

# הסיבות לפערים הגדולים הקיימים בין הטיפול בגנחת במציאות לבין יעדי הטיפול כפי שהם מוגדרים על-ידי אירגון הבריאות העולמי

שבתאי ורסנו

היח' לחינוך וטיפול בגנחת, מח' ריאות, מרכז רפואי ספיר, בית-חולים מאיר, כפר-סבא, והפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב

## תקציר

אף-על-פי שמזה לפחות חמש-עשרה שנה קיימות הנחיות קליניות לטיפול בגנחת שיעילותן המדעית מוכחת, ולמרות שקיימים גם טיפולים מונעים בתרופות שהוכחו כיעילים מאוד, הרי שעדיין קיימים פערים עצומים בין המצוי לבין הרצוי בטיפול היומיומי, וכתוצאה מכך נגרמת תחלואה גבוהה מאוד שבאופן פוטנציאלי ניתן היה לצמצמה באופן ניכר. מאחר שגנחת היא מחלה כרונית העלולה ללוות את החולה משחר ילדותו ועד אחרית ימיו, הטיפול בחולה מערים קשיים רבים הנובעים בין היתר מיכולת ההתמודדות של החולה עם מחלתו, מגורמים התלויים ברופא הקהילה ובמימסד הרפואי, וכנראה גם בשל חוסר תמימות-דעה בין הרפואה לבין החולים באשר למהות הגדרתה של גנחת מאוזנת. המטרה בסקירה זו היא לעמוד על הסיבות הידועות והאפשריות שעדיין מנציחות את הפערים הללו כפי שהתגלו במחקרים כלל-עולמיים אחרונים, להציג בפני רופא הקהילה ולנסות ולגשר על אותם פערים, על-מנת להביא לשיפור איכות-החיים הקשורה בגנחת מחד-גיסא ולשמר את תפקוד הריאות לאורך שנים במקביל להקטנת התחלואה מאידך-גיסא.

## הקדמה

גנחת היא מחלה שכיחה וכלל-עולמית. כשלוש-מאות מיליון בני-אדם בעולם, ילדים ומבוגרים, חולים בגנחת, ועל-פי תחזית אירגון הבריאות העולמי, עד שנת 2025 יתווספו עוד 100 מיליון חולי גנחת חדשים. שכיחות הגנחת בעולם משתנה לפי אזורים גיאוגרפיים ואתניים, ומגיעה על-פי דיווחי אירגון הבריאות העולמי לשיא של 35% מאוכלוסיית הילדים בסקוטלנד. שכיחות הגנחת בישראל על-פי אירגון הבריאות העולמי היא 17% באוכלוסיית הילדים וכ-9% במבוגרים, ועולה על המדווח מלישכת הסטטיסטיקה של ישראל [2,1]. מחלה שכיחה זו, כאשר היא אינה מאוזנת, פוגעת באיכות-החיים, מסכנת חיים, ומטילה עומס כבד על מערכות הבריאות והכלכלה בכל העולם. למרות ההנחיות המשותפות של אירגון הבריאות העולמי ומשרד הבריאות האמריקאי לאיבחון, טיפול וחינוך בגנחת [3], המתעדכנות מדי שנה, ולמרות שקיימות תרופות יעילות מאוד לאיזון של 90%-95% מהחולים המקפידים לטול אותן, עדיין קיימים פערים גדולים בין המצוי בעולם, מערב כמזרח, לבין הרצוי על-פי הגדרות GINA

