



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

פדיטון

Pediton

בחסות
MeadJohnson
Nutritionals
פרמהבסט
יצרנית משפחת אנפמיל,
נוטרמיגן, ופרג'סטימיל.
1-800-22-6470

שלום חברים,

בהמשך לעיתון הקודם מוקדש הפדיטון לחומר מכנס חיפ"א האחרון. בפתחה, הרצאתו המרגשת של פרופסור ברנט, שזכה בפרס יקיר חיפ"א, בנושא "רפואת הילדים הקהילתית בעתיד בראי העבר". בהמשך שלושה תקצירים נוספים של עבודות שהוצגו בכנס, :: "כאבי גדילה בילדים- תוצאות מחקר ארוך טווח" שהציג ד"ר ג. צ'פניק, "לשפר את הסיכוי: קורס לרופאי ילדים באיתור ותיעוד מקרי התעללות והזנחה" שהציג ד"ר יורם בן יהודה, ואבחנה של דלקת ראות בילדים על בסיס קליני בלבד עלולה לגרום לשימוש יתר באנטיביוטיקה - דיווח ראשוני" שהציגה ד"ר דינה צימרמן. בעוד מספר ימים יחזרו הילדים לגנים ולבתי הספר. אני תקווה ששיעור תחלואת החורף השנה, לא יהיה גבוה. זכרו שמומלץ לחסן ילדים עד גיל 18 כנגד שפעת.

קריאה מהנה לכולנו, ד"ר הדר ירדני.

"רפואת הילדים הקהילתית בעתיד בראי העבר" כנס חיפ"א, 09.07.08

והפתופיזיולוגיה שלה, להכיר את מהלכה, ולדעת מהי ההתערבות הנדרשת כדי לעצור את המחלה, למתן אותה או לקצר את מהלכה, ולגרום או לסייע להחלמת הילד.

ההוראה של רפואת הילדים הקלינית לסטודנטים ולמתמחים בפדיאטריה, התנהלה רובה ככולה במסגרת של מחלקות בבתי חולים, ובנסיבות ששררו אז לא היה זה כלל רעיון גרוע. היו אלה השנים של ראשית מדינה, והייתה עליה

את התחום של הפדיאטריה האמבולטורית בישראל, אני מוצא צורך להפנות מבט לאחור, לימים עברו, כדי שנוכל לחוש ולהבין את המהפך המושגי, החינוכי, הארגוני והמערכתי שעבר עלינו במרוצת עשורים ספורים בלבד. כעיקרון, לימודי רפואת ילדים בזמנו נועדו בעיקר להעניק לנו את החומרים והכלים אשר ישמשו אותנו לתפקד כרופאים - כלומר, להיות מסוגלים לזהות מחלה, לאבחן מחלה, להבין את הפתולוגיה

אני עומד לפניכם היום בהתרגשות ובהכרת תודה על המחווה שזכית לה מידכם. בהחלט נעים לקבל חיבוק אוהד מחברים ועמיתים, אשר רבים מהם הם גם חניכים שלי - ולא פחות, חונכים שלי. זוהי הגדרה נאותה למונח "נחת". כאשר אני מתבונן ב-חיפ"א, במפעל המפואר הזה, אשר מרכז, מפעיל ומפתח

