

Slovenská oftalmologická spoločnosť
Česká oftalmologická společnost při ČLS JEP
Očné oddelenie FNŠP Žilina

VIII. BILATERÁLNE SLOVENSKO-ČESKÉ OFTALMOLOGICKÉ SYMPÓZIUM



16. - 18.4.2015, Holiday Inn, Žilina

ZBORNÍK ABSTRAKTŮV

**VIII. BILATERÁLNE
SLOVENSKO-ČESKÉ OFTALMOLOGICKÉ SYMPÓZIUM**

16. - 18.4.2015, HOLIDAY INN ŽILINA

ZBORNÍK ABSTRAKTOV

Zostavil © prim. MUDr. Michal Štubňa, PhD. a kol.

© LAGARTO s.r.o.

Zostavil: prim. MUDr. Michal Štubňa, PhD. a kol., 2015

Pre-press: Ing. Zvonimír Záviš

Vydal: LAGARTO s.r.o.
Prvé vydanie, 2015

Všetky práva vyhradené.

Neprešlo jazykovou úpravou. Texty sú publikované bez zásahu do obsahu a gramatiky tak, ako boli doručené prostredníctvom webovej registrácie. Za obsah a gramatiku zodpovedá prvý autor abstraktu. Grafická úprava pre potreby publikácie.

Táto publikácia, ani žiadna jej časť, nesmú byť kopírované, rozmnožované ani inak šírené bez písomného súhlasu majiteľa autorských práv.

ISBN 978 – 80 – 971970 – 0 – 1

**VIII. BILATERÁLNE
SLOVENSKO-ČESKÉ OFTALMOLOGICKÉ SYMPÓZIUM**

16. - 18.4.2015, HOLIDAY INN ŽILINA

ZBORNÍK ABSTRAKTOV

1. Balhářková I., Justusová P., Herle D., Štubňa M.*(Očné oddelenie FNsP Žilina)***(Ne)Bezpečný pohľad na slnko - Retinopathia solaris**

Solárna retinopatia je poškodenie sietnice, ktoré vzniká už pri 10-sekundovom priamom alebo nepriamom pôsobení slnečného žiarenia. Vyšší výskyt solárnej retinopatie je popisovaný u mladých ľudí s čírymi optickými médiami. Najsenzitívnejšie oblasti na fototoxické pôsobenie slnečného žiarenia sú vrstva retinálneho pigmentového epitelu (RPE) a vonkajšie segmenty fotoreceptorov.

Kazuistika potvrdzuje, že aj niekoľkosekundový pohľad do slnka bez ochranných filtrov môže spôsobiť každodenné ťažkosti pri čítaní a práci na blízko. Najcitlivejšou diagnostickou metódou v tomto prípade je optická koherentná tomografia (OCT), ktorá ukazuje hyperreflexivitu vychádzajúcu z RPE a fotoreceptorov smerom k vnútorným vrstvám sietnice.

Pre bezpečný pohľad na slnko je potrebné edukovať pacientov, aby používali dostatočné ochranné filtre počas expozície intenzívnemu slnečnému žiareniu.

2. Halička J., Balhářková I., Lipková B., Justusová P., Herle D., Štubňa M.*(Očné oddelenie FNsP Žilina)***Kombinovaná tromb-embólia ACR a VCR s uzáverom cilioretinálnej artérie**

40 ročný pacient bol prijatý na naše oddelenie s edémom terča zrkového nervu po ischemickej príhode v povodí v.centralis retinae a súčasnou embóliou a.cilioretinalis. Sietnica bola s obrazom edému, prítomnosti mäkkých exudátov, s difúznym krvácami, mestnaním vo venóznom systéme a s obrazom embólie cilioretinálnej artérie. Aj napriek komplexnej terapii kortikoidmi, vazodilatačnou th. a antitrombotickej th. nedošlo k zlepšeniu stavu a stav sprogredoval do atrofie papilly TZN so sekundárnym POAG a vízom na úrovni svetlocitu. CT vyšetrenie mozgu a neurologické vyšetrením sa nenašiel etiologický pôvod tohto stavu. Špecializovaným hematologickým vyšetrením sa zistila heterozygotná mutáciu pre FV Leiden a homozygotná forma polymorfizmov génov FXI, ktoré môžu mierne zvyšovať riziko vzniku venózne trombozy. Špecializovaným USG vyšetrením prietokov v ACR, VCR a AO bol diagnostikovaný zhoršený prietok v ACR o.utr. a mierne zhoršený v AO o.utr. Doteraz sme sa na našej klinike stretli len s 3 podobnými prípadmi.

3. Kusenda P., Mikulášová M., Hlaváčková K.*(Očné oddelenie, Nemocnica sv. Michala, Bratislava)***Familiárne dominantné drúzy (kazuistika)**

Úvod: Predstavujeme kazuistiku 39-ročného pacienta, ktorému sme diagnostikovali familiárne dominantné drúzy (FDD). V minulosti bol vyšetrený na inom pracovisku s diagnózou susp. fundus albipunctatus, ochorenie však nebolo dodiferencované.

FDD (Doyneova dystrofia medových plástov, Malattia Leventinese) je zriedkavé autozómovo dominantné ochorenie s variabilnou expresiou a vekom-dependentnou penetranciou. Ochorenie býva v úvode asymptomatické, pri oftalmoskopickom vyšetrení nachádzame v makule a peripapilárne bilaterálne symetricky uložené drúzy. Neskôr v 4. až 5. dekáde môže nastúpiť pokles centrálnej zrakovkej ostrosti.

Metodika: Kazuistika.

Výsledky: Subjektívne pacient udával pocit postupne sa zhoršujúceho, menej jasného videnia najmä za šera v trvaní najmenej posledné 2 roky.

Rodinná anamnéza: Otec "problémy s očami, je farboslepý".

Objektívne: Centrálna zraková ostrosť: VOD: 0,2, -1,0 Dsph 1,0, VOS: 0,1, -1,25 Dsph 1,0., vnútroočný tlak 12/14 Torr, bilaterálne optické médiá číre, oftalmoskopicky najmä v makule a ojedinele peripapilárne nazálne prítomné početné drobné bodovité belavo-žltkasté druzenoidné ložiská. Na perimetri zorné pole plné, farbocit neporušený, Amslerova mriežka bez metamorfózií, na OCT makuly bilaterálne prítomné početné druzenoidné RPED, bez edému, bez trakcie. Na autofluorescencii prítomné hyperfluorescencie, na fluoresceínovej angiografii staining drúz, zobrazilo sa viac drúz ako oftalmoskopicky, SRN nebola prítomná. Elektrofyziológické vyšetrenie v norme (pattern VEP, ERG standard, EOG). Stav sme vyhodnotili ako FDD, vedľajší nález myopia ľahkého stupňa.

Záver: Oftalmologické vyšetrenie umožnilo určenie diagnózy FDD. Pri zistení drúz na očnom pozadí u mladého pacienta je vhodné v rámci diferenciálnej diagnostiky myslieť aj na familiárne dominantné drúzy. Pacienta je nutné sledovať kvôli možnému vzniku komplikácii, predovšetkým SRN.

4. Šustykevičová Z., Solníková V.*(Očná klinika FN Trenčín)***Krátkodobá pseudomyopia u mladých žien - kazuistiky**

Autorky popisujú prípady troch mladých žien hospitalizovaných vo FN Trenčín, konziliárne vyšetrených pre akútne pohoršenie videnia oboch očí. Vo všetkých troch prípadoch nachádzajú subjektívnu i objektívnu refrakciu s mínusovými hodnotami. Spoločným znakom sa zdá byť lumbálna punkcia... Autorky hľadajú kauzálnu súvislosť, patofyziologické vysvetlenie, obdobné prípady v literatúre.

5. Hlôška B., Gašparová Z.

(RETINA s.r.o., Očné odd. FNLP, Košice)

Olympionici z našej kartotéky

Autori v 2 kazuistikách našich viac či menej známych paralympionikov P.N. a H.F. na ich osobných príbehoch s očným ochorením hľadajú odpoveď na častú otázku kladenú očnému špecialistovi: „Do akej miery je možné fyzicky zaťažovať organizmus po vitreoretinálnej operácii resp. pri ťažkej myopii s periférnou degeneráciou“.

6. Sanchez Chicharro D.*(Univ. Nem. Martin UNM)***Spontaneous vitreous hemorrhage management in a young healthy patient. A case report**

A 35 years old healthy woman was referred into our vitreoretinal clinic with a spontaneous vitreous hemorrhage (VH) of one month duration. No history of trauma or surgery was reported and her refraction was -3,0dsf in both eyes. She presented with a vision of counting fingers and a dense VH in her left eye with no fundus view. On the B-scan ultrasound was observed a flat retina and attached hyaloid with a suspected area of retinal break in the extreme periphery (ORA serrata) at 12 o'clock. A pars plana vitrectomy was performed with an unexpected finding.

In the presentation will be shown images and videos of the clinical examination and surgery. There will be discussed the importance of vitrectomy in otherwise healthy patients who present with spontaneous vitreous hemorrhage, focusing on differential diagnosis and management / surgical planning. A further brief review of this young lady pathology will be presented.

Financial disclosure: none

7. Ondrejková M., Jančo L., Vida R., Bartoš M., Mesárošová M., Rybáriková M.
(II.Očná klinika SZU, FNsP F.D.Roosevelta Banská Bystrica)
PPV pri diabetickom edéme makuly

Cieľ: Vyhodnotiť anatomické a funkčné výsledky pars plana vitrektómie (PPV) pri diabetickom edéme makuly

Materiál a metodika: Retrospektívna štúdia 32 očí 29 pacientov po PPV pre diabetický edém makuly (DEM) operovaných od januára 2012 do decembra 2014. V súbore bolo 12 mužov a 17 žien, vo veku 27-86 rokov, priemerne 67 rokov. Priemerná sledovacia doba bola 18,6 mesiaca (3-36). 14 očí bolo pseudofakických, 2 oči boli po PPV a u 3 očí bol glaukóm. V štúdii bol hodnotený typ operácie a indikácia, ako vitreomakulárny trakčný syndróm (VMTS), epiretinálna membrána (EM). Anatomické výsledky boli hodnotené podľa centrálnej hrúbky sietnice (CRT) na OCT. Funkčné výsledky, podľa dosiahnutej najlepšej korigovanej centrálnej zrakovej ostrosti (NKCZO) na Snellenových optotypoch. Ako stabilizácia bola hodnotená NKCZO nezmenená, ako zlepšenie alebo zhoršenie zmena o 1 riadok. Ako anatomické zlepšenie bolo hodnotené zmenšenie edému o 100 a viac mikronov, ako zhoršenie nárast edému o 100 a viac mikronov a ako stabilizácia zmena CRT do 100 mikronov.

Výsledky: PPV bola indikovaná u 14 očí (43,8%) pre VMTS, u 12 očí (37,5%) pre EM a u 8 očí (25%) pre DEM bez detekovanej zmeny vitreoretinálneho rozhrania na OCT. U 2 očí (6,3%) bola vykonaná membranektómia, u 6 očí (18,8%) pílning membrána limitans interna (pMLI) a u 24 očí (75%) ME aj pMLI. Priemerná NKCZO bola pred operáciou 0,2 a po operácii 0,3. Zlepšenie NKCZO bolo u 16 očí (50%), u 8 očí (25%) bola dosiahnutá stabilizácia, u 8 očí (25%) zhoršenie. Anatomické zlepšenie bolo u 29 (90,6%) očí, stabilizácia u 2 očí (6,3%) a zhoršenie u 1 oka (3,1%). Priemerný pokles CRT bol 194 um. Operačné komplikácie sa nevyskytli. Z pozdnych komplikácií bola zaznamenaná progresia katarakty u 5 fakických pacientov (31,25%), recidíva DEM s následnou IVT liečbou u 6 očí (18,8%) na jednom oku bola vykonaná rePPV per trakčnú amociu sietnice.

Záver: PPV je bezpečnou a efektívnou metódou voľby liečby DEM v kombinácii s IVT a laserom hlavne v prípadoch zmien vitreoretinálneho rozhrania.

8. Gajdošová M.

(OFTAL s.r.o, Špecializovná nemocnica v odbore oftalmológia Zvolen)

Výsledky chirurgie makuly s použitím 25G+ pars plana vitrektómie

Cieľ: Retrospektívna analýza výsledkov pacientov, po chirurgii makuly s využitím 25G+ pars plana vitrektómie (PPV)

Materiál a metodika: Retrospektívna analýza 17 očí, 17 pacientov, ktorí boli operovaní na našom pracovisku technikou 25G+ pars plana vitrektómie pre makulárnu diery (8 očí, 8 žien, priem. vek 72 rokov, priem. sled. doba 5,8 mesiaca), alebo epiretinálnu membránu (9 očí, 3 muži (33%), 6 žien (67%) priem. vek 70 rokov, priem. sled. doba 4,9 mesiaca) v priebehu roka 2014. V štúdií sme hodnotili dĺžku trvania operácie, potrebu sutury sklerotómií, výskyt peroperačných i pooperačných komplikácií ako aj anatomické a funkčné výsledky.

