



מאמר מערכת

ילדים, משקאות מסוכרים והשמנה

פרופ' רפאל גורודישר

ועד חיפ"א

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

מערכת "פדיטרון"

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

מאמר מערכת שהופיע ב"ניו אינגלנד ג'ורנל אוף מדיסין"¹ הציג טיעונים כבדי משקל בעד העלאת המס על משקאות ממותקים עם סוכר. הסברה היא שמשקאות מסוכרים מהווים הגורם המוביל של אפידימית ההשמנה ומגבירה את הסיכון לסוכרת ולתזונה לקויה. עד 15% של הקלוריות שילדים ונערים מקבלים בארה"ב, מקורן במשקאות², והחלפת משקאות מסוכרים במים קשורה להורדה משמעותית בסה"כ הקלוריות שילדים ונערים מקבלים³. **הסיכון שילד יהיה שמן עולה**

ב- 80% עם כל פחית משקה מסוכר שהוא שותה ליום.

המאמר מציג עדויות שתומכות בכך שמיסוי על משקאות מסוכרים עשוי להקטין את הצריכה שלהן ולעודד שתייה של משקאות בריאים יותר. ניתן יהיה להשקיע סכומי המיסוי בקידום הבריאות, כמו סבסוד רכישת מזון בריא.

בתחום שינויים בהרגל שתיית הילדים, לאחרונה פורסם ניסוי אקראי ומבוקר שנעשה בכיתות ב' ו-ג' של 32 בתי ספר יסודיים ברמה סוציאקונומית נמוכה בגרמניה, בהם למדו כ- 3000 ילדים⁴. ב- 17 בתי ספר הותקנו ברזיות מים, והמורים הציגו 4 שיעורים לקידום צריכת מים. בתי הספר של קבוצת הבקרה לא קיבלו כל התערבות. **לאחר כ- 8 חודשים צריכת המים הייתה גדולה ב- 1.1 כוסות, והסיכון למשקל יתר ירד ב- 31% בילדים של בתי הספר בהם בוצעה ההתערבות בהשוואה לילדים של בתי הספר של קבוצת הבקרה.**

נראה שהגיע העת שנתייחס באופן רציני לנושא הרגלי השתייה של הילדים. אין לנו מספיק מידע על התופעה בארץ. יש מקום למחקר אפידמיולוגי, ליוזמות בתחום החינוך ואולי גם בנוגע למיסוי כפי שהוצע בחו"ל. ההשפעה של יוזמות אלו עשויה להיות משמעותית יותר בקרב ילדים של שכבות סוציאקונומיות נמוכות, בהן ההיארעות של משקל יתר והשמנה גבוהה יותר.

1. Brownell KD, Frieden TR. Ounces of Prevention- The Public Policy Case for Taxes on Sugared Beverages, N Engl J Med 2009; 360: 1805-8

2. Wang WC et al. Increasing caloric contribution from sugar-sweetened beverages and 100% fruit juices among US children and adolescents, 1988-2004. Pediatrics 2008; 121: e1604-14.

3. Wang YC et al. Impact of Change in Sweetened Caloric Beverage Consumption on Energy Intake Among Children and Adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 2009; 163: 336-43

4. Muckelbauer R et al. Promotion and Provision of Drinking Water in Schools for Overweight Prevention: Randomized, Controlled



חיתוך עורלה למניעת זיהום בנגיף הרפס (HSV2), נגיף הפפילומה (HPV) ועגבת 5. Male Circumcision for the Prevention of HSV-2 and HPV Infections and Syphilis

סקר: פרופ' יונה אמיתי

שיטות: המחקר בוצע בקרב 3,393 גברים צעירים באוגנדה, שמחציתם עברו ח"ע, והשאר הוו קבוצת בקורת. נבדק שיעור ההפיכה של נוגדנים בנסיוב כנגד מחלות אלה לחיוביים, במעקב של שנתיים בשתי הקבוצות.

רקע: חיתוך עורלה (ח"ע) נמצא יעיל בהפחתת סיכון ל- HIV ב- 3 מחקרים קליניים גדולים. המחקר הנוכחי נועד לבדוק אם ח"ע יעיל גם בהפחתת זיהום ב- HSV2, HPV ועגבת.

