

לא עוצמים עיניים נבדקים למניעת עיוורון

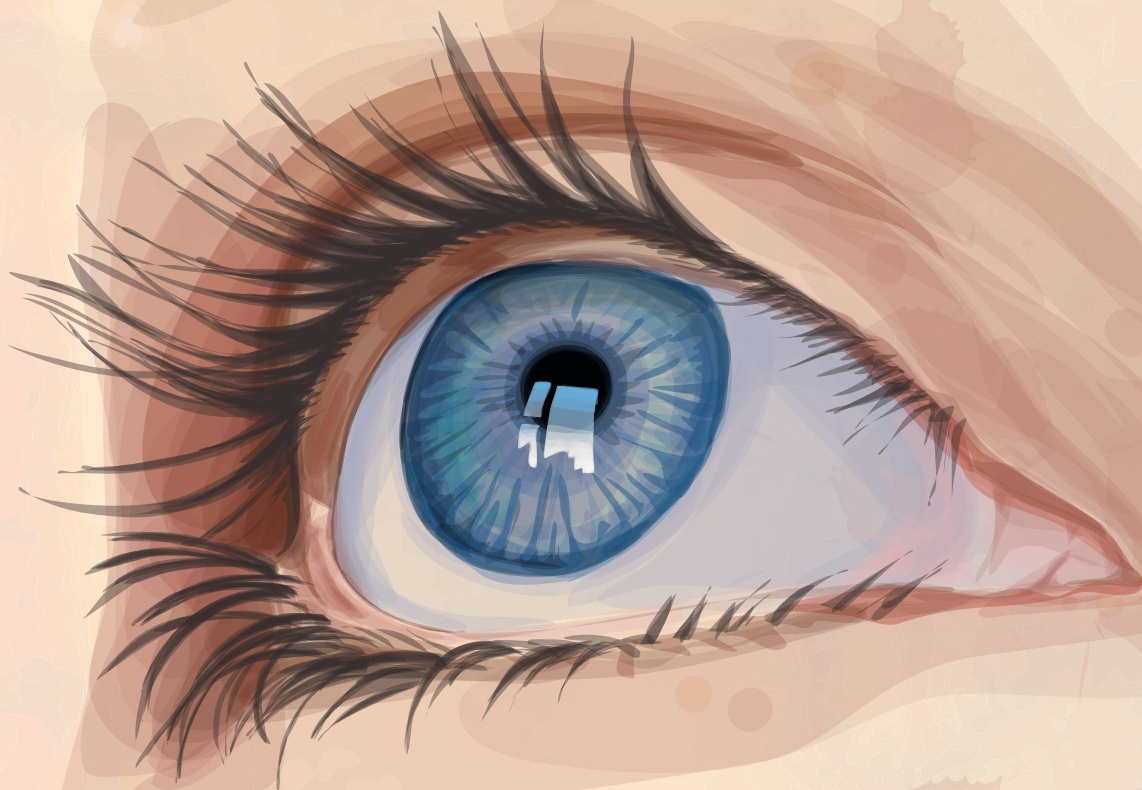
חודש המודעות השביעי לבריאות העין | דצמבר 2015

מוסף מיוחד לבריאות העין של עמותת לראות בשיתוף איגוד רופאי העיניים



**צפו בכנס
לראות קדימה
ב-21.12**

**פרטים נוספים
בעמוד 16**



לבני 60 פלוס

04 הניסוי שיציל מעיוורון

פרופ' אייל בנין, מנהל המרכז למחלות ניווניות של הרשתית והמקולה, מחלקת עיניים במרכז הרפואי הדסה

06 לשמור על כושר הראייה של הסוכרתיים

ד"ר קרין מימוני, מנהלת שירות עיניים בבית החולים השרון

08 העתיד כבר כאן

פרופ' ענת לבנשטיין, מנהלת מחלקת עיניים במרכז הרפואי תל אביב, **ד"ר אייל כהן**, מחלקת עיניים במרכז הרפואי תל אביב

10 ניתוח קטרקט ונוגדי קרישה: ליטול או לא ליטול?

פרופ' אירית ברקת, רופאה בכירה ואחראית תחום הקרנית במכון העיניים בבית החולים שיבא

12 לשחרר את הווריד

פרופ' איילה פולק, מנהלת מחלקת עיניים בבית החולים קפלן **ד"ר אירית קניסבך**, מתמחה ברפואת עיניים בבית החולים קפלן

14 על הפנים, במובן החיובי

ד"ר איתמר קלמפר, מחלקת עיניים בבית החולים סורוקה

לבני 25-45

18 כשהגוף תוקף את העין

ד"ר זוהר חבוט-וילנר, רופאה בכירה ביחידת הרשתית של מערך העיניים במרכז הרפואי תל אביב

20 הבית של העין

ד"ר דניאל בריסקו, מנהל מחלקת עיניים בבית החולים העמק

22 מחלת העיניים שמתחילה בגיל ההתבגרות

פאני שגב, מנהלת שירות קרנית בבית החולים מאיר

24 קסם המגע

איוון הר, אופטומטריסט בכיר בבית החולים מאיר

לילדים

26 עיניים שלי

פרופ' חני ורבין-לבקוביץ, מנהלת שירות הגלאוקומה בבית החולים שיבא

28 טיפה אחת וזה עובר

ד"ר חגי אביזמר, מנהל תחום קרנית ומקטע קדמי, מחלקת עיניים בבית החולים וולפסון

30 עיניים והפרעות קשב וריכוז - יש קשר?

ד"ר תמר ויגנסקי-יפה, מחלקת עיניים בבית החולים שיבא **ד"ר עדי מצר**, מחלקת עיניים בבית החולים רמב"ם



חברי הוועד המנהל של עמותת לראות לחקר בריאות העין ומניעת עיוורון בישראל: **פרופ' ארי ברזילי**, **פרופ' דב ויינברג**, **פרופ' שלמה מלמד**, **פרופ' ענת לוינשטיין**, **פרופ' חנא גרוזי**, **פרופ' יעקב פאר**, **פרופ' אהוד אסיה**, **פרופ' אידו פרלמן**, **פרופ' דרור שרון**, **פרופ' יאיר מורד**, **פרופ' אבי סלומון**, **פרופ' חני ורבין**, **ד"ר רונית לוינגר**, **ד"ר יפית שטרק**, **גב' אידס שפיגל**, **מר מרק עמוס**, **ד"ר ניר ארדינסט**, **מר יאיר שפר**, **מר אשר גרינבאום**
www.eyes.org.il

עורכת אחראית: נדין הולנדר, מנכ"ל עמותת לראות **עוזר עורך:** דורון זרעקי, מנהל פרויקטים, עמותת לראות **עורכת מקצועית:** פרופ' עירית ברקת

סיוע פרו בונו בפרסום, חברת יהושע המוסף בחסות עמותת לראות ואיגוד רופאי העיניים בישראל

עורך תוכן: שרלי שטרית **מנהלת הפקה:** סמדר אברבך **עורכת לשונית:** אסנת גזית **עיצוב:** סטודיו הארץ **מנהל סטודיו הארץ:** בני דניאל **עיצוב תמונה:** עיתון הארץ **מנהלת המגזין:** אילנה כהן (050-7117673), ilanac@haaretz.co.il **אדוארד אכטל,** ereza@haaretz.co.il **הארץ המחלקה המסחרית:** שוקן 21, תל אביב, טל' 03-5121188

המערכת אינה אחראית לתוכן המודעות. המערכת מבקשת להבהיר כי המוסף הינו פרסומי ואין לראות במאמרים ו/או במודעות המלצה מכל סוג שהוא.



המוסף השביעי לבריאות העין 2015

מוגש כשירות לציבור באדיבות חברת נוברטס



השירות ניתן באופן בלתי תלוי ולא השפיע על תכני המוסף



פרופ' אירית ברקת

רפואת העיניים מתייחסת לכל הגילאים, ותופעות או מחלות שונות מופיעות לעיתים בתינוקות, נוער מבוגרים צעירים, ואנשים מבוגרים. גילוי מוקדם וטיפול עשויים לשמר ולשפר את הראיה. תחום רפואת העיניים מפותח מאד בארץ. לרשות הרופאים המומחים ידע רב במחקרים חדשניים, וכן עומדת לרשותם טכנולוגיה מגוונת לאבחון, מעקב וטיפול במגוון מחלות עיניים. עמותת "לראות" מקדמת את המודעות והאבחון המוקדם של מחלות עיניים, ותומכת רבות בבדיקות גילוי מוקדם בקרב האוכלוסייה הרחבה.

ההתקדמות המהירה בטכנולוגיה של אבחון מחלות גם בשלבים מוקדמים ושל טיפולים חדשניים ויעילים מצריכה התעדכנות מתמדת. המודעות לקדמה עשויה להוביל את הקהל הרחב לבדיקה אצל רופא עיניים. בבדיקות שגרתיות או פניה לבדיקה במקרה של הפרעה בראיה או במראה העין יאפשרו טיפול מיטבי בהתאם.

במוסף זה כללנו כתבות של מיטב המומחים לרפואת עיניים בארץ, אשר מתייחסות לחידושים בתחומים מגוונים ברפואת העיניים. חלק גדול מהפרעות המוזכרות בכתבות עשויות להתייבץ ואף לזכות לתיקון מיטבי, כך שגם לרפואה מונעת יש תפקיד חשוב בתחום העיניים.

אני מאחלת לכם קריאה מהנה, ומקווה שהמודעות המוגברת להפרעות בראיה שיכולות להתפתח בקבוצות גיל שונות יובילו לפנייה מוקדמת לרופא עיניים. כך, ניתן להשיג שיפור ואפילו הצלת ראייה, ובעיקר שמירה על איכות החיים.

בבראות רבה וראייה טובה,

פרופ' אירית ברקת

אחראית תחום הקניית, מכון העיניים ע"ד גולדשלגר, מרכז רפואי שיבא, אוניברסיטת תל אביב, תל השומר



פרופ' דוד צדוק

הטיפול בתאי גזע לשם ריפוי מחלות מהווה מהפכה של ממש בעולם הרפואה. בשנים האחרונות חלה התקדמות ניכרת בתחום השימוש בתאי גזע לריפוי מחלות עיניים, והמחקר עבר מחיות המעבדה לטיפול מחקרי בבני אדם עם מחלות רשתית מסוימות. כולנו תקווה שמחקר זה לו שותפים פרופ' בנין המתאר במאמרו בעיתון זה את ההווה והעתיד, יישא פרי ויחזיר מאור עיניים לפחות לחלק מעיוורים בארץ ובעולם.

בארץ, 3 הסיבות העיקריות לראיה לקויה הן: ניוון רשתית מזקנה (AMD), ברקית (גלאוקומה) ופגיעה בראיה כתוצאה מסוכרת. בשנים האחרונות חלה מהפכה של ממש בטיפול בניוון רשתית מזקנה ובפגיעת הסוכרת ברשתית, תודות לפיתוח משפחת תרופות המונעות צמיחת כלי דם לא רצויים ברשתית. אומנם טיפול זה כרוך באי נוחות למטופל הנאלץ לקבל זריקה תוך-עינית מדי חודש, אך לפחות נפתח פתח של תקווה לעצור את התקדמות המחלה. נקווה שהמחקר האינטנסיבי לפיתוח טיפות עיניים במקום הזריקות יצליח ויאפשר איכות חיים טובה יותר למטופלים ולבני משפחותיהם.

הטיפול בדלקות לחמית אלרגיות, בדלקות עיניים אוטואימוניות ובקרטוקונוס השתפר מאוד בשנים אחרונות ע"י שימוש בטכנולוגיות חדשות, או בכאלו שהן כבר בשימוש במחלות גופניות אחרות ונמצא כי הן עוזרות גם לטיפול במחלות עיניים. אומנם לא תמיד מביאות לריפוי, אך לפחות עוצרות את הנזק ומייצבות את חדות הראיה.

פרופ' דוד צדוק

סגן מנהל מחלקת עיניים, בית החולים אסף הרופא, יו"ר איגוד רופאי העיניים



נדין הולנדר

חודש המודעות לבריאות העין החל זו השנה השביעית בחודש דצמבר, הוא הזמן לחשוב על העיניים שלנו ושל כל המשפחה. מתי בפעם האחרונה עשיתם בדיקת עיניים, כולל הרחבת אישונים, אצל רופא עיניים בקופה שלכם? מתי דיברתם במשפחה על בעיות ראייה? האם ההורים או סבא וסבתא סובלים או סבלו ממחלות עיניים, כגון גלאוקומה, ניוון הרשתית או סוכרת? מחלות כרוניות וגם גנטיות ניתנים לטיפול היום אם מגיעים בזמן לרופא. ארגון הבריאות העולמי פרסם השנה, שמתוך 5 אנשים עם עיוורון בעולם 4 הם בעלי לקות ראייה מיותרת. בישראל רשומים 21,797 אנשים בעלי תעודות עיוור/לקות ראייה, כאשר כ-2014 נוספו 1,441 איש לאוכלוסייה זו.

הסיבות העיקריות הן מחלת ה-AMD עם עליה של 3% השנה, מחלת הגלאוקומה עם ירידה קלה ומחלת הסוכרת שהפכה לגורם השלישי לעיוורון משנת 2011, בה נמשכת גם מגמת ירידה. גם אחוז הילדים עד גיל 18 עלה מ-6% ל-8% כ-2014, בעיקר ממחלת הרטיניטיס פיגמטוזה RP ומחלת הניוון האופטי (optic atrophy). הנתונים שפורסמו על ידי השירות לעיוור מעלים את הצורך בהגברת המודעות הציבורית והרפואית לתכניות מניעה שיש לפתח. זו בדיוק המשימה שעמותת לראות מבקשת לקדם בחודש המודעות לבריאות העין ובפעילות השנתית לקידום הרפואה המונעת בעיניים.

עמותת לראות מעבירה לכם מידע וידע במגוון דרכים:

* באתר עמותת לראות www.eyes.org.il

* במוספי בריאות העין - על ניוון מקולה תלוי גיל AMD, גלאוקומה וקטרקט, והגיליון הנוכחי בנושאים מגוונים וחשובים לבריאות העיניים.

* בפורומים של ייעוץ רפואי של טובי הרופאים בנושאים של קטרקט, מחלות רשתית, מחלות עיניים לילדים, גידולים בעיניים, גלאוקומה, מחלות גנטיות של הרשתית וראיה ירודה.

* השנה לראשונה כנס אינטרנטי בבריאות העין, "לראות קדימה", כ-21.12.2015 - הבא להשלים את המידע שבמוסף, ובו תוכלו לשמוע רופאי עיניים ולשאול אותם שאלות ישירות מהמחשב הביתי או מהטלפון הנייד שלכם.

לצד המידע הרב והעדכני שעמותת לראות מציעה לכם, מופעל גם זו שנה שלישית שירות של נידת עיניים, עם רופא שבא לבדוק קשישים בקהילה בכל הארץ. השנה בדקנו כבר 4,000 איש והצלחנו למנוע בעיות ראייה קשות ועיוורון מ-804 קשישים שנשלחו לטיפול בקופות או בתי החולים.

אבקש להודות לכל הרופאים והחוקרים השותפים לעשייה למען קידום הרפואה המונעת בישראל.

כמו כן נשמח לקבל תרומות דרך האתר של עמותת לראות, על מנת להמשיך בעשייה למען בריאות עיניים ומניעת עיוורון לכלל האזרחים.

בברכה וקריאה נעימה,

נדין הולנדר

מנכ"ל עמותת לראות | nadine@eyes.org.il | www.eyes.org.il

הניסוי שיציל מעיוורון

ניסוי קליני, המבוצע בימים אלה במרכז הרפואי הדסה עין כרם, בודק גישה חדשנית לטיפול במחלות רשתית המובילות לעיוורון. הרעיון: הפקת של תאי-תמך לקולטני האור ברשתית - מתוך תאי גזע עובריים - והשתלתם בעין הפגועה. על המרוץ לפיתוח טיפול תאי, מבוסס תאי גזע: תקוות ואתגרים

| פרופ' אייל בנין, מנהל המרכז למחלות ניווניות של הרשתית והמקולה, מחלקת עיניים במרכז הרפואי הדסה

האחרונות טיפולים שונים, שהעיקרי בהם הינו הזרקת תוך-עינית של חלבונים המסייעים למנוע צמיחה ודליפה מכלי דם, הרי שלצורה היבשה אין כיום טיפול מלבד נטילת תוספים תזונתיים (אנטי-אוקסידנטים, אבץ ולוטאין), שהשפעתם מוגבלת. במשך שנים, ניסו קבוצות מחקר וחברות תרופות שונות למצוא טיפול תרופתי שיאט או ימנע את

בצורה היבשה, ברוב המקרים - צמיחה של כלי דם לא תקינים מתחת לרשתית, הנוטים לדלוף או לדמם, ובכך גורמים לאובדן, לעיתים דרמטי, בראייה המרכזית.

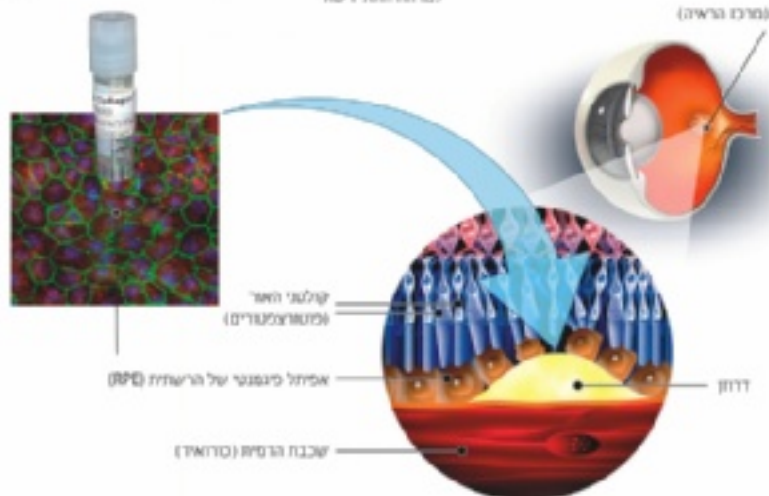
השתלת תאי RPE צעירים

בעוד שלצורה הרטובה של המחלה פותחו בשנים

מהלך החיים, תאים שעיימם נולדו ואשר אינם בעלי יכולת התחדשות, כגון תאי עצב ותאי רשתית, עוברים הזדקנות או תהליכי ניוון ומוות תאי. שינויים אלו, המתרחשים ברמה התאית, עשויים להוביל למחלות שונות הקשורות בזקנה, ביניהן מחלת ניוון המקולה (מרכז הראייה), הקשורה לגיל (AMD - Age Related Macular Degeneration). מחלה זו מהווה את הגורם העיקרי לאובדן ראייה בקרב אנשים מעל גיל 50, והינה כיום הסיבה העיקרית לעיוורון בעולם המערבי. אנשים הלוקים ב-AMD עשויים לחוות ירידה הדרגתית ומשמעותית באיכות החיים, עם קושי מתגבר בביצוע משימות שגרתיות ויומיומיות, כגון קריאה ונהיגה, או ירידה ביכולת לזהות פרטים, כולל תווי פנים - גם של בני משפחה קרובים.

מחלת ניוון הרשתית מופיעה בשתי צורות. הצורה השכיחה יותר, ניוון מקולרי יבש, נגרמת עקב התנוונות ומוות של תאי אפיתל פיגמנטי (RPE - Retinal Pigment Epithelium) המהווים תאי-תמך לקולטני האור המצויים ברשתית. בעקבות הפגיעה בתפקוד תאים אלו, מתרחש אובדן של קר-לטני האור עם ירידה בחדות הראייה. בצורה השנייה של המחלה, ניוון מקולרי רטוב (Neovascular AMD), מתרחשת - על רקע שינויים הקשורים

השתלת תאי אפיתל פיגמנטי המופקים מתאי גזע עובריים (Opitogen) למרכז התחתון



המקבל כנגדם. בהקשר לכך, חשוב לציין שגישה טיפולית זו כבר נמצאה כבטוחה בניסוי קליני פאזה 1/2a, שנעשה בארה"ב ובאנגליה על ידי חברת OCATA Therapeutics Inc. גם בניסוי זה נעשה שימוש בתאי RPE שהופקו מתאי גזע עובריים, אך בשונה מתאי RPE OpRegen®, הופקו תאים אלה תוך שימוש בחומרים מן החי ובתהליך התמיינות ספונטני שאינו מוכוון. הניסוי בהדסה יכולת שימוש במינון גבוה יותר של תאים שיוזרקו בשיטה ניתר- חית חדשה. בנוסף, אופן ואיכות ההדמיה יאפשרו מעקב טוב יותר אחר התקדמות המחלה בחולים המטופלים.

