

НАЦИОНАЛНА
ГЛАУКОМНА
АСОЦИАЦИЯ



www.ngabg.eu

XII СИМПОЗИУМ НА НАЦИОНАЛНАТА ГЛАУКОМНА АСОЦИАЦИЯ (НГА)

10 ГОДИНИ НГА (2004–2014 г.)



28–29 март 2014 г.
зала „Средец“, хотел „Шератон“
площад „Света Неделя“ 5, София

ПРОГРАМА

Alcon[®]
a Novartis company

 **ALLERGAN**

 **Théa**



Сигурност и предвидимост за контрол на глаукомата

EXPRESS[®]
глаукома филтриращ имплант

Alcon[®]

a Novartis company

За повече информация:
АЛКОН България ЕООД
София 1505, Сердика Център
бул. „Ситняково“ 48, ет. 8
тел. 02/950 15 65, факс 02/954 97 55

S-004/3/2014

AKISTAN® 50 mcg/ml

Prostaglandin F2 α -analog
на справедлива цена



latanoprostum 2.5 ml разтвор, капки за очи

- ❖ Разрешение за употреба на лекарствен продукт № II 21096/12.02.2013
- ❖ По лекарско предписание
- ❖ Лекарствен продукт включен в ПЛС и заплащан с публични средства

pharmaselect.
ние се грижим за вашите очи

Производител: Фармаселект Интернешънъл ООД
Ернст Мелхиор 20, 10-20 Виена, Австрия
Тел: +43 178 603 860

Официален Дистрибутор за България: СТИНГ АД
София 1592, бул."Асен Йорданов"№6



Мото на Националната глаукомна асоциация за 2014 г.

„Да се борим с невидимата глаукома!“

НАЦИОНАЛНА
ГЛАУКОМНА
АСОЦИАЦИЯ



ХІІ СИМПОЗИУМ НА НАЦИОНАЛНАТА ГЛАУКОМНА АСОЦИАЦИЯ (НГА)

10 ГОДИНИ НГА (2004–2014 г.)



28–29 март 2014 г.
зала „Средец“, хотел „Шератон“
площад „Света Неделя“ 5, София

ПРОГРАМА

Alcon[®]
a Novartis company

 **ALLERGAN**

 **Thea**



XII СИМПОЗИУМ НА НАЦИОНАЛНАТА ГЛАУКОМНА АСОЦИАЦИЯ (НГА) 10 ГОДИНИ НГА (2004–2014 г.) 28–29 март 2014 г., х-л „Шератон“, София

Уважаеми колеги,

От името на УС на Националната глаукомна асоциация (НГА) ви приветстваме с „добре дошли“ на XII симпозиум на НГА, в приятната обстановка на хотел „Шератон“. Отново може да си спомним, че глаукомите са група невродегенеративни заболявания, водещи до оптиконевропатия с определени структурни промени в зрителния нерв и типични увреждания в зрителното поле. Глаукомата все още не е отстъпила второто си място като причина за слепота, с тенденция да се увеличава в бъдеще, което ни кара да увеличим усилията си за ранното ѝ откриване и по-успешно лечение. Съществена предпоставка за успех в борбата с нея е разширяването на нашите познания за болестта, запознаването с българските и световни научни постижения, съвременни и бъдещи технологии и методи за подобряване на диагностиката и лечението и възможностите за тяхното овладяване и приложение в практиката. Това е основната цел на симпозиумите, организирани от НГА. Мотото на Световната глаукомна асоциация (СГА) тази година е посветено на борбата с „невидимата“, т.е. неоткритата глаукома. На първо място, най-разпространена, невидимо и коварно протичаща в началото с отнемане на зрение, поради което бе наречена „тих крадец на зрение“, е откритоъгълната глаукома. Познването на този вид глаукома, ранното ѝ разпознаване, целенасочено търсене, особено в рисковите групи на населението и своевременно и правилно лечение е от съществено значение в усилията ни за запазване на зрението на глаукомноболните. В подкрепа на този призив за борба с „невидимата“ глаукома основна тематика на XII симпозиум на НГА е: „ОТКРИТОЪГЪЛНИ ГЛАУКОМИ – патогенеза, диагностика и лечение“. Основни лекции и доклади ще бъдат изнесени в научни сесии от изтъкнати български глаукомни специалисти и офталмолози.

Гост-лектори на Симпозиума са проф. Franz Grehn (Германия), доц. Barbara Svenkel (Словения), проф. Alfonso Anton (Испания). **Награда „млад учен“** ще бъде присъдена на участници до 35 ненавършени години, с най-добре представена и оформена презентация на завършен самостоятелен труд в областта на глаукомата, представляваща научен интерес.

Генерални спонсори са фирмите: **ALCON, ALLERGAN, SYNOPSIS (THEA)**, които ще участват и със собствени симпозиуми, за което много благодарим.

В тези симпозиуми също вземат участие световноизвестни лектори, като д-р Георгий Паркхоменко – изтъкнат глаукомен хирург от Украйна (гост-лектор на фирма ALCON) и гост-лектор на фирма THEA – проф. Alfonso Anton.

Изказваме нашата искрена благодарност и на всички фирми, участващи с щандове във фирмената изложба на симпозиума. Благодарност на всички лектори и офталмолози, участващи с научни презентации и дискусии, както и на членовете на Организационния комитет, които със своята дейност направиха този симпозиум осъществим и успешен.

XII симпозиум на НГА е особено важен за нас, тъй като съвпада с честване на 10-годишния юбилей на организацията. Основана през 2004 г. по идея на СГА и като продължение на Секцията по глаукома към Българското офталмологично дружество, НГА израстна като стабилна професионална, етична, неправителствена организация на офталмолози с интерес към глаукомата, с ежегодно провеждани симпозиуми на тема глаукома, два от които са в рамките на световните конгреси в Париж (2011 г.) и Ванкувър (2013 г.). Издава научна литература и списание „Глаукоми“, официално издание на НГА, осъществява дарения, научни награди и частично спонсориране предимно на млади офталмолози в международни научни събития. НГА участва активно в организацията на Световните дни и седмици на глаукомата. Очакваме и в бъдеще дейността ѝ да е все така разрастваща се и успешна!

Пожелаваме успех на всички участници в XII симпозиум на НГА! Успешен XII симпозиум на НГА!

*С уважение:
Доц. Н. Петкова
(Председател на НГА)*

ОБЩА ИНФОРМАЦИЯ

Управителен съвет (УС) на НГА:
Председател: доц. Н. Петкова
Секретар: д-р Ч. Ранкова
Членове: акад. Пр. Гугучкова
 проф. М. Конарева-Костянева
 доц. Р. Христова
 доц. Б. Ангелев
 доц. М. Атанасов
 доц. Б. Кючуков
 д-р Б. Самсонова

Организационен комитет членове на УС и:
 доц. Д. Статева
 д-р Д. Драганов
 д-р Ст. Костова
 д-р В. Косталевска
 д-р И. Демирчева
Технически сътрудници:
 м.с. В. Стоицева
 м.с. В. Мишева
 м.с. Р. Захариева

Генерални спонсори са фирмите: ALCON, ALLERGAN, SYNOPSIS (THEA), които ще участват и със собствени симпозиуми, за което много благодарим.

Място на провеждане на симпозиума: зала „Средец“, хотел „Шератон“, София

Официален език е: български и английски

Регистрация на място: регистрационно бюро, фойе, хотел „Шератон“
 на 28 март 2014 г. от 12:00 до 16:00 ч.
 на 29 март 2014 г. от 08:00 до 10:00 ч.

Такса за регистрация:	Регистрация:	до 25.02.2014 г.	на място:
	Членове на НГА:	80 лв.	100 лв.
	Нечленове на НГА:	90 лв.	110 лв.
	Специализанти:	40 лв.	50 лв.
	Пенсионери:	0 лв.	0 лв.

които да бъдат преведени на банковата сметка на НГА:
 СДРУЖЕНИЕ НАЦИОНАЛНА ГЛАУКОМНА АСОЦИАЦИЯ
 IBAN BG68FINV915012BGN0LB20
 BIC FINVBGSF

Официална вечеря: 28 март 2014 г., бална зала „Роял“, х-л „Шератон“ от 19:00 ч.

Резервация и заплащане на нощувка в хотел: „Шератон“ за 28–29 март 2014 г.
 с преференциални цени за участници в симпозиума:
 Единична стая: 60 EU със закуска
 Двойна стая: 65 EU със закуска

Адрес за резервация: www.luxurycollection.com/sofia
 (г-жа Силва Петкова)

Надяваме се предстоящата среща да е ползотворна и приятна.

ГОСТ-ЛЕКТОРИ



Проф. Franz Grehn, MD, PhD, Dr.h.c., световноизвестен учен с интереси в областта на глаукомата. Завършва медицина през 1973 г., след това защитава докторска теза, специализира в университетски очни клиники в Berlin и Freiburg, като от 1987 до 1995 г. заема ръководни длъжности в университетските очни клиники във Freiburg, Essen, Mainz. От 1995 г. е завеждач Университетска очна клиника – Вюрцбург. Същевременно е изпълнявал длъжности на вицепрезидент на „Инициативен комитет за ранно откриване на глаукомата“. Бил е президент на Немското офталмологично дружество (2002-2003). Един от основоположниците е на Немската академия

по офталмология. Почетен член е на редица медицински, офталмологични и глаукомни дружества (американско, немско, румънско, хърватско, италианско). Избран е за почетен член на Съюза на българските офталмолози през 2009 г. Член е на Изпълнителния комитет на Европейското глаукомно дружество от 2000 г. Член е на редица академии на науките (в Майнц, доктор хонорис кауза на Университет Iasi, Румъния). От 2007 г. е член на управителния съвет на Световната глаукомна асоциация и неин председател от 2012 до 2014 г. Член е на изпълнителния комитет на Глаукомното изследователско дружество (2003) и негов председател (2012–2016). Има активно участие с ключови лекции в международни симпозиуми и конгреси и награда за тях, както и награда за заслуги в областта на глаукомата от Немското офталмологично дружество, престижната награда – златен медал „Chibret“ (2009 г.) и др. Основните му научни интереси са в областта на глаукомата: изследователска дейност, глаукомна хирургия, детска глаукома и катаракта, участие в проспективни клинични глаукомни проучвания. Има 139 публикации, участие в 13 книги, издателска дейност в международни списания.

Проф. Franz Grehn ще изнесе лекция „Нови тенденции в глаукомната филтрираща хирургия“ на 28.03.2014 г.



Доцент Barbara Cvenkel, MD, PhD, завежда глаукомно отделение в Университетски медицински център, Любляна. Председател е на Словенското глаукомно дружество. Член е на изпълнителния комитет на Европейското глаукомно дружество. Основни интереси има към: очна повърхност след продължителна медикаментозна антиглаукомна терапия; лечение на глаукома със селективен лазер; морфологични промени в трабекуларната мрежа след лазерна трабекулопластика, глаукомна хирургия, образна диагностика.

Тя ще изнесе лекция „Лазер лечение при глаукома“ на 29.03.2014 г.



Проф. Alfonso Anton, MD, PhD, професор в Международен университет на Каталуня, завеждач глаукомен и изследователски отдел в Институт по отлепване на ретината в Каталуня, глаукомен консултант в Parc Salut Mar (Университетска болница в Барселона). Основните му интереси са в областта на епидемиология, телемедицина, здравна икономика, апаратура за образна диагностика и функционални изследвания. Разработил е редица изследователски проекти към Испанския здравноизследователски фонд и др. институции и частни компании. Има над 40 публикации и участия в

е арбитър в няколко научни списания, включително и на Международния комитет на членовете на ARVO, Европейското и испанско глаукомни дружества и редакторски съвет на списание „Глаукома“. Проф. Alfonso Anton ще изнесе лекциите „Как да открием прогресията в зрителното поле“ и „Monoprost днес. Ефикасност и безопасност“ (Симпозиум на фирма Synopsis (THEA)).

Във връзка с 10-годишния юбилей на НГА ръководството на НГА има честта да удостои с престижната титла „ПОЧЕТЕН ЧЛЕН НА НГА“ следните заслужили офталмолози за техните приноси в областта на офталмологията и глаукомата:

- Проф. Franz Grehn, MD, PhD, Dr.h.c
- Доц. д-р Стойна Баналиева
- Доц. д-р Блага Чилова, д.м.н.
- Проф. д-р Веселин Танев, д.м.н.

*Доц. Н. Петкова
(Председател на НГА)*

ПРОГРАМА

XII СИМПОЗИУМ НА НАЦИОНАЛНАТА ГЛАУКОМНА АСОЦИАЦИЯ (НГА) 10-ГОДИШЕН ЮБИЛЕЙ НА НГА (2004–2014 г.)

28–29 март 2014 г., зала „Средец“, хотел „Шератон“,
пл. „Света Неделя“ 5, София

Петък, 28 март 2014 г.

12:00 – 16:00 Регистрация

13:30 – 14:00 Откриване на симпозиума

14:00 – 15:10 **I СЕСИЯ: ОБЗОРНИ ДОКЛАДИ НА ТЕМА:
„ОТКРИТОЪГЪЛНА ГЛАУКОМА“**

Председатели: доц. Н. Петкова, доц. Р. Христова,
доц. З. Златарова

1. **Съвременна патогенеза на откритоъгълната глаукома**
Пр. Гугучкова-Янчулева. СБАЛ по очни болести „Зрение“, София
2. **Новости от проучванията върху глаукомите**
П. Василева. СОБАЛ „Акад. Пашев“, София
3. **Съвременна диагностика и лечение на първичната детска глаукома**
Н. Петкова. Токуда болница, София
4. **Посттравматична глаукома**
Р. Христова. Клиника по очни болести, УМБАЛ „Царица Йоанна“, ИСУЛ, София

Дискусия

15:10-15:50 **II ПЛЕНАРНА СЕСИЯ:**

ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГЛАУКОМА

Председатели: доц. Н. Петкова, проф. М. Конарева-Костянева,
д-р Ч. Ранкова

Гост-лектор на НГА: проф. Franz Grehn, MD, PhD, Dr.h.c.

(Завеждащ Университетска очна клиника, Вюрцбург,

Председател на Световната глаукомна асоциация)

Лекция: „**Ново развитие в глаукомната филтрираща
хирургия**“

Дискусия

15:50 – 16:20 Кафе пауза

16:20 – 17:00 **СИМПОЗИУМ НА ФИРМА ТНЕА**
 Модератор: доц. М. Атанасов
 Гост-лектор: проф. Alfonso Anton MD, PhD
 (Завеждащ глаукомен и изследователски отдел,
 Международен университет, Каталуня)
 Лекция: „**Monoprost днес. Ефикасност и безопасност**“

17:00 – 18:00 **III СЕСИЯ: ДОКЛАДИ НА КАНДИДАТИТЕ ЗА НАГРАДАТА „МЛАД УЧЕН“**
 Председатели: доц. М. Атанасов, доц. Б. Кючуков,
 д-р Б. Самсонова

1. **Диагностична способност на макулните изменения при глаукома**
 К. Петрова. Катедра по офталмология. МУ, УМБАЛ „Александровска“, София
2. **Вторична постхирургична глаукома – представяне на клиничен случай**
 К. Налджијева. СОБАЛ „Акад. Пашев“, София
3. **Ендотел и закритоъгълна глаукома**
 Т. Маринова. Научен ръководител проф. Хр. Групчева.
 Катедра по офталмология и зрителни науки, МУ, Варна, СБОБАЛ – Варна

Удостояване с престижното звание „Почетен член“ на заслужили офталмолози

19:00 Гала вечеря. Бална зала „Роял“ на хотел „Шератон“

29 март, 2014 г.

08:00 – 9:00 ч **IV СЕСИЯ: ДИАГНОСТИКА НА ГЛАУКОМАТА**
 Председатели: доц. Б. Ангелов, доц. Ив. Танев, доц. Б. Кючуков

1. **Гониоскопия – информация „до поискване“**
 Ив. Танев¹, С. Колева², С. Бумбарова², В. Танев².
 Катедра по офталмология, МФ, МУ – София¹, Очна клиника „Зрение“²
2. **Анализ на фактори, от които зависи дебелината на НФС и невротиналният пръстен**
 Б. Самсонова, Пр. Гугучкова-Янчулева*, М. Маринов.
 СБАЛ по очни болести „Зрение“, Българо-американски очен център „Пролайт“
3. **Оптична кохерентна томография и диагностика на глаукомата**
 Б. Кючуков, А. Янева. Клиника по очни болести, УМБАЛ „Царица Йоанна“, ИСУЛ, София
4. **Сравнение на диагностичните възможности на основните класифициращи алгоритми на Хайделберг ретинен томограф II (3.1.2)**
 А. Тошев, Б. Ангелов. Катедра по офталмология. МУ, УМБАЛ „Александровска“, София
5. **Обективна и субективна оценка на екскавацията на диска на зрителния нерв при пациенти с първична откритоъгълна глаукома**
 Р. Тошев, Н. Николова, С. Николаева, Хр. Групчева. Специализирана болница по очни болести за активно лечение, Варна, Медицински университет – Варна

09:00 – 09:40

V ПЛЕНАРНА СЕСИЯ: ДИАГНОСТИКА НА ГЛАУКОМАТА

Председатели: доц. Р. Христова, доц. М. Атанасов,
д-р Б. Самсонова

Гост-лектор: проф. Alfonso Anton. MD. PhD

(Глаукомен и изследователски отдел,
Международен университет Каталуня)

Лекция: „**Как да открием прогресията в зрителните полета**“

Дискусия

09:40 – 10:20

СИМПОЗИУМ НА ФИРМА ALCON

Модератор: доц. Н. Петкова

Лектор: д-р Георгий Паркхоменко MD, Ph D.

Офталмохирургична клиника „Ново зрение“, Киев, Украйна

Лекция: „**EX-PRESS имплантация или дълбока склеректомия.
Резултати и предимства при комбинирана хирургия**“

10:20 – 10:40

Кафе пауза

10:40 – 11:40

VI СЕСИЯ: МЕДИКАМЕНТОЗНО И ЛАЗЕР ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГЛАУКОМА

Председатели: проф. М. Конарева-Костянева, доц. А. Мишева,
д-р Д. Драганов

1. Фармакодинамична еквивалентност на лекарства за локално приложение в офталмологията

Е. Гачев¹, А. Петров¹, Р. Христова². Клиника по клинична фармакология и терапия, МУ – София, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ; БМД по клинична фармакология и терапия¹; Клиника по очни болести, МУ – София, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ²

2. Генерици в офталмологията

Д. Казакова. Университетска болница „Лозенец“, София

3. Нови подходи в антиглаукомната медикаментозна терапия

Н. Петкова. Токуда болница, София

4. Защо някои пациенти с антиглаукомно лечение спират своеволно лечението си

Е. Аджиевска, П. Василева. СОБАЛ „Акад. Пашев“, София

5. Селективна лазерна трабекулопластика като допълнително лечение към медикаментозната терапия при откритоъгълна глаукома и очна хипертензия – клинични случаи

Н. Даков, Б. Ангелов. Катедра по офталмология, МУ, УМБАЛ „Александровска“, София

11:40 – 12:20

VII ПЛЕНАРНА СЕСИЯ: ЛАЗЕР ЛЕЧЕНИЕ

Председатели: доц. Н. Петкова, д-р Ч. Ранкова, д-р С. Костова

Официален гост на НГА: доц. Barbara Svenkel, MD, PhD

(Зав. глаукомно отделение, Медицински университет, Любляна)

Лекция: „**Лазерно лечение при глаукома**“

Дискусия

12:20 – 13:00 **СИМПОЗИУМ НА ФИРМА ALLERGAN**

13:00 – 14:00 Обяд

14:00 – 15:30 **VIII СЕСИЯ: ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГЛАУКОМА**

Председатели: акад. Пр. Гугучкова-Янчулева, проф. В. Танев, доц. Д. Статева

1. **Диагноза и показания за оперативно лечение при глаукома**
К. Рачева, Й. Кирилова, П. Василева. СОБАЛ „Акад. Пашев“, София
2. **Express имплант в антиглаукомната хирургия – реалните резултати**
М. Конарева-Костянева. Катедра по очни болести, МУ, Пловдив
3. **Супрахориоидален микростент СуPass, комбиниран с факохирургия при пациенти с откритоъгълна глаукома**
Пр. Гугучкова-Янчулева¹, Б. Самсонова², А. Топов³.
СБАЛ по очни болести „Зрение“¹, Очен център „Пролайт“², Болница „Токуда“, София³
4. **Каналопластика – новините в реално време**
Ив. Танев¹, С. Колева², С. Бумбарова², В. Танев².
Катедра по офталмология, МФ, МУ – София¹, Очна клиника „Зрение“²
5. **Роля на лещата в патогенезата и хирургичното лечение на закритоъгълната глаукома**
Б. Ангелов. Катедра по офталмология, МУ, УМБАЛ „Александровска“, София
6. **Предизвикателства и рискове на катарактната хирургия при пациента с глаукома**
М. Атанасов. Катедра по очни болести, МУ, Пловдив
7. **Хирургична активност при глаукома**
М. Фархат, К. Рачева, П. Василева. СОБАЛ „Акад. Пашев“, София
8. **Постоперативно проследяване на пациенти с филтриращи антиглаукомни операции**
Й. Кирилова, П. Василева. СОБАЛ „Акад. Пашев“, София

Дискусия – 10 мин.

