



אפריל 2003

גיליון מס': 87



יצרנית משפחת אנפמיל, נוטרמיגו, ופרג'סטימיל. 1-800-22-6470



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



אטופיה אם אין תגובה לקו הראשון- יש לנסות הוצאת חלבון פרה ע"י מעבר לפורמולה היפואלרגנית או -ביונקים- מעבר היפואלרגנית, מוגדרת כאן כהידרוליזט של קזאין או כ-Amino Acid Formula. קו שני זה שונה מהקו השני המקובל בתינוקות שאין להם היסטוריה אטופית, שם השינוי צריך להיות לפורמולה שהיא antireflux (למשל אנפמיל AR) אם שינויי הפורמולות לא הצליחו, מנסים טיפול תרופתי בהחזר קיבתי ושיטי. אם אין הצלחה בטיפול התרופתי, ניתן, בתינוקות שעדיין לא נוסה הדבר, להוציא חלבון חלב פרה מהפורמולה על ידי העברה להידרוליזט קזאין ולראות האם תהיה לכך השפעה.

לסיכום, הזוית החדשה להסתכלות על החזר קיבתי ושיטי מעניינת. הכנסת אמצעי טיפולי של החלפת פורמולת חלב פרה כחלק מהאמצעים הטיפולים במחלה זו היא נדבך חשוב בגישה שלנו, רופאי הילדים, למצב שכיח זה.

וחזרת הסימפטומים אחרי challenge. שנית מעלה החוקר שני מנגנונים העשויים להיות מעורבים ביצירת התמונה הקלינית המשותפת: אוזפגטיס על רקע אימוני (עקב הרגישות לחלב הפרה), והאטה בהתרוקנות הקיבה, שני מנגנונים אלה ובמיוחד קשר ביניהם- תסנין אאוזינופילי ברירת הגורם לפגיעה במוטיליות יכולים להביא להחזר קיבתי ושיטי שסיבתו הראשונית- רגישות אימונית לחלבון חלב הפרה. מנגנון דומה הועלה בעבר כהסבר לתצפית של ילדים עם רגישות לחלב פרה הסובלים מעצירות: תסנין ברירת הגורם לדיסקמוטיליות הגורמת לעצירות. ונדנפלס מציע לאור זאת גישה חדשה לתינוקות עם קליניקה של החזר קיבתי ושיטי. הקו הטיפולי הראשון צריך להיות הרגעת ההורים והשכבה בזוית של 30°. לתינוקות המקבלים פורמולה יש לבצע הסמכתה ומתן ארוחות במנות קטנות. השינוי שמציע ונדנפלס הוא שבתינוקות שיש בהם רמז לאטופיה או היסטוריה של

**הקשר האפשרי בין החזר קיבתי ושיטי לרגישות לחלב פרה: האם יש קשר?**

החזר קיבתי ושיטי ורגישות לחלב פרה הם שני מצבים הקורים בשכיחות גבוהה בשנת החיים הראשונה. שניהם תלויים בגיל כאמור, ושניהם חולקים אותן תופעות קליניות. התופעות המשותפות לשני המצבים הן: בכי, אי שקט, קוליק, סרוב לאכול, הקאות, FTT, פליטות, אנמיה, צפצופים, הפרעות שינה, ומצבים של אפנאה ו-ALTE. מהי משמעות החפיפה הקלינית בין שני המצבים ועובדת הארעותם בשנת החיים הראשונה? האם יש קשר ביניהם? תצפית זו היא הבסיס לסקירה המרתקת של Vandenplas הבלגי בגיליון Pediatrics של נובמבר 2002. ראשית מביא החוקר עדויות קליניות מעבודות שונות, שתינוקות שאובחנו כסובלים מהחזר קיבתי ושיטי ולא הגיבו לטיפול השרתי, נעשה ניסיון להוציא את חלב הפרה מהתזונה עם תוצאות טובות,

