

רוקחות ורוקחים יקרים,

כמדי שנה אנחנו נוהגים לציין בעיתון שלנו את ה"יום ללא עישון", שחל השנה בשבת, 31.5.

אין מעשן (גם הצעירים ביותר) שאיננו יודע שהעישון מזיק. כבר מהקופסה הראשונה שהמעשן הצעיר מחזיק בידיו הוא למד על נזקי העישון, המופיעים באותיות מודגשות על גבי כל קופסה. כיום, כל פרסום של סיגריות מחייב את המפרסם לציין את נזקי העישון באופן ברור ובולט. ואם לא די בכך, עישון בברים, במסעדות ובמקומות ציבוריים, כרוך בקנסות גבוהים. ובכל זאת, מעשנים צעירים רבים מצטרפים כל הזמן למעגל ההתמכרות.

בחרנו הפעם לבחון את הנושא ממספר זוויות. פרופ' בן-עמי סלע, שרבים מאוד ממאמריו עוסקים בנושא העישון, משתף אותנו הפעם בשני מאמרים. האחד, בוחן את השאלה "כיצד משכנעים ציבור נבון שהעישון רע", ואילו השני, סוקר עבודה שהתפרסמה בחודש מאי האחרון במגזין "New England Journal of Medicine", המביאה נתונים שנאספו ממחקר פרמינגהם המפורסם. מחקר זה מאפשר לנו לעקוב אחר 12,000 איש ואישה מעשנים במשך 32 שנים. בין יתר הנתונים, אנחנו למדים למי בסביבה הקרובה של המעשן ישנה ההשפעה החזקה ביותר על הפסקת העישון.

בגיליון זה תמצאו גם ראיון עם קבוצה של רופאים צעירים ואכפתניקים, שהקימו את "העמותה הרפואית למניעה ולגמילה מעישון בישראל", ששמה לה למטרה לפעול למיגור העישון בישראל. קבוצה זו רואה בנו הרוקחים, שותפים למלחמה בעישון, ומקווה שרוקחים נוספים יצטרפו לשורותיה. את כתובת העמותה ניתן למצוא בסוף הראיון, במדור "אחד על אחד".

גם השנה אני קוראת לכל רוקח קהילתי "לאמץ" לו מעשנים. העדויות המחקריות מצביעות על שיעורי הצלחה לרוקחים בקהילה בגמילה מעישון. לעזרתם נוספו השנה עוד תרופות לגמילה מעישון, המאפשרות להתאים לכל מעשן את הטיפול שיעזור לו במסע הגמילה. אז מה עוד צריך מלבד להשתכנע שציבור קטן כמו שלנו יכול בקלות "לתרום" כ-10,000 נגמלי עישון בשנה, ועוד כ-30,000 בני משפחה/חברים שסבלו מהעישון שלהם.

ומה עוד בגיליון? מגוון המדורים הקבועים, סקירת ספרות, חדש במדע, דיני רוקחות, רפואה משלימה, ועוד ועוד.

בברכת קריאה מהנה,

חנה מרכוס, עורכת מדעית

PharmaLine רבעון מקצועי לרוקחים

עורכת מדעית: חנה מרכוס

E-mail: pharmaso@zahav.net.il

hanna.marcus@pharmaline.co.il

www.pharmaline.co.il

עורכת לשונית: זמירה בקר

עיצוב גרפי ואיור השער: סטודיו אוסו באיו 03-6319833

פרסום מודעות: טל': 03-9238388 נייד: 050-7866517

מערכת: רח הבריכה 3 רעננה 43301

טל': 09-7742936 נייד: 054-4780580 פקס: 09-7742941

חברי המערכת (לפי סדר א"ב):

● מגר' ברכה שטהל - MSc Pharm

● מגר' דליה רבינוביץ'-פרוטר - MSc Pharm

● מגר' הילה זוהר-קונטנטה - MHA, MSc Pharm

● דר' שגב שני - PhD, MHA, MBA

● מגר' שרון אלון - MSc Pharm MBA

- 4 **אחד על אחד** העמותה הרפואית למניעה וגמילה מעישון בישראל
- 8 **ככים קטנים מההסטוריה הרוקחית** סיפורו של יוסף פיינברג
- 10 **היום הבינ"ל ללא עישון** כיצד משכנעים ציבור נבון שהעישון רע?
- 10 **רוקחות קלינית**
- 12 **חדש במדע** תרופות ללא עמידות לסרטן ריאות
- 14 **היום הבינ"ל ללא עישון** הסוציולוגיה של העישון
- 16 **רוקחות קהילתית** איבוד שמיעה פתאומי
- 17 **בחן את עצמך**
- 18 **ייעוץ רוקחי** אבחון וטיפול בשלשול אקוטי זיהומי בקהילה
- 22 **רפואה משלימה** צמחים אדפטוגניים
- 24 **תזונה** HIV, משקל וקנבים - חלק ב'
- 28 **סקירת ספרות**
- 30 **חשוב לזכור** תחליפי ניקוטין
- 34 **חשוב לזכור** כמה עובדות על Varenicline
- 34 **ללא מרשם רופא** תכשירים לגמילה מעישון
- 36 **חשוב לזכור** כמה עובדות על Bupropion
- 38 **דיני רוקחות** ריקחת תרופות בבתי מרקחת
- 40 **חדש על המדף**
- 42 **נרשם עכשיו**

נספח לגיליון זה:

דף תלייה "יחסי גומלין בין מיץ אשכוליות לבין תרופות"



כל הזכויות שמורות © • משיקולי מקום, הושמטה לעתים רשימת המקורות בחלק מהמאמרים. לקבלת הרשימות המלאות, ניתן לפנות למערכת, בציון שם המאמר, לפקס: 09-7742941 • אין להעתיק, לשכפל, או להוציא מידע מהמגזין ללא אישור בכתב מהמערכת • כל המודעות המתפרסמות במגזין הן על דעת המפרסמים ובאחריותם • אין לראות במידע המופיע במגזין משום המלצה רפואית, טיפולית או אחרת



האם יש ערך רק לגמילה, או שמא גם הפחתה בעישון כדאית?

של הפחתה, כפי שהיא מיושמת באירופה ובעיקר באנגליה, מתאימה מאוד לפרויקטים רחבי היקף, שהם יחסית קלים ליישום בישראל בשל ריכוזיות קופות החולים.

בנוסף, אני חושב שכקלינאים אין לנו ברירה אלא לדון בנושא ההפחתה, בעיקר ברגע שיש מספיק מחקר מתוקף התומך בהפחתה. זה כולל סקירות שניוניות של מחקרים מבוקרים במאגר קוכריין, שמוכיחים שהפחתה בקרב מי שלא מוכנים להפסיק את העישון, מובילה לבסוף לגמילה מעישון.

לרוב, מעשן שלא מוכן להפסיק כליל, יהיה מוכן בדרך כלל להפחית את כמות הסיגריות. אך ישנם שני מרכיבים חופפים בהם אנחנו נדרשים לטפל כחלק מתהליך הגמילה: ההתמכרות לניקוטין והרגל העישון. אני מאמין שהליווי המקצועי ועצם תהליך ההפחתה בעישון מסייעים בשינוי הדימוי העצמי "מעשן" ל"מנסה להפחית". שינוי זה אפשר שיקל על המעשן את ההחלטה על הפסקת עישון מלאה, כפי שמראים מחקרים העוסקים בהפחתה. בנוסף, ייתכן שמרכיב ההתמכרות גם הוא עשוי להיות מושפע בדרך דומה, והפחתה בכמות הסיגריות מפחיתה את רמת ההתמכרות, ולכן מקלה על המעשן את הפסקת העישון. אבל אין לכך הוכחות, ודרושים מחקרים נוספים.

אגב, לשאלתך: אני אכן נוהג כך במרפאת הגמילה מעישון שלי, ומשיג תוצאות מפתיעות עם מעשנים בסיכון גבוה למחלות לב וכלי-דם, הממשיכים לעשן ולא מסוגלים להפסיק בדרך הרגילה. בעיקרון, אני משתדל להגיע להפחתה של 50% בתוך מספר שבועות, ואחר כך לנסות לעודד אותם להגיע להפסקה מלאה בתוך חודשים אחדים. אם לא הצלחתי להגיע להפחתה משמעותית בהתחלה, הסיכוי להצלחה בהמשך הוא נמוך ביותר.

דר' אפק, מה דעתך אתה בנידון, האם גם אתה חסיד ההפחתה?

דר' אפק: אני בהחלט תומך בדיון בנושא, אך בעיניי, וכך גם על פי התוויות הטיפוליות ברוב המדינות, מלבד זו שדר' לב הזכיר, הפחתת עישון ללא קביעת יום הפסקה מוגדר אינה מומלצת, ובוודאי לא למי שיש סיכוי שיסכים להפסקה מוחלטת. ברגע שהסכמנו שניקוטין הוא סם ממכר, אזי יש להתייחס אליו כמו אל כל חומר ממכר אחר. שאל כך: האם הגיוני שנחנה צרכני סמים

הטיפוליים הניתנים היום למניעת מחלות, בהשוואה למשל לתרופות למניעת מחלות לב וכלי-דם (סטטינים, אספירין ועוד). ובכל זאת, התחושה שלי ושל חבריי היא כי במצב הנוכחי יש סיכוי טוב יותר לחולה לב לקבל המלצה חמה על סטטינים חדשים או אפילו על כמסות אומגה-3, אבל לא על תחליפי ניקוטין להפסקת עישון. מדוע?

מדי שנה, 40% מהמעשנים בישראל מנסים להפסיק לעשן, אבל רק 2%-3% מתוכם מצליחים בכך. וכאן עולה השאלה, מה אנחנו עושים כדי שאחוז ההצלחה יהיה גדול יותר? מתברר, שאף על פי שיותר משני שלישים מהמעשנים היו מעוניינים לקבל עזרה להפסקת העישון מהצוות במרפאה הראשונית, בפועל פחות מ-10% מקבלים עזרה זו. גם כיום וגם לקראת השנים הבאות, לא מתוכננת פריסה ארצית של מערך שירותי גמילה מעישון, והכול נשען עדיין על צוות המרפאה הראשונית. בעיה זו מועצמת כאשר מגלים שאין לימוד מסודר של גמילה מעישון בבתי הספר לרפואה או לרוקחות בארץ, כך שהעשייה בתחום נותרה דלה ואינטואיטיבית.

אגב, אני לא בטוח שעצם הרישום של עובדת העישון בתיק הרפואי של המטופל, כפי שמתבקש על פי מדדי איכות לאומיים, הוא דבר טוב כשלעצמו. זה עלול להעביר מסר מאוד לא נכון למטופלים המעשנים שלנו, והוא: אני יודע שאתה מעשן ושינוי יודעים שזה לא בריא, אבל אין מה לעשות בנידון.

ביום העיון נתת סקירה די משכנעת, לפיה הפחתת עישון יכולה להיות יעילה, והיא אף מיושמת באירופה באופן רשמי, הלכה למעשה. מדוע אתה כל כך משוכנע שיש ליישמה פה בישראל, והאם אתה נוקט בגישה זו גם במרפאה שלך?

דר' לב: תראי, הנתונים מדברים בעד עצמם. מספר המעשנים המעוניינים בהפחתת העישון כמעט כפול מאלו המעוניינים בהפסקתו. מדובר בכמיליון מעשנים המעוניינים היום להפחית את מספר הסיגריות שהם מעשנים - כאן בישראל. אם נדע לעזור להם ע"י הצעת תחליפי ניקוטין ונקדיש עוד 2-3 פגישות לעידוד, נגיע לאחוזי גמילה מדהימים של עד 30,000 איש בשנה. הידע והזמן הנדרש מאיש הצוות - רוקח, אחות או רופא - הוא מועט, ולכן היישום פשוט מתבקש. אגב, השיטה

רוח חדשה ורעננה מנשבת בנושא החשוב של גמילה מעישון, ומעודדת את הרוקחים ואת כלל הצוות הרפואי לסייע בהפחתת העישון, ולא רק בהפסקתו המוחלטת. המגמה החדשה מגיעה מכיוון של אנגליה וארצות אירופאיות נוספות, ומתבטאת בתוכניות לאומיות להפחתת עישון ובהרחבת ההתוויות לשימוש בתחליפי ניקוטין לצורך הפחתת העישון.

עד לאחרונה, הפחתה בעישון לא נחשבה יעד חשוב, ובוודאי לא כזה שמצדיק שימוש בתרופות ועזרי גמילה, שכן לא נמצאה תועלת בריאותית בהפחתת העישון. אבל מחקרים חדשים מראים שאצל מעשנים שלא מוכנים להפסיק, הפחתה בכמות הסיגריות עשויה לגרום בתוך מספר חודשים להפסקת העישון, ובכך היא משיגה בהחלט את הרווח הבריאותי המיוחל. בארץ, התפיסה המוסדית עדיין לא תומכת בגישה חדשה זו, לפחות כפי שהדבר בא לידי ביטוי בתוכניות ההכשרה למנחי סדנאות לגמילה מעישון ובהתוויות המותרות לשימוש בתחליפי ניקוטין, על פי משרד הבריאות.

"העמותה הרפואית למניעה וגמילה מעישון בישראל", גוף רפואי מקצועי המוביל בתחום הגמילה מעישון, ערכה בחודש אפריל כינוס ראשון בנושא "הפחתת עישון בישראל". בכינוס דנו יחדיו רוקחים, אחיות ורופאי משפחה בנושא הגמילה מעישון בעזרת הצוות הראשוני, ובעיקר שמו את הדגש על נושא הפחתת העישון. מערכת PharmaLine שוחחה עם הוגה ומארגן הערב בוועד העמותה, דר' ישי לב, ועם יו"ר העמותה, דר' שני אפק - שניהם רופאי משפחה ויועצים לגמילה מעישון ב"שירותי בריאות כללית".

מלבד הוויכוח על השאלה האם גמילה מעישון צריכה להיות עבודה של צוות רפואי, הרי אנחנו ממליצים כבר שנים רבות על תחליפי ניקוטין לצורך הפסקת עישון. אז מה בעצם חדש כאן?

דר' לב: אני מניח שכולם יודעים שעישון הוא הגורם העיקרי למחלות (מתוך הגורמים הניתנים למניעה). אך האם ידעת שעישון סיגריות אחראי ל-12% מהוצאות הבריאות הלאומיות בישראל? מדובר בסכום עתק של 3 מיליארד שקלים בשנה, וזה רק מתוך סל הבריאות! בנוסף לכך, הסיוע בגמילה מעישון ע"י הצוות הראשוני הוכח כיעיל יותר מרוב



של תרופות המרשם בתהליך הגמילה?

ד"ר אפק: לתכשירי המרשם יש מקום חשוב בגמילה מעישון, ויחד עם תחליפי הניקוטין מהווים קו ראשון לטיפול בגמילה מעישון. תרופות מסוג הזיבן והצ'מפיקס נלקחות לפני יום ההפסקה, ומנגנון פעולתן הוא לצמצם את הדחף לעישון מבלי לגרום להתמכרות. נטילתן בניגוד לתחליפי ניקוטין, מובנית ליום הפסקת העישון. כך שלמעשה אם המעשן קיבל הוראות נכונות לשימוש בתכשיר, בכך הוא כבר הוכוון ליום ההפסקה.

השאלה הבאה לא הייתה צריכה להיות מופנית אליכם, ובכל זאת, אני אשמח לשמוע את דעתכם: אחת השאלות שאנחנו נשאלים ע"י הרופא היא האם אנו מעשנים. כשהתשובה חיובית, אין כמעט רופא שלא יאמר לנו שעלינו להפסיק לעשן. האם יש דרך לרתום את הרופאים להיכנס לעובי הקורה ולעשות יותר בידון, או שמה המדיניות צריכה להיות מוכתבת ממשרד הבריאות, קופות החולים?

ד"ר אפק: איתור מעשנים על ידי צוות רפואי הוא צעד הכרחי אך לא מספק להכונת הגמילה מעישון. הכשרת צוות מטפל לטיפול במעשן צריכה להיעשות כבר בלימודי היסוד בבתי הספר לרפואה ודרך ההתמחויות השונות. העמותה הרפואית למניעה וגמילה מעישון לקחה על עצמה לקדם נושאים אלו, בנוסף לפעילותה להכשרת צוות מטפל לגמילה מעישון. חברי העמותה גם חברים בקופות החולים השונות ומעורבים בעשייה היומיומית, הן במסגרת העמותה והן במסגרת קופות החולים.

האם תוכל, כיו"ר ומייסד, לפרט מעט על העמותה?

ד"ר אפק: העמותה הרפואית הישראלית למניעה ולגמילה מעישון מאגדת למעלה מ-300 קלינאים, רופאים ושאינם רופאים, שעוסקים בפרקטיקה של ההתמכרות לניקוטין ונזקי העישון, וזאת על פי טיפולים מוכחים במחקר רפואי (EBM Evidenced Based Medicine). חברים בעמותה רופאים מתחומים קליניים מגוונים, אחים ואחיות, עובדים סוציאליים, מקדמי בריאות, שינניות, מנחי סדנאות לגמילה מעישון, וכמובן רוקחים. לפי תפישתנו, מקום חשוב במיוחד מתייחד למקצוע הרוקחות, שכבר אימץ לעצמו תפקיד חשוב בהכונת המטפל לגמילה מעישון, הן בפן הפרמקולוגי והן בפן של ההכוונה ההתנהגותית. לשמחתנו, יותר ויותר רוקחים לוקחים חלק בפעילות העמותה. כמה עשרות רוקחים השתתפו

מלאה, ולכן היא לא מוצדקת אם מדובר במעשן שמוכן להפסיק.

משרד הבריאות בארץ ורשויות הבריאות בעולם מאפשרים רכישת תחליפי ניקוטין מהמדף, ללא התערבות הרוקח. האם יש לכם מידע על שיעור הצלחת הגמילה, כשאין שום התערבות של גורם מקצועי?

ד"ר אפק: למיטב ידיעתי, לא נערך מחקר ישנם מחקרי מעקב שונים ומטה-אנליזות שונות, שחלקן הראה יעילות מסוימת וחלקן פחות. בריטניה היא המדינה בה הנושא נחקר ביותר. בבריטניה קיימת מערכת עם נגישות גבוהה לתחליפי ניקוטין, ללא קשר ליום הפסקה או כוונת הפסקה. חשוב לציין שגם ה-NICE מגדיר בשלב זה את השימוש בתחליפי ניקוטין להפחתה כנושא שצריך לבחון במסגרת מחקרית. בנוסף, בבריטניה ה-NHS תומך בגמילה מעישון בצורה שונה מהמסגרות הרפואיות הקיימות בארץ, דהיינו קיום של מרכזי גמילה אישיים וקבוצתיים רבים, בעלות מינימאלית, מה שמקנה גמישות ונוחות לנגמל. גם רופאי משפחה בבריטניה נמדדים ומתוגמלים על פי פעילותם בגמילה מעישון. יוצא מכך, שתחליפי ניקוטין גם אם הם נקנים ללא הכוונה, הרי שמערכת הבריאות של בריטניה בכללה מאפשרת את ההכוונה לגמילה באמצעות כל התנאים שהוזכרו.

ד"ר לב: אכן, בחלק מהמדינות הותר השימוש בתחליפי ניקוטין כתכשירי OTC, וגם בארץ. בעיקרון, אין לי בעיה עם החלטה זו, למעט השימוש בספריי לאף (אם יגיע יום אחד גם לארץ), מאחר שהוא ממכר, לעומת שיעור לא גבוה בהתמכרות למסטיקים, אם כי הוא קיים.

אשר למידת היעילות, ובכן ידוע מסקירת קוכריין שפורסמה השנה, שרוב העזרים הקיימים, כולל תחליפי ניקוטין, מכפילים את ההצלחה בגמילה מעישון. במסגרת מחקר על מדבקות ניקוטין שניתנו כ-OTC, עם התערבות מינימאלית שכללה חוברת מסייעת לעזרה עצמית והסבר על דרך השימוש, נרשמה יעילות של 8% לעומת 4% בפלסבו, לאחר חצי שנה. במציאות, זה מתורגם בערך לחצי בסוף שנה לאחר תחילת הגמילה. אמנם 4% אינם נחשבים גבוהים, אבל אם תתרגמו זאת לכך שאתם מצילים אחד מתוך כל 25 מעשנים שלא מעוניינים להיכנס לגמילה מפורטת יותר - הרי זו הצלחה לא מבוטלת.

עד כה התרכזנו בתחליפי ניקוטין, מה מקומן

אחרים להוריד באופן הדרגתי את השימוש בסם עד שירגישו שהם יכולים להפסיק? האם יש מטפל, ולא חשוב אם הוא רופא או רוקח, שבאמת מאמין שאם הוא ינחה אלכוהוליסט לשותת כל יום קצת פחות, אזי הוא ייגמל?

מבחינתי, נכון למצב המחקר כיום, הגמילה משימוש בסם צריכה להיות מוגדרת על ידי יום הפסקה, ושמאותו יום אין משתמשים יותר באותו הסם, במקרה שלנו סיגריות, ונעזרים בתמיכה התנהגותית ותרופתית.

במסגרת סדנה לגמילה מעישון, או במצב פרטני אחר בו עובד מנחה מיומן בגמילה מעישון, יש אולי מקום להפחתה בעישון עפ"י שיקול דעת קליני, התקף לתקופת זמן מוגדרת, ורק אצל חולה שמתקשה ושאינו מאמין ביכולתו להפסיק. מניסיוני כמדריך סדנאות ומנחה סדנאות גמילה מעישון, יהיה זה היוצא מן הכלל ולא הכלל.

האם אין משום סתירה בוויכוח שקיים ביניכם לגבי קביעת יום התחלת הטיפול, כשההוראות להתחלת הטיפול בתרופות המרשם הן תוך כדי עישון?

ד"ר לב: בדיוק זו הנקודה שהעלתה את הדיון והפכה אותו לרלוונטי. תרופות מרשם (זייבן וצמפיקס) ניתנות כשבוע ויותר לפני הפסקת העישון. המטרה בכך היא ליצור רמה מספקת של חסימה על הרצפטורים במוח, כדי למנוע את תופעת ה-cold turkey - התחושות הרעות המלוות את הפסקת אספקת הניקוטין. החולים מגיבים היטב לרעיון של לקיחת התרופה, הפחתה בעישון במהלך שבועיים, ורק אחר כך הפסקת העישון. אמנם אנחנו משתדלים לקבוע את יום ההפסקה מיד עם תחילת הטיפול התרופתי, בדרך כלל לשבועיים אחרי, אך עצם הירידה בחשק לעשן בשל השפעת התרופה, והמפגשים החוזרים עם המנחה, מסייעים בשינוי התדמית העצמית של המעשן מ"מעשן כרוני" ל"מעשן בגמילה", וכתוצאה מכך בעמידה ביעד ההפסקה שנקבע.

אני חושב שהרעיון הזה מתורגם כבר היום למציאות גם לגבי תחליפי ניקוטין ברוב המרפאות של מנחי הגמילה מעישון, אף שלא כולם יודו בכך. השאלה לגבי ההפחתה היא, האם טיפול זה יעיל גם כאשר לא קובעים יום הפסקה, או לחלופין לא מצליחים לגרום להפחתה משמעותית בטווח זמן מסוים. ובכן, המחקרים הקיימים מראים שיש תועלת בהתערבות עם תחליפי ניקוטין, אך באחוז קטן בהרבה מתוכנית הפסקה



במרפאה שלי, אציין מקרה שבו, באמצעות הקשר של הרוקחת והערנות שלה, התברר שמטופל סוכרתי המקבל אינסולין ונמצא בתהליך גמילה מעישון, סובל מאירועים של היפוגליקמיה. התופעה מוכרת ומוסכרת ע"י הירידה בתנגודת לאינסולין, שמהווה חלק מהתסמונת של סוכרת מסוג 2, לאחר הפסקת עישון חדה. דוגמה נוספת לפעילות מבורכת של רוקחים במקרים רבים, היא הדרכה לגבי השימוש הנכון בתחליפי ניקוטין ובעיקר המסטיקים והסוכריות.

דר' אפק : כיו"ר העמותה שפועלת בשם מגוון הקלינאים העוסקים בגמילה מעישון, אני מאמין כי עבודת הצוות היא המפתח להצלחה בהכוונה מושכלת ויעילה של המעשן לגמילה מעישון. רוקח שרואה את תפקידו כאיש צוות טיפולי, יכול להרחיב את ידיעותיו בנושא על ידי קריאת מאמרים והצטרפות לפעילות העמותה ולתוכניתיה השונות.

ליצירת קשר עם דר' ישי לב:
jrishtay@clalit.org.il

לעמותה ולפרסומיה: www.isramensa.com

והראשון שיתחיל בכך בעקבות רצון של איש צוות/הנהלה בודד, יתחיל מגמה. (אגב, זוהי הזמנה פתוחה לכל רשת בתי מרקחת לבחון הקמת ענף רווחי מסוג כזה). אני מאמין שעבודת הרוקח כקלינאי, אפילו אם יקדיש לכך 5%-10% מהזמן בו הוא שוהה בבית המרקחת, תעשיר את יומו, ותגדיל את שביעות הרצון העצמית שלו ושל החולים. ונא לא לשכוח גם את תלוש השכר שיתפח בכמה אחוזים.

אין ספק שכאיש צוות, יש חשיבות לכך שהרוקח ינצל את היכרותו ואת המפגש הבלתי אמצעי שלו עם המטופל המעשן, כדי לשכנעו להיפגש עם מנחה גמילה מעישון במרפאה (בין אם זה הוא עצמו או מישהו אחר), ידריך אותו לגבי השימוש הנכון, תופעות הלוואי של תחליפי הניקוטין והתרופות החדשות לגמילה מעישון, השפעת התרופות והשפעת הפסקת העישון עצמה על נטילת תרופות אחרות. אגב, כדי לשכנע את החולה בכדאיות הפסקת העישון, יוכל הרוקח לנצל את היכרותו עם האבחנות הכרוניות של החולה, ולהסביר את הכדאיות הספציפית לכל מעשן - מדוע דווקא הוא מכל המעשנים במרפאה צריך להפסיק לעשן. כדוגמה לאבחון מוקדם שהציל חיים

והציגו מניסיונם בערב העמותה האחרון שארגן דר' לב. נשמח לראות בעתיד רוקחים מעורבים בכנסי מחקר בהם מארכת העמותה אורחים מחו"ל לקביעת קווים לאומיים מנחים בנושא גמילה מעישון, בהובלת דעה ומחקר, ובפרסום ועידוד כתבות בעיתונות היומית והמחקרית בתחום המניעה והגמילה מעישון בישראל.

