גליון 19 2012

עינבר

העמותה מסייעת לילדים, לצעירים, למבוגרים ולהורים שילדיהם חולים במחלות ראומטיות

עינבר – עמותה ישראלית לנפגעים במחלות ראומטיות וארגון לופוס
رابطة" انبار" , هي رابطة إسرائيلية للضحايا في الأمراض الروماتيزمية ومرض الذئبة

INBAR - ISRAELI ARTHRITIS FOUNDATION & LUPUS ORG.
ИНРБАР -ИЗРАИЛЬСКОЕ ОБЪЕДЕНЕНИЕ ДЛЯ СТРАДАЮЩИХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ВОЛЧИХОЙ (ЛЮПУС)

עמותת "עינבר" | רח' הנצי"ב 16, תל אביב 67018
טל' 03-5613832, 03-5613769 | פקס' 03-5613874
דוא"ל: inbar-il@zahav.net.il | אתר: www.inbar.org.il

סובלים מדלקת מפרקים שגרונית (RA)
או מדלקת מפרקים פסוריאטית (PsA)?

שאלו את הראומטולוג שלכם על הטיפול בטבליות אשר:

- מפחית כאב
- מקצר את זמן הנוקשות בבוקר
- משפר את התפקוד היומיומי

הטיפול כלול בסל הבריאות

SANOFI

חברת תרופות מהמובילות בעולם

תוכן

דבר יושב הראש	4
דבר המערכת	5
המרכז למחלות אוטואימוניות - פרופ׳ יהודה שיינפלד	6
זאבת אדמנתית מערכתית (לופוס) - ד״ר ננסי אגמון-לוין	8
המלצות למתן חיסונים לחולים במחלות ראומטיות - פרופ׳ אורי אלקיים	12
בעיות בקרסול - ד״ר קונסטנטין הלפרין	14
רשימת אתרי אינטרנט ומרכזים רפואיים	15
כאב ומחלות מפרקים - ד״ר ברקת שי-קרן	16
פיברומיאלגיה - הווה ועתיד - ד״ר יעקב אבלין	18
דלקת מפרקים אידיופאטית של גיל הילדות - ההמלצות החדשות של החברה האמריקאית לראומטולוגיה ותרופות הסל החדשות - פרופ׳ יוסף עוזיאל	22
גאוט (שיגדון) - הארות והערות - פרופ׳ אברהם ויינברגר	24
חידושים במדף התרופות הראומטולוגיות - פרופ׳ מיכאל אהרנפלד	25
סיכום פעילות העמותה בשנים 2011-2012	26
לידיעת החברים	29
חידושים מן הכנס השנתי האירופי לראומטולוגיה - פרופ׳ מיכאל אהרנפלד	30
PARE - כנס הסתיו ה-14 באתונה - נובמבר 2011 - עפרה בלבן-קשטלנסקי ומיקי קפנר	31
שאלות ותשובות - פרופ׳ מיכאל אהרנפלד	33
תזונה בדלקת מפרקים שיגרונתית - Rheumatoid Arthritis - רונית בלקמן-בלדי	34
גלאוקומה - חשיבות האבחון המוקדם - פרופ׳ דני געתון	36
חברים כותבים	39
משה זגבר ז״ל	44
علاج التهاب المفاصل الروماتويدي الداء الرثياني – اعداد : د. محمد عدوي	45
Systemic Lupus Erythematosus – Update **Dr. Gisele Zandma-Goddard**	49
Ревматоидный артрит - Доктор Александра Бальбир-Гурман, заведующая ревматологическим отделением имени Б. Шайна больничного центра Рамбам (Хайфа)	53
Псориаз - Д-р Александр Розин, Ревматологическое отделение им Б. Шайна, Больничный центр Рамбам (Хайфа)	55

עמותת עינבר
פרופ׳ מיכאל ירון, נשיא כבוד
חברי הנהלה
רם בלס, יושב ראש
פרופ׳ מיכאל אהרנפלד
ד״ר הדי אורבך
מיכל ברמן
וורה גלר
שמואל דינור
פרופ׳ ליאורה הראל
ורדה זקהיים
אילנה ירון
פרופ׳ שאול סוקניק
שבתאי סטרוגו
אסנת עטר
פרופ׳ הווארד עמיטל
תקווה פלוטניק
מיקי קפנר
פרופ׳ יהודה שיינפלד
עמוס שפירא
ורדה שרמייסטר

יעקב ששון, רואה חשבון
עפרה בלבן, יו״ר ועדת ביקורת
דפנה מנגד, עורכת דין, יועצת משפטית

המערכת
יו״ר המערכת: **פרופ׳ מיכאל אהרנפלד**
עורך לשוני: **עמוס שפירא**
מפיקים: **וורה גלר, אסנת עטר ומיקי קפנר**
הוצאה לאור: **עמותת עינבר**
הפקה: **דפוס האוזר**

עמותת ״עינבר״
רחוב הנצי״ב 16, תל אביב
טל׳: 03-5613769 ,03-5613832
פקס: 03-5613874
www.inbar.org.il
inbar-il@zahav.net.il

המערכת אינה אחראית על תוכן המודעות
ט.ל.ח

דבר היו"ר

חברים יקרים

נאמנים למטרות, שהצבנו לפנינו לסייע למיגוון החולים במחלות הראומטיות בכל דרך אפשרית, עשינו השנה כמה פעולות חשובות. ראשית, כפי שאתם רואים, גיליון זה הוא הראשון מסוגו, שבו מופיעים מאמרים בשפות נוספות על העברית: רוסית, ערבית ואנגלית. וזאת, כדי להגיע למירב אוכלוסיית החולים במחלות ראומטיות.

שנית, צרפנו אלינו לעמותה את חולי הלופוס, כחלק בלתי נפרד מן העמותה, והם זוכים מעתה לכתובת ובית חם, שמאפשרים לפנות אלינו בעת מצוקה, כפי שזוכים לכך כל חברי העמותה ועמיתיה.

בהמשך לפעילותנו בנושא שפות נוספות, אנו מתכננים לתרגם בקרוב חלקים ניכרים מאתר האינטרנט שלנו לשפות לעיל.

שינינו את מתכונת קבוצות התמיכה, כך שמנחת הקבוצה היא תושבת העיר שבה פועלת הקבוצה. בהתאם לבקשת החברים, בכוונתנו לפתוח בקרוב קבוצות תמיכה בערים נוספות ונשמח, אם המעוניינים יפנו למשרד העמותה.

פורום שאלות ותשובות באתר האינטרנט של העמותה עומד לרשותכם. הפורום מופעל בעזרת פרופ' אהרנפלד ואפשר לפנות בשאלות לאתר שכתובתו: www.inbar.org.il ולקבל תשובות.

נוסף על מספר הכנסים שעשינו בבתי חולים שונים בארץ, אנו מתכננים לעשות עוד כמה כנסים בבתי חולים, בפיזור ארצי, לקראת סוף השנה.

בעקבות פעולותינו השנה הצטרפו חברים חדשים רבים לעמותה ובמיוחד צעירים. עם זאת, כבעבר, אני פונה לכל חבר לעזור לנו להרחיב את שורותיה של עינבר בשיטה של חבר מביא חבר וכך נרחיב את שורותינו, נחזק את מעמדה הציבורי של העמותה ונגדיל את גביית דמי החבר, אשר להם אנו מאוד זקוקים (בסכום נמוך, השווה לכל נפש, של 120 ש"ח לשנה). גם אתה הקורא, שאינך חבר בעמותה, מוזמן להצטרף לשורותיה ולהמליץ על כך לחברים נוספים.

ברצוני להודות לרופאים חברי הנהלת העמותה וליתר חברי ההנהלה, אשר מקדישים רבות מזמנם בהתנדבות, כדי לסייע ולקדם את פעילות העמותה.

לא נשכח את יתר המתנדבים והרופאים בבתי החולים בארץ, המסייעים רבות לפעילות העמותה, וכן לחברות התרופות המסייעות לנו לקדם את מטרות העמותה ואת פעולותיה.

הנני מאחל לכולנו המשך פעילות משותפת ופורייה.

בברכת בריאות טובה ושנה טובה,

רם בלס

תודות מיוחדות

לחברות התרופות

אבוט, ביוטיס, נוברטיס, ניאופרם, סנופי

פייזר, רוש, רפא, GSK

על ההתמדה בסיוע ושיתוף הפעולה

תודות

לטלפארמה, לבנק הפועלים, טויוטה וסוכנות ביטוח גיל-עד על הסיוע

תודה

לעיריית תל-אביב יפו על שיתוף הפעולה והתמיכה

תודה **למשרד הרווחה והשירותים החברתיים**

על המשך התמיכה בפרוייקט קבוצות התמיכה

תודה **למשרד הבריאות** על התמיכה ושיתוף הפעולה

דבר המערכת

חברי ענבר היקרים

בידיכם עלון נוסף של עמותת "ענבר", בשרשרת העלונים המופיעים אחת לשנה. כבעבר, גם עלון זה מכיל מידע רפואי ופרה-רפואי רב, שכתבו טובי המומחים במקצועות שבהם דנים המאמרים. יש חשיבות רבה לקבלת מידע רפואי מהימן ואחראי, שלא מצוי תמיד באתרי אינטרנט שונים, שאליהם גולשים החברים, תוך ניסיון לדלות מידע רפואי. כבעבר, העלון הנוכחי מכיל מידע מגוון בנושאים שונים. יש שתיתקלו במאמר, שנושאו כבר הופיע בעבר, באחד מן העלונים הקודמים. עם זאת, המשמעות היא, כי יש חידושים באותו הנושא המחייבים את עדכונו, בדיוק כפי שנעשה בעיתונים מקצועיים רפואיים גרידא. השתדלנו להביא את מירב החידושים, ובפרק המדבר על חידושים מכנסים רפואיים כללנו מידע רפואי, שהגיע "ישר מן התנור" מן הכנסים האחרונים, שבהם השתתפו רוב הראומטולוגים בישראל, ובהם כנס האיגוד הראומטולוגי האירופי EULAR, אשר התקיים אך לאחרונה בברלין. זאת, בהשתתפות 15 אלף ראומטולוגים מן העולם כולו, ואשר הציגו את המחקרים החדשים ביותר בתחום.

אני מבקש להזכירכם, כי אתר העמותה, אשר חודש בשנה האחרונה, החל להפעיל פורום שאלות ותשובות. אנא גלשו לאתר www.inbar.org.il והפעילו אותו, בין בשאלות לפורום, ובין בנושאים אחרים, אשר נראים לכם חשובים. בכוונתנו גם להעלות לאתר העמותה את המאמרים החשובים, שהופיעו במהלך השנים בעלוני ענבר, וכבר עתה אפשר למצוא שם חומר רב, הכולל חלק מן המאמרים הללו.

גם השנה ממשיכה מהפכת התרופות והטיפולים הביולוגיים בראומטולוגיה, בעולם וגם בארצנו. יש תרופות חדשות, שנרשמו רק השנה במשרד הבריאות, כטיפול במחלות דלקתיות של המפרקים. חלק מהן עדיין לא נכנסו לסל התרופות, אך למרות זאת כבר אפשר לקבלן בקופות החולים השונות, בתנאים מסוימים. העתיד הקרוב צופה לנו כניסה של תרופות ביולוגיות נוספות, אשר חלק מהן כבר רשומות בארצות חוץ, בהן גם תרופות במנגנונים חדשים, אשר לא ידענו עד עתה, כולל תרופות ביולוגיות שיינתנו דרך הפה. חולי מחלות המפרקים יוכלו רק לברך על עתיד ורוד זה, כאשר בחלק מן המקרים, תרופה זו או תרופה אחרת אינן פועלות, ובמקרים אחרים מתפתחות תופעות לוואי, המחייבות את הפסקת הטיפול בתכשיר זה, או בתכשיר אחר, כך שככל שקשת הטיפולים המודרניים תגדל, כן ייטב לחולי מחלות המפרקים הדלקתיות השונות.

החל מן העלון הנוכחי, אנו פותחים צוהר למחלות ראומטיות בשפות נוספות - אנגלית, ערבית ורוסית, מתוך כוונה שנושא המחלות הראומטיות יגיע גם עדי דוברי שפות אלו ואשר אינם דוברים עברית. לנושא זה יש גם חשיבות רבה בעת מפגשים של נציגי ענבר בכנסים בין לאומיים.

לצערי, איננו זוכים לתרומה משמעותית של מאמרים, פרי חברי העמותה. נשמח להוסיף ולהעשיר את העלון בחומר כתוב, מצולם, מאויר, או אף קטעי שירה של חברי העמותה. כבעבר, אני פונה לכל חבר לעזור לנו להרחיב את שורותיה של ענבר. לו כל חבר יביא רק חבר אחד נוסף, נכפיל את שורותינו. שערו בנפשותיכם, מה יהי אם כל חבר ידאג להביא חמישה (5) חברים חדשים. כל פעולה של הגדלת מספר החברים בעמותה, עם הגדלת המשאבים העומדים לרשותנו, רק תתרום לחיזוק כוחה הציבורי של ענבר כגוף המייצג את כלל חולי מחלות המפרקים בישראל.

אנו פונים אליכם בבקשה להתגייס לאיסוף תרומות ותורמים לעמותה. כל פעולה כזו תהיה אך ורק לרווחת החולים והמטופלים. מן החברים הוותיקים בקשתנו היא: אנא שלמו את דמי החבר (שהם רק 10 שקלים בחודש) במועד, כי רק כך נצליח לקיים ולהפעיל את העמותה. חברים המעוניינים במידע נוסף על העמותה, על פעילויותיה, או על המחלות השונות שבתחום המחלות הראומטיות, מתבקשים לפנות בכתב, או בדואר אלקטרוני למזכירות העמותה, והם ייענו בהקדם האפשרי.

לכולכם שלוחה ברכת המערכת, להמשך פעילות ברוכה ב"ענבר".

שנה טובה ושנת בריאות,

פרופ׳ מיכאל אהרנפלד, עורך

המרכז למחלות אוטואימוניות

מאת: **פרופ' יהודה שיינפלד** מנהל מרכז זבלדוביץ' למחלות אוטואימוניות, המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, מופקד-הקתדרה לחקר מחלות אוטואימוניות ע"ש ליאורה שוורץ-קיפ, אוניברסיטת ת"א, חבר הנהלת העמותה

תחום המחלות האוטואימוניות, הכולל 80 מחלות שונות (כמו: דלקת מפרקים שיגרונתית (RA), מחלת לופוס (זאבת), טרשת נפוצה, מחלת קרוהן במעי, ועוד), פיגר במחקרים ובטיפולים, לעומת תחומי מחלת הסרטן ומחלות הלב (הדומות בשכיחותן ובגרימת תחלואה ותמותה). לא פלא אפוא, שמרכזי סרטן ושמרכזים למחלות לב נמצאים בכל מרכז רפואי, ורק לאחרונה אנו עדים להקמתם של מרכזים אוטואימוניים, כגון זה שבמרכז הרפואי "שיבא", שהוקם לפני כשנה. מהי ההצדקה לרכז מחלות אוטואימוניות שונות, הפוגעות במערכות שונות (מוח, מעי, מפרקים), תחת קורת גג אחת?

נמצא שכל המחלות האוטואימוניות הן דומות! הן בגורמים המובילים להשראתן והן בטיפולים הנרשמים להן.

בכל המחלות האוטואימוניות אפשר למצוא רקע משפחתי, שניתן לאיתור בבדיקות דם ובבדיקות אחרות. בכל המחלות קיים ליקוי כלשהו, המסייע לכך שמערכת החיסון מתבלבלת ותוקפת את הרקמות והאיברים שלנו. ברוב המחלות האוטואימוניות קיימת נטיית-יתר לתחלואה בנשים, דבר המעיד על חשיבות הורמוני המין (אסטרוגן, פרוגסטרון, פרולקטין) ולבסוף, בכל המחלות האוטואימוניות יש גורם לוחץ על ההדק (Trigger factor) הקובע מתי המחלה תפרוץ ותבוא לידי ביטוי. הפסיפס של הגורמים באדם המסוים (The mosaic of autoimmunity) אחראי לסוג המחלה שתתפתח. לכן לא פלא, שבאותה המשפחה אפשר למצוא אם עם מחלת לופוס, בן עם סוכרת מסוג I (מחלה אוטואימונית) ובבת - מחלת עור אוטואימונית מן הסוג פמפיגוס וולגריס.

יתר על כן עם הבנת המנגנונים, המביאים להשראת המחלות, פותחו בעשורים האחרונים תרופות "ביולוגיות" ("טילים נגד טילים" - נוגדנים המיוצרים במעבדה ומכוונים כנגד רכיבים הגורמים למחלה, כדוגמת נוגדנים נגד TNF או נגד תאים משרי מחלה CD20).

תרופות אלו, ששינו את הסתמנות המחלות, הביאו לשיפור עצום אצל החולים ולמהפכה, אשר קרוב לוודאי, תאפשר אף ריפוי מושלם.

לאור האמור לעיל, לא מפתיע שתרופה ביולוגית אשר נמצאה יעילה במחלה אחת, הוכחה גם כמסייעת במחלות אוטואימוניות אחרות. לדוגמה, מתן התרופה הביולוגית נגד TNF פורסם לראשונה כמהפכה במחלת קרוהן (מחלה אוטואימונית של המעי), והנה כיום היא מיושמת כתרופה יעילה מאוד כמעט בכל המחלות האוטואימוניות הראומטיות, כדלקת מפרקים שיגרונתית. מובן שאם תרופה כזו נמצאה יעילה, מהר מאוד פותחו לה תרופות מתחרות בעלות מנגנון דומה.

לא נתפלא, אפוא, שכל מי שחלה במחלה אוטואימונית אחת נוטה יותר מאשר מי שלא חלה לחלות במחלה אוטואימונית שנייה. כל האמור לעיל בא להצדיק את הקמתם של המרכזים האוטואימוניים, שבהם ידורו בכפיפה אחת הראומטולוגים, הנפרולוגים והגסטרו-אנטרולוגים - מי שמטפל במחלות אוטואימוניות על מיגוון.

המרכז בשיבא הוא הראשון מסוגו בארץ, אך כבר הוקמו בעולם במקביל כ-13 מרכזים דומים שנמצאים בקונסורציום, שמטרתו לאפשר לרופאים צעירים ומומחים לשהות במרכזים האלה,

להחליף דעות וללמוד, וכן לחולים לקבל ייעוץ במרכזים השונים. יש להניח שבעתיד גם תקום התמחות ברפואה שתיקרא "אוטואימונולוגיה".

חלק מן התפיסה לעיל הביא לכך, שהמרכז בשיבא חבר לעמותת "עינבר", שגם היא חרטה על דגלה להביא תחת קורת גג אחת את "כל" המחלות האוטואימוניות, כאשר תחילתה הייתה להכליל את הדאגה לכל הסובלים ממחלות ראומטיות (ש-95% הן בעלות רקע אוטואימוני). לפיכך, לאחרונה הוכנסה תחת קורת גג זו גם עמותת חולי לופוס - לחסות תחת מטריית "עינבר". נקווה שבעתיד, גם שאר הסובלים ממחלות אוטואימוניות יראו בעמותת עינבר עמותת-אם לכלל המחלות האוטואימוניות.

יש ביטוח
כי לכל אחד מגיע ביטוח

עינבר - עמותה ישראלית לנפגעים במחלות ראומטיות ולופוס
INBAR - ISRAELI ARTHRITIS & LUPUS FONDATION

"יש ביטוח" הינה סוכנות לביטוח אשר מתמחה בביטוח לחולים כרוניים.
"יש ביטוח" ועמותת "עינבר" עמותה ישראלית לנפגעים ממחלות ראומטיות הסכימו על שיתוף פעולה אשר במסגרתו יוצאות פוליסות ביטוח יחודיות, אשר מותאמות לסובלים ממחלות ראומטיות ולצרכיהם.

בלעדי ביטוח סיעודי
ללא החרגות!!!

סוגי הפוליסות המוצעות:

- ביטוח בריאות (ניתוחים, השתלות, תרופות שלא בסל).
- ביטוח חיים (לרבות ביטוח משכנתא)
- ביטוח נסיעות לחו"ל (עם כיסוי מלא למחלה)
  מיוחד לחברי העמותה עד סוף החגים: כיסוי ביטוחי עבור מחשב נייד/ אייפד/ טאבלט בחו"ל בחינם.
- ביטוח תאונות אישיות (עם אובדן כושר עבודה מתאונה)
- שירותי בריאות VIP (אבחון מהיר לבעיה רפואית, רופא מלווה אישי, פיצוי על יום אשפוז מתאונה, רפואה משלימה, שרותים רפואיים יחודיים ואמבולטוריים).
- שירות יעוץ בנושא מימוש זכויות חולים במסגרת קופ"ח והביטוח הלאומי.

כפוף להצהרת בריאות

לפרטים נוספים: yesh.bitu@gmail.com
03-51117086
www.yeshbit.co.il

הידעת כי ?

קבוצה, מחלות ראומטיות פוגעות באוכלוסיות רבות ומגוונות, גוררות תחלואה משמעותית ומובילות לנטילת ימי מחלה רבים, ולאובדן כושר עבודה במקרים רבים. על כן עלותן של המחלות הראומטיות היא מן הגבוהות לאוכלוסייה, יותר מכל קבוצת מחלות אחרת.

מחלות ראומטיות מערבות מפרקים, שרירים, עצמות וגידים, עם מבנים נוספים הקשורים במערכת התנועה. הן עלולות להיות דלקתיות, ניווניות, או מטבוליות, וכוללות מיגוון רחב מאוד של יותר מ-100 מחלות.

זאבת אדמנתית מערכתית (לופוס) ותסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים (APLA-APS)

מאת: ד"ר ננסי אגמון-לוין, מרכז זבלודוביץ למחלות אוטואימוניות, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר

הקדמה

זאבת אדמנתית מערכתית, או לופוס כפי שנהוג לכנותה, היא מחלה אוטואימונית (אוטו=עצמי, אימוני=חיסוני), אשר עלולה לפגוע באיברים ובמערכות שונות בגוף החולה.

המחלות האוטואימוניות הן מחלות, שבהן מערכת החיסון פועלת באופן לא תקין כנגד האדם עצמו. מערכת החיסון של כל אחד מאיתנו נועדה להגן על גופנו מפני זרים (לדוגמה, חיידקים ונגיפים). אולם, בדומה לכל מערכת מתוחכמת מאוד, או לצבא מיומן מאוד, חלות בה תקלות. הללו עלולות לגרום למערכת החיסון של האדם לפעול כנגדו, או כפי שאפשר לתאר זאת בשפה הצבאית ל"ירי על כוחותינו". במרבית המחלות האוטואימוניות אפשר למצוא נוגדנים עצמיים בדמם של החולים. נוגדנים הם כלי הנשק של מערכת החיסון, ובחולים הלוקים במחלה אוטואימונית מופיעים נוגדנים, המכוונים נגד רכיבים שונים בגופו של החולה.

עד היום הוגדרו יותר מ-80 מחלות אוטואימוניות, כאשר כל מחלה מתאפיינת בתסמינים שונים ובנוכחות נוגדנים עצמיים שונים. יש לציין, כי אין זה נדיר שבאותו החולה, או בקרב בני משפחתו יאובחנו כמה מחלות אוטואימוניות שונות. אחת מן הדוגמאות השכיחות לכך היא המשלב בין שתי המחלות האוטואימוניות לופוס ותירואידיטיס ע"ש האשימוטו (מחלה אוטואימונית דלקתית של בלוטת המגן). עד היום תוארו משלבים רבים ושונים, שבהן כמה מחלות אוטואימוניות מאובחנות בו-זמנית, או זו לאחר זו לאורך חייו של החולה.

החלק הארי מקרב חולי הלופוס הוא נשים (כ-90%), ומרביתן מאובחנות במהלך גיל הפוריות. בדמם של החולים הלוקים בלופוס אפשר לאתר נוגדנים עצמיים מסוגים שונים, ולמעשה, זאת אחת מן המחלות האוטואימוניות, שבה אפשר לאבחן כמות עצומה של נוגדנים עצמיים (יותר מ-100), ואשר לחלק מהם יש השפעה משמעותית על מהלך המחלה, על ביטוייה השונים, ועל הסיבוכים הנלווים לה. במשך שנים, הרופאים המטפלים בחולי לופוס ידעו, כי חולים אלה נוטים לסבול בשכיחות גבוהה מאירועים של פקקת (חסימה) של כלי דם, וכי חלק מן החולות סובלות מהפלות חוזרות ומבעיות מיילדותיות נוספות.

לפני כ-30 שנה, תיאר פרופ' גראם יוז מאנגליה תסמונת אוטואימונית חדשה, אשר מאפיינת את קבוצת חולי לופוס הסובלים מפקקת בכלי הדם ו/או מהפלות חוזרות. באותה קבוצת החולים נמצאו בשכיחות מאוד גבוהה נוגדנים עצמיים נגד פוספוליפידים (APLA – Anti-PhosphoLipids Antibodies), ולכן התסמונת החדשה כונתה תסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים (APS – Anti-Phospholipids Syndrome). במהלך שלושת העשורים האחרונים אופיינה תסמונת זו, וכיום אנו יודעים לאתר אנשים בסיכון לפתח את התסמונת - כאלה, הנושאים בדמם את הנוגדנים הללו, ולעומתם את החולים אשר פיתחו את התסמונת המלאה, והם גם נושאים את הנוגדנים וגם סובלים מהופעת קרישי דם ו/או סיבוכים מיילדותיים.

תסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים

מאז תוארה תסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים לראשונה, התברר כי היא עלולה להופיע במשלב, לא רק עם מחלת הלופוס, אלא גם כתסמונת שניונית למחלות אוטואימוניות אחרות, כדלקת

שיגרונתית (ראומטואיד ארתריטיס), תסמונת סיוגרן (תסמונת יובש), ועוד. יתרה מזו, נמצא כי לעתים היא מופיעה כתסמונת אוטואימונית ראשונית ויחידה, ללא עדות למחלה נוספת.

בשנת 2006 הוגדרו הקריטריונים הדרושים לאבחון תסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים (ראשונית או שניונית), והם כוללים את שני הקריטריונים הבאים:

1. עדות להימצאותם של נוגדנים המכוונים כנגד פוספוליפידים (APLA) בדמו של החולה, בשתי בדיקות דם נפרדות.
2. עדות לפקקת של כלי דם, או לסיבוכים מיילדותיים (כהפלות חוזרות, או הפלה המתרחשת בשלב מאוחר של ההיריון).

רק החולים, שבהם מתקיימים שני הקריטריונים לעיל, יאובחנו כלוקים בתסמונת APLA. מאידך, יש להדגיש כי תסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים היא מחלה סיסטמית, העלולה לפגוע במערכות רבות, מעבר לקרישיות היתר, והפגיעה בהיריון.

בחולים הסובלים מתסמונת זו, הן ראשונית והן שניונית, תיתכן מעורבות מערכת הדם (ירידה בספירת הטסיות), העור (תפרחות אופייניות והשכיחה שביניהן מכונה ליבידו רטיקולריס), הופעה של כיבים בעור, מעורבות הלב, הכיליה ועוד.

כן נמצא, כי כ-10% מן החולים, הלוקים בתסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים הראשונית, יאובחנו במהלך חייהם כלוקים במחלה אוטואימונית נוספת (לדוגמה, לופוס), ואילו עד 20% מן הלוקים במחלות אוטואימוניות שונות, כגון: לופוס, דלקת מפרקים שיגרונתית, תסמונת סיוגרן ומחלות אחרות, יוגדרו כלוקים גם בתסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים.

הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים

נוגדנים עצמיים אלה מכוונים נגד הרכיבים הפוספוליפידיים על קרום התא. פוספוליפידים נמצאים על פני מעטפת תאים רבים, בהם תאים המצפים את כלי הדם, או אלה המרכיבים את השליה המחברת בין האם לעובר. עד כה אופיינו נוגדנים עצמיים שונים נגד פוספוליפידים, אך רק שלושה מביניהם משמשים כקריטריון לאבחון תסמונת הנוגדנים האנטי- פוספוליפידים.

שלושת הנוגדנים המשמשים כקריטריון אבחוני הם : אנטי-קרדיוליפין (ACL-anti-cardiolipin), אנטי-ביתא--2ג'י-פי-איי (anti-B2GPI) והנוגדן המכונה לופוס אנטי-קואגולנט (LAC-lupus anti-coagulant). שלושת הנוגדנים עלולים להופיע בחולים, הלוקים גם בתסמונת ראשונית וגם בתסמונת שניונית, הנלווית ללופוס או למחלות אוטואימוניות-ראומטיות אחרות. כן יש לציין, כי נוכחות נוגדנים אלה היא קריטריון לאבחון הזאבת, והם מצויים בדמם של כ-40% מחולי הלופוס. חלק מחולי הלופוס, הנושאים את הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים, יפתחו במהלך חייהם את התסמינים הקליניים, הדרושים לאבחון תסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים.

כיום, אנו יודעים, כי יש חשיבות לא רק להימצאותם של הנוגדנים בדם, אלא גם לכמותם. כלומר, ככל שיש יותר נוגדנים (משלושת הסוגים בהשוואה לשני נוגדנים, או לנוגדן מסוג אחד), וככל שרמתם בדם היא גבוהה יותר, כך הסיכון לקרישת דם מוגברת ו/או סיבוכים מילדותיים הוא גבוה יותר.

הימצאותם של נוגדנים אנטי-פוספוליפידים תוארה גם באנשים בריאים (עד 5% מן האוכלוסייה). זאת, בעיקר, לאחר חשיפה לזיהומים (דוגמת זיהום בדרכי הנשימה העליונות, בשחפת, ועוד), ולאחר חשיפה לתרופות (דוגמת פנותיאזינים, והידרלזין). במרבית המקרים הללו מדובר בנוגדנים עצמיים, אשר יופיעו במהלך הזיהום או הטיפול, והם ייעלמו בהמשך ללא השפעה על מערכת קרישת הדם וללא מעורבות מיילדותית. מכך נגזר, כי לצורך אבחון תסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים, יש לוודא, כי הנוגדנים לא נעלמו, ולכן נדרשות שתי בדיקות דם חיוביות, כאשר הפער בין הבדיקות הוא של 12 שבועות לפחות.

