

פדיטון Pediton



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

רפואת הילדים בקהילה:

שינויים ותמורות במסגרת

הקדמה

השרות הרפואי לילדים עובר שינויים בגלל הטכנולוגיה המתקדמת, כמו חיסונים ומניעת מחלות זיהומיות קשות, ובגלל שיעור המומחים ברפואת הילדים ההולך וגדל בקהילה. כובד המשקל של השרות עובר מבתי החולים לקהילה. מצב זה יוצר מספר מצוקות במערכת:

1. רופא הילדים בקהילה

רופא שעובד "בודד" במרפאה, עם קשרים מינימאליים לעמיתים.

עם הצורך לראות מספר גדול של ילדים, בשעה וביום עבודה, בשל לחץ אדמיניסטרטיבי (זמינות והכנסה). דבר היוצר אצל הרופא מספר תופעות שליליות לאורך הזמן.

א. תחושת שחיקה וחוסר עניין במקצוע.

ב. חוסר עניין בהשתלמות, חוסר התעדכנות ורענון מקצועי.

ג. אין אווירה, תמריץ, תחרות להוראה, קריאה וכתובה. ככל שקצב ההתחדשות ברפואה הולך ומתקדם, כך אותו רופא ילדים בודד במערכת נשאר מאחור.

ד. הרופא הופך להיות למרכז הפניות לרופאים מומחים במקצועות העל, ללא כל עניין ומעקב אחר החולים ("הלקוחות"?). הנמצאים בטיפולו. ה. איכות השירות והעניין שלו ברפואת הילדים הולך ופוחת.

כל האמור לעיל פוגע באיכות השרות ברפואת הילדים והוצאה גבוהה לקופות החולים עבור בדיקות, הפניות ואשפוזים מיותרים.

2. קופות החולים

א. עדיין מרבית המומחים ברפואת ילדים מעדיפים להישאר בבתי החולים או לחילופין מחפשים התמחות במקצועות העל, בגלל האמור בפרק הקודם. לקופות קשה למצוא רופאי ילדים מומחים להעסקה בקהילה. ב. רמת רופא הילדים המומחה בקהילה הולכת ופוחתת לאורך השנים. אי לכך, למרות שכובד המשקל של השרות ברפואת ילדים עבר לקהילה, איכות השירות אינה נשמרת ברמה הנדרשת.

על הקופות לתגבר את מערכת הרפואה הראשונית בקהילה כדי שזו תינתן ברמה שניונית.

3. אוניברסיטאות

ההוראה ברפואה מתבצעת כיום, כמעט כולה, בכותלי בתי החולים וזאת בעיקר משיקולים תקציביים (שפעלו עד כה) ומשיקולים של הכשרת כוח האדם להוראה ומחקר הקיימת בינתיים רק בבתי החולים, שהם עד כה היחידים המסונפים לאוניברסיטאות. יחד עם זאת, עם הגדלת מספר הסטודנטים לרפואה, והתרחבות הרפואה בקהילה, קיים צורך במתקני הוראה והדרכה גם מחוץ לבתי החולים. במיוחד ברפואת הילדים, יש לחשוף את הסטודנטים והמתמחים, לא רק לרפואה בבתי החולים, אלא כמה שיותר לרפואת הילדים בקהילה, שלשם נועדו מרביתם.

העורכים:

ד"ר שמואל גרוס
ד"ר שמואל גור

משתתפים:

ד"ר יאיר בר דוד
ד"ר הדו ירדני
ד"ר דני מירון
ד"ר מרי נופי-ברהום
ד"ר זאב צנטנר



לכל סימפטום פתרון עם יתרון



1800-22-64-70

הצעה לארגון מחדש של רפואת הילדים בקהילה

של תחרות בין הרופאים, עם אפשרות לקידום אקדמי, לעודד הוראה וכתובת מחקרים במסגרת האזור ולפקח על איכות השירות הרפואי, באזור לו הוא אחראי, בדיוק כמו מנהל המחלקה בבית החולים.

מנהל המרכז לבריאות הילד, יהיה רופא ילדים בכיר אשר ישמש גם כמנהל "המחלקה" האזורית. הוא ירכז סביב למרכז את רופאי הילדים ה"בודדים" ויארגם: לקידום איכות הטיפול הרפואי, לדיונים משותפים Journal club, תיאור מקרים, התייעצות במקרים חריגים, הוראה ופעולות מחקריות, וקידום אקדמי.

