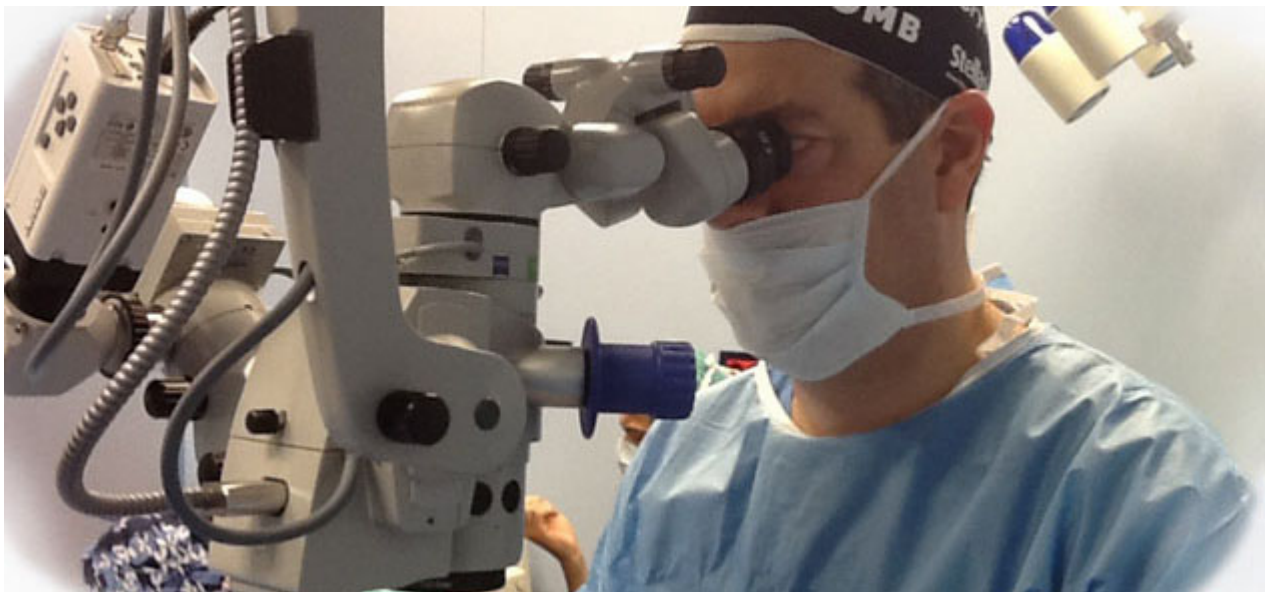


Νέα δεδομένα στην αντιμετώπιση του Καταρράκτη

/ [Πεμπτουσία](#)



Επέμβαση με πολύ μικρότερη τομή, σχεδόν μισή σε μέγεθος σε σχέση με τα μέχρι σήμερα ισχύοντα στο χώρο οφθαλμιατρικής, είναι πλέον δυνατή και προσφέρει, σύμφωνα με τις σχετικές ανακοινώσεις, όχι μόνο ταχύτερη ανάρρωση αλλά μείωση του κινδύνου επιπλοκών.

Τα καλά νέα από την εφαρμογή της τεχνολογίας των μικροτομών παρουσιάστηκαν στο Διεθνές Συνέδριο της American Society of Cataract and Refractive Surgery (ASCRS), στη Βοστώνη των Η.Π.Α. πριν από μερικές ημέρες. Η εξελιγμένη επέμβαση καταρράκτη είναι σφαλής, ανώδυνη και πραγματοποιείται πλέον με μικροτομή μόλις 1,8 χιλιοστών. Αξίζει να τονιστεί ότι μέχρι πρόσφατα η συνήθης τομή για την αφαίρεση του καταρράκτη ήταν 2,75 ή 3 χιλιοστά.

«Τα οφέλη για τους ασθενείς, από την τεχνολογική εξέλιξη των μηχανημάτων φακοθρυψίας είναι πολλαπλά και άμεσα» τόνισε ο χειρουργός οφθαλμίατρος Δρ. Γιάννης Μάλλιας, που παρακολούθησε το συνέδριο.

Η επέμβαση καταρράκτη με μικροτομές πραγματοποιείται με αναισθητικές σταγόνες και μέθη, είναι ασφαλής, ανώδυνη, γρήγορη, εξαιρετικά ακριβής και τα

Βασικά οφέλη για τους ασθενείς είναι:

- Ταχύτατη αποκατάσταση της όρασης
- Γρηγορότερη επούλωση της τομής με λιγότερες μετεγχειρητικές ενοχλήσεις
- Μικρότερος μετεγχειρητικός αστιγματισμός
- Μείωση της πιθανότητας για μόλυνση
- Επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες μέσα σε διάστημα λίγων ημερών

Συνηθισμένη πάθηση

Σύμφωνα με τους οφθαλμιάτρους ο καταρράκτης είναι μία συνηθισμένη πάθηση των ματιών, η οποία συνίσταται στη θόλωση του κρυσταλλοειδούς φακού του οφθαλμού. Πιο συγκεκριμένα είναι ένα φυσικό αποτέλεσμα γήρανσης.

