

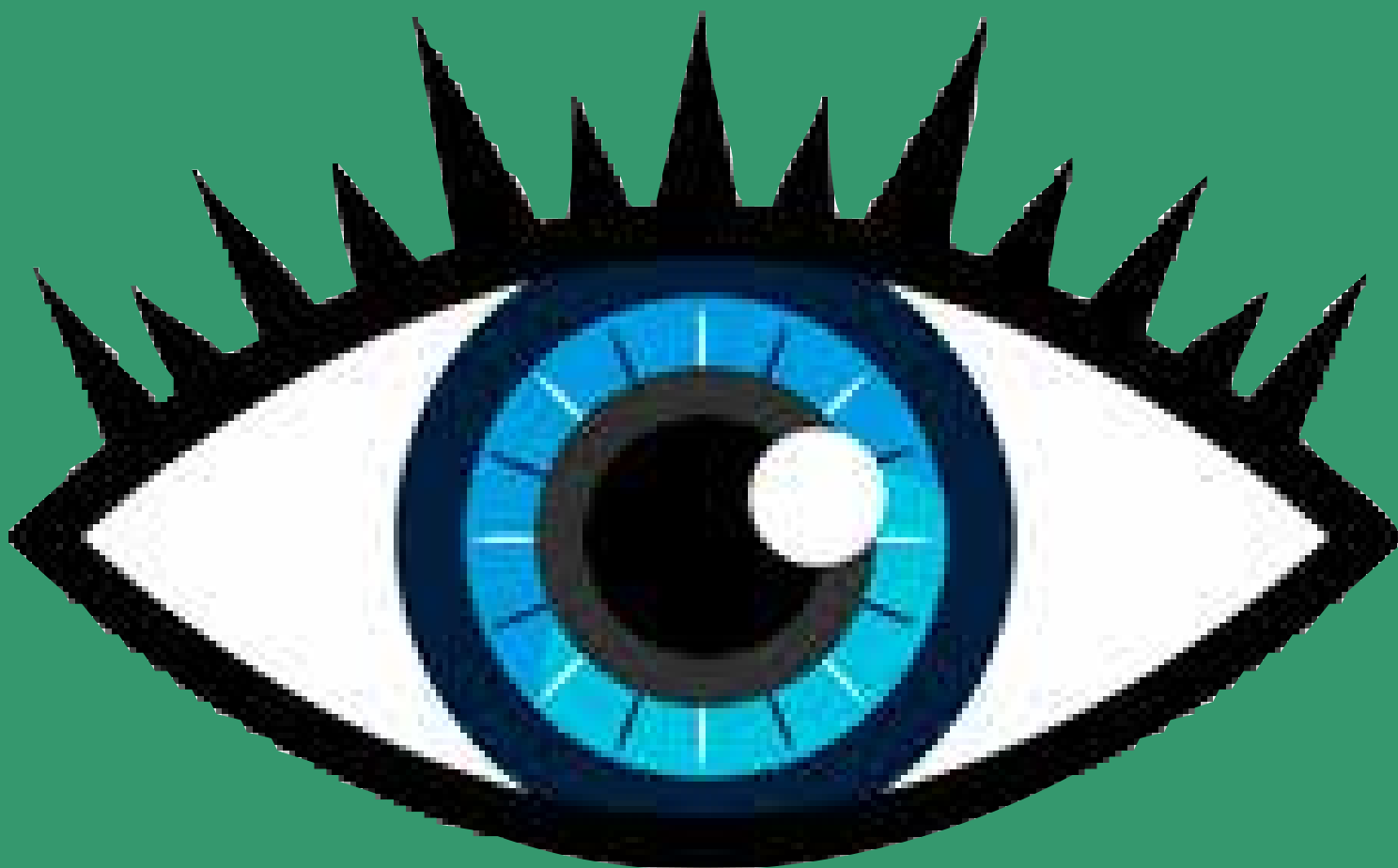
בריאות העין וסוכרת

לא עוצמים עיניים נבדקים למניעת עיוורון

מוסף מיוחד לבריאות העין של עמותת לראות
בשיתוף איגוד רופאי העיניים | יולי 2016

ILOS
איגוד רופאי העיניים בישראל
ISRAEL OPHTHALMOLOGY SOCIETY

לראות
עמותת לראות
מניעת עיוורון בישראל
www.eyes.org.il



דבר מנכ"ל עמותת לראות

מתי בפעם האחרונה עשיתם בדיקת עיניים, כולל הרחבת אישונים, אצל רופא העיניים בקופה?

האם בדקתם את רמת הסוכר שלכם?

האם ידעתם כי 10% מהאנשים שהתעוררו בשנת 2014, התעוררו כתוצאה מסוכרת? יש לציין שמדובר במחלה הניתנת למניעה.

סוכרת (Diabetic Mac. & Retinopathy) היא מחלה הניתנת לטיפול ולמניעה. לצערנו, המחלה עדיין מהווה גורם שלילי לעיוורון בקרב אזרחי ישראל, בדומה למצב בעולם המערבי.

בישראל רשומים 21,797 אנשים בעלי תעודות עיוור/לקות ראייה, כאשר ב-2014 נוספו 1,441 איש לאוכלוסייה זו. 147 עיוורים ולקויי ראייה כתוצאה מסוכרת נתגלו ב-2014 והיו יכולים להימנע מהמחלה!

סוכרת (Diabetic Mac. & Retinopathy) היא המחלה העיקרית שבגינה קיבלו בני 41-65 תעודת עיוור בשנת 2014, והיא אובחנה בקרב 70 איש. הנתונים, שפורסמו על ידי השירות לעיוור, מעלים את הצורך בהגברת המודעות הציבורית והרפואית לתכניות מניעה שיש לפתח.

זו בדיוק המשימה שעמותת לראות מבקשת לקדם, ואנו מגיישים בזאת מגזין מיוחד למחלה, כולל שיטות הטיפול לעצירת המחלה, אך החשוב ביותר הוא מניעת המחלה - וזה תלוי בכל אחד ואחד.

בין פעולות עמותת לראות ברפואה מונעת בעיניים:

- אתר מידע עם חדשות עדכניות ואמינות - www.eyes.org.il.
- מוספי בריאות העין - על ניוון

המקולה תלוי גיל AMD, גלאוקומה וקטרקט, והגיליון הנוכחי הוא על סוכרת.

• פורומים של ייעוץ רפואי עם טובי הרופאים, בנושאי קטרקט, מחלות רשתית, מחלות עיניים לילדים, גידולים בעיניים, גלאוקומה, מחלות גנטיות של הרשתית וראייה ירודה.

• השנה לראשונה - כנס אינטרנטי בבריאות העין, "לראות קדימה", הבא להשלים את המידע. תוכלו לשמוע רופאי עיניים ישרות מהמחשב הבייתי או הטלפון הנייד שלכם בכניסה לאתר של לראות.

• פרויקט הניידת לבדיקות עיניים לקשישים - שירות של ניידת עיניים עם רופא, שמגיעה לבדוק קשישים בקהילה בכל הארץ. בפרויקט הניידת שמתמקד ב-2016 בבדיקות עיניים לקשישים ניצולי שואה, נמצא כי 8% מהנבדקים יתגלו כסובלים מרטינופטיה סוכרתית.

כל אדם שאיתרנו עם המחלה ושלחנו לטיפול מיידי, הצלנו אותו מעיוורון! אנא סייעו לנו לערוך יותר בדיקות לניצולי שואה ולהבטיח להם עריכת חיים ללא עיוורון.

הפרויקט ממומן חלקית על ידי קרן השואה מצרפת, בסיוע אשל לגבי הנגישות לניצולי שואה.

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

ברכה וקריאה נעימה, נדן הולנדר,

מנכ"ל עמותת לראות -
Nadine@eyes.org.il
www.eyes.org.il

דבר העורך המקצועי



מחלת הסוכרת היא אחת המחלות המאיימות בעולם. ארגון הבריאות העולמי, WHO, פרסם השנה דו"ח על התנהגות מחלת הסוכרת בעולם. מתוך הדברים ניתן לדלות את הנקודות החשובות הבאות:

מספר הפרטים הסובלים ממחלת הסוכרת עלה מ-108 מיליון בשנת 1980 ל-422 מיליון בשנת 2014!

הופעת המחלה באופן כללי עולמי במבוגרים מעל לגיל 18 עלתה מ-4.7% בשנת 1980 ל-8.5% בשנת 2014.

