

# מחלות עור בקשישים המאושפזים במרכז הרפואי לגליל - השוואה בין שתי קבוצות גיל

תקציר:

**הקדמה:** חלק מהפניות לחדרי המיון בבתי החולים קשורות לבעיות עור, אך גם חולים המאושפזים עקב סיבות אחרות, לוקים במחלות עור ובתסמינים בעור הקשורים לעיתים למחלות מערכתיות.

**מטרה:** להעריך את שכיחות בעיות העור במחלקות הפנימיות והגריאטריות במרכז הרפואי לגליל, מאפייניהן וסוגן, מהלך המחלה, אופן הטיפול, וההשפעה על האשפוז ומשכו בחולים מעל גיל 65 שנים (קשישים) בהשוואה לחולים בגילים 40-65 שנים (מבוגרים), כמו כן, נבחנו הנתונים שצוינו לעיל בהתאם לדרגת תפקוד של החולה, ובנוסף נערכה השוואה לדיווחים שפורסמו בספרות הרפואית. תקופת המחקר נמשכה בין החודשים מאי-ספטמבר 2013.

**שיטות המחקר:** סקירה רטרוספקטיבית של 82 חולים מאושפזים שהופנו לייעוץ ברפואת עור בתקופת המחקר.

**תוצאות:** 47.6% מהחולים היו בטווח הגילים 65-40 שנים ו-52.4% מעל גיל 65 שנים. 19.5% היו סיעודיים, 18.3% עצמאיים חלקית ו-62.2% עצמאיים. האבחנות השכיחות היו מחלות זיהומיות (38.3%), אלרגיה (בעיקר לתרופות) (23.5%) ומחלות טרופיות (18.5%). מחלות זיהומיות נמצאו שכיחות יותר בקבוצת הקשישים (48.8% לעומת 26.3% בהתאמה) ואלרגיות שכיחות פחות בהשוואה לקבוצת המבוגרים (16.3% לעומת 31.6% בהתאמה). פחות קשישים מאשר מבוגרים התקבלו לאשפוז מסיבת בעיית עור (39.5% לעומת 61.5%) וכך גם פחות סיעודיים (31.3%) מאשר עצמאיים (58.8%) ועצמאיים חלקית (40%). בעת האשפוז, פחות קשישים הופנו לייעוץ מאשר מבוגרים (44.3% ו-55.7% בהתאמה). בעת הייעוץ, בעיית העור נמצאה חמורה יותר אצל מטופלים קשישים/סיעודיים בהשוואה למבוגרים ועצמאיים.

**דיון:** תוצאות המחקר מבליטות את ההבדל המשמעותי בהפניות מהקהילה לטיפול בבעיות עור של חולים קשישים במסגרת בית החולים לעומת מבוגרים, וגם מצביע על מספר קטן יותר של הפניות לייעוץ עורי של חולים קשישים מהצוות המטפל במהלך האשפוז.

**מסקנות:** המספר הרב של הפניות לייעוץ עור מצביע על הצורך בייעוץ דרמטולוגי מוסדר במחלקות הפנימיות והגריאטריות, והעלאת המודעות לחשיבות הייעוץ העורי בגילים המבוגרים.

מעין להב שר<sup>1\*</sup>  
אורלי יקר<sup>2</sup>  
אורה ביטרמן-דויטש<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>אוניברסיטת בר אילן, הפקולטה לרפואה בגליל  
<sup>2</sup>יחידת סטטיסטיקה, המרכז הרפואי לגליל  
<sup>3</sup>שירות רפואת עור ומין, המרכז הרפואי לגליל, אוניברסיטת בר אילן, הפקולטה לרפואה בגליל

\*הוגש כעבודת גמר.

