



בריאות העין

מוסף מיוחד בחסות עמותת לראות ואיגוד רופאי העיניים בישראל

נבדקים היום כדי לראות את המחר



סרקו את ה-QR לקבלת
בדיקת ראייה ללא עלות.



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





תוכן

טומוגרפיה אופטית של העין (OCT)

ד"ר דפנה גולדנברג [4]

לראות את הנולד:

בדיקות גנטיות למחלות עיניים תורשתיות

ד"ר תמר בן-יוסף [6]

מחקר וטיפול באמבליופיה באמצעים חדשים

פרופ' אברהם שפירר [8]

ניתוחי קטרקט לחולי גלאוקומה - אתגרים והצלחות

ד"ר חני ורביץ [10]

עדשות פרימיום להשתלה בניתוח ירוד

ד"ר מודי נפתלי [12]

טכניקות חדשות בהשתלת קרנית

ד"ר דוד צדוק [14]

פרוייקט הניידת לקשישים נזקקים

נדן הולנדר [15]

ניווט רשתית - איזו תרופה טובה יותר?

ד"ר דוד האוזר [16]

לוטיאין עדיף מויטמין A בניווט הרשתית הקשור

לגיל, ולאומה 3 אין כל יעילות!

פרופ' ענת לבנשטיין, ד"ר אייל כהן [18]

"שווה לראות": טכניקה לטיפול בגלאוקומה

ד"ר ביאטריס טיאוסנו [20]

פגיעת סוכרת בעין - עדכונים בטיפול

פרופ' אילה פולק, ד"ר אמיר בוקלמן [22]

ניתוחי לייזר להסרת משקפים - לאן?

פרופ' יוסף פרוכט-פרי [24]

חידושים בתחום הסרת המשקפיים בלייזר -

לראות יותר טוב מ 6/6

פרופ' אור קיזרמן, צחי סלע [26]

מחלת בכצ'ט - ביטויים עיניים וטיפולים חדשים

ד"ר רדגונד עאמר [28]

דוקטור, העיניים שלי יבשות

ד"ר דוד ורסנו [30]

הדמעות יורדות מעצמן

ד"ר אריה נמט [32]

בדיקות ראייה בכל הארץ לרגל חודש המודעות החמישי לבריאות העין

ניתן לטפל ב-80% ממקרי אובדן ראייה אם מגיעים בזמן לבדיקות עיניים אצל רופא ולבדיקות ראייה אצל אופטומטריסט.



סרקו את ה-QR לקבלת בדיקת ראייה ללא עלות.

עמותת לראות מזמינה אתכם לבדיקות ראייה ללא עלות ברחבי הארץ. רשימת המקומות בהם תוכלו להיבדק נמצאת באתר עמותת לראות www.eyes.org.il

09-9518475

עמותת לראות מפעילה ניידת לבדיקות עיניים לקשישים בקהילה

קבוצות מאורגנות מוזמנות ליצור קשר לקבלת השירות 09-7748983



פרופ' וינברגר בודק מטופלת

עמותת לראות

www.eyes.org.il

09-9518475



עורכת אחראית: נדן הולנדר, מנכ"ל עמותת לראות
עוזר לעורכת: דורון זרצקי, מנהל פרויקטים עמותת לראות
עורך מקצועי: פרופ' אור קיזרמן | הפקה: טל סמואל
גרפיקה: אפרת בייטלר | המוסף בחסות עמותת לראות ואיגוד רופאי העיניים בישראל | מהדורה דיגיטלית והפצה עם ישראל היום

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



דבר העורך

קוראים יקרים, תחום רפואת העיניים הוא אחד התחומים הדינמיים והמתקדמים בקצב מהיר ביותר מכל תחומי הרפואה. מבחינה טכנולוגית אנחנו תמיד בין הראשונים לאמץ כלים חדשים, עדשות אופטיות מקדמות, דבקים חדישים וליזרים מתקדמים.

לאור זאת גם היכולות לתקן ולהחזיר לאנשים את מאור עיניהם הולכות ועולות כל שנה. במוסף זה ניסינו לרכז עבורכם את החידושים האחרונים בכל תחום ותחום ממיטב המומחים לרפואת העיניים בארץ. אני מאחל לכם קריאה מהנה והעיקר לא לשכוח שגם אם הכל בסדר דרוש ללכת מדי פעם לבצע בדיקה תקופתית של מצב העיניים והראיה.

פרופ' אור קיזרמן
מנהל שרות הקרנית ועין יבשה
מרכז רפואי ברזילי



דבר מנכ"לית לראות

לרגל חודש המודעות החמישי לבריאות העין עמותת לראות מגישה לציבור את המוסף השנתי ברפואה מונעת בעיניים בשיתוף איגוד רופאי העיניים בישראל. מטרתנו היא להעביר

לציבור חידושים בטיפולים וטכנולוגיות, ידע מקצועי וממצאי מחקר חדשים, כדי שישמור על בריאות העיניים ויקפיד על בדיקות שגרתיות.

80% ממחלות עיניים ניתנות לטיפול אם מגיעים בזמן לרופא!! בחודש המודעות תוכלו גם השנה להיבדק ללא עלות ביותר ממאה קליניקות של אופטומטריה ברחבי הארץ, המפורסמות באתר העמותה www.eyes.org.il אל תחמיצו הזדמנות לבדוק את ראייתכם וראית בני משפחותיכם.

מה חדש השנה? באתר עמותת לראות תוכלו לצפות ב-6 סרטים חדשים ולהתעדכן בטיפולים ובדיקות עיניים מטובי רופאי העיניים במדינת ישראל. תוכלו להתייעץ אישית אצל רופאים בכירים במסגרת הפורומים באתר והשנה הוספנו גם פורום ברפואת עיניים ילדים.

פרויקט הניידת לקשישים נזקקים פועל בכל הארץ ותוכלו לקרוא על כך בכתבה נפרדת. ברצוני להודות לכל המתנדבים, התורמים והתומכים בעמותה במשך כל השנה כדי שנוכל להגשים את מטרותינו ולהציל את ראייתם של אלפי אזרחים.

לא מזמן קבלנו את ברכתה של שרת הבריאות הגב' יעל גרמן ושל המדען הראשי פרופ' אבי ישראלי על פעילות עמותת לראות לקידום המחקר למניעת עיוורון ועל הפרויקטים ברפואה מונעת.

אנו מבקשים מכם את תמיכתכם הצנועה למען הפעילות השנתית שלנו. נשמח על משלוח תרומה באמצעות הטלפון הנייד לאורך כל חודש דצמבר.

בתודה מקרב הלב
נדין הולנדר
מנכ"ל עמותת לראות

תורמים 10 שקלים בחודש המודעות החמישי לבריאות העין ומסייעים למניעת עיוורון בישראל

סמסו 10 למספר 2112
עמותת לראות
www.eyes.org.il



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

חברי ועד מנהל

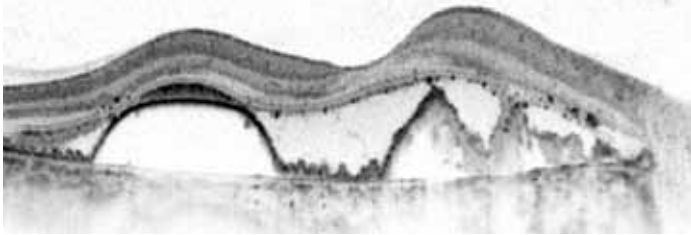
פרופ' ארי ברזילי, פרופ' דב ויינברגר, פרופ' אלי חזום, פרופ' ענת לוינשטיין, פרופ' חנא גרזוזי, פרופ' יעקב פאר, פרופ' אהוד אסיה, פרופ' אידו פרלמן, פרופ' דרור שרון, פרופ' יאיר מורד, פרופ' אבי סלומון, ד"ר חני ורבין, ד"ר רונית לוינגר, ד"ר יפית שטרק, גב' איריס שפיגל, מר מרק עמוס, ד"ר ניר ארדינסט, מר יאיר שפר, מר אשר גרינבאום

טומוגרפיה אופטית של העין (OCT) העתיד כבר כאן

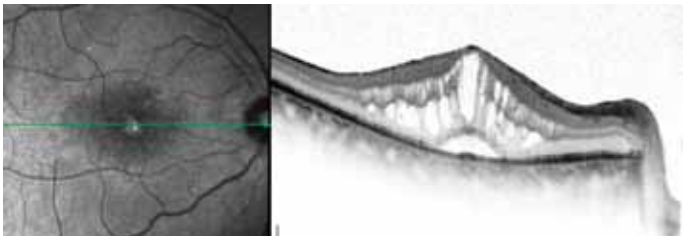


ד"ר דפנה גולדנברג,
מרפאת רשתית והדמיה,
אחריות המרפאה להדמיה
אופטית של העצב והרשתית,
מרכז רפואי תל-אביב.

שינוי או חסר שכבות וכן הצטברות נוזלים תת או תוך רשתיים. בדיקת ה-OCT מסייעת באבחון המחלות, בהבנת התהליכים המביאים להתפתחותן ובמעקב אחריהן. הבדיקה מהווה את דרך האבחון והמעקב העיקרית בניזון מקולרי גילי (נמ"ג = AMD). בנוסף הבדיקה מסייעת באבחון ומעקב אחר מחלות כלי דם כחסימות ורידיות, חסימות עורקיות, פגיעת רשתית סוכרתית כמו גם מחלות דלקתיות של העין, מחלות גנטיות, רטיניטיס פיגמנטוזה, סיבוכים אחרי ניתוחי קטרקט, מעקב אחר נבוסים, גידולים שפירים וממאירים ופגיעות מחבלות.

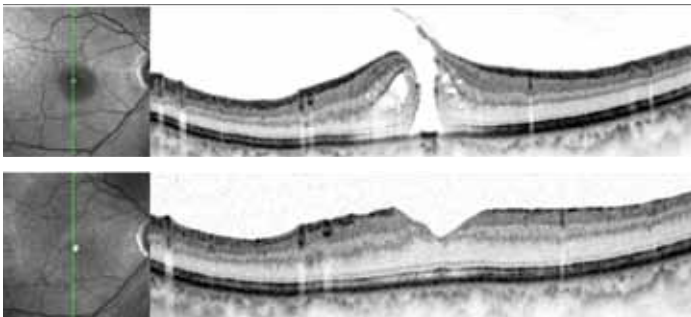


טומוגרפיה אופטית (OCT) המדגימה ניזון רטוב של המקולה המחייב הזרקות תוך עיניות



טומוגרפיה אופטית (OCT) המדגימה בצקת במרכז הראיה כסיבוכן אחרי ניתוח קטרקט

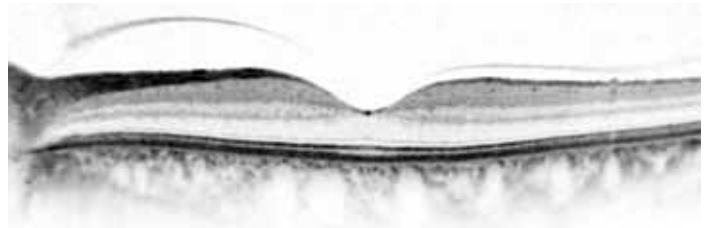
בדיקת ה-OCT הכרחית גם לאבחון ומעקב מחלות עיניים שהטיפול בהן הוא כירורגי כחורים מקולרים, ממברנה אפירטינלית, משיכה זגוגיתית ורטינוסקיזיס ומסייעות במעקב לאחר הניתוח במחלות אלו.



טומוגרפיה אופטית (OCT) המדגימה חור מקולרי במרכז הראיה (תמונה עליונה) וסגירתו בעקבות ניתוח (תמונה תחתונה)

אחת ההתפתחויות המרשימות ביותר ברפואת העיניים בשנים האחרונות היא התפתחות טכנולוגיית הדמיה חדשנית שנקראת OCT (קיצור של Optical Coherence Tomography). הטכנולוגיה מאפשרת לנו בפעם הראשונה ברפואת עיניים ואולי אפילו בכלל ברפואה לקבל תמונות עם חתכים כמעט הסטולוגים באדם חי וזאת באמצעות בדיקה לא פולשנית שדומה לצילום במצלמה ואורכת דקות ספורות. הטכנולוגיה הוצגה לראשונה לרפואת העיניים ב-1991 ומאז מתפתחת במהירות. השימוש ב-OCT חדר לחיי היום יום שלנו במרפאות ומסייע בהערכת מחלות עיניים כמעט בכל התחומים. הבדיקה מאפשרת הדמיית מבנה של רקמות ביולוגיות כמו הרשתית, עצב הראיה, הקרנית וזווית העין תוך קבלת חתכים ברזולוציה גבוהה מאוד (5- מיקרון) המספקים מידע חיוני לרופא. הבדיקה **אינה** כרוכה בסיכונים למטופל ו**אינה** מכילה קרינת רנטגן. גלי אור מוקרנים לכיוון הרשתית, סורקים אותה וחוזרים חזרה למכשיר. זיהוי שכבות הרשתית השונות מבוסס על ההבדל במידת הרפלקטיביות ביניהם (הבדל במידת חזרת האור).

בהסתכלות על תמונת ה-OCT המצורפת אשר עוברת דרך רשתית נורמאלית ניתן לזהות את כל 10 השכבות המרכיבות את הרשתית וניתן להתרשם מהדמיון הרב בין המראה המתקבל ב-OCT ובין מראה של חתך היסטולוגי. השקע במרכז החתך שקיים במרכז הראיה הוא המבנה התקין וכל מבנה שחורג ממנו הוא בבחינת פתולוגיה.



טומוגרפיה אופטית (OCT) של הרשתית הנורמלית

כיום בדיקת ה-OCT היא בדיקת שיגרה ברפואת עיניים שלא ניתן להתנהל בלעדיה. היא מספקת מידע הכרחי לרופאי העיניים בתחומי הרשתית, הגלאקומה, האובאיטיס, הניורואופלמולוגיה והקרנית. בשל הקלות והזמינות של הבדיקה גם ילדים יכולים לבצע אותה בהצלחה ואף ניתן לבצעה על פי הצורך בפעוטות, במצבים של חוסר שיתוף פעולה ובמהלך ניתוחים. הבדיקה מהווה אבן דרך במחקר מחלות עיניים שונות בארץ ובעולם. במרפאת העיניים של המרכז הרפואי תל אביב מצויים 5 מכשירי OCT מהמשוכללים והמתקדמים הקיימים בעולם, כל אחד ייחודי ונותן מענה לצרכים שונים.

בתחום הרשתית והאובאיטיס ה-OCT מאפשר לנו לזהות הפרעות ושינויים במבנה שכבות הרשתית השונות כגון עיוות,

לראות דרך...



כחלק מהעשייה של דור אלון, אשר חרטה על דגלה את ערכי התרומה לקהילה והאחריות החברתית, אנו גאים לקחת חלק בעשייה המבורכת של עמותת "לראות" ולעזור לכם להפיץ את האור. **אתכם לאורך כל הדרך.**



ד"ר תמר בן-יוסף,
הפקולטה לרפואה,
טכניון

לראות את הנולד: בדיקות גנטיות למחלות עיניים תורשתיות

טכנולוגיה הנקראת אבחון טרום-הרשתי, המאפשרת לוודא שהמחלה לא תעבור לדור הבא, במידה שהמשפחה מעוניינת בכך. בנוסף, לחלק ממחלות העיניים התורשתיות (בעיקר לניזון רשתית תורשתית) אין כיום טיפול יעיל. יחד עם זאת, בארץ ובעולם נבחנים טיפולים ניסיוניים שונים למחלות אלה. חלק מהטיפולים האלה מכוונים לחולים עם מוטציות בגנים מסויימים בלבד. אי לכך חשוב שכל חולה ידע מה הגן האחראי למחלה שלו, כדי שידע אם הוא מתאים להשתתף בטיפול ניסיוני כזה או אחר. דוגמה לכך היא ניסויי הריפוי הגני המתקיימים במספר מקומות בעולם, ואף בישראל, בחולים עם מחלה ניוונית של הרשתית ע"ש לבר כתוצאה ממוטציות בגן RPE65. רק חולים עם מוטציות בגן זה מתאימים להשתתף בניסוי.

לסיכום, בדיקות גנטיות הן כיום חלק בלתי נפרד מהטיפול הכולל בחולים עם מחלות עיניים תורשתיות. לבדיקות אלו משמעותיות והשלכות חשובות לחולה עצמו ולבני משפחתו, בהווה ובעתיד. **לחולים המעוניינים להיבדק מומלץ לפנות ליעוץ גנטי במסגרת קופת החולים או בבית חולים במקום מגוריהם.** היועץ הגנטי יפנה אותם לביצוע הבדיקות המתאימות.

המאפיינים הפיזיים של גופינו, וגם המחלות בהן אנו לוקים, הם תוצאה של שילוב בין הגנים שירשנו מהורינו לבין הסביבה אליה אנו חשופים. עובדה זו נכונה גם כשמדובר במחלות עיניים. ישנן מחלות (כגון דלקת עיניים חיידקית) שהן תוצאה של השפעה סביבתית בלבד; מחלות אחרות (כגון ניוון מקולרי תלוי גיל (AMD)), נגרמות משילוב של גורמים סביבתיים ותורשתיים; אולם אחד ל 500-1000 אנשים באוכלוסיה סובל מליקוי ראייה בשל מחלת עיניים הנגרמת רק, או בעיקר, מסיבות גנטיות. מחלות אלו כוללות, בין השאר: קטרקט מולד, נזירופתיה אופטית תורשתית ע"ש לבר, דיסטרופיה של הקרנית, וקבוצת מחלות המכונות ניוון רשתית תורשתית. בקבוצה זו נכללות המחלות רטיניטיס פיגמנטוזה (המאופיינת באובדן של ראיית לילה, ובהמשך - מאובדן הדרגתי של הראייה המרחבית, עד כדי עיוורון), מחלת סטרגרדט (המאופיינת בעיקר בפגיעה במרכז שדה הראייה), מחלה ניוונית של הרשתית ע"ש לבר (המאופיינת בעיוורון מולד) ועוד.

