



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

# פדיטרון

## Pediton



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

### המועילות של החיסון המוצמד ה - 7 ערכי כנגד פנאומוקוקוס (PREVNAR) במניעת דלקת ראות בילדים הצעירים מגיל 5 שנים. מידע עדכני של ה - WHO המבוסס על סטנדרטיזציה של האבחון הרנטגני.

**מסקנות**  
השימוש במדדים של ה - WHO לשם פינוח של  
צילומי חזה מגדיל את ההערכה לגבי שיעור  
המועילות של החיסון המוצמד כנגד פנאומוקוקוס  
במניעת דלקת ראות. זאת על ידי השיפור  
בסגוליות הקריאה.

**הערת המערכת**  
בישראל נעשה כעת מאמץ להכליל את החיסון  
בצורה שגרית לילדים. זאת לדעת: א. מחירו  
מאד גבוה. ב. הוא ניתן ב - 4 זריקות על גיל שנה  
(עדין אין חיסונים מוכללים של כמה פתוגנים  
איתו) ג. הוא מכיל 7 זנים, בו בזמן שבישראל  
ידועים 11 זני פנאומוקוקים פתוגנים. ד. יש  
פרסומים ראשוניים על הופעת זנים הגורמים  
למחלה פולשנית ושאינם נכללים בחיסון. ה. לשם  
אבחון של דלקת ראות בילד מספיקה היום  
הבדיקה הגופנית ולא צריך לצלם כל ילד. ו. מעל  
הכל - עדין אין שום מידע על המועילות של החיסון  
בתנאים של מדינת ישראל.

זה אינו עומד בסתירה לכך, שהמדדים של ה -  
WHO לקריאת צילומי חזה בילדים צריכים להיות  
זמניים לכל רדיולוג באשר הוא, ולא רק לצרכי  
מחקר.

Hansen J et al. Effectiveness of Heptavalent Pneumococcal  
Conjugate Vaccine in Children Younger Than 5 Years of Age  
for Prevention of Pneumonia: Updated Analysis Using World  
Health Organization Standardized Interpretation of Chest  
Radiographs. *Pediatr Inf Dis J* 25(9):779-781

**תוצאות**  
מכלל 2841 צילומים, 2446 התאימו למחקר ומהם  
ב - 250 אובחנה דלקת ראות על ידי הרדיולוגים  
B-1A. ב - 129 צילומים נוספים נמצאה דלקת ראות  
רק על ידי רדיולוג A וב - 142 על ידי B (בסה"כ 521  
צילומים בהם נמצאה דלקת ראות על ידי אחד  
או שני המפענחים). מידת ההתאמה בין שני  
המפענחים הייתה 48% (250 מ - 521). מ - 271  
הצילומים שבהם לא הייתה התאמה בין  
הרדיולוגים, ב - 45 מ - 129 (35%) של הרדיולוג A  
וב - 66 מ - 142 (46.5%) של B, נמצאה דלקת ראות  
על פי הפאנל. בסה"כ, ב - 361 צילומים נמצאה  
דלקת ראות (12.7%). הרגישות והסגוליות של  
רדיולוג A היו 82% - 97% בהתאמה ושל B 88% -  
97% בהתאמה. מתאם ההתאמה (Kappa) בין שני  
הרדיולוגים היה 58%. ב - 80% מתוך 25 צילומי  
ביקורת שבהם נמצאה דלקת ראות על ידי A ו - 1  
B, היא נמצאה גם על ידי הפאנל ומאידך, כל צילומי  
החזה ביקורת שהוגדרו כתקינים על ידי A ו - 1 B  
הוגדרו כך גם על ידי הפאנל. כשמשתמשים בנתוני  
הרדיולוגים שקראו את הצילומים בעת מחקר  
יעילות החיסון, היעילות של החיסון כנגד אירוע  
ראשון של דלקת ראות המוכחת בצילום היה 17.7%  
(רווח בר סמך של 95% - 29% - 2.8) בניתוח מסוג  
intent-to-treat (כלומר אצל ילדים שקיבלו לפחות  
חיסון אחד). בילדים שהשלימו את המחקר הייתה  
יעילות החיסון 20.5% (רווח בר סמך של 95% - 34%  
- 4.4). אם משתמשים במדדים של ה - WHO,  
היעילות של החיסון כנגד דלקת ראות מוכחת  
בצילום (כשהנתונים מותאמים למין, גיל ושנת  
החיסון\*) הייתה 25.5% (95% CI = 6.5-40.7%, P = 0.011)  
עבור intent-to-treat, 30.3% (95% CI = 10.7-45.7%, P = 0.0043) (= עבור אלה שהשלימו את המחקר.

