

קדחת Q כרונית בחולים מהמרכז הרפואי הלל יפה - שלוש שנות מעקב

תקציר:

שרון רייספלד
מיכל שטיין

היחידה למחלות זיהומיות, מרכז רפואי הלל יפה, חדרה, והפקולטה לרפואה רפפורט, טכניון, חיפה

הקדמה: קדחת Q היא מחלה זואונוטית הגורמת לרוב למחלה זיהומית חדה, ובחלק מהחולים מתפתחת בהמשך מחלה כרונית. האבחנה מבוססת על סרולוגיה, ובמחלה כרונית יש צורך בחיפוש אחר מוקד הזיהום באמצעי הדמייה שונים בכדי לטפל באופן מיטבי בחולים.

מטרות: לדווח על חולים עם קדחת Q כרונית, שטופלו במרפאה במרכז הרפואי הלל יפה - גורמי הסיכון, מהלך המחלה והטיפול בהם, ומאפיינים סרולוגיים.

שיטות: המחקר מחקר תצפיתי תיאורי - איסוף נתונים מתיקי חולים שהיו במעקב המרפאה למחלות זיהומיות בין התאריכים 5.2016 - 1.2018 עקב קדחת Q כרונית. הגדרת המחלה נעשתה על פי הסתמנות קלינית מתאימה בנוכחות כייל ונוגדנים של Phase 1 IgG ≥ 800 . נאספו נתונים קליניים, מעבדתיים ודימותיים בזמן האבחון, במהלך הטיפול ובסיומו.

תוצאות: במהלך המחקר היו במעקב המרפאה שישה עשר חולים עם קדחת Q כרונית, כולם טופלו באנטיביוטיקה, שלושה מהם גם נותחו. גורמי הסיכון למחלה כרונית היו מחלה משמעותית של מסתמי הלב ב-11 חולים (69%), וגורם סיכון וסקולרי בחמישה חולים (31%). בקרב 13 חולים (81%) בוצע אקו תוך ושטי ובשמונה חולים (50%) בוצע מיפוי בשיטת 18F-FDG/PET-CT, אך מקור הזיהום זוהה בשבעה חולים בלבד, בארבעה זוהה זיהום במסתמי הלב ובשלושה אותר זיהום וסקולרי. חולים ללא מוקד זיהומי מוכח קיבלו טיפול הניתן בהוריה של זיהום במסתמי הלב.

דיון: בחולים במחקר עם קדחת Q כרונית היה זיהום מסתמי הלב שכיח יותר מזיהום וסקולרי. במיפוי 18F-FDG/PET-CT אובחן מוקד הזיהום בארבעה חולים. ב-56% מהחולים לא נמצא מוקד לזיהום חרף בירור נרחב.

סיכום: הצגנו חולים עם קדחת Q כרונית המטופלים במרפאה ייחודית במרכז רפואי אחד בישראל. קיים קושי באבחון מקור הזיהום, ונראה כי השימוש העולה ב-18F-FDG/PET-CT מאפשר לקבוע אבחנה מדויקת בחולים שלא נמצא בהם מוקד הזיהום בבדיקת אקו תוך ושטי.

מילות מפתח: קדחת Q כרונית; אנדוקרדיטיס; קוקסיאלה בורנטי.
:KEY WORDS Q fever; *Coxiella burnetii*; Endocarditis; Vascular infection

ובשיעור נמוך יותר זיהומים וסקולריים, עצם וכבד [1]. לעומת זאת, לאחר התפרצות המחלה בהולנד בשנים 2007-2009, נמצא כי זיהומים וסקולריים שכיחים יותר מזיהומים מסתמים בחולים עם קדחת Q כרונית [2,3].

