

בריאות העין

בחסות עמותת "לראות" ואיגוד רופאי העיניים בישראל.



העמותה לחקר בריאות העין
ומניעת עיוורון בישראל (ע"ר)

בדיקה פשוטה יכולה להציל את הראיה שלך
כנס בריאות העין | מרכז הכנסים של המועצה לישראל יפה
פארק הירקון | 29.12.10

הזמנה לכנס בריאות העין

כנס מומחים | בדיקות ראייה | תערוכה

29/12/2010 בין 17:00-10:00 | מרכז הכנסים של המועצה לישראל יפה | פארק הירקון

בחסות עמותת "לראות" ואיגוד רופאי העיניים בישראל.

תכנית כנס מומחים ברפואת עיניים של עמותת "לראות"

- 9:30-10:00** הרשמה והתכנסות. קבלת שי לכל משתתף
- 10:00** פתיחת הכנס בחסות איגוד רופאי העיניים בישראל ושירותי בריאות כללית
- פרופ' חנא גרזוזי, יו"ר איגוד רופאי העיניים, מנהל מחלקת עיניים במרכז רפואי "בני ציון"
- פרופ' דב ויינברגר, ראש מערך עיניים מרכז רפואי "רבין", שרותי בריאות כללית
- הגב' נדין הולנדר, מנכ"לית עמותת "לראות".

- הקהל מוזמן לשמוע הרצאות של מיטב המומחים הבכירים לרפואת עיניים בארץ, למעלה מ- 30 הרצאות שונות.**
- ההרצאות ינהלו בשלושה מושבים מקבילים.**
- תינתן הזדמנות, בכל הרצאה, לשאלות ותשובות עם הקהל.**

בין הרצאות הבוקר

13:00 - 10:00: **לבני גיל +50**
כל מה שרצית לדעת על קטרקט, ניוון הרשתית (AMD), מחלות עיניים הקשורות לסוכרת, מחלות הקרנית ועוד.

רפואת עיניים לילדים

מתי עלינו לקחת את הילדים לבדיקה, על אלרגיות בעיניים, שיפור הראייה התפקודית אצל ילדים.

לבעלי ראייה ירודה

על טכנולוגיות חדשניות ליצירת ראייה, על חידושים באבזורים לראייה ירודה ועוד.

בין הרצאות אחה"צ

17:00-14:00: כיצד לאבחן גלאוקומה, מחלות נדירות וגנטיקה, חבלות בעיניים, הגורמים ודרכי טיפול בעין יבשה, על ההבדל בין מחלות גנטיות בילדים ואלה של מבוגרים, חידושים בעדשות מגע, הסרת משקפיים בלייזר, חידושים בניתוחי עפעפיים.

פנל לדוברי רוסית ולדוברי ערבית, על ההבדל בין רופא עיניים ואופטומטריסט, כולל שאלות ותשובות עם רופאים מומחים.

חדש השנה: בדיקות עיניים לילדים החל מגיל חצי שנה ע" מצלמה מיוחדת.

לצד הכנס הקהל מוזמן לבקר בתערוכה בתחום האופטיקה ושירותים ללקווי ראייה.



בדיקות ראייה לילדים ומבוגרים במשך כל הכנס

הרשמה באתר עמותת "לראות": 09-9518475 | www.eyes.org.il
דמי כניסה לכנס: 25 ש"ח כולל שי לכל משתתף.



העמותה לחקר בריאות העין ומניעת עיוורון בישראל (ע"ר)



איגוד רופאי העיניים בישראל
THE ISRAEL OPTOMETRIC AL SOCIETY

הראל
ביטוח ופיננסים

כללית
הכי טובה למשפחה



משרד הבריאות
משרד הבריאות

McCann Erickson 3.0



תכנית הכנס ביריד בריאות העין

כנס בריאות העין יתקיים בתאריך 29.12.2010
מרכז הכנסים המועצה לישראל יפה בפארק הירקון תל-אביב
בהשתתפות של יותר מ-30 רופאים בכירים ברפואת עיניים

- 10:00-10:15** ברכות ופתיחת הכנס ע"י הנהלת עמותת "לראות"
- פרופ' חנא גרזוזי**, יו"ר איגוד רופאי העיניים, מנהל מחלקת עיניים, מרכז רפואי "בני ציון".
- פרופ' דב ויינברגר**, ראש מערך עיניים מרכז רפואי "רבין", שירותי בריאות כללית
- הגב' נדין הולנדר**, מנכ"לית עמותת "לראות".

שעה	נושא הפנל	שם המרצה ויו"ר הפאנל	תפקיד	נושא הרצאה
10-11	AMD מחלות ניוון הרשתית	פרופ' דב וינברגר יו"ר פרופ' איתי חוברס	ראש מערך עיניים, מרכז רפואי "רבין", שרותי בריאות כללית מרפאת רשתית, מרכז רפואי "הדסה".	הגורמים ודרכי הטיפול ב AMD
11-12	עמותות הכירו עמותות שותפות	נדין הולנדר - יו"ר	עמותות לראות, eye can האגודה לסוכרת נעורים אופק לילדנו.עמותות אלי"ע נ.מ.ג, האגודה הישראלית לסוכרת, האגודה למען העיוור הרצליה והשרון	המחקרים החדשים ב AMD אילו פעילויות יכולות לסייע לך
12-13	רטינופתיה סוכרתית	ד"ר עירית רוזנבלט יו"ר ד"ר אמיר בוקלמן	מנהלת מח' עיניים, מרכז רפואי השרון, שרותי בריאות כללית סגן מנהל מח' עיניים, ומנהל יחידת הרשתית מרכז רפואי קפלן, שרותי בריאות כללית	אופק חדש בטיפול ברטינופטיה סוכרתית רטינופטיה סוכרתית - בצקת מוקולרית
13-14	קטרקט	פרופ' אבינועם אופיר פרופ' אהוד אסיה יו"ר	מנהל יחידת עיניים, בי"ח הלל יפה מנהל מחלקת עיניים, בי"ח מאיר, שרותי בריאות כללית	חידושים מכוננים בגורמי הבצקת ברשתית הסוכרתית "עדשות פרמיום" - הדור החדש של עדשות תוך עיניות
14-15	גלאוקומה	ד"ר גיא קליינמן פרופ' דני געטון יו"ר פרופ' אורנה גייר	מנהל שרות הקטרקט במרכז הרפואי קפלן, שרותי בריאות כללית מנהל מכון הגלאוקומה של הכללית במחוז ת"א - יפו, ורופא בכיר במרכז רפואי רבין שרותי בריאות כללית מנהלת מחלקת עיניים, מרכז רפואי כרמל, שרותי בריאות כללית	קטרקט: מה זה, מה מרגישים, מתי וכיצד מטפלים אבחון מוקדם של גלאוקומה עקרונות הטיפול התרופתי בגלאוקומה
15-16	בדיקות עיניים במעגל החיים לדוברי ערבית	ד"ר דניאל קוטלר ד"ר עאדל ברבארה	מנהל שרות הגלאוקומה המרכז הרפואי ברזי , אשקלון מנהל מרכז רפואי הדסה אופטימל, חיפה	עקרונות הטיפול הניתוחי בגלאוקומה תפקידי רופא העיניים והאופטומטריסט
16-17	מחלות נדירות וחבלות עיניים	פרופ' יעקב פאר יו"ר פרופ' בנימין מילר	מנהל מחלקת עיניים, בי"ח הדסה מנהל מחלקת עיניים, ביה"ח רמב"ם	שאלות ותשובות עם הקהל

תוכנית אולם ב'

שעה	נושא הפנל	שם המרצה ויו"ר הפאנל	תפקיד	נושא ההרצאה
11-12	קרנית וקראטוקונטס	ד"ר עאדל ברבארה - יו"ר פרופ' אור קיזורמן	מנהל מרכז רפואי הדסה אופטימל, חיפה מנהל שרות הקרנית וסגן מנהל מח' עיניים, מרכז רפואי ברזילי	חידושים בטיפול - קראטוקונטס אפידמיולוגיה ואבחון של קראטוקונטס
12-13	ילדים	ד"ר דוד צדוק ד"ר יאיר מורד - יו"ר ד"ר נועה אלה- דלמן ד"ר חנה לייבה	ד"ר דוד צדוק מנהל היחידה לרפואת עיניים ולפזילה, המרכז הרפואי אסף הרופא רופאה בכירה, מח' עיניים, המרכז הרפואי תל אביב מנהלת היחידה לרפואת עיניים ילדים ונאורואופתלמולוגיה, מרכז רפואי קפלן, שרותי בריאות כללית	השתלת קרנית אצל חולי קראטוקונטס "רפואת עיניים מונעת בילדים". "נרות אוהרה" - מתי עלינו לקחת את הילדים לבדיקה העין המוח ומה שביניהם
13-14	עין יבשה	פרופ' אור קיזורמן - יו"ר ד"ר אירית ברקת פרופ' אבי סלומון	מנהל שרות הקרנית וסגן מנהל מח' עיניים, מרכז רפואי ברזילי מחלקת עיניים, מרכז רפואי שיבא, תל השומר שרות הקרנית, מרכז רפואי הדסה	דלקת עפעפיים - סיבה שכיחה לעין יבשה עין יבשה - מה זה? הגורמים לעין יבשה
14-15	אופטומטריה	ד"ר דוד צדוק פרופ' יעקב אזולאי - יו"ר ניר ארדינסט	סגן מנהל מח' עיניים, מנהל שרות הקרנית מרכז רפואי אסף הרופא ראש החוג לאופטומטריה, מכללת הדסה חבר ועד מנהל בעמותת "לראות" ויו"ר החוג לעדשות מגע המרכז הרפואי הדסה	הטיפול בעין יבשה אספקטים שונים של עדשות מגע חידושים בעדשות מגע

תוכנית אולם ג'

שעה	נושא הפנל	שם המרצה ויו"ר הפאנל	תפקיד	נושא ההרצאה
11-12	ראיה ירודה	פרופ' אריה סלומון יו"ר	חוקר בכיר, המכון לחקר העין, אונ' תל אביב	טכנולוגיות חדשניות ליישום ביצירת ראייה באנשים שנפגעו והינם עיוורים לפי הגדרת החוק
12-13	ראיה ירודה - ילדים	ד"ר אילנה גלייטמן מר בנימין קוסקס ד"ר קלאודיה יהלום יו"ר	סגנית מנהל השירות לעיוור, משרד הרווחה אופטומטריסט מומחה לראיה ירודה עמותת "משכן הראיה" מנהלת רפואית מכון מיכאלסון, ירושלים	הסיבות העיקריות לקבלת תעודת עיוור בעשור האחרון חידושים באבזורים לראיה ירודה שיפור ראיה תפקודית אצל ילדים
13-14	סקרי ראיה אצל ילדים קטנים	ד"ר אלן שבלב ד"ר איתי בן ציון	משרד החינוך הפיקוח הארצי - חינוך תלמידים עיוורים ולקווי ראייה רופא בכיר, מחלקת עיניים, מרכז רפואי שיבא	מודל התמיכה בתלמידים עיוורים ולקווי ראייה בדגש על המסלול החברתי. הפוטוסקרינג, ובדיקות עיניים לילדים
14-15	מחלות נדירות וגנטיקה	ד"ר דרור שרון יו"ר	חוקר בכיר, מרכז רפואי הדסה	גנים חדשים לניוון רשתית באוכלוסייה הישראלית- האם מצאתם מקרבת אותנו לריפי המחלה?
15-16	בדיקות עיניים במעגל החיים - לדוברי רוסית	ד"ר תמר בן יוסף	חברת סגל הפקולטה לרפואה, טכניון	חקר מחלות נדירות-לשם מה? ניוון רשתית תורשתי כדוגמה
16-17	שיפור הראיה באמצעות ניתוחים חדשניים	ד"ר דני בריסקו יו"ר ד"ר מיכאל היימס	רופא עיניים מומחה, מרפאת רשתית ומרפאה אופטלמוגנטית נרכז רפואי אסף הרופא מומחית לרפואת עיניים, מרכז רפואי ברזילי	ההבדל בין מחלות גנטיות בילדים ואלו של מבוגרים תפקידי רופא העיניים והאופטומטריסט
17-18	העמותה לחקר בריאות העין ומניעת עיוורון בישראל (ע"ר)		מנהל מח' עיניים, מרכז רפואי העמק, שרותי בריאות כללית מנתח בכיר במרכז הרפואי "עיניים", מרכז רפואי "כרמל" ורופא בשרותי בריאות כללית	חידושים בניתוחי עפעפיים הסרת משקפיים בלייזר, תיקון ראייה באמצעות השתלת עדשות תוך עיניות, ניתוחי קטרקט וטיפול בקרקטונטס

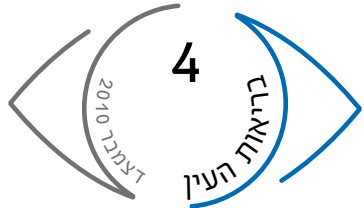


העמותה לחקר בריאות העין ומניעת עיוורון בישראל (ע"ר)

לצד הכנס, תערוכת מציגים ובדיקות ראייה ללא תשלום למבקרים.

מידע והרשמה באתר "לראות" www.eyes.org.il





תוכן

הדור החדש של עדשות תוך עיניות - מאת פרופ' אהוד אסיה וד"ר עדי אבולעפיה	עמ' 6
איך נלחמים בתופעת היפרדות הרשתית מדופן העין - מאת פרופ' דב ויינברגר	עמ' 8
דרכי הטיפול החדשות בדלקת לחמית אביבית - מאת דר' יאיר מורד	עמ' 10
שיטות מתקדמות לתיקון ושיפור הראייה - מאת דר' שמואל לוינגר	עמ' 12
בדיקה שיגרנית עשויה לאתר גלאוקומה בשלב מוקדם - מאת ד"ר מיכאל ויסבורד	עמ' 14
7 דברים שכדאי לדעת על טיפולי לייזר לתיקון ראייה - מאת פרופ' אור קיזרמן	עמ' 15
על הסכנות במחלת הקראטוקונוס, המתחילה מאלרגיה - מאת דר' עאדל ברבארה	עמ' 16
חידושים בטיפול בגידולי עיניים - מאת דר' שחר פרנקל	עמ' 17
עידן חדש בהבנת מחלת הניוון המקולרי הגילי - מאת פרופ' איתי חוברס	עמ' 18
טכנולוגיות חדשניות בטיפול בנפגעי ראייה - מאת פרופ' סולומון אריה	עמ' 19
על רטינופטיה סוכרתית, מחלה המסכנת את הראייה - מאת ד"ר עירית רוזנבלט	עמ' 20

בריאות העין, מוסף מיוחד • דצמבר 2010	
עורכת אחראית: נדין הולנדר עוזרת לעורכת: איילת הלל עמותת "לראות" עריכת: אייל ברטנוב עיצוב גרפי: עשירה בן יהושע גרפיקה: אנה ויינשטיין לוי מנהלת מחלקת מוספים: מיוחסים רויטל דניאלי 052-4614602 הפקת: מודעות, דקלה גודפרי	דפוס "מעריב" אין המערכת אחראית לתוכן המודעות ו/או הפרסומים מוסף בחסות עמותת "לראות" איגוד רופאי העיניים בישראל

איגוד רופאי עיניים ממליץ:

בדיקת עיניים תקופתית עשויה להציל מעיוורון

מאת פרופ' חנא ג'וני גרזוזי, יו"ר איגוד רופאי העיניים
בישראל ומנהל מחלקת עיניים, מרכז רפואי "בניציון", בחיפה
ופרופ' אור קיזרמן, חבר ועד איגוד רופאי עיניים ואחראי
שירות קרנית, מרכז רפואי "ברזילי", אשקלון



הנובעת לרוב מלחץ תוך-עיני גבוה. אדם, הסובל מלחץ עיני מעט גבוה, לא יחוש דבר ברוב המקרים, וכיוון שכך עלולה המחלה להימשך ולגרום נזק בלתי הפיך לראייה, מכילי שהחולה יהיה מודע לכך. גם כאן - בדיקה תקופתית של הלחץ העיני חשובה מאין כמות, ועשויה להציל מעיוורון. בגיל המבוגר מתרבות לרוב מחלות העיניים וכוללות מחלות נפוצות כמו ירוד (קטרקט) וניוון רשתית (AMD). על כן צריכות בדיקות העיניים בגיל זה להיעשות כתכיפות יתר, ויש להקפיד עליהן מאוד. זכרו: גילוי מוקדם של מחלות כמו ניוון רשתית הוא חיוני להצלחת הטיפול בה. בדיקת עיניים תקופתית בגיל המבוגר, היא פשוט הכרח. ●

שתי מטרות העל של איגוד רופאי העיניים הן המלחמה בעיוורון ושמיירה על בריאות העין. והדרך הטובה ביותר לשמור על בריאות העין היא להקפיד על בדיקות עיניים תקופתיות. בדיקות כאלה חשובות בכל הגילים, אך בעיקר בגיל הילדות ובגיל המבוגר.