העלייה בשכיחות המחלה גדולה יותר במדינות עם רמה כלכלית נמוכה ובינונית.

מחלת הסוכרת הינה גורם ראשוני לעיוורון, פגיעה בכ-

ליות, התקפי לב, מאורע מוחי וקטיעת גפיים תחתונות.

דו"ח 2012 מעריך ש-1.5 מיליון מקרי מוות היו מסיבה ראשונית מחלת הסוכרת. מספר של כ-2.2 מיליון מקרי מוות נוספים משויכים לרמות גבוהות של סוכר שהאנשים לא היו מודעים להן.

לאור הממצאים האחרונים של WHO, הם מנבאים שבשנת 2030 מחלת הסוכרת תהיה הגורם השביעי המוביל למוות בעולם.

שמירת דיאטה נכונה, שמירת משקל תקין, פעילות גופנית ומניעת עישון - הן הדרכים להאטה רבה בהתפתחות הסיבוכים של המחלה מסוג 2 TYPE.

שמירה על הכללים, מעקב רפואי מסודר וקבוע ונטילת תרופות מסודרת, לפי הוראות הרופא, הם הערובה

לכלימת התקדמות המחלה.

אורח החיים המודרני, ללא סדר בחיים, ללא סדר ארוחות, ללא תזונה נכונה, ללא פעילות גופנית, עם עודף משקל חמור ולחץ נפשי מתמיד - הם האויבים של האדם וה"עוזרים" למחלת הסוכרת להופיע ולתקוף.

מגמת המוסף שלפניכם היא להאיר את חשיבות ההתנהגות המאוזנת והבריאה, כדי למנוע את הופעת או החמרת מחלת הסוכרת על כל היבטיה. אנו מקווים שהחומר יהיה לעזר רב לציבור, להבין את המחלה, במיוחד בהקשר של עיניים, אך לא רק. אנו מקווים שהדברים יופנמו, ובכך יועילו לשיפור איכות החיים. בכך שכרנו.

פרופ' סולומון אריה, המכון לחקר העין ע"ש גולדשלו, הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב, מרכז רפואי שיבא, תל השומר

13
סוכרת-תפקוד את העיניים ד"ר ברוך יצחק

14
ומה אומרות קופות החולים? כללית, מאוחרת, לאומית

11
הסוכרת והטיפול התזונתי ד"ר שרה קפלן

12
אקטואליה - כנס רשתית ד"ר אהוד רכטמן

06
עדכון על הטיפולים החדשים בבצקת במרכז הרשתית, המחלקה למחלת הסוכרת ד"ר אהוד רכטמן

09
מדיניות מכבי למניעת סיבוכי סוכרת בעיניים ד"ר אלעד בן ארצי ופרופ' חני ורדין-לבקוביץ

04
העין הסוכרתית ד"ר עירית רוזנבלט

05
סוכרת בישראל - אבחון, טיפול, סיבוכים פרופ' שמעון אילן

עורכת: אורנה בירבך יצחקי **עורכת אחראית:** נדן הולנדר, מנכ"ל עמותת לראות **עורך מקצועי:** פרופ' אריה סולומון **מנהל הפקה:** יפית גרונדשטיין **עריכה לשונית:** אסנת גרין **מנהל סטודיו הארץ:** בני דניאל **עיצוב תמונה:** עיתון הארץ **מנהל מוסף:** אילנה כהן (050-7117673), ilanac@haaretz.co.il **מנהל מחלקת מוספים מיוחדים:** ארז אכטל, ereza@haaretz.co.il **הארץ המחלקה המסחרית:** שוקן 21, תל אביב, טל' 03-5121188. המוסף בריאות העין וסוכרת בחסות תורמי עמותת לראות ואיגוד רופאי העיניים בישראל. זכויות היוצרים על התצלומים המופיעים בעיתון שייכות למאגרי התמונות אינג אימגי ופוטוליה. המערכת אינה אחראית לתוכן המודעות. המערכת מבקשת להבהיר כי המוסף הינו פרסומי ואין לראות במאמרים ו/או במודעות המלצה מכל סוג שהוא.



העיניים שלך זה לא משחק



פנה רק לאופטומטריסט מוסמך

ברשת מכבי ממבט ראשון, מבית מכבי שירותי בריאות, מחכה לכם צוות האופטומטריסטים המוביל בישראל בכ-100 חנויות בפריסה ארצית רחבה, גם ליד הבית שלך.

מכבי ממבט ראשון

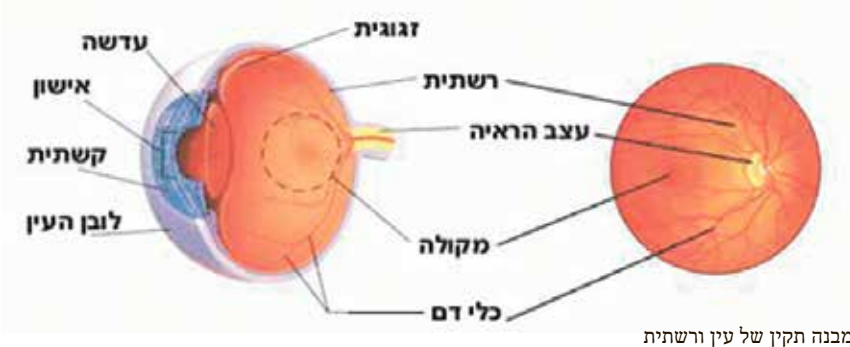
רשת האופטומטריה המקצועית בישראל

maccabi-optic.co.il

לפרטים
נוספים: *6678

העין הסוכרתית

כשכלי הדם הקטנים ברשתית העין נפגעים כתוצאה ממחלת הסוכרת, נוצרת מחלת רטינופטיה סוכרתית. שכיחותה של המחלה עולה עד ל-85% במהלך 25 שנים של מחלת סוכרת | ד"ר עידית רוזנבלט



מבנה תקין של עין ורשתית

הסוכרת יכולה לפגוע בעין במספר צורות, כשהשכיחה ביותר היא פגיעה ברשתית העין. צורה זו נקראת רטינופטיה סוכרתית: Diabetic Retinopathy (ובקיצור: רס. או DR). הרטינופטיה הסוכרתית יכולה לגרום לירידה בראייה, לעיתים עד כדי עיוורון, והיא אחת הגורמים המובילים לעיוורון בעולם המערבי והסיבה השכיחה ביותר לאובדן ראייה חמור אצל אנשים צעירים בגילאי 20-65, אנשים בגיל העבודה.

מהי הרטינופטיה הסוכרתית?

זוהי מחלה של כלי הדם הקטנים. כלי הדם הבריאים של הרשתית הם בעלי דופן אחיד, בלתי חדיר, ובמצב בריא הם אינם דולפים. ברשתית של חולה סוכרת מתקיימת, בשלב הראשון, הפרעה במבנה התקין של דופן כלי הדם הקטנים. כלי הדם מאבדים את שלמות הדופן שלהם, מופיעים אזורים דקים יותר עם התרחבויות מקומיות (מיקרו-אניאוריזמות), יש שבירה של מחסום הדם-רשתית (Blood-Retinal Barrier) והופעת דלף מכלי הדם. דרך הדופן הפגועה דולפים נוזלים, חלבונים ושומנים ולעיתים גם דם. דלף זה יוצר בצקת מקרית עם שקיעת חומרים בשכבות הרשתית הנראים כתפליטים קשים או דימומים.

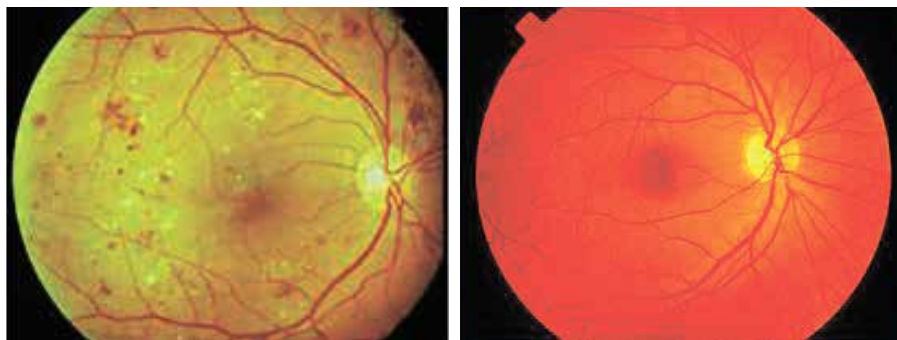
שינויים אלה גורמים להפרעה הולכת ומתגברת בראייה. במקביל לדלף, יכולות להיווצר גם חסימות של כלי דם קטנים עם אוטמים מקומיים ואזורים בהם אספקת החמצן נפגעת.

