

1800-22-64-70

MeadJohnson מפיצת מוצרי Nutrition

PHARMABEST

ומשפחת אנפמיל*

פרג'סטימיל*

יצרנית נוטרמיגן*

פדיטון

PEDITON

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

גיליון מס': 165 | יוני 2010

כתובת המערכת: pediton@gmail.com • אתר חיפ"א ברשת: www.pediatrics.org.il

ועד חיפ"א

יו"ר: פרופ' יונה אמיתי
מזכיר: ד"ר אלי גזלה
גזבר: ד"ר חן שטיין - זמיר
חברים: ד"ר זאב חורב
פרופ' בועז פורטר
ד"ר הדר ירדני
ד"ר דינה צימרמן

מערכת "פדיטון"

יו"ר: פרופ' רפאל גורודישר
חברים: פרופ' בועז פורטר
ד"ר יעקב אורקין



דבר יו"ר חיפ"א - פרופ' יונה אמיתי

חברי וחברות יקרים,

כינוסים: בחודש יוני ויולי צפויים להיערך מספר כינוסים שהמרכזי שבהם הוא כנס הקיץ של חיפ"א ב-9 ביוני. במוקד הכינוס יהיו יישומים של מחשב בעבודת רופא המרפאה והצגות בנושאים מרכזיים ברפואת ילדים. תודה לדר' חן שטיין-זמיר, ד"ר זאב חורב ויפה פסקין (עידן חדש) על ארגון הכנס. בנוסף, מתוכננים 4 כנסים אזוריים בנושאי תזונה בילדים, זו השנה השנייה ברציפות.

ב-24-25 ביוני מתוכנן כנס דו לאומי ישראל-איטליה, ראשון מסוגו ברפואת ילדים בקהילה, ביד השמונה שבמבואות ירושלים. הכנס יערך בחסות שגרירות איטליה בישראל וישתתפו בו 10 רופאי ילדים מובילים ברפואת הקהילה באיטליה עם רופאי הילדים בישראל, והוא יערך בשילוב עם הפגישה השנתית של רשת המחקר-IPROS.

אתר האינטרנט והפדיטון ממשיכים בפעילותם האינטנסיבית, לטובת חברי חיפ"א ורופאי הילדים בישראל. תודתנו לדר' דינה צימרמן, פרופ' רפאל גורודישר, דר' יעקב אורקין ופרופ' בועז פורטר על פעילותם המסורה בתחומים אלה.



הודעה ממזכיר חיפ"א ד"ר אלי גזלה

ישראל התקבלה כחברה נלווית בקונפדרציה האירופית לרפואת ילדים ראשונית (ECPCP) שבו חברות 15 מדינות המייצגות קרוב ל-50,000 רופאי ילדים בקהילה.

פרופ' יונה אמיתי נבחר ליו"ר הוועדה המדעית של הארגון, פרופ' בועז פורטר הצטרף כחבר ועדת המחקר ודר' חן שטיין-זמיר התקבלה לוועדה למניעה ולחיסונים. תודתנו לדר' שמעון ברק, מיזמי הקמת ה-ECPCP, ויועץ לוועד הפועל שלה, אשר פעל לשילובינו בארגון חשוב זה.

PHARMABEST
מפיצת מוצרי
MeadJohnson Nutrition



1800-22-64-70

לכל
סימפטום
פתרון
עם
יתרון



ביקורי קטינים

סקר: ד"ר יעקב אורקין

הרופאים הראשוניים בקהילה עדין מתקשים בהבנת המותר והאסור ורבים לא מכירים את החוק. מחקר שפורסם ב"הרפואה" לאחרונה מדגים זאת. בסקרים שבוצעו בעבר נראה שביקור קטינים ללא לוויו הורה נפוץ מאוד במגזר החרדי והמוסלמי. סביר שהתופעה היא תלוית תרבות ושהחוק בנושא מיושם רק באופן חלקי. האם ניתן להעמיד את החוק, שהוא אחיד לכולם, מול דפוסי ההתנהגות של קבוצות תרבות שונות בחברה ושל ההיגיון הישר של נתני השירות? האם החוק בא להגן על הקטין או להגביל את חרותו רק בגלל גילו? האם החוק מגן על הרופא או מצר את תחום פעולתו למרות מה שהוא רגיל או חושב כנכון וראוי?

