



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



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

שלום

רצ"ב פדיטון יולי ובו אסופת תקצירי עבודות שהוצגו בכנס חיפ"א האחרון בהרצאות או פוסטרים. אנו מקוים שהימים הקשים העוברים על המדינה בכלל ואזור הצפון בפרט יחלפו במהרה ונזכה כולנו באזור מוכה מלחמות זה לשלום ושלווה.

## המשמעות והפרוגנוזה של אנזימי כבד מוגברים לתקופה ממושכת ללא תמונה חסימתית, בתינוקות וילדים צעירים.

נ. אבו נאסר, 1. א. פכט, 2. ח. מנדל, 3. ת. ינקו, 4. ר. שאול, 1.5 מחלקת ילדים בני ציון 1, גסטרו ילדים, בי"ח כרמל ושרותי בריאות כללית, 2. בי"ח מאייר לילדים, 3. היחידה למיקרוסקופיה אלקטרונית, 4. הפקולטה לרפואה, הטכניון חיפה. מכבי שרותי בריאות 5

לאורך חודשים רבים. מדובר בתינוקות בריאים לכאורה, עם עליה תקינה במשקל ובאורך, ללא עדות להפרעה כולסטטית, ללא מחלה זיהומית או מטבולית מוכחת, וללא סיפור משפחתי של מחלות כבד. נשאלת השאלה, מה השכיחות ומה צריכה להיות הגישה לביורור ומעקב של אנזימי כבד גבוהים בילדות המוקדמת ומה התוצא (OUTCOME) של אותם תינוקות וילדים? אף כי יש לא מעט עבודות העוסקות בהפרעה לא מוסברת זו, אין בספרות העדכנית של גסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד בילדים ובמאגרי המידע מענה לשאלות הללו.

העבודה הנוכחית באה לבדוק מה המשמעות של רמת אנזימי כבד מוגברים בתינוקות וילדים אסימפטומטיים, ולנסות להפיק המלצות למעקב וביורור.

**שיטת המחקר:** עבודה משולבת פרוספקטיבית ורטרוספקטיבית שנערכה במרפאות גסטרו ילדים בבי"ח בני ציון, בי"ח מאייר לילדים, קופ"ח מכבי ומרפאות קופ"ח כללית. נכללו בה תינוקות וילדים צעירים 125.3 בריאים לכאורה שהיו במעקב עקב רמת אנזימי כבד גבוהה (ALT, AST) בדם (לפחות פי 1.5 מהנורמה לגיל) למשך 3 חודשים לפחות, ועם רמות CK, GGT, פוספטזא בסיסית ובילירובין תקינים לאורך כל המעקב. הילדים עברו ביורור כתלות במשך ההפרעה - שכלל US בטן, וביורור זיהומי, מטבולי ואימונולוגי. תינוקות וילדים שאצלם נמצאה פתולוגיה באחד מהביורורים הללו הוצאו מהמחקר.

**תוצאות:** בסה"כ נמצאו 72 ילדים שהתאימו למחקר, 47 בנים ו-25 בנות. לילדים נערכו בין 2-9 בדיקות דם (ממוצע 4.38, חציון 4). משך זמן ההפרעה נע בין 3 ל-36 חודשים (ממוצע 12.4 חודשים, חציון 11.5 חודשים). גיל התחלה של ההפרעה באנזימי הכבד היה בין 0-48 חודשים (ממוצע 10.9 חודשים, חציון 6.5 חודשים). הממוצע ההתחלתי, המקסימלי והסופי של ALT בדם היה 85.5, 140.5 ו-39.8, יחידות בהתאמה. הממוצע ההתחלתי, המקסימלי והסופי של AST היה 98.4, 1-51.1 יחידות, בהתאמה. ל-17 הורי הילדים הוצע

**מבוא:** במסגרת ביורור צהבת ילוד ממושכת או כחלק מברור בזמן מחלה חריפה בתינוקות וילדים, ניתן למצוא לעתים עלייה ברמת אנזימי כבד, אשר ברוב המקרים חוזרת לנורמה תוך מספר שבועות. נוסף על כך, במספר לא מבוטל של תינוקות וילדים צעירים מתגלות רמות גבוהות של אנזימי כבד

### המערכת:

ד"ר דני מירון, ד"ר שמואל גור  
פרופ' משה ברנט

### כתובת המערכת:

מחלקת ילדים א'

מרכז רפואי העמק, עפולה 18101

טלפון: 04-6494316/216

דוא"ל: miron\_da@clalit.org.il



לכל סימפטום  
פתרון עם יתרון



1800-22-64-70

(50 לעומת 36) ורמה בסרום של AST סופי דומה (54 לעומת 50). כל ההבדלים היו משמעותיים סטטיסטית למעט AST סופי.

