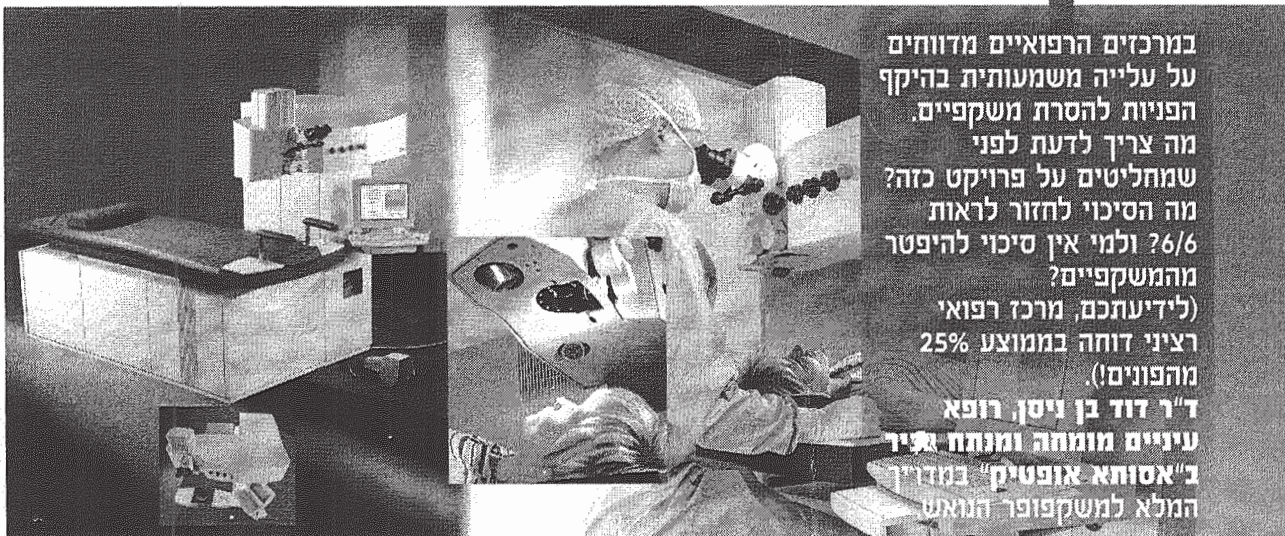


פוקחים עיניים



במרכזים הרפואיים מדווחים על עלייה משמעותית בהיקף הפניות להסרת משקפיים. מה צריך לדעת לפני שמחליטים על פרויקט כזה? מה הסיכוי לחזור לראות 26/6 ולמי אין סיכוי להיפטר מהמשקפיים? (לידיעתכם, מרכז רפואי רציני דוחה בממוצע 25% מהפונים!).

ד"ר דוד בן ניסן, רופא עיניים מומחה ומונתח גליון ב"אסוחא אופטיק" במדרין המלא למשקפופר הנואש

בעין בצורה נכונה. יש הרבה שיטות טכנולוגיות ובכולם מטפלים בקרנית, שהיא עדשת העין בעלת המשמעות האופטית הגדולה ביותר - והיא השכבה החיצונית המגנה על העין. היא נמצאת בחלק הקדמי השקוף וניתן לדמות אותה לכיסוי השעון. בניתוח משייפים או מעצבים את המבנה מחדש. מנסים להגיע למבנה האופטימאלי הכדורי מתוך המבנה הגנטי הקיים שיכול להיות קעור בצד מסוים, שטוח בצד אחר, חרוטי ועוד. ככל שהמספר גבוה יותר כך צריך לשייף יותר מעובי רקמת הקרנית כדי להוריד יותר נפח. עובי קרנית ממוצע הוא בערך 520 מיקרון. כל מספר משייפים מוריד כמה מיקרונים מהעובי שלה. אחר הניתוח נשארים עם קרנית מהרגיל ויש סף של קרנית דקה שלא ניתן לעבור אותו. תקנות בינלאומיות הקובעות לכלל רופאי העיניים בעולם ונסמכות על מחקה ניסיון וידע מצברים קבעו את עובי הקרנית המינימאלי שנשאר בגמר השייף בניתוח, כדי לחשוף אותה למינימום היפגעויות.

כשאין אלטרנטיבה למשקפיים

מה אם הקרנית במקור דקה מדי?

מי שנוגד עם קרנית דקה לא יוכל לעבור ניתוח לייזה. ניתן לחיות בשלום ולהזדקק בשקט עם קרנית דקה בלי סיכון לפגיעה בעיניים אבל ההליך הכירוי במצב כזה הוא בלתי אפשרי. לעיתים השילוב בין קרנית דקה לבין מספר גבוה הוא שלא מאפשר את קיום הניתוח.