לכל סימפטום פתרון עם יתרון



MeadJohnson
Nutrition

מפיצת מוצרי PHARMABEST

1800-22-64-70

החשיבות של חיתוך העורלה לבריאות הציבור, אך מציינים שיש להמשיך בהקפדה על שאר אמצעי המניעה.

הערת הסוקר: לאור המחקרים שפורסמו לאחרונה על יעילות ח"ע בהפחתת הסיכון ל-HIV, ארגון הבריאות העולמי יוזם פעולות לביצוע המוני של ח"ע במדינות אפריקה המשוונית כחלק מהאסטרטגיה להפחתת הסיכון ל-HIV. קבוצת רופאים מישראל משולבת ביוזמה זאת, ומשלחות רופאים ישראליים ביצעו הדרכה של רופאים באפריקה לביצוע ח"ע במבוגרים. כעת יש גם סימוכין להשפעה מגינה של ח"ע מפני מחלות אחרות המועברות במגע מיני (STD). עם זאת, חובה להזהיר כי גם גברים נימולים חייבים להשתמש בקונדום, להגנה בפני HIV וזיהומי STD.

תוצאות: במהלך שנתיים מביצוע ח"ע, 7.8% מהנימולים הפכו לחיוביים ל-HSV2, בהשוואה ל- 10.3% מקבוצת הביקורת, ירידה של 28%. לגבי HPV, שיעורי ההפיכה לחיוביים היו 18% בנימולים ו- 27.9% באלו שלא נימולו, שמשמעותו הפחתה של 35% בנימולים. לא נמצאו הבדלים בשיעור התחלואה בעגבת בין שתי הקבוצות.

מסקנות: בנוסף ליעילות המוכחת של ח"ע בהפחתת הסיכון להדבקה בנגיף ה-HIV, נמצא במחקר זה כי ח"ע היה קשור בירידה משמעותית בהופעה של זהום בנגיף ההרפס מסוג-HSV2 ובנגיף הפפילומה (HPV). ההסבר ליעילות המילה בהפחתת הסיכון לזיהומים אלה מוסברת ככל הנראה ע"י גורמים אנטומיים ותאיים, ומניעת תנאי התרבות לגורמי זיהום בתווך הלח שבין העורלה לפין. המחקרים מדגישים את



מניעת מחלת נגיף רוטה: עדכון הקווים המנחים של האקדמיה האמריקאית לרפואת ילדים לשימוש בחיסון נגד נגיף רוטה
Prevention of Rotavirus Disease: Updated Guidelines for Use of Rotavirus Vaccine
American Academy of Pediatrics, Committee of Infectious Diseases. Pediatrics 2009;123:1412-
סקר: דר' יעקב אורקין

רצוי לחסן באותו תכשיר כל פעם. אם לא ברור מה התכשיר שניתן לראשונה, תמיד משלימים בעוד פעמיים בתכשיר זהה. אין לחסן מי שפתח תגובה אלרגית קשה לחיסון לנגיף רוטה. מי שפתח תגובה אלרגית קשה ללפטקס אין לחסנו בתכשיר Rotarix. יש להתייעץ עם מומחה כאשר למועמד לחיסון לקות במערכת החיסונית: מולד או נרכש, זיהום HIV, מקבלי כמותרפיה, נוטל סטרואידים במינון השווה או עולה על 2 מג פרדניזון ל"ק ליממה. התכשירים הקיימים היום אינם מגדילים הסיכוי להתפשלות מעי. התועלת בחיסון תינוקות עם מחלות כרוניות של מערכת העיכול כנראה גדול מהמזק האפשרי ולכן מומלץ שיחוסנו.

הערת הסוקר: המלצת הוועדה האמריקאית מקטינה את הבלבול שנבע מלוחות זמנים שונים לחיסון בשני התכשירים. סביר שרשויות הבריאות בישראל יאמצו את ההמלצות של ה-AAP.

ועדה למחלות זיהומיות של האקדמיה האמריקאית לרפואת ילדים עדכנה לאחרונה את המלצותיה בנוגע לחיסון נגד נגיף הרוטה. להלן עיקרי המלצותיה.