**רקע**  
קבוצת עבודה שהקים ארגון הבריאות העולמי  
(WHO) פרסמה בשנת 2001 מדדים סטנדרטיים  
לפירוש של צילומי בית החזה בילדים למטרות  
אפידמיולוגיות. במחקר נערך עיון חוזר, על פי  
המדדים הללו, בצילומי בית החזה של ילדים  
שהשתייכו ל"קופת החולים" Kaiser Permanente  
ואשר שותפו במחקר שבדק את יעילות החיסון.

**שיטות**  
החיסון נבדק בזמנו במחקר אקראי מבוקר, שבו  
שותפו כ - 39,000 ילדים. מועילות החיסון כנגד  
דלקת ראות מוכחת בצילום נבדקה קודם לכן,  
בעת המחקר, על פי פירוש הצילום על ידי רדיולוג  
לפי שיטתו. ממחקר זה נלקחו 2841 סטים של  
צילומי חזה שנקראו ופורשו בצורה כפולת סמויות  
על ידי 2 מומחים (A-1 B) של ה - WHO על פי מדדיו.  
אי התאמה בין שתי הקריאות נפתרה על ידי 2  
רדיולוגים נוספים שהגיעו להסכמה בינם בגמר  
התהליך ביחס לפירוש הצילום.

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

**משתתפים:**  
אמנון קירו, ג'ולי קרקו,  
דנית שחר

**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

בחסות  
**Mead Johnson**  
Nutritional  
פרמהבסט  
1800-22-64-70

תקצירי מאמרים על קצה המזלג (נמסר על ידי דר' שמואל גור).

## אינהלציות עם פלוטיקזון במינונים גבוהים אינן תחליף למתן פרדינזולון פומי לילדים עם התקף אסטמה חד, קל עד בינוני

כעבור 48 שעות לא נמצאו הבדלים משמעותיים בערכי ה- FEV1 בין שתי הקבוצות. שיעור הישנות ההתקף לאחר 48 שעות היה 12.5% בקבוצת הפלוטיקזון ו-0% בקבוצת שטופלה בפרדינזולון. מסקנות החוקרים הן שהשיפור במתן פרדינזולון פומי מהיר יותר, ושיעור חזרת ההתקף נמוך יותר בהשוואה לקבוצת שטופלה בפלוטיקזון באינהלציות.

Suzanne S et al. High-dose inhaled fluticasone does not replace oral prednisolone in children with mild to moderate acute asthma. Pediatrics 2006 ; 118 : 644-650.

באינהלציות של מרחיבי סמפונות מסוג ביטא אגוניסטים, ולאחר השחרור בביתם. 35 מהילדים טופלו בהשאפת פלוטיקזון במינון של 2 מ"ג על ידי משאף דרך אירוצ'מבר בחדר המיון ובהמשך במינון של 500 מיקרוגרם פעמיים ביום במשך 5 ימים בביתם. הקבוצה השנייה מנתה 34 ילדים שטופלו פומית בפרדינזולון במינון של 2 מ"ג/ק"ג במיון ובהמשך, במנה יומית של 1 מ"ג/ק"ג במשך 5 ימים, בביתם. לילדים נמדדו ערכי FEV1 בקבלתם ולאחר 4 שעות בחדר המיון, ולאחר 48 שעות בביתם. הערכים שנמדדו בשעה הרביעית הצביעו על עלייה ב- FEV1 ב-12.7% ו-19.1% בקבוצת הפלוטיקזון וב-15.5%-29.8% בקבוצת הפרדינזולון.