לדוגמה: אדם עם מספר 10 - שהקרנית שלו מספיקה רק להורדת 5 מספרים אין טעם שיעבור את הניתוח!

מי עוד לא מתאים לניתוח?

אנשים בעלי מבנה לא תקין של הקרנית שמתגלים אחרי עריכת מיפוי קרנית. גם מחלות עיניים ומחלות גופניות שונות הפוגעות ברקמות החיבור או במערכת החיסון לא מאפשרות ביצוע הניתוח, משום שהחלמת הקרנית לא תהיה טובה. בנוסף, איא לנתח אנשים בעלי מספר לא יציב שהחליפו משקפיים באחרונה. הם חייבים להמתין עד שנה כדי לוודא שאין שינויים. זו הסיבה שזמן התחלת הניתוח הוא בגילאי 18 ומעלה כשהמספר מתייצב והעין מסיימת את תקופת הבשלות שלה.

סיכונים מינימאליים

עד כמה הניתוח בטוח?

מדובר אומנם בניתוח קוסמטי אבל כמו כל ניתוח אחר איא להתייחס אליו כאל פעולה זניחה או פשוטה. אין ניתוח ללא סיכונים וסיכונים וכל מטופל יעשה את השיקולים שלו. יש כאלו שחיים בשלום עם משקפיהם ויש אחרים שיעשו כל דבר כדי להיפטר מהם. מי שיחיה בשלום עם המשקפיים שלו אינו צריך לעשות ניתוח להסרתם. אני יכול רק לומר שבניגוד לסיפורים שמתחבבים לפעמים, תופעות הלוואי של הניתוח קטנות מאד. היקף הסיכונים הכללי מן הקל עד הכבד ביותר החל ביובש בעיניים, גירודים ועד שיבוש הראייה או חזרה של מספרים, נע כולו בסביבות 3%-4%. באחוזים קטנים מאד בהם קיימת חזרה של המספר או של חלק ממנו אחרי שנה-שנתיים ויותר, ניתן לבצע תיקונים ולערוך מעקב עד שהמספר מתייצב. גם תהליך ההחלמה הוא

הניתוחים הראשונים בארץ.

600 שנה אחרי המצאת המשקפיים בצפון איטליה (עד היום לא ברור מי היה הממציא הראשון לפני 630 שנה) יצאה באירופה הבטורה החדשה, שמנסה לנטרל אותה מהיסוד ומציעה למשקפופרים דרך אחרת.

מאז שופו ויושרו לא מעט קרניות במטרה לתקן את ליקויי הראיה המולד ולהשיב לעין את צורתה הכדורית האופטימאלית. בארץ הניתוחים הראשונים במצע לפני כ-20 שנה ע"י פרופסור לור בבית החולים אסוחא. כיום אלפי ניתוחים מבוצעים כל שנה במסגרת המישה מכונים עיקריים בארץ.

קצת מגרד, הרבה מציק ומרזיז. האם אלו סיבות טובות לבצע הליך כירורגי פולשני אל אחד האברים החשובים והעדינים בגופנו. ליטול סיכון כלשהו על הראייה? אחרי 15 שנות ניסיון ואלפי מטופלים ד"ר בן ניסן מתקשה להזהות עם השאלה. מדי שבוע הוא מבצע לא מעט ניתוחים להסרת משקפיים ובדיכ מה שמפחיד את המטופלים זו לא רק המחשבה על הליך ניתוחי בעיניים אלא החשש שאולי ימצאו כבלתי מתאימים לניתוח ופנייתם תידחה. במקרים רבים הם מגיעים נחושים למטרה ולא מעכלים את הדחייה הנחרצת.

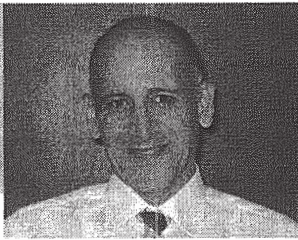
ההסברים הרציונליים לא עושים עליהם רושם. כשהוא מסביר להם שזה לא בשבילם ולמה להם, הם מתעקשים שזהו זה. נמאס להם מהסיפור הארוך. הם רוצים להשתמש רק בעיניים ומוכנים לקחת את הסיכון. ולמרות כל זאת, הם יידחו יחד עם הרבה אמפתיה משום שאינם עומדים בקריטריונים של ניתוח הלייזר להסרת משקפיים.