ייעוץ ברפואת עור; דרמטולוגיה.  
Dermatological consultation; Dermatology  
מילות מפתח:  
KEY WORDS

קשורות לבעיות עור, כאשר לעיתים התסמינים בעור קשורים למחלות המערכתיות [2]. בחולים הללו, דווקא בעיות העור הן המקשות על איכות החיים, בנוסף לקושי בזמינות רופאי העור בקהילה ו/או הקושי בהיענות לטיפול בעור הקשיש [14,13]. מיעוט המידע בספרות על שכיחות מחלות עור בחולים מאושפזים בישראל בכלל ובגליל המערבי בפרט, והיעדר התמקדות באוכלוסיית החולים המבוגרים מעל גיל 65 שנים, הם שעמדו בבסיס החלטתנו לערוך מחקר זה.

## שיטות

**סוג המחקר:** מחקר חתך רטרוספקטיבי. אוכלוסיית המחקר הוגדרה כאוכלוסיית החולים שאושפזו במחלקות הפנימיות ובמחלקה לגריאטריה במרכז הרפואי לגליל וניתן להם ייעוץ דרמטולוגי במהלך האשפוז, בין החודשים מאי-ספטמבר 2013 (סך הכול חמישה חודשים). לא נכללו במחקר חולים שהופנו לייעוץ ברפואת עור, אך הוחלט לשחררם מבית החולים טרם קבלת הייעוץ, חולים שהופנו לייעוץ ממחלקות שאינן פנימיות או

## הקדמה

תוחלת החיים הארוכה בתקופתנו הביאה לייצוג גבוה של חולים מבוגרים וקשישים המאושפזים במחלקות הפנימיות [1]. חלק מהפניות למחלקת חדרי המיון בבתי חולים קשורות לבעיות עור. אף חולים המאושפזים במחלקות פנימיות בגין סיבות אחרות, לוקים לעיתים קרובות במחלות עור, בסימנים ובתסמינים בעור, אשר תורמים רבות לתחלואה ולהגברת סבלם של החולים [2]. אחת הסיבות לכך נעוצה בעובדה שתסמינים רבים בעור קשורים למחלות מערכתיות [3]. הזדקנות העור צפויה להביא לעלייה בשכיחות בעיות עור למיניהן בקרב האוכלוסייה המבוגרת, ונגרמת מסיבות המערבות תהליכים הגורמים לפגיעה בשלמות העור ולירידה בתפקודו הפיזיולוגי [4-8]. המצב הכלכלי והקושי בהיענות לטיפול, שכיחות גדולה של זיהומים עקב מערכת חיסון ירודה, ריבוי התרופות והסיכון לתגובות אלרגיות עם איחור האבחון בקרב קשישים - כל אלה תורמים אף הם לחומרת הבעיות הרפואיות [8-12].

למרות שרוב מחלות העור ניתנות לאבחון וטיפול במסגרת רפואת העור בקהילה, חלק מהפניות לחדרי המיון בבתי חולים

שאינן נכללות בסיווגים האחרים (16%). שיעור של 20.7% מהחולים נדרשו לבצע בדיקות נוספות לבדיקה הקלינית על מנת להגיע לאבחנה בעור: מ-13.4% מהחולים נלקחה ביופסיה, מ-2.4% מהחולים נלקח משטח בקטרילוגי, ב-2.4% מהחולים נלקחו בדיקות נסיוב (סרום) למחלות אוטואימוניות, לנגיפים ולריקטסיוזיס (Rickettsiosis).

### השוואה בין קבוצות הגיל ומצב התפקוד

מתוך 82 החולים, 47.6% היו בגילים 40–65 שנים ו-52.4% היו מעל גיל 65 שנים. במדגם, מכלל המאושפזים במחלקות הפנימיות (א'–ו'), 44.3% מהחולים היו מעל גיל 65 שנים, לעומת ייצוג גבוה יותר של חולים מעל גיל 65 שנים (59%) במחלקות הפנימיות במרכז הרפואי (Binomial test,  $p=0.009$ , 1-sided), וכן ביתר המרכזים הרפואיים (62%) [19].

