

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΩΝ (Π.Ε.Α.) HELLENIC RETINA SOCIETY (H.R.S.)

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ • ΑΡ. ΦΥΛΛΟΥ 61 • ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2011



ε π α ρ ή

ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ RETINA INTERNATIONAL (R.I.)
ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΝΩΣΗΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

(Εκφυλιστικών κληρονομικών παθήσεων του αμφιβληστροειδή χιτώνα,
της ωχράς κηλίδας και του οπτικού νεύρου)

ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ (Διεύθυνση Εποπτείας Μ.Μ.Ε.)
ΚΩΔΙΚΟΣ: 1606

ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ: 121/2001

ΚΛΕΙΣΤΟ ΕΝΤΥΠΟ

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ
ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΩΝ (Π.Ε.Α.)
Τ.Θ. 8159 - Τ.Κ. 10210 - ΑΘΗΝΑ

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο Κ.Κ.Α.
Αριθμός Άδειας 2181



**ΤΑΚΤΙΚΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ
ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑΣ ΕΚΔΟΣΗΣ
ΤΗΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΕΝΩΣΗΣ
ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΩΝ (Π.Ε.Α.)
(ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΜΦ/ΔΗ ΧΙΤΩΝΑ,
ΤΗΣ ΟΧΡΑΣ ΚΗΛΙΔΟΣ ΚΑΙ
ΤΟΥ ΟΠΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ)**

ΕΤΟΣ 15ον • Αρ. Φύλλου 61
ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2011

Τιμή Τεύχους: 2,5€
Ετήσια Συνδρομή Μέλους: 30€
Εγγραφή: 6€

Ιδιοκτήτης: Πανελλήνια Ένωση
Αμφιβληστροειδοπαθών Π.Ε.Α.

Εκδότης (Υπεύθυνος στο Νόμο):
Ευστράτιος Κων. Χατζηχαραλάμπους
(Πρόεδρος)

Διευθυντής: Ιωάννης Μανώλακας
(Επίτιμος Πρόεδρος)

Νομική υποστήριξη: Κωνσταντίνος
Μπαρτζελιώτης (Ειδ. Γραμματέας)

Αρχισυντάκτρια: Μαριάννα Δεσύπρη
(Γεν. Γραμματέας)

**Διεθνείς Σχέσεις και Επιμέλεια
Επιστημονικών Νέων:**
Ευστράτιος Χατζηχαραλάμπους,
Παντελής Πίττας,
Κωνσταντίνος Μπαρτζελιώτης,
Μαριάννα Δεσύπρη,

Υπεύθυνος τυπογραφείου:
Press Line, Μάγερ 11, τηλ. 210 5225479

**ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ "ΕΠΑΦΗ"
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ: ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ
ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΩΝ (Π.Ε.Α.)
Τ.Θ. 8159, Τ.Κ. 10210, ΑΘΗΝΑ
ΓΕΝ. ΓΡΑΜ. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
(Διεύθυνση Εποπτείας Μ.Μ.Ε.)
ΚΩΔΙΚΟΣ: 1606**

Editorial

Φίλοι και φίλες,

Εν μέσω μιας πολλή δύσκολης συγκυρίας της Χώρας μας και μετά από πολλές αλλαγές που έγιναν μέσα στους καλοκαιρινούς μήνες, αναγκαζόμαστε να κάνουμε κάποιες αλλαγές αναφορικά με την κυκλοφορία του περιοδικού μας, για τις οποίες ακολουθεί Ανακοίνωση του Δ.Σ. στην ενότητα «Δραστηριότητες της Π.Ε.Α.

Από την άλλη πλευρά, οι Επιστημονικές Εξελίξεις για πολλές από τις έρευνες που «τρέχουν» σχετικά με τις παθήσεις μας είναι αισιόδοξες κι έχουν αρχίσει να έχουν δείγματα επιτυχίας και λίγες από αυτές, προς το παρόν, να παίρνουν το δρόμο της εφαρμογής σε ασθενείς!

Στο 2ο μέρος σας παραθέτουμε τα πιο σημαντικά επιστημονικά νέα του 44ου Οφθαλμολογικού Συνεδρίου που έγινε τον Μάιο 2011 στον Αστέρα Βουλιαγμένης και τα Πρακτικά από τη συνάντηση της Επιστημονικής και Ιατρικής Συμβουλευτικής Επιτροπής (S.M.A.B.) της Retina International στο Αμερικανικό Οφθαλμολογικό Συνέδριο - ARVO 2011, Μάιος 2011, Φλόριντα Η.Π.Α.

Παρακαλούμε όσους δύνανται να προσφέρουν τον ελεύθερο τους χρόνο στο Σύλλογο για μετάφραση επιστημονικών νέων, για υποστήριξη σε τεχνικά θέματα (web site, newsletters κ.α) να επικοινωνήσουν με την κα. Δεσύπρη.

Με την ευκαιρία, το Διοικητικό Συμβούλιο σας εύχεται Καλή Δύναμη και Καλό Φθινόπωρο!

Περιεχόμενα

Δραστηριότητες της Π.Ε.Α.	1
Επιστημονικά Νέα	4
Αναφορές σε Ερευνητικές Εξελίξεις (Όπως δημοσιεύτηκαν στον Έντυπο και Ηλεκτρονικό Τύπο)	39
Κοινωνικά, Προνοιακά, Ασφαλιστικά κι άλλα θέματα που μας Αφορούν.	48
Τεχνολογικά Βοηθήματα και Δραστηριότητες για ΑμΠΟ	53
Ιατρικά Συνέδρια – Διοργανώσεις – Προγράμματα της Ε.Ε.	63
Παράρτημα	66

Δραστηριότητες της Π.Ε.Α.

1. ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Το Δ.Σ. της Π.Ε.Α. σας ενημερώνει ότι λόγω των οικονομικών περιορισμών που έχουν τεθεί στην Ελλάδα, στο πλαίσιο του μνημονίου για τον έλεγχο του Δημοσιονομικού ελλείμματος της χώρας, έχει σταματήσει από το αρμόδιο Υπουργείο Τύπου και ΜΜΕ η επιχορήγηση για την αποστολή εντύπων και περιοδικών με χαμηλό κόστος (επιχορήγηση).

Εδώ και 10 χρόνια η Π.Ε.Α. εκδίδοντας 4 τεύχη του περιοδικού "ΕΠΑΦΗ" κατά έτος, είχε ενταχθεί στο πρόγραμμα επιχορήγησης για την αποστολή περιοδικών του Υπουργείου Τύπου και ΜΜΕ, γεγονός που διατηρούσε χαμηλό το κόστος αποστολής αυτών, περίπου 60-80€ για 600 περίπου περιοδικά. Η κατάργηση αυτού του μέτρου στήριξης των εκδόσεων, ανεβάζει το κόστος ταχυδρόμησης στα 700-800€ κατά αποστολή για 600 περιοδικά περίπου.

Η εξέλιξη αυτή, που ισχύει από 1/8/2011, μας οδηγεί στο να αποφασίσουμε την έκδοση και αποστολή του περιοδικού μας προς τα μέλη και φορείς για 2 φορές τον χρόνο, (Μάρτιο και Σεπτέμβριο κάθε έτους), εφόσον τόσο το κόστος εκτύπωσης, όσο και το κόστος ταχυδρόμησης είναι δαπάνες υπερβολικές για να τις επιβαρυνθεί ο Σύλλογος.

Παρακαλούμε, για την κατανόησή σας και γνωρίζοντας ότι η επικοινωνία μας μέσα του περιοδικού "ΕΠΑΦΗ" έχει εδραιώσει μια ουσιαστική πληροφόρηση για τις επιστημονικές και ερευνητικές εξελίξεις που γίνονται σε Παγκόσμιο επίπεδο για την αναζήτηση θεραπειών, θεωρούμε ότι θα πρέπει να διατηρήσουμε μια μορφή ενδιαμέσου επικοινωνίας, με την αποστολή ενός συνοπτικού εντύπου ενημέρωσης (5-8 σελίδων) ώστε να πληροφορείστε τα επείγοντα και επίκαιρα νέα.

Ένας άλλος τρόπος επικοινωνίας, είναι να μας αποστείλετε ηλεκτρονικά τις διευθύνσεις του προσωπικού σας e-mail ή άλλων φιλικών ή συγγενικών σας προσώπων, ώστε να σας αποστέλλονται άμεσα τέτοιου είδους σημαντικές πληροφορίες στο ενδιαμέσο διάστημα από την έκδοση των περιοδικών.

Το ΔΣ της Π.Ε.Α.

2. ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ : «Νεωτέρα ερευνητικά δεδομένα για την θεραπείας της Ηλικιακής Εκφύλισης της Ωχράς Κηλίδας» 20 Ιουνίου 2011.

Πρόσφατα δημοσιεύθηκαν τα αποτελέσματα από την Αμερικάνικη μελέτη «CATT» σε ασθενείς με **Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς Κηλίδας (Η.Ε.Ω.)**, η οποία συγκρίνει την εγκεκριμένη θεραπεία για την Η.Ε.Ω. **Lucentis (Ranibizumab)** με την πειραματική θεραπεία **Avastin (Bevacizumab)**, η οποία είναι εγκεκριμένη για ενδοφλέβια χορήγηση σε διάφορους τύπους καρκίνου.

Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα και στην ασφάλεια μεταξύ της επίσημα εγκεκριμένης θεραπείας και μίας πειραματικής, χαμηλότερου κόστους.

Η μελέτη κατέδειξε στον 1^ο χρόνο θεραπείας ότι η πειραματική θεραπεία (**Bevacizumab**) δεν είναι κατώτερη από την εγκεκριμένη θεραπεία (**Ranibizumab**), όσον αφορά στην παράμετρο της οπτικής οξύτητας (δηλ. στην ικανότητα του ανθρώπου να διακρίνει λεπτομέρειες τόσο σε μακρινή όσο και σε κοντινή απόσταση).

Ταυτόχρονα έδειξε σημαντικές διαφορές υπέρ της εγκεκριμένης θεραπείας όσον αφορά παραμέτρους που επηρεάζουν θετικά την μακροχρόνια αποτελεσματικότητα.

Όσον αφορά στην ασφάλεια της εν λόγω θεραπευτικής αγωγής (**Ranibizumab**), η οποία αποτελεί προτεραιότητα τόσο για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά όσο και για την **Πανελλήνια Ένωση Αμφιβληστροειδοπαθών (Π.Ε.Α.)** θα θέλαμε να επισημάνουμε τους προβληματισμούς μας, ενστερνιζόμενοι την επίσημη τοποθέτηση της **AMD Alliance International (AMDAl)** του διεθνούς οργανισμού που εστιάζεται αποκλειστικά στην ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς και της οποίας είμαστε μέλη:

1. Η μελέτη εγείρει σοβαρές ανησυχίες για τη συχνότητα εμφάνισης σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών με το πειραματικό φάρμακο (**Bevacizumab**).
2. Επιπλέον και άλλες μελέτες δείχνουν αύξηση της εμφάνισης σπάνιων αλλά σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών (π.χ. εγκεφαλικά αλλά και θάνατοι) με τη χρήση της πειραματικής θεραπείας στον οφθαλμό.

Λόγω των παραπάνω θα θέλαμε να επισημάνουμε ως ένωση ασθενών ότι η εγκεκριμένη θεραπεία (**Ranibizumab**) θα πρέπει να παραμείνει η θεραπεία εκλογής για όλους τους ασθενείς με Η.Ε.Ω. καθώς είναι αυτή που έχει τεκμηριωμένο προφίλ ασφάλειας και αποτελεσματικότητας.

Επιπλέον τονίζουμε το θεσμοθετημένο δικαίωμα των ασθενών να γνωρίζουν και να συναινούν ή να απορρίπτουν κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να τους διενεργηθεί. (Νόμος 2071/1992 άρθρο 47 “Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς” ΦΕΚ 123/Τ.Α.15/07/1992.)

Τι είναι η Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς Κηλίδας

Η Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς Κηλίδας (Η.Ε.Ω.) είναι μια πάθηση, η οποία σχετίζεται με την μεγάλη ηλικία και η οποία προοδευτικά καταστρέφει την οξεία, κεντρική όραση. Η κεντρική όραση είναι απαραίτητη για να βλέπει κανείς καθαρά τα αντικείμενα και είναι βασική για καθημερινές δραστηριότητες, όπως είναι το διάβασμα και η οδήγηση.

Η Η.Ε.Ω. επηρεάζει την ωχρά κηλίδα, το κομμάτι του οφθαλμού που μας επιτρέπει να διακρίνουμε μικρές λεπτομέρειες. Η Η.Ε.Ω. δεν προκαλεί καθόλου πόνο.

Σε μερικές περιπτώσεις η πάθηση εξελίσσεται τόσο αργά που οι ασθενείς παρατηρούν ελάχιστη αλλαγή στην όραση τους. Σε άλλες περιπτώσεις η πάθηση εξελίσσεται πολύ πιο γρήγορα και μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της κεντρικής όρασης και στα δυο μάτια. Η Η.Ε.Ω. είναι η συχνότερη αιτία απώλειας της όρασης σε άτομα μεγαλύτερα των 60 ετών στο δυτικό κόσμο.

Η Η.Ε.Ω. εμφανίζεται σε δυο μορφές: την υγρή και την ξηρή.

Στην Ελλάδα συμπεραίνουμε ότι στα 3.500.000 πληθυσμού που είναι άνω των 50 ετών, το 80% έχει προβλήματα χαμηλής όρασης (2,5 εκ/ρια περίπου), εκ των οποίων το 1 εκ/ριο είναι πολύ σοβαρά.

Ο αριθμός των νέων πασχόντων από Η.Ε.Ω. ανέρχεται περίπου στα 5.000 άτομα ετησίως, με υγρού τύπου 1.000 έως 1.500, τα οποία τροφοδοτούν τον πληθυσμό των τυφλών κατά 2.000- 3.000 άτομα κατ' έτος, εφόσον δεν έχουν ακολουθήσει θεραπευτική αντιμετώπιση.

3. Εκδηλώσεις που προγραμματίζονται για το επόμενο 3μηνο

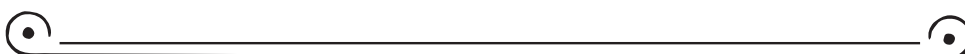
Η Πανελλήνια Ένωση Αμφιβληστροειδοπαθών (Π.Ε.Α.)

Η Πανελλήνια Ένωση Αμφιβληστροειδοπαθών (Π.Ε.Α.) εκπροσωπεί Άτομα με Προβλήματα Όρασης (Τυφλούς & Μερικώς Βλέποντες) που πάσχουν από εκφυλιστικές κληρονομικές παθήσεις του αμφιβληστροειδή χιτώνα, της ωχράς κηλίδας και του οπτικού νεύρου. Ιδρύθηκε το 1989 και αναπτύσσει σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο, δραστηριότητες που στοχεύουν στην ανεύρεση θεραπειών για τις Νόσους που εκπροσωπεί, την πρόληψη της τυφλότητας, την προώθηση θεμάτων αποκατάστασης (οπτικά βοηθήματα) και ένταξης των Ατόμων με Προβλήματα Όρασης (ΑμΠΟ). Παράλληλα αναπτύσσει δραστηριότητες ενημέρωσης των ασθενών - μελών για τις ερευνητικές εξελίξεις, ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης για προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ΑμΠΟ, πληροφόρησης επιστημονικών και άλλων φορέων, οργανώσεων (συλλόγους ΑμεΑ) και υπηρεσιών στο Δημόσιο και ιδιωτικό Τομέα. Είναι μέλος της Διεθνούς Ένωσης Αμφιβληστροειδοπαθών – RETINA INTERNATIONAL, της Πανελληνίας Ένωσης Σπανίων Παθήσεων (Π.Ε.Σ.ΠΑ.) και του Δικτύου για την Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς (AMD Alliance International).

Η AMD Alliance International

AMD Alliance International προσπαθεί να φέρει τη γνώση, βοήθεια και την ελπίδα σε άτομα και οικογένειες σε όλο τον κόσμο που πλήττονται από την Η.Ε.Ω. Η αποστολή επιτυγχάνεται μέσω:

- Δημιουργία ευαισθητοποίησης και κατανόησης της ηλικιακής εκφύλισης της ωχράς κηλίδας.
- Προώθηση της σημασίας της εκπαίδευσης, την έγκαιρη διάγνωση, τη γνώση της θεραπείας και αποκατάστασης.
- Διατήρηση του οράματος για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που πλήττονται από την ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας.
- Παράκληση για την Αγ. Παρασκευή, στην Ιερά Μητρόπολη Γλυφάδας, Ναό Άγιου Κων/νου Κυριακή 2 Οκτ. 2011 στις 8 πμ.
- Οργάνωση Ημερήσιας Εκδρομής στην Άνω Τιθωρέα, Λαμία στις 9 Οκτ. 2011



α. 44ο Οφθαλμολογικό Συνέδριο (Μάιος 2011) (συνέχεια από το Τεύχος 60, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 2011)

17. Διαταραχές της Ώχρας: Η πιο Συχνή Αιτία Χαμηλής Όρασης μετά από Ανατομικά Επιτυχές Χειρουργείο Αποκόλλησης Αμφιβληστροειδή

Χαλκιά Α., Χαρίσης Σ., Πατεράκη Ο., Αγορογιάννης Ι.Γ., Τσιλιμπάρης Κ.Μ.
Οφθαλμολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης

Σκοπός: Να προσδιορίσουμε τις αιτίες χαμηλής οπτικής οξύτητας σε ασθενείς με ανατομικά επιτυχή χειρουργική επέμβαση αποκόλλησης αμφιβληστροειδή.

Υλικό - μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση των ιατρικών φακέλων ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση αποκόλλησης αμφιβληστροειδή στην κλινική μας τον τελευταίο ένα χρόνο. Από αυτούς, απομονώθηκαν οι ασθενείς με οπτική οξύτητα χειρότερη από 20/25 (0,1 logMAR) και υποβλήθηκαν σε λεπτομερή επανεξέταση, η οποία περιλάμβανε BCVA μετά από διάθλαση, πλήρη οφθαλμολογική εξέταση, έλεγχο με OCT και φλουοροαγγειογραφία, εάν η τελευταία κρινόταν αναγκαία.

Αποτελέσματα: 46 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ανατομικά επιτυχή χειρουργική επέμβαση αποκόλλησης αμφιβληστροειδή. Από αυτούς, 14 (30,5%) ασθενείς είχαν οπτική οξύτητα ίση με 20/25 (0,1 logMAR) ή καλύτερη. Οι υπόλοιποι 32 (69,5%) είχαν οπτική οξύτητα από 20/250 έως 20/30 (1.1 έως 0.18 logMAR). Η μείωση της οπτικής οξύτητας οφειλόταν σε παθήσεις των προσθίων ημιμορίων σε 4 ασθενείς (12,5%) (σε 3 ασθενείς σε καταρράκτη και σε 1 ασθενή σε φουσαλιδώδη κερατοπάθεια), σε κυστοειδές οίδημα της ωχράς σε 13 ασθενείς (40,6%), σε υπολοιπόμενο υποαμφιβληστροειδικό υγρό σε 4 ασθενείς, σε ατροφικές αλλοιώσεις της ωχράς σε 4 ασθενείς (12,5%), σε επιαμφιβληστροειδικό υγρό σε 4 ασθενείς, σε ατροφικές αλλοιώσεις της ωχράς σε 4 ασθενείς (12,5%), σε επιαμφιβληστροειδική μεμβράνη σε 5 ασθενείς (15,6%), σε οπή ωχράς σε 1 ασθενή (3,1%), ενώ σε 1 ασθενή (3,1%) δεν βρέθηκε καμία αιτία για την χαμηλή όραση.

Συμπεράσματα: Οι διαταραχές της ωχράς αποτελούν την πιο συχνή αιτία χαμηλής όρασης μετά από ανατομικά επιτυχή επέμβαση αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς. Η αποτροπή ή η αντιμετώπιση τους θα μπορούσαν να βελτιώσουν το λειτουργικό αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης αποκόλλησης αμφιβληστροειδή.

18. Ασφάλεια του Bevacizumab (Avastin) μετά από 10.000 Ενδοουλοειδικές Εγχύσεις σε Περιπτώσεις Χοριοειδικής Νεοαγγείωσης, Διαβητικής Αμφιβληστροειδοπάθειας, Αγγειακών Αποφράξεων και Ψευδοφακικού Οιδήματος.

Χαιδούλης Σ., Τσιμπίδας Δ., Μπαξεβανάκης Α., Λυγερός Μ., Ψαθά Β., Περάκη Α., Γκοτζαρίδης Ε., Αβραάμ Ι., Αγγέλου Μ., Ψινάκης Α., Χατζηπαναγιώτου Λ., Καρκάνης Γ., Βούζα Α., Διαμαντή Ρ.Α., Δατσέρης Ι.
ΟΜΜΑ-Οφθαλμολογικό Ινστιτούτο Αθηνών

Σκοπός: Να ελεγχθεί η οφθαλμολογική και συστηματική ασφάλεια της ενδοϋαλοειδικής έγχυσης του Avastin (1,25mg).

Υλικό και μέθοδος: Ελέχθησαν 1841 ασθενείς οι οποίοι υπεβλήθησαν σε 10.000 ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις με Avastin (1,25mg) σε χρονικό διάστημα 5 ετών (Οκτώβριος 2005 - Οκτώβριος 2010). Ο έλεγχος περιελάμβανε οφθαλμολογική εξέταση (οπτική οξύτητα, εξέταση στη σχισμοειδή λυχνία, τονομέτρηση, βυθοσκόπηση) 3 έως 5 ημέρες μετά την κάθε έγχυση για πιθανή ύπαρξη οφθαλμολογικής ή συστηματικής επιπλοκής.

Αποτελέσματα:

- Πρόσθια ραγοειδίτιδα: 38 ασθενείς
- Άσηπτη Ενδοφθαλμίτιδα: 5 ασθενείς
- Οφθαλμικό άλγος: 1.178 ασθενείς
- Υπερτασικά επεισόδια: 130 ασθενείς
- Ενδοουλοειδική αιμορραγία: 9 ασθενείς
- Καμία άλλη οφθαλμολογική ή συστηματική επιπλοκή δεν αναφέρθηκε.

Συμπεράσματα: Το Avastin χρησιμοποιείται παγκοσμίως για διάφορες οφθαλμολογικές παθήσεις. Η χρήση του στο κέντρο μας δεν παρουσίασε κανένα σοβαρό οφθαλμολογικό ή συστηματικό πρόβλημα.

19. Λειτουργικά και Ανατομικά Αποτελέσματα μετά από Συνδυασμένη Θεραπεία Ενδοουλοειδικής Χορήγησης Bevacizumab και Laser Φωτοπηξίας για την Αντιμετώπιση Διαβητικού Οιδήματος της Ωχράς.

Κουκουλά Σ., Αστεριάδης Σ., Τρανός Π., Βακάλης Α.
Οφθαλμολογικό κέντρο RETINA, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η μελέτη της επίδρασης της ενδοϋαλοειδικής έγχυσης bevacizumab σε συνδυασμό με τροποποιημένο grid laser ως θεραπεία για το διαβητικό οίδημα της Ωχράς.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για προοπτική παρεμβατική μελέτη. Στη μελέτη συμμετείχαν σαράντα δυο οφθαλμοί 34 ασθενών με διαβητικό οίδημα της ωχράς.

Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη οφθαλμολογικό έλεγχο, καθώς και σε έλεγχο με φλουροαγγειογραφία και οπτική τομογραφία συνοχής (OCT) κατά την πρώτη επίσκεψη ενώ η OCT επαναλαμβάνονταν στους 1, 3 και 6 μήνες των επανεξετάσεων. Σε όλους τους ασθενείς έγινε αρχικά ενδοϋαλοειδική έγχυση bevacizumab και στη συνέχεια, μετά από 2 εβδομάδες θεραπεία με τροποποιημένο grid laser. Η οπτική οξύτητα (BCVA) και το κεντρικό πάχος της ωχράς καταγράφηκαν πριν την έναρξη της θεραπείας και στους 1, 3 και 6 μήνες μετά από την εφαρμογή της θεραπείας.

Αποτελέσματα: Ένα μήνα μετά την έναρξη της θεραπείας, το κεντρικό πάχος του αμφιβληστροειδή μειώθηκε σε όλους τους οφθαλμούς κατά μέσο όρο 86,56 μm και παρέμεινε σταθερά μειωμένο ως τον 6^ο μήνα. Η μέση οπτική οξύτητα βελτιώθηκε κατά 1 γραμμή logMAR στον 6^ο μήνα. Δεν υπήρξε καμία επιπλοκή από τις ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις.

Συμπεράσματα: Η ενδοϋαλοειδική έγχυση bevacizumab σε συνδυασμό με τη laser θεραπεία αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης του διαβητικού οιδήματος της ωχράς. Περαιτέρω μελέτες με μεγαλύτερο χρόνο παρακολούθησης απομένει να ενισχύσουν ή όχι την άποψη αυτή.

20. Θεραπεία της Ηλικιακής Εκφύλισης Ωχράς Εξιδρωματικού Τύπου με Χρήση Ενδοϋαλοειδικών Εγχύσεων Αντι-VEGF

Σπαή Σ., Σοκολάκης Θ., Γουργούλη Ι., Θεοχάρης Μ., Βούβουρας Θ., Φωτίου Π.

Οφθαλμολογική Κλινική, Γενικό νοσοκομείο Μελισσίων Αμαλία Φλέμιγκ, Αθήνα
Οφθαλμολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.», Αθήνα

Σκοπός: Η βελτίωση της οπτικής οξύτητας στην ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς εξιδρωματικού τύπου με χρήση Anti-VEGF καθώς και η αντιμετώπιση των υποτροπών.

Υλικό και Μέθοδος: 88 ασθενείς με ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς εξιδρωματικού τύπου ηλικίας 60-80 ετών και των δύο φύλλων. Τρεις κατηγορίες με βάση την οπτική τους οξύτητα προ της εγχύσεως των Anti-VEGF.

Κατηγορία 1^η: Ασθενείς με οπτική οξύτητα < 2/10

Κατηγορία 2^η: Ασθενείς με οπτική οξύτητα από 2/10 έως 4/10

Κατηγορία 3^η: Ασθενείς με οπτική οξύτητα > 5/10

Όλοι οι ασθενείς εξετάστηκαν στον ίδιο οπτότυπο και από σταθερή απόσταση. Η περίοδος παρακολούθησης των ασθενών κυμαίνονταν από 2-5 έτη. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε 3 μηνιαίες ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις Anti-VEGF. Στη συνέχεια, πραγματοποιούνταν OCT και όπου υπήρχε ενεργή μορφή, η θεραπεία συνεχιζόταν με μηνιαίες ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις και παρακολούθηση του ασθενούς. Όταν το OCT δεν παρουσίαζε στοιχεία ενεργητικότητας, η παρακολούθηση του ασθενούς γινόταν ανά μήνα και το OCT επαναλαμβανόταν ανά εξάμηνο. Όταν είχαμε μείωση της οπτικής οξύτητας 2-3 σειρές και στοιχεία ενεργητικότητας, οι anti-VEGF επαναλαμβάνονταν ανά μήνα.

Αποτελέσματα:

Κατηγορία 1^η: 40% σταθεροποίηση της αρχικής οπτικής οξύτητας με συχνές υποτροπές. 20% μικρή βελτίωση (1/10), 40% επιδείνωση.

Κατηγορία 2^η: 50% βελτίωση της αρχικής οπτικής οξύτητας (< 4/10). 40% σταθεροποίηση, 10% επιδείνωση (1/10).

Κατηγορία 3^η: 90% βελτίωση της αρχικής οπτικής οξύτητας (<5/10). 10% βελτίωση και μετά σταθεροποίηση στην αρχική οπτική οξύτητα.

Συμπέρασμα: Η θεραπεία με χρήση Anti-VEGF σχετίζεται με την αρχική οπτική οξύτητα του ασθενούς και συγκεκριμένα με το στάδιο το οποίο βρίσκεται η εξιδρωματική ωχροπάθεια.

21. Η Προγνωστική Αξία Παραμέτρων της Οπτικής Τομογραφίας Συνοχής Υψηλής Ανάλυσης (HD-OCT) στην Τελική Οπτική Οξύτητα Οφθαλμών που Θεραπεύτηκαν για Εκφύλιση Ωχράς Κηλίδας Υγρού Τύπου.

Καμπουγέρης Γ., Κρανιάς Γ., Κοσμίδης Π.

Οφθαλμολογικό Τμήμα, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Να καθοριστεί αν κάποιες παράμετροι που καθορίστηκαν στο αρχικό HD-OCT οφθαλμών με εκφύλιση ωχράς κηλίδας υγρού τύπου έχουν προγνωστική αξία όσον αφορά την τελική οπτική οξύτητα (ΟΟ), μετά από θεραπεία με ενδοϋαλοειδικές ενέσεις αντι-αγγειογενετικών παραγόντων.

Υλικό και Μέθοδος: 21 οφθαλμοί (από 21 ασθενείς) που έπασχαν από εκφύλιση ωχράς κηλίδας υγρού τύπου υποβλήθηκαν σε HD-OCT τη μέρα της αρχικής διάγνωσης. Οι παράμετροι που μελετήθηκαν ήταν η αρχική ΟΟ, το πάχος του αμφιβληστροειδούς στο κεντρικό βοθρίο, το μέγιστο πάχος του αμφιβληστροειδούς, η παρουσία αποκόλλησης του μελάγχρου επιθηλίου στην περιοχή της ωχράς, η ακεραιότητα της έξω αφοριστικής μεμβράνης στην περιοχή της ωχράς και η ακεραιότητα της στιβάδας μεταξύ έσω και έξω τμημάτων των φωτοϋποδοχέων στην περιοχή της ωχράς.

Αποτελέσματα: Όλοι οι οφθαλμοί είχαν ελάχιστο διάστημα παρακολούθησης τους 12 μήνες (μέσος όρος: 26,7, εύρος: 12-50). Ο μέσος όρος των ενδοϋαλοειδικών ενέσεων ήταν 7.8 (εύρος: 3-20). Μετά από στατιστική επεξεργασία (stepwise multiple regression analysis), η μόνη παράμετρος που βρέθηκε να συσχετίζεται με την τελική ΟΟ ήταν η ακεραιότητα ή όχι της στιβάδας μεταξύ έσω και έξω τμημάτων των φωτοϋποδοχέων στην περιοχή της ωχράς ($p < 0.003$).

Συμπεράσματα: Η ακεραιότητα της στιβάδας μεταξύ έσω και έξω τμημάτων των φωτοϋποδοχέων στην περιοχή της ωχράς είναι δυνατό να καθοριστεί κατά την αρχική εξέταση HD-OCT και μπορεί να αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την τελική ΟΟ μετά από θεραπεία σε οφθαλμούς που πάσχουν από εκφύλιση της ωχράς κηλίδας υγρού τύπου.

22. Κλασσική Φωτοδυναμική Θεραπεία σε Χρόνια Κεντρική Ορώδη Χοριοαμφιβληστροειδοπάθεια: Μακροχρόνια Παρακολούθηση.

Ρουβάς Α., Νικήτα Ε., Θεοδοσιάδης Π., Μηλιά Μ., Γιαννακάκη Ε., Λαδάς Ι.
2^η Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα
1^η Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της εφαρμογής κλασσικής φωτοδυναμικής θεραπείας (PDT) με βερτεπορφίνη σε ασθενείς με χρόνια κεντρική ορώδη χοριοαμφιβληστροειδοπάθεια.

Υλικό & Μέθοδος: Αναδρομική, παρεμβατική κλινική σειρά. Συνολικά 67 οφθαλμοί από 57 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Οι διαγνωστικές εξετάσεις συμπεριλάμβαναν φλουροαγγειογραφία, αγγειογραφία με ινδοκυανίνη (ICGA) και οπτική τομογραφία συνοχής. Η ICGA χρησιμοποιήθηκε για να καθοδηγήσει και να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η περιοχή εφαρμογής της θεραπείας δεν περιλάμβανε όλο το εύρος της περιοχής χοριοειδικής υπερδιήθησης, αλλά μόνο τις περιοχές ενεργής χοριοειδικής διαρροής, με διάμετρο στόχου του λέιζερ 900 μm.

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης \pm SD ήταν 35,8 \pm 16,6 months (εύρος, 18 με 96 μήνες). Η μέση καλύτερα διορθωμένη οπτική οξύτητα (BCVA) παρουσίασε στατιστικά σημαντική βελτίωση ($p < 0.001$) μετά από τις συνεδρίες PDT. Μόνο μία συνεδρία PDT εφαρμόστηκε σε 58 οφθαλμούς (86,6%) και 2 συνεδρίες απαιτήθηκαν σε 9 οφθαλμούς (13,4%), οι οποίοι παρουσίασαν υποτροπή της νόσου. Μόνο 1 οφθαλμός είχε την υποτροπή στην περιοχή προηγηθείσας εφαρμογής του λέιζερ. Δευτεροπαθής χοριοειδική νεοαγγείωση δεν παρατηρήθηκε σε κανένα ασθενή. Κανένας οφθαλμός δεν παρουσίασε σοβαρές επιπλοκές από τη θεραπεία. Δεν υπήρξε καμία ένδειξη διαφοράς όσον αφορά την αλλαγή της BCVA ($p = 0.845$) και του κεντρικού πάχους αμφιβληστροειδούς (CFT) ($p = 0.646$) σύμφωνα με τον αριθμό των εφαρμογών του λέιζερ. Η μείωση του CFT μετά από PDT παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με την αντίστοιχη αύξηση της BCVA ($p < 0.001$). Οι αρχικές τιμές CFT παρουσίασαν αρνητική συσχέτιση με τις αντίστοιχες της BCVA ($p = 0.027$). Δεν υπήρξε καμία ένδειξη συσχέτισης ανάμεσα στα τελικά CFT και BCVA ($p = 0.488$).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι η εφαρμογή κλασσικής φωτοδυναμικής θεραπείας με διάμετρο στόχου του λέιζερ 900 μm σε περιοχές με ενεργή χοριοειδική διαρροή είναι αποτελεσματική με ελάχιστες παρενέργειες.

23. Οξεία Πολυεστιακή Μελαγχρωστική Επιθηλιοπάθεια σε Ασθενή με Οικογενή Μεσογειακό Πυρετό.

Βασιλάκης Π., Μακρή Ο., Εξάρχου Α., Γαρταγάνης Σ., Γεωργακόπουλος Κ.
Οφθαλμολογική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών

Σκοπός: Να αναφέρουμε, για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία, την εμφάνιση οξείας πολυεστιακής μελαγχρωστικής επιθηλιοπάθειας σε έναν ασθενή ενώ νοσούσε από οικογενή Μεσογειακό πυρετό.

Υλικό και μέθοδος: Έγινε πλήρης κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένων της φλουροαγγειογραφίας και της οπτικής τομογραφίας συνοχής.

Αποτελέσματα: Ένας ασθενής με πυρετό και μυαλγίες για 15 ημέρες ανέπτυξε πολλαπλές διάσπαρτες πλακοειδείς κιτρινόλευκες αλλοιώσεις στο βυθό και των δύο οφθαλμών, τυπικές της οξείας πολυεστιακής μελαγχρωστικής επιθηλιοπάθειας. Η φλουροαγγειογραφία ανέδειξε υποφθορισμό των βλαβών στους πρώιμους χρόνους ενώ αργότερα οι βλάβες υπερφθόριζαν. Στην οπτική τομογραφία συνοχής παρατηρήθηκε μια ήπια υπερανακλαστικότητα πάνω από το μελάγχρουν επιθήλιο στις περιοχές των βλαβών. Η διάγνωση του οικογενούς Μεσογειακού πυρετού επιβεβαιώθηκε με γενετικό έλεγχο κατά τον οποίο διαπιστώθηκε μετάλλαξη του MEFV γονιδίου. Μετά από συνδυασμένη θεραπεία με πρεδνιζολόνη και κολχικίνη ο πυρετός και οι μυαλγίες υποχώρησαν και μετά από 9 μήνες υποχώρησαν και οι αλλοιώσεις του βυθού, με εναπομείναντες διαταραχές του μελαγχρού επιθηλίου.

Συμπεράσματα: Η οξεία πολυεστιακή μελαγχρωστική επιθηλιοπάθεια θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια οφθαλμική εκδήλωση του οικογενούς Μεσογειακού πυρετού και κατά συνέπεια ασθενείς με οξεία πολυεστιακή μελαγχρωστική επιθηλιοπάθεια θα πρέπει να εκτιμούνται για τη παρουσία συστηματικού νοσήματος.

24. Οφθαλμολογικά Προβλήματα σε Παιδιά Μικρότερα των 18 Ετών. Επιδημιολογική Μελέτη 146 Παιδιών.

