



Νέες ΟΦΘΑΛΜΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΝΔΟΦΘΑΛΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Σημειώσεις

ΤΟΜΟΣ 5 • ΤΕΥΧΟΣ 4 • ΙΟΥΛΙΟΣ – ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ – ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2011

ISSN 1791-0072

ΑΘΗΝΑ 2012 26ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΕΦΔΧ



Βιέννη: 29ο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καταρράκτη και Διαθλαστικής Χειρουργικής



Πρόσθια τμηματική κερατοπλαστική με τεχνολογία Femtosecond Laser (FSALK)



Νέες τεχνολογίες μικροσκοπίων στη χειρουργική του καταρράκτη



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΝΔΟΦΘΑΛΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΠΟΣΕΙΔΩΝΟΣ 42, 175 61 Π. ΦΑΛΗΡΟ

Η System Vision:

- Συνεχίζει δυναμικά τη δεκατετράχρονη, σταθερά αναπτυσσόμενη, πορεία της στον τομέα της οφθαλμολογίας και της ιατρικής απεικόνισης.
- Παρακολουθεί τις νεότερες επιστημονικές εξελίξεις και επεκτείνει τις συνεργασίες της με κορυφαίους και αξιόπιστους κατασκευαστές.
- Αναπτύσσει και αναβαθμίζει συνεχώς τις υπηρεσίες και τα προϊόντα της.
- Διατηρεί και εκπαιδεύει συστηματικά το προσωπικό της.
- Συμμετέχει σε τοπικά και διεθνή συνέδρια, στηρίζοντας την οφθαλμολογική κοινότητα.
- Προσαρμόζει εξατομικευμένες εφαρμογές στις ανάγκες ιατρείων και κλινικών.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ



ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΤΟΠΟ-ΑΜΠΕΡΟΜΕΤΡΙΑ



ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΔΙΑΘΛΑΣΗ



ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ



LASER ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ



ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ





Παντελής Α. Παπαδόπουλος
επικοινωνία: eyedoc@hol.gr

Αγαπητοί Συνάδελφοι,
Πιθανότατα να έχετε κουραστεί να ακούτε και να διαβάζετε τα δυσάρεστα νέα για την οικονομία της Ελλάδας. Τις μέρες που γράφτηκε αυτή η στήλη, έσκασε η νέα βόμβα του δημοψηφίσματος με απρόβλεπτες εξελίξεις για το μέλλον της χώρας. Πλέον, δεν μπορεί να πιστέψει κανείς τι είναι καλό και τι όχι. Τα διάφορα σενάρια από «ειδικούς» δίνουν και παίρνουν. Το επάγγελμά μας δοκιμάζεται και απαξιώνεται μέσα στη δίνη της κρίσης. Θα έχετε παρατηρήσει ότι παρότι οι αμοιβές των ιατρών μειώνονται συνεχώς, το κόστος ζωής δεν έχει ανάλογη εξέλιξη. Ο ιατρός είναι ο πλέον αδύναμος κρίκος και είναι αυτός στον οποίο γίνονται οι μεγαλύτερες περικοπές στο εισόδημά του. Οι εξελίξεις με τον νέο νόμο για τις συμβάσεις με τον ΕΟΠΠΥ, η καθυστέρηση της καταβολής των αμοιβών των συμβεβλημένων με τα ταμεία ιατρών, οι περικοπές στους μισθούς των ιατρών του ΕΣΥ, το πάγωμα στις νέες προσλήψεις, η ανελέητη φορολογία και η συνεχής μείωση των τιμών στον ιδιωτικό τομέα λόγω ανταγωνισμού και πληθωρισμού ιατρών, θα οδηγήσει αρκετούς συναδέλφους να αναζητήσουν εργασία στο εξωτερικό ή να στραφούν σε άλλες εργασίες, όσο και αυτό να ακούγεται αδιανόητο για το επάγγελμά μας. Όλοι περιμένουν να δουν πότε θα αρχίσει και πάλι η ανάπτυξη. Το σίγουρο είναι ότι τα μέτρα που έχουν ληφθεί μέχρι τώρα δεν αποδίδουν. Παράλληλα, όμως, θα πρέπει και εμείς οι ιατροί να αλλάξουμε νοοτροπία ως προς τη φοροδιαφυγή, τα φακέλακια στο ΕΣΥ, τα χειρουργεία φασόν, τη συνταγογράφηση, την υπερκατανάλωση ιατρικών υλικών και γενικότερα σε όλους τους τομείς στους οποίους κατηγορηθήκαμε για παράνομες συναλλαγές. Η κρίση είναι ίσως μια ευκαιρία για να μπουν τα θεμέλια της εξυγίανσης στο σύστημα υγείας της χώρας, δημόσιο ή ιδιωτικό, και θα πρέπει να βοηθήσουμε όλοι προς αυτή την κατεύθυνση.

Στο τεύχος αυτό, θα διαβάσετε για το πολύ επιτυχημένο 29ο Συνέδριο της ESCRS στη Βιέννη και τα νέα προϊόντα που παρουσιάστηκαν στην έκθεση (σελίδες 8-11). Το μικροσκόπιο είναι ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία της Οφθαλμοχειρουργικής και δεν θα μπορούσε να μείνει πίσω στην εξέλιξη της τεχνολογίας. Όλα τα νεότερα στα μικροσκόπια αναλύονται στο άρθρο του κ. Α. Μανιατέα στις σελίδες 12-13. Το προκαταρκτικό πρόγραμμα του 26ου Συνεδρίου της Ελληνικής Εταιρείας Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής παρουσιάζεται στις σελίδες 14-18. Η οργανωτική επιτροπή, όπως και στα προηγούμενα χρόνια, διατηρεί το υψηλό επιστημονικό επίπεδο του Συνεδρίου χωρίς να επηρεάζεται από την οικονομική κρίση. Επιπρόσθετα, σε μια προσπάθεια αλληλεγγύης προς τους συναδέλφους, μείωσε περαιτέρω το κόστος συμμετοχής για τους ειδικευόμενους οφθαλμιάτρους. Δεν είναι τυχαίο ότι τα τελευταία χρόνια το συνέδριο της ΕΕΕΦΔΧ είναι το πρώτο στις προτιμήσεις των Ελλήνων οφθαλμιάτρων, αλλά και των εμπορικών εταιρειών που δραστηριοποιούνται στη χώρα μας. Η πρόσθια τμηματική κερατοπλαστική με femtosecond laser θεωρείται μια ασφαλής επέμβαση και είναι το θέμα του άρθρου του κ. Κ. Σαμαρά (σελίδες 19-21). Η τραμπεκουλοπλαστική με βαλβίδα Express, είναι μια σχετικά νέα μέθοδος στην αντιμετώπιση του γλαυκώματος. Η τεχνική και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στη σελίδα 22, από τους κ.κ. Ι. Αλεξάκη και Κ. Γκολέ. Η συνέχεια του άρθρου του νομικού συμβούλου της ΕΕΕΦΔΧ κ. Δ. Βούτσινου και της δικηγόρου Φ. Καρακαϊδού για την πλημμελή άσκηση της Ιατρικής δημοσιεύεται στις σελίδες 23-26. Το β' μέρος για το Συμπόσιο των αρχαίων Ελλήνων παρουσιάζονται στη μόνιμη στήλη «Με άλλο μάτι» από τον κ. Π. Ράσογλου στις σελίδες 27-28. Ένα πολύ επίκαιρο θέμα που αφορά ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων που έχουν υποστεί τις συνέπειες της κρίσης είναι η αντιμετώπιση της κατάθλιψης στη μόνιμη στήλη «Η ζωή δεν είναι μόνο Οφθαλμολογία». Την επιμέλεια του άρθρου είχε η κ. Β. Τόλιου. Και τέλος στις τελευταίες σελίδες του τεύχους, θα βρείτε τα νεότερα της ΕΕΦΔΧ και τα επόμενα Συνέδρια.

Σας εύχομαι καλή δύναμη και κουράγιο
Παντελής Α. Παπαδόπουλος
Πρόεδρος Συντακτικής Επιτροπής ΟΧΣ
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. Ασπιώτης	Ι. Πούλας
Σπ. Γεωργαράς	Π. Ράσογλου
Χ. Καλογερόπουλος	Α. Ρουμελιώτης
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. Καραμπάτσας	Α. Πετούνης
Β. Κοζομπόλης	Ι. Τσιούπουλος
Α. Κώνστας	Α. Χαρώνης

Εκδότης

Παντελής Α. Παπαδόπουλος

Σχεδιασμός – Επιμέλεια Παραγωγής

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΙΚΤΥΝΝΑ ΕΠΕ
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.



Glistenings do exist.

Actual slit-lamp photograph
of glistenings in a competitive
acrylic IOL.

But not for enVista.™

Introducing the new standard in acrylic IOL performance.

- No glistenings detected at any time in a 2-year prospective study^{1,2}
- Bausch + Lomb aspheric Advanced Optics
- Insertion through a 2.2-mm incision
- Designed to minimise PCO

Contact your B + L representative to learn more about enVista,
a revolutionary new IOL.

enVista™ Directions for Use. 2. Tetz MR, Werner L, Schwahn-Bendig S, Bettle JF. A prospective clinical study to quantify glistenings in a new hydrophobic acrylic IOL. Presented at American Society of Cataract and Refractive Surgery (ASCRS) Symposium & Congress, April 3-8, 2009, San Francisco, CA.

BAUSCH + LOMB

©2011 Bausch & Lomb Incorporated. ™ denotes trademark of Bausch & Lomb Incorporated. SU6635 09/11

new
enVista
Glistening-free hydrophobic acrylic IOL

Just say 'no' to glistenings.



Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Νιώθω την ανάγκη να αφιερώσω αυτή τη στήλη, αποτιόντας φόρο τιμής εκ μέρους της ΕΕΕΦΔΧ, στον εξαιρετο συνάδελφο, φίλο και δάσκαλο, Χαράλαμπο Ευκαρπίδη, που έφυγε από κοντά μας αιφνιδώς, την 30η Απριλίου 2011. Η απώλειά του, αφήνει δυσαναπλήρωτο κενό στην οικογένειά του, στους φίλους του και σε όλη την Οφθαλμολογική οικογένεια.

Ο Χαράλαμπος Ευκαρπίδης υπήρξε ιδρυτικό μέλος και διετέλεσε Πρόεδρος της ΕΕΕΦΔΧ από το 1993 έως το 1999. Η συνεισφορά του στην ΕΕΕΦΔΧ ήταν μεγάλη. Είτε ως πρόεδρος είτε ως απλό μέλος προσπάθησε ακούραστα για την ανύψωση του επιπέδου της εκπαίδευσης που παρέχει η Εταιρεία, με τελικό σκοπό την καλύτερη δυνατή προσφορά στον ασθενή. Σπινθηροβόλο πνεύμα, ξεχώρισε από τα πρώτα χρόνια της άσκησης της Οφθαλμολογίας. Αληθινός δάσκαλος, μετέδιδε τη γνώση, δεν την κράταγε για τον εαυτό του, πάντα πρόθυμος να καθοδηγήσει τους νεότερους ιατρούς. Απέδειξε ότι ο ιδιωτικός τομέας και η άσκηση της ιδιωτικής ιατρικής, δεν αντίκειται στο να είναι κανείς δάσκαλος. Μάθαμε πολλά κοντά του εμείς οι μαθητές του, μας δίδαξε όχι μόνο Οφθαλμολογία, αλλά και συναδελφικότητα, υιοθέτηση του καινούριου. Ήταν νεοεριστής και με την οξυδέρκεια που τον διέκρινε, αγκάλιαζε σιδηρήτο το καινούριο στην Επιστήμη και στη ζωή. Η σκέψη του, η πνευματικότητά του, μαζί με το πολύπλευρο της γνώσης και του χαρακτήρα του, τον έκαναν ξεχωριστό άνθρωπο, που πάντα εύρισκε τον χρόνο να ασχολείται με την τέχνη, τη φιλοσοφία, τη μουσική.

Πρωτοπόρος από όποιο νοσοκομείο πέρασε: «Βασ. Ολγα», «Αθηναϊκή Κλινική», «Μητέρα», «Κεντρική Κλινική», διακρίθηκε για την οργανωτικότητά του.

Ίδρυσε το Αθηναϊκό Διαθλαστικό Κέντρο, μια σύγχρονη μονάδα Διαθλαστικής Χειρουργικής, ενώ το ενδιαφέρον του για τη χειρουργική του καταρράκτη τον έκανε να υιοθετήσει από τους πρώτους, τη χρήση των ενδοφθάλμιων φακών.

Αποστρεφόταν τους τίτλους και τα αξιώματα γιατί στην απλότητα της σκέψης και του χαρακτήρα του δεν ταίριαζαν και μόνο μετά από την επιμονή όλων ανέλαβε την Προεδρία της Ελληνικής Εταιρείας Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής. Ήταν ένα υπόδειγμα για όλους τους Έλληνες οφθαλμιάτρους.

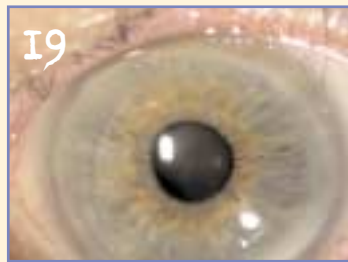
Νιώθουμε τυχεροί για τα χρόνια που πορευτήκαμε μαζί.

Η Ελληνική Εταιρεία Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής συμμετέχει στη θλίψη και τιμά τη μνήμη του καθιερώνοντας από φέτος, στο πλαίσιο του Ετήσιου Συνεδρίου της, μία Διάλεξη στη μνήμη του δασκάλου και φίλου μας Χαράλαμπου Ευκαρπίδη.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,
Ιωάννης Παναγόπουλος
Πρόεδρος ΕΕΕΦΔΧ

ΤΟΜΟΣ 5, ΤΕΥΧΟΣ 4, ΙΟΥΛΙΟΣ – ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ – ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2011

- 8** Βιέννη: 29ο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καταρράκτη και Διαθλαστικής Χειρουργικής
- 12** Νέες τεχνολογίες μικροσκοπίων στη χειρουργική του καταρράκτη
- 14** Αθήνα 2012
26ο Διεθνές Συνέδριο της ΕΕΕΦΔΧ
- 19** Πρόσθια τμηματική κερατοπλαστική με τεχνολογία Femtosecond Laser (FSALK) για τις ασθένειες της επιφάνειας και του στρώματος του κερατοειδούς
- 22** Τραμπεκουλεκτομή με ταυτόχρονη ένθεση αποχετευτικού μηχανισμού τύπου Express
- 23** Πλημμελής άσκηση της Ιατρικής στη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των παθήσεων του οφθαλμού
- 27** Με άλλο μάτι:
Δείπνα και Συμπόσια των αρχαίων Ελλήνων
- 29** Ζωή δεν είναι μόνο η Οφθαλμολογία:
Αντιμετωπίζοντας την κρίση και την κατάθλιψη



IQ ReSTOR® TORIC IOL:

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

NOW AVAILABLE

+3

FOR ASTIGMATISM CORRECTION



Βιέννη: 29ο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καταρράκτη και Διαθλαστικής Χειρουργικής

17-21 Σεπτεμβρίου 2011

Το 29ο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καταρράκτη και Διαθλαστικής Χειρουργικής πραγματοποιήθηκε στην πανέμορφη πόλη της Βιέννης και μπορεί να περιγραφεί με δύο λέξεις: Απόλυτα επιτυχημένο... Η επιλογή της πόλης της Βιέννης για τη διεξαγωγή του Συνεδρίου, σίγουρα έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιτυχία του. Αξιοσημείωτη ήταν η μεγάλη προσέλευση από τις Ασιατικές χώρες, η οποία φαίνεται πως γίνεται μεγαλύτερη κάθε χρόνο. Εντυπωσιακή ήταν, επίσης, και η παρουσία πολλών μεγάλων ονομάτων από τις ΗΠΑ. Εχοντας κάνει και φέτος ρεκόρ συμμετοχών παρά την οικονομική κρίση, η ESCRS μπορεί να σενιζεί το μέλλον με σιγουριά και αισιοδοξία.. Το Συνεδριακό κέντρο Reed Messe, στο οποίο διεξήχθη το Συνέδριο είναι ένα πολύ σύγχρονο και λειτουργικό συνεδριακό και εκθεσιακό κέντρο. Όλες οι αίθουσες, και η έκθεση, είναι συγκεντρωμένες σε δύο επίπεδα και δεν κουράζουν καθόλου τον επισκέπτη. Κατά τη διάρκεια της τελετής έναρξης βραβεύτηκε ο Emanuel Rosen με το μέγα τιμητικό μετάλλιο της ESCRS. Η διάλεξη Binkhorst έγινε από την κ. Marie-Jose Tassignon με θέμα: «To bag or not to bag».

