Oftalmologie 4-010 25.10.2010 14:11 Str. 189
proLékaře.cz | 12.12.2026

Brýle – jednoduchá záležitost

Boháč J.

Privátní oční ordinace, Plzeň Slovany

Motto: „Každý operující lékař je současně ambulující…“

Tento článek věnuji všem začínajícím oftalmologům, kteří jsou občas při předepisování brýlí na rozpacích, jako jsem byl i já v roce 1982, kdy jsem začínal samostatně ambulovat (někdy pod dohledem staršího kolegy). Stručně o mně – pracuji 27 roků na oční ambulanci, nyní 15 let soukromé, mám obě atestace z oftalmologie. Někdy jsem pracoval současně ve 2 ordinacích, takže jsem poznal ordinace s různým vybavením, mám tedy možnost srovnávat…

Nebudu se na tomto místě zabývat vyhláškou MZ ČR a její tabulkou pro předepisování brýlí, nalezl jsem tam 6 závažných chyb – konzultováno s právníkem i několika kolegy – toto přísluší adekvátním úředníkům MZ ČR, příp. VZP a jejím revizním lékařům.

Svůj článek rozdělím do několika základních bodů:

1. první vyšetření (refrakční) pacienta očním lékařem;
2. orientační zkouška na latentní hypermetropii, tzv. zamlžovací metoda (prof. Sachsenweger), Jacksonův zkřížený cylindr;
3. vyšetření objektivní refrakce automatickým refraktometrem (dále jen RM), problémy jejího hodnocení a aplikace na pacienta (subjektivní refrakce – předpis brýlí);
4. předpis jednotlivých brýlí na různé vzdálenosti;
5. předpis bifokálních brýlí (resp. vyšetření pro výhledové bifokální brýle);
6. předpis multifokálních brýlí (resp. vyšetření pro výhledové multifokální brýle);
7. kombinace brýle a kontaktní čočky;
8. předpis brýlí po klasické implantaci nitrooční čočky (dále jen IOL);
9. hodnocení nevyhovujících brýlí – chyba na straně lékaře, pacienta, optika;
10. LASIK – LASEK a brýle;
11. monovision.

V článku nejsou (z důvodu velmi malého počtu pacientů) obsaženi pacienti s implantovanou multifokální čočkou a pacienti s IOL v přední komoře při ponechání vlastní čočky.

1. První vyšetření pacienta očním lékařem

První vyšetření pacienta – stanovení vizu bez korekce (visus naturalis) se může zdát triviální věcí, ale i zde můžeme odhadnout, o jakou zrakovou vadu by se mohlo jednat. Pokud čte pacient pouze horní řádky, můžeme orientačně vyzkoušet 1 D v plusu i minusu, event. 0,5 D, pokud čte dolní řádky. Pokud však jde například o potenciálního mladého myopa a zvyšující síla D nepřinese zlepšení, může jít o astigmatismus, pak je obj. refrakce nutná vždy.

Pokud jde o vlastní zkušební optotypy, pak nemohu hodnotit optotypy projekční, neměl jsem možnost s nimi pracovat. Optotypy by měly být vždy řádkové, řádně prosvětlené, aby odpovídaly naší normě či normě DIN. Ve většině našich ordinací vč. klinických pracovišť jde o optotypy typu Snellen – písmena (event. čísla) a Pfluegerovy háky. Sám jsem měl možnost pracovat na zrcadlových optotypech na vzdálenost 3 m a srovnat je na ambulanci s optotypy na 6 m a zjistil jsem, že zrcadlové optotypy někdy dávají horší výsledek o 1 až 2 řádky. Příslušná vyhláška o vybavení oční ordinace (asi z roku 1993 …!) tyto optotypy (zrcadlové) taxativně uvádí. Dosud nebyla novelizována a neodpovídá současným vyšetřovacím možnostem. Perimetr zde nijak není upřesněn, tedy je možno použít i Foersterův otáčivý půloblouk, černý plášť a černou tyčinku s bílými značkami na konci…