Βλάχα Β., Καραγιώργου Π., Κούρκουλα Ο., Κέντσα Γ., Σωτηροπούλου Β.
Τμήμα Οπτικής Οπτομετρίας, ΑΤΕΙ Πατρών, Αίγιο

Με την χρήση ερωτηματολογίου μελετήθηκε η επίπτωση των οφθαλμολογικών προβλημάτων σε παιδιά και εφήβους.

Υλικό & μέθοδος: Απαντήθηκαν 75 ερωτηματολόγια από γονείς παιδιών και εφήβων και καταγράφηκαν η ηλικία των παιδιών, ο οφθαλμολογικός έλεγχος και τα οφθαλμολογικά προβλήματα που εντοπίστηκαν.

Αποτελέσματα: Το 69,3% των ερωτηθέντων διαμένει σε μεγάλη πόλη. Συνολικά συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη 146 παιδιά με τις ακόλουθες ηλικίες: 4,7% ήταν < 3 ετών, 8,2% ήταν 3 - 7 ετών, 24,6% ήταν 7 - 12 ετών, 57,6% ήταν > 12 ετών. Επίσκεψη σε οφθαλμίατρο είχαν πραγματοποιήσει συνολικά 76/146 (52%) παιδιά. Από τα παιδιά που ελέχθησαν 13,5% ήταν < 5 ετών, 26,5% 5 - 7 ετών, 47,3% 7 - 12 ετών και 23% > 12 ετών. Μόνο ένα παιδί επισκέφτηκε τον οφθαλμίατρο σε ηλικία κάτω των 3 ετών με την υποψία του στραβισμού. Η επίσκεψή τους στον οφθαλμίατρο έγινε για προληπτικούς λόγους σε 62/76 (82,5%) παιδιά. Τα υπόλοιπα παιδιά ελέγχθηκαν γιατί οι γονείς εντόπισαν οφθαλμολογικό πρόβλημα. Κατά την οφθαλμιατρική εξέταση διαταραχή εντοπίστηκε σε 35/76 (46%) των παιδιών που ελέχθησαν. 18/76 (23,6%) παιδιά διαγνώστηκαν με μυωπία, 8/76 (10,5%) με αστιγματισμό, 4/76 (5,2%) με μυωπία και αστιγματισμό, 1 με στραβισμό, 2 με υπερμετρωπία και 1 με επιπεφυκίτιδα.

Συμπέρασμα: Στο σύνολο των παιδιών που συμπεριλήφθησαν στην μελέτη περίπου τα μισά έχουν εξετασθεί από οφθαλμίατρο. Το 80% των παιδιών πραγματοποιήσαν οφθαλμολογικό έλεγχο στα πλαίσια της πρόληψης. Στα μισά παιδιά ο έλεγχος αυτός έγινε στην σχολική ηλικία. Η κύρια διαθλαστική ανωμαλία ήταν η μυωπία που διαγνώσθηκε στο 12,3% των παιδιών που συμμετείχαν στην μελέτη.

25. Πόσο Αθώα είναι η Οπτική Νευρίτιδα στα Παιδιά;

Παπαδέδες Γ., Τσουρής Δ., Πίτσας Χ.

Ιδιώτης Οφθαλμίατρος, Αθήνα.

Ιδιώτης Οφθαλμίατρος, Λάρισα

Οφθαλμ. Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης, Τρίπολη

Σκοπός: Να παρουσιάσουμε ένα σπάνιο περιστατικό αμφοτερόπλευρης οπτικής νευρίτιδας σε παιδί σχετιζόμενο με σκλήρυνση κατά πλάκας.

Υλικό - Μέθοδος: Ένα παιδί 13 χρονών που εξετάσθηκε στο ιατρείο με αναφερόμενη μειωμένη όραση άμφω.

Αποτελέσματα: Κατά την εξέταση το παιδί εμφανίζει ΑΚΧ στον ΑΟ και 1/10 στον ΔΟ. Η αντίδραση της κόρης ήταν νωθρή άμφω ενώ τα διαθλαστικά μέσα ήταν καθαρά. Στη βυθοσκόπηση διαπιστώσαμε ατροφία θηλών άμφω. ΑΟ>ΔΟ. Το κοριτσάκι παραπέμφθηκε για άμεση μαγνητική τομογραφία που έδειξε εκτεταμένες απομυελινωτικές πλάκες.

Συμπεράσματα: Σε ποσοστό 85% η οπτική νευρίτιδα στα παιδιά οφείλεται σε ιογενείς λοιμώξεις ή ακολουθεί προγραμματισμένο εμβολιασμό. Η προσβολή είναι συνήθως αμφοτερόπλευρη και φέρει καλά πρόγνωση με σχετικά γρήγορη αποκατάσταση της όρασης, χωρίς θεραπεία. Σπανιότερα αποτελεί επιπλοκή παθολογίας των κόλπων ή του κόγχου. Σπανιότατα όμως μπορεί να συσχετισθεί με σκλήρυνση κατά πλάκας ή σχετιζόμενα νοσήματα, όπως στην περίπτωση της ασθενούς μας. Σε κάθε περίπτωση η αμφοτερόπλευρη οπτική νευρίτιδα στα παιδιά χρήζει άμεσης απεικονιστικής διερεύνησης με MRI προς αποφυγή δυσάρεστων διαγνωστικά εκπλήξεων.

26. Ελκτική Αποκόλληση Αμφιβληστροειδούς και Αμφιβληστροειδική Ισχαιμία ως Χαρακτηριστικά του Συνδρόμου Κακοποιημένων Βρεφών.

Τσουρής Δ., Παπαδέδες Γ., Πίτσας Χ., Τσιρώνη Ε.

Moorfields Eye Hospital, London, UK

Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης

Τμήμα Οφθαλμολογίας, Πανεπιστήμιο Λάρισας

Σκοπός: Να παρουσιαστούν η ελκτική αποκόλληση αμφιβληστροειδούς, η αμφιβληστροειδική ισχαιμία και η νεοαγγείωση ως χαρακτηριστικά του συνδρόμου κακοποιημένων βρεφών.

Υλικό - Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη των κλινικών σημειώσεων, των φωτογραφιών βυθού και των φλουροαγγειογραφιών βρεφών που παρουσιάσθηκαν χωρίς προηγούμενο ιστορικό ατυχήματος.

Αποτελέσματα: Η κλινική εξέταση έδειξε στοιχεία αμφιβληστροειδικής μη - διηθήσεως και νεοαγγειώσεως, που επιβεβαιώθηκαν με φλουροαγγειογραφία. Τρεις οφθαλμοί έξι ασθενών εκδήλωσαν τελικώς εκτεταμένη παραγωγική υαλοειδοαμφιβληστροειδοπάθεια και αιμορραγία, οδηγώντας σε σύνθετη ελκτική αποκόλληση αμφιβληστροειδούς. Η παρουσία μη-διηθήσεως δεν συσχετιζόταν με τη βαρύτητα της βλάβης, ούτε με την έκταση και τοποθεσία της αιμορραγίας κατά την αρχική εξέταση. Σε όλους τους ασθενείς, η οπτική οξύτητα ήταν φτωχή, κυμαινόμενη μεταξύ 1/20 και μη αντιλήψεως φωτός.

Συμπέρασμα: Η αμφιβληστροειδική μη - διήθηση και η ελκτική αποκόλληση αμφιβληστροειδούς μπορούν να αποτελούν εκδηλώσεις του συνδρόμου κακοποιημένου παιδιού. Το σύνδρομο θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της περιφερικής νεοαγγειώσεως και υαλοειδικής αιμορραγίας σε βρέφη και παιδιά. Παθογενετικοί μηχανισμοί της αγγειακής αποφράξεως μπορεί να αποτελούν τα έμβολα θρομβίνης και η τοπική θρόμβωση που προκαλείται από αποσπαστικές δυνάμεις.

27. Οφθαλμικό Ισχαιμικό Σύνδρομο: Παρουσίαση Περιστατικού.

Λουκιανού Ε.

Moorfields Eye Hospital, London, UK

Σκοπός: Η παρουσίαση ασθενούς με οφθαλμικό ισχαιμικό σύνδρομο.

Υλικό - Μέθοδος: Άνδρας ηλικίας 62 ετών προσέρχεται λόγω σταδιακής μείωσης της όρασης στο δεξί οφθαλμό από εξαμήνου. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση και υπερχοληστερολαιμία υπό per os αγωγή. Η καλύτερη διορθωμένη οπτική οξύτητα ήταν 1/10 στο δεξί και 8/10 στον αριστερό οφθαλμό. Η εξέταση του προσθίου ημιμορίου έδειξε νεοαγγείωση της ίριδας από 9^η μέχρι 11^η ώρα στο κορικό χείλος, θόλωση κρυσταλλοειδούς φακού και αντίδραση με (++) κύτταρα στο δεξί οφθαλμό. Η βυθοσκόπηση κατέδειξε σοβαρή μη παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια στο δεξί οφθαλμό και μέτρια μη παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια στον αριστερό οφθαλμό. Ακολούθησε περαιτέρω διερεύνηση με φλουροαγγειογραφία και Doppler καρωτίδων.

Αποτελέσματα: Η φλουροαγγειογραφία κατέδειξε μακρά παράταση του χρόνου κυκλοφορίας βραχίονας - αμφιβληστροειδής, παράταση του χρόνου αρτηριοφλεβικής μετάβασης και όψιμη χρώση των αμφιβληστροειδικών αγγείων το δεξιό οφθαλμό και το Doppler καρωτίδων έδειξε 98% στένωση της δεξιάς έσω καρωτίδας. Τέθηκε η διάγνωση του οφθαλμικού ισχαιμικού συνδρόμου και ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με παναμφιβληστροειδική φωτοπηξία και δεξιά ενδαρτηρεκτομή.

Συμπεράσματα: Το οφθαλμικό ισχαιμικό σύνδρομο είναι ετερόπλευρο στο 80% των περιπτώσεων και συχνότερο σε άνδρες ηλικίας 50 - 80 ετών. Πρέπει να το υποπτευόμαστε σε ασυμπτωματική ετερόπλευρη πρόσθια ραγοειδίτιδα, ασύμμετρη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, ασύμμετρο καταρράκτη και οφθαλμική υποτονία με αντίδραση ή και νεοαγγείωση προσθίου θαλάμου.

28. Ενδοϋαλοειδική Έγχυση Ranibizumab σαν Εναλλακτική Θεραπεία για Κεντρική Ορώδη Χοριοαμφιβληστροειδοπάθεια.

Κόκκινος Μ., Χατζηαλέκου Γ., Ποπέσκου Κ., Αθανασιάδης Α., Θεοδοουλίδου Σ., Κοτανίδου Α., Ντίνου Π., Κυριαζόπουλος Ι., Τυραδέλλης Χ.

Οφθαλμολογική κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου

Οφθαλμολογική κλινική Τζανείου Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά

Σκοπός: Να περιγράψουμε την εμπειρία μας από την χρήση Ranibizumab σαν θεραπευτικό μέσο για την θεραπεία της CSC.

Υλικά και μέθοδος: Δύο άνδρες ηλικίας 48 και 43 ετών προσήλθαν με μειωμένη όραση στον ΔΟ και ΑΟ αντίστοιχα. Η οπτική οξύτητα του πρώτου ήταν 2/10 cc στον ΔΟ και 10/10 cc στον ΑΟ, ενώ του δεύτερου ήταν 10/10 cc στον ΔΟ και 3/10 στον ΑΟ. Το οφθαλμολογικό και λοιπό ιατρικό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Βυθοσκοπικά παρατηρήθηκε ορώδης υπέγερση στον οπίσθιο πόλο των προσβεβλημένων οφθαλμών με μικρή περιωχρική ατροφία του Μελάγχρου Επιθηλίου. Φλουραγγειογραφικά παρατηρήθηκε διαρροή της χρωστικής χρονικά αυξανόμενης σε έκταση και ένταση. Η εικόνα ήταν συμβατή με CSC και αυτό επιβεβαιώθηκε με OCT. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για 3 μήνες, χωρίς θεραπευτική αγωγή, χωρίς να υπάρξει βελτίωση της κλινικής εικόνας. Δεδομένης της δυσκολίας πραγματοποίησης Φωτοδυναμικής θεραπείας και βασιζόμενοι στην διεθνή βιβλιογραφία αποφασίστηκε η πραγματοποίηση ενδοϋαλοειδικών εγχύσεων Ranibizumab 0,1 mL.

Αποτελέσματα: Ένα μήνα μετά τη πρώτη ένεση βελτιώθηκε η οπτική οξύτητα στα 7/10 για τον πρώτο ασθενή και 8/10 για τον δεύτερο. Μετά την δεύτερη ένεση η οπτική οξύτητα ανέβηκε στα 9/10 και για τους δύο και παραμένει σταθερή τους τελευταίους 7 μήνες. Παράλληλα παρατηρήθηκε αποκατάσταση της φλουραγγειογραφικής εικόνας αλλά και του OCT.

Συμπεράσματα: Η ενδοϋαλοειδική έγχυση Ranibizumab μπορεί να αποτελέσει μια εναλλακτική θεραπεία στην CSC όταν δεν είναι εφικτή η PDT. Πιθανολογείται ότι ο anti-VEGF δρα μειώνοντας την χοριοτριχοειδική διαπερατότητα αλλά και την συγκέντρωση των VEGF παραγόντων που αυξάνονται στην CSC στα πλαίσια της χοριοειδικής ισχαιμίας.

29. Ενδοφθαλμίτιδα μετά από Ενδοβόλβιες Ενέσεις.

Μόρφης Γ., Λιάζος Ε., Κωνσταντινίδης Λ., Irigoyen C., Heimann H.

Royal Liverpool University Hospital, Liverpool, United Kingdom

Σκοπός: Η αναφορά κλινικών χαρακτηριστικών, αποτελεσμάτων καλλιέργειας καθώς και της αντιμετώπισης και του τελικού λειτουργικού αποτελέσματος ασθενών με ενδοφθαλμίτιδα μετά από ενδοβόλβιες ενέσεις.

Υλικό και μέθοδος: Αναδρομική μελέτη ασθενών με υποψία ενδοφθαλμίτιδας μετά από ενδοβόλβιες ενέσεις που αντιμετώπισθηκαν με ενδοϋαλοειδική έγχυση αντιβιοτικών σε κέντρο αναφοράς από τον Ιανουάριο 2003 μέχρι και τον Δεκέμβριο 2010.

Αποτελέσματα: Εντοπίσθηκαν δέκα εννέα περιστατικά που υποβλήθηκαν σε βιοψία υδατοειδούς ή υαλοειδούς. Εννέα από αυτά είχαν αρνητικές καλλιέργειες. Δέκα είχαν θετικές καλλιέργειες. Από αυτές, σε 4 περιστατικά βρέθηκαν είδη σταφυλόκοκκου, σε 4 στρεπτόκοκκος, σε 1 κολοβακτηρίδια και σε 1 gram(-) βάκιλοι. Σε όλα τα περιστατικά αναπτύχθηκε συμπτωματολογία μέσα σε 48 ώρες. Ένα από τα 10 περιστατικά με θετική καλλιέργεια δεν ανέφερε πόνο κατά την αρχική εξέταση ενώ 5 στους 9 με αρνητική καλλιέργεια ανέφεραν πόνο κατά τη διάγνωση. Η αρχική αντιμετώπιση σε όλες τις περιπτώσεις ήταν ενδοϋαλοειδική έγχυση αντιβιοτικών ενώ σε 6 περιπτώσεις κρίθηκε αναγκαία και 2^η έγχυση αντιβιοτικών και 4 υπεβλήθησαν σε υαλοειδεκτομή. Η τελική οπτική οξύτητα (Snellen) ήταν πάνω από 6/18 σε 6 ασθενείς ενώ 12 ασθενείς είχαν τελική οπτική οξύτητα κάτω από 6/60.

Συμπεράσματα: Ο συνολικός αριθμός ασθενών με ενδοφθαλμίτιδα μετά ενδοβάβειες εγχύσεις έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Σε αντίθεση με προγενέστερες αναφορές από πολυκεντρικές μελέτες, η τελική έκβαση τέτοιων ασθενών είναι σχετικά κακή παρά τις τρέχουσες θεραπείας. Δεν αναγνωρίσαμε κλινικά χαρακτηριστικά χρήσιμα για τον εντοπισμό περιστατικών με αρνητικές καλλιέργειες.

30. Διαβητικό Οίδημα της Ωχράς Κηλίδας: Νεότερα Δεδομένα στην Θεραπευτική Προσέγγιση.

Καραμούτζος Κ., Ξενόπουλος Δ., Γεδεών Σ., Λαμπρινάκη Ε, Σαββίδης Σ., Καζόπουλος Α., Δατσέρης Ι., Λαμπρινάκης Ι.Κ.

Οφθαλμολογική Κλινική ΓΝΑ Πολυκλινική, Οφθαλμίατρος, Άργος
Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική Federico II Napoli
Οφθαλμολογική Κλινική Leicester Royal Infirmary
Οφθαλμολογική Κλινική ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας
Οφθαλμολογικό Ινστιτούτο Αθηνών

Σκοπός: Σκοπός ήταν να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα της ενδοϋαλοειδικής έγχυσης ranibizumab (Lucentis) ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με Laser στη θεραπεία του διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας ως προς τη βελτίωση της οπτικής οξύτητας και την ελάττωση του πάχους του αμφιβληστροειδούς στην κεντρική περιοχή.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν 352 οφθαλμοί με διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας. Χωρίστηκαν σε δύο ομάδες θεραπείας: ασθενείς οι οποίοι έλαβαν ενδοϋαλοειδική έγχυση ranibizumab ως μονοθεραπεία και ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε συνδυασμό θεραπείας ranibizumab και Argon Laser. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε έλεγχο οπτικής οξύτητας, σε φλουοροαγγειογραφία και σε οπτική τομογραφία συνοχής (OCT). Αποκλείστηκαν από τη μελέτη οφθαλμοί που είχαν υποβληθεί σε οποιαδήποτε ενδοβόλβια εγχείρηση, ή που είχαν υποστεί οποιοδήποτε είδος φωτοπηξίας ή ενδοϋαλοειδικής έγχυσης μέχρι και 3 μήνες πριν την μελέτη, όπως και οφθαλμοί με ανεξέλεγκτο γλαύκωμα.

Αποτελέσματα: Και στις δύο ομάδες υπήρξε βελτίωση της οπτικής οξύτητας συνοδευόμενη με παράλληλη ελάττωση του οιδήματος του κεντρικού πάχους του αμφιβληστροειδούς, αποτελέσματα τα οποία έμειναν σταθερά με την πάροδο του χρόνου. Δείχνει να υπερτερεί η μονοθεραπεία έναντι της συνδυασμένης θεραπείας. Πολύ μικρά ποσοστά παρουσίασαν εικόνα ενδοφθάλμιας φλεγμονής (ιριδοκυκλίτις, υαλίτις, ραγοειδίτις), η οποία αντιμετωπίστηκε με τοπική αγωγή.

Συμπεράσματα: Από την εργασία μας συνάγεται η ασφάλεια και κυρίως η αποτελεσματικότητα των εγχύσεων ranibizumab στην αντιμετώπιση του διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας, ενώ παράλληλα αυξάνονται τα θετικά αποτελέσματα ως προς τη σταθερότητα της οπτικής οξύτητας και του πάχους του αμφιβληστροειδούς.

31. Αποτελεσματικότητα Χρήσης Ranibizumab σε Διαβητικούς Ασθενείς με Ισχαιμία Ωχράς, Επιμένων Κυστεοειδές Οίδημα και Προηγθέν Βαρύ Laser.

Γκόνος Γ., Μασαούτης Π., Κοκολάκη Α., Αντωνόπουλος Γ., Νισκοπούλου Μ. Α' Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική, τμήμα Αμφιβληστροειδούς, Αθήνα

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα των ενδοϋαλοειδικών ενέσεων ranibizumab σε ασθενείς με διαβητική ωχροπάθεια με ισχαιμία, με επιμένων κυστεοειδές οίδημα ωχράς και προηγθέν βαρύ laser.

Υλικό και Μέθοδος: 10 οφθαλμοί 9 ασθενών συμπεριλήφθηκαν στην αναδρομική μελέτη. Οι ασθενείς είχαν παλαιότερα υποβληθεί σε βαρύ laser ωχράς. Φλουοραγγειογραφικά, διαπιστώθηκε μέτρια έως βαριά ισχαιμία της αναγγείου ζώνης ενώ συμπληρωματικό laser δεν κρινόταν χρήσιμο ή ασφαλές στην έναρξη του χρόνου παρακολούθησης. Θεωρήθηκε σκόπιμη η έναρξη θεραπευτικής αντιμετώπισης με ενδοϋαλοειδικές ενέσεις ranibizumab. Η οπτική οξύτητα και το κεντρικό πάχος του αμφιβληστροειδούς στην Οπτική Τομογραφία Συνοχής (OCT) εκτιμήθηκαν προ της θεραπείας και κατά το τέλος του χρόνου παρακολούθησης.

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 22,2 μήνες (+5,9). Μέση οπτική οξύτητα προ θεραπείας ήταν 0,24 (+0,2) ενώ στο τέλος του χρόνου παρακολούθησης ήταν 0,36 (+0,3). Η βελτίωση της οπτικής οξύτητας δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,19$). Το κεντρικό πάχος του αμφιβληστροειδούς στο OCT ήταν 272,9 μ (+71,6) προ της θεραπείας και μειώθηκε στα 199,8 μ . (+21,8) ($p=0,01$). 7 στους 10 οφθαλμούς παρουσίασαν επιαμφιβληστροειδική μεμβράνη κατά την διάρκεια της παρακολούθησης. Ο μέσος αριθμός ενέσεων ήταν 10,1 (+5,4)

Συμπέρασμα: Η μελέτη μας δείχνει ότι σε κάποια περιστατικά με ισχαιμία της αναγγείου ζώνης και επιμένων κυστεοειδές οίδημα ωχράς, υπάρχει βέλτιστη ανταπόκριση στην θεραπευτική αντιμετώπιση με ενδοϋαλοειδικές ενέσεις ranibizumab. Τα αποτελέσματα μας οδηγούν στο ότι η χρήση ranibizumab σε περιστατικά με την συγκεκριμένη κλινική εικόνα χρήζει περαιτέρω διερεύνησης σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

32. Αποτελέσματα 12 Μηνών Παρακολούθησης μετά από Φωτοδυναμική Θεραπεία Χαμηλής Ενέργειας (PDT-LF) σε 25 Ασθενείς με Χρόνια Κεντρική Ορώδη Χοριοαμφιβληστροειδοπάθεια (CSR).

Δατσέρης Ι., Ρουβάς Α., Διαμαντή Ρ.Α., Σταματίου Π., Τσιμπίδας Δ., Λυγερός Μ., Μπαξεβανάκης Α., Χαϊδούλης Σ., Λαμπρινάκης Ι., Μίχα Μ., Τσίρου Μ.
ΟΜΜΑ - Οφθαλμολογικό Ινστιτούτο Αθηνών
Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΙΑΚΗ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ - ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟ ΛΑΪΚΟ
ΓΝΑ, ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝΑ

Σκοπός: Να μελετήσουμε τις μεταβολές της οπτικής οξύτητας και του κεντρικού πάχους του αμφιβληστροειδούς (CRT) σε χρονικό διάστημα 12 μηνών σε 25 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε PDT-LF λόγω χρόνιας κεντρικής ορώδους χοριοαμφιβληστροειδοπάθειας.

Υλικό και μέθοδος: Σύνολο 25 οφθαλμών από 25 ασθενείς με χρόνια κεντρική ορώδη χοριοαμφιβληστροειδοπάθεια που είχαν ενεργό νόσο τουλάχιστον από τριμήνου υποβλήθηκαν αρχικά σε 1 συνεδρία PDT-LF (Light dose 25 j/cm², Power Density 300 mW/cm², στόχος $\leq 4.500 \mu$.).

Προ της θεραπείας ο ασθενής ελεγχόταν με τις ακόλουθες εξετάσεις:

- Μέτρηση οπτικής οξύτητας
- Τονομέτρηση
- Βυθοσκόπηση
- Φλουοροαγγειογραφία (FA) και αγγειογραφία ινδοκυανίνης (ICG)
- Οπτική τομογραφία συνοχής (OCT), μέτρηση του CRT

Η συνεδρία της PDT-LF επαναλαμβανόταν μετά από 3 μήνες εφόσον υπήρχε ενεργός νόσος, δηλαδή μη βελτιούμενη οπτική οξύτητα, ενεργός διαρροή στην FA-ICG καθώς και παρουσία υπαμφιβληστροειδικού υγρού στην OCT.

Αποτελέσματα: Όλοι οι 25 ασθενείς είχαν βελτίωση >3 γραμμές στην οπτική οξύτητα του πίνακα Snellen. Όλοι οι 25 ασθενείς είχαν ελάττωση > 100 μ του CRT. Σε κανέναν ασθενή δε χρειάστηκε να γίνει επαναληπτική συνεδρία PDT-LF. Καμία οφθαλμολογική ή συστηματική επιπλοκή δεν αναφέρθηκε.

Συμπεράσματα: Η φωτοδυναμική θεραπεία χαμηλής ενέργειας αποτελεί μία ασφαλή μέθοδο αντιμετώπισης της χρόνιας κεντρικής ορώδους χοριοαμφιβληστροειδοπάθειας σε ασθενείς στους οποίους η οπτική οξύτητα παραμένει χαμηλή (>5/10 στον πίνακα Snellen) για χρονικό διάστημα πέραν του τριμήνου και παρουσιάζουν μεγάλη ποσότητα ορώδους αποκόλλησης του ιδίως αμφιβληστροειδούς.

33. Αντιμετώπιση του Διαβητικού Οιδήματος με Rabinizumab.

Παροϊκάκης Ε., Αμαριωτάκης Γ., Μπάρλα Π., Χαλκιαδάκης Σ., Μεταξάκη Ι., Μουστάκα Λ., Χαίρα Ν., Μητρόπουλος Π.
Οφθαλμιατρείο Αθηνών, Β' Οφθαλμολογικό Τμήμα

Σκοπός: Οι διαθέσιμες θεραπευτικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση του διαβητικού οιδήματος της ωχράς, όπως το laser, η τριαμσινολόνη και η υαλοειδεκτομή έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα και συχνά συνοδεύονται από επιπλοκές. Στην παθογένεια του διαβητικού οιδήματος της ωχράς σημαντικό ρόλο έχει ο VEGF. Η ενδοϋαλοειδική χρήση του ranibizumab ως αναστολέα του VEGF έχει αποδειχθεί ως ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας στην εξιδρωματικού τύπου ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς. Στην εργασία μελετάται η εφαρμογή του ranibizumab στο διαβητικό οίδημα με συμμετοχή του κεντρικού βοθρίου.

Υλικό και μέθοδος: 26 οφθαλμοί 19 ασθενών με διαβητικό οίδημα ωχράς, πάχος κεντρικού βοθρίου πάνω από 250 μm (μέσο αρχικό πάχος 414,6 μm) και αρχική οπτική οξύτητα από 1/20 έως 5/10, λόγω της παθολογίας της ωχράς, αντιμετωπίστηκαν με ενδοϋαλοειδικές ενέσεις 0,5 mg ranibizumab με άσηπτες συνθήκες χειρουργείου. Ασθενείς με υαλοειδοαμφιβληστροειδική έλξη ή άλλες παθολογικές αιτίες περιορισμού της οπτικής οξύτητας (π.χ. καταρράκτης) εξαιρέθηκαν της μελέτης. Σε 11 οφθαλμούς ακολούθησε εφαρμογή laser για σταθεροποίηση του αποτελέσματος. Για την ακρίβεια και επαναληψιμότητα των μετρήσεων χρησιμοποιήθηκε το Heidelberg Spectralis HRA OCT.

Αποτελέσματα: Ο χρόνος παρακολούθησης ήταν 4-6 μήνες. Βελτίωση της αρχικής οπτικής οξύτητας διαπιστώθηκε σε 17 οφθαλμούς και μείωση του πάχους του κεντρικού βοθρίου σε 21 οφθαλμούς (μέσο τελικό πάχος 340 μm). Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες ή επιπλοκές σε κανένα περιστατικό.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση του διαβητικού οιδήματος με κεντρική συμμετοχή της ωχράς με ranibizumab δείχνει να αποτελεί ασφαλή μέθοδο με ευνοϊκή επίπτωση στη μείωση του αμφιβληστροειδικού πάχους και τη διατήρηση της όρασης των ασθενών. Μεγαλύτερες και συγκριτικές μελέτες απαιτούνται για την μακροχρόνια αντιμετώπιση του διαβητικού οιδήματος.

34. Αντιμετώπιση Χρόνιας Κεντρικής Ορώδους Χοριοαμφιβληστροειδοπάθειας Επιπλεγμένης με Χοριοειδική Νεοαγγείωση με Ενδοϋαλοειδικές Ενέσεις Ranibizumab (Lucentis).

Κανταράκης Κ., Λιαράκος Β.Σ., Σούμπλης Β., Δεληγιάννης Ι., Μπουραντάνη Σ., Παπαευθυμίου Ι., Λατσούδης Π.

Οφθαλμολογική Κλινική Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών

Σκοπός: Η αξιολόγηση των λειτουργικών και ανατομικών αποτελεσμάτων των ενδοϋαλοειδικών ενέσεων ranibizumab σε έναν ασθενή με χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV) που οφείλεται σε επιπλοκή χρόνιας κεντρικής ορώδους χοριοαμφιβληστροειδοπάθειας (CSC).

Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για case report ενός ασθενούς με αμφοτερόπλευρη χρόνια CSC, στο ένα μάτι του οποίου εμφανίστηκε CNV, η οποία αντιμετωπίστηκε με ενδοϋαλοειδικές ενέσεις ranibizumab (0,5 mg) από Ιούνιο του 2010 έως τον Ιανουάριο 2011. Ο μηνιαίος έλεγχος του ασθενούς περιελάμβανε καλύτερα

διορθωμένη οπτική οξύτητα (BCVA), βυθοσκόπηση και οπτική τομογραφία συνοχής (OCT). Αγγειογραφία με φλουορεσκεΐνη και αγγειογραφία με ινδοκυανίνη (ICG) έγιναν κατά την έναρξη και επαναλαμβάνονταν κάθε 3 μήνες.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκε 1 μάτι ασθενούς ηλικίας 54 ετών. Ο χρόνος παρακολούθησης ήταν 7 μήνες. Ο αριθμός των ενδοϋαλοειδικών ενέσεων που πραγματοποιήθηκαν ήταν 5. Η αρχική BCVA ήταν 0,45 (δεκαδικό ισοδύναμο). Κατά την τελευταία επίσκεψη η BCVA ήταν 0,55 (δεκαδικό ισοδύναμο). Το κεντρικό πάχος της ωχράς (CMT), ήταν αρχικά 340 microm και 7 μήνες μετά ήταν 245 microm (μετρούμενο με OCT). Κατά την τελευταία επίσκεψη παρέμεινε ενδοαμφιβληστροειδικό και υπαμφιβληστροειδικό υγρό (μετρούμενο με OCT) καθώς και διάχυτος υπερφθορισμός (κατά την φλούορο και ICG αγγειογραφία).

Συμπεράσματα: Οι ενδοϋαλοειδικές ενέσεις ranibizumab φάνηκε να είναι μια εν μέρει αποτελεσματική θεραπεία για την αντιμετώπιση της CNV που αποδόθηκε σε χρόνια CSC. Η βελτίωση στην οπτική οξύτητα ήταν μικρή, η παραμονή ενδοαμφιβληστροειδικού και υπαμφιβληστροειδικού υγρού και ο διάχυτος υπερφθορισμός μας κάνουν επιφυλακτικούς. Νέες προοπτικές μελέτες απαιτούνται για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας των ενδοϋαλοειδικών ενέσεων ranibizumab.

35. Μελέτη Σειράς Περιστατικών Ερπυστικής Χοριοαμφιβληστροειδίτιδας: Μακροπρόθεσμη Αντιμετώπιση και Αποτελέσματα.

Πραΐδου Α., Κονιδάρης Β., Δούδου Α., Αλεξανδρίδης Α., Μπραζιτίκος Π., Ανδρούδη Σ.

Οφθαλμολογική Κλινική, Alder Hey Νοσοκομείο Παίδων Φορέας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Λίβερπουλ, Μ. Βρετανία

Α' Οφθαλμολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο.

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Οφθαλμολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα

Σκοπός: Να παρουσιαστούν τα αποτελέσματά μας από τη μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση ασθενών με ερπυστική χοριοαμφιβληστροειδίτιδα.

Υλικό και Μέθοδος: 12 ασθενείς με διαγνωσμένη ερπυστική χοριοαμφιβληστροειδίτιδα συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Όλοι οι ασθενείς παρουσιάστηκαν με αμφοτερόπλευρη εικόνα. Οι ασθενείς ανέφεραν ασύμμετρη εμφάνιση της νόσου, δηλαδή πρώτα προσβολή του ενός οφθαλμού και μετά από μια περίοδο μεταξύ 2 μηνών έως και 12 ετών τη συμμετοχή του άλλου οφθαλμού. Όλοι οι ασθενείς είχαν λάβει διάφορες θεραπείες πριν από την παραπομπή τους στο κέντρο μας. Ένας ασθενής είχε υποβληθεί σε θεραπεία με λείζερ. 10 από τους ασθενείς είχαν λάβει από του στόματος πρεδνιζόνη, ενώ ο ένας δεν είχε λάβει καθόλου θεραπεία. Σε 7 από τις 12 περιπτώσεις, η διάγνωση δεν μπόρεσε να τεθεί από τους προηγούμενους θεράποντες οφθαλμιάτρους.

Αποτελέσματα: Η αντιμετώπιση περιελάμβανε μια σύντομη δόση πρεδνιζόνης με ή χωρίς μακροχρόνια ανοσοκαταστολή με αζαθειοπρίνη. Παρά το θεραπευτικό αυτό σχήμα, οι ασθενείς παρουσίασαν υποτροπές (15 υποτροπές / 12 περιπτώσεις). Μετά το έτος 2008, το σύνολο των ασθενών της μελέτης εξετάστηκαν είτε προοπτικά ή αναδρομικά με τη δοκιμασία Quantiferon-TB gold. Από τους 12 ασθενείς της μελέτης, οι 9 ήταν θετικοί για τη φυματίωση, οι 2 χάθηκαν κατά την παρακολούθηση και οι 2 ήταν αρνητικοί στην εξέταση. Όλοι οι θετικοί για τη φυματίωση ασθενείς, έλαβαν αντιφυματική θεραπεία για τουλάχιστον 6 μήνες, και δεν εμφάνισαν καμία υποτροπή κατά την περίοδο παρακολούθησής τους.

Συμπεράσματα: Η ερπυστική χοριοαμφιβληστροειδίτιδα είναι μια σπάνια, ιδιοπαθής, φλεγμονώδης νόσος. Για τον έλεγχο της φυματίωσης, εξέταση εκλογής αποτελεί η δοκιμασία Quantiferon-TB gold και εξασφαλίζει τη σωστή θεραπευτική προσέγγιση της νόσου.

36. Συσχέτιση Ανάμεσα στα Ευρήματα της Φλουροαγγειογραφίας και της Οπτικής Τομογραφίας Συνοχής με την Οπτική Οξύτητα και την Κατάσταση των Φωτοϋποδοχέων σε Ασθενείς με Διαβητικό Οίδημα Ωχράς Κηλίδας.

Ρουβάς Α., Νικήτα Ε., Εμφιετζόγλου Ι., Γρηγορόπουλος Β., Θεοδοσιάδης Π.
2^η Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα
Οφθαλμολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν», Αθήνα

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η συσχέτιση ανάμεσα στα ευρήματα της φλουροαγγειογραφίας (FA) και της οπτικής τομογραφίας συνοχής (OCT) με την οπτική οξύτητα (ΟΟ) και την κατάσταση των φωτοϋποδοχέων σε ασθενείς με διαβητικό οίδημα ωχράς κηλίδας.

Υλικό - Μέθοδος: Αναδρομική, παρεμβατική κλινική σειρά. Συνολικά 38 οφθαλμοί με μη παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Η FA χρησιμοποιήθηκε για τον ορισμό του είδους του οιδήματος και την ανάδειξη της ύπαρξης ισχαιμίας. Η OCT χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση των φωτοϋποδοχέων (IS/OS) και για τη μέτρηση του κεντρικού πάχους αμφιβληστροειδούς (ΚΠΑ). Εκτιμήθηκε η συσχέτιση των ανωτέρω ευρημάτων με την ΟΟ.

Αποτελέσματα: Υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ΚΠΑ και το είδος του οιδήματος ($p=0,048$) καθώς και ανάμεσα στην τελική ΟΟ και το είδος της θεραπείας ($p=0,012$). Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο είδος του οιδήματος και την τελική κατάσταση του IS/OS κατά την παρουσία αμφιβληστροειδικής ισχαιμίας ($p=0,237$). Επιπλέον δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο είδος της θεραπείας και την τελική κατάσταση του IS/OS ($p=0,464$).