Pediatrics, 110:972-984;2002

**אבי גב בילדים**

נכנסו לעבודה 1446 תלמידי שני בתי ספר בצפון מערב אנגליה, בגילאי 11-14 שנים. העבודה נערכה לאורך שתי שנות לימוד, בשנים 1999-2000 וכל תלמיד מילא שאלון רבו נדרש לענות על השאלה האם סבל בחודש האחרון מכאב גב. החוקרים ביצעו מדידות של התלמידים - גובה ומשקל- כדי לחשב BMI, וכן ביצעו במשך 5 ימים רצופים הערכת מצב נשיאת הילקוט: משקל הילקוט, שיטת נשיאתו וסוג הילקוט. כמו כן התלמידים נדרשו לענות בשאלון אודות הפעילות הגופנית שלהם. כל תלמיד נדרש לענות גם על שאלון קצר נוסף שבחן רכיבים של התנהגות, רגישות וחברויות וצויין בו האם סבל מכאבים במקומות אחרים כמו- ראש או כאב בטן.

כאבי גב ללא סיבה קלינית מוגדרת הינו מצב די שכיח בילדים. הסיבה שצויינה בעבודות קודמות כסיבה אפשרית למצב זה היא- עומס מכני המופעל על הגב ע"י תיק או ילקוט גב, ואכן בעבודות אלו נמצא משקל העולה על המותר בתיק הגב כגורם לכאב הגב.

למרות קיומן של עבודות בספרות שבדקו הקשר בין סיבות ומרכיבים פסיכוסוציאליים לכאבים במקומות אחרים בגוף- דוגמאת כאבי ראש וכאבי בטן- לא נערכו עבודות שניסו לבדוק קשר כזה בכאבי גב. בעבודה שלפנינו ניסו החוקרים ללמוד על משקלם היחסי של גורמים מכניים ופסיכוסוציאליים כגורמים לכאבי גב בילדים. העבודה היא בשיטת Cross-section .

**העורכים:**  
ד"ר אלי הרינג, ד"ר יצחק לוי

**אשתתפים:**  
ד"ר צחי גרוסמן, ד"ר מרים הרמן, ד"ר זאב חורב, ד"ר אלי גולה, ד"ר צבי כהן, ד"ר אבי פכט, ד"ר מייק שטיין

**תובת מערכת:**  
מרכז בריאות הילד- טירת הכרמל רח' ששת הימים 30, טירת הכרמל טל. 04-8574316 04-8574922, פקס. 04-8574318

# הודעות וזד חיפ"א



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

## עיתים יקרים!

השנה, בכינוס האביב של חיפ"א אשר יערך ב- 30 באפריל במלון  
דן פנורמה- ת"א אנו מביאים עדכונים בנושאים חשובים.

### מושב ב'

כאבי ראש בילדים  
**ד"ר רחל הרינג**  
היח' לכאבי ראש ילדים, בי"ח מאיר,  
כפר-סבא

הפרעות תקשורת PDD ואוטיזם  
**ד"ר נתנאל צלניק**  
המכון להתפתחות הילד מרכז רפואי  
"הכרמל"-חיפה

RSV-state of the art  
**ד"ר גיורא גוטסמן**  
היח' למחלות זיהומיות ילדים,  
בי"ח מאיר כפר-סבא

חידושים באורטופדיה לרופא הילדים  
בקהילה  
**פרופ' שלמה וינטראוב**  
תל-אביב  
14:00 ארוחת צהריים

### מושב א' 12:00-14:00

רפואת ספורט- עדכונים על פעילות  
גופנית בילדים ונוער  
**ד"ר אלון אליקים**  
היח' לאנדוקרינולוגיה ילדים, בי"ח  
מאיר, כפר-סבא

עדכונים ביתר לחץ דם בילדים  
**ד"ר אבשלום פומרנץ**  
היח' לנפרולוגיה ילדים, בי"ח מאיר,  
כפר-סבא

הפרעות קצב בילדים  
**ד"ר רמי פוגלמן**  
היח' לקרדיולוגיה ילדים, מרכז שניידר,  
פתח-תקווה