אצל ילדים העין גדלה ומתפתחת וכל דבר העלול להפריע לראייה - כמו הפרעות תשבורת שלא תוקנו במשקפיים בזמן או פזילה - עלול לגרום לעין להפוך לעצלה. גילוי מוקדם של עין עצלה מאפשר טיפול בזמן בגורמים לעצלות העין והשגת כושר ראייה טוב. לעומת זאת, עיכוב של כמה שנים באתור הבעיה עלול להביא לעצלות עמוקה של העין, שלא ניתן עוד לרפא.

בגיל ההתבגרות ואצל מבוגרים צעירים, מופיעה מחלת הקרטוקונוס (קרנית חרוטית). גם כאן, גילוי מוקדם יאפשר טיפול לעצירת המחלה ועשוי למנוע צורך בהשתלת קרנית, אם המחלה התקדמה.

כל מתבגר ומבוגר צעיר, החשים גידול במספר המשקפיים, ובעיקר בצילינדר, צריכים לעבור בדיקה לשלילת קרטוקונוס. בשנים האחרונות אנו עדים לחידושים משמעותיים ביכולת שלנו לעצור ולטפל במחלה זו.

מחלה נוספת, שללא איתור מוקדם וטיפול הולם עלולה גרום לעיוורון, היא גלאוקומה,



קול קורא לקופות החולים:

השקיעו ברפואה מונעת לעיניים

מאת נדין הולנדר - מנכ"ל עמותת "לראות"



מדי שנה אני עורכת בדיקת ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד, כפי שנוהגות רבות מאזרחיות המדינה. השנה, עוד לפני הבדיקה, קיבלתי שלוש תזכורות טלפוניות, ללכת להיבדק, מקופת החולים שלי. לקראת 2011 הייתי רוצה שבישראל ייפתחו תוכניות לרפואה מונעת גם לעיניים.

אני פונה לכל קופות החולים במדינה: השקיעו - לא הרבה - בקריאה לציבור המבוטחים לעשות בדיקת עיניים - לא כל שנה, אלא לפי קבוצות גיל ובהתאם להנחיות איגוד רופאי העיניים. שליחת מייל או גלייה, יחד עם הדואר הרגיל של הקופה למכור טח, ושיחות טלפון לקבוצות חולים בסיכון, אינם השקעה גדולה מדי, בוודאי לא לעומת ההשקעה הנדרשת בטיפול בחולים.

בישראל חולים היום כ־500 אלף אזרחים במחלות עיניים, שאם לא יטופלו בזמן, הם עלולים לאבד את הראייה! מספר זה נמצא בעליה מתמדת, עקב העלייה בתוחלת החיים ושכיחות מחלות עיניים בגיל המבוגר. ועוד נתון: בישראל חיים כ־24 אלף בעלי

מה ומי בעמותת לראות

עמותת "לראות" נטלה על עצמה את האתגר לאתר טיפולים יעילים למיגור מחלות הגורמות לעיוורון, ולהגביר את המאמץ המחקרי בתחום בריאות העין; למצוא מרפא לאוכלוסייה המוגבלת בתיפקודי ראייה עד כדי עיוורון, ולהגביר את המודעות לכלל מחלות העיניים.

עם חברי העמותה נמנים ראשי מחלקות עיניים, רופאים בכירים, מנכ"לי חברות, אנשי אקדמיה, דוקני פקולטות לרפואה, משפטנים, אישי ציבור, וחולים. כל אלה תורמים, איש-איש בתחומו, להשגת היעדים. העמותה נבחרה להיות גוף מיישץ למשרד הבריאות בנושאי בריאות העין, תחום תרופות וטכנולוגיות חדשות אנו מאמינים שבריאות העיניים מבטיחה איכות חיים ונוגעת לכל אחד.

באתר "לראות", אתר מידע מקיף, תוכלו לקבל ייעוץ רפואי מטובי רופאי העיניים בישראל, לצד כתבות, מחקרים והרצאות מוקלטות בכל הקשור לבריאות העין.

לקראת חודש המודעות לבריאות העין בישראל, אנו שמחים להגיש לכם מוסף מיוחד המתמקד בבריאות העיניים אצל ילדים ומבוגרים. הכתבות המגוונות נכתבו בשיתוף רופאים בכירים מאיגוד רופאי העיניים, הלוקחים חלק במאמץ לקדם את הרפואה המונעת בעיניים בישראל.

אנו מאחלים לכם קריאה מעניינת, ומזמינים אתכם לכנס מומחי העיניים - בדיקות ראייה ותערוכה - שיתקיים ב־29 בדצמבר, במועצה לישראל יפה בפארק הירקון, תל-אביב. בכנס תוכלו לפגוש פנים אל פנים את טובי הרופאים והאופ־טומטריסטים, לשאול שאלות ולקבל ייעוץ. זו אף הפעם הראשונה בישראל, בה תוכלו לעשות בדיקת ראייה לילדיכם החל מגיל שישה חודשים, בעזרת מצלמה לא פולשנית, ולקבל חוות דעת של אופטומטריסט מומחה, האם קיים צורך בהמשך טיפול רפואי.

בישראל חולים היום כ־500 אלף אזרחים במחלות עיניים, שאם לא יטופלו בזמן, הם עלולים לאבד את הראייה! בישראל חיים כ־24 אלף בעלי תעודת עיוור, ובכל שנה מתוספים כ־2,000

תעודת עיוור, ובכל שנה מתוספים אליהם כ־2,000 מתעוורים חדשים. מספר האזרחים הסובלים מראייה ירודה עומד על יותר מ־100 אלף.

המדינה נדרשת להשקיע כסף רב בטיפול בעיוורון - ואת המצב הזה ניתן לשפר מאוד באמצעות רפואה מונעת.

רפואת העיניים המתקדמת בישראל מאפשרת לטפל במחלות עיניים ואף לכלום אותן. הדבר היחיד הנדרש לשם כך הוא בדיקה - בזמן - אצל רופא עיניים, בדיקה פשוטה ושיגרנית.

על-פי נתונים בינלאומיים ניתן להציל 80 אחוז ממקרי העיוורון בעולם. עם בניית תוכניות העבודה החדשות ל־2011 במשרד הבריאות ובקופות החולים, מבקשת עמותת "לראות" לתת עדיפות לרפואת מונעת בעיניים, כדי להוריד את שיעור הסובי לים מראייה ירודה ומעיוורון.

ובקשה נוספת של עמותת "לראות" - רפואה מונעת לאוכלד־סייה הנזקקת במדינה. יותר ממיליון אזרחים נמצאים מתחת לקו העוני, לצד 350 אלף ילדים. הם סובלים מהזנחה רפואית, הכוללת גם הזנחת בעיניים.

עמותת "לראות" יחד עם פרופ' דב וינברגר, ראש מערך העיניים במרכז רפואי "רבין" וחבר הוועד המנהל של "לראות", יוזמים פרויקט של גיידת עיניים לנזקקים. מטרתה: להגיע לאזורי מצוקה ולאבחן את מצב עיניהם של נזקקים שאין להם גישות לשירותי בריאות עקב מצב כלכלי, סוציאו־קונומי נמוך וקשיי השפה.

היעד הוא הפחתת מקרי העיוורון ב־10 אחוז בזכות האיבחון המוקדם בקרב אוכלוסיית הנזקקים.

עמותת "לראות" פונה לאזרחים שאיכפת להם ומבקשת את תרומתם לפרויקט החשוב הזה, של הצלת ראייה.

כיצד לתרום ולאן? את המידע תמצאו באתר עמותת "לראות": www.eyes.org.il ●

McAwanErickson

לראות

העמותה לחקר בריאות העין ומניעת עיוורון בישראל (ע"ר)

בואו ליהנות מחוויית חושים שטרם הכרתם!

טעימות יין וגלידות בחשיכה | הופעה של רוני גינוסר | למידת שפת סימנים |

סיפורי יין חושניים ומבדרים | התרמות ומכירות פומביות

רכישת כרטיסים ומתן חסות לאירוע חגיגי וחוויתי של חושים

עמותת "לראות": 09-9518475 | office@eyes.org.il

מקבוצת אלון החזקות

רביע כחול בע"מ

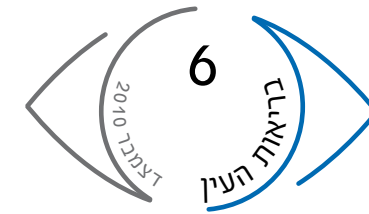
כשהעין צמאה - סיסטיין



טיפול לעיניים יבשות
מבית Alcon®



יש לעיין בעלון לצרכן לפני השימוש. מרכיבים פעילים:
Polyethylene Glycol 400, Propylene Glycol



הנסיכה של העדשות

על הדור החדש של עדשות תוך עיניות

מאת פרופ' אהוד אסיה, ד"ר עדי אבולעפיה
מחלקת עיניים המרכז הרפואי מאיר ו"עין טל" מרכז לרפואת עיניים

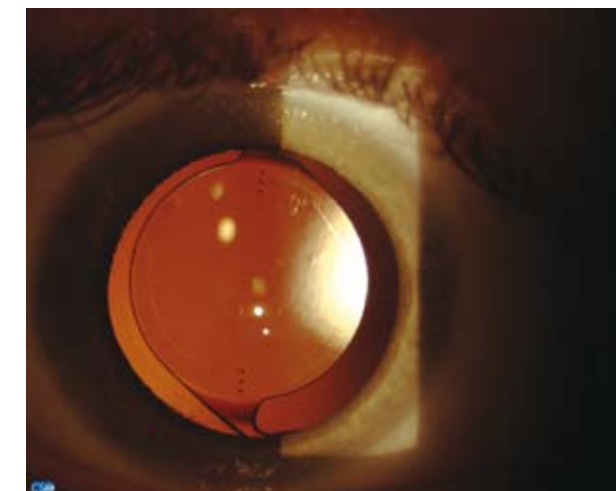
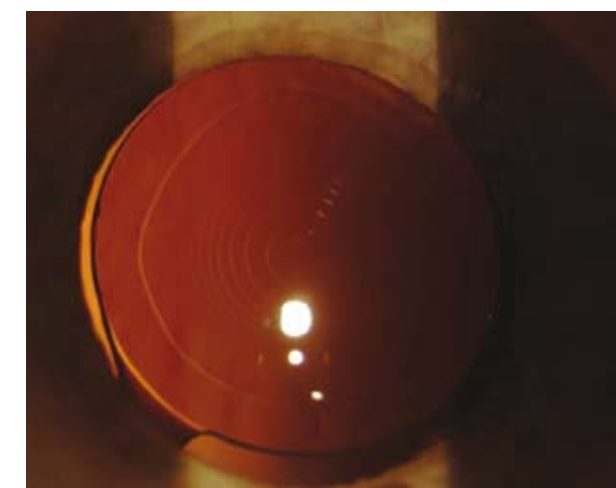


ליצור מוקד הן לרחוק והן לקרוב ברזמנית, העיקרון האופטי שלחן שונה לחלוטין מזה של עדשות המשקפיים המולטיפור לקליות, בהן החלק העליון מכוון לרחוק, החלק התחתון לקרוב - והעין נעה מעלה ומטה על-פי הצורך. העדשה המולטיפוקלית המושתלת ממוקמת בתוך העין, ולכן היא מקנה תיקון לרחוק וקרוב ברזמנית.

לייצור עדשות המאפשרות אופטיקה רבי-מוקדית שתי טכניקות: השיטה ה"רפרקטיבית", בה העדשה בנויה מטבעות טבעות, כשכל טבעת היא בעלת מוקד אופטי שונה, והשיטה ה"דיפרקטיבית", בה העדשה בנויה כמעין מדרגות אופטיות, כשכל מדרגה היא בעלת יכולת לפצל את קרני האור לשני מוקדים, קרוב ורחוק.

בשל המבנה המיוחד של העדשות, עלולות להופיע בהן, אצל חלק מהמנותחים, תופעות נלוות, כמו ירידה קלה בניגודיות, סינוור קל, או הופעת הילות סביב מוקדי אור כלילה. תופעות אלה הן קלות בדרך כלל, ורובן חולפות אחרי מספר חודשים, בזכות יכולת ההתאמה של המוח למצב האופטי החדש. חשוב

אחוזי ההצלחה של רוב ניתוחי עדשת הפרימיום גבוהים ביותר (כ-98 אחוז), אך גם ניתוח זה אינו נטול סיכונים: עלות גבוהה, ומהרופא המנתח וצוותו נדרשת השקעת זמן רבה ובדיקות מתוחכמות לקביעת סוג העדשה



די לראות באופן חד וברור אנו זקוקים למערכת אופטית מורכבת, הממקדת את התמונה על רשתית העין, ומשם מועברת התמונה אל המוח, באמצעות סיבי עצב הראייה.

המערכת האופטית של העין מורכבת מקרנית העין, השקופה, מהקשתית ובמרכז האישון (המשמש כצמצם), ומעדשה שהיא בעלת יכולת לשנות את מרחק המוקד - רחוק או קרוב. את רוב הכוח האופטי מספקת דווקא הקרנית, אך היא בעלת מבנה קבוע, ולכן גם כוחה האופטי קבוע.

לקרנית התקינה מבנה חצי כדור סימטרי, הממקד את קרני האור באופן אחיד. לעיתים היא בעלת מבנה מעט אליפטי, דמוי ביצה, ואז מתקבלת תמונה מעוותת ועקומה. מצב זה ידוע כ"אסטיגמטיזם". את האסטיגמטיזם ניתן לתקן אופטית, בעזרת עדשה מיוחדת עם תוספת "צילינדר", המפצה על עיוות הקרנית ומיישר את התמונה.

העדשה הטבעית מחוברת באמצעות מיתרים אל שריר טבעתי, שכיווץ והרפייה שלו משנים את המתח של פניה, וכך את עומק המיקוד שלה. פעולה זו מאפשרת לנו, בגיל צעיר, לראות חד וברור הן מרחוק והן מקרוב. תהליך שינוי המוקד לוקח חלקיק שנייה ואינו מורגש.