המרופץ לפיתוח טיפול תאי מבוסס תאי גזע למחלת ה-AMD תופס תאוצה. חברת התרופות הגדולה Pfizer מממנת כעת ניסוי קליני פאזה ראשונה לסוג הרטוב של המחלה (Wet AMD) בבית החולים לעיניים מורפילדס (Moorfields Eye

התנוונות תאי ה-RPE - אך ללא הצלחה. גישה חדשנית הנמצאת בפיתוח היא השתלת תאי RPE צעירים ובריאים, אשר יתמכו ויחליפו את תאי ה-RPE המתנוונים. אומנם עד היום לא היה מקור טוב לתאי RPE בכמות ובאיכות הנדרשת, אולם המהפכה בתחום תאי-הגזע העובריים מאפשרת כעת השגת מטרה זו.

תא גזע עובריים אנושיים מאופיינים בשתי תכונות עיקריות: הראשונה - יכולת חלוקה והתרכבות בלתי מוגבלת, ההופכת אותם למקור בלתי נדלה להפקת התאים הנדרשים; השנייה - היותם פלורי-פוטנטיים (pleuripotent), דהיינו בעלי פוטנציאל להתמייין (להתפתח) לכל אחד מסוגי התאים הקיימים בגופנו, כולל תאי RPE הנפגעים במחלת ה-AMD. במהלך 12 השנים האחרונות, הצליחו מספר קבוצות בעולם לפתח תנאים המאפשרים הפקת תאי RPE מתאי- גזע עובריים. הקבוצה הראשונה שהדגימה התמיינות מכוונת, באמצעות פקטורים ספציפיים המוספים לתמיסת גידול התאים, הייתה קבוצת המחקר ברא- שות פרופ' בנימין ראובינוף ופרופ' אייל בנן מהמרכז הרפואי האוניברסיטאי הדסה בירושלים. 5-השנים האחרונות, יחד עם חברת סלקיור ניוירוסייאנסס (Cell Cure Neurosciences Ltd), הושקעו מאמצים ניכרים להביא את תאי ה-RPE הללו, המופקים מתאי גזע (OpRegen®), מהמעבדה - אל עיני החולים. בחודשים האחרונים, בעקבות קבלת אישורי ה-FDA בארה"ב ומשרד הבריאות בישראל, הופך חזון זה למציאות.

הניסוי הקליני פאזה 1/2a, שהחל לאחרונה בהדסה עין כרם, מכוון לטיפול בחולים עם ניוון מקולרי יבש בשלב מתקדם של המחלה הכולל ניוון גיאוגרפי (Geographic Atrophy). החולים עוברים השתלה של תאי RPE OpRegen® למרווח התת-רשתי שבעין הפגועה יותר. הניתוח החד- פעמי נעשה ב"ויטרקטומיה", פרוצדורה שגרתית שבמהלכה מוזרק תרחיף של תאי RPE "צעירים", שהופקו מתאי גזע, אל מתחת לרשתית, לאזור בו גם מצויים תאי ה-RPE הפגועים של המנוחה. הניתוח, הנמשך כ-30-60 דקות, מבוצע בדרך כלל בהרדמה מקומית. לאחר ההשתלה החולה נמצא במעקב תכוף למשך שנה, ולאחריה במעקב תכוף פחות. מטרת הניסוי הקליני הינה בראש ובראשונה לבחון את הבטיחות של תאי RPE OpRegen®, ובמקביל תיבדק גם פעילותם - על פי יכולתם לשנות את קצב התקדמות המחלה. הדברים ייבחנו באמצעות שיטות דימות מתקדמות, לצד שיטות מקובלות לבחינת חדות ותפקוד הראייה.

המהפכה בפתח

שימוש בתאים המופקים מתאי גזע מעמיד גם אתגרים שונים, כגון האפשרות לצמיחה בלתי מבר- קרת של התאים או תגובת מערכת החיסון של



חשוב מאוד לבצע בדיקות ראייה במועדן, כדי לשמור על אורח חיים בריא. בצורה זו תשפרו את בריאותכם ואיכות חייכם.

להלן המלצות איגוד רופאי העיניים לבדיקות השגרתיות, עבור כל הגילאים, עליהן יש להקפיד כדי לגלות ליקוי ראייה סמויים, העלולים להשפיע לרעה על חיי היום יום של ילדים ומבוגרים:

גיל	אבחון
עד חודש לאחר הלידה	החזר אור
שנה	עין עצלה, פיזילה
שלוש	עין עצלה, פיזילה
שש	בדיקת מיקוד, בדיקת ראייה
עד גיל 18	קוצר ורוחק ראייה
18 עד 40	התאמת משקפיים ובדיקות כלליות לתפקוד בעבודה, בישיבה מול המחשב ובזמן נהיגה
40 עד 64	גלאוקומה, סוכרת, קטרקט (כל שנתיים)
64 והלאה	ניוון מרכז הרשתית, גלאוקומה, סוכרת וקטרקט (כל שנה)

חובה על בעלי היסטוריה משפחתית של בעיות ראייה או עיניים להיות במעקב רפואי קבוע!

מידע רחב בתחום בריאות העין ניתן למצוא באתר עמותת לראות

www.eyes.org.il

לשמור על כושר הראייה של הסוכרתיים

הרטינופתיה הסוכרתית, הגורם השכיח ביותר לעיוורון בגילאי 24-47, מופיעה בדרגה מסוימת בשלב כלשהוא אצל כמעט כל חולי הסוכרת. הסיבה: פגיעה בדופן כלי הדם הקטנים. רמות סוכר מאוזנות בדם מעכבות את התפתחותה או החמרתה. במידת הצורך הזרקות, לייזרים וטיפול כירורגי יכולים לעכב את החמרתה ולייצב

| ד"ר קרין מימוני, מנהלת שירות עיניים בבית החולים השרון, מרכז רפואי רבין

לוסנטים ואלייה (נוגדנים ל-VEGF המצוי ברמות גבוהות בעין ומעודד דליפת נוזל מכלי הדם), המוזרקות לחלל העין, לרוב אחת לחודש; וכן אוזורדקס, תכשיר סטרואידלי המוזרק בתכיפות נמוכה יותר למניעת השפעת ה-VEGF והחשת הספיגה של הנוזלים המצטברים במרכז הראייה. האנטי VEGF משמשים גם לטיפול בגלאוקומה, המשנית לשגשוג כלי הדם.

ההתמודדות עם סיבוכי הרטינופתיה כוללת גם טיפולי לייזר, לסתימת נקודות הדלף סביב מרכז הראייה ולהרס הרשתית חסרת החמצן בהיקף, כך שתפסיק להפריש VEGF הגורם לשגשוג הלא תקין של כלי דם ולדליפתם. עם ירידת רמות ה-VEGF, חלה נסיגה של כלי הדם הללו ותיתכן אף ספיגה של

הדם הקטנים (הנקראות מיקרו-אנוריזמות) ודליפת חומרי הדם מכלי הדם אל הסביבה. בצורה הלא שגשוגית עדיין לא קיים שגשוג כלי דם חדשים, ובצורה השגשוגית נוצרים כלי דם חדשים לא תקינים (שגשוג כלי דם). הסיבה להתפתחותם היא חסימת כלי דם ואזורי רשתית חסרי חמצן, השולחים "אותות מצוקה" באמצעות הפרשת הורמון VEGF (ראשי תיבות: vaso endothelial growth factor), אשר למעשה, גורם לשגשוג לא תקין של כלי הדם בניסיון "לכפר" על חסר באספקת הדם הקיים. כלי הדם הללו מדממים בקלות והורסים בהדרגה את רקמת העין. סיבוכים מאוחרים של סוכרת בעיניים נובעים רובם

מחלת הסוכרת פוגעת בכלי הדם הקטנים בכל איברי הגוף, ובהם גם ברשתית העין. הפגיעה ברשתית, "רטינופתיה סוכרתית", מהווה סכנה לכושר הראייה. הרטינופתיה הסוכרתית נחשבת לגורם השכיח ביותר למקרי עיוורון חדשים בגילאי 24-47, ושכיחותה קשורה למשך הסוכרת. הרטינופתיה איננה מופיעה כמעט אצל חולי סוכרת מסוג 1 ב-3-5 השנים הראשונות של המחלה, ואף לא לפני גיל ההתבגרות, אך היא מופיעה בדרגה כזו או אחרת בקרב כמעט כל חולי הסוכרת מסוג 1 לאחר 20 שנה מאז לקו בסוכרת. בסוכרת מסוג



ד"ר קרין מימוני

2 היא עשויה להיות קיימת כבר בזמן האבחון של המחלה בפעם הראשונה (20% מהמקרים), ושכיחה בדרגה כלשהי בקרב למעלה מ-60% מבין אותם חולים בהמשך.

טשטוש הראייה בחולי סוכרת נובע משינויים בריכוז הנוזלים בעדשת העין ו"התנפחותה" עקב עליית רמת הסוכר בדם. עם איזון הסוכר בדם, תחזור העדשה למצבה הטבעי וטשטוש הראייה יחלוף. סיבה נוספת לטשטוש הראייה הינה בצקת באזור מרכז הראייה ברשתית. הנזק לכלי הדם גורם לדליפת נוזלים מכלי הדם החוצה לסביבה שאמורה להיות יבשה מנוזלים, לדימומים או לסתימה של כלי הדם העדינים, וכתוצאה מכך - לאיבוד הראייה. גם דימום לחלל העין והיפרדות רשתית משנית לכלי דם שמתפתחים באופן לא תקין, גורמים לטשטוש הראייה בחולי סוכרת.

הרטינופתיה הסוכרתית מופיעה בשתי צורות: הצורה הלא שגשוגית, והצורה הקשה יותר - השגשוגית. בשתייהן חלה פגיעה בדופן כלי הדם הקטנים ועקב כך דימומים ברשתית, התרחבויות בדופן כלי



רטינופתיה סוכרתית

הבצקת המקולרית. ולבסוף, ניתוחים להוצאת הדימום מהעין, להצטמצמת הרשתית המופרדת ולטיפול בגלאוקומה קשה הינם הפתרון האחרון לטיפול בסיבוכי הרטינופתיה. המסקנה המתבקשת מכל האמור כאן, היא שאבחון וטיפול מוקדמים יכולים להביא לשיפור משמעותי בראייה ולמניעת אובדן נוסף של הראייה.

ככולם משגשוג כלי הדם החדשים בעין, וכוללים דימום הממלא את חלל העין (ד"ר מום זגוגיטי), היפרדות רשתית וגלאוקומה (עליית לחץ תוך-עיני משנית לרטינופתיה הסוכרתית).

כאשר קיים דלף מכלי הדם באזור מרכז הרשתית (המקולה), מתפתחת בצקת במרכז היכולה לגרום לטשטוש ועיוות במרכז הראייה. בצקת מקולרית יכולה להתפתח בכל שלב של רטינופתיה סוכרתית (קלה או מתקדמת), ואם היא אינה מטופלת, חדות הראייה נותרת לא טובה.

הטיפול בסיבוכי הרטינופתיה

לפני הכל, איזון טוב של רמות הסוכר בדם הוא המפתח למניעת סיבוכי הסוכרת. מעקב סדיר אצל רופא העיניים יאפשר אבחון מוקדם של השינויים הראשוניים ברשתית, בשלב שבו ניתן לטפל בהם ולמנוע את הסיבוכים המשניים. טיפול נוסף הוא באמצעות תרופות כגון אבסטיין,

אתם מוזמנים למסע בזמן הרצליינבלום

מוזיאון לבנקאות ונוסטלגיה תל אביבית



הושע אבא TBWA

מוזיאון ייחודי בו נפגשים עבר, הווה ועתיד.

אתם מוזמנים להשתתף בספורים ופעילויות חווייתיים ומגוונים לילדים ולמבוגרים וליהנות מתערוכת "גבורות" - פורצים דרך כבר 80 שנה.

כל הפעילויות במוזיאון מונגשות | הכניסה ללא תשלום
לפרטים ותיאום ביקור: 1-700-55-8000

זה טוב
למשפחה

דיסקונט

80
שנה

העתיד כבר כאן

הטיפול בניוון מקולרי גילי (AMD) בשתי צורותיו, היבשה והרטובה, נראה לאחרונה מעודד מתמיד: תוצאות מחקרים קליניים שונים הצביעו על יעילותן של מספר תרופות בטיפול במחלה, הנחשבת כיום לגורם העיקרי לאובדן ראייה חמור ועיוורון בקרב מבוגרים בני 50 ומעלה.

פרופ' ענת לבנשטיין, מנהלת מח' עיניים במרכז הרפואי תל אביב | ד"ר אייל כהן, מח' עיניים במרכז הרפואי תל אביב

גדולים (MARINA, ANCHOR), בהם הוכחה יעילותו לטיפול במחלה. במחקרים אלו נמצא כי 95% מה- מטופלים הציגו התייבשות או שיפור בראייה תחת טיפול זה, כאשר כ-40% מהמטופלים הראו שיפור משמעותי בראייה של 3 שורות ומעלה בעקבות טיפול בזריקות אחת לחודש.

אפליברספט (אייליה), כמו לוסנטס, תפקידה לעכב את חלבון ה-VEGF ובכך למנוע צמיחת כלי דם לא תקינים. התרופה אושרה ב-2011 על ידי ה-FDA לאחר שנמצאה בשני מחקרים גדולים (VIEW1, VIEW2) כיעילה לטיפול במחלה. במח- קרים אלו, הושוותה התרופה ללוסנטס, ונמצאה יעילות דומה בין שתיהן. במחקרים אלה הוכח גם כי ניתן לרווח את תדירות זריקות האייליה אחת לחודשיים, ולהגיע לתוצאות הדומות לאלו המושגות בטיפול חודשי בלוסנטס.

לסיכום, ניוון מקולרי גילי הוא הסיבה השכיחה לאובדן ראייה חמור בקרב האוכלוסייה המבוגרת, אך מעקב וטיפול מניעתי הינם אבני יסוד חשובים ביותר למניעת התקדמות המחלה בשלבים המוקדמים. כמו כן, הטיפולים המוצעים כיום לטיפול בצורה הרטובה של המחלה מאפשרים שמירה ואף שיפור בראייה.

לא תקינים ברשתית או מתחת לה, כשעקב כך דולפים נוזל או דם דרך דפנותיהם וגורמים נזק לתאי הר- שתית - ובכך לאובדן ראייה מרכזי. הצורה הרטובה אחראית לכ-90% מהמקרים של אובדן ראייה חמור כתוצאה ממחלה זו. לצורה הרטוב- בה מוצעים כיום מספר טיפולים, המהווים ברובם נוגדי צמיחת כלי דם (VEGF - vascular endothelial growth factor), ותפקידם: עיכוב תהליך צמיחת כלידים (אנגיוגנזה) והקטנת החדירות המוגברת של כלי דם אלה. הטיפולים מקבוצה זו כיום - בבציזומב (Bevacizumab), רניביזומב (Ranibizumab) ואפ- ליברספט (Aflibercept) - ניתנים כולם בזריקה תוך-עינית.

תוצאות מבטיחות

בבציזומב (אבסטין) הינו נוגדן המעכב את חל- בון ה-VEGF ומונע היווצרות כלי דם לא תקינים. השימוש בו פותח כטיפול בסרטן גרורות, אך נמצא יעיל גם לטיפול בניוון הרשתית הקשור לגיל. טיפול זה לא אושר לשימוש רשמי במחלות עיניים, אך עקב מחירו הזול יחסית וזמינותו הקלה הוא נמצא בשימוש נרחב בארץ ובעולם, כטיפול במחלות עיניים במסגרת אישורים מיוחדים של טיפול מחוץ להתוויה (off label).

רניביזומב (לוסנטס) הינו נוגדן מונוקלונלי הומני רקמביננט, אשר נקשר לחלבון ה-VEGF, ובכך מונע הפעלה של הקולטן על ידי חלבון זה. השימוש בו אושר כטי- פול במחלה בשנת 2006 על ידי מנהל המזון והתרופות האמרי- קאי (FDA), בעקבות פריצת דרך מרשימה בשני מחקרים קליניים



פרופ' ענת לבנשטיין



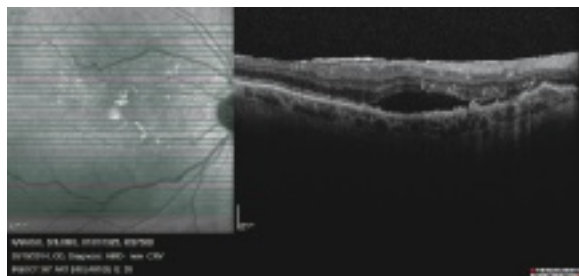
ד"ר אייל כהן

ניוון מקולרי גילי (Age-related macular degeneration) הינו הגורם העיקרי לאובדן ראייה חמור ול- עיוורון באנשים מעל גיל 50 בעו- לם המערבי. מחלה זו פוגעת בחלק המרכזי של הרשתית - המקולה, שאחראית על היכולת לראות פר- טים בנהיגה, בקריאה, בזיהוי פנים ובכל ראייה מדויקת. למחלה זו ישנן שתי צורות: הצורה היבשה (non neovascular), השכיחה יותר, מצויה בקרב כ-85-90% מכלל הסו- בלים מניוון מקולרי גילי. צורה זו מו- פיעה לרוב בשלבים המוקדמים של המחלה, ומתאפיינת בהצטברות של משקעים צהובים ברשתית - דרוזן (drusen). משקעים אלו הם תוצרי פסולת השוקעים ברשתית, יוצרים

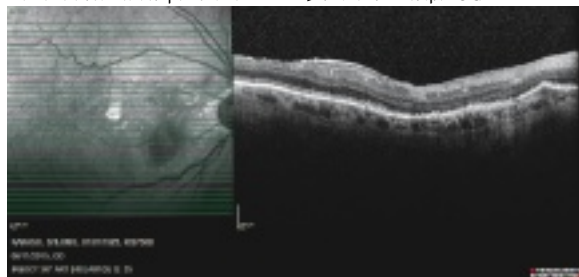
רדיקלים חופשיים, ובכך פוגעים בתפקוד התקין של הרשתית. הירידה בראייה בצורה זו הינה קלה ברוב המקרים, אם בכלל. יש לציין, כי לעיתים קיים אובדן ראייה משמעותי גם בצורה זו, אם התפתחה אטרופיה ניכרת של הרשתית המרכזית.

שני מחקרים גדולים (AREDS;2001) ובעקבותיו (AREDS2;2013), הוכיחו כי תוספי מזון המכילים אנטי-אוקסידנטים ומולטי-ויטמינים יכולים להאט בכ-25% את התקדמות המחלה מצורתה היבשה אל הרטובה, אך לא הוכח בהם כי צריכת תוספי מזון יכולה למנוע את הופעת המחלה בעיניים בריאות. נכון להיום, לא קיימים טיפולים מאושרים לצורה היבשה של המחלה, אם כי נמצאים כעת מספר טיפולים בשלב של מחקרים קליניים. המ- חקר המתקדם ביותר הוא זה הבודק את השפעת למפליזומב (Lampalizumab) על התקדמות המחלה, ותוצאות ראשוניות הראו יעילות בעיכוב התקדמותה של המחלה היבשה. תרופה זו נמצאת כעת במחקר פאזה שלישית, שתוצאותיו צפויות להתפרסם בשנים הקרובות.

הצורה השנייה של המחלה, הרטובה (neovascular), מתבטאת בצמיחת כלי דם



OCT מקולרי של מטופל עם AMD רטוב: ניתן לראות נוזל תת-רשתית



לאחר זריקת אבסטין לחלל הזוגית: הנוזל התת-רשתית נספג

חדש!