The fainting child: to tilt or not  
to tilt?  
**ד"ר שמואל דיאמנט**  
היח' לקרדיולוגיה ילדים, בי"ח דנה,  
תל-אביב

### בתכנית

08:30-09:00 התכנסות והרשמה  
09:00-09:45 דרמטיטיס אטופית:  
מה חדש על נושא ישן  
**ד"ר דני בן אמיתי**  
09:45-10:30 עדכון בתכנית חיסוני  
השגרה בישראל 2003  
**ד"ר שמואל רשפון**  
רופא מחוזי, מחוז  
הצפון, משרד הבריאות  
10:30-10:35 דבר יו"ר ועד חיפ"א  
**ד"ר צחי גרוסמן**  
10:35-11:20 הגישה לביטויים  
סומטיים של מצוקה נפשית בילדים  
**פרופ' מולי להד**  
מנכ"ל המרכז לפיתוח  
משאבי התמודדות,  
קרית שמונה  
11:20-12:00 הפסקה

## אוניברסיטת תל-אביב

הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר בית הספר ללימודי  
המשך ברפואה

### תוכנית לימודי תעודה/רפואת מתבגרים

התכנית תיפתח בספטמבר א' תשמ"ד. 29/10/03

#### קהל היעד:

מומחים ברפואת ילדים, ברפואת המשפחה, ברפואת נשים. מתמחים ברפואת ילדים, ברפואת  
המשפחה, ברפואת נשים. אשר עברו בחינות שלב א' במקצועות הנ"ל, יתקבלו על פי מספר  
המקומות הפנויים, מספר המקומות מוגבל.

#### מטרות הלימודים:

הקניית ידע רחב ומקיף בתחומי בריאות ורפואת מתבגרים; תקשורת עם בני נוער; בדיקת  
מתבגרים; הערכה כוללת של המתבגר במסגרות השונות, ניהול צוות רב מקצועי במסגרות  
אמבולטוריות ואישפוזיות; קידום בריאות ורפואה מונעת, ניהול סיכונים ואבטחת איכות בתחומי  
בריאות המתבגר.

משך הלימודים שישה סימסטרים, כולל 20 שעות התנסות קלינית במרפאות נוער קיימות.  
הקורס יתקיים בימי רביעי בין השעות 19:00 - 16:00.

לקבלת תוכנית לימודים וטופס הרשמה, נא להתקשר:

03-6409228/9

הרישום יסתיים ב- 12/9/03, פתיחת התכנית מותנית במספר  
הנרשמים עד תום מועד ההרשמה.



## יעור היציבות לאנטיביוטיקה בקרב המחוללים לזיהומי דרכי השתן הנרכשים בקהילה

בנוסף נתוני הרגישות בשנת 1999 היו: לאמוקסיצילין קלבלונאט (אוגמנטין) 76% בלבד, לצפורוקסים אקסטיל (זינאט) 95% ולחומצה נלידיקסית (נגרם) 97%. מסקנות המחקר מראות כי במהלך השנים חל שינוי קל ברגישות המחוללים לאנטיביוטיקה שנבדקה. טיפול אמפירי על ידי רספרים או עלול לא להיות מתאים בשליש מהמקרים ועל ידי אוגמנטין ב-25% מהמקרים. מנגד טיפול על ידי צפורוקסים "יקלע" למטרה בכ-95% מהמקרים. חשיבותו של המחקר כפולה בכך שהוא נותן לנו מידע אודות רגישותם של החיידקים השכיחים לאנטיביוטיקה ובכך שהוא מדגיש את הצורך בנטור הרגישות באזורים שונים ובתקופות שונות על מנת שנוכל לתת את הטיפול המיטבי למטופלנו הסובלים מזד"ש.

