



הנחיות מניעתיות: גיל 40-64

הקדמה

קבוצת גיל זו מתאפיינת בישראל כגשר¹ בין תקופת הבריאות הטובה של גיל הבגרות הצעירה, לבין התקופה בה מתחילה היציאה לגמלאות, על אתגריה הבריאותיות. בגיל זה עולה השכיחות של מחלות כרוניות כמו יתר לחץ דם וסוכרת, מחלות ממאירות, ובעיות שריר ושלד. עליה זו נגרמת, בין השאר, מגידול רקמת שומן ועלייה במשקל הנובעים מהאטת קצב חילוף החומרים וירידה במסה השרירית של הגוף, יחסית לגיל הצעיר. לכן, חשוב לאמץ הרגלי אכילה בריאים וצריכה של קלוריות בהיקף המספק את צרכי הגוף, אך לא מעבר לכך, תוך הקפדה לאכול מזון איכותי. במקביל, עולה חשיבות ביצוע תדיר של פעילות גופנית אירובית וכן בונה כוח השרירים, יחד עם פעילות השומרת על הגמישות ושיווי המשקל. פעילות זו, ובמיוחד פעילות נושאת משקל, חיונית כדי לשמר את רקמת העצם המדלדלת עם השנים, במיוחד לאחר הפסקת הווסת. כדי לגלות מחלות ממאירות בעוד מועד, חשוב לבצע בדיקות סקירה לסרטן בגיל ובתדירות המפורטים בפרק זה. אם קיימים אורחות חיים מזיקים כמו עישון או שתיה מופרזת של אלכוהול, חשוב לפנות לרופא כדי ללמוד כיצד להיגמל מהם.

עם עליית הגיל, תפקודים ותכונות שונים בגוף מתחילים לרדת ולהשתנות, ביניהן, מהירות ודיוק התגובה, גמישות הרקמות וכן עומק/איכות השינה. ירידה בכל אחד מהם ובוודאי שילובם, מגבירים את הסכנה להיפגעות ולתאונות לפרט ולזולת. כדי למנוע זאת, חשוב, מחד, לוודא שמירה על כושר גופני תקין על כל היבטיו וכן על שאר מרכיבי אורח חיים בריא. מאידך, חשוב גם להתחשב בשינויים הללו ולאמץ גישה זהירה, הדרגתית ומודעת יותר כשמבצעים פעולות מאומצות.

הנחיות

שימור משקל גוף תקין

רקע: חשוב לנקוט גישה רב-גורמית (multi-factorial) כדי לשמר את משקל הגוף.

א. אכילה בריאה:

¹ וכן ידוע בשם "גיל העמידה", על שם היותו מצוי בין הגיל הצעיר, המאופיין בעליית היכולות/השלמת תקופת צמיחת, לבין גיל המבוגר יותר, המאופיין בירידה הדרגתית של עתודות/יכולות הגוף.



1. **ידיעת הרכב המזון** : כדי להתאים את צריכת המזון להוצאה האנרגטית, חשוב לקרוא את התוויות שעל אריזות המזון ולבחור את המזון עם מספר הקלוריות למנה המתאים לצרכים שלכם.
2. **בחירת סוג המזון** : כדי למנוע עליה במשקל, חשוב לווסת את קצב שחרור הסוכר מהמזון וכן לאכול מזון היוצר שובע, מבלי שתידרש אכילה של כמות רבה של קלוריות. אי לכך, התפתחו מספר משטרי אכילה שכל אחד מאופיין בחוזקה אחרת : אכילת פחמימות מורכבות (כגון פסטה או לחם מקמח מלא) ומזון בעל מדד גליקמי נמוך (כגון מרבית הירקות ואגוזים) הם פתרונות טובים¹, אך יש אנשים שמתקשים לשמור על משקל הגוף כשאחוז ניכר מהתפריט שלהם הוא פחמימתי. לכן יש אנשים שיעדיפו דיאטות עתירות חלבון או שומן (כמו דיאטת Atkins²). ראה פרטים נוספים בסעיף "הרכב התזונה" להלן.
3. **בחירת שתייה דלת-קלוריות** : רצוי לשתות מים או סודה.
4. **אכילה בקצב נינוח** : מערכת המשוב אכילה-שביעה, דורשת זמן עד שחלה תחושת שביעה מהאכילה. אי לכך, חשוב להאט את קצב האכילה³.
5. **אכילה קשובה** : אכילה המלווה פעולה אחרת (למשל, צפייה בטלוויזיה או משחק ספורט) או אכילה מסיבות פרט לרעב (למשל, כדי לעודד את מצב הרוח) היא מתכון לצריכת קלוריות מעל לרצוי. חשוב להיות מודע/קשוב לפעולת האכילה.
6. **אכילת מנות בגודל סביר** : לאור התפיחה של גודל מנות המזון הנמכרות בעשורים האחרונים, והטבע האנושי לרוקן את צלחתנו, רצוי להקפיד על נטילת מנות בגודל סביר ולהצטייד בכלים עם נפח/שטח מצומצם יחסית. להלן דוגמאות לגדלי מנה טיפוסיים : דגן בוקר : כאגרוף, פסטה או אורז ; כחצי כדור טניס ומנת בשר בקר או עוף : בגודל חפיסת קלפים.
7. **צמצום התיאבון** : כדי למנוע אכילת כמות קלוריות מעבר לרצוי בארוחה, רצוי לפתוח ארוחות בשתייה לא ממותקת, מרק צח וסלטי ירקות טריים שימלאו את הבטן באוכל לפני הארוחה.
8. **הקטנת הגירוי לאכול** : בבית, רצוי לאמץ גישת "רחוק מן העין-רחוק מהלב". חשוב לאחסן מזון עתיר-קלוריות מחוץ לטווח הראיה (למשל, לא להשאיר עוגה מחוץ למקרר (או מקום אחסון מתאים אחר)). כשיוצאים לאכול במסעדה, רצוי לאמץ מספר עצות מניעתיות : לאכול כמות מסוימת של מזון דל-קלורי בבית לפני היציאה כדי להקחות את התיאבון ; להימנע משתיית משקאות אלכוהוליים לפני הארוחה כדי לא להגביר את התיאבון ; לעיין בתפריט ולבחור את המנות שתרכו



להזמין לפני ההגעה למסעדה כשאינכם רעבים ולחוצים בזמן; לשקול היטב אם הנכם באמת רוצים להזמין מנה אחרונה, ואם כן, להעדיף מנה על בסיס פירות או להתחלק במנה המוזמנת עם אחרים.

9. הגבלת משך האכילה: ישנן עדויות מסוימות שהגבלת משך האכילה במשך שעות היום, למשל 8 שעות אכילה ו-16 שעות בצום, עשויה לסייע להפחית את משקל הגוף באנשים עם עודף משקל דרך צמצום מספר הקלוריות הנצרך ויתכן אף באמצעות שיפור בחילוף החומרים בגוף. אם מעוניינים לנסות שיטה זו, מומלץ להתייעץ ברופא או בתזונאית תחילה וכן להסתגל אל המשטר בהדרגה.

ב. ביצוע פעילות גופנית: אין די בשמירת הרגלי אכילה נבונים כדי לשמר משקל גוף תקין. נדרשת גם ביצוע פעילות גופנית אירובית וכן פעילות בונה כוח באופן תדיר. זו האחרונה מסייעת בבניית המסה השרירית הנדרשת כדי לשרוף די קלוריות גם כשהגוף אינו פעיל (למשל, בשינה או במנוחה) או בעת פעילות קלה בלבד (למשל, בעת עבודה משרדית).

ג. שינה מספקת: כשאיננו ישנים מספיק מתערערים מספר מנגנונים החשובים לשמירה על משקל הגוף: הורמון התיאבון (ghrelin) גובר יחסית על הורמון השובע (leptin) וכן כוח הרצון פוחת. כמו כן, איננו מצליחים להתגבר על ה"תנע" (inertia) וליזום פעילות גופנית. ראו המלצות מפורטות על שינה בהמשך המסמך.

ד. יצירת מודעות למשקל הגוף האמיתי: משקל הגוף משתנה לאורך השבוע בהתאם לתזונה, רמת הפעילות הגופנית וגורמים נוספים. עם זאת, הגוף ניחן ביכולת לשמור על משקל קבוע, כל עוד איננו משנים את התנהגותנו בצורה בולטת, למשל, ע"י עלייה בצריכת הקלורית מבלי להוציא כמות מקבילה של אנרגיה באמצעות עיסוק בפעילות גופנית. אלא שאירועי החיים, הכוללים שמחות, יציאות למסעדות ואכילה מוגברת מסיבות אחרות, עלולים לגרום לעלייה ניכרת ובעייתית במשקל הגוף. כדי למנוע או, לפחות, למזער תופעות הללו, חשוב לנטר את משקל הגוף בצורה קבועה. רצוי להישקל מדי שבוע ביום קבוע באמצע השבוע ובשעה קבועה. התפתחות השמנה בטנית ("גדילת הכרס") יוצרת סיכון מיוחד. לכן ראוי לשים לב להגדלת היקף הבטן (המתבטא בקושי הולך וגובר לסגור את המכנסיים/החצאית). היקף בטן ≤ 94 ס"מ בגברים או ≤ 80 ס"מ בנשים נחשב כמוגבר⁵⁴.