(Global Initiative for Asthma management) של אירגון הבריאות העולמי. בין השנים 1998-2001 נערכו ב-29 מדינות בחלקי העולם השונים סקרים נרחבים בפרוטוקול זהה תחת הכותרת The Asthma Insights and Reality Surveys (AIR), והם פורסמו בשנת 2004 [4]. המטרה בסקרים הייתה לאמוד את חומרת התסמינים, את רמת הטיפול והאיזון של המחלה, ואת השונות במדדים הללו במדינות שונות בעולם. בנוסף, נערכה השוואה בין הממצאים בפועל לבין היעדים הטיפוליים כפי שהם מוגדרים על-ידי GINA [5]. נכללו בסקר כ-11,000 חולים (כ-3,000 ילדים וכ-8,000 מבוגרים), וממצאיו המדהימים חשפו את הפערים הגדולים הקיימים בין המטרות הטיפוליות שהוצבו על-ידי GINA לבין הנתונים במציאות. הודגם בסקר, כי שיעור ניכר מחולי הגנחת בעולם הם תסמיניים ביום או בלילה, נזקקים לעזרה רפואית לא מתוכננת, כולל ביקורים בחדר מיון או אישפוז, צורכים מרחיבי סימפונות באופן תדיר ולא עברו מעולם בדיקה של תפקוד הריאה. לפחות 70% מהחולים בכל אחת מקבוצות החומרה של גנחת מתמדת (קלה, בינונית וקשה) נוטלים מרחיבי סימפונות מיידיים ופחות מ-20% מהם נוטלים טיפול מונע קבוע. לעומת שכיחותם וחומרתם של התסמינים המדווחים על-ידי חולי הגנחת, בולטת הערכתם העצמית המקלה של החולים המוגדרים על-פי GINA כלוקים בגנחת קשה. שלושים עד חמישים אחוזים מהחולים המוגדרים על-פי התסמינים כלוקים בגנחת קשה סבורים כי הם נמצאים באיזון מושלם או טוב. בקרב החולים שהגנחת שלהם מוגדרת כבינונית (תסמינים יומיים כל יום ולייליים עד פעמיים בשבוע, תסמינים במאמץ כל יום בשנה החולפת ואירועים קשים מדי יום בשנה החולפת), 40%-70% סבורים שמחלתם מאוזנת היטב. בקרב אלו שמחלתם מוגדרת כקלה-מתמדת או כקלה-לסירוגין, שיעור החולים הסבורים שמחלתם מאוזנת היטב אף עולה על 80% בכל תת-קבוצה כזו [4]. מבחינת הפערים בין היעדים הטיפוליים כפי שנקבעו על-ידי GINA, כגון תסמינים והחמרות מזעריים, פניות לחדרי-מיון או אישפוזים מזעריים, צריכה מזערית של מרחיבי-סימפונות קצרי-טווח ומעקב תקופתי של תפקודי ריאה, הרי שהסטיות בפועל ממטרות אלו הן בסדרי גודל של עשרות אחוזים. לדוגמה, למעלה מ-50% מחולי הגנחת ברוב חלקי העולם, כולל ארה"ב ומערב אירופה, לא עברו מעולם בדיקת תפקודי ריאה, ורק שליש עברו תפקודי ריאה בשנה האחרונה. זהו המצב גם בישראל.

המטרה בסקירה זו היא מחד-גיסא לעמוד על הגורמים האפשריים, מוכחים ומשוערים, לפערים אלו, ומאידך-גיסא להביא מידע זה בפני רופאי הקהילה, ולציידם בכלים הנחוצים לגישור על הפערים ולהתקרבות אל יעדי הטיפול של GINA, למען שיפור הבריאות והרווחה של חולה הגנחת.

מילות-מפתח: גנחת; הנחיות קליניות; התמודדות; חינוך; טיפול במחלות כרוניות; איכות-חיים.

Key words: Asthma; Guidelines; Coping; Education; Chronic disease management; Quality of life.

שכיחים הרבה יותר מאשר באוכלוסיית חולי גנחת אחרים במצב קשה [11]. חולי גנחת המתאפיינים בהכחשת מחלתם שונים משמעותית בנכונותם לקבל טיפול מונע לעומת חולים המקבלים את מחלתם [12]. נמצא גם קשר בין סגנון ההתמודדות לבין איכות-החיים של חולה הגנחת. חולי גנחת המתמודדים באופן רגשי עם מחלתם חווים איכות-חיים ירודה יותר [13]. רופא הקהילה יכול לזהות את הפער בין המציאות לבין תחושת החולה המתמודד רגשית על-ידי גילוי הפער בין איכות-החיים בפועל לבין תפיסת החולה את מחלתו, וזאת על-ידי שאלת שאלות המכוונות לאיכות-חיים הקשורה בגנחת (שנת לילה מופרעת, שיעול, קוצר נשימה במאמץ ואימוץ בלתי מודע של סגנון חיים מותאם לחומרה). יש לעמת את המתמודד הרגשי, בעדינות אך בנחישות, עם העובדות הנוגעות למחלתו, עם סיכוני ההחמרה והמוות, ועם הגדרת החומרה האובייקטיבית (חומרה על-פי GINA), מאחר שחלק גדול מחולים אלו אינם מודעים לעובדה שהם מכחישים את מחלתם. לא נמצאו הבדלים במאפייני האישיות בין חולי גנחת במצב קשה במיוחד לעומת חולים במצב פחות קשה, אך בחולים עם גנחת קשה ולא ניתנת לאיזון בתרופות נמצאה שכיחות-יתר של תחלואה בתפקוד הנפשי (דיכאון, חרדה, הכחשה), ושיעור משמעותי מאוד מהחולים במצב קשה לעומת אלה שבמצב קל יותר התעכבו בפנייה לעזרה רפואית בעת התקף, ללא קשר למהירות הופעתו [14,9,8].