החומר הגנטי (הדנ"א) מכיל רצפים הקרויים גנים, המהווים למעשה את הוראות ההפעלה של גופינו. שיבושים (מוטציות) בגנים אלו יגרמו להפרעה בפעילות המערכות השונות של גופינו, כולל העין. הטכנולוגיות הקיימות כיום מאפשרות לבדוק ביעילות ובדייקנות אלו מוטציות ירשנו מהורינו. בשנים האחרונות נמצאו הגנים האחראיים למספר גדול של מחלות עיניים תורשתיות. כמו כן נמצאו מוטציות ספציפיות הנפוצות במיוחד באוכלוסיות מסויימות. בישראל, באוכלוסיה היהודית קיימות מוטציות הנפוצות בעדות שונות ואילו באוכלוסיה הערבית קיימות מוטציות הנפוצות בכפרים ומקומות יישוב שונים. מידע זה מאפשר בדיקה ממוקדת של כל חולה על פי מוצאו ומקום מגוריו. חלק מהבדיקות כבר מבוצע באופן רוטיני במערכת הבריאות (למשל, הבדיקה למוטציה בגן PCDH15 הגורמת לתסמונת אשר מסוג 1 ביהודים אשכנזים ולמוטציה בגן CERKL הגורמת לניזון רשתית ביהודים ממוצא תימני). בדיקות אחרות (כולל בדיקות למוטציות הגורמות לרטיניטיס פיגמנטוזה ביהודים ממוצאים שונים) מתבצעות בינתיים במסגרת מעבדות מחקר בלבד.

מדוע חשוב לבצע בדיקות גנטיות? מכמה סיבות: ראשית, זיהוי הפגם הגנטי הגורם למחלה בחולה מאפשר לבדוק קרובי משפחה נוספים (בן/בת הזוג, אחים, צאצאים) ולתת למשפחה יעוץ גנטי מקיף לגבי סיכויי הישנות המחלה. יתר על כן, כיום קיימת

על בדיקות עיניים - מי בודק מה?

קל לבלבל בין רופא עיניים, אופטומטריסט ואופטיקאי. אך לכל אחד יש תפקיד מוגדר בטיפול בבעיות ראייה.

• **רופאי עיניים** - מבצעים בדיקות עיניים וניתוחים, מאבחנים מחלות עיניים ורשמים מרשמים למשקפיים, עדשות מגע ותורפות. אם אתה מבחין באחד הסימפטומים הבאים - כאב עיניים, ירידה בראייה, הבזקים או ראייה כפולה - עליך לקבוע מיד תור אצל רופא עיניים. בנוסף, אם יש לך היסטוריה משפחתית של מצב עיניים העלול להוביל לעיוורון, כמו גלאוקומה או AMD הקשורה לגיל, עליך להיבדק אצל רופא עיניים באופן סדיר.

• **האופטומטריסטים** - מבצעים בדיקות עיניים. הם בוחנים את חדות הראייה, מיקוד וקואורדינציה, תפיסת עומק ועיוורון צבעים. הם מאבחנים מצבים כמו קוצר ראייה (מיופיה), רוחק ראייה (היפרמיופיה), הצורך במשקפי ראייה (פרסביופיה) וליקוי ראייה הנקרא אסטיגמטיזם. האופטומטריסט מתאים משקפי ראייה, עדשות מגע ועזרים לליקויי ראייה.

• **האופטיקאים** - מקבלים מרשמים למשקפים ועדשות מגע מהאופטומטריסטים. הם מלטשים את העדשות למשקפיים ומרכיבים את העדשות במסגרות ומייצרים את עדשות המגע.

**כל החנות
במבצע!**

**קנה
1
קבל
2**

במתנה!

ניתן להעביר את זכות המתנה
לבני משפחה או חברים שונים

המבצע
על כל מסגרות
הראיה
והשמש

המבצע
גם על
עדשות
מגע

המבצע
גם על
עדשות
מולטיפוקל

הלפרין
רשת האופטיקה הזולה והמקצועית בישראל
מייסודו של הרב רפאל הלפרין זצ"ל



www.optica-halperin.com
לכירור הסניף הקרוב: *6069 הלפרין (מספרים) הטובים ביותר



מחקר וטיפול באמבליופיה באמצעים חדשים



פרופ' אברהם שפיר
מנהל היחידה למחלות עיניים
בילדים ופיזילה, מרכז רפואי
שיבא, תל השומר

מצד הוריו). זאת מסיבות שונות: בסגירת העין הטובה אנו משאירים את הילד עם ראייה לקויה ולכן הפרעה לתפקוד הראיתי של הילד וחוסר אוריינטציה מרחבית שלו, קימת הפרעה לראיה הדו-עינית; לעיתים ישנה הופעה של פיזילה שהיתה סמויה או החמרה בזווית פיזילה קימת; יתכנו הפרעות פסיכולוגיות על רקע סגירת העין עקב בושא של הילד לנוכח החברים; הדבק (של המדבקה סביב העין) מציק לילד והסרת המדבקה כרוכה באי-נוחות; בילדים עם נטיה לאלרגיה יכולה להתפתח פריחה בעור סביב העין כתוצאה מהדבק.

טיפול חדשני, פרי מחקר ישראלי, הינו שימוש במשקפיים אלקטרוניים. תוצאות המחקר שבדק את יעילות המשקפיים לטיפול בעין עצלה פורסמו בעיתון החשוב INVESTIGATIVE OPHTHALMOLOGY AND VISUAL SCIENCE.

במשקפיים האלקטרוניים אחת העדשות נעשית אטומה לאור (נסגרת) או שקופה לאור (נפתחת) לסירוגין על פי תכנות מוקדם. פעולה זו מבוקרת ע"י מרכיב אלקטרוני הנמצא במסגרת של המשקפיים. במחקר שנעשה ב-3 מרכזים: הדסה, תל השומר ומאיר טופלו 28 ילדים. מצאנו כי סגירה של העין הטובה למשך 40 שניות כל דקה, הביאה לשיפור חדות הראיה בעין העצלה וכן לשיפור בראיה הדו-עינית. יתרון משקפיים אלו הינו הימנעות מהצורך להדבק רטייה על עין אחת, הסגירה והפתיחה של העין מתבצעות לסירוגין בצורה שאיננה חוסמת את הראיה באופן מתמשך ומאפשרת שימוש (לסירוגין) של הראיה הדו-עינית. **כיום, משקפיים אלו ניתנים לשימוש לפי הוראות הסגירה של הרופא המטפל.**



משקפיים אלקטרוניים. חסימה של העדשה לאור מתוכנתת מראש לכל ילד בהתאם לצורך הטיפולי שלו.

בתהליך הראיה התקין שתי העיניים מקבלות את הגירוי הראיתי על רשתית העין. מהרשתית האותות החשמליים של הראיה עוברים דרך חיבורים עצביים (סינפסות) לתוך המוח ועד הקורטקס הראיתי. במהלך התפתחות הראיה בילדים ישנה תחרות בין הסינפסות המגיעות מ-2 העיניים לקורטקס. לכן, אם גירוי ראיתי איננו מגיע מעין אחת - הסינפסות מהעין הזו (שכבר נוצרו במהלך החיים העובריים) מתנוונות ובמקומן נוצרות סינפסות חדשות מהעין הדומיננטית-הרואה. זהו הבסיס הפיזיולוגי להתפתחות עין עצלה או אמבליופיה. מסיבה זו לגירוי הראיתי בגיל הרך ישנה חשיבות בבניית מערכת הראיה המובילה מהרשתית למוח.

התפתחות הראיה מתרחשת במהלך 10 השנים הראשונות לחיי הילד והיא נקראת התקופה הקריטית להתפתחות הראיה. בתקופה הקריטית העין והמוח רגישים להפרעות בגירוי הראיתי, דבר שיגרום להפרעה בהתפתחות הראיה על רקע השינויים המוחיים. מצד שני החזרת הגירויים הראיתיים בתקופה הקריטית - תחזיר את ההתפתחות הנורמלית של התאים השונים במוח וכך תביא לשיפור בחדות הראיה או לשיפור העין העצלה.

מחקרים הראו כי אמבליופיה הינה האחראית לאובדן הראיה בחולים עד גיל 45 שנים, יותר מאשר כל מחלות העיניים והטראומה גם יחד. בפינלנד נמצא כי אבדן הראיה בעין הטובה בקרב חולים עם אמבליופיה קרה בשכיחות של 1.75 מקרים לכל 1000 אנשים באוכלוסיה. מצד שני עיוורון בילדים אובחן רק ב-0.11 ילדים וב-0.66 מבוגרים לכל 1000 אנשים באוכלוסיה.

אמבליופיה או עין עצלה יכולה לנבוע מפיזילה, אנאיזומטרופיה (הבדל בתשבורת העין בין 2 העיניים), או מחסימה והפרעה ממושכת של הראיה, למשל ירוד מולד או צניחת עפעף או ליקוי בקרנית העין ועוד.

הטיפול באמבליופיה יהיה ראשית כל בגורם. בפיזילה ניתן לטפל ע"י מתן משקפיים או ניתוח. באנאיזומטרופיה ע"י מתן משקפיים או עדשות מגע. בחסימת ציר הראיה - ישנו צורך בניתוח לסילוק ההפרעה לציר הראיה.

בנוסף לכל הטיפולים הנ"ל יש צורך בסגירות של העין הטובה. שיטת טיפול זו יעילה ביותר וידועה מזה כ-250 שנה. סגירת העין החזקה מתבצע מספר שעות ביום ולמשך מספר חודשים ועד שנים. טיפול הסגירה, מספר השעות ליום ומשך תקופת הטיפול מותאמים לכל ילד באופן אישי. בטיפול זה אנו נתקלים לעיתים לא רחוקות בקשיים הנובעים משיתוף הפעולה של הילד (ולעיתים, גם



אופטיקה לילדים ונוער



בדיקות עיניים
חינם

לכל חברי קופ"ח

כל המסגרות בעלות של

עד 600 ש"ח
חינם

המבחר הגדול ביותר בארץ של מסגרות לילדים
נסיון מעל 18 שנה בהתאמת משקפיים לילדים

אופטיקיד

אופטיקה לילדים ונוער

כפר סבא	חיפה	ראשון לציון	תל אביב
טשרניחובסקי 119	גרנד קניון, קומה 4-	לישנסקי 1	ברודצקי 43, קומה 5
09-7603336	04-8327722	03-9528898	03-6417740

@ www.optikid.co.il

אופטיקיד - אופטיקה לילדים ונוער f

רשת "אופטיקיד", הוקמה בשנת 1995 תוך מחשבה והשקעה רבה בילד ובצרכיו.

אופטיקיד מעוצבת כממלכה של ילדים: החנות כולה מעוטרת בציוור קיר ייחודי וצבעוני, במקום ישנו מגוון של אפשרויות משחק וציוור, הרהיטים מותאמים למידותיו של הילד - כל אלה יוצרים אווירה נוחה, משחררת ומהנה, ההופכת את הביקור בחנות משקפיים לחוויה נעימה וחיובית.

באופטיקיד ניתנת תשומת לב רבה לכל פרט, מתוך התייחסות לטווח הריכוז הקצר של הילד ולתהליך ההסתגלות הפסיכולוגי הכרוך בהרכבת משקפי ראיה.

באופטיקיד מגוון רחב של 2500 מסגרות איכותיות ואופנתיות. מגוון זה, מאפשר לכל ילד, בכל גיל, למצוא את הסגנון שלו ולרכוש זוג משקפיים שיהוו עבורו אלמנט קישוטי ואופנתי ואולי אף מקור לגאווה. מסגרת מחמיאה ואטרקטיבית יכולה אף לתרום לחיזוק הדימוי העצמי ולמעמדו החברתי של הילד.

אנו ממליצים להורים לערוך לילד "מסיבת משקפיים" כעוד אלמנט המשלים את תהליך ההסתגלות החיובי.

בנוסף לרעיון "מסיבת המשקפיים" יקבלו אצלנו ההורים טיפים נוספים, המקלים על תהליך ההסתגלות ועל ההתמודדות היום יומית של הילד וההורים.

אנו מעניקים אחריות מלאה על המסגרות, ומבצעים בהן תיקונים למשך כל תקופת שימוש הילד במשקפיים.

ביקור באופטיקיד עונה באופן מיידי ומקצועי על הצורך הרפואי, האופטי והאסתטי, אך מעבר לכך יש בחנות זו התייחסות לאישיות הילד בכללותה, ובתחום האופטיקה זוהי תופעה חדשה, מקורית ומיוחדת במינה.

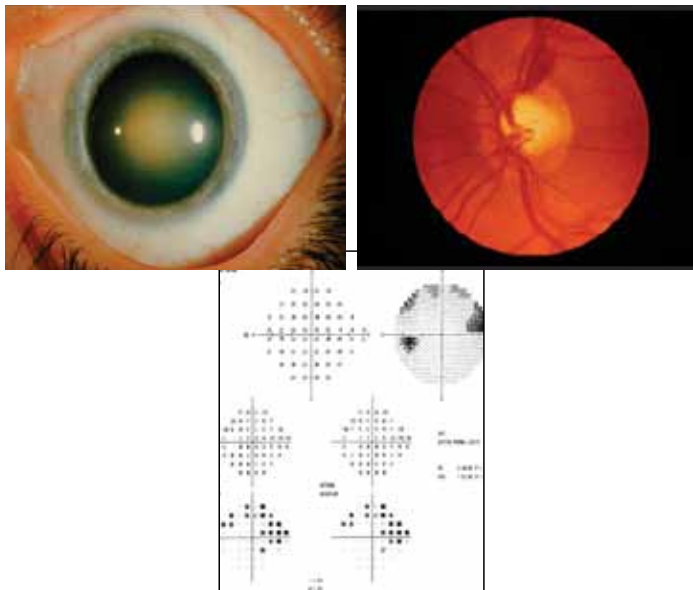
בנוסף לכל חברי קופות החולים כל המסגרות עד 600 ש"ח חינם...

ניתוחי קטרקט לחולי גלאוקומה-אתגרים והצלחות



ד"ר חני רובין,
מנהלת תחום רפואת העיניים
של מכבי שרותי בריאות,
רופאה בכירה מרכז רפואי שיבא
מומחית בניתוחי קטרקט
וגלאוקומה

דוגמא שניה: לפנינו חולה עם לחץ מאוזן עם סוג אחד של טיפות, קטרקט משמעותי ונזק קל לעצב הראיה. במקרה זה לרוב אמליץ על ניתוח קטרקט בלבד תוך מעקב צמוד ומתן טיפול מונע נגד קפיצה בלחץ התוך עיני. במחקר שפירסמנו באחד העיתונים היוקרתיים ביותר ברפואת עיניים נמצא שניתן למנוע קפיצות בלחץ התוך עיני לאחר ניתוח קטרקט על ידי מתן טיפול מונע מיד לאחר הניתוח.



מחקרים הראו שניתוח קטרקט בלבד יכול להפחית את הלחץ התוך עיני בין 5-1 מ"מ כספית תלוי בסוג הגלאוקומה. לפיכך במקרי גלאוקומה קלים מומלץ לנסות ניתוח קטרקט בלבד ובתנאי שהלחץ מאוזן וניתן לשליטה.

ניתוחי קטרקט בחולים שעברו ניתוחי גלאוקומה:
חולים שעברו ניתוחי גלאוקומה מפתחים קטרקט בשכיחות גבוהה ביותר. ניתוחי קטרקט לאחר ניתוחי גלאוקומה יכולים לגרום לעליית הלחץ התוך עיני וכשלון ניתוח הגלאוקומה הקודם. כמו כן התאמת העדשה במקרים אלו מורכבת יותר. יש לכן לתכנן את הניתוח היטב, לדון ביתרונותיו וחסרונותיו ולבצעו תוך נקיטת כל האמצעים להקטנת הדלקת לאחר הניתוח. מומלץ שהניתוח יבוצע עם חתך קטן ביותר בשיטה של פאקואמולטיפקציה.

לסיכום: ניתוחי קטרקט בחולי גלאוקומה דורשים התייחסות מיוחדת. יחד עם זאת אחוזי ההצלחה שלהם גבוהים ביותר ואחוז הסיבוכים מזערי.

ניתוחי קטרקט (ירוד) בחולי גלאוקומה דורשים מיומנות מיוחדת ב-3 שלבים קריטיים בניתוח: בשלב קבלת ההחלטה על ניתוח, במהלך הניתוח וכמו כן במעקב לאחר הניתוח. למרות האתגר בניתוחים אלו הם לרוב מוצלחים והמנותחים מרוצים מאוד.

האתגרים לפני הניתוח:

האם לבצע ניתוח קטרקט בלבד?
האם לבצע ניתוח משולב של קטרקט וגלאוקומה כדי להוריד את הלחץ ולהפחית את הצורך בטיפול הכרוני בטיפות וכדורים? האם וכיצד לבצע ניתוח קטרקט בחולה שכבר עבר ניתוח גלאוקומה?