התמודדות עם היקף בטן מוגבר/משקל-יתר/השמנת-יתר

רקע: כל ההמלצות שצוינו בסעיף הקודם כמועילים לשמר משקל גוף תקין הן בוודאי תקפים גם כשרוצים לרדת במשקל, אך חשוב להתייעץ ברופא או תזונאית אם חווים קושי בהשגת יעד זה.

א. **גישה:** רצוי לבחון יחד עם המטפל המייעץ, את ההחלטה על ביצוע שינוי באורח החיים. לחלק מהמטופלים מתאים ייעוץ/הדרכה באופן יחידני, יש הנהנים דווקא מהתמיכה ההדדית המאפיין את הייעוץ הקבוצתי, בעוד אחרים מוצאים תועלת בשילוב בין שתי הגישות וכן באמצעים טכנולוגיים כמו ייעוץ דרך הטלפון החכם או באמצעות אתר מרשתת ייעודי.

ב. **יעד:** בשלב ראשון, רצוי לכוון ליעד צנוע, בר-השגה ומשמעותי מבחינה בריאותית: הכוונה להפחתת משקל בהיקף 5-10% ממשקל הגוף. אם מדובר בעליה ניכרת במשקל הגוף, ולבטח אם השמנת-היתר המלווה במחלות כרוניות כמו סוכרת או יתר לחץ דם, רצוי לשאוף לירידה גדולה יותר במשקל הגוף בהמשך, הכול בהדרכת אנשי מקצוע.

ג. **עצימות הייעוץ:** התערבויות מוצלחות אופיינו בעיקר בייעוץ נמרץ (intensive counseling)⁶. הכוונה ל-12 מפגשי ייעוץ אישיים או יותר עם גורם מקצועי כמו תזונאית לאורך שנה. המלצות אלו כללו גם ניטור אישי של משקל הגוף וכן מתן כלים כדי לעודד ירידה או שמירה על משקל הגוף. ייעוץ קבוצתי או אישי-קבוצתי, בדרך כלל, היה כרוך במספר גדול יותר של מפגשים לאורך שנה. ככלל, הרופא הראשוני העביר ייעוץ התנהגותי קצר ונעזר בעיקר באנשי מקצוע אחרים⁷.

ד. **שיטות:**

1. אימוץ בריאות (דיאטות):

א. היעזרות בתחליפי ארוחות, תוך ליווי מקצועי מתזונאית⁸
ב. שילוב יעד קלורי/צמצום קלוריות מוגדר, התערבות קבוצתית, תמיכה התנהגותית מלווה בתכנית לפעילות גופנית⁹ ושינה בריאה¹⁰. מלבד לפעילות הגופנית, המרכיבים הללו מאפיינים תכניות כמו "שומרי משקל" (Weight Watchers)¹¹.

2. טיפול תרופתי: שלוש תרופות הרזייה רשומות בישראל: שתיים לנטילה בפה - Orlistat (קסניקל), Phentermine (רזין), ואחת בהזרקה - Liraglutide (סאקסנדה). תרופה נוספת, Semaglutide (אוזמפיק) ניטלת דרך הפה והיא תגיע לישראל בקרוב. יצוין שרק קסניקל ממומן בסל



התרופות. שילוב תרופות הרזייה יחד עם התערבויות התנהגותיות אמנם מצליח לתרום להפחתה נוספת של משקל המטופלים לאורך 12-18 חודשים, אך היעדר מידע על הבטיחות והיעילות של ההתערבויות הללו לאורך זמן תומכים בצורך לבחון היטב את משוואת עלות-התועלת של השימוש בהן^{12,13}.

3. שמירה על קשר פנים-אל-פנים עם גורם מקצועי לפחות פעם בחודש¹⁴
ה. שמירה על ההישגים: קשה למנוע עליה מחדש של הקילוגרמים שהושלו באמצעים הני"ל. ככלל, כ-20% מיורדי המשקל מצליחים לשמר את ההישגים. העצות הבאות אפיינו את אלו שהצליחו במשימה:

1. צריכת ברות דלת-קלוריות
2. ניטור קבוע של המשקל
3. ביצוע לפחות 60 דקות של פעילות גופנית ביממה
4. שמירה על דפוס אכילה קבוע לאורך כל השבוע¹⁵

הרכב התזונה

- א. סוג חלבון: יש להעדיף חלבון בהתאם לעקרונות הברות היס-תיכונית. יש להתבסס על צריכה יומית של חלבון מהצומח כגון קטניות ודגנים מלאים, יחד עם צריכה של דגים לפחות פעמיים בשבוע (ובמיוחד דגי-ים שמנים כגון טונה, אילתית (סלמון), הרינג וכדוי) וכשתי מנות בשבוע של בשר עוף או הודו, בצים או מוצרי חלב דל-שומן. כמות מוגבלת של אגוזים גם מומלצת. רצוי להמעיט בצריכת בשר אדום (כגון בשר בקר או כבש). במיוחד יש להמעיט בבשר מעובד כגון נקניק, נקניקיות, שניצלונים מעובדים וכדוי.
- ב. פירות וירקות: הכמות היומית המומלצת של ירקות ופירות גבוה יותר בגברים לעומת נשים. היא גם תלויה בגיל וברמת הפעילות הגופנית היומית. ככלל, רצוי לצרוך לפחות שלוש מנות ירק ושתי מנות פירות ביום. הטבלה הבאה מפרטת בנושא:



גברים			
ירקות	פירות	גיל	רמת פ"ג יומית
3	2	40-50	> 30 דקות
2.5	2	+51	
3	2	40-64	30-60 דקות
3.5	2.5	40-50	+60 דקות
3	2	+51	
נשים			
ירקות	פירות	גיל	רמת פ"ג יומית
2.5	1.5	40-50	> 30 דקות
2	1.5	+51	
2.5	2	40-50	30-60 דקות
2.5	1.5	+51	
3	2	40-50	+60 דקות
2.5	2	+51	

- ג. סיבים תזונתיים: אלו מצויים במיוחד בירקות, קטניות ובדגנים מלאים. הצריכה היומית המומלצת בגיל 40-50 לגברים היא 38 גרם/יום, ולנשים, 25 גרם ליום. בגיל +51 הערכים הם כדלקמן: לגברים, 30 גרם/יום, ולנשים, 21 גרם/יום.
- ד. ויטמינים ומינרלים: אין המלצה לצרוך ויטמינים לכשעצמן (פרט לנשים בהיריון, כפי שיפורט בהמשך), אלא לאכול תפריט מגוון, העשיר בחומרים הללו.
- ה. הכנת מזון: יש להעדיף הכנת מזון באמצעות אידוי, אפייה ובישול (לעומת טיגון וצלייה).
- ו. סוכר: רצוי להמעיט בשתייה ובמזון ממותקים.
- ז. קפאין: יש יתרונות בריאותיים מסוימים לצריכה מתונה של קפה. אין לצרוך מעל 400 מ"ג קפאין ליום. לנשים הרות מומלץ עד 200 מ"ג ליום, לכל היותר¹⁶. בנוסף, כדי לא לפגוע במשך ובאיכות השינה, רצוי להימנע משתיית קפה ב-6 השעות שלפני שעת השינה הלילית.



פעילות גופנית

א. היקף מומלץ

a. פעילות אירובית: יש לשאוף לבצע 150 דקות פעילות גופנית בעצימות בינונית (כזו המעלה את הדופק והגורמת להזעה, כגון הליכה מהירה, עבודת גינון או ריקוד), 75 דקות של פעילות בעצימות גבוהה (כזו המעלה את הדופק וכן את קצב הנשימה באופן בולט, כגון ריצה, שחיה מהירה או התעמלות אירובית), או שילוב ביניהן. אפשר להגיע למשכים המומלצים על ידי צירוף מספר רצפים של פעילות במהלך השבוע. אם היעד הוא הפחתת משקל, מומלץ להיות פעילים במשך לפחות כ-300 דקות בשבוע¹⁷.

b. פעילות בונה כוח: יש לשאוף לבצע לפחות שני משכים של פעילות מדי שבוע. בכל אחד מהמשכים, מומלץ לבצע לפחות מערכה (set) אחת (ואם אפשר, 2-3 מערכות) המפעילה את קבוצות השרירים המרכזיות בגוף. רצוי לבצע 8-12 חזרות על כל תרגיל בכל מערכה^{xv}.