Συμπεράσματα: Τόσο το ΚΠΑ όσο και η ακεραιότητα του IS/OS σχετίζονται με την έκβαση της οπτικής οξύτητας σε οφθαλμούς με διαβητικό οίδημα ωχράς κηλίδας. Έστω και αν το IS/OS δεν σχετίζεται άμεσα με την διαταραγμένη αιμάτωση του αμφιβληστροειδούς, αυτή θα πρέπει να καταγράφεται και να συνεκτιμάται μαζί με το ΚΠΑ κατά τη διαχείριση ασθενών με διαβητικό οίδημα ωχράς κηλίδας.

37. Αντι-VEGF Θεραπεία στην Απόφραξη Κεντρικής Φλέβας του Αμφιβληστροειδούς.

Σπαή Σ., Φωτίου Π., Σοκολάκης Θ., Γουργούλη Ι., Θεοχάρης Μ.

Οφθαλμολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

Β' Οφθαλμολογική Κλινική, Ν.Ε.Ε.Σ. Αθήνα

Σκοπός: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων της χρήσης των αντιαγγειογενετικών παραγόντων (anti-VEGF factors) στην απόφραξη της κεντρικής φλέβας του αμφιβληστροειδούς.

Υλικό και Μέθοδος: Η μελέτη μας περιλαμβάνει 30 ασθενείς και των δύο φύλων, ηλικίας 50-75 ετών με απόφραξη κεντρικής φλέβας του αμφιβληστροειδούς. Έγιναν 3 μηνιαίες εγχύσεις anti-VEGF παραγόντων και οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν στη συνέχεια με οπτική τομογραφία συνοχής (OCT) και φλουοροαγγειογραφία. Η αρχική οπτική οξύτητα των ασθενών ήταν μικρότερη των 2/10.

Αποτελέσματα: Μετά τις εγχύσεις, η οπτική οξύτητα σε 20 ασθενείς (ποσοστό 66,6%) ήταν μεταξύ 3/10 και 5/10, σε 5 ασθενείς (ποσοστό 16,65%) ήταν μεγαλύτερη των 5/10, ενώ σε 5 ασθενείς (ποσοστό 16,65%) παρέμεινε αμετάβλητη. Σε όλους τους ασθενείς η OCT έδειξε σημαντική βελτίωση του οιδήματος της ωχράς κηλίδας. Η παρακολούθηση των ασθενών σε χρονικό διάστημα από 1 έως 5 έτη δεν έδειξε υποτροπή της νόσου, ενώ 2 ασθενείς παρουσίασαν θρόμβωση της κεντρικής φλέβας του αμφιβληστροειδούς στον έτερο οφθαλμό μετά τον πρώτο χρόνο παρακολούθησης. Κανένας από τους ασθενείς μας δεν ανέπτυξε νεοαγγειακές επιπλοκές στο πρόσθιο ή στο οπίσθιο ημιμόριο.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η χρήση των anti-VEGF παραγόντων στη θρόμβωση της κεντρικής φλέβας του αμφιβληστροειδούς έχει ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στην απορρόφηση του οιδήματος της ωχράς κηλίδας όσο και στη βελτίωση της οπτικής οξύτητας.

38. Συνδυασμένη Επέμβαση Καταρράκτη με ANTI-VEGF σε Διαβητικούς Ασθενείς με Παραγωγική Αμφιβληστροειδοπάθεια.

Σησή Σ., Σοκολάκης Θ., Γουργούλη Ι., Βούβουρας Θ., Φωτίου Π.

Οφθαλμολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Μελισσίων Αμαλία Φλέμιγκ, Αθήνα

Οφθαλμολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.», Αθήνα

Σκοπός: Η μελέτη της οπτικής οξύτητας και η πορεία της αμφιβληστροειδοπάθειας μετά την εγχείρηση καταρράκτη και έγχυση ANTI-VEGF σε διαβητικούς ασθενείς με παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια.

Υλικό και μέθοδος: Η μελέτη περιλαμβάνει 22 ασθενείς με παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια ηλικίας 62 - 75 ετών και των δύο φύλων (15 άνδρες και 7 γυναίκες). Η προεγχειρητική οπτική οξύτητα από 1/10 - 4/10 και ο χρόνος παρακολούθησης των ασθενών μετά την εγχείρηση του καταρράκτη ήταν 18 μήνες.

Αποτελέσματα: Η οπτική οξύτητα βελτιώθηκε σε όλους τους ασθενείς και η πα-

ρακολούθηση των 18 μηνών έδειξε ότι μόνο ένας ασθενής ανέπτυξε οίδημα ωχράς μετά από 6 μήνες το οποίο αντιμετωπίστηκε με μηνιαίες εγχύσεις Anti-VEGF (4,5%). Σε ποσοστό 72,7% (16 ασθενείς), η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια βελτιώθηκε και σε ποσοστό 22,8% (5 ασθενείς) η διαβητική αμφ/πάθεια παρέμεινε αμετάβλητη.

Συμπέρασμα: Ο συνδυασμός εγχείρησης καταρράκτη και Anti-VEGF βοηθά στην μεγαλύτερη βελτίωση της οπτικής οξύτητας και της παραγωγικής διαβητικής αμφ/πάθειας.

39. Ρήξεις Μελάγχρου Επιθηλίου: Εκτόνωση Υγρών, Λειτουργική Επιδείνωση ή Σταθεροποίηση;

Ευαγγέλου Ν., Χαρώνης Α., Γεωργαρίου Γ., Μαναίος Α.
Ιατρικό Ινστιτούτο Οφθαλμολογίας Athens Vision, Αθήνα

Σκοπός: Η παρουσίαση 7 περιστατικών με ρήξη μελάγχρου επιθηλίου (ME) κατόπιν θεραπειάς με παράγοντα anti-VEGF.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για σειρά 7 οφθαλμών / 7 ασθενών, οι οποίοι παρουσίασαν εξιδρωματική ηλικιακή εκφυλιστική ωχροπάθεια (HEΩ) η ιδιοπαθή πολυποειδική χοριοειδική αγγειοπάθεια (ΙΠΧΑ). Θεραπεύτηκαν όλοι με ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις 1,25 mgr bevacizumab / 0,5 mgr ranibizumab. Μελετήθηκαν η καλύτερα διορθωμένη οπτική οξύτητα (BCVA), η παρουσία υποαμφιβληστροειδικού υγρού (SRF), ενδοαμφιβληστροειδικού οιδήματος, αποκόλλησης ME τόσο κατά την φάση εφόδου, όσο και κατά την φάση συντήρησης, καθώς και τα ιδιαίτερα τομογραφικά γνωρίσματα των ευρημάτων. Στην στατιστική επεξεργασία εφαρμόστηκε το student's t-test.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε ρήξη ME και στους 7 οφθαλμούς κυρίως μεταξύ πρώτης και δεύτερης έγχυσης anti-VEGF. Επίσης παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση του μέγιστου ύψους του SRF ($p=0,032$) καθώς και τους ύψους του αποκολλημένου ME ($p=0,047$). Τομογραφικά απεικονίστηκε σαφώς η ρήξη του ME, η αναδίπλωση αυτού και συσχετίστηκε μορφολογικά το εύρημα OCT με το φωτογραφικό / αγγειογραφικό εύρημα.

Συμπεράσματα: Είναι σαφή τα κλινικά και παρακλινικά ευρήματα ρήξης ME, η οποία είναι πιθανότερη ιατρογενώς μετά τις ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις. Ιδιαίτερα σε κρύφια χοριοειδική νεοαγγείωση επί εξιδρωματικής HEΩ ή ΙΠΧΑ. Η σταθεροποίηση / μετάβαση σε στάδιο επούλωσης μετά την ρήξη ME είναι ίσως ελπιδοφόρα παρά την συνήθη αρχική λειτουργική επιδείνωση.

40. Επίπτωση της Ρήξης του Μελάγχρου Επιθηλίου μετά από Ενδοϋαλοειδικές Εγχύσεις Ranibizumab σε Ασθενείς με Εξιδρωματική Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς.

Κωτσόλης Α., Μπουρίτης Δ., Κοντού Ε., Ρότσος Τ., Γιαννούλη Κ., Λαδάς Ι.
Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Αθήνας, Τμήμα Αμφιβληστροειδούς

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η επίπτωση της ρήξης του μελάγχρου επιθηλίου (μ.ε.) μετά από ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις ranibizumab σε ασθενείς με εξιδρωματική ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά τα στοιχεία ασθενών με εξιδρωματική ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς και αποκόλληση του μ.ε. οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις ranibizumab.

Αποτελέσματα: Εξήντα πέντε οφθαλμοί (62 ασθενείς) με εξιδρωματική ηλικιακή εκφύλιση ωχράς και αποκόλληση του μ.ε. υποβλήθηκαν σε ένα μέσο αριθμό 9,5 (+ 5,1) εγχύσεων ranibizumab και παρακολούθηθηκαν για ένα μέσο διάστημα 13,1 (+ 7,9) μηνών. Τρεις οφθαλμοί ανέπτυξαν ρήξη του μ.ε. (4,6% ανά οφθαλμό, 0,48% ανά έγχυση) μετά την πρώτη, τέταρτη και έβδομη έγχυση, αντίστοιχα. Η συνέχιση των ενδοϋαλοειδικών εγχύσεων, μετά τη ρήξη του μ.ε., συνοδεύτηκαν από ανατομική και λειτουργική σταθεροποίηση ή βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η επίπτωση της ρήξης του μ.ε. μετά από ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις ranibizumab σε ασθενείς με εξιδρωματική ηλικιακή εκφύλιση είναι χαμηλή. Η συνέχιση των ενδοϋαλοειδικών εγχύσεων δείχνει να οδηγεί ανατομική και λειτουργική σταθεροποίηση ή βελτίωση.

**β. Πρακτικά από τη συνάντηση της
Επιστημονικής και Ιατρικής Συμβουλευτικής
Επιτροπής (S.M.A.B.) της Retina International
(Αμερικανικό Οφθαλμολογικό Συνέδριο ARVO 2011)
3 Μαΐου 2011, Φλόριντα Η.Π.Α.**

Όπως κάθε έτος, έτσι και το 2011 στο πλαίσιο του Αμερικανικού Οφθαλμολογικού Συνεδρίου, πραγματοποιήθηκε η ετήσια συνάντηση των επιστημόνων - ερευνητών που είναι μέλη της SMAB, υπό την αιγίδα της Retina International.

Η Επιστημονική και Ιατρική Συμβουλευτική Επιτροπή (S.M.A.B.), είναι ένα διεθνές επιστημονικό όργανο της R.I. που σκοπό έχει να συντονίζει τις ερευνητικές προσπάθειες πολλών επιστημόνων και ερευνητικών κέντρων σε παγκόσμιο επίπεδο, διαμορφώνοντας την στρατηγική για την αναζήτηση νέων αποτελεσματικών θεραπειών για τις κληρονομικές εκφυλιστικές παθήσεις του Αμφιβληστροειδή χιτώνα, της Ωχράς κηλίδος και του οπτικού νεύρου.

Στην επιτροπή αυτή συμμετέχουν καθηγητές, ερευνητές, οφθαλμίατροι, βιολόγοι, γενετιστές, δύο από κάθε χώρα, καθώς και άλλοι που είναι πρωτοπόροι στην έρευνα σε εξειδικευμένα πεδία.

Στο πλαίσιο της επιτροπής αυτής ανακοινώνονται για πρώτη φορά οι εξελίξεις διαφόρων φάσεων στην έρευνα, διαμορφώνονται οι προτεραιότητες, ενισχύονται οι διαδικασίες έγκρισης πόρων χρηματοδοτήσεων, καθώς και προώθησης των νέων θεραπειών για έγκριση από τα αρμόδια όργανα των κρατών.

Στην S.M.A.B., προεδρεύουν, ο Dr Καθ. Erberhart Zrenner, από την Γερμανία ειδικός στις εμφυτεύσεις τεχνικών προσθετικών συστημάτων στον Αμφ/δή, ο Καθ. Joe

Hollyfield ερευνητής κλινικής οφθαλμολογίας - βιολόγος από τις Η.Π.Α. και ο Καθ. Gerald Chader από το Los Angeles των Η.Π.Α.

Την ομάδα εργασίας συντόνισε η πρόεδρος της R.I. - Διεθνούς Ένωσης Αμφιβληστροειδούς (Ενώσεων Φορέων Ασθενών), η κα Christina Fasser από την Ελβετία.

Στην συνάντηση συμμετείχαν περισσότεροι από 20 επιστήμονες ομιλητές και άνω των 60 καθηγητών, ερευνητών, επιστημόνων, εκπροσώπων από όλες τις χώρες.

Την Ελλάδα εκπροσώπησε ο καθηγητής κ. Τσιλιμπάρης Μιλτιάδης, από το Παν/μιο της Κρήτης, μέλος της Επιστημονικής Επιτροπής της Π.Ε.Α., μόνιμος εκπρόσωπος του συλλόγου μας στην S.M.A.B. και υπεύθυνος του πρώτου Κέντρου Αναφοράς για τις κληρονομικές εκφυλιστικές παθήσεις του Αμφ/δή και της Ωχράς στην Ελλάδα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Πρόεδρος της R.I. κα Christina Fasser, ξεκίνησε την συνάντηση, καλωσορίζοντας όλους τους συμμετέχοντες στην ετήσια συνάντηση της S.M.A.B. για το 2011 και δηλώνοντας την σπουδαιότητα της συνάντησης αυτής σε Διεθνές επίπεδο για την ανεύρεση θεραπειών που αφορούν τις παθήσεις μας, συγχαίροντας το πολύτιμο έργο όλων των επιστημόνων και εξαιρώντας το έργο που επιτελούν, υποστηρίζοντας τους Συλλόγους των ασθενών στις χώρες τους. Ακολούθως έδωσε τον λόγο στον Πρόεδρο της S.M.A.B., καθηγητή Dr Erberhart Zrenner από την Γερμανία για να συντονίσει το επιστημονικό πρόγραμμα:

Τα θέματα που αναπτύχθηκαν στο επιστημονικό τμήμα της συνάντησης είναι τα παρακάτω:

1. Η χρήση του QLT - 091001 στη θεραπεία της Συγγενούς Αμαύρωσης τύπου Leber. Dr Rob Koehenkoop, Παν/μιο McGill, Κέντρο Έρευνας για την Υγεία.
2. Η χρήση VEGF - Trop, στην υγρού τύπου Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς Κηλίδος. Dr Ursula Schmidt Erfurth, Παν/μιο της Βιέννης.
3. Η χρήση της Ενσωματωμένης σε κάψουλα κυτταρικής τεχνολογίας (ECT), στην θεραπεία της Μελαγχρωστικής Αμφ/πάθειας (M.A.) και στην ξηρού τύπου ΗΕΩ. Dr Weng Tao, Neurotech N. Υόρκη ΗΠΑ.
4. Η χρήση οφθαλμικών σταγόνων UF - 021 για την θεραπεία της M.A. Dr Shuichi Yamamoto, Τμήμα Οφθαλμολογίας Ιατρικής Σχολής Chiba Τόκιο Ιαπωνίας.
5. Η χρήση οφθαλμικών σταγόνων razoranib για την θεραπεία νεοαγγειώσεων της Η.Ε.Ω., Dr Trupti Trivedi GSK.
6. Η χρήση RN6G αντισωμάτων για την θεραπεία της ξηρού τύπου ΗΕΩ Dr John Clin, Φαρμ. Εταιρεία Pfizer.
7. Η χρήση της AL - 8309, ενός ανταγωνιστή της σεροτονίνης 5 - HT1A για την θεραπεία της Γεωγραφικής Ατροφίας. Dr Carl Romano - Εργαστήρια Φαρμ. Εταιρείας ALCON.
8. Η συγκριτική εφαρμογή Avastin και Lucentis για την θεραπεία της υγρού τύπου Η.Ε.Ω. Dr. Paul Slevinng Εθνικό Οφθαλμολογικό Ινστιτούτο των Η.Π.Α.
9. Η διακερατοειδική ηλεκτρική διέγερση σε ασθενείς με M.A. Μία προοπτική,

σταθμισμένη, ελεγχόμενη, διερευνητική μελέτη. Dr Florian Gekeler Παν/μιο Tuebingen Γερμανίας.

10. Η κλινική δοκιμή της Γονιδιακής θεραπείας του γονιδίου LCA65 της Νόσου Leber Dr Jean Benett Ιατρική Σχολή Παν/μίου της Πενσυλβανία; Η.Π.Α.
Dr Peter Caurociaro Παν/μιο John Hopkins Η.Π.Α.
12. Μοριακή έκφραση και αντικατάσταση (γονιδίων) για θεραπεία της Αυτοσωμικής Κυρίαρχης Μ.Α. Dr Arpad Palfi Φαρμ. Ετ. Genable.
13. MERTK αντικατάσταση γονιδίου ως θεραπεία για την Μ.Α.
Dr Kang Zhang Παν/μιο Καλιφόρνια Σαν Ντιέγκο Η.Π.Α.
14. Η κατάσταση της έρευνας στην προσθετική ηλεκτρονικών εμφυτευμάτων στον αμφ/δή. Dr Erberhart Zrenner, Παν/μιο Tuebingen Γερμανίας.
15. Η χρήση των Βλαστοκυττάρων για την θεραπεία της ξηράς Η.Ε.Ω. Dr Peter Coffey Παν/μιακό Κολλέγιο Λονδίνου.
16. Ιατρική των Εκφυλισμών για τις Αμφιβληστροειδικές παθήσεις: Ενεργοποιώντας Ενδογενείς Μηχανισμούς Dr Thomas Reh Παν/μιο Ουάσιγκτον Η.Π.Α.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ ΤΩΝ ΟΜΙΛΙΩΝ

1. Η χρήση της QLT - 091001 στην θεραπεία της Συγγενούς Αμαύρωσης τύπου Leber του Dr Rob Koehkeoop Ιατρικό Κέντρο Παν/μίου McGill Καναδά.

Η μελέτη QLT, ελέγχει την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα για την νέα χρήση του ρετινοειδούς 9-cis με QLT, με λήψη από το στόμα (QLT - 091001), στα παιδιά και τους νεαρούς ενήλικες που πάσχουν από τη νόσο Leber (LCA), μέσω των μεταλλάξεων RPE65 και LRAT.

Τον τελευταίο χρόνο εκπληκτικά πρωταρχικά αποτελέσματα από τους πρώτους 3 ασθενείς με Leber που είχαν μετάλλαξη LRAT, παρουσιάστηκαν.

Από το χρόνο 2011, η μελέτη επεκτάθηκε και σε ασθενείς που πάσχουν από LCA με μετάλλαξη RPE65 και η μελέτη έχει επίσης επεκταθεί και σε ασθενείς με Μελαγχρωστική Αμφ/πάθεια (Μ.Α.) που έχουν αντίστοιχα τις μεταλλάξεις LRAT, ή RPE65. Έτσι στην ARVO το 2011, παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα των πρώτων 12 ασθενών με Leber που δέχθηκαν την θεραπεία QLT-091001, (6 με LRAT και 6 με RPE65 μεταλλάξεις).

Εδώ υπενθυμίζουμε ότι τα μοντέλα πειραματόζων, LRAT ποντίκια και RPE65 σκυλιά, παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στα ηλεκτροαμφιβληστροειδογραφήματα (Η.Α.Γ.), στην οπτική συμπεριφορά, και στην διάσωση των φωτοευαίσθητων φωτοϋποδοχέων, μέσω της λήψης του φαρμάκου.

Επίσης σε εθελοντές ανθρώπους με φυσιολογική όραση που τους χορηγήθηκε το φάρμακο, αποδείχθηκε η ασφάλεια αυτού. Το φαρμακευτικό σκεύασμα χορηγήθηκε για 7 ημέρες και η αξιολόγηση έγινε για 10 οπτικές και αμφιβληστροειδικές παραμέτρους, πριν και μετά από την λήψη της δόσης. Συνολικά έγιναν 40 test/δοκιμασίες. Επιπλέον αξιολόγηση έγινε για την ασφάλεια και την ανεύρεση τυχόν παρενεργειών, μέσω εξετάσεων του αίματος, γενετικές και φυσικές - κλινικές εξετάσεις.

Οι ασθενείς εξετάσθηκαν για τους GTDRS οπτική οξύτητα, χρωματική αντίληψη, κινητική περιμετρία, με οπτικά πεδία Goldmann, διαφόρων τύπων Η.Α.Γ. (ραβδίων, μετά ραβδίων - κωνίων, και κωνίων), φλουροαγγειογραφία βυθού, μέτρηση της δομής του Αμφ/δή με OCT (οπτική τομογραφία συνεχής) και λειτουργική μελέτη MRI του οπτικού νεύρου. Εδώ είναι πολύ σημαντικό να θυμηθούμε ότι οι Νόσοι της LCA και της MA είναι εκφυλιστικές προοδευτικές στην εξέλιξή τους, ασθένειες, που προσβάλλουν τα φωτοευαίσθητα κύτταρα των φωτοϋποδοχέων, που μέχρι πρόσφατα υπήρχε η πεποίθηση ότι είναι ανίατα και αθεράπευτα.

Οι μηχανισμοί εξέλιξης των ασθενειών της LCA και Μ.Α. είναι ακόμα μερικώς κατανητοί, γνωστοί, αλλά συνεχώς εμπλουτίζεται η γνώση μας σε αυτούς. Οπωσδήποτε όμως οι μηχανισμοί εξέλιξης της πάθησης που συνδέεται με την RPE65 συσχετιζόμενη με τυφλότητα, είναι περισσότερο κατανητοί, εξαιτίας της πρωτοποριακής εργασίας πολλών ερευνητών, ιδίως αυτών που έχουν δημοσιεύσει μελέτες για την ενεργοποίηση των οπτικών αποπρωτεϊνών, της 11 - cis ρετινόλης από τους Woodruff κ.ά., και την ανακάλυψη των αποπτωτικών παραγόντων στο Μεγάγχρουν επιθήλιο, στη νόσο του Leber, από τους Hamann κ.ά.

Η μετάλλαξη RPE65, όσο και η LRAT πρωτεΐνες, μπορούν να παράγουν την ρετινόλη 11 - cis, όπου η απουσία της RPE65 πρωτεΐνης, (φυσιολογικές), οδηγεί στην διάσπαση των ρετινολεστέρων στις μελέτες που γίνονται με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο σε ποντίκια. Οι οψίνες των ραβδίων και των κωνίων, χωρίς την παρουσία της ρετινόλης 11 - cis, συνεχίζοντας την παθολογική τους διέγερση, την καταστροφική αποδόμηση των φωτοϋποδοχέων, μειώνουν το CGMP, μειώνουν την ενδοκυτταρική ασβεστίωση (μέσω της φθοράς των σχετικών καναλιών) και φέρουν, οδηγούν το κύτταρο σε μια παθολογική, συνεχή φωτοπροσαρμοζόμενη κατάσταση.

Γενετικώς, εάν μετατρέψουμε αυτήν την παθολογική καταστροφική εκτροπή, οδηγούμαστε στην διάσωση των κυττάρων, παρά στην συνέχιση της διάσπασης των ρετινολεστέρων, αναδεικνύοντας ότι οι παθολογικές οψίνες προκαλούν τον θάνατο των κυττάρων και όχι η διάσπαση των εν λόγω εστέρων. (Woodruff κ.ά.).

Η γενετική μεταστροφή αυτής της καταστροφικής διαδικασίας, επίσης οδηγεί στην «φυσιολογικοποίηση» των προ και αντί αποπτωτικών παραγόντων Bax και Gcl2, αναδεικνύοντας ξανά την συνεχή, διαρκή ενεργοποίηση του καταστροφικού μηχανισμού στους αποπτωτικούς παράγοντες (Hamann κ.ά.).

Η θεραπεία QLT, εντάχθηκε στο πλαίσιο κλινικής μελέτης - δοκιμασίας που επιχορηγήθηκε και εκτελείται στο Παιδιατρικό Νοσοκομείο του Μόντρεαλ του Καναδά και από το Κέντρο Υγείας του Παν/μίου McGill. Στόχο έχει να παρέχει στοματικώς το ρετινοειδές 9-cis, ως θεραπεία των RP E65 και LRAT μηχανισμών εκφύλισης που μπλοκάρουν την φυσιολογική λειτουργία των κυττάρων.

Η φαρμακευτική αυτή ουσία, πιστεύεται ότι θα διεγείρει την παραγωγή της ισορροδοψίνης, σε ένα εναλλακτικό ρετινοειδικό κύκλο, πράγμα που έδειξε ότι λειτουργεί στα πειραματόζωα ποντίκια με RPE65, από την ερευνητική ομάδα της Rosalia Crouch.

Ένας αξιοσημείωτος αριθμός (οι 8 από τους 12), ασθενών με LCA, έδειξε μια θετική ανταπόκριση στην θεραπεία, κάποιοι σχετικά μικροί και άλλοι πάλι μεγάλοι, ενώ

όλοι δέχθηκαν την θεραπευτική αγωγή καλά, παρόλο που μερικοί έβλεπαν περιστασιακά λάμψεις στα μάτια, είχαν πονοκεφάλους, ανέβασαν τριγλυκερίδια, μείωσαν στην HDL χοληστερόλη, τα οποία όμως επέστρεψαν σε φυσιολογικά επίπεδα μετά από αξιολόγηση σε δύο βδομάδες. Βρέθηκε μια καθολική βελτίωση στην μέτρηση της οπτικής οξύτητας ETDRS. Κλινικώς και στατιστικώς σημαντική βελτίωση στα οπτικά πεδία.

Από αυτά τα αρχικά αποτελέσματα προκύπτει ότι όσο μικρότερα - στενότερα είναι τα οπτικά πεδία, τόσο πιο καλή θετική ανταπόκριση έχουν οι ασθενείς στο φάρμακο. Μεταβολές στα οπτικά πεδία μιας πιο «συντηρητικής» ομάδας 7 ασθενών έδειξε στατιστικά σημαντικά θετικά αποτελέσματα.

Τα κυριότερα σημεία που συλλέχθηκαν από τους 12 ασθενείς, ήταν ο τριπλασιασμός του οπτικού πεδίου στους πρώτους ασθενείς με LRAT μετάλλαξη τα οποία είχαν επισημανθεί, εντοπισθεί σχεδόν όλα στο ίδιο μέγεθος για 18 μήνες παρακολούθησης.

Άλλος ασθενής με RPE65 μετάλλαξη εμφάνισε βελτίωση από 0.8/10 σε 6/10, σε 9 μέρες. Ένας τρίτος ασθενής με RPE65 έδειξε πολύ σημαντικές μεταβολές - βελτιώσεις στις οπτικές λειτουργικές μετρήσεις MRI, στο οπτικό νεύρο, συγκρινόμενες με τα αρχικά δεδομένα.

Συμπερασματικά, ένας πολύ σημαντικός και πολλά υποσχόμενος, αριθμός βελτιώσεων της οπτικής λειτουργίας, βρέθηκε, καθώς μετρήθηκαν με αντικειμενικές και υποκειμενικές αξιολογήσεις, σε 8 από τους 12 ασθενείς με LCA, σε μεγάλο εύρος ηλικιών, σπανιότητας και τύπων της RPE65 μετάλαξης και της LRAT αντίστοιχα.

Αυτά τα αρχικά αποτελέσματα, δείχνουν ότι υπάρχουν φωτοδεκτικά κύτταρα, πιθανών ραβδία και κωνία τα οποία βρίσκονται σε ετοιμότητα και που μπορεί να είναι ικανά να διασωθούν με χρήση φαρμακολογικής θεραπείας.

Οι μελλοντικές προκλήσεις, είναι στο να κατανοήσουμε την διάρκεια της ανταπόκρισης του φαρμάκου. Περαιτέρω ανακάλυψη της λειτουργίας του φαρμάκου, της διατήρησης του στον οργανισμό και της κατανόησης των χορηγούμενων δόσεων, για μακρά χρονικά διαστήματα, είναι αναγκαίο να γίνουν ώστε να εδραιωθεί η θεραπεία. Είναι πολύ ενδιαφέρον να προσδιορισθεί εάν η διάρκεια των 7 ημερών των αποτελεσμάτων της θεραπείας, μπορεί να επεκταθεί, επιμηκυνθεί μέσω της αποθήκευσης, ή της διέγερσης ενός εναλλακτικού κύκλου των ρετινοειδών, εξωτερικά του Μεγάγχρουν Επιθηλίου γνωστά ως κύτταρα κωνία Muller.

Είναι επίσης πολύ σημαντικό να προσδιοριστεί πλήρως η μορφή των φαινοτύπων ή άλλων γονοτύπων (επίσης και αυτών χωρίς τις μεταλλάξεις των γονιδίων του κύκλου των ρετινοειδών), οι οποίοι ανταποκρίνονται στην θεραπεία QLT-09/001 και που μπορεί να αξιολογηθούν ότι έχουν μακροχρόνια θετικά αποτελέσματα στην όραση.

2. Η χρήση των VEGF παραγόντων στην θεραπεία της υγρού τύπου Η.Ε.Ω. της Dr. Ursula Schmidt-Erfurth του Πανεπιστημίου της Βιέννης - Αυστρίας.

Έχει οργανωθεί η φάση 3 κλινικής μελέτης προκειμένου να συγκρίνει την ενδο-υαλοειδική χρήση των Αντι-Αγγειογενετικών παραγόντων του οφθαλμού (με την

μέθοδο **VEGF trap – eye- VTE**) με την χρήση της ουσίας **Ranibizumab** (φαρμακευτικό σκεύασμα **lucentis**) σε ασθενείς με χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV) στην υγρού τύπου Η.Ε.Ω.

Η **VEGF trap–eye** είναι μία πρωτεΐνη η οποία συνδέει και ενεργοποιεί (μπλοκάρει-παγιδεύει) όλους τους μοριακούς τύπους των αντι-αγγειογενετικών παραγόντων. Σε αυτήν την μελέτη μία μηνιαία σύνοψη αποτελεσμάτων συγκρινόταν με μία αντίστοιχη διμηνιαία αναφορά θεραπείας.

Ένα σύνολο 2547 ασθενών, ο οποίος επιλέχθηκαν τυχαία για να δεχθούν την θεραπεία **VTE** ή την **Ranibizumab** οι ασθενείς ήταν 85% Καυκάσιοι και 11% Ασιάτες. Τα πρωταρχικά αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς διατηρούσαν όραση από την αρχική τους όραση μέχρι και την 52 εβδομάδα της θεραπείας. Το μέρος των ασθενών που διατήρησαν την όραση αυτή για 52 εβδομάδες ήταν το 95%. Έτσι, ανεβρέθηκε ότι η θεραπεία **VTE** δεν ήταν μη κατώτερη σε σχέση με την θεραπεία με το **Ranibizumab (lucentis)**.

Το πιο αξιοσημείωτο είναι ότι η στρατηγική μείωσης των επαναλαμβανόμενων θεραπειών (ενέσεων), ήταν τόσο αποτελεσματική όσο η μηνιαία σταθερή θεραπεία που γινόταν. Αντίθετα περιστατικά ήταν παρόμοια κατά την διάρκεια όλων των θεραπειών και δεν προέκυψε ανησυχία για την συστηματική ασφάλεια της μελέτης.

Η μελέτη συμπέρανε ότι οι διαφορετικές εθνότητες που ελέγχθηκαν με τη χορήγηση της θεραπείας **VTE** μηνιαίως ή διμηνιαίως δεν ήταν λιγότερο αποτελεσματική με την μηνιαία θεραπεία που χρησιμοποιούσε την ουσία **Ranibizumab**. Υπήρξε δε σημαντικό προφίλ ασφάλειας της μελέτης.

3. Η χρήση της Ενσωματωμένης σε Κάψουλα Κυτταρικής Τεχνολογίας (ECT) σε ασθενείς με Μελαγχρωστική Αμφιβληστροειδοπάθεια (M.A.) και Ξηρού Τύπου Ηλικιακή Εκφύλιση Ωχράς κηλίδας. Dr. Weng Tao , Neurotech Η.Π.Α.

Η Ενσωματωμένη σε Κάψουλα Κυτταρική Τεχνολογία (ECT), είναι μία μέθοδος που χρησιμοποιεί μικρές κάψουλες που εμφυτεύονται στην κοιλότητα του υαλοειδούς του οφθαλμού και που διοχετεύουν νευροτροφικούς παράγοντες στον αμφιβλ/δη.

Η εταιρία **Neurotech** έχει ολοκληρώσει με επιτυχία την Τρίτη φάση δύο κλινικών μελετών στα εργαστήριά της με την μέθοδο ECT. Αυτές οι κλινικές δοκιμές έγιναν με το σκεύασμα NT-501:CNTF2 για την πάθηση της γεωγραφικής ατροφίας, και την CNTF3 για τα όψιμα στάδια της M.A. και της CNTF4 για τα πρώιμα στάδια της MA. Για την μελέτη της γεωγραφικής ατροφίας χορηγήθηκαν υψηλές δόσεις CNTF σε υπό θεραπεία οφθαλμούς, που διατήρησαν σταθερή οπτική οξύτητα, ενώ χορήγηση χαμηλότερων δόσεων CNTF σε υποθεραπεία οφθαλμούς έδειξε απώλεια όρασης. Τα αποτελέσματα αυτά δημοσιεύτηκαν στο επιστημονικό περιοδικό PNAS. Για την μελέτη της M.A., μία νέα τεχνική που ονομάζεται Adaptive Optics Scanning Laser Ophthalmoscopy (AOSLO) χρησιμοποιήθηκε για να καταγράψει τον αμφιβλ/δη και να προσεγγίσει τις βλάβες του. Παρουσιάστηκε ότι η υποθεραπεία με CNTF διατηρούσαν την ευαισθησία των κωνίων φωτοδεκτικών κυττάρων ενώ σε οφθαλμούς που δέχονταν ανάλογη θεραπεία με μικρότερες δό-

σεις παρατηρήθηκε απώλεια των κωνίων κατά την διάρκεια της περιόδου που γινόταν η μελέτη.

Ήταν η πρώτη φορά όπου παρατηρήθηκε η προστασία των φωτοδεκτικών κυττάρων σε ανθρώπους ασθενείς. Τα αποτελέσματα αυτά δημοσιεύτηκαν στο επιστημονικό περιοδικό IOVS. Αυτή η παρατήρηση τώρα μας επιτρέπει να ανακαλύψουμε νέα μονοπάτια στην έρευνα για την ανάπτυξη της χρήσης του σκευάσματος NT-501 για την ΜΑ. Προγραμματίζονται συναντήσεις με τους αρμόδιους της Αμερικανικής Επιτροπής Φαρμάκων και Τροφίμων προκειμένου να συζητηθεί ο σχεδιασμός της φάσης 3 της κλινικής μελέτης χρησιμοποιώντας προστατευτικούς παράγοντες για τα κωνία ως αποτέλεσμα πρωταρχικών ενδείξεων της εν λόγω μελέτης για την Μ.Α.

4. Η χρήση UF- 021 οφθαλμολογικών σταγόνων για την θεραπεία της Μελαγχρωστικής Αμφιβληστροειδοπάθειας Μ.Α. Dr. Shuichi Yamamoto, Τμήμα Οφθαλμολογίας, Πανεπιστήμιο Chiba, Ιαπωνίας.

Η UF- 021 είναι μία ισοπροπυλική ανοπροστόνη, με μορφή οφθαλμικού εγχύματος, η οποία ήδη έχει αποδειχθεί ότι θεραπεύει οφθαλμούς που πάσχουν από γλαύκωμα ή από οφθαλμική υπερεκτασία στις Η.Π.Α. και στην Ιαπωνία. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η τοπική χρήση της UF-021 αυξάνει στους ανθρώπους την κυκλοφορία του αίματος στον χοριοειδή χιτώνα και αυτό γίνεται με την χορήγηση της ενδοουλοειδικής ένεσης όπου εισερχόμενη η εν λόγω ουσία προστατεύει την φθορά στο φως των φωτοευαίσθητων κυττάρων στα ποντίκια πειραματόζωα.

Στην φάση 2 της κλινικής μελέτης, 103 Ιάπωνες ασθενείς με ΜΑ τυχαίοποιημένα διαχωρίστηκαν σε 3 ομάδες, η πρώτη ομάδα με χορήγηση υψηλών δόσεων, η δεύτερη με χορήγηση χαμηλών δόσεων και η τρίτη ήταν με ψευδή χορήγηση θεραπείας (placebo), η οποία ολοκληρώθηκε σε 6 μήνες διαρκούς αξιολόγησης των δεδομένων. Τα πρωταρχικά αποτελέσματα έδειξαν κεντρική ευαισθησία των αμφιβλ/δους η οποία μετρήθηκε μικροπεριμετρικώς. Τα δευτερογενή αποτελέσματα αφορούσαν την μέτρηση της οπτικής οξύτητας της ευαισθησίας στην χρωματική αντίθεση, την ευαισθησία του αμφιβλ/δη με μέτρηση ΗFA και λοιπές μορφές αξιολόγησης. Συγκρίνοντας τις μεταβολές που επήλθαν ως προς τα αρχικά δεδομένα σε όλες τις ομάδες, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση στην κεντρική ευαισθησία του αμφιβλ/δη για την ομάδα που λάμβανε υψηλές δόσεις της φαρμακευτικής ουσίας. Σε μία μετανάλυση των αποτελεσμάτων όπου έγινε προσαρμογή των διαφοροποιήσεων ως προς τα αρχικά δεδομένα, οι συνδεδεμένοι με την χορήγηση δόσεις βελτίωση της κεντρικής ευαισθησίας ήταν κάτι το οποίο αναδείχθηκε. Υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στην ομάδα που ψευδώς ελάμβανε το σκεύασμα και αυτήν που ελάμβανε υψηλές δόσεις, ως προς τις μεταβολές που συνέβαιναν από τα αρχικά δεδομένα ως προς την κεντρική ευαισθησία του αμφιβλ/δη και ως προς την δοσολογία που ελάμβαναν οι ασθενείς σχετικά με την επιδείνωση της κεντρικής ευαισθησίας.