Výsledky: V súbore 8 očí, operovaných pre makulárnu diery (2(25%) oči foramen Gass III, 6(75%) očí foramen Gass IV), s priemernou veľkosťou 534u, došlo ku zlepšeniu vstupnej NKZO z 0,19 na 0,38. Priemerný zisk bol 2 riadky, pričom zlepšenie NKZO dosiahlo 6 (75%) očí, bez zmeny bolo 1(12,5%) oko a 1(12,5%) oko zhoršené pre progresiu katarakty. Ku uzáveru makulárnej diery, došlo u všetkých očí 8 (100%), i keď u 3(37%) očí (foramen Gass IV s priemerom 664 u) až po reoperácii.

V súbore 9 očí operovaných pre epiretinálnu membránu došlo ku zlepšeniu vstupnej NKZO z 0,43 na 0,57. Priemerný zisk bol 1,3 riadka, pričom zlepšenie NKZO dosiahlo 6 (67%) očí, bez zmeny boli 2(22%) očí a 1(11 %) oko zhoršené pre progresiu katarakty. 6(67%) očí dosiahlo zisk 2 riadky a viac. Priemerná vstupná hrúbka makuly na OCT (CRT) klesla po operácii z 473 um na 373 um, čo je priemerný pokles o 98 um. U všetkých pacientov došlo ku poklesu CRT, pričom redukciu o 100 um a viac dosiahlo 4 (44%) očí. Priemerný čas operácie bol 43 minút. V súbore všetkých 17 očí sa nevyskytli nijaké peroperačné ani pooperačné komplikácie. Ani u jedného oka sme nezaznamenali pooperačnú hypotóniu, u 3 (17,6%) pacientov došlo ku progresii katarakty, z toho jeden bol už operovaný.

Záver: 25G+ PPV je bezpečná a efektívna metóda, sprevádzaná minimálnym množstvom peroperačných či pooperačných komplikácií. Bezstehová technika umožňuje menšiu traumatizáciu spojivky, rýchlejšie hojenie, rehabilitáciu vízu a redukuje pooperačný diskomfort pacienta, pričom dĺžka trvania operácie, výskyt peroperačných či pooperačných komplikácií, ako aj anatomické a funkčné výsledky sú porovnateľné s 23G PPV.

9. Herle D., Lipková B., Alexík M., Štubňa M.*(Očné oddelenie FNsP Žilina)***Makulárna diera z pohľadu medzinárodnej klasifikácie chorôb vitreomakulárneho rozhrania**

Problematika makulárnej diery bola v posledných rokoch obohatená o nové poznatky týkajúce sa nielen etiopatogenézy, ale aj liečebných a diagnostických možností tejto vekom podmienenej makulopatie. Vďaka vedeckému a technickému pokroku dokážeme tento stav za vhodných podmienok a včasného odhalenia terapeuticky ovplyvniť.

Prepracovať a zdokonaľiť popis jednotlivých vývojových fáz makulárnej diery pomohla optická koherentná tomografia a stala sa neoddeliteľnou súčasťou diferenciálnej diagnostiky. Zásadný význam toto vyšetrenie nadobudlo pri zostavení schémy pre posudzovanie anomálnych vplyvov sklovca na makulu. Nová klasifikácia je podložená anatomickými nálezmi z OCT vyšetrení a poskytuje jednotnú nomenklatúru pre klinické použitie, chirurgické rozhodovanie a porovnanie možnej progresie.

V prezentácii ponúkame prehľad kritérií pre diferencovanie ochorení rozhrania medzi sklovcom a makulou a aktuálne delenie makulárnych dier, ktoré boli prijaté v roku 2013 v rámci systému medzinárodnej klasifikácie chorôb vitreomakulárneho rozhrania.

10. Bajaček J., Bieliková A., Cárachová J., Ferková N.*(Očná klinika ÚVN SNP FN, Ružomberok)***Výsledky ročnej liečby afliberceptom pri vlhkej forme VPDM**

Cieľ:

Prezentácia výsledkov účinnosti ročnej liečby afliberceptom u pacientov s vlhkou formou VPDM .

Metodika:

Do sledovaného súboru bolo zahrnutých 53 očí u 48 pacientov, ktorí boli liečení afliberceptom na našej klinike minimálne 1 rok. V prednáške hodnotíme výsledky prvoliečby afliberceptom u pacientov s novodiagnostikovanou VPDM a výsledky u pacientov po zmene anti-VEGF liečby, tzv. „switch“ liečby. V súbore pacientov so zmenou antiangiogénnej liečby sme sa snažili porovnať výsledky v podskupinách očí, ktoré boli predchádzajúcou anti-VEGF liečbou liečené menej, alebo viac ako 2 roky. Z anatomických a funkčných parametrov sledujeme predovšetkým zmeny centrálnej hrúbky sietnice, vízu a aktuálne výsledky prezentujeme v našej prednáške.

Záver:

Vzhľadom na veľkosť súboru našich pacientov, ktorí sú liečení afliberceptom minimálne 1 rok a prezentované výsledky, sú naše skúsenosti s liečbou veľmi pozitívne a dávajú nám optimizmus do budúcnosti s anti-VEGF liečbou vlhkej formy VPDM.

11. Gajdošová M., Ondrejková M., Pernišová K., Štúrová L., Svetlošáková Z., Valášková J., Klánek D., Kolíveková M., Lipková B., Vančová L., Lešková V., Bajáček J., Javorská L., Kučerová A., Popovcová M., Matúšová G., Mruzková P., Miňová M., Siváková Z.

(Špecializovná nemocnica v odbore oftalmológia OFTAL Zvolen, Očná klinika SZU a UNB - nemocnica svätého Cyrila a Metoda Bratislava, Klinika Oftalmológie LF UK a UNB Bratislava - Ružinov, Očná klinika FN Trenčín, Očné oddelenie FNŠP Žilina, Očná klinika UN Martin, Očná klinika FNŠP F.D. Roosevelta Banská Bystrica, Oftalmologická klinika ÚVN SNP Ružomberok, Očné oddelenie JZS Nemocnica Poprad, Oddelenie oftalmológie FNŠP J. A. Reimana Prešov, Očná klinika UN L. Pasteura pracovisko Trieda SNP 1 Košice, Očná klinika UN L. Pasteura pracovisko Rastislavova 43, Košice)

Výsledky liečby edému makuly pri venózných oklúziách sietnice intravitreálnym implantátom dexametazonu na Slovensku

Cieľ: Retrospektívna analýza pacientov, liečených pre edém makuly (EM) pri venóznej oklúzii sietnice (VOS), intravitreálnym implantátom dexametazonu.

Materiál a metódika: Retrospektívna analýza 191 očí, 191 pacientov (40% (77) mužov, 60% (114) žien) z 12 centier na Slovensku, s priemerným vekom 65,7 roka a minim. sledovacou dobou 12 mesiacov. (priemer: 19,0 mesiacov). Hodnotili sme dĺžku trvania EM pred začatím liečby, prechádzajúci typ liečby EM, funkčné (NKZO), anatomické (CRT) výsledky a výskyt nežiadúcich účinkov (NÚ).

Výsledky: 65% (125) očí malo vetvovú VOS (BRVO), 35% (66) centrálnu VOS (CRVO). 89% (170) očí bolo fakických, 15% (29) očí sledovaných pre glaukóm. Priemerná dĺžka trvania EM bola 10,6 mesiacov. Primárne bolo liečených 32% (52) očí. Iba implantátom dexametazonu bolo liečených 32% (52) očí. 30% (58) očí dostalo prvú injekciu do 3 mesiacov, 46% (83) očí po viac ako 6 mesiacoch. 42% (81) očí dostalo len jednu injekciu (A1), 58% (110) očí dve injekcie (A2). Priemerná doba medzi injekciami bola 9,7 mesiaca.

Anatomické výsledky: Priemerná redukcia EM (CRT) bola po 2 mesiacoch(M): 2M -224 um, po 8M: -141 um a po 12M: -125 um. ($p<0.001$). Pokles CRT o viac ako 100 um dosiahlo po 12 mesiacoch 55% (90) očí.

Funkčné výsledky: Priemerná zmena NKZO bola po 2M +8P ETDRS, po 8M: +6P, a po 12M: +6P. ($p<0.001$). Zlepšenie NKZO dosiahlo 57% (94) očí. 13% (22) očí získalo viac ako 10P, 23% (39) očí viac ako 15P. Zisk viac ako 15P dosiahlo 29% očí s BRVO a 10% očí s CRVO. Priemerný zisk NKZO po 12 mesiacoch bol +8P u očí s BRVO a +3P u očí s CRVO.

Nežiaduce účinky (NÚ): Recidívu EM po A2 malo 45% (85) očí. 40% (76) očí malo vzostup VOT, z toho 29% (55) prechodný, 9% (17) trvalý, ktorý si u 3% (5) očí vyžiadala chirurgickú liečbu. Ku progresii katarakty došlo u 34% (58) očí. Operácia katarakty bola vykonaná u 11% (18) očí.

Záver:. Naše výsledky potvrdzujú účinnosť ivt implantátu dexametazonu v liečbe EM pri RVO, či už ako primárnej liečby, alebo po predchádzajúcej liečbe. Progresia katarakty a vzostup VOT boli najčastejšími očnými komplikáciami, s výskytom častejším ako v publikovaných štúdiách. Riziko trvalého vzostupu VOT a jeho následnej chirurgickej liečby je vyššie u glaukómových pacientov ($p=0.002$). Vysoké percento recidív EM po druhej aplikácii, potvrdzuje nevyhnutnosť pokračovania v ďalšej liečbe.

12. Komenda I., Komenda I.*(Askin, Nový Jičín)***Novinky v OCT zobrazení**

Rychlý rozvoj OCT technologií umožňuje zobrazit vyšetřované oční struktury s tak vysokým rozlišením a prostorovým kontrastem, že jsme nuceni v některých případech revidovat zavedená diagnostická schémata. V diagnostice glaukomu mohou špičkové Fourier domain OCT přístroje poskytnout morfologické markery, které výrazným způsobem zpřesňují kvantifikaci změn v neuroretinálním lemu TZN. V současnosti nejčastěji klinicky používaný koncept ohodnocuje množství tkáně neuroretinálního lemu vzhledem k oftalmoskopicky pozorovatelnému okraji disku. Anatomicky a geometricky je mnohem korektnější definovat jako referenční strukturu spojnici okrajů Bruchovy membrány, protože ta reprezentuje skutečnou anatomickou hranici neurální tkáně. Je rovněž diskutována nezbytnost pořízení a analýzy dat s respektem k individuálnímu referenčnímu systému vyšetřovaného oka.

Skenovací rychlost spectral domainových a swept OCT přístrojů dosáhla hodnot, které fyzikálně dovolují poprvé implementovat do komerčně dostupných přístrojů funkci OCT angiografie (angiografie bez použití kontrastní látky). I když tato zobrazovací modalita má doposud některá omezení, její potenciál spočívající v propojení vzájemné strukturálně- funkční diagnostické informace je evidentní.

Bezkontaktní ultra širokoúhlá angiografie (FA i ICG) má signifikantně vyšší diagnostickou výtěžnost oproti standardní metodice ETDRS kompozitních 7SF snímků. Je tak možno vizualizovat periferní oblasti sítnice, které byly doposud mimo diagnostické možnosti.

Multibarevné zobrazení sítnice spočívající v simultánním snímání 3 monochromatickými laserovými vlnovými délkami (488 nm, 515 nm a 820 nm) poskytuje selektivní informace z různých hloubek sítnice. Rozdíl intenzit autoangiogramů v modré a zelené barvě spektra navíc mapuje s velkou přesností fluktuace v hustotě makulárního pigmentu.

13. Praženicová M.

(II. Očná klinika SZU, FNŠP FDR Banská Bystrica)

Keď pacient učí lekára

Cieľ: prehľad možností použitia lokálnych inhibítorov karboanhydrázy v liečbe glaukómu v prípadoch alergických reakcií na sulfonamidy.

Materiál: zdravotné záznamy glaukómovej ambulancie, kožnej ambulancie, literárne zdroje.

Metodika: na prípade kazuistiky pacientky so solárnou dermatitídou ako možnou alergickou reakciou na dorzolamid, sú na základe výsledkov kožných testov a dostupnej literatúry rozobrané možnosti liečby brinzolamidom.

Výsledky: solárna dermatitída, ktorá sa prejavila u pacientky po niekoľkoročnom lokálnom užívaní dorzolamidu, vymizla po zmene liečby na brinzolamid.

Záver: pravdepodobnosť skrížených reakcií sulfonamidov (v rámci jednotlivých skupín) je v literatúre kontroverzná. Zodpovednou za najčastejšiu alergiu na sulfonamidové chemoterapeutiká je arylamínová skupina, ktorú lokálne inhibítory karboanhydrázy neobsahujú. Aj pri lokálne aplikovaných inhibítoroch karboanhydrázy sú možné systémové vedľajšie účinky. V prípade tolerovateľných prejavov systémovej alergie na dorzolamid, naša pacientka profitovala zo zmeny liečby na brinzolamid.

14. Vodrážková E., Majtánová N.*(Očná klinika SZU a UNB Bratislava)***Kombinovaná liečba glaukómu a očnej hypertenzie**

Dnešné trendy v liečbe glaukómu a očnej hypertenzie zohľadňujú individualizovaný prístup pri výbere antiglaukomatík. Nie je preto zriedkavé, že niektorí jedinci na dosiahnutie cieľového vnútroočného tlaku sú liečení kombináciou 3 antiglaukomatík. Non-adherencia, ktorá súvisí s preskripciou viac ako 2 antiglaukomatík, s výskytom lokálnych nežiadúcich účinkov, môže byť príčinou rýchlejšej progresie glaukómu.