ב. ייעוץ לעידוד ביצוע הפעילות: התועלת בייעוץ לביצוע פעילות גופנית היא קטנה ונתונה לשיקול הדעת של הרופא. עם זאת, כן מומלץ לעודד אנשים עם גורמי סיכון הלבביים הבאים לבצע פעילות: בעלי $BMI \geq 25$ עם לפחות גורם סיכון אחד נוסף (כגון יתר לחץ דם, רמה מוגברת של סוכר בצום או התסמונת המטבולית). רצוי להקדיש בין 5-16 מפגשים לאורך 9-12 חודשים^{18,19}.

שינה

א. התנהגות מומלצת: רצוי לישון בין 7-8 שעות בלילה, ובכל מקרה, לא להפחית מ-6 שעות מדי לילה. אם המטופל ישנוני, רצוי שייזום תנומה של עד 20 דקות כדי להתרענן במהלך היום (אך לא בשעות הקרובות לשעת השינה, כדי לא לקפח את שנת הלילה). אם לא מצליחים להירדם תוך כ-15 דקות, רצוי לקום מהמיטה ולעסוק בפעילות כלשהו המרגיעה או הגורמת לישנוניות לפני שחוזרים למיטה.

ב. בדיקות סיקור וייעוץ: אין מקום לתשאל כל מטופל לגבי היקף ואיכות השינה, ישנוניות ופגיעה בתפקוד, אך חשוב לגלות חשד קליני במטופלים העובדים בתחומים בהם בעיות אלה עלולות לייצר סיכון בטיחותי כמו הנהגים בתחבורה הציבורית, מובילי חומרים מסוכנים או עובדי משמרות. לאור המועדות לסבול מדום נשימה בשינה, השלכותיה הבריאותיות, והאפשרות למנוע/למזער השלכותיה הבריאותיות, גם ראוי לתשאל מטופלים בעלי השמנת-יתר או צוואר בעל היקף מעל 43 ס"מ בגברים או 40 ס"מ בנשים לגבי תסמינים של תסמונת זו בשנתם.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שרותי בריאות הציבור
המחלקה לבריאות העובד
Department of Occupational Health

עישון

רקע: 22.5% מהאוכלוסייה בני 45-64 מעשן²⁰. העישון נפוץ מאד בקרב גברים ערביים: אחוז המעשנים גבוה בכ-50% יותר מגברים יהודים בגילאי 35-49 וגבוה ביותר מ-100% בגיל 50-64. בקרב הנשים המצב הפוך: אחוז המעשנות בקרב הנשים היהודיות גבוה בכ-70% מזה שבנשים הערביות בגיל 35-49, וגבוה אף הוא ביותר מ-100% בגיל 50-64 (אך בהיקפים נמוכים מהגברים)²¹.

בדיקות סיקור וייעוץ: על הרופא לתשאל את המטופל אם הוא מעשן, ואם כן, אם הוא מעוניין להיגמל מעישון. יש לחזור על התשאל כל ביקור ולהציע למעשן סיוע בגמילה וכן כיצד להימנע מעישון כפוי. למעשנים מומלץ להעביר אפילו ייעוץ קצר תוך שימוש בשיטת חמשת ה"ה"ים, המבוססת על שיטת ה 5A's בספרות שינוי ההתנהגות²²: הערך את היקף/חומרת העישון, הצע ייעוץ, הגיע להסכם לגבי תכנית ההתקדמות, הסר מכשולים והושט סיוע למטופל והתאם מעקב אחר ההתקדמות. כמו כן, אפשר להציע טיפול תרופתי עם מגוון תרופות גמילה (זייבן (bupropion)) או תחליפי ניקוטין (מסטיק ומדבקות), וכן להזמין להשתתף בסדנאות ייעוץ התנהגותי הממומנים בסל התרופות. שילוב שני ערוצי הטיפול מומלץ, אך אינו הכרחי. חלק מהקופות מפעילות קו ייעוץ טלפוני, ומשרד הבריאות מפעיל קו גמילה משלו. ייעוץ נמרץ יותר (יותר מפגשים או משך ייעוץ ממושך יותר (עד גבול של 90 דקות) מועיל יותר לגמילה. גם מומלץ לקבל מידע כתוב/מקוון ה"תפור" לצרכי המטופל.

אלכוהול

א. **התנהגות מומלצת:** שתיית של יותר ממשקה אחד ביום בנשים או שני משקאות ביום בגברים מוגדרת כשתייה מרובה. שתיית ארבע או יותר משקאות באירוע אחד ע"י נשים או חמישה ויותר ע"י גברים מוגדרת כשתיית בולמוס המוגדרת כהתנהגות סיכון בריאותית.

ב. **בדיקות סיקור וייעוץ:** לאור השכיחות היחסית נמוכה של שתייה מסוכנת בישראל, אין הנחייה לתשאל את כלל המטופלים. אך לאור החשיבות למנוע הפרעות על קשת תסמונת האלכוהול העוברית, חשוב שהרופא יתשאל נשים המתכננות הריון/הרות לגבי הרגלי שתיית אלכוהול שלהן. מוצע להיעזר באחד משני השאלונים הבאים:



1. Single Alcohol Screening Question (SASQ): מדובר בשאלון הכולל שאלה בודדת על שתיית בולמוס: כמה פעמים בשנה החולפת שתית באותו יום 5 משקאות (גברים) או 4 משקאות (נשים) מופיע כשאלה הראשונה בקישור הבא:

<https://www.healthit.gov/isa/uscdi-data/single-item-alcohol-screening-question>

2. שאלון ה-AUDIT-C. שאלון זה כולל את השאלה הנ"ל על שתיית בולמוס וכן שתי שאלות לגבי תדירות וכמות השתייה. מילוי השאלון אורך 2-1 דקות. ראה שאלות 1-3 בשאלון בקישור הנ"ל. אם אכן עולה חשד לשימוש מופרז באלכוהול, מומלץ להעביר שאלון AUDIT המלא בן 10 השאלות כדי לאפיין טוב יותר את הרגלי השתייה. באמצעותו גם אפשר לברר אם קיימת התמכרות ופגיעה תפקודית המשויכת לשימוש מופרז באלכוהול. השאלון מופיע בקישור דלעיל. תרגום לעברית מופיע בקישור הבא:

<https://auditscreen.org/cmsb/uploads/audit-hebrew.pdf>

מומלץ לרופא לייעץ קצרות למטופל על שינוי התנהגותי. בין השיטות המומלצות בספרות, מוזכרת שיקוף למטופל כיצד התנהגותו חורגת מהנורמה (personalized normative feedback). תכנית ASSIST של ארגון הבריאות העולמי, המבוססת על עקרונות הריאיון ההניעתי (Motivational Interviewing) ושפותחה עבור רופאים ראשוניים, גם כן עשויה לתת כלים לאבחון וייעוץ שתייה מרובה, שימוש לרעה באלכוהול וכן ההתמכרות אליו.

https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/

אפשר גם לכוון את המטופל בעזרת מידע/ייעוץ מקוון, ככל שהחומרים הללו מצויים בארגונכם. אם מהשאלונים הנ"ל עולה חשש לתלות באלכוהול, יש להפנות את המטופל לטיפול גמילה.²³

היריון/זוגיות

מניעת מומים מולדים והדבקת יילודים

א. התנהגות מומלצת: הימנעות משתיית משקאות אלכוהוליים ומנטילת תרופת שאינן מורשות בהיריון.



ב. בדיקות סיקור וייעוץ: ביצוע בדיקות גנטיות למחלות שכיחות וחמורות כפי שמפורסם באתר המחלקה לגנטיקה קהילתית במשרד הבריאות. מומלץ לבצעם בעת תכנון ההיריון.

ג. חיסונים ותרופות מניעתיות:

1. חיסונים: יש לברר את המצב החיסוני כנגד חצבת-חזרת-אדמת ואבעבועות רוח לפני הכניסה להיריון. אם אין תיעוד קבלת שתי מנות חיסון כנגד חצבת-חזרת-אדמת וחסון כנגד אבעבועות רוח, מומלץ להתחסן לפני הכניסה להיריון. יש להתחסן כנגד צפדת-קרמת-שעלת (Tdap) בין השבועות 27-36. אפשר גם להתחסן לאחר השבוע ה-36, ובמקרים מיוחדים גם לפני השבוע ה-27.

