



Νέες ΟΦΘΑΛΜΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Σημειώσεις

ΤΟΜΟΣ 5 • ΤΕΥΧΟΣ 3 • ΑΠΡΙΛΙΟΣ – ΜΑΪΟΣ – ΙΟΥΝΙΟΣ 2011

ISSN 1791-0072

Μεταμοσχεύσεις βλαστικών κυττάρων (stem cells)
του σκληροκερατοειδούς ορίου (ΣΚΟ)



Φακοθρυψία και αντιμετώπιση αστιγματισμού



Υπερλειουργία μυών προσώπου



Δύσεις στο Θερμαϊκό



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ
ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΠΟΣΕΙΔΩΝΟΣ 42, 175 67 Π. ΦΑΛΗΡΟ



Ο Φ Θ Α Λ Μ Ο Λ Ο Γ Ι Κ Ο Σ

Η **System Vision** παραμένοντας πιστή στη δέσμευσή της για την παροχή των καλύτερων δυνατών υπηρεσιών, την επιλογή και διάθεση εξοπλισμού υψηλής ποιότητας και τεχνολογίας, επενδύει συνεχώς στη βελτίωση της υποδομής της.

Ανακαινίζοντας πλήρως τις εγκαταστάσεις του τμήματος υποστήριξης πελατών, με την ανανέωση και αναβάθμιση του υλικοτεχνικού και εργαστηριακού εξοπλισμού, προάγει την ακόμα καλύτερη οργάνωση και τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών και ροών εκτέλεσης εργασιών.

Η στελέχωση και ενδυνάμωση του τμήματος εξυπηρέτησης πελατών από ειδικούς μηχανικούς του κλάδου ενισχύει τη λειτουργία της εταιρείας.

Στον ανανεωμένο εκθεσιακό της χώρο παρέχεται στους οφθαλμιάτρους η δυνατότητα της λεπτομερούς επίδειξης και δοκιμαστικής χρήσης του εξοπλισμού.

Στα πλαίσια διατήρησης και συνεχούς βελτίωσης του συστήματος διαχείρισης ποιότητας, η **System Vision** ανανέωσε την πιστοποίησή της σύμφωνα με τα νεότερα πρότυπα **EN ISO 9001:2008** και **EN ISO 13485:2003**.

ΦΑΣΜΑΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ



ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΤΟΠΟ-ΑΜΠΕΡΟΜΕΤΡΙΑ



LASER ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ



ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ



ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΔΙΑΘΛΑΣΗ



ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ LASER





Παντελής Α. Παπαδόπουλος
 Πρόεδρος Συντακτικής Επιτροπής ΟΧΣ
 Αντιπρόεδρος ΕΕΕΦΔΧ
 επικοινωνία: eyedoc@hol.gr

Αγαπητοί Συνάδελφοι,
 Αν το τρέχον τεύχος του περιοδικού «Νέες Οφθαλμοχειρουργικές Σημειώσεις», σας έχει προλάβει πριν αναχωρήσετε για τις διακοπές σας, θα παρατηρήσετε ότι έχει αλλάξει ο σχεδιασμός του εξωφύλλου και των εσωτερικών σελίδων του. Θελήσαμε να παρουσιάσουμε ένα νέο σχεδιαστικό μοτίβο στο πλαίσιο μιας ευρύτερης ανανέωσης των εντύπων μέσω της Ελληνικής Εταιρείας Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής. Από αυτό το τεύχος θα δημοσιεύονται και οι φωτογραφίες των αρθρογράφων με την ηλεκτρονική τους διεύθυνση, για άμεση επικοινωνία μαζί τους.

Το σημαντικότερο γεγονός των τελευταίων ετών που αφορά όλους τους χειρουργούς οφθαλμιάτρους είναι η αλλαγή του νόμου περί μεταμοσχεύσεων. Μετά από τον μακροχρόνιο αγώνα που δώσαμε ως Επιστημονική Εταιρεία με όλες τις ηγεσίες του Υπουργείου Υγείας των τελευταίων ετών, το αίτημα μας για την αλλαγή του απαράδεκτου και άδικου νόμου που ευνοούσε με φωτογραφικό τρόπο ένα και μόνο ιδιωτικό ίδρυμα και δεν επέτρεπε σε όλους τους οφθαλμιάτρους να χειρουργούν ελεύθερα σε οποιοδήποτε ιδιωτικό ίδρυμα της επιλογής τους, άλλαξε! Ενα μεγάλο μέρος της επιτυχίας αυτής οφείλεται στις προσπάθειες του τέως προέδρου της ΕΕΕΦΔΧ, κ. Σπύρου Γεωργαρά, ο οποίος αγωνίστηκε ακούραστα για πολλά χρόνια μαζί με τα μέλη των προηγούμενων διοικητικών συμβουλίων για την αλλαγή του νόμου. Περισσότερες πληροφορίες θα βρείτε στη σελίδα 22.

Στο μέλλον, θα ακούμε όλο και περισσότερο τα νεότερα για τα βλαστοκύτταρα. Η χρήση τους στη θεραπεία των παθήσεων του κερατοειδούς θα ανοίξει νέους ορίζοντες στην Οφθαλμολογία. Στο τεύχος αυτό, ο κ. Ι. Μάλλιας μας αναλύει τα μυστικά των μεταμοσχεύσεων στο σκληροκερατοειδές όριο (σελίδες 8-9). Η διόρθωση του αστιγματισμού στις εγχειρήσεις καταρράκτη δεν αποτελεί πλέον πολυτέλεια, αλλά βασική προϋπόθεση για τη μείωση της μετεγχειρητικής εξάρτησης από τα γυαλιά ή τους φακούς επαφής. Διαβάστε το άρθρο του κ. Μπριλλάκη στις σελίδες 10-11. Η υπερλεπούργια των μυών του προσώπου μπορεί να οδηγήσει σε δυσάρεστες για την ποιότητα ζωής καταστάσεις, όπως θα δείτε στο άρθρο του κ. Α. Ρουμειώτη στις σελίδες 12-13. Ευτυχώς, υπάρχει και η αλλαντική τοξίνη...

Avastin ή Lucentis; η CATT Study δείχνει τον σωστό δρόμο με αντικειμενικό τρόπο... Διαβάστε τις λεπτομέρειες στο άρθρο του κ. Ι. Αλεξάκη στη σελίδα 14. Τι γίνεται σε περίπτωση πλημμελούς άσκησης της Ιατρικής; Ενα άρθρο του κ. Δ. Βούτσινου, δικηγόρου και νομικού συμβούλου της ΕΕΕΦΔΧ, που ενδιαφέρει όλους τους οφθαλμιάτρους και θα δημοσιευτεί σε δύο μέρη. Διαβάστε το πρώτο μέρος στις σελίδες 15-16.

Στις σελίδες 17-18 θα βρείτε ένα πολύ ενδιαφέρον άρθρο από τον κ. Π. Ράσογλου για τα Δείπνα και Συμπόσια των αρχαίων Ελλήνων. Δημοσιεύεται στη μόνιμη στήλη «Με Άλλο Μάτι». Τέλος, μπορείτε να απολαύσετε τα μαγευτικά ηλιοβασιλέματα του Θερμαϊκού, όπως τα συνέλαβε ο φακός του καθ. Π. Οικονομίδη στις σελίδες 19-21.

Σας εύχομαι καλές διακοπές και καλή ξεκούραση!
 Παντελής Α. Παπαδόπουλος
 Πρόεδρος Συντακτικής Επιτροπής
 Αντιπρόεδρος ΕΕΕΦΔΧ



Ιδιοκτησία

Ελληνική Εταιρεία Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής
 Ποσειδώνος 42, 175 61 Π. Φάληρο
 Τηλ.: 6974 47 99 06, Fax: 210 98 48 505

Διοικητικό Συμβούλιο ΕΕΕΦΔΧ

Πρόεδρος: Ιωάννης Παναγόπουλος
Αντιπρόεδρος: Παντελής Α. Παπαδόπουλος
Γενική Γραμματέας: Κωνσταντίνα Κουφαλά
Ταμίας: Πέτρος Ράσογλου
Μέλη: Βασίλειος Καραμπατάκης
 Γεώργιος Κυμιωνής, Δημήτριος Κυρούδης
 Μιλτιάδης Μπαλίδης, Βασίλειος Τσίγκος

Συντακτική Επιτροπή

Πρόεδρος

Π. Α. Παπαδόπουλος

Μέλη

Ι. Αλεξάκης	Δ. Παπαδάκος
Μ. Ασπίωτης	Ι. Πούλας
Σπ. Γεωργαράς	Π. Ράσογλου
Χ. Καλογερόπουλος	Α. Ρουμειώτης
Β. Καραμπατάκης	Δ. Σιγανός
Κ. Κουφαλά	Χ. Σιγανός
Γ. Κυμιωνής	Μ. Στεφανιώτου
Δ. Κυρούδης	Μ. Τραγάκης
Μ. Μπαλίδης	Β. Τσίγκος
Ι. Παλλήκαρης	Μ. Τσιλιμπάρης
Ι. Παναγόπουλος	

Συμβουλευτική Επιτροπή

Τρ. Αργυρόπουλος	Σ. Λάκε
Γρ. Γεωργαρίου	Ζ. Μπισογιάννης
Ν. Γεωργιάδης	Θ. Μπουφίδης
Σ. Γκοτσαρίδης	Α. Νικολακόπουλος
Δ. Δερεκλής	Ι. Ντούντας
Σ. Δημητράκος	Π. Οικονομίδης
Στ. Δημόπουλος	Ν. Παπαδόπουλος
Κ. Καραμπατάσας	Α. Πετούνης
Β. Κοζομπόλης	Ι. Τσιούπουλος
Α. Κώνστας	Α. Χαρώνης

Εκδότης

Παντελής Α. Παπαδόπουλος

Σχεδιασμός – Επιμέλεια Παραγωγής

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΙΚΤΥΝΝΑ ΕΠΙΕ
 Ευφρονίου 25, 116 34 Αθήνα
 Τηλ.: 210-7228614, 210-7228624

Γραμματεία ΕΕΕΦΔΧ

Β. Τόλιου, Ρ. Χριστοδουλοπούλου
 Λεωφ. Ποσειδώνος 42, 175 61 Π. Φάληρο
 Τηλ.: 6974 47 99 06, E-mail: info@hsioirs.org

Copyright 2011

Απαγορεύεται η μερική ή ολική αναδημοσίευση καθώς και αντιγραφή του τρόπου παρουσίασης της περιεχόμενης ύλης χωρίς γραπτή άδεια της Ελληνικής Εταιρείας Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής και της Εκδοτικής Εταιρείας.

**26ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΝΔΟΦΘΑΛΜΩΝ
ΚΑΙ ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**



**1-4 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ HILTON
ΑΘΗΝΑ**

ΤΟΜΟΣ 5, ΤΕΥΧΟΣ 3, ΑΠΡΙΛΙΟΣ – ΜΑΪΟΣ – ΙΟΥΝΙΟΣ 2011



8 Μεταμοσχεύσεις βλαστικών κυττάρων (stem cells) του σκληροκερατοειδούς ορίου (ΣΚΟ)



10 Φακοθρυψία και αντιμετώπιση αστιγματισμού



12 Υπερλειουργία μυών προσώπου



14 Αναφορά της ΑΑΟ σχετικά με πορίσματα μελέτης για ενέσεις Αντί-VEGF

15 Πλημμελής άσκηση της Ιατρικής στη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των παθήσεων του οφθαλμού



17 Με άλλο μάτι: Δείπνα και Συμπόσια των αρχαίων Ελλήνων

19 Ζωή δεν είναι μόνο η Οφθαλμολογία: Δύσεις στο Θερμιακό

η στήλη του Προέδρου

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Σε μια εποχή όπου, εν μέσω της οικονομικής κρίσης, τα δυσάρεστα νέα είναι καθημερινά, έχουμε και κάποια ευχάριστα. Μετά από συντονισμένες προσπάθειες της Ελληνικής Εταιρείας Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής, πετύχαμε μέσα από το πρόσφατα εγκριθέν από τη Βουλή Νομοσχέδιο περί μεταμοσχεύσεων, να προσθέσουμε τροποποίηση η οποία να επιτρέπει τη διενέργεια κερατοπλαστικών επεμβάσεων σε ΝΠΙΔ, που πληρούν τις προδιαγραφές για την εκτέλεση μικροχειρουργικών οφθαλμολογικών επεμβάσεων.

Αυτό ήταν ένα πάγιο αίτημα της ΕΕΕΦΔΧ επί πολλά έτη, διότι το μέχρι τώρα ισχύον καθεστώς δεν επέτρεπε σε αξίους συναδέλφους του ιδιωτικού τομέα, με εκπαίδευση και εμπειρία στις μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς να εκτελούν αυτές τις επεμβάσεις. Ο Νομοθέτης αναγνώρισε το δίκαιο του αιτημάτος μας και ανέλαβε να διορθώσει μία αδικία και να εκσυγχρονίσει το πλαίσιο, όπως συμβαίνει σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τις ΗΠΑ.

Ως γνωστόν, η Εταιρεία ψηφίστηκε ώστε να δραστηριοποιείται και ως επαγγελματικό σωματείο εκπροσωπώντας τα συμφέροντα των μελών της. Κατόπιν αυτού, πρέπει η εταιρεία ως ο κύριος Επιστημονικός Εκπρόσω-



Ιωάννης Παναγόπουλος
Πρόεδρος ΕΕΕΦΔΧ

πος στον τομέα της Διαθλαστικής Χειρουργικής, να διαφυλάξει τα μέλη της από προσπάθειες όπου η άσκηση της Ιατρικής και συγκεκριμένα οι Διαθλαστικές Επεμβάσεις, όπως η διόρθωση της μυωπίας, υπερμετρωπίας, αστιγματισμού (Lasik, PRK) κ.λπ., να περάσουν στα χέρια εμπόρων και επιχειρηματιών, μη ιατρών και να διαφημίζονται εν είδει Super Market με δωρεάν κουπόνια – sites ευκαιριών κ.λπ. Σε μια εποχή καταβαράθρωσης των θεσμών, πρέπει σύσσωμος ο ιατρικός κόσμος να διαφυλά-

ξει την αξιοπιστία, τη σοβαρότητα της άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος και να περιφρουρήσει τα δικαιώματά του. Μια σύγχρονη χώρα πρέπει να υιοθετεί τις σωστές ενέργειες που έρχονται από το διεθνοποιημένο περιβάλλον αλλά και να φιλτράρει οτιδήποτε ξένο προς τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που επί σειρά ετών καθιερώθηκαν στην άσκηση της Ιατρικής.

