PORUCHY ZRAKU V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

MUDr. Klára Marešová, Ph.D., MUDr. Marta Vidlářová
Oční klinika, LF UP a FN, Olomouc

Poruchu zraku může vyvolat celá řada očních a některá celková onemocnění. V anamnéze se zaměřujeme na rychlost vzniku a délku trvání poruchy. Zjišťujeme, zda se jedná o jednostrannou či oboustrannou poruchu, zda se jedná o poruchu centrálního nebo periferního vidění a zda jsou přítomny doprovodné symptomy – bolest a zarudnutí oka. Zhoršené vidění doprovázené bolestí oka mohou vyvolat spojivkové afekce, záněty rohovky a duhovky, akutní glaukomový záchvat a zánět zrakového nervu. Zhoršené vidění, které není doprovázené bolestivostí oka, dělíme ve článku pro lepší přehlednost podle rychlosti nástupu poruchy vidění. Velmi rychlá ztráta zraku nastane při uzávěru sítnicové arterie, amaurosis fugax, krvácení do sklivce, temporální artritidě a při neurologických onemocněních. Zraková ostrost se zhorší během několika hodin až dní při uzávěru sítnicové vény a odchlípení sítnice. Pomalé zhoršení zrakové ostrosti nacházíme u katarakty, chronického glaukomu s otevřeným úhlem, u makulárních degenerací a u rohovkových dystrofií. Charakter poruchy zraku je probrán u jednotlivých onemocnění.
Klíčová slova: porucha zraku, glaukomový záchvat, katarakta, uzávěr sítnicové artérie.

Med. Pro Praxi 2006; 2: 83–86

Úvod

Oftalmologie prodělala v posledních dvaceti letech obrovský rozvoj. Do vyšetřovacích postupů se u řady onemocnění zařadily nové přístroje, které ve spojení s počítači pomáhají lépe a eventuálně i dříve odhalit řadu očních onemocnění. Rozvoj v oftalmologii je tak rychlý, že i pro oftalmologa je náročné sledovat všechny novinky v této oblasti.

Nehledě na nové vymoženosti v diagnostice zůstává stále nejdůležitějším a základním vyšetřením vyšetření zrakové ostrosti. Právě zhoršení zrakové ostrosti bývá nejčastějším problémem, se kterým pacient do ordinace přichází. Každá porucha zraku většinu pacientů zneklidní, často i vystraší. Někteří úzkostnější pacienti tak vyhledají lékaře i v případě nevelkých subjektivních obtíží a ve stavech, které zrak nijak neohrožují. Pro praktického lékaře je pak někdy obtížné posoudit, zda se jedná o nezávažný stav či chronicky probíhající onemocnění, nebo o stav akutní, který vyžaduje okamžitý zásah.

Subjektivní obtíže pacienta

Jednostrannou poruchu zraku většinou pacienti udávají jako náhle vzniklou, i když se mohla vyvinout postupně. Zhoršení vidění jednoho oka může při binokulárním vidění zůstat dlouho nepoznané a pacient je zjistí při náhodném zakrytí oka lépe vidoucího. Pokud ale porucha vidění postihne oko dominantní, vedoucí, přichází pacient obvykle k lékaři záhy. Jiná situace nastane při oboustranné poruše centrálního vidění, kterou pacient zaregistruje okamžitě. Tento stav je naštěstí spíše výjimkou. Doprovodnými symptomy při poruše zraku může být „červené“ oko, bolest oka nebo hlavy, celková nevolnost.

Vyšetření

Stanovit příčinu zhoršení zraku bez přístrojů, kterými jsou vybaveny oční ordinace, je pro praktického lékaře svízelná záležitost. Při diagnostické rozvaze je proto důležité se zaměřit zejména na podrobnou anamnézu – na stupeň, charakter a rychlost nástupu potíží. Pomohou nám následující otázky:

- Jedná se o jednostrannou, či oboustrannou poruchu?
- Je doprovázená bolestivostí a zarudnutím oka?
- Jak rychle zhoršení zraku nastoupilo a jak dlouho trvalo?
- Jaké jsou přítomné doprovodné symptomy?

