

Програма

8.00 – 9.00	Регистрация	
9.00 – 9.15	Откриване	Н. Петкова
9.15 – 10.00	Evolving Issues in Our Concepts of Open Angle Glaucoma	Alfred Sommer, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA
10.00 – 11.00	I Глаукомна сесия – Закритоъгълни глаукоми и вторични глаукоми	Председатели: Н.Петкова, В. Танев Секретар: Ч. Ранкова
	1. Закритоъгълни глаукоми – диагностика, класификация, лечение	Н. Петкова Очна клиника, УМБАЛ “Александровска” - София
	2. Очна травма и високи стойности на вътреочното налягане	Р. Христова Клиника по офталмология, УМБАЛ “Царица Йоанна” - София
	3. Еволюция на оценката на риска за развитие на глаукома	М. Конарева-Костянева Катедра по очни болести, МУ - Пловдив
	4. Ексфолиативен синдром	Т. Хергелджијева, П. Василева, И. Шандурков, Я. Николаева Очна клиника УМБАЛ „Св. Анна” - София, МЦЗ „Акад. Пашев”- София
	5. Случай на хемолитична глаукома	А. Маринов, Н. Петкова Очна клиника, УМБАЛ “Александровска” - София
11.00 – 11.30	Фирмена презентация	
11.30 – 12.00	Кафе-пауза	
12.00 – 13.00	II Глаукомна сесия – Диагностика	Председатели: П. Гугучкова-Янчулева, Б. Ангелов Секретар: И. Танев
	1. Pascal контурен динамичен тонометър	П. Гугучкова-Янчулева, Б. Самсонова, Б. Струкански МЦ “Зрение” - София

	2. Сравнително проучване при тонометрия с динамичен контурен тонометър на Паскал	С. Костова, А. Маринов, Ч. Ранкова, Н. Петкова Очна клиника, УМБАЛ "Александровска" - София
	3. Промени в неврофибрилерния слой на ретината и диска на зрителния нерв при GDx, HRT, OCT и дигитална стерео фотография	И. Танев Очна клиника, УМБАЛ "Александровска" - София
	4. Стандартна автоматизирана периметрия и глаукома	М. Атанасов Катедра по очни болести, МУ - Пловдив
13.00 – 13.30	Фирмена презентация	
13.30 – 14.30	Обяд	
14.30 – 15.30	III Глаукомна сесия – Лечение	Председатели: Р. Христова, М. Конарева Секретар: М. Атанасов
	1. Факоемулсификация при очи с катаракта и псевдоексфолиативен синдром	Б. Ангелов Очна клиника, УМБАЛ "Александровска" - София
	2. Резултати от селективна лазерна трабекулопластика при лечение на първична откритоъгълна глаукома	Н. Петкова, В. Косталеvsка Очна клиника, УМБАЛ "Александровска" - София
	3. DuoTrav – сравнителни проучвания	Петкова Н., Б. Ангелов, Ч. Ранкова, Г. Ранков Очна клиника, УМБАЛ "Александровска" - София
	4. Лечение на глаукомно болни с DuoTrav	П. Василева, Д. Паскалева, М. Средкова, Й. Кирилова, Т. Хергелджиева СОБАЛ „Акад. Пашев” - София
15.30 – 16.00	Фирмена презентация	
16.00 – 16.30	Организационни въпроси - събрание	
17.00 – 18.00	Коктейл	

Evolving Issues in Our Concepts of Open Angle Glaucoma

Alfred Sommer

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

Introduction: In the year 1973 we did not have criteria for screening, diagnosis and progression of primary open angle glaucoma (POAG). We did not know its magnitude, racial variation, risk factors, etc.

Methods: Population based studies to investigate risk factors for POAG.