כשהניתוח עולה כמעט כמו משקפיים.

השיקול הכלכלי גם לא מצליח לקלקל את התמונה הוורודה, למי שכבר ראה אותה בעיני רוחו, אז נכון שמדובר בפינוק די יקר היכול להסתכם באלפי שקלים (המחירים נעים בין ועד מעל ל-10000 ש"ח) אבל המציאות מראה שכאשר סובלים גם השיקול ובמבצעים של כל מכון) אבל המציאות מראה שכאשר סובלים גם השיקול הכלכלי לא מקלקל את התוכנית. בפרט כשההוצאות על המשקפיים גדולות לא פחות. כיום, עם התחרות הבריאה ששברה את מחירי המסגרות, משקפיים הפכו למוצר זול יותר אבל לא לתמיכה. בשלב מסוים, כשחוצים את קו הארבעים ונזקקים למשקפיים מולטי פוקאליים לראיה מקרוב ומרחוק, תוך זמן קצר העלויות מכסות חלק נכבד מעלויות הניתוח. לדברי ד"ר בן ניסן, מחיר ממוצע למשקפיים מולטי - פוקאליים יכול להגיע לאלפי שקלים ויכול להתקרר גם למחירי הניתוח. בדיכ המספר לראייה מרחוק נותר יציב ואילו זה של הראייה מקרוב מתאפיין בתנודתיות ומשתנה עם הגיל. הוא מתחלף בערך כל חצי שנה - שנה ומחייב החלפת עדשות תכופה. כל שינוי כזה עולה למשתמש כסף נוסף, מחיר עלות העדשות.

רבע שעה ל"תיקון" שתי העיניים.

האופציה שמוגד נשמעת זוהרת אבל צריך לקחת בחשבון לקראת מה הולכים. ד"ר בן ניסן מתאר לנו את ההליך הקצר, שלא דורש אשפוז ומבצע בהרדמה מקומית בלבד, הוא נמשך בין עשר דקות לרבע שעה ואינו כרוך בכאבים. המטרה היא לשנות את מידת הקימור של הקרנית כדי למקד את קרני האור



30% מהפונים נדחים.

יש אנשים שמתחרטים בשלב ההסברים וההדגמות? יש כאלו אבל רובם שווים אחרי שעכלו את המידע ומרגישים בשלים מספיק למהלך.

רק מעטים מהליטים שזה לא בשבילם.

עם יד על הלב, הייתה ממליץ על הניתוח גם לילדך? ניתוחו בני משפחה שלי, חברים מהמעגל הראשון, השני והשלישי.

הבת שלי ממתינה לבצע את הניתוח, כמו גם בני, הממתנים שהמספר שלהם יתייצב. העיניים הן איבר חשוב ויקר לאדם ולא לחינם כולם מבקשים ממני: שמור עליהן כמו שאתה שומר על העיניים שלך.

אנחנו אכן מתייחסים בחרדת קודש לכל ניתוח, ובכל זאת צריך להבין שעלולות להופיע תופעות לוואי. מי שבא מתוך גישה של 0 תקלות, שלא יעשה ניתוח. אין מציאות כזו. במקביל חשוב להזכיר שהמכשיר הניתוחי והשיטות השתכללו בצורה משמעותית. יש כיום יכולת אבחנה גבוהה ומשופרת לפני ואחרי הניתוח, שיכולה למנוע סיבוכים ובנוסף גם ניסיון רב של המנתחים, הכנה תרומ הניתוח ובחירת המטופלים המתאימים.

אנחנו יודעים לזהות את אלו שמועדים לסיבוכים ולא מהססים לזהות אותם. במכון רפואי מקצועי וטוב נפסלים בין 25 ל- 30% מהפונים. אנחנו מנפים בסביבות 30% מהפונים. איננו מהססים לזהות מטופלים שאינם עומדים בקריטריונים לניתוח.

היד שלה קלה מאוד על ההדק לזהות מטופלים שאינם מתאימים לניתוח ונועדה להבטיח הצלחה מרבית. הניסיון הגדול עם היכולת לאתר פציטיים מתאימים מקטינים את הסיבוכים אחרי הניתוח ומגדילים את שביעות הרצון של המטופלים.

היכן נמצא שיעור המשקופורים הגבוה בעולם?