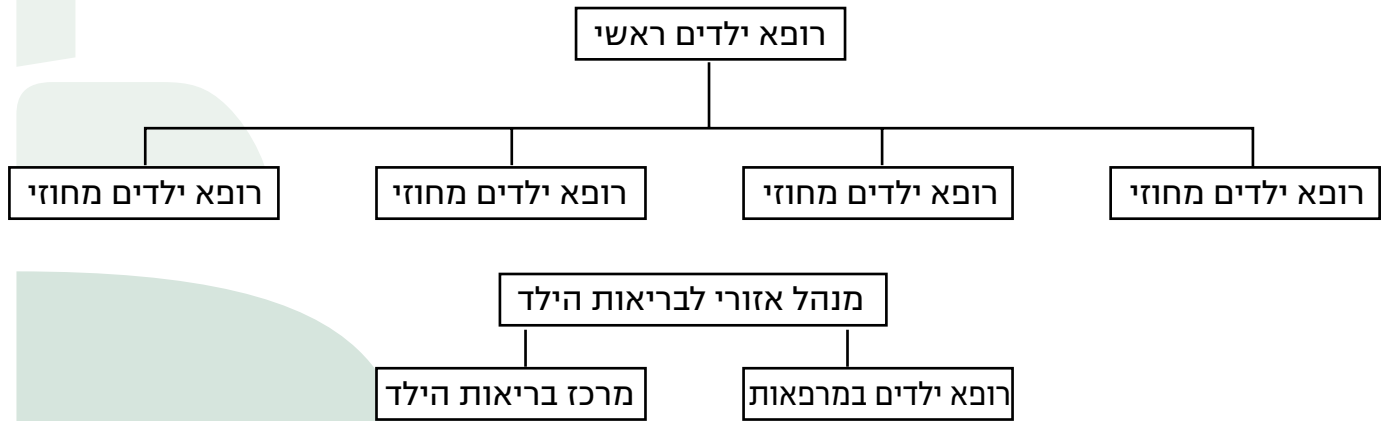
כדי לשמור על האווירה של קידום, רענון, אי שחיקה, הרגשת השתייכות ועבודה בצוות, על קופות החולים המעוניינות לשפר את האיכות של רמת השירות שלהן ברפואת ילדים, לעשות שינוי במסגרת השירות.

הקופות חייבות ליצור בקהילה, מסגרות של שירות במתכונת של "מחלקות" הילדים בבית החולים.

מרכז אזורי כזה יכול לשמש להוראת סטודנטים והכשרת מתמחים ברפואת ילדים בקהילה. על כל המרכזים לבריאות הילד, באזורים השונים של קופות החולים, יפקח רופא ילדים ראשי או הממונה על רפואת הילדים בקופה. תפקידו של הרופא האזורי, לשמור על אוירה

בכל אזור גיאוגרפי יפעל מרכז לטיפול בילדים. במרכז זה ישרתו מספר רופאים מומחים ושאינם מומחים (בשלב ראשון), כאשר המרכז יצויד בציוד המתאים לטיפול שניוני ואף להשהיית ילדים.

קופ"ח



*בקופות הקטנות אפשר לוותר על דרג רופא הילדים המחוזי.

סטטיסטיקאים העומדים לרשות החוקרים בקהילה, עורכים מיומנים לכתובת הצעות מחקר, תקצירים ומאמרים.

המתמחים במשך שנה בקהילה (מימון זה יתקזז מנפשות הרשומות למתמחה) ומימון להעלאת הרמה האקדמית של האתר כמו: ספריה ועוד.

2. על המועצה המדעית של הר"י להכיר באזורים אלו (לאחר בדיקה ובקרה) כאתר המוכר למתן התמחות למשך 1 שנה, לרופאים המתמחים ברפואת ילדים.

כל קופה אשר תעמוד בתנאי הארגון מחדש של השירות ברפואת ילדים בקהילה, תוכר ע"י הר"י והחברה הישראלית לרפואת ילדים בקהילה כקופה הנותנת שירות איכותי לילדים.

