított VF-14 kérdőívvel mértük fel, külön hangsúlyt fektetve a szubjektív szemüveg függetlenségre a mindennapi tevékenységek és a számítógép használat során. Diszfotopsziás panaszok észlelésére külön kérdéseket tettünk fel

Eredmények:

A kérdőívek alapján betegeink több mint fele semmilyen tevékenységhez nem használ szemüveget. A korrekciót igénylők közül a +4,0 addíciójú műlencsés pácienseink leginkább monitorhasználathoz, +3,0 és +2,5 addíciójú műlencsét kapott betegeink pedig többnyire az olvasáshoz igényelnek szemüveget. A távoli látóélességben és diszfotopsziás panaszok tekintetében különbséget nem találtunk.

Következtetés:

A rendelkezésre álló különböző addíciójú műlencsék megfelelő kiválasztásával, a betegek igényeinek műtét előtti alapos felmérésével megfelelő és jól használható látás biztosítható pácienseink számára.

46.

ACRYSOF RESTOR INTRAOCULÁRIS MŰLENCSE IMPLANTÁCIÓJA UTÁN VÉGZETT YAG CAPSULOTOMIÁK

Gyenezse Zsuzsanna, Barta Ágnes, Vogt Gábor

MH Honvédkórház, Szemészeti Osztály, Budapest

Célkitűzés:

Osztályunkon phacoemulsificatiót követően 2005. óta implantálunk AcrySof ReSTOR intraocularis műlencsét. Panaszt okozó hátsótok fibrózis miatt végzett YAG capsulotomia előfordulását vizsgáltuk betegeink között.

Betegek és módszer:

119 beteg 214 szemét vontuk be a vizsgálatba. Retrospektív tanulmányunkban vizsgáltuk a betegek életkorát, nemét, a látásélesség változását, a szövődménymentes műtét és a kezelést igénylő tokfibrózis kialakulása között eltelt időt. A capsulotomián átesett beteg adatait külön elemeztük.

Eredmények:

Betegek átlagéletkora 66 év (32-95), 72 nő és 57 férfi.

YAG capsulotomiát 11 beteg 14 szemén végeztünk, 3/4-ük nő volt.

A laser kezelés előtt a betegek 4/5-nek volt 0,5-nél jobb a látásélessége.

A műtét és a laser kezelés között eltelt idő átlagosan 38 ± 15 hónap volt.

Nem találtunk összefüggést az életkor és a kísérő betegségek között.

Következtetés:

AcrySof ReSTOR intraocularis műlencsével PCO szempontjából kedvező a tapasztalatunk.

47.

IRVINE-GASS SZINDRÓMA 3 ÉVES BETEGANYAGUNKBAN

Vogt Gábor, Takáts Judit

MH - Honvédkórház, Szemészeti Osztály, Budapest

Célkitűzés:

OCT-vel igazolt, phacoemulsifikációt követően fellépő, cystoid macula oedemás (CMO) esetek elemzése osztályunk 3 éves beteganyagában 2012. december 1-ig.

Anyag és módszer:

3 betegcsoport adatait vizsgáltuk. Az első csoportba (OCT100 csoport) a szürkehályogon kívül más szemészeti, vagy általános betegségben nem szenvedő 100 beteg került, akiknél OCT vizsgálatot (a műtét előtt, a posztoperatív 1. és 7. napon, illetve az 1. és 3. hónapban) végeztünk, hogy a phacoemulsifikáció kapcsán fellépő CMO gyakoriságát megbecsüljük. A másodikba (kontroll csoport) tartozott az adott 3 év alatt cataracta miatt operált összes beteg. A harmadikba azok az esetek kerültek, akiknél a phacoemulsifikáció után Irvine-Gass szindróma alakult ki (CMO csoport). Elemeztük a nem, az életkor, az általános- és a szembetegségek, az intraoperatív komplikációk szerepét, vizsgáltuk a CMO lefolyását, valamint a vízus alakulását.

Eredmények:

Az OCT100 csoportban CMO egyetlen esetben sem alakult ki. A CMO csoportban Irvine-Gass szindróma 34 esetben, 17 férfi (3 kétszemes) és 14 nő, lépett fel. A férfiak aránya 21%-kal volt nagyobb, az átlagéletkor 4,5 évvel volt kevesebb ($69,9 \pm 12,4$) mint a kontroll csoportban. Hypertonia vonatkozásában nem találtunk eltérést, ugyanakkor a diabetes 15,1-, a glaucoma 19,7%-kal volt gyakoribb. A CMO csoportban degeneráció pigmentosa retinae 1 beteg két szemén (5,9%), súlyos uveitis 2 esetben (5,9%) szerepelt az anamnézisben, intraoperatív komplikáció 2 szemén (5,9%) fordult elő. A kontroll csoportban ezek aránya 0,4%, 0,1% illetve 0,66% volt. A CMO csoportban a legnagyobb arányban észlelt szemészeti eltérés az epiretinalis membrán/vitreomaculáris tractio (58,8%) volt.

Következtetések:

Phacoemulsifikáció után néhány ezrelékben CMO kialakulásával kell számolni. Eseteink 0,37%-ban fordult elő Irvine-Gass szindróma. A macula és a vitreoretinális határfelület betegsége, a glaucoma, a műtéti komplikáció, az uveitis és a diabetes mellitus bizonyult rizikótényezőnek.

48.

PSEUDOPHAKIÁS CYSTOID MACULA OEDÉMÁS BETEGEINK KEZELÉSE

Czeglédi Miklós

Jósa András Kórház, Nyíregyháza, Szemészet

Cél:

A szövődménymentes phacoemulsifikációs szürkehályog műtét után kialakult cystoid macula oedema (CMO) diagnosztikája, követése, kezelés eredményeinek bemutatása.

Bevezetés:

A modern phacoemulsifikációs technikával végzett katarakta műtétek után a cystoid macula oedema előfordulása 0.2-1.4 %. Az előfordulás gyakorisága a hagyományos extracapsuláris hályogműtétek esetén 20-60% is lehetett. Érzékeny vizsgáló módszert alkalmazva (optikai koherens tomográf OCT) ez az arány 4 és 40 százalék között helyezkedik el.

Betegek és módszerek:

Eseteinkben minden betegnél (13 eset) komplikációmentes phacoemulsifikációs hályogműtét történt műlencse beültetéssel. Ezek közül 11 betegnél a műtétet követően 1.5-9 hónapon belül kezdődtek a panaszok, 2 esetben közvetlenül a műtét másnapján alakult ki kifejezett látásromlást okozó makula oedema.

