

מגפת הכירורגיה ושברים בעצם השוקה: אלגוריתם לטיפול שמרני פונקציונלי בשברים בעצם השוקה

תקציר:

ישראל כהן
יניב קרן

המערך לאורתופדיה, מרכז רפואי
רמב"ם, חיפה

הקדמה: בשנים האחרונות, עם הופעתן של שיטות ניתוח מתקדמות לטיפול בשברים דיאפיזיים בעצם השוקה, נדמה כי חלה ירידה בהכרה ושימוש בגישה השמרנית המבוססת על גבסים נושאי משקל ודריכה מוקדמת. תופעה זו כונתה "מגפת הכירורגיה" בפי ד"ר אוגוסטו סרמיאנטו, אחד מאבות השיטה השמרנית לטיפול בשברי שוקה, בהתייחסו להעדפת מנתחים לביצוע הליך ניתוחי גם במטופלים שבהם ניתן לטפל בהצלחה באופן שמרני.

מטרות: במחקר זה בחנו את כלל המטופלים בעלי שברים דיאפיזיים בעצם השוקה אשר טופלו במערך לאורתופדיה במרכז הרפואי רמב"ם באופן שמרני בגבס פונקציונלי בתקופת המחקר, כדי לאפיין את תוצאות הטיפול השמרני, לאפיין את שלבי הטיפול השמרני הפונקציונלי, וליצור פרוטוקול טיפול פשוט ונגיש עבור הרופאים המטפלים. בנוסף, ביקשנו לבדוק האם קיימת העדפה להפניה לניתוח של מטופלים גם כאשר עמדת השבר, לפי המדדים המקובלים, מאפשרת טיפול שמרני.

שיטות: הערכת נתונים קליניים ודימוטיים עבור כלל המטופלים שהסתמנו עם שבר בעצם השוקה למערך הרפואי רמב"ם בתקופת המחקר (2012–2016), תוך איתור אלה מביניהם העונים על הקריטריונים לטיפול שמרני וטופלו בהפניה לניתוח או באופן שמרני. בקבוצת המטופלים השמרנית, עקבנו אחר מהלך ושלבי הטיפול, עד להחלמה מלאה.

תוצאות: נמצאו 153 מטופלים בעלי שבר בעצם השוקה בתקופת המחקר, מתוכם 15 טופלו בפרוטוקול טיפול שמרני פונקציונלי ו-33 טופלו בניתוח למרות עמידתם במדדים לטיפול שמרני (סה"כ 48 מטופלים אשר עמדו במדדים המקובלים לטיפול שמרני). כלומר, מסך כל המטופלים המתאימים לטיפול שמרני, רק 31.2% טופלו באופן זה, בעוד ש-68.8% טופלו בגישה ניתוחית, יש שיאמרו שלא לצורך. דהיינו, 25% מהמנותחים יכלו לקבל להיות מטופלים שמרנית, אך בהתאם להעדפת המנתח, נותחו לקיבוע פנימי בניתוח.

סיכום ומסקנות: ראינו כי יש העדפה ברורה לנתח מטופלים עם שברי שוקה גם כאשר עמדת השבר עומדת במדדים המקובלים לטיפול שמרני. מצאנו כי תוצאות הטיפול השמרני הפונקציונלי, הנהוג במרכז הרפואי רמב"ם, מביאות לתוצאות רנטגניות מקובלות, ללא שינוי משמעותי בעמדת השברים, גם תחת דריכה והפעלה מוקדמות. בהתחשב בסיבוכי ההרדמה והניתוח, ובעלות הכספית הגבוהה למערכת הבריאות, אנו מאמינים כי ראוי לפעול להגברת המודעות לטיפול השמרני הפונקציונלי בשברים דיאפיזיים בעצם השוקה.

מילות מפתח:
:KEY WORDS

שברי שוקה; אוגוסטו סרמיאנטו; טיפול פונקציונלי; מגיפת כירורגיה; גבס פונקציונלי תומך ברך
Tibial fracture; Augusto Sarmiento; Functional bracing; Surgery epidemic; Patellar tendon bearing cast

מלא ככל האפשר. לשם כך יש להשיג איחוי עצם תקין, תוך שמירה על אורך וציר הגף בכל המישורים. מטרה זו ניתנת להשיג הן בגישה ניתוחית והן בגישה שמרנית, כאשר דרך הטיפול לרוב נקבעת על פי דעת הרופא המטפל ובהתאם לניסיונו והשקפותיו ולא בהכרח בהסתמך על מחקרים איכותיים לגבי אופן הטיפול המיטבי. לפיכך, שברים רבים אשר עומדים במדדים לטיפול שמרני, למעשה מנותחים.