ניתוח קטרקט בלייזר
מתחילת 2016

המרכז הרפואי
החדש

הטכנולוגיות
החדשות ביותר

הברזל 15
רמת החייל



עין טל - מרכז המומחים המוביל בישראל לרפואת עיניים מתקדמת!

- המרכז הרפואי היחיד מסוגו בישראל המתמחה ברפואת עיניים
- מיטב הרופאים והמנתחים הבכירים בישראל ברפואת עיניים
- חדרי ניתוח חדשניים למגוון ניתוחי העיניים
- מרכז פרימיום המתמחה בבדיקות התאמה, ייעוץ וחישובי עדשות תוך עיניות מהמתקדמות בעולם
- שירותי רפואה פרטית ללקוחות כל חברות הביטוח והביטוחים המשלימים של קופות החולים

לקביעת תורים ופרטים נוספים חייגו *6612



www.eintal.com

הברזל 15, רמת החייל תל אביב | 03-5433222 | 1-700-50-10-30 | *6612

ניתוח קטרקט ונוגדי קרישה: ליטול או לא ליטול?

מחקרים שנערכו לאחרונה הראו כי אין צורך להפסיק את הטיפול הקבוע בנוגדי קרישה או בנוגדי טסיות, לחולה שעומד לפני ניתוח קטרקט שגרתית. זאת מאחר שבניתוח כיום אין כל סכנה משמעותית לדמם

| פרופ' אירית ברקת, רופאה בכירה ואחראית תחום הקרנית במכון העיניים בבית החולים שיבא

ורק ל-6.3% היה דימום עיני חסר משמעות לאחר הניתוח, אשר נספג בשבוע הראשון ללא שאריות או נזק כלשהו. מסקנת המחקר הייתה כי ניתוח קטרקט במקרים של קטרקט לא מורכב ניתן לביצוע ברמת בטיחות גבוהה - גם כאשר המטופל נוטל קומדין.

המחקר השני היה מאתגר יותר, וכלל מנותחים בגילאי 51-90, שנזקקו לניתוח קטרקט אבל היו מטופלים בשילוב של נוגד הקרישה קומדין יחד עם נוגדי טסיות (אספירין או פלאביקס). מדובר באנשים עם מחלות חמורות וסיכון מוגבר מאוד לקרישי דם או תסחיפים, בהם חולים עם הפרעות קצב (כגון פר-פור לב) ואשר עברו שבץ מוחי, מושגלי לב וכדומה. מדדי קרישיות דם ותפקודי הטסיות נבדקו בסמוך לניתוח, ביום שלמחרת וכעבור שבוע. גם במחקר זה, כלל ניתוח הקטרקט ריסוק העדשה במכשיר הפאקואמולטיפיקציה והשתלת עדשה תוך-עינית בהרדמה מקומית. מתוצאות המחקר עלה כי לא נצפו דימומים בעיניים במהלך הניתוח או בביקורת לאחר שבוע. כמו כן, אצל אף מטופל לא דווח על אירוע של היווצרות קרישי דם.

מחקרים אלה מאששים את התחושה, שהייתה נפוצה באחרונה בקרב רופאי עיניים, לפיה מכיוון שניתוח הקטרקט המודרני מבוצע ללא סכנה משמעותית לדמם - אין צורך בהפסקת טיפולים "מדללי דם". הערכת הממצאים באופן מבוקר, במקביל להערכה מדויקת של תפקוד הקרישה, איפשרה אומדן טוב על מנת לבסס את המסקנה כי אין צורך להפסיק את הטיפול הקבוע בנוגדי קרישה או בנוגדי טסיות לפני ניתוח קטרקט שגרתית, וכי הניתוח בטוח כאשר החולה ממשיך בטיפול התרופתי הקבוע שלו. כך, ניתן להימנע מהסיכונים לקרישי דם או תסחיפים בחולים מורכבים אלה, כאשר נזקקים לניתוח קטרקט לא מורכב.

(קומדין) והן של נוגדי טסיות (אספירין או פלאביקס). לאחרונה נכנסו לשימוש נוגדי קרישה חדשים (NOAs), כגון פרדקסה (Dabigatran), אליקויס (Apixaban) וקסרלטו (Rivaroxaban).

להמשיך בטיפול התרופתי

במשך שנים רווחה הגישה כי כאשר חולים אלה זקוקים לניתוח קטרקט, יש להפסיק את הטיפול התרופתי נוגד הקרישה או נוגד הטסיות כשבוע-שבועיים לפני הניתוח, מתוך חשש לדמם במהלך הניתוח או אחריו. מאידך, הפסקת הטיפול והפרת האיזון של קרישיות הדם עלולות לחשוף את החולים הללו להיווצרות קרישי דם או תסחיפים מסכני חיים. על מנת לענות לשאלת הבטיחות באשר להמשך הטיפול נוגד הקרישה במהלך ניתוח קטרקט, נערכו לאחרונה מחקרים, שמטרתם הייתה להעריך באופן מבוקר את הסיכון לדימום במהלך או לאחר ניתוח קטרקט, במטופלים הממשיכים ליטול את תרופות נוגדי הקרישה שלהם.

במחקר ראשון נבדק מהלך ניתוח הקטרקט בקרב חולים שהמשיכו ליטול את התרופה נוגדת הקרישה קומדין - והאם הם חשופים לסיכון מוגבר לדימום תוך-עיני. כל המנותחים עברו בדיקות עיניות והערכה המטולוגיות של תפקודי הקרישה לפני הניתוח. הניתוח בוצע בהרדמה מקומית, וכלל פירוק העדשה העכורה באמצעות מכשיר פאקואמולטיפיקציה. בוצע רישום מדויק של תפקודי דמם במהלך הניתוח או אחריו. מתוצאות המחקר עלה כי לא נצפו אירועים של דימומים תוך-עיניים משמעותיים,

קטרקט הינו תהליך הדרגתי של התעכרות עדשת העין, המתפתח בדרך כלל לאחר גיל 55 ושכיח מאוד לאחר גיל 65. תסמיניו העיקריים הם: טשטוש הראייה, סנוורים בלילה, ולעיתים ראייה כפולה ופגיעה בניגודיות בין צבעים.

הקטרקט מטופל בניתוח, במהלכו מוציאים את עדשת העין העכורה ובמקומה משתילים עדשה מלאכותית שקופה וצלולה. בטכניקות המודרניות (פאקואמולטיפיקציה) יוצרים באמצעות להב דק פתחים זעירים בשולי הקרנית, דרכם מוחדרים

לעין מכשירים המחוברים למכשיר אולטרה סאונד זעיר, וכך מפרקים ושואבים את תוכן העדשה העכורה. בחלק מהמקרים משתמשים כיום גם בלייזר פמטוסקונד, בנוסף למכשיר שיר הפאקואמולטיפיקציה: הלייזר מסייע בחלק מפעולות ההכנה, כגון יצירת הפתחים בקרנית, הפחת בקרפסית הקדמית ו"ריכוך העדשה". לאחר סיום הניקוי של כל תוכן העדשה, מושגלת העדשה התוך-עינית המלאכותית במקום העדשה המקורית, בתוך שארית הקופסית של העדשה המקורית.

כאמור, רוב האנשים שסובלים מקטרקט הם מבוגרים. במקביל, לא פעם סובלים המבוגרים מבעיות של קרישי דם בגוף, אשר עלולים לסכן את החיים ומצריכים טיפול מתמיד בתכשירים נוגדי קרישה. בשנים האחרונות, רווחות ההתוויות לנטילת נוגדי קרישה למניעת היווצרות קרישי דם או תסחיפים, בקרב אנשים עם גורמי סיכון כגון הפרעות קצב, מחלות לב או מחלות כלי דם. לא מעט אנשים נמצאים בסיכון גבוה במיוחד להיווצרות קרישי דם, והם מטופלים בטיפול משולב - הן של נוגדי קרישה



פרופ' אירית ברקת



התנועה לזכויות בריאות העין
המרכז לטיפול בנזק עין

www.eyes.org.il

פעילות עמותת לראות ב-2015



בדיקות עיניים לניצולי שואה במרכז "רעות"
י"ר עמותת רעות מר עוזי לנדאו בביקור ביום הבדיקות
שבוצעו על ידי ד"ר עמית משי מבית החולים מאיר.



בדיקות עיניים בקהילה בקרב עולים מאתיופיה

פעילות ניידת עיניים במהלך 2015

פעילות ניידת עיניים במהלך 2015-
ב-10 החודשים הראשונים של שנת 2015
נבדקו 4000 קשישים ואוכלוסיות בסיכון
(עליה של 20% לעומת שנת 2014). יותר מ-800
נבדקים נשלחו להמשך טיפול רפואי למחלות
עיניים שונות



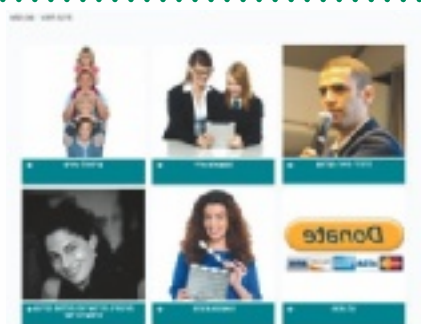
לובי בכנסת - לקידום המחקר וזכויות החולים בתחום
רפואת העין במסגרת ה-**BLINDAY** ב-6 ליוני תמונה 1
מר צדקיהו ברוך, מנהל פרוייט הניידת בעמותת לראות
וגב' נאדין הולנדר, מנכ"ל עמותת לראות



תוכנית חדשה לחילופי סטודנטים לרפואת עיניים עם
FFS-Fighting for Sight מלגות לסטודנטים לפעילות
מחקרית בקיץ 2016 - של דר נורמן קלימן, בביקור בישראל
מרצה על קרינה בעיניים - תחום מומחיותו בסמינר רופאים
כאורחים של פרו'ר אסיה במרכז רפואי מאיר דר קלמן
נשיא FFS



חלוקת מלגות לתמיכה בחוקרים צעירים בבריאות
העין-בכנס **ISVER** וגב' נאדין הולנדר מעניקה מלגה
לד"ר דן הלר



בניית אתר חדש לחולי RP-כולל פורומים של יעוץ רפואי
תמונת דף הבית של האתר ודף יעוץ רפואי של דר
הדס נוימן



הרצאות, נדין הולנדר, מנכ"ל עמותת לראות מקבלת
תעודת הקרה מנשיא רוטרי הרצליה מר מתי הראל
אחרי הרצאה לחברי רוטרי

לשחרר את הווריד

מחלה חסימתית של ורידי הרשתית עלולה לגרום לפגיעה בראייה, ושכיחותה עולה עם הגיל. ברם, מחקרים רבים מהשנים האחרונות הראו כי מגוון הטיפולים הקיים מאפשר שיפור משמעותי בראייה

פרופ' איילה פולק, מנהלת מחלקת עיניים בבית החולים קפלן | ד"ר אירית קניסבכר, מתמחה ברפואת עיניים בבית החולים קפלן

חסימות של כלי הדם הוורידיים ברשתית (RVO) הן הפרעות שכיחות, העלולות לגרום לפגיעה בראייה. כאשר מחלה חסימתית של ורידי הרשתית פוגעת בווריד מרכזי, שמה הוא CRVO (ראשי תיבות: Central retinal vein occlusion). כשהיא פוגעת בווריד ענפי, שמה הוא BRVO (ראשי תיבות: Branch retinal vein occlusion). המחלה השכיחה יותר היא ה-BRVO - אצל בין 0.6% ל-11% מכלל האוכלוסייה - ושכיחותה עולה עם הגיל. גורמי הסיכון למחלה הם יתר לחץ דם, מחלות לב וכלי דם, מסת גוף גבוהה וגלאוקומה. הסיכויים ל-BRVO מתפרסים על פני טווח רחב של התייחסויות מהחורלם - מהיעדר תלונות ועד לידיעה



פרופ' איילה פולק



ד"ר אירית קניסבכר

משמעותית בראייה. הממצאים בבדיקת העיניים הם דימומים ובצקת ברשתית. במהלך ההחלמה יכולה להיות התאוששות ושיפור בראייה בחלק מהמקרים, ובחלקם האחר - נפגעת הראייה עקב בצקת במקולה.

ה-CRVO היא מחלה פחות שכיחה, אך תוצאותיה לרוב חמורות יותר. היא נפוצה בקרב 0.1-0.4% מכלל האוכלוסייה, ושכיחותה עולה עם הגיל. גורמי הסיכון כוללים יתר לחץ דם, סוכרת וגלאוקומה. סיכויי המחלה הם ירידה בראייה, כאשר חדות הראייה ההתחלתית מהווה גורם חיזויי לחדות הראייה הסופית. הסיבוכים העיקריים הפוגעים בראייה כוללים בצקת מקולרית וגלאוקומה נאו-וסקולרית.

הטיפול העיקרי כיום ב-CRVO הינו הזרקת תוך-עינית של אחת משתי קבוצות תרופות עיקריות. הראשונה: משפחת ה-Anti VEGF - תרופות הנוגדות צמיחת כלי דם וסופגות בצקת - הכו' ללת 3 סוגים: אבסטיין (Bevacizumab), לוסנטיס (Ranibizumab) ואייליה (Aflibercept). הקבוצה השנייה היא משפחת הסטרואידים - תר-

פות נוגדות דלקת וסופגות בצקת - הכוללת שתי תרופות: קנולוג (Triamcinolone) הניתנת בזריקה תוך-עינית של התרופה, ואוזורקס (Dexamethasone) המוחדרת כשתל תוך-עיני המשחרר אט-אט את התרופה ומשפיע לתקופת זמן ארוכה יותר.

חקר מדעי העין

בשנים האחרונות נערכים מחקרים המשווים את הטיפולים השונים: מחקר ה-BRAVO בדק את יעילותה של הזרקת תוך-עינית של לוסנטיס, בשני מינונים לעומת דמי בקבוצת ביקורת. מדובר במחקר בינלאומי רב-מרכזי סמוי, שבדק 397 חולים והראה כי טיפול בלוסנטיס מביא לשיפור בראייה בקרב 61.1% מהחולים, לעומת שיפור אצל 28.8%

מקבוצת הביקורת.

מחקר ה-CRUISE בדק יעילות של לוסנטיס לעומת קבוצת ביקורת, בקרב 392 חולים עם CRVO. נמצא שיפור בחדות הראייה בקרב 47.7% מהחולים בעת טיפול בלוסנטיס, לעומת שיפור ב-16.9% מהחולים בקבוצת הביקורת.

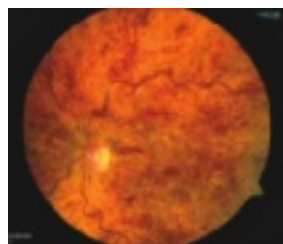
מחקר שהתפרסם לאחרונה באירופה, השווה בין אבסטיין ללוסנטיס, והראה כי אין הבדל ביעילות הטיפול. בנוסף, הראה המחקר כי טיפול בשלב מוקדם מתחילת המחלה מוביל לתוצאות טובות יותר במעקב של 5 שנים.

מחקר ה-SCORE בדק יעילות טיפול בהזרקת קנולוג תוך-עינית, בהשוואה לטיפול בלייזר שהיה מקובל באותה עת. המחקר, שבחן 411 חולים עם BRVO ב-3 זרועות טיפול שונות, מצא שיפור בחדות הראייה תחת טיפול בקנולוג - הדומה לשיפור תחת טיפול בלייזר במקרי BRVO. המחקר בדק טיפול בקנולוג ב-271 חולי CRVO, לעומת מעקב בלבד שהיה מקובל באותה עת, ומצא שיפור בחדות הראייה בחולים אלו (26 לעומת 7 אחוזי שיפור

בקבוצת המעקב). לקנולוג שתי תופעות לוואי משמעותיות: עליית לחץ תוך-עיני וקטרקט.

מחקר ה-GENEVA בדק יעילות של החדרת שתל אוזורקס ב-1,267 חולים עם BRVO או CRVO. התוצאות: נמצא שיפור בחדות הראייה בכ-40% מהחולים, אך הפרדה בין שתי המחלות הראתה שיפור בחדות הראייה במקרי BRVO - יותר מאשר במקרי CRVO. לסטרואידים אלו פחות תופעות לוואי. בהשוואה בין טיפול בסטרואידים לטיפול בלוסנטיס נראתה יעילות טיפול דומה בין סוגי התרופות השונים.

בסיכומי של דבר, מחקרים אחרונים מראים יעילות דומה בין התרופות השונות, עם טווח בטיחות גבוה ומיעוט יחסי של תופעות לוואי. לפיכך, הטיפול המקובל בארץ כקו ראשון במסגרות ציבוריות הוא הזרקת תוך-עינית של תרופה הנוגדת צמיחת כלי דם, לרוב אבסטיין. התרופות האחרות מאותה משפחה, או ממשפחת הסטרואידים, מהוות קו טיפולי שני ושלישי. מגוון הטיפולים שתוארו כאן מאפשר שיפור משמעותי בראייה, ומשנה מהותית את המהלך והפרוגנוזה של מחלה חסימתית בווריד הרשתית.



קרעקת עין עם חסימת וריד רשתית מרכזי עם דימומים מרובים



חתך של שכבות הרשתית בהדמיית טומוגרפיה של הרשתית (OCT) בחולה עם CRVO: החללים בין השכבות (מסומנים בחיצים) מעידים על בצקת



לאחר טיפול בהזרקת אבסטיין: הנזול נספג, הבצקת נעלמה ומבנה הרשתית תקין

הגנו על העיניים של ילדכם ממזקי השמש בכל עונות השנה!

הכתבה באדיבות עדשות מגע ACUVUE®



הקרנית. עדשות מגע חוסמות קרינה אולטרה סגולה מכסות את האזור של הגובלת ומקנות הגנה מאפקט האור הצדדי.

כיצד יודעים האם עדשת המגע של הילד חוסמת קרינה אולטרה סגולה?

מכון התקנים האמריקאי (ANSI) פיתח תקן של חסימת הקרינה האולטרה סגולה לעדשות מגע:

עדשות מגע מדרגה ו: עדשות מגע אלו חוסמות 90% מקרינת האולטרה סגולה הארוכה (UV-A) ו-99% מקרינת האולטרה סגולה הבינונית (UV-B) אשר נחשבת למסוכנת יותר.

עדשות מגע מדרגה וו: עדשות מגע אלו חוסמות לפחות 70% מקרינת האולטרה סגולה הארוכה (UV-A) ו-95% מקרינת האולטרה סגולה הבינונית (UV-B). במידה ועדשות המגע שרכשתם הינן בעלות חוסמי UV, תוכלו למצוא כיתוב או לוגו המציין זאת על גבי הקופסה. אך כאמור מלבד הלוגו, כדאי לחפש גם את דרגת החסימה של העדשה.

למידע נוסף בנושא עדשות מגע והגנת UV לעיניים בקרו ב: acuvue.co.il

ייעוץ מקצועי בהכנת הכתבה: ד"ר ניר ארדינסט

שמש מצמצמת את החשיפה לקרינה האולטרה סגולה באזור העין. ואולם חשוב להדגיש כי לא כל משקפי השמש מונעים וחוסמים את הקרניים האולטרה סגולות מלהגיע לעיניים. משקפי שמש בעלות עדשות חוסמות UV יחסמו את הקרינה האולטרה סגולה מבעד לעדשות אך קרינה אולטרה סגולה יכולה לחדור מצדדי העדשה וגם מלמעלה. הגנה מלאה של קרינה אולטרה סגולה תתרחש רק במשקפי שמש שמגנים על העין גם בצדדים כשעדשות משקפי השמש עוטפות את כל אזור גלגל העין, כמו משקפי הגנה שמרכיבים בתנאי עבודה, ואשר מספקות כיסוי מלא.

