

1800-22-64-70

MeadJohnson
Nutrition
מפיצת מוצרי

PHARMABEST

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

פדיטרון

ירחון החברה הישראלית לרפואת ילדים בקהילה (חיפ"א)
ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י)
גיליון 188 | מאי 2012



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 גולה
גזבר: ד"ר חן שטיין - זמיר
חברים: ד"ר זאב חורכ
פרופ' בועז פורטר
ד"ר הדר ירדני
ד"ר דינה צימרמן

מערכת "פדיטרון"

יו"ר: פרופ' בועז פורטר
חברים: ד"ר יעקב אורקין
ד"ר שמואל גרוס



דבר העורך

לכולנו, התגמול עבור העבודה. הסקר של מדסקייפ מראה כמה נתונים די מדהימים עבור רופא הילדים הישראלי, רופאי הילדים במדגם בארה"ב רואים חציון של 75 ילדים בשבוע, זמן ממוצע לביקור של 9-20 דקות... ובכל זאת משתכרים די יפה, אמנם לא כמו רנטגנולוגים ואורטופדיים. כדאי שמנהלי הקופות שלנו יראו את הנתונים האלה וישקלו מחדש את שיטות התגמול עבור רפואת ילדים בארץ.

אז אולי תוכן פדיטרון זה יגרום לכולנו לחשוב קצת על איך לגרום לשיתוף פעולה יותר הדוק עם הורים, איך לנצל את הכישורים של אחיות בצורה יותר טובה, וגם על ההתאמה בין העבודה והתגמול. ואולי לחשוב גם על ממצא מעניין בסקר מדסקייפ - 59% של רופאי הילדים לא היו בוחרים את המקצוע שוב. אני ממש לא מרגיש כך - מה אתכם?

התוכן של פדיטרון הפעם נותן זמן לכל רופא ילדים להרהר על כמה היבטים של המקצוע המרתק שלנו. המאמר על הבעייתיות בהערכת גודל הפעוטות על ידי האמהות שלהם מציג לנו מחסום גדול במלחמה על ההשמנה - שאמהות עדיין רואים את הילד השמן כילד יותר בריא, והיו פחות מרוצים מילדים שנמצאים בתווך של הנורמה (ז"א, הנורמה שלנו!). זה מזכיר לנו שבמקצוע שלנו המטופלים שלנו הם לא רק הילדים, אלא גם ההורים שלהם. מאמר נוסף מראה שטיפול באסטמה בסטרואידים במיון על ידי אחיות משפר תוצרים. מתי נתחיל להבין שאין מה לפחד מהורדת תפקידים לאחיות? זו מלחמה על "טריטוריה" שכבר לא מקובלת, והוכח באין סוף מאמרים ששימוש יותר מושכל באחיות מטיב את הטיפול בילדים, בלי לפגוע באיכות הטיפול. מאמר נוסף נותן מבט על נושא חשוב

PHARMABEST
מפיצת מוצרי
MeadJohnson
Nutrition
NOURISHING THE BEST START IN LIFE



1800-22-64-70

לכל
סימפטום
פתרון
עם
יתרון



הערך של סימנים קליניים בקביעת מצב צחיחות Evaluation of a Clinical Dehydration Scale in Children Requiring Intravenous Rehydration (Pediatrics. April 2012 Laura M. Kinlin, BSc, MPH and Stephen B. Freedman, MDCM, MSc, FRCP, FAAPb

סקר: ד"ר יעקב אורקין

אובייקטיבים. החוקרים חושבים שהמדד הקליני לצחיחות אינו מתאים לקביעת הצורך בטיפול על ידי מתן נוזלים בעירוי ולא כמבא מהלך קליני.

