

גיליון מס' 3 קיץ 2007

רפוא

בילינסון
בי"ח לנשים
מרכז דוידוף
השרון

המגזין

בדיקות גנטיות

מה שבדיקת דם אחת יכולה לגלות

- סיפורים מהחיים - האנשים מאחורי סיכומי המחלה
 - לתפוס את המפרצת
 - המתמחים - החיים כסדרת ריאליטי
 - השלמה הדדית - המפתח לעבודת צוות מוצלחת
- וגם מחקרים ופריצות דרך חדשות, סקירת מאמרים רפואיים ועוד...



מרכז רפואי רבין
RABIN MEDICAL CENTER



בי"ח בילינסון כולל את מרכז דוידוף ובי"ח לנשים



תמונת השער
צילום אילוסטרציה

04	העמוד הראשון ד"ר ערן הלפרן
06	זז במרכז חדשות ושירותים חדשים במרכז הרפואי
10	בדיקות גנטיות פרופ' מוטי שוחט משנה לכם את הדעות הקדומות על בדיקות גנטיות
14	בעיקר מחקר מחקרים ופריצות דרך
27	עושים רפואה טכנולוגיות וטכניקות טיפוליות חדשניות
32	המתמחים יום בחייהם של מתמחים
34	כנסים סיקור מכנסים בינלאומיים
42	הסיפור שמאחורי התיק הרפואי מטופלים מספרים על רופאים
46	second opinion ד"ר שלומית פרי על מוות צפוי של הורה
48	חדשות עמותת הידידים
51	קיוון נוסף סקירת מאמרים רפואיים באינטרנט
52	מחלה בזכוכית מגדלת ד"ר אייל פורת
54	מחוז דן פתח תקווה
56	משלימים זה את זה זוגיות מקצועית של רופאים ואחיות
59	דו"ח המבקר מבקרים במרכז הרפואי
60	רופא תורן מחוויותיו של ד"ר גדי שטיין
63	פנים חדשות במרכז הרפואי
64	מינויים במרכז הרפואי
66	מקובל עליכם? יעל אבגי, אחות במחלקה פנימית ב' בשרון ובשעות הפנאי הילרית על פי הקבלה

עמ' 10



בדיקות גנטיות - לא מה שחשבתם

רבין - המגזין יוצא לאור ע"י לשכת הדוברת עורכת: **ורד קויטל**
ריכוז מערכת וכתובה: **שלומית דוינסקי**
כתיבה, עריכה והגהה לשונית: **נילי אושרוב-ביטוני**
חברי מערכת: **דינה אלבואר, נאוה בראון, ד"ר איתן יניב, יהונתן צונץ, עידית רביד, ד"ר גדי שטיין**
עיצוב גרפי והפקה: **ממי דר קריאייטיב**
צילום: **אלון סיגאוי**
והמכונים לצילום ולגרפיקה ממוחשבת במרכז רפואי רבין
דפוס ורכש מודעות: **"אימג' קשרים"- "רותם"**
טל: 050-8430111, 050-6792200

כתובת: **מרכז רפואי רבין, פתח-תקווה**
מיקוד 49100, טל: 03-9377215/9
פקס: 03-9240489, www.rmc.org.il





עובדי וידידי בית החולים,

אני שמח להגיש לכם את מגזין הקיץ שלנו. במגזין תוכלו למצוא ביטוי להיבטים הרבים והמגוונים של העשייה הנרחבת במרכז הרפואי.

בימים אלו חלפה חצי שנה מאז כניסתי לתפקיד, יחד עם כניסתם של שותפים רבים נוספים. למעשה מרבית הנהלת המרכז הרפואי התחלפה השנה. זו ההזדמנות להודות לפרופסור דן אופנהיים, ד"ר יעקב ירב ופרופסור גבי דינרי על שנות עבודה מסורות בהנהגת בית החולים.

אני שמח לציין כי מצאנו בית חולים מאויש בצוות חדור התלהבות, בעל רמה מקצועית מעולה הגאה, ובצדק, לעבוד במרכז רפואי רבין.

משימתנו לשנים הקרובות היא לאפשר לצוות נפלא זה לעשות את עבודתו בצורה הטובה ביותר. לשם כך נזדקק לעזרה של ידידי בית החולים לרכש הציוד המודרני ביותר ולקידום התשתית הפיזית.

דגש מיוחד ברצוננו לשים על שימור המצויינים שבסגל, עידוד מחקר והוראה וטיפול כלל ההון האנושי בבית החולים. בכל התחומים הללו התחלנו ביוזמות חדשות שבטוחני כי ישאו פירות בעתיד הקרוב.

אנו ממשיכים בתכנון האגף החדש לרפואה דחופה (חדר מיון) אשר אני תקווה כי העבודות להקמתו יחלו תוך מספר חודשים. בשבועות הקרובים תיפתח היחידה החדשה לפוריות וזאת כחלק מהרחבת בי"ח לנשים.

בצד הקידמה הטכנולוגית נמשיך לראות במרכז עבודתנו את האדם החולה. הזקוק לעזרתנו הרפואית כמו גם למילת עידוד ולמגע אנושי בשעתו הקשה.

שלכם באהבה ובהערכה רבה,
ד"ר ערן הלפרן



מעניקים הדרכה

קורס הכנה להנקה בבי"ח לנשים

מתוך תפישת חשיבות ההנקה להתפתחות התינוק, מציע ביי"ח לנשים בבילינסון קורסי הכנה להנקה המיועדים לנשים בשליש האחרון של ההריון. הקורס המוקדם מקנה לאישה ההרה כלים וידע שיסייעו לה להגיע מוכנה לתחילת תהליך ההנקה, מיד לאחר הלידה.

הקורס מועבר בהנחיית **ויולן קורסק**, יועצת הנקה מוסמכת, והוא עוסק בכל ההיבטים התיאורטיים והמעשיים הקשורים לנושא, באופן שמכין את האם להנקה נכונה, רגועה ומספקת. בין הנושאים - סימנים להנקה מוצלחת, אמונות ומיתוסים הקשורים בהנקה, תנוחות הנקה מומלצות, התמודדות עם קשיים בהנקה, גורמים מסייעים או מפריעים להנקה ועוד. הקורס כולל שני מפגשים בני שעה וחצי, בקבוצה קטנה, וכרוך בתשלום.

טל. 03-9376333

קשה אך אפשרי

במרפאה לטיפול בפצעים קשי ריפוי מציעים טיפולים חדשניים



מרפאה ייחודית נפתחה במסגרת מרפאות החוץ של השרון ובה מוצעים טיפולים חדשניים לכיבים (פצעים) קשי ריפוי, ביניהם חבישות מתקדמות, ציוד רפואי ייעודי וטכנולוגיות שונות המיועדות לטיפול בפצעים כרוניים.

בקטגוריה של כיבים קשי ריפוי נכללים פצעי לחץ, פצעים כתוצאה ממחלת הסוכרת, פצעי חבלות או לאחר ניתוחים וכל פצע שאינו נרפא לאחר למעלה מ-14 יום. צוות המרפאה - **ד"ר יבגני שרמן**, כירורג בכיר ו**פרייה בינופלד**, אחות בעלת מומחיות בטיפול בפצעים כרוניים - פועלים מתוך מחויבות עמוקה לסייע בכל דרך לבעיה שהיא מקור לסבל רב ופוגעת קשה באיכות החיים של המטופל ומשפחתו.

טל. 03-9372271

השתלת מוח עצם בדוידוף

היחידה החדשה שנפתחה היא היחידה בבתי החולים של הכללית

במסגרת הפעילות הכוללת של המכון ההמטולוגי שבבילינסון, החלה לפעול לאחרונה יחידה חדשה להשתלת מוח עצם, בניהולו של **ד"ר משה ישורון**, שהשתלם בתחום זה בצרפת ובמרכז רפואי ע"ש שיבא בתל השומר. השתלת מוח עצם היא גישה טיפולית המקובלת כיום לטיפול במחלות ממאירות של מערכת הדם והלימפה ובכשלים של מוח העצם ומערכת החיסון. השתלות עצמיות מאפשרות לתת לחולים כמותרפיה במינונים גבוהים מהמקובל. בהשתלות אלוגנאיות, בהן החולה מקבל שתל מבן משפחה או תורם זר, לשתל עצמו תפקיד מרכזי בלחימה במחלה הממארת על ידי זיהוי תאי הגידול כתאים זרים. איסוף השתלים נעשה כיום, בבנק הדם, בעיקר מדמם של התורמים בעזרת מכשיר פריזיס, זאת לאחר מספר ימים של הזרקת גורמי גדילה הממריצים את מוח העצם לייצר ולשחרר לדם את תאי הגזע.

שיפור שיטות ההשתלה בשנים האחרונות איפשר להרחיב את מעגל המושתלים גם לאוכלוסיית החולים בגיל השלישי. כמו כן, אחוזי ההצלחה ממשכיכים לעלות.

הסיבה העיקרית לשיפור זה, לדבריו של **ד"ר ישורון**, היא הצטברות ידע וניסיון בהיבט של התמיכה במושתלים לאחר ההשתלה. ביחידה התבצעו כבר מספר השתלות, כאשר הצפי הינו לארבעים השתלות בשנה הראשונה.



מיומנות במיומנות

חדש בבילינסון: מרפאה המתמחה במיומנות

אחת מכל שלוש נשים מעל גיל 40 סובלת ממיומה (שרירן) - גידול שפיר של שריר הממוקם בדופן או בחלל הרחם. הסימפטומים יכולים לכלול, על פי המיקום או הגודל, דימומים חזקים, לחץ על שלפוחית השתן או על המעייים וכאבים עזים. עם זאת, ברוב המקרים המיומה אינה מורגשת כלל והיא מאובחנת באקראי במסגרת בדיקה שגרתית. בבילינסון נפתחה מרפאת מיומנות ייעודית לאבחון ולטיפול במיומנות במגוון רחב של שיטות.

לדברי פרופ' מרק גלזרמן, מנהל בי"ח לנשים "אמנם ברוב המקרים רחם שריני אינו מחייב טיפול, אך במקרים חמורים מצב זה עלול לגרום לבעיה בפוריות, הריון ולידה. לא פעם נשים מופנות לניתוח כריתת רחם עקב שרירן, כאשר לא מוצו כל האפשרויות האחרות".

הייחודיות של מרפאת המיומנות היא באפשרות להציע לכל אישה את הטיפול המתאים לה ביותר, מתוך טווח רחב מאוד של טיפולים המתבצעים במרפאה, כפי שניתן לראות מהרשימה:

- הסרת מיומה מחלל הרחם ע"י מכשיר זעיר (במסגרת אשפוז יום).

זהירות - טרומבוזה

ביחידה למחלות קרישת דם בבילינסון מטפלים בסיבת המוות השכיחה ביותר בעולם -

טרומבוזה (חסימת עורקים וורידים)

ארוכה. במקרים בהם קיים הצורך לברר את מקור הנטייה, מבוצעות ביחידה בדיקות שמטרתן לאבחן האם מדובר בנטייה נרכשת או גנטית. כאשר הנטייה היא גנטית (כ- 50% מהמקרים), ניתן ייעוץ לבני משפחתו של החולה על מנת למנוע ולהפחית סיבוכים עתידיים.

היחידה נותנת מענה למגוון רב של הפרעות בקרישת הדם הכוללות נטייה לדמם או לטרומבוזה. בין תפקידיה אבחון וייעוץ לצוותים הרפואיים וייעוץ, טיפול ומעקב אחר החולים. ביחידה מיישמים פרוטוקולים טיפוליים בינלאומיים למניעת אירועים טרומבוטיים, בהתאם לצרכים הייחודיים של כל מחלקה.

"סיבת המוות השכיחה ביותר בעולם היא טרומבוזה עורקית או וורידית", אומרת פרופ' אאידה עינבל, יו"ר האיגוד לקרישת הדם בישראל ומנהלת היחידה למחלות קרישת דם שהחלה לפעול לאחרונה במסגרת הפעילות הכוללת של המכון ההמטולוגי שבבילינסון. "בחמש השנים האחרונות ישנה עלייה משמעותית במודעות לביצוע בדיקות קרישיות יתר (טרומבופיליה) במקרים כגון טרומבוזות וורידיות, אירוע מוחי או לבבי בצעירים, הפרעות בהריון ומקרים אחרים". לבריור ואבחון נטייה זו יש חשיבות עליונה, משום שדרך הטיפול הטובה ביותר היא מניעה.

הנטייה לקרישיות יתר עשויה לקבל ביטוי במצבים שונים כגון הריון, התייבשות, נטילת גלולות למניעת הריון, ממאירות, טראומה, השמנת יתר, עישון ואף טיסה

מעבר לשבר

טיפול גריאטרי כוללני לקשישים הסובלים משבר צוואר הירך. הניתוח האורתופדי הוא רק חלק מהתמונה

על כל מורכבות בעיותיו. לצורך כך הוקצו במחלקה הגריאטרית שש מיטות לסובלים משברי צוואר הירך, ושם נקלט הקשיש כבר בשלב הגעתו לביה"ח בהשגחת צוות ייעודי. כל תהליך ההכנה לניתוח - האבחון, המפגש עם המנתח והמרדים והכנות אחרות - נעשה במחלקה בליווי של אחות המרכזת את הטיפול בחולה. לצורך הניתוח עצמו מועבר החולה לחדר הניתוח, ולאחר ההתאוששות חוזר אל מיטתו במחלקה לגריאטריה לייצוב ולשיקום ראשוני. האורתופד מגיע אל המחלקה לביקורות באופן סדיר. לאחר מכן, במידת הצורך, עובר החולה לבית חולים שיקומי. מדובר, אם כך, בתהליך מובנה ומסודר, שבו הקשיש מקבל טיפול אישי, ליווי צמוד ואפשרות להתייחס למכלול צרכיו, אלו הנובעים ישירות מהשבר, ואלו הקשורים לגילו ולמצבו הרפואי, התפקודי, הקוגניטיבי והסוציאלי. כמו כן, כתוצאה מההתייחסות הממוקדת, מתקצר לא פעם זמן ההמתנה לניתוח, תוך שיפור רפואי תפקודי, ובכך מושגת הקלה נוספת בסבלו של הקשיש.

השירות החדש פועל בזכות שיתוף פעולה בין המחלקה האורתופדית בניהולו של פרופ' משה סלעי, המחלקה הגריאטרית בניהולו של ד"ר ישעיהו בלוססקי ומחלקת הרדמה בניהולו של ד"ר ליאוניד אידלמן. בילינסון הוא הראשון מבתי החולים של שירותי בריאות כללית להפעלת שירות זה, המהווה שיפור משמעותי באיכות הטיפול הכוללת בקשיש, וצמצום ניכר של הסבל הנגרם לו ולמשפחתו כתוצאה מהשבר ומהשלכותיו.

למעלה מ-10% מאוכלוסיית ישראל הם בני 65 ומעלה, ובישראל כ-6,000 מקרים בשנה של שברים בצוואר הירך. עם העליה בתוחלת החיים, עולה שכיחות שברי צוואר הירך באוכלוסייה.

שברים בצוואר הירך, האופייניים לאוכלוסיית הקשישים, מטופלים כמעט כולם בניתוח אורתופדי. עד לאחרונה היו קשישים עם שבר נקלטים בעיקר במחלקה האורתופדית, שם, כמו מנותחים אחרים, עברו לאחר הניתוח תקופת התאוששות קצרה. חולים אחרים היו מאושפזים במחלקות פנימיות

ואחרות, דבר שהיה עוד פחות רצוי. בגישה החדשה שהוחל ביישומה מביאים בחשבון את מצבו המורכב של החולה הקשיש העשוי לסבול מאי יציבות רפואית, מנטלית וקוגניטיבית וזקוק לטיפול גריאטרי כוללני (תיקון השבר הוא רק פן רפואי-נקודתי).

לאור ההבנה שאוכלוסיית הקשישים, ההולכת וגדלה, זקוקה להתייחסות מיוחדת, הוקם בבילינסון שירות חדש (השירות האורתוגריאטרי) המבוסס על ראיית התמונה הכללית של החולה הקשיש,



- הריסת רירית הרחם על ידי חימום הדופן הפנימית של הרחם בעזרת בלון - טיפול בן 15 דקות שאינו מצריך אשפוז.

- מתן טיפול הורמונלי הגורם לגוף האישה להיכנס לגיל המעבר באופן מלאכותי, ובהתאמה גורם להצטמקות הרחם והגידול.

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

- טיפול בגלי קול הגורמים להצטמקות השרירים.

- ניתוח כריתת מיומנות תוך שמירה על הרחם ושימור הפוריות.

- ניתוח כריתת רחם

טל. 03-9377602

בשורות גדולות על מסך קטן

מודיעים למשפחה ב-SMS שהניתוח הסתיים

הגיה פרי-מזרה, מנהלת הסיעוד בשרון: "התגובות מצד המנותחים ובני משפחותיהם הן מאוד חיוביות. באמצעות שירות זה יכולים בני המשפחה להתפנות לעיסוקיהם ואינם צריכים לשבת בחדר ההמתנה במהלך כל הניתוח. אנו מתכננים להרחיב את השירות לכל המחלקות המנתחות".

שירות חדש במחלקה כירורגית ב' בשרון - הודעת SMS (מסרון) נשלחת לבן משפחה או למלווה של המנותח המודיעה על סיום הניתוח והעברתו מחדר התאוששות למחלקת האשפוז. לפני הכניסה לניתוח נשאל המטופל אם הוא מעוניין בשירות, ואם כן - נרשמים הפרטים הנדרשים, ובתום הניתוח מעבירה אחות ממחלקת התאוששות את ה-SMS באמצעות מערכת ממוחשבת.

אולי זו בכלל צרבת?

מרפאת צרבת בבילינסון מאבחנת צרבת ומטפלת בתופעות הלוואי שלה

שורף לכם בבית החזה לאחר הארוחה? אתם כנראה סובלים מהחזר קיבתי-ושטי (רפלוקס), דהיינו, חזרה של מיצי קיבה חומציים מהקיבה לושט, כתוצאה מתפקוד לקוי של סוגר הושט התחתון. ובקיצור יש לכם צרבת. לצרבת סימנים אופייניים נוספים כגון קושי בבליעה ותחושת עלייה של תוכן קיבתי חומצי לושט, אולם קיימים גם סימנים פחות מוכרים כגון צרידות, אסטמה, הפרעות באיכות השינה, כאב בחזה שלא ממקור לבבי וכאבי בטן. כ-40% מהאוכלוסייה סובלים מצרבת לפחות פעם בשנה וכ-20% לפחות פעם בחודש.

לדברי **ד"ר רם דיקמן**, גסטרואנטרולוג בכיר בבילינסון, "צרבת היא תופעה נפוצה, למחלה השפעה ניכרת על איכות חיי החולים ועל התפקוד היומיומי עד כדי איבוד ימי עבודה". לאור זאת נפתחה במכון לגסטרואנטרולוגיה מרפאה ייעודית לצרבת, בניהולו של ד"ר דיקמן, המתמחה באבחון, טיפול ומעקב אחר חולים הסובלים מהחזר קיבתי-ושטי, שביטוי לרוב הוא צרבת.

להחזר הקיבתי-ושטי קיימות התבטאויות שונות ובאמצעות הבדיקות במרפאה ניתן יהיה לאמוד את חומרת הבעיה, האם קיימים סיבוכים ולהתאים את הטיפול לכל חולה.

המרפאה תכלול, בנוסף לרופאים הגסטרואנטרולוגים, גם כירורגים ופסיכולוגים, וזאת על מנת לתת מענה מקיף למגוון הבעיות הטיפוליות. ניתן להגיע למרפאה בהפניית רופא משפחה או גסטרואנטרולוג.



לגעת בנקודה הכואבת

שיקוף רנטגן מאפשר הגעה למוקד הכאב ומגביר יעילות טיפול

בדובסקי כי מאחר שמדובר בטיפולים חד פעמיים, אין לחשיפה זו משמעות עבור המטופלים. המרפאה מטפלת בעשרות אנשים בחודש, ומתאימה את יכולת הקליטה למספר מבקשי הטיפול ההולך וגדל. טל. 03-9372767

טיפול פולשני בכאב - דהיינו הזרקת חומר לשיכוך כאבים אל אזור הכאב - יכול להיות הרבה יותר ממוקד ויעיל כאשר רואים את האזור. אבל איך אפשר לראות מה קורה בתוך הכתף או בחלק המותני של עמוד השידרה? פשוט מאוד, בצילום רנטגן. במרפאת הכאב בשרון מפעילים היום שיטות טיפול מתקדמות בכאב. **ד"ר ארקדי בוזובסקי**, האחראי על המרפאה, מסביר כי השיקוף מאפשר לרופא המטפל לדייק בפעולת ההזרקה ולהגיע למקומות שלא ניתן היה להגיע אליהם ללא דימות. במסגרת שיטה שנקראת Radiofrequency, מוחדרת המחט אל האזור המסומן ומיוצר שדה חשמלי לצורך הטיפול. לגבי החשש מקרינה, מסביר ד"ר



לחייך כל הדרך אל בנק הדם

בנק הדם עבר שיפוץ מסיבי והוא עתה חדיש, מרווח, מואר, נוח וידידותי לתורמים ולמטופלים. מספר המיטות הוגדל והן נוחות יותר; לכל מיטה מסך טלוויזיה אישי להנעת זמנו של התורם, יש הפרדה בין תורמים ומטופלים תוך שמירת פרטיות מרבית של כל אחד. גם המעבדה גדלה, הוכנס ציוד חדש ומתקדם והבנק נכנס לתחום פעילות חדש, לטובת מושטלי מוח עצם במרכז דוידוף - איסוף תאי אב מהדם ההיקפי של התורם.



בדיקות גנטיות לא מה שחשבתם

לא השבחת גזע. לא מדע בדיוני. לא שיבוט עתידני.
פשוט בדיקה הגיונית, קלה, משתלמת ומצילת חיים.
פרופ' מוטי שוחט, גנטיקאי בעל שם עולמי,
משנה לכם את הדעות הקדומות על בדיקות גנטיות.



