

Použití silikon-hydrogelových čoček s prodlouženým režimem nošení u dětského pacienta

MUDr. A. Zobanová

Soukromá oční ordinace Praha, Krškova 807, 152 00 Praha 5 – Barrandov

Od roku 1995 vyšetřuje naše pracoviště děti, které jsou jinde považovány za nevyšetřitelné. Formou hry lze změřit a předepsat brýle i těm, které ti ostatní předem zrakově odepsali.



Je zřejmé, že nejkritičtějším obdobím pro vývoj vidění je první rok života dítěte, zejména jeho první polovina. Čas, který ztratíme v 1. roce života dítěte pozdním nebo nedokonalým stanovením diagnózy a nefunkčním léčebným plánem, je pro vývoj vidění kritický a nenahraditelný! Nelze se spokojit s odpovědí o nevyšetřitelnosti dítěte pro věk či neschopnost komunikace. Je nutné vědět, že i malých, nespolupracujících dětí či dětí s vícečetným postižením, lze stanovit velikost refrakční vady a úroveň zrakové ostrosti prakticky od 1. měsíce věku bez slovní spolupráce pacienta. Pro včasné zahájení léčby např. tupozrakosti či šilhání jsou tato vyšetření naprosto nezbytná. Konzervativní léčba jako příprava před případným chirurgickým řešením nebo na docvičení po něm je nezastupitelná, a to i u dětí slabozrakých či dětí s viděním na hranici praktické slepoty. Děti s vícečetným, nejen zrakovým postižením, se obecně označují MDVI (Multi Disabled Visually Impaired Children). Ve srovnání s neurologicky normálními vrstevníky lze u těchto dětí často prokázat významné snížení nebo zpoždění akomodační odpovědi. U některých z nich akomodace chybí úplně. Dítě **s neschopností akomodovat nemůže navázat kontakt pohledu z očí do očí, nefixuje** obličej matky, mívá pohledem i nabízené hračky. Často pak působí dojem autistického nebo centrálně nevidomého dítěte. Nedostatečnou nebo chybějící akomodaci nahrazujeme předpisem adice (od +2,5 až do +3,0 D) k plné korekci refrakce, změřené v cykloplegii, tj. formou bifokálních brýlí nebo kontaktních čoček anebo hyperkorekcí, tj. pouze předpisem brýlí s hodnotou D na blízko.

Jedině správným diagnostikováním odchylek od fyziologického vývoje refrakce je možné zajistit adekvátní léčbu, která má naději na úspěch pouze tehdy, je-li zahájena v příslušné vývojové fázi.

K určení zrakové ostrosti v preverbálním věku, pro kontrolu úspěšnosti naší léčby, jsme používali testy metody Preferential looking - PFL např. Teller Acuity Cards – TAC nebo Cardiff test - CAT.

Korekci refrakčních vad jsme indikovali u diagnóz, z nichž za absolutní k nasazení korekce jsou považovány: Westův syndrom a jiné formy Epilepsie, Downův syndrom, Parciální atrofie optických nervů, Nedonošenost i bez strabismu a Strabismus. Relativní indikace k nasazení korekce jsou: Mikrophtalmus, Kolobomy duhovky, čočky, sítnice i zrakového nervu, Buphtalmus, Megalocornea, po Uveitických zánětlivých procesech, po Krvácení do sklivce, po nitroočních výkonech. Vždy jsme korigovali plně astigmatismus, pokud přesahoval kritickou hranici.

Výhody a zisk z nošení včasné brýlové korekce u malých dětí jsou především funkční, tj. zraková motivace dítěte k aktivitám a tím urychlení nejen motorického vývoje dítěte, prevence vzniku amblyopie v adici na základní onemocnění, prevence a léčba poruch rozvoje binokulárních funkcí. K technickým výhodám brýlové korekce patří snadná dostupnost brýlí jak plošná, tak i finanční, a jednoduchá obsluha brýlí pro všechny dospělé osoby, které o dítě pečují.



Důvody, které nás vedly k použití silikon-hydrogelových kontaktních čoček s prodloženým režimem nošení u dětí a nejčastěji MDVI, byly netolerance brýlí jako takových, nutnost rehabilitačního cvičení několikrát za den, spastické stáčení očí nebo nystagmus a tedy nemožnost využít centrální část skel pro vidění, anizometropie a nízký věk dítěte, pro který vznikají obtíže s vhodnými obrubami.

Silikon-hydrogelové kontaktní čočky jsme aplikovali dle následujícího postupu: První nasazení KČ dítěti, ½ až 1 hodinová doba před posouzením vhodnosti a snášenlivosti KČ, zácvik rodičů v aplikaci KČ u svého dítěte a odborná pečlivá instruktáž, jak pečovat o KČ, další kontrola bývá druhý den u nás po první noci v KČ. Vždy píšeme podrobnou zprávu pro spádového oftalmologa s žádostí o pomoc při potížích.

Prevence vzniku komplikací u KČ s prodloženým režimem nošení spočívají v přesném dodržování zásad pro prodložený režim nošení KČ u dětského pacienta: KČ je nutné vyjmout 1x týdně a použít peroxidového roztoku k noční desinfekci, zásadně neplavat v KČ, nenasazovat KČ při infekčních či horečnatých onemocněních nebo hnisavých procesech na kůži, doba užití KČ přesně 1 měsíc a bakteriologické odběry před každým zahájením ATB léčby zánětů oka k cílené lokální terapii.

Funkční výhody a zisk z aplikace KČ s prodloženým režimem nošení jsou nezastupitelné. Jsou to trvalá sensorická stimulace sítnice, lepší možnosti rozvoje binokulárních funkcí, prevence vzniku amblyopie v adici na základní onemocnění. K technickým patří především to, že dítě obtěžujeme aplikací jen 1x týdně, snadnější obsluha tohoto typu KČ pro rodiče a ostatní dospělé osoby, které o dítě pečují (týdenní stacionáře, školky, nekompletní rodiny).

Závěrem lze konstatovat, že zatímco reflexe na nošení korekce u dětí s MDVI byla ze strany odborné lékařské veřejnosti (neurolog, pediatr, fyzioterapeut, logoped, zrakový terapeut) a ze strany laické veřejnosti, tj. rodičů velmi pozitivní, poněkud rozporuplná je bohužel stále ze strany oftalmologů. Přitom pravidla péče o děti s refrakčními vadami jsou stejná u zdravých dětí jako u dětí s MDVI: Respektování kritického období vývoje vidění, včasná korekce refrakční vady a vždy plná korekce astigmatismu, adice do blízka u poruch akomodace, význam pravidelných kontrol zrakové ostrosti a refrakce (1-2 x ročně vždy u očního lékaře pro nutnost cykloplegie), okluzní léčba dle doporučení očního lékaře a trpělivá a kvalitní spolupráce všech zúčastněných stran.