האבחנה של קדחת Q כרונית מתבססת על סרולוגיה, וערך כייל הנוגדנים IgG phase 1 המגדיר מחלה כרונית הוא לפחות 800 על פי ה-modified duke criteria, ומעל ל-1,600 ואפילו 6,400 על פי הקריטריונים שהוצעו על ידי ראול וחב' [1] כסגוליים יותר [5]. בשנים האחרונות, עולה השימוש במיפוי בשיטת 18F-fluorodeoxyglucose positron emission (18F-FDG / PET CT) test / contrast tomography אחר מוקדי זיהום בכלל זיהומים וסקולריים בפרט במחלות זיהומיות שונות, כולל קדחת Q [1]. עד כה לא דווח בישראל

הקדמה

קדחת Q היא מחלה זיהומית זואונוטית הנגרמת על ידי חיידק גראם שלילי *coxiella burnetii*. הסתמנות המחלה השכיחה היא כשל מחלה זיהומית חדה, היכולה להיות אי-תסמינית במחצית מהחולים בקירוב, ובשאר החולים הביטויים מגוונים וכוללים מחלת חום בלתי סגולית, דלקת ריאות, דלקת כבד [1]. שיעור של 2%-5% מהחולים במחלה החדה מפתחים בהמשך מחלה כרונית, אולם בחולים עם גורמי סיכון [מסתמים תותבים, הפרעות קשות במסתמי הלב, הרחבת הוורטין (aorta), ונוכחות שתלים (grafts) בכלי הדם וממאירויות], שיעור החולים הלוקים במחלה כרונית מגיע עד 39% [2]. הצורה הכרונית השכיחה של קדחת Q בספרות היא זיהום של מסתמי הלב,

שתי הבדיקות. מוקד הזיהום זוהה באמצעות אקו תוך ושטי בשלושה חולים, באמצעות בדיקת 18F-FDG/PET-CT בשלושה חולים נוספים (חולה אחד עם זיהום במסתמי הלב שלא אובחן בבדיקת אקו ושטי, ושני חולים בהם אובחן כך זיהום וסקולרי), ובחולה אחד באמצעות בדיקת טומוגרפיה מחשבית (CT) רגילה (ואובחן זיהום וסקולרי). בתשעה חולים, למרות בירור, לא נמצא מוקד לזיהום. מידע מלא לגבי בדיקות הדימות שעברו קיים בשמונה מהם: בכולם בוצע אקו תוך ושטי ובארבעה גם מיפוי 18F-FDG/PET-CT. לשישה מהם היה גורם סיכון מסתמי ולשלושה גורם סיכון ווסקולרי.

רוב החולים טופלו שמרנית (81%) ושלושה נותחו: שניים עם זיהום במסתמם הלב ואחד עם זיהום וסקולרי. בטבלה 2 מוצגים עיקרי תוצאות הטיפול כולל מעקב סרולוגי במהלך ובסיום הטיפול, והשפעות לוואי עיקריות. הנתונים הסרולוגיים קיימים בשבעה חולים לאחר שנה של טיפול, בשישה מתוכם נצפתה ירידה בכייל phase 2 IgM, ובאף חולה לא נצפתה ירידה בכייל phase 1 IgG לפחות לרבע מהכייל שהיה בעת האבחנה. חולה אחד נזקק לשינוי טיפול אנטיביוטי עקב השפעות לוואי קשות (גרד שאינו מגיב לנוגדי היסטמינים במינונים גבוהים), שני חולים נוספים

על חולי קדחת Q כרונית עם זיהום וסקולרי. בישראל תוארה לאחרונה המחלה הכרונית בשנת 1997 על ידי איגרא וחב' [6] בסדרה של 35 חולים, מהם 21 עם זיהום מסתמי מוכח (בבדיקת דימות או בניתוח), ו-14 חולים בהם לא נמצא מוקד הזיהום. מרכז רפואי הלל יפה נמצא בלב איזור אנדמי לקדחת Q בישראל, ומשנת 2015 פועלת בו מרפאה לטיפול ומעקב אחר חולים הלוקים בקדחת Q.

מטרות המחקר

איסוף מידע עדכני על חולים עם קדחת Q כרונית באיזור אנדמי בישראל כדי ללמוד על מאפייני המחלה הכרונית בישראל, ותיאור גורמי הסיכון של חולים עם זיהום מסתמי הלב וחולים עם זיהום בכלי הדם.