מאידך, באנשים, אשר מועדים לפתח את המחלה, נמצא קשר מובהק בין שפעול תסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים לבין זיהומים שונים.

מתי יש להיבדק על נוכחות הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים?

מומלץ לבדוק, אם קיימים נוגדנים אנטי-פוספוליפידים בכל חולה צעיר, אשר לקה בפקקת של כלי דם, ובכל אישה הלוקה בהפלות חוזרות (למשל, יותר משלוש הפלות), או בהפלה מאוחרת (לאחר שבוע 10). כמו כן יש לבדוק כל חולה או חולה, החשודים למחלת הלופוס - האם בדמם נמצאים הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים.

יש לציין, כי לעתים מבוצעת בדיקת דם לנוגדנים אלה גם לאנשים, אשר קיים עליהם חשד לקיום התסמונת, אף שלא התקיימו בהם הקריטריונים המלאים. לדוגמה, אישה לאחר הפלה אחת, או גבר הלוקה בתסמינים קליניים חשודים, כירידה בספירת הטסיות ותפרחת אופיינית.

באנשים אלה, אם נמצאו בדמם הנוגדנים האופייניים, אף שהם אינם עונים על הקריטריונים המגדירים את התסמונת, יש צורך בהמשך מעקב ולעתים אף בטיפול מונע.

עם זאת, כפי שצוין קודם, נוגדנים כאלה עלולים להופיע באופן זמני, בנסיוב של חולים במחלות שונות, ואף בנסיובם של בריאים. לכן ההחלטה על הצורך בבירור נוסף או בטיפול דורשת הערכה של צוות רפואי, שהוא מומחה בנושא זה.

האם אפשר למנוע את הופעת תסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים?

שאלה זו נשאלת לעתים קרובות, כאשר מאותרים נוגדנים אנטי-פוספוליפידים בדמו של נבדק, ללא עדות למחלה, או לנוכחות תסמינים הקשורים למחלה. במרבית המקרים, נבדקים אלה יונחו לנקוט אמצעי מניעה, אשר יקטינו את הסיכון להופעת אירועי פקקת. אמצעים כאלה כוללים: הקטנת גורמי סיכון לקרישת דם (עישון, יתר שומני הדם = היפרלפידמיה ועוד), הימנעות משימוש בגלולות למניעת היריון, ושימוש בתכשירים מדללי דם במצבים, המעלים את הסיכון לקרישת דם (דוגמת טיסות ממושכות וניתוחים).

הטיפול בתסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים

הטיפול בתסמונת הנוגדנים האנטי פוספוליפידים, הן ראשונית והן שניונית למחלה אוטואימונית אחרת, דורש הערכה והתאמה אישית לכל חולה בידי צוות רפואי מורחב, הכולל בדרך כלל: מומחה

למחלות אוטואימוניות-ראומטיות, מומחה לטיפול בהפרעות קרישת הדם ומומחה למיילדות. ההחלטה על אופי הטיפול ועל משכו תלויה ברכיבים שונים. לדוגמה, באישה אשר אובחנה כלוקה בתסמונת ראשונית, אשר התאפיינה בהפלות חוזרות בלבד, אפשר במקרים רבים להסתפק בטיפול תרופתי במהלך ההיריון ותקופת משכב הלידה. לעומת זאת, בחולה הלוקה בתסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים, אשר באה לידי ביטוי באירועים חוזרים של פקקת, פגיעה בקרומי הלב והכליות, יידרש טיפול רב-תרופתי כולל מדללי דם לאורך כל חייו.

אבן היסוד לטיפול בתסמינים, הנגרמים בעטיים של הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים, היא הטיפול נגד קרישת הדם. טיפול זה יכול לכלול תרופות, המונעות צימות (אגרגציה) של טסיות ולמשל, אספירין ותרופות ה"מדללות את הדם" מן הסוגים: הפרין, קלקסן וקומדין. הטיפולים לדילול הדם, אף שהוכחו כיעילים ביותר, כרוכים בתופעות לוואי והטיפול בקומדין כרוך במעקב רצוף של בדיקות דם ובהקפדה על דיאטה מתאימה.

בחמש השנים האחרונות, אנו עדים להופעתן של תרופות חדשות לדילול הדם, אשר הן נוחות יותר לשימוש (דורשות פחות בדיקות מעקב) ויעילותן גבוהה. תרופות חדשות אלו (למשל, פרדקסה) טרם נבדקו ואושרו לטיפול בחולים הלוקים בתסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים, אך יש להניח, כי בעתיד הקרוב הן יצטרפו למישלב התרופתי הניתן לחולים אלה.

איזון וטיפול בגורמי סיכון לקרישת דם באשר הם לדוגמה, הפסקת עישון, ירידה במשקל, איזון שומני הדם, ועוד הם רכיבים חשובים בטיפול בלוקים בתסמונת זו.

הטיפול בתרופות, אשר מווסתות את פעילות מערכת החיסון ומורידות את רמת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים, דוגמת הידרוקסיכלורוקווין (פלקוויניל), ריטוקסימאב (מבטרה), או שחלוף-פלסמה ניתן, בעיקר, לחולים במצבי קיצון שבהם התסמינים הקליניים הם קשים במיוחד, או לחולים הלוקים בתסמונת שניונית.

בשנים האחרונות הצטבר מידע על תפקידם של טיפולים אלה, אשר יש להניח, כי בעתיד ישולבו בטיפול בחלק מן החולים.

בעשור האחרון בוצעו מחקרים רבים על הקשר בין ויטמין D, ומחלות אוטואימוניות ככלל, ותסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים בפרט. גם בעבודות שביצענו בישראל נמצא קשר בין רמות נמוכות של ויטמין D ובין קרישה מוגברת, כך שיש לשקול תוספת טיפול בוויטמין D, בחולים הלוקים בתסמונת זו.

לסיכום

תסמונת הנוגדנים האנטי-פוספוליפידים מתאפיינת בהופעת נוגדנים ייחודיים למחלה זו, וכן באירועי קרישת דם, בהפלות חוזרות ובתסמינים נוספים. המחלה עלולה להופיע כמחלה ראשונית, או כמחלה נלווית למחלות אוטואימוניות אחרות. הטיפול בה, אף שהוא מצריך הערכה ומעקב בידי צוות מומחים, הוא יעיל ביותר ומאפשר מניעה של קרישת יתר ב-90% מן המקרים, והשלמת היריון ולידה ב 80%-90 מן המקרים. הידע הרב, שנצבר לאורך שלושת העשורים האחרונים, מאפשר ללוקים בתסמונת זאת להימנע מסיבוכי המחלה ולשמר אורח חיים ואיכות חיים טובה.

עמותת ענבר היא כתובת לקבלת ייעוץ, מידע, שמירה על זכויותיך וקידומן.

הצטרף אלינו כחבר עמותת ענבר לחזק את כוחנו

ש ל ך   ו ב ש ב י ל ך

מלא ושלח לפקס' מס' 03-5613874, או התקשר לטלפון 03-5613832
או שלח בדואר לרח' הנצי"ב 16, תל-אביב, 67018

☐ אני מבקש להצטרף כחבר בעמותת "ענבר". מצורף לזה תשלום של 120 ש"ח לשנה
☐ אני מבקש להצטרף כחבר בעמותת "ענבר". מצורף לזה תשלום של 200 ש"ח לשנתיים

שם ומשפחה	מס' ת"ז
מס' טלפון	כתובת
כתובת דואר אלקטרוני	

אפשר לשלם בכרטיס אשראי באמצעות טלפון 03-5613832

חדש בישראל!

התרופה שפעילה על הבוקר

סובלת מנוקשות בוקר

של דלקת מפרקים שגרונית?

באפשרותך לחזור להיות

פעילה על הבוקר

למידע נוסף היכנסי לאתר:

activemorning.co.il

סרקי את הברקוד לגישה
לאתר מהסמארטפון

מעבדות רפא

הפניה מיועדת לנשים וגברים כאחד

המלצות למתן חיסונים לחולים במחלות ראומטיות

מאת: פרופ' אורי אלקיים, יו"ר האיגוד הישראלי לראומטולוגיה ומנהלת היחידה לאשפוז יום ראומטולוגי, מרכז רפואי סוראסקי, תל אביב

בשנים האחרונות חל שיפור מרשים בטיפול בחולים הסובלים ממחלות ראומטיות שונות, והקידמה בולטת במיוחד בעבור חולים בדלקת מפרקים שיגרונתית (להלן: "דמ"ש"), ספונדילוארתרופתיות וזאבת. השיפור הוא תוצאה של שימוש גובר בטיפולים מוצלחים, המדכאים את מערכת החיסון, כגון: סטירואידים, מטוטרקסט, ותכשירים ביולוגיים שונים. על אף השיפור המושג מבחינת המחלה הראומטית, יש לציין, כי שיעור הזיהומים בקרב חולים ראומטים לא ירד, אלא אף עלה. ממאגרי מידע שונים למדנו, שהטיפול בחוסמי TNF כרוך בעלייה בזיהומים, ובעיקר, נשימתיים ועוריים. חיסונים נגד מזהמים שונים עשויים למנוע התפתחות זיהומים. קיימת רתיעה מסויימת בקרב רופאים וחולים למתן חיסונים לסובלים ממחלות אוטואימוניות. זאת, מחשש להתפרצות המחלה האוטואימונית, מחד, ועקב האמונה, כי חולים מדוכאי חיסון עלולים שלא להגיב על החיסון, מאידך.

אמנם, קיימים דיווחים על הופעה, או על התלקחות של מחלות אוטואימוניות שונות בעקבות חיסונים שונים, ובעיקר, נגד צהבת (הפטיטיס) B. אך במקביל, בעשור אחרון, פורסמו מחקרים רבים, אשר העריכו את יעילותם של החיסונים ואת בטיחותם באוכלוסיות, הסובלות ממחלות אוטואימוניות עם הוכחות ברורות ליעילות החיסונים, ללא עלייה בתופעות הלוואי. לאור מחקרים אלה, האיגוד הראומטולוגי האירופי (EULAR) הקים לפני כשנתיים ועדה, שמטרתה לקבוע המלצות למתן חיסונים בחולים הסובלים ממחלות אוטואימוניות.

המלצות אלו מובאות להלן, במאמר זה, לצד הסבר על אודות ביסוסן המדעי.

הערכת סטטוס החיסונים בקבלת החולה

למעשה, רצוי לעדכן את "פנקס" החיסונים של כל חולה חדש. מצד אחד, מטרת העדכון היא רישום תופעות לוואי לחיסונים בעבר, ומצד שני, השלמת החיסונים החסרים אותם לא קיבל החולה.

רצוי לחסן את החולה כאשר מחלתו האוטואימונית היא יציבה

ההמלצה מתבססת על חשש מפני החמרת מחלה פעילה בעקבות החיסון. המלצה זאת מבוססת אך ורק על "המלצת מומחים", ולא על מחקרים מבוקרים. יתר על כן כל המחקרים שנעשו, ובעיקר, על חיסוני שפעת ודלקת ריאות, לא הראו החמרה במחלה היסודית, אם כי מחקרים אלה בוצעו לרוב על חולים שהיו במצב יציב.

יש להימנע ממתן חיסונים חיים מוחלשים

מתן חיסונים חיים מוחלשים אצל חולים עם דיכוי של המערכת החיסונית עלול לגרום למחלה עצמה ועל כן יש להימנע מכך. לכן החיסונים, שמהם יש להימנע, כוללים חיסונים נגד קדחת צהובה והחיסונים הפומיים לטיפוס הבטן ולפוליו.

ייתכנו שני גורמים יוצאי דופן להמלצה נגד מתן חיסונים חיים: חיסון ה-MMR - חצבת, חזרת ואדמת - אמנם, מדובר בחיסון מוחלש, אך מדיווחים על בטיחותם בילדים, הסובלים ממחלות ראומטיות, נראה כי הוא בטוח דיו ובמצבים שבהם החיסון הוא חיוני, אפשר לשקול את מתנו; חיסון לשלבקת חוגרת (הרפס זוסטר) יפורט להלן, בסעיף הנוגע לחיסון זה.

טיפול מדכא חיסון ומתן חיסונים

אפשר לחסן את החולים, המטופלים בתרופות המשנות את מהלך המחלה (Disease Modifying Rheumatic Drugs – DMARD's) וחוסמי TNF, בלי שהטיפול יפגע מהותית ביעילות החיסון. אולם עם זאת, יש לחסן את החולים לפני תחילת הטיפול במבתרה (Rituximab – Mabthera) משום שנמצא, כי תכשיר זה פוגע מהותית בתגובה האימונית לחיסון.

חיסון לשפעת עונתית

יש לשקול בחיוב חיסון כנגד שפעת עונתית.

אמנם, קיים מחסור במחקרים על שכיחות השפעת העונתית בחולים עם מחלות ראומטיות, אך ללא ספק יש הוכחות על עלייה בזיהומים נשימתיים, אשר קשורים בעקיפין לשפעת זאת. הוכח כי שיעור האשפוזים והתמותה בקרב חולי דמ"ש, נמוך יותר, לעומת החולים שקיבלו חיסונים נגד שפעת.

בוצעו מחקרים, שמטרתם הייתה להעריך את היעילות ואת הבטיחות של חיסונים למחלות: דמ"ש, זאבת, וסקוליטיס, וסקלרודרמה, גם תחת טיפול ב-DMARD'S ובחוסמי TNF. מחקרים אלה הראו, כי החיסון הוא יעיל ובטוח.

חיסון לדלקת ריאות

יש לשקול בחיוב חיסון לדלקת ריאות.

המלצה זו מבוססת על נתונים, המראים עלייה בתמותה, בקרב חולים ראומטיים, בעקבת דלקת ריאות. היעילות והבטיחות של חיסונים לדלקת ריאות הוכחו בקרב חולי דמ"ש, זאבת, דלקת מפרקים פסוריאטית, דלקת חוליות מקשחת וסקלרודרמה. חוסמי TNF, ובעיקר Rituximab, עלולים להפחית את התגובה החיסונית, ועל כן היות שלא מדובר בחיסון עונתי, אלא בחיסון הניתן פעם בכמה שנים, רצוי לבצעו לפני תחילת הטיפול ב-DMARD'S, או בתכשירים ביולוגיים.

חיסון לטטנוס

יש לחסן נגד טטנוס, על פי ההמלצות המקובלות בכל מדינה. לרוב, ההמלצה היא לחסן פעם ב-10 שנים, או במקרה של פציעה. כמה מחקרים על חולי דמ"ש וזאבת הוכיחו את יעילותו של החיסון ואת בטיחותו.

חיסון לשלבקת חוגרת

אפשר לשקול מתן חיסון לשלבקת חוגרת. יש לזכור עם זאת, כי החיסון הנמצא הוא חי מוחלש, המבוסס על וירוס האבעבועות רוח. עם זאת, אין ספק כי קיימת שכיחות גבוהה של שלבקת חוגרת בקרב חולי דמ"ש, זאבת, וסקוליטיס ובמטופלי חוסמי TNF. נוסף על כך, שלבקת חוגרת נובעת מהתעוררות הווירוס לאבעבועות רוח. לפיכך, היכרות מוקדמת של המערכת החיסונית עם ווירוס זה מפחיתה את החשש בפני תגובה לחיסון חי מוחלש. על פי המלצות מרכז בקרת התרופות האמריקאי (CDC - Center for Disease Control), אפשר לחסן חולים המטופלים בסטירואידים במינון נמוך, במטוטרקסט ובאזתיופרין. יש לזכור, שלא בוצעו מחקרים, אשר העריכו את יעילותו של החיסון ואת בטיחותו, וכי ההמלצה מבוססת על דעת מומחים.

חיסון נגד וירוס הפפילומה

יש לשקול חיסון נגד וירוס הפפילומה אצל חולות עד גיל 46. וירוס הפפילומה עלול לגרום לסרטן צוואר הרחם. מתברר מנתוני הספרות, כי לחולות זאבת יש פינוי מופחת של וירוס הפפילומה, וכי שיעור סרטן צוואר הרחם מוגבר באוכלוסייה זו.

החיסון נגד וירוס הפפילומה הוא חיסון מומת, ועל כן הוא מומלץ לנשים עד גיל 46. יעילותו לא נחקרה בקרב חולות מדוכאות חיסון.

חיסונים באוכלוסייה שלאחר כריתת הטחול או עם תפקוד ירוד של הטחול

החיסונים נגד דלקת ריאה פנאומוקוקלית, נגד המופילוס אינפלואנזה B ונגד מנינגוקוק C הם חיוניים, ויש לחזור עליהם כל חמש שנים.

חיסונים נגד צהבת A ו-B

חיסונים אלה מומלצים לחולים, הנמצאים בסיכון מוגבר לצהבת (לדוגמה, עובד בית חולים, לפני נסיעות וכו').

יש לציין, שעבודות מעטות מאוד בוצעו על יעילותם של חיסונים אלה ועל בטיחותם בחולים עם מחלות ראומטיות, אם כי תוצאותיהן היו חיוביות עם תגובה טובה לחיסון וללא תופעות לוואי יוצאות דופן.

חיסונים לפני נסיעה

על החולים עם מחלות ראומטיות המתכננים נסיעה להתייעץ על הצורך בחיסונים ולהתנהג על פי ההמלצות הכלליות, להוציא קבלת חיסונים חיים מוחלשים, כגון לקדחת צהובה, לטיפוס הבטן ולפוליו הניתנים בפה.

ההמלצות לעיל מסכמות את מדיניות החיסונים, המתאימה לחולה הסובל ממחלה ראומטית. מדובר בהמלצות בלבד, ויישומן יתבצע בתיאום בין הרופא המטפל לחולה ועל פי מאפייני המחלה הייחודיים של כל חולה וחולה. עם זאת, אין ספק כי אצל רוב החולים, ההמלצות הן ישימות ורצוי להקפיד על ביצוען. אימוצן עשוי בהחלט להפחית את שיעור הזיהומים, את התחלואה ואף את התמותה בקרב החולים הראומטיים.

בעיות בקרסול

מאת: ד"ר קונסטנטין הלפרין מומחה לכירורגיה אורתופדית, כירורגית קרסול וכף רגל, קופ"ח לאומית

העלייה המתמדת באורך ותוחלת החיים בחברה המודרנית מביאה את האוכלוסייה היותר מבוגרת לעסוק בפעילות גופנית וספורטיבית באופן יותר פעיל. פעילות גופנית כזו, משפרת מצד אחד את תפקוד מערכות הלב, הנשימה וכלי הדם, אך מאידך, מעלה את שיעור הפתולוגיות של מערכת השלד ושל המפרקים.

בעיות בקרסוליים ובכפות הרגליים הן אחת מהסיבות השכיחות שבגינן פונים אנשים לאורתופד. אפשר לחלק את הבעיות הנ"ל לשתיים:

מולדות - איתן האורתופדים מתמודדים בגיל הילדות וההתבגרות אך הן נדירות יחסית.
נרכשות - בעיות אשר מופיעות במהלך החיים הבוגרים. כאבים בקרסוליים ומסביב להם אצל אנשים בוגרים עלולים לנבוע מטראומה, או ממחלות הקשורות במאמצים גופניים חריגים, וכן כתוצאה ממחלות סיסטמיות, לרוב דלקתיות.
כמו כן, קיימת קשת רחבה של פגיעות קרסול, החל ממתיחות קלות של הרצועות המייצבות את מפרק הקרסול וכלה בנקעים ובשברים חמורים בהם יש צורך לטפל במסגרת אשפוז בבית חולים.
בין התלונות השכיחות, איתן פונים לאורתופד, אפשר לציין מצבים דלקתיים של הרצועות ושל הגידים מסביב לקרסול, כגון דלקות של גיד האכילס, גידים אחוריים וקדמיים של השוק, האחראים לתנועה ולמנח של כף הרגל ועל קיום הקשתות הטבעיות בכף הרגל. דלקת או אי ספיקה תפקודית של הגידים הנ"ל גורמים לכאבים ולאי נוחות בקרסול ובכף הרגל. הטיפול בבעיות הנ"ל הוא בדרך כלל שמרני (לא ניתוחי) וכולל טיפולים פיזיותרפיים, טיפולים להפחתת התהליכים הדלקתיים (אולטרסאונד טיפולי, טיפולים חשמליים וקור-חום) וכן תרגילים לחיזוק שרירי השוקיים ולשיפור היציבות של המפרק, טיפולים תרופתיים אנטי דלקתיים וכמובן אביזרי עזר חיצוניים למיניהם, כמו: תומכים, מדרסים ונעליים אורתופדיות מותאמות לפי מידות וכו'. מובן, שיש מצבים שבהם הטיפולים השמרניים אינם מספיקים ואז אנחנו נוקטים גם טיפול ניתוחי.
לעתים קרובות בעיות קרסוליים וכפות הרגליים נובעות ממאמץ יתר או פציעות ספורט למיניהן. אפשר להבדיל בין מחלות אקוטיות-חריפות כמו מתיחות, קרעים חלקיים או דלקות של הגידים ושל הרצועות, שברי מאמץ או פגיעות של עצמות הקרסול וכף הרגל לבין מחלות כרוניות של המפרקים או של הגידים, כמו: אי ספיקת גידים כתוצאה מפציעות בעבר, או פגיעות בסחוס המפרקי.

העלייה בגיל המטופלים משנה גם היא את אופי התלונות והבעיות שמאובחנים ע"י האורתופדים. לרוב כאבים בקרסוליים, אי נוחות ולעתים גם נפיחות מסביב למפרקים נובעים משינויים ניווניים (דגנרטיביים) במפרק הקרסול ובמפרקים הסמוכים לקרסול. במקרים האלה, הטיפול המקובל הוא שיכוך הכאבים והדלקת באמצעות תרופות, ניסיון הפחתת עומסים מן הקרסוליים בהפחתת משקל הגוף, או בשימוש בתומכים ובמדרסים.
לאחרונה נעשה שימוש הולך וגובר בהזרקות תוך מפרקיות של תכשירי חומצה היאלורונית (הטיפול הזה נפוץ מאוד במקרים של מחלה ניוונית של הברכיים), במקרים של שינויים, גם ניווניים וגם פוסט טראומטיים במפרקי הקרסול. יש תכשירים רבים מן הסוג הזה בשוק, וביניהם תכשיר ביוטכנולוגי (שמקורו אינו מן החי) תוצרת כחול לבן. מקובל לבצע עד שלוש הזרקות של התכשיר הנ"ל לתוך החלל המפרקי ולפי העבודות השונות, וגם על פי ניסיוננו האישי יש הטבה במצב ושביעות רצון גבוהה של המטופלים בכ-80% מהמקרים*.
במצבים הקשים יותר של פגיעות בקרסול, אנו נאלצים לנקוט בטיפולים פולשניים יותר - ניתוחיים.
לסיכום נדגיש, כי קיים מיגוון רחב של מחלות ושל בעיות קרסוליים, אך לרובם יש פתרונות, שהאורתופדיה המודרנית יכולה להציע, בתנאי שהפנייה לאורתופד מומחה לטיפול בבעיות קרסוליים וכפות רגליים נעשית בזמן.
* הערת העורך: עם זאת יעילותו של טיפול זה עדיין שנוייה במחלוקת

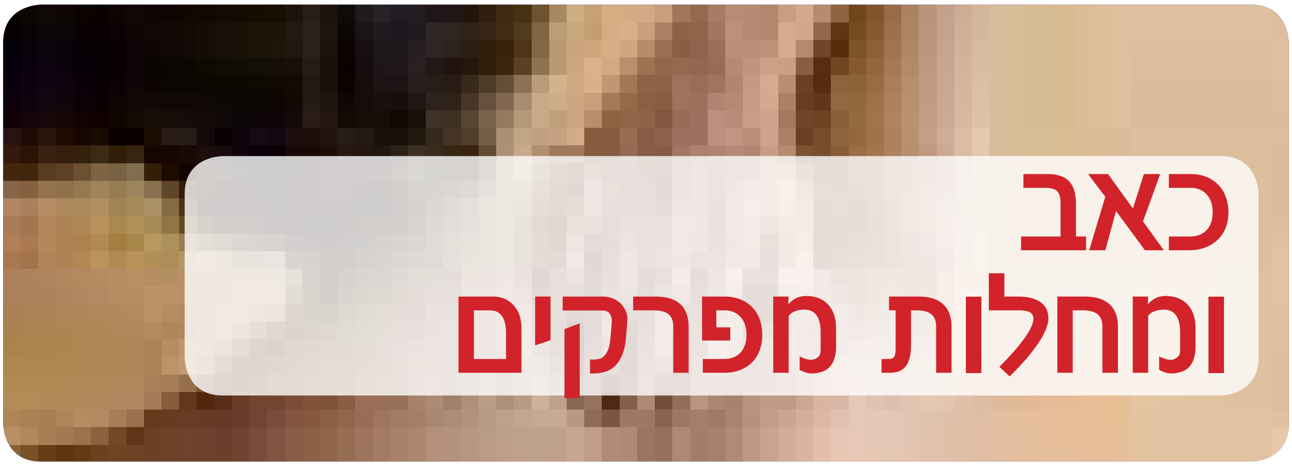
קישורים לאתרים בעברית ובלועזית

להלן רשימה של אתרי אינטרנט מומלצים ואמינים, העוסקים במחלות ראומטיות. יש לציין, כי מן רוב האתרים הללו אפשר לעבור לאתרים אחרים באמצעות קישוריות.

שם האתר	כתובת האתר באינטרנט
עמותת עינבר	www.inbar.org.il
המוסד לביטוח לאומי	www.btl.gov.il
ארגון החולים הקנדי	www.arthritis.ca
ארגון החולים האמריקני	www.arthritis.org
ארגון חולי הסקלרודרמה	www.scleroderma.org
אתר חוברת על מחלת הזאבת (לופוס)	www.nih.gov
פורטל הרפואה הישראלי	www.infomed.co.il
אתר בנושא תסמונת הפיברומיאלגיה	www.fibromyalgia.co.il
עמותת אסף (חולי סי.אפ.אס ופיברומיאלגיה)	www.asaf.org.il
מחלת בכטרב	www.spondylitis.org
תסמונת סיגרן	www.sjogrens.org
הארגון האמריקני למחלת בכצ'ט	www.behcets.com
ארגון הלופוס הישראלי	www.lupus.org
פורום ראומטולוגיה ילדים בניהול פרופ' עוזיאל וד"ר בוטבול	www.beok.co.il/selectedforum.aspx?forumsid=129

מרכזים רפואיים עם שירותים ראומטולוגיים

			ילדים	
בי"ח רמב"ם, חיפה	1-70050-51-50	ד"ר א' בלביר-גורמן	04-8534228 04-8543274	פרופ' ר' ריבק ד"ר י' בוטבול
בי"ח בני ציון, חיפה	04-8359315	פרופ' י' רוזנר		
בי"ח כרמל, חיפה	04-8250211	ד"ר ד' זיסמן	077-9258279	ד"ר י' הכט
בי"ח העמק, עפולה	04-6495000	פרופ' ר' מדר	04-6494354	פרופ' י' עוזיאל
בי"ח מאיר, כפר-סבא	09-7471555	ד"ר ה' סבן	09-7471809	פרופ' י' עוזיאל
בי"ח בילינסון, פתח-תקווה	03-9377077	ד"ר י' מולד		
בי"ח השרון, פתח-תקווה	03-9376666	ד"ר א' קופרמן		
בי"ח שניידר לילדים, פתח-תקווה			03-9253693 03-9253663	פרופ' ל' הראל ד"ר מ' מוקמל
בי"ח איכילוב, תל-אביב	03-6974000	פרופ' ד' כספי		
בי"ח שיבא, תל-השומר בי"ח חולים לילדים "ספרא"	03-5305000	פרופ' פ' לנגביץ'	03-5407731	ד"ר ש' פדה
בי"ח וולפסון, חולון	03-5028111	ד"ר א' טנאי		
בי"ח אסף הרופא, צריפין	08-9779610	פרופ' מ' טישלר	08-9779117	ד"ר צ' טאובר
בי"ח קפלן, רחובות	08-9441111	ד"ר א' מילר	08-9441451	ד"ר י' ברש
בי"ח הדסה עין-כרם, ירושלים בי"ח הדסה הר הצופים	02-5842111	פרופ' א' בן שטרית	02-5844430	ד"ר י' ברקון ד"ר א' אייזנשטיין
בי"ח שערי צדק, ירושלים	02-6555999	פרופ' ג' ברויאר	02-6555307	פרופ' פ' השקס
בי"ח ברזילי, אשקלון	08-6745341	ד"ר ט' רייטבלט		
בי"ח סורוקה, באר-שבע	08-6400465	פרופ' מ' אבו שקרה		
בי"ח מעייני הישועה, בני ברק	03-5771116	פרופ' א' ויינברגר		



כאב ומחלות מפרקים

מאת: ד"ר ברקת שיף-קרן, מומחית לטפול בכאב והרדמה,
המרכז הרפואי סוראסקי, תל אביב ומכבי-שירותי בריאות

כאב

מחלות המפרקים מלוות בכאבים ולרוב החולים, שמתלוננים על כאבים, יש בעיית מפרקים. רוב החולים שמגיעים לראומטולוג - הסיבה לפנייתם לרופא היא כאב.

הכאב מוגדר כחוויה רגשית ותחושתית לא נעימה, שקשורה בנזק רקמתי אמיתי, או מתוארת במושגים של נזק רקמתי.

לדוגמה, בחולים עם מחלות מפרקים על רקע אוטואימוני כמו חולי ראומטואיד ארתריטיס, יש נזק רקמתי מוכח - הרס של הסחוס, למשל. לעומתם, בחולים עם כאבי מפרקים במחלות, כמו פיברומיאלגיה, אי אפשר לראות נזק במפרקים - אבל החולים מתארים את אותו הכאב ממש.

בקבוצת החולים עם כאבי המפרקים, נכללים גם חולים עם בעיות מפרקיות על רקע של טראומות, כמו חולים שעברו תאונות דרכים - פציעה במפרקים עצמם, או פגיעות בעצמות, שהפועל היוצא מן השינוי במבנה השלד שלהם הוא פיתוח כאבי מפרקים. כלולים בקבוצה זו גם חולים, שתהליך ההזדקנות הטבעי גורם להם לפגיעה מפרקית ניוונית - תופעה אוניברסלית שאיננו יכולים למנוע אותה (בינתיים), ואשר כרוכה בחלק מן התחלואה שהאנושות חווה עם ההזדקנות.