15:30 – 16:00 Кафе пауза

16:00 – 17:30 **IX СЕСИЯ: ВТОРИЧНИ ГЛАУКОМИ. КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ**

Председатели: акад. П. Василева, проф. Ч. Балабанов, д-р Т. Хергелджиева-Филева

1. **Трудности в лечението на неоваскуларната глаукома при диабет**
Т. Хергелджиева-Филева, Ю. Бонева, П. Василева. СОБАЛ „Акад. Пашев“, София
2. **Високото вътреочно налягане – рисков фактор и последица на оклузията на ретиналната вена. Представяне на клинични случаи**
Хр. Кръстева, Й. Кирилова, П. Василева. СОБАЛ „Акад. Пашев“, София

3. **ПОЪГ в терминален стадий на двете очи и очен исхемичен синдром – клиничен случай**
С. Узунова. Специализиран очен кабинет, Пловдив
4. **Едностранна слепота след обща анестезия (късно диагностицирана ПЗЪГ)**
Ю. Бонева, Т. Хергелджиева-Филева, П. Василева. СОБАЛ „Акад. Пашев“, София
5. **Вторична глаукома вследствие на преден увеит – клиничен случай**
Д. Танева, Т. Хергелджиева-Филева, П. Василева. СОБАЛ „Акад. Пашев“, София
6. **Едностраниен ексфолиативен синдром след перфоративна кератопластика – клиничен случай**
Гр. Лалов, Т. Хергелджиева-Филева, П. Василева. СОБАЛ „Акад. Пашев“, София
7. **Антиглаукомна хирургия при пациенти с перфоративна кератопластика**
А. Георгиева, Т. Хергелджиева-Филева, П. Василева. СОБАЛ „Акад. Пашев“, София

17:30 – 18:00 **НАГРАДА „МЛАД УЧЕН“**

Закриване на симпозиума

PROGRAM

XII SYMPOSIUM OF THE NATIONAL GLAUCOMA ASSOCIATION (NGA) 10 YEARS ANNIVERSARY OF NGA (2004–2014)

Sheraton Hotel, Sofia, 28–29 March, 2014

Friday, 28 March, 2014

12:00 – 16:00 Registration

13:30 – 14:00 Opening session

14:00 – 15:10 **I DIDACTIC SESSION: PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA**

Chairs: Ass. prof. N. Petkova, Ass. prof. R. Hristova,
Ass. prof. Z. Zlatarova

1. **Current pathogenesis of open-angle glaucoma**

Pr. Guguchkova-Ianchuleva. Eye Hosp. „Zrenie“ Bulgarian-American Eye Center „Prolight“, Sofia

2. **New insights in glaucoma studies**

P. Vassileva, Specialized Eye Hosp. „Acad. Pashev“, Sofia

3. **Contemporary diagnostic and treatment of primary childhood glaucoma**

N. Petkova, Tokuda Hospital, Sofia

4. **Postraumatic glaucoma**

R. Hristova. University Eye Clinic „Queen Johanna“, ISUL, Sofia

15:10 – 15:50 **II PLENNARY SESSION: SURGICAL GLAUCOMA TREATMENT**

Chairs: Ass. prof. N. Petkova, Prof. M. Konareva, Dr. Ch. Rankova
Guest speaker: Prof. Franz Grehn, MD. PhD. Dr.h.c
(Chairman of Dep. of Ophthalmology, Univ. Wurzburg)
Lecture: „**New developments in glaucoma filtering surgery**“

Discussion

15:50 – 16:20 Coffee break

16:20 – 17:00 **SYMPOSIUM OF THE FIRM THEA**

Moderator: Ass. prof. M. Atanasov
Guest speaker: Prof. Alfonso Anton, MD, PhD,
University Int. de Catalunya, Chairman of the Glaucoma and
Research Department Inst. Catalunya
Lecture: „**Monoprost update. efficacy and safety**“

17:00 – 18:00 **III SESSION: PRESENTATIONS FOR THE COMPETITION „YOUNG SCIENTIST“**

Chairs: Ass. prof. M. Atanasov, Ass. prof. B. Kuchoukov,
Dr. B. Samsonova

1. Diagnostic ability of macular changes in glaucoma

K. Petrova. Dep. of Ophthalmology, MU, Alexandrovska Hospital, Sofia

2. Secondary postsurgical glaucoma – presentation of a clinical case

K. Naldjieva. Specialized Eye Hosp. „Acad. Pashev“, Sofia

3. Endothelium and angle-closure glaucoma

T. Marinova, Supervisor: prof. CN Grupcheva, Department of Ophthalmology and Visual Science, Med. University, Varna, Specialized Eye Hospital, Varna

The prestigious title „Honorary member of NGA“ awarded to bulgarian ophthalmologists

19:00 Galla dinner, Royal Ball Room. Sheraton hotel, Sofia

29 March, 2014

08:00-9:00 IV SESSION: DIAGNOSIS OF GLAUCOMA

Chairs: Ass. prof. B. Angelov, Ass. prof. Iv. Tanev,
Ass. prof. B. Kuchoukov

1. Gonioscopy – info „on demand“

Iv. Tanev¹, S. Koleva², S. Bumbarova², V. Tanev². Dep. of Ophthalmology, MF, MU, Sofia¹, Eye Clinic „Zrenie“², Sofia

2. Analysis of factors, influencing the thickness of RNFL and optic disk rim

B. Samsonova, Pr. Guguchkova-Ianchuleva*, M. Marinov. Eye Clinic „Zrenie“, Bulgarian-American Eye Center „Prolight“, Sofia

3. Optical coherence tomography and glaucoma diagnosis

B. Kuchoukov, A. Yaneva. University Eye Clinic „Queen Johanna“, ISUL, Sofia

4. Comparison of the diagnostic abilities of the main Heidelberg Retina Tomograph II (3.1,2). Classifying algorithms

A. Toshev, B. Anguelov. Dept. of Ophthalmology, Medical University „Alexandrovska“ Hospital, Sofia

5. Objective and subjective evaluation of the Cap/disc ratio in patients with primary open angle glaucoma

R. Toshev, N. Nikolova, S. Nikolaeva, Ch. Grupcheva. Specialized Eye Hosp. MU, Varna

09:00 – 09:40 V PLENARY SESSION: DIAGNOSIS OF GLAUCOMA

Chairs: Ass. prof. R. Hristova, Ass. prof. M. Atanassov,
Dr. B. Samsonova

Guest speaker: prof. Alfonso Anton MD, PhD.

University Int. de Catalunya, Chairman of the Glaucoma and Research Department Inst. Catalunya

Lecture: „How to detect progression with visual fields“

Discussion

09:40 – 10:20 **SYMPOSIUM OF THE FIRM ALCON**
 Moderator: Ass. prof. Nataliya Petkova
 Lecturer: Dr. Georgii Parkhomenko MD, PhD.
 Ophthalmosurgical clinic „New Vision“ Kiev, Ukraine
 Lecture: „**EX-PRESS implantation vs deep sclerectomy results and benefits in combined surgery**“

10:20 – 10:40 Coffee break

10:40 – 11:40 **VI SESSION: MEDICAL AND LASER TREATMENT OF GLAUCOMA**
 Chairs: Prof. M. Konareva-Kostianeva, Ass. prof. A. Misheva, Dr. D. Draganov

1. Pharmacodynamic equivalence of locally applied drugs in ophthalmology

E. Gachev¹, A. Petrov¹, R. Hristova². Clinic of Clinical Pharmacology & Therapeutics, MU Sofia, UMHAT „Tsaritsa Yoanna“ – ISUL¹; Bulgarian Medical Society of Clinical Pharmacology & Therapeutics¹, Clinic of Ophthalmology, MU, Sofia, UMHAT „Tsaritsa Yoanna“ – ISUL²

2. Generic Medications in ophthalmology

D. Kazakova. University Hospital „Lozenez“, Sofia

3. New approaches in the glaucoma medical therapy

N. Petkova. Tokuda Hospital, Sofia

4. Why some patients with antiglaucoma treatment willingly stop the treatment

E. Adjevska, P. Vassileva. Specialized Eye Hosp. „Acad. Pashev“, Sofia

5. Selective laser trabeculoplasty as an adjunctive treatment to the drug therapy in open-angle glaucoma and ocular hypertension – clinical cases

N. Dakov, B. Anguelov. Dept. of Ophthalmology. Medical University „Alexandrovska“ Hospital, Sofia

11:40 – 12:20 **VII PLENNARY SESSION: LASER TREATMENT OF GLAUCOMA**

Chairs: Ass. prof. N. Petkova, Dr. Ch. Rankova, Dr. S. Kostova
 Guest Speaker: Ass. prof. Barbara Cvenkel
 (Eye Hospital, Medical University, Ljubljana)
 Lecture: „**Laser treatment in glaucoma**“

12:20 – 13:00 **SYMPOSIUM OF THE FIRM ALLERGAN**

13:00 – 14:00 Lunch

14:00 – 15:30 **VIII SESSION: SURGICAL TREATMENT OF GLAUCOMA**

Chairs: Acad. Pr. Guguchkova, Prof. V. Tanev, Ass. prof. D. Stateva

1. Diagnose and indications for surgical treatment in glaucoma

K. Racheva, Y. Kirilova, P. Vassileva. Specialized Eye Hosp. „Acad. Pashev“, Sofia

2. Ex-Press implant in glaucoma surgery – the real result

M. Konareva-Kostianeva. Dept. of Ophthalmology, Medical University, Plovdiv

3. Suprachoroidal microstent CyPass combined with phacoemulsification in patients with open-angle glaucoma

Pr. Guguchkova-Ianchuleva¹, B. Samsonova², A. Topov³. Eye Clinic „Zrenie“¹, Bulgarian-American Eye Center „Prolight“², Tokuda Hospital, Sofia³

4. Canaloplasty – real time news

Iv. Tanev¹, S. Koleva², S. Bumbarova², V. Tanev². Dept. of Ophthalmology, Med. Faculty, Med. University, Sofia¹, Eye Clinic „Zrenie“², Sofia

5. The role of the lense in pathogenesis and surgical treatment of angle-closure glaucoma

B. Anguelov. Dept. of Ophthalmology, Medical University „Alexandrovska“ Hospital, Sofia

6. Challenges and risks of cataract surgery in glaucoma patients

M. Atanassov. Dept. of Ophthalmology, Medical University, Plovdiv

7. Glaucoma Surgical rates

M. Farhat, K. Racheva, P. Vassileva. Specialized Eye Hosp. „Acad. Pashev“, Sofia

8. Postoperative follow up of patients with filtering glaucoma surgeries

Y. Kirilova, P. Vassileva. Specialized Eye Hosp. „Acad. Pashev“, Sofia

15:30 – 16:00 Coffee break

16:00 – 17:00 **IX SESSION: SECONDARY GLAUCOMAS. CLINICAL CASES**

Chairs: Acad. P. Vassileva, Prof. Ch. Balabanov,
Dr. T. Hergedzhieva-Fileva

1. Difficulties in the treatment of neovascular glaucoma in diabetes. Clinical cases

T. Hergedzhieva-Fileva, Y. Boneva, P. Vassileva. Specialized Eye Hosp. „Acad. Pashev“, Sofia

2. High intraocular pressure-risk factor and consequence of retinal vein occlusion. Clinical cases

Hr. Krasteva, Y. Kirilova, P. Vassileva. Specialized Eye Hosp. „Acad. Pashev“, Sofia

3. Primary Open-angle glaucoma at the terminal stage in both eyes and ocular ischemic syndrome – a clinical case

S. Uzunova. Specialized Ophthalmologic Practice, Plovdiv

4. Unilateral blindness after general anesthesia (later diagnosis PACG)

Y. Boneva, T. Hergedzhieva-Fileva, P. Vassileva. Specialized Eye Hosp. „Acad. Pashev“, Sofia

5. Secondary glaucoma associated with anterior uveitis

D. Taneva, T. Hergedzhieva-Fileva, P. Vassileva. Specialized Eye Hosp. „Acad. Pashev“, Sofia

6. Unilateral exfoliative syndrome after perforative keratoplasty – a clinical case

Gr. Kralov, T. Hergedzhieva-Fileva, P. Vassileva, Specialized Eye Hospital „Acad. Pashev“, Sofia

7. Anti-glaucoma surgery in cases of patients with penetrating keratoplasty

A. Georgieva, T. Hergedzhieva-Fileva, P. Vassileva. Specialized Eye Hosp. „Acad. Pashev“, Sofia

17:30 – 18:00 **NGA AWARD „YOUNG SCIENTIST“**

Closing ceremony

РЕЗЮМЕТА

I СЕСИЯ: ОБЗОРНИ ДОКЛАДИ НА ТЕМА: „ОТКРИТОЪГЪЛНА ГЛАУКОМА“

Председатели: доц. Н. Петкова, доц. Р. Христова, доц. З. Златарова

1. Съвременна патогенеза на откритоъгълната глаукома

*Пр. Гуучкова-Янчулева, СБАЛ по очни болести „Зрение“, София
Българо-американски очен център „Пролайт“*

Основни фактори в патогенезата на глаукомата са: смутена съдова регулация, невродегенеративни увреждания, повишено вътреочно налягане и флукутации, възраст, генетични фактори.

Важна роля за прогресията на глаукомното заболяване имат ексфолиациите, флукуациите на вътреочното налягане, биомеханиката на главата на зрителния нерв (еластичност и ригидност на склерата, склерален колагенен ринг), стареене на клетките на трабекуларния апарат, стрес на ендотела на Шлемовия канал, перфузионното налягане и др.

2. Новости от проучванията върху глаукомите

П. Василева, СОБАЛ „Акад. Пашев“, София

Предмет на интензивни проучвания през последните години са редица аспекти на епидемиологията, диагностицирането, клиничните форми и стадии на глаукомата.

Основната тема е качеството на живот при болните с глаукома, което се определя не само от намаление на централното зрение, а в по-голяма степен от настъпилите дефекти в зрителното поле. Подробно се обсъждат различните дейности, които са затруднени, като шофиране, движение при намалено осветление, ориентация в непознато място и др., както и усещанията на пациентите при периферни зрителни нарушения. Качеството на живот се влошава значително и от увреждането на очната повърхност от антиглаукоматозните капки, а при болни с предварително съществуващо заболяване влошаването на състоянието може да доведе до спиране на лечението.

При изучаване на основния проблем – ранното диагностициране на глаукомата, се подчертава, че масовите скринингови прегледи не са икономически оправдани и се предлага изследване само на рискови групи (при наличие на фамилна анамнеза и при настъпване на пресбиопия). В правилата за добра клинична практика при очен преглед са включени и стриктно формулирани задължителни компоненти за насочено търсене на ранна глаукома. Опровергават се някои от съществуващите постулати, като се изнасят данни за много по-голям дял на закритоъгълната глаукома в сравнение с по-стари схващания, както и честото диагностициране на т.нар. глаукома със „закриващ се ъгъл“. Изтъква се голямото значение за прогресията на заболяването на допълнителни фактори – промените в дебелината на ганглийно-клетъчния комплекс, както и на системни фактори, несвързани с вътреочното налягане.

Нови консенсусни становища се публикуват и върху стадията в развитието на глаукомата, проблемите с „пропуснатата“ глаукома, неправилно диагностицирана/лекувана глаукома, поведение при глаукома и катаракта и индикациите за ранна хирургия при напреднали промени в зрителното поле.

3. Съвременна диагностика и лечение на първичната детска глаукома

Н. Петкова, Токуда болница, София

В последните години класификацията на конгениталните форми на глаукома претърпя съществени промени, като конгениталната и инфантилната форма бяха обединени в една обща група „Детска глаукома“, делеяща се на първична и вторична, а последната и на придобита и не придобита. Обединяващо звено, въпреки различното протичане, при тях е подобната генетична предопределеност за болестта, общата етиология: дигенеза в камерния ъгъл и патомеханизъм: намален отток на вътреочната течност. Детската глаукома при по-късната си поява може да наподобява ювенилна или глаукома на възрастните, но се отличава от тях по употребяваните диагностични методи, които са под упойка и по-ограничени: без пахиметрия, ОСТ, периметрия и с някои типични за ранна възраст особености като реверзибилност на глаукомните увреждания и др. Медикаментозното лечение е насочено към понижение на ВОН и е обикновено временно, предоперативно или следоперативно като допълнителна терапия, след частично успешни хирургични интервенции. Има и съществени разлики, изискващи избягване на парасимпатикомиметици и алфа 2 агонисти при детската глаукома. Възможни са повече нежелани реакции. Лазерни интервенции в камерния ъгъл са неподходящи. Оперативното лечение е за предпочитане, като пръв избор интервенции са операции в камерния ъгъл с прилагане на антифиброзни средства: трабекулотомия и гониотомия. Детската глаукома, особено при по-късна поява, трябва да се търси активно, особено при наличие на рискови фактори. Лечението трябва да е индивидуализирано, със съдействие от страна на родителите, с добро приспособяване и сътрудничество за постигане на адекватен контрол на ВОН и с продължително следене на състоянието – цял живот. Това е единственият път за откриване и побеждаване на „видимата и невидима“ глаукома при тези деца и спасение на тяхното зрение.

4. Посттравматична глаукома

Р. Христова, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ, София

Повишено вътреочно налягане (ВОН) е често усложнение при очни травми. Причините са многофакторни. Липсата на адекватно и навременно лечение водят до намаление и загуба на зрителната острота както при първичната откритоъгълна и закритоъгълна глаукома.

В зависимост от иридокорнейния ъгъл вторичната глаукома бива вторична откритоъгълна и вторична закритоъгълна.

В зависимост от причината за травматичните увреждания различаваме: контузионна вторична глаукома, глаукома, асоциирана с открита очна травма, глаукома, свързана с изгаряне на очите, глаукома, свързана с орбитална хипертензия, ятрогенна глаукома, глаукома, свързана с офталмия симпатика, и глаукома, свързана с електрошок.

Този вид вторично повишаване на ВОН или глаукома, асоциирана с травма, се разглежда в предстоящото съобщение.