Minden betegnél réslámpás vizsgálat, szemnyomás mérés, tágitott pupillás biomikroszkópos vizsgálat és OCT vizsgálat történt. Az egyéb, CMO-t okozó kórképek kizárásra kerültek. A lokális kezelés (steroid ill. non steroid gyulladás gátlók) ellenére morfológiai és funkcionális javulás nem következett be, ezért subtenonálisan adott 40mg triamcinolon injekciót kaptak betegeink. (11 beteg)

A másik két esetben a vizenyő kifejezett volta és a 0.1 alatti látásélesség miatt azonnali subtenonális 40 mg triamcinolon kezelést alkalmaztunk.

Eredmények:

Minden esetben az injekció beadását követően gyors funkcionális és morfológiai javulást tapasztaltunk. A retina szerkezete helyreállt a látásélesség 08.-1.0 –re javult.

A kezelést követően semmilyen szövődmény nem lépett föl, kezelendő szemnyomás emelkedést nem tapasztaltunk.

Következtetés:

A krónikus macula oedema hosszú távú fennállása illetve kifejezett volta miatt a fotoreceptor réteg végleges károsodását okozva maradandó látásromlást okozhat. Eseteinkben az alkalmazott triamcinolon kezelést követően a látásélesség gyorsan javult, a retina szerkezete helyreállt.

49.

OPTIKAI BIOMETRIA SORÁN MÉRT 1,5D FELETTI PREOPERATÍV CORNEALIS ASTIGMIA ELŐFORDULÁSI ARÁNYÁNAK MEGHATÁROZÁSA KATARAKTA MŰTÉTRE KERÜLŐ BETEGEINKNÉL

Tsorbatzoglou Alexis

Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft, Szemészeti Osztály, Nyíregyháza

Bevezetés:

Napjainkban a katarakta műtét során több lehetőségünk van a meglévő preoperatív cornealis astigmia korrigálására. Munkánk célja azon betegeink arányának a meghatározása volt, akiknél a tórikus műlencse beültetése jelentené a legjobb megoldást.

Betegek és módszer:

2012. január 9. és 2013. január 8. között katarakta műtétre előjegyzett azon betegeinknél, akiknél kivitelezhető volt az optikai biometria, IOL Master 500 készülék segítségével műlencsetervezés történt. 1,5D preoperatív cornealis astigmatiát meghaladó minden esetben elvégeztük a tórikus műlencse kalkulációját is a www.acrysoftoriccalculator.com weboldal segítségével. Ezt követően a kapott adatokat kielemeztük.

Eredmények:

A fenti időszakban 1097 betegen végeztük el az optikai biometriát IOL Master 500 készülékkel, közülük 81 esetben találtunk 1,5D-t meghaladó cornealis astigmatiát (7,4%). Az astigmia mértéke átlagosan $2,48 \pm 0,64D$ volt. Az astigmia tengelye az esetek 40,7%-ban direkt, 13,6%-ban indirekt és 45,7%-ban ferde volt.

Megbeszélés:

Betegeink 7,4%-a 1,5D-t meghaladó preoperatív cornealis astigmatiával kerül műtétre, számukra az astigmia korrekciójára a tórikus műlencse beültetése jelentené a legjobb megoldást. A katarakta műtét során beültetett tórikus műlencsék aránya azonban Osztályunkon elmarad ettől, a szerző ennek okait is elemzi az előadás során.

50.

AZ ASTIGMATISMUS ELOSZLÁSA NORMÁL POPULÁCIÓN

Németh Gábor, Berta András, Módis László

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szemklinika, Debrecen

Célkitűzés:

Elemezni a cornealis astigmatismus nagyságát, irányát, életkori változásait és biometria paraméterekkel való összefüggéseit egészséges szemeken, nagy populáción.

Betegek és módszer:

Az általános szemészeti vizsgálatra megjelent, 15 éves életkor feletti pácienseinken végeztük vizsgálatainkat. Kizáró ok volt a korábbi szemészeti műtét, bármilyen cornealis betegség és kontaktlencse viselése az anamnézisben. Minden vizsgált szemén IOLMaster készülékkel (Carl Zeiss Meditec, Jena, Germany, v. 5.4) mértük a szemek tengelyhosszát (AL), a keratometriai adatokat és az elülső csarnok mélységét (ACD).

Eredmények:

Vizsgálatainkat 750 páciens 750 szemén végeztük. A betegek életkora $66,98 \pm 15,2$ év volt (range: 15-95 év). Az összes szemén mért AL $23,36 \pm 1,49$ mm, az ACD $3,11 \pm 0,45$ mm volt, férfiakon nagyobb AL-t és ACD-t mértünk. A teljes vizsgált populáción az astigmatismus nagysága $0,89 \pm 0,76$ D volt. Az astigmatismus mértéke $\geq 0,5$ D volt 72,17%-ban, $\geq 1,0$ D 33,56%-ban, $\geq 1,5$ D 12,65%-ban és $\geq 2,0$ D 6,92%-ban. A teljes általunk vizsgált populációban a direkt astigmatismus 412 (54,91%), az indirekt 218 (29,05%), a ferde astigmatismus 120 (16,04%) esetben fordult elő, nembeli eltérés nélkül. Jelentős direkt astigmatismus irányú gyakorisági eltolódás igazolható az életkor előrehaladásával. Szignifikáns összefüggést igazoltunk az életkor és az ACD ($r = -0,37$, $p < 0,001$), az életkor és az AL ($r = -0,11$, $p < 0,001$), az AL és a lapos ($r = -0,52$, $p < 0,001$) valamint a meredek keratometriai ($r = -0,45$, $p < 0,001$) értékek között. Nincs statisztikailag szignifikáns összefüggés az életkor és az astigmatismus nagysága között.

Következtetés:

A felnőttkorban is folyamatosan változó szemészeti biometriai paraméterek és a több, mint 33%-ban 1,0 D feletti astigmatismus kitüntetett figyelmet érdemel a cataracta műtété során a megfelelő refrakciós eredmény elérése szempontjából.

51.

A CORNEALIS ASTIGMIA CSÖKKENTÉSE SZÜRKEHÁLYOG MŰTÉT SORÁN

Dunai Árpád Ferenc¹, Jóföldi F.², Filkorn Tamás¹

Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinika¹, Budapest

Semmelweis Egyetem ÁOK V. évf.², Budapest

Cél:

Phacoemulsificatio szürkehályogműtétek során készített szaruhártya sebek preoperatív cornealis asztigmiajára gyakorolt hatásának vizsgálata három különböző metódus alapján.