שיטות

מחקר תצפית תיאורי שנערך במרכז רפואי הלל יפה בחדרה בין התאריכים 1.2018-5.2015. נכללו במחקר חולים מעל גיל 18 שנים שנמצאו במעקב המרפאה למחלות זיהומיות עקב אבחנה של זיהום כרוני מקדחת Q. החולים אובחנו על פי הסתמנות קלינית ועליית כייל נוגדנים אופייני עם phase 1 IgG בערך של 800 או יותר, עם או ללא בדיקות דימות תומכות. תיקי החולים נסקרו לצורך איסוף מידע שכלל: מידע קליני (גיל, מין, מחלות רקע וגורמי סיכון לזיהום כרוני בקדחת Q, ההסתמנות העיקרית של המחלה, מוקד הזיהום, משך הטיפול האנטיביוטי והשפעות לוואי); מידע מבדיקות מעבדה (כייל נוגדנים לקדחת Q בעת האבחנה, לאחר שנה של טיפול, ובסיום הטיפול האנטיביוטי); ומידע מבדיקות דימות (תוצאות בדיקות אקו לב, מיפוי 18F-FDG/PET-CT, ובדיקות רלבנטיות אחרות). לא נכללו במחקר חולים שבהם כייל IgG phase 2 היה גבוה יותר מאשר phase 1 IgG, מאחר שלא ניתן לשלול בחולים אלו שעליית כייל phase 1 IgG היא חלק מהשלב החד של המחלה ואינה מבטאת מחלה כרונית.

תוצאות

במחקר נכללו 16 חולים שהיו במעקב המרפאה למחלות זיהומיות במרכז רפואי הלל יפה בחדרה עקב זיהום כרוני בקדחת Q, בין התאריכים 1.2018-5.2015. החולים אובחנו בין השנים 2011-2017. מאפייני החולים מובאים בטבלה 1. כל החולים החלו לקבל טיפול אנטיביוטי משולב ב- doxycycline וב-hydroxychloroquine. כיום, עשרה מהחולים עדיין מקבלים טיפול אנטיביוטי. ההסתמנות הקלינית של החולים בזמן האבחון הייתה חום ב-13 מהם (81%), כאבי גב בחולה אחד, הפטיטיס בחולה אחד ואי ספיקת לב בחולה נוסף. שילוב גורמי סיכון למחלה כרונית היה שכוח: מחלת מסתמי הלב ומחלת כלי דם בארבעה חולים, בארבעה חולים הייתה מחלת מסתמי לב משמעותית ביותר ממסתם אחד, לשני חולים היה מסתם תותב וגם קוצב, ולאחד החולים הייתה אנמנזה של זיהום במסתם הלב.

אקו תוך ושטי בוצע ב-13 חולים (81%), במחצית מהחולים בוצע מיפוי 18F-FDG/PET-CT, ובשישה חולים (38%) בוצעו

טבלה 1: מאפייני 16 חולים עם זיהום כרוני בקדחת Q	
מספר החולים (%)	מאפיינים
64.5 (27-77)	גיל, שנים, חציון (טווח)
13 (81%)	מין - גברים (אחוז)
9 (56%)	גורמי סיכון למחלה כרונית:
4 (25%)	מסתם תותב
3 (19%)	מחלה מסתמית משמעותית אחרת
5 (31%)	קוצב לב קבוע
	הרחבת ותין (אאורטה) או שתל (גרפט) בכלי דם
7 (44%)	Phase 1 IgG באבחנה:
9 (56%)	3200-800
	≥ 6400
13 (81%)	בדיקות הדמייה
8 (50%)	ביצוע בדיקת אקו תוך ושטי
	ביצוע בדיקת 18F-FDG/PET-CT
4 (25%)	אבחנת מוקד הזיהום
3 (19%)	מוקד הזיהום במסתמי הלב
9 (56%)	מוקד הזיהום וסקולרי
	מוקד הזיהום לא ידוע