עם זד"ש. האבחנה של זד"ש נעשתה על סמך קיום סימנים קליניים מתאימים ותרבות שתן חיובית כאשר התרבות נלקחה על ידי ניקור על חיקי SPA, החדרת קטטר לשלפוחית השתן או שתן מאמצע הזרם midstream urine. בדיקת רגישות החיידקים נעשתה בדרכים סטנדרטיות. המחוללים השכיחים ביותר היו: E.COLI בשיעורים של 86% ו-82% בשנים 1991 ו-1999 בהתאמה, KLEBSIELLA בשיעור של 6% ו-13% ואחרים בשיעור של 8% ו-5%. במהלך השנים חל שינוי קל ברגישות אותם מחוללים לתכשירי אנטיביוטיקה שונים. הרגישות לאמפיצילין ירדה מ-35% ל-30%, לצפלקסין מ-82% ל-63%, לניטרופורנטואין מ-93% ל-92%, ולרספרים עלתה הרגישות מ-60% ל-69%.

קיימת חשיבות רבה לטיפול מוקדם ויעיל בזיהומי דרכי השתן (זד"ש) בילדים. בהעדר תשובת תרבות מיידית אנו משתמשים בתכשירים אנטיביוטיים באופן אמפירי עד לקבלת תשובת תרבות שתן ורגישות המחוללים. התכשירים הנפוצים ביותר היום לטיפול אמפירי הנם תכשירי הסולפה והצפלוספורינים. מטרת המחקר שלפנינו הייתה לבדוק את שיעור היציבות לתכשירים אנטיביוטיים שונים בקרב מחוללי זיהומי דרכי השתן הנרכשים בקהילה בילדים. המחקר נערך על ידי קבוצת חוקרים מהמרכז לרפואת ילדים על שם שניידר בישראל (פרייס וחבריו). המחקר כלל שתי קבוצות ילדים: האחת עם זד"ש בשנת 1991 ובה נכללו 142 ילדים והשנייה בשנת 1999 ובה נכללו 124 ילדים

Arch Dis Child 2003;88:215-218

## כיחות הניתוחים בילדים עם הגדלת אדנואיד ושקדים ושיפור לאחר טיפול בבקלומטאזון בשיאוף אפי

ההורים, ההיענות לטיפול היתה טובה יותר (71% לעומת 41%) ואחוז הילדים שנוקקו לניתוח ירד משמעותית (54% לעומת 83%). נתוני הילדים שהגיבו לטיפול ואלה שלא הגיבו, היו דומים ולכן אין אפשרות לנבא את התגובה לטיפול. לבסוף מסי מחקרים מצביעים על עיכוב בצמיחה עקב טיפול בבקלומטאזון, גם במינון נמוך כמו שניתן במחקר זה. יתכן ואפשר להשתמש בסטרואידים אחרים שאינם גורמים להאטת הצמיחה על מנת לבדוק אם טיפול ממושך יותר יניב תוצאות טובות יותר

את הטיפול בסדר הפוך. לאחר מכן כולם טופלו בבקלומטאזון 200 מק"ג למשך 24 שבועות. הם נבדקו לאחר 2,4,24,52 ומאה שבועות ע"י שני רופא א"ג. "מגיבים" נחשבו הילדים לאינדקס החסימה ירד בחמישים אחוז ויותר. טיפול בבקלומטאזון גרם להפחתה משמעותית בחסימה לאחר שבועיים. לאחר מתן סליין אינדקס החסימה חזר למצב הבסיסי. טיפול בסליין לא גרם לשום שינוי במידת החסימה לאחר שבועיים טיפול. 45% מהילדים הוגדרו כ"מגיבים". הילדים שמצבם השתפר בצורה משמעותית סבלו פחות מדום נשימה בשנה ע"פ דיווח