Ως προς το επιστημονικό μέρος, ένα από τα κύρια θέματα του Συνεδρίου ήταν τα Femtosecond laser για την επέμβαση καταρράκτη. Στη στοργουλή τράπεζα της Κυριακής παρουσιάστηκαν οι εξελίξεις για κάθε μηχανή-



Παντελής Α. Παπαδόπουλος
MD, PhD, FEBOphth
 Διευθυντής Οφθαλμολογικής Κλινικής
 Metropolitan Hospital
 και Οφθαλμολογικού Κέντρου
 Ophthalmology-Check
 Αντιπρόεδρος ΕΕΕΦΔΧ
 επικοινωνία: eyedoc@hol.gr

μα Femtosecond από τους ερευνητές. Όπως φαίνεται, η τεχνολογία, παρά τις γιγαντιαίες προσπάθειες που έγιναν για να βγουν τα μηχανήματα το συντομότερο δυνατό στην αγορά, βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη και τα περισσότερα μηχανήματα χρειάζονται βελτιώσεις για να λειτουργήσουν χωρίς προβλήματα. Όπως γνωρίζουμε ήδη, τα

laser αυτά μπορούν να παρασκευάσουν την κύρια και τις βοηθητικές τομές, ασιγματικές και σκληροκερατικές χαλαρωτικές (LRI) τομές, μια τέλεια καψουλόρρηξη στο μέγεθος που επιθυμούμε, καθώς και να κατακερματίσουν τον πυρήνα για να διευκολύνουν στη συνέχεια τη φακοθρυψία. Δεν πρέπει, όμως, να ξεχνάει κανείς και την οικονομική επιβάρυνση που θα προσθέσουν τα Femtosecond laser, καθώς σε καμία περίπτωση δεν αντικαθιστούν ολοκληρωτικά τα μηχανήματα φακοθρυψίας υπερήχων και επίσης χρειάζονται ακριβά αναλώσιμα για κάθε περιστατικό. Ο Paul Rosen στην ομιλία του, μετέφερε στο ακροατήριο τον προβληματισμό του για το επιπλέον οικονομικό κόστος που θα φέρει η νέα αυτή εξέλιξη στη χειρουργική του καταρράκτη, καθώς η παγκόσμια οικονομική ύφεση δεν αφήνει προς το παρόν πολλά περιθώρια για την άμεση και ευρεία χρήση αυτών των μηχανημάτων.

Στη Βιέννη, παρουσιάστηκαν αρκετοί νέοι ενδοφακοί. Μέσα από αυτούς ξεχώρισε ο πολυαναμενόμενος υδρόφοβος ακρυλικός ενδοφακός enVista της Bausch & Lomb, ο οποίος έχει ασφαριστικό οπτικό τμήμα και μπορεί να εισαχθεί μέσα από τομή 2,2 χιλιοστών. Σύμφωνα με μελέτες δύο ετών, ο enVista δεν εμφανίζει κανένα λαμπυρίζον σωματίδιο (glistering) σε αντίθεση με τον ανταγωνισμό. Ο enVista θα έρθει στην Ελλάδα μέσα



Το εντυπωσιακό κτίριο του εκθεσιακού κέντρου Reed Messe.

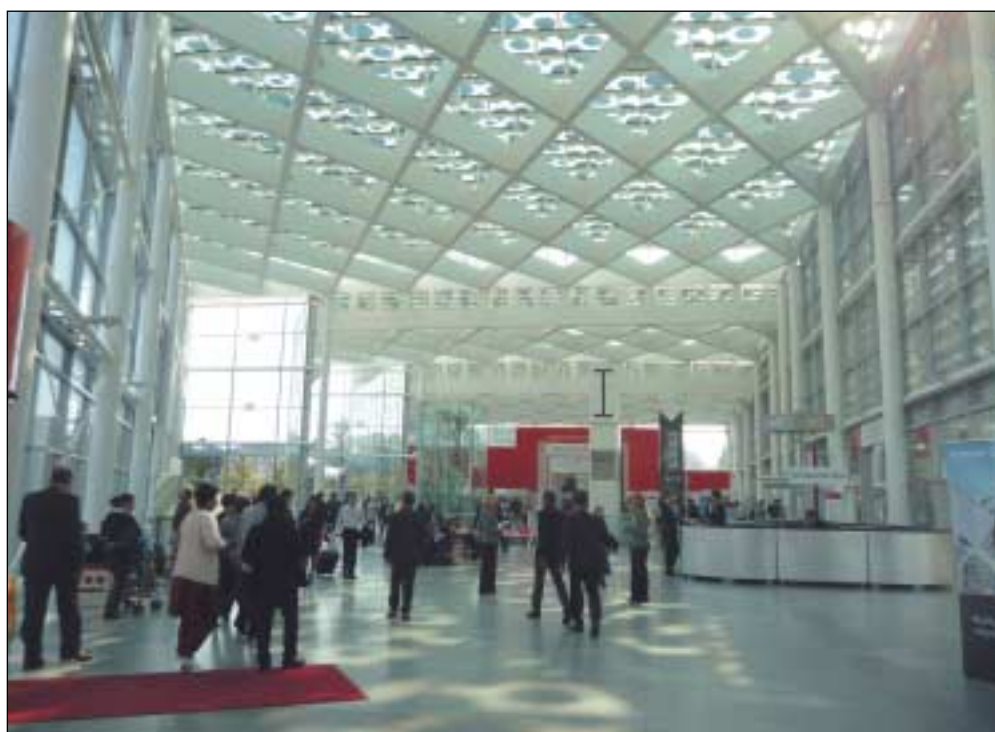
στους επόμενους μήνες. Η εταιρεία AMO παρουσίασε τον δικό της τορικό υδρόφοβο ακρυλικό ενδοφακό και έρχεται να ταραξεί τα νερά στην αγορά των τορικών. Ο υπολογισμός του ενδοφακού γίνεται μέσω διαδικτύου. Μια μεγάλη καινοτομία στον χώρο των πολυεστιακών ενδοφακών, σύμφωνα με την κατασκευάστρια εταιρεία Physiol, θα είναι ο τριπλεστιακός ενδοφακός FINeVision (Far-Intermediate-Near), ο οποίος υπόσχεται ότι θα παρέχει καλύτερη όραση και στις μεσαίες αποστάσεις. Ο FINeVision, έχει περιθλαστική πρόσθια επιφάνεια με προσθήκη +1,75 για μεσαία απόσταση και +3,5 για κοντινή. Η οπίσθια επιφάνειά του είναι σφαιρική με σφαιρική εκτροπή -0,11 μ. Ο ενδοφακός αυτός μπορεί να τοποθετηθεί μέσα από μικροσκοπική τομή 1,8 χιλιοστών. Η Cromia παρουσίασε τον πολυεστιακό ενδοφακό Versario, ο οποίος σύμφωνα με την ανακοίνωση της εταιρείας εμφανίζει πολύ καλά αποτελέσματα στις μεσαίες αποστάσεις.

Καθώς οι τορικοί ενδοφακοί έχουν καθιερωθεί πλέον στη χειρουργική του καταρράκτη, εμφανίστηκαν συσκευές και λογισμικό, με τη βοήθεια των οποίων θα μπορούμε να τοποθετούμε τους τορικούς ενδοφακούς με μεγαλύτερη ακρίβεια σύμφωνα με τον άξονα του αστιγματισμού. Η Zeiss παρουσίασε το Callisto, ένα ολοκληρωμένο σύστημα υπολογισμού του άξονα, το οποίο προβάλλει και εικόνα μέσα από το μικροσκόπιο της Zeiss. Η SMI, μια γερμανική εταιρεία που εξειδικεύεται σε παρόμοια συστήματα, παρουσίασε τη δική της πρόταση με το SMI Surgery Guidance. Και σε αυτή την περίπτωση,

το υψηλό κόστος θα προβληματίσει τους υποψήφιους αγοραστές και ειδικότερα τους Έλληνες οφθαλμιάτρους.

Μια καινοτομία στα μηχανήματα φακοθρυψίας είναι ο μηχανικός εμφυτευτής ενδοφακών Interpid Autosert IOL injector της Alcon. Ο χειρουργός θα μπορεί να εμφυτεύει τον ενδοφακό ελέγχοντας την προώθησή του με τον ποδοδιακόπτη. Μένει να δούμε πόσο πρακτικό θα είναι το σύστημα αυτό, το οποίο περιορίζεται στους χρήστες του Infinity.

Το θέμα του κεντρικού συμποσίου της Δευτέρας ήταν η βελτίωση του διαθλαστικού αποτελέσματος μετά από οφθαλμικές επεμβάσεις. Εδώ, συζητήθηκαν οι επιπρόσθετοι (add-on) ενδοφακοί, ο LAL (Light Adjustable IOL), καθώς και η αντιμετώπιση των δυσαρεστημένων ασθενών στους οποίους έχει εμφυτευθεί πολυεστιακός ενδοφακός. Η λήψη αποφάσεων στη χειρουργική της πρεσβυωπίας ήταν το θέμα συζήτησης του επόμενου κεντρικού συμποσίου. Ακούστηκαν όλες οι απόψεις για



Αποψη από το εσωτερικό του εκθεσιακού κέντρου.



Φωτογραφία από την κεντρική αίθουσα που φιλοξένησε τις κυριότερες ομιλίες του Συνεδρίου.

Presbylasik, πολυεστιακούς και προσαρμοστικούς ενδοφακούς, monovision, κερατικά ενθέματα, Intracor και βέβαια οι εξελίξεις στην αντικατάσταση κρυσταλλοειδούς φακού (Lens Refill).

Στον χώρο των φαρμάκων, παρουσιάστηκε το Azyter από την εταιρεία Thea. Είναι το αντιβιοτικό ευρέος φάσματος αζιθρομυκίνη 1,5%, το οποίο ενδείκνυται σε περιπτώσεις βακτηριακής επιπεφυκίτιδας και για τις επιπεφυκίτιδες από κλαμύδια. Η δοσολογία του είναι 2 φορές την ημέρα για 3 ημέρες. Σύμφωνα με τις δημοσιευμένες μελέτες η τριήμερη θεραπεία με αζιθρομυκίνη είναι εξίσου αποτελεσματική με επταήμερη θεραπεία με τομπραμυκίνη. Η εταιρεία μας ενημέρωσε ότι περιμένει έγκριση από τον ΕΟΦ για να το κυκλοφορήσει στην

Ελλάδα. Οι εταιρείες Bausch & Lomb και Croma παρουσίασαν από κοινού το Yellox, ένα νέο μη κορτιζονούχο αντιφλεγμονώδες (NSAID) κολλύριο το οποίο θα ενσταλάζεται 2 φορές την ημέρα.

Μια νέα ενδιαφέρουσα συσκευή, η Blephasteam, υπόσχεται να βελτιώσει τα συμπτώματα από τη χρόνια βλεφαρίτιδα. Αποτελείται από μάσκα κλειστού τύπου η οποία ζεσταίνει και υγραίνει την περιοχή των βλεφάρων σε περιπτώσεις δυσλειτουργίας των μειβομιακών αδένων. Αντικαθιστά δηλ. τα θερμά επιθέματα. Διατίθεται στο εμπόριο από την Thea.

Μία μέρα πριν από την έναρξη του Συνεδρίου, διοργανώθηκε ημερίδα για το γλαύκωμα στα πρότυπα που έχουν καθιερώσει η Αμερικανική Οφθαλμολογική Ακα-



Στο πλαίσιο του Συνεδρίου διοργανώθηκε Ημερίδα Γλαυκώματος.



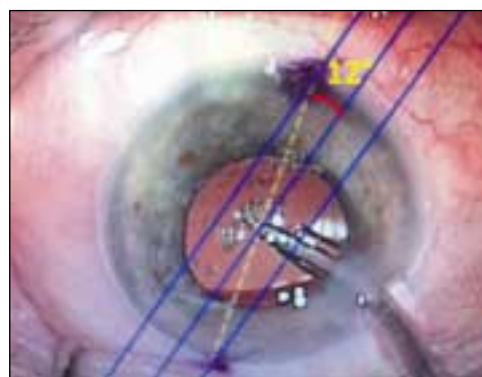
Νέο αντιβιοτικό: Αζιθρομυκίνη.



FineVision: Ο πρώτος «τριπλεσιακός» ενδοφακός για διόρθωση της πρεσβυπίας.



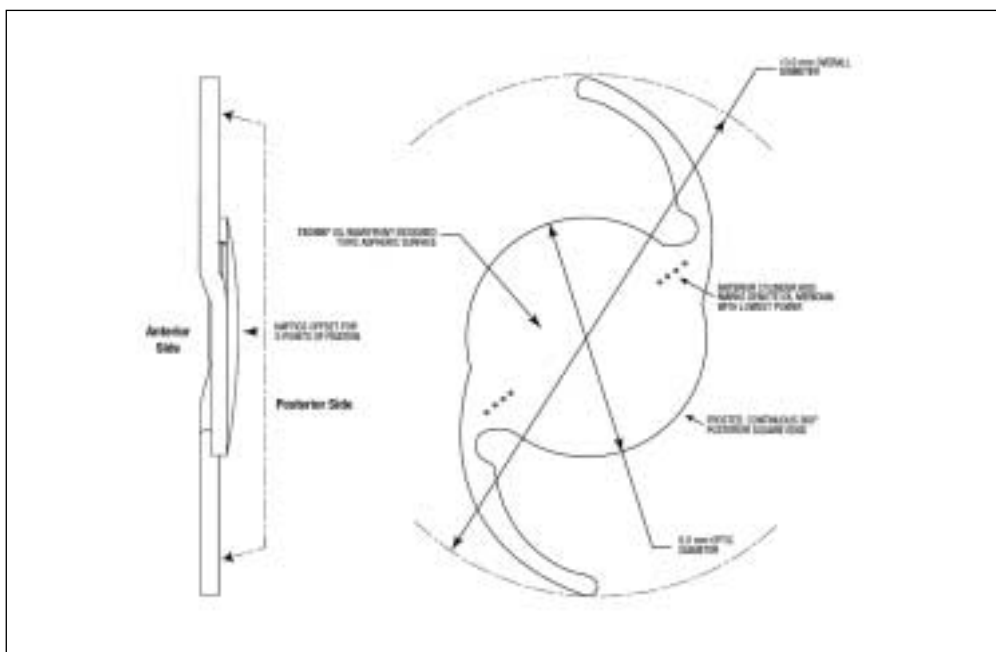
Νέα συσκευή για την αντιμετώπιση της χρόνιας βλεφαρίτιδας.



Εικόνα μέσω μικροσκοπίου με το σύστημα callisto της Zeiss.



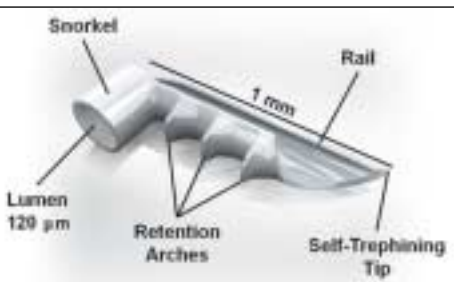
Ο νέος υδρόφοβος ακριλικός ενδοφακός της BAUSCH & LOMB: enVista.



Ο νέος τορικός ενδοφακός technis toric.



Η συσκευή EyeORI λειτουργεί με εστιασμένα υπερηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας για την αντιμετώπιση της ενδοφθάλμιας πίεσης.



iStent – καινοτομία στο γλαύκωμα.



Η πρόταση της Alcon για αυτόματη ένθεση ενδοφακών: AutoSert.



Ο πρόεδρος της ΕΕΕΦΔΧ, Ι. Παναγόπουλος, και ο αντιπρόεδρος Π. Παπαδόπουλος στην έκθεση.

δημία και η ASCRS. Μια νέα συσκευή, η EYEORI, από την πρωτοεμφανιζόμενη στον χώρο γαλλική εταιρεία EyeTechCare, τράβηξε το ενδιαφέρον των συνέδρων. Η EYEORI εκπέμπει εστιασμένα υπερηχητικά κύματα υψηλής έντασης προκαλώντας επιλεκτική καταστροφή του ακτινωτού, μειώνοντας έτσι την ΕΟΠ. Η συσκευή αυτή είναι σε φάση κλινικής έρευνας και αναμένεται να κυκλοφορήσει στην αγορά μετά από ένα χρόνο. Στον χώρο της χειρουργικής του γλαυκώματος, το iStent είναι μικροσκοπικό σωληνάκι, το οποίο εμφυτεύεται εκ των έσω στο Trabeculum, συνήθως κατά τη διάρκεια μιας επέμβασης καταρράκτη, προκαλώντας αύξηση της ροής του υδατοειδούς στον σωλήνα του Schlemm. Το σωληνάκι αυτό έχει μήκος 1 χιλιοστό και αυλό διαμέτρου 120μ. Σχηματίζει ορθή γωνία και δεν περιλαμβάνει κάποιο σύστημα βαλβίδας.

Σε γενικές γραμμές, το 29ο Συνέδριο άφησε πολύ καλές εντυπώσεις σε όσους συμμετείχαν. Η Ελληνική παρουσία ήταν εμφανώς μικρότερη σε σχέση με άλλες χρονιές. Το επόμενο Συνέδριο της ESCRS θα διεξαχθεί στο Μιλάνο από 8 έως 12 Σεπτεμβρίου 2012. Θα προηγηθεί το χειμερινό Συνέδριο στην Πράγα τον Φεβρουάριο (3-5 Φεβρουαρίου 2012).

* Μέρος του φωτογραφικού υλικού επιμελήθηκε ο οφθαλμίατρος Α. Μανιατέας.

Νέες τεχνολογίες μικροσκοπίων στη χειρουργική του καταρράκτη

Εισαγωγή

Η πρόοδος στη χειρουργική του καταρράκτη είναι διαρκής. Παρά το γεγονός ότι αποτελεί μία από τις πιο τελειοποιημένες επεμβάσεις σε όλο το φάσμα της ιατρικής, εξακολουθεί να συγκεντρώνει σημαντικό μερίδιο της οφθαλμολογικής έρευνας. Η βελτίωση στις μεθόδους υπολογισμού της ισχύος των ενδοφακών, η ασφάλεια της επέμβασης και οι τεχνολογικές πρόοδοι στα χειρουργικά μηχανήματα και τους ενδοφακούς έχουν μετατρέψει την εκτέλεση του καταρράκτη από μια επέμβαση αποκατάστασης της όρασης σε μια διαθλαστική επέμβαση. Οι απαιτήσεις των ασθενών για απαλλαγή από τα γυαλιά και τη διόρθωση της πρεσβυωπίας αυξάνονται συνεχώς και τα περιθώρια απόκλισης της μετεγχειρητικής διάθλασης στενεύουν. Τα τελευταία χρόνια, το ενδιαφέρον των εταιρειών έχει στραφεί στη βελτίωση και την προσθήκη νέων τεχνολογιών στα χειρουργικά μικροσκόπια. Ο στόχος δεν είναι τόσο η βελτίωση των οπτικών τμημάτων τους, όσο η προσφορά νέων εφαρμογών που θα επιτρέπουν στον χειρουργό την παραμετροποίηση των επεμβάσεων και τη διόρθωση των διαθλαστικών σφαλμάτων των ασθενών.