Dále bychom měli provést orientační vyšetření centrální zrakové ostrosti, zorného pole (konfrontační zkouškou) a makroskopicky zhodnotit přední segment.

Zhoršené vidění doprovázené bolestí

Spojivkové afekce

Spojivkové afekce mohou zhoršit vidění (v malé míře) změnou kvality slz, které tvoří nejpovrchnější refrakční vrstvu oka. Porucha vidění je jen mírná a obvykle pacientovi pomůže, když si opakovaně zamrká. Průvodním jevem spojivkových zánětů je řezání, škrábání a pocit cizího tělíska.

Zánět rohovky

Zánět rohovky umístěný v jejím centru způsobí zamlžené vidění a obvykle je provázen silnými bolestmi a zčervenáním oka. Léčba spadá zcela do kompetence oftalmologa.

Zánět duhovky

Mírný pokles vidění při akutním nitroočním zánětu, iridocyclitidě, je způsoben zkalením nitrooční tekutiny. Jako první příznak akutní iridocyclitidy, který poruchu vidění předchází, je bolest při osvětlení oka a při akomodačním úsilí (dříve popisováno typicky při zapalování si cigarety). Později se bolest promítá do okolního skeletu – do nadočnicových oblouků, kořene nosu a zubů.

Akutní glaukomový záchvat

Akutní glaukomový záchvat doprovází prudký pokles zraku spojený s krutými až nesnesitelnými bolestmi oka a poloviny hlavy. Bolesti často provází nauzea, zvracení a schvácenost. Diagnostické omyly se závažnými následky nejsou u glaukomového záchvatu žádnou výjimkou. Stav se může zaměnit s akutní příhodou břišní (bolesti břicha, zvracení) nebo mozkovou příhodou (bolest hlavy se zvracením). Akutní glaukomový záchvat je jedním z mála očních urgentních stavů, které vyžadují okamžitý zásah. Vzniká obvykle na predisponovaném oku, které je kratší, prostor mezi duhovkou a rohovkou je užší a komorový úhel, kterým odtéká nitrooční tekutina, se může uzavřít. Často se jedná o pacienty dalekozraké. Vyvolávajícím momentem obvykle bývá rozšíření zornice, nejčastěji farmakologické, např. celkově podaným atropinem v rámci premedikace před chirurgickým zákrokem. K rozšíření zornice dochází i při dlouhodobém pobytu ve tmě nebo při stresu a strachu. Akutní glaukomový záchvat bývá většinou jednostranný a k poruše zraku dochází hned od samého začátku záchvatu. Prvním příznakem bývají duhové kruhy kolem světel a mlhavé vidění způsobené otokem rohovky. Velmi rychle se vidění může zhoršit až na pouhé vnímání pohybu ruky před okem. Makroskopicky nacházíme oteklá víčka, slzení, rozšířené spojivkové a episklerální cévy. Palpačně je oko v porovnání s druhým tvrdé, často

jako kámen. Poměrně spolehlivým příznakem glaukomového záchvatu je širší, chabě reagující a často vertikálně oválná zornice. Akutní glaukomový záchvat je vždy mimořádně závažným a zrak pacienta ohrožujícím stavem. Aby se předešlo ireverzibilním poruchám zraku, měl by se pacient dostat co nejdříve do péče oftalmologa. Léčba spočívá ve vkapávání miotik do spojivkového vaku s frekvencí 1 kapka za 15 minut, užití diuretik (Diluran, který snižuje produkci komorové tekutiny), eventuálně analgetik. Na postiženém oku provedeme co nejdříve laserovou iridotomii. Tento zákrok bychom měli preventivně provést i na oku druhém. Pacient zůstává v celoživotní dispenzarizaci.