Στα μέσα Σεπτεμβρίου διεξάγεται το Συνέδριο της ESCRS στη Βιέννη. Η Ελληνική Εταιρεία Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής συμμετέχει ενεργά με ανακοινώσεις και παρουσιάσεις πολλών από τα μέλη της. Επίσης, συμμετέχει στην επίσημη παρουσίαση των μέχρι σήμερα αποτελεσμάτων του ευρωπαϊκού προγράμματος EUREQUO.

Σας εύχομαι καλό Καλοκαίρι, καλή ξεκούραση, καλές διακοπές, ώστε από το Φθινόπωρο να επανέλθουμε ανανεωμένοι, για να μπορέσουμε να ανταπεξέλθουμε στο δύσκολο έργο της άσκησης της Ιατρικής που έχουμε όλοι μας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,
Ιωάννης Παναγόπουλος
Πρόεδρος ΕΕΕΦΔΧ

IQ ReSTOR[®] TORIC IOL:

Ο Ενδοφακός που προσφέρει πραγματική απόδοση σε όλες τις αποστάσεις για ασθενείς με Αστιγματισμό

NOW AVAILABLE

+3

FOR ASTIGMATISM CORRECTION

Μεταμοσχεύσεις βλαστικών κυττάρων (stem cells) του σκληροκερατοειδούς ορίου (ΣΚΟ)

Οπως είναι γνωστό, το επιθήλιο του κερατοειδούς αναγεννιέται συνεχώς με ταχύτατους ρυθμούς. Τα επιθηλιακά κύτταρα του κερατοειδούς προέρχονται από τα βλαστικά κύτταρα τα οποία βρίσκονται στο ΣΚΟ και τα οποία έχουν την ικανότητα να πολλαπλασιάζονται διαρκώς χωρίς να υπάρχει περιορισμός στην ικανότητά τους αυτή. Τα βλαστικά κύτταρα βρίσκονται μόνο στο ΣΚΟ και δεν βρίσκονται στο κέντρο ή στην περιφέρεια του κερατοειδούς.

Από μελέτες που έχουν γίνει μπορεί κανείς να αφαιρέσει χειρουργικά το 50% των βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ από ένα φυσιολογικό οφθαλμό χωρίς να προκαλέσει ιατρογενώς ανεπάρκεια των βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ.

Σε περιπτώσεις ασθενών με ανεπάρκεια των βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ το χαρακτηριστικό εύρημα είναι η παρουσία επιθηλίου του επιπεφυκότα επάνω στην επιφάνεια του κερατοειδούς με ταυτόχρονη παρουσία κυττάρων του Goblet. Η ανεύρεση κυττάρων του Goblet στην επιφάνεια του κερατοειδούς δεν συμβαίνει μόνο στην περιφέρεια, αλλά μπορεί να αφορά και στον κεντρικό κερατοειδή. Η διάγνωση της ανεπάρκειας βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ μπορεί να γίνει με δύο τρόπους:

- με μικρή βιοψία (επεμβατική μέθοδος) και
- με κυτταρολογική εξέταση (impression cytology – μη επεμβατική μέθοδος).

Στις περιπτώσεις των ασθενών με ανεπάρκεια των βλαστικών κυττάρων, η πρόσφυση του επιθηλίου του επιπεφυκότα επάνω στην επιφάνεια του κερατοειδούς είναι χαλαρή. Το παθολογικό αυτό επιθήλιο του επιπεφυκότα είναι περισσότερο διαπερατό σε σχέση με το φυσιολογικό κερατοειδικό επιθήλιο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να χρωματίζεται πιο έντονα με φλουροσεΐνη. Η αυξημένη διαπερατότητα του παθολογικού επιθηλίου εξηγεί την εναπόθεση αλάτων ασβεστίου σε κερατοειδείς με χρόνια ανεπάρκεια των βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ. Η είσοδος λευκοκυττάρων από το δακρυϊκό φιλμ μέσα στο διαπερατό παθολογικό επιθήλιο οδηγεί σε χρόνια φλεγμονώδη αντίδραση. Η χαλαρή πρόσφυση του επιθηλίου έχει συχνά ως αποτέλεσμα το σύνδρομο υποτροπιάζουσας απόπτωσης του επιθηλίου. Τέλος, η παρατεταμένη ενεργοποίηση των ινοβλαστών επιφέρει θόλωση του κερατοειδούς και haze.

Η ανεπάρκεια των βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ



Ιωάννης Α. Μάλλιας
Χειρουργός Οφθαλμίατρος
επικοινωνία:
johnmallias@yahoo.com

μπορεί να είναι είτε πρωτοπαθής είτε δευτεροπαθής. Στην πρωτοπαθή ανεπάρκεια περιλαμβάνονται η ανιριδία και το σύνδρομο πολλαπλής ενδοκρινικής ανεπάρκειας.

Δευτεροπαθή ανεπάρκεια των βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ μπορούν να προκαλέσουν τα παρακάτω:

1. χημικά εγκαύματα
2. θερμικά εγκαύματα
3. ακτινοβολία
4. μακροχρόνια κατάχρηση φακών επαφής
5. πολλαπλές επεμβάσεις στην περιοχή του ΣΚΟ
6. εκτεταμένη εφαρμογή κρυσπηξίας στο ΣΚΟ
7. σύνδρομο Stevens-Johnson και
8. οφθαλμικό ουλώδες πεμφυγοειδές.

Σε έναν οφθαλμό που πάσχει από καθολική ανε-



πάρκεια των βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ, εάν γίνει διαμπερής κερατοπλαστική χωρίς προηγούμενες να αποκατασταθεί η οφθαλμική επιφάνεια με μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων, τότε η μεταμόσχευση του κερατοειδούς είναι καταδικασμένη να αποτύχει. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει πάντοτε να προηγηθεί η αποκατάσταση της οφθαλμικής επιφάνειας με μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ και μόνον αφού πρώτα βεβαιωθούμε για την ύπαρξη φυσιολογικού κερατοειδικού επιθηλίου στην επιφάνεια του κερατοειδούς, τότε σε δεύτερο χρόνο να γίνεται η οπτική αποκατάσταση με μεταμόσχευση κερατοειδούς.

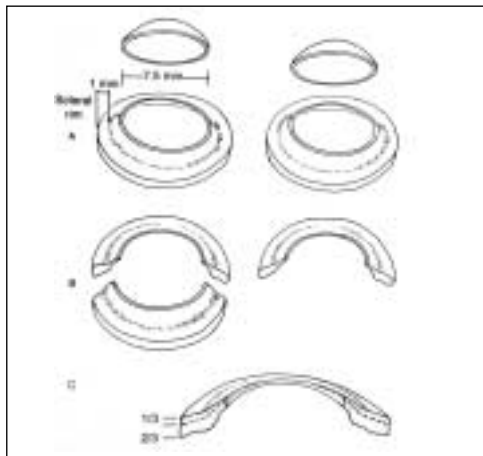
Σε περιπτώσεις ασθενών με ετερόπλευρη ανεπάρκεια των βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ, η ενδεδειγμένη χειρουργική θεραπεία είναι η λήψη βλαστικών κυττάρων από τον άλλο υγιή οφθαλμό με αυτομεταμόσχευση. Αντενδείξεις για τη λήψη βλαστικών κυττάρων από τον έτερο υγιή οφθαλμό είναι τα παρακάτω: μακροχρόνια κατάχρηση φακών επαφής, πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις στον δότη οφθαλμό και ύπαρξη σοβαρού γλαυκώματος (πιθανή συρριγκοποιητική επέμβαση στον δότη οφθαλμό στο μέλλον). Το πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι δεν απαιτείται η συστηματική χορήγηση ανοσοκατασταλτικών αφού δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος για απόρριψη του κερατοεπιπεφυκοτικού μοσχεύματος. Η χειρουργική τεχνική αποτελείται από τα παρακάτω βήματα:

α. προετοιμασία του οφθαλμού-λήπτη με αφαίρεση του ουλώδους ιστού και προετοιμασία για την τοποθέτηση των δύο μοσχευμάτων: ένα στην έκτη και ένα στη δωδέκατη ώρα

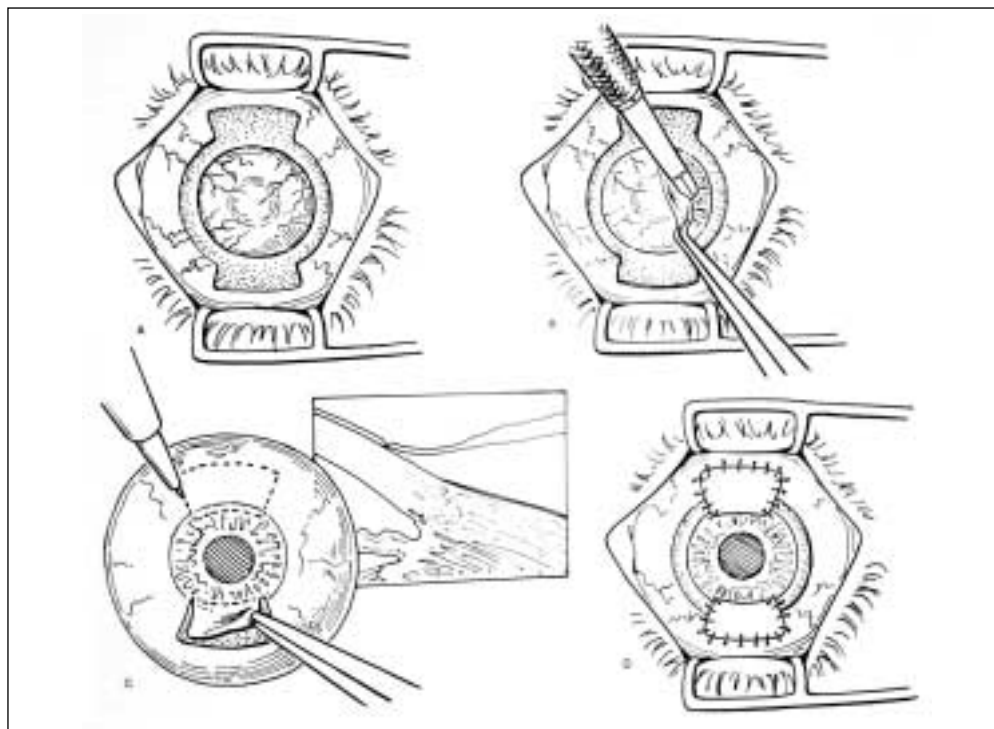
β. λήψη των μοσχευμάτων από τον υγιή δότη οφθαλμό γ. τοποθέτηση και συρραφή των μοσχευμάτων στον πάσχοντα οφθαλμό

δ. τοποθέτηση αμνιακής μεμβράνης στον πάσχοντα οφθαλμό που βοηθά στην επιθηλιοποίηση και ελαττώνει τη μετεγχειρητική φλεγμονή.

Σε περιπτώσεις ασθενών με αμφοτερόπλευρη ανεπάρκεια των βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ, η ενδεδειγμένη θεραπεία είναι η μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων είτε από ζώντα συγγενή δότη είτε από πτωματικό δότη. Στις περιπτώσεις αυτές, είναι επιβεβλημένη η συστηματική χορήγηση ανοσοκατασταλτικών για την πρόληψη απόρριψης των μοσχευμάτων. Η χορήγηση των



Χειρουργική τεχνική επεξεργασίας του μοσχεύματος βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ από πτωματικό δότη (keratolimbal allograft) (εικόνες από το βιβλίο *Ocular surface* του Ed. Holland).



Χειρουργική τεχνική της λήψης του μοσχεύματος των βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ από τον έτερο υγιή οφθαλμό (αυτομεταμόσχευση) (εικόνα από το βιβλίο *Ocular surface* του Ed.Holland).



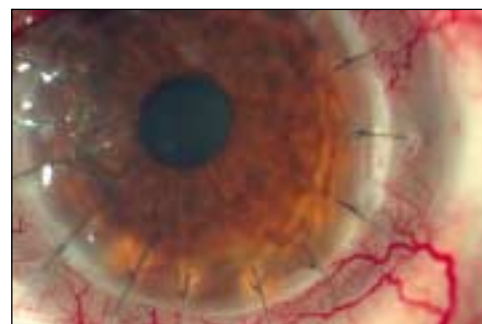
Ετερόπλευρο χημικό έγκαυμα κερατοειδούς.

συστηματικών ανοσοκατασταλτικών θα πρέπει πάντοτε να γίνεται με συνεργασία του οφθαλμιάτρου και ειδικού ρευματολόγου για τη ρύθμιση των δόσεων των φαρμάκων και την πρόληψη-αντιμετώπιση των επιπλοκών από τη χορήγησή τους. Στα συστηματικά ανοσοκατασταλτικά περιλαμβάνονται: (α) τα κορτικοστεροειδή, (β) η αζαθειοπρίνη, (γ) η κυκλοσπορίνη.

