

אינפורמציון

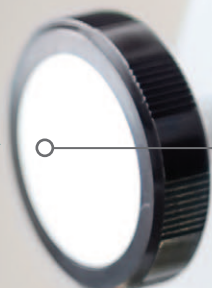
מגזין המרכז הרפואי בני ציון | 2011 | ספטמבר | גיליון 17

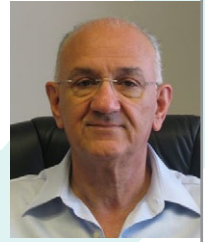
המרכז הרפואי

בני ציון



להרגיש בבית, גם כשחולים





« דבר המנהל

מאבק הרופאים לא פסח גם על המרכז הרפואי שלנו. למאבק, ובפרט לזה של המתמחים, השפעה על ההתנהלות היומיומית בבתי החולים הציבוריים בפרט, ויתכן כי גם על עתיד מערכת הבריאות הציבורית בכלל. אנו, במרכז הרפואי בני ציון, עושים את המרב כדי להמשיך ולהעניק למטופלים שלנו את הטיפול המקצועי והאישי ביותר, למרות הנסיבות הקיימות. אני תקווה כי עד לפרסום דברים אלה תימצא הנוסחה אשר תביא לסיום מוצלח של המצב, לשיעור רצונם של כל הצדדים.

גם השנה השתתף המרכז הרפואי שלנו בוועידת ישראל ברפואה שעסקה בנושאים חשובים העומדים על סדר יומה של מע' הבריאות בישראל. המרכז הרפואי בני ציון גאה להיות שותף פעיל בפרויקט חשוב זה, ואנו מקווים כי השיח והדיון שעלו במסגרת הוועידה יגבירו את המודעות לסוגיות חשובות אלה.

ההשתתפות והמעורבות של הצוותים בפרוייקט להטמעת המודעות למניעת זיהומים במרכז הרפואי שלנו היתה רבה, ובקרב נקיים את הארוע המסיים בו תתמודדנה המחלקות המצטיינות על שלושת המקומות המובילים. אני מקווה כי המאמצים המשותפים והיצירתיות הרבה שהושקעו בפעילות יביאו להצלחה ולמניעת זיהומים נוזקומיאליים.

ואנו ממשיכים במשנה מרץ:

- השיפוץ בקומה 1 אמור להסתיים בסוף אוקטובר הקרוב. בשגרה, תשמש קומה 1 כבי"ח יום ובעיתות חירום כאתר אשפוז הכולל מיון קדמי, חדרי ניתוח ומיטות אשפוז. סיום הפרוייקט יאפשר את החזרת המכון האורולוגי למקומו הקודם.
- בנייתה של מחלקת פנימית ג' החדשה בקומה 10 אמורה להסתיים אף היא בחודש אוקטובר ועם העברתה תתחלנה העבודות לבניית המחלקה האורולוגית החדשה בקומה 7.
- העבודות לבניית מחלקת ילדים ומיון ילדים החדשות נמצאות בעיצומן וכוללות הרחבה של בית החולים.
- עבודות רחבות היקף אלה תחייבנה בתקופת הבינוי העתקת מחלקות לאתרים חליפיים. כיד אחת, נסייע כולנו, כל אחד בתחומו, לביצוע המעבר חלק ככל שניתן. בתקופה זו, מתוכננות עבודות בינוי נוספות שתתחלנה עם סיום הפרוייקטים שצוינו לעיל.
- בית החולים שוקד כל העת על שיפור התשתיות, בעיקר בתחומי החשמל, מיזוג, מים וגזים רפואיים, עבודות שלעיתים אינן נראות לעין, אך נחוצות ביותר לתפקוד השוטף של ביה"ח.

למרות שלא קל לגייס תרומות בימים לא קלים אלה, כל אלה נעשים, רובם ככולם, מתרומות. זאת, הודות לשם הטוב של ביה"ח שאתם, עמיתיי היקרים, יצרתם למרכז הרפואי שלנו.

**בברכת שנה טובה ומבורכת,
ד"ר א. רופא
מנכ"ל המרכז הרפואי**

» דבר המערכת

בתקופה האחרונה אנו עדים להתעוררות חברתית מסוג חדש. השאננות והאדישות פינו מקום למחאה אקטיבית חוצת שכבות. באורח יוצא דופן, אנשים מכל הגילאים ומכל גווי הקשת החברתית יוצאים לכיכרות, קוראים בקול גדול.

זה התחיל בעובדים הסוציאליים שנקעה נפשם מתנאי העסקתם, המשיך במחאת הקוטג', מחאת הדויר, החד הוריות, העגלות, הרופאים, המתמחים - מעין כדור שלג שהולך וגדל.

נראה כי כוחן של הרשתות החברתיות לא התמצה במהפכות הגדולות (מצרים, לוב, סוריה) ואת כל הדרה בהיבט הלוקלי הביאה הרשת החברתית לידי ביטוי בתחום החברתי כלכלי. קשה היה שלא להיות מופתעים שסוף סוף, גם פה בישראל, ציבור גדול נרתם למאבק, לכאורה פשוט כמו מאבק הקוטג'. הצלחת המחאה הביאה להתארגנות של קבוצות חברתיות נוספות, כל קבוצה והאג'נדה שלה - לכולם יש מקום.

הציניקנים הביטו מהצד, חככו ידיהם וספרו ימים עד לשוך הסערה. התומכים צידדו והטו שכם. הפעילים עצמם, טרוטי עיניים ושיכורים קמעה מהקולות ומעוצמתם המשיכו, ועדיין ממשיכים, בנחישות. מוקדם עוד להגיד מה ילד יום. אפשר לקוות שאנו כחברה נבין מה גדול הוא כוחנו, ושנשכיל להשתמש בו למטרות חשובות.

בינתיים, למרות פירוק האוהלים, ממשיכות תכניות הפעולה בערוצים אחרים. לפני ימים אחדים, כך שמענו, הודיעו הסטודנטים על טוויית תכנית המחאה הבאה.

לצד המחאות והסערות החברתיות, ממשיך המרכז הרפואי שלנו בעשייה, בטיפול ובפיתוח. גיליון זה של "אינפורמציון" מוקדש במידה רבה להצגת טכנולוגיה חדשה ולפעילות מחקרית ענפה, בין היתר, מאמרים על מצלמה חדישה המיועדת לאבחון פגיעות לבביות, על צנתור טיפולי חדשני בעורקי הכליות, על הקמת שרות ייחודי לגנטיקת עיניים. אנו מקווים כי תמצאו עניין בכתבות.

**שנה טובה,
המערכת**

« המערכת

עורכת

עו"ד חנית שורץ מנהלת מח' שיווק וקשרי חוץ

חברי המערכת

רחל וויטיץ מתאמת מערך טרום ניתוח

רחל קליין אחות אחראית, מח' לרפואה דחופה

ד"ר אהרון קסל רופא בכיר, המכון לאלרגיה ואימונולוגיה קלינית

יעל ריינר עו"ס השרות הסוציאלי

ד"ר דורון רימר רופא בכיר, מח' ריאומטולוגיה

ג'אנה שפס מרכזת פיתוח צוות בסייעוד

» לראשונה בחיפה ובצפון צנתור טיפולי חדשני בעורקי הכליות

ד"ר שטורך מברך על האפשרות החדשה לטיפול בחולי יתר לחץ דם ומציין כי ישנם חולים רבים הסובלים מיתר לחץ דם קשה לאיזון. גם אם רק לחלק מהחולים הפרוצדורה החדשה תהווה פתרון, אזי, מדובר בפריצת דרך משמעותית. פרופ' רוזנשיין מסביר כי יתר לחץ דם מכונה ה"רוצח השקט". מדובר בבעיה בריאותית שהולכת ומחריפה ומשפיעה על כ-1.2 מיליארד בני אדם. מייחסים לה סיכון מוגבר להתקף לב, שבץ מוחי, אי ספיקת לב, מחלות כליה ומוות. אף שניתן לטפל ביתר לחץ דם באמצעות תרופות, יש מטופלים אשר פיתחו עמידות אלפים בישראל סובלים מיתר לחץ דם. כ-250 חולים ברחבי העולם, טופלו עד כה בשיטה זו, במסגרת מחקרים בין-לאומיים, שהניבה תוצאות טובות של הורדת לחץ דם משמעותית ולאורך זמן ללא סיבוכים. הליך הצנתור החדשני, הוא בשורה אמיתית ומרגשת לחולים ולעולם הרפואה. ■

ללא כל סיבוך או תופעות לוואי. ד"ר אמין חסן אחראי לפרוייקט זה, יחד עם פרופ' רוזנשיין וד"ר שטורך. לדברי ד"ר חסן, אם מקפידים על עבודה זהירה ומדויקת, הצנתור אינו מסוכן, וניתן לבצע את ההליך בצורה בטוחה ומוצלחת בחולים רבים. בכך מצטרף המרכז הרפואי בני ציון, למספר מצומצם של בתי חולים בחו"ל, המציעים הליך טיפולי פולשני המבוצע באמצעות צנתר, בחולים עם יתר לחץ דם, העמידים לטיפול תרופתי ומצויים בסיכון גבוה. הליך הצנתור מתבצע באמצעות מערכת צנתר גמיש של חברת "מדטרוניק ארדיאן" הנקראת סימפליסיטי קטטר סיסטם, המהווה הבטחה לטיפול במגוון מחלות כרוניות הקשורות בפעילות יתר של עצבים סימפטיים. הצנתור מווסת את תפקוד מערכת העצבים הסימפטטית המצויה על דופןות עורקי הכליה, שלה תפקיד מרכזי בוויסות לחץ הדם ועל ידי כך מוריד את לחץ הדם.