אין העדפה לאחד משני התכשירים המוצעים כיום (Rota Rotarix IX Teq). לגבי שני התכשירים: הגיל המינימלי להתחלת חיסון הוא 6 שבועות והמקסימלי להתחלתו הוא 14 שבועות ועוד 6 ימים. פרק הזמן המינימלי בין מתן המנות הוא 4 שבועות. אין לתת חיסון לאחר גיל 8 חודשים.

מועדי חיסון מומלצים הם בגיל 6,4,2 חודשים ל- Rota Teq וגיל 4,2 חודשים ל- Rotarix. מומלץ לחסן גם מי שחלה בעבר במחלת שלשול עקב נגיף רוטה. מותר לחסן גם כאשר תינוק חולה במחלה זיהומית קלה של דרכי עיכול או נשימה, עם או ללא חום. מותר לחסן בו בזמן או בכל מרווח זמן- אחרי או לפני מתן חיסוני שגרה אחרים. תינוקות שהיו פגים מחסנים לפי גילם הכרונולוגי. מותר לחסן תינוק שאימו בהריון. אין משלימים חיסון לתינוק שירק או הקיא מיד לאחר שחוסן. מתן מוצרי דם המכיל נוגדנים אינו משפיע על מועדי החיסון.

יעילותם של התערבויות בחינוך ושינוי התנהגותי בטיפול באסתמה Effectiveness of Educational and Behavioral Asthma Interventions.

סקר: דר' יעקב אורקין

ההתערבות והלמידה צריכות להיות תואמות לקהל היעד, יש חשיבות רבה לעירוב של המשפחות, רצוי להתמקד באלה שהם חולים יותר, סביבת הלימוד צריכה להיות מעודדת למידה. המאמר מסכם מחקרים שבהם מפעילי התוכנית היו צוותי בריאות בקהילה או בתי ספר או תוכניות חינוך במחשב או

המאמר מתייחס לתרומה של התערבות קהילתית בטיפול ומניעת אסתמה. לשם הצלחתה של התערבות כזאת יש לכלול בה את המרכיבים הבאים: הכרה שהמחלה מושפעת מגורמים שונים, הערכה של גורמי הסיכון, בניית תוכנית ההתערבות צריכה להיות מותאמת לאוכלוסיית היעד, התוכנית צריכה להתחשב בסביבה החברתית והפיזית של המשתתפים, שיטות

לכל סימפטום פתרון עם יתרון

פרג'סטימיל

אנפמיל A.R. 2 ליפיל

אנפמיל A.R. 1 ליפיל

נוטרמיגן 2

נוטרמיגן 1

הערת הסוקר: המאמר סוקר מחקרים אשר מדגישים התערבויות שהן מעבר לטיפול בחולה הבודד ומשפחתו. כיום, רובנו עוסקים בהתערבות פרטנית באסתמה ומעטים בלבד עוסקים בהתמודדות עם המחלה מול אוכלוסייה רחבה יותר. חינוך לבריאות ורפואה מונעת הם אבני יסוד ברפואת ילדים בקהילה. הגיע כנראה הזמן שבו רופא הילדים יצא מהמרפאה אל מסגרות שונות בקהילה כדי לתפקד כיועץ, מחנך ומשפיע על קובעי מדיניות בתחומי הבריאות השונים הכוללים גם ההתמודדות עם מחלת האסתמה.

עמותות בריאות. קשה להשוות בין המחקרים השונים מאחר והתוצאים של ההתערבויות השונות נבדלו אחד מהשני. בין התוצאים שנבחנו ניתן למנות: הפחתה בעומס החשיפה לקרדית אבק בית, שיפור תפקודי של חולי אסתמה, שיפור באיכות חיים, הפחתת ביקורים לרופא ומיון, הפחת היעדרויות מבית ספר, הפחתת תסמיני אסתמה, שיפור בציונים בבית ספר, פיתוח תוכניות חינוך הכוללות הפחתת זיהום אויר ותאום בין קהילה לבית חולים.

המחברים מסכמים שהפחתה עתידית בשיעור הגבוה של חולי אסתמה צפויה רק אם נמשיך במאמץ לנהל את המחלה גם באמצעות מדיניות חינוך ובריאות המתחשבת ברקע הסביבתי, החברתי, המשפחתי והאישי של החולים במחלה.



