

Budapesti hajléktalanok szemészeti vizsgálata a Látás Világnapján

12

A LÁTÁS VILÁGNAPJÁN, 2007. október 9-én példátlan összefogásra került sor Budapesten, a Szent János Kórházban, ahol a Szemészeti Osztály és a Magyar Máltai Szeretetszolgálat munkatársai e napon több mint hetven hajléktalan szemvizsgálatát végezték el. Az esemény nem véletlenül volt az aznapi híradások vezető anyaga, hiszen Magyarországon ez idáig senki sem vállalta fel a hajléktalanok szemészeti vizsgálatát, kezelését és szemüveggel való ingyenes ellátását (1.a, 1.b és 1.c ábra).

A „hajléktalan” kifejezés Magyarországon hivatalosan és a köznyelvben egyaránt fedél nélkül jelent, tehát a nemzetközi kodifikálás szerinti leg súlyosabb helyzetben lévő otthontalankat jelöli.¹ Budapest utcáin a legfrissebb számlálás² szerint nyolcezer hajléktalan ember él, de a nagy hideg elől különféle szállásokra és szükségmenhelyekre húzódottnakkal együtt számuk 25 ezerre, országosan mintegy 38 ezerre tehető.

Európa más nagyvárosainak statisztikai szintén nyomasztó adatokkal szolgálnak. A Budapestnél mintegy tízszer nagyobb lélekszámú Párizsban például kevesebb nyomorban tengődő hajléktalant láthatunk a köztereken, metróállomásokon, mégis minden évben közel száz ember halálát okozza kihűlés. Egy 2002-es országos felmérés szerint 86 ezer francia él az utcán.³ A kelet-európai uniós térség mutatói még drasztikusabbak: az itteni statisztikákban a gyermek és fiatalok hajléktalanok számának, az általuk elkövetett erőszakos bűncse-



Dr. Szalai László,

Szent János Kórház, Szemészeti Osztály és Rendelőintézet, Budapest

lekmények arányának, a drogfogyasztási mutatóknak a növekedése a legaggasztóbb.

A budapesti hajléktalanok jó része csak trauma, illetve alkohol- vagy drogabúzus következményeként jut be az egészségügyi ellátórendszerbe, speciális szakorvosi ellátásuk nagyrészt megoldatlan.⁴ Társadalombiztosítás és bejelentett lakhely hiányában alapbetegségeik ellátását 3 éve négy, a nap 24 órájában működtetett fővárosi krízisközpontban, illetve mobil mentőegységben civilszervezetek végzik.⁵

Vizsgálataink 2007-ben, a Látás Világnapján

A vizsgált betegcsoport

A Látás Világnapján, 2007. október 9-én 77 hajléktalan felnőttet vizsgáltunk meg. A vizsgált betegcsoportban 12 nő és 65 férfi volt (16%, ill. 84%), az átlagéletkor 55,4 életévnek (18–91 életév) adódott.

Magas vérnyomásról tizenketten, diabetes mellitusról hatan, szívbetegségről (tachycardia, status post AMI) öten számoltak be. Egyiküket korábban aktív tüdő-tuberculosis miatt kezelték. Egy betegnek súlyos asthmája, két betegnek tüdőtumora volt. Tizenhatan lábszárfejkély miatt folyamatos ellátásban részesültek. A betegcsoport általános egészségügyi állapota hasonló képet mutatott egy korábbi nagy esetszámú felmérés eredményéhez.⁵

Bár szenvedélybetegségét a vizsgálati alanyok többsége tagadta, 90,9%-uk rendszeres alkoholfogyasztó és erős dohányos volt.

A szemészeti vizsgálat eredményei

A részletes anamnézis felvételét követően a betegek szemészeti vizsgálatát három szakorvos végezte. Szemészeti vizsgálati protokollunk a szem fénytörési hibájának automata refraktométeres meghatározásából, pneumotonométeres szemnyomásmérésből, visus-felvételből (közeli és távoli), szemüvegrendelésből, a szemhéjak vizsgálatából, a könnytermelés méréseiből, a könnyfilm minőségének meghatározásából, a szemfelszín károsó-