Συστήματα επιπροβολής εικόνων – «Image-Guided Surgery» Micron-Osher Overlay Software – «το αποτύπωμα της ίριδας»

Ένα πρώτο δείγμα συστήματος επιπροβολής εικόνων αποτελεί το Micron-Osher Overlay Software. Πρόκειται για ένα λογισμικό το οποίο βοηθάει στην προεγχειρητική μελέτη για την τοποθέτηση τορικών ενδοφακών ή τη χειρουργική διόρθωση αστιγματισμού κατά την επέμβαση καταρράκτη. Η μελέτη αυτή γίνεται σε δύο στάδια: το πρώτο περιλαμβάνει τη λήψη μιας ψηφιακής



Απόστολος Μανιατέας
Χειρουργός Οφθαλμίατρος
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ: apoman19@yahoo.gr

φωτογραφίας του οφθαλμού με οποιοδήποτε σύστημα πρόσθιας απεικόνισης/σχιμοειδούς λυχνίας, με τον ασθενή σε καθιστή θέση. Σε ένα δεύτερο στάδιο, η φωτογραφία αυτή αναλύεται από το ειδικό λογισμικό και γίνεται χαρτογράφηση με βάση τα ιδιαίτερα μορφολογικά χαρακτηριστικά της ίριδας. Στη συνέχεια, πάνω στη φωτογραφία επιπροβάλλεται ένα μοιρογνωμόνιο που επιτρέπει τον σχεδιασμό των κάθετων αξόνων του αστιγματισμού. Το τελικό αποτέλεσμα είναι μια φωτογραφία στην οποία φαίνονται ταυτόχρονα τόσο ο άξονας της τοποθέτησης του τορικού ενδοφακού (ή της θέσης στην οποία πρέπει να γίνουν οι τομές, εάν πρόκειται για χειρουργική διόρθωση του αστιγματισμού), όσο και τα ιδιαίτερα μορφολογικά χαρακτηριστικά της ίριδας και του οφθαλμού, γενικότερα. Το γεγονός αυτό επιτρέπει τον ακριβή προσδιορισμό του άξονα ανεξάρτητα από το εύρος κυκλοστροφής του κατακεκλιμένου ασθενούς.

SMI Surgical Guidance

Το σύστημα αυτό αποτελείται από δύο μέρη: το ένα τοποθετείται, συνήθως, δίπλα από τη σχιμοειδή λυχνία και χρησιμοποιείται προεγχειρητικά για τη μέτρηση της καμπυλότητας του κερατοειδούς και τη λήψη μιας ψηφιακής φωτογραφίας αναφοράς υψηλής ανάλυσης. Το δεύτερο είναι το σύστημα «χειρουργικής καθοδήγησης», το οποίο βρίσκεται μέσα στη χειρουργική αίθουσα. Αυτό λαμβάνει την εικόνα από το μικροσκόπιο, τη συνδυάζει με την ψηφιακή φωτογραφία και προβάλλει σε μόνιτορ το αποτέλεσμα της σύνθεσης. Με αυτόν τον



τρόπο επιτρέπει τον σχεδιασμό των χειρουργικών βημάτων (κύρια και βοηθητική τομή, χαλαρωτικές τομές, καψουλόρρηξη, ευθυγράμμιση τορικού φακού) από τον χειρουργό με άμεση και σε πραγματικό χρόνο σύγκριση με την εικόνα αναφοράς. Πρόσφατα έγινε διαθέσιμη από την εταιρεία αυτή και η δυνατότητα προβολής των εικόνων καθοδήγησης μέσα στα προσοφθάλμια, αυξάνοντας ακόμη παραπάνω την άνεση του χειρουργού. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα είναι ότι η χαρτογράφηση στο μηχανήμα αυτό δεν γίνεται με βάση τα μορφολογικά χαρακτηριστικά της ίριδας, αλλά με βάση κερατομετρικά και άλλα ανατομικά στοιχεία. Αυτό του επιτρέπει να λειτουργεί ακόμη και με τη χρήση ακτίστων ίριδας.

Carl Zeiss Callisto & Z-Align

Η Carl Zeiss προχώρησε στην κατασκευή μιας ενιαίας πλατφόρμας για τη διαχείριση πληροφοριών και ρυθμίσεων μικροσκοπίου, την καταγραφή και βιντεοσκόπηση επεμβάσεων και τη χρήση εφαρμογών καθοδήγησης,

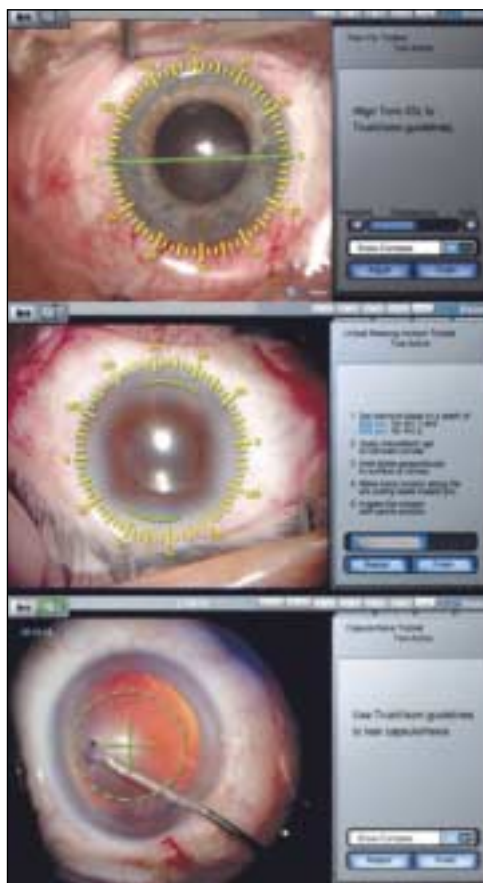


την οποία ονόμασε «Callisto». Συνεργάζεται μόνο με το μικροσκόπιο της συγκεκριμένης εταιρείας (Lumera). Το λογισμικό που παρέχεται για την ευθυγράμμιση των τορικών ενδοφακών ονομάζεται «Z-Align» και ένα σημαντικό πλεονέκτημα είναι η χρήση eye-tracker που διορθώνει σε πραγματικό χρόνο την επιθυμητή θέση του άξονα του τορικού φακού.

Οφθαλμική χειρουργική με χρήση 3D οθόνης υψηλής ανάλυσης

Ένα νέο πεδίο έρευνας και εξέλιξης ανοίγει στον οφθαλμολογικό χώρο η εισαγωγή του πρώτου συστήματος τρισδιάστατης απεικόνισης, που παρουσίασε η εταιρεία TrueVision Systems. Πρόκειται για ένα σύστημα που προσαρμόζεται στο χειρουργικό μικροσκόπιο, στη θέση της ομοαξονικής συμπαράτηρησης και προβάλλει τρισδιάστατα, σε οθόνη υψηλής ευκρίνειας (HD) την εικόνα του μικροσκοπίου. Αυτό επιτρέπει στον οφθαλμίατρο να χειρουργεί κοπώντας την οθόνη και χρησιμοποιώντας ειδικά πολωτικά γυαλιά, παρόμοια με αυτά που προσφέρονται με τις 3D τηλεοράσεις για οικιακή χρήση. Ταυτόχρονα, εκτός από τον χειρουργό, την ίδια δυνατότητα έχουν και οι βοηθοί, οι εκπαιδευόμενοι –ειδικευόμενοι ιατροί, οι φοιτητές, το νοσηλευτικό προσωπικό– απολαμβάνοντας ακριβώς την ίδια αίσθηση βάθους και στεροσκοπική αντίληψη με τον πρώτο χειρουργό. Το προφανές πλεονέκτημα ενός τέτοιου συστήματος είναι η εκπαιδευτική του αξία και η συμβολή του στη βελτίωση της καμπύλης εκμάθησης των χειρουργικών τεχνικών. Επιπρόσθετα, οι πρώτες εκτιμήσεις από χειρουργούς που έχουν δοκιμάσει το σύστημα αυτό είναι ότι η ανεξαρτησία από τα προσοφθάλμια του μικροσκοπίου προσφέρει σημαντική άνεση και προκαλεί λιγότερα μυοσκελετικά προβλήματα.

Ωστόσο, η αξία του συστήματος αυτού προσδιορίζεται από τις εφαρμογές επιπροβολής εικόνων που το συνοδεύουν. Με τη χρήση μιας ψηφιακής φωτογραφίας από τη σχισμοειδή λυχνία, η οποία εισάγεται στον υπολογιστή που βρίσκεται μέσα στη χειρουργική αίθουσα, το λογισμικό χρησιμοποιεί τα αγγεία του οφθαλμού για να προσδιορίζει σε πραγματικό χρόνο την ακριβή θέση του οφθαλμού. Ο χειρουργός έχει με αυτό τον τρόπο τη δυνατότητα να βλέπει στην οθόνη χάρτες με τις ακριβείς



θέσεις των αξόνων για την τοποθέτηση τορικών ενδοφακών ή το σημείο και το ακριβές μήκος της χαλαρωτικής τομής για τη διόρθωση του αστιγματισμού ή ακόμη και το ιδανικό μέγεθος και το σημείο στο οποίο πρέπει να γίνει η καψουλόρηξη (Εικόνα 2). Τέλος, βρίσκονται υπό εξέλιξη και πιο σύνθετες εφαρμογές, με οδηγό τα τρισδιάστατα συστήματα που εφαρμόζονται ήδη στη νευροχειρουργική και στη ρομποτική ιατρική. Στο μέλλον, εικόνες και πληροφορίες από OCT ή τοπογραφίες, MRIs, CTs θα προσφέρουν στον χειρουργό σημαντικές πληροφορίες σε πραγματικό χρόνο.

Διεχειρητική μέτρηση διάθλασης-εκτροπών (Wavefront Aberrometer)

Η δυνατότητα διεχειρητικής εκτίμησης της διάθλασης του ασθενούς είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε πολλές περιπτώσεις. Μια σημαντική εφαρμογή είναι η διόρθωση του αστιγματισμού, είτε με τη μέθοδο των χαλαρωτικών κερατοτομών (LRIs) είτε κατά την ένθεση τορικών φακών και την τοποθέτησή τους στον σωστό άξονα. Επιπρόσθετα, η καινούρια τεχνολογία επιτρέπει την εκτίμηση της πιθανής υπολειπόμενης αμετροπίας μετά την ένθεση του ενδοφακού. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε περιστατικά όπου ο υπολογισμός του ενδοφακού παρουσιάζει δυσκολίες, όπως επί ακραίων τιμών αξονικού μήκους και κυρίως σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε διαθλαστική επέμβαση και στους οποίους ο υπολογισμός της ισχύος του ενδοφακού παρουσιάζει ακόμη αρκετές δυσκολίες και ανακρίβεια.

Τέλος, είναι προφανές ότι βοηθητικό ρόλο μπορεί να παίξει και στις κερατοπλαστικές. Στην κατηγορία αυτή έχουν παρουσιαστεί τα παρακάτω μηχανήματα:

• ORANGE - Wavetec Vision

Η εταιρεία Wavetec Vision πρόσφατα παρουσίασε το «ORange», το πρώτο μηχανήμα το οποίο εφαρμόζεται στο χειρουργικό μικροσκόπιο και επιτρέπει τη διεχειρητική μέτρηση της διάθλασης του ασθενούς, με τη χρήση αμπερομετρίας. Το ORange παρέχει τη δυνατότητα μέτρησης σε ένα αρκετά μεγάλο εύρος διοπτριών και είναι σε θέση να προσδιορίσει σφαιρώμα, κύλινδρο και άξονα αστιγματισμού μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα, με το πάτημα ενός ποδοδιακόπτη, σε οποιαδήποτε φάση του χειρουργείου.

Τα περισσότερα αμπερόμετρα ή όργανα μέτρησης της κυματομορφής (wavefront), χρησιμοποιούν τεχνολογία Shack-Hartmann η οποία δεν επιτρέπει προσδιορισμό μεγάλου εύρους διοπτριών.

Για τον λόγο αυτό, δεν μπορεί να χρησιμοποιηθούν επί μικροσκοπίου διεχειρητικά, σε συνθήκες αφακίας. Αντιθέτως, το καινούριο μηχανήμα έχει ως αρχή λειτουργίας τη συμβολομετρία (interferometry) Talbot-Moire, χάρη στην οποία μπορεί να παίρνει μετρήσεις ακόμη και επί υψηλής αμετροπίας. Μελέτες σύγκρισης του ORange με συμβατικά αμπερόμετρα έδειξαν ότι παρουσιάζει εφάμιλλη ή και μεγαλύτερη ακρίβεια και επαναληψιμότητα σε συνθήκες γραφείου και πλέον δοκιμάζεται σε χειρουργικό περιβάλλον, σε πολλά οφθαλμολογικά κέντρα.



• HOLOS – Clarity Medical Systems

Στην κατηγορία των διεχειρητικών αμπερόμετρων ανήκει και το μηχανήμα που αναμένεται να παρουσιαστεί μέσα στο επόμενο έτος από την εταιρεία Clarity Medical Systems. Η βασική διαφορά σε σχέση με το Orange είναι ότι βασίζεται στην αρχή της «sequential scanning wavefront». Αυτό καθιστά δυνατή τη συνεχή καταγραφή της διαθλαστικής κατάστασης του ασθενούς σε πραγματικό χρόνο και όχι τη στατική μέτρησή της.

Η τεχνολογία αυτή, όπως και όλες οι υπόλοιπες που προαναφέρθηκαν, υπόσχεται σημαντική μείωση της ανάγκης για επιπρόσθετες διαθλαστικές επεμβάσεις μετά από εγχείρηση καταρράκτη και έτσι ενισχύει την αξία της τελευταίας ως διαθλαστική επέμβαση.



ΑΘΗΝΑ 2012

1-4 ΜΑΡΤΙΟΥ

ATHENS HILTON HOTEL

26^ο Διεθνές Συνέδριο

της Ελληνικής Εταιρείας Ενδοφακών
και Διαθλαστικής Χειρουργικής



Member of



www.hsioirs.org

ΑΘΗΝΑ 2012

26ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΕΕΦΔΧ

ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Το 26ο Διεθνές Συνέδριο της ΕΕΕΦΔΧ θα πραγματοποιηθεί στις 1-4 Μαρτίου 2012 στην Αθήνα, στο Ξενοδοχείο Hilton. Το επιστημονικό πρόγραμμα θα περιλαμβάνει, όπως κάθε χρόνο, διαλέξεις από διακεκριμένους οφθαλμιάτρους από όλο τον κόσμο, στρογγυλές τράπεζες, κλινικά φροντιστήρια, πειραματικά χειρουργεία, ελεύθερες ανακοινώσεις, προβολή βίντεο και ηλεκτρονικά poster. Για δεύτερη χρονιά, την πρώτη ημέρα του Συνεδρίου θα επαναληφθεί η πολύ επιτυχημένη Ημερίδα Κερατοειδούς με ανανεωμένο πρόγραμμα και ομιλητές, ενώ μετά από απόφαση του ΔΣ καθιερώνεται από φέτος Διάλεξη προς τιμή του Χαράλαμπου Ευκαρπίδη. Σε ειδική τελετή θα απονεμηθεί το 7ο Βραβείο Fyodorov. Αποδέκτης του φετινού Βραβείου Fyodorov θα είναι ο διακεκριμένος οφθαλμιάτρος, Καθηγητής Theo Seiler.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Χώρος

Το 26ο Συνέδριο της ΕΕΕΦΔΧ θα πραγματοποιηθεί στο Ξενοδοχείο Hilton στην Αθήνα, από 1 έως 4 Μαρτίου 2012.

Γλώσσες του Συνεδρίου

Οι επίσημες γλώσσες του Συνεδρίου είναι η ελληνική και η αγγλική με ταυτόχρονη μετάφραση στις περισσότερες συνεδριάσεις.

Εκθεση οφθαλμολογικών μηχανημάτων και εργαλείων

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργήσει Εμπορική Εκθεση φαρμακευτικών, χειρουργικών προϊόντων και διαγνωστικών μηχανημάτων, σε χώρο ειδικά διαμορφωμένο και σε άμεση πρόσβαση με τους χώρους διεξαγωγής όλων των διαλέξεων.

Κοινωνικές εκδηλώσεις

Τελετή Εναρξης

Τελετή Απονομής βραβείου Fyodorov 2012

Δεξίωση προς τιμήν των Συνέδρων

Αποστολή περιλήψεων

Η ημερομηνία λήξης υποβολής περιλήψεων των ελεύθερων ανακοινώσεων, video και ηλεκτρονικών poster είναι 20/11/11

Επισημαίνεται ότι δεν θα γίνονται δεκτές εκπρόθεσμες αιτήσεις

Η αποστολή περιλήψεων εργασιών γίνεται μέσω της ιστοσελίδας της ΕΕΕΦΔΧ στη διεύθυνση: www.hsioirs.org

Σημείωση:

Οι καλύτερες εργασίες –ελεύθερη ανακοίνωση, βίντεο και ηλεκτρονικό poster– θα βραβευθούν κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου

Επισημάνσεις:

- Η περίληψη θα πρέπει να είναι υποχρεωτικά στα ελληνικά και στα αγγλικά και δεν θα πρέπει να ξεπερνάει τις 200 λέξεις.
- Οι ελεύθερες ανακοινώσεις θα παρουσιαστούν στα Ελληνικά ή Αγγλικά.
- Οι διαφάνειες θα πρέπει να είναι γραμμένες απαραίτητα στα Αγγλικά.
- Ο χρόνος κάθε ανακοίνωσης θα είναι 6 λεπτά.
- Η διάρκεια των video δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 12 λεπτά.
- Όλες οι παρουσιάσεις θα γίνονται με τη μορφή Power Point, από τον κεντρικό υπολογιστή κάθε αίθουσας.
- Τα ηλεκτρονικά poster θα πρέπει να είναι σε μορφή Power Point και να μην υπερβαίνουν τις 8 διαφάνειες συμπεριλαμβανομένης και της διαφάνειας τίτλου.