כמו כן, חשוב להבין כי משקפי שמש כהים מרחיבים את האישונים ולכן למעשה גורמים לקרינה אולטרה סגולה בכמות רבה יותר לחדור לעין. מה שמגביר עוד יותר את הצורך במשקפיים שמגנים על העין מכל הצדדים. כמו כן, מספר מחקרים הראו כי קרניים אולטרה סגולות אלו הנכנסות לעין מהצד או מעל משקפי שמש מתמקדות בגובלת-הגבול שבין הקרנית ללחמית או האזור שתוחם את גבול הקשתית (צבע העין).

כאמור, משקפי שמש אינם מצליחים למנוע את אפקט האור הצדדי לתוך העין. עדשות מגע, לעומת זאת, חוסמות קרינה אולטרה סגולה יכולות למנוע את אפקט האור הצדדי. בנוסף, עדשות מגע הסופגות קרינה אולטרה סגולה יכולות למנוע חדירה של קרינת UV לתוך העין בהצלחה רבה יותר מאשר משקפי שמש ללא הגנת צד. הגנה נוספת שעדשות מגע יכולות לתת היא שימור על מצבם של תאי הגזע בגובלת. לתאי הגזע בגובלת יש תפקידים וחשיבות עליונה לתפקוד ובריאות

כל הורה מכיר את הטקס הקבוע של מריחת שכיבה יפה של קרם הגנה על הילדים בטרם יציאה לטיול, או כשמבלים איתם בחוף הים או בבריכה. אבל מעטים ההורים בישראל שמציידים את הילדים בהגנה לעיניים מפני השמש. אז נכון קרני השמש עלולות לגרום צרות לעורם העדין של ילדים, אבל עוד יותר מכך - לעיניהם.

רבים טועים לחשוב שקרינת שמש היא עניין קייצי, ובכן - לא רק. אמנם הקרינה האולטרה סגולה נמוכה יותר בחורף וזווית הקרניים שונה, אך עדיין קיימת קרינה משמעותית גם בימים בהם עננים מכסים את השמיים וישנה כמות מסוימת של קרינה שמגיעה אלינו. עוד מתברר כי יש קרינה חזקה החוזרת אלינו ממשטחים כמו שלג ומים. כך שאם יוצאים עם הילדים לחופשת סקי למשל, קרינת השמש החוזרת מהשלג היא סכנה ממשית וחובה להתנהג באותו משנה זהירות שהייתם נוקטים בשיאו של חודש אוגוסט.

מדוע רמת הסיכון עולה כשמדובר בילדים?

ילדים יש אישונים גדולים יחסית למבוגרים ועד גיל 10 עיני הילדים סופגים כשיש שלוש מכמות הקרינה האולטרה סגולה העוברת בעין, בגלל צלילות העדשה וגודל האישונים. אצל צעירים בני 25 למשל רק 10% מהקרינה חודרת לעין. על פי מספר מחקרים שנערכו באוסטרליה, נזקי שמש בעיניים מתחילים להתהוות בגילאים צעירים ושכיחותם רק עולה עם הגיל.

אז מה אפשר לעשות?

ההמלצה שלנו היא לחבוש כובע מצחייה או כובע רחב שוליים. בנוסף, הרכבת משקפי



ACUVUE®
עדשות המגע
החוסמות קרינת UV,
להגנה גבוהה יותר*



בקשו
להתנסות
בעדשות מגע
ACUVUE®



*בדיקה עיניים מקצועית והאמת עדשות מגע עשויות להיות כרוכות בחשלום. **נחנים מקובץ 2013 JVC. כל מוצרי ACUVUE® הינם בעלי חסימת UV ועוזרים לתת הגנה מפני מעבר של קרינת UV מזיקה אל הקרנית ופנים העין. עדשות מגע חוסמות UV אינן מהוות תחליף למשקפיים חוסמי UV כגון: משקפי שמש או משקפי שמש חוסמי UV מאחר והן אינן מכסות לחלוטין את העין והאזור סביב לה. המשיכו להשתמש במשקפי שמש חוסמי UV כדי להגן על ידי המוח והבריאות העין. ACUVUE® - SEE WHAT COULD BE* הינם שמות מסחריים רשומים של ייסי הליי קר בע"מ © ייסי הליי קר בע"מ 2015.

על הפנים, במובן החיובי

כאשר קטע ממרכז הרשתית חסר, נוצר חור מקולרי, שעלול לגרום לטשטוש ולעיוות הראייה. בשלביה הראשונים של המחלה אין צורך בטיפול, אך עם התקדמותה נחוץ ניתוח, שאחריו חייב המנותח לשכב - בין יום לכמה ימים - כשפניו כלפי מטה. אם יתקשה בכך, ההתאוששות עלולה להיכשל

| ד"ר איתמר קלמפר, מחלקת עיניים בבית החולים סורוקה

רקטומיה) - המבוצע בהרדמה מקומית, באשפוז יום - מוסרת הרקמה המושכת את הרשתית, ומוחלפת בבועה המכילה תערובת של אוויר וגז. הבועה פועלת כתחבושת פנימית, זמנית, המדביקה את הרשתית בחזרה למקומה. לאחר הניתוח, על החולה לשכב בין יום אחד למספר ימים, כאשר פניו כלפי מטה. עמדה זו, החיונית להצלחת הניתוח, מאפשרת לבועה ללחוץ את המקולה למקומה. הבועה תיספג בהדרגה ותוחלף בנוזל טבעי הנוצר בעין. חשוב לשוחח על כך עם הרופא המנתח עוד לפני הניתוח, מאחר שרבים מתקשים לשמור לאחר הניתוח על מנח ראש נכון.

סיכונים וסיכויים

הסיכון הנפוץ ביותר לאחר ניתוח חור מקולרי מתבטא בעלייה בשיעור ההתפתחות של קטרקט: כ-60% מהחולים יפתחו קטרקט, שעשוי להחמיר עד כדי צורך בניתוח להסרתו. סיכוכים אחרים ופחות נפוצים כוללים זיהום והיפרדות רשתית, העלולים להופיע במהלך הניתוח או אחריו - ושניהם מחייבים מיידית טיפול ניתוחי נוסף. כמו כן, החולה אינו רשאי לטוס לאחר הניתוח, כל עוד קיים גז בעין. שינויים בלחץ האוויר עלולים לגרום לבועה בעין להתרחב, וכתוצאה מכך לעליית לחץ בתוך העין עד כדי עיוורון.



ד"ר איתמר קלמפר

שיעור ההצלחה של הניתוח בשיפור הראייה משתנה ממטופל למשנהו. לחולה המגיע לניתוח עם חור מקולרי בן פחות משישה חודשים, יש סיכוי טוב יותר להתאושש לעומת חולה הסובל תקופה ארוכה יותר. התאוששות הרשתית אינה מיידית, ויכולה להימשך מספר רב של חודשים לאחר ניתוח. אם לאחר הניתוח החולה מתקשה להתמיד בתנוחה עם הפנים כלפי מטה, התאוששות עלולה שלא להצליח. חולה כזה אינו מועמד טוב לניתוח ויטרקטומיה, וישנן גם גישות אחרות עבורו. עם זאת, קיימים מספר התקנים שיכולים להקל על התנוחה הנדרשת במשך תקופת ההחלמה.

מייד. חשוב לציין, כי חור מקולרי אינו ניוון מקולרי הקשור לגיל. למרות התסמינים הדומים, חור מקולרי וניוון מקולרי הקשור לגיל הן שתי מחלות נפרדות, הנפוצות באוכלוסייה שמעל גיל 60.

הגורם לחור מקולרי

חלל העין מלא בזוגית, חומר דמוי ג'ל הממלא כ-80% מהעין ועוזר לה לשמור על צורתה העגולה. הזוגית מכילה מיליוני סיבים דקים, המחברים אל פני שטח הרשתית. ככל שאנו מתבגרים, הזוגית מתכווצת לאט ומתרחקת מהרשתית, ונוצלים טבעיים ממלאים את האזור בו התכווצה הזוגית. ברוב המקרים, אין תופעות לוואי לתהליך פיזיולוגי זה. חלק מהחולים עלולים לחוות עלייה קטנה ב-floaters, שהם "קורי עכביש" קטנים או כתמים שנראים צפים בשדה הראייה.

ברם, במידה שהזוגית נשאר מחוברת היטב אל פני הרשתית, כאשר היא מתכווצת עשוי להיווצר מתח על אזור המקולה ולגרום לירידת חור מקולרי. כאשר נוצר חור במקולה, נוזל מן הזוגית עשוי לחלחל דרך החור אל מתחת למקולה ובכך לגרום לטשטוש ולעיוות ראייה מרכזית.

חור מקולי יכול להופיע גם במקרים נוספים כגון קוצר ראייה גבוהה (קוצר ראייה), חבלה בעין או היפרדות רשתית. כאשר החור המקולרי הוא בעין אחת, קיים סיכוי של 10-15% להתפתחות המחלה בעין.

השינויים בראייה בעקבות הופעת חור מקולרי מתחילים בהדרגה. בשלב המוקדם, יבחין החולה בעיוות או בטשטוש קל בראייה. קווים או גופים ישרים יכולים להיראות מכופפים או גללים. כמו כן, קריאה וביצוע משימות שגרתיות עשויים להיפגע. לעיתים נדירות, חור מקולרי יכול להיסגר מעצמו. עם התקדמות המחלה, נדרש טיפול ניתוחי על מנת לשפר את הראייה. בניתוח כריתת הזוגית (ויט-



הרשתית הינה רקמה בעין הרגישה לאור. היא אחראית על הראייה החדה, המרכזית, ומאפשרת יכולת לקרוא, לנהוג ולראות פרטים עדינים.

כאשר קטע ממרכז הרקמה חסר, זהו "חור מקולרי". חור מקולרי עלול לגרום לראייה מרכזית מטושטשת ומעוותת. המחלה קשורה להזדקנות, ומתרחשת בדרך כלל במבוגרים בני 60 ומעלה.

לחור מקולרי ישנם מספר שלבים: שלב 0 - הידר בקות הזוגית על אזור המקולה: שלב זה אינו מצריך טיפול, ובכמה ציט מחורים התחלתיים אלו תחול התקדמות. שלב 1 - חורים בעובי חלקי, ומשיכת אזור המקולה על ידי הזוגית: גם בשלב זה אין צורך בטיפול, ובכ-70% מהחולים בו תהיה התקדמות. שלב 2 - חורים בעובי מלא, בגודל קטן עד בינוני עם משיכת אזור המקולה על ידי הזוגית: כאשר חור מקולרי מתפתח לשלב זה, הראייה המרכזית והמפורטת עלולה להיפגע. שלב 3 - חור מקולרי מלא בגודל בינוני עד גדול, עם משיכת אזור המקולה על ידי הזוגית: גם בשלב זה עלולה הראייה המרכזית והמפורטת להיפגע. שלב 4 - חור מקולרי מלא קטן, בינוני או גדול, ללא משיכת זוגית של הרשתית: בשלב זה, החור ומיקומו ברשתית יקבעו עד כמה ראיית החולה תיפגע.

חור מקולרי עלול להוביל להתנתקות רשתית - מצב המסכן את הראייה ומצריך טיפול רפואי

המרכז לניתוחי קטרקט בלייזר ב'עתידים מדיקל סנטר'



מהיום החיים נראים אחרת...

המומחים
בישראל
בתחום ניתוחי
קטרקט בלייזר

ניתוחי קטרקט בלייזר, מבוצעים על ידי רופאי העיניים המובילים בישראל
• רמת דיוק ובטיחות גבוהה יותר • חזרה מהירה לשיגרה
• חדות ראייה מירבית • איכות חיים משופרת

- | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| • ד"ר מרקוביץ אריה | • ד"ר ישראלי דוד | • ד"ר אברהמי סימון |
| • פרופ' קייזרמן אור | • ד"ר כהן שמואל | • ד"ר בוקלמן אמיר |
| • ד"ר קפלן אודרי | • ד"ר כהנא מיכאל | • ד"ר בן חיים עודד |
| • פרופ' קרמר ישראל | • ד"ר לוינגר אליה | • פרופ' ברקת אירית |
| • ד"ר רוטנשטריך יגאל | • ד"ר לוינגר שמואל | • ד"ר גרינבאום אהרון |
| • ד"ר שגב פאני | • ד"ר מנדלבלום חורחה | • ד"ר דוייב יוסף |
| • ד"ר שוולב עמנואל | • ד"ר מלר אורי | • ד"ר האוזר דוד |
| • ד"ר שמש גבי | • ד"ר מרזוק פאדל | • ד"ר הירש עמי |

ל'עתידים מדיקל סנטר' הסכמים עם הביטוחים המשלימים של קופות החולים לניתוחי קטרקט והסדרים עם כל חברות הביטוח לניתוחי קטרקט וקטרקט בלייזר

קטרקט Laser

עתידים
מדיקל סנטר
ATIDIM MEDICAL CENTER

'עתידים מדיקל סנטר', מרכז רפואי רב-תחומי: רפואת עיניים, רפואת נשים, כירורגיה פלסטית, כירורגיה כללית, טיפולי שיניים, אורתופדיה, רפואת עור
www.atmc.co.il | **03-5254555** תל אביב קומה 4, רמת החייל, קומה 4, תל אביב



ב- 21.12.15 לא עוצמים עיניים! "לראות קדימה"

כנס הרצאות באינטרנט בשידור חי שיפקחו לכם את העיניים
בהשתתפות מיטב רופאי העיניים
מנחת הכנס: נדין הולנדר, מנכ"ל עמותת "לראות"

19:00-20:00 - מושב לבני 60 פלוס



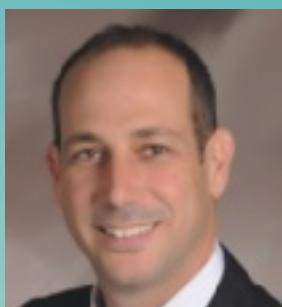
ד"ר אורי מלר
ניתוח קטרקט מודרני,
טכנולוגיות וחדושים

בניתוח קטרקט מודרני נעשה שימוש בחתך זעיר, דרכו מוחלפת העדשה הטבעית בעין בעדשה מלאכותית. שימוש בטכנולוגיית הלייזר מאפשר ביצוע חתכים עדינים ומדויקים, המעלים את בטיחות הניתוח. שימוש בעדשות מלאכותיות מתקדמות, מאפשר הקטנת תלות המטופל במשקפיים.



ד"ר דוד האוור
ניוון מקולרי גילי
חידושים אחרונים

ניוון רשתית מקולרי גילי הינו הסיבה השכיחה ביותר בעולם המערבי לאבדן ראייה חמור מעל גיל 50. בשנים האחרונות חלה התקדמות עצומה בטיפול במחלה. הוובינר יעסוק בטיפול הנוכחי ובחידושים הצפויים בטיפול במחלה.



ד"ר יורה ברק
חורים והיפרדות
רשתית

ההרצאה תעסוק בתהליכים הקשורים לגיל, העלולים לגרום לקרע ולהיפרדות רשתית, בתסמינים המכונים לקרע או היפרדות רשתית, ובטיפולים החדשניים ביותר לטיפול בקרעים ובהיפרדות רשתית.



ד"ר גבריאל כץ
להסתכל לסוכרת
בעיניים

הקשר בין מחלת הסוכרת והעיניים - מדוע קיים קשר? הסימנים, מי בסיכון? כיצד יודעים? האבחון והטיפול.



משרד הרווחה
והשרותים החברתיים



ד"ר פני שגב
כיצד להימנע מזיהומים בקרב צעירים מרכיבי עדשות מגע

זיהומים בקרנית בקרב מרכיבי עדשות מגע, דרכי אבחון וטיפול, וכיצד ניתן להימנע מכך.



ד"ר הני ליכטר
שינויים בעיניים עם הגיל - לבני 40 פלוס

אנו מתחילים להרגיש שינויים ביכולת הראייה שלנו. בגיל זה אנו חשים קושי בקריאה מקרוב - שינוי זה הינו פיזיולוגי וקורה לכולנו. בהרצאה זו נדון בשינויים הפיזיולוגיים והשינויים הנובעים ממחלות שכיחות עם הגיל, כדוגמת יתר לחץ דם, סכרת וגלאוקומה. דגש יושם על האבחון והמניעה של מחלות אלה.



ד"ר יניב ברקמאן
גלאוקומה - הגנב השקט של הראיה

גלאוקומה היא קבוצה של מחלות המאופיינות בנוירופתיה של עצב הראייה. היא גורם חשוב לעיוורון, שאפשר למנועו. חלק גדול מהמקרים אינם מאובחנים בזמן, בשל היעדר סימפטומים בשלבים מוקדמים. אבחון מוקדם באמצעות בדיקת עיניים שגרתית והתחלת טיפול להורדת לחץ תוך עיני, יכולים לעצור את התקדמות המחלה. נסקור את גורמי הסיכון לגלאוקומה.



פרופ' דוד צדוק
עין יבשה - איך לחיות איתה בשלום

תחושת החול בעיניים היא אחת התופעות הנלוות להפרעה הנקראת "תסמונת העין היבשה". זוהי הפרעה נפוצה באוכלוסיה, ובעיקר בקרב נשים מבוגרות. תסמינים [סימפטומים] מעיקים נוספים של התסמונת הם הפרעות בראייה ותחושות גרד, צריבה ואי נוחות. חולים עם עיניים יבשות מתקשים מאוד להרכיב עדשות מגע. באופן מפתיע גם דמעת בעודף יכולה להיות ביטוי לעיניים יבשות. בסיפור הזה, הגיבורים הראשיים הם הדמעות והעפעפיים. כיום יש לנו אמצעים טובים מבעבר לטיפול במחלה זו.

יחשבו TBWA

הירשמו עוד היום!
במחשב/טאבלט או בסמארטפון. תוכלו לשאול ולקבל את המידע מרופאי העיניים.



ד"ר אריה מרקוביץ
קרטוקונוס - האבחון והטיפול

הגורמים למחלת הקרטוקונוס, הנפגעים ממנה, תסמינים וסימנים, כיצד מטפלים במחלה ואיך חיים איתה.



ד"ר רון טימן
דלקות עיניים זה לא רק עין אדומה

רבים בציבור חושבים כי דלקת עיניים ועין אדומה חד הן. המציאות מורכבת הרבה יותר ודלקות עיניים יכולות להופיע כהפרעות ראייה שונות, וכאבים סביב אזור העין והארוכה. נדבר על דלקות עיניים אופייניות בקבוצות גיל שונות, הסתמנות ומתי יש לפנות ללא דיחוי לקבלת עזרה רפואית.



ד"ר רונית פרילינג
האם השימוש במחשבים וטלפונים חכמים גורם נזק לראיה?

הדיון יהיה על השפעת השימוש הממושך על הופעת תחושת יובש בעיניים, אי נוחות בעיניים, שינויים בתשבורת והאם קיימות השלכות לטווח רחוק.



ד"ר הדס משולם
מניעת עין עצלה ובדיקות שגרה לילדים ולילדים מיוחדים

הראייה מתפתחת בשנים הראשונות לחיים, ותלויה בתפקוד תקין של העיניים בזמן זה. פגיעה בראיה בילדות גורמת להתפתחות עין עצלה - מצב בו המוח לא לומד לראות וחדות הראייה נפגעת. בעיות בעלות פתרון, כמו צורך במשקפיים או פזילה, גורמות לעין עצלה ולירידה בחדות הראייה אותה לא ניתן לתקן בבגרות.



כשהגוף תוקף את העין

המחלות האוטואימוניות, בהן תאי מערכת החיסון תוקפים תאים ורקמות של הגוף עצמו, שכיחות בקרב 5-20% מהאוכלוסייה, ואף יותר אצל נשים בגיל הפוריות. כאשר מחלה כזו תוקפת את העין, יש בכך כדי לרמז על קיומה של מחלה כללית בגוף. הפתרון: אבחון נכון ומהיר, וטיפול המותאם למחלה

| ד"ר זוהר חבוט-וילנר, מנהלת שירות אובאיטיס ומחלות דלקתיות של העין, מנהלת המרפאה המשולבת למחלות דלקתיות של העין והמפרקים ורופאה בכירה ביחידת הרשתית של מערך העיניים במרכז הרפואי תל אביב

מחלות אוטואימוניות הן קבוצת מחלות בהן תאי מערכת החיסון תוקפים תאים ורקמות של הגוף עצמו. הסיבה למחלות אלו קשורה בגורמים גנטיים וסביבתיים ובהשפעות הורמונליות. שכיחות המחלות באוכלוסייה נאמדת ב-5-20%, והיא גבוהה יותר בקרב נשים בגיל הפוריות.