הערות סוקר: המאמר הזה בוצע בארץ מוכת חמסינים ששמה קנדה וכלל מספר לא מבוטל של ילדים. כאשר קראתי את המסקנות התחלתי להרגיש לא נוח. מזה שנים שאני מלמד את הסטודנטים להכיר את הסימנים של צחיחות קלינית. האם הסימנים חסרי ערך? לאחר מחשבה קצרה התחלתי למצוא הסברים חדשים לממצאי המחקר. האם ייתכן שבקנדה מחמירים מאוד בהערכת צחיחות ולכן נכנסו למחקר ילדים רבים אשר בארץ לא היו מופנים למיון כלל או שיקבלו במיון עירוי נוזלים. אם כך הדבר אז למחקר שלהם נכנסו הרבה ילדים עם צחיחות קלה יחסית ואז סביר שהממצאים הקליניים שלהם היו דלים. אם לא כך הדבר אז האם המשמעות היא שכל מי שמשלשל צריך בדיקות מעבדה כולל לביקרבונט על מנת לקבוע מצב צחיחות? בתנאי העבודה שלנו ובארץ חמה, זאת דרישה לא סבירה וכנראה גם לא מוצדקת. אני מציע לא לאבד את הכישורים המקצועיים שלנו בעקבות המאמר הזה. כדאי להמשיך להעריך צחיחות באמצעות בדיקה גופנית לסימני צחיחות, מתן שתן, ריכוז שתן, הערכת כמויות שתייה ובעזרת מכשיר הפלא ששמו משקל.

במקביל אני חושב שהמאמר הזה עשוי לגרות את החברים לערוך מחקר דומה והפעם בקהילה ובארץ די חמה, תרתי משמע.

מטרה: להעריך את התקפות (validity) והמהימנות (reliability) של הסימנים הקליניים לצחיחות בילדים עם מחלת שלשול חדה.

שיטה: 226 ילדים, מגיל 3 חודשים ומעלה, אשר הגיעו לחדר מיון של מרכז בריאות שלישוני בקנדה ואשר נזקקו לטיפול בעירוי נוזלים על מנת לתקן צחיחות. מצב צחיחות קליני הוערך בעזרת מדד שפותח לשם כך (clinical dehydration scale). המהימנות נבדקה על ידי השוואה של ניקוד דרגת הצחיחות הקלינית בין אחות לרופא אשר בדקו כל ילד באופן נפרד, עם קבלתו למיון. התקפות נבדקה באמצעות מספר משתנים אשר כללו: עליה במשקל, תוצאות בדיקות מעבדה, מידת רצונו של הרופא לשחרר את המטופל מהמיון, אשפוז ומשך השהייה בבית חולים.

תוצאות: מידת ההסכמה בין האחות לרופא הייתה בינונית ($k=0.52$) עם 95% של רווח בר סמך של 0.41, 0.63. לא נמצאה קורלציה בין הניקוד הקליני לבין אחוז עליה במשקל או הערכה של כמות הנוזלים שיש להחזיר בעירוי. נמצאה קורלציה בינונית אבל משמעותית סטטיסטית בין המדד הקליני לבין ביקרבונט בסרום ומשך השהייה בבית חולים. יכולת האבחון של המדד הקליני לגבי הניבוי של צורך באשפוז היה בינוני ($ROC=0.65$).

מסקנת החוקרים: ילדים שקיבלו עירוי נוזלים במיון עקב מחלת שלשול חד, ההתאמה בהערכה קלינית בין הבודקים הייתה בינונית ובהתאמה חלשה למדדים

יעילות מתן סטרואידים לחולי אסתמה קשים על ידי אחיות טריאג' במיון

Triage Nurse Initiation of Corticosteroids in Pediatric Asthma Is Associated With Improved Emergency Department Efficiency
Roger Zemeket al

Pediatrics 2012; 129:4 671-680; published ahead of print March 19, 2012, doi:10.1542/peds.2011-2347

סקר: ד"ר יעקב אורקין

קריטריון למתן פרדניזון ולמתן אינהלציה באמצעות תרופה מרחיבת סימפונות על ידי אחיות, עוד לפני שהמטופל נבדק על ידי רופא. המחקר השווה ההתערבות של האחיות להתערבות של מתן סטרואידים ואינהלציה לאחר בדיקת הרופא. המחקר בוצע בשנת 2009-2010 ונכללו בו 644 ילדים

מטרה: לבחון יעילות מתן סטרואידים לחולי אסתמה במצב בינוני או קשה, על ידי אחיות טריאג' במיון ילדים עוד לפני הבדיקה על ידי הרופא.