השפעה לטווח קצר ולטווח ארוך של התערבויות פשוטות לטיפול בהרטבת לילה בילדים צעירים: ניסוי אקראי ומבוקר

The Short- and Long- term Effects of Simple Behavioral Interventions for Nocturnal Enuresis in Young Children: A Randomized Controlled Trial. van Dommelen et al. J Pediatr

סקר: פרופ' רפאל גורודישר

הערות הסוקר: לאחר שהילד עם הרטבת לילה (שלא היה יבש בלילות יותר מ- 6 חודשים) נבדק גופנית, בדיקת השתן שלו תקינה והוא אינו סובל מזיהום בדרכי השתן, אינו סובל מעצירות ואין הרטבה בשעות היום, ניתן לקבוע שמדובר בהרטבת לילה ראשונית. לפי גוף בינלאומי של מומחים¹ (International Children's Continence Society) הרטבת לילה (nocturnal enuresis) מתייחסת להרטבה בלילה בלבד. ילד שמרטיב גם בלילה וגם ביום סובל מ- urinary incontinence וזקוק לבירור נוסף.

סיכום סיסטמטי של מחקרים על התערבויות התנהגותיות שונות בהרטבת לילה הראה ששיטות התנהגותיות פשוטות עשויות להועיל לחלק של הילדים, ומומלץ לנסותן לפני ששוקלים טיפול תרופתי או אצקקה ("פעמון")². תוצאות העבודה שנסקרת כאן תומכות בכך.

Desmopressin nasal spray הנה תרופה שמועילה בזמן השימוש, אך בדצמבר 2007 מינהל המזון והתרופות של ארה"ב (FDA) הזהיר מפני שימוש בהרטבת לילה ראשונית בגלל הסיכון להיפונטרמיה ופרוכוסים. לכן נראה לי שרצוי להשתמש בשיטה התנהגותית כקו ראשון (לפני שימוש במכשיר אצקקה ["פעמון"]) למשל) כפי שמחברי המאמר מציעים. אחרים מציעים גם לעודד שתייה בשעות הבוקר, להקטין שתייה לפני השינה ולהקטין את עומס המומסים בשעות הערב. מומלץ גם להימנע ממשקאות המכילים קפאין כקולה, תה, קפה ושוקו בערב.

מטרה: להעריך את ההשפעה לטווח קצר וארוך של 3 התערבויות התנהגותיות שמטרתן לטפל ב- nocturnal enuresis בילדים צעירים.

שיטות: החוקרים ביצעו ניסוי אקראי מבוקר ב- 570 ילדים בגיל 4 - 5 שנים עם הרטבת לילה. הקריטריון להפסקת הרטבת לילה היה 14 לילות עוקבים יבשים. הילדים חולקו לאחת מ-4 קבוצות: (1) קימה להטלת שתן 1.5-2 שעות לאחר שהילד הלך לישון, ובקשת סיסמה, (2) כמו בקבוצה 1, אבל ללא סיסמה, (3) שימוש במערכת של תמורה, (4) קבוצת ביקורת. כל משתתף התבקש להמשיך עם ההתערבות במשך 6 חודשים, או עד שהילד יבש במשך 14 לילות ברציפות. הילדים נבדקו שוב לאחר 3 שנים.

תוצאות: אחרי 6 חודשים קימת הילדים ללא מתן סיסמה הייתה ההתערבות היחידה קשורה ליותר לילות יבשים באופן מובהק לעומת קבוצת הביקורת (37% לעומת 21%). שלוש שנים לאחר מכן, ל- 2 קבוצות הקימה היה האחוז הגבוה ביותר של ילדים יבשים (78%) ולקבוצת הביקורת, הנמוך ביותר (69%).

מסקנות: ההתערבות שכללה קימה ללא מתן סיסמה גמלה יותר ילדים יבשים בהשוואה להעדר טיפול פעיל בילדים בגיל 4-5 שנים עם הרטבת לילה.

1. Norgaard JP et al. Standardization and definitions in lower urinary tract dysfunction in children. BJU Int 1998; 81 (Suppl): 1
2. Glazener CM, Evans JH. Simple behavioural and physical interventions for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database Syst Rev 2004; (2): CD003637
3. Jackson EC. Nocturnal enuresis: Giving the child a "lift". J Pediatr 2009; 154: 636-7

לכל סימפטום פתרון עם יתרון



MeadJohnson
Nutrition

PHARMABEST
מפיצת מוצרי

1800-22-64-70

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות:

בדיקות דימות החושפות ילדים וילודים לקרינה מייננת

משרד הבריאות, מדינת ישראל. חוזר המנהל הכללי מס' 18.09, כ"ה ניסן תשס"ט (19.4.09).
ביצוע בדיקות דימות החושפות ילדים וילודים לקרינה מייננת.