על פי נתוני האגודה האמריקאית למחלות אוטואימוניות, זוהו עד כה בין 80 ל-100 מחלות אוטואימוניות. דוגמאות למחלות הללו: מחלת בכצ'ט (Behcet's disease); ספונדילוארטרופתיות הכוללות 4 מחלות: דלקת שדרה מקשחת (Ankylosing spondylitis), דלקת מפרקים משנית לפסוריאזיס (Psoriatic arthritis), דלקת מפרקים תגובתית (Reactive arthritis), המתפתחת לרוב לאחר מחלה זיהומית של דרכי המין והשתן או דרכי העיכול, ודלקת מפרקים המלווה מחלות מעיים דלקתיות (Ulcerative colitis Crohn's disease); מחלות דלקתיות המערבות כלי דם (GPA - Granulomatosis with Polyangiitis, בעבר "מחלת וגנר", PAN (ראשי תיבות: Polyarteritis nodosa); זאבת (Lupus SLE); טרשת נפוצה (Multiple sclerosis); דלקת מפרקים שגרונתית (Rheumatoid arthritis); דלקת מפרקים של גיל הילדות (Juvenile idiopathic arthritis); סרקואידוזיס (Sarcoidosis); ועוד.

המחלות האוטואימוניות עלולות להיות רב-מערכתיות ולכלול גם את העין בתהליך הדלקתי. העין נחלקת לחלקים שונים, והתהליך הדלקתי עלול לערב כל חלק בנפרד או מספר חלקים יחדיו. דלקת של דופן גלגל העין יכולה לערב את כלי הדם השטחיים (מחלת אפיסקלריטיס) או העמוקים (מחלת סקלריטיס) שבדופן גלגל העין. המחלות הללו עשויות להיות דומות במראן הקליני, אך שונות זו מזו בחומרתן - ובהתאם לכך, גם הטיפול בהן. על



ד"ר זוהר חבוט-וילנר

כן, ישנה חשיבות רבה לאבחון נכון ומהיר ולמתן טיפול המותאם למחלה.

בעין הסערה

אובאיטיס הינה מחלה דלקתית תוך-עינית המערבת מקטעים שונים בתוך העין: אובאיטיס קדמית מערבת את הקשתית +/- הגוף הציליאר; אובאיטיס אמצעית מערבת את הזגוגית +/- היקף הרשתית; ואילו

אובאיטיס אחורית מערבת את הרשתית +/- הדמית. הטיפול במחלה כולל טיפות ומשחות סטרואידליות, טיפות מרחיבי אישון, הזרקות של סטרואידים סביב או לתוך העין וטיפול פומי בסטרואידים ונוגדי דלקת נוספים. ההחלטה על סוג הטיפול מתבססת על סוג האובאיטיס, מעורבות של עין אחת או שתיהן ומחלה כללית פעילה בגוף.

תסמונת סיוגן (Sjogren) הינה דוגמה נוספת למחלה אוטואימונית. המחלה אופיינית לנשים (90% מכלל החולים), והיא יכולה להופיע כמחלה ראשונית - המופיעה כמחלה בפני עצמה; או כמחלה משנית - הנלווית למחלה אחרת כגון דלקת מפרקים שגרונתית, זאבת ועוד. המחלה מתאפיינת ביובש בעייניים ובפה, שהינם משניים לפגיעה בפעילות בלוטת הדמעות והרוק. תסמינים נוספים שכיחים כוללים

יובש בעור או באיבר המין ועייפות. בנוסף, יתכנו דלקת מפרקים או פגיעה בבלוטת התריס, בתפקוד הכבד, במערכת העצבים המרכזית ובספירת הדם.

אבחנת המחלה נעשית על פי ממצאי הבדיקה הקלינית, עדות לתהליך דלקתי המערב את בלוטות הרוק (לאחר לקיחת דגימה מהבלוטה) ובדיקות דם לקיום נוגדנים שונים. התלונות השכיחות במצב של עין יבשה כוללות תחושת גוף זר או "חול", לעיתים כאב או עייפות העין, וכן אי-סבילות לאור ועיניים אדומות. יש לבצע בדיקות עיניים מיוחדות, הכרוכות לולות את מבחן שירמר, בו בודקים באופן כמותי את יכולת הפרשת הדמעות, וכן בדיקה במנורת סדק. חשוב לשלול פגיעה בקרנית עקב היובש, שעלולה להתפתח לכדי זיהום בקרנית.

הטיפול בעין יבשה כולל שימוש קבוע בטיפות תחליפי דמעות, משחות וג'ל ללא חומרים משמרים. במצבים קשים יותר: שימוש לפרק זמן מוגבל בטיפות סטרואידים, ובמידת הצורך - טיפות אנטי-דלקתיות מסוג ציקלוספורין. ניתן גם לחסום את דרכי הדמעות, ובכך להגביר את כמות הדמעות הנותרות בעין.

לסיכום, קיים קשר בין מחלות אוטואימוניות לבין העין. העין עשויה להיות האיבר הראשון בו מתבטאת המחלה האוטואימונית, ובכך לרמז על קיומה של מחלה כללית בגוף.



בזכות הרופאים, בזכות הניסיון, בשביל הביטחון.

הסרת משקפיים באמריקן לייזר

עושים רק ב-



באמריקן לייזר תיהנו מהליך פשוט מהיר ובטוח הנמשך בין 6 ל- 10 דקות, כשלאחריו תוכלו לחזור לתפקוד במהרה. ההליך מבוצע על ידי מיטב הרופאים המומחים, בטכנולוגיה מתקדמת ובתקנים המחמירים בעולם. **כי כש מסתכלים על הניסיון - אמריקן לייזר**

ד"ר גולדיץ' - מנהל מקצועי של תחום העיניים באמריקן לייזר.

- בוגר בית ספר לרפואה "הדסה" באוניברסיטה העברית ירושלים. זוכה לתואר מתמחה מצטיין של האגוד הישראלית לרפואת העיניים.
- זוכה פרס החוקר המצטיין של המכון הבינלאומי לקשרי מדע בינלאומיים אוניברסיטת תל אביב.
- התמחות - על במחלות וניתוחי קרנית וניתוחי לייזר בטורנטו, קנדה.
- חפא ומנתח בכיר בבית חולים "אסף הרופא".



ד"ר מצליח טייב - מנתח בכיר באמריקן לייזר.

- מנתח עיניים החל מ- 1983, מומחה לרשתית, טיפולי לייזר ברשתית וניתוחי גלאוקומה וקטרקט.
- לד"ר מצליח ניסיון בניתוחי הסרת משקפיים בלייזר מ- 1991.



להיראות טוב להרגיש מצוין
1-700-70-70-60

באישור ובפיקוח של:



בשיתוף:

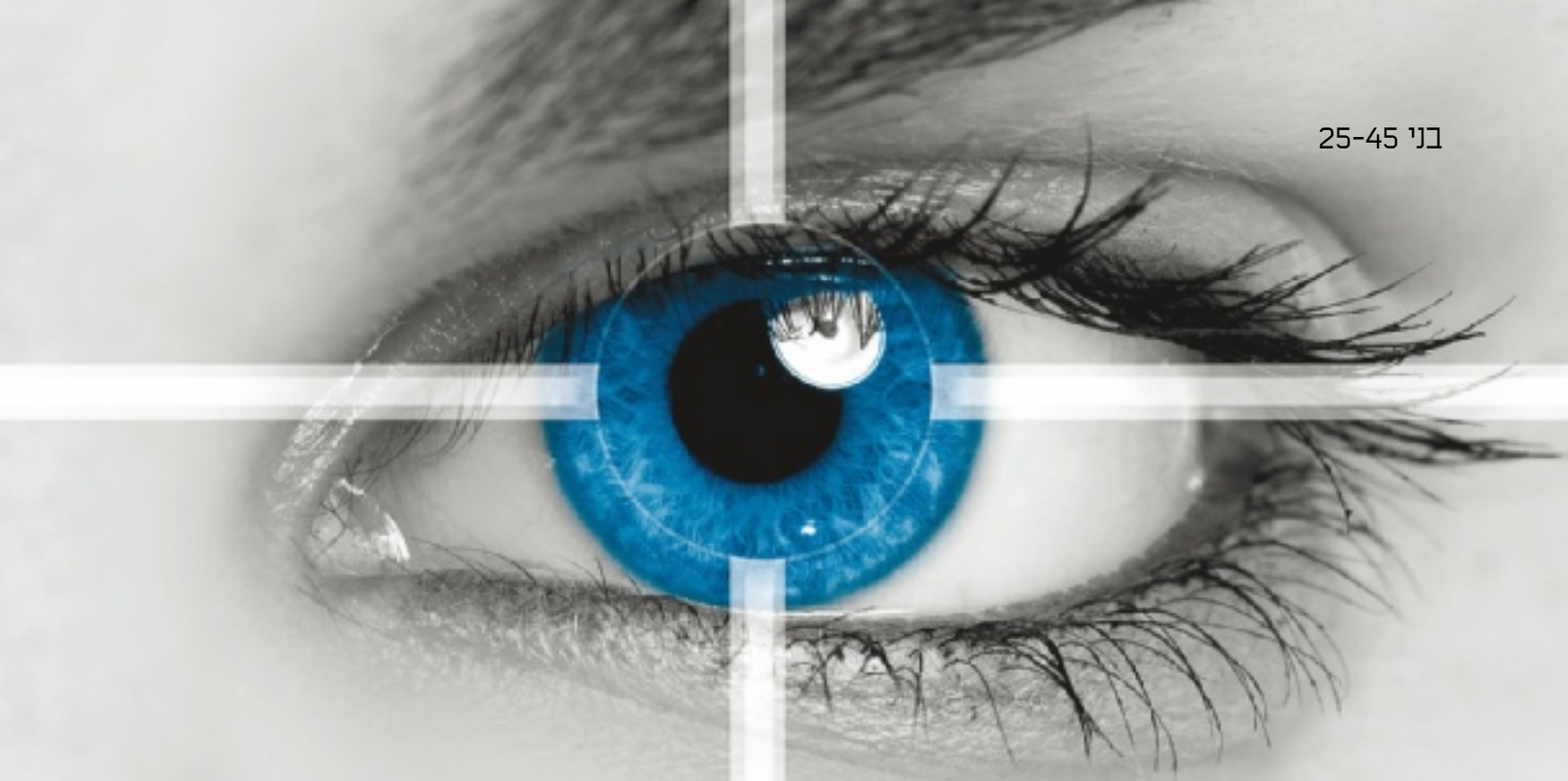


בתחום הסרת השערה

למידע נוסף ופגישת ייעוץ עם רופא מומחה ללא התחייבות:

1-700-70-70-60

טבריה | קרית | חיפה | נתניה | רעננה | תל אביב | פתח תקווה | קריית אונו | חולון | ראשון לציון | רחובות | ירושלים | אשדוד | באר שבע



הבית של העין

ירידה בראייה, בצקות בעפעפיים, עיניים פעורות או ראייה כפולה - אלו חלק מסימניה של בעיה בארובת העין, העלולה להיגרם כתוצאה מיתר פעילות בבלוטת התריס, מגידול מאחורי גלגל העין או ממחלות דלקתיות. בלט עין - מהם גורמי המחלה והטיפול בה

| ד"ר דניאל בריסקו, מנהל מחלקת עיניים בבית חולים העמק

בלט עין הינו הסימן הראשון המורה על בעיה בארובת העין (השקע בגולגולת, בו ממוקמת העין), הנובע ממחלה בגוף, כגון יתר פעילות בבלוטת התריס או גידול שגדל מאחורי גלגל העין ודוחף את העין קדימה. כל מטופל הסובל מבלט עין זקוק לבירור מקיף, הכולל בדיקה של מומחה בארובת העין, הדמיה כגון CT, MRI ואולטרה



ד"ר דניאל בריסקו

אחרות ודלקות לא ידועות. אבחון על ידי הדמיה יכול לעזור בזיהוי ממה נגרם בלט העין. יש לערוך בדיקות לתפקודי בלוטת התריס ולנוגדנים לבלוטה, על מנת לשלול מחלת תי-רואיד של העין. בנוסף, בדיקות דם כלליות יכולות לעזור באבחנה של מחלות דלקתיות, זיהומיות או גידור-ליות ואף גרורותיות.

כל הדרך עד לריפוי

מטופל עם בלט עין שנגרם ממחלת תירואיד, סובל בדרך כלל מבצקות בעפעפיים ומעיניים פעורות מדי, ולעיתים תופיע גם ראייה כפולה. סדרת טיפולים באמצעות סטרואידים דרך הווריד יכולה לסייע לנסיגת המחלה ולריפוייה, אך בחלק מהמקרים יש צורך בניתוח לטיפול בבלט העין ולתיקון מנח העפעפיים. ניתוחים אלו מוצלחים מאוד ונעשים על ידי מנתח ארובה. במקרים בהם סובל המטופל מראייה כפולה הוא יזדקק לניתוח לתיקון פזילה, המבוצע בדרך כלל לאחר ניתוח הארובה ולפני הניתוח לתיקון מנח העפעפיים. חלק מהגידולים בארובה מאובחנים מראש על ידי הדמיה, וקל להוציא אותם בשלמותם בניתוח.

ישנם גידולים שמפוזרים יותר בארובת העין, ובדרך כלל מופיעים כחלק ממחלה כלשהי בגוף - גי-דולי או דלקתי. במקרים אלו, מבצעים ביופסיה מהארובה על מנת להדגים ולאבחן באיזה סוג גידול מדובר. לאחר מכן, ניתן לטפל בחולה בטיפול המ-תאים ולעיתים קרובות להביא לריפוי של המחלה. הגידול הממאיר השכיח ביותר מסוג זה הינו לימפומה. כיום הטיפול בלימפומה מוצלח מאוד, וברוב המקרים בארובה ניתן לטפל במחלה בא-מצעות מתן תרופה דרך הפה, שמטרתה להמיס את הגידול על ידי נוגדנים לקולטנים ספציפיים הנמצאים בלימפומה. בשלב בדיקת הפתולוגיה נהוג לבדוק את נוכחות הקולטנים הללו. טיפולים נוספים ללימפומה מבוצעים דרך מתן הקרנות או כימותרפיה.

טיפול כירורגי של מחלות ארובה הפך בשנים האחרונות לשכיח וזמין יותר - דבר שהביא לה-תפתחותן של גישות ניתוחיות חדשות. ניתוחי ארובה יכולים להיות מאוד מאתגרים, ועל אף שרוב הניתוחים מבוצעים כיום בידי רופאי עיניים, נדרש לעיתים שיתוף פעולה עם רופאי א"ג ונויר-כירורגים. שינויים ושיפורים טכניים של הניתוחים העלו את אחוזי ההצלחה והפחיתו את התחלואה הקשורה בניתוחים אלו.

סאונד, ובנוסף, בדיקות דם. הבלט עשוי להופיע כשהוא מלווה בירידה בראייה עקב פגיעה בעצב הראייה, ולכן בודקים גם את תפקודי עצב הראייה. המפגש הראשוני עם המטופל הוא זמן טוב להכיר, לדעת מהם פחדיו ומהן ציפיותיו, לדעת את הסטטוס הראייתי בכל עין, ובעיקר להקשיב למטופל. היסטוריה רפואית כללית צריכה להילקח, בדגש על מחלות גופניות המערבות את ארובת העין. בסוף תהליך זה, לרופא יהיה בדרך כלל כיוון מה הוא בדיוק מחפש.

הגורמים העיקריים לבלט עין הם מחלת תירואיד (בלוטת התריס) וגידולים שפירים מאחורי גלגל העין. ישנם גורמים נוספים, שכיחים פחות, כגון גי-דול ממאיר ומחלות דלקתיות כמו סרקודוזיס, דלקות

העדשות שמגנות על העיניים

כל מי שנוהג במכוניתו בבוקר או לפנות ערב יודה בזה: קרני השמש מסנוורות גם כשמרכיבים משקפי שמש. אלא אם המשקפיים כוללות עדשות מקוטבות, ש'חותכות' את גלי האור ובכך מאפשרות לעיניים ראייה חדה וצלולה עם צבעים עשירים, בהירות גבוהה ושדה ראייה עמוק יותר. במילה אחת: Polaroid



בטבע, עדשות מקוטבות יודעות לסנן את האור, ולהעמיד קשתות ראייה וצבע גם בתנאי מזג אוויר קשים; ולא כל שכן בשלג, בו הנזק בסנינוור לעיניים הוא כפול.

בשנים האחרונות, כאשר רבים כבר גילו את יתרונות העדשות המקוטבות בעת החשיפה לשמש, ההתעניינות במשקפי שמש אלו מרקיעה שחקים. ברשת ERROCA, המובילה בענף משקפי השמש, בעלי העדשות המ-קוטבות, מדווחים כי למעלה מ-50% ממשקפי השמש הנמכרים בארה"ב כוללים עדשות מקוטבות.

היום לא צריך להתלבט בין נראות אופנתית וטרנדית לבין איכותן של עדשות המשקפיים. בעקבות הצלחתו של המותג Polaroid, שפיתח את הטכנולוגיה הייחודית, החלו גם בתי האופנה הגדולים בעולם - ביניהם גוצ', פראדה, דולצה גבאנה, סלין ואחרים - לשווק משקפי שמש עם עדשות פולארויד - מה שמבטיח לכל אחד ואחת גם עיצוב אופנתי וטרנדי וגם עדשות מצוינות.

הכתבה הוכנה בשיתוף ידי מרקוביץ', יו"ר מועצת האופטומטריסטים בישראל.



המותג Polaroid משווק בלעדית ברשת ERROCA

שבשני צידי קבועים סופגי קרינת UV החוסמים את קרני ה-UVA, UVB וה-UVC המזיקות. בנוסף, בזכות עיצובן בטכנולוגיה מיוחדת למבנה שהופך דק בקצוות, העדשות עמידות לשברים כך שבמצב של תאונה, הסיכוי שהן יישברו ויפצעו את העיניים הוא אפסי. **משקפי השמש עם העדשות המ-קוטבות מבטיחים ראייה חדה וצלולה, צבעוניות עשירה, בהירות גבוהה ושדה ראייה עמוק יותר, ובעיקר חווית ראייה נוחה ורגועה.** מכאן מובן כי השימוש בהם בנהיגה בטיחותי לאין-ערוך. נהג המצויד בהם נהנה מתפיסת עומק ומרחב מדויקת, מזיהוי צבע ותנועה טר-בים יותר ומהרכה פחות סינוור, שטחים מתים והפתעות בכביש. במהלך הנהיגה חוזר בוחק רב מלוח-המחוונים, מכסה המנוע והכביש, אך העדשות המקוט-בות מונעות אותו לגמרי והופכות את קרני האור לחלשות ונעימות.

הטרנד הקוטבי

למעשה, ההמלצה אינה תקפה רק לגבי נהגים. משקפיים עם עדשות מקוטבות הם כיום פריט חובה לגולש סקי, רוכב אופניים, נהג מרוצים, חובב ספורט ימי ולכל מי שיוצא לפעילות המצריכה ראייה ברורה. במהלך טיול

אספלט, מים, ערפל או שלג, הם הופכים לכוח מעורר: האור חוזר מהם ממוקד ומרוכז אופקית - זהו האור המסנוור, הקיים גם בימי אובך ועננים, ובישראל הוא רב-עוצמה במיוחד. הסינוור ממסך את האור השימושי, מאמץ את העין ומקשה על הראייה - גם מאחורי משקפי שמש.

יש מענה לבעיית הסינוור, כבר כ-75 שנה - 'עדשות מקוטבות' (Polarize). הן נמצאות במצלמות וב-מסכי מחשב. במשקפי השמש הן פור-עלות כמו תריס: הן חוסמות את האור האופקי ומעבירות אותו במקטעים מאונכים. כך, הן מונעות את כיווץ האישונים שגורם לעייפות העיניים ולמתוחות, ומסייעות לעיניים לפענח את שהן רואות. לבוהק יש גם הש-פעה מצטברת: בעיות ראייה בנהיגה לילית נגרמות לא רק מהקושי לראות בלילה, אלא גם מהשפעה מאוחרת של החשיפה לבוהק בשעות היום.