סטרואידים בשאיפה אינם יעילים כמו סטרואידים במתן פומי לטיפול בהתקף אסטמה חד קשה, אך נושא זה לא נבדק בהתקפים קלים עד בינוניים. מטרת המחקר הייתה לברר האם קיימים הבדלים בערכי FEV1 בילדים בגילאי ביה"ס הסובלים מהתקפי אסטמה קלים עד בינוניים שטופלו בסטרואידים פומי, לעומת טיפול באינהלציות סטרואידים.

המחקר היה אקראי, מבוקר, כפול סמויות ונערך בין השנים 2001-2004 בחדר מיון של ביה"ח שלישוני בטורונטו, קנדה. השתתפו בו 69 ילדים בגילאי 5-17 שנים עם התקף אסטמה חד שבהם נמדדו ערכי FEV1 שנעו בין 50%-79%. כל החולים טופלו במיון

## שכיחות רגל שטוחה בילדים בגילאי 3-6 שנים

### הערות המערכת

עם הכנסת המדרסים לסל השירותים הניתן ע"י הביטוחים המשלימים, נצפתה עלייה משמעותית ב"אבחון" רגל שטוחה מלווה בדרישה נלהבת לאספקת מדרסים ע"י החברות המאבחנות הממוקמות במרכזי קניות - היצע יוצר ביקוש!!!

Martin Pfeiffer et al. Prevalence of flat foot in preschool-aged children. Pediatrics 2006 ; 118 : 634-639

מטופלים במדרסים בזמן המחקר. שכיחות הרגל השטוחה בבנים הייתה 56% ובבנות 36%, והיא פחתה עם הגיל כך שבגיל 3 שנים, נמצאו 54% בעוד שבגיל 6 נמצאו 24% מהילדים עם מצב זה. הזווית הממוצעת של הרגל האחורית נמצאה כולגוס של 5.5% ל-13% מהילדים ששותפו היה משקל עודף ושכיחות התופעה בהם הייתה גבוהה מאשר באלה עם משקל גוף תקין לגיל.

מסקנת החוקרים היא ששכיחות הרגל השטוחה תלויה ב-3 גורמים: גיל, מין ומשקל. השכיחות הגדולה ביותר נמצאה בבנים שמנים בגילאי 3 שנים. בחלק הארי מדובר במצב פיזיולוגי שאינו דורש כלל טיפול. כ-90% מהטיפולים ברגל שטוחה היו מיותרים!

**מטרת המחקר** הייתה לקבוע את שיעור השכיחות של "רגל שטוחה" באוכלוסיית ילדים בגילאים 3-6 שנים, בירור הקשר של תופעה זו לגורמים כגון גיל, משקל ומין, ונסיון להעריך את שיעור הטיפולים המיותרים.

נבדקו 835 ילדים (411 בנות ו-424 בנים). האבחנה הקלינית התבססה על תנוחת וולגוס של העקב, והיווצרות לא מספקת של קשת כף הרגל. רגלי הילדים במצב של עמידה נסרקו ע"י סורק לייזר שטח, ונקבעה זווית הרגל האחורית שהיא הזווית בין גיד אכילס ובין החלק האחורי של כף הרגל. **תוצאות:** רגל שטוחה גמישה נמצאה ב-44% מהילדים ששותפו במחקר, ואילו רגל שטוחה פתולוגית נמצאה בפחות מ-1%. 10% מהילדים היו

## שיתוק מוחין בתינוקות שנולדו במועד - גורמי סיכון וממצאי הדמיה של המוח

**מטרת המחקר** הייתה לאבחן ולאפיין את גורמי הסיכון ולתאר את הממצאים בהדמיה של המוח המאפיינים שיתוק מוחין בתינוקות שנולדו במועד. אוכלוסיית המחקר כללה כ-340,000 תינוקות שנולדו במועד (36 שבועות הריון ומעלה) בצפון קליפורניה, ארה"ב, בין השנים 1991-2003.