Τα βλαστικά κύτταρα του ΣΚΟ παρουσιάζουν μεγαλύτερη αντιγονικότητα σε σχέση με τα κύτταρα του στρώματος και τα ενδοθηλιακά κύτταρα του κερατοειδούς. Για τον λόγο αυτόν, η πιθανότητα απόρριψης του κερατοεπιπεφυκοτικού μοσχεύματος είναι μεγαλύτερη σε σχέση με την πιθανότητα απόρριψης του μοσχεύματος του κερατοειδούς μετά από διαμπερή κερατοπλαστική. Το πλεονέκτημα της λήψης μοσχεύματος βλαστικών κυττάρων από συγγενή ζώντα δότη, σε σχέση με τη λήψη από πτωματικό δότη είναι η μικρότερη αντιγονικότητα, με αποτέλεσμα να χρειάζονται συστηματικά ανοσοκατασταλτικά σε χαμηλότερες δόσεις και ενδεχομένως για μικρότερο χρονικό διάστημα. Τα κορτικοστεροειδή μετεχειρητικά χρησιμοποιούνται ως εξής: (α) τοπικά: coll prednisolone acetate 1% 4 φορές την ημέρα, (β) από του στόματος πρεδνιζολόνη 1mg/kg την ημέρα για τρεις εβδομάδες και στη συνέχεια η δόση μειώνεται σε 0,5mg/kg ανά ημέρα έως την έκτη μετεχειρητική εβδομάδα.



1 εβδομάδα μετά από τη μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων από τον έτερο υγιή οφθαλμό.



6 μήνες μετά από τη μεταμόσχευση των βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ, έγινε διαμπερή κερατοπλαστική με πολύ καλά οπτικά αποτελέσματα (εικόνες από το προσωπικό αρχείο του οφθαλμιάτρου Ιωάννη Α. Μάλλια).

Η κυκλοσπορίνη χορηγείται συστηματικά σε δόση 3mg/kg την ημέρα. Άλλα ανοσοκατασταλτικά είναι το tacrolimus και το mycophenolate Mofetil (cellcept).

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι οι μεταμοσχεύσεις των βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ έχουν υψηλά ποσοστά επιτυχίας όταν γίνεται προσεκτικά η επιλογή των ασθενών, εφαρμόζεται προσεκτικά η ενδεδειγμένη χειρουργική τεχνική και γίνεται τακτικά η μετεχειρητική παρακολούθηση.

Φακοθρυψία και αντιμετώπιση αστιγματισμού

Με τις ολοένα αυξανόμενες διαθλαστικές απαιτήσεις στη χειρουργική καταρράκτη, η διαχείριση του αστιγματισμού γίνεται όλο και πιο καίρια και δεν είναι πια πολυτέλεια. Αυτό ισχύει ακόμη περισσότερο σε περιπτώσεις ειδικών φακών, όπως πολυεστιακοί, ενδοφακοί. Επίσης, σε διαθλαστική φακεκτομή—clear lens exchange—όπως σε υψηλή υπερμετρωπία.

Ενίοτε ενδέχεται λίγος αστιγματισμός να είναι επιθυμητός. Για παράδειγμα, λίγος παρά τον κανόνα αστιγματισμός (ATR) επιτρέπει κάποια κοντινή όραση χωρίς να μειώνει υπέρμετρα τη μακρινή, κάτι που δεν ισχύει για τον σύμφωνο με τον κανόνα αστιγματισμό (WTR). Ο σκοπός γενικότερα είναι ο αστιγματισμός να ελαχιστοποιείται. Γι' αυτό και η τοπογραφία είναι απαραίτητη στον προεγχειρητικό έλεγχο του καταρράκτη.

Τοποθέτηση της χειρουργικής τομής στον άξονα

Καταρχήν προσπαθούμε να τοποθετήσουμε την τομή κοντά στον κυρτότερο άξονα της τοπογραφίας κερατοειδούς.

Με την επικράτηση όλο και μικρότερης κερατοειδικής τομής, το αστιγματικό αποτέλεσμα έχει ελαττωθεί τόσο που να θεωρείται πλέον η τομή σχεδόν ουδέτερη, με έμφαση όμως στο σχεδόν. Η θέση της τομής, το εύρος της, η αρχιτεκτονική της, ακόμη και η ηλικία του ασθενούς, προηγούμενα χειρουργεία, τα ίδια τα κερατομετρικά, όλα αυτά επηρεάζουν τον προκαλούμενο αστιγματισμό (surgically induced astigmatism—SIA). Μπορεί θεωρητικά ο κάθε χειρουργός να υπολογίσει τον προσωπικό του για κάθε μαχαίριδιο που χρησιμοποιεί με ελεύθερο λογισμικό. Έτσι, θα ξέρει κατά πόσο θα ελαττωθεί ο προεγχειρητικός αστιγματισμός, να τοποθετήσει την τομή του πάνω στον άξονα ή, που είναι και το πιο σύνθετο, θα ξέρει πως να τροποποιήσει τους υπολογισμούς του για έναν τορικό ενδοφακό ή για περιφερικές αστιγματικές τομές. Αυτό, βέβαια, είναι ίσως πιο πολύπλοκο από ό,τι χρειάζεται. Γενι-



Χάρης Μπριλάκης, MD, MPH
Χειρουργός Οφθαλμίατρος
επικοινωνία:
brilakis@eyes.gr, hbrilakis@yahoo.com

κότερα θεωρείται ότι μια τομή των 3mm προκαλεί περίπου 0,5D αστιγματισμό κάθετο στην τομή, ενώ μία micro-coaxial των 2,2mm λιγότερο από 0,25D.

Τορικοί ενδοφακοί

Το 2003, είχαμε εμπλακεί ως κέντρο στο Cincinnati Eye Institute στις μελέτες του τορικού ενδοφακού AcrySof. Ο ενδοφακός αυτός δεν περιστρέφεται περισσότερο από 4 μοίρες κατά μέσον όρο μετά την τοποθέτησή του. Στην τυχαίοποιημένη προοπτική μελέτη ο αστιγματισμός ήταν ο μισός σε σχέση με τον σφαιρικό ενδοφακό (0,59D έναντι 1,22D), το ποσοστό που πέτυχε όραση τουλάχιστον 10/10 χωρίς διόρθωση το διπλό (40,7% έναντι 19,4%), ενώ και στην καλύτερη όραση με διόρθωση υπήρξε διαφορά (>10/10 σε 77,7% έναντι 69,2%). Εκτοτε έχει αυξηθεί η γκάμα των φακών αυτών, έχουν προστεθεί και σφαιρικοί και πολυεστιακοί τορικοί. Με τους T6 έως T9 διορθώνονται πλέον και 2,57 έως 4,11D αστιγματισμού.

Ο οφθαλμός σημαδεύεται προεγχειρητικά στην 3η και 9η ώρα (στη σχισμοειδή ή με ειδικά markers τα οποία έχουν αλφάδι στη λαβή). Ο επιθυμητός άξονας (υπολογίζεται και τυπώνεται, όπως και η ισχύς του φα-

κού, στην ιστοσελίδα www.acrysoftoriccalculator.com) σημαδεύεται με ένα τορικό marker. Ο φακός τοποθετείται λίγες μοίρες πριν από την τελική, ώστε με ελάχιστους χειρισμούς και μια μικρή ωρολογιακή στροφή, όταν αφαιρεθεί το ιξώδες, να φτάσει στον επιθυμητό άξονα. Έχει ειδικές κουκίδες κοντά στα haptics για την ευθυγράμμιση.





Και άλλες εταιρείες, όπως η Staar, η Lentis κ.ά., έχουν αναπτύξει τορικούς ενδοφακούς. Ο Staar toric IOL είναι από σιλκόνη και διορθώνει 1,4 ή 2,3D κερατοειδικού αστιγματισμού. Λόγω του σχεδιασμού του (plate) έχει πλεονεκτήματα ως προς την τοποθέτηση, αλλά κάποιες επιφυλάξεις ως προς την περιστροφή του μετεγχειρητικά.

Αστιγματικές τομές

Πραγματοποιούνται κοντά στο σκληροκερατοειδικό όριο, στα όρια των αγγείων (Limbal Relaxing Incisions, «LRI») και είναι μονήρεις ή κατά αντιδιαμετρικά ζεύγη, ανάλογα πάντα και με τους περιορισμούς που θέτει η τομή της φακοθρυψίας. Γίνονται σε βάθος 90% επί του ελάχιστου περιφερικού πάχους του κερατοειδούς (καλό είναι να μετριέται με παχυμετρία). Επειδή, όμως, πολλά μαχαιρίδια δεν διαθέτουν μεταβλητό μήκος, μια καλή αρχική επιλογή γι' αυτή την κατηγορία είναι τα 600μ.

Έχουν παρουσιαστεί αρκετά νομογράμματα και κατευθυντήριες γραμμές ως προς την τοποθέτηση των αστιγματικών τομών. Τα πιο γνωστά είναι:

- του «Skip» Nichamin (ζεύγη)
- του Eric Donnenfeld (μονήρεις τομές), του James Gills κ.ά.

Πολύ χρήσιμο είναι το διαδικτυακό εργαλείο της AMO (www.lriccalculator.com), με το οποίο τυπώνει κανείς το χειρουργικό του σχέδιο. Όπως ακριβώς το acrysoftoriccalculator της Alcon, έτσι και το lriccalculator της AMO δίνει ακριβές σχήμα ως προς τους άξονες στους οποίους θα επικεντρωθούν οι τομές. Μπορεί να χρησιμοποιήσει κανείς τους ίδιους markers.

Το νομόγραμμά του Skip Nichamin (NAPA) αφορά τομές κατά ζεύγη. Οι απαιτούμενες τομές είναι λίγο μεγαλύτερες για νεότερα άτομα και για αστιγματισμό παρά τον κανόνα (ATR).

Ως προς τα διαθέσιμα μαχαιρίδια, μια σύνοψη παρέχεται μέσω της ιστοσελίδας www.eyeworld.org.

Οι χαλαρωτικές περιφερικές τομές LRIs έχουν τους περιορισμούς τους, τόσο ως προς το μέχρι πού μπορούν να φτάσουν, όσο και ως προς το πόσο θα διαρκέσει το αποτέλεσμά τους. Διότι αναμένουμε μια υποστρο-

φή, μέσα σε αρκετούς μήνες, τόσο περισσότερους (και τόσο μεγαλύτερη η υποστροφή) όσο περισσότερες οι ωρολογιακές ώρες στις οποίες έχουμε κάνει τις τομές. Το θετικό, βέβαια, είναι ότι οι τομές μπορούν κάλλιστα να γίνουν και στο ιατρείο στη σχισμοειδή λυχνία, είτε από την αρχή είτε για να συμπληρωθούν λίγους μήνες αργότερα, εάν το τελικό αποτέλεσμα δεν είναι το επιθυμητό. Σε αυτή την περίπτωση, είναι ακόμη πιο απαραίτητη η διενέργεια παχυμετρίας του κερατοειδούς στα σημεία όπου θα γίνουν οι τομές!

Σε ό,τι αφορά στο femtosecond laser, με τα μέχρι τώρα δεδομένα είναι μάλλον ακριβή επιλογή για να γίνουν οι τομές με αυτόν τον τρόπο. Όταν, πάντως, τα οικονομικά δεδομένα των συσκευών που έχουν αναπτυχθεί για χειρουργική καταρράκτη το επιτρέψουν, μαζί με τις χειρουργικές τομές της φακοθρυψίας και την «οψονοποίηση» του κρυσταλλικού φακού, θα μπορούν να γίνουν και οι αστιγματικές (LRI) τομές πριν από τη φακοθρυψία.

Ενας τορικός ενδοφακός θα αναμένουμε να προσφέρει πιο σταθερό αποτέλεσμα σε σχέση με τις LRI τομές. Αυτή η υπεροχή είναι ίσως αμελητέα σε χαμηλούς αστιγματισμούς, γίνεται όμως τόσο πιο έντονη όσο ανεβαίνουν τα νούμερα.

Σε δύο πρόσφατες μελέτες πάνω σε αυτό το θέμα (Μάρτιος και Οκτώβριος 2010, JCRS), και στις δύο βρέθηκε υπεροχή του τορικού φακού σε υψηλές διοπτρίες, και σε μία και σε χαμηλό αστιγματισμό.

Για υψηλότερους τώρα αστιγματισμούς (πάνω από 3-4 διοπτρίες), μπορεί κανείς να δοκιμάσει πρόσθετες κερατοειδικές τομές στα 8mm αντί για το όριο με τον σκληρό CRLs (Corneal Relaxing Incisions). Να τις προσθέσει δηλ. σε ένα ζεύγος τομών LRIs, φιλοδοξώντας να διορθώσει 1 διοπτρία για κάθε 2mm τομών. Αυτές οι τομές είναι πιο απρόβλεπτες και έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα υποστροφής.

The "NAPA" Nomogram							
Nichamin Age & Pachymetry-Adjusted Intralimbal Arcuate Astigmatic Nomogram							
Lanki D. "Skip" Nichamin, M.D. - The Latest Eye Clinic, Brentwood, TN							
WITH-THE-RULE (Step Axis 90°/180°)							
PRESCRIPTION (Diopters)	Fixed Incisions in Degrees of Arc						
	20-30yo	31-40yo	41-50yo	51-60yo	61-70yo	71-80yo	81-90yo
0.75	40	35	31	30	30		
1.00	45	40	40	35	35	30	
1.25	55	50	45	40	40	35	30
1.50	60	55	50	45	40	40	40
1.75	65	60	55	50	45	45	45
2.00	70	65	60	55	50	50	45
2.25	75	70	65	60	55	50	50
2.50	80	75	70	65	60	55	50
2.75	85	80	75	70	65	60	60
3.00	90	85	80	75	70	65	65

AGAINST-THE-RULE (Step Axis 180°/0°)							
PRESCRIPTION (Diopters)	Fixed Incisions in Degrees of Arc						
	20-30yo	31-40yo	41-50yo	51-60yo	61-70yo	71-80yo	81-90yo
0.75	45	40	40	35	35	30	
1.00	50	45	45	40	40	35	
1.25	55	50	50	45	45	40	35
1.50	60	55	55	50	45	45	40
1.75	65	60	60	55	50	50	45
2.00	70	65	65	60	55	55	50
2.25	75	70	70	65	60	60	55
2.50	80	75	75	70	65	65	60
2.75	85	80	80	75	70	70	65
3.00	90	85	85	80	75	75	70

Build depth setting is at 90% of the thickness pachymetry



Διαθλαστικό φινίρισμα με Excimer Laser – Bioptics

Το διάστημα ενός μηνός έως τριμήνου μετά τον καταρράκτη έχει συμβατικά θεωρηθεί το ελάχιστο για να γίνει διαθλαστική επέμβαση στον κερατοειδή με το excimer laser. Και αυτό όχι μόνο προκειμένου να έχει σταθεροποιηθεί ο οφθαλμός από την πρώτη επέμβαση, αλλά και για να έχει ενισχυθεί η αρχική τομή. Για τη μεν μυωπική υπολειπόμενη διάθλαση, πολύ καλή επιλογή είναι η επιφανειακή σμίλευση (PRK, LASEK), για υπερμετρωπικές διορθώσεις, όμως, το LASIK είναι μονόδρομος. Δεν αναφέρουμε την ανταλλαγή ενδοφακού, αφού εδώ είναι ο μετεγχειρητικός αστιγματισμός που μας απασχολεί και όχι μια σφαιρική αμετρωπία.