מחקרים שבוצעו באחרונה בבריטניה מצביעים על הקשר בין עייפות העיניים כתוצאה מחשיפה ממושכת לסינוור, לבין רמת המעורבות בתאונות דרכים. התברר כי מרכיבי עדשות פולארויד נהנו מראייה נינוחה, ולא סבלו מעייפות ותשישות כמו חבריהם שהרכיבו משק-פי שמש רגילים.

העדשה להגנת העין

היתרונות הללו נובעים מהמבנה הייחודי של העדשות המקוטבות, שפותחו לראשונה בחברת Polaroid האמריקנית, מותג משקפי השמש המוביל בתחום זה בעולם. עדשת פול-ארויד מורכבת מתשע שכבות, כאשר אלמנט הליבה של מבנה העדשה הוא מסנן קיטוב הממוקם במרכז - וכך הוא גם מוגן לחלוטין מחום - בעוד

נס ענק בעוצמה של 12,000 ואט המדמה את בוהק קרני השמש הוצב על כביש מהיר, במרחק כמה מאות מטרים ממנו הוצבה במרכז הכביש עגלת תינוק, ושני נהגים התבקשו לנסוע לעברם במהירות 50 קמ"ש. מטרת המחקר: בחינת מהירות התגובה עם ובלי משקפי שמש בע-לות עדשות מקוטבות. התוצאות: 'נהג הביקורת' שלא הרכיב משקפיים בלם לאחר 10.8 מטרים, מרגע שהבחין בעגלה. הנהג שהרכיב משקפי שמש מקוטבות בלם תוך 8 מטרים בלבד! מסקנות המחקר, שבוצע ביוזמת RLT Car World הבריטי, העלו כי נהג עם משקפיים מקוטבות מגיב בכ-60% מהר יותר לחפץ זר שצץ מולו בעת הנהיגה מאשר נהג שאינו מרכיב משקפיים כלל. מדובר בפער שמקטין דרמטית את הסיכוי להיות מעורב בתאונת דרכים, ובפועל - הבדל של חיים ומוות!

האור המעורר

רבים מאיתנו בוחרים משקפי שמש על-פי המותג והעיצוב האופנתי, ולא מקפידים על איכות העדשות. אלא שלעיתים רבות, אנו נאלצים להסיט את מבטנו מפאת סינוור של קרני השמש. כולנו חווים זאת, בעיקר בבוקר ואחר-הצהריים, בדרכנו לעבודה וממנה. הסיבה לכך שמשקפי השמש לא בר-למות סינוור היא אותה הסיבה להב-דל במהירות התגובה שתוארו לעיל: סוג גלי האור הבאים מהשמש ואופן ההגנה מהם.

גלי האור מפוררים ומאירים עלינו בזוויות שונות, בהתאם לגוף בו נתקלו בדרכם. כשהאור מגיע מהם אנכית, הוא חיובי ושימושי לעין האנושית. אולם כשהגלים פוגשים משטח כגון

מחלת העיניים שמתחילה בגיל ההתבגרות

היא מופיעה בגיל ההתבגרות ומתפתחת לאורך כ-20 שנה, היא פוגעת בקרנית העין ועלולה לגרום לירידה ניכרת בחדות הראייה, והטיפול בה מצליח ככל שמקדימים לבצע אותו; מחלת הקרטוקונוס: מהי, כיצד היא נוצרת ומדוע, ואיך מטפלים בה

| פאני שגב, מנהלת שירות קרנית בבית החולים מאיר

יכולה להיות פגועה יותר. לעיתים, העין הפחות פגועה תראה אסטיגמטיזם גבוה בלבד. חולי קרטוקונוס מתלוננים לרוב על מספר סימפטומים: ירידה בחדות הראייה, קיומן של "תמונות צללים" בשדה הראייה, כפילות או "מריחה" של עצמים, בעיקר באסטיגמטיזם גבוהה, הופעה של "הילות אור" סביב מקורות אור או עצמים בוהקים,

ופגיעה בראייה תלת-ממדית עקב מחלה מתקדמת בעין אחת בעיקר.

מחלת הקרטוקונוס יכולה להיות לא מורגשת בשלבים הראשונים, אך היא עלולה להתפתח עד כדי כושר ראייה נמוך מאוד (בעיקר עם הצטלקות הקרנית), ואז נדרשת התערבות רפואית אפילו עד כדי השתלת קרנית.

האבחון המדויק של המחלה נעשה בדרך כלל בבדיקת מיפוי קרנית. ישנם שלושה קריטריונים עיקריים לקביעת חומרת המחלה במיפוי: עובי הקרנית, עוצמת העדשה המקסימלית של הקרנית (כוח דיופטרי של הקרנית) ועקמומיות הקונוס. מיפוי קרנית מאפשר אבחון בשלבים מוקדמים, כאשר בבדיקת העיניים הקלינית לא ניתן עדיין לראות את הסימנים האופייניים למחלה.

אופני הטיפול במחלה

כשהמחלה בראשיתה, ניתן להתאים משקפיים

גברים. תיתכן החמרה של קרטוקונוס במהלך היריון. קרטוקונוס מתאפיין בהופעה בגיל ההתבגרות, ממשיך להתפתח עד העשור השלישי או הרביעי לחיים, ואז לרוב נעצר. קרטוקונוס יכול להתחיל מאוחר יותר במהלך החיים ולהתקדם או להיעצר בכל גיל. הגיל הממוצע לגילוי הינו 25. ככל שחורמרת הקרטוקונוס קשה יותר, הגיל הממוצע לאבחון הינו נמוך יותר. כיום, עם הפנייה של אנשים צעירים לניתוחי ליזר להסרת המשקפיים, עקב ביצוע בדיקות מקיפות לצורך התאמה, הכוללות גם בדיקת מיפוי קרנית שהינה בדיקת הבחירה לגילוי מוקדם של קרטוקונוס - ניתן לאבחן קרטוקונוס בגיל צעיר יותר ובאנשים אסימפטומטיים.

שפשוף עיניים נמצא כגורם מכני אפשרי לקרטוקונוס. ההיארעות של שפשוף עיניים נמצאה ב-70% מהחולים מתישהו במהלך המחלה. מיקרו-טראומה לשטח הפנים החיצוני של הקרנית בכל מנגנון שהוא, כולל שפשוף עיניים, אלרגיה והרכבת עדשות מגע, יכולה לשחרר בקרנית חומרים שיגרמו לשינויים במאפיינים הביומכניים של הקרנית. שינויים אלה יביאו להיחלשות רקמת הקרנית, הידקקות ובלט שלה, האופייניים לקרטוקונוס. ההשערה שהועלתה היא כי מוות של תאי קרנית נגרם כתוצאה ממיקרו-טראומות העוברות עליה. השערה נוספת באשר לגורם של קרטוקונוס הינה פעילות אנזימטית בלתי מאוזנת, שיוצרת תוצרי לוואי חומציים הגורמים להידקקות הקרנית. על הרופאים ליידע חולים עם קרטוקונוס להימנע לחלוטין משפשוף של העיניים.

ממצאים קליניים ואבחון

מרבית המקרים הינם דו-צדדיים, אך עין אחת

קרטוקונוס (Keratoconus) הינה מחלת קרנית שכיחה, אשר שכיחותה משתנה באזורים גיאוגרפיים שונים ונעה בין 2/1000 עד 6/1000. היארעות המחלה (ההסתברות לחלות במחלה) - 1/2000 מקרים בשנה. הקרנית הינה המבנה הקדמי ביותר בעין (ניתן להקביל אותה לזוגית השעון), היא שקופה ובעלת צורה כיפתית. בקרטוקונוס מרכז הקרנית עובר הידקקות ובלט מתקדם, עד כדי כך שהקרנית מקבלת צורת קונוס (חרוט). עיוות זה של הקרנית הינו אסטיגמטיזם - עיוות של התמונה המתקבלת על ידי העין. לרוב מטופלת מחלה זו על ידי שימוש במשקפיים, עדשות מגע או התערבות כירורגית.

מחלה זו איננה מובילה לעיוורון מוחלט, אך היא יכולה לגרום לירידה ניכרת בחדות ובאיכות הראייה.

תיתכן פגיעה ביכולת הנהיגה, הקריאה וראיית הלילה. מרבית מקרי הקרטוקונוס הינם ספורדיים, והיסטוריה משפחתית חיובית - ב-6-8% מהמקרים. לקרובים בריאים מדרגה ראשונה של חולי קרטוקונוס יש סיכון גבוה יותר להראות אבנורמליות סמויה במיפוי קרנית.

גורמי המחלה

סיבות המחלה אינן ידועות, וכנראה מדובר במחלה מולט-פקטוריאלי. נמצא קשר בין קרטוקונוס לאזור מסוים בכרומוזום 21 בחלק מהמקרים. בתסמונת דאון, שהינה מחלה שבה קיימים 3 כרומוזומים מסוג 21, אכן קיימת שכיחות גבוהה של קרטוקונוס. מחקרים שונים מצאו כי קיימת שכיחות מעט גבוהה יותר של המחלה בנשים. מצד שני, ישנם מחקרים שדיווחו על שכיחות גבוהה יותר בקרב



פאני שגב

פנים רק את שלוש השכבות העליונות: אפיתליום, שכבת באומן והסטרומה. הניתוח נחשב יעיל יותר מהשתלת קרנית מלאה (PKP - Penetrating Keratoplasty), מאחר שקטן הסיכוי לדחיית השתל ולזיהומים נלווים. ניתוח השתלת קרנית מלאה בחולים עם קרטוקונוס מבוצע כאשר יש צלקות עמוקות בקרנית.

CXL - Corneal Collagen Crosslinking

זהו טיפול חדש שהתפתח בעשור האחרון, במסגרתו מוחדר אל תוך הקרנית חומר ריבופלבין, אשר תחת השפעת קרני UVA גורם לחיבור סיבי הקולגן של הקרנית מחדש, ובכך מקשיח אותה ואמור למנוע את התקדמות המחלה. יעילות הטיפול הוכחה במרבית המקרים בעצירת המחלה ולא בנסיגתה. טיפול זה מוצע לחולים המראים דינמי-קה והתקדמות של המחלה, בתקווה שיפחית במידה רבה את הצורך בהשתלת קרנית.

משנים את פני הקרנית לצורה "כדורית" יותר. לעיתים קרובות יידרש צורך במשקפיים או בעדשות מגע אף לאחר הניתוח, כתלות בחומרת המחלה. טיפול זה משפר לרוב את איכות הראייה של המר-שתל, והמחקרים בתחום בשלב זה מעודדים למדי. **השתלת קרנית:** כ-25% מן החולים יזדקקו לניתוח זה עקב איבוד כושר ראייה מעשי. זאת, כתוצאה מהידקקות של הקרנית או היווצרותן של צלקות על הקרנית. ההחלמה מהניתוח אורכת כחודש, אך נדרשת כשנה עד לשיקום המרבי של הראייה. **השתלת קרנית שכבתית קדמית (DALK - Deep Anterior Lamellar Keratoplasty):** בניתוח זה מבוצעת השתלה חלקית של הקרנית, ומחלי-

לתיקון האסטיגמציה כשחומרתה קלה, אך כאשר האסטיגמציה מחמירה יש לעבור במרבית המקרים לשימוש בעדשות מגע. העדשות יוצרות "שטח פנים חדש וסדיר" יותר מהמבנה החרוטי של הקרנית, וכך מאפשרות מעבר של גלי האור בצורה "חלקה" יותר אל הרשתית. פעמים רבות, התאמת העדשות מהווה אתגר בחולים אלו, ונדרשים מספר שלבי ניסוי וטעייה עד למציאת העדשה המתאימה. לפיכך, חשוב מאוד לפנות לאופטומטריסט או רופא עיניים המתמחים בעדשות לקרטוקונוס. יש לציין, שהשי-מוש בעדשות מגע אינו מעכב את החמרת המחלה. **טיפול כירורגי:** טיפול בלייזר (ניתוח תשבורת) אי-ננו מקובל אצל חולי קרטוקונוס, שכן הסי-כון בו עבורם גבוה ויכול לגרום להידרדרות ניכרת של המחלה!

שתלי טבעות: בטיפול

זה מוחדרים שתלים דמויי חצאי-טבעת אל תוך רקמת הקרנית. השתלים



קסם המגע

סקר של האוניברסיטה של אלבמה בארה"ב, מגלה שכ- 140 מיליון אנשים מרכיבים עדשות מגע רכות בעולם. 35% בגילאי 17-13, 49% בגילאי 40-18, 12% בגילאי 40-49 ו- 4% מעל גיל 50. מה חשוב לדעת על עולם עדשות המגע של היום

| איוון הר, אופטומטריסט בכיר בבית החולים מאיר

הרכבת עדשות מגע הינה דרך לתקן לקות ראייה - באמצעות הרכבתן ישירות על העין. הטכנולוגיה של היום מאפשרת ייצור עדשות באיכות גבוהה, כך ש-80% ממרכיבי המשקפיים יכולים להרכיב עדשות מגע, במשך רוב שעות היום, להרגיש בנוח ולראות טוב.



איוון הר

עדשות המגע נחלקות לשתי קבוצות

צוות: עדשות רכות ועדשות קשות. רוב מרכיבי עדשות המגע בעולם, מרכיבים עדשות רכות מסוגים שונים, אשר הודות לפיתוחן המתקדם, כמעט שאין מרגישים אותן.

בשנים האחרונות ישנה התקדמות בפיתוח עדשות מגע לשימוש חד-פעמי (יומיות). היתרון המשמעותי הוא, שעדשות אלו הן נקיות יותר, ולכן גורמות לפחות זיהומים. בנוסף, אין צורך בתמיסות השרייה, וזה חוסך צורך להיסחב עם בקבוקי חומר ניקוי לטיולים, או מחוץ לבית. הקופסאות של עדשות החד-פעמיות הן קטנות ואינן תופסות מקום.

יצרני העדשות המובילים מייצרים עדשות מגע שונות העשויות מחומרי גלם מתקדמים, אשר נדרש עבורן זמן פיתוח רב וטכנולוגיה מתקדמת. לכן העלות הסופית של עדשות מגע לשימוש חד-פעמי יומי הינה גבוהה יותר.

למי ששימוש בעדשות יומיות יקר לו, ישנן עדשות מגע רכות לשימוש יומי, אשר דורשות זמן לניקיון ומוחלפות כל שבועיים או כל חודש, לפי הסוג. עדשות מגע אלו זולות יותר.

על פי סקר של האוניברסיטה של אלבמה בארה"ב, בשנת 2014 היו כ-140 מיליון מרכיבי עדשות מגע רכות בעולם, עם מחזור מכירות עולמי של 7.6 מיליארד דולר.

ישנן גם עדשות מגע רכות מולטיפוקליות, המיועדות לאנשים מעל גיל 40, אשר אינם רואים עם אותו זוג המשקפיים לרחוק וקריאה, או אלו הנדרשים להסיר את המשקפיים בזמן קריאה. עדשות

אלו מאפשרות ראייה מרחוק וקריאה מקרוב ללא צורך בהרכבת משקפיים. עדשות רכות מולטיפוקליות מהוות 12% מכלל העדשות המותאמות. התפלגות מרכיבי עדשות המגע בכלל האוכלוסייה: 35% בגילאי 13-17, 49% בגילאי 18-40, 12% בגילאי 40-49 ו-4% מעל גיל 50 מרכיבים עדשות מגע.

אנשים מפסיקים להרכיב עדשות

מגע מהסיבות הבאות:

42% עקב אי נוחות, 18% אנשים מזדקנים ולא רואים טוב מקרוב, והשאר טוענים שלא רואים מספיק טוב או שהעדשות יקרות מדי.

בעולם עדשות המגע, קיימות עדשות מיוחדות, אשר דורשות התאמה מקצועית על ידי רופא עיניים

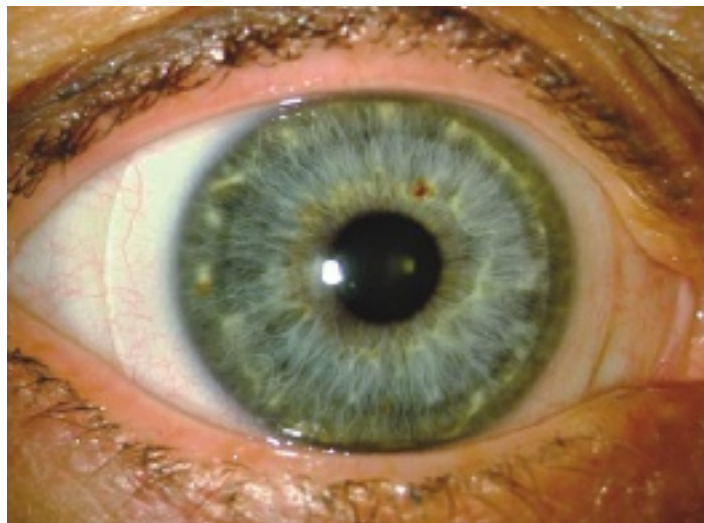
או אופטומטריסט מומחה בתחום. בייניהן עדשות לליקוי בראיית צבעים (עדשות כרומוגן), עדשות לעצירה או האטה של התפתחות קוצר ראייה בילדים, עדשות מגע אטומה לטיפול בעין עצלה (במקום שימוש ברכייה לסגירת עין) ועדשות מגע טיפוליות למחלות עיניים כמו קרטוקונוס ועוד.

קרטוקונוס:

מחלה מתקדמת שבה הקרנית בעין מקבלת צורה של קונוס ומורידה את חדות ראייה ויכולה לגרום לעיוורון. כיום, בעדשות המגע לטיפול בקרטוקונוס ישנה התקדמות טכנולוגית משמעותית - מיוצרות באיכויות גבוהות מאוד, כך שהן בקושי מורגשות

בעין, והן מתקנות את הראייה עד לחדות של 6/6, עם יכולת הרכבה עד 18 שעות ביום. עדשות אלו הן עדשות מגע סמי-סקלרליות: עדשות מגע סמי סקלרליות הן קשות, נושמות, גדולות. הקצה שלהן מונח על לובן העין (סקלרה), וכל מרכז העדשה מקרמר מעל הקרנית ומכיל שכבה של נוזל בין העדשה ובין הקרנית.

הודות לעיצוב וצורת המנח של עדשות המגע הסמי-סקלרליות בעין, הן מותאמות למחלות נורספות כגון תסמונת "סטיבנס ג'נסון", בה נוצר מגע בין הריסים והקרנית, אשר יוצר שפשופים וצלקות בקרנית. מכיוון שעדשות אלו מכסות את כל הקרנית הן מונעות את שפשוף הריסים בקרנית. בנוסף, עדשות מגע אלה מותאמות לעיניים מאוד יבשות, ומרטיבות את הקרנית באופן קבוע על ידי שכבת הנוזל הנמצאת בין העדשה והעין.



עדשה סמי - סקלרלית בעין

בכל סוגי העדשות, מהפשוטות ביותר ועד המסובכות ביותר, יש צורך בהתאמה על-ידי רופא עיניים או אופטומטריסט, אשר נותנים הדרכה לטיפול נכון בעדשות המגע, ומעקב לאחר ההתאמה. כל אלו הכרחיים לשמירה על בריאות העין ומניעת סיבוכים כתוצאה מהרכבתן.

הדור החדש של ניתוחי קטרקט בישראל

לאחר ביצוע של כ- 4,000 ניתוחי קטרקט בלייזר, הניסיון מלמד על יתרון בדרגת הדיוק ובהפחתת הסיכון לתופעות לוואי

ניתוח קטרקט בלייזר ממומן על ידי כל חברות הביטוח

מאת: שירלי גנוסר

הגעתם לגיל 60 פלוס או שהורכם מבוגרים? בדרך כלל תלונות על ירידה בחדות הראייה מובילות לאבחון תהליך של קטרקט. איך מטפלים בקטרקט? האם ניתן לשפר את הראייה?

