

medicine

ילדה בהריון

הפסקות הריון בנערות בישראל,
תכניות מניעה והגופים התומכים
בנערות הרות

דברים שבלב

כמו בגברים, מחלות
לב הן הסיבה העיקרית
לתמותה בנשים. השוני
בין המגדרים הוא שגורם
לקשיים באבחון הרפואי

הורמונלי אופטימלי

טיפול הורמונלי היה ונשאר
הטיפול היעיל ביותר לתסמיני
גיל המעבר





דבר העורך

גיליון זה של מדיסין נשים מביא עימו כמה מהבשורות החשובות והגילויים האחרונים מעולם בריאות האישה: כמי שלקח חלק משמעותי בפיתוחו של החיסון, מתאר ד"ר דן גריסר את פריצת הדרך המשמעותית לחיסול תופעות של דיספלסיה וסרטן צוואר הרחם ויבלות גניטליות. ואכן, קיימת חשיבות לבדיקת הזיהום ב-HPV בישראל ובעקבות כך חשוב גם לפתח מערכת הסברה למתנגדות ולהוריהן כדי להבטיח היענות לחיסון. ואם בצעירות עסקין, ד"ר אריה ישעיה מציע לאמץ מודל אמריקאי, תכנית לפיה נערו החל מגילאי 13, טרם התחלת קיום יחסי מין, יגיעו לבדיקה אצל רופא הנשים, לצורך מעקב אחרי ההתפתחות המינית וסדרות המחזורים ולמניעת צרות עתידיות, כגון הריונות לא רצויים והידבקות במחלות מין.

פרופ' שמואל בנאי, ד"ר בלה קויפמן, ד"ר חיים שמילוביץ' וד"ר רם שרני נוגעים בליבה של האישה ומסכמים במאמרם את הצורך לשפר ולהעלות את המודעות לקיומן של מחלות לב, מהלך והשלכותיהן בקרב נשים. ד"ר עמוס בר שופך אור חדש על נושא הטיפול ההורמונלי בנשים בגיל המעבר, מחדד את מסקנות מחקר ה-WHI והקשר שלו למציאות הטיפולית, ומפנה אל המלצתו החדשה בנושא זה של האיגוד הישראלי לגיל המעבר, השונה משמעותית מנייר העמדה הקודם.

ד"ר אלכסנדר קונדריאה מביא את כל שיטות הטיפול המסורתיות והחדשות בדליפת שתן, ד"ר שלומי כהן מתאר בדקדקנות את האבחון והטיפול בקנדידיאזיס וגניטלית, ואילו התזונאית ד"ר ניבה שפירא מעלה את הפוטנציאל הפרוביוטי החדש לטיפול בבעיות מעין אלו.

ד"ר מירה ליבוביץ' כותבת על תחום חדש אף הוא ברפואה, זה המתמחה בהנקה, נושא שעד כה זכה להתייחסות מעטה ביותר במהלך לימודי הרפואה וההתמחויות השונות, וסוקרת כמה מהבעיות השכיחות ביותר אצל האם במהלך ההנקה והטיפול המומלץ בהן.

ולבסוף, שון פורטל ומולי אפשטיין, שני פיזיולוגים ממכון וינגייט, מעלים את תופעת חוסר הברזל בקרב ספורטאיות, בניסיון למנוע את אחת התופעות השליליות הבודדות שעלולות להיגרם מאימון גופני מאומץ. כולי תקווה כי תמצאו במידע רב מערכתי חשוב זה כלי עזר שימושי בעבודתכם. הערות, הארות ותגובות יתקבלו בברכה לכתובת המערכת: info@f-media.co.il

בברכה,

פרופ' יוסי לסינג

עורך מדעי

מנהל בית החולים ליס

מרכז רפואי תל אביב (איכילוב)

מ"ל: שלמה בואנו

עורכת: אסתר קטן

עורך מדעי: פרופ' יוסי לסינג

עיצוב גרפי: מאיה בן דוד

איור שער: גיא מורד

איורים: גיא מורד

משתתפים: טל דניאל חבקוק, ד"ר אריה ישעיה, ד"ר דן גריסר, פרופ' שמואל בנאי, ד"ר בלה קויפמן, ד"ר חיים שמילוביץ', ד"ר רם שרני, ד"ר עמוס בר, ד"ר שלומי כהן-אילון, ד"ר ניבה שפירא, ד"ר מירה ליבוביץ', ד"ר אלכסנדר קונדריאה, שון פורטל, מולי אפשטיין, גל דובנוב, עו"ד אילנה זינגל

מנהלת הפקה: מגי ליצי

מנהלת שיווק ומכירות: דנית אור

דפוס: רבגון

פורום מדיה בע"מ

רחוב הברזל 34 תל אביב

טל. 03-6493666 פקס. 03-6493667

כתובת למשלוח דואר:

תד. 53378 תל אביב 61534

דוא"ל: info@f-media.co.il

אין המערכת מתחייבת להחזיר כתבי יד

כל הזכויות שמורות לפורום מדיה בע"מ
אין להעתיק, לשכפל, לצלם, לתרגם ולאחסן במאגר מידע או להפיץ מגזין זה או קטעים ממנו בשום צורה ובשום אמצעי, אלקטרוני, אופטי או מכני ללא אישור בכתב מהמוציא לאור. כל המידע, הנתונים והדעות הכלולים במגזין הן לאינפורמציה בלבד ואין לראות בהם המלצה או עידוד לקורא, בין באופן כללי ובין באופן אישי לצורך מתן טיפול רפואי. הכתובות המוגשות מטעם הרופאים מייצגות את דעתם בלבד והן באחריות המלאה. בכל מקרה יש להוועץ לפני מתן הטיפול. הפרסום במגזין הן באחריות המפרסמים בלבד ואין המערכת אחראית על תוכן המודעות ועיצובן.

אם ברצונך להסיר את שמך ממאגר ההפצה אנא שלח את

פרטיך, כולל כתובת, לפקס: 03-6493667

טלח



תוכן עניינים

חדשות ראשונות

בטן כואבת לילדה היולדת

< טל דניאל חבקוק

הריונות לא רצויים בגיל ההתבגרות, דרכי מניעה ומוסדות תמיכה בנערות הרות

ביקור ראשון אצל הגינקולוג

< ד"ר אריה ישעיה

סוגיית הביקור הגינקולוגי הראשון של נערה מתבגרת

לעצור את סרטן צוואר הרחם

< ד"ר דן גריסר

מחקר ופיתוח החיסון נגד זיהום ב-HPV והמלצה על תכנית חיסון

לב של אישה

< פרופ' שמואל בנאי, ד"ר בלה קויפמן, ד"ר חיים שמילוביץ', ד"ר רם שרני
מחלות לב, מהלך והשלכותיהן בקרב נשים

הטיפול ההורמונלי בראי המציאות

< ד"ר עמוס בר

כל הסיבות מדוע לטפל בהורמונים בתסמיני גיל המעבר

זיהום נרתיקי בקנדידה

< ד"ר שלומי כהן-אילון

בת 24, עם גרד ואודם בנרתיק והפרשה במראה תקין. כיצד לטפל?

דליפה בצינורות המקובלים

< ד"ר אלכסנדר קונדריאה

דרכי הטיפול השמרני העדכניות בדליפת שתן

הפוטנציאל הפרוביוטי

< ד"ר ניבה שפירא

החזרת האיזון החיידקי ומניעת זיהומים בנרתיק ובשלפוחית השתן באמצעים פרוביוטיים

חולצים שד

< ד"ר מירה ליבוביץ

לא רק למדריכות הנקה: טיפול נכון במצבים הגורמים לכאבים בשדיים אצל מיניקות

לידה כושלת הרת אסון

< עו"ד אילנה זינגל

תביעות רשלנות רפואית: הפרת חובת הזהירות במהלך לידה

ספורטאיות - לא עשויות מברזל

< שון פורטל, מולי אפשטיין, גל דובנוב

תופעת חוסר הברזל בקרב ספורטאיות

6

8

12

14

18

22

28

30

34

40

43

46

43



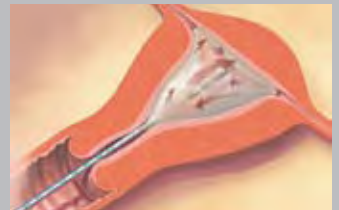
טיפול בדימום וסתי מוגבר בטכנולוגיית תרמה צ'יוס

מחקר חדש שהוצג לאחרונה בכנס החברה האמריקאית לגינקולוגיה זעיר פולשנית, שנערך בלאס וגאס, ארה"ב, קבע כי 90 אחוז מהנשים אשר טופלו בטכנולוגיית "תרמה צ'יוס", דיווחו על הקלה בכאבי המחזור. "תרמה צ'יוס" (ThermaChoice) היא שיטה זעיר פולשנית לפתרון דם וסתי מוגבר. השיטה מהווה תחליף לכריתת רחם ומתאימה לנשים שאינן מתכננות להרות שוב. בשיטה זו מחדיר הגינקולוג לרחם, דרך הנרתיק, בלון רך וגמיש, המנופח ברחם באמצעות נוזל סטרילי, בהתאמה לגודל ולצורת הרחם של המטופלת. הנוזל הממלא את הבלון מחומם במשך שמונה דקות. לאחריו רירית הרחם נושרת במשך שבעה עד עשרה ימים, בדומה לווסת. במרבית המקרים, תוצאות הטיפול תהיינה דימום וסתי רגיל עד להיעדר דימום כלל. לרוב, הטיפול נעשה בהרדמה מקומית. ההחלמה ממנו מהירה והמטופלת יכולה לחזור לפעילות שגרתית בתוך יומיים.

במחקר השתתפו 250 נשים בנות 30 ומעלה, אשר סבלו מדימום וסתי מוגבר, ששיבש את חיי היומיום שלהן. לפני קבלת הטיפול העידו 80 אחוז מהן כי הן מחמיצות אירועים חברתיים ופעילויות יומיומיות בגלל הדימומים הקשים. למעלה מ-50 אחוז מהנשים העידו כי נעדרו מעבודתן מסיבה זו. נשים אלו לא תכננו ללדת ילדים נוספים, השתמשו באמצעי מניעה וקיבלו כבר טיפול תרופתי שנכשל בניסיון לפתור את בעיית הדם המוגבר.

לאחר הטיפול ב"תרמה צ'יוס" ובתום 12 חודשי מעקב, דיווחו 37 אחוז מהנשים כי הפסיקו לדמם. למעלה מ-50 אחוז מהן דיווחו כי אינן סובלות יותר מתסמונת קדם וסתית המתבטאת בכאבים, עייפות ונפיחות. כ-90 אחוז דיווחו על הקלה בכאבי מחזור הווסת מהן סבלו. כ-90 אחוז מהנשים העידו כי לא החמיצו יותר אירוע או פעילות חברתית בזכות הטיפול. פחות משלושה אחוזים נאלצו להיעדר מהעבודה בגלל בעיות הקשורות בווסת.

ד"ר אשר שושן, רופא בכיר במחלקת נשים בבית החולים הדסה עין כרם, אשר השתתף בכנס בארה"ב, ציין כי "20 אחוז מהנשים בישראל בגילאי 35-45 סובלות כיום מדימום וסתי מוגבר. לנשים אלו כמות דימום פי 10-25 מהכמות הנורמלית של נשים במחזור וסת רגיל. מדובר בנשים אשר סובלות בדרך כלל ממחסור בברזל, עייפות, כאבים ומקושי בתפקוד יומיומי. בישראל מתבצעים מדי שנה כ-1,000 ניתוחי כריתת רחם בגלל דימום וסתי מוגבר. הטכנולוגיה החדשה עשויה להוות חלופה זעיר פולשנית לכריתת הרחם".
הטיפול בטכנולוגיית ThermaChoice נכלל בסל שירותי הבריאות.



תכנית נגישות לתרופה לסרטן שד גרורתי

חברת התרופות גלסקו סמית קליין (GSK) השיקה בתחילת חודש ינואר תכנית נגישות מיוחדת לתרופה חדשה בשם Tykerb לטיפול בסרטן שד גרורתי. התכנית אושרה על ידי ה-FDA ועל ידי סוכנות התרופות האירופאית, ה-EMA, והיא תתקיים במספר מרכזים רפואיים ברחבי הארץ, במקביל למרכזים רפואיים ברחבי העולם. מחקר חדש, שפורסם בגיליון האחרון של New England Journal of Medicine, מדווח על תוצאות יוצאות דופן בטיפול בחולות עם סרטן שד גרורתי מתקדם באמצעות Tykerb. המחקר נערך על ידי צוות חוקרים בינלאומי במספר מרכזים רפואיים ברחבי העולם. את המחקר בארץ הובילה ד"ר בלה קאופמן, מנהלת יחידת סרטן השד

במרכז לחקר הסרטן, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר. במחקר השתתפו 324 נשים מכל רחבי העולם וגם מישראל, החולות בסרטן שד מתקדם או סרטן שד גרורתי, בעלות קולטני ErbB2 המבטאים את התאמת הטיפול למחלה. נשים אלו היו במצב מתקדם של המחלה, ולאחר כשלון הטיפול בתרופות אחרות. ד"ר קאופמן מדווחת כי "במחקר נבדקו שתי זרועות טיפול, מתן שילוב של Tykerb ו-Xeloda מול Xeloda בלבד. במהלך המחקר מצאנו שהטיפול המשולב הכפיל פי שניים את משך הזמן במסגרתו נעצרה התקדמות המחלה".

במסגרת תכנית הרחבת הנגישות לתרופה, יוכלו נשים עם סרטן שד מתקדם או גרורתי המתאימות לטיפול לקבל את התרופה, ללא תשלום. פרוטוקול הטיפול בחולות במסגרת התכנית מבוסס על המחקרים הקליניים שנערכו והסתיימו בהצלחה בישראל ובעולם, אך התכנית אינה מהווה המשך לניסויים הקליניים, אלא פרויקט ייחודי שבמסגרתו תינתן התרופה ללא תשלום.

חולות סרטן שד, מתקדם או גרורתי בעלות ביטוי חיובי של ErbB1 ו-ErbB2, המעוניינות להצטרף לתכנית מוזמנות לפנות למרכז הרפואי שיבא בתל השומר (טל': 03-5302542, 03-5305201, 03-5305349) וכן למרכז הרפואי קפלן ברחובות (טל': 08-9441373, 08-9441975, 08-9441975, 08-9441088) ולמרכז הרפואי תל אביב (טל': 03-6974815, 03-6973082, 03-6973193). בהמשך יצטרפו לתכנית גם המרכז הרפואי הדסה בירושלים והמרכז הרפואי רמב"ם בחיפה. ההצטרפות לתכנית אינה כרוכה בתשלום.



בטן כואבת לילדה היולדת

טל דניאל-חבקוק

מדי שנה יש בישראל יותר מ-1,000 הפסקות הריון של נערות עד גיל 18, מספר גבוה יחסית לגודל האוכלוסיה הזו, ששיעור גבוה ממנה כלל אינו מקיים יחסי מין. עם זאת, מספר ההריונות אצל נערות ירד בעקבות ההחלטה מאשתקד, לאפשר לנערות לקבל חנים גלולות למניעת הריון. מה עוד ניתן לעשות כדי למנוע הריונות בלתי רצויים בנערות ומהם הגופים הנתרמים לעזרת הבנות

והריונות שבהן הנערה עוברת הפסקת הריון ללא כל דיון בנושא. במקרה הראשון, הנערה שווה עד ללידה במסגרת כלשהי, בדרך כלל משפחת אומנה, כשהעובדים הסוציאליים מסתירים אותה עד ללידה מהסביבה המוכרת שלה – משפחה, שכנים וחברים. מדובר במצבים שבהם הנערה מגלה את דבר הריונה לאחר השבוע ה-25, כשמתברר לה כי הפסקת ההריון אינה אפשרית כל כך.

פרופ' זיידמן אומר כי אחת המטרות היא להוריד את שיעור ההריונות הבלתי מתוכננים. "על פי מספר סקרים, מצבה של החברה הישראלית היום טוב יותר מבעבר מבחינה זו, הן בגלל שימוש נרחב יותר באמצעי מניעה או שימוש בפוסטינור, גלולת 'הבוקר שאחרי'. למרות שמחקרים מארה"ב מראים שהגלולה שם לא בהכרח סייעה להורדת מספר ההריונות הבלתי רצויים, בארץ דווקא היה פרסום רב של הגלולה. צריך לזכור שבשראל, חוקי לגמרי להפסיק את ההריון על פי ארבעה קריטריונים שאחד מהם הוא היות ההרה מתחת לגיל 18. אם אין לנערה כסף לממן את הפסקת ההריון, שירותי הרוחה יעזרו לה להשיג את המימון".

רופאים לא זמינים

"מבחינה סטטיסטית, בישראל שיעור גבוה למדי של הפסקות הריונות אצל נערות", אומר ד"ר ישעיה. "מדי שנה יש בישראל יותר מ-1,000 הפסקות הריון של נערות בנות עד גיל 18, וזה

למרות פרסום נרחב של גלולות למניעת הריון ופוסטינור, גלולת 'הבוקר שאחרי', בקרב נערות, מספר ההריונות באוכלוסיה זו נשאר יציב", אומר ד"ר אריה ישעיה, **רופא נשים בכיר במרכז הרפואי רבין ואחראי השירות הגינקולוגי של בית החולים שניידר לילדים**. "עובדה זו יכולה להיות מוסברת בגידול במספר התושבים, או בשל שימוש לא נכון באמצעי מניעה, שימוש בשילוב עם אנטיביוטיקה; חוסר סדירות בנטילת הגלולה בשל שיכחה; הפסקת גלולות באמצע החודש בשל דימום; שימוש בפוסטינור שלא בסמוך לקיום יחסי המין; שימוש בסמים או חומרים נרקוטיים אחרים שגורמים לחוסר שימת לב; צריכת אלכוהול; מתירנות גבוהה יותר; כישלון בהסברה או שמידת הזמינות של הרופאים נמוכה מדי". עם זאת, ייתכן שמספר ההריונות אצל נערות ירד בעקבות ההחלטה מלפני כשנה, לאפשר לנערות לקבל חנים גלולות למניעת הריון.

"קשה לאמוד את מספר ההריונות אצל מתבגרות בישראל, כיוון שיש אוכלוסיות דוגמת חרדים וערבים שבהן הריון אצל מתבגרות הוא דבר מקובל", אומר **פרופ' דניאל זיידמן, יו"ר החברה הישראלית לאמצעי מניעה ובריאות מינית**. "לעומתן, יש אוכלוסיות אחרות, שבהן נערות שנכנסו להריון אינן רוצות אותו. גם קבוצה זו", מסביר פרופ' זיידמן, "אינה אחידה וישנם הריונות שמשפחת הנערה מתנגדת אליהם, אבל הנערה אינה רוצה להפסיק,

מספר גבוה יחסית לגודל האוכלוסיה הזו, ששיעור גבוה ממנה כלל אינו מקיים יחסי מין", הוא מציין. "הגיל הממוצע להתחלת קיום יחסי מין בישראל, על פי מספר עבודות שנעשו בנושא, הוא קרוב ל-17 ובמגזרים הדתי והערבי, אין יחסי מין בגילאים הללו, אבל יש יותר הריונות ולידות גם אצל בנות מתחת לגיל 17. לפיכך, רוב הפסקות הריון יהיו אצל יהודיות ואם נוריד את הפסקות ההריון במגזר החרדי, נראה שמדובר בשיעור גבוה למדי של הפסקות הריון בקרב נערות חילוניות".

במסגרת עבודתו בבית החולים שניידר, נתקל ד"ר ישעיה בהריונות ולידות בנערות ובמקרים מעטים



הפסקת הריון בכמה מהמדינות. בישראל, רופאי מתבגרות רואים פחות הריונות בשל מדיניות מקלה בהפסקת הריון בנערות¹⁴.

ד"ר ישעיה מציין הזנחה או גילוי מאוחר כסיבות העיקריות להריונות שמתגלים בשלבים מאוחרים. "בדרך כלל מדובר בנערות ממעמד סוציו-אקונומי נמוך. הפסקות הריון נעשות גם בשבוע ה-16 להריון ואפילו אם ההריון עבר את גיל החיות, כלומר שהתינוק כבר בר חיים, הוועדות לא יקשו על השגת האישור. במהלך הקריירה שלי נתקלתי במקרים של נערות שהיו בהכחשה של מצבן והגיעו לרופא עם תלונה על כאבי בטן בשעה שהיו בהריון

הסיכוי להרות בשל קיום יחסים חד פעמיים, בכל אחד מימי החודש, בשיעור של שמונה אחוזים לאחוז אחד¹⁵.

לעתים, אומר ישעיה, נערות מגלות בשבוע השישי להריון את מצבן וההליכים הביורוקרטיים של קביעת תור עם גינקולוג, או התכנסות הוועדה לדיון בבקשות להפסקת הריון, מתארכים והן מגיעות לשלב שבו ה'מפיג'י' אינו יכול לסייע להן. לכן, אומר ישעיה, "אולי כדאי למצוא דרך להפוך את הרופאים העוסקים בהפסקות הריון לזמינים יותר לפונות. בארה"ב, הרבה מאוד מהמראות לנערות מטפלות בנערות הרות בשל איסור על

אפילו מגיל 13-14. "מקובל שרוב ההריונות אצל נערות בגילאים עד 18, שאינן נשואות, מופסקים על חשבון המדינה לאחר אישור הוועדה להפסקת ההריון. אולם יש מקרים, לעתים אם הריון מתגלה מאוחר, שהנערות יולדות ומעבירות את הילד לאימוץ או שהסתבא הופכת לאמא. אנו ממליצים, שאם ההריונות מתגלים מוקדם, עד השבוע השביעי, שהפסקת ההריון תיעשה באמצעות גלולת 'מפיג'ין ולא בגרידה. חשוב לציין קודם לכן את האפשרות של נטילת גלולת 'הבוקר שאחרי', 'פוסטימור', שניתן לרכוש ללא מרשם רופא ושיעילה יום-יומיים אחר קיום יחסים בהורדת

מתקדם. כשהייתי רופא במד"א הזהקתי יום אחד למשפחה דתית והאבא אמר לי, 'אני לא יודע מה קורה לבת שלי, יש לה כאבי בטן', כשלמעשה היא הייתה במהלך לידה".

גלולות למגוון התוויות

במקרים בודדים ישירו ועדות-על בארץ, בניגוד למקובל בעולם, הפסקת הריון בהריון מאוד מתקדם. גם פה האישור טעון סיבה טובה מאוד, למשל כשמדובר בלידה בת 13, או שהלידה תגרום לנערה נזק פסיכיאטרי. "צריך לזכור", אומר ד"ר ישעיה, כי הפסקת הריון היא דבר מאוד טראומטי המשאיר צלקת פסיכולוגית בלב הנערה, גם אם הוא נעשה באמצעות גלולה. נתקלתי בנשים שעברו הפלה לפני 30 או 40 שנה והן עדיין בוכות כשהן מדברות על זה ובעיקר על הטרומה הנפשית. אנחנו כרופאים לא תמיד מודעים לזה".

ד"ר ישעיה מצביע על המלצת אגודת הגינקולוגים האמריקאית לנערות החל מגילאי 13-15 להגיע לרופא, גם אם היא לא מקיימת יחסי מין, כדי לבדוק את התפתחותה המינית, סדירות המחזוריים ולמניעת צרות. "בארה"ב ממליצים להזמין את הנערות לבדיקה ראשונית גם אם הן בסדר ולדבר איתן על קיום יחסים בעתיד ועל שימוש עתידי באמצעי מניעה, וזאת על מנת לחשוף אותן למידע על ידי מחלות מין. אני סבור שכדאי שגם בארץ הרופאים ימליצו לאמהות להביא את הנערות לשיחה ללא בדיקה, דבר שיועיל לכלל האוכלוסייה. "במעמד כזה", אומר ד"ר ישעיה, "יסבירו לנערות שכשיש פרטנרים חדשים וזרים, עדיף להשתמש בקונדום ובמקביל לעבור בדיקת איידס. "הגלולות עוזרות כיום לנערות במגוון התוויות ולא רק למניעת הריון: שיעור יתר, ציסטות בשחלות, כאבי מחזור מטופלים כולם בגלולות, ולכן זה משמח שהמדינה הסכימה לאשר אותן חנים לנערות. בנוסף, יש כיום מדבקות למניעת הריון ששמים פעם

ד"ר ישעיה: "הפסקת הריון היא דבר מאוד טראומטי המשאיר צלקת פסיכולוגית בלב הנערה, גם אם הוא נעשה באמצעות גלולה. נתקלתי בנשים שעברו הפלה לפני 30 או 40 שנה והן עדיין בוכות כשהן מדברות על זה ובעיקר על הטרומה הנפשית. אנחנו כרופאים לא תמיד מודעים לזה"

בשבוע, זריקות למניעת הריון אחת שלושה חודשים; ולנערות הסובלות ממחלות כבד או מחלות לופוס וכו', שאסור להן להרות, ניתן לעשות התקן, אפילו שהן עדיין לא ילדו ולמרות הדעה המקובלת השוללת שימוש בהתקן לפני לידה ראשונה. ההתקן לא גורם אי פריה. הגלולות כיום הן במינונים נמוכים ויש גלולות שאפשר לתת ברצף בלי הפסקות ל-28 יום, או למי שאינה מעוניינת במחזור, יש חפיסות של שלושה חודשים או של 365 יום. המגוון כל כך גדול היום, שכדאי לנצל את הכלי הזה ולשחק עם המינונים גם מבחינת אקנה, השמנה, שיעור יתר ועוד".

החשש הגדול: תגובת ההורים

"המגמה הכללית כיום היא בחירה של האם לגדל את הילד ולעתים בסיוע משפחתי", אומרת הדסה נאה, פקידת סעד לחוק אימוץ ילדים ועובדת בשירות למען הילד שמפעיל משרד הרווחה לטיפול בנשים הרות מחוץ לנישואין השוקלות מסירת הילד לאימוץ. "בעבר, גידול ילד מחוץ למסגרת הנישואין היה מאוד לא מקובל ובושה גדולה לנערה ולמשפחתה, ולכן רצו הנערות ומשפחותיהן להסתיר את ההריון ולמסור את התינוקות לאימוץ. היום, בשל המהפך בערכים החברתיים וקבלה גדולה יותר של אמהות חד הוריות, יותר ויותר נערות בוחרות לגדל את התינוקות שלהן למרות שהן מאוד צעירות", היא מוסיפה. הנערות המגיעות אל השירות נמצאות לאחר השבוע ה-25 להריון, כשהפסקת הריון אינה אופציה לגביהן.

בשירות למען הילד מספרים כי הם מוזעקים לבתי יולדות לאחר שנערות הצליחו להסתיר את הריון ורק בלידה מבקשות למסור את התינוק לאימוץ. "מדובר בבנות שרוצות לתת את התינוק שלהן לאימוץ ואנחנו לא הכרנו אותן. חשוב לנו מאוד ללוות את הנערות במהלך ההריון כדי שיהיה מעקב הריון סדיר ועל מנת להוריד מהן את הלחץ,

ולכן אני מזמינה להפנות אלינו כשיודעים על נערה עם הריון לא מתוכנן, שאינה רוצה לגדל את הילד", אומרת נאה. "למרות שהפתרון של אימוץ קשה מאוד פסיכולוגית, מנסיוני רב השנים בשירות, אני יכולה לומר שאפשר לחיות איתו. כשנערה מגיעה אלינו, אם עדיין לא סיפרה להוריה על הריונה, אנו בודקים איתה את הדרך לעשות זאת ואם היא חוששת מהרגע הזה, עובדת סוציאלית ברשות שבה היא מתגוררת יכולה להצטרף אליה לשיחה. במקרים שבהם הנערה לא יכולה לעמוד במעמד הזה, יש אפשרות שהיא לא תהיה נוכחת כשהוריה ישמעו על הריונה. בדרך כלל, החרדה מתגובת ההורים גדולה יותר מהתגובה בפועל, שאף פעם אינה חמורה כמו שהנערה סבורה שהיא תהיה.

"יש מקרים שבהם ההורים מחליטים לתמוך בנערה בגידול הילד. למשל, היה לנו מקרה של בת 15 שהרתה ושאמה החליטה לעזור לה לגדל את התינוק ולא למסור אותו לאימוץ. ברשויות הרווחה בודקים אם למשפחה יש את הכלים להתמודד עם תינוק שנולד מחוץ למסגרת הנישואין. מרבית הנערות ההרות המגיעות אלינו בהריון מתקדם הן ממעמד סוצי-אקונומי נמוך, אולם יש גם מקרים אחרים.

"כאשר ההריון אינו עולה בקנה אחד עם הציפיות והתכניות לעתיד של הנערה, כמו רכישת השכלה וקריירה, היא תעדיף למסור את הילד לאימוץ. בדרך כלל, אצל נערה ממעמד נמוך, ההריון הופך למרכז העולם, כי אין לה תכניות אחרות לגבי עצמה ואז היא נוטה לרצות לגדל את התינוק, גם אם היא אינה בשלה ואין לה התנאים לכך", אומרת נאה.

ברוב המקרים, ההורים מובאים בסוד העניינים כדי שהנערה תקבל תמיכה וייעוץ מהם ולא תצטרך להסתיר מהוריה סוד לכל ימי חייה, וגם כיוון שהשירות למען הילד אינו רשאי לטפל בקטינה ללא ידיעת הוריה. במקרים חריגים, בהם חייה של הנערה בסכנה אם דבר הריונה ייחשף בפני הוריה, השירות פונה לבית הדין לענייני משפחה לקבל צו מבית משפט המאפשר טיפול כזה.