לסיכום, כיצד אתם רואים את עבודת הצוות הרב-מקצועי במרפאה הראשונית בתחום הגמילה מעישון? ומה הייתם מצפים מהרוקח לנהוג לאחר קריאת כתבה זו?

דר' לב: אני חושב שתפקיד הרוקח תלוי קודם כל ברוקח עצמו, ועד כמה הוא רוצה להיות פעיל כקלינאי, מעבר ליעוץ וניפוק התרופות. לדוגמה: ישנן הוכחות ליעילות הרוקח האישי שמכיר את החולה היכרות רבת שנים באיזון סוכר, יתר-לחץ דם ואפילו בתהליך הגמילה מהעישון עצמו. מחקרים אלו יושמו בחו"ל, שם הוקצב לנושא משרד צדדי זמן. לצערי, איני מכיר היום רוקחים שהחליטו לעסוק גם בגמילה מעישון על בסיס עבודתם השוטפת בבית המרקחת. האם זה אפשרי? בוודאי שזה אפשרי. זוהי החלטה ניהולית של בית המרקחת הפרטי או של רשת בתי מרקחת,

פכים קטנים מההיסטוריה הרוקחית

מאת מגר' אמנון מיכלין

ליפו ופתח שם בית-מרקחת. הוא ניהל את בית-המרקחת משך עשר שנים. בגיליון 6 של כתב-העת "השקפה" ה', משנת 1904, שנתיים לאחר מותו, הובאה ידיעה שבית המרקחת של פיינברג עומד למכירה.

פיינברג עזב את יפו ועבר ללוד, בה הקים בית-בד, בעזרתו של ישראל נימביץ. אבל העסק לא עלה יפה ונימביץ ירד לחייו בשל כך. מי שעזר לו רבות היה ידידו לבונטין, שלא פעם שילם את כל חובותיו.

פיינברג מת ביריחו, בעקבות סיבוך בריאותו, ונקבר בהר הזיתים. בתו, דורה, הוצאה להורג בהוראתו של שליט אוגנדה, אידי אמין, בזמן חילוף בני הערובה של המטוס הישראלי באנטבה. נכדו, דני בלוך, הוא עיתונאי ועורך ב"קול ישראל".

פיינברג ולבונטין ניסו יחד לרכוש אדמות בחבל עזה, וכרתו ביניהם ברית ידידות. פיינברג ייכנס להיסטוריה כמי ששידל את הברון רוטשילד לתרום כספים ליישוב ארץ-ישראל. שליטתו בשפות עזרה לו בפגישה שקיים עם הברון, יחד עם רבה של פריס, הרב צדוק כהן, ועם פקיד הברון ארלנגר. בעקבות פגישה זו זכתה המושבה ראשון-לציון לתרומה של 30 אלף פרנקים צרפתיים. באותם ימים פרצה מרידה במושבה ראשון-לציון נגד פקדי הברון. פקיד הברון אוסביצקי ידע שפיינברג עמד בראש המורדים, וכאשר ביקר הברון בארץ, הוא ביקש לסלק את פיינברג מהמושבה. פיינברג סירב לעזוב, ונכנע רק כאשר ליליינבלום ופינסקר הפעילו עליו לחץ.

לאחר שעזב את המושבה, עבר פיינברג

יוסף פיינברג (1856-1902)



יוסף פיינברג היה ממייסדי ראשון-לציון וחבר הוועד הראשון שלה, עסק ברוקחות.

פיינברג סיים לימודי כימיה ושלט בשפות אירופיות אחדות. כשפרצו המאורעות ברוסיה בשנת 1881, התעורר בו הרגש הציוני והוא הצטרף ל"חובבי ציון". הוא נפגש עם ליליינבלום וקיבל ממנו המלצה לזמן דוד לבונטין, שנשלח עוד קודם לכן לקנות אדמות בארץ-ישראל.



פרופ' בן-עמי סלע - מנהל המכון לכימיה פתולוגית, מרכז רפואי שיבא, תל-השומר; החוג לגנטיקה מולקולארית וביוכימיה, הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב

מאת פרופ' בן-עמי סלע

כיצד משכנעים ציבור נבון שהעישון רע?

המעשנים בעולם עולה במספרים מוחלטים עם הגידול באוכלוסייה, אך בעיקר כתוצאה מהעישון הרב במדינות דרום-מזרח אסיה. מחצית מהמעשנים ימותו טרם זמנם, כאשר תוחלת חייהם הממוצעת תרד ב-6.5 שנים. נשאלת השאלה, כיצד ייתכן שבנתונים רפואיים כה חותכים על נזקי העישון ואף מוספמים על הציבור מאז אמצע שנות ה-60, הירידה באחוז המעשנים "המעריביים", מגיעה רק לכדי 0.5% עד 1% לשנה? לפי הקצב הזה, מדינה נאורה כבריטניה, בה 24% מהמבוגרים עדיין מעשנים, ונמדד בה קצב ירידה שנתי בעישון של 0.5%, תצטרך להמתין 20 שנים נוספות עד שמספר המעשנים בה ירד למחצית, וגם אז יהיו בה עדיין 5 מיליון מעשנים. אלה הם פירות דלים מדי של מאבק הסברתי נחוש בעישון.

בשנת 2003 פרסם ארגון הבריאות העולמי בג'נבה מסמך מסגרת להגבלת העישון, המכיל שמונה סעיפים עם הדרישות הבאות:

1. להעלות את המסים על מוצרי טבק ואת מחירם, כדי להפחית את קנייתם.

המשך בעמוד 37

להתחיל כבר בסוף שנות ה-30 של המעשן הסיני, בממוצע כ-20 שנה מוקדם יותר מאשר אצל המעשן המערבי. נראה שגם מחלות הלב בסין נמצאות בקו עלייה מתמיד, ובאופן לא במפתיע ניתן לראות את ההקבלה של תחלואות קשות אלה לעלייה בעקומת העישון בסין במרוצת 50 השנים האחרונות.

לנו במערב, ניתן אמנם מעט חסד עם סיגריות יותר "ידידותיות", בהן רמות העטרן והניקוטין נמוכות יותר, אך בכך רק נדחה הקץ. אם במאה ה-20 הרג העישון 100 מיליון בני אדם, התחזית היא שבמאה ה-21 שאנו נמצאים בפתחה - מיליארד בני אדם ימותו מעישון. כיום מעשנים בעולם כ-1.2 מיליארד אנשים, כאשר 82% מתוכם הם ממדינות מתפתחות.

בשנת 2025 מספר המעשנים יעלה ל-1.6 מיליארד: גם אם יש ירידה מתמדת באחוז המעשנים באוכלוסייה המערבית, מספר

חוקר סיני מאוניברסיטת הונג-קונג כתב לאחרונה שאולי יהיה אפשר לבטל בקרוב את החוק הדרקוני שהונהג בסין בשנות ה-70 - ההגבלה של "ילד אחד למשפחה", מתוך המטרה המוצהרת אז למנוע התפוצצות אוכלוסין. ד"ר Lee כותב שאם קצב התמותה בסין ממחלות שנגרמות על ידי עישון יימשך על פי המגמה הנוכחית, ייתכן ש"לא יהיה כבר צורך בהגבלה מינהלתית של הילודה - הסיגריות מסייעות לצמצום האוכלוסייה טוב יותר".

ואכן: 34% מהתמותה בסין בגילאים שבין 35 ל-69 שנה מיוחסים לעישון במדינת ענק זו, בעיקר בקרב גברים. הדבר מפחית 20 עד 25 שנה מתוחלת החיים של קורבנות העישון שם. אמנם צריך לסייג ולהדגיש שהסינים מעשנים בעיקר סיגריות נטולות-פילטר, לרוב מייצור מקומי, עם רמת עטרן (tar) גבוהה, ולכן התחלואה בסרטן ריאות, לדוגמה, עלולה

רוקחות קלינית



מגר' הילה זוהר-קונטנטה - רוקחת קלינית

בעריכת הילה זוהר-קונטנטה

ניתוח של מקרה מהחיים

מאת קובי שחם והילה זוהר קונטנטה

ג.ג. בת 58, מזה שנה ידועה כחולה בסרטן הריאה מסוג Non Small Cell.

רקע: החולה מטופלת ב-Cisplatin, עברה מספר טיפולים כימותרפיים ללא סיבוכים, האחרון - כשבוע לפני פנייתה לבית החולים. פנתה בשל חולשה ועייפות רבה, ללא חום. במיון, בקבלתה: דופק איטי (54), ללא חום, ללא ממצא פתולוגי בבדיקה הפיזיקלית.

בדיקות: אשלגן 2.5 (3.5-5.2)

מגנזיום 0.8 (2-3)

פוספט 0.7 (2-4)

ביקרבונאט 14 (22-25)

אבחנה: לאור הממצאים הנ"ל הועלתה אבחנה של סינדרום Fanconi.

טיפול במהלך האשפוז: אושפזה במחלקה פנימית, טופלה במתן נוזלים, ביקרבונאט ומלחים, עם תיקון איטי של הפרעות במלחים. **הטיפול שהומלץ בזמן השחרור:** החולה שוחררה כעבור שבוע, תוך המלצה להפסיק את הטיפול הכימותרפי בתרופה הנוכחית.

FANCONI SYNDROME

פגיעה בטובול הכליה הפרוקסימלי, המתבטא באיבוד אשלגן, מגנזיום, פוספט, ביקרבונאט, גלוקוז וחומצות אמינו לתוך השתן, בשל פגיעה בחלבונים האחראים על הספיגה שלהם מתוך נוזל השתן. ישנן מספר אתילוגיות, ביניהן פגיעה מולדת, מחלות ממאירות כגון Multiple Myeloma, Amyloidosis, וכן תרופות, ביניהן מקבוצת מלחי הפלטינה, המגיעות לריכוז גבוה וטוקסי בתאי הטובול הפרוקסימלי. תרופות נוספות שיכולות לגרום לכך הן: טטראציקלינים פגי תוקף, אמינוגליקוזידים, Valproic acid, 6-mercaptopurine ועוד.

התמונה הקלינית היא משנית להפרעות במלחים ובמאזן חומצה-בסיס, ומתבטאת בחולשה (בשל היפוקלמיה), בראדיקרדיה/ הפרעות הולכה בלב (היפוקלמיה, היפומגנזמיה), וחומצה מטאבולית.

הטיפול הינו תומך בלבד, ע"י תיקון הפרעות המלחים. ברוב המקרים, הנזק בלתי הפיך, למעט פגיעה טוקסית משנית לתרופות, אז קיים אלמנט של התאוששות תפקוד הכליה. ■

הכותב - דר' קובי שחם, רופא במרכז הרפואי ת"א

Abiplatin, Platinol, Cisplatyl,) CISPLATIN (Platosin

מנגנון הפעולה: תרופה כימותרפית השייכת לקבוצת הקומפלקסים של מלחי פלטינה (Platinum-salts), כמו גם Carboplatin (Carboplatin, Paraplatin) ו-Oxaliplatin (Eloxatin). כמו כל האלקילטורים, הם פועלים על ידי הדבקה של קבוצה אלקילית לאחד או יותר ממרכיבי התא, נקשרים וגורמים לפגיעה ב-DNA, הגורמת בסופו של דבר להרס התא. Cisplatin יציב בתמיסה שיש בה ריכוז גבוה של יוני כלוריד (100mM). כאשר הוא ניתן בהזרקה, הוא אינו משתנה בדם, ונכנס בדיפוזיה לתאים. בתוך התא, ריכוז יוני הכלוריד נמוך (4mM), ולכן הוא עובר הידרוליזה לחומר פעיל. החומר הפעיל תוקף את ה-DNA של התא בשתי זרועות.

שימושים: Cisplatin משמש לטיפול בסוגי סרטן רבים, ביניהם סרקומות, קרצינומות (סרטן ריאה מסוג Small Cell, סרטן השחלה), לימפומות, ועוד.

תופעות לוואי נפוצות: הקאה, פגיעה כלייתית, נזק ריאתי ופגיעה בשמיעה. Cisplatin פחות מדכא את מוח העצם, ביחס לכימותרפיות אחרות.



פיתוח תרופות ללא עמידות לסרטן הריאות

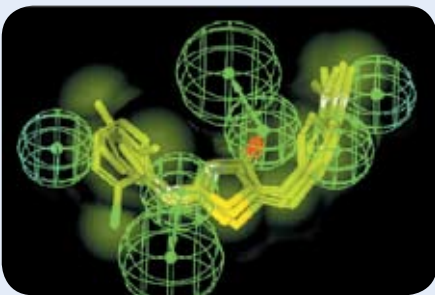
מאת בעז מזרחי ואבי דומב

שלב זה כלל בדיקת פעילות של המתמרים על תאים סרטניים מגידול ריאתי, שתי סדרות תאים עמידים ושאינם עמידים לפקליטקסל. בשלב זה חשפו החוקרים ריכוז קבוע של $10 \mu\text{M}$ של כל אחת מהנגזרות עם שני סוגי התאים. נגזרות שהראו רעילות לשני סוגי התאים נבדקו בהמשך גם בטריפליקטים (בשלוש חזרות). 11 נגזרות הראו את הפעילות הגבוהה ביותר לשני סוגי התאים וזכו להיכלל בהמשך בניסויים בבעלי חיים.

מטרתו של ניסוי זה, מלבד למצוא תרופות חדשות לסרטן הייתה להבין את המנגנונים והקשר מבנה/פעילות ומנגנון העמידות לתרופות הקיימות. עם סיום השלב האחרון של סדרת ניסויים זו הסיקו החוקרים כי בעוד עמדה R_1 יכולה "לסבול" קבוצות מתמרים מוגוונות כמו כלור או מתיל בעמדות 2 ו/או 4 מבלי לאבד מפעילותה, הטבעת R_2 מגלה שמרנות גבוהה יותר עם קבלה בלעדית של המתמרים Nme_2 או קבוצת הידרוקסיל בלבד. החוקרים הסיקו כי התמרת קבוצות מכילות חנקן על גבי הטבעת R_2 חוסמת את פעילות המולקולה, ככל הנראה עקב חסימה של אתר הקישור. לעומת זאת, הטבעת R_1 מצויה קרוב לוודאי במרחק מספק מהאתר הפעיל ולכן ניתן להתמיר בו בחופשיות יחסית. זו גם הסיבה שהחוקרים רואים את טבעת זו כמה שיאפשר בעתיד שליטה טובה בהקניית תכונות רצויות למולקולה, כמו שיפור המסיסות, הספיגה, הרעילות, ההפרשה וכדומה. באיור 2 ניתן לראות מודל פרמקופור המתבסס על 11 הנגזרות שהגיעו לשלב הסופי ושהראו את הפעילות הגבוהה ביותר. המודל מתאר את הקשרים הכימיים השונים של המולקולות עם האתר הפעיל.

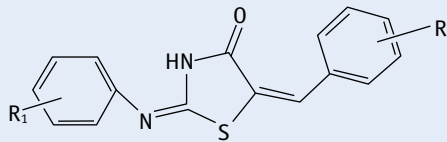
מקורות יימסרו עפ"י דרישה.

הכותבים: המחלקה לכימיה תרופתית וחומרי טבע, ביה"ס לרוקחות, האוניברסיטה העברית



איור 2: מודל פרמקופור המבוסס על 11 הנגזרות בעלות הפעילות האנטי סרטנית הגבוהה ביותר על תאים עמידים לפקליטקסל. כדורים ירוקים מציגים קשרי מימן, טורקיז מסמן קשרים הידרופובים והסימון השקוף למחצה מסמל קשרי ון דר ולס

בעבר כבעלות פוטנציאל פרמקולוגי רב כחומרים נוגדי דלקת, נוגדי שגשוג תאים, נוגדי חיידקים ונגיפים, אולם פעילותם האנטי-סרטנית לא נבחנה לעומק. חוקרים מאוניברסיטת מרילנד בארה"ב מצאו כי נגזרות Thiazolidinone המותמרות בעמדה 4 מראות פעילות בררנית כנגד תאי סרטן עמידים וכי הן משרות אפופטוזיס (מוות עצמי יזום) באותם תאים. לעומת זאת, מבנה הפרמקופור והיחס מבנה/פעילות לא אופייני עד כה בעבור מי נגזרות אילו.



איור 1: מבנה המולקולה Thiazolidinone, והטבעות R_1 ו- R_2 ששימשו כבסיס להתמרות השונות

החוקרים התמקדו במשפחת מולקולות זו תוך יצירת ספרייה של נגזרות, סריקה שלהן ובדיקתן במבחנה כנגד תאים סרטניים עמידים ושאינם עמידים לתרופה האנטי-סרטנית פקליטקסל. בנוסף, נבנה דגם פרמקופור במחשב וזאת כדי לאפיין את המבנה הדרוש למולקולות פעילות. למולקולת האם Thiazolidinone שלוש טבעות (איור 1) שכבר בניסויים מקדימים הראו פעילות. לכן, שמרו החוקרים על המבנה התלת-טבעתי, וכדי לשפרו התמירו קבוצות בעמדות R_1 ו- R_2 . החוקרים בדקו עשרות סוגים של מתמרים כגון קבוצות אנילין ואלדהידים תוך הקפדה לקבל מגוון גדול של מתמרים בעלי שונות כימית ופיזיקלית גדולה ככל הניתן. מטרת ההתמרה הייתה לקבל ספרייה רחבה שתתן מגוון גדול ומייצג של מתמרים מתוך תקווה שחלקם יהיו בעלי פעילות פרמקולוגית מרשימה. הספרייה הראשונית כללה מעל 360 מתמרים והיה צורך לדלל את המתמרים לבעלי הפוטנציאל הרב ביותר, וזאת עוד לפני הבדיקות הארוכות והיקרות במבחנה. לצורך כך השתמשו החוקרים בכלל האצבע על שם ליפנסקי (Lipinski's rule of five). כלל זה שקרוי על שם מחברו משנת 1997 קובע כי מולקולה פעילה הנלקחת דרך הפה לא תפר יותר מפעם אחת מערכת חוקים הכוללים למשל את מספר קשרי המימן בהם תשתתף, לא תעלה במסה המולרית על 500 g/mol ותהיה בעלת מקדם $\log P$ הנמוך מ-5. בעזרת כלל זה פחת מספר המתמרים ל-216, מתוכם 185 סונתזו בקלות יחסית ועל כן עברו לשלב הבא של הניסוי.

שיעור התחלואה בסרטן ריאה נמצא בעלייה מתמדת ונחשב לגורם המוות המוביל מבין סוגי הסרטן בקרב גברים ושלישי בקרב נשים. מתוך כ-7.6 מיליון מקרי מוות בשנה מסרטן בעולם, כ-1.3 מקרים נגרמים כתוצאה מסרטן ריאה. מרבית החולים עם סרטן ריאות מאובחנים בשלב מתקדם של מחלתם ורק כ-15% מהם נרפאים. אצל רוב החולים מאובחנת המחלה בשלב מתקדם או מפושט, כאשר הגידול אינו ניתן עוד לכריתה כירורגית. הטיפול המקובל בשלב זה של המחלה הינו טיפול משפר איכות החיים ומעט מאריך את תוחלתם.

קיימים שני סוגים היסטולוגיים של סרטן ריאה: סרטן ריאה שלא מסוג תאים קטנים (NSCLC - non-small cell lung cancer) כ-85-90% מכלל המקרים וסרטן ריאה של תאים קטנים (SCLC - small cell lung cancer) כ-15-7% מכלל המקרים, הגורם האפידמיולוגי העיקרי לסרטן ריאות הינו עישון. מתוך 100 מקרים של סרטן ריאות 75-70 נגרמים כתוצאה מעישון. עישון פאסיבי מעלה גם הוא את הסיכון ללקות בסרטן ריאות.

בישראל - סרטן הריאות הוא השלישי בשכיחותו ומדי שנה מתגלים בין 1,200 ל-1,400 חולים חדשים. למרות ההתקדמות הרבה בחקר סרטן הריאות רק 15 אחוזים מהחולים ישרדו מעל 5 שנים לאחר הגילוי, וזאת לעומת השיפור הרב בתוחלת החיים של חולי סרטן מוצק אחרים. הסיבות לכישלון הטיפול בסרטן הריאות נובעות בעיקר מהעמידות לטיפול התרופתי ומהרעילות הגבוהה של התרופות המחייב לעתים לתת מנות הקטנות מהמינון הטיפולי הדרוש.

עמידות לתרופות הסרטניות Multidrug Resistance (MDR) הינה תופעה ידועה ונלמדת הגורמת לירידה ביעילות התרופות האנטי-סרטניות לאחר השימוש הראשוני. מנגנון ידוע של העמידות הוא בביטוי-יתר של הגן MDR-1, וזאת בעקבות חשיפה לתרופות האנטי סרטניות. חלבון זה נמצא בממברנה של התאים ומונע עלייה בריכוז התרופה בתוך התא על ידי הוצאתה. הניסיונות לחסום פעילותו של חלבון זה נחלו הצלחות מועטות ומוגבלות בלבד עד כה. לכן, גישות מבטיחות יותר מתבססות על תכנון מולקולות שאינן סובסטרטים של החלבון P-glycoprotein ובעלות פעילות אנטי-סרטנית גבוהה. בו בזמן נדרשות המולקולות להציג רעילות מינימלית לתאים בריאים.

נגזרות של Thiazolidinone (איור 1) נתגלו



על הסוציולוגיה של העישון: מי בסביבתם הקרובה של המעשנים משפיע עליהם?

הן- "כן" ו"לא". מה שמתרחש ב-30 השנים האחרונות במובן של התהליך ההדרגתי של פסילה או לפחות התנערות מטבק ומוצרי ברוב חלקי ארה"ב ומדינות מערב אירופה, עומד בניגוד מסוים להתייחסות לעישון ולמעשנים ב-1971, כאשר החלו עוקבים אחר מדדי העישון במדגם Framingham.

בקליפורניה לדוגמה, המדינה שהייתה חלוצה בארה"ב בהטלת מגבלות של ממש על עישון כבר בשנת 1988, יש כיום חוקים מגבילים מאוד אפילו על עישון במקומות פתוחים כמו פארקים ציבוריים וחוף הים, או חדרי מדרגות של בתי-דירות. כעת נחקקים במדינה זו חוקים האוסרים על עישון בכלי רכב פרטיים בהם יושבים ילדים.

הנתונים המשכנעים על התחלואה הנגרמת מעישון פסיבי, הולכים ומחלחים בתודעת הציבור. חסידי העשן המיתמר ברשות הרבים, כבר לא נדים בראשם בחוסר אמון ובציניות נוכח ההכרה הגוברת בכך שגם מי שאינו שואף עשן לריאותיו ישירות מסיגריה, מסתכן במחלות כלי דם וסרטן הריאה. וכך, בהדרגה, החלו הלא-מעשנים מתייחסים אל המעשנים לא רק כאל מי שמסכנים את בריאותם שלהם, אלא בעיקר כאל מי שנוהגים בחוסר הגינות ובאי התחשבות בסובבים אותם.

אך למרות ההשפעה ההדדית הלא-מבוססת של בני זוג ובני משפחה וכן ידידים קרובים על ההחלטה אם להמשיך לעשן או לחדול מעישון, עדיין יונק העישון את שורשיו ממסורת ומרמת ההשכלה.

העובדה שבמדינת קנטאקי אחוז המעשנים הכללי בקרב מבוגרים בשנת 2005 עמד על 27.8%, ואילו ביוטה עמד רק על 11.5% ובקליפורניה על 15.2% - לא הייתה מקרית. קנטאקי, מדינה דרומית שבאופן מסורתי רבים משדותיה משמשים לגידול טבק ובה מפעלים רבים למוצרי טבק, היא מדינה שלתושביה קשה יותר להשתכנע שהעישון הוא עניין רע. לעומת זאת, יוטה היא מדינה שמרנית, מעוז המורמונים, עם ערכי חינוך ודת ייחודיים, שאינה מזדהה עם עישון. קליפורניה היא אולי המדינה בעלת הרוח החברתית החופשית והפתוחה ביותר בארה"ב (free spirit), אלא שחוקי העישון בה הם המחמירים ובעלי הוותק הרב ביותר.

אין לתמוה גם על כך שהשכלה גבוהה מזוהה עם פחות עישון: בארה"ב, רק 7.1% מבעלי השכלה גבוהה מעשנים, בעוד 32.6% מבין בעלי השכלה עממית או פחות (שמונה שנות לימוד ומטה) מעשנים. המגזר היוצא דופן במיעוט המעשנים בארה"ב הם הרופאים - רק 1% מקרב הרופאים עישנו ב-2005. הלוואי שהרופאים בישראל **המשך בעמוד 29**

1971 ל-2003, שיקפה כצפוי את הירידה "הלאומית" בממדי העישון בארה"ב. לדוגמה, בקרב שכבת הגיל שבין 40 ו-50 שנה הייתה ירידה דרמטית בעישון, מ-66% ל-22%, אך מעניינים במיוחד יחסי הגומלין בין המעשנים לסביבתם הקרובה. כך, למשל, צברים (clusters) חברתיים הדוקים של מעשנים השפיעו בכיוון של נטישה חד-פעמית נחושה של העישון (at-once quit), בניגוד לאלה המנסים להיגמל מעישון באופן מתון והדרגתי.

מעשנים הושפעו באופן דיפרנציאלי מהרגלי העישון של אחרים בסביבתם הקרובה. אם ניקח לדוגמה בני זוג: כאשר אחד מהם החליט להניח לסיגריה, הדבר הקטין ב-67% את ההסתברות שכן הזוג ימשיך לעשן. אך כאשר חבר קרוב הפסיק לעשן, הדבר השפיע על החבר המעשן בהחלטה דומה לחדול מעישון בשיעור של 36% בלבד.

מעניין, שכאשר אח או אחות חדלו לעשן, הדבר הפחית את ההסתברות של המשך העישון על ידי אחרים במשפחה רק ב-25%. ומה באשר להשפעה ההדדית של הפסקת עישון על ידי קולגות במקום עבודה? נרשמה השפעה רבה יותר דווקא במקומות עבודה קטנים ואינטימיים יותר: כאשר ראובן חדל לעשן, נרשמה ירידה של 34% בסיכוי ששמעון ימשיך לעשן.

ככל שהחברות בין שני אנשים גדולה יותר, וככל שהשכלתם (במספר שנות לימוד) גבוהה יותר, כך רב הסיכוי שמי שחדל לעשן ישפיע באופן חזק יותר על חברו המעשן עדיין. תחושת "ההידחקות החברתית לשוליים" (social marginalization) גדולה יותר בקרב מעשנים משכילים מאשר בקרב מעשנים פחות משכילים. דהיינו המעשן המשכיל מזדעק יותר להסתייגות של לא-מעשנים בסביבתו הקרובה מעצם היותו מעשן.