עם השנים הופכת העדשה הטבעית לקשיחה, ותגובתה לכיווץ השריר אינה מספיקה. הכושר לראות מקרוב יורד בהדרגה, עד שהוא אובד כליל ויש הכרח בשימוש במשקפי קריאה. זהו תהליך טבעי והוא נקרא "פרסביופיה". הוא צפוי להופיע אצל כל אדם החל מהעשור החמישי לחייו, ואינו מעיד על מחלה.

תופעה נוספת המופיעה עם הזמן היא כאשר העדשה הטבעית נעשית עכורה ואיכות הראייה נפגעת ("קטרקט"). במקרה זה חייבים להוציא את העדשה הטבעית ולהחליפה בעדשה מלאכרית, המחזירה את איכות הראייה לקדמותה.

חלק בלתי-נפרד מכל ניתוח קטרקט הוא השתלת עדשות תוררעיניות. לעדשה המושתלת המקובלת מבנה סימטרי אחיד ומוקד אופטי אחד ("מונו-פוקלי"), כלומר, אם העדשה המושתלת לת מכוונת למוקד רחוק, יש הכרח במשקפי קריאה, ולהיפך - אם העדשה מכוונת למרחק קרוב, יש הכרח במשקפיים לראייה מרחוק. ניתן גם לכוון עין אחת למוקד רחוק והשנייה למוקד בינוני-קרוב ("monovision"). טכניקה זו נותנת לעיתים קרובות פיתרון משכנע רצון, אם כי לא מושלם.

בשנים האחרונות פותחו עדשות תוררעיניות מורכבות, הנותן נות מגוון רחב של פתרונות אופטיים, הן לראייה קרוב-רחוק והן לעיוות הנגרם מאסטיגמטיזם. קבוצת עדשות זו מכונה "עדשות פרמיום". כיוון שהן נותנות תוספת משמעותית לא רק לאיכות הראייה, אלא גם לאיכות החיים, ובעיקר להסרת התלות במשקפיים.

עדשות מולטיפוקליות (רבי-מוקדיות) הן עדשות המתכננות

להדגיש, כי מטרתן של העדשות המולטיפוקליות היא להפחית את התלות במשקפיים, כלומר - להקנות יכולת ללכת ברחוב בלי משקפיים ולהיות מסוגל לקרוא מסרון (SMS), לחייג בטלפון הנייד, לקרוא תגי מחיר בחנות או תפריט במסעדה, גם בלי משקפי קריאה.

סוג אחר של עדשות רבי-מוקדיות מושתת על ניסיון לשנות את מרחק המוקד של העדשה המלאכותית, בעזרת התהליך הקיים בעדשה הטבעית הצעירה - תהליך ה"אקומודציה", כלומר - היכולת לשנות את הכוח האופטי בעזרת השריר הטבעתי, המותח ומרפה את מיתרי העדשה.

בשנים האחרונות פותחו כמה סוגים של עדשות "אקומודטי-ביות", המקנות עומק מוקד משופר, אך בינתיים רק במידה מוגבלת (כמחצית מעומק המוקד הנדרש לקריאה). עדשות אלה מקנות שינוי מוקד מהטווח הרחוק לטווח בינוני (שולחן, מחשב, לוח שעונים ברכב) או ממוקד בינוני לקרוב.

יצירת הפרש קל בין שתי העיניים עשויה להקנות טווח מוקד רחב. בעדשות אלה לא קיימות התופעות שתוארו בעדשות המולטיפוקליות (הילות, ירידה בניגודיות) אך כאמור, הביצועים האופטיים שלהן מוגבלים. גם כאן יש צורך להדגיש כי תפקיד העדשות הרבי-מוקדיות הוא להוריד את התלות במשקפיים, אך לא את הצורך המוחלט בהם.

סוג אחר של עדשות "פרמיום" מתקן את העיוות האופטי הנוצר ממבנה לא סימטרי של הקרנית, האסטיגמטיזם. בעדשות אלה, הנקראות עדשות "טוריות", מוטבע "צילינדר", המתקן את העיוות בקרנית. לטכניקה הניתוחית משמעות רבה, כיוון שהחתך בקרנית צריך להיות קטן ומבוקר, ויש צורך למקם את העדשה בכיוון מוגדר ומדויק, על-מנת לתקן את האסטיגמטיזם.

התוצאות האופטיות של "העדשות הטוריות" הן מצוינות, והשיפור בחדות הראיה, לכל טווח, משמעותי ביותר.

קיימות טכניקות נוספות לתיקון אסטיגמטיזם, בעזרת חיתוכים בקרנית או שיוף הקרנית בלייזר, אך השתלת עדשות טוריות מאפשרת לתקן הן את הקטרקט והן את האסטיגמטיזם בעדשה אחת, בלי צורך לפגוע בקרנית. לאחרונה יצאו לשוק עדשות משולבות מולטיפוקליות-טוריות הן נותנות פתרון לבעלי אסטיגמטיזם, המועוניינים בעדשה מולטיפוקלית.

קיימות גם עדשות שתוכננו לתת פתרון לאנשים שכבר עברו ניתוח קטרקט עם עדשה מונופוקלית. התוספת האופטית מושתלת על העדשה הישנה, ומוסיפה את האלמנט המולטיפוקל לי, או התיקון לאסטיגמטיזם, או שניהם, כך שגם מי שכבר עבר ניתוח קטרקט, יכול ליהנות מהיתרונות הטכנולוגיים החדשים (בתנאי שיהיה מוכן לעבור ניתוח נוסף).

היתרונות הרבים של משפחת "עדשות הפרמיום" הרחיבו את טווח הנזקקים לעדשות אלה, לא רק כתיקון ירידת הראייה בגלל קטרקט, אלא גם תיקון קוצר ראייה, רחוק ראייה, אסטיגמטיזם ואף פרסביופיה (קרוב-רחוק) בלי קטרקט. ההצדקה לניתוח השתלת עדשה באנשים שאין להם קטרקט, או שהכירי רות קלה ואינה סימפטומטית, עדיין שנויה במחלוקת: מחד, קיימים פתרונות לבעיות המפריעות לאיכות החיים, אך מאידך מדובר בניתוח תוררעיני.

אחוזי ההצלחה של רוב ניתוחי העדשה גבוהים ביותר (כ-98 אחוז), אך גם ניתוח זה אינו נטול סיכונים. הטכנולוגיות המתקדמות לייצור עדשות ה"פרמיום" והליך הפיתוח היקר והממושך, מתבטאים בעלות גבוהה; מהרופא המנתח ומצוותו נדרשת השקעת זמן רבה ובדיקות מתוחכמות לקביעת סוג העדשה, מיקומה המדויק וחשיבו הכוח האופטי שלה.

חסרון נוסף: עדשות ה"פרמיום" נתפסות אצל חברות הביטוח והמערכת הרפואית כתוספת לשיפור איכות החיים (תלות במשקפיים), ולא כתיקון בעיה רפואית, ולכן הן אינן מכסות את העלות הנוספת. בשלב הנוכחי, עדשות אלה אינן מושתלות במערכת הציבורית, אבל ניתן לצפות כי בשנים הבאות יעלה השימוש בהן, בעדשות המקנות איכות חיים משופרת, ומפחיתות את התלות במשקפיים לאחר ניתוח קטרקט. ●

כשהרשתית נפרדת

היפרדות הרשתית מדופן העין היא תופעה העלולה לגרום עיוורון.
איך נלחמים בה?

מאת פרופ' דב ויינברגר



הטיפול

הטיפול היחיד לריפוי במקרה של היפרדות רשתית הוא ניתוח, שמטרתו להחזיר אותה למקומה, באמצעות סגירת הקרע והוצאת הנוזלים. הטיפול נעשה באמצעות הקפאה של אזור הקרע, או באמצעות לייזר.

הערכה הראשונית להצלחת הטיפול היא ביקור אצל רופא העיניים בכל מקרה של הופעת הסימנים שהוזכרו. במקרים רבים, כאשר המטופל מגיע בהקדם, ניתן לזהות את החור או הקרע, לטפל בו בלייזר ולסגור את אזור הפגיעה.

הצמדת הרשתית למקומה עשויה להתבצע באמצעות תפירת סרט או ספוג סיליקון על דופן העין, וכך לדחוף את הדופן לכיוון הרשתית ולסגור את האזור הקרוע. פעולה זו נקראת "הנחת גבנון". הגבנון נשאר בדרך כלל סביב העין באופן קבוע, ואין צורך להוציאו. הוא אינו נראה ואינו מפריע לתנועת העין. אחרי הנחת הגבנון ניתן לנקות את הנוזל שמאחורי הרשתית, באמצעות חריץ קטן בדופן העין. במקרים בהם כמות הנוזלים מועטה, היא נספגת באופן עצמוני. תוך מספר ימים

בשנים האחרונות נעשה שימוש בשיטת ניתוח אחרת במקרים לא מסובכים של היפרדות רשתית. כאשר מיקום הקרע או החור נמצא בחלקה העליון של הרשתית, מזריקים אל תוך חלל הזגרי גז בועת גז קטנה, המתפשטת באופן עצמוני. תוך מספר ימים

היפרדות רשתית היא מצב בו נפרדת השיכבה הפנימית של העין, האחראית לקליטת האור, מדופן העין. הסיבה השכיחה ביותר למצב זה היא חור או קרע שנוצרים ברשתית וכניסת נוזל, הגורם להפרדה. פגם כזה עלול לגרום לעיוורון ולכן חשוב מאוד להכיר את הסימנים המקדימים, ובעיקר קר לטפל בו במהירות האפשרית.

הרשתית היא ריקמה עציבית דקה ושקופה, רגישה לאור, המכיי לה תאים וסיבי עצב. היא מכסה את הדופן הפנימית של העין, ותפקידה, כאמור, לקלוט את האור ולהעביר את האותות את המוח, לפיענוח דרך עצב הראיה.

רוב היפרדותי הרשתית נוצרות אחרי היווצרות חורים או קרעים, בשל התכווצות הזגוגית - חומר סמיך ושקוף הממלא את חלל העין. הזגוגית מחוברת בצורה הדוקה אל הרשתית במספר מקומות, ובעת התכווצותה, היא מושכת את הרשתית וקורעת אותה.

תהליך ההתכווצות מתרחש באופן טבעי, בעקבות הזדקנות או במצבים אחרים, כמו קוצר ראייה, דלקות תוך עיניות, חבלה, או מחלות כמו סוכרת. זהו תהליך איטי בדרך כלל, המאופיין בתחילה בראיית ברקים, ניצוצות וגופים צפים בצורות שונות לפני ציר הראייה. הקרע, כאמור, עלול להוביל בסופו של דבר להיפרדות הרשתית, ואז מפסיק האזור המופרד לתפקד כאזור רואה. הסימן האופייני לכך הוא הופעת צל או תחושת "וילון" בשדה הראייה. כאשר אזור ההפרדה מתרחב ומפריד גם את מרכז הראייה שברשתית, מופיע אובדן ראייה מוחלט, ולמעשה - עיוורון.

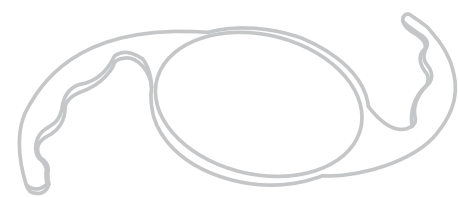
היקף הפגיעה בקרב האוכלוסייה הוא מקרה אחד ל-10 אלפים. היא מאיימת על כלל האוכלוסייה, אך הופעתה שכיחה בעיקר בגיל הביניים ואצל קצרי ראייה עם מספר משקפיים שבין 5 ל-6 דיופט. שכיחותה אצל קצרי ראייה אלה היא כ-2 עד 3 אחוזים.

גורם נוסף האחראי לתופעה הוא חבלה ישירה בעין או ניתוחים תוך-עיניים כמו ניתוח קטרקט. וגם, כאמור, מחלות כמו סוכרת, דימומים בתוך העין או גידולים תוך-עיניים, גורמים להיפרדות רשתית, כתופעה משנית למחלה הראשונית.

היסטוריה משפחתית של היפרדות רשתית עלולה אף היא להעלות את שכיחות המחלה. נתון נוסף: אצל כ-5 אחוז מהלרי קים בהיפרדות רשתית בעין אחת, קיים חשש לפגיעה בעין השנייה. לאנשים אלה מומלץ להיבדק באופן תדיר וקבוע אצל רופא עיניים.



מפעל 'עדשות חניתה', יצרן ישראלי של עדשות השתלה, בעלות אופטיקה מתקדמת לניתוחי קטרקט ועדשות מגע.



שיווק ע"י טבע מדיקל בע"מ.

מגרד, אדמומי, דומע

על דלקת לחמית אביבית אצל ילדים, אחת ממחלות האלרגיה הקשות, ועל דרכי הטיפול החדשות בה

מאת דר' יאיר מורד, מומחה ברפואת עיניים־ילדים, במרכז הרפואי “אסף הרופא”



ה קורה בדרך כלל עם עם בוא האביב, הפריחה והליבלוב: ילדים חווים את נחת זרועה של אחת ממחלות האלרגיה הקשות - דלקת הלחמית האביבית.

דלקת אביבית, כמו תופעות אלרגיות אחרות, מתלקחת בעיקר עקב מגע עם חומרים אלרגניים המרחפים באוויר ומופר־שים מאבקני צמחים, חיות בית או קרדית אבק הבית. המחלה מתבטאת, לרוב, באודם בלובן העין, גרד עז והפרשת דמעות, ואף ריר צמיג מהעיניים. בעפעפיים ומסביב לעיניים מופיעה נפיחות.

כאשר מופיעה התופעה, יש לבחון קודם כל האם קיים גם גרד. כי אם אין גרד - אין מדובר באלרגיה, ויש לחפש גורם אחר לעין האדומה.

לעתים מלווים את התופעות בעיניים גם סימנים נוספים, כמו נזלת, עיטוש וגרד בגרון. בהתקפים קשים הילד סובל מאוד, הוא נמנע מחשיפה לאור, מסתגר ועוצם את עיניו. לעתים הגרד הוא כה קשה, עד כי הוא משפשף את עיניו בחוזקה, וגורם לשריטות בקרנית העין המחמירות את הכאב ואת תחושת אי הנוחות. המאפיין העיקרי של דלקת אביבית בבדיקת עיניים, הוא הופעת ‘פפילות’, כלומר בליטות בשרניות על החלק הפנימי של העפעף. גושים אלה נראים לעתים גם על לובן העין, סביב לקרנית, ובנוסף, ניתן לראות שריטות על הקרנית. שריטות אלה, לרוב, מציקות מאוד.

לעתים מלווים את התופעות נזלת, עיטוש וגרד בגרון. בהתקפים קשים הילד נמנע מאור ועוצם את עיניו

על המחלה

דלקת הלחמית האביבית, היא מחלה כרונית העלולה לשבש את מהלך החיים התקין של הילד ומשפחתו. ההורים הנוא־שים עוברים מרופא לרופא, מנסים טיפות וטיפולים שונים, ולא פעם מתאכזבים, בשל הישנות המחלה. כשהמחלה קשה, גורמים ההתקפים החוזרים לצלקות בקרנית העין, ואלה מאיימות על הראייה.