טבלה 2: תוצאות עיקריות של הטיפול ב-16 חולים עם קדחת Q כרונית	
17.5 (1-60)	משך טיפול בחודשים, חציון (טווח)
7 (44%)	תופעות לוואי
4 (25%)	פריחה פטוריאטית
2 (13%)	היפרפיגמנטציה
1 (6%)	בחילות/ צרבת
8 (מתוך 17)	תגובה סרולוגית לאחר שנה של טיפול אנטיביוטי
6 (מתוך 17)	ירידה בכייל phase 1 IgG לפחות פי 4 או מתחת ל-800
	Phase 2 IgM שלילי
6 (מתוך 18)	ירידת כייל phase 1 IgG לפחות פי 4 או מתחת ל-800
	בסיום הטיפול

מסוג IgM phase 2 לאחר שנת טיפול, הם גורמים פרוגנוסטיים טובים [10]. בקוהורט שלנו, באף חולה מהשבעה שבהם הממד היה ידוע לנו לא נצפתה ירידה מספקת בכייל phase 1 IgG, אולם בשישה מתוכם הייתה ירידה מספקת בכייל phase 2 IgM לאחר שנת טיפול. באף אחד מהחולים לא נעשה שינוי במדיניות הטיפולית, וברובם (6 מתוך 8) הייתה בסופו של דבר ירידה בכייל בסיום הטיפול. הדבר תומך בכך שירידת כייל IgM phase 2 היא הרגישה יותר כמדד פרוגנוסטי לתגובה לטיפול, ולראייה – במחקר שהדגים את הקשר בין גורמים אלו לתמותה, נמצא כי היעדר ירידת כייל phase 2 IgM לאחר שנת טיפול קשורה בעלייה בתמותה פי 12, לעומת היעדר ירידה מספקת בכייל phase 1 IgG שנקשרה לעלייה בשיעור של פי 5.6 בסיכון לתמותה [10]. מובן שמספר החולים הקטן אינו מאפשר מסקנה חד משמעית ומחייב המשך מחקר. אולם יש מגבלות למחקר: מדובר בקוהורט קטן של 16 חולים בלבד, המטופלים במרכז רפואי יחיד בישראל, ולא ניתן להסיק ממנו על כלל החולים עם קדחת Q כרונית בישראל או בעולם. למרות זאת, זהו המעקב העדכני הגדול ביותר על חולים בישראל הכולל מידע קליני ומעבדתי מפורט מחולים המטופלים במרפאת מעקב ייחודית במרכז אחד, ודיווח ראשון מישראל של חולים עם זיהום וסקולרי.

לסיכום

הצגנו לראשונה מעקב של שלוש שנים אחר חולים עם קדחת Q כרונית המטופלים במרפאה ייחודית במרכז אחד בישראל. רוב החולים טופלו בהוריה של זיהום במסתמי הלב, בין אם הוכחה האבחנה ובין אם לאו, ומיעוטם כזיהום וסקולרי אם הוכח. יש צורך בהעלאת המודעות למחולל זה בזיהומים וסקולריים כדי לאפשר אבחון וטיפול מיטביים. כמו כן, יש צורך להעלות את השימוש במיפוי 18F-FDG/PET-CT כחלק מהמערך לאבחון מחלות זיהומיות בכלל, וזיהומים וסקולריים וביניהם קדחת Q בפרט.

מחבר מכותב: שרון רייספלד

היחידה למחלות זיהומיות

מרכז רפואי הלל יפה, דרך השלום, חדרה

טלפון: 04-6188282

פקס: 04-6304955

דוא"ל: sharonr@hy.health.gov.il

ביבליוגרפיה

1. Eldin C, Mélenotte C, Mediannikov O & al, From Q fever to Coxiella burnetii infection: A paradigm change. Clin. Microbiol. Rev. 2017;30:115-90.
2. Fenollar E, Fournier P-E, Carrieri MP & al, Risks factors and prevention of Q fever endocarditis. Clin. Infect. Dis. 2001;33:312-6.
3. Kampschreur LM, Dekker S, Hagens JCP & al,

הפסיקו טיפול אנטיביוטי על דעת עצמם עקב השפעות לוואי שיוחסו לטיפול האנטיביוטי (האחד עם זיהום במסתמי הלב והשני עם זיהום שמקורו לא הוכח). חולה אחד נפטר, כשנה לאחר סיום הטיפול, ממחלה ממארת מפושטת שאובחנה לקראת סיום הטיפול בקדחת Q כרונית.