Autori v retrospektívnej analýze výsledkov liečby primárneho glaukómu a očnej hypertenzie kombináciou antiglaukomatík dorzolamid/timolol a tafluprost u 51 pacientov hodnotili efekt poklesu vnútroočného tlaku a zotrvanie na liečbe. Antiglaukomatiká bez konzervačnej látky boli dobre tolerované u 91% pacientov počas celej doby sledovania (24 mesiacov), vnútroočný tlak menej ako 18 mmHg bol vyhodnotený u 72% pacientov a až 88% zotrvalo na liečbe.

15. Vodrážková E., Tnavec B.*(Očná klinika SZU a UNB Bratislava)***Prostaglandínový derivát versus prostaglandínový derivát**

Liečba primárneho glaukómu a očnej hypertenzie je spojená s výskytom nežiadúcich účinkov. V posledných rokoch sa v literatúre objavujú dôkazy o toxicite konzervačnej látky, ktorá je súčasťou viacerých očných roztokových instilácií - benzalkonium chlorid.

Autori v práci porovnávajú efekt poklesu vnútroočného tlaku a výskyt ochorenia povrchu oka pri liečbe primárneho glaukómu a očnej hypertenzie latanoprostom a tafluprostom. Pokles vnútroočného tlaku bol významný v oboch skupinách pacientov a rozdiel v poklese medzi sledovanými súbormi pacientov štatisticky potvrdený nebol. Výskyt nežiadúcich účinkov (ochorenie povrchu oka, hyperémia) bol nižší v skupine pacientov liečených tafluprost (bez konzervačnej látky).

16. Pitrová Š., Nutterová E., Lešták J.*(Privátní oční klinika JL, Praha)***Ex-Press® Version P-200 v dlouhodobém klinickém sledování**

Cíl: V dlouhodobém sledovacím období retrospektivně zhodnotit bezpečnost a efektivitu implantátu Ex-Press® Version P200 v chirurgii glaukomu.

Soubor pacientů a metodika: Retrospektivně hodnocen soubor 50 operovaných očí 46 pacientů (20 mužů a 26 žen) průměrného věku 64,7 roku. Před operací byl PEX glaukom diagnostikován u 24 očí (průměrná délka trvání glaukomu 6,5 roku), POAG u 22 očí (průměrná délka trvání glaukomu 9,1 roku) a sekundární glaukom u 4 zbývajících očí. Indikací k operaci byla dekompenzace NOT při maximální medikamentózní terapii, progresi změn zorného pole a úbytek nervových vláken. Na 6 očích byla dříve trabeculektomie, u 2 PPV a na 7 očích byla operována katarakta. Sledovací doba se pohybovala od 6 do 42 měsíců. Zjišťovány hodnoty NOT, vyšetřeno zorné pole a změřena tloušťka vrstvy nervových vláken před a po operaci.

Výsledky: Implantace Ex-Pressu byla provedena pouze na očích s širokým komorovým úhlem. Při operaci byl u 1 oka fixován implantát jedním uzleným stehem pro jeho lepší stabilizaci, na 3 očích byly přidávány v pooperačním období stehy na sklerální lalok pro hypotonii. U jednoho oka byla pro nefunkčnost implantátu provedena následně trabekulektomie. Hodnoty NOT před operací byly 29 ± 32 mmHg, po operaci poklesly na $12 \pm 2,3$ mmHg. Vízus operovaných očí nebyl významně změněn v pooperačním období, u jednoho mladého nemocného s pigmentovým glaukomem se po 6 měsících objevila drobná opalescence kory čočky s poklesem vízu o jeden řádek. U téhož nemocného bylo zjištěno rozšíření zorného pole po operaci. U 3 očí byla provedena následně operace katarakty, která byla zjištěna již před operací glaukomu.

Závěr: Operace glaukomu s implantátem Ex-Press na očích s širokým komorovým úhlem je bezpečná a šetrná metoda s minimálními operačními a pooperačními komplikacemi. Její dlouhodobou efektivitu bude nutno prokázat na dalších studiích.

17. Pura M., Kentoš P., Panisová J., Ščerbíková M.*(Endokrinologická ambulancia, Poliklinika Novamed, Banská Bystrica)***Endokrinná orbitopatia z pohľadu endokrinológa - teória a prax**

Endokrinná (syn. Gravesova) orbitopatia (GO) je autoimunitným ochorením, ktoré predstavuje najčastejšiu a klinicky najvýznamnejšiu extratyreoidálnu manifestáciu Gravesovej choroby, ale môže sa vyskytovať aj u eutyreoidných pacientov bez (aktuálnej alebo predchádzajúcej) hypertyreózy alebo u pacientov s hypotyreózou na podklade chronickej autoimunitnej (Hashimotovej) tyreoiditídy. Zatiaľ čo u pacientov s Gravesovou chorobou sa na TSH-receptor (TSH-R) viažu TSH-R stimulujúce imunoglobulíny (TSI), pri (typicky atrofickej) forme Hashimotovej tyreoiditídy s GO sa v jej patogenéze uplatňujú TSH-R viažúce inhibičné imunoglobulíny (TBII). Rizikovými faktormi progresie GO sú fajčenie a vysoký titer autoprotilátok proti TSH-R (TSI alebo TBII).

Optimálna liečba tyreoprivnej (syn. Gravesovej) orbitopatie (GO) je stále otvorená a predstavuje veľkú klinickú výzvu. Adekvátny manažment podmieňuje a predchádza správne stanovená diagnóza. Medzi ochorenia prichádzajúce do úvahy v rámci diferenciálnej diagnózy GO patria myasthenia gravis, orbitálna myozitída, karotido-kavernózna fistula, nádory očnice a progresívna externá oftalmoplégia. Nástup a progresia GO sú ovplyvnené (potenciálne kontrolovateľnými) faktormi ako fajčenie, tyreoidálna dysfunkcia a výber liečebných modalít hypertyreoidizmu. Optimálny manažment GO preto vyžaduje koordinovaný prístup zameraný na tyreoidálnu dysfunkciu a orbitu. Suboptimálny manažment pacientov s GO je pomerne častý, preto by všetci pacienti s GO mali byť odosielaní do špecializovaných centier, všetci pacienti by mali zanechať fajčenie a mali by mať poskytnutú liečbu na navodenie alebo udržanie eutyreózy.

Liečbou prvej línie pri GO s ohrozením straty zraku je i.v. podávanie glukokortikoidov, event. urgentná dekompresia, liečbou voľby strednej až ťažkej aktívnej formy GO sú i.v. glukokortikoidy s event. následnou rádioterapiou (RT). RT je jednou zo zavedených avšak nedostatočne indikovaných modalít liečby GO. Mechanizmom účinku je nešpecifický protizápalový efekt, ovplyvnenie vysoko rádiosenzitívnych lymfocytov infiltrujúcich orbity a pravdepodobne aj zníženie proliferácie fibroblastov a sekrécie mukopolysacharidov. V doterajších klinických štúdiách sa RT ukázala rovnako účinná, avšak lepšie tolerovaná ako p.o. glukokortikoidmi. Napriek jej výhodám oproti externej RT (cielené ožiarenie, nižšia radiačná záťaž okolitých štruktúr, nižšie riziko neskorých nežiadúcich účinkov) a pomerne dobrej dostupnosti pracovísk stereotaktickej rádioterapie, literárne údaje o využití stereotaktickej RT v liečbe GO sú iba anekdotické. U pacientov s miernou formou GO vo väčšine prípadov postačuje „vyčkávací“ stratégia.

18. Ščerbíková M., Panisová J., Bielíková A., Ďurej V.*(Očná klinika ÚVN Ružomberok)***Endokrinná orbitopathia v ambulantnej praxi oftalmológa**

Úvod: Endokrinná orbitopathia predstavuje interdisciplinárny problém. V klinickej praxi často stretávame s rôznymi problémami v diagnostike a nejednotnými postupmi v liečbe tohto ochorenia

Cieľ: cieľom našej prezentácie je podeliť sa o náš pohľad a skúsenosti pri diagnostike a liečbe tohto problému.

Výsledky: Diagnózu stanovujeme na základe dôkladnej anamnézy, vyšetrenia štrbinovou lampou, perimetra, laboratórnych vyšetrení a vyšetrenia magnetickou rezonanciou .

V liečbe u nás uplatňujeme razantnejší prístup /tzv. motolskú školu/, kde základom je liečba základného ochorenia s čo najrýchlejšou stabilizáciou v laboratórnu obraze a následne riešenie očných príznakov.

Záver: Endokrinná orbitopatía je ochorenie, ktoré hlboko ovplyvňuje kvalitu života pacienta. Spektrum očných príznakov v rámci endokrinnej orbitopatie zahŕňa jemné abnormality až dramatické a často nezvratné očné zmeny. K liečbe EO je nutný komplexný prístup, je nevyhnutná spolupráca viacerých odborníkov z rôznych odborov medicíny, pričom liečba sa odvíja od závažnosti a aktivity ochorenia.

19. Lallemand F., Daull Ph., Garrigue J-S.*(Santen, 1 rue Pierre Fontaine, 91000 Evry, France)***Ked' nanotechnológie stretne oftalmológia**

Conventionnal očné kvapky majú niekoľko obmedzení, ktoré je možné riešiť pomocou nanotechnológií. Novasorb je technológia založená na koncepte kationových nanoemulzie. Princíp položí na skutočnosť, že povrch oka je záporne nabitý, takže emulzia kladne nabitý, možnosť držať očných tkanivách elektrostatickou príťažlivosťou. Táto emulzia, navrhnutý ako očné kvapky, má vynikajúcu bezpečnosť, ale aj liečivé účinky na povrchu oka. Okrem toho, pri zaťažení sa účinné látky, môže to nanoemulsion zvýšiť o dva až štyrikrát bioabsorption do očných tkanív. Prvý produkt spustený pomocou tejto technológie bolo Cationorm, umelá slza, ktorý vykazuje vynikajúcu účinnosť pri riadení syndrómu suchého oka.

20. Ďurčová T., Sisková E., Černák A., Siska V., Černák M.*(Očné laserové centrum EXCIMER, Bratislava- Karlova Ves)***20. výročie činnosti Očného laserového centra EXCIMER Bratislava**

História refrakčnej chirurgie excimerovými lasermi na Slovensku sa začala písať pred viac ako 20 rokmi. Naše Očné laserové centrum Excimer v Karlovej Vsi v Bratislave úspešne pracuje na poli korekcie refrakčných chýb očí už celých 20 rokov. Autori podávajú vo svojej prednáške prehľad činnosti za toto obdobie. Počas týchto rokov sme vždy používali tú najnovšiu techniku, preto sme neustále mohli rozširovať možnosti korekcie. Od prvotných korekcií čistej krátkozrakosti sme postupne pridávali korekcie myopického astigmatizmu, až oveľa neskôr po vylepšení technických možností excimerových laserov sme začali s korekciou hypermetropie, ako aj pridruženého astigmatizmu, zmiešaného astigmatizmu. Samozrejme sme pomáhali pri zlepšovaní kvality videnia aj pri určitých očných ochoreniach.

21. Zelníková M., Ďuranová M., Urminský J., Molnárová M.*(VIKOM s.r.o)***Liečba keratokonu pomocou akcelerovaného corneal cross linkingu
- naše skúsenosti**

Liečba keratokonu pomocou akcelerovaného corneal cross linkingu – naše skúsenosti

Corneal cross linking (CXL) je prvou chirurgickou metódou voľby na zastavenie progresie ektatického ochorenia rohovky ako je keratokonus a pooperačná ektázia rohovky po refrakčnom zákroku so zlepšením zrakových, keratometrických a topografických parametrov.

Metóda akcelerovaného CXL umožňuje stabilizáciu rohovky a zastavenie ďalšej progresie ochorenia pri skrátení času ožarovania rohovky so zachovaním efektivity štandardného CXL. Táto metóda je vhodná aj u menej spolupracujúcich pacientov.

Autori prezentujú výsledky stabilizácie keratokonu po aplikácii akcelerovaného CXL v sledovanom súbore v období august 2013-marec 2015. Súbor pacientov tvoria 2 skupiny. Prvú skupinu tvoria 6 pacienti v sledovanom období 12-18 mesiacov a druhú skupinu tvorí 15 ľudí v rozsahu 6-12 mesiacov.

Autori hodnotia UCVA, BCVA, cyl., Kmax a pachymetriu.

Výsledky sú zhodné so svetovou literatúrou

22. Smorádková A., Piovarči R., Záhorcová M., Schreinerova P.*(Očná klinika NeoVízia, Bratislava)***Implantácia rohovkových prstencov pri keratokonuse s použitím femtosekundového laseru, naše 2-ročné skúsenosti**

Autori prezentujú 2-ročné skúsenosti s implantáciou intrastromálnych rohovkových prstencov pri keratokonuse s použitím femtosekundového laseru. Počas 4 rokov sme na pracovisku zachytili viac ako 360 očí s keratokonusom. Pacientom boli navrhnuté operačné riešenia podľa štádia keratokonusu. Implantáciu ICRS sme vykonali u 97 očí, z toho u 14 očí chirurgicky a u 83 očí s použitím femtosekundového laseru. Implantujeme keraringy a od februára 2013 tunel na implantáciu keraringov vytvárame už len s použitím femtosekundového laseru Visumax.