II ПЛЕНАРНА СЕСИЯ: ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГЛАУКОМА

*Председатели: доц. Н. Петкова, проф. М. Конарева-Костянева, д-р Ч. Ранкова
Гост-лектор на НГА: проф. Franz Grehn, MD, PhD, Dr.h.c.
(Завеждащ Университетска очна клиника, Вюрцбург,
Председател на Световната глаукомна асоциация)*

Ново развитие в глаукомната филтрираща хирургия

F. Grehn, Университетска очна клиника, Вюрцбург

Дълго време в основата на глаукомната хирургия е била филтрация в субконюнктивното пространство (трабекулектомия.) Този принцип е довел до значително и дълготрайно понижаване на вътреочното налягане и доказано запазване от влошаване на зрителното поле. Напоследък непенетриращата хирургия става популярна заради по-малкото случаи на усложнения и запазването на добра зрителна острота. Освен дълбоката склеректомия и вискоканалостомията, каналопластиката сега се възприема от много глаукомни хирурзи. Междуременно рандомизирано контролирано проучване за каналопластика от нашия институт показва значително понижаване на ВОН след трабекулопластика и единични странични ефекти и по-малко допълнителни интервенции при каналопластика. Следователно последната е изключително важна при високо-рискоски случаи. Все пак за постигане на ВОН между 8 и 13 mmHg е необходима филтрационна хирургия и тя трябва да се развива. Ще бъде представена нова хибридна филтрационна процедура, съчетаваща настоящите техники на дълбока склеректомия и филтрационна трабекулектомия. Тази техника води до еднакво намаляване на ВОН, сравнена с конвенционалната трабекулектомия в нашето контролирано сравнително проучване. Имплантационната хирургия също е станала стандартна процедура при вторичните глаукоми и при неуспешна филтрационна хирургия. Но често при нея е необходимо допълнителна медикаментозна терапия и има дългосрочни проблеми с роговицата.

III СЕСИЯ: ДОКЛАДИ НА КАНДИДАТИТЕ ЗА НАГРАДАТА „МЛАД УЧЕН“

Председатели: доц. М. Атанасов, доц. Б. Кючуков, д-р Б. Самсонова

1. Диагностична способност на макулните изменения при глаукома

К. Петрова, Катедра по офталмология, МУ, УМБАЛ „Александровска“, София

Цел: Да се определи диагностичната способност на параметрите от картата на ганглийно-клетъчния комплекс (GCC), измерени с оптичен кохерентен томограф, и да се определи тяхната диагностична точност при разграничаване на здрави от пациенти с глаукома, разпределени в три различни групи според тежестта на заболяването.

Материали и методи: Изследвани са 208 очи на пациенти с откритоъгълна глаукома (разпределени в три групи: 88 очи с начална глаукома, 55 с развита и 65 с напреднала) и 57 очи на здрави индивиди. При всички е извършен пълен офталмологичен преглед, стандартна автоматизирана периметрия (HFA II) и оптична кохерентна томография (RTVue-100). Изследвани са Avg.GCC, Inf.GCC, Sup.GCC, GLV (global loss volume), FLV (focal loss volume) и RNFL (ретинен неврофибрилера слой – ONH map). За всеки параметър се определи чувствителност, специфичност, positive likelihood ratio (PLR) и negative likelihood ratio (NLR) и се направи ROC анализ.

Резултати: Установи се висока чувствителност и специфичност на изследваните параметри във всички групи, като за начална глаукома те са между 90% и 96%, както за GCC, така и за RNFL. В групите развита и напреднала глаукома за някои параметри те нарастват до 100%. С най-висок диагностичен потенциал в първата, втората и общата група глаукомно болни е GLV (съответно 0.980, 0.999, 0.991), докато в третата група са GLV, FLV, Avg. RNFL и Inf. RNFL (1.0). Най-ниска диагностична способност има Inf. RNFL при начални глаукомни изменения (0.915). PLR е над 12 за всички изследвани параметри, като за GLV и Sup. RNFL е съответно 27.54 и 26.03. За NLR стойностите са от 0.03 до 0.12.

Изводи: Настоящото проучване откри висока чувствителност и специфичност във всички изследвани групи и много висок диагностичен потенциал (над 0.90) за всички параметри от картата на GCC и RNFL. С нарастване тежестта на глаукомните изменения расте и диагностичната способност на изследваните показатели. Параметрите от картата на GCC имат висок и съизмерим с RNFL диагностичен потенциал, независимо от степента на глаукомните увреждания.

Ключови думи: чувствителност, специфичност, ганглийно-клетъчен комплекс, оптичен кохерентен томограф, глаукома.

2. Вторична постхирургична глаукома – представяне на клиничен случай

К. Налджиева, СОБАЛ „Акад. Пашев“, София

Въведение: Вторичната глаукома възниква като усложнение на друго очно или общо заболяване или травма, при което се нарушава циркулацията на вътреочната течност и се повишава вътреочното налягане (ВОН). Развива се по различни механизми, включващи оток на трабекуларния апарат, дисфункция на ендотелните клетки на трабекулума, блокирането му от фибрин и възпалителни клетки, простагландин-медирана увреда на кръвно-водната бариера и стероид-индуцирана редукция на оттичането на вътреочната течност през трабекуларната мрежа.

Клиничен случай: Представяме пациент с диагностициран кератоконус, на когото са поставени керарингове на дясното око, но състоянието се е усложнило поради децентрация на сегментите и повишаване на вътреочното налягане. Пациентът е проследяван за период от 4 години и са му извършвани периодични образни изследвания (компютърна периметрия, топография, пахиметрия, ОСТ). Лекуван е консервативно, но поради незадоволителен контрол на ВОН и прогресия на глаукомните увреди се извърши трабекулектомия с ологен и Mitomycin C.

Обсъждане и заключение: Когато едно възпаление е съчетано с увеличено ВОН, въпросът е дали това повишаване на ВОН се дължи на активно възпаление и недостатъчна противовъзпалителна терапия, хронични структурни промени в резултат на възпалението, или е предизвикано от стероидното лечение. Вторичната глаукома често се повлиява от стандартното антиглаукомно лечение, прилагано при първичната откритоъгълна глаукома, но при наличие на възпалителен процес в окото прилагането на простагландини не се препоръчва. Често пъти медикаментозната терапия е недостатъчна или неефективна по отношение на контрола на ВОН и прогресията на глаукомата, затова и вторичната глаукома се лекува предимно хирургично. Търсенето на оптимално лечение за всеки конкретен случай на вторична глаукома осигурява максимален контрол на ВОН и по този начин гарантира предотвратяването на необратима загуба на зрителните функции.

3. Ендотел и закритоъгълна глаукома

Т. Маринова, Научен ръководител: проф. Хр. Групчева, д.м.н., FEBO, FICO (Hon), Катедра „Офталмология и зрителни науки“, Медицински университет – Варна, СБОБАЛ – Варна

Въведение: Конфокалната микроскопия позволява неинвазивно визуализиране и проследяване на всички клетъчни слоеве на роговицата. Това изследване дава възможност за динамично изследване във времето на микроструктурните характеристики на цялата роговица в здрава и болест.

Цел: Да се анализират микроструктурните промени в роговичния ендотел при пациенти с пристъп на закритоъгълна глаукома с оглед оценка на риска за последващо роговично увреждане.

Материали и методи: На 12 клинично диагностицирани пациенти с пристъп на закритоъгълна глаукома е извършена конфокална микроскопия на живо (HRT II Rostock corneal module) на двете очи, 14+/-2 дни след първи пристъп на едното око, с цел анализ на структурните промени в роговичния ендотел. Направен е сравнителен морфометричен анализ. На всеки пациент е измерено начално и изходно ниво на ВОН с TONOPACHY и роговична дебелина с ултразвукова пахиметрия. На всеки е проведена изходна компютърна периметрия (Haag-Streit Octopus 900).

Резултати: Две седмици след пристъпа средната стойност на измереното ВОН е 15.5 ± 5.2 mmHg в засегнатите очи, докато в очите без симптоми на пристъп то е 17.5 ± 2.2 mmHg. Средната клетъчна гъстота на едното око в засегнатите очи е изчислена на 1220 ± 65.2 клетки/мм², докато тази гъстота е 1891 ± 32.2 клетки/мм² в незасегнатите от глаукомен пристъп очи. Дебелината на роговицата на засегнатото и другото око измерена е съответно 618.20 ± 53.2 μ m и 579.56 ± 11.2 μ m. Във всички проследени случаи не се откриха значими отклонения в периферното зрение при извършената компютърна периметрия.

Заклучение: Лазерната конфокална микроскопия демонстрира значима редукция на броя на ендотелните клетки, както и плеоморфизъм и полимегатизъм не само в очите с диагностицирана закритоъгълна глаукома, но макар и в по-малка степен и в клинично незасегнатото око на пациента. Лечението на острата закритоъгълна глаукома се смята за дефинитивно, но това наблюдение демонстрира морфологични доказателства за роговични увреждания с възможни последици за качеството на зрението и качеството на живот. Вероятното роговично засягане при всички глаукоми може да наложи ревизия на концепцията за глаукомата като невропатия.

Ключови думи: роговичен ендотел, закритоъгълна глаукома, конфокална микроскопия

IV СЕСИЯ: ДИАГНОСТИКА НА ГЛАУКОМАТА

Председатели: доц. Б. Ангелов, доц. Ив. Танев, доц. Б. Кючуков

1. Гониоскопия – информация „до поискване“

И. Танев¹, С. Бумбарова², С. Колева², В. Танев², Катедра по офталмология, Медицински факултет, Медицински университет – София¹, Очна клиника „Зрение“²

Цел: Оценка на оттока на вътреочната течност при първична откритоъгълна глаукома при пациенти с хронично медикаментозно некомпенсирано вътреочно налягане (ВОН).

Методи: Представяме група от 30 последователни случая на пациенти с хронична ПОЪГ на максимална локална терапия при вътреочно налягане >21 mmHg, планирани

за хирургична интервенция. Демонстрира се визуализацията на колекторните канали през Шлемовия канал чрез гониоскопия предоперативно. Представено е вертикално съотношение на екскавация/диск на зрителен нерв (СЕД) чрез 3D изображения на диска на зрителен нерв.

Резултати: Демонстрират се резултатите и корелациите на ВОН и пре- и интраоперативните гониоскопски показатели. Високото ВОН силно корелира със състоянието на Шлемовия канал и няма зависимост с възрастта и СЕД.

Заключение: Високото ВОН корелира с лош гониоскопски рефлукс и лошо изпълване на Шлемовия канал. Оценката на колапса на Шлемовия канал е ключова за избора и резултата на оперативната интервенция.

2. Анализ на фактори, от които зависи дебелината на НФС и невроретиналния пръстен

Б. Самсонова, Пр. Гугучкова-Янчулева, М. Маринов,
СБАЛ по очни болести „Зрение“*, Българо-американски очен център „Пролайт“*

Представяме клинични случаи на пациенти с глаукома или съмнителни за глаукома, изследвани с ОСТ и периметрия. Установените несъответствия между дебелината на невроретинален пръстен и дебелина на кореспондентния участък от слоя на нервните влакна стават повод да анализираме подробно факторите, от които зависят двата показателя, и да установим, че те са различни, което обяснява липсата на задължителна корелация в дебелините. От друга страна, наличието на несъответствие между подчертано изтънен участък от невроретинален пръстен с кореспондираща перфектна функция, установена чрез компютърна периметрия, поражда въпроса дали данните за диска на зрителния нерв, които добиваме чрез ОСТ, отразяват максимално достоверно структурните особености на диска и дали по структурата на главата на оптичния нерв можем да съдим за действителния функционален капацитет на нерва.

3. Оптична кохерентна томография и диагностика на глаукома

Б. Кючуков, А. Янева, Очна клиника, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ, София

Целта на този обзор е да се представи съвременен поглед върху ролята на спектралната оптична кохерентна томография (ОСТ) в диагностиката на глаукомната невропатия. Като относително нова образна методика тя осигурява обективни квантитативни параметри на ДЗН и неврофибрилерния слой и придобива все по-широко приложение в ежедневната клинична практика.

4. Сравнение на диагностичните възможности на основните класифициращи алгоритми на Хайделберг ретинен томограф II (3.1.2)

*А. Тошев, Б. Ангелов,
Катедра по офталмология, МУ, УМБАЛ „Александровска“, София*

Цел: Да се определи диагностичната чувствителност и специфичност на Moorfields regression analysis (MRA) и Glaucoma probability score (GPS) при отдиференцирането на здрави очи от такива с първична откритоъгълна глаукома (ПОЪГ). Да се направи сравнителен анализ на получените резултати за двата основни диагностични алгоритъма, заложили във версия 3.1.2. на Хайделберг ретинен томограф (HRT) II.

Материали и методи: Изследвани са общо 178 очи на 107 лица (на средна възраст 61 ± 10 г.), като от тях 39 са мъже (70 очи) и съответно 68 са жени (108 очи). Пациентите са разпределени в две групи както следва: здрави доброволци и пациенти с начална ПОЪГ според класификацията на Hodapp-Parrish-Anderson. При всички извършихме пълен офталмологичен преглед, стандартна компютърна периметрия (SITA standard 30-2) и изследване с HRT II (3.1.2).

Резултати: Glaucoma probability score показва по-висока чувствителност и по-ниска специфичност при установяване на ранните промени в диска на зрителния нерв при ПОЪГ в сравнение с Moorfields regression analysis. Двете програми не могат да се използват като самостоятелни скриниращи алгоритми.

Заключение: Диагностичната точност на MRA е сходна с тази на GPS. Установи се, че GPS може да направи разграничение между глаукомни и здрави очи с относително по-добра чувствителност, но по-лоша специфичност. Това представлява значително предимство пред MRA в случаи с начална глаукома.

5. Обективна и субективна оценка на екскавацията на диска на зрителния нерв при пациенти с първична откритоъгълна глаукома

Р. Тошев, Н. Николова, С. Николаева, Хр. Групчева,

*Специализирана болница по очни болести за активно лечение, Варна,
Медицински университет – Варна*

Цел: Да се извърши анализ на възможностите за безапаратна оценка на диска на зрителния нерв при пациенти с първична откритоъгълна глаукома (ПОЪГ). Да се сравнят резултатите на двама екзаминатори, оценяващи в реални клинични условия и при използване на елементарен софтуерен инструмент за измерване.

Методи: Всичките 50 пациенти (98 очи), включени в проучването, са с доказана и медикаментозно третирана ПОЪГ. На всички пациенти е направена снимка на диска на зрителния нерв при стандартни светлинни условия и определена фиксация. Извършена е клинична оценка на снимките на диска на зрителния нерв и е записан резултатът за съотношение диск/чашка във вертикалния и хоризонтален меридиан от двама екзаминатори. Същите снимки са анализирани с помощта на софтуерна програма и вертикалната и хоризонталната екскавация са измерени с помощта на прецизен измервателен инструмент, отново от двама екзаминатори. Статистическата обработка е извършена с SPSS.

Резултати: При клиничната/зрителна оценка на диска е постигната повтораемост в 53% между двамата екзаминатори. От останалите 43% има отклонение от 0.1 в 28% от случаите и 0.2 или повече в 15% от случаите, по-често във вертикалния меридиан. Резултатите на двамата екзаминатори са значително по-близки като стойности в процеса на измерване, като отново в 17% от случаите има разминаване с 0.1, с по-голяма честота на разминаването по вертикалния меридиан. Сравнението на измерените и клинично оценените съотношения C/D показва значителни отклонения и при двамата екзаминатори. Интересно е да се отбележи, че отклонение с повече от 0.1 между клинично оценената и прецизно измерена стойност на екскавацията се наблюдава при 73% от резултатите и за двамата екзаминатори.

Заключение: Резултатите на настоящата работа показват, че за прецизна оценка на екскавацията не е необходимо да се използва високотехнологична апаратура, а е достатъчно да се направи снимка на диска на зрителния нерв. Използването на софтуерен метод за измерване би подобрило точността на оценката и възможностите за прецизиране на диагнозата от различни специалисти в реалната клинична практика.

V ПЛЕНАРНА СЕСИЯ: ДИАГНОСТИКА НА ГЛАУКОМАТА

Председатели: доц. Р. Христова, доц. М. Атанасов, д-р Б. Самсонова

Гост-лектор: проф. Alfonso Anton. MD. PhD

(Глаукомен и изследователски отдел, Международен университет Каталуня)

Как да открием прогресията в зрителните полета

А. Антон, Международен университет, Каталуня

Наблюдаването на прогресия в зрителните полета е основно при проследяване на глаукома. Ще бъдат обяснени вариабилност в резултатите на зрителните полета и методи на разпознаване на прогресия в тях. Ще бъдат дефинирани и показани анализ на тенденцията и анализ на случая. Ще бъде разяснена и препоръчана методична интерпретация на резултатите от зрителните полета. Ще се използват случаи от практиката, за да се обяснят различните методи и интерпретация на резултатите.

VI СЕСИЯ: МЕДИКАМЕНТОЗНО И ЛАЗЕР ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГЛАУКОМА

Председатели: проф. М. Конарева-Костянева, доц. А. Мишева, д-р Д. Драганов

1. Фармакодинамична еквивалентност на лекарства за локално приложение в офталмологията

Е. Гачев¹, А. Петров¹, Р. Христова²,

Клиника по клинична фармакология и терапия, МУ – София,

УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ¹; БМД по клинична фармакология и терапия¹;

Клиника по очни болести, МУ – София, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ, София²

Доказването на терапевтична и или биоеквивалентност е необходима предпоставка за регистрирането на генерични лекарствени препарати. В отделни случаи, когато фармакодинамичните ефекти на лекарствата са налице и при здрави хора, проучванията за терапевтична еквивалентност (проведени върху болни) могат да бъдат заменени с проучвания за т. нар. фармакодинамична еквивалентност (проведени върху здрави доброволци).

Бяха проведени две клинични проучвания за изследване фармакодинамичната еквивалентност на два оригинални (Trusopt® и Cosopt®) и два генерични лекарствени препарата (очни капки), съдържащи дорзоламид (20 mg/ml) и дорзоламид-тимолол (20 mg/5 mg/ml). Проучванията бяха проведени под формата на едноцентров, рандомизиран, слеп за изследователя, кръстосан дизайн с еднократно приложение на тест-и референтния препарат (1 капка в конюнктивалния сак на дясното око) при здрави доброволци. Вътреочното налягане (ВОН) беше измервано посредством метода на апланационна тонометрия на Goldman преди- и два часа след приложението на съответния оригинален или генеричен препарат. Препаратите, съдържащи дорзоламид, доведоха до понижение на ВОН съответно с 3,23 и 3,10 mmHg, а препаратите, съдържащи дорзоламид-тимолол – до понижение на ВОН с 4,61 и 4,72 mmHg, съответно за оригиналния и генеричния препарат. 95% доверителни интервали на разликите между основния фармакодинамичен показател (абсолютен размер на понижение на ВОН) бяха в границите -0.65 до +0.40 mmHg за препаратите, съдържащи дорзоламид, и в границите на -0.33 до + 0.55 mmHg за препаратите, съдържащи дорзоламид-тимолол, т.е в границите на приемливия интервал за фармакодинамична еквивалентност (± 1.5 mmHg).

2. Генериците в офталмологията

Д. Казакова, Университетска болница „Лозенец“, София

Производството на генерични продукти е индустрия за милиарди долари и продажби, надхвърлящи 80 милиарда долара. Влиянието на генеричните аналози продължава да расте след изтичането на патентите на все повече оригинални продукти. Стратегията за насърчаване на производството на генерични препарати е важна в глобален аспект, тъй като намалява здравните разходи и увеличава предлагането на лекарства за пациенти. Макар да се правят изпитания за биоеквивалентност на генеричните продукти в сравнение с иновативните препарати, не се изискват тестове за безопасност и ефикасност; ето защо генеричните лекарства не са непременно терапевтично еквивалентни на оригиналните продукти. Много проучвания са установили проблеми, като например намалена ефикасност и увеличени странични ефекти след преминаването от оригинални към генерични препарати. Изискват се задълбочени изследвания, сравняващи генеричните лекарства с оригиналните лекарствени форми в офталмологията и очните лекари трябва внимателно да наблюдават пациентите след смяната на оригиналния препарат с негов аналог, за да гарантират тяхната безопасност и да следят за евентуалните промени в ефикасността.