**מסקנות:** רמה גבוהה, ללא כולסטזיס, של אנזימי כבד בתינוקות וילדים צעירים שמשגשים היטב ונראים בריאים לכאורה, היא מצב שפיר שחולף בממוצע אחרי כשנה. אם מן הביורור לא עלתה פתולוגיה המחשידה לבעיה אנטומית, זיהומית, מטבולית או אימונולוגית - ניתן לעקוב אחרי ילדים אלו בבטחה. ביופסיה של הכבד לא תורמת הרבה לאבחנה בילדים אלו, והיא קרוב לודאי מיותרת.

בין הקבוצות האלו. הגיל הממוצע של אלו שאנזימי הכבד שלהם חזרו לנורמה היה אמנם מבוגר יותר (12.6 לעומת 7.9 חודשים) אך לא היה הבדל מובהק. לא היה הבדל במשך המעקב של אלו עם ALT התחלתי מעל 80 לאלו עם מתחת 80 יחידות. לילדים שהיו מועמדים ושעברו ביופסיה הייתה הופעה בגיל צעיר יותר יחסית מאלו שלהם לא הוצעה ביופסיה (4 חודשים לעומת 13). להם נערכו יותר בדיקות (5.7 לעומת 4), משך הפרעה היה ארוך יותר (16.1 לעומת 11.3 חודשים), הייתה להם רמה התחלתית של ALT גבוהה יותר (138 לעומת 69), רמה התחלתית של AST גבוהה יותר (152 לעומת 81), רמה מרבית של ALT בדם גבוהה יותר (263 לעומת 103), רמה מרבית של AST גבוהה יותר (210 לעומת 99), רמה סופית של ALT מעט גבוהה יותר

לבצע ביופסית כבד, מהם 8 סרבו ו-2 ביופסיות בוטלו עקב נורמליזציה של אנזימי הכבד ביום הביופסיה הצפוי. מ-7 הילדים שלהם בוצעה ביופסיה, ב-3 היו שנויים שהחשידו למחלת אגירת גליקוגן, אך בביורור מעמיק יותר לא נמצא חסר אנזימטי, ולשאר היו ממצאים היסטולוגיים לא ספציפיים. לא היו הבדלים משמעותיים בזמן המעקב בין אלו שרמת אנזימי הכבד שלהם עדיין לא חזרה לערך תקין (20 ילדים) לבין אלו שאצלם היא שבה לתיקנה (52 ילדים).

ערכי ה-ALT הממוצע ההתחלתי בדם בקבוצה שבה רמת אנזימי הכבד חזרה לנורמה במהלך המעקב היה נמוך משמעותית מזו שבקבוצה שבה הרמה נשארה גבוהה (80 ו-95 יחידות בהתאמה,  $p=0.011$ ). לא נצפה הבדל משמעותי ברמות ה-AST התחלתי

## טיפול ע"י הורים בחום ילדיהם - בחירת תרופה וקביעת מינון

ע. גולדשמידט, 1 מ. דונחין, 2 מ. ארליכמן, 3 ב"ס לרפואה, 2 ב"ס לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית, ירושלים, 3 מחלקת ילדים, המרכז הרפואי "שערי צדק", ירושלים.

ההולכות ומתרבות לגבי יעילות האיבופרופן לצורך הורדת חום בילדים, יש לשקול עידוד הטיפול בו בקרב הורים. מהנתונים הנוכחיים עולה כי הדרכה רפואית קודמת לא השפיעה משמעותית על מותאמות הטיפול. יתכן שיש צורך בהדרכה מוקדמת של רופאי הילדים והמשפחה, ובסטנדרטיזציה של אופי ההדרכה הניתנת להורים באשר לחום והטיפול בו, על מנת להשיג שיפור בטיפול הביתי בתרופות להורדת חום שנתונים הורים לילדיהם.