הקדמה

מבין העצמות הארוכות בגוף, עצם השוקה (Tibia) היא זו הנשברת בתדירות הגבוהה ביותר [1], כך שבארה"ב בלבד יש מעל 75,000 שברים כאלה בשנה [2], וגיל הפציעה הממוצע הוא 37 שנים [3]. מטרת הטיפול העיקרית בשברי שוקה, כמו בכל עצם אחרת, היא החזרת הגף הפגוע לתפקוד



תמונה 1:
גבס פונקציונלי
תומך ברך (PTB); גבס
זה מאפשר דריכה
מוקדמת, הפעלה
מלאה וכמעט מיידית
של מפרק הברך.

תמונה 2:

שחרור מפרק הקרסול במהלך הטיפול הפונקציונלי יכול להתבצע בשתי דרכים. מימין, שחרור גב כף הרגל והקרסול, ודריכה על נעל רכה; משמאל, שחרור הקרסול באופן מלא תוך השענות הגבס על הפטישונים ולשיטה זו קוראים המחברים (Malleolar bearing).



למרות זאת. בכך ביקשנו לאמוד את שיעור המטופלים מכלל המנותחים אשר יכולים היו להפיק תועלת מטיפול שמרני פונקציונלי, ובכך להימנע מהתערבות ניתוחית על סיבוכים.

שיטות מחקר

מתוך כלל המטופלים במערך האורתופדי במרכז הרפואי רמב"ם בתקופת המחקר, החל מנובמבר 2012 ועד דצמבר 2016, עקב שבר דיאפיזי (מרכז העצם) של עצם השוקה, 153 מטופלים עמדו בדרישות ההכללה לטיפול שמרני.

דרישות ההכללה במחקר:

- מטופלים מעל גיל 18 שנים.
- שברים סגורים או פתוחים בדרגת גוסטילו 1 לכל היותר.
- חבלה מבודדת לשוק, למעט שבר בעצם השוקית באותה הרגל.
- שברים שעמדו במדדים המקובלים לטיפול שמרני: התקצרות עצם שאינה עולה על 1 ס"מ, עיוות במישור הסגיטלי בשיעור 10 מעלות לכל היותר, עיוות במישור הקורונלי בשיעור 5 מעלות לכל היותר.

בקבוצת המחקר, עברנו על הגיליון הממוחשב במעקב במרפאה, ותועדו שלבי הטיפול השונים (הוראות דריכה, שלבי המעבר מגבס מלא לגבס פונקציונלי קצר, שחרור

כך, לדוגמה, ניתן לראות במחקר שנבחן בו טיפול שמרני לעומת ניתוח בשברי עצם השוקה במתבגרים, כי אף על פי שטיפול שמרני הוא טיפול קו ראשון מקובל, קיימת נטייה גוברת לטפל בשברים אלו בנייתוח [4].

שיטת הניתוח באמצעות מסמר תוך לשדי, המובילה בשברים בעצם השוקה, מעניקה יציבות גבוהה לאזור השבר, ולכן לא ניתן להתעלם מיתרונותיה במתן האפשרות לדריכה ובהפעלה מיידית של מפרק הברך והקרסול. יחד עם זאת, יישום נרחב ולא מיידתי של שיטה זו עשוי להוביל לסיבוכים הנלווים לניתוח. דהיינו, זיהומי פצע, צלקות מכאיבות, צורך בניתוחים חוזרים להוצאת מתכות וכאבי ברך כרוניים ברגל המנותחת, העשויים להגיע עד לכדי מחצית מהמנותחים [2]. הטיפול השמרני הפונקציונלי, כפי שתואר לראשונה בשנת 1967 על ידי ד"ר אוגוסטו סרמיניטו [5], מאפשר דריכה מוקדמת והפעלה מוקדמת של מפרק הברך, ובהמשך של מפרק הקרסול, ללא הסיבוכים האפשריים שבניתוח. הטיפול מורכב מקיבוע ראשוני של השבר באמצעות גבס ארוך, ולאחר זמן קצר, מעבר לגבס פונקציונלי (Functional fracture bracing) [2]. הקיבוע הפונקציונלי מתבסס על ההנחה כי בניגוד לקיבוע מוחלט, דריכה על הגף הפגוע מזרזת את תהליך בניית העצם ובכך מסייעת להחלמה מהירה יותר [6], תוך הימנעות מדלדול השרירים וקישיון המפרקים האופייניים לקיבוע ממושך מעל הברך, כפי הנהוג בטיפול שמרני שאינו פונקציונלי.