**תוצאות:** באוכלוסייה זו נמצאו 377 תינוקות שאובחנו כלוקים בשיתוק מוחין. שכיחות 1.1:1000. 72% מתוכם - CT או MRI של המוח. ב-22% מהילדים נמצא אוטם עורקי מקומי, ב-14% מלפורמציה מוחית וב-12% פגיעה פריונטריוקולרית בחומר הלבן.

**גורמי סיכון בלתי תלויים לשיתוק מוחין כללו:** גיל האם מעל 35 שנים, מוצא אפרו-אמריקאי, הפרעות גדילה תוך רחמיות - ממצא שנמצא קשור להפרעות בחומר הלבן הפריונטריוקולרי. לידה בשעות לילה נמצאה קשורה לשיתוק מוחין המתבטא באטרופיה מוחית כללית.

מסקנת החוקרים היא ששיתוק מוחין היא הפרעה הטרוגנית שבה הממצאים הנפוצים בהדמיה של המוח הם אוטם עורקי מקומי ומלפורמציה מוחית. גורמי הסיכון לשיתוק מוחין הם משתנים התלויים בסוג ההפרעה המוחית הבסיסית.

Yvonne W. Wu et al. Cerebral palsy in a term population: risk factors and neuro imaging findings. Pediatrics 2006 ; 118 : 698-703



לכל סימפטום  
פתרון עם יתרון

בחסות  
**Mead Johnson**  
Nutritionals  
פרמהבסט

1800-22-64-70

# כמה בטוח הוא טריאז' באמצעות מוקד טלפוני לילי המאויש ע"י אחיות?

**מטרות המחקר** היו לבדוק את שיעור ההיענות של הפונים טלפונית להמלצות של האחיות במוקד, ואת שיעור התחלואה והתמותה כתוצאה מתת-הפנייה לאשפוז בפרק זמן של 24 שעות מהפנייה.

אוכלוסיית המחקר כללה את כלל הילדים המבוטחים בשירותי בריאות בקולורדו, ארה"ב, אשר הוריהם פנו טלפונית למוקד טלפוני לילי המאויש ע"י אחיות, בתקופה שבין אוקטובר 1999 למרץ 2003. המלצות האחיות דורגו לפי מידת הדחיפות של הפניית המטופל לבדיקה רפואית-א. "דחוף"- תוך 4 שעות ב. "למחרת" בין 4-24 שעות ג. "מאוחרת"- הפנייה לבדיקה בפרק זמן של מעל ל-24 שעות ד. "טיפול ביתי"- ללא צורך בבדיקה רפואית נוספת. ההיענות להנחיות הטריאז' חושבה כיחס בין כלל המקרים ובין המקרים בהם ההנחיות בוצעו כלשונון לפי המלצת האחיות. **תוצאות:** מתוך 32,968 שיחות בתקופת המחקר, 21% הוגדרו כדחופות, 27% כביקור למחרת, 4% כביקור מאוחר ול-48% הומלץ על טיפול ביתי. שיעורי ההיענות לפנייה דחופה ולטיפול ביתי היו 74%, ולהמלצת ביקור למחרת- 44%.

לא נרשם אף מקרה תמותה בשבוע שלאחר השיחה. שיעור תת-הפנייה, שהתבטא באשפוז מאוחר יותר, היה 0.2%.

המשתנים גיל צעיר מ-6 שבועות או מבוגר מ-12 שנים ואבחון אחרי השעה ה-23, היו קשורים יותר לתת-הפנייה.

**מסקנות המחקר:** 75% מהמטופחות מילאו אחר המלצות המוקד בנושא הפנייה דחופה או טיפול ביתי, אך שיעור זה יורד ל-44% בהמלצות של ביקור למחרת. השיעור של תת הפנייה לאשפוז נמצא כנמוך ביותר.

