

1800-22-64-70



מפיצת מוצרי



PHARMABEST

ומשפחת אנפמיל*

פרג'סטימיל*

יצרנית נוטרמיגן*



PEDITON

ירחון החברה הישראלית לרפואת ילדים בקהילה (חיפ"א)
ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י)
גיליון מס' 169 | אוקטובר 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



מניעת היפגעות מטביעה - נייר עמדה
Policy Statement- Prevention of Drowning.
American Academy of Pediatrics, Pediatrics 2010; 126: 178-85

סקר: פרופ' רפאל גורודישר

5. כל בריכה ביתית, כולל בריכה מתנפחת או ניידת חייבת להיות מוקפת בגדר בגובה 120 ס"מ לפחות.

הערות הסוקר: בעניין זה, בגיליון European Child Safety Alliance- EuroSafe "ציונים בתחום בטיחות ילדים לשנת 2009" ישראל קיבלה דירוג 3 בסולם 1-5 בתחום בטיחות במים. הגיליון מציין שבישראל נדרשת "הגברת המאמצים למניעת טביעות ע"י חקיקת חוקים שיחייבו הקמת גדר סביב בריכות פרטיות ושימוש באמצעי ציפה אישיים וחגורות הצלה בזמן שהייה במים. כמו כן יש להגביר את ההסברה בנושא בטיחות במים והטמעת החוק המחייב מתן שיעורי שחייה לילדים בבתי הספר".
רצוי להזכיר שאמצעי ציפה לתינוקות אינם נחשבים אביזר בטיחות.

בחוברת יולי 2010 של Pediatrics, האקדמיה האמריקאית לרפואת ילדים פרסמה נייר עמדה בנושא מניעת היפגעות מטביעה. לנייר העמדה צורף דו"ח טכני על מניעת היפגעות מטביעה [1].
אנו מביאים כאן תמצית המדיניות שנקבעה:
טביעה מהווה סיבה עיקרית למות ילדים כתוצאה מהיפגעות. בשנת 2006 נפטרו בארה"ב כ- 1,100 ילדים מטביעה. קיימות מספר אסטרטגיות בהן ניתן לנקוט כדי למנוע אסונות מסוג זה. לרופא ילדים יש תפקיד חשוב במניעת היפגעות מטביעה. בין האמצעים למניעת טביעה נמנים:

1. אסור להורים ולמטפלים של ילדים צעירים להשאירם לכד או תחת השגחה של ילד צעיר אחר ליד בריכה או מאגר מים.
2. אחרי שימוש בגיגית - יש לרוקנה.
3. רצוי שילדים ילמדו לשחות. האקדמיה האמריקאית לרפואת ילדים ממליצה להתחיל ללמד שחיה לילדים בגיל 4 שנים, לפי יכולתם הפיזית וההתפתחותית (ילדים עם הפרעה מוטורית או קוגניטיבית אינם מוכנים לשיעורי שחיה עד גיל מאוחר יותר).
4. ילדים בכל גיל הסובלים מפרכוסים חייבים השגחה מתמדת בזמן שהם במים (עושים אמבטיה וכו').

[1] Weiss J. Technical Report- Prevention of Drowning. Pediatrics 2010; 126: e253-62]



1800-22-64-70

לכל סימפטום פתרון עם יתרון



היקף צוואר כמדד סקר לעודף משקל ול- BMI גבוה.
Neck Circumference as a Screening Measure of Identifying Children with High Body Mass Index. Olubukola O et al, Pediatrics 2010;126: e306-10

סקר: ד"ר אלי גזלה

בטן. ההתאמה הייתה בכנים ובנות כאחד. נצפתה התאמה טובה יותר בקבוצת הגיל המבוגרת יותר. נקבעו ערכי cut off של היקף צוואר למשקל תקין ולמשקל עודף.

דין: יתרון השיטה: מהירות ופשטות כאמצעי סקר להשמנה אזורית ומרכזית, דיוק יחסי בין מדידות חוזרות. עדיפה על היקף בטן שדורש הפשטה ומשתנה לאחר ארוחות. במבוגרים יש התאמה בין היקף בטן להיקף צוואר.

מסקנה: היקף צוואר היא שיטת סקר יעילה לזיהוי עודף משקל בילדים.

הערות הסוקר: השיטה כסקר פשוטה וקלה לביצוע (וללא צורך במכשור כמשקל ומד גובה) ניתנת לביצוע במסגרות הלימודים (אפילו ע"י הצוות החינוכי) ע"מ לזהות ילדים עם עודף משקל. במצב של היום כאשר יש היענות נמוכה לזיהוי הבעיה, שיטה זו יכולה להיות לעזר רב.