2. תרופות:

a. נשים בסיכון רגיל: נטילת 0.4 מ"ג/יום של חומצה פולית בגיל הפוריות לאלו המעוניינות להרות או המקיימות יחסי מין, אך אינן משתמשות באופן קבוע באמצעי מניעה יעילים. חשוב להדגיש חשיבות נטילת הוויטמין כ-2-3 חודשים לפני תחילת הניסיון להרות ולמשך שלשת החודשים הראשונים של ההיריון.

b. נשים בסיכון גבוה*: נטילת 5 מ"ג/יום החל מכ-2-3 חודשים לפני תחילת הניסיון להרות ולמשך שלושת החודשים הראשונים של ההיריון. נטילת 2 מק"ג/יום וויטמין B12 או ביצוע בדיקת הרמה שלו בדם.

הערה: הכוונה לנשים שילדו או הרו תינוק עם מום פתוח בתעלה העצבית או שאירע כך לבני זוגם. גורמי סיכון נוספים כוללים השמנת-יתר, סוכרת (כולל טרום-היריונית), מחלות דלקתיות של המעיים (הפוגעות בספיגת חומצה פולית מהמעיים), שימוש מזיק באלכוהול, קבלת טיפול תרופתי נגד פרכוסים, טיפול בליתיום או ב-methotrexate.

מניעת אנמיה

א. התנהגות מומלצת: צריכת מזון העשיר בברזל מהחי ומהצומח יחד עם מזון העשיר בוויטמין C כמו פרי הדר, קיווי, עגבנייה, פלפל, מלון וכרוב כדי לסייע בספיגה של הברזל.

ב. בדיקות סיקור וייעוץ: בדיקת רמת ההמוגלובין בדם במהלך ההיריון²⁴ ומיד לאחריו*.

ג. חיסונים ותרופות מניעתיות: נטילת תוסף ברזל של 30 מ"ג/יום החל מהחודש הרביעי של ההיריון ועד לסוף השבוע השישי שלאחר הלידה²⁵.



הערה*: בניגוד להמלצת כוח המשימה האמריקאי למניעה קלינית שהעניקו רק ציון "I" (ראיות בלתי-מספיקות כדי להכריע) לגבי בדיקת רמת ההמוגלובין וכן לגבי מתן תוסף ברזל, הוחלט כן להמליץ על כך בישראל לאור העובדות הבאות הנוגעות לנשים בגיל הפוריות בישראל (בהשוואה לעמיתיהן במדינות מערביות אחרות): שיעור פריון גבוה, מרווח קצר יותר בין ההיריונות, היעדר העשרה של דגנים בברזל, היות בשר מוכשר עני יותר בברזל לעומת בשרים לא מוכשרים, ושיעור אנמיה מחוסר ברזל גבוה יותר בנשים צעירות בישראל מאשר בחו"ל.

מניעת סוכרת

- א. התנהגות מומלצת: שמירה על עליה מתונה במשקל הגוף במהלך ההיריון (מותנה במשקל לפני ההיריון): BMI נמוך לפני ההיריון (≥ 18.4): 12.5-18 ק"ג, BMI תקין (18.5-24.9): 11.5-16, משקל-יתר (BMI בין 25-29.9): 7-11.5 ק"ג, השמנת-יתר (BMI של 30 ומעלה): 5-9 ק"ג²⁶.
- ב. בדיקות סיקור וייעוץ: יש לבצע בדיקת העמסת סוכר בין השבועות 24-28.

מניעת דיכאון בהיריון ובתקופה הבת-הריונית

- א. התנהגות מומלצת: פעילות גופנית שהיא לפחות בעצימות בינונית במשך 150 דקות בשבוע, מקטינה את הסיכון לפיתוח דיכאון בהיריון (אך טרם הוכחה יעילותו בתקופה הבת-הריונית)²⁷. אמנם טרם בוצעו התערבויות לשפר/להוסיף לשעות השינה בתקופה הבת-הריונית, אך הואיל ושינה מעורערת הינה גורם סיכון מוכח לדיכאון בת-הריונית²⁸, יש מקום להמליץ על מקסום שעות השינה נטולת-הפרעות כגורם מגן אפשרי.
- ב. בדיקות סיקור וייעוץ: לנשים בהיריון או בתקופה הבת-הריונית שהן בעלות אחת או יותר מגורמי הסיכון הבאים, מומלץ להעניק ייעוץ מתחום תרפיה קוגניטיבית-התנהגותית (CBT) או בין-אישי (IPT): עבר של דיכאון, תסמיני דיכאון שאינם מספיקים לקבוע אבחנה של דיכאון, גורמי סיכון כלכליים חברתיים כמו הכנסה נמוכה או חד-הוריות, אלימות לאחרונה מבן-הזוג או תסמיני חרדה או עבר של אירועי חיים קשים. ייעוץ מועיל כולל שמונה מפגשים במשך לפחות ארבעה שבועות. צוות הייעוץ עשוי לכלול פסיכולוגים, אחיות, מיילדות או אנשי מקצוע אחרים מתחום בריאות הנפש²⁹.



מניעת אלימות מבן הזוג

בדיקות סיקור וייעוץ: מומלץ שהצוות הבריאותי יראיין נשים בגיל הפוריות החיות עם בן-זוג אודות חשיפתן לאלימות מצד בני זוגן. חוזר מנכ"ל משה"ב מפרט בנושא³⁰.

גילוי מוקדם של דכאון

בדיקות סיקור וייעוץ: תשובה חיובית לאחת משתי השאלות הבאות* משאלון ה-PHQ-2 (Public Health Questionnaire), היא עילה להמשך בירור וטיפול:

1. האם במהלך החודש האחרון הרגשת לעתים קרובות דיכאון, ייאוש או חוסר תקווה?
2. האם במהלך החודש האחרון הרגשת לעתים קרובות חוסר עניין או חוסר הנאה או חוסר רצון לעשות דברים?³¹

הערות:

- א. שאלונים מתוקפים אחרים כמו ה-EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) עבור נשים לאחר לידה או ה-HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) קבילים גם כן, אלא שהם ארוכים יותר מהשאלות לעיל.
- ב. ההמלצה תקפה גם לנשים בהיריון ולנשים בתקופה הבת-היריונית³².

מניעת תחלואה לבבית

מניעת יתר לחץ דם

א. **התנהגות מומלצת:** תזונה דלת-מלח: אין לצרוך מעל 2300 מ"ג נתרן ליום, שהם ככפית מלאה של מלח (קרוב ל-6 גרם) ליום. יש לעיין בתווית המזון כדי להגביל צריכת המלח, ולפי הצורך, להתייעץ בתזונאית כדי לבנות תפריט מתאים. בנוסף, מומלץ לשמור על משקל גוף תקין, לבצע פעילות גופנית תדירה ולאמץ עקרונות שינה בריאה³³.

ב. **בדיקות סיקור וייעוץ:** מדידת לחץ הדם מדי שנה³⁴.

מניעת סוכרת

א. **התנהגות מומלצת:** תזונה מאוזנת כדי למנוע עליה במשקל הגוף, יחד עם ביצוע פעילות גופנית אירובית ופעילות בונה כוח מונעים סוכרת במטופלים בסיכון גבוה (עם קדם-סוכרת). לפרטים, ראה את ההמלצות בפרקים על תזונה בריאה ופעילות גופנית לעיל³⁵. שינה בריאה גם כן עשויה למנוע סוכרת³⁶.



ב. בדיקות סיקור וייעוץ: בדיקת רמת הסוכר בדם (סוכר בצום, המוגלובין A1c או העמסת סוכר (OGTT) באנשים הסובלים ממשקל-יתר או מהשמנת-יתר. יש לשקול ביצוע בדיקה גם אם אין משקל-יתר באנשים בעלי רקע משפחתי של סוכרת, רקע אתני של מועדות לסוכרת, אבחנה של סוכרת בהיריון או הסובלות מתסמונת שחלות רב-כיסתיות (polycystic ovaries). מומלץ לחזור על הבדיקה מדי שלוש שנים. אם מתגלה רמת סוכר גבוהה, יש להציע רצף מפגשי ייעוץ ("ייעוץ נמרץ"/intensive counseling) עם רופא או תזונאי כדי לעודד תזונה בריאה ופעילות גופנית³⁷.

מניעת יתר-שומנים בדם

א. התנהגות מומלצת: הקפדה על תזונה הדלה בשומן רווי ובשומן טראנס. הקפדה על כללי התזונה הבריאה שפורטו לעיל.
ב. בדיקות סיקור וייעוץ: בדיקת שומני הדם בגברים ונשים החל מגיל 40 מדי 5 שנים³⁸. אפשר לשקול בדיקת ליפופרוטאין-איי (Lipoprotein (a)) באופן חד-פעמי בגיל 40³⁹.

הערה: לאור הצורך בטיפול כרוני בתרופות להפחתת כולסטרול בדם, הן לא נכללו כטיפול מניעתי במנחה זה. זאת בניגוד לחומצה פולית ותרופות לגמילה מעישון שנועדו לנטילה לתקופה קצובה או תרופות להרזיה, שהן אמנם מאושרות לנטילה כרונית, אך השאיפה היא שיעזרו "להתניע" את תהליך ההרזיה, אך לא בהכרח להינטל באופן כרוני.