Υπήρχαν επίσης στατιστικά σημαντικές μεταβολές ως προς τα αρχικά δεδομένα για την ομάδα που ελάμβανε υψηλές δόσεις ως προς την ευαισθησία του αμφιβλ/δη κάνοντας χρήση της τεχνικής ΗFA. Συγκρινόμενες οι ομάδες ως προς τις μεταβολές

που παρουσίασαν ως προς τα αρχικά δεδομένα για τους ασθενείς χρησιμοποιώντας μετρήσεις VFQ-25 και αξιολογώντας τα τελικά ευρήματα, οι μεταβολές που παρατηρήθηκαν στην ομάδα που λάμβανε υψηλές δόσεις ήταν στατιστικά σημαντικές. Συμπερασματικά, αυτή η διπλά τυφλή τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη έδειξε ότι η χρήση της φαρμακευτικής ουσίας UF-021 βελτιώνει ή διατηρεί την κεντρική ευαισθησία του αμφιβλ/δη σε ασθενείς με MA.

5. Η χρήση οφθαλμικών σταγόνων Pazoranib για την αντιμετώπιση των νεοαγγειώσεων στην Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς Κηλίδος. Dr. Trupti Trivedi, Πανεπιστήμιο GSK

Η φαρμακευτική ουσία Pazoranib είναι ένας λήπτης τυροσινοκινάσης που μπλοκάρει τους αγγειογενετικούς παράγοντες VEGF, PDGF και c-kit. Έχει επιδείξει μία σημαντική αντι-αγγειογενετική δράση σε δεδομένα βιοδοκιμών. Με χορήγηση τοπικής δόσης δοσομετρικές μελέτες προτείνουν την έγχυση δια του επιπεφυκότα/σκληρό χιτώνα, την διοχέτευση στον χοριοειδή και στην αμφιβλ/δη. Σημαντική δράση εμφανίσθηκε σε προκλινικά μοντέλα χοριοειδικής νεοαγγείωσης όπου η χρήση οφθαλμικών σταγόνων Pazoranib είναι στην ανάπτυξη της φάση 2B της κλινικής μελέτης. Η μελέτη MD7110852 είναι σε μία συνεχή τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη εξέλιξη για ένα έτος, όπου αξιολογούνται τα επίπεδα δόσεων ως προς την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των οφθαλμικών σταγόνων Pazoranib για την θεραπεία των νεοαγγειώσεων στην Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς Κηλίδος, σε άτομα των οποίων η πάθηση έχει πρόσφατα αντιμετωπιστεί με την ενδοϋαλοειδική έγχυση anti-VHGF παραγόντων ως θεραπεία. Η μελέτη σχεδιάστηκε ως μία έρευνα μη χαμηλότερης αποτελεσματικότητας όπου τα πρωταρχικά αποτελέσματα-μετρήσεις που προέκυψαν δείχνουν μεταβολές ως προς τα αρχικά δεδομένα σχετικά με την βέλτιστη διόρθωση της οπτικής οξύτητας για ένα έτος.

Περίπου 525 ασθενείς θα συμμετάσχουν σε αυτή τη μελέτη που θα αναπτυχθεί σε 7 άξονες που θα περιλαμβάνει την ημερήσια χορήγηση οφθαλμολογικών σταγόνων Pazoranib με τις εξής δοσολογίες **a) 5mg/mL TID, b) 5mg/mL QID c) 10mg/mL BID d) 10mg/mL TID, e) 10mg/mL QID** καθώς και ψευδή χορήγηση οφθαλμικών σταγόνων αλλά και μηνιαία χορήγηση με ένεση ranibizumab IVT (lucentis) κάθε 4 εβδομάδες. Το πρόγραμμα χορήγησης οφθαλμολογικών σταγόνων είναι διπλά ελεγχόμενο με αντίστοιχη χορήγηση ψευδούς θεραπείας με οφθαλμικές σταγόνες έχοντας την δυνατότητα χορήγησης ενέσεων lucentis όταν αυτό κριθεί απαραίτητο.

Η ανάπτυξη της μελέτης αυτής βρίσκεται σε εξέλιξη σε 9 χώρες, όπως Αυστραλία, Βέλγιο, Καναδάς, Δανία, Γερμανία, Ιταλία, Ιαπωνία, Σουηδία και Η.Π.Α. Η μελέτη εκτιμάται ότι θα ολοκληρωθεί μέχρι το τέλος τους 2012.

6. Η χρήση RN6G αντισωμάτων για την θεραπεία της ξηρού τύπου Ηλικιακής Εκφύλισης της Ωχράς Κηλίδος. Ο Dr. John C. Lin, φαρμακευτική εταιρεία Pfizer Inc.

Το επίπεδο της παρουσίας της Β Αμυλάσης σχετίζεται με τη νόσο Αλζχάιμερ εφόσον παρουσιάζεται σε διαφορετικές ποσότητες στους εγκεφάλους ασθενών. Η ουσία αυτή είναι η βασικότερη ένδειξη για την νόσο του Αλζχάιμερ και σχετίζεται με

την εμφάνιση νευρικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο σε μοντέλα πειραματόζωων. Οι κηλίδες Drusen οι οποίες εμφανίζονται ως αλλοίωση στην Ηλικιακής Εκφύλιση της Ωχράς, είναι παρόμοιες σε πολλές περιπτώσεις με αυτές τις νευρικές αλλοιώσεις που εμφανίζονται στο Αλτσχάιμερ. Προκλινικές μελέτες χρησιμοποιώντας αντι-αμυλώδη ανοσοθεραπεία έδειξαν προστασία στην καταστροφή του μελάγχρου επιθηλίου και στην απώλεια της οπτικής λειτουργίας σε μοντέλα ποντικών που έπασχαν από Η.Ε.Ω. με εκφύλιση των πεπτιδίων Β Αμυλάσης (συγκεκριμένα των τύπων A-beta-40 και A-beta -42) και τα οποία είχαν ξεκινήσει προηγουμένως να είναι στην διαδικασία εκδήλωσης της πάθησης αυτής. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τον παθολογικό ρόλο της A-beta οι επιστήμονες παρουσίασαν-ανακάλυψαν ότι τα μοντέλα πειραματόζωων με Η.Ε.Ω. τα οποία έλαβαν μέρος στην μελέτη για την αξιολόγηση των πολλαπλών σχετιζόμενους με την φυσιολογία της πάθησης, παράγοντες κινδύνου (με αντικατάσταση του γονιδίου APOE-4 που εμφανίζεται σε ηλικιωμένους ανθρώπους που έγινε σε ποντίκια που ελάμβαναν στην διατροφή τους υψηλό ποσοστό λιπαρών και χοληστερόλης), παρουσίασε συσσώρευση της Αμυλάσης στον μελάγχρου επιθήλιο. Επίσης βρέθηκαν ιστοπαθολογικές αλλαγές στο μελάγχρου επιθήλιο και μείωση ανταπόκρισης στο σκοτοπικό ηλεκτροαμφιβληστροειδογράφημα (ΗΑΓ), γεγονός που αντανakλά ελαττωματική οπτική λειτουργία. Αυτές οι μειώσεις στην ανταπόκριση στο ΗΑΓ σχετίζονται με τον τρόπο των χορηγούμενων δόσεων μέσω μιας συστηματικής διαχείρισης, χορήγησης αντισωμάτων που στοχεύουν στην C-termini της A-beta 40 και της A-beta 42.

Η επερχόμενη αυτή μείωση στα επίπεδα της A-beta και των ενεργοποιούμενων σχετικών ουσιών στις εναποθέσεις υπό του μελάγχρου επιθηλίου και οι δομικές προφυλάξεις σε αυτό συσχετίζονται με την anti-A-beta-40/42 αντισωματική ανοσοθεραπεία και την προστασία της όρασης. Αυτή η παρατήρηση αναδεικνύει το ρόλο της A-beta στην παθογέννηση της νόσου Η.Ε.Ω. και στην αναγνώριση της A-beta ως ενός πολύτιμου θεραπευτικού στόχου για την θεραπεία της πάθησης αυτής.

7. Η χρήση της AL-8309 μίας σεροτονίνης τύπου 5-HT 1A αγωνιστή για την θεραπεία της Γεωγραφικής ατροφίας. Dr. Carl Romano, Εργαστήρια Alcon

Μία σεροτονίνη, η 5-HT 1A αγωνιστής με την κωδική ονομασία AL-8309B αναπτύχθηκε από τα εργαστήρια της Alcon προκειμένου να χρησιμοποιηθεί για την θεραπευτική αντιμετώπιση της γεωγραφικής ατροφίας.

Σε εργαστηριακά και σε κλινικά πειράματα αναδείχθηκε ότι η ενεργοποίηση του 5-HT1A αγωνιστή-δέκτη στον αμφιβλ/δη οδηγεί σε προφανή ρύθμιση της ενδογενούς προστασίας των μηχανισμών ενάντια στο οξειδωτικό στρες. Η θεραπεία των κυττάρων του μελάγχρου επιθηλίου στο εργαστήριο με επιλεγμένους και βασικούς 5-HT1A αγωνιστές, οδηγεί σε πλήρη προστασία ενάντια στην οξειδωτική προσβολή μέσω χρήσης της 7-κετοχοληστερόλης. Συσσώρευση αφοφθορικής λιποφουσκίνης επηρεάζει την αντίδραση του οξειδωτικού και καταστρέφει μιτοχονδριακά το DNA σε καλλιεργούμενα στο εργαστήριο κύτταρα μελάγχρου επιθηλίου στα οποία εισαγόνται για θεραπεία με τους 5-HT1A αγωνιστές. Στο κλινικό επίπεδο λειτουργικές και δομικές καταστροφές στο αμφιβλ/δη παρουσιάζονται μέσω μιας σοβαρής φωτοοξειδωτικής προσβολής (έκθεση σε 6 ώρες σε μπλε φως) είναι πλήρως προλαμ-

βανόμενη μέσω θεραπείας με τους κατάλληλους αγωνιστές. Η προστασία από λειτουργικές και δομικές βλάβες σε ένα άλλο μοντέλο κλινικής διερεύνησης το, SOD2 ribozyme μοντέλο ποντικών πειραμάτων έχει επίσης πρόσφατα παρουσιαστεί. Η μέθοδος της AL-8309B έχει μορφοποιηθεί σε ένα τοπικό οφθαλμικό παρασκεύασμα για διερευνητική χρήση προκειμένου να αξιοποιηθεί για την θεραπεία της γεωγραφικής ατροφίας και δευτερογενώς για την Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς Κηλίδας. Η θεραπεία πειραμάτων, με αυτήν την μορφή του σκευάσματος παρέχει υψηλά επίπεδα φαρμάκου στους νευρώνες του αμφιβλ/δη και στον μελάγχρουν επιθήλιο και τον χοριοειδή χιτώνα και προσδίδει σημαντική προστασία ως προς την καταστροφή των φωτοδεκτικών κυττάρων στο μπλε φως.

Μία διπλά καλυμμένη, ελεγχόμενη κλινική μελέτη με χορήγηση ψευδούς θεραπείας βρίσκεται στην εξέλιξη της φάσης 2/3. Υπάρχουν 3 άξονες μελέτης: α) χορήγηση ψευδούς θεραπείας, β) χορήγηση 1% AL-8309B και γ) 1,75% AL-8309B για πάνω από 200 ασθενείς για κάθε άξονα μελέτης. Η μελέτη είναι σε πλήρη ανάπτυξη και βρίσκεται στο πρώτο χρόνο της διετούς κλινικής δοκιμασίας. Δεν έχουν προκύψει καθόλου ανησυχίες ως προς την ασφάλεια της μεθόδου. Τα πρωταρχικά αποτελέσματα παρουσιάζουν ένα ποσοστό ανάπτυξης της ατροφικής βλάβης το οποίο μετρήθηκε με φλουοροαγγειογραφία και φωτογραφίας βυθού και εκτίμηση της οπτικής οξύτητας ως δευτερογενές αποτέλεσμα. Τα ευρήματα ως προς την αποτελεσματικότητα θα ανακοινωθούν εντός του 2012.

8. Η χρήση του σκευάσματος Avastin συγκριτικά με την χρήση του σκευάσματος Lucentis για την θεραπεία υγρού τύπου Η.Ε.Ω. Dr. Paul Sieving, Εθνικό Ινστιτούτο Όρασης (Ε.Ι.Ο.) των Η.Π.Α. (από δελτίο τύπου 28/04/2011)

Ερευνητές ανακοίνωσαν τα αποτελέσματα από τον πρώτο χρόνο μιας διετούς κλινικής μελέτης, κατά την οποία το σκεύασμα **Avastin**, ένα φάρμακο που αποδεδειγμένα θεραπεύει ορισμένους τύπους καρκίνου και του οποίου κοινώς χρησιμοποιείται ανεπίσημα για την θεραπεία της Η.Ε.Ω., θεωρείται, τόσο αποτελεσματικό όσο από το εγκεκριμένο από την Αμερικανική Επιτροπή φαρμάκων και τροφίμων, (Ε.Φ.Τ.) φαρμακευτικό σκεύασμα **Lucentis**, που χρησιμοποιείται επίσημα για την θεραπεία της Η.Ε.Ω. Η αναφορά προκύπτει από την σύγκριση κλινικών θεραπευτικών μελετών για την Η.Ε.Ω. (CATT) που χρηματοδοτήθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο Όρασης των Η.Π.Α. Πάνω από 250.000 ασθενείς θεραπεύονται κάθε χρόνο για την Η.Ε.Ω. στις Η.Π.Α. και ένα υποσύνολο από αυτούς δέχεται θεραπεία με το Avastin. Δεδομένου ότι υπάρχει απουσία στοιχείων ως προς την αποτελεσματικότητα της χρήσης του Avastin για την θεραπεία της Η.Ε.Ω., το Εθνικό Ινστιτούτο Όρασης είχε την υποχρέωση προς τους ασθενείς και τους κλινικούς ερευνητές και γιατρούς να συντάξει αυτή την μελέτη. Η εταιρεία Genentech ανέπτυξε το Avastin με σκοπό να προλάβει την παθολογική ανάπτυξη αιμοφόρων αγγείων που είναι ικανά να παράγουν καρκινικά κύτταρα, να τα αναπτύξουν και να τα διασπείρουν. Το 2004 η Ε.Φ.Τ. των Η.Π.Α. ενέκρινε το Avastin για την συστηματική θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του παχέος εντέρου.

Η εταιρεία Genentech, αργότερα ανέπτυξε το φαρμακευτικό σκεύασμα **Lucentis** που αποτελείται από μια πρωτεΐνη παρόμοια με αυτή του Avastin που είναι εξειδι-

κευμένη για να χορηγείται με ένεση στον οφθαλμό και να μπλοκάρει-διακόπτει την παθολογική ανάπτυξη των αιμοφόρων αγγείων στην ωχρά κηλίδα που προκαλεί την νόσο η Η.Ε.Ω.

Το 2005 δύο κλινικές μελέτες χρηματοδοτούμενες από την Genentech, καθιέρωσαν το σκεύασμα Lucentis ως υψηλής αποτελεσματικότητας φάρμακο για την θεραπεία της υγρού τύπου Η.Ε.Ω. Κατά την διάρκεια του έτους, ανάμεσα στην ανακοίνωση των αποτελεσμάτων κλινικής μελέτης και της έναρξης της εφαρμογής της με το Lucentis, οι οφθαλμίατροι ξεκίνησαν να παρέχουν σε ασθενείς με Η.Ε.Ω. ενέσεις με χαμηλές δόσεις του σκευάσματος Avastin, λόγω της ομοιότητας που υπήρχε με το μόριο του Lucentis αλλά και λόγω της μεγάλης διαθεσιμότητάς του και του φτηνού κόστους του. **Η Ε.Φ.Τ. των Η.Π.Α. δεν έχει επίσημα χορηγήσει άδεια για χρήση του Avastin στην θεραπεία της Η.Ε.Ω.**

Αρκετοί γιατροί παρατήρησαν μία ωφέλιμη θεραπευτική αποτελεσματικότητα και έτσι η χρήση του Avastin αυξήθηκε με ταχύτητα παρά την έλλειψη δεδομένων για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του σκευάσματος και την χορηγούμενη δοσολογία από τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες που θα υποστήριζαν τη χρήση του για την θεραπεία της Η.Ε.Ω. Οφθαλμίατροι χρησιμοποιούσαν το Avastin πρωταρχικά εξ ανάγκης όταν διαπίστωναν ότι υπήρχαν στοιχεία που έδειχναν την ενεργοποίηση της νόσου. Η Ε.Φ.Τ. των Η.Π.Α. ενέκρινε το Lucentis το 2006, όμως περισσότεροι κλινικοί γιατροί υιοθέτησαν την δοσολογία του Lucentis το οποίο ήταν επίσημα εγκεκριμένο από την Ε.Φ.Τ. για χρήση οφθαλμική και έτσι η μηνιαία χορήγηση των δόσεων αξιολογήθηκε από κλινικές μελέτες που χρηματοδότησε η Genentech. Δεν ήταν όμως γνωστό εάν τέτοιες δόσεις θα μπορούσαν να επιφέρουν παρόμοια μακράς διάρκειας οφέλη στην όραση, τα οποία ήδη είχαν επιτευχθεί με την μηνιαία χορήγηση του φαρμάκου.

Το Ε.Ι.Ο. των Η.Π.Α. προώθησε την έρευνα CATT το 2008 προκειμένου να συγκριθούν τα φαρμακευτικά σκευάσματα Lucentis και Avastin για την θεραπεία της υγρού τύπου Η.Ε.Ω.. Η μελέτη πρόσφατα ανακοίνωσε τα αποτελέσματά της για 1185 ασθενείς που δέχτηκαν θεραπεία σε 43 κλινικά κέντρα στις Η.Π.Α. Οι ασθενείς ήταν τυχαιοποιημένοι, κατανεμημένοι σε ομάδες και θεραπεύτηκαν με μία από τις 4 τύπους θεραπείας για 1 χρόνο. Αυτοί ελάμβαναν Lucentis μηνιαία ή PRN (ομάδα ελέγχουν με λήψη διαφοροποιημένης/επιπρόσθετης θεραπείας), ή Avastin μηνιαίος ή PRN. Είχαν χρησιμοποιηθεί διάφορα κριτήρια στην μελέτη για τους συμμετέχοντες ασθενείς, οι οποίοι είχαν ενεργό την νόσο Η.Ε.Ω. Οι ασθενείς χωρισμένοι σε ομάδες σε διαφορετική δοσολογία ανά μήνα ελάμβαναν μία βασική θεραπεία και κατόπιν δεχόταν μία ένεση κάθε 28 ημέρες. Οι ασθενείς στις ομάδες PRN ελάμβαναν μία αρχική θεραπεία και κατόπιν εξετάζονταν κάθε 28 ημέρες ώστε να προσδιοριστεί εάν υπήρχε ιατρικώς η ανάγκη για να δεχτούν επιπρόσθετη θεραπεία. Οι ομάδες PRN ελάμβαναν μετέπειτα θεραπεία αφού εμφανίζονταν διάφορα συμπτώματα ενεργοποίησης της πάθησης όπως η ύπαρξη υγρού στο αμφιβλ/δη. Οι οφθαλμίατροι που εμπλεκόταν στην φροντίδα των ασθενών δεν γνώριζαν σε ποια μελέτη για λήψη ενός από τα δύο φάρμακα οι ασθενείς τους συμμετείχαν, προκειμένου να είναι βέβαιο ότι τα δεδομένα δεν θα επηρεάζονταν από το πώς ο καθένας θα αισθανόταν σχετικά με τη θεραπεία.

Οι μεταβολές στην οπτική οξύτητα παρουσιάστηκαν ως οι πρωταρχικές μετρήσεις-αποτελέσματα στην μελέτη CATT. Έτσι η βελτίωση της οπτικής οξύτητας παρατηρήθηκε ότι ήταν παρόμοια (με διαφορά ενός γράμματος στον πίνακα για την οπτομέτρηση) και για τα δύο φάρμακα όταν αυτά χορηγούνταν μηνιαίως. Επιπρόσθετα δεν βρέθηκε καμία διαφοροποίηση ως προς το ποσοστό των ασθενών οι οποίοι είχαν μια σημαντική βελτίωση ή απώλεια της οπτικής λειτουργίας. Επίσης, όταν κάθε φάρμακο που χορηγήθηκε στις ομάδες PRN, με την δεδομένη μεθοδολογία παρομοίως δεν παρατηρήθηκε η διαφοροποίηση (με διαφορά ενός γράμματος) μεταξύ των δύο φαρμάκων. Η δοσολογία για τις ομάδες PRN που απαιτήθηκε ήταν 4-5 λιγότερες ενέσεις το έτος αντί για μηνιαία χορήγηση θεραπείας (δηλαδή 7 ενέσεις ετησίως αντί για 12). Η βελτίωση στην όραση ήταν περίπου 2 γράμματα λιγότερα στις ομάδες PRN συγκριτικά με τις ομάδες που ελάμβαναν μηνιαία θεραπεία, αλλά τα συνολικά αποτελέσματα της οπτικής λειτουργίας ήταν εξαιρετικά.

“Επιπλέον στα πρωταρχικά αποτελέσματα σχετικά με την ισοδυναμία ανάμεσα στο Lucentis και Avastin για την οπτική οξύτητα η μελέτη CATT επίσης ανέδειξε ότι η δοσολογία PRN είναι μια πολύτιμη θεραπευτική διάσταση και για τα δύο φάρμακα.” Αναφέρει ο Dr. Daniel F. Martin, Επιστημονικός Υπεύθυνος της μελέτης και Πρόεδρος του Ινστιτούτου Οφθαλμού Cole, στην κλινική του Κλιβελαντ των Η.Π.Α. “Η βελτίωση της οπτικής οξύτητας μπορεί να έχει επιτευχθεί με λιγότερη επιβάρυνση θεραπείας.”

Η εφαρμογή αντίθετης μεθοδολογίας οδηγεί στην ανάπτυξη ή στην επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς. Το γεγονός αυτό μπορεί ή δεν μπορεί να συσχετίζεται τυχαία με τις κλινικές μελέτες για τις εν λόγω θεραπείες, αλλά πάντοτε ελέγχονται και αναφέρονται σε κάθε κλινική μελέτη. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών στην μελέτη CATT ήταν πάνω από 80 ετών και υπήρχε ένας υψηλός δείκτης νοσοκομειοποίησης, ο οποίος θα μπορεί να προσληφθεί ως αποτέλεσμα της χρονιότητας της κατάστασης υγείας που είναι κοινό χαρακτηριστικό σε ηλικιωμένους ανθρώπους. Σοβαρές παρενέργειες (κυρίως λόγω της νοσοκομειοποίησης) προέκυψαν στο 24% των ασθενών που ελάμβαναν Avastin και στο 19% των ασθενών που ελάμβαναν Lucentis. Το γεγονός αυτό εμφανίστηκε σε πολλές διαφορετικές καταστάσεις, οι περισσότερες από τις οποίες δεν συσχετιζόνταν με την λήψη του Avastin σε κλινικές μελέτες που αφορούσαν τον καρκίνο, όπου το φάρμακο είχε χορηγηθεί σε δόσεις 500 φορές πιο πολλές απ’ ό,τι για την χρήση της θεραπείας της Η.Ε.Ω. Ο αριθμός των θανάτων από καρδιακές προσβολές και εμφράγματα ήταν χαμηλός και ισοδύναμος και για τα δύο φάρμακα. Η μελέτη CATT, δεν ήταν ικανή να προσδιορίσει για το εάν θα υπήρχε συσχέτιση μεταξύ μιας εδικής παρενέργειας και της θεραπείας. Διαφοροποιήσεις ως προς τους δείκτες σοβαρών παρενεργειών απαιτεί περαιτέρω μελέτη.

Οι ερευνητές στην μελέτη CATT θα συνεχίσουν να παρακολουθούν τους ασθενείς σε ένα δεύτερο έτος χορήγησης της θεραπείας. Τα επιπρόσθετα δεδομένα που θα προκύψουν θα δώσουν πληροφορίες για τα μακροχρόνια αποτελέσματα της λήψης των φαρμάκων στην όραση και την ασφάλεια της μεθόδου. Η Ε.Φ.Τ. των Η.Π.Α. δεν έχει αξιολογήσει τα δεδομένα από την κλινική μελέτη CATT.

9. Η χρήση της μεθόδου Διακερατοειδικής Ηλεκτροδιέγερσης - Transcorneal Electrical Stimulation - (TES) για θεραπεία σε ασθενείς που πάσχουν από Μελαγχρωστική Αμφιβλ/πάθεια. Μια προοπτική τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη, διερευνητική μελέτη. Dr. Florian Gekeler, Πανεπιστήμιο Tuebingen Γερμανίας

Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να προσδιορίσει την ασφάλεια της Διακερατοειδικής Ηλεκτροδιέγερσης (TES) και να εξερευνήσει την αποτελεσματικότητα της μεθόδου αυτής σε διάφορες υποκειμενικές και αντικειμενικές παραμέτρους της οπτικής λειτουργίας σε ασθενείς που πάσχουν από Μελαγχρωστική Αμφιβλ/παθεια (M.A.). Για αυτόν τον σκοπό 24 ασθενείς με αυτήν την προοπτική τυχαιοποιήθηκαν, ήταν μερικώς βλέποντες με καλή κλινική εικόνα και κατάσταση, οι οποίοι έλαβαν την θεραπεία TES (5ms biphasic παλμούς; 20 Hz με DTL ηλεκτρόδια), για 30λεπτά κάθε εβδομάδα, για 6 συνεχόμενες εβδομάδες. Στους ασθενείς που τυχαιοποιημένα διαχωρίστηκαν σε 3 ομάδες, σε μία από αυτές χορηγήθηκε ατομικώς ηλεκτροδιέγερση τύπου (EPT Electrical Phosphene Threshold) σε τρεις τύπους δόσεων, α) Ψευδώς β) 66% και γ) 150%. Σε αυτούς έγιναν κατά την διάρκεια όλων των επισκέψεων τους οι 4 φορές κατά την όλη περίοδο διεξαγωγής της μελέτης διάφορες εξετάσεις-μετρήσεις, όπως μέτρηση Οπτικής Οξύτητας, Λήψη Οπτικού Πεδίου, Ηλεκτροαμφιβληστροειδογράφημα (Πολυεστιακό), Εξέταση προσαρμογής στο σκοτάδι, Διάκριση χρωμάτων και EPT.

Από τα δεδομένα βρέθηκε ότι η μέθοδος TES χρησιμοποιώντας TDL ηλεκτρόδια, ήταν ανεκτικώς καλή από τους ασθενείς οι οποίοι όλοι ολοκλήρωσαν την μελέτη. Προέκυψαν δύο δυσχέρειες ως προς την αίσθηση ξένου σώματος στο μάτι, αλλά καμία σοβαρή παρενέργεια δεν παρατηρήθηκε. Υπήρχε μία τάση για μία μεγαλύτερη λειτουργική βελτίωση των παραμέτρων (8/18) ή διατήρηση σταθερότητας στην ομάδα που δέχτηκε θεραπεία των 150/100 EPT και τα οπτικά πεδία και η σκοτοπική μελέτη βρέθηκε στατιστικά σημαντική. Μόνο στο διαχωρισμό των χρωμάτων και στην ευαισθησία των οπτικών πεδίων παρατηρήθηκε μείωση (λόγω της πρόσφατης διεύρυνσης του οπτικού πεδίου). Δεν ανεβρέθηκε παρόμοια προφανή τάση στην ομάδα που δέχτηκε 66% EPT θεραπεία.

Συμπερασματικά, η χρήση της μεθόδου TES ως θεραπεία για ασθενείς με M.A. βρέθηκε να είναι ασφαλής. Θετικές τάσεις στην αποτελεσματικότητα της μεθόδου ανακαλύφθηκαν αλλά λόγω μικρού μεγέθους του δείγματος αυτής της πιλοτικής μελέτης στατιστικά σημαντικά ευρήματα επιτεύχθηκαν μόνο για τα οπτικά πεδία και για την σκοτοπική δοκιμασία. Περαιτέρω μελέτες με μεγαλύτερα δείγματα ασθενών και περισσότερης διάρκειας είναι ανάγκη να σχεδιαστούν, προκειμένου να εδραιώσουν αυτά τα ευρήματα και να προσδιορίσουν τις βέλτιστες παραμέτρους ηλεκτροδιέγερσης.

10. Γονιδιακή θεραπεία με κλινική δοκιμασία για του LCA65 γονιδίου, για την νόσο Συγγενή Αμαύρωση Τύπου Leber (LCA). Dr. Jean Bennett, Πανεπιστήμιο Πενσιλβάνια, Ιατρική Σχολή Η.Π.Α.

Ένας τύπος της νόσου Leber που οφείλεται στην μετάλλαξη του κώδικα ενός γονιδίου και συγκεκριμένα της πρωτεΐνης LCA65, η οποία είναι μια μορφή ρετινοειδούς που ισομερίζεται στα κύτταρα του μελάγχρου επιθηλίου. Η γονιδιακή θεραπεία

που στηρίζεται στην αντικατάσταση της μετάλλαξης RPE65 υπήρξε πολλή επιτυχής σε μοντέλα σκύλων πειραματόζων που έπασχαν από την νόσο του Leber. Το πρώτο άτομο σε αυτήν την μελέτη, έλαβε μία απλή υπό του αμφιβλ/δούς ένεση η οποία περιείχε αδενιοϊούς AAV2 που μετέφεραν το τροποποιημένο γονίδιο hRPE65v2, στις 11 Οκτωβρίου του 2007 και από την περίοδο αυτή αρκετά άλλα άτομα συμμετείχαν στην μελέτη και δέχτηκαν παρόμοιες ενέσεις θεραπείας. Βασικές μετρήσεις, χειρουργεία και συνεχείς εκ των υστέρων αξιολογήσεις διεξήχθησαν στα πλαίσια του Παιδιατρικού Νοσοκομείου της Φιλαδέλφειας.

Τα πρώτα 3 άτομα που συμμετείχαν στην μελέτη ήταν νέοι ενήλικες (19-26 ετών την περίοδο που δέχτηκαν τις ενέσεις), εξακολουθούν να είναι καλά τόσο από πλευράς ασφάλειας, όσο και από την πλευρά της αποτελεσματικότητας. Μία νέα ομάδα ατόμων τώρα συμμετέχει στην έρευνα, όπου τους έγιναν οι ενέσεις και περιλαμβάνει 4 παιδιά. Επιπρόσθετα οι ασθενείς με το ανώτερο όριο ηλικίας που επίσημα συμμετείχαν σε αυτό το πρωτόκολλο (27 ετών) απορρίφθηκαν λόγω του γεγονότος ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα παρατηρήθηκε στην ηλικία του 26^{ου} έτους των ατόμων που ήταν στην πρώτη ομάδα. Όλα τα παιδιά και οι ενήλικες ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα δείχνουν καλά αποτελέσματα. Είναι σε εξέλιξη προγραμματισμός για την ανάπτυξη μιας τρίτης μελέτης σε Βόρειο-Ευρωπαϊκές χώρες.

Έως σήμερα μία μελέτη αξιολόγησης κλιμακούμενων/αυξανόμενων δόσεων σε 12 ασθενείς (8-44 ετών) έχει ολοκληρωθεί. Μερικοί ασθενείς έχουν δεχτεί την θεραπεία για πάνω από 3,5 χρόνια έως σήμερα. Τα δεδομένα των τεστ fMRI στους οφθαλμούς που δέχτηκαν τις ενέσεις, μας δίνουν θεαματικά αποτελέσματα. Η ανταπόκριση στις περιοχές του φλοιού ταιριάζει απόλυτα ως προς τις περιοχές που εγχύονται οι ενέσεις στον αμφιβλ/δη. Όλα αυτά τα στοιχεία αποτελούν πολύ καλές αποδείξεις για την διατήρηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας. Μία μεγάλη μελέτη σε πειραματόζωα σχεδιάζεται ώστε να γίνουν ξανά ενέσεις στον παράπλευρο οφθαλμό, παράλληλα με μία μελέτη εκ των υστέρων αξιολόγησης δεδομένων για τον δεύτερο οφθαλμό, που θα γίνει σε 3 ασθενείς.

Συμπερασματικά, το πρόγραμμα είναι στο σχεδιασμό του, οι ασθενείς είναι ευτυχημένοι με τα αποτελέσματα και όλοι έχουν ερωτηθεί ώστε να δεχθούν την θεραπεία με ένεση και στον δεύτερο οφθαλμό τους.

11. Retinostat, μία μελέτη για χρήση στην θεραπεία της Υγρού Τύπου Η.Ε.Ω. Dr. Peter Campochiaro, Πανεπιστήμιο John Hopkins, Η.Π.Α.

Οι ενδοστατίνες είναι ένα προϊόν που παράγεται στις σχισμές του κολλαγόνου XVIII και η αγγειοστατίνες είναι ένα προϊόν σχισμών του ινωδογόνου. Η κάθε μία από αυτές τις πρωτεΐνες, έχει δείξει να έχει μία αποτρεπτική αγγειογενετική δράση στα αγγεία. Οι Λεντι-ιοί (Iv) όταν χρησιμοποιούνται ως όχημα διοχέτευσης μεταλλαγμένων γονιδίων παρουσιάζουν μία σχετικά μεγάλη ικανότητα εισαγωγής γονιδίων αυτών στον οφθαλμό, καθώς επίσης και μια σχετική ικανότητα έκφρασης της πρωτεΐνης του μεταλλαγμένου γονιδίου για μεγάλη χρονική περίοδο. Η εταιρεία Oxford Biomedica έχει επιτύχει αυτή την ικανότητα, να παρασκευάζει αυτά τα γονίδια για τις ενδοστατίνες και τις αγγειοστατίνες σε έναν κατάλληλα διαμορφωμένο LV ιό μεταφοράς όχημα. Αφού προηγουμένως έχει ανευρεθεί ότι η έκφραση των ενδοστατινών και αγγειοστατινών είναι σημαντική για την διατήρηση της δομής του αγγείου.

γυιοστατινών καταπνίγει την αιμορραγία/διάρροη των αγγείων και την ανάπτυξη των υποαμφιβλ/κων νεοαγγειώσεων και των μεμβρανών τους, σε μοντέλα ποντικών πειραματόζων που πάσχουν από υγρού τύπου Η.Ε.Ω. Με αυτά τα θετικά αποτελέσματα ξεκίνησε η φάση 1 μιας κλινικής μελέτης, σε ασθενείς που βρίσκονται σε αρχικά στάδια νεοαγγειώσεων της Η.Ε.Ω. χρησιμοποιώντας LV ιούς ως μεταφορέα γονιδίων, δηλ. των ενδοστατινών και αγγειοστατινών γονιδίων. Αυτή η μελέτη ονομάζεται Retinostat και σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει την ασφάλεια και την βιοενεργοποίηση των υποαμφιβλ/κων ενέσεων με ELAV-CMV-Ενδοστατίνες –Αγγειοστατίνες. Τρία επίπεδα δόσεων στην μελέτη Retinostat θα αναπτυχθούν και θα γίνουν σε τρεις ασθενείς σε κάθε ομάδα, που μπορούν να φτάσουν έως και 9 επιπρόσθετα άτομα που θα λαμβάνουν τη δόση ως ομάδα ελέγχου. Η βιοενεργοποίηση αυτή θα υπολογιστεί με μετρήσεις των μεταβολών από την αρχική κατάσταση των αγγείων κάτω από τον αμφιβλ/δη και μέσα σε αυτόν, με την παρακολούθηση της ροής του αίματος στα αγγεία με χρήση της μεθόδου της οπτικής τομογραφίας συνοχής (OCT) και με μετρήσεις του μεγέθους των τοιχωμάτων των νεοαγγείων που βρίσκονται υποαμφιβλ/κα με χρήση φλουοροαγγειογραφίας. Η έκφραση των γονιδίων θα εκτιμηθεί με μετρήσεις των επιπέδων των ενδοστατινών και αγγειοστατινών σε δείγματα που θα ληφθούν σε τριών μηνών διάστημα αφού γίνει η θεραπεία.