3. Нови подходи в антиглаукомната медикаментозна терапия

Н. Петкова, Токуда болница, София

Съвременната антиглаукомна терапия при първичната откритоъгълна глаукома се свежда основно до понижаване на ВОН и избягване на флукуациите. За нейния успех от съществено значение е тясното сътрудничество с пациента, постоянството в изпълнението ѝ, придържането към терапията. За да са налице тези предпоставки за правилна терапия, в последните години настъпиха редица промени, като се създадоха медикаменти с намален брой накапвания (x 1 к. дн.) с подменен, по-безопасен консервант (Polyquad) или без консервант и нови фиксирани комбинации. Търсят се нови по-ефикасни средства, понижаващи ВОН по нов и по-ефективен механизъм, като нова терапевтична цел е подобряването на конвенционалния път на отток през ТМ чрез т. нар. ROCK инхибитори. Предполага се, че те имат невропротективно и подобряващо очния кръвен ток действие. Поради затрудненията за накапване на капки при заети хора, на които не се разчита и възрастни пациенти се търсят и алтернативни методи за освобождаване на лекарствения продукт чрез обтуратори на слъзните пътища, контактни лещи, инжекции, конюнктивни, субконюнктивни и витреални импланти, като повечето от тях са в стадии на предклинично и клинично проучване, което се разглежда в настоящата статия. Предполага се, че в следващите 20 години антиглаукомната терапия и начините на освобождаване на лекарствения продукт ще са напълно различни от съвременните методи на лечение.

4. Защо някои пациенти с антиглаукомно лечение спират своеволно лечението си

Е. Аджиевска, П. Василева, СОБАЛ „Акад. Пашев“, София

Въведение: Глаукомата и нарушенията на очната повърхност са болестни състояния, които много често съпътстват при един пациент. Качеството, количеството и предпазната функция на слъзния филм, по-точно нарушенията на очната повърхност поради неговата непълноценност са следствие на различни причини.

Цел: Представяне на клинични случаи на пациенти с дисфункция на роговичния епител, спрели своеволно антиглаукомата терапия поради изразени странични ефекти, довело до прогресия в глаукомните промени. Представяме типичен клиничен случай на пациент на 53 г. (лекар-рентгенолог) с пигментна глаукома, установена през 2012 г. В нашата клиника се яви за първи път на преглед в края 2013 г. с оплаквания от сълзене, дразнене и фотофобия, на антиглаукомна терапия с Monoprost OU и Cosopt OS. Първоначалното лечение е било с Xalatan, като ВОН все още е било във високи стойности – добавен Xalacom. Дни след това – със силна фотофобия и тежък дискомфорт очи – установен кератоконюнктивит. Своеволно сам спира цялата антиглаукомна терапия – оплакванията намаляват. Няколко месеца след това ВОН отново се покачва. Отново лечение с Xalacom, ВОН се нормализира. Същата година – обостряне на кератоконюнктивита. Започнато лечение с унгвенти, антибиотични и КС капки, КС п.б. – с подобрение. От нашия преглед:

VOD=0.1 с -4.0 дсф -1.0 дц/175=1.0 VOS=0.1 с -4.0 дсф -1.0 дц / 175=1.0

TOD=19.0 mmHg TOS=20.0 mmHg (Monoprost OU и Cosopt OS)

VPCФ: 2/1 сек. ПОС – изразена хиперемия на конюнктивата, тежка епифора, ерозии на двете роговици, по-изразени на лявото око, нежен Крюкенберг на двете очи, дълбока ПК, прозрачни лещи, ДЗН витални, Ед-0.6/0.7, Ел-0.6, НСС, прозира lamina cribrosa, макули с отслабен рефлекс, периферия б.о.

Допълнителни изследвания: КП, ПКЪ, ОСТ, ССТ.

Заключение: Поради хроничния характер на глаукомата, медикаментозната терапия се прилага с години, а често и до живот, поради което често възникват странични ефекти, дължащи се на консервантите, съдържащи се във флакона. От няколко години фармацевтичните компании предлагат на пазара продукти, които не съдържат консерванти (в тях или въобще няма консервант, или има такъв с много по-ниска или липсваща токсичност). Затова още при установяване на глаукомата, преди изписване на антиглаукомно лечение трябва да се направи обстоен преглед на очната повърхност и след това да се започне точният вид лечение, което ще е най-подходящо и щадящо за състоянието на съответния пациент.

5. Селективна лазерна трабекулопластика като допълнително лечение към медикаментозната терапия при откритоъгълна глаукома и очна хипертензия – клинични случаи

Н. Даков, Б. Ангелов, Катедра по офталмология, МУ, УМБАЛ „Александровска“, София

Цел: Да се представят клинични случаи на пациенти с първична откритоъгълна глаукома, псевдоексfolитивна глаукома и очна хипертензия, лекувани медикаментозно, при които се извърши селективна лазерна трабекулопластика.

Материал и методи: Представени са 5 клинични случая на пациенти с откритоъгълна глаукома и очна хипертензия – двама пациенти (4 очи) са с псевдоексfolитивна глаукома, двама пациенти (4 очи) са с първична откритоъгълна глаукома и 1 пациент (2 очи) е с очна хипертензия. Всички пациенти са на локална антиглаукомна терапия с един до три медикамента. При всички пациенти се извърши селективна лазерна трабекулопластика на двете очи по цялата 360° от циркумференцията на преднокамерния ъгъл. Енергията на отделния пулс варираше между 0.8 и 1.3 mJ. При всяко отделно око се направиха между 90 и 110 петна. След интервенциите на пациентите не са прилагани локални противовъзпалителни капки – стероидни или нестероидни. ВОН при всички

пациенти се измери: 1 час, 24 часа, 7 дни, 30 дни след интервенцията, както и на всеки следващ месец при контролните визити.

Резултати: При всички пациенти се постигна намаляване на ВОН за периода на проследяване. Неговото понижение при очите с изразени странични реакции от приложението на някои от антиглаукомните медикаменти позволи преустановяването на съответния медикамент, което не доведе до повишаване на стойностите на ВОН. В резултат на това се постигна изчезване на съответните странични явления. За периода на проследяване при нито един пациент не се наложи включването на нови антиглаукомни медикаменти или извършването на операция за глаукома. Не се наблюдаваха усложнения, свързани с провеждането на СЛТ.

Заключение: Селективната лазерна трабекулопластика се утвърждава като ефективен и безопасен метод за намаляване на вътреочното налягане. Прецизният подбор на пациентите, подходящи за СЛТ, е от огромно значение за успеха на процедурата. С приложението на СЛТ могат да бъдат решени и някои проблеми, свързани с хроничната медикаментозна терапия при пациентите с глаукома, което би подобрило сътрудничеството на пациента.

VII ПЛЕНАРНА СЕСИЯ: ЛАЗЕР ЛЕЧЕНИЕ

*Председатели: доц. Н. Петкова, д-р Ч. Ранкова, д-р С. Костова
Официален гост на НГА: доц. Barbara Svenkel, MD, PhD
(Зав. глаукомно отделение, Медицински университет, Люблина)*

Лазерно лечение при глаукома

В. Svenkel, Медицински университет, Люблина

Презентацията обобщава индикациите и техниките на лазерната трабекулопластика. Поновата лазерна техника, селективна лазерна трабекулопластика (СЛТ) е еднакво ефективна с аргон-лазерната трабекулопластика (АЛТ). Предимството на СЛТ е избирателното прицелване в клетките на трабекуларната мрежа, без да се причинява коагулационна некроза. Следователно може да се повтаря без предизвикване на периферни синехии. Ефектът от понижаване на ВОН се изчерпва във времето и при АЛТ, и при СЛТ. Основният фактор, предсказващ добър понижаваш ВОН ефект след лазерна трабекулопластика, е по-високото изходно ВОН. Като първоначална терапия лазерната трабекулопластика намалява вътреочното налягане, сравнено с монотерапия с простагландининови аналози. СЛТ е по-ефективна при очи след предхождаща АЛТ, отколкото да се повтори АЛТ. Основните усложнения са транзиторно покачване на вътреочното налягане и умерено възпаление в предната камера. Първоначалното лазерно лечение може да отложи необходимостта от приложение на антиглаукомни капки. За в бъдеще трябва да се проучат ефикасността от повтаряемост на СЛТ, съотношението цена-ефективност, качеството на живот на пациентите, както и предимствата, отнасящи се до избора на лечение.

VIII СЕСИЯ: ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГЛАУКОМА

Председатели: академ. Пр. Гузучкова-Янчулева, проф. В. Танев, доц. Д. Статеева

1. Диагноза и показания за оперативно лечение при глаукома

К. Рачева, Й. Кирилова, П. Василева, СОБАЛ „Акад. Пашев“, София

Цел: Да представим видовете глаукома и показанията за оперативно лечение при па-

циенти с напреднал стадий на заболяването, претърпели антиглаукомна филтрираща хирургия в нашата клиника през последните 5 години.

Метод: От преминалите през клиниката 1557 пациенти с глаукома на 103 пациенти е проведена антиглаукомна филтрираща хирургия през последните 5 години (2009-2013). Анализирани са демографски данни на пациентите (пол и възраст) и разпределението им според вида на глаукомата.

Резултати: 103 пациенти с напреднала глаукома са претърпели ТЕ в период от 5 години с период на проследяване от 3 до 60 месеца. Наблюдавахме преобладаване на мъжете – 59 (57%), пред жените – 44 (43%). Средната възраст на оперираните пациенти е 65 г. (от 30 до 92 г.) Най-голям дял от оперираните пациенти са с ексфолиативна глаукома – 42 (41%), 20 (19%) – с ПОЪГ, 13 (13%) – с ПЗЪГ, 8 (8%) – с пигментна глаукома, 6 (6%) – с глаукома след ПК, по 4 (4%) пациенти с глаукома след ППВ и с неоваскуларна глаукома, 3 (3%) – с възпалителна глаукома, 2 (2%) – с вродена и 1 (1%) – с кортизонова глаукома. Зрителната острота е движение на ръка или по-ниска при 62 (60%) от пациентите, като само 15 (15%) от наблюдаваните пациенти имат зрение 1.0, но с напреднали промени в периметрите.

Заклучение: По наши наблюдения до филтрираща хирургия достигат пациенти с некомпенсирано очно налягане на фона на максимално медикаментозно лечение или пациенти с напреднали промени в зрителното поле. Преобладават пациентите с вторична глаукома, най-често ексфолиативна.

2. Express имплант в глаукомната хирургия – реалните резултати

*М. Конарева-Костянева, Катедра по очни болести,
Медицински университет, Пловдив*

Цел: Да се анализират резултатите по отношение на вътреочното налягане (ВОН) след имплантация на Express mini shunt при болни с откритоъгълна глаукома.

Методи: Проследени са 50 очи с поставен Express имплант на 45 глаукомно болни със средна възраст 60 ± 17 год. (30 мъже и 15 жени), като на 5 пациенти са оперирани и двете очи. С първична откритоъгълна глаукома са 19 очи, с ексфолиативна – 22, с ювенилна – 6, с пигментна – 2, с неоваскуларна – 1.

Резултати: Осемнадесет болни имат давност на глаукомното си заболяване от 1 месец до 1 година, 16 болни – от 1 до 5 год. и 11 болни – над 5 години. Express имплант е поставен в 8 псевдофакични очи. Само 6 от оперираните очи (12%) са в начален стадий на глаукома. Express имплант е поставен в единствено зрящо око при единнадесет очи. Средното предоперативно ВОН е 29.0 ± 6.2 mmHg, като 30 очи (60%) са показали ВОН над 25 mmHg на максимална медикаментозна терапия. На първата седмица след операцията е постигнато средно ВОН 12.5 ± 3.3 mmHg, а 1 год. след операцията ВОН показва средна стойност – 14.7 ± 3.5 mmHg. Ефузия на хориоидеята е наблюдавана при 2 очи. В едно око е поставен втори Express имплант поради повишени стойности на ВОН. При 2 очи е извършена последваща трабекулектомия. При едно око 6 месеца след комбинирана операция (факомулсификация и Express имплант) ВОН остана повишено на тройна комбинация антиглаукоматозни медикаменти.

Заклучение: Антиглаукомната операция с поставяне на Express имплант е елегантна, с малко усложнения и с добра успеваемост хирургична интервенция.

3. Супрахориоидален микростент СуPass, комбиниран с факохирургия при пациенти с откритоъгълна глаукома

Пр. Гузучкова-Янчулева¹, Б. Самсонова², А. Топов³, СБАЛ по очни болести „Зрение“¹, Очен център „Пролайт“², Болница „Токуда“ – София³

Стент технологиите трансформират хирургията на глаукомата. Микростентът СуPass създава допълнителен, перманентен и дозиран отток на вътреочната течност към супрахориоидалното пространство. От нашия екип са оперирани 45 пациенти с откритоъгълна глаукома, на които е имплантиран СуPass микростент. При 10 от тях имплантацията е комбинирана с факохирургия. При 7 болни екстракцията на катарактата е стандартна ултразвукова факоемулсификация, а при 3 болни – лазерна факолиза с нанолазер. В края на операцията със специален водач под гониоскопски контрол се имплантира стентът в супрахориоидалното пространство. Предоперативно средното ВОН на пациентите с комбинирана операция е 27,6 mmHg, с предоперативна терапия от 1 до 4 медикамента. Нашите резултати показват намаление на ВОН при пациентите с комбинирана хирургия с около 35% за повече от едногодишен период на проследяване. Считаме, че СуPass стент е едно щадящо и елегантно решение, особено при глаукомни пациенти, нуждаещи се и от факохирургия. Особено щадяща за окото при глаукомни пациенти е комбинацията от минимално инвазивна хирургия със СуPass и лазерна факолиза на катарактата с наносекунден лазер.

4. Каналопластика – новините в реално време

Ив. Танев¹, С. Колева², С. Бумбарова², В. Танев², Катедра по офталмология, Медицински факултет, Медицински университет – София¹, Очна клиника „Зрение“²

Цел: Да се анализира оттокът на вътреочна течност чрез флуоресцеинова графия на Шлемовия канал при катетеризация 360° и тензионен конец.

Методи: Представят се 30 последователни каналопластики при ПОЪГ пациенти. Пътницата на отток се визуализират чрез пасаж на флуоресцеин през трабекулума и еписклералните вени.

Резултати: Анализирани са възраст – 45.9 г. (SD +/- 13.3), ВОН – 40.0 mmHg (SD +/- 11.9) вертикално съотношение на екскавация/диск на зрителен нерв (СЕД) -0.78 (SD +/- 0.22). Средното ВОН 6 месеца след каналопластиката бе 17.5 mmHg (SD +/- 3.7). Нивото на постигнатото ВОН корелира с гониоскопския кръвен рефлукс и евакуацията на вътреочна течност през колекторните канали (P < 0.001).

Заключение: Високото ВОН корелира с лош гониоскопски рефлукс и лошо изпълване на Шлемовия канал. Оценката на колапса на Шлемовия канал е ключова за избора и резултата на оперативната интервенция. Каналографията е фактор за оценка на функцията на Шлемовия канал и определя терапевтичното поведение.

5. Ролята на лещата в патогенезата и хирургичното лечение на закритоъгълната глаукома

Б. Ангелов, Катедра по офталмология, МУ, УМБАЛ „Александровска“, София

В основата на патогенезата на закритоъгълните форми на глаукома лежат нарушените анатомични взаимоотношения и параметри на структурите в предния очен сегмент. Независимо от конкретния патогенетичен механизъм, в крайна сметка се достига до блокиране

в различна степен на преднокамерния ъгъл с наличието на иридо-трабекуларен контакт. Добре проучени и признати като фактори, определящи риска за закриване на преднокамерния ъгъл, са формата, големината и позицията на лещата. На някои по-нови параметри, свързани с лещата, като lens vault напр., в последните години се отдава особено значение, най-вече при пациентите с повишен риск от блокиране на преднокамерния ъгъл.

Лещената екстракция все повече се утвърждава като хирургична опция както за патогенетично лечение, така и за превенция на някои от формите на закритоъгълна глаукома. При много от случаите с глаукома се наблюдава и съпътстваща катаракта. Изводите от редица проучвания показват, че екстракцията на лещата с имплантация на заднокамерна вътреочна леща дава много добри резултати при пациенти с определени форми на закритоъгълна глаукома. Отстраняването на катарактата подобрява зрението, задълбочава предната камера, спомага за елиминирането на зеничния блок и за отварянето в известна степен на преднокамерния ъгъл и намаляване на вътреочното налягане.

Все по-широко се проучва и предлага дори и екстракция на прозрачна леща, особено ако е с увеличена дебелина и по-предно разположение. Често биват сравнявани резултатите, особено хипотензивния ефект, на лещената екстракция и другите утвърдени методи в терапевтичните протоколи при закритоъгълна глаукома – медикаментозна терапия, периферна лазерна иридотомия, периферна лазерна иридопластика, гониосинехиолиза и др.

6. Предизвикателства и рискове на катарактната хирургия при пациента с глаукома

М. Атанасов, Катедра по очни болести, Медицински университет – Пловдив

Целта на настоящата работа е да се представят основните предизвикателства и рискове при катарактна хирургия на глаукомни пациенти.

Дискутират се въпросите за оценка на състоянието на пациента по отношение на водеща патология и основна причина за влошено зрение.

Дефинират се основните рискове при оперативното лечение на катарактата в глаукомно око, както и избора на хирургична стратегия. Представени са най-честите интра- и постоперативни усложнения, както и възможните начини за предотвратяването им. Споделя се личен опит.

7. Хирургична активност при глаукома

М. Фархат, К. Рачева, П. Василева, СОБАЛ „Акад. Пашев“, София

Цел: Да обсъдим отчетените проучвания за глобални и национални данни за нивото хирургична активност при глаукома. (GSR).

Методи и материали: Информация за степента на антиглаукомната хирургия за преходните 5 години са били събрани от три компетентни нива: Централно правителство или застрахователни регистри (ниво 1); Национално професионално дружество, основано на изследване на членовете и неправителствени организации (НПО) в страните без професионален съюз (ниво 2); Индивидуални хирургични практики (ниво 3). Ние представяме и нашите резултати, придобити от база данни в СОБАЛ „Акад. Пашев“.

Резултати: Получените данни са от: 73 глаукомни организации, 35 офталмологични и неправителствени организации в 11 страни. Средните стойности на глаукомни операции 139+-113 годишно (2.9-500). Положително съотношение може да се види между брой на глаукомни операции и приблизителна оценка на брой на офталмолозите. От нашите

клинични данни в СОБАЛ „Акад.Пашев“ средните стойности на глаукомни операции в нашата клиника за период 1/1/2009-31/12/2013 са 103 (22.6/година). В България не са достъпни други официални данни на нивото на глаукомна хирургия. От проследените от нас пациенти най-голям дял се пада на тези с ексфолиативна глаукома (41%).

Заключение: Няма данни за общия брой на глаукомните операции в световен мащаб. На национално ниво няма официални данни за процент глаукомни операции и е невъзможно да се изчисли и сравнят резултатите за България със световни такива. Представените резултати може да бъдат полезни при предоставянето на здравни ресурси, както и за сравнение и наблюдение на здравни интервенции при глаукома.

8. Постоперативно проследяване на пациенти с филтриращи антиглаукомни операции

Й. Кирилова, П. Василева, СОБАЛ „Акад. Пашев“, София

Въведение: Хирургичното лечение е най-сигурното средство за значително понижаване на ВОН при глаукома, но изисква активно проследяване, особено в първия месец след операцията.

Цел: Да представим нашите резултати при оперативното лечение на напреднала глаукома.

Метод: Ретроспективно проследяване при 103 пациенти с извършена филтрираща антиглаукомна операция и напреднал глаукомен процес за период от 5 години (2009-2013). Анализирани са видът на антиглаукомната операция, използването на антиметаболити, постигнатите резултати и проследени следоперативни усложнения.