Πολλοί συνηθίζουν σε δύσκολα και απρόβλεπτα περιστατικά να έχουν ήδη κοπεί τα LASIK flaps πριν τη φακοθρυψία, ώστε απλά να σηκωθούν μετεγχειρητικά όταν γίνει η τελική διόρθωση.

Ετσι, αποφεύγουν την εφαρμογή της πίεσης του δακτυλίου του (μηχανικός ή laser) κερατόμου σε έναν οφθαλμό με πρόσφατη διαμπερή τομή. Δεν είναι επίσης αμελητέα η ανησυχία ως προς την αποσυμπίεση του υαλώδους σε έναν ψευδοφακικό οφθαλμό. Το femtosecond προσφέρει ηπιότερες μεταβολές πίεσης συγκριτικά με τον μηχανικό κερατόμο, όσο και αν η διάρκεια είναι μεγαλύτερη.

Συνοπτικά, εάν έχουμε λιγότερο από 1 διοπτρία κερατοειδικού αστιγματισμού να αντιμετωπίσουμε, μπορούμε να αρκεστούμε στην τοποθέτηση της τομής της φακοθρυψίας πάνω στον άξονα του αστιγματισμού, όταν είναι αυτό εφικτό για τον χειρουργό και όταν η τομή αυτή δεν είναι για MICS αλλά τουλάχιστον 2,5mm. Από 1 διοπτρία και πάνω, έχουμε δύο επιλογές.

Ο τορικός ενδοφακός υπερέχει σε προβλεψιμότητα, δυστυχώς, όμως, δεν καλύπτεται από τα ταμεία, ούτε μπορεί ο ασθενής να πληρώσει τη διαφορά τιμής από έναν εγκεκριμένο ενδοφακό, συνεπώς επιβαρύνεται το συνολικό κόστος.

Εάν αυτό είναι πρόβλημα, τότε πολύ καλά αποτελέσματα δίνουν οι αστιγματικές τομές (LRI), οι οποίες ούτως ή άλλως μπορούν να γίνουν συμπληρωματικά και στη σχισμοειδή λυχνία. Για υψηλούς αστιγματισμούς πάνω από 3 διοπτρίες, είναι μονόδρομος ο τορικός ενδοφακός, ή ένας συνδυασμός με τομές.

Υπερλειτουργία μυών προσώπου

Διαταραχές

1. Οφθαλμική μυοκυμία

Συχνή πάθηση που συνήθως αφορά νέους ασθενείς. Είναι μια ακούσια κίνηση-παίξιμο του άνω ή του κάτω βλεφάρου. Οι ανώμαλες κινήσεις είναι σύντομες με διάρκεια ως ένα δευτερόλεπτο. Είναι εύκολα αντιληπτές από τον ασθενή αλλά χρειάζονται προσεκτική παρατήρηση από τον ιατρό. Οι κινήσεις οφείλονται σε σπασμό τμήματος μυϊκών ινών. Ο σφιγκτήρας μυς ως σύνολο δεν συμμετέχει. Οφείλεται στο άγχος, στη χρήση οιοπνεύματος, στην κόπωση, στη μεγάλη χρήση υπολογιστών και στην υπερβολική καφεΐνης.

2. Οφθαλμικά tics

Είναι εκούσιες κινήσεις μιας ομάδας μυών του προσώπου. Στις περισσότερες περιπτώσεις, όμως, ο ασθενής δεν έχει επίγνωση ότι ελέγχει τις κινήσεις. Η πάθηση μπορεί να αφορά ετερόπλευρο σπασμό του οφθαλμού ή του προσώπου, ή απλά να υπάρχει μια αυξημένη συχνότητα βλεφαρισμού. Συνήθως, υπάρχει δευτερογενές όφελος από το tic αλλά είναι συχνά δύσκολο να το εντοπίσουμε. Συνηθέστερα, εμφανίζονται σε παιδιά αλλά μπορεί να τα δούμε και σε ενήλικες.

3. Ημιπροσωπικός σπασμός

Είναι μια ακούσια κίνηση της μίας πλευράς του προσώπου. Η κίνηση μπορεί να είναι μια γρήγορη σύσπαση ή ένας σπασμός διαρκείας που πιάνει το μισό πρόσωπο. Αιτιολογία του ημιπροσωπικού σπασμού πιστεύεται ότι είναι η πίεση από αγγείο στο προσωπικό νεύρο.

4. Ιδιοπαθής βλεφαρόσπασμος

Είναι μια μη ελεγχόμενη σύσπαση και των δύο οφθαλμών. Είναι αποτέλεσμα προοδευτικής εκφύλισης του κεντρικού νευρικού συστήματος στο επίπεδο των βασικών γαγγλίων. Συνήθως, εμφανίζεται σε ηλικιωμένους ασθενείς. Αρχικά μπορεί να εμφανιστεί με αύξηση του βλεφαρισμού ή με ετερόπλευρη εμφάνιση. Όταν



Αθανάσιος Ρουμेलιώτης

Χειρουργός Οφθαλμίατρος

επικοινωνία:

thanasisroumeliotis@hotmail.com

συμμετέχει και το κάτω μέρος του προσώπου με ανώμαλες κινήσεις, το λέμε σύνδρομο Meige.

Φυσική εξέταση και ιστορικό

Πρέπει να παρατηρούμε τον ασθενή ταυτόχρονα με τη λήψη του ιστορικού. Ανάλογα με το είδος του σπασμού, θα κατευθύνουμε και τις ερωτήσεις μας.

Οι παρακάτω παράγοντες είναι σημαντικοί στη σωστή διάγνωση: (α) ηλικία, (β) έναρξη, (γ) χαρακτηριστικά σπασμού και (δ) τμήματα του προσώπου που αφορά.

Η μυοκυμία και τα tics συνήθως εμφανίζονται σε νεότερους ασθενείς. Ο βλεφαρόσπασμος και ο ημιπροσωπικός σπασμός εμφανίζονται σε μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς.

Η μυοκυμία έχει οξεία έναρξη και συνήθως μικρή διάρκεια έως λίγες εβδομάδες. Η έναρξη των tics μπορεί να ακολουθεί ένα συγκεκριμένο γεγονός και μπορεί να εξαφανιστεί απότομα για κάποιο διάστημα. Ο βλεφαρόσπασμος και ο ημιπροσωπικός σπασμός δεν έχουν συγκεκριμένη έναρξη και συνήθως χειροτερεύουν με την πάροδο του χρόνου.

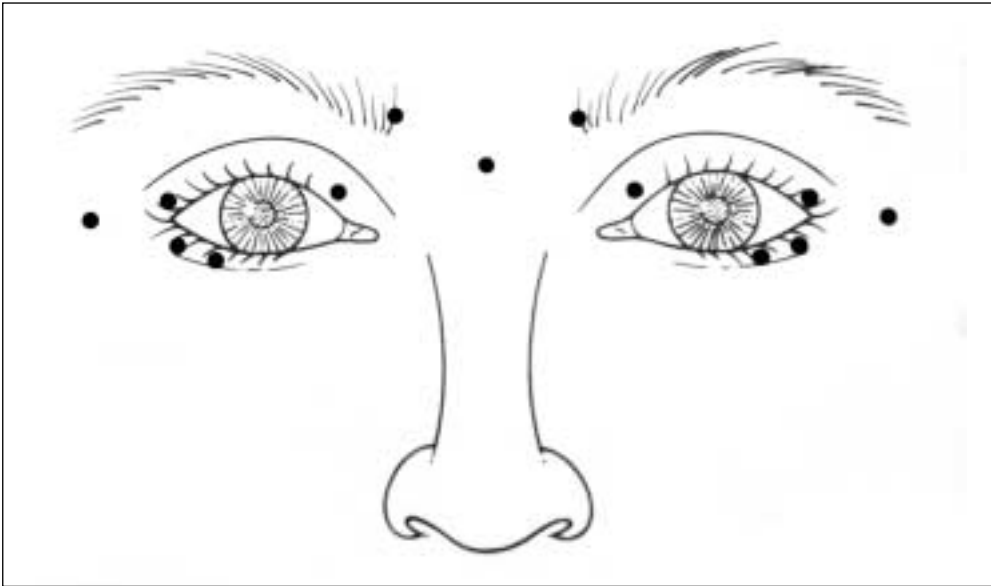
Ο χαρακτήρας του σπασμού είναι έντονος και συνεχής ή μια απλή σύσπαση;

Είναι χρήσιμο να διαιρούμε το πρόσωπο σε τεταρτημόρια όταν αξιολογούμε ασθενείς με διαταραχές υπερκινητικότητας. Πρώτα θα ρωτήσουμε αν και οι δύο οφθαλμοί έχουν πρόβλημα. Αν αφορά μόνο το ένα μάτι, η επόμενη ερώτηση είναι αν συμμετέχει όλη η πλευρά. Αν συμμετέχει μόνο ο οφθαλμός, τότε η πιθανότερη διάγνωση είναι οφθαλμική μυοκυμία. Αν μαζί με τον οφθαλμό συμμετέχει και όλη η πλευρά του προσώπου, τότε η πιθανότερη διάγνωση είναι ημιπροσωπικός σπασμός. Μπορείς να επιβεβαιώσεις τη διάγνωση ρωτώντας τον ασθενή αν ο σπασμός παραμένει κατά τη διάρκεια του ύπνου, καθώς ο ημιπροσωπικός σπασμός είναι η μόνη πάθηση που οι σπασμοί συνεχίζονται στον ύπνο.

Αν ο σπασμός αφορά και στα δύο μάτια ο ασθενής πάσχει από βλεφαρόσπασμο ή κάποιο tic του προσώπου. Αν ο ασθενής είναι μικρότερος από 50 ετών, η διάγνωση είναι μάλλον κάποιο tic. Εννοείται πως πρέπει να αποκλειστεί ο αντανακλαστικός βλεφαρόσπασμος από οφθαλμικό ερεθισμό.



Ασθενής με ιδιοπαθή βλεφαρόσπασμο.



Χρήση αλλαντικής τοξίνης για βλεφαρόσπασμο.

Συνήθως, στα tics οι κινήσεις φαίνονται κάπως περίεργες και μας δίνουν την εντύπωση ότι προκαλούνται από τον ασθενή.

Στον ιδιοπαθή βλεφαρόσπασμο τα συμπτώματα συνήθως μειώνονται όταν ο ασθενής είναι απασχολημένος και επιδεινώνονται όταν προσπαθεί να οδηγήσει ή να διαβάσει. Είναι χαρακτηριστικό ότι 16% των ασθενών με βλεφαρόσπασμο θεωρήθηκε πως υποκρινόταν και κατά μέσο όρο χρειάζονται 4 επισκέψεις σε διαφορετικό ιατρό πριν να τεθεί η διάγνωση του βλεφαρόσπασμου. Είναι σημαντικό γιατί οι ασθενείς αυτοί σε ποσοστό 56% δεν μπορούν να οδηγήσουν, 46% δεν μπορούν να διαβάσουν, 41% δεν μπορούν να δουν τηλεόραση και μόνο 14% δεν έχουν σημαντική αναπηρία.

Ένα ποσοστό 20% μπορεί να αρχίσει με ετερόπλευρη προσβολή αλλά αργότερα θα επηρεαστεί και ο άλλος οφθαλμός σε όλους τους ασθενείς.

Ο ιδιοπαθής βλεφαρόσπασμος είναι μια διαταραχή που διαρκεί σε όλη τη ζωή του ασθενούς. Συνήθως, υπάρχει επιδείνωση των συμπτωμάτων τα πρώτα 5 χρόνια και μετά σταθεροποιούνται. Μπορεί να οδηγήσει σε άγχος και κατάθλιψη.

Αντιμετώπιση του υπερκινητικού προσώπου

Η οφθαλμική μυοκυμία είναι μια αυτοπεριοριζόμενη πάθηση. Ο σπασμός, συνήθως, διαρκεί λίγες μέρες και σπάνια πάνω από μία εβδομάδα. Αν επιμένει μπορεί να χρησιμοποιηθεί αλλαντική τοξίνη (botox ή dysport).

Τα προσωπικά tics αντιμετωπίζονται με καθησυχασμό. Στα περισσότερα παιδιά είναι τρόπος για να τραβήξουν την προσοχή των γονιών τους.

Οι γονείς θα πρέπει να τα αγνοούν κατά το δυνατόν. Αν παραμένει για περισσότερο από μερικούς μήνες θα πρέπει να συζητήσουν το πρόβλημα με τον παιδίατρο καθώς μπορεί να υπάρχει μόνιμο πρόβλημα στην οικογένεια ή στο σχολείο.

Οι ενήλικες με tics ενημερώνονται ότι δεν υπάρχει

σοβαρό πρόβλημα και συνήθως οφείλεται σε αυξημένο άγχος. Δεν συνιστάται η χρήση αλλαντικής τοξίνης για την πάθηση αυτή.