מניעת סרטן

סרטן מעי הגס והחלחולת

א. התנהגות מומלצת: ביצוע פעילות גופנית⁴⁰, שמירה על BMI תקין, הימנעות משתייה מופרזת של משקאות אלכוהוליים⁴¹ ואכילת תפריט ים-תיכונית⁴².
ב. בדיקות סיקור וייעוץ: החל מגיל 50 ועד גיל 74 מומלץ לבצע מדי שנה בדיקת דם סמוי בצואה עם ערכת בדיקה בעלת רגישות גבוהה. מומלץ שבעלי סיכון מוגבר (כגון בעלי קרוב משפחה מדרגה ראשונה עם סרטן המעי הגס והחלחולת בגיל צעיר או בעלי מספר קרובי משפחה שחלו במחלה) יעברו בדיקה מגיל צעיר יותר ובעזרת קולונוסקופיה⁴³.



סרטן השד

א. התנהגות מומלצת: ההתנהגויות הבאות עשויות לסייע במניעת התפתחות סרטן

השד:

1. ביצוע פעילות גופנית על פי ההמלצות⁴⁴ (ראה פרק ייעודי לעיל)
2. לנשים לפני גיל הפסקת הווסת: צריכת ברות (דיאטה) בריא (העשיר בפירות, ירקות, דגים, דגנים מלאים ומוצרי חלב דלי-שומן)⁴⁵
3. מניעת שתייה מופרזת של אלכוהול⁴⁶
4. שמירה על משקל גוף תקין⁴⁷
5. הימנעות מחשיפה לקרינה מייננת

ב. בדיקות סיקור וייעוץ:

1. החל מגיל 50, מומלץ שנשים יעברו בדיקת ממוגרפיה מדי שנתיים עד גיל 74.
2. על נשים בסיכון מוגבר לפתח סרטן השד (למשל, סרטן בקרובת משפחה מדרגה ראשונה) להיבדק כבר מגיל 40.
3. במסגרת תשאול המטופלת לגבי בריאות בני משפחתה (עד לרמה של בני דודים וסבים וסבתות), נכון להשיג מידע על היקף התחלואה בסרטן, כולל סוג הסרטן, חולי במספר סוגי סרטן, והגיל בעת האבחנה ובעת הפטירה בקרב קרובי המשפחה. לנשים עם עבר אישי או משפחתי של סרטן השד, השחלות, החצוצרות או החלל הצפקי, או נשים בעלות גורמי סיכון אתניים לתשניות (מוטציות) כגון BRCA1/2, אפשר להיעזר בשאלון לאומדן סיכון כגון ה-Ontario Family History Assessment Tool או דומיו, המצויים בסוף המסמך שבקישור הבא:

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/brca-related-cancer-risk-assessment-genetic-counseling-and-genetic-testing1#tab5>

- במידה ומתברר שהחולה בסיכון מוגבר, יש להציע לה להגיע לייעוץ גנטי.
4. לנשים בסיכון גבוה מאד לסרטן השד (למשל, בעלות תשניות ידועות), מומלץ לבצע בדיקת MRI מדי שנתיים בנוסף לממוגרפיה.

ג. חיסונים ותרופות מניעתיות: בנשים המתגלות כבעלות סיכון מוגבר לפתח סרטן השד, ממליץ כוח המשימה האמריקאי למניעה קלינית לשקול טיפול תרופתי



מניעתי לנשים לאחר הפסקת הווסת כדי להקטין את הסיכון שיפתחו סרטן השד⁴⁸.
כפי שנאמר לעיל, לא נפרט נוספות לגביהן הואיל ומדובר בתרופות לנטילה כרונית.

סרטן העור

א. התנהגות מומלצת: מומלץ להפחית את השהיה בשמש בשעות אמצע היום, לחבוש כובע רחב-שוליים, ללבוש ביגוד עם שרוולים ארוכים וכיסוי לרגליים, ולמרוח משחה בעלת מקדם הגנה (SPF) של 30 לפחות על העור החשוף. חזרה על המריחה תיעשה בהתאם למידת ההזעה והחשיפה למים.

ב. בדיקות סיקור וייעוץ:

1. סיקור: אין ראיות התומכות בסקירה עצמאית של העור על ידי המטופל, בסקירת רופא של העור של כלל האוכלוסייה או בסקירת רופא של אנשים בעלי סיכון מוגבר לפתח נגעי מלנומה (בהירי עור, בהירי שיער ועיניים, נמושות, עור שנצרב בקלות בשמש, בעלי שומות יוצאי דופן (atypical moles), ריבוי שומות (< 100), או עם סיפור משפחתי של סרטן עור מלנוטי)⁴⁹. עם זאת, רצוי שבעלי סיכון מוגבר לפתח סרטן העור יגבירו את ערנותם להתפתחות נגעים בעורם, בדגש על נגעים המתוארים על ידי ראשי התיבות ABCDE: אסימטריה (Asymmetry), גבול לא סדיר (Border irregularity), צבע לא אחיד (Color), קוטר מעל 6 מ"מ (Diameter > 6 mm), והשתנות בצבע, בצורה או בגודל (Evolving size, shape, or color)⁵⁰.

2. ייעוץ: הדעות חלוקות אם יש לייעץ למבוגרים מגיל 25 ומעלה ולבעלי סיכון מוגבר לפתח מלנומה כיצד למזער חשיפה/נזקים מקרינה על-סגולה (כפי שמתואר לעיל בסעיף "התנהגות מומלצת"). סוכם שיש להפעיל שיקול קליני המותאם לכל מטופל.

סרטן צוואר הרחם

א. התנהגות מומלצת: יש להימנע מעישון, לקיים יחסי מין מוגנים בלבד ולהגביל את מספר השותפים המיניים⁵¹.

ב. בדיקות סיקור וייעוץ: מומלץ לבצע ציטולוגיה (תבחין Pap) או בדיקת hrHPV (high-risk Human Papilloma Virus) מדי 3 שנים עד גיל 65. יש לציין שהבדיקה מכוסה בסל התרופות בין הגילים 30-54 בלבד.

הערה: כוח המשימה האמריקאי למניעה קלינית ממליץ לבצע בדיקות סינון ציטולוגיות מדי שלוש שנים בין הגילים 21-29 ומגיל 30-65 הוא מאפשר



להמשיך בבדיקה הציטולוגית בתדירות התלת-שנתית או לעבור ל-hrHPV או שילוב hrHPV וציטולוגיה מדי חמש שנים. האיגוד הישראלי לגניקולוגיה ומיילדות ממליץ לבצע רק בדיקת hrHPV החל מגיל 25 כל 3-5 שנים.

סרטן הערמונית

א. התנהגות מומלצת: מחקרים אפידמיולוגיים מקשרים בין גורמי הסיכון להתנהגותיים הבאים לבין התפתחות סרטן הערמונית: שתיה מופרזת של אלכוהול⁵² ויתכן ברות מערבית⁵³. יתכן והצריכה הכוללת של מוצרי סויה, על ה-isoflavones שלהם (genistein, daidzein), מגינה כנגד סרטן זה⁵⁴. יתכן שפעילות גופנית גם כן מגינה⁵⁵.

ב. בדיקות סיקור וייעוץ: כדי להחליט אם לבצע בדיקת סיקור באמצעות בדיקת הדם ל-PSA, מומלץ לדון עם גברים בגילים 55-64 (יצוין שההמלצה בספרות גם כוללת בני 65-69, אך בני גיל זה אינם כלולים בהמלצות הפרק הזה) לגבי עלות-התועלת של ביצוע בדיקת הדם⁵⁶. התועלת מתבטאת ביכולת התבחין לגלות את הגידול בעוד מועד בחלק מהמטופלים ולהסירו, וכך להפחית תמותה בקרבם. העלות מתבטאת באבחון-יתר של מטופלים (וכתוצאה, ביצוע בדיקות אבחון פולשניות ואף טיפול בגידולים שלא היו מתפתחים לסרטן גרורתי מסכן חיים) וכן תופעות לוואי שכיחות של הניתוחים להסרת בלוטת הערמונית: אין-אונות ואי-נקיטת שתן. מומלץ לדון עם המטופל לגבי הסיכון האישי שלו – המורכב מההיסטוריה המשפחתית והמוצא האתני שלו, קיום מחלות נלוות המשפיעות על תוחלת החיים שלו ועל הסיכויים להצלחת הטיפול. ככלל, רצוי לבחון יחד אתו כיצד הוא מעריך את הסיכויים הגלומים בביצוע הבדיקה לעומת הסיכונים הברורים שבביצועו. להלן סרטון קצר שמציג רופא משפחה מכוח המשימה האמריקאי למניעה קלינית, המתאר את הדילמות העולות סביב ההחלטה והתקשורת עם המטופלים הללו: <https://youtu.be/YqticruOZ7U>

מניעה וגילוי מוקדם של דלדול עצמות

א. התנהגות מומלצת: מומלץ לבצע בין 120-300 דקות פעילות גופנית אירובית בעצימות בינונית מדי שבוע, יחד עם פעילות לבניית הכוח השרירי ולשיפור שיווי המשקל. בנוסף, רצוי לוודא שהברות (דיאטה) עשירה בסידן ושסופגים די וויטמין D דרך מערכת העיכול והעור (תוך שמירה על כללי הגנת העור מפני קרינה על-



סגולה). יש להימנע מעישון ומשתיייה מופרזת של אלכוהול (ראה פירוט בסעיפים הרלוונטיים).