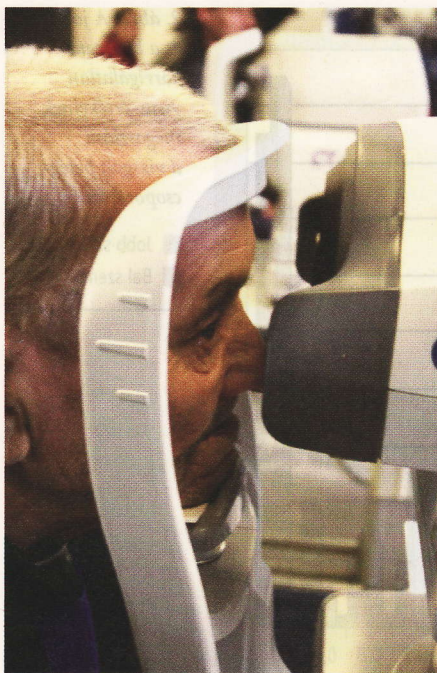
dásának megítéléséből (LIPCOF-teszt, Schirmer-I. teszt, BUT, a conjunctiva és a cornea fluoresceines festődése, kvantitatív értékelés a módosított von Bijsterveld-pontozás szerint), a szem törőközegeinek réslámpás vizsgálatából és fundus-vizsgálatból állt. A betegek szemvizsgálata során fotódokumentációt készítettünk.

A csoportból 5 betegnek volt korábban szembetegsége: három fő cataracta-műtéten, egy-egy beteg keratopathia miatti blepharorrhaphián, illetve ronc-soló sérülés kapcsán enucleation esett át.

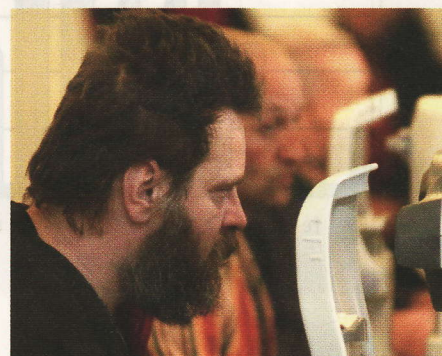
A látásvizsgálat során kétszemes teljes visust (1,0) 19 esetben találtunk. A betegek háromnegyedének (58 beteg) távoli látása korrekcióra szo-

A budai térség (budai kerületek, külterületi erdők) hajléktalanjainak egészségügyi ellátását a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Mozgó Orvosi Rendelője végzi immár 15. éve.

rult. A korrekció nélküli visus megoszlását a 2. ábra mutatja. A betegek látásának korrigálása reménykeltő eredményeket hozott: 55 beteg (71,42%) látását lehetett 1,0-es visus-értékűvé javítani. Húsz beteg (27 szem) látásélességét nem lehetett korrigálni (közülük csupán négy betegnek volt ismert amblyopiája, az esetek többségében az előrehaladott lencsehomályok és a macula-degeneráció miatt volt korrigálhatatlan a látásélesség) (3. ábra). Hypermetropiát 65 szem,



1. ábra. Betegeink vizsgálat közben



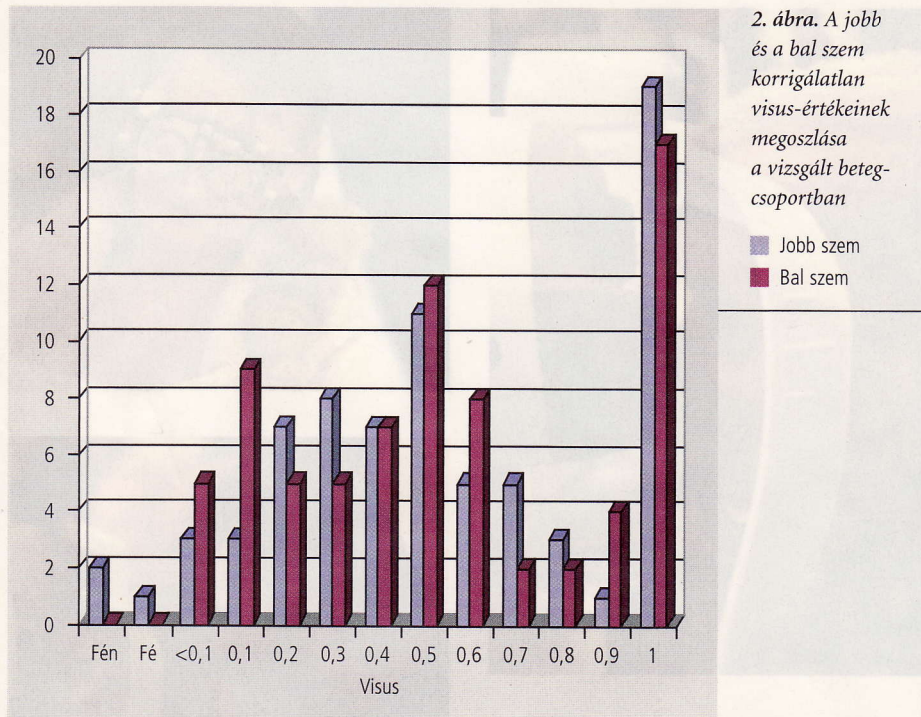
astigmatiával párosultan 11 szemben találtunk (42,20%, illetve 7,14%). A myopiások száma kevesebb volt: 15 szem bizonyult rövidlátónak (9,74%). A töréshibák jellege és mértéke szerinti megoszlást a betegcsoporton belül a 4. ábra szemlélteti. Összesen 46 presbyop betegnek (59,74%) rendeltünk olvasószemüveget.