ברוב המקרים תהליך התפתחות הקטרקט הדרגתי והתוצאה היא טשטוש הראייה כתוצאה מעכירות בעדשת העין הטבעית, האחראית למיקוד קרני האור החודרים דרך האישון אל הרשתית. מכיוון שמעבר קרני האור אל תוך העין משובש, הראייה הופכת מטושטשת כמעין ראיית "עננים", מסביר ד"ר שמואל לוינגר, המנהל הרפואי של רשת המרכזים הרפואיים 'עניינים', מבצע ניתוחי קרנית, קטרקט ורפרקציה. לדבריו, "קיימים מספר סוגי קטרקט בהתאם לאזור העכירות בעדשת העין ולחומרת העכירות ולכן דרגת הטשטוש עשויה להשתנות מאדם לאדם. לעיתים בנוסף לטשטוש מופיעים סנוורים בלילה מפנסי כלי רכב. כשדרגת הקטרקט חמורה עלולה להתקבל תמונה מטושטשת עד למצב בו לא ניתן לזהות פרטים. הטיפול חיוני על מנת לאפשר חזרה לתפקוד רגיל. כיום כשתוחלת החיים גבוהה וגם בני 80 ומעלה מתפקדים באופן עצמאי ואף נוהגים, לראייה מיטבית יש חשיבות רבה הן לתפקודם והן לשמירה על ביטחונם האישני".

לדברי ד"ר עמי הירש, המנהל הרפואי של 'עניינים מדיקל סנטר', מבצע ניתוחי קטרקט ורפרקציה, "הטיפול בקטרקט נעשה באמצעות החלפת עדשת העין העכורה בעדשה מלאכותית במסגרת ניתוח קטרקט, המבוצע בהרדמה מקומית. לאחר ניתוח הקטרקט, המטופל חשים 'שילוח' הוסר מעיניהם, הם רואים שוב את כל קשת הצבעים ולא מוגבלים בפעילויות היום יום. העדשה מוכנסת דרך פתח זעיר בקוטר של כ- 2.7 מ"מ כאשר היא מקופלת והיא נפרשת בתוך העין למלא גודלה וממלאת את החלל שנוצר לאחר הוצאת העדשה העכורה". לדבריו: "כיום קיימות שתי שיטות ניתוחיות לביצוע ניתוח קטרקט, הראשונה והוותיקה כוללת יצירת הפתחים בקרנית באמצעות סכין כירורגית זעירה ופתיחת הפתח בקופסית העדשה מבוצעת באופן ידני. בשיטה השנייה, השלבים הללו מבוצעים באמצעות לייזר, אשר מאפשר יצירת הפתחים בקרנית בדיוק מרבי, פתיחת פתח עגול בקופסית העדשה ובפירוק העדשה העכורה באופן ממוחשב".

ד"ר אורי מלר, מנתח בכיר במרכז הרפואי 'עניינים' ומנהל מרפאת קטרקט ומנתח בכיר בבי"ח 'קפלן' מסביר כי "בשתי השיטות, מושג שיפור ניכר בראייה והתוצאות מצוינות, יחד עם זאת, הניסיון שנצבר בישראל והמסקנות אליהן הגיעו כ-35 רופאי עיניים בכירים שמנתחים קטרקט באמצעות לייזר, דומים למסקנות המחקרים שנערכו בחו"ל והצביעו על מספר יתרונות, כפי שעולה גם מתוצאות מחקר השוואתי שפורסמו בשנת 2011 Journal of Refractive Surgery. המחקר כלל קבוצה של חולים שעברו ניתוח קטרקט בשיטה המסורתית וקבוצה של מנותחי לייזר, להלן היתרונות העולים בהשוואה בין שתי השיטות הניתוחיות:

- דיוק רב במיקום הפתחים בקרנית.
- טיפול אפשרי באסטיגמציה (צילינדר).
- יצירת פתח עגול ומדויק בקופסית העדשה כתחליף ליצירת פתח ידני.
- הקטנת הפעולות המבוצעות באופן ידני בעין והחלפתן בפעולות ממוחשבות מדויקות ע"י מכשור לייזר מתקדם.
- אפשרות למיקום טוב ומדויק של העדשה המלאכותית.



ניתוח קצר והחלמה מהירה

ד"ר גבי שמש, מנתח בכיר במרכז הרפואי 'עניינים', ב'עניינים מדיקל סנטר' ובבית החולים 'איכילוב' מסביר: "ניתוח קטרקט בלייזר נמשך כרבע שעה לעין ולאחר מנוחה של כשעה משוחרר המנותח למנוחה בביתו. את העין השנייה ניתן לנתח במידת הצורך, כעבור שבועיים עד חודש ימים. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית באמצעות הזלפת טיפות אלחוש לעיניים והמטופל אינו חש בכאב. מכיוון שרוב מנותחי הקטרקט הם בני 65 ומעלה, למרות שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית, במהלך הניתוח נמצא רופא מרדים והמטופל נמצא במעקב. בניתוח קטרקט ניתן לחזור לפעילות רגילה כבר למחרת, כולל נהיגה, למעט ההגבלות הבאות:

- אין לשחות בים ובבריכה למשך חודש.
- אין לאפר את העיניים למשך שבועיים.
- אין להרטיב את העין או לחפוף את השיער למשך 3 ימים.
- יש להימנע מפעילות ספורטיבית למשך מספר ימים.
- יש להימנע מהרמת משאות כבדים.
- חשוב להזליף טיפות אנטיביוטיקה וסטרואידים למשך הזמן שייקבע ע"י המנתח ועל פי המרשם ולהגיע למעקב אצל הרופא המנתח".

לדבר זה חשיבות מכרעת בהשתלת עדשות מתקדמות (פרימיום) לצורך הקטנת התלות במשקפיים (עדשות טוריות לתיקון אסטיגמטיזם (צילינדר), עדשות מולטיפוקליות לצרכי ראייה רב-תכליתית לכל הטווחים).

- שימוש באנרגיה נמוכה יותר לצורך פירוק העדשה העכורה וסיכון מופחת בפגיעה בתאי האנדותרל שבקרנית ולבצקת ממושכת בקרנית.
- אפשרות לביצוע ניתוח במקרים מורכבים כגון: אצל מטופלים הסובלים מניסגמוס ועיניים קטנות.
- אפשרות לטיפול בקטרקט "בשל" הנחשב למורכב יותר לניתוח.

העדשות המתקדמות לניתוחי קטרקט

לדברי ד"ר אליה לוינגר, מנתח בכיר במרכז הרפואי 'עניינים', 'עניינים מדיקל סנטר' ובבי"ח 'איכילוב' בתחומי קטרקט, קרנית ורפרקציה: "כיום בניתוח קטרקט, ניתן להשתיל עדשות שגודלן והמספר מותאמים לעיני המנותח. בין השאר ניתן לבחור בעדשות מולטיפוקליות המאפשרות מיקוד לכל טווחי הראייה: לרחוק (נהיגה), לקרוב (קריאה) ולטווח הביניים (עבודה מול מחשב). במקרים בהם נשאר מספר קטן או צילינדר (אסטיגמציה) לאחר השתלת העדשה, ניתן לבצע ניתוח משלים באמצעות לייזר להסרת משקפיים, כך שלאחר הניתוח המטופל לא יזדקק למשקפיים. התאמת העדשה נעשית לפי צרכי המנותח ביחס ובהתאם לעיסוקו, כך שלאיש מחשבים לדוגמה ראייה מיטבית לטווח הביניים חשובה ביותר. בעבור מטופלים הסובלים במקביל גם מבעיה של אסטיגמציה (צילינדר), ניתן להשתיל עדשה טורית המאפשרת תיקון אסטיגמציה בצורה נוחה יותר למטופל, עם שעורי הצלחה גבוהים יותר. עדשה זו מקנה חלולה ראייה משופרת למרחק ללא תלות במשקפיים".

למרכזים הרפואיים 'עניינים' ול'עניינים מדיקל סנטר' הסכמים עם הביטוחים המשלימים של קופות החולים לניתוחי קטרקט והסדרים עם כל חברות הביטוח לניתוחי קטרקט וקטרקט בלייזר

***3122**

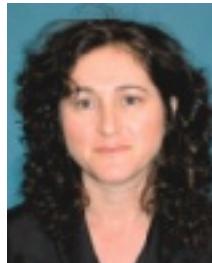
עיניים שלי

כשהגלאוקומה מופיעה בילדים ותינוקות, בכל גיל, יש להיבדק מייד אצל רופא עיניים. אבחון מוקדם של המחלה עשוי למנוע פגיעה בראייה, עד כדי עיוורון - ובהתאם גם היקף הטיפול: מטיפות להורדת לחץ תוך-עיני ועד לניתוח בהרדמה כללית. תינוקכם דומע? מסתנוור באור? עיניו גדולות? רוצו לרופא

פרופ' חני ורבין-לבקוביץ, מנהלת שירות הגלאוקומה בבית החולים שיבא, מנהלת תחום רפואת העיניים של מכבי שירותי בריאות, מומחית ומנתחת בכירה של ניתוחי קטרקט וגלאוקומה



להורדת לחץ תוך-עיני מתאימות גם לילדים, למעט טיפות מסוג אלפאגן שהשימוש בו בתינוקות אסור לחלוטין. טיפוי-לי לייזר להורדת הלחץ התוך-עיני אינם יעילים בילדים לרוב, אך ניתן לתת לאלו טיפול סיסטמי בכדורים כגון באורמוקס לפי המינון המומלץ. כאשר הטיפול התרופתי אינו עוזר, מקובל לבצע ניתוח להורדת הלחץ התוך-עיני.



פרופ' חני ורבין-לבקוביץ

הניתוחים המועדפים בתינוקות עם גלאוקומה מולדת הם ניתוחי הזי-וויט הספציפיים להם, גוניוטומי או טרבקולוטומי, שדורשים מכשור מיוחד הקיים רק במחלקות בהן מנתחים ילדים. בילדים גדולים יותר ניתן להתחיל עם טרבקולוטומי - ניתוח הגלאוקומה השכיח ביותר, בו יוצרים תעלת ניקוז שתאפשר לנוזלים להתנקז דרך התעלה ולעקוף את החסימה בדרכי הניקוז הטבעיים של העין. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית במבוגרים ובהרדמה כללית בילדים. סיכויי ההצלחה של הניתוח כאשר הוא מבוצע על ידי מנתח מנוסה גבוהים ואחוזי הסיכונים נמוכים. לאחר הניתוח, הלחץ בעין יישאר נורמלי לאורך זמן אצל מרבית המנותחים. עם זאת, יש לגוף נטייה לסגור את פתח הניקוז החדש, כי הוא מתייחס אליו כמו אל פצע פתוח. תהליך הצטלקות תעלת הניקוז שכיח יותר ככל שהחולה המנותח צעיר יותר. אם הלחץ מתחיל לעלות במקרים אלו, הרופא ימליץ לקחת שוב טיפות גלאוקומה. ואם למרות הטיפול התרופתי הלחץ ממשיך להיות גבוה, ישנה אפשרות לניתוח נוסף בו משתילים מסתם.

להעלות את הלחץ או לגרום לקטרקט, כאשר הם ניתנים דרך הפה, דוגמת פרדניזון, או בצורות אחרות כגון טיפות עיניים לדלקת אלרגית, משאפים המכילים סטרואידים לאסטמה או משחות עור לדלקת כרונית של העור. ילדים החשופים לטיפול ממושך בסטרואידים צריכים להיבדק אצל רופא עיניים בכל גיל.

בדיקת העיניים בילדים דומה לזו של מבוגרים, והיא כוללת מדידת לחץ תוך-עיני והרחבת אישונים.

בגלל הצורך בשיתוף פעולה בבדיקות אלה, במקרים רבים נאלצים ילדים עם גלאוקומה לבצע אותן בהרדמה כללית.

גלאוקומה מולדת

גלאוקומה מולדת מופיעה אחת ל-10,000 לידות, ושכיחותה עולה בקרב נישואי קרובים. כמחצית מהילדים עם גלאוקומה מולדת יסבלו מראייה חלשה, וכ-10% מעיוורון, ולפיכך חשוב מאוד לאבחן תינוקות אלו בזמן. הסימפטומים השכיחים הם דמעת, סינוור וכאב באור, כיוון עפעפיים, "עיניים גדולות" ושינוי בצבע העיניים לאפרפר כתוצאה מבצקת קרנית. הסיבות למחלה לא ברורות דיין, אך קרוב לוודאי שמדובר בפגם בהתפתחות תקינה של אזור ניקוז הנוזלים מהעין. מחקרים איתרו מספר גנים שאחראים לבעיה, אך עדיין לא נמצא קשר גנטי ברוב המקרים.

הטיפול בגלאוקומה בילדים מיועד להורדת הלחץ בעיניים כדי למנוע נזק לעצב הראייה. רוב הטיפות

מחלת הגלאוקומה שכיחה בקרב מבוגרים, אך היא קיימת גם בילדים ובאופן נדיר גם בילודים. גלאוקומה בילדים נגרמת מלחץ גבוה בעיניים, ולמרות שפע של תרופות טובות להורדת הלחץ התוך-עיני, רוב הילדים יגיעו בסופו של דבר לניתוח גלאוקומה. לפיכך, עקב הנזק הבלתי הפיך העלול להיגרם לעצב הראייה, חשוב ביותר לאבחן ילדים אלו בזמן.

חשיבותה של המודעות לגורמי הסיכון של גלאוקומה היא רבה, כיוון שאבחון מוקדם עשוי למנוע פגיעה בראייה. המחלה אצל תינוקות מאופיינת בעיניים גדולות, סינוור ודמעת, אך בילדים גדולים יותר היא יכולה להיות אסימפטומטית כמו במבוגרים. גורמי הסיכון השכיחים של המחלה הם סיפור משפחתי של גלאוקומה, חבלה קשה או פציעה בעין, ניתוחי עיניים קודמים, כגון ניתוח קטרקט בילדים, סינדרומים שונים ודלקות תוך-עיניות הנקראות אובראיטיס.

גורם סיכון נוסף הינו שימוש ממושך בסטרואידים. סטרואידים הניתנים לאורך זמן יכולים

צורב? מגרד? יבש? אייירוניק

בקבוקון מותאם להקלה על יובש בעיניים

פתרון מיידי ולאורך זמן
ללא חומר משמר

בקבוקון יומי
סגירה הרמטית
שימוש רב פעמי
גודל טיפה אחיד
פיה חלקה למניעת פציעות



ניתן להשיג בקופות החולים, בפארמים ובבתי המרקחת הפרטיים.
לרכישה במחיר מבצע של 49.9 ₪ חייגו: 1-800-800-678



איי-ויט

ויטמינים, מינרלים ונוגדי חמצון
לשמירה על בריאות העיניים

תוספת ויטמינים, מינרלים ונוגדי חמצון הינה חיונית לשמירה על בריאות העין בעיקר בקרב האוכלוסייה המתבגרת. רדיקלים חופשיים הנוצרים במהלך פעילות חילוף החומרים בעין, אלו יכולים לגרום לניזון תאי הרשתית, קטרקט ובסופו של דבר – פגיעה בראייה וביצוע מלאכות פשוטות כמו קריאה, זיהוי פני אנשים, נהיגה, צפייה בטלוויזיה וסרטים.

* מחקרים מוכיחים כי שילוב ויטמינים ואבץ לחולי AMD (ניזון רשתית), עשוי להקטין את התקדמות המחלה ב- 25% ועקב כך להקטין הסיכוי לאבדן ראייה.^{1,2}

למדיטק מגוון תוספי תזונה המכילים ויטמינים, מינרלים ונוגדי חמצון לשמירה על בריאות העין.



ניתן להשיג בקופות החולים, בפארמים ובבתי המרקחת הפרטיים.

לרכישה במחיר מבצע של 45.6 ₪ חייגו: 1-800-800-678

Ref: 1. AREDS Group. A randomized, placebo-controlled, clinical trial of high-dose supplementation with Vitamin C and E, beta carotene, and zinc for AMD and vision loss: AREDS report no. 8. Arch Ophthalmol. 2001 Oct; 2. Age-Related Eye Disease Study 2 Research Group. Lutein + zeaxanthin and omega-3 fatty acids for age-related macular degeneration: the Age-Related Eye Disease Study 2 (AREDS2) randomized clinical trial. JAMA. 2013 May 15;309(19):2005-15.



1-800-800-678 | www.meditec.co.il

טיפה אחת וזה עובר

אם העיניים מגרדות, דומעות, אדומות או נפוחות, זוהי כנראה דלקת עיניים אלרגית. הקדימו רפואה למכה, ושמרו מרחק מכל חומר אלרגני שגורם לגירוי: מקרדית אבק הבית ועד למגבונים לניקוי עפעפיים. נדלקתם? אל חשש: קומפרסים, טיפות עיניים, כדורים או סטרואידים יעשו את העבודה

| ד"ר חגי אביזמר, מנהל תחום קרנית ומקטע קדמי, מחלקת עיניים בבית החולים וולפסון

מי קרח לעין מודלקת

קיימים טיפולים רבים ושונים לדלקת אלרגית, מה שמעיד כי אין ממש טיפול אופטימלי במחלה. לפני שנבדקים אצל רופא העיניים, אפשר להקל על הסימפטומים בעזרת קומפרסים עם רטיות קרות (ואפילו מי קרח!) למשך מספר דקות, להזליף טיפות של דמעות מלאכותיות (עדיף ללא חומר משמר) ואף להתחיל בטי-



ד"ר חגי אביזמר

פול בסירוף או כדורים אנטי-היסטמיניים, שניתן לרכוש ללא מרשם רופא.

הטיפול העיקרי בדלקות עיניים אלרגיות מבוסס על טיפות עיניים. טיפות אנטי-היסטמיניות מונעות מההיסטמין להיקשר לתאי הלחמית, וכך מונעות את פעילותו. קבוצה אחרת של טיפות מייצבות את תאי הפיטום, ובכך מונעות מלכתחילה את הפרשת ההיסטמין. קיימת גם קבוצה שלישית של טיפות, שהאפקט שלהן משולב: גם אנטי-היסטמין וגם מייצב תאי פיטום. הטיפות הללו יעילות בדרך כלל בהתקפים חריפים של אלרגיה, אך ניתן להשתמש בהן כטיפול מונע לפני תחילת הדלקת העונתית.

במקרים בהם הטיפות מקבוצה זו אינן עוזרות, קרוב לוודאי שיש צורך להכניס את התותחים הכבדים: הסטרואידים. טיפות או משחות עיניים המכילות סטרואידים - יעילות מאוד בדלקות אל-רגיות, ולעיתים השפעתן כמעט מיידי בהרגעת הסימפטומים. עם זאת, חשוב לזכור שלסטרואידים עלולות להיות תופעות לוואי קשות, ולכן יש לשאוף לכך שזמן הטיפול בסטרואידים יהיה קצר ככל הניתן, ובכל מקרה - בפקוק של רופא העיניים.

וכפי שכבר נאמר, ההגנה הטובה ביותר היא ההתקפה - או במקרה שלנו: מניעה. אם אתם יודעים למה אתם רגישים, כדאי להימנע מחשיפה לחומר הגורם (כולל מוצרי איפור, מגבונים לניקוי עפעפיים וכדומה); או לחלופין, להתחסן נגד אותו אלרגן במסגרת מרפאות אלרגולוגיות, ובכך להפחית באופן משמעותי את הסימפטומים של המחלה.