אחד המאפיינים הייחודיים לטיפול השמרני הפונקציונלי הוא השימוש בגבס מסוג Patellar tendon bearing (PTB) (תמונה 1). גבס זה למעשה מאפשר העברת חלק ממשקל הגוף אל הפיקה והברך בעת דריכה, כך שהכוחות העוברים דרך השבר הם מופחתים [7]. גבס זה מאפשר דריכה והפעלה מוקדמת של הברך, תוך הימנעות מקיבוע ממושך של מפרק זה. בנוסף, כחלק מהטיפול השמרני הפונקציונלי, בשלב שבו מתחיל חיבור באזור השבר, מבוצע תיקון של הגבס באזור הקרסול, באופן המאפשר הפעלת הקרסול באופן מוקדם. דבר זה מאפשר הימנעות מהתפתחות נוקשות של מפרק הקרסול כתוצאה מקיבוע ממושך בגבס (תמונה 2).

בעשורים האחרונים, כחלק ממגמה כללית בעולם האורתופדיה [8,9], נדחק הטיפול השמרני במידת מה לשוליים לטובת זה האפשרות של ניתוח. כתוצאה מכך ירדה מידת ההיכרות של הרופאים המטפלים עם שיטת סרמיניטו לטיפול בשברי עצם השוקה, כך שמטופלים רבים שהוחלט לגביהם על טיפול שמרני מטופלים לעיתים בגבסים ארוכים למשך כל תקופת ההחלמה, וזאת בניגוד גמור לעקרונות השיטה על פי סרמיניטו.

מטרות

מטרותינו בעבודה זו היו לבחון את תוצאות הטיפול הפונקציונלי, לתאר את שלבי הטיפול השונים, ולהעלות את המודעות לטיפול בשיטת סרמיניטו, תוך מתן כלים לרופאים המטפלים לשימוש מושכל בשיטה זו.

בנוסף, ביקשנו לבחון את שיעור המטופלים מביין כלל שברי השוקה אשר התקבלו למוסדנו ומלכתחילה עמדו במדדים המקובלים לטיפול שמרני, אך טופלו בנייתוח

תרשים 1:

הערכה דימותית של תוצאות הטיפול השמרני על ידי בחינת התקצרות העצם (במ"מ), עיוות העצם במישור הקורונלי (במעלות) ובמישור הסגיטלי (במעלות). ניתן לראות כי תוצאות הטיפול השמרני בערכים מוחלטים תואמים את הסטנדרט הטיפולי הרצוי עבור שברים מסוג זה.



2016. לבסוף, על מנת לאמוד באופן איכותי את העלויות למערכת הרפואית בבחירה בנייתוח, בדקנו את מספר ימי האשפוז בקרב המנותחים, ואת מספר הניתוחים החוזרים.

תוצאות

מתוך 153 החולים בתקופת המחקר שטופלו עקב שברי שוקה דיאפיזיים במערך לאורתופדיה במרכז הרפואי רמב"ם, 21 (13.7%) טופלו שמרנית, כאשר שישה מהם נפסלו (ארבעה טופלו שלא לפי שיטת סרמיניטו, אחד טופל בעבר באמצעות מסמר תוך לשדי ברגל הפגועה, ואחד לא עמד במדדים לטיפול שמרני, אך טופל שמרנית עקב סירובו לניתוח). חמישה-עשר המטופלים הנותרים (9.8%) היוו את קבוצת המחקר.

מתוך 132 (86.2%) המטופלים שנותחו לקיבוע באמצעות מסמר תוך לשדי, 95 לא עמדו במדדים לטיפול שמרני. בארבעה מטופלים הצילומים בקבלתם לא אפשרו הערכה מיטבית של ציר השוקה לאחר השבר. מכלל החולים, 33 (21.5%) עמדו במדדים לטיפול שמרני אולם טופלו באמצעות ניתוח.

