



יצרנית משפחת אנפמיל, נוטרמיגן, ופרג'יסטמיל.  
1-800-22-6470



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



ועד חיפ"א ומערכת הפדיטון מודים לדר' אלי הרינג העורך היוצא ולמערכת היוצאת של הפדיטון על עבודתם הברוכה בעיצוב העיתון והעברת מסריו.

הפדיטון ישנה מעט מצורתו. עיקרו יהיה תקצירי מאמרים והערות עורך (בסגנון PEDIATRIC NOTES). העדיפות בבחירת התקצירים תהיה על פי: 1. מידע החשוב לרופא בקהילה, 2. עיתון זמין, 3. מאמר שפורסם מישראל. המעוניינים מוזמנים לשלוח תקצירים של עד חצי עמוד תוך הדגשת חשיבות המאמר לדוא"ל של העורך. שמות הכותבים יפורסמו במדור המשתתפים. בנוסף לכך יהיו מדורים נוספים ובהם: 1. מידע עדכני לחברי חיפ"א בנושאים שונים, 2. מדור שאלה ותשובה (A & Q) – בנושאי רפואת ילדים בקהילה. המעוניינים מוזמנים לשלוח את שאלותיהם לדוא"ל העורך. המעניינות והחשובות יזכו לתשובת המומחים המובילים. 3. מדור כתובות אינטרנט של אתרים חשובים – המעוניינים מוזמנים להעביר את הכתובות.

החודש נערכו בחירות ליו"ר וועד איגוד רופאי הילדים. אנו מודעים לדעות והצהרות המועמדים למשרת היו"ר ולמשרות חברי הוועד – לחשיבות הרפואה בקהילה, שילובה במסגרת האקדמית ולצורך בשינוי והתאמת ההתמחות לצרכים האמיתיים בקהילה. כעת לאחר הבחירות, אנו מאחלים הצלחה ליו"ר הנבחר – פרופ' פרנסיס מימוני ולחברי הוועד הנבחרים פרופ' שי אשכנזי, פרופ' אשר טל, ד"ר אלי גזלה וד"ר שמעון ברק, ומקווים לשיתוף פעולה פורה לקידום היעדים המשותפים.

ועד חיפ"א ניסח ניר עמדה לגבי הראיה הכוללת של קידום נושא רפואת הילדים בקהילה – החל משלב הלימודים, הדרכת סטודנטים, תוכנית ההתמחות – המסמך מפרט את הצורך בהגדרה כמותית ואיכותית לגבי הדרכה, שהות במרפאות הקהילה, בחינוך, שלב א' ושלב ב', מדעי יסוד. המסמך יוגש לעיון הגופים הנוגעים – פקולטות, מועצה מדעית, מנהלי מחלקות הילדים, מנהלי הקופות והגופים בקהילה בהם יתבצעו ההדרכות וההסמכות.

אנו מודעים לקשיים ולשינויים הכרוכים בנושא – אך הצורך הוא אמיתי, נדרש ומחויב המציאות. אנו בתחילת הדרך ומחויבים לה.

הוועד מתכנן את הפעילות האקדמית לשנה הבאה כאשר הדגש יושם על נושא מרכזי שיהווה את "עמוד השדרה" לכנסים שיערכו.

המטרה תהייה להגיע למספר הרב ביותר של משתתפים – וזאת ע"י תוכנית מגוונת, כנסים במיקומים שונים ושיתוף הכוחות בקהילה.

ד"ר גור שמואל

## רכב חלב אם לאחר עיסוי השד לעומת הרכבו ללא עיסוי

של חלב מקבוצת נשים מניקות המתקבל לאחר עיסוי השד, בהשוואה להרכבו ללא עיסוי מקדים. דגימות החלב נלקחו לפני ואחרי עיסוי השד מ-20 נשים בריאות ומניקות בלבד ב-3 חודשי ההנקה הראשונים ומ-19 נשים בתקופת הנקה שמעל 3 חודשים.