מבין החולים בגילאי 40–65, שיעור החולים עבורם סיבת הקבלה לאשפוז נמצאה קשורה לבעיית העור עמד על 61.5% בהשוואה ל-39.5% (Chi square test,  $P=0.037$  1-sided) בקבוצת החולים מעל גיל 65 שנים. בנוסף נמצא קשר הדוק בין מצב התפקוד של החולה לבין סיבת קבלתו לאשפוז הקשורה לבעיית עור – 58.8% מהחולים העצמאיים, 40% מהחולים בתפקוד עצמאי חלקית ו-31.3% מהחולים הסייעודיים (Wilcoxon rank sum test,  $P=0.079$ , 1-sided). חולים מעל גיל 65 שנים לוקים בשיעור גבוה יותר במחלות זיהומיות (48.8%) בהשוואה למטופלים בגילים 40–65 שנים (Chi square test,  $p=0.031$ , 1-sided).

במהלך חמשת חודשי המחקר נלקחו ביופסיות מ-13.8% מהחולים – מ-23.1% מבין החולים בגילים 40–65 שנים (23.1%) בהשוואה ל-4.7% בלבד מהחולים מעל גיל 65 שנים ( $P=0.016$ , Chi square test 1-sided). מסיבה זו, לחולים מתחת לגיל 65 שנים היו יותר אבחנות מוכחות מיקרוסקופית (25.6%) בהשוואה לחולים מבוגרים יותר (2.3%) (Fisher's exact test,  $P=0.001$ , 2-sided). כמו כן נמצא, כי חולים עד גיל 65 שנים היו במעקב עקב אותה בעיית עור בשיעור גבוה יותר לעומת חולים מבוגרים מעל גיל 65 שנים, הן בקהילה (30.8% לעומת 18.6%) והן באשפוזים קודמים (15.4% לעומת 4.7%). ההבדלים אינם מובהקים סטטיסטית (Fisher's; exact Chi square test,  $P=0.153$ , 1-sided).

מספר אבחנות העור נמצא גבוה יותר בקרב החולים הסייעודיים ונמצא תלוי רמת תפקוד (Spearman correlation coefficient test,  $R_s=-0.166$ ,  $P=0.069$ , 1-sided). בקרב החולים הסייעודיים, ב-31.1% נקבעו שתי אבחנות ויותר בעור, זאת בהשוואה ל-17.7% מהחולים העצמאיים. חולים מעל גיל 65 אושפזו לזמן ארוך יותר ( $8.0\pm 8.6$  ימים לגילאי 65+ בהשוואה ל- $4.2\pm 5.2$  ימי אשפוז לחולים מתחת לגיל 65 שנים (Independent sample t-test,  $P=0.008$ , 1-sided). משך האשפוז בקרב חולים עצמאיים נמצא קצר בהשוואה לחולים עצמאיים חלקית וחולים סיעודיים, ועמד על  $10.0\pm 14.4$  ימים בחולים סיעודיים לעומת  $3.7\pm 4.7$  בחולים עצמאיים (Spearman correlation coefficient test,  $R_s=0.500$ ,  $P<0.001$ ,  $N=82$ ).

### דיון ומסקנות

במסגרת רפואת עור בקהילה ניתן לאבחן ולטפל ברוב מחלות העור, אך חלק מהפניות למחלקת המיון בבתי חולים קשורות לבעיות עור [2]. במסגרת בתי החולים, נמצא בעבודות קודמות

גריאטריה, וחולים שגילם מתחת ל-40 שנים.

**איסוף הנתונים:** הנתונים התבססו על מידע רפואי הקיים בתיקים הרפואיים של חולים אלו. הנתונים שנאספו: גיל, מין, ארץ לידה, מגורים, מצב משפחתי, מחלקה, תפקוד המטופל (סייעודי/ עצמאי חלקית/ עצמאי), מחלות רקע, מהלך האשפוז, טיפול, ייעוצים קודמים לאשפוז הנוכחי, נתוני מעבדה וטיפול לכל חולה. האוכלוסייה הנבדקת במחקר סווגה לשתי קבוצות גיל: (1) חולים מעל גיל 65 שנים; (2) חולים בטווח הגילים 40–65 שנים.