5. מן הראוי שרבים מן המחקרים המתבצעים ברפואת ילדים יהיו מתוך הקהילה, משום שכיום מחקרים המבוצעים בבתי החולים לא ניתנים להכללה באוכלוסיית הילדים הגדולה הנמצאת בטיפול בקהילה. יש צורך שהקופות יקימו מערך לוגיסטי לסיוע בביצוע מחקרים קהילתיים: ועדת הלסינקי קהילתית, צוות

3. על האוניברסיטאות להכיר באזורים אלו (לאחר בדיקה ובקרה) כאתר המוכר להוראת סטודנטים.

4. קופות החולים חייבות במימון סינון אתרים קהילתיים אלו לאוניברסיטאות. מימון כמו: מינויים אקדמיים, תקנים נוספים למחלקות הילדים לצורך עבודת

רשם: ד"ר שמואל גרוס



לכל סימפטום פתרון עם יתרון

בחסות
MeadJohnsonTM
Nutritionals
פרמהבסט

1800-22-64-70

טביעה בילדים

A New Definition of Drowning: Towards Documentation and Prevention of a Global Public Health Problem. Van Beeck, EF., Branche, CM. Bulletin of the World Health Organization, 2005; 83(11): 853-856.

Trends in adolescent injury mortality in Israel. Morad M, Vardi G, Int J Adolesc Med Health. 2004 Jul-Sep;16(3):279-83
Childhood injuries in Israel: status and prevention strategies. Hemmo-Lotem M, Danon Y. Harefuah. 2003 Sep;142(8-9):609-11, 646, 645.

Drowning in Israel--1990-1992. Goldman R, Kaplan G, Harefuah. 1998 Apr 1;134(7):576-80, 591, 590.
Childhood mortality from accidents in Israel, 1980-84. Barell V, Isr J Med Sci. 1990 Mar;26(3):150-7.

מטביעה ל 100,000 לשנה. השיעור הגבוה ביותר נמצא בקרב לא יהודים בגילאים 15-24 (7.8/100,000), ומבוגרים יהודים (3.5/100,000). 89% מכל מקרי המוות נגרמו עקב טביעה בשגה, 10% הוגדרו כהתאבדות. השיעור הפגיעה בבנים גדול פי 3 מבנות, בקרב המגזר הערבים שיעור הפגיעה גדול פי 2.4 מאשר ביהודים. מרבית מקרי הטביעה בישראל קרו בים.

ארגון הבריאות העולמי הגדיר בשנת 2002 מחדש את מושג הטביעה. במינוח החדש, הגדרת הטביעה כוללת בתוכה מקרי מוות אך גם מקרים שלא הסתיימו במוות: "טביעה היא תהליך בו חווה האדם ליקוי בנשימה כתוצאה משקיעה בנוזל, ותוצאותיו ניתנות לסיווג כ: מוות, תחלואה ואי תחלואה". בארצות עם מצב סוציו אקונומי גבוה, הצליחו להפחית את שיעור התמותה מטביעה. בהולנד למשל, ירד שיעור הטביעה ל 100,000 איש בשנה, בין השנים 1900-2000, מ-14.4 (זהו מספר הזהה למצב במדינות אפריקה, היום) ל-0.6. ירידה זו התאפשרה בזכות תוכניות מניעה, ושיפור מקומות השחייה הציבוריים.

הערת העורך: כל המציל נפש אחת כאילו הציל עולם ומלואו.

עם פתיחת עונת הרחצה, כדאי לתת את הדעת על נושא שכמעט ולא מטופל מבחינה מניעתית בארץ, למרות שמוזכר בתקשורת, נושא הטביעה בילדים.

טביעה היא בעיה בריאותית מרכזית למרות שלעיתים מוזנחת. שיעור התמותה העולמי מטביעה, הוא 6.8 לכל 100,000 איש בשנה. בין גורמי המוות מתאונה לא מכוונת, נתון זה מציב את הטביעה, במקום השני אחרי תאונות דרכים. מעל ממחצית המקרים של טביעה בעולם, קורים בילדים צעירים מגיל 15 שנה. בנוסף, 97% ממקרי המוות קורים במדינות בהן המצב הסוציו אקונומי נמוך או בינוני. בחלקים המזרחיים והדרום מטרניים של העולם, מתים יותר ילדים מטביעה מאשר משעלת, חצבת, דיפתריה, צרעת, כולרה, קדחת דינגי וטיפואיד ביחד. מספר מחקרים בוצעו בנושא בישראל. במחקרים אלו נמצא כי כשמדובר במוות כתוצאה מתאונה לא מכוונת, תאונות דרכים וטביעה הם שני גורמי התמותה המובילים. התמותה מטביעה בישראל, מוערכת כ-1 ל-100,000. בעצם לא בצעו סטטיסטיקות לגבי תמותה הנובעת מטביעה בישראל עד תחילת שנות התשעים. בשנת 1992-1990 ניסו לנתח את מקרי הטביעה בישראל לפי קבוצות סיכון, מגמות, ושוני בין ישראל לארצות אחרות. נמצא כי בין השנים הללו היו 1.2 קרי מוות

