

ומשפחת אנפמיל*

פרג'סטימיל*

יצרנית נוטרמיגן*

פדיטון

PEDITON

ירחון החברה הישראלית לרפואת ילדים בקהילה (חיפ"א)
ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י)

גיליון מס' 167 | אוגוסט 2010

כתובת המערכת: pediton@gmail.com • אתר חיפ"א ברשת: www.pediatrics.org.il

ועד חיפ"א

יו"ר: פרופ' יונה אמיתי
מזכיר: ד"ר אלי גזלה
גזבר: ד"ר חן שטיין - זמיר
חברים: ד"ר זאב חורב
פרופ' בועז פורטר
ד"ר הדר ירדני
ד"ר דינה צימרמן

מערכת "פדיטון"

יו"ר: פרופ' רפאל גורודישר
חברים: פרופ' בועז פורטר
ד"ר יעקב אורקין



טבעת קיבה מתכווננת כטיפול בהשמנת יתר במתבגרים
Laparoscopic adjustable gastric banding in severely obese adolescents. O'Brien PE et al.
JAMA 2010; 303:519-26

סקר: ד"ר יעקב אורקין

לילדי קבוצת הניתוח היה שיפור באיכות חיים, בתחושת ביטחון עצמי ובפעילות גופנית. ל-8 ילדים (23%) בקבוצת הניתוח היו סיבוכים שדרשו התערבות ניתוחית נוספת.

מסקנה: יתרון לטיפול כירורגי בטיפול בבני נוער עם השמנת יתר.

הערות הסוקר: במאמר מערכת מאת עיתון מודגש שהניתוח בוצע על ידי קבוצה מיומנת במיוחד וש במקומות אחרים צפוי אחוז גבוה יותר של סיבוכים. ברור שהמחקר עסק בקצה הקרחון של הילדים השמנים הנמצאים באחוזן 99% BMI. לרוב הילדים השמנים נצטרך להמשיך בתוכניות התערבות פחות דרסטיות אשר להן תוצאות פחות טובות. חברות הביטוח אשר ייקחו בחשבון את העלויות הגבוהות של התחלואה ארוכת הטווח של השמנת יתר צפויות לאמץ בעתיד פתרונות ניתוחיים כאשר עלותם, כולל סיבוכיהם, תהיה קטנה משמעותית מהטיפול בהשמנה שלא טופלה. זה המקום לחזור לכלל הישג שמיניעה היא תמיד זולה יותר מטיפול במחלה ותפקידו למנוע השמנה. נראה שעדיין לא למדנו כיצד לעשות זאת בצורה הנכונה.

רקע: השמנת יתר בבני נוער היא בעיית בריאות עם השלכות חמורות. התערבות כירורגית היא אחת מהדרכים לטפל בכעיה. מטרה: להשוות טיפול בהשמנת יתר בבני נוער בשיטת טבעת קיבה מתכווננת לתוכנית התערבות המבוססת על שינוי סגנון חיים.

שיטות: מחקר אקראי פרוספקטיבי מבוקר מאוסטרליה. סה"כ 50 ילדים בגיל 14-18 שנה עם מדד BMI גבוה מ-35. התערבות ניתוחית לפרוסקופית או הדרכתית ומעקב למשך שנתיים לאחר ההתערבות. תוצא עיקרי: ירידה במשקל. תוצאים משניים: שינויים במדדים של הסינדרום המטבולי, עמידות לאינסולין, איכות חיים, תופעות לוואי.

תוצאות: סיימו מעקב 24 מהמנותחים ו-18 מקבוצת הביקורת. 84% מהמנותחים ו-12% מקבוצת הביקורת איבדו מעל 50% ממשקלם העודף. בקבוצת המנותחים איבוד המשקל הממוצע היה 34.6 ק"ג המתאימים למדד BMI של 12.7 יחידות. בקבוצת הביקורת, ממוצע הירידה במשקל היה של 3 ק"ג ו-1.3 יחידות BMI בהתאמה. בתחילת המחקר ל-10 ילדים בקבוצה שנותחה ול-9 ילדים בקבוצת הביקורת היה סינדרום מטבולי. לאחר שנתיים לא היה סינדרום מטבולי לאף ילד מהקבוצה שנותחה והיה עדיין ב-4 ילדים מקבוצת הביקורת (P=0.13).