פרווה של חיות, היא עלולה להתחיל שרשרת אירועים שגורמת לאותם תסמינים של גרד, דמעת, אודם ונפיחות. הדלקת הינה תוצאה של תגובה מוגזמת מצד מערכת החיסון שלנו לאותם אלרגנים, שהם כשל-עצמם לא ממש יכולים לגרום נזק. דלקות הלחמית האלרגיות נחלקות לשתי קבוצות עיקריות: הדלקת החריפה, השכיחה יותר, שבצורתה

הקלאסית מופיעה בעונות המעבר (קדחת השחת, למשל), אך יכולה להתפרש על כל השנה, עם אירועים של התפרצויות חריפות, כגון רגישות לקרדית אבק הבית. הקבוצה השנייה היא קבוצת הדלקות הכרוניות, שהיא פחות שכיחה אך קשה יותר לטיפול, פוגעת משמעותית יותר

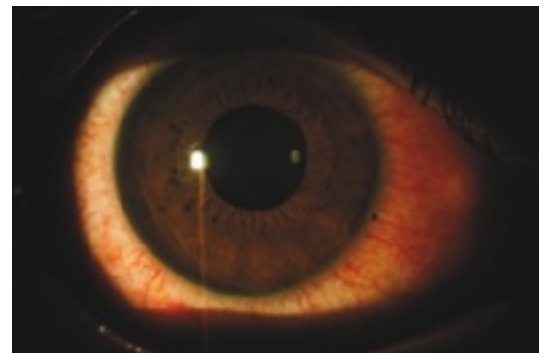
באיכות החיים, ובחלק מהמקרים עלולה לפגוע משמעותית בראייה. דלקת האביבית היא סוג של דלקת אלרגית כרונית, שפוגעת בילדים, בעיקר בנים. היא יכולה להתחיל כבר בגיל 5 שנים, ועד לגיל 20-18 היא נעלמת מאליה. למרות שמה, הדלקת אינה מוגבלת לתקופת האביב, והיא נמשכת לאורך כל השנה, עם התפרצויות אופייניות בעונות המעבר.

כמעט כל חומר עלול להיות אלרגן ולשפועל בתורו (להגביר פעילות) את מערכת החיסון שלנו לייצר נוגדנים, הנקשרים לתאים שנקראים תאי פיטום. תאים אלה מלאים בחומר שנקרא היסטמין, אשר עם הפרשתו לרקמה הוא נקשר לכלי הדם וגורם להרחבתם (ול-עיניים אדומות - כמו בתמונה), נקשר לקצוות עצבים (ואז העיניים מגרדות) וגורם לגיוס של תאי דלקת נוספים. כלי הדם נעשים חדירים, וכך נוצרת הנפיחות או הבצקת של הרקמה (בתמונה).

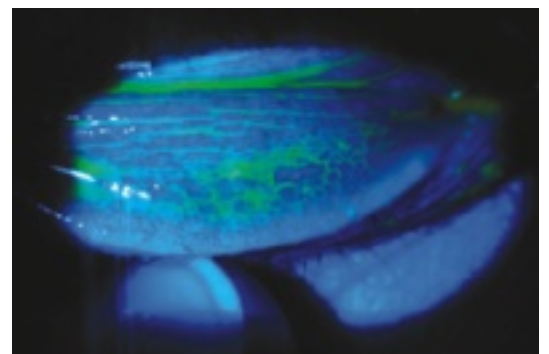
העיניים מגרדות? דומעות? אדומות או נפוחות? אם כן, יש סיכוי שאתם סובלים מדלקת עיניים אלרגית - מחלה ממנה סובלים כ-20% מהאוכלוסייה. הדלקת נוטה לפגוע באנשים בכל הגילאים, בעיקר באלה שסובלים מדלקות אלרגיות אחרות בגוף כגון אסתמה או דלקות עור אטופיות, ובאחרים שלגביהם קיימת היסטוריה משפחתית של דלקות אלרגיות.

למעשה, מדובר ברוב המקרים בדלקת לחמית אלרגית. הלחמית הינה רירית שמצפה את החלק הפנימי של העפעפיים ואת לובן העין. היא שומרת על בריאות משטח העין, מייצרת דמעות ודואגת לסילוק חומרים זרים.

הלחמית רגישה לגירוי חיצוני, וכאשר היא נחשפת לחומרים אלרגנים כמו אבקנים, נבגים או שיער



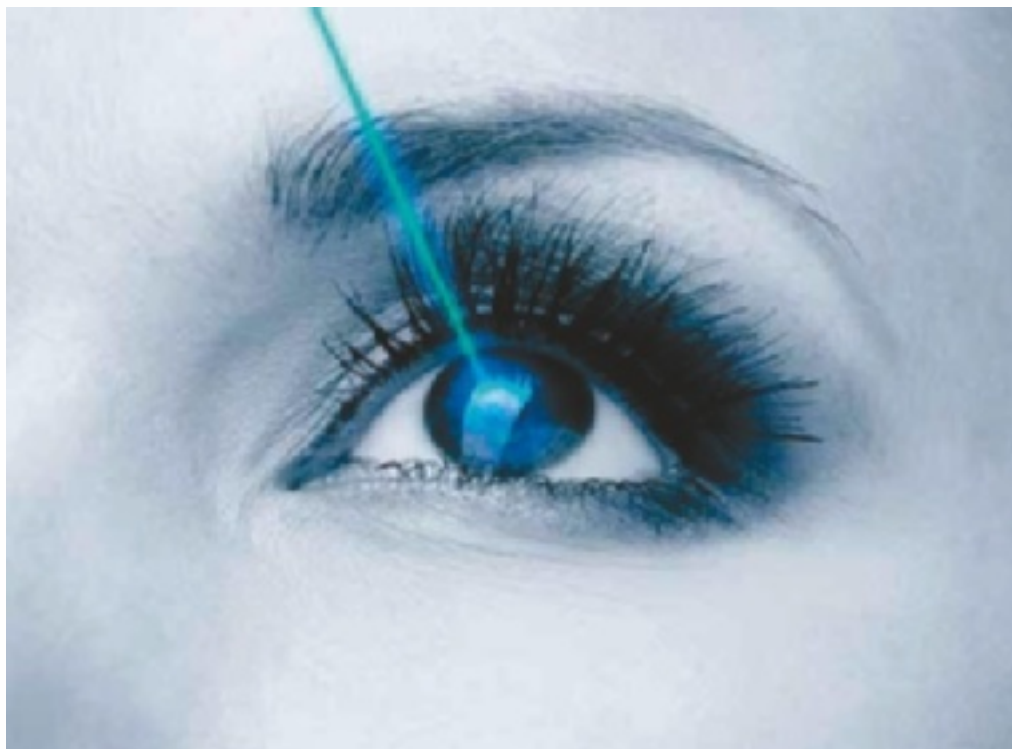
דלקת אלרגית של הלחמית עם גודש כלי דם



בצקות מקומיות בלחמית במקרה של אלרגיה למגבונים לחים (צביעה מיוחדת)

העיניים שלכם בידיים טובות!

מיליונים בעולם כבר נפרדו מהמשקפיים ומעדשות המגע בעזרת טיפול בלייזר. מעוניינים להיפרד מהמשקפיים אך חוששים? ד"ר יעקב גולדיץ, המנהל המקצועי של תחום העיניים ברשת, מספר כל מה שרציתם לדעת ולא העזתם לשאול על ההליך הפופולארי



איריס, בת 29, הרכיבה משקפיים בעלי מספר גבוה מגיל צעיר מאוד. המשקפיים הפריעו לה בפעילות הגופנית האהובה עליה, ועדשות המגע גרמו לה לגירוי. לאחר התלבטות רבה, היא החליטה לעבור טיפול לשיפור הראייה ופנתה לרשת "אמריקן לייזר".

"בשבילה זו לא הייתה שאלה של שינוי קוסמטי בלבד", מספר ד"ר יעקב גולדיץ, מומחה לניתוחי קרנית, קטרקט וניתוחי לייזר, משמש כמנהל המקצועי של תחום העיניים ב"אמריקן לייזר". "בש-בילה זו הייתה שאלה של איכות חיים. עשינו את הטיפול ומאז, בכל פעם שראיתי אותה, היא הייתה מאושרת, וסיפרה כמה חייה השתנו לטובה".

איריס היא רק אחת ממיליוני אנשים שעברו בשנים האחרונות טיפול להסרת משקפיים בלייזר. טיפול שהפך לנפוץ ביותר, בזכות היכולות הטכנולוגיות, הידע הנרחב שנצבר בתחום והמחקרים הרפואיים הרבים שמוכיחים את יעילותו ואת אמינותו. ד"ר גולדיץ מסביר איך ההליך מתבצע בפועל: "משך הטיפול נע בין 5 דקות ל-10 דקות לכל עין, כשהטיפול המעשי של הלייזר נמשך שניות ספורות בלבד. הטיפול נעשה באמצעות קרן לייזר קרה, המלטשת את הקרנית ברמת דיוק גבוהה מאוד.

הטיפול מיועד לבעלי קוצר ראייה, רוחק ראייה וצילינדר, ויכול לסייע גם בחלק ממקרי הפזיולות. המכשירים האיכותיים מאפשרים כיום טיפול בטווח מספרים רחב, גם בקרב מספרי פלוס וגם בקרב מספרי מינוס. כמו כן יש אפשרות לטפל בטווח רחב של מספרי צי-לינדר. לאחר הטיפול המטופלים עוברים מעקב שמבטיח תוצאות

מיטביות". ד"ר גולדיץ מוסיף כי "הגיל האופטימאלי הוא 18 עד 45. מרבית המטופלים שומרים על יציבות הראייה לאורך השנים. עם זאת, כחמישה אחוזים מהמטופלים יצטרכו לחזור על הטיפול, ולכן כדאי לבחור במקום שמבטיח מעקב ובמידת הצורך גם טיפול נוסף ללא תשלום, דוגמת רשת 'אמריקן לייזר'".

הסרת משקפיים
ב"אמריקן לייזר"

כשניגשים לביצוע טיפול לייזר לתיקון הראייה, חשוב מאוד לבחור במקום איכותי, המקפיד על התקנים המחמירים ועל איכות הרופאים. ברשת "אמריקן לייזר" מבוצעים מזה 14 שנים טיפולים

כשניגשים לביצוע טיפול לייזר לתיקון הראייה, חשוב מאוד לבחור במקום איכותי, המקפיד על התקנים המחמירים ועל איכות הרופאים. ברשת "אמריקן לייזר" מבוצעים מזה 14 שנים טיפולים לתיקון הראייה בהצלחה רבה, על ידי רופאים מובילים ומנוסים

לתיקון הראייה בהצלחה רבה, על ידי רופאים מובילים ומנוסים שמתמחים בטיפולים אלה, ולצידם צוות איכותי ומסור הכולל אחיות, אופטומטריסטיות וטכנאים. הטיפולים מבוצעים בחדרי ניי-תוח מתקדמים ובעזרת ציוד חדש-ני. עשרות אלפי מטופלים מרוצים כבר נפרדו מהמשקפיים ומעדשות המגע בהצלחה ברשת "אמריקן לייזר".

לתיקון הראייה בהצלחה רבה, על ידי רופאים מובילים ומנוסים שמתמחים בטיפולים אלה, ולצידם צוות איכותי ומסור הכולל אחיות, אופטומטריסטיות וטכנאים. הטיפולים מבוצעים בחדרי ניי-תוח מתקדמים ובעזרת ציוד חדש-ני. עשרות אלפי מטופלים מרוצים כבר נפרדו מהמשקפיים ומעדשות המגע בהצלחה ברשת "אמריקן לייזר".

עיניים והפרעות קשב וריכוז – יש קשר?

להפרעות קשב וריכוז עשויות להתלוות גם הפרעות שונות בתפקוד או במבנה של מערכת הראייה. בחלק מהמקרים, ניתן לגלות זאת בבדיקה מקדימה של רופא עיניים לילדים, ובכך להביא לשיפור בתפקודם של ילדים בעלי הפרעות קשב וריכוז

| ד"ר תמרה ויגנסקי-יפה, מחלקת עיניים בבית החולים שיבא | ד"ר עידי מצר, מחלקת עיניים בבית החולים רמב"ם

זהו מנגנון אוטומטי של המוח ומערכת הראייה. בנבדקים שלא סובלים מהפרעות קשב, המוח מסוגל לעכב את תנועת העיניים.

דבר נוסף שהתגלה הוא כי אנשים עם הפרעות קשב וריכוז ממצמצים יותר. גם זו פעולה לא רצונית, המושפעת מדפוסי פעולה מוחיים. לאחר לקיחת ריטלין, תנועות העיניים הפכו לרגילות ותדירות המצמצום ירדה לערכים רגילים. ייתכן שתבחינים מסוג זה מדויקים יותר, כיוון שאינם בשליטה רצונית. זהו כלי נוסף לאבחון ההפרעה וליעילות הטיפול.

לסיכום, הפרעות קשב וריכוז יכולות להתלוות להפרעות שונות בתפקוד או במבנה מערכת הראייה. בדיקה מקדימה אצל רופא עיניים לילדים יכולה, בחלק מהמקרים, לגלות אותן ולהמליץ על טיפול (כגון משקפי ראייה). דבר זה עשוי להביא לשיפור בתפקודם של ילדים עם הפרעות קשב וריכוז. בעתיד, טכניקות חדשות הבודקות הפרעות בתפקוד מערכת הראייה, עשויות לשפר את יכולתנו לזהות ילדים הלוקים בהפרעות קשב וריכוז.

מחקרים ומסקנות

בעבר הועלתה ההשערה כי חלק מהלוקים בהפרעת קשב סובלים מהפרעה במיקוד או מרוחק-ראייה. במצב בו קשה לקרוא לאורך זמן עקב הצורך של הילד לבצע מאמץ יתר, כאשר הוא סובל מקושי במיקוד, או אם הילד סובל מבעיית רוחק-ראייה משמעותית, ואז עלול לסבול מראייה לקויה – בעיות אלה בילדות עלולות לגרום לטשטוש ראייה ולפגיעה בהתפתחות יכולת הראייה של המוח, מצב הקרוי: אמבליופיה (עין עצלה). דבר זה עלול להקשות על הילדים הללו את לימוד הקריאה, ולפגוע ולקצר את פרקי הזמן בהם הם יכולים לקרוא.

ברם, במספר מחקרים דווח שילדים עם הפרעות קשב וריכוז רואים דווקא היטב, ולא סובלים מהפרעות מיקוד בהשוואה לילדים "נורמטיביים". אולם נראה כי העיקר הוא בהפרעות נוספות במערכת הראייה של הלוקים בהפרעות קשב וריכוז, מלבד הפרעות בתשבורת או הפרעות במיקוד או פזילה.

עבודה קטנה שנעשתה בשוודיה הראתה פגם בחדות הראייה של הלוקים בהפרעות קשב וריכוז, אך הפרעה זו חלפה עם מתן טיפול בתרופות מקבוצת הריטלין. עובדה זו עשויה להצביע על השפעתן של התרופות על המוח, במנגנון של שיפור בעיבוד המידע החזותי.

במחקר נוסף, עקבו החוקרים אחר תנועות עיניים בלתי רצוניות אצל נבדקים בשעה שביצעו מטלה ממוחשבת. התברר שמי שסובל מהפרעות קשב אינו מסוגל לדכא את תנועת העיניים, כאשר הוא ממתין לגירוי ראייתי העתיד להגיע. מדובר בתנועות עיניים שאינן רצוניות ולא במנגנון שניתן לשליטה.

קשר בין הפרעות קשב וריכוז לבין בעיות עיניים מסקרן את הציבור הרחב ואת הקהילה הרפואית גם יחד. לפי המרכז לבקרה ומניעת מחלות בארה"ב, במקרים רבים מאובחנות הפרעות קשב, ריכוז והיפראקטיביות באופן בלתי מדויק. כתוצאה מכך, ייתכן שילדים רבים מטופלים בתרופות מקבוצת הריטלין שלא לצורך. חוקרים רבים מחפשים מדידים לאבחן

בצורה חד-משמעית את מי שבאמת סובל מההפרעה. חלק מהמחקר מתמקד במערכת הראייה. האמצעי העיקרי לאבחון ההפרעה מעשה על ידי בירור תפקודו של הילד, דרך דיווחים של ההורים, הגננות והמורים, אשר יכולים להצביע על תסמינים אופייניים כגון תפקוד לקוי בבית הספר, פגיעה ביכולת לסיים מטלות ולהתרכז לאורך זמן, או מצב בו כל דבר מסיח את דעתם, כמו גם הצורך להיות בתנועה כמעט מתמדת, אשר אינה מאפשרת הקשבה. מצב זה נובע מחוסר שקט פנימי ואימפולסיביות. כתוצאה מאופן האבחון, ייתכן שחלק מהילדים נוטלים תרופות שלא לצורך.

בדיקת רופא עיניים לילדים הינה חלק מההערכה הרפואית שעוברים ילדים, כחלק מעבודת הצוות הרב-תחומי באבחון הפרעת למידה או הפרעת קשב וריכוז. השכיחות של בעיות עיניים בהפרעות קשב וריכוז איננה ידועה. ההיגיון שביסוד הבדיקה נובע מהחשד כי הפרעות לא מטופלות במערכת הראייה עלולות להחמיר את הפרעות הקשב והריכוז. מאידך, ישנה אפשרות נוספת, לפיה בעיות הראייה עלולות להיות יותר שכיחות באוכלוסייה זו.



ד"ר תמרה ויגנסקי-יפה



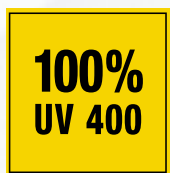
ד"ר עידי מצר



Polaroid להיראות טוב יותר לראות טוב יותר



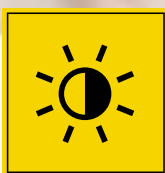
עם משקפי POLAROID תהנו ממגוון יתרונות



100% UV 400
הגנה מקרני השמש



הפחתה ניכרת
בעייפות העיניים



צבעים עשירים
בניגודיות גבוהה



ראייה חדה ללא סנוור
לנהיגה בטוחה

להשיג בכל סניפי אירוקה

erroca
HOUSE OF BRANDS



כמה עובדות על בצקת מקולרית ברשתית העין על רקע סוכרת

Diabetic Macular Edema (DME)

חולים בסוכרת מסוג 1 ו-2 נמצאים בסיכון לפתח פגיעה ברשתית העין (רטינופתיה סוכרתית) וכן מצב של בצקת מקולרית ברשתית, שהינה גורם מוביל לעיוורון בחולים בגיל הצעיר ובגילאי הביניים.

- למרות נטילת תרופות לאיזון רמות הסוכר בדם בקרב חולי סוכרת, יתכנו שינויים (עליות וירידות) ברמות הסוכר, העלולים לגרום לנזק לכלי דם קטנים בגוף בכלל וברשתית בפרט.
- מכלי הדם שניזוקו יכולים לדלוף נוזלים ושומנים לאזור הרשתית המרכזית (המקולה) ולכן עלול להיווצר מצב של בצקת מקולרית ברשתית.
- כ-70% מהחולים שסובלים מרטינופתיה עם צמיחה פתולוגית של כלי דם עלולים לפתח בצקת מקולרית ברשתית.
- התסמינים יכולים להיות ראייה מטושטשת, ראייה כפולה, אובדן חדות ראייה והופעת כתמים כמו נקודות שחורות צפות.
- חשוב לאבחן ולטפל מוקדם ברטינופתיה סוכרתית ובבצקת מקולרית ברשתית כדי למנוע אובדן ראייה. התוצאות הקליניות טובות יותר כאשר המחלה מתגלה ומטופלת בשלבים המוקדמים.
- בצקת מקולרית ברשתית בשלבים המוקדמים לעיתים אינה סימפטומטית, והשינויים בראייה מתרחשים בשלבים מתקדמים יותר, לכן חשוב לחולי סוכרת להיבדק אחת לשנה אצל רופא העיניים.
- ניתן להשתמש ברשת אמסלר המצורפת, לבדיקה עצמית של הראייה, כדי לזהות בשלב מוקדם עיוותים בראיית קווים ישרים.

שאל/י את רופא העיניים כיצד ניתן לשפר את איכות החיים במחלה

שירות לציבור מוגש מטעם חברת באייר

(תאריך: 12.2015)



Amsler Grid לבדיקה עצמית

- החזק/י את התמונה במרחק 36 ס"מ, הרכב/י משקפייך וכסה/י כל עין בתורה
- הסתכל/י על הנקודה במרכז הרשת
- אם הקווים נראים לא ישרים, מעוותים, מטושטשים או חסרים, אנא פנה/י לרופא העיניים שלך

