

# רבי המגזין

2009 | גליון 5

בילינסון | בי"ח לנשים | מרכז דוידוף | השרון



**טיפול מואץ**  
עם מכשור מתקדם

**העדה כן חשובה**  
מחקר מצא הבדלים ניכרים בין  
חולי פרקינסון אשכנזים ותימנים

**מרפאת מיומות -**  
כל מיומה והטיפול שלה

**נשים  
וגברים:  
כל אחד  
והרפואה  
שלו**  
עמ' 14



מרכז רפואי רבין  
Rabin Medical Center

שירותי  
בריאות כללית



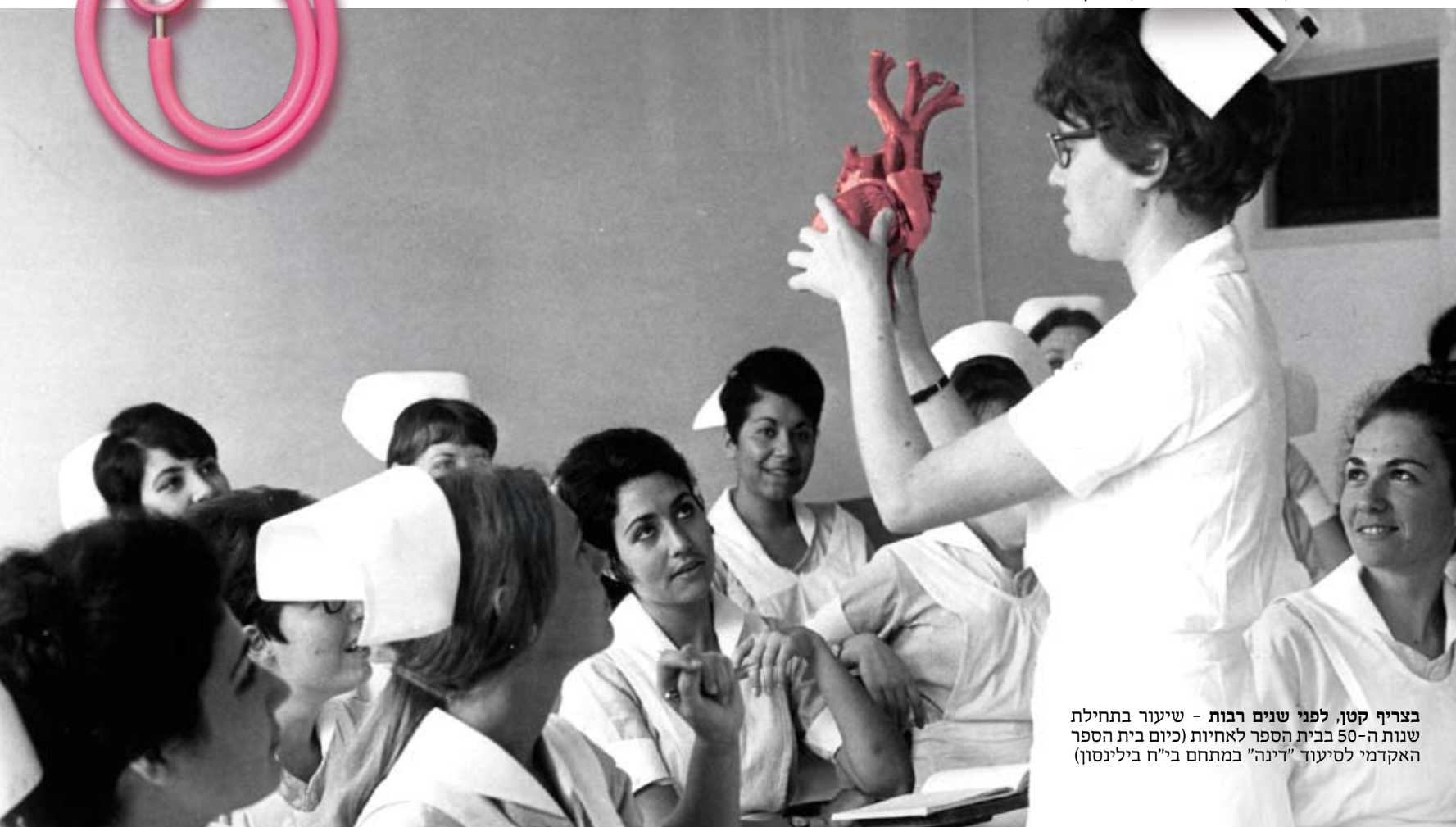


<b>עמותת הידידים</b>	42	<b>הטור הפותח</b>	4
<b>חוות דעת שנייה</b>	44	דבר המנהל - ד"ר ערן הלפרן	
מחקרים קליניים ואתיקה		<b>זז במרכז</b>	6
<b>כנסים ברבין</b>	47	חדשות ושירותים חדשים במרכז הרפואי	
<b>רופא תורן</b>	48	<b>רפואה מגדרית</b>	14
המדור של ד"ר גידי שטיין		רפואה לגבר ורפואה לאשה: בשורת הרפואה המגדרית	
<b>דו"ח המבקר</b>	49	<b>בעיקר מחקר</b>	18
<b>פנים חדשות במרכז הרפואי</b>	51	מחקרים ופריצות דרך	
<b>מינויים</b>	53	<b>עושים רפואה</b>	28
<b>לא משחק באש</b>	58	טכנולוגיות וטכניקות טיפוליות חדשניות	
ד"ר שבילי מפסל בגפרורים		<b>שותפים למסע</b>	32
		סיפורה של אחות שחלתה בסרטן והצוות שליווה אותה	
		<b>מחלה בזכוכית מגדלת</b>	37
		מחלות קרנית	
		<b>שגרירים של מחקר בעולם</b>	38
		סיקור מכנסים בינלאומיים	

14

רבין המגזין יוצא לאור ע"י לשכת הדוברת עורכת: **ורד קויטל**, דוברת מרכז רפואי רבין | ריכוז, מערכת וכתובה: **שלומית דיווינסקי-לבנה** | כתיבה, עריכה לשונית והגהה: **נילי אושרוב - "ביטוי"** | חברי מערכת: **דינה אלבואר**, נאוה בראון, ד"ר איתן יניב, יהונתן צונץ, עידית רביד וד"ר גידי שטיין | עיצוב גרפי והפקה: **סטודיו עינהר** | צילום: **מיכל פלג**, המכונים לצילום ולגרפיקה ממוחשבת במרכז רפואי רבין, **רונן לידור**, **אליצור ראובני ואורית גז** | רכש מודעות: **מ. בן צבי**, טל: 052-2334956 | דפוס: "אימג' קשרים - רותם" | כתובת: **מרכז רפואי רבין, פתח תקווה, מיקוד 49100** | טל: 03-9377215/9 | פקס: 03-9240489 | [www.rmc.org.il](http://www.rmc.org.il)

\* המערכת אינה אחראית על תוכן המודעות



בצריף קטן, לפני שנים רבות - שיעור בתחילת שנות ה-50 בבית הספר לאחיות (כיום בית הספר האקדמי לסייעוד "דינה" במתחם ב"ח בילינסון)





## ידידי,

במציאות הישראלית אין רגע דל ומגזין רבין החדש המונח לפניכם מיטיב לשקף זאת. אנחנו נמצאים חודשים ספורים לאחר מבצע עופרת יצוקה. במהלך המבצע קלטנו חיילים רבים מחזית המערכה, ובצד הטיפול המורכב התמודדנו גם עם זרם ביקורים של אישים חשובים מכל שדרות הציבור וחשיפה תקשורתית אינטנסיבית. כמרכז רפואי מוביל בישראל אנחנו גאים לעמוד בצמתי העשייה המרכזיים ולתרום את תרומתנו. המראה של אנשים צעירים מתאוששים, משתקמים ושבים לחיים רגילים - הוא שכרנו. בד בבד עם העשייה השוטפת, אנחנו חייבים להתפתח ולעמוד בקצב הגידול של צורכי האוכלוסייה. אנחנו נמצאים בימים אלו בעיצומה של בניית מיון חדש ומתקדם. אנחנו מתנצלים על אי הנוחות הזמנית הנגרמת לבאי המרכז - אך מדובר בהשקעה חיונית שתבטיח בעתיד הקרוב עלייה נוספת בסטנדרט השירות הרפואי שמרכז רפואי רבין מחויב אליו.

העיתון מכיל את תמצית עשייתנו בשנה שחלפה. היקף העיתון, הממומן רובו מפרסומות, צומצם משיקולים תקציביים אך אני מקווה שהוא עדיין מצליח לשקף את גודל העשייה ואת הישגינו הרפואיים והמקצועיים. אנחנו שמחים לשתף אתכם בכל אלו.



שלכם,  
ד"ר ערן הלפרן









# מתמקד במטרה

המגמה הטיפולית הזאת עוברת גם לגידולים אחרים, למשל בחוט השדרה או בבלוטת הערמונית."

המאיץ החדש דרש השקעת משאבים אדירה - עלות המכשיר, גיוס והכשרת צוות מקצועי ברמה גבוהה במיוחד של רופאים, פיזיקאים וטכנאים. ההקרנה עצמה דורשת תכנון קפדני של מיקום החולה, זמן ההקרנה, העוצמה והזוויות.

אין מחלוקת על חשיבות השקעה זו והתועלת שבה. עד שנת 2012, אומר ד"ר נפתלי מידן, סגן מנהל מרכז רפואי רבין לתחום טכנולוגיות חדישות, יפעלו בו חמישה מאיצים גדולים ומשוכללים. "לעומת יכולתנו היום לטפל בהקרנות בשיטה הרבה יותר בטוחה ומדויקת, התרופות עדיין נמצאות מאחור. תרופות ממוקדות מטרה ובהתאמה אישית לחולה יופיעו במהלך העשור הקרוב."

יחד עם זאת, מדגיש ד"ר מידן, הטיפול במחלת הסרטן חייב להיות רב-מערכתי (כירורגיה-כימותרפיה-קרינה), כפי שהוא מיושם במרכז דוידוף. השילוב בין כל המומחיות הכרחי כדי לתת לכל חולה את הטיפול המיטבי המתאים למחלתו ולנתוניו האישיים.

מקום מרכזי. בתהליך הריפוי היא יכולה לבוא בשלבים שונים - במקום ההתערבות הניתוחית, לפני הניתוח כטיפול להקטנת הגידול, אחרי הניתוח - למניעת ההישנות ובמהלך המחלה - לצורך הקלה בסימפטומים ושיפור באיכות חייו של החולה.

המאיץ החדש, עם המדידות המדויקות ובקרת האיכות המשופרת, מספק קרינה בעוצמה, ביעילות ובבטיחות מירבית, תוך פגיעה מזערית בתאים בריאים ומינימום סבל למטופל.

פרופ' אייל פניג, מנהל יחידת הרדיותרפיה במרכז דוידוף, מסביר את ההתרחבות הצפויה בשימוש בקרינה לאור התקדמות כה ניכרת במכשור: "אם פעם היו נוהגים לנתח גידולים על עצב השמיעה, נניח, היום אפשר על ידי קרינה חד פעמית במינון גבוה להגיע לאותן תוצאות בלי לפתוח את הגולגולת ובלי לנתח.

במרכז דוידוף הופעל בימים אלו המאיץ הקווי המשוכלל והמתקדם בארץ לטיפולי הקרנות בחולי סרטן. המאיץ החדש מבוסס על מערכת הדמיה משוכללת (קני רנטגן, שיקוף ו-CT), מחשוב ותוכנות משוכללות המאפשרים לו לבצע הקרנות בעוצמה רבה יותר ובדיוק רב יותר. כתוצאה מכך, הטיפולים קצרים יותר, יעילים יותר ופגיעתם בתאים הבריאים מסביב מזערית.

במשולש טיפולי הסרטן המסורתי - כירורגיה-כימותרפיה-קרינה - הולכת הקרינה ומקבלת

**המאיץ הקווי  
המתקדם ביותר  
בישראל לטיפולי  
הקרנות - החל  
לפעול במרכז  
דוידוף, בילינסון**



## מדיטציה וקשב - כלים להתמודדות עם סרטן



במרכז דוידוף: "במהלך הסדנה המשתתפים חווים ולומדים כיצד להיעזר בכלים מעולם המדיטציה לחיזוק משאבים, להעצמה אישית, לתמיכה בכוחות הריפוי הפנימיים, להתמודדות עם אי-שקט וכאב, להרגעה עצמית, לאיזון נפשי-רגשי ועוד."

הסדנה, הכוללת שמונה מפגשים בני שעתיים וחצי כל אחד, מועברת על ידי **ד"ר נמרוד שיינמן**, מרכז תחום רפואת גוף-נפש ביחידה. הסדנה מלווה בדפי עזר, הנחיות כתובות ותקליטורי שמע לתרגול מונחה בבית. הסדנה בתשלום ומיועדת למטופלים ולבני משפחותיהם. ☎ 03-9377995

## סדנת מדיטציה וקשב מודע ביחידה לרפואה משלימה במרכז דוידוף, לשיפור ההתמודדות עם מתח, מצוקה ותופעות לוואי של מחלת הסרטן

סדנה חדשה ביחידה לרפואה משלימה במרכז דוידוף **בבילינסון** מסייעת לחולי סרטן בתהליכי ההחלמה ובהתמודדות עם המחלה בעזרת גישות שונות של מדיטציות וקשב. הסדנה מבוססת על הניסיון שהצטבר בארץ ובעולם, המוכיח את היעילות של מדיטציות קשב (Mindfulness Based Meditations) ככלי עזר משמעותי לחולי סרטן. **ד"ר עופר כספי**, מנהל היחידה לרפואה משלימה

## מאמינים בשירות

### בבי"ח לנשים בבילינסון נוסחה אמנת שירות - רפואה טובה, שותפות מלאה, כבוד הדדי וקשר אדיב והוגן

כמה פעמים ביקרת, טופלת או אושפזת בבי"ח וקיבלת מידע חלקי על הטיפולים המוצעים? כמה פעמים רופא נכנס לחדר בלי להקיש בדלת ולא הזדהה? נבדקת ללא מלווה נוכח בחדר? הרגשת שאין עם מי לדבר? הלחץ והעומס הרב ואילוצים שונים של משאבים וזמן הקיימים במערכת הבריאות, מקשים עלינו לעתים לתת שירות מיטבי. על אף קשיים אלו, ניסח צוות בי"ח לנשים בבילינסון אמנת שירות ברורה וסדורה המפרטת את המחויבות של הצוות כלפי המטופלות להמשיך ולקיים רמת שירות ומקצועיות גבוהה ואף לפעול לשיפורו. כל זאת תוך שמירה על יצירת שותפות עם המטופלות המבוססת על כבוד הדדי וקשר אדיב והוגן. באמנה מתחייבים 450 אנשי הצוות של בי"ח לנשים - רופאים, אחיות, מיילדות, כוחות עזר, סניטרים ומזכירות - להעניק לאישה המאושפזת שירות רפואי, סיעודי ומנהלי מיטבי, הקשבה מלאה לרצונותיה ומענה הולם לצרכיה, תוך שמירה על כבודו.

## למה שלא תלכו על זה?

### בדיקה במעבדת הליכה עשויה לגלות סיבות לכאבים בכפות הרגליים, בברכיים ובגב ולהציע פתרון.

במחלקה לאורתופדיה בבי"ח השרון פועלת מעבדת הליכה בה מאבחנים את הסיבות לכאבים בכפות הרגליים, בברכיים או בגב, ע"י בדיקה של תבניות הליכה. בהתאם לאופי הבעיה ולחומרתה, ניתן להציע למטופלים מגוון של פתרונות:

- מדרסים
- פיזיותרפיה
- אימוני כושר



לצד זה, בחרה כל מחלקה בבי"ח לנשים תחומים ייחודיים לשיפור וזאת על סמך תוצאות הסקרים שהיו בעבר וימשיכו להתקיים כאמצעי בקרה גם בעתיד. נשים המתאשפזות מוצאות על כרית מיטתן גלויה עליה מודפסת אמנת השירות ומצדה השני שאלון קצר להערכת הביצוע. עיבוד מאגר הנתונים שנבנה מאפשר לכל מחלקה לזהות נקודת תורפה ולפעול לשיפור. הצגת שם העובד במפגש הראשון עם המטופלת ונקישה בדלת הפכו בינתיים לנורמה. גם נשיאת תג שמי ייחודי לכל עובד תורם לשיפור התקשורת עם המטופלות. אמנת השרות איננה רק הצהרת כוונות אלא מבטאת תפיסת עולם עבור כלל הצוות של בי"ח לנשים.



- שינוי בתבניות הליכה - בעזרת פיזיותרפיסט
- ניתוח

**ד"ר דרור רובינסון**, מנהל מעבדת הליכה: "צורת הליכה שלנו נובעת מהיחס בין כוח למשקל הגוף. במרפאה אנו מבקשים מהמטופל ללכת על מכשיר שמודד את הכוח שכף הרגל מפעילה בזמן הליכה. הליכה אידיאלית היא בקו ישר. סטייה מציר ההתקדמות או התקדמות לא אחידה - מעידה על אי תקינות של הליכה. הבדיקה במכשיר מאפשרת לקבוע כיצד מתנהלת כף הרגל, ובהתאם לכך - להציע פתרונות." ☎ 03-9372222



## סרט. זה כל הסיפור

### "שם המחלה: סרטן" - סרט הדרכה לחולי סרטן ובני משפחותיהם מסייע להתמודדות עם הסוגיה של איך וכמה מספרים לילדים

לעננה היורדת על משפחה עקב גילוייה של מחלת הסרטן או מחלה סופנית אחרת, מצטרף כובד נוסף - הצורך לספר לילדים. לדבריה של ד"ר שלומית פרי, מנהלת השירות הפסיכו-אונקולוגי במרכז דוידוף בבילינסון, "ההורים מתלבטים בין הרצון להסתיר את חומרת המצב הרפואי ולהמשיך בשגרת החיים כדי להגן על הילד, לבין הרצון לשתף אותו בתהליך ההתמודדות עם המחלה."

בעניינה של סוגיה קשה זו, של הבשורה לילדים, הופק במרכז דוידוף סרט הדרכה המיועד לחולי סרטן בשלבים מתקדמים של המחלה ולבני משפחותיהם.