V práci je štatisticky predstavený súbor 30 očí po implantácii keraringov pomocou FS s dobou sledovania 1,5 roka. Podľa typu vyklenutia sa volí správny model a implantuje buď jeden alebo dva ringy. Pri výpočte typu a správnom umiestnení keraringu spolupracujeme s výrobcom. V sledovanom súbore je hodnotený vek, pohlavie, UCVA, BCVA, hrúbka rohovky, hodnoty K1, K2, Kmax a SE. Po implantácii keraringov došlo u všetkých pacientov k výraznému zlepšeniu kvality videnia, k zlepšeniu UCVA, BCVA, poklesu hodnôt K a k stabilizácii rohovky. Pacientov sledujeme v pravidelných 6 mesačných intervaloch a v prípade progresie keratokonusu máme možnosť stabilizovať rohovku ešte pomocou CXL.

Prezentácia obsahuje zaujímavé kazuistiky pacientov po implantácii keraringov a je doplnená videoprezentáciou implantácie keraringov pomocou FS.

23. Veselý P., Kuriš P., Veselý F.

(VESELY | Očná Klinika)

Chirurgické riešenie refrakčných chýb u pacientov trpiacich keratokonusom

Autori prezentujú svoje skúsenosti s korekciou refrakčných chýb u pacientov trpiacich keratokonusom.

24. Veselý P., Veselý F., Kuriš P., Veselá L.

(VESELY | Očná Klinika)

Transplantácie rohovky v ambulantnej praxi

Autori prezentujú výsledky ambulantne vykonaných transplantácií rohovky.

25. Vlasák O., Kalandrová V.*(NeoVize)***Využití obrazem řízeného navigačního systému při operaci katarakty s implantací torické IOL**

Cíl: Cílem prezentace je vyhodnotit přínos nově zavedených obrazem řízených navigačních systémů při operaci šedého zákalu s implantací torických nitroočních čoček.

Metodika: Soubor pacientů se skládá z 50 očí. Implantovali se nitrooční čočky typu SN6ATx. Vyhodnocení rotační orientace probíhalo dvěma způsoby: na štěrbinové lampě a pomocí obrazové vektorové analýzy.

Závěr: Využití těchto systému vede k téměř trojnásobně vyšší přesnosti implantace torických IOL, což je velmi vítané především u čoček s vyšší toricitou. Návyk chirurga i ostatního pomocného personálu na tuto technologii je rychlý a bezproblémový.

26. Žiak P.^{1,2}, Šesták M.¹*(Očná klinika JLF UK a UNM Martin¹, UVEA Medikliník, Martin²)***Porovnanie dvoch na trhu dostupných navigačných systémov - ktorý je lepší?**

V prednáške autori uvádzajú porovnanie dvoch v súčasnosti na trhu dostupných navigačných systémov pre operácie na prednom segmente oka. Na základe vlastných praktických skúseností s uvedenými systémami možno identifikovať viaceré spoločné vlastnosti ale aj zásadné odlišnosti oboch systémov.

1. VERION (Alcon) je systém ktorý sa skladá z diagnosticko - plánovacej jednotky a z intraoperačnej navigačnej jednotky. Súčasťou systému je displej, ktorý umožňuje vizualizáciu dát priamo do okuláru mikroskopu. Úlohou plánovacej jednotky je dynamické meranie keratometrie, zrenice a štruktúry dúhovky a spojovkových ciev. Systém umožňuje výpočet tórických VOŠ (výlučne firmy Alcon) ako aj management astigmatizmu lokalizáciou rezu a prípadne aj limbálnymi relaxačnými incíziami. Prenos dát sa vykonáva cez USB kľúč.

Použitie systému si vyžaduje špeciálny krok v príprave pacienta pred operáciou katarakty a to opätovnú dynamickú keratometriu, plánovanie optickej mohutnosti VOŠ a snímanie referenčnej snímky oka. Toto meranie si vyžaduje približne 5 -15 minút pre naplánovanie a export dát pre obe oči. Vyžaduje manuálne zadanie axiálnej dĺžky a hĺbky prednej komory pre výpočet VOŠ. Na operačnej sále sa systém ovláda pedálom a dotykovým displejom. Použitie je možné s mikroskopami viacerých výrobcov a je možná integrácia s fakoemulzifikátorom CENTURION a FS laserom LENSX.

2. CALLISTO EYE (Zeiss) ktorý bol uvedený na trh pred 2 rokmi ako vôbec prvý je súčasťou komplexného systému správy dát pacienta - FORUM. Jeho základnou súčasťou je optický biometer IOL Master 500 s IR iluminačným systémom a intraoperačná jednotka s dotykovým displejom a v operačnom mikroskope LUMERA 700 integrovaný zobrazovací systém, ktorý umožňuje vizualizáciu dát do okuláru. Systém umožňuje rýchle vykonanie optickej biometrie, keratometrie, meranie hĺbky prednej komory, výpočet optickej mohutnosti VOŠ od rôznych výrobcov a vytvorenie referenčných snímkov. Kalkulácia tórických VOŠ a management astigmatizmu lokalizáciou rezu sa vykonáva externým software. Prenos dát prebieha online po sieti, prenos dát USB kľúčom nie je potrebný. Nie je potrebné externé zadávanie dát čo urýchľuje proces ak chceme použiť systém len ako navigačný bez potreby výpočtu tórickej VOŠ. Intraoperačnú jednotku je možné čiastočne ovládať z mikroskopu a dotykovým displejom. Unikátna je funkcia K TRACK - kedy je v reálnom čase zobrazovaná os rohovkového astigmatizmu získaná deformáciou obrazu integrovaného keratoskopu.

U oboch systémov na operačnej sále prebieha ako prvý krok porovnanie aktuálneho obrazu v mikroskope s referenčným obrazom a kompenzácia cyklotorzie, následne u oboch funguje eyetracking, čo umožňuje presnú lokalizáciu rezov a následne presnú implantáciu tórických alebo špeciálnych VOŠ.

Záver: Ako vyplýva z popisov oboch systémov, napriek podobnosti sú výrazné rozdiely vo filozofii oboch systémov ako aj v ovládaní. Rovnako je rozdiel v časovej náročnosti predoperačných meraní a plánovania ako aj v relatívnom obmedzení na VOŠ od jedného výrobcu. Naopak pri vlastnom intraoperačnom použití sú systémy prakticky rovnocenné, eyetracking pracuje kvalitne, zobrazuje sa lokalizácia incízií i osi tórickej VOŠ a tiež lokalizácia a priemer kapsulorhexy.

27. Molnárová M., Ďuranová M., Zelníková M., Dučová L.*(VIKOM, 1. Žilinské očné centrum, Žilina)***Refrakčná chirurgia katarakty s VERION a CENTURION. Prvé skúsenosti.****Úvod**

Výsledok refrakčnej chirurgie katarakty a refrakčnej výmeny šošovky závisia od úrovne technického prístrojového vybavenia a skúseností chirurga. V decembri 2014 sme na naše pracovisko zakúpili tzv. inteligentné fako novej generácie s aktívnou fluidikou CENTURION a zobrazovací „navigačný“ prístroj VERION.

Cieľ

Prospektívne sledovanie

1. efektívnosti fakoemulzifikácie - vyhodnotením
 - nekorigovanej CZO za priemernú dobu sledovania
 - peroperačných komplikácií
 - pooperačných komplikácií
2. centrácie multifokálnych VOŠ vo vizuálnej osi
3. korekcie astigmatizmu - VERION + LENSTAR: výskyt a hodnotu reziduálneho astigmatizmu

Materiál a metóda

V súbore hodnotíme 54 očí (multifokálna VOŠ 32, multifokálna torická VOŠ 6 a monofokálna torická VOŠ 17) s dobou sledovania od 1 do 3 mesiacov (najmenej 1 mesiac), operované v januári a februári 2015.

U všetkých očí sme robili fakoemulzifikáciu s „inteligentným“ fakom s aktívnou fluidikou a operácia bola vedená zobrazovacím navigačným systémom VERION. Multifokálne VOŠ boli centrovane presne podľa navigačného systému VERION a v prípade torických mono- i multifokálnych VOŠ sme dodržali os podľa VERIONu (pred operáciou sme robili komparáciu s výpočtom na prístroji LENSTAR).

Výsledky

U pacientov operovaných v januári 2015V skupine multi- aj monofokálnych torických VOŠ sa nekorigovaná CZO za priemernú dobu sledovania zlepšila z 0,34 na 0,86 po operácii. Priemerná reziduálna sférická refrakcia v sledovanom súbore je -0,2D a priemerný reziduálny astigmatizmus -0,37D, v jednom prípade -1,75D. V skupine MF VOŠ sa nekorigovaná CZO za priemernú dobu sledovania zlepšila z 0,21 na 0,82 po operácii. Priemerná reziduálna sférická refrakcia v sledovanom súbore je -0,12D a priemerný reziduálny astigmatizmus -0,5D.

Peroperačné komplikácie sme nemali. Na 2 očiach s Fuchsovou endotelopathiou sme po operácii zaznamenali minimálnu prechodnú keratopathiu.

Centrácia MF VOŠ vo vizuálnej osi ideálna.

V práci budú rovnako vyhodnotení aj pacienti operovaní vo februári 2015.

Záver:

Kombinácia zobrazovacieho navigačného systému VERION a inteligentného faka CENTURION predstavujú novú éru chirurgie sivého zákalu a refrakčnej výmeny šošovky. Pacientovi zaisťujú precíznu a šetrnú operáciu, bezpečnosť a garantujú želaný anatomický i funkčný výsledok.

28. Fric E., Drábek J., Krist P., Tokošová E., Opltová D.*(Oční oddělení Nemocnice Kyjov)***Korekce astigmatismu implantací torické čočky**

Cílem naší práce je statistické vyhodnocení vlivu důsledné korekce nízkého astigmatismu implantací torických čoček na pooperační refrakční stav očí v souboru. Rozhodli jsme se pro zpracování vlastní statistiky, abychom ověřili efektivitu a dlouhodobou stabilitu tohoto řešení v podmínkách provozu našeho nemocničního pracoviště. Sdělení shrnuje v teoretické části typologii astigmatismu, jeho statistické rozložení v populaci, vliv na VA a výsledky publikovaných studií, které pojednávaly tuto problematiku. V druhé části se věnuji shrnutí výsledků našeho souboru, a to porovnáním předoperačních a pooperačních hodnot sféry, keratometrie, sférického ekvivalentu, UCVA a BCVA po měsíci, 3 měsících a 1 roce. Vyhodnocujeme rovněž pooperační refrakční cylindr a chirurgicky indukovaný astigmatismus. Náš soubor postupně rozšiřujeme tak, jak se toto řešení v našem rozhodovacím algoritmu stává standardem a také v zájmu minimalizace statistické chyby.

29. Michalková M., Javorská L.*(Oftalmologické oddelenie JZS, Nemocnica Poprad a.s.)***Raritný karcinóm Merkel-buniek vs. recidivujúci chalaseon**

Merkel-cell karcinóm je raritným, ale letálnym ochorením. Merkel-bunky v koži predstavujú dotkový senzor. Karcinóm Merkel-buniek zaradujeme k neuro-endokrínnym karcinómom a jeho incidencia je 40 krát nižšia ako incidencia malígneho melanómu. Predstavuje potenciálne letálny karcinóm, ktorý si vyžaduje rýchlu a cieleňú liečbu. Najohrozenejšími sú pacienti nad 65 rokov, so svetlou pokožkou, v anamnéze s nadmernou expozíciou slnka a s imunosupresiou.

Autori v prednáške referujú o náleze karcinómu Merkel-buniek kože. Tumor bol lokalizovaný na hornej mihalnici a imponoval ako recidivujúci chalaseon. V kazuistike sa autori venujú problematike diagnostiky a liečby tohto raritného karcinómu.

30. Justusová P.¹, Veselovský M.¹, Melišíková D.¹, Furdová A.², Štubňa M.¹

(Očné oddelenie FNsP Žilina¹, Očná klinika LF UK a UN Bratislava-Ružinov²)

Prichádza pacient s MMCH neskoro?

CIEĽ: Popis klinického priebehu ochorenia u pacienta s malígnym melanómom chorioidey (MMCH), ktorý napriek dlhotrvajúcim ťažkostiam prichádza k nám až s rozsiahlym lokálnym nálezom a s generalizáciou ochorenia. Správanie MMCH je neisté a vzdialené metastázy sa môžu manifestovať aj niekoľko rokov po liečbe primárneho nádoru.

MATERIÁL A METODIKA: Fotodokumentácia predného segmentu a očného pozadia, fluoresceínová angiografia, výsledky CT a PET vyšetrenia.

VÝSLEDKY: Na CT orbity zobrazená infiltrácia extraorbitálnych tkanív, na fluoroangiografickom vyšetrení nález typický pre MMCH, na celotelovom PET/CT metastázy do lymfatických uzlín, pľúc a pečene. Nález bol indikovaný na exenteráciu orbity a následne na adjuvantnú onkologickú liečbu podľa výsledku histologického vyšetrenia.