**ניתוח הנתונים:** ניתוח הנתונים נעשה באמצעות תוכנת SPSS גרסה 21.0. גודל המדגם חושב באמצעות תוכנת Sample Power גרסה 3. בתחילה תוארו הנתונים באמצעות מדדי מרכז, מדדי פיזור ותרשימים מתאימים, לכלל המדגם ובסיווג לקבוצות הגיל ורמת התפקוד של המטופל. לאחר מכן נערכה השוואה בין הקבוצות באמצעות Wilcoxon rank, Independent sample t-test, Fisher's exact test, Chi square test, sum test. בחירת המבחנים הותאמה לסוג הנתונים, לגודל הקבוצות המשוות, מספרן ולהתפלגות הנתונים. מיתאם בין משתנים נבחן באמצעות Spearman correlation coefficient test. השוואת פרופורציות החולים המבוגרים לנתונים חיצוניים, נעשתה ע"י Binomial test.

**חישוב גודל המדגם:** שיעור מחלות העור הזיהומיות בקרב מטופלים מתחת לגיל 65 שנים, נמוך בהשוואה למטופלים מבוגרים יותר (26% לעומת 49%, בהתאמה). חישוב גודל המדגם מתבסס על Chi square test השערה חד צדדית, רמת מובהקות 5%. עבור 38 מטופלים מתחת לגיל 65 שנים ר-43 מטופלים מעל גיל 65 שנים, העוצמה היא 69%. במחקר זה נאספו נתונים אודות כל המטופלים שהופנו לייעוץ עור בתקופת המחקר, ועובדה זו תומכת בתקופת המחקר ותוצאותיו.

### תוצאות

במרכז הרפואי לגליל ניתנו בתקופת המחקר 238 ייעוצים ברפואת עור, מתוכם 151 (63%) לא ענו על כללי ההכללה של המחקר (94 חולים הופנו לייעוץ ממחלקות שאינן פנימית או גריאטריה, 28 חולים שהופנו לייעוץ היו מתחת לגיל 40 שנים. כמו כן, 29 חולים הופנו לייעוץ ברפואת עור אך שוחררו טרם קבלת הייעוץ). מכיוון שכך, נכללו במחקר 87 ייעוצים שניתנו ל-82 חולים – חמישה מהם נזקקו לייעוץ נשנה במהלך האשפוז. אוכלוסיית המחקר כללה 40 גברים (48.8%) ו-42 נשים (51.2%), בגילים  $13.1\pm 68.1$  (טווח גילים 4–89 שנים). 85.4% מהייעוצים הוזמנו מהמחלקות הפנימיות א'–ו' ו-14.6% מהייעוצים הוזמנו ממחלקת גריאטריה. 19.5% מהחולים היו סיעודיים, 18.3% היו עצמאיים חלקית ו-62.2% עצמאיים. דרגת התפקוד של המטופלים הוערכה גם על פי הציון בסולם על שם נורטון. ניקוד כולל הנמוך מ-14 בסולם נורטון מצביע על כך שהמטופל נמצא בסיכון לפתח פצעי לחץ. הציון הממוצע בסולם נורטון היה 17.03 (טווח 6–20). אחד-עשר מטופלים (13.4%) קיבלו ציון נמוך מ-14. מרבית החולים הסייעודיים היו בגילים 65 שנים ומעלה (88%).