השונות האישית בתחושת קוצר הנשימה — תחושת הנשמת (Dyspnea perception) הנחווית בתגובה לאותה מידה של שינוי בתינגודת הסימפונות (תינגודת הנוצרת בעקבות שאיפת היסטמין ומבוטאת בשיעור הירידה ב- FEV1 או תינגודת הנוצרת על-ידי נשימה כנגד התנגדות חיצונית מדודה) איננה שווה בין כל חולי הגנחת [15,16]. נמצאו מיתאמים חיוביים בין מדדי חומרת המחלה החסימתית, כגון FEV1 (המהווה מדד לקוטר הבסיסי של הסימפונות), PC20 (ריכוז היסטמין הגורם לגירוי של דרכי הנשימה וירידת FEV1 הבסיסי ב- 20%) או שיעור הגדלת התינגודת הנשימתית באמצעות הוספת תינגודת חיצונית לבין מידת הירידה בתחושת קוצר-הנשימה. קרי, ככל שמצב הגנחת קשה יותר, עם FEV1 או PC20 ירודים יותר, כך התגברות תחושת קוצר-הנשימה בתגובה להיצרות נוספת של הסימפונות ירודה יותר. לא ברור מהו הסובב ומהו המסובב. אחת ההנחות בניסיון להסביר את הירידה בתחושת קוצר-הנשימה דווקא בחולים במצב קשה יותר היא, כי הדלקת הכרונית הקשה גורמת להסתגלות-יתר של תחושת קוצר-הנשימה, אך ייתכן שגם ההפך, כלומר שהירידה בתחושה היא הגורם הבלתי תלוי שגורם לחוסר הרגשת הצורך בהגברת הטיפול, ומשום כך גורמת להחמרת המחלה. מבין החולים עם גנחת מסכנת-חיים עד כמעט-מוות זוהתה גם קבוצה המאופיינת בירידה בעוצמת הגירוי ההיפוקסי לנשימה וחוסר תגובה היפרפנאית הולמת [18,17]. קבוצות חולי הגנחת שתחושת קוצר-הנשימה שלהן ירודה מהוות קבוצות בסיכון מוגבר להתמדה פחותה בטיפול מונע קבוע, להתקפים מסכני-חיים, לאיחור בפנייה

הסיבות לפערים סווגו בסקירה זו לשלוש קבוצות עיקריות: א' סיבות הקשורות לחולה; ב' סיבות הקשורות לצוות הרפואי ולמימסד הרפואי; ג' סיבות משולבות, הקשורות הן בחולה והן בצוות הרפואי ובמימסד הרפואי.

## א' סיבות לפערים הקשורות בחולה:

- 1) סגנונות התמודדות אישיים (Coping styles) וגורמים נפשיים — מחלה כרונית כגון גנחת עלולה לגרום לחץ נפשי רב המשפיע על תגובותיו ועל התנהגותו של החולה במחלה או של המטפלים בו במקרה של ילדים וקשישים, ובכך להשפיע על דבקתו (Adherence) בטיפול. תחושת חנק או אי-נוחות נשימתית (Dyspnea) היא אחת מהחוויות הגופניות והנפשיות המפחידות והמאיימות ביותר הקשורות לאובדן שליטה. הלחץ הנפשי בחולי גנחת עלול לנבוע מהפחד מפני התקף, מחוויית התקף מסכני-חיים או מהצורך בטיפול קבוע לכל חייהם. מצבי לחץ נפשי, חרדה ודיכאון נמצאים בשכיחות יתרה בחולי גנחת אפילו ביחס למחלות כרוניות אחרות, הן בילדים והן במבוגרים [6,7]. התמודדות עם מצבים מאיימים כגון גנחת תלויה ראשית באופן תפיסת הגורם המאיים על-ידי החולה כאיום ממשי או פחות ממשי, ולאחר-מכן באמצעים הנפשיים שהחולה יכול לגייס, בתמיכה החברתית וברקע התרבותי העומדים לצידו בהתמודדות עם הגורם המאיים. קיימים שני סגנונות של התמודדות כנגד מצבי איום או לחץ המתאימים גם להתמודדות עם איום של מחלה. סגנון אחד הוא של התמודדות הגיונית המתמקדת בעצם הבעיה, ואילו הסגנון השני הוא של התמודדות רגשית המתעלמת מהבעיה עצמה [6]. בסגנון ההתמודדות ההגיונית מסתייע החולה בכלים קוגניטיביים והתנהגותיים הגיוניים, כגון איסוף מידע על הבעיה, ייעוץ נוסף ותיכנון, והוא מאופיין בהתמודדות פעילה ובקבלת המחלה כעובדה קיימת. לעומת זאת, בסגנון ההתמודדות הרגשית, הגם שנעשה שימוש בכלים קוגניטיביים והתנהגותיים, ההתמקדות היא בניסיון לשנות את דרך החשיבה על הבעיה אשר בפועל מביא להתעלמות מהבעיה כפי שהיא. תגובות כגון הכחשה (Denial), הימנעות, כעס, הן דרכי התמודדות רגשית, המנוגדות לסגנון ההתמודדות ההגיונית. בסגנון ההתמודדות הרגשית טמון הפוטנציאל לטיפול לא הולם בגנחת, לאיכות-חיים ירודה ואף למוות בשל התקף קשה. נמצא, כי חולי גנחת המרבים לבקר בחדרי-מיון, חולים שהגנחת שבה הם לוקים אינה מאוזנת ומוגדרת על-פי אמות מידה רפואיות כגנחת קשה, או חולים שחוו התקפים פתאומיים מסכני חיים לעומת חולי גנחת במצב קל יותר — כל אלה לוקים בשכיחות-יתרה בתגובות נפשיות-רגשיות, כגון הכחשת מחלתם, חרדה, דיכאון, חוסר תמיכה סביבתית מצד המשפחה או מצד חברים [8-10]. חולים אלו מאופיינים בחוסר דבקת בטיפול מונע בקורטיקוסטרואידים בשאיפה, בטיפול רק במרחיבי-סימפונות מידיים ובחוסר פנייה בזמן לעזרה רפואית בעת החמרה במצבם [8]. בקבוצת חולי גנחת שנפטרו בעת התקף, נמצא כי הבעיות הנפשיות וסגנון ההתמודדות הרגשית היו