"עד לפני כשנתיים, פעל מעון אמירים, שבו התגוררו נערות הרות עד ללידה, אולם בשל ירידה משמעותית במספר הבנות הזקוקות לשירות ועלותו הגבוהה, הוא נסגר, ואנו בודקים כעת אפשרות לפתוח מעון במתכונת קטנה יותר שיענה על הצרכים", אומרת נאה. "במשפחות שבהן ההורים אינם יכולים להחזיק את הנערה בבית, אם כיוון שהם מתקשים לראות את ההריון של הבת מול עיניהם ואם בגלל השכנים ובני המשפחה המורחבת, אנו מציעים לטפל בנערות במסגרת של משפחות אומנה המלוות אותן עד ללידה. במקרים הללו, נשמר כל העת הקשר עם ההורים



מיכל שגיא, מנהלת עמותת שיל"ה: "אנו נתקלים במקרים רבים של הריגות שנוצרים בגלל שנערות משתמשות בגלולות בשילוב עם אנטיביוטיקה למשל - תופעה שמקורה בחוסר ידע, שנובע מכך שלרופא לא היה זמן להסביר כהלכה איך להשתמש בגלולות"

במודל לתמיכה בנערות הרות, באמצעות עוברים עם הנעה על כל התכנים שיש לשים עליהם. דגש לפני קבלת החלטה בעניין הריון לא מתוכנן. "הרציון הוא להפוך את הפסקת ההריון להזדמנות ללמוד על הכוחות הפנימיים המתגלים בעת משבר, לפתח לקיחת אחריות אישית על ההחלטה ולפתח תפישת חיים המבוססת על מודק שליטה פנימי במקום להיות קורבן של הנוסבות".

המרצ עוסק במידע בנושאי התבגרות, מיניות, אהבה, זוגיות יחסים, יחסי מין, דימוי גוף, תפקוד מיני וכל מה שמעסיק בני נוער בתחום. אופני ההתקשרות הם פנים מול פנים, בטלפון ובאינטרנט. הפניות של בני נוער, החל מגיל עשר, הן אנונימיות וללא תשלום ואין צורך בהפינה או בתיאום מראש. אולם, "כשנערה חוששת שהיא בהריון לא רצוי, אנו מבקשים שהיא תבוא לפה ולא נותנים ייעוץ בטלפון. לפעמים צריך לשכנע אותה לבוא לפה. המדיניות היא לתת לה העצמה ותחושת שליטה ולכן אנו מצגים בפניה את שלוש האופציות: הפסקת הריון, לגדל את הילד בעצמה או למסור לאימוץ.

בימים אלה עומד לצאת לדרך פרויקט משותף של משרד הבריאות עם "דלת פתוחה" להצמדת מלווה לכל נערה הפונה לוועדה להפסקת הריון. הגישה של "דלת פתוחה" היא גישה מונעת: חינוך והנגשה של אמצעי מניעה למניעת הריגות בלתי מתוכננים ומחלות המועברות במגע מיני. "אנו מתייחסים רגשית לפחדים, לחרדות, להורים, לחבר, ומציעים פגישת מעקב להערכה ולליבון התהליך ולדיון באמצעי מניעה. יש לנו גינקולוגית המגיעה לפה אחת לשבועיים ובודקת את הנערות, מתאימה את הגלולות ומתאימה בדיקות".

יצחקי מבקשת להדגיש: "כשנערה מגיעה לרופא נשים, עליו להסתכל עליה כעל נערה ולא כעל איבר מין. כשהיא באה לבקש גלולות, הגינקולוג צריך לראות את המכלול - מהי הסיבה לקחת גלולות? לבדוק אם היא רק עכשיו הכירה את החבר ואין עדיין קשר קבוע, להציע לה להשתמש בקונדום; לבדוק האם יש התאמה בין הבשלות הפיזית לבשלות הנפשית.

בשנת 2005 נענו במרכזי "דלת פתוחה" ברחבי הארץ 2,539 פניות טלפוניות; נערכו 3,466 מפגשים פנים אל פנים; 32,829 בני נוער והורים השתתפו בפעילויות הדרכה בקהילה, ובאתר האינטרנט של העמותה נרשמו יותר מ-850 אלף מבקרים.

באחד מבתי החולים בירושלים שבו מתבצעות ההפלות ומלווה את הנערות". בנוסף, מפעילה העמותה פורום באינטרנט שבו מקבלים פניות מכל הארץ ואפילו מישראליות בחו"ל.

לדברי שגיא, היום מגלים הריון מהר יותר בשל מודעות גבוהה ובדיקות ביתיות. "מחקרים מראים שגיל התחלת קיום יחסי מין יורד, אך אצלנו התקבלה פנייה של נערה בת פחות מ-14 שהיתה הרה. הנטייה של רוב הנערות היא להעיף את 'זה' כמה שיותר מהר".

בשנת 2005 הגיעו לעמותת שיל"ה 788 פונות, 183 מהן קטניות. מדגם לא מייצג מראה כי 289 מהפונות היו הרות, אחת מהן היתה בת 14 וכל השאר בגילאים 15-17. 33 מההרות היו בשלבי ההריון הראשונים, 30 מתוכן הפסיקו את ההריון, שתיים שמרו את ההריון ואחת נעלמה.

שגיא מבקשת מקהל הרופאים להיות סבלניים יותר: "אנו נתקלים במקרים רבים של הריגות שנוצרים בגלל שנערות משתמשות בגלולות בשילוב עם אנטיביוטיקה למשל - תופעה שמקורה בחוסר ידע, שנובע מכך שלרופא לא היה זמן להסביר כהלכה איך להשתמש בגלולות".

"דלת פתוחה" - מרכז ייעוץ ומידע לבני נוער והורים ולאנשי מקצוע, 14 סניפים ברחבי הארץ. **צהלה יצחקי, עובדת סוציאלית, המנהלת את "דלת פתוחה" בתל אביב**, מספרת כי המרכז, שהוא חלק מארגון כלל עולמי זרוע של א.י.ת.כ.ם. (האגודה הישראלית לתכנון המשפחה), משתמש

ואנו מטפלים בנערות במהלך ההריון ועוזרים להן לקבל החלטה ביחס לעתידו של התינוק".

בשנה האחרונה, כמחצית מהנערות העדיפו למסור את התינוק לאימוץ וכמחצית בחרו לגדלו בעצמן.

לנאה חשוב לציין כי השירות אינו לוקח ילדים מנשים. "חשוב לי שבחורה בהריון לא רצוי ולא מתוכנן, המבקשת להסתיר את ההריון וזקוקה לעזרה, ויוצרת עימנו קשר, תדע שאין לה מה לפחד שניקה לה את הילד. מקרים קיצוניים שבהם ילדים מופרדים מהוריהם קורים רק כשההורים אינם מתפקדים לחלוטין, מזניחים מאוד או מתעללים, וגם אז אנחנו מביאים את ההחלטה לבית משפט ולא מחליטים בעצמנו".

מרכזים תומכים

מיכל שגיא היא מנהלת עמותת שיל"ה, הפועלת מזה כ-30 שנה בירושלים ומפעילה קו חם ועובדות סוציאליות המייעצות לנערות פנים אל פנים ארבע פעמים בשבוע בבחירת אמצעי מניעה, במציאת פתרונות בחשש להריון או כשההריון ודאי.

"אנו מסייעים להן להגיע לפתרונן מתוך אידיאולוגיה של בחירה חופשית, מתוך רצון להגשים להן את המידע, כולל הזכויות החוקיות, למי מותר לעשות הפסקת הריון, איך עושים זאת, מדוע לא כדאי לעשות הפסקת הריון פיראטית, וזאת תוך שמירת מרחב המאפשר לנערות להתלבט. לפעמים, בני זוג נעלמים כשהם שומעים על הריון והנערה חייבת להתמודד לבד, ואנו עוזרים לה לעשות את זה. אנו דנים בהשלכות של הפסקת הריון, בתהליך, החל מהצעדים שהן עושות, הפלה תרופתית או כירורגית והפניות לבדיקות. נערה יכולה להגיע היישר לבדיקות אולטרסאונד ודם להפסקת הריון מבלי לעבור דרך רופא משפחה, כדי לקבל הפניה בצורה דיסקרטית. אחת מעובדות שיל"ה נמצאת

לידות של מתבגרות במספרים

נתוני משרד הבריאות מלמדים כי בשנת 2006 מספר הלידות של תינוקות חיים אצל בנות 14-18 בישראל עמד על 934, ואצל בנות 19 - 1,624. על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת 2004 פנו 2,862 נערות לוועדות להפסקת הריון. רוב הפונות, 2,761 מתוכן, רווקות; גילן של 24 אחוז מהפונות (674) היה 16 או פחות; 21 אחוז (610 מהפונות) היו בנות 17, ו-55 אחוז מהפניות (1,578) התקבלו מבנות 18-19. מרבית הפונות (81 אחוז) היו יהודיות ומספרן עמד על 2,318 על פי הפילוח הבא: 541 מתוכן בנות 16 או פחות, 492 בנות 17 ו-1,285 בנות 18-19.

מספר לידות חי בנערות בשנת 2004 עמד על 4,248 (בשנת 2005 עמד מספר הלידות של בנות 15-19 על 4,104). 1,304 מהלידות באותה שנה היו אצל יהודיות ו-2,559 מהן אצל מוסלמיות. מספר הרווקות מקרב היהודיות עמד בסך הכל על 193, שתיים מתוכן בנות 15 או פחות; 23 מתוכן בנות 16; 27 בנות 17; 58 בנות 18 ו-83 מהרווקות היהודיות שילדו תינוק חי בשנת 2005 היו בנות 19.

ייעוץ גינקולוגי ראשון לנערה המתבגרת. מתי להתחיל והאם לאמץ את הגישה האמריקאית

ד"ר אריה ישעיה

סוגיית הביקור הגינקולוגי הראשון של נערה מתבגרת היא נושא שנוי במחלוקת בקרב רופאי הנשים ורופאי הילדים. השאלות האם, מתי ובאיזו תדירות יש מקום לייעוץ גינקולוגי ראשוני בנערה המתבגרת, אשר אינה סובלת מבעיה גינקולוגית ספציפית, מעסיקות את שירותי הבריאות.

מספר הנערות בתקופת גיל ההתבגרות הוא מעל שבעה אחוזים מאוכלוסיית הנשים ושינוי של המלצות או גישה יכול להוות נטל משמעותי על מערכת הבריאות.

בישראל, אין המלצות ספציפיות וברורות. מאידך, הנושא נבחן על ידי ה-ACOG (American College of Obstetrics and Gynecology) ממליץ לכל נערה להתחיל בביקור/ייעוץ גינקולוגי ראשון בין גילאי 13 ל-15 ובהמשך להגיע לביקור רופא נשים מדי שנה. ליישום החלטה כזאת בארץ יכולות להיות השלכות משמעותיות על היערכות מערכת הבריאות.

הביקור הראשון של הנערה, שבדרך כלל מתלווה אליה האם, חשוב גם לשלילת אגממה משפחתית של קרישיות יתר לפני מתן גלולות. כאשר הנערות מתחילות בקיום יחסים ומגיעות לקבל גלולות ללא ליווי האם, הן בדרך כלל אינן יודעות לענות על השאלה של קיום מצבי קרישיות יתר במשפחה

במאמר זה ננסה לבחון את היתרונות והחסרונות של המלצות ה-ACOG ונשאיר את השאלה פתוחה, האם יש מקום לאמץ גם בישראל את הגישה האמריקאית.

הטיעונים נגד נובעים מעלויות רבות למערכת, כגון הכשרת יותר רופאים גינקולוגים אשר יצטרכו לעבור הכשרה ספציפית בטיפול בבעיות גינקולוגיות של המתבגרת. ייתכן שחלק מהנערות יחששו להגיע לייעוץ, עלול להיווצר לחץ בקרב הנערות ואולי אף יעלו חיכוכים עם ההורים על רקע ההמלצה. ייתכן אף שחלק מהנערות יראו בכך אישור לקיום יחסים בגיל מוקדם יותר.

ביקור ראשון אצל הגינקולוג

יתרונות הייעוץ המוקדם

היתרונות בייעוץ גינקולוגי מוקדם הם במגוון נושאים רחב הכולל איחור ומניעה של בעיות גינקולוגיות הקשורות להתבגרות המינית, אמצעי מניעה עתידיים ומניעת מחלות המועברות במגע מיני.

הביקור השגרתי הראשון אצל רופא הנשים ללא מצב חירום או בעיה גינקולוגית חריפה מהווה יתרון בכך שהנערה אינה מחויבת בבדיקה גינקולוגית ועצם המפגש בין המטופלת לבין הרופא ימנע חרדות עתידיות ויאפשר לנערות גישה קלה יותר ופחות מאיימת בביקורים בעתיד, כאשר תתעוררנה בעיות.

בבדיקת הנערה שלא החלה בקיום יחסי מין צריך להתמקד בהתפתחות סימני המין המשניים כגון היחס בין המשקל והגובה ואבחון מצבים של שיעור יתר ואקנה. במידה שקיים חשש להפרעה הורמונלית ובמצבים של כאבים באגן, יש להוסיף לבדיקה סונר אגני בגישה בטנית

הביקור הגינקולוגי הראשון יכלול מעקב אחרי ההתפתחות המינית בשלבי ההתבגרות השונים. שאלות רבות על עצם ההתבגרות המינית ומחזור הווסת יועלו הן על ידי הרופא והן על ידי הנערה או האם. לחלק גדול מהנערות יש שאלות רבות, שאותן תוכלנה להעלות בפני הרופא ומאידך ייתכנו מצבים שהנערה אינה מודעת להיותם בעיה רפואית וכאלה הדורשים ייעוץ וטיפול. מצבים כאלה, השכיחים בגיל ההתבגרות, כוללים, בין השאר, תסמונת טרום וסתית, כאבי מחזור, איבוד דם רב במחזור עד אנמיה, ומצבים של תסמונת שחלות פוליציסטיות כולל אקנה, שיעור יתר והשמנה.

גם הפרעות בהתבגרות המינית והפרעות של עודף או תת משקל עד אנוורקסיה יכולים להיות מאותרים על ידי הרופא מוקדם יותר בבדיקה השגרטית של הנערה.

במקרים של דם רב במחזור ואנמיה, יש מקום לערוך בירור של הפרעות בתפקודי קרישה (מחלת Wilerband Van מתגלה על פי רוב בגלל מחזורי וסת קשים). מצבים של אנמיה, השכיחה בנערות, יכולים להיות מאותרים ומטופלים מוקדם יותר.

החשיבות הגדולה ביותר של ביקור גינקולוגי מוקדם היא בהדרכת הנערה באופן אישי על ידי הרופא לגבי הסיכון להדבקה במחלות המועברות במגע מיני והסבר על אמצעי מניעה במידה

שמתחילים בקיום יחסים.

יש חשיבות להדגיש את יתרונות השימוש בקונדום במניעת מחלות המועברות במגע מיני. ההסבר המוקדם והדגשת הסיכון ביחסי מין, בצד ההסבר על אמצעי מניעה נכונים ויעילים, חשוב יותר בנערות מתבגרות ועשוי לשנות את גישתם של נערות לנושא ואף לגרום לדחייה מרצון של התחלת קיום יחסי המין.

הביקור הראשון של הנערה, שבדרך כלל מתלווה אליה האם, חשוב, כאמור, לשלילת אנמיה משפחתית של קרישיות יתר לפני מתן גלולות. כאשר הנערות מתחילות בקיום יחסים ומגיעות לקבל גלולות ללא ליווי האם, הן בדרך כלל אינן יודעות לענות על השאלה של קיום מצבי קרישיות יתר במשפחה.

הבדיקה הגינקולוגית הרגילה והמקובלת אינה מחויבת בבדיקה ראשונית וחוזרת של נערה שלא החלה לקיים יחסים. מאידך, קיימת חשיבות לבדיקה הגינקולוגית המלאה במידה שיחסי המין החלו בגיל צעיר ביותר. נערות אלו נמצאות בסיכון יתר להדבקה במחלות המועברות במגע מיני. יש מקום לבצע בדיקת פאפ בנערה שהחלה לקיים יחסי מין בתוך שלוש השנים הראשונות לתחילת קיום היחסים.

בבדיקת הנערה שלא החלה בקיום יחסי מין צריך להתמקד בהתפתחות סימני המין המשניים כגון היחס בין המשקל והגובה ואבחון מצבים של שיעור יתר ואקנה. במידה שקיים חשש להפרעה הורמונלית ובמצבים של כאבים באגן, יש להוסיף לבדיקה סונר אגני בגישה בטנית.

בעתיד הקרוב, עם כניסתו לשימוש של החיסון HPV-9, לביקור הגינקולוגי המקדים תהיה חשיבות עליונה. חשוב יהיה להציע חיסון לכל הנערות בגילאים אלה בעיקר לפני התחלת קיום יחסי המין. בעת הביקור חשובה ביותר נוכחות האם הן לצורך ההסבר על החיסון ובעתיד גם למימון החיסון אשר נכון להיום הוא יקר יחסית.

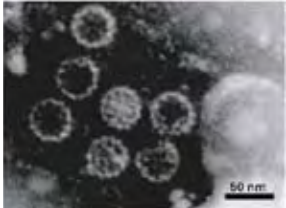
לסיכום: למרות המגבלות והעלויות, יש לדעת לקבל את המלצות ה-ACOG גם בישראל. יתרונות הביקור הגינקולוגי המקדים בגילאי 13-15 הם משמעותיים וייתכן חיסכון רב יותר בעתיד בעצם מניעת מחלות המועברות במגע מיני, פחות הפסקות הריון ואיתור וטיפול מוקדם בבעיות אונקולוגיות. בנוסף, הכנסת חיסון ה-HPV בעתיד הקרוב יחייב היערכות ותיעוד מתאים ועדיף שייונת על ידי רופאי הנשים.

ד"ר אריה ישעיה, מרכז רפואי רבין, מחלקת נשים ובית החולים שניידר לילדים



על פריצת דרך משמעותית לחיסול תופעות של דיספלסיה וסרטן צוואר הרחם ויבלות גיטליות – החיסון ל-HPV, הניתן לנערות טרם קיום יחסי מין

ד"ר דן גריסר



תמונה של חלקיקי (NEJM 2002) HPV- Human Papillomavirus

למנוע הדבקה בזנים אחרים. יש לכך חשיבות כיוון שזנים 16 ו-18 גורמים לכשני שלישים של מקרי סרטן צוואר הרחם. ידוע על דמיון בין 16 לבין 31, 33 ו-35 ובין 18 ו-45. מכאן שלחיסון יכול להיות תווך הגנה נרחב יותר. לאחרונה בדקנו במסגרת מחקרית את שכיחות הזנים של HPV בנשים אשר פנו למרפאת צוואר הרחם במרכז הרפואי תל אביב ומצאנו ממצאים מעניינים כמו זיהומים משולבים במספר זנים של הוירוס וכן זנים הנחשבים לנדידים יותר התגלו בשכיחות לא מבוטלת. לכן, בימים אלה אנו מתחילים מחקר לסריקה של זני HPV בשלוש קבוצות: נשים עם סרטן צוואר הרחם, נשים עם שינויי דיספלסיה קשים ונשים ללא פתולוגיה צווארית. תוצאות מעבודה זאת יעזרו בהכוונת מדיניות החיסון נגד HPV בישראל.

נושא חשוב נוסף הוא שיתוף הפעולה של החפאים בהמלצה על החיסון. בסקר רפאי נשים בארה"ב, כ-80 אחוז ענו שיתמכו בהמלצה לחסן. החיסון יצטרך להיות בגיל ההתבגרות עוד לפני התחלת קיום יחסי מין. נשאלת שאלת ההסכמה של הורים לחסן את ילדיהם. לצורך זה יש חשיבות להסברה על המשמעות של HPV ואופן ההדבקה ביחסי מין. מערכת הסברה טובה להורים תשפר את היענותם לחיסון.

סיכום: החיסון ל-HPV הוא פריצת דרך משמעותית לחיסול תופעות של דיספלסיה וסרטן צוואר הרחם ויבלות גיטליות. קיימת חשיבות לבדיקת הזיהום ב-HPV בישראל ובעקבות כך המלצה על תכנית חיסון. חשוב לפתח מערכת הסברה למתבגרים ולהוריהם כדי להבטיח היענות לחיסון.

ד"ר דן גריסר, מנהל השירות לגינקולוגיה אונקולוגית, בית החולים לים לילדות, המרכז הרפואי תל אביב

חיסונית ניכרת. רמת הנוגדים מגיעה עד פי 80 מאשר הרמה בנשים שפיתחו נוגדים בשל זיהום טבעי, והרמה נשארת גבוהה במשך מספר שנים. לרוב החיסון ניתן על ידי שלוש זריקות במשך שישה חודשים. תופעות הלוואי שדווחו כללו כאב ואודם באזור ההזרקה, כאבי ראש, חולשה ותופעות ממערכת העיכול.

העבודה הראשונית על חיסון כנגד HPV 16 פורסמה ב-2002 וכללה 2,400 בנות קולג' בארה"ב, בגילאים 16 עד 23. בקבוצת הפלצבו דווח על 41 נשים שנדבקו ב-HPV ועל תשע בנות עם שינויים בציטולוגיה של צוואר הרחם. לעומת זאת, בקבוצת החיסון לא היו כלל מקרים של הדבקה ב-HPV 16 ולא היו שינויים בציטולוגיה. מכאן שיעילות החיסון דווחה כ-100 אחוז. יש לציין ש-99.7 אחוז שהחיסון תלוי בזן הוירוס, היה צורך לייצר חיסון נגד מספר זנים של HPV. ב-2004 דווח על יעילות של חיסון כפול כנגד HPV 16 ו-18. גם כאן נבדקה קבוצת גיל דומה של כ-1,100 נשים. העבודה הצגה הגנה של 100 אחוז מפני הדבקה בשני זני הוירוס ואילו בקבוצת הפלצבו היו 16 מקרי הדבקה. יתר על כן התברר שנשים אשר לא השלימו את פרוטוקול החיסון וקיבלו רק זריקה אחת היו פחות מוגנות (60-75 אחוז). גם חיסון זה היה בטוח וללא תופעות לוואי משמעותיות.

לאחרונה יש דיווחים על חיסון מרובע כנגד זנים 16 ו-18 הקשורים לסרטן צוואר הרחם וכנגד זנים 6 ו-11 הקשורים ליבלות גיטליות. במחקר זה השתתפו 550 נשים ודווח על ארבעה מקרי הדבקה בקבוצת החיסון לעומת 36 מקרים חדשים בקבוצת הפלצבו, ומכאן יעילות החיסון של 90 אחוז. אולם, מבחינה קלינית יעילות החיסון היתה 100 אחוז עם שישה מקרים בקבוצת הפלצבו וללא מקרי דיספלסיה או יבלות בקבוצת החיסון. גם חיסון זה, בדומה לקודמיו, היה בטוח וללא תופעות לוואי משמעותיות.

כיום יש דיווחים ראשוניים של מחקרים בשל 3 של שני החיסונים האחרונים. ה-FUTURE II trial בדק את יעילות החיסון המחבב למניעת דיספלסיה וסרטן צוואר הרחם ביותר מ-12 אלף נשים בגילאי 16-23 במשך ארבע שנים. החיסון הראה הגנה של 100 אחוז במניעת דיספלסיה או סרטן. בכנס ה-IGCS האחרון (אוקטובר 2006) הוצגו תוצאות החיסונים שהראו כי הנוגדים נשארים ברמה גבוהה במשך יותר מחמש שנים.

כיום בדקים האם מתן חיסון כנגד זנים מסוימים יכול

יהיום ב-HPV (Human Papillomavirus) הופך להיות שכיח מאוד בנשים ובנערות הפעילות מבחינה מינית ואחראי למספר מחלות; יבלות בגיטליה היא השכיחה ביותר אך גם שינויים בנאי צוואר הרחם ושינויים טרם-ממאירים בצוואר הרחם, ולבסוף, התפתחות של סרטן הצוואר. שני הזנים HPV 6 ו-11 אחראים על יותר מ-95 אחוז ממקרי היבלות בגיטליה ואילו הזנים HPV 16 ו-18 אחראים על מרבית המקרים של סרטן צוואר הרחם. יש לציין שגם סרטנים של העריה, לזן ופין קשורים ל-HPV.

HPV הוא וירוס DNA קטן. הגנים שלו מתחלקים למקדמים (E) ומאחרים (L). לפי זמן הביטוי במהלך מחזור החיים של ה-HPV. באופן כללי, הגנים המוקדמים קשורים לשינויים בפיזיולוגיה של התא המאחסן והתרבות הוירוס, ואילו הגנים המאחרים קשורים בהרכבת המבנה של וירוסים חדשים בשלבים הסופיים של הזיהום. שני גנים מוקדמים, E6 ו-E7, חשובים בבוטנציאל הממאיר של ה-E6. HPV מעכב את הפעילות של p53, שהוא חלבון מדכא גידולים ומהווה שומר על ה-DNA התאי. ה-E7 נקשר לחלבונים ממשפחת הרטינובלסטומא אשר קשורים לחלוקת התא. הפעילות של ה-E6 ו-E7 תלויה בזן ה-HPV. בזנים אלימים הם גורמים לחלוקה לא מבוקרת של התאים ויתר על כן הם נכנסים ל-DNA של המאחסן וגורמים להשתנות הסרטנית.

כיוון שה-DNA HPV נמצא בכל מקרי הסרטן של צוואר הרחם, ברור שיש צורך בהדבקה ב-HPV להתפתחות סרטן זה. חשוב לציין שכמעט כל אדם בוגר נחשף לוירוס במהלך החיים אך לרוב המערכת החיסונית שלנו מתגברת עליו. יתר על כן, הנוגדים שנוצרים יכולים למנוע הדבקה נוספת. מכאן המחשבה של ביותח חיסון. תכנית חיסון יעילה תוריד את השכיחות של זיהום ב-HPV ובכך תוריד את השכיחות של מחלות הקשורות בזיהום ב-HPV ואת ההוצאות הגדולות של אבחון ומעקב עקב תוצאות PAP לא תקינות.

יעילות החיסון

כיוון שהוירוס חייב לגדול על מצע תאים, לא ניתן ליצור וירוס חי מוחלש, ולכן החיסון בנוי על מרכיבים של המעטפת החיצונית של הוירוס. עם יצירת החיסון נבדקה הבטיחות שלו. נמצא במספר עבודות שהחיסון הוא בטוח, ללא תופעות לוואי משמעותיות והוא גורם לתגובה



לשצור את סרטן צוואר הרחם



WOMED

הוועידה מיועדת לרופאי משפחה, גינקולוגים והעוסקים בתחום

הרשמה	8:30
מליאה	
יו"ר ד"ר ה. אדטו-לוי - סמנכ"ל ביה"ח שערי צדק, יו"ר המועצה הלאומית לבריאות האישה	
דברי פתיחה	09:15-09:30
פרופ' י. לסינג - מנהל אגף מיילדות וגינקולוגיה, ביה"ח ליס, מרכז רפואי ת"א	
רפואת האישה לא רק גינקולוגיה	09:30-09:50
ד"ר ה. אדטו-לוי - סמנכ"ל ביה"ח שערי צדק, יו"ר המועצה הלאומית לבריאות האישה	
בדיקות סקר לסרטן גינקולוגי - המצוי והרצוי	09:50-10:10
פרופ' ע. בלר - ביה"ח שערי צדק, ירושלים	
מניעה וטיפול באוסטופורוזיס 2007	10:10-10:30
פרופ' ב. קפלן - המרכז לרפואת נשים, מרכז רפואי רבין	
הפסקת קפה	10:30-11:00

מושב 1

הקשר בין שינויים הורמונליים לשינויים נפשיים בנשים לאורך החיים	11:00-11:20
ד"ר צ. דולב - פסיכיאטרית, מרכז רפואי רבין	
אבחון גנטי טרום השרשה - מחלום למציאות	11:20-11:40
פרופ' י. ירון - המכון הגנטי, מרכז רפואי ת"א	
טכניקות חדשות בטיפולים לתופעת ריפיון רצפת האגן	11:40-12:00
ד"ר א. גרוץ - ביה"ח ליולדות ליס, מרכז רפואי ת"א	
עידכונים בנושא אמצעי מניעה	12:00-12:20
פרופ' ד. זיידמן - יו"ר החברה הישראלית לאמצעי מניעה	
חידושים ועידכונים בטיפול פוריות	12:20-12:40
ד"ר פ. עאזם - מרכז רפואי ת"א	
ספורט ובריאות האישה "שמנה בכושר או רזה לא בכושר"	12:40-13:00
ד"ר נ. קונסטנטיני	

מושב 2

עידכון והמלצות במיגרנה ושכץ בנשים	11:00-11:20
ד"ר א. מוסק - סגן מנהל המחלקה לנזירולוגיה, המרכז הרפואי ת"א	
הסוף לסרטן צוואר הרחם - חיסון כנגד נגיף הפפילומה	11:20-11:40
פרופ' י. בורנשטיין - מנהל האגף לבריאות האישה, ביה"ח לגליל המערבי נהריה	
השמנת יתר בקרב נשים	11:40-12:00
ד"ר ד. דיקר - מנהל פנימית ד', ביה"ח השרון	
תאי גזע עובריים לחקר מחלות גנטיות באדם	12:00-12:20
ד"ר ד. בן יוסף - ביה"ח ליס, מרכז רפואי ת"א	
מה חדש בתחום הטיפול ההורמונלי בתקופת המנופאזה	12:20-12:40
ד"ר ע. בר - חבר ועד האגוד הישראלי לגיל המעבר	
חידושים בטיפול בסרטן השד	12:40-13:00
פרופ' ב. קליין - מנהל המכון האונקולוגי, מרכז רפואי מאיר	
ארוחת צהריים	13:00-14:30

*התוכנית הינה ראשונית בלבד ונתונה לשינוי

דמי ההשתתפות בוועידה:

הרשמה מוקדמת עד ה-31.07.2011

מחיר לאדם: 180 ש"ח

הרשמה לאחר ה-31.07.2011 ועד יום הכנס:

מחיר לאדם: 240 ש"ח

המחירים כוללים מע"מ וארוחת צהריים



לפרטים והרשמה מוקדמת יש לפנות ל

טל. 03-6472858 פקס. 03-6493667 מייל. yaelk@f-media.co.il

כמו בגברים, כך גם בקרב נשים בעולם המערבי, מהוות מחלות לב וכלי דם את גורם התחלואה והתמותה העיקרי, ולראיה, סקר פראמינגהם הראה שסיכוי של אישה ללקות במחלות קרדיוסקולריות הוא גבוה פי שלושה (24-32 אחוז) מהסיכוי ללקות בסרטן השד (7-12.5 אחוז).

