

הכתבה הזאת פורסמה ב- ynet ע"י חגית שמלי ב 3.7.14 .
לידעת חברי העמותה הנאמר מוגש כשירות ובאחריות המפרסם בלבד.

ראייה ירודה: הסיבות והטיפול שיעזור

מה המשמעות של ראייה ירודה, איזה סימפטומים מצביעים כי יש בעיה ומהם הפתרונות שיעזרו להתמודד עם המצב?

אובחנתם לאחרונה כבעלי ראייה ירודה? על אף ולמרות הקושי והמגבלה החדשה, חשוב להבין כי ניתן לשוב ולתפקד בצורה עצמאית בחיי היומיום. מהם הגורמים לראייה ירודה שעלולים לפגוע באיכות החיים שלכם ?

ניוון מקולרי גילי (נמ"ג)

המקולה, או הכתם הצהוב, הינו אזור מצומצם ברשתית העין, שבו מרוכזים התאים האחראים על ראייה באור. באזור זה מתרכזות קרני האור כאשר העין מתבוננת ישר, בדומה לפילם שבמצלמה, וקולטת דמות דרך העדשה. כאשר מקולה ניזוקה, החלק המרכזי של הדמות נראה מטושטש .

הדמות שמסביב לאזור זה נראית ברורה יותר. האזור ההיקפי בדרך כלל לא נפגע ומסיבה זאת, דגנרציה של המקולה כשלעצמה אינה גורם לעיוורון מוחלט! ניוון מרכז הראייה מתרחש כאשר תאי הרשתית, האחראים לראייה החדה, נהרסים בגלל הצטברות נוזל בצקתי, דמי או שניהם באזור הזה .

לעתים תהליך ההרס מתרחש בצורה ה"יבשה", כלומר ללא הצטברות של הנוזל. סוג זה נפוץ יותר.

קצב השינויים בראייה יכול להיות איטי או מהיר. הוא יכול להתרחש בכל גיל, אך שכחות התופעה גבוהה בגיל הזקנה. המחלה הינה הסיבה העיקרית לירידה בראייה אצל קשישים בעולם המערבי .

ישנן סיבות רבות לתופעה: תורשה (בעיקר אצל ילדים), זיהום או פציעה, דלקות כתוצאה מנטילת תרופות מסוימות, מחלה מערכתית כגון סוכרת או בעיות מחוץ לאזור המקולה.

סימפטומים, טיפול ודרכי הסתגלות

דגנרציה של המקולה מלווה בסימפטומים שונים אצל אנשים שונים. הדבר תלוי בהיקף הפגיעה, עוצמתה ודרך הסתגלותו של הפרט. בשלבים מוקדמים של המחלה הדבר משפיע מעט על התפקוד, במיוחד כאשר קיימת עין אחת תקינה .

כאשר מתרחשת פגיעה בשתי העיניים היא תתבטא תפקודית לטווח הקרוב: ראייה מטושטשת של הכתוב, פעמים גם עיוותי קווים, קושי בזיהוי תווי פנים, תלונה על ראייה בלתי חדה למרחק ולעיתים גם הבחנת הצבעים מתעמעמת.

הטיפול הרפואי היחיד שהוכח עד היום כיעיל במחלה הוא מתן זריקות לתוך העין. טיפול זה מתאים לסוג "הרטוב" ולא לסוג ה"יבש" של המחלה. מטרת הזריקות למנוע גידול לא מבוקר של

כלי הדם שמתחת לרשתית ולהפחית את ההרס במרכז הראייה. כמו כן לספוג את הבצקת שנוצרה מתחת למקולה. סיוע אפשרי נוסף הוא שימוש בעזרים האופטיים.

סוכרת

מחלת הסוכרת הינה הפרעה בחילוף החומרים והיא מתחלקת לשני סוגים: סוכרת מסוג 1, התלויה באינסולין (insulin dependent), נגרמת כתוצאה מהרס ספציפי של תאים המייצרים אינסולין בבלב וכך נגרמת הפסקת בהפרשת ההרמון.

