

פדיתון

PEDITON



מפיצת מוצרי PHARMABEST

יצרנית נוטרמיגן
פרג'סטימיל
ומשפחת אנפמיל

1800-22-64-70

גיליון מס': 148 | דצמבר 2008

עורכת הפדיתון - ד"ר הדר ירדני | יעוץ מקצועי - ד"ר דני מירון

שלום חברים,

הפעם בפדיתון דיווח על הרצאה בנושא היבטיים אתיים ומשפטיים של מתן חיסונים, סקירה על מצב בריאות השן בקרב ילדי ישראל, מספר מאמרים בנושא אלרגיה של העור, ופינתו הקבועה של ד"ר צחי גרוסמן מרשת המחקר.

מערכת הפדיתון וועד חיפ"א שולחים ברכת חזק ואמץ לכל חברינו הנותנים שירות רציף לילדים ומשפחותיהם באזורים הנמצאים תחת איום יומיומי של ירי טילים בדרום הארץ. תודה על תרומתכם המתמדת בשעת מצוקה זו. קריאה מהנה לכולנו!



היבטים אתיים ומשפטיים של מתן חיסונים ישנים וחדשים לילדים

מאמר זה מבוסס על הרצאה שניתנה ב- World Congress on Ethics, Law and Medicine 17th אשר התקיים בבייבינג, סין, באוקטובר 2008.

מאת ד"ר אנתוני לודר, מנהל מח' ילדים, מרכז רפואי זיו, צפת מרצה בכיר, פקולטה לרפואה, טכניון, חיפה

חסונים מהווים את אחד ההישגים החשובים ביותר של הרפואה המודרנית, אך הקונסנסוס החברתי שעומד מאחורי מתן החיסונים לכלל אוכלוסיית הילדים פחות ונמצא בסכנה. בישראל ובמדינות אחרות קיימת התנגדות למתן חיסונים שהולכת וגוברת בקרב חלק של הציבור. התופעה מובילה לירידה בהיענות למתן חיסונים ובעקבותיה היו התפרצויות של מחלות זיהומיות בארץ ובח"ל בשנים האחרונות (למשל פוליו, שעלת וחצבת). ההתנגדות למתן חיסונים אינה חדשה אבל בעידן האינטרנט וכלי התקשורת המהירים, דיסאינפורמציה וסנסציות חדשותיות הקשורות, בדרך כלל, לתופעות לואי לכאורה מופצות במהירות. הציבור ערני יותר כיום לצרכנות ולזכויותיו מחד גיסא (קבלת מידע, מתן הסכמה מדעת, פיצויים) ומאידך גיסא, המורכבות והעלות הכספית של מתן כל החיסונים המומלצים גדלה בקצב מהיר. בשנות החמישים היו קיימים 4 חיסונים מומלצים, כיום כ- 12. עד גיל 6 שנים ילד צריך לקבל 29 מנות של חיסונים (לא כולל שפעת). העלות הכספית של החיסונים הוכפלה ב-10 שנים האחרונות. העלייה החדה בפופולריות של טיפול לא רפואי (שמכונה "רפואה משלימה") אף היא תורמת לירידת בהיענות הציבור להתחסנות. האווירה המשפטית העוינת, העלייה בעלויות והלחץ המתמיד של הרשויות להוריד מחירים, תורמים כולם לירידה במוטיבציה של חברות התרופות לפתח, לייצר ולשווק חיסונים חדשים דבר המסכן יותר מכל את העתיד של תוכניות ההתחסנות. בכדי לתת מענה לבעיות אלו, מספר מדינות ובהן גם נאורות (ארה"ב, קנדה, צרפת, איטליה ואחרות) מחייבות מתן חיסונים על פי החוק בכדי להבטיח שיעור גבוה של התחסנות, "הענקת" חיסון העדר לאלה שלא מתחסנים מכל סיבה והבטחת שוק כלכלי יציב ואוהד. בהקשר זה יש לציין למשל, ששיעור היארעות חצבת בשנים 2007-8 היה הרבה יותר גבוה בישראל (שבה התחסנות כנדה אינה חובה ובפועל שיעור ההתחסנות הינו נמוך בקרב קבוצות מסוימות) לעומת ארה"ב שבה מתן החיסון הינו חובה בהרבה מדינות.