דגימות החלב נבדקו לתכולת השומן, החלבונים (קזאין ומי גבינה) והלקטוז. תכולת השומן והערך הקלורי היו גבוהים יותר באופן משמעותי בחלב שהופק לאחר עיסוי השדיים, בתקופת

שיטת עיסוי מיוחדת של השדיים בנשים מניקות תוארה ביפן ונקראת ע"ש ממציאתה – שיטת Oketani. כיצד יכול להשפיע העיסוי על שינוי הרכב החלב? ידוע שהחלב "האחורי" בשד עשיר יותר בשומן מאשר החלב "הקדמי". יתכן שהעיסוי מגדיל את כמות החלב האחורי ומקדם אותו לכוון הפטמה. הרכב החלב יכול להשתנות גם כתוצאה מהפרשת הורמונים כמו אוקסיטוצין ופרולקטין אשר גוברת כתוצאה מהעיסוי.

בעבודה ניבדק הרכבו התזונתי והקלורי

### עורכים:

דר' דני מירון, דר' שמואל גור

### שותפים:

דר' אנתוני לודר, דר' אבי און, דר' שרון צחוריק, דר' יהודה סנצקי

### תובת מערכת:

מחלקת ילדים א' מרכז רפואי העמק, עפולה 18101  
טלפון 03-6494316/216  
דוא"ל – miron\_da@clalit.org.il

יש צורך במחקרים נוספים שיבצעו בצורה מבוקרת אקראית וסמויה. במידה ומחקרים אלו יתמכו בתוצאות, יהיה מקום ללמד את האחיות ואת האימהות את טכניקת עיסוי השדיים המיוחדת והמעניינת הזו.

Composition of milk obtained from unmassaged versus massaged breasts of lactating mothers Foda et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. May 2004.

את הגדילה וההתפתחות של תינוקות יונקים, בעיקר בשלב ההנקה המאוחר, שלב שבו מוספים לכלכלת ההנקה גם מרכיבי מזון נוספים.

**הערת המערכת:** אף כי זהו מחקר ראשון מסוגו שלוקה בחסר בין היתר בכך שלא נעשה בצורה אקראית ומבוקרת, יש בו עניין רב, בתקופה שבה הזנה בחלב אם מקובלת על הכל ככלכלה המספקת את כל צרכי התינוק בגיל שעד 6 חודשים.

ההנקה המאוחרת, אך לא בתקופת ההנקה המוקדמת. לעומת זאת ריכוז הקזאין עלה בעקבות העיסוי בתקופת ההנקה המוקדמת, אך לא באופן משמעותי בתקופה המאוחרת. ריכוז הלקטוז לא השתנה בעקבות העיסוי. המסקנות של המחקר הן שעיסוי השדיים של נשים מניקות יכול לשפר את התכולה הקלורית של החלב האם בכ-10% ואיכותו על ידי העלאת ריכוז השומן הקזאין. עיסוי זה יכול לשפר

## נחיות חדשות של ה־WHO לשימוש מתאים בחומרים וטיפולים ברפואה אלטרנטיבית

משום שבמתפחות (מכון) בין היתר בגלל חוסר האמצעים חלק הארי של הרפואה הוא עדיין הרפואה המסורתית. **הערת העורך:** זהו מסמך ארוך וחשוב המנסה להתמודד בכלים סטנדרטיים עם הרפואה החלופית תוך שהוא מטיל דגש רב על הבטיחות של המטופלים. שווה להתמודד איתו.