Results: The risk of optic nerve damage increases with the height of intraocular pressure but in all population based studies, only half of those with glaucoma will have a screening pressure of >20 mmHg. Recent population wide survey of glaucoma in Japan shows little difference in baseline IOP for those with glaucoma and those without. There are many factors besides IOP that determine the risk of glaucomatous optic nerve damage – CCT, age, race, and other factors. Even in so called “normal tension glaucoma” when the IOP is always below “20 mmHg”, there is a linear relationship between IOP and the amount of remaining optic nerve.

Discussion: We must think of new ways to capture the “risk”, explain the mechanism, and help reduce optic nerve damage. One alternative is to think about “perfusion pressure”, the difference between blood pressure and IOP. Lowering the IOP is important to reducing the risk of optic nerve damage, and we presently know how to do it. The lower, and more consistently the IOP low, the lower the risk of progression. It appears to truly protect the optic nerve, IOP may need to be 15 mmHg. Target pressure varies between patients and in same patient during the course of the disease. Successful management however requires that: 1. our drug regiments are effective, and 2. people actually use them.

Закритоъгълни глаукоми - диагностика, класификация, лечение

Н. Петкова

Очна клиника, УМБАЛ "Александровска" - София

Първичните закритоъгълни глаукоми (ПЗГ) са неравномерно разпространени в света. Засягат по-често азиатци. В голяма част от света (Европа, Африка, Америка, Средния Изток) ПЗГ се срещат доста по-рядко в сравнение с първичните откритоъгълни глаукоми (ПОЪГ) е 50:50. Ранното откриване на закритоъгълните глаукоми (ЗГ) и своевременното им и правилно лечение е от съществено значение за запазване на зрението на пациентите. Разглеждат се общи и очни рискови фактори, различни класификации, методи на диагностициране на ПЗГ (гониоскопия, УВМ, ОСТ), скрининг тестове. Обсъждат се методи на лечение: консервативно, лазерно, оперативно. Подчертава се значението на лазерната иридотомия като основна първа лечебна или профилактична процедура. От значение за ранната диагноза на ЗГ са и редица скрининг тестове. Познаването и широкото прилагане на необходимите диагностични и лечебни методи би намалило значително честотата на ослепелите от ПЗГ.

Очна травма и високи стойности на вътреочното налягане

Р. Христова

Клиника по офталмология, УМБАЛ "Царица Йоанна" - София

Високите стойности на вътреочното налягане при очна травма имат полиморфна генеза. Могат да се появят веднага след очната травма, както и по-късно.

Глаукомата, асоциирана с очна травма, може да бъде вторична откритоъгълна и вторична закритоъгълна глаукома.

Клинико-етиологично глаукомите, свързани с очна травма, могат да се класифицират по следния начин:

- Глаукома, свързана със закрыта травма
- Глаукома, свързана с открита травма
- Глаукома, свързана с химично изгаряне
- Глаукома, свързана с електрошок
- Ятрогенна глаукома, провокирана от лекарска намеса

В изложението е маркирана принципната схема на лечение на високо очно налягане и глаукома, свързана с очна травма.

В заключение – глаукомите, асоциирани с очна травма, са уникални поради уникалността на всяка травма и изискват индивидуално терапевтично поведение.

Еволюция на оценката на риска за развитие на глаукома

Марията Конарева-Костянева

Катедра по очни болести, МУ - Пловдив

Общата оценка на риска, базирана на множество, а не на отделни рисковни фактори, спомага да се предскаже прогресията от очна хипертензия (ОХ) към глаукома и от глаукома към слепота. Изчисляването на комбинирания ефект на рисковите фактори е от полза за идентифицирането на пациентите с умерен и висок риск за развитие на глаукома, които подлежат на лечение. Калкулирането на риска е необходимо и за правилния терапевтичен подход от страна на лекаря. През 2002 г. изследователите на Ocular Hypertension Treatment Study (OHTS) публикуваха предикторите за развитие на глаукома: напреднала възраст, високо вътреочно налягане (ВОН), тънка централна роговична дебелина (СТТ), голяма вертикална екскавация на диска на зрителния нерв, висок индекс PSD (pattern standard deviation) при компютърна периметрия с Humphrey analyzer. Резултатите от OHTS показаха, че захарният диабет е фактор, но с протективна роля.