ב. בדיקות סיקור וייעוץ: עבור נשים בסיכון מוגבר לאבד סידן ולפתח דלדול עצמות (נשים מעשנות, אלו השוותות משקאות אלכוהוליים בכמות מופרזת או בעלות BMI ≥ 18.4) מומלץ למלא שאלון FRAX האומד את הסיכון לשברים על רקע דלדול עצמות. אם יימצא שהן אכן בעלות סיכון ברור לשבר בעשור הקרוב, עליהן לעבור בדיקת DEXA להערכת צפיפות העצמות⁵⁷.

איתור מחלות זיהומיות/מתן חיסונים

לכלל האוכלוסייה

- א. שפעת: יש להתחסן מדי שנה בסתיו.
- ב. צפדת-קרמת-שעלת (Tdap/Td): יש להתחסן מדי 10 שנים. על החיסון הראשון לכלול שלושת החיסונים (צפדת/קרמת/שעלת). מחיסון הדחף השני, כעבור 10 שנים, מחסנים רק בזוג החיסונים צפדת/קרמת (Td).
- ג. שלבקת חוגרת (Herpes Zoster): יש להתחסן במנה אחת בגיל 60 עם חיסון Zostavax. החיסון בסל הבריאות (אם כי מותר לקופות החולים לגבות עד 50% ממחירו מהמטופל). יצוין כי פותח חיסון נוסף בשם Shingrix הניתן בשתי מנות המרוחקות 2-6 חודשים זו מזו. החיסון החדש יעיל יותר ובעל פעילות ממשוכת יותר מהקודם, אך הוא טרם נרשם בישראל (אם כי הוא מצוי בחלק ממרפאות הנוסעים הפרטיות).

לקבוצות סיכון

- א. חצבת-חזרת-אדמת: על כל עובד בריאות, אף בתפקיד מנהלתי, להתחסן באמצעות שני חיסונים במרווח של לפחות 4 שבועות, אלא אם אחד מהתנאים הבאים מתקיים: יש תיעוד שחוסן בשתי מנות כיאות, יש עדות מעבדתית שהינו מחוסן, או שיש תיעוד רפואי ומעבדתי שחלה בשלושת המחלות.
- ב. דלקת כבד נגיפית (HAV, HBV, HCV): לאנשים בקבוצות הסיכון השונות לדלקת HAV או HBV מומלץ להתחסן כנגדם ב-2 או 3 חיסונים, בהתאם לסוג החיסון. אם מדובר בשני חיסונים, יש להמתין לפחות 4 שבועות בין החיסון הראשון לשני. אם מדובר בשלושה חיסונים, יש להמתין חודש וחמישה חודשים



- בין מנת החיסון הראשונה לשנייה ובין השנייה לשלישית, בהתאמה. מומלץ שאנשים בקבוצת סיכון ל-HCV ייבדקו*.
- ג. פנוימוקוקוס: לבעלי סיכון גבוה במיוחד*** שלא חוסנו כנגד החיידק בעבר, מומלץ להתחסן במנת חיסון PCV-13, כעבור שמונה שבועות במנת חיסון PPV-23, וכעבור 5 שנים שוב להתחסן במנת חיסון PPV-23 (הערה: אם חוסנו קודם, יש לעיין בטבלת החיסונים מטעם האגף לאפידמיולוגיה של משרד הבריאות כדי לדעת כיצד לפעול). לבעלי סיכון גבוה*** מומלץ להתחסן במנת חיסון אחת בלבד של תרכיב PPV-23.
- ד. מנינגוקוקוס: לאנשים בקבוצות הסיכון המוגבר*** מומלץ להתחסן בשני חיסונים; חיסון אחד הוא נגד זנים ACWY. עליהם לקבל שתי מנות החיסון בהפרש 8-12 שבועות זו מזו. כל עוד שהסיכון נמשך, יש לקבל חיסון דחף מדי 5 שנים. בנוסף (פרט לנוסעים לארצות אנדמיות או אפידמיות שיכולים להסתפק בחיסון כנגד זנים ACWY), על אנשים אלו בסיכון המוגבר להתחסן גם כנגד זן B. שתי מנות החיסון הללו ניתנות במרווח של חודש זו מזו. לא נדרש לקבל חיסון דחף לזן B כעבור תקופה.
- ה. הימופילוס אינפלואנזה B (HiB): לאנשים בקבוצות סיכון^א מומלץ להתחסן במנת חיסון אחת (פרט למושתלי מח עצם, שלגבם מומלץ שיתחסנו בשלוש מנות חיסון).
- ו. שיתוק ילדים (פוליו): על הנוסעים לארצות בעלות סיכון להעברת המחלה, עובדי מעבדה העוסקים ישירות בדגימות ביולוגיות העלולות להכיל נגיפי פוליו, עובדי בריאות ועובדי ביוב להתחסן בשלוש מנות חיסון במרווחים של לפחות חודש וחמישה חודשים בין החיסונים, בהתאמה, אלא אם יש בידם תיעוד שחוסנו או שהם מצהירים שחוסנו כיאות וגם קבלו חיסון דחף לאחר גיל 18.
- ז. אבעבועות רוח: על נשים בגיל הפוריות שאינן בהריון, בני בית של חולים הסובלים מליקוי במערכת החיסון, עובדי בריאות ותלמידי מקצועות הבריאות להתחסן בשתי מנות חיסון במרווח של לפחות 4 שבועות בין החיסונים, אם לא חלו בעבר באבעבועות או בשלבקת חוגרת ולא חוסנו כנגדה בעבר.
- ח. HIV
1. בדיקות סקירה וייעוץ
- א. נשים בהריון: על נשים המשתייכות לאחת מחמשת קבוצות הסיכון הבאות להיבדק מוקדם ככל שאפשר בהריון:



- 1) המקיימות יחסי מין מזדמנים ללא הגנה ;
- 2) המשתמשות בסמים בהזרקה ;
- 3) המקיימות יחסי מין שאינם מוגנים עם מי שמוגדר בסיכון גבוה להידבק בנגיף ה-HIV ;
- 4) עולות מארצות אנדמיות ל-AIDS/HIV (כלומר, שאחוז הנשאים $\leq 1\%$) ;
- 5) המשתמשות במין למטרות רווח.

ב. בעלי סיכון מובהק : על הקבוצות הבאות לעבור בדיקת סקירה שנתית ל-HIV :

- 1) גברים המקיימים יחסי מין עם גברים (MSM) ;
 - 2) אנשים המזריקים סמים דרך הוריד ;
 - 3) אנשים המקיימים יחסי מין למטרות רווח⁵⁸.
- ג. בעלי סיכון מוגבר : יש לנצל הזדמנויות מניעתית (case-finding) לגבי מטופלים מהקבוצות הבאות :
- 1) אנשים (שאינם נשים בהיריון) הבאים ממדינות אנדמיות ל-AIDS/HIV.
 - 2) בני זוג של אנשים שנדבקו בנגיף ה-HIV, אם העומס הנגיפי של בן הזוג הוא מעל לסף הגילוי של הנגיף. יש להציע לזוג לקבל ייעוץ ממומחה במרפאת איידס.
 - 3) אנשים המקיימים יחסי מין שאינם מוגנים עם אחרים המוגדרים בסיכון גבוה להידבק בנגיף ה-HIV.

2. תרופות מניעתיות (PrEP - Preexposure prophylaxis)

- מדובר בטיפול מתמשך ב- tenofovir /disoproxil fumarate במשולב עם emtricitabine (אמטריביר). הוא מתאים לנטילה טרם חשיפה באנשים המצויים בסיכון גבוה להידבק ב-HIV הנמנים על אחת הקבוצות הבאות :
- א. גברים המקיימים יחסי מין עם גברים או טרנסגינדרים שלגבם לפחות אחד מהמצבים הבאים מתקיים :
 - 1) יש להם בני זוג נשאי HIV לא מטופלים ו/או מקיימים יחסי מין מחוץ למסגרת הזוגיות.
 - 2) לא מקפידים על יחסי מין מוגנים.
 - 3) אובחנו לאחרונה עם מחלת מין (עגבת, זיבה או כלמידיה).