כאב כרוני מגביל בכל תחומי החיים - השפעתו ניכרת בתפקוד היום-יומי: מקיום המטלות האישיות הפשוטות והבסיסיות ביותר, אפילו ברמה של שמירת ההיגיינה האישית, דרך התפקוד במשפחה ובזוגיות, ועד לתפקוד בחברה ובקהילה ובאפשרות להשתכרות. הכאב מלווה תמיד בתגובה נפשית: מידה כזאת או מידה אחרת של דיכאון, מרמה של עצב ועד רמת דיכאון קליני. התחלואה המשותפת, הגופנית והנפשית, מצריכה לעתים קרובות מעורבות רב-תחומית בטיפול בחולים עם כאבי מפרקים.

חווית הכאב

החוויה הסובייקטיבית הזאת, שאנחנו מגדירים במילה כאב, מושפעת מגורמים רבים ושונים מאדם לאדם, וגם באותו אדם מרגע לרגע. היא קשורה לסביבה - תנאים סביבתיים עשויים להקל את הכאב, כמו למשל, טמפרטורה נעימה, או להיפך, קור או חום קיצוניים מחמירים את תחושת הכאב.

היא תלויה בניסיון הקודם של החולה - התפיסה הניטשאנית ש"מה שלא הורג מחשל" - איננה מתאימה באמת למוח האנושי - באופן פשטני, מערכת העצבים שלנו בנויה כך שכל טראומה גוררת אחריה פוסט-טראומה: המוח האנושי יוצר מערכת של ציפייה ושל היערכות לחוויות שזכורות לו. כיום, הידע שלנו על השפעת הכאב הכרוני במוח מאפשר לנו להסביר תופעות, שהאנושות הכירה ותיארה משחר קיומה, כמו תופעת הפלצבו, או האפשרות הטיפולית של דמיון מודרך, השפעות ההיפנוזה וכן הלאה.

חוויית הכאב תלויה (באופן מורכב יותר, כמובן) ברקעים התרבותי והסוציולוגי של הכואב.

הכאב והגנים

גם חוויית הכאב הערטילאית כל-כך מושפעת מגורמים גנטיים - יש לנו נטייה גנטית להיות נידונים לסבל גדול יותר מכאב, או להיות בני מזל שגם כאשר נינזק באופן קשה מאוד ואמיתי - יכאב לנו פחות. המחקרים בתחום הגנטיקה האנושית מביאים אותנו לידע מעמיק יותר על גנים, שקיומם עלול לנבא התפתחות תסמונות כאב כאלו ואחרות.

וכאשר מדובר בגנים, בל נשכח את ההבדל הקטן בין זכרים לנקבות כאן - קודם כול השוני בכרומוזומים, שעליהם שפע מטען גנטי והפועל היוצא ההורמונלי, שהופך אותנו לנשים ולגברים עם הבדלים משמעותיים בתפיסת הכאב.

הכאב והתהליך הביוכימי

התהליכים הביוכימיים, שהגוף עובר ושאנחנו חווים ככאב, הם מורכבים ומערבים גם חומרים רבים וגם כמה איברים - ואתאר אותם בצורה פשטנית מעל הבמה הזאת לצורך ענייננו. הרקמות הפגועות, כמו מפרק מודלק, גורמות לשחרור כמה חומרים לזרם הדם ולרקמות שמסביב למפרק הקבוע. החומרים הללו מכונים ציטוקינים. בתהליך ריפוי רגיל זה השפעול של המערכות

המתקנות.
הציטוקינים גורמים להרחבת כלי הדם ולזרימת דם מוגברת לאזור הכואב. האזור מתנפח ותאים, שתפקידם הוא מלחמה בדלקת, מגיעים לאזור שניזוק. התאים גם מפרישים עוד מאותם מחוללי דלקת וכך התהליך מוגבר. החומרים מחוללי הדלקת מגרים גם את קצות העצבים, וכך מתחילה שרשרת הכאב.
בין החומרים מחוללי הדלקת יש פרוסטגלנדינים וחומרים שנקראים פרוסטנואידים: ליאוקוטריאנים, SUBTANCE-P, יוני אשלגן, היסטאמין ועוד.
העצבים המגורים, לבד מן העובדה שהם מעבירים סיגנל כאב למוח - דרך עמוד השדרה כמובן - גורמים גם לגירוי למערכת עצבית שנקראת המערכת הסימפטטית, אשר תורמת לגיוס עוד לוחמי דלקת - תאים לוחמים וחומרים, וכך בעצם יש העצמה של הגירוי הכואב מן האזור שניזוק.
הגירוי העצבי עובר תחנות אחדות כפי שהזכרתי - בעצב הפריפרי, בעמוד השדרה, וגם כאשר הוא מגיע למוח, הוא מגיע לכמה מרכזים. בכל אחת מן התחנות חלים שינויים ביוכימיים - הגירוי העצבי משמעותו פעילות תאית ותהליכים ביוכימיים. התהליכים האלה, שחלק מהם מודעים ושחלק מהם אינם מודעים, קובעים מה נרגיש ואיך נגיב על התחושות האלו.
מה שמתחיל כגירוי עצבי פריפרי, שמנגנון ההפעלה שלו הוא אחד ללא קשר לאופי הנזק הרקמתי, הופך להיות פעילות מורכבת מאוד במוחנו.
מעבר לכך, כל אחת מן התחנות שהוזכרו בדרך עד להכרה בכך, שקיים כאב, עלולה לחולל תהליך כאב. וכאשר המערכות האלו מתעוררות, הן מפתחות רגישות יתר ועלולות להתחיל כאב, או להגביר כאב קיים.
יש לציין, שעירור המערכת המחוללת דלקת ומחוללת כאב, גורם בו-זמנית גם להפעלת מערכת, שתפקידה להרגיע את ההתרגשות. המערכת הזאת גם היא כמובן באה לידי ביטוי בשרשרת של תהליכים ביוכימיים, וכן בייצור חומרים תוך-תאיים וחוץ-תאיים, כמו אנדורפינים ואנדוקנבינואידים, גם באזור הפגוע וגם לכל אורך מערכת העצבים עד המוח.

תפקיד הכאב

הכאב הוא בעל תפקיד ביולוגי ברור - אנחנו רואים אותו כמזיק וכמפריע להמשך התפקוד היעיל של האורגניזם, כאשר שיווי המשקל שתואר לא מאפשר המשך קיום יום-יומי, ומה דורש כל פרט לקיומו - זו כמובן שאלה פרטנית.
כאבים במחלות מפרקים עלולים לנבוע מן המפרקים עצמם - התפתחות תהליכים דלקתיים בתוך המפרק וגירוי העצבים שמעצבבים את קופסית המפרק. או הם עלולים לנבוע מאיברים אחרים, כמו השרירים, שתומכים במפרק או קשורים למפרק, או שרירים אחרים שמופעלים בעודף, כדי לחפות על חוסר תפקוד במקום אחר. הכאב עלול לנבוע גם מפגיעה בעצמות ובסחוסים, שהם חלק מן המפרק, או מפגיעה בעצמות שנחלשות מפני שהן אינן מופעלות, או נושאות משקל.
על אף שמערכת התנועה שלנו עשירה בעצבוב (קרי, מפרקים וגידים), איננו חשים בה - כל ההפעלה המורכבת שלה נעשית ללא מודעות - אלא חשים בה, כאשר חומרי הדלקת מתחילים להשתחרר - ואז מתחילים להיות מודעים לברך הכואבת, לגב הכואב, לכתף הטורדנית, וכו'.
הסיבה להתעוררות מנגנון הנזק - מנגנון הכאב - הבנלית והפשוטה ביותר היא כמובן פציעה. אבל קיימים גם "קלקולים", שהסיבות להם לא לגמרי מובנות לנו, כמו למשל, המנגנון שגורם לגוף להילחם בעצמו - המחלות האוטואימוניות שחלק גדול מהן בא לידי ביטוי, בין השאר, בכך שיש דלקת במפרקים. או הפגיעה המפרקית בתהליך ההזדקנות - כולנו מכירים בעובדת היותנו חומר ביולוגי מתכלה, אבל כולנו שואפים לשמר את כל המערכות הגופניות שמרכיבות את גופנו, באופן שישרת אותנו בצורה אופטימלית לאורך כל שנות חיינו - משימה בלתי אפשרית נכון להיום. כושר הניבוי שלנו על איך נזדקן ואלו מערכות יהיו ראשונות שיבשרו לנו על גילנו הדוהה, הולך ומשתפר, וגם האמצעים לטפל בכשל האיברים הולך ומשתפר, אך עדיין כאבי מפרקים, שנובעים מתהליכי ההזדקנות הם השכיחים ביותר, ובעולמנו התובעני גם הקשים ביותר לטיפול.

כיצד מטפלים בכאב

לאחר שהסברתי את מהות הכאב - איך הוא קורה, ולמה ואיך הוא משפיע על חיינו ברמה אישית וברמה חברתית, הגענו לשאלה הכואבת - איך מטפלים בו?
ראשית, במקור הכאב, אם מדובר בפגיעה מפרקית חריפה - אזי בפעולות חריפות, כגון: ניתוח, קיבוע, מניפולציה ועוד.
במחלות, שמקורן היא המערכת החיסונית, יש תרופות ייעודיות חדישות כמו נוגדנים ספציפיים שפותחו בשנים האחרונות במקביל לשיטות הישנות, כמו מתן חומרים ציטטוקסיים (אימורן) וסטירואידים.
שנית, טיפולים ברמה הביוכימית של הכאב - תרופות נוגדות דלקת למיניהן, שפועלות ברמה של אזור הפגיעה (פריפרי) ותרופות, שמקטינות את הרגישות של מערכת העצבים - אופיאטים, קנבינואידים ותרופות אנטי אפילפטיות המייצבות את פוטנציאל הממברנות של תאי העצב (קטדולון). התרופות הללו פועלות כולן גם ברמת העצבים הפריפריים, אבל גם במערכת העצבים לכל אורכה ועד המוח. תרופות, שמעוררות את המערכת מדכאת הכאב והמייצבת את העירור של העצבים - תרופות אנטי-דיכאוניות, שמעלות את רמת הסירוטונין, רמת הנוראדרנלין והדופאמין, שהם חומרים בעלי השפעה מרגיעה במצבים שבהם מערכת העצבים המרכזית מצויה ברגישות יתר ובעיקר לכאב (פיברומיאלגיה, אבל גם בכל מצב שבו כאב הוא מתמשך וכרוני - כפי שהוסבר לעיל).
טיפולים מקומיים או אזוריים באמצעות הזרקות של חומרים, שחוסמים את ההולכה העצבית. טיפולים מקומיים, שכוללים את הפעלת המפרקים הכואבים ואת שיקומם, כמו גם הפעלה ושיקום של כל מערכות השרירים, הגידים והמפרקים, שקשורים ישירות ובעקיפין לאיבר שנפגע. הטיפולים כוללים פיזיותרפיה, התעמלות וטיפולים משלימים, וכן טיפולים לשיפור מצב הרוח ולהשבת המוטיבציה לחזור ולתפקד.
מטרתם, הן של החולים והן של המטפלים, היא לחזור לחיים של איכות עם המגבלות, שהחולי ושהכאב מטילים עלינו.

פיברומיאלגיה - הווה ועתיד

מאת: ד"ר יעקב אבלין, מנהל המרפאה לפיברומיאלגיה, המכון הראומטולוגי, המרכז הרפואי סוראסקי, תל אביב

בשנים האחרונות הולכת וגוברת המודעות לתסמונת הפיברומיאלגיה בישראל. התסמונת מאובחנת לעתים קרובות יותר, ורופאים רבים מודעים לנושא, והם עירניים לאבחון סימני התסמונת בזמן אמת.

שכיחותה של תסמונת הפיברומיאלגיה בארצות מערביות מוערכת ב-2%-3% מן האוכלוסייה. מחקר אפידימיולוגי, אשר ביצענו לאחרונה העלה שכיחות דומה גם בישראל. על פי נתון זה אפשר להעריך, כי בישראל חיים מאות אלפי אנשים הסובלים מתסמונת זאת.

התסמונת מאובחנת אצל חולות וחולים במיגוון רחב של גילאים, עדות, מיקום גיאוגרפי ומעמד סוציו-אקונומי. לעתים קרובות התסמינים מופיעים סביב גיל המעבר, אך לא נדיר לפגוש חולות צעירות, לרבות נערות בגיל ההתבגרות, חיילות, ומאידך גיסא, קשישות וקשישים.

בעבר, היה מקובל לחשוב ש-90% מן החולים הם נשים, אך כיום נראה, ששכיחות התסמונת בקרב גברים היא גבוהה יותר מאשר הערכתנו בעבר. עם זאת, פיברומיאלגיה עדיין שכיחה יותר בקרב נשים.

אז מהי ה"פיברומיאלגיה"?

תסמונת הפיברומיאלגיה (המכונה בעברית "דאבת השרירים") מתאפיינת בראש ובראשונה בכאב מפושט במערכת השרירים. הכאב מערב את כל חלקי הגוף, ובמיוחד את הכתפיים, השכמות, הצוואר והגב. בדרך כלל הכאב מורגש בעיקר בשרירים (מכאן הסיומת "מיאלגיה", שמשמעותה - כאב שרירים), אך נוסף עליו יש גם כאב במפרקים ובעצמות. למרות האופי המפושט של הכאב, ייתכן מצב שבו הכאב חזק יותר בצד אחד של הגוף, או בפלג הגוף העליון, או בפלג הגוף התחתון. נוסף על כך, הכאב עלול להשתנות בחומרתו, בתקופות שונות. מאפיין חשוב נוסף הוא האופי הכרוני של הכאב, אשר על פי ההגדרה חייב להיות קיים שלושה חודשים לפחות לפני האבחון. בפועל, חולים רבים מתארים דפוס של כאב הנמשך שנים.

אף כי הכאב מורגש בשרירים וברקמות החיבור, כיום ברור, שהבעייה הבסיסית בפיברומיאלגיה אינה ממוקמת ברקמות אלו. למעשה, מדובר בהגברה כללית של הולכת כאב ובעיבודו במערכת העצבים המרכזית (חוט השדרה והמוח). התוצאה היא שכל גירוי, אשר אמור היה להיות מעט מכאיב (או אפילו גירוי, שלא היה אמור להיות מכאיב כלל), מערכת העצבים המרכזית מפענחת כגירוי מכאיב ביותר. מדובר, אם כן, ברגישות יתר של מערכת העצבים המרכזית לתחושת כאב ולגירויים אחרים.

פיברומיאלגיה אינה מחלה מדבקת, וכמו כן אין מדובר במחלה פרוגרסיבית או ניוונית, ואין לצפות להתדרדרות במשך השנים (אם כי יש תקופות טובות ותקופות טובות פחות). הפיברומיאלגיה אינה מתפתחת למחלה אחרת ברוב המקרים, אולם עם זאת, חשוב לחפש אבחנות אחרות אצל אנשים המתחילים לסבול מסימפטומים של פיברומיאלגיה, ולא פעם אפשר בחיפוש זהיר לזהות מחלות רקע (מקומיות או סיסטמיות) התורמות למצב. לכן, למשל, ייתכן מצב, שבו חולה מאובחנת כסובלת בתחילה מפיברומיאלגיה, אך לאחר בירור נוסף (או עם חלוף הזמן והתבהרות התמונה הקלינית) מתברר, כי קיימת מחלה אחרת, שעלולה להיות ראומטולוגית או מחלה אחרת.

הגורם לפיברומיאלגיה אינו ברור במלואו. כיום, מקובל להניח, כי קיים רקע גנטי לתסמונת, ושכיחותה היא גבוהה באופן משמעותי אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה של אדם הסובל מפיברומיאלגיה. בעקבות ממצא זה נעשים ניסיונות רבים לזהות סמנים גנטיים האופייניים לתסמונת הפיברומיאלגיה. סביר להניח, שהתורשה היא פוליגנית, כלומר, שגנים רבים מעורבים בתהליך ויוצרים "מוּעָדוּת" מולדת לפתח כאב מרכזי אצל אנשים הנושאים את הגנים הללו. נוסף על כך , "טריגרים" שונים במהלך החיים עלולים לתרום להתפרצות המחלה. בין אלה אפשר למנות חבלות גופניות (בייחוד בעמוד השדרה הצווארי), זיהומים ויראליים שונים, שינויים הורמונליים ולחץ נפשי. כמו כן, פיברומיאלגיה עלולה להתפתח בעקבות אירוע טראומטי, כמו חשיפה לפיגוע או למלחמה, ואף בעקבות לחץ המופעל במסגרת מקום העבודה או בבית. פיברומיאלגיה גם עלולה להתפתח באופן משני אצל אדם הסובל ממחלה אחרת, כמו למשל, מחלת מפרקים דלקתית, מחלת מעיים דלקתית כרונית ועוד.

שיעורים גבוהים מחולי הפיברומיאלגיה (קרוב ל- 90%) סובלים מעייפות ומהפרעות שינה נוסף על הכאב המפושט.

חלק מחולי הפיברומיאלגיה עלולים לסבול נוסף על הנזכר לעיל מתופעות נפשיות, כמו דיכאון וחרדה, אשר עלולים להתפתח

כתוצאה מן הכאב הכרוני, אך הם עלולים גם להשפיע לרעה על המצב הגופני. כך עלול להיווצר מעגל קסמים של כאב ושל דיכאון, הגורמים פגיעה קשה באיכות החיים.

אבחנה

תסמונת הפיברומיאלגיה אינה קשה לאבחון, בתנאי שמודעים לביטוייה הקליניים. למעשה, לא פעם החולה עצמה מגיעה לאבחנה על סמך קריאה וחיפוש באינטרנט. השילוב של כאב כרוני מפושט בכל חלקי הגוף, המלווה רגישות רבה ללחיצה בבדיקה הגופנית, מספיק דיו כדי לאבחן פיברומיאלגיה. עם זאת, כאמור, חלק חשוב מתהליך האבחון כרוך בשלילה של מחלות אחרות, אשר עלולות לגרום לסימפטומים דומים, או אשר עלולות להתקיים עם תסמונת הפיברומיאלגיה. תפקידו של הרופא הוא לבצע את הבדיקות ההכרחיות, כדי לשלול מחלות אלו באמצעות בדיקות דם, צילומים וכו'. חשוב גם להימנע מבירור מוגזם ומביצוע סדרה ארוכה של בדיקות מיותרות ולא נעימות, אם אין לכך הצדקה חד-משמעית. יש לזכור, שנכון להיום אין בדיקת מעבדה, או בדיקת הדמיה ספציפית אשר מאבחנות פיברומיאלגיה, ולכן האבחנה מבוססת כל כולה על הסיפור הקליני ועל הממצאים בבדיקה הגופנית.

נוסף על הכאב, חולות הפיברומיאלגיה סובלות ברוב המוחלט של המקרים מסימפטומים נוספים, הכוללים: הפרעות שינה, עייפות מתמשכת, תלונות על מעי רגיש, שלפוחית רגיזה ועוד. כמו כן, בחלק ניכר מן המקרים מתפתחים סימפטומים של הפרעות בריכוז והפרעות זיכרון, אשר לעתים קרובות עלולים לפגוע באיכות החיים וביכולת התפקודית לא פחות מן הכאב עצמו. הגורם להפרעות קוגניטיביות אלו אינו ברור. נראה שהעייפות ושהסחת תשומת הלב, כתוצאה מן הכאב תורמים לכך ולעתים עלול להיתווסף לכך גם רכיב של דיכאון המחמיר את המצב. כאשר מופיע צירוף התלונות המתואר לעיל, במלואו או בחלקו, צריך לחשוב על האפשרות שמדובר בפיברומיאלגיה. במקרים אלה, כדאי לפנות לבדיקה של ראומטולוג מומחה, כדי לאשר את האבחנה ולבצע את הבירור הדרוש.

מי מטפל בפיברומיאלגיה?

כאבי מפרקים וכאבי שרירים הם שכיחים מאוד וכמובן, לא כל כאב חולף מעיד על נוכחות של תסמונת הפיברומיאלגיה. מטבע הדברים, רופאי המשפחה הם לרוב הכתובת הראשונה שאליה פונים החולים וגם בהמשך, חלק חשוב מן המעקב והטיפול יכול לעשות רופא משפחה, המכיר את התסמונת ומרגיש נוח בטיפול בה. חולים רבים מגיעים (או מופנים) אל אורטופדים, עקב הכאב במפרקים. אמנם, לאורטופד עשוי להיות תפקיד בשלילה של בעיות אנטומיות-מבניות הדורשות התערבות מקומית (קרע במניסקוס, קרע של גיד, שחיקת סחוס וכו'), אך עם זאת, כאשר אופי הכאב הוא מפושט מאוד והתמונה מחשידה לפיברומיאלגיה, רצוי להגיע להערכה של ראומטולוג.

שיטות טיפול קיימות

כללית, אפשר לחלק את הטיפול בפיברומיאלגיה לשיטות תרופתיות ולשיטות שאינן תרופתיות. אף כי לטיפול התרופתי יש תפקיד חשוב בהפחתת תסמינים פיזיים, כמו כאב והפרעות שינה, יש להדגיש את החשיבות של הטיפול שאינו תרופתי. טיפול זה, אשר נשען על המחויבות של החולה ועל המוטיבציה שלו לפעול, כדי לשפר את מצבו, עשוי להיות משמעותי ביותר לטווח הארוך.

פעילות גופנית: על אף שהמנגנון לכך אינו ברור, היום ידוע בצורה חד משמעית, שפעילות גופנית משפרת את מצבם של חולי פיברומיאלגיה. הפעילות חייבת להיות הדרגתית, אך סדירה, ככל האפשר. כמו כן הפעילות העדיפה היא פעילות בעלת אופי אירובי, כמו: הליכה, שחייה, או רכיבה על אופניים. מעניין לציין, שפעילות גופנית משפיעה, בין היתר, על מצב הרוח; משפרת את תחושת המסוגלות של החולה; ואף משפיעה על עיבוד הכאב במערכת העצבים המרכזית. למותר לציין, שכאשר כל הגוף כואב, קשה להתחיל בפעילות גופנית, ולכן החולים זקוקים, הן להדרכה ולהסבר על אופי הפעילות ועל היקפה, וכמו כן למעקב ולעידוד. מקובל לציין, שעבור חולי פיברומיאלגיה, היחס לפעילות גופנית צריך להיות כמו היחס לתרופה כלשהי: להקפיד על המינון היומי, לא לשכוח ליטול את המינון המומלץ, ולא לחרוג ולקחת "מינון יתר" .

הידרותרפיה: כל חשיפה למים חמים עשויה להקל על חולי פיברומיאלגיה, בין אם מדובר במקלחת חמה או בג'קוזי, בטיפול פורמאלי של הידרותרפיה או ברחצה בחמי מרפא. הידרותרפיה, שמעביר פיזיותרפיסט מומחה בתוך בריכה מחוממת, עשויה לתרום רבות לשיכוך כאב, להפעלת הגוף, שימור טווחי תנועה וכו'. יש שיטות רבות של הידרותרפיה, ובין היתר, וואטסו, ג'הארה ועוד.

טיפול קוגניטיבי - התנהגותי (CBT): שיטת הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי היא שיטה של פסיכותרפיה, אשר הוכחה כבעלת יעילות משמעותית עבור חולי תסמונת הפיברומיאלגיה. השיטה עובדת, כפי ששמה מציין, על שני מישורים. במישור הקוגניטיבי, הכוונה היא לזהות דפוסי חשיבה שליליים, כמו למשל, הנטייה ל"קטסטרופאליזציה" (הנטייה לחשוב, שבעיות אינן ניתנות לפתרון ומובילות בהכרח לתוצאה נוראית). המטופל לומד לזהות נקודות, שבהן הוא משתמש בדפוסים כאלה ובעזרת מאמץ מודע הוא מנסה לשנותם. במישור ההתנהגותי, הכוונה היא לאמץ הרגלים "בריאים", כמו: הקפדה על שעות שינה מסודרות, הימנעות ממאמץ-יתר בימים שבהם הכאב משמעותי פחות (וכך להימנע מתשישות-יתר בימים הבאים), וכו'.

טיפול משלים: שיטות רבות של טיפול משלים נוסו והוצעו עבור תסמונת הפיברומיאלגיה עם דרגות שונות של הצלחה. בדרך כלל שיטות אלו אינו "מגובות" במחקר מדעי רב, אך למרות זאת, יש חולים המפיקים תועלת מהן. יש עבודות שונות באשר ליעילות הטיפול בדיקור (בשיטות שונות). כמו כן לפני זמן מה פורסם מחקר בעיתון מדעי יוקרתי ביותר, המעיד על יעילות הטיפול בשיטת הטאי-צ'י עבור תסמונת הפיברומיאלגיה.

טיפולים תרופתיים

במשך השנים האחרונות, אושרו כמה תרופות ספציפיות כטיפול בתסמונת הפיברומיאלגיה, דבר המהווה התקדמות חשובה עבור

החולים הסובלים ממצב זה.

כיוון שהבעיה בפיברומיאלגיה קשורה להולכת כאב במערכת העצבים המרכזית, הטיפול התרופתי חייב להתבסס על תרופות, אשר משפיעות על הולכה עצבית של כאב. לרוב, תרופות אלו שאולות מתחומים אחרים, לרבות מתחומי הטיפול בכיפיון (אפילפסיה) והטיפול בדיכאון.

תרופות אנטי אפילפטיות:

פרגבלין (ליריקה) היא תרופה אנטי אפילפטית, אשר אושרה הן בארה"ב והן בישראל, כטיפול עבור תסמונת הפיברומיאלגיה. התרופה משפיעה במישרין על הולכת כאב במערכת העצבים המרכזית, ונוסף על כך, משפיעה באופן חיובי על הפרעות השינה האופייניות לתסמונת. תרופה זו יעילה, הן עבור פיברומיאלגיה והן עבור מצבים הקשורים לכאב עצבי פריפרי, כמו אצל חולי סוכרת הסובלים מנוירופתיה. פרגבלין אינה תרופה נוגדת דיכאון, אם כי היא עשויה להפחית חרדה.

תופעות הלוואי כוללות: ישנוניות, עלייה במשקל, סחרחורות ועוד. גבאפנטין היא תרופה אנטי אפילפטית ותיקה יותר, הדומה לפרגבלין במנגנון הפעולה שלה ועשויה גם היא להפחית כאב. עם זאת, המחקר הקיים בנוגע ליעילות תרופה זו עבור תסמונת הפיברומיאלגיה, אינו רב.

תרופות המעלות רמת נוירוטרנסמיטורים (תרופות אנטי דיכאוניות):

דולוקסטין (סימבלטה) היא תרופה, המעלה רמות של סרוטונין ושל נוראפינפרין במערכת העצבים המרכזית. זו תרופה נוספת, המאושרת כיום בארה"ב ובישראל כטיפול ספציפי בפיברומיאלגיה. תרופה זו יעילה, הן בפיברומיאלגיה, הן במצבי כאב עצבי אחרים (כמו נוירופטיה סוכרתית) והן כטיפול נוגד דיכאון. חשוב להדגיש, שחולה אינה "חייבת להיות מדוכאת" כדי להפיק תועלת מתרופה זו מבחינת הכאב. מבחינת תופעות לוואי, בחילות הן בעיה משמעותית עבור חלק מן החולים, אם כי הן נוטות לפחות במהלך הטיפול.

מילנציפראן (איקסל) היא תרופה נוספת, הפועלת במנגנון דומה לדולוקסטין. התרופה מאושרת בארה"ב כטיפול לפיברומיאלגיה, אך בישראל היא רשומה לפי שעה רק כתרופה לדיכאון.

תרופות אופיאטיות (נרקוטיות), שהן נוגדות-כאב חזקות במצבים אחרים, אינן יעילות ביותר במצב זה, אשר מצריך תרופות ספציפיות, המשפיעות על עיבוד הכאב במערכת העצבים המרכזית. שילוב זהיר ומדויק של טיפול תרופתי ספציפי עם טכניקות הטיפול הבלתי תרופתיות עשוי להביא להקלה משמעותית בסימפטומים של חולי הפיברומיאלגיה ולשבור את מעגל הקסמים של כאב ושל עייפות.

ומה עם הקנביס הרפואי?

לאחרונה, חולים רבים מתעניינים באפשרות של טיפול בקנביס רפואי עבור תסמונת הפיברומיאלגיה, כמו במצבים אחרים של כאב כרוני. קנביס מהווה תרופה, המשפיעה על מערכת העצבים המרכזית באמצעות קישור לרצפטורים ספציפיים, והיא גורמת הן לאפקטים חיוביים והן לתופעות לוואי. הטיפול ניתן בשלב זה אך ורק באישור משרד הבריאות עבור חולים הסובלים מכאבים קשים ואינם מגיבים לשיטות טיפול אחרות. יש לציין, שבשלב זה אין מידע מדעי מבוסס דיו על יעילות הטיפול בקנביס ועל בטיחותו עבור תסמונת הפיברומיאלגיה. עקב כך, משרד הבריאות אינו מאשר טיפול זה עד להשגת מידע נוסף. עבודות מחקר, אשר אמורות לצאת לדרך בעתיד הקרוב, ינסו לשפוך אור על הנושא.

פרוגנוזה

המהלך של תסמונת הפיברומיאלגיה מתאפיין בעליות ובירידות. יש חולות, המשתפרות באופן דרמטי במהלך הטיפול, אבל גם במקרים אלה עלולה לחול החמרה בתסמינים, בתקופה אחרת. לא תמיד אפשר לזהות את ה"טריגר" להחמרה במצב. ככלל נראה, שככל שהטיפול מתחיל מוקדם יותר, לפני התקבעות דפוס כרוני של כאב ושל תפקוד ירוד, הסיכוי להגיע לשיפור הוא רב יותר. אחת ממטרות הטיפול החשובות היא לשמור על רמה תפקודית גבוהה, ככל האפשר, בבית ובעבודה.

לסיכום

תסמונת הפיברומיאלגיה מהווה בעיה שכיחה, הגורמת לפגיעה משמעותית ביותר באיכות החיים של חולים רבים. במהלך השנים האחרונות, אנו עדים לשיפור מתמשך בהבנת המצב ולהתפתחויות חיוביות בתחום הטיפול, הן התרופתי והן שאינו תרופתי, וכן במודעות הציבור לנושא. למרות הכול, עדיין אין בידינו פתרונות טובים דיים עבור הקשת הרחבה של התסמינים, אשר מהם סובלים חולי הפיברומיאלגיה, ולכן המחקר בנושא חייב להימשך במשנה מרץ.