תוכנית חובה להתחסנות מעלה בעיות אתיות ומשפטיות מורכבות. היות שיש שיעור (מאד נמוך) של תופעות לוואי, קיים צורך לאזן בין היתרון לרוב הילדים כנגד הנזק הפוטנציאלי למיעוטם. לאחרונה פורסמו קריטריונים וביקורת עליהם (1) האמורים לתת בסיס שעל פיו ניתן לשפוט איזה מחלות ואיזה חיסונים מוצדק יהיה לקבוע שיהיו מנדטוריים. בחברה שלנו אנחנו צריכים לקבוע למי יש את הסמכות להחליט ואיך. איך ניתן להגן על זכויות הפרט? איך ניתן להבטיח מתן שוויוני של חיסונים, בעיקר בהקשר לחיסונים "חדשים" יקרים? מה שיעור הילדים לא מחוסנים שהחברה צריכה לקבל, כמה תופעות לוואי הן מקובלות? מה עושים עם "טרמפיסטים" (אלה שנהנים מחיסון העדר אבל לא נושאים את חלקם ההוגן בעומס)? הדיון המקצועי והציבורי בקשר לסוגיות כגדולות אלו רק החל בארץ. ככנס של איגוד רופאי ילדים בנובמבר 2008 נערך עימות ציבורי סביב הנושא "האם ניתן לחייב מתן חיסונים על פי חוק בישראל". יש לציין שאין חילוקי דעות בקרב רופאי ילדים בישראל על הצורך לחסן ילדים, אבל מתברר שהרופאים כעצמם לא תמיד עושים מה שהם מטיפים. למשל שיעור ההתחסנות נגד שפעת שלהם עצמם הינו רחוק מאד מ-100% אפילו בבתי החולים. יהיה קשה מאד להוביל תהליך של רפורמה בחוק במצב הזה. בנוסף ישנם חילוקי דעות על הצדק ועל האפשרות המעשית לחייב מתן חיסונים. לעומת זאת, ישנה דעה נפוצה שילד אשר חולה או מתאשפז בכין מחלה זיהומית אשר הוריו החליטו לא לחסנו אינו רשאי אוטומטית לטיפול חיסון במערכת הבריאות הציבורית. יש כאלה שגורסים שהתשלום של קצבת ילדים והזכות לרשום ילדים למוסד חינוכי ציבורי צריכים להיות שמורים למשפחות אשר מחסנות את ילדיהן. יש מחיר (כספי ואנושי) לחוסר אחריות ציבורית. יתכן שעד שלא יהיו התפרצויות קשות נוספות של מחלות זיהומיות ברות התחסנות, הציבור הכללי וציבור רופאי ילדים לא ישתכנעו שיש מקום לחוק בנושא זה. בדרש מחקר ועבודה נוסף, אבל על פי מה שידוע כבר היום, דעת חלק הארי של ההורים היא בעד הפעלת החוק בכדי לשמור על שלום הציבור.

בעתיד אנחנו צריכים חיסונים פשוטים טובים וזולים יותר. אנחנו צריכים להבטיח התחסנות שוויונית ובשיעור גבוה ומתמיד. אנחנו צריכים להגביר את המודעות של הציבור, לקבל את הסכמתו המודעת ולהתמודד יותר טוב יותר מהר עם דיסאינפורמציה. התקצוב צריך להיות מובטח ויציב. תוכנית ההתחסנות צריכה להיות איתנה מבחינת אתית, קונסנסואלית ומגיבה, ומאזנת בין מרכיב חובה ורשות. אם לא נצליח לעמוד באתגרים אלה צפוי שנחווה התפרצויות גדולות של מחלות זיהומיות, והמשך של תמותה ותחלואה מיותרת, אשר המחיר הכספי והאנושי שלהן עלול להיות קולוסאלי.