גם הרכב הדם אצל חולה סוכרת שונה מזה של אדם בריא. הובלת החמצן על ידי הדם יכולה להיפגע, וכך מגיע פחות חמצן לרקמות הגוף השריר, ובחן רשתית העין – דבר המגביר את השינויים הנובעים מהפרעה באספקת החמצן (שינויים איסכמיים).

אלה השלבים הראשונים של המחלה, והיא נקראת אז: רטינופטיה סוכרתית לא שגשוגית - **Non Proliferative DR (NPDR)** - שלב זה של המחלה יכול להיות ללא סימנים כלל, או להתקדם עד לירידה קשה בחדות הראייה.

בשלב זה יכולה להיות ירידה בראייה בדרגות חומרה שונות בהתאם למיקום כלי הדם הדולפים, למרחק קם מאזור מרכז הראייה ולמקום הצטברות המשקעים. דלף ניכר באזור המקולה (מרכז הראייה ברשתית) יכול לגרום לבצקת מקומית עם ירידה בראייה. חלק ניכר מהירידה בראייה כבר בשלבים אלה הוא בלתי הפיך, אם כי עיוורון מלא ממצב זה הוא נדיר מאוד.

שינויים איסכמיים אלה מהווים גירוי ליצירת חומרים מסוג VEGF, המובילים להגדלת חדירות כלי הדם, התגברות הבצקת והתגברות ההפרעה



מימין - רשתית תקינה, משמאל - רטינופטיה סוכרתית: (NPDR) Non Proliferative DR

כתמים שחורים בשדה הראייה, וכאשר הדימום מאסיבי או במקרים בהם כבר קיימת הפרעה של הרשתית - ייתכן אובדן ראייה מוחלט. בשלבים אלה הטיפול המקובל עד היום היה יעיל פחות, ולא תמיד יכול היה להחזיר ראייה שאבדה. לכן אין לחכות עד להופעת סימנים, וכל חולה סוכרת חייב להיבדק על ידי רופא עיניים בצורה מסודרת ותקופתית. הצורך בטיפול ושכיחות הביקורות יקבעו על ידי רופא העיניים.

שכיחות המחלה

סיבוכי הסוכרת בעיניים שכיחים מאוד. שכיחותה של הרס. עולה עם משך הסוכרת והיא קיימת בכ-85% מכלל הסוכרתיים החולים מעל ל-25 שנה. שכיחות הרס, ובעיקר חומרתה, משתנה. היא יכולה להתבטא בכל קשת האפשרויות - החל משינויים עדינים מאוד ובלתי מסוכנים, שרק בבדיקות מאוד יסודיות ניתן לאבחן ושאינן דורשים כל טיפול, ועד לעיוורון מוחלט. רטינופטיה סוכרתית שמאיימת על הראייה נמצאת בכ-8% מכלל חולי הסוכרת המבוגרים. ללא טיפול, תפתח רס. קשה, שגשוגית, אצל 60% מהחולים, ובמצבים אלה תוביל לירידה חמורה בראייה. בצקת של אזור מרכז הראייה ברשתית - בצקת מקולרית - היא ממצא שכיח ברטינופטיה סוכרתית וגורם ראשון במעלה להפרעה בראייה ולירידה ניכרת בחדות הראייה.

ד"ר עידית רוזנבלט, בית החולים בילינסון, רופאת עיניים וחברת המועצה הלאומית לסוכרת

האיסכמית, ובכך מובילים לשלב המתקדם במחלה, שהוא השלב השגשוגי -

Proliferative DR (PDR) - בשלב זה גדלים כלי דם חדשים על פני הרשתית או על פני עצב הראייה ואל תוך הזוגית. כלי הדם החדשים אינם כלים בריאים, והם דולפים. הם גם דקים ושכירים, ויכולים לדמם ולגרום לראייה מעורפלת.

בשלבים מאוחרים, בתהליך של התארגנות והצטלקות, עלולים כלי הדם החדשים להתכווץ, למשוך את הרשתית ולהפרידה ממקומה. מצבים אלה גורמים לירידה קשה בראייה ואף לעיוורון, וזו הסיבה העיקרית לעיוורון בקרב חולי הסוכרת. באותו מנגנון של עלייה ברמת ה-VEGF, יכולים להיווצר גם כלי דם חדשים על פני הקשתית (Iris) עם הפרעה בניקוז נוזלי העין, עלייה בלחץ התוך-עיני ויצירת ברקית (גלאוקומה).

סימני המחלה

למרות הנזק הקשה שיכול להיגרם לראייה במחלה זו, אין היא מלווה בכאבים. לעיתים אין כלל סימני אזהרה, והראייה נשארת טובה למרות התקדמות המחלה. הירידה בראייה מופיעה רק כשהמחלה כבר בשלבים מתקדמים או כשהיא מערבת את אזורי הרשתית המרכזיים. במקרים בהם יש בצקת באזור המקולה - מופיעים עיוות התמונה וירידה בחדות הראייה ובראייה המרכזית, עם קושי בקריאה, נהיגה וזיהוי. במקרים בהם יש דימום אל תוך הזוגית מכלי הדם החדשים, מופיעים



סוכרת בישראל: אבחון, טיפול, סיבוכים

המודעות למחלת הסוכרת, האבחון המוקדם והטיפוליים המתאימים יכולים לסייע במניעת פגיעה באיברי מטרדה שונים בגוף, ובכללם העיניים | פרופ' אילן שמעון

שנזקקים לטיפול באינסולין - בשנים האחרונות נכנסו לשימוש סוגי אינסולין חדשים (אנלוגים קצרי טווח, ואלה עם משך פעילות ארוך במיוחד), המאפשרים גמישות רבה יותר בטיפול, עם פחות אירועי היפוגליקמיה (נפילת סוכר). בכלל, המאמצים והמשאבים המושקעים בעולם בפיתוח תרופות ואמצעים חדשים לטיפול בסוכרת (כמו מדי סוכר משוכללים, סנסורים תת-עוריים למדידה רצופה של רמת הסוכר, משאבות אינסולין, לבלב מלאכותי) - הינם נרחבים מאוד, ובעשור הקרוב אנו צפויים לראות תרופות חד-שונות נוספות שיאפשרו לשימוש בחולי סוכרת.

חשיבות האבחון

מטרת הטיפול ואבחון רמות הסוכר היא למנוע התפתחות סיבוכי הסוכרת בחולים. יש קשר ברור בין רמות סוכר והמוגלובין A1C מוגברות לאורך זמן לבין סיכון להתפתחות הסיבוכים האופייניים בחולי סוכרת סוג 1 וסוג 2. ככל שנביא את רמות הסוכר, לחץ הדם ורמות השומנים לערכים בתחום הנורמה או קרוב למומלץ בשנים הראשונות שלאחר הופעת הסוכרת, כך יקטן הסיכון להתפתחות הסיבוכים בכלי הדם במוח, בלב וכלי הדם ההיקפיים, ובכך נקטין את הסיכון להתפתחות נזק קבוע ברשתית ובכליות. לפיכך חשוב לאבחן את הסוכרת במהירות, להתחיל מייד בטיפול יעיל ולעכב ולנטר את הסימנים הראשונים של הופעת סיבוכים (שינויים ברשתית, חלבון בשתן, תוצאות במבחן מאמץ) כדי למנוע החמרת הסיבוכים.

פרופ' אילן שמעון, המכון לאנדוקרינולוגיה וסוכרת, בית החולים בלינסון

גם מדידה שעתית אחרי ארוחה. הרמה הרצויה אז היא עד 140. רמות מעל ל-200 מאבחנות סוכרת. בנוסף, בשנים האחרונות משתמשים לאבחון גם במדד המוגלובין A1C מעל ל-6.5% (משקף את רמת איזון הסוכר ב-3 החודשים שקדמו לבדיקה).