נראה שהמחוקק וכותבי התקנות הגדירו ככוונה תחילה גבולות מטושטשים ונתנו פתח לכל הצדדים לצאת צודקים. בהירהור שני אולי מוטב שיהיה כך. כל רופא ינקוט בחובת הזהירות המתבקשת באופן אינדיבידואלי בתוך הטווח שהתיר המחוקק. השיקול העיקרי להתנהגות הרופא בנושא זה הוא טובת הקטין וכך צריך להיות הכרות עם המשפחה וערכיה מקלה מאוד על ההחלטה האם לטפל בקטין שאינו מלווה על ידי הורה או להתעקש על קשר עם ההורה לפני שניתן הטיפול הרפואי. נשמח לקבל ל"פדיטון" תגובות עמיתים בנושא זה.

מתן טיפול רפואי לקטין-ובכלל זה בדיקה ואבחון רפואיים-מחייב הסכמה מדעת של הוריו או אפוטרופוסו. זאת מאחר וטיפול רפואי נחשב לפעולה משפטית של קטין המחייבת הסכמת נציגו (הוריו) כל עוד לא מלאו לו 18 שנים. זה החוק במדינת ישראל למעט מספר קטן של חריגים אשר ביניהם נכלל טיפול בנערה בהריון, קטין שמלאו לו 14 שנים המבקש בדיקת נוגדים ל-HIV, סכנה לקטין אם יעורב הורה בטיפול, ואישפוז פסיכיאטרי בקטין מעל גיל 15 שנים.

בעשורים האחרונים חשו רבים שהכלל הזה מחמיר מידי עם הרופאים ועם בני הנוער. זה נשמע בלתי סביר שנער המסוגל להתגייס לצבא לפני גיל 18 או לקבל רישיון נהיגה יצטרך להגיע לרופא לטיפול בהצטננות כאשר הוא מלווה עם אחר ההורים. הנחיות משרד הבריאות שפורסמו לאחרונה ב-2004 מאפשרות ביקור קטין לבעיות פשוטות אשר כבר מקובל שקטינים מגיעים בגללם בגפם לרופא ובתנאי שאין בהן פעולה חודרנית ובהסכמה מראש מן ההורה. מותר גם לבדוק קטין אם ניתן להגדיר את מצבו כקטין נזקק ולא ניתן לאתר את ההורה על מנת לקבל הסכמתו. מתן אמצעי מניעה לנערות שלא בידיעת הוריהן מתבסס על ההקלות הנ"ל.

ביבליוגרפיה:

הילדסהימר א' וח'. ביקור קטינים (גילאי 14-18 שנים) במרפאה ראשונית ללא לוויו אפוטרופוס: עמדות רופאים ראשוניים במחוז דרום של שירותי בריאות כללית. "הרפואה": 2010 כרך 149, ע' 214-8.
אורקין י' וח'. האם מותר לבדוק קטין הפונה למרפאה ללא לוויו הורה? הסתייעות באלגוריתם לבחינת נוהל משרד הבריאות. "הרפואה": 2005, כרך 144, ע' 397-401.



שדרוג הטיפול בילדים עם אסתמה לא נשלטת המקבלים סטרואידים Step-up Therapy for Children with Uncontrolled Asthma while Receiving Inhaled Corticosteroids. Lemanske RF Jr et al, N Engl J Med 2010; 362: 975-85

סקר: ד"ר אריה בהיר

וסובייקטיביים (שאלוני איכות חיים מותאמים לגיל). טיפול הוגדר כיעיל יותר בהשוואה לטיפול אחר על פי מספר האירועים שבהן הילדים נזקקו לסטרואידים, מספר הימים "נטולי המחלה" ובדיקת תפקוד נשימה (FEV1).

תוצאות: הילדים הגיבו באופן שונה ל-3 סוגי הטיפולים כאשר 45% הגיבו טוב יותר להוספת LABA, 28% הוספת "Singulair", ו-27% להכפלת מינון fluticasone. מארבעת המדדים שנבחרו כבעלי יכולת ניבוי של הצלחה טיפולית, רק שאלון איכות חיים התגלה כבעל יכולת ניבוי. זהו מאפיינים קליניים שיכולים לעזור בבחירת סוג השדרוג: אפרו-אמריקאיים

רקע: אחוז גבוה של ילדים אסטמטיים, שמטופלים במינון נמוך של סטרואידים בשיאוף כטיפול מונע, אינם משתפרים קלינית.