Betegek és módszer:

44 beteg 52 szemén végeztünk szürkehályog műtétet phacoemulsificatio technikával. A preoperatív cornealis astigmia értékét automata keratométerrel határoztunk meg, a műtét során minden esetben a legmeredekebb cornealis tengelyt választottuk a 2,75 mm szélességű alagút seb elkészítéséhez. Az **A csoportban** (n=20) azt vizsgáltuk, hogy mekkora az operátor által okozott átlagos indukált astigmia egyetlen főseb esetén. A **B csoportba** (n=12) 1,0D vagy annál nagyobb preoperatív cornealis astigmiajú szemeket válogattunk, majd megfigyeltük, hogyan változik az indukált astigmia mértéke abban az esetben, ha a műtét végén a fősebbel szemben, azzal megegyező szélességű clear cornealis alagút sebet nyitunk. A **C csoportban** (n=20) azt vizsgáltuk, milyen mértékben befolyásolja a kettős seb által indukált astigmia a választandó műlencse dioptriáját és a betegek posztoperatív refrakcióját. Minden betegcsoportban a műtét után 6 héttel határoztuk meg ismét a cornealis astigmatiát, eredményeinket statisztikai módszerekkel elemeztük.

Eredmények:

Az **A csoportban** az operátor által okozott indukált astigmia átlagosan $-0,43 \pm 0,19$ D volt, míg a **B csoportban** $-0,76 \pm 0,18$ D, tehát átlagosan ennyivel csökkent az operált szemek cornealis astigmiaja a preoperatív értékekhez képest. A megvalósult indukált astigmia szögének eltérése a tervezetthez képest mind az A, mind a B csoportban csekélynek bizonyult (A: $4,9 \pm 4,0^\circ$, B: $4,9 \pm 3,8^\circ$). A **C csoportban** az okozott astigmatiát $-0,71 \pm 0,16$ D-nak találtuk. Méréseink szerint nem csak a sebnek megfelelő cornealis tengely meredeksége csökkent a műtétet követően, hanem az arra merőleges tengely meredeksége is nőtt, így az astigmia csökkenése a szaruhártya átlagos törőerejét nem változtatta meg.

Következtetés:

Amennyiben ismerjük egy szürkehályog műtétet végző sebész átlagos indukált astigmatiáját a fentebb leírt sebkészítési technikák használata mellett, eredményesen használhatjuk azt a betegek preoperatív cornealis astigmatiájának csökkentésére. Műlencse tervezés során szükségtelen az indukált astigmia értékével korigálni a keratometriás értékeket, hiszen a szaruhártya átlagos törőereje a műtét során nem változik.

52.

MULTIFOCALIS MŰLENCSE BEÜLTETÉS OCCI-VAL KOMBINÁLVA (ESETISMERTETÉS)

Kovács Judit, Biró Zsolt

PTE KK Szemészeti Klinika, Pécs

Az utóbbi években egyre nagyobb az igény multifocalis műlencse beültetésre. 1.0 D-nál nagyobb preoperatív astigmia esetén a multifocalis műlencse beültetése ellenjavallt, illetve kombinált multifocalis-toricus műlencse beültetése javasolt. Klinikánkon a korábbi években több beteget kezeltünk sikeresen kiefokú preoperatív astigmia esetén OCCI-val (opposite clear corneal incision).

Esetünkben egy 41 éves myop (-7.0 D) nőbeteg jobb szemén végzett cataracta műtétet mutatunk be, mely során multifocalis műlencse beültetés történt OCCI-val kombinálva a preoperatíván fennálló 1.5 D astigmia miatt. A műtét menetét, egyes lépéseit videófelvétellel demonstráljuk. Már a műtét másnapján korrekció nélkül 1.0 visust mértünk és az eddigi rövid követési idő alatt is látásélessége végig jó maradt.

Ez a kombinált műtéti technika véleményünk szerint megfelelő lehet olyan kiefokú preoperatív astigmiajú betegeknél, akik multifocalis lencsét szeretnének, azonban az extra költségű multifocalis-toricus műlencse beültetését nem tudják vállalni.

53.

HIBÁS BIOMETRIA MIATTI HÁTSÓCSARNOK MŰLENCSE CSERE

Törkáló Renáta, Balogh Teodóra, Bíró Zsolt, Balla Zsolt

PTE KK Szemészeti Klinika, Pécs

Célkitűzés:

Napjainkban a pontos biometria és a szürkehályog műtét precíz kivitelezésének köszönhetően betegeink posztoperatív refrakciója jól tervezhető. Ennek ellenére előfordulnak olyan esetek, ahol pontatlan biometria miatt nem megfelelő műlencse kerül beültetésre és a beteg a műtét utáni refrakcióval elégedetlen.

Beteganyag és módszer:

A Pécsi Szemészeti Klinikán 2011-2012-ben végzett 3844 szürkehályog műtétből két alkalommal vált szükségessé anizometropia miatt a PC IOL cseréje. Ezen két esetet mutatjuk be, illetve az esetekhez kapcsolódóan a műtét lépéseit, nehézségeit ismertetjük.

Eredmények:

A primer műtét után 5 illetve 7 héttel végzett műlencse csere szövődménymentes volt, mindkét beteg elégedett volt a posztoperatív refrakciójával.

Következtetés:

Amennyiben PC IOL csere mellett döntünk célszerű azt a primer műtét után mielőbb elvégezni.

54.

A SYSTANE ULTRA NEDVESÍTŐ SZEMCSEPP HATÁSA KATARAKTA MŰTÉTEN ÁTESETT BETEGEK SZÁRAZ SZEM PANASZAIRA

Cserép Veronika, Szalczer Lajos

Zala Megyei Kórház Szemészeti Osztály, Zalaegerszeg

Célkitűzés:

A Systane Ultra nedvesítő szemcsepp hatása szürkehályog műtéten átesett betegek száraz szem panaszaira és objektív tüneteire.

Módszerek:

Nyílt, prospektív, egycentrumos, négyhetes vizsgálat a szaruhártya festődés, a szemhéjszállal párhuzamos kötőhártyaredők osztályozása (LIPCOF), a könnyfilm felszakadási idő (TFBUT), valamint a beválasztott 64 beteg szubjektív panaszainak kérdőíves kiértékelése segítségével, megadott betegbevonási feltételek alapján.