תמותה לאחר אוטם ראשון בשריר הלב והיארעות אוטם חוזר גבוהות יותר בנשים מאשר בגברים, ולא נרשמה ירידה משמעותית בתמותת הנשים בעשורים האחרונים. פער זה מוסבר חלקית על ידי מודעות נמוכה למחלה, אבחון מאוחר ולעתים טיפול לקוי. בסקר של האיגוד הקרדיולוגי האמריקאי מ-2003 נמצא כי רק 7-13

במצבים של מתח נפשי. מעבר לכך, השכיחות של תעוקה וזוספטטית כתוצאה מהפרעה בויסות וזודילטטורית של כלי דם כליליים, גם היא גבוהה יותר בנשים (Syndrome X). תלונות של כאב בחזה שלא ממקור כלילי הן אופייניות בנשים, ועובדה זאת מקשה עוד יותר על אבחון נכון. מצד שני, כשמחלה כלילית מוכחת בנשים, הסיכון של המחלה לא רק משתווה אלא אף עולה על הסיכון בגברים (2.7 אחוזים מול 2.4 אחוזים).

השוני בין המגדרים מביא גם לקשיים באבחון הרפואי. קיים קושי בפענוח מהימן של בדיקות מקובלות כבדיקת מאמץ, וכן קיימות מגבלות בפענוח בדיקות מתקדמות יותר, כגון מיפוי לב ואקו לב במאמץ, הנובעות מהמבנה האנטומי

שריר הלב בדם. ההוכחה החותכת היא בהדגמת חסימה מוחלטת של העורק הכלילי המזין את שריר הלב בעזרת צנתור אבחנתי.

מחקרים מראים כי נשים חוות סימפטומים חריפים של אוטם חד בשריר הלב בשונה מגברים. לנשים יותר סימפטומים המוגדרים כבלתי טיפוסיים או לא-קלאסיים, כגון: עייפות, בחילה, קוצר נשימה וכאבים דווקא בכתף, בלסת ובגב העליון, ולא במרכז החזה.

כ-95 אחוז מהנשים חוות גם סימן אזהרה מקדים בחודש שלפני האוטם, אך גם הוא שונה מאשר בגברים ועשוי לכלול עייפות בלתי מוסברת, קוצר נשימה, הפרעות שינה וצרבת. נשים, יותר מהגברים, לוקות באוטם "שקט" של שריר הלב.

לב של אישה

פרופ' שמואל בנאי, ד"ר בלה קויפמן, ד"ר חיים שמילוביץ', ד"ר רם שרזי

כלומר, אוטם המוכח בצנתור כלילי ובבדיקות מעבדה, אך שלא קדם לו כל סימפטום שהוא. אוטם שכזה קשור ליותר סיבוכים וליותר שיעורי מוות תוך כדי אשפוז. אוטם "שקט" של שריר הלב מופיע יותר בקרב חולי סוכרת, מה עוד שסוכרת "מבטלת" את היתרון של תקופת הפריזון העשירה באסטרוגן, כך שנשים סוכרתיות בתקופת הפריזון לוקות באוטם שריר הלב באותו שיעור כמו גברים. על סמך נתונים אלה הוציא האיגוד הקרדיולוגי האמריקאי הנחיה, לפיה יש להעלות את רמת החשד לאוטם שריר הלב בקרב נשים וחולי סוכרת.

במחקר שנערך באוניברסיטת ארקנסו, ארה"ב, נמצא כי 43 אחוז מהנשים שחוו התקף לב, לא דיווחו כלל על כאבים בחזה אלא על תסמינים אחרים. בראייה הגברית, כאבים בחזה מהווים נורת אזהרה מובהקת להתפתחות התקף לב. עורכי המחקר גרסו כי היעדר הכאבים בחזה הוא, ככל הנראה, אחת הסיבות לכך שנשים מתעכבות בדרך לקבלת טיפול רפואי בזמן התקף לב.

ואכן, גם בכל הנוגע למועד קבלת הסיוע הרפואי, נשים נמצאות בפיגור ניכר לעומת הגברים. לראיה, נתוני האיגוד הקרדיולוגי הישראלי מראים כי הגבר הממוצע מגיע לבית החולים בתוך 105 דקות מרגע זיהוי התסמינים המחשידים, למול 120 דקות שלוקח לאישה הממוצעת. המציאות מראה כי כשקיימים סימנים מחשידים אצל גברים, האישה היא זו שדוחפת את הגבר לחוש לבית

של גוף האישה בכלל והלב בפרט. מכאן, אין זה מפתיע כי אבחון המחלה יתעכב, וכפועל יוצא יתעכב גם הטיפול שיונתן לאישה. לראיה, במחקר שבוצע באוניברסיטת בר אילן נמצא כי אבחון של אישה חולת לב מתרחש בממוצע חמש עד ארבע שנים מאוחר יותר מאשר אצל גבר.

אישה שחלתה באוטם חריף של שריר הלב בעברה, או אפילו תוך כדי הריונה הנוכחי, יכולה ללדת לדנית, אך תוך כדי שימוש בהרדמה אפידורלית ושימוש במלקחיים בשלב השני של הלידה, בכדי להפחית את העומס והעקה בשלב זה, תוך ניטור המודינמי קפדני. ניתוח קיסרי יבוצע רק אם יש הוראה מיילדותית ואם האישה לא יציבה המודינמית

סימפטומים לאוטם שריר הלב

אוטם שריר הלב מוגדר כמוות של תאי הלב הנובע מחוסר ממושך באספקת הדם המחומצן אליהם. האבחנה של אוטם חד בשריר הלב מבוצעת בעזרת מכלול פרמטרים וביניהם הסימפטומים, שינויים באק"ג והוכחה לנזק לשריר הלב על סמך עלייה בחלבונים או באנזימי

אחוז מהנשים היתה מודעות לסכנה ממחלות קרדיוסקולריות, וגם זאת עלייה משבעה אחוזי המודעות ב-1997. גם בקרב הרופאים, המודעות לקיומן של מחלות לב, מהלכן והשלכותיהן בקרב נשים טעון שיפור והחל להתפתח רק ב-20 השנים האחרונות.

ביטויים למחלת לב כלילית באישה

העדויות המדעיות שהצטברו בתקופה האחרונה מצביעות על כך שקיימים הבדלים, לעתים משמעותיים, בין מחלת הלב הכלילית בקרב נשים, לעומת גברים – החל בגורמי הסיכון, דרך האבחון ותסמיני המחלה, וכלה בדרכי הטיפול, תוצאותיו והיבטים פסיכו-סוציולוגיים הקשורים למחלה זו. את השונות הזו יש לזקוף בראש ובראשונה לאנטומיה הבסיסית של הלב והעורקים הכליליים של האישה, שהם קטנים וצרים יותר.

שכיחות המחלה בנשים עולה עם סיום תקופת הפוריות, כאשר רמת האסטרוגן יורדת, ובהתאם עולה בהתמדה הסיכון לפתח מחלת לב כלילית, עד שהוא משתווה לזה של הגברים (בסביבות גיל 65).

הביטוי הראשון של מחלת לב בנשים הוא בדרך כלל תעוקת חזה, בניגוד לאוטם שריר הלב או מוות פתאומי בגברים. תסמינים של תעוקת חזה בנשים, לרוב אינם אופייניים למחלה כלילית וגורמים פעמים רבות לקושי באבחנה. כמו כן שכחה הופעת הכאב בעת מנוחה, שינה או

החולים ולהיבדק, בעוד שבמצב ההפוך, האישה פחות זוכה לעידוד.

גורמי הסיכון לאוטם בנשים

לכאורה, גורמי הסיכון העיקריים להתפתחות מחלות לב וכלי דם הם ידועים וזהים בין המינים – עישון, יתר לחץ דם, יתר שומנים בדם, סוכרת, גיל מעל ל-55, השמנה, חוסר פעילות גופנית וסיפור משפחתי. אולם על אף הדמיון, קיימים הבדלים בהשפעתם על התפתחות המחלה. לדוגמה, מחקרים מדעיים מצביעים על קשר חזק יותר בין עישון והתפתחות מחלות לב בקרב נשים לעומת גברים.

הגורם לאוטם שריר הלב הוא חסימה מוחלטת של עורק כלילי המספק דם וחמצן לשריר הלב.

החסימה הזאת מקורה ברובד של טרשת עורקים שגורם להיצרות, ולאחר קרע או ארזיה שלו מופיע קריש דם שחוסם לגמרי את העורק וגורם לאוטם. התברר, כי שיעור הקרע של הרובד הטרשתי גבוה יותר בגברים, אך שיעור הארזיה שלו ויצירת קריש הדם האקוטי גבוה יותר בקרב נשים.

שכיחות יתר לחץ דם גם היא גבוהה יותר בנשים מעל לגיל 55. סקר לאומי שנערך בארה"ב הדגים כי על אף שהמודעות של נשים גבוהה יותר למצב לחץ הדם שלהן, שיעור הנשים בעלות לחץ דם מאוזן, באופן מפתיע, נמוך יותר משיעור הגברים.

לנשים מאפיינים ייחודיים המשפיעים על ערכי לחץ הדם, ביניהם: נטילת גלולות למניעת הריון, היסטוריה של יתר לחץ דם בתקופת ההריון ושכיחות גבוהה של יתר לחץ דם סיסטולי בלבד.

כמו כן נמצא כי ערכי HDL נמוכים יותר טריגליצרידים בדם בקרב נשים מהווים גורם סיכון משמעותי יותר מול ערכי LDL גבוהים בקרב גברים. אם נביא בחשבון כי כמעט מחצית מציבור הנשים מעל גיל 55 הן בעלות ערכי כולסטרול שאינם בגבולות הנורמה, נוכל להסיק כי נשים נמצאות בסיכון גבוה יותר להיווצרות מחלות וסקולריות.

בהתייחסות לגורמי הסיכון, לא ניתן להתעלם מהשמנה והעדר פעילות גופנית כגורמים המאיצים את התהליך הטרשתי ובהמשך התפתחותן של מחלות לב וכלי דם. במרבית המדינות המערביות בעולם, שכיחות ההשמנה גבוהה יותר בקרב נשים, ולצערנו האישה הממוצעת נוטה להעלות במשקל ביתר קלות ומתקשה להורידו, למול הגבר הממוצע. אם נוסיף לכך את הנתון ששיעור העוסקות





נראה כי אישה רב-ולדנית נמצאת בסיכון מוגבר יותר. האבחנה דומה לזו שבחולה לא הרה. הגיל הממוצע הוא 33.3 שנים.

התוצאים של האם והעובר תלויים בגודל האוטם, בקיום סיבוכים ובגיל ההריון. ככל שהטיפול מהיר ויעיל יותר, וככל שהאוטם קטן יותר, כך התוצאים מבחינת האם והעובר טובים יותר. שיעור תמותת האמהות הממוצעת הוא תשעה אחוזים ושל העובר – שישה אחוזים, כאשר רוב התמותות מתרחשות סביב הלידה.

הטיפול והניהול דומים לטיפול בחולה שאינה בהריון. טיפול הבחירה הוא צנתור כלילי דחוף עם חשיפה מינימלית לשיקוף. יש לטפל בתרומבוליזה רק אם לא ניתן לבצע צנתור כלילי ובהריון שגילו צעיר מ-14 שבועות.

אישה שחלתה באוטם חריף של שריר הלב בעברה, או אפילו תוך כדי הריונה הנוכחי, יכולה ללדת לדנית, אך תוך כדי שימוש בהרדמה אפידורלית, בכדי להפחית את העומס והעקה בשלב זה, תוך ניטור המודינמי קפדני. ניתוח קיסרי יבוצע רק באם יש הוראה מילידותית ו/או אם האישה לא יציבה המודינמית. אם האוטם היה סמוך ללידה, ובמיוחד אם נעשה שימוש במדללי דם תוך-ורידיים, יש ליילד את האישה בניתוח קיסרי בכדי להפחית את הסיכון לדימום תוך מוחי אצל העובר.

באישה שחווה אוטם חריף בשריר הלב בעברה ומתעתדת להרות, יש לבדוק את תפקוד חדר שמאל ואת מידת התפקוד היומי שלה ובאם הם תקינים, אין מניעה להרות ואין סיכונים מיוחדים. המיעוט תחוויה תסמיני אי ספיקת לב והחמרה של תעוקת חזה.

לסיכום, אוטם שריר הלב קיים גם בנשים ובכל הגילאים, והוא אף עלול להיות מסוכן יותר מאשר אצל גברים. בניגוד לסברה הרווחת, יותר נשים ימותו מאוטם שריר הלב ומסיבוכיו מאשר מכל תאונה או מחלה אחרת, לרבות סרטן השד. על כן, יש להרבות במחקרים הכוללים אוכלוסיה שווה של גברים ונשים ויש להעלות את רמת החשד ואת אגרסיביות הטיפול וההיענות לו בקרב נשים.

נשים וצנתורים

שיטת הטיפול היעילה ביותר לטיפול באוטם חריף בשריר הלב, היא על ידי צנתור טיפולי דחוף. על ידי החשת החולה לחדר הצנתורים, איתור מיקום החסימה בעורק הכלילי ופתיחת העורק במהירות, ניתן להקטין את מידת הנזק לשריר הלב ולהקטין באופן משמעותי את התמותות. הקרדיולוגיה ההתערבותית המודרנית אינה מכלה בין נשים לגברים. שיטות הצנתור,

נראה כי אישה רב-ולדנית נמצאת בסיכון מוגבר יותר. האבחנה דומה לזו שבחולה לא הרה. הגיל הממוצע הוא 33.3 שנים. התוצאים של האם והעובר תלויים בגודל האוטם, בקיום סיבוכים ובגיל ההריון. ככל שהטיפול מהיר ויעיל יותר וכלל שהאוטם קטן יותר, כך התוצאים מבחינת האם והעובר טובים יותר. שיעור תמותת האמהות הממוצעת הוא תשעה אחוזים ושל העובר – שישה אחוזים, כאשר רוב התמותות מתרחשות סביב הלידה

כגון ברומוקריפטין לעצירת ייצור החלב ותורפות לעצירת צירים מוקדמים. באופן נדיר תוארו גם דיסקציה של אבי העורקים והעורק הכלילי בשל שינויים במבנה רקמות החיבור בעת ההריון.

מאידך, השילוב של גיל הריון מבוגר יחסית, גורמי סיכון לטרשת עורקים מואצת השכיחים בגיל הצעיר כגון עישון, השמנה, יתר שומני הדם, סוכרת, יתר לחץ דם וסיפור משפחתי של מחלה כלילית מוקדמת, בשילוב עם העומס הגופני שקיים בהריון וכולל עלייה בצריכת החמצן, עלייה בקצב הלב ובתפוקתו ועלייה בנפח הדם, עלולים להוות גורם חשוב להתפתחות מחלה כלילית שתוביל לאוטם חריף בשריר הלב, בעיקר בשבועות האחרונים של ההריון ובזמן העקה שבעת הלידה.

בפעילות גופנית נמוך משיעור העוסקים בה, נמצא שוב שנשים נמצאות בסיכון יתר.

בסקר WHI (Woman Health Initiative) שנערך בארה"ב בקרב כ-74 אלף משתתפות ובסקר נוסף שנערך אף הוא בארה"ב, בקרב כ-72 אלף אחיות, נצפתה ירידה של 30-50 אחוז בשיעור התחלואה במחלת הלב הכלילית עקב ירידה במשקל וביצוע פעילות גופנית. עוד נמצא כי פעילות גופנית סדירה משפיעה לטובה על גורמי סיכון רבים ומשפרת את תפקוד פנים כלי הדם.

הטיפול באוטם שריר הלב

הטיפול באוטם שריר הלב כולל טיפול ראשוני באספירין וטיפול לפתיחת הסתימה בעורק הכלילי, בעזרת צנתור כלילי דחוף או תרופה הממיסה את קריש הדם החוסם. מחקרים אחרונים מראים כי לצנתור כלילי דחוף יש יתרון על פני התרופה הממיסה, והיתרון הזה ברור יותר בקרב נשים, כיוון שמדובר לרוב בנשים מבוגרות יותר, ולכן אוטם שריר הלב שלהן מסוכן יותר והן גם נוטות יותר לפתח סיבוכים דימומיים לאחר מתן התרופה הממיסה.

בניתוח הפרוגנוזה לאחר אוטם שריר הלב נראה כי לאחר שנה מהאוטם פחות נשים שורדות ויותר נשים חוות סיבוכים ארוכי טווח של האוטם, כמו אי ספיקת לב. לאחר התייחסות סטטיסטית לגיל ולמחלות נוספות, השינויים בין נשים לגברים מצטמצמים אך עדיין נשארים במעט לרעת הנשים.

כל אישה המשתחררת מבית החולים לאחר אוטם שריר הלב, בדומה לגברים, צריכה ליטול ארבע תרופות, אלא אם יש התוויות נגד, והן: אספירין, חוסם ביטא, חוסם האנזים המהפך וסטטין. במחקרים התברר כי הטיפול הזה לא ניתן במלואו, בעיקר בנשים. בנוסף, טיפול הורמונלי תחליפי עם אסטרוגן, שניתן כחלק מהתצפית לפיה לנשים בגיל הפריור יש פחות אוטמים, לא הוכיח את עצמו כמגן בפני אוטמים ובכמה מחקרים אף הוכיח את ההפך, ולכן הוא אינו מומלץ כיום.

אוטם שריר הלב באישה הרה

קבוצה מיוחדת היא נשים בהריון. אוטם חריף בשריר הלב אצל אישה הרה הוא אירוע נדיר בעל היארעות של פחות מ-1 ל-10,000 הריונות. רובם של המקרים נובע מסיבות שאינן קשורות לטרשת עורקים וביניהן ניתן לציין שינויים אנטומיים מולדים, תסחיפים, מחלות כלי הדם, דלקת פנים הלב, עווית עצמונית של העורק הכלילי או זאת הקשורה בשימוש בקוקאין ושימוש בתרופות

נשים חוות סימפטומים אקוטיים של אוטם חד בשריר הלב בשונה מגברים. לנשים יותר סימפטומים המוגדרים כבלתי טיפוסיים או לא-קלאסיים, כגון: עייפות, בחילה, קוצר נשימה וכאבים דווקא בכתף, בלסת ובגב העליון, ולא במרכז החזה. כ-95 אחוז מהנשים חוות גם סימן אזהרה מקדים בחודש שלפני האוטם, אך גם הוא שונה מאשר בגברים ועשוי לכלול עייפות בלתי מוסברת, קוצר נשימה, הפרעות שינה וצרבת

אם מבצעים התאמה לגורמי הסיכון (adjusted mortality), קרי משווים נשים וגברים בעלי גורמי סיכון דומים, רק בחלק קטן מהמחקרים מתקבל שוני בתמותה. ניתן לסכם, אפוא, שהסיכון המוגבר לתחלואה ותמותה בנשים העוברות ניתוח לב פתוח אינו קשור למין החולה אלא לפרופיל גורמי הסיכון אשר נמצא מוגבר אל הנשים.

מרכיב ניתוחי המסתמים מכלל ניתוחי הלב הפתוח עולה בשנים האחרונות. עבודת מחקר משנת 2005 אשר בוצעה במרכזים רפואיים בטנסי, אוניברסיטת דיוק, ניו אורלינס ואוניברסיטת פלורידה, ואשר סקרה את בסיס הנתונים של איגוד מנתחי הלב האמריקאי (STS) כללה 409,904 חולים אשר עברו ניתוח מסתם לאורך תקופה של עשר שנים. בסדרה זו הוכללו כל סוגי הניתוחים אשר כללו תיקון או החלפה של מסתם (אאורטלי, מיטרלי, טריקוספידלי) כניתוח בודד או במשולב עם ניתוח מעקפים. נשים היוו 43 אחוז מכלל המנותחים. נמצא שמין נקבה היה כרוך בתמותה מוגברת (יחס צולב 1.37). בנוסף, נמצא שבנשים תופעת תפוקת לב נמוכה לאחר הניתוח (low cardiac output) היה שכיח בנשים פי 2.8 מאשר בגברים (וזאת בנוסף לאי ספיקת כליות, גיל מתקדם ותפקוד לבבי מופחת).

לסיכום, נשים העוברות ניתוח לב פתוח חשופות לסיבוכים בשייחיות גבוהה יותר מאשר גברים. נראה שההסבר לסיכון הניתוחי המוגבר בנשים טמון בגורמי הסיכון השונים בנשים וזאת עקב מבנה אנטומי אופייני ופקטורים נוספים של סיכון יתר אשר ניתנים לאיזון. יחד עם זאת, למעט מצבים קיצוניים, ניתוח לב פתוח ניתן לביצוע בנשים ברמת בטיחות גבוהה, עם אחוזים נמוכים של שיעורי תחלואה ותמותה.

חזה (STS) ניתוח מרכיבי שוני בין המינים ופרסם קווים מנחים לטיפול סביב ניתוחי לאור השוני בין גברים ונשים.

באשר לניתוחי מעקפים כליליים, הודגם שניתוח זה בנשים כרוך בתחלואה ותמותה בשיעור גבוה יותר מאשר בגברים. מחקר מבוססון, ארה"ב, סקר את הסיכון לאחר ניתוח מעקפים. נמצא שנשים מקבלות יותר עירוי דם, תקופת השהייה בטיפול נמרץ ארוכה יותר אצלן וכך גם זמן האשפוז הכללי בבית החולים.

בבדיקת המחקרים שפורסמו מתברר שלנשים שיעור גבוה יותר של גורמי סיכון לסיבוכים אחרי הניתוח מאשר לגברים. מדענים שונים ניסו לנתח ולהבין את הסיבות לסיכון המוגבר הקיים בקרב נשים בניתוח מעקפים. היות שקוטר קטן של העורקים הכליליים ושטח גוף קטן מהווים גורמי סיכון ידועים בניתוח, ובהתחשב שבנשים שכיחות גורמים אלה גבוהה מאשר בגברים, הובעה סברה שהתמותה המוגברת בקרב הנשים נגרמת עקב השוני באנטומיה הכלילית. במחקר אשר בוצע בסינסינטי, אוהיו, הודגם שוני בפרמטרים הדמוגרפיים בין גברים ונשים. הנשים אשר נותחו היו באופן מובהק מבוגרות יותר ועם שטח גוף קטן יותר. במבחן סטטיסטי רב משתנים, נמצא שמשך זמן האשפוז בקרב הנשים היה ארוך יותר (יחס צולב 1.97) וכן נרשם שיעור גבוה יותר של זיהום בעצם החזה. מחקר זה לא מצא הבדל בשיעור התמותה בין גברים ונשים.

מזה מספר שנים מבוצעים במרכזים רפואיים רבים בעולם ניתוחי מעקפים ללא שימוש במכונת לב-ריאה. הוכח ששימוש שיטתי בניתוח זה מופחת את שיעור התחלואה והתמותה בחולים בסיכון גבוה. מחקר אשר בוצע בדאלס, ארה"ב, הדגים ששיעור התמותה בנשים שעברו ניתוח מעקפים קונבנציונלי (עם שימוש במכונת לב-ריאה) היה גבוה ב-73 אחוז מאשר בנשים עם גורמי סיכון דומים אשר עברו ניתוח ללא שימוש במכונת לב-ריאה. יחד עם זאת, פגמים בעריכת המחקר, יחד עם עבודות מחקר נוספות עם ממצאים פחות משכנעים, מטילים ספק ביתרון המובהק של ניתוח ללא שימוש במכונת לב-ריאה בנשים.

שימוש בשיטות סטטיסטיות מתקדמות הוכיח שאכן הסיכון הבלתי מתוקן לתמותה (unadjusted mortality) הוא גבוה יותר בנשים אך

האינדיקציות לצנתורים אבחוניים או טיפוליים, הציד, סוג הבלונים, הקטטרים והסטנטים בהם אנו משתמשים – זהים בנשים ובגברים.

עד לפני מספר שנים לא רב, נחשב הטיפול בתרופות פיברוליטיות (טרומבוליטיות) כטיפול הבחירה בחולים עם אוטם בשריר הלב. בשנים האחרונות איבד הטיפול הפיברוליטי מחשיבותו, והיום אין ספק כי טיפול הבחירה באוטם שריר הלב הוא הצנתור הטיפולי הדחוף, בנשים ובגברים במידה שווה.

על החשיבות הרבה שיש לצנתור הדחוף כטיפול מפתחית תמותה באוטם שריר הלב, ניתן ללמוד מהמחקר החשוב אשר התפרסם ב-JAMA לאחרונה (JAMA. 2006;296:1749-1756). מטרת עבודה פרוספקטיבית זו הייתה לבדוק את התוצאה המיידית וארוכת הטווח של שיטות טיפול שונות באוטם שריר הלב באוכלוסייה רחבה. העבודה, אשר בוצעה בשוודיה, כוללת מעקב אחרי 26,205 חולים עוקבים אשר לקו באוטם שריר הלב (כ-35 אחוז נשים) בין השנים 1999-2004. כל החולים קיבלו טיפול ברפרפוזיה (ניסיון פתיחת עורק האוטם) בתוך 15 שעות מרגע התחלת הסימפטומים. 7,084 חולים טופלו בצנתור טיפולי דחוף, 3,078 חולים קיבלו טיפול טרומבוליטי עוד טרם הגעתם לבית החולים, ו-16,043 חולים קיבלו טיפול טרומבוליטי עם הגעתם לבית החולים.

התוצאות היו חד משמעיות: צנתור טיפולי דחוף היה יעיל יותר בהפחתת התמותה, הפחתת הסיבוכים וקיצור משך האשפוז, ללא קשר לגיל או מין החולים, וללא קשר למשך הזמן שחלף מרגע התחלת הסימפטומים ועד לקבלת הטיפול.

ניתוחי לב – נשים מול גברים

ניתוח לב פתוח הוא הניתוח הגדול (majorsurgery) הנפוץ ביותר בעולם. ניתוחים אלה, למרות היותם מבוצעים בעולם מזה עשרות שנים, עדיין נושאים בקרבם שיעור תחלואה ותמותה ניכר. אמנם שיעור התמותה בניתוחים אלה, המתבצעים באופן אלקטיבי עומד סביב אחוזים בודדים, אך שיעורי התמותה נוסקים כאשר מדובר בניתוח המתבצע באופן דחוף, בחולים קשישים עם תפקוד לבבי מופחת ומחלות נלוות מרובות. מחקרים רבים הצביעו על שוני בתוצאות הניתוחיות בין גברים ונשים. לפיכך, האיגוד האמריקאי של מנתחי

פרופ' שמואל בנאי, מנהל היחידה לקרדיולוגיה התערבותית; ד"ר בלה קויפמן, מנהלת המרפאה לבריאות לב האשה; ד"ר חיים שמילוביץ', פנימאי בכיר, המערך הקרדיולוגי; ד"ר רם שרונים, כירורג בכיר, מחלקת ניתוחי לב חזה; המרכז הרפואי תל אביב (איכילוב)

הטיפול ההורמונלי בראי המציאות



מזה עשור מעורר הטיפול ההורמונלי סנסציות תקשורתיות, והמדיה מכניסה את הנשים וגם את הרופאים לאי שקט. יש נטייה לפרסם בהבלטה נתונים שנראים "גרועים", כמו עלייה קלה בשכיחות סרטן השד, ולא לפרסם נתונים חיוביים כמו ההשפעה המיטיבה על העצם, ירידה בשכיחות סרטן המעי הגס ומספר מקרי הסוכרת. ד"ר עמוס בר מאמין שלא ירחק היום שבו כולם יקראו את הנתונים שמונחים כבר היום מול עינינו, ויחזרו להמליץ על הטיפול בהורמונים

ד"ר עמוס בר

על שומני הדם וירידה של עד 50 אחוז במחלות לב.

בסוף שנות ה-90 החלו להתפרסם מחקרים תצפיתיים מבוקרים שערערו את בטחון הציבור והרופאים כאחד. המשבר המשמעותי השני היה דיווח ממחקר האחיות שהראה על עלייה קלה בהיארעות סרטן שד, אך מול זה נמצא אפקט ההגנתי על הלב שנתמך על ידי מחקרים תצפיתיים רבים אחרים, ההגנה מפני אוסטאופורוזיס, דיווחים ראשונים על ההגנה על המוח וכמובן, התועלת המשמעותית לאיכות החיים. המשבר השלישי היה עם פרסום מחקר ה-HERS, שבדק את השפעת הטיפול ההורמונלי על נשים עם מחלת לב. נמצא שבשימוש מתמשך ההורמונים מספקים הגנה על הלב, אך בשנה הראשונה לטיפול, נשים שעברו בעבר אירוע לבבי, היתה עלייה בשכיחות האירועים הקרדיוסקולריים.

מחקר ה-WHI והקשר שלו למציאות

המחקר ששינה לגמרי את כל הגישה לנושא הטיפול ההורמונלי היה מחקר ה-WHI שפורסם

הטיפול ההורמונלי פרץ בסערה לתודעת הקהל בשנת 1966, עם פרסום ספרו של ד"ר וילסון, "נשית לנצח". הספר, שהמליץ על אסטרוגן כעל תכשיר פלא משמר נעורים, נמכר במאות אלפי עותקים ברחבי העולם, ונשים החלו להשתמש באסטרוגן בצורה גורפת. למרבה האירוניה, חברת Wyeth, יצרנית הפרמיל שתמכה בד"ר וילסון במיליוני דולרים על מנת להגביר את המכירות, היא אותה החברה שספגה את הנזק הכלכלי העצום עקב הירידה הדרסטית במכירותיה עם פרסום מחקר ה-WHI ב-2002.