הסרט, שכותרתו "שם המחלה: סרטן", דן בשאלות נפוצות כגון מתי לדבר עם הילד, מי צריך לדבר וכיצד, איך מתמודדים עם אפשרות המוות, מה מתאים לכל גיל וממה יש להיזהר או להימנע. הסרט מביא את סיפורן האישי של שש משפחות, שכל אחת בחרה להתמודד באופן שונה. הסיפורים השונים מספקים תמונה רחבה ומגוון של אפשרויות ודרכים להתמודד. ד"ר פרי, אשר יזמה את הפקת הסרט, ליוותה את התהליך כולו.

הסרט, בבימויו ובהפקתו של יענקל'ה קליין, הופק לזכרה של רוגית שפי ז"ל, שנפטרה ממחלת הסרטן במאי 2005, לאחר מאבק עיקש שנמשך שלוש שנים. הסרט ניתן ללא תשלום במרכז דוידוף, כחלק מהגישה הכוללנית של המרכז להתמודדות עם מחלות הסרטן.

03-9378055 ☎

## בפורום מלא - פורום רב-תחומי לדיון בבעיות של רצפת האגן

האגן עשויה לערב איברים והתמוחויות שונות - אי שליטה כפולה (שתן וצואה), שמחייבת גם גסטרואנטרולוג וגם אורולוג, או נשים הסובלות מצניחה של איברים פנימיים הגורמת לשרשרת של תופעות. הדיון המשותף מאיר את הזוויות השונות של הבעיה ויכול להגיע לפתרון משולב מיטבי.

פקס: 03-9210313

שירות חדש בבילינסון לסובלים מבעיות מורכבות ברצפת האגן - נשים וגברים: פורום של מומחים מכל התחומים הרלוונטיים המתכנס לדון בכל מקרה לגופו. הפורום, אותו מרכז ד"ר רם דיקמן, מנהל השירות לתנועתיות מערכת העיכול במערך לגסטרואנטרולוגיה, כולל את ד"ר חיים קריסי, אורו-גינקולוג, ד"ר ניר וסרברג, כירורג קולורקטלי, ד"ר גבריאל גילון, אורולוג ונירה כהן-צוברי, פיזיותרפיסטית. בעיה ברצפת



## להפסיק עם הפסקת הנשימה

### מרפאת השינה במערך אף אוזן גרון בבילינסון מציעה מגוון שיטות טיפול בנחירות ובדום נשימה בשינה

הנחירות שלכם הן לא רק מטריד לבן/בת הזוג (ולפעמים אפילו לכל בני הבית האחרים). הנחירות שלכם עשויות להיות מסוכנות, אם הן מגיעות עד לכדי דום נשימה בשינה. במרפאת השינה מטפלים בכל קשת התסמונות של הפרעות בשינה - החל מנחירות קלות ועד דום נשימה בשינה. "התופעה נובעת מחסימה מסוג כלשהו בדרכי הנשימה העליונות", אומר ד"ר גידי בכר, אחראי המרפאה שחזר מתקופת התמחות בטורונטו, "היא שכיחה במיוחד אצל אנשים עם עודף משקל משמעותי ובמבוגרים. אלינו למרפאה מגיעים גם אנשים צעירים



ורזים". דום נשימה בשינה יכול להתרחש אפילו מאות פעמים בלילה, ובדרגה חמורה זו הוא מהווה סיכון מוגבר לתופעות מסוכנות כמו יתר לחץ דם, התקפי לב, אוטם שריר הלב, מחלות של כלי הדם המוחיים ועוד. "לכן חשוב מאוד לטפל", מדגיש ד"ר בכר. "במרפאה מציעים קשת של פתרונות אפשריים. הפתרון הלא-כירורגי המקובל הוא מסכת חמצן - CPAP - אך לא כל המטופלים מצליחים להסתגל לאביזר זה. מלבד ה-CPAP, הטיפול היעיל ביותר הוא טיפול כירורגי ממוקד לשחרור החסימה". כדי להשיג תוצאות, עוברים במרפאה תהליכים מדוקדקים של בדיקה ואבחון במכשור מתקדם, מזהים את מיקום החסימה ומחליטים על ההליך הכירורגי המתאים, המתבצע בהמשך במרפאה או במחלקה. 03-9377146 ☎

## טוב שיש "יד שרה" ביציאה

### סניף חדש ל"יד שרה" בבית החולים בילינסון.

הסניף החדש, הממוקם במסדרון חדר המיון, יקל על החולים המשתחררים מבית החולים וזקוקים לציוד רפואי להמשך החלמתם בבית. ניתן לשאול בו מגוון רחב של מכשירים, ביניהם: כיסאות גלגלים ורחצה, הליכוניים, משאבות



חלב ועריסות, בלוני חמצן, גלאי סוכר, מדי לחץ דם ועוד. בסניף גם ציוד מיוחד לילדים המשתחררים ממרכז שניידר לרפואת ילדים. את הסניף מפעילים 15 מתנדבים בניהולו של **חיים זלצר** והוא פתוח בימים א'-ה' בין השעות 11.00-9.00 ו-15.00-10.00 וביום ו' בשעות 11.00-9.00.

03-9376879 ☎

## ומה עם המיומה שלך?



### במרפאת המיומות בבי"ח לנשים בבילינסון מקבלת כל מיומה את ההתייחסות המתאימה לה. ניתוח - ממש לא האופציה היחידה

בבי"ח לנשים בבילינסון פועל **מרכז רב תחומי לשיריני רחם (מיומות)**. מדובר במרפאת ייעוץ ייעודית לאבחון וטיפול במגוון רחב של שיטות טיפול המיושמות במסגרת בית החולים באופן

## CT חדש בשרון

### נחנך מכשיר CT במכון הדימות המשופץ בשרון

בבי"ח השרון נחנך מכשיר CT, שיאפשר ביצוע של רוב בדיקות הדימות המצריכות CT. המכשיר הוא חלק ממכון הדימות של ביה"ח, שחודש ושופץ בתמיכת שירותי בריאות כללית ובסיוע תרומה מארגון המתנדבים י.ע.ל.

**ניטקה** בתחומי הכירורגיה הגינקולוגית, **פרופ' ישראל מייזר**, **ד"ר ראובן משיח** ו**ד"ר רון ברדין** בתחום האולטרה-סאונד הגינקולוגי, **פרופ' בני פיש** מתחום האנדוקרינולוגיה הגינקולוגית ו**ד"ר אלכסנדר בלינקי** מתחום הרדיולוגיה הפולשנית.

שיטות הטיפול המוצעות במסגרת המרכז הן:

- הסרת מיומות בגישות כירורגיות זעיר פולשניות או קונבנציונליות תוך שימור הרחם והפוריות.

- הסרת הרחם והמיומות בגישות כירורגיות זעיר פולשניות או קונבנציונליות לנשים אשר השלימו את תוכניות הילודה.

- צנתור כלי דם - חסימת אספקת הדם לגידול הגורמת להתכווצותו.

- טיפולים הורמונליים הגורמים להצטמקות נפח הגידול, חלקם מוכרים וחלקם במסגרת מחקרים קליניים רב לאומיים.

- בנוסף, מתקיים שיתוף פעולה עם מומחים למיפוי וייעוץ גנטי ויועצים חיצוניים לטיפול בהקטנת נפח המיומה בעזרת גלי על-קול ממוקדים.

מרבית הטיפולים כלולים בסל הבריאות.

03-9377602 ☎

שאינו קיים במרפאות אחרות בארץ. לדברי **פרופ' יונה תדיר**, מנהל מרפאת המיומות, מדובר בתופעה מאוד נפוצה. אחת מכל שלוש נשים מעל גיל ארבעים, סובלת ממיומות באופן המחייב טיפול.

מיומה היא גידול שפיר של שריר הממוקם בדופן הרחם. הסימפטומים תלויים במיקומה ובגודלה כאשר השכיחים יותר הינם דימומים חזקים, אנמיה, לחץ על אברים פנימיים כגון שלפוחית השתן, כאבים עזים ולעיתים יכולה המיומה לגרום לבעיות פוריות, סיבוכים במהלך הריון או בלידה. במקרים רבים המיומה אינה מורגשת והיא מאובחנת באקראי במסגרת בדיקה שגרתית. שכיחות התופעה, המיקום המשתנה, הסימפטומים ואפשרויות הטיפול השונות מחייבים גישה טיפולית אישית לכל מקרה.

לדבריו של **פרופ' מרק גלזרמן**, מנהל בי"ח לנשים בבילינסון, ניתוח זו לא האפשרות היחידה. בבילינסון מוצעת קשת רחבה של טיפולים, והתייחסות ממוקדת לכל סוג ולכל מטופלת, כך שכל אישה יכולה לקבל את הטיפול המתאים בדיוק לסוג המיומה שלה. בחלק מהמקרים מעורבים בטיפול מומחים נוספים כגון: **ד"ר חן גולדשמיט** ו**ד"ר שמואל**





גברים  
- ממאדים -

נשים  
מנוגה

אז איך תיתכן  
רפואה  
אחת לכולם?





## הרפואה המגדרית - מהפכה תפיסתית ברפואה הנושאת את דגל ההבדל בין המינים

בכנס רפואי שהתקיים לאחרונה בתל אביב, הביא אחד החוקרים בשורה חשובה לגבי תכשיר הקומדין. קומדין היא תרופה לדילול דם הדורשת מינון מאוד מדויק ואישי לכל חולה, כאשר אי דיוק עשוי להיות מסוכן מאוד לחולה. החוקר בישר לשומעים כי התקדמות בפיתוח מאפשרת מתן קומדין על פי מאפיינים אישיים של החולה, כך שטווח האפשרות לטעות במינון יצומצם מאוד. "האם יש בפיתוח התייחסות למינו של המטופל?" שאל פרופ' מרק גלזרמן, שנכח בכינוס, ולא ממש הופתע משנענה בשלילה. מקרה זה מדגים עד כמה המחקר הרפואי רחוק עדיין מלהפנים את תפיסת הרפואה המגדרית, רפואה המכירה בשוני המהותי הקיים בצרכים הפיזיולוגיים והפתופיזיולוגיים של נשים וגברים, ומבססת את גישתה המחקרית והטיפולית על שוני זה.

פרופ' גלזרמן עצמו נחשף לרפואה המגדרית לפני כשנתיים, כאשר הגיע לידיו מאמרה של פרופ' מריאן לגטו, קרדיולוגית בכירה מאוניברסיטת קולומביה, ושם פגש לראשונה במושג של "רפואה לנשים". עבור גלזרמן, מנהל ביה"ח לנשים במרכז רפואי רבין וראש החוג למיילדות וגינקולוגיה באוניברסיטת ת"א, שתחום עיסוקו הוא רפואת נשים, היווה המאמר סוג של טלטלה. הוא צלל למעמקי הנושא ויסד בישראל קבוצת עניין שמונה כבר מעל 45 חברים, ביניהם שלושה מנהלי בתי חולים ו-27 מנהלי מחלקות מ-11 בתי חולים שונים. בפברואר האחרון התקיים במרכז רפואי רבין כנס היסוד של החברה הישראלית לרפואה מגדרית עם כ-300 משתתפים ממוסדות שונים בארץ ועם פרופ' מריאן לגטו כאורחת הכבוד. בכנס הוצגו 16 עבודות מחקר מקוריות בתחום הרפואה המגדרית שבוצעו בארץ. פרופ' גלזרמן שוטח בפנינו את עקרונות הרפואה המגדרית.

האם ניתן לברך על לידתה של דיסציפלינה חדשה ברפואה? פרופ' גלזרמן: ממש לא. הרפואה המגדרית אינה דיסציפלינה רפואית בפני עצמה. היא כלי שאמור לשמש לשיפור כל הדיסציפלינות הרפואיות. הרפואה המגדרית עוסקת באיכות הרפואה. אין לה יעדים משלה אלא היא משמשת כלי לשיפור הרפואה. כל תחום רפואי שייכר בהבדל בין נשים וגברים ויבטא זאת בגישה המחקרית והטיפולית - יוכל לספק רפואה טובה יותר ונכונה יותר.

האם הרפואה המיושמת כיום עדיין לא מודעת להבדל הכה משמעותי הזה?

פרופ' גלזרמן: עד כמה שזה נשמע מיושן, זה אכן המצב. הנה נתון מדהים ממחקר שהתפרסם כבר לפני עשור: שני שלישים מן המחלות הפוגעות בשני המינים - נחקרו בגברים בלבד. מרבית התרופות נוסו על גברים בלבד. כתוצאה מכך הרפואה מטפלת בנשים על בסיס ההנחה שלמין האדם אין חשיבות בהקשר זה.

צריך להדגיש כי, ההימנעות ממחקר תרופתי על נשים אינה חלק ממיזמה שוביניסטי, אלא דווקא להיפך. האפליה שנוצרה מקורה בכוונה טובה להגן על הנשים, וזאת כתגובה לשתי טראומות גדולות שקרו באמצע המאה הקודמת: בשנות ה-50 נצפתה שכיחות גבוהה של שינויים אנטומיים והתפתחות ממארת באיברי מין של צאצאי אמהות שנטלו במהלך הריון טיפול ב-des נגד דימום. בשנות ה-60 התרחש האסון הידוע כ"ילדי התאלידומיד" - ילדים שנולדו ←

אחת מכל ארבע נשים המגיעות למיון עם סימנים של התקף לב נשלחת הביתה!



עם עיוותים קשים בגפיים כתוצאה מתאלידומיד - תכשיר נגד בחילות שלקחו אמותיהן בזמן ההריון. בעקבות אירועים אלה הפסיקו למעשה לפני כ-50 שנה לשתף נשים במחקרים קליניים, ורק לאחר מספר עשורים הוחל בדיונים בין הגורמים הרלוונטיים בארצות הברית, עד לחקיקתן של תקנות שמחייבות להחזיר את הנשים לאוכלוסיות המחקר.

אך השינוי בתקנות עדיין לא חולל את השינוי בגישת החוקרים. ב - New England Journal of Medicine מהמובילים בעיתונים של עולם הרפואה, פורסמו בשנים 1994-1999, 442 עבודות מחקר קליניות. מעל 75% מעבודות אלה התבססו שוב על ניסויים בקרב גברים בלבד. זאת ועוד, מכיוון שהמחקר הקליני - ובמיוחד המחקר לפיתוח תרופות - נמשך שנים רבות, הרי שהיום אנחנו עדיין מבססים את השימוש בתרופות על "ידע ישן". כלומר, רוב התרופות הנמצאות בשימוש, מינון מתייחס לממוצע גברי (גבר שמשקלו 75 ק"ג), ללא כל התייחסות למינו של הנזקק להן.

**והאם באמת זה כל כך חשוב? ברור שכשמדובר בנושאים כמו איברי מין ורבייה, אנחנו חייבים גישה שונה לנשים ולגברים, אבל בסך הכל מדובר בבני אדם...**

פרופ' גלזרמן: ההבדלים הביולוגיים בין נשים וגברים הם משמעותיים כמעט בכל דבר.

אם כבר הזכרנו את הקומדין, שהוא תכשיר הניתן לחולי לב, הרי כל נושא התקפי הלב שונה לחלוטין אצל נשים וגברים ומחייב גישה מערכתית שונה לחלוטין - משלב האבחון, דרך שלב הטיפול האקוטי ועד הטיפול התרופתי המשמר. נתחיל מזה שכיום, לאחר שנים שבהן רווחה הדעה כי התקפי לב נדירים אצל נשים, אנחנו נמצאים עכשיו במציאות חדשה כאשר, בעקבות הארכת תוחלת החיים, מהווים התקפי לב ומחלות כלי דם את גורם המוות העיקרי בקרב נשים, ויותר נשים מתות מהם מאשר מכל מחלות הסרטן גם יחד. התיאור הקלאסי של התקף הלב, המופיע בכל ספרי הלימוד, הוא כאב פתאומי בחזה השמאלי המקרין ליד שמאל. זהו אכן תיאור אופייני לגברים, אך אצל כ-20% מן הנשים העוברות התקף לב, הסימנים שונים לחלוטין: האישה עלולה להתלונן במשך שעות על קוצר נשימה, עייפות, זיעה וכאב עמום שמקרין ללסת או לגב. כאשר אישה מגיעה עם תלונות כאלה לרופא או לחדר מיון, הרי בהחלט ייתכן ששילוב בין ידע מיושן (שנשים לא נוטות לסבול מהתקפי

מייצרות הרבה פחות סרוטונין (חומר נוגד דיכאון) ולכן גם תופעת הדיכאון שכיחה אצלן יותר. ואכן הוכח כבר שתרופות טיפוליות לדיכאון בנשים וגברים צריכות להיות בעלות מנגנון שונה. מערכת ה-P450, שאחראית לסילוקן של רוב התרופות מהגוף, יעילה הרבה יותר אצל נשים. נתון זה חייב להשפיע על מינון תרופות רבות כמו אנטיביוטיקות מסוימות, סטרואידים, תרופות נגד יתר לחץ דם וואליום (ולמרות זאת הן עדיין ניתנות במינון זהה).

לפעמים ההתעלמות מההבדלים פשוט זועקת. במחצית השנייה של המחזור מתרחשת עלייה ברמת ההורמון פרוגסטרון, הורמון המגביר עוד יותר את פעילות מערכת סילוק התרופות, ומשפיע בכך מאוד על יעילותן של תרופות נגד סוכרת, דיכאון, אסתמה ואף אפילפסיה. כתוצאה מכך נשים הסובלות מאפילפסיה או אסתמה ומטופלות בתרופות מסוימות, חוות ריבוי התקפים לפני הווסת. ברפואה ה"מתעלמת", שאינה מתחשבת בהבדלים בפיזיולוגיה בין נשים וגברים, הפתרון יהיה להחליף תרופה, או להוסיף תרופות אחרות. אך הרפואה המגדרית עשויה להציע פתרון פשוט ויעיל הרבה יותר: ייתכן שכל הנדרש הוא להעלות במקצת את מינון התרופות לקראת זמן קבלת המחזור. ואולם במציאות היום-יומית המוכרת לנו, מתי בכלל נשאלה אישה שהתלוננה על החמרה במחלתה לגבי השלב של המחזור שבו היא נמצאת?

צריך להבין כי הנשים הן לא היחידות שקופחו עקב היעדר רפואה מגדרית. יש מחלות המוגדרות כ"נשיות" בשל שכיחותן הגבוהה אצל נשים (אוסטיאופורוזיס, סרטן שד), אך גם גברים לוקים בהן, ומאחר שהמחקר נעשה בקרב נשים בלבד, יש מחסור עמוק בידע על המופע הגברי שלהן ומכאן קושי באבחון ובטיפול נכונים.