Eredmények:

A Systane Ultra szemcsepp használata során a páciensek szubjektív panaszai csökkentek és az objektív tünetek szempontjából lényegi javulást tapasztaltunk: A BUT érték 7,7-ről 14,0 másodpercre emelkedett, a szaruhártya festődés csökkent, a LIPCOF besorolás szempontjából a betegek 52%-ánál kedvezőbb fokozatot detektáltunk.

Következtetés:

A Systane Ultra a katarakta műtéten átesett betegek túlnyomó többségében megfelelően csökkenti a száraz szem okozta szubjektív és objektív tüneteket, ezért a betegek szívesen használják panaszaik mérséklésére.

Kulcsszavak: szemhéjszállal párhuzamos kötőhártya redők osztályozása (LIPCOF), könnyfilm felszakadási idő fluoreszcein festéssel (TFBUT), szaruhártya festődés, szubjektív panaszok, Systane Ultra, katarakta

I.

MODERN BIOMETRY AND IOL CALCULATION

Wolfgang Haigis

Dept. of Ophthalmology, University of Wuerzburg, Wuerzburg, Germany

The last years have seen increasing requirements for the precision of intraocular lens power calculations. Multifocal, phakic, toric, potentially accommodative and aspheric lenses, clear lens extractions and eyes after refractive surgery make great demands on clinical measurement techniques as well as calculation algorithms.

The Course gives an overview on the available techniques and procedures with special emphasis on methods to optimize refractive outcomes.

Apart from an in-depth introduction into the basics of biometry and IOL calculation, the following topics a.o will be discussed in detail:

- distance measurements in the eye using ultrasound and optical techniques
- calculation of intraocular lens (IOL) power with current formulas and methods
- calculation of premium (multifocal (MIOL), phakic (PIOL), toric (TIOL), ...) lenses
- IOL calculation in problem eyes (short, long, post-refractive surgery eyes)
- optimization of refractive outcomes (customization of IOL constants, ...)

II.

AZ ELÜLSŐ SZEGMENTUM MODERN KÉPALKOTÓ MÓDSZEREI

Előadók:

MICHAEL W. Belin (USA) – **Scheimpflug imaging**

Berta A – **„The cornea is not a piece of plastic” (Cornea biomechanika)**

Módis L – **Elülső szegmentum OCT**

Szalai E – **UBM**

Korábban az elülső szegmentum diagnosztikájában szinte csak a réslámpa és a keratométer állt rendelkezésre. Az elmúlt évtizedben azonban a számítás- és digitális technika fejlődésének köszönhetően újabb és újabb műszerek jelennek meg. Ezek a készülékek nemcsak egyre pontosabb képet alkotnak a szaruhártyáról, hanem anatómiai, élettani, biokémiai ismereteinket is bővítik.

A Pentacam (Oculus, Wetzlar) a Scheimpflug-törvény felhasználásával alkot képet. Több mint 138 000 valódi elevációs pont mérését követően a magas felbontású forgó kamera saját szoftvere segítségével elkészíti az elülső és hátulsó szaruhártyafelszín görbületi és elevációs térképét, megméri a teljes cornea vastagságát, megjeleníti az elülső szegmentum 3D, forgatható modelljét, valamint adatokat szolgáltat az elülső csarnokról, illetve speciális képelemző programokkal rendelkezik.

A cornea biomechanikai sajátságait az ugyancsak Scheimpflug-képkalkotáson alapuló CorVis ST (Corneal Visualization Scheimpflug Technology, Oculus) néven forgalmazott műszerrel lehet vizsgálni. A műszer lényegében egy non-kontakt tonometer és pachymeter, amely levegőimpulzus alkalmazásával számszerűsíti a cornea biomechanikai tulajdonságait, ezáltal hasznos szerepet tölthet be a corneális ectasiák diagnosztikájában, a cross-linking hatásának monitorozásában, refraktív műtétek elbírálásában, valamint a glaucoma kivizsgálásában.

Az optikai koherencia tomográfia (OCT) az alacsony koherencia interferometria elvét felhasználva mikrométer felbontású felvételeket képes biztosítani felszín alatt elhelyezkedő szöveti struktúrákról, ezért optikai biopszia néven is említi az irodalom. A jelenleg elérhető time-domain és spectral-domain OCT rendszereken túl az ún. hangolható lézer Fourier-domain OCT és ultramagas felbontású készülékek is kifejlesztésre kerültek. Ezen technológiák segítségével a könnyfilmtől az elülső csarnokig nagy felbontással megjeleníthetők a szemgolyó képletei, az adott típus beépített szoftvere pedig számos különféle szaruhártya térképet készít, valamint kvantitatív és kvalitatív elülső szegmentum elemzéseket biztosít.

A magas frekvenciájú ultrahang biomikroszkópia (UBM) 25-100 MHz-es transzducer alkalmazásával nagy felbontású (axiális: 25 μm , laterális: 50 μm) in vivo felvételeket készít a teljes elülső szegmentumról, szöveti penetrációja 4-15 mm. Az éles rétegfelvételeken megjeleníthető a cornea, az iridocorneális szög, az elülső csarnok, az iris, valamint a corpus ciliare, a lencse, a zonulák és a pigmentált iris mögött elhelyezkedő ciszták, tumorok. Az ultrahang előnye a látható fényhez képest, hogy az UBM átlátszatlan közegen is képes áthatolni és a mögöttes struktúrákról részletgazdag képet alkotni.

III.

TE HOGYAN OLDANÁD MEG? TE HOGYAN FOLYTATNÁD?

Moderátor: Prof. Dr. Biró Zsolt (Pécs)

Panel: Dr. Futó Gábor (Tatabánya)
Dr. Pregon Tamás (Budapest)
Dr. Radó Gábor (Budapest)
Dr. Szalczer Lajos (Zalaegerszeg)
Dr. Vogt Gábor (Budapest)

Az interaktív kurzus során az előadók videofilmek segítségével bonyolult, nehéz műtéti eseteket, illetve műtéti komplikációkat mutatnak be. A panel tagjai a hallgatósággal közösen keresik a legjobb megoldásokat az adott helyzet kezelésére, a műtét folytatására, illetve értékelik az operatőr által választott (helyes vagy helytelen) lépéseket.

IV.