בשיתוף פעולה בין המחלקה הקרדיולוגית בניהולו של פרופ' אורי רוזנשיין, היחידה הנפרולוגית בניהולו של ד"ר שמעון שטורך והפקולטה לרפואה בטכניון, להתחלת טיפול חדשני לחולה יתר לחץ דם - בוצע בהצלחה צנתור טיפולי מיוחד של עורקי הכליות וצריבה של המערכת העצבית שעוטפת את עורקי הכליות ומוסתת את לחץ הדם.

הצנתר מוחדר בירך העליונה לעורק הירך, ומושחל לתוך העורק הכלייתי ליד כל כליה. לאחר שהצנתר ממוקם במקום הרצוי, מעביר קצה הקטטר תדר רדיו באנרגיה נמוכה לוויסות העצבים הסימפטיים הסובבים את הכליה. הפעולה שאורכת כ-40 דקות, אינה כרוכה בהשתלת שתל קבוע, ומצריכה יום אשפוז אחד בלבד. הצנתור בוצע ע"י ד"ר אמין חסן, מצנתר בכיר במחלקה הקרדיולוגית, ובסיוע של ד"ר נביל מחול הושלם בהצלחה מלאה,

« מהפיכה במיפוי לב

ד"ר מיגל גורנברג מנהל המכון לרפואה גרעינית



מיפוי לב הינה בדיקה שמטרתה לגלות אם קיימות חסימות בכלי הדם הכליליים (העורקים המספקים דם לשרירי הלב) ואם כן - מה מיקומן. במהלך הבדיקה משתמשים בחומרים רדיואקטיביים, לרוב טכנציום (TECHNETIUM-99M). לחומרים אלה תכונות המאפשרות להגיע לאותם אזורים בשריר הלב שמקבלים דם ושיש בהם תאי שריר חיים. בעת מאמץ, הלב זקוק לתוספת אספקת דם. כדי לאפשר זרימת דם גדולה יותר העורקים הכליליים מתרחבים. האזור של שריר הלב, המקבל אספקת דם מעורק מוצר, יסבול במאמץ מאיסכמיה (הפרעה באספקת הדם). יתר אזורי הלב יקבלו דם כנדרש. ההבדלים הללו באספקת הדם במאמץ לאזורי הלב השונים מתועדים במהלך הבדיקה באמצעות החומרים הרדיואקטיביים.

במכון לרפואה גרעינית (איזוטופים) בביה"ח בני ציון, מותקנת מצלמה חדשנית למיפוי לב. המכון נבחר לשמש כאתר ראשוני בארץ לבחינת הסורק החדשני מדגם D-SPECT L. המצלמה החדשה מאפשרת הדמייה מהירה ביותר - איסוף בודד של כשתי דקות לעומת כמעט עשרים דקות במצלמות אחרות. פירוש הדבר, ירידה דרמטית ברמת הקרינה לנבדקים (LOW DOSE IMAGING). המצלמות מתוכננות לעבודה ברמת קרינה נמוכה מאוד, וניתן להגיע להפחתה עד פי

רגישות גבוהה. המצלמה הקרדיולוגית החדשה מיועדת לאבחון פגיעות לבביות. בנוסף, במכון מתבצע מחקר שיאפשר יישום המצלמה גם לאבחון סרטן בבטן ובאגן ברגישות גבוהה יותר מהקיים כיום. ■

10 בכמות הקרינה המקובלת. המצלמה החדשה היא פרי פיתוחה של חברת ההזנק (סטרט-אפ) הישראלית "ספקטרום דינמיקס" מקיסריה. החברה פיתחה טכנולוגית הדמייה חדשנית, המבוססת על גבישים של CZT בעלי

יום המחקר השנתי

« ד"ר קסל אהרון יו"ר יום המחקר



ישירה של החולים למחלקת טיפול נמרץ לב, מקצרת את הזמן בין הופעת הכאב לבין ביצוע צנתור הלב הראשוני, ובכך מקטינה את הנזק לשריר ומשפרת את הפרוגנוזה הקלינית.

ד"ר נדב סלייפר מכירורגית ילדים הציג את ההשפעה המטיבה של מתן חומצת השומן 3-Omega על התאוששות מערכת המעי לאחר מאורע של פגיעה בזרימת הדם (ischemia) במודל עכברי. ממצאים אלה יכולים לתמוך בשימוש באומגה 3 באנשים העוברים ניתוחים במערכת העיכול מסיבות שונות.

הצוות הסעודי הציג עבודת מחקר שעסקה בעמדות הצוות הטיפולי בנושא אלכוהוליזם ומאפייני הטיפול בחולים אלכוהוליסטים. גב' ג'אנה שפס הציגה את ממצאי המחקר, מהם עולה כי אין תמימות דעים בקרב הצוות המטפל לגבי אופן הטיפול המוענק לחולים הסובלים מאלכוהוליזם.

פרסי יום העיון

הפרס היוקרתי של החוקר הצעיר המצטיין לשנה זו הוענק לד"ר נועם יהודאי ממחלקת א"ג. ד"ר יהודאי שהחל את התמחותו במחלקת א"ג באוקטובר 2004 בהיותו רופא צבאי, היה שותף לביצוע מחקרים ולכתבת מאמרים מקוריים ומאמרי סקירה רבים. עיקר עבודתו היא בתחום של אוטולוגיה ונירואוטולוגיה. בשנת 2008 זכה בפרס ראשון על הרצאה מצטיינת מטעם אגוד א"ג האירופאי בכנס שהתקיים בפלמה דה מיורקה.

פרס מנכ"ל בית החולים לפוסטר המצטיין לשנת 2011 הוענק לד"ר ליאת גלנטר-יניב מומחית בקרדיולוגיה ורפואת ילדים ומשמשת רופאה בכירה במחלקת ילדים. בעבודתה המקורית בנתה ד"ר גלנטר מודל לחסימה מולדת במערכת ההולכה הלבבית בתינוקות לאמהות הלוקות במחלת קולגן. בעזרת תאי שריר לב היא הדגימה חסימה בהולכה שבין העליות לחדרי הלב ע"י נוגדנים מסוג Ro/SSA וכן La/SSB העוברים דרך שליית האם לעובר.

בעזרת מודל זה ניתן להבין טוב יותר את הפתוגנזה של המחלה, דבר אשר יעזור בפיתוח של טיפול מתאים.

פרס מנכ"ל בית החולים לסטז'ר המצטיין הוענק השנה לשתי סטז'ריות - ד"ר אימאן חאיק (אחותו של המרצה האורח) שהיא בעלת ידע רפואי נרחב, שיפוט קליני מצוין והפגינה אחריות, סבלנות ואמינות. הסטז'רית המצטיינת השנייה היא ד"ר קטיה דולינקוב, רופאה בעלת ידע רפואי רחב, בעלת מוטיבציה גבוהה, אישיות נעימה, חריצות ופוטנציאל להיות רופאה למופת.

לסיכום:

ביום העיון הוצג הפן המחקרי הרחב המבוצע על ידי אנשי הצוות של בית החולים במקביל לשרות הרפואי הסיעודי והמסור לו זוכים החולים המאושפזים בבית החולים.

קיום מחקרים אלה תורם לידיע של הקהילה הרפואית ומשפר את הטיפול בחולים. ■

כמידי שנה, התקיים יום המחקר של בית החולים בחודש מאי האחרון. יום המחקר כלל הרצאת אורח של מרצה מן החוץ, הצגת עבודות מקוריות של צוותי בית החולים וכן כחמישים פוסטרים של עבודות מחקר נוספות אשר בוצעו ע"י עובדי בית החולים והוצגו באולם הכניסה. במשך יום העיון חולקו פרסים למחקרים ולחוקרים המצטיינים.

הרצאת האורח

המרצה האורח השנה היה פרופ' חוסאם חאיק המשמש ראש מעבדות להתקנים ננו-מטרים בטכניון. פרופ' חאיק נכלל ברשימת המדענים הצעירים (מתחת גיל 35) המובילים בשנת 2008 TR35- של כתב העת המדעי היוקרתי MIT's Technology Review וכן זכה בפרסים מדעיים חשובים והכרה לאומית ובינלאומית. בהרצאתו ביום המחקר הוא הציג את עיקר עבודתו העוסקת בפיתוח של אף מלאכותי שבאמצעות מערך ננו-חיישנים מסוגל למיין ולאבחן מחלות דרך בדיקות נשימה. מערכת הננו-חיישנים לומדת לזהות תבנית של חומרים הנדיפים, המאפיינים מחלה ספציפית ושונה ממחלה אחרת. מערכת החיישנים שולחת אותות חשמליים למערכת עיבוד אותות מתוחכמת שתאפשר את זיהוי המחלה ואת השלב בה נמצאת המחלה. מבין המחלות ניתן לאבחן סוגי סרטן שונים, מחלת כליות ועוד. לדברי פרופ' חאיק האבחון יוכל להתבצע בשלב מוקדם מאוד של המחלה, עוד לפני שהגידול מתחיל להתפשט. בעקבות זאת הטיפול יהיה מיידי וימגר את המחלה בשלביה הראשוניים. ההתקן של האף מלאכותי קל להפעלה ואינו פולשני.

הצגת מחקרים נבחרים

במסגרת יום המחקר הוצגו מספר עבודות נבחרות של אנשי מחקר מבית החולים.