טיפולים

הטיפול בסוכרת סוג 2 כולל שינוי באורח החיים, שינוי בדיאטה, ירידת משקל ופעילות גופנית. רבים מהחולים הסובלים מעודף משקל וסוכרת לא יודו לקק לטיפול תרופתי אם יאמצו שינויים אלה ויצליחו לרדת במשקל. חולים עם עודף משקל קיצוני שיופנו לניתוח בריאטרי ("קיצור קיבה") עשויים להחלים מהסוכרת בעקבות הניתוח. מעבר לטיפול להורדת רמות הסוכר, חשוב להוריד את רמת השומנים (כולסטרול) המוגברת (לרוב באמצעות תרופות, סטטינים), לשמור על לחץ דם תקין (עד 135/85) וכן להפסיק לעשן. אם שיפור בכל אלה לא מוריד את רמות הסוכר וההמוגלובין A1C לתקנות, יזדקקו החולים לטיפול תרופתי בכדורים או בזריקות אינסולין, או לשילוב של כדורים ואינסולין. בשנים האחרונות נכנסו לשימוש תרופות חדשות לטיפול בסוכרת סוג 2, פרי פיתוח של שנים, בנוסף לתרופות הוותיקות שיעילותן מוכחת. תרופות חדשות אלה כוללות את מעכבי האנזים DPP-4, אנלוגים של ההורמון GLP1 הניתנים בזריקה יומית ותורמים גם לירידת משקל (בשלבי פיתוח תכשירים דומים, הניתנים ככדורים), וכן תרופות המעכבות את האנזים SGLT2 בכליה, שמאפשרות הפרשת סוכר בשתן ובכך מקלות על איזון הסוכר וירידה במשקל. בנוסף, לחולים

וכרת הפכה בעשורים האחרונים לאחת המחלות הכרוניות השכיחות בארץ ובעולם, ובשל שכיחות הסיבוכים הקשורים בה - לאחד האתגרים החשובים של מערכת הבריאות. היארעות הסוכרת בישראל ובעולם המערבי נמצאת במגמת עלייה מתמשכת, וההערכה היא שבישראל חיים מעל ל-400,000 חולי סוכרת מאובחנים, בנוסף לאלה שלא אובחנו עדיין. רוב החולים (95%) סובלים מסוכרת סוג 2, ומיעוטם סובלים מסוכרת נעורים (סוכרת סוג 1). חולי הסוכרת נתונים בסיכון יתר לפתח מגוון רחב של סיבוכים, כגון מחלת לב כלילית, שבץ מוחי, מחלת כלי דם היקפית, פגיעה בעיניים עד כדי עיוורון, מחלת כליה סופנית, כיבים קשים לריפוי ופגעי עור בעצבים (נוירופאטיה). בשנת 2011 היוותה הסוכרת את סיבת המוות הרביעית בישראל, ו-5.4% מכלל הפטריות יוחסו למחלה. סוכרת סוג 2 קשורה בעודף משקל והשמנה, אורח חיים ודיאטה מערביים וחוסר פעילות גופנית. שינויים באורח החיים ובתזונה וירידה במשקל עשויים למנוע את המחלה, להקל על הטיפול בה ולהפחית את סיבוכיה.

אבחון

אבחון הסוכרת נעשה כאשר רמות הסוכר בדם בצום הינן מעל ל-126 מ"ג בבדיקות חוזרות. הרמה המומלצת בצום היא פחות מ-100. תוצאות בין 100 ל-126 עשויות לרמוז על סיכון מוגבר להופעת סוכרת בעתיד. לעיתים בשלבים הראשונים במחלה מדידת סוכר בצום יכולה להיות תקינה, לכן חשובה



בעולם מלא בהבטחות

אני סומכת על

OPTI-SAFE™

של ד"ר פישר

קקן פאס

פורמולות חדשות ומתקדמות

המכילות ויטמינים ומינרלים, לוטאין 5 מ"ג וזאקסנטין 1 מ"ג
מבוססות מחקרי AREDS* 2 ו- SELECT**



ד"ר פישר - זה בדיוק



www.Dr-Fischer.co.il

AREDS2* - המחקר המדעי, המקיף והערכי ביותר בתחום השפעת הגיל על בריאות העין.
שנערך בחסות ה- NEI - המכון הלאומי האמריקאי להקרנת לבריאות העין.
SELECT** - מחקר קליני מוביל ומרכזי שבדק את השפעה של נטילת סלניום וזאקסנטין E
במינונים גבוהים על התפתחות סרטן הערמונית. המחקר נערך בחסות ה- NCI - מכון
הסרטן הלאומי האמריקאי. ניתן להשיג בפארמים, בבתי המרקחת הפרטים ובקופות החולים.

מדיניות מכבי למניעת סיבוכי סוכרת בעיניים

ד"ר אלעד בן ארצי ופרופ' חני ורבין-לבקוביץ, רופאי עיניים, מכבי שירותי בריאות

אפשרויות מוקדמות לטיפול. לפי המלצות האקדמיה האמריקאית לרפואת עיניים, חולים עם רטינופתיה סוכרתית לא שגשוגית קלה עד בינונית צריכים להיבדק מדי 6-12 חודשים. לחולים עם מחלה לא שגשוגית בדרגה חמורה או עם מחלה שגשוגית בכל דרגת חומרה ולכל החולים עם בצקת משמעותית במרכז הרשתית - מומלץ להיבדק מדי 2-4 חודשים.

בדיקת העיניים לחולה סוכרת תכלול בדיקת חדות ראייה, בדיקת מקטע העין החיצוני בדגש על קשתית העין, בדיקת לחץ תוך-עיני ובדיקה לאחר הרחבת האישונים, שתעריך את קרקעית העין והרשתית. בדיקות העזר המרכזיות שבשימוש הן בדיקת ה-OCT, להערכת בצקות במרכז הרשתית, ובדיקת ה-FA, להערכת כלי הדם החולים. היחידה לקידום הבריאות במכבי פונה באופן יזום לכלל חבריה חולי הסוכרת, ומארגנת ימי בריאות מרוכזים בהשתתפות רופאי עיניים. מטרתנו להביא לכך שכלל חולי הסוכרת יבדקו על ידי רופא עיניים. אחוזי ההצלחה מרשימים, ואכן כ-80% מחולי הסוכרת במכבי עוברים בדיקת עיניים מלאה. בכל מרפאות מכבי ברחבי הארץ מושם דגש על ביצוע הערכות עיניים שגרתיות בחולים שבסיכון. תקוותינו היא שבאמצעות הגברת מודעות הציבור לסיבוכים העיניים של מחלת הסוכרת, נצליח לשפר את הגילוי המוקדם ולהפחית את אובדן הראייה הכרוך במחלה.

זיהוי מוקדם של רטינופתיה סוכרתית, ובמיוחד זיהוי מוקדם של בצקת במרכז הרשתית או של שגשוג כלי דם הנושאים בחובם סיכון גבוה, מאפיין שר לרופאי העיניים של מכבי להגביר את המעקב הרפואי ולהתחיל בטיפולים שיכולים להציל ראייה.



שבשלבי המחלה השונים החולים עשויים להיות א-תסמיניים, קיימת חשיבות עצומה לבדיקות שגרתיות קבועות.

האקדמיה האמריקאית לרפואת עיניים ממליצה כי כל חולי הסוכרת מסוג 1 יעברו בדיקת עיניים לפחות פעם בשנה החל מ-5-3 שנים ממועד אבחון הסוכרת. לחולי סוכרת מסוג 2 מומלצת בדיקת רופא עיניים שנתית כבר ממועד האבחון. לחולות סוכרת מכל סוג המתכננות הריון, מומלצת בדיקה לפני מועד ההפריה או לפחות בטרימסטר הראשון להריון.

תדירות בדיקות תכופה יותר מומלצת בחולים עם רטינופתיה סוכרתית מתקדמת יותר, בחולים עם רמות סוכר גבוהות בדם, בחולים סוכרתיים עם יתר לחץ דם ובחולים עם סיכון מוגבר לאובדן ראייה, שמחלתם מתאפיינת בסיכון גבוה להחמצת

כיחות מחלת הסוכרת עומדת על כ-8% באוכלוסייה הבוגרת. בישראל יש כ-400,000 חולים.

ניתן לסווג את מחלת הסוכרת למספר תתי-מחלות. הנפוצה היא הסוכרת מסוג 2, הנובעת מתנגודת לאינסולין. תת מחלה נוספת היא הסוכרת מסוג 1, הנובעת מכשל בייצור אינסולין.

בראש סיבוכי הסוכרת בעיניים, נמצאת הרטינופתיה הסוכרתית, הפוגעת בכלי הדם המספקים דם לרשתית העין, שהינה הגורם הראשון לעיוורון בגילאי העבודה בעולם המערבי. מחקרים מראים כי לאחר 20 שנות מחלה כמעט כל חולי הסוכרת מסוג 2 ולמעלה מ-60% מחולי הסוכרת מסוג 1 יפתחו רטינופתיה סוכרתית בדרגה מסוימת.