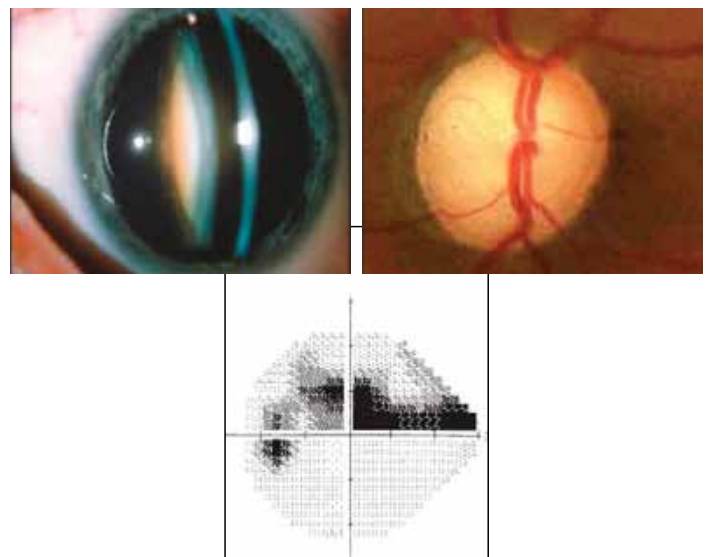
האתגרים במהלך הניתוח:

עיניים של חולי גלאוקומה לרוב מורכבות יותר ודורשות התייחסות מיוחדת במהלך ניתוח קטרקט. האישונים קטנים ולא תמיד מתרחבים היטב, ייתכנו הידוקים של האישון לעדשה, העדשה יכולה להיות לא יציבה מספיק ועוד.

אתגרים במעקב לאחר הניתוח:

יש לדאוג לאיזון הלחץ התוך עיני לאחר הניתוח. חולי גלאוקומה שעוברים ניתוחי קטרקט יכולים לפתח 'קפיצות' בלחץ. יש לכן להקפיד לקחת את הטיפול להורדת הלחץ התוך עיני ובמידת הצורך להוסיף טיפול נוסף.

דוגמא ראשונה: במקרה שלפנינו חולה גלאוקומה וקטרקט עם לחצים גבוהים. במקרה זה בדרך כלל מומלץ ניתוח משולב של גלאוקומה וקטרקט. ניתוח משולב משיג שיפור בראיה והורדת הלחץ יחד עם הפחתה בשימוש כרוני בטיפות.



עומדים בפני ניתוח קטרקט? יש דברים שחשוב שתדעו!



כל מה שרצית לדעת על קטרקט: www.cataract-info.co.il

- רשימת רופאים מהמובילים בתחום
- מידע על ניתוח קטרקט חדשני המבוצע בעזרת מכשיר לייזר
- פתרונות לראייה מרחוק ומקרוב בניתוח קטרקט
- שיפור איכות הראייה בזמן ניתוח קטרקט-תיקון צילינדר



ACRY^{Soi} IQ
ReSTOR[®]
MULTIFOCAL TORIC IOL

עדשות פרימיום להשתלה בניתוח ירוד



ד"ר מודי נפתלי,
מנהל יחידת העיניים
במרכז הרפואי
ע"ש ברוך פדה בפזורה.



תמונה 1. החץ מורה על סימונים עדינים שעל העדשה המכוונת לזווית המדויקת שבה צריכה העדשה להיות מושתלת.

מהי עדשה מולטיפוקלית? עדשות אילו, בניגוד לעדשות מולטיפוקליות במשקפים, אינן דורשות "לחפש" את המוקד הנכון. הן תמיד במרכז ולמעשה מקרינות על הרשתית שתיים או שלוש תמונות בו זמנית, הן של אובייקטים קרובים והן של אובייקטים מרוחקים. הרשתית האנושית והמוח האנושי מסוגלים, לאחר הסתגלות לא ארוכה, לסנן בכל פעם את התמונות שמתקבלות על הרשתית ולהתייחס רק לתמונה הנכונה. העדשה בנויה כך שבתאורה טובה, כשהאישון צר, התמונה לקרוב ברורה יותר ממצב של תאורה חלשה ואישון רחב. (לכן מומלץ לקרוא בתאורה טובה). ברור שעדשות אילו אינן יכולות להחליף את העדשה הטבעית ולכן אינן מתימרות להבטיח פרידה מוחלטת מהמשקפים אבל בהחלט מוסיפות מוקד נוסף ומאפשרות הקטנת התלות במשקפים. מרבית – אבל לא כל – המטופלים בהם הושתלה עדשה מולטיפוקלית לא ניזקקו כלל למשקפים, לא למרחק ולא לקרוב.

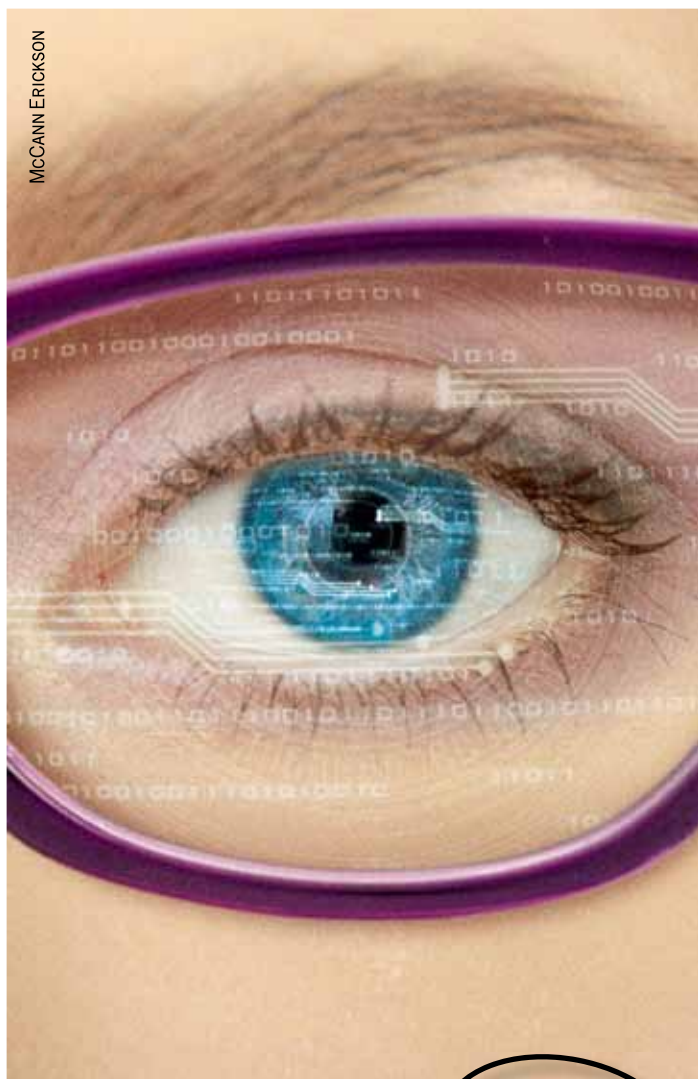
תורמים 10 שקלים

בחודש המודעות החמישי לבריאות העין
ומסייעים למניעת עיוורון בישראל

שלחו למספר 2112 את הטקסט 10
עמותת לראות | www.eyes.org.il

כולנו מכירים היטב מושגים רבים המכילים את המילה "פרימיום" – חשבון פרימיום, לקוח פרימיום, רנו פרימיום וכו'. מהם עדשות פרימיום להשתלה? מדובר בקבוצה קטנה של עדשות להשתלה תוך עינית לאחר ניתוח הוצאת ירוד (קטרקט) אשר מעבר למה שמספקות עדשות רגילות, דהיינו מעבר שקוף של קרני אור וריכוזן על הרשתית, מספקות גם תיקון נוסף. תיקון זה יכול להיות תיקון של צילינדר שקיים על הקרנית, ואשר עדשה רגילה אינה מסוגלת לתקן. עדשה כזו מכונה עדשה "טורית". או תיקון שישפר את היכולת לראות גם אובייקט רחוק וגם אובייקט קרוב, כמו למשל עדשה "מולטיפוקלית" (אל תיתנו לשם לבלבל אתכם לרוב מדובר בשני מוקדים בלבד ולכן השם ביפוקלי היה מדויק יותר). ייתכן גם שילוב של עדשה טורית עם מולטיפוקלית יחד, עדשה שמתקנת הן את הצילינדר בקרנית בשילוב עם יכולת לראות משני מוקדים (בסוגים מסוימים של עדשות גם שלושה מוקדים). עדשות פרימיום אחרות נפוצות פחות ולא נפרט עליהם במאמר זה.

מהי עדשה טורית? קרנית (רקמה שקופה בקדמת העין לפני העדשה) רגילה נראית כפרוסה שנחתכה מכדור עגול והיא מרכזת את כל קרני האור המקבילות המגיעות אליה בנקודה אחת. הקרנית מתפקדת כעדשה שאם נרכז בעזרתה את קרני השמש על דף ניר נקבל נקודה אחת (ואפשרי אפילו להדליק את הניר באופן זה). לעיתים הקרנית איננה עגולה לחלוטין וכך קרני האור שחולפות דרכה יוצאות ממנה באופן שיתקבל קו ולא נקודה. הקו יהיה פחות חד וברור מנקודה וקרוב לוודאי שיהיה קשה לגרום לדף ניר להידלק בעזרתו. בעזרת עדשה עם צילינדר (עדשה שנראית ככדור בייסבול מאורך שחתכו ממנו פרוסה), שמונחת בזווית הנכונה אפשרי לגרום שוב לכל הקרניים להתרכז בנקודה אחת חדה וברורה. תיקון כזה יכול להיעשות בעזרת משקפים כשהעיוות אינו גדול, אולם השתלת עדשה טורית תוך עינית יכולה לתקן גם עיוות גדול יותר ולתת מירכוז טוב של קרני האור ותמונה ברורה יותר וחדה יותר. אילו הן העדשות הטוריות, והן העדשות היחידות שחיבות להיות מושתלות בזווית הנכונה על מנת לתקן את העיוות שניגרם מהקרנית (תמונה 1). כוח השבירה שלהם שונה בכל כיוון. חשוב לחשב הן את הכיוון הנכון והן את הכוח הנכון בכל כיוון על מנת לנטרל כל עיוות שקיים לפני הניתוח. ההצלחה בהשתלת עדשות אילו גבוהה אולם איננה מאה אחוזים ולרוב ניתן להקטין משמעותית את הצילינדר לרמות נמוכות, אם כי לא לאפס.



בלעדו
באופטיקנה!

CU1 NEW TECH

הדור החדש של עדשות המולטיפוקל
שבמבצע

רק ב- 999

כולל ציפויים



אופטיקנה המומחים במולטיפוקל

לבירור הסניף הקרוב: *6618 | www.opticana.co.il



אופטיקנה
התשוקה למשקפיים

CU1 NEW TECH דרגת עובי 1.
מלאי מבצע 10,000 יחידות.
אין כפל מבצעים. בכפוף לתקנון.

עדשות מולטיפוקל - כל מה שצריך לדעת לפני רכישה

מה זה מולטיפוקל?

עדשת המולטיפוקל מיועדת לאנשים הזקוקים לתיקון ראייה בכמה מוקדים (מולטי= רב, פוקל= מוקד), כלומר- עדשה אחת המאפשרת לראות למרחקים שונים בו זמנית. העדשה מונעת מאמץ ועייפות של העיניים וכאבי ראש הנגרמים במעבר בין מספר זוגות משקפיים נפרדים אותם מרכיבים ומסירים לסירוגין.

למי זה מתאים?

העדשה מומלצת ביותר במצבים בהם צריך פתרון אופטי למספר טווחים ומרחקים, למשל לעבודה משרדית המשלבת בין חומר קריאה ועבודה מול המחשב. בניגוד לדעה הרווחת, מולטיפוקל אינו מיועד רק למבוגרים, ויכול לשמש גם את מי שזקוק למשקפיים למרחק אחד ומעדיף להרכיב משקפיים לכל אורך היום במקום להסירם בכל פעם שהוא מתמקד במרחק שונה.

כל אחד יכול?

הדבר הראשון שחשוב לשים לב אליו לפני שרוכשים עדשות מולטיפוקל הוא מקצועיות האופטומטריסט. התאמת מולטיפוקל דורשת ידע וניסיון רב והינה המרכיב המשמעותי ביותר בהחלטה לעבור לעדשות מולטיפוקל. חשוב מאוד להתאים את סוג העדשה לאופן השימוש, לסגנון העבודה ולאורח החיים, ולכך נדרש אופטומטריסט מיומן ומקצועי ביותר.

תקופת הסתגלות

חווית זמן ההסתגלות לעדשות מולטיפוקל הינה אינדיווידואלית ומשתנה מאחד לשני. זמן ההסתגלות מיועד לאפשר למרכיב העדשות ללמוד את השימוש הנכון בעדשות ואת הזוויות השונות למיקוד למרחקים השונים. לעיתים עלולים להיווצר קשיים בהסתגלות, אותם יש לפתור יחד עם האופטומטריסט. הפתרון יכול להיות תלוי בזווית בה יושבים המשקפיים על הפנים, באימון נוסף או בהתאמה מחודשת של העדשות.

מרכיבי המחיר

בארץ נמכרות כ-150 אלף עדשות מולטיפוקל בשנה, במחיר ממוצע של 2000 ₪ לזוג. המחיר הינו גבוה יחסית לעדשות חד-מוקדיות משום הטכנולוגיה הנדרשת בהכנתן והתאמה אישית למשתמש. מחיר ממוצע לזוג עדשות נע בין 1,000-10,000 ₪. חשוב לא להתפתות למחירים נמוכים מדי משום שייתכן ומדובר בדגמים שיוצרו בטכנולוגיות מיושנות. במקרה שכזה ייתכנו קשיים בהסתגלות לעדשה ושביעות רצונכם מהשימוש תהיה נמוכה משמעותית.

מאת: אופטיקנה המומחים במולטיפוקל

טכניקות חדשות בהשתלת קרנית



ד"ר דוד צדוק,
מומחה למחלות
וניתוחי קרנית
סגן מנהל מחלקת עיניים
בית חולים אסף הרופא

השתלת קרנית שכבתית אחורית

Descemet's stripping automated endothelial keratoplasty (DSAEK)

ב- DSAEK יוצרים פתח קטן בדופן עין החולה דרכה מכניסים כפתור קרנית מתורם בעובי של כעשירית המילימטר. סוגרים את הפתח שיצרנו ב 2-3 תפרים ואת שתל הקרנית מצמידים לקרנית החולה ע"י בועת אוויר. בשיטה זו ההחלמה מהירה עם שינוי תשבורת של בערך +1.0 דיופטר עקב תוספת העובי והחשוב מכל אין צורך להוציא תפרים או בעדשות מגע. הסיכון השכיח ביותר הוא אי היצמדות של השתל למקומו מיד לאחר הניתוח. סיכון זה מופיע בעד 30% מהניתוחים. הטיפול בסיכון זה הוא ע"י הזרקת בועת אוויר חוזרת להצמדת השתל. סיבוכים נוספים, שכיחים פחות, הם: עכירות באזור המגע בין הקרניות, הפרדות מאוחרת של השתל ודחיית אנדותר.

השתלת קרנית שכבתית קדמית

Deep Anterior Lamellar Keratoplasty (DALK)

ה- Big Bubble שיך לקבוצת השתלות הלהמלריות הקדמיות. שיטות אלה נועדו לשמר את תאי האנדותרל הבריאים ולהחליף את שכבות הקרנית הקדמיות הבעייתיות לדוגמה בקרטוקונוס, עכירות וצלוקות בקרנית.

ב- Big Bubble מבצעים חתך ברב עובי הקרנית החולה ואז בעזרת מזרק עם מחט דקה בקצהו מזריקים אוויר לעומק הקרנית. האוויר המחפש דרך להתפשט בקלות יפריד את אזור המגע החלש ביותר בין שכבות הקרנית והוא בין הסטרומה לקרום הדצמט. כך נקבל בועת אוויר החוצצת בין הסטרומה מקדימה לבין הדצמט והאנדותרל מאחור. משלימים את חיתוך עיגול הסטרומה ונקבל בקרנית המארכת דצמט חשוף. משתל קרנית התורם נקלף את האנדותרל עם הדצמט ונניח על שארית קרנית המארח. כך נקבל אנדותרל ודצמט של המארח ומעליהם יתפרו הסטרומה ואפיתל התורם. בטכניקה זו משמרים את אנדותרל החולה וכך הסיכוי לדחייה או לכישלון השתל פוחת וכן הניתוח מתבצע ללא כניסה לתוך העין. יש מעט פירסומים בספרות המבוקרת לגבי תוצאות וסיבוכים. מפרסומים אלה עולה שאין הבדל משמעותי בחדות הראיה המיטבית בהשוואה בין שיטה זו לבין השיטה של השתלת קרנית מלאה. הסיכון השכיח ביותר הוא קרע של הדצמט הגורם למעבר להשתלת קרנית בעובי מלא. סיבוכים אחרים שכיחים פחות הם עכירות באזור המגע בין הקרניות, והיווצרות מרווח בין דצמט המארח לבין סטרומת התורם.

השתלת קרנית הוא ניתוח ההשתלה הראשון שבוצע בעולם כבר ב 1905. מאז ועד לשנים האחרונות הניתוח לא השתנה במהותו, החלפת הקרנית לכל עובייה בכל מקרה של אובדן ראייה הנובע מעכירות או עיוותים בקרנית, ובבצקת קרנית הנובעת מאי ספיקה אנדותרלית (שכבת התאים הפנימית בקרנית).

עם השיפורים הטכנולוגיים הגענו בשיטה זו לתוצאות מצוינות מבחינת חדות ראייה. השינויים העיקריים

במשך עשרות השנים האחרונות בעיקר בסוגי החוטים, טכניקת תפירה והסכנים לחיתוך הקרניות. הבעיה העיקרית בטכניקות הקיימות להשתלת קרנית נובעת בעיקר מהרעיון בו למעשה לכל מגוון מחלות הקרנית הדורשות השתלת קרנית אנו מציעים רק גישה אחת של החלפת כל עובי הקרנית ללא קשר למיקום הנזק בקרנית. כך, בחולים עם קרטוקונוס להם אנדותרל בריא משתילים גם אנדותרל ובכך חושפים את המושטל לסיכון גבוה יותר של דחיית שתל ולעומת זאת בחולה עם פגיעה באנדותרל הקרנית המהווה רק חלק מזערי מעובי הקרנית משתילים קרנית בעובי מלא ובכך גורמים לשיקום ראייתי ממושך ומוגבל בעיקר בחולים זקנים עם קושי בהרכבת עדשות מגע. חסרונות נוספים לשיטה זו: עיוות בפני שטח השתל, סיבוכים תוך-ניתוחיים, והחלשה מכנית של הקרנית בשל חיתוך כל השכבות, שהוא גורם סיכון למשך כל החיים לפתיחת הפצע הניתוחי בעקבות חבלה.

