

פדיטון

PEDITON



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

גיליון מס': 156 | ספטמבר 2009

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



יצרנית נוטרמיגן
פרג'סטימיל
ומשפחת אנפמיל

1800-22-64-70



מאמר מערכת

הסירוב לחסן

פרופ' רפאל גורודישר

ועד חיפ"א

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

מערכת "פדיטון"

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

בגלל ההתנגדות הגוברת שהורים מגלים לחסן ילדיהם¹, איגוד רופאי הילדים יזם מבצע הסברה במטרה להילחם בשוללי חיסונים ולהעלות את מודעות הקהל הרחב לנחיצות מתן חיסונים לילדים.

סירוב קבלת חיסונים אינו סוגיה ייחודית למדינת ישראל. במאמר מיוחד שפורסם לאחרונה² המחברים מתארים את התופעה בארה"ב, תוך הדגשה שחיסונים נמנים עם האמצעים התרפאוטיים היעילים ביותר, ושלו רופאים יש תפקיד חיוני בהחלטות ההורים האם לחסן את ילדיהם. אנו מביאים כאן חלקים עיקריים מהמאמר. ילדים לא מחוסנים נמצאים בסיכון מוגבר להידבק ממחלות אותן ניתן למנוע באמצעות חיסון. בנוסף, אי מתן חיסון מגביר את הסיכון למגיפה שתפגע באוכלוסייה בכלל ובאלה שהתכוונו להתחסן ועדין לא הגיעו לגיל החיסון בפרט. כך למשל דווח לאחרונה על הסיכון המוגבר של ילדים לא מחוסנים לחלות בשעלת³ ובארץ חוויים התפרצויות של חצבת באוכלוסיות לא מחוסנות. אנו יודעים שכתוצאה ממתן חיסון, מחלות זיהומיות שפעם נחשבו כ"הכרחיות", חלפו או כמעט חלפו מן העולם, והתמותה והתחלואה מהן ירדה באופן דרמטי. צפוי שבעקבות הכנסת החיסונים החדשים (נגד אבעבועות רוח, חיידק הפנימוקוק ונגיף הרוטה) תמהיל המחלות שבגללם מגיעים לטיפול לרופא הילדים ישתנה ללא הכר.

מיהם ההורים שמסרבים חיסון ומדוע הם מסרבים? ע"פ הספרות, מדובר בהורים שמחזיקים בדעה שילדיהם נמצאים בסיכון נמוך לחלות ממחלות אלו, שמחלות אלו אינן קשות, שהיעילות והבטיחות של החיסונים אינן גבוהות, או שילדים מקבלים יותר מדי חיסונים. אלו הורים שנוטים לפנות לרפואה אלטרנטיבית, שמקבלים את המידע דרך האינטרנט או מקבוצות המתנגדות לחיסונים. אולם ברקע של הסירוב נמצאת הדאגה שחיסונים עלולים להזיק לילדיהם.

כיצד להילחם בסירוב למתן חיסון? יש המציעים שבתי הספר לא יקבלו ילדים לא מחוסנים כפי שנהוג בארה"ב, ויש המציעים שרופא ילדים יסרב לקבל לטיפולו ילדים אלו. ישנן בעיות אתיות וחברתיות כבדות משקל בהצעות האלה. מחקרים מראים שהצוות הרפואי מהווה המקור העיקרי של המידע שהורים מקבלים בעניין חיסונים. לכן, על רופאי הילדים להתייחס לדאגות ההורים ביחס לחיסונים ולדון איתם על הסכנות של אי-מתן חיסון. חשוב שרופאים המטפלים בילדים יבינו את היתרונות והסיכונים במתן חיסונים ושהם יקדימו שאלות שהורים עשויים לשאול בעניין בטיחות החיסונים.

1. <http://www.chisunim.co.il>

2. Omer SB et al. Vaccine Refusal, Mandatory Immunization, and the Risks of Vaccine-Preventable Diseases. N Engl J Med 2009; 360: 1981-8

3. Glanz J et al. Parental Refusal of Pertussis Vaccination Is Associated With an Increased Risk of Pertussis Infection in Children. Pediatrics 2009; 123: 1446- 51

נוטרמיגן 1 | נוטרמיגן 2 | פרג'סטימיל

אנפמיל A.R. 1 ליפיל | אנפמיל A.R. 2 ליפיל

לכל סימפטום פתרון עם יתרון



פרמהבסט מפיצת מוצרי מיד ג'ונסון מאחלת
שנה טובה וחג שמח!