Zánět zrakového nervu

Při zánětu zrakového nervu je ztráta vidění postupná a zhoršuje se během několika hodin nebo dní. Dochází k poruše vnímání barev nemocným okem a zpravidla bývá přítomen centrální skotom, který je příčinou výrazně zhoršené zrakové ostrosti. Ale ani úplná slepota není na vrcholu onemocnění žádnou vzácností. Prodromem bývá tupá bolest za okem, zhoršující se při pohybech oka. Onemocnění není příliš vzácné a vyskytuje se nejčastěji u mladých dospělých mezi 20.–40. rokem. Nejčastější příčinou akutní neuritidy je roztroušená mozkomíšní skleróza, ale při první atace očního onemocnění bývá jen zřídka klinicky prokazatelná. Vzácně je příčinou infekční onemocnění, častěji u dětí. Oftalmolog má toto onemocnění spojené s pořekadlem „pacient nevidí nic a lékař také nevidí nic“. Pořekadlo vychází z toho, že pacient má velmi špatné vidění na postiženém oku a lékař při vyšetření nevidí žádný patologický nález. Tato stará formule není až tak pravdivá, neboť pokud pacient nevidí nic, znamená to masivní zánět očního nervu, a potom tedy při pečlivém vyšetření zjistíme poruchu zornicových reakcí, tzv. relativní aferentní pupilární defekt. Po osvětlení oka s lézí optiku vznikne krátký a málo vydatný stah, po němž se zornice rozšíří skoro na původní šíři, i když osvětlení dále trvá.

Zhoršené vidění bez bolesti

1. Rychlá ztráta zraku

Uzávěr sítnicové arterie

Zcela náhlá úplná slepota nastává u uzávěru centrální sítnicové arterie. Ztráta vidění nastává během několika vteřin a pacient dokáže tento okamžik přesně udat. Pokud je uzavřena jen některá větev a. centralis retinae, pak je zrak porušen jen v odpovídajícím kvadrantu. V anamnéze můžeme najít údaj o amaurosis fugax. Příčinou uzávěru je nejčastěji trombus vzniklý při onemocnění cévní stěny při arterioskleróze nebo hypertenzi. Vzácněji může být příčinou obrovskobuněčná arteritida, kolagenóza nebo hyperkoagulační poruchy srážlivosti krve. Léčbu embolie a. centralis retinae je nutno zahájit neprodleně, a to i v případě, kdy je naděje na zlepšení minimální. Lepší naději na alespoň částečnou úpravu mají pacienti, u kterých se léčba zahájí do dvou hodin po vzniku slepoty. Léčebné úsilí směřuje k obnově krevního zásobení sítnice. Na prvním místě je podání vazodilatancií a spasmolytik nitrožilně. Snahy o snížení nitroočního tlaku a masáž bulbu mají za cíl posunout vmetek do periferie sítnice. Dalšími možnostmi léčby jsou paracentéza přední oční komory k navození rychlé hypotonie bulbu, také se zkoušela oxygenoterapie. Po akutním ošetření provedeme vyšetření sedimentace k vyloučení obrovskobuněčné arteritidy, která ohrožuje ztrátou zraku i druhé oko.

Uzávěr sítnicové vény

Příznaky trombózy retinální vény nastupují pomaleji, zpravidla během několika hodin až dnů.

Protože noční hypotenze a zpomalení krevního toku vytváří pro trombózu vhodné podmínky, pacienti zjišťují zhoršené vidění ráno po probuzení. Často udávají, že zpočátku přisuzovali zhoršení vidění špinavým brýlím. Pokud je postižena jen některá větev centrální vény, pacient vnímá výpadek zorného pole. V etiologii trombózy retinální vény hraje nejdůležitější roli arterioskleróza a hypertenze. Sklerotická a. centralis retinae utiskuje vénu v oblasti lamina cribrosa na papile očního nervu a tak sekundárně způsobuje trombózu retinální vény. Pokud trombózu diagnostikujeme u mladších pacientů, je vhodné vyloučit onemocnění, které provází hyperkoagulační poruchy srážlivosti krve, a u žen pátrat po užívání perorálních kontraceptiv. Léčba základního onemocnění probíhá zpravidla ve spolupráci s internistou. Na našem pracovišti při kmenové okluzi indikujeme nasazení antikoagulační terapie, při větvové okluzi v indikovaných případech laserovou vasokonstrikci artérie zásobující postiženou oblast. Naše výsledky jsou příznivé s ohledem jak na výslednou centrální zrakovou ostrost, tak na výskyt sekundárního glaukomu.