סוכרת מסוג 2 אינה תלויה באינסולין (non-insulin dependent). הבלב ממשיך לייצר אינסולין, אך מסיבה מסוימת נפגמת יכולתו של הגוף להשתמש בגלוקוז. אחת הפעולות החשובות של האינסולין היא שמירה על ריכוז קבוע של גלוקוז בדם.

האינסולין מאפשר כניסת גלוקוז לתאים בעת הזדקקותם לו, לשם ייצור אנרגיה ובנייה של חומרי תשמורת בתא. אם ריכוז האינסולין בדם נמוך ביחס לריכוז הגלוקוז, עקב יכולת ירודה של הגוף לייצר אינסולין או אי-יכולת התאים לנצל את האינסולין, מתפתחת מחלת הסוכרת.

הסימפטומים העיקריים של מחלת הסוכרת מתבטאים בחולשה, אובדן משקל, הטלה מרובה של שתן ולעיתים תכופות, צמא וסימנים של התייבשות.

מאפיינים מיוחדים

סוכרת התלויה באינסולין: סוכרת זו חמורה יותר, ומופיעה אצל ילדים ובגיל ההתבגרות. לפעמים קוראים לסוג זה סוכרת נעורים, כיוון שבמקרים רבים רואים סימנים בגיל נעורים אך ישנם גם מבוגרים הנזקקים לאינסולין. כפי שהוזכר לעיל, הבלב (pancreas) לא מייצר אינסולין ולכן האדם תלוי בזריקות אלו.

סוכרת בלתי תלויה באינסולין: סוכרת מסוג זה היא נפוצה יותר ופחות פתאומית. היא מופיעה בדרך כלל באמצע החיים או בגיל השלישי. הבלב ממשיך לייצר אינסולין אבל לא בכמות מספקת. ניתן לאזן סוכרת זו ע"י דיאטה, התעמלות או בעזרת תרופות. התפתחותה של המחלה איטית יותר ולעיתים לא מאבחנים אותה במשך שנים רבות.

גלאוקומה (ברקית)

הגלאוקומה הינה מכלול תופעות בעין. המשותף להן הוא לחץ תוך עיני מוגבר, פגיעה בעצב הראייה ופגיעה אופיינית מתקדמת בשדה הראייה. בגלאוקומה ישנה הפרעה בזרימת נוזל הלשכה (aqueous humor) שבעין.

בעין בריאה נוצר נוזל מזין בגוף העטרה (ciliary body) אשר נמצא מאחורי הקשתית. נוזל זה מזין את הרקמות השונות בחלק הקדמי של העין. הניקוז של אותו נוזל נעשה בזווית הלשכה הקדמית שבין הקשתית לגבול הקרנית. כאשר קיימת הפרעה בניקוז עולה כמות הנוזל בעין, וכתוצאה מכך גובר הלחץ התוך עיני.

ישן שלוש קבוצות של גלאוקומה :

1. **גלאוקומה כרונית עם זווית פתוחה** - הפגיעה הינה ממושכת עם הרס מתקדם של עצב הראייה. בעקבותיה האדם לא חש כאבים אך ישנה ירידה איטית בשדות הראייה. כיוון שחדות הראייה נשמרת עד לשלבים מתקדמים, האדם אינו מודע למצבו. הגלאוקומה הכרונית מתגלה בבדיקה שגרית של לחץ תוך עיני, בביקור שגרתי אצל רופא עיניים, או כשהיא בשלב מתקדם.

2. **גלאוקומה חריפה עם זווית סגורה** - הלחץ התוך עיני עולה במהירות עקב סגירה מכנית פתאומית של דרכי הניקוז. מחלה זו מאופיינת בכאבי ראש עזים, בחילה, הקאה, טשטוש ראייה, "עין אדומה" וכאבים באזור העין. תופעות אלו מחייבות פנייה מיידית אל רופא העיניים.