לכל
סימפטום
פתרון
עם
יתרון



ההשפעה של חלב אם על מנת המשכל (IQ), גודל המוח והתפתחות החומר הלבן.
Impact of Breast Milk on Intelligence Quotient, Brain Size, and White Matter Development.
Isaacs EB et al, Pediatr Res 2010; 67: 357-62

סקר: פרופ' רפאל גורדישר

מסקנות: נתונים אלו תומכים בהיפותזה שחלב-אם מקדם התפתחות המוח ובמיוחד החומר הלבן. לתוצאות אלו יש השלכות הן בתחום הנירוביולוגיה והן בתחום של בריאות הציבור.

הערות הסוקר: האם הנקה תורמת למנת המשכל של הילד? זאת שאלה שהובילה למחקרים רבים והתשובות שהתקבלו עד כה היו חלוקות. מצד אחד מאמרים דיווחו שהנקה קשורה לתוצאות טובות יותר של IQ (כ-4 נקודות יותר) [1,2]. מצד שני מחקר שכלל מטא-אנליזה הטיל ספק במסקנה הזאת וייחס את הממצאים הללו למערפלים, בעקר ה-IQ האימהי [3]. המאמר שנסקר כאן אינו תצפיתי אלא מביא נתונים מניסוי קליני. הוא גם מציע מנגנון אפשרי: השפעת מרכיבי החלב (בעיקר LC-PUFA חומצות שומן רב בלתי רוויות ארוכות שרשרת) על התפתחות המוח.

כל העדויות מצביעות על יתרונות רבים של הזנת התינוק בחלב-אם וכאנשי מקצוע נמשיך לעודד ולקדם הנקה והשימוש בחלב-אם כל עוד הדבר אפשרי.

[1] Angelsen NK et al. Arch Dis Child 2001; 85: 183-8
 [2] Mortensen EL et al. JAMA 2002; 287: 2365-71
 [3] Der G et al. BMJ 2006; 333: 945-50

רקע: עבודות תצפית הצביעו בעבר על הקשר בין הנקה לכין הישגים גבוהים יותר במבחנים נירוו-התפתחותיים בגילים מאוחרים יותר. עבודות אלו יכלו להיות מושפעות ממערפלים הקשורים להחלטת האם להניק. מצד שני, הוצע שמרכיב אחד או יותר בחלב אם מסיעים להתפתחות הקוגניטיבית, בייחוד בפגים. ידוע שהישגים קוגניטיביים קשורים לגודל הראש. היפותזה: חלב-אם משפיע על הישגים קוגניטיביים ע"י השפעתו על גדילת המוח.

שיטות: בגיל הנעורים נבדק קוהורט של משתתפים שנכללו בניסוי קליני שבוצע בהיותם יילודים בשנים 1982 עד 1985. משתתפי הניסוי היו פגים (מוצע גיל הריון 28.8 שבועות, ממוצע משקל לידה 1,230 גר') שאימהותיהם הביעו רצון להניק אך הצלחתן לא הייתה אחידה. באופן אקראי התינוקות קיבלו אחת מ-2 פורמולות או חלב-אם מבנק חלב למשך מספר שבועות (חציון: 39.5 יום). בהיותם בני 13 עד 19 שנה הנערים מהקוהורט עברו בדיקת תהודה מגנטית (MRI) של המוח ומבחנים קוגניטיביים.

תוצאות: נמצא מתאם מובהק סטטיסטית בין האכלה בחלב-אם לבין המדד לאינטליגנציה המילולית ובין נפח החומר הלבן. בנוסף, אצל הבנים היה גם מתאם מובהק בין האכלה בחלב-אם לבין: (א) כל מדדי ה-IQ, (ב) נפח המוח, (ג) נפח החומר הלבן.