12. Η μοριακή καταστροφή και αντικατάσταση γονιδίων στον αυτοσωμικό, επικρατούν (κυρίαρχο) τύπο Μελαγχρωστικής Αμφιβλ/πάθειας (MA). Dr. Arpad Palfi, Φαρμακευτική Εταιρεία Genable

Στους επικρατούν τύπους της Μ.Α. στους οποίους εμπλέκονται οι μεταλλάξεις της ροδοψίνης, είναι απαραίτητο να αποτρέπεται η σύνθεση των παθολογικών αντιγράφων της πρωτεΐνης ροδοψίνης, πρώτα εξαλείφοντας την πηγή που οδηγεί στην προσβολή των κυττάρων και που οδηγεί στον εκφυλισμό (καταστροφή) του αμφιβλ/δη, καθώς επίσης και στο να ανασχηματιστούν νέα ζευγάρια της φυσιολογικής πρωτεΐνης ροδοψίνης (αντικατάσταση των παθολογικών γονιδίων). Σε διάφορες μελέτες της Genable σχετικά με την αποτελεσματικότητα των θεραπειών που συνδέονται με την καταστροφή/αποδόμιση και την αντικατάσταση της ροδοψίνης- που συνδέεται με την μελαγχρωστική αμφιβλ/πάθεια-, αναλύθηκαν σε ένα διαγονιδιακό μοντέλο ποντικών πειραματόζων (RHO-adRP). Δύο ξεχωριστοί αδενιοί AAV2/5 χρησιμοποιήθηκαν ως οχήματα μεταφοράς, είτε στοιχείων που συντελούν στην αποδόμιση, είτε στοιχείων που συντελούν στην αντικατάσταση της ροδοψίνης και κατόπιν εισήχθησαν με ένεση ως ένα μείγμα στον οφθαλμό, σε χώρο κάτω από τον αμφιβλ/δη σε μεταλλαγμένα ποντίκια. Στους αμφιβ/δεις των ποντικών που δέχτηκαν την θεραπεία, παρατηρήθηκαν πολύ σημαντικά οφέλη καθώς αξιολογήθηκαν τόσο ιστοπαθολογικά, όσο και φυσιολογικά δεδομένα για περισσότερους από πέντε μήνες.

Στο μέλλον, παρόμοιες θεραπευτικές μέθοδοι θα αξιολογηθούν σε μεγαλύτερα πειραματόζωα, σκυλιά καθώς και χοιρινά που θα έχουν την μετάλλαξη RHO-adRP.

13. MERTK: θεραπεία γονιδιακής αντικατάστασης για την Μελαγχρωστική Αμφιβλ/πάθεια (MA). Dr. Kang Zhang, Πανεπιστήμιο Καλιφόρνιας, Σαν Ντιέγκο, Η.Π.Α.

Η MERTK είναι μία τυροσινοκινάση, πρωτεΐνη λήπτης/δέκτης που εκφράζεται στο

μελάγχρουν επιθήλιο. Χωρίς την παρουσία της **MERTK** το μελάγχρουν επιθήλιο δεν έχει την ικανότητα να φαγοκυτώσει τα φωτοδεκτικά εξωγενής μέρη του υλικού, τα οποία συσσωρεύονται ανάμεσα στους φωτοποδοχείς και τις στιβάδες του μελάγχρουν επιθηλίου ως καταστραμμένο υλικό. Το γεγονός αυτό οδηγεί γρήγορα στον θάνατο των φωτοδεκτικών κυττάρων. Αυτή η μετάλλαξη του γονιδίου έχει ως αποτέλεσμα την πρόωρη εμφάνιση της μελαγχρωστικής αμφιβλ/πάθειας και της απώλειας της όρασης.

Έρευνες που έγιναν πάνω σε καλά μοντέλα πειραματόζων, δείχνουν ότι η απουσία της **MERTK** επιδεικνύει βελτίωση, διόρθωση του φαινότυπου της μετάλλαξης μέσω της διοχέτευσης του γονιδίου **MERTK** στον αμφιβλ/δη με χρήση ενός ιού μεταφορέα.

Σε επίπεδο ασθενών γίνονται έρευνες που στόχο έχουν την αξιολόγηση ανθρώπων προκειμένου να χαρακτηριστεί το στάδιο της εκφύλισης του αμφιβλ/δη σε κάθε μέλος της οικογένειας και να εκτιμηθεί η υποψηφιότητά τους για θεραπεία. Υπάρχει επίσης, παραγωγή ενός προκλινικού και κατάλληλης ποιότητας για χρήση σε άνθρωπο, ενός μεταφορέα, καθώς και για χρήσεις σε μελέτες σε ζώα, προκειμένου να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της μεθόδου. Τελικά υπάρχει μια πολύ καλή οργάνωση και συντονισμός των επιστημονικών και κλινικών ομάδων, έτσι ώστε η θεραπευτική αυτή δοκιμασία να μπορεί να εφαρμοστεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.

Η σχεδιαζόμενη κλινική δοκιμασία, περιλαμβάνει την υποαμφιβλ/δική διοχέτευση της **MERTK** cDNA μέσω ενός αδενοϊού οχήματος **AAV2** προκειμένου να θεραπευτούν τα κύτταρα του μελάγχρουν επιθηλίου και να αναδομηθεί η φαγοκυτωσική λειτουργία τους. Με αυτόν τον τρόπο περίπου, τα φωτοδεκτικά κύτταρα θα διασώζονται. Ο εν λόγω μεταφορέας-αδενοϊός θα είναι διαθέσιμος δωρεάν για άλλους ερευνητές.

14. Έρευνες που συνδέονται με την τοποθέτηση ηλεκτρονικών εμφυτευμάτων στον αμφιβλ/δη. Dr. Eberhart Zrenner, Πανεπιστήμιο Tuebingen Γερμανίας

Περίπου 30 ομάδες ερευνητών, εργάζονται Παγκοσμίως σε διαφορετικούς τύπους τεχνητής όρασης για ασθενείς που πάσχουν από κληρονομικά, εκφυλιστικά νοσήματα του αμφιβλ/δη.

Υπάρχουν 3 βασικές μέθοδοι χειρουργικής τοποθέτησης, προσθετικών συσκευών:

1. Επιαμφιβλ/δική εμφύτευση που εισάγει τις συσκευές στα γαγγλιακά κύτταρα
2. Υποαμφιβλ/δική εμφύτευση, όπου τα εμφυτεύματα τοποθετούνται ανάμεσα στον αμφιβλ/δή και το μελάγχρουν επιθήλιο –χοριοειδή ιστούς, που ουσιαστικά υποκαθιστούν τα εκφυλισμένα φωτοδεκτικά κύτταρα με συστοιχίες ηλεκτροδίων (μικροτσιπ), κατευθύνοντας τα διπολικά κύτταρα.
3. Χοριοειδικά εμφυτεύματα, που τοποθετούνται πίσω από τον χιτώνα αυτό, διαμέσου του σκληρού μέρους του οφθαλμού, που ως χειρουργική τεχνική είναι ευκολότερη.

Υπάρχουν επί του παρόντος μόνο τρεις ομάδες, οι οποίες κάνουν κλινικές μελέτες στον τομέα αυτό.

A) Η εταιρεία Second Sight στην Καλιφόρνια (Dr. Humayun κ.α.) πρόσφατα παρουσίασαν δεδομένα για 30 ασθενείς σε μία πολυκεντρική μελέτη με επιαμφιβλ/δικά εμφυτεύματα που ονομάζεται ARGUS II. Αυτή η συσκευή έχει 60 και πλέον ηλεκτρόδια και μία κάμερα είναι προσαρμοσμένη πάνω σε γυαλιά οράσεως. Μετά από αρκετούς μήνες οι ασθενείς μπορούν να μάθουν να αναγνωρίζουν αντικείμενα, σχήματα, ακόμα και γράμματα. Η εταιρεία Second Sight έλαβε την εγγύηση/σήμα (CE) ποιότητα στην Ευρώπη.

B) Η εταιρεία Retina Implant AG στην Γερμανία, (Dr Zrenner κ.α.), έχουν πρόσφατα παρουσιάσει δεδομένα για 18 ασθενείς στους οποίους εμφυτεύτηκαν 3x3 mm μικροτσιπ. Αυτές οι συσκευές έχουν 1500 ηλεκτρόδια με ασύρματη μετάδοση δεδομένων και με ισχύ στο τελευταίο μοντέλο EMS Alpha. Η οπτική οξύτητα έφτασε πάνω από μισό δέκατο, έδωσε την δυνατότητα στους ασθενείς να διαβάζουν γράμματα και λέξεις, παρέχοντας επίσης την ευκολία οι ασθενείς να μπορούν να έχουν το εμφύτευμα στο σπίτι τους. Επίσης μπορούν να διακρίνουν αντικείμενα όπως πιάτα, πιρούνια, ποτήρια, λουλούδια, χερούλια της πόρτας, χαμόγελο στο πρόσωπο, το σχήμα των αυτοκινήτων, κινούμενα ζώα και λοιπά.

Γ) Μία ομάδα στην Ιαπωνία (Dr. Fujikado κ.α.) πρόσφατα παρουσίασαν 4 ασθενείς που δέχτηκαν εμφυτεύματα στον χοριοειδή με ανάλυση αποτελεσμάτων για 4 εβδομάδες.

Αρκετά άλλα προγράμματα, είναι σε ανάπτυξη ή βρίσκονται στην φάση της αξιολόγησης σε προκλινικές μελέτες:

1. Στην ομάδα των Drs Rizzo/Wyatt του Πανεπιστημίου Χάρβαρντ, Βοστώνης των Η.Π.Α. έχει αναπτυχθεί ένα υποαμφιβλ/δικό απλό μονό εμφύτευμα με χρήση μιας νέας τεχνολογίας. Κλινικές μελέτες έχουν σχεδιαστεί για το 2012.
2. Μια ομάδα στην Κορέα (Drs Kim, Seo κ.α.) έχουν βελτιώσει μια μακράς περιόδου (ικανής να έχει διάρκεια) επιχοριοειδικού εμφυτεύματος. Αυτή η δουλειά βρίσκεται σε προκλινική μελέτη σε πειραματόζωα.
3. Μια ερευνητική ομάδα στο Στανφορντ, (Dr. Palanker κ.α.), αναπτύσσουν ένα υποαμφιβλ/δικό ευέλικτο μικροτσιπ.
4. Μία μεγάλη ερευνητική ομάδα στην Αυστραλία (Dr. Guymer κ.α.), έχουν ξεκινήσει ένα χρόνο πριν, αυτοί επικεντρώνονται στην μελέτη 3-D ηλεκτροδίων και σε τεχνολογία βασισμένη στα διαμάντια, σε προκλινικές μελέτες που γίνονται στον χοριοειδή.

Το πεδίο έρευνας στην προσθετική ηλεκτρονικών εμφυτευμάτων κινείται ραγδαία μπροστά και έχει εδραιωθεί ισχυρά σε επιστημονικό επίπεδο. Αυτό μας δείχνει ότι τα ηλεκτρονικά εμφυτεύματα, μπορούν να παρέχουν χρήσιμη όραση σε ασθενείς, σε προχωρημένα στάδια μελαγχρωστικής αμφιβλ/πάθειας.

15. Η χρήση των Βλαστοκυττάρων για την θεραπεία της Ξηρού Τύπου Η.Ε.Ω. Dr. Pete Coffey, Πανεπιστημιακό Κολέγιο του Λονδίνου, Αγγλία (Μέρος ιστοσελίδας LPCB)

Τα ανθρώπινα εμβρυονικά βλαστοκύτταρα αντιπροσωπεύουν πιθανόν μια απεριόριστη πηγή προγεννητικών κυττάρων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην επιδιόρθωση των βλαβών και των εκφυλισμών στις παθήσεις του αμφιβλ/δη. Επιπρό-

σθετα, στην γένεση των νευρώνων του αμφιβλ/δη υπάρχουν τώρα αποδείξεις ότι τα κύτταρα του μελάγχρου επιθηλίου μπορούν επίσης να παραχθούν από αδιαφοροποίητα εμβρυονικά βλαστοκύτταρα. Αυτά λοιπόν τα παραγόμενα από τα βλαστοκύτταρα, κύτταρα του μελάγχρου επιθηλίου, όχι μόνο δεν εμφανίζονται να συμπεριφέρονται σαν τα αντίστοιχα φυσιολογικά στις καλλιέργειες στο εργαστήριο, αλλά επίσης έχουν μία γονιδιακή έκφραση –προφίλ που προσομοιάζει πιο πολύ στα πρωταρχικά κύτταρα του μελάγχρου επιθηλίου στους ανθρώπους. Αυτό είναι ειδικά, κλινικά συνδεδεμένο με κάθε στρατηγική που έχει σχεδιαστεί για τις μεταμοσχεύσεις μελάγχρου επιθηλίου που στόχο έχουν να θεραπεύσουν την Η.Ε.Ω.

Στην παρούσα έρευνα τα εμβρυονικά βλαστοκύτταρα, χρησιμοποιούνται για να βελτιώσουν-αναδομήσουν τα πρωταρχικά εκφυλισμένα κύτταρα του μελάγχρου επιθηλίου, σε εργαστηριακό επίπεδο, προκειμένου να παρέχουν μία υποψήφια θεραπευτική μέθοδο για την ξηρού τύπου Η.Ε.Ω. Η μεταμόσχευση κυττάρων μελάγχρου επιθηλίου μας έχει δείξει ότι είναι ικανή να επαναφέρει-αναδομήσει την ανατομία του υποαμφιβλ/δη και να βελτιώσει την λειτουργία των φωτοδεκτικών κυττάρων για πολλές από τις παθήσεις του αμφιβλ/δους. Η προέλευση των κατάλληλων σειρών κυττάρων με την προϋπόθεση ότι έχουν τα χαρακτηριστικά των κυττάρων του μελάγχρου επιθηλίου, θα επιτρέψει την μεταμόσχευση ώστε να εισέλθουμε στην κεντρική θεραπεία του αμφιβλ/δους καθώς ο χρόνος όπου οι θεραπείες των παθήσεων του αμφιβλ/δη που οδηγούν στην τυφλότητα, εισέρχονται στην τελική τους πορεία ώστε να γίνουν πραγματικότητα.

Μέχρι σήμερα, όλες οι προκλινικές μελέτες έχουν ολοκληρωθεί. Θα υπάρξει μία ενδιάμεση περίοδο περίπου 6 μηνών, πριν οι κλινικές δοκιμασίες θα ξεκινήσουν προκειμένου να προσδιοριστεί η ασφάλεια των τεχνικών μεταμόσχευσης και της διαδικασίας εμφύτευσης των βλαστοκυττάρων, σε μελέτες που θα γίνουν σε μεγάλα πειραματόζωα. Ο σχεδιασμός τέτοιων μελετών θα ανακοινωθεί έως το τέλος 2011. Η πρώτη φάση των κλινικών δοκιμασιών αναμένεται να γίνει ως θεραπεία σε πρώτους ανθρώπους των Απρίλιο-Μάιο 2012 και θα ολοκληρωθεί περίπου με ανάλογες μετρήσεις σε ένα έτος (2013).

16. Η Αναδομητική Ιατρική. Ένα νέο πεδίο εφαρμογής για τις παθήσεις του Αμφιβλ./δη. Ενεργοποιώντας τους ενδογενείς μηχανισμούς. Dr. Thomas Reh, Πανεπιστήμιο Ουάσινγκτον

Τα βλαστοκύτταρα έχουν την ικανότητα να αναπτύσσονται σε οποιοδήποτε τύπο κυττάρων στο ανθρώπινο σώμα. Αυτά, μπορούν πιθανόν να αποτελέσουν μια πηγή αντικατάστασης των φωτοδεκτικών κυττάρων του μελάγχρου επιθηλίου στις κληρονομικές εκφυλιστικές παθήσεις, του αμφιβλ/δη. Μεταλλάξεις στο Crx γονίδιο μπορούν να οδηγήσουν στον εκφυλισμό των φωτουποδοχέων, όπως αυτό συναντάμε στην νόσο του Leber και στην αυτοσωμική επικρατούσα δυστροφία κωνίων, ραυδίων τύπου 2.

Έχει βρεθεί, ότι τα ανθρώπινα κύτταρα μπορούν να κατευθυνθούν ώστε να αναδομήσουν τα κύτταρα του αμφιβλ/δη σε εργαστηριακό επίπεδο. Όταν αυτά εμφυτεύουν, σε πειραματόζωα ποντίκια με βλάβη Crx γονιδίου, μπορούν να επαναφέρουν ανταπόκριση στο φως στα ζώα αυτά. Αυτό, καθώς και άλλα αποτελέσματα έχουν

οδηγήσει σε μια συνεργασία με την εταιρεία GERON, ώστε να προωθηθεί η παραγωγή ανθρώπινων κυττάρων του αμφιβλ/δούς από εδραιωμένες στιβάδες κυττάρων ES. Αυτό μπορεί να κάνει πιθανή την διαμόρφωση σχεδίων για την διενέργεια κλινικών μελετών, στην φάση 1, για να θεραπευτούν τα προχωρημένα στάδια της μελαγχρωστικής αμφιβλ/πάθειας, σε ασθενείς με χρήση γονιδιακής θεραπείας.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ – ΝΕΕΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

1. Οργάνωση Παγκόσμιου Συνεδρίου της Retina International (Dr. Andreas Gal, Γερμανία)

Ο Dr. Gal έλαβε τον λόγο για να προσκαλέσει τους παρευρισκομένους επιστήμονες και ερευνητές στο επόμενο Παγκόσμιου Συνεδρίου της Retina International. Το θέμα αυτού είναι GATEWAY TO VISION (ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΡΑΣΗ), το οποίο θα διεξαχθεί στο Αμβούργο της Γερμανίας στις 14-15 Ιουλίου 2012.

2. 16^ο Συνέδριο για τις Εκφυλίσεις του Αμφιβλ/δούς το 2012 (Dr. Christian Grimm, Γερμανία)

Ο Dr. Grimm ανακοίνωσε ότι, το 16^ο Συνέδριο για τις Εκφυλίσεις του Αμφιβλ/δούς θα γίνει στην περιοχή Bad, Goetting (κοντά στο Ράιζενμπουργκ) της Γερμανίας, τον 16-20 2012. Οι οργανωτές σχεδιάζουν ένα υπέροχο πρόγραμμα, για όλες τις κατηγορίες των μελετών-ερευνών για τις εκφυλιστικές, κληρονομικές παθήσεις του αμφιβλ/δη.

3. Τελικά σχόλια, (Christina Fasser)

Η πρόεδρος της Retina International, ευχαρίστησε όλους τους ομιλητές για περίφημες παρουσιάσεις τους. Σημείωσε, πόσο συναρπαστικό και έντονο είναι να βλέπεις όλη αυτήν την πρόοδο, στις κλινικές μελέτες και δοκιμές για τις κληρονομικές εκφυλιστικές παθήσεις του αμφιβλ/δη και να ακούς σχετικά με νέες έρευνες-δοκιμές που έρχονται για το μέλλον. Ελπίζει ότι όλοι οι συμμετέχοντες θα έχουν μια πολύ παραγωγική συμμετοχή στη συνάντηση της ARVO, και προσκαλεί όλους να συναντηθούν ξανά για να ανανεώσουν την νέα αυτή επιστημονική συνάντηση.

Ζυρίχη, 28/05/2011

Επιμέλεια κειμένου – Μετάφραση

**Στρατής Χατζηχαράλαμπος, Πρόεδρος Π.Ε.Α.
σε συνεργασία με την Βικτώρια Καρυπίδου.**

Αναφορές σε Ερευνητικές Εξελίξεις (Όπως δημοσιεύτηκαν στον Έντυπο και Ηλεκτρονικό Τύπο)

1. Η μυωπία συνδέεται με το γλαύκωμα

Σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν γλαύκωμα αντιμετωπίζουν οι μύωπες, σύμ-

φωνα με μια νέα ολλανδική επιστημονική μελέτη, που επιβεβαιώνει τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών.

Για προληπτικούς λόγους, συνιστούν οι ειδικοί, όσοι εμφανίζουν μετά τα 40 τους εμφανίζουν γλαύκωμα και ιδίως όσοι έχουν μεγάλη μυωπία, πρέπει να κάνουν τακτικές οφθαλμολογικές εξετάσεις.

Σύμφωνα με το πρακτορείο Reuters, οι ερευνητές επαναξιολόγησαν στοιχεία από 11 δημοσιευμένες έρευνες πάνω στη σχέση μυωπίας-γλαυκώματος «ανοιχτής γωνίας» (του πιο συνηθισμένου τύπου της πάθησης), που αφορούσαν δεκάδες χιλιάδες άτομα.

Οι επιστήμονες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι μύωπες (σχεδόν το 1/3 του πληθυσμού) είναι περίπου κατά 90% πιθανότερο να αναπτύξουν επίσης γλαύκωμα. Όσοι έχουν περισσότερους βαθμούς μυωπίας, φαίνεται να έχουν και μεγαλύτερο κίνδυνο γλαυκώματος. Τα στοιχεία δείχνουν επίσης ότι η μυωπία και το γλαύκωμα συχνά συνυπάρχουν και δεν αποτελεί κατ' ανάγκην το ένα αίτια του άλλου.

Το γλαύκωμα κάνει ζημιά στο οπτικό νεύρο προκαλώντας σταδιακή απώλεια της όρασης. Υπάρχουν διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι -φάρμακα και χειρουργική επέμβαση- αλλά καμία δεν μπορεί να αποκαταστήσει την όραση από τη στιγμή που θα χαθεί. Οι οφθαλμίατροι συστήνουν ήδη τακτική εξέταση για όλους τους ενήλικες άνω των 40 ετών.

Πηγή: <http://www.newsbeast.gr/1/07/2011>.

2. Κάμερα και face recognition σε γυαλιά

Χάρη σε έναν επαναστατικό σκελετό γυαλιών που κατασκεύασε ομάδα ερευνητών στην Οξφόρδη, με αισθητήρες και κάμερα, τα άτομα με μειωμένη όραση θα μπορούν να έχουν εικόνα του περιβάλλοντός τους.

Η αποκάλυψη της τεχνολογίας αυτής, και συγκεκριμένα ο σκελετός των γυαλιών, έκανε την εμφάνισή του στο Royal Society Summer Science Exhibition. Ο τρόπος που δουλεύουν τα γυαλιά αυτά είναι ο εξής: ο σκελετός διαθέτει κάμερα τοποθετημένη στο άκρο τους, ενώ οι φακοί είναι διάσπαρτοι με φώτα – πρόκειται για μια τεχνολογία που επιτρέπει στους χρήστες που υποφέρουν από βαριά δυσλειτουργία της όρασής τους να μπορούν να έχουν μπροστά τους μια, γενική έστω, εκδοχή του περιβάλλοντός τους.

Το καλύτερο μάλιστα της υπόθεσης είναι πως τα γυαλιά φιλτράρουν τα δεδομένα με τη χρήση τεχνολογιών όπως η ανίχνευση προσώπων, software ανίχνευσης, ανιχνευτές θέσης και αισθητήρες βάθους. Πρόκειται ακριβώς για την τεχνολογία που κάποιος μπορεί να βρει σε handsets και gaming συστήματα.

Εντωμεταξύ, όλη η επεξεργασία που απαιτείται για την αναγνώριση αντικειμένων λαμβάνει χώρα σε έναν υπολογιστή τύπου smartphone, ο οποίος άνετα τοποθετείται σε μια τσέπη.

Παρόλο πάντως που οι σκελετοί αυτοί δεν μοιάζουν με κανονικά γυαλιά, παραμένουν διάφανοι, επιτρέποντας οπτική επαφή με το άτομο που τα φορά. Ο υπεύθυ-

νος του πρότζεκτ, Stephen Hicks, παραδέχτηκε πως τα άτομα με προβλήματα όρασης θα πρέπει να συνηθίσουν να λαμβάνουν όλες αυτές τις πληροφορίες, αλλά όταν αυτό γίνει, θα μπορούν να αναθέσουν διαφορετικά χρώματα σε ανθρώπους και αντικείμενα, να διαβάζουν barcodes και τίτλους εφημερίδων.

Πάντως, θα περάσει κάποιος χρόνος μέχρι να δούμε στο εμπόριο τα γυαλιά αυτά, τα οποία αναμένεται να κοστίζουν περί τα 800 δολάρια.

Πηγή: <http://www.pcw.gr/> 7/07/2011.

3. Μάχη στον ήλιο

Η υπεριώδης ακτινοβολία έχει άμεσα ενοχοποιηθεί για την αύξηση των νεοπλασιών του δέρματος και των βλεφάρων, την ανάπτυξη εκφυλιστικών αλλοιώσεων της επιφάνειας του ματιού όπως στεάτιο και πτερύγιο, κερατοπάθεια droplet, φωτοκερατίτιδα, -τουλάχιστον- φλοιώδη καταρράκτη και εκδήλωση εκφυλιστικών φωτοχημικών αλλοιώσεων στους φωτοϋποδοχείς και τον αμφιβληστροειδή χιτώνα του ματιού (ηλιακή εκφυλιστική ωχροπάθεια).

Δεν είναι λίγες οι φορές που η προστασία που παρέχουν τα γυαλιά ηλίου, ειδικά το καλοκαίρι, υποσκελίζεται σε σχέση με τον ρόλο τους ως αξεσουάρ, και μάλιστα κρίσιμου για την αισθητική αυτού που τα φοράει.

Οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν, ωστόσο, είναι πολλοί. Σύμφωνα με τον χειρουργό - οφθαλμίατρο, διευθυντή Τμήματος Κερατοειδούς στο ινστιτούτο οφθαλμολογίας Athens Vision, κ. Αναστάσιο Χαρώνη, η αλόγιστη έκθεση των ματιών μας στο άπλετο ηλιακό φως για μεγάλο χρονικό διάστημα αποδεδειγμένα περιορίζει - τουλάχιστον προσωρινά - τη βραδινή όραση καθώς και την περιμετρική ευαισθησία του ανθρώπινου ματιού - οπτικό πεδίο, ενώ ενδέχεται να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των ματιών μακροπρόθεσμα.

Οι φωτοϋποδοχείς στο εσωτερικό των ματιών είναι ευαίσθητοι σε ένα πολύ μικρό φάσμα συχνοτήτων ταλάντωσης του ηλεκτρομαγνητικού πεδίου, το οποίο όμως είναι αρκετό για την απόδοση όλων των ορατών χρωμάτων στον άνθρωπο. Το υπόλοιπο φάσμα των συχνοτήτων της ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας δεν είναι ορατό στον άνθρωπο (π.χ. ραντάρ/ τηλεόραση - ραδιόφωνο - κοσμική ακτινοβολία κ.ά.).

Αυτή καθαυτή η υπέρυθη (μη ορατή) ακτινοβολία IRA και IRB δεν είναι ιδιαίτερα βλαπτική για τον άνθρωπο, συνδέεται ωστόσο με την αύξηση της βλαπτικής δράσης της υπεριώδους ακτινοβολίας.

Προτού ανακαλυφθεί, ή ακριβέστερα δημιουργηθεί, η τρύπα του όζοντος το ενδιαφέρον για την υπεριώδη ακτινοβολία δεν ήταν έντονο: δεν έφθανε ποτέ στα μάτια μας ανάλογα με το μήκος κύματος της ακτινοβολίας, ήταν δυνατή η απορρόφηση της απ' την προστατευτική ομπρέλα του όζοντος.

Είναι προφανές ότι η μείωση της ποσότητας του όζοντος επηρεάζει αποφασιστικά την ποσότητα της υπεριώδους ακτινοβολίας και κυρίως της UVB που καταφέρνει τελικά να φτάσει στην επιφάνεια της γης.

«Η υπεριώδης ακτινοβολία έχει άμεσα ενοχοποιηθεί για την αύξηση των νεοπλασιών

του δέρματος και των βλεφάρων, την ανάπτυξη εκφυλιστικών αλλοιώσεων της επιφάνειας του ματιού όπως στεάτιο και πτερύγιο, κερατοπάθεια droplet, φωτοκερατίτιδα, -τουλάχιστον- φλοιώδη καταρράκτη και εκδήλωση εκφυλιστικών φωτοχημικών αλλοιώσεων στους φωτοϋποδοχείς και τον αφιβληστροειδή χιτώνα του ματιού (ηλιακή εκφυλιστική ωχροπάθεια)», σημειώνει ο κ. Χαρώνης.

Πώς να διαλέξετε γυαλιά

«Η επιλογή του καταναλωτή στον κυκλώνα αυτόν της προσφοράς από κακής ποιότητας γυαλιών ηλίου, που μπορεί να βρει κανείς κατά χιλιάδες σε πάγκους μικροπωλητών, σε περίπτερα ή υπερτιμημένα σε οίκους μόδας, γίνεται δύσκολη», συμπληρώνει ο χειρουργός». Το αυτοκόλλητο UV προστασίας 100% που θα βρει κανείς στα γυαλιά των πλανόδιων μικροπωλητών, σε καμιά περίπτωση δεν εγγυάται πραγματική προστασία στα γυαλιά ηλίου.

Ευτυχώς για τον καταναλωτή έχουν οριστεί οι ακριβείς προϋποθέσεις πιστοποίησης της ποιότητας των γυαλιών για τον ήλιο σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, και φυσικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση (πιστοποίηση CE mark).

Ορίζεται έτσι λοιπόν ακριβώς, η προστασία από την υπεριώδη ακτινοβολία που πρέπει να έχουν τα διάφορα γυαλιά ανάλογα με την χρήση τους. Βασικό είναι ότι δεν πρέπει να παρεμποδίζουν την αναγνωρισιμότητα των χρωμάτων ιδιαίτερα κατά την οδήγηση. Το υλικό και ο χρωματισμός των κρυστάλλων πρέπει να είναι ίδια και για τα δύο μάτια και τέλος οι φακοί πρέπει να είναι άθραυστοι».

Καλό είναι να προτιμώνται για γενική χρήση από υγιείς χρήστες, τα χρώματα καφέ, γκρι και πράσινο.

Ένας φακός μπλε απόχρωσης απορροφά πολύ περισσότερο το κόκκινο και το πράσινο παρά το μπλε χρώμα και μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να επηρεάσει τη χρωματική αντίληψη κατά την οδήγηση.

Άτομα με πρωτανωμαλία, κληρονομική ανωμαλία της αντίληψης του κόκκινου χρώματος, δεν πρέπει να προτιμούν πρασινωπά κρύσταλλα, καθώς δεν επιτρέπουν την αντίληψη του κόκκινου. Για τους ασθενείς αυτούς, ιδανικά είναι τα καστανόχρωμα.

Τα κίτρινα γυαλιά επιλέγονται για χρήση στο χιόνι, με κακές καιρικές συνθήκες.

Τα γυαλιά απόχρωσης ροζ είναι κατάλληλα για οδήγηση, και έχουν τη δυνατότητα να βελτιώνουν την ευαισθησία αντίθεσης άρα και την οπτική μας ευκρίνεια, όταν επικρατούν ιδιαίτερες συνθήκες, όπως συννεφιά.

Τα ιδανικά χαρακτηριστικά

Τα γυαλιά ηλίου πρέπει:

Να απορροφούν σχεδόν πλήρως τη μη ορατή ακτινοβολία, ιδιαίτερα βλαπτική για τον άνθρωπο.

Να μειώνουν δραστικά την ένταση της ορατής ακτινοβολίας, όχι όμως τόσο ώστε να μειώνουν την οπτική ευκρίνεια, τη διακριτική ικανότητα και τη χρωματική αντίληψη. Τυπικά η απορροφητικότητα των γυαλιών πρέπει να είναι περίπου 85%, ενώ αρκετοί άνθρωποι της τρίτης ηλικίας - λόγω της μικρότερης διαμέτρου της κόρης - χρειάζονται γυαλιά μικρότερης απορροφητικότητας. Η μείωση αυτή επιτυγχάνεται

με φακούς τουλάχιστον 5 τύπων, των οποίων η χρήση είναι ανάλογη με τις ιδιαίτερες ανάγκες του χρήστη, και φυσικά διαφέρουν σημαντικά σε σχέση με το κόστος κατασκευής τους.

Πηγή: <http://www.tovima.gr/3/08/2011>

4. Τύφλωση από το μπλε Φως των λαμπτήρων φθορισμού

Οι λάμπες εξοικονόμησης ενέργειας (ΛΕΕ) και γενικότερα οι λάμπες φθορισμού εκπέμπουν ένα φως με υπερβολικά μεγάλο ποσοστό βραχέου κύματος μπλε. Αυτό δεν επιδρά αρνητικά στο ορμονικό μας σύστημα, αλλά καίει και τα μάτια. “Σε ένα πλήθος κυτταρικών ερευνών διαπιστώθηκε πως το μπλε φως προκαλεί οξειδωτική βλάβη στους υποδοχείς του αμφιβληστροειδή και προάγει τον εκφυλισμό της ωχράς κηλίδας (AMD)-που είναι ασθένεια συνδεδεμένη με το γήρας”.

Ο επιστήμονας Alexander Wunsch προειδοποιεί εδώ και χρόνια για τους κινδύνους από τις εκπομπές υδραργύρου, όπως είναι αυτές από τις λάμπες εξοικονόμησης ενέργειας, τις τηλεοράσεις LCD και τις οθόνες υπολογιστών. Στη συνέντευξη (η συνέντευξη δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Zeitschrift τεύχος 62/2009) που ακολουθεί εξηγεί με ποιούς τρόπους μας βλάπτουν οι λαμπτήρες φθορισμού.

**Αφιέρωμα - Φάκελος: το Φως στη Ζωή μας
μέρος 4ο μετάφραση-επιμέλεια: Βίκυ Χρυσού
vickytoxotis <http://thesecretrealtruth.blogspot.com>**

Διάφορες νέες μελέτες επισημαίνουν μια σχέση μεταξύ τεχνητού φωτισμού κατά τη διάρκεια της νύχτας και ασθενειών που οφείλονται σε ορμονικές διαταραχές και ειδικά με τον καρκίνο. Η νεότερη μελέτη έρχεται από το Ισραήλ και έγιναν αναφορές σε αυτή στο διεθνή τύπο. Είναι τα αποτελέσματα πραγματικά τόσο αναπάντεχα;

Alexander Wunsch: Αναπάντεχο είναι το πολύ πολύ το γεγονός πως, η συγκεκριμένη μελέτη παρουσιάζει ένα σημαντικά αυξημένο ποσοστό καρκίνου του προστάτη στους άντρες -και νωρίτερα ήδη αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού στις γυναίκες -, μολονότι λάμβανε υπ' όψη μόνο τις εξωτερικές πηγές φωτισμού. Διότι το επίπεδο φωτισμού που μας επιβαρύνει σε εσωτερικούς χώρους και που μας αφορά πολύ πιο άμεσα δεν λαμβάνεται εκεί υπ όψη. Η μελέτη που αναφέρεται είναι μόνο η κορυφή του παγόβουνου. Εδώ και δύο δεκαετίες δημοσιεύονται κάθε χρόνο νέες έρευνες, που όλες τους δείχνουν στην ίδια κατεύθυνση.

Δημόσια όμως δεν ακούει κανείς πολλά γι' αυτό.

Alexander Wunsch: Βλέπει κανείς ότι ήδη γνωρίζει. Με άλλα λόγια: Αναγνωρίζει κανείς μόνο ότι γνωρίζει. Συνέπεια της συνειδητοποίησης του γεγονότος, πως η λανθασμένη χρήση του τεχνητού φωτός μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία μας, θα έπρεπε λογικά να είναι το ερώτημα εάν είναι επιθυμητή μια κοινωνία 24ώρου. Π.χ. πρέπει πραγματικά να έχω τη δυνατότητα όχι μόνο να βάζω βενζίνη στο αυτοκίνητο μου στις 3 το πρωί, αλλά και να αγοράζω τρόφιμα;

Τις ανέσεις ενός βιομηχανοποιημένου κόσμου τις υιοθετούμε ευχαρίστως, όμως

συχνά βρίσκονται σε αντίθεση με ένα φυσιολογικό και υγιή τρόπο ζωής. Το ποιές αποφάσεις παίρνουμε σε αυτό το δίλλημα είναι θέμα κατανόησης. Ο καρκίνος όπως και οι άλλες ασθένειες του πολιτισμού, είναι τόσο επικίνδυνες επειδή κανείς δεν αισθάνεται πως αναπτύσσεται σιγά-σιγά η ασθένεια. Απουσιάζουν τα έγκαιρα προειδοποιητικά σήματα από την πλευρά του σώματος. Η πίεση δεν πονάει. Σε αυτές τις περιπτώσεις λοιπόν θα πρέπει να αναλάβει η λογική το ρόλο που σε άλλες περιπτώσεις παίζει ο πόνος.