Amaurosis fugax

Jedná se o jednostrannou těžkou přechodnou ztrátu zraku, která zpravidla trvá několik sekund až minut, vzácně 1–2 hodiny. Poté se zrakové funkce plně obnovují. Amaurosis fugax je hlavním příznakem oběhové nedostatečnosti v oblasti karotického řečiště. Příčinou je pokročilá arterioskleróza způsobující stenózu cév kdekoliv mezi aortou a okem, mikroembolizace z arterie carotis, srdce nebo aorty. Okamžitou pozornost a terapeutickou bdělost vyžadují pacienti s recidivujícími epizodami amaurosis fugax pro hrozbu cévní mozkové příhody.

Arteritis temporalis

Temporální arteritida (Hortonova choroba) je zánět přívodných tepen a postihuje pacienty starší 50 let. Na postižené straně dochází k výpadku poloviny zorného pole (horní nebo dolní), ale ztráta zraku může být i úplná a záhy může postihnout i druhé oko. Doprovodnými symptomy mohou být bolesti hlavy, bolesti při žvýkání, napětí ve vlasové části hlavy, úbytek tělesné hmotnosti a subfebrilie. Objektivně zjistíme otok terče zrakového nervu, aferentní pupilární defekt a hmatnou, napjatou a často nepulzující temporální arterii. Diagnózu upřesní histologické vyšetření odebraného segmentu a. temporalis superficialis, které potvrdí obrovskobuněčnou arteritidu. Léčba se provádí celkově podávanými kortikoidy ve vysokých dávkách.

Krvácení do sklivce

Při krvácení do sklivce se zrak poměrně rychle povšechně zhorší. Nemocný popisuje obláčkovité a závojovité zákaly, někdy saze padající před okem. Většinou ale krev rychle prostoupí celý sklivcový prostor a pacient vidí pouze pohyb před okem nebo vnímá jen světlo. Krevní výron časem sedimentuje na dno sklivcového prostoru a pacientovi se tak vidění projasňuje shora. Sklivcové krvácení má tendenci k samovolné resorpci a zrak se může během týdnů nebo měsíců upravit. Příčinou krvácení bývá nejčastěji postižení cév při diabetické retinopatii. Pokud pacient diabetes mellitus nemá, musíme myslet na trhlinu nebo odchlípení sítnice, což můžeme potvrdit většinou pouze sonografickým vyšetřením. Léčba spočívá v podávání vazoprotektiv a resorbencií, pacienta poučíme o polohování v polosedě k urychlení sedimentace krve. Chirurgické odstranění krve (vitrektomie) se obvykle provádí z následujících indikací: krvácení do sklivce spojené s odchlípením sítnice, chronické nevstřebávající se krvácení, krvácení způsobující hemolytický nebo ghost cell glaukom.

Odchlípení sítnice

Porucha zraku, která vzniká u odchlípení sítnice, je typická. Pacient vnímá šedou clonu, která během několika dní postupně více zastírá zorné pole (obrázek 1). Pokud odchlípení postoupí až do žluté skvr-