לפני שנים רבות היתה המחלה אחד הגורמים השכיחים לעיוורון, אבל במצב היום קיימות תרופות רבות העשויות להקל על מהלכה, ונדמה כי דווקא עורף האפשרויות, הוא הגורם לביב־כול ולמעבר בלתי מסודר מתרופה לתרופה, באופן שלפעמים דווקא פוגע בהצלחת הטיפול. ניתוח לראות שריטות על הקרנית. שריטות אלה, הצעד ההגיני הראשון, בטיפול בכל מחלה אלרגית, הוא למצוא

את הגורם לאלרגיה ולנסות להימנע ממנו. גם אצל ילד עם דלקת לחמית אביבית ניתן לעיתים למצוא את הגורם: אפשר לנסות ולהימנע מחשיפה לחיות שהוכנסו לבית לאחרונה, להימנע מחשיפה לאבק ממצעים, שמיכות צמר או שטיחים, וכן לצמחים הידועים כאלרגניים, כמו עצי זית. בעזרת טסטים אלרגניים, ניתן לאתר במדויק את האלרגן הגורם לדלקת.

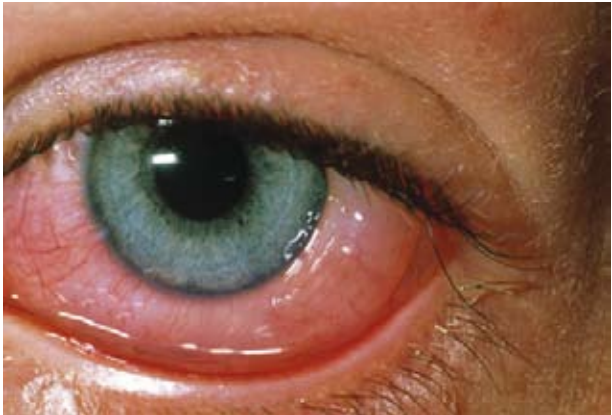
הטיפול

הטיפול בדלקת אביבית נחלק לשניים: טיפול בהתקף חריף, ומניעת חזרה של ההתקפים. חשיכות רכה נודעת למניעת חשיפה לגורם האלרגיה, וכן לטיפול רצוף בתרופות המונעות את ההתקף החריף. בזמן התקף חריף יש להשתמש בתרופה הקלה ביותר האפשרית - כדי למנוע תופעות לוואי. במקרים קשים ועקשניים, ניתן כיום להציע טיפול ציקלוספורין, שהיא תרופה יעילה מאוד וללא תופעות לוואי.

כשהמחלה מתבטאת בגרד ואודם קלים בלבד, ניתן בשלב ראשון להשתמש בטיפות עיניים למניעת אודם וגירוי כמו **Visine** או **Stilla**, הניתנות לרכישה ללא מרשם רופא. טיפול זה יעיל במקרים קלים, אך יש לזכור שאסור להשתמש בו ברציפות ולאורך זמן, כיוון שעלולות להתפתח תופעות לוואי לא נעימות. את כקבוק הטיפות מומלץ לשמור במקרר, שכן הקיור מקל על הסימפטומים. אפשר גם להיעזר בקומפרסים קרים.

במקרים חוזרים או קשים, יש לפנות לטיפול ממוקד יותר, אצל רופא העיניים.

השלב הבא בטיפול נועד לחסום את החומר המופרש מהעין, שהוא הגורם לגרד, לאודם ולנפיחות - ההיסטמין. חומר זה סומן כבר לפני שנים רבות כ“עושה הצרות” העיקרי בכל



מחלות האלרגיה, כמו אסתמה, גרד אלרגי ועוד. בנוסף, יש לחסום פעילות של חומרים נוספים הגורמים לתהליך דלקתי ואודם בעין.

קיימות היום מספר תרופות העושות את שתי הפעולות גם יחד - הן חסימת ההיסטמין והן חסימת חומרי הדלקת - וביניהם ניתן למנות את ה־**Patanol** וה־**Zaditen** לעיתים יש להוסיף לתרופות אלה תרופות נוספות, שימנעו שיחרור של חומרי דלקת נוספים, כמו **Tilavist**. אבל יש לזכור: במקרים עקשניים, גם תרופות אלה לא עוזרות, ואז צריך לעבור לשימוש בטיפות סטרואידים.

הסטרואידים הם תרופה יעילה ביותר, שהביאה להפך בטיפול בכל המחלות האלרגיות. אצל רוב הילדים הם גורמים להקלה כמעט מיידיה, ואולם השימוש בהם לאורך זמן - מסוכן: שימוש בלתי מבוקר עלול לגרום לסיבוכים, כמו עליות הלחץ התוך־עיני, הופעת קטרקט ועוד. זו הסיבה שרופאי עיניים משתמשים בטיפות סטרואידים במקרים חריגים, ומפסיקים את השימוש בהם מוקדם ככל האפשר.

קיימים סוגים רבים של טיפות סטרואידים, וחשוב לבחור תרופות קלות ככל האפשר: ניתן להתחיל בטיפות כמו **Ultracortenol** או **FML**, שהם סטרואידים קלים ללא תופעות

לוואי קשות. במקרים קשים יותר ניתן להשתמש ב־**Pred Forte** או ב־**Sterdex**, שנחשבים לתותחים כבדים. לאחר שחלף ההתקף, צריך לזכור כי למרבה הצער המחלה לא נרפאה: כמו כל מחלה אלרגית אחרת, התופעות עלולות לחזור שוב ושוב. קיימות ברפואה תרופות המונעות או מחלישות את ההתקפים החוזרים, ויש להשתמש בהן באופן רצוף במשך מספר שבועות או חודשים, גם אם אין סימפטומים של התקף. תרופות כמו **Opticrom** הוותיקה, ואחותה החדשה והיעילה יותר **Alomide**, וכן **Tilavist** ו־**Optilast**, משפיעות על התגובה האלרגית ומונעות התלקחויות חריפות.

ועדיין עלולים להיות מקרים בהן הדלקת קשה ועקשנית, ומסר־



בת לחלוף גם כשמנסים צירוף של מספר טיפות. במקרים כאלה הילדים אומללים ממש: הם אינם מסוגלים לפקוח את עיניהם באור, ואינם מתפקדים באופן תקין. בעבר טופלו ילדים אלה בסטרואידים דרך הפה, טיפול שלאורך זמן עלול היה לגרום לתופעות לוואי כמו השמנה, שיעור יתר, הפרעה בגדילה, יתר לחץ דם ועוד. אחרים טופלו, כיורוגית, בכריתה של הפפילות בעפעף, טיפול שיעילותו שנויה במחלוקת.

טיפול חדש

בשנה האחרונה נוסה בהצלחה טיפול חדש, יעיל ביותר, המונע סבל רב מהחולים: טיפות ציקלוספורין. ציקלוספורין היא תרופה שהותוותה לטיפול בחולים הסובלים ממחלות כמו דלקת פרקים, אך בפירסומים רפואיים שונים דווח על יעילותה גם בטיפול בדלקת אביבית קשה. למרות שבטיפול רגיל יש לתרופה תופעות לוואי לא קלות, למרבה המזל, כשהיא ניתנת כטיפות עיניים אין לה תופעות לוואי. מניסיונו במרפאת העיני יים לילדים במרכז הרפואי ‘אסף הרופא’, התרופה יעילה ביותר, וילדים שהיו במצב קשה ביותר מחלימים, פוקחים את העיני יים וחוזרים לתיפקוד תקין תוך שבוע־שבועיים. התרופה אינה מיוצרת באופן מסחרי, ויש לייצרה במיוחד.

טיפול אלטרנטיבי נוסף, לילדים שאינם יכולים להתרגל לשימוש בתרופה זו הוא זריקה של סטרואידים ישירות לעפעף. זהו טיפול יעיל של זריקה בודדת, הגורם להקלה ממושכת, לעיתים קרובות עד מספר חודשים. את הטיפול הזה יש לשלב עם טיפול בטיפות ציקלוספורין בהמשך.

לסיכום

דלקת לחמית אביבית היא לעיתים מחלה קשה, המשבשת את מהלך החיים התקין של הילד, אבל הטיפולים החדשניים הקיי־מים היום, המאפשרים לשלוט בה בצורה טובה, וללא תופעות לואי קשות.

הטיפול מחייב לעיתים קרובות שימוש במספר תרופות ודרכי טיפול, כך שנתפרת “חליפת הטיפול” אופטימלית, המתאימה לכל ילד. ●

לעיניים שלך רק המומחים המובילים בישראל

מגוון שיטות להסרת משקפיים בהתאמה אישית

טיפולים נוספים המבוצעים ברשת “עיניים”:

- קטרקט ומולטי קטרקט
- טיפול בפזילה
- השתלת עדשה תוך עינית
- טיפול בקרטוקונוס
- השתלת קרנית בלייזר
- טיפול בעין עצלה ועוד.



עיניים
המרכז הרפואי ד"ר לוינגר
רשת מרפאות מומחים ארצית



ירושלים בניין שערי העיר ● **תל אביב** מרכז עזריאלי ● **תל אביב** עתידים מדיקל סנטר ● **חיפה** בי"ח "אלישע" ● **באר שבע** מגדל הרכבת

www.enaim.co.il 3122*

כל התמונה

על שיטות מתקדמות לתיקון ושיפור הראייה

מאת דר' שמואל לוינגר,
המנהל הרפואי של רשת המרכזים הרפואיים “עיניים”



דר שמואל לוינגר

עיצוב מולטי־פוקאלי של הקרנית (כדומה למשקפיים מולט־פוקאליים), וכך ניתן להשיב למטופל את יכולת הראייה לטווח הרחוק, טווח ביניים וטווח קרוב.

הניתוח מאפשר הסרת משקפי קריאה בקרב כ־70 אחוז ממרכזי בי משקפי הקריאה, והוא מתאים לסובלים מרוחק ראייה +0.75 עד +4.5, המתקשים בראייה מקרוב וגם מרחוק. הוא אינו מתאים לסובלים מקוצר ראייה מקרוב בלבד.

תיקון ראייה באמצעות השתלת עדשה,

תוך־עינית

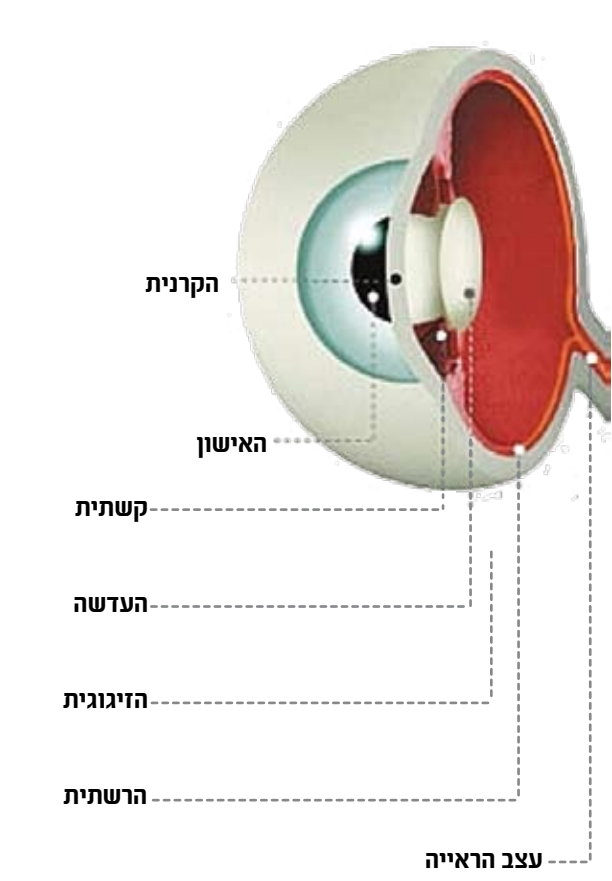
ולמרות הטכנולוגיה המתקדמת, כ־30 אחוז מהפגנים להסרת משקפיים בלייזר, עדיין נמצאים לא מתאימים לניתוח. לעומת זאת, לרובם מתאים הפתרון המתקדם של השתלת עדשה תוך־עינית לתיקון הראייה. עדשה זו מתפקדת בנוסף לעדשת העין הטבעית, הממשיכה לשמור על “המיקוד” העיני.

הניתוח מתאים לכני 18 עד 65, כל עוד עדשת העין שלהם בריאה ואין תהליך מתקדם של קטרקט. ההשתלה מתאימה גם לאנשים עם רוחק ראייה או קוצר ראייה גבוהים, קרנית דקה או אסטיגמציה (צילינדר) גבוהה. העדשות מהדור החדש מותאמות בדיוק למספר הנדרש, ומוזמנות לקראת הניתוח.

לניתוח זה יתרונות רבים: שיעור בטיחות גבוה, יכולת לצפי התוצאות מראש, וברוב המקרים הוא מבוצע ללא תפרים. ההליך קצר והניתוח הפוך, כלומר - ניתן להחליף את העדשה או להוציאה.

טיפול בקטרקט בשילוב עם תיקון הראייה

מחלת הקטרקט (יורד), המאופיינת בעכירות עדשת העין, מופי עה בדרך כלל אצל בני 65 פלוס, אולם ניתכן גם בקרב ילדים עם קטרקט מולד.



בשני עשורים האחרונים - ובעיקר בחמש השנים האחרוןות - עברו הטכנולוגיות הרפואיות לתיקון הראייה התקדמות ושיפור ניכרים. בזכות שיפורים אלה ניתן היום לבצע ניתוחים לתיקון ראייה באמצעות לייזר, גם במטופלים שעד לפני מספר שנים לא יכלו לעבור הליך כזה, ובזכותם גם ניתוחים שנחשבו מסוככים מאוד - כמו השתלת קרנית - מבוצעים באמצעות הלייזר.

הסרת משקפיים בלייזר

ניתוח זה מבוצע רק כאשר המספרים יציבים לפחות שנה, במטופלים מגיל 18, ובכל מקרה רק לאחר בדיקת התאמה יסודית בידי אופטומטריסט מומחה ורופא מומחה, הקובעים האם נתוני העיניים של המטופל מאפשרים ניתוח, ואם כן - מהי השיטה המתאימה עבורו. קיימות מספר שיטות טיפול מתקדמות, כל אחת מתאימה לנתוני האישיים של כל מטופל: עובי הקרנית, צילנדר (אסטיגמציה) וכד'.

בכל השיטות מורכב הניתוח משני שלבים: פתיחת חלון טיפול לי בקרנית, ועיצוב, בעזרת קרן לייזר, של פני הקרנית, בהתאם לנתוני העיניים. הניתוח מתבצע תמיד תחת הרדמה מקומית בטיפות עיניים, ואינו כואב כלל.

השיטה המתקדמת ביותר היום בתחום הסרת משקפיים בלייזר זר היא שיטת “אינטרלאסיק” - שבה מבצעים את כל ההליך בעזרת קרן הלייזר, ולכן הוא מדויק ובטוח יותר ואינו כרוך בכאבים. בנוסף, הסיכון לתופעות לוואי, כמו סינוור ויובש בעיניים, נמוך הרבה יותר והחזרה לשגרת החיים היא מיידית. ניתוח בשיטה זו מאפשר הסרת משקפיים אצל אנשים שבבעבר לא ניתן היה לטפל בהם: בעלי אישונים רחבים במיוחד, בעלי קרניות דקות, כאלה הסובלים מקוצר ראייה ואסטיגמטיזם גבוהים, בעלי עיניים שקועות או בעלי מפתח עין קטן.

באמצעות הטכנולוגיה המקדמת, נתוני הקרנית שנסרקו בשלב בדיקת ההתאמה, מועברים למחשב המפעיל את קרן הלייזר. המחשב משתמש בנתוני בדיקת העיניים והראייה לתיכנות ותיכנון הקרן בתהליך ליטוש פני הקרנית. כך מתאפשר ניתוח מדויק יותר וקוטר ליטוש רחב יותר.