ZÁVER: MMCH je ochorenie vyžadujúce skorú diagnostiku a liečbu, ktorá však nie je zárukou zachovania zraku ani života pacienta. Pri náleze iného ochorenia na prednom či zadnom segmente musíme na základe anamnézy myslieť aj na maskujúce syndrómy. Pre úspešnosť liečby je nevyhnutná spolupráca pacienta s lekárom, ako aj spolupráca medzi jednotlivými oftalmologickými pracoviskami a medziodborová spolupráca.

31. Rehák M., Joussem A.*(Univerzitná očná klinika Charité Berlín)***Moderné trendy v diagnostike a liečbe maligného melanómu uvey.
Výsledky liečby 2300 pacientov**

Malígný melanóm uvey (MMU) je najčastejším primárnym vnútroočným nádorom. Prognóza tohoto ochorenia je závislá od viacerých faktorov ako je lokalizácia a veľkosť tumoru, prítomnosť ruptúry Bruchovej membrány, histologická charakteristika a mitotická aktivita. Vzdialené metastázy sa do 10 rokov od stanovenia diagnózy objavia u 40-50% pacientov. Najnovšie publikované vedecké výsledky poukazujú na výraznú koreláciu rizika rozvoja metastáz u pacientov s MMU a prítomnosťou genetických anomálií ako je napr. monozómia chromozómu 3.

Liečba MMU sietnicovej periférie zahŕňa brachyterapiu pomocou ruténiového alebo iodinového aplikátora. Liečba nádorov v makulárnej lebo peripapilárnej oblasti spočíva v ožiarení pomocou protónov. Tieto radioterapeutické techniky musia byť často kombinované s chirurgickými oftalmologickými metódami ako je transklerálna resekcia alebo enderosekcia nádoru cestou pars plana vitrektómie. Enukleácia bulbu zostáva dnes ako ultima ratio u vysoko-prominentných nádorov alebo u pacientov s recidívou MMU alebo komplikáciami po predchádzajúcej liečbe ako je sekundárny glaukóm alebo ftíza bulbu.

Očná klinika Charité v Berlíne patrí k popredným európskym centráм špecializujúcich sa na komplexnú liečbu pacientov s MMU. V uplynulých 15 rokoch sme na našej klinike ošetrili vyše 2500 pacientov s MMU. Pri liečbe pomocou protónového žiarenia bolo dosiahnuté 10-ročného zachovania bulbu u 96% liečených pacientov u ktorých nedošlo k rozvoju systémových metastáz. U pacientov liečených Ru-brachyterapiou bolo možné dosiahnuť zachovanie bulbu u 85% prípadov. Signifikantný rozdiel medzi oboma metódami sme našli v nutnosti adjuvantnej (alebo opakovanej) liečby nádoru, ktorá bola v protónovej skupine 11,8% a u pacientov s Ru-aplikátorom 26,3% ($p < 0,001$).

V rámci referátu budú diskutované komplikácie jednotlivých liečebných postupov ako aj ich management a prognóza pacientov s MMU v závislosti na cytogenetických zmenách nádorových buniek.

32. Furdová A.¹, Doležal P.²

*(1. Klinika oftalmológie LF UK a UNB, nemocnica Ružinov, Bratislava¹,
Katedra ORL LFSZU, ORL oddelenie Nemocnica sv. Michala²)*

Možnosti epitetického krytia defektov v oblasti očnice**Úvod:**

Liečba malígnych nádorov v oblasti očnice a oka je náročná, nádory v pokročilom štádiu s prerastaním do očnice resp. príľahlých štruktúr treba riešiť radikálne – chirurgicky, pričom vzniká veľký defekt v oblasti očnice a tejto časti tváre. Pacienti v aktívnom veku po operáciách s následným defektom tváre po zákrokoch sú znevýhodňovaní pri zaradení do pracovného procesu, čo vedie k vážnym sociálno-ekonomickým problémom. Pacientom po stabilizovaní celkového stavu a prehojení defektu individuálne zhotovená epitéza, ktorá obsahuje náhradu očnej gule aj okolitých mäkkých tkanív umožní aktívny život a plnohodnotné uplatnenie v súkromnom, ale aj pracovnom živote.

Cieľ práce:

Indikácie exenterácie očnice resp. rozsiahlejších kombinovaných operačných výkonov v oblasti očnice; možnosti krytia defektov v oblasti očnice z pohľadu oftalmológa a otorinolaryngológa.

Materiál a metodika:

Prehľad indikácií na exenteráciu očnice na Klinike oftalmológie LF UK a UNB v r.2010-2014 a ORL oddelení Nemocnice sv. Michala, Bratislava

Výsledky:

Indikácie exenterácie očnice a a kazistiky jednotlivých pacientov; možnosti epitetického krytia defektov magnetickými implantátmi

Záver:

Tvárové epitézy nahrádzajú chýbajúce časti tváre, oko, ucho, nos, prípadne ich kombináciu. Na ich výrobu sa používajú špeciálne silikóny. Od 1. januára 2012 môže túto epitézu predpisovať oftalmológ na základe vystavenia poukazu pod názvom LEKÁRSKY POUKAZ, pod kódom O 87766. Pracovisko ALFA-DENT ako jediné pracovisko na Slovensku získalo povolenie od Ministerstva zdravotníctva a podpísalo zmluvy so všetkými zdravotnými poisťovňami. Odborne aj materiálovo pracovisko rozšírilo činnosť aj o tvárové epitézy upevnené špeciálnymi magnetickými implantátmi. Jedna časť implantátu je voperovaná do kosti pacienta a druhá časť je vpracovaná do silikónovej časti epitézy. Takýto systém upevnenia vysoko zvyšuje komfort pacienta. Všetky druhy tvárových epitéz sú plne hrazené všetkými zdravotnými poisťovňami.

33. Furdová A.¹, Furdová A.¹, Horkovičová K.¹, Krčméry V.²

(Klinika oftalmológie LF UK a UN Ružinov, Bratislava¹, Mikrobiologický ústav LF UK a UN Bratislava, Katedra tropickej medicíny VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava²)

Prvé skúsenosti s vyšetrením očného pozadia pomocou smartfónu a Volkovej šošovky v krajinách tretieho sveta**Úvod**

V rozvojových štátoch sú väčšinou nedostupné moderné technológie, ktoré by umožnili zobraziť očné pozadie na rovnakej úrovni ako v rozvinutých krajinách, preto je potrebné využiť alternatívy užívateľsky a finančne nenáročné.

Cieľ

Prezentácia prvých skúsenosti s fotodokumentáciou očného pozadia pomocou 20D sférickej šošovky a smartfónu Lenovo, operačný systém Android, verzia 4.2 s fotoaparátom 8 Mpix a LED bleskom bez použitia komerčných adaptérov v rámci projektu skríningu očných ochorení v Južnom Sudáne.

Materiál a metodika

V období od 29.1.2015 do 14.1.2015 (15 vyšetrovacích dní) sme v rámci projektu v spolupráci s VŠZaSP sv. Alžbety v Mary Immaculate DOR Hospital Mapuoridit, v štáte Lakes, Južný Sudán vyšetrovali ambulantných aj hospitalizovaných pacientov.

Výsledky

Z celkového počtu 241 pacientov sme vyšetřili a dokumentovali nález na očnom pozadí pomocou Volkovej šošovky a mobilného telefónu u 9 pacientov (6 mužov, 3 ženy), s priemerným vekom 32,3 rokov (od 10r do 62r) a zrakovou ostrosťou od 0,01-1,0 (priemerná zraková ostrosť 0,8). Išlo o pacientov s diagnózou Burkittov lymfóm, Kala Azar, malnutricia neznámej etiológie, tuberkulóza, HIV pozitívni pacienti, Usherov syndróm a jeden pacient s hypertenziou.

Diskusia

Vyšetrenie očného pozadia v rozvojových krajinách tretieho sveta je vo väčšine malých nemocníc absolútne nedostupné. Inšpiráciou pre našu prácu boli výsledky Němčanského a kol., ktorí publikovali v decembri 2014 svoje pozorovania a skúsenosti u 15 pacientov sledovaných v časovom intervale 2 mesiace na Očnej klinike Fakultnej nemocnice v Ostrave.

Záver

Hoci sme v krátkom časovom intervale a za ťažkých podmienok v Južnom Sudáne vyšetřili malý súbor pacientov, ide o prvý prípad úspešne použitej techniky v takomto projekte pri a nájde uplatnenie pri skríningu ochorení očného pozadia aj v budúcnosti v rámci spoločných projektov Lekárskej fakulty UK a VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave pri vyšetření očných ochorení v rozvojových krajinách.

Čo vy na to, kolegovia?

XIX. pokračování interaktivního meetingu s hlasováním

Koordinátoři: **MUDr. Petr Výborný, CSc., FEBO** (česká sekce)

MUDr. Martina Molitorová (slovenská sekcia)

Program a aktivní účastníci české sekce:

MUDr. M. Eliášová, oční odd.nemocnice Litomyšl

Prof. MUDr. P. Rozsival, CSc., FEBO, oční klinika LF UK a FN Hradec Králové

Doc. MUDr. J. Studnička, PhD., oční klinika LF UK a FN Hradec Králové

MUDr. Z. Veselá Flórová, Augenklinik Triangulum, Geinhausen, Frankfurt

MUDr. P. Výborný, CSc., FEBO, oční klinika 1.LF UK a ÚVN Praha

Autoři prezentují formou přehledných sdělení tato aktuální oftalmologická témata: aflibercept v léčbě věkem podmíněné makulární degenerace, role estrogenu u glaukomu, jóga a její vliv na oko, souvislost kardiologické léčby a vývoje degenerativních změn sítnice. Ke každému z těchto okruhů je vytvořen komplex otázek a odpovědí, z nichž auditorium pomocí hlasovacího zařízení volí odpověď správnou. Autor bloku komentuje výsledky hlasování. Součástí odborného programu je vědomostní kvíz.

34. Eliášová M.

(Oční odd. nemocnice Litomyšl)

Estrogeny a glaukom

Abstrakt nedodaný

35. Studnička J.

(Oční klinika LF UK a FN Hradec Králové)

Aflibercept

Abstrakt nedodaný

36. Veselá Flórová Z.*(Augenlinik Triangulum, Geinhausen, Frankfurt)***High pressure yoga a související problematika**

Jóga nachází čím dál tím víc fanoušků a stává se jednou z nejoblíbenějších možností, jak trávit volný čas. Je jedno, jaký druh si vybereme - hatha-, aštanga-, bikramjogu, atd..., všechno nám přineseme nespočetně mnoho výhod. Ale nesmíme zde zapomínat i na potřebnou opatrnost.

Jóga představuje určité riziko pro lidi, kteří trpí některými nemocemi. Je nutné se vždy zeptat svého lékaře, zda je možné cvičit jógu, pokud máme nějaký zdravotní problém.

Některé pohyby při józe mohou být riskantnější pro lidi trpící např. osteoporózou, kdy hrozí fraktury. Rovněž je jóga riziková pro pacienty s glaukomem, zejména jsou nebezpečné polohy, při kterých je hlava níž jak srdce.

37. Výborný P.

(Oční klinika 1.LF UK a ÚVN Praha)

Vasodilatační léčba - ale co VPMD?

Abstrakt nedodaný

38. Furdová A.¹, Šramka M.², Chorváth M.², Králik G.³, Horkovičová K.¹, Krásnik V.¹

(Klinika oftalmológie Lekárskej fakulty UK a Univerzitná nemocnica, Ružinov, Bratislava¹, Klinika stereotaktickej rádi chirurgie OÚSA a VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava², Ústav klinickej fyziky SZU a OÚSA, Bratislava³)

Súčasný pohľad na liečbu uveálnych melanómov žiarením**Úvod:**

V postoji k využitiu ionizujúceho žiarenia v liečbe uveálneho melanómu došlo v poslednej štvrtine 20. storočia k zásadnej zmene. Rádiochirurgické metódy liečby sa začali rozvíjať v 80-tych rokoch minulého storočia. V literatúre zisťujeme rôzne postoje k problému aplikácie ionizujúceho žiarenia pred enukleáciou bulbu, niektorí autori zdôrazňujú, že predoperačné lokálne ožiarenie devitalizuje asi 90 % malígnych buniek.

Cieľ práce:

Hodnotenie možnosti liečby uveálnych melanómov na Slovensku v súčasnosti na Slovensku. Jediná možnosť využitia ionizujúceho žiarenia v súčasnosti je formou stereotaktickej rádi chirurgie z externého zdroja žiarenia pomocou lineárneho urýchľovača (LINAC). Hodnotíme výsledky liečby pacientov s malígnym melanómom uvey liečených stereotaktickou rádi chirurgiou v r. 2009 – 2014 na lineárnom urýchľovači LINAC.

Materiál a metodika:

Sledovali sme 98 pacientov s malígnym melanómom uvey v štádiu T2 a T3, ktorí boli liečení stereotaktickou rádi chirurgiou (LINAC) v období 2009 až 2014, TD 35,0 Gy, TD max 42,0 Gy.

Výsledky:

Priemerný vek v súbore 98 pacientov s malígnym melanómom uvey operovaných na lineárnom urýchľovači v r. 2009 až 2014 bol $62.5 \pm 12,3$ rokov. Priemerná maximálna dávka žiarenia pre citlivé štruktúry bola pre terč zrakového nervu 12,0 Gy, na corpus ciliare 10,0 Gy, na šošovku 8,0 Gy.

