

Review



מגזין מכון תנובה למחקר

גיליון 7 ספטמבר 2002

בריאות האישה:

עבר, הווה ועתיד
ד"ר איימי אבגר

מחלת לב כלילית -
ההיבט הנשי
ד"ר מדי מוראל

השלכותיה של התזונה
על מצבי בריאות של
נשים בגיל המבוגר
דפנה נתן

טיפול הורמונלי חלופי
בגיל המעבר-עובדות
ודילמות, עדכון 2002
ד"ר ברי קפלן

"אין רזה מדיו":
בעיות האכילה של
הנשים הישראליות -
מחקר ראשון בישראל
ד"ר מרגורי פיינסן



משולחן המערכת

תוכן העניינים

- 3** בריאות האישה: עבר, הווה ועתיד
ד"ר איימי אבגר
- 6** מחלת לב כלילית - ההיבט הנשי
ד"ר מדי מוריאל
- 10** השלכותיה של התזונה על מצבי בריאות של נשים בגיל המבוגר
דפנה נתן
- 14** טיפול הורמונלי חלופי בגיל המעבר - עובדות ודילמות, עדכון 2002
ד"ר ברי קפלן
- 18** "אין רזה מדי!": בעיות האכילה של הנשים הישראליות - מחקר ראשון בישראל
ד"ר מרגזרי פיינסן
- 21** תיאור מקרה
- 22** פורומים
- 24** כנסים 2002-2003

המגמה לבדל את הטיפול בבריאות האישה במערב החלה בביקורת פמיניסטית נוקבת על הגישה הרפואית הפטריארכלית, שנקודת המוצא שלה הוא הגבר.

בשנים האחרונות חלה התקדמות בגישה של הרפואה לבריאות האישה מביקורת פמיניסטית להדגשה של ערכים נשיים בתחום הבריאות, תוך שימת דגש על הגדרות מיוחדות של בריאות וחולי במושגים נשיים. הרפואה הגניקולוגית הקלאסית מתמקדת בעיקר בפסיולוגיה ובהגדרות רפואיות של בריאות וחולי של האיברים הנשיים. בשונה ממודל קלאסי זה המושג "בריאות האישה" מרחיב את תפיסת הבריאות מעבר להתמקדות זו גם בהיבטים הייחודיים לבריאות נשים, כולל גם רווחת הגוף והנפש, וכולל גם רווחה חברתית ותרבותית. בריאות האישה במובנה הרחב נקבעת גם ע"י ההקשר החברתי הפוליטי והכלכלי בחייהן של נשים.

בגליון הנוכחי של מגזין REVIEW בחרנו בנושא חשוב זה - בריאות נשים, להתמקד במספר היבטים הבוחנים את הייחוד של נשים במערכת הבריאות כבנות אדם, כחולות וכצוות רפואי.

כבכל שנה, גם השנה מכון תנובה למחקר שמח להזמין אתכם, חוקרים ומומחים בנושאי תזונה וטכנולוגיה, להגיש הצעות מחקר לקבלת מלגות במטרה לקדם את המחקר בישראל. פרטים נוספים וטפסי בקשה תוכלו למצוא באתר האינטרנט של מכון תנובה למחקר.

בברכת שנה טובה,

פרופ' זמיר הלפרן

יו"ר הועדה המדעית

מכון תנובה למחקר

Review

מגזין מכון תנובה למחקר



עורכת ראשית: טליה לביא
עורכת משנה: רותי אבירי
יועץ מדעי: פרופ' זמיר הלפרן
מידענית: הדס אביבי
מנהלת הפרוייקט: נגה שוורץ
הפקה: פרומרקט

כתובת למכתבים: מכון תנובה למחקר, דרך מנחם בגין 2, ת.ד. 2525 רחובות 76123. טל: 08-9444265

בקרו באתר האינטרנט שלנו: www.tnuva-research.co.il



בריאות האישה: עבר, הווה ועתיד

ד"ר איימי אבגר,
מנכ"ל האגודה לקידום בריאות נשים

לנשים בישראל תוחלת חיים קצרה יותר ושיעור היארעות גבוה יותר של מחלות לב וסרטן לעומת נשים במדינות מערביות אחרות. לעומת זאת, תוחלת החיים של הגברים בישראל ארוכה יותר ובריאותם טובה יותר בהשוואה לגברים במדינות אחרות במערב. הנשים בישראל, בדומה לנשים בעולם כולו, חולות יותר מגברים, מבקרות אצל רופאים לעתים יותר תכופות, צורכות יותר תרופות, במיוחד יותר תכשירים פסיכותרופיים. מצב זה דורש חשיבה מחודשת באשר לחינוך לבריאות וארגון מחדש של מערכת הבריאות בכללותה, במטרה לתת לבריאות האישה את המקום הראוי לה, וכדי לאפשר למערכת לתת מענה נאות לאתגרים המיוחדים שבריאות האישה מעמידה בפניה.

הדגם דורש חשיבה מחודשת באשר לחינוך לבריאות וארגון מחדש של מערכת הבריאות בכללותה, במטרה לתת לבריאות האישה את המקום הראוי לה בתחום המחקר, ההכשרה של כוח האדם והעבודה המעשית. כל זאת, כדי לאפשר למערכת לתת מענה נאות לאתגרים המיוחדים שבריאות האישה מעמידה בפניה.

תנועה לבריאות האישה

התנועה לבריאות האישה קמה בארה"ב בשלהי שנות ה-60. תחילתה הייתה במידה רבה תולדה של הכפפה הולכת וגוברת של תהליכים פסיכולוגיים בחיי האישה לממסד רפואי, אשר הפך תהליכים טבעיים בחיי האישה כמו: מחזור, הריון ומנופאוזה לנושא הדורש התערבות רפואית. התנועה הייתה ניסיון מצד הנשים להחזיר לעצמן את השליטה על גופן, כפי שהדבר משתקף בספר "גופנו עצמנו" (1), שהתפרסם ב-1973 ושהיווה ציון דרך חשוב במאבק התנועה. מטרת התנועה הייתה, מעל הכול, להפיץ מידע רפואי לנשים, אשר בתקופה זו לא היה נגיש. פתיחתן של מרפאות לנשים, המופעלות על ידי נשים, ופרסום של כמות אדירה של מאמרים, דיווחים וספרים הדנים בבריאות האישה, הציבו אתגר לדגם הרפואי המסורתי, שנוצר על ידי גברים, התבסס על גברים ונועד לגברים. טענה מרכזית של התנועה הייתה, שבריאות האישה הוזנחה בצורה חמורה הן במעשה והן במחקר, מפני שהיא הופקדה בידי העוסקים בתחום ההתמחות הצר של רפואת הנשים (2). על כן הוצע דגם ביו-חברתי חדש המבוסס על גישה כוללת ומקיפה לבריאות האישה ולרווחתה (3).

הדגם הביו-חברתי מבוסס על גורמים ביולוגיים, חברתיים ופסיכולוגיים, המשפיעים על הבריאות ועל החולי כגון: מצב חברתי-כלכלי, אלימות במשפחה, ניצול מיני ועומס יתר של מטלות.

התנועה לבריאות האישה בישראל

הניצנים של התנועה לבריאות האישה הופיעו בישראל באיחור של כשני עשורים לעומת המקבילה שלה בארה"ב, והובילו אותה בעיקר נשים ממוצא אמריקאי. רק בשנת 1991 התקיים בישראל הכנס הראשון בנושא בריאות האישה, שאורגן על ידי שדולת הנשים.

מספר בלתי מבוטל של אנשי רפואה מובילים לא נענו להזמנה לקחת בו חלק, מתוך טענה שאין כל הבדל בין בריאות האישה לבין בריאותו של הגבר.

עם זאת, בכנס באו לידי ביטוי בפעם הראשונה ההבדלים המשמעותיים שבין מצב בריאות הגברים והנשים בישראל (4). נמצא, כי לנשים בישראל תוחלת חיים קצרה יותר ושיעור תחלואה גבוה יותר של מחלות לב וסרטן, בהשוואה לנשים במדינות מערביות אחרות. מצב הפוך תואר לגבי הגברים: תוחלת החיים שלהם יותר ארוכה ובריאותם יותר טובה בהשוואה לגברים



ההבדלים בין המינים אינם מסתכמים רק בתחום האבחנה והטיפול של מחלות לב, הם נמשכים גם בהליכי השחרור והשיקום. דייר יעקב קליין מבית החולים שערי צדק דיווח (9), כי בהשוואה לגברים, הנשים מקבלות פחות ייעוץ לגבי שיקום לב כשהן עוזבות את בית החולים (26% לעומת 72% של גברים), ומופנות פחות לתכניות שיקום לב (18% לעומת 68% בהתאמה). אף כאן מסתמנת ההטיה בשל גיל בנוסף לזו בגין מין, כאשר 60% של כל המשתתפים בתכניות אלה הם בגיל שבין 45 ל-65.

החינוך הרפואי וההתמחות

למרות הצטברות מאגר נתונים מרשים בעשרים השנים האחרונות, על הבדלים בין המינים, תכניות הלימוד וספרי הלימוד בבתי הספר לרפואה עדיין מבוססים על דגם גברי. בישיבה מיוחדת של הוועדה למעמד האישה, בראשותה של חברת הכנסת יעל דיין במאי 2002, התבקשו ראשי החוגים לרפואת המשפחה של בתי הספר לרפואה להתייחס לתוכניות הלימודים. מסתבר, שלנושא "אלומות במשפחה" מוקדשות רק 30 דקות לימוד במשך שש שנות הלימוד של סטודנטים לרפואה, אין אף קורס הדן בבריאות האישה, או בהבדלים שבין מערכות הגוף הנשיות והגבריות, ונושאים אלה מוזנחים לחלוטין.

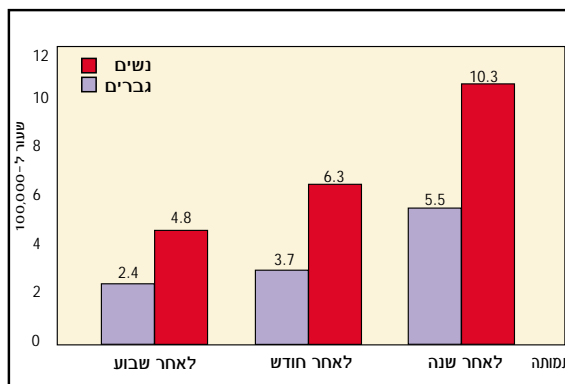
הנשים מהוות כיום מחצית מכלל 1000 הרופאים המקבלים רישון בכל שנה ושנה, אך הן עדיין אינן מיוצגות במקצועות היחידים יוקרתיים בתחום הכירורגיה, הגינקולוגיה, הקרדיולוגיה ועוד. כך גם באקדמיה, בעמדות של קבלת החלטות בדבר מדיניות הבריאות והקצאת משאבים (10).

בריאות האישה בישראל עברה כנרת דרך ארוכה מאז הכנס הראשון בנושא. כיום המסד הרפואי מכיר בעובדה שבריאותן של הנשים גרועה מזו של הגברים וכי צרכיהן שונים. הגיע הזמן להפנות אוזן קשבת לצרכים אלה ולחפש דרכים לפתרון במסגרת שירותי הרפואה הניתנים. זהו האתגר החשוב ביותר הניצב בפני התנועה לבריאות האישה ובפני מדיניות הבריאות בשנים הבאות.

References:

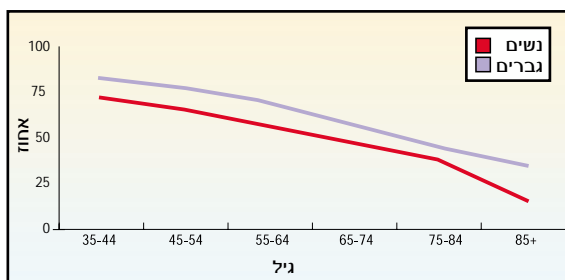
1. Boston Women's Healthbook Collective, Our Bodies Ourselves. NY: Simon and Shusler, 1973.
2. Johnson K, Hoffman E. "Women's Health" and Curriculum Transformation: The Role of Medical Specialization in Alice Dan (ed) Reframing Women's Health Calif: Sage Publications 1994.
3. Hamilton J. Feminist Theory and Health Psychology: Tools for an Egalitarian, Woman-centered Approach to Women's Health. J Wom Health Vol 2(1) 1993.
4. Israel Women's Network. Women's Health in Israel: Conference Proceedings, Jerusalem 1991.
5. יפרח א (עורכת) בריאות נשים בישראל 1999-2000. ספר נתונים, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום מס' 219, 2000.
6. Fisher S, Groce SB. Doctor-patient negotiation of cultural assumptions. Soc of Health & Illness 1985; 7(3): 342-74.
7. גרוס א, ברמלי-גרנברג ש. בריאות ורווחה של נשים בישראל: ממציא סקר ארצי, גזנת - מכון ברוקדייל 2000.
8. נתונים באדיבות פרופ' טובה חצק-שאול, מנהלת המחלקה הפנימית, בית חולים הדסה הר הצופים.
9. ד"ר יעקב קליין, הרצאה לחברי תת ועדה על קרדיולוגיה של המועצה הלאומית לבריאות האישה.
10. ד"ר נטע נוצר, הרצאה, אונברסיטת תל אביב, מאי 2000.

איור מס' 1: שיעורי תמותה מהתקפי לב חריפים מתוקנן לגיל, לפי מין



מלב"מ, רשם התקפי לב בירושלים, 1995

איור מס' 2: שיעור המטופלים המאושפזים בטיפול נמרץ לב לאחר התקף לב, לפי מין (1995)



הנשים, כלומר בכל אישה שנייה במהלך חייה, וזהו שיעור זהה לשיעור ההיארעות בגברים.

זאת ועוד, הסיכון של הנשים למות במהלך השנה הראשונה אחרי התקף לב גדול ב-50% מסיכון זה בקרב הגברים (5). עובדה זו ניתן לייחס לגורמים שונים: נמצא, כי נשים ממתינות יותר מגברים לאחר הופעת תסמיני התקף לב בטרם הן פונות לעזרה. גם בבית החולים ההשגיה של הנשים לפני ההעברה מחדרי המיון למחלקות ארוכה יותר מאשר של הגברים (8). במיוחד מדאיגה הנטייה להפנות את הנשים למחלקות הפנימיות, בעוד שהגברים מופנים יותר ליחידות לטיפול נמרץ (5) כפי שמשקף מהתרשים שלהלן. הבדל זה בין המינים הולך וקטן עם עליית הגיל, דהיינו קיימת לא רק אפליה על בסיס מגדר אלא גם על בסיס גיל. גברים צעירים זוכים לתשומת לב רפואית, לא רק יותר מנשים, אלא גם יותר מגברים מבוגרים יותר. דווקא בתחום מחלות הלב אנו יכולים לראות דוגמה מצוינת, כיצד הדגם הרפואי הגברי יכול לגרום להזנחה ורשלנות כלפי נשים.

במחקר שנערך בבית החולים הדסה, שעסק בגברים ונשים (5), אשר הגיעו לבית החולים עם תסמינים של התקף לב, הייתה נטייה לתאר את התסמינים של הנשים כ"אטיפיים" או להגדיר אותם כ"אחרים". כיום מתברר והולך, שתסמיני התקף הלב יכולים להיות שונים בשני המינים. תסמיני הנשים הם "בלתי טיפוסיים", כאשר הנורמה או קנה המידה הם גבריים, אך הם בהחלט אופייניים לנשים.





מאוסטיאופורוזיס ושיעור דומה מאי שליטה על שלפוחית השתן, אחת מכל שלוש נשים סובלת מיתר לחץ דם ואחת מעשר סובלת מסוכרת. למרות, שנשים סובלות מדיכאון בשכיחות יותר גבוהה מאשר גברים, הנטייה היא לטפל בהן במסגרת טיפול אמבולטורית, בעוד שאת הגברים מפנים לטיפול בבתי החולים הפסיכיאטרים (5).

התופעות הללו מורידות באופן דרמטי את איכות החיים של האישה ויוצרות תלות במערכת הרפואית ובבני המשפחה. למרות זאת, תוצאות המחקרים מצביעים על כך, שגברים זוכים ליותר תמיכה מנשותיהם וליותר מידע מהרופאים המטפלים (6). מחקר שנעשה במכון ברוקדייל על בריאות נשים בישראל הראה, כי נגישות למקורות המידע של שירותים רפואיים היא לעתים קרובות נמוכה יותר דווקא בקרב אלה הזקוקים להם ביותר: בעלי הכנסה נמוכה, עולים חדשים ונשים ערביות (7).

הנשים בישראל ומחלות לב

המגמה המדאיגה ביותר שנצפתה בשנים האחרונות נוגעת למחלות לב בקרב נשים. אם כי אירוע כלילי נחשב עדיין כמצב האופייני לגברים, מחלה זו פוגעת, באופן סטטיסטי, גם במחצית אוכלוסיית

במדינות אחרות במערב. הוכח, כי הנשים בישראל, בדומה לנשים בעולם כולו, נוטות לחלות יותר מגברים, מבקרות אצל רופאים לעתים יותר תכופות, צורכות יותר תרופות ובמיוחד יותר תכשירים פסיכותרפיים.

בשנת 1994, ייסדו מארגני הכנס, שקיימה שדולת הנשים, את האגודה לקידום בריאות נשים. האגודה שמה לעצמה למטרה לקדם צרכנות בריאות ואת החינוך לבריאות בקרב נשים, ולשפר את שירותי הבריאות לנשים. האגודה לקידום בריאות נשים מהווה את חוד החנית של התנועה לבריאות האישה במאבק לחיזוק החינוך לבריאות ולהעלאת המודעות של הגורמים הרפואיים לנושא.