רקע: במבוגרים הוכח הקשר בין היקף צוואר גבוה ועודף משקל וכן הקשר בין השמנה אזורית (בטן, צוואר) לבין סיבוכים כגון סכרת, יתר לח"ד ומחלות קרדיו-וסקולריות.

מטרת המחקר: לבדוק התאמה בין היקף צוואר לבין BMI בילדים.

שיטות: מחקר חתך, נבדקו 1102 ילדים בגילאי 6-18 שנה שהגיעו לניתוחים אלקטיביים. נלקחו מדידות משקל וגובה וחושב BMI. היקף צוואר נמדד בגובה הסחוס הטירואידילי. השמנה הוגדרה כ- BMI מעל ל- 85.

התוצאות: באופן כללי, ממוצע היקף צוואר היה גבוה משמעותית בכנים לעומת בנות.

כצפוי היקף צוואר היה גבוה משמעותית בילדים שמנים לעומת בעלי משקל תקין. הייתה התאמה טובה (Pearson correlation coefficient) בין היקף צוואר לבין BMI וכן לערכי לחץ דם סיסטולי ולהיקף



השפעה של התערבות מיזערית של הרוקח על שיפור היענות לקווים מנחים לאסתמה.
Effect of a minimal pharmacy intervention on improvement of adherence to asthma guidelines. de Vries TW et al. Arch Dis Child 2009;95:302-4

סקר: מג"ר תמי שכטר

של קבוצת ההתערבות עם הטיפול שקיבלו ילדים הרשומים ב- 36 בתי מרקחת שלא השתתפו במחקר ועם תוצאות של מחקר קודם מ- 2002 (שתי קבוצות ביקורת). נבדקו במרשמים קיום 3 המלצות:

1. לכל ילד עם תרופות לאסטמה צריך להיות short acting beta agonist (SABA)
2. Long acting bet agonists (LABA) צריכים להינתן רק בשילוב עם קורטיקוסטרואידים בשאיפה (ICS).
3. לילדים צריך להיות רק סוג אחד של מכשיר שאיפה.

רקע: מחקר קודם הראה כי עקרונות חשובים בטיפול בילדים אסתמטיים אינם מיושמים. במחקר הנוכחי נבדק האם התערבות מינימאלית של רוקח תשפר הצמדות לקווים מנחים.

שיטות: קבוצת רוקחים בהולנד דנה עם הרופאים הכללים (GPs) עמם הם עבדו, על העקרונות בטיפול באסטמה. מפגשים מסוג זה נפוצים בהולנד לשיפור הרגלי כתיבת מרשמים. החוקרים סרקו מאגר נתונים ואיתרו את כל הילדים בגיל 0-14 שנים שנרשם להם טיפול אנטי-אסטמטי בתקופה של שנה אחת. הושווה הטיפול שקיבלו הילדים שרשומים ב- 9 בתי המרקחת

לכל סימפטום פתרון עם יתרון

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

אקטיבית של רוקחים בטיפול בילדים עם אסטמה.

הערת הסוקרת: מקצוע הרוקחות משנה פניו בעולם ובארץ, והוא הופך מ-product oriented ל-patient oriented. תוכנית הלימודים בבתי הספר לרוקחות משלבת בתוכה תכנים קליניים, וידע זה מאפשר לרוקחים להיות מעורבים בטיפול התרופתי למחלות כרוניות כמו סוכרת, היפרליפידמיה, יתר לחץ דם ועוד. במספר קופות חולים אכן מתבצעת סקירה של מרשמים על מנת לוודא היצמדות לקווים מנחים והשגת יעדי מטרה, ונעשית פנייה לרופאים בעת הצורך. מחקר זה העוסק בטיפול באסטמה בילדים מחזק גם הוא את יעילות גישה זו.

תוצאות:

1. שיעור הילדים ללא SABA היה נמוך משמעותית בקבוצת ההתערבות בהשוואה לשתי קבוצות הביקורת.
2. שיעור הילדים עם LABA ללא ICS היה נמוך משמעותית בקבוצת ההתערבות בהשוואה לשתי קבוצות הביקורת.
3. שיעור הילדים עם יותר מסוג משאף אחד היה שווה בקבוצת ההתערבות ובקבוצת הביקורת, אך נמוך משמעותית מהשיעור שנמצא במחקר משנת 2002.