הידעת כי ?

מחלות ראומטיות הן הסיבה השנייה בשכיחות לפנייה לרופאים, ובמרבית המדינות מהווה בין 10%–20% מעבודתו של רופא המשפחה.

אחד מכל חמישה חולים, הלוקים במחלה ריאומטית, הופך להיות למטופל כרוני במחלתו.

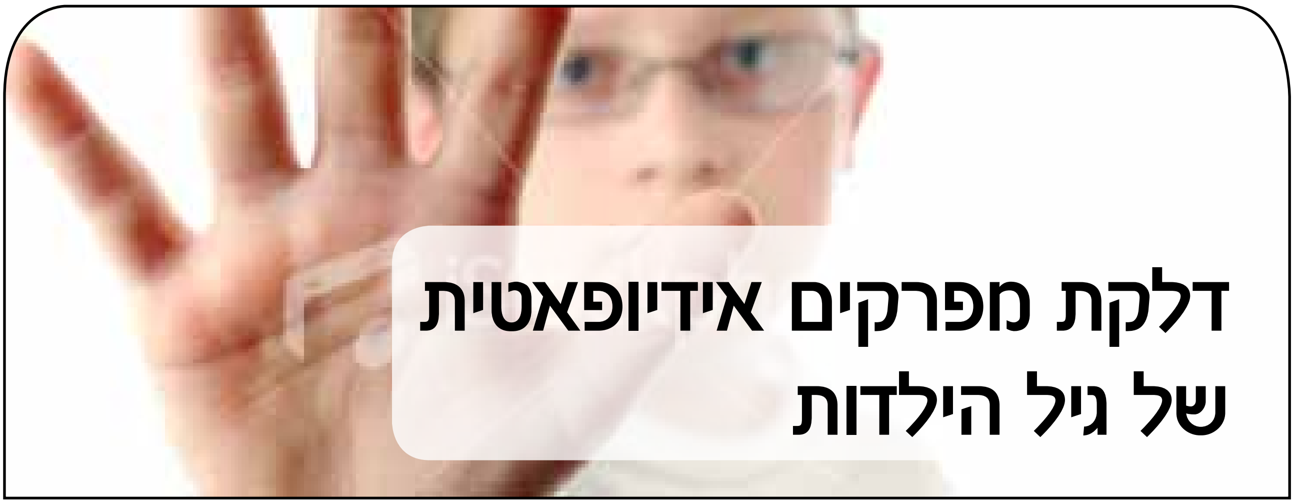
Roche

We Innovate Healthcare

רוש מושיטה יד

פרויקט "רוש מושיטה יד" מייצג את חזון האחריות החברתית של רוש בישראל ואת המעורבות הקהילתית של עובדיה. רוש תורמת לקהילה כחלק מחזון החברה לעשות שינוי משמעותי בחיי המטופלים ולשפר את איכות חייהם. מעבר לטיפול הרפואי מסייעת רוש לרווחת החולים ומקלה על התמודדותם עם מחלתם. כל הפעילויות הנערכות במסגרת הפרויקט תורמת לחיזוק רוחם של המשתתפים ונעשות בשיתוף פעולה הדוק עם הצוותים הרפואיים.

www.roche-moshita-yad.co.il



דלקת מפרקים אידיופאטית של גיל הילדות

ההמלצות החדשות של החברה האמריקאית לראומטולוגיה לטיפול במחלה בשנת 2011 ותרופות הסל החדשות

מאת: פרופ' יוסף עוזיאל, היחידה לראומטולוגיית ילדים, מחלקת הילדים מרכז רפואי מאיר, כפר סבא

דלקת מפרקים כרונית אידיופאטית של גיל העלומים (דמ"א) מוגדרת כדלקת, שהחלה לפני גיל 16 שנים ונמשכת שישה שבועות לפחות, כאשר נשללו גורמים זיהומיים או גורמים אחרים. במקרים רבים, המחלה ממשיכה לגיל הבגרות, והיא עלולה לגרום הפרעה תפקודית פיזית ונפשית.
שכיחות דמ"א היא כאחד לאלף ילדים. להערכתנו, בארץ מאובחנים כאלפיים ילדים הלוקים במחלה.

עם ההתקדמות בהבנת מנגנוני המחלה חלה גם התקדמות בטיפול, ושיפור בסכות (הפרוגנוזה).
בעקבות כך וכדי לתת הנחיות מעשיות בפרקטיקה היומית, הוחלט לנסח המלצות לטיפול בטוח ויעיל בדמ"א. המלצות אלו מבוססות, ככל האפשר, על סקירת ספרות של מחקרים מבוססי עדות מתוך הבנה וידיעה, כי מחקרים כאלה אינם מצויים תמיד. לקביעת המלצות מבוססות אלו, החברה האמריקאית לראומטולוגיה מינתה ועדת מומחים, והודגש כי מדובר בהמלצות, ולא בהנחיות. חברי הוועדה היו ראומטולוגים מובילים מן המדינות ארה"ב, קנדה וגם מאירופה, וכן קלינאים וחוקרים.
בשלב ראשון התבצעה סקירת ספרות. הוערכו יותר מ-200 מחקרים, הנוגעים לטיפול בדמ"א ובעקבות הסקירה חובר דוח סיכום עם ההמלצות המבוססות העדכניות.
נוסף על כך הוכנו יותר מ-1,500 תיאורי מקרים מדומים, עם כל מיגוון האפשרויות מבחינת מידת פעילות המחלה, המדדים הפרוגנוסטיים, וגורמי הסיכון הרלוונטיים לקבלת החלטה טיפולית. לצורך קביעת ההמלצות הטיפוליות, הסיווג הקיים בדמ"א של הליגה הבין-לאומית לראומטולוגיה והכולל תת סוגים, השונים מאוד אחד ממשנהו, הוחלף בסיווג חדש. בסיווג זה נקבעו והוגדרו לראשונה חמש "קבוצות טיפול". נוסף על כך נקבעו מדדים לפעילות המחלה, מדדים לפרוגנוזה, ומדדים המהווים גורמי סיכון למחלה כרונית וקשה יותר, כפי שיפורט להלן.

קבוצות הטיפול

קבוצה א': חולים עם מעורבות של עד ארבעה מפרקים במהלך מחלתם. אלה כוללים חולים בעלי הסוג המיעוט-מפרקי, חולי ארתריטיס פסוריאטית, וחולי אנטזיטיס וארתריטיס (בסיווג הקודם סווגו החולים הללו בנפרד).
קבוצה ב': חולים עם מעורבות של יותר מחמישה מפרקים במהלך מחלתם. בעת ההחלטה הטיפולית לא חייבים להיות יותר מחמישה מפרקים פעילים.
קבוצה ג': חולים עם דלקת במפרקי הכסל (סקרו-איליאק), המודגמת בשילוב של ממצאים קליניים והדמייתיים.
קבוצה ד': חולים בדמ"א מסוג הדלקת המערכתית (מחלת סטיל) עם מעורבות מערכתית פעילה - חום מתמשך, תפרחת וכו'.
קבוצה ה': חולים בדמ"א מסוג הדלקת המערכתית עם מחלת מפרקים פעילה בלבד, ללא מעורבות מערכתית פעילה בעת ההחלטה הטיפולית.

מאפייני פעילות מחלה

לכל תת קבוצה נקבעו כמה מדדים המגדירים מחלה פעילה, כולל הגדרת פעילות נמוכה, בינונית וגבוהה. לדוגמה, מאפייני פעילות מחלה לקבוצה א' - פעילות נמוכה, הכוללת מעורבות של עד מפרק אחד, מדדי דלקת תקינים, הערכת רופא הכוללת הערכת פעילות המחלה הפחותה מ-3 בסולם שבין 0 - 10, והערכת הורה למידת פעילות המחלה הפחותה מ-2. כל המדדים חייבים להתקיים, כדי להגדיר דרגת פעילות נמוכה של המחלה. דוגמה למדד פעילות גבוה - מעורבות של יותר משני מפרקים, מדדי דלקת שהם יותר מפי 2 מן הנורמה, הערכת רופא כוללת מעל 7 והערכת הורה כוללת מעל 4. כל המדדים חייבים להתקיים,

כדי להגדיר דרגת פעילות גבוהה של המחלה.
באותו אופן נקבעו הנחיות באשר לתתי הסוגים האחרים (הפירוט מובא במאמר זה).

מאפייני פרוגנוזה גרועה

לכל תת קבוצה נקבעו כמה מדדים, המהווים גורם חיזוי לפרוגנוזה רעה.
לדוגמה, מדדי פרוגנוזה גרועה לקבוצה א' - מחלה, הכוללת מעורבות של עד ארבעה מפרקים כדלקמן: מעורבות מפרק ירך, או מפרק צוואר, או מעורבות מפרק קרסול ומפרק שורש כף היד, בנוכחות מדדי דלקת מוגברים, או נזק הדמייתי - ארוזיות או היצרות של חלל המפרק.

קביעת רמת ההמלצות

בעקבות הצבעות חברי הצוות והדיונים הפתוחים נקבעו ההמלצות.
רמת ההמלצות היא בתוקף שונה בחוזקו מרמה A גבוהה לרמה D, שהיא דעת מומחים ללא ביסוס מחקרי מסודר.
להלן הגדרת הרמות:
רמת המלצה A - מבוסס על מחקרים קליניים מבוקרים, אקראיים.
רמת המלצה B - מבוסס על מחקרים מבוקרים לא אקראיים.
רמת המלצה C - מבוסס על מחקרים לא מבוקרים, סדרות חולים, או אקסטרפולציות ממחקרי חולים מבוגרים, או ממחקרים מבוקרים לא אקראיים.
רמת המלצה D - מבוסס על דעת מומחים ללא ביסוס בספרות.
נקבעו המלצות ואלגוריתם קליני לטיפול, שעברו נוסף לעיל, גם סקירת עמיתים בוועדות איכות של החברה האמריקאית לראומטולוגיה.

סיכום המלצות לפי תרופות

המלצות כלליות

הזרקת סטירואידים תוך-מפרקית בדלקת פעילה מומלצת, בלי קשר לטיפול התרופתי האחר. מצופה כי ההזרקה תשיג הפוגה למשך ארבעה חודשים לפחות, ואם לאו, יש לשקול טיפול מערכתי ולחזור על ההזרקה.
יש לציין, כי בילדים מרבים בשימוש בהזרקות תוך-מפרקיות כטיפול בודד, או בשילוב טיפול מערכתי. זו תרופת הבחירה לסוג המיעוט-מפרקי, ברמת ההמלצה A. עדיף להשתמש בסטירואיד מן הסוג טריאמצינולון הקסאצטוניד.
שילוב מתוטרקסט עם תרופה ביולוגית - רמת ההמלצה B - לחולים, אשר פיתחו תגובה חלקית למתוטרקסט והם מתחילים תרופה ביולוגית, יש להמשיך במתוטרקסט.
התחלת טיפול בנוגד TNF לאחר תגובה חלקית למתוטרקסט, לאחר 3 - 6 חודשים.

המלצות לפי קבוצות הטיפול

לקבוצה א', הכוללת חולים בעלי מעורבות של עד ארבעה מפרקים, מומלץ לתת נוגדי דלקת לא סטירואידלים והזרקת סטירואיד למפרק. כאשר יש מידת מחלה פעילה ומדדי פרוגנוזה רעים, יש להתחיל טיפול במתוטרקסט.
נוסף על כך, מומלץ לשקול התחלת טיפול בנוגדי TNF לאלה שטופלו במשך שלושה חודשים במתוטקסט, במינון מירבי, ועדיין נותרו עם מחלה פעילה בדרגות בינונית או גבוהה.

לקבוצה הכוללת מחלה עם מעורבות מערכתית פעילה, מומלץ לתת טיפול בסטירואידים מערכתיים שבועיים, לאחר חוסר תגובה לנוגדי דלקת.
בשנים האחרונות עם הבנת מנגנון המחלה בדלקת מפרקים מערכתית, הטיפול התקדם באופן יוצא מהכלל, וכיום אפשר להתאים תרופות ביולוגיות ייחודיות לחולים.
אנקינרה - כנרת (נוגד אינטרלאוקין-1) נחשבת לקו טיפול ראשון לחולים פעילים עם מדדי חיזוי פרוגנוסטיים רעים, ולחולים פעילים תוך כדי טיפול בסטירואידים. כנרת כבר נמצאת שנים אחדות בארץ, וכמה ילדים החולים במחלה המערכתית טופלו ומטופלים בה בהצלחה, אך היא עדיין אינה כלולה בסל הבריאות.
השנה אושרה בוועדת סל הבריאות התרופה אקטמרה (נוגד אינטרלאוקין 6) לטיפול בסוג המערכתי לחולים, התלויים בטיפול בסטירואידים למחלה המערכתית.
נוסף על כך, אפשר להשתמש במסגרת מחקר, המתבצע בכמה מרכזים בארץ בתרופה אילריס, הנוגדת אינטרלאוקין 1 והיא ניתנת בהזרקה פעם בחודש. התרופה נמצאת בהליכים לרישום בארה"ב.
תרופה חדשה נוספת בסל היא אבאטספט-אורנסיה - זאת תרופה ביולוגית, החוסמת קישור בין תאי מערכת החיסון מסוג T וכך מפחיתה את התהליך הדלקתי. התרופה תוכל להינתן לילדים עם דלקת מפרקים רב-מערכתית, שאינם מגיבים היטב לתרופות חוסמות ה-TNF. כך, אנו מתעשרים בתרופה נוספת, המגדילה את מיגוון התרופות ומשפרים את היכולת להביא את הילד החולה להפוגה במחלתו.

ההמלצות, שניתנו לעיל, מבססות את הפרקטיקה היומית שכבר קיימת. מאחר שמחקרי תרופות כוללים רק חלק קטן מן החולים בפרקטיקה היומית, העומדים במדדי ההכללה במחקר, יש חשיבות לכמות הרבה של תיאורי המקרה ולניסיון חברי הוועדה, כחלק חשוב בגיבוש ההמלצות.
בארץ נמצאים ראומטולוגים לילדים במרבית המרכזים הרפואיים, כך שהזמינות לטיפול מיטבי של מומחה לראומטולוגיית ילדים בארץ היא גבוהה. הגישה של סיווג קבוצת טיפול המאופיינת במספר המפרקים, במידת פעילות המחלה ובמידת גורמי הסיכון לפרוגנוזה רעה היא חדשנית מבחינת האלגוריתם הטיפולי. גם בילדים בדומה למבוגרים, הטיפול היום אגרסיבי יותר וכולל שימוש מוקדם בתרופות ביולוגיות. זאת, מתוך מטרה להשיג הפוגה, או מצב קרוב להפוגה, עם תופעות לוואי מועטות, ככל שאפשר.
ואמנם, היום אפשר להגיע למטרה זו במרבית המקרים, עם החזרת הילד ומשפחתו לתפקוד מיטבי.
ההמלצות לא התחשבו בשיקולים כלכליים, אולם שיקול כלכלי והנחיות סל הבריאות בארץ חשובים מאוד בבחירת הטיפול.
כמו כן חשוב כמובן לרופא המטפל להתחשב בהעדפת הילד ומשפחתו באשר לסוג הטיפול - הזרקה, או טיפול פומי וכו'.

גאוט (שיגדון)
הארות והערות

מאת: פרופ׳ אברהם ויינברגר, מנהל מחלקה פנימית ומנהל היחידה הראומטולוגית, מרכז רפואי מעייני הישועה, בני ברק

מחלת גאוט (שיגדון) נגרמת בעטיו של פגם בחילוף החומרים של חומצת השתן. חומצה זו נוצרת בעקבות פירוק של חומרים כימיים, המרכיבים את השרירים והנקראים פורינים. הריכוז של חומצת השתן בדם נקבע מכוח האיזון שבין ייצורה להפרשתה באמצעות הכליות.

עלייה בריכוז החומצה בדם עלולה להביא לשקיעתה, לרוב בצורת גבישים, בכליות (יצירת אבנים), או ברקמות אחרות כמו במפרקים וברקמות הרכות. הצטברות גדולה של גבישים במקום אחד נקראת טופוס.

מאכלים עשירים בפורינים, כמו בשר בקר ועוף, עלולים להגדיל את שיעור החומצה האורית בדם. גם צריכת תרופות מסוימות, כמו תרופות משתנות, מעלה את ריכוז החומצה בדם.

ההתקף של גאוט מתחולל, כאמור, בעקבות עלייה חדה בערכי חומצה אורית בדם, או בעקבות חבלה במפרק שבו שקעו גבישי החומצה האורית.

חלק משמעותי מן החולים בגאוט לוקים בעודף משקל. אצל חלק מהם קיימת נוכחות גבוהה של שומנים בדם, וחלק סובל גם מיתר לחץ דם.

ירידה מהירה במשקל עלולה לגרום להתקף גאוט, וכן שתיית אלכוהול אף היא מביאה להתקף.

להלן יסודות האבחון בגאוט והטיפול בה:

נוכחות גבישי חומצת שתן (אורט) בנוזל המפרק, בעת התקף, מאפשרת אבחון ודאי של גאוט (מוציאים את הנוזל ובודקים אותו באמצעות מיקרוסקופ בעל אור מיוחד).

אפשר לאבחן גאוט, גם שלא בשעת התקף: גבישי חומצת שתן נוכחים בנוזל המפרק לעתים גם שלא בהתקף.

בכל חולי גאוט יש צורך לבדוק אם לא קיימת הפרעה נוספת כמו תסמונת מטבולית (השמנה, יתר שומני דם, יתר לחץ דם).

בטיפול ראשוני, בהתקף גאוט, יש לטפל בתרופות לא סטירואידליות נוגדות דלקת (NSAID), כמו נקסין או וולטרן (עדיף על קולכיצין הגורם לשלשול). התנאי לשימוש בתרופות, כמו נקסין, הוא שתפקודי הכיליה יהיו תקינים. אפשר לטפל לזמן קצר גם בקורטיזון.

יש לתת טיפול מונע התקף בחודשים הראשונים שלאחריו, בטבליות קולכיצין או בתרופות NSAID.

יש לתת מידע למטופל בכל הנוגע לאורח חיים נכון, כולל: משקל מאוזן, תזונה נכונה ומיעוט בשתיית אלכוהול.

מטרת הטיפול התרופתי בהורדת רמת חומצת השתן בדם היא להגיע לרמת חומצה של מתחת ל-6% מ״ג.

בדרך כלל משתמשים לצורך הורדת רמות חומצה אורית בדם באלופורינול (נמצא בשמות שונים, כמו אלוריל, זילול), במינון של 300 מ״ג ליום במטופל ללא פגיעה כילייתית.

במטופלים הרגישים לאלופורינול, אפשר לטפל בתרופות אחרות, שגורמות להפרשה ניכרת של חומצה אורית בדרכי השתן.

הערות

אין להפסיק טיפול בטבליות אלופורינול בשעת התקף ולחדש אותו שוב שעה שההתקף חולף.

לאחר שנים רבות, הימנעות מטיפול להורדת רמת חומצת השתן עלולה לגרום לפגיעה בתפקוד הכליות.

הידעת כי ?

כרבע מכלל תושבי אירופה סובלים מצורה אחת או אחרת של מחלה ריאומטית. זוהי קבוצת המחלות השכיחה ביותר באירופה.

שניים מכל חמישה חולים, הלוקים במחלה ריאומטית, מוגבלים בפעילותם היום-יומית.

חידושים במדף התרופות הראומטולוגיות ובראומטולוגיה

מאת: פרופ' מיכאל אהרנפלד, מרכז רפואי 'שיבא', תל השומר, חבר הנהלת העמותה

תרופות חדשות

בארה"ב אושרה לראשונה תרופה ביולוגית הניתנת דרך הפה. מדובר בקבוצת תרופות חדשה, הפועלת והמעכבת מתווכי דלקת בתוך התא, והקרויה מעכבי JAK ומעכבי SYK. מסלול ה-JAK עם הסיגנל התוך-תאי שלו נמצא כחשוב ביותר במנגנוני יצירת דלקת מפרקים רימטואידית. עיכוב המסלול הזה פותח פתח לאופקי טיפולים חדשים בעבור מחלות המפרקים הדלקתיות, ובראש ובראשונה עבור דלקת מפרקים רימטואידית. כיום, ידוע שכ- 30%-40% מן החולים, המטופלים בתרופות ביולוגיות, לא יגיבו להן בצורה מספקת דייה בדיכוי המחלה. התכשיר החדש שאושר, שהוא כאמור הראשון בין שורה שלמה של תכשירים מאותה קבוצת פעולה, והקרוי TOFACITINIB, נראה כמבטיח עם תוצאות טובות, הדומות בסך-הכל לתוצאות הטיפולים הביולוגיים המקובלים כיום. תוצאות דומות הוצגו גם בכנס האיגוד הראומטולוגי בברלין, בחודש מאי השנה, על תרופה דומה הקרויה BARICITINIB (תרופה אשר עדיין נמצאת בשלבים מתקדמים של מחקר). בדומה לכל התרופות, קבוצת תרופות זו אינה נטולת תופעות לוואי, אך ככל הידוע כיום, תופעות אלו אינן חורגות מאלו הקיימות לתרופות, שכבר אושרו והנמצאות כיום בקשת הטיפולית המקובלת. בשנים הקרובות נראה שורה של תרופות מן הקבוצה הזו, אשר יהוו סיכוי נוסף ללוקים במחלות מפרקים דלקתיות.

עישון סיגריות, כאבי שרירים ומפרקים

נמצא קשר ויחס ישירים בין עישון סיגריות לכאבי שרירים ולמפרקים מוגברים. מתוצאות מחקר על 6,000 נשים בארה"ב נמצא, כי למעשנות יום-יום יש סיכוי של פי 2 לסבול כאב ולדווח עליו. החוקרים ציינו, כי העישון מגרה את השיעול, ועל כן מעלה את הלחץ התוך-בטני ולחץ, היוצר גם כאבי גב. החוקרים מניחים, כי הניקוטין מקטין את סף הכאב. אשר על כן לדעת החוקרים, יש לעודד חולות הסובלות מכאבים כרוניים במערכת השריר-שלד להפסיק לעשן, כחלק מן המתווה הטיפולי המוצע להן.

בלוטת התריס ומחלות אוטואימוניות

לאחרונה נמצא, כי לאחד מכל שישה חולים עם דלקת בלוטת התריס (תירואידיטיס) יש מחלה נוספת אוטואימונית. המחלות השכיחות ביותר המלוות תירואידיטיס הן גסטריטיס אטרופית (דלקת הקיבה), ויטיליגו (חוסר אזורי של פיגמנט עורי) ומחלת צליאק.

טיפול מונע לתסמונת רינו

חולים, הלוקים בתסמונת או במחלת רינו (התכווצות של כלי הדם הפריפריים בקצות הגפיים, בעת חשיפה לקור או מתח נפשי) יכולים ליהנות מטיפול מונע בתכשירים המקובלים לאין-אונות דוגמת ויאגרה, או לויטרה. תסמונת רינו מלווה על פי רוב מחלות אוטואימוניות רבות דוגמת סקלרודרמה או זאבת. חולים, שטופלו בתכשירים מן הקבוצה הזו, דיווחו על ירידה ברורה במספר ההתקפים של הרינו, או על משך קצר בהרבה של התקף ממה שהיה טרם הטיפול. הרעיון, שעומד מאחורי השימוש בתכשירים אלה, הוא ניצול האפקט מרחיב כלי הדם שלהם.

מחלת וגנר (WEGENER) מחליפה שם

חולים, הסובלים ממחלה אוטואימונית הקרויה מחלת וגנר (WEGENER), יצטרכו מעתה להתרגל לשם חדש שניתן למחלה - granulomatosis with polyangiitis או GPA בקיצור. וגנר היה זה שתיאר את המחלה בשנות ה-30 של המאה הקודמת. עתה משהתברר, כי למחלה יש רכיבים נוספים שונה גם שמה הרשמי. מדובר במחלה אוטואימונית של כלי דם, הפוגעת בנשים ובגברים כאחד. התסמינים הראשונים כוללים סימנים מצד מערכת דרכי הנשימה העליונה והתחתונה, עם תהליך דלקתי אשר בהיסטולוגיה שלו מוצאים מבנה פתולוגי הקרוי גרנולומה. גרנולומות כאלו עלולות להופיע ברקמות שונות, פנימיות כמו גם בעור. בהמשך מופיעה דלקת משמעותית של דופן כלי דם (וסקוליטיס), ולעתים גם פגיעה כלייתית. הווסקוליטיס מצדה גוררת היצרות של כלי הדם הנגוע, וירידה באספקת הדם לאיבר המשויך לכלי הדם הנגוע. בדיקת המעבדה הקשורה במחלה זו היא ANCA, נוגדן כנגד תאי דם לבנים-נויטרופילים, והיא חיובית במרבית המקרים, אך לא בכולם. הטיפול המקובל הוא בסטירואידים ובתכשירים מדכאי מערכת החיסון, ואף בתכשירים ציטוטוקסיים (טיפולים הקרויים "כימיים").
הסכות (פרוגנוזה) השתפרה מאוד בשנים האחרונות, מאז הוכנסו לתוקף הטיפולים שהוזכרו.

סיכום פעילות לשנים 2012-2011

מאת: **אסנת עטר**, אחראית על ארגון אירועים וכנסים, חברת הנהלת העמותה

כבכל שנה גם בשנה זו קיימנו פעילות רבה ומגוונת לחברי העמותה, לבני משפחותיהם ולציבור הרחב.

פעילות בשבוע הראומטולוגיה הבין-לאומי

סדנת בישול בריא

פתחנו את שבוע הראומטולוגיה בסדנת בישול בריא במוזיאון ארץ ישראל.

לפני תחילת הסדנה, החברים סיירו במוזיאון וביקרו בשתי תערוכות בהן קיבלו הסבר ממלווה צמוד.

התערוכה הראשונה הייתה - "הסעודה האחרונה באפולוניה", התערוכה השנייה - "זכוכית ישראלית 2011". בתערוכה זו הייתה יצירה נהדרת של אומנית זכוכית וצורפות **איריס הרדי-עצמון** שהיא אמה של דניאלה (דנדי) חברת העמותה. החברים התלהבו מן העבודות בכלל ומן העבודה של איריס בפרט.

הסדנה התקיימה בחסותה האדיבה של חברת התרופות **רוש**.

סדנת בישול בריא

איריס ויצירתה

משתתפי סדנת בישול בריא

אמירה לידר וורה גלר

יום כיף בים המלח

בתחילת ינואר קיימנו יום כיף בים המלח לחברי העמותה, אשר כלל ארוח במלון, תרגול נשימתי, רחצה בבריכת מים מינרלים, מפגשים חברתיים והסתיים בריקודים.

חלוקת סופגניות בחנוכה

חילקנו בחנוכה סופגניות בכמה מרפאות ראומטולוגיות בבתי חולים, הן במרפאות למבוגרים והן במרפאות לילדים.
את החלוקה ביצעו המתנדבות: **כוכבה**, **בת שבע**, **רחל ותקוה**.

כוכבה אושר, פרופ' ליאורה הראל ובת שבע מנשה

אסנת עם שושי מנהלת המרפאות בתל השומר

הכנס השנתי של האיגוד הישראלי לראומטולוגיה

הכנס התקיים השנה בחיפה בהשתתפות נציגי עמותת עינבר.
נציגי העמותה הציגו חומר מגוון של העמותה.
יו"ר העמותה, מר **רם בלס**, נשא דברים בפני באי הכנס.
גזבר העמותה מר **מיקי קפנר**, תיאר את פעילויותיה הרבות והמגוונות של העמותה באמצעות מצגת.
כבכל שנה, גם בשנה זו הענקנו שתי מלגות לרופאים חוקרים צעירים, שעבודותיהם נבחרו מתוך אלו שהוגשו.

רם בלס

רם בלס, פרופ' מיכאל אהרנפלד ומיקי קפנר

כנס במרכז הרפואי בני ציון - חיפה

עמותת עינבר התחילה בפרויקט חדש של ארגון כנסים במרפאות הראמטולוגיות בבתי החולים.
את הכנס הראשון קיימנו בחיפה, במרכז הרפואי בני ציון, אליו הגיעו כ- 80 משתתפים, בעזרתו הרבה של פרופ' **יצחק רוזנר** - מנהל המחלקה הראומטולוגית.
בכנס השתתפו פרופ' **יצחק רוזנר**, אשר בירך את הנוכחים. לאחר מכן ניתנו הרצאות ע"י ד"ר **דורון רימר**, מהמרכז הרפואי בני ציון, העובדת הסוציאלית גב' **עדנה בודן** , ד"ר **גלב סלובודין** - מן המרכז הרפואי בני ציון וגב' **שרה רוטברג** פעילת העמותה בצפון.
הכנס התקיים בחסותה האדיבה של חברת **רוש**.

כנס להורים לילדים

מזה שנים רבות העמותה מקיימת כנס להורים לילדים. בשנה זו הכנס התקיים באודיטוריום במרכז זבלודוביץ למחלות אוטואימוניות בבי"ח תל השומר.
נשאו דברי ברכה יו"ר העמותה מר **רם בלס** ופרופ' **יהודה שיינפלד** ובהשתתפות המרצים: פרופ' **ליאורה הראל**, ריאומטולוגית לילדים מבי"ח שניידר, גב' **יפה רונן** ממכון אדלר, גב' **לאה לוגסי** מהמוסד לביטוח לאומי וסיפורו של גב' **איריס הרדי-עצמון** על אם ובתה החולה **(דנדי)**.
הכנס התקיים בחסותה האדיבה של חב' **ניאופרם**.

יום בריאות קהילתי

העמותה השתתפה ביום בריאות קהילתי מטעם אגף בריאות הציבור שבעיריית תל-אביב-יפו. בדוכן, שהועמד לרשות העמותה, הוצג מידע על העמותה לקהל המבקרים וחולק שי צנוע מטעם העמותה

הכנס השנתי בכפר המכביה

גם בשנה זו קיימנו כנס בכפר המכבייה.