През 2003 г. Steven L. Mansberger от Devers Eye Institute, USA, създава online рисков калкулатор. През 2005 г. Robert N. Weinreb и Felipe Medeiros развиват първия модел за оценка на риска, станал база за електронния рисков калкулатор S.T.A.R (Scoring Tool for Assessing Risk). В началото на 2007 г. е предложен за практиката електронен формат S.T.A.R. II, резултат от труда на Michael Kass, Mae Gordon, Stefano Miglior и сътрудници. В основата на S.T.A.R. II е залегнал „предсказващият“ модел, предложен от OHTS и верифициран от European Glaucoma Prevention Study (EGPS). В S.T.A.R.II са намерили място същите рискови фактори с изключение на захарния диабет. Счита се, че S.T.A.R.II ще подобри стандарта за оценка на глобалния риск за глаукома.

Ексфолиативен синдром

Т. Хергелджијева, П. Василева, И. Шандурков, Я. Николаева

Очна клиника УМБАЛ „Св. Анна” – София

МЦЗ „Акад. Пашев”- София

Цел: Да проучим честотата на ексфолиативния синдром (ЕС) сред пациентите, постъпили за лечение в Очна клиника на УМБАЛ „Св. Анна”-София, и Медицински център за зрение „Акад. Пашев” – София, за периода от 1 ануари 2004 – 31 декември 2005 год.

Методи: Проведено е ретроспективно клинично проучване на медицинската документация на хоспитализираните пациенти. Диагнозата на ексфолиативния синдром е поставена въз основа на документирания пълен офталмологичен преглед.

Резултати: 5228 пациенти на средна възраст 61.6 години са приети за лечение за периода на проучването. ЕС е установен при 608 от тях (11.63%) на средна възраст 74 години (от 42 до 98 г.): 355 (58.4%) жени и 253 (41.6%) мъже, като болшинството болни са постъпили за оперативно лечение на катаракта и глаукома. При повечето пациенти ЕС е проявен двустранно. Едностранна проява наблюдавахме при пациент на 42 г. в око, претърпяло трансплантация на роговица по повод на кератоконус.

Приложени са специфични хирургични техники и допълнително медикаментозно лечение за предотвратяване на периоперативните усложнения при пациентите с ЕС.

Дискусия: ЕС е често възрастово обусловено състояние и според някои проучвания се установява при повече от половината пациенти с глаукома. Анализът на нашите данни показва, че средната възраст на пациентите с ЕС е статистически по-висока, отколкото на тези, при които не са наблюдавани прояви на синдрома. Честотата на ЕС в нашето проучване вероятно е по-ниска от действителната поради недостатъчно документиране на състоянието. Правилната диагноза и предварителното обсъждане на възможните периоперативни усложнения са от решаващо значение за ежедневната ни практическа дейност.

Случай на хемолитична глаукома

А. Маринов, Н. Петкова

Очна клиника, УМБАЛ "Александровска" - София

Представяме случай на пациент с имплантирани вътреочни лещи на двете очи. Лявото око е оперирано за отлепване на ретината със силиконова тампонада и зрителна острота PPLC. В дясното око е налице стара хеморагия в средните отдели на стъкловидното тяло. След направена YAG лазер капсулотомия започват епизоди на внезапно повишаване на ВОН на д. о., съпроводени с влошаване на зрението. Обсъждат се причини и възможности за лечение.

Pascal контурен динамичен тонометър

П. Гузучкова-Янчулева, Б. Самсонова, Б. Струкански
МЦ “Зрение” - София

Рascal контурен динамичен тонометър е трето поколение дигитален контактен тонометър за целите на офталмологията. Монтира се към шпалт-лампата и измерва поредица от вътреочни налягания и амплитудата на очния пулс чрез докосване на роговицата за няколко секунди. Отчита пулсовото очно налягане в динамика. При апланационните тонометри резултатите зависят от дебелината и други характеристики на роговицата, откъдето са налице и предпоставките за грешка. За разлика от тях Pascal тонометърът отчита директно и точно действителното вътреочно налягане, независимо от индивидуалните биомеханични свойства на роговицата. Дали това ще е новият златен стандарт в офталмологията – бъдещето ще покаже.