Vím, že dle současných nových poznatků by se mělo zkoušet na Landoltových kruzích, odstupňovaných jinak (odkazuji na poslední učebnici očního lékařství), tato tabule by ovšem byla dosti široká, vysoká a jako dálkově ovládané řádkovací optotypy také dosti drahá … Sám jsem na několika pacientech „C“ otočené i do šikmých směrů vyzkoušel, ale protože věkový průměr pacientů byl vyšší, byly výsledky i u emetropa diskutabilní. Pozn. – sídliště Slovany v Plzni, kde pracuji, bylo založeno jako jedno z prvních panelákového typu a generační obměna je zde velmi pomalá.

2. Zkouška na latentní hypermetropii, zamlžovací metoda, Jacksonův cylindr

I pokud dosáhneme u pacienta vizu 1,0 – tedy 6/6 event. 5/5, je vhodné udělat následující zkoušku. Vyzkoušíme, zdali pacient snese +0,5 D sph monokulárně (možno zkusit pak i binokulárně) a pokud nám neudá zhoršení vizu, můžeme předpokládat latentní hyperopii. Možné je to vyzkoušet i s +1,0 D sph. Pak je vhodné provést obj. refrakci na RM a s jejím výsledkem provést zkoušení brýlí znovu.

Další možností je provést při podezření na latentní hypermetropii tzv. zamlžovací metodu. Autorem může byt prof. Sachsenweger, jde však o neověřenou skutečnost. Vyšetřujeme při ní každé oko zvlášť. Do brýlové obruby vsuneme např. +2 D a teoreticky by se měl pacient dívat několik minut na optotypy. Výhodu mají pracoviště s foropterem, kde lze změnu D provést okamžitě. Hodnoty brýlového skla (nepoužívám úmyslně slovo čočky, zdá se mi nelogické) postupně snižujeme o 0,5 D a ne-

Oftalmologie 4-010 25.10.2010 14:11 Str. 190
proLékaře.cz | 12.12.2026

cháme pacienta opět chvíli pozorovat řádku na tabuli (může jít i o větší písmena). Limitováni jsme někdy bohužel časem, který máme na subj. refrakci vyměřen. Pokud zjistíme, že pacient čte s +1,0 lépe (někdy nám sdělí, že písmena jsou černější), jde většinou o lat. hypermetropii, a s tím musíme počítat hlavně u presbyopů, kdy hodnoty brýlí na PC event. na tzv. čtení v ruce, šití apod. jsou vyšší, nežli by dotyčný měl mít v daném věku.

Používání Jacksonova zkříženého cylindru je dnes již méně časté, upřesnění brýlových hodnot nám dnes dají metody obj. refrakce na přístrojích. Tuto optickou pomůcku u nás – dle mého názoru – ovládá pouze několik starších kolegů. Zda ji ovšem používají na ambulanci, je pro mě otázkou.

3. Vyšetření objektivní refrakce na RM, hodnocení výsledků, aplikace v praxi

Kromě vyšetření na refraktometru připadá v úvahu vyšetření pomocí skiaskopických lišt. Myslím si, že s nimi umí pracovat pouze někteří oční lékaři, většina je nemá ve svých ordinacích (vyhl. o vybavení oč. ordinace je uvádí). Je na uvážení lékaře, zdali tuto vyšetřovací metodu zvolí jako dostačující objektivní.

Ve své ordinaci používám automatický refraktometr asi 7 roků, jde o výrobek firmy Nikon. Při vyšetřování jsme limitováni velikostí zornice, průhledností očních médií, výsledek velmi mění nepravidelné jizvy rohovky, katarakta, ale i sekundární katarakta po implantaci IOL. Nejde o vyšetření v cykloplegii, to musíme brát úvahu. Hodnoty sférické, které nám RM sdělí, není možné dávat do brýlové obruby v absolutní výši, já sám je při subj. refrakci nepatrně snižuji. Hodnoty cylindru – u mladších jedinců je možné do brýlí dát v plné výši, u starších lidí je lepší hodnoty snížit. Pokud je cyl. hodnota nasazena až v dospělosti (věk 30 až 40 let, dosud v brýlích pouze hodnoty sférické), pak se pacient většinou vrací do ordinace, že brýle nesnáší. Je vhodné dát D cyl. nižší hodnoty, pozvat si pacienta a při další kontrole mu předepsat hodnotu cylindru v plné výši.