Резултати: За периода от януари 2009 до декември 2013 година са оперирани и проследени 103 пациенти с напреднала глаукома. Според вида на антиглаукомната операция пациентите са разпределени в три групи: трабекулектомия (ТЕ) – 49 (48%), ТЕ с колагенов матрикс ологен – 38 (37%) и антиглаукомна операция с Експрес – 16 (16%). При 98 (95%) от пациентите ВОН е по-високо от 35 mmHg преди операцията (варира между 25-50 mmHg), въпреки предхождащото медикаментозно лечение. Митомицин – С е използван при 62 (60%). След операцията при 97 (94%) от пациентите ВОН е компенсирано – 11-22 mmHg, 18 (17%) – с добавени антиглаукомни капки. При 25 пациенти (24%) е проведено допълнително лечение с 5-FU в ранния постоперативен период, на 13 пациенти (13%) е извършен needling и при 6 (6%) – е направена ре-ТЕ. В постоперативния период са наблюдавани следните постоперативни усложнения: изтичане от конюнктивалния оперативния разрез – 16 (16%), плетка ПК – 22 (21%), хифема – 11 (11%), кистозна ФВ-9 (9%) и плоска ФВ – 18 (17%). Без случаи на бленит или ендофталмит.

Заключение: Хирургичното лечение при напредналата глаукома е единственият избор за съхраняване зрителните функции на пациентите. Така се осигурява добър контрол на ВОН, с нисък процент на усложнения, но се изисква интензивно постоперативно проследяване.

IX СЕСИЯ: ВТОРИЧНИ ГЛАУКОМИ. КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

Председатели: акад. П. Василева, проф. Ч. Балабанов, д-р Т. Хергелджиева-Филева

1. Трудности в лечението на неоваскуларната глаукома при диабет

Т. Хергелджиева-Филева, Ю. Бонева, П. Василева, СОБАЛ „Акад. Пашев“, София

Цел: Да обсъдим причините за късна диагноза на неоваскуларна глаукома (НВГ) у пациенти с незадоволителен метаболитен контрол на диабета и трудностите в лечението им.

Материал и методи: Представяме 3-ма пациенти с диабет и НВГ в краен стадий. Диагностичните методи, освен подробни анамнеза и очен преглед, са включвали гониоскопия, фундусомикроскопия, фотодокументация на преден и заден очен сегмент и ОСТ. Лечебният подход е бил индивидуализиран, като при всички пациенти са извършени оперативни процедури в едното или двете очи.

Резултати: За период от 6 месеца (септември 2013 – февруари 2014) при две жени и 1 мъж на възраст съответно 69, 56 и 52 г. с много ниско зрение на едното или двете очи, болки, ВОН над 40 mmHg, тежка рubeоза и/или неоваскуларизация в камерния ъгъл и краева глаукомна екскавация сме диагностицирали и лекували краен стадий на НВГ. На 3 очи с тежка рubeоза сме извършили циклокриотерапия при изходно ВОН над 50 mmHg, а на 2 очи – трабекулектомия с митомидин С при изходно налягане между 26 и 30 mmHg. Панретинална фотокоагулация е осъществена на 3 очи, а ретинална криотерапия едновременно с циклокриотерапия и приложение на анти-VEGF медикамент в предна камера – на 1 око. При всички пациенти е постигната компенсация на ВОН и успокояване на болката.

Обсъждане и заключение: Липсата на задължителни редовни прегледи при офталмолог и информираност на диабетиците за рисковете за загуба на зрението им са основни причини за късна диагноза на напреднали очни увреждания. Необходими са обединените усилия на лични лекари, ендокринолози и офталмолози, както и съответна нормативна уредба, за да се диагностицират и лекуват навреме очните усложнения на диабета, когато прогнозата за запазване на зрението е по-благоприятна.

2. Високото вътреочно налягане – рисков фактор и последица на оклузията на ретиналната вена. Представяне на клинични случаи

Хр. Кръстева, Й. Кирилова, П. Василева, СОБАЛ „Акад. Пашев“, София

Въведение: Оклузията на ретиналната вена е второто най-често срещано съдово увреждане на ретината при възрастни пациенти. Рискови фактори са напреднала възраст, артериална хипертония, дислипидемия, високото вътреочно налягане, тютюнопушене и други. Усложненията, които настъпват – хемифталм, оток на макулата и неоваскуларна глаукома, са в зависимост от вида и формата на тромбозата – стволова или клонова, исхемична, неисхемична (оточна) или смесена.

Цел: Обсъждане на диагностични и терапевтични проблеми при пациенти с откритоъгълна глаукома и тромбоза на ретиналната вена.

Пациенти и методи: Представяме трима пациенти на възраст 75 г., 79 г. и 72 г. с ексфолиативна глаукома и венозна тромбоза – стволова при двама и клонова при един. При всички е извършен пълен офталмологичен преглед, компютърна периметрия, оптична кохерентна томография, пахиметрия, флуоресцеинова ангиография, ехография. При двамата пациенти със стволова тромбоза се установи неоваскуларна глаукома, хифема и краева екскавация в болното око и напреднали глаукомни промени в другото, въпреки антиглаукомната терапия. На очите с неоваскуларна глаукома се извърши цикло и ретинално крио, поради високото вътреочно налягане (50,6mmHg и 59,1 mmHg) и ниската зрителна острота – PLC и нула. За зрящите очи се назначи четворна комбинация от капки. При третия пациент диагнозата глаукома е поставена след клоновата тромбоза. При постъпването – VOD=0.2; VOS=0.8-1.0; TOD=29 mmHg; TOS=17 mmHg, изразен ексфолиативен синдром, тромбоза на долно-темпоралния венозен клон, краева екскавация и оток в макулата на дясно око, E=0,7 с периметрични и ОСТ данни за глаукома на ляво око. Направена е АЛК на исхемичните зони и се назначи антиглаукомно лечение за двете очи.

Обсъждане: При представените случаи високото вътреочно налягане е било рисков фактор за тромбозата. Ишемията от стволната тромбоза при двама от болните е довела до слепота след развитието на неоваскуларна глаукома. Ранното диагностициране и адекватно лечение на глаукомата може да намали риска от възникването на съдови инциденти. При възникнали такива трябва насочено да се търси глаукома в другото око.

3. ПОЪГ в терминален стадий на двете очи и очен ишемичен синдром – клиничен случай

С. Узунова, Специализиран очен кабинет, Пловдив

Цел: Представяне на пациент със съдови промени в ретината, появили се в хода на късно открита първична откритоъгълна глаукома.

Методи: При пациент на 57 г., изследван по повод силно намалено зрение на едното око и слепота на другото, се установи нормално очно налягане, краева глаукомна екскавация на папилите двустранно и терминален глаукомен дефект периметрично във виждащото око. Пациентът не е посещавал очен лекар. В хода на двугодишно проследяване се появиха пръснати точковидни хеморагии в ретината на виждащото око. Приложиха се специализирани методи на изследване – флуоресцеинова ангиография и доплер сонография поради съмнение за дисфункция на каротидната артерия.

Резултати: Наличие на недостатъчност на очния кръвоток, без доказано стеснение на каротидната артерия. Постигнато е стабилизиране на състоянието за момента, въпреки че пациентът категорично отказва антиглаукомна операция.

Заклучение: Ишемичните промени в ретината, съчетани с наличието на глаукома, обуславят ниската функция и тежестта на заболяването.

Случаят се представя в подкрепа на становището на НГА за необходимост от ежегодни профилактични прегледи по Здравна каса на пациентите над 50 год. с оглед ранно и навременно откриване на глаукома.

4. Едностранна слепота след обща анестезия (късно диагностицирана ПЗЪГ)

Ю. Бонева, Т. Хергелджиева-Филева, П. Василева, СОБАЛ „Акад. Пашев“, София

Въведение: При наличие на тесен или закриващ се преднокамерен ъгъл (ПКЪ) различни фактори, сред които лекарствени средства (симпатикомиметици, антихолиннергичи, антидепресанти, антиконвулсанти, сулфонамиди, кокаин, ботулинов токсин), слаба светлина, бърза корекция на хипергликемия и др. могат да провокират остър глаукомен пристъп.

Клиничен случай: Жена на 46 г. с настъпила слепота на дясно око (ДО) след гинекологична операция, извършена под обща анестезия. По време на хоспитализацията е консултирана с офталмолог по повод оплаквания от намалено зрение на ДО, гадене и болка в лявата половина на главата. Установено е много ниско зрение на ДО и е насочена за подробни изследвания без назначаване на терапия. Два месеца преди оперативната интервенция на преглед поради зачервяване на ДО е било измерено високо вътреочно налягане (ВОН) и е била назначена противовъзпалителна терапия. След изписването е прегледана от офталмолог, поставена е диагноза иридоциклит на ДО и е предписана терапия с НСПВС. Започнато лечение за вторична глаукома поради персистиране на високи стойности на ВОН. Едва по-късно след неповлияване от терапията на следващ

преглед е поставена диагнозата първична закритоъгълна глаукома (ПЗЪГ) и е установена налична вече слепота на ДО. Извършена лазерна терапия- Nd-YAG иридотомии на двете очи и е назначена медикаментозна антиглаукомна терапия.

Обсъждане и заключение: При рискови пациенти, на които предстои хирургична интервенция с обща анестезия с медикаменти, които могат да провокират глаукомен пристъп, се препоръчва предоперативно консултация с офталмолог.

5. Вторична глаукома вследствие на преден увеит – клиничен случай

Д. Танева, Т. Хергелджиева-Филева, П. Василева – СОБАЛ „Акад. Пашев“, София

Въведение: Вторичната глаукома се дължи на очно или общо заболяване, травма или очна операция.

Цел: Да представим клиничен случай на болен с тежък рецидивиращ преден увеит и развитие на вторична възпалителна глаукома с атрофия на зрителния нерв на засегнатото око.

Клиничен случай: Представяме 35-годишен пациент с оплакване от замъгление на зрението на дясно око, който е лекуван другаде за период от 8 месеца с противотуберкулозни медикаменти. Установихме запазена зрителна острота и повишени стойности на ВОН. Поставихме диагноза хипертензивен увеит и започнато консервативно лечение с локални антихипертензивни и противовъзпалителни медикаменти и системни противовирусни, антихипертензивни и противовъзпалителни средства (високи стойности за всички херпетични вируси, а квантифероновият тест – отрицателен). Пациентът в продължение на 1 г. и 8 м. беше проследяван и лекуван на друго място. При повторното си явяване при нас установихме рецидив на увеита, намаление на зрението, ВОН над 35 mmHg. КП и ОСТ изследванията показаха тежки нарушения в периферното зрение и морфологични изменения в диска на зрителния нерв на засегнатото око. Направи се тест Манту, който беше положителен, и се назначи повторна противотуберкулозна и антивирусна терапия. Поради липса на компенсиране на ВОН с максимална медикаментозна терапия пациентът беше опериран – трабекулектомия с митомидин С. При операцията се взе преднокамерната течност за PCR изследване. Резултатите бяха негативни за HSV тип 1 и тип 2, CMV и M. Tuberculosis на фона на 4-месечното туберкулозостатично и противовирусно лечение.

Заключение: Представеният пациент е показателен за наличието на значителни трудности при етиологичното изясняване на тежки възпалителни процеси. Своевременното оперативно лечение при липса на компенсация на ВОН при развитие на вторична глаукома след съответна предоперативна подготовка е от основно значение за съхраняване на зрението.

6. Едностраниен ексфолиативен синдром след перфоративна кератопластика – клиничен случай

Гр. Лалов, Т. Хергелджиева-Филева, П. Василева, СОБАЛ „Акад. Пашев“, София

Въведение: Ексфолиативният синдром е често срещано състояние при пациенти над 50-годишна възраст. Етиологията не е изяснена, но се свързва с генетична предиспозиция, влияние на UV лъчите, географската ширина, както и връзка със системни заболявания като исхемична болест на сърцето, артериална хипертония, Алцхаймер и др. Често двете очи не са симетрично засегнати.

Цел: Да се представи клиничен случай на пациент с едностранен ексфолиативен синдром след перфоративна кератопластика на двете очи.

Клиничен случай: Представяме мъж на 53 години, който е насочен в клиниката за перфоративна кератопластика на дясното око по повод кератоконус. Лявото око е оперирано през 1982 година – перфоративна кератопластика. Установи се изразен ексфолиативен синдром на лявото око с повишено вътреочното налягане. На дясното око се извърши перфоративна кератопластика, а 4 години по-късно и факоемулсификация на катаракта. През периода на проследяване на дясното око (8 години) няма данни дори за начален ексфолиативен синдром. В момента пациентът е на терапия с бета-блокери в лявото око и вътреочното налягане е компенсирано.

Обсъждане: Етиологията на ексфолиативния синдром не е напълно изяснена. При пациента се обсъжда генезата на едностранния ексфолиативен синдром – едностранна проява, трансмисия на синдрома с донорската роговица.

7. Антиглаукомна хирургия при пациенти с перфоративна кератопластика

А. Георгиева, Т. Хергелджиева-Филева, П. Василева, СОБАЛ „Акад. Пашев“, София

Въведение: Едно от най-честите усложнения след ПКП е повишеното ВОН, което по данни на различни източници достига до 30%. Високото вътреочно налягане е една от причините за ниско зрение след роговична трансплантация поради помътняване на трансплантата или глаукомно увреждане на зрителния нерв.

Цел: Да представим резултатите от хирургичното повлияване на високо ВОН при пациенти, на които предстои или вече е направена ПКП.

Пациенти и методи: Настоящото проучване обхваща пациенти с ПКП, извършена в СОБАЛ „Акад. Пашев“ за периода декември 2004 г. – февруари 2014 г. Хирургичното лечение е включвало: трабекулектомия (със или без имплант Ologen™), поставяне на антиглаукомен дренажен имплант, циклокриокоагулация.

Резултати: За период от 9 години са извършени 213 кератопластики (108 мъже и 105 жени). Преди ПКП са установени завишени стойности на ВОН при 37 пациенти (17.3%). При 16 от тях (7.5%) е извършена антиглаукомна операция. При всички пациенти с повишено ВОН преди ПКП се постигна компенсирани наляганета преди трансплантация. След трансплантацията високо налягане е установено при 65 пациенти (30.5%), като антиглаукомна интервенция е извършена при 26 от тях (12.2%).

Заклучение: Добрият контрол на ВОН е необходимо условие за запазване прозрачността на роговичния трансплантат. Съвременните антиглаукомни хирургични интервенции осигуряват компенсирани на ВОН с понижаване на риска от намаление на зрението при пациенти с ПКП в резултат на обусловено от високо налягане помътняване на трансплантата или в резултат на развитие на глаукомно увреждане в очното дъно.

A B S T R A C T S

I DIDACTIC SESSION: PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

Chairs: Ass. prof. N. Petkova, Ass. prof. R. Hristova, Ass. prof. Z. Zlatarova

1. Current Pathogenesis of Open Angle Glaucoma

*Pr. Guguchkova-Ianchuleva,
Eye Hospital „Zrenie“, Bulgarian-American Eye Center „Prolight“, Sofia*

As main factors of pathogenesis of glaucoma are considered: disturbed regulation of blood flow, neurodegenerative damages, increased intraocular pressure and pressure fluctuation, age, genetic factors. Important role for progression of glaucoma have: exfoliations, intraocular pressure fluctuations, biomechanical parameters of optic nerve head (elasticity and rigidity of sclera, scleral collagen ring), growing old of trabecular Meshwork cells, endothelial stress of Shlem channel, perfusion pressure and s.o.

2. New Insights in Glaucoma Studies

P. Vassileva, Specialized Eye Hospital „Acad. Pashev“, Sofia

A number of aspects of the epidemiology, diagnosis, clinical forms and stages of glaucoma are subject of intense research in recent years.

The focus is on the quality of life in glaucoma patients, which is determined not only by the severity of central vision loss but to a greater extent by the occurrence of visual field defects. In depth are discussed the increasing problems with daily activities such as driving, mobility in dim light, orientation in unfamiliar places, etc. which patients experience as a result of visual dysfunction as the glaucoma damage becomes more severe. Furthermore, ocular surface damage caused by side effects of glaucoma treatment negatively impacts patients' quality of life, especially in pre-existing ocular surface disease cases, when it might lead to lack of compliance and discontinuation of the antiglaucomatous therapy.

The studies on the main issue – early diagnosis of glaucoma, emphasize that public screenings is not cost-efficient and screening of risk groups (with family history and at onset of presbyopia) is only recommended. The rules of good clinical practice strictly outline the mandatory components of an eye examination for guided search for early glaucoma. New research challenges some of the traditional opinions and reports on higher prevalence of angle-closure glaucoma and the more frequent diagnosis of occludable angle glaucoma. Highlighted is the impact of additional factors, non-related to intraocular pressure, on glaucoma progression – changes in the thickness of the ganglion-cell complex and systemic disease.

New consensus opinions on the stages of glaucoma progression, target pressure, problems in misdiagnosis and/or incorrect treatment for glaucoma, management of combined cataract and glaucoma, as well as early antiglaucomatous surgery in patients with advanced visual field changes at presentation.

3. Contemporary Diagnostic and Treatment of Primary Childhood Glaucoma

N. Petkova, Tokuda Hospital, Sofia

The classification of the congenital forms of glaucoma has essentially changed in the recent years: the congenital and infantile glaucoma being united in one group of „Childhood

glaucoma", classified as primary and secondary, the latter could be: acquired and non-acquired. The common factor, nevertheless the differences in the clinical course, is the genetic determination of the disease, the common etiology: angle dysgenesis and pathomechanism: decreased aqueous outflow. The childhood glaucoma developed later could be similar to Juvenile glaucoma and glaucoma in adults, but it is different in the diagnostic methods which are usually under anesthesia and more restricted: without CCT, OCT and Perimetry. Typical for Childhood glaucoma is the reversibility of glaucomatous defects, etc. Medical therapy is needed for lowering IOP, before surgery, or as adjuvant therapy after partially successful surgical procedures. There are also essential differences, such as parasymphaticomimetics and alpha 2 agonists have to be avoided in Childhood glaucoma. Adverse side effects may be manifested much more in children. Laser procedures in chamber angle are not suitable in Childhood glaucoma. Surgical treatment is more preferable, and surgery in chamber angle such as Goniotomy and Trabeculotomy have been considered first choice treatment. Childhood glaucoma should be searched actively for, especially when risk factors have been present. The treatment has to be individualized with parents' cooperation for better adherence, compliance, adequate glaucoma control and continuous follow up to the end of their lives. The only way for us is to discover, beat the visible or „invisible glaucoma" and save the visual abilities of these children.

4. Post-traumatic Glaucoma

R. Hristova, University Hospital „Queen Johanna" – ISUL, Sofia

High Ocular Blood Pressure is a frequent complication in the eye traumas. The reasons are multifaceted. The lack of adequate and prompt treatment leads towards reduction and loss of ocular acuity in the primary open-angle and closure-angle glaucoma.

In relation to iris-corneal angle, secondary glaucoma is divided to secondary open-angle and secondary closure-angle glaucoma.

In relation to traumatic injuries we distinguish several types of glaucoma: Contusion secondary glaucoma, Open eye traumas glaucoma, Eye burns glaucoma, Orbital hypertension glaucoma, Iatrogenic glaucoma, Sympathetic Ophthalmia glaucoma, and Electroshock glaucoma.

This type of secondary increase of the Ocular Pressure Glaucoma associated with eye traumas are discussed in the recent paper.