בכנס זה השתתפו יו"ר העמותה, מר **רם בלס**, פרופ' **ארנון אפק**, ראש מינהל הרפואה במשרד הבריאות, ד"ר **אהרון מנחם**, אורטופד בכיר מבית חולים איכילוב ופרופ' **הווארד עמיטל**, ראומטולוג בכיר מבי"ח תל השומר. הפעלה גופנית קצרה עשו גב' **ליאת פרשטנפלד** וגב' **סמדר אייל**.

כבכל שנה קיימנו אסיפה כללית של העמותה. **דינה אור** הופיעה בקטעי הומור - "זה ייגמר בצחוק", וסיימנו בארוחת צהריים עשירה במסעדת המלון.

הכנס נערך בחסותן האדיבה של החברות: **אבוט**, **GSK**, **רפא** **וניאופרם**.

משתתפי כנס כפר המכביה

נסיעה לאתר מרפא בחו"ל

בחודש יוני הוצאנו קבוצה לאתר מרפא בהונגריה "HAJDUSZOBOSLO" לשבועיים, ובכוונתנו להוציא קבוצות נוספות לאתר זה בשנת 2013.

ההדים מחוויות הטיפול באתר זה, כמו גם מהארגון של החברה, היו טובים מאוד.

משתתפי הנסיעה לאתר מרפא בהונגריה

סקר בנושא קישיון בוקר

ערכנו סקר בקרב חברי העמותה הצעירים בעניין קישיון בוקר. מתנדבים התקשרו למאות חברים ומתוכם מצאנו כ-250 חברים מתאימים לסקר. הסקר נערך בשיתוף חברת התרופות "רפא".

פורום באתר האינטרנט של העמותה לשאלות ותשובות

באתר האינטרנט של העמותה נפתח פורום לשאלות אשר עליהן משיב הראומטולוג, פרופ' **מיכאל אהרנפלד** - חבר הנהלת העמותה.

פרופ' יהודה שיינפלד

כנס לחולי לופוס

עמותת ענבר צירפה אליה את חולי הלופוס, נציגם של חולי הלופוס בעמותה הוא פרופ' **יהודה שיינפלד** המשמש כנשיא של קבוצת חולי הלופוס בענבר.

לראשונה התקיים כנס לחולי הלופוס בחודש יולי, אליו הגיעו 160 משתתפים. המרצים שהשתתפו: פרופ' **יהודה שיינפלד**, ד"ר **ג'יזל גודארד**, פרופ' **מחמוד אבו שקרה**, ד"ר **ננסי אגמון-לוין**, ד"ר **מרגלית לורבר**, ד"ר **דפנה פארן**, פרופ' **יצחק רוזנר**, וד"ר **דורית גמוס**.

הכנס נערך בחסותה האדיבה של חברת GSK.

קבוצות תמיכה

קבוצות התמיכה ממשיכות לפעול. בתל אביב מנחה את הקבוצה גב' **מרי בת ציון**. בחיפה מנחה העובדת הסוציאלית, גב' **עדנה בודן** ובבאר שבע מנחה העובדת הסוציאלית, גב' **בטי כהן**. אנו מתכננים לפתוח קבוצות תמיכה נוספות בהרצליה ובירושלים.

כנס בריאות בים המלח

הכנס, שהתקיים בהצלחה בשיתוף פעולה עם המרכז הארצי להתעמלות בונה עצם, ואליו הגיעו כ-40 משתתפים, נערך במשך 3 ימים במלונות אואזיס וספא בים המלח, ניתנו בו הרצאות בתחומים בריאותיים מגוונים וכן בוצעה הפעלה גופנית.

משתתפי כנס הבריאות

לידיעת החברים

עמותת עינבר התגייסה להקמה מחדש של ארגון חולי הלופוס (זאבת רב-מערכתית) בישראל, ומיזגה בתוכה את הארגון, יחד עם ראשו פרופ' יהודה שיינפלד, החל מחודש ינואר 2012 ובכך מאפשרת לחולים למצוא אוזן קשבת וכתובת לפניותיהם.
מיזוג זה מביא לידי ביטוי את שאיפתה של העמותה להכניס תחת קורת גג אחת את כל המחלות האוטואימוניות.
עמותת עינבר מבקשת לפתוח קבוצת פעילות לחולים אלו. המעוניינים מתבקשים לפנות לעמותה בטלפון 03-5613832, או לכתובת הדואר האלקטרוני שלה - INBAR-IL@ZAHAV.NET.IL

פרופ' יהודה שיינפלד הצטרף כחבר הנהלת עמותת עינבר החל מחודש מאי 2012.

פורום שאלות ותשובות לכל המעוניין לשאול נפתח באתר האינטרנט של העמותה. פרופ' מיכאל אהרנפלד משיב על השאלות.

תוכנית פעילות עמותת עינבר בחודשים הקרובים

שבוע הראומטולוגיה
יום כיף בים המלח
כנס בריאות בים המלח
הפקת חוזר רבעוני לעדכון חברי העמותה
פתיחת סדנה להורים לילדים חולים, בשיתוף מכון אדלר.

לפרטים ולהצטרפות: 03-5613832.

דעו את זכויותיכם מעתה גם ברוסית

מידע חיוני למתמודדים עם מחלות ראומטיות, נאסף לחוברת אחת הכוללת תחום רחב של זכויות לחולים, תוך מתן דגש על אלו המשמעותיות לחולי מחלות ראומטיות.
חברי העמותה המעוניינים בחוברת מתבקשים לפנות לעמותה בטלפון 03-5613832, או לכתובת הדואר האלקטרוני שלה - INBAR-IL@ZAHAV.NET.IL.
החוברת הוכנה בשיתוף פעולה של האגודה לזכויות החולה בישראל, עמותת עינבר לנפגעים במחלות ראומטיות, האיגוד הישראלי לראומטולוגיה, משרד הבריאות וחברת אבוט.

לקראת שנת תשע"ג
מברכת העמותה
את כל חבריה ועמיתיה

בשנת בריאות ושגשוג

כמדי שנה העניקה **העמותה מלגות** בעד עבודת מחקר בתחום המחלות הראומטיות לרופאים -
ד"ר שי קיויתי
ד"ר יונתן בוטבול
יישר כוח!

הקו הפתוח של עמותת עינבר עומד לרשות החברים בימים א' עד ה' בין השעות 10:00 עד 13:00 בטלפון 03-5613832.

קבוצות התמיכה לחברי עמותת עינבר ממשיכות לפעול בתל אביב, חיפה ובאר שבע. להצטרפות: 03-5613832.

מן הנעשה בכנסים בחו"ל

חידושים מן הכנס השנתי האירופי לראומטולוגיה

מאת: **פרופ' מיכאל אהרנפלד**, המרכז הרפואי "שיבא", תל השומר, חבר הנהלת העמותה

הכנס השנתי של האיגוד הראומטולוגי האירופי EULAR נערך בחודש מאי האחרון, בברלין, בנוכחות כ-15 אלף ראומטולוגים מכל העולם. בכנס הוצגו עבודות המחקר החדשות ביותר, בכל תחומי הראומטולוגיה, אשר עדיין לא פורסמו בספרות הרפואית. הכנס הבא יתקיים בשנת 2013, במדריד.

להלן תקציר של המחקרים הבולטים שהוצגו בכנס:

- חוקרים אמריקאים הצביעו במחקר על 2,811 נבדקים, מהם 20% שלא עישנו ו-80% מעשנים, כי העישון משפיע לרעה על יעילות הטיפול בנוגדי-TNF אצל חולים עם דלקת מפרקים רימטואידית.
- שני מחקרים מאיטליה הצביעו על כי עודף משקל מקטין את הסיכוי להגיע למצב של רגיעה ושל דיכוי מחלה עד למינימום בקרב חולים עם דלקת מפרקים פסוריאטית.
- מחקר שוודי על 134 חולות עם דלקת מפרקים רימטואידית הצביע, כי כניסה מוקדמת לבלות והפסקת המחזור החודשי צופנות בחובן צורה קלה יותר של דלקת מפרקים רימטואידית. דלקת מפרקים רימטואידית היא מחלה כרונית דלקתית של המפרקים עם שכיחות יתר אצל נשים. גורמים הורמונליים דוגמת הנקה קודמת, שימוש בגלולות למניעת היריון וגיל הפסקת המחזור נחשדו כולם, כמשפיעים על הסיכון לחלות בדלקת מפרקים רימטואידית. המנגנונים הקשורים בתהליכים אלה עדיין לא ברורים.
- מחקר גרמני על 8,908 חולים עם דלקת מפרקים רימטואידית הצביע, כי שיפור בדלקת עם כניסה לרמיסיה (נסיגה), או כמעט רמיסיה של המחלה, תוך שימוש בנוגדי-TNF ביולוגיים, משפר את תוחלת החיים של חולים אלה.
- מחקר צרפתי הצביע על כי טיפול בנוגדי-TNF בחולים עם דלקת מפרקים רימטואידית, מקטין את הסיכון לחלות במחלות לב ובאירועי לב, סיכון הידוע כמוגבר בחולים עם מחלות ראומטיות דלקתיות. המודל המחקרי מבוסס על תצפיות בקרב 109,462 חולים, כאשר החוקרים הסיקו מן המחקר, כי כל שישה חודשים נוספים של טיפול ביולוגי בנוגדי-TNF מקטין משמעותית את הסיכון לאירועי לב, לשבץ מוחי, לתעוקת לב ולאי ספיקת הלב.
- מחקר הולנדי, שבדק את הנגישות לטיפולים ביולוגיים לחולים עם דלקת מפרקים רימטואידית, ב-36 מדינות אירופיות, מצא כי בכרבע ממדינות אירופה (22%=10 מדינות) לא קיימת אפשרות לקבל טיפול ביולוגי, אלא על בסיס פרטי, קרי, התרופות אינן רשומות בסל התרופות של המדינות הללו [הערת העורך: מצבנו במדינת ישראל הוא אפוא יוצא דופן לטובה, באשר כיום בסל התרופות יש לפחות חמש תרופות ביולוגיות לטיפול בדלקת מפרקים רימטואידית, ועוד שתי תרופות נוספות שנרשמו במשרד הבריאות, והן בדרך להירשם בסל התרופות].
- שני מחקרים רב לאומיים, שהשוו בין תרופות ביולוגיות, העלו את הממצאים המעניינים הבאים: לאורנסיה (ABATACEPT) יעילות שוות ערך לזו של הומירה כטיפול בדלקת מפרקים רומטואידית, ומאידך, אקטמרה (TOCILIZUMAB) =אנטי-IL6, כתרופה בודדת (ללא מטוטרקסאט) נמצאה כיעילה יותר מאשר הומירה כתרופה בודדת בדיכוי תסמינים וסימנים של דלקת מפרקים רומטואידית. עם זאת, בטיחות שתי התרופות נמצאה דומה.
- מחקר שוודי העלה, כי בכמחצית מחולי דלקת מפרקים רימטואידית החיוביים לנוגדן CCP - קיימים שינויים ריאתיים הניתנים לזיהוי ב-CT (מסוג HRCT) כבר בתחילת מחלתם. מעורבות ריאתית בדלקת מפרקים רימטואידית היא תופעה מוכרת, וקשורה ככל הנראה לשינויים המתחוללים במערכות נוספות מעבר למפרקים, במחלות מפרקים דלקתיות. החידוש במחקר זה הוא, שקיומו של הנוגדן הספציפי כנגד CCP מלווה במעורבות ריאתית מוקדמת ממה שהיה ידוע וצפוי בעבר.
- קבוצת חוקרים מגרמניה דיווחה בכנס על שורה של חמישה מדדים הניתנים למדידה, ואשר קיומם יכול לחזות את התקדמותה של מחלת האנקילוזינג ספונדיליטיס (מחלת בכטרב) ואת החמרתה. נוכח העובדה, שמדובר בסימנים ביולוגיים הקשורים בתהליך הדלקת המואץ בעמוד השדרה של חולים אלה, קבוצת החוקרים הידועה מברלין הצביעה שוב על חשיבות הטיפול הקבוע בתכשירי קבוצת ה-NSAID, כדי להוריד את מדדי הדלקת ובראשם את רמת ה-CRP.

מן הנעשה בכנסים בחו"ל

PARE

כנס הסתו ה-14 באתונה שביון נובמבר 2011

מאת: עפרה בלבן-קשטלנסקי ומיקי קפנר, עמותת עינבר

בחודש נובמבר התקיים באתונה, שביון, הכנס ה-14 של ארגון PARE, שהוא ועדת קבע בתוך ארגון EULAR.

להלן כמה מילים על ארגונים אלה: EULAR (the EUropean League Against Rheumatism) הוא ארגון המייצג חולים, מומחי בריאות וארגונים מדעיים בתחום הראומטולוגיה של כל מדינות אירופה. ישראל נספחת לארגון זה.

הארגון מעודד מחקרים של מחלות המפרקים, וכן הוא מקדם ותומך במניעתן, בטיפול בהן ובשיקום מהן. כדי לקדם ביעילות את מטרותיו הקים הארגון ועדות וגופים מינהליים שונים. מקום מושב המזכירות הקבועה של הארגון הוא בשווייץ.

אחת מן הוועדות שהוקמו, כאמור לעיל, היא PARE (People with Arthritis & Rheumatism in Europe). זהו ארגון של אנשים חולים בראומטיזם, המפגיש נציגי קבוצות של חולים במחלות מפרקים ושלד מכל אירופה לפעול ביחד, כדי לשפר את איכות החיים של יותר מ-100 מיליון בני אדם באירופה הסובלים ממחלות אלו.

בכנס השתתפו, מטעם עמותת עינבר - עפרה בלבן-קשטלנסקי ומיקי קפנר

הנושא המרכזי של הכנס היה: "Move to Improve" ("לנוע לשיפור"). נושא חשוב נוסף בכנס היה "Fit for Work" ("התאמה לעבודה").

הכנס החל באסיפה הכללית של הארגון, שבה אושרו הדו"ח הכספי לשנת 2011, התקציב לשנה הבאה ותכניות הפעולה לשנת 2012. תכניות אלו כוללות מאבק מחודש להכנסת מחלות המפרקים והשלד לרשימת המחלות של האיחוד האירופי לתכניות אופק 2020 של האיחוד.

לאחר מכן החל הכנס באופן רשמי בדבריו של סגן נשיא EULAR. אחריו נשא סגן שר הבריאות היווני דברי ברכה לבאי הכנס וכן נשא דברי ברכה נשיא EULAR.

נציג האגודה של הליגה נגד ראומטיזם של המדינה המארחת מסר דיווח על פעילות האגודה ביוון ופירט כמה נתונים בעניין מחלות המפרקים ביוון. הנתונים הראו, שכ-2.5 מיליוני בני אדם, מתוך אוכלוסייה של כ-11 מיליון נפש, חולים במחלה ראומטית. רק 19% מן החולים פוגשים רופא בתחילת הופעת הסימפטומים של המחלה, ו-35% פוגשים רופא בששת החודשים הראשונים של המחלה.

יו"ר PARE, נציג קפריסין, מר מריוס קולומאס, עדכן את המשתתפים בתכניות הארגון, שבוצעו בשנה שחלפה ובתכניות לעתיד לבוא. בין שאר דבריו, הוא גם מסר דיווח על תוצאות תחרות צילומי תמונות של PARE בנושא "Move to Improve", שבה זכה חולה מדנמרק. 12 התמונות שנבחרו בתחרות נכללו בלוח השנה המפואר של EULAR לשנת 2012 (תמונה לכל חודש). לתמונת השער של הלוח נבחר ציורה של גב' אילנה ירון מישראל, חברת הנהלת עמותת עינבר, אשר עוסק גם הוא בנושא התנועה והפעילות הגופנית.

נשיא EULAR הרצה על אוסטיאופורוזיס: נטל המחלה ואפשרויות הטיפול בה. הרצאתו חולקה לארבעה חלקים:
הגדרה ואבחון, נטל המחלה, אפשרויות הטיפול והמלצות EULAR.

לאחר מכן ניתנה הרצאה של רופא מומחה מן המרכז הרפואי של אוניברסיטת ליידן בהולנד על פעילות גופנית ועל תרגילים המומלצים לחולי אוסטיאופורוזיס, שפגועים בברך ובירך. המלצות צוות היגוי מטעם EULAR הן לגישה כוללנית שרכיביה הם: עזרה התחלתית, תכנית ניהול המחלה, שינויים בסגנון החיים, חינוך, תרגול, הפחתה במשקל, מכשירי עזר, הנעלה ועבודה.

הרצאה נוספת ניתנה בנושא היבטים פסיכולוגיים של פעילות גופנית: הנעה, לקיחת אחריות ותועלות. קיימים שישה עקרונות פסיכולוגיים להגדלת הפעילות הגופנית:

עידוד שלילי - הפסק את הפעילות כל עוד אתה נהנה ממנה.

עידוד חיובי - בחר פעילות גופנית מהנה עצמאות בהחלטות - התחשב במה שאתה באמת רוצה בחיים.

יכולת - הייה בעל יכולת לבצע את הפעילות הגופנית.

התייחסות חברתית - מצא לך שותף לפעילות הגופנית.
יישום כוונות - הייה ברור בבחירת הפעילות: מתי, היכן, עם מי...

נוסף על ההרצאות היו בכנס כמה סדנאות וקבוצות עבודה: ע' בלבן-קשטלנסקי השתתפה בסדנה, שעסקה בשיפור תקני השירות ומדדים לאיכות הטיפול באיחוד האירופי. מ' קפנר השתתף בסדנה שעסקה בהתפתחויות האחרונות בנושא עבודה - גישות חיוביות של מעבידים בהתאמת מקום העבודה לעובדים בעלי מוגבלויות, חקיקה במדינות שונות לעידוד העסקת עובדים בעלי מוגבלויות, ותיאום ושילוב בין הגורמים הרבים במדינה העוסקים בתחום זה. כן השתתו כותבי מאמר זה בסדנאות ובקבוצות עבודה בנושאים הבאים:

- מחסומים לפעילות של חולי מפרקים.
- הכנת מסמך ובו המלצות לשילוב בין הכוחות השונים במדינה: פוליטקאים, מומחי בריאות, שירותי בריאות, ארגוני ספורט וארגוני החולים, כדי לאפשר את הגדלת הפעילות הגופנית לחולים.
- תכניות לפעילות גופנית ברמה הלאומית לאנשים בגיל 30 ויותר עם מחלותמפרקים ושלד.

באחד מערבי הכנס נערכה תערוכת פוסטרים של הארגונים האירופים בנושא "Move to Improve", כולל תחרות בין המציגים שעמדו לבחירת משתתפי הכנס. כזוכה בתחרות נבחר הפוסטר של הארגון היווני.
במסגרת הפרויקט של EULAR לעידוד החלפת ידע בין ארגוני החולים באירופה התקיים דיון הסברים על מהות הפרויקט. נציגי עמותת עינבר העלו רעיונות לפני נציגי העמותה המקבילה מרוסיה, והם ענו בחיוב על אפשרות לשיתוף פעולה בתחום זה, כאשר אנו נסתייע ברוסים, כיצד לגשת ולסייע לחולים מקרב אוכלוסיית העולים מרוסיה בישראל, ואנו נסייע לרוסים לפתח את פעילויות העמותה שלהם.

כן נערכו שני סיורים חיצוניים במסגרת הכנס. הסיור הראשון- לאגם מים מתוקים, במרחק לא רב ממקום הכנס, הנקרא "Vouliagmeni". זהו אגם הנחשב לפלא טבע. הוא אינו גדול וגם אינו עמוק, מכיל מים מתוקים וניזון מזרמים תת-קרקעיים. האגם מכיל כמה מינרלים המטיבים עם הבריאות, כמו: אשלגן, נתרן, ליתיום, סידן, יוד ועוד, וכן דגיגים שעושים "פדיקור" לרגלי המתרחצים. מאחר שהטמפרטורה באגם חמימה בקביעות מגיעים אליו מטיילים בכל ימות השנה, כדי להנות ממימיו בעלי הסגולות הבריאותיות החיוביות.
הסיור השני - נערך באתונה למוזיאון האקרופוליס החדש, אשר נפתח לפני כשנתיים. המוזיאון מכיל עושר ארכיאולוגי, שבו ממצאים רבים שהתגלו בחפירות ארכיאולוגיות, באזור האקרופוליס.

עפרה ומיקי עם פרופ' מקסים דוגאדוס מצרפת, נשיא EULAR

שאלות ותשובות

מאת: פרופ' **מיכאל אהרנפלד**, המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, תל השומר, חבר הנהלת העמותה

שאלה: היש מקום לדאוג לחשש לנזק לראייה, כאשר נוטלים פלאקווניל?

תשובה: נזק לראייה כתוצאה מנטילת פלאקווניל (הידרוקסי-כלורוקווין) הוא נדיר, אך קיים. בעבר, כאשר היה מקובל לטפל בכלורוקווין עצמו בדלקת מפרקים, הסיכון הזה היה בעל משמעות גדולה יותר. מובן שיש לחשוב על אפשרות כזאת בכל מקרה, שבו החולה המטופל/ת מתלונן/נת על טשטוש ראייה. נראה כי ההשפעה היא תלוית מינון, והסיכון לראייה מתגבר כאשר משתמשים במינונים של יותר מ- 6.5 מג"ר לק"ג משקל גוף. הסיכון הוא גדול יותר גם אצל בעלי עודף משקל וחולי סוכרת. ב-95% מן המקרים, הנזק הוא הפיך כאשר מפסיקים במועד את הטיפול בתרופה. יש לבצע בדיקת שדה ראייה בתוך שישה החודשים הראשונים לטיפול ואם הבדיקה תקינה, יש לחזור עליה אחת לשנה.

שאלה: בכל פעם שאני מקבלת חיסון לשפעת, אני חשה כאבים במפרקים, עם חולשה ועם הרגשה רעה. האם יש לכך קשר לדלקת המפרקים שלי? האם זה נורמלי?

תשובה: ככלל, חיסונים נגד שפעת מסוגלים לגרור צרידות, אודם ונפיחות באתר ההזרקה, חום נמוך, וכאבים מפושטים בגוף שלרוב נמשכים כמה ימים לאחר קבלת החיסון. הספרות הרפואית אינה מדווחת, שהתופעה שכיחה יותר בחולים הלוקים בדלקת מפרקים. בדרך כלל אין צורך בטיפול ייחודי לתופעות הללו, המופיעות לאחר קבלת חיסון. עם זאת יש לזכור, כי במקרים נדירים, מחלה אוטואימונית ובמסגרתה גם דלקת מפרקים עלולות להופיע לראשונה לאחר קבלת חיסון זה, או חיסון אחר.

שאלה: בביקורי האחרון במרפאה, הברך שלי הייתה נפוחה, חמה, וכואבת. הרופא הציע שאקבל זריקה תוך מפרקית באותו מועד. לא התלהבתי מכך והצעתי שאולי אקבל זאת כאשר אבוא בפעם הבאה. מהו מקומן של זריקות למפרקים?

תשובה: חשוב לזכור, כי זריקות תוך-מפרקיות הן חלק חשוב ויעיל ביותר, בטיפול במחלות מפרקים, בין אם מדובר בדלקת מפרקים רימטואידית, באוסטיאו-ארתריטיס, בשיגדון (גאוט), או בבורסיטיס. הזריקה פועלת בדרך כלל בשני כיוונים, הן בשל הוצאת הנוזל מן המפרק והפחתת הלחץ התוך-מפרקי, והן בשל התכשיר הסטירואידלי המוחדר למפרק, אשר מקטין את הנפיחות ואת הכאב, ומשפר את התנועתיות. לרוב תינתן זריקה תוך-מפרקית, כאשר מפרק אחד משמעותי הוא כואב ונפוח. ברור כי אם החולה סובל/ת מכאבים במפרקים רבים, ויש סימנים למחלה רב-מפרקית, יש לתת טיפול תרופתי שישפיע על כל המפרקים, ולא רק על המפרק המוזרק. זריקות תוך-מפרקיות אינן באות להחליף את הטיפול המערכתי במחלה, אלא הן מיתוספות עליו.

בעיקרון יש שתי תרופות המוחדרות למפרק בזריקה: קורטיקו-סטירואידים וחומצה היאלורונית. סוג הזריקה שתינתן תואם את המחלה. חומצה היאלורונית ניתנת בזריקה למפרק רק לחולי אוסטיאו-ארתריטיס, בעוד זריקה של סטירואידים יכולה לסייע לכל מחלה דלקתית של המפרק, וגם במקרים מסוימים לאוסטיאו-ארתריטיס.

שאלה: אני סובלת מאוסטיאו-ארתריטיס ומבקשת לדעת, מהי החשיבות של ספורט ושל פעילות גופנית, והאם פעילות כזאת יכולה לעזור למחלתי? האם היא בטוחה?

תשובה: פעילות גופנית ו/או ספורטיבית היא בטוחה, וחולים רבים עם אוסטיאו-ארתריטיס יכולים להפיק רבות ממנה. ספורט מקל את הנוקשות ומשפר את התנועתיות. פעילות גופנית גם מונעת איבוד כוח שרירי, משחררת אנדורפינים שמשרים "תחושה טובה" ויכולים לשמש כנוגדי כאב טבעיים. יתירה מזו, פעילות גופנית מוסדרת תאפשר לשלוט במשקל הגוף, למנוע עלייה במשקל, וכך להקטין את העומס על המפרקים. אנשים רבים חוששים להתחיל בפעילות גופנית מתוך הפחד המוטעה, שפעילות כזאת תגרור נזק נוסף למפרקים שלהם. הפעילות הגופנית לחולים הלוקים באוסטיאו-ארתריטיס, יכולה לכלול: שחייה, צעידה, חיזוק שרירים ותרגילי מתיחות לשרירים.

שאלה: אני מטופלת בזריקה של תרופה ביולוגית כנגד דלקת מפרקים רימטואידית. זהו כבר ניסיון שני של הרופא לטפל בתרופה ביולוגית, אשר לא עולה יפה, והתרופות שנטלתי עד כה לא משפיעות עליי ולא משפרות את כאביי ואת הדלקת. לדברי הרופא המטפל, גם מדדי הדלקת בדם לא שופרו. מהי הסיבה לכך ומה אפשר לעשות?

תשובה: חלק קטן מן החולים אינם מגיבים לתרופה זו, או לתרופה אחרת, מן המבחר הגדול של תרופות ביולוגיות, העומדות כיום לרשותנו כטיפול במחלת מפרקים דלקתית. בחלק אחר של החולים יש תגובה ראשונית טובה, והתרופה חדלה מלהשפיע עם הזמן, לרוב עקב נוגדנים שמתפתחים כנגד התרופה. הדבר מוכר היטב בספרות הרפואית. יש, ככל הנראה, גם קשר בין המרקם הגנטי של המטופל להשפעתן של התרופות, נושא המצוי במחקר ענף בעולם כולו. אם תימצא התשובה לכך, הרי אפשר יהיה לנבא טוב יותר למי לרשום תרופה זו, ולמי לרשום תרופה אחרת. בינתיים, ועד שיתקבלו התשובות לכך, מומלץ לעבור לקבוצת תרופות שונה בתוך מיגוון התרופות הביולוגיות. כיום, אנו מכירים כמה קבוצות של תרופות ביולוגיות, העובדות על אתרים שונים. הקבוצה הגדולה (שבה כבר קיימות בארץ ארבע תרופות) היא של נוגדי-TNF (רמיקייד, אנברל, הומירה וסימפוני). חלופות אפשריות הן נוגדי תאי-B (מבטרה-ריטוקסימאב), אנטי-IL6 (אקטמרה) ולאחרונה, גם נוגד תאי-T (אורנסיה). סביר מאוד, שמעבר לאחת מן הקבוצות, שבהן לא טופלת, ייתן גם מענה טוב והולם למחלה וגם את דיכוי המוצלח.

תזונה בדלקת מפרקים שיגרונתית

מאת: רונית הוקמן-בלדי, דיאטנית קלינית, RD, BSC

דלקת מפרקים ראומטית היא דלקת המפרקים השכיחה ביותר. לרוב היא מופיעה בחולים בין הגילאים 20 - 45 שנה, כאשר היא נפוצה יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים, ביחס של כ-1:3. לאורך השנים נעשו מחקרים רבים על השפעת התזונה ורכיבי תזונה שונים, על מחלות ראומטיות בכלל ועל דלקת מפרקים שיגרונתית בפרט, אולם במרבית המקרים לא נמצאו תשובות חד-משמעיות.

במאמר זה אציג לפניכם ממצאים מכמה מחקרים שנעשו ואת מסקנותיהם.

הדיאטה הים תיכונית

הדיאטה הים תיכונית נחקרת רבות בשנים האחרונות. מחקרים מצאו, כי בקרב אנשים הצורכים דיאטה ים תיכונית יש הפחתה של שיעור התחלואה והתמותה ממחלות לב, ירידה באירועי אלצהיימר, ועוד.

מהי הדיאטה הים תיכונית?

הדיאטה הים תיכונית מאופיינת בצריכה גבוהה של שומן חד בלתי רוויי: שמן זית, טחינה ואבוקדו.

צריכה מוגברת של אומגה 3 ממקור דגי (סלמון/הליבוט/טונה ועוד), צריכה גבוהה יותר של אומגה 3 ממקור צמחי - חומצה אלפה לינולנית (מופקת מאגוזי מלך, מזרעי פשתן, מירקות עליים, ועוד), וכן הפחתה בצריכת חומצות שומן רוויות (מופקות מבשר אדום, מחמאה וממוצרי חלב עתירי שומן).

הדיאטה הים תיכונית עשירה במיוחד בסיבים תזונתיים כ-40 - 60 גרם ליום (ההמלצות בדיאטות הרגילות הן כ-25 גרם ליום). מקור הסיבים בדיאטה זאת נובע מצריכת 4-6 מנות ירקן, 2-3 מנות פרי וצריכה גבוהה של דגנים מלאים (לחם מלא/קטניות, ועוד). נוסף על כך, על פי רוב רכיבי הדיאטה הם מזונות טריים שאינם מעובדים, משומרים, או קפואים.

דיאטה ים תיכונית ודלקת מפרקים שיגרונתית

במחקר, שנערך בשבדיה במשך 12 שבועות ושהשתתפו בו 56 חולים, נמצא כי דיאטה ים תיכונית עשויה להפחית כאבים בדלקת מפרקים שיגרונתית. הדיאטה הים תיכונית במחקר זה כללה: שבע מנות של פרי ושל ירק ליום; שימוש בפחמימות מורכבות, כגון: לחם מקמח מלא, אורז, פסטה, ועוד; שתי מנות דג לשבוע ושימוש בשמן זית ושמן קנולה להכנת האוכל בלבד.