מאז ועד היום, הטיפול ההורמונלי מתאפיין בעליות ומורדות. הירידה הראשונה היתה עם זיהוי עלייה בהופעת סרטן רירית הרחם אצל המטופלות, שניתן למנועה על ידי תוספת פרוגסטרון לטיפול. בהמשך, במשך 30 שנה פורסמו אלפי מאמרים, רובם תצפיתיים, שהראו את יעילות הטיפול והשפעתו המיטיבה על תסמינים פסיכוסומטיים, ואזומטוריים ותופעות סקסולוגיות כמו ירידה בליבידו ויובש בלידן. הטיפול נמצא יעיל במניעת מחלות כמו אוסטאופורוזיס, ונמצאה גם השפעה מיטיבה

ב-2002. מחקר זה, שחלק ממנו, זה אשר בו טופלו כל הנשים בתכשיר משולב אסטרוגן ופרוגסטרון, הופסק טרם זמנו בעיקר עקב עלייה בשכיחות מקרי סרטן השד ותופעות טרומבואמבוליות, הוטל כפצצה ששינתה את התייחסות הרפואה לנושא.

עוד לפני שהמחקר הובן במלואו, שונו ניירות העמדה בצורה שהגבילה מאוד את השימוש בהורמונים, במינום ובאורך הזמן שבו מומלץ לתת אותם. נראה היה שעשרות שנות המחקר הקודמות ועשרות אלפי המאמרים שפורסמו בנושא נשכחו.

ה-WHI הוא מחקר אפידמיולוגי מצוין, אך הקשר בינו לבין המציאות היומיומית של הרופא המטפל בנשים בגיל מעבר הוא קטן. הגיל הממוצע במחקר היה 63, כשטווח הגילאים הגיע עד 79 ביום התחלת הטיפול. ממוצע השנים מאז הפסקת המחזור היה 18 שנה. במציאות, 95 אחוז מהנשים המגיעות למרפאות גיל המעבר הן בטווח שבין 45-55 שנה, ורובן סימפטומטיות.

ממוצע ה-BMI במחקר היה 30. כלומר, הנשים היו מאוד שמנות וחלקן סבלו ממחלות נלוות כגון יתר לחץ דם. מתוך 18 אלף נשים, רק 287 היו סימפטומטיות קשות. הרוב המכריע לא סבלו משום תלונות של גיל מעבר ורק 574 היו בגילאי 45-55. לכן, מחקר ה-WHI חסר לחלוטין כוח סטטיסטי לגבי השפעת הטיפול ההורמונלי בקבוצת הנשים הסימפטומטיות שנמצאות במעבר למופאזה.

כל הנשים במחקר קיבלו אותו טיפול: 0.625 CEE מ"ג (פרמין) עם מדרוקסיפרוגסטרון אצטט 2.5 מ"ג (פרוורה), דבר שהוא נכון מחקרית, אך ההשלכה הקלינית שלו בעייתית. למזלנו, אין אנו מטפלים ב-16 אלף נשים יחד, אלא באישה אחת בכל פעם, ולאחר אנמנזה ובדיקה מפורטת, תצא כל אישה עם טיפול אחר המתאים לה.

כך, למשל, אנחנו יודעים ממחקר האחיות שהסיכון לאירוע מוחי עולה ככל שמינון האסטרוגן עולה. במספר מחקרים נראה שהסיכון ל-VTE נמוך יותר בנשים המקבלות טיפול עורי. אישה שמגיבה לא טוב לפרוגסטגנים תיהנה אולי משילוב של התקן המפריש ליונוגרסטרל מלווה בטיפול אסטרוגני פומי או עורי, ואישה המגיבה בגודש קשה בשדיים תוכל לשקול תכשיר המכיל TIBOLON. בנשים עם יתר לחץ דם עדיף לתת תכשיר עורי או כזה שמכיל דרוספירינון. יש הבדל משמעותי בין הפרוגסטגנים השונים בתכשירים ותופעות הלוואי שלהם. נשים עם מנופאזה מוקדמת, או מנופאזה כירורגית, יחוו לרוב תסמינים קשים יותר וידרשו טיפול במינון גבוה יותר.

בפני הרופא עומדות שלל אפשרויות טיפוליות, וככל שהטיפול יותאם יותר לאישה, כך הסיכוי לסיבוכן לעומת התועלת יקטן.



בנייר עמדה חדש של האיגוד הישראלי לגיל המעבר, אין מגבילים את משך הזמן לשימוש הורמונלי, ומסכמים כי טיפול הורמונלי מתאים לטיפול בסימפטומים קלימקטריים ואורוגניטלים, מניעת אובדן עצם ושברים, אטרופיה של רקמת חיבור ואפיתל. תיתכן תועלת קלינית כמניעה ראשונית של מחלות לב, CNS ואיברים אחרים

מהו הסיכון האמיתי לטרטן שד

במבט לאחור נראה שפרסום המחקר במדיה בצורה שלילית ומאיימת, עוד לפני שפרטיו הגיעו לידי הרופאים, והשימוש במספרים יחסיים (relative risk) ולא במספרים מוחלטים (absolute risk), גרם לפאניקה ולהבנה לא נכונה של הסיכון מול התועלת בטיפול.

$R.R=1.26$ הוא אמנם עלייה בסיכון ב-26 אחוז, מספר שנשמע לכאורה מאיים. לא הודגש, לא במאמר ולא בציטוטים המרובים שלו, כי בעצם היתה עלייה אמיתית בסיכון לחלות בסרטן השד מ-30 מקרים ל-10,000 מטופלות בקבוצת הביקורת ל-38 מקרים ל-10,000 בקבוצת הניסוי, או תוספת של שמונה מקרי סרטן שד ל-10,000 נשים בשנה, שזו תוספת מעשית של 0.08 אחוז. העלייה היחסית של 26 אחוז בסיכון לטרטן שד גרמה לחלק לא מבוטל של האוכלוסיה להאמין שכל אישה רביעית תחלה במחלה.

$R.R=1.26$ הוא הסיכון לחלות בסרטן ריאה עקב עישון, וזהו אכן סיכון משמעותי. האם $R.R=1.26$ הוא באמת סיכון משמעותי שכל כך צריך לפחד ממנו? הרי סיכון זה זהה להרבה מצבי רקע שאיננו מייחסים להם חשיבות בחיי היומיום. לדוגמה, רמות סיכון זהות יש לאישה שקיבלה את הווסת הראשונה לפני גיל 12, לזו שילדה לראשונה אחרי גיל 30, לזו שלא הייתה, לזו שסובלת מהשמנת יתר במנופאזה, או זו שצורכת אלכוהול בכמות בינונית, והוא אפילו נמוך מהסיכון שיש לאישה המשתמשת באופן קבוע בשמיכה חשמלית. ממש לאחרונה נמצא במחקר האחיות (95 אלף נשים), שצריכה של יותר ממנה וחצי של בשר אדום ליום תעלה את הסיכון לטרטן שד ב-97 אחוז, הרבה מעבר לסיכון המיוחס לטיפול ההורמונלי.

בזרוע המחקר של ה-WHI, שבדק נשים לאחר כריתת רחם שלא נזקקו לתוספת פרוגסטרון ובה טופלו הנשים בפרמין בלבד, היתה ירידה בתחלואה ונמצאו פחות שבעה מקרי סרטן שד, ירידה שלא נמצאה משמעותית סטטיסטית. מאידך, במאמר מ-2006, כשבדקו שוב אותם הנתונים לגבי סוגי סרטן השד השונים, מצאו ירידה בעלת משמעות סטטיסטית של 39 אחוז בשכיחות ה-Ductal Carcinoma, לאחר שבע שנות שימוש. לא נמצאה עלייה בשכיחות סוגי

בדק את הקשר בין סיבה לתוצאה, אלא רק מדווח על נתונים. מההיכרות הביולוגית של מספר השנים הרב שלוקח לסרטן השד להתפתח עד לרגע שבו הוא ניתן לגילוי ממוגרפי, נראה שהפסקה של שנה בשימוש היא זמן קצר מדי בכדי לקבל השפעה על שכיחות סרטן השד. במחקר האחיות שבדק 100 אלף נשים נבדק הקשר בין הפסקת הטיפול לשכיחות סרטן השד. שם נמצא בבירור שהשכיחות לא השתנתה בשלוש-ארבע השנים הראשונות שלאחר הפסקת הטיפול ההורמונלי, ורק לאחר כחמש שנים הסיכון השתווה לסיכון של לא-נוטלות. נתון חשוב נוסף הוא שירידה, אמנם מתונה יותר, בשכיחות המחלה הסתמנה גם ב-2001 כשהשימוש בהורמונים היה בשיאו. ייתכן שיש סיבות נוספות לירידה, כמו עלייה במודעות לחיים בריאים שמתבטאת בתזונה נכונה יותר ובשמירה על משקל, שיכולים להסביר גם את הירידה המשמעותית שחלה בסרטן שאינו תלוי

סרטן השד האחרים.

אם בוחנים את הביולוגיה של סרטן השד, נראה שהזמן הדרוש לתא שד להפוך לגוש גידולי שניתן לזיהוי בבדיקה ידנית או בהדמיה הוא מעל שמונה שנים. כיוון שרוב המחקרים לא כיסו זמן כזה, ניתן להניח שההורמונים מהווים זרז (Promotor) לצמיחת הגידול ולא גורמים להתפתחותו הראשונית (Initiator). דבר זה יסביר גם את העובדה שברוב המחקרים שבהם נמצאה עלייה בשכיחות סרטן השד תחת הטיפול, היתה תמותה נמוכה יותר מאשר בקבוצה הלא מטופלת.

הסיבה העיקרית שבגללה נשים נוטלות HRT היא, אחרי הכל, הסימפטומים הטיפוסיים של גיל המעבר. אין טיפול יעיל יותר לכך מטיפול הורמונלי. צריך לזכור שלא מדובר בגלי חום בלבד. אלא גם שינויים גופניים כגון כאבי פרקים ושרירים, יובש נרתיקי ודיספראזיה, שינויים נפשיים כגון דיכאון, עייפות, חרדה, עצבנות ורגישות יתר, שינויים וזו-מוטוריים כגון גלי החום ומיגרנות, ושינויים סקסואליים כגון ירידה בליבידו ובאורגזמה

ההורמונים. לזה ניתן להוסיף את העובדה שירידה בסדר גודל דומה לא נראתה למשל באנגליה, שם גם חלה הפסקה מסיבית בשימוש בהורמונים. האם ייתכן שנשים שהפסיקו טיפול הורמונלי הפסיקו גם ללכת לביקורת שגרתיות ולכן ביצעו פחות ממוגרפיות?

נייר ברוח זו פורסם גם על ידי פרופ' עמוס פינס, בתפקידו כיו"ר האיגוד העולמי לגיל המעבר (IMS). אין ספק שמדובר בנתון חשוב ומעודד, אך נצטרך להמתין לפרסום הנתונים של השנים הבאות כדי לראות האם אכן יש קשר בין הירידה בשכיחות המחלה לבין הפסקת הטיפול ב-2002.

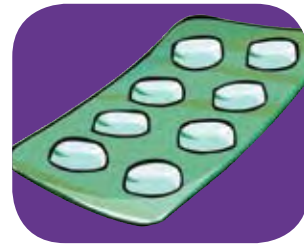
מהי ההשפעה על מחלות לב

הגורם העיקרי לתמותה בנשים הוא מחלות קרדיווסקולריות. כבר מ-1976 אנחנו יודעים שבכל קבוצת גיל, עצם היות האישה במנופאזה מעלה את שכיחות המחלה, ללא קשר לגילה הכרונולוגי. במחקר מ-1999 נמצא שטרשת העורק הקרוטי גוברת ככל שהאישה נמצאת

לפני מספר שבועות התפרסמו נתוני מרכז הרישום האמריקאי בתשע מדינות בארה"ב, שם נרשמה ירידה של 13 אחוז במקרי סרטן השד בשנת 2003 לעומת שנת 2002. עיקר הירידה היתה בנשים בגילאי 50-70. הירידה בגידולים תלויי אסטרוגן היתה כפולה (שמונה אחוזים) לעומת הירידה בגידולים שאינם תלויי אסטרוגן (ארבעה אחוזים).

מאחר שמחקר ה-WHI פורסם ביוני 2002, ולאור הירידה הדרסטית שחלה בשימוש בהורמונים לאחר הפרסום, יש המנסים לשייך את הירידה שנראתה ב-2003 להפסקת הטיפולים שנה קודם לכן. מפרסמי הנתונים העלו את ההשערה הזו, אך היו זהירים מאוד בניסוח הקשר האפשרי בין השניים. העיתונות הפופולרית, לעומת זאת, לא המתינה. כותרות כמו "תפנית דרמטית במלחמה העולמית נגד סרטן השד" תפסו את עמודי החדשות, והכניסו שוב את קהל הנשים לפאניקה. אין ספק שמדובר בנתון מבורך, אך האם יש קשר בין השניים?

צריך לזכור שמדובר בנתון אפידמיולוגי, שאינו



יתר. גורמי הסיכון ידועים ונכללים במה שמכונה הסינדרום המטבולי, שכולל משתנים רבים כמו עמידות לאינסולין, שינויים בשומני הדם ושינויים ביוכימיים נוספים. השינויים הללו נגרמים כנראה בחלקם על ידי הירידה ברמת האסטרוגן.

לאחרונה התפרסמה מטא-אנליזה של 107 מחקרים, בהם סקרו את השפעת הטיפול ההורמונלי על מרכיבי הסינדרום המטבולי.

נמצאה ירידה בשומן בטני ב-6.8 אחוזים; ירידה בעמידות לאינסולין בנשים לא סוכרתיות ב-12.9 אחוז, בסוכרתיות - ב-35.8 אחוז, ירידה בסיכוי לפתח סוכרת ב-30 אחוז; ירידה ברמת הסוכר בצום ב-2.5 אחוזים בלא סוכרתיות, וב-11.5 בסוכרתיות. כן נמצאה עלייה ב-HDL ב-5.1 אחוזים, וירידה ב-LDL ב-11.0 אחוז וב-Lp(a) ב-25 אחוז, וכן ירידה קלה בלחץ דם - 1.7 אחוז. נראתה עלייה ב-CRP ב-36-50 אחוז (רק בטיפול אורלי, בטיפול עורי לא היה שינוי), ירידה בפיברינוגן ב-5.5 אחוזים וב-PAI ב-25.1 אחוז.

נתונים דומים, שלא קיבלו התייחסות מספקת, נמצאו גם במחקר ה-WHI, שם נמצאה ירידה משמעותית סטטיסטית של 21 אחוז בסיכוי לפתח סוכרת בנוטלות טיפול ההורמונלי משולב.

סרטן המעי הגס

נושא נוסף שאינו מופיע בשיקולים של תועלת-סיכון הוא הירידה הקבועה בהיארעות סרטן זה אצל המטופלות ב-HRT. גם ב-WHI וגם במחקרים רבים אחרים מדווח על ירידה משמעותית של כ-30 אחוז בהופעת המחלה. הסיבה לא ברורה וכנראה קשורה לביוכימיה האנדוקרינית של הגידולים האלה.

עור

נראה שגם על העור יש להורמונים השפעה מיטיבה. מספר רב של מחקרים שבדקו פרמטרים שונים של "איכות" העור הדגימו השפעה מיטיבה עליהם. לאסטרוגן השפעה חיובית על עובי, אלסטיות, הופעת קמטים ועוד.

המעבר, כשיש האצה בסיכון לארטריוסקלרוזיס, שבהן טיפול יכול להועיל ולמנוע מחלות, בעוד שטיפול בגיל מבוגר, לא רק שלא יועיל אלא אף עלול להזיק.

תיאוריה זו נראית מתאימה מאד לדיווחים של האירועים הקרדיאליים שתוארו, ומראה שטיפול ההורמונלי מועיל כשהוא ניתן על אנדוטל בריא, אך עלול אפילו להזיק אם ניתן על אנדוטל חולה.

חלון הזדמנויות זה מוכר לכולנו מזה שנים רבות בכל הקשור לטיפול מונע לאוסטיאופורוזיס, שמחמיר במיוחד בחמש השנים הראשונות להפסקת הווסת.

נראה שתיאוריה זו נכונה גם למוח ולהשפעת הטיפול על הנוירונים. למרות שלא מקובל לתת טיפול ההורמונלי אך ורק למניעת מחלת אלצהיימר, יש עדויות מצטברות ממחקרים תצפיתיים על אפשרות יעילות הטיפול להקטנת הסיכון לחלות במחלה. בסיכום מחקרים ב-2002 נמצא שמתן ההורמונים לזמן ממושך, של עשר שנים, הוריד את הסיכון למחלה לדרגת הסיכון נמוכה כפי שיש לגברים. היה קשר ישיר בין מספר שנות הנטילה להיקף הירידה. אותם מחקרים הראו שטיפול ההורמונלי אינו יעיל למניעה או לטיפול בדמנציה בנשים מעל גיל 65, הרחוקות מגיל המעבר. לא נצפה אפקט חיובי של טיפול ההורמונלי על נשים חולות בשיטיון.

חיזוק נוסף לתיאורית חלון הזדמנויות נראה במחקר ה-Remember שפורסם ב-2006, שם השוו את יעילות הטיפול ההורמונלי על פרמטרים תפקודיים שונים כמו קוגניציה, ריכוז וזיכרון לטווח קצר. נמצא שטיפול שניתן עם הכניסה לגיל המעבר השפיע בצורה משמעותית טוב יותר על פרמטרים אלה, לעומת טיפול שהחל מאוחר יותר.

הסינדרום המטבולי

עם הכניסה לגיל המעבר יש ירידה בשריפת השומנים ועלייה במשקל בחמש השנים הראשונות. באותה תקופה מתרחשת עלייה בסיכון לחלות בסוכרת, עלייה בלחץ דם ובהשמנת

יותר שנים באל-ווסת, בעיקר לאחר חמש שנים. ב-2002, מדד קלרקסון את השינוי בעובי הרובד (פלק) הטרשתי בעורק הכלילי בקופות שקיבלו תזונה עתירת שומן ובהמשך עברו כריתת שחלות. הוא מצא שמתן טיפול ההורמונלי מיד לאחר כריתת השחלות הוריד באופן משמעותי את עובי הרובד הטרשתי, דבר שלא קרה אם ההורמונים ניתנו מאוחר יותר.

מתוך כך ניתן להסיק שגיל מעבר הוא גורם חשוב בתחלואה קרדיאלית, וככל שניתן טיפול ההורמונלי מוקדם יותר, אולי נקטין את הנזק.

במחקר ה-WHI נמצאה עלייה בסיכון היחסי בטיפול משולב ב-24 אחוז, אך כאשר מנתחים את התוצאות לפי מספר השנים שהאישה נמצאת בגיל המעבר ביום תחילת הטיפול, מתברר שאצל נשים שהיו פחות מעשר שנים מהפסקת הווסת, הסיכון ירד והיה נמוך ב-11 אחוז ($R=0.89$), בניגוד לעלייה של 71 אחוז בנשים שהיו כבר 20 שנה ללא וסת.

במחקר ה-WHI, בקבוצת כרותות הרחם שנטלו אסטרוגן בלבד, נמצאה ירידה לא משמעותית סטטיסטית של תשעה אחוזים במחלות לב, אך בניית חוזר של הנתונים התברר שבנשים בגילאי 50-59 נצפתה ירידה גדולה יותר, של 37 אחוז. תוצאות אלו הביאו את מחברי ה-WHI להודות לראשונה, במאמר מ-2006, שיש כנראה פחות תחלואה כלילית אצל נוטלות אסטרוגן בגילאי 50 עד 59. תוצאה דומה, עם משמעות סטטיסטית מובהקת, פורסמה ב-2006 במחקר האחיות המתמשך, שם הסיכון בטיפול משולב היה נמוך ב-28 אחוז ובנוטלות אסטרוגן בלבד ב-34 אחוז. מאמר נוסף שהופיע ב-2006 וסקר 23 מאמרים שכללו 39 אלף נשים, מצא ירידה בהתקפי לב תחת הטיפול בשיעור של 32 אחוז בנשים בנות פחות מ-60. לא נמצאה ירידה בנשים מעל גיל זה.

חלון הזדמנויות

מונח שנעשה יותר ויותר פופולרי לאחרונה בין המתעסקים בתחום הוא "חלון הזדמנויות". רוצה לומר: יש לנו כנראה מספר שנים בתחילת גיל

התופעות הקלימקטריות

הסיבה העיקרית שבגללה נשים נוטלות HRT היא, אחרי הכל, הסימפטומים הטיפוסיים של גיל המעבר. אין טיפול יעיל יותר לכך מטיפול הורמונלי. צריך לזכור שלא מדובר בגלי חום בלבד. ספקטרום התלונות הוא רחב וכולל שינויים מסוגים שונים: שינויים גופניים כגון כאבי פרקים ושרירים, יובש נרתיקי ודיספראוניה, שינויים נפשיים כגון דיכאון, עייפות, חרדה, עצבנות ורגישות נתר, שינויים וזו-מוטוריים כגון גלי החום ומיגרנות, ושינויים סקסואליים כגון ירידה בליבידו ובאורגזמה.

התופעות האלו משפיעות באופן ישיר ומשמעותי על איכות החיים של רוב הנשים בגיל המעבר, ובאופן עקיף על חיי כל החברה שבה הנשים בגיל המעבר תופסות מקום מרכזי. לטיפול הורמונלי השפעה מטיבה על רוב התלונות הללו, כאשר התאמה אישית חיונית ביותר לשם כך.

תמותה

במטא אנליזה של 30 מחקרים על כמעט 27 אלף נשים, שבדקה את ההבדל בתמותה תחת טיפול הורמונלי בנשים צעירות לעומת מבוגרות ופורסמה ב-2004, נמצאה ירידה משמעותית סטטיסטית של 39 אחוז בתמותה אצל נשים צעירות מתחת לגיל 60 שנטלו טיפול הורמונלי. צריך לזכור שגם במחקר ה-WHI, שבעיקרו עסק בנשים מבוגרות, לא נצפתה עלייה בתמותה בנשים מטופלות לעומת אלו שלא טופלו.

לסיכום: מזה עשור הטיפול ההורמונלי מעורר סנסציות תקשורתיות. יש נטייה לפרסם בהבלטה נתונים שנראים "גרועים", כמו עלייה קלה בשכיחות סרטן השד, ולא לפרסם נתונים חיוביים כמו ההשפעה המיטיבה על העצם, ירידה בשכיחות סרטן המעי הגס ומספר מקרי הסוכרת למשל. נטילת ההורמונים מצטיירת כלוקסוס מיותר. המדיה מכניסה את הנשים לפאניקה ולחשיבה לא הגיונית, הפחד מסרטן השד (שמצטייר אצלן בטעות כסיבה העיקרית לתמותת נשים) גורם להן להפסיק את הטיפול שניתן להן לשיפור מצבן הרפואי והנפשי, ולעבור לקחת טיפולים אלטרנטיביים, שלגבי אף אחד מהם אין הוכחה שהוא ממש עוזר.

הבעיה שגם הרופאים מושפעים מהמדיה. מאמר שפורסם ב-NEJM ב-1991 הראה כי מאמר שהתפרסם ב-NEJM יצוטט יותר בספרות הרפואית אם הוא מצוטט גם ב-The New York Times. הכחד מתביעות, ולעתים גם חוסר זמן להשקיע בנושא, גורמים גם לנו הרופאים להפסיק טיפולים ללא צורך, ולהגביר במטופלות את האמונה שאכן יש בעיה בטיפול.

במטא אנליזה של 30 מחקרים על כמעט 27 אלף נשים, שבדקה את ההבדל בתמותה תחת טיפול הורמונלי בנשים צעירות לעומת מבוגרות ופורסמה ב-2004, נמצאה ירידה משמעותית סטטיסטית של 39 אחוז בתמותה אצל נשים צעירות מתחת לגיל 60 שנטלו טיפול הורמונלי

כעת עומד לאשרור נייר עמדה חדש של האיגוד הישראלי לגיל המעבר, שאותו ניתן לראות באתר האיגוד: www.obgyn.org.il. בנייר זה איננו מגבילים את משך הזמן לשימוש הורמונלי, ומסכמים כי טיפול הורמונלי מתאים לטיפול בסימפטומים קלימקטריים ואורוגניטלים, מניעת אובדן עצם ושברים, אטרופיה של רקמת חיבור ואפיתל. תיתכן תועלת קלינית כמניעה ראשונית של מחלות לב, CNS ואיברים אחרים.

בנייר העמדה שיפורסם כתוב: "גם מחקרי ה-RCT וגם התצפיתיים הראו ירידה משמעותית במחלות לב אצל נשים שהחלו טיפול הורמונלי מיד עם המעבר לנופאזה (מניעה ראשונית). יש להתחשב בכך בתכנון וההמלצות לגבי מועד התחלת הטיפול".

זהו שינוי משמעותי מנייר העמדה הקודם. מאז 2002 לא מקובל, לא בעולם וגם לא בארץ, לתת הורמונים כטיפול מונע למחלות לב כפי שנהגנו בעבר, אלא אך ורק לטיפול באישה המתלוננת על תסמיני גיל המעבר.

עם הצטברות המחקרים, המצביעים ברובם המכריע על ההשפעה המיטיבה והמונעת שיש למתן טיפול הורמונלי בתחילת גיל המעבר, לא ירחק היום שבו כולם יקראו את הנתונים שמונחים כבר היום מול עינינו, ויחזרו להמליץ על הטיפול בהורמונים למטרת מניעה הן למחלות לב והן לאוסטיאופורוזיס.

ד"ר עמוס בר, מומחה במיילדות, גינקולוגיה ופריון, חבר ועד האיגוד הישראלי לגיל מעבר

(תודה לד"ר גדעון קופרניק על הערותיו הבונות)





זיהום נרתיקי בקנדידה

(Vaginal Candidiasis)

וגינוזיס בקטריאלי – וגינוזיס בקטריאלי הוא הסיבה השכיחה לוגינוזיס חריפה ואחראי על 15–50 אחוז מהמקרים של נשים סמפטומטיות. בוגינוזיס החיידקי יש שניו בפלורה מדומיננטיות של לקטובצילים לפלורה מעורבת הכוללת: *Mycoplasma*, *Gardnerella vaginalis*, *Peptostreptococci*, *Prevotella* מסוג: *Mobiluncus*–1.

גורמי הסיכון לוגינוזיס חיידקי הם: יותר משותף אחד ליחסי מין, החלפת שותף ליחסי מין ב-30 הימים האחרונים, מין נקבה כשותף ליחסי המין, וביצוע שטיפה נרתיקית בשבוע הקודם.

Trichomonas – פריזיט תוך תאי המועבר במגע מיני בחמישה עד 50 אחוז מהמקרים של וגינוזיס חריפה. גורמי הסיכון: החלפת שותף ליחסי מין, יחסי מין בתדירות של מעל לפעמיים בשבוע, שלושה או יותר שותפים ליחסי מין בחודש האחרון ומחלת מין נוספת במקביל.

קנדידיאזיס נרתיקי – אחראי לכ-15–30 אחוז מהמקרים של וגינוזיס חריפה. ברוב המקרים של זיהום חריף המזהם השכיח בכ-88 אחוז מהמקרים הוא *Candida Albicans*. בשאר המקרים בהם בוצע משטח ותרבית נרתיקיים נמצאו בעיקר *Candida Glabrata* ו-*Saccharomyces Cerevisiae*–1.

גורמי סיכון: הריון, שלב לוטאלי של המחזור החודשי, נשים שטרם ילדו, שימוש בקוטלי זרע, גיל צעיר (15–19 שנה), שימוש לאחרונה באנטיביוטיקה רחבת טווח, כגון: טטריצקלין, אמפיצילין, צפלוספורינים, בשל הכחדת הפלורה המגינה נרתיקי, ובעיקר הלקטובצילים.

קנדידיאזיס נרתיקי נשית – ארבעה או יותר אירועים מתועדים בשנה. שכיחות של פחות מחמישה אחוזים מהאוכלוסייה, בדרך כלל בנשים הסובלות מהפרעה חיסונית מקומית כגון מצב של יתר תגובתיות מתווכת IgE לאנטיגן הקנדידה. גם באירועים החוזרים של קנדידיאזיס, המזהם השכיח הוא עדיין ה-*Candida Albicans*, אך קיימת עלייה בבידוד של זנים מסוג *non-albicans*, ובייחוד ה-*Candida Glabrata* שאותו ניתן למצוא בעד כ-15 אחוז מהסובלות מזיהומים חוזרים. המחשבה כי שימוש בפדים דקים במיוחד לספיגה

גיניטיס (Vaginitis) היא סיבה שכיחה לביקור אצל הגינקולוג ולעתים גם רופא המשפחה. בארה"ב מדובר על כשישה מיליון פניות בשנה. רוב הנשים (90 אחוז) בגיל הפוריות חוו לפחות פעם בחייהן זיהום נרתיקי בקנדידה, וכ-50 אחוז יסבלו מאירוע חוזר אחד לפחות. בארה"ב מדווח על 100 מיליון דולרים המושקעים בחישוב שנתי של צריכת תכשירים עצמונית וביקורים אצל רופאים.

הבעיה כה מטרידה, עד שבעבודה שבוצעה לאחרונה בקרב נשים הסובלות מקנדידיאזיס נשית כרונית (Recurrent chronic candidiasis) נמצא כי הסימפטומים משפיעים על היעדרות מעבודתן ותפקודן החברתי ועל ההערכה העצמית של הנשים הסובלות מהבעיה. שיעור ההפרעות הפסיכיאטריות, האטופיות, ודיווח על כאב היו גבוה ומצביע על כך שפעמים רבות, התלונות בקרב נשים הסובלות מזיהומים אלה אינן בהכרח אופייניות למחלה זיהומית.

בנוסף, יש להביא בחשבון שאצל חלק מהנשים מופיעים גם זיהומים מסוג *Bacterial vaginosis* ו-*Trichomoniasis*, המעלים את הסיכון לזיהום ב-HIV, ככל הנראה עקב הירידה בלקטובצילים המגינים ומחריבי הדלקות, ומכאן החשיבות העצומה באבחון והטיפול ההולמים.

לקטובצילים הם הבקטריה הדומיננטית בנרתיק. הלקטובצילים מייצרים חומצה לקטית, השומרת על pH נרתיקי שבין 3.8–4.5, ומונעת הדבקה של תאי האפיתל הנרתיקיים בבקטריות אחרות. כ-60 אחוז מהלקטובצילים מייצרים *Hydrogen peroxide*, שמונע גדילה של חיידקים אחרים ומסוגל להרוס את נגיף ה-HIV. האסטרוגן משפר את הקולוניזציה של הלקטובצילים.