**הערת המערכת:** מוקדים כאלה נהוגים בחלק מקופות החולים בישראל ומופעלים על ידי אחיות בעלות ניסיון רב ובחלקם גם שותפים רופאים. המחקר מראה את אמינותם ויעילותם הרבה. בכך נחסכים גם אשפוזים רבים

Allison Kempe et al. How safe is triage by an after-hours telephone call center? Pediatrics 2006 ; 118 : 457-463

# הקשר בין צפייה בתוכניות היאבקות בטלוויזיה לבין מעורבות בקטטות אצל אוכלוסיית תלמידי תיכון

מחקרים קודמים הצביעו על הקשר בין חשיפה לאלימות בבית, בקהילה ובמדיה האלקטרונית, לבין התנהגות אלימה של ילדים ונוער. מטרת המחקר הייתה לבדוק את הקשר בין תדירות הצפייה של תלמידי תיכון בתוכניות היאבקות בטלוויזיה לבין מעורבותם בקטטות, בנשיאת נשק ובהתנהגויות אלימות אחרות. במחקר נדגמו אקראית 2228 תלמידי תיכון בתקופה של 6 חודשים.

**תוצאות:** נמצא קשר משמעותי בין תדירות הצפייה בתוכניות היאבקות במשך השבועיים שקדמו לאירוע של מעורבות בקטטות או נשיאת נשק, הן בבנים והן בבנות (אם כי בשכיחות גבוהה יותר אצל בנות). תדירות הצפייה בתוכניות היאבקות ומעורבות בקטטות הייתה הגבוהה ביותר בקרב אותם תלמידים שבהם התוקף או הקורבן שנו אלוכה או השתמשו בסמים.

**הערות המערכת:** נשאלת שאלת "הביצה והתרנגולת"- האם נטייה לאלימות אכן מתחזקת לאחר צפייה בתוכניות האבקות או שמא ילדים עם נטייה טבעית לאלימות צופים יותר מאחרים בתוכניות אלו?

Durant RH et al. The relationship between watching professional wrestling on television and engaging in date fighting among high school students. Pediatrics 2006 ; 118 : 256-272

# משק הברזל בגיל הילדות

תקציר כנס בנושא משק הברזל שנערך במשרד הבריאות (דצמבר 2005- מסכם ד"ר אמנון קירו)

אינו ידוע בדיוק וייתכן שהוא מצוי בין שניהם. ערך של 11 גר % אומץ ע"י WHO והוא הערך הרפואטי הגלובלי בנושא אנמיה בילדים בעולם. לאחרונה עובדים גם עם ערך 10.5 גר %, שהוא גם לגיטימי לצרכים פנימיים. במשרד הבריאות הערך של 11 גר % הוא הקובע.

**תובנה 2:** אנמיה משמשת כמדד תזונתי בריאותי לאומי. בישראל, טיפות החלב מורות על ביצוע ספירת דם בגיל שנה. אולם, למרות חשיבות המדד בגיל הינקות, אין איסוף ורישום מסודר של ערכי ההמוגלובין בארץ - בין השאר בגלל העדר מערכת

פורסמה ב-The Journal of Pediatrics 1979 ע"י פרופ' דלמן - אביו הרוחני של אוסקי. מאמר זה נחשב לאחד "המאמרים הקלאסיים" בפדיאטריה. העקומה נבנתה על סמך בדיקות של כ-10,000 ילדים בני שנה בריאים ולבנים (אשכנזים), לא שחורים ולא מיעוטים, ממעמד כלכלי בינוני וגבוה. אזורי הדגימה היו סן פרנסיסקו וערים מהחוף המערבי של ארה"ב וכן הלסינקי וערים פיניות קטנות יותר. בעקומה שהתקבלה בקרב 97.5% מהילדים היה המוגלובין מעל-11 לכן 11 גר % נקבע ערך החיתוך (cutoff) של אנמיה בגיל שנה. לשחורים ערך החיתוך הוא 10.5 גר%, ולגזעים אחרים הערך