II PLENNARY SESSION: SURGICAL GLAUCOMA TREATMENT

Chairs: Ass. prof. N. Petkova, Prof. M. Konareva, Dr. Ch. Rankova

Guest speaker: Prof. Franz Grehn, MD. PhD. Dr.h.c

(Chairman of Dep. of Ophthalmology, Univ. Wurzburg)

New Developments in Glaucoma Filtering Surgery

F. Grehn, Department of Ophthalmology, Julius-Maximilians-University,

Josef-Schneider-Str. 11, 97080 Wurzburg

A mainstay of glaucoma surgery has long been filtration into the subconjunctival space (i.e. trabeculectomy). This principle has resulted in substantial and long lasting intraocular pressure reduction and has been proven to preserve visual field deterioration. Recently, non-penetrating surgery has become popular because of its reduced complication rate and good preservation of visual acuity. Beyond deep sclerectomy and viscocanalostomy, canaloplasty is now accepted among many glaucoma surgeons. In the meantime, a randomized controlled prospective study of canaloplasty versus trabeculectomy at our

institution has shown significant better IOP reduction in trabeculectomy but fewer side effects and less additional interventions in canaloplasty. Therefore, it is particularly valuable in high risk cases. However, to achieve IOPs in the low teens or high single digits, filtration surgery is still needed and should be further developed. A new hybrid filtration procedure combining the current techniques of deep sclerectomy and a filtering trabeculectomy will be presented. This technique resulted in equal IOP reduction when compared to conventional trabeculectomy in our controlled matched comparative study. Tube surgery also has become a standard procedure in secondary glaucomas and when previous filtering surgery failed, but additional medication is often needed and longterm corneal problems are not yet completely controlled.

III SESSION: PRESENTATIONS FOR THE COMPETITION „YOUNG SCIENTIST“

Chairs: Ass. prof. M. Atanasov, Ass. prof. B. Kuchoukov, Dr. B. Samsonova

1. Diagnostic Ability of Macular Changes in Glaucoma

*K. Petrova, Department of Ophthalmology,
Medical University, „Alexandrovskia“ Hospital, Sofia*

Purpose: To evaluate the diagnostic ability of ganglion cell complex (GCC) parameters, obtained with optical coherence tomography and to determine their ability to differentiate healthy from glaucoma patients, divided into three groups depending on the severity of the disease.

Material and methods: In the study were enrolled 208 eyes of open-angle glaucoma patients (88 eyes with early glaucoma, 55 with moderate and 65 with advanced glaucoma) and 57 eyes of healthy individuals. All of them underwent complete eye examination, including standard automated perimetry (HFA II) and optical coherence tomography (RTVue-100). Avg. GCC, Inf. GCC, Sup. GCC, GLV (global loss volume), FLV (focal loss volume) and RNFL (nerve fiber layer – ONH map) were measured. ROC curves were created and sensitivity and specificity were calculated for each of these parameters with evaluation of positive likelihood ratio (PLR) and negative likelihood ratio (NLR).

Results: It was found high sensitivity and specificity for all of the studied parameters in all examined groups and in early glaucoma group they are between 90% and 96% for GCC and also for RNFL. In early and advanced glaucoma group for some parameters they reach 100%. The highest diagnostic ability in the first, the second and the general glaucoma group was found for GLV (respectively 0.980, 0.999, 0.991), whereas in the third group they are GLV, FLV, Avg. RNFL and Inf. RNFL (1.0). The lowest diagnostic accuracy was found for Inf. RNFL in the group with early glaucoma damage (0.915). PLR is above 12 for all the examined parameters and for GLV and Sup. RNFL are respectively 27.54 and 26.03. The numbers for NLR are from 0.03 to 0.12.

Conclusions: This study found a high sensitivity and specificity in all studied groups and very high diagnostic ability (above 0.90) for all GCC and RNFL parameters. Their diagnostic potential increase with the severity of the disease. The parameters from GCC and RNFL map have high and comparable diagnostic ability, regardless of the degree of glaucoma damage.

Key words: sensitivity, specificity, ganglion cell complex, optical coherence tomography, glaucoma.

2. Secondary Postsurgical Glaucoma – Presentation of a Clinical Case

K. Naldjieva, SOBAL „Prof. Pashev“, Sofia

Introduction: Secondary glaucoma occurs as a complication of other ocular or systemic disease or trauma, which lead to impaired normal circulation of the aqueous humor and increasing of intraocular pressure (IOP). It develops by different mechanisms, including edema of the trabecular meshwork, dysfunction of the trabecular endothelial cells, accumulation of fibrin and inflammatory cells, prostaglandin – induced damage of the blood-aqueous barrier and steroid-induced reduction in the outflow through the trabecular meshwork.

Clinical case: We present a patient with keratoconus, who had been operated with kerarings. His condition worsened because of decentering of the segments and increasing of the IOP. The patient was followed up for a period of 4 years and he underwent imaging examinations (perimetry, topography, pachimetry, OCT) periodically. He was treated with antiglaucomatous medications. Because of the unsatisfactory control of IOP and the progression of glaucomatous damage he underwent trabeculectomy with Ologen and Mitomycin C.

Discussion and conclusion: When an inflammation is combined with increased IOP the question is whether this increase of IOP is due to active inflammation and insufficient anti-inflammatory therapy, or structure changes due to the inflammation, or it is because of the steroid therapy. Secondary glaucoma is usually influenced by the standard antiglaucoma drugs applied in primary open- angle glaucoma, but in cases of active inflammation in the eye, the use of prostaglandins is not recommended. Often, drug therapy is insufficient or ineffective in the control of IOP and the progression of glaucoma and that is why secondary glaucoma is mainly surgical disease. The search of optimal treatment for each case of secondary glaucoma provides maximum control of the IOP and thus ensures the prevention of irreversible loss of visual function.

3. Endothelium and Angle-Closure Glaucoma

*Marinova TL, Supervisor: Prof. CN Grupcheva MD, PhD, DSC, FEBO, FICO (Hon),
Department of Ophthalmology and Visual Science, Medical University – Varna, Bulgaria,
Specialized Eye Hospital – Varna, Bulgaria*

Introduction: Laser-scanning confocal microscopy allows imaging and observation of all cellular layers of the cornea. This microscopic examination demonstrates dynamic observations over time, and has been used to describe number of ocular diseases.

Purpose: To analyze microstructural changes in cornea endothelium in patients with acute angle closure glaucoma (AACG) in order to assess possible cornea damage risk.

Material and Methods: Twelve clinically diagnosed patients with AACG have been examined by in vivo confocal microscopy (HRT II Rostock corneal module) 14+/-2 days after the first attack of first eye to analyze the structural changes at corneal endothelium. Comparative morphometric analysis was conducted. The initial and final IOP and CCT were measured by TONOPACHY and visual field tests were performed (Haag-Streit Octopus 900).

Results: Two weeks after presentation of the AACG the mean IOP in affected eyes was 15.5±5.2 mmHg although the mean IOP in non-affected eyes was 17.5±2.2 mmHg. The mean endothelium cell density in eyes with AACG was 1220±65.2 cells/mm² and in the non-affected fellow eyes was 1891±32.2 cells/mm². The results of central cornea thickness in both groups measured by Ultrasound Pachymetry were as follow 618.20±53.2 μm in affected eyes and 579.56±11.2 μm in non-affected eyes. In all cases the visual field tests did not show significant alternations.

Conclusion: In vivo confocal microscopy demonstrated significant increase of endothelium cell density. The qualitative morphology of the endothelium was highly abnormal in term of polymegathism and pleomorphism not only in eyes with AACG but in the other eyes too. The treatment of AACG is considered definitive but our study demonstrates morphological proofs of cornea changes with possible future dynamics therefore decreased quality of vision and life. Perhaps the corneal changes apply to all glaucomas, and therefore the idea of glaucoma as neuropathy should be reconsidered in the future.

Key words: corneal endothelium, primary angle-closure glaucoma, confocal microscopy.

IV SESSION: DIAGNOSIS OF GLAUCOMA

Chairs: Ass. prof. B. Angelov, Ass. prof. Iv. Tanev, Ass. prof. B. Kuchoukov

1. Gonioscopy – Info „On Demand“

Iv. Tanev¹, S. Boumbarova², S. Koleva², V. Tanev²,

Medical University – Sofia, Department of Ophthalmology¹, Eye Hospital „Zrenie“, Sofia²

Purpose: To assess the aqueous outflow pathway in primary open-angle glaucoma (POAG) on max medical therapy with uncontrolled IOP.

Methods: 30 consecutive POAG patients on max medical therapy presented IOP >21 mmHg has been planned for canaloplasty. We demonstrate the collector channels into the Schlemm's canal by means provocative gonioscopy at the beginning of surgery.

Results: Higher IOP strongly correlate to collapsed SC and no correlation to the age and cup/disc ratio.

Conclusion: High mean IOP may be associated with poor blood reflux and filling of SC. A collapsed canal, probably secondary to high IOP, may be an underestimated sign patients with POAG. The quality of blood reflux and episcleral venous egress may both be predictive of the level of IOP after surgery.

2. Analysis of Factors, Influencing the Thickness of RNFL and Optic Disk Rim

B. Samsonova, Pr. Guguchkova-Ianchuleva, M. Marinov,*

Eye Clinic „Zrenie“, Bulgarian-American Eye Center „Prolight“, Sofia*

We represent clinical cases of patients with glaucoma and suspicious for glaucoma, tested with OCT and perimetry. The established discrepancies between optic nerve rim thickness and the thickness of the corresponding section of RNFL give us the reason to make a detailed analysis of the factors, influencing both rim and RNFL and establish that they differ, which explains the lack of obligatory correlation of the rim and RNFL thicknesses. On the other hand the available discrepancy between extremely thin rim section and corresponding to it perfect function established by computer perimetry, arises the question if OCT reveals sufficiently authentically the structural details of optic disk and if the structure of the nerve head can be a reliable indicator for the functional capacity of the optic nerve.

3. Optical Coherence Tomography and Glaucoma Diagnosis

B. Kutchoukov, A. Janeva, Clinic of Ophthalmology,

University Hospital „Queen Joanna“ – ISUL, Sofia

The purpose of this review is to provide an update of the role of spectral domain OCT in the diagnosis of glaucomatous neuropathy. As a relatively recent imaging technique it provides

objective quantitative measures of the optic disc and the retinal nerve fiber layer and is increasingly utilized in everyday clinical practice.

4. Comparison of the Diagnostic Abilities of the Main Heidelberg Retina Tomograph II (3.1.2). Classifying Algorithms

A. Toshev, B. Anguelov,

Department of Ophthalmology, Medical University, Alexandrovska Hospital, Sofia

Purpose: To determine the diagnostic sensitivity and specificity of the Moorfields regression analysis (MRA) and Glaucoma probability score (GPS) for discrimination of healthy eyes from those with primary open-angle glaucoma (POAG). To compare the analysis of the results for the two main diagnostic algorithms of Heidelberg retina tomograph (HRT) II version 3.1.2.

Material and methods: 178 eyes of 107 patients (mean age 61 ± 10), 39 (70 eyes) men and 68 (108 eyes) women were examined. They were separated in two groups: healthy volunteers and POAG patients at early stage of the disease according to the Hodapp-Parrish-Anderson classification. We performed comprehensive ophthalmic examination, standard automated perimetry (SITA standard 30-2) and examination with HRT II (3.1.2).

Results: GPS shows higher sensitivity and lower specificity for the establishment of the early glaucomatous changes in the optic nerve head in comparison with MRA. Both algorithms cannot be used as individual screening tools for POAG.

Conclusion: Diagnostic performance of GPS was similar to MRA. It was found that GPS might differentiate between glaucomatous and healthy eyes with relatively better sensitivity but worse specificity and represent considerable advantage over MRA in early glaucoma cases.

5. Objective and Subjective Evaluation of the Cap/Disc Ratio in Patients with Primary Open Angle Glaucoma

R. Toshev, N. Nikolova, S. Nikolaeva, Ch. Grupcheva,

Specialised Eye Hospital Varna, Medical University, Varna

Purpose: To analyse the options for clinical evaluation of the cap/disc (C/D) ratio, using standard photography in cases of primary open angle glaucoma (POAG). To compare the results of two experienced examiners in simple clinical observation and precise measurement using software tool.

Methods: All 50 patients (98 eyes) included in the study were diagnosed with POAG and were already on medical treatment. The disc of the optic nerve was photographed using a simple screening technology in standard lightening and fixation. The first step was evaluation and grading of the C/D of all slides by two examiners. Subsequently same photos were analysed by precise measurements, using simple software tools. Statistical analysis was performed with the SPSS assistance.

Results: In clinical evaluation (gazing) the interobserver repeatability was low at 53%. The rest of evaluations were deviating within 0.1 in 28% and more than 0.2 in 15%. The disparity was more prominent in evaluation of the vertical meridian. The results for the measurement were more consistent between the two examiners. However, again in 17% of the measurements the interobserver error was more than 0.1, again with prevalence of the deviation in the vertical meridian. Interestingly, both examiners had significant intraexaminer deviation when comparing gazing with measurement. In 73% of the results the deviation between evaluation and measurement of the C/D was minimum 0.1.

Conclusions: Very often for precise evaluation of C/D we rely on sophisticated expensive technology such as OCT and HRT. However, simple standard photography assisted with conventional measurement tool, might be precise and very efficient for the everyday clinical practice. Wider acceptance of this approach is not only achievable, but will also improve the collaboration between different eye care practitioners and improve the follow up of patients with POAG.

V PLENARY SESSION: DIAGNOSIS OF GLAUCOMA

Chairs: Ass. prof. R. Hristova, Ass. prof. M. Atanassov, Dr. B. Samsonova
Guest speaker: Prof. Alfonso Anton MD, PhD., University Int. de Catalunya,
Chairman of the Glaucoma and Research Department Inst. Catalunya

How to Detect Progression with Visual Fields

A. Antón, MD, PhD, University Int. de Catalunya

Identification of progression in visual fields is fundamental for glaucoma follow-up. Variability of visual field results and methods to identify progression in visual fields will be described. Trend and event analysis will be defined and reviewed. A methodical interpretation of visual field results will be described and recommended. Practical cases will be used to explain the different methods and the interpretation of the results.

VI SESSION: MEDICAL AND LASER TREATMENT OF GLAUCOMA

Chairs: Prof. M. Konareva-Kostianeva, Ass. prof. A. Misheva, Dr. D. Draganov

1. Pharmacodynamic Equivalence of Locally Applied Drugs in Ophthalmology

E. Gachev¹, A. Petrov¹, R. Hristova²,

Clinic of Clinical Pharmacology & Therapeutics, MU, Sofia, UMHAT „Tsaritsa Yoanna“ – ISUL, Sofia¹; Bulgarian Medical Society of Clinical Pharmacology & Therapeutics^{“1};
Clinic of Ophthalmology MU Sofia, UMHAT „Tsaritsa Yoanna“ – ISUL²

Proving therapeutic and- or bioequivalence of drugs comprises a prerequisite for granting marketing authorization of generic drug products. In specific cases, when pharmacodynamic effects of drugs are evident also in healthy people, therapeutic equivalence studies (performed in patients) can be replaced by s.c. pharmacodynamic equivalence studies (performed in healthy volunteers).

Two studies for proving pharmacodynamic equivalence of two original drug products – eye drops (Trusopt® and Cosopt®) and two generic drug products (eye drops) containing Dorzolamide (20 mg/ml) and Dorzolamide-Timolol (20 mg / 5 mg/ml) were performed. The studies were conducted as monocentric, observer-blinded, randomized, single dose, two-period crossover design in healthy volunteers. Intraocular pressure (IOP) was measured by means of the Goldman applanation tonometry method before- and two hours after the application of the respective original- or generic drug product. Dorzolamide led to a decrease in IOP amounting 3,23 и 3,10 mmHg and Dorzolamide-Timolol – to a decrease in IOP amounting 4,61 и 4,72, respectively for the original and the generic drugs. The 95% confidence intervals for the differences in the main pharmacodynamic parameters (absolute decrease in IOP) ranged from -0.65 до +0.40 mmHg, and -0.33 до + 0.55 mmHg for Dorzolamide and Dorzolamide-Timolol, respectively for the original and generic drugs and are thus within the acceptance range for pharmacodynamic equivalence ($\pm 1,5$ mmHg).

2. Generic Medications in Ophthalmology

D. Kazakova, University Hospital „Lozenec“, Sofia

Generic drug manufacturing is a multibillion dollar industry with sales of over \$80 billion. Influence of the generic drug industry continues to grow as more brand name products go off patent. The strategy of encouraging drug production is important at a global level to reduce healthcare costs and to enhance drug availability to patients. While generic drugs are tested for bioequivalence within a certain compared to innovator drugs, safety and efficacy testing is not required; therefore, generic drugs are not necessarily therapeutically equivalent to branded drugs. Many studies have found issues, such as decreased efficacy and increased adverse effects, after transitioning from branded drugs to generic drugs. Until more studies comparing generic drugs to branded drugs are available, clinicians must closely monitor patients after transitioning from branded drugs to generic drugs to ensure patient safety and to monitor any changes in efficacy.

3. New Approaches in the Glaucoma Medical Therapy

N. Petkova, Tokuda Hospital, Sofia

Currently almost the only way to treat Primary open angle glaucoma is to lower the intraocular pressure and to diminish its fluctuations. Its success is dependent on the patient's persistence, adherence to therapy and compliance. To improve them new formulations of antiglaucoma medications were created with new mechanism of action, rare administration of eye drops (once daily) with less toxic preservative or BAC free new drugs or new fixed combinations. New classes of hypotension drugs are being developed, mainly targeting the TM and enhancing the aqueous outflow such as the ROCK inhibitors. It is supposed that they have a neuroprotective and also enhancing ocular blood flow effect too. New alternative methods with devices for drug delivery are created because of difficulties in instillation of eye drops in busy, unreliable and elderly people, such as punctal plugs, contact lenses, conjunctival injections, conjunctival, subconjunctival and vitreous inserts, most of them in preclinical or clinical development, described in the present presentation. It is supposed that the glaucoma treatment and delivery of medication will be quite different after 20 years.

4. Why Some Patients with Antiglaucoma Treatment Willingly Stop the Treatment? Presentation of a Clinical Case

E. Adjievska, P. Vassileva, University Eye Hospital „Prof. Pashev“, Sofia

Introduction: Glaucoma and ocular surface disease are medical conditions that often concomitant disorders in one patient. Quality, quantity and safety function of the tear film, namely violations of the ocular surface are due to various reasons.

Aim: The aim of our presentation are clinical cases of patients with dysfunction of the corneal epithelium willingly stopped antiglaucoma therapy due to pronounced side effects leading to progression in glaucoma changes. We present a typical clinical case of 53 years old patient (physician – radiologist) with pigmentary glaucoma diagnosed in 2012. He came in our clinic at the end of 2013 with complains of tearing, irritation and photophobia on therapy with Monoprost OU and Cosopt OS. Initial treatment – Xalatan, IOP measured still in high value – added Xalacom. Days later – with a strong photophobia and severe discomfort eyes – established keratoconjunctivitis. Willingly stops all antiglaucoma therapy. A few months later, new rise of

IOP. His therapist begins again the treatment with Xalacom, IOP is then normalized. That same year – exacerbation of keratoconjunctivitis. Treatment with ointments, antibiotic drops and KC, KC p.b – with improvement. Our examination showed:

VOD=0.1 c -4.0 dsph -1.0 dcyll/175=1.0 VOS=0.1 c -4.0 dsph -1.0 dcyll/175=1.0

TOD=19.0 mmHg TOS=20.0 mmHg (Monoprost collyr OU и Cosopt collyr OS)

Tears breakup time: 2/1 sec. Schirmer test: 8/6 mm With pronounced hyperemia of the conjunctiva, epifora and severe erosions of both corneas, tender Kryukenberg, deep anterior chamber, transparent lens vital optic disc, c/d-0.6/0.7, lamina cribrosa can be seen, maculas with weakened reflex. Few further examinations were made.

Conclusion: Due to the chronic nature of glaucoma, drug therapy is used for years and often for life. This often leads to severe side effects caused by preservatives contained in the bottles. For several years, pharmaceutical companies offer products which do not contain preservatives (no preservative, or has very low or no toxicity). A detailed examination of the ocular surface should be performed before prescribing the antiglaucoma treatment to these patients.

