



ירחון החברה הישראלית
לרפואת ילדים בקהילה (חיפ"א)
ההסתדרות הרפואית בישראל

Pediton

פדיטון®

אוגוסט 2002

טל. 1-800-22-6470 פרמהבסט



באדיבות חברת

גליון מס' 79

למקצועות העל פדיאטרים השונים. צרכי ההכשרה של מתמחים ברפואת ילדים כללית ובמקצועות העל השונים, נקבעים לרוב לא על בסיס נתונים מוצקים, אלא על פי אמונתם הסובייקטיבית של הגופים מעניקי ההכשרות, לגבי מה שנחוץ וראוי שיילמד ע"י מתמחים ברפואת ילדים כללית ובמקצועות העל השונים. יחד עם זאת, לאחר השלמת ההכשרה, תחום עיסוקם המעשי של הרופאים נקבע ע"י צרכי הקהילה, תחום ההתעניינות האישי של הרופא, ומדיניות הגוף המממן. Forrest וחב'י, בעבודה משותפת עם 142 רופאי ילדים, חברי רשת המחקר הפדיאטרי בקהילה בארה"ב, מצאו שרופאי הילדים הכלליים לא מצאו צורך בהפנייה בכ 99% מהילדים, וש 72% מההפניות נשלחו למקצועות העל כרורגיים או ליועצי פארה-רפואיים (פסיכולוגיה, ריפוי הדיבור, ועוד). נמצאו 51 מצבים, האחראים למעל ל-84% מכלל ההפניות בעיות פסיכוסוציאליות והתפתחותיות היו בין הסיבות הנפוצות ביותר. רק בכ 25% הופנתה בקשה להעברת האחראיות לטיפול אל הרופא היועץ, בעיקר במקרים כירורגיים ודרמטולוגיים. יתר 75% טופלו במשותף בבעיה שגרמה להפניה. הדבר מרמז לכך שניסוח קווים מנחים להפניה אל היועץ, המבוססים על EBM, לגבי מספר מצומצם של מצבים, עשוי לעזור בהבהרת תפקידיהם המוגדרים של רופא הילדים הכללי ומומחה העל. המחקר מסכם בכך ששיפור התקשורת בין רופא הילדים הכללי ומומחה העל בתחומי החפיפה, חשוב מאוד על מנת

שהמשק בין רופא הילדים הכללי למומחה העל, הוא בעל חשיבות רבה למרכיבים חשובים של ממשד רפואת הילדים, והוא נידון ע"י מספר קבוצות עבודה. בפברואר 2001 התכנסה לראשונה הועדה להתמחויות העל של המועצה האמריקאית לרפואת ילדים, על מנת לדון בצרכי ההכשרה, צרכי כוח האדם, הדרישות להסמכה, והאפשרויות למימון הכשרתם של מומחי על פדיאטרים. דיונים אלו איתרו 3 נושאים הראויים להתעמקות: א. במה עוסקים רופאי ילדים כלליים, ובמה מומחי העל?; והשונות בין תחומים אלה ברחבי המדינה? (ארה"ב). ב. מהי ההכשרה המתאימה לרופא הילדים הכללי, ומהי זו המתאימה למומחה העל? מהו הממשק ביניהם? ג. מהי השפעת מימון השרותים הרפואיים (בין אם ע"י קופות החולים או מענקי מחקר) על הליך הפניית חולים למומחי העל, זמינותם של אלה, וקבלת החלטות לגבי מתמחים? במרץ 2001, בחסות הפדרציה של הארגונים הפדיאטרים, התכנסו ראשי כל חברות התמחויות העל השונות של המועצה הפדיאטרית העליונה של ארה"ב. המשתתפים יצאו בקריאה לחקור את הגורמים המביאים את המתמחים להעדיף תחום התמחות על מסוים, והביקוש להתמחות על, וכן להעריך מחדש דרכי הכשרה נאותות של מומחי העל. המתכנסים הסכימו לגבי העובדה שהיקף המימון המוקדש להכשרת מומחי על אינו מספק (או מה לנו כי נליו?), ושכינוסים מעין אלה חייבים להיערך באופן סדיר לשם דיון בכל הנושאים הנוגעים