לקרוא בלי משקפיים

בזכות הטכנולוגיה המתקדמת להסרת משקפיים בלייזר, ניתן לבצע גם ניתוח לייזר להסרת משקפי קריאה - פרסביי לאסיק. חדשנותה של השיטה מתבטאת בכך שהלייזר מבצע

לראות לטווח רחוק



לראות לטווח בינוני



לראות לטווח קרוב



Alcon®



LUXEMBOURG MEDICAL
A member of Lapidot Group

עדשות AcrySof® TORIC –I AcrySof® IQ ReSTOR לשפר את איכות הראייה, לשפר את איכות החיים

פריצת דרך בתחום ניתוחי העיניים: גם אם אתם סובלים מקטרקט, אתם לא חייבים להשתעבד למשקפיים ביפוקליות או לוותר על נהיגה וקריאה. העדשות המתקדמות של אלקון מהוות את פסגת הטכנולוגיה בעידן ניתוחי הקטרקט. העדשות מספקות טווח ראייה מלא – קרוב, רחוק וטווח ביניים, וכן מתקנות את הפגיעה בראייה הנגרמת בשל מבנה הקרנית ובכך מאפשרות ראייה משופרת. תוכלו לראות קרוב, רחוק ואת כל מה שביניהם ואפילו להיפטר מהצילינדר, רוצים לדעת עוד? שאלו את רופא העיניים שלכם או היכנסו לאתר: www.acrysofrestor.co.il

לוכסמבורג מדיקל השיטה 8, ת.ד. 3552 א.ת. קיסריה 38900 | טל' 04-6309630 | שירות לקוחות 04-700-70-20-33



הגנב השקט של הראייה

מאת ד"ר מיכאל ויסבורד - מחלקת עיניים, המרכז הרפואי תל־אביב

לחץ תוך־עיני

אחד מגורמי הסיכון המשמעותיים במחלה הוא הלחץ התוך־עיני. בתוך העין, בדומה לצמיג של רכב או לכדורגל, קיים לחץ מסוים השומר על נפח העין וצורתה. כאשר הלחץ התוך־עיני גבוה מהנורמה, עלולה להיגרם פגיעה בסיבי עצב הראייה, היוצאים מגלגל העין ומעבירים את המידע אל המוח. מחקרים רבים הוכיחו כי לחץ תוך־עיני מוגבר הוא גורם סיכון משמעותי ביותר בהתפתחות המחלה, וכי הורדת הלחץ מהווה טיפול יעיל, העשוי להפחית את קצב התקדמותה. רופא עיניים יכול למדוד את הלחץ התוך־עיני בבדיקה פשוטה ולא כואבת, וכך להביא לאיתור מוקדם של המחלה ובהמשך להמליץ על טיפול מונע.



גלאוקמה (ברקית), היא אחת ממחלות העיניים הנפוצות: היא גורמת פגיעה הדרגתית בעצב הראייה, וכתוצאה מכך לפגיעה בשדה הראייה. בשלבים הראשונים שלה נפגע שדה הראייה בהיקף בלבד, מבלי שניתן להרגיש בכך, אולם בשלבים מאוחרים שלה, כאשר עצב הראייה כבר פגוע מאוד, נוצרת פגיעה נוספת, גם במרכז הראייה, והתוצאה היא פגיעה תיפקודית משמעותית. בשלבים החמורים של המחלה היא עלולה לגרום אפילו עיוורון. זו הסיבה שגלאוקמה מכונה לא אחת "הגנב השקט של הראייה". החדשות הטובות הן שהמחלה ניתנת לאיתור מוקדם ולטיפול מונע.



שדה ראייה מצומצמים של החולה בגלאוקמה: תמונת מציאות (משמאל) לעומת התמונה שרואה החולה (מימין)

בדיקות עזר נוספות

קיימות בדיקות נוספות בדרך לאיתור מחלת הגלאוקמה, ביניהן: בדיקה יסודית של חלקי העין בעזרת עדשות מיוחדות, מדידות חוזרות של הלחץ התוך־עיני בשעות שונות של היום, מדידה של עובי הקרנית (החלק הקדמי והשקוף של העין; כאשר היא דקה, עולה הסיכון לפיתוח גלאוקמה). צילום של עצב הראייה לצורך מעקב, בבדיקת OCT של עצב הראייה, המאפשרת לכמת את סיכי העצב ביחס לנורמה ועוד.

הטיפול

הטיפול בחולים שאובחנו כסובלים מגלאוקמה, מתמקד בהורדת של הלחץ התוך־עיני. על מנת להציל עד כמה שניתן את סיבי עצב הראייה שנשאו. לכל מטופל נקבע לחץ מטרה בהתאם למדדים שונים - חומרת המחלה, קצב התקדמותה, גילו ועוד. בדרך להורדת הלחץ עומד לרשות הרופא המטפל מגוון של אמצעים. טיפות עיניים מסוגים שונים הן, במקרים רבים, טיפול התחלתי מקובל הן מקטינות את ייצור הנוזל בתוך העין, או מגבירים רות את פינויו מתוכה, וכך מורידות את הלחץ התוך־עיני. הטיפות ניתנות פעם או פעמיים ביום, ורובן יעילות ובעלות תופעות לוואי מתטות יחסית, אך הן דורשות התמדה של המטופל. במקרים מסוימים ניתן לשלב גם תרופות במתן דרך הפה. אפשרות נוספת להורדת הלחץ היא באמצעות טיפול לייזר. זהו טיפול קצר ובטוח למדי, העשוי לאפשר הורדה משמעותית של הלחץ ללא שימוש נוסף בטיפות. זו הסיבה שהוא נוח מאוד למטופל - אך אינו מתאים לכלל חולי הגלאוקמה: בחלק מהמקרים הוא אינו מביא להורדה מספקת של הלחץ התוך־עיני לאורך זמן. אפשרות שלישית, יעילה מאוד, היא ניתוח תוך־עיני, שמטרתו הורדת הלחץ באמצעות ניקוז קבוע של נוזלים מתוך העין. אפשרות זו שמורה בדרך כלל למקרים קשים יותר של גלאוקמה, מכיוון שהיא עלולה להיות כרוכה בסיבוכים (אם כי לעתים נדירות).

מי צריך להיבדק?

על־פי המלצות איגוד רופאי העיניים בישראל, מומלצת בדיקת גלאוקמה לבני 20 עד 40, אחת לחמש שנים. בגיל 40 עד 64 מומלץ לקיים את הבדיקה אחת לשנתיים, ומגיל 65 ומעלה - אחת לשנה. הבדיקה חשובה במיוחד אצל אנשים בסיכון מוגבר לפתח גלאוקמה - מטופלים עם היסטוריה משפחתית של גלאוקמה, גיל מבוגר, לחץ תוך־עיני מוגבר וקרנית דקה. גורמי סיכון אפשריים נוספים הם קוצר או רוחק ראייה, שימוש בסטרואידים, חבלה עינית בעבר, סוכרת ויתר לחץ דם. גלאוקמה היא מחלת עיניים קשה, אך היא ניתנת לאיתור מוקדם ולטיפול מונע. בבדיקה פשוטה אצל רופא העיניים עשויה להציל את סיכי עצב הראייה.



7 דברים שרציתם לדעת על טיפולי לייזר לתיקון ראייה

מיליוני אנשים עברו בעשור האחרון טיפולי לייזר לתיקון ראייה, ונראה כי כל אדם בעולם מכיר מישהו שעבר את טיפול כזה. ועם זאת, עדיין יש בעלי משקפיים הנרתעים ממנו. עבורם ועבור כל מי שרוצה לדעת, הנה שבע תשובות לשבע שאלות נפוצות

מאת פרופ' אור קיזרמן,

מנהל שירות הקרנית, מרכז רפואי ברזילי, ראש תחום איכות ובטיחות, רשת Care-Vision



מהו טיפול לייזר לתיקון ראייה?

1. ניתוח זעיר המבוצע על קרנית העין (החלק השקוף הקדמי ביותר של העין) שנועד לשנות את צורתה, ובכך לתקן את בעיית התשכורת של המטופל. קיימות שתי שיטות לכיצוע הטיפול: שיטה משטחית (surface ablation), שבה הטיפול מבוצע ישירות על הקרנית. הגירסה העיקרית של שיטה זו נקראת PRK או ASA השיטה השנייה נקראת "לאזיק" (Lasik) והיא דורשת חיתוך והרמת שכיבה דקה (מתלה) ובהמשך כיצוע טיפול בעומק הקרנית. בשתי השיטות, בסופו של דבר, משתמשים באותה קרן לייזר לליטוש הקרנית. הטיפול נמשך דקות ספורות ומבוצע בהרדמה מקומית עם טיפות בלבד.

2. איזו שיטה עדיפה? לשתי השיטות יתרונות וחסרונות. בניתוח לאזיק הרפיו מהיר וכלי כאבים, כיוון שהלייזר זר פועל בעומק הקרנית ואינו משאיר בה פצע. לאחר ניתוח כזה ניתן לחזור לתיפקוד מלא די מהר, והראייה טובה כבר ביום הראשון. זהו הטיפול המועדף למי שמתאים לכך, כלומר שהקרנית שלו היא בעלת מבנה ועובי אופטימליים.

ניתוח ה־PRK, לעומת זאת, כרוך בריפוי איטי יותר ובכאבים מסוימים בימים שאחרי הניתוח וחדות הראייה משתפרת לאט יותר. מצד שני, יתרונו של ניתוח זה הוא פרופיל הבטיחות הטוב יותר, כיוון שאין צורך לחתוך את הקרנית מבחינת חדות הראייה הסופית של 6/12 ויותר (כלומר, יכולת לנהוג ללא משקפיים), אין הבדל משמעותי בתוצאות שני הניתוחים. יש אמנם דיווחים על כך שחדות ראייה של 6/6 ואיכות הראייה מעט טובים יותר אחרי ניתוח לאזיק, אך הדבר אינו ודאי, וההבדלים, אם קיימים, הם קטנים.

3. האם הטיפול בטוח? טיפול הלייזר לתיקון ראייה הוא אחד הניתוחים חים הבטוחים ביותר הקיימים, וגם אחד הנפר צים ביותר. על־פי הערכה, עברו את הטיפול יותר מ־80 מיליון איש בעולם. ברור שבשלב שלפני הניתוח, כמו בכל ניתוח, עובר המטופל

6. האם טיפול הלייזר יכול לגרום נזק בחלקים

הלייזר המשמש לתיקון ראייה אינו חודר לתוך העין ואינו גורם נזק לחלקים הפנימיים של העין. פעילותו מוגבלת לחלק החיצוני של העין, כלומר לקרנית. מכאן שטיפול הלייזר לא יגרם לפגעים אחרים, כמו קטרקט או גלאוקמה.

7. האם צפויות שיטות ניתוח חדשות? מכשירי הלייזר לתיקון ראייה נמצאים



מבצע ב-care: גם 1,000 ₪ הנחה על הסרת משקפיים וגם מתנה

מעל 80,000 עיניים כבר רואות מצויין בזכות טיפולי הלייזר המתקדמים של care - הרשת הבינלאומית להסרת משקפיים בלייזר. ב-care תיהנו ממיטב הרופאים, הממכשור המתקדם ביותר, ומתיק רפואי ממוחשב לטיפול מדויק ובטוח יותר.

מסירים את המשקפיים בלייזר ומקבלים: 6 טיפולי הסרת שיער צוואר או עורף או 6 טיפולי הצרת היקפים באולטרא סאונד **מתנה**. או 6 טיפולי הצרת היקפים באולטרא סאונד **מתנה**.

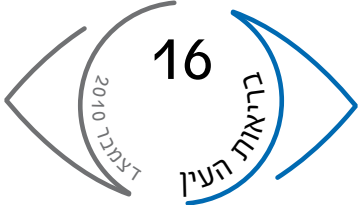
התקשרו: 1-700-700-750

מורידים לך את המשקפיים מהראש



Part of Care Medical Services Ltd

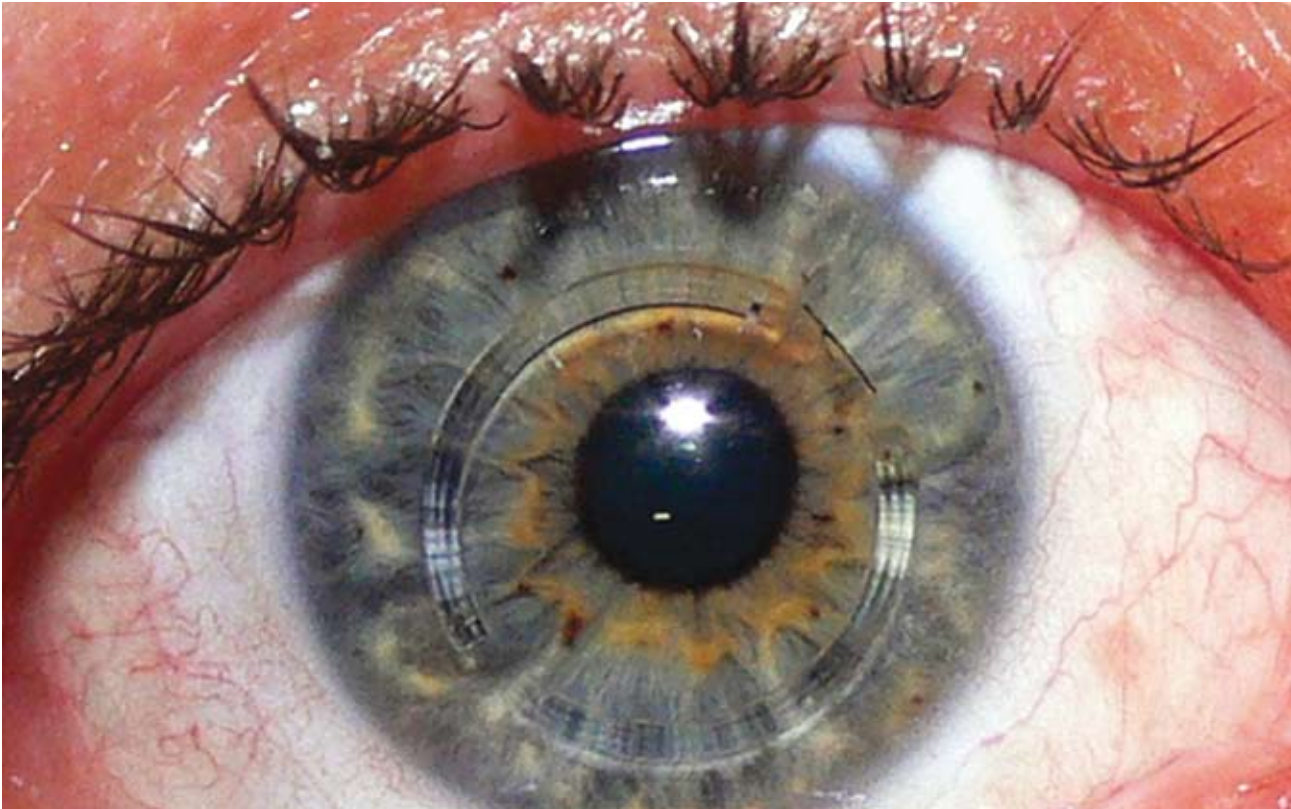
רשת מרפאות בינלאומית לתיקון ראייה בלייזר בשיתוף ביה"ח איכילוב
www.care-vision.co.il



כשהקרנית נראית כמו חרוט

כמה מילים על מחלת הקראטוקונוס, שמתחילה מאלרגיה ועלולה להסתיים בצורה הרבה יותר חמורה

מאת דר' עאדל ברבארה



קור המילה קראטוקונוס הוא מיוונית: Kerato = קרנית,

Conus = חרוט - כלומר: קרנית בצורת חרוט. קראטוקונוס היא מחלה ניוונית של הקרנית, החלון הקדמי של העין. הקרנית נעשית דקה וכולטת ושטחה נעשה בלתי סדיר. שכיחותה של המחלה נעה בין 1:500 ל־1:2000 מדי שנה. קיים גם אלמנט תורשתי, אך ברוב המקרים אין היסטוריה משפחתית של הופעתה.