בשל מגבלות אלו ועל מנת להימנע מהן, פותחו בשנים אחרונות שיטות חדשות להשתלת קרנית באמצעותן ניתן להשתיל רק את שכבות הקרנית הרצויות. בחולי קרטוקונוס משתית הקרנית מעוותת אך שכבת תאי האנדותרל תקינה לכן החלפת המשתית בלי להחליף את שכבת תאי האנדותרל תפחית במידה משמעותית את סכנת הדחייה החיסונית וכישלון השתל. בחולה עם בצקת בקרנית עקב פגיעה בשכבת האנדותרל תוחלף רק שכבת האנדותרל מתורם בריא והמשתית תישאר במקומה, וכך נמנע החלשה מכאנית של הקרנית ועיוות פני הקרנית.

השתלת קרנית בעובי מלא

Penetrating Keratoplasty (PKP)

בשיטה זו מסירים כפתור קרנית בעובי מלא, כלומר כל שכבות הקרנית, מעין החולה ותופרים במקומה כפתור קרנית בגודל המתאים מתורם. משתמשים בטכניקה זו כאשר כל שכבות קרנית החולה פגועות או כאשר מסיבה כלשהי לא ניתן לבצע השתלה למלרית. בשיטה זו משיגים תוצאות מצוינות מבחינת חדות ראייה אך חסרונותיה רבים ומזכרים למעלה.

פרויקט הניידת לקשישים נזקקים של עמותת "לראות"



נדין הולנדר,
מנכ"ל עמותת "לראות"

בשירותי הבריאות של מכבי שותפה לפרויקט ד"ר חני ורבין, אחראית על רפואת עיניים בקופה, המזמנת חברי קופה בני 65 שלא היו במעקב של רופא עיניים והענות היא מעולה. בתחילת 2014 נתחיל לעבוד עם שותף נוסף, שירותי הבריאות של הכללית בתל-אביב-יפו ובבתים. לאור תוצאות הביניים של הפרויקט אחרי 6 חודשי פעילות ברחבי הארץ ניתן לומר שתחזית עמותת לראות להוריד ב-10% את מקרי העיוורון בזכות פרויקט הניידת נראית לנו יעד אפשרי.

לקבלת פרטים על הזמנת שירות הניידת ניתן לפנות למנהל הפרויקט: צדקיהו ברוך בטל 052-6267638.



פרויקט הניידת הוא פרויקט חדשני ומבורך של עמותת לראות למען קידום הרפואה המונעת בעיניים במדינת ישראל.

פרויקט הניידת מבצע בדיקות עיניים מקיפות ברחבי הארץ לקשישים נזקקים שאין ביכולתם להגיע למרכזים רפואיים עקב מצב פיזי או כלכלי ומטרתו לאתר ולמנוע מחלות עיניים שעלולות לגרום לעיוורון.

בניידת רופא ואופטומטריסט המבצעים בדיקות עיניים וראיה לקשישים בקהילה.

הניידת מצוידת במיטב הציוד הרפואי והאופטומטריה לביצוע בדיקות בקהילה. היא מגיעה למרכזי יום, למתנסים, לבתי אבות, למרכזי דיור מוגן וכו'.

בחצי שנת הפעילות הראשונה של הניידת בצעה מעל 6000 בדיקות עיניים, בקרב קהילות מגוונות וביניהם עולים מאתיופיה באזור חדרה, אוכלוסייה חרדית בבני ברק, בדואים באזור משגב, קשישים במרכזי יום בבתי ובראשון לציון, בני 65 בקופת החולים מכבי בבת ים ביניהם שלא נבדקו אצל רופא עיניים לפחות 10 שנים ולא ידעו על הצורך להיבדק!

הממצאים עד כה הם מעל המצופה לצערנו, קשישים רבים זקוקים למעקב רפואי עקב מחלות כרוניות כגון סכרת ולחץ דם היכולה לפגוע בעיניים, יש חולים ששנים לא היו במעקב רפואי וזקוקים לניתוחי קטרקט, אחרים הסובלים בניוון המקולה או מחלת הגלאוקומה.

עד היום היו כ-10 מקרים של הזנחה שנשלחו מידית למיון לטיפול דחופים להצלת הראיה שלהם.

במיוחד הנני מעוניינת לציין את פרויקט הניידת בקרב מועדוני הקשישים הבדואים במשגב בצפון.

ומצטטת את מיכל, מנהלת השירות הסוציאלי במשגב:

"להנגשת בדיקות העיניים לאוכלוסיית הקשישים הבדואים יש חשיבות עליונה שכן המודעות לעריכת בדיקות עיניים בקרב אוכלוסייה זו נמוכה מחד, ואחוז המחלות הכרוניות כגון סכרת ויתר לחץ דם שכיחות מאידך. ואכן, לדברי הרופא אחוז הנבדקים שנמצאו אצלם ממצאים פתולוגיים והופנו להמשך טיפול גבוה באופן משמעותי מזה שבכלל האוכלוסייה. בנוסף, 100% מכלל הקשישים צריכים להרכיב משקפיים ורובם לא הרכיבו עד כה.

מעקב רפואי, טיפול נכון והתאמת משקפי ראייה עשויים למנוע את הסיכון לאובדן הראייה ולשפר לאין ערוך את תפקודם, חיוניותם ותפיסתם העצמית של הקשישים."

הפרויקט מתבצע בשיתוף פעולה עם קרן הסינוד של הביטוח הלאומי וקופות החולים בניהול המקצועי של פרופ' דב וינברגר ראש מערך רפואת עיניים במרכז רפואי רבין וד"ר ענת רובינסון מנהלת המרפאות.



ד"ר דוד האזר,
מנהל שירות הרשתית
מרכז רפואי ברזילי,
אשקלון

איזו תרופה טובה יותר? שלוש תרופות שונות משמשות לטיפול במחלות רשתית שכיחות: ניוון רשתית מקולרי רטוב - AMD, פגיעת סוכרת בעין וחסימות ורידי הרשתית, - אז מה בעצם ההבדל ביניהן?

ההבדל הגדול בעלות, הפכה תרופת האווסטין לטיפול הראשוני הנפוץ במחלות הרשתית.

עם הזמן הסתבר כי חלק מהחולים לא מגיבים לטיפול באחת התרופות. במקרים אלו החלפת התרופה ברעותה יכולה להואיל. וכך לוסנטיס הפכה בארץ לתרופת קו שני שמשמשת בעיקר בטיפול במצבים בהם אין תגובה טובה לטיפול באווסטין וחלק מקופות החולים הכניסו אותה כתרופת קו שני להסדר השב"ן שלהן.

השחקנית השלישית - איילאה: איילאה היא תרופה חדשה שעושה בימים אלו את צעדיה הראשונים בארץ.

בדומה לאווסטין וללוסנטיס, גם האיילאה ניתנת כזריקה לחלל הזגוגית, ופועלת נגד ה VEGF בעין. לתרופה פעילות ביולוגית מעט שונה (האווסטין והלוסנטיס הם נוגדנים הפועלים נגד מולקולת ה VEGF והאיילאה היא קולטן הנועד ללכוד את מולקולות ה VEGF).

מהנתונים הידועים כיום נראה כי היתרון העיקרי של האיילאה הוא זמן פעילות ממושך יותר מהאווסטין והלוסנטיס. במחקרים שבדקו את יעילות התרופה, נמצא כי אצל חולים עם AMD, לזריקות איילאה הניתנות אחת לחודשיים יעילות דומה לזריקות לוסנטיס הניתנות אחת לחודש. כלומר, לאיילאה יש יתרון בנוחות למטופל שמאפשרת הפחתת מספר ההזרקות לעין. גם במקרה זה, בשל מחירה היקר של התרופה יחסית לאווסטין הזולה, נראה שלפחות בשלב ראשון איילאה תהפוך לטיפול הקו השני במקרים של כישלון טיפולי באווסטין.

הסיכום הוא אופטימי: כי בהשוואה לחוסר האונים שהיה עד לא מכבר מנת חלקם של רבים מהחולים במחלות הרשתית, יש כיום שלוש תרופות יעילות לטיפול מחלות הרשתית השכיחות. על פי תוצאות מחקרים ראשוניים, בשנים הקרובות יגיעו לידינו תרופות יעילות אף יותר ובהמשך נראה שתתאפשר התאמה אישית של התרופות בהתאם לנטייה הגנטית של כל חולה.



חולים רבים שואלים מהם ההבדלים בין התרופות, ואיזו תרופה טובה יותר לטיפול במחלות רשתית: אווסטין (Avastin) לוסנטיס (Lucentis) או איילאה (Eylea) החדשה. התשובה היא שלמרות השונות בין התרופות, אין הבדל ביעילותן, אם כי ייתכן שבעתיד ניתן יהיה לשפר את יעילות הטיפול על ידי התאמה אישית של תרופות אלו בהתאם לנטייה הגנטית של החולה.

בשנת 2005 חלה מהפכה ברפואת עיניים עת פורסמו תוצאות של מחקרים על טיפול בניוון רשתית מקולרי (AMD) - הסיבה השכיחה לעיוורון בעולם המערבי. המחקרים העלו כי טיפול בזריקות לחלל העין של תכשירים חדשים הועילו ל-90% מהחולים, ואפשרו להם לשמור על חדות הראייה. אצל שליש מהמטופלים אף נמצא שיפור משמעותי בחדות הראייה בעקבות הטיפול.

בהמשך הוכחה יעילות התכשירים במחלות רשתית נוספות ובעיקר בבצקת של מרכז הרשתית הנובעת מפגיעת הסוכרת (רטינופתיה סכרתית) או כתוצאה מחסימת ורידי הרשתית. וכך הפך הטיפול בזריקות לחלל העין לטיפול השכיח במרבית מחלות הרשתית (תמונה).

התרופות העיקריות הקיימות חוסמות פעילות של חומר טבעי המיוצר בגוף וידוע בשם VEGF. במצבים מסוימים, כשהוא מצוי בריכוזים גבוהים, ה-VEGF מעורר צמיחת כלי דם לא תקינים כפי שמתרחש בשלב הרטוב של AMD. בנוסף, בריכוז גבוה הוא גורם לדליפה מכלי דם ולבצקת של מרכז הראיה כפי שקורה בפגיעת הסוכרת בעין או בחסימת ורידי הרשתית. במחקרים ראשוניים נמצא כי עיכוב פעולת ה-VEGF גורם לנסיגה ביצירת כלי דם לא תקינים ומפחית את דליפת הנוזלים שבעקבותיה מתפתחת בצקת. בעקבות אותם מחקרים פותחו תרופות החוסמות את פעילותן. התרופות ניתנות בהזרקה ישירה לתוך חלל העין.

שתי התרופות הראשונות שנכנסו לשימוש כמעכבות פעילות ה-VEGF - הן אווסטין, ולוסנטיס.

לאחרונה פורסמו תוצאות מחקרים שנעשו על ידי משרדי הבריאות של ארה"ב, בריטניה וצרפת, המוכיחים שאין הבדל משמעותי בשמירה על חדות הראיה בין האווסטין ללוסנטיס בקרב חולים הסובלים מ-AMD. למעשה ההבדל המשמעותי ביותר בין הטיפולים היה בעלות הטיפול. אווסטין היא התרופה הזולה שעלות השימוש בה לשנת טיפול בארה"ב מוערכת ב-700-\$1200 לעומת \$25,000-\$45,000 ללוסנטיס היקרה. עקב העובדה שאין הבדל ממשי ביעילות התרופה ובשל

להתחדש במשקפיים בלי לחרוג מהמסגרת



ענבר מרדכי גרמז

בלעדי למבוטחי "מאחדת שיא!"

משקפי מולטיפוקל או ביפוקל למבוגרים
בגיל 70 ומעלה, **בשווי עד 1,200 ₪**,
בהשתתפות עצמית של עד 120 ₪ בלבד.

משקפיים לילדים ונוער עד גיל 18,
בשווי עד 700 ₪, בהשתתפות
עצמית של עד 70 ₪ בלבד.

מאחדת 
להיות בריא ולהישאר בריא

מאחדת 
אופטיקה

מאחדת 
שיא

למאחדת אופטיקה
הקובעה אליכם חייגו:
***3833**
meuhedet.co.il



לפי מפרט העדשות ומגוון הדגמים ללקוחות מאחדת. בכפוף לתקנון "מאחדת שיא".

לוטיאין עדיף מויטמין A בניוון הרשתית הקשור לגיל, ולאומגה 3 אין כל יעילות!



פרופ' ענת לבנשטיין,
מנהלת מחלקת
עיניים במרכז
הרפואי תל אביב



ד"ר אייל כהן,
רופא במחלקת
עיניים במרכז
הרפואי תל אביב

בשנת 2001 פורסם מחקר ה-AREDS (Age Related Eye Disease Study) אשר הראה כי נטילת תשלובת תוספי מזון יכולה להאט את התקדמות המחלה מהצורה היבשה לצורה הרטובה בכ- 25%.

תשלובת תוספי מזון זו כללה ויטמין C ו-E, ביתא קרוטן והמינרלים אבץ ונחושת ונקראת גם פורמולת ה-AREDS. פורמולה זו מומלצת כיום כהגנה מפני התקדמות המחלה בקרב חולי ניוון הרשתית הקשור לגיל בצורה היבשה. בשל העובדה כי ביתא קרוטן נמצא קשור לעליית השכיחות של הופעת סרטן הריאות בקרב מעשנים, לקבוצת חולים זו מומלץ נטילת פורמולה שאינה כוללת ביתא קרוטן.

בשנת 2006 יצא לדרך מחקר המשך שנקרא ה-AREDS2 ובו ניסו לבחון האם הוספת חומצות שומן מסוג אומגה 3 (omega-3 fatty acids) לפורמולת ה-AREDS תגדיל את יעילות הטיפול כמו כן בדקו את השפעת הוספת האנטיאוקסידנטים לוטאין (lutein) וזאקסנתין (zeaxanthin) לפורמולת ה-AREDS, תוצאות המחקר אשר פורסמו במאי השנה הראו כי לא היתה עליה ביעילות הטיפול בהוספת חומרים אלו. אך מנגד התוצאות הראו כי החלפת האנטיאוקסידנט ביתא קרוטן באנטיאוקסידנטים לוטיאין וזאקסנתין לא הפחיתו את יעילות הטיפול ועל כן פורמולה זו יכולה להתאים לטיפול גם בקרב מעשנים מבלי לעלות את השכיחות של הופעת סרטן הריאות באוכלוסייה זו.

לסיכום ניוון הרשתית הקשור לגיל הינו הסיבה השכיחה לאובדן ראייה חמור בקרב האוכלוסייה המבוגרת, מעקב וטיפול מניעתי הינם אבני היסוד החשובים ביותר במניעת התקדמות המחלה בשלבים המוקדמים ובכך הקטנת הסיכון לאובדן ראייה חמור ממחלה זו.

ההמלצה כעת היא ליטול שילוב של ויטמין E, C, אבץ ולוטיאין- זה האקסנטיין.



סיכום

בעשר השנים האחרונות טופלו אנשים בדרגת סיכון גבוהה לפתח ניוון מתקדם של הרשתית בויטמינים הכוללים ויטמין C, ויטמין E, אבץ, ונגזרת של ויטמין A - בטה קרוטן. טיפול זה התבסס על מחקר גדול מאד, שנקרא ה-AREDS RELATED EYE DISEASES STUDY - AREDS שאנשים המטופלים בשילוב זה מפתחים פחות ניוון רשתית בדרגה מתקדמת.

לאחרונה, מדברים יותר ויותר על השפעת תזונה על מחלות שונות - ובאופן ספציפי על החשיבות של נוגדי חימצון כמו לוטיאין ושל אומגה 3.

מחקר חדש של ה-NIH בדק במשך 5 השנים האחרונות את המשמעות של הוספת חומצות שומן מסוג אומגה 3 (omega-3 fatty acids) לפורמולת תוספי המזון הניתנת כיום במחלת ניוון הרשתית הקשור לגיל, וגם את השפעת האנטיאוקסידנטים לוטאין (lutein) וזאקסנתין (zeaxanthin). תוצאת המחקר הייתה שלאומגה 3 אין כל השפעה, ולוטיאין וזאקסנתין למרות שהוספתם לפורמולה הקיימת לא העלתה את יעילות הטיפול, הם אנטיאוקסידנטים בטוחים יותר לשימוש מהאנטיאוקסידנט בטה קרוטן (beta carotene) הנמצא כיום בפורמולת תוספי המזון המוצעת לחולי ניוון הרשתית הקשור לגיל.

פרוט

ניוון הרשתית הקשור לגיל (AMD) הינו הסיבה השכיחה ביותר לאבדן ראייה חמור באנשים מעל גיל 50 בעולם המערבי, מחלה זו פוגעת בחלק המרכזי של הרשתית האחראי על היכולת לראות בנהיגה, בקריאה, בזיהוי פנים ובכל ראייה מדויקת.