1800-22-64-70



האפידמיולוגיה של אשך טמיר מולד ונרכש

The Descriptive Epidemiology of Congenital and Acquired Cryptorchidism in a UK Infant Cohort

סקר: ד"ר יעקב אורקין

Acerini CL et al. Arch Dis Child. Jun 2009;doi:10.1136/adc.2008.150219

הוגדר כחידוש מפתיע. לדעתם אשך שהיה בעמדה גבוהה אך ככיס האשכים עלול להימצא בהמשך בתעלה בדומה לאשך טמיר מולד.

הערת סוקר: "הערה זאת אינה משקפת את דעתן של ועד חיפ"א או של כל מערכת "פדיטון". במחקר זה יש בעיקר שני חידושים לגבינו. הראשון, שבדיקה לקיומם של אשכים בשק צריכה להתבצע מספר פעמים במהלך השנתיים הראשונות לחיים. הדבר דומה לצורך לבצע בדיקות נשנות של החזר אור אדום ומפרקי ירכיים בתינוקות. השני, שאחיות ביצעו את הבדיקה הגופנית של התינוקות. בהתייחס למצוקת הרופאים בטיפות חלב, והצפי שעוד תתגבר, אולי הגיע הזמן להכשיר אחיות לבצע תפקידים שנשמרו עד כה רק לרופאים. לגבי היעלמותם של אשך אשר היה בכיס בוודאות, סביר שרבים ירימו גבה. לספקנים מצאתי מחקר נוסף המצוטט להלן.

Guven A, Kogan BA. J Pediatr Surg 2008; 43: 1700-4

רקע: אשך טמיר נחשב למום מולד במערכת הרבייה. הטיפול בו מתחייב עקב הסיכונים הקשורים בו. יתכן ששכיחות הבעיה השתנתה.

מטרה: לבדוק את שכיחות אשך טמיר במעקב של שנתיים מהלידה.

שיטות: 742 ילודים נבדקו על ידי אחיות שעברו הכשרה מיוחדת לכך. התינוקות נבדקו בלידה ובגיל 3, 12, 18 ו 24 חודשים (615, 462, 393 ו 326 ילדים בהתאמה). אשך רטרקטילי לא נחשב כאשך טמיר.

תוצאות: אשך טמיר אובחן ב 5.9% מהילודים. ל 45% מהם הבעיה הייתה דו צדדית. גורמי רקע שהיו קשורים בשכיחות גבוהה לאשך טמיר: פגות (14%), ומשקל לידה נמוך (29.6%). שכיחות אשך טמיר במועדי המעקב הבאים היו 2.4%, 6.7%, 5.6% ו 4.3% בהתאמה. ל 30 תינוקות נמצא אשך טמיר בבדיקות המעקב אשר לא אובחן בבדיקות קודמות.

מסקנות החוקרים: אשך טמיר נמצא בשכיחות גבוהה מהמצופה. הופעה של אשך טמיר נרכש רק בבדיקות עוקבות

מגמות בתמותת ילדים עקב פגיעות בסקוטלנד

Varying gender pattern of childhood injury mortality over time in Scotland. Pearson J et al. Arch Dis Child 2009; 94: 524-30.

סקר: ד"ר יעקב אורקין

2006. המשתנים העיקריים במחקר היו: גיל, מין, גורם התאונה, שנת התאונה.

תוצאות: בכל הגילים יותר בנים מתו עקב תאונות מאשר בנות (פי 2-3) למעט מקרי המוות שנגרמו עקב שריפה. במהלך השנים, שלגביהם בוצע המחקר, הפער בין הבנים לבנות הלך והצטמצם.

מסקנות: החוקרים לא יודעים להסביר מדוע חל שינוי ביחס בנים לבנות בתמותה מתאונות במהלך השנים.

רקע: תמותת ילדים עקב תאונות היא קצה הקרחון של הנזק הנגרם עקב תאונות. תחלואה, נכות, שיקום הם תוצאות נפוצות של תאונות והעלות שלהם היא עצומה.