A szemnyomásmérést pneumotonóméterrel végeztük. Nyolc beteg 12 szemén mértünk 21 Hgmm feletti szemnyomást, egy szemben excesszív értéket: 48 Hgmm-t. Öt beteg esetében a mérés kivitelezhetetlen volt gyulladás, illetve blepharorrhaphia miatt.

A védőszervek makroszkópos vizsgálata során 16 beteg szemhéján találtunk

xanthelesmát, verrucát és hordeolumot. Két beteg heveny bakteriális kötőhártyagyulladás miatt jelentkezett vizsgálatra. A könnytermelés mérését Schirmer-I. tesztrel végeztük: 14 beteg könnytermelése súlyos anomáliákat mutatott (2 mm alatti értékekkel). A könnyfilm minőségének romlását (csökkent BUT) 28 beteg 34 szemén állapítottuk meg. A kötőhártya és szaruhártya fluoresceines festődése 19 szemben mutatkozott pozitívnak: a módosított von Bijsterveld-pontozás alapján hat szem 4-es, öt szem 5-ös, nyolc szem 7-es pontértékűnek adódott.

A nagyszámú száraz szemű beteg lát-tán a kötőhártya szemhéjszéli redő-zöttségét (LIPCOF) is vizsgáltuk: 104



szemen nulla, 20 szemén egyes, 28 szemén kettes grádusú kötőhártya-redőzöttséget írtunk le. Két betegnél az A-avitaminózis igen ritkán látható jeleivel, Bitőt-foltokkal találkoztunk (5. ábra).

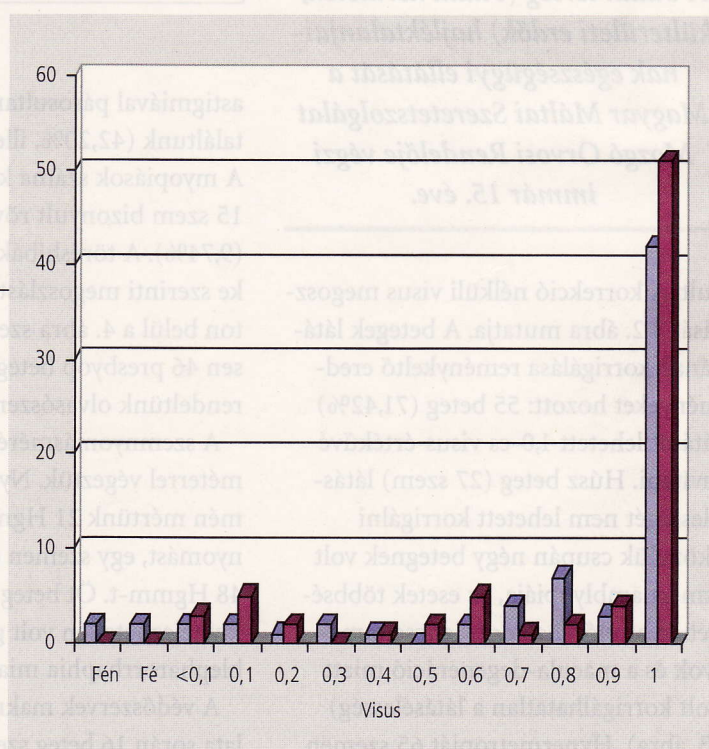
Egy beteg egyik szemén a cornea centrumáig terjedő pterygiumot, másik szemén bakteriális keratitist állapítottunk meg.