מצב בריאות האישה בישראל

בעשור שחלף מאז כנס היסוד של האגודה לקידום בריאות נשים התגלו ממצאים מדאיגים נוספים. על פי הדיווחים של המרכז הישראלי לבקרת מחלות, הנשים סובלות ממיגרנה בשכיחות הכפולה מזו של הגברים, הסיכון שלהן לפתח מחלות אוטו-אימוניות גדול פי שלושה משל הגברים, אי יכולת ביצוע הפעולות יום-יומיות (ADL) כפולה מזו של הגברים, אחת מארבע נשים סובלת



נשים נוטות לסבול ממיגרנה בשכיחות כפולה מזו של גברים, הסיכון שלהן לפתח מחלות אוטו-אימוניות גדול פי שלושה משל גברים, שכיחות אי היכולת של ביצוע הפעולות היום-יומיות (ADL) כפולה מזו של גברים, אחת מארבע סובלות מאוסטיאופורוזיס ו/או מאי שליטה על שלפוחית השתן, לאחת משלוש לחץ דם גבוה, אחת מעשר סובלת מסוכרת





מחלת לב כלילית – ההיבט הנשי

ד"ר מדי מוריאל
המחלקה הקרדיולוגית, ביה"ח שערי-צדק, ירושלים

במשך שנים רבות נחשבו מחלות לב לבעיה "גברית", הן על ידי כלל הציבור והן על ידי הקהילה הרפואית. במהלך שנות התשעים פורסמו מחקרים רבים בנושא הבדלי המגדר בתסמיני המחלה, היכולת האיבחונית, ההבדלים הטיפוליים וההישרדות, ובשל כך התפתחה מודעות הרופאים והציבור לעובדה, שאומנם המחלה שכיחה בגברים, אך לחלוטין אינה זניחה בנשים.

שיעורי התמותה ממחלות לב בקרב הנשים הישראליות גבוהים משל נשים במדינות מערביות אחרות. שכיחות התמותה ממחלות לב בנשים היא פי 10 (!) מאשר מסרטן השד, אם כי התמותה מסרטן השד גובה חיים בגיל צעיר יותר

מחלת הלב

הכלילית מתפתחת

בנשים כ-10 שנים

מאוחר יותר מאשר

בגברים, כ-10 שנים

לאחר הפסקת

המחזור, ושכיחותה

עולה באופן הדרגתי

עם הגיל

New England Journal of Medicine, וזכה לכותרת "יתסמונת ינטלי" (על פי סיפורו של שלום עליכם), כותבת די"ר הילי, שאם ברצונה של אישה לזכות בטיפול במחלת הלב כגבר, עליה להציג את מחלתה וחומרתה כגבר (2). במהלך שנות התשעים פורסמו מחקרים רבים בנושא הבדלי המגדר בתסמיני המחלה, היכולת האבחונית, ההבדלים הטיפוליים וההישרדות, ובשל כך התפתחה מודעות הרופאים והציבור לעובדה שאומנם המחלה שכיחה בגברים, אך לחלוטין אינה זניחה בנשים.

מחלת הלב הכלילית מתפתחת בנשים כ-10 שנים מאוחר יותר מאשר בגברים, ובדרך כלל כ-10 שנים לאחר הפסקת המחזור, ושכיחותה עולה באופן הדרגתי עם הגיל. ככל הנראה, רמת אסטרוגן גבוהה המאפיינת את תקופת הפוריות, מגנה מפני התפתחות טרשת עורקים.

התפתחות טרשת העורקים ומחלת הלב הכלילית אינם כורח טבעי של תהליך ההזדקנות, וניתן למנוע אותם או לדחות את הופעתם!

נשים נבדלות מגברים בשכיחות גורמי הסיכון והשפעתם על התחלואה, גיל הופעת המחלה, התסמינים, אבחון המחלה, חומרתה ובשכיחות ההישרדות.

מחלות לב ואירועים מוחיים הינם גורם התמותה מספר אחד הן בנשים והן בגברים בעולם המערבי ובארץ. שיעור תמותת הנשים בישראל בשנת 1995 ממחלות לב היה במקום השלישי מבין 15 מדינות מערביות, בעוד ששיעור תמותת הגברים היה במקום התשיעי מתוך מדינות אלה (גרף 1). נתון זה מצביע על שיעורי תמותה גבוהים ממחלות לב בקרב הנשים הישראליות. שכיחות התמותה ממחלות לב בנשים היא פי 10 (!) מאשר מסרטן השד, אם כי התמותה מסרטן השד גובה חיים בגיל צעיר יותר.

במשך שנים רבות נחשבו מחלות לב לבעיה "גברית", הן על ידי כלל הציבור והן על ידי הקהילה הרפואית. הסיבה לכך נעוצה, קרוב לוודאי, בעובדה שלנשים רבות עם מחלת לב התסמינים אינם אופייניים, ובשל כך פחות נשים הופנו לאבחון וטיפול. המאמרים המדעיים הראשונים בנושא הבדלי מגדר בטיפולים במחלות לב פורסמו בתחילת שנות התשעים, והצביעו על כך שנשים עם מחלת לב כלילית זוכות בשכיחות נמוכה יותר לטיפולים פולשניים מאשר גברים. במאמר מערכת בנושא זה שפורסם ב-





גורמי הסיכון למחלת לב כלילית

עישון

עישון מהווה גורם הסיכון החזק ביותר להתפתחות מחלת לב כלילית. הסיכון ללקות באוטם בשריר הלב מוגבר גם כאשר מדובר בעישון סיגריות בודדות ליום, ועולה ככל שמעשנים יותר. העישון מגביר את הסיכון ללקות בהתקף לב פי 2-6, וכ-50% מהאוטמים בשריר הלב בנשים כרוכים בעישון (3). בעשור האחרון עולה בהדרגה שיעור הנערות המתחילות לעשן, וקצב הירידה במספר המעשנות נמוך יותר מאשר בקרב המעשנים (4). תופעה זו עלולה להעלות את שיעור תחלואת הנשים במחלות לב וכלי דם בעשורים הבאים. יש להדגיש, שעישון בשילוב עם נטילת גלולות למניעת הריון מגביר את קרישיות הדם (תרומבוגניות), וכרוך בסיכון מוגבר לאוטם בשריר הלב בנשים צעירות, ללא הצרות משמעותיות בעורקים הכליליים. הפסקת עישון כרוכה בירידה הדרגתית בסיכון ללקות במחלת לב, עד כדי העלמות הסיכון בתוך כשנתיים מהפסקת העישון.

סוכרת

סוכרת שכיחה יותר בקרב נשים עם אוטם בשריר הלב, בנשים העוברות הרחבת עורק כלילי על ידי בלון, ובנשים העוברות ניתוח מעקפים, בהשוואה לגברים. סוכרת מהווה גורם מנבא לתחלואה קשה יותר ולשיעורי תמותה גבוהים יותר ממחלת לב כלילית, כאשר גורם שלילי זה הוא בעל עוצמה ניכרת יותר בנשים מאשר בגברים (3). הסיבה השכיחה ביותר להופעת סוכרת בגיל המבוגר הינה עודף משקל; ניתן למנוע סוכרת או לדחות באופן משמעותי את זמן הופעתה על ידי שמירה על משקל גוף תקין, פעילות ספורטיבית וכלכלה עשירת בסיבים ובשומנים בלתי רוויים (5).

עודף משקל

כדי לתקן את משקל הגוף לגובה, משתמשים היום בהגדרת "אינדקס מסת הגוף"

$$\text{BMI} = \frac{\text{משקל (ק"ג)}}{\text{גובה}^2 (\text{מ}^2)} \quad (\text{Body Mass Index})$$

מסת הגוף הרצויה הינה בין 18-25. BMI בין 25-30 מצביע על עודף משקל, וערך של למעלה מ-30 מוגדר כהשמנה. כאמור, השמנה כרוכה בהופעת סוכרת, אך גם שכיחות יתר לחץ-דם ורמה גבוהה של כולסטרול גדולה יותר בשמנים. על פי נתוני גובה ומשקל בסקר על בריאות נשים משנת 1998, 22% מהנשים היהודיות ו-35% מהנשים הערביות בגילאי 45-74 דיווחו על BMI גבוה מ-30 (1).

יתר לחץ דם

יתר לחץ דם מוגדר כלחץ הגבוה מ-140/90 בחולים ללא סוכרת, וגבוה מ-130/85 בחולים סוכרתיים. שכיחות יתר לחץ-דם עולה עם הגיל. בארה"ב כ-60% מהנשים מעל גיל 45 סובלות מיתר לחץ-דם, רק כ-50% מטופלות, ולמרבית ההפתעה-רק 20% מגיעות ללחץ הדם הרצוי (3). טיפול יעיל ביתר לחץ-דם כרוך בירידה של כ-25% בהתפתחות מחלת לב, וירידה של כ-35% בשיעור אירועים מוחיים, ובשל כך

חשיבות הטיפול והשגת לחץ הדם המומלץ הינה מכרעת. בדיקת לחץ הדם היא חלק מהבדיקה הפיזיקלית השגרתית אצל רופא המשפחה.

עודף כולסטרול

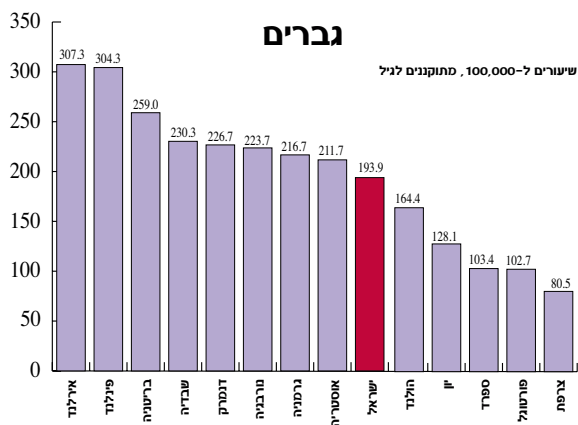
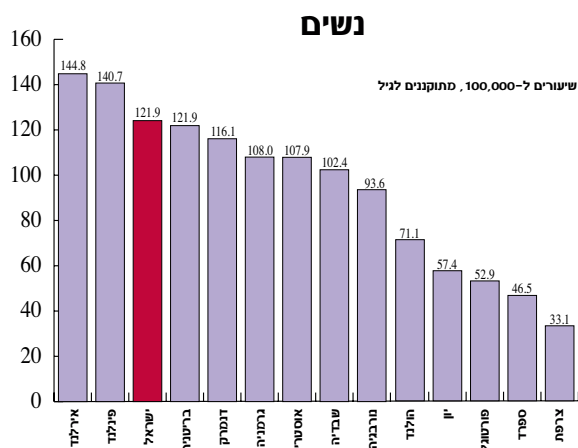
בעקבות מחקרים רחבי הקף, שהתפרסמו במהלך שנות ה-90 הוכח, שניתן להוריד שכיחות אירועי לב חוזרים בקרוב ל-50% באמצעות הורדת רמת הכולסטרול, וכי הטיפולים התרופתיים יעילים בנשים במידת מה אף יותר מאשר בגברים (6). רמת הכולסטרול הכללי המומלצת היא עד 200 מ"ג, רמת ה-HDL גבוהה מ-40 מ"ג, ורמת ה-LDL נמוכה מ-130 מ"ג. הערכים המומלצים בחולים סוכרתיים נמוכים אף יותר.

בנשים לאחר גיל הפוריות עולה רמת ה-LDL, אך יחד עם זאת, ערכי ה-HDL גבוהים יותר אצל נשים מאשר אצל גברים בגיל דומה. לעיתים קרובות, למרות הקפדה על כלכלה דלת שומן וכולסטרול, המטופלים אינם משיגים את ערכי היעד, ובמידה וקיימים גורמי סיכון נוספים למחלת לב כלילית, יש צורך במתן טיפול תרופתי מקבוצת הסטטינים.

יש הגורסים שרמת טריגליצרידים גבוהה מעל 200 מ"ג מהווה גורם סיכון למחלת לב כלילית בנשים בלבד, אולם נתון זה אינו חד-משמעי.

מומלץ לבצע את בדיקת הכולסטרול הראשונה בגיל 20, ואם התוצאה תקינה, יש לחזור על כך אחת ל-5 שנים (7).

שיעורי התמותה ממחלת לב איסכמית בישראל ובארצות מערב אירופה, 1995



בנשים עם מחלת לב

כלילית מוכחת,

קיימת שכיחות גבוהה

של תסמינים בלתי

אופייניים כגון הופעת

מיחושים בזמן מתח

נפשי, במנוחה או

בשינה ולא דווקא

במאמץ, עייפות,

קוצר נשימה, בחילה

או הרגשה כללית לא

טובה. התבטאות

בלתי אופיינית זו

מקשה על היכולת

לאבחן אותן ולטפל

בהן



היעדר פעילות גופנית

במחקר שפורסם לאחרונה על כ-39,000 נשים בריאות בנות 45 ומעלה נמצא, שגם פעילות גופנית קלה-בינונית בלבד, כגון צעידה של שעה אחת בשבוע, היתה כרוכה בירידה משמעותית בשכיחות התפתחות מחלת לב כלילית במעקב של כ-5 שנים (8). יתרון זה נצפה גם בנשים עם עודף משקל, עודף כולסטרול ובמעשנות.

גורמים אחרים

מספר גורמים נוספים כרוכים בהאצת התפתחות מחלת לב כלילית כגון תהליכים דלקתיים (9), הומוציסטיאין, שהינו תוצר פירוק רעיל של החומצה האמינית מטיונין, מולקולות שומניות כגון Lp(a), אפוליפופרוטאין-B100, מולקולות המאיצות קרישה כגון פיברינוגן ואחרות. אין היום הוראות לביצוע בדיקות אלו בכלל האוכלוסייה עקב העדר נתונים על רווח עלות-תועלת, ועל כן יש לשקול לגבי כל מטופל/ת את הצורך לבדוק גורמי סיכון אלו.

הוכח, שאורח חיים בריא יעיל במניעת התפתחות מחלת לב כלילית בנשים (10). משום שבדרך כלל הנשים הן האחראיות על אורח החיים והתזונה של בני ביתן, לחינוך הנשים לאורח חיים בריא עשויה להיות השפעה ניכרת על כלל האוכלוסייה.

תסמיני מחלת הלב הכלילית

מחלת הלב הכלילית מתבטאת בתעוקת חזה. תעוקת החזה, על פי ההגדרה, מתבטאת במיחושים בחזה (לחץ, כובד, כאב) המופיעים במאמץ וחולפים במנוחה, ולעיתים מקרינים לרוע שמאל, לגב עליון או לצוואר. תסמינים "קלאסיים" אלו שכיחים בגברים, ופחות שכיחים בנשים. מבין הנשים עם מחלת לב כלילית מוכחת, קיימת שכיחות גבוהה של תסמינים בלתי אופייניים כגון הופעת מיחושים בזמן מתח נפשי, במנוחה או בשינה ולא דווקא במאמץ, כמו כן עייפות, קוצר נשימה, בחילה או הרגשה כללית לא טובה (11). התבטאות בלתי אופיינית זו מקשה על היכולת לאבחן אותן ולטפל בהן.

איבחון מחלת לב כלילית בנשים

הבדיקה השגרתית הראשונית שנעשית לאבחון מחלת לב כלילית הינה מבחן מאמץ. היכולת האבחנתית של מבחן המאמץ מוגבלת בנשים, עקב רגישות (sensitivity) וסגוליות (specificity) נמוכים יותר מאשר בגברים (3,11). בשל מוגבלות זו, לעיתים קרובות יש צורך להשתמש בבדיקות אבחנתיות נוספות על ידי מבחן מאמץ משולב עם מיפוי לב טומוגרפי (SPECT) או מבחן מאמץ משולב עם בדיקה אקוקרדיוגרפית של הלב. מספר מחקרים הצביעו על כך, שגם לאחר מימצא של מבחן מאמץ לא תקין, פחות נשים נשלחות להמשך ברור על ידי צינתור לב בהשוואה לגברים, מימצא המעלה חשד לאפליה על פי מיגדר (gender bias).

אוטם בשריר הלב, בלון וניתוח מעקפים בנשים

על פי נתונים בינלאומיים וארציים, שיעור תמותת הנשים בעקבות

אוטם בשריר הלב גבוה משל גברים (12,13). בסקר "תסמונת כלילית חדה בישראל 2000" נמצא, שאומדן הסיכוי היחסי לאחר תקנון לגיל (odds ratio) לתמותת של נשים עם אוטם בשריר הלב לעומת גברים היה 1.87 לאחר 7 ימים (13). תופעה זו אינה מוסברת כאמור על ידי ההבדל בגיל, ונובעת קרוב לוודאי משילוב של מספר גורמי סיכון, מחלות רקע ואבחון מאוחר. בסקר זה נמצא, ששכיחות ביצוע התערבויות טיפוליות בנשים עם אוטם בשריר הלב, כגון שימוש בתרופה הממיסה קרישי דם (thrombolysis) והפניה לצינתורים, נמוכה יותר מאשר בגברים, אך הבדלים אילו יוחסו לגיל המבוגר יותר של נשים עם אוטם חד בהשוואה לגברים.

שיעור גבוה של תמותת נשים בהשוואה לגברים נצפה גם בעקבות הרחבת עורקים כליליים על ידי בלון והשתלת תומכים עורקיים (stents), והן בעקבות ניתוחי מעקפים (14,15). שיעורי התמותה הגבוהים בקרב נשים תומכים בכך, שיש לטפל מוקדם ככל האפשר, ובאופן אגרסיבי, בכל גורמי הסיכון שלהן למחלת לב כלילית, להיות ער לעובדה ששכיחות תסמינים בלתי אופייניים גבוהה בקרב נשים עם מחלת לב כלילית, וכי היכולת האבחנתית של מבחן מאמץ מוגבלת בקרב נשים. יש להניח שגישא זו תוריד את שיעורי התמותה.

References:

1. בריאות נשים בישראל 2000-1999, ספר נתונים, הדסה, שדולת הנשים בישראל והמרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 219.
2. Healy B. The Yentl Syndrome. NEJM 1991;325:274-75.
3. Cardiovascular Disease in Women, Scientific Statement American Heart Association. Circulation 1997;96:2468-82.
4. Siedman DS, "Women and Smoking Towards the Millenium". IMAJ 1999;1:215-17.
5. Frank BH, Manson JE et al. Diet, Lifestyle, and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Women. NEJM 2001;345:790-7.
6. Lewis SJ, Sacks FM et al. Effect of Pravastatin on Cradiovascular Events in Women After Myocardial Infarction: The Cholesterol and Recurrent Events (CARE) Trial. J Am Coll Cardiol 1998;32:140-6.
7. Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults, National Cholesterol Education Program. Second Report (Adult Treatment Panel II). Circulation 1994;89:1329-1445.
8. Lee IM, Rexrode KM et al. Physical Activity and Coronary Heart Disease in Women, Is "No Pain No Gain" Passe? JAMA 2001;285:1447-54.
9. Ridker PM, Hennekens CH et al. C-Reactive Protein and Other Markers of Inflammation in the Prediction of Cardiovascular Disease in Women. NEJM 2000;342:836-43.
10. Stampfer MJ, Frank BH et al. Primary Prevention of Coronary Heart Disease in Women Through Diet and Lifestyle. NEJM 2000;343:16-22.
11. Douglas PS, Ginsburg GS. The Evaluation of Chest Pain in Women. NEJM 1996;224:1311-15.
12. Vaccarino V, Parsons L et al. Sex-Based Differences in Early Mortality After Myocardial Infarction. NEJM 1999;341:217-25.
13. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, מגן דוד בישראל, האגוד הישראלית לרפואה פנימית, החוג לטיפול נמרץ לב של האגוד הקרדיולוגי בישראל. תסמונת כלילית חדה - ACS ישראל 2000, סקר לאומי. פרסום 210, דצמבר 2000.
14. Mehilli J, Kastrati A et al. Differences in Prognostic Factors and Outcomes between Women and Men Undergoing Coronary Artery Stenting. JAMA 2000;284:1799-1805.
15. Vaccarino V, Abramson JL et al. Sex Differences in Hospital Mortality After Coronary Artery Bypass Surgery, Evidence for a Higher Mortality in Younger Women. Circulation 2002;105:1176-81.