שיטות: האחיות השתמשו בשיטת ניקוד לקביעת חומרת ההתקף. ניקוד הגדול או שווה ל-4 הווה

שלב 1
לשימוש החל
מהלידה עד
גיל 6 חודשים

שלב 2
לשימוש מגיל
6 חודשים
ומעלה

כולנו כבר יודעים
שלא משחקים
בתזונת ילדים



הביא לתוצאות יעילות יותר מבחינת זמן עד לשיפור קליני ולשחרור. הטיפול על ידי אחיות תרם יותר להפחתת שיעור הצורך באישפוזים.

הערות סוקר: המחקר מוכיח שאחיות יכולות לזהות התקף אסתמה בינוני קשה ביעילות רבה ולהתחיל בטיפול מיידי עם סטרואידים ואינהלציה של מרחיבי סימפונות. ההישג העיקרי של ההתערבות הזאת הוא בגישור על הזמן ההמתנה במיון מרגע הטריאז' ועד שנבדק חולה אסתמה על ידי רופא. אין כאן הפתעה מכך שטיפול המתחיל מוקדם מביא לתוצאות קליניות מוקדם יותר. החידוש הוא ברמת העצמאות שניתנה לאחיות. בארצות הברית הוכח כבר מזמן שאפשר לתרגל אחיות לעבוד בעזרת פרוטוקולים מובנים ולהרחיב את סמכויות הטיפול שלהם בבעיות מוגדרות. המחקר מהווה אתגר לרפואה שלנו אשר שומרת בהקפדה על גבולות הסמכות של אחיות ורופאים. הצפי לחסר רופאים בישראל וזמן ההכשרה הקצר יותר לאחיות יגרום אולי לכך שהפיתרון האמריקאי של nurse practitioner יאומץ גם אצלנו.

שהתקבלו ברצף בגילאים 2-17 שנים. המשתנים העיקריים שנבדקו היו: שיעור קבלות לאישפוז, זמן עד להקלה קלינית, קבלת סטרואידים, דרגת חומרה, שיעור החוזרים למיון לאחר שחרור ושיעור המתאשפזים לאחר שחזרו שוב למיון.

תוצאות: ילדים שטופלו על ידי האחיות כבר בהתחלה השתפרו במוצא ב-24 דקות מוקדם יותר בהשוואה לאלה שהטיפול בהם החל לאחר שנבדקו על ידי רופא. לילדים אלה היה שיעור אישפוז נמוך יותר (0.56-odd ratio). ילדים אלה קבלו סטרואידים 44 דקות מוקדם יותר במוצא, הזמן שלקח עד להקלה של אסתמה למצב של התקף בינוני היה קצר ב-55 דקות במוצא. זמן עד לשחרור מהמיון היה ב-44 דקות קצר יותר במוצא. לא נמצא הבדל בין ילדים שטופלו על ידי אחיות או רופאים בשיעור החוזרים למיון והאישפוזים לאחר חזרה כזאת למיון.

מסקנת החוקרים: בהשוואה לטיפול על ידי רופאים, מתן טיפול בסטרואידים על ידי אחיות טריאז' במיון

הערכות של אמהות לגבי גודל פעוטות

Hager ER et al . Arch Pediatr Adolesc Med 2012; 166(5) 417-422

Maternal Perceptions of Toddler Body Size

סקר: פרופ' בועז פורטר

עודף משקל היו פי 87% פחות מדויקות בהערכות שלהן. לא היה קשר בין ההערכות גודל הפעוט ו-גיל הפעוט, מין, גזע או משקל האם או השכלתה. יותר מ-70% מכלל האמהות ו-82% מאמהות של פעוטות עם עודף משקל היו מרוצות מגודל צאצאן. אמהות של פעוטות עם משקל נמוך שדייקו בהערכה היו פחות מרוצות בהשוואה לאמהות עם פעוטות עם גודל תקין שדייקו בהערכתן (30.0% מול 76.8% $p<0.001$).