1. A Critique of Criteria for Evaluating Vaccines for Inclusion in Mandatory School Immunization Programs. Douglas J. Opel, Douglas S. Diekema and Edgar K. Marcuse. Pediatrics 2008;122:e504-e510

לכל סימפטום פתרון עם יתרון



מפיצת מוצרי



PHARMABEST

1800-22-64-70



ילדי ישראל ובריאות השן

כתבה: ד"ר הדר ירדני - רופאה מחוזית מחוז צפון לאומית

הנגדית). לאחר 4 חדשים היה שיפור מובהק. 98% צחצחו משטחים לביאליים (פומיים) - המשטחים הפונים כלפי השפתיים, 43% צחצחו את החלק הפנימי של השיניים האחוריות, 87% צחצחו משטחים סגריים ($p < 0.001$). ממוצע שטחי הצחצוח עלה מ 2.8 ל- 7.5 ($p < 0.0001$).
מסקנה: למידה משפרת את היכולות האישיה הנושא הצחצוח. בייחוד, באזורים הדורשים הכי הרבה שימת לב לשם שמירה ושיפור היגיינת הפה. מסקנות אלו צריכות לשמש את הצוות המלמד בעתיד.

Oral health promotion for schoolchildren - evaluation of a pragmatic approach with emphasis on improving brushing skills. Livny A, Vered Y, Slouk L, Sgan-Cohen HD. BMC Oral Health. 2008 Jan 31;8:4.

מספר הילדים הסובלים מעששת בשיניים בעלי רמה סוציו אקונומית נמוכה גבוה פי שניים או שלושה מישובים מבוססים יותר. רק כ- 33% מהרשויות המקומיות בישראל, האמידות והמבוססות יותר ניתן שירות דנטאלי (טיפול מקומי ולימוד על טיפול מניעתי) לתלמידים בבית ספר. במחקר שבוצע נמצא כי 58 אחוז מהנשאלים בחמישון התחתון דיווחו, שהסיבה העיקרית לאי-הגעתם לטיפול דנטלי, גם כאשר הוא היה נחוץ, הייתה המחיר (לעומת 19 אחוז בלבד בקרב החמישונים האחרים). קרן לידידות בראשות הרב יחיאל אקשטיין. פרופ' יהונתן מן, דיקן הפקולטה לרפואת שיניים במרכז רפואי הדסה הכריזו ביחד על הפעלת פיילוט ראשון שיעניק טיפולי שיניים בחינם לילדי שדרות, בית שאן, עכו וירושלים.

סקר לבדיקת שביעות רצון מפרויקט של הדסה ו"חברות בינלאומית בין נוצרים ויהודים" לטיפול בשיניים, בקרב המשפחות והצוות המקצועי

חוסר שוויון בבריאות הוא בעיה קשה. בישראל כפי שידוע טיפול בשיניים לא כלול בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. שכבות סוציו אקונומיות נמוכות הן הראשונות שבריאות השן בהן נפגעת. בבית הספר לרפואת שיניים בהדסה ירושלים החליטו לצמצם פער זה ולתת טיפול שיניים חינם לילדים בגילאים 6-12 שנים.

מטרת המחקר: לבדוק את שביעות רצון של משפחות הילדים, העובדים הסוציאליים וצוות מרפאת השיניים שהשתתפו בפרויקט.
שיטות: נבחרו באופן רנדומאלי, 124 הורים מכלל כל הורי הילדים שטופלו. לכל ההורים נערך ראיון בעברית. רואיינו אנשי הצוות המטפל.
תוצאות: רואיינו 55 אנשי צוות ו 124 הורים. הייתה שביעות רצון רבה מהטיפול אך הועלו שאלות בנוגע לגיל הנבחר. שביעות רצון ההורים הייתה גבוהה אך היה שוני על פי המרפאות השונות. ההורים מירושלים ובית שאן היו מרוצים יותר ($P=0.011$).