בעקבות מחקרים

רחבי הקף,

שהתפרסמו במהלך

שנות ה-90 הוכח,

שניתן להוריד שכיחות

אירועי לב חוזרים

בקרב ל-50%

באמצעות הורדת

רמת הכולסטרול, וכי

הטיפול התרופתיים

יעילים בנשים במידת

מה אף יותר מאשר

בגברים



השלכותיה של התזונה על מצבי בריאות של נשים בגיל המבוגר

דפנה נתן
דיאטנית קלינית, הועדה לבריאות האישה, ע.ת.י.ד.

שינוי באורח החיים יכול לקדם בריאות נשים ולהקטין את הסיכון לתחלואה ולתמותה בגיל המבוגר. לתזונה ולדיאטה חשיבות רבה בקידום הבריאות ובמניעה של מחלות כרוניות. כשמדובר בנשים, לתזונה יש נגיעה לטיפול או לאתיולוגיה של כמה מגורמי התמותה המובילים בקרב נשים בישראל: מחלות לב וכלי דם, סרטן וסוכרת

בארץ: מחלות לב וכלי דם, סרטן וסוכרת (איור מס' 1). המאמר הנוכחי יעסוק בשאלה: כיצד משפיעה התזונה על מצבי בריאות של נשים בגיל המבוגר, תוך מיקוד בגורמי התמותה המובילים.

תזונה ומחלת לב כלילית בנשים

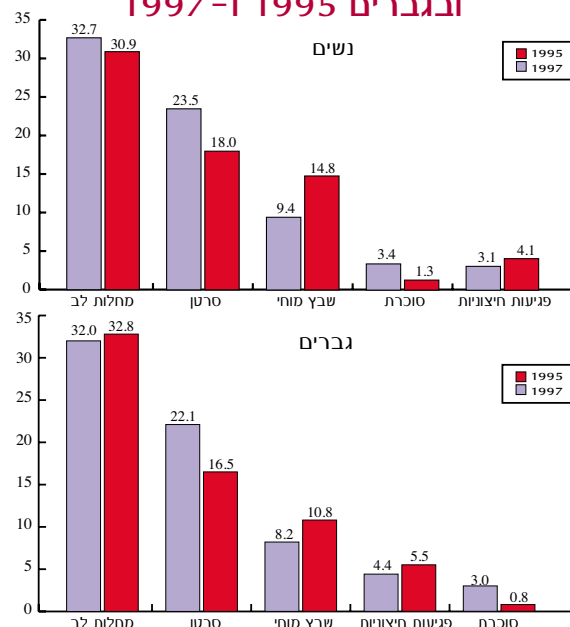
מחלות לב הן סיבת המוות המובילה בקרב נשים בישראל (3). יותר נשים נפטרות ממחלות לב מאשר מסך סוגי הסרטן הידועים. לנשים הסובלות מן המחלה יש פרוגנוזה פחות טובה בהשוואה לגברים, יתכן משום גילן המבוגר בעת הופעת המחלה, האפשרות שהטיפול הרפואי בהן עלול להידחות ובשל שכיחות גבוהה יותר של מחלות נוספות, כמו סוכרת ויתר לחץ דם, בהשוואה לגברים (3,4).

הבסיס למניעה ראשונית של מחלת לב כלילית הוא שינוי אורח החיים, הכולל שינוי בהרגלי התזונה (1). ההנחיות התזונתיות למניעה ראשונית ושינוי של מחלת לב כלילית מתבססות על המלצות האיגוד הקרדיולוגי האמריקאי (AHA) וה-National Cholesterol Education Program (NCEP) (5): דיאטה Step I לכלל האוכלוסייה, ודיאטה Step II לבעלי רמות כולסטרול גבוהות, בשילוב פעילות גופנית וירידה במשקל בקרב בעלי עודף משקל. בשנת 2000 עודכנו המלצות ה-NCEP (6). דגש רב יותר מושם על סוגי המזונות הנצרכים מאשר על אחוז רכיבי התזונה, ובמקום השימוש במונחים Step I ו-Step II נוסחו המלצות לטיפול תזונתי נמרץ יותר (טבלה מס' 1), שמטרתו לסייע בהורדת רמות LDL-כולסטרול בקבוצות אוכלוסייה שבסיכון גבוה למחלת לב כלילית. עקרונות הטיפול מבוססים על דיאטה Step II ועיקרם: הפחתה בצריכת חומצות שומן רוויות וחומצות שומן מסוג טרנס, הפחתה בצריכת כולסטרול, צריכת פחמימות ממזונות עשירים בפחמימות מורכבות, צריכה מוגברת של סיבים מסיסים ותוספת סטרולים מהצומח על-פי הצורך.

במקביל, פורסמו מטעם ה-AHA המלצות תזונתיות לקהל הרחב (7, טבלה מס' 2), אשר שמות דגש על המזונות הנצרכים מחד, ועל הרגלי האכילה ושמירת משקל מאידך, ומהוות תחליף לדיאטה Step I.

שנים האחרונות חל שינוי בתפיסת המצב הבריאותי של נשים. את מקומם של נושאי המחקר המרכזיים הקשורים במערכת הרבייה הנשית, תפסו נושאים הקשורים במצבי בריאות ובתחלואה הייחודיים לנשים (הריון; גיל הפסקת הוסת), מצבי בריאות ותחלואה השכיחים בעיקר בקרב נשים (אוסטאופורוזיס, סרטן שד) וכאלה המשפיעים באופן שונה על גברים ונשים (מחלות לב, איידס). יחד עם זאת, לבריאות נשים היבטים רגשיים ורוחניים, וכמכלול הם מושפעים מגורמים ביולוגיים, תרבותיים וחברתיים-כלכליים. אלה האחרונים עלולים להשפיע באופן שלילי על אורח החיים של נשים בכלל, ולהוביל לתזונה לא מאוזנת בפרט (1). לתזונה ולדיאטה חשיבות רבה בקידום הבריאות ובמניעה של מחלות כרוניות (2). כשמדובר בנשים, לתזונה יש נגיעה לטיפול או לאתיולוגיה של כמה מגורמי התמותה המובילים בקרב נשים

חמש סיבות המוות העיקריות בנשים ובגברים 1995 ו-1997



טבלה מס' 1: הרכב התזונה לטיפול באוכלוסייה בסיכון

רכיב תזונתי	צריכה מומלצת
חומצות שומן רוויות	עד 7% מהצריכה הקלורית
חומצות שומן רב בלתי רוויות (PUFA)	מקסימום 10% מהצריכה הקלורית
חומצות שומן חד בלתי רוויות (MUFA)	מקסימום 20% מהצריכה הקלורית
סה"כ שומן	25% - 35% מהצריכה הקלורית
פחמימות	50% - 60% מהצריכה הקלורית
סיבים	20 - 30 גר' ליום
חלבון	כ- 15% מהצריכה הקלורית
כולסטרול	עד 200 מ"ג ליום
אנרגיה	איזון הצריכה האנרגטית בהתאם להוצאה האנרגטית לשמירה על משקל תקין/למניעת עליה במשקל

הערות:
 * חומצות שומן טרנס גורמות לעליה ברמת ה-LDL, יש להגביל את צריכתן.
 * צריכת הפחמימות, בעיקר ממזונות עשירים בפחמימות מורכבות - דגנים מלאים, פירות וירקות
 * ההוצאה האנרגטית היומית צריכה לכלול לפחות פעילות גופנית מתונה (איבוד של כ-200 קק"ל)

ההתמקדות בתזונת נשים מעלה מחלוקת בנוגע לקשר, שבין צריכת שומן בדיאטה לבין הסיכון למחלת לב כלילית, במיוחד לאור העובדה, שרוב המחקרים האפידמיולוגיים, שבחנו קשר זה, התמקדו בגברים (8-12), ונשאלת השאלה מה חשוב יותר: כמות השומן או סוג השומן בדיאטה?!

טבלה מס' 2: ההמלצות התזונתיות לכלל האוכלוסייה

הרגלי אכילה כלליים	שמירה על משקל תקין	רמות רצויות של כולסטרול	רמות רצויות של לחץ-דם
לכלול בתפריט מגוון ירקות, פירות, דגנים, מוצרי חלב דלי שומן, דגים, קטניות, עוף ובשר רזה	להתאים את צריכת האנרגיה להוצאה האנרגטית. לבצע שינויים במטרה להשיג ירידה במשקל במידת הצורך	להגביל מזונות העשירים בשומנים רוויים ובכולסטרול, ולהגביר צריכת שומנים בלתי רוויים מירקות, דגים, אגוזים וקטניות	להגביל מלח ואלכוהול ולשמור על משקל גוף תקין

תוצאות מחקר האחיות (13), שהתפרסמו לאחרונה, הראו, כי החלפת שומן רווי ושומן בלתי רווי מסוג טרנס בשומנים חד רב בלתי רוויים, שלא עברו הידרוגנציה, יעילה יותר במניעת מחלות לב כליליות, בהשוואה להפחתת סך השומן בדיאטה. הפחתה של השומן הרווי לכ-7% מסך הקלוריות עשויה להוריד את רמת הכולסטרול בנסיוב בכ-10%, ולהפחית בכ-25-30% את הסיכון לתמותה ממחלת לב כלילית בגיל 60 (14). הפחתה בצריכת חומצות שומן מסוג טרנס עשויה גם היא לתרום לירידה ברמת הכולסטרול (14,15). הפחתה בצריכת כולסטרול, לעומת זאת, הינה בעלת השפעה זעירה על רמת הכולסטרול בנסיוב (15,16).

מחקרים אפידמיולוגיים מצביעים על שיעורים נמוכים יותר של התקפי לב (ראשוניים ושניוניים) ושל תמותה ממחלת לב כלילית בעקבות צריכה ארוכת טווח של 2-3 מנות דג בשבוע (17). מחקרי התערבות מצביעים על הפחתה בגורמי הסיכון למחלת לב כלילית, ועל ירידה בתמותה ממחלות לב וכלי דם (בעיקר מוות פתאומי) בעקבות צריכה של תוספי שמן דגים (EPA ו-DHA) במינון של 2-4 גר' ליום ו-850 מ"ג - 1.5 גר' ליום, בהתאמה. לפיכך, קיימת המלצה לכלל האוכלוסייה לצריכת 2-3 מנות דג בשבוע (לא מטוגנות ולא מעובדות), העשירות בשומנים לא רוויים מסוג אומגה-3, בשילוב עם דיאטה דלת שומן (1,17). לחולי לב מומלצת מנת דג יומית או תוסף של שמן דגים, שיספקו כ-900 מ"ג אומגה-3. אומגה-3 ניתן לצרוך גם ממזונות שומניים צמחיים, דוגמת שמן קנולה (שלא עבר הידרוגנציה), זרעי פשתן ואגוזי מלך, המאפיינים את הדיאטה הים תיכונית, בעלת היתרון הבריאותי בקרב חולים לאחר התקף לב (18). צריכת אומגה-3 במינונים גבוהים עלולה לגרום לתופעות לוואי לא רצויות, במיוחד בקרב חולים המקבלים טיפול נוגד קרישה (17).

תרומתו של LDL מחומצן לתהליך הטרשתי ריכוז עניין בנוגדי החמצון. מחקרים אפידמיולוגיים מצביעים על סיכון נמוך יותר למחלת לב כלילית בעקבות צריכה מוגברת של מזונות עשירים בקרוטנואידים וויטמין E, דוגמת פירות, ירקות ודגנים מלאים (19,20). יחד עם זאת, אין עדות ברורה לתרומתם הבלתי תלויה של נוגדי החמצון, הן ממזונות עשירים והן מתוספים, להפחתת הסיכון להתפתחות המחלה. לפיכך, מומלץ להגביר את צריכת נוגדי החמצון על-ידי העשרה של הדיאטה במזונות הנייל (21-19), העשויים להכיל חומרים נוספים בעלי יתרון ביולוגי, דוגמת סיבים (20). נטילת תוספים של נוגדי חמצון, במיוחד ויטמין E וקרוטנואידים איננה מומלצת בכל-מקרה, לאור השפעותיהם המזיקות בקבוצות אוכלוסייה מסוימות, והיעדר מידע לגבי יעילותם ובטיחות השימוש בהם (19).

מטא-אנליזה, שבחנה 38 מחקרים קליניים, הצביעה על ירידה בממוצעי הכולסטרול הכללי וה-LDL-כולסטרול בנסיוב, בעקבות צריכה של 25 גר' חלבון סויה ביום (22). ההשפעה הייתה בולטת במיוחד בקרב בעלי רמת הכולסטרול הממוצעת הגבוהה ביותר. מחקרים קליניים כפולי סמיות, שהתפרסמו לאחרונה, הצביעו על מגמה דומה בקרב בעלי רמות כולסטרול גבוהות באופן מתון, בעקבות צריכה של לפחות 20 גר' חלבון סויה ביום (23,24). הרכיבים הפעילים בסויה, שעשויים להסביר את המגמה, הם הפיטואסטרונגים, בעיקר האיזופלבונים (25). צריכת חלבון סויה, במקביל להנחיות התזונתיות שנמנו לעיל, מומלצת בעיקר לבעלי רמות כולסטרול גבוהות (7).

תזונה ויתר לחץ דם בנשים

יתר לחץ דם הינו גורם סיכון עיקרי ובלתי תלוי למחלות לב וכלי דם, הן בקרב נשים והן בקרב גברים (26,27). מסקרי בריאות שנערכו בארץ עולה, כי הימצאות יתר לחץ דם מדיווח עצמי עד

ארגון הלב האמריקאי

(AHA) ממליץ לכלל

האוכלוסייה להגביל

את צריכת המלח

ל-6 גר' ליום

מקסימום (כ-2400

מ"ג נתרן),

באמצעות הפחתה

בצריכת מזונות

עשירים במלח

והגבלת השימוש

במלח לתיבול.

קבוצת אוכלוסייה,

העשויה ליהנות

במיוחד מיתרונות

ההגבלה במלח, היא

קבוצת הנשים לאחר

גיל המעבר, שנטייתן

לפתח רגישות למלח

גבוהה יותר,

בהשוואה לגברים





עם סוכרת מסוג I, העלולות להפסיק הזרקה של אינסולין לשם איזון המשקל (7).

תזונה וסרטן בנשים

מחלת הסרטן מדורגת שניה ברשימת סיבות המוות העיקריות בישראל, הן בקרב נשים והן בקרב גברים (3). בקרב גילאי 25-64 זוהי סיבת המוות המובילה. בשנת 1995, קרוב ל-30% ממקרי הסרטן החדשים, שאובחנו בקרב נשים ישראליות, היו מקרים של סרטן שד, שהם פי שלושה ממספר מקרי סרטן המעי הגס, ופי שישה ממספר מקרי סרטן השחלות (3). שעורי התמותה הגבוהים ביותר בנשים היו מסרטן השד, אחריו סרטן המעי הגס ואחריו סרטן הריאות.

סרטן שד

בקרוב נשים בנות 25-55, סרטן שד הוא סיבת המוות העיקרית, הגורמת ליותר פטירות מסך כל הפטירות ממחלות לב וכלי דם (3). לאחר גיל 40 נצפית עלייה חדה עם הגיל בהיארעות סרטן השד.

צריכה קלורית עודפת וצבירת משקל בילדות תורמים לירידה בגיל התחלת הווסת, התורמת מצידה לעליה בסיכון לסרטן שד בגילאים מתקדמים יותר (15). צבירת משקל בבגרות קשורה גם היא בעליה בסיכון לסרטן שד, לאחר גיל המעבר, במיוחד בקרב נשים שאינן מקבלות טיפול הורמונלי חלופי (36).

מבין כל הקשרים שנבדקו בין גורמים תזונתיים (שומן, סיבים, נוגדי חמצון, פיטואסטרוגנים, ירקות, פירות ועוד) לבין הסיכון לסרטן שד, הקשר של צריכת אלכוהול להתפתחות המחלה הוא העקבי ביותר ובחזקת קשר סיבתי (36). יחד עם זאת, צריכה מתונה של אלכוהול קשורה בירידה בסיכון לאירועי לב וכלי דם (37). לאור המסקנות הנייל, ובהתחשב בעובדה שאלכוהול עלול להביא להתמכרות ולגרום נזקי לוואי חמורים, צריכתו איננה בחזקת המלצה לכלל האוכלוסייה. כמו-כן, לגבי שתייני אלכוהול, קיימת המלצה להגבלתו, כפי שכבר צוין (7). לגבי נשים צרכניות אלכוהול, הגברה מתונה בצריכת פולאט ממקור תזונתי ומתוספים עשויה להקטין את הסיכון להתפתחות המחלה (38).

סרטן המעי הגס והחלחולת

ההיארעות של סרטן המעי הגס והחלחולת מדורגת שנייה מבין כל סוגי הסרטן, בארץ. בשנת 1995, היוו מקרי סרטן זה 13% מכלל מקרי הסרטן החדשים בנשים (3).

מחקרים אפידמיולוגיים מצביעים על עליה בסיכון לסרטן המעי הגס והחלחולת בעקבות צריכה מוגברת של שומן מהחי (15,39), ובעקבות צריכה דלה בסיבים תזונתיים, פירות וירקות (15,20,39). יחד עם זאת, בחלק מהמחקרים, לאחר תקנון לצריכה הקלורית, לא נצפה קשר בין השומן והסיבים לבין התפתחות המחלה (40,41). למרות, שפירות וירקות מספקים רמה גבוהה של סיבים, הם עשויים להכיל חומרים נוספים בעלי יתרון בריאותי, ולכן מומלץ לעודד את צריכתם (7).