זמן תדירות ההתקפים יורדת, כמו כן הסיכוי לחסרים נוירולוגיים קבועים הינו נמוך. מאידך התופעה מלווה בקושי התפתחותי, סמנים צרבלרים קבועים ולעתים מחלה אפילפטית. מבחינה טיפולית, נכון להיום, על סמך דיווחים בודדים, הטיפול המוצע בגיל הצעיר הינו על ידי דיאמוקס. נדרשות בעניין זה עוד עבודות.

אוכלוסיית היהודים, החרדים כמעט ולא הכירו את התרופה ( $p=0.003$ ). השכלה לא היוותה גורם משפיע על השימוש באיבופרופן. ככל שנמשך החום זמן רב יותר ודרגתו גבוהה יותר - נטו יותר אנשים לטפל באיבופרופן ( $p<0.001$ ). ההשפעה המשמעותית ביותר על הבחירה לטפל באיבופרופן היתה המלצת צוות רפואי. מותאמות המינון של איבופרופן היתה רבה יותר בהשוואה לאצטאמינופן (51% מול 13%, בהתאמה), הן בחישוב למנה בודדת והן בחישוב למינון כולל ביממה. תת-מינון ניתן יותר לילדים מעל גיל 3 שנים, בעיקר במתן פומי. לא-יהודים נטו יותר לתת מינון נמוך מהמומלץ ( $p<0.001$ ). מינון-יתר ניתן יותר לילדים מתחת לגיל שנה, בעיקר במתן רקטלי, או משולב (פומי ורקטלי). יהודים נטו יותר לתת מינון גבוה מהמומלץ ( $p=0.01$ ).

**מסקנות:** בעבודה זו נמצא כי איבופרופן נמצא בשימוש אצל כרבע מאוכלוסיית ההורים בירושלים וכי הוא ניתן במינון מתאים יותר מאשר אצטאמינופן. טעות במינון יכולה לגרום לשני סוגים של בעיות: עודף מינון מסכן את הילד בתופעות לוואי רבות יותר ואף בסימני רעילות. לעומתו, תת מינון אינו מוריד את החום, מותיר את הילד עם כל סממני החום, ומוביל לפניות מיותרות של ההורים לסייע רפואי, לטרח מיותרות ובזבוז משאבים של ההורים והילד החולה, והטלת עומס נוסף על הצוות הרפואי. תוצאותינו דומות לאלו שמצאו לי וחבריו בשנת 2000. בעבודות אלו, וכן במחקר שפורסם על ידי לינדר וחבריה מירושלם, יותר מ-40% מההורים ציינו את הצוות הרפואי כמקור ידע עיקרי לגבי חום והטיפול בו. לאור תוצאות אלו, ולאור ההוכחות

**מבוא:** חום אצל ילד מהווה את אחת הסיבות השכיחות ביותר לפניית הורים לטיפול רפואי. אפשרויות הטיפול בחום כוללות אמצעים פיזיקליים ותרופות דוגמת אצטאמינופן ואיבופרופן. מחקרים רבים שהשוו את יעילות האצטאמינופן והאיבופרופן לשם הורדת חום בילדים מצאו כי איבופרופן יעיל כמו אצטאמינופן ובעל יתרונות לעיל. מאז נכנס האיבופרופן לשימוש כתרופה להורדת חום בילדים בישראל, לא נבדקו שכיחות ומותאמות השימוש בו. עבודה זו באה לבדוק כיצד ננקטות בחירת התרופה וקביעת המינון, על ידי הורים שפנו עם ילדיהם לחדר מיון בשל עליית חום.

**שיטות:** במהלך החודשים ינואר-יוני, 2005, רואיינו 290 הורים לילדים שהגיעו למיון-ילדים במרכז הרפואי "שערי צדק" בשל חום. הראיון כלל נתונים אפידמיולוגיים על הילד החולה וההורה המטפל, המחלה הנוכחית, מידע על הטיפול בחום - בדרך כלל ובארוע הנוכחי, וכן מידע על הדרכה קודמת לגבי חום והטיפול בו. השתמשנו בהגדרת 5-10 mg/kg של איבופרופן כמינון מתאים. המינון המקביל של אצטאמינופן היה 10-15 mg/kg, אך נעשתה השוואה גם ל-20 mg/kg.