למרבית החולים נקבעה אבחנה משוערת בעור על פי הממצאים הקליניים, בעוד שבקרב 13.4% מהחולים נקבעה אבחנה מוכחת מיקרוסקופית באמצעות ביופסיה. אבחנות העור שנקבעו לחולים באשפוז (בסיווג לקבוצות): זיהום (38.3%), אלרגיה (23.5%), טרופי (18.5%), דלקתי (7.4%), אוטואימוני וזיהום עם שלפוחיות (3.7%), פפולוסקאומוטי (3.7%), ניאופלסטי (2.5%), ואחר – תסמינים בעור או מחלקות

קשורה פחות לבעיית עור. קרוב לוודאי שבעיות העור הן גם מדד לתלונות סובייקטיביות של החולים, מתוכם הסיעודיים (לוקים בשיטיון וכדומה) מתלוננים פחות [7]. אפשרות נוספת היא חשש הרופאים ובני משפחה לאשפז חולים מבוגרים בבתי חולים והעדפתם לטפל בבעיות עור במסגרת הקהילה. אוששה ההשערה כי סוג בעיית העור ימצא שונה בקרב מטופלים בקבוצות הגיל השונות. נמצא כי מטופלים מעל גיל 65 שנים נמצאו מפתחים מחלות זיהומיות בשיעור גבוה יותר (48.8%) בהשוואה למטופלים בגילים 40-65 שנים (26.3%). כמו כן, נראה כי מטופלים מעל גיל 65 שנים לוקים בשיעור נמוך יותר של אלרגיות (16.3%) בהשוואה למטופלים צעירים יותר (31.6%) [14,9].

מימצא נוסף שעולה מן המחקר הוא שימוש רב יותר שנעשה בבדיקות עזר (ביופסיות, משטחים בקטריולוגים) בקרב חולים בגילים 40-65 שנים בהשוואה לחולים מעל גיל 65 שנים. מסיבה זו, לקבוצת החולים בגילים 40-65 שנים יש יותר אבחנות מוכחות מיקרוסקופית, בהשוואה לחולים המבוגרים יותר. הסבר אפשרי לכך הוא שקל לנייד חולים צעירים יותר והם מגיעים באופן עצמאי למרפאות חוץ לשם ביצוע הביופסיה (זהו שירות ייעוץ עור לכל בית החולים רק שלוש פעמים בשבוע). הסבר נוסף הוא שחולים מבוגרים יותר, נוטלים יותר תרופות נוגדות קרישה המהוות הורית נגד יחסית לביצוע הביופסיה, וחלק גדול מהם סובל מתנגודת גופנית ירודה, נתון שעלול להוות סכנה בביצוע ביופסיה בתנאי מירפאה ולא בחדר ניתוח עקר (סטריילי). לא נמצא כי בעיות נשנות (חוזרות) שכיחות יותר במטופלים מבוגרים יותר. להיפך, הודגם כי מטופלים בקבוצת הגיל 40-65 שנים היו במעקב עקב אותה בעיית עור הן בקהילה והן באשפוזים קודמים יותר.

למחקר הנוכחי מספר מגבלות מתודיות: הקריטריונים לסיווג האבחנות לא נמצאו הומוגניים בין המחקרים שפורסמו, נתון שהקשה על עריכת ההשוואה למחקרים קודמים. בנוסף, קיים קושי להשוות את משך האשפוז בין קבוצות הגיל כתלות בבעיית העור, בשל ריבוי גורמים המשפיעים על משך האשפוז. האפשרות היא, שמודעות הרופאים לנוכחות רופא עור יחיד במרכז הרפואי רק שלוש פעמים בשבוע, מפחיתה את מספר ההפניות לייעוץ דרמטולוגי. מחד גיסא, מאחר שרופא עור אחד מבצע את הייעוץ, קיימת אחידות מבחינת האבחון, הטיפול וההתנהלות, מאידך גיסא לא ניתן לבדוק את מהימנות האבחנה שנקבעה בהשוואה בין מספר רופאים (למעט כאשר מבוצעת ביופסיה, שמקנה הוכחה מיקרוסקופית). המחקר נערך בחודשי הקיץ הישראלי (מאי-ספטמבר). ייתכן שבעונות אחרות סוגי התחלואה שונים, וכן גם משתנה זמינות הרופא היועץ במרכז הרפואי.