בהנחיות הטיפוליות עשויים להיות בעל השפעה ארוכת-טווח. השפעתו ארוכת-הטווח של סמינר אינטראקטיבי שניתן לרופאי קהילה (שתי פגישות קבוצתיות של 2.5 שעות כל אחת לאורך 2-3 שבועות, קבוצות של עד 12 רופאים) על רמת הידע, היישום והתוצאות הטיפוליות נבדקה לעומת קבוצת בקרה. הודגמו תוצאות מצוינות שנתיים לאחר ההתערבות [27]. נעשים ניסיונות להקל על הרופאים באמצעות עזרים טכניים לזכור את ההנחיות, לסווג את חוליהם על-פי דרגות חומרה ולטפל לפיהן [28]. גם המחבר תיכנן "גלגל גנחת", שהוא סרגל עגול בעל שני חלקים האחד סובב על משנהו, המאפשר על-פי התסמינים המדווחים (עם אפשרות להיעזר ב-FEVI או בשיא-הנשיפה) לסווג את חומרת הגנחת של המטופל וגם לחשב את מינוני המשאפים הטיפוליים השונים (עוצב בעזרת חברת "טבע" ומופץ על ידה חנים לרופאים). הסתייעות בעזרים אלו מאפשרת לרופא הקהילה להיצמד להנחיות הקליניות ללא קושי, ולשפר את יכולת הערכה של חומרת הגנחת ואת הטיפול המיטבי בלוקים בה.

מידת ההכרות של הרופא את חוליו — פערים משמעותיים נמצאו בין הערכת הרופאים המטפלים לבין דיווחם של מטופליהם לגבי מידת הטיפול במשאפי סטרואידים או במרחיבי סימפונות, לגבי מדדי החמרה, לגבי בעיות פסי-כר-חברתיות בחולים במצב קשה או בחולים טרם פטירתם מחלתם, מספר האישפוזים, גורמי-הדק (טריגרים) שגרמו להחמרות במחלה וכיו"ב [29]. פערים כאלו עלולים לנבוע הן מתיש-אול בלתי מוגדר מצד הרופא מחד-גיסא, והן בשל הסתגלות החולה לתסמינים ולמיגבלות המחלה מאידך-גיסא.

רמת התישאל לגבי איכות-החיים הקשורה בגנחת (תישאל מוגדר לעומת תישאל כללי) — איכות-החיים הקשורה בגנחת חשובה הן כמדד להערכת איזון המחלה והן מכיוון שהחולים מחשיבים אותה יותר מאשר את איזון הגנחת עצמה, ולכן אל לרופא להסתפק בתישאל כללי, אלא לתשאל את החולה באופן מוגדר לגבי מדדי איכות-חיים הקשורים בגנחת. שאלוני איכות-חיים או מדדי מחלה פשוטים וקצרים [30] או מורכבים יותר [31] הוכחו כיעילים בהערכת מידת האיזון של הגנחת. שאלות פשוטות וקצרות, כגון האם אתה מתעורר בלילה בגלל הגנחת? האם יש פעולות שקשה לך לבצע יותר מאשר לאחרים? כמה פעמים בשבוע אתה נזקק לוונטולין? האם אתה משתעל לעיתים תכופות? הראה לי כיצד אתה משתמש במשאף שלך, כמה פעמים שכחת השבוע לקחת

לעזרה, לאישפוזים ואף למוות בעקבות החמרת מחלתם [19]. ירידה בתחושת קוצר-נשימה אף עלולה לפגוע ביכולת לאבחן את המחלה או בגילוי הסימנים להחמרתה על-ידי הרופא המטפל, המקבל מהחולה דיווח שאינו עומד ביחס לחומרת המחלה בפועל [20]. אפשרות זו מדגישה את הצורך בבדיקה אובייקטיבית ספירומטרית או לפחות בדיקה במד שיא-נשיפה (PEFRm) כחלק בלתי נפרד מהמעקב הרפואי.

