



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**

### חברים יקרים,

בכנס הקיץ האחרון של חיפ"א נבחרו וועד ויו"ר וועד חדשים. תודה ליו"ר ולחברי הוועד היוצאים על המאמצים שהשקיעו ופעילותם המבורכת ואיחולי הצלחה רבה בתפקיד ליו"ר ולחברי הוועד החדשים. תודה גם מקרב לב לפרופסור משה ברנט על עזרתו בעריכה המקצועית של הפדיטון ולד"ר דני מירון על שהסכים לעזור בעריכה המקצועית של העיתון מעתה. הפדיטון הפעם יכלול שלושה נושאים: דבר יו"ר וועד חיפ"א הנכנס, פרופסור יונה אמיתי ובו קוים מנחים לתכנית הפעילות ודגשים לעבודת הוועד החדש. מאמר בנושא "מגפות אסטמה" של חודש ספטמבר מאת פרופ' בן ציון גרטי. שני תקצירים שהוצגו בכנס האחרון האחד, של ד"ר ל. וג. קורשייא בנושא מחסור בוויטמין D בקרב ילדי ישראל, והשני - על מערכת הבריאות בישראל להיערך למתן טיפול רפואי הולם לילדים הלוקים בהפרעת קשב וריכוז בשילוב רופאי הילדים בקהילה של ד"ר ש. ענתבי.

קריאה מהנה לכולנו. דר' הדר ירדני - עורכת ראשית.

### דבר יו"ר חיפ"א

#### חברות וחברים יקרים,

ברצוני להודות לכם על האימון והזכות שנתתם לי ולחברי הוועד לשרת אתכם, ולהוביל את חיפ"א בקדנציה הבאה לאופק חדש. להלן שמות חברי הוועד ותפקידיהם: ד"ר אלי גזלה - מזכיר, ד"ר חן שטיין-זמיר - גזברית, ד"ר הדר ירדני - עורכת הפדיטון, ד"ר דינה צימרמן - רכזת אתר האינטרנט, פרופ' בועז פורטר - אחראי על קשרי חוץ, ד"ר זאב חורב - רכז מחקר.

#### מערכת הפדיטון

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

כישוריו המיוחדים של ד"ר שמואל גרוס, גזבר הוועד היוצא. נבנתה תשתית ופלטפורמה מעולה לפעילות בעתיד. היום ניתנת לנו ההזדמנות להשפיע על עתיד חיפ"א, ובריאות הילדים בישראל. הגיע הזמן לעלות מדרגה, להציב אתגרים חדשים, ולמנף את פעילות חיפ"א אל מחוץ לארגון, לציבור הרחב למסד הרפואי ולאקדמיה. שאלתי את עצמי למה זה כל כך חשוב? מה יש בחיפ"א שמושך לפעילות ולמוטיבציה להובלת הארגון? התשובה ברורה: יש למעלה מ-100 חברות רפואיות בהר"י, אבל רק ארגונים בודדים יכולים להשפיע לעומק על רוב הציבור בישראל. 2,500 רופאי הילדים בקהילה יכולים להשפיע על מחצית מאוכלוסיית ישראל, כ-3 מיליון

חיפ"א היום הוא ארגון חזק, דינמי ויוקרתי. בזכות יושבי הראש הקודמים, חברי הוועד ופעילים נוספים. ברכה מיוחדת שלוחה ליו"ר הוועד היוצא, ד"ר שמואל גור ולחברי הוועד על פועלם, על כינוסים מרשימים, כולל כנס הקיץ שאורגן ע"י ד"ר הדר ירדני וד"ר דני מירון, ויוזמות נוספות, כמו הספר: "גדילת ילדים" בעריכת פרופ' פיליפ וד"ר גור שהוענק כשי למשתתפי הכנס. בנוסף לכינוסים מתקיימת פעילות ענפה כגון ביטאון הפדיטון ואתר האינטרנט. לצד חיפ"א פועלת רשת מחקר מרשימה שהוקמה ע"י ד"ר צחי גרוסמן, אדם עתיר זכויות שתרום רבות לקידום חיפ"א. קבלנו לידינו ארגון יוצא מהכלל עם מאזן כספי מרשים של 1,2 מיליון ₪, בזכות



לכל סימפטום  
פתרון עם יתרון

בחסות  
**MeadJohnson**  
Nutritionals  
פרמהבסט

1800-22-64-70

לפעילות אקדמית: הוראת סטודנטים, מתן התמחות ומחקר. נפעל לקידום ופיתוח המחקר במרפאות בקהילה ולהגברת הפעילות האקדמית. 3. פיתוח מקצועי: נמשיך במסורת היפה של כינוסים, הפקת הפדיון ואתר האינטרנט. נפעל לשדרוג פעילות האתר בראש ובראשונה לרופאים, ונפתח אתר המכוון לציבור הרחב.