**תובנה 1:** האנמיה היא ביטוי חיצוני מאוחר (ניתן לומר - האחרון) של חסר ברזל!!!.

הברזל אינו רק שותף ליצירת המוגלובין אלא גם לתהליכים מטבוליים תוך תאיים (ציטוכרום וכו'), לרמת ברזל נמוכה נמצא קשר עם בעיות התפתחות פסיכומטוריות וקוגניטיבית. איפיון בעיה זו אינו ברור עדיין די צרכו. מאחר שמדובר בסמן תזונתי חשוב, בוצעה סטנדרטיזציה של רמות המוגלובין בגיל שנה. הסטנדרטיזציה בגילאים אחרים של גיל הילדות פחות טובה. איך יצרו את העקומות הנורמליות של ההמוגלובין בגיל 1 שנה העקומה הנורמאלית הרפואטית



לכל סימפטום פתרון עם יתרון

בחסות  
**Mead Johnson**  
Nutritionals  
פרמהבסט

1800-22-64-70

ממוחשבת כללית במשרד הבריאות (Web platform) והעדד קשר עם רשתות המידע של הקופות. הערנות כלפי רמת המוגלובין באוכלוסיות השונות נעשית רק לפי יוזמות מקומיות ולעתים באופן מיקרי.

לפני חודשיים הוגשה הצעה מסודרת ליצירת רשומה לאומית שנתית (Registry) שתמפה את רמת האנמיה בישראל- אך טרם התקבלה תשובה. משרד הבריאות מעריך את מצב האנמיה לפי עקומות של אוכלוסיות באופן מקומי.

### תבונה 3: ישראל לעומת מדינות אחרות - מצבנו?

בארה"ב רמת האנמיה עכשיו היא כ-3%, ובשנות השבעים היה 8%. באירופה רמת האנמיה בתינוקות בגיל שנה 2-5%, ואילו בישראל רמת האנמיה היא 10-40% ומבחינה זו היא מהווה מדינת עולם שלישי. רמת האנמיה העמוקה בילדים בישראל אינה ברורה כל צורכה אך קשורה עם פרמטרים סוציו-אקונומיים ותזונתיים, וייתכן גם עם גורמים שטרם התבררו.

בארה"ב מניעת האנמיה נעשית בעזרת שורה של צעדים שכללו: העשרת פורמולות בברזל, העשרת

דגני הבוקר בברזל, הנחיות לתזונה עתירת ברזל בגיל הרך. היום אין בארה"ב הנחיה לקבלת טיפול מונע בברזל ונסמכים על ההמלצות שגובשו שם. בישראל למרות ההנחיה לנטילת ברזל המצב הוא ממש גרוע.

לדוגמה, בסקר שערכנו בריכוזים חרדיים נמצאו התוצאות הבאות (לשם השוואה אנו מביאים ערים עם מבנה אוכלוסייה מעורב): מהטבלה עולה כי יש בעיית אנמיה באזורים חרדיים. נוכחות אנמיה מוכרת באזורים סוציאוקונומיים נמוכים אך נראה כי ל"חרדיות" על מרכיביה השונים יש השפעה ניכרת על רמת המוגלובין עד כדי שיעור אנמיה גבוה ביותר בקרב אוכלוסייה זו. הסיבות לאנמיה ואפשרויות הטיפול בציבור החרדי נמצאות תחת מחקר מבוקר הנערך בלשכתנו בעיר בני ברק.

### תבונה 4: אנמיה של גיל שנה לא התחילה בגיל שנה וגם לא תסתיים אחרי גיל שנה

בעוד שבגיל הצעיר מתן תוספת ברזל הנה הכרחית, מעבר לגיל שנה יש ירידה בקצב גדילת הגוף ואפשרות רבות להיעזר במזון עתיר ברזל כגון בשר בקר ועוד.

**תבונה 5: הקינטיקה של הברזל בגוף.** אנמיה או ירידה בכמות הברזל בגוף מביאים לעליה בספיגת הברזל במעי. הברזל עובר מתאי רירית המעי לזרם הדם ושם נקשר לחלבון טרנספרין. במצב נורמאלי, מנוצלים רק כ-20% עד 45% מיכולת הקשירה של הטרנספרין. רק כ-0.1% מכלל הברזל בגוף נמצא בזרם הדם. יתר הברזל משמש ברובו לייצור המוגלובין עבור הכדוריות האדומות, כאשר 20%-10% מהברזל נאגרים במחסנים לצורך ייצור עתידי של המוגלובין. מאגרי הברזל קיימים בשתי צורות: קשירה לחלבון מיוחד ליצירת פריטין - זו צורת האגירה הראשונית. חלק מהפריטין נבלע ע"י מקרופגים במח העצם ונשמר בתוכם בצורה של המוסידרין.