עמדת השבר: בבדיקת דימות של עצם השוקה בתחילת הטיפול ובסופו, קבוצת המחקר הציגה תוצאות משביעות רצון (תרשים 1). נמצא שיפור קל בקיצור העצם (0.79 לעומת 0.72 מ"מ, $p=0.46$), החמרה קלה בעיוות העצם במישור הסגיטלי (2.23 לעומת 2.53 מעלות, $p=0.48$) ושיפור בעיוות העצם במישור הקורונלי (2.5 לעומת 1.17 מעלות, $p=0.04$).

שלבי הטיפול: בבחינת שלבי הטיפול השונים בקבוצת המחקר (תרשים 2), מצאנו כי הזמן הממוצע להעברת המטופל מגבס ארוך לגבס פונקציונלי מסוג PTB הוא 27.1 ימים לאחר הפציעה (חציון 20, סטיית התקן 17.9); להורייית המטופל לנשיאת משקל חלקי – 34.9 ימים לאחר הפציעה (חציון 30, סטיית התקן 23.2); להורייית המטופל לנשיאת משקל מלא – 51.6 ימים לאחר הפציעה (חציון 30, סטיית התקן 31.8); לשחרור קרסול המטופל על מנת לעודד תנועה במפרק הקרסול – 53 ימים לאחר הפציעה (חציון 43.5, סטיית התקן 23.3); להורדת הגבס – 104.3 ימים לאחר הפציעה (חציון 94, סטיית התקן 35.9); ולבסוף, הזמן הממוצע לאיחוי מלא של השבר היה 132.2 ימים לאחר הפציעה (חציון 126, סטיית התקן 31.5).

משך אשפוז: בבחינת עלויות הטיפול הדגימה קבוצת המחקר ממוצע של שני ימי אשפוז, כאשר ארבעה מטופלים (26.6%) לא התאשפזו כלל ושלשה (20%) השתחררו ביום למחרת.

תרשים 2:

תזמון ביצוע שלבי הטיפול השונים בטיפול השמרני (בימים) עבור כלל המטופלים (נקודות כחולות) לאורך ציר הזמן. ניתן להתרשם כי ישנה שונות גדולה בתזמון השלבים השונים במהלך הטיפול עבור כל מטופל.



מפרק הקרסול, ומועד הסרת הגבס). כמו כן, נאספו נתונים בנוגע לסיבוכים תחת הטיפול השמרני הפונקציונלי. בנוסף, עבור כל מטופל נאספו נתונים ממערכת נתוני הדימות של בית החולים (PACS): מידת התקצרות העצם, העיוות במישור הקורונלי ובמישור הסגיטלי. נתונים אלו נאספו מהצילומים הראשונים, לפני התחלת הטיפול הפונקציונלי, ובסיום הטיפול, בעת הורדת הגבס.

כדי להעריך את תוצאות הטיפול בוצע מבחן t עבור שני מדגמים תוך הנחת התפלגות שווה, לבחינת המובהקות הסטטיסטית בהבדלים בין ממוצעי מידת התקצרות העצם, העיוות במישור הקורונלי ובמישור הסגיטלי, בתחילת הטיפול ובסופו, באמצעות תוכנת Microsoft Office Excel



**אין יותר קל מלרשום קסניקל
הבחירה היעילה והבטוחה
לטיפול בהשמנה**

הבחירה הראשונה בהורדת משקל!

XENICAL[®]
orlistat 120mg
LOSE WEIGHT. GAIN LIFE.

למה קסניקל?

- ✓ פועלת מקומית ולא סיסטמית!^{1,2}
- ✓ ללא השפעה על מערכת עצבים מרכזית ו/או מערכת הורמונלית!^{1,3}
- ✓ ניתנת לטיפול בהשמנת יתר מגיל 12 ומעלה!^{4,5,6}

על כן תמליץ למטופל/ת שלך XENICAL לפני כל טיפול תרופתי אחר בהשמנה!

המינון המקובל בדרך כלל: כמוסה אחת של ORLISTAT 120 mg עם כל אחת משלוש הארוחות העיקריות ביום. למידע עדכני ומלא יש לעיין בעלון לרופא כפי שאושר על ידי משרד הבריאות.