דיון

תיארנו קבוצת חולים המטופלת במרכז אחד בישראל, עקב זיהום כרוני בקדחת Q. הקוהורט כלל חולים שאובחנו במרכז הרפואי הלל יפה כמו גם חולים שאובחנו במרכזים אחרים, והופנו למרפאתנו לצורך המשך טיפול ומעקב. החולים היו ברובם גברים, לרובם היה גורם סיכון למחלה כרונית, כפי שמתואר בספרות [1]. ביותר ממחצית מהחולים למרות בירור נרחב לא נמצא מוקד לזיהום. הממצא דומה לדיווחים קודמים בישראל ובעולם [6,4]. בדיקת אקו, גם דרך הוושט, אינה מאפשרת לאבחן את כל החולים עם קדחת Q של מסתמי הלב, כפי שהודגם היטב בעבודה ממרסיי, צרפת, שבה רק בשישה מתוך 19 חולים עם זיהום ודאי שהוכח בניתוח של מסתמי הלב, היו ממצאים בבדיקת האקו שנעשתה לפני הניתוח [7]. לרוב החולים במחקר שלנו היה גורם סיכון מסתמי, ורק בשליש (חמישה חולים) גורם סיכון וסקולרי. גם בתת הקבוצה של חולים שבהם לא נמצא מוקד הזיהום, לרובם היה גורם סיכון מסתמי ורק למיעוטם גורם סיכון וסקולרי. בכל אלו עם גורם סיכון וסקולרי בוצע מיפוי 18F-FDG/PET-CT ולא נמצא מוקד מחלה. אומנם מספר החולים קטן, אך סביר להניח, כפי שהודגם גם במחקרים קודמים, שהזיהום בחולים שבהם לא נמצא מוקד זיהום בבדיקות דימות מצוי במסתמי הלב [8].

הגישה הטיפולית שונה בתלות במוקד הזיהום ובזיהום הווסקולרי, וניתוח משפר מאוד את סיכויי ההישרדות של החולים לעומת טיפול אנטיביוטי שמרני בלבד [9]. לנוכח עובדה זו, נודעת חשיבות רבה לאבחון מדויק של מוקד הזיהום. העלייה בביצוע בדיקות דימות בשנים האחרונות, ובעיקר במיפוי 18F-FDG/PET-CT, מאפשרת אבחון של זיהומים וסקולריים, כפי שלא נעשה בעבר, ולראייה בקוהורט שלנו, בארבעה חולים נקבעה אבחנה מדויקת באמצעות בדיקה זו (שלושה עם זיהום בכלי הדם וחולה נוסף עם זיהום במסתם שלא זוהה באקו תוך ושטי). אלדין וחב' [1] מתייחסים להדמייה המומלצת לאבחנה ומעקב בחולים עם קדחת Q כרונית, ולמיפוי 18F-FDG / PET-CT – מיקום חשוב בחולים עם זיהום זה בכלל ובחולים עם מחלה וסקולרית או גורמי סיכון וסקולריים בפרט [1].

כל החולים טופלו באנטיביוטיקה והשפעות לוואי לא היו נדירות, ובכל זאת רק בשני חולים הופסק טיפול אנטיביוטי עקב השפעות לוואי. בשני המקרים התקבלה ההחלטה על ידי החולה עצמו, והשפעות הלוואי היו קשורות קרוב לוודאי למחלות הרקע ולא לטיפול האנטיביוטי. בחולה נוסף הוחלף הטיפול האנטיביוטי למישלב של doxycycline ו-ciprofloxacin עקב השפעות לוואי. בקדחת Q כרונית, מלבד מעקב קליני, יש לעקוב אחר סרולוגיה מדי שלושה חודשים, וירידה של כייל הנוגדנים מסוג IgG phase 1 לערך הנמוך מ-800 או לפחות רבע מהערך שהיה בתחילת הטיפול, וכן היעלמות נוגדנים



ביטוח נסיעות לחו"ל

מדנס דואגת לכם בחו"ל גם בחורף

ביטוח נסיעות לחו"ל עם כיסויים רחבים, בהתאמה אישית. כדי ליהנות בחו"ל, חשוב להיות בראש שקט ונקי מדאגות, במיוחד בענייני בריאות. מדנס מציעה פוליסות המותאמות בדיוק לסוג הנסיעה שלך.