מטרה: לבחון את המגמות בתמותת ילדים עקב תאונות תוך השוואה בין המינים.

שיטות: המחקר בחן את הנתונים ברשומה הלאומית בסקוטלנד לגבי ילדים בגיל 0-14 שנים לתקופה שבין 1982 עד

לכל סימפטום פתרון עם יתרון

פריסטמייל

אנפמיל A.R. 2 ליפיל

אנפמיל A.R. 1 ליפיל

נוטרמיגן 2

נוטרמיגן 1

הערת הסוקר: לכאורה מחקר מסקוטלנד אינו קשור אלינו אבל ילדים נפגעים בכל מקום ובמידה רבה מידי גם אצלנו. תאונות דרכים, נפילות, הרעלות והתאבדות מהווים גורמי תמותה עיקריים בילדים. מניעת תאונות לסוגיהם השונים היא מטרה חשובה בחינוך לבריאות. רופאי הילדים צריכים לעסוק בנושא זה בכל המסגרות שבהן הם פועלים. לפי מחקר שפרסם ארגון "בטרם", נפטרים בישראל כ 150 ילדים כל שנה מתאונות. רובם כהולכי רגל או כנוסעים ברכב שהיה מעורב בתאונות דרכים.

Findling L et al Child Injuries in Israel: 'Beterem' National Report 2008.
'Beterem - Safe Kids Israel', Publication No. 1054, Apr. 2009



מגמות שכיחות של סוכרת טיפוס 1 באירופה בין 1989-2003 ומקרים חזויים 2005-2020
מחקר רישום פרוספקטיבי רב מרכזי

פרופ' רפאל גורודישר

Incidence Trends for Childhood Type 1 Diabetes in Europe During 1989- 2003 and Predicted New Cases 2005-20: a Multicenter Prospective Registration Study.
Patterson CC, Lancet 2009; 373: 2027- 33

מסקנות: אם תמשך המגמה הנוכחית, צפוי שמספר המקרים החדשים של סוכרת טיפוס 1 יוכפל בין 2005 ו- 2020 והיארעות של המקרים מתחת לגיל 15 שנה תעלה ב- 70%. יש צורך להתאים את משאבי שירותי הבריאות כדי להתמודד עם הצרכים הבריאותיים האלו של הילדים.

הערות הסוקר: התחזית הנ"ל מתייחסת לאירופה, אבל אין כל סיבה לחשוב שבישראל, כמו בכל העולם המערבי לפחות, לא נראה מגמה דומה.

נראה כי העלייה בשכיחות נובעת מסיבות סביבתיות, אבל לא ברור מהן. הועלו תיאוריות שקושרות אותה לתזונת התינוקות, לזיהום נגיפי ואף לניתוחים קיסריים. במאמר מערכת באותו גיליון¹ המחברת מציינת א. שהופעת המחלה בגיל צעיר מלווה יותר בקטואצידוזיס, ב. שחשיפה למחלה החל מגיל צעיר יותר תעלה את הסיכון של סיבוכים וסקולריים, ג. העלייה של מספר הילדים עם סוכרת טיפוס 1 תהווה עומס תחלואה קשה על התקציב של שירותי הבריאות.

1) Dabalea D. The accelerating epidemic of childhood diabetes. Lancet 2009; 373: 1999-2000

רקע: השכיחות של סוכרת מטיפוס 1 בילדים צעירים מ- 15 שנה נמצאת בעליה. מטרת העבודה הייתה לקבוע מגמות של שכיחות סוכרת מטיפוס 1 במרכזים אירופיים במשך 15 שנה ולחזות המעמסה העתידית של סוכרת נעורים באירופה.

שיטות: כ- 20 registries מבוססי אוכלוסיה ב- 17 מדינות נרשמו 29,311 מקרים חדשים של סוכרת מטיפוס 1 שאובחנו לפני גיל 15 שנה במשך תקופה של 15 שנה: 1989-2003. חושב אומדן שיעורי העלייה בשכיחות ב- 5 אזורים גיאוגרפיים כדי לחזות כמה מקרים חדשים יהיו באירופה ב- 2005, 2010, 2015 ו- 2020.