יש צורך במחקרים נוספים, כדי להגיע למסקנות חד משמעיות באשר לאפקטביות דיאטה זאת לחולי דלקת מפרקים שיגרונתית.

ויטמין D

ויטמין D הוא אחד מן הוויטמינים הנחקרים ביותר בשנים האחרונות.

המקור העיקרי שלו הוא בצורה הלא פעילה (פרו ויטמין), המצויה תחת שכבת העור שלנו, וחשיפה לשמש (קרינת UBV בפרט) תביא להפיכתו לפעיל.

נוסף על כך, אפשר למצוא את הוויטמין בשמן דגים, בדגים, כגון: סלמון/סרדינים, בכבד, בחלמון ביצה ובמוצרי חלב שהועשרו בוויטמין.

תפקידי הוויטמין הם רבים וחלק מהם עדיין נחקרים. תפקידו העיקרי הוא איזון משק הסידן/זרחן בדם ובעצם, ומכאן חשיבותו הרבה לשמירה על רקמת העצם.

נוסף על כך, הוא נמצא יעיל במניעת סוכרת, מחלות סרטן מסוגים שונים, ודלקת מפרקים שיגרונתית.

בעבר לא נהגו לבדוק את ערכי הוויטמין במדינה שטופת שמש כמו ישראל, אך כיום החסר בוויטמין הוא שכיח מסיבות שונות : חשש מחשיפה לשמש, שימוש במקדמי הגנה, שהייה במקומות סגורים במשך היום, השמנה, גיל מבוגר (ייצור ויטמין מופחת), עור כהה (החשיפה לשמש צריכה להיות ארוכה יותר), מחלות כיליה ועוד.

ויטמין D ודלקת מפרקים שיגרונתית

ממחקרים נצפה, כי נטילת הוויטמין, ובפרט כתוסף, גרמה לירידה ברמות הציטוקינים ולירידה בפרוליפרציית תאים (שגשוג תאי).

כנראה שתפקידו חשוב בדיכוי התגובה של מערכת החיסון.

מחקר איטלקי, שפורסם בדצמבר 2010 ושבו השתתפו כ-1,200 אנשים, בדק את ההשפעה של חסר ויטמין D על חומרת דלקת המפרקים השיגרונתית ועל נפיחות המפרקים.

המחקר מצא, כי שכיחות חסר ויטמין D בחולי דלקת מפרקים שיגרונתית דומה לשכיחותה באוכלוסייה הכללית, אך כדי להקל את תופעות המחלה ולגרום לירידה בגורמי הדלקת ובנפיחות המפרקים, יש לשמור על רמה של מינימום 38 ננוגרם/לליטר (93 ננומול/ליטר) באמצעות לקיחת 800 יחב"ל לפחות של

תוסף ויטמין D ליום.
יש לערוך מחקרים נוספים בנושא.

אומגה 3

אומגה 3 היא חומצת שומן רב בלתי רוויה, אשר נחקרה רבות בעשור האחרון.
גוף האדם אינו יכול לייצר אומגה 3, ללא צריכה ממקור חיצוני. המקורות העיקריים לאומגה 3 הם: דגי הים הצפוני (סלמון/סרדינים/הליבוט/מקרל, ועוד), זרעי פשתן, פולי סויה, שמן קנולה וצמח המרווה.
אומגה 3 הוכיחה את יעילותה בהורדת רמות טריגליצרידים (שומנים בדם), בחיזוק המערכת החיסונית, ובשיפור מצב הרוח, הריכוז, ועוד.

אומגה 3 ודלקת מפרקים שיגרונתית

מחקרים רבים נעשו לבחינת השפעת אומגה 3 על דלקת מפרקים שיגרונתית והם הוכיחו את יעילותה של האומגה 3.
מחקר אמריקאי, שנעשה ב-34 חולים עם דלקת מפרקים פעילה, הראה כי צריכת 3 גרם אומגה 3 ליום שיפרה את נוקשות הבוקר, הפחיתה את עצימות כאבי המפרקים, שיפרה את היכולת להתכופף להרמת בגדים ואת אחיזת כף היד לעומת קבוצת הפלסבו (ביקורת).
נוסף על כך, במחקר זה, קבוצה שלישית קיבלה תוסף של כ-10 מ"ל שמן זית בשילוב עם 3 גרם אומגה 3 ליום. הוכח כי השילוב הביא לתוצאות מוצלחות אף יותר בשיפור תסמיני הדלקת.

ויטמין B6

ויטמין זה הוא בעל תפקיד חשוב בתהליכי חילוף חומרים של חלבונים בגוף. אם קיים בו חסר, עלולות להיגרם דלקות בעור וברקמות ריריות, ועלולה להתפתח בעיה במערכת העצבים.
המקורות העיקריים לוויטמין זה הם: קטניות, אגוזים, אורז מלא, קמח חיטה מלאה, ועוד.

הידעת כי ?

על אף שלא כל המחלות הראומטיות שכיחות באוכלוסיות המבוגרות, הרי סך כל הנפגעים במחלות אלו צפוי לעלות משמעותית בעשורים הבאים, בשל הזדקנות האוכלוסייה, עם עלייה בשכיחות השמנת היתר וירידה או חוסר בפעילות גופנית.

ויטמין B6 ודלקת מפרקים שיגרונתית

במחקר, שנערך בטייוואן, חולקו המשתתפים לשתי קבוצות: קבוצה אחת קיבלה 5 מ"ג תוסף חומצה פולית, והקבוצה השנייה קיבלה 5 מ"ג תוסף חומצה פולית + 100 מ"ג וויטמין B6, לתקופה של 12 שבועות.
נמצא כי מתן ויטמין B6 הפחית משמעותית נוכחות גורמים פרו-אינפלמנטורים, TNF-alpha ו- IL-6 (גורמי דלקת).

לסיכום

כוכבי התזונה העיקריים בחקר דלקת מפרקים שיגרונתית הם: אומגה 3, שמן זית, ויטמין D.
יש צורך במחקרים נוספים כדי לאשש את הממצאים לעיל.
נראה כי דיאטה ים תיכונית, המכילה בתוכה את כלל הרכיבים שנמצאו יעילים להטבה בדלקת מפרקים שיגרונתית, היא יעילה ומומלצת גם לכלל האוכלוסייה הבריאה.

תודה למתנדבים

העמותה מודה למתנדבים על עזרתם הרבה בפעילויותיה: **נורית אודי, מזל פילוסוף, ירדנה מזרחי רחל שם-טוב, בת שבע מנשה, הדס ערקי, ציפי וירצר, כוכבה אושר ושרה רוטברג**

יעקב ונונו
המתנדב המתמיד לאורך שנים

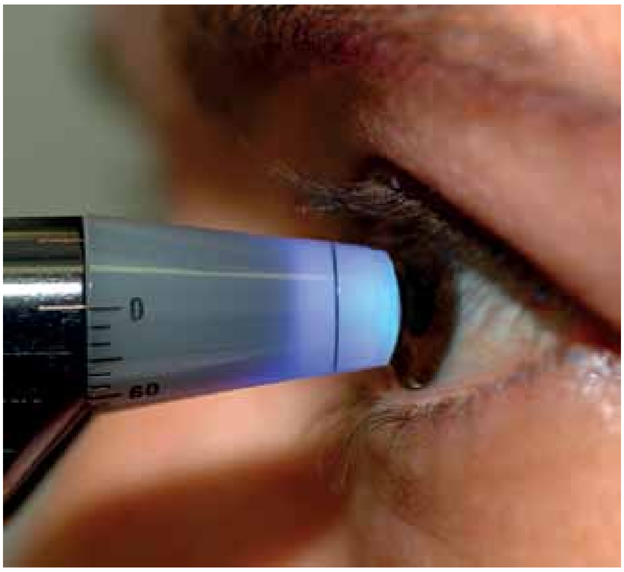
גלאוקומה - חשיבות האבחון המוקדם

מאת: פרופ' דני געתון, מנהל מכון הגלאוקומה של שירותי בריאות כללית בתל-אביב ורופא בכיר במערך העיניים של המרכז רפואי רבין

גלאוקומה היא קבוצה של מחלות, אשר המשותף להן הוא פגיעה אופיינית בעצב הראייה עם נזק נלווה בשדה הראייה. קיימים סוגים שונים של גלאוקומה, אך הנפוצה ביותר ביניהם היא הגלאוקומה פתוחת-הזווית, או כפי שהיא מכונה - "גלאוקומה כרונית". הכוונה היא למחלה מתמשכת, איטית, מתקדמת וחסרת תסמינים כמעט לחלוטין, לפחות בשלביה הראשונים. מדובר במחלה, שעדיין מהווה אחת מן הסיבות המובילות לעיוורון בעולם, ושכיחותה מגיעה לכ-1%-2% בכלל האוכלוסייה ולכ-10% בעשורים המתקדמים של החיים. כאמור, הפגיעה במחלה היא בדרך כלל איטית ופרוגרסיבית, וכל נזק שנגרם הוא בלתי הפיך. הגברת המודעות למחלה היא חשובה, כיוון שאפשר לעצור את נזקי המחלה וככל שנצליח להאט את התקדמותה מוקדם יותר, כך נמנע נזק בלתי הפיך לראייה.

חשיבות הזיהוי המוקדם של הגלאוקומה

בגלאוקומה נגרם נזק לעצב הראייה, שבא לידי ביטוי באובדן מתמשך של סיבי העצב. סיבים אלה הם אקסונים, שמקורם בתאי הגנגליון הפזורים ברשתית. ידוע, כי יש לנו רזרבה גדולה של סיבים בעצב הראייה וכי דרוש איבוד של כ- 50% מהסיבים של העצב, עד אשר יופיע נזק משמעותי לשדה הראייה. למעשה, יש לנו חלון זמן ארוך, שבו עלול להופיע נזק לעצב הראייה, וזאת ללא הופעת נזק בשדה הראייה. כיום, בעידן המודרני בטיפול במחלת הגלאוקומה חלון זמן זה מהווה אתגר חשוב כדי לאתר ולזהות את הנבדקים, אשר נגרם להם נזק מוקדם עוד לפני הופעת הנזק בשדה הראייה. למעשה, זהו מצב של נזק מורפולוגי במבנה עצב הראייה, ללא נזק פונקציונלי בשדה הראייה. כיוון שהמחלה פוגעת באיבר מטרה ברור, וכיוון שדרוש נזק רב של אובדן סיבי עצב הראייה לפני שמופיע ביטוי גם של נזק תפקודי, היינו, בשדה הראייה - האתגר הוא לזהות מוקדם, ככל האפשר, שמדובר בנזק גלאוקומטוטי של עצב הראייה (Glaucomatous Optic Neuropathy - GON) ולהתחיל בטיפול, שמטרתו תהיה מניעת התקדמות הנזק בעצב הראייה או עיכוב הופעתו, ומניעת הופעת נזק לשדה הראייה או עיכוב הופעתו. במחלת הגלאוקומה, החולה מאבד תחילה את החלקים ההיקפיים ביותר של שדה הראייה, אך ככל שהמחלה מתקדמת,



כך הנזק עלול לפגוע יותר ויותר גם במרכז הראייה. עם טיפול מתאים במרבית המקרים, האבחון המוקדם עשוי למנוע נזק נוסף, או לעכב אותו משמעותית.

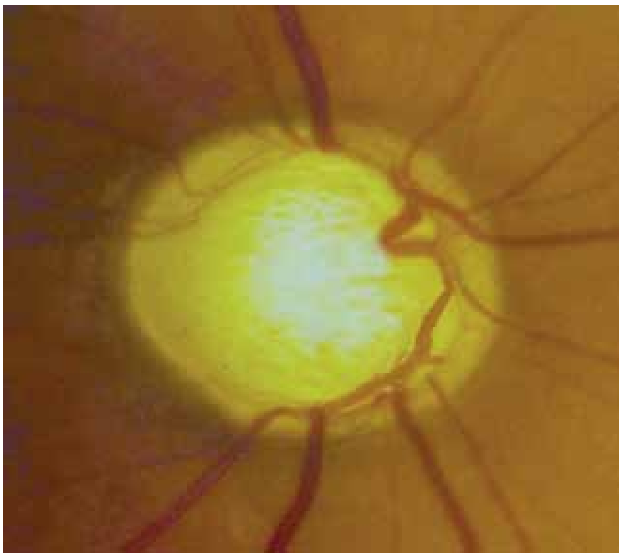
מדידת לחץ תוך-עיני בגלאוקומה

לחץ תוך-עיני תקין אצל מרבית האוכלוסייה נע בין 10 - 21 מילימטר כספית. הלחץ בעין משתנה פיזיולוגית לפי שעות היום, כאשר בשעות הבוקר המוקדמות הוא לרוב גבוה יותר. כדי להגדיר במדויק יותר את נתוני הלחץ התוך-עיני אצל הנבדק,

מבצעים "עקומת לחץ יומית" שבה מודדים לחץ בעין, החל משעות הבוקר המוקדמות ועד לשעות אחר הצהריים והערב. כל שלוש שעות, הנבדק מגיע למכשיר המדידה, והבודק רושם את המדידה על פי השעה.

כדי למדוד לחץ תוך-עיני קיימים כמה מכשירים, שחלק מהם אלקטרוניים. אך המדויק מכולם הוא מכשיר הטונומטר הוותיק ע"ש גולדמן, המורכב על מכשיר מנורת הסדק (Slit Lamp) אצל רופא העיניים.

בעזרת מכשיר זה, הבודק משטח את הקרנית של הנבדק. לכן זו מכונה אפלנציה או Applanation Tonometry. יכולת ההשטחה היא פונקציה של ההתנגדות מתוך העין ועל סמך יכולת זו אפשר לקבל מדד של לחץ בעין, בערכים של מילימטר כספית.



מרבית חולי הגלאוקומה סובלים מלחץ תוך-עיני מוגבר. לחץ תוך-עיני תקין ואף נמוך איננו מהווה ערובה, שלא תוכל להתפתח גלאוקומה אצל הנבדק. לחץ תוך-עיני תקין רק מציין לפני רופא העיניים, כי גורם סיכון זה אינו נמצא אצל הנבדק שלפניו. לכן גם למי שיש לחץ תוך-עיני תקין יש צורך להיבדק בדיקת עיניים מלאה, כדי לאתר או לשלול ממצאים המעידים על מחלת הגלאוקומה, היינו, נזק בעצב הראייה ובשדה הראייה.

האמצעים לאבחון גלאוקומה

כדי לאתר את הגלאוקומה בשלביה הראשונים, מתמקדים בשלושה כיוונים שונים לאבחון המראה המורפולוגי של עצב הראייה בכל עין, לאיתור מידת הנזק התפקודי של עצב הראייה, כפי שהוא בא לידי ביטוי בבדיקות שדה הראייה ולבסוף, לריכוז כל הנתונים, כולל גורמי הסיכון הידועים לפתח את המחלה ולהבנת הסיכוי של הנבדק לחלות בגלאוקומה, בשנים הקרובות.

בדיקה יסודית של העיניים בידי מומחה יכולה לאתר את ממצאי המחלה הראשונים, לאבחנה בשלביה ההתחלתיים וכך למנוע נזק מתקדם של סיבי העצב. בבדיקה הקלינית, המומחה יכול לבחון את מבנה עצב הראייה ולהעריך את מצבו מבחינת ההרכב והמראה של סיבי העצב שבתוכו.

לראש עצב הראייה בגלאוקומה יש מראה אופייני עם הידקקות של הרקמה העצבית בהיקף העצב והגדלה של השקע, או הקיעור המרכזי שלו (CUPPING). בשנים האחרונות חלה התקדמות משמעותית בפיתוח מכשור לגילוי מוקדם של גלאוקומה, המבוסס על זיהוי מדויק יותר של שינויים החלים במבנה עצב הראייה. אלה הם מכשירי הדמיה הפועלים ברובם באמצעות קרן לייזר ויוצרים מיפוי מדויק של עצב הראייה, תוך חישוב ורישום מדדים שונים במבנה התלת-ממדי של העצב. אחד מן המכשירים המתקדמים בתחום זה הוא ה- Optical Coherence Tomography, או בקיצור OCT. מכשיר זה נמצא בשימוש מתקדם בעולם וגם בישראל, ובעזרתו מתאפשרת מדידה כמותית של עובי השכבה העצבית, שנותרת לאחר פגיעה בגלאוקומה. מכשירים אלה מאפשרים סיוע משמעותי, הן באבחון והן במעקב אחר הגלאוקומה. בשנים הקרובות, אנו מצפים לשיפור נוסף ביכולת ההדמיה הקלינית של רקמות אלו, תוך הישענות רבה יותר על הממצאים המתקבלים מהן.

ועתה נעבור לבדיקות, המכוונות להערכה תפקודית של עצב הראייה.

הדרך העיקרית, שבה אפשר להעריך את נזקי תפקוד הראייה של העצב בגלאוקומה, היא באמצעות בדיקת שדות הראייה. בבדיקה זו, הנבדק יושב מול מכשיר המקרין נקודות שונות במרחב שדה הראייה של כל עין. על החולה להגיב על נקודות אלו כאשר הוא רואה אותן, וכך נבנית מפת שדה הראייה שלו, תוך מיפוי מדויק למדי של חוסרים בשדה, כתוצאה ממחלת הגלאוקומה או ממחלות אחרות. הבדיקה, שעליה כבר מסתמכים במשך שנים רבות, היא הבדיקה הממוחשבת בעזרת אור לבן ונקראת הבדיקה האוטומטית הסטנדרטית Standard Automated (Perimetry) SAP. לבדיקה זו יש כמה בעיות, הנובעות מעצם היותה בדיקה סובייקטיבית. זאת, היות שהיא נשענת על מידת שיתוף הפעולה של הנבדק, ומכאן השונות הרבה בין בדיקות חוזרות של אותו הנבדק. אחד מן האתגרים בחקר ובפיתוח האמצעים לבדיקת שדה הראייה הוא לא רק לאפשר אבחון מדויק יותר של הגלאוקומה אצל רופא העיניים, אלא גם להוות כלי יעיל ומהיר במסגרת של בדיקות סקר באוכלוסייה ובזיהוי מוקדם, ככל האפשר, של הגלאוקומה.

הכיוון השלישי באבחון גלאוקומה מתמקד בזיהוי החולים, הנמצאים בסיכון גבוה לפתח גלאוקומה. במסגרת מחקר אמריקאי, רחב היקף, נבדקו גורמי הסיכון לגלאוקומה בקרב בעלי לחץ תוך-עיני מוגבר (Ocular Hypertension - OHT). במחקר זה נעשה ניסיון לזהות ולהגדיר את אלה אשר יפתחו גלאוקומה, לעומת אלה שלא יפתחו את המחלה במשך כמה שנים. הבדיקה נעשתה באמצעות השוואת מאפייני הנבדקים בעלי לחץ תוך-עיני גבוה, שלא טופלו ושלא פיתחו גלאוקומה, לעומת אלה שפיתחו את המחלה, תוך חיפוש שוני מובהק בין הקבוצות. מחקר זה הראה כמה מאפיינים של אלה, אשר יפתחו בסבירות גבוהה את המחלה. אלה היו מבוגרים יותר, עם לחץ תוך-עיני גבוה יותר, ועם קיעור גדול יותר בעצב הראייה, בעלי עובי קרנית דק יותר ועם ערך גבוה יותר, הלקוח מתוך בדיקת שדה הראייה, אף אם אין נזק מובהק המצביע על המחלה. במסגרת אותו המחקר הוכח, כי עובי הקרנית המרכזית (CCT - Central Corneal Thickness) הוא

בעל משמעות בסיכון לפתח גלאוקומה. כיום, השיטה המקובלת ביותר למדידת לחץ תוך-עיני מתבססת על הטונומטר לעיל. בשיטה זו מפעילים כוח על הקרנית עד כדי השטחה של פניה הקדמיות. קרנית בעלת עובי שונה באופן ניכר מהממוצע קלה יותר (אם היא דקה), או קשה יותר (אם היא עבה) להשטחה. מכשיר מדידת הלחץ התוך-עיני ע"ש גולדמן פותח למדידת לחץ תוך-עיני למטופלים עם ממוצע CCT של 550 מיקרון. במטופל עם CCT נמוך מן הממוצע, היינו, בעל קרניות דקות, יימדד לחץ תוך-עיני נמוך יותר מן הלחץ התוך-עיני הקיים. בנבדק עם CCT גבוה מן הממוצע, היינו קרניות עבות, הלחץ התוך-עיני הנמדד יהיה גבוה מן הקיים. על כן, יש צורך לדעת את עובי הקרנית, כדי להתחשב בכך בערכי הלחץ התוך-עיני. המשמעות המעשית מכך היא המגמה לבדוק את עובי הקרנית בכלל ובנבדקים עם לחץ תוך-עיני מוגבר בפרט, כדי לקבל מושג על מידת הלחץ האמיתי השורר בעינו של הנבדק. כך, בדיקת עובי הקרנית משמשת מדד נוסף בגיבוש הערכת הסיכון הכוללת לפתח גלאוקומה. לאחר שזוהו גורמי הסיכון המובהקים הללו, נבנה מודל ניבוי אשר מסוגל לחשב את הסיכוי לפתח גלאוקומה.

למעשה, זהו מודל, המנבא את סיכויי המעבר של מטופל עם לחץ תוך-עיני מוגבר לגלאוקומה. את המודל פיתחה קבוצת רופאים מקליפורניה בראשותו של פרופ' ויינרב. המודל מעריך את הסיכון לפתח גלאוקומה במשך חמש שנים למטופלים עם לחץ תוך-עיני מוגבר, ללא טיפול. לפי מודל זה ניתן ניקוד ספציפי לכל משתנה, אשר הוגדר כגורם סיכון ועל פי שיטת שקלול מתימטית מתקבלת תוצאה באחוזים של סבירות לפתח גלאוקומה.

בעיקרון, ככל שעולה הסיכון לפתח גלאוקומה בבעל לחץ תוך-עיני מוגבר, כך קיימת הצדקה רבה יותר לטפל בו. כיום, מודל חישוב הסיכון מקובל ככלי עזר לרופא העיניים בהחלטה על הצורך בטיפול בנבדקים בעלי לחץ תוך-עיני גבוה ללא סימני גלאוקומה. המודל המנבא עוזר בזיהוי חולים עם לחץ תוך-עיני בעלי סיכון לפתח גלאוקומה ושיזדקקו לטיפול וגם בזיהוי אלה, אשר יש להם סיכון נמוך לפתח גלאוקומה ושאינם זקוקים לטיפול. נוסף על גורמי הסיכון, אשר חשיבותם הודגשה במחקר לעיל, ידוע כיום על גורמי סיכון נוספים בעת שקילת הנתונים לקראת אבחנה של חולה גלאוקומה, או של חשוד לגלאוקומה (Glaucoma Suspect. כיום, כלל גורמי הסיכון המובאים בחשבון הם: לחץ תוך-עיני מוגבר, עובי דק של מרכז הקרנית, גיל מבוגר, גזע שחור, סיפור משפחתי, מיופיה (קוצר ראיה) גבוהה, סוכרת, יתר לחץ דם, תופעות ואסקולריות כגון מיגרנות, תופעת רנו ועוד. הסיבה, שגורמים ואסקולריים נכללים אף הם במסגרת גורמי הסיכון למחלה, נעוצה בכך שחלק ניכר מכלל חולי הגלאוקומה הם עם לחץ תוך-עיני התחלתי (לפני תחילת טיפול) תקין, או אף נמוך מן הרגיל. מצב זה נקרא: Normal Tension Glaucoma – NTG.

יש תיאוריות רבות להבנת הפתוגנזה של קבוצת חולים זו, אשר באה לידי ביטוי בנזק גלאוקומטוטי לכל דבר, אך כנראה שהיא לא נגרמת עקב לחץ מכני בעין. ייתכן שהנזק נגרם כאן עקב שינויים בזרימת הדם לראש עצב הראייה, שינויים בפרפוזיה ואף מצבים איסכמיים בדרגות שונות.

סיכום

מנקודת מבט של מחלת הגלאוקומה, קיימת גלאוקומה עם לחץ תוך-עיני מוגבר וגם כזו עם לחץ תוך-עיני תקין ואף נמוך. גם מבחינת הלחץ התוך-עיני יש מצבים מעניינים. ידוע לנו על נבדקים עם לחץ תוך-עיני גבוה, אשר להם אין כלל סימנים של מחלת גלאוקומה. כלומר, על אף שאנשים אלה עם לחצים מוגברים בעיניהם, הרי לא נראים סימנים של נזק במבנה עצב הראייה, קרי, אין אובדן של סיבי עצב הראייה ואין נזק מלווה הבא לידי ביטוי בשדות הראייה. נוסף על כך, קיימים אלה עם לחץ תוך-עיני תקין או נמוך ואשר אצלם עלולה, כפי שצוין לעיל, להופיע גלאוקומה.

לאור כל האמור לעיל, אנו עדים לשינוי תפיסה מהותי בכל הקשור להגדרת מחלת הגלאוקומה בשנים האחרונות. אם בעבר היינו מגדירים את המחלה כבעלת שלוש צלעות: האחת לחץ התוך-עיני מוגבר, השנייה נזק לעצב הראייה והשלישית נזק בשדה הראייה, הרי בשנים האחרונות הוסרה צלע אחת מהגדרת המחלה. הלחץ התוך-עיני כבר לא נכלל יותר בהגדרת המחלה, אלא כגורם סיכון למחלה.

המחקרים העדכניים בתחום הגלאוקומה הצעידו אותנו קדימה בהבנת גורמי הסיכון, שמצד אחד, יש להתחשב בהם בעת אבחון גלאוקומה, ומצד שני, בפיתוח אמצעים לזיהוי נזק מורפולוגי ונזק תפקודי של עצב הראייה - הוא איבר המטרה של הגלאוקומה. הממצאים של המחקרים הללו והרחבת הקשת הטיפולית יעזרו לנו בעתיד לשמור טוב יותר על תפקוד הראיה של חולי הגלאוקומה ועל איכות חייהם. אין ספק, כי רבים החידושים ופריצות הדרך בקבוצת מחלות זו, אך עדיין רב הנסתר על הנגלה בגלאוקומה. עם זאת ברור לנו, כי הגברת המודעות לקיומה של מחלה זו באוכלוסייה בכלל, ובקרב משפחות עם חולי גלאוקומה בפרט, היא קריטית לעצירה או להאטה מוקדמת של תהליכי נזק בלתי הפיכים בראייה.

הידעת כי ?

גורמי הסיכון השכיחים ביותר למחלות ראומטיות, מעבר לגורמים גנטיים, כוללים: השמנת יתר, עישון והעדר פעילות גופנית.

חברים כותבים

טיוטה ממרינבאד (מריאנסקי לז'נה) - 5.9.2011

מאת: עינב נוסנבלט

עצי אורן חריפים
בתוך שדירה
ניחוח של אש, בעירה
אירופה מחויכת, קרירה
מרחק ארבע שעות
שינוי אווירה
תמהיל של שפות
צ'כית, גרמנית, רוסית
אירופה שלי מאוד שורשית
סבא שלי בא אליי בחלום
צחק והיה מאושר לשם שינוי

פרסות של סוסים מבעד לחלון
וכרכרה
מעיינות מרפא ואני שוב כותבת
שירה
צבע האור כאן אחרת
אנשים מדברים כאן אחרת
והכלבים נובחים כאן אחרת
ואני במצלמה רגעים נוצרת
כל כמה דקות עוצרת
ויש לי את הזמן
אני לא ממהרת...

קבוצת תמיכה-למה? סיפור אישי

לפני כ-3 שנים הודיע לי הרופא שאני חולה באנקילוזיס ספונדליטיס - בכטרב.

"התעודה" הפורמאלית הזו, שבה הוענק שם למחלה, היוותה עבורי אישור למסע רב שנים, רווי כאב וסבל.

תארו לכם, אישה בגיל 55, פעילה ואנרגטית, חד הורית, בעלת קריירה במוסד ביטחוני, מקבלת יום בהיר אחד הודעה, שהשנים הרבות בהן סבלה מכאבים בגב התחתון, בצוואר ובאגן, אינם "סתם" כאבי גב, אלא זו מחלה כרונית, שטרם אמרה את "המילה האחרונה"...ההלם גדול! ועוד יותר-אי הוודאות. אודה על האמת, הידיעה כי יש שם למחלה והיא אינה "מסתתרת" עוד מאחורי מסכה ערטילאית, היה בה גם כדי להרגיע, שהרי יש לחלקנו נטייה לחשוב על הגרוע מכל...כיוון שמצבי הגופני התדרדר וסימני המחלה נתנו אותותיהם באופן מכביד ביותר, יצאתי לגמלאות טרם זמני, עם החלטה עיקשת שאיני רוצה שהמחלה תנהל את חיי! בקיצור, מאז אותו היום, אני צורכת בקביעות תרופה ביולוגית, מקפידה על פעילות גופנית ויודעת, כי כדי שהגוף יחיה בהרמוניה עם הנפש, יש חשיבות רבה לשמור על רוח איתנה, על חיות וחיוניות. במסגרת עיסוקי המקצועי הפעלתי והנחיתי הרבה קבוצות ולמדתי להכיר בערכן ותרומתן. היום, אני חשה, כי כדי להמשיך ולהתמודד עם המציאות שנכפתה עלי אני זקוקה לקבוצת תמיכה. קבוצה "שתדבר" בשפתי, תהיה לי אוזן קשבת, תוכל להכיל את מכאוביי (לאו דווקא הפיזיים...) להעניק לי תובנות, מידע ואמפטיה, וכן, תרחיב את רפרטואר הדרכים להתמודדות. **אני מזמינה אותך החולה במחלת בכטרב, לא להתמודד לבד! בוא, עזור לי, לנו, לך, לפתוח קבוצה. כי שניים טובים מן האחד, שלושה וארבעה וחמישה - עוד יותר!**

לפרטים - נא לפנות לעמותת עינבר
ציפי וירצר
חברה חדשה בעמותה

"מעז יצא מתוק"

התמודדות עם המחלה

סיפורה של אסנת עטר, חברת הנהלת העמותה

זה התחיל לפני 40 שנה, חודש לאחר הלידה השנייה, כאשר ברך אחת התחילה לכאוב ועוד ברך וקרסול, ועוד קרסול. לא הבנתי את פשר הכאבים; כל פעולה וכל צעד שעשיתי היו מחושבים, והכאב היה קשה מנשוא.