Сравнително проучване при тонометрия с динамичен контурен тонометър на Паскал

С. Костова, А. Маринов, Ч. Ранкова, Н. Петкова
Очна клиника, УМБАЛ “Александровска” - София

Цел: Сравнително проучване на тонометрични данни при пациенти с ПОЪГ, получени при използване на динамичен контурен тонометър на Паскал, апланационен тонометър на Голдман и апланационен тонометър на Маклаков.

Материал и методи: При 38 пациенти с ПОЪГ на средна възраст $58,8 \pm 16,5$ г. бе измерено ВОН по трите гореописани метода. При всеки пациент бе измерена и централна корнеална дебелина (ЦКД) с помощта на ултразвуков пахиметър. Направи се сравнително проучване и статистическа обработка на данните за ВОН по метода на вариационен анализ и сравнение чрез т-критерий по Стюdent - Фишер. Определен е показател за статистическа достоверност P.

Резултати: В резултат на проведеното изследване се получиха сходни данни за стойностите на ВОН, измерено по трите метода и съобразено с фактора ЦКД при тонометрията по Голдман. Не се откри статистически значима разлика между данните за ВОН според тонометъра на Паскал, тонометъра на Голдман и този на Маклаков.

Заключение: Динамичната контурна тонометрия на Паскал е безвреден, удобен, лесно изпълним и добре понасящ се от пациента метод, който дава сходни данни с останалите рутинни апланационни методи.

Промени в неврофибрилерния слой на ретината и диска на зрителния нерв при GDx, HRT, OCT и дигитална стерео фотография

Ив. Танев

Очна клиника, УМБАЛ “Александровска” - София

Целта на презентацията е да се представят преимущества и недостатъци на съвременните методи за анализ на промените в диска на зрителния нерв и неврофибрилерния слой на ретината. Анализираните резултати се представят по системи и сравнително.

Стандартна автоматизирана периметрия и глаукома

Марин Атанасов

Катедра по очни болести, Медицински университет – Пловдив

Разглеждат се принципите и апаратите за извършване на стандартна автоматизирана периметрия (САП), тестовите стратегии, оценката на достоверността на изследванията. Посочват се критериите за поставяне на диагноза и определяне на стадия на глаукомата. Обръща се внимание на източниците на грешки в изследването, както и на комплексната му оценка. Дискутира се проследяването на глаукомния пациент чрез САП.

Факоемулсификация при очи с катаракта и псевдоексфолиативен синдром

Б. Ангелов

Очна клиника, УМБАЛ "Александровска" - гр. София

Цел: Настоящото изследване има за цел да се извърши факоемулсификация и имплантация на ИОЛ в очи с катаракта и псевдоексфолиативен синдром и да се анализират ранните следоперативни резултати.

Материал и методи: Факоемулсификация и имплантация на ИОЛ е извършена при 95 очи (78 пациенти) с катаракта и псевдоексфолиативен синдром. В изследването не бяха включени очи с псевдоексфолиативна глаукома, както и очи с иридодонеза и изразена факодонеза. Използваха се машини за факоемулсификация на Alcon: Universal II, Legacy 20000 AdvanTec, Legacy EVEREST и INFINITI. Ултразвуковите наконечници, с които се работеше, бяха: TurboSonix, NeoSonix.

Резултати: Имплантираха се меки (сгъваеми) ИОЛ в капсулния сак: Acrysof foldable lens-single piece - SA60AT, с изключение на 3 очи, при които имаше усложнения и се наложи имплантация на ИОЛ със сулкусна фиксация или преднокамерна леща. От интраоперативните усложнения най-значими бяха: руптура на задната лещена капсула при 3 очи, руптура на зонули при 2 очи, загуба на стъкловидно тяло при 2 очи.