בדיוק כאן תיכנס הרפואה המגדרית לתמונה, כדי לשאול שאלות קריטיות, כדי להפסיק את ההתעלמות. בעצם, אין צורך לדבר בלשון עתיד. הרפואה המגדרית כבר פה. כפי שמעיד פרופ' גלזרמן. "הצעדים הראשונים לקראת אימוץ הרפואה המגדרית כבר נעשו. בסוף שנות ה-90 פרופ' מריאן לגטו ייסדה באוניברסיטת קולומביה מרכז לחקר תחום זה. בדומה להתארגנות שלנו בישראל, יש כבר מרכזים דומים בארה"ב, גרמניה, שבדיה, איטליה ויפן. במרכזים גדולים ומכובדים בעולם מתעצם המחקר בנדון. בחלק מהאוניברסיטאות הרפואה המגדרית היא כבר חלק מתוכנית הלימודים בפקולטה לרפואה."

## פרופ' מריאן לגטו, הכהנת של הרפואה המגדרית

פרופ' מריאן לגטו, מי שנחשבת מובילת הדרך של הרפואה המגדרית, היא קרדיולוגית בכירה אשר שילבה עבודה קלינית בבתי חולים בניו יורק עם קריירה אקדמית של הוראה ומחקר באוניברסיטת קולומביה, שם ייסדה את קבוצת העניין הראשונה של הרפואה המגדרית. כדוברת מרכזית של הרפואה המגדרית, קידמה פרופ' לגטו את

הכללתן של נשים במחקר הרפואי ואת גישת המחקר-מבוסס-מגדר לטובת כלל המטופלים. פרופ' לגטו הביאה את בשורת הנושא לציבור האמריקאי הן באמצעות ספרים שכתבה המיועדים לציבור הרחב והן באמצעות תוכניות טלוויזיה פופולריות בהן התארחה. היא הפכה לדמות ציבורית מוכרת ואהודה וזכתה בפרסים רבים על פועלה.

**האם רפואה מגדרית היא "הדבר הבא"?**

פרופ' גלזרמן: הרפואה המגדרית כבר כאן. המהפכה התודעתית כבר מתחילה להתחולל וההשקעה במחקר ובפיתוח תוכניות הלימודים נותנת כבר את אותותיה. יחד עם זאת, צריך לזכור כי הרפואה המגדרית אינה היעד. הרפואה המגדרית היא שלב בדרך אל הרפואה האינדוידואלית. פיצוח הגנום האנושי יצעיד אותנו מאבחנה בין נשים וגברים לרזולוציה הרבה יותר גדולה של המבט הרפואי, לרפואה בה כל חולה יקבל טיפול אישי על פי הפרופיל הגנטי שלו - המגדר יהיה רק מאפיין אחד מתוך מכלול המאפיינים המרכיבים פרופיל זה. [ה](#)

לב) וחוסר ידע לגבי הסימפטומים ה"נשיים" - יעכב את האבחנה באופן מסוכן. והמציאות אכן מוכיחה שזה כך: אחת מכל ארבע נשים המגיעות למיון עם סימנים של התקף לב נשלחת הביתה! וגם כשנשים מטופלות בגלל התקף לב, מתברר שחלק לא מבוטל מהתרופות להמסת קרישי דם וייצוב אי-סדירות בקצב פעילות הלב יעילות פחות בקרב נשים, ובחלקן אף מחמירות את מצבן.

**אלו עוד מערכות בגוף נבדלות אצל הגברים והנשים?**  
פרופ' גלזרמן: ההבדלים קיימים כמעט בכל מערכת, ובדרך כלל יש לכך רלוונטיות לטיפול הרפואי. הבדלים במוח, לדוגמה. נשים למשל

# ניקוי יסודי מדי

## מחקר בשרון מאשר כי שימוש בתכשירים מכילי זרחן לצורך ניקוי מעיים עלול לפגוע בכליות

לא נצפתה החלמה מלאה של התפקוד הכלייתי. מספר כזה של מקרים כבר אפשר לחוקרים לשרטט גורמי סיכון רלוונטיים: גיל מבוגר (מעל 50), אי ספיקת כליות קיימת, נשים (יותר מגברים). לחץ דם לא תקין, תרופות ללב מסוג חוסמי אנגיוטנסין II או מעכבי אנזים המהפך ומשתנים.

במחקר שנערך בבי"ח השרון נמצאה phosphate nephropathy בחמישה מתוך 500 חולים, שעברו ניקור כליה עקב אי ספיקת כליות. נמצא קשר ישיר בין השימוש בסופודקס לבין פגיעה בכליות. כאשר אחד מהחמישה אף הגיע לדיאליזה.

ניתן לסכם ולומר כי שלוש הסכנות העיקריות שנצפו עקב השימוש בתכשירים מכילים זרחן לצורך ניקוי מעיים הן: אי ספיקת כליות כרונית, אי ספיקת כליות חדה והפרעות קצב הנגרמות כתוצאה מהפרת איזון במלחים. לגבי תופעה אחרונה זו, נעשה מחקר קודם על ידי ד"ר ישעיהו בלוססקי, מנהל המחלקה לגריאטריה בבי"ח בילינסון, ופרופ' אברי שניאק, מהמערך לנפרולוגיה ויתר לחץ דם, וגם בו אושרה הסכנה הכרוכה בשימוש בסופודקס.

אזהרות לגבי השימוש בסופודקס כבר ניתנו לאחרונה על ידי ה-FDA, ולאור תוצאות המחקר בבי"ח השרון גובשו כאמור אזהרות דומות בארץ. בנוסף מציינים החוקרים כי התפתחות נפרוקלצינוזיס לא תמיד ניתנת לצפייה מראש, ויכולה להופיע גם בנבדקים שאינם עונים לפרופיל הסיכון. לכן בעצם ההמלצה החד-משמעית הנובעת ממחקר זה, כמו גם מהקודמים, שיש להמנע משימוש בסופודקס מעל גיל 60 ובחולים עם אי ספיקת כליות.

גם שימוש בחוקן פליט המכיל זרחן עלול לגרום לפגיעה כלייתית, ולכן ממליצים החוקרים להגביל את השימוש בו בדומה להמלצות לגבי השימוש בסופודקס.

מחקר שערכו ד"ר יעקב עורי, ד"ר אשר קורזיץ, פרופ' אברי שניאק מהמערך לנפרולוגיה ויתר לחץ דם בבי"ח השרון ופרופ' עוזי גפטר, מנהל המערך, בשיתוף עם הפתולוגית ד"ר אנה תובר מבי"ח בילינסון, הראה כי שימוש בתכשיר לניקוי מעיים המכיל זרחן, הידוע בשמו המסחרי סופודקס, עלול לגרום פגיעה בכליות באוכלוסיות מסוימות, ולכן יש להטיל מגבלות על השימוש בו, ואף לאוסר כליל במקרים מסוימים.

הממצאים וסייגי השימוש בתכשיר הועברו באופן מסודר להנהלת שירותי בריאות כללית, והופצו לרופאים. חשיבות המחקר גדולה במיוחד לאור העלייה העצומה בשנים האחרונות בהיקף בדיקות הקולונוסקופיה לגילוי ולמניעה של סרטן המעי הגס, בדיקות הדורשות הכנה מקדימה של ניקוי המעיים. כדי להבין את משמעות המחקר, יש לסקור את הרקע ההיסטורי שלו:

בשנות ה-90 נכנסו לשימוש שני חומרים משלשלים המכילים זרחן הידועים בשמותיהם המסחריים - סופודקס (לשתייה) וחוקן פליט. הסופודקס הפך עד מהרה למוצר מוביל בשל נוחות השימוש - שני בקבוקונים של 45 מ"ל בתוך 12 שעות לעומת התכשיר הישן (מרקון המכיל פוליאטילן גליקול) של 3 ליטרים בתוך שעותיים. לאורך השימוש כבר התגלו מקרים שונים של פגיעה בכליות, אך רק בשנת 2003 זוהתה באופן ברור אי ספיקת כליות עקב שקיעת סידן זרחני בכליה (נפרוקלצינוזיס), אשר הוגדרה כ-phosphate nephropathy (בתרגום חופשי - פתולוגיה כלייתית הקשורה לזרחן). בשנת 2005, קבוצת חוקרים מאוניברסיטת קולומביה יכלה כבר לסכם 21 מקרים של חולים אשר סבלו מפגיעה כלייתית עקב phosphate nephropathy. 20% מאותם חולים הגיעו לאי ספיקת כליות מתקדמת ולצורך בדיאליזה. אצל חלק מהחולים השתפר התפקוד בהמשך, אולם אצל אחד מהם





# העזדה כן חשובה

## מחקר של המרפאה להפרעות תנועה בבילינסון מוצא הבדלים ניכרים בין חולי פרקינסון אשכנזים ותימנים

הופעה צעיר ופחות רקע משפחתי". סימני המחלה הראשונים - רעד, נוקשות איברים ואיטיות - היו זהים בשתי האוכלוסיות. גם ברמת הסיבוכים לא נמצא הבדל.

אולם ממצאי המחקר אישרו את הרושם הראשוני שגרם לעריכתו: קצב התקדמות המחלה וחומרת המחלה היו גבוהים יותר באוכלוסייה התימנית. כמו כן, התגלו אצל קבוצה זו שיעור גבוה יותר של דיכאון וירידה בכושר הקוגניטיבי (שתי תופעות העשויות להתלוות למחלה).

מה הסיבה להבדלים בין שתי הקבוצות האתניות? המחקר העלה מספר השערות אך הן עדיין לא נבדקו. "חשבנו שמאחר שהחולים התימנים הם ברובם מיישובים חקלאיים, אולי הם סבלו מחשיפה גבוהה לחומרי הדברה, אך בדיקה העלתה שגם חלק נכבד מהאשכנזים הגיעו מקיבוצים וממושבים. השערה נוספת היא שאולי קיים גן מובהק לפרקינסון, שעדיין לא זוהה, בעדה התימנית, בדומה לגנים אחרים שזוהו כבר בעדה האשכנזית. ייתכן גם שללעיסת הגת המקובלת בעדה יש השפעות שעדיין לא נחקרו".

ממצאים אלו ישמשו בסיס להמשך מחקר על התנהגות מחלת הפרקינסון ויסייעו לשפוך אור נוסף על מנגנוניה וסיבותיה.

מחקר שהתבצע בחולי פרקינסון המטופלים במרפאה להפרעות תנועה במחלקה הנורולוגית בבילינסון, מצביע על הבדלים מסוימים בין אוכלוסיית החולים ממוצא אשכנזי לבין החולים ממוצא תימני. המניע לעריכת המחקר, מסבירה פרופ' רות ג'לדטי, מנהלת המרפאה ורופאה בכירה במחלקה, היה רושם מצטבר לאורך שנים כי קיימים הבדלים בהתנהלות המחלה בין שתי האוכלוסיות. מטרת המחקר היתה לבדוק האם יש לכך בסיס עובדתי.

המחקר נערך בין השנים 2000 - 2008. אוכלוסיית המחקר מנתה 96 חולים ממוצא אשכנזי ו-63 חולים ממוצא תימני, שמשך מחלתם הממוצע נע בין 8-9 שנים.

הבדל ראשון שנמצא מובהק הוא גיל הופעת המחלה - גיל ממוצע 55 אצל התימנים לעומת 62 אצל האשכנזים. נתון זה הפתיע, מאחר ולאחוז גבוה יותר מבין האשכנזים, 35%, היה למחלה רקע משפחתי (דהיינו: קרוב משפחה מדרגה ראשונה שאף הוא חולה), לעומת 22% אצל התימנים. מסבירה פרופ' ג'לדטי: "כאשר יש רקע משפחתי (דהיינו: יש סבירות גבוהה יותר לרקע גנטי למחלה), אנחנו מצפים דווקא להופעתה בגיל צעיר יותר. אצל החולים התימנים מצאנו ממצא סותר - גיל



A woman with short dark hair and bangs is looking upwards and to the right. She is wearing a white collared shirt. The background is a library with bookshelves filled with books. The lighting is dramatic, with strong shadows and highlights. There are large orange and blue rectangular shapes in the background.

**מחקר שהתבצע  
בחולי פרקינסון  
בבילינסון מצביע על  
הבדלים מסוימים  
בין חולים אשכנזים  
לחולים ממוצא  
תימני**




# הטיפול המשמר - שומר

מחקר רחב היקף מראה על ירידה של 40% בתמותת חולים שסבלו מהישנות המחלה ונטלו את תרופת המבטרה



## מחקר בבילינסון מוכיח: המשך טיפול ב"ריטוקסימב" (מבטרה) כטיפול משמר מביא לירידה של 40% בתמותה בחולי לימפומה פוליקולרית

את התרופה הביולוגית ריטוקסימב (מבטרה). מחקר המטה-אנליזה, כלל בחינה וניתוח של סדרה בת חמישה מחקרים מבוקרים בהשתתפות 985 חולים עם לימפומה פוליקולרית שהיו במעקב ממוצע של שלוש שנים. במחקרים נעשתה השוואה ארוכת טווח בין ההישרדות של חולים שעברו טיפול משמר בריטוקסימב לבין כאלה שלא עברו. השילוב של טיפול כימי עם טיפול ביולוגי בריטוקסימב הוכח כבעל תוצאות יעילות יותר מאשר טיפול כימי לבד. מחקר המטה-אנליזה הוכיח כי מתן ריטוקסימב כטיפול משמר לאחר סיומו המוצלח של הטיפול הכימי והאימונוגנולוגי, יעיל במניעת הישנות המחלה ובהארכת הישרדותם של החולים. פרופ' שפילברג אומר כי מסקנות המחקר הן שהטיפול בריטוקסימב כטיפול משמר בחולי לימפומה פוליקולרית שמחלתם חזרה, צריך להפוך לחלק מהטיפול השגרתי בשנתיים שלאחר סיום הטיפול הכימותרפי המשולב. המחקר פורסם כמאמר מוביל בכתב העת הרפואי היוקרתי JNCI - Journal of the National Cancer Institute - ותוצאותיו עשויות לתרום להארכת חייהם של חולי לימפומה פוליקולרית רבים בארץ ובעולם. 

לימפומה פוליקולרית, הלימפומה השנייה בשכיחותה, היא לימפומה בדרגת ממאירות נמוכה אשר נפוצה בין העשור השישי לשמיני בגברים ובנשים. בישראל חיים כיום כ-4,000 חולי לימפומה פוליקולרית וכ-400 חולים חדשים מאובחנים מדי שנה.

מחקר מטה-אנליזה רחב היקף בהובלתה של ד"ר **ליאת וידאל**, מומחית ברפואה פנימית ורופאה במכון המטולוגי במרכז דוידוף בבילינסון, ובהשתתפותם של **פרופ' עמוס כהן**, מנהל יחידת לימפומות במכון המטולוגי וד"ר **ענת גפטר**, מומחית ברפואה פנימית ורפואה במכון, ובהנחייתו של מנהל המכון **פרופ' עופר שפילברג**, מראה על ירידה של 40% בתמותה בחולים שסבלו מהישנות המחלה ונטלו










המסקנה הגורפת  
היא שגורם  
המונע שחיקה  
הוא מודעות  
לחשיבות העבודה  
ולהשפעתה הרבה  
על חיי אדם

# לא כמו באמריקה

וגם לא כמו באירופה. אחים ואחיות בדיאליזה בישראל פחות שחוקים מעמיתיהם בחו"ל

בקרב הצוות הישראלי לעומת רמות שחיקה שנמצאו בארה"ב ובאירופה. נתגלו הבדלים בין האחים לבין האחיות לגבי גורמי שביעות הרצון (אחים נוטים ליחס יותר חשיבות לגיוון, לעצמאות, לחשיבות ולביטחון ואחיות להערכה, לשיתוף, לשליטה ולמימוש עצמי) אך המסקנה הגורפת היא שגורם המונע שחיקה הוא מודעות לחשיבות העבודה ולהשפעתה הרבה על חיי אדם. מודעות זו מחזקת באופן תת הכרתי את האחים והאחיות ומגבירה תחושה של שליטה וביטחון. לאור זאת המליצו עורכי המחקר על פעילות מחזקת ותומכת ברמה הארגונית - משובים, תמיכה מקצועית, השתלמויות ואזון קשבת, וברמה האישית - ייזום מפגשים בין מטפלי הדיאליזה על בסיס קבוע כדי ללבן תקוות, מטרות וציפיות. 

האפשרות של שחיקה קיימת אצל עובדים במקצועות שונים, ובוודאי אצל אלו העוסקים במקצועות עזרה וסיוע שעיקר עיסוקם הוא התמקדות בצורכי המטופל ובפתרון בעיותיו. מטופלי הדיאליזה, הסובלים מאי ספיקת כליות כרונית המחייבת טיפול דיאליזה קבוע מספר ימים בשבוע, הם אוכלוסייה במצב של "דחק" (stress). הדחק של המטופל נובע מעצם המחלה, מהטיפול במחלה, ממצב בריאותו ומרמת תפקודו. הצוות המטפל באוכלוסייה זו נמצא בסכנת שחיקה. שני חברי צוות, האח **מוחמד חאסקיה** והאחות **רוניס וגנר** מהמערך לנפרולוגיה ויתר לחץ דם במרכז רפואי רבין בדקו את רמת השחיקה של אחים ואחיות במחלקות הדיאליזה בארץ - 216 נבדקים ב-18 מחלקות, 20% אחים ו-80% אחיות. בסך הכל מצא המחקר רמת שחיקה נמוכה יותר





# הניתוח הצליח. המחקר - גם

ברמת ה-BMI (= ירידה במשקל) בכל הנבדקים, אך לא נמצא מתאם חיובי בין שיעור הירידה במשקל לשיעור ההפחתה בהורמון הגרלין. עוד איששה העבודה המחקרית את הנושאים הבאים: מדידות של לחץ ונפח בקיבה לפני הניתוח ואחריו הראו את מנגנון היווצרות הלחץ המוגבר בקיבה. כמו כן נעשתה בדיקה באיזוטופים שהראתה כיצד הקיבה שומרת על פעילותה כמשאבה היודעת להתרוקן, וזאת למרות שבניתוח מוסר קוצב ההתרוקנות. הבנת המנגנון של הניתוח מחזקת את ההכרה בעילותו וביתרונו על שיטות ניתוחיות אחרות. יחד עם זאת מדגיש פרופ' רובין כי גם ניתוח זה אינו מהווה מתכון פלא להפחתת משקל לעד. "כמו בכל הניתוחים, גם בניתוח זה ברור שכדי להבטיח שימור תוצאותיו לאורך זמן, הוא חייב להיות מלווה בפעילות קוגניטיבית של מודעות, שמירה על דיאטה ופעילות גופנית". משתנה נוסף שבדקה העבודה החדשנית הוא הקשר בין חיידק ההליקובקטר פילורי הנמצא לעיתים בקיבה וגורם לכיב - להורמון הגרלין. החיידק גורם לשינוי בתאים המייצרים את הגרלין, והועלתה השערה שייטכן שהימצאותו של החיידק בקיבה דווקא עשויה לעודד ירידה במשקל אצל המנותחים, אך העבודה לא מצאה בשלב זה קשר בין נוכחות החיידק בקיבה לפני הניתוח לבין הירידה ברמת הגרלין בדם. לאור חשיבותו של המחקר הוא הוצג בכנס בינלאומי בארצות הברית. [📄](#)

בקשת הפתרונות הניתוחיים לסובלים מהשמנת יתר, ניתוח "שרוול קיבה" צובר פופולריות רבה, מאז החלו ביישומו בעולם לפני כחמש שנים. בשירות הלפרוסקופיה בבילינסון היו הראשונים בארץ לבצע את הניתוח, ומאז התבצעו בשירות מאות ניתוחים בהצלחה וללא סיבוכים.