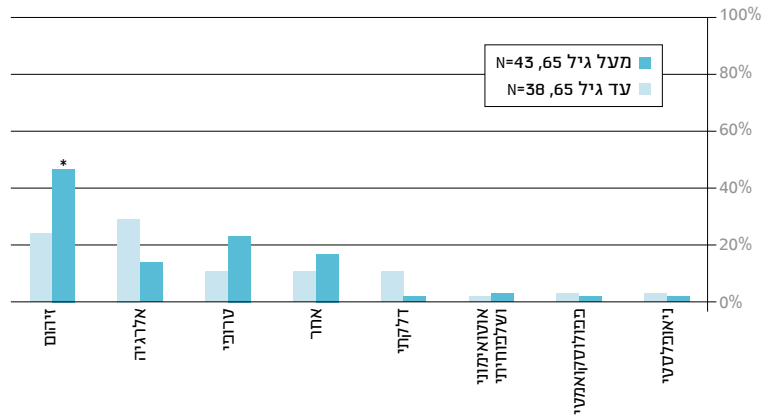
### לסיכום

תוצאות מחקר זה מצביעות על נטייה להפחית בהפניית חולים מבוגרים וסיעודיים מהקהילה, לטיפול בבעיות עור במסגרת בתי החולים. אף הצוות המטפל ממעט בהפניית חולים קשישים בהשוואה לקבוצת המבוגרים במהלך האשפוז. חולים סיעודיים וחולים מעל גיל 65 שנים מופנים לייעוץ עור פחות מחולים עצמאיים מבוגרים פחות.

מימצא חשוב נוסף הוא האבחנות השונות, אשר נקבעו לחולים בקבוצות הגיל השונות. כמו כן, חשוב לציין לגבי חומרת בעיית העור כי מבחינת מספר אבחנות העור ומספר הטיפולים, קבוצת המבוגרים יותר, ובפרט חולים סיעודיים, פיתחו בעיות עור חמורות בהשוואה לחולים מבוגרים פחות וברמות תפקוד טובות יותר.

### תרשים 1:

סוגי אבחונים של העור על פי קבוצות גיל



\*אחר: תסמינים בעור או מחלות שאינן מתאימות לסיווגים האחרים

כי המחלקות הפנימיות היו המחלקות העיקריות מהן הופנו חולים לייעוץ דרמטולוגי. חולים המאושפזים במחלקות פנימיות בגין סיבות אחרות, לוקים לעיתים קרובות במחלות עור, סימנים ותסמינים בעור, אשר תורמים רבות לתחלואה ולהגברת סבלם של החולים [2]. אחת הסיבות לכך נעוצה בעובדה שתסמינים רבים בעור קשורים למחלות מערכתיות [3].

תפרחות בעור הן סיבת ההפניה העיקרית על פי כל המחקרים, וכן נמצא גם במחקר הנוכחי. קיימת אחידות במסקנות החוקרים לגבי בעיות העור שבגינם הופנו חולים להתייעצות. Falanga [16] Lorente-Lavirge [3] Maza [15] ו- Lorente-Lavirge [3] הסיקו שרוב החולים סבלו מבעיות עור נפוצות וקלות יחסית לטיפול. הסיבה לכך היא, שלעיתים קרובות רופאים שאינם דרמטולוגים אינם מצליחים לאבחן כראוי מחלות עור שכיחות ולכן מפנים את החולים לייעוץ. גם במחקר זה רוב החולים לקו בבעיות עור שכיחות כמו מחלות עור זיהומיות, מחלות עור על רקע אלרגי (בעיקר לתרופות), אחרות (כגון טרופי Xerosis) ו-Statis dermatitis.