Извод: Извършването на факоемулсификация и имплантация на ИОЛ от опитни хирурзи на очи с катаракта и псевдоексфолиативен синдром без иридодонеза и изразена факодонеза е ефективно.

Резултати от селективна лазерна трабекулопластика при лечение на първична откритоъгълна глаукома

Н. Петкова, В. Косталеевска

Очна клиника, УМБАЛ "Александровска" - София

Цел: Да се оцени безопасността и ефективността на СЛТ при пациенти с ПОЪГ.

Методи: Върху 44 очи на 29 пациенти с неконтролирана ПОЪГ беше извършена СЛТ, разделени на две групи: първа група – СЛТ на 180° циркулярно в горната половина и повторена на 180° циркулярно в долната половина през първия месец (27 очи, 14 пациенти) и втора група – СЛТ на 360° кръгово (17 очи, 15 пациенти). Вътреочното налягане (ВОН) беше измерено преди процедурата и един час, една седмица, един месец до шест месеца след СЛТ. Средното изходно налягане в първата група е $28,3 \pm 6,3$ mmHg, във втората - $25,6 \pm 2,1$ mmHg. Средната възраст на пациентите в първата група е 59 год., във втората – 55 год.

Резултати: Един час след СЛТ средното ВОН е $25,5 \pm 3,6$ mmHg в първата група и $19,6 \pm 3,4$ mmHg във втората група. Една седмица по-късно средното налягане в първата група е $20,8 \pm 3,03$ mmHg, във втората – $17,7 \pm 1,5$ mmHg. Към края на първия месец СЛТ беше повторена в първата група. При едно- и шестмесечно проследяване в двете групи беше установено средно ВОН около 20 mmHg. ВОН <21 mmHg за по-дълъг период на проследяване беше установено в 50% в първата група и 70% във втората група. Допълнителна медикаментозна терапия беше необходима в повечето случаи.

Заклучение: Тези резултати предполагат, че чрез СЛТ може добре да се контролира ВОН без никакви сериозни усложнения. 360° СЛТ води до по-добър контрол на ВОН, отколкото 180° СЛТ. Ефективността на СЛТ, извършена двуетапно на 180° в рамките на 1 месец и едноетапно на 360°, е еднаква при 6-месечно проследяване.

DuoTrav – сравнителни проучвания

Н. Петкова, Б. Ангелов, Ч. Ранкова, Г. Ранков
 Очна клиника, УМБАЛ "Александровска" - София

Цел: Да се извършат сравнителни проучвания на ефикасност и безопасност при превключване от предварителна терапия с нефиксирана комбинация Timolol 0,5% и Travatan 0,004%, Cosopt или Fotil на лечение с DuoTrav при пациенти с първична откритоъгълна глаукома (ПОЪГ).

Материал и методи: 31 пациенти (62 очи) с ПОЪГ, разпределени според предварителното си лечение на 3 групи: I група - лекувани с Timolol 0,5% 2 X1 дн. и Travatan 0,004% вечер, нефиксирана комбинация - 20 пациенти (40 очи); II група - лекувани с Cosopt 2 X1 дн. - 8 пациенти (16 очи); III група - лекувани с Fotil - 2 X1 дн.: 3 пациенти (6 очи). След съответен период на изчистване всички пациенти превключват на лечение с DuoTrav. Вътреочното налягане (ВОН) е проследено двукратно при началната терапия, след периода на изчистване (без капки) и 2 и 4 седмици след започване на лечението с DuoTrav. Измерванията са с апланационна Goldmann тонометрия 20 часа след накапването, т.е. в 16 ч. Разпределението на болните по възраст в I група е: 71 ±6 г., във II група: 61 ±15 г., в III гр.: 63 ±5 г. Средната зрителна острота е: при I гр.: 0,77 ±0,3, при II гр.: 0,8 ±0,2, при III гр.: 0,7 ±0,3. Среден размер на екскавацията е: при I гр.: 0,5 ±0,17; II гр.: 0,5 ±0,13; III гр.: 0,4 ±0,15, т.е. пациентите са с развита, ненапреднала глаукома. Проследени са нежеланите реакции, предимно хиперемията преди и след превключване на DuoTrav.