ההשפעה בתוך המשפחה על החלטת המעשן לחדול מעישון דומה בין אם המעשן היה מעשן כבד או מתון, אך ההשפעה ההדדית בקרב חברים על ההחלטה להיגמל מעישון, גדולה יותר, כצפוי, על המעשן המתון, ופחות על המעשן הכבד.

האם יש לתמוה על כך שהתנהגויות אישיות לא רצויות, כמו אכילה מרובה עד כדי השמנת-יתר וכן עישון, מושפעות מהתנהגותם והתייחסותם של בני משפחה וידידים בשני תחומים אלה? האם יש להתפלל על כך שמעשנים עוברים תהליך של דחיקה לשוליים (marginalization), או לפחות חשים כך? התשובות לשאלות אלה

כל חיינו אנו מושפעים מהסובבים אותנו, לטוב אך גם לרע. כל חיינו אנו מושפעים מאופנות חדשות שלא הכרנו קודם לכן, כמו תפריטי מזון חדשים, מסכי פלזמה, פרטי לבוש שהיו פעם מקסי, והפכו למידי ואף למיני, רחמנא ליצלן, וכן הלאה. גם באהבה אנו נוהגים היום ביתר חופשיות מאשר בעבר, ולכן כיוון משוררנו הלאומי ביאליק במכתם "מנהג חדש בא למדינה, היום חנה מחר פנינה". אך דווקא במקרה של ביאליק, שהיה מעשן כבד מנערותו בז'יטומיר בסוף המאה ה-19, הוא יכול היה להתכוון באותה מידה למנהג החדש של עישון, שעשה לו נפשות באותה תקופה.

המאה ה-20 הייתה עדה לשתי מגמות הפוכות באשר לרמת העישון: בראשית המאה, אחוז המעשנים בעולם היה זניח, אך הוא טיפס במהירות בזמן מלחמת העולם הראשונה והמצוקות שאחריה, שהרי בכך רב כוחה של הסיגריה - פיתוי אנשים בעת מצוקה רגשית. בשנות ה-50 וה-60 הגיע העישון בעולם לשיאו: בארה"ב עישנו בשנת 1955 57% מקרב הגברים, ואילו בשנת 1965 34% מבין הנשים האמריקניות עישנו באופן סדיר.

אך אז חלה נקודת השבר במגמת העישון בעולם המערבי. הדו"ח הרפואי הראשון מאז ומעולם, משנת 1964, שנשא את חתימת ה-Surgeon General, חשף את התחלואה הקשה תולדת העישון, והביא בהדרגה להתמתנות בעישון. סייעו בכך לא מעט גם צעדים מינהליים, כגון העלאת מסים על מוצרי טבק, חוקים למניעת עישון במקומות ציבוריים, מגבלות על פרסומת לסיגריות בשלטי חוצות ובאמצעי התקשורת, ופיתוח שיטות תרופתיות וטיפוליות לגמילה מעישון. כל אלה הביאו לנפילה המשמעותית במספר המעשנים.

נכון לשנת 2006, אחוז המעשנים הכללי באוכלוסיית המבוגרים בארה"ב ירד ל-19% - ללא ספק שפל מעודד, שממריץ את הגופים המתריעים נגד עישון להמשיך בפעילותם. אך אם נרצה להבין טוב יותר כיצד נוצרת רשת המעשנים (smoker's network), כדאי שנפנה למחקר המרתק של Christakis ו-Fowler, שהתפרסם ב-Journal of Medicine באי-2008 ב-New England, ונסמך על נתוני מחקר Framingham המפורסם, הטוען שלקשרים החברתיים בין בני משפחה וחברים יש השפעה מכרעת בקביעת הרגלי העישון של הפרט.

שני חוקרים אלה ניתחו נתונים על למעלה מ-12 אלף איש ואישה במשך 32 שנים, ומצאו שהפחתה בעישון במדגם זה בין השנים

איבוד שמיעה פתאומי וקשר אפשרי למעכבי Phosphodiesterase 5

מאת דליה רבינוביץ-פרוטר ויהושע אילן

ב.ג. בן 58, פנה לרופא המשפחה והתלונן שכשהתעורר בבוקר, הוא לא שמע היטב באוזן ימין. עם קומו מהמיטה הוא חש אי-יציבות וסחרחורת. לדבריו, לא זכורות לו בעיות אוזניים או פגיעה בשמיעה בעבר.

מחלות רקע:

סוכרת שאובחנה לפני 4 שנים, היפרכולסטרולמיה, הגדלה שפירה של הערמונית (BPH) ובעיה בתפקוד המיני - במהלך השנה האחרונה. בנוסף לתרופות הקבועות, הוא החל ליטול לאחרונה Tadalafil (Cialis) לשיפור התפקוד המיני. החולה ציין שנטל 20mg Tadalafil בלילה שקדם להתעוררות עם בעיית השמיעה.

בדיקות וטיפול רפואי:

בבדיקת שמיעה אובחנה ירידה בינונית בשמיעה באוזן ימין. השמיעה באוזן שמאל נמצאה תקינה. כיוון שזיהומים ויראליים נחשבים שכיחים בגרימת ירידה תחושתית עצבית פתאומית בשמיעה (SSHL) נשאל ב.ג. אם חלה לאחרונה במחלת חום כלשהי או סימפטומים אחרים, אך הוא ענה בשלילה. רופא המשפחה הפנה את ב.ג. לחדר מיון לביצוע סדרת בדיקות מקיפות ולהערכה על ידי רופא אף אוזן גרון וניורולוג. בין הבדיקות נכללה הדמיה מוחית ושל תעלות השמע. כל הבדיקות נמצאו תקינות ולא אובחנה סיבה לסינדרום. ב.ג. אושפז להשגחה והוחל טיפול ב-prednisone למשך 10 ימים (יחד עם המלצה להורדת מינון הדרגתית) וקורס טיפולי ב-Acyclovir. כמו כן הומלץ לו להימנע משימוש ב-Tadalafil. מצב הסחרחורת השתפר בהדרגה במהלך השבועיים לאחר מכן. גם השמיעה חזרה בהדרגה.

דיון במקרה: מהו סינדרום של ירידה תחושתית עצבית פתאומית בשמיעה SSSL?

(Sudden Sensorineural Hearing Loss) על פי המכון הלאומי לחירשות והפרעות תקשורת אחרות (NIDCD - National Institute on Deafness and Other Communication Disorders), תופעה של ירידה תחושתית עצבית פתאומית בשמיעה (SSHL), המכונה לעיתים גם "חירשות פתאומית", היא הידרדרות מהירה בשמיעה שעלולה להופיע

באופן פתאומי, בבת אחת, או להתפתח בהדרגה תוך כ-3 ימים. התופעה נחשבת למקרה חירום רפואי, ועל החווה אותה לפנות לעזרה רפואית באופן מיידי.

ב-90% ממקרי ה-SSHL הפגיעה היא חד צדדית והיא עלולה להיות מלווה בטינטון או בסימפטומים וסטיבולריים נוספים (כגון אי יציבות/ חוסר שיווי משקל, בחילות).

ייתכן שיפור ספונטאני באופן מלא או חלקי, אם כי ב-15% מהמקרים חלה החמרה בשמיעה במהלך הזמן.

ה-NIDCD מעריך שכ-4,000 מקרים של SSSL מתרחשים מדי שנה בארה"ב. ידוע על יותר מ-100 סיבות אפשריות ל-SSHL, ביניהן וסקולאריות, תרופות אוטוטוקסיות, זיהומים, מחלות ויראליות וגידולים. רק ב-15%-10% מהמקרים מאובחנת הסיבה. הטיפול השכיח, במיוחד במקרים בהם הגורם אינו ידוע, הינו מתן סטרואידים.

פגיעה בשמיעה שכיחה באוכלוסייה המבוגרת, במיוחד במטופלים להם יש גורמי סיכון לפגיעה בתפקוד מיני. אולם, הידרדרות פתאומית בשמיעה אינה מצב שכיח בשום גיל.

הקשר בין מעכבי 5 Phosphodiesterase ו-SSHL

בעקבות פרסום תיאור מקרה של ירידה תחושתית עצבית פתאומית בשמיעה (SSHL), בגבר שטופל ב-Sildenafil (Viagra) citrate, החל ה-FDA לבדוק דיווחים על פגיעה בשמיעה בעקבות שימוש במעכבי Phosphodiesterase (PDE5), שהתקבלו מאז תחילת שיווק התרופות (Postmarketing).

עד 20 בספטמבר 2007, דווחו ל-FDA 113 מקרים של פגיעה בשמיעה במטופלים שנטלו מעכבי PDE5. מתוך כלל הדיווחים, נשללו 84 דיווחים. הסיבות לשלילת הדיווחים היו: אי-ודאות משמעותית באשר לקשר הזמנים בין נטילת מעכבי PDE5 והפגיעה בשמיעה, אופן הפגיעה בשמיעה לא התאים להגדרה של SSSL, פגיעה בשמיעה שהתרחשה לפני השימוש בתרופה, דיווח מעורפל מדי ומקרים של ירידה הדרגתית בשמיעה במהלך מספר שנים. 29 המקרים הייחודים שנותרו הכילו מידע שתמך בקשר שבין שימוש במעכבי PDE5 וירידה פתאומית בשמיעה, שלוהו בחלק מהמקרים בסימפטומים וסטיבולריים (כגון טינטון, ורטיגו או סחרחורת). גם במחקרים הקליניים של כל אחת מהתרופות, דווח על ירידה פתאומית בשמיעה במספר מועט של מטופלים.

המנגנון שבו מעכבי PDE5 עלולים להיות קשורים לתופעה, אינו ידוע. במקרים רבים, המצב הרפואי הנלווה וכן גורמים נוספים, עלולים לתרום לתופעת הלוואי. 29 הדיווחים כללו 15 מטופלים ב-Sildenafil

Viagra ו-4 מטופלים ב-Revatio (Sildenafil) הניתן לטיפול ביתר-לחץ דם ריאטי, 5 מטופלים ב-Vardenafil (Levitra) ו-5 מטופלים ב-Cialis (Tadalafil). ב-17 מהדיווחים הפגיעה הייתה חד-צדדית, ב-4 דיווחים דו-צדדית וב-8 הנוספים לא ידוע. ב-10 מקרים הפגיעה דווחה לאחר נטילת המנה הראשונה, ב-4 מקרים כעבור נטילת מספר מנות וב-15 מקרים נוספים לא היה פירוט. 9 מטופלים דיווחו שהתופעה הייתה זמנית, 16 מטופלים דיווחו שהיא נמשכה, וב-4 מקרים נוספים - לא ידוע. לא בכל המקרים הופסק הטיפול. 2 מטופלים דיווחו על re-challenge חיובי. מתוך 29 הדיווחים, 25 טופלו במעכבי PDE5 להפרעות בתפקוד המיני וטווח הגילים של המטופלים נע בין 38 ל-85 שנים. 9 מטופלים דיווחו על מצב רפואי נלווה המהווה גורם סיכון לפגיעה בשמיעה, כגון יתר-לחץ דם, מחלת לב, סוכרת. 3 מטופלים דיווחו על פגיעה בשמיעה בעברם. חלק מדיווחים לא כלל מידע לגבי מחלות נלוות, עישון ותרופות נוספות. ב-4 הדיווחים של המטופלים ב-Revatio (בהם 3 נשים וגבר), הפגיעה הפתאומית בשמיעה החלה בין פחות מ-3 שבועות ועד 11 חודשים לאחר תחילת הטיפול ב-Sildenafil. להבדיל מ-25 המקרים הקודמים, בכל המקרים האלו המטופלים טופלו בתרופות כרוניות נוספות על הטיפול ב-Sildenafil, שניתן 2-3 פעמים ביום. בכל הדיווחים לא הופיע סמן אזהרה שקדם לאיבוד השמיעה הפתאומי. בחלק מהמקרים דווחו צלצולי אוזניים וסחרחורת שנלוו לאיבוד השמיעה. במידע זה אין מספיק נתונים כדי לקבוע מיהם המטופלים שנמצאים בקבוצת סיכון להתפתחות תופעת הלוואי. המעקב אחר המקרים מוגבל, ולכן קשה לקבוע אם הדיווחים קשורים ישירות לשימוש במעכבי PDE5, או במצב רפואי נלווה (underlying), או בגורמי סיכון אחרים.

בעקבות הדיווחים המליץ ה-FDA:

- לידע את מטופלים ב-Viagra, Levitra ו-Cialis כי במידה והם חווים באופן פתאומי הפחתה הדרגתית או פגיעה בשמיעה, יש להפסיק באופן מיידי את הטיפול ולפנות מייד ליעוץ רפואי.
- לידע מטופלים ב-Revatio החווים באופן פתאומי הפחתה הדרגתית או פגיעה בשמיעה, לפנות ליעוץ רפואי מיידי. עם זאת, אין להפסיק את הטיפול ללא התייעצות עם גורם רפואי מומחה.

לסיכום, במקרה שלנו לא ניתן לקשור בוודאות בין הסינדרום לבין טיפול בתרופה. עם זאת, כיוון שיש דיווחים על קשר אפשרי, לא ניתן לשלול את הקשר וחשוב להיות ערניים לגביו.



בחן את עצמך

מאת הילה זוהר-קונטנטה



מג'ר דליה רבינוביץ-פרוטר - רוקחת קלינית, מחוז השפלה, מכבי שירותי בריאות

1. התרופה Varenicline פועלת במנגנון של:

- א. עיכוב הקליטה מחדש של סרוטונין (SSRI)
- ב. עיכוב הקליטה מחדש של נוראדרנלין ודופאמין
- ג. אגוניסט חלקי ספציפי לרצפטור הניקוטיני של אצטיל-כולין, מתת סוג $\alpha 4\beta 2$
- ד. מנגנון הפעולה של התרופה Varenicline אינו ידוע

2. התרופה Bupropion פועלת במנגנון של:

- א. עיכוב הקליטה מחדש של סרוטונין (SSRI)
- ב. עיכוב הקליטה מחדש של נוראדרנלין ודופאמין
- ג. אגוניסט חלקי ספציפי לרצפטור הניקוטיני של אצטיל-כולין, מתת-סוג $\alpha 4\beta 2$
- ד. מנגנון הפעולה של התרופה Bupropion אינו ידוע

3. עישון משפיע על

הפרמקוקינטיקה של מספר

תרופות, זאת מפני שהוא גורם ל:

- א. פגיעה בתפקודי כבד
- ב. עיכוב של אנזימי כבד
- ג. אינדוקציה של אנזימי כבד
- ד. הפרעה להפרשת תרופות בנשימה

4. לפיכך, הפסקת עישון תגרום ל:

- א. ירידה ברמות של Fluvoxamine בדם
- ב. עלייה ברמות של Fluvoxamine בדם
- ג. שינוי לא צפוי (עלייה או ירידה) ברמות של Fluvoxamine בדם
- ד. הפסקת עישון אינה משפיעה על רמות Fluvoxamine בדם

תשובות בעמוד 29

הפרעה בתפקוד המיני - הפרעה בתפקודי זקפה (Erectile Dysfunction) מוגדרת כחוסר יכולת קבועה להגיע למצב של זקפה או לשמור עליו באיכות מספקת המאפשרת קיום יחסי מין מספקים. הפרעות זקפה עלולות להיות קשורות לסינדרום מטבולי, תסמינים בדרכי השתן התחתונות (- LUTS הפרעות נוירופתולוגיות מרכזיות (כגון מחלת פרקינסון, שבץ המורגי או איסכמי), עישון, סוכרת והפרעות אנדוקריניות אחרות (הכוללות היפוגונדיזם והיפרפרולקטינימיה). מעל שני שלישים מהחולים במחלה כלילית חווים סימפטומים של הפרעה בתפקודי זקפה לפני שמופיעים סימפטומים כליליים. בחולי סוכרת, הסיכון לפגיעה בתפקודי זקפה עולה עם הזמן וככל שה-HbA1C עולה. תרופות עלולות לגרום או לתרום להתפתחות הפרעות זקפה עד 25% מהמקרים.

טיפולם תרופתיים במעכבי Phosphodiesterase 5 להפרעה בתפקוד המיני

Phosphodiesterase 5 (PDE5) גורם לפירוק (cGMP) cyclic guanosine monophosphate. עיכוב של PDE5 מוביל לעלייה ב-cGMP, הגורם להרפיה של שריר חלק המלווה בהגברה של זרימת דם ל-corpora cavernosum. Viagra (Sildenafil) אושרה ע"י ה-FDA לטיפול בהפרעה בתפקודי זקפה ב-1998, Levitra (Vardenafil) ו-Cialis (Tadalafil) אושרו ב-2003. Revatio (Sildenafil) אושרה לטיפול ביתר לחץ דם ריאתי (Pulmonary Arterial Hypertension) ב-2005.

המינון המומלץ לטיפול בהפרעה בתפקודי זקפה ב-Vardenafil וב-Tadalafil הינו מינון חד-יומי, בין 5mg ל-20mg. המינון המומלץ של Sildenafil הינו גם כן מינון חד-יומי, בין 25mg ל-100mg. הטיפולים להפרעה בתפקודי זקפה נלקחים בהתאם לצורך ולא מומלץ ליטול מעבר למינון חד-יומי. מזון (בעיקר מזון שומני) מעכב ומפחית ספיגה של Sildenafil ו-Vardenafil, ולכן אם לא מושגת תגובה טובה מומלץ ליטול את התרופות על קיבה ריקה. המינון המומלץ של Sildenafil לטיפול ב-

Pulmonary Arterial Hypertension הוא 20mg, שלושה פעמים ביום (60mg/d) באופן קבוע. תופעות לוואי שכיחות האופייניות לכל הקבוצה הן: כאב ראש, הסמקה, דיספפסיה, תופעות גסטרואינטסטינליות וגודש באף. הפרעות בראייה ופריחה דווחו במיוחד בטיפול ב-Sildenafil. כאבי גב או מיאליגיה דווחו במיוחד ב-Tadalafil.

רב תופעות הלוואי קשורות להרחבת כלי דם ברקמות אחרות המבטאות Phosphodiesterase 5, או בשל עיכוב איזואנזים הומולוגי שאינם בפין (כגון Phosphodiesterase 6 ברשתית). הפרעה בראייה המיוחסת לעיכוב של Phosphodiesterase 5 או Phosphodiesterase 6 ברשתית, דווחה רק בטיפול ב-Sildenafil, מופיעה לזמן קצר והיא חסרת משמעות קלינית.

קיים חשש רציני יותר לכך שמעכבי PDE5 עלולים לגרום ל- nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy עלולים לגרום ל- (NAION). על אף שהמידע התומך בקשר הוא מוגבל, יש לשקול הימנעות משימוש בתרופות אלו בגברים עם היסטוריה של מצב זה. מומלץ ליידע את המטופלים על הסיכון הנמוך לשינויים בחדות הראייה. במידה שחלים שינויים אלה, על המטופל לפנות לרופא עיניים. אין לבלבל בין שינויים בחדות הראייה לבין "blue haze" שאינו מזיק, הנגרם מעיכוב של Phosphodiesterase 6 ברשתית, כפי שצוין קודם. קיים חשש שטיפול במעכבי PDE5 עלול להוביל לאיסכמיה כלילית, במיוחד עקב שכיחות גבוהה של שילוב פגיעה בתפקודי זקפה ומחלה כלילית.

טיפול בהפרעות זקפה, באופן כללי, עלול להגביר מעט את הסיכון לאוטם לבבי, עקב העלייה המתונה במאמץ גופני הכרוך בפעילות מינית ועלייה בפעילות סימפתטית המלווה בעלייה בלחץ דם וקצב לב. הסיכון המוחלט לאוטם לבבי במהלך פעילות מינית מוערך בכ-20 מקרים למיליון לשעה בחולים עם מחלת לב איסכמית. עם זאת, מומלץ להעריך את מצב החולה בטרם התחלת הטיפול. מאחר שטיפול במעכבי PDE5 בשילוב עם ניטרטים עלול לגרום לתת-לחץ דם, קיימת התווית נגד לשילוב.

ד"ר אילן יהושע - מנהל רפואי, סניפי רחובות ויבנה, אחראי תחום רפואת משפחה, מחוז דרום



תפקיד הרוקח באבחון וטיפול בשלשול אקוטי זיהומי בקהילה - שימוש מושכל בתרופות OTC

מאת נור קרא

שלשול אקוטי הוא אחת האבחנות הנפוצות בקליניקה ואחת הבעיות המסוכנות שבעבורן חולים מחפשים טיפול עצמי ועזרה מהרוקח. כמו כן, מבין מחלות המטיילים, שלשול הוא המחלה הזדמנית הנצפית לעתים קרובות באנשים הנוסעים לחו"ל - Travel (TRD) Related Diarrhea.

ברמת המטפל, יש חוסר אחידות בקווי המנחה בארצות השונות לגבי השאלה: האם ובמה לטפל בחולה המשלשל. בעוד שבארצות מסוימות קווי המנחה מעודדים טיפול בנוגדי שלשול (כמו ארה"ב, בלגיה וניו-זילנד), קווי המנחה הבריטיים (British National Formulary) מסתייגים מטיפולים אלו. גם ברמת החולה עצמו, חולים מסוימים אינם מחפשים טיפול, בעוד שאחרים קונים תרופות OTC נוגדות שלשול לטיפול עצמי.

רופאים ואנשי רפואה רבים מכירים בקיומה ושכיחותה של אפשרות הטיפול העצמי בתרופות OTC. ואף על פי כן, יש חוסר רצון מצד אנשי מקצוע רבים לרשום, להמליץ או לקדם טיפול עצמי בתרופות אנטי-מוטיליות. ייתכן שהדבר נובע מתוך אמונה ששלשול הוא דרכו הטבעית של הגוף לטהר את עצמו מגורמים מזוהמים וכי שימוש בתרופות נוגדות שלשול עלול להאריך או אף להחמיר את הזיהום. גישת "אי-טיפול" זו שלמעשה אינה נתמכת ע"י הוכחות מדעיות שיצדיקו אותה, מעמיסה על מערכת הבריאות שלא לצורך, ומוותרת חולים רבים סובלים וללא מענה הולם לסימפטומי המחלה [1].

מטרת מאמר זה היא לספק לרוקח כלים לתשאל ענייני של חולה הסובל משלשול חריף, במטרה לקבוע אם ניתן לטפל בו בקהילה, לספק לו את הטיפול הרפואי המתאים ביותר ולהקל ככל האפשר על סימפטומי המחלה, או לחלופין להפנותו לרופא להמשך בירור.

הגדרות

שלשול מוגדר כשינוי בתנועת הנורמלית של המעיין, המאופיין בעלייה בתכולת המים, בנפח או בתדירות הצואה. לעתים, במחקרים אפידמיולוגיים משתמשים בהגדרה המציינת ירידה בעקביות הציאות (יציאות רכות או נחליות) ועלייה בתדירות בתנועת המעיין למעל משלשול יציאות ביום [2,3]. בעבור רוב האנשים הנזונים בתזונה מערבית, תדירות היציאות הנורמלית היא שלוש פעמים ביום עד שלוש פעמים בשבוע [3].

שלשול הנובע ממקור זיהומי, ולעתים מלווה בסימפטומים של בחילה, הקאות או כאבי בטן עוויתיים.

אוכלוסיות בסיכון לשלשול זיהומי [2]: מבוגרים שחשופים לילדים ולפעוטות שלא הורגלו עדיין לשימוש בשירותים (בעיקר במקומות כמו מעון יום), מטיילים באזורים טרופיים או סמיטרופיים, אנשים מדוכאי חיסון ואנשים שחיים בסביבה לא היגיינית וחשופים למים ולמזון מזוהמים.

יש להבחין בין שלשול לאי-שליטה בסוגר הרקטלי (Fecal Incontinence), הנצפית במצבים כמו חולשה בשרירי האגן או חוסר פעילות של הסוגר אנו-רקטלי (anorectal dysfunction). כמו כן, בניגוד לשלשול, פסאודו-שלשול או hyperfecation מייצגים עלייה בתדירות היציאות אך ללא שינוי במשקל הצואה מעל לנורמלי, תופעה שנצפית ב-IBS והן בהיפרתיריזידים [3].

אבחנה - אילו שאלות חשוב לשאול?

כפי שהודגש בעבר במדור זה, אין זה מתפקידו או מסמכותו של הרוקח לאבחן את החולה. אך ע"י תשאול נכון יש בידו לדלות אינפורמציה

ניתן לסווג שלשול תוך התבססות על פקטורים כגון משך המחלה (אקוטי לעומת כרוני), מנגנון פתופיזיולוגי (אוסמוטי לעומת סקרטורי), חומרה או מאפייני הצואה (מימית, שומנית או דמית).

שלשול חריף (Acute Diarrhea) הוא אפיזודה של שלשול שנמשך פחות מ-14 יום [2,4].

שלשול ממושך (Persistent Diarrhea) הוא שלשול הנמשך מעל ל-14 יום [2,4].

שלשול כרוני - יש המתייחסים לשלשול הנמשך מעל ל-30 יום כאל שלשול כרוני [2,4]. שלשול כרוני יכול להיגרם או ע"י מחלה גסטרואינטסטינלית, או משנית למחלה סיסטמית, או מסיבה פסיכוגנית. מבחינה פתופיזיולוגית, שלשול אקוטי או כרוני יכול להיות אוסמוטי (בעיות ספיגה), סקרטורי, אקסודטיבי או כתוצאה ממוטיליות מוגברת (לעתים, כאשר הוא כרוני, שלשול בגלל היפרמוטיליות נגרם באופן מכוון ע"י שימוש לרעה במשלשלים) (טבלה 1).