להלן חלקים עיקריים של החוזר הנ"ל שחשובים לרופא הילדים ושפורסם לאחרונה.

"קרינה מייננת כלולה ברשימת הגורמים הקרצינוגניים... למרות שבכמות הבדיקות, מנת הקרינה של בדיקה בודדת נמוכה... פגים וילדים החולים במחלות כרוניות... נזקקים לבדיקות חוזרות והחשיפה המצטברת עלולה להיות משמעותית, ...במיוחד בהליכי שיקוף שונים וטומוגרפיה ממוחשבת (CT) שהשימוש בה הולך וגובר."
החוזר מתייחס לילדים עד גיל 18 שנה וממליץ "למעט בחשיפה לקרינת רנטגן ככל האפשר, תוך שקילה של ההוריה הרפואית לדימות בקרינה למול החלופות האבחוניות הקיימות".

"עקב התרומה הגבוהה של CT למנת הקרינה הכוללת, קיימות הנחיות ייעודיות לתחום זה ע"מ לצמצם ככל הניתן את רמות החשיפה... 67%-40% מכל הקרינה המייננת עקב דימות נגרמת מבדיקה זו... לאור העובדה שהשפעת הקרינה משמעותית יותר ככל שגיל הנבדק צעיר יותר, הרי שבפגים, ביולודים ובילדים רצוי להשתמש בשיטות דימות חלופיות, כגון MRI".
"...על הרופא המטפל להסביר להורי הילד הנבדק את מהות הבדיקה לרבות משמעות החשיפה לקרינה וחלופות אם קיימות..."



מדורים קבועים פנינה קלינית

ניקוי שעווה מאוזן¹

ד"ר יעקב אורקין



שעווה בתעלת האוזן מקשה על הסתכלות על עור התוף.
שימוש בשמן לא הוכח כשיטה יעילה. לא מומלץ לבצע שטיפות אוזן בלחץ לילדים. אסור לנקות שעווה בצורה "עיוורת" על ידי החדרת מכשיר ניקוי לאוזן במטרה לתפוס גוש שעווה. טיפות שונות לריכוך וניקוי שעווה עלולות לגרום לתגובת גירוי או אלרגיה, ואין להשתמש בהם אם עור התוף אינו שלם.
אם מחליטים על שימוש בקורטה (רצוי עם ראש עגול ומכופף בזווית) הדבר צריך להתבצע רק תוך כדי הסתכלות פנימה בתעלה וראיה מדויקת של מה שמבצעים.
השימוש במי חמצן לניקוי שעווה הוא נפוץ ויעיל ברוב המקרים. לאחר השימוש במי חמצן (מילוי התעלה 3-4 פעמים ביממה וכל פעם ניגוב הקצף הנובע מהתעלה עקב כך) תישאר בתעלה "דייסה" של שעווה ושארית מי חמצן אשר יש לנגב על ידי החדרה לאוזן של פתיל צמר גפן בלבד.

1. Urkin J et al. Cleaning Earwax: why you shouldn't play it by ear. Contemporary Pediatrics 2004; 21: 732

החברה הישראלית לרפואת ילדים בקהילה - חיפ"א - כנס הקיץ

יום ד' 08.7.2009 ט"ז בתמוז תשס"ט במרכז הכנסים הבינלאומי
המכללה האקדמית אשקלון

כנסים פדיאטריים בינלאומיים

Annual Meeting
Pediatric Academic Societies
May 1-4, 2010. Vancouver,
Canada

4th Europaediatrics 2009
July 3-6, 2009. Moscow
www.europaediatrics2009.

European Society for Paediatric
Research
50th Annual Meeting
October 9-12, 2009. Hamburg,

לכל סימפטום פתרון עם יתרון

פרג'סטימיל

אנפמיל A.R. 2 ליפיל

אנפמיל A.R. 1 ליפיל

נוטרמיגן 2

נוטרמיגן 1