Diskusia:

Dávka žiarenia v centre tumoru, ale aj na jeho okrajoch, je stále diskutovaná, prvá štúdia porovnávajúca ožiarenie uveálneho melanómu na jeho okraji gama nožom a protónovým žiarením bola publikovaná až v r. 2007. Pri plánovanom systéme sú presné kritéria na ožiarenie jednotlivých častí lézie. Rôzne pracoviská aplikujú rôzne dávky žiarenia do ložiska v závislosti od technických možností, používajú rôzne systémy fixácie bulbu počas ožarovania.

Záver: Z našich klinických skúseností vyplýva, že rádi chirurgickou metódou v dávke 35,0 Gy je optimálna regresia alebo stabilizácia primárneho melanómového ložiska s predoperačnou maximálnou eleváciou od 5 mm do 7 mm.

39. Hlaváčková K., Miková H., Kusenda P.

(Očné oddelenie, Nemocnica sv. Michala, a.s, Bratislava)

Autoimunitné okultné chorioretinopatie

Autoimunitné okultné chorioretinopatie sú zápalové ochorenia vyskytujúce sa prevažne u mladých žien, ktorých vyvolávajúcim stimulom je pravdepodobne infekcia u geneticky predisponovaných jedincov.

Na príklade 3 kazuistík bude popísaný klinický obraz, diagnostika a liečba týchto granulomatózných uveitíd.

40. Krásnik V.

*(Klinika oftalmológie Lekárskej fakulty UK a Univerzitná nemocnica,
Ružinov, Bratislava)*

Kazuistiky

Abstrakt nedodaný

41. Vodrážková E., Kurilová V.*(Očná klinika SZU a UNB Bratislava)***Vnútroočný tlak a intravitreálna liečba**

Vekom podmienená degenerácia makuly a diabetická retinopatia patria vo vyspelých krajinách k najčastejším príčinám slepoty. Posledné desaťročie prinieslo zmeny v liečbe týchto ochorení a to vďaka liečbe anti-rastovými faktormi a kortikosteroidnej liečbe v intravitreálnej aplikácii. Jedným z nežiadúcim prejavom tejto liečby je zvýšenie vnútroočného tlaku (VOT), ktoré môže byť krátkodobé, prechodné, alebo dlhodobé. Príčina zvýšenia vnútroočného tlaku nie je presne známa, je niekoľko hypotéz, ktoré hovoria o možnej príčine zvýšenia VOT. Napríklad zápalová, imunitná reakcia zmenami v štruktúrach trabekula môže spôsobiť zhoršenie odtoku komorového moku. Jedna z hypotéz hovorí o traumatickej príčine. Prevažne pri opakovaných aplikáciách môže nastať mechanické poškodenia prednej hyaloidnej membrány a závesného aparátu šošovky, ktoré umožní prestup vysokomolekulárnych bielkovín do prednej komory s následným uzatvorením otvorov trabekula. Novšia teória vysvetľuje zvýšenie VOT v dôsledku poklesu odtoku komorového moku po poklese hladiny nitrid oxidu v prednej komore pre inhibíciu NO-syntetázy anti-rastovým faktorom. V literatúre sú ako rizikové faktory diskutované napríklad: spôsob aplikácie, reflux sklovca, interval medzi aplikáciami, počet injekcií, objem podaného liečiva. Nemožno ako príčinu vylúčiť ani preexistenciu primárneho glaukómu.

Manažovanie pacienta so zvýšeným VOT sa riadi hodnotami zvýšeného VOT. Niektoré stavy s prechodným zvýšením VOT si liečbu nevyžadujú vôbec, pre väčšinu prípadov postačuje liečba antiglaukomatikami a len stavy s trvalým zvýšením si vyžadujú liečbu dlhodobú medikamentóznou /chirurgickú.

42. Hanzelová M., Durmisová I.

(Psychiatrické oddelenie FNŠP Žilina)

Oči - okno do duše?

Zrakom ľudia prijímajú 80% informácií z vonkajšieho sveta, ktoré sú následne spracovávané v mozgu. Súvislosť medzi postihnutím týchto dvoch orgánov je preto viac ako logická.

Prezentácia predstavuje päť základných modelov vzťahu medzi psychickou poruchou a somatickým ochorením - v tomto prípade oftalmologickým (Yates, 1999):

Model 1 – telesné ochorenie môže spôsobovať vznik psychickej poruchy – príklad – depresívne a úzkostné symptómy u ľudí s poruchami vízu.

Model 2 – prítomná psychická porucha zvyšuje riziko vzniku telesného ochorenia – napríklad efekt depresie na vízus u ľudí s vekom podmienenou degeneráciou makuly.

Model 3 – farmakologická liečba telesných ochorení môže viesť ku vzniku významnej psychiatrickej symptomatiky – poznáme depresogénny efekt viacerých medikamentov – napr. kortikoidov, ako aj vznik delirantných stavov hlavne u geriatrických pacientov, ktorým sú podávané látky s anticholinergnými účinkami.

Model 4 – vznik telesných komplikácií pri liečbe primárnej psychickej poruchy – pri liečbe psychofarmakami sa často stretávame s poruchami vízu alebo zvýšením vnútroočného tlaku.

Model 5 – rizikové správanie sa psychiatrických pacientov môže viesť ku zvýšenému riziku telesného ochorenia – hlavne následky nikotinizmu, prípadne požívania iných návykových látok na kvalitu vízu.

43. Hlaváčková K.

(Očné oddelenie Nemocnica sv. Michala, a.s, Bratislava)

Racionálna antibiotická terapia v oftalmológii

V prednáške bude rozobratá antibiotická liečba bakteriálnych konjunktivitíd so zameraním sa na fluorochinolóny .

44. Nováková E.¹, Kompaníková J.¹, Vladárová M.¹, Pitlová P.²

(Ústav mikrobiológie a imunológie JLF Martin UK Bratislava¹, Katedra marketingovej komunikácie FMK UCM Trnava²)

Aktuálne problémy etiologickej diagnostiky infekcií oka

Etiologická diagnostika infekcií oka má niektoré špecifické charakteristiky, ktoré sú príčinou toho, že často je výsledok vyšetrenia nepriekazný.

Dôvodov môže byť niekoľko: (redliečený pacient, a to nie len antibiotikami, spôsob a načasovanie odberu materiálu, jeho technika, transport do laboratória a použité resp. dostupné diagnostické postupy). Následkom môže byť diagnostická neistota pri interpretácii výsledkov mikrobiologického vyšetrenia.

Autori príspevku prezentujú najčastejšie etiologické agensy očných ochorení podľa infekcií, najdôležitejších patogénov, laboratórnych diagnostických postupov a ich úskalia.

Bežným postupom je odber výteru z oka resp. spojovky a jeho odoslanie na kultiváciu. Spektrum baktérií je rozsiahle, avšak pacient obvykle predliečený lokálnou terapiou (ATB kvapky, dezinficienciá alebo maste). V takomto prípade je kultivačná diagnostika negatívna. Iné možnosti od mikroskopie po PCR majú svoje objektívne obmedzenia.

Vírusová etiológia ochorení oka je veľmi častá. Etiologický dôkaz nemá vplyv na terapiu – s výnimkou herpetických vírusov, u ktorých existuje cieleňá terapia. Presná identifikácia má opodstatnenie z klinických aj epidemiologických dôvodov.

Ostatné vyvolávatelia akými sú huby (plesne alebo kvasinky), prvoky a červy vyžadujú špeciálne odberové a diagnostické postupy, bez ktorých je výsledok falošne negatívny.

Vonkajší povrch oka je exponovaný okolitému prostrediu a je preto dostupný a ľahko zraniteľný infekčnými agensami. Nie každý nález mikroorganizmu je vyvolávateľom, napriek tomu, že neexistuje fyziologická mikroflóra oka. Mikroorganizmy spôsobujúce ochorenia na povrchu spojovky majú špecifické mechanizmy prichytenia, ktoré prekonajú mechanizmy nešpecifickej imunity a ochranu mihalnicaou a lokálnymi enzýmami v slzách. Následný zápalový proces, ktorý je obrannou reakciou môže nenávratne poškodiť spojovku alebo povrch rohovky. Len málo mikroorganizmov je schopných invázie do do sietnice, ale majú potenciál spôsobiť stratu zraku. Niektoré najzávažnejšie s infekciou súvisiace ochorenia oka sú spôsobené inváziou prvokov a červov. Ich diagnostika často prichádza, až keď je zrakové poškodenie prítomné alebo nezvratné.

Zavádzanie nových metód identifikácie mikroorganizmov naráža na možnosti prístrojového vybavenia, závisí na ich indikácii oftalmológom a ochote resp.možnostiach poisťovni.

Na úspešnú diagnostiku je preto potrebná úzka spolupráca medzi indikujúcim lekárom a mikrobiológom.

Autori prezentujú niektoré príklady a postupy v konfrontácii s dostupnými a používanými laboratórnymi možnosťami.

45. Kardos L., Murgašová Z., Bakošová Z.*(Očné oddelenie Medicentrum Dzurilla Nitra)***Význam dôkladného vyšetrenia vitreoretinálneho rozhrania pred operáciou katarakty**

V súčasnej dobe, keď sa operácia katarakty stala súčasne aj refrakčným zákrokom, keď sa implantuje čoraz viac multifokálnych vnútroočných šošoviek, vykonáva sa odstránenie čírej šošovky len z refrakčných dôvodov a očakávania pacientov na kvalitné videnie sú vysoké, je potrebné potencionálne rizikové faktory ovplyvňujúce pooperačný výsledok znížiť na minimum.

Autori na rôznych kazuistikách poukazujú na dôležitosť dôkladného predoperačného OCT vyšetrenia vitreoretinálneho rozhrania, na nutnosť detekcie aj najjemnejších zmien pre predídenie možným pooperačným komplikáciám, ktoré môžu značne zhoršiť videnie po operácii katarakty a zapríčiniť nespokojnosť pacienta.

46. Kucharová M., Trizuljaková E.*(Vistamet, Považská Bystrica)***Nekomplikovaná operácia katarakty a cystoidný makulárny edém**

Cystoidný makulárny edém je najčastejšia príčina zníženej zrakovej ostroti po operácii nekomplikovanej katarakty. Cieľom prednášky je poukázať na možné per- a pooperačné príčiny vedúce k tejto sietnicovej komplikácii a na kazuistikách prezentovať možnosti terapie.

47. Ondrejková M., Petrášová B.*(OFTAL s.r.o, Špecializovaná nemocnica v odbore oftalmológia, Zvolen)***Nové možnosti prevencie a liečby pooperačnej bolesti a zápalu v súvislosti s operáciou katarakty****Cieľ:** sledovanie účinnosti a bezpečnosti nepafenacu po operácii katarakty**Materiál a metodika:** analýza súboru 42 očí 21 pacientov s obojstrannou kataraktou, kde bola vykonaná operácia katarakty na jednom oku so štandardnou liečbou (kombinovaný preparát ATB/KS) a na druhom oku bol aplikovaný nepafenac 3xdenne prvý deň pred operáciou a 21 dní po operácii katarakty. Výber poradia typu liečby bol náhodný.

V sledovanom súbore bolo 5 (23,81%) mužov, 16 (76,19 %) žien, s priemerným vekom 75,1 roka s minimálnou sledovacou dobou 1 mesiac. V štúdiu bola sledovaná najlepšia korigovaná zrková ostrosť (NKCZO), vnútroočný tlak (VOT), centrálna hrúbka sietnice (CRT) pred a po operácii katarakty. Šírka zrenice (Z), trvanie fakoemulzifikácie (F) a subjektívne vnímanie bolestivosti operácie. Keratopatia a uveálna reakcia boli sledované v 1. deň, 1. týždeň a 1. mesiac od operácie.

Výsledky : V skupine 21 očí liečených štandardnou liečbou (tobramycin + dexametason) bola priemerná vstupná NKCZO 0,41, nedošlo ku kolísaniu VOT ani CRT. Priemerná šírka Z bola 7,38 a priemerný čas F bol 8,74s. V 1 pooperačný deň bola priemerná NCKZO 0,5, u 11 očí (52,4 %) bola keratopatia, u 1 oka (4,7%) bola uveálna reakcia. 9 pacientov (52,9%) vnímalo operáciu viac bolestivo. 1 mesiac od operácie katarakty bola primerená NKCZO 0,78.

V skupine 21 očí liečených kvapkami nepafenac bola priemerná vstupná NKCZO 0,41. Na jednom oku došlo počas operácie k vzostupu VOT. Ku kolísaniu CRT nedošlo. Priemerná šírka Z bola 7,67 a priemerný čas F 8,69. V 1 pooperačný deň bola priemerná NCKZO 0,54, u 8 očí (38,1%) bola keratopatia, u 4 očí (19%) bola uveálna reakcia. 2 pacienti (9,5%) vnímalo operáciu viac bolestivo. 1 mesiac od operácie katarakty bola primerená NKCZO 0,81. 1 pacientke 1 týždeň od operácie katarakty bolo pre akútnu konjunktivitídu do lokálnej liečby pridané ATB.

Záver: výsledky štúdie dokázali porovnateľnú účinnosť a bezpečnosť liečby nepafenac s doterajšou štandardnou liečbou. Výhodou je nižšia frekvencia ošetrovania a jeho analgetický účinok.