סרטן ריאה

סרטן ריאה הוא הסיבה השלישית בשכיחותה למוות מסרטן, בקרב נשים. בשנת 1995, היוו מקרי סרטן זה 15% מכלל מקרי הסרטן החדשים בנשים (3). עישון הוא גורם הסיכון העיקרי לסרטן ריאה (42). לאור העלייה באחוזי המעשנות, בקרב נשים

גיל 45 דומה בקרב גברים ונשים, ומגיל 45 ומעלה - גבוהה יותר בקרב נשים, לעומת גברים (3). כ-30% מן הנשים בגילאי 45-74 סובלות מיתר לחץ דם. יתר על כן, שכיחות יתר לחץ דם בקרב נשים, הסובלות ממחלת לב כלילית, גבוהה יותר מאשר בקרב גברים (3). שינוי באורח החיים, הכולל: הפחתה בצריכת נתרן, ירידה במשקל, מתינות בצריכת אלכוהול, הגברת הפעילות הגופנית, הגברה בצריכת אשלגן, וצריכה של פירות, ירקות ומוצרי חלב דלי שומן, עשוי לתרום למניעת התפתחות יתר לחץ דם בקרב בעלי לחץ דם תקין, ואף להוות טיפול ראשוני (ללא תרופות) לבעלי יתר לחץ דם (7). תרומה זו לאיזון לחץ הדם עשויה להפחית את הסיכון למחלת לב כלילית. לאור היתרון הבריאותי, ממליץ ה-AHA לכלל האוכלוסייה להגביל את צריכת המלח לרמה של עד 6 גרי ליום (שווה ערך לכ-2400 מ"ג נתרן), באמצעות הפחתה בצריכת מזונות עשירים במלח והגבלת השימוש במלח לתיבול (7). קבוצת אוכלוסייה, העשויה ליהנות במיוחד מיתרונות ההגבלה במלח, היא קבוצת הנשים לאחר גיל המעבר, שנטייתן לפתח רגישות למלח גבוהה יותר, בהשוואה לגברים (28). צריכת האלכוהול מוגבלת לרמה של עד משקה אחד לאישה ושני משקאות לגבר ליום (30 גרי אתנול) (7). ההמלצה לצריכת פירות, ירקות ומוצרי חלב דלי שומן מבוססת, בין היתר, על תוצאות מחקר ה-DASH (29), אשר הצביעו על ירידה מובהקת של 11.6 ו-3.5 מ"מ כספית בלחץ הדם הסיסטולי, בקרב בעלי יתר לחץ דם ובקרב בעלי לחץ דם תקין, בהתאמה, אשר צרכו את דיאטת ה-DASH, העשירה בפירות וירקות (5-9 מנות ליום), אגוזים ומוצרי חלב דלי שומן (2-4 מנות ליום). למרות, שמחקר ה-DASH לא תוכנן לאמוד את השפעתם של רכיבי מזון ספציפיים, תוצאותיו מחזקות את ההמלצה לצריכה נאותה של אשלגן, מגנזיום וסידן ממקור תזונתי (30).

תזונה, עמידות לאינסולין וסוכרת בנשים

סוכרת היא אחד מן הסיכונים הבריאותיים העיקריים עמם מתמודדות נשים מבוגרות בארץ (3). גברים סוכרתיים נמצאים בסיכון הגבוה פי 2 עד 3 לאירועי לב בהשוואה ללא סוכרתיים; לעומתם, נשים סוכרתיים נמצאות בסיכון הגבוה פי 3 עד 7 (31). בסקר הבריאות הלאומי (7-1996) דווח על הימצאות המחלה בשיעורים של 23.1% לעומת 15.3% בקרב ערביות ויהודיות, בהתאמה (3). הימצאות המחלה בארץ, בקרב בנות 65 ומעלה, גבוהה בהשוואה לגברים באותה קבוצת גיל. יש הטוענים, כי מומלץ לייחד למחלה תשומת לב רבה, ולהגביר את המודעות להיותה בעיית בריאות של נשים (32).

סוכרת מסוג II, השכיחה יותר בהופעתה, קשורה בתסמונת ה-X, המאופיינת על-ידי שלושה או יותר מהגורמים שלהלן: השמנה מרכזית, טריגליצרידים גבוהים, HDL-כולסטרול נמוך, יתר לחץ דם וסוכר גבוה בצום (6). נשים הסובלות מהתסמונת נמצאות בסיכון גבוה יותר למחלת לב כלילית (4).

צריכה מוגברת של סיבים תזונתיים וחומצות שומן אומגה-3 יכולה לסייע להפחתה בגורמי הסיכון הנייל (33,34). לסוכרתיים, הסובלים מטריגליצרידים גבוהים ו-HDL-כולסטרול נמוך, כדאי, במקביל, לשקול דיאטה דלת שומן רווי וכולסטרול, העשירה בשומנים לא רוויים (עד 30% מסך הקלוריות) על חשבון פחמימות (7). לכלל חולי הסוכרת מומלצת הפחתה בצריכת שומן רווי (פחות מ-7% מסך הקלוריות) וכולסטרול (פחות מ-200 מ"ג ליום), בשילוב עם הגבלה קלורית ופעילות גופנית (7,33). כאשר הדיאטה מאוזנת, נטילת תוספים של ויטמינים ומינרלים (דוגמת נוגדי חמצון, מגנזיום וכרום) איננה מומלצת, אלא במקרים של מחסור (35). יש לעודד נשים סוכרתיים, הסובלות מעודף משקל, להנקה לאחר לידה (7). יש לשלול הפרעת אכילה, במיוחד בקרב צעירות

מבין כל הקשרים שנבדקו בין גורמים תזונתיים (שומן, סיבים, נוגדי חמצון, פיטואסטרוגנים, ירקות, פירות ועוד) לבין הסיכון לסרטן שד, הקשר של צריכת אלכוהול להתפתחות המחלה הוא העקבי ביותר ובחזקת קשר סיבתי. לגבי נשים צרכניות אלכוהול, הגברה מתונה בצריכת פולאט ממקור תזונתי ומתוספים עשויה להקטין את הסיכון להתפתחות המחלה



References:

1. Position of The American Dietetic Association: women's health and nutrition. J Am Diet Assoc 1999; 99:738-51.
2. Position of The American Dietetic Association: the role of nutrition in health promotion and disease prevention programs. J Am Diet Assoc 1998;98:205-8.
3. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. בריאות נשים בישראל 1999-2000, ספר נתונים, פרסום 219, 2000.
4. Williams CM. Cardiovascular risk factor in women. Proc Nutr Soc 1997;56:383-91.
5. National Cholesterol Education Program Expert Panel. Second report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel). Circulation 1994;89:1333-445.
6. National Cholesterol Education Program Expert Panel. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001; 285:2508-9.
7. Krauss RM. AHA dietary guidelines revision 2000: a statement for healthcare professionals from the nutrition committee of the American Heart Association. Circulation 2000;102:2284.
8. Pientin P. Intake of fatty acids and risk of coronary heart disease in a cohort of Finnish men: the Alpha-Tocopherol, Beta-Carotene Cancer Prevention Study. Am J Epidemiol 1997;145:876-87.
9. Ascherio A. Dietary fat and risk of coronary heart disease in men: cohort follow up study in the United States. BMJ 1996;313:84-90.
10. Goldbourt U. Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees: a 23-year mortality follow up in the Israeli Ischemic Heart Disease Study. Cardiology 1993;82:100-21.
11. Fehily AM. Diet and incident ischemic heart disease: the Caerphilly Study. Br J Nutr 1993;69:303-14.
12. Posner BM. Dietary lipid predictors of coronary heart disease in men: the Framingham Study. Arch Intern Med 1991;151:1181-7.
13. Hu FB. Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. N Engl J Med 1997;337:1491-1499.
14. Nelson CJ. Dietary fat, trans fatty acids, and risk of coronary heart disease. Nutr Rev 1998;56:250-2.
15. Law M. Dietary fat and adult diseases and the implications for childhood nutrition: an epidemiologic approach. Am J Clin Nutr 2000;72(Suppl):1291S-6S.
16. McNamara DJ. Cholesterol intake and plasma cholesterol: an update. J Am Coll Nutr 1997;16:530-634.
17. Holub BJ. Clinical nutrition:4. Omega-3 fatty acids in cardiovascular care. CMAJ 2002;166.
18. de Lorgeril M. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. Circulation 1999;99:779-85.
19. Tribble DA. AHA Science Advisory: antioxidant consumption and risk of coronary heart disease: emphasis on vitamin C, vitamin E and β -carotene: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. Circulation 1999; 99: 591-95.
20. Kushi LH. Cereals, legumes, and chronic disease risk reduction: evidence from epidemiologic studies. Am J Clin Nutr 1999;70(Suppl): 451S-8S.
21. Cooper DA. Dietary carotenoids and certain cancers, heart disease, and age-related macular degeneration: a review of recent research. Nutr Rev 1999; 57: 201-14.
22. Anderson JW. Meta-analysis of the effects of soy protein intake on serum lipids. N Engl J Med 1995; 333: 276-82.
23. Baum JA. Long-term intake of soy protein improves blood lipid profiles and increases mononuclear cell low-density-lipoprotein receptor messenger RNA in hypercholesterolemic, postmenopausal women. Am J Clin Nutr 1998;68:545-51.
24. Crouse JR III. A randomized trial comparing the effect of casein

צעירות בארץ, היארעות סרטן זה בעתיד עלולה לעלות (3). צריכה מוגברת של פירות וירקות קשורה בסיכון נמוך יותר למחלה (15). ככל הנראה, הקרוטנואידים אינם הרכיב העשוי להסביר קשר זה (43).

לסיכום

שינוי באורח החיים, הכולל מעבר לתזונה נכונה, דלת שומן וכולסטרול, עשירה בסיבים תזונתיים, פירות, ירקות, דגנים מלאים, דגים ומוצרי חלב דלי שומן, יכול לקדם בריאות נשים ולהקטין את הסיכון לתחלואה ולתמותה מכל הסיבות בגיל המבוגר. שילובם של דיאטנים מוסמכים בתוכניות לקידום בריאות ומניעת מחלות חיוני להשגת המטרות (2).

תודה מיוחדת לד"ר סיגל אילת, מרכזת הועדה לבריאות האישה בעמותת ע.ת.י.ד. על הארותיה

with that of soy protein containing varying amounts of isoflavones on plasma concentrations of lipids and lipoproteins. Arch Intern Med 1999;159:2070-6.

25. Cassidy A. Phyto-oestrogens: a potential role in the prevention of CHD?. Proc Nutr Soc 1999;58:193-9.
26. Mosca L. Cardiovascular disease in women. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association. Circulation 1997;96:2468-82.
27. דרורי י. מחלת לב כליית נשים. יוזמות היג'י, 1998.
28. Calhoun DA, et al. High blood pressure in women. Int J Fertil 1997;42:198-205.
29. Sacks FM. A dietary approach to prevent hypertension: a review of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) study. Clin Cardiol 1999;22 (Suppl):6-10.
30. Kotchen TA. Dietary electrolytes and blood pressure: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association Nutrition Committee. Circulation 1998;98:613-17.
31. Mosca L. Guide to preventive cardiology for women. A statement from the American Heart Association. Circulation 1999;99:2480-84.
32. Wishner KL. Diabetes Mellitus: its impact on women. Int J Fertil 1996;41:177-86.
33. Grundy SM. Diabetes and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. Circulation 1999;100:1134-46.
34. Chandalia M. Beneficial effects of high dietary fiber intake in patients with type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med 2000; 342:1392-98.
35. American Diabetes Association. Nutritional recommendations and principles for individuals with diabetes mellitus. Diabetes Care 1998; 21(Suppl 1):S32-S35.
36. Willett WC. Diet and breast cancer. J Intern Med 2001;249:395-411.
37. Pearson TA. Alcohol and heart disease. Circulation 1996;94:3023-25.
38. Kim YI. Folate and cancer prevention: a new medical application of folate beyond hyperhomocysteinemia and neural tube defects. Nutr Rev 1998;57:314-20.
39. MacLennan R. Diet and colorectal cancer. Int J Cancer 1997;(Suppl):S10-S12.
40. Willett WC. Relation of meat, fat and fiber intake to the risk of colon cancer in a prospective study among women. N Engl J Med 1990;323:1664-72.
41. Fuchs CD. Dietary fiber and the risk of colorectal cancer and adenoma in women. N Engl J Med 1999;340:169-76.
42. Hampl JS. Cigarette use during adolescence: effects on nutritional status. Nutr Rev 1999;57:215-21.
43. Cooper DA. Dietary carotenoids and lung cancer: a review of recent research. Nutr Rev 1999;57:133-45.



טיפול הורמונלי חלופי בגיל המעבר-עובדות ודילמות, עדכון 2002

ד"ר ברי קפלן, סגן נשיא האגודה הישראלית לגיל המעבר
סגן מנהל לענייני הקהילה, מחלקת נשים ויולדות, מרכז רפואי רבין

הטיפול ההורמונלי החלופי מצוי בשימוש כבר למעלה מ-30 שנה להקלת הסימפטומים המאפיינים את גיל המנופאזה, להפחתת תחלואה באוסטאופורוזיס ובמחלות לב כליליות. למרות זאת, התחלת טיפול זה מהווה עדיין את אחת הדילמות הקשות ביותר למענה עבור נשים בתקופת חיים זו, בשל החשש מעליה בסיכון לסרטן הרחם והשד. כדי לתת מענה לאישה המתלבטת בבעיה זו, יש לשקול את היתרונות והחסרונות של טיפול הורמונלי חלופי לגבי כל אישה. את ההחלטה על האישה לקבל יחד עם הרופא המטפל

לגיל המעבר באם לקבל טיפול הורמונלי חלופי. הטיפול המוכר בראשי התיבות ERT (Estrogen Replacement Therapy) מיועד לנשים לאחר כריתת רחם ומכיל אסטרוגן בלבד, ו-HRT (Hormone Replacement Therapy) מיועד לנשים בעלות רחם ומכיל אסטרוגן בשילוב פרוגסטרון בצורה מחזורית או ממושכת. כדי לתת מענה לאישה המתלבטת בבעיה זו יש לשקול מהם היתרונות של טיפול הורמונלי חלופי ומהם החסרונות לגבי כל אישה. את ההחלטה על האישה לקבל יחד עם הרופא המטפל בה.

טיפול הורמונלי חלופי ותופעות ראשוניות של גיל המעבר

ההתוויה העיקרית למתן טיפול הורמונלי הינה בעיקר לנשים הסובלות מתופעות ראשוניות של גיל המעבר: כגון גלי חום (1), הזעות, הפרעות בשינה, דפיקות לב מואצות ולא סדירות, ירידה בחשק המיני ועוד. בנוסף, מניעת תופעות בדרכי המין והשתן הנובעות מאטרופיה וגינלית ואורטרלית. מחקרים רבים בעבר ובהווה איששו את ההתוויה ולכן אין ויכוחים בספרות בנושא זה.

טיפול הורמונלי חלופי ומחלות לב וכלי דם

מחקרים תצפיתיים על טיפול הורמונלי, הכולל אסטרוגן או אסטרוגן ופרוגסטרון, הראו ירידה של 35-45% במחלות לב וכלי דם למשתמשות בטיפול (3-4). במחקר האחיות נמצאה ירידה משמעותית (31%) במקרים של

וחלת החיים של נשים בישראל כיום היא כ-80 שנה, מכאן שנשים בישראל צפויות לחיות כ-1/3 מחייהן לאחר תקופת המעבר. השימוש בטיפול הורמונלי חלופי בגיל המעבר מהווה את אחת השאלות הקשות ביותר למענה עבור נשים העומדות בפני השינויים העומדים לפנייהן בתקופת חיים זו.

גיל המעבר מתאפיין בירידה בייצור אסטרוגן, ירידה זו גורמת להופעת תסמינים הקשורים בחוסר אסטרוגן, שהבולטים ביניהם הינם גלי חום, הזעות בעיקר בלילה, נדודי שינה, ומתלות אליהם אטרופיה של הנרתיק וצינור השתן המלווים ביובש בנרתיק, אי נוחות בקיום יחסי מין והפרעות במערכת השתן. לתסמינים אלה השפעה רבה על איכות חייהן של נשים רבות.

עם העלייה בגיל האישה חלה עלייה בשיעור התחלואה ממחלות לב, ירידה במסת העצמות הגורמת לשברים, וירידה קוגניטיבית, אשר הבולטת בהופעותיה הינה מחלת האלצהיימר.

הטיפול ההורמונלי החלופי (HRT) נמצא בשימוש כבר יותר מ-30 שנה ידוע כמקל על תופעות גיל המעבר (1), משפר את איכות החיים, מקטין את האטרופיה בדרכי המין והשתן, מקטין את הירידה בחשק המיני, עשוי להקטין את הירידה במסת העצם ובכך להקטין את הסיכון לפתח שברים בעצמות, ועשוי להפחית סיכון למחלות הלב ומערכת הדם.

ברם, רופאים מסויימים חוששים ממתן טיפול הורמונלי חלופי למטופלותיהם בשל חשש שהטיפול יגביר את הסיכון לפתח סרטן ובעיקר סרטן שד ורחם.

בנוסף לאותו בילבול סביב היתרונות הקרדיוסקולריים, אשר הופיע לאחר פירסום מחקר HERS (2), הופיעו לאחרונה עבודות המעלות סימני שאלה לגבי מחקר זה, ויתר על כן, קיימת גם דילמה בנושא האוסטאופורוזיס: האם מניעת הירידה במסת העצם אכן מביאה בעקבותיה אכן גם ירידה בסיכון לפתח שברים? כמוכן קיימת תמיד גם השאלה של סיכוי התפתחות ממאירויות ובעיקר סרטן השד, ושקילת יתרונות הטיפול אל מול חסרונותיו. במקביל להתלבטויותיו של הרופא מתחבטת גם האישה המתקרבת

ת





אשר לוקחות אסטרוגן.
ב- HERS, היה הסיכון למחלת כיס מרה גבוה יותר ב-38% אצל נשים אשר ניתן להן טיפול באסטרוגן-פרוגסטרוגן, מאשר אצל נשים שקיבלו פלסבו (16).