המחלה שכיחה יותר אצל צעירים הסובלים ממחלות אלרגיות, בעיקר מדלקות חמית ובראשן הדלקת האביבית. שיפשוף עיניים, שהוא תוצאה של דלקות הלחמית האלרגיות, עלול להיות קשור להתפתחות או החמרה של המחלה. לכן מאוד חשוב למנוע מהילדים את שיפשוף העין, ולנסות לטפל בסיבה, הגירוי בלחמית.

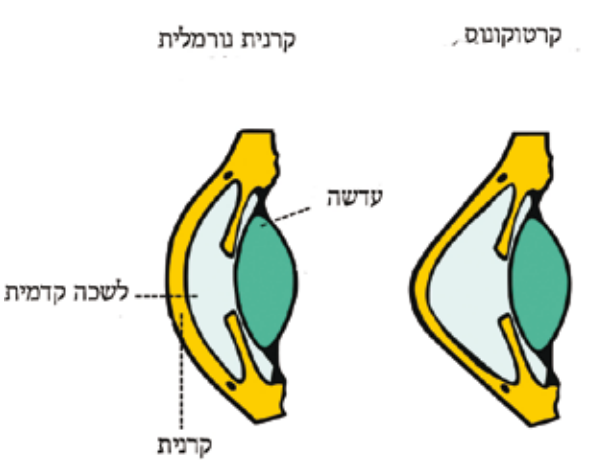
על־פי הנסיון שנצבר אצלנו, המחלה שכיחה ביותר, הרבה יותר ממה שנהוג היה לחשוב בעבר, זאת משתי סיבות: 1. רופאי עיניים מודעים למחלה, ומנסים לאתר אותה בצו ם תה הגלויה והסמויה, על־מנת למנוע את הצורך בניתוח (לצורך הסרת משקפיים בלייזר). אנשים הסובלים ממחלה זו, מטבע הדברים, פונים יותר למכונים הסרת משקפיים בלייזר, בניסיון למצוא תרופה למחלתם.

2. השיפור באמצעי האיבחון, כמו מייפוי קרנית.

סימני המחלה הם ירידה הדרגתית בראייה, בעיקר בגיל הבגרות (אם כי היא יכולה להופיע גם בשנות ה־20 וה־30); החלפה תכופה של משקפיים; אי־שביעות רצון מהמשקפיים למרות שהחולפן; כאבי ראש לאחר מאמץ ראייתי; סינוורים והילות בלילה.

בשלב המתקדם של המחלה המשקפיים אינם עוזרים, או עוזרים במידה קטנה ביותר, או שבכלל אין אפשרות להתאים משקפיים עקב פער בתשבורת בין שתי העיניים. במקרה כזה נאלץ המטופל להרכיב עדשות מגע מיוחדות לקראטוקונוס.

עדשות מגע כאלה יכולות להיות עדשות קשות נושמות (שבניגוד למה שחשבו בעבר, הן אינן עוצרות את התקדמות המחלה, ואם אינן מותאמות היטב, הן עלולות אפילו להחמיר אותה), עדשות רכות מיוחדות לקראטוקונוס, עדשות סקלרליות או מיני־סקלרליות, או עדשות רכות שמעליהן עדשה קשה נושמת.



חצי שעה. בשלב האחרון מרכיבים עדשה טיפולית על העין. עד ריפוי האפיתל (במשך כשלושה ימים). הטיפול מבוצע, כאמור, ברדמה מקומית באמצעות טיפות עיניים בלבד. אחרי הטיפול ובמשך כשלושה ימים, יסכול המטופל מכאבים, צריבה טישטוש ודמעות. הטיפול עוצר את התקדמות המחלה, וברוב המקרים הוא אף מפחית את האסטיגמטיזם ומשפר את חדות הראייה, אך לא זו מטרת הטיפול. המטרה היא לעצור את התקדמות המחלה, ומכאן זהו זר טיפול מהפכני.

השתלת קרנית

השתלת קרנית היא ניתוח שנחשב לגדול וברוב המקרים מנסים להימנע ממנו. ולמרות זאת, שיעורי ההצלחה שלו גבוהים מאוד - יותר מ־90 אחוזים.

הבעיה היא בعيוות שנוצר במשך הזמן בקרנית המושתלת, שיוצר אסטיגמטיזם גבוה. בעיה נוספת היא כמובן הסיכון של דחיית השתל. וקיימת גם הבעיה של חוסר קרניות להשתלת, ורשימות המתנה ארוכות בכתי החולים.

ולמרות הכל, השתלת קרנית נותנת פתרון לאנשים שהגיעו לשלבים מתקדמים של המחלה, שאצלם הקרנית דקה, מעוותת ומצולקת.

חידושים

קיימות היום שתי שיטות חדשניות להשתלת קרנית:

הראשונה היא השתלה למלארית, שבה משתילים על הקרנית הקיימת חלק מקרנית אחרת, על־מנת לחזקה ולהפחית את הعيוות. השתלה זו היא יחסית קלה יותר מהשתלת קרנית מלאה, ושיעור הדחייה הוא קטן. עם זאת, הניתוח אינו מתאים למקרים מתקדמים של המחלה.

השיטה השנייה היא השתלת קרנית עם שמירה על השיכבה הדקה הפנימית של המטופל. בשיטה זו מפחיתים את אחוזי הדחייה, עקב השארת החלק הפנימי הטבעי בקרנית.

לסיכום ניתן לומר כי חשוב ביותר לאבחן את המחלה בשלבים המוקדמים על־מנת לטפל בה, ובמיוחד אם חלה הידרדרות, יש לטפל באגרסיביות במחלות הגורמות לשיפשוף עיניים, ולחנך את הילדים שלא לשפשף אותן.

בתחומי עדשות המגע קיימים סוגים שונים, ממגוון חומרים וצורות, העשויים לעזור בשיפור הראייה, אך לא בעצירת המחלה. **👁**



דר' שחר פרנקל

וקר של מכון גאלופ בדק פעם מהו הפחד הגדול ביותר של האמריקאים. התוצאות הראו כי במקום הראשון ניצבת מחלת הסרטן, ובמקום השני - עיוורון. וכאשר מדברים על גידולים בעיניים, משתלבים שני פחדים אלה למפלצת אחת, מאיימת ביותר.
בטיפול בגידולי עיניים מטפלים בסדרי עדיפויות שאינם מוכרים לרופא עיניים רגיל. חיים, שמירה על העין ורק לבסוף - הראייה. למרבה המזל, טובל מגידולים אלה חלק קטן ביותר מהאוכלוסייה.

הגידולים נחלקים לגידולים כעפעפיים, גידולים בארובת העין (ברקמות הסובבות את העין), גידולים על פני שטח העין וגידיר לים בתוך העין. בשל מספר החולים המוצמצם־יחסית - ובתת־לים למגמה העולמית, המרכז טיפול בגידולים אלה במרכזים מיוחדים לעין (באנגליה יש רק שלושה מרכזים לכ־61 מיליון תושבים) - הכיר משרד הבריאות במרכז לגידולי עיניים בכית החולים ״הדסה״ בירושלים, כמרכז מומחה לגידולי עיניים. בעקבות החלטה, חיובות קופות החולים לתת את כל ההתחיי־ביות הנדרשות לאיבחון, לטיפול ולמעקב למומחים ב״הדסה״, ללא קשר למקום מגוריו של החולה.

המרכז לגידולי עיניים יענם אמצעי הדמיה מתקדמים, לתיעד ומעקב אחר גידולים עיניים, מעבדה ייחודית לפתולוגיה של העין, צוות מומחים לגידולי עיניים בראשות פרופ' יעקב פאר, נשיא האגודה הבינלאומית לגידולי עיניים, ועובדת סוציאלית, המתמחה בגידולי עיניים. המרכז משתף פעולה עם מרכזי הצטיינות אחרים בבית החולים: צוות אונקולוגיית ילדים לטיפול ברטינובלסטומות, צוות נוירואונקולוגי לטיפול בלימפומות המערכות את העין והמוח, וצוות משולב של כירורגים ואונקולר־



העין או החיים

על כמה חידושים בטיפול בגידולי עיניים

מאת דר' שחר פרנקל, MD, PhD

המרכז לגידולי עיניים, מחלקת עיניים, בית החולים האוניברסיטאי ״הדסה״, ירושלים

מהכבד, וכך להאריך משמעותית את חי החולים. חלק מהחולים שטופלו בשיטה זו ב״הדסה״ המשיכו לחיות עד 13 שנה מאז איבחון הגרורות - בניגוד לממוצע של 9 עד 12 חודשים, שדווחו בספרות העולמית. המרכז לגידולי עיניים ב״הדסה״ ומכון קירי בצרפת, הם המובילים העולמיים בשיטת טיפול זו.

כיום נערכים מחקרים אינטנסיביים במטרה למצוא תרופה אותה ניתן יהיה לתת לחולים בסיכון גבוה, בלי הופעת הגרורות, או לפחות כזה שישמור את הגרורות רדומות בכבד. טיפול זה, לכשימצא, יאפשר להפוך את המחלה - הקטלנית בחלק מהחר לים - למחלה כרונית, כמו סכרת או יתר לחץ דם.

על־פי מחקר שיתפרסם בקרוב בארה״ב, קיימת קבוצת תרופות המשמשות לטיפול בפירקוסים, שצויינו כבעלות פוטנציאל השפעה על גרורות בכבד ונומיעת גדילתן. מחקר אחר, שנערך ב״הדסה״ בראשות פרופ' איתי חוברס, העלה כי עיכוב מולקולת איתות קטנה (גורם היתעתוק **NFκB**) בתוך שורות תאים שגדלו ממלנומות של הענביה, עשוי לגרום לעיכוב חלוקת תאי הגידול, ולהכווין אותם למסלול מוות תאי מתוכנן. מחקר המשך למחקר זה ייערך בקרוב, כדי לבדוק האם תוכל תרופה זו לשמש גם לטיפול בחולים.

הדרך למציאת תרופה שתהפוך את הסרטן למחלה כרונית שלא תהרוג את החולה, עדיין ארוכה, אך כבר יש יותר מאור אחד קטן בקצה המנהרה הזו.

המצב אצל ילדים

הגידול התוך־עיני הראשוני השכיח ביותר אצל ילדים הוא רטינר־בלסטומה. גידול זה מתחיל להתפתח בתקופה העוברית ברחם, ומאובחן בדרך כלל עד גיל שנתיים בילדים עם מחלה דר־צדית, ועד גיל ארבע במחלה חד־צדית. לעיתים גדל הגידול לאט וממוקם מחוץ לציר הראייה, ואז עלולה האבחנה להתעכב. מדי שנה מאובחנים בישראל כ־15 ילדים עם המחלה (הילדה המבוגרת ביותר בישראל שאצלה אובחנה המחלה, היתה בת 11).



הסימנים החשובים ביותר למחלה הם פזילה והופעת אישון לבן או מבריק. הופעת אחד מסימנים אלה, או שילוב שלהם, מחייב בים פנייה לרופא עיניים, לכדיקה בהרחבת אישונים. בכל חשד לגידול, יש לפנות למרכז לגידולי עיניים.

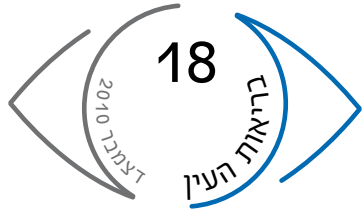
הטיפול במחלה החד־צדית כולל עקירת העין הגנועה, ייעוץ גנטי ומעקב ארוך שנים. הטיפול במחלה הדר־צדית כולל בדרך כלל מתן כימותרפיה דרך הווריד, במחלקה להמטולוגיה ואונקר־לוגיה לילדים, בשילוב טיפולים מקומיים נוספים.

ביפן הומצא טיפול למתן כימותרפיה ישירות לעורק, המזין את העין מבלי לפזר את הכימותרפיה בכל הגוף. טיפול זה תוכנן כנסיון להציל עיניים לפני עקירה, לאחר כישלון טיפולים קודמים. בארה״ב ואירופה החלו לאחרונה להשתמש בטיפול זה למקרים מיוחדים, וב״הדסה״ כבר טופלו בו שני ילדים, בעזרת היחידה לרדיולוגיה פולשנית.

המרכז לגידולי עיניים ב״הדסה״ הוא המרכז הגדול בעולם לטיפול בחולים עם לימפומה, המערכת את הזוגית והרשתית, מחלה שבהךך כלל מערכת גם את המוח. פרוטוקול הטיפול שפותח ב״הדסה״ יחד עם שותפים מפורטלנד, ארה״ב, הוא היעיל ביותר הקיים היום עם 98 אחוזי הצלחה. **👁**

בשאלות נוספות ניתן לפנות לפורומים שלנו: **פורום גידר־לי עיניים בחסות עמותת ״לראות״ לחקר בריאות העין: www.doctors.co.il**

ופורום סרטן העין (אונקולוגיה של העין): www.BeOk.co.il



מבינים את הנמ"ג

על העידן החדש בהבנת מחלת הניוון המקולרי הגילי (נמ"ג) - הגורם השכיח ביותר לעיוורון - ובטיפול בה

מאת פרופ' איתי חוברס
מחלקת עיניים, מרכז רפואי "הדסה עין כרם"



יוון מקולרי גילי (נמ"ג) (או באנגלית: AMD - age related macular degeneration) הוא הגורם הנפוץ לעיוורון בעולם המפותח, כולל בישראל. המחלה פוגעת ברשתית העין, שהיא ריקמה עצבית, בחלקן הפנימי של גלגל העין.

נמ"ג מאופינת בשלב "יבש", בו מתרחש תהליך ניווני במקרי לה שבמרכז הרשתית (non-neovascular AMD) ובשלב "רטוב", בו מופיעה צמיחה של כלי דם מהדמית (שיכבה בדופן העין, מתחת לרשתית) אל מתחת לרשתית (neovascular AMD). כלי דם פתולוגיים אלה נוטים לדמם, לגרום להצטברות נוזלים במרכז הרשתית, ואם אינם מטופלים - לגרום צלקות במרכז הרשתית, הפוגעות בראייה באופן בלתי־הפיך.

נמ"ג יבש נמצא בקרב 30 אחוז מאוכלוסיית בני ה־75 שנה ומעלה, ולרוב אינו פוגע משמעותית בראייה. בקרב 10 עד 15 אחוז מהחולים, הנמצאים בשלב היבש של המחלה, מתפתח השלב הרטוב. שלב זה כרוך לעיתים קרובות בירידה ניכרת בחדות הראייה.

חשוב לציון כי בנמ"ג נפגעת הראייה הריקפית לעיתים רחוקות, כך שבשלב מתקדם של המחלה עלול החולה לסבול מקשיים בפעילות הורשת חדות ראייה טובה - כמו בקריאה, נהיגה וצפייה בטלוויזיה - אך ברוב המקרים הוא מסוגל לתפקד באופן עצמאי, בעזרת ראייה היקפית.

גורמי הסיכון עיקריים לנמ"ג הם גיל (המחלה נדירה לפני גיל 60 שנה), עישון (מעשנים נמצאים בסכנה גדולה פי שלושה לחלות בנמ"ג), ורקע משפחתי (חולים נוספים בקרב קרובי משפחה מדרגה ראשונה).