אבל נניח שנעשתה בדיקה גנטית. רק אחד משני בני הזוג הוא נשא, כך שאין סכנה להולדת ילדים חולים. אבל מה עשינו? סתם הכבדנו על בני הזוג במידע מיותר ומעיק...

פרופ' שוחט, כמי שבא לנתח דעות קדומות, עושה זאת שוב: "העובדה שאתה נשא - היא דווקא חיובית. צריך לנקות את הישאותי מהקונוטציות השליליות שלה. נשאות כשלעצמה מהווה הגנה מפני מחלות קשות אחרות. נשאות של גן המלריה, למשל, מגינה מפני מחלות דם. נשאות של גן הסיסטיק פיברוזיס - בפני שחפת, וכך הלאה.

שוב, הנשאות מהווה איום רק בשילוב עם נשא אחר, ולזה כאמור יש פתרון. לכן ידיעת העובדה שאתם נשאים למחלות הקשורות בהולדת ילדים עם מחלה גנטית לא תגרום לשום בעיה, גם לא לחרדות. סוג אחר של נשאות קשור בנשאות למחלות שאתה

"בדיקות גנטיות במובן הפשוט הן בדיקות שמטרתן העיקרית למנוע לידת עוברים עם מומים קשים... כל מה שאנחנו צריכים זה לבדוק תא אחד, כי שם נמצא כל החומר הגנטי"...

עצמך עלול לחלות בהן. זה כבר סיפור שונה אבל גם כאן יש לדאוג שייבדקו רק גנים שבעזרת הידיעה ניתן להציל את חיך. הוכחה מובהקת לכך שידע מוקדם על נשאות גן יכול לעזור ואף להציל חיים הוא הגן של סרטן השד והשחלה. אישה שיש לה את הגן הזה - היא בעלת 40% סיכוי ללקות בסרטן השחלות ו-80% בסרטן שד. אחת מכל 30 נשים נושאת אותו. במחקרים שעקבו 5 שנים אחרי נשים בגילים 45-40 התברר באופן חד משמעי שנשים שידעו מראש על קיום הגן אצלן - והרחיקו את השחלות (בשום אופן לא את השדיים) נשארו בחיים, ואילו מתוך אלו עם המוטציה שלא הרחיקו את השחלות בגיל 40 נפטרו 35% תוך 5 שנים. מדוע? כי הידיעה הזאת גרמה להן להתנהל נכון ולנקוט צעדים מקדימים למניעת המחלה - אם על

בדיקות גנטיות הפכו בעולם המערבי לחלק מהשיח הציבורי בנושא הרחב יותר של שאיפתו של המין האנושי להתרבות מבוקרת. בדיקות גנטיות, או גנטיקה בכלל, יוצרות אצלנו לא פעם אסוציאציות למונחים מקוממים כמו השבחת גזע, התערבות יהירה במהלכי הטבע, ניסיון לשחק אלוהים, שיבוט מכני של יצורי אנוש או מדע בדיוני. שיחה עם פרופ' מוטי שוחט, מנהל מכון רפאל רקנאטי לגנטיקה החדש בבילינסון, המבוססת על ידע ועובדות, גורמת לבחינה מחודשת של דעות קדומות, אם היו לנו כאלו:

"בדיקות גנטיות במובן הפשוט הן בדיקות שמטרתן העיקרית למנוע לידת עוברים עם מומים קשים - פיגור, נכויות קשות, תסמונת דאון, בעיות כרומוזומליות, מחלות כרוניות קשות. כל מה שאנחנו צריכים זה לבדוק תא אחד, כי שם נמצא כל החומר הגנטי. לכן, בבדיקת דם פשוטה של שני בני הזוג אנחנו יכולים לגלות אם שניהם נשאים של גן המחלה ואז למנוע את לידת העובר". אגב, בישראל מותר להפסיק הריון גם בשלבים מאוחרים יחסית. באירופה מפסיקים עד השבוע ה-24.

ולדון את ההורים לחיים חשוכי ילדים?

"זה כל העניין. השילוב של בדיקות גנטיות עם טכנולוגיות ההפריה המתקדמות הקיימות כיום, נותן מענה מלא. הרי גם במקרים ששני ההורים נשאים, יש בכל הריון 75% סיכוי להולדת ילד בריא. לכן, במקרים של שני הורים נשאים - נבצע אבחון טרום השרשתי. דהיינו - הפריית הביציות מחוץ לרחם, בדיקת העוברים והחזרה לרחם רק את אלו התקינים".

לא פעם אנחנו מוצאים בתקשורת ביקורת, גלויה או סמויה, על עודף בדיקות בהריון, תוך האשמות מפורשות שמדובר בתעשייה בעלת מוטיווציה כלכלית, שלא לומר רודפת בצע.

"מדובר בביקורת שנובעת מבורות" אומר שוחט "בדיקות גנטיות, הן חד משמעית, המשתלמות ביותר מבחינת עלות-תועלת. בדיקות שאינן גנטיות, כמו סריקות מערכות למיניהן או בדיקות של מי שפיר, הן אכן בדיקות יקרות שעלותן אלפי שקלים, לפעמים כרוך בהן סיכון לעובר והסיכויים למצוא בהן עובר בעל פגם קשה הם 1 ל-900. לעומת זאת, בדיקה גנטית היא בדיקת דם פשוטה, עלותה נמוכה, היא נטולת כל סיכון והסיכוי למצוא מחלה או מום קשה אחר הוא 1 ל-120. כן, באחד מכל 120 זוגות נבדקים נמצא נשאות של שני ההורים. זהו סיכוי 'מעולה' יחסית להשקעה".

אז מה אתה מציע? בדיקות גנטיות גורפות?

"הלוואי. כל הפרמטרים מצדיקים זאת - הסיכון הקטן, העלות הנמוכה, הסיכוי הגבוה לאיתור והיכולת להציע פתרון".



פרופ' מוטי שוחט

בראש מכון הגנטיקה הגדול בישראל

פרופ' מוטי שוחט חתום על למעלה מ-250 מחקרים בתחום הגנטיקה והוא, יחד עם צוות המחקר שלו, בעל רישום פטנט על שני גנים לפיגור שכלי. מכון הגנטיקה הגדול בישראל, שבראשו עומד פרופ' שוחט, הוקם בתרומתם של דינה רקנאטי, אלמנתו של רפאל רקנאטי ז"ל, ושל הבנים אודי ומייקל, והוא מציע מרפאות ומעבדות העומדות בסטנדרטים בינלאומיים, בתוך מבנה מעוצב ומודרני באווירה של רוגע ופרטיות. במכון צוות בן 40 עובדים - רופאים מומחים בגנטיקה, יועצים גנטיים ואנשי מעבדה.

המכון מספק למרכז רפואי רבין ולמרכז שניידר לרפואת ילדים מגוון שירותים גנטיים כגון ייעוץ ובדיקות גנטיות לפני ובמהלך הריון, אבחון תסמונות בילדים עם מחלות גנטיות, ייעוץ למשפחות עם מחלות שכיחות של הגיל המבוגר לאיתור נטייה גנטית, כולל ניהול מעקב מתאים וטיפולים למניעת המחלות. נכון להיום מתבצעות במכון כ-10,000 בדיקות גנטיות וכ-4,500 פגישות ייעוץ ואבחון בשנה.

אחד השירותים החדשים שמציע המכון הוא ה"גנומטר" - תוכנה ייחודית, שפותחה על ידי פרופ' שוחט, הכוללת מידע גנטי אישי להורים שבדרך והוא מבוסס על נתוני רקע משפחתיים וההיסטוריה הרפואית של בני הזוג. תוכנה זו נמצאת בשימוש גם במרפאות הקהילה של שירותי בריאות כללית.

ידי הוצאת השחלות ואם על ידי מעקב אחרי השד בצורה מסודרת ואחראית.

לכן, מעל גיל 35 במשפחה עם היסטוריה של סוגי סרטן אלו, הבדיקה הגנטית היא פשוט מצילת חיים.

אז אם יש מחלה גנטית במשפחה - פשוט כדאי לעשות את הבדיקה לגילוי הגן, בלי קשר להריון?

"לא בהכרח. כדאי לעשות זאת רק אם הידיעה הזאת תסייע. יש למשל גן לאלצהיימר בגיל צעיר - לא האלצהיימר של הזיקנה אלא זה שמופיע בגיל צעיר (פחות מ-60). במקרה זה, אין טעם לידיעה המוקדמת כי אין כרגע חיסון או תרופה מונעת".

אם נקיים מנגנון של בדיקות גנטיות גורפות לכלל האוכלוסיה, לא נגיע למצב שבו הורים יתחילו להגדיר את התכונות הרצויות של העוברים, יעלו את רף הדרישות מ'איכות' העובר?

"מהניסיון הרב שהצטבר בתחום, ומניסיוני האישי, אני יכול להגיד שזה נראה רחוק ולא סביר. כאשר מגיעים לשלב ההחלטה על הפסקת ההריון, ההורים מאוד מאוד זהירים. גם אם הם הגיעו לבדיקות בגלל מחלה מסוימת, אם היא לא קשה מאוד, הם בקלות ישתכנעו לשמור את ההריון. ההחלטה על הפסקת הריון קשה ונעשית רק במקרה שהם משוכנעים שמדובר באיכות חיים מאוד מאוד נמוכה.

אז אחרי הבדיקה, מגיע שלב הייעוץ הגנטי?

ברור. זה החוזה שלנו. הייעוץ הגנטי מביא בחשבון את כל הממצאים של הבדיקה הגנטית, שם אותם בתוך התמונה הכללית ומוביל אותנו להחלטה מושכלת".

פרופ' שוחט מרגיש, איפוא, שאפשר לסמוך על נבדקים הגיוניים בעולם הגיוני של בדיקות - כזה שיאפשר להשתמש בצורה מושכלת בבדיקות הגנטיות, כפי שנעשה עד כה, להציל באמצעותן חיים, להבטיח איכות חיים טובה יותר ולמנוע מעולמנו במידת האפשר סבל לא הכרחי. צריך יותר מזה?



בעיקר מחקר



נרימאן מנסור וד"ר ישעיהו בלוסקי



פחות – יותר עדיף

ריבוי תרופות במטופלים קשישים גורם לסטייה לא מבוקרת מהטיפול התרופתי

כ 15% מהאשפוזים בקרב קשישים נובעים מטיפול תרופתי לקוי. במקביל, קשישים רבים משוחררים לבתיהם לאחר אשפוז בבית החולים, עם רשימה ארוכה של תרופות והנחיות שעשויה לבלבל גם מישהו צעיר ובריא. לאור זאת ערכו ד"ר ישעיהו בלוסקי, מנהל המחלקה הגריאטרית בבילינסון בשיתוף עם הרוקחת הקלינית נרימאן מנסור, מחקר על המשכיות והיענות לטיפול תרופתי של מטופלים קשישים במשך חודש לאחר השחרור. אוכלוסיית המחקר כללה 230 נבדקים בני 66-103, והוצגו בו השאלות הבאות: עד כמה החולה צמוד לטיפול שהותווה לו? באיזו מידה נעשה שינוי בטיפול על ידי הגורמים המטפלים כמו הרופא בקהילה או בבית האבות שבו מתגורר הקשיש?

המחקר נעשה בדרך של רישום מדוקדק של הטיפול התרופתי שהותווה על ידי בית החולים, נתונים רפואיים ואפידמיולוגיים, ושיחת תחקיר בתום חודש עם החולה או מטפלו.

התוצאות הראו כי למרות שיש היענות גבוהה (97%) לעצם לקיחת התרופות, הרי ב-85% מהמקרים בוצע בהן שינוי כלשהו - הוספה או הורדה של תרופה, שינוי במינון או החלפת תרופה. השינוי נעשה לעיתים על ידי הרופא המטפל ולעיתים על דעת המטופל עצמו.

היצמדות מלאה לטיפול התרופתי היתה בדרך כלל במקרים בהם מספר התרופות היה נמוך יחסית (שבעה סוגי תרופות ומטה).

לאור הממצאים הגיעו החוקרים להמלצות הבאות: יש לנסות לצמצם את מספר התרופות בטיפול לשש, ולוודא לפחות מפגש אחד עם רופא המשפחה במהלך החודש שלאחר השחרור.



מימין: ד"ר הרצל סלמן, פרופ' מאיר גילדטי, ד"ר חנה בסלר וד"ר מיכאל ברגמן

A tomato a day keeps the doctor away

הליקופן בעגבניה מעכב התרבות תאים ממאירים

הליקופן (Lycopene) הוא הפיגמנט האדום בעגבניה המהווה את המרכיב הפעיל העיקרי שלה. לייעילותו של הליקופן יש אישור מדעי. מחקרים הראו כי צריכה מוגברת של ליקופן מסייעת במניעת גידולים סרטניים כגון סרטן הערמונית וסרטן השד, וכן מפחיתה מחלות לב כליליות. השאלה שעמדה בפני החוקרים מבי"ח השרון היתה האם ליקופן יעיל גם כנגד תאי גידול אחרים ומהו מנגנון פעולתו. המחקר, שביצעו רופאים מהשרון - ד"ר הרצל סלמן, מנהל מחלקה פנימית ג', ד"ר מיכאל ברגמן, סגן מנהל המחלקה, ד"ר חנה בסלר, חוקרת במכון המחקר, בהנחייתו של פרופ' מאיר גילדטי - נועד, איפוא, לבדוק את השפעת הליקופן על התרבות בתרביות של שורות התאים הממאירים הבאים: תאי לויקמיה, לימפומה ותאי גידול ממאירים של המעי הגס. התאים הממאירים הודגרו עם מינונים שונים של ליקופן ונבדקה יכולתו לעכב את התרבות התאים, וכן נבדקה השפעתו של הליקופן על תהליך האפופטוסיס (מוות מתוכנן) של התאים הממאירים. ואכן נמצא כי הליקופן מעכב את התרבותם של התאים הממאירים בתלות במינון הליקופן, כלומר, העיכוב גדל ככל שמינון החומר עלה. מידת השפעת הליקופן היתה שונה על שורות התאים השונות כשלתאים מסוג לויקמיה לימפטית כרונית (CLL) נדרש המינון הגבוה ביותר של ליקופן כדי למנוע את התרבותם. כמו כן, הראה המחקר כי הליקופן גורם להגברה בקצב האפופטוסיס של התאים, דהיינו: זירוז המוות המתוכנן של תאי גידול. מחקר זה מצביע על מנגנון פעילות הליקופן כנגד ממאירות ותומך ניסויית באפשרות של שימוש בליקופן במניעת גידולים, ומכאן חשיבותו. המחקר התפרסם לאחרונה בכתב העת הבינלאומי Biomedicine & Pharmacotherapy. האם הגענו לשלב הקליני שבו ליקופן יישמש כחומר פעיל לטיפול בממאירות? עדיין לא, אך לאור הידע שהצטבר עד כה, כולל עבודה זו, ממליצים החוקרים להרבות באכילת עגבניות העשירות בליקופן, כאשר הוכח במחקר שמינון גבוה יותר הוא גם יעיל יותר. באכילה של 50 גרי' רסק עגבניות (אותו משיגים מריסק 2-3 עגבניות) או שתיית 150 מ"ל של מיץ עגבניות (כשלושת רבעי כוס), מושגת רמת ליקופן בדם, כ-1 מיקרומול/ליטר אשר נמצאה במחקר כיעילה. אגב, הליקופן שייך לקבוצת הקרטנואידים ועל כן אכילה מוגברת של עגבניות, כמו גם של גזר וירקות אחרים, בעיקר ירקות ירוקים, יכולה לגרום לצבע כתום בכפות הידיים, אולם אין לכך השלכות בריאותיות. בימים אלו שוקד צוות המחקר על מחקר נוסף בו נבדקת פעילות הליקופן על מערכת החיסון וייתכן שזהו מנגנון נוסף לפעילות הליקופן במלחמתו של הגוף כנגד גידולים.



פחות מאמצים? ויותר הצלחות?

התמודדות עם טיפול הפריית מבחנה

מה הדרך היעילה להתמודד עם טיפול הפריית מבחנה? החברה המערבית מלמדת אותנו כי בדרך כלל, ככל שמשקיעים מאמצים רבים יותר, מתקרבים יותר להצלחה, אך מסתבר שלא כך כאשר מדובר בהפריית מבחנה.

במחקר שערכה ד"ר **נטלי רפפורט** פסיכולוגית רפואית, מהיחידה לפריות והפריה חוץ-גופית בבית"ח לנשים, יחד עם ד"ר **יורי גדרון** מבריטניה, ד"ר **רבקה רייכר-עתייר**, מנהלת המערך הפסיכולוגי, ד"ר **אוניט ספיר**, מנהלת המעבדה ביחידה להפריה חוץ-גופית, ופרופ' **בני פיש**, מנהל היחידה, בקרב 132 נשים העוברות הפריית מבחנה, התקבלו תוצאות המחדדות את חשיבותם של סגנונות התמודדות ספציפיים.

השאלה שהמחקר הציב הייתה: באיזה מידה משפיעות דרכי ההתמודדות של נשים במהלך טיפולי הפוריות על תוצאת הטיפול?

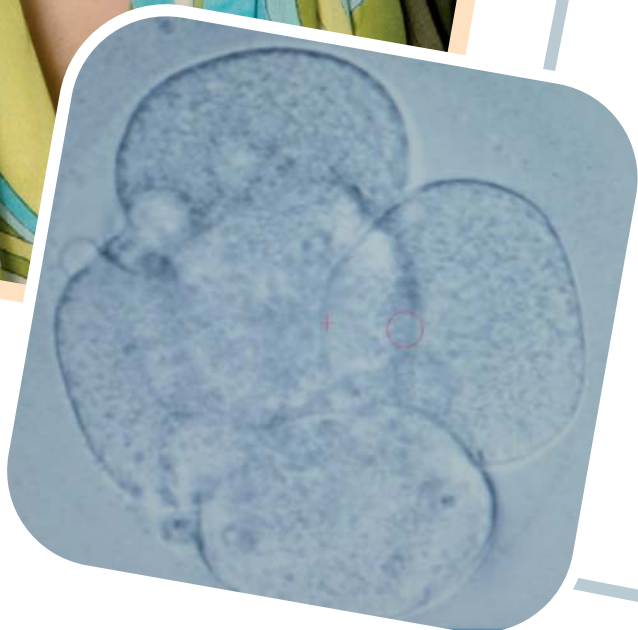
דרכי ההתמודדות של 132 נשים הוערכו לפני התחלת המחזור הטיפולי על פי המדדים הבאים: חרדה, דיכאון, אופטימיות והתמודדות. המדדים על פיהם נבחנו התוצאות היו: מספר הביציות שנשאבו, מספר הביציות שהופרו והריון. 23.9% מהנשים שהשתתפו במחקר הרו.

הממצאים הראו כי בקבוצת הנשים אשר השתמשו בסגנון התמודדות מסוג "letting go", הודו בכך שאין ביכולתן לטפל בבעיית הפוריות והחליטו להשקיע פחות מאמצים בהשגת ההריון, מספר הביציות שהופרו היה גדול יותר באופן משמעותי ואף נמצא שבקרבן הסיכויים להרות היו גבוהים יותר.

ד"ר רפפורט: "המחקר מראה שכנראה לנשים הנמצאות בטיפול הפריית מבחנה עדיף להתעסק פחות בעשייה לקידום המטרה שברצונן להשיג (הריון), לוותר באופן חלקי על השליטה בתהליך הטיפולי ולבוא לטיפול במצב רגשי של המתנה חיובית. לכן, ייתכן ששיטות פסיכופיסיולוגיות כגון מדיטציה או הרפיות למיניהן עשויות לעזור לנשים בנוגע להתמודדות זו".



ד"ר נטלי רפופרט



עובר בן יומיים

נפגשים לקפה

מה קורה במפגש בין קפאין ותרופה לדילול הדם?



פלאביקס הינה תרופה הניתנת לחולי לב רבים לצורך דילול הדם (למניעת קרישיות יתר). פלאביקס, כמו תכשירים אחרים מאותה המשפחה, מעכבת את הטסיות - המרכיבים בדם האחראים על הקרישה. מאחר ש-10%-20% מהמטופלים מוכיחים עמידות לתרופה או תגובה מתונה מאוד, נעשים מחקרים לגלות את הסיבות לתגובות השונות אליה. מחקר זה בדק את הקשר בין פלאביקס לקפאין, וזאת משום שקפאין גורם לעלייה בתוך הטסיות במולקולה הנקראת Cyclic AMP, בדומה להשפעת הפלאביקס. המחקר נעשה בארצות הברית על ידי צוות חוקרים בהובלתו של **ד"ר אלי לב**, אחראי חקר קרישה במכון הצנתורים שבמערך הקרדיולוגי, במרכז הרפואי במחקר השתתפו מתנדבים בריאים וחולי לב, אשר קיבלו פלאביקס ולאחר מכן גוללות קפאין (עפ"י תכולת קפאין של כוס קפה ברשת בתי הקפה "סטארבקס"). בבדיקות דם שנערכו להם לפני ואחרי קבלת הגלולה, ניתן היה לראות בבירור כי הטסיות עוכבו באופן משמעותי בהרבה לאחר צריכת הקפאין. כלומר, השילוב בין התרופה והקפאין גרם לדם להיות עוד יותר דליל מאשר לאחר נטילת התרופה בלבד. המסקנה מהמחקר היא שצריכת קפאין היא גורם תורם אפשרי לשוני בתגובה לפלאביקס. יצוין כי לקפאין לבדו, בצריכה קצרת טווח, אין כמעט השפעה על עיכוב או זירוז של הטסיות.