שיטות: 182 ילדים גילאי 6 עד 18 שנים שסבלו מאסתמה קבועה בדרגת חומרה קלה-בינונית, חולקו אקראית לקבלת אחת מ-3 חלופות: הוספת LABA (long acting beta adrenergic: salmeterol), הוספת LTRA (leukotriene receptor antagonist montelukast: "Singulair") או הכפלת מינון משאף הסטרואיד (fluticasone). הטיפולים השונים נמשכו 16 שבועות. נבדקו מדדים אובייקטיביים (מדידת NO באוויר הנשאף ו/או תגר methacholine)

לכל סימפטום פתרון עם יתרון

נוטרמיגן 1 | נוטרמיגן 2 | אנפמיל A.R. 1 ליפיל | אנפמיל A.R. 2 ליפיל | פרג'סטימיל*

הערת הסוקר: מחקר חשוב זה, יחד עם מחקרים אחרים שפורסמו, יובילו להתאמת טיפול מניעתית אישי לילדים אסתמטיים. ההנחיות הקליניות שניתנו בעבר התבססו על מחקרים במבוגרים. הטיפול בילד האסתמטי צריך להיות מותאם אישית, בהתאם למאפיינים קליניים / אפידמיולוגיים. כדאי להזכיר כאן את מסמך ה- [1] PRACTALL מינואר 2008. מאמרים אחרים בדקו מדדי ניבוי של המהלך הטבעי של המחלה, מכוונים לטיפול תרופתי אישי. צפויים להופיע מאמרים נוספים שישוו בין סוגי הטיפול השונים ויעזרו לרופא להתאים אישית לכל ילד אסתמטי, את הטיפול היעיל. הכיוון והתקווה הם שהתאמת טיפול אישי, מוקדם בחיים, תשנה את המהלך הטבעי של המחלה.

1. Bacharier LB et al. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. Allergy 2008; 63: 5-34

הגיבו באופן דומה להוספת LABA ולהכפלת מינון הסטרואיד, ופחות טוב לשרדוג באמצעות LTRA. לעומת זאת, בילדים הלכנים שהשתתפו במחקר, הוספת LABA הביאה לתגובה הקלינית הטובה ביותר, בעוד שהכפלת מינון הסטרואיד הייתה בחירה פחות טובה.

מסקנות: הילדים האסתמטיים מגיבים באופן שונה לטיפול ומן הראוי לקחת עובדה זו בחשבון בקביעת מדיניות טיפולית לאוכלוסייה זו. בבואנו לדון לגבי שדרוג הטיפול באמצעות מרחיב סמפונות ארוך טווח, אסור להתעלם מאזהרת ה-FDA בסוג טיפול זה, לגבי החמרת המחלה ואף תמותה, אם כי במקרים נדירים ביותר. המחקר הנוכחי לא תוכנן לבדוק בטיחות טיפול, כך שלא ניתן להתייחס לתוצאות מבחינת ההיבט הבטיחותי.

FDA: שינוי הוראות שימוש ב-LABA

ה-FDA המליץ לאחרונה לשנות הכיתוב המצורף לתכשירים מרחיבי סמפונות ארוכי טווח (LABA). להשתמש ב-LABA בכל גיל רק אם ניטלת במקביל גם תרופה שהיא מקבוצת ASTHMA-CONTROLLER דוגמת סטרואידים בשאיפה. כאשר האסתמה בשליטה, להפסיק טיפול ב-LABA ולהמשיך רק עם תרופות מסוג ASTHMA-CONTROLLER. לא להשתמש ב-LABA אם האסתמה בשליטה על ידי שימוש בסטרואידים בשאיפה במינון נמוך או בינוני. כאשר משתמשים ב-LABA יש להשתמש בתכשירים משולבים המכילים בתוכם גם את הסטרואידים בשאיפה. [1]. Chowdhury BA, Dal Pan G, N Engl J Med 2010; 362: 1169-71



הערך האבחנתי של סימנים קליניים בזיהוי זיהום רציני בילדים: סקירה סיסטמטית
Diagnostic Value of Clinical Features at Presentation to Identify Serious Infection in Children in Developed Countries: a Systematic Review. Van den Bruel et al, Lancet 2010; 375: 834-45

סקר: פרופ' רפאל גורדישר

בשילוב של סימנים (למשל, אפשרות של דלקת ריאות נמצאה מאד לא סבירה כאשר לא היה קוצר נשימה וההורים לא היו מודאגים).