**הערת המערכת:** בנושא של חסר ברזלואנמיה בקהילה החרדית יש להתייחס לוולונות של הנשים ולחסר ברזל באמהות, וההשלכה על מחסני הברזל בתינוקות שלהן.

## השפעת אורח חיים והרגלי תזונה של אימהות וילדיהן על השמנת ילדים (תקציר).

המחבר: ג'ולי קרקו (MPH,RN), דר' דנית שחר, המרכז הבינלאומי לבריאות ותזונה, אוני' בן-גוריון, המחלקה לאפידימיולוגיה

שיעור אימהות העובדות מעבר למשרה מלאה גבוה יותר בקרב המקרים (15.6) בהשוואה לקבוצת הביקורת (1.5). ההבדל בין שתי הקבוצות נמצא מובהק סטטיסטית ( $chi = 7.5, p = 0.01$ ) ככל שילדים צפו בטלביזיה או מחשב יותר שעות, נמצאו בסיכון להשמנה פי 3.1 בהשוואה לילדים אשר צפו פחות שעות ליום (1.8-5.3). ילדים אשר עסקו בפעילות גופנית 0 - 4.5 שעות לשבוע היו בסיכון גבוה יותר להשמנה פי 2.8 בהשוואה לילדים אשר היו פעילים >5 שעות לשבוע. (1.1-7.02). שלא כצפוי, מתוצאות המחקר עולה כי לא נמצא הבדל בין שתי הקבוצות באורח חי האימהות והצריכה התזונתית שלהן.

מניתוח רב משתני ברגרסה לוגיסטית, עולה כי בתיקון לשאר המשתנים, הסיכון להשמנת ילדים גבוה פי 1.17 ככל שעולה BMI של האם. כן, עולה הסיכון להשמנת ילדים פי 1.4 ככל שדפוסי האכילה של הילד "מקדמת השמנה" בהשוואה לילדים בעלי דפוסי אכילה תקינים.

### מסקנות

ילדים שמנים נמצאו יותר בעלי אורח חיים יושבני (מיעוט בפעילות גופנית וריבוי שעות צפייה בטלביזיה) בהשוואה לילדים בעלי משקל תקין. המשתנים אשר נמצאו כגורמי סיכון להשמנה הם סגנון אכילה מקדם-השמנה של ילדים, ו-1 BMI גבוה של האם (גורמי סיכון עצמאיים), מוצא מזרחי, ועבודת האם מעבר למשרה מלאה. התוצאות מצביעות על הצורך במחקרי התערבות, לבחינת ההשפעה של שינוי באורח חיים ובהרגלי אכילה על השמנה. יש לחקור יותר לעומק כיצד שעות היעדרותם של ההורים (או אחד מהם) מהבית משפיעים על השמנה ואיכות התזונה של הילדים.

כי ילדיהם חולים במחלה כרונית או נוטלים תרופות באופן קבוע, ותאומים. לכל נחקר הותאמו 2 בקרות לפי גיל וסביבת מגורים. בסה"כ נכללו במחקר 32 ילדים בקבוצת השמנים ו-67 בקבוצת הביקורת ואימותיהם. שיטת איסוף הנתונים 1. מדדים אנתרופומטרים של הילד ואימו. נתוני גובה, משקל והיקף מותן של האם נאספו בביקור בית, ומדידות גובה ומשקל של הילד, בבה"ס 2. ריאיון האם באמצעות שאלון מתוקף של הרגלי חיים של המשפחה ושאלון מתוקף של תכיפות תזונתית.