קיימות בקטריות נוספות כגון מיני *Streptococcus* ו-בקטריות גרם שליליות, *Gardnerella vaginalis*, ואנ-אירובים. *Candida albicans* קיימת בעשרה אחוזים עד 25 אחוז מהנשים האסימפטומטיות. שלושת הסוגים השכיחים של וגינוזיס חריפה הם: וגינוזיס בקטריאלי, קנדידיאזיס וגנילי, ו-*Trichomoniasis*. מאמר זה מתרכז בקנדידיאזיס ולכן נסקור רק בקצרה את האחרים:

מי כמטפל אינו מכיר את התרחיש הבא? צעירה בת 24, פעילה מינית, פונה בתלונה של גרד נרתיקי והפרשה מזה כשלושה ימים. שנה קודם לכן סבלה מתסמינים דומים שחלפו לאחר טיפול עצמוני (Clotrimazole). היא נוטלת גלולות למניעת הריון. בדיקתה: אודם נרתיקי עם הפרשה במראה תקין. כיצד לטפל?

ד"ר שלומי כהן-אילון

בתחתונים מהווים גורם סיכון להדבקה חוזרת והפרכה לאחרונה, ובעבודה גדולה שבדקה לאחרונה את הנושא, נמצא כי אין עלייה בשכיחות של סימפטומים וגילנים או אורנירים בנשים המשתמשות בפדים אלה.

אבחון

אבחנה של קנדידיאזיס וגילנית מתאפיינת בהפרשה נרתיקית עבה, לבנה, גושית ללא ריח (ריח דגים אופייני לוגינוזיס חיידקי, הפרשה צהובה בריח מוגלתי אופיינית ל-Trichomoniasis). מחקרים רבים הדגימו כי גרד ואפיון ההפרשה אינם מנבאים באופן אמין את הגורם לוגיניטיס חריפה. כמות וצבע ההפרשה הם הפקטורים החרות אמינים לניבוי סיבת הוגיניטיס. עבודות אחרות הראו כי נשים אינן יכולות לאבחן במדויק את סיבת הוגיניטיס, גם כאלו שסבלו בעבר מקנדידיאזיס נרתיקי.

הבדיקה הגופנית צריכה לכלול הסתכלות על הגניטליה החיצונית, דפנות הנרתיק, צוואר הרחם, ההפרשה, בהתחשב במוגבלות היכולת לאפיין סוג הזיהום. חותכים וסימני גרד מופיעים בכרבע מהנשים הסובלות מקנדידיה נרתיקית. בדיקת דרגת חומציות הנרתיק אינה עוזרת במקרים של קנדידיאזיס נרתיקית, שכן הוא אינו משתנה ונשאר בסביבות ה-4.0, בעוד שבמקרי וגינוזיס חיידקי או Trichomoniasis הוא 4.5 ומעלה. גם במקרים שבהם הזיהום מעורב של קנדידיאזיס נרתיקי + וגינוזיס חיידקי ו/או trichomoniasis, דרגת החומציות תהיה גבוהה יותר. גם נוכחות של תאי זרע או דם יכולה להעלות חומציות.

בדיקה מיקרוסקופית – במקרי וגינוזיס חיידקי, הדגמת תאי "סל" (clue cells) בכמות של 20 אחוז ומעלה וריח אמיני אופייני למגע ההפרשה, עם פוטסיום הידרוקסיד 10% עושים את האבחנה. אבחנה של קנדידיאזיס נרתיקי נעשה על ידי הדגמת hyphae במגע עם פוטסיום הידרוקסיד (רגישות 50%, ספציפיות 97%). במקרה של trichomoniasis, האבחנה תיעשה על ידי הדגמת פריזיטים זזים במשטח.

בכל המקרים יש לקחת משטח על ידי מקלון עם צמר גפן בקצה מדפנות הנרתיק, בגובה אמצע הדרך, בין הצוואר לפתח הנרתיק. במקרי קנדידיאזיס נרתיקי שבהם לא נצפים hyphae במשטח, יש מקום לשלוח תרביט.

טיפול בקנדידיה נרתיקית

מצב לא סבוך מוגדר כשלושה או פחות אירועים בשנה עם סימפטומים קלים-בינוניים. לרוב נגרם על ידי *Candida albicans* ומופיעים באישה ללא דיכוי חיסוני. למצב זה לרוב טיפול מקומי בתכשירים

אנטי-פטרייתיים ליום אחד עד שלושה ימים, עם מנה אחת של תכשיר פומי: 150 מ"ג Fluconazole. 80-90 אחוז מהמקרים יחלפו בשימוש באחד מהם או בשילובם. במחקרים כפולי סמיות לא נמצאה עדיפות לאחד מהתכשירים. זמינותם של התכשירים שאינם דורשים מרשם רופא לכל אישה בבתי המרקחת מאפשרת לנשים רבות לטפל בעצמן ביעילות רבה.

יש להביא בחשבון אבחנה שגויה על ידי האישה ולהכין לאפשרות זו. בעבודה שבדקה דיוק באבחון וטיפול עצמוני בנשים שפנו למרפאה העוסקת במחלות מין, נמצא כי רק 28 אחוז דייקו באבחנת קנדידיה נרתיקית, 53 אחוז באבחון של וגינוזיס חיידקי ו-Trichomoniasis. לכן, חשוב להבהיר למטופלות שאם התלונות אינן חולפות, יש להגיע לבדיקה.

קנדידיה נרתיקית סבוכה – נשים הרות, או נשים הסובלות מדיכוי של מערכת החיסון, או מרותקות למיטתן, או סובלות מסוכרת לא מאוזנת, זיהום בפתוגן שונה מ-Candida albicans, או אפידורות חוזרות (ארבע ומעלה בשנה).

לפי ממצאי מאגר ה-Cochrane Library, הטיפול היעיל לקנדידיה בהריון הוא אגיסטן או נגזרות azoles, למשך שבועה ימים עד 14 יום (90 אחוז ריכוז) לעומת קורס קצר יותר של ארבעה ימים (50 אחוז ריכוז). בהריון מומלץ להימנע מנטילת תכשירים פומיים.

בנשים הלוקות בקנדידיה נרתיקית סבוכה, תוספת של מנה שנייה של 150 מ"ג Fluconazole, 72 שעות אחרי המנה הראשונה, מעלה את שיעור הריכוזי מ-67 אחוז ל-80 אחוז.

בנשים שטופלו במשך עשרה ימים ברציפות ב-150 מ"ג Fluconazole, ולאחר מכן אחת לשבוע באותו המינון למשך שישה חודשים, 90 אחוז מהן היו חופשיות מתלונות קליניות, ו-50 אחוז מהנשים נותרו ללא תלונות בששת החודשים שלאחר תקופה זו.

זיהומים בזני *Candida* השונים מ-Albicans לרוב עמידים לתכשירי ה-azole. במקרים אלה, טיפול למשך 14 יום בקפסולות של חומצה בורית, במינון של 600 מ"ג, הניב שיעור ריכוזי של 75 אחוז בנשים שסבלו מזיהומים מסוג non-Candida albicans.

נושא במחלוקת – טיפול פומי או וגילני בלקטובצילים נמצא בשימוש גם לוגינוזיס חיידקי וגם לקנדידיאזיס נרתיקי, אם כי יעילותו מעולם לא הוכחה בעבודות מבוקרות.

מסקנות והמלצות

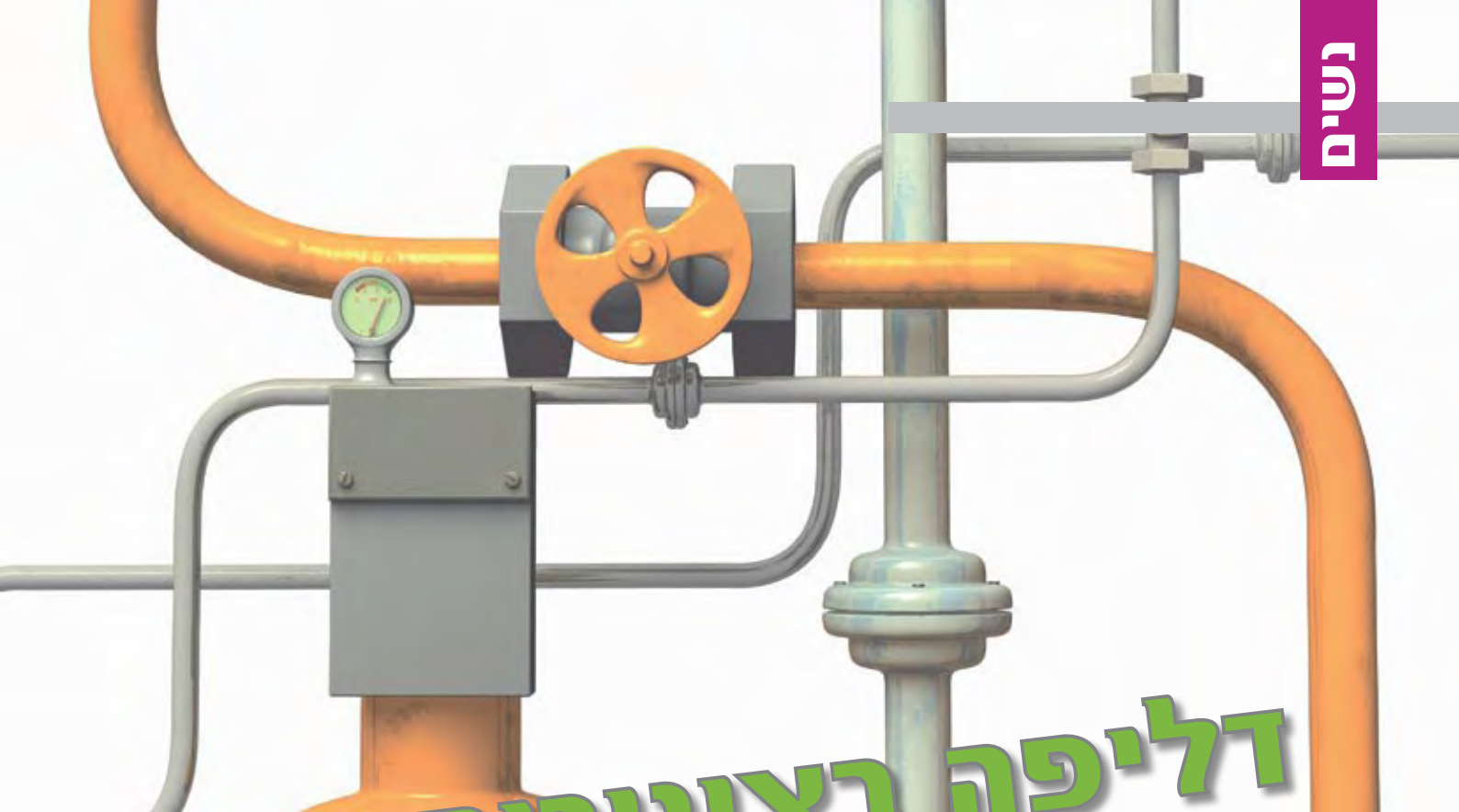
במטופלת שתוארה בתחילת הכתבה יש לטפל בשלוש האפשרויות: וגינוזיס חיידקי, קנדידיאזיס נרתיקי ו-Trichomoniasis. צריך לנסות לאפיין ההפרשה, אך לא ניתן להסתמך על מידע זה לצורך האבחנה הסופית. יש לבצע בדיקה גינקולוגית, להגדיר את דרגת החומציות של הנרתיק (pH), ובמידה שהיא תקינה – לשלול וגינוזיס חיידקי או trichomoniasis. כמו כן יש להעריך את ההפרשה באופן מיקרוסקופי אם אפשר.

באישה צעירה, עם סימפטומים בדרגת חומרה קלה-בינונית ללא מחלות נלוות וללא היסטוריה של הישנויות, יש מקום להמליץ על קורס טיפולי קצר עם תכשיר אנטי-פונגלי שאינו דורש מרשם רופא, או מנה אחת של 150 מ"ג Fluconazole. במידה שהאבחנה נוטה לכיוון של וגינוזיס חיידקי, יש מקום לטפל בקרם של קלינמיצין או ג'ל של מטרונידזול. טיפול פומי מהווה חלופה הולמת לשתי התרופות הללו.

במקרה של trichomoniasis, טיפול פומי בנגזרות azole יהיה התרופה הנבחרת, ויש לטפל גם בבן הזוג.

ד"ר שלומי כהן-אילון, רופא בכיר, מחלקת נשים ויולדות, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר





דליפה בצינוורות המקובלים

דליפת שתן היא מצב שכיח הפוגע באיכות חייהן של כשני שלישים מהנשים, וההערכה היא שרק כרבע מהסובלות פונות לטיפול. הפרעות בתפקוד מערכת השתן התחתונה עלולות להוביל לדלקות שתן חוזרות, רפלוקס ואף לפגיעה כלייתית. על אפשרויות הטיפול השמרני העדכניות בדליפת שתן

למערכת השתן התחתונה שני תפקידים: אגירת שתן ונקיטה. השליטה בתהליך נמצאת בבקרה של שלושה מסלולים עצביים. מסלול אוטונומי כולינרגי (Pelvic nerve) – המסלול העיקרי הניתן להשפעה פרמקולוגית קלינית; מסלול אוטונומי אדרנרגי – (Hypogastric nerve); ומסלול סומאטי אדרנרגי (Pudendal Nerve). שני האחרונים מגיבים פחות למודולציה פרמקולוגית קלינית יעילה. בנוסף, לצורך תפקוד תקין, דרושה גם שלמות אנטומית של רצפת האגן על מרכיביה השונים. תורשה, ילודה, גיל, מנופאזה, אורח חיים ומחלות רקע מסוימות הם הגורמים העיקריים להופעת דליפת השתן. כ-90 אחוז ממצבי דליפת השתן יהיו באחת מהקטגוריות הבאות:

- ◀ דליפת שתן במאמץ (Stress urinary incontinence - S.U.I.) – כ-45 אחוז – דליפת שתן בלתי רצונית בזמן עליית לחץ תוך בטני (שיעול, צחוק, הרמת משאות וכו').
- ◀ שלפוחית רגיזה (Over active bladder - O.A.B.) – כ-20 אחוז – שילוב כזה או אחר של דחיפות, תכיפות

ונוקטוריה (אינם חייבים להיות מלווים בדליפה).
◀ מצב משולב – כ-35 אחוז תלונות מורכבות משתי התופעות גם יחד.

דליפת שתן במאמץ נגרמת כאשר השופכה אינה סגורה די הצורך בכדי למנוע דליפה ברגע של עליית הלחץ (באופן פסיבי) בתוך כיס השתן, בזמן עליית לחץ תוך בטני רגעי (שיעול, צחוק, הרמת משא וכדומה). כוח הסגירה של השופכה הוא סכום של גורמים שופכתיים – רירית ושריר השופכה, וגורמים חוץ שופכתיים: הרצועות, הפסיות והשרירים של רצפת האגן. תקינות רצפת האגן חיונית על מנת שעליית הלחץ התוך בטני תתורגם לתנועה וקומפרסיה נכונה של השופכה לצורך מניעת הדליפה.

שלפוחית רגיזה נגרמת בדרך כלל מפגיעה בתקינות הבקרה העצבית של תהליך אגירת השתן. פגיעה בדרגת חומרה משתנה בין המרכיבים העצביים השונים תביא לקשת רחבה של תסמינים, הנע בין שלפוחית רגיזה, כאבים ועד לשלפוחית אטונית אשר רק העודף שבה מתרוקן.

ניתן לסכם שהפרדיגמה המובילה כיום קובעת,

בהפשטת מה, שנק אנטומי במערכת השתן התחתונה יוביל לדליפת שתן במאמץ בעוד שנק עצבי יוביל לשלפוחית רגיזה.

אבחון

השלפוחית היא לעתים "עד לא נאמן" והתסמינים עליהם מדווחת המטופלת עלולים להטעות את הרופא המטפל. לכן, חשוב להקפיד על תהליך האבחון. **מחלות רקע** – בטבלה מס' 1 ניתן לראות כמה ממחלות הרקע המשפיעות על תפקוד דרכי השתן התחתונות. בנוסף יש לברר האם המטופלת מקבלת טיפול תרופתי שעלול להחליש את סגירת השופכה (חוסמים אלפה אדרגרים, במזדיאפינים וכו'), להגדיל נפח שתן(משותנים), להעלות לחץ בתוך כיס השתן (אני כולינרגים, נוגדי פרקינסון, חוסמי בטא וכו'). **יומן נקיטה** – מילוי הרגלי שתיה, נקיטה ודליפה במשך מספר ימים ביומן, עשוי להועיל מאוד במיקוד הבעיה.

בדיקה פיזיקלית – כוללת הערכה אנטומית ונוירולוגית מדוקדקת של רצפת האגן, כולל הערכת צניחות איברי האגן (אלה עלולים להסתיר או לגרום הפרעות בתפקוד דרכי השתן התחתונות). תקינות תחושתית של הדרמטומים 2-4S, הערכה מוטורית של שריר הלבטור, פי הטבעת ותקניות רפלקס הבולבוקורנוזוס.

תרבות שתן – דלקת בדרכי השתן עשויה לחקות דליפת שתן לסוגיה. תרבויות חיוביות חוזרות חייבות בהתייחסות מיוחדת.

שארית שתן – דליפת שתן בהימצאות שארית שתן גדולה (בדרך כלל מעל 100 סמ"ק) מעידה על דקומפנסציה בבעולת מערכת השתן התחתונה. במצב זה נדרשת הערכה מעמיקה יותר לפני טיפול.

הבדיקה האורודינמית – מקומה בסכמת הבירור עדיין לא מוגדרת די צורכו. היא חיונית במצבים הבאים:

❖ לפני טיפול כירורגי למניעת דליפה או לתיקון צניחת איברי האגן.

טבלה 1: מצבים רפואיים העלולים להשפיע

על תפקוד מערכת השתן התחתונה:

- ❖ ניתוחי אגן
- ❖ סוכרת
- ❖ פרקינסון
- ❖ אירוע מוחי
- ❖ טרשת נפוצה
- ❖ פגיעת עמוד שדרה
- ❖ פגם מולד (Occult spina bifida וכו')
- ❖ אי ספיקת לב
- ❖ מחלת ראות כרונית (c.o.p.d)
- ❖ דמנציה
- ❖ מחלות נפש

הבדיקה פיזיקלית כוללת הערכה אנטומית ונוירולוגית מדוקדקת של רצפת האגן, כולל הערכת צניחות איברי האגן (אלה עלולים להסתיר או לגרום הפרעות בתפקוד דרכי השתן התחתונות). תקינות תחושתית של הדרמטומים 2-4S, הערכה מוטורית של שריר הלבטור, פי הטבעת ותקניות רפלקס הבולבוקורנוזוס

❖ במצבים מורכבים.

❖ במקרים של כשלון הטיפול השמרני הראשוני.

במצבים ברורים מאוד, אין לה כנראה ערך מוסף בהחלטה הטיפולית הראשונית.

טיפולים לדליפת שתן במאמץ

תיקון כירורגי של רצפת האגן עומד בבסיס הטיפול בדליפת השתן במאמץ. לפני ניתוח ניתן לנסות ולחזק, בדרך של תרגול, את רצפת האגן. יש עבודות מדעיות בדרגת הוכחה גבוהה שהראו יעילות בטיפולים אלה.

עקרון הפעולה של התרגול הוא בחיזוק המרכיב השרירי של רצפת האגן. התרגול חשוב כמו כן לצורך מניעה, בזמן ההריון ולאחריו.

מספר שיטות תרגול:

תרגיל קגל – תרגילים לכיווץ רצפת האגן. עצירת זרם השתן בזמן הנקיטה הוא מדד לכוונות התרגול וליעילותו.

שיטת פאלון – אימון שרירים טבעתיים (פה, עיניים וכן רצפת האגן).

פיזיותרפיה ייעודית – תרגול מדויק יותר, המודרך על ידי פיזיותרפיסטית מומחית לרצפת האגן וכולל שימוש במכשירים המודדים את כוח הכיווץ ואת נכוונות הביצוע (כיווץ לעומת לחיצה וכו').

גירוי חשמלי לרצפת האגן – גורם למודולציה בפעולת היחידה עצב-שריר ומעלה טונוס שריר הלבטור.

משקוליות נרתיקיות – טמפוני פלסטיק חרטניים במשקלים עולים, המוחדרים לנרתיק לפרקי זמן קצרים כל יום בעת פעילות בעמידה. צורתו ומשקלו של הטמפון מצריכים כיווץ נכון וחזק של רצפת האגן למניעה, ובכך התרגול הנכון והיעיל.

טיפול תרופתי – התרופה הראשונה והיחידה עד כה שאושרה לטיפול בדליפת שתן במאמץ היא ה-Duloxetine (serotonin-nor epinephrine) ינטריב

טבלה 2: טיפול תרופתי בדליפת שתן במאמץ

שם וגירי ומסחרי	קבוצה	מינון יומי	תופעות לוואי נפוצות	התווית נגד
Duloxetine (as HCL) Yentreve Tab 20mg, 40mg	SHT - noradrenaline reuptake inhibitore	מינון תרופטי: 40 מ"ג פעמיים ביום. לשיפור הסבילות ניתן לתת בשבועיים הראשונים 20 מ"ג פעמיים ביום ולאחר מכן להעלות למינון התרופטי של 40 מ"ג פעמיים ביום.	בחילה, סחרחורת, עייפות והפרעות בשינה, עצירות כאבי ראש, יובש בפה. רוב תופעות הלוואי שוצפו היו קלות עד מתונות וחלפו תוך מספר ימים עד חודש.	רגישות לתרופה, אי שילוב עם מעכבי MAO, או מעכבי CYP1A2 כגון: ציפראפלוקסאצין, פלובוקסאמין.

טיפול תרופתי בשלפוחית רגיזה

שם וגירי ומסחרי	קבוצה	מינון יומי	תופעות לוואי נפוצות	התווית נגד
Oxybutynin HCL Novitropan Tab-5mg	Anticholinergic - Nonselective antimuscarinic agent that relaxes bladder muscle and has local anesthetic activity	2.5mg/dy-15mg/dy BID, TID	יובש ברירות, טשטוש ראייה קל, הפרעה בעיכול.	רגישות לתרופה, גלאוקומה צרת זווית, חסימה במערכת עיכול או במערכת השתן.
Oxybutynin HCL Lyrinel Tab-5mg, 10mg	Anticholinergic - Nonselective antimuscarinic agent that relaxes bladder muscle and has local anesthetic activity	5mg/dy-10mg/dy Once daily	יובש ברירות, טשטוש ראייה קל, הפרעה בעיכול. בשיעור נמוך.	רגישות לתרופה, גלאוקומה צרת זווית, חסימה במערכת עיכול או במערכת השתן.
Tolterodine Tartrate Detrusitol Tab-1mg, 2mg SR Capsules 2mg, 4mg	Anti muscarinic	1mg, 2mg BID SR 2 mg, 4 mg - once daily	יובש ברירות, טשטוש ראייה קל, הפרעה בעיכול. יש להוריד במינון בנפוחות אי ספיקת כבד או כליות	רגישות לתרופה, גלאוקומה צרת זווית, חסימה במערכת עיכול או במערכת השתן.
Trospium chloride Spasmex Tab-15mg	Anticholinergic Anti muscarinic	30mg-45mg/dy BID, TID	יובש ברירות, טשטוש ראייה קל, הפרעה בעיכול.	רגישות לתרופה, גלאוקומה צרת זווית, חסימה במערכת עיכול או במערכת השתן.

הפוטנציאל הפחוביוטי



פגיעה באוכלוסיית חיידקי הנרתיק עלולה לגרום להגדלת הסיכון להעברת מחלות מין, לזיהומים בנרתיק ובשלפוחית השתן ולהגדלת שיעור הלידות המוקדמות. מכאן חשיבות השליטה באיזון החיידקים כדי להשיג עמידות טובה יותר בפני זיהומים בדרכי המין והשתן בנשים. על הפוטנציאל הפרוביוטי להחזרת האיזון החיידקי ומניעת זיהומים "נשיים"

ד"ר ניבה שפירא

לדוגמה: סיבים תזונתיים המבודדים משורש צמח העולש מעודדים באופן ספציפי את חיידקי הביפידובקטריה (ביפידוס) במעי הגס, מגדילים את ריכוזם ותורמים להפיכתם לאוכלוסייה דומיננטית. בכך הם תורמים לבריאות המעי הגס ולמערכת העיכול בכללותה.

מחקרים מראים שלפרה-ביוטיקה תרומה אנטימיקרוביאלית (על ידי עידוד סלקטיבי של החיידקים הידיותיים), להפחתת שומני הדם (על ידי האטת האנזים יוצר הכולסטרול), לאיזון רמות הגלוקוז בדם (על ידי האטת ריקון הקיבה והפחתת חומצות שומניות חופשיות בדם), לשיפור ספיגת מינרלים (דרך תרומת החומצות השומניות הקצרות לספיגת המעי) ומכאן השפעתה החיובית על צפיפות המינרלים בעצם ולהפחתת הסיכון לתהליכים סרטניים (על ידי קשירת חומרים מסרטנים וסילוקם בצואה). בתסיסת/פירוק סיבי הפרה-ביוטיקה על ידי החיידקים הפרוביוטיים הספציפיים, נוצרות חומצות שומן קצרות שרשרת: אצטית, פרופיונית, ובוטירית, הנספגות ועוברות לכבד ולכל איברי הגוף. ח' בוטירית משמשת להזנת תאי ציפוי המעי ומגינה עליהם מפני תהליך סרטני.

סוגים ומקורות הפרה-ביוטיקה: סיבי הפרה ביוטיקה, בעיקר אוליגוסוכרים, פחמימות/רב-סוכרים קצרי שרשרת, המוגדרים לפי סוגי הסוכר המרכיבים אותם. לדוגמה: פרוקטוז (פרוקטו-אוליגוסכריד),

פ רוביוטיקה היא שיטה "מניעתית טיפולית" להוספת חיידקים ידיותיים כמו אלה שיש לנו באופן טבעי במעי, שהם בעלי זיקה ויכולת הישרדות במעי האדם, בטוחים לשימוש והוכיחו תועלת בריאותית. חיידקים אלה תורמים לעיכול תקין ולהגנה על המעי מפני וירוסים, פטריות וחומרים מזיקים המצויים במערכת העיכול.

הרעיון הפרוביוטי נגזר מההבנה שאנחנו אכסניית חיידקים ענקית, שאם מכוונים אותם לטובתנו, הם יכולים להביא תועלת, ואם נפגע איזונם, לגרום לנזק. לדוגמה: ניתן לגייסם לכיוון של סדירות העיכול והיציאות, זיהומים בדרכי נשימה וגם לטובת בריאות האישה (Gregor Reid et al, 2004). רק לאחרונה פורסם בישראל מחקר המראה שמתן יוגורט פרוביוטי אחרי אנטיביוטיקה מנע חזרה של וגינוזיס חיידקי (BV) בנשים עם סיכון גבוה ללידה מוקדמת (Z. Nachum 2005).

להלן יוצגו עקרונות הפרוביוטיקה, יודגמו חלק מטווח ההשפעות שלה ויודגש הפוטנציאל למניעה וטיפול בזיהומי נשים.

פרה-ביוטיקה

הפרה-ביוטיקה היא שיטה "תזונתית" לעידוד ספציפי של חיידקים רצויים במעי על ידי אספקת מצע מזון המתאים להם באופן מיוחד וגורם לשגשוגם וליתרונם מול החיידקים האחרים.

ואיזומאלט, טרנסגלקטוז, קסילוז וכן, לקטיטול, לקטוטוכוז, לקטולוז, פירודקסטרינים, אינולין, ועוד. אינולין נמצא בפירות, בירקות ובדגנים, במיוחד בעולש (ציקוריה), ארטישוק ירושלמי, בננה, בצל, שום, אספרגוס, שעורה, דבש, כרישה, חיטה ותפוח אדמה.

סינבייטיקה – הפעילות המשולבת

הפעילות המשולבת של פרוביטיקה (החיידקים) ופרה-בייטיקה (קרקע המזון) במוצר מעלה את ערכו הבריאותי של אותו מוצר בכך שהיא מחזקת את יעילות החיידקים הרצויים ויש לה השפעות מיטיבות נוספות. דוגמה טובה לשילוב כזה היא היוגורט הפרוביטי.

היוגורט המסורתי הוא מוצר חלב שמקורו בשיטה עתיקה לשימור חלב, כאשר תהליך ההמצה של החלב על ידי חיידקים מקנה ליוגורט שמתקבל עמידות בפני חיידקים מקלקלים. היוגורט עצמו מכיל מספר סוגים של חיידקים חיים וזנים של חיידקי חומצת החלב, המתסיסים את סוכר החלב ויוצרים חומצת חלב. היוגורט הפרוביטי הוא מזון פונקציונלי, המכיל בנוסף לחיידקי היוגורט שמקורם בחלב, גם ריכוז גבוה של חיידקים פרוביטיים, שבמקורם הם "חיידקים ידידותיים", כמו כל חיידקי היוגורט, אולם עברו מיון ומבחנים אשר הוכיחו מחקרית את עמידותם ויעילות תרומתם לאדם. אלה מתחרים בהצלחה גדולה יותר עם החיידקים המזיקים – על מזון ועל מקום במעי, ומונעים את התרבותם.

הסגולות הבריאותיות של היוגורט נודעו עוד בתרבויות קדומות. העולם המדעי החל להתעניין בתכונות בריאותיות אלו בתחילת המאה בעקבות החוקר אליה מצ'ניקוף, חתן פרס נובל, שטען כי צריכת חיידקי חומצת החלב (חיידקי היוגורט) עשויה להגן עלינו מפני חומרים מזיקים במעיים. עוד הוא טען כי הבולגרים מאריכים חיים בזכות צריכה מרובה של יוגורט, והציע לעמים אחרים לחקותם. מאז נערכו אלפי מחקרים שהוכיחו את היתרונות הבריאותיים של היוגורט. מעבר להיותו מקור מזון בעל ערך תזונתי רב, מרבית המחקרים עסקו בהשפעת הפרוביטיקה על מערכת העיכול, אולם ההשפעה החיובית הברורה ביותר של הוספת החיידקים הוכחה גם במצבים רבים נוספים.