מסקנות: יש להשתמש באופן רוטיני ב"דגלים האדומים" שזוהו, אם כי יש סכנה "לפספס" זיהום רציני אם לא נוקטים באמצעי זהירות נוספים.

הערות הסוקר: הקריטריונים שקבע הארגון הבריאות העולמי בעניין זה (1) לגבי מדינות מתפתחות היו: איבוד הכרה, פרכוסים, כחלון, טכיפנאה ופרפוזיה ירודה. במטא-אנליזה הנ"ל צוין בנוסף: פטכיות, דאגת ההורים, התרשמות הקלינאי וחום מאד גבוה. חשוב להדגיש שלא נמצא סימן קליני אחד בעל ערך לשלילת זיהום רציני, אבל שילוב של היעדר סימנים יכול לעזור. ממצאים אלו אינם מפתיעים כל קלינאי מנוסה.

המחקרים שנסקרו נערכו בחדרי מיון או במחלקות אשפוז ורק אחד במרפאה ראשונית. כמעט כל תינוק וילד צעיר מגיע למרפאה הראשונית לפחות פעם בשנה בגלל זיהום חריף, כך שיש צורך בעוד מחקרים מהקילה, היכן שהבעיה היא שכיחה ביותר. לא נהיה מופתעים אם הממצאים יהיו שונים בעידן של חיסונים נגד חיידק הפנימוקוק וההמפילוס איפילואנזה קבוצה B.

מטרה: זיהוי סימנים קליניים בעלי ערך לאשר או לשלול אפשרות של זיהום רציני בילדים במרפאה הראשונית במדינות מפותחות.

שיטות: נסקרו מאגרי המידע האלקטרוניים הרפואיים ורשימת המאמרים של העבודות הרלוונטיות המצוטטים. בנוסף, החוקרים התקשרו למומחים כדי לגלות מאמרים אחרים שהעריכו סימנים קליניים של זיהוי זיהום רציני בילדים. נמצאו 1,939 מחקרים פוטנציאליים על בסיס של 6 קריטריונים: תכנון המחקר, המשתתפים, מקום העבודה (אתר אמבולטורי), תוצא (זיהום רציני), התסמינים שהוערכו ומספר הנתונים שדווחו. סימנים קליניים עם שיעור סבירות חיובית גבוהה (מעל ל-5) נחשבו כ"דגלים אדומים" (הצביעו על התראה) וסימנים עם שיעור סבירות שלילית (פחות מ-0.2) נחשבו כסימנים ששללו זיהום רציני.

תוצאות: נכללו 30 מחקרים. כחלון, טכיפנאה, פרפוזיה פריפרית ירודה ופריחה פטכיאלית זוהו כ"דגלים אדומים". דאגת ההורים ותחושת הרופא זוהו כ"דגלים אדומים" במחקר אחד וחום של 40 מעלות או יותר היו דגלים אדומים במחקר אחד, לא היה סימן קליני אחד שיכול היה לשלול אפשרות של זיהום רציני, אם כי ניתן להשתמש

[1]. WHO. The young infants clinical signs study group. Lancet 2008; 371: 135-42.



1800-22-64-70

לכל
סימפטום
פתרון
עם
יתרון



התערבות קצרה ברפואה ראשונית עוזרת להורים לפתח כישורי חינוך למשמעת לילדיהם
A Brief Primary Care Intervention Helps Parents Develop Plans to Discipline
 Scholer et al. Pediatrics 2010; 125: e242-9

סקר: פרופ' בועז פורטר

למטפלים לפתח שיטות מתאימות בנושא משמעת. לממצאים אלה השלכות לגבי מניעת אלימות, מניעת התעללות והכנסת יעוץ בנושא אלימות ומשמעת במסגרת הביקור השגרתי במרפאה.