Három betegnél sekély elülső csarnokot találtunk, egyiküknél magas szemnyomással párosult.

A szemlencsék átvilágítása során tizenkét betegnél kétoldali szemcsés és széli vesszős kérgi homályokat (incipiens cataracta) figyeltünk meg, kilenc betegnek (tizennégy szemén) progre-diens szürke hályogja, két betegnek túlérett hályogja volt.

3. ábra. A jobb és a bal szem korrigált visus-értékeinek megoszlása a betegcsoportban

Jobb szem
Bal szem



Üvegtesti úszkáló homályokat hat beteg tíz szemén láttunk, közülük egy betegnek volt hátsó uveitise.

A fundus-vizsgálatokat mydriasisban végeztük. Nyolc esetben 1-es, 17 esetben 2-es stádiumú fundus hypertonicust írtunk le. Kétoldali exkavált papillája két, dekolorált papillája egy betegnek volt. A sárgafolt pigmentzilátságát hét beteg 12 szemén, Drusenekkel tarkított degenerációt két beteg két szemén láttunk. Három beteg fundusát a lencse nagyfokú homályai miatt nem tudtuk megítélni.

Terápiás beavatkozásaink

A hajléktalanok ellátását kórházunk szemészeti szakrendelőjében, illetve osztályán végeztük.

A szemhéjbőrön talált xanthelesmákat és verrucákat ambulanter eltávolítottuk. Két betegünk bakteriális kötőhártya-gyulladását tobramycin-tartalmú szemcseppel kezeltük.

A súlyos siccás betegeknek műkönyvet adtunk. Keratitiszes betegünket osztályunkon egy héten át kezeltük, majd tünet- és panaszmentesen bocsátottuk el.

Betegeink látásának korrigálása reménykeltő eredményeket adott: 55 beteg (71,42%) látását lehetővé tett 1,0-es visus-értékűvé javítani.

tottuk el. A tél folyamán hárman tértek vissza szűrkehályogműtétre, a többiek eddig nem jelentkeztek.

A hátsó uveitiszes beteg *per os* szteroid terápiában (Medrol tbl.) részesült.

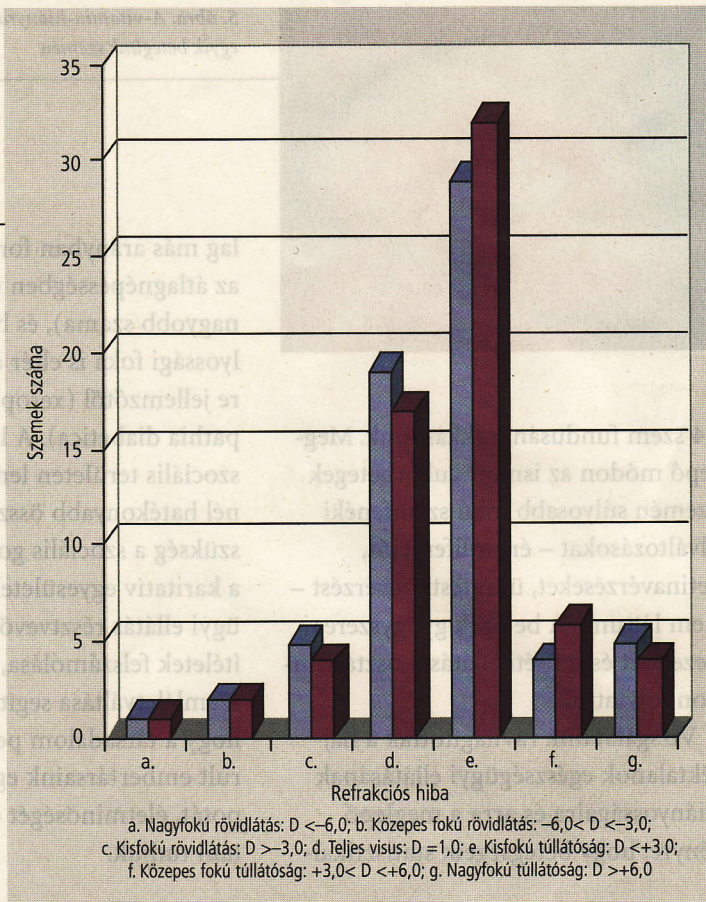
Hat magas szemnyomású betegnél az automata látótérvizsgálat elvégzése után konzervatív kezelésbe fogtunk (karboanhidráz-bénítót és béta-blokkolót tartalmazó antiglaucomás szemcseppel). Egy beteget kongesztív glaucoma miatt YAG-iridotomiával kezeltünk. A legsúlyosabb állapotú, excesszív szemnyomásértékű szekunder glaucomás beteg duzzadó lencséjét erőyes vízhajtó terápia után, sürgősséggel extracapsularisan vontuk ki, és hátsó csarnoki műlencsét ültettünk be.