ד"ר מיטל אלמוג, רופאת ילדים, הציגה את עבודת מדעי היסוד שלה שבוצעה בהנחיית ד"ר ריסקין ממחלקת פגים וד"ר קסל מהמכון לאימונולוגיה. העבודה עסקה בשינויים במרכיבים האימונולוגיים בחלב אם בתגובה לזיהום בתינוק היונק. בעבודה זו נמצא כי בעת מחלה אצל התינוק היונק, ריכוזם של המרכיבים של מערכת החיסון הנמצאים בחלב האם (כדוגמת תאים לבנים, תאים בולעניים וציטוקינים) עולה במידה משמעותית. בספרות ידוע שתינוקות יונקים לוקים פחות בזיהומים לעומת תינוקות שאינם יונקים. עבודה זו מדגישה את הקשר בין האם לילוד וכן, את חשיבות ההנקה בעת מחלה של התינוק.

ד"ר גלב סלבודין ממחלקה פנימית א' בדק את המשמעות של הימצאות אקראית של סאקרואיליטיס בטומוגרפיה ממוחשבת. המסקנה הייתה שטומוגרפיה ממוחשבת מעידה על סאקרואיליטיס משמעותית קלינית, רק כאשר הממצא מלווה באירוזיות בעצם.

ד"ר תמר תדמור מהמכון להמטולוגיה סיכמה מספר מחקרים בהם לקחה חלק ואשר מהווים בסיס מדעי לריפוי גנטי של לוקמיה לימפתית כרונית.

ד"ר אלה לובוביץ מהמכון הקרדיולוגי דנה בהעברה ישירה של חולי אוטם שריר הלב למחלקת טיפול נמרץ לב. מסקנות המחקר העיקריות היו שהעברה

”

במסגרת יום המחקר הוצגו עבודות נבחרות של אנשי מחקר מבית החולים

”

קיום מחקרים אלה תורם לידיע של הקהילה הרפואית ומשפר את הטיפול בחולים

שימור התפקוד הכליתי

«**פרופ' עופר נתיב** מנהל מח' אורולוגיה
פרופ' שראל הלחמי רופא בכיר, מח' אורולוגיה

שיעור הופעת סרטן הכליה נמצא בעליה מתמדת. בעבר חשבו כי מחלה זו פוגעת באנשים מבוגרים, אך לאחרונה ניכרת עליה בשיעור הופעת הממאירות גם בצעירים.

לפני כעשור הטיפול המיטבי לסרטן כליה ממוקם היה כריתה רדיקאלית של כל הכליה, בהנחה כי בנוסף לרפוי המלא של מחלת הסרטן, הכליה הנותרת תוכל לשמור על תפקוד מספק לשמירת ההומיאוסטזיס.

בחולים בהם קיימת כליה יחידה או תפקוד כלייתי גבולי, כריתה מלאה של הכליה הביאה לצורך בקבלת טיפול דיאליטי. עם זאת, נותרה בעינה המחשבה כי הטיפול בסרטן קודם לשמירת התפקוד הכלייתי.

במהלך השנים התברר כי הסיכון לתחלואה קשה ולתמותה כתוצאה מאי תפקוד כלייתי יכול להיות גרוע יותר מסיבוכי סרטן הכליה לכשעצמו. גם במטופל בעל שתי כליות תקינות לחלוטין כריתת כליה אחת עלולה לגרום להתפתחות עומס יתר על הכליה הנותרת ולפגיעה בתפקודה על רקע העומס המתמשך. על מנת להשיג תפקוד כלייתי ורפוי מסרטן פותחו שיטות כירורגיות בהן ניתן לכרות את הגידול בלבד ולהותיר רקמת כליה מתפקדת, רבה ככל האפשר.

במח' האורולוגיה בב"ח בני ציון, נוקטים בגישה פתוחה במקרים אלה. אמנם לאחרונה, יותר מנתחים נוקטים בגישה לפרוסקופית או רובוטית לביצוע ניתוחים אלה, אך עדיין שיעור אבדן הכליה ושיעור הפגיעה בתפקוד גבוהים יותר בגישות הלפרוסקופיות בהשוואה לניתוחים פתוחים.

הניתוחים המבוצעים במחלקתנו, בראשות פרופ' נתיב, מתבצעים בחתך מתני, ובגישה רטרופריטונאלית. לאחר חשיפת הכליה ולפני סגירת כלי הדם אנו מזריקים מניטול לזוריד על מנת להגביר את נפח הפרפוזה הכלייתי. בהמשך נסגרים כלי הדם הכלייתיים ומיד לאחר מכן מקוררת הכליה למשך 20 דקות באמצעות עטיפתה בשבבי קרח. ביצוע קירור נאות מוריד את טמפרטורת ליבת הכליה ואיתו את הדרישה המטבולית של הכליה. הורדת הדרישה המטבולית מאפשרת לכליה לשאת את האיסכמיה ללא פגיעה קשה בתאים. בטמפרטורת הגוף הכליה מסוגלת לשאת זמן איסכמיה קצר ביותר של כ-20 - 60 דקות בלבד. היכולת לקרר את הכליה באופן אפקטיבי קיים כיום אך ורק בגישה ניתוחית פתוחה ולכן, רצוי לנתח בגישה זו גידולים גדולים יחסית, כאלה שהינם עשירים בכלי דם, ונגעים שמיקומם ידרוש זמן ניתוח ארוך.

לאחר כריתת הנגע נשלחות דגימות משוליו ומרקמת הכליה הנותרת לבדיקה מיידית של חתך קפוא בפתולוגיה, על מנת לוודא הוצאה שלמה ללא הותרת

נגע שיורי. במידה ואכן כך, המנתח נערך לסגירת הפגם ברקמת הכליה. גם כאן מציגה המח' האורולוגית שלנו חידוש והוא השימוש בדבק ביולוגי לסגירת שולי הכריתה. קודם לשימוש בדבק הביולוגי, נסגר הפגם בכליה על ידי תפרים רגילים. התפר עצמו עובר למעשה ברקמת כליה בריאה ולכן עלול לגרום לפגיעה נוספת, אם כי קלה, בתפקודה. במקרים אלה כל נפרון חשוב לשימור עתידי של רקמת כליה מתפקדת ולכן, המעבר לדבק ביולוגי מונע את תוספת הפגיעה ברקמת הכליה הנותרת.

לאחרונה סקרנו את תוצאותינו ב-113 מקרים רצופים של כריתה משמרת בשל שאת כלייתית. על מנת להעריך את התפקוד הכלייתי, כל המטופלים עברו מיפוי כליה מסוג DMSA לפני הניתוח ו-3 חדשים לאחריו. כל הניתוחים עברו בהצלחה ואף לא מנותח אחד נזקק לכריתת כליה מלאה במהלך הניתוח או לאחריו. אבדן הדם הממוצע במהלך הניתוח היה כ-150 סמ"ק. זמן האישכמיה החמה היה בממוצע 24 דקות בלבד. זמן האשפוז הממוצע לאחר הניתוח היה שבוע ימים, אף לא מנותח אחד נזקק לטיפול דיאליטי לאחר הניתוח. מיפוי הכליה הדגים ירידה ממוצעת של 10% בלבד בתפקוד הכליה בהשוואה לתפקוד לפני הניתוח. כאשר בחנו את ההבדל בשיעור הירידה בתפקוד בין מטופלים שעברו סגירה של הפגם בכליה באמצעות תפרים לבין דבק ביולוגי, נצפה יתרון ברור לשימוש בדבק הביולוגי. בסגירה רגילה, שיעור הירידה הממוצע בתפקוד היה כ-12% ובדבק כ-5% בלבד. מזה מספר שנים אנו משתמשים בסגירה בדבק בלבד. בכל המטופלים בסדרה זו לא נרשמה הישנות המחלה עד כה.

לסיכום

- לשימור התפקוד הכלייתי חשיבות ניכרת באורח החיים ובאיכותם. לעיתים, השפעת מצב תפקוד הכליה על הפרמטרים הנו גדול אפילו בהשוואה להשפעתו של גידול סרטני ממוקם.
- במקרה של סרטן כליה ממוקם בשלב T1 בו קוטר הגידול הוא כ-5 ס"מ, ניתוח משמר כליה הנו ניתוח הבחירה.
- ניתוח משמר מאפשר החלמה מסרטן תוך שימור התפקוד הכלייתי.
- הגישה הפתוחה מאפשרת לנו קירור יעיל של הכליה וטיפול בגידולים מורכבים במהירות המונעת את הנזק האיסכמי לכליה.
- השימוש שאנו עושים בדבק ביולוגי לסגירת הכליה מונע נזק נוסף לרקמת הכליה הנותרת ומאפשר שימור מרבי של רקמת כליה תפקודית. ■

”

שיעור הופעת סרטן הכליה נמצא בעליה מתמדת. בעבר חשבו כי מחלה זו פוגעת באנשים מבוגרים, אך לאחרונה ניכרת עליה בשיעור הופעת הסמאירות גם בצעירים

”

הניתוחים המבוצעים במחלקתנו מתבצעים בחתך מתני ובגישה רטרופריטונאלית



אנגיואדמה תורשתית

«ד"ר קסל אהרון המכון לאלרגיה ואימונולוגיה קלינית»

לחלל דופן המעי ולחלל הבטן ומהקאות. בבדיקת הבטן ניתן למצוא רגישות המחקה "בטן חריפה", קולות פריסטלטיקה של מעי ירודים או חסרים ולכן, חלק מהחולים עוברים ניתוחי בטן מיותרים.