**תוצאות:** 86% מהנשאלים מדדו חום טרם הגעתם למיון. 94% טיפלו בתרופות, מהם 21.8% באיבופרופן, 87.5% באצטאמינופן, ו-17.3% בשילוב של שתי התרופות. 59% טיפלו בחום באמצעים פיזיקליים. בחלוקה סוציאוקונומית, האוכלוסייה היהודית הכירה ונתנה איבופרופן יותר מהלא-יהודית ( $p<0.001$ ), והורים מבוגרים הכירו ונתנו איבופרופן יותר מאשר צעירים ( $p=0.01$ ). בחלוקה של



לכל סימפטום  
פתרון עם יתרון

בחסות  
**Mead Johnson**  
Nutritionals  
פרמהבסט

1800-22-64-70

# הפניה לאבחון למכונים להתפתחות הילד: מתי, איך ולמה; כיצד ננהג בילד עם הפרעות בהתפתחות שפה.

א. אור-נוי, המחלקה להתפתחות הילד ושיקומו, משרד הבריאות והפקולטה לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה ירושלים.

על רקע נוירולוגי לבירור ע"י נוירולוג ילדים לאבחון ולטיפול בבעיה היסודית. כמו כן רצוי שבדיקת השמיעה, שהנה כמעט בדיקה רוטינית. לכל ילד עם הפרעה בהתפתחות שפה, תיעשה על ידי הרופא בקהילה.

מחקרים אשר בדקו את יעילות הטיפול בילדים עם עיכוב ראשוני בהתפתחות שפה מצאו כי בחלק ניכר מהמקרים הטיפול המוקדם הנו יעיל ומשפר את התפקוד השפתי. אולם, אין הבדל בתוצאות הטיפול אם הוא ניתן על ידי קלינאי תקשורת או על ידי הורים המודרכים על ידי הקלינאים בטיפול בילדיהם. מחקרים גם מראים כי כדי שהטיפול יהיה יעיל, עליו להימשך ברציפות לפחות מספר חדשים.

הקשה יותר, ועד לסימפטום לליקוי למידה או להפרעות ריכוז וקשב. גורמים נוספים שכיחים הנם פיגור שכלי, תסמונות תורשתיות שונות, ואפילו איחור שפתי משפחתי. לאור זאת רצוי מאוד, כפי שמומלץ גם על ידי האגודה האמריקאית לרפואת ילדים, לערוך הערכת שפה פורמאלית אצל כל ילד שלגביו מתעורר חשד לאיחור בתחום זה. הערכה זו תבצע במערך ההתפתחותי על ידי קלינאית תקשורת, אשר גם תציע את הטיפול המתאים. קלינאית התקשורת היא גם זו המטפלת בילדים צעירים עם קשיים באכילה, בעקר קשיי לעיסה ובלעיה. במידת האפשר, על הרופא בקהילה למיין את הילדים עם איחור בהתפתחות שפה ולהפנות ילדים עם איחור בהתפתחות השפה על רקע של ירידה בשמיעה למרפאת א.א.ג. ולאודיולוגיה למטרות שיקום השמיעה והדיבור. ילד עם איחור שפתי על רקע רגשי יופנה לפסיכיאטר של ילדים ונוער וילד עם איחור שפתי

כאשר מתעורר חשד לעיכוב התפתחותי באחד התחומים הבאים: מוטורי, קוגניטיבי, חברתי התנהגותי או שפתי, יש להפנות את הילד/ה לשם הערכה אל המערך להתפתחות הילד. הערכה זו הנה במקרים רבים רב-מקצועית, בהתאם לסוג ההפרעה ממנה סובל הילד. לאחר האבחון יופנה הילד, במידת הצורך, לטיפול המתאים במכון ההתפתחותי או בקהילה. כדוגמה לחשיבות האבחון ההתפתחותי המוקדם נתייחס לאיחור בהתפתחות של שפה. עיכוב ראשוני בהתפתחות השפה (Developmental Language Delay) מוגדר כאיחור בהתפתחות השפה ללא הפרעה נוירולוגית, התנהגותית או בשמיעה. זוהי תופעה שכיחה ביותר. למשל: אצל ילדים גילאי 3 שנים הנמצאים בסיכון התפתחותי נמצא איחור ניכר בהתפתחות השפה ב- 10% מהם, ובאחוז גבוה יותר נצפה איחור קל-בינוני. סימפטום זה מופיע בהפרעות התפתחותיות רבות, החל מהספקטרום האוטיסטי

## אבחון מוטציה חדשה כגורם למיגרנה שיתוקית משפחתית מסוג 2, אשר לא פורסמה עד כה

ד"ר א. לוי ד"ר ב. בן זאב.