Резултати: Средно ВОН от две измервания при I група при нефиксирана комбинация Timolol-Travatan е 18,4±2; 18,3 ±2,5 mmHg; без капки: 24 ±3 mmHg; с DuoTrav: след 2 с. 17,4 ±2,3 mmHg; след 4 с. 16,8 ±2,2 mmHg. При II гр. при лечение с Cosopt е 20,8 ±3 и 21 ±3 mmHg, без лечение 24 ±4 mmHg; с DuoTrav след 2 с. 18,6 ±3 mmHg; след 4с. 18 ±3 mmHg. При пациентите от III гр., лекувани с Fotil, е 18 и 20 ±3 mmHg, без лечение 24 ±5 mmHg, при лечение с DuoTrav след 2 седм. 18 ±2 mmHg; след 4 седм. 16 ±2 mmHg.

Групите изискват по-голям брой пациенти за категорични изводи.

Преценката на нежеланите реакции след превключване на лечение с

DuoTrav показва, че те са несъществени. Наличната хиперемия от I или II степен в началото на приложение на DuoTrav е с тенденция да намалява.

Заключение. DuoTrav е с добра поносимост, безопасност и ефективност. Ефикасността му е положителна както при превключване на лечение с него от нефиксирана комбинация на Timolol и Travatan, така и при смяна с други фиксирани комбинации като Cosopt и Fotil.

Употребата един път дневно е предимство пред други антиглаукомни лекарства и повишава сътрудничеството с пациента.

Лечение на глаукомно болни с DuoTrav

Василева П., Паскалева Д., Средкова М., Кирилова Й., Хергелджиева Т.

СОБАЛ „Акад. Пашев” - София

Цел: Да се проследи ефектът от лечението с DuoTrav при пациенти с новооткрита глаукома и при липса на компенсация от проведено лечение.

Материали и методи: В проучването са включени 20 пациенти на средна възраст 54 години (от 21 до 77 години). ВОН е измервано с безконтактен тонометър Торсон и с тонометър на Schiøtz. Пациентите са разпределени в три групи според вида на приложеното лечение:

I-ва група – монотерапия при пациенти с новооткрита глаукома.

II-ра група – със замяна на предшестващо лечение с DuoTrav.

III-та група – с добавяне на DuoTrav към съществуващо лечение.

При болните от първа група DuoTrav бе приложен като медикамент на първи избор поради високи стойности на ВОН. При четирима пациенти от II-ра група поради липса на компенсация на ВОН от лечението с бета-блокер той бе заменен с DuoTrav. В III-та група: шестима пациенти, лекувани с двойна комбинация, и четирима - с тройна, DuoTrav бе включен като част от комплексното лечение.

Резултати и обсъждане: Болните бяха проследени за 45 дни (1.03-15.04.2007 г.), като прегледите бяха извършвани в интервал от 10 дни.

Средното очно налягане в началото на лечението с DuoTrav бе 28,7 mmHg, като на третия контролен преглед ВОН бе спаднало до 15,9 mmHg. Най-значително повлияване установихме при пациентите от първа група: от 29 mmHg на 18 mmHg (трима с ПОЪГ и двама с ексфолиативна глаукома). Най-слабо се повлияха пациентите с вторична глаукома след кератопластика и витректомия.

Заклучение: Средното вътреочно налягане при проучените пациенти с глаукома намалява значително при 17 от 20 пациенти, като най-добър е контролът при болните от I-ва група - спадане на ВОН с 36%, II-ра група - с 15,4% и в III-та група - с 24,4%. DuoTrav е ефективен медикамент за бързо и значително повлияване на ВОН при болни с ПОЪГ и ексфолиативна глаукома.