בישראל היקף ניתוחי הלייזר להסרת משקפיים מצוי באופן יחסי באותה רמה של השוק האמריקאי וגבוה בהרבה ממדינות אחרות באירופה. הישראלים שוחרי חידושים ונוחות ומוכנים ליטול יותר סיכונים. בשלוש השנים האחרונות ההכרה בניתוחים אלו הביאה לכך שצעירים רבים שעברו טיפולי לייזר מתקבלים ליחידות מובחרות וגם לקורסי טייס בישראל בארצות הברית המצב דומה.

טייסים ואנשי צוות אוויר פעילים עוברים ניתוחים להסרת משקפיים ושבים לתפקוד מלא באוויר.

עד היום עברו שם כ- 120000 אנשי צוות אוויר טיפולי לייזר ע"י הצבא. הציבור החרדי תופס נתח בולט במכוני הלייזר שמטבע הדברים הרוב הם גברי.

לדברי ד"ר דוד בן ניסן מבין הקבוצות המרכיבות משקפיים בעולם, שיעור גבוה במיוחד נמצא בקרב אברכים, ששעות רבות ביום מוקשות אצלם לקריאה וללימוד. כדאי לציין שקריאה מול מחשב נחשבת פחות מאמצת מקריאה מתוך ספר משום שמרחיק הקריאה בספר קצרים יותר.

בעיניים פקוחות.

אפשרויות ופריסת התשלומים הגבוה הביאה לכך שגם בתקופת מיתון קשה המכוננים לא נפגעים ולא מדווחים על האטה ביעילות.

מי שכולל בתוכניות החופשה שלו גם פרידת נצח מהמשקפיים צריך לקחת בחשבון את כל הנתונים שהבאנו. החיזורים הוורודים של השכן או החבר שגילה עולם חדש (נטול מחיצות) לא מספיקים.

אז נכון שמספר ימים אחרי, כשהראייה מתייצבת, ניתן אפילו לנהוג (החוק מתייחס לראייה של 6/12 בעין אחת כראייה תפקודית לצורך רכב פרטי ו- 6/12 בשתי העיניים לצורך נהיגה באוטובוס, משאית ורכב כבד) והחיים שבים למסלולם די מהר. עושה רושם שההוקוס פוקוס הזה מתאים לכולם ולמה לא לפקוח את העיניים.

את מי שנחת בלתי מוכן עם ציפיות הזיות (כאמור גם תוצאה של רבע מספר יכול לגרום למישהו להרגיש שהניתוח נכשל, כמו שיש אנשים בעלי מספר מינוס 2 שטוענים שהם רואים מצוין בלי משקפיים לעומת אנשים עם מינוס חוצי שטוענים שהם לא יכולים בלי משקפיים...) בלי להכין עצמו בפשית יתקשה להכיל גם כאבים מועטים או תופעות לוואי לא נעימות, שלא לדבר על התפתחויות אחרות לא צפויות. סביר להניח שגם בעוד עשרים שנה נמצא משקפופרים המתהלכים בינונו, מקטרים מצד אחד אך גם חוששים מאלטרנטיבה. תמיד הן יוכלו להתחרט. רבע שעה והעסק הזה מאחוריהם...

ניתן לפנות לד"ר בן ניסן בשאלות נוספות ובמראות אסותא אופטיק בטל: *6474

סובייקטיבי מאוד.

יש פציטיים שעוברים אותו בקלות רבה יותר ויש כאלו שסובלים מעט מכאב לאחר הניתוח.

אבל חשוב להבחיר שיש פתרונות להקל עליהם את מהלך ההחלמה מהניתוח.

כשהציפיות לא ריאליות

לדעת ד"ר בן ניסן, הבעיה העיקרית בניתוחי הלייזר היא פער בלתי ריאלי בין הציפיות לבין המציאות ובעיקר חוסר הכנה והסברה מספקת טרום הניתוח. אנשים לא כיכ יודעים לקראת מה הם הולכים. מה צפוי להם בניתוח ולאחרי. לאלו תופעות הם צריכים לצפות. חלקם בטוחים שהם עומדים לקבל עין ביונית וגם פער של רבע מספר לא מספק אותם. הם מסוגלים להיות לא מרוצים מחוסר שלמות שנחשב להצלחה גדולה. הסיבה שהוא לא מוותר על השלב המקדים של סימולציות בשיתוף עם האופטומטריסט. כל מטופל חווה לפני הניתוח הדגמות חיות המדמות לו בדיוק איך יראה אחרי הניתוח. מה יהיו הסיבוכים ואלו הרגשות ילזו אותם. "אני מושיב את הפציטי אצל האופטומטריסט ומראה לו ממש ברזל ביתך. הקטנה כך וכך תראה אחר הניתוח" מתאר ד"ר בן ניסן. "אם הוא זקוק להיקון לקרוב בעין אחת ולתיקון לרחוק בעין שנייה מדגימים לו מה תהיה התוצאה בכל עין כדי לתת לו הזדמנות לשפר את התוצאה. אפשר למשל לדאוג שהראיה מרחוק תהיה יותר משופרת על חשבון הקרוב. המטופל מביט לפני הניתוח דרך משקפיים המאפשרים לו להתרשם מהתפקוד שיהיה לו אחרי הניתוח ולחזות דעתו עליו.