A PRESBYOPIA MŰTÉTI KEZELÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI - REZIDENS KURZUS

Moderátor: Cseke István

Bevezető

Mi a presbyopia? Hogyan mérhető?
Betegválasztási szempontok

Beavatkozások a szaruhártyán

László Király (Leipzig – Halle): **Monovision surgical techniques on the cornea for treating presbyopia**
Palotás Csilla (Budapest): **Multifokális lézer refraktív módszerek**
Ratkay Imola (Budapest): **Corneális implantátumok**

Intraocularis műtéti korrekció

Radó Gábor (Budapest): **Prelex (A presbiopiás lencsecseré és szempontjai)**
Bátor György (Szombathely): **Monovision műlencsével**
Gyetvai Tamás (Szeged): **Multifokális műlencsék**
Vámosi Péter (Budapest): **Akkomodatív műlencsék**
Add-on lencsék

Egyéb lehetőségek, útkeresés

Inhártya-expanzió (Skleraexpansion)
A lencse femtoszekond lézer kezelése
A lencsetok feltöltése (lens refill)

Kerekasztal: kérdések, megbeszélés

V.

LENCSETOKON VÉGZETT MŰTÉTI BEAVATKOZÁSOK KOMPLIKÁLT CATARACTA MŰTÉTEK KAPCSÁN

Sohajda Zoltán

Kenézy Kórház Szemészeti Osztály, Debrecen

Bevezetés:

A lencsetok-zonula komplex általában „passzív elszenvedője” a szürkehályog műtéteknek. Előfordulnak azonban olyan helyzetek, amikor a tokzsákon kell műtéti beavatkozásokat végeznünk azért, hogy eredményesen tudjuk kivitelezni a cataracta műtétet.

Módszer:

Ismertetésre kerülnek a komplikált szürkehályog műtétek során előforduló leggyakoribb tokzsákot érintő beavatkozások: luxalt-, subluxeált lencsetok, megvastagodott-rigid elülső és hátsó tok esetén, illetve traumás sérülés kapcsán végzett teendők.

Eredmények:

A lencsetokon szükségessé váló beavatkozások megfelelő technikáját alkalmazva komplikált esetekben a szürkehályog műtét eredményesen kivitelezhető, befejezhetővé válik.

Következtetés:

A tokzsák-zonula egység kóros eltérései a cataracta műtét eredményes kivitelezését nehezítik meg, illetve lehetetlenné is tehetik. Az ilyenkor a lencsetokon végzett helyes technikával alkalmazott beavatkozások segítségével a szürkehályog műtét sikeressége növelhető.

VI.

A PRESBYOPIA LÉZERES KORREKCIÓJA A SZARUHÁRTYÁN

Moderátor: Kerek Andrea

Presbyopia – elméleti és gyakorlati megfontolások

(Kerek Andrea, Optimum Látásjavító Lézerközpont, Budapest)

Presbyopia javíthatóságának egyik megközelítése: a monovision

(Palotás Csilla, Optimum Látásjavító Lézerközpont, Budapest)

Presbyopia-ellenes femto-lézeres beavatkozások (Inlay, Intracor-kezelés)

(Kovács Orsolya, Optimum Látásjavító Lézerközpont, Budapest)

Presbyopia-ellenes excimer lézeres beavatkozások (multifokális lézer-kezelések, Supracor kezelés)

(Kerek Andrea, Optimum Látásjavító Lézerközpont, Budapest)

A betegválogatás szempontjai (indikációk, kontraindikációk, szövődmények)

(Gáspár Beáta, Optimum Látásjavító Lézerközpont, Budapest)

A leggyakoribb fénytörési hiba – a presbyopia – corneális javíthatósága elmúlt pár évben került a refraktív sebészet tárházába.

A kurzus célja a presbyopia lézeres korrekciójának elméleti áttekintése, valamint saját gyakorlati tapasztalataink bemutatása, elemzése.

VII.

AMIT A NEGATÍV DISZFOTOPSZIÁRÓL TUDHATUNK

Vámosi Péter

A lege artis végzett szürkehályog műtét után előforduló negatív diszfotopszia viszonylag gyakori jelenség. Rákérdezésre meglepően sok beteg számol be a temporalis látótérben feltűnő sötét sarlóról. A tünetek rendszerint azonban csak átmenetiek és az esetek nagy részében néhány hét vagy hónap alatt elmúlnak. Egyes esetekben azonban a panasz olyan mértéket ölt, hogy csak műtéti megoldással orvosolható az állapot. A szerző saját tapasztalatai hagyatkozva, valamint és a rendelkezésre álló irodalom áttekintésével elemzi a jelenség okát és igyekszik stratégiát kínálni a negatív diszfotopsziás betegek kezelésére.

VIII.

LENCSÉSÉRÜLÉSEK

Kálmán Zsuzsanna, Czeti István, Vogt Gábor

Magyar Honvédség Honvédkórház SE - ÁOK Oktató Kórháza, Budapest

A kurzus témája a lencsesérülések ellátása. A Birmingham Eye Trauma Terminology beosztása alapján rendszerezve mutatjuk be az osztályunkra érkezett lencse vagy műlencse sérüléssel járó tompa, valamint nyílt szemsérültek ellátását. Elemezzük a sérülések körülményeit, bemutatjuk a pre- és a posztoperatív státuszt, valamint a választott műtéti megoldásokat.

1.

FEMTOLÉZERREL VÉGZETT SZÜRKEHÁLYOGMŰTÉT LENTICONUS ANTERIOR OPTIKAI REHABILITÁCIÓJÁRA – ESETTANULMÁNY

*Ecsedy Mónika, Kránitz Kinga, Sándor Gábor László, Takács Ágnes, Wagner László, Nagy Zoltán Zsolt
Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest*

31 éves Alport szindrómás férfi beteg kétoldali anterior lenticonus miatt került Klinikánkra. Szemüveget korábban soha nem viselt, és legjobb korrigált látásélessége 0,1 illetve 0,02 volt. A beteg jobb szemén femtolézer asszisztált refraktív célú phacoemulsifikációs műtétet végeztünk, melynek során a beépített OCT segítségével a capsulorhexist a lenticonus területét magába foglalóan centráltuk, majd a lencsét femtolézer segítségével elfolyósítottuk. A lencse magot irrigáció/aspiráció segítségével leszívtuk, majd hátsócsarnoki műlencsét ültettünk be. A műtét után a jobb szem legjobb korrigált látásélessége 0,9-re javult. Az elülső szegment morfológiai változásait Scheimpflug-kamera és elülső szegment OCT segítségével rögzítettük. A posztoperatív 3. hónapra a műlencse pozíciója megfelelt az aszférikus műlencsékkel szemben felállított lencsepozíciós kritériumoknak (tilt <10 fok, decentráció <800 μ m): a vertikális decentráció 50 μ m, a horizontális decentráció 130 μ m, míg a teljes decentráció 139 μ m volt. A műlencse dőlése (tilt) a vertikális tengely mentén mérve 4,24 foknak, míg a horizontális tengely mentén mérve 5,39 foknak adódott.