אחת הסיבות השכיחות לניתוחים בילדים הינה הגדלת שקדים ואדנואיד והתסמונות הנלוות (דום נשימה בשנה, דלקות אוזניים חוזרות וכו'). במחקר זה נבדקה השפעת בקלומטאזון על ילדים עם הגדלת שקדים ו/או ושקדים 60 ילדים עם הגדלת שקדים ו/או אדנואיד משמעותיים וסימפטומים של חסימת דרכי הנשימה החלו את המחקר. כולם עברו בדיקת רופא א"ג, בדיקת שמיעה, טימפנוגרם וצילום צואר צדדי וכו'. 53 ילדים סיימו את המחקר. מחצית מהילדים טופלו ב-400 מק"ג בקלומטאזון למשך שבועיים ואח"כ שבועיים סליין והמחצית השנייה קיבלה

Pediatrics 3/2003





בין כאבי גב לבעיות רגשיות או התנהגותיות. הטענה העולה למעשה היא שכאבי גב היא צורה נוספת של סומטיזציה בילדים.

נמצאה התאמה בין בעיות התנהגותיות וריגשיות לכאבי גב, ונמצאה התאמה כזו בין כאבי גב לכאבים במקומות אחרים. בעבודה זו נרמז לראשונה הקשר האפשרי

התוצאות הראו שלא נמצא קשר ומתאם בין הילקוט-משקלו, צורת נשיאתו- לבין כאבי גב. כמו כן לא נמצאה התאמה בין הפעילות הגופנית לכאבי גב. לעומת זאת,

Arch Dis Child 2003;88:12-17

## טיפולם קצרים חוזרים של סטרואידים לילדים חולי אסטמה הם בטוחים

**תוצאות:** גויסו 83 ילדים, 48 שנחשפו ו 35 שלא נחשפו לגלוקוקורטיקואידים, גילאי 2 עד 17 שנים. החשיפה הממוצעת היתה של 4 קורסים במהלך השנה שקדמה לגויסם. אצל הילדים שנחשפו ניכרה ירידה חולפת של רמות האוסטאוקלצין בסיומו של הקורס בן 5 ימים עם חזרה לרמת הבסיס כעבור 30 יום לא ניכר כל שינוי בקשרים של פירידינולין בשתן. דחיסות העצם הממוצעת (z score) היתה דומה בין שתי הקבוצות  $-0.61 \pm 1.0$  אצל החשופים, ו  $-0.67 \pm 0.9$  אצל הלא חשופים. לא נתגלו כל מקרים של תגובה בלתי תקינה ל ACTH המרמזת על אי ספיקה של בלוטת יותרת הכליה אצל הילדים החשופים (0% - 7%) או הלא חשופים (0% - 10%), מרווח ביטחון של 95%.  
**מסקנות:** מתן קורסים קצרים חוזרים של גלוקוקורטיקואידים דרך הפה לילדים הסובלים מאסתמה נראה כטיפול די בטוח, ולא נמצא כל קשר בינו להפרעה מתמשכת בחילוף החומרים בעצמות, מינרליזציה העצמות, או תפקוד בלוטת יותרת הכליה. לא נמצאה כל השפעה מצטברת על דחיסות העצם, תפקוד בלוטת יותרת הכליה או תהליך הצמיחה. ההסתייגות היחידה נובעת מגודל קבוצת הנבדקים, וכן מהיבטים שלא נבדקו כמו צמיחה ופעילות מערכת החיסון. ובכל זאת, הממצאים מעודדים מספיק על מנת להסיר מעט מדאגותיהם של הורים ומטפלים כאחד.

**שוב לציין, שבישראל הנוהג הוא קורסים קצרים של 3 ימים ולא 5 ימים, דבר שכמובן מקטין עוד את מידת הסיכון שבטיפול. זה גם המקום לטעון כנגד הנוהג הפסול והבלתי נחוץ של הורדה הדרגתית של מניין הסטרואידים לאחר קורס קצר בן מספר ימים בלבד.**

**מטרות:** קביעת בטיחותם של קורסים קצרים חוזרים של גלוקוקורטיקואידים דרך הפה לילדים הסובלים מאסתמה בהתייחס למינרליזציה של העצמות וחילוף החומרים בהם, ותפקוד בלוטת יותרת הכליה.