בניתוח שרוול קיבה, שמתבצע במחלקה כירורגית ב', מסביר מנהל השירות פרופ' משה רובין, נכרתת הקיבה לאורכה, כולל החלק העליון (הפונדוס). לכך יש אפקט כפול - בשל אופי החיתוך, הקיבה הקטנה שנוצרת, מגיבה ללחץ מוגבר בתחושה מיידית של שובע. כמו כן, החלק המוצא בניתוח של הקיבה, הוא האזור בו מתרכז ייצור הגרלין - הורמון הרעב, וכתוצאה מכך מאבד המנותח את תיאבון היתר שלו.

יתרונותיו של הניתוח, לעומת ניתוחים אחרים כמו טבעת או מעקף קיבה, נובעים ממהותו:

אין הכנסה של גוף זר לגוף, הקיבה נשארת בתפקידה המקורי (העברת האוכל למעינים), היא ממשיכה "לדעת" להתרוקן. שיטת הניתוח - לפרוסקופיה - כרוכה בחתך קטן בלבד ובסיבוכים מזעריים והמנותח יכול לצאת הביתה למחרת הניתוח.

בשל "צעירותו" היחסית של הניתוח, המידע עליו עד כה היה קליני - איך מבצעים את הניתוח, ממה יש להיזהר, אלו חולים מתאימים. לאחרונה נערך בבילינסון המחקר הראשון הבודק את המנגנון והפיזיולוגיה של הניתוח והוא נותן גיבוי מדעי לעשייה הקלינית.

העבודה נעשתה על ידי רונית ציוני יהושע, דיאטנית וסטודנטית למחקר, ד"ר ליאונד אידלמן, מנהל מחלקת הרדמה בבילינסון ופרופ' משה רובין, ובמהלכה נבדקו 20 חולים הסובלים מהשמנת יתר חולנית. בחולים אלו נמדדו רמות הגרלין בדם לפני הניתוח ושלושה חודשים אחריו. כתוצאה מהניתוח נצפתה ירידה בשיעור של 27% ברמות הגרלין בדם. במקביל נרשמה ירידה משמעותית



מחקר הבודק  
מנגנון ניתוח  
"שרוול קיבה"  
לסובלים מהשמנת  
יתר - מסביר את  
הצלחת הניתוח

## ניתוח גב? לא מה שחשבתם ד"ר דוידוביץ

ניתוח אנדוסקופי בעמוד השדרה - בגב התחתון - קצר, מהיר עם למעלה מ-90% סיכויי הצלחה



ד"ר שלמה דוידוביץ

כ-1/3 מהאוכלוסייה סובלים מבעיות עמוד שדרה. אלפים מתוכם סובלים מהיצרות של עמוד השדרה, חלקם ברמה המצריכה טיפול ניתוחי. תופעות של פריצת דיסק, היצרות בתעלת עמוד השדרה, או ניוון עמוד השדרה גורמות לכאבים עזים. **ד"ר שלמה דוידוביץ**, רופא בכיר במחלקה לנוירוכירורגיה בבילינסון, שהגיע אלינו לאחר השתלמות ארוכה בארצות הברית, מבצע ניתוחים אנדוסקופיים דו צדדיים של הגב התחתון ללא צורך בקיבוע.

בניתוחים שמבצע ד"ר דוידוביץ, הוא "משחרר" את השורשים של חוט השדרה דרך חתך קטן של 1-2 ס"מ, תוך שמירה מרבית על תפקודם של עמוד השדרה והדיסק. הניתוח נמשך כשעתיים בלבד ולאחריו החולה יוצא מחדר הניתוח ללא צורך בקיבוע, ללא מגבלות בתנועתיות וללא פגיעה ביציבות עמוד השדרה. הכאבים שלאחר הניתוח פחותים מאשר בניתוח עמוד שדרה בשיטה המקובלת ומשך האשפוז לאחר הניתוח מצטמצם ל-24 שעות. ד"ר דוידוביץ צבר ניסיון במאות ניתוחים מסוג זה.

הניתוח החדש מיועד לאנשים שנוטלים תרופות להפגת הכאב במשך תקופות ארוכות ולסובלים מקשיים בהליכה, כשהטיפול השמרני לא עוזר. הניתוח מתאים גם לחולים שסובלים מכאבים המקריינים לגפיים ללא כל נזק נוירולוגי, כגון שיתוק או פגיעה בתפקוד.

חולים רבים, ובעיקר האוכלוסייה המבוגרת אשר סובלת מהמחלה, חוששים לעבור ניתוח מסובך באזור עמוד השדרה ולכן מוותרים עליו, סובלים ונוטלים תרופות נגד כאבים. האפשרות לניתוח בגישה זעיר פולשנית, על יתרונותיה הרבים, מהווה פתרון עבור חולים רבים הסובלים מבעיות עמוד שדרה. [ה](#)

## נקבים קטנים במקום כריתה רחבה ד"ר גיפס

ניתוח באמצעות ניקוב -

שיטה מהפכנית לפתרון בעיה שכיחה באזור העכוז

ניתוחית מהפכנית, בה הוא משתמש במנקב (punch, trephine) לכריתה נקודתית של כל אחד מהפתחים בעור בנפרד. דרך הנקבים החדשים מבוצע ניקוי של כל החלל התת-עורי מהשער והרקמה הדלקתית שהצטברו בתוכם. כך, בתהליך שכרוך בהרדמה מקומית בלבד, ללא אשפוז, כמעט ללא כריתת רקמה, ללא תפרים וללא עיוות של אזור העכוז, נפתרת הבעיה תוך החלמה קלה וחזרה מהירה לפעילות רגילה. גם אם תחזור המחלה בעתיד (יש אפשרות להישנות בשיעור של כ-20% גם בכריתות הרחבות), ניתן לחזור על הטיפול הנקודתי ככל שידרש עד השגת ריפוי סופי. לאורך השנים ניתח ד"ר גיפס למעלה מ-1,300 מטופלים שסבלו ממחלה פילונידלית. יחד עם חבריו למחלקה - **ד"ר ידידיה מלכי**, **ד"ר ראובן וייל** ו**ד"ר ליאון סאלם** ועם **פרופ' ז'קלין סולקס** מהיחידה האפידמיולוגית בבילינסון, סיכם ד"ר גיפס את נתוני הטיפול והמעקב במאמר מקיף אשר פורסם לאחרונה במגזין רפואי בינלאומי מוביל בתחום והיכה הדים. שיטת הניקוב מיושמת כשגרה במחלקתו, כירורגית ב' בשרון, וכן במחלקות כירורגיות אחרות בארץ. עם הפרסום הבינלאומי יש לצפות להתרחבות היישום בארץ ובח"ל. [ה](#)

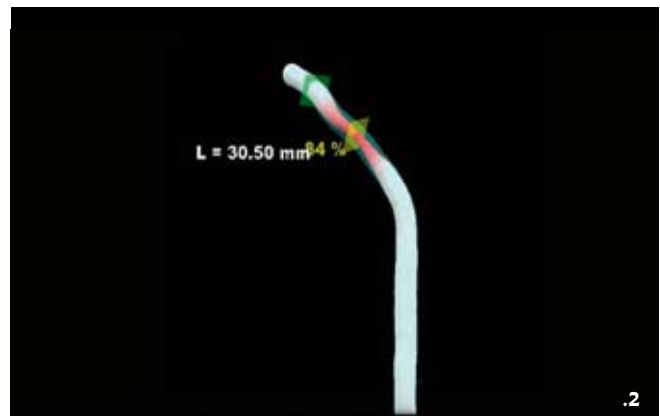
מחלה פילונידלית - Pilonidal disease, הוא שמה הרפואי של תופעה מוזרה, שכיחה ומאוד לא נעימה של כיס שערות המתהווה מתחת לעור בחריץ העכוז. בתחילת התהליך נוצרים פתחים קטנטנים בעור בקרקעית חריץ העכוז (לעיתים פתח יחיד ולעיתים מעל עשרה). שערות חופשיות מאזורים שונים בגוף נושרות לשקע העכוז ותוך התחככות שני חלקי העכוז בינם, השערות נדחפות ונשאבות, דרך הפתחים בעור, אל מתחת לעור. התוצאה היא היווצרות כיס פנימי של שערות, שגודלו עשוי לנוע בין מילימטרים לסנטימטרים ספורים. השיער בכיס התת-עורי מהווה למעשה גוף זר בגוף ומעורר תגובה דלקתית שמתבטאת בנפיחות ובבליטה מקומית, כאב וקושי בשיבה, הפרשות מוגלתיות ודמיות בשקע העכוז ולעיתים מורסה שמחייבת ניקוז דחוף. הטיפול המקובל בארץ ובעולם הוא כריתה רחבה של האזור הנגוע עד עצם העצה בעומק. הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה כללית ובאשפוז וכרוך בתקופת החלמה קשה וארוכה. לאחר **שד"ר משה גיפס** ממחלקה כירורגית ב' בשרון נתקל, בשירותו במילואים במרפאה כירורגית בצבא, בחיילים רבים הסובלים מהתופעה בהיותה שכיחה בצעירים בגיל העשרה והעשרים שלהם, פיתח שיטה



# צנתורים - הממד השלישי פרופ' קורנובסקי וד"ר דביר

הדמיה תלת ממדית בזמן אמת משפרת ומדייקת את יכולות הצנתור האבחוני והטיפולי

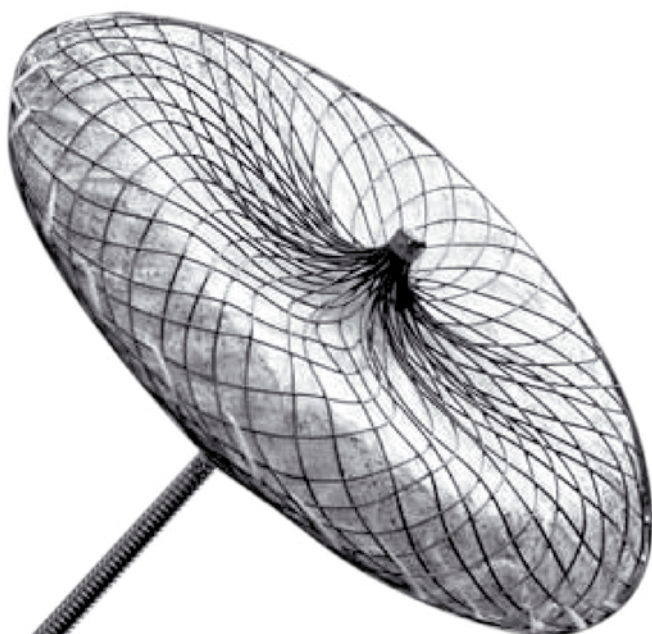
מכון הצנתורים של המרכז הרפואי הוא מהחלוצים בעולם בפיתוח ובשימוש בהדמיית עורקי הלב בתלת ממד. שימוש בהדמיה תלת ממדית של עורקי הלב במהלך צנתור הוא אחד החידושים העיקריים שהתפתחו בשנים האחרונות בתחום זה. ישנן מספר מערכות המאפשרות ביצוע בזמן אמת של תצוגה תלת-ממדית, ללא הפרת סדר הפעולות השגרתי של הצנתור. יכולת חדשה זו עשויה להפחית חלק ממגבלות ההדמיה שהיו קיימות עד לאחרונה, למשל הערכה לא די מדויקת של האנטומיה של העורקים הכליליים. בשיטה החדשה המצנתר יכול לבחון תמונה אחת תלת-ממדית המכילה את כל הנתונים שהתקבלו באנגיוגרפיה, במקום לנתח מספר תמונות דו-ממדיות (ראה תמונה). תצוגה תלת-ממדית זו מאפשרת ביצוע סיבוביות לכל היטל אפשרי, נתון בו ניתן להשתמש בהמשך הצנתור הכלילי כולל בצנתור הטיפולי. מחקרים שונים, אשר בוצעו במכון הצנתורים של רבין, ובחנו את השימוש במערכת ההדמיה התלת-ממדית - הראו ישימות גבוהה (feasibility), וכן דיוק מרשים בניתוח הנתונים המתקבלים ממערכת זו לעומת מערכת צנתור מקובלת, בעיקר בכל הקשור להדמיית היצריות מורכבות הדורשות טיפול בצנתר. המחקרים התבצעו על ידי ד"ר דני דביר ופרופ' רן קורנובסקי, מנהל מכון צינתורי הלב, וחלקם התפרסמו בספרות הקרדיולוגית המובילה בעולם. ניתן לצפות כי לתצוגות התלת-ממדיות תימצא חשיבות קלינית במהלך הצנתור. טכנולוגיה זו עשויה להוות תשתית למערכות אחרות שיאפשרו ניווט לאתר הטיפול הנחוץ בעורקי הלב ובכלי הדם הגדולים מחוץ ללב. הדמיה תלת ממדית תהפוך בהדרגה לחלק המשולב טבעית בתהליך הצנתור, וחדר הצנתור החדש אשר החל לפעול במרכז הרפואי, כבר מצויד בתשתית המתאימה לטכנולוגיה זו. 



בתמונה העליונה: תמונה של הצרות בעורק הכלילי הקדמי בצנתור רגיל (חץ משמאל)  
בתמונה התחתונה: תמונה בהדמיית תלת ממד (בטכנולוגיית פאזן מדיקל, ישראל)

## לקחו לריאות פרופ' קרמר

שימוש מוצלח בשסתום מתחום הלב לפעולה ריאתית



לאחר ניתוח גדול של כריתת ריאה או אונת ריאה, לא תמיד מתרחש איחוי מושלם של אזור החיבור. זאת במיוחד בחולים שקיבלו טיפול קודם בקרינה או בכימותרפיה. כתוצאה מכך עלול להיווצר דלף (פיסטולה) בין הסימפונות לבין החלל העוטף את הריאה, אשר דרכו יכול לעבור אוויר, שיביא אל הריאה חידקים, כשהתוצאה הבלתי-נמנעת היא זיהום. את הדלף הזה יש לסגור. האפשרות הניתוחית קיימת, אך היא נושאת איתה את כל המשמעותיות הכרוכות בנייתוח נוסף, על הסיכונים שבו. פרופ' מרדכי קרמר, מנהל מכון הריאות בבילינסון, מציג פתרון חדש העושה שימוש יצירתי באמצעי מתחום אחר. מדובר בשסתום המקובל זה שנים לסתימת דלף בין חדרי הלב (אמפלאץ - ראה תמונה). השסתום עשוי משתי דיסקיות - אותן מרכיבים משני עברי הדלף, ומהדקים עד לסגירת הדלף. בהמשך מתכסה השסתום ברקמה צלקתית. ההחלפה לאזור מתבצעת בטכנולוגיה של ברוכונסקופיה (החדרת האמצעי בעזרת סיב אופטי דרך הסימפון). בשיתוף פעולה עם מכון האנגיו, מכון הלב במרכז שניידר לרפואת ילדים ומכון הריאות. את ניסיונם המוצלח פרסמו אנשי רבין במגזין הרפואי chest והוא כבר זוכה להתעניינות ולחיקוי במרכזים רפואיים אחרים בעולם. 



## הריאה המלאכותית תסייע ד"ר בידרמן

עזרה נוספת לריאות של חולה מונשם מסייעת להיחלץ מאי ספיקה נשימתית

'עדינה' יותר להקל על נשימת החולה". לכך נועד תהליך של מעין ריאה מלאכותית - זהו מכשיר קטן העושה את תהליך סינון הדם במקום הריאה - צינור מוציא דם מהעורק, מסנן אותו דרך פילטר (מפנה את דו תחמוצת הפחמן) ומחזיר אותו לווריד מועשר בחמצן. ביחידה לטיפול נמרץ בבילינסון קיים הידע כיצד לתפעל את הריאה המלאכותית ולהבטיח את יעילותה. הטיפול נעשה בעיקר בחולים שנמצאים בהמתנה להשתלת ריאה, כאשר הריאה המלאכותית מאפשרת להם לשרוד את התקופה הקריטית. בבילינסון כבר טופלו בשיטה זו כ-12 חולים ושיעור התמותה פחת משמעותית. [📌](#)

ביחידה לטיפול נמרץ כללי בבילינסון משתמשים בשיטה ייחודית שמיועדת להקל על חולים מונשמים הסובלים מאי ספיקה נשימתית. השיטה משפרת משמעותית את סיכויי ההישרדות של החולים. הדרך המקובלת להנשים חולים בטיפול נמרץ היא באמצעות מנשם המחובר לקנה הנשימה בצינור. המנשם מזרים כמויות מוגברות של חמצן ומסייע לחולה בנשימה, "אולם לא כל החולים מסתדרים עם מנשם", מסביר ד"ר פיליפ בידרמן, אחראי היחידה לטיפול נמרץ במחלקת ניתוחי חזה ולב, "הנפח המוגדל יוצר לחץ על הריאות ועלול לגרום לפגיעה ריאתית. אנחנו מחפשים דרך



## תופסים את הדורבן ד"ר רובינסון

ניתוח אנדוסקופי ממוקד פותר במהירות וביעילות את התופעה המכאיבה של דורבן בכף הרגל

גדילה של זיז מתוך העצם בכף הרגל, מתחת לשומן של העקב, היא תופעה מוכרת ששמה העממי (דורבן) ניתן לה בשל דמיונו של הזיז לדורבן המשמש לדרבון סוסים. הדורבן נוצר כתוצאה מאופן הליכה או מדלקת באזור. תופעה מכאיבה זו מסבה אי נוחות וסבל רב ויכולה להפוך כל דריכה על העקב לקשה מנשוא. הדורבן מתחיל להופיע בשכיחות גבוהה בגילאי 40 ומעלה, ושכיחותו באוכלוסייה מגיעה לכ-7%-10% אחוזים. תרופות משככות כאבים אינן יעילות בשל כמות כלי הדם הקטנה במקום. ניתן להקל על הכאבים באמצעות מדרסים המרפדים את שטח הדריכה או באמצעות פיזיותרפיה. הזרקת סטירואידים אף היא מהווה פתרון, אך הוא מוגבל בשימוש. "ב-5% מן המקרים אנחנו מגיעים למצב בו מוצו כל האמצעים האחרים", אומר ד"ר דרוו רובינסון, מנהל מרפאת הליכה בשרון,

"ויש לשקול פתרון כירורגי".