מסקנות: כל המשתתפים במחקר הביאו שביעות רצון גבוהה. השוני בשביעות הרצון בין המרפאות יכול לנבוע מאופי המטפלים, הרקע ממנו באו, הידע שלהם ומקצועיותם. מצד שני יכול היה לנבוע מאופי המטופלים והרקע ממנו הגיעו. הטיפול שיפר את איכות בריאת השן של הילדים והביא מעט תקווה ואור לחייהם.

Satisfaction survey of the dental treatment project of Hadassah and the "International Fellowship of Christians and Jews" among the family and the professional servant Zini A, Saluk L, Mann J. Refuat Hapeh Vehashinayim. 2008 Jan;25(1):15-23, 81-2

הערות המערכת: על רופאי הילדים לקחת חלק פעיל בנושא בריאות השן של מטופליהם וזאת מכיוון שלתחלואת שיניים יש השלכות ברורות גם על תחלואה כללית ועל בעיות בריאות מקיפות, ואין כיום גורם ציבורי שלוקח על עצמו את האחריות. בנוסף, יש מקום לנסות ולהקטין את הפער הקיים בין האוכלוסיות. יש לדבר עם ההורים, ולאחר מכן עם הילדים, על הנושא כבר מהשנה הראשונה ובסמוך למועד צמיחת השיניים, ולאורך כל שנות הילדות.

מצב בריאות השן של אזרחי ישראל הוא הירוד ביותר מכל מדינות המערב, וזאת על אף שההוצאה הלאומית של ישראל על רפואת שיניים היא הגבוהה ביותר מקרב מדינות המערב - כ- 9% מההוצאה הלאומית לבריאות (לפי ספר בריאות בישראל 2005). הוצאות של משקי בית על בריאות שיניים מהוות 31% מסה"כ הוצאות משקי בית על בריאות (נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2003). במדינות בהן קיימת רפואת שיניים לילדים בחינם ניתן לראות כי אחוז גבוה יותר של ילדים מבקרים אצל רופא השיניים (75% מהילדים בכריטיניה שם הטיפול בחינם לעומת 44% בארצות הברית). רק 33% מבתי האב לילדים בישראל, לקחו את ילדיהם לרופא שיניים בגילאי 3-0. רק כמחצית מבני הנוער בישראל מבקרים אצל רופא השיניים לפחות פעם בשנה. בקרב הנוער הבדואי רק כרבע מבני הנוער ביקרו אצל רופא שיניים בשנה האחרונה. רק 29% מהילדים מבצעים טיפול אצל שיננית פעמים בשנה.

כמעט 30% מהילדים כלל לא מבקרים אצל שיננית. 20% לא נהגים לצחצח שיניים בערב לפני השינה.

לכן, לא מפתיע ש-60% מהקשישים שבישראל (מעל גיל 65) איבדו את כל שיניהם, לעומת שיעורים של 27-51% מהקשישים במרבית מדינות המערב. האחרות (מתוך השן החולה של ילדי ישראל נייר עמדה).

ידע, מגמות והתנהגות הקשורה לבריאות הפה בקרב ילדים בני 12 בישראל 2002

מטרת המחקר: איסוף מידע אפידמיולוגי בנושא ידע על בריאות השן, מגמות והתנהגויות בקרב ילדים בני 12.

שיטות: נלקח מדגם מייצג של ילדים בגיל 12. הילדים נתבקשו לענות על שאלון. השאלון בדק ידע, התייחסות והתנהגות הקשורה לבריאות הפה.
תוצאות: 1294 ילדים ענו על השאלון, מתוכם 84% דווחו על צחצוח השיניים פעם או יותר ביום. הבנות צחצחו 1.68 פעמים יותר בתכיפות מהבנים. מתוך הילדים 64% בקרו אצל רופא השיניים בשנה האחרונה. 90% מהילדים הביעו שביעות רצון מביקורם זה.

מסקנות: התנהגות ילדים בני 12 בנוגע לבריאות השן בישראל, דומה לזו של ילדים בארצות אחרות. יש למקד את ההעשרה בבתי ספר לפי הממצאים שעלו ממחקר זה.