תוצאות: כל ה- registries פרט ל- 2 הראו עליה שנתית מובהקת בשכיחות, בין 0.6 ל- 9.3%. שה"כ העליה השנתית הייתה 3.9%, והעליה בקבוצות גיל 0-4 שנים, 5-9 שנים ו- 10-14 שנים הייתה 5.4%, 4.3% ו- 2.9% בהתאמה. מספר המקרים החדשים באירופה ב- 2005 נאמד 15,000. לפי התחזית, מספר המקרים החדשים בשנת 2020 יהיה 24,400, עם עליה של פי שניים בילדים מתחת לגיל 5 שנים. היארעות מתחת לגיל 15 שנה תעלה מ- 94,000 בשנת 2005 ל- 160,000 ב- 2020.



קידום בריאות בגיל צעיר ותוצאותיו לאורך מסלול החיים
Early Childhood Health Promotion and Its Life Course Health Consequences
Guyer B et al, Academic Pediatrics 2009; 9: 142-9

סקר: פרופ' בועז מורטר

שיטות: נבחרו ארבעה נושאים לסקירה: חשיפה לעישון, פגיעה לא מכוונת (unintentional injury), השמנה ובריאות הנפש- עקב חשיבותם מבחינה אפידימיולוגית, הם מדגימים את האופי המורכב של בעיות בריאות בשלב מוקדם של החיים. סקירת

מטרה: לבחון האם מאמצים בתחום של קידום בריאות מכוונים לילדים בגיל טרום- בית ספר יכולים לשפר הבריאות לאורך החיים ולשפר התשואות הכלכליות העתידיות לחברה

לכל סימפטום פתרון עם יתרון



מפיצת מוצרי
1800-22-64-70

הערות הסוקר: מידי פעם מופיע מאמר עם מסקנות חשובות עבור כל ציבור רופאי הילדים. כותבי סקירה זו עשו עבודה חשובה לגבי השאלות החשובות והדרך לענות עליהן. המאמר מסכם את הנושא בצורה טובה, ובו מסוכמים בטבלה נתוני הספרות שנסקרה לפי השאלה, מבנה של המחקר, האוכלוסייה, התוצאות והמסקנות.

אם אנחנו מאמינים לכותבי המאמר, מה עלינו לעשות במרפאות שלנו? קודם כל, צריכים להמשיך את המאמצים לשכנע הורים להיגמל מעישון ודרכים למנוע תאונות (האם אנו מקפידים לדבר עם הורים על סוג המושב עבור הילדים במכונית?). כדאי לנו ללמוד התערבויות פשוטות לגבי בעיות התנהגות שכיחות בגיל הרך (איך לטפל בהתקפי זעם, העמדת גבולות לילד, איך לטפל בבעיות שינה). ולבסוף על כולנו לחשוב על השמנה, ולהודות שמידת ה-BMI והפניית הילד לדיאטנית אינן הפיתרון לבציה.

לראשונה, מאמר זה מספק לנו evidence base רציני לגבי מה כן ומה לא כדאי לעסוק בנושא קידום בריאות. המסר החשוב ביותר שכולנו צריכים להעביר לתקשורת, לפוליטיקאים ולמוסדות הפדיאטריים השונים - התערבות בגיל טרום בית ספר היא יעילה וכדאית מבחינה כלכלית. גם אם לא פשוט לישמה, לפחות אנו צריכים להאמין שכך ראוי.

הספרות בדקה את העדות לגבי ההשפעה לטווח הקצר והארוך של קידום בריאות והתערבויות למניעת מחלות בילדים מגיל 0 עד 5 שנים. סקירה זו ניסתה לאמוד את העול הכלכלי כאשר בריאות הילד ירודה, וההשלכות הכלכליות של מניעה וטיפול בבעיות בריאות אצל ילדים באמצעות התערבויות.

תוצאות: הספרות שנסקרה סיפקה עדות משכנעת שארבעת הנושאים שנבחרו מהווים עול משמעותי לגבי בריאות ילדים וגם מנבאים בעיות בריאות משמעותיות לאורך החיים. העדות למשמעות הכלכלית של בעיות אלה היא חזקה, אך פחותה מהעדות האפידמיולוגית. **היעילות של התערבויות בגיל זה הייתה הכי חזקה לגבי מניעת חשיפה לעישון והפניעות.** התועלת הייתה מוגבלת לגבי התערבויות קליניות בתחום בריאות הנפש, והיתה הכי חלשה לגבי המאמצים למניעת השמנה.