תרומות הפרוביטיקה לבריאות

חיידקי המעי כמרכיב מרכזי בהגנת המעי – חיידקי המעיים מהווים מערכת אקולוגית פתוחה המורכבת ממספר אוכלוסיות חיידקים, רעים וידידותיים, החיים בשווי משקל במעי. מספרם הוא כ-1,000, והשטח אותו הם מאכלסים הוא כ-150 מ"ר.

מערכת העיכול משמשת כמחסום מפני פולשים (פתוגנים, וירוסים, פטריות, חומרים אלרגניים ועוד). קו הגנה ראשון הוא אוכלוסיית החיידקים הידידותיים, קו ההגנה השני הוא רקמת מערכת העיכול (השפעה משותפת של תאי האפיטל ומוקוזת המעי) וקו ההגנה השלישי הוא מערכת החיסון של המעי. באנשים בריאים, מחסום המעי מבטיח הגנה חיסונית יעילה מפני גורמים מחוללי מחלות באמצעות מערכת החיסון של המעי. מערכת חיסון זו היא האיבר החיסוני הגדול ביותר בגוף האדם. פלורת המעיים תורמת לגירוי ולהגברת תאי מערכת החיסון.

חשיבות האיזון הבקטריאלי – במצב של חוסר איזון מיקרוביאלי, ייפגעו מחסום המעי וההגנה החיסונית – מצב המסכן את כל הגוף: יכולים להופיע זיהומים, בעיות עיכול, אלרגיה, פגיעה במערכת החיסון ועוד. הגורמים הפוגעים במספרם של חיידקי המעיים הידידותיים הם: תזונה דלת סיבים ועתירה בחומרים כימיים, זיהום אוויר, קרינה ממכשירים שונים, עישון, גלולות למניעת הריון והורמונים אחרים, אנטיביוטיקה ומתח נפשי. האנטיביוטיקה אמנם משמידה את החיידקים המזיקים, אך גם פוגעת באוכלוסיית החיידקים הידידותיים ובכך מפירה את האיזון במערכת העיכול. תגבור המעי בחיידקים ידידותיים מסוגים שונים תורם לשיפור תפקודי הגוף ולמניעת מחלות.

מניעת חדירות המעי – מעי חדיר גורם לאלרגיה. מאחר שדופן המעי אינו סגור באופן הרמטי ולא כל החלבונים מתפרקים עד לחומצות אמינו, כמויות מסוימות של חלבונים מחלל העיכול חודרות מהמעי לדם. חדירת רעלנים, מוצרי פירוק המזון ו/או מולקולות גדולות עלולה לגרום לאלרגיה או ו/או לתגובות דלקתיות. פרוביטיקה עוזרת לחסימת המעי בפני חלל העיכול.

תרומה למניעת שלשול – צריכה של יוגורט פרוביטי יכולה למנוע שלשול בילדים ובמבוגרים

וכן להפחית ואף לרפא את השלשול בקרב ילדים. לאחרונה הוכחה יעילותו של טיפול זה במחלות דלקתיות כרוניות של המעי, כמו דלקת כיבית של המעי הגס או מחלת קרוהן.

אי סבילות ללקטוז – אנשים הסובלים מאי סבילות ללקטוז (סוכר החלב) סובלים מנפיחויות, מכאבי בטן ולעיתים משלשול, כאשר הם צורכים מוצר חלבי. הדבר נובע מאי היכולת לפרק את הלקטוז, שמצוי בחלב ובמוצרי. למרות שיוגורט הוא מוצר חלבי, כמות הלקטוז שבו פחותה באופן משמעותי

לעומת מוצרי חלב אחרים, בזכות פירוק ראשוני של הלקטוז על ידי החיידקים הידידותיים שבו. לכן הוא מתאים גם במקרים של אי סבילות ללקטוז.

שיפור מערך החיסון הטבעי בגיל הזהב – במחקר שבדק כיצד צריכה של חלב עם תוספת חיידקי יוגורט משפיעה על מערך החיסון הטבעי של קשישים אשר נחלש בגילאים אלה, נמצאה השפעה משמעותית ביותר לחיידקים הניתנים בסביבת החלב, כנראה הודות לתרומה הנוספת של חלבוני החלב למערכת החיסון.

הפחתת נזלת אלרגית – במחקר שבדק צריכה רצופה ומתמשכת של יוגורט למשך שנה, נמצאה הפחתה משמעותית בתסמיני הנזלת האלרגית.

הפחתת תהליכים סרטניים בחלל המעי הגס – מחקרים אפידמיולוגיים מראים כי בקרב אנשים הצורכים יוגורט, יש שכיחות מופחתת של סרטן המעי הגס. מחקרים בבעלי חיים ובבני אדם הוכיחו כי מתן של יוגורט מקטין את הסיכונים לפתח גידולים סרטניים, במיוחד במעי הגס, על ידי הפחתת היווצרות גורמי סרטן, האצת יציאות ופינוי חומצות מרה, היווצרות חומצות אורגניות מגינות ועוד.

הפחתת עצירות – מחקרים הראו כי אכילה קבועה של יוגורט פרוביטי תרמה להגדלת תדירות היציאות באנשים עם נטייה לתדירות יציאות נמוכה, וכן ריכזה את מרקם הצואה.

ייצור ויטמינים – נמצא כי חיידקי היוגורט מעשירים את אוכלוסיית החיידקים שמייצרת ויטמינים כגון ויטמין K וויטמינים מקבוצת B.

השפעות נוספות ומגוונות – מחקרים רבים מראים השפעות מרחיקות לכת לפרוביוטיקה, בין השאר, על איזון הסוכר, איזון לחץ הדם ושומני הדם, שיפור בריאות הכבד וכן תרומה לעמידות במצבי סטרס. זאת בגילאים ובמצבים שונים. העובדה שהחיידקים הפרוביוטיים משפיעים על מערכת העיכול, המהווה מקור מידע והשפעה לכל מערכות הגוף, ועל מערכת החיסון – ומכאן על מגוון מערכות נוספות – מסבירה את המגוון של מצבים שנתרמים על ידי האיזון הפרוביוטי.

לאחר המנופאזה, בכ-25–30 מהנשים עדיין ניתן למצוא לקטובצילים, ומספרן גדל בין אלו שמקבלות טיפול אסטרונן חליפי ישירות לווגינה או דרך הפה (Yoshimura T 2001). גם במהלך המחזור החודשי נמצא שרק ב-22 אחוז מהנשים נמצאים חיידקים לקטיים (Schwebke JR, 2001) ויכולת החיידקים להיצמד לדופן גדלה בשיא האסטרונן, באמצע המחזור (Chan RC, 1984).

המכניזם של תרומת הפרוביוטיקה לבריאות ה-UT – מבין ההשפעות של החיידקים הלקטיים,

המוביל הוא איבוד החיידקים הלקטיים, וחזרת הזיהום לאחר הטיפול קשורה בחוסר היכולת ליצור מחדש את האוכלוסייה הבריאה של הנרתיק (Gregor Reid, 2003). התשובה של יוגורט וגילי לא תמיד יעילה, כיוון שלא כל חיידקי היוגורט מותאמים באופן ספציפי לאזור מחיה זה. לאחרונה נמצאו מספר זנים לקטובצילים מתאימים יותר, כמו לדוגמה LACTOBACILLUS FERMENTUM RE-14, אשר מסוגלים לייצר התנחלות מתמשכת בדופן הנרתיק (Morris MC, 2001; Reid G, 2004).

גם כאשר מדובר בוגינוזיס פטרייתי, רק מעט זנים מגלים יכולת התנחלות בנרתיק. לדוגמה, לקטובצילוס פרמנטוס שהוזכר לעיל (Taha TE, 1999).

חיידקים ספציפיים במקרה

של וט חוזרות – האורגניזם

הדומיננטי הוא בדרך כלל E. COLI. בוגינוזיס בקטריאלי חוזר, החיידק הדומיננטי הוא גרם-שלילי אנאירובי, בדרך כלל גרדנלה ווגינאליס. בוגיניטיס פטריטי, בדרך כלל זוהי קנדידה אלביקנס.

לסיכום, פרוביוטיקה

אינה כדור פלא. הוכחות מחקריות מצטברות מראות כיצד זני פרוביוטיקה, כל אחד ביעילות הספציפית שלו, יכולים להשפיע על מערכת העיכול ועל ה-UT, ולתת אופציה בעלת ערך משמעותי לעזור, לשקם ולבנות את האיזון האקולוגי בנרתיק – דרכי השתן. מספר חיידקים כבר אופיינו כבעלי פוטנציאל ספציפי עדיף בהקשר זה, ומראים פוטנציאל מניעה וטיפול ראשוני נגד חזרת דלקות מטרידות ומזיקות אלו.

הייצור של ח' לקטית, של בקטריוצינים ("אנטיביוטיקה" עצמית של החיידקים נגד "אויבים") ויצירת רדיקלים מחמצנים (פראוקסידים) נראים בעלי חשיבות במנגנון ההגנה. גם שינוי התגובתיות החיסונית הוא מנגנון אפשרי. לדוגמה, העלייה שנמצאה ב-IL-8 ו-IL-10, בהשוואה לרמות נמוכות יותר שנמצאו בנוכחות לקטובצילים (Gan BS 2002; Heinemann C, 2000). ובנוסף, מערכת SIGNALING הגורמת להפחתת אלימות החיידקים המזיקים, וקשרי גומלין עם המוקדזה ועוד.

וגינוזיס בקטריאלי, מהלך הזיהום והחזרתיות

– מצב של וגינוזיס בקטריאלי נראה קשור בדרך כלל לגדילת יתר של אורגניזם אנאירובי ואיבוד ההגנה של החיידקים הלקטיים, שבדרך כלל נמצאים במצב של נרתיק בריא. נראה שהגורם

הקשר הפרוביוטי לדלקות בנרתיק

איזון חיידקי הנרתיק –

בגלל הקירבה האנטומית בין הפתחים בגוף האישה, יש מעבר של חיידקים בין פתחי הגוף ואף תיתכן פלישה של חיידקים צואתיים לנרתיק, ועלולה להתפתח בו דלקת. העשרת המעיים בחיידקים ידידותיים עשויה לתרום באופן עקיף להעשרת הנרתיק גם בחיידקים ידידותיים, שיגנו עליו מפני חיידקים מזיקים או פטריות כגון קנדידה.

דלקות בנרתיק בזמן ההריון עשויות להגביר את הסיכון ללידה מוקדמת ולסיבוכים לאחר הלידה. ניתן לבצע בהן טיפול מקומי ביוגורט, המשמר את חומציות הנרתיק ותומך בפלורה הטבעית. טיפול כזה אינו גורם לתופעות לוואי ואינו פוגע בעובר.

חיידקי הנרתיק – בירור זני החיידקים בנרתיק מראה שהלקטובצילים קריספטוס וג'נסני הם הדומיננטיים במרבית הנשים הבריאות. אולם לאחרונה התגלה בשיטות מולקולריות, חיידק אנאירובי L INERS כדומיננטי ביותר. מספר הנשים סובלות מדלקות בדרכי השתן והווגינה (UTI) גדל עם הגיל וקטן עם טיפול האסטרונן. (Burton JP 2002; Devillard E 2004; Raz Ret al, 1993).



חולצים שד

לאחרונה מתפתח תחום ברפואה המתמחה ברפואת הנקה, נושא שעד כה זכה להתייחסות מעטה ביותר במהלך לימודי הרפואה וההתמחויות השונות. עיקר הדיון בהנקה הוא קביעת חשיבותה, אך לרוב ללא כלים כיצד למנוע ולטפל בבעיות הנוצרות במהלכה. בעולם מתפתח בשנים האחרונות תחום ברפואה המתמחה ברפואת הנקה, זאת לאור המידע ההולך ומצטבר על חשיבותה, ומנגד המציאות של מיעוט הנשים המיינקות הנקה מלאה לאורך זמן בגלל בעיות רפואיות שונות במהלך ההנקה. לפיכך סקירה קצרה של כמה מן הבעיות השכיחות ביותר אצל האם במהלך ההנקה, והטיפול המומלץ כדי להתגבר עליהן.

כאבים בפטמות

כאבים בפטמות או בשד הם מן הבעיות השכיחות ביותר בעת ההנקה, ואחת הסיבות העיקריות להפסקת ההנקה. רגישות או כאבים קלים של הפטמה בתחילת ההנקה, במהלך הימים הראשונים לאחר הלידה, הם שכיחים וחולפים מעצמם, אך כאבים עזים, הגורמים לאם לחשוש מן ההנקה הבאה, הנמשכים משך כל זמן ההנקה ואף בין ההנקות, מצביעים על כך שקיימת בעיה הדורשת התייחסות.

חשוב להתייחס לכאבים בפטמות כבר בשלב מוקדם, כדי להימנע ממצבים קשים של פטמות פצועות ומדממות. מסיבה זאת רצוי לשאול את האם לגבי כאבים בזמן ההנקה כבר מספר ימים לאחר הלידה, כי יש אמהות שחושבות שכאבים בפטמות הם נורמליים ויחלפו עם הזמן, והן עלולות לפנות לעזרה רק כאשר הפטמות כבר במצב קשה.

לא נמצא קשר בין תדירות ההנקות או משך לבין כאבים של הפטמות, אפילו לא בימים הראשונים לאחר הלידה. המלצה להפחית את זמן הניקה אינה יעילה לטיפול בפטמות ואף עלולה להזיק, מאחר שהדבר עלול לגרום לגודש הגורם לקושי נוסף בתפיסה נכונה של הפטמה (גורם מרכזי לכאבים, כפי שיוסבר בהמשך). כמו כן, לא נמצאה כל יעילות ב"הנעת" הפטמות לפני הלידה.

הגורם השכיח ביותר לכאבים בפטמות הוא תפיסה לא נכונה של הפטמה בפי התינוק. מצב זה עלול לגרום לפצע או לסדק של הפטמה. גורמים נוספים היכולים להתווסף

למצב זה הם זיהום בקנדידה, זיהום חיידקי של הפצעים, דרמטיטיס וגורמים אחרים נדירים יותר, כגון לשון קשורה אצל התינוק או תסמונת ריינו של הפטמות (Raynaud's phenomenon of nipple).

הטיפול היעיל ביותר בכאבים בפטמות הוא מניעתם. כפי שכבר צוין, תפיסה לא נכונה של הפטמה היא הגורם העיקרי לכאבים ופציעה של הפטמה, ולכן הדרכת האם כיצד לאחוז בתינוק וכיצד להגיש לו את השד יכולה למנוע בעיות רבות נמצא שהתפיסה הטובה ביותר לניקה יעילה ולמניעת כאבים ופצעים, וכן לטיפול בפצעים קיימים, היא תפיסה א-סימטרית, כאשר התינוק תופס בפיו חלק גדול של ההילה והשד עם הלסת התחתונה, והשפה העליונה קורבת לפטמה, זאת בניגוד להמלצה המקובלת בעבר שיתפוס "את כל ההילה". לצורך כך על התינוק להגיע אל השד כאשר ראשו מעט באקסטנציה והפטמה מול השפה העליונה (ראו איור).

שימוש במשחות שונות נגד כאבים בפטמות לרוב אינו יעיל. לעתים יש צורך במריחת משחות אנטיביוטיות או אנטי פטרייתיות, אך רק כחלק מן הטיפול בבעיה היסודית שגורמת לפגיעה בפטמות.

כאשר אם פונה למרפאה עקב כאבים בפטמות, רצוי מאוד לבדוק אותה יחד עם התינוק. הסתכלות על האם בהניקה את התינוק מהווה כלי אבחוני ראשון במעלה, ותיקון תנחות התינוק ותפיסת הפטמה היא לעתים קרובות כל הנדרש לפתרון הבעיה.

פטמות פצועות יכולות לגרום לכאבים עזים, ויש לעודד את האם להשתמש בתרופות נוגדות כאבים אם היא חשה צורך בכך, עד לפתרון הבעיה. ניתן להשתמש ב-*paracetamol* או *ibuprofen* ללא חשש. לעתים נדרשת אנלגטיקה חזקה יותר, כגון *paracetamol + codeine*, ורצוי להשתמש בכך לפי הצורך, מאחר שהסיכון לתינוק מהפסקת ההנקה גדול מן הסיכון הנשקף לו עקב התרופות.

אם למרות תיקון התפיסה לא חל שיפור בתוך ימים ספורים, או שהפטמה פצועה באופן קשה, יש לשקול אפשרות של זיהום חיידקי או פטרייתי ולטפל בהתאם. ניתן להשתמש במשחה משולבת המטפלת בקנדידה, חיידקים, ומכילה גם מעט סטרואיד. הכמות המגיעה לתינוק היא אפסית, ואין צורך לרוחץ את הפטמות לפני ההנקה הבאה. כאשר יש סימנים המצביעים לכיוון זיהום חיידקי, כגון פצעים עם הפרשה מוגלתית, ניתן להשתמש במשחת *mupirocin*.

ד"ר מירה ליבוביץ

הנקה היא הדרך האופטימלית להזנת תינוקות. יתרונות ההנקה מתבטאים בתחומים שונים – תזונתי, אימונולוגי, התפתחותי, פסיכולוגי, חברתי וכלכלי. מחקרים הכוללים אוכלוסיות מהמעמד הבינוני במדינות מפותחות מספקים הוכחות חזקות לכך שהנקה מפחיתה היארעות או חומרה של מחלות זיהומיות, סלל מניעוטיס חיידקי, בקטרמיה, שלשול, זיהומים בדרכי הנשימה, דלקות אחינים, זיהומים בדרכי השתן, NEC וספטיס מאוחרת בפגים. בארה"ב נמצא שהנקה יכולה להפחית ב-21 אחוז תמותה בגילאים חודש עד שנה.

גם לאמהות מניקות יתרונות בריאותיים מההנקה, הכוללים חזרה מהירה יותר למשקל שלפני ההריון, סיכון מופחת לסרטן השד והשחלה, וכנראה גם סיכון מופחת לשברים בצוואר היקף ואוסטיאופורוזיס לאחר המנופאזה. להנקה גם השפעות סביבתיות וחברתיות: תינוקות יונקים חולים פחות, כך שהנקה מפחיתה את הוצאות מערכת הבריאות (בארה"ב חושב חיסקן פוטנציאלי של 3.6 מיליארד דולר בשנה), ומפחיתה הפסד ימי עבודה עקב ילדים חולים.

חב הנשים אכן חצות להניק, וההנקה אמורה להיות המשך טבעי להריון ולידה, אך קשיים שונים המתעוררים

לעיתים מופיע כאב בפטמות לאחר תקופה של הנקה ללא כל כאבים, ובמצב זה אחד הגורמים השכיחים הוא זיהום בקנדידה של הפטמות. גורמי סיכון להתפתחות קנדידה של הפטמות הם טיפול אנטיביוטי וזיהום בקנדידה באזורים אחרים של הגוף, כגון נרתיק האם או אזור החיטול בתינוק.

בבדיקת הפטמה ניתן לראות פטמה בצבע ורוד עז, מבריקה מעט, עם קשקשת קלה, ובפצעונים אדומים קטנטנים על ההילה, סביב לפטמה, אך יכול גם לא להיות כל סימן חיצוני לזיהום. בבדיקת התינוק ניתן לעתים לראות זיהום על ידי קנדידה בפי, אך גם זה אינו מחייב המציאות, אלא רק סימן מסייע לאבחנה.

האבחנה של קנדידה של הפטמה נעשית לפי הקליניקה, ואין טעם לנסות לקחת משטח מהעור. לא נמצא קשר בין הימצאות קנדידה בבדיקת מעבדה לבין תגובת האם לטיפול. הטיפול מתבסס על שימוש בתכשיר נוגד פטריה על הפטמה ובפי התינוק (גם אם הוא א-סימפטומטי). תכשירים אפשיניים הם מרחות דקטרין לפטמות, וגל דקטרין לטיפול בפי התינוק, או משחה ותרופות נוספות. יש למרוח את המשחות שלוש-ארבע פעמים ביום לאחר הארוחה. אין צורך לשטוף את הפטמות לפני הארוחה הבאה. חשוב לוודא שהטיפול יכלול הרתחה של כל האביזרים הבאים במגע עם הפטמות ופי התינוק, כגון מוצצים, פטמות, חלקי משאבות חלב, חזיות וכדומה.

גורם נוסף לכאבים בפטמות שלא בסמוך ללידה הוא שלפוחית חלב בקצה הפטמה. לחב ניתן לפתור בעיה זו בקלות על ידי פתיחת השלפוחית עם מחט סטרילית, ומריחת מעט משחה אנטיביוטית לכמה ימים.

מגני פטמות (פטמות סיליקון) אינם מסייעים בטיפול בפטמות כאבות, והם עלולים להחמיר את הבעיה. הם מכריעים לתינוק ללמוד לתפוס נכון את הפטמה והשד, מהווים גורם סיכון לזיהומים ודלקות, מכחישים את כמות

החלב המגיעה לתינוק ואת הגירוי לשד, דבר שעלול לפגוע ביציור ושחרור החלב.

גדש בשדיים

הרגשת מלאות של השד בימים השני עד החמישי לאחר הלידה היא פיזיולוגית ומתבטאת בהגדלה השדיים ואי נוחות קלה, אם בכלל. השדיים מלאים אך אינם נוקשים. התינוק מסוגל לינוק מהשד, ולאחר ההנקה יש הקלה במלאות. ההרגשה הכללית של האמא טובה. תחושה זו לרוב לא נמשכת מעבר ל-24 שעות. חשוב לעודד את האם בשלב זה להניק לעתים תכופות, לפי דרישת התינוק, ובכך להפחית את הסבירות להופעת גדש אמיתי.

גדש קשה מונע מן החלב לצאת עקב הלחץ על הצינוריות, וכן מקשה של התינוק לתפוס את הפטמה ביעילות, ועלול כך לגרום גם לפציעת הפטמות. מצב זה יוצר מעגל קסמים של גדש הולך ומחמיר.

הטיפול הטוב ביותר הוא מניעה על ידי הנקות תכופות, בעיקר בימים הראשונים, והנקות לפי דרישת התינוק בהמשך. ילודים צריכים לינוק עשר פעמים עד 12 פעם ביממה, עד שהם מראים סימני שובע, בין עשר דקות לשעה ויותר להנקה.

קומפרסים קרים יכולים לעזור בהפחתת הנפיחות והכאב מאחר שהתופתזיולוגיה העיקרית של גדש היא הרחבת כלי דם ובצקות. הוצאת חלב על ידי הנקה או שאיבה גם כן חשובה מאוד, הן להפחתת הכאב והן כדי למנוע מהחלב המצטבר בשד לגרום להתנוונות בלוטות החלב. סטזיס של חלב עלול גם לגרום לזיהום – מסטיטיס. חשוב להמליץ על אנלגטיקה כגון פראצטאמול או איבופרופן. איבופרופן הוא בעל יתרון מסוים בהיותו גם נוגד דלקת.

כאשר האם נתקלת בקשיים בהנקה עקב הגדש, רצוי להמליץ על הוצאת חלב לפני ההנקה, ובעיקר על ניסיון

לריכוך האזור סביב הפטמה, כדי לאפשר לתינוק לתפוס את השד ולינוק ביעילות. אין לחשוש מהוצאת חלב במחשבה שפעולה זאת תחמיר את הגדש.

לא נמצאה הוכחה לכך שחזיה הדוקה או קשייה של השדיים מונעות או מפחיתות גדש, ולא קיימת כל המלצה להשתמש בשיטות אלו בספרות העוסקת בנושא.

טיפול נפוץ לגדש הוא הנחת עלי כרוב על השדיים הגדושים משך כ-20 דקות. עדיין לא הוכח כיצד טיפול זה עוזר, אך שני מחקרים, כלל מחקר אקראי ומבוקר, הוכיחו את יעילותו, ואין לו תופעות לוואי ידועות. שימוש ממושך בעלי כרוב עלול להפחית את יצירת החלב באופן משמעותי.

צינורית חסומה

צינוריות חסומות שכיחות בשנים עם אספקת חלב שופעת. צינורית חסומה מופיעה בדרך כלל באופן הדרגתי עם אזור גריש ונוקשה בשד. לעתים ניתן לראות שלפוחית חלב קטנה על הפטמה באזור הכתח של הסגמנט הנגע. גם כאן המניעה חשובה – על התינוק לתפוס את השד היטב ולינוק מצד אחד עד שהוא מפסיק מעצמו או נרדם. אין לקבוע את זמן היניקה על ידי שעון.

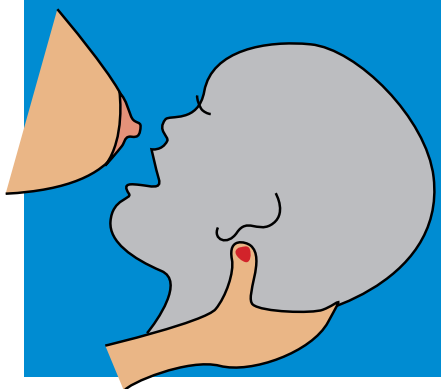
טיפול בצינורית חסומה מתבסס על המשך ההנקה עם שינוי תנוחת פי התינוק סביב הפטמה, כך שפעולת החליבה של הלשון והחניכיים תתבצע בכל פעם מכיוון אחר. עיסוי עדין של האזור החסום לכיוון הפטמה וקומפרסים חמים מקלים גם הם. אנלגטיקה היא חלק חשוב בטיפול.

כאשר קיימים אירועים חוזרים של חסימת צינוריות, כדאי לחפש גורמים תורמים לכך כגון עייפות ותשישות, חזיות לוחצות ושינה על הבטן. טיפול אפשרי באירועי חסימה חוזרים, בנוסף למניעת הגורמים הנ"ל, הוא המלצה לאם לצרוך רק שומנים רב-בלתי רוויים, ומתן תוספת של לאיצין (כפי ביום).

טבלה: כאבים בשד – גורמים וטיפול

קליניקה	טיפול	הנקה	הערות
1. גדש מופיע בהדרגה, לרוב בסמוך ללידה, שדיים נפוחים וקשים, דוד, כאב לא ממוקם, חום פחות מ-38.4, הרגשה כללית טובה	אנלגטיקה, הנקות תכופות, קומפרסים קרים בין הנקות וחמים לפני ההנקה, סחיטת חלב לפני ההנקה לריכוך אזור הפטמה, קומפרסים של עלי כרוב	כן, הקפדה על תפיסה טובה של השד בפי התינוק (ולא רק קצה הפטמה)	מניעה - הנקות תכופות מהלידה
2. צינורית חסומה כאב קל, ממוקם, חד צדדי, נפיחות ואודם ממוקמים, קלים. חום פחות מ-38.4 הרגשה כללית טובה	הנקות תכופות בתנוחות שונות, קומפרסים חמים, מסאז' לכיוון הפטמה, מנוחה, אנלגטיקה	כן, משני הצדדים. הקפדה על ריקון הצד הנגוע	גורמי סיכון - ירידה פתאומית בתדירות הנקות, חזיה לוחצת, תשישות
3. מסטיטיס כאב קשה, ממוקם, לרוב חד צדדי, אודם, חום ונפיחות ממוקמים, חום גבוה הרגשה כללית רעה	אנלגטיקה, אנטיביוטיקה עמידה לבטא לקטמאז, הנקות תכופות, קומפרסים חמים, מנוחה	כן, משני הצדדים הקפדה על ריקון הצד הנגוע. זהירות בפכים קטנים.	עלול להתפתח מצינורית חסומה. אותם גורמי סיכון, ובנוסף פצעים של הפטמות.
4. אבצע כמו מסטיטיס, ובנוסף הצטברות מוגלה	אנטיביוטיקה עמידה לבטא לקטמאז ניקוז המוגלה	כן, מהצד הבריא, ולרוב גם מהצד הנגוע - תלוי במיקום האבצע וחותר הניקוז. זהירות בפכים קטנים.	חתך ניקוז מכיוון הפטמה לבית החזה. עלול לדלוף חלב - אך יעבור ריפוי הדרגתי.
5. פטרת של השד כאב קשה, שורף, קורן לבב או לכתף, נמשך אחרי ההנקה, חד או דו צדדי, לרוב ללא כל סימנים בבדיקה גופנית	טיפול פומי נגד פטריה: 300 Fluconazole מ"ג ביום ראשון, 150 מ"ג ליום בהמשך, 10-14 יום. טיפול אלטרנטיבי: ניסטטין 600,000 יח' ארבע פעמים ביום, ארבעה שבועות.	כן, משני הצדדים טיפול בו זמני גם בפי התינוק - גם ללא סימני פטרת. טיפול באזור החיטול, נרתיק האם לפי הצורך. הרתחת כל האביזרים הבאים במגע עם פי התינוק או חזה האם.	

תפיסה נכונה של ראש התינוק בהנקה



להיניק במשך כל תקופת הטיפול ב-Fluconazole.

לסיכום, כאבים בפטמות הם מצב שכיח, אך ניתן למנועה וטיפול. הסיבה השכיחה ביותר לכאבים בפטמות היא תפיסה לא נכונה של הפטמה בפי התינוק, ותיקון מצב זה הוא לעתים כל הטיפול הדרוש. זיהום בקנדידה הוא סיבה שכיחה נוספת לכאבים בפטמות, בעיקר כאשר האב מופיע לאחר תקופת הנקה חופשייה מכאבים, ויש לטפל בקנדידה בו זמנית אצל האם ובפי התינוק, כדי למנוע חזרת הזיהום. כאשר יש פצעים וסדקים של הפטמות, ייתכן זיהום חיידקי שבו יש לטפל במשחה מתאימה.

משחה סטואידלית חלשה יכולה לזרז ריפוי סדקים. סיבות נדירות יותר לכאבים בפטמות הן "שלפוחית חלב" בקצה הפטמה, תסמונת Raynaud של הפטמות ולשון קשורה של התינוק, וגם למצבים אלה קיימים טיפולים מתאימים.