סיבות תרבותיות אתניות — ככל הנראה קיימים הבדלים אתניים-תרבותיים באוכלוסיות שונות בהתייחסות לתפיסת המחלה, לסיבותיה ולטיפול בה, הבדלים המקשים לעיתים על השגת תוצאות מיטביות. בדרום-מזרח-אסיה (יפן, קוריאה, סינגפור, מלזיה) האוכלוסייה נוטה פחות לטיפול במשאפים, כולל ביתא-אגוניסטיים, לצורך הקלה על מחלתם לעומת האוכלוסייה במערב [21]. נמ-צא, כי הורים במלזיה וסינגפור חוששים ממתן טיפול בשאיפה (אינהלציה) לילדיהם ומעדיפים טיפול בדרך פומית, בשל הת-פיסה שמשאפים ניתנים לחולי גנחת במצב קשה במיוחד או בשל חשש מתלות, מטיפול-יתר ומהשפעות-לוואי [22]. באוכלוסיות מיעוטים בארה"ב נמצא, כי קיימות תפיסות תר-בותיות שונות ביחס למחלת הגנחת ולגורמים לה, וכפועל יוצא מכך שכיח גם טיפול באמצעים לא תרופתיים כחור-לים אלה [23]. חוקרים אחרים מצאו, כי בארה"ב קיים הבדל משמעותי בין אפרו-אמריקאים לבין לבנים בפניות למומחים לגנחת, בטיפול במשאפי סט-רואידים ובפניות לחדר-מיון, וזאת גם כשנערכה השוואה בין קבוצות ברמה חברתית-כלכלית נמוכה. מסקנתם של החוקרים הייתה, כי ההבדלים נובעים לא רק בשל קשיי מימון התרופות, אלא ככל הנראה גם עקב גורמים אתניים-תרבותיים [24].

### ב' סיבות הקשורות למימסד הרפואי או לצוות הרפואי:

רמת הידע של הרופא בהנחיות הקליניות וכישורי התקשורת עם החולה — רמת הידע של הרופאים הלא מומחים בטיפול בגנחת ומידת היישום של ההנחיות לטיפול בגנחת כפי שהן מומלצות על-ידי אירגון הבריאות העולמי (ומקובלות למעשה ברוב מדינות העולם, כולל ישראל) הן נמוכות בדרך-כלל [26,25]. הדרכה וחינוך פעיל של הרופאים המטפלים

על-פי אמות-מידה רפואיות, חלק ניכר מאוכלוסיית החולים הלוקים בגנחת, למרות התרופות היעילות וההנחיות הקליניות הבדוקות, אינם מאוזנים כראוי, בסתירה בולטת לתחושה הסובייקטיבית של אותה אוכלוסייה.

הפערים הגדולים הקיימים בין ההנ-חיות הקליניות לטיפול המבוססות מדעית לבין המציאות הטיפולית בשטח נובעים מעצם טיבעה הכרוני של מחלת הגנחת המתמשכת עש-רות שנים, מסיבות התלויות בחולה, ברופא המטפל ובמימסד הרפואי - סיבות שהן רבות-גורמים ומורכבות.

הכרת רופא הקהילה את הסיבות השונות הגורמות לאותם פערים טיפוליים עשויה לגשר על פערים אלו ולהביא לאיזון רפואי מיטבי המלווה באיכות-חיים משופרת. גי-שור כזה צריך להתמשך על-פני כל שנות הטיפול בחולה.

**ג' סיבות משולבות:**

(1) רמת ציפיות ירודה, התאמת סגנון-חיים למגבלות התיפקוד — מרבית החולים הלוקים בגנחת מתמדת מסתגלים לרמה מסוימת של תסמינים, מקבלים אותה כחלק מהוויית חייהם ומסגלים לעצמם סגנון-חיים, בין אם במודע ובין אם לאו, המותאם לתיפקודם המוגבל. מרבית החולים וגם רופאיהם אינם ממצים בהכרח את הפוטנציאל הטיפולי שהרפואה בימינו מסוגלת לה [4]. לפיכך, יש צורך דחוף להעלות את רמת הציפיות של הרופא המטפל, ובאמצעותו גם את זו של המטופל, לגבי איכות-החיים הניתנת להשגה באמצעות הטיפול בתרופות, הסביבתי והמונע, ועל-ידי מעקב תקופתי.

(2) "סטרואידי-פוביה" או "בעת סטרואידים" (של החולה או הרופא) — גנחת היא מחלה דלקתית כרונית, ומוסכם כי קורטיקוסטרואידים בשאיפה הם הבסיס לטיפול מונע קבוע בחולים עם גנחת מתמדת. הוכח כי טיפול זה מפחית תחלואה ותמותה בחולים אלה [35]. למרות המלצות GINA לטיפול בגנחת מתמדת במשאפי קורטיקוסטרואידים, למעלה ממחצית הנשאלים חוששים במידה זו או אחרת מטיפול במשאפים כאלו על בסיס קבוע. החששות הם בעיקר לגבי מראה הגוף כמו עלייה במשקל, וכן לגבי ציפיות העצם, התרגלות והתמכרות לתרופה. שני-שלישים מהחולים לא דנו מעולם עם מי מהצוות הרפואי על חששותיהם אלו. החשש בציבור, וגם בקרב חלק מהרופאים, לגבי מתן קבוע ומתמשך של קורטיקוסטרואידים בשאיפה, נובע כנראה מההשפעות המוכרות של קורטיקוסטרואידים במתן בדרך פומית או מערכתית לאורך זמן, והשפעות אלו מושלכות אוטומטית על המשאפים. במחקרים רבים הוכח, כי טיפול במשאפי סטרואידים (בוודונויד) בילדים במינונים של 400-600 מ"ג ביום לאורך שנים לא שינו את הגובה הסופי של הילדים חולי הגנחת בכגרותם לעומת אחיהם הבריאים או לעומת קבוצות בקרה של בריאים או חולי גנחת המאוזנים ללא צורך במשאפים כאלו. לעומת זאת, גנחת מתמדת פעילה ולא מאוזנת עלולה לפגוע בצמיחה. תפקיד הרופאים המקצועיים והמימסד הרפואי הרשמי הוא לחנך את רופאי הקהילה לגבי הטיפול במשאפי סטרואידים, ותפקיד הרופא בקהילה הוא להעלות מיוזמתו את השאלה בפני המטופל האם הוא חושש ליטול איוז מהתרופות לאורך זמן, להציג בפניו את השפעות-הלוואי האפשריות ולהפיג את חששותיו מפני טיפול כזה על-ידי הדרכתו בהנחיות ובמינון ההחזקה המזערי האפשרי עבור אותו חולה.