מסקנות: לאמהות של פעוטות עם עודף משקל היו הערכות לא מדויקות לגבי גודל הפעוטות והן היו מאד מרוצות מגודל הילד. הממצא מצביע על הערכה של פעוטות כבדים כתקינים בעיני אימותיהם. אמהות של פעוטות עם משקל נמוך היו הערכות מדויקות, אך הביעו חוסר שביעות רצון, המצביע על הערכה של ילדיהן מחוץ מהנורמה. לאור העובדה שהערכות גודל לא מדויקות מתחילות בגיל מוקדם אצל פעוטות, רופאי ילדים צריכים לעזור למשפחות להבין מהו גודל בריא של פעוטות. מחקרים עתידיים צריכים לבדוק איך שביעות רצון ודיוק קשורים להתנהגות ההורים.

הערות הסוקר: מחקר יפה, פשוט וחשוב שמוסיף קצת

מטרות: (1) לבחון דיוק של הערכות אמהות לגבי גודל פעוטות, (2) המשתנים, קשורים עם דיוק ההערכה של גודל פעוטות, (3) קשר בין שביעות רצון של אמהות מגודל הפעוט לדיוק ההערכה של גודל פעוטות.

שיטה: מחקר חתך

מיקום: מדגם מקהילה עירונית בעלת רקע סוציו אקונומי נמוך המקבלת תמיכה מתכנית השלמת מזון (WIC).

משתתפים: 281 זוגות של אם-ילד (פעוטות: 54% זכר, גיל ממוצע 20.2 חודשים, 71% אפרו-אמריקאיים, 8.5% עם משקל נמוך [$<$ פרצנטיל 15 משקל לעומת אורך], ו-29.2% עם עודף משקל [$>$ פרצנטיל 85 משקל לעומת אורך]).

מדידות: אנתרופומטריה של אמהות/פעוטות ודמוגרפיה

מדדי תוצא: דיוק ושביעות רצון של האם לפי סקלה הערכה מתוקפת (Validated Toddler Silhouette Scale)

תוצאות: כ-70% מהאמהות לא דייקו בהערכת גודל הפעוטות שלהן. בהשוואה לאמהות של פעוטות עם משקל בטווח הנורמה, אמהות של תינוקות עם משקל נמוך דייקו בהערכה פי 9.1, ואמהות של פעוטות עם

וכשמדובר באלרגיה לחלבון חלב פרה

NUTRAMIGEN
THE TRUE HYPOALLERGENIC
FORMULA

שלב 1
לשימוש החל
מהלידה עד
גיל 6 חודשים

שלב 2
לשימוש מגיל
6 חודשים
ומעלה

תרכובת חדשה
טעם משופר



האם הגישה של אמהות לפגים שונה? או צריכים לראות עוד מחקרים שיבדקו איך הערכות אלה משפיעות על התנהגות ההורים לגבי הנושא של אכילה ומשקל.

מידע לגבי מחלה מספר אחת בעולם המערבי היום. עולות עוד הרבה שאלות ממחקר זה. איך אמהות ממצב סוציו-אקונומי בינוני עד גבוה רואות את הבעיה? מה עם האבות-האם יש להם דיעה בעניין?

תגמול של רופאים: מבט של רופא ילדים

Physician Compensation Survey: A Pediatrician's Perspective
Basco WT: Medscape 10.05.12

סקר: פרופ' בועז פורטר

Medscape סקר 24,000 רופאים בארה"ב, ב-25 תחומי התמחות שונים. היו 1937 רופאי ילדים בסקירה, כ-8% מסה"כ.