זמינה בכל קופות החולים בביטוחים המשלימים מאוחדת לאומית מנצ'י נולית 100 שנה

מענה רוקחי בנושא בטיחות הטיפול התרופתי Safety@tzamal-medical.co.il



1. Xenical physician leaflet as approved by the Ministry of Health. 2. Xenical product monograph, November 18,2015. 3. Xenical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study. Torgerson JS et al. Diabetes Care;27:155-161,2004. 4. Effect of Orlistat on weight and body composition in obese adolescents. Chanoine JP et al. JAMA;293:2873-2883,2005. 5. Patient information leaflet (PIL) as approved By the Ministry of Health 6. Treatment of overweight and obesity in children and youth: a systematic review and meta-analysis (2015 8872147 Canada Inc. or its licensors)

שלושה מטופלים שלגביהם תיעד המטפל כי הוצעה להם הבחירה בין טיפול שמרני לניתוח, ובשלושת המקרים בחרו המטופלים בטיפול שמרני. ייתכן כי בפועל הוצגו אפשרויות הטיפול השונות בפני יתר המטופלים, אך לא נמצא תיעוד מתאים לכך בגיליון הרפואי הממוחשב.

בנוסף, מצאנו כי שיעור הניתוחים החוזרים הגבוה בקרב המנותחים בתקופת המחקר, מעיד כי בחירה מושכלת באילו חולים עדיף יהיה לבחור בטיפול שמרני פונקציונלי, עשויה לצמצם את תופעת מגפת הכירורגיה, וכתוצאה מכך להביא להקטנת שיעור הסיבוכים הניתוחיים.

דיון

במערך לאורתופדיה במרכז הרפואי רמב"ם, הטיפול השמרני המקובל הוא הפונקציונלי, בהתאם לעקרונותיו של ד"ר סרמינטו. אנו מאמינים, מהיכרות עם אנשי המקצוע בתחום ופועלם, כי במרכזים רפואיים אחרים ברחבי הארץ הטיפול הפונקציונלי אינו נפוץ, ולכן מובן החשש מטיפול שמרני המצריך קיבוע ממושך של הגוף והמפרקים הסמוכים לשבר, עד לחיבור המאפשר את הורדת הגבס. משום כך אנו רואים חשיבות גבוהה בפרסום עבודה זו, על מנת להקנות כלים נוספים, שאינם ניתוחיים, לטיפול בשברים נפוצים אלו, וזאת על מנת להביא להפחתת העומס המחלקות המנתחות, ולצמצום שיעור הסיבוכים.

המלצות לטיפול שמרני פונקציונלי:

- יש לבחור מטופלים בעלי שיתוף פעולה גבוה, אשר השבר הדיאפזי בשוקה עונה על המדדים המקובלים:
- קיצור של עד 1 ס"מ, עיוות במישור הסגטלי בשיעור של 10 מעלות לכל היותר, ועיוות במישור הקורונלי בשיעור של 5 מעלות לכל היותר.
- בעת התקנת הגבסים יש להקפיד על רוטציה זהה לגף הבריא.
- המעבר לגבס פונקציונלי תומך ברך (PTB) רצוי להיעשות בין 10-14 ימים ממועד החבלה.
- יש העדפה לשימוש בגבסים קלים, המאפשרים ניידות נוחה יותר.

במידת האפשר, בתלות ברמת הכאב של המטופל, יש לעודד דריכה מוקדמת ככל שניתן, מיד לאחר המרת הגבס הראשוני לגבס פונקציונלי. יש להדריך את המטופל לשאת משקל על נעל רכה או נעל דרקו, ללא הגבהה בעקב, על מנת לשמור על שלמות הגבס (במידה ונעשה טיפול בגבס רגיל, יש להתקין עקב בגבס לצורך דריכה). בעת הופעת סימני חיבור, ובמידה ומידת הכאב מזערית, יש לשחרר את הקרסול לצורך הפעלת המפרק (יש שתי דרכים לעשות זאת, כמתואר במאמר). הסרת הגבס תיעשה לפי שיקול קליני ורנטגני – היעדר כאב, דריכה חופשית ללא קושי, ועדות לחיבור סולידי של השבר בצילום, מהווים מדד להסרת הגבס.

מגבלות המחקר

למרות שהמערך לאורתופדיה במרכז הרפואי רמב"ם הוא מהגדולים בישראל, וגיוס המטופלים השתרע על פני מספר

סיבוכים: בקבוצת המחקר מטופל אחד בלבד סבל מסיבוכן משמעותי כאשר פיתח תסחיף ריאתי במהלך תקופת הטיפול. המקרה טופל תרופתית בלבד במחלקה להמטולוגיה.