National oral health knowledge, attitudes and behaviour survey of Israeli 12-year-olds, 2002. Zusman SP, Ramon T, Natapov L, Kooby E. Oral Health Prev Dent. 2007;5(4):271-8

שיפור היגיינת הפה בילדים - לימוד מעשי של טכניקות צחצוח

רקע: טיפול מניעתי בשיניים הוכח כיעיל בשיפור היגיינת הפה. תוכניות להעמקת הידע בבית ספר בד"כ מועברות ע"י שיננים או מורים ומוגבלות לאספקת ידע בנושא שיניים.

מטרת המחקר: העלאת המודעות להתנהגות בריאות. התמקדות במתן ידע מעשי בנוגע לאופן הצחצוח בילדי בית ספר צעירים.
שיטות: נכללו במחקר 196 ילדים בכיתה א' מירושלים. רופא שיניים ראיון את הילדים והעריך את יעילות הצחצוח בעזרת חלוקת מערכת השיניים לשמונה חלקים. לאחר מכן שיננית לימדה איך יש לצחצח. אחרי 4 חודשים נערך מבחן נוסף זהה.

תוצאות: בשלב ראשון 92% מהילדים צחצחו את החלק החיצוני הקדמי, ורק 8% צחצחו את החלק הפנימי של השיניים האחוריות. רק 32% צחצחו משטחים סגריים - כלומר המשטח הלעיסה של השן (זה שפונה כלפי השן

לכל סימפטום פתרון עם יתרון

פרג'סטימיל

אנפמיל A.R. 2 ליפיל

אנפמיל A.R. 1 ליפיל

נוטרמיגן 2

נוטרמיגן 1

מאמרים בנושא דרמטיטיס אטופית בילדים



חשיפה מוקדמת לאכילת דגים מפחיתה את הסיכון לדלקת עור אטופית בתינוקות

כתב: ד"ר אלי גולה - רופא בכיר בחטיבת הילדים, בי"ח סורוקה וחבר וועד חיפ"א

לעומת זאת להוספת דגים למזון לפני גיל 9 חודשים, ולנוכחות ציפורים בבית הייתה השפעה מגנה על הופעת המחלה ($OR=0.76$, $OR=0.75$ בהתאמה). משך ההנקה, וזמן הוספת חלב או ביצים לא השפיע על שכיחות המחלה. **מסקנת החוקרים:** אכילת דגים לפני גיל 9 חודשים ומציאות של ציפורים בבית הגנו מפני הופעת המחלה. כמוכן, שהיסטוריה משפחתית היא עדיין גורם חשוב להופעת המחלה.

הערות הכותב: מחקר זה הוא תמיכה ברעיון (אם תרצו המשך ל"תיאורית ההיגינה"), שחשיפה מוקדמת לאכילת דגים יש לה דווקא השפעה מגינה על הופעת אקזמה אטופית. רובנו המלצנו וממליצים לתינוק אכילת דגים רק לקראת סוף השנה הראשונה. יש מקום לבדוק את הנושא במחקרים התערבותיים אקראיים ומבוקרים. תמיד יש מקום להתפעלות מהמדגמים הגדולים במחקרי האוכלוסייה של הסקנדינבים!

Early introduction of fish decreases the risk of eczema in infants. B Alm et al. Archives of Disease in Childhood 2009;94:11-15

רקע: כידוע יש עלייה מתמדת בתופעות עוריות אטופיות בתינוקות במדינות מפותחות. ההשערה הייתה שגורמים סביבתיים והוספה של סוגי מזון שונים יכולה להשפיע על הופעת אקזמה אטופית.

מטרות: לחקר את היארעות האקזמה בילדים במערב שבדיה, להדגים את כלכלתם ולמצוא גורמי סיכון לאקזמה בגיל שנה.

שיטות: במחקר גדול פרוספקטיבי שבוצע במהלך 2003 על 8176 משפחות (!) שנבחרו בצורה אקראית, במערב שבדיה, נבדקה שכיחות אקזמה אטופית (AD). השתתפו תינוקות מתחת לגיל שנה. נבדקו גיל התחלת מתן מזונות שונים שעלולים לגרום או להחמיר אקזמה. מולאו שאלונים בגיל 6 חודשים ושוב בגיל שנה.