**שיטות:** מחקר מוצלב שהשווה את דחיסות העצם, חילוף החומרים בעצמות, ותפקוד בלוטת יותרת הכליה של ילדים שנחשפו לקורסים חוזרים של גלוקוקורטיקואידים דרך הפה. ילדים נלקחו בחשבון למחקר אם סבלו מ 3 או יותר התקפים של אסתמה, והופיעו עם התלקחות נוספת של מחלת האסתמה. ילדים נחשבו כחשופים אם קיבלו, בנוסף למתן התרופה בעת הגיוס, 2 או יותר קורסים בני 5 ימים כל אחד, של תרופה, במינונים גבוהים (1-2 מ"ג/ק"ג/יום), במהלך השנה שקדמה לעבודת המחקר. ילדים נחשבו כלא חשופים אם לא טופלו בכלל בגלוקוקורטיקואידים בהתקף הנוכחי, או במהלך השנה שקדמה לו. לא גויסו ילדים אם סבלו מדלקת ריאות, מחלה כרונית אחרת כלשהי, או לקחו תרופות שעלולות היו להשפיע על חילוף החומרים של ויטמין D, או שהאירוע הנוכחי טופל בסטרואידים בשאיפה במינונים גבוהים. מדדים של חילוף החומרים בעצמות נלקחו בחודש שלאחר האירוע שבגיוס. המדדים שנלקחו היו: רמות אוסטאוקלצין, סידן, זרחן, ופוספטזת אלקלית בסרום, יחס סידן/קריאטינין בשתן, סף ריכוז כליתי של זרחן וקשרי פירידינולין בשתן. תגובת הקורטיזול ל ACTH ודחיסות העצם נמדדו 30 יום לאחר התלקחות העכשווית. הטיפול שניתן בהתלקחות הנוכחית כלל תומכי  $\beta_2$  בשאיפה, וההחלטה לגבי מתן גלוקוקורטיקואידים היתה של הרופא המטפל.

כיום ידוע שמרכיב עיקרי בפתוגנזה של אסתמה הנו תהליך דלקתי בסימפונות, והטיפול המקובל על כל המומחים הוא טיפול אנטי דלקתי נמרץ בזמן ההתקף החריף, אשר כולל מתן קורסים קצרים של גלוקוקורטיקואידים במינון גבוה דרך הפה. על אף יעילותם המוכחת של טיפולים אלה, קיים ידע מועט יותר לגבי מידת בטיחותם. לא תמיד ההורים מביעים בקול את חששם מפני התרופה, אך החשש מפני "קורטיזון" הוא מיסטי כמעט, והוא מהווה את הגורם החשוב ביותר לתת השימוש בתרופה, ולבעיות של היענות לטיפול בילדים עם אסתמה. אוסטאופניה ודיכוי בלוטת יותרת הכליה הן תופעות הלוואי המאיימות ביותר של מתן חוזר של מינונים גבוהים של גלוקוקורטיקואידים.

אכן, מינונים גבוהים של התרופה לאורך זמן, הם בעלי השפעת מדכאת על תהליכי בניית העצם, אך מהי מידת השפעתם של מינונים אלה הניתנים לזמן קצר, ואפילו מספר פעמים תוך זמן קצר יחסית? נמצא שמינונים גבוהים של גלוקוקורטיקואידים לזמן קצר גרמו לדיכוי משמעותי, אך חולף (עד 15 יום), של פעילות בלוטת יותרת הכליה.

השאלה העולה היא, האם ישנו, ומהן השלכותיהן המצטברות של קורסים חוזרים אלה, לגבי חילוף החומרים בעצמות, דחיסות העצם, ותפקוד בלוטת יותרת הכליה.

**Safety Profile of Frequent Short Courses of Oral Glucocorticoids in Acute Pediatric Asthma: Impact on Bone Metabolism, Bone Density, and Adrenal Function. Pediatrics 2003;111(2):376-83**