Umístění RM v ordinaci skutečně hraje roli. Sám ho sice mám v temné komoře, ale druhé dveře jsou otevřené na západ, a proto jsem po dvou letech provozu měl atypické výsledky v oblasti minus D, které se vyřešily zakrýváním přístroje a lepším zatemněním místnosti. V okolí RM by neměly být trvale umístěny počítače, problém mohou někdy částečně dělat i magnety (používané na RHB či ortopedii). Jedna zvláštnost na konec – při vyšetřování mladší ženy na RM (stáří asi 35 let) mi monitor RM začal ukazovat asi 8 úplně odlišných hodnot. Pacientka dala bradu z opěrky a s pousmáním mi řekla, že pokud je v blízkosti jakéhokoliv počítače, tak ho ruší svým zářením (EMG?), které z ní vychází. Stejné výsledky (odlišné navzájem) jsem měl u jiné pacientky, které bylo asi 16 let. RM v obou případech nedokázal u očí vypočítat jakoukoliv výslednou hodnotu objektivní refrakce ani tzv. sférický ekvivalent Tento ekvivalent (S+CYL/2) je pouze přístrojová hodnota, při předpisu brýlí by se měly respektovat jednotlivé hodnoty D sph a D cyl. Rád bych se zmínil okrajově o kapkách způsobujících mydriázu a cykloplegii. Dle mého názoru by se mělo více dbát na to, jak starého pacienta máme před sebou, jakou práci zastává a co bude dělat po našem vyšetření. Není vhodné nakapat uvedené kapky do obou očí muži starému 50 roků, když nám v zápětí sdělí, že po vyšetření odjíždí na služební cestu do Bratislavy, příp. se vrací do své hodinářské opravny. Je nutno tyto kapky používat indikovaně, pacienta předem poučit o jejich působení. Zcela na konec – obdobné je nakapání silnějšího skopolaminu po banálním odstranění povrchového tělíska z oka – doba hojení je mnohdy 14 hodin, účinek skopolaminu však přetrvává 4 dny …

4. Předpis jednotlivých brýlí na různé vzdálenosti

Při zkoušení brýlí připadají v úvahu tři (event. čtyři) vzdálenosti, na které chce pacient dobře vidět. První je vzdálenost na dálku – cca na 4 až 5 metrů – tedy většinou celodenní nošení do auta, na chůzi, do školy. Druhou vzdáleností je přibližně práce na nataženou ruku – asi na 60 až 70 cm. Jde o kancelářskou práci s PC, práci vestoje u pracovního stolu (montáž, třídící práce). Třetí vzdálenost je na čtení v ruce, šití, obsluha mobilu, manikúra. Čtvrtá vzdálenost, na níž brýle předepisujeme zřídka, je kratší nežli obvyklých 35 až 40 cm, někdy se o ní hovoří jako o hyperkorekci. Z činností, kdy se takové brýle používají, jmenuji – hodinář, zlatník, ale i jemná modelářská práce jako koníček. Je vhodné se zeptat, zdali pacient nepoužívá při práci lupu nebo jinou optickou pomůcku, pak je s tím nutné počítat. Je nutno dát pozor u předpisu brýlí pro hudebníky – noty má každý jinak daleko. Podobný případ jsem měl u sportovní střelby z pistole (šlo o mladšího hypermetropa asi 1 D na dálku), který si přál vidět na mušku na pistoli, terč byl lehce zamlžen, což mu nevadilo. Pokud by se jednalo o dvě vzdálenosti, na které chce vidět pacient současně, pak viz další odstavec – např. kancelářská práce,při níž se do PC nahrávají faktury, jež se drží v ruce.