הבנת הגורמים

בשנים האחרונות התרחשה קפיצת מדרגה בהבנת המסלולים הביולוגיים המעורבים בנמ"ג. בין השאר נמצא כי לדלקת ועקה חימצונית תפקיד מכריע בהתפתחותה. גם הבסיס הגנטי של המחלה אופיין, ואותרו מספר שינויים בכיסויים בודדים ב־DNA (single nucleotide polymorphism - SNP), הקשורים באופן הדוק לסכנה לחלות בנמ"ג. חלק ניכר מהגנים בהם התגלו שינויי יים אלה, שייכים למערכת החיסון, ובעיקר למערכת המשלים (complement system). לדוגמה: בבדיקה של 255 חולי נמ"ג 119 נבדקים בריאים מאותה קבוצת גיל, שנעשתה במעבדתנו, נמצא קשר משמעותי בין שינויים ברצף הגן לגורם המשלים H, במרכזי המשלים 3, ובגן HTRA1 לבין הסכנה לחלות בנמ"ג.



פריצות הדרך בטיפול בנמ"ג ובהבנת המחלה, מאפשרות למנוע עיוורון בחולים רבים. התקדמות זו מדגישה את הצורך בהגברת המודעות למחלה, כדי לשפר את שיעור האיבחון והטיפול המוקדם

VEGF. הטיפול ניתן בזריקות לתוך גלגל העין, כשחודש אחרי הזריקה מוערכת פעילות המחלה באמצעות בדיקת עיניים וזילום (optical coherence tomography, OCT), המודד את עובי הרשתית. אם ישנה עדיין פעילות של המחלה (המתבטאת בעיקר בהמצאות נוזלים ברשתית), ניתנת זריקה נוספת, וחוזר חלילה. כך שחולה ממוצע יקבל בשלב הרטוב בין חמש לשבע זריקות תוך עינית בשנה.

טיפולם אלה משיגים שיפור ניכר של הראייה בקרב 40 אחוז מהחולים. ביותר מ־80 אחוז מהמקרים מושגת לפחות התייצ־בות של הראייה, ברמה קרובה לזו שנמדדה בזמן האבחנה.

התרופות העיקריות הנמצאות בשימוש היום הן אבסטין (Avastin) - Bevacizumab, שהיא נוגדן ל־VEGF ולוסנטיס (Lucentis) - Ranibizumab, שהיא חלק מנוגדן ל־VEGF. בעוד שלוסנטיס פותחה במיוחד לטיפול בנמ"ג ונמצאה יעילה במחקר רים שכללו אלפי מטופלים, אבסטין פותחה לטיפול בסרטן גרורתי, אך ניסיון מצטבר רב העיד על יעילותה כטיפול בנמ"ג רטוב.

לא ברור עדיין אם קיים הבדל ביעילות התרופות או בבטי־חותן, אך מה שכורר הוא שלוסנטיס יקרה הרבה יותר מאבס־טין. עובדה שהיא בעלת משמעות רבה לחולים בארץ, מאחר שהתרופה איננה כלולה בסל הבריאות. הטיפול באבסטין לנמ"ג רטוב, לעומת זאת, מכוסה קופות החולים. בימים אלה נערכים מספר מחקרים בארה"ב, ואירופה המשווים את יעילות ובטיחות שתי התרופות, והתוצאות צפויות להתפרסם בקרוב.

אם ישנה פגיעה קשה בחדות הראייה עקב נמ"ג בשתי העיניים, מומלץ להיעזר באופטימטריסט המומחה לשיקום הראייה. ניתן להתאים עזרים כמו מיני־טלסקופים, מגדלות שונות, טלוויזיה במעגל סגור ועוד, וכן לבצע התאמות שונות למחשב הביתי, כך שלמרות הפגיעה במרכז הראייה ברשתית, החולה יוכל לתפקד ואף לקרוא.

תרופות נוספות, המיועדות לטפל בשלב היבש והרטוב של המחלה, נמצאות היום בפיתוח. רבות מהן מיועדות להפחית את הנזק החימצוני לרשתית, לדא את התגובה הדלקתית בה ולהפחית את צמיחת כלי הדם מתחתיה. התרופות אלו מיועדות לעצור התקדמות השלב היבש, למנוע התפתחות של השלב הרטוב. לשפר את תוצאות הטיפול בשלב הרטוב, ולהפחית את מספר הזריקות הנדרש לטיפול בו. חלק מהטיפולים החד־שים נמצא בשלבים מתקדמים של ניסויים קליניים בחולים (מתבצעים בחלקם גם במרכזים רפואיים בארץ).

אין ספק כי שילוב תרופות אלה בשנים הקרובות ישפר את תוצאות הטיפול בנמ"ג, ויפחית את מספר החולים המתעוררים ממנה.

פריצות הדרך בטיפול בנמ"ג ובהבנת המחלה, מאפשרות למנוע עיוורון בחולים רבים. התקדמות זו מדגישה את הצורך בהגב־רת המודעות למחלה, כדי לשפר את שיעור האיבחון והטיפול המוקדם, ולמנוע עיוורון במספר רב ככל הניתן של חולים. ●



אתם עוד תראו

על יישום טכנולוגיות חדשניות בניסיון לעזור לנפגעי ראייה

מאת פרופ' סולומון אריה
מכון העיניים ע"ש גולדשלגר, הפקולטה לרפואה מרכז רפואי שיבא, תל השומר

מידע מפורט ניתן לקבל באתר www.bostonretinalimplant.org

גירוי הלשון ותחושת הראייה

במכון העיניים הלאומי של ארה"ב, NEI, מפתחים מערכת מיוח־דת המגרה את הלשון וגורמת להעברת אות חשמלי למער־כת הראייה בקליפת המוח. שיטת גירוי זו עוקפת למעשה את מערכת הראייה מהעין למרכז הראייה באונה האחורית, ומעב־ר את הגירוי ישירות ממצלמה, דרך הלשון, לפיענוח בקליפת המוח.

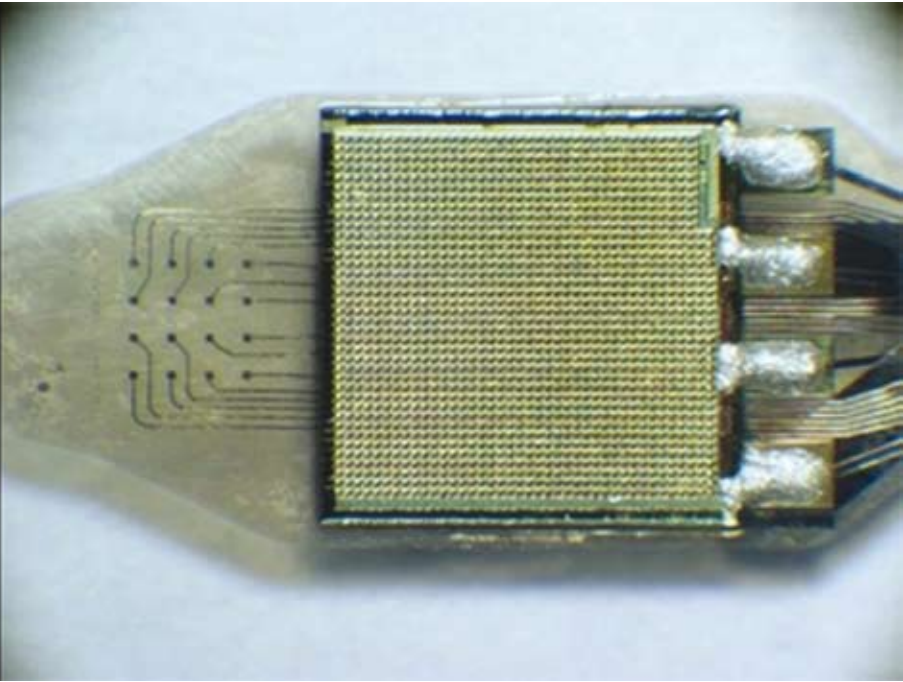
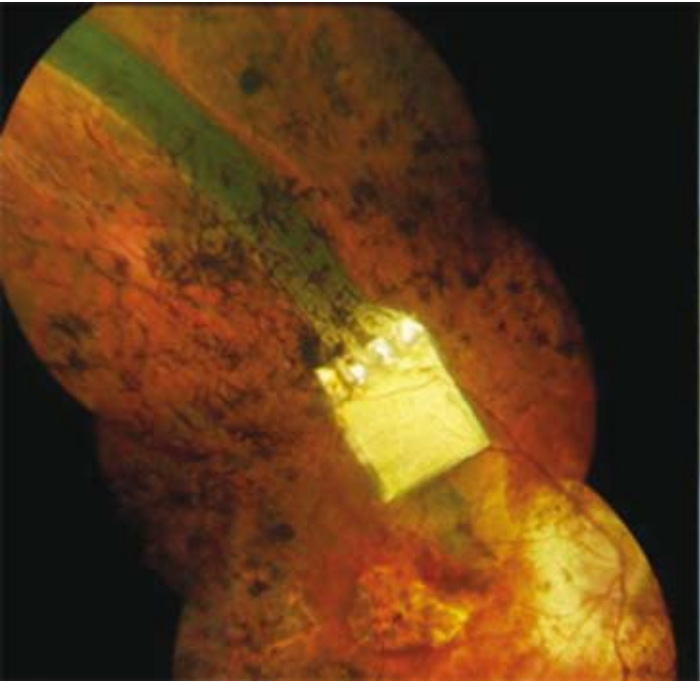
פרופ' מוריס פטיטו (MAURICE PTITO) מאוניברסיטת MONTREAL, קנדה, פיתח את המערכת המסוגלת להעביר מידע ראייתי ממצלמה למוח, ולגרום לראיית חפצים גדולים בחדר או "לקרוא" אותיות גדולות.

מידע ישירות מהמדען, ניתן לקבל בדואר אלקטרוני: umontreal.ca www.brain.huji.ac.il

חשוב להבין: כל הטכנולוגיות המתוארות כאן נמצאות בשלבי פיתוח וניסוי קליני על מספר מצומצם של אנשים, המער־כות גורמות תחושות ראייה בסיסיות, ותחושות אלה מובי־לות מתחושת אפלה מוחלטת לתחושות של פיענוח הסביבה ברמה בסיסית, ולאפשרות של נייד והתמצאות במרחב. תהליך הפיתוח עדיין בחיתוליו, וייתכן שבסוף הדרך יוכלו המערכות לגרום לתחושת ראייה עם יכולת רזולוציה יותר מפורטת. כלנו מאחלים הצלחה לכל המדענים והחוקרים העוסקים במלאכת קודש זו.

מערכות ראייה מגדילות

אנשים רבים שראיתם מוגבלת ביותר בשל פגיעה קשה במרכז הרשתית (המקולה), יכולים להיעזר היום במערכות אופטיות משוכללות המגדילות את התמונה. המערכות יכולות להגדיל את התמונה עד לגודל המתאים, בהתאם לפגיעה ברשתית. היכולות הטכניות משתכללות, ונעשות נוחות ליישום בגוף האדם. יתכן שעד סוף העשור הבא יוכלו עיוורים לתפקד בחיי יום־יום בעצמאות, וייהנו מאיכות חיים משופרת. ●

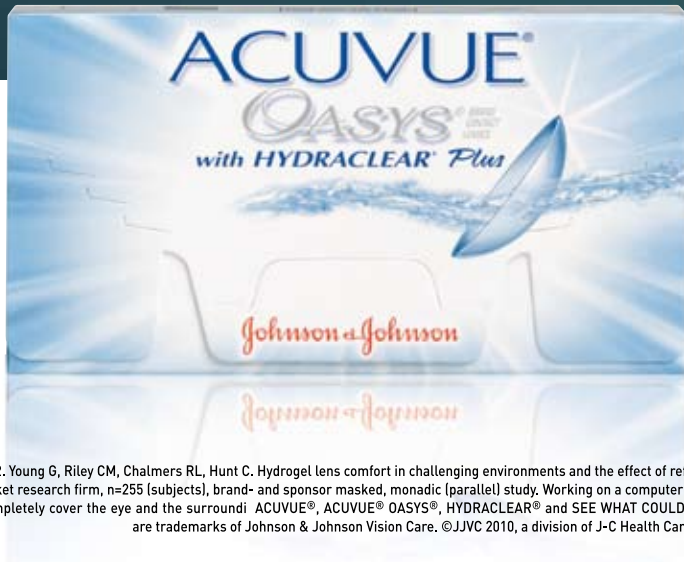


שתל רשתית בהגדלה גדולה (מימין). השתל מתחת לרשתית (משמאל)
כיום יש ניסיון לקבוע אותו מעל הרשתית, ובמצב זה הכוונה שהוא יתפקד במקום הרשתית השלמה.
במקרה הראשון השתל הוא SUB RETINAL IMPLANT ובמקרה השני - EPIRETAL IMPLANT

התמונה מאתר discover magazine



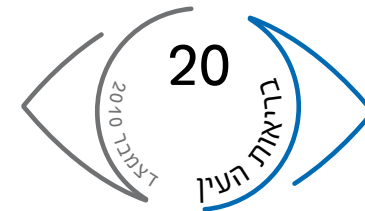
אם הן נוחות כאן, הן נוחות בכל מקום.^{1,2} להיות עם עדשות ולהרגיש בלי, אפילו מול מחשב



ACUVUE[®] OASYS[®] with HYDRACLEAR[®] Plus מעניקות לך את הנוחות והביצועים המלאים להם אתה זקוק מעדשת מגע, הן מול מסכי מחשב ובלעדיהם. כל זאת בגלל שבעדשת מגע זו יש שילוב של תכונות הפועלות יחד להעניק לך את האפשרות להיות עם עדשות ולהרגיש בלי.

- טכנולוגיית HYDRACLEAR[®] Plus לעדשות מגע חלקות, גמישות ולחות בכל זמן
- חומר הסיליקון הידרוגיל אשר מאפשר מעבר של כמעט 100% מהחמצן לעיניך³
- הדרגה הגבוהה ביותר של הגנה מפני UV הקיימת בעדשות לשימוש חוזר^{4,5}
- עדשות חדשות ורעננות מדי שבועיים השומרות על הרגשת הנוחות בעיניך

1. JJVC Data on File 2006. 84% of patients using the computer more than 25 hours a week agreed strongly/somewhat that ACUVUE[®] OASYS[®] made them forget they were wearing lenses. N=174. 2. Young G, Riley CM, Chalmers RL, Hunt C. Hydrogel lens comfort in challenging environments and the effect of refitting with SH lenses. OVS 2007; 84; 4: 302-308. 3. Ruston D. Computers, comfort and contact lenses. Optician. 2006; 232:6072 18-22. 4. JJVC data on file 2006, n=255 (subjects), brand- and sponsor masked, monadic (parallel) study. Working on a computer more than 25 hours/week (n=174). Percentage excellent/very good and strongly/somewhat agree. 5. UV absorbing contact lenses are not substitute for UV blocking sunglasses as they do not completely cover the eye and the surround! ACUVUE[®], ACUVUE[®] OASYS[®], HYDRACLEAR[®] and SEE WHAT COULD BE™ are trademarks of Johnson & Johnson Vision Care. ©JJVC 2010, a division of J-C Health Care Ltd.