דיון

טיפול שמרני פונקציונלי בשברים דיאפזיים בעצם השוקה על פי גישת סרמינטו, מבוסס על עקרונות כגון נשיאת משקל והפעלה מוקדמים על מנת לעודד החלמה מהירה. ואכן, גישה זו נוסתה בהצלחה במקומות רבים עוד משנות ה-60 של המאה הקודמת [10]. הבנה טובה של עקרונות הטיפול הפונקציונלי ומתי ראוי ליישמו, מובילה לטיפול מיטבי במטופלים עם שבר בעצם השוקה. טרם עבודה זו שיערנו כי כיום, בעידן "מגפת הכירורגיה", אפשרות הטיפול בניתוח היא זו המועדפת על ידי רבים מהמטופלים, ללא הסתמכות על מחקרים איכותיים בתחום. ואכן, בהתאם להשערה זו, מצאנו כי מתוך כלל המטופלים העומדים במדדים לטיפול שמרני, מיעוט החולים טופלו באופן שמרני פונקציונלי, ומספר לא מבוטל מהם, מעט פחות מרבע מהמנותחים, עמדו במדדים לטיפול השמרני, אך נותרו בכל זאת.

בבחירת תוצאות הטיפול, ובפרט עמדת השבר, הטיפול השמרני הפונקציונלי לפי שיטת סרמינטו אינו טוען לשיפור קיצור העצם ועמדת השבר, אך גם לא להחמירה. משכך, שיטת טיפול זו מוגבלת לשברים בעלי קיצור עצם שאינו עולה על 10 מ"מ. כך גם הדבר עבור שינוי עמדת השבר במישור הסגטלי והקורונלי. בהתאם לכך, הדגמנו כי השינויים בעמדת השברים, בסוף תהליך הטיפול השמרני-פונקציונלי, בהשוואה לתחילת הטיפול, הם קטנים ואינם משמעותיים סטטיסטית. השוואה זו נעשתה על מנת להפיג את חשש הרופאים המטופלים, משינוי בעמדת השברים תחת נשיאת משקל והפעלה מוקדמים, עוד בטרם הושג חיבור של השברים, ואכן כך הודגם בעבודה זו.

כאשר בחנו את מהלך הטיפול השמרני על שלביו השונים (מעבר לגבס פונקציונלי, נשיאת משקל חלקית, שחרור קרסול וכו'), ראינו כי קיימת שונות גדולה עבור פרק הזמן בו בוצע כל שלב ביחס ליום הפציעה. כך לדוגמה, מטופלים מסוימים הועברו לגבס פונקציונלי לאחר תשעה ימים ומטופלים אחרים לאחר כ-60 יום. אנו משערים כי השונות נובעת ממספר סיבות, ביניהן חוסר בקיאות מסוימת בקרב חלק מהמטופלים באשר לפרקי הזמן הדרושים עבור כל שלב ושלב, חוסר היענות מצד המטופלים, אשר לעיתים אינם מגיעים בזמן הקבוע להם למרפאה לאורתופדיה לצורך המשך טיפול, ושוני בסף הכאב בין מטופל למטופל, אשר אינו מאפשר תמיד מעבר לגבס דריכה בזמן הרצוי. תוצאה זאת מחזקת את הנחתנו, כי יש צורך בהצגת נתוני המחקר בפני קהילת הרופאים האורתופדים, על מנת לעודדם לעשות שימוש בשיטה זו, ולפעול לעידוד המטופלים לדריכה והפעלה בשלב מוקדם ככל שניתן.

מגפת הכירורגיה

אחת הנקודות שבחנו היא, האם המטופלים נוהגים להציג למטופליהם את אפשרות הבחירה בין טיפול שמרני לניתוח, כפי המשתמע מהתיעוד הרפואי בתיק המטופל. מצאנו

המתופל שלך מקבל אינסולין בזאלי ואינו מאוזן?

אל תתפשר!!!