ΑΘΗΝΑ 2012

26ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΕΕΦΔΧ

ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΝΔΟΦΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Πρόεδρος:	Ιωάννης Παναγόπουλος
Αντιπρόεδρος:	Παντελής Α. Παπαδόπουλος
Γενικός Γραμματέας:	Κωνσταντίνα Κουφαλά
Ταμίας:	Πέτρος Ράσογλου
Μέλη:	Βασίλης Καραμπατάκης Γεώργιος Κυμιωνής Δημήτρης Κυρούδης Μίλτος Μπαλίδης Βασίλης Τσίγκος

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Massimo Busin	Ιταλία
Joseph Colin	Γαλλία
Sheraz Daya	Ηνωμένο Βασίλειο
Per Fagerholm	Σουηδία
Jose Guell	Ισπανία
Farhad Hafezi	Ελβετία
Wolfgang Haigis	Γερμανία
Boris Malyugin	Ρωσία
Nick Mamalis	ΗΠΑ
Ιωάννης Παλλήκαρης	Ελλάδα
Κωνσταντίνος Πουρναράς	Ελβετία
Theo Seiler	Ελβετία
David Spalton	Ηνωμένο Βασίλειο

Γραμματεία Συνεδρίου: MEDLINE

Υπεύθυνη: Χριστίνα Τσαρούχα

Γράμμου 20, 152 35 Βριλήσσια

Τηλ.: 210 68 28 708, 210 68 28 278, Fax: 210 68 28 771

E-mail: medline@otenet.gr

ΑΘΗΝΑ 2012

26ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΕΕΦΔΧ

ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΚΟΣΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ειδικευμένοι, μέλη ΕΕΕΦΔΧ:	130€ (+ 50€ Ετήσια Συνδρομή Μέλους)
Ειδικευμένοι:	200€
Μη Ειδικευμένοι:*	90€
Παραϊατρικό προσωπικό:*	80€
Νοσηλευτές – Νοσηλεύτριες:*	60€
Συνοδά μέλη:	50€
Φοιτητές Ιατρικής:*	Δωρεάν

Όσοι ανήκουν στις ειδικές κατηγορίες με* θα πρέπει να πιστοποιούν την ιδιότητά τους (επιστολή από τον διευθυντή της κλινικής στην οποία κάνουν ειδικότητα ή εργάζονται ως νοσηλευτές, φοιτητική ταυτότητα).

Σημείωση

Στην κατηγορία των φοιτητών Ιατρικής (δωρεάν εγγραφή) ανήκουν μόνο οι προπτυχιακοί φοιτητές. Μεταπτυχιακοί φοιτητές, επί διδακτορικό κ.λπ., ανήκουν στην κατηγορία των μη ειδικευμένων.

Το κόστος συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση επιστημονικού προγράμματος
- Υλικό Συνεδρίου
- Βεβαίωση παρακολούθησης με τη μοριοδότηση
- Συμμετοχή στη δεξίωση προς τιμή των συνέδρων
- Καφέ στα διαλείμματα
- Πρόσβαση στην έκθεση

ΧΟΡΗΓΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Η Ελληνική Εταιρεία Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής (ΕΕΕΦΔΧ) έχει εξουσιοδοτηθεί από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο για τη Συνεχή Ιατρική Εκπαίδευση (European Accreditation Council for Continuing Medical Education – EACCME), για τη χορήγηση μονάδων εκπαίδευσης (credit points) κατά τα:

- Κλινικά Φροντιστήρια
- Πειραματικά Χειρουργεία
- Στρογγυλές Τράπεζες
- Διαλέξεις που περιλαμβάνονται στο Επιστημονικό Πρόγραμμα του Ετήσιου Συνεδρίου της.

Σημειώνεται ότι οι μονάδες που χορηγούνται με εξουσιοδότηση από το EACCME αναγνωρίζονται και από την Αμερικανική Εταιρεία (American Medical Association), ενώ η έγκριση δίνεται κάθε χρόνο στο Συνέδριο της ΕΕΕΦΔΧ από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (ΠΙΣ).

ΠΡΟΕΓΓΡΑΦΗ

Για προεγγραφή στο **26ο Διεθνές Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής**, με σκοπό τη συντομότερη εξυπηρέτησή σας, συμπληρώστε το **Online Δελτίο Εγγραφής** μέσω της ιστοσελίδας της ΕΕΕΦΔΧ (www.hsioids.org) ή επικοινωνήστε με τη Γραμματεία του Συνεδρίου **MEDLINE**.

ΑΘΗΝΑ 2012

26ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΕΕΦΔΧ

ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 1/3/2012

16:00-20:00 Ημερίδα Κερατοειδούς
Πειραματικά Χειρουργεία
Κλινικά Φροντιστήρια

Παρασκευή 2/3/2012

09:00-19:00 Τελετή Εναρξης/Τελετή Απονομής Βραβείου Fyodorov
Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Διαλέξεις
Στρογγυλές Τράπεζες
Κλινικά Φροντιστήρια/Φροντιστηριακές Στρογγυλές Τράπεζες
Πειραματικά Χειρουργεία
Δορυφορικά Συμπόσια Χορηγών

Σάββατο 3/3/2012

09:00-19:00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις/Βίντεο
Διαλέξεις
Στρογγυλές Τράπεζες
Μαγνητοσκοπημένα Χειρουργεία
Κλινικά Φροντιστήρια/Φροντιστηριακές Στρογγυλές Τράπεζες
Επαγγελματική Συνεδρία
Πειραματικά Χειρουργεία
Δορυφορικά Συμπόσια Χορηγών

Κυριακή 4/3/2012

09:00-14:00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις/Βράβευση Εργασιών
Στρογγυλές Τράπεζες
Κλινικά Φροντιστήρια
Πειραματικά Χειρουργεία

Πρόσθια τμηματική κερατοπλαστική με τεχνολογία Femtosecond Laser (FSALK) για τις ασθένειες της επιφάνειας και του στρώματος του κερατοειδούς

Εισαγωγή

Η θεραπευτική πρόσθια τμηματική κερατοπλαστική (Anterior Lamellar Keratoplasty – ALK) είναι μια μεταμόσχευση κερατοειδούς μερικού πάχους, η οποία χρησιμοποιείται σε οφθαλμούς με παθολογία που περιορίζεται στην επιφάνεια και στο στρώμα του κερατοειδούς. Ο σκοπός της τμηματικής κερατοπλαστικής είναι να αντικαταστήσει το παθολογικό μέρος του κερατοειδούς με ένα ανατομικά αντίστοιχο υγιή ιστό κερατοειδούς από δότη, αφήνοντας ανέπαφο τον υπόλοιπο υγιή κερατοειδή του ασθενούς-λήπτη.

Η τμηματική κερατοπλαστική (ALK) έχει πολλά πλεονεκτήματα σε σχέση με τη διαμπερή κερατοπλαστική (PK). Αποφεύγοντας τον τρυπανισμό πλήρους πάχους, ελαχιστοποιείται η πιθανότητα διεγχειρητικών επιπλοκών, επιτρέποντας τη γρηγορότερη οπτική αποκατάσταση. Η διατήρηση του ενδοθηλίου του λήπτη αποκλείει την πιθανότητα απόρριψής του. Επιπλέον, η τμηματική κερατοπλαστική μας παρέχει τη δυνατότητα να μπορούμε να εκτελέσουμε αν γίνεται πολλαπλές τμηματικές μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς (πρόσθιες, στρωματικές, ενδοθηλιακές) από ένα και μόνο μόσχευμα¹.

Ο σημαντικότερος περιορισμός της τμηματικής κερατοπλαστικής είναι οι τεχνικές δυσκολίες κατά τον διαχωρισμό του πρόσθιου τμήματος του κερατοειδούς, και οι επακόλουθες στρωματικές ανωμαλίες στην επιφάνεια επαφής μεταξύ του δότη και του λήπτη, που μπορούν να επηρεάσουν το οπτικό αποτέλεσμα. Οι βελτιώσεις στη σχεδίαση των αυτοματοποιημένων μικροκερατόμων και των τεχνητών πρόσθιων θαλάμων, έχουν μετριάσει αυτές τις δυσκολίες².

Η χρήση του femtosecond laser (FS) βελτιστοποιεί περαιτέρω την τεχνική της τμηματικής κερατοπλαστικής (LK) αυξάνοντας την ακρίβεια του διαχωρισμού του πρόσθιου τμήματος του κερατοειδούς και τη δημιουργία των κάθετων τομών (Σχέδιο 1). Η ομαλότερη επιφάνεια επαφής θα πρέπει θεωρητικά να βελτιώσει και την οπτι-



Κωνσταντίνος Η. Σαμαράς
MD MRCOphth.

Χειρουργός Οφθαλμίατρος

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ: kostis@lasersight.gr

κή οξύτητα^{3,4}. Επίσης, η πρόσθια τμηματική κερατοπλαστική με τεχνολογία femtosecond laser (FSALK) έχει λιγότερες πιθανότητες να προκαλέσει μικροδιάτρηση του κερατοειδούς, και επιτρέπει τουλάχιστον στις περισσότερες συσκευές τον άμεσο οπτικό έλεγχο του κερατοειδούς από τον χειρουργό κατά τον διαχωρισμό του πρόσθιου τμήματος, το οποίο επιτρέπει τη διακοπή της διαδικασίας σε περίπτωση επιπλοκής.

Σε αυτό το άρθρο, πρόκειται να παρουσιάσω την πρόσθια τμηματική κερατοπλαστική με τεχνολογία femtosecond laser (FSALK), τις διαφορετικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται με την εξέλιξη της τεχνολογίας femtosecond laser, και τις επιπλοκές που θα μπορούσαν να προκύψουν από τη διαδικασία αυτή.

Ορισμοί

Η πρόσθια τμηματική κερατοπλαστική με τεχνολογία femtosecond laser διαχωρίζεται:

Α. Στην πρόσθια τμηματική κερατοπλαστική (FSALK), όταν ο διαχωρισμός του πρόσθιου τμήματος του κερατοειδούς του λήπτη γίνεται σε βάθος $\leq 250\mu\text{m}$,

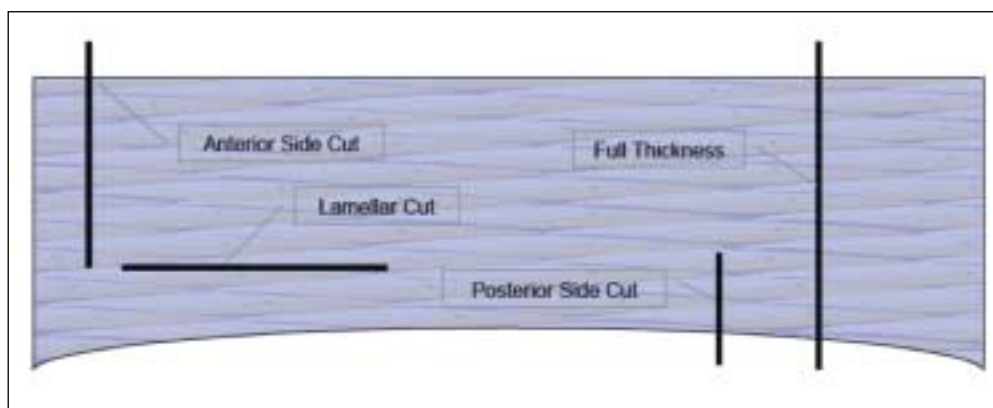
Β. Στην πρόσθια μέγιστου βάθους τμηματική κερατοπλαστική (FSDALK), όταν ο διαχωρισμός του πρόσθιου τμήματος του κερατοειδούς του λήπτη γίνεται σε βάθος μεγαλύτερο από $250\mu\text{m}$.

Ενδείξεις

Ενδείξεις για τη θεραπευτική πρόσθια τμηματική κερατοπλαστική περιλαμβάνουν:

Α. Δυστροφίες του κερατοειδούς, όπως Reis-Buckler, Cogan, κοκκιώδης κ.λπ.

Β. Θόλωση του κερατοειδούς μετά από π.χ. φωτο-



Σχέδιο 1.



Εικόνα 1.

διαθλαστική κερατεκτομή (PRK), κυστίνωση κερατοειδούς κ.λπ.

Γ. Ουλοποίηση του κερατοειδούς μετά από π.χ. ερπητική κερατίτιδα.

Δ. Εκφύλιστικές αλλοιώσεις του κερατοειδούς, όπως η Salzmann κ.λπ.

Ε. Κερατεκτασία μετά από επέμβαση LASIK.

Χειρουργική τεχνική

Η επέμβαση συνήθως γίνεται με τοπική αναισθησία. Σε όλους τους ασθενείς είναι υποχρεωτική η εξέταση με οπτική τομογραφία συνοχής πρόσθιου ημιμορίου (OCT) για τη μέτρηση του βάθους του παθολογικού ιστού του κερατοειδούς που πρέπει να αφαιρεθεί.

Για την προετοιμασία του κερατοειδικού μοσχεύματος του δότη, ο ιστός τοποθετείται πάνω σε έναν τεχνητό πρόσθιο θάλαμο.

Οι ακόλουθες ρυθμίσεις χρησιμοποιούνται για το μόσχευμα του δότη:

Α. Πάχος μοσχεύματος δότη από 120 έως 400μm. Το πάχος του μοσχεύματος προσαρμόζεται σε σχέση με το βάθος της πάθησης και σύμφωνα με τα ευρήματα του OCT.

Πρόσθετο πάχος που κυμαίνεται από 0 έως 50μm μπορεί να προστεθεί στο μόσχευμα του δότη για να αντισταθμίσει την προσωρινή οίδημα κατάστασης του μοσχεύματος μέσα στα υγρά συντήρησης. Επίσης, σε ασθενείς με λέπτυνση του κερατοειδούς, λόγω κερατεκτασίας ή μετά από επέμβαση LASIK ή λόγω ουλής και εκλέπτυνσης, προστίθεται περισσότερος ιστός που μπορεί να φτάσει μέχρι και τα 300μm παραπάνω, για να αντισταθμίσει τον λεπτότερο ιστό που αφαιρείται, ώστε να επιτύχουμε καλύτερη βιομηχανική σταθερότητα και πάχος κερατοειδούς εντός του κανονικού.

Β. Διάμετρος μοσχεύματος δότη από 8 έως 9,2-9,3mm και πλευρική γωνία κοπής από 45° έως 120° και ανάλογως με τις ανάγκες του ασθενούς και τις δυνατότητες του εξοπλισμού μας.

Η κοπή του στρώματος του κερατοειδούς του ασθενούς-λήπτη γίνεται χρησιμοποιώντας παρόμοιες ρυθμίσεις στο femtosecond laser, ωστόσο ο παθολογικός ιστός του λήπτη που αφαιρείται έχει διάμετρο συνήθως μικρότερη από το μόσχευμα του δότη που τον αντικαθιστά (από 0 έως 0,6mm).

Όλα τα μοσχεύματα συρράφονται με ράμματα 10/0 Nylon, είτε διακεκομμένα ή συνεχή είτε με ράμματα επι-

κάλυψης ή συνδυασμό των ανωτέρω και ανάλογα με την περίπτωση και τις ενδείξεις (Εικόνα 1). Οι ασθενείς στη συνέχεια χρησιμοποιούν τα κατάλληλα τοπικά αντιβιοτικά και στεροειδή σε σταγόνες για ένα μήνα, και στη συνέχεια τα τοπικά στεροειδή μειώνονται σταδιακά σε διάστημα μερικών μηνών.

Η αφαίρεση των ραμμάτων πραγματοποιείται σε περίπου 18 εβδομάδες για την ομάδα FSALK (Εικόνα 2) και 24 εβδομάδες για την ομάδα FSDALK.

Συμπληρωματική χειρουργική

Ορισμένοι ασθενείς που ανήκουν στην ομάδα της πρόσθιας τμηματικής κερατοπλαστικής (FSALK), χρειάζονται επιπλέον θεραπεία με Excimer Laser φωτοθεραπευτική/φωτοδιαθλαστική κερατεκτομή (PTK/PRK) για τη βελτίωση του οπτικού αποτελέσματος ή την απομάκρυνση υπολειμμάτων της εκφύλισης ή της ουλής στο στρώμα του υπολειπόμενου κερατοειδούς του λήπτη πριν από τη συρραφή του μοσχεύματος του δότη. Η μέση οπτική ζώνη του PTK/PRK είναι συνήθως 6-7mm και το μέσο πάχος κερατεκτομής στα 50-100μm.

Επίσης, υπάρχει πάντα η πιθανότητα για περαιτέρω χειρουργικές επεμβάσεις σε δεύτερο χρόνο, διαθλαστικές και μή, όπως φωτοθεραπευτική /φωτοδιαθλαστική κερατεκτομή (PTK/PRK) για τη βελτίωση της οπτικής οξύτητας, λόγω αμετρωπίας ή λόγω εκφύλιστικών αλλοιώσεων του Salzmann. Επιπλέον, μπορεί να χρειαστεί επέμβαση καταρράκτη ή και επανάληψη της πρόσθιας τμηματικής κερατοπλαστικής.