משקל וחלוקת שומן גוף

אין ממצאים המצביעים על השפעת אסטרוגן ללא פרוגסטרוגן או אסטרוגן משולב בפרוגסטרוגן על משקל הגוף, דבר המראה כי טיפולים אלו אינם גורמים להעלאת משקל בנוסף לעליה הנורמלית במשקל בגיל המעבר (17).

גישת הרופאים

קווים מנחים ובדיקת התועלת והסיכון בטיפול הורמונלי חלופי זמינים לרופאים המייעצים לנשים לגבי השימוש בהורמונים לאחר גיל המעבר (18-25).

היקף השימוש ב-HRT אצל נשים בגיל המעבר משתנה מ-10% עד 20% בארצות שונות. מספר מחקרים דיווחו על היקפים גבוהים יותר אצל נשים משכילות ואצל נשים בעלות הכנסה גבוהה (26). בישראל, כ-12% מהנשים שלאחר גיל המעבר משתמשות כרגע ב-HRT וכ-10% נוספות עשו זאת בעבר (27). יש סבירות גבוהה יותר, כי נשים גניקולוגיות תהיינה מעודכנות לגבי השימוש ב-HRT, לכן העמדה שלהן לגבי השימוש אצל מטופלותיהן ושימוש עצמי מאד חשובה. מחקרים שנעשו בין נשים גניקולוגיות גילו 50-80% שימוש ב-HRT אצל המטופלות שלהן (28-32).

ביקורת לגבי גיל ומין הרופא מצאה, כי תדירות מרשם של HRT הייתה נמוכה יותר אצל רופאים גברים מאשר נשים. סיכום המחקר היה, כי קיימת סבירות גבוהה יותר כי נשים רופאות עם גישות חיוביות לגבי HRT ירשמו HRT לנשים לאחר גיל המעבר. במחקר שנערך לאחרונה (33) רוב הגניקולוגים המליצו על HRT בזמן תקופת המעבר. עבור נשים עם רירית רחם תקינה, צורת המתן המועדפת על ידי 75% מהגניקולוגים, הייתה טיפול משולב HRT מתמשך, בעוד טיפול מחזורי משולב נבחר ע"י 15% מהגניקולוגים. לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין הרופאים לגבי ההתוויית והתוויית הנגד ל-HRT. משך הטיפול נתון לשונות רחבה, מפרק זמן ללא הגבלה, עד הפסקה לאחר 5 או 10 שנים.

לסיכום

לפני שרושמים HRT לאחר גיל המעבר, על הרופאים להעריך ולאפיין עבור המטופלת את קיום ההתוויית, במיוחד סימפטומים של גיל המעבר ואפשרות להתוויית נגד ומשקלן, סיכונים ותועלת של HRT לעומת אלטרנטיבות טיפוליות. יש כמובן להתוות טיפול אישי. לכן, רופאים חייבים להכיר את נתוני הספרות וכן את העבר הרפואי של כל מטופלת. המטרה של כל טיפול היא להחזיר את המטופלת בגיל המעבר לסגנון ואיכות החיים שהיו לה לפני שנכנסה לגיל המעבר.

כדי להגיע להחלטה נבונה, על האישה להבין את החסרונות והיתרונות של טיפול הורמונלי חלופי, ורק אז לשקול את עמדותיה. עליה לקבל החלטה שתשלב את הרקע הרפואי והמשפחתי שלה ואת פרופיל הסיכון האישי שלה, שנקבע על-פי אורח החיים והמטען הגנטי שלה. החלטת המטופלת

משמעותית שדונה בשנים האחרונות הנוגעת לקשר שבין אסטרוגן לסרטן.

קיימות עדויות ברורות לכך, שמתן טיפול הורמונלי באסטרוגן בלבד לנשים עם רחם, מעלה את שכיחות השניונים ברירית הרחם, דבר הגורם לדימומים בלתי סדירים, היפרפלסיה של הרירית ואף לסרטן רירית הרחם (8-9).

תוספת הפרוגסטרוגן בצורה מחזורית או ממושכת לטיפול לוותה בירידה בתופעות אלו וכתוצאה מכך גם להתמדה ממושכת יותר בנטילת הטיפול.

דימומים בלתי סדירים פחות שכיחים כאשר הטיפול הינו מחזורי מאשר בטיפול מתמשך, אולם נראה שהטיפול המתמשך מהווה גורם מונע יותר בהתפתחות שניונים לא רצויים ברירית הרחם. היפרפלסיה שכיחה יותר כאשר הפרוגסטרוגן ניתן כל שלושה חודשים לעומת נשים שהמחזוריות הייתה כל חודש.

החשש הגדול לגבי טיפול אסטרוגני ממושך הינו סרטן השד (10), ותוספת של פרוגסטרוגן אף יכולה להגביר את הסיכון (11). לאחרונה הצביעו מסקנות מחקר קטן מבוקר על עליה בסיכון לסרטן השד בנשים המטופלות בטיפול הורמונלי למשך זמן רב. מסקירת הספרות דרך ה-Medline בין השנים 1975-2000, שנעשה על ידי טרודי בוש וחבריה (12), הסיקו המחברים שאין הוכחות להגברת הסיכון בנטילת טיפול אסטרוגני והופעת סרטן שד, ואילו טיפול משולב הכולל פרוגסטרוגן מעלה את הסיכון יותר מאשר הטיפול באסטרוגנים בלבד. כמו כן לא נמצאה התמדה בקשר בין השימוש בטיפול ההורמונלי, התחלואה והתמותה מסרטן השד. המסקנה החשובה ביותר של מאמר זה הייתה שמחקרים נוספים בנושא כנראה לא ישנו מסקנה זו.

מחקרים אפידמיולוגיים הראו, שנטילת אסטרוגן עשויה להקטין את הסיכון לפתח סרטן המעי הגס בנשים, דבר זה הודגם בסיכום עבודות שנעשה לאחרונה (13).

ההגנה נגד סרטן המעי הייתה גדולה יותר בנשים הנוטלות את הטיפול ההורמונלי. טיפול הורמונלי עכשווי היה מלווה בהקטנה של 33% במקרי סרטן המעי הגס, אולם לא מנע סרטן הרקטום. בנוסף נראה היה שהטיפול ההורמונלי גם מנע תמותה מסרטן המעי הגס.

מחקר רטרוספקטיבי השוואתי ממרכז הרישום במסצ'וסטס (14) הראה לאחרונה שנטילה של טיפול הורמונלי לוותה בירידה בסרטן המעי, וגם כאן לא נמנע סרטן הרקטום. במחקר נצפה שההגנה שהושגה בשנה הראשונה לטיפול לא הייתה שונה מההגנה שהושגה בחמש השנים הבאות של הטיפול.

תופעות טרומבואמבוליות

מחקרים תצפיתיים מדגימים שטיפול אסטרוגני בגיל המעבר מעלה את הסיכון לפתח פקת ורידים בסדר גודל של פי 2-3.5. הממצאים במחקר HERS בנשים שיועדו לקבל טיפול הורמונלי באסטרוגן ופרוגסטרוגן תואמים להערכה זו (15). מאחר ו-Idiopathic venous thromboembolism אינו שגרתי אצל נשים מעל גיל 50, הסיכון המוחלט הקשור בשימוש באסטרוגן לאחר גיל המעבר הינו קטן באופן יחסי (מגדיל את הסיכון הצפוי ב-20 מקרים ל-100,000 שנות-נשים).

מחלת כיס-מרה

מספר מחקרי תצפית גדולים מצאו, כי הסיכון לאבני מרה או לכריתת כיס מרה גדל פי 2 עד 3 אצל נשים לאחר גיל המעבר

כדי להגיע להחלטה

נבונה, על האישה

להבין את החסרונות

והיתרונות של טיפול

הורמונלי חלופי.

החלטתה תשלב את

הרקע הרפואי

והמשפחתי שלה

ואת פרופיל הסיכון

האישי שלה, שנקבע

על-פי אורח החיים

והמטען הגנטי,

ותשקף את המבנה

הנפשי שלה, את

רגשותיה באשר

לשימוש בתרופות

ואת חששותיה

היחסיים ממחלות

שונות



מחלת לב כלילית בזמן תקופת המחקר (1980-1994). הירידה קשורה כנראה להפסקת עישון (13%), לשיפור בתזונה (16%), ולעליה בשימוש בטיפול הורמונלי חלופי לאחר המנופאוזא (9%).

מניעה ראשונית

המסקנות המתבקשות בשלב זה לגבי נשים בריאות, תלויות בתוצאות של מחקרים מוחלטים יותר המתבצעים כיום (WHI, RUTH). נקודת המוצא של מחקרים אלה הינה כי מניעה קלה יותר מריפוי. לכן, על הרופאים לעודד נשים ללא היסטוריה של מחלות לב לנהל אורח חיים בריא הכולל הפסקת עישון, שיפור התזונה, ופעילות גופנית ולשקול מתן טיפול ב-HRT.

האם טיפול הורמונלי מונע מחלות לב וכלי דם בנשים בריאות? מחקר ה-WHI (Women's Health Initiative), אשר תוכנן להשוות טיפול הורמונלי לפלצבו, סיפק תשובות הולמות לשאלה האם יש מקום לטיפול הורמונלי המכיל אסטרוגן ופרוגסטרון כמניעה ראשונית של מחלות לב וכלי דם, ומסקנתו היתה שאין לתת את הטיפול מסיבה זו.

מניעה שניונית

מחקר ה-HERS (2), שהיה המחקר הקליני האקראי הראשון, שבדק את השפעת הטיפול הורמונלי על נשים עם מחלת לב קיימת (CVD) הראה, כי באופן מפתיע 52% מהנשים שקיבלו טיפול הורמונלי חוו ארוע קורונרי בשנה הראשונה למחקר. אולם, לאחר 4 שנים של טיפול, היו פחות מקרי מוות בקבוצת הטיפול לעומת קבוצת הביקורת. מסקנת החוקרים היתה, שאין להתחיל טיפול הורמונלי במטרה למנוע ארועים קרדיאליים בקרב נשים עם מחלת לב.

גם איגוד רופאי הלב האמריקאים (American Heart Association), המבסס את המלצותיו על מחקרים עכשוויים בנושא תפקיד הטיפול הורמונלי בהקטנת הסיכון למחלות לב וכלי דם בנשים שלאחר גיל המעבר, ממליץ שאין להתחיל מתן טיפול הורמונלי חלופי כמניעה משנית של מחלות לב וכלי דם.

לאחרונה במחקר רטרוספקטיבי, שהעריך את השפעת הטיפול הורמונלי ב-114,724 נשים לאחר התקף לב הראו, שטיפול הורמונלי חלופי היה מלווה ב-35% שיפור החיות לאחר התקף לב (3).

בדבר העורך למאמר זה, כתבו מנדלסון וקרוס (4) כי למעשה מה שניתן ללמוד ממחקר ה-HERS הוא, שבנשים עם מחלת לב מוכחת, שהינן כ-20 שנה לאחר תקופת המעבר, אין הגנה בפני מאורעות לבביים על ידי התחלת טיפול הורמונלי.

מסקנתם היתה, שאין לתת טיפול הורמונלי כטיפול קרדיאלי, אלא כטיפול למטרות אחרות כגון הקלה על סימני גיל המעבר כגלי חום, מניעת אוסטאופורוזיס ועוד, טיפול המהווה את הסטנדרט הרגיל.

עוד בטרם הופיעו פרסומים אלו, שעניינם בערך ההגנתי של הורמונים למניעת מחלות לב, פרסם ועד האגודה הישראלית לגיל המעבר בחודש ינואר 2001 מיינשר האומר:

"ההתוויות הרשומות לטיפול הורמונלי חלופי הינן למניעה וטיפול בתופעות חריפות של גיל המעבר (כגון תופעות ואזו-מוטוריות), ולמניעה וטיפול באוסטאופורוזיס. כמעט כל העבודות האפידמיולוגיות ארוכות הטווח, שעסקו בנשים בריאות בגיל המעבר, הנוטלות טיפול הורמונלי חלופי, הצביעו על ירידה משמעותית בתחלואה קרדיו-וסקולארית.

בשנים האחרונות פורסמו מספר עבודות על נשים עם מחלת לב מוכחת (אוטם שריר הלב), אשר הצביעו על עליה באירועים קרדיו-וסקולאריים, במהלך השנה הראשונה ללקיחת טיפול

הורמונלי, עם זאת, נשמרה התועלת ההגנתית בפני "אירועי לב" בשנים שלאחר מכן. לאור האמור לעיל, לא מומלץ להתחיל טיפול הורמונלי חלופי בנשים עם מחלת לב מוכחת. לעומת זאת, אין מניעה להמשיך במתן טיפול הורמונלי אצל נשים אשר כבר נוטלות טיפול הורמונלי חלופי, מסיבה כלשהי."

טיפול הורמונלי חלופי ואוסטאופורוזיס

במהלך השנים שלאחר המנופאוזא, עם הפסקת ייצור האסטרוגנים והפרשתם, חל תהליך מואץ של איבוד מסת העצם, הנמשך מספר שנים. ירידה זו גורמת להידלדלות במסת העצם הגורמת שברים בעיקר בחוליות עמוד השידרה, במפרק הירך ובשורש כף היד. מצב זה של אוסטאופורוזיס והסיכון להיווצרות שברים במקומות שצוינו, הינו גורם תחלואה ותמותה באחוז גבוה של נשים שלאחר גיל המעבר (שליש מאוכלוסיית הנשים לאחר גיל 65 יסבלו משבר). ירידה של 10% של מסת העצם עלולה להכפיל את הסיכון לשבר (5).

אבחון וטיפול מוקדם הם המפתח למניעת שברים, וכאשר קורה שבר קיימת עליה בסיכון לפתח שבר נוסף (6). אפשרויות הטיפול באוסטאופורוזיס כוללות מתן ויטמין D וסידן בכמות מספקת, פעילות גופנית, הפסקת עישון ושקילת מתן טיפול תרופתי.

הטיפול הורמונלי החלופי מהווה את הטיפול המועדף במניעת אוסטאופורוזיס לנשים בגיל המעבר, אולם השימוש בטיפול הורמונלי מוגבל.

מחקרי תצפית הראו, שהשימוש בטיפול הורמונלי חלופי הקטין את הסיכון לשברי עמוד השידרה ב-80%-50 ואת הסיכון לשברי פרק הירך ב-30%-25, אולם חסרים עדיין נתונים ממחקרים אקראיים.

לאחרונה פורסמה מטה-אנליזה (7) של 22 מחקרים אקראיים שהראו, שהטיפול הורמונלי מקטין את הסיכון לשברים מחוץ לעמוד השידרה בנשים עד גיל 60. תגובת העורך למאמר הייתה, שעד שלא תהיה הוכחה אחרת, יש לשקול טיפול לא הורמונלי בנשים זקנות הסובלות מאוסטאופורוזיס.

טיפול הורמונלי חלופי ואלצהיימר

הסיכוי שנשים יפתחו בעיות דמנציה מסוג כלשהו הוא פי 2-3 יותר מגברים באותו הגיל, לכן אין זה מפתיע כי העלייה הדרמטית בנשים מבוגרות מלווה בעלייה בהופעת המחלות הניורו-דגנרטיביות כדוגמת מחלת האלצהיימר.

קיימות היום הוכחות מצטברות שלאסטרוגן יש השפעות חיוביות, דרך מס' מנגנונים, על ההתפתחות והשמירה של הפעולות הקוגניטיביות, ומכאן עולה היתרון של ERT/HRT לחיזוק הפעולות הקוגניטיביות.

כיום ישנן הוכחות ממחקרים אפידמיולוגיים רבים פרוספקטיביים ורטרוספקטיביים התומכים באפקט ההגנתי שיש לטיפול ב-ERT במחלת האלצהיימר.

המחקרים הראו הפחתה של 20%-60% במקרי האלצהיימר תוך שימוש ב-ERT.

מחקר שנערך לאחרונה הראה, כי שימוש ב-ERT אינו יעיל כאפשרות טיפול אצל נשים עם מחלה קיימת (34).

הקשר בין טיפול הורמונלי חלופי לסרטן

למרות יתרונותיו הרבים של הטיפול הורמונלי קיימת בעיה

אין התמדה בקשר

בין הטיפול

ההורמונלי לבין

התחלואה והתמותה

מסרטן השד. אין

הוכחות לכך שנטילת

טיפול אסטרוגני

מגבירה את הסיכון

לסרטן שד. טיפול

משולב הכולל

פרוגסטרון מעלה את

הסיכון יותר מאשר

הטיפול באסטרוגנים

לבד.

המסקנה החשובה

ביותר של סקירת

ספרות זו היא,

שמחקרים נוספים

בנושא כנראה לא

ישנו מסקנה זו



References:

1. Lester AS, Moore V. Oral oestrogen replacement therapy versus placebo for hot flushes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002.
2. Hulley SB, Grady D, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/Progestin replacement Study (HERS) Research Group. JAMA 1998;280:605-13.
3. Shlipak M, Angeja BC, et al, for the National Registry of Myocardial Infarction-3 investigators. Hormone therapy and in-hospital survival after myocardial infarction in postmenopausal women. Circulation 2001;104:2300-04.
4. Mendelsohn ME, Karas RH. The time has come to stop letting the HERS tale wag the dogma. Circulation 2001;104:2256-59.
5. Lindsay R, Silverman SL, et al. Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture. JAMA 2001;285:320-23.
6. Ettinger B, Grady D. Maximizing the benefit of estrogen therapy for the prevention of osteoporosis. Menopause 1994;1:19-24.
7. Torgerson DJ, Bell-Syer SE. Hormone replacement therapy and prevention of nonvertebral fractures. JAMA 2001;285:2891-97.
8. Grady D, Gebretsadik T, et al. Hormone replacement therapy and endometrial cancer risk: a meta-analysis. Obstet Gynecol 1995;85:304.
9. Lethaby A, Farquhar C, et al. Hormone replacement therapy in postmenopausal women: endometrial hyperplasia and irregular bleeding (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002.
10. Colditz GA, Hankinson SE, et al. The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. N Engl J Med 1995;332:1589-93.
11. Schairer C, et al. Menopausal estrogen and estrogen-progestin replacement therapy and breast cancer risk. JAMA 2000;283:485-91.
12. Bush TL, Whitman M, et al. Hormone replacement therapy and breast cancer: a qualitative review. Obstet Gynecol 2001; 98:498-508.
13. Nanda K, Bastian LA, et al. Hormone replacement therapy and the risk of colorectal cancer: a meta-analysis. Obstet Gynecol 1999;93:880-8.
14. Prihartono N, Palmer JR, et al. A case control study of use of postmenopausal female hormone supplements in relation to the risk of large bowel cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2000;9:443-7.
15. Grady D, Wenger NK, et al. Postmenopausal hormone therapy increases risk for venous thromboembolic disease: the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. Ann Intern Med 2000;132:689-96.
16. Hulley S, Grady D, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. JAMA 1998;280:605-13.
17. Norman RJ, Flight IHK, et al. Oestrogen and progestogen hormone replacement therapy for peri-menopausal and post-menopausal women: weight and body fat distribution (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002.
18. Col NF, Pauker SG, et al. Individualizing therapy to prevent long-term consequences of estrogen deficiency in postmenopausal women. Arch Intern Med 1999;159:1458-66.
19. Hormone replacement therapy. ACOG educational bulletin 247. Washington, D.C.: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1998.
20. Guide to clinical preventive services: report of the U.S. Preventive Services Task Force. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
21. Mosca L, Grundy SM, et al. Guide to preventive cardiology for women: AHA/ACC Scientific Statement Consensus Panel statement. Circulation 1999;99:2480-84.
22. Nawaz H, Katz DL. American College of Preventive Medicine practice policy statement: perimenopausal and postmenopausal hormone replacement therapy. Am J Prev Med 1999;17:250-4.