### תוצאות

אוכלוסיית המחקר כללה 99 ילדים ואימותיהם, מתוכם 32 מקרים (32.3%) ו-67 בקרות (67.6%). בקרב קבוצת אימהות-המחקר ה-BMI נמצא גבוה משמעותית בהשוואה לקבוצת הביקורת, וכך גם היקף המותן, דבר המצביע על עודף משקל והשמנה בטנית. מדד זה נמצא כגורם סיכון עצמאי להשמנת ילדים ( $OR=1.17$ ). בבחינת סגנון אכילה מקדם-השמנה נבדקו בין היתר אכילה בעמידה, קצב אכילה, אכילה בלוויית פעולה נוספת כגון - צפייה בטלוויזיה, קריאה או הכנת שיעורים, אכילה במצבי לחץ ועוד. בקרב המקרים, ממוצעי דפוסי האכילה של ילדים אשר נמצאו גבוהים משמעותית בהשוואה לבקרות היו: אכילה מהקערה/מהסיר, אכילה במצבי שעמום, במצבי לחץ, אכילה מפוזרת אחה"צ וקצב אכילה מהיר. מבין כל סגנונות האכילה של האימהות, ממוצע אכילה מפוזרת אחה"צ נמצא גבוה משמעותית בקרב המקרים בהשוואה לבקרות. גם סגנון האכילה של ילדים נמצא כגורם סיכון עצמאי להשמנה ( $OR=1.4$ ). בניית חד משתני נמצא: (1) ילדים לאימהות ממוצא מזרחי נמצאו בסיכון להשמנה פי 2.9 בהשוואה לילדים לאימהות ממוצא לא-מזרחי. (2)

### רקע

השמנה בילדים, שהפכה למגיפה כלל עולמית ההולכת ומתפשטת במדינות מפותחות וגם במתפתחות, מהווה איום על הבריאות ועל איכות החיים, ואף גורמת למעמסה כלכלית. הקצב המואץ של העלייה בשיעורי ההשמנה ב-20 שנים האחרונות בארה"ב מחזק את הסברה כי גורמים סביבתיים הם התורמים העיקריים להשמנה, בעוד שלגורמים גנטיים הידועים כמשפיעים על ויסות משקל הגוף, נודעת תרומה נמוכה, יחסית. שינויים בסביבה שתרמו למגפת ההשמנה קשורים לצריכת מזון עתיר שומן, מזון מהיר עתיר קלוריות, וסגנון חיים המאופיין רוב הזמן ב"שיבה" או פעילות "בטלנית". השערות המחקר: 1. משפחות לילדים שמנים יימצאו כמנהלים אורח חיים מעודד-השמנה (מיעוט פעילות גופנית, גירוי מזון) בהשוואה למשפחות לילדים במשקל תקין. 2. הרגלי תזונה ואיכות התזונה במשפחות לילדים שמנים יימצאו כמעודדי השמנה (מזונות צפופי אנרגיה ודלים באיכות התזונתית) בהשוואה למשפחות לילדים במשקל תקין. מטרת המחקר: לבחון הבדלים באורח חיים והרגלי אכילה של ילדים שמנים בהשוואה לילדים בעלי משקל תקין תוך הערכת צריכה תזונתית ואורח חיים של האם כמקדמי השמנה.

### שיטות המחקר: מקרה - בקרה

**שיטות המחקר:** נכללו במחקר ילדים (ואימהות) בגילאי 9 - 10 שנים מביה"ס מישוב באזור השרון (כיתות ג'-ד'). קבוצת המחקר: ילדים אשר נמצאו כבעלי עודף משקל/השמנה (אחוזון  $BMI > 95$  או  $BMI > 85$ ) אחוזון  $BMI > 85$ ) קבוצת הביקורת: הותאמה לגיל, ילדים אשר נמצאו כבעלי משקל תקין ( $BMI < 85$ ) אחוזון  $BMI < 85$ ). קריטריוני הוצאה: ילדים שהוריהם דיווחו



לכל סימפטום  
פתרון עם יתרון

בחסות  
**Mead Johnson**  
Nutritionals  
פרמהבסט

1800-22-64-70