4. בניית דור העתיד: נשאף לטפח סטודנטים ומתמחים עם אוריינטציה לרפואת ילדים בקהילה, ולשלב את ההתמחות בפדיאטריה אמבולטורית בהתמחות ברפואת ילדים.

5. יחסים בינלאומיים - קשרי מדע, מחקר, כינוסים. המישר הבינלאומי משווע לפעולה, ויש פוטנציאל גדול למימון פעילויות, בעיקר בקהילה האירופאית. נפעל לפתח שיתופי פעולה בינלאומיים בין חיפ"א לארגונים מקבילים בעולם.

להשגת מטרות אלה נדרשת חשיבה יצירתית, חדשנות ומעוף, עם אומץ לב ציבורי ונחישות במאבק על שיפור עתיד בריאות הילדים בישראל, והעלאת קרנה של רפואת הילדים הקהילתית. אני מודה לכם שוב על אמונכם ומבקש את עזרתכם בביצוע פעילויות אלה, לטובת חברי חיפ"א, הילדים והוריהם.

פרופ' יונה אמיתי

הפעילות למגרש המשחקים שבו ניתן להשפיע על הציבור הרחב: מקבלי ההחלטות, מוקדי השליטה במערכת הבריאות והאוצר, קופות החולים, האקדמיה, ויותר מכל-התקשורת. האתגרים האמיתיים הנם: שוויוניות צמצום פערים בין המגזרים, המרכז והפריפריה, עניים ועשירים. כל פעם שאנו מסבירים להורים כמה חשוב לתת חיסון לרוטה-וירוס במאות שקלים, ואנו יודעים שאין להם כסף לגמור את החודש - נחמץ הלב! עלינו להיאבק על שיפור הרפואה הציבורית והקהילתית, כיעד מרכזי של חיפ"א. היכולת ליצור השפעה ממשית בתחומים אלה היא בשילוב ידיים בין חיפ"א, אגוד רופאי הילדים, הר"י, וועדות הכנסת והתקשורת, כולל אינטרנט. חיפ"א חייב להתנחל בלבבות של כל משפחה עם ילדים ומתבגרים בישראל ולהפוך למותג יוקרתי בציבור הרחב. כיווני הפעולה והיעדים העיקריים של חיפ"א לקדנציה הבאה:

1. נפעל לשיפור תדמית ומעמד רופאי הילדים בקהילה השתכרות מתאימה, מספר סביר של ילדים רשומים שיאפשר ברור מקיף של בעיות הילד, כולל בעיות הפוגעות באיכות החיים. המצב שבו על הרופא "לראות" כל ילד ב-5 דקות הוא בלתי נסבל!

2. לרופא בקהילה חייב להיות מספיק זמן

ילדים והוריהם!! ביכולתנו לעצב את בריאות הדור הבא, ואת פני החברה. ילדים הם 20% מהאוכלוסייה בישראל ו-100% מהעתיד שלה.

מבלי לגרוע מזכויות של רופאי בתי החולים, היכולת ליצור השפעה מתמשכת על אורח חיים והרגלי בריאות, היא בידי של הרופא הראשוני, היוצר קשר רציף עם הילד והוריו, מהווה דמות משמעותית בחייהם ויכול לעצב את התנהגותו ועתידו של הילד. זה הקסם של הרפואה הראשונית, וזו גם הסיבה שלאחר שמלאתי תפקידים רבים במערכת הבריאות בישראל, בחרתי לחזור למגרש הפעילות החשוב הזה.

האתגרים הגדולים בבריאות הילד מעבר לטיפול השוטף, הם המצבים שמשפיעים על הבריאות בטווח הארוך: הפרעות אכילה, השמנה, הפרעות קשב וריכוז, עישון אלכוהול, סמים. הטיפול ב-ADHD זה לא רק לרשום תרופה. כמה פעמים שאלנו את עצמנו אם הילד לא יכול להשתפר גם עם הפחתת הצריכה של צבעי מאכל וחומרים משמרים במזון וממתקים.