ב. הטרוסקסואלים העונים על אחד מהבאים :

(1) בן/בת זוג נשאי HIV לא מטופלים או עם עומס נגיפי מדיד.

(2) יחסי מין לא מוגנים עם אחת מקבוצות הסיכון הבאות :

- מזריקי סמים ;
- גברים המקיימים יחסי מין עם גברים ונשים.
- מזריקי סמים שמחליפים מחטים ביניהם.
- אנשים המספקים יחסי מין בתשלום⁵⁹.

הערות

* בעלי סיכון מוגבר לחלות בדלקת כבד מסוג A כוללים את הבאים : אנשים הנוסעים לארצות הيفר-אנדמיות לדלקת כבד נגיפית A, אנשים בעלי סיכון מוגבר על רקע הרגליהם : משתמשים בסמים, גברים המקיימים יחסי מין עם גברים אחרים, אנשים הסובלים ממחלת כבד ממושכת (לרבות המודבקים בדלקת כבד C), אלו הנוטלים תרופות הרעילות לכבד, אלו המטופלים בגורמי קרישה הניתנים בהזרקה, בעלי חסר G6PD, עובדי מעבדה הבודקים נגיף דלקת כבד A ועובדים (לרבות עובדי מעבדה) המטפלים בקופים (non-human primates).

בעלי סיכון מוגבר לחלות בדלקת כבד מסוג B כוללים את הבאים : הנוסעים לארצות בעלות שיעור הימצאות גבוה של נשאי HBsAg ואלו שמטרת נסיעתם כרוכה בסיכון כגון הנוסעים לקבל טיפול רפואי (כולל טיפול שיניים), חשיפה לדם, המקיימים יחסי מין מזדמנים, היוצאים לעיר מָפָה, ובעלי סיכון מוגבר עקב הרגליהם : המשתמשים בסמים בהזרקה וגברים המקיימים יחסי מין עם גברים אחרים, אנשים הסובלים ממחלת מין, (לרבות נשאי HIV), אלו שקיימו יחסי מין עם יותר משותף אחד במהלך ששת החודשים האחרונים, מגעים מיניים ומשפחתיים המצויים במשק בית משותף עם אנשים הנושאים HBsAg, נפגעי פיגוע המוני, עצירים ואסירים, נפגעי תקיפה מינית, החולים במחלת כבד ממושכת (לרבות אלו שנדבקו בדלקת כבד C), הפונים למסגרות רפואיות המטפלות באנשים בסיכון גבוה להיות נשאי HBsAg כגון מרכזי AIDS, מרפאות מין, מרכזי גמילה, מרכזי Methadone וכדו', חולי כליה המטופלים בדיאליזה, חולים המקבלים עירווי דם ומוצרי דם לעתים קרובות כגון חולי המופיליה ותלסמיה, עובדים העלולים לבוא במגע פיזי עם חומר ביולוגי המזוהם ב-HBsAg : עובדי מערכת הבריאות העלולים לבוא במגע פיזי עם חולים או הפרשותיהם, עובדי חברה קדישא המטפלים בנפטרים, סוהרים, שוטרים במחלקות



מסוימות כגון מחלקת סמים, צוות ומטופלים במוסדות למפגרים ובמוסדות לחולי נפש, כולל בתי ספר לחינוך מיוחד וכדו'.

בעלי סיכון מוגבר לחלות בדלקת כבד מסוג C כוללים את הבאים: מזריקי סמים בהווה או בעבר, אנשים שקבלו עירוי דם לפני שנת 1992 וילידי ברית המועצות לשעבר.

^{**} בעלי סיכון גבוה במיוחד לחלות בדלקת מחיידק הפנוימוקוקוס כוללים את הבאים: אנשים לאחר כריתת הטחול, אנשים עם היעדר טחול מולד (congenital asplenia), או אנשים עם היעדר טחול בפועל, כגון חולי מחלת אנמיה חרמשית. כמו כן, יש לכלול אנשים הסובלים מליקויים במערכת החיסון מהסיבות הבאות: מחלה ממאירה במח העצם או במערכת הלימפטית, אנשים העוברים טיפול מדכא-חיסון, נשאי HIV, מושתלי אברים ומח עצם, חולים בתסמונת הנפרוטית או אי-ספיקת כליות ממושכת וחולים המטופלים על ידי דיאליזה, בעלי דליפת נוזל חוט שידרה (CSF leaks) עם סיכון לדלקת עוצבה חוזרת וכן המושתלים בשתל שבלולי (cochlear implant).

^{**} בעלי סיכון גבוה לחלות בדלקת מחיידק הפנוימוקוקוס כוללים את הבאים: אנשים החולים במחלות כרוניות של הלב וכלי הדם, החולים במחלת הריאות ודרכי הנשימה (כגון דלקת סמפונות ממושכת, לייפת כיסית (cystic fibrosis), שחפת, חֶסְמֵת הריאות (COPD) ונפחת (emphysema), חולי סוכרת ומחלות מטבוליות ממושכות אחרות, חולי שחמת הכבד והמכורים לאלכוהול.

^{**} בעלי סיכון מוגבר לחלות בדלקת מחיידק המנינגוקוקוס כוללים את הבאים: אנשים לאחר כריתת הטחול, אלו עם היעדר טחול מולד (congenital asplenia), או אלו עם היעדר טחול בפועל, כגון חולי מחלת אנמיה חרמשית, בעלי הפרעה בתפקוד הטחול, בעלי ליקוי חיסוני כגון חסר במרכיבי המשלים, חסר ראשוני של נוגדנים או נשאי HIV, הנוסעים לאיזורים אנדמיים או לאיזורים עם התפרצות המחלה או עם סבירות גבוהה להתפרצות, ועולים חדשים ומהגרים אחרים בהתאם למצב האפידמיולוגי בארץ המוצא.

[^] בעלי סיכון מוגבר לחלות בהימופולוס אינפלואנזה B כוללים את הבאים: אנשים לאחר כריתת הטחול, אלו עם היעדר טחול מולד (congenital asplenia), או אלו עם



היעדר טחול בפועל כגון חולי מחלת אנמיה חרמשית, בעלי הפרעה בתפקוד הטחול,
חולי מחלות ממאירות, נשאי HIV ומושתלי מח עצם.

¹Ojo O, Ojo OO, Adebowale F, Wang XH. The Effect of Dietary Glycemic Index on Glycemia in Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Nutrients*. 2018;10. pii: E373. doi: 10.3390/nu10030373.

²Anton SD, Hida A, Heekin K, Sowalsky K, Karabetian C, Mutchie C et al. Effects of Popular Diets without Specific Calorie Targets on Weight Loss Outcomes: Systematic Review of Findings from Clinical Trials. *Nutrients*. 2017;9. pii: E822. doi: 10.3390/nu9080822.

³Andrade AM, Greene GW, Melanson KJ. Eating slowly led to decreases in energy intake within meals in healthy women. *J Am Diet Assoc*. 2008;108:1186-91.

⁴<https://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/waist-circumference-guidelines-for-different-ethnic-groups/>

⁵US Preventive Services Task Force. Behavioral Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;320:1163-1171.

⁶Patnode CD, Evans CV, Senger CA, Redmond N, Lin JS. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2017.

⁷ Final Recommendation Statement: Weight Loss to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: Behavioral Interventions. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/obesity-in-adults-interventions>

⁸Astbury NM, Piernas C, Hartmann-Boyce J, Lapworth S, Aveyard P, Jebb SA. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of meal replacements for weight loss. *Obes Rev*. 2019;20:569-587.

⁹Avenell A, Robertson C, Skea Z, Jacobsen E, Boyers D, Cooper D et al. Bariatric surgery, lifestyle interventions and orlistat for severe obesity: the REBALANCE mixed-methods systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2018;22:1-246.

¹⁰Kline CE, Chasens ER, Bizhanova Z, et al. The association between sleep health and weight change during a 12-month behavioral weight loss intervention. *Int J Obes (Lond)*. 2021;45:639-649.

¹¹Gudzune K. Dietary and Behavioral Approaches in the Management of Obesity. *Gastroenterol Clin North Am*. 2016;45:653-661.



¹²Final Recommendation Statement: Weight Loss to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: Behavioral Interventions. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019.

¹³Mehta M, Istfan NW, Apovian CA. Obesity: Overview of Weight Management Endocr Pract. 2021;27:626-635.

¹⁴Wing RR, Tate DF, Gorin AA, Raynor HA, Fava JL. A self-regulation program for maintenance of weight loss. N Engl J Med 2006;355:1563-71.

¹⁵Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. Am J Clin Nutr 2005;82:222S-5S.