3. **התקפים גרוניים** המאופיינים בבצקת הגורמת לחסימה של דרכי נשימה, עלולים להופיע גם תוך מספר שעות. הסכנה הגדולה ביותר באנגיואדמה תורשתית היא בצקת של הלרינקס. למרות שאבחנה וטיפול מהירים צפויים להגן על החולים, דיווחים מהעבר הצביעו על כך שחנק עקב בצקת בחלל הלוע אחראי ליותר מ-30% ממקרי התמותה של חולים אלה. חשוב לציין שהתקפי בצקת באיזור הלרינקס פחות שכיחים מהתקפי בצקת בגפיים או מהתקפי כאבי בטן, אך כמחצית מהחולים סבלו מהתקף אחד לפחות של אנגיואדמה של הלרינקס במהלך חייהם. אצל חלק מהחולים מופיעים התקפי האנגיואדמה לאחר פרודרום לרוב של תחושת עקצוץ, ובחלקם מופיעה תפרחת לא-מגדרת מסוג Erythema Marginatum.

תסמיני המחלה מתחילים בצורה בולטת בגיל ההתבגרות אם כי בחלק מהמקרים יש עדות להתקפים קלים כבר בגיל צעיר יותר. תכיפות ההתקפים וחומרתם שונה בין החולים ולעיתים, גם בין החולים מאותה משפחה.

בשליש מהמקרים תדירות ההתקפים היא יותר מפעם בחודש. כ-40% מהחולים מדווחים על ממוצע של 6-11 התקפים בשנה ואילו שאר החולים סובלים מהתקפים המופיעים לעיתים נדירות.

הגורמים השכיחים להופעת התקפים הם: טראומה (חבלות), מצבי דחק, מצבי חולי, נטילת אסטרוגנים חיצוניים (גלולות למניעת היריון או טיפול הורמונאלי חליפי) מתן תרופות מסוג ACE inhibitors אשר מעכבים את האנזים האחראי על פירוק ברדיקינין ברקמות. להיריון השפעה משתנה על חומרת המחלה, אך ההתקפים נדירים בזמן הלידה עצמה.

בנסיובי מחצית מהחולים המבוגרים עם אנגיואדמה תורשתית ניתן למצוא נוגדנים עצמיים ול-10% מהם נטייה מוגברת להופעת מחלות אוטואימוניות, כגון זאבת אדמנתית מערכתית, מחלות דלקתיות של המעי, צליאק, גלומרולונפריטיס ועוד.

אבחנה

יש לחשוש באבחנה בחולים עם אירועים חוזרים של אנגיואדמה או כאבי בטן, ללא אורטיקריה. למרות שמרבית החולים מדווחים על היסטוריה משפחתית של אנגיואדמה, ברבע מהמקרים מדובר במוטציה חדשה.

להשלמת הברור יש לבצע בדיקות מעבדה. כמעט בכל החולים עם אנגיואדמה תורשתית ניתן למצוא רמות C4 נמוכות בסרום, עם רמות תקינות של C1 ו-C3. מדידת רמות C4 הינה בדיקת הסקר לשלילת אנגיואדמה תורשתית, למרות שבמקרים נדירים, רמות C4 עשויות להיות תקינות בין ההתקפים. מדידת תפקוד ורמות C1-INH מאשרת מאוחר יותר את האבחנה של אנגיואדמה תורשתית ומבחינה בין חולים עם סוג I (תפקוד ורמה נמוכים של C1-INH) וסוג II (רמה תקינה אך תפקוד ירוד של C1-INH). בנוסף, תוארה לאחרונה צורה שלישית של אנגיואדמה תורשתית המופיעה בנקבות עם רמות תקינות של C1-INH. במקרים נדירים אלה ניתן למצוא תפקוד תקין של

”

**מחלה גנטית
המאופיינת
בהתקפים
חוזרים של בצקת
הסתפתחת תוך
דקות עד שעות
בתת העור או
ברירות**

”

**תסמיני המחלה
מתחילים בצורה
בולטת בגיל
ההתבגרות
אם כי בחלק
מהמקרים יש
עדות להתקפים
קלים כבר בגיל
צעיר יותר**

אנגיואדמה תורשתית היא מחלה גנטית המאופיינת בהתקפים חוזרים של בצקת המתפתחת תוך דקות עד שעות בתת העור או ברירות. הבצקת מופיעה בד"כ על גבי הזרועות, הרגליים, כפות הידיים, כפות הרגליים, איברי המין, הגו, הפנים, הלשון, שפתיים או ברירית בית הבליעה ובדופן המעי. שכיחות המחלה אינה ידועה אך ההערכה היא כי בארץ יש כ-200-300 חולים.

המושג אנגיואדמה תואר לראשונה בשנת 1882 ע"י ד"ר Heinrich Quincke. ב-1888 תיאר ד"ר William Osler משפחות של חולים שסבלו מאנגיואדמה שעברה מדור לדור בצורה אוטוזומלית דומיננטית. בשנת 1963 נמצא כי המחלה נובעת מחסר בנסיוב של החלבון C1 esterase inhibitor (C1-INH). שנים לאחר מכן תוארו שתי קבוצות עיקריות של חולים כאשר הראשונה המהווה כ-85% מהחולים נובעת מחוסר יצור מספק של החלבון C1-INH, ואילו בקבוצה השנייה המהווה כ-15% מהחולים, נוצר חלבון שאינו פועל בצורה תקינה. הפגיעה בחלבון נובעת ממוטציה בגן המקודד לחלבון C1-INH. עד כה זוהו למעלה מ-150 מוטציות בחולים עם אנגיואדמה תורשתית. C1-INH פועל כמעכב של חלבונים שונים בשלוש מערכות עיקריות: במערכת המשלים (Complement system), במערכת הפיברינוליזה ובמערכת המגע (Contact system) שהן חלק ממערכת הקרישה. לאחרונה נמצא שהבצקות המופיעות אצל חולים נובעות משחרור יתר של ברדיקינין (שיצורו לא נבלם עקב חוסר C1-INH) אשר גורם לחדירות יתר של כלי הדם במהלך התקפים של אנגיואדמה תורשתית עקב הפעלת מערכת המגע.

המחלה מאופיינת בשלושה סוגי התקפים עיקריים:

1. **התקפי בצקת על פני העור** כאשר בעת התקף אופייני הבצקת הולכת ומחמירה במהלך 12 עד 24 שעות ושוככת בהדרגה לאחר 48 עד 72 שעות, אם כי יכולה להמשך גם 5-7 ימים. הזרועות, הרגליים, כפות הידיים והרגליים הם האזורים המעורבים בשכיחות הגבוהה ביותר. הנפיחות בגפיים אינה מסכנת חיים, אך פוגעת במידה ניכרת באיכות החיים של החולים.
2. **התקפי כאבי בטן קשים** הנובעים מבצקת של דופן המעי. התקפים אלה מעורבים את מערכת העיכול גורמים לכאבי בטן עזים, לבחילות ולהקאות, לעיתים עד להתפתחות הלם תת נפחי הנובע מאיבוד נוזלים

C1-INH ובחלק מהחולות הללו מסוג III ניתן למצוא מוטאציה בפקטור XII.

טיפול

הטיפול באנגיואדמה תורשתית כולל טיפול בהתקפים חריפים, טיפול מניעתי ארוך-טווח לצמצום תדירות וחומרת ההתקפים החוזרים וכן טיפול קצר-טווח למניעת התקף בעת ביצוע פעולות כירורגיות.

טיפול קצר-טווח

לאחר הבנת הגורם העיקרי למחלה שנובע מתפקוד לקוי של החלבון C1-INH הוחל בשנות השישים המאוחרות במתן Fresh Frozen Plasma (FFP) הכולל C1 Inhibitor. מספר מחקרים לא מבוקרים דיווחו על תועלת בטיפול זה בהתקפים חריפים של אנגיואדמה תורשתית. עם זאת, יש לדעת כי פלזמה מכילה גם חלבונים שעשויים לשמש כסובסטרט לייצור נוסף של ברדיקינין, שעלול להחמיר את ההתקפים בחלק מהחולים. כמו כן, קיימת אפשרות שגורמים זיהומיים לא ידועים בשלב זה יגרמו למחלה אחרת בעתיד.

בשנת 1996 פורסם בעיתון הרפואי New England Journal of Medicine על הצלחת הטיפול בתרכיז של Berinert-P (C1 Inhibitor) המופק מנסיוב אנושי אשר עובר תהליכים של פסטור, סינון-על ובקרת איכות קפדנית המבטיחים אי העברת גורמים זיהומיים. הטיפול ניתן בעירוי לווריד ונמצא יעיל מאוד וחסר תופעות לוואי. במדינות רבות זהו הטיפול העיקרי בהתקף חריף של אנגיואדמה תורשתית. ההתקפים מגיבים תוך 30-60 דקות לטיפול תוך-וריד במינון 500-1500 יחידות. טיפול זה ניתן ע"י קופות החולים בארץ ונמצא בתהליכים להכללתו בסל הבריאות. בשנים אחרונות נוספו שני תכשירים דומים - האחד מיוצר גם ממנות דם (Sinryze), ואילו השני מכיל C1-INH ריקומביננטי (Rhucin).

טיפול חדשני, שנכנס לאחרונה לסל הבריאות בישראל הוא טיפול בפירזיר (Icatibant) אשר הינו פפטיד סינטטי המעכב ספציפית וסלקטיבית את הרצפטור מסוג 2 של ברדיקינין ובכך מונע את קישור הברדיקינין לקולטן הנמצא על דופן כלי הדם, ואת התפתחות הבצקת. התכשיר, בשונה מהתכשירים הקודמים, ניתן בזריקה תת עורית. בעבודות רבות נמצא שהתכשיר יעיל, הוא פועל בד"כ תוך 30 דקות, מקצר את משך ההתקף ואת חומרתו. כיום, התכשיר מאושר מגיל 18 ובהזרקה עצמית ע"י המטופל.

מלבד טיפולים אלה, הטיפול בהתקפים בטניים לרוב דורש מתן משככי כאבים, נוגדי-הקאה ומתן נוזלים למניעת התפתחות הלם תת-נפחי.