למחלה זו ישנן שתי צורות - הצורה היבשה לרוב בשלב המוקדם של המחלה ומתבטאת בהצטברות משקעים צהובים ברשתית הנקראים דרוזן (drusen), משקעים אלו יוצרים רדיקלים חופשיים ובכך פוגעים בתפקוד התקין של הרשתית אך לרוב בצורה זו הירידה בראייה הינה קלה אם בכלל, יש לציין כי לעיתים קיים איבוד ראייה משמעותי גם בצורה זו במידה והתפתחה אטרופיה ניכרת של הרשתית. הצורה השנייה הינה הצורה הרטובה המתבטאת בצמיחת כלי דם לא תקינים מתחת לשכבות הרשתית, כלי הדם הללו חודרים לשכבות הרשתית וגורמים לאובדן ראייה חמור, הצורה הרטובה אחראית לכ- 90% מהמקרים של איבוד ראייה חמור ממחלה זו.

הרי לא נולדת עם משקפיים



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

בלעדי באמריקן לייזר EyeMap

בואו לערוך בדיקת EyeMap מקיפה ומקצועית אצל הצוות הרפואי המנוסה שלנו ותסירו את המשקפיים בבטחה.

משתחררים מהמשקפים לתמיד

תל אביב | ירושלים | חיפה | ראשון לציון | באר שבע | רעננה | נתניה | קרית | טבריה | כפת תקוה | אשדוד | קריית אונו | רחובות



“שווה לראות” טכניקה לטיפול בגלאוקומה



ד"ר ביאטריס טיאוסונו,
מנהלת היחידה לעיניים של
המרכז הרפואי הלל יפה

השיטה השמרנית והמסורתית. יתרונות הכוללים: החלמה מהירה יותר, שכיחות מופחתת לניקוז קיצוני מוגבר הגורם לירידת לחץ תוך עיני בצורה מוגזמת (היפוטוניה), תוצאות טובות יותר בטווח הארוך על שמירת הלחץ התוך עיני התקין, וצורך מופחת בנטילת תרופות לאיזון הלחץ התוך עיני בשנים שלאחר הניתוח. לאור יתרונות אלה, אפשרה ועדת סל התרופות בשנת 2010 הכללתו וביצועו למטופלים שנכשלו בניתוח טראבקולקטומי לפחות פעם אחת, לחולים הסובלים בקטרקט ומועמדים לניתוח משולב קטרקט וגלאוקומה, וכן לחולים שמיצו טיפול תרופתי מירבי או שבהם לא ניתן להגיע לטיפול תרופתי מיטבי.

ההחלטה על ביצוע הניתוח בשיטה זו נעשית באופן מושכל על ידי הצוות המטפל, אך כיום, לאור התוצאות המבטיחות, הניתוח נעשה בשיטה זו יותר ויותר.



שימוש בטכניקת Ex-Press, הכוללת החדרת שתל תוך עיני זעיר, לשם טיפול בגלאוקומה. אז איך זה עובד ולמה זה כדאי?

טכניקת ניתוח לטיפול בגלאוקומה בשיטת ה- Ex-Press הוכנסה בשנה האחרונה לשימוש ביחידת העיניים של המרכז הרפואי הלל יפה, בראשותה של ד"ר ביאטריס טיאוסונו, שהתמחתה בניתוחי גלאוקומה וכן בעלת ניסיון רב בשימוש בשיטה בהיותה בין החלוצות שהובילו את השימוש בשיטה זו בישראל.

קצת על גלאוקומה

גלאוקומה, או בשמה הארוך יותר לחץ תוך עיני מוגבר, הינה מחלה שכיחה ביותר (כחצי אחוז מכלל האוכלוסייה בגילאי ה- 50 וכ- 3% מעל גיל 75), הפוגעת בסיבי עצב הראייה וגורמת לפגיעה בהם. זוהי מחלה כרונית המופיעה בדרך כלל בשתי העיניים ומתקדמת בחומרתה ונזקיה בהדרגה, עם פגיעה בשדה ראייה באופן הדרגתי. ברוב המקרים של המקרים המחלה אינה מתבטאת בכאבים או בתחושה של איבוד שדה ראייה (בגלל תיקון אוטומטי שמבצע החולה על ידי הזזת הראש לכוון הצד החסר), חלק גדול מהחולים מגיע לטיפול רק כשהנזק במצב מתקדם. לכן מומלץ לכל אחד מעל גיל 50 לגשת לרופא עיניים לבדיקת לחץ תוך עיני ובמקרים בהם ידוע על המחלה במשפחה – אף בגילאים צעירים יותר.

הגורם העיקרי למחלה הוא לחץ תוך עיני מוגבר ולכן מטרת הטיפולים הקיימים בגלאוקומה היא להקטין את הלחץ התוך עיני, ולנסות להגן על חיות העצב. כשהמחלה מאותרת בזמן, היא ניתנת לשליטה בטיפול תרופתי או בתיקוני ליזר נקודתיים. עם זאת, במצבים מסוימים, יש צורך בניתוח מתקן כאשר אותו לחץ מדובר אינו מאוזן.

טיפולים וניתוחים

הניתוח השכיח ביותר בגלאוקומה הינו טראבקולקטומיה, זהו ניתוח שבמהלכו יוצרים תעלת ניקוז בדופן העין ולעיתים אף מוסר חלק מרקמת דופן העין. כיום, אחת הטכניקות המתקדמות כוללת החדרת שתל תוך עיני זעיר מסוג Ex-PRESS, ללא הסרת חלק מרקמת דופן העין, מה שמאפשר ניקוז עודפי נוזל העין ושמירה על לחץ מאוזן. הנקז עשוי מתכת אל חלד, והוא מושט מתחת לדופן העין (sclera) וממוקם מעל הקשתית (Iris) בטכניקה ניתוחית ייחודית המתבצעת בהרדמה מקומית.

יש לציין, כי הן במחקרים שבוצעו ברחבי העולם, והן במעקב ארוך טווח אחר מטופלים בארץ, הוכח כי ישנם יתרונות ברורים למטופלים שעברו ניתוח בשיטה זו לעומת

תורמים 10 שקלים

בחודש המודעות החמישי לבריאות העין
ומסייעים למניעת עיוורון בישראל

שלחו למספר 2112 את הטקסט 10
עמותת לראות | www.eyes.org.il



מאחורי כל תמונה מסתתר סיפור... תמונה זו מספרת יותר

לעיתים הבזק האור מהמצלמה עשוי לגרום לאישונים להיראות לבנים בתמונה. דבר זה עשוי לנבוע מזווית האור בעת הצילום אך בילדים הוא עשוי להעיד על בעיה חמורה בעין.

ישנן מספר מחלות עיניים העשויות לגרום לאישונים להיראות לבנים בתמונות; החמורה ביניהן היא **הרטינובלסטומה**, סרטן נדיר של העין אשר פוגע בילדים.

סימפטומים אפשריים לרטינובלסטומה הם:

- אישון העין נראה לעיתים צהוב או לבן, כמו עיני חתול הנלכד תחת אורם של פנסי הרכב
- אישון אחד אדום ואילו השני לבן, אפור, "זגוגי" ונראה לא בסדר
- העין נראית מעורפלת
- כזילה

לרוב, הרטינובלסטומה פוגעת ב**ילדים מתחת לגיל 5**. הטיפול הוא בעל אחוזי הצלחה גבוהים ומרבית הילדים נרפאים. מנגד, העדר טיפול ברטינובלסטומה עלול להיות קטלני.

מה עלי לעשות אם נראה לי שמשוה אינו כשורה אצל ילדי?

גש מיד לרופא המשפחה או לרופא עיניים ילדים ובקש בדיקה עם אופתלמוסקופ. לחלופין, ניתן לפנות אלינו בעמותת **eye can** במידת הצורך נפנה את ילדך למרכז המתמחה בנושא לשם אבחון.

מהם הסימפטומים של רטינובלסטומה?



כזילה



אישון שחור או העדר אישון אדום בתמונות שצולמו עם הבזק אור



אישון לבן כאשר ישנו הבזק אור על האישון (גם בתמונות)

פגיעת סוכרת בעין- עדכונים בטיפול



ד"ר אמיר בוקלמן,
מנהל יחידת רשתית,
מרכז רפואי קפלן
רחובות



פרופ אילה פולק,
מנהלת מערך עיניים
מרכז רפואי קפלן,
רחובות

כל ארבעה שבועות ונמצאה יעילה בשיפור ראייה של 2 שורות בכ 60% ובשיפור בראייה של 3 שורות בכ 40%. השיפור בראייה מלווה בספיגת הבצקת, כפי שמודגם בבדיקות הדמיה, (ראה תמונה). התרופה ניתנת במחזורים של חודש. התרופה בתהליכי אישור של משרד הבריאות להתווייה הנוכחית.

Avastin Bevacizumab

האבסטין הינה תרופה אנטיאנגיוגנית המשמשת, ביעילות, במתן תוך ורידי לסוגי סרטן שונים בעיקר לסרטן המעי הגס, מטיפול זה, התרופה אומצה לשימוש בעיניים. האבסטין הינה למעשה המולקולה השלמה של הלוסנטיס, יש פרסומים המדווחים על ההצלחות בטיפול, והשימוש בתרופה נפוץ למצבי בצקת מסוכרת

VEGF-Trap, Aflibercept, Eylea,

בימים אלו, דווח על יעילות ובריאות תרופה נוספת ממשפחת תרופות נוגדות צמיחת כלי גם, התרופה מעכבת את פעילות ה-VEGF במנגנון אחר הנקרא VEGF-Trap או לכידת ה-VEGF. מדובר במולקולה הדומה במבנה לתרופות הקודמות, בעלת זיקה חזקה יותר לחלבון. במחקרים רב מרכזיים בינלאומיים, התרופה הוכחה כיעילה ושווה ערך ללוסנטיס. יתרונותיה, האחד שאפשר לתת אותה בעיניים הקרויות "עמידות לטיפול" בלוסנטיס, והשני שאפשר לתת אותה אחת לחודשיים לאחר מנת העמסה. התרופה עדיין לא רשומה לטיפול להתווייה הנוכחית.

סטרואידים- מנגנון אנטי דלקתי

תהליכי חימצון מאופיינים גם ע"י התפתחות תהליך דלקתי. הרעיון הוא לטפל בתרופה אנטי דלקתית כגון תרופה ממשפחת הסטרואידים. ישנן תרופות בעלות השפעה לטווח קצר כגון: קנלוג, הנמצאת בשימוש. תרופה עם השפעה טובה אולם בעלת שכיחות גבוהה של תופעות לוואי המתבטאות בהתפתחות לחץ תוך עיני מוגבר ויצירת קטרקט. בשנים אחרונות פתחו תכשירים מיוחדים בעלי מנגנון של שחרור איטי מושהה של סטרואידים כגון אוזורדקס ולובייאן. היתרון העיקרי שהשפעתן ממושכות יותר אפשר להזריקן אחת לכמה חודשים. התוצאות מבחינת יעילות ותופעות לוואי של תרופת האוזורדקס בסוכרת צפויות להתפרסם בקרוב.

הפגיעה המשמעותית ביותר של סוכרת בעיניים נקראת רטינופטיה סוכרתית, והיא מתמקדת ברשתית שהיא הרקמה העצבית של העין. זו הסיבה השנייה בשכיחותה לעיוורון בעולם המערבי. הפגיעה בעיניים היא דומה לזו של סוכרת בגוף, דהיינו נזק לכלי דם. במקרה של העין מדובר בנזק לכלי הדם של הרשתית.

מנגנון

הפגיעה בכלי הדם גורמת להפחתת החימצון של תאי הרשתית. מצב של חסר חימצוני מוביל להתפתחות שרשרת שינויים נוספים בכלי הדם המדורגים בשני שלבים של חומרה: האחד- רטינופטיה ללא שגשוג כלי דם והשני רטינופטיה עם שגשוג כלי דם. המאפיין העיקרי לפגיעה בכלי הדם ללא שגשוג, הוא דליפת נוזלים מכלי הדם, הצטברותם בתוך הרשתית ויצירת בצקת, לבצקת יש נטייה להתרכז באזור המכונה הכתם הצהוב שהוא מרכז הראייה בעין. התוצאה היא פגיעה במרכז הראייה המוביל לירידה בראייה.

טיפול

מחקרים שפורסמו לאחרונה דווחו ששימוש בתרופות סופגות בצקת, יעיל יותר מטיפול בקרינת לייזר, שהוא היה הטיפול המקובל בעבר לבצקת. בעקבות הנזק החימצוני ישנם שני מנגנונים ביוכימיים המשפיעים על הבצקת. האחד הוא שחרור חומרים מעוררי כלי דם הנקראים חומרים אנגיוגניים והשני שחרור תאי דלקת. הטיפול היום מכון לתרופות נוגדות מנגנונים אלו.

תרופות אנטי-אנגיוגניות- מנגנון עיכוב פעילות אנגיוגנית

מטרת התרופות האנטיאנגיוגניות לנטרל את פעילות החלבון המופרש ע"י רקמות בגוף במצבים של חסר חימצוני והגורם לפגיעה בכלי דם ולדלף נוזלי הדם. החלבון נקרא Vascular Endothelial Growth Factor או VEGF. הנטרול נעשה על ידי עיכוב החלבון עם תרופות נוגדות צמיחת כלי דם ונקראות תרופות אנטי-אנגיוגניות Anti-VEGF. יש מספר תרופות אנטי-אנגיוגניות. כיוון שהעין היא איבר סגור, ואין ספיגה טובה של תרופות דרך מחזור הדם, יש לתת את התרופות באופן ישיר לעין, כגון: בזריקות

Lucentis Ranibizumab

תרופה אנטיאנגיוגנית שאושרה לשימוש ע"י רשות התרופות האמריקאית FDA והוכחה כיעילה לרטינופטיה סוכרתית במחקרים רב מרכזיים בינלאומיים. לוסנטיס הינה נגזרת פעילה של תרכובת כימית גדולה יותר המוכרת כתורפת האבסטין. הלוסנטיס ניתנת בהזרקה תוך עינית

ייעוץ רפואי בלחיצת כפתור

בניהול רופאים מומחים בכירים
הברי עמותת לראות

יש לכם שאלה? זקוקים לחוות דעת נוספת?
מעוניינים במידע על דרכי טיפול חדשות?
בפורומים של עמותת לראות תקבלו ייעוץ
פרטני ומידע על בריאות העיניים שלכם
ושל משפחותיכם מטובי המומחים בארץ.

פורום קטרקט -

בניהול ד"ר עדי מיכאלי

מומחית במחלות קרנית ומקטע קדמי, מנהלת
השירות לקטרקט, המרכז הרפואי תל אביב.



פורום רשתית ורטינופטיה סוכרתית -
בניהול פרופ' דב וינברגר

מנהל מערך העיניים במרכז הרפואי רבין
וחבר הוועד המנהל של עמותת לראות.



פורום מניעת עיוורון אצל ילדים -
בניהול פרופ' יאיר מורד

מנהל היחידה לרפואת עיניים ופזילה במרכז
הרפואי אסף הרופא וחבר הוועד המנהל של
העמותה.



פורום גלאוקומה -
בניהול פרופ' שלמה מלמד

פרופ' מן המניין לרפואת עיניים אוניברסיטת
תל אביב, מופקד הקתדרה לחקר הגלאוקומה
אוני' תל אביב ומנהל מרכז גלאוקומה בבי"ח
שיבא, תל השומר.



פורום גידולים בעיניים - בניהול של
פרופ' יעקב פאר וד"ר שחר פרנקל

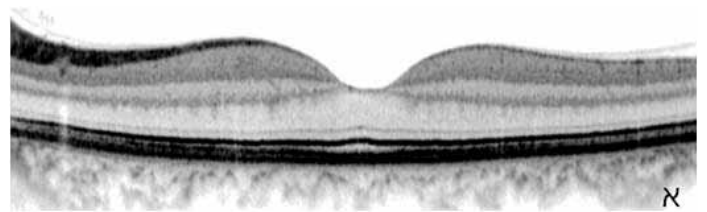
פרופ' יעקב פאר - מנהל מחלקת עיניים
במרכז הרפואי הדסה עין כרם, ירושלים
וחבר הוועד המנהל של עמותת לראות.



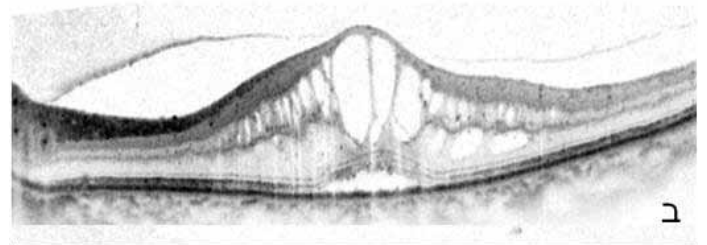
ד"ר פרנקל - מומחה בפתולוגיה של העין
ההדסה עין כרם.



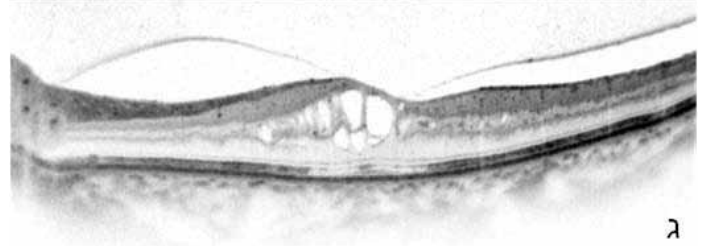
העמותה לחקר בריאות העין
ומניעת עיוורון בישראל (ע"ר)



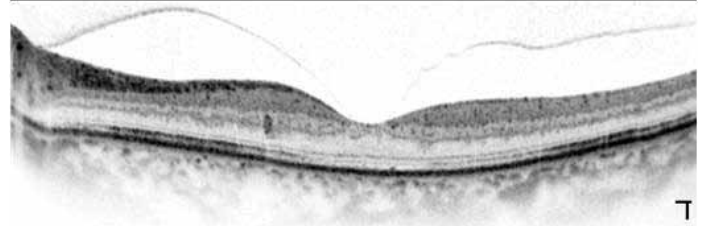
א



ב



ג



ד

תמונה 1. הדמיה של רשתית לפני ואחרי טיפול. א. מבנה
רשתית תקין באזור מרכז הראיה. ב. בצקת. ברשתית,
רואים את העיבוי בחלק המרכזי ואת החללים בתוך
הרקמה המעיידים על נוזל. ג. תמונת הדמיה לאחר טיפול
ראשון, רואים הפחתה של הבצקת, ד. לאחר טיפול נוסף,
רואים ספיגה של הבצקת, מבנה תקין

ניתוחי לייזר להסרת משקפים - לאן?