למדנס פתרונות ביטוח ייחודיים לסובלים מבעיות רפואיות



במדנס תוכלו לבחור את הכיסוי הביטוחי האופטימלי מתוך מבחר תוכניות ביטוח מובילות



מדנס תתאים עבורכם את הכיסוי הביטוחי בהתאם לאופי הטיול

שימו לב - ניתן לרכוש ביטוח ביטול טיסה מכל סיבה, לא משנה מה הסיבה בגינה אתם רוצים לבטל את הנסיעה אתם מכוסים!

צרו עמנו קשר בטלפון: 03-6380298

בימים א'-ה' 8:00-17:00

ניתן גם לרכוש את הביטוח אונליין באתר מדנס וביישומון מדנס

הורידו את יישומון מדנס
ב- App Store או ב- Google Play



רח' השלושה 2 ת"א, 6706054
www.madanes.com
madanes@madanes.com

מדנס SM
סוכנות לביטוח בע"מ
בריאות | חיים | חבויית | רכוש | פנסיוני

התנאים הקובעים, הינם תנאי הפוליסה (ניתן לפנות במייל לקבלת עיקרי הפוליסה) ט.ל.ח

- Identification of risk factors for chronic Q fever, the Netherlands. *Emerg. Infect. Dis.* 2012;18:563-70.
4. Wegdam-Blans MC, Stokmans R, Tjhie JHT & al, Targeted screening as a tool for the early detection of chronic Q fever patients after a large outbreak. *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* 2013;32:353-9.
 5. Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS & al, Infective endocarditis in adults: Diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 2015;132:1435-86.
 6. Siegman-Igra Y, Kaufman O, Keysary A & al, Q fever endocarditis in Israel and a worldwide review. *Scand. J. Infect. Dis.* 1997;29:41-9.
 7. Salamand A, Collart F, Caus T & al, Q fever endocarditis: over 14 years of surgical experience in a referral center for rickettsioses. *J. Heart Valve Dis.* 2002;11:84-90.
 8. Million M & Raoult D, Recent advances in the study of Q fever epidemiology, diagnosis and management. *J. Infect.* 2015;71:S2-9.
 9. Wegdam-Blans MCA, Vainas T, Van Sambeek MR & al, Vascular complications of Q-fever infections. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2011;42:384-92.
 10. Million M, Thuny F, Richet H & Raoult D, Long-term outcome of Q fever endocarditis: A 26-year personal survey. *Lancet Infect. Dis.* 2010;10:527-35.

כרוניקה

הקשר בין צריכת מוצרי חלב לבין מחלות לב וכלי דם בישראל



בפילוח לפי סוג המוצר נמצאה השפעה מיטיבה של חלב או יוגורט, אך לא של גבינה צהובה, על הפחתת האירועים הנ"ל. צריכת חמאה הייתה נמוכה בקרב הנכללים במחקר, ולא נמצא קשר עם השפעות לוואי כלשהן. חוזקו של מחקר זה הוא בעיקר בגודל המדגם ובכך שנעשו תיקונים לערפלים. עם זאת, במאמר מערכת נלווה מדגישים הכותבים, בהסכמה עם מחברי המחקר, כי ממצאים אלה מעידים רק על כך שאין להניא את הציבור מצריכת מוצרי חלב, ואולי אף להמליץ על צריכתם במדינות עלות הכנסה נמוכה עד בינונית. הם מוסיפים כי אין במחקר זה כדי להמליץ על צריכת מוצרי חלב עתירי שומן על דלי שומן, וכי יש להתייחס לממצאים הללו רק כעוד נדבך בסך כל הנתונים הנוגעים לסוגיה זו.