ד"ר אלי לב





רגישות לשמנים ארומטיים
עשויה לגרום לדלקת עור
במגע תעסוקתי

עסוי לגרום לדלקת

ד"ר עקיבא טרטנר, מנהל שירות עור אמבולטורי במחלקת עור בבילינסון בניהולו של פרופ' מיכאל דוד, מצא, אצל קבוצת נשים שהגיעו לטיפולו בשל דלקת עור, כי הגורם לבעיה הוא חלק מהשמנים הארומטיים בהם משתמשות נשים אלו לצורך עבודתן. העבודה בה עוסקות חמש הנשים - מטפלת נטורופתית, מסז'יסטית, פיזיותרפיסטית ושתי רפלקסולוגיות - כוללת, ולעתים אף מבוססת על מגע עם שמנים ארומטיים (שמנים בעלי ארומה אופיינית לצמח ממנו הופקו). הדלקת עליה התלוננו הנבדקות כללה את כל הסימפטומים האופייניים לדלקת עור במגע: אודם, גירוד וקשקשת. התופעה התחילה בידיים ובחלק מהמקרים התפשטה לכל הגוף. בסקירת אלרגניים התברר כי כל הנשים רגישות לחלק מהשמנים הארומטיים שבהם השתמשו במהלך עבודתן. במקביל, הסתבר כי קיימת אצל נשים אלה רגישות צולבת לתערובת בשמים, כך שייתכן שזו יכולה לשמש סמן לרגישות ללא צורך לעשות סקירה רחבה. ואכן, הממצאים הראו כי עם הפסקת השימוש בשמנים הרלוונטיים, נעלמה הדלקת לחלוטין.

ניסיון רפואי זה מוכיח שוב כי התפיסה הנפוצה, שלחומרים טבעיים אין השפעות שליליות, שגויה, כל שכן שמדובר באלרגיות - שמקורן כמעט תמיד טבעי. הפתרון לנשים אלו, ולכלל המטפלים בשמנים, הוא למצוא את השמנים שאין להם רגישות אליהם. לדברי ד"ר טרטנר, שמן שקדים או שמן מזרעי ענבים, למשל, ידועים בניטרליות היחסית שלהם.

ד"ר עקיבא טרטנר



עצור את הנסיגה

לעצור את הנסיגה

טיפול משולב מציל לסת שנפגעה מתכשירים למניעת איבוד סידן

תכשירים למניעת איבוד סידן (ביפוספונטים) הניתנים לחולים אונקולוגיים להפחתת דלילות העצם (כדרך למניעת התפשטות הגידולים), יכולים לגרום, כתופעת לוואי, נזקים חמורים בלסת התחתונה והעליונה - זיהומים, נסיגת חניכיים, הידלדלות העצם ונמק קשה. כל אלו מובילים להתרופפות ולאובדן שיניים, כאבים, ריח רע מהפה וקשיים בתפקודי הפה. עבור חולים אלו, הזקוקים לכל כוחותיהם כדי להתמודד בחזית המחלה הראשונית, מדובר בעצם בפתיחתה של חזית נוספת. במחלקת פה ולסת בבילינסון, נחלצים לסייע בחזית זו, ובהצלחה מרובה. "קודם כל יש לאבחן את מה שקורה בפה, לקבוע מהו הזיהום, מה התהליכים המתרחשים" אומרת ד"ר רונית שקאפ, מתמחה במחלקה. "זהו אבחון שלא יכול להיעשות על ידי רופאים כלליים, אלא על ידינו כמומחים לפה ולסת. לאחר האבחון אנו בונים לחולה פרוטוקול טיפולי שמורכב מאנטיביוטיקה ייעודית, שטיפות סדירות בחומרים מסוימים, הוצאת הרקמה הנמקית, ומתן חמצן היפרברי לזירוז ההתאוששות. טיפלנו עד כה בכ-40 חולים כאלה, ואנחנו יכולים להגיד שהתוצאות טובות מאוד - נצפתה עצירה של נסיגת העצם וצמיחה מחודשת של רקמות".



מכשיר CT 64 פרוסת במכון הדימות בבילינסון מספק יכולות הדמיה חדשות

פריסה קדימה

מכון הדימות בבילינסון הצטייד במכשיר CT חדש, סורק ב-64 פרוסת, הניצב בקדמת הטכנולוגיה של מכשירי ה-CT הקיימים כיום בשוק. במכשיר החדש, ניתן לכסות שטח גוף נתון בזמן קצר יותר בהשוואה למכשירים בעלי 16 פרוסת, ובכך, משך הזמן בו הנבדק עוצר את נשימתו מתקצר. איכות הבדיקה משתפרת וכך גם איכות האבחון.

המכשיר שנרכש במסגרת שיתוף פעולה עם חברת GE מאפשר יישום בטכנולוגיות חדשות כמו דימות עורקי הלב (העורקים הקורונריים) ומספק מידע ברמה שיכולה להחליף צנתור אבחוני שהנו פעולה פולשנית.

יותר נייד יותר בטוח

מכשיר אולטרסאונד של GE בגודל מחשב נישא הוכנס לשימוש במכון הדימות בבילינסון. גודלו מאפשר ניידות תוך שמירה על בטיחות ואמינות. המכשיר החדש יישמש לבדיקות של חולים במחלקות האשפוז, באותם מקרים שבהם מצב החולה אינו מאפשר את הגעתו למכון. המכשיר יחליף את המכשירים הכבדים, אשר שינועם למחלקות היה מסורבל ואף עלול לגרום להם נזק.



6 נשימות-90

במכון הצנתורים מפעילים מכשיר חדשני לאיתור מוקדם של מחלת לב

6 נשימות-90 שניות-דיוק של 80%

במהלך המחקר נמדדו במכשיר 124 נבדקים שהופנו לצנתור. הם נבדקו לפני ואחרי הצנתור. הבדיקה בוצעה באמצעות חיישן אופטי, שהוצמד לאצבעו של הנבדק. הנבדק הודרך לנשום בקצב איטי ומדויק של 6 נשימות בדקה. מכשיר הבדיקה של "קרדיומטר" מדד את תגובת דופק הלב, קצבו ומדד המצביע על שינויים בתפוקת הלב. המידע עובד ע"י תוכנה ייחודית שפותחה בחברה, שניתחה את הנתונים והפיקה תמונת מצב. נבדקו זרימת הדם בעורקים, גמישות העורקים, מערכת העצבים המפקחת על הלב ועוד.

במחקר הנוכחי נבדק מדד אחד מתוך השלושה: השתנות קצב זרימת הדם כתוצאה מהנשימה המאולצת. התוצאה הפתיעה אפילו את החוקרים! המכשיר הצליח לאתר את הנבדקים הסובלים ממחלת לב כלילית משמעותית והזקוקים לצנתור טיפולי ברמת דיוק של 80%! כמו כן, אצל תשעה מהנבדקים, אשר עברו התקף לב מספר ימים קודם לכן, נצפתה לכך עדות בבדיקה.

פרופ' רן קורנובסקי, מנהל מכון צנתורי הלב וד"ר דוד ברוש מציניים כי "לנוכח ממצאי המחקר אשר ערכנו ייתכן והמכשיר של "קרדיומטר" יוכל לשמש כאמצעי יעיל לזיהוי ראשוני של חולים הנכנסים לקבוצות סיכון גבוהות, וכאמצעי לבדיקת רמת הסיכון בקרב חולים שעברו אירוע לבבי".



בהמשך מוחלף הנקו בשרוולית המקודמת אל צינור המרה הראשי. דרך השרוולית מקודם בלון השווה בקוטרו לקוטר האבן הגדולה ביותר ומבוצעת הרחבה של הפתח שבין צינור המרה לתריסריון. לאחר הוצאת האוויר מהבלון מוחזר הבלון לאחור, אחרי האבנים, הבלון מנופח והאבנים נדחפות בעזרתו אל המעי (שם הן מתפנות יחד עם הצואה)."

במרבית החולים שטופלו עד כה בשיטה החדשה, החוסכת ניתוח, פעולה אנדוסקופית או יצירת נתיב נוסף, הטיפול הצליח.

בימים אלו השלימו חוקרי מכון הצנתורים במערך הקרדיולוגי ברבין מחקר, שמטרתו איתור מוקדם של מחלה לבבית (קרדיווסקולארית) משמעותית. במחקר, אשר נערך על ידי ד"ר **דוד ברוש**, קרדיולוג-מצנתור בכיר במכון, נבדק מכשיר ישראלי חדשני של "קרדיומטר".

הבדיקה במכשיר נועדה לאתר מחלת לב כלילית (בכלי הדם הלבביים)

משמעותית במהירות וללא צורך בביצוע מאמץ. את

המכשיר פיתחה חברת ההזנק הישראלית "קרדיומטר" במהלך שלוש השנים האחרונות. יתרונו של המכשיר החדשני הוא מהירות הבדיקה - 90 שניות בלבד! מדובר בבדיקה פשוטה במהלכה הנבדק נדרש להצמיד חיישן לאצבעו ולבצע שש נשימות בקצב מבוקר. בנוסף, הבדיקה אינה פולשנית ואין חשיפה לקרינה מסוכנת. יש לזכור כי מחלה משמעותית של הלב ועורקיו היא גורם התמותה מספר 1 (!) בעולם המערבי ובישראל. בישראל במשך שנה סובלים כ-10,000 איש מהתקפי לב ו-40,000 עוברים צנתורים. איתור מוקדם של מחלת הלב עשוי למנוע זאת. אומנם בדיקת א.ק.ג. זמינה וזולה אך אמינותה באיתור מוקדם מוגבלת, ואף נדרשת גם בדיקה במאמץ.



ד"ר דוד ברוש

הוצאת אבנים מצינור המרה דרך כיס המרה

אבני מרה יכולות להימצא בכיס המרה או בצינור המרה הראשי (כולדוכוס) ויובליו. אבני מרה ש"נתקעות" בקצה צינור המרה גורמות לצהבת חסימתית, שלרוב מלווה גם בסימני זיהום.

כאשר חולה מגיע עם דלקת חריפה בכיס המרה, ברוב המקרים הוא מטופל, להקלת הדלקת והכאבים, על ידי החדרת צנתר ניקוז לכיס המרה. לאחר מכן, מוציאים את הצנתר וממשיכים לטפל באחת מהשיטות הכירורגיות הקיימות. אם האבנים הן רק בתוך כיס המרה, הכיס נכרת בניתוח יחד עם האבנים. אם מתגלות אבנים בצינור המרה הראשי, אין די בכריתת כיס המרה, יש להגיע גם לצינור המרה ולהוציא את האבנים. פרט לניתוח, שאינו פשוט, קיימות מגוון שיטות להוצאת האבנים שכוללות הכנסת צינור אנדוסקופי דרך הפה, דיקור הכבד דרך העור וקידום צנתר למעי וטיפול באבנים דרכו בדרכים שונות. בכל אחת משיטות אלה, שהיו נהוגות עד כה, צנתר הניקוז המקורי מוצא, ויוצרים נתיב גישה חדש אל האבנים.

בבי"ח השרון חיפשו דרך לנצל את הנתיב של הצנתר, ובכך להימנע מפתיחת נתיב נוסף הכרוך בדיקור נוסף או בניתוח. כפי שמסביר מנהל המערך לרדיולוגיה פולשנית במרכז רפואי רבין ד"ר **אלי עטר**: "בשיטה זו, לאחר הזרקת חומר ניגודי דרך הצנתר שהוחדר לתוך כיס המרה בשלב החריף של המחלה, מודגמות האבנים שבתוך כיס המרה ובתוך צינור המרה הראשי ונמדד קוטר האבן הגדולה ביותר.

יוצאים ללא בקע

בקע מורכב אינו סיבה להרים ידיים. טכניקה לתיקון בקעים מורכבים מחזירה למנותחים את איכות החיים

מוכח המבוסס על מיומנות גבוהה בשילוב טכניקה ניתוחית מתקדמת, תוך שימוש ברשתות מודרניות מתאימות. ההליך שמבצע ד"ר ימפולסקי במהלך הניתוח כולל החזרת איברים לחלל הבטן ושחזור דופן הבטן באמצעות רשת אלסטית, שאותה מניחים בדופן הבטן, מתחת לשריר, כך שעם הזמן היא הופכת לחלק בלתי נפרד מדופן הבטן. הטכניקה הניתוחית ואופן הנחת הרשת ומיקומה מאפשרים גמישות שאינה מגבילה את החולה בשום תפקוד. הוא יכול לחזור לפעילות רגילה, לנשום, להשתעל ולצחוק באופן טבעי.

שיעור ההישנות של הבקעים ירד מלמעלה מ-50% עד כ-5% ובמקביל חלה ירידה חדה בשיעורי התחלואה והתמותה. ד"ר ימפולסקי השתלם בטכניקה מתקדמת זו במרכזים רפואיים בגרמניה, בצרפת ובארה"ב, וממיומנותו הייחודית כבר נהנו בשנתיים האחרונות למעלה מ-60 חולים עם בקעים גדולים ומורכבים, שהניתוח החזיר להם את איכות החיים.

15% מכלל ניתוחי הבטן (הסרת גידולים, ניתוח קיסרי ועוד) מסתיימים בהתפתחות של בקע בצלקת הניתוח ומחצית מהניתוחים השגרתיים לתיקון הבקע מסתיימים בצורך בניתוח חוזר. במקרים של בקעים מורכבים, היינו בקעים שנותחו מספר פעמים ללא הצלחה, או בקע גדול ובעייתי לתיקון, מוצאים עצמם החולים לא פעם מול מנתח המרים ידיים. מנתחים רבים מעדיפים להימנע מביצוע הניתוח, עקב כישלונות חוזרים בעבר והיכרות עם מגוון הקשיים הטכניים והבעייתיות הכרוכה בניתוחי תיקון הבקעים המורכבים. חולים מתוסכלים אלו נדונים לסבל, חסימות מעיים חוזרות הכרוכות בתחלואה גבוהה וניתוחים חוזרים, אי נוחות וקשיים רבים בתפקוד היומיומי. לחולים אלו מציע ד"ר יגאל ימפולסקי, רופא בכיר במחלקה כירורגית אי בבי"ח בילינסון, פתרון כירורגי



לראשונה בישראל - השתלת ריאה מן החי משני תורמים

למרות פטירת המושתל, מדובר בפריצת דרך המסמנת תקווה חדשה לחולים אחרים

מנהל מערך ניתוחי חזה ולב בבילינסון, מסביר שההשתלה דורשת תכנון קפדני זמן רב קודם לכן. במהלך התכנון עלו סוגיות כמו איזו אונה תושתל ראשונה או התזמון לכריתת האונה השנייה. סוגיה נוספת היתה, משך הזמן ששוהה האיבר מחוץ לגוף, כאשר השאיפה היא לצמצמו ככל האפשר כמו גם את זמן החיבור למכונת לב-ריאה. בנוסף קיימת כמובן הדאגה לשלומם ולבריאותם של התורמים. הרופאים מציינים כי לתורמים לא צפוי כל קושי בהמשך חייהם בשל האונה החסרה.

פתרון לחולים הסובלים ממחלת סיסטיק פיברוזיס או ממחלה זיהומית אחרת שפוגעת בשתי הריאות, מצב המצריך השתלה של שתי ריאות בו זמנית. השתלת ריאה מן החי תתאים גם לחולים שעברו כבר השתלה בעבר ונוזקים להשתלה חוזרת ולחולים מונשמים במצב קשה. רצוי שמימדיו הפיזיים של המושתל יהיו קטנים מאחר שהוא מקבל רק אונה אחת מכל ריאה, וזו צריכה להוות תחליף לריאה שלמה. בנוסף, חייבת להיות התאמה של סוג דם, בדומה להשתלות אחרות. עקב המחסור הקשה בתרומות איברים מן המת, פותחת ההשתלה החלוצית ערוץ חדש של תקווה לממתינים להשתלות.



לראשונה בישראל, ביצע צוות משתילים מבילינסון השתלת ריאה מן החי משני תורמים. המושתל, חולה צעיר בן 35 שסבל ממחלה ריאתית כרונית, קיבל תרומה מאחיו ומאחותו לאור מצבו החמור. פרופ' מוטי קרמר, מנהל מכון הריאות בבילינסון, אשר ליווה את החולה מאז הפגיעה בריאותיו (שנגרמה כתוצאה מדחיייה של מוח עצם שהושתל לו בעבר בעקבות לוקמיה), אמר כי הוא הגיע לאי ספיקה נשימתית אשר חייבה חיבורו למכשיר הנשמה באופן קבוע וריתוק לכיסא גלגלים. הסיכוי היחיד להצלת החולה היתה השתלת ריאה, ומצבו הקריטי לא איפשר המתנה לתרומה מן המת. לאור זאת, בהתייעצות משותפת של כל הגורמים - הצוות הרפואי, המשפחה ומשרד הבריאות - הוחלט על התרומה פורצת הדרך מן החי.

המבצע המורכב נמשך תשע שעות וכלל שלושה ניתוחים במקביל. בהשתלה השתתף פרופ' הירושי דטה, מומחה מיפן שביצע 48 השתלות מסוג זה עם תוצאות מעולות (88% הישרדות לאחר 5 שנים מההשתלה).

ד"ר מילטון סאוטה, מנהל מחלקת ניתוחי ריאות במערך ניתוחי חזה ולב בבילינסון: "בטכניקה זו נלקחות שתי האונות התחתונות, השמאלית והימנית, של הריאה משני תורמים חיים ומושתלות בגופו של החולה במקום שתי ריאותיו. ברוב המקרים התורמים הם בני משפחתו של החולה, דבר המעלה את סיכויי ההצלחה של ההשתלה, בשל ההתאמה הגנטית. בנוסף, העובדה שהתורמים חיים מאפשרת למצוא את אלה עם האונות המתאימות ביותר מבחינת גודל ונפח". עוד הוסיף ד"ר סאוטה: "אנו מקווים כי כעת, לאחר ביצוע השתלה זו בהדרכת המומחה מיפן, השתלת ריאה מן החי תהפוך לשגרה בתחום ההשתלות בבילינסון".

בהשתלה השתתפו מעל ל-30 אנשי צוות. מדובר במהלך לוגיסטי מורכב שדרש תכנון רב ושיתוף פעולה בין תשעה משתילים, שבעה מרדמים, צוות אחיות ניתוחי חזה ולב בחדר הניתוח, מתאמת ההשתלות, צוות בנק הדם, טכנאי מכונת לב ריאה, ואנשי צוות מהיחידות הרפואיות השונות.

השתלה כה מורכבת מתבצעת רק במרכזים בודדים בעולם. ד"ר אייל פורת,



ד"ר אלחנדרו מורנינקס

ד"ר אלון גרוסמן

זה נשמע כמו שם של סידרת ריאליטי, שהיא אולי צריך לקרוא לה "הישרדות". ולמרות זאת, "אבודים" הם לא וגם לא "נמלטים" לשום מקום. הם פה כדי להישאר וגם יודעים למה

המתמחים

חייהם, להקל עליהם, ואפילו, כשה קורה, לסייע להם למות בכבוד ובלי כאבים. לזה אין תחליף. ד"ר גרוסמן, פנימאי בן פנימאי, גם משוכנע שהתחום שבחר בו הוא המרתק מכולם. "ישום דבר לא פשוט. הכל מורכב. אתה אף פעם לא יודע מה מחכה לך. תמיד צריך לחשוב, לשקול, לחפש, להיות מקורי."

ד"ר מורנינקס שותף לתחושה של "אין חרטה". גם הוא בן של רופא (קרדיולוג וספורטולוג בשרון) ואח של רופא (קרדיולוג בבילינסון), כולם עולים מאורוגוואי. "על כולם אני לא מתחרט" אומר מורנינקס "לא על העלייה, לא על השירות בצבא שהתקשתי עליו, לא על הבחירה ברפואה ולא על כירורגיה". ובלי השכנוע הפנימי הזה, כך הוא משוכנע, אי אפשר לעשות את העבודה. "רפואה הוא מקצוע שאתה חייב לבחור בו כל יום מחדש. אתה לא יכול לבוא אל החולה עם עייפות, עם שחיקה. לכל חולה מגיע שתבוא אליו עם כל הערנות והיחס האנושי הטוב ביותר". וזה אמנם לא פשוט, ביום עבודה שנמשך למעלה מיממה, אבל הן, מי אמר שהחיים פשוטים?

שניהם מציינים שמעמדם במחלקה מובנה בשיטה, ואינו משתקף ביחס שהם זוכים לו. להיפך, הם גאים במחלקות שלהם, ברמה המקצועית וביחס המוענק להם.

ד"ר מורנינקס אינו שוכח את התמיכה הגדולה שקיבל כשהיה במלחמת לבנון השנייה ומדגיש כי הוא זוכה לתמיכה רבה לאורך כל הדרך.

ד"ר אלון גרוסמן מדגיש ששיטת ההתמחות, הנוזרת עבודת על המתמחים, אינה גזירה משמים. "אנחנו עובדים בתת-כוח אדם שהוא פועל יוצא של תקציב. בעולם זה לא כך". לאור זאת, צריכה לדעתו מערכת הבריאות להיערך מחדש כדי לחלק את הנטל נכון יותר. הוא עצמו נמצא, כמו שהוא אומר, "בהמתנה לקץ תקופת העבודות", ומתחנך בכך שהוא מאושר ממקצועו, ושלפחות כמתמחה - יש לו תמיד משהו בכיר יותר להתייעץ אתו.

אתה בן 31, נשוי, יש לך שלושה ילדים, היית קצין בכיר בצבא, מאחוריך כבר הכשרה אקדמית ומקצועית עשירה, אתה מין אחד כזה שתמיד נמצא ב"טופ" - אז מה פתאום שגיד על עצמך שאתה בתחתית שרשרת המזון? לא, אין צורך לחשוך בד"ר אלון גרוסמן ברגשי נחיתות. חלילה. ד"ר גרוסמן, מתמחה בפנימית הי' בבילינסון, מגיע לכך כשהוא מתאר איך נראית שגרת חייו כמתמחה בשנתו השנייה.