Θα πρέπει λοιπόν να πηγαίνουμε “με τις κότες για ύπνο” και να ξυπνάμε επίσης νωρίς το πρωί, όπως συμβουλεύουν παλιές παροιμίες;

A.W.: Το να προσαρμοστεί κανείς στις εποχές και τον εξωτερικό ρυθμό, είναι φυσικά ο πιο υγιεινός τρόπος ζωής. Όμως δίχως νυχτερινό φωτισμό δεν μπορούμε σήμερα. Αυτό δεν ήταν πάγια κατάσταση στο παρελθόν. Έχω στην κατοχή μου ένα βιβλίο που εκδόθηκε το 1799 και αφορά την επίδραση του φωτός στο ανθρώπινο σώμα. Ο συγγραφέας του, γιατρός, παραπονιόταν από τότε, πως η χρήση τεχνητού φωτισμού θα οδηγούσε στην αποκοπή από τους φυσικούς ρυθμούς και πως θα επέφερε ασθένειες. Τότε βέβαια διέθεταν μόνο λυχνάρια, κεριά και το πολύ πολύ γκάζι ως πηγές φωτισμού. Σε αντίθεση με τις μοντέρνες λάμπες φθορισμού η φυσική φλόγα έχει εντελώς αυτοπεριοριζόμενο χαρακτήρα.

Τι εννοείτε;

A.W.: Φανταστείτε να θέλετε τον 18ο αι. να φωτίσετε ένα χώρο τόσο έντονα, όπως μπορείτε να το κάνετε σήμερα με το πάτημα ενός διακόπτη. Πολύ γρήγορα θα αισθανόσασταν έντονη ζέση και θα είχατε πονοκέφαλο. Αυτό ήταν και το πρόβλημα των Θεάτρων της εποχής: οι θεατές πολύ σύντομα αποκτούσαν πονοκέφαλο ή αναπνευστικές δυσκολίες λόγω των αναμμένων πηγών φωτισμού.

Ο “φυσικός” τεχνητός φωτισμός, στον οποίο συμπεριλαμβάνω πέρα από το κερί, τις γκαζόλαμπες και την λάμπα πυρακτώσεως, ακολουθεί μία συγκεκριμένη καμπύλη φυσικής ακτινοβολίας, τη λεγόμενη “καμπύλη μαύρων σωμάτων”. Από ένα βαθμό φωτεινότητας και μετά, όλες αυτές οι πηγές φωτισμού γίνονται δυσάρεστες, είτε εξαιτίας του καπνού και της ζέσης, είτε μέσω της κατανάλωσης οξυγόνου. Έτσι λαμβάνουμε, μέσω δυσάρεστων αισθημάτων από το σώμα, ξεκάθαρα μηνύματα, πως έχει ξεπεραστεί ένα συγκεκριμένο επίπεδο.

Το μπλε φως προκαλεί τύφλωση.

Οι λάμπες εξοικονόμησης ενέργειας (ΛΕΕ) και γενικότερα οι λάμπες φθορισμού εκπέμπουν ένα φως με υπερβολικά μεγάλο ποσοστό βραχέου κύματος μπλε. Αυτό δεν επιδρά αρνητικά στο ορμονικό μας σύστημα, αλλά καίει και τα μάτια. “Σε ένα πλήθος κυτταρικών ερευνών διαπιστώθηκε πως το μπλε φως προκαλεί οξειδωτική βλάβη στους υποδοχείς του αμφιβληστροειδή και προάγει τον εκφυλισμό της ωχράς κηλίδας (AMD)-που είναι ασθένεια συνδεδεμένη με το γήρας” εξηγεί ο φωτο-βιολόγος Alexander Wunsch. Αυτή η μέχρι σήμερα ανίατη ασθένεια οδηγεί σε μια σταδιακή καταστροφή του σημείου της καθαρής εστιασμένης όρασης -η επονομαζόμενη *makula lutera* ή αλλιώς ωχρά κηλίδα- και καταλήγει συνήθως σε τύφλωση. Σε ποσοστό 50% είναι η AMD η συχνότερη αιτία επίκτητης τύφλωσης στη Γερμανία. Ένας στους τρεις εξεταζόμενους άνω των 65, παρουσιάζουν σήμερα ήδη τα πρώτα σημάδια AMD.

Στη makula lutera υπάρχουν εξαιρετικά λίγοι υποδοχείς για φως βραχέου κύματος. Αυτό φιλτράρεται από την κιτρινωπή ουσία λουτεΐνη, η οποία κατ' αυτό τον τρόπο προστατεύει το σημείο καθαρής εστίασης των ματιών. Με το υπερβολικά μπλεδίζον φως του τεχνητού φωτισμού καταστρέφεται αυτή η προστατευτική ουσία των ματιών και ακολουθεί νέκρωση των αισθητηρίων κέντρων που με τη σειρά της οδηγεί σε σταδιακή τύφλωση.

Στους αρουραίους εξελίσσεται εξαιρετικά γρήγορα. Σε πειράματα με ζώα, ακτινοβολήθηκαν τα μικρά τρωκτικά με απλούς λαμπτήρες φθορισμού και σε μόλις 4 ημέρες φάνηκε βλάβη του αμφιβληστροειδή. Μετά από 30 ημέρες τα μάτια των τρωκτικών είχαν πλέον πάθει μη αναστρέψιμη ζημιά.

“Για τον αμφιβληστροειδή είναι το μπλεδίζον φως πολύ πιο επικίνδυνο από την υπεριώδη ακτινοβολία (UV), επειδή τα υπεριώδη μέρη του φωτός φιλτράρονται ήδη από τον κερατοειδή και το φακό. Το ορατό βραχέου μήκους κύματος φως αντίθετα εισχωρεί ανεμπόδιστο μέχρι τον αμφιβληστροειδή, όπου προκαλεί οξειδωτικό στρες”, εξηγεί ο Alexander Wunsch.

Επειδή όμως η makula lutea, ως σημείο καθαρότερης όρασης, περιλαμβάνει κυρίως υποδοχείς πράσινου και κόκκινου φωτός, το μπλε φως δυσκολεύει την καθαρή, εστιασμένη όραση. Το έντονο μπλε σαν χρώμα εμφανίζεται σπάνια στη φύση. Ο ουρανός και η θάλασσα παρουσιάζουν πάντοτε έναν πιο ήπιο χρωματικό κορεσμό. Επιπλέον όταν κοιτάμε προς αυτές τις τεράστιες επιφάνειες δεν χρειάζεται να εστιάσουν τα μάτια μας.

Κατά συνέπεια το φως των λαμπτήρων πυρακτώσεως διευκολύνει την καθαρή εστίαση και με έντονο κοντράστ όραση, λόγω της χαμηλής συμμετοχής φωτός βραχέου μήκους κύματος και έτσι προστατεύει τα μάτια.

Ο καθηγητής Karl Albert Fischer, διευθυντής του Ινστιτούτου για το Φως και το Χρώμα στην Αυστρία δηλώνει μάλιστα πως: “το ζεστό φως των λαμπτήρων πυρακτώσεως που σε πολλά σημεία του ομοιάζει με αυτό του ήλιου, σύμφωνα με νεώτερες έρευνες, μπορεί να προστατεύει τον αμφιβληστροειδή.”

Εκατοντάδες επιπλέον μελέτες αποδεικνύουν πως το φως μεγάλου μήκους κύματος, που πλησιάζει στην υπέρυθη ακτινοβολία (IR), -ποιότητα φωτός που εκπέμπουν κατά κόρον οι λάμπες πυρακτώσεως-, ενισχύει την αντοχή και την αυτο-αποκατάσταση των αισθητηρίων κυττάρων.

Ένας σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη ορμονικής φύσεως ασθένειες, είναι η μείωση της ορμόνης μελατονίνης στον οργανισμό. Το μπλε φως παίζει εδώ ένα σημαντικό ρόλο. Γιατί είναι η μελατονίνη τόσο σημαντική;

A.W.: Στα τέλη του 2008 δημοσιεύτηκαν δύο μελέτες στην Ιαπωνία, όπου έλαβαν μέρος 30.000 άντρες και γυναίκες. Οι επιστήμονες κατέληξαν στο συμπέρασμα πως μόλις πριν 100 χρόνια οι άνθρωποι παρέμεναν για 9 έως 10 ώρες κάθε μέρα στο σκοτάδι. Κατά τη διάρκειά της παραμονής τους στο σκοτάδι ο οργανισμός παράγει την μελατονίνη. Σήμερα η παραμονή στο σκοτάδι μετρά μόνο 6 έως 8 ώρες. Λιγότερη μελατονίνη σημαίνει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου, του προστάτη ή του στήθους.

Επειδή το σώμα δεν μπορεί πλέον να χαλαρώσει αρκετά;

A.W.: Η μελατονίνη εκτελεί διάφορες λειτουργίες. Στο έμβρυο, το οποίο μέσα στη μήτρα δεν αντιλαμβάνεται το φως με τα μάτια του, η μελατονίνη της μητέρας ρυθμίζει το δικό του βιολογικό ρυθμό. Ο άνθρωπος διαθέτει ένα κεντρικό ρολόι στον ενδιάμεσο εγκέφαλο, το οποίο παράγει σε 24ωρη βάση τον κυρκαδικό ρυθμό και τον προωθεί μέσω του νευρικού συστήματος σε όλο το σώμα. Αυτό το κεντρικό ρολόι συνδέεται μέσω της λεγόμενης ρετινο-υποθαλαμιαίας οδού, με τον αμφιβληστροειδή χιτώνα των οφθαλμών και κατ' αυτό τον τρόπο λαμβάνει τα σήματα συγχρονισμού μέσα από το φως που φτάνει στα μάτια.

Η μελατονίνη με τη σειρά της συγχρονίζει τα επιμέρους “ρολόγια” των οργάνων. Κάθε όργανο του σώματος διαθέτει το δικό του ρυθμό και φυσικά ιδανική είναι η κατάσταση όταν λειτουργούν σε συγχρονισμό μεταξύ τους. Αυτή είναι μία από τις λειτουργίες της μελατονίνης.

Κατά τη διάρκεια της ημέρα είμαστε κινητικοί, δραστήριοι και καταναλώνουμε ενέργεια, ενώ κατά τη διάρκεια της νύχτας είναι σημαντική η ανάπαυση. Η μελατονίνη προάγει την ανανέωση σε πολλαπλά επίπεδα και φτάνει μέχρι και μέσα στα μιτοχόνδρια των κυττάρων.

Για το λόγο αυτό γίνεται ολοένα και συχνότερα αντικατάσταση των λαμπτήρων φθορισμού των συστημάτων νυχτερινού φωτισμού των γηροκομείων, με κιτρινωπά LED, τα οποία επηρεάζουν λιγότερο τον ύπνο. Πράγμα που είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους ηλικιωμένους, των οποίων οι κυρκαδικοί ρυθμοί είναι ιδιαίτερα επίπεδοι.

Επικίνδυνη αντήχηση υδραργύρου.

A.W.: Ο ιδιαίτερα τοξικός υδράργυρος είναι το βασικό συστατικό των περισσότερων λαμπτήρων φθορισμού (τις λεγόμενες λάμπες νέον), που ονομάζονται για το λόγο αυτό και “λάμπες εκκένωσης ατμού υδρογόνου”. Μέσω του ηλεκτρικού ρεύματος φορτίζονται τα άτομα υδρογόνου (ιονίζονται) και παράγουν έναν ιδιαίτερο τύπο φωτεινής ακτινοβολίας (φθορισμού).

Αυτή η ίδια διαδικασία ισχύει και για τις λάμπες εξοικονόμησης ενέργειας, για τις επίπεδες τηλεοράσεις LCD και για τις TFT οθόνες υπολογιστών.

Στο βιομηχανοποιημένο κόσμο δεν περιέχουν ίχνη υδραργύρου μόνο τα τρόφιμα, αλλά και ο αέρας. Για το λόγο αυτό όλοι μας δεχόμαστε συνεχώς ποσότητες υδραργύρου. Το σώμα επιβαρύνεται δε ιδιαίτερα με αυτό το βαρύ μέταλλο, όταν κάνουμε κάποιο εμβόλιο (σημαντικότερη αιτία παρενεργειών τους) ή όταν επιτρέπουμε τα σφραγίσματα δοντιών με αμάλαμα (όπου ο υδράργυρος “εξατμίζεται” συνεχώς και αφορμειώνεται από το σώμα καθώς τον παραλαμβάνει μέσω των βλεννογόνων στο στόμα).

Όμως ο υδράργυρος μπορεί να προκαλέσει βλάβες στον οργανισμό, ακόμη και όταν δεν βρίσκεται μέσα στο σώμα. Αρκεί και μόνο να πέσει στα μάτια μας φως από ιονισμένα άτομα υδρογόνου. Στα μάτι μας βρίσκεται η -ηλικιακά συνδεδεμένη- ουσία λιποφουσίνη, η οποία παράγει ιδιαίτερα πολλές ελεύθερες ρίζες (οι οποίες συνδέονται με την πρόκληση καρκίνου) όταν ακτινοβολείται με την μπλε γραμμή εκπομπών υδραργύρου, η οποία έχει μήκος κύματος 436 νανόμετρα.!

Όποιος δηλαδή λαμβάνει φως από “λάμπες εκκένωσης ατμού υδρογόνου”, ειδικά όταν κοιτάζει σε μια οθόνη υπολογιστή ή σε μία τηλεόραση LCD, διατρέχει τον κίνδυνο υψηλής παραγωγής βλαβερών ελεύθερων ριζών στα μάτια του;

A.W.: Ναι, αλλά και σε άλλα κύτταρα που περιέχουν λιποφουσίνη. Επειδή αυτή η ουσία αυξάνει συνεχώς μετά το 20ο έτος, είναι οι ηλικιωμένοι άνθρωποι πιο ευαίσθητοι στο μπλε φως του υδραργύρου από τους νεότερους, ειδικά εάν έχουν υποστεί εγχείρηση καταρράκτη, όπου ο φυσικός κιτρινωπός φακός των ματιών αντικαθίσταται από ένα διάφανο συνθετικό φακό. Τότε ο αμφιβληστροειδής είναι απόλυτα εκτεθειμένος στο μπλε τεχνητό φως, πράγμα που μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση. Γι' αυτό και τοποθετούνται σήμερα συχνότερα κιτρινωπά χρωματισμένοι συνθετικοί φακοί, ώστε να απομακρύνεται μέρος του βλαβερού μπλε φωτός.

Το “φως υδραργύρου” (φθορισμού) επιδεινώνει επιπλέον την τοξικότητα του υδραργύρου που τυχόν υπάρχει μέσα στο σώμα, διότι ακριβώς αυτή η ποιότητα φωτός είναι που έχει τη δυνατότητα να “ξυπνήσει” το βαρύ αυτό μέταλλο. Ο υδράργυρος έχει την ικανότητα να ενώνεται πολύ εύκολα με άλλα σημαντικά χημικά στοιχεία (όπως οξυγόνο, υδρογόνο, χλώριο, θείο κτλ) και να δημιουργεί νέες ενώσεις. Κατά τη διαδικασία αυτή όμως, όπου το οξυγόνο που περιείχαν αντικαθιστάτε από υδράργυρο, καταστρέφονται ζωτικής σημασίας μόρια.

Πηγή: <http://www.patinorama.com/3/9/2011>

5. Νέο φάρμακο αναστρέφει την τύφλωση

Νέο φάρμακο αναστρέφει την τύφλωση. Επαναφέρει την όραση σε άτομα που πάσχουν από κληρονομική οπτική ατροφία. Οι ασθενείς που συμμετείχαν στη βρετανική μελέτη κατάφεραν να διαβάσουν, να κινηθούν μόνοι τους με ευκολία ή ακόμη να δουν φωτογραφίες αγαπημένων τους προσώπων.

Λονδίνο

Βρετανοί ερευνητές από το Πανεπιστήμιο του Νιουκάσλ ανακάλυψαν ότι ένα νέο φάρμακο, το οποίο περιέχει μια συνθετική ένωση ανάλογη του συνενζύμου Q10, είναι ικανό να αναστρέψει προβλήματα όρασης ατόμων που πάσχουν από κληρονομική οπτική ατροφία.

Ελπιδοφόρα θεραπεία

Στην κλινική δοκιμή που πραγματοποίησαν οι ειδικοί έλαβαν μέρος 62 ασθενείς που έπασχαν από την εν λόγω νόσο, η οποία εμφανίζεται σε ηλικίες 20-25 ετών και οδηγεί στη βραδέως προοδευτική μείωση της οπτικής οξύτητας αλλά και της αντίληψης των χρωμάτων. Πρόκειται για την πιο κοινή μορφή κληρονομικής τύφλωσης.

Οι επιστήμονες χορηγούσαν στους συμμετέχοντες μια θεραπεία ιδεβενόνης για ένα διάστημα 24 εβδομάδων. Παρατήρησαν λοιπόν ότι μέχρι το τέλος της θεραπείας, η όραση του 25% των εθελοντών είχε βελτιωθεί σε σημείο ώστε να μπορούν να διαβάσουν μια ολόκληρη γραμμή γραμμάτων ενός διαγράμματος.

Βρήκαν ξανά το φως τους

«Πρόκειται για την πρώτη αποδεδειγμένα αποτελεσματική θεραπεία ενάντια σε μια

μιτοχονδριακή διαταραχή που πλήττει τα ενεργειακά “εργοστάσια” των ματιών» εξηγεί ο επικεφαλής της μελέτης καθηγητής Πάτρικ Τσίνερι.

Το φάρμακο, σύμφωνα με τους ειδικούς, εισχωρεί στα μιτοχόνδρια των οφθαλμών και στη συνέχεια καθαρίζει τα τοξικά μόρια που προκαλούν βλάβες στον οφθαλμικό ιστό.

«Είδαμε ασθενείς που αρχικά δεν μπορούσαν καν να διακρίνουν το διάγραμμα στον τοίχο, να διαβάζουν στην πορεία την πρώτη γραμμή, ενώ κάποιοι άλλοι προσπάθησαν να περάσουν ακόμη και στη δεύτερη. Για τους συγκεκριμένους ανθρώπους, κάτι τέτοιο θα μπορούσε να σημαίνει σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους» προσθέτει ο επιστήμονας.

«Γνωρίζουμε ότι η όρασή τους είναι τώρα στο σημείο που ήταν κάποτε, αλλά γνωρίζουμε ακόμα ότι η θεραπεία αυτή θα μπορούσε να μεταμορφώσει την καθημερινότητά τους – κάποιοι από τους ασθενείς ήταν σε θέση να κινούνται μέσα στο χώρο με μεγαλύτερη ευκολία ή να μπορούν να βλέπουν και πάλι οικογενειακές φωτογραφίες» καταλήγει.

Το φάρμακο το οποίο παρασκευάζεται από την φαρμακευτική εταιρεία Santhera Pharmaceuticals, αναμένεται να περάσει από την απαραίτητη αξιολόγηση των αρμόδιων ευρωπαϊκών αρχών, προτού χορηγηθεί σε περισσότερους ασθενείς.

Πηγή: <http://www.tovima.gr/27/07/2011>

Κοινωνικά, Προνοιακά, Ασφαλιστικά κι άλλα Θέματα που μας Αφορούν

1. Τα άτομα με ειδικές ανάγκες δίνουν μάχη για καλύτερες υπηρεσίες στις αερομεταφορές.

Μπορεί η τεχνολογία να έχει προχωρήσει, μπορεί η νομοθεσία να έχει προβλέψει όλες τις κατηγορίες ανθρώπων, αλλά εν τέλει αυτοί που πάσχουν από κινητικά προβλήματα είναι καταδικασμένοι να μη μπορούν να μετακινηθούν αυτόνομα ή με την ελάχιστη βοήθεια των συνανθρώπων τους.

Δυστυχώς σε αυτό τον κόσμο, όλα φτιάχτηκαν για ανθρώπους που χαίρουν άκρας υγείας, και οι άνθρωποι με κινητικά προβλήματα αποκλείονται από αυτόν με τον πιο σκληρό τρόπο. Μπορεί η τεχνολογία να έχει προχωρήσει, μπορεί η νομοθεσία να έχει προβλέψει όλες τις κατηγορίες ανθρώπων, αλλά εν τέλει αυτοί που πάσχουν από κινητικά προβλήματα είναι καταδικασμένοι να μη μπορούν να μετακινηθούν αυτόνομα ή με την ελάχιστη βοήθεια των συνανθρώπων τους.

Ωστόσο, οι διοργανωτές της εκστρατείας για τα δικαιώματα των ατόμων με ειδικές ανάγκες συνεχίζουν να δίνουν μάχη για την καλύτερη μεταχείρισή τους κατά την μετακίνησή τους με τις ευρωπαϊκές αεροπορικές εταιρείες. Μετά την συνάντηση, που είχαν με τους επικεφαλής για τις μεταφορές της Ευρωπαϊκής Ένωσης την προη-

γούμενη εβδομάδα, πήραν την υπόσχεση για σχετική βελτίωση της κατάστασης. Ωστόσο, ο Stig Langvad, πρόεδρος του ευρωπαϊκού forum για τα άτομα με ειδικές ανάγκες (European Disability Forum - EDF) είπε: «Θα πάρει χρόνια για να σπάσουμε την διάκριση, που υφίστανται τα άτομα με ειδικές ανάγκες κάθε μέρα».

Οι αξιωματούχοι της Ευρωπαϊκής Ένωσης συνάντησαν τα μέλη της εκστρατείας, που εκπροσωπούν 80 εκατ. άτομα με ειδικές ανάγκες και συζήτησαν για τις δυσκολίες, που αντιμετωπίζουν στην αεροπορική μετακίνησή τους με καροτσάκια στα 27 κράτη-μέλη. Το EDF μίλησε για μικρή νίκη μετά την συνάντηση με το Επίτροπο για τις μεταφορές Siim Kallas. Ο Stig Langvad δήλωσε ότι ο Επίτροπος δεν ήταν πραγματικά πρόθυμος να εξετάσει την εξέλιξη της εφαρμογής της νομοθεσίας για τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Βέβαια, οι αεροπορικές εταιρείες έχουν βρεθεί στο στόχαστρο με πληθώρα από εκκρεμείς αγωγές για υποθέσεις, που αφορούν σε άτομα με ειδικές ανάγκες. Ωστόσο, ο Stig Langvad τόνισε ότι έχει σημειωθεί μικρή πρόοδος, καθώς οι αεροπορικές εταιρείες έχουν αναγκαστεί να εφαρμόσουν την υπάρχουσα νομοθεσία για τα κράτη μέλη ή να εξασφαλίσουν επαρκή εξοπλισμό, όπως είναι τα αναπηρικά καροτσάκια, που όποια είναι διαθέσιμα στα αεροδρόμια.

Από την πλευρά του το EDF συνεχίζει να ασκεί πίεση στο ευρωπαϊκό διευθυντήριο των μεταφορών, για να επιτύχει συμμόρφωση με την υφιστάμενη νομοθεσία και να βελτιώσει την εκπαίδευση των προσωπικού των αεροπορικών εταιρειών, τόνισε ο Stig Langvad. Από την άλλη, η ΕΕ εξετάζει να αναθεωρήσει τις υπάρχουσες οδηγίες και να αποσαφηνίσει σε ποιες περιπτώσεις οι επιβάτες μπορούν να αρνηθούν την επιβίβασή τους.

Δικαστικός μαραθώνιος κατά των αεροπορικών εταιρειών

Η συνάντηση επιτεύχθηκε μετά από την διαμαρτυρία πολλών αεροπορικών εταιρειών, που έφθασαν στα «αυτιά» της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, μαζί με έγγραφη διαμαρτυρία εκ μέρους του αρμόδιου εκπροσώπου των Ηνωμένων Εθνών, του οποίου απαγορεύτηκε η επιβίβαση σε πτήση της Swiss International Airlines τον Απρίλιο.

Επίσης, η Ryanair έχασε την δικαστική μάχη στην Βρετανία στις αρχές του χρόνου για την υπόθεση μιας γυναίκας σε αναπηρικό καροτσάκι, που ακινητοποιήθηκε στον κυλιόμενο διάδρομο, όταν ζήτησε υδραυλικό νοσοκομειακό κρεβάτι, για να την εισάγουν στην αεροπορική καμπίνα, αλλά η αεροπορική εταιρεία δεν το διέθετε. Ο σύζυγος της ανάπηρης γυναίκας την μετέφερε στο αεροσκάφος σηκώνοντάς την στα χέρια του και το δικαστήριο αποφάσισε ότι όντως το προσωπικό του αεροσκάφους δεν την παρείχαν βοήθεια. Παρομοίως, η Air Europa, η easyJet και η Air Berlin έχουν εμπλακεί σε παρόμοιες υποθέσεις και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει δεχθεί πληθώρα οχλήσεων.

Ο νόμος της ΕΕ του 2006 απαιτούσε από τα αεροδρόμια και τις αεροπορικές εταιρείες να εξυπηρετούν και να επιβιβάζουν τους επιβάτες με περιορισμένη κινητικότητα. Ωστόσο, η αξιολόγηση, που έγινε τον Απρίλιο, έδειξε ότι η συμμόρφωση με την νομοθεσία ήταν μετέωρη στην καλύτερη περίπτωση. Τα προβλήματα εντοπίζονται συχνά, όταν οι επιβάτες με αναπηρία έχουν κλείσει εισιτήρια και ζητούν βοήθεια στην μετακίνησή τους ή πρόσθετο εξοπλισμό. Εντοπίζουν, λοιπόν, ότι ο εξο-

πλισμός δεν παραδίδεται σε αυτούς είτε παραδίδεται με καθυστέρηση και το προσωπικό του αεροδρομίου και των αεροπορικών εταιρειών δεν ξέρει να χρησιμοποιήσει σωστά τα αναπηρικά καροτσάκια και σε πολλές περιπτώσεις απαγορεύεται στους επιβάτες να επιβιβαστούν εάν δεν συνοδεύονται από ένα άτομο, που να μπορεί να τους εξυπηρετήσει. Σε πολλές περιπτώσεις, τα προβλήματα εμφανίζονται όταν οι επιβάτες με κινητικά προβλήματα δεν γνωρίζουν τα δικαιώματά τους.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ανακοίνωσε τον Απρίλιο ότι θα έπρεπε να κρατήσει αυστηρότερη στάση στο συγκεκριμένο ζήτημα και ο πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Jose Manuel Barroso υποσχέθηκε τον προηγούμενο μήνα να θεσμοθετήσει την «Ένωση για τα άτομα με ειδικές ανάγκες» στην οποία θα συζητούνται οι πολιτικές μεταρρυθμίσεις στο ζήτημα μεταξύ των ηγετών της ΕΕ τον ερχόμενο Δεκέμβριο.

Πηγή: <http://www.traveltimes.gr/8/07/2011>.

2. Νέο καθεστώς για τις αναπηρικές συντάξεις

Νέα διαδικασία για τον καθορισμό ή επανακαθορισμό αναπηρικής σύνταξης προβλέπεται σε εγκύκλιο του ΙΚΑ.

«Λόγω της μετάβασης των νοσοκομείων τον ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στο ΕΣΥ, η διαδικασία παραπομπής για κρίση από υγειονομική επιτροπή για καθορισμό ή επανακαθορισμό σύνταξης αναπηρίας τροποποιείται και παύει η λειτουργία της Γραμματείας Ιατρικού Ελέγχου Συντάξεων Αναπηρίας».

Ειδικότερα, όπως διευκρινίζεται, «λόγω της μετάβασης των νοσοκομείων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στο ΕΣΥ, η διαδικασία παραπομπής για κρίση από υγειονομική επιτροπή για καθορισμό ή επανακαθορισμό σύνταξης αναπηρίας τροποποιείται και παύει η λειτουργία της Γραμματείας Ιατρικού Ελέγχου Συντάξεων Αναπηρίας (ΠΕΣΑ)».

Η διαδικασία

1. Κατάθεση αίτησης για χορήγηση ποσοστού αναπηρίας.

Ο ασφαλισμένος καταθέτει στο τμήμα συντάξεων του υποκαταστήματος στο οποίο ανήκει αίτηση για παραπομπή του στην υγειονομική επιτροπή για σύνταξη αναπηρίας εφ' όσον πληρούνται οι ασφαλιστικές προϋποθέσεις. Στη φάση αυτή, εκτός από την αίτηση, καταθέτει και τα απαραίτητα ιατρικά στοιχεία. Τα ιατρικά στοιχεία περιλαμβάνουν: Αναλυτική/ές ιατρική/ες έκθεση/εις του παραπέμποντος/ων ιατρού/ών. Η ιατρική αυτή έκθεση θα είναι απολύτως στοιχειοθετημένη και θα παραπέμπει σε εργαστηριακά δεδομένα (ακτινογραφίες με τα πορίσματά τους, αξονικές τομογραφίες, MRI, βιοψίες, ΗΜΓ, triplex, ΗΚΓ κ.λπ.), τα οποία θα είναι πρωτότυπα και η διενέργειά τους θα είναι πρόσφατη και όχι παλαιότερη του εξαμήνου. Παλαιότερες εργαστηριακές εξετάσεις, των οποίων τα στοιχεία κρίνεται πως θα συμβάλουν στην ορθή κρίση της επιτροπής (π.χ., βιοψίες), γίνονται επίσης δεκτά. Η παραλαμβάνουσα υπηρεσία χορηγεί στον καταθέτοντα σχετικό αποδεικτικό έγγραφο.

2. Προέλεγχος.

Με ευθύνη του διευθυντή της ΤΜΥ ή της ΝΜΥ της περιοχής αρμοδιότητας του το-

πικού ή περιφερειακού υποκαταστήματος στο οποίο κατατέθηκε η αίτηση του ασφαλισμένου, θα ορίζεται ιατρός ειδικότητας παθολόγου, γενικής ιατρικής ή άνευ ειδικότητας ο οποίος θα μεταβαίνει μία φορά την εβδομάδα (κάθε Πέμπτη) στο αρμόδιο τμήμα συντάξεων του υποκαταστήματος που έχει παραλάβει την αίτηση και θα εξετάζει την πληρότητα των ιατρικών πιστοποιητικών που περιέχονται στο φάκελο του ασφαλισμένου. Σε περίπτωση που ο ιατρός που διενεργεί τον προέλεγχο, κρίνει πως απαιτούνται και άλλες εργαστηριακές εξετάσεις για την ολοκλήρωση του φακέλου προκειμένου να διευκολύνει την ορθή κρίση της υγειονομικής επιτροπής, συμπληρώνει τα απαραίτητα παραπεμπτικά και παραπέμπει τον ασφαλισμένο για τη διενέργεια των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων ή για κλινική εξέταση και έκδοση σχετικής ιατρικής γνωμάτευσης εάν απαιτείται. Όταν ο ασφαλισμένος ολοκληρώσει τον έλεγχο, προσκομίζει τα ζητηθέντα στοιχεία στο τμήμα που παρέλαβε την αρχική του αίτηση και προστίθενται στο φάκελο του.

Το τμήμα που έχει παραλάβει τα στοιχεία του υπ' αρ. 1, τα διαβιβάζει στο περιφερειακό υποκατάστημα Συντάξεων στην Υποδιεύθυνση Υγειονομικής Υπηρεσίας (Πειραιώς 181 Αθήνα) προκειμένου να προγραμματισθεί για εξέταση από την υγειονομική επιτροπή με την ίδια διαδικασία που προβλέπεται μέχρι σήμερα.

Ειδικές περιπτώσεις

Οι ασφαλισμένοι που δεν μπορούν να μετακινηθούν εξαιτίας σοβαρών κινητικών ή άλλων προβλημάτων καταθέτουν τα απαραίτητα δικαιολογητικά που απαιτούνται με μέριμνα ατόμου του περιβάλλοντος τους.

Πηγή: Εφημερίδα «Η βραδυνή» 5/07/2011.

3. Διαδικτυακή διανομή οπτικοακουστικών έργων: διαβούλευση για την καλύτερη αξιοποίηση των ευκαιριών.

Η πράσινη βίβλος πραγματεύεται ευρύ φάσμα θεμάτων, μεταξύ των οποίων και ορισμένες ειδικές χρήσεις οπτικοακουστικών έργων, όπως με την παροχή δημόσιας υπηρεσίας των ιδρυμάτων κινηματογραφικής κληρονομιάς και με την πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία σε πολιτιστικό υλικό.

Βρυξέλλες, 13 Ιουλίου – Η ψηφιακή τεχνολογία και το διαδίκτυο μεταβάλλουν ραγδαία τον τρόπο παραγωγής, διάθεσης στην αγορά και διανομής των οπτικοακουστικών έργων. Οι καταναλωτές ολοένα και περισσότερο προσδοκούν ότι θα μπορούν να βλέπουν οτιδήποτε, οπουδήποτε, οποιαδήποτε στιγμή και μέσω μιας σειράς συσκευών (τηλεόραση, προσωπικός υπολογιστής, κονσόλα παιχνιδιών, κινητή συσκευή μέσων επικοινωνίας). Τα επιχειρηματικά μοντέλα πρέπει να εξελιχθούν γρήγορα ώστε να συμβαδίζουν με τους ολοένα ταχύτερους ρυθμούς των τεχνολογικών αλλαγών, που προσφέρουν νέες ευκαιρίες σε δημιουργούς και διανομείς, αλλά και νέες προσδοκίες στους καταναλωτές και, τελικά, περισσότερη ανάπτυξη και θέσεις εργασίας.

Επιθυμώντας να συγκεντρώσει απόψεις σχετικά με το πώς η Ευρώπη μπορεί να αξιοποιήσει τις ευκαιρίες αυτές και να κινηθεί προς την κατεύθυνση της ψηφιακής ενιαίας αγοράς, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημοσίευσε πράσινη βίβλο για την πρωτο-

βουλία του Επιτρόπου Εσωτερικής Αγοράς, κ. Michel Barnier, σε συμφωνία με την Αντιπρόεδρο, αρμόδια για το Ψηφιακό Θεματολόγιο, κα Neelie Kroes και την κα Ανδρούλλα Βασιλείου, Επίτροπο για την Εκπαίδευση, τον Πολιτισμό, την Πολυγλωσσία και τη Νεολαία. Η πράσινη βίβλος χρησιμεύει ως βάση για τη συζήτηση σχετικά με την ανάγκη και τον τρόπο προσαρμογής του ρυθμιστικού πλαισίου ώστε η ευρωπαϊκή βιομηχανία να μπορέσει να αναπτύξει νέα επιχειρηματικά μοντέλα, οι δημιουργοί να αποκτήσουν νέους τρόπους διανομής και οι ευρωπαίοι καταναλωτές να έχουν καλύτερη πρόσβαση σε περιεχόμενο σε ολόκληρη την Ευρώπη. Όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη καλούνται να διατυπώσουν τις απόψεις τους όσον αφορά διάφορες πτυχές της διαδικτυακής διανομής οπτικοακουστικών έργων, όπως κινηματογραφικών ταινιών, ντοκιμαντέρ, τηλεοπτικών ταινιών, κινουμένων σχεδίων κλπ. Τα σχόλια μπορούν να υποβληθούν έως τις 18 Νοεμβρίου 2011.

Ο Επίτροπος κ. Barnier δήλωσε: «Θέλω να εξασφαλίσω ότι οι Ευρωπαίοι θα μπορούν να εκμεταλλευτούν τις ευκαιρίες που προσφέρει το διαδίκτυο. Ενδιαφέρομαι να ακούσω τις απόψεις όλων των ενδιαφερομένων - δημιουργών, ερμηνευτών, παραγωγών, διανομέων και καταναλωτών. Τα αποτελέσματα της διαβούλευσης αυτής θα είναι σημαντική συμβολή στις πρωτοβουλίες που ετοιμάζω, όπου περιλαμβάνονται μια νομοθετική πρόταση σχετικά με τη χορήγηση συλλογικών αδειών πνευματικών δικαιωμάτων, η επανεξέταση του πλαισίου που ορίζει η οδηγία του 2001 για την Κοινωνία της Πληροφορίας καθώς και η αναθεώρηση της οδηγίας σχετικά με την επιβολή των δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας.»

Η πράσινη βίβλος πραγματεύεται ευρύ φάσμα θεμάτων:

Αξιολογεί το ρυθμό των αλλαγών που ακολουθεί ο οπτικοακουστικός τομέας ως μέρος της διαδικτυακής επανάστασης και τον καλύτερο τρόπο για την αντιμετώπιση των συνεπαγόμενων προβλημάτων, καθώς και τον καλύτερο τρόπο για την αξιοποίηση των ευκαιριών που η ψηφιακή ενιαία αγορά θα προσφέρει στους δημιουργούς, στον κλάδο και στους καταναλωτές.

Εξετάζει την εκκαθάριση δικαιωμάτων όσον αφορά τη διαδικτυακή διανομή των υπηρεσιών οπτικοακουστικών μέσων επικοινωνίας. Απαιτείται αξιολόγηση της έκτασης των προβλημάτων στο πεδίο αυτό, του ακριβούς χαρακτήρα τους και των πιθανών πολιτικών επιλογών.

Θίγει το θέμα της λήψης πρόσθετων μέτρων σε επίπεδο ΕΕ για να εξασφαλιστεί επαρκής αμοιβή δημιουργών και καλλιτεχνών ως προς τη διαδικτυακή χρήση των έργων και των παραστάσεων επί των οποίων κατέχουν δικαιώματα.