יש תקווה

על ההתמודדות עם סכנת איבוד הראייה שנושאת איתה הרטינופטיה הסוכרתית, הפגיעה השכיחה ביותר בקרב חולי סוכרת

מאת ד"ר עירית רוזנבלט, מנהלת שרות עיניים, קמפוס גולדה, מרכז רפואי רבין, פתח תקווה, יו"ר חוג רשתית, ישראל



בארץ, על-פי נתוני משרד הרווחה, השירות לעיוור, גורמת הרס. ל-14 עד 16 אחוז ממקרי העיוורון החדשים מדי שנה בכלל האוכלוסייה, ול-36 אחוז (!) ממקרי העיוורון החדשים בקרב בני 40 עד 65.

למרות שכיום עדיין לא ניתן למנוע את התפתחותה, ניתן להקטין את שכיחותה וחומרתה של הרטינופטיה הסוכרתית באמצעות איזון הסוכרת, מעקב מסודר אצל רופא עיניים וטיפול נכון ובזמן בסיבוכים ברשתית. שכיחותה של המחלה בעולם עולה עם משך הסוכרת והיא קיימת אצל כ-85 אחוזים מכלל הסוכרתיים, החולים בה יותר מ-25 שנה.

שכיחותה, ובעיקר חומרתה, משתנה. היא עשויה להתבטא בקשת אפשרויות - משינויים עדינים מאוד ובלתי מסוכנים, שרק בבדיקות מאוד יסודיות ניתן לאבחן אותם, ועד עיוורון מוחלט. רטינופטיה סוכרתית המאיימת על הראייה נמצאת אצל כ-10 אחוז מכלל חולי הסוכרת המבוגרים. ללא טיפול תתפתח מחלה קשה, שיגשגית אצל 60 אחוז מהחולים, ואצל מחציתם היא תוביל לירידה חמורה בראייה.

גורמי הסיכון להתפתחות המחלה ולהחמרתה:

1. משך סוכרת ארוך.
2. איזון לקוי של הסוכרת.
3. מחלות נלוות, כמו יתר לחץ דם, אי ספיקת כליות וכד'.
4. סיפור משפחתי של רס. קשה.
5. היריון.

סימני המחלה

למרות הנזק הקשה העלול להיגרם לראייה במחלה זו, היא אינה



ד"ר עירית רוזנבלט

וכרת, וזה ידוע, עלולה לפגוע בעין ובראייה. הפגיעה השכיחה ביותר היא ברשתית העין, והיא נקראת רטינופטיה סוכרתית Diabetic Retinopathy (DR). פגיעה כזו עלולה לגרום ירידה בראייה, ולעיתים אף עיוון. ויותר מכך: גם כיום היא עדיין אחד הגורמים המובילים לעיוורון בעולם המערבי והסיבה השכיחה ביותר לאובדן ראייה חמור אצל אנשים בני 20 עד 65.

OCT - Optical Coherent Tomography: בדיקה שאינה חודרנית,





דמויית אולטרא־סאונד, המתבצעת כצילום דרך אישונים מורח־בים. היא נותנת מיפוי מדוייק של פני הרשתית, וניתן להדגים באמצעותה את מבנה שכבות הרשתית, עובייה, אזורים המכ־לים נוזלים, בצקת או משיכת רשתית. מתאימה לאיבחון בצקת מקולרית סוכרתית, וחשוכה במיוחד בהערכת מצב הרשתית אצל חולים עם רגישות לפלואורסאין. היא גם נותנת מדדים כמותיים לעובי הרשתית, ולכן משמשת כמדד הערכה לשינוי במצב המחלה או ליעילות הטיפולים הניתנים.

ULTRA SOUND: בדיקת **US** חיצונית של גלגל העין נותנת תמונה אנטומית של מנח הרשתית, ועשויה לאבחן היפרדות רשתית משיכתית, בעיקר אם יש עכירות וקושי בראיית הרשתית באמצעים הרגילים, עקב קטרקט או דימום בחלל העין.

הטיפול

בחלק מהצורות הקלות של המחלה אין צורך לטפל, אך יש להתמיד במעקב מסודר. איזון טוב של הסוכרת, לחץ הדם וטיפול בדיסליפידמיה עשוי לעכב ולעיתים אף למנוע הופעת רטינופטיה סוכרתית.

במידה וקיימת ר.ס. המצריכה טיפול, קיימים כמה סוגי טיפול:

- פוטו־קואולציה באמצעות לייזר
- הזרקת תוך עינית של סטרואידים או מעכבי **VEGF**
- ניתוח ויטרקטומי וניתוחי רשתית.

במקרים רבים, הטיפול מורכב משילוב הטיפולים הנ"ל.

לייזר

זהו הטיפול השכיח ביותר ברטינופטיה סוכרתית הנמצא בשימוש יותר מ־25 שנה. מחקרים העלו כי באמצעות טיפול נכון ובזמן, ניתן למנוע עיוורון בכ־90 אחוז מהאנשים שמטופלים ובכ־50 אחוז מהם למנוע ירידה משמעותית בראייה.

הלייזר אינו משפר את הראייה בצורה משמעותית, אך הוא מספק מענה מצויין לעצירת התהליך. טיפולים רבים נוסו בשנים האחרונות על מנת לענות על הצורך של שיפור הראייה, בעיקר במקרים של בצקת מקולרית עם ירידה בראייה. הטיפולים החדשים היום מתמקדים בטיפולים הניתנים כולם בהזרקות תוך עינית:

נמצא באופן ברור שאיזון טוב של הסוכרת ורמות סוכר קרובות ככל האפשר לערכים הנורמלים, מעכבים בצורה משמעותית הן את התפתחות סיבוכי הסוכרת

סטרואידים

הטיפול בסטרואידים בהזרקת תוך־עינית מסתמך על העובדה שהבצקת ברשתית נגרמת מדלק מדפנות כלי הדם הקטנים של הרשתית. הסטרואיד הראשון ששימש להזרקת תוך־עינית היה **KENALOG** (triamcinolone), וסלל את הדרך להמשך פיתוח הרעיון.

בטיפול זה נצפתה אומנם ספיגה של הבצקת המקולרית עם שיפור קל בחדות הראייה (3־4 אותיות), אולם שיפור זה היה זמני, הצריך הזרקות תכופות. הסיבוכים, ובעיקר עליית הלחץ התוך־עיני והתפתחות קטרקט, גרמו כסופו של דבר לכך שהתדר צאות הראייתיות בטיפול זה, שהיו טובות יותר מחוסר טיפול, אך היו נחותות לאורך שנה ושנתיים מהטיפול המקובל בליי־זר. כיום שמור השימוש בטריאמצינולון כטיפול יחיד, למקרים מיוחדים.

Dexamethason נבדק לטיפול בבצקת מקולרית עקב סוכרת, כחומר המוזרק לחלל הזגוגית לשיחרור איטי, בהזרקת אחת לחמישה־ישישה חודשים. מחקרים הראו שהתכשיר, המשווק בשם המסחרי **OZURDEX**, הביא לשיפור ניכר בחדות הראייה של חולי הסוכרת המטופלים כעבור שלושה ושישה חודשים. שיפור של 40 אותיות בכ־35 אחוז מהחולים ושיפור של יותר מ־150 אותיות נצפה בכ־18 אחוז מהחולים, בנוסף, היתה הפחתה משמעותית בתופעות הלוואי ובהם בעלית הלחץ התוך־עיני. היום מאושרת התרופה לשימוש ורשומה במקרים של בצקת מקולרית עקב חסימות כלי דם רשתית, ומועמדת להירשם גם לשימוש בבצקת מקולרית מסוכרת.

נוגדי VEGF

VEGF נמצא במחקרים כאחראי להעלאת חדירות כלי דם, לדלף וליצירת כלי דם חדשים חולים, המסכנים את הראייה. ההיגיון המדעי בהחלטה לבדוק את השפעת נוגדי **VEGF** על הרטי־נופטיה הסוכרתית, מבוסס על העובדה שנמצאו ריכוזים גבוהים של החומר ברשתית ובזגוגית אצל חולים עם רטינופטיה סוכר־תית. לכן הועלתה הסברה שעוכב **VEGF** יכול להוות מרכיב חשוב בטיפול בבצקת המקולרית בסוכרת.

כיום נמצאים בשימוש שני תכשירים (**AVASTIN** ו־**LUCENTIS**), ובוצעו מספר מחקרים בהיקפים שונים. הטיפולים נמצאו מבטיחים בתוצאותיהם.

מחקרים גדולים אחרונים הראו שהשימוש בהזרקות תוך־עיניות של נוגדי **VEGF** שיפר בצורה משמעותית את ממצאי הרשתית, את מצב הבצקת ובעיקר את חדות הראייה. השיפור בחדות הראייה היה משמעותי ביותר בקבוצה שקיבלה את נוגדי ה־**VEGF**. היה זה שיפור ניכר בהשוואה לטיפול בלייזר בלבד, או לטיפול בשילוב לייזר עם נוגדי **VEGF**, או לייזר עם סטרואידים.

בשנים האחרונות הצטברו עדויות רבות על התועלת בטיפול בחומרים אלה בחולי רטינופטיה סוכרתית עקשנית, המלווה בבצקת קשה או כלי דם חדשים שאינם נסוגים למרות הטיפול המקובל.

הטיפול ניתן כיום בהזרקת תוך־עינית בלבד. ההזרקת נעשית בתנאים סטריליים, לאחר הרדמה מקומית ואינה דורשת אישפוז. בעקבות הזריקה בחלק ניכר מהמקרים יש הפחתה בדלף מכלי הדם, נסיגת הבצקת, ירידה משמעותית בעובי הרשתית (מודגם בבדיקת OCT) נסיגת כלי דם חדשים וכן שיפור מה בראייה. בדרך כלל יש צורך בהזרקות חוזרות.

ניתוח - ויטרקטומיה

ויטרקטומיה מבוצעת כאשר כלי הדם החדשים מדממים וחלל העין מתמלא בדם שאינו נספג ואינו מאפשר ראייה, או במצבים בהם הרשתית כבר ניתקה ממקומה. הניתוח מתבצע בחדר ניתוח בהרדמה מקומית או כללית, ודורש בדרך כלל אישפוז קצר. הוא עשוי לשפר ירידה קשה בראייה בעקבות הדימום,

אלא שהשיפור תלוי במצב הרשתית ובנזקים שנגרמו לה עקב המחלה לפני הניתוח. הניתוחים מבוצעים בעזרת מיכשור ממוזער, דרך פתחים קטנטנים. טכניקה זו משפרת את התוצאות ומקטינה בצורה משמעותית את משך הניתוח ואת מהלך ההחלמה. במקרים של דימום בחלל העין, משפרת הויטרקטומיה בצורה משמעותית את הראייה, את מהלך מחלת הרשתית ומאפשרת המשך טיפול ברשתית. במקרים קשים במיוחד של היפרדות רשתית והצטל־קיות, יהיה צורך בניתוחי רשתית מסובכים.

מניעה ומניעת החמרה

עד היום לא נמצאה התרופה שתמנע את התפתחות הרטי־נופטיה הסוכרתית, או תגרום לריפויה. מאידך, נמצא באופן ברור שאיזון טוב של הסוכרת ורמות סוכר קרובות ככל האפשר לערכים הנורמלים, מעכבים בצורה משמעותית הן את התפתחות סיבוכי הסוכרת (ובהם הרטינופטיה, מחלת הכליות והעצבים) והן את החמרתם, אם הם כבר קיימים. בדיקת השפעת איזון הסוכרת לטווח ארוך, נמצא קשר ישיר בין התפתחות המחלה וחומרתה, לכין איזון הסוכרת, כפי שמבד־טא בערכי ה־**Hb A1C**. בנוסף נמצא כי גם איזון לחץ הדם הוריד את קצב התקדמות המחלה ואת היירידה בראייה. הדרך היחידה כיום לשמור על ראייה טובה לאורך זמן, היא טיפול נכון ובזמן, לפני הופעת מחלה קשה ומתקדמת. יש הכרח בבדיקה תקופתית מסודרת של רופא עיניים, כדי למנוע את הסיבוכים העיניים הקשים.

גם על החולה להיות מודע לכך ששינוי וראייתו עלולים להיפגע בצורה בלתי הפיכה אם לא יטופל בזמן, ולהיות אחראי בעצמו להתמיד במעקב להיבדק באופן מסודר.

המלצות

סוכרת היא עדיין הסיבה המובילה למקרי עיוורון חדשים וראייה ירודה בקרב אנשים בגיל העבודה (20 עד 60). חלק ניכר מעיוורון זה הוא בר־מניעה! באמצעות גילוי מוקדם וטיפול נכון ובזמן, באמצעות מעקב מסודר, וכן איזון קפדני של רמות הסוכר, לחץ הדם ורמות השומנים בדם. שילוב זה דורש שיתוף פעולה ואחריות משותפת של הרופא המטפל ורופא העיניים. וכיוון שכאמור, בחלק מהמקרים אין סימנים על חומרתה שדל המחלה, יש הכרח בביצוע בדיקות שנתיות לכל חולה סוכרת.

המלצות למעקב:

- בסוכרת מסוג 1 - בדיקה ראשונה שלוש עד חמש שנים מגילוי המחלה.
- בסוכרת מסוג 2 - בדיקה ראשונה סמוך לגילוי המחלה.
- בשני סוגי המחלה - בדיקות המשך של רופא עיניים מיומן אחת לשנה, בדיקות תכופות יותר אם קיימת ר.ס.
- נשים סוכרתיות חייבות בבדיקת עיניים והערכת מצב היר.ס. בעת תיכנון ההיריון. בזמן ההיריון מומלץ לבצע בדיקה בשליש הראשון, ומעקב צמוד במהלך כל ההיריון (אין מדובר בסוכרת הירונית!).
- יש להפנות חולים עם ר.ס. לרופא עיניים מומחה בשטח הסוכרת, ולא להשהות את ההפניה עד לחמרת המחלה. ‏

הד״ר שלי פיתח עבורי את אופטי-סייף, כי לעיניים שלי מגיע יותר ממולטי ויטמין רגיל

יעל אבקסיס – שחקנית



ד״ר פישר – זה פָּדוּק



OPTI-SAFE®

מולטי ויטמין הדואג גם לחיזוק הגוף וגם לבריאות העיניים

ככל שאנחנו מתבגרים או דואגים יותר לבריאות שלנו, לכן מולטי ויטמין רגיל כבר לא מספיק לנו. אופטי-סייף הינו מולטי ויטמין חדשני הדואג גם לחיזוק הגוף וגם לבריאות העיניים. אונו ד״ר פישר משלבים 45 שנות ניסיון, מחקר, ידע רפואי ובינלאומי כדי לפתח את התכשירים המתקדמים ביותר בתחום האנטי-אייגינג. אופטי-סייף הינו מולטי ויטמין חדשני שפותח על בסיס המחקרים הרפואיים העדכניים ביותר. אופטי-סייף משלב קומפלקס ייחודי של ויטמינים ומינרלים בריכוזים אופטימאליים יחד עם ריכוז גבוה של לוטאין טבעי (5 מ״ג), הפועלים בסיווגיה לחיזוק הגוף ולבריאות העיניים. **אופטי-סייף, כי עיניים יש רק שתיים.**

בעולם זה אנטי אייג'ינג, אצלנו – ד״ר פישר

ניתן להשיג ברשתות הפארם, בתי מרקחת פרטיים, קופות חולים, בתי הטבע המובחרים וברשת בודי שופ

כל הסופר בקליק עד הבית!

שטרית גרופ SMG



מגה באינטרנט מזמינה אתכם לחוויית קנייה נוחה, מהירה ומשתלמת במיוחד
• חסכון בזמן • קנייה ללא תורים • הזמנות 24/7 • משלוח בזמן שמתאים לך

mega.co.il

תיהנו ממגוון ענק של מוצרים טריים, שירות מעולה, וממשלוח עד הבית.