5. Selective Laser Trabeculoplasty as an Adjunctive Treatment to the Drug Therapy in Open-Angle Glaucoma and Ocular Hypertension – Clinical Cases

N. Dakov, B. Anguelov, Department of Ophthalmology, Medical University „Alexandrovska“ Hospital, Sofia

Purpose: To present cases of patients with primary open-angle glaucoma, pseudoexfoliation glaucoma and ocular hypertension on antiglaucoma drug therapy, which underwent selective laser trabeculoplasty (SLT) as an adjunctive treatment.

Material and methods: Five cases of patients with open-angle glaucoma or ocular hypertension are presented: two patients (4 eyes) with pseudoexfoliative glaucoma, two patients (4 eyes) with primary open-angle glaucoma and one patient (2 eyes) with ocular hypertension. All patients are on topical drug therapy with 1 to 3 antiglaucoma medications. SLT was performed in both eyes of all patients. The trabeculum was treated on 360 degrees in all eyes. The single pulse energy varied between 0.8 and 1.3 mJ. Between 90 and 110 laser spots were made in each eye. No anti-inflammatory eye drops (steroidal or non-steroidal) were prescribed to the patients after the procedure. In all patients IOP measurements were performed: 1 h., 24 h., 7 days, 30 days after the procedure, as well as at every next month at the follow-up visits.

Results: IOP drop was achieved in all patients during the follow-up period. The IOP drop in the eyes with pronounced side-effects due to a certain anti-glaucoma drug, allowed the suspension of this drug, which did not lead to IOP elevation. This resulted in the disappearance of the side effects. During the follow-up period, neither antiglaucoma drops were added, nor was glaucoma surgery performed in any of the patients. There were no intra- and postoperative SLT related complications.

Conclusion: SLT is a well-established, effective and safe method for IOP reduction. Precise patients' selection is essential for the postoperative SLT outcomes. A number of problems associated with chronic drug therapy in glaucoma patients can be overcome by performing SLT which would also improve patient compliance.

VII PLENNARY SESSION: LASER TREATMENT OF GLAUCOMA

Chairs: Ass. prof. N. Petkova, Dr. Ch. Rankova, Dr. S. Kostova

Guest Speaker: Ass. prof. Barbara Cvenkel

(Eye Hospital, Medical University, Ljubljana)

Laser Treatment in Glaucoma

B. Cvenkel, Eye Hospital, Medical University, Ljubljana

The presentation summarizes the indications and techniques for laser trabeculoplasty. The newer laser technique, selective laser trabeculoplasty (SLT), is equally effective as argon laser trabeculoplasty (ALT). SLT has the advantage of selectively targeting pigmented trabecular meshwork cells without causing coagulation necrosis. Therefore it can be repeated without inducing peripheral synechiae. The IOP lowering effect wears off over time, for both ALT and SLT. Higher baseline intraocular pressure is the main predictor of good IOP-lowering response after laser trabeculoplasty. As primary treatment, laser trabeculoplasty reduces intraocular pressure comparable to the prostaglandin monotherapy. SLT is less operator dependent and more effective in eyes after prior ALT than repeat ALT. The main complications are transient intraocular pressure elevation and mild anterior chamber inflammation. Primary laser therapy may delay the need to start antiglaucoma eyedrops. In the future issues such as efficacy of repeat SLT, cost-effectiveness, and patients' quality of life, as well as preferences regarding choice of treatment should be addressed.

VIII SESSION: SURGICAL TREATMENT OF GLAUCOMA

Chairs: Acad. Pr. Guguchkova, Prof. V. Tanev, Ass. Prof. D. Stateva

1. Diagnose and Indication for Surgical Treatment of Glaucoma

K. Racheva, Y. Kirilova, P. Vassileva, Specialized Eye Hospital „Akad. Pashev“, Sofia

Objective: To present glaucoma types and indications for surgical treatment of patients with advanced glaucoma who underwent antiglaucomatous filtering surgery in our clinic during the last 5 years.

Method: From 1557 that were diagnosed with glaucoma in our clinic during the last 5 years (2009-2013) 103 underwent antiglaucomatous filtering surgery. Demographic data (age and gender) and glaucoma type distribution were analyzed.

Results: 103 patients with advanced glaucoma underwent antiglaucomatous filtering surgery in a 5 years period with 3 to 60 months follow-up period. We observed a predominance of men – 59 (57%) over women – 44 (43%). The average age of operated patients is 65 (from 29 to 92 years). The largest group of patients were with exfoliative glaucoma – 42 (41%), 20 (19%) – with POAG, 13 (13%) – with PACG, 8 (8%) – with pigmentary glaucoma, 6 (6%) with glaucoma after PKP, 4 (4%) – with glaucoma after PPV and with neovascular glaucoma, 3 (3%) – with inflammatory glaucoma, 2 (2%) with congenital and 1 (1%) – with cortisone glaucoma. Visual acuity was hand movement or lower in 62 (60%) of the patients, only 15 (15%) of the enrolled patients had VA 1.0, but with advanced changes in visual fields.

Conclusion: According to our observation to filtering surgery come patients with decompensated IOP despite of medical treatment or patients with advanced changes of visual field. This patients are predominantly with secondary glaucoma, which most often is exfoliative.

2. ExPress Implant in Glaucoma Surgery – the Real Results

M. Konareva-Kostianeva, Dept. Ophthalmology, Medical University, Plovdiv

Purpose: To analyse the results on the intraocular pressure (IOP) after implantation of ExPress mini shunt in patients with open-angle glaucoma.

Methods: Fifty eyes with ExPress implant in 45 patients with glaucoma aged 60 ± 17 (30 male and 15 female) are followed up. In 5 patients surgery on both eyes is performed. 19 eyes are with primary open-angle glaucoma, 22 with exfoliative glaucoma, 6 with juvenile, 2 with pigment and 1 with neovascular.

Results: Eighteen patients are diagnosed from 1 month to 1 year ago, 16 patients – from 1 to 5 years and 11 – over 5 years. ExPress implant is placed in 8 pseudophakic eyes. Only 6 of the operated eyes (12%) are with initial stage of glaucoma. In 11 eyes ExPress is implanted in a single eye with preserved vision. Mean preoperative IOP is $29,0 \pm 6,2$ mmHg and in 30 eyes (60%) – over 25 mmHg on maximal conservative therapy. In the first postoperative week mean IOP is $12,5 \pm 3,3$ mmHg and one year after surgery is $14,7 \pm 3,5$ mmHg. Choroidal effusion is observed in 2 eyes. In 1 eye second ExPress implantation is necessary because of evaluated IOP. Two eyes undergo additional trabeculectomy. In 1 eye 6 months after combined surgery (Phacoemulsification and ExPress implant) IOP remains elevated under triple antiglaucomatous therapy.

Conclusion: Glaucoma surgery with ExPress implant is elegant surgical intervention with less complications and very good success rate.

3. Suprachoroidal Microstent CyPass Combined with Phacoemulsification in Patients with Open Angle Glaucoma

Pr. Guguchkova-Ianchuleva¹, B. Samsonova², A. Topov³

Eye Clinic „Zrenie“¹, Bulgarian-American Eye Center „Prolight“², Tokuda Hospital – Sofia³

Stent technologies transform glaucoma surgery. Microstent CyPass creates additional permanent and controlled conduit for drainage from the anterior chamber to the suprachoroidal space. We have put CyPass microstent to 45 patients with open angle glaucoma. In ten cases the implant was combined with phaco surgery (7 cases of standard phacoemulsification and 3 cases of nanosecond laser phacolysis). At the end of the phaco procedure, the CyPass was inserted in the suprachoroidal space by the help of a specially designed applier and guidewire under gonioscopic control. The mean preoperative IOP of our patients with combined surgery was 27,6 mmHg with preoperative therapy from 1 to 4 medications. For more than one year follow-up, our results show significant reduction of the IOP, about 35% in patients with combined surgery. According to us CyPass is one elegant safety solution for patients with glaucoma, needing phaco surgery as well. Even more sparing for the eyes with glaucoma is the combination between CyPass and nanosecond laser phacolysis.

4. Canaloplasty – Real Time News

Iv. Tanev¹, S. Koleva², S. Boumbarova², V. Tanev²,

Medical University – Sofia, Department of Ophthalmology¹, Eye Hospital „Zrenie“ – Sofia²

Purpose: To assess the aqueous outflow pathway in primary open-angle glaucoma (POAG) through canaloplasty (360° and tension suture) and fluorescein tracer during canaloplasty.

Methods: 30 consecutive POAG patients undergoing canaloplasty. During canaloplasty injected fluorescein tracer into SC. The outflow pathway parameters of interest were blood reflux, transtrabecular passage of fluorescein, and episcleral vein filling.

Results: Mean age, intraocular pressure (IOP), and cup-to-disc ratio were 45.9 years (SD +/- 13.3), 41.0 mmHg (SD +/- 11.9), and 0.78 (SD +/- 0.22), respectively. The mean IOP was 17.5 mm Hg (SD +/- 3.7) 6 months after surgery. The level of IOP after surgery correlated with the grade of blood reflux and episcleral venous egress ($P < 0.001$).

Conclusion: High mean IOP may be associated with poor blood reflux and filling of SC. A collapsed canal, probably secondary to high IOP, may be an underestimated sign patients with POAG. The quality of blood reflux and episcleral venous egress may both be predictive of the level of IOP after surgery. Channelography may reflect the function of the outflow pathway and may be helpful in assessing the surgical outcome of canaloplasty.

5. The Role of the Lens in Pathogenesis and Surgical Treatment of Angle-Closure Glaucoma

B. Anguelov, Department of Ophthalmology, Medical University, „Alexandrovska“ Hospital, Sofia

The pathogenesis of angle closure glaucoma types is based mainly on disturbed anatomical interactions and parameters between the structures in anterior eye segment. Despite the exact pathogenetical mechanism at the end the anterior chamber angle is blocked to a various extent with irido-trabecular contact.

Thoroughly examined and acknowledged as factors defining risk for angle closure are the shape, size and position of the lens. Some relatively new parameters related to the lens as lens vault for example, have been considered very important mainly in patients with high risk of angle closure.

Lens extraction is more and more affirmed as a surgical option for pathogenetical treatment as well as for prevention in some angle closure glaucoma types. In many glaucoma cases there are accompanying cataract. The results of plenty researches prove that lens extraction with posterior IOL implantation leads to quite good outcomes in patients with certain angle closure glaucoma types. Cataract extraction improves vision, deepens anterior chamber, contribute for eliminating the pupillary block and widening in some degree of the anterior chamber angle, leading to IOP drop. Clear lens extraction is more and more researched and suggested, especially when the lens is thicker and more anteriorly positioned. The results after lens extraction, especially the IOP lowering effect, are often compared to other established methods in angle closure glaucoma treatment protocols – drug therapy, laser peripheral iridotomy, laser peripheral iridoplasty, goniosynechialysis, etc.

6. Challenges and Risks of Cataract Surgery in Glaucoma Patients

M. Atanassov, Dept. of Ophthalmology, Medical University – Plovdiv

The purpose of this work is to present the most common challenges and risks of cataract surgery in glaucoma patients. The issue of patient evaluation with respect to the leading pathology and a major cause of vision impairment is discussed. The key risks in the surgical treatment of cataract in glaucoma eye, and the choice of surgical strategy are defined. Presented are the most common intra and postoperative complications, and possible ways to prevent them. Personal experience is shared.

7. Glaucomal Surgical Rates

M. Farhat, K. Racheva, P. Vasileva SOBAL „Acad. Pashev“, Sofia

Purpose: To discuss the reported studies for the global and national data about the glaucoma surgical rates (GSR: number/1million population).

Methods and Materials: GSR for the preceding 5 years have been estimated based on 3 levels: Central government or insurance registries(level 1 of evidence) National professional society based on survey of members and non-governmental organizations (NGO) in countries without a professional society and (level 2), individual glaucoma surgeons (level3). We also present our results acquired from the data base in SOBAL „Acad. Pashev“.

Results: The received data is from, 73 glaucomal societies, 35 ophthalmology societies and NGOs in 11 others countries. Most of them rated an average of glaucoma surgery was 139+-113/year (range 2.9-500) %. A positive correlation can be seen between global GSR and number of estimated ophthalmologist (+0.41), From our clinical data in SOBAL „Acad. Pashev“ on filtering surgeries in glaucoma, we have calculated the local GSR for the period 1/1/2009-31/12/2013, that is 103 (22.6/year). No available official data for glaucoma surgery is available in Bulgaria. The largest group of our patients was observed to be with exfoliative glaucoma (41).

Conclusion: The number of glaucoma surgeries performed worldwide is not known. There is a paucity of data on rates of glaucoma surgery, at the global as well as the national level. It is not possible to calculate and compare our rate to the global one, but this metric GRS may be useful for the assignment of healthcare resources, as well as for comparing and monitoring public health interventions in glaucoma.

8. Postoperative Follow-Up of Patients with Filtering Glaucoma Surgeries

Y. Kirilova, P. Vassileva, Specialized Eye Hospital „Akad. Pashev“, Sofia

Introduction: Antiglaucomatous surgery is the most effective procedure to significantly lower IOP in glaucoma, but requires active follow up, especially in the first post-operative month.

Objective: To present our results of the surgical treatment of advanced glaucoma.

Method: A retrospective study of 103 patients with filtering surgery for advanced glaucoma for a period of five years (2009-2013). The type of anti-glaucoma surgery, use of anti-metabolites, results and postoperative complications were analyzed.

Results: For the period January 2009 to December 2013 103 patients with advanced glaucoma were operated and followed. According to the type of anti-glaucoma surgery patients were divided into three groups: trabeculectomy (TE) – 49 (48%), TE with a collagen matrix Ologen – 38 (37%) and filtering surgery with Express 16 (16%). Preoperative IOP was 25 -50 mmHg, while 98 (95%) of patients had higher than 35 mmHg, despite preceding drops. Mitomycin – C was used at 62 (60%). In 97 (94%) of patients compensation of IOP -11 -22 mmHg was achieved, in 18 (17%) – with added anti-glaucoma drops. In 25 patients (24%), an additional treatment with 5-FU in the early postoperative period was done, 13 patients (13%) is carried out with needling and 6 (6%) with re – TE. In the postoperative period, the following postoperative complications were observed: leakage -16 (16%), shallow anterior chamber -22 (21%), hyphema -11 (11%), cystic bleb -9 (9%) and flat bleb -18 (17%). No cases of endophthalmitis or blebit were registered.

Conclusion: Surgical treatment of advanced glaucoma is the only choice for preserving the visual function of patients. It provides better control of IOP with a low rate of complications, but requires intensive postoperative follow-up.

IX SESSION: SECONDARY GLAUCOMAS. CLINICAL CASES

Chairs: Acad. P. Vassileva, Prof. Ch. Balabanov, Dr. T. Hergedzhieva-Fileva

1. Difficulties in the Treatment of Neovascular Glaucoma in Diabetes

T. Hergedzhieva-Fileva, Y. Boneva, P. Vassileva, SOBAL „Acad. Pashev“, Sofia

Objective: To discuss the reasons for the late diagnosis of neovascular glaucoma (NVG) in patients with inadequate metabolic control of diabetes and the difficulties in their treatment.

Material and Methods: We present 3 patients with diabetes and end-stage NVG. Diagnostic methods included not only detailed medical history and eye examination, but also gonioscopy, fundus biomicroscopy, photo documentation of the anterior and posterior segment of the eye and OCT. The treatment approach was individualized and in all patients surgeries were performed in one or both eyes.

Results: Over a period of 6 months (September 2013 – February 2014) in two women and one man, aged 69, 56 and 52 respectively, with very low vision in one or both eyes, pain, IOP above 40 mmHg, severe rubeosis and /or chamber angle neovascularization end-stage NVG was diagnosed. Cyclocryocoagulation was performed in 3 eyes with severe rubeosis and baseline IOP above 50 mmHg, trabeculectomy with mitomycin C was done in 2 eyes with baseline IOP between 26 and 30mmHg. Retinal photocoagulation was performed on 3 eyes, retinal cryotherapy with simultaneous cyclocryocoagulation and application of anti-VEGF drug in the anterior chamber was performed in 1 eye. IOP compensation and pain relief were achieved in all patients.

Discussion and conclusion: The lack of compulsory regular examinations by an ophthalmologist and awareness of patients with diabetes on the risks of losing their vision are major reasons for late diagnosis of advanced ocular complications. It takes the combined efforts of GPs, endocrinologists and ophthalmologists, as well as relevant regulations to timely diagnose and treat eye complications of diabetes, when the prognosis for preserving vision is more favorable.

2. High Intraocular Pressure – Risk Factor and Consequence of Retinal Vein Occlusion. Clinical Cases

Hr. Krasteva, Y. Kirilova, P. Vassileva, Specialized Eye Hosp. „Prof. Pashev“ – Sofia

Introduction: Retinal vein occlusion is the second most common retinal vascular disease in older individuals. Risk factors are arterial hypertension, age, hyperlipidaemia, increased intraocular pressure, smoking etc. Depending on the type of the occlusion – central or branch, ischemic, non-ischemic or mixed, the most common complications are hemophthalmos, macular edema and neovascular glaucoma.

Patients and methods: We present 3 patients (75, 79, 72 years old) with open-angle pseudoexfoliation glaucoma and retinal vein occlusion. Two of the patients presented with central retinal vein occlusion, neovascular glaucoma and hyphema of one eye and advanced glaucoma damage in the other, despite their previous antiglaucoma treatment. The intraocular pressure in affected eyes was very high – 59.1mmHg and 56.0 mmHg. The visual acuity was PLC and zero. We performed cyclo and retinal cryo of the eye with the occlusion and maximal medication therapy for the other eye. The third patient was with branch retinal vein occlusion and no previous history of glaucoma. At ophthalmological examination we established: VOD=0.2; VOS=0.8-1.0, TOD=29 mmHg; TOS=17.0 mmHg; pseudoexfoliation syndrome, pale optic disc, excavation 1.0, macular edema and occlusion of the infero – temporal branch of the central retinal vein for the right eye and excavation 0.7 for the left eye with glaucoma

damage on the OCT and perimetry. We performed laser photocoagulation of the ischemic zones. Antiglaucoma treatment for both eyes was prescribed.

Conclusion: In these cases the increased intraocular pressure was risk factor for vessel occlusion. The ischemia after central retinal vein occlusion in two of the eyes led to neovascular glaucoma and blindness. The early diagnostic and intensive treatment of glaucoma could significantly reduce the risk of vascular occlusions. But if they occur we shouldn't forget searching for glaucoma in the other eye.

3. Primary Open Angle Glaucoma at the Terminal Stage in Both Eyes and Ocular Ischemic Syndrome – a Clinical Case

S. Uzunova, Specialised Ophthalmology Practice, Plovdiv

Purpose: To introduce a patient with vascular alterations to the retina that occurred in the course of the untimely diagnosed POAG.

Methods: What was established during the examination of a patient at the age of 57 due to low vision in one eye and blindness of the other eye, was normal intraocular pressure, terminal bilateral glaucomatous excavations of the papilla, and terminal glaucoma deficiency perimetrically in the eye with low vision. The patient had never visited an ophthalmologist before. For the duration of the two-year-long observation, scattered punctate hemorrhages occurred inside the retina of the eye with low vision. Specialised research methods were applied – fluorescein angiography and Doppler sonography due to suspected dysfunction of the carotid artery.

Results: Presence of blood flow insufficiency in the eyes, without any proven narrowing of the carotid artery. The condition has been stabilised for the time being, although the patient specifically disclaims anti-glaucoma surgery.

Conclusion: The ischemic alterations to the retina, in combination with the presence of glaucoma, determine the low function and seriousness of the condition.

This case is presented in support of the NGA's statement regarding the necessity for the National health insurance to cover the annual check-ups of the patients over 50 years of age in regard to the early and timely diagnosis of glaucoma.