(3) חומרת המחלה ומידת ההיענות: גנחת קלה מתמדת — על-פי הנחיות GINA, מומלץ טיפול נוגד-דלקת קבוע גם בלוקים בגנחת קלה מתמדת [3]. הכוונה היא לגנחת שרמת פעילותה נמוכה יחסית (תסמינים יומיים, אך לא במשך כל ימי השבוע, ותסמינים ליליים עד פעם בשבוע ולאורך זמן). רמת הדבקות (Adherence) בטיפול המונע הקבוע, לרוב משאפים המכילים קורטיקוסטרואידים, פוחתת ככל שהגנחת קלה, וכן ככל שתסמיניה פחות תכופים ופחות מפריעים לפעילות היומיומית

את הטיפול? מה מטריד אותך לגבי הגנחת שלך (השפעות-לוואי מתרופות, סיכונים)? שאלות כאלו עשויות לתת תשובות למידת האיוון והטיפול בפועל בגנחת לעומת שאלות כלליות בלבד, כגון איך אתה מרגיש? איך הגנחת שלך? האם קשה לך לנשום? האם אתה משתמש במשאפים?

(4) שכיחות ותדירות ביצוע תיפקודי ריאה — למעלה מ-50% מחולי הגנחת ברוב המדינות בעולם לא עברו בדיקות תיפקודי ריאה מעולם וכשליש מהם לא עברו בדיקות כאלה בשנה החולפת [4]. לגבי מד שיא-נשיפה (PEFRm) המספרים נמוכים אף יותר. המסקנה היא כי נדרש חינוך של רופאי הקהילה. כל חולה גנחת חייב לעבור בדיקת ספירומטריה או לפחות מדידת שיא-נשיפה בכל ביקור (תדירות הביקורים 1-6 חודשים לפי דרגת החומרה) [3], ואלו שמחלתם אינה יציבה צריכים לעבור בעקבות כל החמרה במצבם או בעקבות ביקור לא מתוכנן אצל רופא המשפחה לפחות בדיקה למדידת שיא-נשיפה. להנהלות קופות-החולים המבטחות יכולה להיות השפעה מכרעת על היבט זה: ביכולתן לחייב ניטור אובייקטיבי תקופתי ועקבי לאורך שנים באמצעות ספירומטריה כחלק מהמדדים לטיפול נכון בחולה גנחת כרוני. בשל הפער הקיים בין תחושת הנשמת (Dyspnea) לבין חומרת החסימה בספירומטריה, עשוי ניטור ספירומטרי לסייע באופן מכריע באיתור החולים במצב קשה ובלתי מאוזן, לאפשר טיפול הדוק, יעיל וארוך-טווח יותר, ואף לחסוך בהוצאות הרפואיות.

(5) רמת החינוך הרפואי שמקבל החולה מהצוות המטפל לאורך שנות מחלתו — על-פי תוצאות מחקרים שונים, מסתבר שגם הרופא וגם החולה אינם מקבלים את החינוך המתאים לצורך מתן טיפול בחולי גנחת כמחלה כרונית לכל דבר [32]. במחקרים שהוערכו בהם השפעת תוכניות חינוך בילדים ובמבוגרים על תוצאות הטיפול בגנחת, הודגמה ירידה בפניות למר"ד או בפניות דחופות לרופא, בהיעדרות מבית-הספר ובימי האישפוז, הודגם שיפור ביכולת הטיפול העצמוני וחלה עלייה בשיעור הטיפול המונע בתרופות [32].