צריכה לשקף את המבנה הנפשי שלה, את רגשותיה באשר לשימוש בתרופות לטווח קצר או לטווח ארוך ואת חששותיה היחסיים ממחלות שונות (למשל סרטן ומחלות לב). בכל מקרה של ספקות, יש לדון עם האישה על היתרונות והחסרונות שבנטילת הורמונים בגיל המעבר, ולהחליט בהתאם.

לאחרונה, קיימת בעולם מגמה של הפחתה במינון ההורמונים לגיל המעבר (כמו בגולות למניעת הריון). בארץ, כמו בעולם, נכנסו לשימוש טיפולים הורמונליים חלופיים במינון נמוך, בדרך כלל ללא דימום חודשי, שיעילותם ובטיחותם נבדקו במחקרים שונים והם מיועדים לנשים הנמצאות שנה לאחר תחילת תקופת המעבר.

בנוסף, לנשים ללא רחם קיימים גם תכשירים המכילים אסטרוגן בלבד במינונים נמוכים. הימצאותם של תכשירים במינון נמוך מאפשרת לרופא ולאישה מתן טיפול הורמונלי חלופי, יעיל ובטוח, עם פחות תופעות לוואי, ואולי גם עם פחות סיכון לטווח הארוך.

כל האמור לעיל הוא במקביל לכך, שהשפעתו של הטיפול ההורמונלי החלופי על העצם, ועל מניעה ראשונית של מחלות לב וכלי דם עדיין נחקרת.

23. AACE medical guidelines for clinical practice for management of menopause. Endocr Pract 1999;5:355-66.
24. A decision tree for the use of estrogen replacement therapy or hormone replacement therapy in postmenopausal women: consensus opinion of the North American Menopause Society. Menopause 2000;7:76-86.
25. Jacobs Institute of Women's Health Expert Panel on Menopause Counseling. Guidelines for counseling women on the management of menopause. Washington, D.C.: Jacobs Institute of Women's Health, 2000.
26. Sogaard AJ, Fonnebo V, et al. Hormone replacement therapy among Norwegian women. Self-reported use and sales of estrogen preparations. Tidsskr Nor Laegeforen 1998 ;118(4):590-5.
27. Blumberg G, Kaplan B, et al. Women's attitude towards menopause and hormone replacement therapy. Int J Gynecol Obstet 1996;54:271-7.
28. Moen NH, Fredriksen T, et al. Use of hormone replacement therapy among female gynecologists and partners of male gynecologists in Norway. Tidsskr Nor Laegeforen 1998;20:118.
29. Isaacs AJ, Britton, et al. Utilization of hormone replacement therapy by women doctors. Br Med J 1995; 311(7017):1399-401.
30. Isaacs AJ, Britton, et al. Why do women doctors in the UK take hormone replacement therapy? J Epidemiol Community Health 1997;51(4):373-7.
31. Newton KM, LaCroix AZ, et al. What factors account for hormone replacement therapy prescribing frequency? Maturitas 2001;39:1-10.
32. Andersson K, Pedersen A, et al. Swedish gynecologists' and general practitioners' view on the climacteric period: knowledge attitudes and management strategies. Acta Obstet Gynecol Scand 1998;77:909-16.
33. Kaplan B, Aschkenazi-Steinberg S, et al. Gynecologists' Trends and Attitudes toward Prescribing Practices of Hormone Replacement Therapy during Menopause. In press Menopause Volume 9(5) 2002.
34. Burkman RT, Collins JA, Greene RA. Current perspectives on benefits and risks of hormone replacement therapy. Am J Obstet Gynecol, Aug 2001.
35. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. JAMA 2002; 288:321-33.



“אין רזה מדי!”: בעיות האכילה של הנשים הישראליות – מחקר ראשון בישראל

ד"ר מרג'ורי פיינסן, PhD,
מכון פאלק לבריאות הנפש ולחקר ההתנהגות בכפר שאול, ירושלים

“הפרעות האכילה מאתגרות אותנו להבין מה המשמעות של להיות אישה בחברה הזאת בזמנים אלה” (1).
הפרעות האכילה קשורות בחוסר העצמה, הערכה עצמית פגומה ובמצבים פסיכולוגיים חמורים. בניגוד לסוגי התמכרות אחרים, 90% מהנפגעים מהפרעה חמורה זו הן נשים או נערות. למרות החומרה שבדפוס אכילה בעייתיים בקרב נשים, הנושא כבעיה בריאותית הוזנח. עד היום אין לכך התייחסות רצינית מצד קובעי המדיניות ואנשי מקצוע בתחום שירותי הרפואה, בניגוד להתנהגויות הרסניות אחרות, הנפוצות יותר בקרב גברים, כגון: התמכרות לאלכוהול או לסמים.
ניתן להניח כי רבים מהגורמים התורמים להיווצרותן של הפרעות האכילה בישראל אינם שונים מאשר בשאר ארצות העולם. מאידך, ייתכנו גם הבדלים מהותיים.
מהם הגורמים הקשורים בהתפתחות הפרעות אלה בחברה הישראלית – בעיות של הערכה עצמית, דינאמיקה משפחתית, לחצים חברתיים, קשיי קליטה, עיסוק כפייתי בצורת הגוף הנשי הקשור בתרבות? אילו גורמים חברתיים תורמים להחמרתן של הפרעות אכילה? מהי השפעתה של השואה?

למרבה המזל, סיפוריה של גילדה כולל בתוכו תהליך של החלמה אשר התחיל בזמן שבו היא קישרה את מעשי הזלילה עם הטראומה של האונס (2). כמרבית הנשים הסובלות מבעיות אכילה היא פנתה למזון כדי למצוא בו נחמה מהמצוקה הרגשית שהציפה אותה, בהעדר כל מנגנון התמודדות אחר. לאורך זמן, שימוש במזון כמקור לנחמה מן הכאב מקבל חיים משל עצמו ומתפתח לדפוס התנהגות הרסניים - בולמוסי אכילה והרעבה עצמית.

“בעיות אכילה” או “התנהגויות אכילה חריגות” הן שמות כוללניים יותר מאשר “הפרעות אכילה”. “הפרעות אכילה” הוא מושג רפואי המתייחס למצבים כמו אנורקסיה נרוזה (AN), בולימיה נרוזה (BN), הפרעת בולמוסי אכילה (BED), או הפרעות אחרות שאינן

יפורר של גילדה, שלמרבה הצער אינו יוצא דופן, מסייע לנו להבין את התרומה העיקרית שיש לטראומה וכאב בהתפתחות של הפרעות אכילה והתמכרות לאוכל בקרב נשים.

גילדה היא בחורה יהודיה בת 21, אשר חיה עם משפחתה בצפון אפריקה ובצרפת לפני הגירתם לארה"ב. בגיל 5 נאלצה משפחתה לעזוב את צפון אפריקה, לאחר שכמה מבני משפחתה נרצחו על רקע של רדיפות אנטישמיות. כשהייתה בת 11, פיתה אותה בעל מועדון לילה להיכנס לחדר אחורי ואנס אותה שם.

זיכרונות האונס החלו צצים על פני השטח כשגילדה הייתה בת 16, ואז היא ניסתה להתאבד. מייד אחר כך החלה לזלול, ותוך שנה הוסיפה 50 ק"ג למשקלה. מאז, אכילה כפייתית ודיאטה קיצונית, שהתחלפו זו בזו, גרמו לתנדודות של כ-45 ק"ג במשקלה.

D

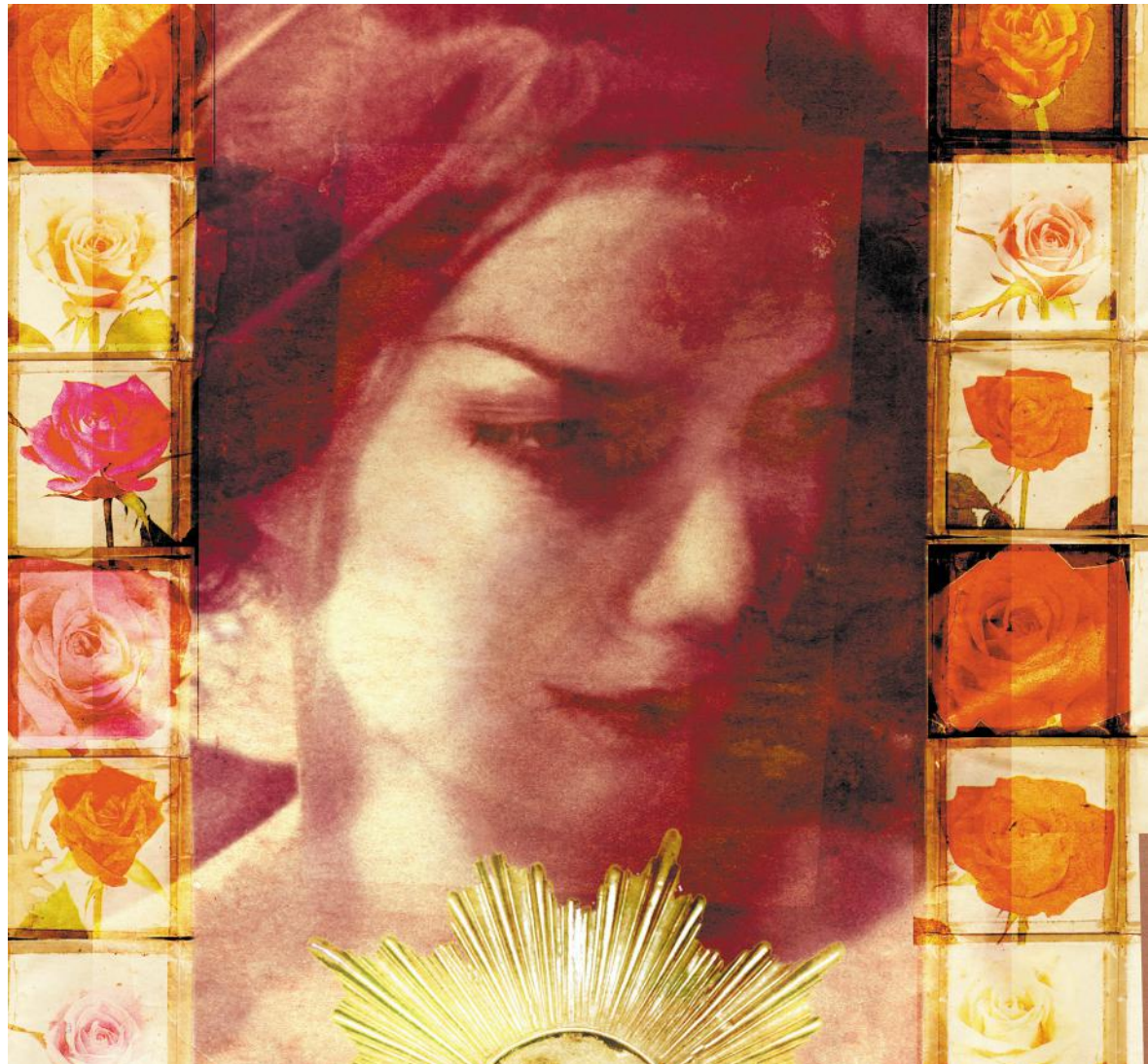


מוגדרות (EDNOS). המושג "בעיות אכילה" חוצה את גבולות האבחנות הרפואיות הני"ל, מכליל אמנם תסמינים הקיימים במצבים אלה, אך גם מגוון יותר רחב של התנהגויות אכילה חריגות ומזיקות, שמתלוות אליהן בעיות בדימוי עצמי ובהערכה עצמית, אשר אינן מקבילות לסיווגים הפסיכיאטריים המוסכמים. הפרעות אכילה וההתמכרות למזון אינן מתפתחות בחלל ריק. הן מתפתחות בתוך סביבה חברתית ותרבותית מסוימת, בסביבה זו חבויות לעתים חוויות כואבות או טראומטיות לנשים בפרט. הבריחה לאוכל משמשת נערות ונשים רבות כמנגנון הגנה המעניק להן ניחומים והרגעה במערבולת רגשות גואה וסוחפת. בחלוף תקופה מסוימת, ההתנהגויות המופרעות הללו מקבלות חיים משל עצמן והופכות למחלת התמכרות קשה.

בדומה להתמכרויות אחרות, הפרעות האכילה קשורות בחוסר העצמה, בהערכה עצמית פגומה ובמצבים פסיכולוגיים חמורים. ואולם, בניגוד לסוגי התמכרות אחרים, 90% מהנפגעים מהפרעה חמורה זו הן נשים או נערות. אם כי קשה לאמוד במדויק את שיעור השכיחות של הפרעות האכילה באוכלוסייה, על פי מחקרים בקהילה קיימת הסכמה רחבה על כך שכ-5% מכלל הנשים ונערות מתבגרות עונות על ההגדרות של אנורקסיה, בולמיה או בולמוס

אכילה (שיעור כולל). שיעור גדול הרבה יותר (15%) מתקבל אם לוקחים בחשבון בעיות אכילה משמעותיות או עמדות לא תקינות כלפי אוכל. נתונים אלה לקוחים ממסמך שהתפרסם על-ידי המכון הלאומי האמריקאי לבריאות הנפש ומצוטטים מדו"ח המרכז להפרעות האכילה של הרוורד (2). עם זאת, למרות החומרה שבדפוס אכילה לא תקינים בקרב נשים (מעל גיל 25), הוזנח הנושא כבעיה בריאותית. עד היום אין לכך התייחסות רצינית מצד קובעי המדיניות או מצד אנשי מקצוע בתחום הרפואה, בייחוד בהשוואה להתנהגויות הרסניות אחרות, הנפוצות יותר בקרב גברים, דוגמת התמכרות לאלכוהול או לסמים.

חלק מההזנחה של בעיות אכילה בישראל ניכר בקיומן של מספר גדול של שאלות שנתרו ללא מענה. לדוגמא: מהם הגורמים הקשורים בהתפתחות הפרעות אלה בחברה הישראלית - בעיות של הערכה עצמית, דינאמיקה משפחתית, לחצים חברתיים, קשיי קליטה, עיסוק כפייתי בצורת הגוף הנשי הקשור בתרבות? אילו גורמים חברתיים תורמים להחמרתן של הפרעות אכילה? מהי ההשפעה של השואה? מהו הקשר בין בעיות חברתיות חמורות, כגון: אלימות במשפחה, התעללות מינית או רגשית בגיל הילדות, אונס, אפליה במקום עבודה, לבין הפרעות אכילה? לאן פונות



**כ-5% מהנשים
הנערות המתבגרות
עונות על ההגדרות
של אנורקסיה,
בולמיה או בולמוס
אכילה. שיעור גדול
הרבה יותר (15%)
מתקבל, אם לוקחים
בחשבון בעיות
אכילה משמעותיות
או עמדות לא
תקינות כלפי אוכל**





מרכזיות האוכל בחיי
תושבי ישראל אינה
מתבטאת רק בחגים.
האוכל והכנתו הוא
מוקד חשוב של הווי
החיים מדי שבת
בחברה הדתית
והחילונית

לעזרה נשים עם הפרעות אכילה? האם הן נעזרות ברופאי משפחה, באנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש, בארגוני עזרה עצמית או ברפואה אלטרנטיבית? איך הנשים מעריכות את האפקטיביות של העזרה המוענקת להן על ידי אנשי המקצוע השונים? מה לדעתן השירותים שלהם הן זקוקות? אילו שינויים בחברה נחוצים כדי למנוע את התפתחותן של הפרעות אכילה ואת החמרתן?

נכון להיום שאלות אלה נשארו ללא תשובה, בחלקן בשל מיעוט נתונים. עם זאת, בהעדר הוכחות אמפיריות, ניתן להניח כי רבים מהגורמים התורמים להיווצרותן של הפרעות האכילה בישראל אינם שונים מאשר בשאר ארצות העולם. מאידך, ייתכנו גם הבדלים מהותיים. לדוגמה: מרכזיות האוכל בחיי תושבי ישראל אינה מתבטאת רק בחגים; האוכל והכנתו הינם מוקד חשוב של הווי החיים מדי שבת, הן בחברה הדתית והן בחילונית, אירועים חברתיים משופעים במזון ובישיבות או פגישות עסקיות במרבית הארגונים מקובל להגיש דברי מאכל ושתייה. הנחה שנייה, התומכת בקיומם של הבדלים בין ישראל לארצות אחרות, מתייחסת לכך שיש כאן שכיחות גבוהה של נשים שהן דור שני ושלישי לניצולי שואה. קיימות עדויות מסוימות התומכות בהנחה זו, אך הן אינן מבוססות על בדיקה שיטתית. ההנחה השלישית היא, שקיים לחץ משפחתי חזק במיוחד על נערות יהודיות מצד המשפחה להיות רזות.

תצפיותיה של תומפסון מוצאות תמיכה במאמר שהתפרסם ב"ג'ורנל רפורט" (5 ביולי 1999), המתאר לחצים חברתיים כבדים על בנות במשפחות חרדיות להישאר רזות כדי למצוא שידוך הולם.