Στον ημιπροσωπικό σπασμό χρειάζεται να αποκλείσουμε την ύπαρξη μάζας ή όγκου που πιέζει το προσωπικό νεύρο. Συνεπώς, σε κάθε νέα διάγνωση ημιπροσωπικού σπασμού χρειάζεται έλεγχος με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Στις περισσότερες περιπτώσεις θα είναι αρνητική και μπορεί να δούμε μια διογκωμένη βασική αρτηρία σε επαφή με το προσωπικό νεύρο στο σημείο εξόδου από το στέλεχος.

Σε υγιείς ασθενείς ηλικίας έως 60 ετών μπορεί να προταθεί αποσυμπίεση του προσωπικού νεύρου με καλά ποσοστά επιτυχίας (έχουν αναφερθεί ως 75%).

Η αλλαντική τοξίνη είναι η θεραπεία εκλογής για τους περισσότερους ασθενείς. Η θεραπεία χρειάζεται επανάληψη κάθε 4-6 μήνες συνήθως. Οι ενέσεις γίνονται στο άνω βλέφαρο ρινικά και κροταφικά, στο κάτω βλέφαρο κροταφικά και συχνά στο μεσόφρυο και στην παρειά, μακριά όμως από τη μύτη. Συνιστάται συχνή χρήση τεχνητών δακρύων αρχικά καθώς η τοξίνη προκαλεί φαινόμενα, όπως ο λαγόφθαλμος.

Ο ιδιοπαθής βλεφαρόσπασμος είναι μια πάθηση που είναι δύσκολο να ελεγχθεί πλήρως.

Πολύ χρήσιμη είναι η εγγραφή σε ένα ίδρυμα που ασχολείται με τον βλεφαρόσπασμο και ενημερώνει συνεχώς για ό,τι νεότερο υπάρχει για τη θεραπεία του, αν και κυρίως απευθύνεται στην αγορά της Β. Αμερικής (www.blepharospasm.org).

Φαρμακευτική αγωγή από το στόμα, όπως βενζοδιαζεπίνες, αντιχολινεργικά και αντιαρρυθμικά, έχουν χρησιμοποιηθεί με μικρά όμως αποτελέσματα και συνήθως ως συμπληρωματικά θεραπειas με αλλαντική τοξίνη ή εγχείρησης.

Η χρήση ειδικών φακών σε γυαλιά που μειώνει τη διέγερση των φωτοϋποδοχέων (FL-41 Lens) φαίνεται να ανακουφίζει από τη φωτοφοβία έως και το 70% των ασθενών.



Ασθενής με ημιπροσωπικό σπασμό.

Η πλειοψηφία των ασθενών θα έχουν σημαντική ανακούφιση με τη χρήση της αλλαντικής τοξίνης (botox ή dysport). Συνήθως, ενίουμε 4 ενέσεις από 3-6 μονάδες botox στον προταρσικό σφινγκτήρα (άνω κροταφικά, άνω ρινικά, κάτω κροταφικά και κάτω κεντρικά). Ενίουμε ακόμη 2 ενέσεις από 4 έως 8 μονάδες στον επισκύνιο και πυραμοειδή μυ. Χρησιμοποιούμε αυξημένης συγκέντρωσης τοξίνη, αποφεύγουμε τις ενέσεις σε μεσοδιαστήματα και ρυθμίζουμε τη δοσολογία ανά ασθενή. Οι ενέσεις γίνονται υποδόρια και το αποτέλεσμα αρχίζει να εμφανίζεται σε λίγες ημέρες. Η δράση του φαρμάκου διαρκεί για 3-4 μήνες περίπου. Τελευταία, περιγράφηκε η χρήση κάποιας βιταμίνης με το όνομα zytaze που φαίνεται να αυξάνει ως και 20% τη διάρκεια δράσης του.

Η αλλαντική τοξίνη χρησιμοποιείται με ασφάλεια τα τελευταία 20 χρόνια. Πρόβλημα από τη χρήση του φαρμάκου είναι η ξηροφθαμία από παράλυση του σφινγκτήρα και μειωμένο βλεφαρισμό που αντιμετωπίζεται με συχνή χρήση τεχνητών δακρύων σε μορφή γέλης τον πρώτο μήνα. Σπανιότερες επιπλοκές είναι η πτώση βλεφάρου και η διπλωπία που υποχωρούν όμως πάντα σε λίγες εβδομάδες.

Μια άλλη επιπλοκή που μπορεί να αναπτύξουν οι ασθενείς με βλεφαρόσπασμο είναι η απραξία των βλεφάρων που μπορεί να μειώσει τη δραστηριότητα των ενέσεων και να χρειαστεί διόρθωση της πτώσης με ανάρτηση στον μετωπιαίο.

Τελευταία, για όσους ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία με αλλαντική τοξίνη έχει αναπτυχθεί μια χειρουργική επέμβαση μυεκτομής που αναπτύχθηκε από τον R.Anderson τη δεκαετία του '80. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης γίνεται αφαίρεση του πυραμοειδούς, του επισκύνιου, του κογκικού σφινγκτήρα και τμήματος του προδιαφραγματικού και προταρσικού σφινγκτήρα από το άνω βλέφαρο. Ακόμη, όμως, και με την επέμβαση ένας στους δύο ασθενείς εξακολουθεί να χρειάζεται ενέσεις αλλαντικής τοξίνης, αν και σε μικρότερη δόση και μεγαλύτερη διάρκεια.

Αναφορά της ΑΑΟ σχετικά με πορίσματα μελέτης για ενέσεις Αντί-VEGF

Λαμβάνοντας υπόψη:

α. τις πολλές και ενδιαφέρουσες συζητήσεις για τα διάφορα πεδία εφαρμογής των αντι-VEGF ουσιών

β. το εξαιρετικό ενδιαφέρον που επιδεικνύουν οι Έλληνες οφθαλμίατροι για τη χρήση τους και τις εύλογες απορίες που ανακύπτουν από τις συγκρίσεις που γίνονται για τα αποτελέσματά τους

γ. τα αποτελέσματα της CATT study όπως μας κοινοποιήθηκαν από την American Academy of Ophthalmology, θεώρησα σκόπιμο να κοινοποιηθεί η ακριβής μετάφραση των οδηγιών της American Academy of Ophthalmology με τη βεβαιότητα ότι θα είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στη λήψη αποφάσεων.

Αποτελέσματα της μελέτης CATT

(Comparison of AMD Treatment Trials)

Πρόκειται για μια μελέτη που συνέκρινε τις ουσίες bevacizumab (Avastin™) και ranibizumab (Lucentis™) για τη θεραπεία της νεοαγγειακής (ή υγρής) ηλικιακής εκφύλισης της ωχράς κηλίδας που κυκλοφόρησε από το National Eye Institute του National Institute of Health και δημοσιεύτηκε στο New England Journal of Medicine. Τα δεδομένα δείχνουν ότι όταν χορηγούνται τα δύο φάρμακα με ανάλογο τρόπο για τη θεραπεία της ηλικιακής εκφύλισης της ωχράς, έχουν ισοδύναμες επιπτώσεις στην οπτική οξύτητα. Στη μελέτη αυτή, και τα δύο προσέφεραν ευεργετικές επιπτώσεις, με 25-34% των προσβεβλη-



Ιωάννης Ε. Αλεξάκης
MD, PhD, FEBO

Χειρουργός Οφθαλμίατρος

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ: giannis.alexakis@hotmail.com

μένων οφθαλμών να βελτιώνονται ουσιαστικά και πάνω από το 90% να αποφεύγουν οποιαδήποτε περαιτέρω απώλεια της όρασης.

Η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς είναι η κύρια αιτία τύφλωσης στις ΗΠΑ και επηρεάζει περισσότερους από 2 εκατομμύρια Αμερικανούς ηλικίας 50 ετών και άνω. Με τη γήρανση του πληθυσμού της γενιάς των baby boomers, η επίπτωση της ασθένειας αναμένεται να διπλασιαστεί μέχρι το 2020.

«Επικροτούμε την ηγετική ομάδα της μελέτης, ιδιαίτερα τον Dan Martin, MD, της Cleveland Clinic, για τον σχεδιασμό και τη διεξαγωγή της με άψογο τρόπο. Πρόκειται για μια πολύ σύνθετη κλινική έρευνα», σημείωσε ο William Rich, MD, διευθυντής της πολιτικής για την υγεία της Αμερικανικής Ακαδημίας Οφθαλμολογίας. «Η Ακαδημία είναι περήφανη που έχει συνεργαστεί στενά με τον Dr Martin και την ομάδα του, το National Eye Institute και τα Κέντρα Υπηρεσιών Medi-

care και Medicaid (CMS) για να τεθούν τα θεμέλια για τη μελέτη CATT και για περαιτέρω συγκριτική έρευνα της αποτελεσματικότητάς της».

Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τη μελέτη θα βοηθήσουν τελικά τους οφθαλμιάτρους να παράσχουν την πλέον κατάλληλη και αποτελεσματική επιλογή θεραπείας για τους ασθενείς τους με ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς. Ωστόσο, είναι σημαντικό για τους οφθαλμιάτρους και τους ασθενείς να κατανοήσουν πλήρως τα πιθανά οφέλη και τους κινδύνους που συνδέονται με κάθε μία από αυτές τις θεραπείες ξεχωριστά, ενώ ως μεμονωμένα αποτελέσματα μπορεί να διαφέρουν.

«Τα πρώτα αποτελέσματα της μελέτης CATT επιβεβαιώνουν τη θέση της Αμερικανικής Ακαδημίας Οφθαλμολογίας ότι τόσο το Lucentis, όσο και το Avastin θα πρέπει να διατίθενται για τη θεραπεία της ηλικιακής εκφύλισης της ωχράς», δήλωσε ο David W Parke II, MD, Διευθύνων Σύμβουλος της Ακαδημίας. «Η οφθαλμολογική κοινότητα έχει την τύχη να έχει αυτά τα δύο άκρως αποτελεσματικά φάρμακα για την αντιμετώπιση αυτής της καταστροφικής κατάστασης. Το θεραπευτικό σχέδιο θα πρέπει να επιλέγεται από τον οφθαλμίατρο και τον ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη μια σειρά πολύπλοκων παραγόντων. Αυτή η σημαντική μελέτη παρέχει καθοριστικές πληροφορίες, οι οποίες ενδυναμώνουν περαιτέρω τους οφθαλμιάτρους να κάνουν επιλογές βασισμένες σε αποδείξεις και να επιλέγουν τη θεραπεία που παρέχει τα καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς τους».

Πλημμελής άσκηση της Ιατρικής στη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των παθήσεων του οφθαλμού

A. Εισαγωγή

*«Όρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι,
καὶ μὴ ξυγχέοντι,
εἶη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης
δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον.
παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιποροκῶντι, τάναντία τουτέων»*

*(«Αν τηρώ τον όρκο αυτό
και δεν τον παραβώ,
ας χαιρώ πάντοτε υπολήψεως ανάμεσα στους ανθρώπους
για τη ζωή και για την τέχνη μου.
Αν όμως τον παραβώ και επιπορκήσω, ας πάθω τα αντίθετα.»)*

Η εποχή στην οποία η μη τήρηση από τον ιατρό των επιταγών που τάσσονταν από τον Όρκο του Ιπποκράτη είχε μόνο κοινωνικής φύσης συνέπειες για τον ιατρό, επιφέροντας την απώλεια της υπόληψης και της αναγνώρισης που έχαιρε μεταξύ των συμπολιτών του, μοιάζει πολύ μακρινή στη σημερινή πραγματικότητα, όπου η σωρεία μηνύσεων και αγωγών που κατατίθενται στα ελληνικά δικαστήρια σε βάρος των ιατρών καταδεικνύει ότι η πλημμελής άσκηση της ιατρικής είναι σήμερα όχι μόνο κοινωνικά, αλλά, πρωτίστως, νομικά επιλήψιμη.

Αυτή τη σύγχρονη τάση της ολοένα αυξανόμενης αναζήτησης ευθυνών σε βάρος των ιατρών από τους ασθενείς ή και τους συγγενείς τους πλήττει, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, τους ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, μεταξύ των οποίων και τους οφθαλμιάτρους.

Στις γραμμές που ακολουθούν θα επιχειρηθεί μια συνοπτική παρουσίαση των όρων της κατάφασης της ιατρικής ευθύνης και των κυρώσεων που αυτή συνεπάγεται, με ειδικότερο προσανατολισμό στον τομέα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης των παθήσεων του οφθαλμού.



Δημήτριος Βούτσιος
Δικηγόρος, Ειδικός επί θεμάτων ιατρικής
αμέλειας, Νομικός Σύμβουλος στην
Ελλάδα της MDU Services Ltd

Φλώρα Καρακαϊδού
Δικηγόρος, ΠΜΣ Ιδιωτικού Δικαίου
επικοινωνία:
lvapl@otenet.gr, lvalaw@lvalaw.gr

B. Η ιδιαίτερη φύση και οι όροι της ιατρικής ευθύνης

Η πλημμελής άσκηση της ιατρικής στη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των παθήσεων του οφθαλμού δεν αποτελεί, από πλευράς έννομων συνεπειών και κριτηρίων του νόμου για την κατάφαση ευθύνης, μια ιδιαίτεροτητα, αλλά αντιμετωπίζεται στο πλαίσιο της εν γένει πλημμελούς άσκησης της ιατρικής σε οποιοδήποτε επίπεδο και ειδικότητα.

Βασική αρχή για την κατανόηση της ιατρικής ευθύνης είναι η συνειδητοποίηση της φύσης των καθηκόντων του ιατρού κατά την άσκηση του ιατρικού του επαγγέλματος, προκειμένου, ακολούθως, να γίνει αντιληπτή η έννοια της πλημμελίας κατά την άσκηση της ιατρικής, ως μιας συμπεριφοράς αποκλίνουσας από το πλαίσιο των έννομων υποχρεώσεων του ιατρού.