שדרג ל- Xultophy®



**Xultophy® אינטנסיפיקציה פשוטה* ויעילה
למתופל הסוכרתי שלך**

זולטופיי (Xultophy®) זמין במסגרת סל הבריאות למבוטחים העונים על:

• BMI בין 28 ל-30
• -I HbA1c מעל 7.5%
• שהינם חולים באחד מהבאים:
• מחלות לב כלילית
• מחלה סרברווסקולארית
• מחלת کلیה כרונית

• BMI בין 28 ל-30
• -I HbA1c מעל 9%

• BMI מעל 30
• -I HbA1c מעל 7.5%

לאחר מיצוי הטיפול התרופתי בשתי תרופות פומיות לכל הפחות, לא סבלו בעבר מפנקריאטיטיס; אינם סובלים מאי ספיקה כליתית (קראטינין מתחת 1.5)

Xultophy® is indicated for the treatment of adults with type 2 diabetes mellitus to improve glycaemic control in combination with oral glucose-lowering medicinal products when these alone or combined with a GLP-1 receptor agonist or basal insulin do not provide adequate glycaemic control.
*מתן פעם ביום ללא תלות בארוחות

יש לעיין בעלון לרופא המפורסם באתר משרד הבריאות

מסקנות

תוצאות המחקר אכן מחזקות את השערתנו הראשונית, אשר לפיה יש העדפה ברורה לניתוח גם בחולים שבהם עמדת השבר מאפשרת טיפול שמרני בלבד. היכרות עם שיטת סרמיאנטו, ועם האפשרות לדריכה והפעלה מוקדמים, מאפשרת לרופאים המטפלים לשקול כלי טיפולי נוסף, בעת קבלת ההחלטה הטיפולית בשברים דיאפיזיים בעצמות השוקה. בנוסף אנו סבורים, כי מטופלים שיש לגביהם הוריה לניתוח יפיקו תועלת משיטת טיפול נוחה ותפקודית, ללא צורך בקיבוע הגף מעל הברך לתקופת זמן ממושכת.

מחבר מכותב: ישראל כהן
 דוא"ל: Israelc38@gmail.com

שנים, עדיין יש מספר מועט יחסית של מטופלים בעלי שבר דיאפיזי בעצם השוקה אשר טופלו לפי שיטת סרמיאנטו. לכן, היקף המדגם בעבודה זו הוא מצומצם.

נוסף על כך, אנו נאלצים לסייג חלק ממסקנותינו עקב תיעוד חלקי לעיתים בגיליון הרפואי הממוחשב. כך לדוגמה, יש קושי להעריך האם המטופלים בחרו בטיפול לאחר שהוצעו להם חלופות שונות, או שמא הוצע להם אך ורק טיפול מסוים. בנושא זה יש לציין כי המחקר נושא את מגבלותיו של מחקר מסוג תצפיתי ויש מקום לבחון את נכונות הטענה על ידי ניסוי מתאים.

לבסוף, פרקי הזמן הארוכים בין פגישות המרפאה ולפיכך הקושי לנעוץ באופן מדויק את הזמן שבו הגיע השבר לאיחוי מלא (time to union), מקשים על הערכת משך הזמן הדרוש עבור החלמה מלאה.

ביבליוגרפיה

1. Luo P, Xu D, Wu J & Chen YH, Locked plating as an external fixator in treating tibial fractures. *Medicine (United States)*. 2017.
2. Courtney PM, Bernstein J & Ahn J, In brief: Closed tibial shaft fractures. *Clin Orthop Relat Res*. 2011;469(12):3518-21.
3. Mcbirnie J, the Epidemiology of Fractures. 1995;77(3):417-21.
4. Ho CA, Tibia shaft fractures in adolescents: How and when can they be managed successfully with cast treatment? *J Pediatr Orthop*. 2016.
5. Sarmiento A, A functional below-the-knee cast for tibial fractures. 1967. *J Bone Joint Surg Am* [Internet]. 2004;86-A(12):2777. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15590866>
6. Sarmiento A & Latta LL, Functional fracture bracing. *J Am Acad Orthop Surg*. 1999;7(1):66-75.
7. Sarmiento A & Latta L, The evolution of functional bracing of fractures. *J Bone Joint Surg Br*. 2006;88(2):141-8.
8. Sarmiento A, Looking at Ourselves. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)* [Internet]. 2018 May [cited 2018 Aug 19];47(5). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29883513>
9. Sarmiento A, Orthopedic guidelines: Relevance. *Indian Journal of Orthopaedics*. 2011;
10. Sarmiento A, Gersten LM, Sobol PA & al, Tibial Shaft Fractures Treated With Functional the Journal of Bone and Joint Surgery Braces Experience With 780 Fractures. *J Bone Jt Surg*. 1989;7(1):602-9.