(6) שוני בין המדדים הרפואיים האובייקטיביים של חומרת גנחת לבין המדדים הסובייקטיביים של החולה לגבי חומרת מחלתו — מסתבר, כי הרופאים, המימסד הרפואי והחולים אינם תמימי-דעה בכל הנוגע למשמעות הכרוכה באיוון מיטבי של גנחת [33]. החולה שופט את חומרת מחלתו על-פי יכולתו לבצע את מטלותיו היומיות, ללא קשר לגנחת, ומכיוון שהוא מתאים לעצמו, באופן מודע או לא מודע, סגנון-חיים התואם את מגבלותיו, הוא גם מוכן לקבל את איוון הגנחת שלו כפחות מהמיטב הנחשב בעיני הרופא או המימסד הרפואי [34]. על-מנת להגיע להתאמה טובה יותר בין המימסד הרפואי לבין החולים, על הרופא להתייחס במשך המעקב ליתרונות ולחסרונות של הטיפול, תוך שימת-דגש לא על הטיפול כנגד המחלה עצמה, אלא על איכות-החיים היומיומית של המטופל.

- Blood Institutes; 1995. National Institutes of Health publication no. 95-3659.
6. *Barton C, Clarke D, Sulaiman N & Abramson M*, Coping as a mediator of psychological impediments to optimal management and control of asthma. *Respir Med*, 2003; 97: 747-761.
  7. *Ten Thooren C & Petermann F*, Reviewing asthma and anxiety. *Respir Med*, 2000; 94: 409-415.
  8. *Miles JF, Garden GMF, Tunnicliffe WS & al*, Psychological morbidity and coping skills in patients with brittle and non-brittle asthma: a case-control study. *Clin Exper Allergy*, 1997; 27: 1151-1159.
  9. *Campbell DA, Yellowlees PM, McLennan G & al*, Psychiatric and medical features of near fatal asthma. *Thorax*, 1995; 50: 254-259.
  10. *Yellowlees PM & Ruffin RE*, Psychological defenses and coping styles in patients following a life threatening attack of asthma. *Chest*, 1989; 95: 1298-1303.
  11. *Harrison B, Stephenson P, Mohan G & Nasser S*, An ongoing Confidential Enquiry into asthma deaths in the Eastern Region of the UK, 2001-2003. *Prim Care Respir J*, 2005; 14: 303-13.
  12. *Adams SD, Pill R & Jones A*, Medications, chronic illness and identity: the perspective of people with asthma. *Soc Sci Med*, 1997; 45: 189-201.
  13. *Hesselink AE, Pennix BWJH, Schlosser MAG & al*, The role of coping resources and coping style in quality of life of patients with asthma or COPD. *Quality of Life Res*, 2004; 13: 509-518.
  14. *Garden GM & Ayers JG*, Psychiatric and social aspects of brittle asthma. *Thorax*, 1993; 48: 501-505.
  15. *Bijl-Hofland ID, Cloosteman SGM, Folgering HThM & al*, Relation of the perception of airway obstruction to the severity of asthma. *Thorax*, 1999; 54: 15-19.
  16. *Bijl-Hofland ID, Cloosteman SGM, Van Schayck CP & al*, Perception of respiratory sensation assessed by means of histamine challenge and threshold loading tests. *Chest*, 2000; 117: 954-959.
  17. *Kikuchi Y, Okabe S, Tamura G & al*, Chemosensitivity and perception of dyspnea in patients with a history of near-fatal asthma. *N Engl J Med*, 1994; 330: 1329-1334.
  18. *Hudgel DW & Weill JV*, Asthma associated with decreased hypoxic ventilatory drive. A family study. *Ann Intern Med*, 1974; 80: 623-625.
  19. *Magadle R, Berar-Yanay N & Weiner P*, The risk of hospitalization and near fatal asthma and fatal asthma in relation to the perception of dyspnea. *Chest*, 2002; 121: 329-333.
  20. *Van Schayck CP, van der Heijden FMMA, van den Boom G & al*, Under diagnosis of asthma: is the doctor or the patient to blame? The DIMCA project. *Thorax*, 2000; 55: 562-565.
  21. *Kumana CR, So Sy, Li KY & Chan SC*, Pattern of anti-asthmatic drug utilization in Hong Kong compared to other parts of the world. *Respir Med*, 1989; 83: 343-348.
  22. *Chan PW & DeBruyne JA*, Parental concern towards the use of inhaled therapy in children with chronic asthma. *Pediatr Int*, 2000; 42: 547-551.
  23. *George M*, The challenge of culturally competent health care: applications for asthma. *Heart Lung*, 2001; 30: 392-400.

[4]. הדבקות בטיפול הקבוע בדרגת החומרה הקלה נותרת בעייתית, ועל-פי המדווח בסיפרות, גם מתן חד-יומי (רצוי בערב) של סטרואיד בשיאוף נמצא יעיל, ובנוסף לחינוך ומעקב לאורך זמן הוא עשוי להגדיל את הדבקות בטיפול. (4) זמינות תרופות ויכולת השגתן (יכולת כלכלית אישית ושל המדינה) – כל רופא המטפל בחולי גנחת מכיר את התופעה שבה חולים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך אינם מסוגלים לממן את הטיפול במשאפים היקרים. חולים אלו מעדיפים קורטיקוסטרואידים הניתנים בדרך פומית, בהיותם זולים בהרבה, אך גם גורמים בטיפול ארוך-טווח להשפעות-לוואי קשות. המשאפים היקרים, המשלבים קורטיקוסטרואיד עם מרחיבי-סימפונות ארוך-טווח מכל הסוגים, אינם נכללים בסל הבריאות בישראל, וכך גם פלוטיקאזון ("פליקסטייד") או פורמוטרול ("אוקסיס", "פורדיל") בשיאוף. לעומת זאת, תרסיס בקלומטאזון ("בקלופורטה") בשיאוף נמצא בסל הבריאות ומחירו זול יחסית, אך שיווקו בישראל הופסק מסיבות מסחריות על-ידי אותו יצרן המייצר גם את הפלוטיקאזון היקר שאינו כלול בסל. מחובתה של המדינה לאכוף על היבואנים לייבא גם את התרופות הזולות, על-מנת שתהיינה נגישות לכלל הציבור, במיוחד כאשר הן נמצאות בסל הבריאות.