הטיפול בהתקפים המעריבים את חלל הלוע מלבד הטיפול בתרכיז של C1-INH ופירזיר מתמקד בשמירה על דרכי האוויר. כל החולים עם אנגיואדמה תורשתית עם התקף המערב את חלל הלוע צריכים להיות במעקב הדוק לזיהוי עדות לחסימת דרכי נשימה. הרמזים לכך כוללים שינוי בקול, אובדן יכולת בליעה וקשיי נשימה. בנוכחות אחד מאלה יש לשקול אינטובציה אלקטיבית. האנטומיה של דרכי האוויר מעוותת קשות בעקבות אנגיואדמה, לכן חשוב שתהיה אפשרות למעבר מהיר לטרכאוסטומיה במידת הצורך.

הדגמה ישירה של דרכי האוויר אינה מומלצת במידה ואין אפשרות לספק תמיכה מיידית לדרכי האוויר, מאחר שהטראומה הכרוכה בפרוצדורה עלולה להחמיר

את הבצקת ולגרום לחסימת דרכי הנשימה. חשוב לציין כי בניגוד לאנגיואדמה הנובעת מתהליך אלרגי, מתן קורטיקוסטרואידים, אנטיהיסטמינים או אפינפ אינם יעילים בזמן התקף חריף של אנגיואדמה תורשתית.

טיפול מניעתי ארוך-טווח

בחולים הלוקים באנגיואדמה תורשתית עם התקפים תכופים יש לשקול טיפול מניעתי ארוך-טווח.

מחקרים אקראיים מצאו כי טיפול ב-17 α-Alkylated Androgens (דנזול) ותרופות אנטי-פיברינוליטיות (Hexacapron) עשויים להקטין את תדירות ההתקפים. הדנזול הוא אנדרוגן מתון המגביר את יצור ה-C1INH בכבד. הטיפול בדנזול נמצא יעיל בהפחתת תדירות ההתקפים אך יש לו תופעות לוואי רבות, תלויות מינון, ביניהן שיעור יתר, עלייה במשקל, הפרעה בסדירות המחזור בנשים, עליה ברמות הכולסטרול ושומני דם. עקב דיווחים על הקשר בין טיפול ממושך בדנזול לבין אדנומה או קרצינומה של הכבד, מומלץ לערוך בדיקות אולטרה סאונד תקופתיות, במיוחד בחולים עם עליה באנזימי כבד הנוטלים את הטיפול למעלה מעשר שנים. טיפול זה אינו מאושר לנשים הרות, עקב אפשרות לווריליזציה של העובר. הטיפול לא מומלץ בילדים עקב שיעור יתר, התבגרות מוקדמת ופגיעה בגדילה. ההקסקפרון מעכב אנזימים במערכת הפיברינוליזה ומשערים כי הוא מונע יצירת פלסמין המגביר יצירת ברדיקינין מקינינוגנים. מחד, ההקסקפרון מביא לפחות תופעות לוואי הכוללות התכווציות שרירים, עליה באנזימי שריר וסיכון אפשרי להיווצרות פקת, אך מאידך, הוא פחות יעיל מדנזול בהפחתת תדירות ההתקפים.

טיפול מניעתי קצר-טווח

טיפול מניעתי קצר טווח למניעת התקפי אנגיואדמה תורשתית יעיל בחולים לפני חשיפה מתוכננת למצב בעל סבירות גבוהה לעורר התקף, כגון טיפול שיניים, פרוצדורות רפואיות פולשניות וניתוחים כירורגים. הטיפול המועדף במקרים של פעולה "גדולה" כגון ניתוח בהרדמה כללית, ניתוח קיסרי, עקירת שיניים ואנדוסקופיה פיברואופטית הוא מתן תרכיז של C1INH הניתן זמן קצר לפני ביצוע הפרוצדורה.

במקרים מסוימים ניתן להסתפק בפרוטוקול המקובל (בעיקר במקרים של פעולות "קטנות" כגון סתימת שיניים, הסרת נגע מהעור) הכולל מתן דנזול או הקסקפרון חמישה ימים לפני הפעולה ויומיים לאחריה.

סיכום

בשנים האחרונות חל שיפור ניכר ביכולת הטיפול בחולי אנגיואדמה תורשתית וזאת עקב הבנת הפתוגנזה שבבסיסה יצור יתר של ברדיקינין הגורם להגדלת חדירות כלי הדם והתפתחות בצקת. המכון לאלרגיה ואימונולוגיה קלינית במרכז הרפואי בני ציון הוא אחד משלושת המרכזים העיקרים בארץ המטפלים בחולים עם אנגיואדמה תורשתית. צוות המכון, בראשותו של פרופ' אליאס טובי, שותף בשנים האחרונות לניסויים בינלאומיים בתרופות חדשות המשמשות את החולים בארץ. הגברת המודעות למחלה בקרב הרופאים ואנשי הצוות הרפואי חשובה ביותר היות וכיום קיימים טיפולים המשפרים את איכות חייהם של המטופלים ומקטינים תחלואה ותמותה. ■

”

בחולים הלוקים באנגיואדמה תורשתית עם התקפים תכופים יש לשקול טיפול מניעתי ארוך-טווח



הנקה ויתרונותיה

«ד"ר אריה ריסקין מח' טיפול נמרץ ילודים



חלב אם כגן ספני זיהומים. הוא עשיר בגורמים המסייעים להגנה ספני זיהומים

תרונותיו של חלב אם מרובים וכוללים הגנה חיסונית משופרת (הגנת המאכסן Host defence), הרכב תזונתי מתאים וגירוי לתפקוד מיטבי של המעי, תוך מתן יתרון פסיכולוגי-התפתחותי לאם ולתינוק. **הגנת המאכסן:** חלב אם מגן מפני זיהומים. הוא עשיר בגורמים המסייעים להגנה מפני זיהומים, כולל: אימונוגלובולינים, שהחשוב שבהם הוא secretory IgA (slgA) שריכוזו גבוה במיוחד בקולוסטרם, לקטופרין (lactoferrin), ליסוזים (lysozyme), ציטוקינים (cytokines), אוליגוסכארידים (oligosaccharides), נויקליאוטידים (nucleotides), גורמי גדילה (growth factors), אנזימים, מרכיבים תאיים (מקורפגים, פולימורפונוקליארים ולימפוציטים)

ועוד. המסלול החיסוני מעיים-בלוטות חלב (enteromammary pathway) מאפשר לתינוק היונק לקבל נוגדני slgA יחודיים כנגד אנטיגנים להם נחשפה האם.

ערך תזונתי ותרומה להבשלת המעיים: חלב אם מתאים באופן ייחודי לתינוקות. הוא מספק מקור תזונה מאוזן, המשתנה בהתאם לצרכים המטבוליים של התינוק ומאפשר ספיגה מיטבית של אבות המזון והמינרלים. ההרכב התזונתי (חומצות אמיניות, חומצות שומן, לקטוז וכמות מינרלים) של חלב אם הוא דינאמי ומשתנה מדי יום, בין הארוחות ואפילו תוך כדי האכלה. תכולת האנרגיה של חלב אם היא בממוצע 67 קק"ל/100 סמ"ק, והיא מורכבת משומן (54%), פחמימות (40%) וחלבון (6%). חלב אם מספק את אבות המזון והמינרלים בצורה הזמינה ביותר לספיגה בילוד.

יתרון פסיכולוגי-התפתחותי: ההנקה, ואפילו שאיבת חלב אם, מחזקת את הקשר (bonding) בין האם לתינוק. היכולת להעניק חלב משלה מעניקה לאם גאווה וסיפוק. בילודים בשלים הודגם קשר ישיר בין יכולת קוגניטיבית ומשך ההנקה. מרכיבים מסוימים בחלב אם הם בעלי אפקט על מערכת העצבים המתפתחת: הכולסטרול וה-LC-PUFA (Long Chain Poly-Unsaturated Fatty Acids), וכנראה גם להרכב החומצות האמיניות בחלב אם יש השפעה על המוח המתפתח.

אנליזות המתבססות על מספר מחקרים, שנעשו על השפעות ההנקה על בריאות תינוקות ואמהות במדינות מפותחות בטווח הקצר והארוך, הצביעו על כך שהנקה מקטינה את שכיחות התופעות הבאות:

- דלקת אוזן תיכונה בתינוקות
- זיהומים במערכת העיכול
- זיהומים חמורים במערכת הנשימה התחתונה (הדורשים אשפוז)
- אנטרוקוליטיס נמקית (NEC=Necrotizing Enterocolitis) בפגים
- האטה בהתפתחות אינטלקטואלית ומוטורית
- השמנה בילדים
- יתר לחץ דם בגיל מבוגר
- סרטן השד באמהות
- Atopic dermatitis
- אסתמה בילדים צעירים