5. Vyšetření pro výhledové bifokální brýle

Před předepsáním receptů pro výhledové bifokální brýle (dále jen BB) musíme brát v úvahu: věk pacienta, na jakou činnost budou brýle určeny a aspekt finanční. Teoreticky by se dle věku pacienta měly první BB pořizovat asi ve věku 40 až 42 let. Výjimkou je někdy hyperopie, kdy na dálku může být pacient slabě podkorigován, tedy má např. +2 D místo +3 D, ale nablízko již akomodační rezerva nestačí, proto i ve věku asi 35 let si pořizuje BB hodnot +2/+3 až +3,5 D sph. Zkoušel jsem dle RM dát na dálku plnou korekci (zde +3 D), brýle však nesnesl a museli jsme se vrátit na hodnotu asi 2 D. Dále činnost, pro níž jsou BB určeny – je nutno poměrně přesně změřit popř. požádat pacienta, aby si sám v práci změřil pracovní vzdálenost. Většinou si pacienti pořizují BB s horním dílem do dálky a dolní nablízko (čtení, šití, telefon). Méně často si pořizují BB, kdy horní část je na střední vzdálenost (cca 80 až 100 cm: PC monitor, obsluha tzv. velínů – dispečinků, kdy jsou monitory ve dvou vzdálenostech) a dolní část BB je např. na data, jež pacient drží v ruce a dává do PC. Jako typický případ jsem předepisoval BB pro ženu, která dávala do PC data z lékařských receptů, druhá žena pak data z pokutových bločků na pracovišti Policie ČR. Třetí aspekt při pořízení BB je finanční záležitost. To se týká hlavně vyšetření pro první BB, kdy je vhodné upozornit na to, že bifokální skla jsou dražší než skla na dálku či blízko. Z vlastní praxe nedoporučuji uvádět pacientovi ani orientační cenu bifokálních skel, mohli bychom pak být slovně napadeni, že v optice platil za skla více, nežli jsme mu avizovali.

6. Vyšetření pro výhledové multifokální brýle (dále jen MB, jinak též progresivní skla)

Pokud pacient již nosil bifokální skla a s rostoucím věkem přechází na multifokální, zvykne si většinou poměrně dobře. Pokud pacient BB zatím nenosil a adice je již dosti vysoká, je zvykání horší. MB jsou dle mého názoru vhodné při adici 2–3 D. V případě MB i BB je nutno upozornit pacienta, že si může nějakou dobu na brýle zvykat. Sám doporučuji, aby si na ně zvykal po dobu 1 až 2 víkendů ve známém domácím prostředí. Někdy si pacient zvykne na MB velmi rychle – jako příklad uvádím lektorku vyučující obsluhu PC, která měla problémy, když se dívala na monitor žáka na vzdálenost 100–120 cm.

Trifokální skla jsou již dosti raritou, myslím si, že některé opt. firmy je ještě vyrábějí, ale v malých sériích. Jejich problém je zejména dvojí přechodová zóna.

Oftalmologie 4-010 25.10.2010 14:11 Str. 191
proLékaře.cz | 12.12.2026

Sám po předpisu MB upozorňuji pacienta, aby si nepořizoval co nejlevnější MB, u nichž je dosti úzký tzv. přechodový koridor z části na dálku na nejkratší vzdálenost. V tom případě by mu např. sledování PC dělalo potíže.

Je dobré někdy říci pacientovi, že mu u MB jde vlastně o zaostřování v horizontále (na středový koridor) i ve vertikále – (TV – PC – mobilní telefon …). Někdy je jednodušší pacientovi vysvětlit rozdíl mezi BB a MB jednoduchou kresbou obou skel. Limitující pro toto je mnohdy čas na vyšetření, příp. schopnost pochopení ze strany pacienta.

Možností volby je zhotovení trojích brýlí na různé vzdálenosti, po čase si pacient sám MB pořídí. Toto je však náročné pro pacienta finančně a někdy i časově, kdy MB potřebuje užívat do 3 až 4 týdnů (přechod na jinou práci apod.).