Következtetés: a femtolézer segítségével végzett phacoemulsificatio új, ígéretes lehetőség anterior lenticonus optikai rehabilitációjára.

2.

MŰLENCSETERVEZÉS HYPERMETROP REFRAKTÍV SZARUHÁRTYA KEZELÉSEK UTÁN - ESETBEMUTATÁS

*Juhász Éva, Filkorn Tamás, Kránitz Kinga, Sándor Gábor László, Gyenes Andrea, Nagy Zoltán Zsolt
Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest*

Tanulmányunk célja rávilágítani a fotorefraktív keratectomiákat követő, más metódusokat igénylő pontos műlencsetervezés fontosságára. Két páciensünknek 10 évvel hypermetrop fotorefraktív keratectomiájukat (PRK) követően szürkehályog miatt megromlott látásuk, így phacoemulsificatió estek át. Kórtörténet az előzetes lézerkezelésről egyik beteg esetében sem állt rendelkezésünkre.

A tengelyhossz és az elülső csarnok mélységének meghatározásához Lenstar (LS 900, Haag-Streit, Heidelberg, Németország) készüléket használtunk. A keratometriás értékeket Scheimpflug-kamerával (Pentacam HR, Oculus, Wetzlar, Németország) mértük be, és a szaruhártya 3 mm átmérőjű területének adataiból Holladay-EKR képlet segítségével számítottuk ki. A beültetendő műlencse megfelelő dioptriáját Haigis, negyedik generációs képlettel kalkuláltuk. A műtéteket követő hullámfront aberrációk mérését Shack-Hartmann szenzorral (WASCA, Carl Zeiss Meditec AG, Jena, Németország) végeztük.

Az első páciens egy 66 éves férfi, aki 2000-ben esett át hypermetrop PRK kezelésen és 2011-ben kezdődtek panaszai bal szemén: korrigálatlan látóélessége 20/200 volt. 2011 novemberében szürkehályog-műtéten esett át +23.0D Bausch&Lomb LI61AO aszférikus hátsó csarnok lencse beültetésével. A műtétet követő második hónapban korrigálatlan látóélessége 20/20 volt.

A második páciens egy 55 éves férfi, aki 2002-ben esett át hypermetrop PRK kezelésen és problémái ugyancsak 2011-ben kezdődtek: korrigálatlan látóélessége 5/150 volt jobb, míg 20/40 bal szemén. Szürkehályog műtét bal szemén +27.0D SN60 WaveFront Optimized Acrysof IQ hátsó csarnok lencse beültetésével 2011 áprilisában, míg jobb szemén +26.0D Acrysof SA60AT hátsó csarnok lencse implantálásával 2011 novemberében történt. A műtéteket követő második hónapban korrigálatlan látóélessége mindkét szemén 20/20 volt. A teljes szem aberrációinak és a magasabb rendű aberrációk értéke a jobb szem esetében 0.99 és 0.63, míg a bal szemnél 0.77 és 0.43 volt 4.5 mm-es pupillaátmérő mellett.

Az indukált corneális astigmia a Scheimpflug-kamera alapján 0.5 dioptrián belül volt mindkét esetben.

Összefoglalásként tehát elmondhatjuk, hogy a szaruhártya 3 mm átmérőjű területének adataiból Holladay-EKR képlet segítségével kalkulált keratometriás értékek használata a beültetendő műlencse megtervezésében kiváló eredménnyel használható hypermetrop PKR kezelésen átesett páciensek esetében, amikor nem áll rendelkezésre adat a lézerkezelésről.

3.

KORAI PERIFÉRIÁS CORNEÁLIS ENDOTÉLSEJT VESZTÉS ÖSSZEHASONLÍTÁSA FEMTOLÉZER ASSZISZTÁLT ÉS HAGYOMÁNYOS FAKOEMULZIFIKÁCIÓ UTÁN

Sándor Gábor László, Takács Ágnes Ildikó, Vitalij Klishko, Juhász Éva, Kránitz Kinga, Nagy Zoltán Zsolt
Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinika, Budapest

Célkitűzés:

Non-kontakt spekulár mikroszkóppal vizsgáltuk a korai endotélsejt veszteséget a szaruhártya perifériáján femtolézer asszisztált és hagyományos fakoemulzifikáció után.

Betegek és módszer:

Mindkét betegcsoportban 15 beteg 15 szemén végeztünk femtolézer asszisztált szürkehályog műtétet (femtolézer csoport) és hagyományos fakoemulzifikációt (phaco csoport). A preoperatív biometriát non-kontakt biométerrel végeztük. A magdenzitás mértékét Scheimpflug-kamerával vizsgáltuk. A corneális endotélsejt denzitás mérését non-kontakt spekulár mikroszkóppal végeztük a műtét előtt és a műtét után 1 hónappal. A méréseket a szaruhártya perifériájának 4 identikus pontján végeztük, ezen adatokból számoltuk az átlagos perifériás sejtdenzitást. Statisztikai vizsgálataink során Mann-Whitney U és Wilcoxon tesztek alkalmaztunk.

Eredmények:

Nem találtunk szignifikáns különbséget a két betegcsoport között a preoperatív sejtdenzitás tekintetében (femtolézer csoport: $2898 \pm 168 / \text{mm}^2$, phaco csoport: $2799 \pm 219 / \text{mm}^2$, $p=0,1776$). A műtét után 1 hónappal kissé alacsonyabb sejtdenzitást találtunk a phaco csoportban ($2696 \pm 233 / \text{mm}^2$), mint a femtolézer csoportban ($2833 \pm 140 / \text{mm}^2$), de a különbség statisztikailag nem volt szignifikáns ($p=0,0887$). A perifériás endotélsejt veszteség mértéke szignifikáns volt mind a phaco csoportban (4%, $p=0,004$), mind a femtolézer csoportban (2%, $p=0,005$).

Következtetés:

Jelen vizsgálatunk eredményei azt mutatják, hogy a femtolézer asszisztált szürkehályog sebészet nem különbözik a hagyományos fakoemulzifikációtól a korai perifériás endotélsejt veszteség tekintetében.