את הרטינופתיה הסוכרתית ניתן לחלק לשני שלבים: בשלב הראשון, הלא שגשוגי, מופיעים נזקים מיקרוסקופיים בכלי הדם ברשתית, היכר לים להתבטא בדימומים, סגירה ודליפה מכילי דם והיווצרות בצקות ברשתית. השלב השני מתבטא בשגשוג רקמת כלי דם חדשים ולא תקינים על פני הרשתית. כיווצים ברקמה זו יכולים להביא למשיכות, לקרעים ואף להיפרדות הרשתית מדופן העין. כלי הדם החדשים עשויים לדמם לתוך זגוגית העין ולהביא לאובדן ראייה חריף. כלי דם חדשים עשויים לצמוח גם על קשתית העין ולהפריע לניקוז נוזלי העין, לגרור עלייה בלחץ התוך-עיני ולהביא לגלאוקומה קשה וכואבת.

נדיר שמחלה עינית תתפתח בחולי סוכרת מסוג 1 ב-5 השנים הראשונות שלאחר אבחון המחלה. בשונה, אחוז גבוה מחולי הסוכרת מסוג 2 מסתמנים עם מחלה עינית כבר במועד האבחנה. הריון מהווה גורם סיכון להופעת רטינופתיה או להחמרתה. היות

המוסף לבריאות העין וסוכרת יולי 2016

מוגש כשירות לציבור באדיבות חברת נוברטיס



NOVARTIS
PHARMACEUTICALS

השירות ניתן באופן בלתי תלוי ולא השפיע על תכני המוסף

הגנו על העיניים של ילדכם ממזקי השמש בכל עונות השנה!

הכתבה באדיבות עדשות מגע ACUVUE®

כל הורה מכיר את הטקס הקבוע של מריחת שכבה 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?

לילדים יש אישונים גדולים יחסית למבוגרים ועד גיל 10 עיני הילדים סופגות כשני שליש מכמות הקרינה האולטרה סגולה העוברת בעין, בגלל צלילות העדשה וגודל האישונים. אצל צעירים בני 25 למשל רק 10% מהקרינה חוזרת לעין. על פי מספר מחקרים שנערכו באוסטרליה, מקי שמש בעיניים מתחילים להתהוות בגילויים צעירים ושכיחותם רק עולה עם הגיל.

אז מה אפשר לעשות?

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

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 מבד 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 הקרינת 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



הקרינת. 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 I: 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 II: 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



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



בקשו
להתנסות
בעדשות מגע
"ACUVUE"



*בדיקת עיניים מקצועית והתאמת עדשות מגע עשויות להיות כרוכות בתשלום. **נתונים מקובצו 2013 JWC. כל מוצרי ACUVUE הינם בעלי חסימת UV ועוזרים לתת הגנה מפני מעבר של קרינת UV מזיקה אל הקרינת ופינים העין. עדשות מגע חוסמות UV אינן מהוות תחליף למשקפי חוסמי UV כגון: משקפי מגן או משקפי שמש חוסמי UV מאחר והן אינן מכסות לחלוטין את העין והאזור סביב לה. המשיכו להשתמש במשקפי שמש חוסמי UV כפי שהומלץ לכם על ידי המומחה לבריאות העין. ACUVUE® - SEE WHAT COULD BE! הינם שמות מסחריים רשומים של ייסי הליי קר בע"מ © ייסי הליי קר בע"מ 2015.

הסוכרת והטיפול התזונתי

מחלת הסוכרת היא מגיפה עולמית, ההערכה היא כי מספר החולים בעולם צפוי להגיע בשנת 2030 לכ- 439 מיליון. להיבט התזונתי חשיבות מכרעת באיזון הסוכרת ובהצלחת הטיפול בה | ד"ר שרה קפלן



מחלת הסוכרת היא מחלה נפוצה בקהילה ומהווה נטל כבד על מערכת הבריאות, על החולה ועל משפחתו. היארעות הסוכרת בישראל נמצאת במגמת עלייה במיוחד בקרב אוכלוסיות שונות המאמצות את אורח החיים המערבי, באוכלוסייה הערבית, התימנית והאתיופית. המחלה עולה עם הגיל, כאשר מעל לגיל 65 שנה עד כ-20% מהאוכלוסייה עלולה לפתח סוכרת. בשנת 2011 היוותה סוכרת את סיבת המוות הרביעית בישראל, ו-5.4% מכלל הפטירות (2,196 פטירות) יוחסו למחלה.

ההערכה היא כי מספר החולים בעולם צפוי להגיע בשנת 2030 לכ-439 מיליון.

הטיפול בסוכרת רב תחומי: רפואי, תרופתי, תזונתי, התנהגותי וכד'. וברור כי אכילה בריאה, פעילות גופנית סדירה וטיפול תרופתי לפי הצורך, הם המפתח לטיפול בסוכרת.

מטרת הטיפול התזונתי – לאפשר לחולה לנהל אורח חיים נורמאלי ולמנוע את סיבוכי המחלה בין אם צורך תרופות ובין אם לאו ע"י:

- שמירת עקרונות תזונה מאוזנת, מגוונת ומור
- תאמת אישית, תוך עידוד הרגלי אכילה נכונים לפי: גיל, מין, מוצא אתני, משך המחלה, סוג ומינון התרופות, היסטוריה רפואית, תחלואה נוספת, הרגלי אכילה במשפחה, סדר היום ופעילות גופנית.
- השגת יעדי האיזון הגליקמי, לחץ הדם ושומני הדם.
- השגת משקל גוף תקין.

מה אוכלים?

מכל אבות המזון: פחמימות, חלבונים, שומנים, ויטמינים ומינרלים.

פחמימות – נחלקות לשני סוגים:

פשוטות – דבש, סוכר, דברי מתיקה, הנספגות בקצב מהיר לזרם הדם וגורמות לעלייה מהירה יחסית של הסוכר בדם. מסוג פחמימות זה מומלץ להמעיט, על אף כי מותר לצרוך עד 10% מסך הפחמימות הכללי ובמסגרת ארוחה מלאה. **מורכבות** – לחם, אורז, קטניות, חיטה מלאה, הנספגות בקצב איטי יותר לזרם הדם וגורמות לעלייה מתונה יחסית של הסוכר בדם. מהן מומלץ לצרוך יותר במסגרת צריכת הפחמימות היומית.

ממתקים מלאכותיים (תחליפי לסוכר) – סכרין, אספרטם, אצסולפאם-k וסוכרלוז, אינם מכילים קלוריות ומאושרים לשימוש על-ידי ה-FDA.

סוכרים אלכוהוליים – מנטיטול, סוריטול, לקטיטול, קסיליטול עוברים תהליך מטבולי, אולם אינם מעלים גלוקוז בפלאסמה כסוכרוז, פרוקטוז או גלוקוז. מספקים כמחצית מכמות האנרגיה (גרגם=2 קלוריות) מוגבלים בצריכה ויש להתייחס אליהם

מירקות ופירות. אין צורך בתוספות שלהם בסוכר רתיים, שאינם סוכלים ממחסורים תזונתיים, פרט לחומצה פולית וסידן. מחסורים נפוצים ברזל, B-12 ומגנזיום.

כמה לאכול, מתי ואיך?

בהתאמה אישית לגיל, מין, משקל, אורח חיים ופעילות הגופנית. בזמן מחלה בין אם חולפת או כרונית כסוכרת יש להתייחס לגורמי סיכון נוספים ולטיפול התרופתי.

מומלץ:

- להגביר צריכת הירקות העשירים בסיבים בויטמינים ומינרלים
- להגביר צריכת הנוזלים כמים סודה תה ללא סוכר.
- להעדיף קמחים מלאים.
- להגביל צריכת הפירות.
- להפחית סך השומן בתפריט.

מומלץ לאכול שלוש ארוחות עיקריות, אפשר להוסיף 2-3 ארוחות ביניים. בכל ארוחה לכלול מכל קבוצות המזון.

למה עוד חשוב להתייחס?

השמנה – השמנת יתר מהווה גורם עיקרי בהתפתחות סוכרת שאינה תלויה באינסולין. ולכן החשוב להשיג משקל גוף תקין (מתחת ל-25 B.M.I. ק"ג / מ²). **רטינופתיה** – לעיכוב או מניעת התפתחות רטינופדי תיה נדרש איזון סוכר מיטבי, חשיבות האיזון היא בחמש השנים הראשונות למחלה.