בדומה למוצג במחקרים קודמים, די היה בייעוץ אחד כדי להביא לפתרון הבעיה בעור ברוב החולים. במחקר של Penate [17] נדרש ייעוץ אחד ב-71.8% מהחולים, ובה של Lorente-Lavirge [3] נדרש ייעוץ אחד ב-75% מהחולים. כמו כן, ב-20.7% מהחולים נערכו בדיקות נוספות, כאשר ביופסיה של העור הייתה הבדיקה השכיחה ביותר - 13.4% (בדומה למחקרים קודמים) והייתה חלק מביצוע הייעוץ הראשון.

שכיחות בעיות עור עולה בקרב מטופלים מבוגרים יותר, ועל כן ציינו שאחוז גבוה יותר של מטופלים מעל גיל 65 שנים יופנה לייעוץ ברפואת עור. מכלל המטופלים שהופנו לייעוץ ברפואה עור ממחלקות פנימיות א'-ר', רק 44.3% היו מעל גיל 65 שנים. במחלקות אלו, מהווים מטופלים מעל גיל 65 שנים כ-59% מכלל המאושפזים במחלקה. בנוסף, בקבוצת הגיל המבוגרת יותר, שיעור החולים שהתקבלו לאשפוז מסיבה הקשורה לבעיית העור נמוך בהשוואה לחולים בקבוצת הגיל 40-65 שנים. מתוך כך ניתן לקבוע כי חולים מבוגרים יותר מופנים פחות לאשפוז בשל בעיות עור וגם פחות לייעוץ דרמטולוגי כשהם מאושפזים.

מימצא דומה הודגם בהתייחס למצב התפקודי של החולה: ככל שהחולה סיעודי יותר, הסיבה לקבלתו לאשפוז הייתה

מודעות הצוות הרפואי לבעיות העור האופייניות לגיל המבוגר וכפועל יוצא תסייע גם בקביעת טיפול מדויק יותר. ●

**מחברת מכותבת: אורה ביטרמן-דויטש**

המרכז הרפואי לגליל, ת.ד. 21, נהרייה 221100

**טלפון:** 04-9107631

**פקס:** 04-9925830

**דוא"ל:** docora21@windowslive.com

בהתאם לממצאים, ניכר כי חשיבות ייעוץ העור על ידי רופא מומחה בדרמטולוגיה קיימת גם כאשר החולה לוקה בבעיית עור שאינה חמורה, בעוד שהצוות מתקשה לאבחן או שנדרשות בדיקות משלימות לצורך האבחון. בנוסף, כאשר בעיית העור חמורה ו/או החולים הם מבוגרים או סיעודיים, יש חשיבות מכופלת לייעוץ כזה, לנוכח מורכבות בעיות העור ומורכבות מצבו הרפואי של החולה. מתוך האמור לעיל, עולה הצורך להקים מערך ייעוץ עור ייחודי לקבוצת החולים בגיל המבוגר. פעולה כזו תסייע בהעלאת