Συνήθως εμφανίζεται μετά την 6η δεκαετία και η συχνότητα του αυξάνει στην 7η και 8η δεκαετία της ζωής. Σπανιότερα μπορεί να παρατηρηθεί σε νεαρούς ενήλικες ή ακόμη και σε παιδιά. Η εμφάνιση και η εξέλιξή του διαφέρει από ασθενή σε ασθενή. Μπορεί να περάσουν μήνες ή και χρόνια μέχρι ο καταρράκτης να φθάσει σε σημείο που να επηρεάσει σημαντικά την όραση. Σπανιότερα μπορεί να αναπτυχθεί μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά από τραυματισμό, σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ή άλλα μεταβολικά νοσήματα. Τα συμπτώματα του καταρράκτη διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Τα συνήθη είναι:

- Προοδευτική μείωση της όρασης
- Εξασθένιση στην αντίληψη των χρωμάτων
- Θαμπάδα ή μείωση της ευαισθησίας των αντιθέσεων σε φωτεινό περιβάλλον
- Εμφάνιση ή αύξηση προϋπάρχουσας μυωπίας
- Αντανakλάσεις γύρω από ορισμένα αντικείμενα (όπως ακτίνες γύρω από τα φώτα των αυτοκινήτων κατά την βραδινή οδήγηση).

«Δεν υπάρχει φαρμακευτική θεραπεία που να θεραπεύει ή να προλαμβάνει τον καταρράκτη. Η μόνη θεραπεία του είναι η χειρουργική αφαίρεση» αναφέρει ο χειρουργός οφθαλμιάτρος Δρ. Μάλλιας και καταλήγει «Πριν από την εγχείρηση, για να έχουμε άριστο αποτέλεσμα, είναι απαραίτητη η ειδική μελέτη του ασθενούς με ειδικές εξετάσεις όπως ο υπολογισμός της δύναμης και του τύπου του ενδοφακού, η καταγραφή των διαθλαστικών εκτροπών, η τοπογραφία κερατοειδούς, η μέτρηση των ενδοθηλιακών κυττάρων του κερατοειδούς, η μελέτη της σκληρότητας του καταρράκτη και ο έλεγχος του οπτικού νεύρου και της ωχράς κηλίδας».

Λάθος η αναβολή της αφαίρεσης Καταρράκτη

Σύμφωνα με τους χειρουργούς οφθαλμιάτρους, δυστυχώς ακόμη και σήμερα σε αρκετούς ασθενείς επικρατεί η άποψη, ότι πρέπει ο καταρράκτης να ωριμάσει για να γίνει η επέμβαση.

Είναι σκόπιμο ο καταρράκτης να χειρουργείται έγκαιρα, γιατί η επέμβαση γίνεται με τη μέθοδο της φακοθρυψίας κατά την οποία θρυμματίζεται ο καταρράκτης και δεν χρειάζεται να ωριμάσει όπως έλεγαν παλιά. Όταν ο καταρράκτης παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρι να γίνει η επέμβαση, τότε σκληραίνει και απαιτείται μεγαλύτερη ένταση στον υπέρηχο για να θρυμματιστεί, με το αποτέλεσμα να ταλαιπωρείται ο υπερκείμενος κερατοειδής χιτώνας από το ακουστικό κύμα των υπερήχων και να εμφανίζεται οίδημα του κερατοειδούς. Το οίδημα του κερατοειδούς προκαλεί θαμπάδα τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες και μετά σταδιακά υποχωρεί. Γενικά όμως, ο παραμελημένος καταρράκτης κάνει την επέμβαση πιο εργώδη και αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών.

Για την ολοκλήρωση μιας επιτυχημένης επέμβασης καταρράκτη σημαντικό ρόλο παίζει και ο τύπος του ενδοφακού ο οποίος θα εμφυτευθεί στο μάτι. Με την εξέλιξη της τεχνολογίας υπάρχουν ενδοφακοί οι οποίοι φιλτράρουν την υπεριώδη ακτινοβολία και με τον τρόπο αυτό προστατεύουν τον ασθενή από μία σχετικά συχνή πάθηση που ονομάζεται ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας.

Επίσης σε ασθενείς με αστιγματισμό υπάρχουν τορικοί ενδοφακοί, οι οποίοι διορθώνουν τον αστιγματισμό καθώς επίσης και την προϋπάρχουσα μυωπία ή υπερμετρωπία και με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζουν καλή όραση στους ασθενείς χωρίς την χρήση διορθωτικών γυαλιών. Μπορούν να εμφυτευθούν και πολυεστιακοί ενδοφακοί οι οποίοι διορθώνουν και την πρεσβυωπία μετά από προσεκτική επιλογή του υποψηφίου ασθενούς από τον θεράποντα οφθαλμίατρο.