תוצא (outcome) של ילדים עם "כאבי גדילה" כעבור 5 שנים: התאמה עם סף הכאב

Five year Outcome of Children with "Growing Pains": Correlations with Pain Threshold. Uziel Y et al, J Pediatr 2010; 156: 838- 40

סקר: פרופ' רפאל גורדישר

חלף אצל 18 (51%). האירועים היו קלים ונדירים יותר אצל 14 מתוך 17 הילדים עם כאב מתמשך (83%). ההיארעות של תסמונות כאב נלוות ירדה מ-20% ל-14%. אף ילד לא פיתח פיברומיאליגיה. סף הכאב היה דומה בקבוצות הילדים עם כאבי גדילה וביקורת, אבל היה נמוך יותר אצל אלו עם כאבי גדילה מתמשכים בהשוואה לקבוצת הביקורת ($p < 0.05$) ולילדים בהם הכאב חלף ($p < 0.02$).

מסקנות: הפרוגנוזה של "כאבי גדילה" הנה שפירה. נראה שהוא משקף תסמונת של הגברת הכאב של הגיל הרך.

מטרה: לבדוק תוצא כאב, כעבור 5 שנים, בקוהורט של ילדים עם "כאבי גדילה" והקשר עם השינויים בסף הכאב.

שיטות: 44 ילדים עם "כאבי גדילה" שנבדקו בעבר, 38 ילדים ללא כאבים שתאמו לפי גיל ומין. באמצעות שאלונים להורים נבדקו המצב הנוכחי של "כאבי גדילה" ותסמונות כאב אחרות. סף הכאב נמדד באמצעות דולירומטר. התוצאים תואמו עם סף הכאב.

תוצאות: 35 מתוך 44 הילדים (80%) נבדקו אחרי 5 שנים. הכאב

לכל סימפטום פתרון עם יתרון

נוטרמיגן* 1 | נוטרמיגן* 2 | אנפמיל* A.R. 1 ליפיל* | אנפמיל* A.R. 2 ליפיל* | פרג'סטימיל*

תקינים. הסיבה אינה ברורה. חוקרים מצאו שלגורמים פסיכו-סוציאליים יש תפקיד בדומה לתסמונות כאב אחרות [1]. עבודתם של עוזיאל וח' מצביעה על כך שמדובר באחד התסמונות של הגברת הכאב (pain amplification syndrome).

[1]. Oberklaid F et al. J Dev Behav Pediatr 1997; 18: 102- 6

הערות הסוקר: "כאבי גדילה" הנם כאבים תקופתיים, בד"כ בגפיים התחתונות ודו- צדדיים, שאינם מערבים את המפרקים, כמעט תמיד מחמירים בלילה ונעלמים בבוקר. למרות השם, הם אינם מופיעים בעיקר בתקופות של גדילה מהירה ומתחילים בגיל 3-5 או 8-10 שנים וחולפים תוך 1-2 שנים. בכדיקה הגופנית אין ממצאים פתולוגיים, וצילומי רנטגן ובדיקות מעבדה הנם



זמן מסך במתבגרים וקשר להורים וחברים Adolescent Screen Time and Attachment to Parents and Peers Richard R. et al. Arch Pediatr Adolesc Med. 2010;164: 258-62

סקר: דר' גדעון ורדי

נמצא גם קשר משמעותי בין שעות מסך רבות והפחתה בשעות המוקדשות להכנת שיעורי בית. הכותבים ממליצים על המשך מחקרים דומים כיוון שככל שמתפתחים "סוגי מסך" חדשים - קונסולות משחקים, אייפון, אייפד, רשתות חברתיות באינטרנט - צפוי זמן המסך לעלות עם התגברות ההשפעה השלילית.