מערכת הפדיטון

ד"ר הדר ירדני
ד"ר דני מירון-יעוץ מקצועי



לכל סימפטום
פתרון עם יתרון

בחסות
MeadJohnson
Nutritionals
פרמהבסט

1800-22-64-70

לו? למה הוא עצוב? למה יש לו כאבי בטן? למה ירד בלימודים? מה גורם לו להפוך כזה עצבני? האם הוא באמת פוזל? מה עם רגלי ה-X שלו? כמה אקמול כדאי לתת לו? לא עזרו לי אז ידיעותי על מחלת לופוס, קרוהן או צליאק - בשעה שלא היה לי מספיק ניסיון בהתמודדות עם דלקת אוזניים חוזרת, או נחירה לילית, או נזלת, או - הזנחה רגשית או פיזית, אבטלה, עוני, התמכרות, עישון, סמים, תאונות, גירושין, עזובה חינוכית, הפרעות למידה, התעללות, פשיעה, הפרעות אכילה, השמנה, הריון בגיל-עשרה, מחלות מין (כולל AIDS), וכל אותם הנושאים הנכללים בחבילה שנקראה "NEW MORBIDITY", ואח'כ NEW PEDIATRICS, ומתברר שהם הם למעשה "החיים האמיתיים", חלק בלתי נפרד - אם לא החלק העיקרי - של העשייה הפדיאטרית. ולא להצטרפו הנושאים הנוגעים להתמודדות המקיפה עם המחלות הכרוניות, נכות, שיקום, ההשלכות של אירועי בריאות, מומים, נזקים נוירולוגיים, ניתוחים נרחבים, מחלות ממאירות, מחלות מטבוליות, בעיות של גיל ההתבגרות, ועוד, שהאחריות לניהולם עברה בהדרגה אל כתפיהם של השירותים בקהילה. כיצד זה לא גילו לנו בביה"ס לרפואה שהחיים האמיתיים והסוגיות התובעות התמודדות יומיומית מצדנו מתנהלים דווקא מחוץ לכותלי בתי החולים? ואם כך הדבר, כיצד נוכל לרכוש וגם להנחיל ידע ומיומנות כנדרש, כאשר המוקד ללימודינו נותר מרוכז בסביבת בית החולים?

השמש זרחה באופק כאשר נוסד בית הספר לרפואה בבאר-שבע, ותכנית הלימודים בו הייתה כרוכה בחשיפה של הסטודנט - ואח'כ המתמחה - אל הילדו האדם המשפחה החברה בתוך הקהילה, ואל ההבנה של החשיבות של

אמנות האנמנזה והבדיקה הפיזיקאלית, שסייעו לנו באבחון הידרופרוזיס ע"י מימוש בי-מנואלי של הבטן, בגילוי של גוש ההתפלשות של המעי בבטנו של התינוק (להפרכת החשד לדיזנטריה שבגללו הופנה לבית החולים), להבחין בין חצבת לסטיבנס-ג'והנסון, בין אוסטיאומיאליטיס ל-SCURVY, לגלות ע"י בדיקה רקטאלית את גוש הצואה שגרם לאצירת שתן בשלפוחית אצל ילדה קטנה. ועוד "ניצחונות" כאלה שנבעו מהתנהלות פדיאטרית נאותה - בתנאים מוגנים ונוחים.

בית החולים היה כמובן גם המקום לחקר, לעיבוד, לאבחון, לטיפול ולמעקב של המחלות המורכבות והמסובכות אשר בעבורן נדרש קהל של מומחים, ציוד ומשאבים, שרוכזו במוסדות אשפוז המיועדים לכך, ואשר פיתחו גם מרפאות-חוץ לייעוץ ולמעקב.

הנסיבות הללו יצרו פערי-מעמד אכזריים בין "הרופא בבית החולים" והרופא "בחוץ", וחלק הארי של המתמחים שאפו להשיג משרה בבי"ח ובלבד שלא יהפכו ל"רופא בקופ'ח".

אמנם כן, בהיותנו סטודנטים, שלחו אותנו לכמה ימי-תצפיות במרכז לרפואת המשפחה שהחל לפעול בקרית-היובל בירושלים. נהנינו מאד - אך לא התרשמו שזו רפואה "ממש".

כמתמחים הוטל עלינו להקדיש יום בשבוע לעבודה בתחנות טיפת-חלב. ממש חגיגה, כל עוד ניתן לנו לשוב למסגרת "האמיתית" שלנו-העבודה במחלקה....

מבחינה אישית חוויתי טלטלה כואבת כשהתבקשתי להחליף זמנית רופא ילדים בקהילה, והתחוור לי שאני מתקשה להתמודד עם סוגיות הנוגעות לכלל הילד ובריאותו בחיי היומיום, במסגרת של משפחתו, חברתו, קהילתו. נקראתי לתת מענה לשאלות כמו-איזו נעל כדאי לקנות

המונית לארץ של שלל אוכלוסיות במצב של מצוקה חברתית, כלכלית ובריאותית. המשאבים הפיזיים והאנושיים של ישראל היו מוגבלים עד מאד, והארגון והסדר גם אז לא היו מי-יודע מה.... הרמה המקצועית של כוח האדם הרפואי בקהילה, בייחוד זה שהגיע ארצה בתוך העלייה ההמונית, לא הייתה לגמרי ברורה. ואף כי כל אחד עשה כמיטבו - התשתית האנושית והטכנולוגית של שירותי רפואה בעבור אוכלוסיות בשטח - לא יכלה לספק את הצרכים.