תוצאות: ההיענות הייתה של 4921 משפחות (60% מהאוכלוסייה שנבחרה). נמצא כי 20.9% מהתינוקות סבלו או סובלים מאקזמה אטופית. חציון זמן ההופעה היה 4 חודשים. ניתוח רב משתני הראה שגורמי הסיכון הבאים יש להם השפעה עצמאית על הופעת המחלה: היסטוריה משפחתית בעיקר אקזמה אצל אח או אחות ($OR=1.87$) ואצל האם ($OR=1.54$).

קרדיט אבק הבית על העור, בגדים, ומצעים בחולים הסובלים מדלקת עור אטופית (ד"א)

רשמה: ד"ר הדר ירדני

רקע: בחולי ד"א תגובה עורית לקרדיט אבק הבית היא שכיחה.

מטרה: לאשר את המצאות קרדיט אבק הבית על העור, הבגדים והמצעים של מטופלים עם ד"א.

שיטות: 19 חולים עם ד"א נבדקו במשך שנתיים. נלקחו בדיקות בעזרת פלסטר (adhesive tape) מעור בריא וחולה ודגימות אבק לקרדיט הבית ממצעים ובגדים בעזרת שואב אבק. כל זאת בזמן התחלת המחקר ולאחר 3-6 שבועות. הממצאים השווה לקבוצת ביקורת של 21 בריאים.

תוצאות: נמצאו שני סוגי קרדיט על 9 (35%) חולים בד"א 1 - 3 (8%) על קבוצת הביקורת. בקבוצת החולים נמצאו יותר פריטים עם קרדיט אבק הבית לעומת קבוצת הביקורת 34.9%. לעומת 7.9% בהתאמה ($P < 0.001$) כמו כן בקבוצת הסובלים מד"א נמצא אחוז גבוה יותר עם ממצא חיובי אחד לפחות, בהשוואה לקבוצת הביקורת 84.2% לעומת 14.2% ($P < 0.0001$) לא נמצא הבדל במספר הטפילים על העור הבגדים או המצעים וכן לא נמצא קשר בין מספרם על העור הבגדים או המצעים בינם ובין קבוצת הביקורת.

מסקנות: בחולים עם ד"א שיעור הנשאות של קרדיט אבק הבית על העור ופריט הלבוש והבית גבוה יותר בהשוואה לבריאים. יכול להיות שטיפול זה מעורב בהחרפת המחלה.

גורמי סיכון לדרמטיטיס אטופית (ד"א) בילדים בני 3.5 שנים בניו זילנד

רשמה: ד"ר הדר ירדני

רקע: כפי שנאמר במאמר הקודם, ההיארעות של ד"א נמצאת במגמת עלייה. תיאורית ההיגינה אומרת שעליה זו נגרמת בעקבות ירידה בחשיפה לאלרגנים סביבתיים ולזיהומים בתקופת הניקוט.

מטרה: לבדוק גורמים הקשורים באבחון ד"א בגיל 3.5 שנים, בייחוד אלו שקשורים בתיאורית ההיגינה.

שיטות: המחקר כלל קבוצת ילדים שנולדו במועד, קטנים לגיל הריון (משקל לידה נמוך מאחוזון 10) קבוצת הביקורת כללה ילדים שנולדו במשקל תקין ובמועד. הילדים נבדקו בלידה, בגיל שנה, ובגיל 3.5. בעזרת שאלון שמילאו ההורים ועל ידי בדיקה גופנית. ד"א אובחנה כפריחה מגרדת בשניים עשר החודשים האחרונים ולפחות שלושה מהבאים: עירוב אזורי פלקסוריים, היסטוריה של עור יבש, אבחנה של מחלה אטופית בהורים או אחאים ועוד.