הניתוח השמרני כרוך בפתיחה רחבה של כף הרגל, והוא ניתוח לא פשוט עם תקופת החלמה ארוכה, אולם במרפאת כף הרגל בשרון מיישמים גישה ניתוחית אנדוסקופית - כניסה מדויקת מונחית סב אופטי אל העצם וחיתוך הזיז. מדובר בניתוח מקומי, עם חתך קטן, בהרדמה מקומית. ההתאוששות מהירה וניתן מיד לדרוך על כף הרגל. בשנתיים האחרונות התבצעו בשרון כ-30 ניתוחים כאלה בשיעור הצלחה של כ-90%. [📌](#)

## חתכים קטנים - יתרונות גדולים ד"ר חננאל וד"ר מנשרוב

כריתת ושט בשיטה זעיר-פולשנית - פחות כאבים, פחות צלקות, פחות אשפוז

הניתוחים החדשים מתבצעים במחלקה כירורגית א' בבילינסון, ע"י ד"ר ניסים חננאל וד"ר ניקולאי מנשרוב, המציינים את התוצאות המצוינות המתקבלות בניתוח לעומת הפגיעה המינימלית באיכות חייו של המנותח.

תחום הכירורגיה הכללית, כך מסביר מנהל המחלקה ד"ר פרנקלין גרייף, נמצא בעיצומו של מעבר לביצוע חלק גדול מניתוחי הענק בגישה זעיר פולשנית. היתרונות הם ברורים - פחות כאבים, תקופת שיקום קצרה, חזרה מהירה לתפקוד וצלקות קטנות (למשל במקרה של כריתת הוושט, הצלקת בדופן הבטן היא כ-8 ס"מ בלבד). הכנסת השיטה הזעיר-פולשנית במקרים המתאימים של כריתת ושט מהווה, ללא ספק, צעד משמעותי בשיפור תוצאות הטיפול הכירורגי. [📌](#)

בבילינסון גאים להימנות על המרכזים הרפואיים המעטים בעולם בהם כבר מתבצעת כריתת ושט בשיטה זעיר-פולשנית, המהווה פתרון של ממש לחולי סרטן הוושט הצריכים לעבור כריתה.

הניתוח מתבצע באמצעות החדרת מצלמה ומכשירים זעירים דרך חתכים קטנים של 1 ס"מ או פחות. על גבי מסך חיצוני מתקבלת תמונה מדויקת המנחה את המנתחים בביצוע הכריתה. התהליך הניתוחי כולל הפרדת הוושט מהחיבורים בבית החזה, הפרדת קטע הוושט הבטני מהקיבה, הוצאת הוושט עם הגידול ולבסוף חיבור הקיבה עם קטע הוושט שנותר בצוואר. כל זאת נעשה באמצעות חתכים זעירים בבית החזה ובבטן, זאת בהשוואה לגישה המסורתית הכוללת פתיחת בטן רחבה, ולעיתים קרובות גם פתיחת בית החזה וחתך בצוואר.





# זכרים שרואים מכאן

הלימפומה של אילנה גולן, אחות אחראית בחדר הלידה, העבירה אותה מהצד המטפל לצד המטופל והעניקה לה זווית ראייה חדשה על חברה לעבודה. מהמסע הארוך שעשתה עד למיגור המחלה היא יצאה אסירת תודה להמון אנשים



בתמונה מופיעים נציגי המכונים, המחלקות והיחידות שטיפלו באילנה -

שורה ראשונה, מימין: ד"ר עליזה זיידמן, אילנה גולן, ד"ר אסנת בארי

שורה שנייה, מימין: כוכבה צברי, יהודית ויסר, ד"ר יוסף זולדן, ד"ר רימה סדוב, ד"ר חנה פוירמן, עלי עיסא, פרופ' עופר שפילברג, מרים יוכפז, חנה מליק, ענת פק, שרית שינה

שורה שלישית, מימין: פלורה גלזר, אילנה מלול, ד"ר יוליה בלניק, ד"ר רונית גוריון, ד"ר ענת גפטר, ד"ר מעודד אביאל, אלונה שלח, ד"ר ניסים לוי  
שורה אחרונה, מימין: ד"ר יאנוש וינקלר, ג'ודי כהן, פרופ' עבד עסלי, ד"ר יורם ענבר, ריקי סמואלוב, טובי ויסל, נאוה קשטן, יהודה ניניו, פרופ' דוד גרושר, וואילה באדיר, ד"ר רם דיקמן



ואולטרסאונד נדרשים. כל צוות פנימית ב' הראה מיד מעורבות ואמפתיה.

אילנה 'השתבללה' כלשונה בתוך עצמה וניסתה לעכל את האירוע, אך לא עמד לרשותה זמן רב. האבחנה התקבלה די מהר - לימפומה, סרטן בבלוטות שכיח למדי ואגרסיבי למדי. תחושות ההלם והבהלה המשיכו לעטוף את אילנה, כשבמקביל נמשך הביורור הרפואי: "מהשרון שלחו את הממצאים לבילינסון לבדיקה נוספת בפתולוגיה אצל מנהל המכון הפתולוגי דאז פרופ' אלימלך אוקון, כוכבה צברי וכל הצוות, כאשר כולם עושים מאמצים לא לעכב מצד אחד ולא

עד לפני עשר שנים והיא הרגישה שברגע זה היא רוצה את החמימות המשפחתית. ד"ר זיידמן חשדה מיד בלימפומה, מה גם שגילתה בבדיקה בלוטה נוספת שאילנה עדיין לא שמה לב לקיומה. "אני לא אוהבת בלוטות במקום שאינן צריכות להיות. וגם הדיווח של אילנה על ההרגשה שלה אישש את כיוון האבחנה". אולם לנוכח גורליות האבחנה, ביקשה ד"ר זיידמן לשמוע עוד דעה. היא קראה מיד לד"ר רימה סדוב סגנית מנהלת מחלקת א.א.ג. בשרון למימוש ולחוות דעת נוספת. בעזרתה של פלורה גלזר וכל צוות חדר ניתוח, הוכן מיד חדר ניתוח לצורך בדיקת מוח עצם, בוצעו ביופסיה

זה התחיל בתחושות של חולשה, עייפות ויהודה במשקל. אילנה ייחסה אותן לעבודתה השוחקת והתובענית כאחות אחראית בחודי הלידה בבילינסון - ניהול של 80 אנשי צוות, 800 לידות בחודש ומתח ואחריות בלתי נגמרים הם מתכונת בדיקה לכל הסימפטומים הנ"ל.

אך כשאיילנה מצאה את עצמה מתקשה להגיע מקצה אחד של חדר הלידה לקצה השני, וכשגילתה בליטה נפוחה באזור הצוואר - כבר לא יכלה להתעלם. לאחר שלילה מהירה של אפשרות ויראלית, הדבר הטבעי עבורה היה להתקשר לד"ר עליזה זיידמן, מנהלת מחלקה פנימית ב' בשרון. השרון היה ביתה







ד"ר עליזה זיידמן



היישר לידי הזהב של ד"ר יוסף זולדן מהמחלקה לנוירולוגיה, שתמך ועודד אותה לאורך כל תקופת המחלה, ולטיפולה המסור של האחות האחראית **אילנה מלול**. עוד פיתול בדרך היה איסוף תאי אב שאילנה נדרשה לעבור (לצורך השתלה עצמית, אם חלילה יהיה צורך בכך בעתיד). איסוף אחד התבצע על ידי **ד"ר יאנוש וינקלר** ולאחר שלושה חודשים נעשתה השלמה, על ידי **פרופ' עבד**.

**עסלי** מקרדיולוגיה שהשתמש לצורך כך במיומנותו כמצנתר. מסעה של אילנה קרב לסיומו הטוב. האופטימיות של ד"ר בארי התבררה כמבוססת ובעצם ניתן היה לבשר שהמחלה נעלמה, אולם הטיפולים הכימותרפיים גבו מחיר, וחייבו מעורבות אנדוקרינית של **ד"ר ורדה אשד** וד"ר **דניה הירש** מהמכון לאנדוקרינולוגיה ומעורבות של צוות **מרפאת העור** בבילינסון.

באפריל 2007 אובחנה המחלה. באוקטובר 2007 הסתיימו הטיפולים. הרופאות שליוו אותה מתחילת הדרך - ד"ר זיידמן וד"ר סדוב בשלב האבחון וד"ר בארי לאורך הטיפול, מרגישות סיפוק: אילנה היא מסיפורי ההצלחה המחממים את הלב - האבחנה, הטיפול, הרפיו וחזרתה לחיים מלאים. אילנה עצמה נשארה עם תחושה של הכרת תודה ענקית, ולכן גם הסכימה לספר את סיפור מסעה: "המחלה העבירה אותי אל הצד השני של המתרס, הפכתי ממטפלת למטופלת. זה היה קשה מאוד, אבל האנשים שליוו אותי, כולם היו מלאכים. פתאום הבנתי את המושג 'עבודת קודש' מנקודת מבטו של החולה. ראיתי שיש לי לחלוטין על מי לסמוך."

## האבחנה התקבלה די מהר - לימפומה, סרטן בבלוטות שכיח למדי ואגרסיבי למדי. תחושות ההלם והבהלה המשיכו לעטוף את אילנה, כשבמקביל נמשך הבריור הרפואי

לכל אורך הדרך נתקלתי רק ביחס חם, ברצון לעזור, במילים טובות ובמקצועיות שאי אפשר לתאר. לצד כל הצוותים המטפלים אני חייבת גם תודה לתמיכה הרגשית שקיבלתי מיהודה ניניו, ד"ר איתן נחשוני וטובי ויסל ממרכז דוידוף. סיעו לי מאוד ותמכו בי לאורך כל הדרך גם חברי לעבודה בבי"ח לנשים **פרופ' מרק גלזרמן**, **פרופ' ברי קפלן**, **ד"ר שמואל ניטקה**, **ד"ר אריה גינגולד**, **ד"ר דן פלג**, **ברכה גל**, **יפה שחם**, לכל צוות חדר לידה ולכל האחיות האחראיות בבי"ח לנשים. עידוד נוסף שאבתי מאת **רוזנברג**, לשעבר מנהלת הסיעוד בבילינסון ומרחל כהן, מנהלת הסיעוד ברבין."

בסיומה של שנת 2008 חזרה אילנה לעבודה. אמנם כבר לא יכלה לחזור למקומה הקודם בחדרי הלידה, עם הקצב המטורף, המתח והחשיפה לנוזלי גוף, אבל בעבודתה החדשה בתחום ניהול סיכונים ואבטחת בביה"ח לנשים היא מרוצה מאוד ומוצאת בה עניין ואתגרים חדשים. "היה לי ברור שאני חוזרת למערכת. קיבלתי כל כך הרבה. עכשיו אני חשה מחויבות מוסרית, אישית ומקצועית להחזיר ככל שאני יכולה, ומרגישה שיש לי עוד המון מה לתרום." 📍

לפגוע במהימנות מצד שני". בנקודה זו היתה צריכה אילנה להתחיל את השלב המרכזי והעיקרי של המסע - שלב הרפיו - אותו בחרה לעשות במרכז דוידוף שבבילינסון. כמנהלת הטיפול נקבעה **ד"ר אסנת בארי**, מנהלת שירות לאוקמיה כרונית במכון להמטואונקולוגיה במרכז, וזאת בהתאם לשיטה בדוידוף, על פיה לכל חולה יש רופא המנהל באופן אישי את מחלתו, מתאם בין כל תחומים המעורבים, מכיר היכרות צמודה את החולה ונסיבות חייו, ונמצא בקשר אישי עם החולה ומשפחתו (כולל זמינות טלפנית). גם עם אילנה באופן טבעי מוסד קשר אישי. העובדה שאילנה היא "פרסונל" - עמיתה למקצוע - גרמה לה להיות חולה מתעניינת שדורשת הסברים והבנה עמוקה, וד"ר בארי היתה שם כדי לתת לה את מבוקשה. אומרת ד"ר בארי: "לפעמים המצב

## "המחלה העבירה אותי אל הצד השני של המתרס, הפכתי ממטפלת למטופלת. זה היה קשה מאוד, אבל האנשים שליוו אותי, כולם היו מלאכים."

של 'פרסונל' מורכב יותר. חוץ מהעצות שכל חולה מקבל מהסביבה הקרובה, היא גם שומעת חוות דעת של אנשים מהמקצוע וצריך לדעת להקשיב, לסנן, לדבוק ברופא המטפל המכיר את התמונה המלאה ולסמוך עליו."

בהחלטות הטיפול השונות שיתפה ד"ר בארי, כפי שהיא עושה תמיד, את עמיתה בפתולוגיה ובדימות - **פרופ' דוד גרושר**, מנהל המכון לרפואה גרעינית, ו**וואילה באדיר**, האחראית על טכנאי המכון, וכל הצוות שעזר לה במידע ובבדיקות רלוונטיות. הרצינות והיסודיות של ד"ר בארי, כמו גם האופטימיות והאמפתיה שלה, הביאו את אילנה מחוזקת ומעודדת לקו ההתחלה של הטיפול הכימותרפי. עם התחלת הטיפולים הפכה אילנה לבת בית בדוידוף. את הטיפול קיבלה מידי האחות האחראית באשפוז יום המטו-אונקולוגית, **חנה מליק** וכל הצוות, כשמרים יוכפז מהמעבדה מסייעת בכל הנדרש. **טלי קריסי**, מזכירתו של פרופ' שפילברג, ומזכירות המחלקה **רחלי אשואל**, **יפית דב** ו**מוריה אושרי** הפכו גם הן לחלק מהגוף האנושי החם והאוהד שהקיף אותה.

הכל הלך כשורה עד שבטיפול החמישי חלה הסתבכות. אילנה לקתה בבעיה נשימתית חמורה ואושפזה במחלקה להמטואונקולוגיה תחת טיפולם המסור של מנהל המכון להמטולוגיה, **פרופ' עופר שפילברג**, **ד"ר פיה רענני**, מנהלת יחידת אשפוז בהמטואונקולוגיה ו**ד"ר משה ישורון**, מנהל יחידת השתלות מוח עצם. את הסיבה לזיהום אבחן **פרופ' מרדכי**

**קרמר** מנהל מכון הריאות בבילינסון - דלקת ריאות כימית שנגרמה על ידי אחד ממרכיבי הטיפול. לאחר התאוששות חזרה אילנה להשלמת הטיפולים. המחלה כבר הראתה סימני נסיגה ברורים מהטיפולים הראשונים, אך הצוות המטפל בראשות ד"ר בארי החליט על טיפול מניעתי לווידוא הניצחון. הטיפול ניתן בזריקות כימותרפיה אפידוראלית, ולשם כך נשלחה אילנה

ד"ר אסנת בארי





ד"ר אירית בכר,  
רופאה בכירה  
במחלקת עיניים  
בבילינסון

# 10 קטנות על מחלות קרנית

## 1 מהי קרנית?

הקרנית היא חלון שקוף בקדמת העין. היא מרכזת את קרני האור וממקדת אותן ברשתית, במרכז הראייה.

## 2 פגיעה בקרנית - ממה?

במידה שהקרנית נפגעת, היא יכולה להפוך משקופה לעכורה. כתוצאה מכך נגרם טשטוש ראייה. הסיבות לכך רבות, ביניהן זיקנה (פוגעת באיכות הקרנית), תזונה (בעיקר חסר של ויטמין A), שימוש ממושך בעדשות מגע, תרופות, אלרגיה ויובש של הקרנית.

## 3 סימנים לזיהוי פגיעה בקרנית:

טשטוש בראייה, צורך בהחלפת משקפיים לעיתים קרובות (שינוי בצילינדר), סינוורים, כאבים ותחושת גוף זר בעין, לעיתים מלווה באודם העין. בהופעת אחד מסימנים אלו, יש לגשת לבדיקת רופא עיניים.

## 5 מהי השתלת קרנית?

השתלת קרנית היא ניתוח בו ניטלת קרנית בריאה מתורם, במטרה להשתילה בעין חולה. החלק הפגוע של הקרנית מוחלף בקרנית שקופה ובריאה מתורם. הקרנית המושתלת נתפרת למקומה בעזרת 16-32 תפרים עדינים. תפרים אלו מוצאים בצורה הדרגתית בחודשים שלאחר הניתוח. הניתוח נעשה בהרדמה מקומית או כללית (לפי הצורך) ואורכו כשעה וחצי. השתלת הקרנית הראשונה בבני אדם התבצעה למעלה ממאה שנים ע"י Eduard K Zirm. הקרנית להשתלה זו נלקחה מתורם חי (!)

## 4 פגיעות קשות בקרנית - ממה?

פגיעה בקרנית אחרי ניתוח עיניים קודם, כגון ניתוח להסרת ירוד (קטרקט), קרטוקונס - קרנית בצורת קונוס (קרנית מעוותת), דלקות לאחר זיהומים בקרנית (סיבוך של שימוש בעדשות מגע), דחיית קרנית מושתלת, פציעות בקרנית. כל אלו פגיעות קשות העלולות להוביל להשתלת קרנית.