טבלה 1 - סוגי שלשול [5]

סוג שלשול	מנגנון	מספר סיבות אופייניות
אוסמוטי	מומס שאינו נספג	חסר לקטאז (אי סבילות ללקטוז), שימוש עודף בסותר חומצה המכילים מגנזיום
סקרטורי	הפרשה מוגברת של אלקטרוליטים	זיהום E.coli, כריתת איליום, סרטן בבלוטת התריס
אקסודטיבי	ספיגה פגומה במעי הגס בגלל פגיעה שלו, זליגת ריר ו/או דם	Ulcerative colitis, Crohn's disease, זיהום חיידקי פולשני כמו סלמונלה ו-shigellosis, לויקמיה
הפרעה בתנועתיות	זמן מגע מופחת במעי	תסמונת המעי הרגז (IBS), נירופטיה סוכרתית

קיימים גורמים רבים לשלשול, כאשר לרוב מדובר באנטריטיס (דלקת במעי הדק) ממקור זיהומי או לא-זיהומי. הסיבה הנפוצה ביותר לשלשול חריף (Acute diarrhea) היא גורמים זיהומיים (וירוסים, חיידקים וטפילים). גורמים חשובים אחרים הם הרעלת מזון (טוקסינים), תרופות, Inflammatory/Ischemic Bowel Disease, אפצס רקטוסיגמואידי וצריכה של סוכרים מורכבים שאינם נספגים (Lactulose) [3]. מכיוון ששלשול ממקור לא-זיהומי לרוב אינו ניתן ממש לטיפול ע"י תרופות OTC נוגדות שלשול, אלא מחייב אמצעים אחרים כגון תרופות, אנטומית, (דלקתית, אנטי-דלקתית), אנטומית, חסימתית, ממאירה, אי-סבילות למרכיבי מזון וכו'), הרי שעיקר מאמרו זה ידון בהערכה ובטיפול בשלשול זיהומי.

שלשול זיהומי (Infectious Diarrhea) הינו קיימים גורמים רבים לשלשול, כאשר לרוב מדובר באנטריטיס (דלקת במעי הדק) ממקור זיהומי או לא-זיהומי. הסיבה הנפוצה ביותר לשלשול חריף (Acute diarrhea) היא גורמים זיהומיים (וירוסים, חיידקים וטפילים). גורמים חשובים אחרים הם הרעלת מזון (טוקסינים), תרופות, Inflammatory/Ischemic Bowel Disease, אפצס רקטוסיגמואידי וצריכה של סוכרים מורכבים שאינם נספגים (Lactulose) [3]. מכיוון ששלשול ממקור לא-זיהומי לרוב אינו ניתן ממש לטיפול ע"י תרופות OTC נוגדות שלשול, אלא מחייב אמצעים אחרים כגון תרופות, אנטומית, (דלקתית, אנטי-דלקתית), אנטומית, חסימתית, ממאירה, אי-סבילות למרכיבי מזון וכו'), הרי שעיקר מאמרו זה ידון בהערכה ובטיפול בשלשול זיהומי.

1. מאפיינים קליניים רלוונטים:
 - מתי וכיצד החלה המחלה: האם היא פתאומית או הדרגתית, ומהו משך הסימפטומים
 - מאפייני הצואה: מימית, דמית, רירית, מוגלתית, שומנית (Steatorrhea)
 - תדירות היציאות ונפחן



נטילת קפסולות המכילות את האזנים לקטאז, כמחצית השעה לפני צריכת מוצר חלב, יכולה להקל על הסימפטומים.

5. היסטוריה רפואית ומשפחתית: גורם זה חשוב כדי לשלול תהליכים לא זיהומיים וחוקי אינטסטינליים, שכאמור יכולים אף הם להופיע כשלשול אקוטי. יש לשאול על מחלות מעיים דלקתיות, Celiac disease, ומחלות ממאירות במשפחה. שינויים בהרגלי היציאה הם אחד משבעת סימפטומי האזהרה של סרטן המעי הגס [3]. ולכן בירור לגבי מחלות ממאירות במשפחה הוא קריטי, בעיקר בחולים מעל גיל 50, ובעיקר כאשר מדובר בתבנית שלשול מתמשכת או כרונית. למעשה, ניתן לתמצת את כל מה שצוין לעיל למספר שאלות מפתח המאפשרות תשאלו יעיל של החולה וקביעת התאמתו לטיפול בתרופות OTC בלבד (תרשים 1).

אבחנה מבדלת: בקרב כל החולים הסובלים משלשול, ובעיקר חולים שאצלם השלשול

תרופות נגד שומני דם (סטטינים), תרופות כולינרגיות (Metoclopramide), תרופות כימותראפיות, וכן אנטיביוטיקה. Clostridium Difficile [6].

4. שינוי בתזונה: חשוב לשאול את החולה אם ערך לאחרונה שינוי בתזונה שלו, ועל קשר למוצרי מזון ספציפיים (מוצרי חלב, גלוטן או אחרים) שיכול להעיד על אי-סבילות או רגישות. למעשה, אי-סבילות ללקטוז היא סיבה נפוצה לשלשול אוסמוטי, שעלולה לגרום נפיחות, כאבי בטן או עוויתות, גזים או שלשול. בחולים אלו, אם מזהים את הקשר של הופעת שלשול למוצרי חלב, ניתן לטפל בבעיה ע"י הימנעות או הגבלת כמות מוצרי החלב הנצרכים. כמו כן,

■ נוכחות סימפטומי דיזנטריה (חום, טנסמוס, תחושה של חוסר ריקון מוחלט למרות כאב ומאמץ למתן צואה), דם או מוגלה בצואה
■ סימפטומי איבוד נוזלים (צמא, טכיקרדיה, אורטוסטזיס, ירידה במתן שתן, עייפות, ירידה בטורגור - גמישות העור)
■ סימפטומים נלווים, עוצמתם ותדירותם - כמו בחילות, הקאות, כאבי בטן, עוויתות, כאב ראש, כאבי שרירים, הפרעה בחישה, איבוד משקל, שינויים בתיאבון

2. גורמי סיכון אפידמיולוגיים: בנוסף, יש לתשאל את כל החולים לגבי גורמי סיכון אפידמיולוגיים למחלות שלשול מסוימות או להפצתן, כולל [4]:

- נסיעה לאזור מתפתח
- שהייה או העסקה במעון יום
- צריכת מזון לא בטוח (בשר, ביצים, צדפות נאות, חלב לא מפוסטר או מיצים)
- שחייה או שתייה ממי מעיין או מקור מים לא מטופל
- ביקור בחווה ומגע עם חיה משלשלת
- חולים אחרים בסביבה הקרובה (במעונות או במקום העבודה)
- מצבי מחלה ברקע המהווים פרה-דיספוזיציה לשלשול זיהומי (AIDS, מדוכאי חיסון, כריתת קיבה, גיל מבוגר או תינוקות)
- מגע מיני מסוג אורלי-אנאלי
- תעסוקה כמטפל

3. נטילת תרופות חדשות או קבועות: שלשול הוא אחת מתופעות הלוואי הנפוצות ביותר של תרופות, והרשימה של התרופות הגורמות לכך ארוכה מאוד. חשוב לשים לב כי שלשול הנגרם ע"י תרופות מתרחש בדרך כלל עם התחלת נטילת תרופה חדשה או עם העלאת המינון של תרופה [3]. עם משפחות התרופות שגורמות לשלשול ניתן למנות כמובן תרופות הפועלות במערכת העיכול (סותרי חומצה, משלשלים), תרופות קרדיאליות (Quinidine), תרופות נירור-פסיכיאטריות (Digoxin, B.B), תרופות (Lithium, Fluoxetine, Valproic Acid), תרופות להורדת לחץ דם (Methyldopa, Reserpine)

תרשים 1: שאלון מסכם לתשאלו חולה עם שלשול חריף⁽⁵⁾

1. במשך כמה זמן הינך סובל משלשול ובאיזו תדירות?
2. האם יש סימפטומים נוספים לשלשול?
3. באילו תרופות נוגדות שלשול התנסית, אם בכלל, והאם הן סיפקו הקלה?
4. מאפייני הצואה? האם יש דם או ריר?

מאפיינים קליניים

5. האם שינית את התזונה לאחרונה (כולל שתיית מים שלא עברו כלוריציה), והאם נסעת לחו"ל לאחרונה?
6. האם אנשים נוספים סובלים משלשול במקום מגוריך, והאם אתה יכול לייחס את הופעת המחלה לסוג מזון או תרופה?
7. אילו תרופות מרשם וללא מרשם אתה נוטל כרגע?

גורמי סיכון אפידמיולוגיים

8. האם אתה סובל ממחלה כרונית כלשהי?

היסטוריה רפואית





ובהמשך 2mg לאחר כל יציאה רכה, עד למקסימום 16mg/day, ולתקופה שלא עולה על יומיים. בטיפול בשלשול אקוטי, לרוב נבחין בשיפור תוך 48 שעות. אין להשתמש בתרופות נוגדות שלשול בחולים עם דיזנטריה (שלשול דמי ורירי כמו בשיגלה) וחום, מחשש להארכת המחלה. עם זאת, אין צורך לחשוש משימוש בתרופות אלו בשלשול זיהומי אחר שאינו דיזנטרי, בתנאי שנעשה שימוש גם בטיפול אנטיביוטי.

Loperamide בשילוב Simethicone - במחקר מבוקר, כפול סמיות, נמצא לאחרונה כי שילוב של loperamide עם simethicone היה יעיל יותר מאשר כל אחת מהתרופות לבדה ומפלצבו, לטיפול בשלשול אקוטי לא ספציפי ואי-נחות בטנית כתוצאה מהצטברות גזים [7]. נכון להיום, לא ברור אם ניתן להשליך מותוצאות מחקר זה על כלל האוכלוסייה הסובלת משלשול חריף [7].

Antisecretory Bismuth Subsalicylate agent - זוהי התרופה המועדפת, כאשר הקאות

מהוות ביטוי קליני חשוב בזיהום מעיים. ככל הנראה, מדובר בתרופה היעילה ביותר לשיפור מצב של הקאות הקשורות בזיהום ויראלי [2].

זו תרופה יעילה בטיפול בשלשול חריף, שמפחיתה את מספר היציאות בכ-50%, בהשוואה לפלצבו [2]. האפקט נוגד-שלשול שלה נובע ככל הנראה מפעילות אנטיסקרטורית של ה-salicylate. כמו כן, לתרופה תכונות אנטיבקטריאליות, שיכולות להסביר את יעילותה כתרופה פרופילקטית לשלשול מטיילים. יש ליטול 2 טבליות (או 30 מ"ל) כל 30 דקות-שעה, לפי הצורך, עד שמונה מנות ב-24 שעות.

חשוב לזכור כי התרופה מכילה פרקציה של סליצילאט. לפני מתן התרופה יש לברר על רגישות לסליצילאטים, כמו גם על נוכחות או החלמה ממחלת חום ויראלית בילדים ובמתבגרים (אבעבועות רוח, שפעת), זאת, מחשש להתפתחות Reye's syndrome. למעשה, שינויים התנהגותיים המלווים בחילות והקאות עלולים להיות סימן מוקדם להתפתחות הסינדרום, ולכן יש לנקוט משנה זהירות, בעיקר לגבי ילדים מתחת לגיל שלוש, ולהפנותם לרופא במקרה שמופיעים סימפטומים אלו.

חשוב ליידע את החולה על אפשרות של צביעת הצואה בשחור בעקבות השימוש בתרופה, כדי למנוע בהלה מיותרת.

פרוביטיקה

פרוביטיקה עלולה להיות בעלת השפעות חיוביות על מחלות מעיים עם אפקטים מקומיים וסיסטמיים, שנובעים פעמים רבות משפעול המערכת החיסונית. פרוביטיקה

המשך בעמוד 40

האתיולוגיות למחלה (אף ברמת המזהם הספציפי) ותופק תועלת מטיפול אנטיביוטי.

עקרונות הטיפול בשלשול חריף

■ שמירה על הידרציה טובה - מטרה קריטית בטיפול ■ טיפול בגורם לשלשול ■ הקלה על סימפטומי השלשול - מטרה חשובה אמנם, אך שנייה בחשיבותה לעומת מניעת התייבשות

טיפולים אקוטיים שניתן להציע - OTC

כאמור, שלשול אקוטי הוא בד"כ ממקור זיהומי, וברוב המקרים המחלה חולפת מעצמה (self limited) ללא התערבות, לעתים אף לפני שבוצעה אבחנה. אולם רופאים ישקלו גם טיפול אנטיביוטי בחולים עם שלשול אקוטי זיהומי, חיידקי או טפילי. לכן, חשוב לזכור שגם אם לכאורה מדובר בשלשול חריף קל שניתן לטפל בו בקהילה, אם הרוקח חושד שמדובר בגורם זיהומי - רצוי להפנות את החולה לרופא להמשך בירור.

(ORS) Oral Rehydration Solutions

הסכנה הגדולה ביותר בשלשול היא התייבשות. לכן, לגבי רוב צורות השלשול החריף, הטיפול הראשוני הקריטי חייב לכלול נוזלים עם גלוקוז או עמילן בשילוב אלקטרוליטים (המצלה מסוג A1 - הוכחות חזקות ממחקר CRT אחד לפחות [2,3]). טיפול זה עלול להיות מציל חיים בעיקר בפעוטות, קשישים וחולים מדוכאי חיסון. למרות שאצל ברוב החולים עם שלשול קל, ניתן למנוע התייבשות ע"י שתייה של יותר נוזלים בצורת מיץ או מרק והשלמת נתון כלוריד ע"י קרקרים מלוחים, הרי שלשול קשה יותר המלווה בירידה במתן שתן וסחרחורות, מצריך הידרציה משמעותית יותר. לרוב, תמיסות ORS אלו מגיעות מוכנות, אך ניתן להכין גם בבית המרקחת [3]. הטיפול ניתן בנפחים קטנים ועל פני מספר שעות.

חשוב להדגיש לחולים כי בקבוק ORS שנפתח יש לאחסן בקירור, ורצוי להשליכו תוך 48 שעות מהפתיחה, זאת כדי למנוע זיהום של התמיסה ויצירת מקור חדש להדבקה.

נוגדי שלשול - Anti-motility agents

Loperamide - כאשר רוצים בטיפול לא ספציפי, Loperamide, נגזרת אופיואידית, הינה תרופת הבחירה בעבור רוב מקרי השלשול, כולל שלשול מטיילים, ללא חום או עם חום נמוך (non-febrile or low grade fever) 1/או ללא דיזנטריה [2]. תרופות נוגדות שלשול הן היעילות ביותר לטיפול סימפטומטי [2], ו-Loperamide היא המומלצת ביותר, בשל בטיחותה היחסית (סיכוי נמוך להתמכרות ותופעות לוואי) ויעילותה (מספר היציאות בד"כ מופחת בכ-80%). המינון ההתחלתי הוא 2 טבליות (4mg)

ממושך או כרוני, או כאשר הוא מלווה בכאבי בטן או במחלה ברקע - יש לשקול קיום סיבה לא זיהומית למחלה. מכיוון שמדובר בסימפטום לא ספציפי שמאחריו מסתתרת לעתים מחלה קשה, שלשול אינו הפרעה שניתן תמיד לטפל בה באופן עצמי ע"י תרופות נוגדות שלשול, ללא מרשם.

ברשימת ההפרעות שמהוות אבחנה מבלדת ניתן לכלול: מחלות מעיים דלקתיות (IBD), מחלה ממאירה, אי-סבילות ללקטוז, אי-סבילות לגלוטן (Celiac disease), תסמונת המעי הרגז (IBS), מחלת מעי איסכמית (בעיקר במבוגרים מעל גיל 50 עם עדות אחרת למחלה וסקולרית פריפריית (PVD), חסימת מעיים חלקית, אפצס באזור הקולון הרקטוסיגמואיד, חסימת דרכי מרה, דלקת בלבב, היפרתירואידיזם ועוד.

המטרות העיקריות של הרוקח בטיפול בשלשול אקוטי בקהילה

באילו מקרים ניתן להציע טיפול בקהילה ומתי זה חורג מתחום סמכותו של הרוקח? רוב מקרי השלשול מטופלים ע"י החולה עצמו או ע"י בן משפחה, ללא צורך בטיפול רפואי. אולם, חולים עם מחלה חמורה יותר או עם חשד למחלת רקע אחרת, יש להפנות להערכה רפואית [2].

אינדיקציות ספציפיות המחייבות את הרוקח להפנות את החולה לרופא לקבלת הערכה רפואית על ידו [2]:

- חולים מתחת לגיל 3 שנים
- שלשול מימי המלווה בהתייבשות.
- התייבשות היא הסיבוך המסוכן ביותר של שלשול סקרטורי ואוסמוטי זיהומי פולשני, ומחייבת הערכה וטיפול מיידיים ■ דיזנטריה (שלשול דמי ורירי) - ללא טיפול אנטיביוטי המהלך הקליני של דיזנטריה יהיה קשה וארוך יותר ■ מעברים רבים של צואה בנפח קטן, המכילה דם וריר ■ חום מעל 38.5 מעלות - זהו בד"כ ממצא הקשור לפתוגן פולשני הגורם לדלקת במעיים: פתוגן חיידקי (שיגלה, סלמונלה), וילי או אורגניזם ציטוטוקסי הגורם לנזק היסטולוגי ברירית (Clostridium difficile) ■ יותר מ-6 יציאות מימיות ב-24 שעות, או משך מחלה מעבר ל-48 שעות ■ שלשול המלווה בכאב בטן חמור בחולה מעל לגיל 50 - יכול לבטא מחלה מסוכנת כמו Ischemic Bowel Disease ■ שלשול עלול להיות ממיית בחולה הקשיש ■ בחולה מדוכא חיסון (AIDS), לאחר השתלת איבר או לאחר טיפול כימותרפאי - בד"כ יחוו שלשול מסוכן יותר וקשה לטיפול ■ נשים בהריון

באופן אידיאלי, במקרים רבים מהמצוינים לעיל, בשל האופי החמור של המחלה - ייבדקו



צמחים אדפטוגניים

שימוש בצמחי מרפא לצורך שמירה על איזון והרמוניה או כדי לשקם איזון שנפגע, הוא עתיק יומין ותופש מקום חשוב בכל הרפואות המסורתיות. הצמחים, שהיום מכנים אותם אדפטוגנים, היו נערכים ביותר בכל ארץ בה גדלו. המחקר שעוסק בצמחים האדפטוגניים החל בבריית-המועצות, בתחילת שנות ה-40 של המאה ה-20. הוא נתמך על ידי הממשלה, שהתעניינה במרכיבים מסייעים להגברת היעילות וכושר הביצוע של חיילים ואזרחים שעבדו בתעשייה הצבאית בתקופת מלחמת העולם השנייה (1).

המונח אדפטוגן נקבע על ידי ד"ר Lazarev, מדען יהודי-רוסי. וכך הוא הגדיר את תכונותיו של צמח אדפטוגני:

1. האדפטוגן הוא צמח בעל השפעה לא ספציפית, שמגביר עמידות לגורם פיזי, כימי או ביולוגי.
 2. יש לו השפעה מתקנת על מצב פתולוגי, שאינה תלויה באופיו ובטבעו של המצב.
 3. הצמח צריך להיות בלתי מזיק לחלוטין, ואסור שיפריע לתפקוד הרגיל של הגוף (2,3).
- לפי הגדרה זו, אדפטוגנים צריכים להכיל מרכיבים שמגבירים את כושר ההסתגלות לגורמים סביבתיים, ומונעים פגיעה הנובעת מגורמים אלה (4).

בשנים האחרונות נערך מחקר אינטנסיבי, שמטרתו להבין את מנגנוני הפעולה של הצמחים האדפטוגניים, ולגלות צמחים נוספים הפועלים במנגנון דומה. עבודה רבה נעשתה על ידי ד"ר Berkhman, חוקר יהודי שחקר בסוף שנות ה-50 את הג'ינסנג האסיאתי. כשהבין שלא ניתן יהיה לנצל אותו בגלל מחירו הגבוה, חיפש צמחים זולים וזמינים יותר. כך הגיע אל צמח שמוצאו ברוסיה - *Eleutherococcus senticosus* - שהתפרסם במשך השנים בעולם כולו, והוא מהווה מרכיב חשוב בתכשירים מסחריים המיועדים לחיזוק ואיזון (3).

בין השנים 1960 ל-1970, אחרי עבודות מחקר רבות, יצאו לשוק ברוסיה מיצויים מכילים בכדורים ובצורת נוזל, של שלושה צמחים: *Eleutherococcus senticosus*, *Rhodiola rosea* ו-*Schizandra chinensis*.

מכיוון שהמוצרים היו בטוחים לחלוטין, הם נכנסו לשימוש רחב וממשיכים להשתמש בהם עד היום. מאוחר יותר, ב-1993, נכנס לשימוש גם *Bryonia alba* (4). אנשים בריאים משתמשים בצמחים אלה

הם תרכובות טריטרפניות ארבע-טבעתיות (9), בעלות דמיון מבני לקורטיקוסטרואידים, שמתערבות במנגנון הסטרס ומונעות פעילות-יתר שלו (10,11).

תרכובות פנוליות, כגון phenylpropanoids, lignans ו-phenylethane של גזרות של (12).

הדמיון המבני שלהן לקטכולאמינים מאפשר להן להשפיע על מערכת העצבים הסימפתטית והאדרנל, והוא קשור לפעילות שלהן בשלבים הראשונים של התגובה לסטרס.

הן חומצות שומניות בלתי-רוויות עם שלוש קבוצות הידרוקסיליות, שדומות במבנה שלהן לליוקוטריאנים ול-lipoxins (13).

צמחים אדפטוגניים המכילים טריטרפנואידים

- 20-hydroxyecdysone - *Rhaponticum carthamoides*
- Araloside - *Aralia mandshurica*
- Astragaloside - *Astragalus membranaceus*
- Bacoside - *Bacopa monniera*
- Cucurbitacin - *Bryonia alba*
- Eleuteroside - *Eleuterococcus senticosus*
- Ginsenoside - *Panax ginseng*
- Gipenoside - *Gynostemma pentaphyllum*
- Tanshenoside - *Codonopsis pilosula*
- Tinosporoside - *Tinospora cordifolia*
- Withanolide - *Withania somnifera*

צמחים אדפטוגניים המכילים polypropanoids

- Dichotosin - *Hoppea dichotoma*
- Flavonoids - *Ocimum sanctum*
- Rosavin, rosin - *Rhodiola rosea*
- Schizandrin - *Schizandra chinensis*

המשך בעמוד 41

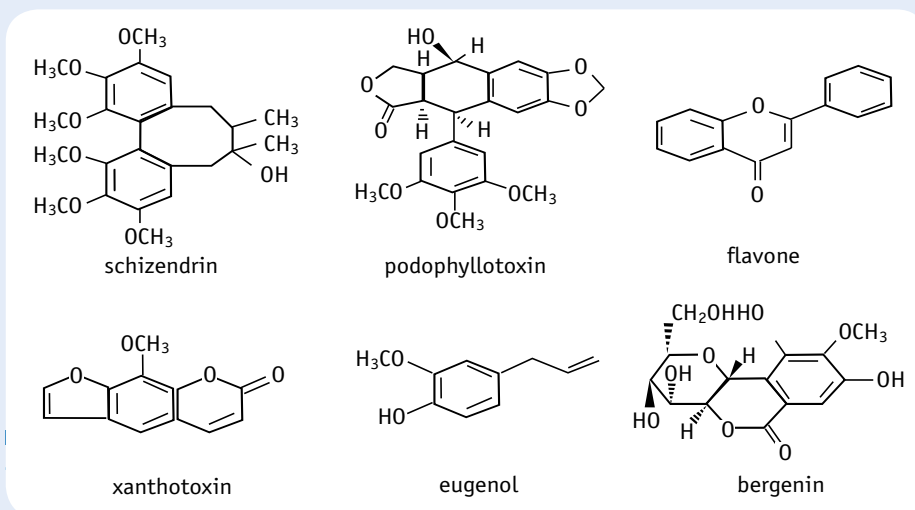
במצבים של עייפות וסטרוס. ספורטאים מרבים להשתמש בהם כדי להגביר את הכושר. ברפואה תעסוקתית נעזרים בהם כדי להפחית פגיעה כתוצאה מגורמים סביבתיים, כולל חשיפה לקור, לרעש חזק, לסולבנטים מזיקים, לעבודה במכרות ובתנאים קשים אחרים. ברפואה משתמשים באדפטוגנים לזירוז ריפוי מניתוחים, כליווי לטיפולים קשים, למחלות ניווניות, לחולשה של העצבים, לדיכאון, אלכוהוליות, וכן כסיוע בטיפולים שונים לחולי סרטן.

במשך השנים התברר שיש השפעה סינרגיסטית בין הצמחים האדפטוגניים, ולכן נוהגים להכין מהם תערובות. היעילות של אליטרקוקוס, רודיולה ושיזנדרה להגברת הכושר הפיזי והשכלי, הוכחה במחקרים רבים, חלקם מול קבוצות ביקורת (5,6,7,8).

המחקר העוסק במרכיבים הפעילים של הצמחים הקשורים לפעילות האדפטוגנית הוא אתגרי וקשה. צמחים אלה פועלים על מערכות שונות וכנראה גם במנגנונים שונים. בין מרכיבי הצמח יש פעילות סינרגיסטית, וייתכן שכמה מהמרכיבים העיקריים מצויים בריכוז נמוך מאוד.

מרכיבים פעילים של צמחים אדפטוגניים
המרכיבים בעלי פעילות אדפטוגנית משתייכים לשלוש קבוצות עיקריות: טריטרפנואידים, phenylpropanoids ו-oxylipins (4).

רוב הצמחים האדפטוגניים כוללים ספונינים טריטרפנואידים, כגון, dammarane triterpene, saponins או cucurbitacins. נכללים בטריטרפנים גם פיטוסטרולים כגון beta-sitosterol, ופיטואקדיסטרואידים כגון 20-ecdysone, turkesterone. מרכיבים אלו





HIV, משקל וקנבים

(המשך מגליון 30)

חלק ב': משקל

איבוד משקל שכיח אצל אנשים עם HIV ומהווה אחד התסמינים המגדירים AIDS. למרות השיפור בתוחלת החיים, באיכותם ובמצב התחלואה, עדיין קיים תת-משקל בקרב חולי HIV, ולעתים קרובות הוא מוסווה על ידי שינויים מורפולוגיים הנגרמים על ידי טיפול אנטי-רטרו-וירלי (HAART), כגון fat redistribution syndrome - פיזור מחדש של השומן בגוף (lipodystrophy). חולים עם HIV עלולים להיות חסרי מודעות לכך שהם נמצאים בתת-משקל, והרופא המטפל עלול שלא לזהות את הבעיה. מאחר שירידה במשקל כתוצאה מ-HIV משפיעה רבות על שיעור התמותה ועל איכות החיים - זיהוי מוקדם וטיפול חשובים ביותר.

ירידה במשקל הינה ביטוי ראשוני של HIV, ומשקל דלדול משמעותי במסת תאי הגוף. היא מוגדרת כ-wasting syndrome (תסמונת ההידלדלות) והוכרזה כמחלה המגדירה AIDS, ע"י המרכז לשליטה ומניעה של מחלות CDC (center for disease control and prevention) בשנת 1987 [5]. CDC הגדיר wasting syndrome על רקע HIV כאיבוד בלתי רצוני של לפחות 10% מהמשקל התקין של הגוף, עם סימפטומים נלווים של חום כרוני, חולשה או שלשול הנמשכים יותר מחודש, ובהיעדר מחלות נוספות העלולות להוסיף לאיבוד משקל.