"אני קם ברבע לשבע, רואה את הילדים ויוצא למחלקה. משמונה עד רבע לתשע - בדיקות דם ועירוויים למיניהם. אצלנו הנוהל הוא שהרופאים עושים את זה. תוך כדי כך אני סוגר קצוות, מתעדכן במה שקרה בלילה, מנחה את מוזכרת המחלקה לגבי בדיקות שנדרשות היום וכו'. משתע עד עשר וחצי בבוקר - ישיבת צוות ודיון על כל חולה. עוד חצי שעה מוקדשת לפעילות אקדמית - סקירת מאמר שהכין אחד מהצוות. פעמיים בחודש זה מוטל עלי. אחר כך - שתיים של בדיקות אישיות. כל חולה נבדק - יש 12 כאלה תחת אחריותי. הפסקת צהריים קצרה לאכול משהו ולאחר מכן, טיפול בכל העניינים השוטפים - קבלת חולים, כתיבת מכתבי שחרור, מעבר על תוצאות בדיקות. בין שלוש לארבע - קודש לשיחה עם משפחות (שיחות מסדרן - לא במחלקתנו). וכך מסתיים לו יום עבודה צפוף, שבו דבר רודף דבר ואם לא תתקתק עניינים - לא רק אתה תיפגע, אלא החולים שלך ייפגעו."

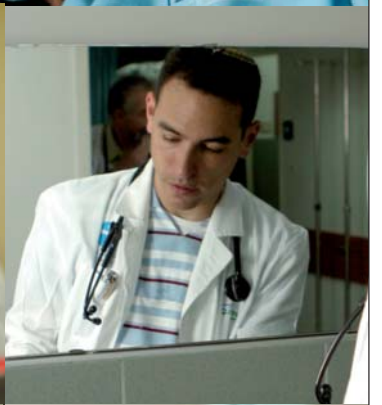
ואז? אז מתחילים הכל מחדש, אם אתה תורן, ולרופא מתמחה במחלקה הפנימית יש שבע-שמונה תורנויות בחודש. "תורנות פירושה שהחל מארבע וחצי אחר הצהריים המחלקה מאוישת על ידי רופא אחד בלבד - המתמחה התורן. החל משעה זו הכל עלי - לקיחת דמים, הכנסת קטטר, החיאה, קבלת חולים לאשפוז."

והריקוד הזה נמשך עד הבוקר, כאשר אי אפשר לצפות מראש את הקצב. "קליטת עשרה חולים בלילה היא לא יוצאת דופן. ויש להביא בחשבון שקליטת כל חולה לוקחת כשלוש רבעי שעה". על שינה בלילה אפשר רק לחלום. בשמונה בבוקר מעביר המתמחה לצוות המחלקה את המחלקה, מדווח על כל חולה וכמי שמכיר את מצבם - מסייע בקביעת סדר העדיפות של ביצוע הבדיקות. בסביבות השעה עשר יוצא ד"ר גרוסמן לעולם החיצון, לאחר כ-26 שעות של עבודה. ועוד לא דיברנו על תורנויות שבת שמחייבות אותו לנטוש את המשפחה לכל השבת.

ואיך נראה יומו של ד"ר אלחנדרו מורנינקס, מתמחה שנה רביעית בכירורגית ב' בשרון? הוא מתחיל בשבע בבוקר בישיבת צוות עם הרופאים הבכירים ושאר המתמחים. לאחר מכן - ביקור במחלקה של כל המאושפזים, ומשם לחדר הניתוח, אם זה יום של ניתוח. מנתחים עד שלוש-ארבע ואז... או מתחיל יום העבודה הנוסף. מתמחה בכירורגיה עושה בין תשע ל-11 משמרות בחודש. חלק מהמשמרות מוקדשות למיון (כל יום מחלקה כירורגית אחרת מאיישת את המיון), ובכל מקרה, תורנות עשויה לכלול תמיד ניתוח אחד, או שניים או שלושה - אפנדיציט, חסימת מעי, בקע כלוא. ובין לבין - בדיקת חולים, ייעוץ כירורגיים לכל בית החולים, מכתבי שחרור, עבודת מחשב ועוד ועוד. שינה בלילה של תורנות - זה עניין של מזל. לפעמים מצליחים "לגנוב" שעה-שתיים של שינה. כשד"ר מורנינקס חוזר הביתה, הוא קורס ומשלים שינה. שלא כמו ד"ר גרוסמן, שמשתדל לפצות את המשפחה על היעדרו ומקדיש את היום להשתתף במשימות הבית והילדים, ד"ר מורנינקס, עדיין ללא ילדים, מתמודד רק עם תלונות של החברה (אך לשמחתו גם היא עסוקה בקריירה משלה).

"בחרתי במקצוע הכי טוב בעולם, הן מבחינת העניין והן מבחינת השליחות. היכולת שלך לעזור לאנשים, להציל את חייהם, להקל עליהם, ואפילו, כשה קורה, לסייע להם למות בכבוד ובלי כאבים. לזה אין תחליף."

ד"ר גרוסמן משווה את מצבו לזה של חבריו העובדים בהיי-טק: "גם הם עובדים קשה ובלחץ, אבל כשאינן אחריות לחיי אדם, זו אינטנסיביות אחרת. השכר שלהם, כמובן, הרבה יותר גבוה". ובכל זאת, אין לו רגע של חרטה: "בחרתי במקצוע הכי טוב בעולם, הן מבחינת העניין והן מבחינת השליחות. היכולת שלך לעזור לאנשים, להציל את



פוסט טראומה

חומחי הטראומה של רבין חולקים את ניסיונם עם העולם

ד"ר מיכאל שטיין, מנהל יחידת הטראומה בבילינסון, חזר לא מכבר מכנס באינדיאנה, ארה"ב, שם הרצה על פציעות הדף בפגועים וטיפול באירוע רב נפגעים. זה היה רק אחד מכנסים רבים בהם השתתף ד"ר שטיין בשנים האחרונות כמומחה בתחום של טראומה ואירועים רבי נפגעים. התגברות הטרור העולמי הביאה לביקוש גדול לידע הרב שנצבר בישראל בנושא זה. בנוסף מארגן ומלמד ד"ר שטיין בארץ את הקורס המתקדם בטראומה של האיגוד הכירורגי הבינלאומי המועבר בארץ בברכתו של האיגוד ועוסק בהכשרת כירורגים בטיפול בפגיעות הטראומה הקשות ביותר. קורסים דומים מעביר ד"ר שטיין גם באירופה ובמזרח. ד"ר שטיין, העוסק בתחום ב-13 השנים האחרונות, מאז שהיה ראש ענף טראומה בצה"ל בפרוץ גל פיגועי ההתאבדות בשנת '94, אומר כי המציאות הביטחונית הקשה אצלנו הכתיבה פיתוח מתמיד של שיטות התמודדות וניהול טראומה. על רקע הניסיון של מערך הטראומה בישראל, לאורך כל שרשרת הטיפול, מהשטח עד בית החולים, שופרו הפתרונות ועימם אחוזי הישרדות וצמצום היקף הפגיעות והסבל. פתרונות אלו משמשים מודל למערכי טראומה בכל רחבי העולם.





חדד ישראלי
לתחלואה ולתמותה ממחלת לב איסכמית
הוצג בכנס בליסבון

הישובים כחול-לבן



בכנס השנתי של ה-EFIM (European Foundation of Internal Medicine), הציגה ד"ר עידית מאיה עבודת מחקר שבוצעה במחלקה פנימית ד' בשרון, בהנחיית מנהל מכון הצנתורים ברבין פרופ' רן קורנובסקי ומנהל מחלקה פנימית ד' בשרון ד"ר דרור זיקר, העוסקת במדדי הסיכון לתחלואה ולתמותה ממחלת לב כלילית באוכלוסייה בישראל.

שני המדדים הידועים בעולם למטרה זו הם מדד פרמינגהם (Framingham) האמריקאי לתחלואה לעשר שנים ומדד הסיקור (Systematic Coronary Risk Evaluation - SCORE) האירופאי לתמותה לעשר שנים. המדדים השונים הם בעצם מחשבוניים המאפשרים לכמת באופן מתמטי, על בסיס גורמי סיכון מרובים (גיל, מין, ערכי לחץ דם, פרופיל שומני הדם, סוכרת, עישון וכו') את הסיכון הכולל להיארעות או לתמותה ממחלת לב איסכמית בעשר שנים לאותם אנשים באוכלוסייה שלא ידוע לגביהם כי סובלים כרגע מהמחלה הכלילית (מונח המוגדר כמניעה ראשונית).

לכל אוכלוסייה יש לבנות מדד משלה, משום שלמאפייני האוכלוסייה הנלווים, כמו גנטיקה, תנאי מחיה, תזונה ואקלים, יש השפעה ישירה על גורמי הסיכון של תחלואה ותמותה. על בסיס המדדים הידועים ועל סמך מעקב אחרי קבוצה של כ-100 נבדקים, מצאו במחלקה פנימית ד' את המיתאם שבין המדד האירופאי למדד האמריקאי באוכלוסייה בישראל. מדובר בעבודה חדשנית שטרם בוצעה בישראל. כלי זה יוכל מעתה לבסס את השימוש במחשבוניים אלו כאמצעי עזר לרופא המטפל בקהילה ובבית החולים באבחון ובמניעה ראשונית של אירועי לב כליליים ותמותה מהם.

תוצאות מחקר הראות כי יש לשלב טיפול באמנות במרפאה לאי ספיקת לב

אמנות עושה טוב על הלב

וחרדה מעניקה למטופל הרגשה שאיננו לבד ומקלה עליו להבין טוב יותר את עצמו. לכך יש להוסיף את העבודה הקבוצתית, ממנה שאבו המטופלים תמיכה הדדית, ונרתמו מבחינה אישית וחברתית.

"המפגש עם האנשים בקבוצה היה מרגש, מסקרן, מפתיע וגם עצוב, אני מעריכה מאוד את התמודדותם היומיומית של המטופלים, הכל מתגמד מול איום המחלה ופתאום יש דפים מלאים דברים טובים".

ניתוח תוצאות המחקר הראה השפעה חיובית אצל המטופלים במספר מישורים: העלאת הערך העצמי, חיזוק הכוחות, חיבור למקומות חיוביים, לקיחת חלק בפעילות שיקומית נוספת, העצמה מנטלית ורגשית והגדלת חיוניות וחדוות חיים. השפעה זו מתבטאת בהיענות טובה יותר לטיפול תרופתי ולשגרת הבדיקות, וכן שיפור בתחושה הכללית ובמצב הרוח.

תוצאות המחקר התקבלו בעניין בכנס השנתי של האיגוד הקרדיולוגי הישראלי בו הוצג. למרות אוכלוסיית המחקר הקטנה, איכות התוצאות מביאה למסקנה שיש להמליץ על שילוב טיפול באמנות כחלק ממערך הטיפול במרפאות לאי ספיקת לב.

מחקר שנערך במרפאה לאי ספיקת לב מתקדמת שבמערך הקרדיולוגי, מראה כי לטיפול באמנות ברפואה יש השפעה חיובית על החולים בשני מדדים: היענות לטיפול תרופתי ושיפור באיכות החיים.

צוות המחקר כלל את פרופ' אלכסנדר בטלר, מנהל המערך הקרדיולוגי, ד"ר טוביה בן גל, מנהל השירות לחולי אי ספיקת לב ונגה סלע, אחות מהמערך ומטפלת באמנות מוסמכת, אשר אף יזמה אותו, בשיתוף ותמיכה של הצוות הסיעודי בראשותה של נורית ברוך אחות אחראית ביחידה לטיפול נמרץ לב. קבוצת המחקר מנתה 10 מטופלים במרפאה בגילאים 45-75, במצב של אי ספיקת לב מתקדמת, חלקם מועמדים להשתלה, אחרים נמצאים בתהליך שיקום, וכולם, עקב מצבם, אינם עובדים ואינם משולבים במעגל החיים התקין. בקבוצת הביקורת היו 10 מטופלים אחרים במצב דומה.

לכל משתתף בשתי הקבוצות התקיים מפגש מקדים מעמיק שכלל פעילות באמנות, ראיון אישי ושאלונים למיניהם.

קבוצת המחקר הוזמנה להשתתף בסדנת אמנות שכללה סדרה של ששה מפגשים ולאחר מכן פגישות אישיות.

בסדנת האמנות התנסו המטופלים בביטוי תחושותיהם ומצוקותיהם באמצעות יצירה פלסטית לסוגיה - ציור, פיסול ועבודה בחומרים שונים. נגה סלע, שלה ניסיון כמטפלת באמנות, מסבירה כי ההתנסות ביצירה אינה קשורה בהכרח לכישרון אמנותי: "ליצירה יש ערך מוסף בהעצמה של ההתנסות האישית בניגוד לאובדן שליטה אשר מלווה את המחלה". הביטוי האמנותי עשוי לעזור לאנשים לקבל בחזרה מספר מדדים לשליטה בחייהם בעזרת תהליך פעיל ומספק באומנות בו מעורבים: החופש בבחירת חומרים, סגנון, משחק חופשי בצבעים והיכולת ליצור מה שהוא רוצה. האפשרות לשתף במשא הכבד של פחדים



בכנס בינלאומי לכירורגיה קולורקטלית שנערך ברומא לאחרונה, השתתף **פרופ' זאב דרזניק** מנהל המערך הכירורגי בשרון, בפורום בינלאומי של מומחים שעסק בטיפול בסרטן הרקטום. בפורום זה הציג פרופ' דרזניק גישה טיפולית חדשה בסרטן רקטום, המחוללת שינוי בגישה המקובלת ומביאה בשורה חדשה לחולים.

הגישה הנהוגה במקרה של גידולים בפי הטבעת היא טיפול מוקדם עם קרינה וכימותרפיה ולאחר מכן כריתה רדיקלית של הגידול המחייבת במקרים רבים גם קולוסטומיה (פתח לניקוז ההפרשות במקום פי הטבעת החסר) לכל החיים. זו הגישה הסטנדרטית המקובלת ברוב המרכזים בעולם אך כרוכה בסיכון, בטראומה ובמעבר לחיים עם קולוסטומיה, שפירושו ירידה משמעותית באיכות החיים של החולה.

שיתוף הפעולה עם יחידת ההקרנות במרכז דוידוף בראשותו של **פרופ' אייל פניג** הביא בחלק מהמקרים, לריפוי מלא של הגידול הסרטני בעקבות הקרינה והכימותרפיה.

אי לכך הוחלט שבמקרים עם ריפוי מלא ניתן להסתפק רק בכריתה מקומית של האזור ולמנוע מהחולים ניתוח רדיקלי עם מום לכל החיים. "ניסיונו באוכלוסייה של 120 חולים הראה" אומר פרופ' דרזניק שמעורב אישית בכל מקרה "שהגידול הצטמצם בכ-50% מהמקרים, וב-20% מהמקרים נעלם לחלוטין". באותם מקרים בהם נעלם הגידול, החליטו הרופאים להסתפק בכריתה מקומית של הרקמה הצלקתית שם היה הגידול. מדובר בניתוח קטן, מקומי שאינו גורר אחריו בעיות תפקודיות של פי הטבעת לטווח ארוך.

בין השנים 1998-2004 נותחו בבי"ח השרון 78 חולים עם סרטן הרקטום ולאחר טיפול קרינתי וכימותרפי נעלם הגידול לחלוטין ב-16 חולים. ב-10 חולים עם גידול קטן מאד בוצעה אך ורק כריתה מקומית. "המחלה לא חזרה באף לא אחד מהמטופלים, כאשר תקופת המעקב הממוצעת היא חמש שנים". כיום יותר ויותר כירורגים מאמצים את הגישה השמרנית במקרים המתאימים.



כריתה רדיקלית

גישה טיפולית אחרת לסרטן הרקטום במערך הכירורגי בשרון - מוצגת בכנס באיטליה

אין סיבה למהר

השתלות איברים - האתיקה, המצוקה, הפתרונות

ביום עיון בבילינסון ניסו לתקוף את הנושא המורכב הכל זווית אפשרית

מצוקת האיברים בישראל היא עובדה ידועה וכוונת. תור הממתינים להשתלות מצילות חיים ארוך, ומנגד - שיעור הנכונות לתרומת איברים באוכלוסייה נמוך יחסית לעולם המערבי ואינו גדל. תחום סבוך זה, שבו ניצלים חייו של מישהו בעקבות מותו של אחר (מוות שאינו נגרם בזדון חלילה), מעורר דילמות אתיות רבות. יחסן של הדתות השונות, והיהדות בכללן, אף הוא אמביוולנטי, וסחר האיברים הקיים בעולם השלישי לטובת העולם המערבי מוסיף לכל ניחוח לא נעים של ניצול ופשיעה.

ביום עיון בבילינסון ניסו לתקוף כל זווית אפשרית בנושא, בסיועם של מומחים מתחומים שונים מהארץ ומהעולם. עו"ד **דניאל מילר**, העוסק בזכויות אדם, תיאר את המצב בסין שם תרומות האיברים העיקריות מגיעות מנדונים להורג. ד"ר **יורם בלשר**, יו"ר הר"י, הציג את עמדת הר"י בנושא. **פרופ' פרנסיס דלמוניקו** מארגון הבריאות העולמי הציג את תוכניתו של הארגון להתערבות בסחר האיברים בעולם השלישי. עו"ד **מאיר ברודר** ממשד הבריאות הציג את הפתרון שמציע לבעיה זו חוק ההשתלות הישראלי. שני נציגי ההלכה - **הרב דניאל לאו** מישראל ו**רוברט ברמן** מהמכון לתרומת איברים על פי ההלכה בניו יורק, הציגו את עמדת ההלכה לגבי תרומות מן החי ומן המת, כאשר אחת ממטרות יום העיון היתה לסגור את הפער בין המסד הרפואי לרבני. **פרופ' גבי דנוביץ**, מנהל תוכנית השתלות כליה ב-UCLA וד"ר **גיי לביא**, מנהל היחידה להשתלות לב בשיבא, דיברו על הדרכים להרחבת מעגל התורמים מן החי ומן המת. ביום העיון נדונו דרכים שונות לעידוד התרומה, כולל בדרכים כלכליות כמו הקלות במס, ביטוח חיים וכו'. יום העיון המרתק הסתיים בפאנל שהנחה **פרופ' איתן מור**, מנהל מחלקת ההשתלות בבילינסון, שעסק בסוגיות אלו.

לדבריו של פרופ' מור, אחת ממטרות הכינוס היתה להעלות את הנושא למודעות מקבלי ההחלטות בישראל ואת הצורך בהתנעת תהליכים וחקיקת חוק ההשתלות, זאת לשם בניית מאגר תורמים גדול יותר והעלאת שיעור ההסכמות בישראל לתרומת איברים.



פרס בכנס

ד"ר **אילן שמעון**, מנהל המכון לאנדוקריןולוגיה בבילינסון, זכה בפרס ע"ש פרופ' הנס לינדנר ז"ל, הפרס היוקרתי ביותר של האגודה הישראלית לאנדוקריןולוגיה.

הפרס ניתן לד"ר שמעון על תרומתו הגדולה בחמש השנים האחרונות להרחבת הידע וההבנה על הפיזיולוגיה והפתופיזיולוגיה של בלוטת יותרת המוח האנושית באמצעות מחקריו בנושא בקרת הסיתנה וההפרשה של הורמוני הבלוטה, במיוחד הורמון הגדילה.

לומדים מהחובילים

כנס בינלאומי בנושא השתלות איברים לציון חצי יובל למחלקת השתלות איברים בבילינסון

בכנס הבינלאומי לציון חצי יובל למחלקת השתלות איברים בבילינסון בה מתבצעות 70% מהשתלות האיברים לסוגיהן בישראל, הרצו מומחים מובילים מהעולם במגוון נושאים: **פרופ' הירושי דטה** מיפן הרצה על השתלת ריאה מן החי משני תורמים שונים, **פרופ' חוזה רמון נונז** מספרד הציג מודל ייחודי לקצירת איברים במקרה של מוות לבבי, **פרופ' יגאל קם** מארצות הברית עסק בנושא של השתלת איברים מן החי כמקור להרחבת מאגר האיברים הנתרמים, **פרופ' פטר נויהאוז** מברלין דיבר על דור חדש של תרופות מדכאות חיסון למושתלי כבד, הממזערות את תופעות הלוואי, ו**פרופ' הווארד פרייזר** מטקסס סקר סוגים של לבבות מלאכותיים.

היחידה למושתלי כבד **פרופ' זיו בן ארי**, התקיימו שני מושבים בהשתתפות רופאים מבילינסון: מנהל מחלקה פנימית ד"ר ומכון הכבד **פרופ' רן טור כספא**, מנהל מחלקת השתלות **פרופ' איתן מור**, מנהל מכון הריאות **פרופ' מרדכי קרמר**, מנהל מערך ניתוחי חזה ולב **ד"ר אייל פורת**, מנהל מחלקת ניתוחי ריאות במערך ניתוחי חזה ולב **ד"ר מילטון סאוטה** ופרופ' זיו בן ארי.





תיקון מסתמים בלב ב"מעבדה חיה"

רופאים התנסים בטכניקה חדשה על לבבות של בעלי חיים

יום עיון למנתחי לב וקרדיולוגים בנושא תיקון מסתמים בלב התקיים בבילינסון בהשתתפות רופאים מכל הארץ. היום כלל גם "מעבדה חיה" עם שבע עמדות ניתוח בהן התנסו המשתתפים בתיקוני מסתמים בלבבות של בעלי חיים בעזרת טכניקה של השתלת טבעת. ביום העיון שנערך ביוזמתו של ד"ר **אייל פורת** מנהל מחלקת ניתוחי חזה ולב, הרצו מומחים מהארץ ומרצה אורח מלונדון, **פרופ' וון אופל אולריך אוטו**.

מחלות מעי דלקתיות - יום עיון למטופלים

כנס בנושא קוליטיס כיבית, מחלה המופיעה במעי הגס, ומחלת קרוהן הפוגעת בכל מערכת העיכול - התקיים בבילינסון ביוזמתו של ד"ר **ג'ראלד פרייזר**, מנהל היחידה למחלות מעי דלקתיות ובסיועה של **תמי לדריפין**, מתאמת מחקר של המכון הגסטרואנטרולוגי בבילינסון.