"אין רזה מדי!": מחקר ראשון בנושא בעיות האכילה של הנשים הישראליות

אם כי הגיוני להניח שבעיות אכילה יכולות להחמיר על-ידי ההיבטים הייחודיים של החברה בישראל ושל חיי המשפחה היהודית, אין בכוחנו להעריך את דיוקן של השערות אלה ללא נתונים אמפיריים. בחינה מחדש של מחקר שהתפרסם בישראל מאשרת שאין מספיק מידע על חיי הקהילה בארץ, ובמיוחד בנוגע לנשים בגיל 25 ומעלה (3).

בעזרתו הנדיבה של ארגון נשות הדסה, מתבצע כעת - מחקר קהילתי ראשון בישראל בנושא בעיות אכילה (4). במחקר נכללו נשים מכל הגילים (מעל 21) ומשכבות שונות של החברה. הפרויקט המחקרי הנרחב הזה מורכב מ-4 חלקים עיקריים, שכל אחד מהם מתמקד במטרה משלו:

1) לבדוק את הסוג, ההיקף וההתפלגות של התנהגויות אכילה חריגות. לצורך זה יצרנו שאלון סקר, הכולל תסמיני אנורקסיה, בולמיה ובורלמוסי אכילה וכן תסמינים של התנהגויות בעייתיות אחרות. השאלונים, הכוללים 18 שאלות, חולקו באופן מקרי ב-14 מרפאות ראשוניות. מילוי השאלון הצריך 3-5 דקות, ומילאו אותו 1200 נשים. המרפאות שנבחרו משרתות אוכלוסיות ספציפיות, מה שמאפשר להבין התנהגויות אכילה חריגות במדגם הטרוגני רחב של נשים בישראל.

2) כדי לבחון את הבעיות החברתיות, הפסיכולוגיות והתרבותיות הרלוונטיות לבעיות אכילה, בנינו שאלון מובנה. הנשים אשר מילאו את שאלון הסקר ומסרו הסכמה מדעת להתראיין, ענו על שאלות בראיון טלפוני שנמשך 30-40 דקות. בדרך זו רואיינו עד עתה 500 נשים, בשפות עברית, רוסית, אנגלית או ערבית. נושאים בהם נוגע השאלון הם: בעיות התדמית העצמית, תסמיני חרדה ודיכאון, התמודדות עם ההערכה העצמית, חוויות קשות בחיים, הטרדה מינית, אלימות והתעללות וכן הזדקקות לעזרה, כולל

שירותי בריאות הנפש. 3) להערכת מרכז הכובד מהבעיה לפתרון, השתמשנו בתהליך יוצא דופן של ראיונות עם 25 נשים בהחלמה מהתנהגויות אכילה חריגות או התמכרות למזון. כל אישה, אשר הסכימה לשתף אותנו בסיפור שלה, עשתה זאת בראיון שנמשך שעה וחצי עד שתיים וחצי, ובזכות זאת נמצאים כעת בידניו נתונים רבי משמעות הנוגעים לנשים בגילאים 25 עד מעל ל-60. הראיונות מקיפים נשים מכל שדרות העם, בעלות מקצועות חופשיים ועקרות בית, חרדיות וחילוניות, צבריות ועולות חדשות. בראיונות אלה, בהם סיפרו הנשים על עצמן, יכולנו לגלות את תהליכי ההחלמה שעברו על כל אחת מהמראיינות ואת המאבקים הקשים והעיקשים להתגבר על היסטוריה ארוכה של הפרעות אכילה והתמכרות למזון.

4) כדי לגבש המלצות למדיניות חברתית הקשורה במתן שירותים, פיתחנו מודל חדשני לדיונים קבוצתיים ממוקדים. המשתתפות בדיונים אלה היו נשים הנמצאות בהחלמה מהתנהגויות אכילה לא תקינות, שיש להן ניסיון רב עם השירותים (או העדר השירותים) שיכולים לסייע בהחלמה. הנשים שיתפו אותנו בהערכה שלהן את השירותים שעמדו לרשותן, ואשר להערכתן חייבים להיות זמינים עבורן למשך כל החיים.

למרות הזמנים הקשים במיוחד ששררו במדינה בעת איסוף הנתונים, הצלחנו להשיג אף יותר מאשר תוכנן בתחילה. העושר הרב של המידע שנאסף בשאלוני הסקר על בעיות האכילה, התרומה הגדולה של הראיונות הטלפוניים להבנת הגורמים המלווים בעיות אכילה וכן הסיפורים האישיים על שינוי ההתנהגויות החריגות וקבוצות הדיון, כל אלה מהווים למיטב ידיעתנו, מאגר שאין שווה לו להבנת בעיות האכילה בחברה הישראלית.

בעת כתיבת מאמר זה טרם עובדו הנתונים. תודות לנדיבות ארגון נשות הדסה בניו יורק ולנשים הרבות שהביעו את הסכמתן לחלוק איתנו את בעיותיהן, המחקר "אין רזה מדי!" מהווה התחלה חשובה להתמודדות עם אחד ההיבטים המזוהים ביותר של בריאות האישה בישראל - אך זה רק התחלה!!!

למרות המצב החמור השורר בישראל בשנה וחצי האחרונות, איסוף הנתונים למחקר זה התקדם תוך הצלחה מרשימה. המחקר לא היה מתאפשר בלי החזון והתמיכה הכספית הנדיבה של ארגון נשות הדסה ניו יורק. במיוחד ראוייה לציון העזרה ההתחלתית והמתמשכת של שלוש חברות הארגון: נשיאת הארגון, הגב' ברברה דובקין, המנכ"לית, הגב' לינדה אלטשולר וחברת ההנהלה, הגב' ג'ואן ליימן. מובן מאליו, שאי אפשר היה לערוך את המחקר בלי נדיבותן של 1200 נשים בישראל, אשר פתחו את לבן ואת ביתן וחילקו עמי את החוויות האינטימיות של החיים שלהן ואפשרו בכך להתייחס לבעיה הכאובה והמוזנחת שקשורה בבריאות האישה.

References:

1. Sroigel-Moore, Ruth H. 1994: "A Feminist Agenda for Psychological Research on Eating E Disorders" in Feminist Perspectives on Eating Disorders. Patricia Fallon, Melanie Katzman, Susan C. Wooley (Eds) NY: Guilford Press. p. 441.
2. בקי ו. תומפסון (1995) "הרעב כה רחב ועמוק... נשים אמריקאיות מספרות על בעיות האכילה שלהן" בהוצאת אוניברסיטת מסטוט.
3. המכון הלאומי האמריקאי לבריאות הנפש, מתוך דו"ח המרכז להפרעות האכילה של הרווד, 18 במרץ 1997.
4. מרג'ורי ס. פינסון (1998): "הפרעות אכילה בישראל" נושא של זכה לתייחסות. ציבורית - סקירה ומאמר רקע שהוחמו על ידי חוג הנשים לישראל.
5. "אין רזה מדי": מחקר ראשון בקהילה שנערך בישראל בנושא בעיות האכילה של הנשים הישראליות" נערך כעת על ידי מרג'ורי פינסון, חוקרת ראשית במכון פאנק לבריאות הנפש ולחקר ההתנהגות בכפר שאול, ירושלים. טרם פורסם.



תיאור מקרה

תיאור המקרה הופנה למערכת ע"י נעמי קידר, דיאטנית קלינית מחלקת יולדות ונשים, מרכז רפואי ע"ש שיבא, תה"ש

עליזה, בת 33. עלתה 30 ק"ג ב-4 השנים האחרונות וכיום שוקלת כ-100 ק"ג (163 ס"מ). לפני כ-5 שנים נישאה למשה, אשר לו שתי בנות בוגרות מנישואים קודמים. עליזה מנסה להרות מזה 4 שנים בדרכי טיפול שונות, ועתה מטופלת ביחידה להפריה חוץ גופית, כשמאחוריה 7 ניסיונות שנכשלו. בשל רצונה להתמסר לטיפול הפריון, הפסיקה לעבוד ונמצאת רוב היום לבדה בבית. את זמנה היא מעבירה בשיחות עם אמה, שלא מדברת איתה על אי הפריון. עם רוב חברותיה (להן לא סיפרה על ניסיונותיה להרות) ניתקה את הקשר, על מנת שלא תצטרך כל היום להתמודד עם שאלותיהן בנוסח: "נו, למה את מחכה?..."

גם עם בעלה, שמביע ציניות רבה בנוגע לנושא, קשה לה לדבר באופן חופשי. לאחרונה, לדבריה "פשוט משעמום", אימצה לעצמה תחביב חדש: אפית עוגות! כמובן, שגם השעמום משאיר לה הרבה זמן פנוי לאכול אותן... עליזה הגיעה אלי לאחר ששמעה, כאילו לראשונה, על הקשר בין עודף המשקל לאי פריון, וכל ניסיונותיה לרזות (שבמהלכן אימצה לעצמה את התחביב החדש) לא הצליחו. בנוסף, היא החליטה להימנע לחלוטין ממוצרי חלב, שכן אולי הם אלו שגורמים לה לאי הפריון. כמובן שהימנעות זאת לא עזרה, ועליזה הגיעה אלי נואשת לאחר כישלון נוסף, והפעם החליטה להימנע לחלוטין מאכילת בשרים, ושמרה על כך בפנטיות קנאית. כל ניסיונותי לגרום לה להימנע מלהמציא לעצמה חוקים משלה לדיאטה, עלו בתוהו. שאלות:

1. מדוע עליזה, שמנסה כל כך לרזות למען הצלחת טיפולי הפוריות, בחרה בתחביב חדש כמו אפיית עוגות?
2. מדוע, למרות החשיבות הרבה שיש כרגע לירידה במשקל, קשה לה כל-כך להיפרד מהאוכל?
3. מדוע עליזה ממציאה לעצמה חוקי דיאטה משלה?
4. כיצד והאם הדיאטנית יכולה בכל זאת לעזור?

תגובתה של מיכל ביאלר, עובדת סוציאלית M.S.W מרפאת שד והפריה חוץ-גופית, מרכז רפואי ע"ש שיבא, תה"ש

אי היכולת להרות נחוה כאחד הכישלונות הבסיסיים לבני האדם, כשלוך שפוגע ופוצע מישורי חיים רבים. אי הפריון, כך חשות נשים, הוא כשלוך כל כך בסיסי וראשוני ששום כישור, תכונה, הישג ויכולת, לא יכולים להפחית, לעמעם, לטשטש ולהפחית כאב ואובדן זה. המישור הראשון שנפגע באופן בולט הוא הדימוי העצמי. נשים לא פוריות נוטות לראות עצמן לא שוות, פגומות ואשמות, מאחר ואינן מצליחות לעשות את הדבר הטבעי ביותר בטבע.

תחום נוסף שנפגע הוא התחום הזוגי. עושה רושם, במקרה של עליזה, שכל אחד מבני הזוג מתמודד אחרת עם הבעיה. בעלה עובד מחוץ לבית, אינו מוותר על הקריירה שלו ומתייחס בהומור שחור וציניות לקושי. לעומתו עליזה מתכנסת בעצמה ומוותרת על עבודה מחוץ לבית. עליזה ובעלה מסתגרים איש איש ב"קליפתו", הן על מנת לא לפגוע בן הזוג והן ממקום של כעס ופגיעות.

נציין כי בדרך כלל גם תחום יחסי המין מופרע ומושפע מטיפול הפריון כך, שמקור לאינטימיות לחוסר, רודף וקירבה בין בני זוג נלקח מהם, ובהיעדר נוחם זה מוגברת תחושת המרחק.

גם מבחינה משפחתית וחברתית בולטת תחושת הבדידות והניכור של עליזה. היא אינה משתפת את אמה בקשייה, ברגשותיה, בחוויות הכישלון, הבדידות ובכאב העצום בו היא נתונה, ועם חברותיה אף ניתקה את הקשר לחלוטין. קשה לה לשתף את האם בחוויה שהיא פגומה ושונה, הן על מנת לא לצער ולאכזב אותה, והן על מנת להימנע משאלות והערות כואבות שעלולות לפגוע ולפצוע אותה יותר. בהתנהגות זו מונעת מעצמה קבלת תמיכה והבנה מאחת הדמויות הקרובות והמשמעותיות לה ביותר. החברות, שבעבר שמשו כקבוצת הזדהות ותמיכה, הופכות לראי כואב לשונות ולחריגות שלה. השתתפות בשמחות סביב לידות וימי הולדת הופכים לסיוט, והיא עשויה לחוות עצמה כאדם רע מאחר ואינה יכולה לשמוח בשמחת הקרובים לה.

גם הניתוק ממקום העבודה וויתור על הקריירה (על מנת לא לעמוד מול

הצורך לתת הסברים להיעדרויות רבות ואיחורים, אשר דורשת ההתמסרות לטיפולים), מנתקים אותה מעוד גורם שמאפשר סיפוק והנאה. אנו רואים כי בבדידותה מתחדדת, ומקורות התמיכה, ההנאה והסיפוק מצטמצמים.

כל זה דוחף את עליזה לפעילות כמו אפיה והעדפת העוגות "שאינן שואלות שאלות..." והעדפת האכילה על פני חברת בני אדם. האוכל משמש גם כפיצוי מהיר ונחמה על הסבל, התסכול, הכאב, הריקנות והרעב לילד.

תירוץ טוב לקושי בהתמודדות עם עודף המשקל, זה מידה מסוימת של לגיטימציה חברתית לעלות במשקל בזמן הטיפולים.

עליזה נותרת בודדה, מדוכאת, נטולת שמחת חיים ומאוכזבת, ועם תחושה קשה של חוסר אונים והיעדר שליטה בחייה.

במצב זה נעשה ניסיון להחזיר שליטה בחיים ובטיפול על ידי מיקוד שליטה חיזוני, קרי, קביעת חוקים נוקשים, כניסיון הן להרגיש בשליטה, ולו מדומה, בחיים, והן להרגיש כי תרמה באופן אקטיבי ויזום להצלחת הטיפול. רובד נוסף של הבנת החוקים בעלי אופי של איסור הוא במישור של הענשה עצמית ומניעת הנאה, מאחר ואינה מצליחה להרות.

המלצות ועצות לדיאטנית

כצעד ראשון ליצירת קשר עם האישה, דרושה רגישות למצבה והבנה שאכילת היתר וחוקי הדיאטה נובעים מבדידות וריקנות. השלב הבא להבנת אישה עם בעיות פריון, יהיה קבלתה כאישה שלמה לא פגומה. ההבנה, שהנשיות הפגועה והפצועה מביאה להתנהגות פוגענית מבחינת משקל ואכילה, תסייע להיות אמפטית.

חשוב לאפשר לאישה להיות אקטיבית בטיפול הן בבחירת התפריט החלופי והן בהכנת המזון. נכון לקבוע מספר מפגשי מעקב על מנת לעקוב אחרי ההתקדמות, ולעודד אותה לקחת אחריות ודרך זה להגיע לשליטה על התזונה שלה. ניתן להציע לה להצטרף לקבוצת תמיכה לנשים העוברות חוויה דומה, כדי להקטין את תחושת הבדידות, הניכור והדיכאון.

קוראי המגזין מוזמנים להמשיך לשלוח תיאורי מקרה הדורשים חוות דעת פסיכולוגית. ניתן לשלוח גם בפקס: 08-9444266



פורומים מקצועיים במכון תנובה למחקר

שני פורומים מקצועיים התקיימו לאחרונה במכון תנובה למחקר. האחד בנושא גיליון מס' 6 של המגזין - מניעה וגילוי מוקדם של סרטן, והשני של הועדה לבריאות האישה - ע.ת.י.ד.

התמודדות המטפל עם מחלה ממארת - צידו השני של המיתרס ההרצאות הקיפו את הנושא מארבעה תחומים מגוונים:

- **מניעה וגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס - ד"ר חנה סטרול, פרופ' נדיר ארבר**
- **חידושים בטיפול התזונתי בחולה האונקולוגי - אורנית טופז פלוטניק**
- **פעילות האגודה למלחמה בסרטן להפחתת התחלואה בישראל - מירי זיו**
- **ההתמודדות הנפשית עם מחלת הסרטן - אירית פרידמן**

חידושים בטיפול התזונתי בחולה האונקולוגי
אורנית טופז-פלוטניק, המרכז הרפואי סוראסקי, תל אביב

קיים קשר ברור בין תת-תזונה או מצב תזונתי ירוד לבין פרוגנוזה נמוכה וירידה באיכות החיים של חולים אונקולוגיים. 20% מחולי הסרטן מתים בגלל תת-תזונה ולא מהמחלה עצמה. המצב הגופני והנפשי, הגידול עצמו והטיפול גורמים לירידה בצריכת מזון. יחד עם מטבוליזם בלתי תקין של אבות המזון ותחרות בין הגידול למאחסן עלולים להביא לקקסיה.

הגידול עצמו מביא לאי סבילות לגלוקוז, לדלדול מוגבר של שומנים ולקצב מוגבר של פירוק חלבונים. הטיפולים הכימיים גורמים לבחילות/הקאות, אנורקסיה, שלשולים, יובש בפה וקושי בבליעה ומחסורים תזונתיים של ניאצין ותיאמין (55FU), ברזל (DOXORUBICIN) ומגנזיום (CISPLATIN). טיפולי קרינה גורמים גם כן לאנורקסיה, בחילות וחוסר תיאבון. להקרנות באזור ראש וצוואר תופעות לוואי נוספות כמו: יובש בפה, עששת, מוקוויטיס, קשיי בליעה ושינויים בחושי הטעם והריח, באיזור החזה גם לאזופגיטיס, סטנוזיס וכיבים מדממים, ובאיזור האגן והירכיים גם לתת-ספיגה, שלשולים ופיסטולות.

הטיפול התזונתי צריך להביא בחשבון את האבחנה, האזור בגוף וסוג הטיפול. על סמך אלו תיבחר ההזנה התומכת המתאימה (אכילה, אנטרלית, פרנטרלית) והמוזנות ו/או תכשירי המזון.

האם יש מקום לשלב בטיפול תוספי מזון?

ויטמין E מגביר עוצמה ואפקטיביות של טיפול בתרופות ציטוטוקסיות במגה - דוזות במתן דרך הוריד.

אנטיאוקסידנטים במינונים של כפולות RDA מעכבים את הנזק החימצוני של טיפול קרינתי ושל טיפולים כימיים מסוימים על תאי הסרטן, ובכך פוגעים בעוצמה וביעילות הטיפול.

ויטמינים בעיקר מקבוצת B מעכבים את פעילות התרופות האנטימטבוליות בשל היותם קופקטורים באותם מסלולים מטבוליים.

לאור זאת, יש לשקול כל תוספת ויטמינים הניתנת לחולה אונקולוגי, בהתאם לסוג הטיפול הספציפי הניתן לו.