Ασχολείται επίσης με ορισμένες ειδικές χρήσεις οπτικοακουστικών έργων, όπως με την παροχή δημόσιας υπηρεσίας των ιδρυμάτων κινηματογραφικής κληρονομιάς και με την πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία σε πολιτιστικό υλικό.

Οι απαντήσεις στη διαβούλευση θα συντελέσουν ώστε η Επιτροπή να εκτιμήσει την ανάγκη να λάβει μέτρα που θα επιτρέψουν στους πολίτες της ΕΕ, τους παρόχους υπηρεσιών επιγραμμικού (διαδικτυακού) περιεχομένου και τους κατόχους δικαιωμάτων να επωφεληθούν από το πλήρες δυναμικό της ενιαίας ψηφιακής αγοράς θα συμβάλουν επίσης στην επικείμενη πρόταση της Επιτροπής για την εξομάλυνση της συλλογικής διαχείρισης δικαιωμάτων.

Ιστορικό

Ο κλάδος της πολιτιστικής βιομηχανίας στην Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένου του οπτικοακουστικού τομέα, έχει σημαντική συμβολή στην οικονομία της ΕΕ: δημιουργεί περίπου το 3% του ενωσιακού ΑΕΠ - που αντιστοιχεί σε ετήσια αξία της αγοράς ύψους 500 δις ευρώ - και απασχολεί περίπου 6 εκατομμύρια άτομα. Επιπλέον, ο τομέας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην προώθηση της καινοτομίας, ιδίως για τις συσκευές και τα δίκτυα. Η Ευρωπαϊκή Ένωση καταγράφει τη δεύτερη υψηλότερη τηλεθέαση σε παγκόσμιο επίπεδο, παράγει περισσότερες ταινίες από οποιαδήποτε άλλη περιοχή στον κόσμο και φιλοξενεί πάνω από 500 διαδικτυακές υπηρεσίες βίντεο.

Κατά την περίοδο 2007-2013 το πρόγραμμα MEDIA της Ευρωπαϊκής Επιτροπής επενδύει 755 εκατ. ευρώ στην ευρωπαϊκή κινηματογραφική βιομηχανία (από την ίδρυσή του, το 1991, έχουν χορηγηθεί περισσότερα από 1,5 δις ευρώ). Σκοπός είναι η βελτίωση της διανομής και της προώθησης των ευρωπαϊκών ταινιών καθώς και η ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας του τομέα. Στους στόχους του περιλαμβάνεται η παροχή υποστήριξης για τη διαδικτυακή διανομή οπτικοακουστικών έργων, π.χ. μέσα από πλατφόρμες για βίντεο κατά παραγγελία. Βλ. http://ec.europa.eu/culture/media/programme/newtech/vod_dcc/list/index_en.htm

Η πράσινη βίβλος της Επιτροπής δημοσιεύεται στο πλαίσιο της στρατηγικής Ευρώπη 2020, η οποία έχει ως στόχο να ενισχύσει την έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη στην Ευρώπη, της Πράξης για την Ενιαία Αγορά1 και της συνακόλουθης στρατηγικής της Επιτροπής για τα δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας (βλ. IP/11/630) και του Ψηφιακού Θεματολογίου για την Ευρώπη (βλ. IP/10/581). Βλ. (MEMO/11/502):http://ec.europa.eu/internal_market/consultations/2011/audiovisual_en.htm.

Αρμόδιοι για επικοινωνία :

Chantal Hughes +32 2 296 44 50

Carmel Dunne +32 2 299 88 94

Catherine Bunyan +32 2 299 65 12

Πηγή: <http://www.wtmnews.gr/> 14/07/2011

Τεχνολογικά Βοηθήματα και Δραστηριότητες για ΑμΠΟ

1. Ο πρώτος δικτυακός οδηγός πόλης για ΑΜεΑ

Η καταγραφή των χώρων με προσβασιμότητα για ΑμεΑ έγινε από το Σεπτέμβριο ως το Νοέμβριο του 2010, για να ακολουθήσει μια σημαντική αναθεώρηση, με τις αναγκαίες επαληθεύσεις, το Μάρτιο του 2011. Αυτή την εποχή μπαίνουν οι τελευταίες «πινελιές».

Συχνά, κάποια «αγαθά» (το νερό, το ρεύμα, η υγεία, η κινητικότητα) τα θεωρούμε δεδομένα στη ζωή και την καθημερινότητά μας και δεν τους δίνουμε περισσότερη σημασία.

Φυσικά, ακόμα και σε βαριές περιπτώσεις, όπως η τετραπληγία, που καθλώνει τον πάσχοντα σε αμαξίδιο, η ζωή δεν σταματά.

Αρχίζουν, όμως, τα σοκ: το πρώτο είναι αυτό του ατυχήματος, το δεύτερο όταν συνειδητοποιείς τι ακριβώς έχει συμβεί στο σώμα σου, το τρίτο όταν προσπαθείς να κινηθείς σε μια πόλη αφιλόξενη για τα άτομα με προβλήματα κινητικότητας, χωρίς κατάλληλες υποδομές σε πολλούς δημόσιους χώρους και μέσα μαζικής μεταφοράς, στην οποία κατοικούν άτομα μειωμένης -συχνότατα- κοινωνικής ευαισθησίας που δεν διστάζουν να κλείνουν τις ράμπες των πεζοδρομίων, όταν δεν βρίσκουν αλλού να παρκάρουν. Ο Έλληνας εκπαιδεύεται, αλλά οι ρυθμοί του είναι πολύ αργοί! Δεν υπάρχει εξοικείωση με το θέαμα ενός ανθρώπου σε αμαξίδιο...

Πού μπορεί, λοιπόν, να πάει και πώς μπορεί να κινηθεί ένα άτομο σε αμαξίδιο που θέλει να ζήσει (με όλη τη σημασία της λέξης) στη σημερινή Αθήνα; Την απάντηση έρχεται να δώσει το rollout.gr (www.rollout.gr), μια νέα και ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα ιστοσελίδα-οδηγός πόλης ειδικά για ΑμεΑ, που ετοίμασε, παίρνοντας αφορμή από τις δικές του εμπειρίες, ο 27χρονος Ανδρέας Στρατικόπουλος, αθλητής και φοιτητής των ΤΕΦΑΑ, που είναι παραπληγικός τα τελευταία πέντε χρόνια, έπειτα από ατύχημα στη θάλασσα.

«Ξεκίνησα από δική μου ανάγκη... Κάθε φορά που έπαιρνα τηλέφωνο να βγω, δεν ήταν σίγουρο ότι θα πέσω σε κάποιον που να ξέρει τι είναι πρόσβαση. Κορυφαίο δείγμα, οι άνθρωποι ενός θεάτρου που με διαβεβαίωναν ότι, βεβαίως, υπάρχει προσβασιμότητα για άτομα με αμαξίδιο. Τι ακριβώς εννοείτε; -ρωτάω υποψιασμένος. Υπάρχουν μονάχα 17 σκαλιά! Δηλαδή, εσείς πώς εννοείτε την προσβασιμότητα; Μη στενοχωριέστε, θα το σηκώσουμε το παλικάρι και θα το ανεβάσουμε! απαντούν. Μα, ποιος είμαι; Η Κλεοπάτρα, να με σηκώνουν στα χέρια; Φιλότιμοι άνθρωποι, δεν λέω, με καλή διάθεση να βοηθήσουν, αλλά... αυτό δεν λέγεται προσβασιμότητα! Θες να βγεις και να είσαι άνετος, να μην ενοχλήσεις και να μην σε ενοχλήσουν... να έχεις την επιλογή να πας οπουδήποτε!» δηλώνει, ορίζοντας το μείζον πρόβλημα.

Η απάντησή του είναι το rollout.gr, το οποίο βλέπει ακόμα και σαν λύση για την επαγγελματική του αποκατάσταση (οι ευκαιρίες για τετραπληγικούς είναι ελάχιστες, τονίζει). «Ξεκίνησα τον Απρίλη του 2010. Το όνομα βγήκε σαν αναλαμπή, όλα βγήκαν έτσι σ' αυτό το project - η ιδέα, το όνομα... Ρολάρω, είμαι σε δυο ρόδες, οι συνειρμοί με το rock & roll, το λανσάρισμα... Όταν αποφάσισα ότι θέλω να το κάνω, κατάλαβα πως ο όγκος της πληροφορίας ήταν γιγάντιος για να τον συγκεντρώσω μόνος μου, καλά, σωστά και γρήγορα, χωρίς να χάσω χρόνο από αυτά που πρέπει να κάνω, φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία... Η ζωή μου είναι μια συγκεκριμένη καθημερινή ρουτίνα, από την οποία δύσκολα θα ξεφύγω. Έτσι, απευθύνθηκα σε μια εταιρεία ερευνών, όπου έγινε πολύ καλή εκπαίδευση των ερευνητών σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αμαξίδιο (σκαλοπάτια, κολονάκια, διαδρομές κ.λπ.). Αυτοί συγκέντρωσαν τελικά το υλικό, μαζί με λίγες προσωπικές επαφές».

Η καταγραφή των χώρων με προσβασιμότητα για ΑμεΑ έγινε από το Σεπτέμβριο ως το Νοέμβριο του 2010, για να ακολουθήσει μια σημαντική αναθεώρηση, με τις αναγκαίες επαληθεύσεις, το Μάρτιο του 2011. Αυτή την εποχή μπαίνουν οι τελευταίες «πινελιές», με στόχο η ιστοσελίδα να «βγει στον αέρα» πριν ο Ανδρέας μπει στο χειρουργείο για μια νέα, σοβαρή επέμβαση.

Όμως ο ίδιος δεν βλέπει το rollout.gr μονάχα σαν βάση δεδομένων, αλλά σαν την έκφραση μιας ολόκληρης κοινότητας («η πρώτη στατιστική που θέλω να βγει στο rollout.gr είναι αυτή: ποιος είναι ο κυριότερος λόγος που σας εμποδίζει να βγείτε;» τονίζει). Σύμφωνα με στοιχεία του Συλλόγου Παραπληγικών / Τετραπληγικών, ο αριθμός τους στην Αθήνα ξεπερνά τις 80.000. Μεγάλο νούμερο και, δυστυχώς, αυξανόμενο. Σ' αυτούς πρέπει να προστεθούν χιλιάδες άλλοι, με προβλήματα κινητικότητας από δεκάδες αιτίες. Για τους περισσότερους το βασικό, αν όχι το μόνο, «παράθυρο στον κόσμο» είναι το Ιντερνέτ.

Ο επίλογος στον Ανδρέα: «Είχα κρατήσει πολύ χαμηλό προφίλ... Το 70% της ύλης το καταχώρισα μόνος μου, έπεσα με τα μούτρα, έμαθα! Το έβλεπα σαν δικό μου παιδί, που μόνο εγώ ήξερα τον τρόπο να το αναθρέψω, δεν το μοιράστηκα! Βέβαια, στο site έχει προβλεφθεί τρόπος για feedback, όποιος θέλει μπορεί να στέλνει πληροφορίες, είτε καταστηματούχης είτε ΑμεΑ. Θα υπάρξει κοινότητα στο facebook, που στοχεύω να γίνει κάτι πολύ σπουδαίο. Ακόμα το τρέχω μόνος μου - έχω λίγους συνεργάτες! Ποια είναι η ταυτότητά του; Είμαστε εδώ, για να βγούμε!».

Του ΓΙΑΝΝΗ ΡΙΖΟΠΟΥΛΟΥ

Επιμέλεια: ΒΑΛΙΑ ΚΑΪΜΑΚΗ : valia@enet.gr

Πηγή: <http://www.enet.gr/> 28/08/2011

2. Το λογισμικό της ελευθερίας των ΑμεΑ

Υποστηρικτικές υπηρεσίες πληροφορικής με μηδενικό κόστος.

Οι υπηρεσίες υποστηρικτικών τεχνολογιών πληροφορικής (ΥΤΠ) στους ανθρώπους με αναπηρία είναι μιά σχετικά “φρέσκια” υπόθεση στην οικεία αγορά. Και όπως οτιδήποτε φρέσκο (βλ. νόμους αγοράς) ήταν επί χρόνια πανάκριβες/υπερτιμολογημένες. Όχι πια...

Πλέον έχουν αρχίσει να ωριμάζουν ή και έχουν επαρκώς ωριμάσει στη συνείδηση των χρηστών, το οποίο σημαίνει ότι η δραματική μείωση κόστους συνιστά νομοτέλεια. Οτιδήποτε άλλο συνιστά κερδοσκοπική κοροϊδία, την οποία κανένα άλλοθι δεν μπορεί να συγκαλύψει. Τρανότερη απόδειξη από την επί του θέματος παρέμβαση του εργαστηρίου προσβασιμότητας του τμήματος πληροφορικής πανεπιστημίου Αθηνών (η εγκυρότητα του οποίου είναι διεθνώς αδιαμφισβήτη), δεν μπορεί να υπάρξει. Το πανεπιστήμιο, λοιπόν, ούτε λίγο ούτε πολύ έχει μηδενίσει το κόστος παροχής υποστηρικτικών υπηρεσιών πληροφορικής, με όρους αγοράς έως πρόσφατα πανάκριβων!

Η όλη υπόθεση επιγραμματικά έχει ως εξής:

Μετά από έρευνες δυό και πλέον χρόνων, το εργαστήριο προσβασιμότητας του

τμήματος πληροφορικής πανεπιστημίου Αθηνών δημιούργησε την ιστοθέση <http://access.uoa.gr/fs/> που συνιστά μία μικρή επανάσταση για τους χρήστες Η/Υ με αναπηρία. Προσφέρει δωρεάν και ελεύθερα όλες τις διαθέσιμες εφαρμογές λογισμικού Υποστηρικτικών Τεχνολογιών Πληροφορικής (ΥΤΠ), το κόστος των οποίων είναι υψηλότατο (μπορεί να φτάσει μέχρι και 2.500€), ενίοτε δε απαγορευτικό για τους ανθρώπους με αναπηρία, πολλοί εκ των οποίων ανήκουν στις λεγόμενες χαμηλές εισοδηματικές τάξεις.

Η επίσημη διεθνής παρουσίαση του “ελεύθερου λογισμικού”, υπό την μορφή κεντρικής επιστημονικής ανακοίνωσης έχει πραγματοποιηθεί εδώ και έναν χρόνο, στα πλαίσια του 12ου International Conference on Computer helping people with Special Needs που διεξήχθη στην Βιέννη από 14 – 16 Ιουλίου 2010. Έκτοτε διαρκώς εξελίσσεται, προσθέτοντας νέα προϊόντα και δυνατότητες χρήσης που εντάσσονται στο “ηλεκτρονικό περιβάλλον” ολοένα διευρυνόμενες ομάδες χρηστών. Όπως πληροφορούμαστε νέες εφαρμογές – εκπλήξεις διανύουν το τελευταίο στάδιο δοκιμών πριν τεθούν στη διάθεση των χρηστών με την έναρξη της φθινοπωρινής περιόδου.

Ο ιθύνων νους και επικεφαλής του εργαστηρίου προσβασιμότητας του πανεπιστημίου Αθηνών καθηγητής πληροφορικής Γιώργος Κουρουπέτρογλου, σχετίζει το “επαναστατικό” της δημιουργίας με την άρνηση της παγκόσμιας δημόσιας και μη ασφαλιστικής αγοράς να εντάξει τα προϊόντα πληροφορικής στα χρηματοδοτούμενα / επιδοτούμενα προϊόντα. Όπως με έμφαση επισημαίνει “ενώ οι ΥΤΠ έχουν τα τελευταία χρόνια αναπτύξει μοναδικές λύσεις για την διευκόλυνση της καθημερινότητας των ΑμεΑ, οι ασφαλιστικοί φορείς δεν αναγνωρίζουν την δαπάνη αγοράς τους όπως κάνουν με τις λεγόμενες συμβατικές λύσεις, όπως αναπηρικό αμαξίδιο, μπαστούνι για τυφλούς κ.ο.κ.”

Μερικές αξιοσημείωτες πληροφορίες: Στην προεργασία δημιουργίας του ελεύθερου λογισμικού, δοκιμάστηκαν ούτε λίγο ούτε πολύ 224 εφαρμογές ΥΤΠ για ΑμεΑ. Τελικά επιλέχθηκαν και συμπεριελήφθησαν στην ιστοθέση <http://access.uoa.gr/fs> οι 82 που πληρούσαν τα πλέον υψηλά/αξιόπιστα κριτήρια. Οι πλέον χαρακτηριστικές κατηγορίες εφαρμογών που είναι ελεύθερα πλέον διαθέσιμες στους χρήστες Η/Υ με αναπηρία, καλύπτουν όλες τις γνωστές μέχρι σήμερα ειδικές διαδικτυακές ανάγκες. Συγκεκριμένα:

***Αναγνωριστές Ομιλίας:** επιτρέπουν στον χρήστη να εισάγει κείμενο στον υπολογιστή μέσω της φωνής του. Κάποιοι Αναγνωριστές Ομιλίας επιτρέπουν τον χειρισμό του Ηλεκτρονικού Υπολογιστή και των εφαρμογών που επιθυμεί, είτε με προκαθορισμένες φωνητικές εντολές, είτε με νέες που μπορεί να δημιουργήσει ο ίδιος.

***Αναγνώστες Οθόνης:** εντοπίζουν όλες τις μορφές κειμένου (ορατές ή μη) στο γραφικό περιβάλλον του Ηλεκτρονικού Υπολογιστή και με την βοήθεια του συστήματος Μετατροπής Κειμένου σε Ομιλία δίνει την δυνατότητα στον χρήστη να πλοηγηθεί στο γραφικό περιβάλλον.

***Αναγνώστες Daisy:** επιτρέπουν την μετατροπή αρχείων κειμένου σύμφωνα με το πρότυπο Daisy και δίνει την δυνατότητα στον χρήστη να έχει ακουστική πρόσβαση σε αρχεία αυτής της μορφής καθώς και να πλοηγηθεί στην δομή τους.

***Λογισμικά Διευκόλυνσης Κλικ:** βοηθούν στην επιλογή του είδους του κλικ του ποντικιού (αριστερό, δεξί, διπλό, drag and drop κλπ). Οι χρήστες που δεν μπορούν να πατήσουν τα πλήκτρα του ποντικιού, μέσω του λογισμικού, μπορούν να κάνουν κλικ μετακινώντας απλά ποντίκι.

***Εικονικά Πληκτρολόγια:** επιτρέπουν την εισαγωγή κειμένου με την βοήθεια του ποντικιού, αντί του κανονικού πληκτρολογίου.

***Έλεγχος με το κεφάλι:** Τα βοηθήματα αυτής της κατηγορίας επιτρέπουν στον χρήστη να ελέγχει την κίνηση του δείκτη του ποντικιού, μέσω της εγκατεστημένης κάμερας (Webcam), απλα με την κίνηση του κεφαλιού του.

***Βοηθήματα Εναλλακτικής και Επαυξητικής Επικοινωνίας:** επιτρέπουν στον χρήστη να επικοινωνεί μέσω συμβόλων ή εικονιδίων, όπως BLISS, MAKATON, PCS.

***Μετατροπείς Κειμένου σε Ομιλία:** έχουν την δυνατότητα να μετατρέπει ηλεκτρονικό κείμενο σε συνθετική ομιλία.

***Μεγεθυντές Οθόνης:** επιτρέπουν την μεγέθυνση όλων των στοιχείων που βρίσκονται στην οθόνη του υπολογιστή (εικόνες, κείμενο και οποιοδήποτε μικρό αντικείμενο).

***Μετατροπείς Braille:** μεταφράζουν ηλεκτρονικό κείμενο από φυσική γλώσσα σε κώδικα Braille και αντίστροφα. Επίσης μπορούν να εκτυπώσουν κείμενο Braille στους ειδικούς εκτυπωτές (Braille Embossers).

***Πλοήγηση στο Διαδίκτυο:** Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται Περιηγητές στον Ιστό (Web Browsers) ειδικοί για άτομα με προβλήματα όρασης. Συνήθως προσφέρουν κάποια βελτιωμένα χαρακτηριστικά προσβασιμότητας ή απλά μετατρέπουν το περιεχόμενο των ιστοσελίδων σε πιο απλή μορφή, αφαιρώντας για παράδειγμα τις εικόνες, ή αυξάνοντας το μέγεθος του κειμένου και απλοποιώντας τη μορφοποίησή του. Αυτά τα βοηθήματα βασίζονται στην ύπαρξη στον ηλεκτρονικό υπολογιστή ενός Αναγνώστη Οθόνης και Συστήματος Μετατροπής Κειμένου-σε-Ομιλία για να λειτουργήσουν

***Προσομοιωτές Ποντικιού:** επιτρέπουν την αντικατάσταση του ποντικιού από άλλες συσκευές, για παράδειγμα, joystick ή πληκτρολόγιο

***Συντόμευση Πληκτρολογίου:** Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει βοηθήματα που επιτρέπουν την αντικατάσταση του αρχικού τρόπου εκτέλεσης μιας ενέργειας με το πάτημα ενός πλήκτρου ή συνδυασμού πλήκτρων. Περιλαμβάνουν μια προκαθορισμένη λίστα με τις δυνατές επιλογές που έχει ο χρήστης και ορισμένα δίνουν την δυνατότητα δημιουργίας νέων συντομεύσεων.

***VideoΚειμενοτηλεφωνία:** Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται προγράμματα επικοινωνίας μέσω Internet με την χρήση κειμένου (chat) ή video (videocalls).

Μια κρίσιμη παρατήρηση αντί επιλόγου : Οι πληροφορίες της ιστοθέσης του Πανεπιστημίου Αθηνών για το Ελεύθερα διαθέσιμο λογισμικό ΥΤΠ δεν αφορούν ή δεν πρέπει να αφορούν αποκλειστικά και μόνο τους ανθρώπους με αναπηρία που εξ' αντικειμένου αποτελούν τους τελικούς χρήστες, αλλά και πολλές άλλες ομάδες που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών στους ΑμεΑ. Μπορούν και πρέπει να αποτελέσουν σημαντικά εργαλεία για τους δασκάλους και καθηγητές ειδικής αγωγής που ασχολούνται με τους μαθητές με αναπηρία είτε σε ειδικά σχολεία, είτε σε τάξεις ένταξης, καθώς επίσης και για τους επαγγελματίες όλων των ειδικοτήτων αποκα-

τάστασης. Φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, πληροφορικούς, γιατρούς και λοιπούς ειδικούς αποκατάστασης. Ένα ολιστικό εργαλείο από το μέλλον που επιθετικά και γεμάτο αυτοπεποίθηση συστήνεται και προτείνει απελευθερωτικές λύσεις στο άμεσο παρόν. Διαρκώς διευρυνόμενο και εξελισσόμενο όπως καθετί το πραγματικά επαναστατικό.

Πηγή: <http://www.enet.gr/> 16/08/2011

3. Νέες δυνατότητες πρόσβασης στο διαδίκτυο ατόμων με οπτική αναπηρία

Υπηρεσία Calling Web με την σφραγίδα του συλλόγου Τεχνολογικής Ανάπτυξης Τυφλών.

Το Calling Web (Καλώντας το Web) είναι μια καινοτόμα και πρωτοποριακή υπηρεσία ενημέρωσης και πρόσβασης στο διαδίκτυο για άτομα με οπτική αναπηρία, αλλά και για δυσλεκτικούς, κινητικά αναπήρους, αλλοδαπούς, υπερήλικες και τεχνολογικά αναλφάβητους, που φέρει την σφραγίδα του Συλλόγου Τεχνολογικής Ανάπτυξης Τυφλών.

Το περιεχόμενο της υπηρεσίας : Ο κάθε πολίτης που τηλεφωνεί στον τηλεφωνικό αριθμό της υπηρεσίας Calling Web 210 8610100 (με αστική χρέωση) έχει τη δυνατότητα να «διαβάζει» ιστοσελίδες, χωρίς τεχνικές γνώσεις, χωρίς τον ειδικό κοστοβόρο εξοπλισμό, χωρίς σύνδεση internet και μπορεί μέσω της υπηρεσίας «τηλεανάγνωσης» να χειρίζεται τη φυλλομέτρηση των ιστοσελίδων χρησιμοποιώντας μόνο τη φωνή του.

Μερικές από τις κατηγορίες ιστοσελίδων που μπορούν να παρέχουν τηλεανάγνωση είναι:

- α. Ειδησεογραφικές πύλες/portals (ειδήσεις από διαδικτυακές πύλες, από σελίδες ηλεκτρονικής ειδησεογραφίας κ.λπ.)
- β. Blogs
- γ. Ιστοσελίδες καλλιτεχνών, πολιτικών, αθλητών και κάθε πολίτη που προβάλλεται στο διαδίκτυο
- δ. Ιστοσελίδες πολιτικών κομμάτων
- ε. Ιστοσελίδες τοπικής αυτοδιοίκησης
- στ. Ιστοσελίδες υπουργείων
- ζ. Ιστοσελίδες εμπορικών επιχειρήσεων
- η. Ιστοσελίδες οργανισμών και ενώσεων

Όπως επισημαίνουν οι του Σ.Τ.Α.Τ. (πρόκειται για μη κερδοσκοπικό φορέα, σύμβουλο σε θέματα τεχνολογίας της εθνικής ομοσπονδίας τυφλών) “η λειτουργία και η ανάπτυξη της εν λόγω υπηρεσίας, προϋποθέτει ετήσιο κόστος αρκετών δεκάδων χιλιάδων ευρώ και δεν ήταν δυνατό να υποστηριχθεί από επιχορηγήσεις και επιδοτήσεις. Έτσι, στοχεύοντας στην παροχή μίας μόνιμης και ολοκληρωμένης αναπτυσσόμενης υπηρεσίας, απευθυνόμαστε στους κατόχους ιστοσελίδων προκειμένου με τη μορφή συνδρομής να παρέχουν φωνητική επαύξηση του δικτυακού τους τύπου και μάλιστα μέσω τηλεανάγνωσης”.

Με απλά λόγια: Η υπηρεσία Calling Web, προσφέρει σε κάθε κάτοχο ιστοσελίδας, τη δυνατότητα τηλεφωνικής πρόσβασης του δικτυακού του τόπου, με χαμηλό ετήσιο κόστος, σε μία εποχή που οι επιβαρυνμένοι οικονομικοί προϋπολογισμοί, δεν επιτρέπουν την προμήθεια και εγκατάσταση κοστοβόρων υποστηρικτικών υπηρεσιών (φωνητικές πύλες και σύγχρονα τηλεφωνικά κέντρα). Αξίζει δε να τονιστεί ότι ο Σ.Τ.Α.Τ. έχει λάβει την απόφαση ότι η ανάπηροι κάτοχοι ιστοσελίδων, καθώς και τα μη κερδοσκοπικά σωματεία αναπήρων, εντάσσουν τις ιστοσελίδες του στο Calling Web, απολύτως δωρεάν.

Ήδη και μέσα σε διάστημα λίγων μηνών από την ολοκλήρωση της τεχνογνωσίας οι του Σ.Τ.Α.Τ. έχουν επιτύχει την υποστήριξη της εθνικής ομοσπονδίας και του πανελλήνιου συνδέσμου τυφλών, του πανελλαδικού συνδέσμου παραπληγικών και κινητικά αναπήρων, αλλά και της πανελληνίας ομοσπονδίας ενώσεων συντακτών που έχουν θέσει την υπηρεσία υπό την αιγίδα τους. Επίσης, η υπηρεσία έχει ήδη εγκατασταθεί και ξεκινήσει την λειτουργία της σε σύστημα πολλαπλών τηλεφωνικών γραμμών που απαντούν στον τηλεφωνικό αριθμό 210 8610100, με ενταγμένους δωρεάν τους παρακάτω ιστοτόπους:

1. www.poesy.gr (ιστοσελίδα Πανελληνίας Ομοσπονδίας Ενώσεων Συντακτών)
2. www.disabled.gr (ιστοσελίδα του θεματικού περιοδικού “Αναπηρία Τώρα”)
3. www.panap.gr (ιστοσελίδα της κίνησης “Παρέμβαση αναπήρων πολιτών”)
4. www.akida-eu.blogspot.com (ιστολόγιο που ασχολείται με θέματα υγείας και κοινωνικών δικαιωμάτων)
5. www.orp.gr (ορθόδοξη πορεία - Σύλλογος Ορθοδόξων Τυφλών Ελλάδος)

Με την υποσημείωση ότι καθημερινά εντάσσονται στο Calling Web και άλλες μη συνδρομητικές ιστοσελίδες από το χώρο της αναπηρίας, οι ενδιαφερόμενοι για περαιτέρω λεπτομέρειες σχετικές με την συγκεκριμένη υπηρεσία μπορούν να επισκεφτούν την ιστοσελίδα www.callingweb.org, οι πληροφορίες της οποίας εμπλουτίζονται συνεχώς.

Οι δημιουργοί του Calling Web στοχεύουν στην επίσημη παρουσίαση της πρωτόπου υπηρεσίας τους λίαν συντόμως και αφού έχει προχωρήσει η διαδικασία ένταξης του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού συνδρομητικών ιστοσελίδων . Μέχρι την στιγμή εκείνη καλούν όλους τους ενδιαφερόμενους “προκειμένου να έχετε ίδια άποψη για τη λειτουργία της υπηρεσίας, να τηλεφωνήσετε στον τηλεφωνικό αριθμό 210 8610100 όπου έχετε τη δυνατότητα να ζητήσετε μία από τις ενταγμένες ιστοσελίδες (π.χ. [poesy.gr](http://www.poesy.gr)) και να διαβάσετε τα νέα της”.

Πηγή: <http://www.enet.gr/> 8/09/2011

4. ONYX™ Deskset 17 & PACMate

i. ONYX™ Deskset 17: Η φορητή, ευπροσάρμοστη απάντηση στις ανάγκες ατόμων με χαμηλή όραση.

Για τους σπουδαστές, τους επαγγελματίες, και άλλους με παθήσεις εκφυλισμού αμφιβληστροειδούς, ή άλλες μορφές απώλειας όρασης, το ONYX Deskset 17 είναι η καλύτερη λύση για φορητό σύστημα μεγέθυνσης που πηγαίνει παντού εύκολα και

με ανεξάρτητη συσκευασία. Ταιριάζει σε οποιοδήποτε τάξη, επιχείρηση, ή σπίτι και αλλάζει από μια κατάσταση παρακολούθησης προς την επόμενη τόσο γρήγορα όσο και εσείς. Μεταφέρεται εύκολα μέσω της λαβής που είναι τοποθετημένη επάνω από την οθόνη, και απλά τον συνδέετε σε μια απλή πρίζα για να σας προσφέρει απόλυτα ξεκάθαρη και σαφή μεγέθυνση μέχρι 85x.

Το ONYX Deskset 17 αποτελείται από μια κάμερα που είναι τοποθετημένη σε ένα περιστρεφόμενο βραχίονα σε μια οθόνη TFT 17 ιντσών. Ο βραχίονας προσφέρει στην κάμερα την δυνατότητα περιστροφής σε 350 μοίρες σε οποιαδήποτε κατεύθυνση.

Έτσι έχετε ένα σχεδόν ατελείωτο αριθμό θέσεων για να καλύψετε οποιαδήποτε απαίτηση. Οι βραχίονες της κάμερας μπορούν να εγκατασταθούν από κάθε πλευρά της οθόνης για να προσαρμόσετε καλύτερα στις ανάγκες σας.

Τρεις τρόποι μεγέθυνσης

Το ONYX Deskset 17 προσφέρει τρεις ευδιάκριτους τρόπους μεγέθυνσης: αντικείμενα σε απόσταση, έγγραφα, και στατική εικόνα.

Κατά την παρακολούθηση αντικειμένων σε απόσταση, ακόμη και τα αντικείμενα που είναι μακριά σε μεγάλα δωμάτια ή αίθουσες συνεδριάσεων μπορούν να φανούν με απόλυτη καθαριότητα και εστίαση.

Η χρήση στην ανάγνωση εγγράφων σας δίνει τη δυνατότητα να μεγεθύνετε έγγραφα σας όπως έγγραφα τις δουλειάς, βιβλία ή σημειώσεις στην τάξη, ετικέτες προϊόντων, εφημερίδες, προγράμματα θεάτρου κλπ.

Με την στατική εικόνα, παίρνετε μια μεγεθυμένη εικόνα αλλά καθρεπτισμένη. Αυτό που την κάνει ακόμα πιο εύκολη στην χρήση είναι ότι η κάμερα θυμάται τις τοποθετήσεις της σε κάθε θέση έτσι μπορείτε να κινηθείτε ανάμεσα στους τρόπους που προαναφέραμε χωρίς να χρειαστεί ξανά ρύθμιση της κάμερας.

Περιλαμβάνει τσάντα μεταφοράς με θήκες για έγγραφα, θήκη για τα καλώδια τροφοδοσίας και τον τηλεχειρισμό, και με φερμουάρ.

Αλλά χαρακτηριστικά του ONYX Deskset 17:

Μια επιλογή του πλήρους χρώματος, ο ενισχυμένο Μαύρο σε άσπρο θετικό, ενισχυμένο λευκό σε μαύρο αρνητικό, και αντίστροφο χρώμα.

- Μια σειρά των ρυθμίσεων φωτεινότητας για να αποβάλει το έντονο φως και να επιτρέψει την χρήση στο χαμηλό φως
- Κάλυψη και ανάγνωση των γραμμών
- Συμπαγές και ελαφρύ, βάρος λιγότερο από 6 κιλά.
- Λειτουργία εύρεσης για να καθορίσετε την γωνία πριν εστιάσετε στο αντικείμενο
- Ένα μοναδικό, πολύ μικρό τηλεχειριστήριο που, αντίθετα από τις κλασικές υπέρυθρες μονάδες τηλεχειρισμού, δεν χρειάζεται να σκοπεύετε στη κάμερα.
- Κλείδωμα εστίασης για να κρατήσει ένα αντικείμενο ή ένα έγγραφο καθαρό και σαφές κατά το εργασία ή το γράψιμο κάτω από τη κάμερα.
- Πάγωμα εικόνας που παρέχει άφθονο χρόνο για να εξετάσετε προσεκτικά την κάθε εικόνα.

ii. PACMate Σειρά BX & QX: Ένα πολύτιμο πολυεργαλείο! BX400 • BX420 • BX440 & QX400 • QX420 • QX440

Η επαναστατική σειρά **PACMate BX & QX** ενσωματώνει το JAWS®, το πιο δημοφιλές αναγνώστη οθόνης παγκοσμίως, και το Microsoft® Pocket PC για να δημιουργήσει το πρώτο προσβάσιμο Pocket PC του κόσμου για τους τυφλούς.

Επικρατούσα πλατφόρμα

Η συσκευή με πληκτρολόγιο τύπου Perkins ή τύπου QWERTY είναι μια προσιτή τυποποιημένη βιομηχανική πλατφόρμα. Παρέχει πρόσβαση όχι μόνο στο λογισμικό Microsoft Pocket PC αλλά τρέχει και άλλο λογισμικό παραδείγματος χάριν λογισμικό για να ελέγξει το κινητό τηλέφωνο σας. Είναι εύκολο να προστεθεί άλλο λογισμικό, όπως ένας ανιχνευτής γραμμωτών κωδικών (Barcode) ή μια ασύρματη κάρτα τοπικού δικτύου LAN. Κατά συνέπεια το PACMate είναι μια προσιτή πλατφόρμα υπολογισμού, όπως ο προσωπικός υπολογιστής γραφείου, που έχει συνεχής πρόσβαση στο πιο σύγχρονο λογισμικό και υλικό. Αυτή η μεταβλητότητα κάνει το PACMate ιδανικό σύντροφο για τις επαγγελματικές, εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές ανάγκες, και για εύκολη πρόσβαση στο Διαδίκτυο. Δεν υπάρχει καμία άλλη συσκευή όπως αυτή στο κόσμο.

Πολύ εύκολο στη χρήση

Ανάψτε το PACMate και ακούστε το γνωστό συνθέτη ομιλίας Eloquence που τρέχει με το JAWS. Εάν ξέρετε το JAWS, ξέρετε ήδη πώς να χρησιμοποιήσετε αυτό το προϊόν. Εάν έχετε τα προβλήματα, υπάρχει διαθέσιμη ενσωματωμένη βοήθεια, βοήθεια πληκτρολόγησης, ακόμη και βοήθεια για τα Windows.

Υπομονάδα Braille

Προσθέστε μια οθόνη Braille 20 - ή 40 - κυττάρων στο PACMate μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα χωρίς καλώδια και εργαλεία. Απλώς απελευθερώστε το σύρτη στο πίσω μέρος της μονάδας και τοποθετήστε την φορητή οθόνη Braille του PACMate. Αφαιρέστε την οθόνη εύκολα για να την χρησιμοποιήσετε στον υπολογιστή σας desktop ή laptop μέσω USB. Έτσι έχετε την μέγιστη οικονομία και ευελιξία στην χρήση της οθόνης Braille.