רשמה: ד"ר הדור ירדני

מה חדש בדלקת האוזן התיכונה?

ווירוסים היא כלי מצויין הן לתחילת טיפול והן לאבחנת הישנות המחלה. טיפול אנטיביוטי ב-AOM הוא הכרח בילדים מתחת לגיל שנתיים, להורדת הדלקת באוזן התיכונה כמו גם ב-ET, בעיקר במהלך האפיזודה הראשונה. הבחירה הטיפולית הטובה ביותר היא amoxicillin בשל חדירתה הטובה לאוזן התיכונה. Streptococcus pneumoniae עם עמידות חלקית לפניצילין בעיקר קשור ל-AOM חוזר. כיוון שכך, מינון ה-amoxicillin צריך להיות 90 מ"ג לק"ג ליום, מחולק לשלוש מנות. ב-AOM חוזר עם מתגים מייצרי בטא-לקטמאז, יש להוסיף ל-amoxicillin גם clavulanic acid במינון של 6.4 מ"ג לק"ג ליום. משך הטיפול אינו מוגדר דיו, אך 10 ימים הם זמן טיפול סביר לאפיזודה ראשונה של AOM.

OME (Otitis Media with effusion) עשוי להיות סמן ראשון להתהוות של AOM, אך גם סיבוך של זה האחרון. OME מצריך גישת

AOM נמצאת בזיקה לפגיעה ארוכת-טווח בתעלה ע"ש אוסטכיוס (Eustachian Tube), בעיקר בילדים מתחת לגיל שנתיים. בגיל זה, קוטרה הקטן של התעלה, כמו גם כיוונה האופקי, גורמות לפגיעה בסילוק גורמים זרים ממנה, ולפגיעה באוויר ובהגנה על האוזן התיכונה. שלישית, מספר מחקרים פרוספקטיביים שפורסמו לאחרונה הראו פרוגנוזה גרועה בטווח הארוך בילדים מתחת לגיל שנתיים, עם שיעור חזרה של לפחות 50%, ודלקת מתמשכת של האוזן התיכונה עם הפרשה (OME - Otitis Media with Effusion) בכ-35% לאחר 6 חודשים מתום מחלת ה-AOM.

וירוסים הם הגורם ל-AOM בכ-30% מהילדים. מהלך ממושך יותר של AOM נצפה כאשר הזיהום הוא משולב - חיידקי וגם ויראלי - כיוון שזיהום ויראלי בדרך כלל מופיע עם פגיעה בתפקוד ה-ET בילדים צעירים. בדיקת דגימה מהנוזל הנזופרינגיאלי לחיידקים

AOM היא מחלה נפוצה בילדים, לעיתים עם השלכות ארוכות טווח, וטיפולים מורכבים. למרות החשש מהתגברות זנים עמידים, יש לטפל באנטיביוטיקה - amoxicillin - בכל ילד מתחת לגיל שנתיים עם AOM בעלת מאפיינים של זיהום חיידקי, כדי למנוע סיבוכי המחלה והישנותה. מומלץ לשלוח דגימות נזופרינגיאליות למציאת חיידקים ווירוסים כדי להחליט טוב יותר על הטיפול הדרוש. הגישה של "נחכה ונראה" בדלקת חריפה באוזן התיכונה (Acute Otitis Media - AOM), לפיה יש לדחות את הטיפול האנטיביוטי לכמה ימים, נבעה מהצורך להילחם בעלייה בעמידות החיידקים בזיהומי מערכת הנשימה. גישה זו איננה מוצדקת