Σχετικό είναι το παλαιό αλλά κεφαλαιώδες άρθρο 24

του Αναγκαστικού Νόμου 1565/1939 «περί κώδικος ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος», το οποίο προβλέπει ότι «ο ιατρός οφείλει να παρέχει μετά ζήλου, ευσυνειδησίας και αφοσιώσεως την ιατρικήν αυτού συνδρομή συμφώνως προς τας θεμελιώδεις αρχάς της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσης πείρας, τηρών τας ισχύουσας διατάξεις περί διαφυλάξεως των ασθενών και προστασίας των υγείων».

Μέσω της διάταξης αυτής, ιδρύεται ο σύνδεσμος ανάμεσα στους νομικούς κανόνες συμπεριφοράς και στους (μη νομικούς) κανόνες της ιατρικής επιστήμης, έτσι ώστε να καθίσταται η μη τήρηση των δεύτερων αυτών κανόνων (των ιατρικών), εκτιμώμενη καθαυτή, δηλ. ανεξάρτητα από το αποτέλεσμά της, παράνομη.

Από τα ανωτέρω, γίνεται κατανοητό ότι το νομικό καθήκον του ιατρού αφορά στην επίδειξη από αυτόν μιας ορισμένης συμπεριφοράς, και ειδικότερα, μιας συμπεριφοράς σύμφωνης με «τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσης πείρας», και δεν εκτείνεται στην επίτευξη ορισμένου αποτελέσματος, δηλ. στην τελική ίαση του ασθενούς από κάποια πάθηση. Και αυτό είναι εύλογο, διότι η τελική επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την επέμβαση του θεράποντος ιατρού, αλλά και από την ιδιαιτερότητα της ίδιας της καταπολεμούμενης πάθησης ή του οργανισμού του πάσχοντος, δηλ. από παράγοντες που εκφεύγουν από τον έλεγχο του ιατρού και επομένως, θα ήταν ανεπιεικές γι' αυτόν να επωμίζεται ευθύνη για ένα αποτέλεσμα στο οποίο δεν συνετέλεσε ή το οποίο δεν θα μπορούσε εκ των πραγμάτων να προβλέψει και να αποτρέψει.

Η κυριότερη, παραδοσιακά, κατηγορία περιπτώσεων θεμελίωσης ιατρικής ευθύνης πηγάζει από την πλημμελή διάγνωση και θεραπεία των διάφορων παθήσεων. Στις περιπτώσεις αυτές, οι προϋποθέσεις του νόμου για την κατάφαση της ευθύνης του ιατρού, μπορούν να συ-

νοφιστούν στα εξής βασικά στοιχεία:

- Συμπεριφορά του ιατρού αντιβαίνουσα στους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης στην οικεία ειδικότητα (εξωτερική πλημμέλεια ή non lege artis συμπεριφορά).
- Αμελής συμπεριφορά, δηλ. συμπεριφορά που υπολείπεται από το επίπεδο του λεγόμενου «μέσου συνετού» ιατρού της οικείας ειδικότητας (υπατιότητα).
- Πρόκληση ζημίας (σωματική βλάβη ή θάνατος του ασθενούς).
- Απώδης συνάφεια μεταξύ της εξωτερικά αμελούς συμπεριφοράς του ιατρού και της σωματικής βλάβης ή του θανάτου του ασθενούς.

Πέρα, όμως, από την παραπάνω βασική και κλασική κατηγορία περιπτώσεων ιατρικής ευθύνης, τα τελευταία χρόνια, αναπτύσσονται και άλλες πηγές ιατρικής ευθύνης, όπως π.χ. η ανύπαρκτη ή ατελής ενημέρωση του ασθενούς για τους πιθανούς κινδύνους μιας επέμβασης, ή θεραπείας και η παραβίαση του ιατρικού απορρήτου.

Η πρώτη βάση ευθύνης, θεμελιούμενη στην έλλειψη πλήρους, ειδικής και εμπειριστατωμένης ενημέρωσης του ασθενούς σχετικά με τα ιατρικά δεδομένα της πάθησής του και της προτεινόμενης αντιμετώπισής της, θέτει ζητήματα έλλειψης έγκυρης (δηλ. ενημερωμένης) συναίνεσης του ασθενούς για την υποβολή του σε μια επέμβαση ή θεραπεία, και άρα προσβολής από τον ιατρό του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του ασθενούς και λήψης αποφάσεων που αφορούν στο πρόσωπό του.

Η δεύτερη βάση ευθύνης προσβάλλει την ιδιωτική σφαίρα του απορρήτου του ασθενούς, η οποία είναι, ομοίως, συνυφασμένη με το δικαίωμά του στην προσωπικότητα και την αντίστοιχη υποχρέωση των τρίτων για σεβασμό της.

Γ. Βάσεις ιατρικής ευθύνης σχετικά με τις παθήσεις του οφθαλμού

Επιχειρώντας μια σχηματοποίηση των θεμελιώσεων της ευθύνης από την άσκηση της ιατρικής επί παθήσεων του οφθαλμού, θα μπορούσαμε να ξεχωρίσουμε τις εξής κατηγορίες:

1. Διαγνωστικά ιατρικά σφάλματα

Αυτή η κατηγορία περιπτώσεων αφορά περιστατικά κατά τα οποία ο οφθαλμίατρος αποτυγχάνει να διαγνώσει μέσω των υπαρχόντων διαγνωστικών μέσων (οφθαλμολογική εξέταση, εξειδικευμένος εργαστηριακός έλεγχος κ.λπ.) κάποια υφιστάμενη πάθηση στον οφθαλμό του ασθενούς, με αποτέλεσμα αυτή να μείνει χωρίς ή με καθυστερημένη θεραπεία και, στη συνέχεια, να προκληθεί μερική ή ολική απώλεια της όρασης του ασθενούς.

Εναλλακτικά, μπορεί να υπάρξει εσφαλμένη διάγνωση

μιας οφθαλμολογικής πάθησης, ή των παραγόντων κινδύνου μιας θεραπευτικής μεθόδου, με αποτέλεσμα να υποβληθεί τελικά ο ασθενής σε εσφαλμένη θεραπεία/επέμβαση. Εδώ, για να θεμελιωθεί ευθύνη του ιατρού, θα πρέπει να αποδεικνύεται ότι η εν λόγω πάθηση ήταν πράγματι διαγνώσιμη με βάση τις πραγματοποιηθείσες στον ασθενή εξετάσεις, και παρά ταύτα από αμέλεια και έλλειψη προσοχής δεν διαπιστώθηκε ή ότι μια εξέταση δεν πραγματοποιήθηκε με ορθό επιστημονικά τρόπο, με συνέπεια να μην δώσει ακριβή αποτελέσματα ή, τέλος, ότι από αμέλεια ή εσφαλμένη επιστημονικά κρίση παραλείφθηκε μια επιβεβλημένη διαγνωστική εξέταση, η οποία εάν διεξαγόταν, θα είχε οδηγήσει σε σωστή διάγνωση.

Εάν, αντίθετα, ο ιατρός πραγματοποίησε όλες τις ενδεδειγμένες, με βάση τις εμφανείς ιατρικές ενδείξεις, διαγνωστικές εξετάσεις, εκτελώντας αυτές κατά τρόπο επιστημονικά άρτιο (lege artis), και γνωματεύοντάς τις με πλήρη επιμέλεια και προσοχή, τότε αυτός δεν θα πρέπει να κριθεί υπεύθυνος για πλημμελή άσκηση της ιατρικής.

2. Σφάλματα περί την επιλογή της μεθόδου θεραπείας – Ζητήματα ενημέρωσης

Συναφής με την περίπτωση του διαγνωστικού σφάλματος είναι και η περίπτωση του σφάλματος ως προς την επιλογή της ενδεδειγμένης για την πάθηση του ασθενούς θεραπείας.

Παράδειγμα από τον χώρο του Ποινικού Δικαίου είναι η προ 13 ετών απαγγελία κατηγορίας σε βάρος διευθυντού Πανεπιστημιακής Οφθαλμολογικής Κλινικής, ο οποίος, παρά το γεγονός ότι διέγινωε μετά από διενέργεια αξονικής τομογραφίας και υπερηχογραφίας του βολβού του δεξιού οφθαλμού ασθενούς την ύπαρξη ενδοβολβικού όγκου (αποκόλληση χοριοειδούς-μελάνωμα), και ενώ όφειλε, σύμφωνα με τον επιληφθέντα Εισαγγελέα Εφετών, να ενημερώσει τους οικείους της ασθενούς για τη σοβαρότητα της πάθησής της, να την υποβάλει στην κατάλληλη θεραπευτική αγωγή (ακτινοβολίες-χειρουργική εξόρυξη του οφθαλμού) και να τη νοσηλεύσει στην κλινική για περαιτέρω παρακολούθηση, εντούτοις, ο ιατρός καθυστάσε τους οικείους της λέγοντάς τους ότι απλά ο δεξιός οφθαλμός έχει υψηλή πίεση και ότι με τον χρόνο θα βελτιωθεί και έδωσε στην ασθενή εξιτήριο.

Αποτέλεσμα της πολύ σοβαρής αυτής αμέλειας του ιατρού, η οποία επαναλήφθηκε και σε δύο μεταγενέστερες επισκέψεις της στον ίδιο ιατρό, ήταν τελικά η 56χρονη ασθενής να αποβιώσει 2,5 χρόνια αργότερα λόγω μεταστάσεων του καρκίνου του δεξιού οφθαλμού σε άλλα ζωτικά όργανα.

Πέρα, όμως, από την πρόκληση σωματικής βλάβης –ή θανάτου όπως στην παραπάνω περίπτωση– ως προσβολή του δικαιώματος του ασθενούς στην υγεία και τη σωμα-

τική ακεραιότητα, ολοένα και μεγαλύτερη έμφαση δίνεται τα τελευταία χρόνια από τη νομολογία στην προφύλαξη του δικαιώματος ενημέρωσης του ασθενούς αυτού καθαυτού, ως έκφραση του σεβασμού στην αυτονομία του απόμου και ως αντίβαρο στη γνωστική μειονεξία του ασθενούς έναντι του ιατρού. Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) επιτάσσει στον ιατρό το καθήκον αλήθειας έναντι του ασθενούς του, ορίζοντας ότι ο ιατρός «οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για:

- την πραγματική κατάσταση της υγείας του,
- το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης,
- τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της,
- τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για
- τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης,

έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων».

Η πλήρης και κατανοητή ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με όλα τα παραπάνω στοιχεία και η λήψη της ενημερωμένης συγκατάθεσής του είναι προϋπόθεση για την ορθότητα της επιλεγόμενης για την πάθηση του ασθενούς θεραπείας.

Ετσι, για παράδειγμα, μια ορισμένη διαθλαστική επέμβαση δεν αρκεί να είναι μόνο η ενδεδειγμένη ιατρικώς για την περίπτωση του ασθενούς, αλλά θα πρέπει επιπρόσθετα να επιλέγεται ενσυνειδήτως από τον ασθενή έναντι τυχόν άλλων θεραπευτικών μεθόδων (ακόμη και της ίδιας της επιλογής για αποχή από τη θεραπεία), με επίγνωση των αναμενόμενων αποτελεσμάτων της, των πιθανών επιπλοκών της και του προβλεπόμενου χρόνου αποκατάστασης.

Όλα αυτά πρέπει να γίνονται γνωστά στον ασθενή εκ των προτέρων, γιατί σε περίπτωση επέλευσης μιας επιπλοκής χωρίς ευθύνη του ιατρού ή μιας άγνωστης στον ασθενή αναγκαίας επίπτωσης της θεραπείας, είναι πολύ πιθανόν ο δυσαρεστημένος ασθενής να επιρρίψει ευθύνη στον ιατρό, παρόλο που ο τελευταίος δεν ευθύνεται για αυτή καθαυτή την εμφάνιση της επιπλοκής, ισχυριζόμενος ότι εάν γνώριζε την πιθανότητα επέλευσής της, τότε ουδέποτε θα είχε συγκατατεθεί στην υποβολή του στην επιλεγείσα θεραπεία ή θα είχε επιλέξει μια άλλη μέθοδο. Και το πρόβλημα δεν είναι μόνο θεωρητικό, αλλά απαντάται ολοένα και περισσότερο στη δικαστηριακή πράξη, όπου προοδευτικά πληθαίνουν οι αγωγές κατά ιατρών που έχουν ως κύρια ή επικουρική βάση τους την προσβολή του δικαιώματος ενημέρωσης του ασθενούς ως έκφραση του δικαιώματος περί την προσωπικότητα του ασθενούς.

Συνέχεια στο επόμενο τεύχος

Δείπνα και Συμπόσια των αρχαίων Ελλήνων

Στα επόμενα τεύχη θα παραθέσω μερικές άτακτες λεπτομέρειες που συνέλεξα από διάφορες πηγές* και αφορούν τον τρόπο που με τον οποίο έτρωγαν και έπιναν οι αρχαίοι Έλληνες στα περιώνυμα πια δείπνα και συμπόσια τους.

Κατά τη διάρκεια της ημέρας οι αρχαίοι Έλληνες έτρωγαν τρεις φορές:

Το ακράτισμα ήταν το πρωινό και περιελάμβανε ψωμί βουτηγμένο σε άκρατο οίνο (είχε θέση του σημερινού καφέ ο οποίος πληροφοριακά εισήλθε στην Ευρώπη από την Αβυσσινία περίπου τον 12ο αιώνα μ.Χ. Το πρώτο καφενείο ιδρύθηκε στην Κωνσταντινούπολη το 1559).

Το άριστον ήταν το γεύμα περίπου στο μέσον της ημέρας μετά τη λήξη των δικαστικών συνεδριάσεων.

Το δείπνον κατά την έναρξη της νύκτας, ήταν το σημαντικότερο σπάνια όμως ήταν μόνο οικογενειακό.