מסקנות: השיפור היה מובהק סטטיסטי והושג תוך מאמץ קטן של הרוקחים והרופאים. אסטרטגיות אחרות שנוסו בעבר לא הוכיחו יעילות ודרשו זמן, כסף ומאמץ. מחקר זה מצא השפעה בעלת רלוונטיות קלינית ע"י התערבות מינימאלית, תוך מעורבות



העדר קשר בין החיסון האצלולרי נגד שעלת ופירכוסים בינקות Lack of Association Between Acellular Pertussis Vaccine and Seizures in Early Childhood. Wan-Ting H et al. Pediatrics 2010;126:263-9

סקר: דר' גדעון ורדי

במודל רב משתנים היו בין היתר מתן החיסון הרביעי ומתן חיסון MMR/MMRV בתוך 8 עד 14 ימים לפני היארעות הפרכוס.

דיון: מחקר זה הינו הגדול והמקיף ביותר שבוצע עד כה. מתן חיסון אצלולרי אינו מעלה סיכון לפירכוסים והינו בטוח לשימוש רוטיני. שיעורי ההיארעות שווים במחוסנים לעומת אוכלוסיית הביקורת ושניהם נמוכים משמעותית לעומת סיכויי היארעות הפרכוס לאחר החיסון הישן $RR = 3.3$ (DTP).

הערות הסוקר: מחקר זה מאמת את ההרגשה והניסיון של רופאי הילדים ואחיות טיפת חלב על ירידה בתופעות הלוואי לאחר מתן החיסון האצלולרי. יש גם רושם לירידה הן במספר ההורים המסרבים לחסן כנגד שעלת והן לירידה בכמות השאלות לגבי החיסון בשנים האחרונות, במיוחד מצד הורים שילד קודם שלהם חוסן בתרכיב האצלולרי. מחקר זה מאפשר לנו להרגיע חששות ההורים מהחיסון על סמך רפואה מבוססת עובדות ולהגיע למצב בו פחות ילדים יחלו משעלת ויפגעו מסיבוכיה, כולל פגיעה מוחית ומוות. חשוב גם לשים לב לעליה בשכיחות אירועי הפרכוס במקרים בהם ניתן חיסון ה- MMR/MMRV ונראה כי נכונה מדיניות משרד הבריאות למתן בו-זמנית של שני החיסונים.

1 - Barlow WE, Davis RL, Glasser JW, et al. The risk of seizures after receipt of whole-cell pertussis or measles, mumps, and rubella vaccine. N Engl J Med 2001;345:656-61

רקע: מתן חיסון ב- whole-cell pertussis vaccine היה קשור לעלייה בשכיחות תופעות לוואי נויורולוגיות קשות כולל פרכוסים [1]. תופעות אלו גרמו לחרדת הורים שביקשו לדחות או לבטל מתן חיסון השעלת מצד אחד ומצד שני גם הרופאים והאחיות אישרו דחיית החיסון עם כל בעיה בריאותית ולו גם הקלה ביותר. הנ"ל גרם לירידה במספר המחוסנים, עם עלייה בשכיחות השעלת ובמספר הנפטרים מהמחלה. ב- 1997 אושר השימוש בחיסון אצלולרי נגד שעלת (בשילובים שונים עם חיסונים אחרים) והביא לירידה בתופעות הלוואי.

מטרה: להשוות שכיחות הפירכוסים בסמוך למתן החיסון האצלולרי לעומת האוכלוסייה הרגילה.

שיטות: בין השנים 1997 - 2006 נבדקו במחקר רטרוספקטיבי 433,654 תינוקות בגילאים 6 שבועות עד 23 חודשים, מחציתם בנים, שחוסנו. סה"כ ניתנו 1,343,076 מנות חיסון, מהם 28%, 29%, 1% ו-17% לחיסון ראשון עד רביעי בהתאמה. פרכוס כתוצאה מהחיסון הוגדר כפרכוס במהלך 4 ימים לאחר מתן החיסון. מספר הילדים שפרכסו לאחר החיסון הושווה למספר הילדים שפרכסו במהלך שנות המעקב והפרכוס לא יוחס לחיסון באצלולרי והיוו את אוכלוסיית הביקורת.

תוצאות: זוהו 7,191 פרכוסים שיוחסו לחיסון ב- 5,205 מטופלים. ה- Incidence Rate Ratio (IRR) היה 0.87 אצל המחוסנים, 0.91 אצל אוכלוסיית הביקורת. גורמים שהשפיעו על היארעות פרכוס



1800-22-64-70

לכל
סימפטום
פתרון
עם
יתרון



השוואה בין טיפול טופיקלי במלתיון לבליעת ivermectin כטיפול בכינמת ראש עקשנית
Oral Ivermectin Versus Malathion Lotion for Difficult-to-Treat Head Lice. Chosidow et al.
N Engl J Med 2010; 362:896-905

סקר: דר' יעקב אורקין

מסקנות החוקרים: בילדים עם כינמת עקשנית לטיפול, טיפול פומי ב- ivermectin נמצא יעיל יותר בהשוואה לטיפול במלתיון.