48. Ondrejková M., Siváková Z.*(OFTAL s.r.o., Špecializovaná nemocnica v odbore oftalmológia, Zvolen)***Vplyv krátkodobého vysadenia alfa1 blokátorov pred operáciou katarakty na výskyt IFIS**

Cieľ: porovnanie incidencie IFIS (Iris Floppy Syndrome) u pacientov, ktorí dočasne vysadili alfa 1 blokátory pred operáciou katarakty s kontrolnou skupinou pacientov užívajúcich alfa 1 blokátory v čase operácie.

Materiál a metodika: Prospektívna analýza súboru 141 očí u mužov s benígnou hyperpláziou prostaty užívajúcich alfa 1 blokátory (A1B), s priemerným vekom: 75,5 roka (57 - 91 rokov) v období od 1.2.2012 do 28.2.2015. Súbor bol rozdelený do dvoch skupín. Do testovanej skupiny bolo zaradených 70 očí pacientov, ktorí 14 dní pred operáciou katarakty vysadili A1B, testovanú skupinu tvorilo 70 očí pacientov, ktorí užívanie A1B neprerušili. Priemerná dĺžka užívania A1B v testovanej skupine bola 45 mesiacov (1,5 - 180 mesiacov), v kontrolnej skupine bola 49 mesiacov (1 - 240 mesiacov). V súbore bola sledovaná veľkosť zrenice na začiatku a na konci operácie, prítomnosť prejavov IFIS a výskyt komplikácií.

Výsledky: Priemerná veľkosť zrenice pred operáciou katarakty v testovanej skupine bola 7,5 mm (6 - 9 mm), po operácii 7,0 mm (3- 9 mm), počas operácie došlo k zúženiu zrenice u 15 očí (21,4%) o 0,5 - 4 mm, priemerne o 0,5 mm. Priemerná veľkosť zrenice pred operáciou katarakty v kontrolnej skupine bola 7,0 mm (5- 8 mm), po operácii 5,7 mm (3 - 8 mm), počas operácie došlo k zúženiu zrenice u 40 očí (54,3%) o 0,5 - 4,5 mm, priemerne o 1,3 mm. Rozdiel v priemere zreníc v sledovaných skupinách je štatisticky signifikantný ($p < 0,001$). V testovanej skupine došlo k fluktuácii dúhovky počas operácie u 16 očí (22,8%), k prolapsu dúhovky do pracentéz u 6 očí (8,6%). Peroperačne nebol vykonaný strečing ani sfinkterotómia zrenice a nedošlo k vzniku žiadnych komplikácií. V kontrolnej skupine došlo k fluktuácii dúhovky počas operácie u 39 očí (54,9%), k prolapsu dúhovky do pracentéz u 23 očí (32,4%). Peroperačne bol vykonaný strečing zrenice u 2 očí (2,8%), u 2 očí (2,8%) sa vyskytla lézia predného puzdra. U 3 očí (4,2%) sa po operácii vyskytla nepravidelná zrenica a u 1 oka (1,4%) atrofia dúhovky a hyféma.

Záver: Krátkodobé vysadenie alfa 1 blokátorov pred plánovanou operáciou katarakty má význam. Je spojené s nižším rizikom vzniku IFIS a tým aj s menším rizikom operačných komplikácií.

49. Urminský J., Dugová E., Novotný T.*(Oční oddělení, Krajská nemocnice T. Bati, a.s., Zlín)***Řešení traumatické katarakty a iridoplegie aniridickou čočkou**

Kazuistika pojednává o muži r. 1955 delší období sledován spádovým oftalmologem s traumatickou kataraktou a traumatickou iridologií po těžké kontuzi pravého oka. Posledního půl roku udává výrazné zhoršení zraku. Při vstupním vyšetření byl UCDVA (nekorigovaný visus do dálky) 0,4 korekce nelepšila. V první době bylo provedeno IKE + přední vitrektomie a ponecháno oko afakické, po té byla BCDVA (nejlépe korigovaný visus do dálky) 0,8 s korekcí +12 D. V druhé době byla implantovaná aniridická čočka (Morcher Anirida 67G) se skelní fixací. Tento typ čočky řeší i traumatickou mydriázu, která byla pro pacienta velmi obtěžující již v období před progresí katarakty. Visus po operaci UCDVA je 0,4 s korekcí -2,0 je BCDVA 0,8. Čte naturálně J1. Pacient je subjektivně spokojený.

50. Káčerik M.*(Očná klinika FN Trenčín)***Traumatická mydriáza - úprava jednotlivým stehom**

Autor popisuje prípady viacerých pacientov s potraumatickou mydriázou očnej dúhovky, u ktorých bola realizovaná úprava tzv. „single suture“ technikou. V prezentácii bude detailne popísaná spomínaná chirurgická metóda terapie a taktiež bude bohato doplnená o videoprezentácie z jednotlivých operácií.

51. Piovarči R.*(Očná klinika NEOVIZIA Bratislava)***Nespokojný pacient po operácii katarakty - máme riešenie?**

Vývojom operačných postupov a optického systému implantovanej vnútroočnej šošovky sa súčasne zvyšujú aj očakávania pacientov z výsledku operácie a pooperačného zlepšenia kvality života. Kým v minulosti bolo cieľom operácie v prvom rade odstrániť zákal šošovky, v súčasnosti je to aj spôsob riešenia refrakčného stavu oka. V našej každodennej praxi sa stretávame s pacientmi, ktorých očakávania sa nenaplnili a hľadajú možnosti riešenia ich pooperačného refrakčného stavu. Prezentácia je venovaná možnosti implantácie prídavnej vnútroočnej šošovky po predchádzajúcej operácii katarakty v prípade pooperačných refrakčných prekvapení - sférických, cylindrických aj s možnosťou multifokálnej alternatívy.

Súčasťou je videoprezentácia.

52. Smorádková A., Záhorcová M., Piovarči R., Sokolová K.*(Očná klinika NeoVizia, Bratislava)***Katarakta u ľudí v produktívnom veku a dnešné možnosti**

Autori popisujú aktuálne trendy riešenia katarakty u pacientov v produktívnom veku. V súčasnosti sa výskyt katarakty presúva na nižšie vekové skupiny, nezriedka má kataraktu aj 40-ročný aktívny človek. Naopak sa predlžuje obdobie aktívneho života. Životný štýl oboch skupín si vyžaduje 100% výkonnosť. Bezchybné videnie a zrakový komfort je jej základnou podmienkou. V takomto prípade máme dnes nové možnosti riešenia - prémiové šošovky, teda šošovky asférické, torické a multifokálne. Operácia katarakty s implantáciou prémiových šošoviek ponúka optimálne riešenie pre pacientov, ktorí chcú byť čiastočne alebo úplne nezávislí od okuliarov.

Nová kategorizácia liekov platná od 1.7.2014 umožňuje čiastočnú alebo plnú úhradu prémiových šošoviek pri katarakte.

Pri implantáciách prémiových šošoviek stále platí osobitý prístup k pacientovi. Okrem precízneho vyšetrenia kladieme dnes výnimočný dôraz na individuálny pohovor. Pri rozhodovaní o type šošovky je dôležitá pracovná, sociálna anamnéza, životný štýl, ale aj očakávania pacienta. Prednáška obsahuje zaujímavé kazuistiky mladších pacientov s kataraktou a prínos implantácie prémiových šošoviek u týchto pacientov.

53. Trizuljaková E., Kucharová M.*(Očné centrum VISTAMET, Považská Bystrica)***PRELEX s implantáciou tórických multifokálnych VOŠ**

Prezentujeme súbor pacientov, u ktorých bola presbyopia chirurgicky riešená implantáciou tórických multifokálnych šošoviek viacerých druhov. Hodnotíme výber pacientov, predoperačný vízus, refrakciu a pooperačné výsledky vrátane spokojnosti pacientov. Kladieme dôraz na dôkladný predoperačný pohovor, edukáciu a výber pacienta s realistickým očakávaním výsledku

54. Škrovinová D., a kol.*(Doftall, s.r.o. - Žilina)***Monofokálny alebo multifokálny implantát - spokojnosť?**

Úvod: Pracovisko prezentuje dosiahnuté výsledky operácii katarakty a RLE za rok 2014 v naviazanosti na použitie mono a multifokálneho implantátu s rozličnou adíciou, ako aj torickou variantou oboch typov.

Materiál a metodika: Operácie boli vykonávané štandardnou technikou fakoemulzifikácie s implantáciou IOL do púzdra v lokálnej anestézii ako ambulantný operačný zákrok. Predoperačne bol na výpočet vnútroočného implantátu použitý optický biometer Lenstar® LS 900®, torická varianta a os implantácie IOL bola vypočítavaná pomocou online toric calculatora. Hodnotených je 1000 operácií s % použitím mono/multifokálneho implantátu. Hodnotiace parametre v skupine multifokálnych implantátov a kombinácie mono a multifokálneho sú UCDVA- pred a po operácii, UCNVA, %YAG caps., % dokorigovania excimerovým laserom, hodnotenie ELP ako aj spokojnosť pacienta a chirurga. Výsledky sú doplnené o kazuistiky.

Záver: Náš súbor pacientov a jeho výsledky jednoznačne dokazujú benefit kombinácie vnútroočných implantátov pri správnom výbere pacienta.

55. Murgašová Z., Kardos L., Bakošová Z.*(Očné oddelenie - Medicentrum Dzurilla)***Možnosti výberu a kombinácie multifokálnych VOŠ u pacientov operovaných na kataraktu**

Autori referujú o súčasnom postupe pri príprave pacienta na operáciu katarakty a o vhodnosti a indikáciách na riešenie presbyopie súčasne s operáciou katarakty.

Na základe klinického nálezu, informácií o životnom štýle, preferenčných denných aktivitách a finančných možnostiach pacienta navrhujú vhodnú multifokálnu VOŠ s rôznou addíciou do blízka.

Na reprezentatívnych súboroch pacientov hodnotia dosiahnuté klinické výsledky u troch skupín pacientov:

- v skupine pacientov s bilaterálnou implantáciou monofokálnej VOŠ
- v skupine pacientov s bilaterálne implantovanou VOŠ LENTIS LS - 313 MF15
- v skupine pacientov s kombinovanou implantáciou VOŠ LENTIS LS - 313 MF30 do dominantného oka a MF30X do recesívneho oka.

Na základe dotazníka o denných činnostiach pacienta posudzujú nezávislosť pacientov na korekcii a subjektívnu spokojnosť pacientov.

56. Trizuljaková E., Kucharová M.*(Očné centrum VISTAMET, Považská Bystrica)***Amblyopia a multifokálne vnútroočné šošovky - áno či nie?**

Prezentujeme možnosti riešenia presbyopie implantáciou multifokálnych šošoviek do očí s amblyopiou a rôznym stupňom refrakčnej chyby. Kazuistiky niekoľkých pacientov s amblyopiou a anisometropiou poukazujú na priaznivé pooperačné výsledky po použití sférických alebo tórických multifokálnych šošoviek

57. Veselý P., Kuriš P., Veselý F.

(VESELY | Očná Klinika)

Tecnis Symfony - prvé skúsenosti

Autori prezentujú svoje skúsenosti s korekciou presbyopie pomocou novej IOL Tecnis Symfony s predĺženou zónou fokusu.

58. Kalandrová V., Vlasák O.*(NeoVize, oční klinika Brno)***Zkušenosti s řešením astigmatismu při nitroočních operacích**

Autorka ve svém sdělení hodnotí řešení astigmatismu při nitroočních operacích.

1. umístění operačního řezu a jeho velikost. Je to nejjednodušší řešení a nic nestojí. Pokud chceme rozšířením řezu redukovat astigmatismus, potom záleží na umístění řezu. Při rohovkovém řezu umístěném kolem č. 12 jsme schopni jeho rozšířením a posunutím více centrálně redukovat až 3 D. Při temporálním umístění řezu je to však výrazně méně. Je to metoda dost nespolehlivá, záleží na biomechanice rohovky, pevnosti, velikosti rohovky a dalších aspektech, které špatně předvídáme.

2. Limbální relaxační incize. Je to metoda více předvídatelná, využíváme on line kalkulátor. Zde ovšem záleží na hojení rohovky. U mladších pacientů funguje méně, incize se často hojí ad integrum a efekt redukce astigmatismu nenastane. Stejně jako u umístění operačního řezu fungují LRI lépe u astigmatismu podle pravidla. U astigmatismu proti pravidlu fungují výrazně hůře. Musíme také počítat se subjektivními potížemi pacientů - pocit cizího tělíska, škrábání atd, zvláště u suchého oka. Je to metoda většinou zpoplatněná.

3. Torická čočka. Je to suverénní řešení redukce astigmatismu. Podmínka výborného výsledku je správné měření, správný výpočet čočky, správná implantace a vhodná čočka. U čočky záleží na materiálu a tvaru. Nejvhodnější materiál je hydrofobní akrylát – má velmi dobrou rotační stabilitu. U tvaru haptiků musíme dávat pozor u hodně malých a velkých očí. Zde nejsou moc vhodné čočky s plate- haptikou. Při implantaci je dále důležitá osa implantace. Je bezpodmínečně nutné ji dobře změřit a čočku přesně naimplantovat. S implantací nám dnes pomáhají digitální navigační systémy, se kterými jsme schopni čočku naimplantovat s přesností na 1 stupeň. Na naší klinice máme téměř roční zkušenost s implantací pomocí digitálního navigačního systému a astigmatismus řešíme již od 0,5 D.