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές μπορούν να χωριστούν σε αυτές που σχετίζονται με το femtosecond laser, όπως π.χ. vertical bubble breakthrough, και σε αυτές που σχετίζονται με το μόσχευμα. Σε περιπτώσεις (vertical bubble breakthrough) κατά την προετοιμασία/κοπή του στρώματος του δέκτη, η εγχείρηση μπορεί να συνεχιστεί με επανάληψη της κοπής και να ολοκληρωθεί κανονικά χωρίς περαιτέρω προβλήματα.

Στις επιπλοκές που σχετίζονται με το μόσχευμα συμπεριλαμβάνονται η απόρριψη του μοσχεύματος (επιθηλιακή ή στρωματική), καθώς και η αποτυχία του μοσχεύματος και της επέμβασης λόγω:

α. επανεμφάνισης της αρχικής παθολογίας του κερατοειδούς

β. μετά από επεισόδιο βακτηριακής κερατίτιδας

γ. μετά από ενδοστρωματική θόλωση, ιδίως στην επιφάνεια επαφής του μοσχεύματος με τον υπολειπόμενο κερατοειδή του δέκτη, ή

δ. μετά από παθολογική επέκταση του επιθηλίου ενδοστρωματικά, στην επιφάνεια επαφής μεταξύ του δότη και του λήπτη.

Συζήτηση

Η τεχνολογία femtosecond laser έχει αλλάξει θεαματικά τη χειρουργική κερατοειδούς και η χρησιμοποίησή



Εικόνα 2.

της έχει βελτιώσει την ασφάλεια και την ακρίβεια στις μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς. Με τον μηχανικό μικροκερατόμο, η μέση τυπική απόκλιση του βάθους κοπής είναι μεταξύ 20 και 60μm⁵. Με το femtosecond laser, το πάχος του μοσχεύματος του κερατοειδούς επιτυγχάνεται με ακρίβεια μεταξύ 2 και 28μm, με μια μέση απόκλιση από 12 έως 18μm, ακρίβεια δύο φορές ανώτερη από τους καλύτερους μικροκερατόμους^{4,6}.

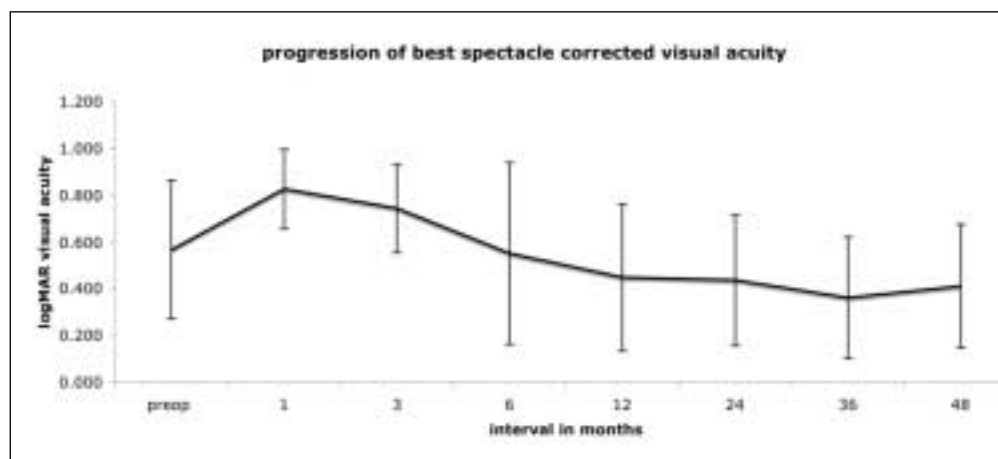
Η επούλωση του κερατοειδικού ιστού είναι, επίσης, καλύτερη με τις τομές κάθετες προς τα ελάσματα κολλητικού του στρώματος του κερατοειδούς³, που ενισχύουν την ουλοποίηση του κερατοειδούς περισσότερο από τη οριζόντια επούλωση των ιστών.

Ως εκ τούτου, με το femtosecond laser, με την αύξηση της πλευρικής γωνίας κοπής, αυξάνουμε την επιφάνεια επαφής διευκολύνοντας την επούλωση μεταξύ των ιστών του δότη και του λήπτη, δημιουργώντας έναν πιο σταθερό κερατοειδή. Αυτός είναι και ο λόγος που η αφαίρεση των ραμμάτων γίνεται σχετικά νωρίς και στις τις δύο επεμβάσεις [μέσος όρος των 18 εβδομάδων για την πρόσθια τμηματική κερατοπλαστική (FSALK), 24 εβδομάδες για την πρόσθια μέγιστου βάθους τμηματική κερατοπλαστική (FSDALK)]. Πηγαίνοντας ένα βήμα παραπέρα, οι Yoo και συν.⁷ δεν τοποθέτησαν κανένα ράμμα στο κερατοειδικό μόσχευμα στην ομάδα ασθενών που υποβλήθηκαν σε FSALK. Τοποθέτησαν μόνο ένα θεραπευτικό φακό επαφής από 3 έως 12 ημέρες, και δεν είχαν κανένα επεισόδιο μετατόπισης/αποκόλλησης του μοσχεύματος.

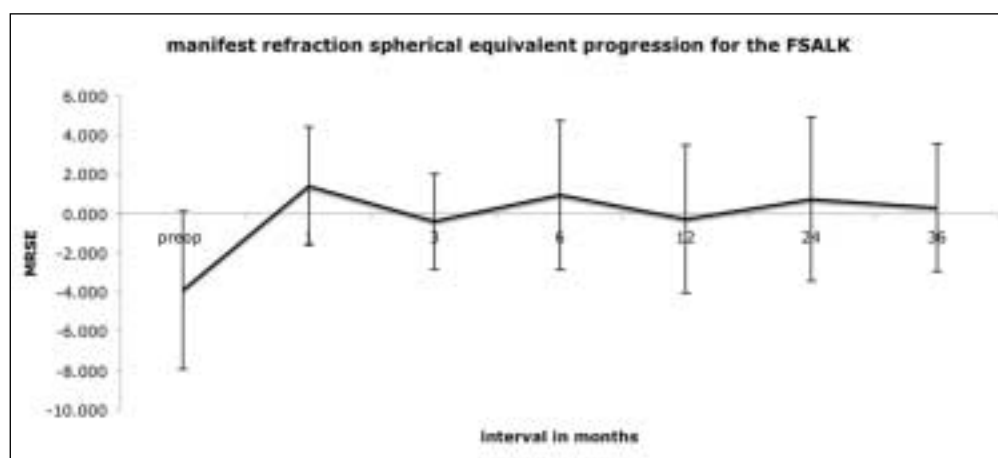
Δεδομένου ότι τα μηχανήματα femtosecond laser έχουν βελτιωθεί, με υψηλότερες συχνότητες που έχουν, επίσης, την τάση να εκλύουν λιγότερη ενέργεια και με μικρότερη απόσταση διαχωρισμού μεταξύ των γραμμών των βολών Laser στο στρώμα του κερατοειδούς, διευκολύνεται ο διαχωρισμός του κερατοειδικού μοσχεύματος.

Κατά μέσο όρο, η καλύτερη διορθωμένη οπτική οξύτητα με γυαλιά (BSCVA), συνήθως, βελτιώνεται μέχρι και 12 μήνες μετά από την επέμβαση και η βελτίωση αυτή διατηρείται κατά τη διάρκεια της μετέπειτα παρακολούθησης (Πίνακας 1).

Στην έκθεση τους οι Ab Shousha και συν.⁸, ανέφεραν σημαντική βελτίωση της καλύτερης διορθωμένης οπτικής οξύτητας με γυαλιά (BSCVA) μετά από FSALK στους 12 μήνες μετεγχειρητικά. Σε δύο μάτια παρατήρησαν μειωμένη όραση κατά την περίοδο της παρακολούθησης, λόγω ουλοποίησης του κερατοειδούς στο ένα μάτι και λόγω υψηλής διαθλαστικής μυωπίας μετά από πρόσθια μέγιστου βάθους τμηματική κερατοπλαστική



Πίνακας 1.



Πίνακας 2.

(FSDALK) στο άλλο.

Οι Busin και συν.⁹, στην έκθεσή τους σχετικά με τη θεραπευτική τμηματική κερατοπλαστική (LK) με τη βοήθεια μηχανικού μικροκερατόμου, πέτυχαν καλύτερη διορθωμένη οπτική οξύτητα με γυαλιά (BSCVA) $\geq 5/10$, στο 88% των περιπτώσεων ένα έτος μετεγχειρητικά, το οποίο είναι παρόμοιο με το αποτέλεσμα των εκθέσεων με τη χρήση femtosecond laser κατά την ίδια περίοδο της παρακολούθησης (85%). Ωστόσο, στη σειρά του Busin υπάρχει υψηλότερο ποσοστό επιπλοκών, ιδίως κατά την προετοιμασία του μοσχεύματος του δότη με 8 (16%) μοσχεύματα να χρειάζεται να επαναληφθεί η διαδικασία λόγω της κακής ποιότητας του τεμαχισμού με τον μηχανικό μικροκερατόμο. Δεν υπήρξε καμία τέτοια επιπλοκή σε σειρές με τη χρήση femtosecond laser και από προσωπική εμπειρία.

Η οπτική οξύτητα χωρίς διόρθωση (UCVA) βελτιώνεται σημαντικά έως και 24 μήνες μετά από την επέμβαση, ωστόσο αυτή η βελτίωση συνήθως δεν διατηρείται με περαιτέρω παρακολούθηση. Οι Yoo και συν.⁷ διαπίστωσαν βελτίωση της καλύτερης διορθωμένης οπτικής οξύτητας με γυαλιά (BSCVA) και της οπτικής οξύτητας χωρίς διόρθωση (UCVA), με μέση μετεγχειρητική παρακολούθησή τους 12 μήνες σε ομάδα ασθενών μετά από πρόσθια τμηματική κερατοπλαστική (FSALK).

Ένα άλλο σημείο που θα μπορούσε κανείς να παρατηρήσει μέσα από προσωπική παρατήρηση και από τις

σχετικές σειρές είναι ότι σε ασθενείς μετά από πρόσθια τμηματική κερατοπλαστική (FSALK), τα μάτια που υπόκεινται σε επιπλέον θεραπεία με Excimer Laser φωτοθεραπευτική/φωτοδιαθλαστική κερατεκτομή (PTK/PRK) έχουν το πλεονέκτημα της καλύτερης εμμετροποίησης αρχίζοντας από τον πρώτο κιάλας μήνα μετά την επέμβαση με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τη ποιότητα της όρασής τους (Πίνακας 2).

Η επέμβαση FSALK, επιπλέον, δεν μεταβάλλει τόσο την καμπυλότητα του κερατοειδούς, η οποία αποτελεί πλεονέκτημα σε σχέση με τη συμβατική διαμπερή κερατοπλαστική (Penetrating Keratoplasty – PK), και τη μέγιστου βάθους τμηματική κερατοπλαστική (Deep Anterior Lamellar Keratoplasty–DALK), στις οποίες ο υψηλός, κανονικός ή ανώμαλος κερατοειδικός αστιγματισμός, είναι η αιτία των προβλημάτων όρασης μετά από μεταμόσχευση παρά τη διαύγεια του κερατοειδικού μοσχεύματος.⁹

Η FSALK είναι μια ασφαλής επέμβαση. Περιπτώσεις αποτυχίας του μοσχεύματος λόγω απόρριψης είναι σπάνιες και μπορούν να τέθούν υπό έλεγχο με την έγκαιρη χρήση σταγόνων στεροειδών. Στην έκθεση των A Shousha και συν.⁸, κανένα από τα 13 περιστατικά FSALK δεν υπέστησαν απόρριψη του μοσχεύματος. Υπήρξαν τρεις περιπτώσεις ενδοστρωματικής θόλωσης στην επιφάνεια επαφής του μοσχεύματος με τον υπολείπομενο κερατοειδή του δέκτη, στις οποίες όμως δεν χρειάστηκε καμία παρέμβαση. Η επανεμφάνιση της αρ-

χικής παθολογίας στον κερατοειδή δεν μπορεί να αποκλειστεί κάτι που μπορεί να οδηγήσει στην επανάληψη της επέμβασης FSALK με ή χωρίς PTK. Η περίπτωση διάνοιξης/μετατόπισης του μοσχεύματος μετά από FSDALK μπορεί επίσης να συμβεί (θα μπορούσε να αποφευχθεί με την τοποθέτηση των ραμμάτων για τουλάχιστον 4 μήνες) στην περίπτωση επέμβασης FSDALK, ωστόσο, στην περίπτωση των FSALK, η συρραφή του μοσχεύματος δεν φαίνεται να είναι αναγκαία, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία^{7,10}.

Η FSALK παρέχει πολλά πλεονεκτήματα σε σχέση με τις συμβατικές επεμβάσεις PK και DALK, με βελτιωμένο οπτικό αποτέλεσμα και εμμετροποίηση της αντικειμενικής διάθλασης και όχι προκαλώντας αμετροπία και ανώμαλο αστιγματισμό, όπως στην περίπτωση των επεμβάσεων PK και DALK. Σε σύγκριση με την τμηματική κερατοπλαστική (LK) με τη βοήθεια μηχανικού μικροκερατόμου, η FSALK είναι ασφαλέστερη και στη θεωρία η ομαλότερη επιφάνεια επαφής θα πρέπει να παρέχει καλύτερη ποιότητα όρασης κάτι, όμως, που θα πρέπει να αποδειχθεί με μια μελλοντική συγκριτική μελέτη.

Αναφορές

1. Vajpayee RB, Sharma N, Jhanji V, Titiyal JS, Tandon R. One donor cornea for 3 recipients: a new concept for corneal transplantation surgery. *Arch Ophthalmol.* 2007; 125:552-554.
2. Vajpayee RB, Vasudendra N, Titiyal JS, Tandon R, Sharma N, Sinha R. Automated lamellar therapeutic keratoplasty (ALTK) in the treatment of anterior to mid-stromal corneal pathologies. *Act Ophthalmol Scand.* 2006; 84:771-773.
3. Hoffart L, Proust H, Matonti F, Catanese M, Conrath J, Ridings B. Keratoplastis lamellaire anterieure assistee par laser femtoseconde. *J Fr Ophthalmol.* 2007; 30:689-694.
4. Kezirian GM, Stonecipher KG. Comparison of the intralase femtosecond laser and mechanical keratomes for laser in situ keratomileusis. *J Cataract Refract Surg.* 2004; 30:804-811.
5. Flanagan GW, Binder PS. Precision of flap measurements for laser in situ keratomeusis in 4428 eyes. *J Refract Surg.* 2003; 19:113-123.
6. Binder PS. Flap dimensions created with the intralase FS laser. *J Cataract Refract Surg.* 2004; 30:26-32.
7. Yoo SH, Kymionis GD, Koreishi A, Ide T, Goldman D, Karp CL, O'Brien TP, Culberston WW, Alfonso EC. Femtosecond laser-assisted sutureless anterior lamellar keratoplasty. *Ophthalmology.* 2008; 115:1303-1307.
8. Abou Shousha M, Yoo SH, Kymionis GD, Ide T, Feuer W, Karp CL, O'Brien TP, Culberston WW, Alfonso E. Long-term results of femtosecond laser-assisted sutureless anterior keratoplasty. *Ophthalmology.* 2011; 118:315-323.
9. Busin M, Zambianchi L, Arffa RC. Microkeratome-assisted lamellar keratoplasty for the surgical treatment of keratoconus. *Ophthalmology.* 2005; 112:987-997.
10. Jones MN, Armitage WJ, Ayliffe W. Penetrating and deep anterior lamellar keratoplasty for keratoconus: a comparison of graft outcomes in the United Kingdom. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2009; 50:5625-5629.

Τραμπεκουλεκτομή με ταυτόχρονη ένθεση αποχετευτικού μηχανισμού τύπου Express

Το γλαύκωμα ως γνωστό είναι η πρώτη αιτία μη αναστρέψιμης τυφλότητας στον κόσμο και η δεύτερη στον λεγόμενο Δυτικό πολιτισμένο κόσμο. Η αντιμετώπισή του με βάση την παραδοσιακή θεραπευτική αντίληψη γίνεται πρώτον με φάρμακα εν είδει σταγόνων, δεύτερον με laser (SLT, ALT, MLT) και τρίτον με χειρουργική επέμβαση όπου δεν υπάρχει επαρκές θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αυτή είναι η κρατούσα άποψη αλλά όχι κατ' ανάγκη σε όλους τους ερευνητές. Από την άλλη πλευρά και δεδομένου ότι το γλαύκωμα δεν θεραπεύεται ποτέ αλλά απλώς αντιμετωπίζεται και αντirroπείται, μόνο ο έλεγχος των οπτικών πεδίων και τεκτονικών αλλαγών των οπτικών θηλών καθιστά δυνατή την ελάχιστη (ή καθόλου) επίπτωση βλαβών στο οπτικό νεύρο.

Η χειρουργική του γλαυκώματος καθυστερεί δυστυχώς συχνά και εμφανίζονται για εγχείρηση απλά γλαυκώματα ή καταρράκτης-γλαύκωμα με επιβάρυνση οπτικού νεύρου C/D 8-9/10 ή και περισσότερο. Η αδικαιολόγητη αυτή καθυστέρηση στην εφαρμογή της χειρουργικής θεραπείας δεν εξηγείται πάντα εύκολα, αλλά τις πιο πολλές φορές υποκρύπτει και έλλειμμα γνώσης εκ μέρους των ιατρών. Από την άλλη και επειδή ο χειρουργός καταρράκτη συχνά καλείται να αντιμετωπίσει τη συνύπαρξη καταρράκτη-γλαυκώματος όντας λιγότερο γνώστης του γλαυκωματικού γίνεσθαι δεν έχει πάντα την πιο εύστοχη προσέγγιση. Η χειρουργική του χρόνιου γλαυκώματος διαιρείται σε δύο κατηγορίες.