ירידה במשקל משפיעה בצורה משמעותית על תחלואה ותמותה. מוות מתרחש כאשר מסת הגוף יורדת ל-66% ממסת גוף תקינה או 54% ממסת גוף כחוש (LBM - Lean Body Mass) - רקמת הגוף שמכילה את התאים, נחלי הגוף, השלד והשרירים). חולים עם ירידה במשקל על רקע HIV הם בעלי שיעור שרידות נמוך, עם שיעור אשפוזים גבוה ואיכות חיים ירודה. לירידה של 5% במשקל הגוף יש כבר השפעה על תמותה והידבקות בזיהומים אופורטוניסטיים. כשבדקים ירידה במשקל בחולים עם HIV קשה לדעת אם הירידה היא ב-LBM או במסת השומן. בדרך כלל, חולים בעלי אחוז שומן בגוף שמעל 15% מכלל מסת הגוף, מאבדים יותר שומן מאשר LBM, ואילו חולים עם אחוז שומן בגוף שמחת ל-15%, מאבדים יותר מ-LBM. לא תמיד תחילת הטיפול ב-HAART גורמת לעלייה חזרה במשקל.

ירידה במשקל גורמת לאדם להיראות חולה, אבל לא מדובר רק במראה החיצוני הלא-אסתטי. היות שיש ירידה ב-LBM - במסת

התאים ובמסת השרירים - יש לירידה במשקל השפעות נוספות ואף מסכנות חיים, הכוללות: חולשה, ירידה ביכולת לבצע פעולות גופניות, ירידה באיכות החיים, החלשה של המערכת החיסונית, החמרה בסיבוכים של המחלה וירידה בשרידות. חומרת הירידה במשקל מהווה מדד לשיעור השרידות. משקל הגוף יכול להישאר ללא שינוי במשך שנים לאחר ההדבקה ב-HIV, ובאותו הזמן המרכיבים של הגוף יכולים להשתנות אפילו כשהחולה הוא טרום-תסמיני.

בזמן שמסת גוף כחוש יורדת, היא מחלפת לרוב על ידי מים ושומן. לכן, חשוב לדעת אם החולה נמצא בתהליך של הידלדלות אפילו כשמשקל הגוף נשאר ללא שינוי. מסיבה זו חשוב לנטר את ה-LBM. מאחר שבגלל הטיפול ב-HAART הידלדלות הגוף אינה מלווה תמיד בירידה במשקל, ולא תמיד ירידה במשקל מלווה בחום או שלשול - יש צורך בהגדרה חדשה לבעיה מזו שהוחלט עליה ב-1987 על ידי CDC. האבחון צריך לכלול בדיקות של תפקוד כל הגוף וההרגשה הכללית של החולה.

ירידה במשקל נובעת משתי סיבות: שינויים מטבוליים ותת-תזונה. שינויים מטבוליים (אנדוקריניים וברמות הציטוקינים) והגברה בשריפת הקלוריות נגרמים בגלל חום, זיהום אופורטוניסטי והנגיף HIV עצמו. הקצב המטבולי עולה בגלל פעילות של הציטוקינים המהווים חלק מהמערכת החיסונית. כנראה יצירה מוגברת של ציטוקינים, המתרחשת כניסיון של הגוף להתגונן מ-HIV, דורשת משאבי אנרגיה גדולים, מה שגורם לירידה במשקל. נוכחות סרטן או זיהומים אופורטוניסטיים בכל איבר בגוף גורמים לירידה במשקל בשל הפעלה מוגברת של המערכת החיסונית הצורכת משאבים אנרגטיים של הגוף. רבים מהחולים מאבדים משקל בשלבים, כהשתקפות של סיבוכים זיהומיים. איבוד משקל מלווה כל זיהום שתוקף את הגוף. לאחר השתלטות על הזיהום, המשקל מתייצב, אך לרוב לא עולה בחזרה.

תזונה לא נכונה פירושה רעב. הגוף לא מקבל מספיק נוטריאנטים בגלל תת-תזונה או איבוד מהיר מדי שלהם. סיבות לאיבוד משקל בגלל חוסר בצריכת המזון [5]:

■ פטרת הפה (Trush) - נגרמת לרוב על ידי הפטרייה *Candida albicans*. מתבטאת בצורת נגעים לבנים בפה ויכולה לגרום כאבים. הנגעים יכולים להגיע עד הוושט ולגרום כאב בזמן בליעה עד חוסר יכולת לאכול דרך הפה. סיבות: מערכת חיסונית חלשה או בגלל שימוש באנטיביוטיקות, שהורגות את הפלורה של החיידקים בפה. טיפול מקובל: טיפול

פה עם תמיסת nystatin ובליעה לאחר מכן או לקיחת ketoconazol, fluconazol או itraconazol. במצב קשה - מתן תוך-וריד של amphotericin B.

■ Oral hairy leukoplakia - נגעים לבנים בפה, דומים לפטרת, אך עם "שיערו" לבנות קטנות. יכולים לגרום לכאב בפה. קיימים רק בחולי HIV ונגרמים כנראה בגלל נגיף מסוים. במקרים של כאב או הפרעות אכילה, ניתן לטפל על ידי acyclovir.

■ Herpes simplex - נגיף שיוצר שלפוחיות כואבות. לאחר זמן מסוים פוקעות השלפוחיות ומשאירות פצעים פתוחים וכואבים שמתרפאים עם הזמן. השלפוחיות יכולות להופיע על השפתיים או בתוך חלל הפה או הוושט, ומפריעות ללעיסה או לבליעה בגלל הכאב שהן גורמות. הן קיימות בתדירות גבוהה רבה יותר בקרב חולי HIV מאשר באנשים עם מערכת חיסונית תקינה, נמשכות תקופה ארוכה יותר ומתבטאות בצורה חמורה יותר. טיפול: ע"י acyclovir, גם בשימוש מתמיד לצורך מניעה.

■ אפטות - נקודות לבנות קטנות בחלל הפה, יכולות להופיע גם בוושט. הן כואבות מאוד כשנוגעים בהן ועלולות להגביל את הרצון לאכול. בקרב חולי HIV הן שכיחות יותר וגם חמורות יותר. הגורם לאפטות אינו ידוע. טיפול: מאלחש מקומי בשטיפת פה או במשחה. כשנמצאות בוושט - ניתן לתת סטרואידים או thalidomide.

■ סרקומת קפושי (Kaposi's sarcoma) - זהו גידול הנראה כרקמה עבה בצבע כחול או סגול. מופיע לרוב על העור, אך יכול להימצא בכל איבר בגוף, כולל חלל הפה. מופיע בכל מקום בחלל הפה, אבל בעיקר על החך (תקרת חלל הפה). סיבוכים כוללים כאב, דימום או פלישה לשן, דבר שגורם לאיבוד השן. הגידול נשאר יציב או גדל לאט. אם אין סיבוכים, אין צורך בטיפול. במקרה הצורך, ניתן לטפל ע"י ניתוח, הקרנה, שימוש בלייזר או כימותרפיה.

■ חניכיים מדממות - gingivitis (דלקת חניכיים). יכולים להיווצר דימומים חמורים, כאב ואפילו איבוד שיניים בגלל periodontitis (נסיגת חניכיים). טיפול: שטיפת פה עם chlorhexidine או עם יוד. במקרים חמורים ניתן להוריד את הרובד החיידקי באמצעות התערבות כירורגית של רופא שיניים או לטפל בעזרת metronidazole. בעיה זו פחות פוגעת בהרגלי האכילה.

■ דלקת של הוושט (esophagitis) - גורמת כאב בבליעה ומפריעה מאוד לאכילה. לרוב, הגורם הוא *Candida albicans*, אך יכולה להיגרם גם בגלל זיהומים או מסיבות אחרות. טיפול: להתחיל ישר מטיפול נגד *Candida albicans*. אם לא עוזר, צריך לעשות בירור

אנטיביוטיקות ותרופות אנטי-רטרו-וירליות. ניתן להתאים מינון, או במקרה של שלשול קשה - להחליף לתרופה אחרת.

זיהום אופורטוניסטי במעי הוא אחת הסיבות השכיחות ביותר לשלשול. בדרך כלל הוא מלווה גם בחום. בקרב חולי AIDS נפוץ מאוד גורם לשלשול בדמות הטפיל *Cryptosporidium*. הוא גורם לשלשולים מרובים ולאורך זמן, ועלול להביא למצב חמור של התייבשות וחוסר באלקטרוליטים. אין טיפול יעיל נגד הטפיל הזה. ב-HIV מתקדם התופעות הן קשות וכרוניות. הטיפול הכי טוב הוא לטפל ב-HIV עצמו, להוריד את רמותיו ובכך לאפשר לרמות CD4+ לעלות ולפעול כנגד הזיהום. כמו כן, יש לתת טיפול נגד הטפיל, טיפול לעצירת השלשול ולהחזיר נוזלים ואלקטרוליטים. *Cryptosporidiosis* מקבלים ממים מזוהמים. למניעה, כדאי להרתיח את המים או להשתמש בפילטרים. ניתן גם לקנות מים בבקבוקים שעברו טיפול כנגד ה-*Cryptosporidium*.

Mycosporidium ו-1 *Cytomegalovirus* *Mycobacterium avium* הם זיהומים נוספים שגורמים לשלשולים. הם מצריכים טיפול אנטיביוטי או אנטי-וירלי מתאים.

שלשול כרוני גורם לתת-תזונה ולירידה במשקל. במקרה של שלשול כרוני מומלץ לאכול מנות קטנות ותדירות, לשתות הרבה בין הארוחות (ולא בזמן הארוחות), להימנע מסיבים לא נמסים (גרעינים, אגוזים, לחם מחיטה מלאה וקליפות של פירות וירקות), ממאכלים שגורמים ליצירת גזים, מאוכל שומני, ממוצרי חלב, קפה, תה וקולה (האחרונים מגבירים את תנועתיות המעי). מומלץ לצרוך סיבים מתמוססים כגון pectin, שנוגדים שלשולים (תפוחי אדמה, בטטה, גזר, דלעת, שיבולת שועל, ג'לי, תפוחים, בננות, מנגו, מלון, פירות וירקות ללא קליפה ומבושלים, לחם לבן, אורז וספגטי). כאשר שלשול גורם לתת-תזונה אפשר לקחת תוספי תזונה. במקרה קיצוני, ניתן לתת הזנה דרך הווריד (TPN). אפשר גם לקחת תרופה נגד שלשול כמו loperamide או bismuth subsalicylate.

כדי להימנע משלשול חשוב לשמור על היגיינה אישית נאותה, הכוללת שטיפת ידיים יסודית עם סבון, במיוחד לפני הכנה וצריכת אוכל. יש לשמור על משטח הכנת אוכל וגם על כלי מטבח נקיים. יש לשתוף ביסודיות פירות וירקות. להקפיד על הפרדה בין מזון גולמי למבושל בזמן ההכנה ובזמן האחסון. להימנע מאכילת מזון לא מבושל או חצי מבושל (לדוגמה דגים או ביצים). טיפול בתסמונת ההידלדלות צריך להיות מותאם לכל חולה [6]. מטרות הטיפול:

זיהום אופורטוניסטי או בגלל ה-HIV עצמו. חום גורם לירידה בתיאבון. בנוסף, חום מגביר את קצב המטבוליזם ואת שריפת הקלוריות בצורה דרסטית, מה שמוסיף לירידה במשקל. טיפול: תרופות כנגד הזיהום האופורטוניסטי וטיפול בעזרת HAART, כדי להוריד את רמות עותקי ה-HIV ולאפשר פעילות תקינה של המערכת החיסונית. כמו כן, כדאי להשתמש בתרופות (כגון NSAIDs) להורדת חום.

■ זיהום אופורטוניסטי במוח או במערכת העיכול. עלול לגרום לבחילות והקאות שמפחיתות את התיאבון ומונעות צריכה קלורית יומית נאותה. לכן חשוב מאוד לטפל בזיהום. במקרה של בחילות והקאות מומלץ לאכול ארוחות קטנות ותדירות ולאכול לאט, להימנע מאוכל שומני או מתובל ולהעדיף ארוחות קרות חסרות ריח על פני ארוחות חמות. במקרה של הקאות מרובות, חשוב להשלים את החסר בנוזלים ואלקטרוליטים. יש לאכול הרבה אוכל נוזלי כמו מרקים, אך לא סמיכים. עדיף לאכול אותם בין הארוחות ולא בזמן הארוחות. במקרה הצורך, ניתן להשתמש בתרופות לטיפול בבחילות והקאות.

■ תרופות. הן עלולות לגרום לחוסר תיאבון. הרבה מאוד תרופות גם עלולות לגרום לבחילות והקאות. במקרה כזה יש לפנות לרופא כדי להתאים מינון או לנסות לעבור לתרופה אחרת, אם זה אפשרי.

לאנשים שסובלים מחוסר תיאבון חשוב מאוד לשתות הרבה נוזלים ולנסות להוסיף לתוכם קלוריות וחלבונים. כדאי לשתות חלב, מילקשייק ולא משקאות דיאטטיים וקפה או תה. במקרה שחוסר התיאבון נמשך תקופה ארוכה של שבועות או חודשים, הרופא המטפל יכול לתת מרשם לתרופות המגבירות תיאבון, כגון Megesterol acetate או Dronabinol, אף שתוספת המשקל שמתקבלת על ידי תרופות אלו היא של שומן ולא חלבונים. במקרים קיצוניים, יכול הרופא להורות על מתן מזון דרך צינור נאזוגסטרי ישר לקיבה. במקרה של אנוורקסיה חמורה, אפשר לתת הזנה דרך הווריד (TPN).

תת-תזונה יכולה להיגרם בגלל חוסר ספיגת מזון, דבר שקורה בעת שלשול. שלשול שיכח מאוד אצל חולי HIV. הוא יכול להיות אקוטי וקצר, אך יכול להיות גם כרוני ולהימשך מספר שבועות ואף חודשים. סיבות: פחד ולחץ נפשי, סינדרום המעי הרגז (irritable bowel syndrome), בעצמו יכול לגרום לשלשולים, חסר באזנים לקטאז הדרוש לפירוק לקטוז שנמצא במוצרי חלב (אנשים שקודם סבלו חלב, יכולים לפתח חוסר סבילות אליו אחרי שהודבקו ב-HIV). תרופות רבות עלולות לגרום לשלשול וביניהן

לסיבת ה-esophagitis על ידי אנדוסקופיה וביופסיה מהושט, ואז לטפל במקור הבעיה. במקרה של בעיות בליעה בגלל דלקת בוושט מומלץ לאכול מזונות רכים ונוזליים ולשתות דרך קשית.

במקרה של זיהום מכאיב בפה, יש להימנע מאוכל הגורם לכאב: מלח, מאכלים חריפים וחומציים. לא לאכול מאכלים חמים מדי או קרים מדי. לאכול מאכלים רכים שלא מגרים את הפה, מרוסקים או נוזליים. להרבות באכילת גבינות רכות, ביצים, מרקים, דגים רכים וספגטי. להימנע מצריכת אלכוהול ועישון. חשוב לשמור על היגיינה טובה של הפה כדי למנוע התפתחות זיהומים.

סיבה נוספת לחוסר בצריכת מזון הוא חוסר תיאבון. יכולים להיות לכך מספר גורמים:

■ שינוי בטעם. HIV בעצמו, בדרך מסוימת, גורם לשינוי בטעם כך שהאוכל מקבל טעם רע. אם הסיבה לחוסר תיאבון היא שינוי טעם בגלל HIV, צריך לברר איזה אוכל טעים לכל חולה ספציפי ולהמליץ לו לאכול בהתאם. לרוב, טעם רע מקבל אוכל עשיר בחלבונים, במיוחד בשר אדום. במקרה כזה צריך למצוא מקורות חלופיים לחלבון, כגון עוף, דגים, ביצים, גבינות, אורז וקטניות. לאנשים עם שינויים בטעם יש בדרך כלל תיאבון בבוקר, לכן כדאי לאכול ארוחות בוקר גדולות. כדאי לנסות לאכול מאכלים בעלי ריח נעים או להוסיף תבלינים לאוכל. מומלץ לגוון במרקמי המזון. כדאי גם לשתוף פה או לצחצח שיניים לפני ואחרי הארוחות.

■ דיכאון וחרדות. הרבה אנשים עם HIV, ובמיוחד חולי AIDS, סובלים מדיכאון וחרדות, שגם להם השפעה על התיאבון. במקרים כאלו מומלץ להפוך ארוחה לאירוע מיוחד, לשמוע מוסיקה בזמן הארוחה, להכין ארוחה שנראית טוב, לאכול לאט וברוגע, לאכול מאכלים אהובים וחיטפים, להכין הרבה ארוחות קטנות במשך היום, ולנסות לאכול בחברת אנשים. טיפול תרופתי כולל תרופות נוגדות דיכאון ונוגדות חרדה.

■ עייפות. נפוצה מאוד אצל חולי HIV ומהווה סיבה לאיבוד התיאבון ולחוסר מוטיבציה להכין ארוחות. אם מרגישים עייפות כל הזמן, כדאי לאכול פחות ארוחות, אך מזינות מאוד ועשירות בקלוריות וחלבונים. אפשר להכין מנות גדולות ולהקפיא אותן כדי לחסוך באנרגיה, או לקנות אוכל מוכן שדורש רק חימום.

■ חוסר תיאבון לסירוגין. אם חוסר תיאבון נמשך זמן מה ואחר כך חוזר - רצוי לאכול בתקופות שיש תיאבון מזון עשיר בקלוריות, בלי להתחשב בערך התזונתי שלו. ■ חום. חולים רבים סובלים מחום, שנוצר בגלל



מאמץ מתמשך מתגבר (לדוגמה: הליכה, ריצה, שחייה או רכיבה על אופניים), תחת השגחה מתאימה, מאפשרת להגביר טונוס שרירים וכוח ברגליים ובידיים וגם מביאה לעלייה במשקל וב-LBM.

■ ללא קשר לטיפול בירידה במשקל, כל החולים צריכים לשמור על צריכה קלורית נאותה. חשוב לשמור על תזונה נכונה כדי למנוע ירידה במשקל וכדי לשמור על תפקוד תקין של המערכת החיסונית שפעולתה יורדת בקרב אנשים שסובלים מתת-תזונה.

אף שתזונה נכונה מספקת את כל הנוטריאנטים והוויטמינים הדרושים, אפשר לקחת תוספי תזונה וויטמינים. תחליפי מזון עשירים בקלוריות ונוטריאנטים יכולים לעזור מאוד. אשר לתוספי ויטמינים, ההמלצה היא לקחת לא יותר מהמנה היומית המומלצת לפי RDA (recommended dietary allowances). המלצות RDA מופיעות על תווית של כל אריזה המכילה תוספי ויטמינים. במקרה של בעיית ספיגה, ניתן להשתמש בתוספי תזונה שעברו פירוק ועיכול סינתטי. אנשים שאינם יכולים לאכול דרך הפה, יכולים לקבל הזנה דרך הווריד (TPN), אם כי כיום השימוש באמצעי זה מועט ביותר בטיפול בחולי HIV. עם זאת, לגבי חולים שסובלים מהקאות או שלשולים מתמשכים ניתן לשקול הזנה מסוג זה.

■ ויסות רמות ציטוקינים. Thalidomide, pentoxifylline וחומרים אחרים מווסתים רמות ציטוקינים, ונמצא שהם מסייעים לעלייה במשקל הגוף, אך עדיין לא קיבלו התוויה לטיפול.

כאמור, איבוד משקל נפוץ מאוד בקרב חולי HIV ומהווה אחת הסיבות העיקריות למוות מ-AIDS. טיפול בתסמונת ההידלדלות ועלייה במשקל מגבירים בצורה ניכרת את שיעור השרידות של החולים. בנוסף, טיפול בתת-משקל מאפשר שיפור יכולות גופניות ואיכות חיים, שיפור המראה החיצוני, והפחתה בתדירות של זיהומים אופורטוניסטיים, אשפוזים וסיבוכים נלווים.

המשך בגליון הבא

לאחר שנעשו התערבויות ראשוניות, אפשר לתת טיפול ספציפי כדי להעלות את משקל הגוף: ■ לגברים שסובלים מהיפוגונדיזם (תת-פעילות בלוטות המין) אפשר לתת טסטוסטרון, שהוכח כמעלה LBM וטונוס של השרירים. הטיפול יעיל במיוחד כשהחולה מבצע פעילות גופנית של מאמץ מתמשך (progressive resistance exercise). ניתן בהזרקה לתוך השריר או במדבקה במתן טרנסדרמלי. הטיפול ניתן רק לגברים. זהו טיפול בטוח, ותופעת לוואי עיקרית היא ירידה ב-HDL. לא משפיע על viral load או ספירת CD4+. יכול לגרום גם לאקנה, נשירת שיער, דיסליפידמיה, גידול שפיר של הפרוסטטה ועצירת נשימה בזמן שינה (sleep apnea).

■ טיפול בעזרת הורמון גדילה הומאני רקומביננטי. הוכח מחקרית כמעלה LBM וסינתזת חלבונים ומוריד רמות חנקן בשתן (מהווה סימן לרמת פירוק החלבונים בגוף). כמו כן, חולים המקבלים את הורמון הגדילה מצליחים יותר בביצוע עבודות הדורשות פעילות פיזית, חווים ירידה בשומן, עלייה במשקל הגוף ושיפור באיכות החיים. כן נצפתה עלייה בשרידות. תופעות לוואי קלות עד בינוניות כוללות: בצקת, כאבי פרקים ושרירים, פריחה עורית ועלייה ברמות הגלוקוז בדם. תופעות לוואי אלה חולפות עם התאמת המינון או עם הפסקת לקיחת התרופה.

■ טיפול בעזרת סטרואידים אנאבוליים (nandrolone, oxandrolone, oxymetholone). מחקרים מראים ששימוש בהם גורם לעלייה במשקל הגוף וב-LBM ולשיפור באיכות החיים, אך עדיין לא קיבלו התוויה לטיפול. בנשים, סטרואידים אנאבוליים גורמים לעלייה במשקל, בעיקר הודות לעלייה בשומן. פחות מחקרים נעשו על ההשפעות בקרב נשים. בטיחות ויעילות ארוכות טווח לא הוכחו. סטרואידים אנאבוליים הם בעלי פוטנציאל לרעילות כבדית וגידול ניאופלסטי של הפרוסטטה.

טיפולים נוספים והתערבויות כוללים: ■ Progressive Resistance Exercise - PRE. מחקרים קצרי טווח הראו שפעילות עם

להחזיר את מסת התאים ומשקל הגוף, להחזיר יכולת לבצע פעילות פיזית, להעלות את איכות החיים, לשפר את המראה החיצוני, להקטין את תדירות הזיהומים האופורטוניסטיים, הסיבוכים והאשפוזים, ולהעלות את שיעור השרידות.

כשמתחילים לטפל בבעיה של ירידה במשקל צריך קודם כל לעשות חמש התערבויות טיפוליות כלליות. במקרים מסוימים, עשוי משקל הגוף לחזור בעקבותיהן לרמה תקינה ללא שום טיפול נוסף. את חמש ההתערבויות יש לעשות בו-זמנית ולא בהדרגה.

1. להוריד את ה-viral load מתחת לרמות הזיהוי של מבחנים ולהגביר את חוזק המערכת החיסונית על ידי שימוש בתרופות אנטי-רטרו-וירליות. כמו כן, צריך לזהות ולטפל בחוסר תקינות מבנית או מטבולית הנובעת מ-HIV, דבר הכולל הבדלה בין תסמונת פיזור השומן וירידה במשקל על רקע HIV. חשוב לזכור שטיפול יעיל ב-HAART כנגד HIV לא בהכרח יעצור את תסמונת ההידלדלות.

2. לטפל בכל גורם שעלול להביא לירידה במשקל, כמו זיהום אופורטוניסטי, סרטן או שלשול.

3. לנסות לשפר בעיות פסיכו-סוציאליות או לשנות אורח חיים. יש לטפל בבעיות פסיכיאטריות כגון פחדים או דיכאון, ובבעיות סוציאליות שעלולות למנוע מהחולה לקבל תזונה נכונה או טיפול תרופתי נכון.

4. לשפר את התזונה. ירידה במשקל יכולה לנבוע מתזונה לא מספקת. חשוב להתאים ולשמור על צריכת מזון נכונה, עשירה בקלוריות וחלבונים. זהו זמן טוב לפנות לתזונאי. שיפור התזונה יכול להיעשות באחת מהדרכים הבאות: לשמור על צריכה קלורית מתאימה לדרישות המטבוליות הגבוהות של חולה HIV, לצרוך מזונות עשירים בחלבונים עם אחוז שומן נמוך, להגביר צריכה של מזונות עם ערך קלורי גבוה ואחוז נוטריאנטים (חומרי מזון) גבוה, לצרוך תוספי ויטמינים ומינרלים או תוספי תזונה.

5. לטפל באנורקסיה בעזרת תרופות מגבירות תיאבון (כנכזר לעיל).





אשכולית ודלקת כבד - Hepatitis C

נתונים מעבדתיים ראשוניים הראו שהמרכיב המריר באשכולית, Naringenin, עשוי לעכב את התפשטות הווירוס של Hepatitis C ב-80% מן החולים.

דר' נחמיאס וחבריו מהרווארד ידעו ש-Naringenin בולם פעילות של VLDL (צורה של כולסטרול "רע"), וחשדו שווירוס ה-Hepatitis C עלול "לתפוס טרמפ" על כולסטרול, ואמנם, בבדיקות מעבדה, מצאו ביסוס לתיאוריה זו. ה-Naringenin היקשה על הווירוס של Hepatitis C להתפזר באמצעות ה-VLDL Cholesterol.

בפועל, קשה לאכול כמויות מספיקות של אשכולית כדי לגרום לדיכוי הווירוס. המעי אינו סופג טוב את ה-Naringenin ולכן יש לספק אותו דרך הוויריד. במחקרי מעבדה נוספים על עכברים נבדק הפרופיל הבטיחותי של ה-Naringenin ונמצא שהוא לא גרם מוות וגם לא לעלייה באנזימי הכבד. כעת נותר לעבוד על פיתוחו כתרופה. מאחר שאשכולית עלולה להשפיע על המטבוליזם של תרופות רבות, פיתרון תרופתי זה לא יתאים לחולים רבים.

Hepatology; 47: 1437-1445, 2008

דלקת גיד - תופעת לוואי של סטטינים?