רקע: בשנים אחרונות בני נוער מבליים שעות רבות מול מסכי הטלביזיה/מחשב/DVD/מכשירים סלולאריים. מחקרים קודמים הראו כי קשר טוב עם הורים משפיע לטובה על ההתפתחות והבריאות הנפשית של המתבגר כאשר מבחינת התנהגות של נטילת סיכונים קיים קשר הפוך לקשר עם ההורים וקשר ישיר לקשר עם חברים.

מטרת המחקר: לבדוק הקשר בין שעות מסך לבין התרועעות עם הורים וחברים.

שיטות: נבדקו 4,019 בני נוער בגילאים 14-15 שנים. הנבדקים קובצו משני מחקרי עוכבה המתנהלים בניו-זילנד. ממחקר אחד נבדקו נתונים לגבי 976 בני נוער ומהשני לגבי 3,043 שעות מסך נבדקו באמצעות שאלונים כאשר זמן שימוש במחשב לצורך הכנת שיעורי בית לא נכלל ב"זמן מסך". התרועעות עם הורים וחברים נבדקו באמצעות שאלוני מחקר שתקיפותם נבדקה בעבר.

תוצאות: בשני מחקרי העוקבה נמצא יחס הפוך בין שעות מסך לקשר עם ההורים והיחס נשאר משמעותי גם לאחר תיקון למין, מצב משפחתי ומצב סוציו-אקונומי. לגבי קשר עם חברים נמצא בקבוצת מחקר העוקבה הראשון ירידה בקשר עם חברים כשבקבוצת מחקר העוקבה השני לא נמצא שינוי בזמני ההתרועעות עם חברים.

מסקנות: קיים קשר הפוך ברור בין שעות מסך רבות וירידה בקשר עם ההורים כאשר קשר דומה לזמן התרועעות עם חברים נמצא בקבוצת עוקבה אחת בלבד. בשתי קבוצות העוקבה

הערות הסוקר: מחקר זה נותן תוקף למחקרים אחרים (המצוטטים במחקר הנ"ל) ולהרגשה האינטואיטיבית שלנו כרופאים כי שעות מסך רבות משפיעות לרעה על ההתפתחות הקוגניטיבית והחברתית של ילדינו ומטופלינו. לא סתם ניתנה המלצת ה - AAP על שעתיים ביום מקסימום זמן מסך מומלץ כאשר ההמלצה לזמן מסך מתחת לגיל שנתיים היא אפס. השיטה שבה מושיבים תינוק בן יומ/עולל/ילד מול מסך ע"מ לקבל שקט תעשייתי בבית הינה שיטה פסולה. הסבר להורים בנוגע להשפעה שלילית של זמן מסך על הצאצא אינו פחות חשוב מכל הסבר אחר בנוגע לאמצעי זהירות, הנחיות בטיחות, גירויים סביבתיים וכו' בבית. מניסיון אישי - הורים מקשיבים להסברים לגבי מרבית ההמלצות הטיפוליות האחרות שמקבלים אבל כשמעלה נושא זמן מסך - מרביתם שומעים ההסבר ושפת הגוף משדרת חד משמעית "רדו ממני - החיים מסוכנים גם ככה וזאת האפשרות עם הכי פחות השקעה מצידי להיות עם עצמי בשקט". ברור שלחנך מתבגרים לצמצום זמן מסך זאת מלחמה אבודה ולכן חשוב מגיל צעיר להפנים הנושא. אחרת כולנו משפחת סימפסון.



1800-22-64-70

לכל
סימפטום
פתרון
עם
יתרון

שחיקת הרופא הראשוני - הפתרון הנכון תלוי בזיהוי הסיבות. (תגובה למאמר המערכת בגיליון 169)