פרופ' יוסף פרוכט - פרי,
מנהל יחידת הקרנית ומחלות
חיצוניות של העין וניתוחי
תשבורת, ומנהל מכון הלייזר
הדסה אופטימל, מחלקת
עיניים, בי"ח הדסה ירושלים.

מקבל את כל הנתונים ויבדוק את מר פלוני בצורה קפדנית כולל את הרשתית כדי לקבוע התאמה לניתוח. בתום הבדיקה חובתו של הרופא הבדוק להבהיר את סוגי הניתוח הקיימים, ומה מומלץ לנבדק. הוא יסביר את מהלך הניתוח, את הסיכוי שהנבדק יישאר ללא משקפיים ואת הסיכויים האפשריים. אין ניתוח שמצליח ב 100% עם 0% סיכויים. מחובתו של הרופא הבדוק לאפשר לנבדק לשאול את כל השאלות ולוודא שהסיכויים והסיכונים מובנים. חשוב להבהיר את מהלך ההחלמה, ולמה לצפות בימים הראשונים שלאחר הניתוח. הבדיקות וההסברים דורשים זמן רב. לא ניתן לעשותם על רגל אחת. על הנבדק לבחון כמה זמן שהה במחיצת הרופא הבדוק המנתח, האם 10 דקות או שעה. עליו לקבוע האם ניתן לבטוח ברופא, האם הוא אמין, והאם יעמוד לרשותו בשעת הצורך.

מן הראוי שהרופא הבדוק יהיה גם הרופא המנתח ויהיה אחראי לכל התהליך, החל מבדיקת ההתאמה, דרך ההסבר וכלה בביצוע הניתוח ובמהלך שלאחר הניתוח. הסבר הניתוח ע"י טכנאי או נציג מכירות בנוגע לניתוח וסיכוייו אינו פרקטיקה נכונה ולעיתים יגרום לכעס אצל המנותח לאחר הניתוח, שלפתע "לא הבין" או "לא ידע" שאירוע זה או אחר יכול לקרות, או שהמהלך שונה ממה שהבין. המיקוד הוא ברופא: האם הרופא הבדוק הוא זה שניתח אותו, או שהמנתח יראה אותו לראשונה בחדר הניתוח. האם הרופא המנתח הוא זה שיבדוק אותו למחרת היום, ויהיה זמין עבורך באופן ישיר במשך החודש הראשון לאחר הניתוח (הדבר חשוב לרבים מהמנותחים), או לחלופין לא תראה יותר את פני המנתח אלא אם כן קיים סיבוך קשה. בטיחות הניתוח וביטחון המנותח תלויים בכל הגורמים האלה.

ולבסוף המלצתי היא שהרופא המנתח יהיה מומחה במחלות הקרנית שכן הניתוח נעשה על פני הקרנית. אין זו בושה לשאול את הרופא הבדוק מהו ניסיונו, כמה שנים הוא עוסק בתחום הניתוחים וגם כמה ניתוחים ביצע. אמינות הרופא ואישיותו וביטחון המטופל בכישורי המנתח וביכולתו להתמודד עם מצבים בלתי צפויים הם בסיס להחלטה - לאן!!!!

הפעם אני רוצה להתייחס לפלוני אלמוני מהרשוב שהחליט לבצע ניתוח לייזר ולהסיר משקפיים. הוא אינו מקושר, לא מכיר חברים או קרובים שהסירו משקפיים. אין לו אינפורמציה אמינה מ"פה לאוזן" (לאן לפנות והיכן להתחיל). מן הסתם הוא יפנה לאינטרנט ויראה שקיימים מכונים יקרים או זולים יותר. בכולם נמצא המכשיר הטוב ביותר והרופאים הטובים ביותר. מר פלוני יפנה למכון הקרוב אליו לבדוק התאמה לניתוח. מרגע זה מתחילה המערבולת. לפתע הוא שומע שמות של רופאים מפורסמים, פתאום הוא מגלה כי רבים סביבו נותחו מבלי שידע על כך. חלקם ישבעו בכל הקדוש להם שיפנה למנתח שלהם - "הוא הטוב מכולם". אני מציע שיפנה לפחות לשני מכונים. אחד מהיקרים פחות ואחד מהיקרים יותר.

שלב א: מחקר מקדים

ההתרשמות מתחילה כבר משיחת הטלפון הראשונה. תפקידם של נציגי השירות הטלפוני במכון, להביא את פלוני לבדיקת התאמה במכון. כבר בשיחה זו מתקבל רושם ראשוני על מהות המכון. האם יציעו בוא בהקדם, נבדוק, נסביר, וננתח אותך עוד באותו היום, או שישאלו "שאלות טיפוסיות" רבות שמטרתן לא להביא למכון אדם שלא לצורך. מדובר בשאלות בנוגע לגודל המספר, יציבות קוצר הראיה, והציפיות מהניתוח אשר מטרתן: לא לזמן לבדיקה אדם שציפיותיו לא יראיות, שקוצר הראיה שלו משתנה או שסובל ממחלות שלא יאפשרו את הניתוח. הדבר ימנע מהמטלפן אכזבה מיותרת, אבדן שעות עבודה, ולעיתים נסיעה של שעות. לכן על דובר המכון להיות אינטליגנט, אמין, ולהבין את תחום ניתוחי הלייזר, ואת יכולות רופאי המכון.

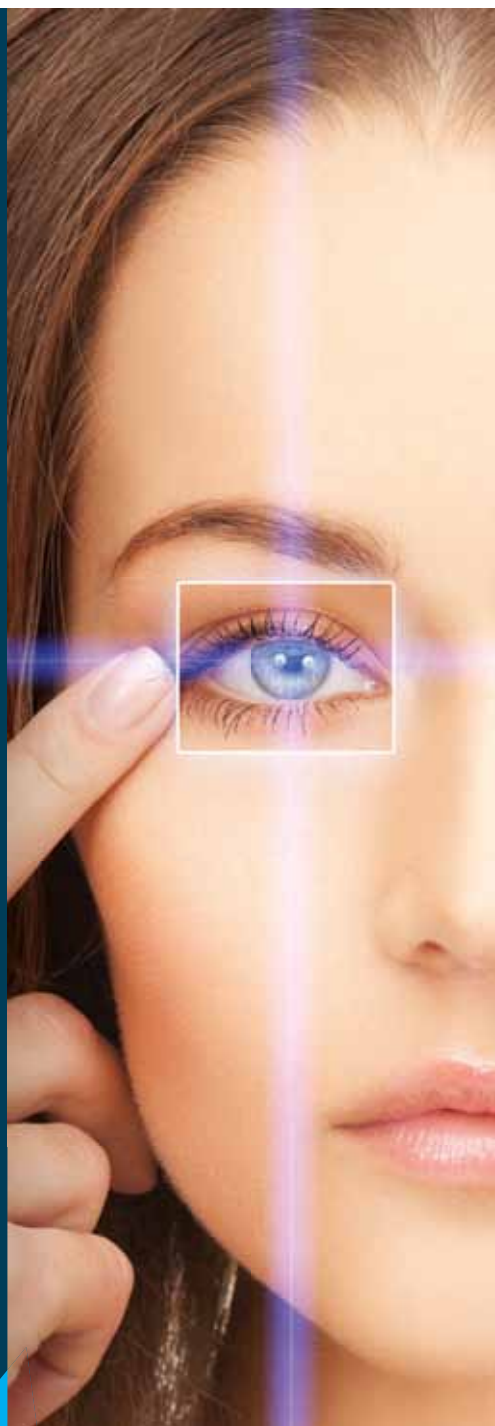
שלב ב: בדיקה ראשונית

מיד עם כניסתו למכון ניתן להתרשם אם מדובר במכון "פעיל מאוד" או "שקט". תמיד כדאי לשוחח עם הנבדקים האחרים במכון לגבי סיבת הגיעם דווקא לכאן, למי הגיעו ומדוע, האם היו במכונים אחרים ומה הייתה התרשמותם. הבדיקה הוא השלב הבא. אופטומטריסט יבדוק את הראייה ואת יציבות המספר של קוצר הראיה. במידה והמשקפיים שבשימוש הנבדק הן בנות יותר משנה ואינן שונות מהמספר שמצא האופטומטריסט בבדיקתו, ההנחה היא שקוצר הראיה הוא יציב. זהו המצב האופטימאלי לניתוח. במידה ויש חוסר התאמה, יתקשר האופטומטריסט לאופטיקה בה נרכשו המשקפים על מנת לקבל את ההיסטוריה האופטית של הנבדק.

והיה בתום ההליך וקיים ספק בנוגע ליציבות המספרים, יוזמן הנבדק לבדיקה חוזרת כעבור 6 חודשים או שנה. בקרב מרכיבי עדשות המגע קיים לעיתים קושי רב יותר לקבוע יציבות. מומלץ להסיר את העדשות יום יומיים לפני הבדיקה.

שלב ג: מיקוד ברופא

בדיקת הרופא המנתח היא הבדיקה המכרעת. הרופא



ניתוח להסרת משקפיים עושים

בהדסה אופטימל

הדסה
Optimal



המרכז הרפואי של הדסה להסרת משקפיים בלייזר

ההצלחה בניתוח להסרת משקפיים בלייזר בהדסה אופטימל,
מבוססת על הרופאים המומחים של ביה"ח הדסה,
הטכנולוגיה המתקדמת מסוגה בעולם ובדיקת ההתאמה הקפדנית ביותר.

אתם מוזמנים לפגישת ייעוץ אישית ובדיקת התאמה
עם רופא בכיר מביה"ח הדסה - ללא תשלום.

1-800-200-222 | <http://www.hadassah.org.il>



חידושים בתחום הסרת המשקפיים בלייזר - לראות יותר טוב מ 6/6



צחי סלע,
אופטומטריסט,
מנהל המחלקה
להסרת משקפיים
Care Laser, בלייזר

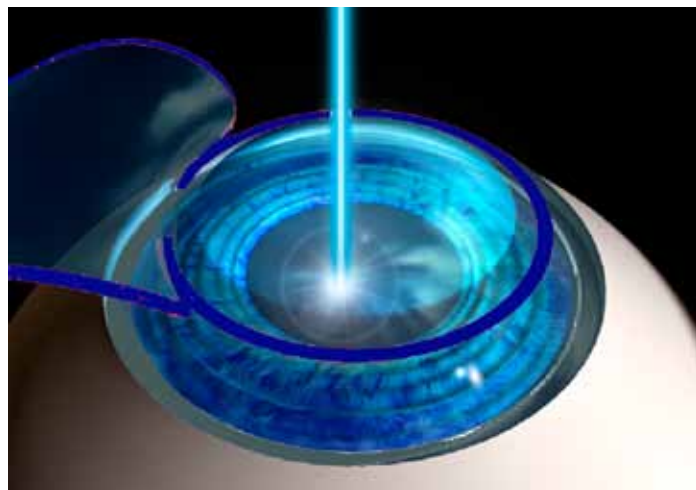


פרופ' אורי קיזמן,
מנהל רפואי
Care Vision -
הורדת משקפיים
בלייזר

חידוש נוסף בשנים האחרונות הינו בתחום מכשירי הלייזר אשר באמצעותם מבצעים את הניתוחים. לדוגמא - מכשיר Wavelight EX500 החדש מבית אלקון אשר ניחן בנתונים אופטיים ורפואיים מתקדמים ביותר. יתרונות המכשיר באים לידי ביטוי בדיוק אופטי מקסימלי, פרופילי טיפול מתקדמים המונעים הילות וסנוורים, טיפול מהיר מאוד (זמן ניתוח קצר יותר), מערכת "עוקבת עין" משוכללת המונעת מתנודות העין במהלך הניתוח להשפיע על הצלחת הטיפול ועוד.

חידוש נוסף שנכנס בשנים האחרונות הוא בתחום הטיפול המותאם אישית כגון שיטת חזית הגל (Wavefront). טיפול בפרופיל זה מקנה יכולת "התאמה אישית" למכשיר הלייזר כך שהוא מותאם באופן ייחודי לקרנית הספציפית אותה הוא מנתח באותו רגע. ניתן להשוות זאת לקניית חליפה סטנדרטית מהחנות לעומת חליפה שנתפרה אישית עבורנו לפי מידות. גם העיניים הטובות ביותר יש להם מידה מסוימת של עיוותים אופטיים בתוכם מלידה. טכנולוגית ההתאמה האישית מנסה להתגבר על עיוותים אלו ובכך לחדד לנו את הראיה. באמצעות טכנולוגיה זאת **ניתן להגיע לפעמים לחדות ראייה "על אנושית"** - ראייה חדה יותר מ- 6/6 וזאת עקב הקטנת העיוותים, בדומה לטכנולוגיה שמשמשים בה בבניית טלסקופ חלל.

לסיכום - **ניתן להגיד שניתוחי הלייזר המבוצעים היום הינם יעילים ובטוחים**, תוך שימוש במיטב הטכנולוגיה הקיימת ניתן להגיע לתוצאות מצוינות ולשביעות רצון מקסימלית. התחום הוא דינמי וחידושים מופיעים חדשות לבקרים.



תמונה 1. בניתוח ה LASIK קרן לייזר מלטשת את הקרנית לאחר חיתוך והרמת מתלה. לעומת זאת בניתוח ה SMILE הליטוש מבוצע בעומק הקרנית ללא צורך בחיתוך והרמת המתלה.

ניתוחי הסרת משקפיים בלייזר מבוצעים כבר עשרות שנים ובהצלחה רבה, אולם בשנים האחרונות חל מפנה גדול בתחום תוך הכנסת טכנולוגיה חדשנית אשר לא הייתה זמינה קודם לכן.

בשנים האחרונות הסרת משקפיים בלייזר הפך להיות טיפול בטוח ונפוץ מאוד - עשרות אלפי אנשים בישראל ועשרות מיליונים בעולם כולו בוחרים להיפטר ממשקפיהם בדרך זאת.

ניתוח לייזר להסרת משקפיים מבוצע על הקרנית - החלון החיצוני השקוף של העין. אין מדובר בניתוח פולשני ולכן הניתוח בטוח מאוד. בטיחות הניתוח דווחה בעשרות מאמרים והסיכון להיפגע מהניתוח שואף לאפס. הניתוח אורך כ 10 דקות ומבוצע באלחוש מקומי ע"י טיפות עיניים. באופן היסטורי **ישנם שני סוגי ניתוחים להסרת משקפיים - LASIK ו PRK.**

בניתוח LASIK (ציור 1) ההחלמה מהירה ביותר, למעשה אפשר לחזור לשגרה מלאה כבר באותו היום. ניתוח זה מבוצע בעומק הקרנית ולשם כך יש להרים מתלה (flap) בקרנית, חיתוך הקרנית נעשה ע"י מכשור מיוחד ללא מגע יד אדם. **בניתוח PRK** מבוצע על פני שטח הקרנית תוך קילוף שכבת האפיטל העוטפת את הקרנית. שכבת האפיטל גדלה מחדש תוך כשלושה ימים ועל כן החזרה לשגרה איטית יותר ביחס לניתוח ה LASIK. יש לציין כי **אין כל הבדל בתוצאה הסופית בין שיטות הניתוח השונות, בסופו של דבר כולם מגיעים לתוצאה זהה - ראייה מצוינת ללא צורך במשקפיים.**

המילה החדשה ביותר בתחום הסרת המשקפיים בלייזר הינה **טכנולוגית SMILE המאפשרת לבצע ניתוח בעומק הקרנית** (כמו LASIK) אולם ללא הצורך בחיתוך הקרנית. ניתן לומר שהטכנולוגיה לוקחת את היתרונות היחסיים משיטת ה LASIK (מהירות ההחלמה ונוחות מירבית) ואת היתרונות היחסיים משיטת ה PRK (ללא חיתוך קרנית). המכשיר מבית ענקית הטכנולוגיה ZEISS יגיע בקרוב מאוד לישראל.

אם בעבר נתוחי הורדת המשקפיים היו נחלתם של הצעירים, **הרי שכיום ניתן להוריד משקפיים לרחוק וגם לקרוב ואף ניתן להוריד משמעותית את התלות במשקפי קריאה בגיל המבוגר.** דבר זה נעשה באמצעות טיפול מונוויז'ן אשר מכווון עין אחת לרחוק ועין שנייה עם עדיפות לקרוב. לפני כל טיפול מסוג זה מבוצעת סימולציה על מנת לבדוק את התאמת המטופל לשיטה, כ 80% מגלים הסתגלות מצוינת לשיטה ונהנים מחיים ללא משקפיים, לרחוק ולקרוב. יתר ה 20% שמגלים חוסר הסתגלות ינותחו בשתי עיניהם לרחוק וישתמשו במשקפיים לראיה מקרוב בלבד. **בשנים האחרונות הופיעו פתרונות נוספים לבעיה הקריאה בגיל המבוגר** לדוגמא טבעת המשותלת בתוך הקרנית (Kamra) ומחדדת את התמונה לקרוב או עדשה זעירה המושתלת גם כן לכיס בעומק הקרנית (+Vue) ומאפשרת לראות טוב גם לרחוק וגם לקרוב.