העורכים:

ד"ר אלי הרינג

ד"ר יצחק לוי

משתתפים:

ד"ר צחי גרוסמן

ד"ר מרים הרמן

ד"ר אורנה ברוך

ד"ר זאב חורב

ד"ר אלי גזלה

ד"ר צבי כהן

ד"ר אבי פכט

ד"ר מיקי שטיין

כתובת המערכת:

מרכז בריאות הילד-טירת הכרמל

רח' ששת הימים 30, טירת הכרמל

טל. 04-8574316, 04-8574922

פקס. 04-8574318

Specialized care חלוקת

התפקידים בין רופא הילדים

הכללי ומומחה העל.

מזה כשנה, ה J Pediatr נותן במה חודשית לאיגוד יושבי הראש של החטיבות הפדיאטריות בבתי הספר לרפואה בארה"ב (AMSPDC). במה זו מנוצלת למאמרי מערכת בנושאים שברומו של עולם רפואת הילדים. מובא כאן תמצית מאמרה של Julia A. McMillan, שדן בנושא החשוב שבכותרת, והופיע בחוברת מאי 2002. היכן ברצף הטיפול הרפואי המוענק לילדים, מסתיים תפקידו של רופא הילדים הכללי, ומתחיל תפקידו של מומחה העל, שואלת המחברת. האם זה בכלל חשוב?, ואם כן, בידי מי התשובה? קיימת עדות נרחבת לכך

שהרופאים המטפלים יחצו שטח משיק זה לעיתים קרובות, ובשני הכיוונים. חוסר במומחי על עלול להעמיד את רופאי הילדים הכלליים ומטופליהם בעמדה נחותה. מחקר נוסף יידרש על מנת לענות על שאלות רבות שנתרו בלתי פתורות לגבי הממשק בין רופאי הילדים הכללי ומומחה העל. למשל:

1. האם האספקה הנוכחית של מומחי על עומדת בדרישות של הפניות ע"י רופאי הילדים הכלליים? 2. כיצד יש לשנות מסלולי הכשרה על מנת למשוך אליהם את המוכשרים שברופאים, גם לרפואת ילדים כללית, וגם למקצועות העל השונים? 3. כיצד משפיע מימון הטיפול הרפואי על הממשק בין רופא הילדים הכללי ומומחה העל? 4. איזו הכשרה, ואיזה דפוסי הפניה מביאים לתוצאה הטובה ביותר לילד המטופל?

Julia A. McMillan. Distribution of specialized care to children: Role of the pediatric generalist and subspecialist. *J Pediatr* 2002; 140:491-2.

יעילות האכינצאה במניעה וטיפול ב- URTI

ה- Medical Letter סוקר בגיליונו זה את הידוע על יעילותה של אכינצאה במניעה וטיפול ב- URTI. אכינצאה ממין הצומח, ידועה כתוסף מזון הנמצא בשימוש רב למניעה וטיפול בהצטננויות. תיתכן שונות רבה בתכשירים שונים המופקים מאכינצאה עקב שימוש בזנים שונים של הצמח, או בחלקים שונים של אותו צמח. אמנם הוכחה יעילות הן *in vitro* והן *in vivo* לרכיבים שונים ביוכמית המופקים מהאכינצאה, אולם בלתי אפשרי לדעת בתכשיר מסחרי מסויים איזה מן הרכיבים הביוכימיים הפעילים מצוי בו גורם נוסף האחראי לשונות האפשרית בין התכשירים הוא העונה שבה נקטף הצמח והוחל במיצוי החומרים הפעילים ממנו. המנגנונים המוצעים היום לפעילות תכשירי האכינצאה, כפי שידוע מניסוי *in vitro* וניסיונות בחיות הינם: אימונוסטימומציה, דיכוי של רפלקציית וירוסים, ואפקטים אנטיאינפלמטוריים. מה ידוע לנו על