Κατηγορίες δείπνων και ονοματολογία

Οικογενειακά δείπνα: Σε αυτά η γυναίκα και τα παιδιά έτρωγαν στο σπίτι τους και σπάνια δειπνούσε μαζί τους και ο σύζυγος ο οποίος προτιμούσε τα δείπνα έξω από αυτό.

Ερανικά, φιλικά δείπνα: Η επιθυμία των αρχαίων για την κοινή εστίαση έγινε ανάγκη για τη δημιουργία συνεταιρισμών, συνδέσμων και αδελφοτήτων οι οποίες οργάνωναν δείπνα. Σε αυτά συμμετείχαν άγαμοι (στην πλειοψηφία) αλλά και έγγαμοι πολίτες.

Ερανισταί: Τα μέλη των διάφορων ενώσεων.

Ερανος ή εισφορά: Η συνδρομή των μελών που πολλές φορές ήταν μηνιαία.

Ερανάρχης: Ο πρόεδρος των συνδέσμων.

Ο αριθμός των συνδειπνούντων δεν επιτρεπόταν κατά το αττικό δίκαιο να υπερβαίνει τους τριάντα. Ο Σόλων με ειδικό νόμο ρύθμισε τον τρόπο των δημοσίων τρεφόμενων την παρασπίαν όπως αυτός την ονόμασε. Με τον νόμο αυτό δεν επιτρεπόταν ο ίδιος πολίτης να τρώγει συνεχώς (οι σύνδειπνοι έβγαιναν με κληρο) στα δημόσια δείπνα αλλά τιμωρούνταν και αυτός που είχε κληρωθεί αλλά δεν έπαιρνε μέρος. Η ποινή για την πρώτη περίπτωση ήταν ποινή «κατά της πλεονεξίας» και για τη δεύτερη «κατά της περιφρονησεως των νομοθετημένων».



Πέτρος Ράσογλου

Χειρουργός Οφθαλμίατρος

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ:

raspe@otenet.gr, petros@rasoglou.gr

Παράσιτοι: Αυτοί που καλούσαν στη σίτηση (αργότερα η λέξη έχασε αυτό το νόημα και χρησιμοποιείτο για να δηλώσει τους άκλητους βωμολόχους ή γελωτοποιούς που χωρίς πρόσκληση έπαιρναν μέρος στα δείπνα).

Κλητοί και άκλητοι: Οι προσκλήσεις για συμμετοχή στα δείπνα γίνονταν στην αγορά, συνήθως πρόχειρα, αλλά πολλές φορές προ ημερών. Αλλά οι κλητοί είχαν σύμφωνα με το έθιμο το δικαίωμα να καλούν και άλλους φίλους που ονομάζονταν άκλητοι.

Δείπνον από συμβολών: Το δείπνο κατά το οποίο οι συνδαιτημένες πλήρωναν σε χρήμα τη συμβολή τους.

Δείπνο από σπυρίδων: Το δείπνο κατά το οποίο οι σύνδειπνοι έφερναν μέσα σε σπυρίδες (καλάθια) τα διάφορα τρόφιμα (Εικόνα 1).

Δημοτικά δείπνα: Την εποχή του Περικλή προσφέ-



Δούλος μεταφέρων τὰ τρόφιμα εἰς τὸν οἶκον
ἐνθα παρετίθειτο δείπνον.

Εικόνα 1.



Εικόνα 2. Διακρίνεται ο δούλος που βγάζει τα σανδάλια.



Εικόνα 3.

ρονταν όπως λέγει και ο Αθήναιος δημόσια δείπνα από τα περισσεύματα του ταμείου των θεατρικών.

Δημόσια εστιατόρια: Σε όλες τις ελληνικές πόλεις υπήρχαν στοές που αποκλειστικά χρησιμοποιούνταν για τα κοινά δείπνα.

Πρυτανείο, αείστοι: Οι Πρυτάνεις στην Αθήνα ήταν υποχρεωμένοι να συνδειπνούν στο Πρυτανείο (κάτω από την Ακρόπολη βορείως κατά την αγορά) δημοσία δαπάνη, με τους αείστους, τους δημόσιους υπηρέτες της βουλής και του δήμου. Στο Πρυτανείο ελάμβαναν χώρα και επίσημα δείπνα με τους ξένους πρέσβεις.

Συσσίτια Λακεδαιμονίων: Είναι παγκοσμίως γνωστά αυτά τα συσσίτια, που ήταν λείψανα των ομηρικών δαιτών και νομοθετήθηκαν από τον Λυκούργο. Αρχικά λέγονταν ανδρεία ενώ αργότερα επικράτησε η ονομασία φιδιπία ή φιλιπία από τη φιλική σχέση των ανδρών. Ανά δεκαπέντε άντρες αποτελούσαν το συσσίτιο, τα παιδιά έτρωγαν σε άλλα τραπέζια και οι γυναίκες στο σπίτι. Στα

συσσίτια αυτά στα οποία έπαιρναν μέρος και οι βασιλείς, προσφέρονταν πρωτίτως ο μέλας ζωμός ενώ διά του νόμου απαγορεύονταν η μέθη.

Διαδικασία δείπνου – Τράπεζαι – Σκεύη

Συνήθως οι σύνδειπνοι μετά την ατομική τους προετοιμία πήγαιναν με τα πόδια και πάντα στην ώρα τους στο προκαθορισμένο σημείο του δείπνου το οποίο άρχιζε χωρίς να περιμένει τους αργοπορημένους. Με την άφιξή τους οι δούλοι έβγαζαν τα σανδάλια και έπλεναν τα πόδια με αρωματικά βότανα. Οι σύνδειπνοι έπλεναν κατόπιν τα χέρια τους και έμπαιναν στον χώρο του δείπνου (Εικόνα 2).

Ταξίαρχος δείπνου: Ονομάζονταν κάποιος από τους δούλους που ο κύριος του τον όριζε να διευθετεί τους καλεσμένους. Η πιο τιμητική θέση ήταν δεξιά του οικοδεσπότη, η προνομή, ενώ η πιο απομακρυσμένη λεγόταν άτιμος κλισία.

Γραμματείδιον: Ο οικοδεσπότης έδινε στους προσερχόμενους κατάλογο των φαγητών, το γραμματείδιο, ενώ άλλες φορές το είχε κοντά του και εξηγούσε το είδος του φαγητού και τον τρόπο παρασκευής.

Επ' αγκώνος δείπνιν: Στην ομηρική εποχή οι σύνδειπνοι έτρωγαν καθιστοί. Λίγο πριν από τους μηδικούς πολέμους εισήχθη το έθιμο να τρώνουν ξαπλωμένοι σε κρεβάτια στηριζόμενοι στον αγκώνα. Ο ίδιος τρόπος επεβλήθη σε λίγο και στους Λακεδαιμόνιους. Ο τρόπος της κατάκλισης φαίνεται παραστατικά στην παρακάτω εικόνα από κρατήρα που βρίσκεται στο Λούβρο (Εικόνα 3).

Καθένας από τους σύνδειπνους είχε το δικό του κρεβάτι και μπροστά του το δικό του τραπέζι. Οχι σπάνια σε κάθε κρεβάτι βρίσκονταν δύο καλεσμένοι που τότε λέγονταν ομοτράπεζοι.

Μύστρον: Ονομαζόταν το κουτάλι για τον ζωμό ενώ προφανώς είναι γνωστό ότι παντού μέχρι τον 14ο αιώνα μ.Χ. ήταν άγνωστα τα πιρούνια. Οι αρχαίοι έτρωγαν με τα χέρια.

Δακτυλήθρες: Για τους λαίμαργους που δεν μπορούσαν να περιμένουν να κρυώσουν τα φαγητά είχαν επινοηθεί οι δακτυλήθρες με τη βοήθεια των οποίων έτρωγαν τα ζεστά φαγητά.

Τράπεζαι: Αντίθετα με ότι συμβαίνει στην εποχή μας, όπου υπάρχει ένα μικρό ή μεγάλο τραπέζι σε άλλοτε άλλο σχηματισμό Π ή Τ ή Γ στην αρχαιότητα, κατά τη διάρκεια του δείπνου, εξαιτίας της θέσης αλλά και για λόγους καθαριότητας άλλαξαν συχνά τραπέζια διότι σε αυτά προσφέρονταν σε μερίδες τα φαγώσιμα.

Ψυχραί Τράπεζαι: Μετά το μοίρασμα του ψωμιού από κανών (καλαθιών) στους συνδειπνους μεταφέρονταν μπροστά από κάθε κρεβάτι οι ψυχραί τράπεζαι πάνω στις οποίες τοποθετούνταν τα λιχνεύματα και το πρόπομα.

Λιχνεύματα: Τα φαγώσιμα που άνοιγαν την όρεξη, όπως όστρακα, ωμά λαχανικά κ.ά.

Πρόπομα: Το γλυκό ποτό που έπιναν στην αρχή του δείπνου. Οι αρχαίοι δεν έπιναν νερό πριν από το φαγητό.

Πρώται Τράπεζαι: Μετά την απομάκρυνση των ψυχρών οι δούλοι τοποθετούσαν τις λεγόμενες πρώτες τράπεζες. Σε αυτές υπήρχαν λαχανικά, καρποί, κρέατα από αρνιά και κατσίκια, κοτόπουλα και κυνήγια.

Οι αρχαίοι κατά τη διάρκεια του δείπνου έπιναν ελάχιστο ή καθόλου κρασί.

Οι ψυχρές και οι πρώτες τράπεζες αποτελούσαν το κυρίως δείπνο.

Μετά το τέλος του δείπνου οι σύνδειπνοι έπλεναν τα χέρια τους, όπως και στην αρχή του δείπνου και ακολουθούσαν πριν από το συμποσίο που θα ακολουθούσε προχωρούσαν στη συμποτική στεφανηφορία. Το έθιμο αυτό των συμποτικών στεφάνων είχε τις ρίζες του στους Ιωνες, αλλά υπήρχε και λόγος υγείας γιατί πίστευαν ότι ορισμένα άνθη και φύλλα προφύλαγαν από τον πονοκέφαλο της οινοποσίας.

* Τις περισσότερες πληροφορίες και τις φωτογραφίες άντλησα από το βιβλίο του Γ. Φιλάρτου «Δείπνα και Συμόσια των αρχαίων Ελλήνων», εκδόσεις Κωνσταντινίδου 1009.

Δύσεις στο Θερμαϊκό

Η παραλία της Θεσσαλονίκης και τα ανεπανάληπτα δειλινά της χαρακτήκαν με τρόπο ανεξήγητο στην ψυχή μου από τα εφηβικά μου χρόνια ακόμη. Από τότε η παραλία την ώρα του δειλινού υπήρξε το καταφύγιό μου. Εκεί βρισκόμουν, όταν ο ήλιος έφτανε στο γέρμα του, για να μοιραστώ την ομορφιά με αγαπημένα μου πρόσωπα και πάλι εκεί κατέφευγα σε δύσκολες στιγμές για να πάρω δύναμη από τη λάμψη, αισιοδοξία από τα χρώματα. Στην παραλία της Θεσσαλονίκης την ώρα της δύσης γέμιζα θαυμασμό και δέος μπροστά σε ένα άγριο και απειλητικό, πολλές φορές δειλινό, αλλά και ανάταση ψυχής, όταν ο ήλιος πυρπολούσε τη θάλασσα και σκορπούσε παντού, σπάταλα φως και χρώματα.

Και τώρα έπειτα, από τόσα χρόνια, πάλι κοντά της τρέχω την ώρα της δύσης, σε μια προσπάθεια διαφυγής από το ταιμέντο που έκανε την πόλη αγνώριστη, σε μια προσπάθεια να αντάρξω στην επέλαση της βαρβαρότητας και την επικράτηση της αυθαιρεσίας των τελευταίων δεκαετιών, τη θεική ατμόσφαιρα του Θερμαϊκού.