יתרונות חלב אם קיימים גם כשמדובר באוכלוסיות מיוחדות כמו פגים. כמות הגורמים המשתתפים בהגנת המאכסן המופרשת בחלבן של אמהות לפגים גדולה מזו המופרשת בחלבן של אמהות לילודים בשלים. נמצא ששיעור הזיהומים ואנטרוקוליטיס נמקית (NEC=Necrotizing Enterocolitis) בפגים שניזונו, בלעדית או אפילו חלקית, מחלב אם היה נמוך בצורה משמעותית, בהשוואה לתינוקות שניזונו מתמ"ל (תרכובות מזון לתינוקות, formulas). גם חלב אם מתורמת עשוי להיות יעיל בהקשר זה. חלב אם מסייע להבשלת המעי במיוחד בפגים, והוכח במחקרים שמתן כמויות קטנות של חלב אם דרך זונדה למעי של פגים צעירים, אפילו שאיננה בעלת ערך תזונתי, מסייע בהבשלת המעי ומכין אותו לספוג היטב את הכלכלה בהמשך. לצורת האכלה זו קוראים **האכלה טרופית** ותפקידה הוא שפעול והכנת המעי לספיגת הכלכלה המלאה בהמשך. גם היתרון הרגשי התפתחותי של מתן חלב אם קיים בפגים. יכולתה של האם להעניק לפג חלב מגופה מעניקה לה סיפוק ומחזקת את ההתקשרות שלה עם הפג. כדי לחזק תהליך זה ולסייע בהפרשת החלב כדי שהאם תוכל לשאוב חלב בכמות מספקת אנו מעודדים מגע עורי (skin to skin) מוקדם ככל האפשר בין האם לפג, שאיננו יכול לינוק עדיין ("שיטת הקנגורו"). טיפול זה גם מעורר את מנגנוני הגנה באמצעות ה- **enteromammary pathway** בחלב שהאם שואבת עבור הפג שלה. חלב אם משפר את ציון ה-IQ הכללי של פגים ואפקט זה נשמר לאורך זמן (גם אחרי חודשים ושנים). אצל פגים, חלב אם מפחית גם את שיעור התפתחות הנזק ברשתית העין - רטינופטיה של פגות (ROP = Retinopathy Of Prematurity), כנראה באמצעות אפקט אנטי-כימיוני.

עם זאת תזונת פגים המבוססת על חלב אם שאוב מציגה מספר בעיות: זמינות, מגבלות נפח יומי וגדילה איטיות יותר. הסיבה לגדילה האיטית יותר בפגים הניזונים מחלב אם בלבד נעוצה בהרכבו, בשינויים הדינאמיים בזמנים שונים ובשונות בין האימהות המניקות. למעשה חלב אמהות לפגים מבשיל הרבה יותר מהר מהפג, ותוך כחודש הרכבו דומה לזה של חלב אמהות לתינוקות שנולדו במועד. מספר מרכיבי מזון בחלב אם אינם מספקים את הדרוש לפג לצורך גדילה וצבירת מרכיבי תזונה, כצפוי מהגדילה התוך רחמית באותו גיל הריון. חלב אם אינו מספק די חלבון, סידן וזרחן, הדרושים לפגים. הסכנה היא להפרעה בגדילה, מינרליזציה של העצם עד כדי רככת של

פגות (Osteopenia of Prematurity) עם שברים והפרעה להתפתחות המוח, הדורש הרבה חלבון. גם רמת הנתרן יורדת מהר בחלב אם ואיננה משלימה את האיבוד המוגבר בכליות הבלתי בשלות. יתכן אף חסר של מינרלים מיסודות הקורט (כמו אבץ ונחושת). גם צריכת הויטמינים הגבוהה בפגים איננה מסופקת על-ידי חלב אם, ומוחמרת על-ידי הליך הכנת החלב הכרוך בחשיפה לאור ומעבר בצינורות האכלה, שמוריד רמות של חלק מהויטמינים. גם כמות האנרגיה שמספק חלב אם, התלויה בעיקר בכמות השומן, אף היא משתנה, ולעיתים היא בלתי מספקת. היא מושפעת מהשונות בריכוז השומן בין אימהות שונות ובזמנים שונים. הפתרון לבעיה של רצון לתת חלב אם לפגים על כל יתרונותיו מחד, ולתת תזונה מספקת מאידך, מצוי במעשיר החלב האבקתי מחקרים הראו כי פגים, הניזונים מחלב אם מועשר, מקבלים יותר חלבון ומינרלים בפחות נפח, וגדלים טוב יותר (במשקל, באורך ובהיקף ראש). הם גם מצליחים לצבור בגופם מינרלים ומרכיבי מזון כצפוי ממדדי הגדילה התוך רחמית באותם שבועות. לאחרונה, נמצא בפיתוח מעשיר חלב אם המופק מחלבי אם של תורמות. מחקר שהתפרסם לאחרונה מצביע על כך שדיאטה שתהיה מושתתת על כלכלת חלב אם בלבד, שיועשר ע"י מעשיר חלב אבקתי, שמקורו גם בחלב אם של תורמות, תיתן את מירב היתרונות לפג. בנוסף, היא עשויה להפחית בצורה משמעותית את האיום לחייו ולבריאותו של הפג, ובמיוחד להוריד את הסיכון ל- NEC ואת חומרת המחלה. לכן, יש לעודד הקמת בנק חלב, שלצערנו עדיין איננו קיים בארץ.

ארגון הבריאות העולמי, המכוון את המלצותיו למדינות מתפתחות ומפותחות, ממליץ על הנקה בלעדית במשך ששת החודשים הראשונים לחיים והמשך ההנקה בתוספת מזונות משלימים עד גיל שנתיים או יותר. במדינות מתפתחות יש להדגיש את חשיבות ההנקה הבלעדית למשך 6 החודשים הראשונים לחיים, היות וההנקה בארצות אלה הינה במקרים רבים מצילת חיים (בשל היעדר תמ"ל מתאים לתינוקות, או בשל סכנת שלשולים וזיהומים כתוצאה מהכנת תמ"ל עם מים מזוהמים).

על אנשי הצוות הרפואי העובדים עם אמהות ותינוקות (רופאים, אחיות, מדריכות הנקה ודיאטניות) לעודד הנקה, על ידי הדרכת עקרונית ההנקה. העקרונות הם:

- התחלת הנקה מיד לאחר הלידה
- הנקה לפי דרישת התינוק
- עידוד השהייה בתנאי בית במחלקת יולדות (rooming-in)
- הימנעות ממתן תמ"ל או נוזלים לתינוק היונק
- הימנעות ממתן מוצץ לתינוק עד להתבססות ההנקה
- התאמת הטיפול התרופתי לאם מניקה
- המשך ההנקה עם החזרה לעבודה ואפשרות לשימוש במשאבות לשאיבת חלב
- הסברת העקרונות לשאיבת חלב אם ולאופן אחסונו
- הכרת דפוסי הגדילה של תינוק יונק, השונים מאלה של תינוק המקבל תמ"ל
- עידוד נשים מעשנות להימנע מעישון או להפחית בכמות העישון. רצוי שגם אימהות שממשיכות לעשן תבחרנה בהנקה. ■



ההרכב התזונתי של חלב אם הוא דינאמי ומשתנה מדי יום, בין הארוחות ואפילו תור כדי האכלה



הוכח במחקרים שחתן כמויות קטנות של חלב אם דרך זונדה לחעי של פגים צעירים מסייע בהבשלת המעי ומכין אותו לספוג היטב את הכלכלה בהמשך

כאבי ראש בילדים

ד"ר יעקב גניזי מומחה בנוירולוגית ילדים, מח' ילדים



בניגוד להנחה הרווחת, כאבי ראש הינם תלונה שכיחה בילדים, ואינם מעידים בהכרח על מחלה מסוכנת. כבר בגיל שלוש שנים, כ-5% אחוז מהילדים יתלוננו על כאבי ראש, ובגיל ההתבגרות כ-80% ייבדקו עקב תלונה זו. את הגורמים לכאבי ראש בילדים ניתן לחלק על פי משך התלונות:

- **כאבי ראש הנמשכים שבוע לכל היותר** ובפרט אלה המלווים בחום, נגרמים בדרך כלל עקב מחלה זיהומית. הגורמים למחלות אלה הינם ווירוסים של דרכי הנשימה או דלקות לוע חיידקיות. למעשה, כל מחלת חום עלולה לגרום לכאבי ראש. סינוסיטיס איננה גורם שכיח לכאבי ראש בילדים, ורק במקרים בהם יש נזלת מוגלתית ממושכת, שיעול לילי ורגישות למגע על פני הסינוסים יש חשד למחלה. יש להדגיש כי בילדים הצעירים מגיל עשר שנים, הסינוסים המצחיים (פרונטלים) עדיין אינם מפותחים ועל כן כאבי ראש מצחיים אינם, בדרך כלל, תוצאה של זיהום בסינוסים. במקרים בהם קיים צירוף של כאבי ראש, חום, הקאה חוזרת וילד הנראה חולה, יש צורך לשלול דלקת קרום המוח ממקור חיידקי, המחייבת טיפול מיידי. במקרים שמדובר בכאבים עזים ביותר המופיעים לאחר חבלת ראש, יש לשלול דימום מוחי.

- **כאבי ראש קצרים הנמשכים מספר שעות**, אך מופיעים לסירוגין. לקבוצה זו שייכת המיגרנה. מיגרנה מופיעה גם בילדים צעירים מאד - כבני חמש - שש שנים! מיגרנה מתאפיינת פעמים רבות בסיפור משפחתי

- **כאבי ראש כרוניים מחמירים**. במקרים אלה מדובר בילדים הסובלים מכאבי ראש מספר חודשים, אך כאבי הראש מתגברים: תדירותם עולה, עוצמת הכאב מחמירה, הם מלווים בהקאה, לפעמים בהשכמה משינה. כאבי ראש אלה יכולים להיות ביטוי ליתר לחץ תוך גולגולתי - על רקע גידול, דימום או הרחבת חדרי המוח (הדרוצפלוס). במקרים אלה יש צורך בהערכה מהירה על מנת לשלול גורם מסכן חיים. לרוב יהיו סימנים גם בבדיקה הנוירולוגית וגם בבדיקת קרקעיות העיניים (בצקת פטמות).