את התרופה, שרופא המשפחה נתן לי להרגעת כאבים, לא לקחתי, כי חשבתי שזה משהו זמני - שהכאבים יחלפו. הרי אני אישה בריאה וחזקה, ספורטאית ורקדנית. בצבא שיחקתי באליפות צה"ל בכדור סל, הייתי בלהקת ריקוד, אהבתי להפגין את הכוח בהורדת ידיים, ובתחרויות ריצה השארתי תמיד את כולם מאחוריי. אך לא רק שהכאבים לא חלפו, אלא הם עברו למפרקים נוספים.

כאשר אחת מן האצבעות התנפחה, ביקשתי מן הרופא לעשות לה צילום. חשבתי שאולי זה שבר או נקע, אך כאשר הרופא ראה את התוצאה, הוא אמר: "זה בדיוק מה שחשבתי". ואני פחדתי לשאול: "מה חשבת"? כי הייתי בטוחה שיש לי מחלה סופנית.

כל זה קורה כאשר אני בת 27, ומטפלת בשני ילדים קטנים: ילד בן 3 וילדה בת חודש. היה לי קשה להחזיק את התינוקת ולטפל בה, לחתל אותה ולהאכיל אותה. היה לי קשה לקחת את הילד לגן. המשפחה באה לקראתי. הם לקחו את ילדיי לטפל בהם, וזה היה רגע קשה. אבל הבנתי שפשוט אין ברירה. הדאגה והפחד השתלטו עליי: מה יהיה עם ילדיי, איך הם יגדלו בלי אימא?

כאשר המצב החמיר, הופניתי לבית החולים. לאחר בדיקה נאמר לי, שיש לי ראומטואיד ארטריטיס, שמן המחלה הזאת לא מתים, ואפשר לחיות איתה עד 120.

הרופאים נדהמו ולא הבינו מה קורה לי, כאשר ראו את תגובת השמחה שלי למשמע הידיעה ה"משמחת". הרי חשבתי שיש לי מחלה סופנית. הידיעה הייתה מתנה עבורי. איזה אושר, אני אחיה ואראה את ילדיי גדלים.

כאשר הבנתי שמן המחלה הזאת לא מתים, החלטתי שאני אתפקד כאישה וכאימא בריאה, ולא אתן למחלה להשתלט עליי ויהי מה. ילדיי לא יגדלו עם תסכולים מכך שיש להם אימא חולה. לבקשתי קיבלתי את ילדיי חזרה, התמודדתי עם הקשיים. ולאושרי לא היו גבולות.

לא ידעתי מאומה על המחלה. מן הרופאים קיבלתי תרופות, שהפחיתו את עוצמת הכאב. קיבלתי יחס נפלא, אבל לא קיבלתי מידע על מהות המחלה, על השפעותיה ועל השלכותיה. לא נאמר לי, שמדובר במחלה כרונית העלולה לגרום לנכות קשה, שאיכות החיים שלי תיפגע, ולא נאמר לי איך מתמודדים עם המצב החדש, ואני רק בת 27.

עם כל הכאב והקושי המשכתי בשגרת חיי. נוסף על עבודות הבית, לימדתי את ילדיי שירים, הקראתי להם סיפורים, לימדתי אותם לקרוא בגיל הגן, ורק בלילה הכרית שישנתי עליה ידעה את הכאב הגדול שעובר עליי.

בסוף השנה של כיתה א' של בני, הכנתי לכל תלמיד שקית צבעונית מלאה בממתקים, קשורה בסרט, ואמרתי לבני שהמורה תחלק לכל תלמיד את שקית הממתקים עם קבלת התעודה (מאוד רציתי לשמח את בני). עד היום אני שומרת את מכתב ההתרגשות של המורה.

המורה, הנרגשת מן היוזמה, שיתפה את ההורים והם בחרו בי בכיתה ב' להיות יו"ר ועד ההורים.

הרגשתי כל כך רע, אך לא יכולתי לומר: "אני חולה, יש לי דלקת מפרקים קשה, אני לא יכולה לקבל את התפקיד".

לא אמרתי זאת, כי לא רציתי שיתייחסו אליי כאל אדם חולה, ולא רציתי שיתחילו לרכל שלילדיי יש אימא חולה (באותה תקופה למחלה עדיין לא היה ביטוי חיצוני).

בדיעבד התברר, כי השתיקה עזרה לי, המצב היה עובדתי, בלית ברירה נכנסתי לתפקיד במלוא המרץ. בתפקיד זה גיליתי את כושר המנהיגות שלי.

הכנתי פלקטים, בחגים ובסופי השנה הכנתי הצגות שכתבתי ושביימתי, שירים שכתבתי וגם מופעי ריקוד. עשיתי זאת, למרות

כאבי התופת שהיו לי. ושוב, איש לא הבחין במה שעובר עלי, ורק הכרית ידעה.
(מכתבי תודה מן המורים שלימדו את ילדיי שמורים אתי עד היום).
התפקיד שינה את חיי.

התחלתי להעריך את הכישורים ואת היכולות שלי, למרות המחלה והמוגבלות. המצב החמיר, הגעתי לנכות קשה, אבל שמחת החיים נשארה. המחלה לא תשבור אותי, ולא תשתלט עליי - כך הבטחתי לעצמי. במהלך השנים הכרתי חולות נוספות במצבי והתיידדתי איתן. שיתפנו זו את זו בכאב, בקשיים ובהתמודדות עימם.
היינו אוזן קשבת האחת לשנייה, ושאבנו כוחות נפש זו מזו. ההרגשה, שאני לא לבד וכי יש עם מי לחלוק את מה שזר לא יבין, הביאה אותי למחשבה על הצורך להקים עמותה, שתשמש כתובת לחולים ולבני משפחותיהם, שתהיה להם אוזן קשבת, שתספק מידע, שתפגיש חולים עם חולים אחרים, שתסייע בהתמודדות עם המחלה ושתיתן מענה הולם על צרכים נוספים. חברותיי התלהבו מאוד מן הרעיון - ולכן החלטתי ללכת עם הרעיון עד הסוף.

כך הפכתי מחולה כואבת לחולה יוזמת

הבאתי את הרעיון לפני פרופ' מיכאל ירון, מי שהיה מנהל היחידה הראומטולוגית בבית חולים איכילוב ומי שהיה יו"ר איגוד הרופאים הראומטולוגי. מצאתי אצלו אוזן קשבת, לב מבין ורצון אמיתי לסייע ביישום הרעיון. רתמתי חולות לרעיון ופרופ' ירון רתם את מרבית הרופאים הראומטולוגים ואנשי ציבור, וכך יצאנו לדרך בהתלהבות מרובה ובתקוה.
פעילות העמותה התחילה מן הבית הקטן שלי, הישיבות בכללן התנהלו במרפאתו הראומטולוגית של פרופ' מיכאל ירון, וכמו כן המפגשים הראשונים של חברי העמותה אף הם התקיימו באותה המרפאה.
מרבית הרופאים הראומטולוגים היו שותפים לפעילויות של העמותה ולקידומה. כעבור שנה עברנו למשרד של חדר ובהדרגה הפעילות גדלה והתרחבה, ועברנו למשרדים גדולים יותר.
27 שנים חלפו מאז הקמנו את העמותה, שאכן הצליחה לממש את כל מה שחשבתי שהיא אמורה לעשות למען החולים הראומטולוגיים. אני מאמינה באמונה שלמה, שדרך המחלה אני מביאה לידי יישום את הייעוד שלי בחיים - עזרה לחולים הראומטיים, כמו שנאמר: **"מעז יצא מתוק"**.

לשמחתי, אני עדיין ממשיכה עם שאר הפעילים בעמותה לפעול בהתנדבות ובאותה העוצמה, באותה ההתלהבות ובאותה הנחישות, לאורך כל השנים.
אני שואלת את עצמי לא פעם: "האם זו אני? האם ייתכן שהצלחתי ליזום פרויקט בסדר גודל כזה?"
אני לא מאמינה, שאני במצב של דלקת מפרקים קשה, עם נכות ומוגבלות, פעילה, ומאושרת, ובעיקר על יכולתי לעזור לחולים.
אני רואה בזאת זכות גדולה.

אשריי שזכיתי לראות את ילדיי גדלים וכיום, אני גם רואה את ארבעת נכדיי. אני זוכה להערכה ענקית מן הסובבים, בכלל, ומבני משפחתי, בעיקר.
על כך, אני מודה לבורא עולם.

הידעת כי ?

אבחון מוקדם ומדויק של סוג המחלה הריאומטית, עלול להיות קשה, שכן לרבות מן המחלות הללו יש סימנים ראשוניים משותפים. עם זאת, כיום ברור, שככל שהאבחון נעשה מוקדם יותר, ובמיוחד של מחלות ראומטיות דלקתיות, כך הטיפול יותחל מוקדם יותר, וימנע נזק מפרקי עתידי.

מחלות ראומטיות הן סיבת הבריאות השכיחה ביותר כגורמת הגבלה בעבודה, וכ-60% מן החולים, הפורשים לגמלה מוקדמת בגין סיבות בריאותיות, עושים זאת בשל מחלה ריאומטית.

מכתב לדלקת

מאת: רחל קהת

דלקת,
שלום לך גברת דלקת מפרקים. שלומי טוב, תתפלאי, אני מחייכת אל העולם.
ככלל אינני רוצה להיות חברתך, אבל את החלטת שאת "לא שואלת אותי". בכל פעם שאת באה אליי את מנסה לפגוע בי, פעם ביד ופעם ברגל. זה מאוד כואב, לכן החלטתי להחזיר לך כגמולך.
אז בעצם לא איכפת לי שתבואי כל יום לביתי, תקבלי כוס קפה או תה כרצונך, נדבר קצת ואז תלכי לדרכך.
אני החלטתי להשאיר אותך "נמוך", ככל האפשר, ולשם כך גייסתי לי את כל הכוחות שבעולם:

- כוח ראשון זה הראומטולוג או ראומטולוגית הכי טובים שיש.
- כוח שני זה בעלי, משפחתי וחבריי הטובים. ביחד אותך נסלק מביתי, ואותך ננצח.

אז את שואלת איך?
יש לי כמה תשובות ופתרונות שבעזרתם, עם הכוח המעולה שגייסתי, אתגבר עלייך ובסוף את תביני, שתבואי לבקר אותי לעתים רחוקות מאוד.
דבר ראשון, בעזרתו של הכוח שגייסתי אני עושה לך "דווקא", כמו:

- אני הולכת, עולה במדרגות, קצת בקושי, אבל עושה את זה.
- בבית אני מבשלת, בעזרת בעלי, ועושה את זה הכי טוב שאפשר.
- דרך אגב, בעזרת בעלי אני אפילו מנקה את הבית.

שנית, הילדים ברוך השם מסודרים, מעניקים לי נכדים, ונותנים לי רק נחת. ותזכרי, כל עוד החיוך נסוך על פניי, אין לך סיכוי לפגוע בי בחוזקה.
שלישית, כמו הילדים, גם החברים באים, נפגשים, ואיך לא, גם הם מביאים לי את החיוך לפנים.
ואחרון אחרון חביב מאוד, מאוד, זה הראומטולוג שלי. הוא יודע מבחינה מקצועית לענות על כל שאלה, ולי לתת את הפתרון הטוב ביותר.

אז לסיכום, יש לי בקשה גדולה אליך:
אנא, המעיטי בביקורייך אצלי, והאמיני לי, לך ולי יהיה יותר טוב. ותזכרי, אף פעם לא תזכי לראות אותי מדוכאת, אלא רק עם חיוך על שפתיי.

להתראות (אבל לעתים רחוקות ולזמן קצר, ככל האפשר....).

לכבוד
עמותת עינבר
תל אביב

גא"נ

הנדון: **נסיעה לאתר מרפא בהונגריה - הוקרה ותודה**

אני ותיקה בעמותת עינבר והנסיעה להונגריה היתה מוצלחת ביותר. היחס של הנהלת המלון היה אדיב מאוד. הם החליפו את הטיפולים לחברי הקבוצה אם בגלל איחור, או לטיפולים אחרים.
מעל לכל היו רוני ואשתו. הם נענו ועזרו לכל בקשה, דאגו לקחת אותנו לטיולים, ונוסף על המדריך המלווה בשפה האנגלית, דאג שתהא גם מתרגמת לעברית לאלה שלא מבינים אנגלית. קיבלנו מהם יחס חם משך כל הטיול.
רוני היה זמין לקבוצה בכל שעה ובכל עניין. רוב אנשי הקבוצה השתמש באינטרנט שבחדרו להתקשר הביתה באמצעות הסקייפ במקום להתקשר בטלפון והוא קיבל זאת ברצון, עם חיוך ואף פעם לא החמיץ פנים שמפריעים למנוחתם.
רוני היה כתובת לכל בעייה שצצה: סוללות הטלפונים שהתרוקנו, עניין הכשרות במסעדה וקבלת שבת. דאג ששומרי מסורת יקבלו בערב דג במקום האוכל שהוגש בחדר האוכל. בערבי שבת הכין שולחנות עם מפות לבנות, הדלקת נרות, קידוש, לחם לברכת "המוציא", פרשת השבוע והיתה הרגשה נפלאה לקבל כך את השבת.
הקבוצה נפגשה כל יום אחרי סיום הטיפולים בין השעות 12 - 13, בחדר שהוקצה לחברי הקבוצה בלבד, בו יכולנו לשתות משקה חם או קר בתוספת עוגיות. מפגש זה היה נעים, תמיד היה מה לספר אחד לשני וזה תרם מאוד לגיבוש הקבוצה.
לכן אני מודה לרוני על כל הסבלנות שהיתה לו, היענות לכל בקשה, על הדאגה, והיחס החם שלו ושל אשתו. כל אלה עשו את הטיול לנעים, ובעיני להכי מוצלח שהיה בעינבר.

עייש רחל

למשפחת זנבר

עמותת עינבר וחבריה מרכינים ראש ומצטערים
על מותו של **משה זנבר** ז"ל שהיה יו"ר עמותת עינבר
ונשיאה הראשון במשך שנים רבות
שלא תדעו דאבה עוד

כאשר הוקמה עמותת עינבר בשנת 1985 זה לא היה מובן מאליו שמי שכיהן כיו"ר בנק לאומי לישראל והיה עסוק מכף רגל ועד ראש בענייני כלכלה ברומו של בנק וברומה של מדינה, יתפנה לכמה מתנדבים אשר הרימו את הכפפה להקמת עמותה לחולי דלקות מיפרקים. העמותה היתה חדשה, לא מוכרת, והבעיות בהן טיפלה – גם הן לא מוכרות, ונתפסו כבאלו של קשישים בלבד למרות שהמחלות פוגעות באנשים בכל הגילים.
והנה הוא, העומד בראש בנק, מצא בכל זאת פינה חמה בליבו וזמן להקדיש לנו, האזין ברוב קשב ומצא פתרונות שונים לקדם את ענייני העמותה.
ממנו למדנו לסייע עם כל הלב והוא היה לנו מורה דרך.
יהיה זכרו ברוך.

علاج التهاب المفاصل الروماتويدي
الداء الرثياني

اعداد : د. محمد عدوي

المقدمة

التهاب المفاصل (Arthritis) هو مجموعة الأمراض والحالات التي تؤثر وتدمر مفاصل الجسم. و يوجد هنالك أكثر من 100 نوع مختلف لالتهاب المفاصل. ومن أشهر هذه الأنواع التهاب المفاصل الرثياني .

التهاب المفاصل الرَّثَيَاني أو الداء الرثياني (RheumAtoid Arthritis) (التهاب المفاصل الروماتويدي أو الالتهاب المفصلي الروماتويدي) هو مرض مزمن، من الأمراض الانضدادية التي تؤدي بالجهاز المناعي لمهاجمة المفاصل، مسببة التهابات وتدميرا لها. ومن الممكن أيضا أن يدمر جهاز المناعة أعضاء أخرى في الجسم مثل الرئتين والجلد. وفي بعض الحالات، يسبب المرض الإعاقة، مؤدية إلى فقدان القدرة على الحركة والإنتاجية. ويتم تشخيص المرض بواسطة تحاليل دم مخبرية مثل تحليل العامل الرثياني (rheumAtoid fActor) والأشعة المقطعية. ويتم التشخيص والمعالجة الطويلة للمرض بواسطة أخصائي طب الأمراض المفصلية، وهو المختص في علاج أمراض المفاصل والأنسجة المحيطة بها. و تتوفر عدة طرق علاجية للمرض. منها ما هو غير دوائي مثل العلاج الطبيعي والعلاج المهني. أما العلاج الدوائي فيشمل عدة فئات مثل مسكنات الألم، مضادة الالتهاب (NSAIDs))، الكورتيزون ومشتقاته بالإضافة إلى الأدوية المعدله لطبيعة المرض ((DMARDs)) وكلها تساهم بشكل أو بآخر لوقف تقدم المرض ولمنع تدمير المفاصل. وفي الآونة الأخيرة، تم إضافة الأدوية الحيوية (biologics) وتحسنت معها فرص الشفاء . أما الاسم الإنجليزي(روماتويد RheumAtoid) فأصله يوناني ويعني التهاب المفاصل المصحوب بحمى روماتزمية. وأول من إكتشف المرض كان الدكتور الفرنسي أوقستين جاكوب لاندري-بيافويس (1772- 1840) في عام 1800 .

العلاج

على الرغم من أنه لا يوجد علاج لالتهاب المفاصل الروماتويدي، او علاجات فعالة للغاية . الا انه عند التشخيص ، يجب أن تبدأ العلاج على الفور لإبطاء تطور المرض ، وانخفاض فرص الضرر تبين الأدلة أن التشخيص المبكر والعلاج العدوانية لوضع هذا المرض تؤدي إلى مغفرة (remission) هو أفضل وسيلة لتجنب الضرر والعجز ولا يتوفر، حتى الآن، علاج شاف لمرض التهاب المفاصل الروماتويدي. اما علاج التهاب المفاصل الروماتويدي المتاح فيهدف الى الحد من الالتهاب، بما يخفف الالم ويمنع، او يوقف، تفاقم الضرر. ويمكن للعلاج المبكر والمكثف ضد التهاب المفاصل الروماتويدي ان يبطئ تلف المفاصل وان يساعد على تقليل خطر الاصابة بالاعاقة. وتشمل العلاجات المتاحة، بالاساس، تناول الادوية، مع ان بعض حالات الضرر الشديد قد تستوجب، احيانا، علاجات جراحية.

الادوية:

الأدوية المستخدمة لعلاج التهاب المفاصل الروماتويدي يمكن تقسيمها إلى مجموعتين: تلك التي تساعد في تخفيف الأعراض وتقليل الالتهاب (المسكنة المضادة للالتهابات المخدرات و الستيرويدات القشرية)، وتلك التي يمكنها تعديل هذا المرض أو وضعه في مغفرة (أمراض تعديل الأدوية مضادة للروماتيزم و وكلاء بيولوجي). قد يوصي الطبيب باستخدام اثنين أو أكثر معا. بعض الأدوية تؤثر على النظام المناعي أو غيرها من الآثار الجانبية ، مما يجعل الرصد الدقيق مهم جدا. البحث عن أدوية جديدة لا تزال جارية، مع تدفق العقاقير الجديدة في خط الانابيب تستطيع الادوية المضادة لالتهاب المفاصل الروماتويدي ان تخفف الالم وان تبطئ، او توقف تماما، تفاقم الضرر في علاج المفاصل.

وتشمل هذه الادوية:

- ادوية لا ستيرويدية مضادة للالتهاب (NSAIDs) مثل الاركوكسيا : تخفف الالتهاب والالم
- الستيرويدات: ادوية كورتيكوستيرويدية (Corticosteroids)، مثل بريدنيزون (Prednisone)، تخفف الالتهاب والالم وتبطئ عملية تلف المفاصل
- ادوية مضادة للروماتيزم لتغيير نمط المرض (DMARDs): الأدوية مضادة للروماتيزم لتعديل الأمراض ، فئة من الأدوية التي تعالج الأسباب الجذرية للخلل في الجهاز المناعي، وغالبا على المستوى الخلوي مثل الميثوتريكسات -MTX
- مضادات عامل نخر الورم الفا (TNF - α): TNF - AlphA (Tumor necrosis fActor) هو عبارة عن بروتين تفرزه خلايا الجهاز المناعي في الجسم، او خلية بروتينية، بحيث اذا تم افرازه بكمية زائدة، يمكن ان يؤدي الى نشوء التهاب المفاصل الروماتويدي : مثل تلك الادوية هوميرا -HUMIRA وانبريل - ENBREL وريميكيد - REMICADE
- انكينرا (AnAkinrA)كينرت - (Kineret): دواء مطابق لمادة كيميائية موجودة في الجسم بشكل طبيعي مضادة لمستقبلات الانيترلوكين - ١ (IL - Interleukin - RA ١ ، receptor AntAgonist) الذي يمنع عملية كيميائية معينة من التسبب بالتهاب
- اباتاسبت AbAtAcept اورينسيا - OrenciA: يخفف هذا الدواء من الالتهاب ومن الاضرار في المفاصل الناجمة عن التهاب المفاصل الروماتويدي, بواسطة تعطيل خلايا T وهي نوع من خلايا الدم البيضاء
- ريتوكسيماب (RituximAb) ريتوكسين (- RituxAn:

ريتوكسيماب يقلل من عدد خلايا B في الجسم، اذ ان خلايا B علاقة بالالتهاب وهي ايضا نوع من خلايا الدم البيضاء

الجراحة :

– في الحالات التي تفشل فيها الادوية في منع، او ابطاء، الضرر في المفاصل، قد يفحص الطبيب والمريض معا امكانية اجراء عملية جراحية لاصلاح وترميم المفاصل المتضررة. فالجراحة قد تساعد المفاصل المتضررة على استعادة نشاطها وقد تقلل ايضا من الالم وتصلح التشوهات. في اطار العملية الجراحية لمعالجة التهاب المفاصل الروماتويدي، قد يتم تنفيذ واحد من الاجراءات التالية :

– استبدال كامل للمفصل (راب المفصل – ArthroplAsty)
– اصلاح الوتر (Tendon)
– ازالة الغشاء الزليلي (synovium)
–

العلاجات البديلة :

تغيير نمط الحياة والانخراط في النشاط البدني بشكل منتظم يساعد في انخفاض التعب، تقوية العضلات والعظام، وزيادة المرونة والقدرة على التحمل، يحسن الإحساس العام للرفاه. وعندها تكون الأعراض تحت السيطرة، ويجب العمل مع فريق الرعاية الصحية لوضع برنامج يتضمن ممارسة كاملة تمتد لمرونة المفاصل ومدى الحركة، تدريب القوة للحصول على دعم مشترك و الهوائية (القلب والأوعية الدموية) لممارسة الصحة العامة، ومراقبة الوزن والعضلات ومستوى الطاقة. وعموما، أكل متوازن، اتباع نظام غذائي صحي قد يساعد على الرغم من أن الدراسات العلمية لم تثبت أن تغيير النظام الغذائي يسبب أو يخفف أعراض التهاب المفاصل الروماتويدي، والدراسات تظهر أن مجموعة واسعة من الأطعمة، من الفراولة إلى الزيتون إلى الأسماك، يمكن أن تساعد على تقليل الالتهاب ، في حين السيلينيوم وفيتامين (د) قد يكون لها آثار وقائية . ممارسة الإدارة الذاتية التقنيات من خلال التعلم كل ما يمكنك حول هذا المرض ومعرفة ما يمكن توقعه. مناقشة الأمر مع عائلتك، مع الأطباء والخاص مع غيرهم من المهنيين الصحيين المشاركين في رعايتك. المصابون بمرض التهاب المفاصل الروماتويدي الذين يصيبهم الاحباط والياس من عجز العلاجات التقليدية عن معالجة مرضهم، قد يلجاون احيانا الى اساليب الطب البديل (AlternAtive medicine) (او: الطب المكمل / التكميلي – ComplementAry medicine) بحثا عن علاج التهاب المفاصل الروماتويدي. ومن الملاحظ ان الاطباء التقليديين قد بداوا يظهرون انفتاحا اكبر لفحص هذه الطرق والاساليب. ولكن، بما ان القليل فقط من العلاجات البديلة قد تم اختبارها وفحصها سريريا، فمن الصعب تقييم ما اذا كانت فعالة فعلا في علاج المفاصل الروماتويدي. وهذا، فضلا عن ان مخاطر هذه العلاجات غير واضحة، احيانا. ويوصى للمرضى الذين يرغبون في تجريب العلاجات التكميلية والبديلة لمعالجة التهاب المفاصل الروماتويدي ان يقوموا، اولا، باستشارة الطبيب حول هذا الموضوع. فبالتشاور مع الطبيب يمكن فحص المنافع مقابل المخاطر وتحديد ما اذا كان العلاج قد يؤثر على فاعلية الادوية التي يتناولها المريض لمعالجة مرض التهاب المفاصل الروماتويدي.

بعض العلاجات التكميلية والبديلة التي تساعد في علاج المفاصل تشمل:

– الزيوت النباتية التي تحتوي على حمض جاما لينوليك (GLAGAmmA – linolenic Acid) – هذا الحمض هو نوع من احماض اوميغا ٦ الدهنية، المنتجة من زيوت نباتية، مثل: زهرة الربيع المسائية (Evening Primrose)، لسان الثور (او: الحمحم – BorAge) وعنب الثعلب (او: الكشمش – BlAckcurrAnt). وتشير بعض الدراسات الى ان حمض جاما لينولينيك قد يقلل من الالم الناجم عن التهاب المفاصل الروماتويدي ومن شعور التصلب في الصباح. ومع ذلك، ينبغي مواصلة بحث هذا الموضوع.
– زيت السمك: الذي يحتوي على حمض الايكوسابنتينويك (EicosApentAenoicAcid – EPA) او حمض الدوكوساهيكسانويك (DocosAhexAenoicAcid – DHA) – هذان الحامضان كلاهما حامض دهني من عائلة احماض اوميغا ٣ الموجودة بوفرة في زيت السمك. وقد وجدت الدراسات الاولية ان زيت السمك قد يقلل من الالم والتصلب الناجمين عن التهاب المفاصل الروماتويدي، وان كانت لا تزال هنالك حاجة لمتابعة بحث هذه المسالة.
– تاي تشي: طريقة معالجة بالحركة، تجمع ما بين الحركة والتمارين الخفيفة والشد، مع التنفس العميق. كثيرون من الناس يستخدمون التاي تشي لتخفيف التوتر. وقد وجدت بعض الدراسات ان طريقة التاي تشي قد تساعد في تخفيف الام التهاب المفاصل الروماتويدي، لكن ينبغي مواصلة بحث هذه المسالة

رابطة « انبار» هي رابطة إسرائيلية للضحايا في الأمراض الروماتيزمية ومرض الذئبة
رابطة « انبار» هي العنوان للحصول على الاستشارة،والمعلومات والحفاظ على حقوقك وتعزيزها
الانضمام إلينا هدفه تعزيز قوتنا

لك ولحقوقك

للتواصل معنا أرسل بالفاكس رقم 03-5613874 **او اتصل رقم** 03-5613832
أو أرسل في البريد لشارع هنتصيب ١٦ تل أبيب (הנציב 16 תל אביב 67018)
☐ **تكاليف الانضمام الى رابطة انبار لمدة سنة هي ١2٠ شيكل**
☐ **تكاليف الانضمام الى رابطة انبار لمدة سنتين هي ٢٠٠ شيكل**

اسم العائلة	قم الهويه
رقم تلفون	عنوان
عنوان البريد الإلكتروني	

يمكنك الدفع عن طريق بطاقة الائتمان بواسطة تلفون رقم 03-5613832

day) is added. With the diagnosis of severe disease, which includes kidney disease, it is necessary to induce suppression of the immune system. The first stage is to have a kidney biopsy to determine which type of kidney disease is present and accordingly to decide on the proper treatment. If the disease is Diffuse Proliferative Glomerulonephritis (DPGN), the treatment is high dose prednisone with intravenous cyclophosphamide or oral Cellcept (mycophenolate mofetil).

Currently, for the first time, a specific drug for lupus is on the market-Benlysta (belulimab). It is beneficial for mild to moderate disease in those that do not respond to Plaquenil, Methotrexate, and Imuran. More details are available in our update article on SLE therapies

Is there a cure for lupus?

Although there is no cure for SLE, appropriate therapy can lead to remission where the patient will be able to live a normal life. It is important to have follow-up visits with a physician periodically throughout the year to assess if all is well. If the patient feels there is a chance that a flare up may occur, the patient should contact their physician as soon as possible.

Can a lupus patient get pregnant?

Pregnancy is possible for lupus patients. Each pregnancy is considered high risk and hence should be followed by an obstetrician in a high risk pregnancy clinic. There are increased risks for patients with APS, those with high levels of anti-Ro antibodies, or patients with active renal disease. To increase the chances of a normal pregnancy, a lupus patient should be in remission for at least six months. Plaquenil, prednisone, and Imuran can be taken during pregnancy.

What is the long-term affect of the disease?

Long-standing lupus patients (more than five years of disease) may develop heart disease due to atherosclerosis. Therefore, it is important to maintain a healthy life style by minimizing salt, sugar, and fat in the diet, exercising when possible, and undergoing a stress test and ECHO

Where can a lupus patient get support?

Many internet forums and support groups are available for lupus patients. Lupus patients should be aware of signs of disease and side effects of medications.

Many research centers throughout the world are searching to better understand how lupus develops and affects the immune system and in this way to find further therapies for the disease.

THE NON-PROFIT ORGANIZATION "INBAR" – ISRAELI ARTHRITIS AND LUPUS FOUNDATION - IS THE ADDRESS FOR AN ADVICE, INFORMATION, PROTECTION OF YOUR RIGHTS AS WELL AS CHECKING THEIR PROGRESS. JOIN US AS A MEMBER OF THE ORGANIZATION AND WE WILL HAVE THE ABILITY TO HELP YOU AND ALL THE OTHERS WHO NEED US.

Fill in the form and send via fax: 03-5613874 or call: 03-5613832. It can be sent by mail as well to the address: 16 Hanatziv street, Tel-Aviv, 67018.

I would like to join" Inbar "as a member.