1. Στην κατηγορία της κλασικής διατηρητικής εγχείρησης με κύριο εκπρόσωπο την τραμπεκουλεκτομή, και

2. Στην κατηγορία των μη διατηρητικών εγχειρήσεων (NPGS). Στη δεύτερη κατηγορία υπάρχει ιστορία και πράξη 50 περίπου ετών και τα αποτελέσματα είναι συνήθως λιγότερο καλά. Όμως, τα τελευταία 6 χρόνια προβάλλει ο καθετηριασμός του καναλιού του Schlemm (βισκοναλοστομία και καναλοπλαστική) με εντυπωσιακά αποτελέσματα και με τάση να υποκαταστήσει εν μέρει τουλάχιστον την τραμπεκουλεκτομή.

Ερχόμαστε τώρα στην κανονική τραμπεκουλεκτομή (προστατευόμενη θυριδική τραμπεκουλεκτομή) που θεωρείται και η επικρατούσα εγχείρηση γλαυκώματος διε-



Εικόνα 1.



Ιωάννης Ε. Αλεξάκης
MD, PhD, FEBO

Χειρουργός Οφθαλμίατρος

επικοινωνία:

giannis.alexakis@hotmail.com

Κωνσταντίνος Γκολές MD

Χειρουργός Οφθαλμίατρος

θνώς (Gold Standard). Η προσθήκη κατά τα τελευταία χρόνια αντιμωπτικών ουσιών κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή μετά την επέμβαση, ή στεγανότερη συρραφή των τομών ή καλύτερη μετεγχειρητική διαχείριση της αμπούλας με ενέσεις και η χρήση ραμμάτων με δυνατότητα releasable ή suture lysis, έχουν αυξήσει την αποτελεσματικότητα και έχουν μειώσει τις πρώιμες μετεγχειρητικές υποτονίες. Τα τελευταία δέκα χρόνια, χρησιμοποιείται ένας μικρός αποχετευτικός μηχανισμός (εν είδει μικρού καρφιού, 3χιλ.) που διεκβάλλεται εκεί που θα γινόταν η σκληρεκτομή (κάτω από το flap σκληρού – Εικόνα 1).

Αφού γίνει αυτή η τοποθέτηση, συρράπτεται ακολουθώς το flap σκληρού και τέλος συρράπτεται στεγανά και ο επιπεφυκότας. Η διαφορά από την κλασική τραμπεκουλεκτομή είναι ότι (α) δεν διενεργείται σκληρεκτομή, (β) δεν διενεργείται ιριδεκτομή. Φαίνεται ότι αυτό το τροποποιημένο χειρουργικό προφίλ εξασφαλίζει λιγότερα μετεγχειρητικά υφαιμάτα, λιγότερη μετεγχειρητική φλεγμονή, γρηγορότερη αποκατάσταση όρασης και ίσως λιγότερες μετεγχειρητικές υποτονίες. Ο μικρός αυτός αποχετευτικός μηχανισμός ονομάζεται Express, δεν πρόκειται για βαλβίδα, παρήχθη αρχικά από άλλη εταιρεία, υπέστη στην πορεία πολλές τροποποιήσεις και τοποθετείται πλέον όχι κάτω από τον επιπεφυκότα αλλά κάτω από φύλλο σκληρού και ανήκει εμπορικά στην εταιρεία Alcon. Σε διεθνή μελέτη έχει δειχθεί ότι εξασφαλίζει ίδια ποσοστιαία μετεγχειρητική πτώση της ενδοφθάλμιας πίεσης, όπως και στην τραμπεκουλεκτομή, ενώ επιτυγχάνει ταυτόχρονα μεγάλη μείωση ή και κατάργηση της χορήγησης των αντιγλαυκωματικών φαρμάκων. Αναφέρονται διάφορα ποσοστά επιτυχίας ανάλογα με τους διάφορους συγγραφείς. Ο P Netland MD από το

πανεπιστήμιο του Tennessee αναφέρει ποσοστά επιτυχίας 91,2% στους 6 μήνες και 90,2% στον ένα χρόνο. Το ποσοστό των βραχυπρόθεσμων μετεγχειρητικών επιπλοκών φαίνεται να είναι μειωμένο. Υπάρχουν πολλά άρθρα σε peer review journals με παρακολούθηση μέχρι και 5 χρόνια και καλά αποτελέσματα. Η χρήση του μηχανισμού Express εμφανίζει την κορυφαία εφαρμογή στην ταυτόχρονη διενέργεια της φακοθρυψίας-τραμπεκουλεκτομής. Μελέτη του Sylvain Roy MD, από τη Λοζάνη σε 28 ασθενείς με μέση ηλικία 72 έτη περιγράφει διενέργεια τραμπεκουλεκτομής Express και παρακολούθησης 8-13 μηνών. Τα αντιγλαυκωματικά φάρμακα μετά από την εγχείρηση μειώθηκαν από 2,9 ανά ασθενή σε 0,4 ανά ασθενή. Η προσθήκη του μηχανισμού Express σταντάρει την περιοχή της πρώην σκληρεκτομής ως προς το άνοιγμα (50μ ή 200μ εσωτερικός αυλός). Πολλοί χειρουργοί αισθάνονται ότι εξασφαλίζουν καλύτερο διεγχειρητικό έλεγχο και καλύτερη μετεγχειρητική πορεία.

Είχαμε την ευκαιρία τους τελευταίους 3 μήνες να χειρουργήσουμε 3 ασθενείς, τον ένα με γλαύκωμα-καταρράκτη με αφορμή την εγχείρηση καταρράκτη και τους άλλους 2 με ψευδοφακία όπου είχε προηγηθεί τραμπεκουλεκτομή αλλά είχε καταστεί ανενεργός λόγω του χρόνου. Και στις τρεις περιπτώσεις παρατηρήσαμε μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης. Στα περιστατικά μας χρησιμοποιήσαμε releasable sutures, όπως έχουν περιγραφεί από τον John Cohen στο Cincinnati. Θα ήταν παράληψη να μην επισημάνουμε ότι η χρήση releasable sutures για πάνω από δέκα χρόνια στο 100% των περιπτώσεών μας, έχει βελτιώσει τα μετεγχειρητικά μας αποτελέσματα, και έχει καταστήσει ηπιότερες ορισμένες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Με βάση τα μετεγχειρητικά μας αποτελέσματα θεωρούμε ότι η επιλογή ήταν ιδιαίτερως επιτυχής. Στο μέλλον ολοένα και συχνότερα θα τοποθετούμε, μηχανισμούς Express με εξαίρεση την ύπαρξη στενής γωνίας ή περιπτώσεων που εκτιμούμε ότι η Express θα ακουμπάει στην ίριδα. Βέβαια, το κόστος (700 περίπου ευρώ) παραμένει πάντα ένα πρόβλημα. Τέλος, αν θα θέλαμε να πούμε μόνο δύο λόγια για όλο αυτό το project θα λέγαμε ότι αυξάνει την προβλεψιμότητα, ελέγχει καλύτερα την εγχείρηση και βελτιώνει περαιτέρω το προφίλ ασφάλειας.



Εικόνα 2.

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

Γ. Βάσεις ιατρικής ευθύνης σχετικά με τις παθήσεις του οφθαλμού

Συνέχεια από το προηγούμενο τεύχος

3. Σφάλματα περί την εκτέλεση της θεραπείας

Τα σφάλματα περί την εκτέλεση μιας θεραπευτικής πράξης (επέμβαση ή θεραπεία εν γένει) είναι η κλασικά πιο σημαντική και συχνά απαντώμενη κατηγορία σε βάρος των ιατρών, αν και, προϊούσας της επιστήμης και της τεχνολογίας, η αυτοματοποίηση ορισμένων διαδικασιών μέσω των μηχανημάτων τείνει να ελαχιστοποιήσει τα περιθώρια εσφαλμένων ιατρικών χειρισμών.

Σε εσφαλμένο και αδέξιο χειρισμό του χειρουργού οφθαλμιάτρου έχουμε δει σε αγωγές και μηνύσεις να αποδίδεται, μεταξύ άλλων, η ρήξη του οπίσθιου περιφερικού και η εκτόπιση τεμαχίων του πυρήνα του φακού στο υαλοειδές σε επέμβαση καταρράκτη, η υποστηριζόμενη καταστροφή του οπτικού νεύρου και απώλεια της περιφερικής όρασης οφθαλμού στα πλαίσια επέμβασης για τον καθαρισμό της αντιγλαυκωματικής βαλβίδας Molteno, η μη επίτευξη μηδενισμού της μυωπίας μετά από διαθλαστική επέμβαση διόρθωσης αυτής, η μη ολοκλήρωση της διαθλαστικής επέμβασης για τη διόρθωση της μυωπίας λόγω σχηματισμού στελούς flap.

Επίσης, έχει κριθεί σε ποινική υπόθεση ότι η εμφάνιση υπερμετρωπίας ή μυωπίας, καθώς και μικρής διαθλαστικής απόκλισης μετά από επέμβαση καταρράκτη δεν είναι σπάνια και δεν θεωρείται σφάλμα της χειρουργικής αυτής επέμβασης και με αυτό το σκεπτικό



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

Φλώρα Καρακαϊδού
Δικηγόρος, ΠΜΣ Ιδιωτικού Δικαίου
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ:
lvaplaw@otenet.gr, lvalaw@lvalaw.gr

απαλλάχτηκε ο οφθαλμιάτρος.

Επίσης, απορρίφθηκε η αγωγή αποζημίωσης κατά οφθαλμιάτρου λόγω αποτυχημένης επέμβασης τοποθέτησης ειδικών σωληναρίων σιλικόνης μέσω καθετήρα της σύμφυσης με καθετήρα σε ηλικιωμένο ασθενή προς αντιμετώπιση προβλήματος δακρύρροιας, διότι το δικαστήριο έκρινε ότι η μέθοδος αυτή ήταν δόκιμη και ενδεδειγμένη για την αντιμετώπιση της δακρύρροιας, δεδομένης και της ηλικίας του ασθενούς (79 ετών), ότι δεν επιδείνωσε το πρόβλημα του ασθενούς και ότι ήταν ελαφρότερη την επιτυχή ασκορινοστομία που επακολούθησε από άλλον οφθαλμιάτρο, καταλήγοντας ότι δεν υπήρξε αμέλεια του οφθαλμιάτρου.

Η απόδειξη του διεγχειρητικού σφάλματος του χειρουργού είναι στην πράξη δύσκολο εγχείρημα για τον ασθενή, ο οποίος κατά κανόνα έχει άγνοια για τα ιατρικά θέματα και κατά τον κρίσιμο χρόνο της επέμβασης πιθανότατα τελεί υπό κάποιας μορφής νάρκωση και στερείται την παρουσία μαρτύρων.

Ωστόσο, ο νόμος για να διευκολύνει τη θέση του ασθενούς έχει εναποθέσει στον ιατρό το βάρος να αποδείξει ότι το επελθόν δυσμενές αποτέλεσμα μιας επέμβασης δεν οφείλεται σε σφάλμα δικό του, αλλά σε ιδιοπαθή ή άλλα εξωτερικά αίτια. Στο σημείο αυτό αναδεικνύεται η σημασία της πλήρους και εμπειριστατωμένης ενημέρωσης του ασθενούς για τις επιπλοκές της επιχειρούμενης θεραπείας, διότι, διαφορετικά, ο ιατρός, ακόμη και αν αποδείξει ότι το πρόβλημα προκλήθηκε από μια αναγνωρισμένη επιπλοκή της επέμβασης, εντούτοις κινδυνεύει παρόλα αυτά να βρεθεί υπεύθυνος γι' αυτή εάν ο ασθενής υποστηρίξει ότι εφόσον είχε ενημερωθεί από τον ιατρό για την πιθανότητα επέλευσης της εν λόγω επιπλοκής, δεν θα είχε συναινέσει στην υποβολή του στην επέμβαση.

Όσον αφορά στην υπεισέλευση παραγόντων μη ιατρογενών ευθυνόμενων για το κακό αποτέλεσμα μιας επέμβασης, αναφέρουμε από τη νομολογία την περίπτωση προσβολής ασθενούς από ενδοφθαλμίτιδα μετά από επέμβαση καταρράκτη, ως προς την οποία δεν αποδόθηκαν ευθύνες στον χειρουργό οφθαλμιάτρο, αλλά στην Κλινική για κακή τήρηση των μέτρων αντισηψίας του χώρου των χειρουργείων.

Σε άλλο παράδειγμα, ο ιατρός κρίθηκε ότι δεν μπορούσε να προβλέψει και να αποτρέψει την αιφνίδια βλάβη του μηχανήματος εκτέλεσης επέμβασης καταρράκτη όταν, ένα λεπτό περίπου μετά την έναρξη της φακοθρυψίας, εκδηλώθηκε αιφνίδια υπερθέρμανση του στυλεού, και παρά την άμεση απομάκρυνση του μηχανήματος από τον οφθαλμό της ασθενούς και την επείγουσα αντιμετώπιση του προβλήματος από τον χειρουργό με τη συνδρομή και άλλου κληθέντος ιατρού καθηγητού, παρά ταύτα προκλήθηκε στην ασθενή ακαριαίως έγκαιμα των 2/3 του κερατοειδούς του αριστερού οφθαλμού της. Έτσι, ο ιατρός απαλλάχτηκε από τις κατηγορίες.

4. Σφάλματα περί την παρακολούθηση του ασθενούς

Ιδιαίτερη μέριμνα θα πρέπει να δίνεται από τον ιατρό στην επισταμένη και στενή παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενούς και μετά από μια ιατρική θεραπεία, προκειμένου να διαπιστωθούν και να αντιμετωπιστούν εγκαίρως τυχόν μεταγενέστερες επιπλοκές, που μπορούν να βλάψουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η παρακολούθηση πρέπει να είναι προσωπική και να μην γίνεται εξολοκλήρου από ιατρούς βοηθούς του θεράποντος, προκειμένου να μην δημιουργείται στον ασθενή ένα αίσθημα εγκατάλειψης από τον προσωπικό ιατρό του, γεγονός ικανό να κλονίσει τη σχέση ιατρού-ασθενούς και να δημιουργήσει γόνιμο έδαφος για έγερση αξιώσεων, εάν συνδυαστεί με την εμφάνιση κάποιας επιπλοκής μετά την εκτέλεση της θεραπείας, δεδομένου ότι οποιαδήποτε παράλειψη ή εσφαλμένη ενέργεια των βοηθών του θεράποντος είτε αυτοί είναι ιατροί είτε νοσηλευτικό προσωπικό αντανakλά στο πρόσωπο του θεράποντος.

Είναι σημαντικό ο ιατρός να αξιολογεί τυχόν μετεγχειρητικά παράπονα του ασθενούς για πόνο, πυρετό ή άλλα συμπτώματα και να αποφεύγει να δίνει στον ασθενή καθυστερημένες συμβουλές από το τηλέφωνο, αλλά να τον καλεί σε εξέταση στο ιατρείο του. Σε μια περίπτωση υποβάθμισης τέτοιων παραπόνων ασθενούς, μετά από επέμβαση βλεφαροπλαστικής λόγω βλεφαρόπτωσης, αποδείχθηκε ότι τελικά τα συμπτώματα αυτά δεν ήταν συνήθη μετεγχειρητικά, αλλά οφεί-

λονταν σε μετεγχειρητική ανάπτυξη ουλώδους εντροπίου, το οποίο, όμως, έγινε αντιληπτό από τον θεράποντα ιατρό καθυστερημένα και αντιμετωπίστηκε αφού είχε ήδη προκαλέσει έλκος του κερατοειδούς και σοβαρότατη και μη αναστρέψιμη απώλεια της οπτικής οξύτητας του οφθαλμού.

Δ. Κυρώσεις

Η πλημμελής άσκηση της ιατρικής μπορεί να επισύρει σε βάρος του ιατρού μια σειρά κυρώσεων, αστικών, ποινικών ή και πειθαρχικών.

1. Αστικές κυρώσεις

Οι αστικές κυρώσεις από την πλημμελή άσκηση της ιατρικής περιλαμβάνουν τη γένεση στο πρόσωπο των ασθενών αξιώσεων αποζημίωσης για τη βλάβη της υγείας ή του σώματος που υπέστησαν εξαιτίας της διάπραξης από τον ιατρό ενός ιατρικού σφάλματος, συντρεχουσών και των λοιπών όρων της αμέλειας και της απώδους συνάφειας μεταξύ της εσφαλμένης και αμελούς ιατρικής πράξης και της σωματικής βλάβης του ασθενούς.

Έτσι, εάν αποδειχθεί ότι μια σωματική βλάβη ασθενούς είναι απότοκος ενός τέτοιου σφάλματος, διαγνωστικού ή θεραπευτικού, ο ιατρός μπορεί να βρεθεί αντιμέτωπος με αξιώσεις αποζημίωσης, ενδεικτικά, για ιατρικές και συναφείς δαπάνες αποκατάστασης της βλάβης, για διαφυγόντα εισοδήματα από την εργασία του πάσχοντος, για την ηθική βλάβη (ψυχικό πόνο) που υπέστη αυτός, καθώς και, σε περίπτωση οριστικής απώλειας της όρασης ενός ασθενούς, εν όλω ή εν μέρει, ειδική αποζημίωση λόγω αναπηρίας ή παραμόρφωσης η οποία επιδρά στο κοινωνικό, οικονομικό ή επαγγελματικό του μέλλον.

Το ύψος της χρηματικής ικανοποίησης του ασθενούς λόγω ηθικής βλάβης αυτού από βλάβη του οφθαλμού του εναπόκειται μεν στη διακριτική ευχέρεια του δικαστή, αλλά μπορεί να κυμανθεί σε ποσό περίπου 60.000-100.000 ευρώ για απώλεια της όρασης του ενός οφθαλμού. Αξιώσεις αποζημίωσης, λόγω ηθικής βλάβης, μπορεί να γεννηθούν και σε περίπτωση προσβολής της προσωπικότητας του ασθενούς, λόγω ανεπαρκούς ενημέρωσής του, καθώς και λόγω παράβασης του ιατρικού απορρήτου.