4.

**IPARI LÚGSÉRÜLÉS KÖVETKEZTÉBEN KIALAKULT RECIDIVÁLÓ ERÓZIÓ KÉT ESETÉNEK KEZELÉSE
FOTOTERÁPIÁS KERATECTOMIÁVAL**

Tóth Gábor, Kránitz Kinga, Gyenes Andrea, Nagy Zoltán Zsolt
Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinika, Budapest

A szerzők két olyan esetről számolnak be, amikor ipari lúgsérülést követően kialakuló recidiváló erózió szindrómát excimer laser-rel végzett fototerápiás keratectomiával (PTK) kezelték. Mindkét esetben a szaruhártya a kezelést követő 1. hétre behámosodott, a sérültek újból munkaképesek lettek. 1,5 hónappal a műtétet követően a betegek panaszmentesek voltak. Saját esetükkel a szerzők a lehetséges szövődményekre, a gondos mérlegelésre és az adekvát kezelés fontosságára szeretnék felhívni a figyelmet.

5.

SZÜKSÉG VAN-E NAPJAINKBAN ECCE MŰTÉTRE?

Tóth Éva, Sebestyén Margit

Szent Pantaleon Kórház, Szemészeti Osztály, Dunaújváros

Célkitűzés:

Megvizsgáltuk az ECCE műtétek gyakoriságát az elmúlt tíz évben, előfordulásának lehetséges okait.

Módszer:

Retrospektív módon elemeztük a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház Szemészeti Osztályán 2002. január 1. - 2012. december 31. között végzett szürkehályog műtéteket. 10022 darab kataracta műtétből 39 esetben került sor manuális extracapsularis eltávolításra.

Elemeztük az évenkénti gyakoriságot, a pra- (előjegyzéskor és a műtét előtti napon is) és postoperatív legjobb szemüveggel korrigált visus értéket, férfi és nő arányát, életkort, a várólista idejének hosszát, valamint azt, hogy ezen műtétek közül előjegyzéskor hány esetben terveztünk phacoemulsificatiót.

Eredmény:

AZ ECCE MŰTÉTEK SZÁMA AZ ÉVEKEL EZELŐTTI SZINTHEZ KÉPEST AZ UTÓBBI KÉT ÉVBEN ISMÉT NÖVEKEDÉST MUTATOTT, MELYNEK ELSŐDLEGES OKAKÉNT A TELJESÍTMÉNY VOLUMEN KORLÁT KISZÁMÍTHATATLAN VOLTA MIATTI MEGNÖVEKEDETT MŰTÉTI VÁROKOZÁSI IDŐ TEHETŐ FELELŐSSÉ.

Következtetés:

Ezt a régebbi műtéti technikát nem hagyhatjuk feledésbe merülni, bizonyos speciális esetekben szükség lehet rá.

6.

TRAUMÁS CATARACTA MEGOLDÁSA FEMTOLÉZER ASSZISZTÁLT SZÜRKEHÁLYOGMŰTÉTEL (ESETISMERTETÉS)

Szepessy Zsuzsanna, Filkorn Tamás, Takács Ágnes, Sándor Gábor László, Tóth Gábor, Nagy Zoltán Zsolt

Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest

Célkitűzés:

Egy traumás cataracta műtéti megoldásának bemutatása femtolézer asszisztált szürkehályogműtéttel.

Beteg és módszer:

38 éves kárpitosként dolgozó férfi betegünk jobb szem perforáló szemsérülése miatt került intézetünkbe. Felvétele előtt pár órával kárpitoskapocs csapódott szemébe. Felvételekor visusa 0.4 volt. Hypoton bulbust, a corneán paracentrálisan perforációs nyílást láttunk, melyet az iris tamponált. Lencséje tiszta volt, bár az elülső lencsetokon egy ráncot figyeltünk meg. Orbita CT vizsgálat intraoculáris idegentestet nem detektált. Sürgősségi műtéttel a corneán lévő perforációs sebet két varrattal egyesítettük. A posztoperatív időszakban a beteg visusa megromlott (V: 2mou), amit a lencse elszürkülése magyarázott. Ekkor femtolézerrel asszisztált (Alcon-LenSx Lasers Inc, Aliso Viejo, CA) szürkehályogműtétet végeztünk.

Eredmények:

Femtolézerrel készítettük el a corneális sebeket (segédnyílást, tunnel sebet), a 4.5 mm capsulorhexist (kikerülve a lencsetokon lévő ráncot), és a lencse fragmentálását is. Hátsó csarnoki műlencsét implantáltunk a tokzsákba. A beteg visusa a műtét után 0.7-re javult.

Következtetés:

A femtolézerrel végzett phacoemulsifikáció biztonsággal alkalmazható traumás esetekben is, hiszen kisebb fokú az endothelsejtek volumenterhelése, illetve a femtolézeres capsulotomiával a rhexis helyzete pontosan beállítható, kimérhető, figyelembevétel az esetleges elülső toksérüléseket is.

7.

PHAKIÁS LENCSE (PIOL) IMPLANTÁCIÓN ÁTESETT BETEG SZEMÉN SUBCAPSULARIS CATARACTA MIATT A PIOL ELTÁVOLÍTÁSÁVAL KOMBINÁLT SZÜRKEHÁLYOG ELLENES MŰTÉT BEMUTATÁSA

Gyenes Andrea, Kránitz Kinga, Sándor Gábor László, Nagy Zoltán Zsolt

Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika, Budapest

Célkitűzés:

Korábban Fyodorov 094M-1 IOL típusú phakiás lencse (pIOL) implantáción átesett szemén subcapsularis cataracta miatt a pIOL eltávolításával kombinált szürkehályog ellenes műtét bemutatása.

Beteg és módszerek:

A 45 éves, nagyfokú rövidlátó nőbeteg anamnézisében mindkét oldali sclera megtámasztás műtét, jobb oldali LASIK kezelés és bal oldali Fyodorov 094M-1 IOL típusú phakiás lencsebeültetés szerepel, melyet 1998-ban Oroszországban hajtottak végre. A beteg klinikánkat bal szemén kialakult látásromlás miatt kereste fel, melynek hátterében subcapsularis cataractát mutattunk ki. Ennek megfelelően a pIOL eltávolítása és szürkehályog ellenes műtét elvégzése mellett döntöttünk. A műtét során tágított pupilla mellett a sulcus ciliarisból a pIOL-t az elülső csarnokba előrehoztuk, ollóval félbevágtuk, a darabokat a tunnelseben keresztül kiemeltük. A továbbiakban capsulorhexist követően phacoemulsificatio technikával lencseextrakciót végeztünk, a tokzsákba +4,0 D-s Acrysof MA60AC típusú műlencsét implantáltunk.