שירותי בריאות כללית מרפאת גוטפריד, המחלקה לנוירולוגיה ילדים בית חולים ע"ש ספרא, תל השומר.

### תיאור המקרה:

ילד אשר סבל לראשונה בגיל שנה מאירועים אשר פורשו כפרוכסוזים חום, לקה בגיל 3 שנים במאורע של המיפרזיס שמאלי, שחלף לאחר מספר שבועות. מספר חודשים לאחר מכן, לקה הילד בהמיפרזיס ימני מלווה באפזיה. החולשה חלפה לאחר מספר שבועות, אך האפזיה רק לאחר מספר חודשים. לשני האירועים קדמו כאבי ראש עזים וחום ממושך ללא גורם מאובחן. אימו של הילד סבלה בילדותה מאירוע של אנצפלופתיה והמיפרזיס שחלף בהמשך, ואושפזה למספר חודשים. הסבא מצד האם סובל מאירועי מיגרנה הימפליגית שהסתמנה בגיל מבוגר. הילד עבר בירור מקיף אשר כלל אמצעי הדמייה שונים, בירור מטבולי, ביופסיית שריר, בירור קרישיות יתר: כל הבדיקות נמצאו תקינות. הילד

הופנה לבירור גנטי בשאלת מיגרנה שיתוקית משפחתית ולא נמצאו מוטציות מוכרות ל *cacna1a*. אולם, לאחרונה אותרה מוטציה בגן *ATP1A2* במיקום *364m* אצל הילד ואצל אימו. מוטציה זאת לא תועדה עד כה.

### דין:

מדובר במחלה נדירה עם תורשה אוטוסומלית דומיננטית, אשר מאופיינת בהתקף מיגרנה המלווה המיפרזיס עם תחילת ההתקף ואשר יכולה להימשך ימים אחריו. מבחינים בין שתי צורות קליניות: אחת - הקלאסית הטהורה השכיחה, והשנייה - עם ממצאים צרברליים קבועים. מבחינה גנטית מבדילים בין סוג 1: בלמעלה מ-75% מוצאים מוטציות בגן *acna1a* בכרומוזום 19p13 הקשור לתעלות הסיידן, לבין סוג 2: ב-10% אותרו מוטציות בגן *ATP1A2* בכרומוזום

1q23 האחראי על האנזים  $Na^+ K^+ -ATPase$  בשחלוק בין נתון תוך תאי לאשלגן חוץ תאי.

פגם בתפקוד משאבת הנתרן והאשלגן גורם לדפולריזציה של הנוירונים וכך ליתר רגישות של הנוירונים. מצב זה מאפשר דיכוי קורטיקלי אשר הינו הסבר אפשרי לתהליך האאורה בעת התקף מיגרנוטי. ממצאים אלו מעלים אפשרות של חפיפה בין מנגנון של מיגרנה לבין כפיון. תודות לאבחנה ניתן להעריך את הפרוגנוזה, כאשר לאורך



לכל סימפטום פתרון עם יתרון

בחסות  
**MeadJohnson**  
Nutritionals  
פרמהבסט

1800-22-64-70

# רפואה מונעת במסגרת טיפת חלב – תפקידו של רופא הילדים

מ. גורביץ, מ. נובל  
'מכבי שרותי בריאות' מחוז השרון

שכיחות - Temper tantrum, חשיבות הצבת גבולות; (7) היגיינת הפה - צחצוח שיניים, ביקור אצל רופא שיניים; (8) המלצה לחיסון אבעבועות רוח. לבסוף, בדיקה גופנית (במידת האפשר).