הכנסה: לרופאי הילדים הייתה ההכנסה הממוצעת הנמוכה ביותר (\$156,000) לעומת הכנסה של \$315,000 אצל רנטגנולוגים ואורטופדים. רופאי משפחה הרוויחו מעט יותר בממוצע (\$158,000) וגם רופאים פנימיים (\$165,000). נשים ברפואת ילדים הרוויחו פחות, עם ממוצע של \$137,000 לעומת \$180,000 מגברים. הפער בין גברים ונשים מצטמצם, עם יותר גברים שבחרים להקטין את כמות שעות העבודה בנוסף לנשים. 9% מרופאי הילדים הגדירו את עצמם כעשירים, לעומת 6% אצל כירורגים פלסטיקאים וריאומטולוגים! פתולוגים ורנטגנולוגים היו במקומות הגבוהים לגבי הערכה עצמית של עושר - 14% ו-15%.

שעות עבודה: רופאי ילדים ראו בחציון 75 ילדים בשבוע. הזמן הממוצע לביקור נע בין 9-20 דקות עבור יותר מ-75% מרופאי הילדים. יותר מ-80% הקדישו 5 או יותר שעות בשבוע בעבודה מנהלית.

שביעות רצון מקצועי: אצל כלל הרופאים שנסקרו רק 54% היו בוחרים שוב רפואה כמקצוע. 59% מרופאי הילדים לא היו בוחרים שוב את המקצוע. שביעות רצון כללי אצל רופאי הילדים היה רק 52%. בסה"כ בכמעט חצי מההתמחויות שנסקרו פחות מ-50% מהרופאים ענו שהם שבעי רצון מהמקצוע.

נושאים שהועלו: 41% של רופאי ילדים אמרו שהשימוש בהנחיות קליניות ומדדי איכות ישפיעו לרע על הטיפול בחולים.

הערות הסוקר: למרות שסקירה במדסקיפ לא בהכרח נופל בהגדרה של evidence based medicine, הנושא שהועבר פה מעביר עברונו, ואולי יכול לנחם אותנו שמצבינו אולי לא כל כך רע.

אולי הר"י צריך להרים את הכפפה ולעשות סקר דומה בארץ-או אולי ISPRO לפחות עבור רופאי הילדים?

קול קורא למועמדים ליו"ר חיפ"א ולוועד חיפ"א

במהלך כנס הקיץ של חיפ"א ביום ד' כ"א בתמוז תשע"ב - 11.7.2012 יערכו בחירות ליו"ר חיפ"א ולוועד חיפ"א: סה"כ יועמדו לבחירה לוועד 6 חברים + יו"ר חיפ"א. הבחירות ליו"ר חיפ"א ולוועד חיפ"א יהיו בנפרד.

רשאים להגיש מועמדות, חברי חיפ"א פעילים ששילמו דמי חבר במשך השנתיים האחרונות לפחות (2011-2012). על מנת להגיש מועמדות, יש לשלוח קורות חיים קצרים עד 100 מלים (רצוי בצירוף תמונה) במייל ל-chayasol@walla.com (מזכירת חיפ"א - חיה). יש לציין במפורש אם הכוונה למועמדות ליו"ר חיפ"א או לוועד חיפ"א. ניתן להגיש מועמדות עד י"ד בתמוז תשע"ב - 4.7.2012.

תקציר קורות חיים של כל מועמד יפורסם ביום הבחירות במקום הכנס. למועמדים ליו"ר, יינתנו 3 דקות במליאה להצגת מועמדותם. ליותר פרטים, ניתן לקרוא את התקנון באתר חיפ"א. במידה של שאלות, ניתן לפנות לרשומים מטה.

בברכה

ד"ר אלי גזלה- מזכיר

פרופ' יונה אמיתי - יו"ר חיפ"א

כנס הקיץ של חיפ"א יערך ביום ד' כ"א תמוז - 11 ביולי 2012 במרכז הכנסים "אייר פורט סיטי" בקריית שדה התעופה

כבכל שנה יערכו 4 כנסים אזוריים לאחיות ורופאים:

עדכונים בתזונת ילדים, פרטים באתר חיפ"א - Pediatrics.org.il

עם הצלחות לא מתווכחים,
רק חוגגים

ENFAMIL A.R LIPIL
16 שנים בישראל



שלב 1
לשימוש החל
מהלידה עד
גיל 6 חודשים

שלב 2
לשימוש מגיל
6 חודשים
ומעלה