New WHO guidelines to promote proper use of alternative medicines – June 2004  
<http://www.who.int/medicines/library/trm/Consumer.pdf>

על ידי דיקור סיני. ובנוסף השימוש בחומרים אלה עלול לעלב אבחון וטיפול נכון במחלות. ומאחר ורפואה זו אינה נמצאת תחת ביקורת, צרכניה חייבים להיות מעודכנים נכון לגבי היעילות והבטיחות של טיפול או תרופה. הארגון מתריע מפני תופעות לוואי שכרוכות בשימוש של טיפולים "חלופיים". ההערכה היא שב-3 השנים האחרונות מספר תופעות הלוואי שדווחו עלה פי שלוש, והגיע לעשרות אלפים בסין בלבד. הבעיה היא בעיקר במדינות המפותחות

אירגון הבריאות העולמי (WHO) פירסם בחודש יוני 2004 הנחיות לשימוש מבוקר ומתאים החומרים וטיפולים במסגרת הרפואה החלופית. חלק הארי של התרופות והטיפולים ניתנים ללא מרשם, אין בקרה על איכות החומרים, ולכן מספר הדיווחים של הרעלה ותופעות לוואי הולך וגדל. עוד בעיה היא חוסר מוחלט של פיקוח או סטנדרטיזציה של האנשים שעוסקים בטיפולים אלה. למשל מנורווגיה מדווחים על פציעות קשות שנגרמות

## יגיינת ידיים של רופאים – אמונות ותפיסות

בהמשך לחולים שעלולים להידבק מהם באמצעות ידינו שלא עברו חיטוי מספק. אף כי העבודה נעשתה בבית החולים יש לה רלבנטיות רבה לרופא הילדים בקהילה ביחוד לאור הפרסומים האחרונים על העונת נמוכה לרצח ידיים בקרב אחיות הקהילה. אנו חייבים לדעת להאמין ולבצע את היגיינת הידיים. מעבר לאחריותנו לדאוג ולדרוש שאמצעי החיטוי כולל תמיסת אלכוהול לחיטוי מהיר של הידיים יהיו זמינים, אנו אלה שצריכים להוביל את התהליך במרפאותינו בין היתר ובעיקר על ידי שנשמש מודל לכפופים לנו.

Pittet D et al. Hand Hygiene among Physicians: Performance, Beliefs, and Perceptions. Ann Int Med. 141: 1-8. July 2004.

משמשים מודל התנהגות לחבריהם ולכפופים להם, 3. שהיה להם יחס חיובי לרחצת ידיים לאחר מגע עם חולה, 4. שאמצעי היגיינה היו נגישים וזמינים להם. שיעור היענות נמוך נמצא בקרב רופאים שהיו: 1. עמוסי עבודה, 2. עסקו בפעילויות שבהן יש סיכוי רב להעברת זיהומים, 3. בקרב מומחים מדיסציפלינות מסוימות (כירורגיה, הרדמה, חדר מיון). המסקנות הן שהיענות להיגיינת ידיים תלויה בעומס ובלחצים בזמן העבודה ובזמינות האמצעים לביצועה אך גם לא פחות חשוב, ביחס חיובי ובאמונה שכך שהרופא הנוקט בפעולה זו יכול לשמש דוגמה לשאר חבריו.

**הערת העורך:** כולנו לוקים בהיענות להיגיינת ידיים ביחוד ברפואת ילדים בה אנו נחשפים הן לחולים מדבקים והן

היגיינת ידיים (חיטוי הידיים על ידי רחצת ידיים נכונה או על ידי תמיסה אלכוהולית לחיטוי מהיר) מהווה את הכלי היעיל ביותר למניעת העברת זיהומים במוסדות רפואיים. שיעור היענות להיגיינת ידיים בקרב רופאים הוא עדין נמוך מאד. המחקר שהתנהל בבית חולים בשוויץ בדק גורמי סיכון לחוסר הקפדה על היגיינת ידיים על ידי רופאים וכמו כן בדק אמונות ותפיסות של רופאים בקשר לכך. המחקר נעשה על ידי תצפית על הרופאים בפעולות שונות במשך יום העבודה ועל ידי שאלון למילוי עצמי לרופאים.