☐ **I am sending a check for120 NIS as a payment for one year membership**

☐ **I am sending a check for 200 NIS as a payment for two years' membership**

Name:
Family name:
No of ID:
Telephone:
Address:
E-mail address

Credit cards are accepted by tel :03-5613832

"INBAR"- the Israeli organization for those suffering from rheumatic diseases and Lupus

sampling.
Neurocognitive (brain) disease is more common that once believed and is found in up to 50% of SLE patients. Clinical characteristics include a stroke (especially in a young woman), seizures, psychosis, mood changes, difficulty in concentration and memory, and migraine headaches.
Due to the complexity of the disease, the American College of Rheumatology compiled the classification criteria for the diagnosis of lupus which consists of 11 parameters of which four must be met to make the definite diagnosis. The criteria contain clinical features, routine blood tests, and relevant serology (antibody levels).
The distinctive serology include elevated levels of antibodies: anti-nuclear antibody levels must be elevated in lupus. In 70% of cases, elevated titers of dsDNA are found. Other antibodies, termed ENA (extractable nuclear antibodies), include elevated titers to Ro/La/RNP/SMITH (not sm-smooth muscle). If ANA is negative, or all of the above mentioned antibodies are negative, then the disease is most probably not lupus.
The higher the level of antibodies, the higher the chance that the individual will suffer from an autoimmune disease like SLE. In about 5% of individuals, low levels of ANA are encountered and do not represent the beginning of an autoimmune disease.
SLE in males is much less common. It may be diagnosed late, be more severe, and some males will develop kidney disease.

Is lupus one disease?

Lupus includes a spectrum of diseases:
*Lupus of the skin-Cutaneous lupus -This is a relatively mild disease involving predominantly the skin. Some patients may have joint pain. Only a small fraction of these patients will develop systemic lupus.

- Drug induced lupus- Over 80 different drugs including minocycline and isoniazide can induce lupus. The disease consists of involvement of the skin, joints, and can cause serositis in the presence of elevated levels of anti-histone antibodies. The disease resolves with discontinuation of the medication causing the appearance of lupus and sometimes speicifc medication for lupus is required. Rarely, patients taking anti-TNF blockers (Remicade, Enbrel, Humira) may develop SLE.
- Neonatal lupus- Lupus of the newborn is a different disease from lupus in the adult. Babies that are born with this form of lupus will have mothers that carry elevated levels of anti-Ro antibodies, some of whom will not have lupus. These babies are born with congenital heart block- a serious arrhythmia where the heart pumps inadequately due to an electrical problem. Early diagnosis enables treatment of the fetus during pregnancy.
- Overlap syndrome- A patient develops SLE and another autoimmune disease. One such disease is Antiphospholipid syndrome (APS) which is found in 40% of lupus patients. APS is characterized by recurrent abortions and/or recurrent thrombosis in a vein (deep vein thrombosis, pulmonary embolism) or an artery (heart attack, stroke). These patients have elevated levels of antiphospholipid antibodiesThe treatment is different from lupus and includes aspirin and warfarin.Another disease that appears in lupus patients is autoimmune thyroid disease. The patient may develop hyperthyroidism or hypothyroidism.

When SLE is suspected, the patient should immediately seek a certified rheumatologist (or clinical immunologist) for proper diagnosis, treatment, and follow-up. The complete laboratory tests should include ESR, CBC, full chemistry, ANA, C3, C4, and a urine sample since kidney disease may be silent.

What is the treatment for SLE?

Once SLE is diagnosed, the doctor will assess the severity of the disease. The main therapy is Plaquenil (hydroxychloroquine) 200-400 mg/day. Plaquenil is given indefinitely to patients. It helps skin and joint involvement, prolongs the intervals between flares of kidney disease, protects against the development of thrombosis, and reduces cholesterol. It is safe during pregnancy and breast feeding. The patient should have routine eye check-ups every 6-12 months. Another medication that can be added to Plaquenil is a low dose of prednisone - 10 mg/day. In addition, low dose methotrexate (7.5-25 mg/once a week) is a good therapy for skin and joint disease. When a patient has moderate disease, then a higher dose of prednisone is recommended (20-40 mg/day). Sometimes, Imuran (azathiaprine) (50-150 mg/

SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS-UPDATE

Dr. Gisele Zandman-Goddard, Lupus Clinic and Director of Internal Medicine C, Wolfson Medical Center, Israel.

What is lupus?

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disease with flares and remissions. It is characterized by the development of antibodies and immune system malfunctions. Lupus is more common in young women of the reproductive age range of 20-40- years old. In this age group, lupus is more common in females with a ratio of 9:1 In Israel, there are 2000-5000 SLE patients.

Who develops lupus?

There are many reasons for the development of SLE. They include having the appropriate genetic background and environmental triggers. For example, a patient that has the genetic background and chooses an occupation where he/she is constantly outdoors and exposed directly to sun light, may develop the disease. Another example is a patient that has been exposed to a specific infection, like infectious mononucleosis (caused by EBV), may also develop SLE.

What is the genetic setting for SLE?

The genetic milieu for the development of SLE is not clear. It is not found on one locus on a certain chromosome, rather many loci on many chromosomes including chromosome X.

What are the environmental triggers for SLE?

The environmental triggers are many and include:

- Exposure to UVA and UVB light from the sun Infections
- Exposure to sex hormones, especially estrogens (oral contraceptives, hormone replacement therapy, hormonal stimulation prior to IVF)
- Industrial estrogens found in plastic bottles and pesticides
- Cosmetic agents (hair dye, solvents)
- Toxins found in cigarettes

What are the clinical features of SLE?

The clinical features of SLE are numerous and can afflict virtually any organ of the body. Interestingly, the clinical presentations may vary among patients. Common features of mild disease include skin involvement and arthritis. There may be a butterfly rash on the face, on the cheeks and on the bridge of the nose. Usually the arthritis involves the small joints of the hands and fingers. Moderate disease includes inflammation of the lining of the lungs and heart (pleuritis, pericarditis) characterized by chest pains during breathing or change of position. Blood system involvement includes low numbers of any one of the cell lines: white blood cells (WBC), red blood cells (RBC) or thrombocytes.

Severe disease includes kidney and brain involvement. The danger of kidney involvement is its quiet onset. Sometimes patients will present with leg swelling or new onset hypertension. Otherwise, kidney disease must be sought by repeated urine

Все больные, которым предстоит лечение блокаторами TNF, обязаны пройти обследование на наличие скрытого туберкулеза (рентгенография легких, тест Манту или анализ крови IGRA). При наличии признаков скрытого туберкулеза больные должны принять профилактическое лечение до начала лечения блокаторами TNF. Блокаторы TNF нельзя назначать больным меланомой кожи, при выраженной сердечной недостаточности, больным рассеянным склерозом, больным с активным онкологическим заболеванием. Применение их при беременности спорно. В любом случае, препараты этой группы назначаются только ревматологом.

- Абатасепт (Оренсия) также действует на лимфоциты группы Т, но по другому механизму - через рецепторы ко-стимуляторы. Препарат также применяется при ревматоидном артрите, он приводит к ремиссии артрита, значительно уменьшает количество эрозий в суставах, и улучшает общее состояние больных артритом. Оренсия назначается в виде внутривенной инфузии 1 раз в 4 недели. Оренсия может вызывать побочные явления сходные на побочные явления блокаторов фактора туморального некроза.
- Еще один биологический препарат, используемый при ревматоидном артрите, особенно при системной его форме (болезнь Стилла, системный артрит у детей) – анакинра (Кинерет). Анакинра связывается со специальным сигнальным белком (интерлейкин-1), который активирует воспалительные клетки. Анакинра тоже существует только в инъекционной форме и вводится подкожно.

В отличие от блокаторов TNF, действующих в основном на лимфоциты группы Т, существуют препараты блокирующие **лимфоциты группы** Б. К ним относятся: ритуксимаб (Мабтера) и тосилизумаб (Актемра).

- Мабтера содержит антитела к маркеру CD20, который представлен на оболочке лимфоцитов из группы В. Прикрепляясь к ним, мбтера вызывает гибель лимфоцитов Б, участвующих в воспалении и выработке антител (ревматоидный фактор, anti CCP). Мабтера применяется в инфузии внутривенно (1 грамм раз в две недели – 2 курса) и способствует возникновению длительной ремиссии и уменьшению количества эрозий в суставах. Побочные явления: аллергия на лекарство, реактивация гепатита группы Б. Мабтера не применяется при беременности.
- Актемра блокирует рецептор к интерлейкину-6. Интерлейкин-6 - один из активных посредников воспалительного процесса. Высокий уровень интерлейкина-6 в крови соответствует степени активности ревматоидного процесса, степени поражения суставов эрозивным процессом, тяжести анемии, и остеопороза. Блокирование рецептора к интерлейкину-6 способствует быстрому достижению ремиссии артрита, замедлению возникновения эрозий, снижению факторов воспаления в крови (ESR, CRP), улучшению показателей анемии (гемоглобина), улучшению общего состояния. Побочные явления: аллергическая реакция, нарушение печеночных ферментов. Актемра не рекомендуется больным с аневризмой аорты или дивертикулёзом кишечника.

Все биологические препараты отличаются высокой стоимостью. Назначение биологических препаратов, отмена, замена одного препарата на другой осуществляется исключительно лечащим ревматологом. Биологические препараты обычно не комбинируют друг с другом из-за высокой вероятности развития побочных эффектов.

Нефармакологические методы лечения

Диета Специальной диеты для больных ревматоидным артритом не существует. Больные ревматоидным артритом страдают от преждевременного атеросклероза, важно ограничивать в диете жиры и углеводы, употреблять достаточное количество белков, вводить в рацион много овощей и пищевых волокон. Следует посоветоваться с лечащим ревматологом о необходимости добавок кальция и витамина D.

Лечебная физкультура Регулярные упражнения помогают поддерживать подвижность суставов и укрепляют мышцы. Плавание является оптимальным видом физической нагрузки, т.к. устраняет гравитационную нагрузку на суставы. В периоды обострения тепло, парафиновые аппликации на руки, лечебный ультразвук и другие электропроцедуры облегчают ощущение боли и скованности. Курортное лечение возможно только в периоды ремиссии.

Правильный образ жизни и питания, отказ от курения, коррекция жиров в крови (холестерол и триглицериды) и физические упражнения внесут свой вклад в сохранение здоровья у больных ревматоидным артритом.

Из-за хронического прогрессирующего течения больные ревматоидным артритом часто нуждаются в поддержке членов семьи (моральной, иногда физической, психологической помощи) и помощи социальных служб.

Сегодня с оптимизмом можно сказать, что несмотря на то, что ревматоидный артрит не излечивается, у больных есть большой шанс получить оптимальное лечение, которое позволит им не страдать, предотвратит развитие эрозий и деформации суставов, избавит от скованности, позволит сохранить активный образ жизни без ограничений или инвалидности.

С благодарностью Госпоже Симоне Ладин техническую помощь в подготовке статьи

(NSAIDs или COX-2) противопоказаны больным со сниженной почечной функцией. Их следует очень осторожно применять у больных гипертонией, диабетом, сердечной недостаточностью и в пожилом возрасте.

- **Кортикостероидные (гормональные) препараты** являются мощными противовоспалительными средствами. Кортикостероиды применяют в таблетках и инъекциях (внутримышечно, внутривенно, внутрисуставно- непосредственно в сустав). Длительный прием кортикостероидов, особенно в высоких дозах, ведет к появлению побочных эффектов: повышение массы тела, склонность к инфекции, гипертония, остеопороз, диабет, катаракта и других. Короткие (до 10 дней) курсы стероидов редко вызывают побочные эффекты. Назначение и отмена кортикостероидов требуют наблюдения врача.

Базисные или болезнь - модифицирующие препараты «второй линии"

Базисные препараты (DMARDs) эффективны в достижении ремиссии артрита, замедлении прогрессирования артрита и предотвращении инвалидности. DMARDs всегда назначают длительно, много месяцев или даже лет.

- Метотрексат является основным базисным препаратом. Метотрексат подавляет размножение воспалительных клеток иммунной системы. Он может угнетать костный мозг и вызывать изменения печеночных ферментов. Все пациенты, принимающие метотрексат, должны регулярно сдавать анализы крови (клинический анализ крови и уровень ферментов печени). Метотрексат противопоказан больным с циррозом печени и фиброзом легких. Метотрексат является тератогенным препаратом, вызывает тяжелые изменения у плода. Метотрексат следует отменить за 3 месяца до планируемой беременности (как у женщин, так и у мужчин). Применение метотрексата при беременности строго противопоказано.
- Сульфасалазин применяется для лечения ревматоидного артрита и аутоиммунных колитов (болезнь Крона и язвенный колит). Сульфасалазин обычно хорошо переносится. Побочные эффекты: сыпь, расстройства желудка, головная боль, температура. Препарат нельзя назначать при наличии аллергии на сульфаниламиды. При применении сульфасалазина необходимо наблюдение за анализами крови (клинический анализ крови и уровень ферментов печени).
- Гидроксихлороквин (Плаквенил) – применяется для лечения аутоиммунных заболеваний: артрит, волчанка, синдром Шегрена. Побочные эффекты включают расстройство желудка, кожную сыпь, мышечную слабость и нарушения зрения. При назначении плаквенила пациент должен регулярно проходить обследование у офтальмолога (поля зрения).
- Лефлуномид (Арава) - блокирует фермент, который играет роль в активации иммунной системы. Как и метотрексат, лефлуномид подавляет размножение клеток, участвующих в воспалении. Побочные эффекты: изменения печеночных ферментов, понос, сыпь. Лефлуномид противопоказан беременным. При планировании беременности необходима консультация ревматолога.
- Азатиоприн (Имуран) - подавляет иммунную систему. Действие сходно с метотрексатом.

Биологические препараты «третья линия"

Не смотря на эффективность лекарств из группы базисных (DMARDs), около 30% больных ревматоидным артритом не достигают ремиссии. Часть больных вынуждена прекратить DMARDs из-за побочных явлений. Научные исследования показали высокую эффективность биологических препаратов при лечении больных ревматоидным артритом у которых несмотря на интенсивное лечение препаратами из группы DMARDs сохранялись признаки активного заболевания. В группу биологических препаратов входят:

- Препараты, блокирующие **фактор туморального некроза (anti-TNF):**

  Фактор туморального некроза был обнаружен в крови и суставной полости у больных артритом. Его концентрация отражает степень активности воспаления, степень разрушения суставов. Блокаторы фактора туморального некроза действуют на **лимфоциты группы Т.** Блокирование фактора туморального некроза приводит к ремиссии артрита, значительно уменьшает количество эрозий в суставах, и улучшает общее состояние больных артритом. В настоящее время блокаторы фактора туморального некроза применяются при ревматоидном артрите, псориатическом артрите, болезни Бехтерева, болезни Крона, а также у детей с хроническим артритом. К группе блокаторов фактора туморального некроза относятся: этанерсепт (Энбрел), инфликсимаб (Ремикад), адалимумаб (Хумира), голимумаб (Симпони). Обычно их применяют в комбинации с метотрексатом или другим базовым препаратом. У каждого препарата свой способ и путь введения: энбрел- инъекции под кожу 1-2 раза в неделю (50 или 25 мг) , хумира- инъекции под кожу 1 раз в две недели (40 мг) , ремикад- внутривенные инфузии 1 раз в 6-8 недель (3-5 мг/кг веса больного) , симпони- инъекции под кожу 1 раз в месяц (50 мг). Препараты этой группы могут вызывать побочные явления: аллергия общая или в месте инъекции при подкожном введении, склонность к инфекции дыхательных путей (бронхит, гайморит, воспаление легких). Особое внимание следует уделить вероятности реактивации или возникновения туберкулеза.

суставов, ранний атеросклероз, остеопороз.

Как диагностируется ревматоидный артрит?

При подозрении на артрит семейный врач произведет анализы крови и направит на консультацию ревматолога. Ревматолог расспрашивает больного о жалобах, времени их возникновения, предшествующих заболеваниях и проводит обследование суставов, кожи, других органов и систем. Ревматолог определит объем анализов крови для подтверждения диагноза и определения степени активности заболевания, и необходимость в рентгенографии или ультразвуке суставов.

Лабораторная диагностика при ревматоидном артрите

В крови у 80% больных с ревматоидным артритом обнаруживаются особые антитела – **ревматоидный фактор** (Rheumatoid Factor, RF). Наличие ревматоидного фактора важно для диагностики и для прогноза заболевания. **Цитруллиновые антитела** (anti CCP или ACPA) тоже обнаруживаются у большинства пациентов с ревматоидным артритом. Высокие титры ревматоидного фактора или/и цитруллиновых антител указывет на более тяжелую форму ревматоидного артрита, и склонность к деформации суставов и внесуставным симптомам.

Для оценки активности воспалительного процесса применяют два других анализа – скорость оседания эритроцитов (Erythrocyte Sedimentation Rate, **ESR**) и С-реактивный белок (C-Reactive Protein, **CRP**). Повышение ESR или CRP свойственно любому воспалительному процессу (в том числе и инфекции) и не является исключительным для ревматоидного артрита.

Инструментальные методы диагностики при ревматоидном артрите

На раннем этапе ревматоидного артрита изменения на рентгенограмме суставов редки. При прогрессировании заболевания на рентгенограмме появляются типичные для ревматоидного артрита признаки поражения под-хрящевой кости- **эрозии суставов**. Рентгенографию обычно используют для наблюдения за течением заболевания. Ультразвук (Ultrasound, US) также используется для исследования суставов; он позволяет обнаружить жидкость в полости суставов, утолщение внутренней суставной оболочки (Pannus), эрозии в кости, утончение суставного хряща. Ультразвук также позволяет определить степень активности воспаления в суставной полости. Магнитный резонанс (MRI) обладает высокой чувствительностью в определении ранних признаков артрита; магнитный резонанс применяется в исключительных случаях, когда есть трудности в дифференциальном диагнозе.

Пункция (прокол) суставов называется артроцентез. С помощью иглы и шприца ревматолог откачивает суставную жидкость. Артроцентез используется для диагностики, когда надо отличить ревматоидный артрит от других видов артрита, таких как инфекционный артрит или артрит, связанный с кристаллами (подагра, например). Артроцентез позволяет удаление избыточного количества жидкости из сустава при тяжелом воспалении и введение в сустав противовоспалительных препаратов.

Лечение ревматоидного артрита

Полностью вылечить ревматоидный артрит невозможно. Современные методы лечения направлены на уменьшение воспаления, улучшение функции суставов и предотвращение инвалидизации больных. Раннее начало лечения улучшает прогноз. Оптимальное лечение включает в себя медикаментозную терапию, физиотерапию и лечебную физкультуру, изменение образа жизни и курортное лечение.

В лечении ревматоидного артрита используется три типа препаратов: **противовоспалительные** или быстродействующие препараты «первой линии", медленно действующие препараты «второй линии" (**базисные препараты**, DMARDs), и **биологические препараты** - «третья линия". К первой группе препаратов относят нестероидные препараты (NSAIDs) и кортикостероиды, которые быстро снимают воспаление и уменьшают боль и припухлость суставов. DMARDs препараты вызывают ремиссию и предотвращают или замедляют разрушение суставов. В случаях, когда препараты из группы DMARDs не позволяют достичь ремиссии, применяют биологические лекарства. В случае разрушения крупных суставов (колено, бедро, плечо) применяется хирургическая замена сустава.

Противовоспалительные препараты «первой линии"

- Ацетилсалициловая кислота (аспирин), напроксен, ибупрофен и др. относятся к группе **нестероидных противовоспалительных препаратов (NSAIDs).** NSAIDs эффективно уменьшают воспаление, отек и боль. Различные препараты этой группы могут быть более эффективными для индивидуального больного. У NSAIDs есть побочные эффекты: боль в животе, изжога, тошнота. NSAIDs могут вызвать обострение язвы или гастрита. NSAIDs следует принимать после еды. Принято к NSAIDs добавлять «гастропротекторы" - препараты, защищающие слизистую оболочку желудка от воздействия NSAIDs. К гастропротекторам относят омепразол и его аналоги. NSAIDs противопоказаны при наличии аллергии на препараты этой группы, у больных с астмой, у больных с историей кровотечения из желудочно-кишечного тракта.
- В последнее десятилетие появились новые нестероидные препараты с более щадящим действием в отношении желудка: блокаторы COX-2. К ним относятся аркоксия, этопан, селкокс. Все препараты из группы нестероидных

Ревматоидный артрит

Доктор Александра Бальбир-Гурман, заведующая ревматологическим отделением имени Б. Шайна больничного центра Рамбам (Хайфа).

Ревматоидный артрит - системное аутоиммунное заболевание, сопровождающееся **воспалением суставов**. При ревматоидном артрите также поражаются некоторые внутренние органы. Ревматоидный артрит имеет хроническое прогрессирующее течение. Ревматоидный артрит является довольно распространенным заболеванием, им страдает около 1% взрослого населения. Женщины болеют чаще мужчин в 2-4 раза. Болезнь может начаться в любом возра
сте, но чаще возникает между 35-55 годами жизни.

Воспаление сустава **(артрит)** характеризуется его припухлость, болезненностью и ограничением в движении сустава. При ревматоидном артрите могут воспаляться и около-суставные ткани – связки и сухожилья. Хроническое воспаление сустава приводит к разрушению суставного хряща и возникновению деформации сустава: нарушается его функция, возникают боли при движении и тугоподвижность.

Что вызывает ревматоидный артрит?

Этиология ревматоидного артрита неизвестна. Существует генетическая предрасположенность к ревматоидному артриту, заболевание чаще возникает среди членов семьи и близких родственников. Подозревается связь между ревматоидным артритом и инфекцией, особенно вирусами (парвовирус). Из факторов внешней среды, доказано, что курение увеличивает риск возникновения ревматоидного артрита и отягощает его течение.

Симптомы ревматоидного артрита

В течение ревматоидного артрита выделяют периоды активного воспаления **(обострение)** и периоды улучшения **(ремиссия)**. Ремиссия редко возникает самостоятельно, в большинстве случаев ремиссия достигается под воздействием лечения и может продолжаться несколько месяцев или даже лет. Когда ремиссия прекращается, активность заболевания возрастает, и самочувствие больных снова ухудшается.

Во время обострения больные испытывают общие симптомы: слабость, потеря аппетита, повышение температуры, мышечные и суставные боли, и скованность суставов. Скованность суставов обычно наиболее выражена утром или после периодов отдыха. При ревматоидном артрите, артрит (боли и припухлость сустава) типично поражает симметрично мелкие суставы кистей и стоп. Вовлечения крупных суставов (колени, бедра, кисти рук, плечи, локти, голеностопные суставы) также нередки в течение заболевания.

Ревматоидный артрит – системное заболевание, при нём часто возникают внесуставные симптомы. При ревматоидном артрите часто (≈30%) встречается **синдром сухости** глаз и ротовой полости - синдром Шегрена. Ревматоидное воспаление оболочки легких (плевры) называется плеврит и характеризуется болью в груди при дыхании и кашле. Легкие тоже могут подвергнуться воспалению, в них образуются ревматоидные узелки или участки небактериального воспаления с развитием рубцовых изменений - легочный фиброз. Воспаление сердечной оболочки – перикардит – встречается редко. Хроническое воспаление при ревматоидном артрите может привести к снижению гемоглобина в крови – развитию анемии. Редко у больных ревматоидным артритом наблюдается понижение числа лейкоцитов и увеличение селезенки. Такое состояние называется синдромом Фелти. При синдроме Фелти наблюдается склонность к инфекциям и раны на голенях. **Ревматоидные подкожные узелки** чаще всего образуются на локтях и пальцах. Ревматоидные узелки редко вызывают симптомы, но в них иногда развивается вторичное воспаление. Редким тяжелым осложнением ревматоидного артрита является васкулит - воспаление сосудов. Васкулит нарушает кровоснабжение органов и тканей, чаще всего васкулит проявляется образованием длительно не заживающих язв на пальцах рук и ног, и поражением периферических нервов (нейропатия).

Поздние осложнения ревматоидного артрита: разрушение

- Сохранение качества жизни и активности пациентов.

Лекарственные средства, применяемые при псориатическом артрите:

- Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) назначают для уменьшения симптомов артрита (боль и припухлость в суставах): диклофенак натрия, ибупрофен, нимесулид и др.
- Глюкокортикоиды (преднизолон, депомедрол) используют при высокой активности воспалительного процесса.
- Базисные противовоспалительные препараты применяются для уменьшения /подавления активности и прогрессирования заболевания, назначаются на длительное время (месяцы, годы). Наряду с высокими лечебными свойствами могут вызывать побочные эффекты. Лечение проводится под строгим врачебным контролем. К ним относят: метотрексат, сульфасалазин, лефлюномид - арава, циклоспорин.
- В случае неэффективности базисных препаратов назначаются биологические препараты из группы блокаторов туморального некроза: инфликсимаб - ремикейд, этанерцепт - энбрел, адалимумаб - хумира. Назначение этих средств требует предварительного выполнения рентгена легких и кожного теста на туберкулез из-за опасности реактивации скрытого туберкулеза. Биологические препараты не только подавляют воспаление, но и предотвращают развитие деформаций в суставах. Биологические препараты назначаются ревматологом и требуют наблюдения. Больным с сердечной недостаточностью, онкологическим больным не рекомендуется прием биологических препаратов.

У больных псориатическим артритом часто наблюдается метаболический синдром: ожирение, сахарный диабет, подагра, жировая дистрофия печени. Этим больным необходимо соблюдать диету и выполнять физическую нагрузку. Больные псориатическим артритом должны состоять на учете и проходить регулярную проверку у ревматолога. Лечение на Мертвом море уменьшает кожные проявления и суставные боли.

Объеденение ИНБАР—адрес для совета,информации и защиты ваших прав.Присоединитесь к "Инбар"чтобы мы могли вам помочь .
Заполните бланк и пошлите по факсу-03-5613874 или позвоните по телефону-03-5613832. Можно послать по почте: улица Ганацив 16, Тель-Авив, 67018.

Я прошу принять меня в объединение "Инбар".
☐ **Посылаю чек на сумму 120 ш. как членский взнос за год.**
☐ **Посылаю чек на сумму 200 ш.как членский взнос за два год**

Имя
Фамилия
Номер теудат зеут
Телефон
Адрес
Адрес электронной почты

Можно заплатить кредитной карточкой по телефону-03-5613832.

ИНРБАР-ИЗРАИЛЬСКОЕ ОБЪЕДЕНЕНИЕ ДЛЯ СТРАДАЮЩИХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ВОЛЧИХОЙ(ЛЮПУС).

Псориаз

Д-р Александр Розин, Ревматологическое отделение им Б. Шайна, Больничный центр Рамбам (Хайфа).

Псориатический артрит – хроническое прогрессирующее воспалительное заболевание суставов, ассоциированное с псориазом.

Распространенность псориаза в популяции составляет 2-3%, а распространенность артрита среди больных псориазом колеблется от 13.5 до 47%.

Наиболее часто псориатический артрит начинается в возрасте от 20 до 50 лет, причем мужчины и женщины заболевают одинаково часто. Встречаются случаи особенно тяжелого течения псориатического артрита у молодых мужчин. Псориаз и псориатический артрит часто встречаются у членов семьи, что указывает на генетическую предрасположенность к заболеванию.

Причина псориаза и псориатического артрита в настоящее время неизвестна.

Псориаз часто обостряется после стрептококковой инфекции.

Лечение псориатического артрита направлено на сохранение функциональной способности суставов и замедление темпов прогрессирования псориатического артрита.

Как правило, кожные проявления псориаза предшествуют развитию псориатического артрита (часто за много лет), реже артрит и кожный псориаз развиваются одновременно. В редких случаях артрит возникает раньше, чем кожный псориаз.

Для правильной интерпретации кожных и суставных проявлений, правильной постановки диагноза и, соответственно, назначения правильного лечения требуется тщательный осмотр специалистами – ревматологом и дерматологом.

Характерные признаки псориатического артрита – поражение фаланговых суставов кистей и стоп, что нередко сочетается с поражением ногтей. Кроме того, при псориатическом артрите могут поражаться коленные, голеностопные суставы, пояснично-крестцовый отдел позвоночника. Иногда наблюдаются боли вокруг пяток и ахилловых сухожилий, что связано с воспалительным процессом в этой области (энтезит).

В клиническом анализе крови при псориатическом артрите может наблюдаться увеличение СОЭ. В биохимическом анализе – повышение титров Ц-реактивного белка. Между активностью псориатического артрита и степенью повышения СОЭ и Ц-реактивного белка обычно наблюдается прямая корреляция.

В диагностике псориатического артрита широко используется рентгенографическое исследование суставов и позвоночника. При псориатическом артрите на рентгенограммах часто обнаруживаются характерные изменения. Ультразвуковое исследование суставов позволтяет установить степень активности воспаления суставов и костные изменения (эрозии).

При постановке диагноза врачу необходимо правильно оценить как поражение кожи, так и поражение суставов. Кожный псориаз необходимо дифференцировать с себорейным и аллергическим дерматитом и с экземой. Псориатическое поражение ногтей нужно отличать от грибковой инфекции. Поражение суставов при псориазе иногда напоминает ревматоидный артрит, подагру, реактивный артрит.

При возникновении любых признаков поражения суставов (отек, боль, краснота и т.д.) показана консультация ревматолога.

Псориатический артрит вылечить совсем невозможно, у заболевания хроническое прогрессирующее течение с периодами обострения. В результате хронического воспаления происходит разрушение и искривление вовлеченных суставов с ограничением подвижности.

Цели лечения при псориатическом артрите:

- Уменьшение кожных проявлений псориаза.
- Снижение активности воспалительного процесса в суставах и позвоночнике (что ведет к уменьшению / исчезновению симптомов поражения суставов).
- Замедление прогрессирования разрушения суставов.

רוצה לדעת יותר על דלקת מפרקים שגרונתית?

אנחנו כאן בשבילך

מצטרפים עכשיו

לתכנית כאן בשבילך ומקבלים כלים ומידע
להשגת איכות חיים לאורך זמן

להצטרפות לתכנית ניתן לפנות למוקד שירות
האחיות Care for Life
בטל': 1-700-50-90-95
או להיכנס לאתר: hereforyou.co.il

Care for Life
שירותי בריאות פרטיים

Abbott
A Promise for Life

PR-IL-ABT-HUM91(07/12)
Data Pro | proximity