Γιατί, κι αν όλα άλλαξαν στην πόλη, μένει η ίδια θάλασσα, ο ίδιος ορίζοντας του Θερμαϊκού, στοιχεία που διασώζουν την ομορφιά της. Θάλασσα και πόλη, Θερμαϊκός και Θεσσαλονίκη, δεμένα ακατάλυτα σε μια σχέση αρμονική, πορεύονται αιώνες τώρα συνδυάζοντας πολυισμό έκφρασης και καθημερινότητας. Κι αν σήμερα η πόλη μας πληγώνει,



Παναγιώτης Οικονομίδης

Χειρουργός Οφθαλμίατρος

Καθηγητής Οφθαλμολογίας ΑΠΘ

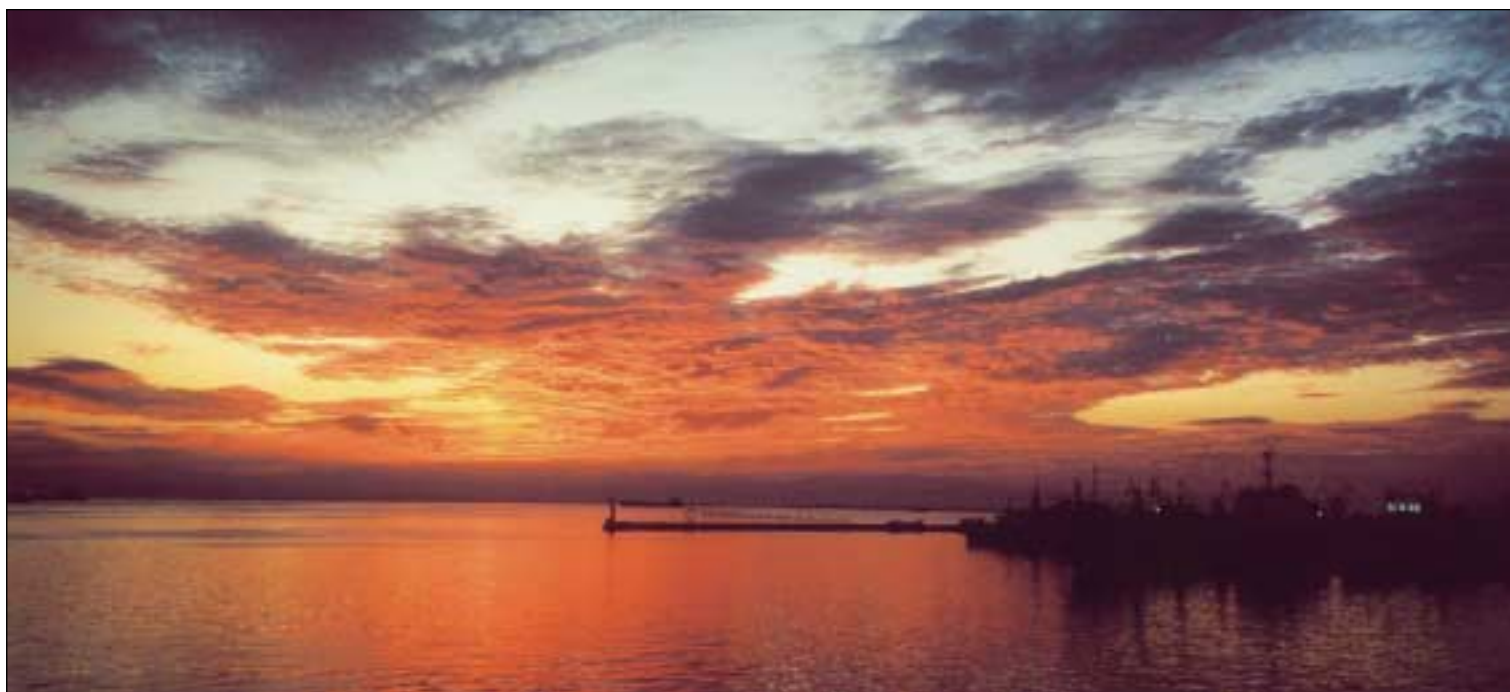
επικοινωνία: panomile@otenet.gr

ο Θερμαϊκός μας αποζημιώνει με τις φυσικές ομορφιές του και τις μαγευτικές δύσεις του.

Αυτή την ομορφιά αναζήτησα χρόνια τώρα περιπλανώμενος με τη φωτογραφική μου μηχανή από την Αρετσού ως το Καλοχώρι. Χωρίς σπουδές στη φωτογραφία, με μόνο εφόδιο το συναίσθημα και τη συγκίνηση που προκαλούν το ελληνικό τοπίο και οι άνθρωποι, προσπάθησα να απαθανάτισω την πιο δυναμική ώρα της Θεσσαλονίκης, αλλά και στιγμές ανθρώπινες στο δειλινό: μοναχικούς περιπατητές, ρομαντικά ζευγαράκια, φίλους να μιλούν μόνο με τα μάτια στενίζοντας τον ορίζοντα, άλλους να ταξιδεύουν σε χώρες μαγικές ακολουθώντας την τροχιά του ήλιου, μετανάστες να παίρνουν νοερά το πλοίο της γραμμής για την πατρίδα τους... Πολλές ενέδρες έστησα χρόνια τώρα, απογεύματα και σούρουπα, για να αιχμαλωτίσω τις ώρες εκείνες τις μαγικές.

Μέσα από τις φωτογραφίες μου αυτές προσπάθησα να ταξιδέψω στο όνειρο, να μοιραστώ με τον κόσμο γύρω μου τις προσωπικές τους στιγμές, να εκφράσω με το δικό μου τρόπο την αγάπη μου για τους ανθρώπους και τη ζωή.

Από το Φωτογραφικό Λεύκωμα του Παναγιώτη Οικονομίδη
Δύσεις στο Θερμαϊκό, Εκδόσεις University Press







Αλλαγή του νόμου περί μεταμοσχεύσεων

Την Πέμπτη 16 Ιουνίου 2011 ψηφίστηκε από την Ολομέλεια της Βουλής και δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ 150 - 27.06.2011) στις 28 Ιουνίου 2011 το Νομοσχέδιο «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις», στο οποίο αναφέρεται, μεταξύ άλλων, στο άρθρο 57:

Άρθρο 57

Μονάδες Εφαρμογής Ιστών και Κυττάρων

1. Η εφαρμογή των ιστών και κυττάρων με την έννοια του άρθρου 3 περίπτωση 12 του π.δ. 26/2008, πραγματοποιείται σε Μονάδες Εφαρμογής Ιστών και Κυττάρων. Εξαιρούνται τα αναπαραγωγικά κύτταρα για τα οποία ισχύουν τα προβλεπόμενα στο ν. 3305/2005 και **οι επεμβάσεις κερατοπλαστικής που πραγματοποιούνται και σε μονάδες υγείας ν.π.ι.δ., που πληρούν τις προδιαγραφές για την εκτέλεση μικροχειρουργικών οφθαλμολογικών επεμβάσεων.**

Χάρη στις συντονισμένες προσπάθειες της **Ελληνικής Εταιρείας Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής**, το από πολλών ετών αίτημά μας για την απεμπλοκή της διενέργειας των επεμβάσεων κερατοπλαστικής μόνο σε νοσηλευτικά ιδρύματα ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, βρήκε ανταπόκριση από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ψηφίστηκε ως νόμος του κράτους.

Επιχορήγηση για ειδικευόμενους οφθαλμιάτρους XXIX ESCRS Congress Βιέννη (17-21/9/2011)

Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Καταρράκτη και Διαθλαστικής Χειρουργικής (European Society of Cataract and Refractive Surgeons) παρέχει για άλλη μια χρονιά δωρεάν εγγραφή και επιχορηγεί με 1.000 Ευρώ (έξοδα ταξιδιού) έναν νέο ειδικευόμενο οφθαλμίατρο από την Ελλάδα, τον οποίο επέλεξε η ΕΕΕΦΔΧ, προκειμένου να παρακολουθήσει το ετήσιο συνέδριό της που θα διεξαχθεί στη Βιέννη από τις 17 έως τις 21 Σεπτεμβρίου 2011. Μετά από μελέτη των αιτήσεων των υποψήφιων ειδικευόμενων οφθαλμιάτρων, το ΔΣ της Ελληνικής Εταιρείας Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής πρότεινε την κυρία Αλεξάνδρα Καραβιτάκη για την επιχορήγηση της ESCRS.



(European Registry of Quality Outcomes for Cataract & Refractive Surgery)

Βελτιώστε τα χειρουργικά σας αποτελέσματα καταγράφοντας τα δεδομένα σας και πιστοποιηθείτε συμμετέχοντας στη μεγαλύτερη ευρωπαϊκή έρευνα για τον καταρράκτη και τη διαθλαστική χειρουργική!

ΟΙ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΙ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΟΛΗ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΕΧΟΥΝ ΗΔΗ ΞΕΚΙΝΗΣΕΙ! ΕΣΕΙΣ;

Το European Registry of Quality Outcomes for Cataract and Refractive Surgery (EUREQUO) είναι ένα Ευρωπαϊκό Μητρώο Ποιότητας για τα χειρουργικά αποτελέσματα.

Το Μητρώο είναι μια ηλεκτρονική βάση δεδομένων η οποία προστατεύεται από τα πιο σύγχρονα μέσα ασφαλείας. Η βάση δεδομένων περιέχει ανώνυμα δεδομένα των ασθενών, ενώ καταγράφονται τα προεγχειρητικά, διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά δεδομένα των επεμβάσεων καταρράκτη και των διαθλαστικών επεμβάσεων.

Το EUREQUO είναι ένα πρόγραμμα συγχρηματοδοτούμενο από την ESCRS και την Ευρωπαϊκή Ένωση στο πλαίσιο του Προγράμματος Δημόσιας Υγείας. Στόχος αυτού του προγράμματος είναι να καταγραφεί κάθε επέμβαση καταρράκτη και διαθλαστική επέμβαση σε 16 ευρωπαϊκές χώρες.



Ο τελικός στόχος του EUREQUO είναι η βελτίωση της θεραπευτικής αντιμετώπισης στον καταρράκτη και στη διαθλαστική χειρουργική σε όλη την Ευρώπη, με την ανάπτυξη τεκμηριωμένων Κατευθυντήριων Οδηγιών Ποιότητας.

Η Ελληνική Εταιρεία Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής, ως συνεργαζόμενος εταίρος, έχει αναλάβει τη διάδοση και υποστήριξη του EUREQUO στην Ελλάδα.

Με τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα λαμβάνετε την Πιστοποίηση Συμμετοχής από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Καταρράκτη και Διαθλαστικής Χειρουργικής.

Για Εγγραφές και περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το EUREQUO Project, παρακαλούμε επικοινωνήστε:

κα Βάλια Τόλιου

Registry Manager για το Eurequo Project/Greece, ΕΕΕΦΔΧ

e-mail: info@hsioirs.org, τηλ: 697 44 79 906

ή επισκεφτείτε το site της ΕΕΕΦΔΧ: <http://www.hsioirs.org/eurequo.htm>

ή το site του EUREQUO www.eurequo.org

Το πρόγραμμα EUREQUO έχει λάβει χρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή Ένωση στο πλαίσιο του Προγράμματος Δημόσιας Υγείας.

Παρακαλούνται όλοι οι συνάδελφοι οφθαλμιάτροι (μέλη ΕΕΕΦΔΧ ή μη, ειδικευμένοι ή ειδικευόμενοι) να δηλώσουν την ηλεκτρονική τους διεύθυνση στην Εταιρεία μας για πιο άμεση επικοινωνία, στέλνοντας μήνυμα με το ονοματεπώνυμο και την ιδιότητά τους στη διεύθυνση: info@hsioirs.gr

Για τη διαφημιστική σας προβολή ή πληροφορίες:
Τηλ.: 210-72 28 614, 210-72 28 624
Δελτία Νέων Προϊόντων στο Fax: 210-72 28 614

Ιούλιος 2011

8-10, Aquila Rithymna Beach, Ρέθυμνο, Κρήτη
Aegean Retina XII
Τηλ.: +30 2810 394654
E-mail: Aegean@med.uoc.gr
Web: <http://www.ivo.gr>

Σεπτέμβριος 2011

11-14, Bruges, Belgium
ESA 2011
E-mail: marlene.verlaeckt@esa2011.eu
Web: <http://www.esa2011.eu>

17-21, Reed Messe, Vienna, Austria
29th Congress of the ESCRS
Tel.: +353 1 209 1100
Fax: +353 1 209 1112
E-mail: escrs@escrs.org
Web: www.escrs.org

23-24, Bordeaux, France
Eurokeratoconus II
Tel.: +33 (0)1 44 54 33 54
E-mail: ye@jbhsante.fr
Web: <http://www.jbhsante.com>

28/9-1/10, Athenaeum Intercontinental Hotel, Athens
11th International Symposium on Sjögren's Syndrome
Tel.: +30-210-6833600
Fax: +30-210-6847700
E-mail: congress@pco-convin.gr
Web: <http://www.sjogrensymposium-athens2011.org/>

Οκτώβριος 2011

5-8, Creta Maris Convention Center, Χερσόνησος, Κρήτη
EVER 2011
Tel.: +32 16 233 849
E-mail: ever@ever.be
Web: <http://www.ever.be>

13-16, Coex convention center, Seoul, Korea
2011 APACRS-KSCRS Annual Meeting
Tel.: +82-2-566-6031, 6033
E-mail: secretariat@2011apacrs.org
Web: www.2011apacrs.org

22-25, Orange County Convention Center, Orlando, USA
American Academy of Ophthalmology
Tel.: 415.447.0320
E-mail: meetings@aao.org
Web: <http://www.aao.org>

Νοέμβριος 2011

23-26, Milan, Italy
91st SOI National Congress
Tel.: +39. 06.4464514
Fax: +39. 06.4468403
E-mail: sedesoi@soiweb.com
Web: <http://www.soiweb.com/>

Δεκέμβριος 2011

1-4, Hilton Vienna, Vienna, Austria
ISOPT – International Symposium on Ocular Pharmacology and Therapeutics
Tel: +41 (0)22-5330-948
E-mail: isopt@isopt.net
Web: <http://www.isopt.net>

9-10, Zurich, Switzerland
7th International Congress of Corneal Cross-Linking
Tel: +41-44-445 34 50
E-mail: info@cbs-congress.ch
Web: <http://www.cxl-congress.org>

Ιανουάριος 2012

11-13, Viena General Hospital/Neurosurgical Laboratory, Viena, Austria
3rd International Course on Ophthalmic and
Oculoplastic Reconstruction and Trauma Surgery
Tel.: +43 (0) 2243 / 20 898
Fax.: +43 (0) 2243 / 20 898 15
E-mail: office@ophthalmictrainings.com
Web: <http://www.ophthalmictrainings.com>

13-15, Ξενοδοχείο Athens Hilton, Αθήνα
7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υαλοειδούς – Αμφιβληστροειδούς
Τηλ.: 210 7787016
Fax: 210 7787566
E-mail: firstce@hol.gr
Web: <http://www.gvrs.gr>

Μάρτιος 2012

1-4, Ξενοδοχείο Hilton, Αθήνα
26ο Διεθνές Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Ενδοφακών
και Διαθλαστικής Χειρουργικής
Τηλ.: 6974 47 99 06
E-mail: info@hsioirs.org
Web: www.hsioirs.org

Μάιος 2012

23-26, Rome, Italy
10th SOI International Congress
Tel.: +39. 06.4464514
Fax: +39. 06.4468403
E-mail: sedesoi@soiweb.com
Web: <http://www.soiweb.com/>

Ιούλιος 2012

22-27, Maritim Hotel Berlin, Berlin, Germany
ISER 2012 - XX Biennial Meeting of the International Society for Eye Research
Tel: +41 22 908 0488
Fax: +41 22 906 9140
E-mail: iser@kenes.com
Web: <http://www2.kenes.com/iser/pages/home.aspx>