מסקנות: המחקר הקיים היום מצדיק ביצוע התערבויות מקדמות בריאות בתקופה טרום לידה עד טרום בית ספר - במיוחד בהקטנת חשיפה לעישון ולמניעת היפגעות. יש צורך דחוף במחקר מכוון וקפדני לבחון את התועלת לטווח הארוך ולספק נתונים כלכליים מוצקים יותר על מנת לעזור לקובעי מדיניות להפנים שהחברה כולה תרוויח מהשקעה מושכלת לשיפור מצב הבריאות של ילדים בגיל טרום בית ספר ושל משפחותיהם.

שפעת A/H1N1

להלן תמצית **חוזר מנכיל משרד הבריאות** (34/09 ב', 17.8.09) הנוגע להערכות לשפעת A/H1N1 בילדים. מומלץ לעיין בחוזר המקורי ובעדכונים התקופתיים: <http://www.health.gov.il/h1n1/hozrim.asp>

מקרה חשוד מוגדר כל חולה עם חום מעל ל-38⁰ ואחד או יותר מאלו: נזלת, כאב גרון, שיעול, כאב שרירים, קוצר נשימה. החלטה לאבחן מעבדתית רק לחולים מאושפזים.

תקופה מיזבקה: מעת הופעת התסמינים ועד 24 שעות לאחר שחלפו. טיפול אנטי וירלי יינתן לחולה חשוד ששייך לקבוצת סיכון או לאלה הסובלים מתסמינים קשים. אין צורך לתת טיפול מונע למגעים.

חולים בקבוצת סיכון הנם בעלי: הריון בטרימסטר שני ושלישי, מחלת ריאה כרונית, אסתמה (שמקבל טיפול מונע קבוע, שאינה בשליטה מלאה), מחלת לב משמעותית כרונית, מחלות חסר חיסוני (סרטן, איידס, אחרי השתלה, טיפול אימונוסופרסיבי, טיפול בסטרואידים, לפחות שבועיים ועד שבועיים לאחר הפסקת הטיפול), סוכרת, מחלות מטבוליות, מחלת כליות כרונית, המוגלובינופתיות, אפילפסיה, מחלות נירומוסקולריות וניירו קוגניטיביות, השמנה חולנית קיצונית, טיפול באספירין.

חולים עם תסמינים קשים: טכיפנאה, תת-חום, לחץ דם נמוך, כיחלון, חיורון, רתיעות בבית החזה, אנחות, צפצופים או ממצאים אזנתיים של דלקת ריאות, ירידה ברוויזון חמצן, בלבול, לתרניה, סימנים נירולוגיים, ירידה בתפקוד, אי-שתייה, הקאה חוזרת. בנוסף, לפי שיקול הדעת של הרופא.

מומלץ לומר לחולה עם שפעת קלה ובמיוחד למעשנים, לחולי OSA, השמנת יתר, להורי הילדים מתחת לגיל 5, ולנערות בהריון שהמחלה עלולה להחמיר וכי אם יפתחו תסמינים קשים עליהם לשוב מיד לבדיקת רפואית. יש צורך לדאוג להשלמת חיסון נגד החיידק הפנאומוקוק ולקיים פעילות חינוך לבריאות בנושא מניעת מחלות מדבקות והיגיינה אישית.

הטיפול ב-Oseltamivir ("Tamiflu") ניתן למשך 5 ימים. המינון המומלץ לפי משקל וגיל, יילודים 2-3 מג' / קג' x 2 ביום, כחות מ-3 חודשים: 12 מג' x 2 ביום, 3-5 חודשים: 20 מג' x 2 ביום, 6-12 חודשים: 25 מג' x 2 ביום, מגיל שנה וכחות מ-15 קג': 30 מג' x 2 ביום, 15-23 קג': 45 מג' x 2 ביום, 24-40 קג' 60 מג' x 2 ביום, מעל ל-40 קג': 75 מג' x 2 ביום. יש להתחיל הטיפול מוקדם ככל האפשר ותוך 48 שעות מתחילת הסימנים.

לכל סימפטום פתרון עם יתרון

פרג'יסטימיל

אנפמיל A.R. 2 ליפיל

אנפמיל A.R. 1 ליפיל

נוטרמיגן 2

נוטרמיגן 1