Obrázek 1. Časné odchlípení sítnice

ny, zraková ostrost se prudce zhorší. K odchlípení sítnice jsou disponovány především oči krátkozraké, oči po traumatu nebo oči po chirurgickém zákroku. Porucha zraku je způsobena oddálením senzorického listu sítnice od pigmentového. Mezi oběma listy vzniká prostor vyplněný tekutinou. Pokud je příčinou oddálení trhlina v sítnici, nazýváme to amocí rhegmatogenní. Pokud se sítnice zvedá tahem trakčních pruhů ve sklivci, jedná se o trakční amoci. Nejméně častým typem amoce je exsudativní, která vzniká patologickou transsudací z choroidey do subretinálního prostoru. Odchlípení sítnice je urgentním stavem – čím dříve je stanovena diagnóza a zahájena léčba, tím je předpověď příznivější. Aby se předešlo dalšímu odlučování sítnice, je před operací indikován klid na lůžku. Léčba rhegmatogenního odchlípení je vždy chirurgická a operační postup je založen na uzavření sítnicové trhliny či rozrušení trakčních pruhů.

Neurologická onemocnění

Krátkodobé oboustranné zamlžení zraku trvající vteřiny a často vyvolané změnou polohy těla nazýváme obnubilace. Jsou příznakem městnání v důsledku mozkového nádoru, nebo idiopatické intrakraniální hypertenze. Často se přidává bolest hlavy, dvojité vidění, nauzea a zvracení. Oboustranné zamlžení vidění trvající až několik minut je příznakem vertebrobazilární insuficience a bývá provázeno neurologickými příznaky. Chvějivý, jiskřivý skotom je součástí tzv. oftalmické migrény. Je to nejčastější přechodná porucha zraku a její průběh je velmi charakteristický. Pacient nám popíše cca 20 minut trvající třepetavé linie před jedním okem (skotom je hemianopický, ale obvykle jej pacient udává jako jednostranný!). Nebývá vždy provázen následnou bolestí hlavy – acefalgická forma.

Hemianopsie jsou známkou onemocnění zrakové dráhy mezi chiasmatem a zrakovou korou. Výpadek může být v celé polovině zorného pole (obrázek 2), ale často je hemianopsie neúplná. Pokud vypadnou pouze kvadranty zorných polí, mluvíme o kvadrantanopsiích (obrázek 3). Léze chiasmatu se projeví bitemporální hemianopsií či kvadrantanopsií. Jde-li o lézi nad chiasmatem, vzniká homonymní hemianopsie-léze v pravé hemisféře způsobí levostrannou hemianopsii a naopak. Subjektivní obtíže jsou značné. Hemianopsii často odhalíme už při vyšetření centrální zrakové ostrosti, kdy pacient čte pouze polovinu každého řádku na optotypu. Pacient s pravostrannou hemianopsií nemůže číst, protože mu chybí v textu další slovo. Při levostranné hemianopsii nemůže pacient najít další řádek. Hemianopsii můžeme v ordinaci prokázat konfrontační zkouškou, kdy porovnáme zorné pole pacienta se svým. Pacient sedí proti vyšetřujícímu, oba si zakryjí protilehlé oko a vyšetřující pohybuje prstem z periferie do centra uprostřed vzdálenosti mezi svým a pacientovým okem. Pacient hlásí, kdy prst zahlédne (obrázek 4). Oboustranná úplná ztráta vidění s normálním zornicovými reakcemi se nazývá korová slepota. Nejčastější etiologií této naštěstí vzácné afekce je prokrvácení okcipitálních laloků, vzácně neoplasma.