בכנס השתתפו מומחים, ומטופלים ובני משפחותיהם. ההרצאות עסקו בנושאים כמו הריון ומחלות מעי דלקתיות - סיכוי וסיכון, הקפסולה באבחון מחלות מעי דלקתיות, דיאטת אלימינציה - ממצאי מחקר, וכדאיות השתתפות במחקרים.

איתור גידולים בעובר

במרכז הסמינר ה-1 להעלאת המודעות לבריאות האישה שקיימו במשותף GE Healthcare Israel ובילינסון עמד נושא איתור מומים ומחלות בעובר, ובפרט גידולים. **פרופ' ישראל מייזנר** מבי"ח לנשים, מומחה מוביל בתחום זה בעולם, עמד בהרצאתו בכנס על ההשלכות שיש לגילוי המוקדם על תהליך הריפוי וסיכויי החלמה: "ניתן לטפל בגידול עד לשלב של החלמה מלאה כאשר הוא מאובחן בשלב ההריון או בשנה הראשונה לחיי התינוק. הגידול השכיח ביותר הוא נירובלסטומה - גידול מערכת העצבים הניתן לריפוי מוחלט כאשר מאובחן בעובר".
פרופ' מייזנר קרא להקמת בסיס נתונים עולמי של מקרי גידולים בעוברים, בהובלתה של יחידת האולטרסאונד בניהולו.

גידולים בחלל הפה - שיתוף ידע

יום עיון בנושא גידולים בחלל הפה התקיים בבילינסון ביוזמת המחלקה לכירורגיה פלסטית ומחלקת אף אוזן גרון בית החולים. מיטב המומחים מהמרכזים הרפואיים בארץ השתתפו והציגו מגוון נושאים כמו סמני גידול של שאתות חלל הפה, דרכי אבחון, גידולים שמקורם בשיניים והיבטים שונים של כירורגיה ושחזור.

אי ספיקת לב והשתלות לב - יום עיון למטופלים

הממתינים להשתלת לב ומושתלי הלב המבקרים במרפאה בבילינסון הוזמנו ע"י ד"ר **טוביה בן גל**, מנהל השירות לאי ספיקת לב וצוותו ליום עיון המיועד להעשרת ידע ולסיוע בהתמודדות היומיומית. נושאי ההרצאות: חידושים בטיפול באי ספיקה והשתלות לב; פעילות גופנית לפני ואחרי ההשתלה; אי ספיקת לב ותפקוד מיני; תזונה ללב ולנשמה; התמודדות החולה והמשפחה.

מערך הצטיין

בכינוס האורולוגי הישראלי השנתי שהתקיים באילת זכה המערך האורולוגי בהצטיינות בשתי קטגוריות: באורולוגיית ילדים זכתה במקום הראשון עבודתו של מנהל המערך **פרופ' פנחס לבנה** בנושא טכניקה חדשה לתיקון היפוספדיאס - סדק תחתית השופכה.
בתחום האנדרו-אורולוגיה הצטיינה עבודתו של ד"ר **דוד ליפשיץ**, מנהל היחידה לאורולוגיה זעיר פולשנית בשרון, העוסקת בטכניקה חדשה לביופסיות בגידולים בכליה ובשופכן.

הסיופור

שמאחורי התיק הרפואי מטופלים מספרים על רופאים

בלב קל ובבטן שטוחה פתאום לומדים להעריך התעטשות

שבר גדול אירע בחייו של **יעקב טויטו** בשנה האחרונה. בנו, ישראל טויטו - הפעיל החברתי, איש כיכר הלחם - נפטר במפתיע, ושירת חייו המרדנית והתוססת נגדעה. בתוך כך, מצא את עצמו יעקב מתמודד עם שבר גופני גדול - מחלת לב, ניתוח מעקפים, דימום קשה מדרכי העיכול, וניתוח חירום לעצירת הדימום. הניתוח הציל את חייו, אך הותיר אותו עם שבר עצום - הפעם במוֹבן המילולי. בעקבות הניתוח התפתח בצלקת בקע ענק, שהתבטא בבליטה חיצונית גדולה בדופן הבטן, בגודל ראש של בן אדם. "משמעותו של שבר כזה", אומר המנתח **ד"ר יגאל ימפולסקי**, רופא בכיר במחלקה כירורגית א', "היא שאיברי הבטן הפנימיים פורצים החוצה דרך דופן הבטן ובעצם הדבר היחיד המחזיק אותם זה העור!" עבור יעקב טויטו, המשמעות היתה חיים בלתי נסבלים: "סבלתי כאבים נוראיים. לא יכולתי לתפקד, לא לנשום, לא להשתעל, לא להתעטש, לא ללבוש בגד, לא לשרוך נעליים".

ד"ר ימפולסקי, עם מומחיותו הייחודית בתיקון בקעים מורכבים (ראה כתבה בנושא זה ב"עושים רפואה"), היה הכתובת הטבעית עבור המקרה של יעקב, אולם היה צורך לחכות להתייצבות מצבו הרפואי.

שעת הכושר הגיעה קצת אחרי ה-30 למות בנו וד"ר ימפולסקי זוכר את המצב הרגשי הקשה של המטופל שלו, שהחמיר עוד יותר בשל סבלו הפיסי. בנייתו הארוך, שנמשך כארבע שעות, נעשה שיחזור של דופן הבטן ותיקון מלא של הבקע הענק באמצעות רשת גדולה מיוחדת. "לאחר הניתוח", מספר ד"ר ימפולסקי, "התפתח נמק קטן מקומי של העור במרכז הצלקת, שהוא תוצאת לוואי אפשרית בנייתו כה נרחב של דופן הבטן. השתלטנו על כך עם טיפול מקומי, באמצעות הטריה של האזור (כריתת חלקים מהנמק) וכן הודות ליעקב, שהיה חולה חביב וממושמע, שמילא בדיוק אחר ההוראות שנתתי לו". ד"ר יגאל ימפולסקי חושב, איפוא, שטויטו הוא חולה "חביב". יעקב טויטו מדבר עליו במונחים קצת יותר קיצוניים: "הוא הציל אותי. אני יכול ללכת, לצחוק, להשתעל, להתעטש. אני חי בזכותו כמו בן אדם רגיל. אני אומר שיש אלוהים למעלה, והוא - למטה". השניים נפגשים עכשיו רק לצורך מעקב, ותדירות הפגישות יורדת "ויכך צריך להיות" אומר ד"ר ימפולסקי, "רופא כמוני צריך לראות כמה שפחות".





בת בית ביחידה

מהטיול הגדול אל היחידה למחלות קרישת דם

יעל פרידמן בת ה-21 מאבן יהודה לא ראתה בית חולים בחייה. עכשיו היא אורחת של קבע, שלא לומר בת בית, ביחידה למחלות קרישת דם במכון ההמטולוגי בבילינסון, שם היא נהנית מאירוח אישי של **פרופ' אאיזה עינבל**, מנהלת היחידה. והכל בגלל הטיול הגדול של אחרי הצבא, לדרום אמריקה. לאחר מספר חודשי טיול התחילה יעל לסבול מתופעות לא-מוכרות לה כמו לחץ בחזה, קוצר נשימה, סחרחורות וכאבים ברגל.

אבחון בבית החולים מקומי קבע דלקת ריאות. יעל המשיכה בטיול אולם באקוודור נתקפה בקוצר נשימה חריף והובהלה לבית חולים בסכנת חיים. "הסיבה" מסבירה פרופ' עינבל "היא תסחיף ריאתי שנוצר כנראה מצירוף של נסיעה ארוכה של עשרות שעות באוטובוסים ללא תזונה יחד עם גורמים אחרים כמו גולות למניעת הריון ועישון". בתסחיף ריאתי - או קריש דם החוסם את כלי הדם - מסוגל הגוף לטפל בעצמו, אך הבעיה היא שבדרך כלל "מתיישב" עליו התסחיף הבא, וזאת הסכנה העיקרית. לאחר טיפול ראשוני באקוודור, חזרה יעל לארץ היישר ליחידה למחלות קרישת דם, ומאז היא מטופלת בקומדין לדילול הדם. הטיפול בקומדין פירושו מערכת יחסים מחייבת וארוכת טווח בין הרופא למטופל, מכיוון שמדובר בתהליך עדין ושיטתי של "כיוול" עד לקביעת המינון שיביא את המטופל לאיזון. ואכן, יעל ופרופ' עינבל כבר נמצאות במערכת כזאת, לשביעות רצונן ההדדית. יעל מגיעה פעם-פעמיים בשבוע ליחידה, לבדיקות ולמעקב קפדני, ונהנית מיחס חם כיאה לבת-בית. פרופ' עינבל נתנה לה את מספר הטלפון האישי שלה על מנת שתתקשר אליה בכל שאלה, ויעל מרגישה חופשייה לעשות זאת. פרופ' עינבל, אף שהיא בהחלט מרוצה מהתקדמות הפציינטית הצעירה והסימפטית, אומרת שעדיין לא ניתן לקבוע את ההשלכות העתידיות על מצבה של יעל: כמה זמן תזדקק לטיפול? האם בהריון לא תזדקק לטיפול מיוחד? כרגע הבדיקות הנגטיות של יעל מעודדות ויש לקוות שביקוריה בבית החולים יהיו, בהמשך חייה, רק למטרות "בריאות".





"פתאום חזרתי לחיים"

כל מי שעובר את זה יודע - עצירות יכולה להפוך את החיים לגהינום

עצירות היא מסוג הדברים שלא כל כך נעים לדבר עליהם, אבל ממש נורא לחיות איתם. מדובר במקור בסבל גופני ונפשי מתמשך, שיכול להביא, כפי שמעידה **מרים אסבג**, לייאוש, ולאובדן של חדות החיים ואפילו של הרצון לחיות. מרים הלכה עם העצירות מרופא לרופא, ממרפאה למרפאה, ולא מצאה מזור עד שהגיעה ל**ד"ר אדווארד רם** במרפאה

לרצפת האגן בבי"ח השרון, שם מצאה אוזן קשבת ובעיקר הבנה לגודל מצוקתה. "מה שעשינו קודם כל" אומר ד"ר רם "זה תהליך אבחון מאוד ארוך ויסודי, שמתחיל בשיחה ארוכה ומעמיקה להבנת שורש הבעיה. לאחר מכן מתחיל שלב האבחון שכולל: בדיקת מנומטריה, שמטרתה לבדוק את הלחצים בסוגרי פי הטבעת והקיבולת של הרקטום (חלחולת); בדיקת EMG, שגם היא מבוצעת ביחידה לפיזיולוגיה של רצפת האגן, הבודקת את ההולכה החשמלית עצבית בעצבים של אזור הרקטום; בדיקת זמן מעבר הצואה במעי הגס; בדיקה נוספת וחשובה היא בדיקת הדפיקוגרפיה, אשר נותנת לנו תמונה של התרוקנות הרקטום ומצביעה על שינויים אנטומיים בדפנות הרקטום. בדיקות אלו עוזרות לנו לבצע אבחון מדויק של הבעיה.

האבחון הנכון הוביל לטיפול הנכון - תרגול שרירים משולב בטיפול תרופתי. במרפאת רצפת האגן מציעים מגוון פתרונות, לפעמים גם פולשניים. במקרה של מרים, הטיפול המשולב עבד. "לאחר שישה חודשים" אומרת מרים "חזרתי למסלול החיים הרגיל שלי. אני מאושרת ושמחה, אני אדם חדש! ד"ר רם, עם המסירות וההבנה שלו, עם המקצועיות והסבלנות, ועם החיוך - החזיר גם לפני את החיוך". אז מה הפלא שכשמרים וד"ר רם נפגשים - שניהם מחייכים?

פרויקט חיים

מהצלת החיים עד להשבת איכותם - יש מטופלים שהמקרה שלהם הוא לא פחות מפרויקט חיים

כחצי שנה לאחר השתלת הלב שעבר, מתחיל **אברהם אזולאי** להרגיש שהוא עולה על דרך המלך. לאחר שנים של מחלת לב קשה, השתלת דפיברילטור, הפרעת קצב קשה שהביאה אותו לספרו של המוות, חיבור לבלון תמיכה דרך הרגל, שהציל את חייו אך הסב נזק קשה לרגלו, וחיבור ללב מלאכותי (על ידי ד"ר **אייל פורת** מנהל מחלקת ניתוחי חזה ולב וד"ר **אלון שטמלר** סגנו) כגישור עד להשתלה - הגיעה השתלת הלב שלא רק שהרחיקה ממנו את סכנת המוות אלא מאפשרת לו לחזור לחיים תקינים ולשפר את איכות חייו. אז פלא שאזולאי, בן 50, מתייחס לרופאיו, ד"ר **בנימין מדליון** משתיל הלב, הרופא שפשוט נתן לו את חייו, וד"ר **טוביה בן גל**, מנהל השירות לאי-ספיקת לב, הקרדיוולוג המטפל, כאל "אלוהים"? ד"ר בן גל רואה את פרויקט "אברהם אזולאי" כשליחות אנושית ומקצועית: "כקרדיוולוג אני רואה את כל המכלול. קודם כל, צריך להציל את חייו. ללא האמצעים שנקטנו, מהדפיברילטור ועד השתלת הלב, לא היה לו סיכוי. עכשיו, ככל שעובר זמן מההשתלה שביצע ד"ר מדליון, ואין אירועים של דחייה או זיהום, הביטחון שההשתלה הצליחה גדל, הסכנה המיידית חלפה ואנחנו יכולים להתפנות ולטפל בבעיות האחרות שהתפתחו עקב המחלה או עקב הטיפולים. קודם החזרנו לו את החיים ועכשיו את איכות החיים".

מחלת לב קשה כשל אזולאי מחייבת מעורבות עמוקה של הרופאים בכל היבטי מצבו הרפואי והאישי של החולה. ד"ר מדליון כמשתיל היה חייב לעדכן את המשפחה בכל פרט ופרט בהשתלה הצפויה. ד"ר בן גל, שרואה את אזולאי באופן סדיר פעמיים בשבוע, כבר שולט בכל פרטי חייו של המטופל שלו, שאומר עליו: "בשבילי הוא גם אבא וגם אמא. והכי חשוב - קודם כל הוא בן אדם". ד"ר בן גל אומר בלי כחל וסרק: "לקחת חולה ולהביא אותו ממש מן הקבר אל החיים הרגילים - זה סיפוק עצום. זו הסיבה לבחור במקצוע הזה".



מימין: ד"ר בן גל, אברהם אזולאי וד"ר מדליון

מה נספר לילד

מחלה סופנית
ומוות צפוי של הורה.
איך לספר לילדים
את הבשורות הקשות

אחת השאלות המטרידות הורים לילדים צעירים, כאשר אחד מבני הזוג חולה במחלה סופנית, היא מתי ואיך לספר לילד. עד כמה לספר על המחלה? עד כמה ניתן, רצוי או אפשר להכין ילדים למוות של הורה? ההתלבטות אכן קשה וכואבת, והתשובה אינה חד משמעית. היא קשורה לגיל הילד ואופיו, כמו גם לפרוגנוזה של החולה. ברוב המקרים יכולת הניבוי של מועד המוות איננה מדויקת וגם לו ידענו בוודאות, לא ברור כמה זמן מראש דרוש להכנה, ומה מידת הסכנה בפרידה מוקדמת מדי. חשוב להבין שמדובר בשתי תקופות שונות:

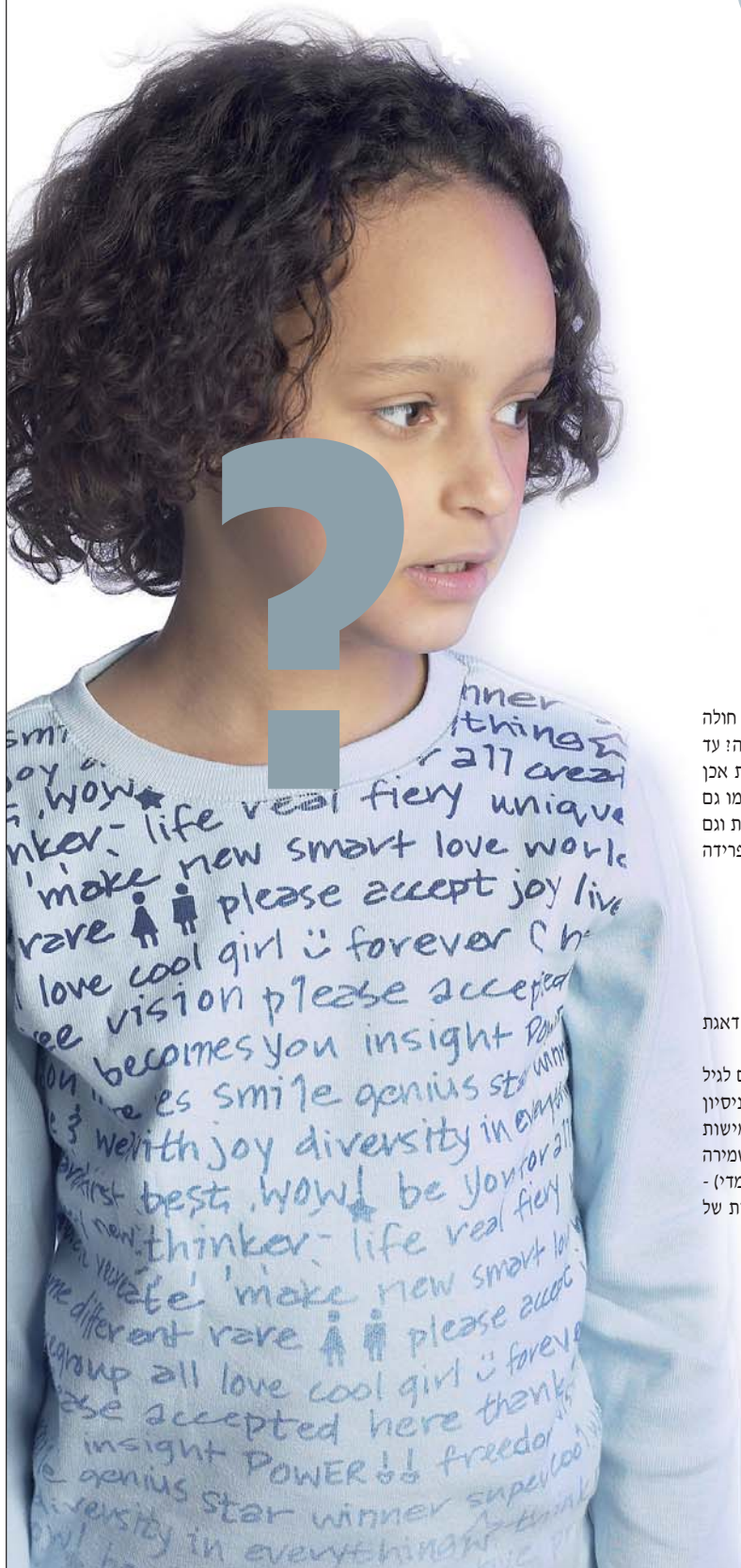
- כאשר החולה מאמין שיש לו לפחות חצי שנה לחיות.
- בימיו האחרונים של החולה, כאשר המוות ודאי.

בהמשך נראה כיצד יש להתנהל בכל אחת מן התקופות.

אפשר לספר על המחלה

התקופה הראשונה היא תקופת המחלה, כאשר אל הסבל שזו גורמת, מתלווה דאגת ההורים להשפעתה על הילדים.

כיום, רוב ההורים משתפים את הילדים לגבי מחלתם, והם עושים זאת בהתאם לגיל הילד, האופי שלו, סוג המחלה, הטיפולים והפרוגנוזה. הספרות המקצועית והניסיון הקליני מלמדים שהתמודדות טובה של החולה ובן/בת הזוג עם המחלה, גמישות בחלוקת תפקידים, יכולת להתארגן עם המשימות החדשות שמציבה המחלה ושמידה על שגרת חיים, תקשורת פתוחה, כנה ומאוזנת (לא יותר מדי מידע ולא פחות מדי) - כל אלו מובילים להתמודדות טובה של הילדים. חשוב לוודא כי ההתמודדות של פעוטים וילדים קטנים מתווכות באופן כמעט מלא על ידי ההורה.





פרידה, קושי להירגע, התקפי זעם, גרסיה, ילד טוב מדי, הפרעות התנהגות, ירידה בלימודים, הסתגרות, התבודדות, סומטיזציה (מחלות פסיכוסומטיות) וכו'.

כיצד להתייחס למוות הצפוי?

בתוך הדיון יש לייחד מקום לשאלת המוות. מתי להגיד לילד על המוות הצפוי? למה זה כל כך קשה? התשובה לכך מובנת. הורים רוצים וצריכים "להגן" על הילדים ו"לחסוך מהם" כאב וסבל, הם רוצים שהילד יתפתח באופן נורמלי ובריא ולכן מנסים למנוע או להרחיק את השיחה על המוות.

גם להורה החולה בינו לבינו, בלי קשר לילד, השיחה על המוות עלולה להיות בעייתית. חלק מהחולים אינם רוצים לשוחח על המוות הצפוי ומעדיפים להדחיקו, ולכן כל דיון בנושא עם הילד יכול להוביל לקונפליקטים קשים: הילד יודע ומדבר וההורה שותק, הילד יודע ומפחד לדבר, הילד מבין שההורה לא יודע או שההורה פוחד לדבר.... עוד הסתייגות מגילוי האמת הוא הקושי של הורים רבים לצפות את תגובת הילד, ולהתכונן אליה בהתאם. לעתים תגובת הילד היא אינסטרומנטלית ולא רגשית, לא ברורה, ומקשה על המשך שיחה.