**ביבליוגרפיה**

- Haklai Z, Maron G, Aburaba M & al, Hospitalizations in Internal Medicine Departments, 2000-2012, State of Israel, Ministry of Health, Informations Dept., 2013.
- Fernandes IC, Velho G & Selores M, Dermatology inpatient consultations in a Portuguese university hospital. *Dermatol Online J*, 2012;18:16.
- Lorente-Lavirgen AI, Bernabeu-Wittel J, Pulpillo-Ruiz A, Inpatient dermatology consultation in a Spanish tertiary care hospital: a prospective cohort study. *Actas Dermosifilogr*, 2013;104:148-55.
- Farage MA, Miller KW, Elsner P & Maibach HI, Structural characteristics of the aging skin: a review. *Cutan Ocul Toxicol*, 2007;26:343-57.
- Waller JM & Maibach HI, Age and skin structure and function, a quantitative approach (i): blood flow, ph, thickness, and ultrasound echogenicity. *Skin Res Technol*, 2005;11:221-35.
- Gilchrest BA. Geriatric skin problems. *Hosp Pract (Off Ed)* 1986;21(9A)55,59-65.
- Farage MA, Miller KW, Berardesca E & Maibach HI, Clinical implications of aging skin: cutaneous disorders in the elderly. *Am J Clin Dermatol*, 2009;10:73-86.
- Chang ALS, Wong JW, Endo JO & Norman RA, Geriatric dermatology review: major changes in skin function in older patients and their contribution to common clinical challenges. *J Am Med Dir Assoc*, 2013;14:724-30.
- Nedorost ST & Stevens SR, Diagnosis and treatment of allergic skin disorders in the elderly. *Drugs Aging*, 2001;18:827-35.
- Endo JO, Wong JW, Norman RA & Chang ALS, Geriatric dermatology: part I. geriatric pharmacology for the dermatologist. *J Am Acad Dermatol*, 2013;68:521e1-e10.
- Loo WJ & Burrows NP, Management of autoimmune skin disorders in the elderly. *Drugs Aging*, 2004;21:767-77.
- Stankus ST, Dlugopolski M & Packer D, Management of herpes zoster (shingles) and postherpetic neuralgia. *Am Fam Physician*, 2000;61:2437-44,2447-8.
- Bleiker TO & Graham-Brown RA, Diagnosing skin disease in the elderly. *Practitioner*, 2000; 244:974-81.
- Lim SPR & Abdullah A, Managing skin disease in elderly patients. *Practitioner*, 2004; 248:100-4,108-9.
- Maza A, Berbis J, Gaudy-Marqueste C & al, Evaluation of dermatology consultations in a prospective multicenter study involving a French teaching hospital. *Ann Dermatol Venereol*, 2009;136:241-8.
- Falanga V, Schachner LA, Rae V & al, Dermatologic consultations in the hospital setting. *Arch Dermatol*, 1994;130:1022-5.
- Penate Y, Guillermo N, Melwani P & al, Dermatologists in hospital wards: an 8-year study of dermatology consultations. *Dermatol*, 2009;219:225-31.

**כרוניקה**

**צריכת תה או קפה ואירועי לב וכלי דם**



שנים לגבי אירועי לב וכלי דם, נמצא כי בנכללים שצרכו תה באופן רגיל, נמדדה עלייה בריכוזי הסיידן שהייתה נמוכה יותר מאשר באלה שלא שתו תה, כל זאת לאחר תיקון למשתנים וערפולנים שונים. תופעה זו התאימה להפחתה משמעותית סטטיסטית בשיעור אירועי לב וכלי דם בקרב צורכי תה, שהתבטאה בשיעור סיכון של 0.71. לעומת זאת, לא נמצאו הבדלים משמעותיים בקרב קבוצות שונות של צריכת קפה מבחינת הסתיידות כלי דם או אירועי לב וכלי דם (HR=0.97). המחברים מסכמים, כי על פי תוצאות אלה, צריכה מתונה של תה מעכבת התקדמות הסתיידות עורקים, ומפחיתה את שיעור אירועי הלב וכלי דם.

איתן ישראלי

תה וקפה הם המשקאות הנצרכים ביותר ברחבי העולם, וקיימים דיווחים שונים על הקשר בין הצריכה לבין מחלות לב וכלי דם. **מילר וחב' (Am J Med, 2017;130:188)**, מבולטימור ובתסדה, בדקו קשר זה וכן קשר בין צריכת משקאות אלה לבין הסתיידות כלי הדם. החוקרים בדקו 6,508 נכללים מקבוצות אתניות שונות וסיווגו אותם לקבוצות לפי צריכת המשקאות: אלה שלא שתו קפה או תה מעולם, אלה ששתו שתייה מזדמנת של פחות מספל ליום, או אלה שצרכו צריכה רגילה של יותר מספל ליום. ערכי ההסתיידות ושיעור אירועי לב וכלי דם, הוערכו באמצעות מודלים מתמטיים.

במשך זמן מעקב חציוני של 5.3 שנים לגבי סיידן בכלי דם 11.11