בפני אדם
הסובל מליקוי ראייה חמור עומדות
אפשרויות טיפול רפואי שונות כגון: טיפול כירורגי, טיפולי
לייזר שונים וכו' לייצר תום הט טול הרפואי במחלה רחוקה
לפגיעה בכושר הראייה, לאחר טיפול הכנים והשלים עם מצבו
החדש הוא מגיע לחדשה אצל אופטריסט מומחה מיישמים ראייה
ירודה. התפתחות מדע האופטיקה יחד עם התפתחות הטכנולוגיה הממוחשרת
מסוגלות, הצינו להילכים מראיה ירודה - תחת גילם, מחמת מחלות
מולדות, נכות תורשה או מחלה כגון גלאוקומה, סכרת ירוד הרשתית,
קטרקט ירוד - מגוון עשיר של פתרונות, החל הידלות פשוטות
ועד לירוד משוכלל ומומחה המאפשרים קריאה
וכתיבה בטלויזיה, הוי בני
אדם יעוד.

סובל מראיה ירודה?

אחרי שנערוך בדיקת ראייה מיוחדת, ונתאים לך את הפיתרון הנכון,
תוכל שוב לראות ולהינות מקריאה!

בדיקות ראייה ירודה ■ משקפים טלסקופיות ■ מערכות הגדלה לקריאה וכתיבה ■ תוכנות הגדלה למחשב



טל. 09-952-93-66 | תשר געש
www.tsr-gaash.com | פתרונות ראייה מתקדמים



מחלת בכצ'ט- ביטויים עיניים וטיפולים חדשים



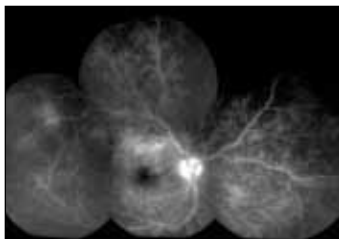
ד"ר רדגונד עאמר
מנהלת שירות האוביאטיס
מחלקת עיניים
בית החולים-הדסה- עין כרם

הטיפול:

הטיפול במחלת בכצ'ט השתפר מאוד עם השנים, אך הוא עדיין נותר אמפירי ומהווה אתגר לרופא המטפל. המטרה העיקרית בגישה הטיפולית הנהוגה כיום והנגזרת מחומרת המחלה, היא לטפל בתסמינים, לדכא מוקדם ככל שניתן את התהליך הדלקתי ולמנוע תרומבוזיס עם נזק לאיבר הקצה. לאור זאת, הטיפול במחלת בכצ'ט מתבסס על תכשירים נוגדי דלקת המדכאים את מערכת החיסון. כעיקרון, אף אחד מן התכשירים לא הוביל לריפוי מלא של המחלה. יתר על כן, יש לזכור כי לחלק לא מבוטל מתכשירים אלו יש תופעות לוואי קשות. מכאן, הדרך הנכונה לטיפול במחלת בכצ'ט צריכה לכלול גישה מולטי-דיסציפלינרית, כאשר הטיפול מתחלק לטיפול מקומי, סיסטמי וכירורגי.

השימוש החדש יחסית בנוגדי TNF כמו-Infliximab במחלת בכצ'ט, טומן בחובו סימנים מעודדים למדי. לאחרונה דווח על שיפור דרמטי בפאן-אוביאטיס מסכנת ראייה במחלת בכצ'ט. בדיווח זה נצפה שיפור ניכר בתוך 24 שעות ממתן העירוי. דיכוי מלא של האוביאטיס נצפה כבר בתום 4 ימים מן הטיפול הראשוני. בסדרות קטנות נוספות ובתיאורי מקרים רבים נצפתה תגובה דומה גם במעורבות דרכי העיכול עם כיבים במעי הגס, כיבים בפה ובגניטליה, וסקוליטיס של הרשתית, וסקוליטיס מוחית של מחלת בכצ'ט. האפקטים הדרמטיים שנצפו תוך טיפול במצבים מסכני איבר, הובילו לשימוש הולך וגובר בתכשירים אלו. מנגד יש לזכור את העלות הגבוהה ואת המקרים שבהם לא הוכחה יעילות טיפול זה.

התקווה הגדולה בטיפול במחלת בכצ'ט היא שהשימוש בטיפולים ביולוגיים כמו INTERFERON-ALPHA ובנוגדי TNF, אכן יביא עמו בשורה של שיפור ארוך טווח במצבם של חולים אלה תוך שימור היעילות, מצד אחד, ומזעור תופעות הלוואי, מצד שני.



שקופית 2. תמונה של קרקעית העין לאחר הזרקת פלואורסצאין (חומר ניגוד). רואים דליף ניכר של כלי הדם ברשתית ושל ראש עצב הראיה במחלת בכצ'ט המלווה באוביאטיס אחורית קשה.



שקופית 1. מחלת בכצ'ט: תמונות צבע של קרקעית עין. רואים תפליטים לבנים רבים ודימומים מפוזרים כביטוי לוסקוליטיס קשה (דלקת של כלי הדם) ברשתית.

הקדמה:

מחלת בכצ'ט היא מחלה דלקתית רב מערכתית אשר עלולה לגרום בין היתר לפגיעה בעיניים שנחשבות לאיבר החיוני הכי שכיח המעורב במחלה. המחלה מתבטאת בקרב צעירים, כאשר הגיל הטיפוסי להתבטאות המחלה הוא העשור השלישי והרביעי. אף על פי ששכיחות המחלה שווה בין המינים, מהלך המחלה אצל גברים הוא חמור יותר והמחלה אצלם מערבת ופוגעת יותר באיברים חיוניים. ישנה סבירות גבוהה יותר להתפתחות של המחלה אצל אנשים שהם פגיעים מבחינה אימונית.

אבחנה:

האבחנה מתבססת על מציאת מספר קריטריונים אשר נוצרו על ידי קבוצת המחקר הבין-לאומית למחלת בכצ'ט בשנת 1990 וכוללים: כיבים חוזרים בפה בנוסף לשניים לפחות מהבאים: כיבים גניטליים, נגעיים עוריים, מעורבות עינית, pathergy test חיובי. הופעות קליניות נדירות יותר ומסכנות חיים כוללות מעורבות של מערכת העצבים המרכזית, מעורבות של כלי דם גדולים, דימום ריאתי וכיבים במערכת העיכול.

מעורבות עינית:

המעורבות העינית של המחלה עלולה לסכן את הראייה ומופיעה בכ-25-75% מהחולים במחלת בכצ'ט, זאת בהתאם לאוכלוסייה הנבדקת.

ב-10-15% מחולי בכצ'ט אוביאטיס הינה הביטוי הראשון של המחלה. מכאן, ישנה חשיבות רבה באבחון המחלה בחולים עם אוביאטיס במיוחד אם אין עדיין ביטוי סיסטמי, דבר המקשה על האבחון ולכן יש לעקוב אחרי החולה מבחינה קלינית ולראות את אופן התקדמות והתבטאות המחלה.

הביטוי של מחלת בכצ'ט הוא של התקפים לסירוגין, כלומר ישנה התפתחות פתאומית של אוביאטיס שמתבטאת בדלקת חריפה ולאחריה רזולוציה ספונטנית של המחלה ושל הדלקת החריפה. הראייה בשלב הדלקתי החריף נפגעת וכתוצאה מכך ישנה ירידה בראייה שמשתפרת עם חלוף הדלקת.

בשלב הפעיל, החריף של המחלה, ניתן לראות את התסמינים והשינויים הדלקתיים הן במקטע הקדמי והן במקטע האחורי של העיניים. בדלקת קדמית לרוב יסבול המטופל מכאבים, אודם, סינוור וטשטוש בראיה. דלקת במקטע האחורי של העין יכולה לכלול תפליטים דלקתיים ברשתית, הסננה של הזגוגית ודלקת חסימתית בכלי הדם הרטינלים. דלקת זו לרוב אינה מלווה בכאבים, אך תיתכן ירידה משמעותית בראייה והופעת מצופונים ("גופים הצפים" מול העין).

חולמים לראות את העולם בחדות ללא משקפיים, אך חוששים מתהליך החלמה ארוך וממושך?

ב-iClinic נקבע סטנדרט חדש בהסרת משקפיים החלמה מידית וחזרה לשגרה תוך פחות משעה!



ד"ר אריאל ונדר המנהל הרפואי של iClinic

האם הטיפול בשיטת iQ מתאים גם למרכיבי משקפיים לקריאה ולמרכיבי משקפיים מולטיפוקליים?

בהחלט כן. אם מאסתם בתלות במשקפיים לקריאה, או אם עדיין לא הסתגלתם למשקפיים המולטיפוקליים, הטיפול בשיטת iQ יחזיר לכם את היכולת לקרוא ללא משקפיים.

רבים חושבים שטיפול להסרת משקפיים אינו מתאים לבני חמישים ומעלה. אלא שהרווח מטיפול בלייזר לבני החמישים פלוס כפול, הטיפול פוטר מהמשקפיים לרחוק, ומהמשקפיים לקרוב גם יחד.

אם אתם מרכיבים משקפיים מולטיפוקליים וסובלים מכאבי צוואר, יתכן והסיבה קשורה למשקפיים המולטיפוקליים.

טיפול בלייזר ישיב לכם את הראייה החדה והטבעית לרחוק ולקרוב ויפתור גם את בעיית כאבי הצוואר. ללא משקפיים בגיל חמישים פלוס, תרגישו צעירים יותר ותראו צעירים יותר.



המרכז הרפואי לתקון הראייה בלייזר

***55567**

ת"א, ראול ולנברג 24 (מגדלי זיו), בנין 8

ביום ממשיכים להרכיב משקפיים, עקב חשש מתהליך החלמה ארוך וממושך, המלווה בכאבים וראייה מטושטשת, שישבש את שגרת חייהם למשך ימים ואפילו למספר שבועות.

בשיטת iQ של ד"ר ונדר, ההחלמה קלה ומהירה, לכן הרבה יותר אנשים יכולים להגשים את החלום, לחיות ולראות ללא תלות במשקפיים.

כשעה לאחר הטיפול בשיטת iQ תוכלו לחזור לשגרה, כאילו מעולם לא הרכבתם משקפיים. ההחלמה היא ללא כאבים, צריבה, דמעת או רגישות לאור.

השפור בראייה מיידי, וכעבור כשעה, הראייה כבר טובה וברורה. יתרונות חשובים לא פחות הם רמת הבטיחות הגבוהה, והתוצאות המדויקות, בזכותם הראייה חדה ואיכותית, יותר מאשר עם משקפיים. גם תופעות הלוואי המוכרות לאחר טיפול בלייזר כמו: יובש בעיניים, והפרעות בראייה בלילה הן נחלת העבר, לאחר טיפול בשיטת iQ.

בזכות הטכנולוגיה המתקדמת, שיטת iQ מרחיבה את האפשרות לראות ללא משקפיים, לרבים שעד כה נמצאו כלא מתאימים לטיפול בלייזר. בעלי מספרים גבוהים ואפילו גבוהים מאד יכולים להפריד מהמשקפיים ב-iClinic לצמיתות, בבטיחות, תוך החלמה מהירה ללא כאבים. לחלק ממרכיבי המשקפיים קרניות דקות, בשיטת iQ ניתן לטפל גם בקרניות דקות באותה רמת דיוק ובטיחות כמו בקרניות רגילות.

בשיטת iQ ניתן לטפל ביעילות גם בצילינדר ברוחק ראייה ואפילו ברוחק ראייה גבוה.

מה מבדיל את שיטת iQ משאר שיטות הטיפול?

מבחינת שלבי הטיפול שיטת iQ דומה לשיטת ה-Lasik המוכרת. את ההבדל עושה הטכנולוגיה המתקדמת, וטכניקת הטיפול המיוחדת.

בשיטת iQ הטיפול מותאם באופן אישי לכל מטופל, על פי הפרמטרים המיוחדים שלו. ההתאמה האישית של הטיפול, ממקסמת את ההצלחה של הטיפול, ופותחת בפני הרבה יותר אנשים את האפשרות, לחזור לראייה טבעית וחדה ללא התלות במשקפיים.

כל הטיפולים ב-iClinic נעשים ע"י ד"ר ונדר, מראשוני המומחים להסרת משקפיים בארץ. במשך 17 שנות עיסוקו בטיפולים להסרת משקפיים, ד"ר ונדר ביצע למעלה מ-17,000 טיפולים מוצלחים בלייזר.



**בשיטת iQ
ההחלמה מידית,
ללא כאבים,
צריבה, דמעת
או רגישות לאור**

**בשיטת iQ
ניתן לטפל:
במספרים גבוהים
בקרניות דקות
ברוחק ראייה
בצילינדר**

**פתרון מושלם
למשקפי קריאה
ולמשקפיים
מולטיפוקליים!**

דוקטור, העיניים שלי יבשות

כשכמות הדמעות או איכות הדמעות לא מספיקות כדי לשמר את שטח העין. על הטיפולים והפתרונות לעין יבשה



ד"ר דוד ורסנו,
מנהל שירות הקרנית
במחלקת עיניים,
המרכז הרפואי תל -אביב

במרבית התכשירים יש חומרים משמרים, המונעים צמיחת חיידקים בתוך הבקבוק. חומרים אלה חשובים, אך הם מסוגלים לגרום לנזק לפני השטח של העין, בעיקר כאשר משתמשים בטיפות יותר מ-3-4 פעמים ביום. יש סוגים שונים של חומרים משמרים, וקיימים הבדלים בנזק שהם גורמים לפני השטח. יש גם תכשירי דמעות מלאכותיות המיוצרים ללא חומרים משמרים. בתכשירים אלה אפשר להשתמש בתדירות רבה מאד, לעתים אפילו כל כמה דקות, ללא נזק לפני השטח.

משחות וג'לים - אלה מיועדים לכסות את פני השטח של העין ולהגן עליה למשך שעות ארוכות. יש תכשירים המכילים חומרים משמרים ויש המיוצרים ללא חומרים משמרים. גם כאן, עדיף להימנע מחומרים משמרים.

חומרים נוגדי דלקת - מנגנון המחלה של עין יבשה כולל כאמור גם מרכיב דלקתי. טיפול במרכיב זה עשוי להקטין ולפתור את הבעיה אצל חלק מהאנשים. נוסף על סטרואידים, שהשימוש הממושך בהם כרוך בסיכון משמעותי, אפשר להשתמש בציקלוספורין בטיפות, שמיטיב מאוד עם חלק מהמטופלים. עם זאת לטיפול בטיפות ציקלוספורין שני חסרונות עיקריים: העלות הגבוהה של הטיפול, והצורך להתמיד בו לאורך חודשים ושנים.

חסימה של דרכי הדמעות - בעין יש מערכת שלמה שמייצרת דמעות, אבל יש גם מערכת שכל תפקידה לנקז ולסלק את הדמעות. מנגנון מיוחד אוסף את הדמעות דרך שני פתחים בכל עין, אחד בעפעף העליון ואחד בעפעף התחתון. תהליך המצמוץ גורם לפעולת שאיבה, והדמעות מועברות לאף (כשאנו בוכים ומייצרים הרבה דמעות, עוברות דמעות רבות לאף. זו הסיבה לנזלת המתלווה לבכי). זהו מנגנון חיוני, אבל כאן אנחנו רוצים להימנע מאובדן דמעות. לפיכך פותחו שיטות לחסימה של מערכת ניקוז הדמעות. החסימה נעשית באמצעות "פקקים" קבועים, המותקנים על ידי רופא העיניים במרפאה. הפקקים סוגרים את המעבר בצינוריות הניקוז ומשאירים את הדמעות על פני שטח העין.

ניתוחים - יש גם כמה סוגי פעולות כירורגיות שיכולות לסייע לסובלים מעין יבשה. אלו שמורות למקרים חמורים, רק אחרי שמצינו את האפשרויות האחרות.

לסיכום, **אנשים הסובלים מעין יבשה צריכים להכיר את הבעיה ולטפל בה נכון, בהדרכת רופא העיניים שלהם. כמו בהרבה בעיות עיניים אחרות, טיפול נכון עשוי לשפר מאוד את איכות החיים.**

אי נוחות בעיניים היא תלונה שכיחה מאד במרפאת העיניים. המטופל מספר על גירוי ורגישות, הרגשת חול בעיניים, ואף משתמש במלים "עיניים יבשות". הגורם לתלונה יכול להיות מצב שרופאי העיניים אכן מכנים עין יבשה.

מהי עין יבשה?

עין יבשה "באמת" היא עין שכמות הדמעות בה, או איכותן, לא מספיקות כדי לשמור על פני שטח העין להיות רטובים ומוגנים כל הזמן. כמו בעור, תאים המצויים בפני השטח נושרים ומוחלפים כל הזמן בתאים חדשים, אלא שבעין יבשה קצב הנשירה של התאים מהירה מדי. מתחת לאותם תאים נמצאים סיבי עצב. הם נחשפים, ומשדרים למוח אותות של כאב. התאים הסובלים בפני השטח מפרישים גם חומרים המושכים תאים של מערכת החיסון. התוצאה היא עין אדומה וסובלת, ולעתים גם הפרשות.

גם איכות הראייה נפגעת כשהעין יבשה. כמו מצלמה, תפקוד העין תלוי באיכות העדשות שבה. פני השטח של העין חשובים מאוד לאיכות התמונה שאנו רואים. בעין יבשה, פני השטח דומים לעדשה שרוטה של מצלמה. התוצאה היא ראייה מטושטשת.

הגורמים

בהרבה מקרים אין סיבה ישירה להתפתחות עין יבשה. לעיתים מחלה אחרת גורמת לבעיה: מחלות המערכת החיסונית, מחלות מפרקים ומחלות בדרכי העיכול. טיפול במחלה הבסיסית יעזור בבעיית היובש. תרופות הנלקחות דרך הפה עלולות להקטין את ייצור הדמעות. כדאי להתייעץ עם הרופא המטפל ולבדוק אם יש חלופה. גם מבנה העפעפיים ותפקודם חשובים לבריאות פני השטח, ותקלה בהם עלולה לגרום לבעיית יובש.