בטיפול בילדים מתחת לגיל שנתיים, וזאת מכמה סיבות. ראשית, AOM היא דלקת חריפה של האוזן התיכונה שנגרמת ב-70% ע"י חיידקים. אדמומיות ובלט של עור התוף הם סימנים אפייניים ל-AOM חיידקית. שנית,



לכל סימפטום פתרון עם יתרן

בחסות
Mead Johnson
Nutritional
פרמהבסט

1800-22-64-70

לבדיקות מעקב שגרתיות. שיעור החזרה הגבוה נובע מהפרעה תפקודית ארוכת-טווח של התעלה ע"ש אוסטיוסיס ובשל חוסר הבשלות החיסונית של ילדים מתחת לגיל שנתיים.

הערת העורך: עוד דיעה מני רבות!

What is new in otitis media?

Corbeel L

Eur J Pediatr 2007 Jun;166(6):511-9

נוספים. יש לטפל ב-amoxicillin בכל הילדים מתחת לגיל שנתיים עם אפיזודה ראשונה של AOM, אשר מסתמנת כאדמומיות ובלט של עור התוף. יש להתחיל טיפול ב-amoxicillin בשילוב עם clavulanic acid בחולים עם חיידקים מייצרי בטא-לקטמאז. משך הטיפול מוערך בלפחות 10 ימים, בתלות בממצאים בפנאומואוטוסקופיה וטימפנומטריה. בדיקות מיקרוביולוגיות של דגימת הנאזופרינקס לחיידקים ווירוסים מומלצות בחום, בעיקר בילדים המטופלים במעונות יום, וכמו-כן

המתנה דרוכה (watchful waiting). כאשר המחלה מופיעה עם חרשות של 2-3 חודשים בילדים מתחת לגיל שנתיים, אנטיביוטיקה צריכה להינתן ע"פ עמידויות החיידק בדגימה הנזופרינגיאלית. השיעור הגבוה של סיבוכי ניתוח כפתורים (tube tympanostomy) גובר על ההשפעה המיטיבה על אבדן השמיעה. התוצאות הירודות של פרוצדורה זו נובעות מהיעדר השפעה על תפקוד ה-ET. לחיסון נגד פנאומוקוק יש השפעה מועטה על AOM חוזרת, ושימוש בו בילדים דורש מחקרים

מחלות יתומות

את מלוא הטיפול. החולים מתקשים ברכישת התרופות האלה וכך נמנע מהם טיפול רפואי הולם גם כאשר יש תרופות מתאימות למחלתם. לאחרונה נתגלתה ואושרה תרופה לטיפול במחלת הנטר. תסמונת הנטר, מאד נדירה, אך קיימים מספר חולים בישראל. עלות התרופה יקרה מאד, והעמדתה מול התועלת, מוטלת לפחות מבחינתי בספק.

תרופה זו. "תרופה יתומה" - כל תרופה אשר אושרה על ידי המנהל לטיפול במחלה יתומה. סוגיית התרופות היתומות טומנת בחובה דילמות מוסריות הנוגעות למחויבות המדינה לרווחת אזרחיה. העדר הגדרה ברורה בישראל למחלה יתומה והעדר קריטריונים ברורים לבחינת תרופות יתומות בתהליך הכנסת תרופות לסל הבריאות מונעים לעתים הכללת תרופות אלו בסל הבריאות. בהיעדר מימון ציבורי לתרופות אלו, החולים נדרשים לממן

לאחרונה מתגלות יותר ויותר מחלות נדירות הנקראות מחלות יתומות. "מחלה יתומה" - הנה מחלה פיסולוגית או נפשית, המוכרת על ידי הסתדרות הרופאים בישראל, ואשר חולים בה פחות מאדם אחד לכל 10,000 תושבים במדינת ישראל, או כל מחלה אשר חולים בה יותר מאדם אחד לכל 10,000 תושבים במדינת ישראל, ואשר יצור או שיווק תרופה עבור מחלתם, לא יכסה את עלויות הייצור, השיווק, המחקר והפיתוח של

Hunter Disease כדוגמה

נמצא כי הטיפול הפחית את כמות הגליקוסמינוגליקאז בשתן וברקמה. במחקר סמיות כפולה נבדקו 12 מטופלים הסובלים מהנטר, נמצא כי התרופה בטוחה, וכן נצפתה הפחתה בהפרשת הגליקוסמינוגליקאז. לאחר סיום תקופת המחקר, המשיכו החולים לקבל את הטיפול במשך שנתיים נוספות.