4. Unilateral Blindness After General Anesthesia (Later Diagnosed PACG)

Y. Boneva, T. Hergeldzhieva-Fileva, P. Vasileva, SOBAL „Akad. Pashev“, Sofia

Introduction: In the presence of narrow or closing anterior chamber angle (ACA) some factors including drugs (ie, sympathomimetics, anticholinergics, antidepressants, anticonvulsants, sulfonamides, cocaine, botulinum toxin), dim light, and rapid correction of hyperglycemia could provoke acute angle closure.

Clinical case: 46 years old woman with unilateral blindness (right eye) occurred after gynecological operation under general anesthesia. During the hospitalization she was consulted with ophthalmologist for reduced vision in the right eye, nausea and left sided headache. Low visual acuity was established in the right eye and she was sent for detailed exams without any therapy being prescribed. Two months before the operation she was consulted by ophthalmologist for right eye redness, a high intraocular pressure (IOP) was measured and anti-inflammatory therapy was assigned. After being discharged, she was examined and diagnosed with iridocyclitis in the right eye. NSAID therapy was prescribed. A treatment of secondary glaucoma was initiated due to persistent high levels of IOP. With no

sufficient effect to the therapy, she consulted with another ophthalmologist, where primary angle closure glaucoma (PACG) with unilateral blindness was diagnosed. Laser therapy (Nd YAG-iridotomiae oc.utr.) was applied and was prescribed topical treatment for glaucoma.

Discussion and conclusion: For patients at risk who are about to undergo a surgical intervention under general anesthesia with drugs that can trigger glaucoma attack, is recommended preoperative consultation with an ophthalmologist.

5. Secondary Glaucoma Associated with Anterior Uveitis

*D. Taneva, T. Hergeldzhieva-Fileva, P. Vassileva,
Specialized Eye Hospital „Acad. Pashev“, Sofia*

Introduction: Secondary glaucoma may result from systemic or ocular disease, ocular injury or surgery.

Objective: To present a clinical case of a patient with severe recurrent anterior uveitis and development of secondary inflammatory glaucoma with optic nerve atrophy in the affected eye.

Clinical case: 35 years old patient complaining of blurred vision in the right eye, treated elsewhere for a period of 8 months with antituberculosis medications. The eye examination showed preserved visual acuity and elevated intraocular pressure (IOP). The patient was diagnosed with hypertensive uveitis and conservative treatment with anti-glaucoma, antituberculosis, antiviral drugs and NSAIDs was initiated (high values for all herpetic viruses and a negative PCR test). The patient was monitored and treated elsewhere for a period of 1 year and 8 months. At the follow-up eye exam we found a recurrence of uveitis, reduced vision and IOP above 35 mmHg. CP and OCT examinations showed severe abnormalities in peripheral vision and morphological changes in the optic disc of the eye. Mantoux testing was positive and antituberculosis and antiviral therapy was assigned. Due to lack of IOP compensation with maximum medical therapy, the patient underwent surgery -trabeculectomy with mitomycin C. During the operation anterior chamber fluid was taken for PCR testing. The results were negative for HSV type 1 and type 2, CMV and M. Tuberculosis in the course of 4 months antituberculosis and antiviral treatment.

Conclusion: This case is indicative of the significant difficulties in clarifying the etiology of severe inflammatory processes. Timely surgery, after adequate preoperative preparation, is essential for preservation of vision in cases with lack of IOP compensation in the development of secondary glaucoma.

6. Unilateral Exfoliative Syndrome After Perforative Keratoplasty – Clinical Case

*Gr. Lalov, T. Hergeldzhieva-Fileva, P. Vassileva,
Specialized Eye Hosp. „Prof. Pashev“, Sofia*

Introduction: Exfoliative syndrome is a common condition in patients over 50 years of age. The etiology is unknown, but it is associated with a genetic predisposition, the effect of UV radiation, the latitude, and systemic diseases like ischemic heart disease, hypertension and Alzheimer. Often both eyes are not affected symmetrically.

Purpose: To present a clinical case of a patient with unilateral exfoliative syndrome after perforative keratoplasty in both eyes.

Clinical case of 53 years old male with keratoconus, who underwent perforative keratoplasty of the right eye in our clinic. The left eye underwent perforative keratoplasty in 1982. We found advanced exfoliative syndrome in the operated eye with increased intraocular

pressure. A perforative keratoplasty of the right eye was performed, and four years later – phacoemulsification. In the follow up period of the right eye (8 years) there is no evidence even for incipient exfoliative syndrome. Currently the patient is treated with topical beta-blocker in the left eye and the intraocular pressure is in normal rates.

Discussion: The etiology of exfoliative syndrome is not fully understood. In this case we consider the genesis of unilateral exfoliative syndrome – asymmetry, transmission of the syndrome with the transplanted cornea.

7. Anti-Glaucoma Surgery in Cases of Patients with Penetrating Keratoplasty

*A. Georgieva, T. Hergeljieva-Fileva, P. Vasileva,
Specialized Ocular Hospital and Clinic „Academic Pashev“, Sofia*

Introduction: One of the most common complications after penetrating keratoplasty is increased intraocular pressure which, according to various sources, reaches up to 30%. The high intraocular pressure is one of the causes for low vision after corneal transplantation due to either clouding of the transplant or glaucoma damage to the optical nerve.

Objective: Presentation of the results of surgically influenced increased intraocular pressure in cases of patients who have undergone or will undergo penetrating keratoplasty.

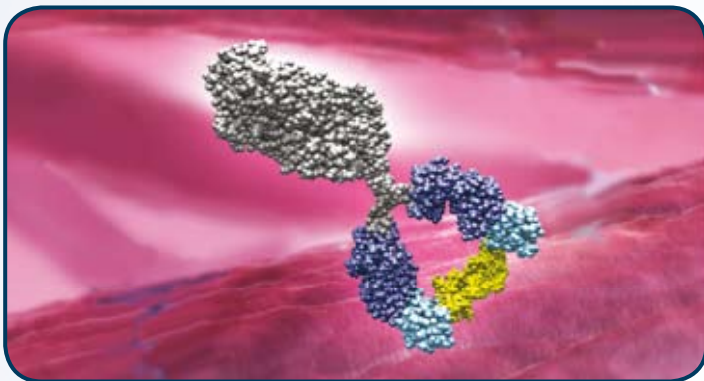
Patients and Methods: The present research covers the penetrating keratoplasty patients of Specialized Ocular Hospital and Clinic „Academic Pashev“ Sofia in the period December 2004- February 2014. The surgical treatment included: trabeculectomy (with or without implant Ologen™), insertion of anti-glaucoma drainage implant, and cyclocryotherapy.

Results: For a period of 9 years, 213 keratoplasty were performed (108 men and 105 women). In case of 37 patients (17.3%) increased intraocular pressure was found before the keratoplasty. Anti-glaucoma surgery was performed on 16 of them (7.5%). The intraocular pressure was compensated before the transplantation in all cases where the patients had increased intraocular pressure before the penetrating keratoplasty. After the transplantation increase of the pressure was diagnosed in 65 patients (30.5%), whereas anti-glaucoma surgery was performed on 26 of them (12.2%).

Conclusion: Good control of the increased intraocular pressure is necessary condition for the preservation of the transparency of the corneal transplant. The contemporary anti-glaucoma surgery compensates the intraocular pressure. This reduces the chance of low vision in cases of patients with penetrating keratoplasty, caused by the clouding of the transplant or by glaucoma damage of the fundus.



EYLEA® — Ново лечение за влажна ВДМ, специално създадено с по-висок афинитет спрямо естествените рецептори^{1,2,5}



EYLEA® ПОДОБРЯВА И ПОДДЪРЖА ЗРЕНИЕТО при приложение веднъж на всеки 2 месеца^{1,a}

Уникален механизъм на действие за по-висок афинитет на свързване
• Специално създаден да се свързва по-здраво с всички изоформи на VEGF-A и PlGF спрямо естествените им рецептори^{1-5,b}

Бърза редукция на дебелината на ретината и течността

• Намалена дебелината на ретината с ефикасност, сравнима с ранибузмаб.
68% от пациентите демонстрират отсъствие на течност при OCT след 52 седмици^{1,6}

Схема на приложение през месец

• Приложение веднъж на всеки 2 месеца^a без междинно наблюдение с потенциал за удължаване и приложение веднъж на всеки 3 месеца след 12 месеца^a

Режим на отпускане: Лекарствен продукт по лекарско предписание за лица над 18 години възраст. Съдържа афлиберцепт. Еубеа 40 mg/ml инжекционен разтвор

Притежател на разрешението за употреба:
Bayer Pharma AG, D-13342 Berlin, Германия

За повече информация: Байер България ЕООД
София 1510, ул. Резбарска 5, тел. 02/ 814 01 01
Дата на КХТ: 08.2013

Подробна информация за този лекарствен продукт е преработвана на уебсайта на Европейската агенция по лекарствата <http://www.ema.europa.eu>

ВДМ – Възрастовоусловена дегенерация на макулата
^a След 3 начални ексцесионни дози.

^b Клиничните проучвания не показват клиничен ефект, свързан с по-здравото свързване.

Библиография:

1. EYLEA® (aflibercept solution for injection) summary of product characteristics. Berlin, Germany: Bayer Pharma AG; 08.2013.
2. VEGF Trap-Eye (aflibercept ophthalmic solution) briefing document. Ophthalmologic Drugs Advisory Committee. June 17, 2011. Tarrytown, NY: Regeneron Pharmaceuticals, Inc.; 2011.
3. Holash J, Davis S, Papadopoulos N, et al. VEGF-Trap: a VEGF blocker with potent antitumor effects. Proc Natl Acad Sci USA. 2002;99(17): 11393-11398.
4. Rudge JS, Holash J, Hyton D, et al. VEGF Trap complex formation measures production rates of VEGF, providing a biomarker for predicting efficacious angiogenic blockade. Proc Natl Acad Sci USA. 2007;104(47):18363-18370.
5. Papadopoulos N, Martin J, Ruan Q, et al. Binding and neutralization of vascular endothelial growth factor (VEGF) and related ligands by VEGF Trap, ranibizumab and bevacizumab. Angiogenesis. 2012;15(2):171-185.
6. Heier JS, Brown DM, Chong V, et al. VIEW 1 and VIEW 2 Study Groups. Intravitreal aflibercept (VEGF Trap-Eye) in wet age-related macular degeneration [published online ahead of print October 16, 2012]. Ophthalmology. 2012. doi:10.1016/j.ophtha.2012.09.006.

taflotan®

tafluprost

Удобни
единични дози

ПЪРВИЯТ простагландин без консервант

- Ефикасно намалява ВОН
- Няма нежеланите странични действия на консервантите
- Идеалният избор за пациенти с глаукома и сухи/чувствителни очи

Опасен за ВОН
Приятен за очите



15 µg/ml tafluprost



taflotan®
Простагландинът без консервант

Съкратена информация за предписване: TAFLOTAN® (tafluprost 0.0015% капки за очи, разтвор, еднодозова опаковка). **Опаковка:** Еднодозови опаковки от полиетилен с ниска плътност, пакетирани във фолиово пликче. Всяка еднодозова опаковка съдържа 0,3 ml, а всяко пликче – 10 еднодозови опаковки. Предлага се в кутии от 30 x 0,3 ml. Един ml капки за очи съдържа 15 микрограма тафлупрост. **Терапевтични показания:** Намалване на повишеното вътреочно налягане при откритоъгълна глаукома и очна хипертензия на пациенти, които биха имали полза от капки за очи без консервант; които не са се повлияли достатъчно от първоначалната терапия; имат непносимост или са противопоказани за първоначалната терапия; като самостоятелно лечение или като допълнение към лечение с бета-блокери. **Дозировка и начин на приложение:** Препоръчителната доза е една капка TAFLOTAN® в конюнктивалния сак на засенатото око (очи) веднъж дневно вечер. Не се препоръчва при деца и юноши под 18-годишна възраст. Да се прилага с повишено внимание при бърбачна или черноробна недостатъчност. **Противопоказания:** Съръчувствителност към тафлупрост или някое от помощните вещества. **Специални предупреждения:** Преди да започне лечението, пациентите трябва да бъдат информирани за възможен растеж на миглите, потъмняване на кожата на клепачите и повишена пигментация на ириса. Някои от тези промени могат да бъдат постоянни и могат да доведат до разлики във външния вид на двете очи, когато се лекува само едното око. Препоръчва се тафлупрост да се прилага с внимание при пациенти с афакия, псевдофаксия с разкъсана задна капсула на лещата или вътрешни лещи, както и при пациенти, рискови за кистичен едем на макулата или ирид/увеит. Няма наличен опит при пациенти с тежка астма. Поради това такива пациенти трябва да се лекуват с повишено внимание. **Взаимодействия:** Не са извършвани проучвания с тафлупрост за специфични взаимодействия с други лекарствени продукти. **Бременност:** Да не се използва при жени в детеродна възраст, освен ако са взети адекватни контрацептивни мерки. **Шофиране:** Тафлупрост не повлиява способността за шофиране. **Нежелани лекарствени реакции:** Най-често докладваната нежелана реакция, свързана с лечението, е очната хиперемия. Тя е наблюдавана при приблизително 13% от пациентите, участвали в клиничните проучвания с тафлупрост в Европа и САЩ. Други нежелани лекарствени реакции: Чести (1% до 10%): сърбеж в очите, дразнене, болка, промени в миглите, сухота в очите, промяна в цвета на миглите, усещане за чуждо тяло в очите, зачервяване на клепача, замълено виждане, сълезно, пигментация на клепача, секреция от очите, намалена зрителна острота, фотофобия, оток на клепача, повишена пигментация на ириса и главоболите. Нечести: (0,1% до <1%): повърхностен точковиден кератит, астенония, конюнктивален оток, блефарит, очен дискомфорт, разширяване на предната камера, фоликули на конюнктивата, алергичен конюнктивит, клепки в предната камера, пигментация на конюнктивата и аномално усещане в очите, хипертрихоза на клепача. **Предозирание:** Ако настъпи предозирание, лечението трябва да бъде симптоматично. **Специални условия за съхранение:** Да се съхранява в хладилник (2°C - 8°C). Съхранявайте еднодозовите опаковки в оригиналното пликче след отварянето му. Да се съхранява под 25°C. Изхвърлете отворената еднодозова опаковка и останалия в нея разтвор веднага след употреба. **Приемател на РП:** Santen Oy, Niittyhaankatu 20, 33720 Tampere, Финландия. **Дата на изготвяне на текста:** януари 2010.

По лекарско предписване. КХП - 15.10.2009

Santen
ТТ САНТЕН ОЙ, София 1612
бул. Цар Борис III № 60 Б

СБОГОМ СУХО ОКО ЗДРАВЕЙ ОПТИВЕ™!



КОМПЛЕКСНО РЕШЕНИЕ ЗА ВСЕКИ ПАЦИЕНТ СЪС СУХО ОКО! ¹⁻⁵
ОСИГУРЯВА БЪРЗО И ДЪЛГОСРОЧНО ОБЛЕКЧАВАНЕ НА СИМПТОМИТЕ НА СУХО ОКО!
ИЗКЛЮЧИТЕЛЕН КОМФОРТ!

optive



NEW
optive
PLUS™

Единствените изкуствени сълзи с OsmoMAX™ технология!

ЛЕКА ДО УМЕРЕНА СТЕПЕН
НА СУХОТА В ОКОТО
ВОДЕН ДЕФИЦИТ

УМЕРЕНА ДО ТЕЖКА СТЕПЕН
НА СУХОТА В ОКОТО
ЛИПИДЕН ДЕФИЦИТ

optive
PHARMACEUTICALS

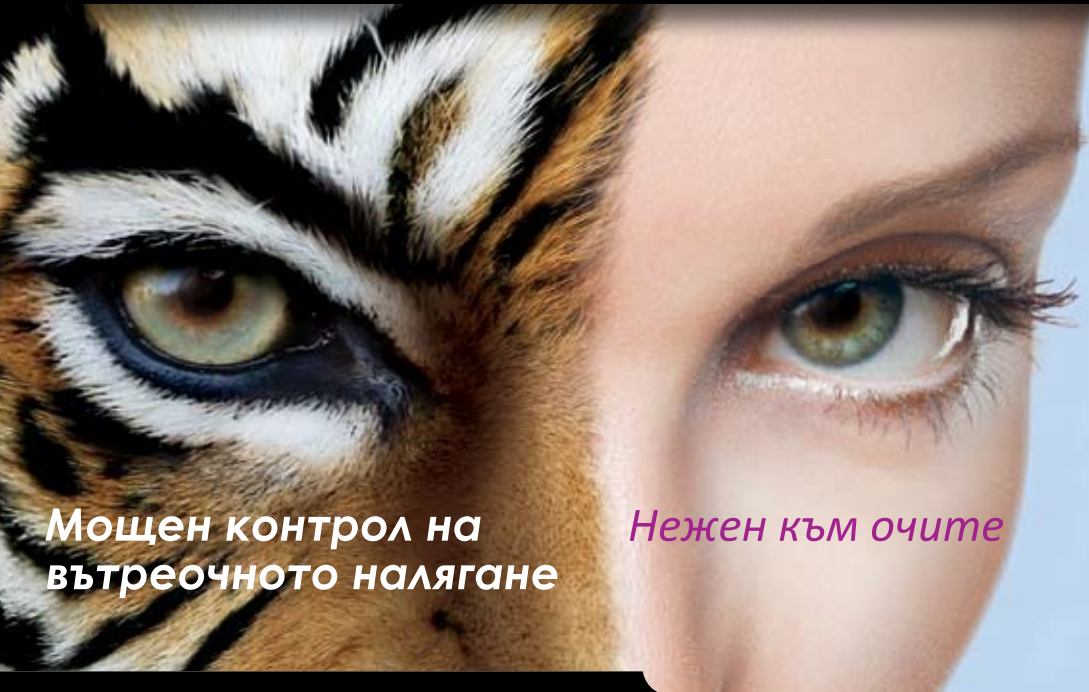
ALLERGAN
Ophthalmology

1. Kaercher T, et al. Clin Ophthalmol. 2009;3:33-39.
2. Simmons PA, et al. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2007;48: E-Abstract 428.
3. Beard B, et al. Presented at: Annual Meeting of the American Academy of Optometry; 2011.
4. Data on file, Allergan, Inc. CSR 9965-002.
5. Data on file, Allergan, Inc. CSR 9965-001.

ЕВОВАРМА ТП, Представителен офис, 1164 София,
ул. "Персен" 73, ет. 2/1, ет. 8;
тел.: (02) 962 12 00, факс: (02) 868 39 68

BG-OPT-01-03.2013-VER-01

ЛЕЧЕНИЕ НА ОТКРИТОЪГЪЛНА ГЛАУКОМА И ОЧНА ХИПЕРТЕНЗИЯ



**Мощен контрол на
вътреочното налягане**

Нежен към очите

**Ново средство за контрол
на вътреочното налягане**

Без консерванти

- Cucherat M. Efficacy and safety of prostaglandins for the treatment of open-angle glaucoma and ocular hypertension: place of a new preservative free latanoprost. Meta-analysis and indirect comparison of randomized clinical trials. March 2012.
- Rouland JF. Efficacy and safety of 2345, preservative-free latanoprost eyedrops, compared to Xalatan in patients with ocular hypertension or glaucoma. 2012.

Monoprost®

Стерилен разтвор за очи

Latanoprost 0.005%

НОВО



**ВЕЧЕ НЕ ТРЯБВА ДА ИЗБИРАТЕ МЕЖДУ
ЕФЕКТИВНОСТ И ПОНОСИМОСТ**

Производител:
LABORATOIRES
Théa

Представител:
SYNAPSIS

Синапсис България ООД

бул. „Шипченски проход“ № 18, 1113 София, Търговски център Галакси, офис 110
тел: + 359 2 444 24 94; факс: + 359 884 159 156; e-mail: office@synapsis.bg