ילדים גם היתה נטיה מופחתת לדבוק בכללי טיפול והנחיות של תכניות לאומיות לטיפול והפניה של ילדים עם אסטמה. נמצא גם, שחלקים מסוימים של הנחיות אלה לא נשמרו, לא ע"י רופאי הילדים הכלליים ולא ע"י רופאי המשפחה. זיהוי תפקידם של רופאי הילדים הכלליים ומומחי העל, ברצף הטיפול הרפואי בילדים, חשוב למנהלי תכניות ההתמחות, מנהלי מחלקות, המועצות המדעיות, חברות תת ההתמחיות השונות, חברות ביטוחי הבריאות השונות, והחולים עצמם. ברם יש להבין שתפקידים אלה ייקבעו ככל הנראה, לא רק ע"י מידת ההכשרה של הרופא, אלא גם ע"י מידת הזמינות האזורית של מומחי העל, ע"י מידת השכיחות של מצב רפואי מסויים באוכלוסיה נתונה, וע"י דרך התארגנותם של גופי הבריאות השונים, מידת הענין האישי של הרופאים השונים וניסיונם, כמות המשאבים המושקעים, ורמת והיקף ההכשרה של הרופאים. יותר מאשר לקבוע מי יעשה מה, מהי רמת הטיפול הנדרשת בכל מחלה. לדוגמא, אם טיפול תרופתי מסויים נמצא כטוב ביותר למצב נתון, והוא אמור להינתן ע"י מומחה העל בלבד, הילד חייב להיות מופנה אל מומחה העל לצורך הטיפול, אלא אם כן רופא הילדים הכללי רכש את הידע והניסיון הדרושים למתן הטיפול בבטחה. במקרה כזה, אף אם הטיפול מורכב, אין מניעה שהוא יינתן על ידי רופא הילדים הכללי, כל זמן שרמת הטיפול נשמרת. גמישות זו בהענקת טיפול אופטימלי, תמשיך לדרוש חפיפה מסוימת בהכשרה הניתנת לרופא הילדים הכללי ולמומחה העל, כאשר שניהם חייבים לקבל הכשרה לגבי מגוון טיפולים. אף כי טיפול מיוחד ומתקדם עשוי להיות מוענק לעיתים ע"י רופאי ילדים כלליים מסויים, הרי שההכשרה הנדרשת על מנת להכין רופאים אלה לטיפול במצבים מורכבים ובלתי שכיחים, חייבת לערב מומחי על בעלי ידע וניסיון נרחבים. הממשק בין רופא הילדים הכללי ומומחה העל, הוא תחום משתנה ונייד. על מנת להבטיח שילדים מקבלים טיפול מסודר, מודע ומתקדם, נדרש