...מוות של הורה הוא אירוע קשה שיש לו השפעה לאורך חייו של הילד, אבל איננו מחייב התפתחות של פתולוגיה נפשית. כאשר המוות צפוי (ניתנת אפשרות להקל על הילד על ידי הכנה מוקדמת ותהליכי פרידה בריאים. עם זאת יש לזכור כי כאשר המוות בא לאחר תקופה ארוכה של מחלה קשה וסבל, יתכן שהקשיים של הילדים כבר הקדימו את המוות עצמו, וזיכרון הסבל שקדם עלול להקשות על הילד בעתיד...

עד כמה הם מבינים?

האם בכלל יכולים ילדים קטנים לתפוס את מושג המוות? גם שאלה זו יכולה לעכב את השיחה הגלויה עם הילד. ואם כן - האם הדיון על המוות אינו עשוי לגרום נזק לילד? לשאלה זו נענה מיד כי מחקרים מראים כי מפגש של ילד עם מחלה מאיימת על החיים או מחלה קשה, מזרז את ההתפתחות הקוגניטיבית ביחס למוות, לעיתים באופן שקשה לנו לצפות אותו. ילדים מבינים ככל הנראה את המושג מוות ברמה שונה ממבוגרים, כתוצאה מההתנסות עם המחלה והטיפולים. ילדים צעירים, כבר מגיל ארבע, יכולים להיות מודעים לאיום של המוות, אלא שההבנה שלהם שונה מזו של המבוגרים. מי שמנסה לעשות גזרה שווה בין המודעות למוות לבין היכולת להמשיג את המוות כפי שמבוגרים ממשיגים אותו, עלול להתעלם ולהכחיש את האפשרות שיש מודעות למוות, ברמה טרום קוגניטיבית. אם זה נכון, הרי שהתפיסה של המוות יכולה להיחרט באיוו שהיא רמה המקדימה את היכולת של הילד לדבר עליה, ואז הילד קרוב לוודאי מבין שההורה שלו עלול למות לפני שיש לו את היכולת לומר זאת.

מוות של הורה הוא אירוע קשה שיש לו השפעה לאורך חייו של הילד, אבל איננו מחייב התפתחות של פתולוגיה נפשית. כאשר המוות צפוי (כמו במקרה של מחלת סרטן סופנית) ניתנת אפשרות להקל על הילד על ידי הכנה מוקדמת ותהליכי פרידה בריאים. עם זאת יש לזכור כי כאשר המוות בא לאחר תקופה ארוכה של מחלה קשה וסבל, יתכן שהקשיים של הילדים כבר הקדימו את המוות עצמו, וזיכרון הסבל שקדם עלול להקשות על הילד בעתיד.

לסיכום: הדילמה של ההורים מורכבת במיוחד משום שהם צריכים להסביר לילד מה צפוי בעתיד, להכין אותו לימים קשים שיבואו, ומצד שני לחיות את ההווה, לשמר את הקשר עם ההורה החולה ולא להיפרד מוקדם מדי. חכמים אמרו כי על השמש כמו על המוות אי אפשר להביט נכוחה. משקפי שמש כמו גם הכחשה מגינים עלינו. חשוב ללמוד לכבד את ההכחשה, אבל אסור לנו להסתתר מאחוריה. בסופו של דבר מה שאנחנו צריכים הוא ללמוד להיות אומרי אמת טובים וכנים יותר.

הנחת היסוד שמלווה את עבודתנו עם המשפחות היא שיש יתרון לספר לילדים על מחלת ההורה, אלא אם כן עומדות סיבות חזקות יותר מנגד. מספר נימוקים מחזקים הנחה זו:

- ילדים עלולים ללמוד על המחלה מהסביבה - אי אפשר לשמור על סוד זמן רב מדי וחיובי לשלוט על המידע שהילד מקבל ולבסס אמון בהורה.
- שינויים באווירה המשפחתית ובשגרת החיים, ללא שום הסבר, או עם הסבר קלוש, עלולים לגרום לתחושות של בלבול, חרדות ואי הבנות.
- אי ודאות עלולה להיות קשה יותר מודאגות והעדיר מידע עקבי מקשה על הבנת המציאות ועלול להיות כר פורה לדמיונות, פחדים וחששות.
- לילדים, כמו לבוגרים, יש יכולת להתמודד עם סוגים שונים של איום, ובדרך כלל ניתן לסמוך על הכוחות הבריאים של הילד.
- כשלא מדברים אי אפשר לדעת מה קורה לילד ומה הילד מסתיר. מחקרים הראו כי הערכת ההורים את מצוקת הילדים לוקה בחסר.
- אי אפשר ולא צריך לסמוך על כך שהילד ישאל כשמשוהו מציק לו. לעיתים ילד מבין שיש סוד ושואסור לו לשאול, או שיש כאב ואסור להכאיב, ולעיתים אין לו יכולת מילולית להפוך את התחושה לשאלה.
- חשוב להעביר את המסר שמחלות הן חלק בלתי נפרד מחיינו. מחלת הסרטן איננה מידבקת, והיא לא נגרמת על ידי החולה או הסובבים לו.

מי צריך לספר?

מומלץ שאחד ההורים (ההגיון בכך: מעביר מסר שלמשפחה יש יכולת התמודדות, מגביר תחושת אינטימיות, חוזק משפחתי, קרבה וקשר).

מתי לספר?

מיד כאשר מרגישים שיכולים לספר (מרגישים מוכנים כאשר התמונה ברורה יותר, כאשר ההורים מצליחים לספר לעצמם את הסיפור).

איך וכמה לספר?

חשוב למסור מידע אמין ועקבי שיאפשר הבנה של התמונה הכללית, לא להציף בפרטים ולא להסתיר מידע חיוני. את המידע יש לתת בהתאם לאופי הילד ובהתאם לשלב ההתפתחות. חשוב להשתמש בשפה ברורה, להשתדל שתהיה זו השפה והטרמינולוגיה שהילד ישמע בבית, בשיחות של המבוגרים (גם אלה שאנחנו בטוחים שהוא לא שומע).

זכנות המשך של שגרה

חשוב שהילד יבין מה תהיה ההשפעה של המחלה על חייו, להבהיר לו איך יתנהלו חייו וחיי המשפחה לאור השינויים הצפויים. יש להבהיר לו מי שותף למידע וכן לשתף אותו לגבי הגורמים בסביבתו המודעים למחלה ויכולים לעזור לו.

זכנות ולבסס דיאלוג

חשוב שהשיחה על המחלה תהיה דיאלוג ולא מונולוג, לשתף את הילדים במחשבות על המחלה, מהי ולמה קרתה, להבהיר שלא על הכל יש תשובות, לוודא שלא יהיו רגשות של אשמה האשמה ופחד מהידבקות, לתת מקום לביטוי רגשי, ובהמשך, משום שמדובר בהתמודדות עם רגשות קשים, יש מקום להעשיר את השפה הרגשית ולתת שמות לרגשות, כדי שבני המשפחה יוכלו לשתף ולהשתתף. חשוב להזמין את הילד לשיחה אבל לא להכריח אותו לדבר.

התנהגויות המבטאות מצוקה

ניתן לזהות מצוקה של הילד על פי תופעות כמו הפרעות שינה, הפרעות אכילה, קשיי



חדשות עמותת הידידים



מימין: הרב ישראל-מאיר לאו, הרב הראשי של תל-אביב-יפו, אודי רקנאטי, ד"ר ערן הלפרן, מנהל מרכז רפואי רבין, דינה רקנאטי, מייקל רקנאטי ולאון רקנאטי



איזולדה חנוכייב, שנולדה בזכות מאמצי צוות המכון הגנטי, מגישה פרחים לדינה רקנאטי

מכון רפאל רקנאטי לגנטיקה

בטקס רב רושם נחנך בבי"ח בילינסון מכון הגנטיקה הגדול בישראל. המכון נבנה, הודות לתרומתם הנדיבה של דינה רקנאטי, אלמנתו של רפאל רקנאטי ז"ל, ובניה אודי ומייקל. זהו שלב נוסף בקשר המתמשך בין משפחת רקנאטי וביה"ח שהחל לפני תשע שנים במכון רקנאטי לרפואה פנימית. במכון החדש, בראשותו של הגנטיקאי המוביל פרופ' מוטי שוחט, נמצאות מרפאות ומעבדות העומדות בסטנדרטים בינלאומיים.

אודי רקנאטי ריגש את הקהל כשאמר: "רצינו לתרום משהו משמעותי ואמיתי לעתיד מדינת ישראל ולכן בחרנו בגנטיקה. אבי אהב יותר מכל דבר אחר למלא בתוכן את הפרויקטים שהוא לקח על עצמו. לבניין אין משמעות – מה שמכניסים בו זה מה שחשוב".



הבניין בו שוכן מכון הגנטיקה מואר לרגל הטקס

חברים מרחוק

מרים ואדולפו סמולרש מארגנטינה הם ידידים טובים של ישראל בכלל ובילינסון בפרט, שתרמו בעבר למטרות שונות בביה"ח. הפעם הקדישו את תרומתם לחדר במרפאות החוץ של מרכז דוידוף לזכר חברם הטוב, נטלו נורברטו פריימן ז"ל. בטקס המרגש שנוהל כולו בספרדית נכחו משפחה, חברים וסגל.



מימין: יהודית סולל, מנכ"ל עמותת הידידים, מרים ואדולפו סמולרש וד"ר מוטי ליפשיץ, משנה וממלא מקום למנהל מרכז רפואי רבין

ידידות מתמשכת

זה שנים רבות שד"ר ג'רלד סוסמן, ידיד מארה"ב, פועל למען קידום יחידת הטראומה בניהולו של ד"ר מיקי שטיין. לא מכבר זכה לבקר בביה"ח ולראות במו עיניו את ייעוד תרומותיו.



מימין: ד"ר מיקי שטיין, ד"ר ג'רלד סוסמן, ד"ר דוד ארנוביץ וד"ר מריס וינברג - מתמחים בכירורגיה הודות למלגות שגויסו ע"י ד"ר סוסמן.

מועצת המנהלים הבינלאומית של מרכז דוידוף

קבוצה מכובדת של מומחים ממרכזי סרטן ידועים בעולם התכנסו יחד עם הצוות המוביל של מרכז דוידוף במטרה לגבש תוכנית אסטרטגית לפיתוח המקצועי של המרכז.



מימין: אלברטו דוידוף, פול דוידוף, ד"ר לורנס שולמן מ-Dana, Farber Cancer Institute, פרופ' ננסי לי הריס מ-Massachusetts General Hospital, פרופ' ג'יי הריס מ-Dana Farber Cancer Institute, פרופ' צבי פוקס ופרופ' קליפטון לינג מ-Memorial Sloan Kettering

קידום ומחקר בזכות ידידים

ד"ר ג'יהאד בשארה, מנהל היחידה למחלות זיהומיות וד"ר מוטי ליפשיץ מעניקים לד"ר מורד וטד תעודה לכבוד זכייתו במילגת התמחות, תרומת תמר והרולד סניידר הפעילים בעמותת הידידים בארה"ב.



גם האחיות משתלמות בחו"ל

זכות פועלה של עדי אהרוני, לשעבר מנהלת הסיעוד ברבין, פועלת בעמותת הידידים כקן השתלמות אחיות, המאפשרת לאחיות לנסוע להשתלמויות במרכזי מצוינות בחו"ל.



מימין: עדי אהרוני עם אורית ברק, אחות ראשית ולאח בן-עמוס, ראש צוות אשפוז יום במחלקת נשים

הכנסת ספר תורה

ספר תורה חדש בנוסח ספרד שנתרם ע"י ויוי ואדי נסים מלונג איילנד, ארה"ב, הוכנס לבית הכנסת ע"ש פרחא ומשה שאשא, בטקס רב רושם ובהשתתפות רבנים, סגל רפואי וקהל רב. הספר נכתב לעילוי נשמת הרב נתן בוקובזה זצ"ל.



בתמונה: התורם נושא את הספר בהילולה

כלים שלובים

הפסל "כלים שלובים" פרי יצירתו של האמן אבי שחם נתרם ע"י רעיה יגלום לזכר אחותה. הפסל משלב אלמנטים של כלי נגינה שונים. היצירה המיוחדת והססגונית מהווה אטרקציה לבאי גן הפסלים בבילינסון.



חדשות עמותת הידידים

שלום חנוך למען חדר צנתורים חדש בבילינסון

ערב התרמה מרשים ומרגש למען הקמת חדר צנתורים חדש בבילינסון התקיים במוזיאון תל-אביב.

מיקי חיימוביץ', מגישת החדשות המיתולוגית וחביבת הקהל, הנחתה בחן את האירוע, בו נכחו כ-500 איש, תורמים וידידים של ביה"ח. **שלום חנוך ומשה לוי** שהופיעו בהתנדבות במופע "יציאה" נתנו את המיטב עם כל הנשמה והקהל ליווה בזמזום את השירים המוכרים והאהובים.

בסיומה של ההופעה עלה **פרופ' רן קורנובסקי**, מנהל מכון הצנתורים, לבמה, חיבק את שלום חנוך וסיפר לקהל בגילוי לב: "כשחשבת על ערב ההתרמה, ידעתי מי אני רוצה שיופיעו בו - שלום חנוך ומשה לוי, רק הם, וצדקתי!"

עוד במהלך הערב, דיברה בשבחי המכון **נאוה ברק**, נשיאת עמותת הידידים, **ד"ר ערן הלפרן**, מנהל המרכז הרפואי ו**פרופ' אלכסנדר בטלר**, מנהל המערך הקרדיולוגי.



שלום חנוך בהופעה



מימין: מיקי חיימוביץ', פרופ' רן קורנובסקי ונאוה ברק



מימין: פרופ' אלכסנדר בטלר, פרופ' רן קורנובסקי וד"ר ערן הלפרן



מימין: ד"ר ערן הלפרן, פיני כהן, יו"ר עמותת הידידים, יהודית סולל, פרופ' רן קורנובסקי, וראובן אדלר, הפרסומאי הנודע וחבר ועד בעמותת הידידים



בעריכת ד"ר דרור דיקר,
מנהל מחלקה פנימית ד', בי"ח השרון

קיוון נוסף

חסמי ביתא - למה הם מפסיקים?

(Am Heart J.)

מחקרים רבים הוכיחו את חשיבות הטיפול בחסמי ביתא לאחר התקף לב ושיפור התוצאות בטווח הרחוק, אולם, למרות זאת, מחקר זה מצא כי מרבית החולים מפסיקים את הטיפול לאחר מספר חודשים. וזאת למרות שלכל המשתתפים במחקר היה ביטוח רפואי, כך שעלות התרופות לא היתה הגורם החשוב. ההערכות שאכן קיימת בעיה הביאו את החוקרים לערוך מחקר לבדיקת ההיצמדות להוראות הטיפול בחסמי ביתא בקרב 17,035 חולים ששרדו לפחות שנה אחת לאחר התקף לב עם כיסוי ביטוח רפואי. בשנה שלאחר השחרור מבית החולים, רק 45% מהחולים המשיכו את הטיפול בחסמי ביתא, שהוגדר כבקשה למרשמים למשך לפחות 75% מהימים. שיעורי ההיצמדות לטיפול ירדו באופן דרמטי בתקופה שבין 30 ו-90 יום מהשחרור. החוקרים טוענים כי ייתכן שהסיבה לאי-מילוי הוראות הטיפול נובעת מכך שהחולים אינם זוכרים את הוראות הטיפול עם השחרור מבית החולים. הם מוסיפים כי הדבר אינו מפתיע, בהתחשב בכך שהחולים מופצצים במידע בעת השחרור. בנוסף, ייתכן שנושא התקשורת משחק תפקיד, אם הרופא המטפל בבית החולים אינו אותו רופא האחראי למעקב. החוקרים עורכים כרגע מחקר להערכת התערבויות שנועדו לשפר את ההיצמדות לטיפול בטווח הארוך. מרכיב עיקרי הוא בהטלת תפקיד אקטיבי יותר על הרוקחים, כדי שיבטיחו שהחולים ימלאו אחר המלצות המרשמים.

הפרעות חרדה - לא משתמשים בטיפולים מוכחים

(Lancet)

מסקירה שפורסמה עולה כי רוב החולים עם הפרעות חרדה לא מקבלים טיפול מוכח המבוסס על עובדות אשר נבדק במחקרים. על מנת להבין טוב יותר את הדיאגנוזה, האפידמיולוגיה, הפתוגנזה והטיפול בהפרעת חרדה, החוקרים חיפשו מאמרים רלוונטיים ב-MEDLINE, ב-PSYCHINFO ובבסיסי נתונים אחרים. כ-5% מהאנשים יחוו הפרעת חרדה במהלך חייהם. ההפרעה יכולה לגרום להגבלות תפקודיות חמורות ולהשפיע לרעה על איכות החיים. להפרעת חרדה יש השפעה משמעותית מנקודת מבט חברתית, היא מגבירה מאוד שימוש בשירותי בריאות והיעדרויות ממקום העבודה ומורידה את הפרייון בעבודה. מגוון חומרים פרמקולוגיים, בעיקר SSRI, וטיפול התנהגותי קוגניטיבי, הוכחו כטיפולים יעילים בהפרעה זו, אך רק 19%-40% מהחולים מקבלים טיפול המבוסס על עדות מחקרית. החוקרים מדגישים כי ההכללה של טיפולים אלה בקו הקדמי של הטיפול הרפואי צריכים להיות מטרות דחופות עבור קהילת הבריאות הציבורית.

תה ירוק עושה טוב על הלב

(JAMA)

ממחקר בהשתתפות יותר מ-40,000 נבדקים ביפן, נמצא כי שתיית תה ירוק - האהובה על היפנים - מורידה משמעותית את מקרי המוות מ-CVD (cardiovascular disease) וכן את מקרי המוות מכל הסיבות, בעיקר בנשים. עם זאת, לצריכת תה ירוק לא היתה השפעה מועילה על התמותה מסרטן. במחקר נמצא כי בהשוואה לנבדקים ששתו פחות מכוס אחת של תה ירוק ביום, לאלה ששתו חמש או יותר כוסות של תה ירוק ביום, הסיכון לתמותה מכל הסיבות היה נמוך ב-16% (במהלך 11 שנות מעקב), ושיעור תמותה בשל CVD נמוך ב-26% (במהלך 7 שנות מעקב). הסיבה לסתירה בין האפקטים על תמותה מ-CVD ועל תמותה מסרטן במחקר הנוכחי איננה ברורה. עדות ממחקרים, שנעשו in-vitro בבעלי חיים, מצביעה על כך ששתיית תה ירוק יכולה לעכב תהליכים קרצינוגניים ותהליכים הקשורים ל-CVD. אך מחקרים אפידמיולוגיים שנעשו לאחרונה הראו כי צריכת תה ירוק קשורה לירידה בפרופילי הסיכון הקרדיווסקולרי. לעומת זאת כמעט ולא הודגם מידע בנוגע לקשר בין צריכת תה ירוק וסרטן במקומות שונים. תוצאות המחקר הנוכחי היו עקביות עם תוצאות של מחקרים אפידמיולוגיים אלו.

שינה מתוקה? השפעת תשך ואיכות השינה על איזון רמות הסוכר בחולי סוכרת

(Arch Intern Med)

מחקר זה בדק את הקשר בין איכות השינה לבין איזון רמות הסוכר בחולים עם סוכרת מסוג 2. מחקרים מעבדתיים ואפידמיולוגיים מצאו כי ירידה במשך השינה או איכות השינה עלולה להעלות את הסיכון של סוכרת. החוקרים בדקו אם שינה קצרה או איכות שינה גרועה קשורות באיזון רמות הסוכר באפריקאים-אמריקאים עם סוכרת מסוג 2. החוקרים תישאלו 161 חולי סוכרת מסוג 2, כאשר המדדים הסופיים כללו את רמות HbA1c (Hemoglobin A1c) שהוצאו מהתיקים הרפואיים, איכות השינה נמדדה לפי סולם PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index), וחשוב. חוסר השינה נערך לפי ההבדל בין משך השינה הרצוי ומשך השינה בפועל במהלך ימות השבוע. משך השינה הממוצע עמד על 6.0 שעות, כאשר 71% מהמשתתפים סווגו כבעלי איכות שינה גרועה (PSQI > 5). בחולים עם סיבוכי סוכרת, נמצא קשר ישר בין רמות הסוכר ובין חסר שינה, אך לא עם מדדי PSQI. במשתתפים עם חסר של 3 שעות שינה בלילה, העלייה הצפויה ברמות HbA1c עמדה על 1.1% מעל החציון. העלייה הצפויה ברמות HbA1c עבור עלייה של 5 נקודות בסולם PSQI עמדה על 1.9% מעל החציון. החוקרים מסיקים כי משך ואיכות השינה הם פקטורים מנבאים משמעותיים של רמות HbA1c, שהוא מדד עיקרי לאיזון רמות הסוכר. בשילוב עם עדויות קיימות הקושרות בין חסך שינה ובין סיכון מוגבר של סוכרת, ממצאים אלו מצביעים על כך שיש לבחון את שיפור איכות ומשך השינה במטרה לשפר את איזון רמות הסוכר בחולי סוכרת מסוג 2.