הסטטינים, בהיותם הטיפול היעיל ביותר להפחתת כולסטרול, נמצאים בשימוש רחב מאוד. ניסויים קליניים גדולים הוכיחו כי לתרופות אלו פרופיל בטיחותי טוב, עם תופעות לוואי מתוננות. תופעות הלוואי החמורות ביותר שדווחו כוללות סיבוכי שריר-שלד, כמו מיזיטיס ורבדומיוליזיס (נדיר).

למרות שפגיעה בגיד תוארה כאנקדוטלית, סיבוך זה לא הוערך בצורה סיסטמטית במחקרים גדולים. מחקר רטרוספקטיבי שנערך בצרפת, מצא שעלייה בדלקת והפרעות בגידים נדירה אך עלולה להיגרם ע"י סטטינים. כ-2% מן הדיווחים היו קשורים בשימוש בסטטינים, בעיקר פגיעה בגיד אכילס. מבין 96 חולים בעלי סיבוכים בגידים, 17 אושפזו עקב השימוש בסטטינים. לכל סוגי הסטטינים פוטנציאל לגרום לפגיעה בגיד, גם במינונים המומלצים. חולים הנמצאים בסיכון לפתח פגיעות בגיד והנוזקים לסטטינים, צריכים להיות במעקב סגור במהלך השנה הראשונה לטיפול. החוקרים ממליצים להפסיק טיפול בסטטין לפני פעילות גופנית אינטנסיבית (כמו ריצת מרתון).

Arthritis Care Res; 59: 367-372, 2008

דה-סנסיטיזציה מהירה לאספירין - יעילה בחולים העוברים צנתור

בחולים בעלי היסטוריה של רגישות לאספירין, העוברים צנתור עם הכנסת תומכן (Stent), קיימת אפשרות לדה-סנסיטיזציה מהירה, יעילה ובטוחה.

חוקרים מאיטליה זיהו 28 חולים שאושפזו לצורך צנתור, בעלי היסטוריה של רגישות לאספירין, עם ממצאים נשימתיים ועוריים. פרוצדורת הדה-סנסיטיזציה כללה מתן פומי של 6 מנות עוקבות של אספירין במשך המש וחצי שעות, עם מינון התחלתי של 1mg עד למנה אחרונה של 100mg.

פעולת הדה-סנסיטיזציה הצליחה ב-23 חולים (88.4%) ללא השפעות לוואי חמורות. המעקב אחר חולים אלו נמשך שנה ואף אחד מהם לא פיתח תגובות אלרגיות. האספירין הופסק רק בחולה אחד, בגלל כיב פפטי.

לדעת דר' רוסיני, היכולת לחדש מתן אספירין בחולים רגישים לאספירין במינון סטנדרטי לתקופות ארוכות, לא רק מאפשרת שימוש בטוח בתומכנים - סטנטיים קורונריים - ע"י הפחתת הסיכון לקרישים בסטנטיים, אלא גם מאפשרת לחולים ליהנות מתרופה חשובה למניעה שניונית של אירועים טרשתיים.

Am J Cardiol; 101, 786-789, 2008

נטילה ממושכת של Ibuprofen מפחיתה הסיכון לאלצהיימר

Craen וחבריו דיווחו ב-2005 כי NSAIDs עשויים לדחות הופעה של מחלת אלצהיימר. תוצאות סותרות בניסוי שנערך ב-2007, The Alzheimer Disease Anti Inflammatory Prevention Trial - נצפו לגבי Naprofen ו-Celecoxib, שלא הראו ירידה בסיכון למחלת אלצהיימר לאחר מעקב של 3 שנים.

NSAIDs שונים עשויים להשפיע בצורה שונה על מחלת אלצהיימר. כך מצאו Morihara וחבריו, במחקר שערכו ב-2005, ש-Ibuprofen מפחית את רמות β 1-42 הנוכח באמילואיד, המצוי ב-Senile plaques במחלת אלצהיימר. מחקר חדש שבוצע בבוסטון מצא של-Ibuprofen, בניגוד ל-NSAIDs אחרים, יש פעילות מגינה מפני מחלת אלצהיימר, שכן שימוש בו במשך 5 שנים ויותר הפחית משמעותית את הופעת המחלה. מאחר שהמחקר היה תצפיתי, יש צורך במחקרים נוספים.

Neurology; 70: 1672-1677, 2008

התחלת טיפול בסטימולנטים בילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז - לאחר בדיקת ECG

ילדים, שאובחנו כסובלים מהפרעות קשב וריכוז (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder - ADHD), צריכים לעבור הערכה זהירה של תפקוד הלב, כולל בדיקת אלקטרוקרדיוגרם (ECG), לפני תחילת טיפול בתרופות סטימולנטיות כמו Methylphenidate (Ritalin). זוהי המלצה חדשה שהתקבלה ע"י ה-American Heart Association.

ההמלצה נבעה מן העובדה, שתרופות ממריצות המשמשות ב-ADHD, עלולות להעלות את קצב הלב ואת לחץ הדם. בעוד שתופעות לוואי אלו אינן משמעותיות ברוב הילדים שאובחנו כסובלים מ-ADHD, יש להן חשיבות רבה בילדים הסובלים ממום מולד בלב ומהפרעות קשב, והן עלולות לגרום לדום לב פתאומי.

לאחר תחילת הטיפול בסטימולנטים, יש להמשיך לנטר את המצב הקרדיו-וסקולרי בכל ביקור אצל הרופא (בדיקת לחץ דם ודופק כל 1-3 חודשים), כדי להפחית את הסיכון הקרדיו-וסקולרי.

Circulation Online; April 21, 2008

Probiotics אסורים בחולים הסובלים מדלקת לבלב חמורה

השכיחות של דלקת לבלב חריפה עולה בארה"ב ובאירופה, וכ-20% מן החולים מפתחים דלקת לבלב נמקית, הכרוכה לעתים קרובות בזיהום משני ובתמותה של עד 30%. ניסיונות לטפל באנטיביוטיקה פרופילקטית נכשלו בדרך כלל בניסיון להפחית את הסיכון לזיהום משני בפנקריאטיטיס.

פרוביוטיקה (probiotics) הדגימה הפחתה בסיכון לסיבוכים זיהומיים בחולים שעברו ניתוחי בטן אלקטיביים. מחקרים אחרים אף סברו שייטכן שיש לפרוביוטיקה תועלת במחקרים של דלקת הבלב.

במחקר רב-מרכזי שנערך בהולנד, בדקו החוקרים מתן פרוביוטיקה או פלצבו לחולים שאובחנו כסובלים מדלקת לבלב חמורה. תוצאות המחקר הראו שהפרוביוטיקה לא רק שלא הפחיתה את הסיבוכים הזיהומיים, אלא אף הגבירה את התמותה ואת האוטם במעי, בהשוואה לפלצבו.

Lancet Online; Feb 14, 2008



עדיין שורדת, ואם לא נמשיך להילחם בה, היא תתעורר מחדש.



בחן את עצמך

תשובות לשאלות מעמ' 17

שאלה 1 - תשובה: ג

התרופה Varenicline היא אגוניסט חלקי ספציפי לרצפטור הניקוטיני של אצטיל-כולין, מתת-סוג $\alpha\beta 2$. סבורים שהפעילות של התרופה בהפסקת עישון נובעת מפעילות אגוניסטית על הרצפטור, שמונעת מהניקוטין להיקשר אליו. הפעלה של הרצפטור על ידי Varenicline נמוכה משמעותית מזו של ניקוטין. הפעלת הרצפטור מעוררת את המערכת הדופאמינרגית המזולימבית, ומשערים שהפעלה זו היא הגורם לחוויית התגמול שבעישון. כמו כן, התרופה נקשרת באופן בינוני לרצפטור 5HT3.

שאלה 2 - תשובה: ב

מנגנון הפעולה של התרופה Bupropion הוא עיכוב הקליטה מחדש של נוראדרנלין ודופאמין, עם אפקט מינימאלי על הקליטה מחדש של סרוטונין. הוא אינו מעכב MAO. מנגנון הפעולה הגורם להגברת היכולת להפסיק עישון אינו ידוע.

שאלה 3 - תשובה: ג

עישון גורם לאינדוקציה של אנזימי כבד, ובכך לירידה ברמות של תרופות בדם. אנזימי הכבד המושפעים הם בעיקר CYP-1A2 ו-CYP-2E1.

שאלה 4 - תשובה: ב

הפסקת עישון גורמת להפסקת האינדוקציה של אנזימי הכבד, ולפיכך לעלייה ברמות הדם של תרופות, המתפנות ב-CYP-1A2 ו-CYP-2E1, ביניהן: Haloperidol, Mexiletine, Theophylline ו-Fluvoxamine, Propranolol.

אחת לכמה שנים יעדים להשגה בתחום המלחמה בצריכת טבק לסוגיו. הבה נבחן עד כמה קרובים האמריקנים להשגת יעדים אלה. בשנת 1998, 24% מהמבוגרים מעל גיל 18 בארה"ב נחשבו למעשנים, ובשנת 2005 ירד מספרם לשיעור של 20.9%. היעד לשנת 2010 נראה כרגע מעט יומרני - ירידה לכדי 12% מעשנים בלבד.

ומה באשר לעידוד המעשנים להיגמל? בשנת 1999 הצהירו 40.7% מכלל המעשנים בארה"ב שהם לא עישנו לפחות יום שלם אחד בשנה האחרונה, בניסיון כן לחוש טעמה של גמילה; בשנת 2005 עלה שם אחוז המצהירים על ניסיון להיגמל מעישון ל-42.5%, והיעד שהציבו לעצמם האמריקנים לשנת 2010 ההולכת וקרבה הוא ש-75% מהמעשנים יפגינו רצון להיגמל, מה שנראה אף הוא מעט יומרני.

ומה באשר לעישון סיגרים? בשנת 1999, 2.4% מהאמריקנים הפריחו עשן סיגרים, ואילו בשנת 2005 נרשמה ירידה זעירה, ל-2.2%. היעד שהציבו לעצמם האמריקנים לשנת 2010 הוא להפחית את מספר מעשני הסיגר עד ל-1.2% מכלל האוכלוסייה. ואשר ללועסי הטבק האמריקנים, שרובם המכריע, כצפוי, גברים - בשנת 1999 לעסו טבק 2.5% מהגברים, עם ירידה זעומה ל-2.3% ב-2005. היעד להגיע ל-0.4% לועסי טבק בלבד בשנת 2010, ספק אם יושג.

הירידה המרשימה באחוז המעשנים בארה"ב עד לכדי שליש מאחוז המעשנים לפני יובל שנים, מוכיחה שיש דרכים יעילות להביא את הציבור, באמצעים הסברתיים או אכיפתיים, להפחית משמעותית את ההתמכרות למוצרי טבק. על פי העקרונות של החיקוי והרצון לנהוג כמו הסובבים אותך, ככל שהמסה הקריטית של מעשנים בעולם תפחת, כך יפחת מספרם של הנגרפים למערבולת העישון.

הרופא והאתיקן הידוע מהרווארד Allan Brandt פרסם בשנת 2007 ספר תחת הכותרת: "המאה של הסיגריה: עלייתו, נפילתו והישרדותו של מוצר קטלני שהגדיר את ההווה האמריקנית". על פי Brandt, הסיגריה אמנם נבלמה אך היא

היו מהווים דוגמה אישית כזו לציבור מטופליהם, אלא ששיעור הרופאים המעשנים בישראל הוא כ-7.5%, הרבה יותר מדי! חברות מסחריות מסוימות בארה"ב, כמו גם מעסיקים פרטיים, מסרבים לקבל לעבודה מעשנים. מה המשמעות, לטווח רחוק, של תחושת ה"רדיפה" או ה"זינוב", שיש למעשנים? האם העובדה שהמעשנים נדחקים יותר ויותר לשוליים של החברה, בהיותם מוקפים על ידי הרוב הגדול שאינו מעשן ואינו סובל עישון של אחרים בקרבתו, תגרום להם לנטוש את הסיגריה? או שמא נהפוך הוא: הם ינהגו כקבוצה במצור, עם מעין סיסמה של "לא ניכנע!"? האם תחושת השותפות לצרה של המעשנים בתוך ים הלא-מעשנים מגבירה את הנחישות שלהם להתמיד בהפרכת עשן?

בשנת 1971 מותר היה לעשן אפילו בתוך בתי-חולים בארה"ב, ואז עוד לא היו שום אמצעים תרופתיים או טיפוליים לרשות הציבור לגמילה מעישון. כיום, בשנת 2008, קיימים שבעה סוגים שונים של טיפולים תרופתיים מאושרים, המגבירים את הסיכוי להיחלץ מעישון. בכל מדינה בארה"ב קיים קו טלפון חינם (1-800-QUITNOW), בו המבקשים להיגמל מעישון מקבלים הדרכה ועצות. בארה"ב יש היום כבר יותר מעשנים לשעבר מאשר מעשנים בהווה. ההתייחסות אל העישון כאל מחולל המחלות היעיל ביותר אך הניתן למניעה, חייבת להמשיך ולעמוד בראש סדר היום הלאומי של כל מדינה מתוקנת. אם ניקח את ארה"ב כדוגמה למדינה שהשקיעה יותר מכל מדינה אחרת בעולם במחקר על נזקי העישון, בחינוך ובשכנוע למניעת עישון, ובחקיקה והגבלות לבלימת העישון - ניווכח שעדיין מוקדם להכריז על העישון כתופעה שהוכרעה.

בין כל גורמי התחלואה שיש לנו שליטה עליהם, טבק ממשיך להיות אויב מספר 1 לבריאות בארה"ב, כמו גם בעולם כולו. בארה"ב ממשיכים למות בכל שנה למעלה מ-400 אלף אמריקנים כתוצאה מעישון, ועוד 8 מיליון ממשיכים להתמודד בכל זמן נתון עם מחלות הנגרמות מעישון. רשויות הבריאות בארה"ב מעמידות לעצמן





כמה עובדות על תחליפי ניקוטין

גירוד, צריבה

תופעות מיוחדות

- במקרים של הפרעות קצב או עלייה בלחץ הדם, יש לפנות בדחיפות לרופא
- במקרים של תופעות אלרגיות (פריחה, נפיחות ושלפוחיות), יש להפסיק את הטיפול ולפנות לרופא
- במקרים של פגיעה בפה או בשיניים בשימוש בגומי לעיסה, יש להפסיק את הטיפול ולפנות לרופא

תגובות בין-תרופתיות

- תרופות המשפיעות על מערכת העצבים המרכזית (להרגעה, שינה, פרקינסון, אפילפסיה)
- טיפול באסתמה (Theophylline, Caffeine, Salbutamol)
- אינסולין
- חוסמי H₂
- תרופות להורדת לחץ דם (Propranolol, Nifedipine)
- תרופות לטיפול בדיכאון (Clomipramine, Imipramine, Fluvoxamine)
- תרופות לטיפול בסכיזופרניה (Clozapine, Olanzapine)
- תרופות נוספות: Pentazocin, Tacrine, Phenylbutazone, Propoxyphene, Flecainide, Prazocin, Isoprenaline, Furosemide, Paracetamol, B12, ויטמין Warfarin, Estrogen

הערות נוספות

- חולי סוכרת המטופלים בתחליפי ניקוטין, צריכים לנטר את רמת הסוכר בתכיפות רבה יותר
- אין לשלב בין תכשירי ניקוטין
- בתקופת הגמילה עם מדבקות ניקוטין יש להפסיק לעשן לחלוטין, בגלל דיווחים על הפרעות לבביות בשילוב עם עישון
- אנשים שאינם יכולים להפסיק או שאינם עדיין מוכנים להפסקת העישון בבת אחת יכולים להשתמש במשאף או בלכסניות או בגומי לעיסה כחלק מתוכנית להפחתת העישון טרם הפסקת העישון המוחלטת.

מינון

גומי לעיסה:

- בדרך כלל, 8-12 מסטיקים ליום
- מינון מקסימלי: 25 מסטיקים של 2 מ"ג או 15 מסטיקים של 4 מ"ג
- לאדם המעשן יותר מ-20 סיגריות ביום: מומלץ להתחיל במסטיקים של 4 מ"ג
- מומלץ להתמיד במינון ההתחלתי במשך כ-3 חודשים. אחר כך יש לצמצם בהדרגה את מספר היחידות ליום, עד להפסקה מוחלטת בתום 6 חודשים. מומלץ לא להפסיק את הטיפול עד שהמינון ירד ל-1-2 לכסניות ביום
- שימוש מעבר ל-6 חודשים אינו מומלץ

לכסניות:

- מינון התחלתי: 1-2 לכסניות כל 1-2 שעות, 8-12 לכסניות ביום, למשך כ-3 חודשים. אחר כך יש לצמצם בהדרגה את מספר הלכסניות ליום. מומלץ להפסיק את הטיפול כשהמינון ירד ל-1-2 לכסניות ביום

תכשירי ניקוטין - Nicotine replacement therapy (NRT) - מיועדים לעזרה בגמילה מעישון. הם מספקים את צורך הגוף בניקוטין במהלך הפסקת העישון. תכשירים אלו אינם מכילים תחמוצות פחמן וזפת. שימוש בתחליפי ניקוטין מאפשר התמודדות וגמילה הדרגתיים.

התוויות

עזרה בגמילה מעישון

אין להשתמש בתכשירים במצבים הבאים:

- הריון והנקה
- אם ידועה רגישות לאחד ממרכיבי התרופה
- בחולים עם הפרעות קצב חמורות, מחלת לב איסכמית קשה או לאחר אוטם
- לאחר אירוע מוחי
- מתחת לגיל 18
- אנשים שאינם מעשנים ומעשנים מזדמנים
- במקרים של מחלת עור, אין להשתמש במדבקות
- חולי פנילקטונוריה צריכים להימנע משימוש בלכסניות

יש לשקול בזהירות מתן התרופה במצבים הבאים:

- מחלות לב (לחץ דם גבוה, מחלת לב איסכמית או אי-ספיקת לב)
- מחלות כלי דם
- מחלות מערכת העיכול (כיב)
- מחלות תירוואיד
- מחלות אנדוקריניות
- פאזוכרומוציטומה
- סוכרת
- מחלות כבד
- ליקוי בכליה ובמערכת השתן
- יתר-לחץ דם
- מחלות נשימה (שימוש במשאף)
- דלקות בפה ובגרון, בעיות שיניים (לטיפול בגומי לעיסה, בלכסניות ובמשאף)

תופעות לוואי (יש לעיין בעלון לרופא)

- יכולות להיות דומות לאלו הנגרמות מעישון, או לסימני גמילה מהעישון. בדרך כלל עוברות בהמשך הטיפול.
- תופעות איטנסטינליות: אי נוחות, כאב בטן, קשיי עיכול, עצירות, שלשול, בחילה, הקאה, צרבת, יובש בפה, הפרשת-יתר של רוק, כאב גרון, גיהוקים, הגברת התיאבון
- רעד, דפיקות לב, הזעת-יתר
- שיעול ובעיות נשימה
- כאב שרירים ופרקים
- כאב ראש, סחרחורת, חלומות חריגים
- סימפטומים דמויי שפעת, תחושת חולי
- חולשה, עצבנות, דיכאון, אי-שקט, שינוי במצב הרוח, חרדה, נמנום, עייפות, נדודי שינה, ערנות-יתר, קושי בריכוז, הפרעות שינה
- בשימוש בגומי לעיסה ובלכסניות: כאב בשרירי הלסת
- בשימוש במשאף: גירוי בפה ובגרון
- בשימוש במדבקות: עקצוץ, גירוי, אודם, פריחה, נפיחות, כאב,



- אין להשתמש ביותר מ-30 לכסניות ליממה
- אין להשתמש בלכסניות מעל ל-6 חודשים

משאף:

- תלוי בכמות הניקוטין הדרושה לגוף
- כ-4-12 מילויים ליום
- משך הטיפול: כ-6 חודשים: 3 חודשי שימוש בכמות קבועה, ואחר כך ירידה הדרגתית בכמות במשך 6-8 שבועות

מדבקות NICORETTE:

- יש להתחיל עם מדבקות 15mg/16h למשך 3 חודשים לפחות, אחר כך להשתמש במדבקות 10mg/16h למשך 2-3 שבועות, ואחרי כן במדבקות 5mg/16h למשך 2-3 שבועות נוספים
- יש לשים את המדבקה בבוקר ולהסירה לפני השינה
- מומלץ לא להשתמש במדבקות במשך יותר מ-6 חודשים

מדבקות NICOTINELL:

- לאדם המעשן יותר מ-20 סיגריות ביום: מדבקות 30mg/24h למשך 3-4 שבועות, אחר כך מדבקות 20mg/24h למשך 3-4 שבועות נוספים, ובהמשך - מדבקות 10mg/24h ל-3-4 שבועות
- לאדם המעשן 20 סיגריות ביום או פחות: מדבקות 20mg/24h למשך 6-8 שבועות, ובהמשך - מדבקות 10mg/24h ל-3-4 שבועות
- יש להסיר את המדבקה לאחר 24 שעות
- אין להשתמש במדבקות במשך יותר מ-3 חודשים

מדבקות NIQUITIN CQ CLEAR ו-NIQUITIN:

- לאדם המעשן יותר מ-10 סיגריות ביום: מדבקות 21mg/24h למשך 6 שבועות, אחרי כן מדבקות 14mg/24h למשך שבועיים נוספים, ובהמשך - מדבקות 7mg/24h למשך שבועיים
- לאדם המעשן 10 סיגריות ביום או פחות: מדבקות 14mg/24h למשך 6 שבועות, ובהמשך - מדבקות 7mg/24h למשך שבועיים
- יש להסיר את המדבקה לאחר 24 שעות
- אין להשתמש במדבקות NIQUITIN במשך יותר מ-10 שבועות. במדבקות NIQUITIN CQ CLEAR ניתן להשתמש במשך יותר מ-10 שבועות, אולם לא מעבר ל-9 חודשים

אופן השימוש גומי לעיסה:

- יש לקחת גומי לעיסה כשמרגישים צורך לעשן
- השימוש בגומי לעיסה אינו דומה ללעיסת מסטיק רגיל. חשוב שהניקוטין ישתחרר לאט. אין ללעוס במהירות ובעוצמה
- יש להכניס את המסטיק לפה וללעוס באיטיות כ-10 לעיסות, עד שמופיע טעם הניקוטין. אז יש להניח את המסטיק בין הלחי לחניכיים למשך 1-2 דקות, עד שהטעם יפוג כמעט. יש להמשיך ללעוס ולהניח לסירוגין במשך כ-30 דקות

לכסניות:

- יש להכניס לכסנית לפה ולמצוץ עד הופעת טעם הניקוטין. משהופיע הטעם, יש להעביר את הלכסנית לצד הפה בין הלחי לחניכיים. כשטעם הניקוטין נחלש, יש לשוב ולמצוץ את הלכסנית. יש לחזור על פעולות אלו עד שהלכסנית נמסה לגמרי (כ-30 דקות)
- אין ללעוס או לבלוע את הלכסנית

- אין לאכול או לשתות כל עוד הלכסנית נמצאת בפה
- שתיית משקאות חומציים כמו קפה או סודה תוך כדי השימוש בלכסניות, עלולה להפריע לספיגת התרופה. יש להימנע ממשקאות כאלו 15 דקות לפני השימוש.

משאף:

- המשאף בנוי משפופרת פלסטיק דמויית סיגריה, שלתוכה מוכנס מילוי המכיל ניקוטין בטעם מנטול. הניקוטין נכנס לפה בשאיפה. כמות הניקוטין הנשאפת מהמשאף קטנה מזו הנשאפת מסיגריה.
- יש להפריד בין שני חלקי המשאף, להכניס בתוכו מילוי (לא משנה הכיוון) ולסגור חזרה
- בעת הכנסת המילוי נקרע האטם, לכן יש להשתמש בו בתוך 12 שעות לכל היותר
- הניקוטין שבמילוי נגמר לאחר כ-20 דקות של שאיפות עמוקות
- לאחר שנגמר הניקוטין, יש להוציא את המילוי ולהשליכו לאשפה

מדבקות:

- אין להשתמש ביותר ממדבקה אחת ליום
- אין לגעת בחלק הדביק של המדבקה
- יש להצמיד את המדבקה לעור בריא, לא שעיר, יבש ונקי (גם מקרם), רצוי בחלק העליון של הגוף. יש להימנע מאזורים בהם העור מתקמט או מתקפל בתנועה (מרפק), מעור שרוט, אדום או מגורה. נשים צריכות להימנע מלהצמיד את המדבקה לחזה
- בכל יום יש להצמיד את המדבקה למקום אחר. ניתן להצמיד את המדבקה באותו שטח עור רק לאחר שבוע
- יש להצמיד את המדבקה כשצידה הדביק כלפי העור, וללחוץ חזק בכף היד למשך 10-20 שניות. יש לבדוק שהמדבקה מוצמדת היטב, במיוחד בקצוות
- לאחר ההדבקה יש לשטוף ידיים היטב במים ללא סבון (סבון מגביר את ספיגת הניקוטין)
- לאחר ההסרה יש לקפל את המדבקה כשהצד הדביק כלפי פנים ולהשליכה
- ניתן להתרחץ, לשחות ולהתעמל עם המדבקה
- אם מדבקה נופלת, יש לשים אחרת במקומה

תכשירים משווקים

CHEWING GUM:

- NICORETTE MINT 2mg, 4mg
- NICOTINELL 2mg, 4mg (FRUIT, MINT)

INHALER:

- NICORETTE 10mg

LOZENGES:

- NICOTINELL 1mg

TRANSDERMAL PATCHES:

- NICORETTE 5mg/16h, 10mg/16h, 15mg/16h
- NICOTINELL TTS 10mg/24h, 20mg/24h, 30mg/24h
- NIQUITIN CQ 7mg/24h, 14mg/24h, 21mg/24h
- NIQUITIN CQ CLEAR 7mg/24h, 14mg/24h, 21mg/24h



כמה עובדות על Varenicline

! שימוש: לעזרה בגמילה מעישון, למבוגרים מעל גיל 18. יש צורך במרשם רופא. הסיכוי להצלחת הטיפול עולה כאשר למטופל יש מוטיבציה להפסיק לעשן. יש לספק למטופל ייעוץ ותמיכה בנושא הפסקת עישון.