הרופא במרפאתו במעברה, בשכונה או ביישוב המרוחק היה במידה רבה חסר אונים, ואף חש חרד ומאומים. ילדים חולים הופנו בהמוניהם אל חדרי המיון - או הובאו לשם על דעת ההורים.

לא ייפלא, איפה, שבית החולים נחשב למקום הטוב ביותר בעבור ילד חולה. שם נמצאו בכל עת צוותים של רופאים המשלימים זה את זה ומגבים זה את זה, אחיות, מכונים ומעבדות, שירותי רוקחות - ולא פחות חשוב - מיטה מסודרת, תנאי רחצה, ארוחות מסודרות.

לא הייתה כמעט מגבלה באפשרות לאשפז, ויכולנו להחזיק בבית החולים ילדים עם מחלות אקוטיות במשך ימים ושבועות, ממש "עד השיעול האחרון". המצב אפשר לנו היכרות קרובה עם המהלך של מחלות. בדלקת ריאות, למשל, יכולנו לחוות את הסממנים הפיזיקאליים והביטויים הקליניים למן השלב הקטראלי, דרך שלב הקונסולידציה ועד הרזולוציה. ילדים עם ראומטיק-פיבר שכבו לפעמים חודשים במחלקה, ונוכחנו בסממני ההתגבשות של "מיטרל סטנוזיס" או "אארטיק אינסופישיאנסי". התורניות האין-סופיות בחדרי המיון, העניקו הזדמנות פז להכרה וללימוד של מחלות-ילדים שגורות, תפרחות בעור, נקיעות של ראש הרדיוס, מגוון מצבי סטרידור וקוצר נשימה. יכולנו לטפח את



לכל סימפטום
פתרון עם יתרון

בחסות
MeadJohnson
Nutritionals
פרמהבסט

1800-22-64-70

ג'ישה רבת-אנפין ומולטי-דיסציפלינארית המתחייבת מן הצורך של מתן מענה מקיף ואמיתי לצרכי האוכלוסייה.

גלגל האבולוציה החל לסובב, הן בתחום מדעי הרפואה והן בפרקטיקה של הרפואה, בהתפתחות של הטכנולוגיות ושל אמצעי האבחון והטיפול שהלכו ונעשו זמינים גם בתוך הקהילה, בגישות חדשניות בניהול הארגוני והכלכלי של שירותי הבריאות, בצד תמורות בהשקפת העולם ובמדיניות של הממסד הרפואי, החברתי והחינוכי, וגם בצורך להתחשבות ברמת הדרישות, התביעות והידע בקרב "צרכני השירותים" בקהילה.

בוגרי-התמחות ממחלקות ילדים השכילו להפוך לפדיאטרים מומחים בקהילה, ובזכות התארגנות מושכלת, השלטה של השקפת העולם הנכונה, ובצד קוריקולום מוקפד של לימודי-המשך, השתלמויות, פעילות אקדמית, קורסים, מחקרים ופרסומים - הם הפקיעו את הבעלות הבלעדית על החוכמה ועל הידע מגבולות בתי החולים, וגיבשו את רפואת הילדים בקהילה לכדי מפעל מרכזי בעשייה הפדיאטרית הכוללנית בישראל. בפינות שונות ברחבי הארץ נוסדו מרכזים אמבולטוריים רב-מקצועיים לבריאות

הילד, לרוב ביוזמתם של מומחינו הצעירים.

המכלול הארגוני והתפקודי אשר נולד מתוך התמורות הללו בקונצפציות ובמדיניות, מציב עתה לפנינו אתגר מיוחד במינו, התובע היערכות נמרצת וטיפול מושכל.

רפואת הילדים היא מערכת רבת-פנים, הנדרשת לכל אחד מן האתרים אשר בהם עוסקים ופועלים למען בריאות הילד - המשפחה, הבית, הרחוב, הגן, בית הספר, התנועה, המרפאה, בית החולים, וכו', והיא זקוקה לכל אחת מן הדיסציפלינות שיש להן חלק באבטחה של בריאות הילד ושלומו - מערכות הבריאות, החינוך, הרווחה, התרבות, וכו'.

חייבים לבנות תשתית שעל גבה יוכלו כל חלקי המכלול הזה לפעול ולהתפתח באופן אינטגרטיבי, תוך הקצאה ושילוב של משאבים פיזיים ואנושיים, וקיום של יחסי גומלין שוטפים בין כל הפונקציות, מבלי שאף אחת לא תרצה לתבוע לעצמה בכורה או עדיפות.