**תוצאות:** מקרב 163 רופאים שהשתתפו במחקר שיעור ההיענות להיגיינת ידיים היה 57%. שיעור היענות גבוה נמצא בקרב רופאים ש: 1. ידעו שהם מתוצפתים, 2. חשבו שבכך הם



# שמנה בקרב ילדים ומתבגרים: גורם סיכון לחסר ברזל

שתינוקות שמנים מגיעים למצב של חסר ברזל מהר יותר מתינוקות רזים בגלל חוסר האיזון בתזונה הרי הדבר מוכח גם בילדים ומתבגרים שמנים. המעקב אחר רמת הברזל לאחר גיל שנה לוקה בחסר ורצוי לגבש הנחיות עבור רופא הילדים הראשוני בקהילה.

Nead GK et al. Overweight children and adolescents: A risk group for iron deficiency. Pediatrics.2004;114:104-108

בסיכון של פי 2 לחסר ברזל בהשוואה לילדים במשקל תקין. הסיבות לחסר ברזל שונות וביניהן: השפעות גנטיות, חסר פעילות גופנית ותזונה לא מאוזנת. בהתחשב בכך שלחסר ברזל השפעה חיובית על התפתחות התנהגות ולמידה בילדים ובמתבגרים הרי לתוצאות אלה משמעות רבה. אם נתונים אלה נכונים אזי יש לשקול את שינוי ההנחיות בעניין איתור חסר ברזל בילדים ולהתמקד גם בילדים בעלי עודף משקל. **הערת העורך:** אם בעבר למדנו

שכיחות ההשמנה בילדים ובמתבגרים מטפסת לממדי מגפה עם השלכות בריאותיות קשות. בארה"ב נבדק הקשר בין חסר ברזל לעודף משקל. נבדק מדגם לאומי מייצג של ילדים בני 16–2 שנים ונלקחו מדדים של: ברזל הדם, ערכי ריויון הטרנספריין, רמות הפרוטופורפירין והפריטין ומדדים נוספים. חסר ברזל נחשב כאשר 2 מהמדדים היו חריגים ועודף המשקל נקבע על פי BMI. במדגם של 9698 ילדים ומתבגרים נמצא ש-10.2% היו עם עודף משקל ואלה היו

# שמנה בקרב ילדים ומתבגרים

כמו מציאת נקודות החוסר איזון בתפריט ובפעילות הגופנית המביאים כולם להשמנת יתר ולסיבוכיה.

**הערת המערכת:** (כולל גם לגבי המאמר הקודם) אין שום ספק שבעולם המפותח בכלל ובישראל בפרט ההשמנה מהווה סכנה הולכת וגוברת לבריאות הילדים ולא בכדי משודרות כעת שתי תכניות טלביזיה מקבילות העוסקות בהשמנה ובכללה בילדים. השמנה בילדים מהווה את אחד הקמפיינים שלה שותפת חיפ"א. ההרגשה היא שלמרות שישנם מרכזים לטיפול בבעיה על כל היבטיה, הגישה היא לא מערכתית, לא מתואמת ואינה זמינה באופן חופשי ונגיש לכל ילד (למשל מקום המרכז והאם ניתן לקבל אישור מקופת החולים). משרד הבריאות ואיגוד רופאי הילדים ובתוכו חיפ"א וחיפ"ק צריכים להפוך נושא זה לחם ולפתח בתוך זמן קצר מערכת שתעסוק בחינוך למניעה וטיפול בבעיה באופן שיהיה זמין ונגיש לכל משפחה.

Dietz WH. Overweight in Childhood and Adolescence  
NEJM FEB. 2004; 350:855-857

**2. תקופת "adiposity rebound" (או "Rebound of the body mass index")** מוגדרת כתקופה בה יש עלייה משמעותית ב-BMI לאחר הגעת המשקל לערך מסוים בגיל הילדות. ככל שה-BMI ערכו האבסולוטי גבוה יותר בילדות כך הקפיצה של ה-BMI תהייה מוקדמת יותר, וקשורה ל-BMI המייצג השמנת יתר בבגרות ועלייה בתחלואה כמו סוכרת. הבעייתיות בהגדרה של תקופה זו היא שניתן להגדירה רק רטרוספקטיבית ולפיכך קיים קושי באיתור.