מומלץ להיוועץ עם הרופא ולקבל הדרכה מהדיאטנית.

בקביעת הצריכה היומית.

סיבים תזונתיים – קליפות הירקות והפירות, שיכולת שועל. נחשבים כתת קבוצת הפחמימות, בהבדל שאינם נספגים בגוף וכך אינם מספקים קלוריות. צריכת הסיבים חשובה בהגברת תחושת השובע וכוּפּעֵל יוצא בשמירת המשקל.

שומנים – שלושה סוגי שומנים:

רוויים – מרגרינה, חמאה, מוצרי חלב מעל 5% שומן, הגורמים בעיקר לעליית רמות הכולסטרול בדם ועלייה בסיבוכי הסוכרת. צריכתם מוגבלת. **חד בלתי רוויים** – שמן זית, אגוזים העוזרים להורדת סיבוכי הסוכרת, וצריכתם מומלצת בהתאם לכמות סך השומן בתפריט.

רב בלתי רוויים – שמן סויה, חרעי, העוזרים גם הם בהורדת רמות הכולסטרול, אולם בשל יכולתם המהירה להתחמצן בגוף ולפגוע בתאי הגוף, צריכתם מוגבלת.

כולסטרול – שומן המתקבל בגוף משני מקורות: **מייצור עצמי ומהמזון**.

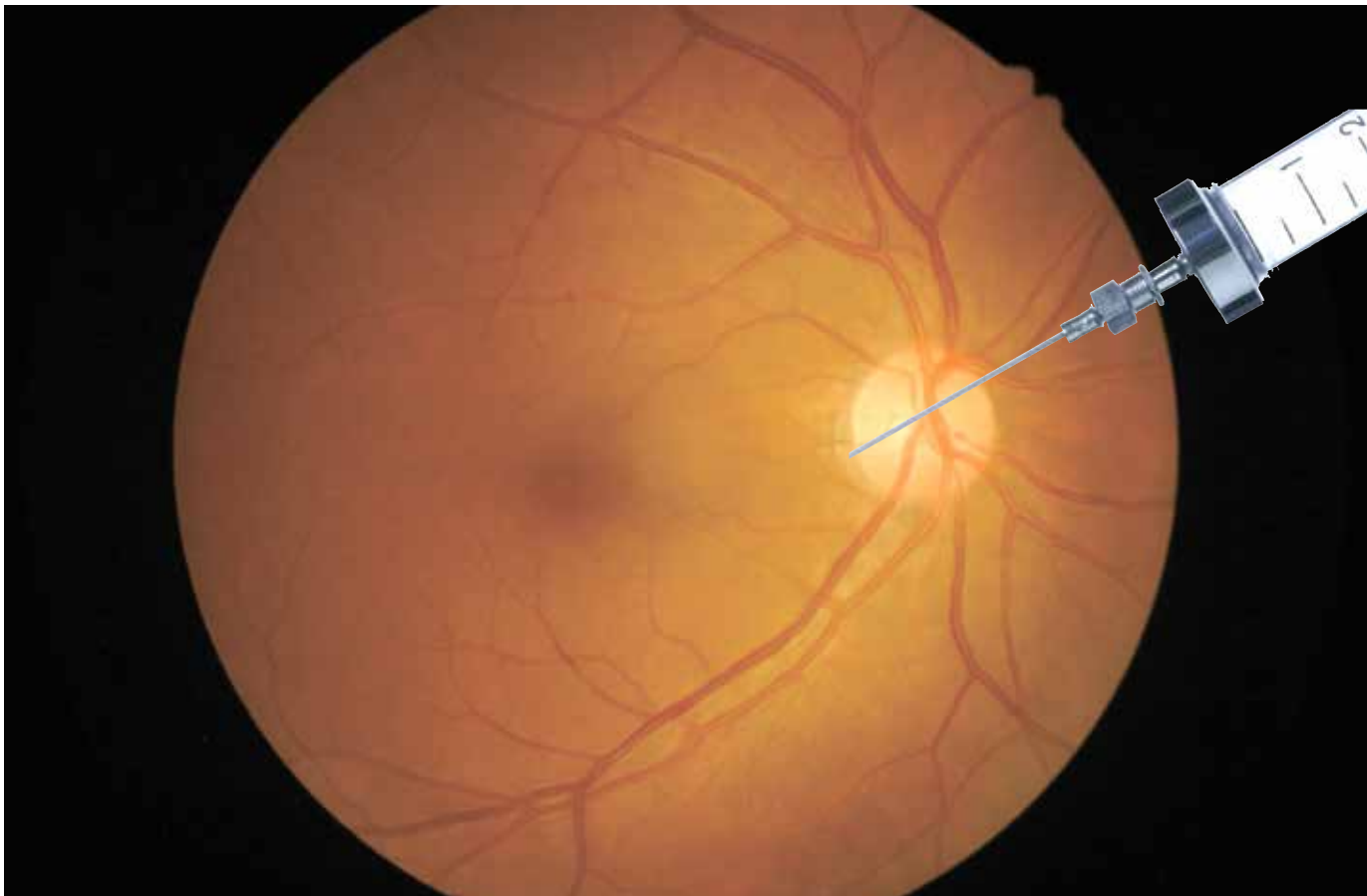
חיוני לגוף אולם צריכה מוגברת של כולסטרול ושומן, תעלה את הסיכון לפתח מחלות לב וכלי דם. **חלבונים** – משמשים כאבן בניין לתאים, הורמונים, שרירים ועוד. נחלקים לשני סוגים.

מהחי – בשר, עוף, דגים, חלב, הידועים כחלבונים בעלי ערך ביולוגי גבוה, (הגוף מנצלם טוב ביותר).

מהצומח – בקטניות, דגנים במוצרי סויה, שאיכותם לגוף פחות טובה, אולם בשילוב נכון של המזונות ניתן לנצלם היטב. (מזונות מהצומח המכילים חלבונים עשויים להכיל גם כמות גדולה של פחמימות כבדגניים, או כמות גדולה של שומן כבאגוזים ויש לחשבם בתפריט).

ויטמינים ומינרלים – חיוניים לפעילות התקינה של הגוף. נצרכים בכמויות קטנות ומקורותיהם בעיקר

ד"ר שרה קפלן, דיאטנית ראשית, מאוחדת וראש ביה"ס למדעי התזונה, מרכז אקדמי פרס



אקטואליה

דיווח מסימפוזיון רשתית - שהתקיים בסוף יוני 2016 בבית החולים איכילוב ומציג את תוצאות מחקר קבוצת ה-DRCR.net, העוסקת בהשפעת הטיפול השונים בסיבוכי סוכרת ברשתית | ד"ר אהוד רכטמן

מבוצעות צריכות לייזר רבות בהיקף הרשתית. ה-PRP מפחית ב-50% את הסיכון לאיבוד חדות הראייה, אך כרוך בפגיעה מסוימת בשדה הראייה ובראיית הלילה. בנובמבר 2015 התפרסמו תוצאות של שתי שנות הטיפול הראשונות של פרוטוקול S, והוא עתיד להימשך כ-5 שנים. כעבור שנתיים של טיפול, חדות הראייה בקבוצת הלוסנטים הייתה טובה יותר מקבוצת ה-PRP ב-2.2 אותיות בממוצע (עם משמעות סטטיסטית). בנוסף, העיניים בקבוצת הלוסנטים סבלו פחות מה-PRP מפגיעה ברגישות לאור בשדה הראייה, פיתחו משמעותית פחות DME ונזקקו לפחות ניתוחי הוצאת תוכן זגוגית העין (Vitrectomy). אם תוצאות אלו יתקבלו גם כעבור 5 שנות מחקר (צפויות להתפרסם ב-2018), הן עשויות להביא לשינוי משמעותי בדרך הטיפול ב-PDR ולשימוש רב עוד יותר בהזרקות Anti VEGF לחולי סוכרת.