כיצד מטפלים בעין יבשה?

הצעד הראשון הוא להימנע משהייה באוויר יבש (כמו בחדר עם מזגן), ומחשיפת הפנים לרוח ישירה. הרכבת משקפי שמש יכולה להגן, גם על ידי הקטנת הקרינה על פני העין, וגם על ידי הקטנת החשיפה לרוח.

בנוסף, יש מגוון תכשירים ושיטות טיפול:

דמעות מלאכותיות - כשאין מספיק דמעות, ניתן לספק אותן מבחוץ. יש סוגים רבים של תכשירי דמעות מלאכותיות. בחלקם הטיפות צמיגות יותר, והדבר מאריך את משך שהותן על פני העין. באחרים כמות קטנה יחסית של מלחים, והדמעות שבעין, שבמצב של יובש סמיכות מהרגיל, נמהלות.

חדש בישראל

navi
blef

קצף חדשני להגינת עפעפיים

"קו ראשון לבלפריטיס!"



קצף להסרה של הפרשות עיניות מעפעפיים והריסים
הנגרמות כתוצאה ממצבים דלקתיים שמקורם
בבלפריטיס ודלקות לחמית או לאחר ניתוחי עיניים

*זמין במכבי פארם

TRADIS GAT
רואים את האיכות רשמיים
03-9260400

navi
pharma

יעיל בטיפול ומניעה ב:

בלפריטיס | אטופיק דרמטיטיס | שעורה
כלזין | ולניקיון שוטף של העפעפיים והריסים

חדש בישראל



אופטיב

להקלה על עיניים יבשות ומגורות
ללא בנזאקוליום כלוריד

יש לעיין בעלון לצרכן לפני השימוש. מכיל: Carboxymethylcellulose 0.5%, Glycerin 0.9%

TRADIS GAT
רואים את האיכות רשמיים
03-9260400

ALLERGAN
ophthalmology

optive



*זמין מכבי ולאומית



ד"ר אריה נמט,
מומחה לרפואת עיניים ומנתח
מנהל שירות אוקולופלסטיקה,
בית חולים מאיר, כפר סבא
מרצה בכיר, בית הספר
לרפואה, אוניברסיטת תל אביב

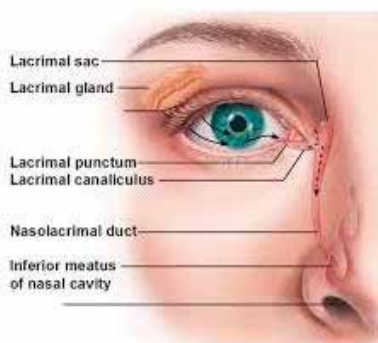
הדמעות יורדות מעצמן

במקרים אחרים- הדמעות מגיעות לאגן הניקוז, אך שם קיימת חסימה בפתח: בבדיקה פשוטה ניתן לראות אם החסימה מקורה בפתחי הפונקטום- אותם פתחים קטנטנים בשולי העפעף הפנימי. **במקרים אלו פעולה מרפאתית פשוטה של הרחבת הפתחים, הנמשכת כ 5 דקות, תפתור את הבעיה.**

כאשר לפי הבדיקה מקור החסימה עמוק יותר- בשק או תעלת הדמעות, התהליך מורכב יותר. מדובר על תופעה מטרידה עם דמעת קבועה לעיתים רק בנוכחות רוח או קור, ולעיתים באופן קבוע. התופעה שכיחה יותר בנשים. הסיבות האפשריות להווצרותה הינן- חבלה, מחלת סינוסים, פוליפים באף, דלקות, זיהומים, ובאופן נדיר- גידולים. לעיתים מופיעה הפרשה מוגלתית- צהובה או ירוקה המעידה על התארגנות של חיידקים באיזור אגן הניקוז של הדמעות. (שאינו פעיל). **הטיפול המידי לדלקות הינו ע"י מתן טיפות אנטיביוטיות מקומיות.** לעיתים מופיעה דלקת זיהומית של שק הדמעות עם אודם כאבים והפרשה מוגלתית, ואז יש צורך במתן אנטיביוטיקה דרך הפה.

הטיפול הקבוע לחסימה זו היא ע"י ניתוח ה DCR- בו נעשה מעקף של דרכי הדמעות אל האף.

מטרת הניתוח הינה יצירת מעקף לניקוז הדמעות אל רירית האף דרך חלון עצם. קיימות כיום שתי טכניקות עיקריות: באחת נעשה הניתוח דרך חתך עור בצד אף (ניתוח חיצוני), ובשניה- דרך חלל האף (ניתוח אנדוסקופי).



דמעת שאינה רצונית היא תופעה שכיחה למדי, בעיקר בקרב נשים, מטרידה ומאד לא נעימה.

בהפרעה זו סובל המטופל מרטיבות בעין שעשויה לגרום להפרעות ראייה, טשטוש, דלקות, צריבה, זיהום דרכי דמעות חוסר נוחות וצורך בשימוש כל הזמן בטישו לניגוב העין, אי נעימות חברתית ועוד.

אין דרך להגיע לאבחנה טובה **מבלי בדיקה יסודית של כל הגורמים הללו. בדיקה זו נעשית באופן הטוב ביותר ע"י מומחה לאוקולופלסטיקה.**

דמעת יכולה להיות מולדת או נרכשת. כאן תתואר הדמעת הנרכשת. (זו המופיעה אצל מבוגרים)

הדמעות נוצרות במספר בלוטות באיזור העפעף העליון ובצד החיצוני עליון של העין, וכן מבלוטות רירית וחלב בלחמית ובשולי העפעפיים הן מופרשות בחלק הפנימי של העין דרך 2 פתחים זעירים (קוטר 0.2 מ"מ) אל צינוריות עדינות בעפעף העליון והתחתון המתחברים לשק ניקוז. הדמעות מתרוקנות לתוך חלל האף דרך צינור ניקוז הדמעות, ומשם דרך שסתום קטן לקיר החיצוני של האף.

מדובר על מערכת מורכבת ולא פשוטה אשר בפגיעה בכל אחד מהמרכיבים, עלול להווצר תהליך פתולוגי- דהיינו- חסר בדמעות בריאות (שתוצאתו- יובש), או חסימת דרכי דמעות(שתוצאתו- דמעת יתר, והפרשות רבות).

באופן כללי ניתן לחלק את הסיבות לדמעת יתר לשתי קבוצות: הפרעה בניקוז הדמעות, או ייצור יתר שלהן.

ייצור יתר:

באופן די מפתיע, דווקא יובש- דהיינו חוסר באחד ממרכיבי הדמעות, היא סיבה שכיחה מאד לדמעת! הכיצד? במקרי יובש, ישנה תשדורת עצבית למח כי העין יבשה, והדבר גורם להפרשת יתר של דמעות. דמעות אלו אמנם מלחלות את העין, אך הדבר נעשה במעין שטף של דמעות, לעיתים צורבות עם צורך לעיתים תכופות לנגב את זרם הדמעות.

סיבות שכיחות אחרות לייצור יתר של דמעות כולל גירוי של העין: למשל: דלקת אלרגית, ויראלית או גוף זר.

הפרעת ניקוז של דרכי הדמעות:

תחילה יש לבדוק אם הדמעות מגיעות לפתח הניקוז (החלק הפנימי של העין). לצורך כך קיים מעין מרזב המוליך את הדמעות לאיזור אגן הניקוז. המרזב הוא למעשה העפעף התחתון. כאשר העפעף אינו מונח בזווית נכונה, הדמעות אינן מגיעות לאגן הניקוז, ואז יש צורך בטיפול לתיקון העפעף על ידי חיזוקו ויצירת זווית נכונה של הזרימה.

העין יבשה? סיסטיין בבקשה!

טיפול עיניים להקלה בתחושת צריבה וגירוי בעקבות יובש בעיניים



עכשיו
באריזה
חדשה



LAPIDOT MEDICAL

Alcon[®]
a Novartis company

עידן חדש בשיפור הראייה

באמצעות לייזר ניתן כיום לבצע ניתוחים לתיקון הראייה גם במטופלים שעד לפני כמה שנים לא יכלו לעבור הליך כזה. ברשת "עיניים" המרכז הרפואי ד"ר לוינגר רתמו את טכנולוגיית הלייזר גם לניתוחי קטרקט והשתלת קרנית.

מאת ד"ר שמואל לוינגר*

ניתוח קטרקט באמצעות לייזר

פריצת דרך בטיפול בקטרקט היא ניתוח קטרקט באמצעות לייזר בעזרת מכשיר ה-LenSx, אשר נמצא בשימוש במרכזים הרפואיים המובילים בארה"ב ובאירופה, ונמצא באופן בלעדי ב"עתיים" מדיקל סנטר" מקבוצת "עיניים". מערכת זו מעלה את רמת הבטיחות והדיוק של הניתוח, בעיקר בעת השתלת עדשות מולטי-פוקאליות, המאפשרות לצמצם את התלות במשקפיים לראייה למרחק ובמשקפי קריאה.

השילוב של ניתוח קטרקט בלייזר עם השתלת עדשות מולטי-פוקאליות משיג חדות ואיכות ראייה מצוינות.

השתלת קרנית בלייזר

כאשר מבנה הקרנית ושקיפותה נפגעים כתוצאה מפציעה או ממחלת עיניים כגון קרטוקונוס, תהיה הפרעה חמורה בהעברת קרני האור לתוך העין ולכן הראייה תהיה מטושטשת מאוד. השתלת קרנית נדרשת במצב שבו יש עכירות בקרנית. עכירות זו פוגעת באיכות הראייה ובחדותה ברמה שאינה ניתנת לתיקון באמצעות משקפיים או עדשות מגע.

כיום הקרנית מושתלת באמצעות לייזר בשיטת IEK. בהשוואה לניתוחים בשיטה הכירורגית, ההחלמה מהירה והמנותח זוכה לראייה טובה תוך זמן קצר.

טיפול בעין עצלה

"עיניים" מציעה טיפול חדשני ובלעדי בבעיית עין עצלה בילדים מגילאי 3 עד גיל 9. משקפיים אלקטרוניים "אמבליז" המבוססים על פיתוח ישראלי. למשקפיים עדשות מיוחדות, באמצעותן עדשת המשקפיים של העין הטובה הופכת לכהה מאוד למשך 30 שניות בכל דקה וכך מאלצת את המוח להשתמש בעין העצלה ולחזק אותה. למשקפיים אלה ניתן להוסיף גם תיקון של המספר האופטי, אשר נדרש ברוב המקרים אצל הסובלים מעין עצלה. בילדים מעל גיל 9 ובמבוגרים, אנו מטפלים בשיטת נירויז', המבוססת על תרגול נירולוגי מול מחשב. התרגול מבוצע מול תוכנת מחשב מיוחדת בסדרת תרגילים אשר רובם מבוצעים בבית. הניסיון המצטבר במרכז הרפואי "עיניים" מראה כי באמצעות שיטת טיפול זו ניתן לשפר את חדות הראייה במספר שורות.

*ד"ר שמואל לוינגר הוא המייסד והמנהל הרפואי של רשת המרכזים הרפואיים "עיניים".

בהשוואה לשיטת "אינטראלאסיק" ההחלמה איטית יותר. בשתי השיטות הללו משודרג השלב השני של הניתוח באמצעות טכנולוגיית Wave Front, המסייעת להשגת איכות ראייה וחדות ראייה גבוהות במיוחד.

לקרוא בלי משקפיים

הטכנולוגיה המתקדמת להסרת משקפיים בלייזר מאפשרת גם הסרת משקפי קריאה בשיטת "פרסבילאסיק". הטיפול מתאים לבני 40 ומעלה, הסובלים מלקות ראייה לקרוב ולרחוק. גם ניתוח זה נעשה באמצעות תוכנת Wave Front, המסייעת בהשגת איכות ראייה משופרת.

השתלת עדשה תוך-עינית

על אף הצלחותיה של הטכנולוגיה המתקדמת, כ-30% מהפונים להסרת משקפיים בלייזר נמצאים בלתי מתאימים לניתוח. לרובם מתאים הפתרון המתקדם של השתלת עדשה תוך-עינית לתיקון הראייה לצמיתות. ניתוח זה מתאים לבני 18-55, כל עוד עדשת העין בריאה ואין תהליך מתקדם של קטרקט. ההשתלה מתאימה גם לאנשים עם רוחק ראייה או קוצר ראייה גבוהים במיוחד, קרנית דקה או אסטיגמציה (צילינדר) גבוהה. עדשות הדור החדש מותאמות בדיוק למספר הנדרש ומוזמנות לקראת הניתוח. ההליך קצר והפיק - כלומר, ניתן להחליף את העדשה או להוציאה במקרה הצורך.

ניתוח קטרקט ותיקון הראייה

קטרקט המאופיין בעכירות עדשת העין מופיע בדרך כלל אצל בני 65 ומעלה, אולם הוא עלול להופיע גם בקרב ילדים בעלי קטרקט מולד. כאשר עדשת העין עכורה, היא משבשת את מעבר קרני האור התקין אל תוך העין וכך גורמת לטשטוש הראייה באופן הדרגתי. בניתוח קטרקט מוחלפת העדשה העכורה בעדשה מתקנת שקופה, המחזירה לעין את יכולת הראייה למרחק.

בשנים האחרונות עברו הטכנולוגיות הרפואיות לתיקון הראייה כברת דרך ארוכה. התקדמות טכנולוגיית הלייזר פתחה אפשרויות חדשות בתחום בריאות העין ושיפור הראייה. השיפור בטכנולוגיה מאפשר לערוך כיום ניתוחים לתיקון הראייה בלייזר גם במטופלים שהיו מנועים מכך עד לפני שנים מספר. בנוסף נעשים גם ניתוחים כירורגיים, כגון הסרת קטרקט והשתלת קרנית, באמצעות טכנולוגיית הלייזר.

הסרת משקפיים בלייזר

ניתוח להסרת משקפיים בלייזר אפשר לבצע כיום במטופלים מגיל 18, אך רק כשהמספרים יציבים במשך שנה לפחות. בכל מקרה, הניתוח ייערך רק לאחר בדיקת התאמה קפדנית הנמשכת כשלוש שעות, והכוללת בדיקת ראייה על ידי אופטומטריסט מומחה, סריקת פני הקרנית, צילומי עיניים נוספים ובדיקה בידי הרופא המנתח, שיקבע על-פי נתוני העיניים אם המטופל מסוגל לעבור את הניתוח ומהי השיטה המתאימה לו ביותר. כיום יש שיטות טיפול מתקדמות אחדות, והשיטה המתאימה למטופל נקבעת על פי נתוני האישיים - עובי הקרנית, צילינדר (אסטיגמציה) ועוד. בכל השיטות הניתוח נעשה תמיד בהרדמה מקומית, בעזרת טיפות עיניים, והוא אינו גורם לכאבים. השיטה המתקדמת ביותר כיום בתחום הסרת משקפיים בלייזר היא "אינטראלאסיק".

השיטה כוללת הרמת מתלה ופתיחת חלון טיפולי בקרנית בעזרת קרן לייזר. ניתוח בשיטה זו מדויק יותר, בטוח יותר ואינו כרוך בכאבים במהלך הניתוח ולאחריו. גם תופעות לוואי, כגון סינוור ויובש בעיניים, מופיעות בשכיחות נמוכה בהרבה, והחזרה לשגרת החיים היא מיידית.

שיטה ותיקה יחסית שתוצאותיה מצוינות היא "לאסק". שיטה זו מאפשרת עריכת ניתוח גם בקרניות דקות יחסית, אולם

ניתוח קטרקט באמצעות לייזר בעזרת מכשיר ה-LenSx, שנכנס השנה לשימוש ב"עתיים" מדיקל סנטר" מקבוצת "עיניים", מעלה את רמת הבטיחות והדיוק של הניתוח, בעיקר בעת השתלת עדשות מולטי-פוקאליות, המאפשרות לצמצם את התלות במשקפיים לראייה למרחק ובמשקפי קריאה.

כ-30% מהפונים להסרת משקפיים בלייזר נמצאים בלתי מתאימים לניתוח. לרובם מתאים הפתרון המתקדם של השתלת עדשה תוך-עינית לתיקון הראייה לצמיתות. ניתוח זה מתאים לבני 18-55, כל עוד עדשת העין בריאה ואין תהליך מתקדם של קטרקט.

אתם מוזמנים למסע בזמן הרצלילינבלום

מוזיאון לבנקאות ונוסטלגיה תל אביבית



במוזיאון ייחודי נפגשים עבר, הווה ועתיד. אתם מוזמנים
לבית שיף - מראשוני הבתים בתל אביב, לחוויה
מרתקת המשלבת אטרקציות שלא תראו בשום מקום.

המוזיאון מציע סיורים ופעילויות חנוייתיים ומגוונים לקהלים שונים.
הכניסה ללא תשלום | לפרטים ולתיאום ביקור: 1-700-55-8000

יחשון \ TBWA

זה טוב
למשפחה

דיסקונט

מקצועיות שרואים בעיניים

ברשת מכבי ממבט ראשון

מאמצים את הסטנדרטים הגבוהים ביותר הקיימים בעולם בנהלי הבדיקות, באיכות המוצרים והאביזרים ובפיקוח המקצועי. ברשת מחכים לכם מיטב המומחים במגוון תחומים:

משקפיים, עדשות מגע, מולטיפוקל, תרגולי עיניים, בעיות פזילה, קרטוקונוס, תיקון ראייה ירודה, עין עצלה, ילדים ועוד מגוון רחב של פתרונות שיותאמו לכם אישית.

העיניים שלכם המומחיות שלנו.

מכבי ממבט ראשון

מתקדמים בשבילך

למידע נוסף חייגו:

*6678

www.maccbi-optic.co.il