

cji na zależność akomodacja–konwergencja. Dawniej uważano, że niepełne wyrównanie wady minusowej ma wpływ na zwolnienie postępu krótkowzroczności, niestety najnowsze badania wykazały, iż nie ma takiej zależności. Dobrym rozwiązaniem jest stosowanie minusowych soczewek kontaktowych, których optyka nie powoduje zjawiska pomniejszania daleko położonych obiektów, tak jak dzieje się to w przypadku minusowych szkieł okularowych.

Niezborność (astygmatyzm) wyrównujemy prawie całkowicie. Ważne jest odpowiednie wyrównanie astygmatyzmu u dzieci, gdyż później w wieku dorosłym trudno przyzwyczać się do noszenia szkieł cylindrycznych. Uwzględnienie korekcji cylindrycznej w miopii często pozwala na zastosowanie odpowiednio mniejszej korekcji sferycznej, w celu zapewnienia dobrej ostrości wzroku.

Różnowzroczność (*anisometropia*) występuje w zezie często. Szklą okularową możemy stosować, jeżeli różnica w wadzie wzroku między jednym a drugim okiem nie jest większa niż 3 Dsph oraz 1–1,5 Dcyl. Powyżej tych wartości konieczne jest noszenie soczewek kontaktowych, aby zapobiec anizeikonii (różnica wielkości tego samego przedmiotu widzianego jednym i drugim okiem) i umożliwić rozwój widzenia obuocznego.

X.1.B. SOCZEWKI KONTAKTOWE

Stosowanie soczewek kontaktowych w celu wyrównywania wad wzroku u dzieci jest jak najbardziej wskazane. Czasami już od najmłodszego wieku, nawet kilku tygodni życia dziecka, zastosowanie soczewek jest konieczne (ryc. X-2).

Wskazania

- stany po operacji zaćmy wrodzonej jednoocnej i obuocznej;



Ryc. X-2. Twarda gazoprzepuszczalna soczewka kontaktowa u 5-tygodniowego dziecka z pooperacyjną bezsoczewkowością (afakia) prawego oka

- różnowzroczność, czyli *anisometropia* – powyżej 3 Dsph lub 1,5 Dcyl;
- duża wada refrakcji zarówno plusowa (powyżej +10 Dsph), jak i minusowa (powyżej –9 Dsph);
- leczenie ambliopii przez osłabienie oka dobrze widzącego soczewką o mocy od +10 Dsph do +20 Dsph;
- leczenie ambliopii przez stosowanie soczewek obturacyjnych kolorowych z czarną źrenicą w centrum, uniemożliwiających odbiór bodźców wzrokowych przez zdrowe oko;
- korekcja krótkowzroczności za pomocą twardych wysoko gazoprzepuszczalnych soczewek ortokorekcyjnych, o specjalnie zaprojektowanej odwrotnej czterokrzywiznowej geometrii (CKR – *controlled kerato-reformation*), możliwa do stosowania już u dzieci kilkuletnich;
- chęć zamiany stale noszonych okularów korekcyjnych na soczewki kontaktowe.

Najkorzystniejszym rozwiązaniem u najmniejszych dzieci jest zastosowanie twardych gazoprzepuszczalnych soczewek kontaktowych (RGP – *rigid gas permeable*). Charakteryzują się one doskonałymi parametrami fizykochemicznymi, co zapewnia zdrowy i prawidłowy rozwój delikatnych i intensywnie rosnących tkanek gałki ocznej dziecka (tab. X-1).

Soczewki RGP szczególnie znajdują zastosowanie w korekcji bezsoczewkowości (afakii) po operacjach zaćmy wrodzonej. U małych, kilkutygodniowych dzieci występuje małowzroczność (*microphthalmus*), z bardzo stromą rogówką i ze średniego stopnia astygmatyzmem pooperacyjnym. Dodatkowo mała średnica rogówki oraz wąska szpara powiekowa, z ciasno przylegającymi i mocno napiętymi powiekami, wymagają zastosowania soczewek RGP. Dla każdego dziecka zamawiamy indywidualnie dobraną i odpowiednio dopasowaną soczewkę, dokładnie według rozmiarów jego rogówki. Po wykonaniu pomiarów refrakcji i keratometrii dobieramy soczewkę RGP z zestawu próbnego, oceniając obraz fluoresceinowy. Moc optyczną soczewki do zamówienia przeliczamy według specjalnej tablicy mocy soczewek kontaktowych – najczęściej waha się od +12 do +32 Dsph.

Promień soczewki wyliczamy średnio z kilku pomiarów, ale jest on zazwyczaj bardziej stromy o 0,1–0,3 mm, niż wynika to z pomiarów. Promień krzywizny rogówki u małego dziecka średnio waha się od 6,7–8,1 mm. Średnica soczewki u najmłodszych dzieci jest dużo mniejsza niż u dorosłych, w granicach 8,7–9,5 mm. Dokładna ocena obrazu fluoresceinowego i uwzględnienie