- **כאבי ראש תכופים במשך השבוע**, ובמשך שנים מספר. הכאבים הינם בדרך כלל קלים ואינם מפריעים לפעילות היומיומית, אינם מחמירים, ללא הקאה או השכמה משינה. מחד, כאבי ראש אלה אינם תוצאה של מחלה מסכנת חיים. מאידך, הם תוצאה של מצוקה רגשית, מתח או חרדה, ולעיתים עמידים מאוד לטיפול.

ניתן לסכם ולומר כי כאבי ראש הינם תלונה שכיחה בילדים אשר בדרך כלל איננה ביטוי למחלה מסוכנת, אך דורשת טיפול והתייחסות. סימני האזהרה הינם הקאות בעיקר בבוקר, החמרה בתדירות הופעתם ובעצמתם והתעוררות משינה עקב כאבי ראש. במקרים בהם הבדיקה הנוירולוגית איננה תקינה יש לבצע הדמיה מוחית (MRI), אך בשאר המקרים אין בכך צורך. יש להימנע מנטילת יתר של תרופות כנגד כאבים, כדי שלא יוחמרו הכאבים בעקבות נטילה כרונית. ■

(בעיקר אצל האם), הכאבים חזקים, מלווים בחילה או הקאה. הילד מעדיף לשכב במקום שקט וחשוך. לעיתים קרובות שינה מובילה להקלה משמעותית. לעיתים קיימת תחושה מקדימה הבאה לידי ביטוי בחוסר נוחות בבטן, בטשטוש ראיה או בתחושת נימול. כאבי הראש מתעוררים בעקבות חוסר שינה, כלכלה לא מסודרת ולא מאוזנת, מתח וקושי בבית הספר, שהייה מרובה בשמש. רק לעיתים רחוקות קשורים לסוג מסוים של כלכלה כמו: שוקולד, קפה וגבינה צהובה. גורם נוסף לכאבים בילדים הינו כאב ראש מסוג מתח. כאבים אלה הינם קלים יותר, קיימת תחושת לחץ סביב שרירי הקרקפת, הם אינם מוחמרים בתנועה ואינם מלווים בהקאה. כאבים אלה מתעוררים בעקבות תחושת מתח ולחץ, אשר בילדים היא קשורה לעיתים קרובים למצבם הרגשי או הלימודי. חשוב לערוך רישום מסודר של האירועים עד לפרטי פרטים, על מנת לאפשר לרופא להגיע לאבחנה הנכונה ולהציע את הטיפול המתאים. יש להדגיש כי מתן תרופות כנגד כאבים (אקמול, נורופן, אופטלגין או טריפטנים) לעיתים קרובות, במשך מספר חודשים, עלול כשלעצמו לגרום לכאבי ראש. הדבר קורה לפעמים כאשר עקב מחלה חריפה, תאונה או מצוקה אחרת נוטלים תרופות כנגד כאבים. בהמשך מתפתחת תלות והחמרה של כאבי הראש. ראשית, יש להשתדל ולהימנע מלהגיע למצב בו נוטלים תרופות לעיתים כה קרובות (אשר, בדרך כלל, אינן מפחיתות באופן משמעותי את הכאב). אם נוצר מצב זה, יש להפסיק תחילה שימוש בתרופות ורק אחר כך לבחון שוב את הטיפול בכאבי הראש.

» CELIAC DISEASE - דגנת

ד"ר דורה ברקוביץ מנהלת יח' גסטרו ילדים

ההתבטאות הקלינית הקלסית היא בפעוטות שמספר חודשים לאחר חשיפה לגלוטן מפתחים הקאה, יציאות רכות, בטן תפוחה וחוסר שגשוג. מאחר ויש אבחנה מבלדת להתייצגות זו, לעיתים האבחון מתאחר. ההתייצגות הקלסית הפכה לנדירה וגיל האבחון עלה. כנראה שהשוני נובע מהשינוי בהמלצות לחשיפה לדגנים בתינוקות ודחיית גיל החשיפה מארבעה חודשים לחצי שנה. היום ברור שההתייצגות עם סימפטומים בדרכי העיכול היא רק קצה הקרחון. התלונות הקליניות המחשדות מגוונות וכוללות כאב בטן בלתי ספציפי, חוסר סבילות ללקטוז, קומה נמוכה, איחור בהתפתחות מינית, חסרים תזונתיים מבודדים (חסר ברזל, חסר בויטמין D), «

קרובי משפחה היא כ-10%. בתאומים מונוזיגוטיים השכיחות היא 80% - מה שמצביע על חשיבות ההשפעה הסביבתית בנוסף לגנטיקה. הימצאות של HLA-DQ2 או HLA-DQ8 היא זו שמעלה סיכון להתפתחות הדגנת.

פתוגנזה

חלבון גלוטן המעוכל בחלקו חודר את רירית המעי עובר דה-אמידיזיה ומוצג לתאי T ומשפעל מערכת אימונית תאית. במקום שתושרה סבילות, מתפתחת תגובה דלקתית ונזק למעי. במקביל מערכת תאי B מקבלת אות ליצור נוגדנים עצמיים. תהליך דלקתי שיפגע בשלמות המחסום הרירי יאפשר חציית גלוטן ביתר קלות.



מחלת הדגנת (השם שנבחר לאחרונה למחלה משום שהורים לא אהבו את השם כרסת) היא פגיעה אוטואימונית ברירית המעי משנית לחשיפה לחלבון הגלוטן שבדגנים. מחלת הדגנת תוארה בצורתה הקלסית בסוף המאה ה-19. בהמשך, ההבנה של ספקטרום ההתבטאות הלכה וגדלה, וההעמקה בהבנת הפתוגנזה שינתה גם את דרכי האבחון.

המחלה מולטיפקטוריאליית ונדרש רקע גנטי ספציפי על מנת שתפתח תגובה פתולוגית לגלוטן. השכיחות בקרב האוכלוסייה הכללית היא כ-1% ואילו בקרב

התפתחות המחלה מאפשרת פיתוח טיפולים חדשניים בכיוונים שונים לדוגמה - אנזים שיפרק גלוטן במעי כדי שהמערכת האימונית "לא תפגוש" בחלבון המזיק. באוסטרליה מתנהל מחקר לגבי יעילות של דה-סנסיטיזציה לחלבון הגלוטן על ידי הזרקה תת עורית של גלוטן. באירופה מתנהל מחקר על השריית סבילות בתינוקות מועדים לפתח דגנת על ידי חשיפה בגיל צעיר לכמויות קטנות של גלוטן במקביל להנקה. ה"ראש היהודי" הלך בכיוון אחר ומנסה לפתח חיטה שלא תכיל גלוטן ותשמור על תכונות אפיה טובות. ■

הסרולוגיה שבשימוש היום היא נוגדנים ל-DPG, TIG, ANTI ENDOMYSIAL-1. לאחרונה מתחיל להתעורר שיח בעולם לגבי החלפה של ביופוסית מעי בסרולוגיה. **טיפול** - הימנעות מוחלטת מגלוטן לאורך כל החיים. כלכלה זו מונעת התפתחות סיבוכים אפשריים של מחלות אוטואימוניות (בעיקר הפטיטיס וטירואידיטיס) ומחלות ממאירות. כאשר נשמרת כלכלה ללא גלוטן, המדדים הסרולוגיים בדם מתנרמים, מצב המאפשר מעקב אחר התמדה בכלכלה ללא גלוטן. **מה צופן העתיד** - ההבנה של מנגנון

« הפרעה בתפקודי כבד, כאבי פרקים ואף פרכוסים. המחלה שכיחה בחולי סכרת נעורים (כ-12%) ובלוקים בתסמונת דאון (כ-10%) וזאת משום שהם נושאים אותם אתרי HLA, בחסר IgA (כ-10%) משום שכנראה קיימת הגנה פחות טובה על רירת המעי הדק המאפשרת חציית גלוטן. **קריטריונים לאבחון** - האבחנה הבלעדית היא בביופוסית המעי הדק המדגימה הסננה לימפוציטרית עד השטחה של הוילי עם היפרפלזיה של הקריפטות. הבדיקות הסרולוגיות נותנות חיזוי טוב למחלה, אך בשלב זה אינן מהוות תחליף לביופוסיה.

» ברונכיוליטיס

פרופ' אמיר קוגלמן מנהל יח' ראות ילדים

תדירות יותר הכוללות הפסקות מרובות בעת ההאכלה. בעת האשפוז, הטיפול התומך מורכב מהשגחה וניטור המצב הנשימתי, מתן חמצן לפי הצורך ושמירה על הזנה נאותה. לעיתים, נעשה נסיון לתת טיפול תרופתי (דרך הפה או באינהלציה) על מנת להרחיב את דרכי הנשימה, להקטין את התהליך הדלקתי או לעזור בכיח ע"י מי מלח. טיפולים אלה שנויים במחלוקת (ואינם טיפולים שבשגרה) ולא הוכחו כעוזרים לכלל התינוקות, אם כי לעיתים יטיבו עם חלקם.

האם ניתן למנוע את מחלת הברונכיוליטיס?

המחלה ניתנת למניעה חלקית. אמצעי המניעה המתבקש לכל מחלה וירלית הינו הפחתה ככל האפשר של מגע תינוקות קטנים עם ילדים או עם מבוגרים הסובלים מתחלואה זיהומית בדרכי הנשימה, שמירה על היגיינה (רחצת ידיים) והימנעות משהיה במקומות סגורים וצפופים בקהל בעונת החורף.