שתי שיטות לניתוח אחד

בנוסף, הוא גם מכין את הפציט לשלבי ההחל...: וההתאוששות, מה שמאפשר לו לבחור מתוך מגוון שיטות הניתוח הקיימות במתאימה לו ביותר.

שתי השיטות העיקריות הן חיתוך של הקרנית וכלי חיתוך של הקרנית.

בשיטה הראשונה משנים את פני השטח של הקרנית על ידי שיוף עם הלייזר בשטח הפנים החיצוני שלה ובשנייה מטפלים בטכנות בעומק הקרנית לאחר פתיחת מתלה ע"י חיתוך. יש מספר טכנולוגיות לבצע כל שיטה עם יתרונות שונים לכל אחת.

בשיטה ללא החיתוך עם ההימנעות מפעולה כירורגית בעין מבטלים למעשה את הסיכון הכרוך בפעולת החיתוך לקרנית אבל זמן ההחלמה שלה ארוך יותר והראייה מתייצבת באופן הדרגתי. השיוף באמצעות הלייזר יוצר פצע מקומי הדומה לכוויה שיוצרת סגירה על העור. במשך ההחלמה של הפצע (בין 3 ל- 4 ימים) מקפידים לחבוש עדשות מגע המייצרות שכבת הגנה לקרנית ומאפשרים לה להחלים מבלי שהעפעף יעפעף על הפצע החשוף ויציק לו יום וליל.

בשיטה השנייה חותכים את השכבה העליונה של הקרנית לפני פעולת הלייזר למתלה מורם המוחזר ומגוהף למקומו בגמר עולת השיוף עם הלייזר. זמן ההחלמה שלה קצר יותר מהשיטה בלי החיתוך והראייה מתייצבת מהר יותר.

מזי מעדיפים לחתוך ומזי לא.

למטופלים בעלי קרנית דקה, בעלי מבנה לא סדיר ולבעלי מספרים גבוהים ממליץ להימנע מחיתוך הקרנית. מי שרוצה להימנע מכאב או מגירוי בעיניים וזקוק לזמן החלמה קצר יותר שיבחר בחיתוך.

בשיטה ללא חיתוך בוחרים מטופלים החוששים מסיבוכים, סיכונים ותופעות לוואי היכולות להיגרם מפעולת החיתוך עצמה ושפחות מוטרדים ממספר ימים של אי נוחות עקב הכאב שלאחר הניתוח.

בהתחשב בנתוני בדיקת ההתאמה וברצונות המטופלים, המנתח והמטופל מקבלים ביחד החלטה באיזו שיטה לנתח. עדיין הניתוחים עם חיתוך של הקרנית מהווים את רוב הניתוחים של ניתוחי הלייזר בעולם כיום, אבל החשש מסיבוכי החיתוך עצמו הפך את הניתוחים בשיטה השנייה להרבה יותר מבור קשים ומספרם עולה בהדרגה. בדיכ ולרוב במרחק של זמן, התוצאות מבחינת חדות הראייה אחרי הניתוח זהות בשתי השיטות. **באסותא אופטיק - מראות העיניים לניתוח לייזר אסותא** השלום בת"א בעלת רופאים ותיקים שמאחוריהם ניסיון של למעלה עשר שנים ואלפי מטופלים, משתמשים בתוכנה מיוחדת ork להתאמה ספציפית של השיטה לעין של המנתח. בטיפולים רגילים מתייחסים לכל העיניים באופן שווה למרות שקרנית העין משתנה מאדם לאדם כמו טביעת אצבע. השינויים הללו משפיעים על איכות הראייה המתבטאת בעיוותי קריאה, סטוריים וירידה ברגישות לצבעים.

התוכנה שבידיהם מסרטטת באופן גרפי את העיוותים הללו והם מועברים ע"ג כרטיס זכרון גרפי ממוחשב למכשיר הלייזר. טיפול הלייזר שניתן מודרך ע"י הממציאם הייחודיים של כל עין ומעניק איכות ראייה גבוהה יותר.