אנמיה והידרדרות מנטלית אצל קשישות

(J Am Geriatr Soc)

מחקר חדש מצא כי לאנמיה השפעה שלילית על הבריאות הנפשית בקשישים. החוקרים מצאו קשר חזק ובלתי-תלוי בין אנמיה קלה וסיכון מוגבר להפרעה בתפקוד ביצועי בנשים קשישות מהקהילה, שאינן סובלות מדמנציה, ללא מוגבלות גופנית. החוקרים בדקו את יכולת התפקוד של נשים מבוגרות שהשתתפו במחקר Women's Health and Aging Study II. המשתתפות במחקר היו בגילאי 70-80 שנים, עם מדד של 24 נקודות או יותר במבחן מיני-מנטל, ללא מוגבלות מתקדמת, שסבלו מקשיים בלא יותר מתחום אחד של התפקוד הגופני. במחקר נכללו 364 נשים עם רמות המוגלובין של 10 גרם לד"ל ומעלה, ומצב תפקוד ביצועי ידוע. החוקרים הגדירו שלוש רמות להשלמת מבחנים תפקודיים - מהטובה ביותר, לבינונית, לגרועה ביותר - וחישבו את ההבדלים. מהתוצאות עולה כי אחוז הנבדקים עם רמת התפקוד הנמוכה ביותר היה הגבוה ביותר מבין המשתתפות עם אנמיה. שכיחות אנמיה העלתה באופן משמעותי את הסיכוי לרמה תפקודית גרועה, גם לאחר תיקון לגיל, השכלה, גזע, מחלות שכיחות, ומדדים פיזיולוגיים ותפקודיים רלוונטיים. החוקרים מציינים כי אם מדובר בקשר סיבתי, אזי עומדת בפנינו דרך למנוע הידרדרות של התפקוד הביצועי ע"י תיקון האנמיה. מצד שני, אם מדובר בקשר שאינו סיבתי, המידע אודות הקשר הנ"ל עשויה עדיין לסייע בבדיקות סקר לזיהוי אלו המצויים בסיכון להידרדרות תפקודית.

שמנים ומזדקנים - מה עם הטוסטסטרון?

(J Urol)

מטרת המחקר היתה להעריך את הקשר בין רמות כוללות של טוסטסטרון בסרום, ובין השמנה וסינדרום מטבולי בגברים מזדקנים. במחקר השתתפו 864 גברים (גיל ממוצע 52), שהשתתפו בשני מחקרים, שעסקו בטיפול בשומנים. עבור כל הנבדקים (גם כאלה ללא סינדרום מטבולי) רמת הטוסטסטרון ירדה עם עלייה ב-BMI. רמות ממוצעות של טוסטסטרון בסרום בנקודת ההתחלה בגברים שמנים ושמנים מאוד עם סינדרום מטבולי היו סביב 150 ו-300 ng/dl בהתאמה, פחות מהרמות המופיעות בגברים מזדקנים רזים ללא סינדרום מטבולי. המחקר הנוכחי מדגים כי לגברים מזדקנים עם השמנה או עם סינדרום מטבולי יש ירידה משמעותית יותר ברמות הכוללות של טוסטסטרון בסרום בהשוואה לגברים מזדקנים בריאים מטבולית. המידע מציע כי הקשר המבוסס היטב בין הפרעה בתפקוד הזקנה ובין סוכרת / פרה סוכרת (בעיקר בחולי סוכרת/פרה סוכרת שמנים) יכול לערב מרכיב הורמונלי.

לתפוס את המפרצת בזמן

מפרצת אב-העורקים אבחון מוקדם מונע תוצאות חמורות

זוכרים את סדרת הטלוויזיה "שלושה בדירה אחת": ג'ון ריטר, השחקן אשר גילם את הבחור בסדרה, נפטר לא מזמן מקרע פתאומי של אב-העורקים. הוא היה בשנות ה-40 המוקדמות לחייו. אירוע זה העלה את מודעות הציבור בארצות הברית לנושא מחלות אב-העורקים אשר אם אינן מאובחנות מבעוד מועד, עלולות להיות הרוות אסון.

אב העורקים - מאין ולאן?

אב-העורקים (אאורטה בלעז) הנו כלי הדם הגדול ביותר בגוף. קוטרו באדם מבוגר הוא כ-2.5 ס"מ - בדומה לזה של צינור השקיה. כלי דם זה אשר מוצא לב, מספק דם לכל אברי הגוף. אב-העורקים בנוי בצורת מקל הליכה (מקל סבא). שורשו במוצא הלב ולאחר מהלך קצר בקדמת בית החזה (אב העורקים העולה) הוא פונה לאחור בצורת קשת (קשת אב-העורקים). מכאן, יורד אב-העורקים לאורך עמוד-השדרה בבית החזה והבטן (אב-העורקים החזי-בטני).

מהי מפרצת?

במצבים מסוימים עלול אב-העורקים לגדול מעבר לקוטרו הנורמלי. מצב זה נקרא מפרצת (אנורזימה בלעז). התרחבות זו של אב-העורקים עלולה לגרום לקרע של דופן, מצב שמוביל לדימום קטלני שבמרבית המקרים מסתיים במוות. מרבית מפרצות אב-העורקים (כ-75%) נמצאות בחלק הביטני. כרבע מהן ממוקמות בבית-החזה, מפרצות אלו מסוכנות יותר, וקרע בהן מוביל לרוב לתוצאה עגומה.

מה חשיבותו של אבחון מוקדם?

בכל שנה נפטרים בארצות הברית כ-15,000 איש מקרע של אב-העורקים. עם זאת, כאשר מאובחנת מפרצת אב-העורקים במועד, ניתן למנוע אירועים קשים אלו על ידי תיקון ניתוחי. כמו במצבים רבים בתחום הרפואה, אבחנה מוקדמת הינה אבן היסוד לטיפול מוצלח.



בכל שנה נפטרים בארצות הברית כ-15,000 איש מקרע של אב-העורקים. עם זאת, כאשר מאובחנת מפרצת אב-העורקים במועד, ניתן למנוע אירועים קשים אלו על ידי תיקון ניתוחי.

טיפול במפרצת - הדור הבא

בשנים האחרונות קיימת גישה טיפולית נוספת למפרצות אב-העורקים. גישה זו מתבססת על השתלת תומכן (STENT) באזור אב-העורקים הנגוע. יתרונה של שיטה זו הוא בהיותה זעיר פולשנית. היא אינה כרוכה בחתך ניתוחי גדול, בחיבור למכונת לב-ריאה ובהפסקת זרימת הדם בגופו של החולה. עם זאת, שיטה זו מוגבלת לאזורים מסוימים בלבד באב-העורקים, והתוצאות ארוכות הטווח אינן ידועות.

עלייה במודעות למחלות אב-העורקים בקרב הציבור הרחב ובקרב הצוותים הרפואיים יכולה להביא לגילוי מוקדם ולטיפול ניתוחי יזום, ובכך להציל חיים. גיון ריטר, וכן אלברט איינשטיין ורבים אחרים לא זכו לכך.



מה הסיבות להיווצרות מפרצת?

מפרצות של אב-העורקים נגרמות בדרך כלל כתוצאה מנוק בדופן אב-העורקים. מקורו בדרך כלל בטרשת עורקים אשר נגרמת על ידי הצטברות כולסטרול ומשקעי שומן אחרים על דופן כלי הדם. מצב זה מוחמר בנוכחות מחלות, כדוגמת יתר לחץ דם, סוכרת ועישון. עם זאת, ישנם גם מצבים מולדים בהם קיימת חולשה של דפנות כלי דם בגוף. במצבים אלו, עלולות להתפתח מפרצות של אב-העורקים באנשים צעירים יותר - בעשורים הראשונים לחייהם.

איך מגלים מפרצת?

מרבית מפרצות אב-העורקים מתגלות באקראי. הן אינן גורמות לתופעות כלשהן. למעשה, הרוב המכריע מתגלה במהלך ביצוע צילום חזה או בדיקת CT של בית החזה אשר נעשים לביורר בעיה רפואית אחרת. עם זאת, ייתכנו תופעות הנובעות מלחץ מקומי אשר מפעיל אב-העורקים המורחב על איברים סמוכים. קרע דופן אב-העורקים הנו מצב קטלני המתבטא לרוב בכאב חד בחזה או בגב. מפרצת של אב-העורקים החזי ניתנת לאבחון באמצעות בדיקות לא פולשניות כדוגמת אקו-קרדיוגרם (אולטרסאונד של הלב וכלי הדם הגדולים), CT או בדיקת תהודה מגנטית (MRI). לבדיקות אלו דרגת דיוק גבוהה ביותר, והן מספקות מידע הן לגבי קוטרו של אב-העורקים והן לגבי קיום מחלות נוספות.

מה הטיפול במפרצת?

הטיפול במפרצות אב-העורקים תלוי בגודל המפרצת ובמיקומה. ככלל, אם המפרצת קטנה והחולה אינו סובל מתופעות הקשורות בה, מקובל להסתפק במעקב בלבד תוך ביצוע בדיקות דימות בפרקי זמן קבועים. מטרת בדיקות אלו היא להעריך כל שינוי בגודל המפרצת. אם קוטרה של המפרצת עולה על 5 ס"מ, או לחליפין קצב הגדילה שלה עולה על 1 ס"מ לשנה, הרי שקיימת התוויה לניתוח. מובן שיש צורך להעריך בכל חולה את הסיכון מול התועלת בביצוע הפעולה הניתוחית.

איך מתבצע התיקון הניתוחי?

הטיפול המקובל במפרצות של אב-העורקים החזי הוא תיקון ניתוחי של המפרצת והחלפת קטע אב-העורקים החולה בשתל סינטטי העשוי דקרן. לשל זה אורך חיים בלתי מוגבל, הוא אינו נדחה ע"י הגוף ואינו מצריך נטילת תרופות נוגדות קרישה. במהלך הניתוח מחובר החולה למכונת לב-ריאה, וזאת בדומה למרבית ניתוחי הלב. מכונה זו כשמה כן היא, מבצעת את תפקידיהם של הלב והריאות, כך שניתן להפסיק את פעולתם. עם זאת, בניגוד לניתוח לב רגיל, הרי שבניתוח להחלפת אב-העורקים החזי יש צורך להפסיק את זרימת הדם בגוף לחלוטין. לשם כך מקררים את גוף החולה לטמפרטורה נמוכה של כ-15-20 מעלות צלזיוס. בטמפרטורה זו דרישות החמצן של איברי הגוף השונים קטנות ולכן הפסקת אספקת הדם לאיברים אלו נסבלת טוב יותר. פרק הזמן בו מפסיקים את אספקת הדם מוגבל, ורצוי שלא יעלה על 50 דקות, כך שהניתוח נעשה במגבלות זמן ובמרוץ כנגד השעון. מכיוון שרקמת המוח רגישה יותר לחוסר בחמצן, הרי שבמשך הניתוח, גם בזמן הפסקת פעולת מכונת הלב-ריאה, דואג המנתח לספק דם באופן סלקטיבי למוח. על מנת לוודא שלא תיגרם פגיעה מוחית, משתמש הצוות המנתח במכשירי ניטור מתקדמים אשר מספקים מידע לגבי רמת החמצן במוח, מהירות זרימת הדם למוח ופעילותו החשמלית.

שיעור הצלחה גבוה לניתוחי מניעה

למרות מורכבותם של ניתוחים אלו, שיעור הצלחה במרכזים רפואיים המנוסים בניתוחים מסוג זה, בכלל זה בייח בלינסון, גבוה ועומד על כ-90%. שיעור הצלחה נמוך משמעותית בניתוחים המבוצעים בדחפיות בשל קרע של אב-העורקים, ומכאן החשיבות באבחנה מוקדמת של המחלה.

עם המרכז לחינוך וקידום בריאות

לכו על הבריאות שלכם

הליכה היא פעילות גופנית מתונה, המפעילה את הגוף בתנועה מאוזנת והרמונית, ומשפיעה לטובה על גוף ונפש גם יחד



ללכת - למה זה כדאי?

קיים קשר ישיר בין הליכה לבין שמירה על בריאות טובה והארכת תוחלת החיים. ההליכה תורמת לתפקוד יעיל ובריא יותר של הגוף, מסייעת לשמירה על משקל גוף תקין, ומפיגה לחצים ומתחים.

ללכת - מתי הכי כדאי?

השתדלו למצוא את הדרך לשלב את ההליכה בשגרת החיים האישית כך שתמיד תמצאו בשבילה זמן. זכרו, הליכה בבוקר היא התחלה נהדרת ליום נפלא...

ללכת - מה הכי חשוב?

חשוב להתמיד! ניתן ללכת לבד, עם מוזיקה, או עם פרטנר. כלב ממושמע - שווה לקחת.

ללכת - איך מתחילים?

"גם מסע של מאה מילין מתחיל בצעד אחד..." התחילו בהליכה של כמה דקות והתקדמו בהדרגה עד שתגיעו למשך המאמץ המומלץ (ראו בהמשך).

ללכת - איך עושים את זה נכון?

הקפידו על יציבה נכונה: ראש משוחרר, סנטר מורם, גב זקוף ובטן אסופה. שימרו על מרפקים כפופים. גלגלו את כף הרגל מהעקב אל האצבעות. כמו כן חשוב להתאים את הלבוש למזג האוויר ולנעול נעלי ספורט קלות וגמישות. בכל מזג אוויר - זיכרו לשתות. לפני היציאה להליכה וגם בסופה, הקדישו מספר דקות לתרגילי חימום וגמישות.

ללכת - עם אצבע על הדופק

דופק מטרה:

- אחד המרכיבים היעילים בפעילות אירובית הוא שימוש בנוסחת דופק מטרה, באמצעותה ניתן לבנות תכנית אימון לאורך זמן.
- הנוסחה הפופולרית ביותר למדידת דופק המטרה היא: $220 - \text{פחות הגיל}$
- למתאמן המתחיל מומלץ להתאמן ברמה של 50% מהערך שהתקבל. לדוגמה, לגיל 50 החישוב יהיה: $220 - 50 = 170$ $170 \times 50\% = 85$
- למתאמן המתקדם מומלץ לפעול בדופק מטרה של 60%-70% מהחישוב הנ"ל.
- למתאמן המתקדם מאוד מומלץ לפעול בדופק מטרה של כ- 70%-80% מהחישוב הנ"ל.
- ניתן למדוד את הדופק ע"י הנחת שתי אצבעות בצידו הימני / שמאלי של הגרון ולחיצה עדינה. ספרו את מספר הפעימות במשך 20 שניות, הכפילו פי 3 והרי לכם רמת דופק הלב בדקה.
- אם הדופק הנמדד גבוה יותר מדופק המטרה שלכם - האטו מעט את הקצב.
- אם הדופק הנמדד נמוך יותר מדופק המטרה שלכם - כדאי ואפשר להגביר את המאמץ.

ללכת - איך, כמה ולמה..

כדי להפיק מההליכה גם הנאה וגם תועלת, מומלץ: ללכת 3-5 פעמים בשבוע, כ-40 דקות כל פעם. קצב ההליכה המומלץ הוא הקצב שבו חשים בנוח עם התנועה והנשימה. אם אתם יכולים לדבר בזמן ההליכה, בלי להרגיש "שאינ לכם אוויר" - סימן שאתם בקצב הנכון! אל תיגררו לפעילות מאומצת יותר משאתם מסוגלים. זיכרו, ככל שהפעילות מהנה יותר כך היא יעילה יותר, וכך תתמידו בה לאורך זמן!

המרכז לחינוך וקידום בריאות
במחוז דן-פ"ת מציע לכם מגוון סדנאות
פעילות גופנית לכל מעגל החיים:

קבוצות הליכה מוזכרות

התעמלות בריאותית למבוגרים

פעילות גופנית לסוכרתיים

פעילות גופנית לנשים בהריון ולאחר לידה

פעילות גופנית משותפת להורים ולילדים

פרטים נוספים
בטל. 03-6790222



משלימים

רופאים ואחיות העובדים יחד שנים ארוכות מציגים את החומרים מהם עשויה זוגיות רפואית טובה

זה את זה



מימין: תלמה לוי וד"ר רימה סדוב

ד"ר רימה סדוב, סגנית מנהל מחלקת א.א.ג. ב"יח השרון ותלמה לוי, אחות אחראית במחלקה.

למעלה מ-20 שנה ביחד, עובדות ביחד, הולכות יחד לישיבות הצוות, וגם אחרי העבודה - יוצאות, מבלות, הולכות לשופינג וכמובן, מדברות גם בטלפון, כי תמיד יש עוד משהו להגיד.

ד"ר סדוב: "אני לא מתארת את עצמי בלי תלמה. היא יודעת את המקצוע. מספיק להגיד חצי מילה והיא יודעת למה אני מתכוונת. מתחילת העבודה שלנו יחד אני יודעת שיש על מי לסמוך. אנחנו משלימות אחת את השנייה."

תלמה: "היא הבן אדם הכי מקצועי אליו אני פונה עם כל בעיה. אנחנו מאוד אוהבות אחת את השנייה, יש בינינו כימיה. אנחנו מאוד אוהבות את העבודה, יש לנו אותו מוסר עבודה. ביחד אנחנו יעילות יותר, דינמיות יותר. כמו בכל זוגיות, לא הכל ורוד, אבל אנחנו מדברות על הדברים תוך כדי, מגיעות להבנה ולא נותנות למשקעים להצטבר. 40 שנה אני עובדת, ובאה כל בוקר לעבודה עם חיוך. יש לה חלק בכך."

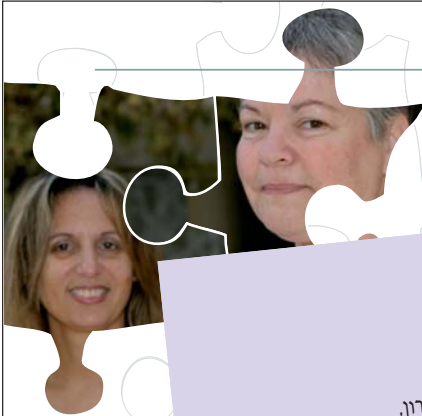


פרופ' איתן מור, מנהל מחלקת השתלות בבילינסון ו**רחל מיכוביץ'**, מתאמת השתלות. 10 שנים ביחד. היא מאחורי הקלעים - מסייעת בתהליכי מיון המועמדים, מכינה את המושתלים, מבצעת את הראיונות, מעדכנת את הנהלת בית החולים. בזמן אירוע ההשתלה - מארגנת צוותים, מכינה חדרי ניתוח, מתאמת, מסדרת, מתדרכת, כדי שהמרוץ להשתלה ייצא בזמן ויסיים בניצחון. הוא לא מספיק להיות מודע לרגע לנוכחותה ולתרומתה. משתפים פעולה גם בארגון כנסים, פגישות וימי עיון.

פרופ' מור: "רחל היא איש האמון, שומרת על מכלול ההיבטים של ההשתלה. בזכותה אני יכול להתמקד בעניינים הרפואיים. לא פעם 'חוטפת' במקומי, כאשר היא זו שמביאה את הצוות בשעת לילה. יש לה אנרגיות שאינן נגמרות. היא יכולה לעבוד גם 24 שעות כשצריך. אני יכול לפנות אליה בכל בקשה, היא העוזר כנגדי."

רחל: "ינוצרה בינינו כימיה עוד מהיום הראשון, וזה מה שחשוב. עם הזמן הפכנו להיות חברים ואפילו משפחה. אני יכולה לשפוך בפניו את הלב והוא יכול לדבר איתי על הכל. לפעמים אני נמנעת מלקחת יום חופש, כדי לא להשאיר אותו לבד במערכה. אני יודעת שאני חשובה לו, והוא גם טורח לתת לי את התחושה הזאת. זה מה שגורם לי לבוא לעבודה כל בוקר ברצון ובאהבה."





ד"ר נועה בנדט, מנהלת מרפאת השד, בייח השרון, ו**חיה יורפסט**, מתאמת בריאות השד. עובדות יחד ארבע שנים. מתחילות את היום ביחד בשבע וחצי בבוקר ומסיימות עם אחרונת המטופלות, ביחד. ומדברות שוב בערב כדי להכין עצמן ליום הבא. נוסעות יחד לכנסים ולהשתלמויות, מתעדכנות יחד בחידושים, חברות יחד בחברה הישראלית למחלות שד.

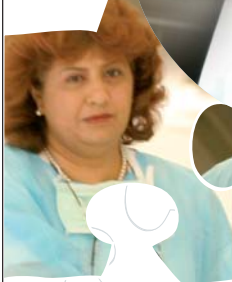
ד"ר בנדט: "אין בינינו חלוקת תפקידים מורמלית. אנחנו פשוט משתפות פעולה ומחלקות בינינו את העבודה בהתאם. אני עושה את האבחון הפתולוגי, חיה אחראית לקשר, לשיחות הארוכות, לקשר עם המשפחה. אנחנו מרגישות ביחד מי זקוק לתמיכה יותר ומי פחות. התיאום בינינו מצוין, ללא מלים".

חיה: "ההמשכיות בטיפול היא המאפיין הבולט של עבודתנו. אנחנו חייבות להוות אי של יציבות שאפשר לבוא אליו עם כל בעיה. מצב זה יוצר קשרי עבודה מאוד הדוקים, ושיתוף פעולה גבוה בינינו. הרב-תחומיות של העבודה, הקשר עם גורמים שונים, עם המשפחה - מחייבים אותנו למעקב צמוד. אנחנו כל הזמן בקשר, כל הזמן מתייעצות זו עם זו. התמיכה ההדדית בינינו מאפשרת לנו לתת לחולות את התמיכה והאמפטיה שהן זקוקות לה".

מימין: ד"ר נועה בנדט וחיה יורפסט

ד"ר מיקי שטיין, מנהל יחידת הטראומה בבילינסון ו**דינה אלבואר**, מתאמת הטראומה. כמעט 10 שנים ביחד. עובדים ביחד כצוות. פעילים ביחד בחברה הישראלית לטראומה. ד"ר שטיין: "דינה היא הדבר הטוב ביותר שקרה לי ולמטופלי יחידת הטראומה. מדובר ביחידה המבוססת על עבודת צוות, ועל קשר הדוק רופאים-אחיות. מתאמת טובה היא הבסיס להצלחה. דינה מצליחה לבצע תפקיד מורכב של שתיים-שלוש אחיות. היא גם אחות, גם עו"ם וגם פסיכולוגית. תענוג לעבוד איתה. אפשר לסמוך עליה לחלוטין בכל הנוגע לתיאום המורכב בין הדיסציפלינות הרבות הקשורות בעבודה שלנו. אנחנו משלימים אחד את השני בגישה למטופלים - אני מעביר את המידע הרפואי שעשוי להיות לפעמים קשה, והיא מרככת ומסייעת בעיבוד הבשורות".