תוצאות: 871 ילדים נכללו במחקר. 744 (85.4%) מהם בגיל שנה, ו-150 (63.2%) בגיל 3.5 שנים. ד"א אובחנה ב-87 (15.8%) מהילדים שנבדקו בגיל 3.5 שנים. לא נמצא קשר בין משקל לידה והיארעות המחלה. ד"א בגיל 3.5 הייתה קשורה בעלייה בסרום של IgE מעל 200 יחידות, צפצופים, אסטמה, תפוחת ואקזמה בגיל שנה. גורמי סיכון משפחתיים למחלה היו: מחלה אטופית באם ובאב או בשניהם ($OR=3.38$, $OR=6.12$ בהתאמה). ד"א בגיל 3.5 שנים הייתה קשורה בהמצאות חתול בבית אבל לא כלב, ולא אחאים מבוגרים יותר. לא נמצא קשר בין ד"א ובין מין, מצב סוציו אקונומי, עישון אימהי, רטיבות, לחות או עובש סביבתי, מצב ההתחסנות, BMI, או שימוש באנטיביוטיקה בשנה הראשונה לחיים.

מסקנות: סיפור אישי או משפחתי של ד"א מהווים גורם סיכון להמצאות המחלה בגיל 3.5 שנים. הנקה ממושכת מהווה לפי מחקר זה גורם סיכון. לא נמצא קשר לגורמים המצוינים בתיאורית ההיגינה. המלצת החוקרים היא שאין להמליץ על הנקה כמגנה כנגד ד"א.

הערות המערכת: למרות מסקנות מאמר זה, צריך לזכור ולהזכיר להורים כי הנקה היא הכללה הבריאה, הטובה, הנכונה, המתאימה והמספקת ביותר לתינוקות. מאמרים רבים אחרים הדגימו עובדה זו. מאמר אחד עדין אינו מעיד על האמת לאמיתה.

Purvis DJ et al, Risk factors for atopic dermatitis in New Zealand children at 3.5 years of age. Br J Dermatol, 2005 Apr;152(4):742-9

Teplitzky V et al. House dust mites on skin, clothes, and bedding of atopic dermatitis patients. Int J Dermatol. 2008 Aug;47(8):790-5

לכל סימפטום פתרון עם יתרון



MeadJohnson מפיצת מוצרי PHARMABEST

1800-22-64-70



דבר יו"ר חיפ"א - פרופ' יונה אמיתי

לקחים ממצב בריאות השן לגבי בריאות הציבור בישראל

בסקירתה של דר' הדרי ירדני על בריאות השן בישראל, ובקובץ המאמרים הנלווה, חוזרת ונשנית תמונה עגומה מאוד של בריאות השן בישראל. למרות שההוצאה הפרטית לבריאות השן בישראל גבוהה לאין שיעור מזו של מדינות מפותחות במערב, המדדים המקובלים של בריאות השן, הן בילדים והן בקבוצות גיל אחרות, מצביעים על מצב בריאות ירוד בהשוואה למדינות מתקדמות. הפרדוקס הזה אינו מפתיע, וניתן להסבירו במשפט אחד: כשולן מדיניות ההפרטה של בריאות השן. בריאות השן בכלל, ובריאות השן בילדים בפרט, אינה כלולה בסל הבריאות, ותלויה ביכולת ההורים לממן רפואה מונעת וקורטיבית לילדיהם בתחום בריאות השן. מצב זה יוצר פערים גדולים בחברה בין בעלי הכנסה ומודעות בריאותית גבוהה לבין אוכלוסיות חלשות יותר, ומגדיל עוד יותר את הפערים בחברה בתחום הבריאות. מצב זה גורם להגדלת ההוצאה הכספית הכוללת לבריאות השן בישראל, בגלל העדר רפואה מונעת - משלמים טבין וטקילין בטיפולי שיניים מורכבים, רבים מהם בהרדמה כללית, הכרוכה לעתים אף בסיכונים ובסיכונים.

אל הריק הזה נשאבים כמה ארגונים כגון חלק מקופות החולים, המעניקות שרותי בריאות השן לילדים עד גיל 6, ומספר קטן של עיריות, כגון המיזם המשולב של עיריית ירושלים והדסה, המסוקר בסדרה זו. זהו פתרון חלקי בלבד, לבעיה המחייבת "טיפול שורש".