## 7 מה התחדש בתחום השתלות קרנית?

השתלת קרנית ללא תפרים, השתלות של שכבות בקרנית - יתרון משמעותי: ריפוי מהיר יותר ושחזור הראייה כעבור מספר שבועות מהניתוח. ניתוחים אלו מבוצעים בהרדמה מקומית. חידוש נוסף הוא יצירת חתכים בקרנית בצורת זיג זג או חתכים מדורגים באמצעות לייזר - יתרון משמעותי: השימוש בלייזר מאפשר התאמה מושלמת בין קרנית התורם לקרנית המקבל. התוצאה היא שחזור מהיר יותר של הראייה לאחר הניתוח.

## 6 ניתוח השתלת קרנית - שיעורי הצלחה

בארץ מבוצעים כ-500 ניתוחי השתלת קרנית מדי שנה, מדובר באחד מניתוחי ההשתלות בעל שיעור הצלחה הגבוה ביותר (כ-80%-90%, תלוי בסיבה להשתלה). ההחלמה מהניתוח יחסית קלה ונמשכת חודשים ספורים.

## 8 קרנית מלאכותית - מתי?

במצבים בהם במטופל התרחשה דחייה חוזרת של השתלות קרנית קודמות או במצב בו ידוע מראש כי סיכויי הצלחה של השתלת הקרנית מתורם הינם מועטים, ניתן לבצע השתלה של קרנית מלאכותית. הקרנית המלאכותית פותחה מחומר אקרילי, לאחר שנים רבות של מחקר בתחום. הניתוח דומה בעיקרו להשתלת הקרנית הקלאסית. הניתוח מאפשר החזרת מאור עיניים לחולים שהינם עיוורים בשל מחלה של הקרנית.

## 9 השתלות קרנית בבילינסון

חלק ניכר מכלל השתלות הקרנית בארץ מתבצע בב"ח בבילינסון. מומחי הקרנית התמחו בהשתלות קרנית במיטב בתי החולים בעולם. כיום מתבצעים בב"ח מגוון של ניתוחי השתלות הקרנית המקובלים בעולם.

## 10 רקצת אדמיניסטרציה -

בניתוח השתלת קרנית אין צורך בסיווג רקמות או בהתאמת סוג דם בין התורם למושתל. ניתוח השתלת קרנית כלול בסל הבריאות הממלכתי וממומן על ידי קופות החולים.





תוצאות המחקר  
עשויות לסייע  
בניבוי הסיכון  
ללידה מכשירנית  
חוזרת

# מהלידה הראשונה

## לידה ראשונה מכשירנית מגדילה סיכוי ללידה מכשירנית נוספת

בניתוח נוסף של הממצאים, נמצא כי נשים אשר:  
- ניסיון הוואקום בלידה הראשונה נכשל ונעשה מעבר לשימוש במלקחיים  
- חלפו למעלה משלוש שנים בין הלידה הראשונה לנכחית  
- שמשקל העובר היה גדול מזה שבלידה הראשונה, היו בסיכון גבוה במיוחד ללידה מכשירנית חוזרת, מלווה בשיעור גבוה יותר של טראומה עוברית ואמהית.  
תוצאות המחקר עשויות לסייע בניבוי הסיכון ללידה מכשירנית חוזרת, מידע אשר עשוי במקרים מסוימים להשפיע על השיקול של הרופא והיולדת בבחירת צורת הלידה. [@](#)

בכנס בינלאומי בנושא רפואת האם והעובר שהתקיים בסן-דיאגו, ארה"ב, הציג ד"ר ניר מלמד מבי"ח לנשים בבילינסון, תוצאות של עבודה אשר בחנה את ההשלכות של לידה מכשירנית בלידה הראשונה על הלידות הבאות. לידה מכשירנית היא לידה המתבצעת בסיוע ואקום או מלקחיים בשל חוסר התקדמות בלידה או מצוקה עוברית ואשר כרוכה בסיכון מוגבר לעובר ולילודת. במחקר נכללו נתונים של למעלה מ-4,000 נשים שילדו בבילינסון בשנים 1993-2006. העבודה בוצעה על ידי ד"ר ניר מלמד, ד"ר אבי בן הרוש, ד"ר רוני חן, פרופ' ברי קפלן וד"ר יריב יוגב מבי"ח לנשים בבילינסון.

תוצאות העבודה הראו כי נשים אשר ילדו בלידה מכשירנית נמצאות בסיכון של פי ארבעה ללידה מכשירנית נוספת לעומת נשים אחרות. עוד נמצא כי נשים אלה נמצאות בסיכון של פי שניים לניתוח קיסרי בלידה הבאה ביחס לנשים אשר ילדו בלידה רגילה בלידתן הראשונה.






# כואב אבל בעניינים

## איזו שיטה לשיכון כאב מפחיתה את הפרעות הקוגניטיביות לאחר ניתוח?

אובייקטיביים וסטנדרטיים, לפני הניתוח ו-24 שעות לאחריו, וכן הערכת עוצמת הכאב. התוצאות הראו כי חולים שטופלו בהזרקה אפידוראלית (PCEA) דיווחו רמת כאב נמוכה יותר, וכן הירידה הקוגניטיבית היתה פחותה בהשוואה לחולים שטופלו במתן אופיאטים דרך הוריד (PCEA-IV).

תוצאות אלה מצביעות על האפשרות להשפיע על הירידה הקוגניטיבית לאחר הניתוח. בהמשך מתוכנן מחקר נוסף אשר ינסה לזהות את המנגנונים המשפיעים על תופעה זו. כמו כן, יבדוק המחקר המתוכנן האם לשיפור הקוגניטיבי שהתקבל בתקופה המיידית לאחר הניתוח יש השפעה על תקופה מאוחרת יותר, ועל קצב החלמת החולים. 

בכנס בינלאומי להרדמה ולטיפול נמרץ שהתקיים בריגה, לטביה, הציג פרופ' בן ציון ביילין, מנהל מחלקת הרדמה בב"ח השרון, עבודת מחקר הבודקת את השפעותיהן של שתי שיטות לשיכון כאב לאחר ניתוח על התפקוד הקוגניטיבי.

הפרעות בתפקוד הקוגניטיבי, המתבטאות בירידה בזיכרון, בקשב, בלמידה, בביצוע פעולות יומיומיות ועוד, קיימות באוכלוסייה הבוגרת בעיקר בימים הראשונים לאחר הניתוח ועלולות לעיתים להימשך חודשים עד שנים. כאב לאחר ניתוח תורם לירידה בתפקוד הקוגניטיבי.

בעבודה שהוצגה הושושו שתי שיטות לשיכון כאב בשליטה עצמית: מתן אופיאטים דרך הוריד (intravenous patient-controlled analgesia – PCA-IV) לעומת תערובת חומרי הרדמה מקומיים בתוספת קטנה של אופיאטים לחלל האפידוראלי (PCEA patient-controlled analgesia), ונבדקה השפעתן על התפקודים הקוגניטיביים ועל עוצמת הכאב ב-24 שעות שלאחר הניתוח.

החולים עברו סדרה של מבחנים נוירופסיכולוגיים







# מי סובל יותר?

בכנס האונקולוגי האירופאי שנערך בשטוקהולם, הציג ד"ר רונן ברנר ממרכז דוידוף שאשכנזים סובלים יותר מתופעות לוואי בטיפול בכימותרפיה משולבת קרינה.

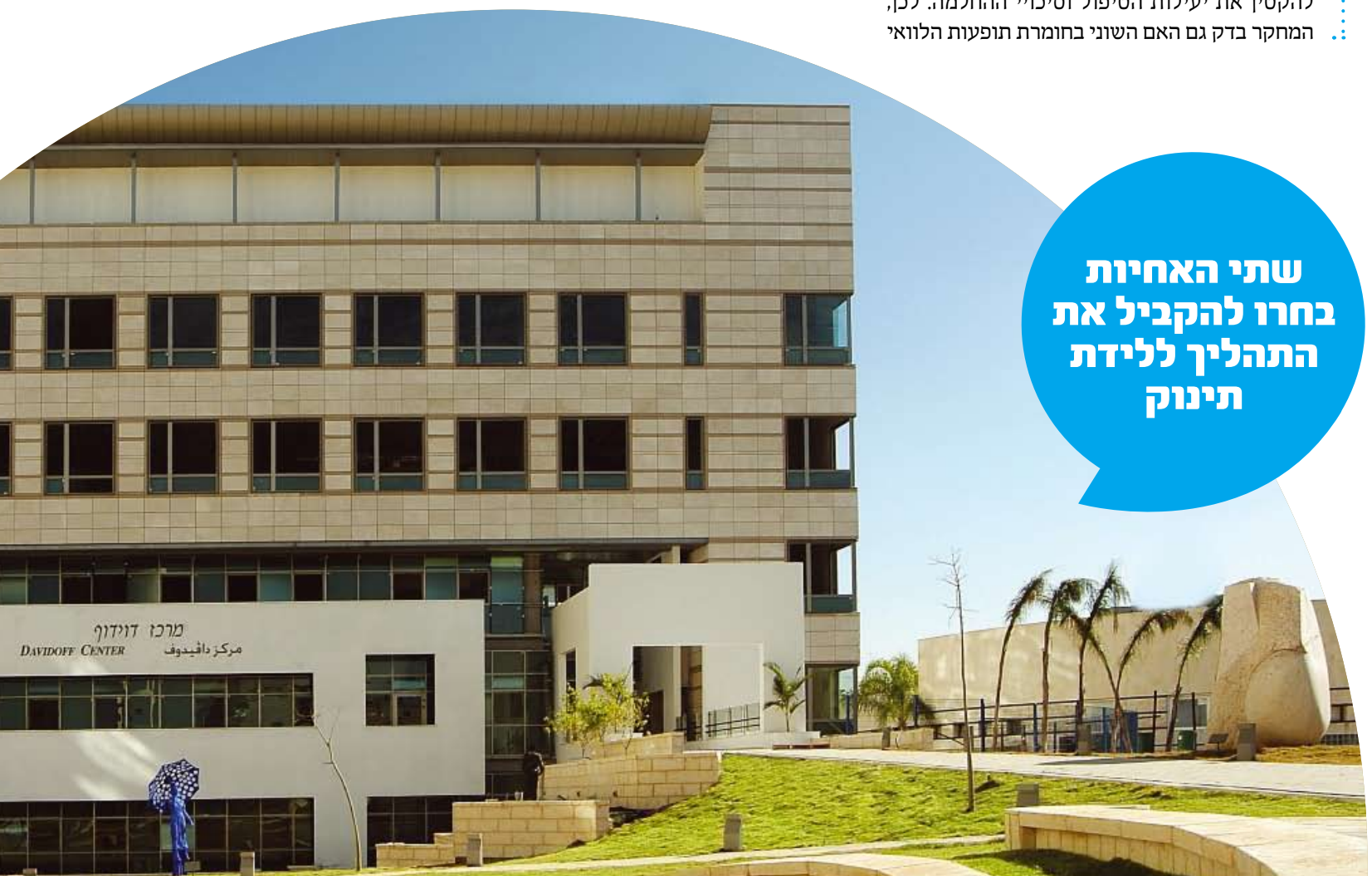
השפיע על מינוני הכימותרפיה והקרינה שקיבלו החולים ועל סיכויי ההישרדות שלהם. נמצא כי לא היו הבדלים במדדים אלו.

ד"ר רונן ברנר מסביר את הקושי לזהות בשלב זה את מקורם של ההבדלים: "תופעות הלוואי שלגביהן נמצאו הבדלים משמעותיים, מדווחות על ידי המטופל על פי הרגשתו ולכן כוללות מימד סובייקטיבי. לא נמצאו הבדלים בתופעות הלוואי האובייקטיביות, כמו בספירות הדם לדוגמה. לכן, בשלב זה של המחקר, אפשר שההבדלים שנצפו, נובעים מרקע תרבותי וחברתי שונה, אך יתכן כי ההבדלים כן קשורים במבנה הגנטי השונה של הקבוצות. למסקנות החלטיות יותר ניתן יהיה להגיע רק על סמך בדיקה של אוכלוסיות גדולות יותר."

גודלם של בסיסי הנתונים במכון לאונקולוגיה שבמרכז דוידוף בבי"ח בילינסון ובניהולו של פרופ' אהרון סולקס, מאפשר לערוך מחקרי המשך הבודקים חתך על פי עדות גם לגבי טיפולים אחרים. ואכן, מספר מחקרים כאלה החלו להתבצע בימים אלה. [📄](#)

בכנס האונקולוגי האירופאי שנערך בשטוקהולם, הציג ד"ר רונן ברנר מהיחידה לאונקולוגיה של מערכת העיכול במרכז דוידוף שבבילינסון (בניהולו של ד"ר ברוך ברנר), ממצאיו של מחקר שעסק בהבדלים בפרופיל תופעות לוואי של טיפולים בכימותרפיה משולבת קרינה בחולי סרטן הקיבה. המחקר נועד לבדוק הבדלים בין חולים יהודים ממוצא אשכנזי ויהודים ממוצא ספרדי. המוטיבציה למחקר נבעה מהתרשמות לאורך שנים כי קיימים הבדלים בין העדות ברמות תופעות לוואי בטיפולים כימיים וקרינתיים. קבוצת המחקר מנתה 84 חולים אשכנזים ו-60 חולים ספרדים. בשתי הקבוצות נבדקו כמקובל תופעות לוואי של מערכת העיכול, תופעות לוואי המטולוגיות, עוריות ועוד. המחקר הדגים, כי רמות התשישות וחוסר התיאבון כתוצאה מהטיפול גבוהות יותר באופן מובהק, בחולים ממוצא אשכנזי. מתוצאות המחקר עולה גם כי יתכן שחומרת השלשולים הייתה גבוהה בחולים אלו. בתופעות לוואי אחרות לא נצפו הבדלים משמעותיים סטטיסטית. תופעות לוואי של טיפולים אונקולוגיים עלולות להקטין את היכולת לתת טפול במינונים מלאים לחולים וכך להקטין את יעילות הטיפול וסיכויי החלמה. לכן, המחקר בדק גם האם השוני בחומרת תופעות הלוואי

שתי האחיות  
בחרו להקביל את  
התהליך ללידת  
תינוק



מרכז דוידוף  
DAVIDOFF CENTER مرکز دايفدوف



# מצטיינת בפירנצה

דיאטנית מבלינסון זוכה בפרס העבודה המדעית המצטיינת בכנס היוקרתי ESPEN

**פייר זינגר**, מנהל טיפול נמרץ כללי בבילינסון שמנחה את רונית בעבודתה, הציג נתונים אלו בכנס אחר ביפן בפני 1,500 משתתפים. עוד הוצגו בכנס שני פוסטרים נוספים של דיאטניות מהיחידה: **לימור גינדי** - על חשיבות שקילת החולים בבית החולים, **וענת תירוש** (בהנחייתה של ד"ר ג'ואל זינגר מהיחידה לאנדוקרינולוגיה בבילינסון) - על הבדלים במדדי ה-R.E.E (הוצאה אנרגטית במנוחה) בין חולים סוכרתיים מאוזנים לבין חולים שאינם מאוזנים. [📄](#)

**רונית ענבר**, דיאטנית מהיחידה לתזונה ודיאטה בבילינסון, זכתה בפרס העבודה המצטיינת בכנס של ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism), הארגון האירופאי המוביל בתזונה קלינית. רונית הציגה במליאת הכנס שנערך בפירנצה, איטליה, את עבודתה בנושא **Tight Caloric Control** - הזנת חולים בטיפול נמרץ המותאמת להוצאה האנרגטית כפי שנמדדת בקלורимטריה עקיפה. העבודה הוכיחה שטיפול זה משפר את שיעורי הישרדות של החולים. **פרופ'**

# אין מרכז נולד? כמו תינוק

אחיות ממרכז דוידוף בבילינסון הציגו בכנס בסינגפור את השלבים בהקמתן של היחידות להמטו-אונקולוגיה ולהשתלות מוח עצם במרכז דוידוף

על בניית הפרוטוקולים, על גיוס הצוות, על פתיחתן ההדרגתית של היחידות ועל הליווי הצמוד שהוענק לצוות הסיעודי לאורך הפתיחה וכן על התכנית האסטרטגית שבה הוחלט על שתי יחידות נפרדות (המטאונקולוגיה והשתלת מוח עצם). במהלך המצגת הוצגו הקשיים וההתלבטויות עימם התמודדו הצוות הסיעודי והאחיות האחראיות כגון המפגש הראשון עם מחלה המאיימת על החיים, עם מוות, עם מצבי חירום רפואיים, עם סירוב של מטופל לקבל טיפול ועוד. הצגת הפרויקט, כאשר היחידות כבר מתפקדות במלואן, נועדה לחלוק את הניסיון המוצלח עם עמיתים למקצוע ולהדגים כיצד תכנון מתאים, הכנה מוקדמת והקמה הדרגתית יכולים להוביל לגיבוש צוות מחלקה בזמן קצר ולאפשרות של מתן טיפול בטוח ברמת איכות ושירות גבוהה. [📄](#)

**יהודית דרייר**, אחות אחראית ביחידה להמטאונקולוגיה **וענת פק**, אחות אחראית ביחידה להשתלות מוח עצם במרכז דוידוף הציגו בכנס הדו שנתי של ארגון האחיות האונקולוגיות הבין לאומי ISNCC (International Society of Nurses in Cancer Care) שנערך בסינגפור, את השלבים השונים בהקמת היחידות מההיבט הסיעודי. שתי האחיות בחרו להקביל את התהליך ללידת תינוק - משלב ההפריה ועד לצעדי הראשונים של הרך הנולד. באי הכנס שמעו על התכנון, על פיתוח תכנית ההכשרה,





## אירוע נוצץ במלון פלאזה בניו יורק

כ-600 "יפים ומפורסמים" מן הקהילה היהודית בניו יורק התאספו במלון פלאזה היוקרתי **לערב הגאלה השנתי** של ידידי מרכז רפואי רבין בארה"ב (AFRMC). נושא האירוע היה 60 שנות עשייה של המרכז הרפואי למען העם בישראל. הנואמים הביעו את הערכתם והוקרתם לחברי הסגל העובדים סביב השעון בימי מלחמה ושלום כדי להציל חיים ולהבריא חולים ופצועים.