ב 24/07/2006 אושר טיפול אנזימי תחליפי ע"י ה-FDA: (IDURSULFASE) ELAPRASE. התרופה אושרה בעקבות פרסום מחקר שכלל 96 מטופלים הסובלים מהנטר. המחקר הראה כי התרופה משפרת את התפקוד המוטורי של החולים. בסוף תקופת המחקר שנמשכה 53 שבועות, שפרו המטופלים את יכולת הצעידה, ובבדיקה שערכה 6 דקות, הצליחו לצעוד 38 יארד יותר, מקבוצת בקורת שלא קבלה טיפול. תופעות הלוואי הקשות ביותר היו נדירות וכללו בעיקר רגישות יתר לתכשיר והתבטאו במצוקת נשימה, ירידה בלחץ דם, ופרוכוסים. תופעות לוואי יותר שכיחות ופחות קשות כללו חום, כאבי ראש וכאבי שרירים.

עלות:

הערכת עלות בארה"ב - 300 אלף דולר לאדם לשנה

רשמה: ד"ר הדר ירדני

הקשה (TYPE A): מתגלה בגיל 1.5 - 3 שנים. מתאפיינת בראש גדול, פנים גסות, פיגור שכלי בולט, ספסטייות, התנהגות אלימה והיפר אקטיביות, קשיון מפרקים. מוות בגיל 10 - 20 שנה.

התחלה מאוחרת - או הצורה הבינונית: מתגלה בבררות. סימנים מאוחרים יותר ופחות קשים. בדרך כלל מנת משכל תקינה. מוות בגיל 20 - 60 שנה.

בבדיקה גופנית:

יש לחשוד במחלה כשמגיע ילד עם סימנים אלו: קומה נמוכה, מבנה פנים גס, הפטוספלנומגליה, הרניה מפשעית, ספסטייות, אי ספיקה של מסתמי לב ואוושה, מחלת ריאה חסימתית, קונטרקטורות במפרקים, כתמי עור, חירשות מתקדמת, רטיניטיס פיגמנטוזה, בעיות ראייה, פיגור והידרדרות שכלית.

מעבדה:

ניתן למדוד הפרשת הפרן ודרמטן סולפט בשתן. ירידה בכמות האנזים בדם או בתאים. בדיקה גנטית למוטציה. צילום שלד אופייני.

טיפול:

במחקר שבוצע במדריד נבדקה התרופה תחילה בעכברים, ולאחר מכן בחולים. בעכברים

מחלת הנטר MUCOPOLYSACCHARIODOSIS TYPE II IDURONATE SULFATASE DEFICIENCY

נקראת ע"ש רופא סקוטי צ'ארלס א. הנטר שגילה את המחלה (בקנדה) בשנת 1917. **העברה:** X-linked recessive נדיר בבנות. שכיחות: 1 ל-65,000 לידות עד 1 ל-132,000. **גורם:** חסר באנזים אידורונט סולפט (IDS). **תפוצה:** ניתן למצוא את המחלה בכל קבוצה אתית, ומעט יותר ביהודים תושבי ישראל.

בשנת 1994 פרסמה קבוצה מירושלים מחקר שבצעו ב 14 משפחות (לא קשורות גנטית). הם הצליחו לאתר את המוטציות ב 8 מהן. Ben Simon-Schiff E Mutation analysis of Jewish Hunter patients in Israel. Hum Mutat. 1994;4(4):263-70

מדיווחים מהעולם עולה כי יש כ 2,000 חולים בכל העולם, מתוכם 500 בארה"ב.

בישראל, על פי מידע מד"ר מרשה זיגלר הדסה ירושלים (2007): ידוע על 6 חולים חיים, ברשומות ישנם עוד 4 חולים שנעלמו ממעקב ולכן לא ידוע באם עדיין חיים. כל המקרים המדווחים בישראל הם של זכרים.

התבטאות:

התחלה מוקדמת - הצורה הקלאסית, הנה הצורה



לכל סימפטום
פתרון עם יתרון

בחסות
Mead Johnson
Nutritionals
פרמהבסט

1800-22-64-70