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι ανωτέρω αστικής φύσης κυρώσεις αφορούν μόνο στους ιδιώτες οφθαλμιάτρους καθώς και στους πανεπιστημιακούς, και όχι στους οφθαλμιάτρους πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Και τούτο διότι σύμφωνα με το άρθρο 24 παρ.1 και 2 του ν. 1397/1983 περί του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι ιατροί του ΕΣΥ (πλην των πανεπιστημιακών ιατρών) είναι δημόσιοι πολιτικοί υπάλληλοι, ως έχοντες την ιδιότητα του μόνιμου δημόσιου λειτουργού και, λόγω της ιδιότητάς τους αυτής, κατά πάγια νομολογία των ελληνικών Δικαστηρίων, απολαμβάνουν της εφαρμογής της διάταξης του άρθρου 38 του Υπαλληλικού Κώδικα, το οποίο προβλέπει το ανεύθυνο των δημόσιων υπαλλήλων και των υπαλλήλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου έναντι τρίτων για παράνομες πράξεις ή παραλείψεις τους κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Στις περιπτώσεις αυτές, υπεύθυνο έναντι των ασθενών για τυχόν σφάλματα των ιατρών τους είναι μόνο το Δημόσιο Νοσοκομείο, το οποίο και θα κληθεί τελικά να καταβάλει την αποζημίωση στον ασθενή, εάν κριθεί από το δικαστήριο ότι πράγματι αυτός υπέστη σωματική βλάβη εξαιτίας κάποιας εσφαλμένης και αμελούς πράξης ή παράλειψης ενός ιατρού του Νοσοκομείου. Παρά ταύτα, το Δημόσιο εάν καταβάλει ορισμένη αποζημίωση σε ασθενή, έχει τη δυνατότητα σύμφωνα με τον Υπαλληλικό Κώδικα να στραφεί, στη συνέχεια, κατά του υπαίτιου ιατρού, παραπέμποντας αυτόν στο Ελεγκτικό Συνέδριο, και να διεκδικήσει την είσπραξη από αυτόν της καταβληθείσας αποζημίωσης, ή μέρους αυτής, μόνο όμως στην περίπτωση δόλου ή βαριάς αμέλειας του ιατρού.

Η δυνατότητα αυτή έχει, πάντως, μείνει αδρανής και στην πράξη δεν απαντώνται περιπτώσεις παραπομπής ιατρών του ΕΣΥ στο Ελεγκτικό Συνέδριο προκειμένου αυτοί να καταβάλουν ολόκληρη ή μέρος της αποζημίωσης την οποία κατέβαλε το Δημόσιο εξαιτίας της από αμέλειά τους πρόκλησης σωματικής βλάβης ή θανάτου σε κάποιον ασθενή.

Ωστόσο, δεν αποκλείεται, πολύ σύντομα, υπό το βάρος της ραγδαίας αύξησης των αγωγών αποζημίωσης από ασθενείς, σε συνδυασμό με την παρούσα κα-

κή οικονομική συγκυρία και την έλλειψη πόρων των Νοσοκομείων, αυτή η ρύθμιση να αρχίσει, έστω σποραδικά, να ενεργοποιείται από τα Νοσοκομεία σε βάρος των ιατρών και μάλιστα όταν οι ιατροί έχουν διαπράξει ιδιαίτερος βαριά ιατρικά σφάλματα, αναγόμενα δηλ. σε βαριά αμέλεια τους.

Ενόψει, μάλιστα, του ότι τα όρια μεταξύ βαριάς και ελαφριάς αμέλειας είναι πολλές φορές δυσδιάκριτα και ασαφή, αφήνονται ικανά περιθώρια στο Ελεγκτικό Συνέδριο, κρίνοντας κατά περίπτωση, να διευρύνει τις περιπτώσεις κατάφασης βαριάς αμέλειας σε βάρος των δημόσιων ιατρών, προκειμένου να πετύχει την επανείσπραξη αποζημιώσεων από το Δημόσιο.

2. Ποινικές κυρώσεις

Η ποινική ευθύνη του ιατρού αφορά στο κολάσιμο δυνάμει ποινικών διατάξεων της αμελούς συμπεριφοράς κατά την άσκηση της ιατρικής. Η ποινικοποίηση αυτής της συμπεριφοράς δεν γίνεται μέσω ειδικών διατάξεων που απαγορεύουν την αμελή εκτέλεση των ιατρικών καθηκόντων, αλλά οι περιπτώσεις των ιατρικών σφαλμάτων αντιμετωπίζονται και αυτές μέσα στο πλαίσιο των διατάξεων του κοινού ποινικού δικαίου που λειτουργούν ως θεματοφύλακες των θεμελιωδών αγαθών της ζωής, της υγείας και της σωματικής ακεραιότητας του ατόμου.

Ετσι, παρά την ιδιαιτερότητα των ιατρικών λαθών έναντι των εγκλημάτων του κοινού ποινικού δικαίου, ο ιατρός πολύ συχνά αντιμετωπίζει κατηγορίες για πρόκληση σωματικής βλάβης από αμέλεια ή και για ανθρωποκτονία από αμέλεια, πράξεις που επισύρουν ένα εύρος ποινών από 10 ημέρες μέχρι 5 έτη, ή / και χρηματική ποινή.

Επίσης, ο ιατρός μπορεί να κριθεί ποινικά υπεύθυνος (μετά από έγκληση του παθόντος), σε περίπτωση κατά την οποία παραβιάσει το ιατρικό απόρρητο του ασθενούς του και κοινοποιήσει σε τρίτα πρόσωπα απόρρητα στοιχεία για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς του.

3. Πειθαρχικές κυρώσεις

Οι πειθαρχικές κυρώσεις αφορούν παραβάσεις μιας ευρείας κατηγορίας δεοντολογικών κανόνων άσκησης

του ιατρικού επαγγέλματος, οι οποίοι περιέχονται, κυρίως, στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, αλλά και σε άλλα συναφή νομοθετήματα και αφορούν όχι μόνο στη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς (υποχρέωση παροχής ιατρικής συνδρομής σε επείγοντα περιστατικά, υποχρέωση άσκησης της ιατρικής σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης, υποχρέωση διαρκούς παρακολούθησης των εξελίξεων της ιατρικής επιστήμης, υποχρέωση ενημέρωσης, τήρησης ιατρικού αρχείου, διαφύλαξης ιατρικού απορρήτου κ.λπ.), αλλά και τη σχέση του ιατρού με τους συναδέλφους του (απαγόρευση δυσφήμισης συναδέλφου, αθέμιτου ανταγωνισμού κ.λπ.), και με την κοινωνία γενικότερα (ευπρεπής δημόσια παρουσία ιατρού, απαγόρευση ιατρικής διαφήμισης κ.λπ.).

Όργανο αρμόδιο για την επιβολή των πειθαρχικών ποινών σε περίπτωση πειθαρχικού παραπτώματος ιατρού είναι το Πειθαρχικό Συμβούλιο του αρμόδιου Ιατρικού Συλλόγου, ενώ οι ποινές που μπορεί να επιβληθούν κλιμακώνονται από την έγγραφη επίπληξη και την επιβολή πρόστιμου, μέχρι την προσωρινή ή, σε ακραίες περιπτώσεις, οριστική αφαίρεση της άδειας άσκησης επαγγέλματος.

Πάντως, πρέπει να σημειωθεί ότι στις περιπτώσεις των ιατρικών σφαλμάτων, σπάνια διεξάγεται παράλληλα μια πειθαρχική διαδικασία σε βάρος του εμπλεκόμενου ιατρού, κυρίως λόγω του ότι ο ασθενής θεωρεί πιο πρόσφορη και αποτελεσματική γι' αυτόν τη δικαστική οδό της αστικής (για λόγους οικονομικούς) και της ποινικής (για λόγους ηθικούς) δίκης.

Ε. Συμπεράσματα – Προτάσεις

Η παραπάνω ανάπτυξη μπορεί να γίνει ιδιαίτερα χρήσιμη για τον ιατρό, εάν αντιληφθεί και εφαρμόσει στην ιατρική πρακτική κάποιες βασικές αρχές στον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών του, οι οποίες θα διαφυλάξουν το σύννομο του τρόπου άσκησης του επαγγέλματός του και θα τον προφυλάξουν από πιθανές διώξεις. Μάλιστα, η ανάγκη προστασίας του ιατρού είναι ιδιαίτερα επτακτική στις μέρες μας ενόψει του καταγισμού των ιατρικών υποθέσεων στα ελληνικά δικαστήρια.

Ειδικά ο οφθαλμίατρος, από τα δείγματα της ελληνικής και ξένης σχετικής νομολογίας, θεωρούμε ότι θα πρέ-

πει να δίνει πάντοτε προσοχή στα ακόλουθα στοιχεία:

- Διατήρηση καλών σχέσεων με τον ασθενή και σεβασμό της προσωπικότητάς του.
 - Λήψη και καταγραφή πλήρους ιατρικού ιστορικού, διενέργεια όλων των αναγκαίων εξετάσεων.
 - Πιστή τήρηση ιατρικού αρχείου (επισκέψεις, εξετάσεις, θεραπείες), το οποίο ο ιατρός, βάσει του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, υποχρεούται να φυλάσσει για μία δεκαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενούς στο ιατρείο του.
 - Λεπτομερής ενημέρωση του ασθενούς για το πρόβλημά του και τους δυνατούς τρόπους αντιμετώπισής του. Επισήμανση των επιπλοκών κάθε μίας μεθόδου, γνωστοποίηση όλων των ιατρικών στοιχείων στον ασθενή και παροχή χρόνου σε αυτόν για τη συνεκτίμηση των δεδομένων και τη λήψη υπολογισμένης και ψύχραιμης απόφασης. Λήψη έγγραφης συναίνεσης του ασθενούς για την υποβολή του σε μια θεραπεία έπειτα από πλήρη ενημέρωσή του.
 - Αποφυγή διατύπωσης υπεραϊσιόδοξων και απόλυτων κρίσεων για τα αποτελέσματα μιας θεραπείας, διότι μπορεί να δημιουργήσουν στον ασθενή υψηλές αλλά απατηλές προσδοκίες θεραπείας και να ερμηνευθούν από τον ασθενή ως υπόσχεση θεραπείας, η οποία για να δοθεί σημαίνει ότι ήταν εφικτή αλλά τελικά ο ιατρός δεν πέτυχε να την πραγματοποιήσει.
 - Αποφυγή ανάληψης περιστατικών για τα οποία ο ιατρός δεν είναι προετοιμασμένος ή επαρκώς καταρτισμένος και μάλιστα σε νέες, μη επαρκώς δοκιμασμένες μεθόδους.
 - Ευλαβική τήρηση των μέτρων αντισηψίας του χώρου των χειρουργείων με παράλληλη τήρηση αρχείου των σχετικών πιστοποιητικών αποστείρωσης και τακτική συντήρηση των μηχανημάτων και εργαλείων.
- Οι παραπάνω αρχές και οι τρόποι άσκησης της ιατρικής θα πρέπει να ενταχθούν στην επαγγελματική συνείδηση κάθε ιατρού, προκειμένου αυτός όχι μόνο να προστατευθεί από το σύγχρονο δυσμενές κλίμα της πληθώρας των δικαστικών υποθέσεων ιατρικής ευθύνης, αλλά και να διαφυλάξει και να αναδείξει το ήθος και την κοινωνική αποστολή του ιατρικού επαγγέλματος, του οποίου ο φυσικός χώρος είναι οι αίθουσες των ιατρείων και όχι των δικαστηρίων.

Το νέο Διοικητικό Συμβούλιο της Πανελληνίας Οφθαλμολογικής Εταιρείας

Το νέο Διοικητικό Συμβούλιο της Πανελληνίας Οφθαλμολογικής Εταιρείας, που προέκυψε από τις εκλογές της 31ης Μαΐου 2011 είναι το εξής:

Πρόεδρος:	Νικόλαος Κοζέης
Αντιπρόεδρος:	Κωνσταντίνος Μπομπορίδης
Γεν. Γραμματέας:	Νικόλαος Ζιάκας
Ταμίας:	Σόλων Αστεριάδης
Ειδ. Γραμματέας:	Μίλτος Μπαλίδης

Ιδρύθηκε η Ελληνική Εταιρεία Κερατοειδούς

Την 31η Μαρτίου 2011, ιδρύθηκε η Ελληνική Εταιρεία Κερατοειδούς. Πρόκειται για Μη Κερδοσκοπική Επιστημονική Εταιρεία, η οποία ιδρύθηκε μεταξύ 38 υπογεγραμμένων οφθαλμιάτρων. Από τις αρχαιρεσίες της Εταιρείας που έγιναν στις 2 Ιουλίου 2011 στην Αθήνα, εξελέγη το ακόλουθο Διοικητικό Συμβούλιο με διετή θητεία:

Πρόεδρος:	Αθανάσιος Νικολάου
Αντιπρόεδρος:	Αναστάσιος Κανελλόπουλος
Γενικός Γραμματέας:	Κύρος Μουτσούρης
Ταμίας:	Ιωάννης Μάλλιας
Μέλος:	Αναστάσιος Χαρώνης

Η Ελληνική Εταιρεία Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής συχαίρει τα μέλη των νέων Διοικητικών Συμβουλίων και εύχεται καλή επιτυχία στο έργο τους.



(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 με την κα Βάλια Τόλιου, Registry Manager για το Eurequo Project/Greece, ΕΕΕΦΔΧ, email: 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 οφθαλμίατροι (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

Δείπνα και Συμπόσια των αρχαίων Ελλήνων

ΜΕΡΟΣ Β΄

Διαδικασία δείπνου – Τράπεζαι – Σκεύη

Συμπόσιο: Η βραδινή εστίαση των αρχαίων διαιρούταν σε δύο μέρη: στο δείπνο και στο συμπόσιο. Πολλές φορές γίνονταν μόνο συμπόσιο στο οποίο προσέρχονταν και καλεσμένοι που είχαν δειπνήσει αλλού. Άλλοτε πάλι (σπάνια) ορισμένοι σύνδειπνοι έφευγαν πριν από το συμπόσιο. Ο κανόνας όμως ήταν το δείπνο να ακολουθεί συμπόσιο.

Δεύτεραι Τράπεζαι: Μετά το πλύσιμο των χεριών, το αρωμάτισμα και τη στεφανηφορία, οι δούλοι έφερναν μπροστά από τους σύνδειπνους τις δεύτερες τράπεζες ή επιδόρπιες τράπεζες.

Συμποσίαρχος ή συμποσίαρχης: Κατά την έναρξη του συμποσίου γινόταν η εκλογή του συμποσίαρχου είτε αναγνωριζόταν ο φιλοξενών είτε κάποιος άλλος που αυτοπροτεινόταν. Όλοι οι συμπότες όφειλαν υπακοή στον συμποσίαρχο και όπως λέγει ο Πλούταρχος «κελευόμενων δε πάντων πείθεσθαι και ποιείν το προσταττόμενον» (Πλουτάρχου, Συμποσιακά Ι.4.2.) Γι' αυτό έπρεπε ο συμποσίαρχος να μην είναι ευάλωτος «στο μεθύειν» αλλά ούτε απρόθυμος «στο πίνειν» και ούτε υβριστής και αυστηρός υπέρ το δέον. Μεταξύ των αναμφισβήτητων δικαιωμάτων του βασιλιά του συμποσίου ήταν και ο προσδιορισμός της αναλογίας του οίνου και του ύδατος, δηλ. του κράματος. Ο συμποσίαρχος είχε βέβαια και βοηθούς υπό τις διαταγές του τους οινοχόους.

Επιδόρπια, τρωγάλια: Στις δεύτερες τράπεζες τοποθετούνταν φρούτα και γλυκίσματα, τα επιδόρπια, όπως επίσης τυριά, κάστανα, καρύδια, αμύγδαλα, τα τρωγάλια.

Ακρατος και κράμα: Από την Ομηρική ακόμη εποχή για λόγους υγείας, ευταξίας και κοινωνικής ευπρέπειας επικράτησε η συνήθεια της κράσεως του οίνου. Αυτό νομοθετήθηκε ρητώς από τον βασιλιά των Αθηνών Αμφικτύωνα «Εν τοις συμπόσιοις μή πίνειν άκρατον». Τον νόμο αυτόν επικύρωσε αργότερα και ο νομοθέτης Σόλων. Γι' αυτό και οι Έλληνες λέγοντας οίνο εννοούσαν το κράμα οίνου-ύδατος. Η παραβίαση του νόμου ήταν η ακρατοποσία και θεωρούνταν βαρβαρικό έθιμο. Οι Σκύθες έπιναν άκρατον οίνο και από εδώ προέρχεται η λέξη επισκυθίζω (πίνω άκρατο οίνο, όπως οι Σκύθες).



Πέτρος Ράσογλου

Χειρουργός Οφθαλμιάτρος

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ:

raspe@otenet.gr, petros@rasoglou.gr

Αναλογία κράματος: Γίνονταν διάφορες κράσεις ανάλογα με τους συμπότες. Υπήρχαν αναλογίες, τρία μέρη ύδατος προς ένα οίνου ή δύο προς ένα ή τρεις προς δύο ή ένα προς ένα. Πάντως άριστη κράση θεωρούνταν τρία μέρη ύδατος και δύο οίνου.