העקרונות המנחים את האגודה למלחמה בסרטן להפחתת התחלואה והתמותה מסרטן בישראל

מירי זיו, מנכ"ל האגודה למלחמה בסרטן

יעדה המרכזי של האגודה למלחמה בסרטן היא הפחתת התחלואה והתמותה מסרטן בישראל. להשגת יעד זה פועלת האגודה ע"י הרחבת המודעות בקרב הציבור לדרכי המניעה, האבחון המוקדם ובאמצעות טיפול ושיקום.

תחום המניעה מתרכז בהסברה לתזונה נכונה, להתנהגות נכונה בשמש ובפעילות למניעה והפסקה של עישון: הפצת מידע, הכנת תוכניות ייעודיות לאוכלוסיות מיוחדות, קמפיין תקשורתי, הרצאות, השתלבות באירועים, פיתוח תוכניות הדרכה, הדרכת עמיתים ויזום פרויקטים מיוחדים. **האבחון המוקדם** מתרכז בסרטן המעי הגס, סרטן העור וסרטן השד. משנת 1992 מקיימת האגודה מדי קיץ, בשיתוף עם בתי"ח וקופות

סרטן המעי הגס ניתן למניעה

ד"ר חנה סטרול ופרופ' נדיר ארבר, מחלקה גסטרואנטרולוגית, מרכז רפואי תל-אביב

סרטן המעי הגס הוא גורם המוות השני בשכיחותו מבין סוגי הסרטן. בישראל מתגלים מדי שנה 3000 מקרים חדשים, ובעולם כולו למעלה ממיליון! גורמי הסיכון העיקריים הם תזונה וגיאוגרפיה, גנטיקה, גיל, קוליטיס כרונית ואדנומה.

מניעת סרטן המעי הגס מתבססת על 3 ערוצים:

אורח חיים ותזונה, בדיקות לגילוי מוקדם, ומניעה באמצעות תרופות (chemoprevention).

אורח חיים ותזונה

גורמים מגנים: פעילות גופנית ותזונה עתירת סיבים, סידן, ויטמינים A,C,E, חומצה פולית וסלניום. לעומת זאת, גורמי הסיכון הם: עישון ותזונה עתירת שומן, צריכת קלוריות עודפת, השמנה, צריכת אלכוהול ואמינים הטרוציקלים.

בדיקות לגילוי מוקדם

קיימות 3 בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס: בדיקת דם סמוי בצואה, סיגמאידוסקופיה וקולונוסקופיה.

לכל אחת מהשיטות יתרונות וחסרונות, אך השורה התחתונה היא שיעור הצלת החיים בכל אחת מהשיטות שהוא: 15-33%, 40-50%, 80-90% בהתאמה.

Chemoprevention - מניעה כימית

מניעה כימית של גידולים הינה מדע חדש של העשור האחרון. זהו מדע העוסק ביכולת של תרכובות כימיות (סינטטיות או טבעיות) להשפיע על מניעה, דיכוי ואף רברסביליות של התהליך הרב שלבי של היווצרות שאתות (carcinogenesis). NSAIDs תרופות לא-סטרואידליות נוגדות דלקת היא קבוצת תרופות נפוצה, המשמשת בעיקר לטיפול בדלקות קלות, הפחתת כאבים, דילול הדם והורדת חום. הקשר שבין NSAIDs ושאת המעי הגס מעניין ומרתק ביותר. כמו תגליות רבות אחרות ברפואה, גם השפעת ה-NSAIDs על סרטן המעי הגס, נתגלתה במקרה. הדרך המדויקת לפעילותן של תרופות אלו עדיין לא נהירה די צרכה. הוצעו לכך מספר מנגנונים. נראה, שמדובר בעיכוב חלוקת התאים והגברת התמותה של התאים הממאירים. מנגנון שהוצע לאחרונה וכנראה הינו בעל חשיבות רבה, נעוץ בעיכוב האנזים COX-2. זהו אנזים חשוב בהפיכת חומצה ארכידונית לפרוסטגלנדינים שונים בעלי חשיבות מרכזית בתהליכים דלקתיים וממאירים. אנזים זה נמצא ברמות נמוכות ביותר ברקמה נורמלית, אך ניתן למצוא רמות גבוהות שלו ב-40-45% מהאדנומות ובכ-85% מהשאתות של מערכת העיכול.

למרות העדויות המוצקות לגבי יעילותם של NSAIDs ואספירין במניעת סרטן המעי הגס, אין התוויה לתת אותם באופן כרוני, אף לא לאוכלוסייה בסיכון, בשל שכיחות גבוהה של תופעות לוואי. לעומת זאת, המעכבים הספציפיים לאנזים COX-2, מהווים תקווה גדולה בהקשר זה, שכן הם בעלי השפעה אנטיסרטנית, ואין להם תופעות לוואי.

אין עדיין מידע חד שמעמי לגבי התרופה הנבחרת כיעילה ביותר, לגבי המינון, משך הטיפול, ולגבי העיתוי להתחלתו. עד עתה תרופות אלה ניתנות במסגרת מחקרים קליניים בלבד.

הטיפול היעיל ביותר בסרטן המעי הגס הוא למנוע אותו!



החולים את שבע מודעות העור. מאז, נצפתה בארץ עליה משמעותית בשיעור האבחון המוקדם של מלנומה בדרגה ראשונה.

לאגודה חלק מרכזי בייזום וסיוע במימון פרויקט הממוגרפיה הארצי. כל אישה מגיל 50 עד 74 מקבלת פעם בשנתיים מכתב זימון אישי לבדיקת ממוגרפיה ע"י קופת החולים אליה היא משתייכת. מאז הפעלתו של הפרויקט שופר משמעותית שיעור האבחון המוקדם של סרטן שד: 6 מתוך 1000 נשים שנבדקו (נתוני 1999). מלבד מעורבות בפרויקט הממוגרפיה מפיקה האגודה תכניות ותשדירי הסברה באמצעי התקשורת, מקיימת הרצאות וימי עיון לציבור ולאנשי מקצוע, ויוזמת פעילויות המותאמות למגזרים שונים באוכלוסייה. לדוגמא: לשם צמצום פערים בין מרכז ופריפריה ובין מגזרים באוכלוסייה בשיעור ההיענות לממוגרפיה, מפעילה האגודה ניידת ממוגרפיה.

לשיפור הטיפול מסייעת האגודה בהקמה של מרכזים אונקולוגיים לטיפול כוללני. המרכזים לטיפול בנשים עם סרטן שד לדוגמא כוללים: כירורגים, כירורגים פלסטיים, רפואת גרעין, ציטולוגים, פיסיוטרפיסטים, רדיולוגים, אחיות מתאמות טיפול, אונקולוגים וצוות פסיכוסוציאלי.

שיקום, תמיכה וסיוע בשיפור איכות החיים - ייעוץ בנושא דימוי גוף ומיניות לחולות ובני זוגן, מוקד טלמידע למידע ולתמיכה בעברית וברוסית, מגוון של חוברות הדרכה לדרכי התמודדות עם הכאב, תופעות הלוואי של הטיפולים והטיפול התזונתי התומך.

כל זאת ועוד, כמו שמירה על זכויות החולה: שיפור הקשר למיזוי הזכויות עם הביטוח הלאומי, הכנת והפצת חוברת לזכויות החולים, הפעלת לחץ ולובי על קובעי המדיניות בנושאים כגון הגדלה ועדכון התקציב לסל התרופות והכללת תרופות הנחוצות לחולי סרטן.

ההתמודדות הנפשית עם מחלת הסרטן - תגובות, סימפטומים ודרכי טיפול
אירית פרידמן, פסיכולוגית שיקומית, מכון אונקולוגי, מרכז רפואי ע"ש שיבת תל-השומר

ההתמודדות הנפשית עם מחלת הסרטן היא מורכבת ותלויה בגורמים שונים. תהליך ההתמודדות הנפשית הינו בדרך כלל תוצר ישיר של מהלך הגילוי והטיפול הרפואי במחלה. ראית התגובה הנפשית בקונטקסט הרפואי של המחלה מאפשרת להבינה ולספק טיפול נפשי טוב יותר.

ניתן לחלק את מהלך הגילוי והטיפול הרפואי במחלה לחמישה שלבים עיקריים: הגילוי (ממצא חשוד); הבדיקות; אבחנה ראשונית וטיפול התחלתי; התכנית הטיפולית הרפואית; תוצאות הטיפול הרפואי. לכל שלב תגובות וסימפטומים נפשיים מאפיינים, ובהתאם לכך נבנים המטרות והכלים לטיפול פסיכולוגי תואם.

התגובות הנפשיות השכיחות ביותר בנויות מסימפטומים של חרדה ודיכאון, ויש להדגיש שהן נורמטיביות. ניתן למעשה לראותן כתגובה נורמלית למצב לא - נורמלי. אחד הנושאים המרכזיים בטיפול הנפשי בחולי סרטן מתייחס לצורך החזק של החולים (וכל בני האדם) למצוא הגיון ומשמעות בכל מצב - אפילו בכזה הנתפס כשלילי כמו מחלת הסרטן. על כן, הטיפול הפסיכולוגי שם דגש על הניסיון לראות את "חצי הכוס המלאה" בכל שלבי המחלה (גם במצב סופני), ומעודד לשמירה על תחושת שליטה ותקווה.

פגישת הועדה לבריאות האשה - ע.ת.י.ד. מרכזות: ד"ר סיגל אילת וזהבה קורנברג

סויה וסרטן השד - צביה קסל

סרטן השד מייצג פרולפריציה ממאירה של תאי אפיתל בשד. סרטן זה הוא הסרטן בעל ההיארעות הגבוהה ביותר ומהווה את סיבת המוות השכיחה ביותר בקרב נשים. שעורי היארעות גבוהים אלו דומים בכל הארצות המערביות, כולל ישראל. לעומת זאת, באסיה שעורי סרטן השד נמוכים יחסית, אך נמצאים בעליה מתמדת בעשורים האחרונים.

מאחר ושעורי סרטן השד נמוכים יותר בארצות אסיה, אך נשים המהגרות למערב מגיעות לשעורים הגבוהים, הקיימים בארצות המערב, הסיקו החוקרים שלגורמי סביבה וסגנון חיים יש חשיבות קריטית בקביעת הסיכון לסרטן השד. אחד הגורמים המייחדים את סגנון החיים של אוכלוסיות החיות במזרח הוא אכילת סויה. על

רקע זה נערכו מחקרים רבים, שבאו לבדוק האם הסויה היא האחראית להורדת הסיכון לחלות במחלות שונות בכלל, וסרטן השד בפרט. הסויה עשירה באיזופלאונונים, שהם תת קבוצה של פיטואסטרוגנים. המנגנונים שעשויים להסביר את השפעת האיזופלאונונים הם: הורדת פרולפריציה של תאים, עיכוב אנזימים שונים הקשורים לתהליכים גידוליים, פעילות אנטיאסטרוגנית, פעילות אנטיאוקסידנטית, וגירוי סינטזה של גלובולין הקושר הורמוני מין בכבד.

מחקרים אפידמיולוגיים רבים נעשו לבדיקת הקשר בין אכילת סויה וסרטן השד: תוצאות של מחקרי מקרה-בקרה, שנעשו לבדיקת הקשר אינן עקביות. אף אחד מהמחקרים שנעשו לא הראה, שהסויה מעלה את הסיכון, אך רק בחלק קטן מהם התקבלה תוצאה מובהקת מבחינה סטטיסטית לגבי הקשר ההפוך שבין סויה וסרטן השד. גם בניסויים קליניים שנעשו לא התקבלו תוצאות עקביות, אך ניתן לסכם, שלא נמצאה השפעה של סויה בכלל, או שנמצאה השפעה על חלק מהתפקודים השונים שנבדקו, שעשויים להיות קשורים למנגנון של התפתחות סרטן השד. לא נמצאו ממצאים ממחקרי קוהורט גדולים ומבוססים.

ניתן לומר, שהממצאים המובאים כאן אינם עקביים, אך מראים מגמה מסוימת של הגנה מפני סרטן השד ע"י סויה. מחקרים נוספים נדרשים.

ויטמין D ושברים אוסטאופורוטיים בגיל המבוגר - האם מתן תוסף ויטמין D יפחית את הסיכון? - אופירה כ"ץ שופן

אוסטאופורוזיס מזוהה כגורם עיקרי לתחלואה ולתמותה באוכלוסיות מבוגרות בחלקים רבים של העולם המערבי. על פי קריטריוני ה-WHO מוגדרת אוסטאופורוזיס כירידה של יותר מ-2.5 SD בממוצע צפיפות העצם.

ההשלכה הבריאותית הגדולה ביותר של אוסטאופורוזיס היא הסיכון לשברים, בעיקר שברי צוואר הירך, הגורמים לתחלואה ולתמותה. בשנים הבאות צפויה עליה חדה במספר שברי מפרק הירך בכל העולם עקב עליה בתוחלת החיים. קיימים מספר גורמים תזונתיים המשפיעים על הסיכון לפתח אוסטאופורוזיס ושברים בקרב קשישים, ביניהם: תת תזונה, מחסור בסידן, מחסור בצריכת חלבון ומחסור בויטמין D.

מחסור בויטמין D מוביל לירידה ברמות 25-OH-D3 בסרום, אשר מובילה לעליה ברמות Parathyroid Hormone (PTH) ולירידה בספיגת סידן. בעקבות כך עולה הוצאת סידן וזרחן מהעצם - אירועים הגורמים לדלדול מסת העצם.

מחקרי חתך ומחקרים קליניים הדגימו, כי מחסור בויטמין D קשור עם עליה בסיכון לשברים. מחסור בינוני עד חמור נמצא בקרב אוכלוסיות קשישים. מקורו של המחסור בויטמין D אצל קשישים הוא לרוב נמצא בקרב אוכלוסיות קשישים. מקורו D בדיאטה וכן מחשיפה לא מספקת לשמש. מחסור זה בויטמין D בקשישים ניתן לתיקון באמצעות חשיפה מוגברת לאור השמש, ו/או צריכה מוגברת אנטרלית או פראנטרלית של ויטמין D.

ממחקרי ההתערבות שנסקרו ניתן לראות, כי תוספת של ויטמין D ברמה של 600-800 IU שיפרה מדדים ביוכימיים הקשורים לעצם כמו: עליה ברמות 25-OH-D3 בסרום, ירידה ברמות PTH בסרום, עליה בצפיפות העצם (BMD), וכן הביאה להקטנה בסיכון לשברי מפרק הירך. מתוך 15 מחקרי ההתערבות שנסקרו, 12 תמכו במתן תוספת. שלושת האחרים לא הראו הקטנה בשכיחות השברים, אך חלקם הראו שיפור במדדים כמו רמות ויטמין D בסרום וצפיפות מסת עצם. ברוב המחקרים לא נצפו כל תופעות לוואי של לקיחת תוספי ויטמין D. מינון של-400 IU 800 היה בטוח לחלוטין לצריכה.

המלצות: יש לעודד את אוכלוסיית הקשישים לחשיפה מספקת של העור לשמש (יותר מ-3 שעות שבועיות), לאכילה נכונה ומספקת לצורכיהם, ולצריכת מגוון מזונות העשירים בויטמין D (מוצרי חלב שמנים, דגים ביצים).

יש לשקול העשרה של ויטמין D למזונות הנצרכים דרך קבע על ידי קשישים. על לפי רוב, כדאי להמליץ לאוכלוסיית הקשישים תוספת קבועה של ויטמין D וסידן.

**מכון תנובה למחקר יוצא בקול קורא:
הענקת מלגות מחקר לשנת 2002**

**הנך מזמקן/ת להגיש הצעת מחקר בנושא:
"תזונה, בריאות וטכנולוגיה"**

את ההצעות יש להגיש עד ה-14/1/02

**פרטים נוספים וטפסי בקשה מופיעים באתר מכון תנובה למחקר:
www.tnuva-research.co.il**



כנסים בתזונה ורפואה 2002-2003

כתובת אינטרנט	מיקום	שם הכנס	תאריך
http://www.eatright.org/fnce/index.html	פילדלפיה, ארה"ב	Food & Nutrition Conference & Exhibition 2002	19-22.10.02
courses@ich.ucl.ac.uk	לונדון, אנגליה	Complementary Feeding: Current Evidence and Future Directions	21-22.11.02
http://www.nutsoc.org.uk/Meetings/abstracts/misc/dam2003.pdf	Chiang Rai תאילנד	5th International Conference on Dietary Assessment Methods	26-29.1.03
acn2003@yahoo.com	ניו דלהי, הודו	IX Asian Congress of Nutrition	23-27.2.03
http://168.143.152.70/www/brochure/raouiifm.html	פלורידה, ארה"ב	Review and Update of Issues in Family Medicine	31.3-1.4.03
http://www.beslenmekongresi2003.hacettepe.edu.tr/	אנקרה, תורכיה	4th International Nutrition and Dietetics Congress	2-5.4.03
dheisler@cmbm.org	ושינגטון, ארה"ב	Comprehensive Cancer Care Conference: Integrating Complementary & Alternative Medicine	9-13.4.03
cme-jax@mayo.edu	סקוטסדאל, ארה"ב	13th Annual Advances and Controversies in Clinical Nutrition	25-27.4.03
hivcannes@wanadoo.fr	קאן, צרפת	5th International Conference on Nutrition and HIV Infection - 4th European Workshop on Lipodystrophy and Metabolic Disorders	24-26.4.03
http://www.daa.asn.au/common/news_events/conferences_symposia/index.asp?sectionID=4	Cairns, Queensland אוסטרליה	21st National Conference of the Dietitians Association of Australia	8-10.5.03
http://www.bastiaanse-communication.com/7/7.html	Noordwijkerhout הולנד	Dietary Fibre 2003 Bio-active Carbohydrates for Food and Feed	18-21.5.03
http://www.capgan.org/6ccdm.htm	Drakensberg דרום אפריקה	6th Commonwealth Congress on Diarrhoea and Malnutrition	19-21.5.03
aed@degnon.org	דנור, ארה"ב	Academy for Eating Disorders 2003 International Conference on Eating Disorders	29-31.5.03
http://www.foad2003.org/	ברייטון, אנגליה	2nd World Congress on Fetal Origins of Adult Disease (FOAD 2003)	7-10.6.03
mikael.fogelholm@uta.fi	הלסינקי, פינלנד	12th European Congress on Obesity	29.5-1.6.03