Obrázek 2. Hemianopsie

Obrázek 3. Horní kvadrantanopsie

Obrázek 4. Konfrontační zkouška periferního vidění

Obrázek 5. Pokročilý šedý zákal

Obrázek 6. Pokročilý zelený zákal

2. Pomalá ztráta zraku

Katarakta

Katarakta je nejčastější příčinou zhoršeného vidění u starších pacientů. Projevuje se pomalou ztrátou nebo pocitem zamlženého vidění, které se postupně horší měsíce až roky. Různé typy katarakty způsobují různé poruchy vidění. Nukleární katarakta mění lomivost čočky a mění tím refrakční stav oka na krátkozrakost – pacient má zhoršené vidění do dálky, ale na blízko se vidění „zlepší“, pacient čte bez brýlí. Zadní subkapsulární katarakta se tvoří přímo v centru čočky pod zadním pouzdrem a pacienti si často stěžují na oslňování a obtíže při čtení. Kortikální katarakta může způsobit monokulární diplopii či čočkový astigmatizmus, ale poměrně často bývá asymptomatická. Všechny typy katarakty progredují a výsledkem je zcela zamlžené vidění a ztráta barevného vidění (obrázek 5). Etiologie katarakty je multifaktoriální. Dispozice se dědí a hlavní roli hraje věk. Dále vznik katarakty podporují některé celkově podávané léky (steroidy, antipsychotika) a lokálně podávané kapky (miotika). Ke vzniku katarakty mohou vést také trauma, nitrooční zánět, oční operace a některá metabolická onemocnění. Léčba je výhradně chirurgická a operace se na řadě pracovišť provádí formou jednodenní chirurgie. Platí poučka, že operace má být provedena ve chvíli, kdy zhoršené vidění omezuje pacienta v denních aktivitách. V žádném případě se už nečeká, až šedý zákal „dozraje“.

Chronický glaukom s otevřeným úhlem

Chronický prostý glaukom je progresivní neuropatie očního nervu, při které dochází k typickým změnám v zorném poli a hlavním rizikovým faktorem je vysoký nitrooční tlak.

Na rozdíl od výše popsaného akutního glaukomového záchvatu jsou pacienti s tímto typem glaukomu bez subjektivních obtíží až do pozdních stadií. Zorné pole obou očí se překrývá, a proto si pacienti výpadky, které glaukom způsobuje, dlouho neuvědomí. I ve stadiu, kdy chybí celá nasální polovina zorného pole a začíná i zúžení z temporální strany, je centrální zraková ostrost zachována. Velmi pokročilé zúžení zorného pole (obrázek 6) zůstává nepoznáno i proto, že glaukom je plíživé onemocnění a pacienta nakonec upozorní až porucha centrální zrakové ostrosti, která znamená terminální stadium glaukomu.

Vzhledem k častému chybění subjektivních příznaků, které by pacienta včas varovaly a přivedly k lékaři, je glaukom velmi záludné onemocnění. Proto Česká glaukomová společnost v současné době vyvíjí rozsáhlé iniciativy k větší informovanosti pacientů a praktických lékařů o tomto onemocnění. Měření nitroočního tlaku a vyšetření papily očního nervu by mělo být rutinní záležitostí při oftalmologickém vyšetření u každého pacienta nad 40 let. Také je nutné aktivně zjišťovat v anamnéze přítomnost rizikových faktorů (glaukom v rodině, krátkozrakost, migrény, hypotenze, dlouhodobé užívání steroidů). K medikamentózní léčbě glaukomu se používají betablokátory, analogy prostagladinů a prostamidy, inhibitory karboanhydrázy. Pacienti, kteří jsou léčeni betablokátory lokálně, by je neměli užívat ani celkově. Dalšími možnostmi léčby jsou laserové zákroky a filtrující operace.

Tabulka 1. Přehled poruch zraku

Porucha vidění	Onemocnění
oslnění	choroby spojivky, rohovky, duhovky, katarakta
mlhavé vidění krátkodobé oboustr.	městnavá papila, V-B insuficience
mlhavé vidění dlouhodobé	zákaly rohovky, katarakta, makulární degenerace
stíny před okem	sklivcové zákaly
clona ze strany	odchlípení sítnice
blesky	odlučování zadní plochy sklivce
metamorfopsie	makulární degenerace
náhlá jednostranná slepota	embolie a. centralis retinae, temporální arteritida, neuritida optiku
náhlá oboustranná slepota	oběhová porucha či prokrvácení týlního laloku, intoxikace, uremie
postupný pokles zraku	chronický prostý glaukom, degenerativní onemocnění sítnice, katarakta, uzávěr sítnicové vény
šeroslepost	krátkozrakost, degenerativní onemocnění sítnice
lepší vidění za šera	barvoslepost, centrální zákaly rohovky a čočky
dvojité vidění binokulárně	obrna okohybných svalů
dvojité vidění monokulárně	zákaly rohovky a čočky
astenopie	refrakční vada nedostatečně korigovaná, heteroforie
duhové kruhy kolem světel a zamlžení	glaukom s úzkým úhlem
výpady zorného pole	glaukom, odchlípení sítnice, hemianopsie při neurologických onem.