דרושה רפורמה מרחיקת לכת בחינוך ובלימוד לפדיאטריה, בין אם בבתי הספר לרפואה ובין אם בהתפתחות המקצועית של רופאי הילדים, באופן שהכישורים והמיומנויות שיירכשו יתאימו למסגרות ולקונצפציות העדכניות של השירותים המקיפים לבריאות הילד.

היכן ילמדו רפואת ילדים סטודנטים ומתמחים? אם בבית החולים - הרי לרוב משתחררים הילדים לביתם כעבור 3-4 ימים, אז איך יבינו להעריך מהלך של מחלה? או השפעה של טיפול? ואם במסגרת אמבולטורית - איך יחוו ויתנסו במעשה הדחוף, המורכב, המתוחכם שנערך לילד באשפוז, כאשר בנושא זה חייב הרופא בקהילה להיות מצוי לא פחות מאשר הרופא בביה"ח? אחרת, כיצד ידע להסביר ולפרט להורים את מה שהילד עבר או יעבור? כיצד יובטח הרצף הטיפולי ורמתו?

ומי יורה וילמד רפואת ילדים באופן המתאים למתכונת הדרושה? ועל ידי מי יועסקו, יתוגמלו ויוכשרו המורים, המדריכים, היועצים - ומה יהיה מעמדם המקצועי והאקדמי? מהי התשתית הפיזית שעליה ניתן לבנות מערך מורכב כזה?

הנושאים הללו טעונים מענה. צעדים חשובים, מושגיים וממשיים, כבר ננקטו בכיוון הנכון - וחיפ"א, על חבריה והנהגתה, ממלאים תפקיד מכריע בפרויקט הזה. אני מניח שדיונים רציניים ונוקבים ועבודת-מטה יסודית יציבו בסיס הולם לקידום פתרון של סוגיות קריטיות אלה.

פרופ' משה ברנט.

כאבי גדילה בילדים - תוצאות מחקר ארוך טווח

ג. צ'פניק¹, ל. ג'אבר², ד. נמט¹, פ. השקס³, י. עוזיאל¹

¹מחלקת ילדים מרכז רפואי מאיר, כ"ס, ²מרכז בריאות הילד, טייבה, ³מרפאת קליבלנד ארה"ב.

לקבוצת ביקורת. מטרתנו - לבדוק במחקר ארוך טווח את פרוגנוזת הכאב, בקבוצה שנבדקה בעבר, ולהעריך את הקשר בין ממצאים אלה לתוצאות בדיקת צפיפות העצם במדידת QUS חוזרת.

שייטתנו נובעת מ"שימוש-יתר". זאת, מאחר שנמצא כי צפיפות העצם, כפי שנבדקה בעזרת אולטרא סאונד בשיטת (QUS) Quantitative Ultrasound הייתה מופחתת משמעותית בהשוואה

רקע ומטרה: הפרוגנוזה של כאבי גדילה בילדים דווחה תמיד כ-"טובה", אולם מעולם לא נחקרה. במחקרנו הקודמים מצאנו כי כאבי גדילה מייצגים, ככל הנראה, סוג של תסמונת כאב בילדים,



לכל סימפטום פתרון עם יתרון

בחסות
Mead Johnson
Nutritionals
פרמהבסט

1800-22-64-70

שיטות: נבדקו 30 (17 בנים, 13 בנות גיל ממוצע 13.6 ± 2.8) מ-39 הנבדקים בקבוצה המקורית, חמש שנים לאחר המדידה הראשונית. מצב כאבי הגדילה הוערך בעזרת שאלונים שמולאו על ידי ההורים. צפיפות העצם נבדקה בשיטת QUS באזור אמצע עצם השוקה. נעזרנו במבחן t מזווג להשוואת התוצאות למדידה הראשונית.

תוצאות: לארבע-עשר ילדים המהווים 47% מהקבוצה המקורית חלפו כאבי הגדילה, ב-16 (53%) עדיין נותרו תסמינים המתאימים לכאבים אלה, ומהם, 14

(88%) דיווחו כי הכאב קל יותר ותכופ פחות. חמישה ילדים בבדיקה הנוכחית דיווחו כי הכאב מופיע יותר מפעם בשבוע, זאת לעומת 18 ילדים בבדיקה שנערכה לפני חמש שנים. צפיפות העצם במדידה הנוכחית הייתה גבוהה משמעותית לעומת המדידה לפני חמש שנים ($z\text{-score}$) $(0.84 \pm 1.4 \text{ versus } -0.66 \pm 0.95, p < 0.001)$ ללא הבדל משמעותי בין הקבוצה בה קיימים תסמינים גם היום לבין הקבוצה שבה חלפו תסמיני כאבי הגדילה. לא נמצא מתאם בין חומרת המחלה ותדירות הכאב, לבין ממצאי צפיפות העצם. לא