7. Kombinaci brýle a kontaktní čočky (dále jen KČ)

Rozdělím pacienty na dvě skupiny – u mladších lidí jde buďto o celodenní nošení KČ, nebo příležitostné – plavání, tanec, sport. Některé sport. Brýle, např. na kolo či sjezdové lyžování, s opt. vložkou jsou také řešením, při větším pocení obličeje je však někdy lepším řešením KČ a ochranné tmavé brýle. Druhou skupinu tvoří starší lidé přes 40 let, u nichž bereme v úvahu presbyopii. Řešením je buďto KČ a brýle na adekvátní vzdálenost, další možností je přechod na BB event. MB. V případě KČ mám na mysli samozřejmě čočky refrakční, nikoliv čočky terapeutické po operacích, na vředy rohovky event. KČ, jež nahrazují části duhovky či tzv. čočky diskotékové (crazy).

8. Předpis brýlí po klasické implantaci nitrooční čočky (dále jen IOL) (nejsou uvažovány multifokální IOL)

Kdy provést první objektivní vyš. na RM a předepsat brýle na dálku a blízko? Je nutno opět brát v úvahu věk pacienta, jeho pracovní zařazení, příp. celkový zdravotní stav (diabetik na inzulinu – jeho příprava a aplikace).

První 2 body nutno posuzovat současně – jestliže starší pacient (70 let) se dále věnuje své práci stavebního inženýra a používá PC, příp. „maluje klasicky na prkně“, je vhodné i zde po operaci katarakty vyšetření na RM a předpis brýlí provést dříve. První skupinu pacientů tvoří ti, kteří mají v jednom oku IOL a druhé je neoperované. Rozdělím je do dvou skupin. První skupinu tvoří pacienti, jejichž operované oko s IOL i s event. dodatkovou korekcí na dálku vidí hůře nebo stejně dobře jako oko neoperované (kde je buď žádná nebo počínající katarakta). Většině těchto pacientů je možné ponechat původní brýle na dálku i blízko, event. BB či MB. Pokud po implantaci IOL se vizus (i s event. dodatkovou brýlovou korekcí) zlepší oproti neoperovanému oku, kde se může tvořit zákal čočky, je dobré přejít na brýle, kde hlavní roli hraje event. dodatková korekce před implantovanou IOL. Pokud byl pacient zvyklý na bifokální skla, je dobré s nimi počkat do ustálení brýlových hodnot. Cylindr stanovený na RM dávat s rozumnou mírou, aby se BB či event. MB po operaci často neměnily, jde o finanční zátěž pacienta…

Poznámka na závěr: u výše uvedených pacientů dovoluje (jako u jiných) vyhláška MZ ČR – sazebník – vyšetřit obě oči pouze dvakrát do roka. Zde by bylo vhodné, aby lékař dostal zaplaceno i 3.–4. vyšetření objektivní refrakce, dokazování oprávněnosti vyšetření je pro lékaře bohužel náročné časově i psychicky a většinou je stejně výsledek nulový. Pokud má kdokoliv z kolegů podobný názor na toto, případně by se chtěl vyjádřit k uvedené brýlové problematice, směrujte připomínky na Sdružení privátních očních lékařů do Prahy.

9. Hodnocení nevyhovujících brýlí

Chyba při zhotovení tzv. „nevyhovujících brýlí“ může vzniknout buď na straně ambulance (lékař, sestra), pacienta, event. zhotovitele – optika. Tato problematika mi někdy připomíná horký brambor, který nechce nikdo jíst, přesto se o tom stručně zmíním.

Každý z oftalmologů se jistě setkal s případem, kdy pacienta řádně vyšetřil subjektivně, provedl vyš. na RM, někdy i opakovaně, a přesto se pacient vrací do ordinace, že má s brýlemi bolesti hlavy, opt. deformace obrazu či další problémy.