מעבר ליכולת הרופא הבודד להשפיע זוהי יכולתו וחובתו המוסרית של חיפ"א להשפיע על בריאות הילדים והמתבגרים בישראל ברמה הלאומית, וזה אפשרי. עלינו להעביר את מרכז הכובד של

## "מגפות אסטמה" של חודש ספטמבר

פרופ' בן ציון גרטי מכון קיפר לאלרגיה ואימונולוגיה ומנהל מחלקת ילדים ב' בית חולים שניידר

והוא מיוחס לריבוי של מחלות וירליות בחורף. גורמים נוספים שיכולים לגרום לשיעור התקפים גבוה בילדים עם אסטמה הם זיהום אויר, חשיפה

נמוך. בחודשי החורף, למשל, שיעור ההתקפים גבוה בילדים עם אסטמה אולם בתקופה זו יש גם שיעור גבוה של מחלות צפזופים של ילדים ללא אסטמה

כפי שידוע לרוב הקלינאים' שיעור התקפי האסטמה בילדים הסובלים מהמחלה איננה קבועה במשך השנה. יש תקופות עם שיעור התקפים גבוה ויש עם שיעור



לכל סימפטום  
פתרון עם יתרון

בחסות  
**MeadJohnson**  
Nutritionals  
פרמהבסט

1800-22-64-70

נצפתה הפחתה ה במדדי התחלואה של ילדים עם אסטמה בחודש בספטמבר ע"י תגבור הטיפול המונע בחודש זה (6).

#### References

1. B Z Garty et al, Emergency room visits of asthmatic children, relation to air pollution, weather, and airborne allergens. Ann Allergy Asthma Immunol 81:563-570, 1998
2. J. Storr et al, School holidays and admissions with Arch Dis Child 64:103-107, 1989 asthma.
3. Johnston NW et al, The September epidemic of asthma exacerbations in children: A search for etiology. J Allergy Clin Immunol 132:138, 2005
4. Lincoln D et al, Childhood asthma and return to school in Sydney, Australia. Public Health 120:854-862, 2006
5. Scheuerman O, Meyerovitch J, Marcus N, Hoffer -V, Garty BZ The September epidemic of asthma Exacerbation occurs in children and not in adults. CHIPAC 2008 (Abstract)
6. Johnston NW et al, Attenuation of the September epidemic of asthma exacerbation in children: A randomized, controlled trial of Montelukast added to usual therapy. Pediatrics 120:e702-e711, 2007

**הערת המערכת:** התצפית של פרופ' גרטי מקורית ומעניינת, עם מסר מעשי לרופאי הילדים בקהילה. מתחזק הרושם כי זיהום נגיפי הינו השכיח מבין כל הגורמים להתלקחות התקפי אסתמה בילדים (אלרגיה, מאמץ זיהום). ה-1 בספטמבר מציין את "פגישת המחזור" של הנגיפים. הילדים שזה עתה סיימו את חופשת קיץ, חוזרים לכתות סגורות ולקרבה פיזית המאפשרת הדבקה. בזמנית, מתחילים הצינה ורוחות הסתיו ליצור גירויים להפרשות במערכת הנשימה, ונוצרים תנאים מקומיים אופטימאליים לדגירת נגיפים וחידקים בדרכי הנשימה. בשילוב של גורמים אלה - האסתמה "חוגגת". הטיפ המעשי במאמר הוא הצורך בהתחלת טיפול מונע בילדים עם אסתמה בתחילת שנת הלימודים הנמצאת לפתחנו. מעניין יהיה לראות אם יישום המלצה זו יתבטא כבר השנה בירידה בהתקפי אסתמה בילדים במרפאות שיאמצו גישה זו.

אשפוזים של ילדים (בגילאים 18-2 שנים). באותה תקופה היו 8011 אשפוזים בגלל אסתמה: 4091 של מבוגרים (1.3% מכלל האשפוזים של מבוגרים). ו - 3920 אשפוזים של ילדים עקב אסתמה (3.8% מכלל האשפוזים של ילדים). הייתה רבגונית רבה בשיעורי האשפוז של חולים עם התקף אסתמה במשך חודשי השנה. בחודשי החורף, כ- 4% מכלל האשפוזים (בילדים ובמבוגרים) היו בגלל התקף אסתמה, לעומת 2% בלבד בחודשי הקיץ. בספטמבר נצפה שיא של אשפוזים של ילדים עקב אסתמה (6% מכלל האשפוזים). תופעה זו לא נצפתה במבוגרים.

מסקנתנו היא שקימת עליה בתחלואה של ילדים עם אסתמה בחודש ספטמבר בכל הארץ. ודבר זה קשור קרוב לוודאי לחזרה לבתי הספר ולגני הילדים בחודש זה, ולראיה אין עליה דומה בתחלואה של מבוגרים עם אסתמה.