מי שאינו מבין את הגורמים לשחיקת הרופאים הראשוניים מציע פתרון מהתחום שבו הוא מומחה. בגיליון 159 המחבר הנכבד מציע פתרון לשחיקה: "לארגן השתלמויות מקצועיות".
אם מתייחסים לשחיקה המקצועית הגיוני לארגן השתלמויות אקדמיות.
אבל השחיקה עליה מתלוננים הרופאים הראשוניים, הסיבה שבגללה השורות שלנו אינן מתמלאות אינה "שחיקה מקצועית".
אנו נשחקים נפשית.
מומחים צעירים שחלמו בצעירותם להקדיש חייהם לטיפול בחולים, מעדיפים לעסוק ברפואה שניונית ושלישונית ואפילו במחקר.
מה באמת קורה לנו? מה שוחק את הרופאים הראשוניים?
שוחקים הויכוחים עם ובין הממתינים בתור ליד הדלת. שוחקות הצעקות של הרוצים להידחק ללא תור. איך נמיין דחיפות?
לפי עוצמת הצעקות?
שוחקת העלייה בכמות ההוראות המנהליות ועומס המטלות הלא רפואיות שעלינו לבצע לפני, באמצע ואחרי הבדיקה, האבחון ומתן הטיפול לחולים.
כל פעם שיושבי האולימפוס, בהנהלות קופ"ח, מציאים "שיפור בתוכנת המחשב", הרופאים בשטח מקבלים עוד מטלות.
הטלפון והאינטרנט, עוזרים או שוחקים?
כמה פעמים "תפוס" בבית המרקחת, במעבדה, בחדר האחות ובמיון?
והשיחות שנכנסות באמצע - מפציצנים, מהעו"סית, מהגננת?
להשתיק את הטלפון? לתלות את השפופרת?
ואולי למטלפן בעיה שמחייבת התייחסות מיידית??
חיפ"א צריכה ליזום מחקר על השחיקה ולא להסתמך על מחקר מארה"ב שם הרפואה בקהילה שונה ויש מעטה של צוות עזר, שפותר לרופא את רוב המטלות הלא רפואיות.
מחקר על סיבות השחיקה, בניהול רופאים ראשוניים אמיתיים (ולא כאלו שבשולי העשייה הרפואית עוסקים גם קצת ברפואה ראשונית) יאפשר זיהוי סיבות השחיקה.
ד"ר בני מורג - מדרוך, מרכז בריאות הילד - מכבי שירותי בריאות (מוכר לסבב בהתמחות).

הערת המערכת: תגובת ד"ר מורג מבטאת מצוקה אמיתית. מבורכת הצעתו לבדוק את סיבות השחיקה של הרופא הראשוני בארץ ומה הפתרונות. האם ד"ר מורג וחברים נוספים מוכנים "להרים את הכפפה"?

כנסים בארץ

הכנס השנתי של האיגוד הישראלי לרפואת ילדים
24.11.10 | מלון דויד אינטרקונטיננטל תל אביב
<http://www.pediatrics.org.il/ipa.asp>

כנס חיפ"ק - החברה הישראלית לפדיאטריה קלינית
14-16.10 | מלון פסטורל, כפר בלום

כנסים בינלאומיים

הילד והמאמץ - ספטמבר 2010
כנס של החברה לרפואת ספורט ילדים הצפון אמריקאית וקבוצת פיסיולוגיית המאמץ הארופאית לזכרו של דר' עווד בר-אור, ז"ל.
Niagara-on-the-Lake, Canada (בסמוך למפלי הניאגרה).
לפרטים: bfalk@brocku.ca

European Academy of Paediatrics Societies – EAPS
October 23-26, 2010, Copenhagen
www.kenes.com/paediatrics

Excellence in Paediatrics London, 2-4 December 2010
www.excellence-in-paediatrics.org/

1st Global Congress Consensus in Child Health & Pediatrics
17-20 February 2011, Paris, France
cip@cipediatrics.org

5th Europediatrics
European Paediatric Association (EPA/ UNEPSA) Vienna 23-26 June, 2011
www.europaediatrics2011.org

American Academy of Pediatrics 2010 National Conference and Exhibition
San Francisco, USA 2-5 October 2010 | www.aapexperience.org

לכל סימפטום פתרון עם יתרון

נוטרמיגן* 1 | נוטרמיגן* 2 | אנפמיל* A.R. 1 ליפיל* | אנפמיל* A.R. 2 ליפיל* | פרג'סטימיל*