חיפ"א קוראת להגברת הפעילות הציבורית להרחבת סל הבריאות לילדי ישראל בתחום בריאות השן, שיכלול גם רשת בטחון של רפואה מונעת שתוצע לכל ילדי ישראל ללא תשלום, ותביא לשיפור בריאות השן, הקטנת ההוצאה הכספית הגלובאלית לטיפולי שיניים יקרים, וצמצום פערים בחברה. הרחבת הסל צריכה לכלול בראש ובראשונה את ביטול אגרת השרות בטיפת חלב, והכנסת החיסונים המומלצים ע"י איגוד רופאי הילדים ומשרד הבריאות לסל, במימון מלא וללא השתתפות עצמית.

"משולחן רשת המחקר" פינתו הקבועה של ד"ר צחי גרוסמן



מדורים קבועים

חדשות רשת המחקר של רופאי הילדים בקהילה - IPROS - ד"ר צחי גרוסמן ראש רשת המחקר של רופאי הילדים



השמנת ילדים היא ללא ספק המגפה החדשה המאיימת על בריאות הילד בזמננו. תילי תילים של אינפורמציה מדעית וסמי מדעית ממלאת את המדיה הפופולרית והמדעית כאחד סביב נושא זה. סוכן הבריאות הראשון בחשיבותו בעיני ההורים - רופא הילדים - מוצא את עצמו פעמים רבות חסר אונים מול הילד השמן ומשפחתו. חסר אונים בראש ובראשונה כי אין לו זמן להקדיש אפילו למדידות BMI כסדרן, לחינוך לפעילות גופנית ולתזונה נכונה. לו היה בידו הזמן, היה מוצא עצמו חסר ידע, וזאת משום שגם הספרות חסרה באופן חמור ידע מבוסס עובדות כיצד לדבר עם ההורים והילדים על הנושא, אילו טכניקות מביאות לתוצאות, כיצד לעקוב נכונה אחרי הילדים ועוד. וכל זאת עוד לפני שנגענו בנושא הכאוב עוד יותר: מה חלקו של רופא הילדים אם בכלל במניעת השמנה אצל הבריאים.

רשת המחקר מרימה את הכפפה, ויוצאת במהלך להקמת רשימת דיוור חדשה לכל רופאי הילדים שנושאי מניעה וטיפול בהשמנה יקרים לליבו. במסגרת רשימת הדיוור, ייערכו דיונים פתוחים, תישאלנה שאלות, חלקן באופן פתוח וחלקן באמצעות סקר אינטרנטי, כשמטרת כל המהלך הזה היא להביא לחשיבה יצירתית, ולמצאת דרכים המותאמות לתנאים השוררים במרפאות הילדים בארץ שיובילו לכך שנעשה את המוטל עלינו טוב יותר. נשאף גם ליזום מחקרים מסוגים שונים שייצרו ידע חדש בתחום, ויתרמו כמובן לקידום המטרה. עד עתה נרשמו לרשימה החדשה מעל 110 חברים, ובתחילת ינואר נפעיל את הרשימה.

ועדכון מהחזית האירופית:

ישראל שותפה למהלך של הקמת רשת מחקר כלל אירופית שתיקרא EAPRASnet - (European Pediatric Research in Ambulatory Setting network). מהלך כזה יכול ליצור סינרגיה בין יכולות מחקריות ממדינות שונות באירופה, לגייס תקציבים גדולים יותר למחקר ועוד. אני מקווה בעדכון הבא להביא בפניכם את התכניות העתידיות של הגוף החדש.

להצטרפות לרשת המחקר: נא לשלוח שם, כתובת, מס' טלפון וכתובת מייל לפקס 036990506

לכל סימפטום פתרון עם יתרון

פרג'סטימיל

אנפמיל A.R. 2 ליפיל

אנפמיל A.R. 1 ליפיל

נוטרמיגן 2

נוטרמיגן 1