3. **עלייה בלחץ התוך עיני** - יכול להופיע כתוצאה מכוויות מחומרים כימיים, מזריקות, מתרופות, מטיפות עיניים וממתכות שונות. אומנם גלאוקומה יכולה להופיע בכל הגילאים, אך אוכלוסיית הסיכון היא בוגרים מעל לגיל 35. אוכלוסיית הסיכון הגבוה כוללת קשישים מעל גיל 65, אנשים הסובלים מסוכרת וממחלות מערכתיות נספות, או אנשים בעלי היסטוריה משפחתית של גלאוקומה.

טיפול רפואי

בעת התקף של גלאוקומה חריפה, הטיפול הראשוני הינו תרופתי על מנת להוריד את הלחץ. לאחר מכן ניתן לפתוח פתח ניקוז חליפי בעזרת קרני לייזר. בגלאוקומה כרונית עם זווית פתוחה, הטיפול הראשוני, ולעיתים היחיד, הינו תרופתי (מקומי וסיסטמי).

אם טיפול זה אינו מספיק ניתן לטפל בלייזר או בניקוז, על מנת לשפר את ניקוז הנוזל. מטרת הטיפול היא להוריד את הלחץ התוך עיני המוגבר, כדי למנוע נזק נוסף לעצב הראייה. המעקב האמין ביותר, הינו מעקב של שדה הראייה בשתי העיניים, בשילוב מדידה.

השלכות תפקודיות - סימני אזהרה של גלאוקומה

1. שינויים תכופים של מרשמי משקפיים, כאשר אף אחד מהם אינו תורם לשיפור.
2. ירידה ביכולת ההסתגלות לשינויים בין חללים מוארים וחשוכים.
3. טשטוש בראייה.
4. הילה בצבעי הקשת מסביב למנורות מוארות.
5. צמצום ופגיעה בשדה הראייה.

ישנו שוני בין אדם לאדם באזור הפגיעה ובהיקפה, אך אופיינית הפגיעה המתחילה בפריפריה וממשיכה בצורה של סגירת טבעת ספירלית. לכן חשוב לחזור על בדיקת שדה הראייה כדי לעמוד על הפגיעה האמתית, וכדי שהרופא יוכל להחליט על התאמת טיפול הולם. חשוב להדגיש, שמדידת הלחץ התוך עיני אינה מספיקה למסירת תמונה מקיפה. חשוב לדעת שניתן לסבול מגלאוקומה גם אם אף אחד מסימנים אלו אינו מופיע!

קטרקט (ירוד)

הקטרקט מתפתח כאשר העדשות מאבדות משקיפותן ונעכרות. התעכרות העדשה מפריעה למעבר קרני האור דרך העדשה לרשתית, ובכך נפגעת הראייה. תהליך זה הוא תהליך טבעי של התבגרות, אך הוא יכול להיגרם גם מהסיבות הבאות:

1. פגיעה ישירה בעין – ירוד חבלתי.
2. שימוש ממושך בתרופות מסוימות (כגון קורטיזון).
3. חשיפה לקרינה חזקה ולחום גבוה.
4. מחלות שונות (כגון סוכרת).

יש קטרקט מולד אצל תינוקות ילדים וצעירים (CONGENITAL), אולם הסיבה העיקרית להופעת הקטרקט היא הזדקנות העין. (SENILE) הקטרקט נראה לעיתים כקרומ המכסה את העין, אולם זוהי התרשמות הנוצרת כתוצאה מתהליך ההתעכרות של העדשה השקופה.

יש סוגים של ירוד המתפתחים לאט, ואחרים המתפתחים מהר. קצב ההתפתחות שונה מאדם לאדם, ולרוב התהליך מתפתח בשתי העיניים, אך קצב ההתפתחות שונה מעין לעין. בדרך כלל, כל עוד אין פגיעה בראייה, אין מטפלים בירוד.