Διαχείριση αρχείων χωρίς κόπο

Το PACMate τρέχει την “μικρή” ή αλλιώς “Pocket” έκδοση του δημοφιλούς λογισμικού Microsoft Office και χρησιμοποιεί το ActiveSync για την σύνδεση και συγχρονισμό με τον υπολογιστή του γραφείου σας. Διαχειριστείτε το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και τα αρχεία οπουδήποτε καθ’ όλη τη διάρκεια της ημέρας με το PACMate και συνδέστε το με τον υπολογιστή γραφείου σας για να συγχρονίσετε αυτόματα, να ενημερώσετε και να στείλετε E-mail, επαφές, συναντήσεις, αρχεία, επιστολές, ακόμη και το περιεχόμενο του Ιστού ενημερώνεται αβίαστα κάθε φορά που συνδέεστε.

Η συνδεσιμότητα πέρα από κάθε σύγκριση

Το PACMate της σειράς BX & QX είναι συμπαγές αλλά με πολλές δυνατότητες επέκτασης.

Με δυο θύρες Compact Flash τύπου II, το PACMate δέχεται σχεδόν όλα τα διαθέσιμα περιφερικά συμβατά με το Pocket PC 2003. Προσθέστε μια κάρτα Wi-Fi για να

έχετε άμεσα ασύρματη σύνδεση στο Διαδίκτυο. Ελέγξτε το e-mail σας χρησιμοποιώντας ένα modem ή το κινητό τηλέφωνο σας. Ξεχάστε τα καλώδια και συνδεθείτε στον υπολογιστή σας, στο κινητό ή εκτυπωτή σας μέσω Bluetooth. Μπορείτε ακόμα να προσθέσετε έναν σαρωτή για bar code. Χρησιμοποιήστε την μια θύρα για απεριόριστη σύνδεση με κάρτες μνήμης compact flash και την άλλη θύρα για να συνδεθείτε παντού. Η διπλής κατεύθυνσης πόρτα σύνδεσης μέσω υπέρυθρων (Infrared) σας επιτρέπει να μοιράσετε τα αρχεία σας ασύρματα ανάμεσα στο PACMate και άλλων συσκευών με ενεργή σύνδεση υπέρυθρων (IrDA). Μπορείτε επίσης να το χρησιμοποιήσετε και για εκτύπωση ή ανάγλυφη εκτύπωση σε Braille. **Έχει δυνατότητα σύνδεσης με GPS και ειδικό λογισμικό για προσανατολισμό στην μετακίνηση!**

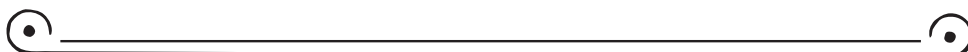
Χαρακτηριστικά:

- Λογισμικό Microsoft® Windows® Mobile™ 2003 για Pocket PC
- Αναγνώστης οθόνης JAWS® με συνθέτη ομιλίας Eloquence Speech και Acapela ή Loquendo (για ταυτόχρονη υποστήριξη αγγλικών και ελληνικών).
- Εισερχόμενα, Ημερολόγιο, Επαφές, Σημειώσεις, Pocket Word, Pocket Internet Explorer, Pocket Excel, Windows Media Player 9 (MP3, audio και video streaming)
- Προσβάσιμες εφαρμογές της Freedom Scientific - FSEdit, FS Calc, Stop Watch
- Επεξεργαστής Intel® Xscale™ 400MHz
- Μνήμη 64Mb RAM/32Mb Flash ROM
- Επαναφορτιζόμενη μπαταρία Λιθίου (Lithium Polymer)
- Φορτιστής μπαταρίας 12V AC
- Τσάντα μεταφοράς με λουρί για τον ώμο
- Πληκτρολόγιο Braille 8-πλήκτρων
- Καταγραφέας ήχου
- Θύρα USB τύπου Mini A/B - 2.0
- Θύρα υπέρυθρων IrDA 115kB/second
- 2 Θύρες Compact Flash Type II
- Μικρόφωνο / Ηχείο
- Δυο κανάλια ήχου

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η Εταιρεία IGI GROUP για τα μέλη της Π.Ε.Α. κάνει έκπτωση 10% στις τιμές των προϊόντων λογισμικού και 5 % στις τιμές των μηχανημάτων που αναγράφονται στην ιστοσελίδα τους. Η έκπτωση γίνεται μόνο αφού ο πελάτης θα παρουσιάσει έγκυρη κάρτα μέλους της Π.Ε.Α.

Στοιχεία Επικοινωνίας:

Γιώργος Μάρτος
Μικράς Ασίας 5, 11527 Αθήνα
Τηλ. & Φαξ : 210 7781224
E-mail: g.martos@igi-group.com
URL: www.igi-group.com



Ιατρικά Συνέδρια – Διοργανώσεις – Προγράμματα της Ε.Ε.

1. 5ο Ετήσιο Συνέδριο της Πανελληνίας Ένωσης Σπανίων Παθήσεων (Π.Ε.Σ.ΠΑ.) «Αυτοάνοσα Νοσήματα: το Σήμερα και το Αύριο» Ίδρυμα Ευγενίδου 25 & 26 Νοεμβρίου 2011

Σκοπός του Συνεδρίου

Η ενημέρωση τόσο των νέων ιατρών όσο των ασθενών αλλά και του ευρύτερου κοινού για τα σπάνια αυτοάνοσα νοσήματα, τα οποία αποτελούν μια επιστημονική πρόκληση για τον γενικό γιατρό και μια ηθική πρόκληση για τη σύγχρονη κοινωνία.

Το Συνέδριο απευθύνεται κυρίως στους:

- Ιατρούς
- Νοσηλευτές
- Επιστήμονες στο χώρο της Υγείας
- Ασθενείς κ.λπ.

Θεματολογία του Συνεδρίου

- Αυτοάνοσα Νοσήματα Συνδετικού Ιστού
- Αυτοφλεγμονώδη Νοσήματα
- Αυτοάνοσα Νοσήματα άλλων Συστημάτων
- Αγγειίτιδες
- Νεανικό Συστηματικό Σκληρόδερμα & Νεανική Δερματομυοσίτιδα
- Νεότερες Εξελίξεις στην Αντιμετώπιση Της Νεανικής Ιδιοπαθούς Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας
- Πρωτοπαθής Ανεπάρκεια και Αυτοανοσία
- Νόσος Behcet
- Σύνδρομο Sjogren
- Σαρκοείδωση
- Αγκυλωτική Σπονδυλοαρθρίτις
- Ρευματοειδής Αρθρίτιδα
- Συστηματικό Σκληρόδερμα
- Σύνδρομο Αντιφωσφολιπιδίων
- Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος
- Πολυμυοσίτιδα
- Δερματομυοσίτιδα
- Νόσος του Still
- Οικογενής Μεσογειακός Πυρετός
- Σύνδρομο Κρυσταλλίνης
- Ψωριασική Αρθρίτις

- Νόσος Crohn & Άλλες Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Εντέρου
- Epidermolysis Bullosa
- Σύνδρομο Guillain Barre
- Μυασθένεια Gravis
- Ενδοκρινολογικές Παθήσεις
- Cushing's Syndrome, Addison's Disease

Διοργάνωση:

- Πανελλήνια Ένωση Σπανίων Παθήσεων (**ΠΕΣΠΑ**)

Συνεδριακός χώρος:

- Ίδρυμα Ευγενίδου
Λ. Συγγρού 387, 175 64 Παλ. Φάληρο
(Είσοδος από Πεντέλης 11)
Τηλ: 210 9469600

Συντονιστική Επιτροπή Συνεδρίου

- | | |
|--------------------------------|---|
| Βουτσινάς Γεράσιμος | Μοριακός Βιολόγος, Ερευνητής Γ', Υπεύθυνος Εργαστηρίου Περιβαλλοντικής Μεταλλαξιγένεσης και Καρκινογένεσης, Ινστιτούτο Βιολογίας, ΕΚΕΦΕ Δημόκριτος. |
| Γιαννουκάκος Δρακούλης | Διευθυντής Ερευνών Εργαστήριο Μοριακής Διαγνωστικής Ινστιτούτο Ραδιοϊσοτόπων & Ραδιοδιαγνωστικών Προϊόντων Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών "Δημόκριτος" |
| Γιουρούκος Σωτήριος | Παιδονευρολόγος, Άμισθος Επίκουρος Καθηγητής Α' Παιδιατρικής Κλινικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων Η Αγία Σοφία |
| Λάμπρου Μαριάννα | Πρόεδρος της Π.Ε.Σ.ΠΑ. και της Ελληνικής Εταιρείας Οζώδους Σκληρύνσεως |
| Συνοδινός Δημήτριος | Οικονομολόγος, Εκπρόσωπος της Π.Ε.Σ.ΠΑ. στο Διοικητικό Συμβούλιο της Eurordis |
| Traeger – Synodinos Jan | Επίκουρη Καθηγήτρια Γενετικής, Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία» |

Πληροφορίες για το Συνέδριο:

Μαριάννα Λάμπρου
Τηλ.: 2107660989, 2107600289
e-mail: gr-pespa@otenet.gr
Ταχ. Διεύθυνση: Τιμοθέου 99-101, 16232 Αθήνα

2. 17ο Παγκόσμιο Συνέδριο Αμφιβληστροειδούς «Πύλη προς την Όραση» 11-16 Ιουλίου 2012 Ξενοδοχείο Grand Elysée, Αμβούργο, Γερμανία

Τις ημέρες 11-16 Ιουλίου 2012 θα διεξαχθεί στο Αμβούργο της Γερμανίας το 17ο Παγκόσμιο Συνέδριο της RETINA INTERNATIONAL για τις παθήσεις του αμφιβληστροειδούς.

Όπως κάθε φορά, η RETINA INTERNATIONAL προσκαλεί να συμμετάσχουν στο Συνέδριο όσοι πάσχουν ή έχουν στην οικογένειά τους πρόσωπα που πάσχουν από κάποια σπάνια πάθηση του αμφ/δούς ή από ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας, καθώς και επιστήμονες που ασχολούνται με τις συγκεκριμένες παθήσεις.

Το Συνέδριο διεξάγεται κάθε δύο χρόνια και είναι ένα σημαντικό φόρουμ για την ανακάλυψη των τελευταίων πληροφοριών για τη διάγνωση, θεραπεία και διαχείριση ασθενειών όπως η Μελαγχρωστική Αμφ/θεια, η Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς, το σύνδρομο Usher, το σύνδρομο Bardet-Biedl, η νόσος του Stargardt κι άλλες παρόμοιες. Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους μπορούν να μιλήσουν με ιατρούς και ερευνητές, καθώς και να συναντήσουν νέους φίλους από όλο τον κόσμο.

Στο πλαίσιο του Συνεδρίου προγραμματίζονται επίσης:

- ✓ Γενική Συνέλευση της RETINA INTERNATIONAL και συνεχιζόμενο πρόγραμμα εκπαίδευσης για τους εκπροσώπους φορέων,
- ✓ Σεμινάρια για οφθαλμιάτρους και ερευνητές,
- ✓ Έκθεση οπτικών βοηθημάτων,
- ✓ Τουριστικός γύρος του Αμβούργου.

Το Συνέδριο θα διεξαχθεί στα Αγγλικά και τα Γερμανικά και θα υπάρχει ταυτόχρονη μετάφραση σε Αγγλικά, Γερμανικά, Γαλλικά και Ισπανικά.

Η εγγραφή στο Συνέδριο για ασθενείς και εκπροσώπους είναι 120,00€ για δύο ημέρες. Η τιμή αυτή ισχύει για εγγραφές που θα γίνουν μέχρι 15 Μαρτίου 2012.

Το Συνέδριο θα λάβει χώρα στο ξενοδοχείο Grand Elysée (Rothenbaumchaussee 10, 20148 Hamburg, <http://www.grand-elysee.com>). Το ξενοδοχείο είναι πέντε αστέρων και το κόστος διαμονής μαζί με πρωινό είναι για κάθε ημέρα 140€ το μονόκλινο και 160€ το δίκλινο. Οι τιμές αυτές είναι ειδικές και ισχύουν για κρατήσεις μέσω του Συνεδρίου. Κοντά στον τόπο του Συνεδρίου βρίσκονται και άλλα ξενοδοχεία σε διάφορες κατηγορίες τιμών.

Για περισσότερες πληροφορίες και για εγγραφή μέσω διαδικτύου μπορείτε να ανατρέξετε στη διεύθυνση: www.retina-international-2012.de

Για καλύτερο συντονισμό και διευκόλυνση όσων ενδιαφέρονται να παρακολουθή-

σουν τις εργασίες του Συνεδρίου μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Πρόεδρο της Π.Ε.Α., κ. Στρατή Χατζηχαράλαμους (κιν.: 6972 550577).

Επιμέλεια και μετάφραση: Κωνσταντίνος Μπαρτζελιώτης.



Παράρτημα

Εφαρμογή Γενετικού Ελέγχου για Οφθαλμολογικές Παθήσεις στο Οφθαλμολογικό Ινστιτούτο Αθηνών (ΟΜΜΑ)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σήμερα με περισσότερα από 200 γνωστά γονίδια και γενετικούς τύπους που βεβαιωμένα εμπλέκονται στην παθογένεια κληρονομικών νοσημάτων του οφθαλμού, ο εντοπισμός του γενετικού αιτίου αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση για τη πλήρη και κατανοητή διάγνωση των ασθενειών αυτών και την πιθανή θεραπευτική αντιμετώπισή τους.

Χαρακτηριστικά αναφέρεται, ότι η ταυτοποίηση μιας ή περισσότερων μεταλλάξεων, που προκαλούν την εκάστοτε πάθηση, παρουσιάζει ιδιαίτερη κλινική σημασία, καθώς σε πολλές περιπτώσεις επιβεβαιώνει την κλινική διάγνωση, αλλά παράλληλα συμβάλει στην πρόληψη γενετικών νοσημάτων, μέσω της **προγενετικής και προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης**. Ακόμη η πλήρης και αξιόπιστη γενετική διάγνωση αποκτά μεγαλύτερη σημασία, λόγω των προσφάτων εξελίξεων, στη γονιδιακή θεραπεία ορισμένων παθήσεων αμφιβληστροειδικής δυστροφίας (RPE65 γονίδιο-στόχος της τρέχουσας γονιδιακής θεραπείας για παιδική μελαγχρωστική αμφιβληστροειδοπάθεια και συγγενή αμαύρωση κατά Leber), αφού αυτή προσφέρει στον ασθενή την δυνατότητα συμμετοχής στη συγκεκριμένη μέθοδο θεραπείας.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί μια πολύ σημαντική προσφορά της γενετικής διάγνωσης: η ελπίδα την οποία προσφέρει στους ασθενείς διότι συμμετέχουν και αυτοί σ' ένα σύνολο σε παγκόσμιο επίπεδο αποτελούμενο από ομοιοπαθείς ασθενείς και επιστήμονες που εργάζονται εντατικά για την επίλυση του προβλήματος τους.

ΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟ ΟΜΜΑ

Η εντυπωσιακή εφαρμογή της γενετικής και ο εντοπισμός γονιδίων που αφορούν σε σημαντικές οφθαλμολογικές παθήσεις κατέστησαν αναγκαία την δημιουργία ενός εργαστηρίου γενετικής στην Οφθαλμολογία, έτσι το ΟΜΜΑ, συνεχίζοντας την προσπάθειά του, να είναι πρωτοπόρο στην παρακολούθηση των εξελίξεων της διαγνωστικής στην Οφθαλμολογία, προέβη στην καλύτερη δυνατή στελέχωση του εργαστηρίου αυτού, εξοπλίζοντάς το με την αναγκαία τεχνολογική υποδομή.

Υπεύθυνη για την οργάνωση, τον συντονισμό και την αξιολόγηση των γενετικών αναλύσεων είναι η Δρ Σμαράγδα Καμακάρη, η οποία ασχολείται χρόνια με τη μο-

ριακή γενετική του ανθρώπου κι έχει εξειδικευτεί στην οφθαλμική γενετική. Έχει MSc στην ιατρική γενετική (Medical School, University of Newcastle Upon Tyne, Ηνωμένο Βασίλειο) και PhD στη μοριακή γενετική του ανθρώπου, το οποίο ολοκλήρωσε στο Ινστιτούτο Οφθαλμολογίας του Πανεπιστημίου του Λονδίνου (νυν UCL), στο Ηνωμένο Βασίλειο, υπό την εποπτεία του Καθηγητή κ. Bhattacharya. Από το 2003 συνεργάζεται σταθερά με τον κ. Μιλτιάδη Τσιλιμπάρη, αναπληρωτή καθηγητή Οφθαλμολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης και διευθυντή της Οφθαλμολογικής Κλινικής του Ηρακλείου. Στα πλαίσια πρότερης ερευνητικής προσπάθειας, η ομάδα τους έχει συλλέξει δείγματα από 300 μη συγγενείς ασθενείς με διαφόρους τύπους αμφιβληστροειδοπαθειών και έχει επιτύχει γενετική διάγνωση σε περίπου 100 ασθενείς με ποσοστό επιτυχίας που αγγίζει το 90% για τη νόσο Stargardt. Η ομάδα τους πρόσφατα διακρίθηκε με το πρώτο βραβείο καλύτερης ελεύθερης ανακοίνωσης στο 44^ο Οφθαλμολογικό Συνέδριο, 2011 με θέμα τη νόσο Stargardt. Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι αρκετοί ασθενείς τους, βάσει των γενετικών τους αποτελεσμάτων, προχώρησαν με επιτυχία σε προεμφυτευτική γενετική διάγνωση.

Ας σημειωθεί ότι είναι η πρώτη φορά στην Ελλάδα που εξειδικευμένο τμήμα ιατρικής γενετικής ενσωματώνεται και συμπληρώνει αντίστοιχο ιατρικό ινστιτούτο. Μ' αυτό τον τρόπο η ομάδα ασθενών με κληρονομούμενες οφθαλμικές παθήσεις θα μπορεί να λάβει για πρώτη φορά ολοκληρωμένη στήριξη και φροντίδα για τη διάγνωση και αντιμετώπιση των οφθαλμολογικών νοσημάτων τους.

ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ

Ειδικότερα σε πρακτικό επίπεδο στο νεοσύστατο εργαστήριο γενετικής του ΟΜΜΑ είναι σήμερα εφικτή η γενετική ανάλυση για τα κάτωθι νοσήματα.

Α) Μονογονιδιακές παθήσεις οφθαλμού με γενετική ετερογένεια: μαζικός έλεγχος μεταλλάξεων σε πολλά γονίδια.

Σε αυτές περιλαμβάνονται:

1. Σχολαστική λήψη πλήρους γενεαλογικού δένδρου του ασθενούς-επιλογή της κατάλληλης γι' αυτόν γενετικής ανάλυσης.

Συνεδρία 1 ώρα: 80€

Η συνεδρία αυτή μπορεί να λάβει χώρα ανεξαρτήτως γενετικής ανάλυσης προκειμένου να ενημερωθεί ο ασθενής σχετικά με τη πάθηση του.

2. Αυτοσωμική υπολειπόμενη μελαγχρωστική αμφιβληστροειδοπάθεια. **700€-10% ΕΚΠΤΩΣΗ για τα μέλη της Π.Ε.Α.: Τελική τιμή: 630€**
3. Αυτοσωμική επικρατής μελαγχρωστική αμφιβληστροειδοπάθεια. **800€-10% ΈΚΠΤΩΣΗ για τα μέλη της Π.Ε.Α: Τελική τιμή: 720€**
4. Φυλοσύνδετη μελαγχρωστική αμφιβληστροειδοπάθεια. **700€-10% ΕΚΠΤΩΣΗ για τα μέλη της Π.Ε.Α: Τελική τιμή: 630€**
5. Συγγενής Αμαύρωση κατά Leber: **800€-10% ΈΚΠΤΩΣΗ για τα μέλη της Π.Ε.Α: Τελική τιμή: 720€**

6. Σύνδρομο Usher (κώφωση – αμφιβληστροειδοπάθεια). **680€ -10% ΈΚΠΤΩΣΗ για τα μέλη της Π.Ε.Α: Τελική τιμή: 610€**
7. Σύνδρομο Bardet – Biedl. **700€ -10% ΈΚΠΤΩΣΗ για τα μέλη της Π.Ε.Α: Τελική τιμή: 630€**
8. Συγγενής μη εξελισσόμενη νυκταλωπία. **720€ -10% ΈΚΠΤΩΣΗ για τα μέλη της Π.Ε.Α: Τελική τιμή: 650€**
9. Δυστροφία του κερατοειδούς (corneal dystrophy). **700€ -10% ΕΚΠΤΩΣΗ για τα μέλη της Π.Ε.Α: Τελική τιμή: 630€**
10. Ερμηγεία αποτελέσματος-συμβουλευτική: **Συνεδρία 1 ώρας: 120€**

Οι ανωτέρω αναγραφόμενες τιμές των γενετικών αναλύσεων περιλαμβάνουν τα κάτωθι:

1. Την απομόνωση του γενετικού υλικού από περιφερικό αίμα.
2. Την αποστολή του γενετικού υλικού σ' εξειδικευμένο εργαστήριο του εξωτερικού για την εφαρμογή της μεθόδου των μικροσυστοιχιών.
3. Την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από την Δρ Καμακάρη.
4. Τη συγγραφή αξιόπιστου και κατανοητού για τον ασθενή πορίσματος.

Β) Πλήρης μοριακή ανάλυση για μεμονωμένα αμφιβληστροειδικά γονίδια.

1. **ABCA4:** Το γονίδιο της αυτοσωμικής υπολειπόμενης μορφής της νόσου Stargardt και της δυστροφίας κωνίων – ραβδίων: **750€.**
2. **CRX:** Δυστροφία κωνίων – ραβδίων: **300€**
3. **RDS:** Δυστροφία κωνίων – ραβδίων: **300€**
4. **RPE65:** Το γονίδιο στόχος των τρεχουσών κλινικών δοκιμών της γονιδιακής θεραπείας της νόσου Leber. **250€**

Η ανάλυση αυτή συνιστάται σε όλους τους πάσχοντες της αυτοσωμικής υπολειπόμενης μελαγχρωστικής αμφιβληστροειδοπάθειας και συγγενούς αμαύρωσης κατά Leber.

5. **CEP290:** Αποτελεί το συχνότερο αίτιο της αμαύρωσης κατά Leber, γεγονός που το καθιστά ίσως το κυριότερο επόμενο υποψήφιο γονίδιο – στόχο γονιδιακής θεραπείας. **1000€**
6. **Rhodopsin:** Αποτελεί το συχνότερο αίτιο της αυτοσωμικής επικρατούς μελαγχρωστικής αμφιβληστροειδοπάθειας. **100€**
7. **EYS:** Αποτελεί το συχνότερο αίτιο της αυτοσωμικής υπολειπομένης μελαγχρωστικής αμφιβληστροειδοπάθειας. **1000€**
8. **Bestrophin:** Το γονίδιο της λεκιθοειδούς δυστροφίας της ωχράς κηλίδας (Vitelliform Macular Dystrophy – **BEST** – VMD). **380€**
9. **Usherin:** Το γονίδιο της πιο συχνής μορφής συνδρόμου Usher, του τύπου 2. **1500€**
10. **RS1:** Το γονίδιο για τη ρετινόςχιση **350€**

11. **CHM:** Το γονίδιο για τη χοριοδερμιά: **450€**
12. **OPA1:** Το γονίδιο για την αυτοσωμική επικρατή, οπτική ατροφία: **800€**
13. **OAT** (ornithine aminotransferase): Γονίδιο για τη γυρεοειδή ατροφία. **400€**
14. Γενετική ανάλυση μιας στοχευμένης μετάλλαξης αμφιβλ/κού γονιδίου σε συγγενή πάσχοντος για τον εντοπισμό φορείας. **50€**
15. Γενετική ανάλυση δύο στοχευμένων μεταλλάξεων αμφιβλ/κού γονιδίου σε συγγενή πάσχοντος για τον εντοπισμό φορείας. **80€**

Οικονομικά Τεστ για Αυτοσωμική Υπολειπόμενη Αμφιβληστροειδοπάθεια και Αμαύρωση κατά Leber Σύμφωνα με Ερευνητικά Αποτελέσματα της Δρ Σ. ΚΑΜΑΚΑΡΗ

1. **RPE65:** Γενετικός έλεγχος για δύο συχνές μεταλλάξεις των Ελλήνων ασθενών: **60€**
2. **RGR:** Γενετικός έλεγχος για δύο συχνές μεταλλάξεις των Ελλήνων ασθενών: **60€**
3. **CEP290:** Γενετικός έλεγχος για δύο συχνές μεταλλάξεις των Ελλήνων ασθενών: **80€**

Δυνατότητα ανάλυσης οποιουδήποτε οφθαλμικού γονιδίου κατ' οίκον αν αυτό απαιτείται.

Γ) Εντοπισμός γονιδίων για διάφορες μορφές γλαυκώματος.

1. **CYP1B1:** Γονίδιο για το συγγενές γλαύκωμα (Primary congenital glaucoma). **170€**
2. **MYOC** (Myocilin) Γονίδιο για το γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας, με εμφάνιση στη νεανική ηλικία, 1 (Glaucoma, Primary Open Angle, Juvenile – onset).
3. **OPTN** (Optineurin) Γονίδιο για το γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας, με εμφάνιση στην ενήλικη ζωή (Glaucoma, Primary Open Angle, Adult – onset, POAG).
4. **WDR36:** Έτερο γονίδιο για το γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας, με εμφάνιση στην ενήλικη ζωή (Glaucoma, Primary Open Angle, Adult – onset, POAG).

Δ) Εντοπισμός γονιδίων που συσχετίζονται με την ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (Η.Ε.Ω., Age-related Macular Degeneration, AMD)

Η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς αποτελεί τη συχνότερη αιτία μείωσης της κεντρικής όρασης με 12.5 εκατομμύρια πάσχοντες στην Ευρώπη. Η προδιάθεση για την ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς εξαρτάται τόσο από γενετικούς όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα, η κατάναλωση αλκοόλ κ.λ.π.

Στο ανθρώπινο γονιδίωμα (DNA) υπάρχουν εκατοντάδες γενετικές παραλλαγές (πολυμορφισμοί), των οποίων ο συνδυασμός μπορεί να αυξάνει ή να μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης των πολυπαραγοντικών νοσημάτων. Τα τελευταία χρόνια μελέτες σε ομάδες πασχόντων και ομάδες ελέγχου έχουν συσχετίσει τέτοιους πολυμορφισμούς σε τέσσερα γονίδια (CFH, ARMS2, CFB, C2) με την εκδήλωση της ηλικιακής

εκφύλισης της ωχράς επιτρέποντας τον εντοπισμό ατόμων υψηλού ή χαμηλού κινδύνου ανάπτυξης της νόσου. Η συμμετοχή σε τέτοιες μελέτες είναι σημαντική εφόσον έτσι δημιουργούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις για νέες θεραπείες.

Το γενετικό τεστ συνιστάται στους πάσχοντες από ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς καθώς και στους συγγενείς τους, οι οποίοι αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου, αφού έχει τεκμηριωθεί ότι τα παιδιά πασχόντων έχουν 3 έως 6 φορές αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της πάθησης σε σύγκριση μ' αυτόν του γενικού πληθυσμού.

Επιπροσθέτως ο εντοπισμός των ατόμων υψηλού κινδύνου διευκολύνει τη πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την καθυστέρηση της επιδείνωσης της νόσου και της απώλειας της όρασης. Επομένως το τεστ συνιστάται και σε άτομα χωρίς ατομικό και οικογενειακό ιστορικό λόγω της υψηλής συχνότητας εμφάνισης της νόσου στον γενικό πληθυσμό.

Στο εργαστήριο γενετικής του ΟΜΜΑ πραγματοποιείται γενετικό τεστ ανίχνευσης και αξιολόγησης των έξι σημαντικότερων και απολύτως επιστημονικά τεκμηριωμένων πολυμορφισμών στα 4 αυτά γονίδια που συσχετίζονται με την ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς.

Μετά το πέρας της ανάλυσης κάθε εξεταζόμενος θα λάβει πόρισμα στο οποίο θα καθορίζεται ο κίνδυνος (χαμηλός-μεσαίος-υψηλός) εκδήλωσης της πάθησης στην οποία ανήκει. Ο γενετικός έλεγχος για τους συγκεκριμένους παράγοντες γίνεται άπαξ και αποτελεί το γενετικό προφίλ του ατόμου γι' αυτούς.

Το κόστος της ανάλυσης είναι **220€** ανά άτομο για τους έξι παράγοντες. Για περισσότερα του ενός ατόμου της ίδιας οικογένειας μέχρι 3 συγγενείς υπάρχει έκπτωση 10% για κάθε εξεταζόμενο άτομο. Για περισσότερους από 3 συγγενείς υπάρχει συνολική έκπτωση 30%.

Για τη γενετική ανάλυση απαιτούνται 3-4 ml αίματος σε 2 φιαλίδια γενικής αίματος (αντιπηκτικό EDTA) το οποίο προσκομίζεται εντός 24 ωρών σε θερμοκρασία περιβάλλοντος. Για 24-72 ώρες απαιτείται φύλαξη του αίματος στους 4°C και αποστολή του σε κατάλληλη συσκευασία με παγοκύστες. Για ασθενείς που διαμένουν εκτός Αθηνών η αποστολή των δειγμάτων αίματος γίνεται με courier εντός 24 ωρών από την ώρα της αιμοληψίας.

Πρακτική σημασία του γενετικού ελέγχου.

A) Για τον πάσχοντα

- Πλήρης καθοδήγηση του ασθενούς για την επιλογή της κατάλληλης γι' αυτόν γενετικής ανάλυσης και προσεκτικός σχεδιασμός της μοριακής στρατηγικής ώστε να υπάρξει αποτέλεσμα.
- Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και καταγραφή πορίσματος.
- Καθοδήγηση του ασθενούς για το επόμενο βήμα σε περίπτωση ασαφούς ή ημιτελούς αποτελέσματος ώστε να επιτευχθεί πλήρες αποτέλεσμα.

- Δυνατότητα ανάλυσης των συγγενών, μετά τον εντοπισμό του γενετικού αιτίου του πάσχοντος. με πολύ χαμηλότερο κόστος.
- Ενημέρωση των ασθενών για την εξέλιξη της παθήσεως, την ενδεχόμενη θεραπεία και τις πιθανές επιπτώσεις στους κατιόντες συγγενείς.
- Μετά το πέρας της ανάλυσης θα γίνεται ενημέρωση στους ασθενείς σχετικά με τις εξελίξεις της παθήσεως και την ενδεχόμενη θεραπεία.

B) Για τον θεράποντα γιατρό

- Μετά την γενετική ανάλυση το γενετικό πόρισμα θα βοηθήσει το θεράποντα Οφθαλμίατρο στην συστηματικότερη παρακολούθηση του ασθενούς του, ενημερώνοντάς τον για την πρόγνωση της παθήσεώς του και θα του επιτρέψει, ανάλογα με την κάθε περίπτωση, να τον καθοδηγήσει για τον τρόπο και τη συχνότητα που θα πρέπει να υποβάλλεται σε έλεγχο.
- Εξ άλλου όσο η ανάλυση του γενετικού υλικού θα εξελίσσεται τόσο και περισσότερα γονίδια, που είναι υπεύθυνα για μονογονιδιακές ή πολυπαραγοντικές οφθαλμικές παθήσεις θα εντοπίζονται, ώστε με την γνώση του υπεύθυνου για κάθε πάθηση γονιδίου, να καταστεί εφικτή η εφαρμογή της κατάλληλης γονιδιακής ή άλλης θεραπείας.
- Η εξέλιξη του γενετικού ελέγχου θα αποτελέσει στο μέλλον μία πρακτική που θα ολοκληρώνει την οφθαλμολογική κλινική διάγνωση.

Τέλος θα θέλαμε να επισημάνουμε ότι μπορεί υπό τις παρούσες συνθήκες ο γενετικός έλεγχος να επιβαρύνει τον ασθενή οικονομικά, αλλά είναι βέβαιο, ότι ειδικότερα σε κληρονομικές παθήσεις, ο εντοπισμός των υπευθύνων γονιδίων θα αποβεί μακροπρόθεσμα σε όφελος του ασθενούς και του κοινωνικού συνόλου. Εξ άλλου φαίνεται ότι ιδιαίτερη σημασία για την πρόγνωση και την θεραπεία παρουσιάζει ο εντοπισμός γονιδίων, που σχετίζονται με την ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς και τις διάφορες μορφές γλαυκώματος.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ:

Δρ Σ. ΚΑΜΑΚΑΡΗ.

ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΑΘΗΝΩΝ (ΟΜΜΑ):

τηλ. 210 6755850, φαξ: 210 6755851

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Αγ. Βαρβάρας 61, Κάτω Χαλάνδρι, 15 231

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΟΕΙΔΟΠΑΘΩΝ (Π.Ε.Α)

Τ.Θ. 8159, Τ.Κ. 102 10 Αθήνα,
τηλ.: 210 5238389, 210 9524548, 210 5622431

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

Επώνυμο:

Όνομα: Ημερ. Γέννησης:

Ταχ. Διεύθυνση:

Πόλη: Τ.Κ.:

Τηλέφωνο: e-mail:

Πάθηση:

α) Ίδιος β) Παιδί γ) Γονιός

Επιθυμώ να γίνω μέλος του Συλλόγου Π.Ε.Α.

α) Τακτικό ή β) Επικουρικό , εφ' όσον έλαβα γνώση των διατάξεων του καταστατικού και συμφωνώ με το σκοπό και το έργο του Συλλόγου.

Ημερ/νία αίτησης.....

Υπογραφή.....

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΟΕΙΔΟΠΑΘΩΝ (Π.Ε.Α)

Τ.Θ. 8159, Τ.Κ. 102 10 Αθήνα,
τηλ.: 210 5238389, 210 9524548, 210 5622431

ΠΩΣ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΩ

Επιθυμώ:

- Να συνεργαστώ ως φίλος
- Να συνεργαστώ ως εθελοντής για εκδηλώσεις
- Να συνεργαστώ ως εθελοντής συνοδός για ασθενείς
- Να ενισχύσω οικονομικά τον σύλλογο
- Να ενισχύσω οικονομικά την εκτύπωση υλικού
- Να ενισχύσω οικονομικά προμήθεια τεχνολογίας

Επώνυμο: Όνομα:

Ταχ. Διεύθυνση:

Πόλη: Τ.Κ.:

Τηλέφωνο: e-mail:

Ημερ/νία αίτησης.....

Υπογραφή.....



επαφή

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ:

Ευστράτιος Χατζηχαραλάμπους:

Τηλ.: 210 9524548 (οικ.), 210 3480837 (εργ.), κιν. 697 2550577

ΕΠΙΤΙΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΣ:

Ιωάννης Μανώλακας:

Τηλ.: 210 5622431 (οικ.), κιν. 6973016198

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:

Γιώργος Καλουδάκης: Τηλ.: 210 9589448 (οικ.), κιν. 6978904892

ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:

Μαριάννα Δεσούπρη: Τηλ. 210 9626736 (οικ.), κιν. 6973449509

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:

Δέσποινα Τζάνου: κιν. 6974560471

ΕΙΔΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:

Κωνσταντίνος Μπαρτζελιώτης: Τηλ.: 210 8053882 (οικ.), 210 7289701(εργ.)
κιν. 6973006325

ΤΑΜΙΑΣ:

Γαβριήλ Σαραντίδης: Τηλ.: 210 2816752 (οικ.), κιν. 6977970334

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΤΑΜΙΑΣ:

Δημοσθένης Καρουσάτος: Τηλ.: 210 9927906 (οικ.), κιν. 6978242561

ΜΕΛΗ:

Παντελής Πίττας: κιν.: 6947688075

Στέλιος Καραγιαννάκης: Τηλ. 210 4660876 (οικ.), κιν. 6978696875

**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ
ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΩΝ (Π.Ε.Α.)
HELLENIC RETINA SOCIETY (H.R.S.)**

**Αρ. Απόφασης Μονομελούς Πρωτοδικείου Αθηνών
1543/2001 (23-2-2001)**

**ΕΘΝΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΦΟΡΕΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ
ΑΡΙΘΜΟΣ 09110ΣΥΕ12016038N/0183**

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΩΝ ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΩΝ
ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΝ**

ΑΡΙΘΜΟΣ 09110ΣΥΕ12016038N/0157

Internet: <http://www.retina.gr>

E-mail: pea@retina.gr

hellenic.retina.society@gmail.com

Facebook: [hellenic.retina.society](https://www.facebook.com/hellenic.retina.society)

ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ: Π.Ε.Α.,

Τ.Θ. 8159 Τ.Κ. 10210 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ. & FAX: 210.5238389 - Γραφείο

210.9524548 - Πρόεδρος

210.5622431 - Επίτιμος Πρόεδρος

210.9589448 - Αντιπρόεδρος



επαφή