První pochybení může nastat na straně lékaře – obj. refrakce z termotiskárny RM se věrně přepsala do brýlí, brýle se subj. zkoušely velmi krátkou dobu, nebyl vzat v úvahu věk pacienta, příp. vzdálenost, na níž brýle používá. Pacient je vyšetřen znovu, jsou doporučena jiná skla, na něž většinou nemá nárok v tak krátké době, poněvadž nedošlo k „podstatné změně refrakce“. Co je podstatná změna refrakce (po 16 letech existence zdravotních pojišťoven), zatím dosud nevím.

Chyba vzniklá na straně pacienta je velmi obtížně prokazatelná. Stanovení vizu na dálku s brýlemi či bez nich je subjektivní metoda a závisí dosti na odpovědích pacienta při zkoušení brýlí. Sám jsem opakovaně viděl vyšetření vizu u starších lidí, kdy se stejnou hodnotou D ve stejné ordinaci byly v rozmezí dvou týdnů tři různé výsledky. Je dobré se staršího pacienta zeptat (pokud s námi špatně komunikuje), jestli nás dobře slyší. Většinou sluchovou vadu pacienti nechtějí přiznat, což vyšetření ztěžuje.

Chyba na straně optika – stává se výjimečně, většina optik je soukromých a optik se samozřejmě snaží, aby svou práci odvedl co nejlépe. Pokud by se pacient vrátil s novými brýlemi do ordinace a uváděl, že s nimi nevidí, příp. má při nošení brýlí bolesti hlavy či pocit deformace obrazu, je vhodné nové brýle změřit a porovnat se zápisem v ambulantní kartě. Výjimečně může dojít k záměně plus za minus, zabroušení torického skla do jiné osy, případně k decentraci brýlí, kdy PD zornic se neshoduje s centrací skel brýlí apod. Vztah pacient – optik se řídí obchodním zákoníkem, lékař může upozornit na nesrovnalost, dle mého názoru však přímo do jednání vstoupit nemůže. Někdy je vhodné telefonicky věc konzultovat s optikou. Problematické jsou někdy případy, kdy v optice pacient trvá na použití své nevhodné obruby, i když je optikem na to upozorněn. Je také obtížné hodnotit případ, kdy pacient – zákazník má nové brýle správně centrované, ale starší brýle, které nosil přes 10 let, měly decentrovaná skla, ale na to si pacient zvykl (hlavně u vyšších ametropií). Lékař i optik by si měli uvědomit, že ve hře jsou především pacientovy finance a podle toho tomu věnovat adekvátní čas, týká se to hlavně dražších skel bifo-multifokálních.

10. LASIK – LASEK a brýle – laserové zákroky na očích

Laserové zákroky na očích typu LASIK, event. LASEK jsou v současné době prováděny velmi precizně a na dokonalých laserech. Sám se v ordinaci setkávám s tím, že předepisuji dálkové brýle po výkonech první generace typu PRK – fotorefraktivní keratoablace.

Jde již většinou o výkony prováděné před více než 8–10 lety. Pokud měl tehdy pacient vyšší myopii nad 8–10 D, pak mu tyto brýle o hodnotě 1–2 D nedělají již takové problémy, někdy je nosí jen na sledování televize, na řízení vozu, příp. je možno věc řešit i kontaktními čočkami. Uvedené laserové výkony mají výhodu, že jdou zopakovat, příp. vysoké ametropie řešit několika jednotlivými laserovými výkony. Pokud by pacient v ordinaci argumentoval, že uvedené dodatkové brýle je nucen nosit příliš brzy po laserovém výkonu, je nutné, aby se dohodl s pracovištěm, kde byl výkon prováděn, a na jakých podmínkách se obě strany dohodly (viz písemná smlouva mezi nimi).

V tomto sdělení nejsou zahrnuti pacienti s implantovanou multifokální nitrooční čočkou, pacienti s vysokými ametropiemi, kterým byla do před. komory oční implantována IOL při ponechání jejich vlastní čočky. Jde o velmi malý počet pacientů, většinou jsou dále sledováni na klinikách či pracovištích, kde byly tyto výkony prováděny.