¹⁶Temple JL, Bernard C, Lipshultz SE, Czachor JD, Westphal JA, Mestre MA. The Safety of Ingested Caffeine: A Comprehensive Review. Front Psychiatry. 2017 May 26;8:80.

¹⁷U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018. Accessed on November 16, 2019 at https://health.gov/paguidelines/second-edition/pdf/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf

¹⁸Final Recommendation Statement: Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Risk Factors: Behavioral Counseling. U.S. Preventive Services Task Force. July 2017.
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/healthful-diet-and-physical-activity-for-cardiovascular-disease-prevention-in-adults-without-known-risk-factors-behavioral-counseling>

¹⁹U.S. Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement: Healthy Diet and Physical Activity: Counseling Adults with High Risk of CVD. October 2014.
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/healthy-diet-and-physical-activity-counseling-adults-with-high-risk-of-cvd>

²⁰ למי"ס, הסקר החברתי, בני 20 מעלה לפי עישון סיגריות ולפי תכונות נבחרות, 2017. נצפה ב 28.11.19 בקישור הבא: https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/doclib/2018/343/19_18_343t1.pdf

²¹ דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2018. נקרא מהקישור הבא בתאריך ה-20.11.19: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/smoking_2018.pdf

²²Satterfield JM, Gregorich SE, Kalkhoran S, Lum PJ, Bloome J, Alvarado N, et al. Computer-Facilitated 5A's for Smoking Cessation: A Randomized Trial of Technology to Promote Provider Adherence. Am J Prev Med. 2018;55:35-43.

²³Final Recommendation Statement: Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Screening and Behavioral Counseling Interventions. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019.
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/unhealthy-alcohol-use-in-adolescents-and-adults-screening-and-behavioral-counseling-interventions>

²⁴ מעקב הריון ובדיקות רפואיות בהריון, המחלקה לאם וילד, משרד הבריאות. נצפה בתאריך 20.11.19 באתר: <https://www.health.gov.il/Subjects/pregnancy/during/examination/Pages/permanent.aspx>



²⁵ תזונה בריאה בהריון, משרד הבריאות. נצפה בתאריך 20.11.19 באתר הבא :
https://www.health.gov.il/Subjects/pregnancy/during/Pages/proper_nutrition_during_pregnancy.aspx

²⁶Weight gain during pregnancy. American College of Obstetrics and Gynecology. Committee opinion (reaffirming IOM guidelines). No. 548, Jan 2013 (reaffirmed 2018).

²⁷Davenport MH, McCurdy AP, Mottola MF, Skow RJ, Meah VL, Poitras VJ et al. Impact of prenatal exercise on both prenatal and postnatal anxiety and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2018;52:1376-1385.

²⁸Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. Asian J Psychiatr. 2020 Oct;53:102353. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102353. Epub 2020 Aug 30. PMID: 32927309.

²⁹Final Recommendation Statement: Perinatal Depression: Preventive Interventions. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019.
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/perinatal-depression-preventive-interventions>

³⁰ משרד הבריאות, חוזר המנהל הכללי, איתור וטיפול נשים נפגעות אלימות במשפחה על ידי מטפלים במסגרות הבריאות-באשפוז בקהילה, מס' 23.03, כ"ד חשוון תשס"ד, 19.11.03, נצפה ב: 3.11.19. זמין ב: http://www.health.gov/hozer/mk23_2003.pdf

³¹Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. Med Care. 2003;41:1284-92.

³²Final Recommendation Statement: Depression in Adults: Screening. U.S. Preventive Services Task Force. May 2019.
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/depression-in-adults-screening>

³³Valenzuela PL, Carrera-Bastos P, Gálvez BG, Ruiz-Hurtado G, Ordovas JM, Ruilope LM, Lucia A. Lifestyle interventions for the prevention and treatment of hypertension. Nat Rev Cardiol. 2021 Apr;18(4):251-275.

³⁴Final Recommendation Statement: High Blood Pressure in Adults: Screening. U.S. Preventive Services Task Force. October 2015.
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/high-blood-pressure-in-adults-screening>

³⁵Glechner A, Keuchel L, Affengruber L, Titscher V, Sommer I, Matyas N et al. Effects of lifestyle changes on adults with prediabetes: A systematic review and meta-analysis. Prim Care Diabetes. 2018;12:393-408.

³⁶Shan Z, Ma H, Xie M, Yan P, Guo Y, Bao W, Rong Y, Jackson CL, Hu FB, Liu L. Sleep duration and risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective studies. Diabetes Care. 2015;38:529-37.

³⁷Final Recommendation Statement: Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: Screening. U.S. Preventive Services Task Force. April 2018.



<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/screening-for-abnormal-blood-glucose-and-type-2-diabetes>

³⁸ Kaiser Permanente Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) Primary Prevention Guideline, April 2018. Accessed at <https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/ascvd-primary.pdf> on 16.11.20.

³⁹ קווי ההנחיה הישראליים לטיפול בדיסליפידמיה 2020.

⁴⁰Wang J, Huang L, Gao Y, Wang Y, Chen S, Huang J. Physically active individuals have a 23% lower risk of any colorectal neoplasia and a 27% lower risk of advanced colorectal neoplasia than their non-active counterparts: systematic review and meta-analysis of observational studies. Br J Sports Med. 2019. pii: bjsports-2018-100350.

⁴¹Brenner H, Chen C. The colorectal cancer epidemic: challenges and opportunities for primary, secondary and tertiary prevention. Br J Cancer. 2018;119:785-792.

⁴²Bloomfield HE, Koeller E, Greer N, MacDonald R, Kane R, Wilt TJ. Effects on Health Outcomes of a Mediterranean Diet With No Restriction on Fat Intake: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med. 2016;165:491-500.

⁴³Final Recommendation Statement: Colorectal Cancer: Screening. U.S. Preventive Services Task Force. May 2019.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/colorectal-cancer-screening>

⁴⁴Wu Y, Zhang D, Kang S. Physical activity and risk of breast cancer: a meta-analysis of prospective studies. Breast Cancer Res Treat. 2013;137:869-82.

⁴⁵Yunjun Xiao, Junjie Xia, Liping Li, Yuebin Ke, Jinqian Cheng, Yaojie Xie, et al. Associations between dietary patterns and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Breast Cancer Res. 2019; 21:16.

⁴⁶Nelson DE, Jarman DW, Rehm J, et al. Alcohol-attributable cancer deaths and years of potential life lost in the United States. Am J Public Health. 2013;103:641-648.

⁴⁷Sauter ER. Breast Cancer Prevention: Current Approaches and Future Directions. Eur J Breast Health 2018; 14: 64-71.

⁴⁸Final Update Summary: Breast Cancer: Medication Use to Reduce Risk. U.S. Preventive Services Task Force. September 2019.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/breast-cancer-medications-for-risk-reduction>

⁴⁹Ersser SJ, Effah A, Dyson J, Kellar I, Thomas S, McNichol E et al. Effectiveness of interventions to support the early detection of skin cancer through skin self-examination: a systematic review and meta-analysis. Br J Dermatol. 2019;180:1339-1347.

⁵⁰What are the symptoms of skin cancer? Skin cancer, Centers for Disease Control and Prevention, June 2019.

⁵¹Harper DM, Demars LR. Primary strategies for HPV infection and cervical cancer prevention. Clin Obstet Gynecol. 2014;57:256-78.



⁵²Zhao J, Stockwell T, Roemer A, Chikritzhs T. Is alcohol consumption a risk factor for prostate cancer? A systematic review and meta-analysis. BMC Cancer. 2016;16:845.

⁵³Fabiani R, Minelli L, Bertarelli G, Bacci S. A Western Dietary Pattern Increases Prostate Cancer Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients. 2016;8. pii: E626.

⁵⁴Applegate CC, Rowles JL, Ranard KM, Jeon S, Erdman JW. Soy Consumption and the Risk of Prostate Cancer: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients. 2018 Jan 4;10(1).

⁵⁵Brookman-May SD, Campi R, Henríquez JDS, Klatt T, Langenhuijsen JF, Brausi M et al. Latest Evidence on the Impact of Smoking, Sports, and Sexual Activity as Modifiable Lifestyle Risk Factors for Prostate Cancer Incidence, Recurrence, and Progression: A Systematic Review of the Literature by the European Association of Urology Section of Oncological Urology (ESOU). Eur Urol Focus. 2019;5:756-787.

⁵⁶Final Update Summary: Prostate Cancer: Screening. U.S. Preventive Services Task Force. April 2019.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/prostate-cancer-screening>

⁵⁷Final Recommendation Statement: Osteoporosis to Prevent Fractures: Screening. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/osteoporosis-screening>

⁵⁸Final Recommendation Statement: Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: Screening. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-screening>

⁵⁹Final Recommendation Statement: Prevention of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: Pre-exposure Prophylaxis. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/prevention-of-human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-pre-exposure-prophylaxis>