לאפשר לרופאי הילדים הכלליים להמשיך להיות שותפים להשגחה על מטופליהם. עבודה שבדקה בעיקר רופאים כלליים המטפלים במבוגרים מצאה, שרופאים ראשוניים נוטים להפנות חולים עם בעיות לא שכיחות או הדורשות טיפול כירורגי. כך היה המצב לגבי ילדים, אף כי בין הסיבות השכיחות להפניה שמצא Forrster, היו גם מצבים שכיחים כמו דלקות אוזניים, בעיות ראייה, עור, והתנהגות, מצבים אשר הטיפול בהם עלול לדרוש ניסיון וידע מעבר לזה המוקנה ע"י תכניות ההתמחות הרגילות ברפואת ילדים כללית. דומה אם כן, שהממשק בין המוטל על רופא הילדים הכללי למה שמומחה העל אחראי לו, קשור לשכיחות הבעיה הרפואית, ולהכשרתו של רופא הילדים הכללי וניסיונו. מאחר ומערכות הבריאות מנסות להגדיר ממשק זה, הן חייבות להתחשב בהבדלים שבהכשרתם המקצועית. רופאים כללים נחשבו לשומרי הסף, ממונים על הגבלת השימוש הבלתי מושכל והבזבזני בטיפולים המומלצים לעיתים ע"י רופאים במקצועות העל למינהן. ניתן היה לצפות שהדרישה לטיפול ע"י מומחה על תפחת בשל כך, ואף על פי כן, ההפך קרה. יהיו אשר יהיו הסיבות לעליה במספר ההפניות, חשוב יהיה לקבוע האם העליה במספר ההפניות על גבי הביאה לשיפור בטיב הטיפול שהחולים קבלו. אם העליה בהפניות פשוט מבטאת את העומס ההולך וגדל על הרופא הראשוני, הנאבק על שיפור יעילותו, המחיר של עליה בהפניות עלול להיות ירידה בתיאום בטיפול ובהזדהות החולה ומשפחתו עם רופא הילדים הראשוני. יחד עם זאת, מחקרים מראים שרופאים כלליים ומומחי על כאחד, ברפואת ילדים ובתחומים אחרים, מבליים יותר ויותר זמן עם חוליהם. ולכן מתגבר הסיכוי לכך שהחולה הבא, שהטיפול בו ידרוש מעט יותר התעמקות, יופנה לתת מומחה. שתי עבודות חקרו את 51 המצבים, גורמי-ההפניות-השכיחים שהוזכרו. רופאי ילדים היפנו יותר מתבגרים הסובלים מדיכאון, לעומת רופאי משפחה, ופחות נטו להתחיל בטיפול תרופתי לבעיה. אצל רופאי

7 מ"מ מעל גיל 33 שבועות. לאחר הלידה נעשתה בדיקת שתן לכל היילודים והוחל בטיפול מונע על ידי טרימטופרים וסולפמטוקסזול. בדיקת אולטראסאונד כליות ודרכי השתן יסודית ועל ידי מכשור מתקדם נעשתה על ידי מומחה בתחום בגיל 1 שבוע ובגיל 5 שבועות. כל היילדים עברו בנוסף בדיקת ציסטוגרפיה בגיל שבועיים אם הא"ס הראשון לא היה תקין או בגיל 6 שבועות בכל מקרה. מתוך 264 יילודים שנבדקו, ב-190 (72%) יילודים נמצאו ממצאים פתולוגיים בבדיקת א"ס אחר לידתי. מתוכם ל-110 (42%) הייתה הרחבת אגני כליה יותר מ-7 מ"מ מתוכם ל-44 יילודים (40%) נמצא רפלוקס בציסטוגרפיה. ב-80 (30%) יילודים נמצאו ממצאים פתולוגיים אחרים מלבד הרחבת אגנים, ומתוך אלו ב-19 יילודים (24%) נמצא רפלוקס. בסך הכל מתוך 190 יילודים עם א"ס אחר לידתי לא תקין, ב-63 (33%) נמצא רפלוקס בדרגות שונות. מתוך היילודים עם רפלוקס ל-85 מהם היה רפלוקס בדרגה קלה. ציסטוגרפיה חוזרת נעשתה ל-18 יילודים בגיל שנה, ב-10 מתוכם (56%) הרפלוקס נעלם. ב-74 יילודים (28%) לא נמצא כל ממצא אחר לידתי חוזר בגיל שבוע ו-5 שבועות. מתוכם רק ב-5 ילדים הייתה ציסטוגרפיה פתולוגית (5.5%). מתוך ה-5, ל-4 ילדים היה רפלוקס קל מאוד ובילד החמישי נמצא POSTERIOR URETHRAL VALVE. מסקנת החוקרים הייתה כי במקרים של הרחבת אגני כליה בא"ס טרום לידתי, אין צורך מייד ואוטומטי בביצוע ציסטוגרפיה. לצורך מעקב יש לבצע בדיקות אולטראסאונד אחר לידתי. במידה ושתי בדיקות א"ס אחר לידתי הן תקינות, הסיכוי לפתולוגיה כלליתית הנו נמוך מאוד. מאידך גיסא מראים מצאי המחקר כי באחוז ניכר עם הרחבת אגנים פתולוגית קיים רפלוקס כליתי או אנומליות משמעותיות אחרות בכליות ודרכי השתן.