Oftalmologie 4-010 25.10.2010 14:11 Str. 192
proLékaře.cz | 12.12.2026

11. Monovision – přirozená, po kontaktních čočkách, pooperační a brýlová

a) Přirozená monovision (dále jen M) – lze taktéž nazvat stav, kdy pacienta (věk 50 let), který má vpravo emetropii, vlevo myopie 2 D. Tento stav nevznikl náhle, jeho mozek je na takové vnímání okolí postupně adaptován. I zde je možno předepsat jednotlivé brýle na dálku a na blízko, event. mu doporučit bifokální skla, zejména, když by se jednalo o práci náročnou na zrak a rychlé a časté střídání vzdáleností, na níž se dotyčný dívá – dálkový řidič, programátor, klenotník či obsluha velínu.

b) Monovision vytvořená kont. čočkami – opět uvažuji o pacientovi starém 50 let, který je oboustranně emetrop. Nepřeje si nebo z pracovních důvodů nemůže používat brýle a chce vidět současně na dálku i na blízko. Pokud si v práci nasadí na 1 oko k. č. +1,5 D, tak na ni vidí dobře na blízko, současně druhé emetropické oko používá na dálku. Jde však o náhle navozenou situaci, podle mne nepřirozenou, proto může mít potíže při delší zrakově náročné práci.

c) Pooperační monovision – pacient je oboustranný myop 2 D, stáří 50 let. Jedno oko je možno laserovým zákrokem zkorigovat na emetropii, druhé myopické se ponechá na čtení na blízko. Z obecného hlediska jde o náhle vzniklou situaci, kterou již nelze vrátit. Při monovision, která obecně vzniká v krátkém čase, nastává při vidění situace, kdy vedoucí oko by mělo být chvíli pravé, chvíli levé, což může navodit astenop. potíže či bolesti hlavy. Při vidění na dálku i na blízko nastává zřejmě superpozice (překrývání) obou obrazů, a to také nemusí být pro pacienta příjemné. Někdy je nutno pro zrakový komfort u výše uvedeného pacienta provést laser. výkon i na druhém oku. Pacient se do blízka nedívá na stejnou vzdálenost cca 50 cm (monitor PC …), při šití či používání telefonu jde o kratší distanci 35–40 cm, což mu neoperované oko s minus 2 D bez brýlí nezaručí.

d) Monovision brýlová – emetrop starý 50 let chce mít jedny brýle na dálku i na blízko. Řešením mohou být brýle o hodnotách PO – plan, LO +1,5 D. Nutno vždy vyzkoušet, jde o velmi ojedinělé případy. Může to přijít v úvahu, když pacient nesnáší kont. čočky, laser. zákrok na rohovce si nemůže dovolit z finančních důvodů, ze stejného důvodu si někdy pacient vzhledem k ceně skel nepořizuje bifokální či multifokální brýle…

Pokud by měl kdokoliv dotaz, připomínku či kritiku, aby mi toto sdělil písemně na adresu J. Boháč, Francouzská 4, 326 00 Plzeň, příp. na adresu S.P.O.L. do Prahy.

Chápejte tento článek jako praktické připomínky obyčejného očního lékaře k brýlové problematice. Proto jsem se nezabýval brýlovou optikou do všech detailů. V tomto ohledu odkazuji na adekvátní články v učebnicích oftalmologie.

MUDr. Jaroslav Boháč, Francouzská 4, 326 00 Plzeň

Zdravotní středisko Rochlice s.r.o.
v Liberci hledá

oftalmologa

Pracovní pozice - činnost na ambulanci, spolupráce s ÚVN Praha a nemocnicí Liberec.
Oční amb. je vybavena novými špičkovými přístroji, v budoucnu se zaměřením i na chirurgii.
Ubytování zajištěno. Platové rozmezí 40 až 50 tisíc Kč měsíčně.

Kontakt: tel.602 411 051, info@ocnirochlice.cz