**3. תקופת גיל ההתבגרות** – עלייה במשקל בתקופת גיל זה קשורה להשמנת יתר בבגרות. הסיכון לעלייה במשקל בתקופה זו גבוה יותר לנערות מאשר לנערים. הגורמים אשר משפיעים על העלייה במשקל הגוף, ובהתפזרות השומן באזור הבטן מעלים את הסיכון לסיבוכי השמנת יתר.

בחינה עתידית של שלוש תקופות קריטיות אלו תתרום להבנת המנגנון העומד בבסיס תחילת ההשמנה בגיל הצעיר. יידרש מאמץ למציאת הגורמים השונים בכל אחת מהתקופות הללו,

השמנה מוגדרת כ-BMI שווה או מעל אחוזון 95 לילדים בני אותו הגיל והמין. בסקר האחרון שבוצע בארצות הברית עולה כי שכיחות ההשמנה הוכפלה בילדים בגילאים 11–6 שנים ושולשה בגילאים 17–12 בין השנים 1980–2000. התקופה הקריטית לעלייה במשקל או להשמנה מוגדרת כזמן בו הסיכון לתחילת הסיבוכים או שמירה על משקל עודף או השמנת יתר עולה. יש חשיבות אי"כ לאתר את התקופות הקריטיות ע"מ למנוע ההשמנה באוכלוסיות פגיעות לכך. משקל עודף אינו מהווה רק בעיית אסתטית. לכ-60% מהילדים והמתבגרים השמנים יש לפחות גורם סיכון אחד למחלות לב וכלי דם וליותר מ-25% יש 2 גורמי סיכון. סוכרת מסוג 2, שאחד מגורמי הסיכון העיקריים לה היום היא ההשמנה מוערכת בין 8 עד 45% מכל מקרי הסוכרת החדשים בילדים ומתבגרים.

קיימות 3 תקופות קריטיות להתפתחות וקביעון של עודף משקל:

**1. התקופה הפרה נטאלית** – משקל גבוה בלידה לגיל ההיריון -סיכון יתר להשמנה עתידית.



## חזרת נוזלים פומית או דרך הוריד בילדים עם דלקת מעיים



עבודה זו מכוונת ליעילות והבטיחות של החזרת הנוזלים בדרך אנטרלית ובמיוחד יש לתת את הדעת לשימוש בזונדה שלדעתי הוא בטוח, יכול להינתן על גם על ידי אחות (אם תקבל את ההכשרה ואישורים המתאימים), והוא אפקטיבי כמו מתן הנוזלים לוריד.

Fonseca BK. Enthrall vs Intravenous Rehydration Therapy for Children With Gastroenteritis. A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials Arch Pediatr Adolesc Med. 2004;158:483-490.

לוואי חמורות כולל פרכוסים ומוות, והפחתה משמעותית במשך האשפוז. לא היה הבדל בהחזרת המשקל בין שתי הקבוצות. כישלון הטיפול האנטרלי היה 4%.

המסקנות הן שהחזרת נוזלים פומית או על ידי זונדה היא בטוחה יותר ואף כרוכה המשך אשפוז קצר יותר.

**הערת העורך:** החזרת נוזלים לילדים עם ציחיון על ידי עירוי היא נוהג נפוץ במרכזי ילד ובמרפאות הילדים בקהילה.

אנליזה של עבודות שבוצעו בצורה אקראית או חצי אקראית שבדקו את היעילות והבטיחות של החזרת נוזלים דרך הוריד בהשוואה למתן אנטרלי (ישירות למעי) פומי או על ידי זונדה. בילדים שהיו צעירים מגיל 15 שנים שאושפזו עקב דלקת מעי חדה. סקר הספרות העלה 16 מחקרים שבוצעו ב-11 מדינות והתאימו לאנליזה ובהם נכללו 1545 ילדים. בילדים שטופלו בנוזלים פומית היו ב-70% פחות תופעות

## לדים שאינם מחוסנים: מיהם והיכן הם מתגוררים



חיסונים, חלקי או מלא. מערך מתן החיסונים בישראל שונה מזה שבארה"ב אך גם יש לא "מחוסנים" מיוזמות של קבוצות ובודדים "הנגועים" באי-מתן חיסונים בגלל חששות או אמונות שונות.