Κρατήρες: Η προαναφερθείσα κράση ετοιμαζόταν από τους υπηρέτες σε μεγάλα αγγεία διάφορων σχημάτων τους κρατήρες. Άξιον αναφοράς είναι ότι υπήρχαν κρατήρες που είχαν ειδικό χώρο στο μέσον τους όπου τοποθετούσαν πάγο ή χιόνι για να επιτυγχάνεται ψύξη.

Κυάθοι: Ήταν αγγεία διάφορων σχημάτων με τα οποία μεταγγιζόταν ο οίνος από τους κρατήρες στα ποτήρια.

Σπονδές: Στην έναρξη του συμποσίου συνήθως γινόταν σπονδή στον Διόνυσο με άκρατο ή κεκραμένο οίνο. Επικράτησε, όμως, στην Αθήνα να γίνονται σπονδές



Σκηνή μέθης.

Εικόνα Ι.



Συμπότης ἄδων.

Εικόνα 2.



Ἄκροαμα συμποδίου.

Εικόνα 3.



Ἄλκιβιάδης

Ἀγάθων

Σωκράτης

Συμπόσιον παρ' Ἀγάθωνι (κατὰ Πλάτωνα).

Εικόνα 3.

από τρεις κρατήρες. Το πρώτο ποτήρι προσφερόταν στους θεούς του Ολύμπου, το δεύτερο προς τιμήν των ηρώων και το τρίτο ειδικώς στον Σωτήρα Δία.

Συμποσιακός παίαν: Μετά την τρίτη σπονδή όλοι οι συμπότες με κλαδιά δάφνης στα χέρια έψαλλαν τον συμποσιακό παιάνα, αν δε επρόκειτο περί γάμου τον γαμήλιο παιάνα. Ο παιάνας ήταν συνήθως σύντομος και γνωστός σε όλους.

Προπώσεις: Από την Ομηρική εποχή γίνονταν προπώσεις και μάλιστα ως ακολούθως: ο συμποσίαρχος με ένα γεμάτο κύπελλο (τον κύλικα, τον σκύφο) έπιπε απευθυνόμενος σε ένα άτομο ή γενικόλογα. Κατόπιν μεταφερόταν το κύπελλο από τον αριστερό σε αυτόν

που καθόταν δεξιά. Αν γινόταν πρόποση για κάποιον, αυτός ήταν υποχρεωμένος να κάνει αντιπρόποση.

Αινίγματα, γρίφοι, λογοπαίγνια: Εκτός από τα παραπάνω ήταν συνηθισμένο κατά τη διάρκεια του συμποσίου να λέγονται αινίγματα και αστεία με ποινές σε ορισμένους (π.χ. υποχρέωσης να πει κάποιος οίνο απνευστί ή άκρατο οίνο με διάλυμα άλμης).

Ακροάματα και θεάματα: Ανάλογα με την επιθυμία των συμποτών κατά τη διάρκεια των συμποσίων λάμβαναν χώρα διάφορα θεάματα και ακροάματα είτε από τα ίδια μέλη του συμποσίου είτε από επαγγελματίες διασκεδαστές (μίμοι, γελωτοποιοί, βωμολόχοι, κόλακες, κυβιστητήρες, χορεύτριες κ.ά.).

Φιλοσοφείν παρά πότου: Εκτός των θεαμάτων προς τέρψιν των συμποτών τα συμπόσια παρείχαν την ευκαιρία για φιλοσοφικές συζητήσεις. Αυτά τα συμπόσια προτιμούσαν οι άνθρωποι των γραμμάτων. Είναι ονομαστά τα συμπόσια των επτά σοφών του Πλουτάρχου και το περιώνυμο, συμπόσιο του Αγάθωνι (Πλάτων).

Σπονδή του Ερμή: Η τελευταία πόση στη λήξη του συμποσίου γίνονταν σαν σπονδή προς τον Ερμή, προστάτη του ύπνου.

* Τις περισσότερες πληροφορίες και τις φωτογραφίες άντλησα από το βιβλίο του Γ. Φιλάρτου «Δείπνα και Συμπόσια των αρχαίων Ελλήνων» εκδόσεις Κωνσταντινίδου 1907.

Αντιμετωπίζοντας την κρίση και την κατάθλιψη

**«Και κάθομαι και απελπίζομαι τώρα εδώ.
Αλλο δεν σκέπτομαι: τον νουν μου τρώγει αυτή η τύχη»**

Τείχη

Χωρίς περίσκεψιν, χωρίς λύπην, χωρίς αιδώ
μεγάλα κ' υψηλά τριγύρω μου έκτισαν τείχη.

Και κάθομαι και απελπίζομαι τώρα εδώ.
Αλλο δεν σκέπτομαι: τον νουν μου τρώγει αυτή η τύχη·

διότι πράγματα πολλά έξω να κάμω είχαν.
Α όταν έκτιζαν τα τείχη πώς να μην προσέξω.

Αλλά δεν άκουσα ποτέ κρότον κτιστών ή ήχον.
Ανεπαισθήτως μ' έκλεισαν από τον κόσμον έξω.

Κωνσταντίνος Π. Καβάφης
(Από τα Ποιήματα 1897-1933, Ικαρος 1984)

Στη δίνη των εξελίξεων προσπαθούμε να επιβιώσουμε και να διατηρήσουμε την αισιοδοξία και το χαμόγελό μας που σχηματίζεται κάθε μέρα και πιο δύσκολα στα χείλη μας, αβέβαιο και αυτό όπως φαντάζει και το μέλλον μας...

Σε μια τυχαία έρευνα στο διαδίκτυο, πληκτρολογώντας την ερώτηση «πώς έχει επηρεάσει ψυχολογικά η κρίση τους Έλληνες» στη μηχανή αναζήτησης, εμφανίστηκαν στην οθόνη 151.000 αποτελέσματα με μία λέξη να ξεχωρίζει: κατάθλιψη.

Σταχυολογώντας απόψεις, έρευνες και αναλύσεις ειδικών επιστημόνων, δηλ. ψυχολόγων, ψυχιάτρων και ψυχοθεραπευτών, σας παραθέτω κάποιους προβληματισμούς και διαπιστώσεις που μπορεί να αντανακλούν και δικές σας σκέψεις.

Όπως επιβεβαιώνουν οι ειδικοί, τα ψυχολογικά προβλήματα έχουν αυξηθεί ραγδαία στη χώρα μας, λόγω της οικονομικής κρίσης και της ανεργίας. Τους τελευταίους μήνες, με τις αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις και την αύξηση της ανεργίας, το εργασιακό άγχος έχει προσβάλει άμεσα ή έμμεσα σχεδόν το σύνολο των εργαζομένων.



«Η Κραυγή» (Νορβηγικά: "Skrik", 1893 και 1910) είναι μία σειρά από εξπρεσιονιστικούς ζωγραφικούς πίνακες του Νορβηγού Εντβαρτ Μουνκ (Edvard Munch), που απεικονίζει μια αγωνιώσα μορφή με φόντο ουρανό σε χρώμα κόκκινο του αίματος. Θεωρείται από μερικούς πως συμβολίζει το ανθρώπινο είδος κάτω από τη συντριβή του υπαρξιακού τρόμου. Εθνική Πινακοθήκη, Οσλο, Νορβηγία.

Οι απολύσεις, αλλά και οι συνθήκες εργασίας σύμφωνα με τους νέους όρους, τον όγκο δουλειάς και φυσικά τη μείωση των αποδοχών έχουν προκαλέσει αλυσιδωτές αντιδράσεις όχι μόνο συνδικαλιστικές αλλά και ψυχοσωματικές.

Όπως επισημαίνεται, το άγχος και το βασικό «συστατικό» του, ο φόβος, μπορεί να είναι πολύ πιο ισχυρό από την άμεση βία. Το άγχος σε μεγάλο βαθμό, εγκεφαλικά, μειώνει την ικανότητα λειτουργίας της λογικής μας σκέψης. Αυτό σημαίνει ότι αν δημιουργήσουμε φόβο, λόγω άγνοιας και μη πληροφόρησης του ανθρώπου γύρω από ένα γεγονός, ο άνθρωπος ή και μια ολόκληρη κοινωνία, μπορεί να νιώσει ότι βρίσκεται σε ένα νοητό κλουβί, από όπου δεν υπάρχει διέξοδος, οδηγούμενη σε μια απάθεια και παθητικότητα, τόσο ισχυρές που μπορεί να φτάνουν τη βαρύτητα της κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη των Ελλήνων σε αριθμούς

Σχετική έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε πρόσφατα από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, δηλώνει πως συμπτώματα γενικευμένης αγχώδους διαταραχής βιώνει πλέον 1 στους 5 Έλληνες και μάλιστα, κυρίως γυναίκες οι οποίες από τη φύση τους είναι πιο συναισθηματικές. Εκτός όμως από το άγχος, ο Έλληνας της οικονομικής κρίσης έρχεται αντιμέτωπος και με την πιο διαδεδομένη ψυχική πάθηση των τελευταίων δεκαετιών, την κατάθλιψη. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας φανερώνει ότι 7 στους 10 Έλληνες βρίσκονται στα όρια της κατάθλιψης λόγω οικονομικής κρίσης. Στην κατάθλιψη παρατηρούνται πολλά σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα, όπως επίμονη κούραση, έλλειψη ενέργειας, αίσθημα αναξιοσύνης, δυσκολία συγκέντρωσης, ακόμη και αυτοκτονικές τάσεις. Στην Ελλάδα, η αυξητική τάση στις αυτοκτονίες καταγράφεται καθαρά και από τα στοιχεία που συγκεντρώνει η γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία 1018 που λειτουργεί τα τελευταία τρία χρόνια από την Οργάνωση Κλίμακα σε συνεργασία με το υπουργείο Υγείας. Σύμφωνα με στοιχεία, το τελευταίο διάστημα, οι κλήσεις προς τη γραμμή βοήθειας έχουν αυξηθεί κατά 60% με 70%.

Σε διαπανεπιστημιακή έρευνα που πραγματοποιήθηκε με σκοπό την καταγραφή των στάσεων των φοιτητών εν μέσω κρίσης, τόσο οικονομικής όσο και κοινωνικοπολιτικής, οι Έλληνες φοιτητές παρουσιάζονται εμφανώς επηρεασμένοι από το εν γένει σκηνικό των τελευταίων μηνών και παραδέχονται, ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά τη μέχρι πρότινος καλή ψυχολογία τους. Είναι άκρως ενδιαφέρον το γεγονός ότι ένας στους δύο φοιτητές (51%) έχει επηρεαστεί πολύ ψυχολογικά, ενώ μόνο ένα 5% δεν έχει υποστεί ψυχολογικές μεταβολές. Από καθαρά κοινωνικής πλευράς και υπό το πρίσμα της επιστήμης της ψυχολογίας, τα παραπάνω ευρήματα πιστοποιούν την πολυσυζητημένη «εθνική κατάθλιψη» στην οποία έχει υποπέσει η χώρα. Η παραπάνω διαπίστωση γίνεται ακόμη πιο σοβαρή και ενδεχομένως επίφοβη, εάν αναλογιστεί κανείς ότι η έρευνα αναζητά τη στάση των φοιτητών από τους οποίους εκτός από τη ζωτική ενέργεια και το «κέφι» που έχει χαθεί, περιμένουν όλοι έναν άνεμο αλλαγής και ανάπτυξης για τις επόμενες δεκαετίες.

Αντιμετωπίζοντας την κρίση και την κατάθλιψη

Σημαντική αντίδραση του σημερινού Έλληνα ενάντια στο άγχος της επιβίωσης είναι η, όσο το δυνατόν, αντικειμενική ενημέρωσή του, προκειμένου να επαναλειτουργήσει η λογική σκέψη, η οποία είχε παραλύσει από το άγχος και τον φόβο. Χρειάζεται να αντιληφθούμε και να αποδεχτούμε ότι οι κοινωνίες, μέσα στους αιώνες, πάντα περνούν από δυσκολίες και αναταραχές (πολιτικές, οικονομικές, πόλεμοι), ενώ είναι απαραίτητο να βλέπουμε το κάθε ζήτημα που προκύπτει κατάματα και να προσπαθούμε να το αντιμετωπίσουμε.

Προκειμένου να χαλαρώσουμε από το άγχος και την πίεση, συνιστάται, επίσης, καλή διατροφή, άσκηση, επαρκής ύπνος και καθημερινός χρόνος για ξεκούραση και χαλάρωση. Είναι απαραίτητο να φροντίσουμε το σώμα μας και να σεβαστούμε τα όρια και τις αντοχές μας. Παράλληλα, είναι πολύ σημαντικό να συμμετέχουμε σε ευχάριστες δραστηριότητες, μέσα από μια γενικότερη προσπάθεια να ενισχύσουμε τις κοινωνικές



Αντιμετωπίζοντας την κρίση ... χαμογελάτε.

μας επαφές και να δομήσουμε ένα υποστηρικτικό δίκτυο. Είναι βασικό, επίσης, να εστιάζουμε σε όσα έχουμε πετύχει, να ζούμε την κάθε στιγμή και όταν νιώσουμε ότι βρισκόμαστε σε αδιέξοδο να ζητούμε στήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον ή κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας.

«Χαμογελάτε! Είναι μεταδοτικό»

Η Ελληνική Εταιρεία Θετικής Ψυχολογίας (ΕΕΘΕΨΥ) παρουσίασε πρόσφατα τα αποτελέσματα των ερευνών της για τον ρόλο των θετικών συναισθημάτων στην αντιμετώπιση της κρίσης. Η βίωση θετικών συναισθημάτων είναι δυνατή, ανεξάρτητα από το εξωτερικό περιβάλλον, όταν οι άνθρωποι:

- Αναγνωρίζουν ότι έχουν τη δυνατότητα να νιώθουν θετικά συναισθήματα.
- Αναγνωρίζουν τα θετικά συναισθήματα στην καθημερινότητά τους.
- Μαθαίνουν να «γεννούν» θετικά συναισθήματα.
- Γνωρίζουν τον εαυτό τους, τις προσωπικές τους αξίες και πώς να δημιουργούν θετικά συναισθήματα.
- Δίνουν νόημα στη ζωή τους.

Πηγές

www.psychology-blog.gr
www.tovima.gr
www.iatronet.gr
www.uromed.gr
www.sipilipiopsifia.gr
www.vita.gr

Επιμέλεια: Βάλια Τόλιου

Νοέμβριος 2011

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

26-27, Tirana International Hotel & Mondial Hotel, Tirana, Albania
1st National Conference of the Albanian Society of Cataract and Refractive Surgeons (ASCRS)
Tel.: +355 68 21 81 312, +355 69 58 44 868, Fax: +355 4357 656
E-mail: info@shkr.org
Web: www.shkr.org

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: 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: 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: 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: www.gvrs.gr

20-21, World Trade Centre, Rotterdam, The Netherlands
XXIV Annual Meeting of the European Eye Bank Association
Tel.: +31-10-2974444, Fax: +31-10-2974440
E-mail: eeba@nijos.com
Web: www.eeba2012.eu

Φεβρουάριος 2012

3-5, Hilton Prague Hotel, Prague, Czech Republic
16th ESCRS Winter Meeting
Tel.: + 353 1 2091100, Fax: + 353 1 2091112
E-mail: escrs@escrs.org
Web: www.escrs.org

16-20, Abu Dhabi National Exhibition Centre, Abu Dhabi, United Arab Emirates
World Ophthalmology Congress (WOC)
Tel.: +966 1 466 1085, Fax: +966 1 466 1049
E-mail: info@woc2012.org
Web: www.woc2012.org

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

10-11, Congress Centrum Mainz, Frankfurt, Germany
Frankfurt Retina Meeting 2012
Tel.: +49 69 3106-2972, Fax: +49 69.3106-3695
E-mail: C.Eckardt@em.uni-frankfurt.de
Web: www.eckardt-frankfurt.de

16-17, Miami, Florida
2nd Macula & Retina Congress
Tel.: +44 (0) 7830 221032, +44 (0)7866480322, Fax: +44 (0) 7092877237
E-mail: info@euro-lam.org
Web: www.euro-lam.org/

22-25, Istanbul, Turkey
The 3rd World Congress on Controversies in Ophthalmology (COPHy)
Anterior Segment, Retina, Glaucoma
E-mail: cophy@comtecmed.com
Web: www.comtecmed.com/cophy/2012/

Απρίλιος 2012

20-22, Dublin, Ireland
European Academy of Optometry and Optics Meeting
Tel.: + 44 (0) 20 7766 4345, Fax: +44 (0) 20 7839 6800
E-mail: info@eaoo.info
Web: www.eaoo.info/

Μάιος 2012

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

24-27, Ξενοδοχείο Porto Carras Grand Resort, Χαλκιδική
45ο Πανελλήνιο Οφθαλμολογικό Συνέδριο
Τηλ.: 210 7499324, 74993320, Fax: 210 7705752
E-mail: congress@oebe2012.gr
Web: www.oebe2012.gr

Ιούνιος 2012

17-22, Tivoli Congress Center, Copenhagen, Denmark
10th European Glaucoma Society Congress
Tel.: +39 055 50351, Fax: +39 (055) 5001912
E-mail: egs2012@oic.it
Web: www.oic.it/~egscopenhagen2012/

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: www2.kenes.com/iser/pages/home.aspx




ΑΘΗΝΑ 2012
1-4 ΜΑΡΤΙΟΥ
ATHENS HILTON HOTEL

26^ο

Διεθνές Συνέδριο

της Ελληνικής Εταιρείας Ενδοφακών
και Διαδραστικής Χειρουργικής



Member of 

20 Οκτωβρίου 2011: Τελευταία ημερομηνία εκδήλωσης ενδιαφέροντος
για συμμετοχή σε Κλινικά Φροντιστήρια

20 Νοεμβρίου 2011: Τελευταία ημερομηνία αποστολής περιλήψεων
Ελεύθερων Ανακοινώσεων - Βίντεο
Ηλεκτρονικών Poster

www.hsioirs.org