ד"ר אהוד רכטמן, יחידת רשתית, מחלקת עיניים, בית החולים שיבא, תל השומר

(לדברי פרופ' ניל ברסלר) היא תגיע ל-3 מיליארדי דולרים. לפי המחקרים של ה-DRCR.net אמורות להינתן בממוצע כ-17 הזרקות Anti VEGF במהלך 5 השנים הראשונות של טיפול ב-DME. המחקר ההשוואתי בין אבסטין, אילייה ולוסנטים ל-DME הוכיח כי מתן תרופות המקור (אילייה ואחריה לוסנטים) יעיל יותר מאבסטין במקרי DME עם חדות ראייה של 6/15 ומטה. מתן הטיפול הרפואי על סמך ממצאי מחקר זה יוביל יותר חולי סוכרת לשמור על ראייתם, אולם בעלות ניכרת בגובהה הן להם (עקב השתתפות עצמית) והן למערכות הבריאות. עלות זאת מוערכת, בארה"ב לבדה, במיליארדי דולרים רבים לאורך השנים.

בנוסף, הציגה פרופ' סוזן ברסלר את ממצאיו של מחקר בשם פרוטוקול S, המשווה בין לייזר להזרקות לוסנטים בטיפול במצב מתקדם של רטינופטיה סוכרתית (רטינופטיה סוכרתית גששונית), Proliferative Diabetic Retinopathy (PDR). מאז שנות השבעים ועד היום הטיפול המוכח היחיד למצב של PDR הינו טיפול לייזר בשם Panretinal Photocoagulation (PRP), בו

יוני 2016 התקיים בבית החולים איכילוב כנס שדן בתוצאות מחקרי קבוצת ה-DRCR.net - קבוצת מחקר שעוסקת בהשפעת הטיפולים השונים בסיבוכי סוכרת ברשתית ונמצאת בחסות רשות הבריאות האמריקאית. המרצים הראשיים בכנס היו הפרופסורים ניל וסוזן ברסלר מארה"ב, מבכירי רופאי הרשתית בעולם ובין החוקרים המובילים ב-DRCR.net.

בנוסף לאמור על מחקרי ה-DRCR.net במאמר המופיע בגיליון זה (בעמודים 6-7) על הטיפולים החדשים בבצקת מקולרית סוכרתית (DME), הציג פרופ' ניל ברסלר את ממצאיו של מחקר חדש (שפורסם לראשונה ב-9 ביוני 2016) על יחסי עלות-תועלת של תרופות ה-Anti VEGF השונות ב-DME. המאמר האיר את בעיית העלות הכספית הגבוהה של מתן הטיפול המיטבי מבחינה רפואית. העלות השנתית של הזרקות Anti VEGF לכלל מחלות הרשתית (בעיקר ניוון רשתית רטוב - Wet Age Related Macular Degeneration) הגיעה ב-2010 בארה"ב בלבד ל-2 מיליארד דולר. ב-2013 העלות עלתה ל-2.5 מיליארד דולרים, ואילו ב-2016



סוכרת - תפקחו את העיניים

שכיחות מחלת סוכרת מסוג 2 עולה משנה לשנה, 1 מכל 10 בוגרים (מעל גיל 18) מתמודד עם מחלת הסוכרת, כ-500 אלף ישראלים כבר מאובחנים עם סוכרת ועוד כ-300 אלף ישראלים מוגדרים במצב "טרום סוכרת" | ד"ר ברוך יצחק

מה הקשר בין סוכרת לעיוורון?

רטינופתיה סוכרתית היא הסיבוך הרפואי הנפוץ ביותר של מחלת הסוכרת ומהווה גורם עיקרי לעיוורון בישראל ובמדינות המערב בגילאי 20-74 שנים. מחלת הסוכרת מגדילה באופן משמעותי את הסיכון האישי להתפתחות עיוורון, ביחס לרמת הסיכון של אדם שאינו מאובחן עם סוכרת. מחצית מהחולים הצפויים לפתח רטינופתיה בדרגות חומרה שונות יפתחו לאחר כעשר שנים מיום אבחון הסוכרת. ככל שהסוכרת אינה מאוזנת כך הפגיעה קשה יותר. נתונים עדכניים של משרד הבריאות מעידים כי 1/3 מחולי הסוכרת אינם מצליחים לאזן את רמות הסוכר בדמם ועל כן חשופים להתפתחות סיבוכי סוכרת, כמו רטינופתיה סוכרתית. ככל שנקדים את הטיפול לאיזון הסוכרת ונבחר בטיפול היעיל ביותר להפחתת רמות הסוכר, כך נוכל לצמצם את הסיכון לרטינופתיה סוכרתית.

מהי רטינופתיה סוכרתית?

מחלת הסוכרת מתבטאת במצב כרוני של ערכי סוכר גבוהים בדם. הלב לב אינו מצליח לווסת את רמות הסוכר בדם ועודף הסוכר בדם פוגע באיברים שונים בגוף. כלי הדם הקטנים המזינים את רשתית העין רגישים ביותר לנזקי הסוכר. כתוצאה, מופיעים תסמינים של דימומים ושילפוחיות בכלי הדם. במידה והבעיה אינה מאובחנת ומטופלת, עלולים לצמוח כלי דם חדשים לא תקינים הנוטים להיקרע ולגרום

לדימומים חמורים, להיפרדות רשתית ולירידה חדה ופתאומית בראיה עד כדי עיוורון.

כיצד ניתן למנוע רטינופתיה סוכרתית?

רטינופתיה סוכרתית מתפתחת בד"כ באופן סמוי, מבלי שהחולה חש בדבר עד לשלבים מתקדמים של המחלה. על כן, מומלץ לכל חולה סוכרת לבצע מעקב מסודר אצל רופא עיניים בתדירות של אחת לשנה או יותר, בהתאם להמלצת רופא העיניים. ככל שהאבחון מתבצע בשלב מוקדם יותר, כך ניתן לטפל יותר ביעילות ולהפחית את הסיכון לאיבוד ראייה. לצד בדיקות העיניים התקופתיות, חשוב ביותר להגיע לאיזון רמות הסוכר ולהשגת שליטה במחלת הסוכרת.

חשיבות איזון רמות הסוכר בדם

מטרת הטיפול בסוכרת הינה להוריד את הסוכר לערכים הקרובים, כמה שניתן, לערכי סוכר תקינים בדם, מבלי לגרום להיפוגליקמיה. בשנים האחרונות ישנם מגוון רב של טיפולים חדשים לסוכרת מסוג 2 שמאפשרים להשיג איזון יותר מבעבר. מגוון תרופות אלו כולל את הקבוצות הטיפוליות של ה-GLP1 (Agonists), קבוצת מעכבי SGLT-2, קבוצת מעכבי DPP4 וקבוצת הטיפול TZD (thiazolidinediones) הקרויה גם גליטזונים. עם זאת, אינסולין עדיין נשאר התרופה היעילה ביותר להורדת רמות הסוכר בדם. להתחלת טיפול מוקדמת באינסולין יתרונות רבים כאמצעי למניעת הדרדרות מחלת הסוכרת והתפ-

חתות סיבוכי מחלה כדוגמת רטינופתיה סוכרתית. כידוע, הקושי העיקרי בטיפול באינסולין הוא החשש מפני היפוגליקמיה ועליה במשקל. כיום אנו עדים להתקדמות ולחידושים גם בתחום הטיפול באינסולין הכוללים דור חדש של אינסולינים ארוכי טווח העובדים יותר מ-24 שעות ומפחיתים משמעותית את שכיחות אירועי ההיפוגליקמיה בשעות היום והלילה. בשוק היום קיימים היום אינסולינים ארוכי טווח חדשים, "טוג'או" (Toujeo), בזאגלר (Basaglar) - ביוסמילאר של לנטוס ו"טרגלודק" (Tregludex). לאחרונה התבשרנו כי לסל התרופות הישראלי, שכלל עד לאחרונה אינסולינים ארוכי טווח ("לכמיר", ו"לנטוס") עבור חולי סוכרת, נוסף גם האינסולין החדש טוג'או. זהו למעשה הדור הבא של אינסולין גלרג'ין ("לנטוס") ומגיע בריכוז גבוה פי 3 של החומר הפעיל. לטוג'או שליטה רצופה ברמות הסוכר במשך יותר מיממה שלמה בשילוב הפחתה משמעותית בשכיחות אירועי ההיפוגליקמיה בשעות היום והלילה וירידה בסיכון לעלייה במשקל. זוהי אופציה טיפולית חדשה ויעילה לחולי סוכרת מסוג 1 ו-2 שאינם מאוזנים כיום בתכנית הטיפולית שלהם. לסיכום, שילוב בין איזון קפדני של רמות הסוכר ובדיקות מעקב תקופתיות, תוך שמירה על תזונה בריאה ופעילות גופנית, צפויים לתרום משמעותית לצמצום הסכנה של חולי סוכרת להתפתחות סיבוכי סוכרת וללקות ברטינופתיה סוכרתית.