התפתחו בקבוצת המחקר תסמונות כאב אחרות לרבות פיברומיאלגיה. **מסקנות:** לאחר חמש שנות מעקב בקבוצה שנבדקה כאבי הגדילה חלפו או הוקלו ברוב הילדים, עם עלייה מקבילה בממצאי צפיפות העצם. הנבדקים לא פתחו תסמונות כאב אחרות. ממצאים אלה מחזקים את ההשערה כי כאב+גדילה הם אכן תסמונת כאב שפירה, ותומכים בהשערתנו כי הם מהווים תסמונת "שימוש יתר" מקומית.

לשפר את הסיכוי: קורס לרופאי ילדים באיתור ותיעוד מקרי התעללות והזנחה.

ד"ר יורם בן יהודה.

רקע: התעללות והזנחת ילדים היא מחלת ילדות נפוצה וקטלנית. מבין מחלות הילדות הקטלניות הינה שנייה בשכיחותה רק להיפגעות מתאונה ומבין מחלות הילדות הנפוצות היא הקטלנית ביותר. למרות האמור לעיל מחלה זו נזנחה ע"י המערכת הרפואית בישראל. רופאים מגדירים את התופעה כ"בעיה או מחלה חברתית" ואינם מתעמקים מעבר לכך. נכון להיום קיימים בכל מדינת ישראל חמישה רופאי ילדים שנחשבים כ"מומחים" למחלה זו, שניים מהם פרשו לגמלאות (אחת עברה את גיל 80) ואחד אינו עוסק בתחום. ילדים נבדקי התעללות והזנחה (בעיקר ניצול מיני) מופנים לבי"ח וולפסון בחולון (מכל הארץ) ונבדקים שם ע"י רופא משפטי, זאת לאחר שנבדקו כבר ע"י מספר רופאים באזור מגוריהם. כל התהליך במתכונתו הנוכחית מהווה פגיעה נוספת ואף התעללות של המערכת בקורבן הקטין.

מטרות: לשפר את הזיהוי, התיעוד והטיפול בקטינים קורבנות עבירה; להגביר את מערך הידע בתחום ההתעללות והזנחת הילדים; ולהקטין את הפגיעה שגורמת המערכת לקטין הקורבן. **השיטה:** הכשרת 19 רופאי ילדים מבתי חולים ברחבי הארץ בכל הנושאים הקשורים להתעללות והזנחת ילדים. ההכשרה מתבצעת בשלושה שלבים: חלק דידיקטי בן 24 מפגשים (יום בשבוע), 6 שבועות התנסות מעשית (במרכזים העוסקים בהתעללות והזנחת ילדים בארה"ב) וחלק אינטגרטיבי בין שישה מפגשים במס"ר. ההכשרה היא בחסות משרד הבריאות והפרקליטות הראשית. במימון מכון חרוב מיסודה של קרן שוסטרמן ישראל.

תוצאות: ההכשרה עדיין בעיצומה. את הקורס החלו 20 משתתפים. אחת פרשה מיד בתחילת הקורס ועוד אחד פרש בהמשך. בסיום ההכשרה יוכפל מספר

המומחים מ 2 פעילים ל 20 (פי 10). בדיקות ילדים ייעשו בבת אחת הן לצורך הערכה וטיפול רפואי והן לצורך משפטי באזור מגורי הקטין. כבר עכשיו גוברת המודעות ועולה מספר האיתורים של קטינים בסיכון בבתי החולים מהם יצאו המשתלמים.

ציפיות להמשך: עליה בכמות ובפיזור הידע תגביר את האיתור ותשפר את הטיפול בקטינים נפגעי התעללות והזנחה. הגברת ההוראה לסטודנטים לרפואה במוסדות להשכלה גבוה ולמתמחים במקצועות השונים. יוקם מערך ייעוץ והחלפת מידע ויוחל מחקר מדעי בתחום התעללות והזנחת ילדים בישראל.



לכל סימפטום
פתרון עם יתרון

בחנות
MeadJohnson
Nutritionals
פרמהבסט

1800-22-64-70