Smith JP et al. Children who have received no vaccination: who are they and where do they live. Pediatrics.2004; 114: 187-195.

במרכז ערים. ילדים שלא חוסנו כלל היו בעיקר בנים ממשפחות לבנות ואמידות, לאמהות נשואות שסיימו בייס תיכון ואשר לא נתנו את החיסונים בגלל חשש מתוצאות הלוואי של החיסונים. לרופא הילדים הייתה השפעה מעטה על החלטתם בעניין החיסונים.

**הערת העורך:** ישנה חשיבות רבה לאיתור קבוצות אוכלוסייה הנמצאות בסיכון להידבקות ממחלות בשל חוסר

סוגיית אי-מתן חיסונים לילדים אינה יורדת אף פעם מסדר היום. בארה"ב נעשתה הערכה לגבי שיעור הלא מחוסנים בכלל והמחוסנים חלקית בקרב פעוטות בני 35-19 חודשים. נבדק מדגם לאומי מייצג מהשנים 2001-1995 ונמצא שילדים שחוסנו חלקית היו ממוצא אפרו-אמריקאי, לאמהות צעירות עניות ולא נשואות שלא סיימו בייס תיכון ואשר התגוררו

## ראמין או לא פראמין לטיפול בקהילה בילדים הסובלים מהקאות



המשתמשים בה עושים זאת במרפאה במקביל להחזרת הנוזלים תחת השגחה ובזירות תוך שהם מקפידים לשלול גורמים חמורים להקאות ובדרך כלל מעדיפים הרופאים מנה אחת. אפשר אם כן לסכם שיש לנקוט משנה זהירות בעת השימוש בתרופה, להשתמש בה רק אם אין שום ברירה אחרת במרפאה בלבד תחת השגחה, ולאחר שנקטו צעדים לשלילת אבחנות חמורות שעלולות להיות מטושטשות. צריך שיהיו במרפאה התרופות לטיפול בתופעות הלוואי (קמדרין או וליום).

מעי או דלקת קרום מוח ויש על כך תיעוד. זו הסיבה שבחלק ממחלקות הילדים בארץ קיימת המלצה לרופאי הקהילה שלא להשתמש בה. באנגליה לדוגמה התרופה מוגבלת בשימוש בחולים הצעירים מגיל 20 שנה אלא בהקאות קשות ללא שניתן למצוא מוקד וכן בחולים עם מחלות ממאירות שבהן ההקאות נגרמות כתגובה לכימותרפיה. אם ניתן לסכם את הדיון שבו השתתפו רופאי ילדים מומחים רבים אפשר לומר שמרבית הרופאים נמנעים לגמרי משימוש בתרופה ואינו נצרך לה ואלה

באחרונה התנהל באחרונה התנהל ברשת המחקר של הרופאים בקהילה (IPRONET) דיון מעניין שענינו – האם מומלץ לטפל בקהילה בפראמין בילדים הסובלים מהקאות. כידוע פראמין היא תרופה הנמצאת בשימוש מזה זמן רב להתוויה זו, אין הוראת נגד ואין הנחיה של משרד הבריאות או איגוד רופאי הילדים שלא להשתמש בה בקהילה. יחד עם זאת הדיווחים על תופעות לוואי בעיקר האקסטרא פירמידליות ידועים וכמו כן טיפול בתרופה עלול לטשטש סימני מחלה חשובים אחרים כחסימת