מימין: **בארי כהן** - יו"ר עמותת הידידים בארה"ב, **נאוה ברק** - נשיאת עמותת הידידים בישראל, **אורח כבוד העיתונאי ויליאם סאפייר** וד"ר **ערן הלפרן** - מנהל מרכז רפואי רבין

### חנכת יחידות חדשות בבי"ח לנשים



מימין: **פרופ' בני פיש** - מנהל יחידת פוריות והפריה חוץ גופית המחודשת, **פרופ' מרק גלזרמן** - מנהל בי"ח לנשים ו**פרופ' ישראל מייזנר** - מנהל היחידה לאולטרסאונד במיילדות וגינקולוגיה



**משפחת יצחקי**, אשר בנדיבותה הרבה הוקמה היחידה החדשה לאולטרסאונד, גוזרת את הסרט בכניסה ליחידה יחד עם חברי צוות בי"ח לנשים.

### קבלת פנים לגנטיקאים

קבלת פנים חגיגית לכבוד משתתפי **המועצה הבינלאומית של מכון רפאל רקנאטי לגנטיקה** מישראל ומחול"ל התקיימה בביתו של **אודי רקנאטי** שמשפחתו תרמה 15 מיליון ש"ח להקמת המכון.



מימין: **פיני כהן** - יו"ר עמותת הידידים, ד"ר **ערן הלפרן** ואודי **רקנאטי** בקבלת הפנים

### משפחת שאשא נרתמת שוב

**המכון לפתולוגיה בבי"ח בילינסון** זוכה להרחבה ולחידוש הודות לתרומתם הנדיבה של **עודד והילדה שאשא** ו**חנן ונטע שמואלי**, ידידי המרכז הרפואי משכבר הימים.



במעמד חתימת ההסכם לתרומה: (מימין) **עודד שאשא**, ד"ר **מאורה פיינמסר** - מנהלת המכון לפתולוגיה, **חנן שמואלי**, ד"ר **ערן הלפרן** ו**יהודית סולל** - מנכ"ל עמותת הידידים

### מתחדשים עם כל הלב

בטקס מוכבד בהשתתפות התורמים בני **משפחת צ'רנוי**, הנהלת המרכז הרפואי וצוות המערך לקרדיולוגיה נחנכה **היחידה לאשפוז ביניים לב** בבילינסון. ביחידה החדשה זוכים החולים לתנאי מלונאות מתקדמים ביותר המציבים את פרטיותו ורווחתו של החולה במרכז.



מימין: התורמים **דוד ולב צ'רנוי**, ד"ר **זאזא יעקוביטשילי** - קרדיולוג בכיר ו**פרופ' אלכסנדר בטלר** - מנהל המערך לקרדיולוגיה ברבין

# אבן פינה למיון החדש

בטקס מרשים ומרגש הונחה אבן הפינה למרכז חוסידמן לרפואה דחופה ולטראומה. אורח הכבוד היה דניאל חוסידמן, אשר הודות לתרומתו הנדיבה מתאפשרת הקמת המיון החדש.

מימין: תמי גרינברג - אחות אחראית מיון בילינסון ובטי שטיפמן - אחות אחראית מיון השרון מגישות פרחים לדניאל חוסידמן



מימין: יורם פטרושקה - יו"ר חוג ידידי מרכז דוידוף, התורם דניאל חוסידמן, אלי דפס - מנכ"ל שירותי בריאות כללית וד"ר ערן הלפרן

תפקידו כיו"ר עמותת הידידים. הקמת המרכז מנציחה את הקשר המתמשך בין משפחת ליזר לבין המרכז הרפואי.



שוש ליזר וילדיה אבי, נועה והילה.

## מתכנסים למען מרכז דוידוף

בכנס השלישי של המועצה הבינלאומית של מרכז דוידוף השתתפו אונקולוגים והמטו-אונקולוגים מחו"ל ונציגי משפחת דוידוף. בכנס התקיים סימפוזיון בנושא מחלת הלימפומה ונחנך המאיץ הקווי החדש (כתבה בעמ' 6).



מימין: משתתפי הכנס וד"ר מוטי ליפשיץ, מ"מ ומשנה למנהל מרכז רפואי רבין, משמאל

## זוכרים את רות דוידוף

אנו מוקירים את זכרה של רות דוידוף ז"ל, אשר בזכות תרומתה הנדיבה של משפחתה הוקם מרכז דוידוף. רות הטביעה את חותמה האישי על המרכז בהיותה מעורבת ופעילה בעיצובו ובבחירת דברי האמנות הרבים הספונים בו.



רות דוידוף ז"ל  
ידידת אמת ותורמת נדיבה  
אשת-חייל רבת-פעלים

## חנוכת מרכז מידע למחלות הסרטן

בטקס מרגש נחנך מרכז מידע למחלות הסרטן ע"ש מאיר ליזר אשר מטרתו מתן מידע לחולים המטופלים במרכז דוידוף ולבני משפחותיהם.

המרכז הוקם הודות לתרומתה של משפחת ליזר לזכר אבי המשפחה מאיר ז"ל אשר פעל רבות לקידומו של מרכז רפואי רבין במסגרת



פרופ' רן קורנובסקי - מנהל מכון צנתורי הלב ויושב ראש רשות המחקר במרכז רפואי רבין, פרופסור חבר בפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

# ללא יוצא מהכללים

ללא המחקרים הקליניים לא תתקדם הרפואה. ללא מערכת כללים אתיים ובטיחותיים לא יתבצעו המחקרים

כ"שטרות", במקרה של ניסיון פוטנציאלי, אף שלא מדעת, לבצע חריגה מנוהל הגיוס למחקר. במילים אחרות, רצוי מאוד שתתקיים מערכת בקרה פנימית, בזמן אמת, על מנת למנוע חריגות אפשריות מנוהל המחקר. ככלל, בכל מחקר עדיף להכליל פחות משתתפים אך בעלי התאמה מוחלטת לפרוטוקול לעומת מצב בו ישנם יותר משתתפים אך ביניהם כאלו שאינם מתאימים למחקר.

## החוקר הראשי - "השוטר" הראשי

תופעות לוואי עלולות להתעורר בכל עת והן מחייבות דיווח לוועדת האתיקה. החוקר הראשי וצוותו חייבים להיות עם היד על הדופק על מנת לחוש האם המחקר מתנהל על פי כללי בטיחות ראויים או שישנה חריגה משמעותית ובלתי צפויה במהלך הניסוי. זכור לי במפורש מקרה בו הפסקנו פרוטוקול מחקר באמצע לאחר שטיפלנו במספר חולים היות וחששנו שהטיפול נושא בחובו מורכבות טיפולית בלתי סבירה וזאת אף על פי שלא התרחש כל אירוע מסכן חיים במהלך הצנתור. אגב, תופעות חריגות מחייבות דיווח לוועדת האתיקה גם אם מקורן בבעיה רפואית אחרת שאיננה קשורה לטיפול הניסוי. לדוגמה, לא מזמן טיפלנו בחולה באמצעות השתלת סטנט מחקרי חדש והחולה אושפז לאחר שלושה חדשים בגלל דלקת חריפה בכיס המרה. אף על פי שלא התקיים כל קשר סיבתי בין השימוש בסטנט המחקר לבין הדלקת, האירוע כשלעצמו חייב דיווח.

יש לציין כי גם במקרים של אירועים חריגים יש ליישם את מדיניות השקיפות, ולא להסס מליידע את הנבדק ואת הרופא המטפל כל אימת שקיים חשש לאירוע בלתי צפוי במהלך המחקר העלול להשפיע, באופן ישיר או עקיף, לרעה על בריאותו.

לסיכום, העיסוק במחקר הקליני הוא חלק חיוני ומאתגר מעבודתנו הרפואית והאקדמית. על מנת להצליח במשימה זו יש להקפיד על כללי יסוד כאשר טובת החולה חייבת לעמוד תמיד בראש. יש צורך בתשתית תומכת ומסייעת לניהול מחקרים על מנת לעמוד ביעדים הנדרשים ולמצוא את סיכויי ההצלחה. לעוסקים במלאכה צפויה עבודה רבה, דילמות לא פשוטות אך גם סיפוק רב, כאשר המחקר אכן מצליח להוות פריצת דרך בטיפול הרפואי ולתרום לקידום הרפואה ואיכות חיי החולים.

לעיתים שיתוף פעולה של גופים אקדמיים ומסחריים. כל המחקרים הפוטנציאליים עוברים ביקורת, מיון וסינון קפדניים על ידי צוות המכון, ורק אחרי שאנשינו השתכנעו שהמחקר הנו ראוי מבחינת פרופיל הבטיחות לחולה, ושיש סיכוי סביר שהטיפול יסייע לנבדק או לחילופין לידע הרפואי - הוא יתקדם הלאה למנגנוני האישור הרלוונטיים (ועדת האתיקה, ועדת הלסינקי ומשרד הבריאות).

## שקיפות מלאה כלפי הנבדקים

בכל הנוגע למודעות הנבדק למשמעות המחקר, אנחנו ממלאים בקפדנות אחר הוראות ה-GCP (Good Clinical Practice) על פיהן יש לתת לחולה הזדמנות נאותה לעיין בטופס ההסכמה מדעת טרם חתימה ולוודא שתוכנו אכן מובן היטב למטופל. החולה צריך להבין שלעיתים מדובר בהתקשרות ארוכת טווח, באשר מחקרים רבים בתחום צנתורי הלב דורשים כיום מעקב למשך שנתיים עד חמש שנים. לאורך זמן ההתקשרות יש משמעות רבות, כולל העובדה שאנחנו כחוקרים נהיה שם עבור הנבדקים כל הזמן, נהיה זמינים להם ונוכל להיות בטוחים - אנחנו והם - שלא נפספס אף תופעת לוואי או אירוע חריג העלולים להתרחש במהלך תקופת המעקב.

מערכת היחסים המקצועית עם הנבדק היא קריטית לביצוע אתי של המחקר. יש להקפיד על מדיניות של שקיפות מלאה, תקשורת פתוחה וללא טיפוח ציפיות שווא. מדיניות זו טובה לכולנו. כך אנחנו משתדלים ולרוב מצליחים ליצור מערכת יחסי אמון שעשויה לצלוח אף משברים בלתי צפויים וכישלונות פוטנציאליים שהם חלק בלתי נמנע מההליך המחקרי. אני סבור שיש לייחד תשומת לב לנבדקים הכלולים בקבוצת הביקורת, אלו שבעצם, ללא ידיעתם, אינם עוברים את הטיפול הניסוי. בהיבט זה נדרש מהחוקרים ניסיון מקצועי רב ותיאום ציפיות מלא בין הצוות המטפל למטופל על מנת למנוע תסכול או אכזבה מיותרת בסיום המחקר.

## לבחור בקפידה את המטופלים

פרוטוקול המחקר מכתוב מי הם החולים המועמדים ומגדיר את אלו שאינם מסוגלים להיכלל ומהן הסיבות לכך. ההקפדה על בחירת המטופלים דרושה על מנת להימנע מתקלות מסכנות חיים במהלך המחקר או לאחריו. יש להכיר את פרוטוקול המחקר על בוריו ולהסתייע במתאמות המחקר שעומדות על המשמר,

מחקר קליני הוא מחקר שבו מתבצעות פרוצדורות רפואיות ניסיוניות בחולים על מנת להעריך אמצעים חדשים ולמצוא פתרונות חדשניים למחלות. במכון הצנתורים של המערך הקרדיולוגי במרכז רפואי רבין אנו פעילים מאוד בביצוע מחקרים קליניים ויישומיים. כתוצאה מכך לאורך השנים הייתה לנו גישה לטיפולים מתקדמים הרבה לפני שהם נכללו במסגרת שגרת הטיפול וסל הבריאות. מדובר בתומכנים (סטנטים) מצופים מדורות מתקדמים, תרופות חדשות ואמצעי דימות מתוחכמים. ניסינו לטפל בחולי לב קשים באמצעות השתלות תאי גזע שמקורם במוח העצם בהזרקה ישירה ללב ואף ניסינו להשתיל מקטעים גנטיים שנועדו לגרום לצמיחה ספונטנית של כלי דם בליבם של חולים קרדיאליים קשים. טכניקות הטיפול הללו עדיין בחיתוליהן ורחוקות עדיין מיישום קליני שגרת.

על העוסקים במחקר חלה החובה להבין את הדילמות האתיות המורכבות הכרוכות בו. בין השאלות שאנחנו מתלבטים בהן לאורך הדרך הן, למשל, כיצד ניתן לדעת מבעוד מועד שהמחקר הוא בעל היגיון רפואי סביר ושאננו מסכן את החולה? כיצד ניתן לוודא שהחולה אכן מודע היטב למשמעות המחקר וזאת אף מעבר לכתוב בטופס ההסכמה מדעת? כיצד ניתן לבחור את המטופלים המתאימים ביותר למחקר ולחילופין, כיצד להימנע מהכללתם של חולים "בלתי מתאימים"? מהו נהל הפעולה הנאות במקרה של תופעות לוואי חריגות העלולות להתעורר במהלך המחקר ו/או בתקופת המעקב?

## סינון קפדני על פי סטנדרטים מחמירים

את היחס הרציני והאחראי לסוגיית המחקרים הקליניים אפשר לראות כבר מזמן לידתו של המחקר. כיצד נולד מחקר במכון? לעיתים מדובר ברעיון מדעי המתגבש בין כותלי המכון,



גנטיקה בינלאומית

מומחים מובילים מהעולם, ביניהם יועצו לענייני רפואה של הנשיא סרקוזי, הרצו בכנס מדעי בינלאומי בגנטיקה בבילינסון

נדירות - ושלב זה נתן כבר את הפירות המקווים. כיום המאמץ מתמקד בקידום המניעה והטיפול במחלות השכיחות של הגיל המבוגר שגם להן בסיס גנטי. אורח כבוד בכנס היה **אודי רקנאטי** שמשפחתו תרמה סכום נכבד להקמת מרכז הגנטיקה.

והן של תסמונות גנטיות וכן סוגיות אתיות. **פרופ' מוטי שוחט**, מנהל מרכז רפאל רקנאטי לגנטיקה ולמחקר בבילינסון, שהיה בין המרצים, אמר כי "בעבר עסק עיקר המאמץ בתחום הגנטיקה במציאת דרכים לאיתור מחלות תורשתיות קשות שהן יחסית

סוגיות שונות בגנטיקה נדונו בכנס מדעי בינלאומי שהתקיים בבילינסון, ובו הרצו מומחים בעלי שם מהארץ ומהעולם. יו"ר הכינוס היה **פרופ' משה גרטי**, מנהל מרכז רקנאטי לרפואה פנימית ומחקר. בין הנושאים שנדונו: שיטות אבחון חדשות הן של מחלות



פרופ' מוטי שוחט (מימין), אודי רקנאטי (שלישי מימין), פרופ' משה גרטי (שלישי משמאל) והמומחים מחו"ל

חידושים באורתופדיה

בכירי האורתופדים בשרון ובבילינסון מציגים חידושים במקצוע בכנס רב משתתפים

אורתופדים, רופאי קהילה, גורמים המטפלים בבני הגיל השלישי, פיזיותרפיסטים וכל מי שענייני אורתופדיה הם בתחום עיסוקו גדשו את אולם קולנוע רב חן בקניון הגדול בפתח תקווה בכנס "חידושים באורתופדיה" שבו הרצו אורתופדים בכירים: מבי"ח השרון, **ד"ר משה ויסברוט**, **ד"ר מרדכי ויגלר**, **ד"ר עוזי אשכנזי** ו**רחל ימין**, ומבילינסון **פרופ' משה סלעי**.

ימי עיון לצה"ל

במסגרת פעילות העשרה למערך הרפואי בצה"ל שמתקיימת במרכז רפואי רבין, נערכו שני ימי עיון: האחד בתחום ההמטולוגיה, בהובלתו של **פרופ' עופר שפילברג**, בהשתתפות למעלה מ-130 רופאים מצה"ל והשני לכ-100 אחיות ואחים ממערך הסיעוד בצה"ל, שעסק במגוון היבטים של העבודה הסיעודית.

כנס גסטרואנטרולוגי לרופאי המשפחה בקהילה

כ-100 רופאי משפחה ממחוזות שירותי בריאות כללית השתתפו בכנס רפואי שנערך בשרון ביוזמת המערך לגסטרואנטרולוגיה של מרכז רפואי רבין. הרצו: **ד"ר רם דיקמן**, **ד"ר ג'ראלד פרייזר**, **ד"ר אייל גל** ו**ד"ר חמדה וייס**.

כנס לזכרו של ד"ר אבי בכר ז"ל

המחלקה לאורתופדיה בבילינסון, קיימה זו השנה השנייה כנס לזכרו של חברם ד"ר אבי בכר. השנה אירח הכנס את כל צוות המערך האורתופדי של המרכז הרפואי שיבא.



מימין: פרופ' משה סלעי, מנהל המחלקה האורתופדית בבילינסון, מזכירת המחלקה, ז'קלין עופרי, אליזבתה בכר, האחיות לובה סנדלר ואירית ויסבורד, אחות אחראית במחלקה

יום עיון לדיאטניות: הדיאטניות של הכללית התכנסו בשרון לדון בתזונה אצל חולים באי ספיקת כליות

115 דיאטניות של שירותי בריאות כללית מכל רחבי הארץ הגיעו ליום עיון שנערך בבי"ח השרון בנושא היבטים תזונתיים בחולי אי ספיקת כליתית. יום העיון נערך ביוזמתן של היחידות לתזונה ולדיאטה בבילינסון בניהולה של **סיגל פרישמן** ובשרון בניהולה של **ציונה אברהם**.



מימין: מריאנה אורבך, מנהלת היחידה לתזונה ודיאטה במחוז דן-פ"ת של הכללית, ציונה אברהם וסיגל פרישמן

תזונה ונפרולוגיה





# אדם בתוך עצמו הוא גר



א' אחז בשרוול החלוק שלי ולא נתן לי להמשיך בביקור הרופאים. הוא ניסה להוציא את המילים מפיו ולהסבר לי מה הוא מרגיש, אבל יצא לו רק: "דוקטור...אני...אה...ככה..." העיניים אמרו הכל, אבל הפה לא הצליח להוציא משפט אחד ברור.

א', בן 67, איש גדול וחזק, עלה בשנות השמונים מרומניה, איש טכני שעובד הרבה עם הידיים, מנהל פס ייצור. לפני כעשר שנים עבר ניתוח מעקפים, הוא סבל מיתר לחץ דם ורמת שומנים גבוהה בדם.

יום אחד, ללא כל התרעה מוקדמת, הופיע כאב ראש ונעלמה יכולת הדיבור והכתיבה. בבדיקת CT ראש שבוצעה במיון, נמצאו שני אוטמים קטנים במוח.