Eredmények:

A beteg legjobb korrigált látóélessége a bal szemén 1 héttel a műtét után 0,7 volt. A beteg szemnyomása antiglaucomás cseppek nélkül kompenzált.

Következtetések:

Korábban refraktív célból a myopia korrekciójára alkalmazott, a sulcus ciliarisba ültetett phakiás műlencse gyakori szövődménye az elülső subcapsularis cataracta, mely a pIOL eltávolítását ill. szürkehályog ellenes műtét elvégzését teszi szükségessé.

8.

SZÜRKEHÁLYOG MŰTÉT KAPCSÁN FELLÉPŐ DESCOMET MEMBRÁN LEVÁLÁS VIZSGÁLATA ÉS KÖVETÉSE OCT KÉSZÜLÉKKEL

Ba Katalin, Sebestyén Margit, Szakáts Ildikó, Drávai Éva
Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet, Dunaújváros

Célkitűzés:

Osztályunkon katarakta műtéten átesett betegeken elülső szegmentum OCT (Optovue Ivue spectral domain OCT) segítségével vizsgáltuk a műtét szövődményeként megjelenő Descemet membrán leválás gyakoriságát, kezelhetőségét, spontán gyógyulási hajlamát, illetve azt, hogy egyes elváltozások a műtét után mennyi idővel okozhatják a cornea dekompenzációját.

Betegek és módszer:

2012 májusától 2012 decemberéig osztályunkon megfordult betegek közül gyűjtöttünk olyan eseteket, akiknél réslámpás vizsgálat során Descemet membrán leválást tapasztaltunk, függetlenül attól, hogy volt ezzel kapcsolatos panaszuk vagy sem. Mindegyikükről réslámpa fotó és elülső szegment OCT vizsgálat készült. Emellett 40 esetben postoperatív kontroll vizsgálaton megjelent betegeken vizsgáltuk OCT készülék segítségével a műtéti seb területét.

Következtetés:

Descemet membrán leválása műtéti sebek szélén viszonylag gyakori jelenség, de egyik esetben sem okozott panaszt. A cornea egyéb területein előforduló Descemet leválás ritka szövődmények bizonyult. Egyes esetekben csak 10-20 évvel a katarakta műtét után dekompenzálódik a cornea, válik borússá és igényel DSAEK műtétet. Van olyan elváltozás, mely azonnali cornea oedemát okoz, de beavatkozás hatására vagy akár spontán is visszafekszik a Descemet membrán. Összegzésünkben összegyűjtöttük az eddigi publikációkban megjelent lehetséges technikai megoldásokat és azok eredményét is.

A CASE OF LATE ONSET OF ENDOPHTHALMITIS AFTER TRABECULECTOMY WITH MMC (VIDEO)

Gabor B. Scharioth

Aurelios Augenzentrum, Recklinghausen, Germany

University of Szeged, Hungary

Blebitis and endophthalmitis are rare but serious complication after filtering glaucoma surgery. We report on a case of severe endophthalmitis 14 years after trabeculectomy with mmc. Surgical technique and outcome are presented in this video.

Excision of infiltrated conjunctiva was performed, followed by anterior chamber lavage, pars plana vitrectomy and reconstructive manipulations. To cover the large scleral defect a posterior partial thickness scleral flap was created and flipped over the trabeculectomy hole covering the melted area. The scleral flap was fixed with multiple 10/0 nylon sutures and the knots were buried. Conjunctiva was mobilized and sutured with 8/0 vicryl. Because of postoperative conjunctival defect two weeks later a free flap conjunctival transplantation from inferior was performed. The eye was stabilized, cornea cleared, retinitis/papillitis resolved and intraocular pressure normalized (14mmHg). Vision improved from only light perception to 1/20.

STEEPED SURGERY FOR COMPLICATED CASES (VIDEO)

Gabor B. Scharioth

Aurelios Augenzentrum, Recklinghausen, Germany

University of Szeged, Hungary

In this video a case of a 34 years old male with hypermature subluxated cataract, vitreous prolaps into anterior chamber, vitreous hemorrhage and traumatic mydriasis will be presented. Surgical technique and outcome are presented in this video.

Initial surgery was 23G pars plana lensectomy and vitrectomy. During the vitrectomy a large peripheral retinal break and peripapillary choroidal hemorrhage was recognized and treated with endolaser and SF6 gas tamponade. IOL implantation was postponed. Postoperative BCVA was 0.8 (with pinhole 1.0), retinal situation was stable and a second surgery was performed a few weeks later. A multifocal IOL (Tecnis Multifocal three piece IOL, AMO, USA) was implanted with intrascleral haptic fixation. BUCVA improved to 0.63 but the patient suffered from photophobia due the traumatic mydriasis. During the third surgery a irisreconstruction was performed and BUCVA improved to 1.0 for distance and 0.8 for near.

CATARACTA POLARIS POSTERIOR NAGYFOKÚ SZARUHÁRTYA ASZTIGMIÁVAL (VIDEO)

Cseke István¹, Biró Zsolt²

¹Soproni Erzsébet Oktató Kórház, Sopron

²PTE Szemklinika, Pécs

Bevezetés:

A cataracta polaris posterior a lencse hátsó pólusának fejlődési rendellenessége, mely a szürkehályog műtétekor a hátsó tok sérülésének fokozott kockázatával jár.

A cataracta polaris posterior olyan kétoldali esetét mutatjuk be, mely egyúttal mindkét oldalon nagyfokú reguláris, direkt asztigmatizmussal is kombinálódott.

Esetünkben a prémium (tórikus) lencse használat miatt a szövődménymentes műtéti lefolyás még inkább fontos volt.

Módszer:

Filmünkben a lencse eltávolítás átgondolt, atraumatikus műtét-technikai megoldását mutatjuk be (elülső csarnok fenntartó rendszer) és az előkészítés fontosságát is hangsúlyozzuk.

Eredmény:

Esetünkben mindkét oldalon problémamentes phakoemulzifikáció történt, mely után tokfixációval történt műlencse beültetést végeztünk.

Összefoglaló:

Különleges esetekben az átgondolt előkészítés és alapos műtéti biztonsági-stratégia megnöveli a szövődménymentes megoldás esélyét.