#### מהן הסיבות ל "מגפת ספטמבר" של חולים עם אסתמה ?

סיבה דומיננטית היא כנראה זיהומים וירליים צולבים בבית הספר ובגני הילדים בתחילת שנת הלימודים. במקביל לעליה בשכיחות של התקפי אסתמה, נצפתה עליה בזיהומים נגיפיים של דרכי הנשימה בילדים ובעיקר כאלה שנגרמו ע"י נגיפים מקבוצת ה- "רינווירוס" (3) סיבות נוספות לעליה בתחלואה באסתמה בספטמבר יכולות להיות גם "לחץ נפשי" הקשור בתחילת שנת הלימודים, או חוסר הקפדה על הטיפול מונע בחודשי הקיץ "בחופש הגדול" (1,2,3).

חשובה מודעות של הרופאים המטפלים בילדים עם אסתמה לגבי "אפקט ספטמבר". אנו ממליצים לשקול לתת טיפולים מונעים בילדים עם אסתמה לפני חזרתם לכיתות ולגני הילדים. בעבודה ראשונית שבוצעה בקנדה,

לארנגנים ושינויים במזג האוויר. מזה כ- 15 שנים אנחנו עוקבים בבית חולים שניידר אחרי שינויים אפידמיולוגיים בשיעור התקפי האסתמה בילדים. בעבודה שעשינו שפורסמה בשנת 1998 (1) מצאנו שכיחות יתר של אשפוזים ועליה חריגה וחדה בפניות למיון בחודש ספטמבר, עם החזרה לבית הספר ולגני הילדים. עליה זו לא הוסברה ע"י גורמים אחרים (כגון מזג האוויר, אלרגיות או זיהום אויר).

יחסנו את "מגפת האסתמה של חודש ספטמבר" לזיהומים צולבים בין הילדים ו "מתח נפשי" הכרוך בתחילת בתי הספר והגנים. מצאנו סימוכין לתצפית שלנו בעבודה בודדת מבורמות אנגליה (2) שבה נצפתה תופעה דומה. עקבנו אחרי ההופעה של מגפת אסתמה בספטמבר והיא חזרה בבית החולים שלנו מידי שנה במשך 15 שנים (למעט שנה אחת).

בשנים האחרונות בוצעו עבודות נוספות שחקרו את "אפקט ספטמבר" על ילדים עם אסתמה והתגלה שהתופעה היא כלל עולמית. עליה בשכיחות של התקפי אסתמה נצפתה בשבוע 2 - 4 לאחר תחילת שנת הלימודים בארה"ב, בריטניה, מלטה, קנדה, פינלנד, תאילנד ועוד (3) מענין שבחצי הכדור הדרומי, באוסטרליה וניו זילנד, שבהן שנת הלימודים מתחילה בפברואר העלייה בתחלואה באסתמה מתרחשת בפברואר (4).

בעבודה שבצענו לאחרונה ב- 7 בתי חולים של שרותי בריאות כללית בדקנו את שיעורי האשפוזים עקב אסתמה במשך 3 שנים (2003-2005) (5) בתקופה זו היו 408,242 אשפוזים ב- 7 בתי החולים ומהם היו 104,046 (כ- 25%)



לכל סימפטום פתרון עם יתרון

בחסות  
**MeadJohnson**  
Nutritionals  
פרמהבסט

1800-22-64-70

# מחסור בויטמין D בקרב ילדי ישראל: "מגפה נסתרת"?

ג. קורשייא, ל. קורשייא רופאי ילדים בקופת חולים מאוחדת בירושלים.

בשכונת החרדית היה  $16.25 \pm 10.26$  ng/ml ובשכונה שאינה חרדית  $26.40 \pm 16.30$  ng/ml. חל שיפור ב-95% מהסימפטומים: עייפות וכאבים.

**דיון ומסקנות:** לכל התינוקות עד גיל שנתיים הייתה רמה טובה של ויטמין D, קרוב לוודאי משום שהם מקבלים תוספת ויטמין D בשנה הראשונה של חייהם (בנוסף לחלב מועשר בויטמין D). תוצאות חלקיות אלו מראות מחסור חמור ונפוץ בקרב האוכלוסייה הנבדקת. אלו נתונים ראשוניים מעבודה מוגבלת בזמן. ראוי לבצע מחקרים יסודיים יותר בקהילה על מנת לאשר את המגפה בארץ ועל מנת לקבוע הוראות חדשות בדחיפות.

antibody-based הערכים תקינים 30-60 ng/ml. ללוקים ברמה נמוכה מ-20 ng/ml ניתן טיפול בויטמין: D IU 2000 ליממה, ותוספת סידן 1200 mg ליממה מגיל 10 שנים, במשך חודשיים. לאחר מכן, בוצעה מדידה חוזרת ותושאלו הצעירים על סימפטומים שונים על מנת לבדוק אם חל שיפור.