! תופעות לוואי (יש לעיין בעלון לרופא)
■ הנפוצות ביותר: תופעות גסטרו-אינטסטינליות - בחילה (עד 30%, תלוי במינון, לרוב הבחילה זמנית ורק ב-3% הצריכה הפסקת טיפול), הקאה, עצירות, גזים ■ הפרעות שינה, שינוי בחלומות (תלוי במינון, לעתים חולפות בהמשך הטיפול), ישנוניות

ה-FDA פרסם אזהרה לגבי סימפטומים נייורופסיכיאטריים חמורים, שהופיעו במטופלים. סימפטומים אלו כוללים שינוי בהתנהגות, אגטיציה, מצב רוח דיכאוני, כוונות וניסיונות התאבדות. סימפטומים אלו יכולים להיות מיוחסים לגמילה מניקוטין, אולם הם הופיעו גם אצל מטופלים שטרם הפסיקו לעשן. ברוב המקרים, הסימפטומים הופיעו במהלך הטיפול, אולם בחלקם התפתחו במהלך הפסקת הטיפול. לא כל החולים היו עם רקע פסיכיאטרי. יש לנטר את המטופל לגבי שינויים בהתנהגות ובמצב הרוח, ולדווח לרופא על שינויים כאלה.
■ לא נפוץ: אנמיה, הגדלת בלוטות לימפה, אנגינה פקטוריס, הפרעות קצב, סחרחורת, צלצולים באוזניים, שינויים בפעילות בלוטת התיירואיד, פגיעה בעיניים, חום, רגישות-יתר ועוד
■ נדיר: לויקוציטוזיס, טרומבוציטופניה, ספלנומגליה, מחלה קורונרית, פגיעה בשמיעה ועוד

טיפול משולב

■ הבטיחות של טיפול משולב עם Bupropion לא נחקרה
■ בשילוב עם מדבקת ניקוטין, שכיחות תופעות הלוואי גברה משמעותית, ובמקרים רבים הצריכה הפסקת הטיפול

אינטראקציות בין-תרופתיות

■ Cimetidine מעלה את רמות התרופה בגוף
■ הפסקת עישון משנה את הפרמקוקינטיקה והפרמקודינמיקה של תרופות, ביניהן Theophylline, Warfarin ו-Insulin

תכשירים משווקים

■ T. Champix (Varenicline Tertrate) 0.5mg, 1.0mg

! שימוש: לעזרה בגמילה מעישון, למבוגרים מעל גיל 18. יש צורך במרשם רופא. הסיכוי להצלחת הטיפול עולה כאשר למטופל יש מוטיבציה להפסיק לעשן. יש לספק למטופל ייעוץ ותמיכה בנושא הפסקת עישון.

! אופן השימוש

■ יש להתחיל את הטיפול בתרופה 7 ימים לפני המועד המיועד להפסקת עישון ■ יש ליטול את התרופה על קיבה מלאה עם כוס מים מלאה ■ רוב החולים מסתפקים ב-12 שבועות של טיפול, טיפול במשך 12 שבועות נוספים משפר את הסיכוי לשמר את הגמילה

! מינון

נהוג לטטר את המינון בהדרגה כדי להקטין את התופעה של בחילה.
■ נהוג להתחיל במינון של 0.5mg x1/d למשך 3 ימים ■ לאחריו 0.5mg x2/d למשך 4 ימים ■ ואחר כך 1.0mg x 2/d - מהיום השמיני לטיפול ועד לסופו ■ יש לשקול הפחתת המינון במקרים של תופעות לוואי ממושכות או בלתי נסבלות ■ התרופה מתפנה ברובה דרך הכליות. לפיכך יש להוריד את המינון המקסימלי בחולים עם אי-ספיקה כלייתית חמורה (מקסימום 0.5mg x2/d) ובהמודיאליה (מקסימום 0.5mg x1/d)

! זהירות

■ כאשר יש בעיה בכליות ■ בהריון והנקה ■ בשילוב תרופות: טיפול באסתמה, מדללי דם, אינסולין ■ התרופה לא נבדקה באוכלוסייה מתחת לגיל 18 ולכן השימוש בה אינו מומלץ במטופלים מתחת לגיל זה.

! קונטרה-אינדיקציות: רגישות לתרופה או לאחד ממרכיביה

! יעילות: במחקרים שבהם נבדקה יעילות התרופה, 40%-51% מהמטופלים הפסיקו לעשן בשבועות 9-12 (12%-18% בקבוצת הפלצבו), ו-19%-23% לא עישנו בשבועות 9-52 מתחילת הטיפול (10%-4% בקבוצת הפלצבו). טיפול ממושך יותר מעלה את הסיכוי להמשך ההימנעות מעישון.



להעביר את המסר הנכון כדי להגדיל מכירות תכשירים לגמילה מעישון

ככל הנראה לשינוי. מחקר צרכנים הראה שהמועמדים הטובים ביותר לטיפול בתחליפי ניקוטין הם מעשנים שמודים כי הם מכורים פיזית או פסיכולוגית לעישון, וזאת בניגוד למעשנים אחרים המסווגים לצורכי מחקר כמצויים "בהכחשה" או "שאינם מוטרדים". המשותף לאילו שמודים כי הם מכורים הוא הצורך בעזרה לגמילה למשל בתחליפי ניקוטין.

המשך בעמוד 42

לפי נתונים רטרוספקטיביים של ACNielsen ו-Information Resources (IRI), Inc. משנת 2001, מכירות של מוצרים לגמילה מעישון הגיעו למעין פלאטו ובה בעת נכנסו לקטגוריה זו תרופות מרשם להפסקת עישון. נשאלת השאלה האם תרופות המרשם "הרגו" את תחליפי הניקוטין שהיו כוכבי ה-OTC? או שמא גורמים אחרים הניאו את הלקוחות מלנסות תכשירי OTC לגמילה מעישון? ליצרנים מובילים יש תיאוריה לפיה גישתם לשיווק תכשירי OTC זקוקה



כמה עובדות על Bupropion

- אגיטציה, חרדה והפרעות שינה - נפוצות. ניתן להקל על הפרעות השינה על ידי נטילת המנה הראשונה בשעות הבוקר המוקדמות, והמנה השנייה בשעות אחר הצהריים (בהפרש של 8 שעות לפחות).
- מאידך, יכולה להיות גם פגיעה בערנות, ולכן יש לנקוט זהירות בפעילויות המחייבות ערנות (נהיגה, הפעלת מכונות מסוכנות וכד')
- סימנים גסטרואינטסטינליים: שינויים בתיאבון ובמשקל, לרוב - אנורקסיה. כמו כן: שינויים בטעם, יובש בפה, בחילה, הקאה, כאב בטן ועצירות
- סימנים נוירופסיכיאטריים בעיקר סימפטומים של פסיכזה, בלבול, הזיות ומאניה, במיוחד בחולים עם היסטוריה פסיכיאטרית. ייתכן מצב רוח דיכאוני לאור הגמילה מניקוטין, בעיקר בהתחלה
- עליית לחץ דם, במיוחד בטיפול משולב עם ניקוטין טרנסדרמלי
- נפוצים גם: רגישות-יתר, כאב ראש ומיגרנה, רעד, סחרחורת, בעיות בריכוז, הפרעות בראייה, פריחה, גרד, הזעה, ועוד
- כמו כן ייתכנו: בלבול, דיסטוניה, רעד, חוסר קואורדינציה, הפרעות זיכרון, טינטון, טאכיקרדיה, פגיעה בכבד, עליית חום ועוד

קונטרה-אינדיקציות (התוויות נגד)

- רגישות לתרופה או לאחד ממרכיביה
- אין לתת את הטיפול בו-זמנית עם תרופות ממשפחת מעכבי MAO (כמו Nardil, Parnate, Marplan). יש להפסיק טיפול במעכב MAO 14 ימים לפני תחילת הטיפול ב-Bupropion, מחשש לתופעות כמו עליית חום הגוף, תרדמת והתכווצויות
- הנקה - התרופה מופרשת בחלב
- התקפי עוויתות (כגון אפילפסיה)
- הפרעות אכילה (בולמיה, אנורקסיה)
- בהפסקת שימוש כרוני בתרופות להרגעה ושינה או באלכוהול

אינטראקציות בין תרופתיות

- מעכבי MAO
- תרופות המתפנות ב-CYP2B6, כמו Orphenadrine, Cyclophosphamide, Ifosfamide, Ticlopidine, Clopidogrel
- תרופות המתפנות ב-CYP2D6, בשל העובדה שהתרופה מעכבת את האנזים במשך לפחות 7 ימים מהמנה. לקבוצה זו שייכות תרופות כמו Desipramine, חוסמי ביתא, תרופות אנטי-אריטמיות, SSRIs, TCA's ואנטי-פסיכותרפיה. במתן בו-זמני יש להוריד את מינון התרופות הללו
- אינדיוסרים של אנזימי כבד, כמו Carbamazepine, Phenobarbital, Phenytoin
- מעכבי אנזימי כבד
- תרופות נוספות, לדוגמה: Citalopram, Ritonavir, Levodopa, Amantadine
- יש לזכור שהפסקת העישון כשלעצמה משפיעה על הפרמקוקינטיקה של מספר תרופות

המלצות נוספות

- יש להימנע משתיית אלכוהול בזמן הטיפול
- במתן התרופה תוך כדי עישון, יש לנטר את לחץ הדם

תכשירים משווקים

- Zyban Tabs 150mg

התרופה שייכת למשפחת התרופות נוגדות דיכאון

■ משמשת בטיפול להפסקת עישון (איננה מכילה ניקוטין), בשילוב עם תמיכה במוטיבציה

התרופה מקטינה את סימני הגמילה ואת הצורך לעשן

■ **מינון:** התחלת הטיפול היא במינון של 150 מ"ג פעם אחת ביום (טבליות מצופות, שחרור מושהה). אם התרופה נסבלת היטב, ניתן להעלות את המינון לאחר 4-7 ימים ל-150 מ"ג פעמיים ביום. יש להשתמש בתרופה בזירות בחולים עם פגיעה כבדית, ולעקוב אחר תופעות הלוואי. פגיעה כזו גורמת לשינוי ברמות התרופה ויש לשקול הורדת המינון. המטבוליטים של התרופה מופרשים בכליה, לפיכך יש להוריד מינון בהתאם לירידה בתפקוד הכלייתי.

אופן המתן

ניתן לקחת את התרופה על קיבה ריקה או מלאה (אוכל מגביר ומשהה ספיגה, אולם ללא השפעה קלינית). לתרופה ריח אופייני. הפסקת העישון מתחילה במהלך השבוע השני מתחילת הטיפול. משך הטיפול - לפחות 7 שבועות. לגבי חולה שאצלו לא חלה התקדמות משמעותית בהפסקת העישון עד השבוע השביעי לטיפול, יש לשקול הפסקת הטיפול, מאחר שלא סביר שיחול שינוי בהמשך. טיפול במשך שנה נמצא יעיל במניעת חזרה לעישון. ניתן לשלב את הטיפול עם מדבקות ניקוטין.

תופעות לוואי (יש לעיין בעלון לרופא)

- סיכון מוגבר למחשבות ולהתנהגות אובדניות אצל מטופלים מתחת לגיל 18. משרד הבריאות ממליץ שלא לתת את הטיפול למטופלים מתחת לגיל 18 ומעל גיל 65. יש להשגיח על המטופל (בכל גיל), בעיקר בחודשים הראשונים של הטיפול, ולאחר כל שינוי במינון התכווצויות:
- תלוי במינון. אין לעלות על המינון המומלץ
- שכיחות ההתכווצויות במינון של 400 מ"ג ליום היא 1:1,000
- אין לתת את התרופה לחולים הסובלים מנטייה להתכווצויות
- יש להיזהר במתן התרופה במקרים הבאים:
- למטופלים עם סכנה מוגברת להתכווצויות (היסטוריה של פגיעה בראש, התכווצויות בעבר, גידול במוח, מחלת כבד חמורה, שימוש באלכוהול ובסמים)
- למטופלים עם הפרעת אכילה כיום או בעבר (בולמיה או אנורקסיה)
- יחד עם הפסקה מהירה בו-זמנית של תרופות סדטיביות (אלכוהול או בנזודיאזפינים)
- במצבים המגבירים סיכון להתכווצויות (סוכרת המטופלת בתרופות היפוגליקמיות או אינסולין, שימוש בתרופות אנורקטיות או סטימולנטיות)
- בשילוב עם תרופות אחרות, הידועות כגורמות להתכווצויות
- חולה שחווה התכווצויות עקב הטיפול ב-Bupropion, צריך להפסיק את הטיפול ולהימנע ממנו בעתיד.



הנושא האחרון של עישון כפוי, או עישון מ"ד שנייה", מעסיק יותר ויותר את הציבור בעולם וגם בישראל. האם יש להגביל באופן מוחלט את המעשנים מלהתנג על העשן התכלכל הזה במסעדות ובתי עינוגים, כדי שלא יכפו את העשן על הלא-מעשנים? והאם בכלל עשן פסיבי עלול לסכן את הבריאות?

רבות כבר נאמר בנושא זה, וכדאי להתייחס עוד למחקר של אנשי המכון לאפידמיולוגיה ובריאות הציבור בברימינגהם, ששיתפו פעולה עם חוקרים סינים מהונג-קונג ו-Guangzhou, כדי לבחון כיצד משפיע עישון פסיבי על התרחשות מחלת הריאות הקשה COPD. מחקר זה, שהתפרסם ב-Lancet בספטמבר 2007, סקר מדגם של 20,430 גברים ונשים סינים בגיל שמעל 50 שנה, בהם 15,379 שמעולם לא עישנו בעצמם אך נחשפו לעשן של אחרים.

chronic obstructive pulmonary - COPD disease

היא מחלה כרונית הסימטית של הריאות. זוהי מחלה שמהלכה הכרוני הולך ומחמיר, והוא אף קשה במיוחד ובמקרים רבים קטלני. התחזית היא שעד שנת 2020 תגיע מחלה זו למקום השלישי בהירארכיה של המחלות הקטלניות, הישג מפוקפק ביותר. תמיד היה ידוע שעישון הוא הגורם הדומיננטי ללקות ב-COPD, אך רק כ-22% מהמעשנים לוקים ב-COPD לדרגותיה, וכ-12% מכלל המקרים של COPD מתרחשים בקרב לא-מעשנים. דווקא מדינה כמו סין יכולה לשמש מצע ראוי לחקר תופעת ה-COPD, שכן בשנות ה-90 כמעט 70% מהגברים שם עישנו, ובאופן אולי לא מפתיע, גם אחוז מי שמעולם לא עישנו ובכל זאת פיתחו COPD היה גבוה בסין בהרבה מכלל מדינה אחרת בעולם. בהשוואה לנשים באירופה, ארה"ב וקנדה, נשים סיניות שרק כ-7% מתוכן מעשנות, לקו ב-COPD ברמה הגבוהה פי-6.7 מאשר נשים מערביות לא-מעשנות.

בסין הגדולה, כ-39% מכלל האוכלוסייה הבוגרת מעשנים (הממוצע הוא של גברים ונשים). זה אומר ש-61% מהמבוגרים בסין אינם מעשנים. אבל מאחר שעדיין אין בסין חוקים האוסרים עישון במקומות ציבוריים ובמקומות עבודה, קובע המחקר המצוטט ב-Lancet שכ-25% מהמבוגרים במדינה זו נחשפים לרמה גבוהה ביותר של עישון פסיבי (לפחות 5 שנות חשיפה של לפחות 40 שעות בשבוע לעשן סיגריות של אחרים). לכן, 11.6% מהתמותה בקרב לא מעשנים בסין מיוחסת ל-COPD. המספרים המוחלטים נשמעים מצמררים יותר: מדי שנה מתים 1.9 מיליון סינים לא מעשנים כתוצאה מ-COPD, בשל היותם מעשנים פסיביים. עיני אינה צרה בסינים בשל כך.

(רצפטורים) ניקוטיניים. חשיפה בגיל צעיר למנות ניקוטין גבוהות במיוחד יכולה לקבוע את דרגת ההתמכרות לעישון בעתיד, מפני שהיא מגדילה את מספר הקולטנים האלה. אחת המכשלות הגדולות במערכה נגד עישון היא היכולת המוגבלת לשכנע בני נוער לא להצטרף למעגל המעשנים מתוך נימוקים רפואיים. הסכנה ללקות במחלות סרטן או במחלות לב ונפחת הריאות (אמפיסימה) כתוצאה מעישון, אינה משכנעת או מטרידה אותם במיוחד. הם מבקשים להפיק הנאה עכשיו, ובגילם הצעיר מאוד אינם מסוגלים לחשוב על מה שיהיה בעוד 30 שנה, אם בכלל.

ובכן, העישון שומר עדיין על מקומו בראש טבלת גורמי הסיכון להתקפי-לב, בעיקר בקרב גברים, אם כי לאחרונה החלה השמנת-יתר (obesity) לסכן את מעמדו כגורם מספר 1. בקרב מעשנים, גם המתונים שביניהם - עם מכסה של 8 עד 10 סיגריות ליום - הסיכון להתקפי-לב גדול פי-2.01 בהשוואה ללא-מעשנים. מי שמעשנים כיום חפיסה אחת ביום (20 סיגריות), הסיכון שלהם ללקות בהתקפי-לב גדול בממוצע פי-3.04. לעומת זאת, מי שעישנו חפיסה וחדלו לעשן לפני 3-1 שנים, הסיכון שלהם ללקות בהתקפי-לב יורד לפי-1.87; אם חדלו לעשן לפני 5-3 שנים, הסיכון יורד לפי-1.57; אם הם כבר לא מעשנים 10-5 שנים, הסיכון להתקפי-לב יורד לפי-1.51; אם הם מתנזרים מעישון כבר בין 10 ל-15 שנים, הסיכון דועך לפי-1.45 בממוצע; ואם הם נטשו את העישון לפני 20 שנה ולא חזרו לסורם כל אותן שנים, הסיכון שלהם ללקות בהתקפי-לב ממשיך לרדת עד לפי-1.22, בהשוואה לאלה שמעולם לא עישנו.

באוגוסט 2006 התפרסם ב-Lancet מחקר מקיף של חוקרים משש מדינות (קנדה, נפאל, ספרד, אוסטרליה, כוויית וסין), שחקרו את התרחשות התקפי-לב במדגם של למעלה מ-27 אלף נבדקים מ-52 מדינות, שזכה לשם Interheart. במדגם זה נכללו 12,461 אנשים שעברו התקפי-לב ו-14,636 אנשים בריאים, ונבחנו בו צורות עישון שונות, רמת העישון, משך העישון וכו', והשפעתם על התקפי-לב. מחקר רב-לאומי זה מצא שמעשני חפיסה אחת ביום בהווה מסתכנים ללקות בהתקפי-לב פי 2.95, בהשוואה ללא מעשנים. בכל הקשור לעישון פסיבי או עישון מיד שנייה (second hand smoking), הרי שמי שנחשף לעשן באופן פסיבי בין 7-1 שעות בשבוע, נמצא בסיכון ללקות בהתקפי-לב הגדול ב-24%, בהשוואה למי שלא נחשף לעשן. ואם הוא נחשף במהלך שבוע יותר מ-21 שעות לעשן של אחרים, הסיכוי שלו ללקות בהתקפי-לב גדל ב-62%.

2. למנוע עישון במקומות ציבוריים ובמקומות עבודה.
3. לפרסם על גבי החפיסות או האריזות אזהרות בולטות ומרתיעות על היות העישון מסוכן לבריאות.
4. להגביר את מודעות הציבור על ידי הזרמת מידע מעודכן, ותוכניות הסברה נגד עישון.
5. לאסור באופן מוחלט פרסום של מוצרי טבק על שלטי חוצות, ופרסומת בעיתונות הכתובה והאלקטרונית.
6. לעודד תוכניות גמילה מעישון.
7. למנוע הברחת סיגריות זולות ומכירתן הפרטית.
8. לאסור איסור מוחלט על מכירת סיגריות לצעירים מתחת לגיל 18 שנה.

נראה שלמרות ההיגיון והמחשבה הרבה שהושקעה בניסוח שמונה סעיפים אלה למלחמה בעישון, ועל אף שכ-170 מדינות אשררו אמנה זו, מעטות מאוד המדינות המקפידות על יישומם של כל שמונת הסעיפים הללו או אפילו על קצתם. בישראל, בה אומצה אמנה זו ברמת משרד הבריאות, אין עדיין מאמץ של ממש לאכוף תקנות אלה אלא באופן שולי. לדוגמה, רק 15 מדינות (כולן מערב) מחייבות את חברות הטבק להמחיש בתמונות מוחשיות וקשות לעתים, את נזקי העישון על גבי חפיסות הסיגריות: ישראל אינה נמנית עמן.

רק תשע מדינות בעולם מממנות קורסים ואמצעי הדרכה חנים למניעת עישון, אך ישראל אינה ביניהן. אצלנו עדיין ניתן לפרסם מודעות לסיגריות בעיתונות הכתובה, במקומות בולטים בחנויות ממכר, וכן באינטרנט, אם כי לא ברדיו, בטלוויזיה או בעיתוני נוער. בישראל עדיין לא חל איסור על מכונות אוטומטיות למכירת סיגריות, ולא נאסר למכור מוצרי טבק בחנויות ללא-מיסים (Duty-free) בנמלי התעופה. אחד הנתונים הכלכליים מדגים אולי טוב יותר מכל נתון אחר את הקושי של מדינות מערביות, עשירות יחסית, לגלות נחישות גדולה יותר במאבק בעישון: מדינות אלה מרוויחות מן המיסים המוטלים על סיגריות, סיגרים ומוצרי טבק אחרים פי-340 (!!) יותר מאשר הן משקיעות בכלל התוכניות שנועדו להגביל את העישון.

עדיין גדול הפיתוי שבעישון, ואחוז המעשנים הגדל בקרב בני הנוער, ובמיוחד בקרב הנערות, מבטיח דווקא את התרחבות מעגל המעשנים בעתיד הקרוב.

רובם הגדול של המעשנים ממשיכים לעשות זאת כיוון שהם מכורים לניקוטין שבסיגרייה. לעשן הטבק הנשאף יש סגולות מְמַכְרוּת, מפני שהוא מגיע במהירות רבה (תוך כ-20 עד 30 שניות) למוח, שם הוא נקשר לקולטנים



רקחת תרופות בבתי מרקחת

רקחת תרופות בבתי מרקחת הייתה בעבר ליבו של מקצוע הרוקחות. לעומת זאת, המגמה השלטת בשנים האחרונות הייתה של עידוד השימוש בתרופות המיוצרות במפעלים, וצמצום האפשרות החוקית לבצע רקחות. כך הפכה הרקחה למרכיב שולי בפעילות בתי המרקחת. בשנה האחרונה חלו מספר שינויים בתקנות ובמדיניות משרד הבריאות, המקלים מן הבחינה החוקית על ביצוע רקחות. שינויים אלה עשויה לבשר על מגמה חדשה - עידוד העיסוק ברקחה.

במדינת ישראל, בדומה ליתר מדינות המערב, כפוף שוק התרופות למנגנון של אישור מוקדם, באמצעות רישום בפנקס התכשירים המתנהל במשרד הבריאות. עם הנהגתו של מנגנון הרישום בישראל, נקבע הכלל (המעוגן כיום בסעיף 47 לפקודת הרוקחים, והפרתו מהווה עבירה פלילית), לפיו ניתן לעשות שימוש אך ורק בתרופות שנרשמו במשרד הבריאות. מנגנון הרישום מותאם לתרופות המיוצרות בהליך תעשייתי, במפעלים המיועדים לכך, ואינו מאפשר בפועל רישום של תרופות הנרקחות בבית מרקחת.

מאחר שבמקרים מסוימים קיים צורך בתרופות שאינן מיוצרות באופן מסחרי או שאינן זמינות בישראל, התיר המחוקק המשך ביצוען של רקחות בבתי מרקחת, אך זאת רק כחריג לכלל בדבר חובת הרישום, ותחת הגבלות משמעותיות. החריג המאפשר רקחה בבתי מרקחת מעוגן בתקנה 29(א) (4) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986, שנוסחה, עד לשנה שעברה, קבע פטור מרישום על תכשיר ש"נרקח בבית מרקחת בהסכמת המנהל, ע"פי מרשם רופא, מתכשירים רשומים בפנקס לפי תקנות אלה, או מתכשירים הפטורים מרישום כאמור בתקנה 26, וסופק לצרכן באותו בית מרקחת או במוסד רפואי". התקנה קבעה למעשה שלושה תנאים יסודיים לביצוע רקחות בבתי מרקחת: (1) הסכמת המנהל, דהיינו עמידה בתנאים שקבע מנכ"ל משרד הבריאות, כפי שפורסמו ברשומות; (2) מרשם רופא; (3) אספקה לצרכן באותו בית מרקחת או מוסד רפואי. שלושת התנאים האמורים נועדו לצמצם את גבולות הרקחה המותרת, ולהבטיח כי היא לא תתחרה באופן ישיר בייצור התעשייתי של תרופות.

ההתפתחויות בשנים האחרונות הפכו את ההגבלות המחמירות של תקנה 29(א) (4) לבעייתיות. אמנם המגמה של עידוד הייצור התעשייתי על חשבון הרקחות בבתי המרקחת,

נותרה בעינה, ואף התחזקה לנוכח ההחמרה המתמדת של דרישות האיכות הנוגעות לייצור תרופות. אולם, מנגד, חלה התפתחות במספר תחומים, בהם, מסיבות שונות (צורך בהתאמת מינון ספציפית למטופלים, חיי מדף קצרים במיוחד וכו'), אין הייצור התעשייתי מסוגל לספק את צרכי המטופלים (כגון, תחומי הרדיו-פרמצבטיקה, הציטוטוקסיקה וכו'). מגמה זו אף עשויה להתגבר בשנים הקרובות, עם התפתחות המגמה של התאמה אישית של תרופות למטופלים בהתאם למאפייניהם האישיים.

הצרכים החדשים מחייבים מתן אפשרות לרקחת תרופות שלא במסגרת ייצור מסחרי, אולם בית המרקחת הקהילתי הקלאסי מתקשה לספק מענה לצרכים אלה. ההתמקדות בתחומי הרקחה הספציפיים, המשרתים קבוצה קטנה יחסית של מטופלים, מחייבת השקעה משמעותית בתנאי תשתית מיוחדים והתמחות ספציפית. במרבית המקרים, הגבלת ניפוק התרופות הנרקחות רק לאוכלוסיית הלקוחות הרגילה של בית המרקחת, הופכת את פעילותו של בית המרקחת הייעודי לבלתי כדאית מבחינה כלכלית. מן העבר השני, החובות המוטלות כיום על כל בית מרקחת לעסוק בניפוק כלל סוגי התרופות (לפי סעיף 24 לפקודת הרוקחים) ולשרת את כלל האוכלוסייה, אף הן מקשות על פעילותם של בתי מרקחת ייעודיים.