Choroby makulární oblasti

Makulární degenerace jsou onemocněním převážně pokročilého věku. Vzácně se u dětí či mladých nemocných mohou objevit podobné nálezy a poruchy zraku jako u senilních forem. Zde se významně podílí vlivy dědičnosti a onemocnění je nazývané makulární heredodegenerace. Senilní makulární degenerace má dvě formy. Suchá forma je charakteristická přesuny pigmentu a tvorbou atrofických ložisek. Pacient má potíže především při čtení, není schopen zachytit celé slovo najednou a vypadávají mu písmenka. Další potíží jsou metamorfopsie – deformace obrazu. Pacient vidí čáru jako vlnku, čtverce jako kosočtverce. S postupem onemocnění vzniká centrální skotom a centrální zraková ostrost klesá (obrázek 7). Periferie zůstává nepostižená a zajišťuje pacientovi dobrou orientaci. Vlhká forma makulární degenerace má rychlejší průběh a horší prognózu. Časový interval od vzniku metamorfopsií a jejich progrese v centrální skotom je u této formy několik dnů až týdnů. Léčba senilní makulární degenerace je svízelná a její snahou je často spíše udržet stávající stav než jej výrazně zlepšit. V léčbě se používá laserové ošetření, fotodynamická terapie, radioterapie, chirurgie a doplňkově vitamínové preparáty.

Obrázek 7. Centrální skotom

Rohovkové dystrofie

Rohovka je jedna ze světlolomných optických struktur a každé její zkalení nebo změna tvaru vede ke zhoršení vidění. Rohovkové dystrofie jsou dědičná, často oboustranná onemocnění rohovky, která nejeví známky zánětu nebo vaskularizace rohovky. Pacient může popisovat oslnění a rozmazané vidění. Jedním ze symptomů jsou recidivující eroze rohovky, které jsou bolestivé a mírně pohorší vidění. Keratokonus je kuželovité vyklenutí rohovky, které začíná zpravidla u adolescentů. Centrální zraková ostrost se horší díky progredujícímu nepravidelnému astigmatizmu, který je výsledkem ztenčování a vyklenování rohovky. Keratokonus je lépe zřejmý při pohledu pacienta dolů, kdy vyklenutá rohovka indentuje dolní víčko (Munsonovo znamení). Pokud vznikne prasklina descemetské membrány, rohovka nasává komorovou vodu a dojde k akutnímu hydropsu rohovky. Pacient popisuje náhlé zhoršení zraku a makroskopicky je zřejmá šedavá rohovka. Léčba u méně pokročilých forem spočívá v aplikací tvrdých plynopropustných čoček, transplantaci rohovky indikujeme v případě, pokud pacient nesnáší kontaktní čočky nebo centrální zrakovou ostrost nelze uspokojivě korigovat.

Závěr

Příčinou zhoršeného vidění může být celá řada očních i celkových onemocnění. Některá onemocnění patří výlučně do kompetence oftalmologa či neurologa, jiná vyžadují rozsáhlou mezioborovou spolupráci. Poruchy zraku mohou v řadě případů také upozornit na závažné, někdy i život ohrožující onemocnění. Proto bychom neměli žádný ze subjektivních „stesků“ pacienta podcenit.

Literatura u autorky

MUDr. Klára Marešová, Ph.D.
Oční klinika LF UP a FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, Olomouc
e-mail: maresovk@fnol.cz