התייחסות נכונה לכאבים בפטמות יכולה כמעט תמיד לפתור את הבעיה ולמנוע סבל רב. עד לשיפור בכאבים חשוב להציע לאם אנלגטיקה כדי למנוע סבל מיותר. כאבים של השד בעת ההנקה הם בעיה שכיחה נוספת. גודש נובע מבצקות ומהצטברות עודפת של חלב בכל רקמת השדיים. צינורית חסומה גורמת להצטברות חלב בסגמנט של השד. מצבים אלה אינם זיהומיים ודורשים טיפול מקומי מתאים. מסטיטיס ואבצס יכולים לעתים להתפתח מגודש או צינורית חסומה, או להופיע בלעדיהם, ומדובר במצבים זיהומיים הדורשים טיפול אנטיביוטי נוגד סטפילוקוקוס, בנוסף לטיפול המקומי. פטרת של השד הוא מצב המאובחן בעיקר לפי האנמטה של אופי הכאב, ודורש טיפול סיסטמי בתרופות נוגדות פטריה, וכן טיפול בו זמני בפי התינוק ומקורות קנדידה אחרים. גוש בשד של אישה מיניקה, שאינו נובע מאחת הבעיות הנ"ל, או לא מגיב לטיפול המקומי, דורש בירור.

טיפול נכון במצבים השונים הגורמים לכאבים בשדיים יכול למנוע סבל רב, וניתן כמעט תמיד להימנע מן הצורך להפסיק להניק.

הנקה מן השד הבריא מותרת כמובן, ובכל מקרה חשוב לדאוג לריקון השד הפגוע מחלב ככל הניתן על ידי סחיטה או שאיבה, אם התינוק אינו יכול לינוק ממנו, כדי לעזור לריפוי.

רצוי לבצע את הניקה עם חותך רדיאלי (בכיוון מהפטמה לבית החזה) כדי להפחית את הפגיעה בצינוריות החלב, ורחוק ככל הניתן מן הפטמה, כדי למנוע פגיעה בעצבים הסנסוריים המובילים מן הפטמה להיפוטלמוס, ומאפשרים את רפלקס שחרור החלב.

לעתים תתכן דליפה של חלב דרך פתח הניקה בזמן הנקה כתוצאה מחידוץ של צינוריות חלב. לחץ עדין על פתח הניקה בעזרת גאזה סטרילית ימנע את זרימת החלב מן הפצע בזמן ההנקה. דליפה זו של חלב עלולה להימשך זמן מה, אך אינה סיבה להפסיק להניק, והפצע יתרפא לרוב בתוך שלושה עד ארבעה שבועות.

גשים בשד

גוש בשד של אישה מיניקה שאינו חולף עם הטיפול המתאים לבעיות הנ"ל דורש בירור כמו גוש בשד של אישה שאינה מיניקה. מסטיטיס חוזרת באותו אזור של השד דורשת גם כן בירור מעמיק יותר. חשוב לציין שממוגרפיה של שד של אישה מיניקה קשה יותר לפענוח, ואולטרסאונד היא לרוב שיטת הדמייה מועדפת. בדרך כלל ניתן לבצע בירור של גוש בשד, ללא גמילה של התינוק.

כאבים בשד עקב קנדידה

בנוסף לזיהום של הפטמה תיתכן חדירה של קנדידה למערכת הצינוריות של השד. התלונה האופיינית היא כאב שורף, עמוק ולעיתים עז ביותר בתוך השד. הכאב מופיע בעיקר בסוף הארוחה, ונמשך גם אחרי ההנקה למשך חצי שעה-שעה ואף יותר. הכאב עלול להקרין לגב או לכתף ולעתים חמור יותר בלילה. כאשר קיימים איחעים חוזרים של מסטיטיס, יש לשקול גם זיהום בקנדידה של השד.

גורמי סיכון לקנדידה של השד הם טיפול אנטיביוטי בעבר הקרוב וזיהומים בקנדידה של אזורים אחרים בגוף. הימצאות פטרת של הפטמה, בפי התינוק, באזור החידוץ או בנרתיק האם, יכולה לעזור באבחנה. לרוב, אין כל ממצא בבדיקה גופנית של השד, ובדיקות מעבדה אינן מסייעות באבחנה. התמונה הקלינית היא הכלי האבחנתי היעיל.

הגורם העיקרי הוא *Candida Albicans* והטיפול מכון לחיסול גורם זה. טיפול הבחירה הוא Fluconazole. המינון המומלץ הוא מנת העמסה של 200-400 מ"ג ביום הראשון לטיפול, ולאחר מכן 100-200 מ"ג ליום, למשך עשרה ימים עד 14 יום. לעתים נדרש טיפול ארוך יותר. חשוב להמשיך את הטיפול במשך מספר ימים לאחר חלוף הסימפטומים. הכדורים של פלוקונזול השכיחים בארץ הם של 150 מ"ג, ולכן טיפול סביר הוא מנה ראשונה של 300 מ"ג, ולאחר מכן 150 מ"ג ליום. חשוב להסביר לאם שיחלפו מספר ימים עד שתחושו הקלה בכאבים מאחר שזיהום בקנדידה עלול להיות עיקש. ניתן להמשיך

מסטיטיס

מסטיטיס היא תהליך דלקתי, לרוב זיהומי, של השד הגורם לכאבים, אדום וחום מקומי, מלווה בתופעות סיסטמיות של חום, הגרסה כללית רעה דמוית שפעת, ולעתים בחילות והקאות. החום לרוב מעל 38.5, לעתים מלווה בצמרמורות. בבדיקת השד ניתן לראות אזור אדום, חם, נפוח ורגיש.

גורמי הסיכון למסטיטיס הם מצבים הגורמים לסטזיס של חלב, כגון גמילה פתאומית, גודש, צינוריות חסומות וכן פתח כניסה נוח לחיידקים כמו פטמות סדוקות ומדממות.

הטיפול במסטיטיס הוא כמו בצינורית חסומה, בתוספת של אנטיביוטיקה. לעתים קשה להבדיל בין שני המצבים, אלא אם כן החום גבוה מאוד והאם נראית טוקסית. מסיבה זאת ניתן לעתים לסתות את הטיפול של צינורית חסומה בלבד במשך שמונה עד 12 שעות לפני התחלת טיפול אנטיביוטי. רוב מקרי המסטיטיס נגרמים על ידי *Staph. Aureus*, ולכן הטיפול המומלץ צריך להתאים לפתוגן זה.

Cefalexin (Ceforal), *Cloxacillin (Orbenil)*, *Amoxycillin Clavulinate (Augmentin)* הן תרופות הבחירה. *Amoxycillin* לבד לא מספיק, ואין סיבה לדעת אותו בנוסף לתרופות הנ"ל, כי הללו יכסו גם מקרים נדירים של זיהום סטרפטוקוקלי. במקרים של אלרגיה לפנצילין וצפלוספורינים, ניתן להשתמש בקלינדמיצין. רצוי להימנע ככל הניתן מאשפוז כדי למנוע הפרדה בין האם לתינוק. משך הטיפול האנטיביוטי המומלץ הוא עשרה ימים עד 14 יום, והפסקת הטיפול קודם לכן נקשרת עם שכיחות גבוהה של הישנות הדלקת.

ניתן ורצוי להמשיך להניק את התינוק משני השדיים. לא נגרם כל נזק לתינוק מהזיהום או מתרופות הטיפול. המשך הזרמת חלב דרך מערכת הצינוריות חשוב מאוד להבראה, ולכן יש לעודד את האם להמשיך להניק את התינוק, ולדאוג לריקון טוב של השד הנגוע. התינוק יעיל ועדין יותר מכל משאבה בהוצאת חלב מן השד.

עייפות היא גורם סיכון למסטיטיס ובעיקר לאיחעים חוזרים, ולכן מנוחה חשובה מאוד להבראה, ויש להדגיש זאת לשני ההורים. איחעים חוזרים של מסטיטיס באותו מקום עלולים לנבוע מגידול בשד, ויש לשלול זאת.

אבצס בשד

מסטיטיס לא מטופלת, או מטופלת חלקית, עלולה להוביל לאבצס בשד. מצב זה שכיח יותר בנשים שהפסיקו להניק מן השד הנגוע, מאחר שלסטזיס של החלב הנגרם עקב כך חלק בפתוגנזה של אבצס. הטיפול באבצס כולל בנוסף לטיפול אנטיביוטי גם ניקוז. מן המוגלה המנוקזת יש לשלוח דגימה לתרבות ורגישות. החלב נשאר נקי, אלא אם כן יש פריצה של האבצס למערכת הצינוריות, אך לרוב האבצס מתנקז החוצה. ניתן להמשיך להניק את התינוק לאחר הניקוז, בתנאי שהחותך מספיק רחוק מהפטמה.

ד"ר מירה ליבוביץ, שיחידת בריאות כללית, מרפאת קיבוץ יקום, והמרכז הרפואי להנקה, אודים



**בסיפור הבא לא שנו
הרופאים לזעקותיה של
אם, ובמקום ליילד את בנה
בניתוח קיסרי כפי שביקשה
וכפי שהתבקש מהמצב
הרפואי, התעקשו לקיים
לידה רגילה, ובכך גרמו
לו נזק בלתי הפיך. לידה
כושלת הרת אסון**

עו"ד אילנה זינגל

תביעת רשלנות רפואית:

הפרת חובת הזהירות במהלך לידה

בתקופת ההריון היתה האם פאטמה מוניר מכפר טירה תחת מעקב רפואי, מאחר שסווגה כיולדת בסיכון גבוה. בגלל צלקת רחמית שנותרה אצלה מניתוח קיסרי קודם, היתה מועמדת טבעית לניתוח קיסרי מיידי. בשבוע ה-42 להריונה הגיעה פאטמה, לפנות ערב, לבית חולים במרכז הארץ, כשהיא נאנקת מכאבים. היא אושפזה ונאמר לה שיבוצע בה ניתוח קיסרי. בעלה עוסם שב הביתה והמתין לקריאה לניתוח, שהאמין כי ייערך למחרת בבוקר. לתדהמתו, התקשרו אליו בבהילות מבית החולים בסביבות השעה 2:00 בבוקר, וביקשו שיבוא מיד אל מחלקת היולדות כדי להחזיר את רעייתו לביתם, מאחר ש"יש לה עוד זמן עד הלידה". כאשר ביקש הבעל המופתע להשאיר את רעייתו בהשגחה בבית החולים עד הבוקר, בגלל השעה המאוחרת, נאמר לו שהמחלקה עמוסה ומשום כך אי אפשר להיענות לבקשתו. עוסם לקח את רעייתו הביתה באישון לילה, וכעבור שלושה ימים

נאלץ להחזירה לבית החולים, שם התקבלה ללידה בהיותה במצב של פתיחת צוואר הרחם, כשהעובר במצב ראש.

בשלב זה החל תהליך הלידה. משקל העובר הוערך בארבעה ק"ג. היולדת ובעלה ביקשו מהרופאים לנקוט משנה זהירות ולבצע ניתוח קיסרי, מאחר שבתהליך של לידה רגילה עלול להיגרם לפאטמה נזק, בגלל הצלקת ברחם. גם ללא זעקת היולדת לניתוח קיסרי, היו במקרה זה כמה סימנים ברוחם שחייבו את ביצועו, אך הדבר לא נעשה והצוות החל בפעולות לקראת לידה רגילה, במהלך חדל לפתע דופק העובר להישמע. רק אז, באיחור רב, הוחשה פאטמה לחדר הניתוח.

בעת פתיחת הבטן התגלה קרע גדול שנפער ברחם, כשהתינוק עם שליתו צפים בחלל הבטן. התינוק מוּנֵר הוצא במצב קשה ביותר ונזקק להחייאה. התברר כי הוא נפגע באופן בלתי הפיך, והתגלו בו סימנים של נזק מוחי. גם האם ניזוקה קשות בשל הלידה הכושלת. בין השאר, נגרמו לה שני תסחיפים ריאתיים וקרע בשלפוחית השתן. בנוסף לסבלה הפיזי והנפשי, נאסר עליה ללדת שוב, וכאביה הקשים מנעו ממנה לקיים יחסי מין.

כתב התביעה

בכתב התביעה תיארתי את מצבו של מוּנֵר אחרי היולדת: "עם חילוץו של התינוק בניתוח נקבע לו ציון אפגר 1 (מתוך 10). משקלו בלידה היה 3.369 ק"ג. אחרי פעולות החייאה ראשונות, הועבר במצב חמור ביותר ליחידה לטיפול נמרץ ביילודים. התינוק החל לפרכס, התגלו סימנים לנזק מוחי ובגיל חמישה ימים נכנס למצב של תרדמת. בהמשך חזר להכרה ושוחרר מבית החולים, כשהאבחנות בסיכום המחלה שלו הן נזק מוחי בדרגה 2-3, על רקע של כניעה בחמצון ובאספקת הדם.

בהערכה פסיכו-נוירולוגית, בהיותו בן שלוש שנים וחודשיים, נקבעו הממצאים הבאים: עדיין אינו מתיישב, תנועות בלתי רצוניות רבות ובלתי פוסקות, אינו מדבר כלל, ללא עדות לזיהוי או הבנה כלשהי לסובב אותו. סובל משיתוק מוחי. הבנתו מצומצמת מאוד. מתפקד ברמת פיגור קשה.

בהמשך פניתי לגינקולוג לצורך קבלת חוות דעת על מעשי רשלנות של הצוות הרפואי לפני הלידה, במהלכה ואחריה. בחוות הדעת של הגינקולוג נאמר, בין השאר: "מאחר שמי השפיר ירדו והיו מקונאליים, הוחלט להתקין עירוי המקובל כטיפול במצבים כאלה, לדילול המקונונים ולהקטנת סכנת שאיפתו על ידי העובר. אולם, עצם הפעולה מהווה גורם סיכון לאישה בעלת צלקת רחמית, עקב האפשרות של העלאת הלחץ התוך רחמי ברחם המצולק.

"היה קיים חשש של אי התאמה בין ממדי

העובר לממדי האגן. למרות שהלידה לא התקדמה ולמרות שהעובר הוערך ב-4,000 גרם, לא מופיעה כל התייחסות לאפשרות של אי התאמה בשום בדיקה וגילית בכל מהלך הלידה. בכך הופרה חובת הזהירות.

עקב הופעת שינויים ברישום אק"ג עוברי במוניטור, הוחל שוב בעירוי. מנקודת זמן זו ועד לאבחון הקרע ברחם חלפו שעות. אם נביא בחשבון שסיטואציה זו התקיימה לאחר שעות רבות של פעילות רחמית, יש לראות גם בכך הפרת חובת הזהירות.

וכך סיכם הגינקולוג: "כתוצאה מהפרת חובת הזהירות במהלך הלידה, נוהלה הלידה באופן שסיכן את האישה והעובר וגרם לקרע של הרחם, על תוצאותיו העגומות לילדת".

במקרה של פאטמה נזקקתי לחוות דעת אודות מצבה הרפואי הכללי, שהיידרד בגלל הלידה הכושלת. לשם כך פניתי אל מומחה לכירורגיה. בחוות הדעת שכתב הפרכסור הוא קבע כי לאור הקשיים בלידה, נותחה היולדת בניתוח קיסרי, בו נמצאו קרע גדול ברחם וקרע בכיס השתן באורך של שבעה ס"מ. שני הקרעים נתפרו. ביום הרביעי אחרי הניתוח פיתחה החולה חום, ואובחן תהליך דלקתי בפצע הניתוח. הוחל בטיפול אנטיביוטי. בדיקת סי-טי הראתה שטף דם בדופן הבטן הימני, אשר נוקז.

על ההידרדרות במצבה של פאטמה והקשר בינה לבין הלידה קבע המומחה: "לאור מצבה של החולה ולפי חוות דעתו (של הגינקולוג מטעם התביעה), היתה קיימת אינדיקציה חד משמעית לנתח את פאטמה קודם להיווצרות הקרע של הרחם והקרע בשלפוחית השתן. סביר להניח כי אילו הניתוח היה מבוצע מוקדם יותר, היו נמנעים הסיבוכים".

בסיכום קבע המומחה: "חולה שנותחה בניתוח קיסרי, עם קרע ברחם ובשלפוחית השתן. החולה פיתחה מצבים חוזרים של DVT (טרומבוזת, פְּקָקוֹת בווריד עמוק) בשתי הגפיים, עם מאורעות של תסחיפים בריאות. כיום קשה לה לתפקד בחיי היומיום. סובלת מכאבים בידיים וברגליים. ניכרים נפיחות וסימנים לאי ספיקה ורידית בשתי הרגליים... אני מעריך את נכותה ב-30 אחוז".

בהמשך פניתי לנוירולוג ילדים, שקבע בחוות דעתו כי הילד סובל מנזק מוחי חמור, עקב תשניק קשה שחוזה בלידה. "הדבר מתבטא בפיגור מוחי קשה ופיגור שכלי ללא כל סיכוי להטבה בעתיד", כתב הנוירולוג. "כל חייו הוא יזדקק לטיפול סיעודי. בגלל הטיפול הטוב שמקבל מוּנֵר מהוריו, אין קיצור של תוחלת חיים".

קביעה חשובה זו, שאין קיצור תוחלת חיים, מאפשרת לתבוע סכום פיצויים גבוה יותר, שהוא פונקציה של אורך חיי הילד הפגוע. "דרגת הנכות



שלו", קבע הרופא "הינה מאה אחוז לצמיתות. הוא מסוגל לאכול רק אוכל נוזלי, אינו שולט בצרכיו ונזקק לחיתולים כל הזמן. אינו מדבר ומבין רק דברים פשוטים ביותר...לא עומד, לא זוחל ולא מסוגל ללכת. זקוק לאינפוזיה ולקוקטייל של תרופות. בנוסף לכך, הוא בוכה רוב הזמן, ביום ובלילה, אינו יכול לישון לבד, ואמו ישנה בצמוד אליו".

בחוות הדעת של הנוירולוג הודגש הקשר הסיבתי בין מצבו של מוניה לבין רשלנות הרופאים בלידה. "הקשר הסיבתי בין הנזק המוחי לבין תהליך הלידה הוא ברור", כתב. "כשנוקד הרחם, נותקה השליה, והיילוד נפלס החוצה וטבע בחלל הבטן. למעשה, הוא היה במצב של מוות קליני מאותו רגע ועד לביצוע הניתוח הקיסרי, שנעשה באיחור. אילו היתה אבחנת הנזקים שנגרמו לילוד נעשית קודם לכן, הילד היה נולד בריא".

את תביעת הנזיקין בשם מוניה והוריו הגשתי לבית המשפט המחוזי בתל אביב-יפו, נגד שני רופאי חדר הלידה של בית החולים, נגד בית החולים ונגד קופת החולים, הבעלים שלו.

בכתב התביעה סקרתי בפירוט את השתלשלות האירועים בין כתלי בית החולים, והצגתי כמה טענות כבדות משקל אודות הרשלנות החמורה שגילו הנתבעים לאורך תהליך הלידה, והליכים נוספים שבוצעו בחוסר זהירות.

"כתוצאה ישירה מהאירועים המעידים על רשלנותם החמורה של הנתבעים", נכתב, בין השאר: "הנתבעים לא השתמשו במימונות ולא נקטו מידת זהירות שרופאים סבירים היו נוקטים באותן נסיבות, ובכך גרמו ללא ספק נזקים חמורים לתובע ולאמו. כל אחד מהמעשים והמחדלים הרשלניים, וכולם ביחד, מהווים רשלנות בפני עצמה... הנתבעים התרשלו במהלך ניהול הלידה כולה, פעלו שלא באופן מקצועי ומיומן... הנתבעים התרשלו בכך שלמרות שכל הסימנים האירו כרמזורים אדומים על הצורך בביצוע ניתוח קיסרי מיידי, לא בוצע הניתוח במועד, אלא באיחור רב, וכתוצאה מכך נגרמו לנתבעים הנזקים החמורים".

כתב ההגנה

הנתבעים הכחישו את כל הטענות והעובדות שייחסתי להם ואת ממצאי שלוש חוות הדעת של המומחים. טענתם העיקרית היתה שהם אינם נושאים בשום אחריות בגין הנזק הנוטע, וכי הנתבעים טופלו על ידם בכל השלבים במימונות ובמקצועיות, תוך התחשבות במרבית הנתונים ובנסיבות התקדמות הלידה. טענה מיוחדת שהופיעה בכתב ההגנה היתה, כי אם נגרם לתובעים נזק כלשהו, הרי הנו בבחינת סיכון הטמון בטיפול הרפואי ונוצר על ידי גורמים שאין לרופאים שליטה עליהם, ומשום כך אין לראות

בו רשלנות כלשהי.

הנתבעים הגישו שתי חוות דעת רפואיות. את הראשונה כתב רופא בכיר ממחלקת היולדות של בית חולים ממרכז הארץ. "הרופאים והמרכז הרפואי העניקו לפאטמה טיפול סביר, אחראי ומקובל", כתב הפרופסור, בין השאר. "השיקול של ביצוע לידה לדנית היה נכון, בהסתמך על ההיסטוריה המיילדותית של האישה. לא היו גורמים מיוחדים, כגון עובר גדול באופן חריג (מקרוזימיה), סוכרת הריונית או אגן צר, שרמזו על סיכון מוגבר של קרע ברחם במהלך הלידה. נהפוך הוא, אצל אישה שילדה מספר פעמים בלידות לדניות, כולל בת במשקל 4,000 גרם, ניתן לצפות לסיכון נמוך יותר. הלידה התקדמה אמנם בקצב איטי, אך הרופאים התרשמו שאין חלה התקדמות... קרע ברחם הנו סיכון קשה, אך לא קיימת כל דרך למנוע התרחשות כזו... במקרה דנן אבחנו הרופאים ללא דיחוי את הקרע הרחמי, והאישה קיבלה את הטיפול המיטבי במצב זה. יתרה מזו: בזכות מאמצי הרופאים, הם הצליחו לתקן את רחמה ולהימנע מכריתתו, תוך שמירה על פוריותה". את הסיבוכים במהלך הניתוח ובמהלך השנים שלאחר הניתוח טען הפרופסור כי ניתן לייחס לתסמונת אחרת ממנה סובלת פאטמה, ללא כל קשר לרחם.

את חוות הדעת השנייה שמטעם הנתבעים כתב נוירולוג ילדים, שלא שלל את הקשר הסיבתי בין הלידה לנזקים שנגרמו. הוא התייחס אך ורק למצבו של מוניה ולנכותו. כנראה הבין גם הוא כי כל נזקיו של מוניה נבעו מהלידה הכושלת, והעריך את תוחלת חייו של מוניה בכ-20-25 שנה.

היה ברור שהמאבק המשפטי בתיק זה יתמקד בגובה הפיצוי למוניה על פי הערכת תוחלת החיים

שלו. אני טענתי כי בזכות הטיפול המסור שמוניה מקבל מהוריו, צפויה לו תוחלת חיים רגילה. במקרה כזה מדובר על פיצוי כספי גבוה יותר, בהסתמך על מספר השנים שמוניה עשוי לחיות. האינטרס של הנתבעים, לעומת זאת, היה להקטין את הסכום ככל האפשר. לפיכך, הם טענו שתוחלת חייו של הילד עלולה להיות קצרה מהרגיל.

בסיכומי של דבר קיבלה המשפחה סכום פיצויים גבוה מאוד, תמורתו נאלצו ההורים להצהיר, בכתב הויתור והסילוק, כי הם מקבלים סכום זה "מבלי שהדבר יהווה הוכחה לחבותם של הנתבעים או לעובדה שלנתבעים נגרם נזק כלשהו".

לסיכום, כדאי אולי לציין את אחד מפסקי הדין הבולטים בתחום זה, בתביעה שהגישה עינת נירנברג נגד קופת חולים כללית בבית המשפט המחוזי בבאר שבע, קבע השופט פלפל: "הקשבה לבקשותיו של החולה היא מחובתו היסודית של הרופא, וכשם שהרופא חייב לספק למטופל מידע על סיכונים הכרוכים בטיפול, כן היתה מוטלת על הרופאים שטיפלו בתובעת חובה להתייחס לבקשתה לביצוע ניתוח קיסרי. הרופאים התרשלו בכך שלא כרו את אחזיהם לבקשותיה של היולדת ובכך שלא שקלו בכובד ראש לבצע לה ניתוח קיסרי".

(מתוך מתוך הספר "שתיקת הרופאים", מאת עו"ד אילנה זינגל, הוצאת פוקוס. שמות הרופאים והמומחים מטעם התביעה וההגנה הוצאו מהמקור)

שתיקת הרופאים

"שתיקת הרופאים" (בהוצאת פוקוס), מאת עו"ד אילנה זינגל, הוא ספר ראשון מסוגו בישראל, החושף שורה של מחדלים בכל תחומי הרפואה, שנעשו על ידי פרופסורים ורופאים ברמות שונות, וסוגו נמקרי רשלנות רפואית שבגינו נפטרו חולים או הפכו לנכים.

הספר מתאר בצורה אותנטית את מקרי הרשלנות, מנתח אותם מבחינה רפואית ומשפטית ומפרט את השתלשלות הפרשיות עד לסיום ההליכים המשפטיים, תוך כדי חשיפת הרופאים שהתרשלו ומתן פיצוי הולם לנפגעים.

בין השאר מסופר על בוגר שנפל מהמנורה של תקרת חדר הניתוח לליבה של אישה במהלך ניתוח לב פתוח (ונשאר שם), הגדלת איברי מין של גברים שהביאה להשתלת תונונים, הזרקות סיליקון לפני נשים שהיו קטלניות עבורן, הפרעת שינה שאובחנה כסכיזופרניה והביאה את המטופל להתמוטטות נפשית ופיצית, ביופסיה פשוטה שגרמה לחור בריאה של החולה ולמוות, אישה שמה שהריונה לא אובחן כתוצאה מכך מת העובר, עירוי דם נגוע באיידס שהביא למוותו של מנותח בניתוח מעקפים, דילול של עוברים תאומים שבוצע ברשלנות פושעת והביא להמתנת התאום הבריא, ועוד מקרים מסמרי שיער שטופלו משפטית על ידי עו"ד זינגל (הוצאת פוקוס, 517 עמ').

ספורטאיות - לא עשויות מברזל

האנמיה נפוצה יחסית בקרב נערות ונשים, אך שכיחותה גבוהה יותר בקרב אלו המבצעות פעילות גופנית מאומצת המלווה בשמירה על משקל גוף נמוך. בשל העובדה שרבות מהספורטאיות מוגדרות כאנמיות על פי טווחי ההמוגלובין הנורמליים של אוכלוסיה בלתי פעילה, ייתכן שיש טעם לקבוע נורמות ייחודיות עבור אוכלוסיה זו

שון פורטל, מולי אפשטיין, גל דובנוב

לא אחת, ספורטאים נאלצים להתמודד עם דרישות מחמירות שעלולות להובילם לקצה גבול היכולת, עד כדי ערעור מצב בריאותם. תופעה נפוצה שמדגימה מצב זה היא דלדול מאגרי הברזל בגוף. הברזל הוא מרכיב חיוני במולקולות ההמוגלובין, האחראית לקישור ונשיאת חמצן לרקמות, ולכן הכרחי לשם הפקת האנרגיה במסלול האירובי. מחסור בברזל הוא המחסור התזונתי של מרכיב בודד הנפוץ ביותר בארצות המערב, ושכיחותו גבוהה יותר בקרב נשים המבצעות פעילות גופנית מאומצת. בעוד שאנמיה מוגדרת כאשר ריכוז ההמוגלובין נמוך מהנורמה לקבוצת הגיל והמין, חוסר ברזל הוא מצב שבו משק הברזל מדולדל, ללא התייחסות לריכוז ההמוגלובין בדם. במקרים רבים, מידלדלים מאגרי הברזל בגוף בהדרגתיות לאורך תקופת האימונים. כמו כן נמצא כי קיים קשר בין ביצוע מאמצים גופניים והופעת אנמיה, המכונה "אנמיית ספורט".

לאנמיה אצל ספורטאים קיימות כמה סיבות, שיפורטו בהמשך, ביניהן תופעת ה"אנמיה המדומה", הנובעת מעלייה בנפח הפלזמה בעקבות מאמץ, תת תזונה לברזל, אובדן ברזל בזיעה ובמערכות העיכול והשתן ותמס-דם (המוליזה) אשר נגרם מחבלה מכנית בנימי הדם שבכפות הרגליים בזמן ריצה. מאמר זה מציג את תופעת חוסר הברזל בקרב ספורטאים בכלל וספורטאיות בפרט, בניסיון למנוע את אחת התופעות השליליות הבדדיות שעלולות להיגרם מאימון גופני מאומץ. הסיבות השונות לאנמיה מספקות רשימת אבחנה מבדלת למקרה שבו מאובחנים חוסר ברזל או אנמיה אצל ספורטאי. מתן דגש על שיפור מאזן הברזל בקרב נשים בכלל וספורטאיות בפרט, עשוי למנוע מצב של אנמיה ולתרום לשיפור הביצועים הגופניים.

אנמיה מדומה

אנמיה מדומה היא הצורה הנפוצה של אנמיה בספורטאים, וכאשר ניגשים לבירור סיבת ריכוז ההמוגלובין

נמוך בספורטאי, יש לזכור זאת. אחת מההשפעות ארוכות הטווח של אימוני סיבולת היא עלייה בנפח הפלזמה, אשר גורמת לירידה בריכוז ההמוגלובין בדם. אימון אירובי ממושך מביא לירידה בנפח הפלזמה כתוצאה מאיבוד נוזלים, וההסתגלות לאימונים מלווה בעלייה בנפח הפלזמה. תופעה זו נגרמת משחרור ואזופרסין, אלדוסטרון ורנין, המביאים לאגירת מלחים ונוזלים, והיא מתרחשת ביחס ישר לעצימות אימוני הסיבולת. נמצא כי תכנית אימון ממוצעת הכוללת ריצה קלה גורמת לעלייה של חמישה אחוזים בנפח הפלזמה. עלייה זו עשויה להופיע ולהיעלם בתוך כמה ימים מתחילת תכנית האימון ומאפיינת את תחילת עונת האימונים או עלייה בנפח האימונים.