**תוצאות:** נבדקו 59 ילדים מגיל 3 חודשים עד 19 שנה. הגיל הממוצע: 10 שנים. רמת ויטמין D בממוצע של כלל האוכלוסייה שנבדקה היא של  $18.56 \pm 12.39$  ng/ml. לתינוקות עד גיל שנתיים היה ממוצע של  $49.37 \pm 7.54$  ng/ml מעל גיל שנתיים, נמצא מחסור ב-98.11% מהמקרים. הממוצע

**רקע:** כיום ידוע שמחסור בויטמין D נפוץ ביותר בעולם. בישראל, דיווחו מספר מחקרים על מחסור בויטמין D בקרב 40% - 80% מהאוכלוסייה, אך העבודות נעשו באוכלוסיות סלקטיביות כמו קשישים, חרדיות ובדואים. בעבודה זו בדקנו אוכלוסייה צעירה בשתי מרפאות ילדים בירושלים.

**שיטה:** נכללו במחקר צעירים שהגיעו בחודש אפריל 2008 (סוף החורף) ל-2 מרפאות ילדים בירושלים, האחת בשכונה חרדית, קרית צאנז, והשנייה בשכונה הפתוחה לכל המגזרים, בקעה. נבדקה רמת ויטמין OH D25 בשיטת CHEMILUMINESCENT. Automated.

## על מערכת הבריאות בישראל להיערך למתן טיפול רפואי הולם לילדים הלוקים בהפרעת קשב וריכוז בשילוב רופאי הילדים בקהילה.

ד"ר ש.ענתבי רופא ילדים עצמאי בקהילה

ADHD ומקשה על הטיפול ותוצאותיו. 8% מהילדים אובחנו בהפרעה פסיכיאטרית נלוות, מצביעה על ליקוי באבחון. מספר הביקורים בקבוצה א' קטן מהדרוש למעקב ראוי. הורים חוששים מטיפול תרופתי כי אינם זוכים להסבר, הדרכה ומעקב נאותים.

**מסקנות:** כיום הטיפול בילדי ADHD לוקה וחסר. רופא ילדים מוביל לשיפור ניכר באבחון, בטיפול, במעקב ובשביעות רצון המטופלים. על הרפואה הציבורית לשלב בצורה נכונה רופאי ילדים בקהילה לטיפול בילדי ADHD, אחרת אין מזור לילדים ומשפחותיהם, ותינזק גם החברה. זה אתגר ומשימה לאומית לעתיד הקרוב.

**תוצאות:** קבוצה א' 64% עברו תהליך אבחון עפ"י קריטריוני AAP 36%. לא. 150 ילדי קבוצה ב' אובחנו כנדרש. בהפרעה פסיכיאטרית נלווית אובחנו 8% מקבוצה א', 50% מקבוצה ב'. ממוצע ביקורים בקבוצה א' 2 לשנה, ובקבוצה ב' 5 ביקורים. מטופלים בתרופות 74%, באוכלוסייה לא מבוססת מטופלים 91%, באוכלוסייה מבוססת 60%, ומקבוצה ב' - 87%. טיפול תרופתי שיפר סימפטומים 50% מקבוצה א', ובקבוצה ב' 75%. 54% הורים מקבוצה א' אינם מרוצים מתהליך האבחון, מההסברים והמעקב. בקבוצה ב' שביעות רצון 88%.

**דיון:** שליש מקבוצה א' לא אובחנו כנדרש, והשאלה האם הם לוקים ADHD, או בהפרעה פסיכיאטרית נלווית המחמירה

**רקע:** הפרעת קשב וריכוז הפכה לבעיה מרכזית ברפואה הציבורית, לאור שכיחותה, מורכבותה, והשלכותיה העתידיות על הילדים, משפחותיהם והחברה. נבדק האם מערכת הרפואה הציבורית בישראל ערוכה לתת מענה הולם לילדי ADHD, והאם דרוש שילוב רופאי ילדים בטיפול.

**שיטות:** מעקב רופא ילדים בקהילה, במשך 5 שנים, אחר 260 ילדי ADHD 90. ילדים איבחו נוירולוג, 20 פסיכיאטר (110 קבוצה א'), 150 איבחו רופא הילדים (קבוצה ב'). השוואת שתי הקבוצות: בתקינות אבחון ADHD והפרעות פסיכיאטריות נלוות, מעקב אחר הטיפול ותוצאותיו וזמינותו, ושביעות רצון המטופלים.