בדיקת רופא רביעית בגיל 3-3.5 שנים תוך שימת דגש על: (1) כל בעיה שמטרידה את ההורים; (2) התפתחות מוטורית (בחירת יד דומיננטית ואחיזת עפרון), אם יש עיכוב - המלצה להתעמלות מתקנת ולאבחון בריפוי בעיסוק. התפתחות שפה ותקשורת (שטף דיבור ויצירת קשר), אם יש עיכוב - המלצה לבדיקת שמיעה ולאבחון אצל קלינאית תקשורת; (3) התנהגות - קשב, ריכוז וגבולות. במידה ויש בעיה - המלצה לייעוץ פסיכולוגי התפתחותי; (5) תזונה - עקומות גדילה; (6) שינה; (7) גמילה - חיתולים ומוצץ. ובסוף, בדיקה גופנית תוך שימת דגש על קפיצה ושיווי משקל, מומי לב ואברי המין (בנים).

פגישה חמישית ומסכמת עם הרופא בגיל 5-6 שנים: יש לשחזר את הבדיקה הרביעית תוך שימת דגש על התפתחות ובדיקת מוכנות לכתה א', ובבדיקה רפואית ראוי לשים לב לעמוד השדרה. אין ספק ששישומה של תכנית זו ברפואה מונעת ישפר את השירות, יקדם את בריאות המבוטחים, ובטווח הארוך יהיה חסכוני יותר עבור קופות החולים.

אברי המין, פרקי הירכיים, טונוס השרירים וגמישות מפרקים. לקראת סיום הפגישה רצויה שיחת הכנה בנוגע לחזרת האם לעבודה, מסגרת מתאימה לילד, חשיבות סדר יום, טקס שינה ויכולת הירדמות עצמית.

בדיקת רופא שניה בגיל 9 חודשים תוך שימת דגש על: (1) כל בעיה שמטרידה את ההורים; (2) סדר יום ומסגרת הטיפול היומיומי; (3) תזונה - הרגלי אכילה ושינה, הרכב המזון, מניעת עודף ותת-משקל, מעקב אחר אחוזוני הגדילה; (4) התפתחות מוטורית רגשית ושפתית-סדר וקצב ההתפתחות, חשיבות הזחילה והשימוש בברכיים, חרדת נטישה וחרדה מזרם; (5) הרגלי שינה - חשיבות הירדמות עצמית והימנעות מאכילה בלילה; (6) התמודדות עם מחלות שגרתיות - זיהוי ילד חולה, מתי לפנות לרופא, טיפול ראשוני בבית וכיצד להימנע משימוש יתר באנטיביוטיקה; (7) טיפול בויטמינים ובברזל. לבסוף, בדיקה גופנית (אם אפשר) בעיקר אברי המין ופרקי הירכיים. בדיקת רופא שלישית בגיל שנה וחצי עם דגש על: (1) כל בעיה שמטרידה את ההורים; (2) התפתחות - מוטוריקה גסה (הליכה), מוטוריקה עדינה (אכילה בכפית), כושר ריכוז במשחק, תקשורת (קשר עין והתייחסות לרופא), קוגניטיבית (תפיסה והבנה). המלצות: עידוד קריאה והגבלת צפייה בטלוויזיה; (3) תזונה - עקומות גדילה ומניעת השמנה; (4) שינה - סדר שינה, הירדמות עצמית ומניעת אכילה בלילה; (5) כללי זהירות ומניעת אלימות - בית בטוח ושימוש בכסא בטיחות; (6) בעיות התנהגות