הסדרת פעילותם של בתי מרקחת ייעודיים מחייבת שינוי נרחב בחקיקה, והיא אמורה להתבצע במסגרת תקנות חדשות הנוגעות לפעילות בתי המרקחת, שטרם הותקנו. אולם, בחודש יולי 2007, במסגרת התיקון שבוצע בתקנה 29, נעשה הצעד הראשון בכיוון זה. במסגרת התיקון האמור, נמחק החלק האחרון של תקנה 29(א) (4), ובוטלה הדרישה לפיה אספקת התרופה הנרקחת תתבצע באותו בית מרקחת או מוסד רפואי בו היא נרקחה.

שינוי זה מאפשר כיום לכל בית מרקחת המבצע הכנות ייחודיות, לנפק אותן לכלל המטופלים בישראל, מבלי שיהיה על המטופלים להגיע אליו. בשלב זה, בשל העובדה שהתקנות החדשות בנוגע לפעילות בתי המרקחת טרם הותקנו, עדיין לא נקבעו הוראות ברורות באשר לאופן בו תתבצע העברת התרופות הנרקחות, מבית המרקחת הרוקח לבית המרקחת המנפק. יחד עם זאת, ברור כיום שהאפשרות לעשות זאת קיימת, כך שבית מרקחת המבצע הכנות יכול לשרת את כל תושבי המדינה.

בעקבות השינוי בתקנה 29(א) (4), כפופה רקחת תרופות לשני תנאים: עמידה בתנאי ההודעה של משרד הבריאות ומרשם רופא.

ביחס לתנאי הראשון, חלו לאחרונה, עם פרסומו ברשומות של נוסח חדש של הודעת משרד הבריאות בחודש נובמבר 2007, מספר שינויים משמעותיים נוספים לגבי האפשרות לרקוח תרופות בבתי מרקחת. בהודעה הקודמת נקבע שניתן לרקוח בבית מרקחת תרופה - רק אם תרופה באותו הרכב, צורה וחוק של החומר הפעיל אינה רשומה ומשווקת בישראל.

נוסח זה עורר אי-בהירות באשר לאפשרות לרקוח בבתי מרקחת תרופות השונות במעט מהתכשיר הרשום (בעיקר בכל הנוגע למינון המדויק של החומר הפעיל). לכן, נוסף עוד תנאי: ניתן לרקוח תרופה רק אם אין תרופה רשומה ומשווקת "המהווה תחליף טיפולי סביר". תנאי זה נועד להבהיר שאין מקום לרקוח בבתי מרקחת תרופות, השונות רק בהיבטים טכניים מהתרופות הרשומות, אולם מבחינה קלינית מהוות תחליף מוחלט. מטבע הדברים, גם השאלה האם הכנה מסוימת מהווה "תחליף טיפולי סביר" לתרופה רשומה, פתוחה לפרשנות, אולם כעת ברור שאין עוד מקום לביצוע הכנות שתכליתן היחידה היא עקיפת חובת הרישום, בנימוק הטכני של חוסר זהות לתרופה הרשומה.

מן העבר השני, ההודעה החדשה מקילה בכל הנוגע לכמות ההכנות הרוקחיות מאותו סוג, שניתן לרקוח אותן בבתי מרקחת. בעוד ההודעה הקודמת קבעה מכסה חודשית של 25 הכנות מאותו סוג של תרופות הומניות ו-3 הכנות בתחום הווטרינרי, ההודעה החדשה העלתה את המכסות ל-50 ול-10 הכנות מאותו סוג, בהתאמה. ההודעה החדשה גם הוסיפה הוראות מפורשות בדבר הצורך בהתאמת תנאי התשתית בבית המרקחת לסוגי הרקחה המתבצעים בו, וכן הוראה מיוחדת ביחס להכנות לבעלי חיים המיועדים למאכל, הדורשת הוכחה כי שאריות החומרים הפעילים בגוף בעל החיים לא יפגעו בבריאות האדם.

הוראה נוספת בהודעה החדשה, שאינה מבוססת על ההודעה הקודמת, נוגעת ל"תכשירים שאינם דורשים מרשם רופא". ביחס לתכשירים אלה, נקבע כי הם יסופקו למטופל בבית המרקחת הרוקח בלבד. הוראה זו יוצרת קושי כפול. ראשית, בהתאם לתקנה 29(א) (4), כלל לא ניתן לרקוח "תכשיר" (תרופה) שלא על פי מרשם רופא, ולא ניתן במסגרת ההודעה לסטות מכלל זה. שנית, מכיוון שמדובר בתרופות לא רשומות (שאף אינן יכולות להוות תחליף טיפולי לתרופות רשומות), אין כל אפשרות לקבוע לגבי תרופה ספציפית כי היא פטורה ממרשם רופא, משום שקביעה כזו יכולה להיעשות רק במסגרת הליך הרישום.

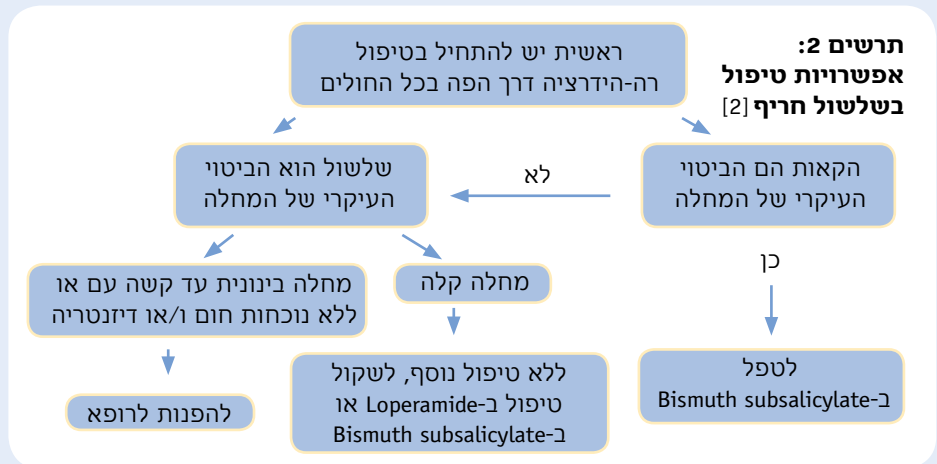
המשך בעמוד 41



כאמור, רוב מקרי השלשול החריף נובעים ממקור זיהומי, כך שבאותה הזדמנות יכול הרוקח גם לספק הסבר באשר לאמצעי ההיגיינה שניתן לנקוט כדי למזער את הסיכויים להידבקויות בעתיד. נקודה זו חשובה וראויה להדגשה בעיקר למטיילים: רצוי להימנע ממזון נא ומירקות טריים ולצרוך בעיקר מזון שעבר תהליך בישול בחום גבוה, מזון יבש כמו לחם ומשקאות חמים או משקאות מוגזים מבקבוקים סגורים.

שלשול הוא סימפטום נפוץ שלעתים יכול להיות מסכן חיים. הרוקח מהווה פעמים רבות המקור הראשון אליו פונים בבקשת עזרה לטיפול בבעיה זו. על הרוקח להבין ולהסביר לחולה כי עצירת הטיפול. בהקשר זה, הערכה נכונה של החולה ע"י הרוקח היא גורם מכריע ביכולת לטפל בו, מכיוון שמגוון הגורמים הפוטנציאליים לבעיה זו הוא אדיר, ולעתים מדובר בסימפטום שמבטא מחלה מסוכנת שמצריכה טיפול ממוקד ואגרסיבי יותר. ע"י תחקור נכון של החולה המשלשל, יכול הרוקח לזהות אם מדובר במקרה קל של שלשול או בחולה מסוכן, ולהציע את האפשרות הטיפולית ההולמת והטובה ביותר, בין אם זו תרופת OTC מתאימה, המלצה לשינוי תזונתי או אף הפניה לרופא.

(מקורות יימסרו ע"פי דרישה)



המוגדרים כאזורי סיכון גבוה, אלא אם כן מדובר באדם עם מחלת רקע רצינית. אם בכל זאת המטייל מתעקש על טיפול מניעתי, ההמלצה היא להשתמש ב-Bismuth (BSS) subsalicylate [2]. המנה המקובלת היא 2 טבליות עם הארוחות ו-2 טבליות לפני השינה (סך הכול, ארבעה מתנים ביום). שימוש פרופילקטי ב-BSS יכול למנוע יותר מ-60% ממקרי ה-TRD, והוא מאושר לשימוש באנשים בריאים לתקופה של עד שלושה שבועות [9]. כאמור, ייתכן שפרוביוטיקה מספקת הגנה מסוימת מפני TRD, והיא בדרך כלל בטוחה לשימוש, אבל קצת פחות יעילה מ-BSS במניעה [9].

באשר לאנטיביוטיקה, הרי שטיפול זה שנוי במחלוקת ואינו מומלץ באופן גורף למניעת TRD בקרב אנשים בריאים, הן משום אופיה השפיר לרוב של המחלה, והן מחשש ליצירת זני חיידקים עמידים. כמו כן, מטיילים הנוטלים אנטיביוטיקה מניעתית נוטים להיות פחות זהירים בהימנעות מגורמי סיכון פוטנציאליים לזיהום. טיפול אנטיביוטי מניעתי ייבחר בעבור חולים ספציפיים בעלי פרהדיספוזיציה לזיהומים, כמו חולים מדוכאי חיסון [9].

אילו הנחיות על הרוקח לתת כשהוא מחליט לנפק OTC לטיפול בשלשול אקוטי?

בעת ניפוק תרופות OTC חשוב להסביר לחולה כי למעשה מדובר בטיפול לא ספציפי סימפטומטי בלבד, שאינו מטפל בגורם שהביא לשלשול. הסבר זה חשוב, משום שעליו להבין שאם לא חל שיפור במצבו תוך יומיים מהיציאה הראשונה (לא מזמן נטילת התרופה), או מופיע חום מעל ל-38.5 מעלות, או מופיעות יציאות דמיות/ריריות, ייתכן שמדובר במחלה מסוכנת יותר, וכי הוא אינו יכול להמשיך ליטול תרופות נוגדות שלשול ללא בירור מתאים של מקור הבעיה, כדי לספק לה טיפול ממוקד יותר.

הוכחה במספר מחקרים כיעילה במניעת AAD ושלשול הנובע מ-Clostridium Difficile [8]. על פי מטא-אנליזה משנת 2005, ייתכן כי יש לה יכולת גם למנוע TRD, אולם לשם כך יש להתחיל בנטילתה מספר ימים לפני הנסיעה, כדי לאפשר קולוניזציה של המעיין בפלורה החיידקית של הפרוביוטיקה [9]. מבחינה טיפולית, נראה שהיא יעילה בטיפול בגסטרואנטריטיס הנגרמת ע"י Rotavirus, ובשלשול שלאחר טיפול אנטיביוטי. אולם הערך הטיפולי שלה בתסמונת המעי הרגיז, ב-IBD ובצורות אחרות של שלשול זיהומי, עדיין לא ברור [8]. רצוי להימנע משימוש בתכשירים אלה בחולים מדוכאי חיסון, מחשש לבקטרמיה (Bacteraemia).

אם נסכם את עיקרי האפשרויות לטיפול ע"י הרוקח, אזי לחולה הבריא בדרך כלל, המגיע לבית המרקחת ומציג תמונה קלאסית של שלשול זיהומי (כולל שלשול מטיילים) - בהנחה שאינו מציג סימפטומים המחייבים הפנייה לרופא (שלשול דמי או חום) - ניתן להציע את האלגוריתם הבא לטיפול עצמי [2]:

טיפול תרופתי מניעתי למטייל -

(TRD) Travel Related Diarrhea

שכיחות TRD נעה בין 50%-8%, כתלות בארץ בה מבקרים [1]. סימפטומים מתחילים לרוב ביום השלישי לאחר ההגעה ליעד, כאשר אפיזודה שנייה מתחילה כשבוע לאחר ההגעה. ללא טיפול, המצב יכול להימשך כ-4 ימים, כאשר ב-1% מהמקרים הסימפטומים נמשכים אף חודש. TRD גורם אי-נוחות, אי-נעימות ומפריע למהלך החופשה. הן ב-TRD והן ב-Travel Related Diarrhea (NTRD), מדובר בסימפטום שיכול לנוע מדרגת חומרה אקוטית שחולף מעצמו, ועד מחלה חמורה מסכנת חיים המחייבת טיפול אגרסיבי.

כימופרופילקסיס ב-TRD בדרך כלל אינה מומלצת לאנשים בריאים המטיילים לאזורים

חדש על המדף

פוליויט

פעילות: כמוסות ויטמינים ומינרלים לגילאי 50 ומעלה

הרכב: ויטמינים: A, B1, B2, B6, B12, C, D3, E, Biotin, Nicotinamide, Folic acid מינרלים: ברזל, סידן, נחושת, מנגן, מגנזיום, אבץ, סלניום.

מרכיבים נוספים: לציטין, תמצית ג'ינסנג תיקנית

יצרן: שרר, גרמניה

בעל הרישום: תרו אינטרנשיונל בע"מ

איש קשר: גלי הוד, תרו

טל: 09-9711828





שרירים, מאט תהליכי הזדקנות, מונע סניליות, מחזק כושר קוגנטיבי, מונע נזק במקרים של חוסר חמצון, משפר חמצון, מסייע במקרים של חוסר חמצן בגובה רב.

הפעילות האנטי-אוקסידנטית מיוחסת לספונינים, שמנטרלים רדיקלים חופשיים ומעכבים פראוקסידציה של שומנים.

התוויות: לשמירה על הבריאות והחיוניות במקרים של חולשה או עייפות בכל גיל, עצבנות, חרדה, סכיזופרניה, לטיפול בשיעול, ברוכיטי, עודף ליחה, זרימת דם לקויה, דלקות שונות, רמה גבוהה של כולסטרול וטריגליצרידים, נשירת שיער, טרשת עורקים, קושי בריכוז, קשיי למידה, לשיפור הכושר הפיזי, להפחתת stress.

ספורטאים מרבים להשתמש בצמח כדי לעמוד באימונים מפרכים, לבנות שרירים ולשפר את הישגיהם.

מינון: רוב המחקרים נערכו על הספונינים. המינון שניתן היה 20-30 מ"ג פעמיים ביום. במקרים בודדים השתמשו במינציו מימי המצמח השלם ונתנו 20-30 ג' ליום.

(מקורות יימסרו ע"פי דרישה)

דיני רוקחות

המשך מעמוד 38

נראה שהדרך היחידה לפרש הוראה זו, היא שהיא מתייחסת למוצרים שאינם בגדר "תכשירים" כלל, דהיינו אינם מיועדים לשימוש רפואי (אלא לשימוש קוסמטי, תוספי תזונה וכו'). לפי פרשנות זו, לגבי מוצרים אלה ממשיך לחול הכלל לפיו ניתן לספקם למטופלים רק בבית המרקחת עצמו. הבעיה העיקרית בפרשנות זו היא העובדה שבחוקים המסדירים שימוש בתמרוקים ותוספי תזונה, כלל אין התייחסות לאפשרות של ריקחתם בבית מרקחת, ועל פניו, ייצור מוצרים אלה, שלא במפעל מורשה, הוא אסור לחלוטין. לאור זאת, בכל מקרה, מן הראוי שמשד הבריאות יבהיר סוגיה זו, ויסדיר את פעילות הרקחה שלא בהתאם למרשם רופא.

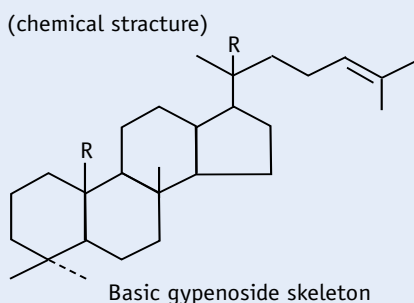
לתגובות והערות:
zohar@yahalomlaw.co.il

חלקי צמח בשימוש: עלים וגבעולים. **תיאור בוטני:** צמח מטפס חד-שנתי או רב-שנתי, דו-ביתי, נשיר. גדל בסין, יפן, קוריאה ובארצות אחרות בדרום-מזרח אסיה. מגיע לגובה של 8 מ'. לעלים צורת כף יד. הפרחים קטנים וצבעם צהוב-ירוק, והם חד-מיניים. לעלים יש טעם מתוק ונוהגים להשתמש בהם לחליטה.

מרכיבים: ספונינים - gypenosides, פלבונים, פוליסכרידים, חומצות אמיניות, מינרלים וויטמינים. הספונינים הם המרכיבים העיקריים. מצויים בצמח 82 ספונינים שונים. ריכוז הספונינים בעלים גדול פי שלושה מזה שבגבעולים.

רפואה מסורתית: ברפואה הסינית הצמח היה ידוע כ- tonic חשוב. הוא הומלץ לטיפול בברונכיטי, הפטיטיס וכיב פפטי. נודע כצמח "האלמוות" - מרפא הכול. כמו כן ניתן לו הכינוי "הג'ינסנג הדרומי", כי הוא גדל בדרום סין.

ב-1970 התחילו להתפרסם מחקרים יפניים אודות הצמח. המחקרים טענו שהוא דומה לג'ינסנג בכמה מהתכונות שלו, אבל עולה עליו בכמה מהשפעותיו. לדברי החוקרים, המרכיבים הפעילים שלו הם ספונינים הדומים לג'ינסנוזידים, ומצויים בו בכמות גדולה פי ארבעה. בדומה לג'ינסנוזידים, גם ה-gypenosides משתייכים לקבוצת ה-dammarane, הדומים במבנה הכימי שלהם להורמונים סטרואידים. ארבעה מתוך 82 הספונינים של ה-Gynostema זהים לגמרי לארבעה ספונינים של הג'ינסנג. המחקרים היפניים משכו תשומת לב, ובמעבר התחילו להתעניין בצמח.



פעילות: אדפטוגן, אנטי-אוקסידנט, מסייע לשיפור זרימת הדם, מגביר את הפעילות של מערכת החיסון, מחיש חלוקת לויקוציטים, מסייע להורדת רמת הסוכר, הטריגליצרידים והכולסטרול, מסייע להורדת יתר-לחץ דם, מונע התקף לב ושבץ מוחי, מרגיע, מעכב צימות של טסיות דם, מאזן את המערכת האנדוקרינית ואת מערכת העצבים המרכזית, מגביר עמידות למצבי לחץ פיזיים ונפשיים, מפחית מתח ולחץ, מחזק התכווצויות של שריר הלב, מסייע לבניית

צמחים אדפטוגניים המכילים Oxilipins

Hydroxylated fatty acids - Bryonia alba
Hydroxylated fatty acids - Glycyrrhiza glabra

הפעילות הפיזיולוגית של האדפטוגנים

תיאוריות שונות הוצעו במשך השנים, שניסו להסביר כיצד פועלים הצמחים האדפטוגניים. המסקנות מהמחקרים שנעשו בשנים האחרונות הן שצמחים אדפטוגניים פועלים על הציר היפותלאמוס-היפופיזה-אדרנל (14). מקום הפעולה הראשון של האדפטוגנים הוא כנראה בלוטת ההיפופיזה, ולאחר מכן הכבד, מרכיבים של מערכת החיסון ומערכת הלב וכלי הדם. הפעילות על בלוטת ההיפופיזה משפיעה על המערכת הניורו-אנדוקרינית (12).

הם מגבירים את הכושר לעמוד בלחץ פיזי, סביבתי או רגשי, מסייעים לאיזון המערכת האנדוקרינית, העצבים והחיסון. האיזון נעשה על ידי עידוד או עיכוב של מרכיבים המיוצרים על ידי הגוף, כגון ציטוקינים, קטכול-אמינים, גלוקו-קורטיקואידים, קורטיזול, סרטונין, הורמוני מין, corticotropin-1, cholecystokinin, CRF-releasing factor (15,16).

שימוש ממושך בצמחים אדפטוגניים מעלה את רמת הקורטיקוסטרואידים בדם (17). כתוצאה מכך מתקבלת תגובה מתונה לסטרס. פעילות מוגברת של מערכת הסטרס עלולה לעורר חרדה, להעלות לחץ דם, פוגעת בפעילות של מערכת העיכול ומזכאת פעילות חיסונית. האדפטוגנים מקטינים את תגובת מערכות ההגנה של האדם לגורמים מלחיצים שונים, על ידי כך שהם עוזרים לשמור על שיווי המשקל הדינמי (18).

האדפטוגנים מסייעים לשיפור איכות החיים ויש להם השפעה ישירה על הבריאות הפיזית והנפשית של האדם (4).

(מקורות יימסרו ע"פי דרישה)

כדוגמה לצמח אדפטוגני נסקור את ה-Ginostema (הצמח אינו נפוץ בשימוש בארץ)



Gynostema pentaphyllum

שם סיני: jiaogulan jiao gu lan
משפחה: דלועיים, Cucurbitaceae

המשך מעמוד 34

אבל, כולם על אף שהם מודעים לסיכונים הבריאותיים שבעישון, אינם מעוניינים שיטיפו להם על כך.

לכן, קמפיינים של הפחדה לא יעילים עבורם ואינם גורמים להם להפסיק לעשן.

לפי אותו מחקר נראה שמעשנים מפחדים לאבד את ייחודיותם, חלק מאישיותם, אם יפסיקו לעשן..

היצרנים גם הם מוצאים שהמעשנים נתפסים בעיני עצמם כאנשים מלאי להט, עצמאיים, מרדנים, מעניינים, בעוד שהלא מעשנים נתפסים בעיניהם כמשעממים וכפאסיביים. והחשש האמיתי שלהם הוא לא מנזקי העישון, אלא האופן שבו הם רואים את עצמם.

קמפיין לתחליפי ניקוטין- ניקוטיןל שהוצג באנגליה זוכה להצלחה רבה, פנה אליהם בסיסמא "לאבד את העשן" אבל " לשמור על האש" שענה על הצורך שלהם לא לאבד את אישיותם.

פארמים נרתמים לגמילה מעישון

מדוע קמפיין פרסומי מעבר לים צריך לעניין פארמים אמריקאים? התשובה ברורה, ניתן ללמוד מהצלחת הקמפיין באנגליה וליישמו בארה"ב. כלומר לכוון את מאמצי הפרסום כדי להיות יותר רלוונטיים למעשנים, לדבר אליהם בשפה שיוכלו להתחבר אליה בדרך יותר אישית ואינדיבידואלית.

היות ומסקרי IRI 78% ממכירות תכשירים לגמילה מעישון מתבצעות בפארמים, קמפיינים שידברו אל המעשן, יפנו את המעשנים אליהם. הדבר נכון במיוחד באותם פארמים שבהם מוצעת גם מרפאה לגמילה מעישון.

איך להגביר את מכירת הקטגוריה?

כדי להגביר את המכירות כדאי לחשוף מוצרים לגמילה מעישון לא רק בקטגוריה עצמה, אלא ליצור קישור בין מקומות רלוונטיים נוספים כמו קטגוריית מחלות לב למשל. קונים אלו שיחשפו במדפים המיועדים למחלות לב בתכשירים להפסקת עישון יגבירו את מכירות התכשירים.

כמו כן, אסור לשכוח, שאת המוצרים המובילים בקטגוריה יש להעמיד בגובה עיני הקונה, ולתת להם שטחי מדף מתאימים, חשוב להוסיף שם גם מוצרים נלווים, כמו ספרות עזר לגמילה מעישון, תוספי ויטמינים וכו'.

מקור:

Drug Topics, Feb 5, 2007

Hedrin

הרכב: Dimeticone

ריכוז: 4%

התוויה: להשמדת כיני הראש

יצרן: תורנטון ורוס, אנגליה

משווק: מעבדות רפא בע"מ

איש קשר: ציפי

טל: 054-5689373



Tamsulin Capsules

הרכב: Tamsulosin HCl 0.4 mg

התוויה: לטיפול בהפרעות תפקוד הנגרמות כתוצאה מהגדלה שפירה של בלוטת הערמונית.

לשימוש

בגברים

בלבד.



יצרן: חברת HELM PHARMACEUTICAL

גרמניה

משווק: מעבדות רפא בע"מ

איש קשר: נסים אביב, מנהל תחום

Sifrol Tablets

הרכב: Pramipexole HCl 1mg, 0.25mg

התוויה: לטיפול בסימפטומים ובסימנים של מחלת פרקינסון כטיפול יחיד או בשילוב עם לבדופה.

יצרן: Boehringer Ingelheim

משווק: מעבדות רפא בע"מ

מידע נוסף: סיפרול הוכלל בסל הבריאות הישראלי בשנת 2008.

איש קשר: ניסים אביב, מנהל תחום

Mesolid Tablets

שינוי בצבע הבליסטר

בשל סיבות טכניות השתנה צבע הבליסטר של טבליות Mesolid מסגול לבן. יש לציין כי מלבד זאת לא נעשה כל שינוי בתכשיר. נודה על הסבת תשומת לב של הלקוחות במידת הצורך לשינוי זה.

מעבדות רפא בע"מ

Cervarix

הרכב: חיסון ריקומביננטי המורכב בעקר מהחלבון L1 של הנגיף הפילומה האנושי זנים 18,16. החלבונים נאספו בצורת חלקיקי וירוס. בנוסף החיסון מכיל מערכת מסייעת AS04 המעצימה את התגובה החיסונית ומאריכה את משך ההגנה החיסונית.



התוויה: לילדות ונשים בגילאי 10-45 למניעת סרטן צוואר הרחם, זיהומים ארעיים ומתמשכים, שינויים ציטולוגים כולל ASC-US, שינויים טרום ממאירים כולל CIN1, CIN2, CIN3 הנגרמים על ידי HPV16 ו-HPV18.

שם בעל הרישום: GlaxoSmithKline Israel

איש קשר: לנה פלקס 03-9297100

Nexavar

הרכב: Sorafenib (as tosylate) 200 mg

התוויה: לטיפול בחולי סרטן הכליה במצב מתקדם



שם בעל הרישום:

אגיס סוכנויות

מסחריות (1989)

בע"מ

איש קשר:

שלי אריאלי - 052-3667251 03-5773714

BuTrans

הרכב: 5mcg/h, 10mcg/h, 20mcg/h

Buprenorphine Matrix Transdermal Patch

התוויה: לטיפול בכאב כרוני בינוני וחזק המצריך מתן אופיואידים, כגון כאבי מפרקים.

יצרן: LTS Lohmann, Germany for Napp

Pharmaceuticals Ltd. U.K

משווק:

מעבדות רפא בע"מ

איש קשר:

רחל סמואל, מנהלת

תחום כאב

טל: 054-5689337

דוא"ל:

rachelsa@rafa.co.il