דינה: "אנחנו - צוות לעניין. עובדים בסינכרוניזציה מושלמת. הוא מעמיד רף גבוה. בינוניות! לא אצלנו. שנינו מאוד טוטליים ויסודיים. העבודה עם ד"ר שטיין מעצימה אותי, שרק ימשיך כך".





יפני בבלינסון

המומחה היפני פרופ' הירושי דטה, שביצע עד היום למעלה מ-40 השתלות ריאה מן החי, היה אורח בכנס הבינלאומי לציון חצי יובל למחלקת השתלות איברים בבילינסון. פרופ' דטה אף לקח חלק בהשתלת הריאה מן החי הראשונה בישראל, שבוצעה בבילינסון. מימין: פרופ' הירושי דטה, שר הבריאות יעקב בן יזרי וד"ר מוטי ליפשיץ, משנה ומ"מ מנהל מרכז רפואי רבין.



מפגש דירקטוריונים

יו"ר בפועל של דירקטוריון שירותי בריאות כללית, אלי אדמוני, יזם מפגש ראשון מסוגו בין דירקטוריון הכללית לדירקטוריון נמל אשדוד. מטרת המפגש היתה לימוד הדדי והעשרה של עבודת הדירקטוריון. למפגש הגיעו חברי דירקטוריונים, המנכ"לים, היועצים המשפטיים, מבקרי הפנים ויושבי הראש-אלי אדמוני מהכללית ורו"ח איריס שטרק, מנמל אשדוד. בתמונה מימין: אלי אדמוני, ורו"ח איריס שטרק. בתמונה משמאל: אלי אדמוני, זאב וורמברנד מנכ"ל שירותי בריאות כללית, וד"ר ערן הלפרן מנהל מרכז רפואי רבין.



המנהלים מתרשמים

הנהלת חטיבת הקהילה בראשות אלי דפס, מנהלי המחוזות, המנהלים הרפואיים ומנהלות הסיעוד של שמונה מחוזות הכללית התארחו בבילינסון, התרשמו מהקדמה הטכנולוגית ומהמצוינות הרפואית בביה"ח ושמעו סקירות רפואיות בתחום ניתוחי חזה לב, דימות וקרדיולוגיה.



כל הכבוד לצה"ל

הצלחה גדולה נרשמה ליום העיון בתחום האורולוגיה לרופאי חיל הרפואה שהתקיים בבילינסון. נגה יוסף, אחות באגף האורולוגי יזמה את יום העיון בו הרצו רופאי האגף במסגרת שיתוף הפעולה הפורה עם צה"ל.



"פרחי רפואה"

במסגרת פרויקט "פרחי רפואה" מגיעים תלמידי תיכון לצפות בנייתוחים בחדרי הניתוח בשרון. בתמונה: שני תלמידי י"ב מבית הספר "בליך" ברמת גן.

בינוי-שינוי

נציגי ב"ח רמב"ם בחיפה ביקרו בבילינסון, והתרשמו מקרוב מעבודות הפיתוח והבינוי במקום. בתמונה מימין: מיקי דוידוביץ', מנהל אדמיניסטרטיבי ומשנה למנהל מרכז רפואי רבין, ונציגי ב"ח רמב"ם.



יופי של תרומה

מנהל מחלקת השתלות בבילינסון פרופ' איתן מור ומתאמת ההשתלות רחל מיכוביץ הרצו בפני 20 המועמדות הסופיות בתחרות מלכת היופי של ישראל על חשיבות החתימה על כרטיס אדי לתרומת איברים. בתמונה: פרופ' מור ומועמדות בתחרות מלכת היופי.





אפשר לקבל קצת מלח?

הבחורה הזו עלולה למות תוך זמן קצר אם לא נעשה משהו דרסטי. בבירור עם אחותה, אמרה שהיא שתתה היום הרבה מים, מאז החלו כאבי הבטן (כנראה הרבה ליטרים במהלך היום). בדיקות השתן איששו את האבחנה - הרעלת מים. אמנם בתנאי האקלים פה צריך לשתות הרבה, אבל גם יותר מדי מים יכולים לעשות נזק.

הטיפול הוא על ידי עירוי של תמיסת מלח מרוכזת. הטיפול חייב להיות מאד מאוזן ועם בקרה צמודה של בדיקות דם כל שעה. חישבתי פעם ועוד פעם ועוד פעם את הריכוזים המדויקים של המלח ואת קצב העירוי. כל טעות עלולה להיות קריטית, ובשלוש בלילה יש נטייה לטעויות.

עוד אני מנסה להתרכז בחישובים, ראיתי בזווית העין מישהו חצי ערום לידי. כשהרמתי את העיניים ראיתי בחור צעיר מסתובב כשתחוננים בלבד לגופו ומנסה לפתח שיחה עם החולה שלידו ואח"כ עם האחיות ואז עם החולה שממול. הוא נראה לי מוכר. כן, בדקתי אותו לפני שעה. הוא הגיע למיון עם לחץ דם גבוה מאוד, דפיקות לב, כאב חזה, סחרחורות, קוצר נשימה ותחושת נמלים בידיים וברגליים. חשבתי קודם שהוא סתם בלחץ ונתתי לו ווליום. לפי איך שהוא מסתובב עכשיו - נראה שהטיפול עזר. שחררתי אותו מהמיון. עכשיו אפשר להתרכז בחישוב המלחים. האוכל יצטרך לחכות לאחר כך.

שעה לאחר שהתחלנו את הטיפול במלח המרוכז לקחנו בדיקות חוזרות וראינו שרמת המלחים אכן מתחילה לעלות ולא מהר מדי. לאחר כשעה נוספת, היה שיפור נוסף והיא החלה לגלות סימני התעוררות. נשמתי בהקלה - נראה לי שאת החלק הקשה היא עברה בשלום.

לאחר שהחלה להתייצב, העברתי אותה להמשך טיפול והשגחה ביחידה לטיפול נמרץ. השעה כבר חמש בבוקר, אבל זרם החולים לא פסק עד ה-Grand Finale, כשבשבע בבוקר נכנסה אשה בת 70 עם בצקת ריאות.

בשמונה, סוף סוף החליף אותנו הצוות של הבוקר. מותש ועייף עליתי לטיפול נמרץ לראות מה שלום הצעירה. כשנכנסתי, ראיתי אותה יושבת במיטה ואוכלת ארוחת בוקר, היא נפנפה לי לשלום. רמת המלחים היתה תקינה והיא יצאה מכלל סכנה.

זהו, עכשיו אפשר ללכת לישון.

כ שירדתי בשלוש וחצי בצהרים למיון - הוא היה ריק לגמרי. היה חולה אחד שנשאר לקבלת נוזלים מהבוקר וזהו. הרופאים של הבוקר קשקשו, האחיות שיחקו במחשב והסניטרים שיחקו שש-בש בחדר שתייה. מצד אחד זו דרך מצוינת להתחיל תורנות ואפשר אפילו כבר לתכנן את ארוחת הערב. מצד שני, אם הסטודנטים שאמורים להצטרף אלינו לתורנות יראו את המיון כך, הם לא יאמינו לנו שאנחנו עובדים קשה...

שעה לאחר מכן, כבר הצטערתי על שפתחתי את הפה - השקט הפסטורלי הפך תוך זמן קצר למהומה רבתה: המיון היה מפוצץ באנשים, ערמות של תיקים על השולחן, המון חולים קשים: קשוי נשימה, חולים אונקולוגיים מורכבים, התקפי לב, חולים מונשמים וזיהומים קשים. בין לבין הספקתי להסביר לסטודנטים על עבודת המיון, אבל רוב הזמן הייתי עסוק בהתרוצצות.

כבר עשר בלילה. בדרך כלל העסק מתחיל להירגע בשעה הזו ואנחנו מזמינים אוכל. הבטן כבר עושה קולות, אבל החולים לא מפסיקים להגיע. עוד מעט נשלח מישהו להביא אוכל. בינתיים ממשיכים לעבוד.

שתיים בלילה. מה עם האוכל? נכנסת בחורה צעירה שתומכת באחותה שבקושי מתנדנדת. לדבריה הן היו בבוקר בטיוול והאחות אכלה משהו מקולקל. מאז סבלה מכאב בטן עז ולעתים הקיאה. כשלא יכלה לסבול יותר הגיעה אלינו. משהו נראה לי מוזר. ניסיתי לדבר אתה אבל היא לא ממש ענתה לי, היא

היתה ישנונית אך נראתה סובלת ולא הצליחה להגיד משפט אחד ברור. זה לא מתאים לסיפור. משהו כאן מריח לא טוב ואני עוד לא יודע מהו. שלחנו בדיקות דם, הרכבנו עירוי נוזלים ושלחנו אותה לצילום בטן.

כשהתיישבנו לרגע להכין רשימת הזמנות לארוחה שנדחתה כבר יותר מדי זמן, נכנס חולה עם אירוע מוחי חריף ורצנו לטפל בו. הבדיקות של הצעירה החלו לחזור. להפתעתי, רמת המלחים בדם שלה היתה נמוכה, באופן חריג לבחורה ללא מחלות רקע וללא טיפול תרופתי. מצב שכזה מהווה סכנה מיידית. רמת המלחים הנמוכה עלולה לגרום לבצקת מוחית עם פגיעה נוירולוגית קשה עד מוות. באופן פרדוקסלי - גם הטיפול עלול להיות מסוכן לא פחות - אם נעלה את רמת המלחים בדם מהר מדי, יכול להתהוות נזק מוחי מסוג אחר וקשה לא פחות. מעבר לכך, לא הבנתי מה קרה, מהו מנגנון ירידת המלחים אצל החולה הזו? נכנסתי ללחץ -





ד"ר נפתלי מידן
סגן מנהל מרכז רפואי רבין

ד"ר מידן מגיע לרבין לאחר יותר מחמש שנים כממונה על הטכנולוגיות הרפואיות בהנהלת שירותי בריאות כללית, תפקיד בו קידם את הארגון בתחום מעבדות, דימות, טכנולוגיות רפואיות ומחשוב הכולל מידע ממכשירים רפואיים. לפני כן מילא שורת תפקידי ניהול בכירים בצה"ל (תפקיד אחרון כרופא חיל ים), ובסורוקה תפקידי סגן ומשנה למנכ"ל. התמחותו הרפואית של ד"ר מידן הינה בפדיאטריה. עבר השתלמות ארוכה (קלינית ומחקר) באימונולוגיה ואלרגיה בביה"ח לילדים בטורונטו, קנדה. עד 2001 בעל מינוי מרצה בבית הספר לרפואה ע"ש גולדמן של אוניברסיטת בן גוריון. ד"ר מידן הנו בעל תואר מומחה במנהל רפואי ובשנה האחרונה ריכז את ההתמחות במינהל בהנהלת שירותי בריאות כללית. נשוי ואב לשלוש בנות.



ד"ר בעז תדמור
מנהל בי"ח בילינסון

ד"ר בעז תדמור הוא המנהל החדש של בי"ח בילינסון במקומו של **ד"ר יעקב יהב**, אשר עבר לנהל את המרכז הרפואי קפלן-הרצפלד. ד"ר תדמור, בוגר ביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים, מומחה ברפואה פנימית ומומחה באלרגיה ואימונולוגיה, מילא בין השנים 1993-2003 שורה ארוכה של תפקידים בכירים בצה"ל, ביניהם: רופא אוגדתי, ראש ענף רפואת אב"כ בחיל רפואה, רופא ראשי של פיקוד העורף ובוגר קורס מח"טים. בתקופת הפיגועים הקשה באינתיפאדה השנייה מילא תפקיד חשוב בתיאום וסיוע למערכת הרפואית והלאומית בתפקודה השוטף. בזכות ניסיונו הרב בתחום ניהול מצבי חירום ואסון תוך התמקדות בנושאי עמידות קהילתית, הוזמן לשמש כיועץ בינלאומי לארגונים שונים בארה"ב כדוגמת עיריית ניו-יורק, אוניברסיטת קולומביה וה-NIH. ד"ר תדמור היה גם פרופ' אורח בביה"ס לבריאות הציבור באוניברסיטת קולומביה, ניו-יורק, ומרכז אקדמי של התוכנית הבינתחומית ללימודי חירום ואסון בפקולטה לרפואה באוניברסיטת ת"א. ד"ר תדמור נשוי ואב לשלושה, תושב הוד השרון.

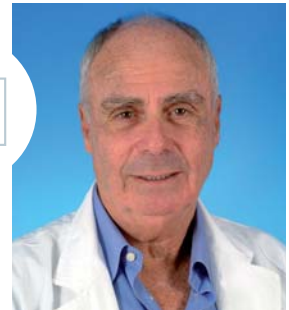


פרופ' דוד גרושר
מנהל המכון לרפואה גרעינית

פרופ' דוד גרושר, המנהל החדש של המכון לרפואה גרעינית, ניהל בשנים האחרונות את המחלקה לרפואה גרעינית במרכז הרפואי בני ציון בחיפה. הוא משמש כראש המחלקה לרפואה גרעינית ו-PET-CT במרכז הרפואי אסותא. פרופ' גרושר הוא בעל שם בתחום, שימש כמרצה בכיר וכחוקר באוניברסיטאות סטנפורד בקליפורניה ואלברטה בקנדה, והוא פרופ' חבר לרפואה גרעינית בפקולטה לרפואה בטכניון. הוא מבוקש כמרצה בכנסים בינלאומיים, וזכה בשורה ארוכה של פרסים ומלגות על מחקריו.

Professional

מינויים באיגוד מקצועי



פרופ' אלדד מלמד מנהל מחלקת עצבים בבילינסון, מונה לחבר כבוד של החברה הבינלאומית למחלת הפרקינסון והפרעות בתנועה.

Rabin

מינויים ברבין



יהודית דרייר מונתה לאחות אחראית במחלקה להמטואונקולוגיה במרכז דוידוף, בילינסון.



מזל אלמוג מונתה לאחות אחראית במכון לרדיולוגיה פולשנית בבילינסון.



אורן גז מונה לממונה בטיחות במרכז רפואי רבין.



ענת שרעבי פק מונתה לאחות אחראית במחלקת השתלת מוח עצם במרכז דוידוף, בילינסון.



ליאורה הר מונתה למנהלת מחלקת הכנסות בבילינסון.

Rabin

Academy

מינויים אקדמיים



פרופ' יעקב בר רופא ביחידה לרפואת אם ועובר, בכ"ח לנשים בבילינסון, מונה לפרופסור חבר בחוג לגינקולוגיה ומיילדות בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.



פרופ' אלכסנדר בטלר מנהל המערך הקרדיולוגי במרכז הרפואי, מונה לראש הקתדרה לקרדיולוגיה מולקולרית ותאית ע"ש דוד הלפרן בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.



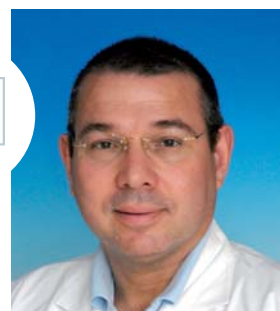
ד"ר מיכל קרמר רופאה במערך העיניים בבילינסון, מונתה למרצה בחוג לאופטלמולוגיה בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.



פרופ' נילי צפירי מנהלת יחידה לקרדיולוגיה גרעינית במכון לרפואה גרעינית בבילינסון, מונתה לפרופסור חבר קליני לקרדיולוגיה בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.



ד"ר מיכאל ברגמן סגן מנהל מחלקת פנימית ג' בשרון, מונה למרצה בחוג לרפואה פנימית בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.



ד"ר בני נגריס מנהל שירות אודיולוגי במחלקת א.א.ג בבילינסון, מונה למרצה בכיר קליני בחוג לא.א.ג. בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.



ד"ר ג'יהאד בשארה מנהל היחידה למחלות זיהומיות בבילינסון, מונה למרצה בכיר קליני בחוג לרפואה פנימית בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב.



ד"ר דניאל מימוני רופא במחלקת עור, מונה למרצה בכיר קליני בחוג לדרמטולוגיה בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.



ד"ר חמדה שמילוביץ-וייס רופאה במכון הגסטרואנטרולוגי בשרון, מונתה למרצה בחוג לרפואה פנימית בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.

מקורב עליכם?

יעל אבני, אחות כפנימית ב' בשרון ובשעות הפנאי הילרית על פי הקבלה: "הכי חשוב זו קבלה עצמית".



"חברה מהמחלקה לקחה אותי להרצאה, ואחר כך הלכתי לעוד אחת ועוד אחת, וראיתי שזה מדבר אלי". הילינג על פי הקבלה עוסק בחיבור - הלא מאוד חדשני - בין גוף ונפש. ההילה שעוטפת את הגוף שלנו היא מעטה מולקולרי חשמלי המגן על האדם.

כשאדם נפגע נפשית או רוחנית, ההילה נעשית חדירה והוא עלול לחוות פגיעה וכאבים גופניים. תפקיד ההילר הוא "לנקות" את ההילה "ולמלא" אותה תוך העלאת מודעות המטופל לקליטת אנרגיה חיובית וסילוק אנרגיה שלילית. בטיפול יש מספר שלבים: מסאז' ארומטרפי, הכנסת המטופל למצב של מדיטציה על ידי טכניקות שונות (כגון דמיון מודרך), ולאחר מכן מעבר על ההילה באמצעות הידיים וביצוע הניקוי והתיקון על ידי העברת אנרגיות מהמטפל למטופל.

מטעמי צניעות וטהרה יעל מטפלת רק בנשים. "הגוף שלה מדבר אלי. הידיים שלי מרגישות את האנרגיות, בלי לגעת. במקומות שבהם יש פגיעה בהילה וחסר אנרגיה (המכונה "מרכז כבוי או חסום") אני מרגישה תחושות של חום, קור, נימול. הידיים שלי נמשכות מעצמן אל המקומות האלה".

יעל טוענת שחייה השתנו לחלוטין בעקבות הריפוי בהילינג. את הריקנות הנובעת מעולם החומר החליפו אנרגיות חיוביות. "המודעות שלי לחיים השתנתה בכל ההיבטים. ירדתי במשקל עשרות קילוגרמים, למדתי את חשיבות הקבלה העצמית ואת הצורך לאהוב את עצמך כדי לאהוב אחרים ולהכיל את כולם. הפכתי להרבה פחות לוחצת ונלחצת. שנים אני גרה ליד חורשה, ולא הבחנתי ביופיים העצום של העצים, הפרחים, השדות. היום אני נושמת פנימה את יופיו של כל פרח וכל עץ וזו צורה של מילוי אנרגיות שמאפשר לנו הטבע".

"הקבלה מתייחסת לאדם כאל כלי קיבול המלא בכוח ובאנרגיה עצומה. על אדם חולה, אומרת הקבלה, "בדמיון יחלה ובדמיון ירפא". כלומר, לכל אדם יש את הכוח לקום אחרי נפילה, הוא רק צריך למצוא אותו, ואני נמצאת שם כדי לעזור לו בכך" אומרת יעל ומדגישה כי "גם הרפואה הקונוונציונלית מאמינה היום בשילוב הרפואה האלטרנטיבית בטיפול".

"מה שלי חשוב, היא אומרת "זה שתינתן לי היכולת לתת, לעזור, לעשות חסד ולסייע לאדם להגיע למודעות עצמית ולהבנה שהכוחות לריפוי נמצאים בתוכו, בנשמתו ובנפשו, ושאני אמשך בעזרת השם, להיות צינור אנרגטי מתעל טוב. בשבילי, המשוב של המטופל, שמרגיש שהקלתי על מכאוביו הפיזיים או הנפשיים ועזרתי לו לפתוח נתיבים של תקשורת ומודעות עצמית, הוא סיפוק עצום הממלא אותי באנרגיות חיוביות".

איך להציג את יעל אבני?

האם כסינדרלה שהתחילה כעובדת משק בית והיום היא אחות מוסמכת וראש צוות במחלקה פנימית ב' בבי"ח השרון? האם כאם לארבעה שבגיל 43 כבר חובקת גם שלושה נכדים? האם כאישה מאמינה שרואה את הטוב בעולם, שענייה פקוחות ליפי החיים, ולבה מלא באושר ובחדוות נתינה?

וכמו במבחן אמריקאי, יש גם אופציה שכל התשובות נכונות. יעל היא זה וגם זה וגם זה, וכל אלה מסבירים את עיסוקה המיוחד - הילרית על פי הקבלה. אבל נא לא לטעות. מדובר באחות רצינית ושקדנית, שב-16 שנות קריירה, התקדמה בנחישות ובחריצות במעלות המקצוע התובעני והארצי הזה.

יעל נישאה בגיל צעיר. "בתחילה עבדתי בעבודות ניקיון מזדמנות" היא מספרת, "בהמשך הגעתי לעבוד ככוח עזר בבית אבות. יום אחד נפטר לי דייר בין הידיים. יומיים בכיתי ולא הבנתי איך זה קרה והרגשתי שיכולתי לעזור יותר, ופתאום ראיתי בטלוויזיה תשדיר פרסומת: בואי ללמוד להיות אחות מעשית. בשבילי זה היה כאילו קריאה אישית". המקצוע החדש הצדיק את כל הציפיות של יעל - העניין, העיסוק עם אנשים ומעל הכל - האפשרות לתת, להעניק מעצמה, במיוחד במחלקות בהן עבדה בשרון - גריאטרית חריפה ופנימית ב'.

יעל, שאפתנית וסקרנית, לא עצרה שם. כשכבר היתה אמא לארבעה ילדים, המשיכה לשלב הבא - אחות מוסמכת ובהמשך קורס על בסיסי בגריאטריה. בימים אלה, עם העבודה, הבית, הילדים והנכדים, היא שוקדת על לימודי תואר ראשון במינהל מערכות בריאות ("ותודה לבעל היקר שלי שמחזיק בי תמיד מאחור שלא אפול"). אז מה פתאום הילינג? קבלה? "גם לי התחום הרוחני היה זר לגמרי", אומרת יעל.