אוטם מוחי הוא מצב שבו ישנה הפרעה בזרימת הדם לאזור מסוים במוח. לעתים האוטם הוא סיבוך של יתר לחץ דם לא מאוזן, עם התעבות של דופן העורקים והפרעה בזרימה, ולעתים נזרק קריש דם ממקום אחר בגוף, נתקע בכלי דם צר במוח וחוסם אותו.

החלק במוח שהיה מוזן מכלי הדם הפגוע - מפסיק לתפקד כמעט מיידית. חלק מהרקמה ימות וחלק יצליח להתאושש עם הזמן. גודל הנזק תלוי בגודל הרקמה שאספקת הדם אליה נפסקה וכן במרכזיות התפקודית של אותו אזור (שליטה בהליכה, בזיכרון, בתחושה וכו').

כשהאוטם קטן ובמקום במוח שלא מגביל את הפעילות, לעתים החולים לא מודעים כלל לכך שעברו אירוע מוחי והאוטם מתגלה בבדיקת CT מקרית.

הרבה אוטמים מתבטאים בחולשת יד ו/או רגל בצד אחד של הגוף, חלקם מתבטא בהפרעות בליעה ושליטה בשרירי הפנים. אוטמים קשים עלולים לגרום לאיבוד הכרה ואף למוות.

האוטמים של א' היה קטנים, כמעט שלא נראו ב-CT, אבל הם פגעו בנקודה קריטית ששולטת על ההבעה. אין לו הפרעה מוטורית או תחושתית כלל, הוא שומע ומבין הכל, הוא רק לא מסוגל להביע את עצמו, לא בכתב ולא בעל פה.

כל יום מתאשפזים אצלנו חולים שעברו אירוע מוחי, ואצל חלקם זה גם אירוע שני ושלישי. רובם סובלים מהפרעות תנועה כאלו ואחרות, ומצליחים להשתקם תוך מספר שבועות ולחזור לשגרת חייהם. א' היה שונה מכולם. הוא נראה בריא לחלוטין, הסתובב במחלקה ללא צליעה או קושי. הוא היה לכוך בתוך עצמו, הוא הבין הכל מבלי יכולת לתקשר למעט מחוות יד.

התסכול היה עצום. הוא תפס את החלוק שלי וניסה להגיד לי משהו ללא הצלחה. ניסה וניסה, הזיע, האדים והתעצבן, אבל כל מה שיצא לו מהפה היו חלקי מילים ללא הקשר. ניסיתי לנחש מה הוא מנסה להגיד, אך לא הצלחתי וזה רק עצבן אותו יותר.

למרות חזותו המוחספסת, א' היה איש ספר ואף כתב שירים מחתרתיים ברומניה לפני המהפכה. הנפילה היתה קשה מנשוא, לו ולמשפחתו.

יום אחד שמעתי קולות צחוק מהמיטה של א'. כשניגשתי לראות מה קורה, הופתעתי לראות את א' ואת שותפו לחדר משחקים שח. א' היה בדרך לניצחון מוחץ. מסתבר שזה אחד התחביבים האהובים עליו ולפחות יכולת זו לא נפגעה. זו היתה הפעם הראשונה שראיתי חיך על פניו.

במהלך הימים הבאים, חזרו לאט לאט חלק מהמילים לפיו. למרות שהיה מסוגל רק לומר משפטים קצרים עם מילים פשוטות, עצם השיפור נטע בנו תקווה שמצבו ימשיך להשתפר.

מהאשפוז הוא השתחרר לשיקום אינטנסיבי. במקביל, תואמו לו תורים לרשימה ארוכה של בדיקות שמטרתן למצוא מקור שניתן לטפל בו, לאוטמים מהם סבל.

מספר שבועות לאחר מכן, ישבתי במרפאת המעקב של המחלקה, עמוס תיקים של חולים שהוזמנו ושל חולים שלא הוזמנו ובכל זאת באו. כשנפתחה הדלת נכנס זוג שנראה לי מוכר מאיזשהו מקום. לקח לי מספר שניות לקשר את האיש הזקוף, הגדול והמחייך, עם אותו שבר כלי כפוף שהילך במחלקה כארי בסוגר, בלי שאף אחד מסוגל להבין אותו.

קמתי לחוץ את ידו ושאלתי את אשתו לשלומם (ידעתי שיקשה עליו לדבר). להפתעתי, א' ענה לי ששלומם מצוין. הוא סיפר על השיקום ועל השינוי המדהים שחל במצבו כתוצאה מכך. עם עבודה קשה שנמשכה שעות רבות כל יום, החזיר לעצמו (בעזרת המטפלים) את יכולת הדיבור וההבעה.

הדיבור לא כשהיה בעבר, אבל מי שלא מכיר אותו מקודם, לא יכול לנחש שמשוהו קרה. מפריע לו מאוד שיכולת הבנת הנקרא נפגעה כתוצאה מהאירוע ויכולת קריאת הספרים שלו נפגעה. אבל, הוא ואשתו אופטימיים והוא עדיין מנצח בשח את החברים שלו.

בבירור המקיף שעבר נמצאה היצרות קריטית באחד מעורקי התרדמה והוא מועמד לניתוח בקרוב. תקוותנו, שאחרי הניתוח לא יהיו אוטמים נוספים.

הסתכלתי על אשתו. כשהיה מאושפז חששה שאיבדה את הבעל שהכירה ואהבה. היא לא אמרה מילה על כך, אבל המבט על פניה לא הותיר מקום לספק. כשפגשתי אותה שוב במרפאה, הבנתי ששניהם קיבלו חזרה משהו שחשבו שאיבדו: א', את יכולת הדיבור

ואשתו - את בעלה. 📄



עופרת יצוקה



נשיא המדינה **שמעון פרס** עבר בין מיטות הפצועים, התעניין בפרטי הפציעה והטיפול הרפואי וחיזק את ידי החיילים והוריהם. ראש הממשלה **בנימין נתניהו** ביקר ועודד את רוחם של הפצועים. עוד ביקרו אצל החיילים שר הביטחון **אהוד ברק**, יו"ר מפלגת קדימה **ציפי לבני**, הרמטכ"ל **גבי אשכנזי** ובכירים נוספים בצה"ל.

במהלך מבצע "עופרת יצוקה" שימש בלינסון צומת מרכזית לקליטת פצועי צה"ל מהמערכה. המקרים הקשים שטופלו בבית החולים ריכזו, באופן טבעי, התעניינות תקשורתית וציבורית מרובה, כמו גם ביקורים רבים של מנהיגים ואישי ציבור.





**יובל אדר**, מנהל הכספים של מרכז רפואי רבין, מחליף את נטלי שטרנברג, אשר עברה לנהל את מחלקת הכספים במחוז שרון שומרון. יובל, בעל תואר מוסמך בכלכלה ובמנהל עסקים מהאוניברסיטה העברית בירושלים בהתמחות בתחום מימון ומבנה שווקים וארגון ענפי, החל את הקריירה שלו בשנת '98 במחלקת הכספים של מחוז ירושלים ככלכלן מן השורה. מאז, מילא שורה של תפקידים כלכליים ביניהם: כלכלן ראשי של מחוז ירושלים, מנהל יחידה כלכלית בקרן המחקרים של מרכז רפואי תל אביב (איכילוב) ומנהל כספים של מחוז ת"א-יפו. במסגרת תפקידים אלה, היה שותף בתכנון וביישום תהליכי התייעלות משמעותיים בארגון, תכנון וחתימה על הסכמי רכש עם בתי חולים ממשלתיים והקמת מערך תומך לרופא המטפל בקהילה - שירות רפואי ניד.

**ענת ברקוביץ**, סא"ל במיל, מגיעה

למרכז רפואי רבין לאחר קריירה צבאית ארוכה בה מילאה תפקידים שונים בתחום ארגון, דוברות, תקשורת פנים וחופץ ארגונית וניהול משאבי אנוש. בתפקידה האחרון שימשה כראש ענף משאבי אנוש של היחידה הטכנולוגית של חיל המודיעין המונה כ-1,500 איש. ענת בעלת ניסיון רב בניהול שינוי, צמיחה ופיתוח אסטרטגיה ארגונית ובליווי מנהלים ביישום המדיניות. ענת היא בעלת תואר שני בלימודי עבודה מאוניברסיטת ת"א בתכנית למנהלי משאבי אנוש בכירים ובוגרת פו"ם.



**שלמה לוי** נכנס לתפקידו כקב"ט השרון לאחר 13 שנים כקב"ט מחוזי במחוז שרון-שומרון של שירותי בריאות כללית. לפני כן שירת שלמה במשטרת ישראל 30 שנה בתפקידים בכירים ופרש בדרגת סגן ניצב.



**פרופ' מרדכי קרמר,**

מנהל מכון ריאות בבילינסון, מונה לפרופסור מן המניין בחוג לרפואה פנימית בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.

**פרופ' בני פיש,**

מנהל היחידה לפוריות והפריה חוץ גופית בב"ח לנשים בבילינסון, מונה לפרופסור מן המניין בחוג לגינקולוגיה בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.



**פרופ' אידה עינבל,**

מנהלת היחידה למחלות קרישת הדם במכון להמטולוגיה בבילינסון, מונתה לפרופסור מן המניין להמטולוגיה בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.

**פרופ' אילן שמעון,**

מנהל המכון האנדוקריני בבילינסון, מונה לפרופסור חבר בחוג לרפואה פנימית בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.



**פרופ' אילן קראוזה,**

סגן מנהל מחלקה פנימית ה' בבילינסון, מונה לפרופסור חבר בחוג לרפואה פנימית בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.

**פרופ' עבד עסלי,**

מנהל שירות חדרי צנתורים במכון הצנתורים בבילינסון, מונה לפרופסור חבר קליני בחוג לקרדיולוגיה בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.



**פרופ' דן געתון,**

רופא בכיר במחלקת עיניים ומנהל מכון גלאוקומה של הכללית בת"א, מונה לפרופסור חבר קליני בחוג לאופתלמולוגיה בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.







**ד"ר ברוך ברנר,**

מנהל היחידה לגידולי מערכת העיכול במכון לאונקולוגיה במרכז דוידוף בבילינסון, מונה למרצה בכיר קליני בחוג לאונקולוגיה בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.



**ד"ר דין עד-אל,**

מנהל המחלקה לכירורגיה פלסטית בבילינסון, מונה למרצה בכיר קליני בחוג לכירורגיה בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.



**ד"ר חיים קסיס,**

מנהל השירות האורוגינקולוגי בב"ח לנשים בבילינסון, מונה למרצה בחוג לגינקולוגיה ומיילדות בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.

**ד"ר קלוס בן בטט,**

רופא בכיר במכון לאנדוקרינולוגיה בבילינסון, מונה למרצה בכיר קליני בחוג לרפואה פנימית בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.



**ד"ר לאה וולפסון,**

רופאה בכירה במכון לפתולוגיה בשרון, מונתה למרצה בכירה קלינית בחוג לפתולוגיה בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.



**ד"ר רם איתן,**

רופא בכיר במחלקת נשים, מונה למרצה בחוג לגינקולוגיה ומיילדות בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.



**ד"ר מיכל פאול,**

רופאה בכירה ביחידה למחלות זיהומיות בבילינסון, מונתה למרצה בכירה בחוג לרפואה פנימית בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.





**פרופ' זאב דרזניק,**  
מנהל המערך הכירורגי בבי"ח השרון,  
מונה לנציג הישראלי של האיגוד  
הכירורגי העולמי ISS  
(International Society of Surgery).



**פרופ' אלכסנדר בטלר,**  
מנהל המערך לקרדיולוגיה במרכז  
רפואי רבין, מונה לחבר כבוד של  
האיגוד הצרפתי לקרדיולוגיה ולי"ד ועדת  
התרופות של שירותי בריאות כללית.

**ד"ר משה לפידות,**  
מנהל יחידת הלייזר במרכז רפואי  
רבין, מונה לסגן נשיא החברה  
האירופית ללייזר ברפואת עור.



**רנה נחמיאס**  
מונתה למ"מ סגנית מנהלת הסיעוד  
במרכז רפואי רבין ומנהלת הסיעוד  
בבילינסון.



**פרופ' שמואל פוקס**  
מונה למנהל מחלקה פנימית ב'  
בבילינסון.



**ד"ר עופר בנימינוב**  
מונה למנהל היחידה לתהודה  
מגנטית (MRI) במכון הדימות  
בבילינסון.



**יפה שחם**  
מונתה לאחות אחראית חדר לידה  
בבי"ח לנשים בבילינסון.



**ד'אנה מנחל**  
מונתה למנהלת מקצועית של  
הפיזיקה הרפואית במרכז דוידוף  
בבילינסון.



**שרית אשכנזי**  
מונתה לאחות אחראית במרפאה  
ההמטואונקולוגית במרכז דוידוף  
בבילינסון.







**ד"ר עירית חזנבלט,**

מנהלת שירות עיניים בבי"ח השרון, מונתה ליו"ר חוג רשתית במסגרת איגוד רופאי העיניים.

**ד"ר אלחנדרו סלודקי,**

מנהל המרפאה לקרדיולוגיה בבילינסון, מונה ליו"ר החוג לקרדיולוגיה גרעינית באגוד הקרדיולוגי.



**פרופ' רן קורנובסקי,**

מנהל מכון הצנתורים במרכז רפואי רבין, מונה ליו"ר החוג לקרדיולוגיה התערבותית באגוד הקרדיולוגי.



**ד"ר חיים שירין**

מונה למנהל היחידה לגסטרואנטרולוגיה בשרון, שבמערך לגסטרואנטרולוגיה במרכז רפואי רבין.

**ד"ר אשר קוריץ**

מונה למנהל יחידת המודיאליזה בשרון כחלק מהמערך הנפרולוגי במרכז רפואי רבין.



**ד"ר בנימין מדליון**

מונה למנהל היחידה להשתלות לב במחלקה לניתוחי חזה ולב בבילינסון.



**אורלי יצחק**

מונתה לממונה על פרט ושכר בשרון.

**שרון זהבי**

מונה למנהל הרכש בבילינסון.



**אירית אמבר**

מונתה לאחות אחראית היחידה לרפואת אם ועובר בבי"ח לנשים בבילינסון.



## התחביב המדליק של ד"ר יצחק שבילי - מפסל בגפרורים

כל מה שד"ר יצחק שבילי צריך בשביל התחביב שלו זה דבק פלסטי פשוט, סכין חיתוך פשוטה והמון גפרורים. בניית דגמים מגפרורים לא מהווה נטל גדול על הכיס. גם מקום מיוחד לא דרוש לו. גודלם של הדגמים מאפשר לו לבנות אותם בביתו, באחד מחדרי הבית, מבלי להזדקק לסטודיו מיוחד, ומבלי לעורר תלונות חמורות מדי על הלכלוך מצד אשתו. הכל שווה את התוצאה המפוארת - דגמים מרהיבי עין, עשויים לפרטי פרטים בדיוק מירבי, והכל על טהרת הגפרורים.

ד"ר שבילי הוא רופא אא"ג בכיר בשרון. אל תחביבו התוודע כנער והוא כבר לא זוכר מה היה האירוע המחולל שגרם לו "להידלק" על הנושא. הדגם הראשון שבנה היה בית הולדתו, או נכון יותר צריף הולדתו. ד"ר שבילי נולד ב-1950 בשכונת מונטיפיורי בתל אביב. במקום בו עומד היום בית קלקא (מול הקריה), עמד הצריף בו גרו ואותו כאמור בחר ד"ר שבילי לעשות כדגם ראשון. מאז הוא מקדיש את שעות הפנאי הלא רבות שלו לאורך השנים לתחביב הזה. את ההשראה הוא שואב מהחיים ומטיוליו הרבים בעולם, אז הוא משוטט בחנויות מיוחדות של צעצועים או מתנות לגבר, שם נמכרים דגמים לבנייה. הוא מקדיש כשנה (!!) לבניית דגם. את מספר הגפרורים הממוצע שבו הוא משתמש בדגם - הוא אפילו לא מנסה לספור.

כל דגם נבנה על סמך סקיצה אותה משרטט ד"ר שבילי מראש - לפעמים על פי דגם מוכן שרכש ולפעמים על פי מקורות אחרים - תמונות, תוכניות והתרשמויות שלו. בין הדגמים מטוס ג'מבו, ג'יפ, אוניית קרב ושניים שהוא גאה בהם במיוחד: מגדל אייפל, המרשים במיוחד ברמת השחזור, וטנק צנטוריון. ד"ר שבילי היה שריונר בשירותו הסדיר, ובמשך שנים רבות לאחר מכן - רופא גדודי של גדוד שריון. את דגם הטנק שיחזר על סמך הטנק עצמו והוא מהווה מזכרת ראויה לפרק הצבאי של חייו.

לאחר השלמת העבודה, משתדל ד"ר שבילי לאחסן את הדגם בתוך תיבת זכוכית. הוא אינו יכול כמובן להציג את כל הדגמים לראווה בבית, ולכן הם מאוחסנים במחסן ומדי פעם מוצאים לתצוגה בבית. שני ילדיו הבוגרים של ד"ר שבילי לא נדבקו בחידוק הגפרורים, אבל מציגים את הדגמים בגאווה לחברים ולאורחים. עבור ד"ר שבילי הבנייה בגפרורים היא תחביב מושלם - היא מרגיעה, נוסכת שלוה ומספקת מוצא ליצירתיות. הוא לא עוסק בספורט או תחביב נוסף. עיסוק הפנאי השני שלו הוא קריאת ספרים, והוא מרגיש כי שני העיסוקים מהווים עבורו מפלט של שקט בתוך חיים מקצועיים שמספקים לא מעט רגעים של מתח, לחץ וגם כעסים ועימותים. "אנשים מכירים אותי כאדם רגוע ומאוזן. אני חושב שהסוד הוא בתחביב שלי". הוא מעדיף להשקיע זמן ביצירה עצמה, ולכן לא מחפש התרועעות עם קולגות או הרחבת ידע על מה שנעשה בתחום. הבנייה ממלאת אותו, והפרגונים גורמים סיפוק. ורעייתו - רופאת עור, מקבלת את העיסוק בהבנה. למרות תלונות קלות על בלגאן, היא מסכימה שהתוצאה המדהימה שווה כל טורח. 📧

# לא משחק באש



דגם של טנק צנטוריון עשוי מגפרורים