מאפיינים מיוחדים:

1. אובדן הדרגתי של הראייה.
2. שינויים תכופים במרשמי משקפיים.
3. ראייה מטושטשת - כאילו מבעד למסך ערפל.
4. שינויים ביכולת הבחנת צבעים.
5. סנוור מוגבר מאורות עמודי תאורה בלילה.
6. סנוור מוגבר עקב בוחק והילה ממנורות דולקות ומשמש.
7. לפעמים גם ראייה כפולה.

השלכות תפקודיות

1. קשיים בזיהוי דברים שונים כגון: מספרי אוטובוס, שלטי רחוב אנשים וכו'.
2. קשיים בצפייה בטלוויזיה, בקריאה ובכתיבה.
3. קשיים בתפקודי יום ויום ובניידות.
4. בשלב מתקדם- הפסקת כל פעילות.

טיפול יעילים

1. הוצאת העדשה העכורה והשתלת עדשה מלאכותית במקומה. לניתוחים אלה יש סיכוי הצלחה מהגבוהים ביותר, עד 95%.
2. ניתן להתאים עדשות מגע.
3. ניתן להתאים משקפיים מיוחדים.

מה עוד אפשר לעשות ?

כדאי ורצוי לטפל במקרים של ראייה ירודה במכונים מיוחדים המתמחים בכך. במכון לשיקום ראייה ירודה במגדל אור, ניתן שירות למטופלים המתגוררים באזור חדרה וצפונה, וכן בתחנות שירות נוספות באזור הצפון, על פי דרישה.

לרשות המטופלים עומדים במכון מגוון עזרים, אותם ניתן לסווג ל-3 קבוצות עיקריות:

- עזרים אופטיים
- עזרים אלקטרוניים
- עזרים אחרים

עזרים אופטיים יוצרים הגדלת תמונה על הרשתית ובכך מתאפשר ניצול מרבי של שרידי הראייה. הגדלה אופטית תיקבע על בסיס של תיקון ואופטי סטנדרטי באמצעות משקפי ראייה המותאמים ע"י אופטומטריסט מומחה.

סוגי ההגדלה הם:

1. הגדלה אופטית – מגדלות, משקפים טלסקופים ומקרוסקופיים מכשור אלקטרוני וכו."
2. ההגדלה ע"י קיצור המרחק בין העין והאובייקט (לדוגמה קריאה מקרוב).
3. הגדלת האובייקט עצמו – כתב מוגדל.
4. הדגשת האובייקט עצמו - כתיבה בטוש.

עזרים מרכזיים:

מגדלות עם הגדלות מסוגים שונים, משקפיים טלסקופיים, משקפיים לשימוש בקולנוע ובתיאטרון, טלוויזיות במעגל סגור המגדילות את החומר הנקרא, יכולות להיות ניידות ונישאות (לקניות בסופר, למשל) או ניחות (לשימוש במחשב בבית או בעבודה), תוכנות הגדלה לשימוש במחשבים ועוד.

שימוש יעיל בעזרי ראייה אופטיים דורש הדרכה ואימון עד שהאדם לומד לנצל את שרידי ראייתו בחיי היום יום. נראה שהמפתח להצלחת האם עם לקות הראייה בשיקומו ובתפקודו הינו, במידה רבה, בנכונותו להשתמש בעזרים הניתנים לו ובפיתוח מיומנויות לתפקד בעזרתם, כך יוכל להפיק תועלת מקסימלית מההדרכה והייעוץ הניתנים לו ע"י אנשי המקצוע.

אדם המגייס כוח רצון, תמיכת משפחה, עזרה רפואית ושיקומית ושירותים קהילתיים נוספים, יכול להמשיך ולנהל חיים עצמאיים ומספקים.