Tárgyalás és következtetés

A Látás Világnapján, 2007. október 9-én 77 hajléktalan szemészeti vizsgálatát végeztük el kórházunk szemészetén.

4. ábra. A refrakciós hibák megoszlása a betegcsoportban

■ Jobb szem
■ Bal szem



A betegcsoportban hétszer annyi volt a távollátó, mint a közellátó, a betegek többségének olvasószemüveget rendeltünk. A szem fénytörési problémáin túl súlyos szemészeti kórképekkel is találkoztunk: nyolc betegnél

Orvosszakmai szemléletváltás, az előítéletek felszámolása is kell ahhoz, hogy a társadalom perifériájára szorultak egészségügyi állapotát, életminőségét érdemben javítani tudjuk.

magas szemnyomást találtunk a zöld hályog szemfenéki jeleivel, míg 16 esetben operálandó időskori szürke hálygot diagnosztizáltunk.

Mostoha körülmények között élő betegeink többségén szemfelszíni degeneratív jelenségeket, a könnyfilm minőségének megváltozásából adódó irritatív és gyulladásos betegségeket (száraz szembetegség) észleltünk. A szemfenékvizsgálat az esetek harmadában magas vérnyomást jelzett, bár hypertóniájáról csak az összes megkérdezett beteg hatoda tudott. Száraz típusú macula-degenerációra



5. ábra. A-vitamin-hiányra utaló Bitót-foltok egyik betegünk szemén

14 szem fundusán bukkantunk. Meglepő módon az ismert cukorbetegség szemén súlyosabb fokú szemfenéki elváltozásokat – érproliferációt, retinavérzéseket, üvegtesti bevérvést – nem láttunk. A betegek gyógyszeres kezelését és műtéti ellátását osztályunkon folytattuk.

Vizsgálataink rávilágítottak a hajléktalanok egészségügyi ellátásának hiányosságaira és arra a meglepő tényre, hogy betegségeik statisztikai-

lag más arányban fordulnak elő, mint az átlagnépességben (hypermetropok nagyobb száma), és betegségeik súlyossági foka is eltér az átlagnépességre jellemzőtől (xerophthalmia, retinopathia diabetica). A legtöbb teendő szociális területen lenne. A jelenlegi-nél hatékonyabb összefogásra van szükség a szociális gondozói hálózat, a karitatív egyesületek és az egészségügyi ellátás résztvevői között. Az előítéletek felszámolása, az orvosszakma szemléletváltása segíthet csak abban, hogy a társadalom perifériájára szorult embertársaink egészségügyi állapotát, életminőségét érdemben javítani tudjuk.

Köszönetnyilvánítás. Köszönet munkájukért a Szent János Kórház Szemészeti Osztálya és Rendelőintézete munkatársainak; a Magyar Máltai Szeretetszolgálatnak, amely a hajléktalanok számára rendelt szemüvegek költségeit fedezte, a Szent János Optika munkatársainak, akik a szemüvegeket anyagáron elkészítették. Külön köszönet a Medicontur Kft.-nek és a Neovisus Plus Kft.-nek, amelyek erre a napra vizsgálóeszközeiket rendelkezésünkre bocsátották.

Irodalom:

1. Vecsei M. A hajléktalanok helyzete. Analyses, Budapest, 2007
2. Menhely Alapítvány. „Február 3.” Hajléktalan-számlálási program – 2008. február 3. <http://index.hu/politika/belfold/budapest/leghaj0215/>
3. The 7th Abbé Pierre Foundation report of 2002. Sans Domicile Fix Paris, Párizs, 2002
4. Szalai L. Kép a hajléktalanok egészségügyi állapotáról. LAM 2005;15(1):70–72
5. Szalai L. A szeretett irányít engem. LAM 2005;15(1):67–69