הערות הסוקר: במאמר מערכת של אותו עיתון מצוין שמדובר בעבודה שלא בודקת התנהגות של הילדים, אלא שינוי בידע של ההורים. לדעתי המסר החשוב בשבילינו הוא הרעיון להשתמש בוידאו קצר על מחשב להדרכת הורים בחדר המתנה במקום הקדשת זמן של הרופא עצמו. להערכתי, בשנת 2010 כמעט כל מרפאה יכולה להקצות מחשב בפינה של חדר המתנה לצפייה בסרטון, בעזרת המזכירה או האחות.

יש להורים בכל הרמות הסוציו-אקונומיות של החברה בעיה עם אמירת "לא" לילדיהם. הם כבר לא לומדים את "אמנות ההורות" מהוריהם או מהרופא. יש בסיס מדעי איתן לכך שהתערבות בגיל הרך בבעיות התנהגות תמנע בעיות רגשיות חמורות יותר בשלב מאוחר יותר. מי מוכן להרים מחקר כזה דרך IPROS?

מטרה: להעריך אם התערבות, במסגרת של מרפאה ראשונית, יכולה לעזור להורים לפתח שיטות מתאימות בנושא משמעת.

שיטות: נעשתה התערבות אקראית מבוקרת במרפאה של רפואת ילדים ראשונית. מטפלים של ילדים מגילאי 1-5 שנים חולקו לקבוצת התערבות וקבוצת ביקורת. בקבוצת ההתערבות נדרשו ההורים לראות לפחות 4 שיטות כיצד להגיב לאלימות ע"י ילדים באמצעות תכנית מחשב שנקראת "Play Nicely". זמן ההתערבות כ-10 דקות. בסוף נערך רעיון אישי. ילדים מקבוצת ההתערבות קבלו "טיפול רגיל". המשתנה העיקרי היה מידת העזרה שהמטפל הרגיש לגבי טפול בנושא משמעת אצל ילדיהם בעתיד.

תוצאות: מטפלים מקבוצת ההתערבות דווחו כי צפייה בשיטות הני"ל בתכנת המחשב עזרה במציאת דרכים לטפל בבעיות משמעת לעומת קבוצת הביקורת. 9% דיווחו בקבוצת ההתערבות שהשתמשו פחות בענישה גופנית ("less spanking").

מסקנות: התערבות קצרה ברפואת ילדים ראשונית עוזרת

כנסים בינלאומיים

International Pediatrics Association

26th Congress of Pediatrics. August 4-9, 2010, Johannesburg, South Africa
<http://www.ipa-world.org/IPAcongress>

הילד והמאמץ - ספטמבר 2010

כנס של החברה לרפואת ספורט ילדים הצפון אמריקאית וקבוצת פיסיולוגיית המאמץ הארופאית לזכרו של דר' עודד בר-אור, ז"ל. Niagara-on-the-Lake, Canada (בסמוך למפלי הניאגרה).
 לפרטים: bfalk@brocku.ca

Excellence in Paediatrics London, 2-4 December 2010

Deadline for Abstract Submission: 10 September 2010
www.excellence-in-paediatrics.org/

1st Global Congress

Consensus in Child Health & Pediatrics. 17-20 February 2011, Paris, France
cip@cipaediatrics.org

5th Europaediatrics

European Paediatric Association (EPA/ UNEPSA) Vienna 23-26 June, 2011
www.europaediatrics2011.org

כנסים בארץ

חיפ"א, איגוד חפאי הילדים, חיפ"ק והארגון האיטלקי של רפואת ילדים בקהילה כנס דו לאומי ישראל- איטליה ברפואת ילדים בקהילה יד השמונה, (במבואות ירושלים) 24-25 ביוני 2010
<http://www.pediatrics.org.il/hipak.asp>

הכנס השנתי של האיגוד הישראלי לרפואת ילדים 24.11.10 | מלון דן פנורמה תל אביב
<http://www.pediatrics.org.il/ipa.asp>

לכל סימפטום פתרון עם יתרון

נוטרמיגן* 1 | נוטרמיגן* 2 | אנפמיל* A.R. 1 ליפיל* | אנפמיל* A.R. 2 ליפיל* | פרג'סטימיל*