תופעה זו מכונה, אם כן, "אנמיה מדומה", כיוון שמיהול הדם גורם לירידה בריכוז ההמוגלובין, והיא למעשה הסתגלות לדרישה המוגברת לחמצן. מסת כדוריות הדם האדומות תקינה או אף גבוהה מהרגיל, ולכן אין כאן מצב אמיתי של חוסר. למעשה, התופעה מייצגת הסתגלות חיונית למאמץ, כיוון ש"עודף" הנוזלים גורם לירידה בצמיגות הדם ולישיפור בתפוקת הלב, לעלייה בתנגודת להתייבשות וביכולת ההזעה המרבית, ואם יש תוספת של כדוריות דם אדומות – גם לעלייה ביכולת נשיאת החמצן.

יש להבדיל את תופעת האנמיה המדומה מאנמיה אמיתית, עקב הרקע השונה שלהן. במקרה של האנמיה המדומה, מאגרי הברזל תקינים ואין יתרון לטיפול בתוספי ברזל.

פעילות גופנית ומאזן הברזל

בזמן ביצוע פעילות אירובית, כגון הליכה, ריצה, שחייה או רכיבה על אופניים, רוב האנרגיה לפעילות השריר מסופקת על ידי חילוף חומרים הצורך חמצן. רמת המאמץ האירובי המרבי מוגבלת על ידי היכולת לספק חמצן לשריר ועל ידי יכולת השריר לנצל בתהליך הנשימה התאית. אספקת החמצן לשריר תלויה ביכולת

מערכת הנשימה, הלב, כלי הדם וכדוריות הדם לפעול ביעילות. כשל בכל אחד ממרכיבים אלה, למשל ריכוז ההמוגלובין בדם, שבו כאמור נמצא הברזל, עלול לפגוע בביצועים האירוביים של ספורטאים בריאים. במצב תקין, גוף האדם נוהג בחסכנות יתרה כלפי מאגרי הברזל שבו, על ידי מערכת מחזור יעילה, וכמות יומית קטנה מאוד מספיקה לכיסוי האובדן. גבר בוגר מאבד 1 מ"ג ברזל ליום דרך השתן, העור ומערכת העיכול, ואילו בקרב נשים, האובדן הממוצע הוא כפול בשל המחזור החודשי. כדי שמאזן הברזל יישמר תקין, על כמות הברזל הנספגת מהמזון להשתוות או להיות גבוהה יותר מהכמות המופרשת מהגוף.

אצל ספורטאים מתקיימים כמה גורמים ייחודיים לאיבוד ברזל, התלויים באופי הפעילות ובאורח חייו של הספורטאי. מספר הסברים קיימים לחוסר ברזל אצל ספורטאים,

חלקם קשור לצריכה או ספיגה מופחתות, והאחרים קשורים לכמה מנגנוני אובדן מוגבר. שלוש קבוצות נמצאות בסיכון מוגבר: רצים למרחקים ארוכים, צמחוניים ונשים.

ברזל בתזונה? לא מספיק

מחסור בברזל הוא המחסור התזונתי הנפוץ ביותר בארצות המערב. ירידה בכמות הברזל בגוף גוררת שינויים הדרגתיים במדדים שונים אשר ניתנים למדידה בנסיוב, וכך ניתן לעמוד על חומרת החוסר. בתחילה יש דלדול של מחסני הברזל בלבד, הנמדדים על ידי רמות פריטין, ובשלבם המתקדמים יותר תופיע האנמיה האופיינית. המקור היחידי לברזל "חדש" לגוף הוא המזון, ומכאן חשיבותו הרבה. חוסר תזונתי בברזל, בויטמין B12 או בחומצה פולית הוא הגורם העיקרי לייצור מופחת של המוגלובין וכדוריות דם אדומות.

צריכת הברזל היומית המומלצת לנערות ולנשים בוגרות היא 15 מ"ג ליום, ואילו לנשים לאחר הפסקת המחזור ולגברים, הכמות המומלצת היא 10 מ"ג ליום. התזונה המערבית הממוצעת כוללת כ-6 מ"ג ברזל עבור כל 1,000 קק"ל, ומכאן עולה כי בממוצע נשים זקוקות ל-2,500 קק"ל על מנת לספק לעצמן את מלאי הברזל הדרוש. ספורטאיות רבות ניזונות מכ-2,000 קק"ל ליום או אף פחות מכך, ובמיוחד אלו הנוטלות חלק בענפי ספורט המחייבים משקל גוף נמוך. כך, יחד עם חסרים תזונתיים נוספים, כמו סך אנרגיה או סידן, מופיע הסיכון לחוסר ברזל. נמצא כי בקרב רצות בוגרות למרחקים ארוכים, אשר צריכת הברזל היומית הממוצעת שלהן היתה 12.5 מ"ג ליום, היו מאגרי ברזל נמוכים ב-80 אחוז מהמקרים, ללא ירידה בריכוז ההמוגלובין. גם אם כמות הברזל הנוצר מספקת, עליו להיקלט

דרך תאי המעי אל הגוף. בהקשר הזה ידוע כי רק עד חמישה אחוזים מהברזל ממקור צומח נספג בגוף, לעומת עד 35 אחוז מברזל שמקורו בבשר אדום, לדוגמה. נמצא כי ספורטאיות רבות הסובלות מחוסר ברזל ניזונות מתפריט צמחוני, העני בברזל זמין. גורם נוסף הקשור לספיגת הברזל הוא הרכב הארוחה הנולונית: בשר ויטמין C מעודדים ספיגת ברזל, ואילו תרכובות צמחיות רבות, כולל קפה ותה, מעכבות את ספיגתו מהמזון.

בתגובה לחוסר בברזל עולה בדרך כלל יכולת ספיגתו על ידי תאי המעי. אולם, קיימות מספר עדויות המצביעות על דיכוי תגובת פיצוי זו אצל ספורטאים. בקרב רצי סיבולת עם מחסור בברזל, יכולת ספיגת הברזל היתה 16 אחוז, לעומת קבוצת אנשים לא פעילים עם מחסור בברזל שהראו יכולת ספיגה של 30 אחוז. לא ברורה הסיבה לירידה זו ביכולת ספיגת הברזל בספורטאים.

מאבדים ברזל

מערכת העיכול – דימומים במערכת העיכול, רובם סמויים, הם תופעה נפוצה בקרב רצי סיבולת. במחקרים שונים שנעשו לבדיקת התופעה נמצא כי ננתן הרצים בעלי דם סמוי חיובי בצואה לאחר תחרויות נע בין שמונה אחוזים ל-85 אחוז מכלל הרצים. לאחר תחרות, דם גלוי בצואה נמצא בקרב שני אחוזים מרצי מרתון וטריאתלון. עוד נמצא כי הדימום נפוץ יותר לאחר תחרויות לעומת אימונים, וקשור כנראה לעצמות המאמץ וללחץ הנפשי. מחקר מ-1991 הראה כי נשים אשר הוציאו בפעילות גופנית יותר מ-600 קק"ל ליממה, איבדו מ"ג אחד של ברזל מדי יום דרך מערכת העיכול. הדם ממערכת העיכול הוא כנראה כתוצאה מהיצרות כלי הדם, אשר נמצאה כמפחיתה את אספקת הדם למעי בכ-80 אחוז במהלך מאמץ ארוך. עוד נמצא כי ספורטאים החווים תסמינים של מערכת העיכול במאמץ, כגון שלשול והתכווצויות, סובלים מאיבוד דם רב יותר, כנראה עקב תנועת המעי בחלל הבטן. גם השימוש בתרופות כגון נוגדי דלקת וסטרואידים אנאבוליים עלול להגביר את איבוד הדם דרך מערכת העיכול.

מערכת השתן – אתר נוסף לאובדן ברזל הוא מערכת השתן, שדרכה אובד המוגלובין לאחר תמס-דם, או אף תאי דם אדומים שלמים. תופעה זו, הנקראת מטוריה, אופיינית לענפי ספורט הכרוכים במגע גופני (עקב חבלות בכליה) ולספורטאי סיבולת (עקב נזקים זעירים כתוצאה מחבטות שאותן סופגת שלפוחית השתן במהלך הריצה). מנגנון נוסף הפועל אצל ספורטאי סיבולת וגורם לאובדן ברזל הוא ירידה בזרימת הדם לכליה במהלך פעילות גופנית, כדוגמת הירידה באספקת הדם למערכת העיכול, הגורמת

לאי-ספיקה כלייתית זמנית ולנזק היפוקסי (חוסר בחמצן). כמו כן, היצרות כלי הדם בכליה עלולה לגרום להגברת לחץ הסיון בגלומרולוס, האברון האחראי לסיון בכליה, לסיון יתר של חלבונים (אלבומין, המוגלובין) ולהגברת נוכחות כדוריות דם אדומות בשתן. נראה כי יש קשר בין תופעה זו לעצמות האימון וכי היא הפיכה.

זיעה – הזעה היא דרך נוספת לאיבוד ברזל. נמצא כי אובדן הברזל הממוצע בזיעה בקרב רצות במהלך אימון הוא 0.28 מ"ג לשעת מאמץ. כמות הברזל המופרש בזיעת אדם לא פעיל אמנם קטנה, אך נמצא כי בקרב ספורטאי סיבולת אובדן הברזל מגיע ל-2 מ"ג במהלך הפעילות, בשל ההזעה הרבה

המחזור החודשי הוא המקור העיקרי לאיבוד ברזל בקרב נשים פעילות ושאינן פעילות. נפח הדם הממוצע שאובד בתקופת הווסת הוא 34 מ"ל ביום (בטווח של 1.6 ועד 200 מ"ל בכל תקופת המחזור), ונדרשת כמות של כחצי מ"ג ברזל על מנת להשלים אובדן זה. נשים המאבדות מעל 60 מ"ל דם ביום חשופות יותר למחסור בברזל. שיטות למניעת הריון עשויות להשפיע על איבוד הדם במהלך תקופת המחזור: שימוש בגלולות נגד הריון עשוי להקטין את איבוד הדם ב-50 אחוז, ואילו שימוש בהתקן תוך רחמי עלול להכפיל את אובדן הדם

במהלך האימונים. דרך זו מהווה כחמישית מכלל איבוד הברזל.

תמס-דם (המוליזה) – תמס-דם הוא פיצוץ של כלי דם מיקרוסקופיים. במהלך ריצה ממושכת, למשל, נגרמים נזקים ליניי הדם בכך הרגל כתוצאה מהמפגש עם הקרקע, שבעטיים נשברות כדוריות הדם האדומות. תופעה זו מכונה Foot-Strike Hemolysis. כאשר ריכוז ההפטוגלובין בנסיוב יורד (חלבון המוביל המוגלובין מהדם לשם מיחזור בכבד), יש חשד כי מדובר בתמס-דם. עודפי ההמוגלובין שלא נקשרו מופרשים בשתן, וכך יוצא הברזל מהגוף כאובדן.

במחקר שנעשה בקרב שחקני כדורגל מקצוענים נמצא כי ריכוזי ההפטוגלובין במהלך עונת האימונים היו נמוכים משמעותית בהשוואה לקבוצת הביקורת, ממצא המעיד על תמס-דם. ריצה על משטחים

הגדרת ריכוז ההמוגלובין מסוים כבלתי תקין (למשל, מתחת 12 גרם / דציליטר לנשים) נעשית על סמך ערכים ממוצעים של אוכלוסיה כללית. אין התייחסות לשינוי בריכוז לאורך זמן אצל הפרט הבודד. כיוון שתקופת אימונים מלווה בשינויים בנפח הדם ובמאזן הברזל, יש להשוות את ריכוז ההמוגלובין של נבדקת בזמן אימונים לגבול התחתון שלה עצמה, כפי שנמדד בתקופת הפגרה ללא השפעת האימונים

קשים ובנעליים לא מתאימות תחמיר תופעה זו, ולכן מומלץ לשים דגש על מסלול ריצה נוח כגון חול, אדמה או דשא וכן על שימוש בנעליים בעלות יכולת ספיגת זעזועים.

בענפים שבהם יש נשיאת משקל הגוף, נמצא יחס ישר בין קצב תמס-הדם לבין משקל הגוף: מחקר שהתפרסם ב-1998 השווה בין רמות הפריטין, המעיד על רמת מחסני הברזל, בתחילת עונת האימונים לבין תקופה שבה בוצעו אימונים עצימים. המחקר מצא כי ירידת הפריטין בקרב חותרות, המבצעות מאמץ ללא נשיאת משקל גוף, היתה קטנה יותר בהשוואה לירידה שנצפתה בכדורסלניות, אשר נושאות את משקל גופן ואשר ירידה ממוצעת של 25 אחוז בהשוואה לתחילת העונה. מנגנון אפשרי נוסף שעלול לגרום להמוליזה הוצע על ידי קרלסון ומודסלי (Carlson & Mawdsley) אשר גרסו כי אימון גופני עצימים, במיוחד בתחילת עונת האימונים, שבה עדיין אין הסתגלות לעומס, גורם לשחרור אדרנלין אשר משפיע על הטחול להפריש חומר "המוליטי" המגביר את שבירות כדוריות הדם.

חיידק H. Pylori – גורם נוסף לאנמיה בקרב ספורטאים הוא זיהום בחיידק H. Pylori. במחקר מ-2001 שנערך בקרב נערות ספורטאיות, נמצא כי שכיחות הזיהום בחיידק היתה כפולה לעומת קבוצת הביקורת, וכי החיידק העלה פי שלושה את הסיכון לאנמיה מחוסר ברזל. מנגנון האנמיה כאן אינו ברור, ולא נראה כי מדובר בתת ספיגה לברזל או לדימום במערכת העיכול.

ספורטאיות בסיכון מוגבר

בארה"ב נמצא כי שכיחות חוסר ברזל ללא אנמיה בקרב האוכלוסיה היא כ-30 אחוז בנשים ו-39 אחוז בקרב נערות מתבגרות, ואילו שכיחות אנמיה על רקע חוסר ברזל בקרב שתי הקבוצות קטנה משישה אחוזים. האנמיה נפוצה יחסית בקרב נערות ונשים, אך שכיחותה גבוהה יותר בקרב אלו המבצעות פעילות גופנית מאומצת המלווה בשמירה על משקל גוף נמוך. כמו כן, יש עדויות כי מאזן הברזל בקרב נשים ספורטאיות נמוך מזה של נשים שאינן פעילות. במחקרים שנערכו בקרב ספורטאיות ושיחיינויות מתבגרות הודגמה שכיחות גבוהה יחסית של אנמיה על רקע חוסר ברזל (עד כ-20 אחוז),

במיטוכונדריון, וחוסר בברזל עלול לפגוע בתפקודם התקין ובקצב אספקת האנרגיה לשירי הפעיל. ירידה שכזו גורמת להפחתה בשחרור האנרגיה דרך המסלול האירובי ולהגברת ייצור חומצת חלב דרך המנגנון האנאירובי. הירידה בפעילות מעגל קרבס עלולה להוביל לתסמינים נוספים, כגון ירידה ביכולת ביצוע מאמץ, כאבי ראש, עייפות, שינויים בתאבון והתכווצויות שרירים, המאפיינים גם מצבי אנמיה. כפי שיוצג מטה, מתן ברזל במקרי חוסר גם ללא אנמיה יכול לשפר את יכולת הביצוע במאמץ.

על מנת לבצע מאמץ מרבי ביעילות, על כל מרכיבי מערכת הובלת החמצן מהאוויר החיצון ועד לשרשרת העברת האלקטרונים לפעול ביעילות מרבית. בנוכחות אנמיה, ישנה פגיעה בביצועים אירוביים ממושכים, וערכי צריכת חמצן מרבית (צח"מ – מדד ליכולת ביצוע מאמץ אירובי) נמוכים ב-20 אחוז מהתקין. בנוסף, ישנה ירידה בהספק המכני ובסבולת האירובית, ולכן עליה בחילוף החומרים האנאירובי, בריכוז חומצת החלב ובעייפות בזמן מאמץ. ממצאים כגון אלה חייקו את הסברה כי אנמיה מהווה מגבלה משמעותית לספורטאי סיבולת הנדרשים לפעול בעצימות גבוהה.

איתור ואבחנה של חוסר ברזל

בדיקה לאיתור חוסר ברזל, הנערכת על בסיס שנתי כחלק ממערך הבדיקות המקדימות לעונת האימונים, מומלצת לכל ספורטאית, וזאת בשל שכיחות התופעה. אם הדבר אינו בר ביצוע, יש להעדיף בדיקות לספורטאיות הנמצאות בקבוצות סיכון ללקות בחוסר ברזל, כגון צמחוניות, בעלות דמם וסתי רב או אצניות למרחקים ארוכים.

במקרה של אנמיה, יש לשלול ראשית אנמיה מדומה, ולכן ניתן לחזור על ספירת דם לאחר שלושה עד חמישה ימי מנוחה, ולצפות כי השפעת המיהול תיעלם. כאשר מתעורר חשד לאנמיה על רקע חוסר ברזל, יש לתשאל את הספורטאית לגבי הרכב התזונה ושימוש בתוספים, איתור דימומים בהפרשות, שינויים קיצוניים בתכנית האימון וכן שימוש בתרופות נוגדות דלקת המגבירות שכיחות של דמם מדרכי העיכול.

בבדיקות המעבדה תבוצע בדרך כלל ספירת דם כללית, עקב זמינותה. אולם, אנמיה היא שלב מתקדם של חוסר ברזל, ואילו בעבודה עם ספורטאים המטרה היא לזהות זאת קודם. ריכוז הפריטין הוא סמן מעבדתי חשוב: רמה נמוכה מ-12 ננוגרם / מ"ל מייצגת ריקון מוחלט של מאגרי הברזל. רמת פריטין בנסיוב תהיה נמוכה בשלבים מוקדמים של חוסר ברזל, עוד לפני הופעת האנמיה, וכמובן שתהיה נמוכה בעת אנמיה מחוסר ברזל. ריכוז הפריטין מהווה מדד מהימן ומספק לאבחון ברוב המקרים,

ושכיחות גבוהה אף יותר למצבי חוסר ברזל ללא אנמיה (עד כ-60 אחוז). במחקר עדכני שנערך במכון וינגייט בקרב ספורטאים וספורטאיות בגילאי 12-18, הראו הספורטאיות מאגרי ברזל מדולדלים בכ-30 אחוז יותר בהשוואה לקבוצת הביקורת.

במחקר אחר, שנערך בקרב שחקניות הוקי, נמצאה ירידה מתמשכת בערכי הפריטין לאורך עונת האימונים, וחזרה לערכים נורמליים בתקופת הפגרה. ממצאים אלה חוזקו במחקר שבו עקבו אחרי קבוצת כדורגל נשים מקצוענית. מחקר נוסף, שנערך בקרב תלמידי מכללה, מצא כי 20 אחוז מהספורטאיות ו-16 אחוז מהספורטאים סבלו מחוסר ברזל ללא אנמיה לאורך תקופת התחרויות.

המנגנונים העיקריים לחוסר ברזל אצל נשים, בנוסף לשאר המנגנונים האפשריים שתוארו, הם איבוד הדם בעת המחזור החודשי וצריכה נמוכה יחסית של ברזל בתזונה (עקב בחירת מזון שונה לעומת גברים או עקב שכיחות מוגברת של הפרעות אכילה).

המחזור החודשי הוא המקור העיקרי לאיבוד ברזל בקרב נשים פעילות ושאין פעילות. נפח הדם הממוצע שאובד בתקופת הווסת הוא 34 מ"ל ביום (בטווח של 1.6 ועד 200 מ"ל בכל תקופת המחזור), ונדרשת כמות של כחצי מ"ג ברזל על מנת להשלים אובדן זה. נשים המאבדות מעל 60 מ"ל דם ביום חשופות יותר למחסור בברזל. שיטות למניעת הריון עשויות להשפיע על איבוד הדם במהלך תקופת המחזור: שימוש בגלולות נגד הריון עשוי להקטין את איבוד הדם ב-50 אחוז, ואילו שימוש בהתקן תוך רחמי עלול להכפיל את אובדן הדם. ניתן היה לצפות, אם כן, כי אצל ספורטאיות עם אל-וסת (חוסר מחזור חודשי) תהיה שכיחות נמוכה יותר במחסור בברזל, אולם במחקר אשר נערך בקרב רצות מרתון נמצא כי השכיחות היתה דווקא גבוהה יותר בהשוואה לספורטאיות בעלות תקופת מחזור סדירה. ההסבר לכך הוא כנראה תת תזונה לברזל בקרב אותן נשים עם אל-וסת, דבר המדגים את החשיבות הנוספת של צריכת הברזל.

האם מצב של חוסר ברזל ללא אנמיה פוגם בביצועים גופניים? דלדול מאגרי הברזל, עוד בטרם תופיע פגיעה ברמת ההמוגלובין, אכן עלול לפגום בתפקוד הגופני: מספר תססים המכילים ברזל מצויים במעגל קרבס ובשרשרת העברת האלקטרונים

אף על פי שקיימים מדדים המטולוגיים רגישים יותר לחשיפת מחסור בברזל. ערכי הפריטין עשויים להשתנות במצבים זיהומיים ודלקתיים, במחלות כבד ועוד, לכן יש להביא זאת בחשבון בעת ביצוע הבדיקה. פעילות גופנית עצמה עשויה להשפיע על רמות הפריטין ומדדי הברזל האחרים בנסיוב: במהלך אימונים עצימים, רמות הפריטין יורדות ואילו ריכוז הברזל בסרום ורוויית הטרוספרין (חלבון הקושר ברזל ומעיד על מצב הברזל בדם) עולים. מצב זה הפיך לאחר הפסקת האימונים. לכן, רצוי למדוד את רמות הסמנים השונים לפני העונה, על מנת לאפשר השוואה לקו הבסיס בהמשך.

הגדרת ריכוז ההמוגלובין מסוים כבלתי תקין (למשל, מתחת 12 גרם / דצליטר לנשים) נעשית על סמך ערכים ממוצעים של אוכלוסיה כללית. אין התייחסות לשינוי בריכוז לאורך זמן אצל הפרט הבודד. כיוון שתקופת אימונים מלווה בשינויים בנפח הדם ובמאזן הברזל, יש להשוות את ריכוז ההמוגלובין של נבדקת בזמן אימונים לגבול התחתון שלה עצמה, כפי שנמדד בתקופת הפגרה ללא השפעת האימונים. לדוגמה, ריכוז המוגלובין "תקין" של 13 גר' / ד"ל, שטכנית נמצא בתחום הנורמלי, עלול לייצג "אנמיה" יחסית עבור ספורטאית בעלת גבול אישי תחתון של 13.5 גר' / דל, ואנמיה זו עשויה להגיב לטיפול בתוספת ברזל.

רמות הפריטין וריכוז ההמוגלובין מהווים מדדים מהימנים לאבחנת חוסר ברזל עם או בלי אנמיה. השימוש במדדים נוספים נועד לקבוע אם השינוי במאזן הברזל בגוף מקורו משינויים פיזיולוגיים החלים בעקבות האימון הגופני או מגורם אחר.

טיפול ותוספי ברזל

בעקבות שימוש בתוספי ברזל מופיעים שיפור בריכוז ההמוגלובין וכן שיפור ברמת הביצוע באוכלוסיית ספורטאיות הסובלות מחוסר ברזל, אנמיות ולא אנמיות. לדוגמה, במחקר שבו נבדקה השפעת תוספת ברזל על יכולת ביצוע מאמץ בקרב ספורטאים וספורטאיות בעלי חוסר פריטין, אך ללא אנמיה, נמצא כי 12 שבועות טיפול הביאו לשיפור ביכולת ביצוע מאמץ אירובי, ללא שיפור באחוז הרטיקולוציטים (כדוריות דם צעירות, סימן לחידוש מהיר שיכול להעיד על הרס שהתרחש) או במדדים המטולוגיים אחרים. ההשפעה היתה דומה בשני המינים ולא נראה כי נבעה משינוי ביכולת נשיאת החמצן בדם, אלא מניצול מוגבר שלו בשירה עם זאת, מחקרים אחרים מורים כי אין שיפור ביכולת ביצוע מאמץ, וייתכן שאי ההסכמה נובעת מהבדלים מתודולוגיים: באוכלוסיות, במינונים, בסוג התוסף, במשך השימוש או בהבדלים בפעילות הגופנית או בתזונה.

צריכת הברזל היומית המומלצת לנערות ולנשים בוגרות היא 15 מ"ג ליום, ואילו לנשים לאחר הפסקת המחזור ולגברים, הכמות המומלצת היא 10 מ"ג ליום. התזונה המערבית הממוצעת כוללת כ-6 מ"ג ברזל עבור כל 1,000 קק"ל, ומכאן עולה כי במוצא נשים זקוקות ל-2,500 קק"ל על מנת לספק לעצמן את מלאי הברזל הדרוש. ספורטאיות רבות ניזונות מכ-2,000 קק"ל ליום או אף פחות מכך, ובמיוחד אלו הנוטלות חלק בענפי ספורט המחייבים משקל גוף נמוך

טיפול בחוסר ברזל כולל מתן תכשירי ברזל, כיוון שקשה מאוד להגיע לצריכת ברזל מספקת דרך המזון בלבד. המינון המקובל לטיפול באנמיה נע בין 50 ל-100 מ"ג ברזל. קצב העלייה הצפוי של רמת ההמוגלובין הנו 1 גר' / דל לאחר ארבעה-שישה שבועות, ותיקון ניכר בריכוז מתקבל לאחר כחודשיים. בספורטאיות, יש להגיע עד רמת פריטין של 20 ג' / מ"ל בתוך מספר ימים תופענה כדוריות דם צעירות בדם ההיקפי, ממצא העשוי להתקיים כמה חודשים עד למילוי מאגרי הברזל.

במקרה של זיהום בחיידק H. Pylori, סילוק החיידק על ידי טיפול מתאים, ללא תוספת ברזל, שיפר גם את מאזן הברזל והמדדים המטולוגיים.

למרות שאין ודאות כי חוסר ברזל בקרב ספורטאיות ללא אנמיה גורם לפגיעה בביצועים הגופניים, מומלץ לתת תוספת ברזל לאוכלוסיה זו, כיוון שלעיתים קשה לזהות אותן נשים בעלות אנמיה "יחסית" – אלו אשר גבול ההמוגלובין התחתון שלהן גבוה מהתקין באוכלוסיה. נמצא כי נשים רבות הסובלות מחוסר ברזל שהוערכו כלא-אנמיות הגיבו לטיפול בברזל, והראו עלייה בריכוז ההמוגלובין, שהביאה לשיפור ההישג. עם זאת, אין המלצה למתן תוספי ברזל לכלל הספורטאים.

מניעה

כיוון שמחסור בברזל עשוי לפגוע בתפקוד ובביצועים הגופניים, וכיוון שהטיפול בו עשוי להיות ממושך ובעל תופעות לוואי, יש לנסות ולהקטין את ממדי התופעה. החוקר ד. פטרסון (Peterson) גרס כי תופעת חוסר הברזל ניתנת לצמצום במספר דרכים: צריכת ברזל שמקורו בבשר אדום עשויה להגביר את

זמינותו הביולוגית של הברזל במעי. לספורטאיות צמחוניות המתנגדות לתוספת בשר לתפריטן, אין מנוס מפני שימוש בתוסף ברזל כלשהו. כיוון שחלבון מן החי מגביר את קליטת הברזל מן המזון באופן כללי, מומלץ לשלב עוף או פירות ים יחד עם שעועית או אפונה. חומצה אסקורבית (ויטמין C), הנלקחת יחד עם המזון, עשויה אף היא להגביר את קליטת הברזל ממנו. חומצה טנית המצויה בקפה או תה, לעומת זאת, עשויה להוריד את ספיגת הברזל. תוספת ברזל הניתנת שלוש פעמים בשבוע עשויה לסייע לספורטאיות אשר אינן מסוגלות לבצע שינויים מספקים בתפריט, להעלות את צריכת הברזל השבועית הכוללת.

עבור נשים הנוטות לדמם וסתי רב, ניתן להמליץ על שימוש בגלולות למניעת הריון או על הימנעות משימוש בהותקן תוך-רחמי. יש להימנע מתרופות אשר עלולות לפגוע במשק הברזל, ויש להעדיף ריצה עם גלילים טובות על פני משטח שאינו קשה, לצמצום תופעת תמס הדם.

לסיכום, חוסר ברזל הוא מחסור תזונתי נפוץ ביותר באוכלוסיה המערבית, בנשים בכלל ובקרב ספורטאיות בפרט. קיים סיכון מוגבר לחוסר ברזל ולאנמיה לנשים העוסקות בספורט מאומץ. סיכון זה נובע משילוב של כמה מנגנונים: אובדן מוגבר דרך מספר אזורי גוף, ובמיוחד בעקבות המחזור החודשי, והכנסה מופחתת עקב תת תזונה לברזל. יש לזכור כי אנמיה מדומה היא הסיבה השכיחה לריכוז המוגלובין נמוך בקרב ספורטאים. במקרים מסוימים, ספורטאיות עלולות ללקות באנמיה סמויה – ריכוז המוגלובין נמוך יחסית לעצמן – אך בטווח הנורמה באוכלוסיה הכללית. בשל העובדה שספורטאיות רבות מוגדרות כאנמיות על פי טווחי ההמוגלובין הנורמליים של אוכלוסיה בלתי פעילה, ייתכן שיש טעם לקבוע נורמות ייחודיות עבור אוכלוסיה זו, אשר יהיו תלויות במין, בגיל, בענף הספורט ואולי אף ברמת האימון ובאופי תקופת האימונים או הפגרה. לחלופין, אפשר להסתפק בהשוואת מדדים המטולוגיים של כל ספורטאית במהלך העונה לאלו שנמדדו אצלה בתקופת הפגרה, המשקפים את המצב התקין שלה.

שון פורטל, פיזיולוג, מולי אפשטיין – פיזיולוג, ראש מדור שירותים מדעיים לספורטאי הישג, המרכז הרפואי ע"ש ריבשטיין, מכון וינגייט; גל דובנוב – המחלקה למטבוליזם ולתזונה האדם, בית הספר לרפואה, האוניברסיטה העברית, ירושלים