שוניים על בסיס אכינצאה מצא שוני ברכיבים הפעילים בין תכשירים המיוצרים ע"י חברות שונות, וכן שוני בין אצוות שונות של אותה חברה. לסיכום, קובעים מחברי המסמך, אין עדות משכנעת שאכינצאה מקטינה חומרת URTI או מקצרת את משך הסימפטומים. כמו בשאר תוספי המזון, ניקיון התכשירים השונים וחוזקם המדויק אינו ידוע, וכאמור דווח על תופעות לוואי אלרגיות. הערה: ד"ר כהן ורשת המחקר של רופאי הילדים בקהילה ערכו מחקר קליני על התכשיר "חיזוקית" המכיל פרופוליס, אכינצאה וויטמין c, נבחנה והוכחה יעילות התכשיר במניעה וטיפול בתחלואת חורף העמדה נשלחה לפרסום.

The Medical Letter, April 1, 2002

תוצאות בדיקת ציסטוגרפיה ביילודים עם ממצאים פתולוגיים בבדיקת אולטרא-סאונד כליות תוך רחמי.

השימוש הנרחב בבדיקת אולטראסאונד (א"ס) תוך רחמי והשיפור הניכר בטכנולוגיה ובמכשור הקשור בבדיקה זו הביאו לגילוי מוקדם של אנומליות כלליות במספר רב של עוברים. כאשר הממצאים מצביעים על אנומליות קשות בכליות או בדרכי השתן למשל כליות דיספלסטיות או הרחבת אגנים משמעותית אין ספק בקשר לצורך במעקב וטיפול. אולם, הגישה הטיפולית לממצא של הרחבת אגנים טרום לידתי עדיין שנויה במחלוקת. בהעדר הסכמה בקשר לטיפול והבירור באותם יילודים, והצורך הברור להימנע מפעולות אבחנתיות הכרוכות באי נוחות ובקרינה יתרה, נבדק באופן פרוספקטיבי הערך של שתי בדיקות אולטראסאונד חוזרות ביילודים עם ממצא של הרחבת אגנים בא"ס טרום לידתי. במהלך המחקר נבדקו 264 יילודים עם ממצאים של הרחבת אגנים במהלך ההריון. הרחבת אגנים הוגדרה מעל 4 מ"מ לפני גיל 33 שבועות או מעל

מחקרים קליניים שנערכו באכינצאה? ידועים שלושה מחקרים קליניים בהם נבחנה האכינצאה במניעת URTI, המחקר הראשון, על 302 מתנדבים, בחן בשיטה אקראית מול אינבו את השאלה, והגיע למסקנה שלא היתה יעילות במניעה: היארעות ה-URTI, או אחוז מתוך הקבוצה שפיתחו URTI היתה שווה בשתי הקבוצות. המחקר השני על 109 משתתפים שארך 8 שבועות, לא הוכיח אף הוא יעילות מול אינבו בהיארעות, משך או חומרת ה-URTI. המחקר השלישי בחן את ההגנה האפשרית של מקבלי אכינצאה בפני יצירת URTI על ידי הזלפה ישירה של רינווירוס לריריות האף לא נצפתה הגנה כזו. שלושת מחקרי המניעה לא הראו, אם כן, יעילות כלשהי. כאשר נבחנה יעילות האכינצאה בטיפול בחולי URTI, הסתבר שמחקרים רבים בדקו את היעילות של תכשירים משולבים המכילים מספר חומרים נוסף לאכינצאה (לדוגמה - פרופוליס, ויטמין c) מובן שאי אפשר להתמקד במחקרים אלו על האכינצאה בלבד. נערכו מספר מחקרים שהשתמשו באכינצאה בלבד. סך הכל השתתפו במחקרים הללו כ-100 איש, והשתמשו הבם בסוגים שונים של אכינצאה ובחלקים שונים של הצמח. בכל המחקרים הללו נמצאה יעילות אכינצאה על פני אינבו בהקטנת חומרת הסימפטומים של URTI או קיצור משך ה-URTI. אולם, כותבי מסמך ה-Medical Letter, מביעים ספקות באשר לתקפן של תוצאות המחקרים הללו, עקב ליקויים בשיטות המחקר: הטעם של האכינצאה מאוד דומיננטי, ויתכן שהפריע לסמיות במחקרים בחלק מהמחקרים היה חסר קריטריונים ברורים לגיוס חולים או למשך הטיפול, החולים בחלק מהמחקרים הפסיקו את הטיפול כשחשו יותר טוב מוקדם מכפי שהיו אמורים לעשות זאת ועוד. ומה באשר להתופעות הלוואי? קיימים דיווחים בדדים על רגישות אלרגיות, ואריתמה נודוזום מחקר שבחן שימוש בהריון לא גילה שכיחות יתר של מומים מולדים. לגבי דרגת הניקיון של תכשירים שונים הנמכרים בבתי המרקחת, מחקר שהשווה 12 מוצרים