כרוניקה

נגיף קורונה החדש (SARS CoV-2) אינו עובר כנראה מאם הרה לעובר



השלישי להיריון. שבע מהן לקו בחום ובתסמינים שכללו שיעול, כאבי שרירים, כאב גרון וכן הרגשה כללית רעה. מצוקת עובר אובחנה בשתי נשים. חמש נשים אובחנו עם לימפופניה (10⁹ תאים לליטר). כל התשע לא לקו בדלקת ריאות קשה וכולם שרדו. כל הנולדים שרדו וציון אפגר לדקה אחת היה 8-9, ו-5 דקות 9-10. לא נמצא נגיף קורונה בכל הדגימות שנלקחו מהתינוקות, וגם מחלב האם. המחברים מסכמים כי אין עדות להעברה תוך רחמית של נגיף קורונה החדש מהאם לעובר ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)).

איתן ישראלי

בניגוד לדיווח בודד ולא מתועד היטב של העברת נגיף קורונה החדש מאם הרה לעובר, התפרסם ב-12.2.20 מאמר בכתב העת לנצט שבו צוין, כי בתשע נשים הרות שלקו במחלה (COVID-19) לא התרחשה העברת נגיף לעובר.

צ'אן וחב' בדקו את הנתונים הרפואיים של תשע הנשים ההרות, שאובחנו במעבדה כלוקות במחלה, כולל צילומי טומוגרפיה מחשבית (CT) של בית החזה, בדיקות מעבדה וכדומה, בבית חולים אוניברסיטאי בעיר ווהאן. אי הדבקת העובר נקבעה על ידי בדיקות הנוזל האלנטואי, דם חבל הטבור, ומשטחי גרון של התינוקות הנולדים. כל תשע הנשים ילדו בניתוח חיתוך דופן הבטן בשליש



VITAMIN D₃ 1000

היחיד הרשום בישראל כתרופה

רק טיפול בתרופה מבטיח קבלת מינון ויטמין D₃ מדויק ובאיכות מבוקרת

ויטמין D תוספי תזונה	ויטמין D ₃ 1000 תרופה		
אין התוויה. משרד הבריאות דורש הצבת שלט בבתי מרקחת המציין: "תוספי תזונה אינם תרופות ואינם מיועדים לטיפול או מניעה של מחלות"	בעלת התוויה טיפולית: "תוספת ויטמין D ₃ וטיפול משלים באוסטאופורוזיס"		התוויה
אין לדעת. מחקר בג'ורנל JAMA ¹ הראה כי תכולת החומר הפעיל בתוספי תזונה של ויטמין D ₃ עשויים לנוע בטווח של 9% עד 146% בטבליה, בין יצרנים שונים	מדויק ואחיד בכל טבליה		תכולת חומר פעיל בטבליה
אין חובה לבדיקת תכולה עבור כל אצווה ואצווה לפני שחרור לשוק	כל אצווה נבדקת בבדיקת תכולת ויטמין D בטרם יציאה לשוק ובהתאם להוראת משרד הבריאות.		בדיקת תכולה
איכות חומר גלם שונה משל תרופה. בתוספי תזונה חומרי הגלם הינם ברמת מזון, איכותם נבדקת באופן מדגמי בלבד	חומרי גלם איכותיים העומדים בדרישות פרמצבטיות מחמירות		איכות חומר גלם
דרישות האיכות לייצור תוסף תזונה הן ברמה של תעשיית המזון	עמידה בבדיקות מחמירות הנדרשות על ידי משרד הבריאות לייצור תרופה		בקרה

ויטמין D₃ 1000 - מקפידים לרשום תרופה, כי כל השאר רק תוספי תזונה

על פי מחקר שפורסם ב-JAMA¹:

- תוספי תזונה אינם מכילים כמות מדויקת של חומר פעיל
- בין התוספים שנבדקו נמצאו טבליות המכילות רק 9% מהחומר הפעיל

**להשיג במכבי, רשתות הפארם ובתי המרקחת הפרטיים
מחיר לצרכן: 16.20 ש"ח בלבד!**



1. "Over-the-Counter and Compounded Vitamin D: Is Potency What We Expect?". JAMA Intern Med. 2013 Apr 8;173(7):585-6