הערת סוקר: מחקר מצרפת שפורסם ב- NEJM. גם לאנגלית של הישראלים יש סיכוי. מחקר על נושא שהוא קהילתי - גם נזלת יכולה להיות מחלה מעניינת ויש עוד נושאים קהילתיים הממחכים למחקר איכותי. לעצם המחקר הנוכחי: כולנו יודעים שרוב הכישלונות בטיפול בכינמת נגרם מטיפול לא נכון ומהדבקה חוזרת. מחקר שפורסם בעיתון "הרפואה" לפני שנתיים הדגים שגם לרופאים יש חלק בכישלון מאחר ורמת הידע שלהם איננה מספקת לצורך אבחון, טיפול ומניעה של כינמת הראש. בניגוד לארצות הברית, אנחנו לא מונעים המשך ביקור במסגרת חינוכית לילד עם כינמת וכך קשה לקטוע את מעגל ההדבקה החוזרת. התכשירים לטיפול בכינמת אינם מחייבים מרשם מרופא ולכן חלק גדול מהמקרים מטופלים ללא מעורבות שלנו. אני עדיין מפחד להתוות מלתיון מאימת חומרי זרחן אורגניים שהטביעו בי רבותי. המחקר נתמך על ידי שתי חברות תרופות, ג'וזסון ומרק אשר בודאי הקלו על הצד הלוגיסטי כלכלי של ביצוע המחקר.

ביבליוגרפיה: מומצ'גולו ק וחב'. רמת הידע אודות הביולוגיה והטיפול בכינמת הראש בקרב רופאים בישראל. "הרפואה". 2008. כרך 147 ע' 754-757.

הערת המערכת: התרופה ivermectin אינה מופיעה באתר "מאגר תרופות" של משרד הבריאות לשימוש בבני אדם.

רקע: כינמת הראש נפוצה בכל העולם בייחוד בילדים. טיפולים טופיקליים נכשלים גם בגלל עמידות הכינה לחומרים שונים, כולל מקבוצת הפירתרואידים. המחקר משווה שני שיטות טיפוליות.

שיטות: מחקר מבוקר, רב מרכזי, אקראי, כפול סמיות, כולל אינבו. למחקר נכנסו ילדים שגילם מעל שנתיים ומשקלם מעל 15 קילוגרם, שאובחנה אצלם כינמת ראש בטווח 2 עד 6 שבועות לאחר טיפול טופיקלי קודם בתכשירים שונים לכינמת. כאשר אובחנו מספר ילדים מאותו בית אב הם נכללו באותה קבוצת התערבות. המטופלים קיבלו ivermectin בבליעה במינון 400 מיקרוגרם לק"ג או טיפול טופיקלי בתמיסת מלתיון 0.5%. לכל אחת מההתערבויות היה אינבו תואם במראה. בתקופת המחקר הילדים לא טופלו בתכשירים אחרים, לא סורקו במסרק לכינים ולא קבלו טיפול תרופתי אחר לכינים כולל cotrimoxazole ("רספרים"). הטיפול חזר על עצמו 8 ימים לאחר טיפול ראשוני. אבחון כינמת בוצע בעזרת סרוק עם "מסרק צפוף" לטיפול בכינמת. ניתוח הנתונים בוצע לפי ההגדרה לטיפול. הצלחה או אי הצלחה של הטיפול נקבעה על סמך בדיקה שבוצעה 15 יום לאחר סיום הטיפול.

תוצאות: במחקר נכללו 812 ילדים מ 376 בתי אב. בקבוצה שטופלה עם ivermectin 95.2% מהילדים היו ללא כינים לעומת 85% מאלה שטופלו עם מלתיון (P<0.001, 95% של רווח בר סמך: 4.6-15.7). לא היה הבדל מובהק בשכיחות תופעות לוואי בין שתי הקבוצות.

**ועד חיפ"א וחברי חיפ"א מרכינים ראש על פטירתם ללא עת של חבריו:
 דר' ניזאר תומא ז"ל,
 דר' אסף אורן ז"ל
 ומשתתפים בצער המשפחות**

כנסים בארץ

הכנס השנתי של האיגוד הישראלי לרפואת ילדים 24/11/2010
 מלון דויד אינטרקונטיננטל תל אביב
<http://www.pediatrics.org.il/ipa.asp>

חיפ"א - החברה הישראלית לפדיאטריה אמבולטורית - כנס חורף 27-29 ינואר 2011, אילת
<http://www.pediatrics.org.il/>

כנסים בינלאומיים

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

לכל סימפטום פתרון עם יתרון

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