59. Piovarči R.*(Očná klinika NEOVIZIA Bratislava)***Laserom asistovaná operácia katarakty s uvoľneným závesom šošovky**

Prednáška je venovaná kazuistikám pacientov s diagnózou katarakty komplikovanej pridruženým nálezom PEX, uvoľneným závesom šošovky, pokročilosťou nálezu a i. Prezentuje možnosť ich riešenia laserom asistovanou operáciou katarakty, ktorá podľa našich výsledkov výrazne znižuje riziko peroperačných komplikácií, skracuje trvanie operácie a traumatizáciu vnútroočných štruktúr. Súčasťou je videoprezentácia.

60. Novák J., Stoy V., Adámková H., Židek O., Viček M.*(NPK a.s. Nemocnice Pardubice)***Explantace jedné hydrofobní čočky**

Úvod: O roku 2005 jsme po 3 roky implantovali sérii 689 IOL od Medenia (86 čoček AcriNova, 603 čoček Matrix-401). Vyšší difúzní opacitu materiálu {průměr±SD, 8.63±2,29}% (měřeno na Pentacam) jsme v té době hodnotili kladně a přičítali jí lepší pooperační výsledky a nižší podíl oslnění první týdny po operaci. Nicméně po 8-10 letech dochází k pomalému vzestupu opacity (Pentacam) materiálu těchto čoček na hodnoty 15-20% (až sekundární kataraktogenní efekt). Subjektivní obtíže s kvalitou vidění u 82-leté pacientky 9 let po oboustranné implantaci z roku 2005 (nulová kontrastní citlivost při oslnění), BCVA 0,63 a opacita materiálu čočky 21% (Pentacam) nás vedly v roce 2014 k rozhodnutí o výměně čočky AcriNova na jednom oku. Na druhém oku byla na jiném pracovišti provedena laserová kapsulotomie bez efektu. Na tomto oku, rovněž s BCVA 0,63 ale lepší kontrastovou citlivostí, jsme pro vyšší riziko výměny zatím neindikovali.

Soubor a metodika: Tříkusová hydrofobní čočka AcriNova byla 6/1/2015 operačně vyměněna za čočku TecnisZCB00. Explantovaná čočka byla podrobena sérii vyšetření na skenovacím elektronovém mikroskopu (SEM) na VŠCHT Pardubice a v Contipro a.s. metodou Energy-dispersive X-ray spectroscopy (EDX). a se záměrem vysvětlit příčinu zkalení. In vivo jsme srovnávali obrazy S-OCT (Ocuvue-AVANTI) u čoček z různých materiálů.

Výsledky: Explantace čočky 4mm řezem zadním limbálním řezem proběhla bez poškození pouzdra po luxaci na Provisc do přední komory, rozdělení Osherovými nůžkami na dvě stejné poloviny a odstraněna z oka. Nová čočka byla implantována ve stejné pozici do pouzdra. Měsíc po operaci BCVA 1,0, kontrastová citlivost CSV1000 A4B4C4D4, rohovkový astigmatismus 2,0dpt snížen 3 měsíce po operaci odstraněním stehů na 0,2dpt.

Metodou SEM jsme v materiálu nenalezli při zvětšení 20k známky nehomogenity (tj. mikroglistenings – vakuoly).

Metodou EDX jsme nezaznamenali přítomnost vápníku nebo fosforu (vyloučení kalcifikace materiálu).

S-OCT hydrofobních čoček s příznaky zkalení jeví homogenní rozptyl záření na rozdíl od čoček PMMA, transparentního hydrofilního a hydrofobního materiálu.

Závěr: Na podkladě vyšetření konstatujeme, že se v daném případě jedná o pomalou progresivní krystalizaci hydrofobního gelu. Je to první klinicky zdokumentovaný případ možné degradace materiálu nitroočních čoček.

61. Urminský J., Novotný T.*(Oční odd. KNTB a.s., Zlín)***Materiálové vlastnosti nitroočních čoček - glistening vs. Kalcifikace**

Přednáška zaměřena na popis materiálových vlastností nitroočních čoček a jejich vliv na kvalitu vidění po operaci katarakty. Zhodnocení klinického významu změn optických vlastností nitroočních čoček a vlivu na výskyt pooperačních komplikací. Obsahuje video nekomplikované a komplikované výměny zkalené nitrooční čočky.

62. Bartovic V.

(Očná amb. NZZ Trnava)

Nepafenak v praxi

Abstrakt nedodaný

**63. Studnička J.¹, Langrová H.¹, Rencová E.¹, Bláha M.², Breznayová J.¹,
Stepanov A.¹, Lánská M.², Bláha V.³**

(Oční klinika FN a LF UK Hradec Králové¹, IV. interní hematologická klinika FN a LF UK Hradec Králové², III. interní gerontometabolická klinika FN a LF UK Hradec Králové³)

Změny junkce vnitřních a zevních segmentů fotoreceptorů u pacientů se suchou formou věkem podmíněné makulární degenerace léčených rheohemaferézou

Cíl:

Zhodnocení dlouhodobého účinku rheohemaferézy (RHF) v léčbě rizikové suché formy věkem podmíněné makulární degenerace (VPMD) s drúzovou ablací pigmentového epitelu sítnice (DPED) s důrazem na změny junkce vnitřních a zevních segmentů (IS/OS) fotoreceptorů.

Metodika:

V naší retrospektivní studii jsme léčili 12 pacientů (22 očí) a 12 kontrol (18 očí) se suchou formou VPMD s DPED randomizovaných do dvou skupin. Pacienti byli léčeni 8 cykly RHF podle standardizovaného postupu. Hodnotili jsme nejlépe korigovanou zrakovou ostrost (NKZO) s využitím ETDRS optotypů, linií junkce IS/OS fotoreceptorů na spektrálním OCT (Cirrus, Zeiss) a makulární funkce s využitím multifokální elektroretinografie (ERG) na začátku a 2,5 roku po zahájení sledování.

Výsledky:

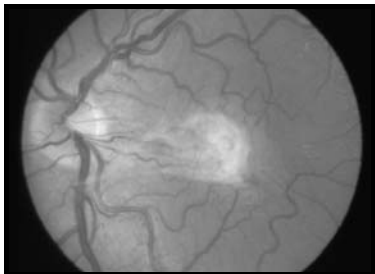
Po RHF jsme prokázali zlepšení reologických parametrů s poklesem viskozity plné krve o 15% a plazmy o 12%. NKZO léčených pacientů se statisticky nevýznamně zlepšila, zatímco v kontrolní skupině se významně zhoršila. Po 2,5 letech 15 očí (68,2%) léčených pacientů zůstalo bez poruchy junkce IS/OS fotoreceptorů, u zbývajících očí byly nalezeny defekty junkce, ale pouze u 4 očí tyto defekty zasahovaly do foveoly. V případě kontrolní skupiny jsme zjistily defekty junkce IS/OS fotoreceptorů u 15 očí (83%), u 12 očí defekty dosáhly do foveoly. Multifokální ERG odpovědi v oblasti mezi 1,8° a 7° byly významně vyšší u léčených pacientů ($p = 0,04$).

Závěr:

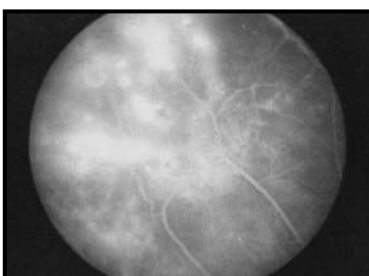
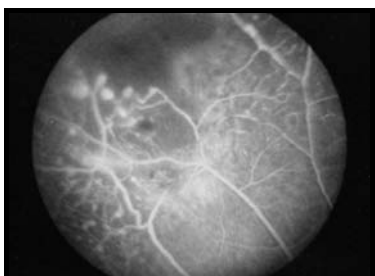
Prokázali jsme zachování a restituci junkce IS/OS fotoreceptorů u většiny pacientů s rizikovou suchou formou VPMD charakterizovanou DPED po léčbě RHF. Změny této vrstvy mají významný vliv na zachování zrakové ostrosti.

64. Štubňa M.¹, Pitlová P.²

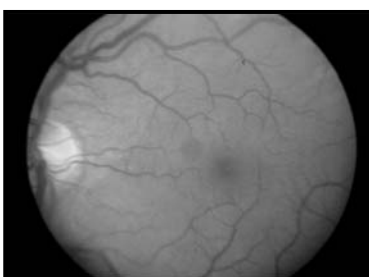
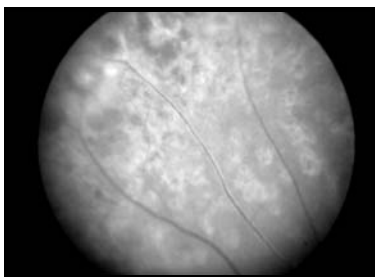
(Očné oddelenie FNŠP Žilina¹, Katedra marketingovej komunikácie FMK UCM Trnava²)

„Epiretinálna membrána“, neočakávaný priebeh - fotoesej

14-ročný chlapec (V: 6/36) s nálezom výraznej „epiretinálnej membrány“ (Macular Pucker), ktorá postihovala celú makulu a s nálezom masívnej „lézie“, ktorá postihovala celý horný nazálny kvadrant sietnice



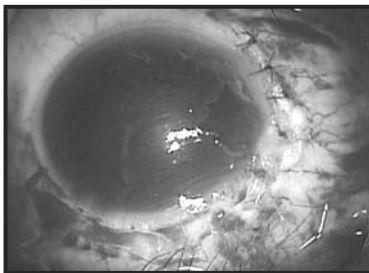
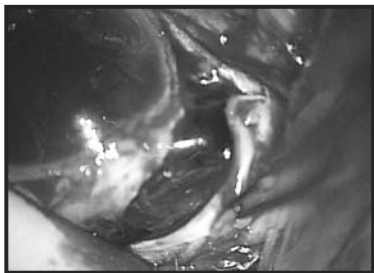
Na základe fluoresceínovej angiografie bola „lézia“ diagnostikovaná ako Morbus Coats a následne bola kompletne ošetrená laserfotokoaguláciou (exsudatívne cievne lézie)



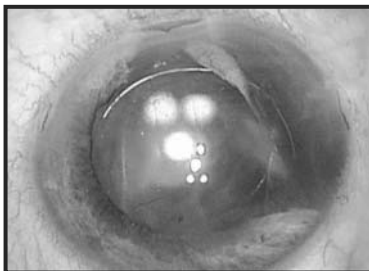
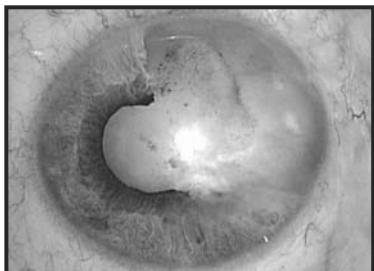
Neočakávaným výsledkom bola strata „epiretinálnej membrány“ a návrat zrakovkej ostrosti (V: 6/9)

65. Štubňa M.¹, Pitlová P.²

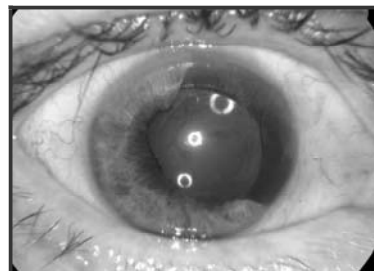
(Očné oddelenie FNŠP Žilina¹, Katedra marketingovej komunikácie FMK UCM Trnava²)

Ruptúra bulbu, „vzdat' sa“ alebo „bojovať“? - fotoesej

50-ročný muž (V: pochybný svetlôcit) s ruptúrou bulbu od. č. 12 po č. 7 (od č. 12 po č. 3 - paralimbálne, od č. 3 po č. 7 - sklerálne až k ekvátoru, na č. 6 pod úponom priameho dolného svalu), primárne ošetrovaný (ponechať bez ďalšej liečby ???)



Sekundárne riešená katarakta so synechiolýzou, irigáciou-aspiráciou, prednou vitrektómiou a implantáciou na zvyšky puzdra (plánovaná pars plana vitrektómia)



Pars plana vitrektómia neuskutočnená pre „normalizáciu“ nálezu v sklovci (V: 6/12), vykonaná cirkulárna baráž periférnej sietnice laserfotokoaguláciou (zvažovaná ekvatoriálna serkláž, riešenie edému terča zrakového nervu antiedémovou liečbou)

Zostavil © prim. MUDr. Michal Štubňa, PhD. a kol.

© LAGARTO s.r.o.

Zostavil: prim. MUDr. Michal Štubňa, PhD. a kol., 2015

Pre-press: Ing. Zvonimír Záviš

Vydal: LAGARTO s.r.o.
Prvé vydanie, 2015

Všetky práva vyhradené.

ISBN 978 – 80 – 971970 – 0 – 1



This is to certify that

Ophthalmology Department Zilina

is a member of

Eurequo

*European Registry of Quality Outcomes
for Cataract and Refractive Surgery*



José Güell
ESCRS PRESIDENT





© LAGARTO s.r.o., 2015 

www.ocnykongreszilina.sk