הודעות ועד חיפ"א

סנת החיאה מתקדמת ברפואת ילדים Pediatric Advanced Life Support (PALS)

קהל היעד: רופאים, אחיות ופרמדיקים, מומלץ למתמחים ולרופאי ילדים בביה"ח ובקהילה, רופאים במחלקות לרפואה דחופה (מיזן) וטיפול נמרץ, רופאי צה"ל וכמו כן, לכל אחות, פרמדיק או רופא העשוי לטפל בילד במצב דחוף או קריטי.

מועדי הקורסים:	
12-13/05/03	ב-ג מאי 12-13/09/02
9-10/06/03	ב-ג יוני 10-11/10/02
9-10/07/03	ד-ה יולי 14-15/11/02
דצמבר ה-ו	
ינואר ב-ג	
פברואר ב-ג	
מרץ ב-ג	
אפריל ב-ג	
12-13/12/02	ה-ו דצמבר
10-11/09/03	ד-ה ספטמבר
20-21/10/03	ב-ג אוקטובר
17-18/11/03	ב-ג נובמבר
8-9/12/03	ב-ג דצמבר

משך כל קורס יומיים

המקום: בניין המחקר ע"ש פלזנשטיין, קמפוס בילינסון, פי"ת

שכר: 650 ש"ח

לימוד: לתאום מועדי ההשתתפות בקורס, נא לפנות אל איריס או סבטלנה טל: 03-9253777, 03-9253661 או בקסט: 03-9223011, **לפרטים נוספים:** סוניה כשר, לימודי המשך רפואה, ואני ת"א אל: 03-6409228

חברי וחברות חיפ"א

הינכם מזמנים בהמוניכם
להירשם לאתר חיפ"א
שתי אפשרויות ההרשמה הן:
1. באתר עצמו, בכתובת

www.pediatrics.co.il

2. לשלוח פריטים: שם, כתובת, טלפון,
התמחות, וכתובת E-mail ידכנית.

לפקס: 03-6770022

ההרשמה ללא תשלום

החודש באתר pediatrics.co.il
החברה הישראלית לרפואת ילדים בקהילה חיפ"א
העניין המרכזי: מחקר בסיסי ליישום בפועל
כיצד ישלחו בפועל ממצאי מחקר בסיסי בנושאים
שונים ברפואת ילדים, במהלך שנות התשעים.
מאמרים:

- * חרדת הורים בעקבות גילוי אוולת זרימה פשוטה
- * גורמי סיכון לסיבוכי סכרת
- * על עששת ורפלוקס קיבה ושט
- * אטרוסקלרוזיס-כבר ברחם

מה דעתכם? סקר חופאים-מהו היחס לנציגי
חברות התרופות במסגרת המרפאה?
מה ברשת? ISABEL אתר שנועד לספק אבטחה
מבדלת למגוון סימנים.