ד"ר ברוך יצחק, מומחה ברפואת משפחה ויועץ סוכרת

ומה אומרות קופות החולים?

מעט על חשיבות בדיקות עיניים בחולי סוכרת

באדיבות: ד"ר דניאל אופיר, רופאת עיניים, שירותי בריאות כללית, מחוז דרום

בישראל כחצי מיליון חולי סכרת ועוד עשרות אלפים שטרם אובחנו. הפגיעה העיקרית בעין הינה ברשתית, אך קיים סיכון מוגבר למחלות כגון קטרקט וגלאוקומה. הפגיעה ברשתית נקראת רטינופתיה סוכרתית והיא מהווה גורם מוביל לעיוורון בעולם. בסוכרת דופן כלי הדם נחלשת ותוכנם דולף. בשלבים הראשונים הרטינופתיה אינה משגשגת (Non Proliferative Diabetic Retinopathy) ומתבטאת בדיומום ברשתית והצטברות נוזלים הגורמת לבצקת. בהמשך, אזורים ברשתית אינם מקבלים אספקת חמצן דרושה ונוצרת איסכמיה. מצב זה מביא ליצירת כלי דם חדשים כמנגנון פיצוי, שצומחים לחלל העין (הזוגית), שברירם ומדממים, מצב הקרוי Proliferative Diabetic Retinopathy.

סימפטומים

הפגיעה אינה בהכרח מורגשת בתחילה, בעיקר אם אינה מערבת מרכז הרשתית (המקולה). בצקת מקולרית גורמת לירידה בראייה ולעיוות התמונה. דימומי כלי דם חדשים גורמים לאובדן ראייה זמני, והפרדות רשתית יכולה לגרום לאובדן ראייה קבוע.

אבחון

במחוזות השונים של כללית מקיימים פעילויות יזומות לעידוד חולי סוכרת לביצוע בדיקות עיניים. אנו מקיימים 'מי בריאות' מרוכזים שבהם מזמנים את המטופלים לבדיקות עיניים ובאותו יום גם עורכים בדיקות כף רגל סוכרתית, חיסוני שפעת אם נדרש, הערכה קלינית של רופא ודיאטנית. במחוז מרכז שולחים הודעות תזכורת SMS לקוחות אשר מנויים על שירותי און-ליין מקבלים המלצה

"מסתכלים לסוכרת בעיניים"

תכנית ייחודית של מאוחדת למניעת סיבוכי עין סוכרתית במחוז דרום | באדיבות: רוחמה כהן- אחות סוכרת מחוזית, צביה קסל-מקדמת בריאות מחוזית, מחוז דרום, מאוחדת

רבים לא מודעים לכך, אבל סוכרת היא בין הגורמים העיקריים המובילים לעיוורון! לכו להיבדק – אל תעצמו עיניים! בעיות ראייה הן דוגמא כאובה לסיבוכים הנלווים לסוכרת המהווה גורם סיכון מספר שלישי לעיוורון בארץ ובעולם. סיכון נפוץ העלול לגרום לעיוורון הוא רטינופתיה סוכרתית, ולפיכך כל חולה בסוכרת חייב לבצע בדיקת רופא עיניים באופן סדיר, אחת לשנה, כדי לאבחן בעיות מוקדם ולטפל בהן לפני שיווצרו נזקים בלתי הפיכים.

מומחי מאוחדת קובעים:

"סוכרת היא אמנם מחלה כרונית, אולם שינוי בסגנון ואורח החיים מאפשר לחיות חיים ארוכים ובריאים" במחוז דרום של מאוחדת פועלים לקידום בריאות הלקוחות למניעת תחלואה, למניעת סוכרת וסיבוכיה ע"י בניית תכניות התערבות בדגש על התאמה רב תרבותית ובשיתוף צוות רב מקצועי וגורמים בקהילה. במסגרת התכנית מוזמנים חולי סוכרת שלא נבדקו ע"י רופא עיניים בשנה/שנתיים האחרונות למעקב הכולל השלמת בדיקות המעקב השנתי בסוכרת. במחוז פועלת ובהצלחה רבה תכנית בשיתוף עמותת "לראות" להשלמת בדיקות עיניים במרפאות בהן מספר גדול של חולי סוכרת עם נגישות נמוכה לרופא עיניים ולהעלאת מודעות

אישית להגיע ולבצע בדיקות עיניים על חולי הסכרת להיבדק אצל רופא העיניים עם אבחון המחלה. בדיקת העיניים דורשת הרחבת האישונים ובמידה ותאובחן רטינופתיה יופנה המטופל לבדיקות עזר:

1. צילום פלורסין- צילום רשתית העין להדגמת כלי דם. פלורסין מוזרק לוריד ביד, ונמדדת זרימתו בכלי דם תוך אבחון מקורות דלף או חסימה.
2. צילום OCT - צילום הרשתית עם מיפוי השכבות השונות. מאפשר מעקב אחר נוזלים באזורי בצקת.

טיפול

- **מניעה** - גלוקוז גבוה ויתר לחץ דם מהווים גורמי סיכון לרטינופתיה, ואיזונם תורם לעיכוך ואף למניעת המחלה.
- **טיפול בלייזר** - הטיפול בלייזר נועד לשמר ראייה קיימת ולמנוע התדרדרות.
- **הזרקות ANTI-VEGF** - נעשות בתנאים סטרילים ותחת הרדמה מקומית לחלל העין. VEGF הינו משמעותי בפגיעה בכלי הדם וקיים בריכוז גבוה ברטינופתיה. ההזרקות מביאות לנסיגת הבצקת וכלי הדם החדשים, ועל ידי כך לשיפור הראייה.
- **הזרקות סטראואידים** - לחלל העין תחת הרדמה מקומית ולטיפול בבצקת ברשתית.
- **ניתוח** - במצבים בהם מופרדת הרשתית יש לבצע פעולה כיורוגית (ויטרקטומיה) לשאיבת הזוגית וניתוק מקורות המשיכה של הרשתית.

מה לעשות?

כיום קיים טיפול ברטינופתיה הסוכרתית ולכן אבחון מוקדם בבדיקת רופא עיניים יתרום לטיפול מוקדם לתוצאות ראייה טובות יותר.

תכנית לאומית

איתור וטיפול מוקדם של פגיעה סוכרתית ברשתית ובעיקר של בצקת במרכז הראייה מוריד את הסיכון לאיבוד ראייה חמור | באדיבות: ד"ר יולנדה פרידריך, רופאה מחוזית, מחוז צפון, לאומית

על פי התוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואה בקהילה:

- בדיקת רופא עיניים לחולי סוכרת שאינם ותיקים (בני 84-18) נדרשת אחת לשנתיים.
- בדיקת רופא עיניים לחולי סוכרת ותיקים (בני 84-18) נדרשת אחת לשנה.
- רופאי המשפחה מודעים להנחיות ומפנים את החולים הסוכרתיים לבדיקת עיניים כשגרה.
- הסיעוד במרכזים הרפואיים מפיק דו"ח של כל חולי הסוכרת אשר לא נבדקו בהתאם להנחיות ומבצע זימון יזום. לעיתים מבצעים ימי בריאות בהם מזמנים את חולי הסוכרת באופן יזום לבדיקת עיניים כחלק מבדיקה כוללת של החולה הסוכרתי הכללי ולעיתים עורכים ימים מרוכזים לבדיקת עיניים לחולי הסוכרת.
- במחוז צפון בשנה האחרונה, הורחב מאוד, השיי רות בתחום רפואת העיניים והוכנס ציוד חדש למספר מרכזים רפואיים בדגש על צמצום פערים ואי שוויון תוך הסתכלות כוללת ובחינת ושיעור חולי הסוכרת באזור. כמו כן נערכו מספר ימי בריאות בשילוב עמותת לראות במרכזים רפואיים בהם שיעור חולי הסוכרת גבוה ואין שירות נגיש של רפואת עיניים.



העמותה לחשיך בריאות העין ומניעת עיוורון בישראל (נע"ר)

בדיקה פשוטה אחת יכולה להציל את הראיה שלך

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, סדילה
שלוש	עין עצלה, סדילה
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	ביוון 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



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: 7.2016)



Amsler Grid לבדיקה עצמית

- החזק/י את התמונה במרחק 36 ס"מ, הרכב/י משקיף 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