ההמלצה בקווים מנחים היא להמעיט בצריכת מוצרי חלב בעלי אחוז שומן גבוה, מאחר שהם מכילים חומצות שומן רוויות. דגהאן וחב' (Lancet 2018;392:24) ערכו מחקר עוקבה כדי להעריך את הקשר בין צריכת מוצרי חלב לבין תמותה ומחלות לב וכלי דם. המחקר שנקרא PURE כלל 136,384 איש בגילים 35-70 שנים מ-21 מדינות בחמש יבשות. צריכת מוצרי חלב כלליים או בודדים (חלב, יוגורט וגבינה) נרשמה על פי שאלונים. במשך 15 שנה דווח על 6,796 מתים ועל 5,855 אירועי לב וכלי דם חמורים. הממצאים הצביעו כי צריכת שתי מנות לפחות של מוצרי חלב ביום לוותה בהפחתת הסיכון (HR=0.84) לתמותה כללית או לתמותה שאינה מאירועי לב וכלי דם בהשוואה לקבוצה שלא צרכה כלל מוצרי חלב. תמותה מאירועי לב וכלי דם הייתה נמוכה יותר (HR=0.77), ושיעור אירועי המחח היה אף נמוך יותר (HR=0.66). לא נמצא כל קשר משמעותי בין צריכת מוצרי החלב לבין אוטם שריר הלב (VR=0.89).

איתן ישראלי

כרוניקה

קווים מנחים לפעילות גופנית בארה"ב



בשבוע. למבוגרים קשישים יותר מומלץ לבצע פעילות משולבת הכוללת אימון שיווי משקל, פעילות אירובית וחזוק שרירים. לנשים הרות או לאחר לידה מומלצת פעילות אירובית בעצימות בינונית לפחות 150 דקות לשבוע. מבוגרים בעלי מוגבלויות או מחלות כרוניות צריכים להשתדל לעקוב אחר הקווים המנחים למבוגרים בגילם ולבצע פעילות אירובית וחזוק שרירים. המסר העיקרי הוא - שבו פחות והיו פעילים יותר. תוספת קטנה של פעילות יכולה לשפר את הבריאות בצורה משמעותית, והן פעילות ארובית והן חיזוק שרירים מועילים ביותר. המאמר פונה לרופאים, לעזור ביישום התוכנית כדי לשפר את בריאות האוכלוסייה בארה"ב, ומומלץ גם ליישם קווים מנחים אלה בישראל.

רשויות הבריאות בארה"ב מעריכות כי כ-80% מהתושבים אינם פעילים גופנית, דבר המעכב התפתחות, פוגע באיכות השנה, גורר מחלות כרוניות והשמנת יתר. פירסי וחב' (JAMA 2018;320:2020) סיכמו את הקווים המנחים המומלצים לפעילות גופנית בגילים שונים, שגובשו על סמך מחקרים ועובדות מדעיות על ידי ועדה של משרד הבריאות בארה"ב. לילדים בין הגילים 3-5 שנים מומלץ להיות פעילים כל היום כדי לעודד התפתחות וגדילה. ילדים בגילים 6-17 שנים צריכים לבצע פעילות גופנית בעצימות בינונית עד גבוהה במשך 60 דקות כל יום. למבוגרים מומלץ לבצע פעילות בעצימות בינונית במשך 150-300 דקות לשבוע, או במשך 75-150 דקות לשבוע של פעילות אירובית בעצימות גבוהה, או לשלב בין האפשרויות הללו. כמו כן הם צריכים לשלב פעילות חיזוק שרירים לפחות פעמיים

איתן ישראלי



ספסמלגין

גם אנטיספסמודי, גם אנלגטי

ספסמלגין יעיל ביותר לטיפול ב:

- כאבים ספסטיים
- כאבים או עוויתות במערכת העיכול
- RENAL COLIC
- BILIARY COLIC

יתרונות ספסמלגין:

- פעולה מהירה
- יעילות גבוהה בהפחתת כאבים
- פעולה סינרגטית: שילוב שני מרכיבים אנטיספסמודים עם שני מרכיבים אנלגטיים

הרכב: CODEINE PHOSPHATE 10mg • ATROPINE SULPHATE 0.4mg • PARACETAMOL 150mg • PAPAVERINE HCl 80mg
אין להשתמש בילדים מתחת לגיל 12 שנים