לסיכום, למרות הטיפולים היעילים בתרופות, הידע המצטבר לגבי הטיפול הנכון בגנחת וקימון של הנחיות קליניות שתקפותן המדעית מוצקה, עדיין קיימים פערים עצומים בין המצוי לרצוי בטיפול היומיומי בגנחת בקהילה, וכתוצאה מכך נגרמת תחלואה בחולים אלה שהייתה יכולה להימנע. פערים אלו יגושרו רק אם מרבית רופאי הקהילה יפנימו את המורכבות של הטיפול בגנחת כמחלה כרונית לכל דבר, יזהו את סגנון ההתמודדות האישית של המטופל ויבינו את חלקם בטיפול מעבר לרישום התרופות החודשיות, יראו בטיפול הכולל אמצעי לשיפור איכות-החיים היומיומית ויצרו מערכת פתוחה של יחסי רופא-חולה לאורך שנים. על משרד הבריאות והנהלות קופות-החולים מוטלת החובה להטמיע היבטים אלו בשיגרת עבודתו של רופא הקהילה.

#### ב י ב ל י ו ג ר פ י ה

1. Health Survey 1996/7 – advance data for the period April-September 1996. Current briefings in statistics, 1997. Publication No. 39. Israel Central Bureau of Statistics, Jerusalem, 1997.
2. *Shohat T, Golan G, Tamir R & al*, Prevalence of asthma in 13-14 years-old schoolchildren across Israel. *Eur Respir J*, 2000; 15: 725-729.
3. Global Initiative for asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention, NHLBI/WHO workshop report, updated 2004.
4. *Rabe KF, Adachi M, Lai CKW & al*, Worldwide severity and control of asthma in children and adults: the global Asthma Insights and Reality surveys. *J Allergy Clin Immunol*, 2004; 114: 40-47.
5. Global Initiative for asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention, NHLBI/WHO workshop report. National Institutes of Health, National Heart, Lung and

24. *Zoratti EM, Havstad S, Rodrigues J & al*, Health service use by African Americans and Caucasians with asthma in a managed care setting. *Am J Respir Crit Care Med*, 1998; 158: 371-377.
25. *Verleden GM & Vuyst PD*, Assessment of asthma severity and treatment by GPs in Belgium: an Asthma Drug Utilization Research Study (ADUR). *Respir Med*, 2002; 96: 170-177.
26. *Varsano S*, Asthma management in adult emergency departments in Israel in comparison to asthma guidelines. *Harefuah*, 2003; 142: 722-727.
27. *Clark NM, Gong M, Schork MA & al*, Long-term effects of asthma education for physicians on patient satisfaction and use of health services. *Eur Respir J*, 2000; 16: 15-21.
28. *Stanislaus T*, Multicolored simplified asthma guideline reminder (MSAGR) for better adherence to national/global asthma guidelines. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 2002; 88: 326-330.
29. *Abramson MJ, Bailey MJ, Forbes AB & Walters EH*, How well do doctors know their patients with severer asthma? *Int Med J*, 2003; 33: 557-565.
30. *Juniper EF, O'Byrne PM, Guyatt GH & al*, Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. *Eur Respir J*, 1999; 14: 902-907.
31. *Ehrs PO, Nokela M, Stallberg B & al*, Brief questionnaires for patient-reported outcomes in asthma: validation and usefulness in a primary care setting. *Chest*, 2006; 129: 925-932.
32. *Clark NM & Gong M*, Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things? *BMJ*, 2000; 320: 572-575.
33. *Wyrwich KW, Metz SM, Kroenke K & al*, Interpreting quality-of-life data: methods for community consensus in asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 2006; 96: 826-833.
34. *Steven K, Marsden W, Neville RG & al*, Do the British guidelines for asthma management facilitate concordance? *Health Expect*, 2004; 7: 74-84.
35. *Varsano S*, Trends and milestones: bronchial asthma in Israel. *IMAJ*, 2002; 4: 661-663.

---

מחבר מכותב: שבתאי ורסנו, מחלקת ריאות,  
 בית־חולים מאיר, כפר־סבא 44281  
 טלפון: 09-7471556, פקס: 09-7480861  
 דוא"ל: Varsanos@clalit.org.il