חוק הבריאות הממלכתי קבע שיש להעביר את שרותי הרפואה המונעת ממשרד הבריאות לידי קופות החולים. משרד הבריאות אינו מעוניין בהעברה זו למרות ש"הרפואה המונעת נמצאת בתהליך הדרגתי של ייבוש מתמשך" עקב ירידה בתקציב. העברה זו מעוררת דאגה גם בקרב איגוד רופאי הילדים ובהסתדרות הרפואית באשר לעתיד שירות זה. 'מכבי שרותי בריאות' רואה חשיבות ברפואה המונעת ובוחנת דרכים לשפרה. לפיכך, זה הזמן לבחון מחדש את הצרכים, היעדים ודרכי היישום של השירות. ב-10 שנות עבודתי כרופאת ילדים בטיפות חלב של מכבי ניתנה לי ההזדמנות לבנות תכנית מעקב התפתחותי של ילדים, אשר עיקריה מיושמים בימים אלה בטיפות חלב של הקופה באזור השרון ומוצגים להלן בבדיקת רופא ראשונה בגיל 3 חודשים עם הדגשים הבאים: (1) דיון בכל נושא המטריד את ההורים; (2) תשומת לב לסימני דכאון לאחר לידה באם; (3) בירור מהלך ההריון והלידה, ציוני אפגר, משקל בלידה וסיבוכים בינקות; (4) תזונה - עידוד הנקה והסבר על תחליפי חלב אם; (5) תנוחת שינה - מניעת מוות בעריסה; (6) מעקב גדילה - הסבר על עקומות גדילה של משקל, גובה והקף ראש; (7) התפתחות - הסבר על שלבי ההתפתחות, חשיבות ההשכבה על הבטן בערות, שיוני צד, קשר עין, מגע חום ואהבה; (8) התמודדות עם בעיות שכיחות ביילודים כגון Infant colic, GER; (9) כללי זהירות ושימוש בכסא בטיחות. יש לבצע בדיקה גופנית קפדנית עם דגש על מיקוד המבט וחיוך חברתי, צורת הגולגולת, מומי לב,

## חזה יונה (PECTUS CARINATUM) – טיפול חדש בבעיה נושנה

נפרויד, רן שטיינברג, א. דלוגי, מ. מי-זהב\*, א. פייגין, ו. שטרנברג, ב. פלוי, א. בעזוב, ר. מיזרחי המח' לכירורגית ילדים ונוער ויחידת ריאות ילדים\*. מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל, פתח-תקווה, ביה"ס לרפואה סאקלר, אוניברסיטת ת"א

במרבית המקרים, הושגה ב-4-6 החודשים הראשונים לטיפול נסיגה משמעותית. לאחר תקופה זו המטופלים התבקשו להמשיך בטיפול אך עם הקלות במשך הזמן היומי בו לובשים את המחוך. ברוב המקרים, כולל אלה בהם התוצאה אינה מיטבית בעיני הצוות הרפואי, מידת שביעות הרצון בעיני המטופלים ומשפחותיהם הייתה גבוהה מאד. לשיטה זו יתרונות רבים בהשוואה לקודמות אך תוצאותיה לטווח ארוך עדיין טעונות הוכחה.

כללו כריתה של צלעות וסחוסים יחד עם שירת הסטרנום, והותירו צלקות משמעותיות בבית החזה. בנוסף לפגם הקוסמטי היו מקרים רבים של הישנות העיווג.

בין אוקטובר 2004 לפברואר 2006 טופלו 40 ילדים עם ח"י בשיטה לא ניתוחית, בה מתאימים לכל מטופל סד חיצוני בצורת תגורת כתפיים שמטרתו להפעיל לחץ על האזור הבולט ביותר בבית החזה. שיטה זו מבוססת על העיקרון שניתן לשנות את מבנה בית החזה ע"י הפעלת לחץ נקודתי, מכון ומתמיד. בסידרה זו 36 בנים ו-6 בנות בגילאי 4-17 שנים. ב-15 מקרים חזה היונה היה סימטרי ו-25 אסימטרי.

חזה יונה (ח"י) (PECTUS CARINATUM), הינו העיווג (דפורמציה) של בית החזה השני בשכיחותו לאחר חזה סנדלרים (PECTUS EXCAVATUM). עיווג זה יכול להיות מולד או קשור לטריזומיות 18 ו-21, לתסמונות ע"ש מרפן ומורקין, להומוציסטינוזיה ולמחלת אהלרס-דגלוס. במרבית המקרים ח"י מאובחן בגיל ההתבגרות. השכיחות המתוארת באוכלוסייה הכללית היא של 0.06%, ובבנים פי 4 מבונות. בתגובה לגירוי בלתי-ידוע, מתרחשת גדילת-יתר של הסחוסים הצלעיים הגורמת לדחיקת עצם החזה (סטרנום) קדימה ולהופעת בית חזה דמוי בית חזה של יונה (PIDGEON CHEST). תופעה זו טופלה בעבר ע"י ניתוחים נרחבים, אשר



לכל סימפטום  
פתרון עם יתרון

בחסות  
**Mead Johnson**  
Nutritionals  
פרמהבסט

1800-22-64-70