למחלת הברונכיוליטיס הנגרמת ע"י וירוס ה-RSV קיים חיסון ייעודי. חיסון זה הוכח כיעיל והפחית את מספר האשפוזים ואת חומרת המחלה אצל תינוקות עם גורמי סיכון, אם כי לא הוכח כמוריד תמותה. בשל עלותו, החיסון ניתן בישראל רק לתינוקות עם גורמי סיכון - לפגים (תינוקות שנולדו עד שבוע 32 ו-6 ימים ולתינוקות במשקל מתחת 1000 גרם, ובמיוחד לאלה עם תחלואה נשימתית כרונית) ולתינוקות שנולדו במועד עם מחלות ריאה או לב כרוניות.

מומלץ לשקול את הרחבת התוויות של מתן חיסון זה בשל היות הברונכיוליטיס מחלה בעלת נטל כבד, תוך התייחסות מצד אחד לגורמי סיכון להדבקה (שהיה במעון, אחים בגיל גן וביה"ס, עישון פסיבי, וכדומה) ומצד שני לעלות הכרוכה בחיסון. ■

המשמעות, מעבר לדאגה ולחוסר הנוחות, הינה גם כלכלית בשל היעדרות מהעבודה. מעבר להשפעה המיידית, ברונכיוליטיס עם RSV נחשבת כגורם סיכון לאסטמה בעתיד. לא ברור אם זהו סיבוך של המחלה או שהמחלה חושפת תינוקות שהם בסיכון לפתח אסטמה בעתיד.

מתי יש לפנות לרופא עם התינוק "המצונן" בגיל הרך?

כאשר התינוק מתקשה לנשום (נושם מהר, "מתאמץ" לנשום), נושם באופן לא סדיר עם הפסקות נשימה, מתקשה לאכול, עם חום גבוה או מתנהג שונה מתמיד (פחות פעיל וישנוני) יש לפנות לרופא. אם המחלה נמשכת מעל 24 - 48 שעות אצל תינוקות בחודשי החיים הראשונים (עד גיל 6 חודשים), יש לפנות לרופא על מנת לשלול מעורבות ריאתית ולקבל הערכה מקצועית והנחיות להמשך המעקב.

אם יש מעט נזלת ושיעול קל, חום לא גבוה, אם התנהגות התינוק רגילה ואכילתו תקינה וללא הסימנים שצוינו, ניתן להשיג בבית.

מתי נדרש אשפוז?

תינוק יאושפז אם ישנם קשיי נשימה או נשימה בלתי סדירה, וכן כאשר הוא מתקשה לאכול.

מהו הטיפול המומלץ?

הטיפול במחלות וירליות הוא בדרך כלל טיפול תומך. אין טיפול ייעודי המטפל בוורוס עצמו וגם אין טיפול שהוכח כיעיל בפתיחת דרכי הנשימה באופן המקל על תינוק ומקצר את משך המחלה. מומלץ להשכיב תינוקות קטנים על הגב ולנקות את האף עם מי מלח. בנוסף מומלצת השגחה נשימתית צמודה גם במהלך שנת התינוק וארוחות קטנות אך

מהי ברונכיוליטיס?

ברונכיוליטיס היא אחת מהמחלות הוירליות בדרכי הנשימה האופייניות לחורף ופוקדות אותנו מדי שנה. מכאן, מומלץ להתכונן לקראתה ולנסות למנוע אותה ככל שניתן. ברונכיוליטיס הינה מחלה וירלית המערבת את כל מערכת הנשימה, מהאף ועד הסמפונות והריאות, ומתבטאת בחום (בד"כ לא גבוה), נזלת, שיעול, קשיי נשימה (נשימה מהירה ומאומצת) ולעיתים, הפסקות נשימה וקשיים באכילה. המחולל השכיח ביותר הגורם לכ 75% מהתחלואה הינו וירוס ה-RSV (Respiratory Syncytial Virus).

מה מיוחד בברונכיוליטיס?

התשובה השכיחה של רופא הילדים לשאלה של ההורים "אז דוקטור מה יש לילד שלנו?" הינה וירוס. אבל, הברונכיוליטיס אינה רק עוד מחלה וירלית.

רוב התינוקות יחלו במחלה עד גיל שנתיים ובקרב כ 40% מהם תהיה מעורבות של דרכי הנשימה התחתונים. המחלה שכיחה במיוחד בחודשי החיים הראשונים. הברונכיוליטיס הינה סיבת האשפוז הנשימתית השכיחה ביותר בתינוקות הקטנים בעונת החורף. תינוקות אלה פגיעים במיוחד בשל יכולתם לנשום דרך האף בלבד ובשל קוטרם הקטן של דרכי הנשימה בגיל זה אשר נחסמים עקב ריבוי הפרשות. בנוסף, גיל זה מתאפיין בבעיות בבקרת הנשימה המושפעת בין היתר ע"י וירוס ה-RSV העלול לגרום להפסקות נשימה.

בשל רגישות מיוחדת זו של התינוקות הקטנים, מחלה וירלית לכאורה פשוטה, אשר תגרום בילד גדול יותר או במבוגר למחלה דמוית הצטננות, עלולה לגרום למצב מסכן חיים בתינוקות. האשפוז של תינוקות עם ברונכיוליטיס מחייב, כמובן, התגייסות של המשפחה ושהייה עם התינוק בבית החולים.



”

כ- 1500 מתבגרים בישראל מאובחנים מדי שנה כסובלים מהפרעות אכילה בדרגת חומרה משמעותית

”

תדמית גוף שלילית ועיסוק יתר בשמירה על משקל הינם חלק מגורמי הסיכון לפיתוח הפרעות אכילה



מתבגרים, מדיה והפרעות אכילה

« ד"ר נגה כרם מנהלת היח' לרפואת מתבגרים

הפרעות אכילה. היום, יותר מבעבר, בני נוער מודאגים ממראה גופם וממשקלם ולכן נסיונות להפחתה במשקל, אם על ידי צמצום אכילה ואם על ידי פעילות גופנית נמרצת, שכיחים מאוד. סקר שנערך לא מכבר בקרב מתבגרים ישראלים הדגים, שמעל שליש מהנערות ומעל רבע מהבנים בגיל ההתבגרות עסקו בשנה האחרונה בדיאטה, רובם ללא הדרכה וקרוב לחצי מהם תוך שימוש בשיטות בלתי בריאות (תפריט בלתי מאוזן, צום, הקאות יזומות וכדומה). תדמית גוף שלילית ועיסוק יתר בשמירה על משקל הינם חלק מגורמי הסיכון לפיתוח הפרעות אכילה.

בעשור האחרון פורסמו מחקרים רבים התומכים בסברה, שלמדיה על צורותיה השונות -טלוויזיה, אינטרנט, קולנוע, מוסיקה, מגזינים של נוער ואופנה, פרסומים מעולם הדוגמנות - קיימת השפעה מזיקה על תדמית הגוף של המתבגרים. חשיפה רבה למדיה נקשרה לעיסוק מוגבר בדאגות לגבי המשקל וניסיונות להפחתתו, גם אם בצורות בלתי בריאות. בני נוער חשופים למדיה (בעיקר למסכי הטלוויזיה והמחשב) בממוצע 4 - 5 שעות ביממה, ובחודשי החופש הגדול מספר השעות עולה.

בעשרים השנים האחרונות חל שינוי במראה ה"גוף האידיאלי" הניבט אלינו מהמסכים ומהמגזינים. מחקר מפורסם בנושא בדק את עמודי האמצע של עיתונים כמו "פלייבוי" ו"פלייגירל", ומצא בדיוק אותן תוצאות כמו במחקרים שבדקו את ה"גוף האידיאלי" של שחקנים ודוגמנים: גופן של הנשים הפך הרבה

במישם השנים האחרונות חלה עליה משמעותית בשכיחות הפרעות האכילה בקרב בני נוער. הנתונים מישראל דומים מאוד לאלה שבארצות המערב, ומדגימים שכיחות כמעט מבהילה של הפרעות אלה: שכיחות אנורקסיה נרבוזה במתבגרים מגיעה ל- 1% מהאוכלוסייה, כשעד גיל 14 יחס בנים-בנות הוא אחד לארבע, ומעל גיל זה קיימת דומיננטיות נשית בולטת כשהיחס בנים-בנות הוא אחד לעשר; שכיחות בולמיה נרבוזה הינה 1%-5%; השכיחות הכוללת של הפרעות אכילה מכל סוג (כולל הפרעות אכילה בלתי ספציפיות) מגיעה לעד 10% מאוכלוסיית המתבגרים. כ- 1500 מתבגרים בישראל מאובחנים מדי שנה כסובלים מהפרעות אכילה בדרגת חומרה משמעותית, הדורשת התערבות מרפאות רב מקצועיות או אשפוז מלא במחלקות ילדים או במחלקות של פסיכיאטריית ילדים ונוער.

להפרעת אכילה תיתכן השפעה קשה ומזיקה, לעתים בלתי הפיכה, על הגוף והנפש כאחד. בתקופת ההתבגרות הגוף זקוק לכמויות גדולות של אנרגיה, וכשאלה אינן מסופקות לו, תתחיל פגיעה הדרגתית ומתמשכת בכל אחת ממערכות הגוף, פגיעה העלולה להוביל למוות. המוות עלול להיגרם כתוצאה מסיבוכים במערכת הלב (בעיקר במצבי צמצום קלורי קיצוני) או מהפרה של מאזן המלחים (כתוצאה מהקאות חוזרות). הפרעות אכילה גורמות גם לפגיעה בתחום הקוגניטיבי והרגשי ולפגיעה בתפקודים משפחתיים וחברתיים. מכאן, שקיימת חשיבות עליונה לנסות ולצמצם השפעתם של גורמים מאיצים להתפתחות

לא רק הפלפלים צהובים

ועידת ישראל ברפואה

עו"ד חנית שורץ מנהלת מח' שיווק וקשרי חוץ

בעידן הידע והגלובליזציה מאפשרת לנו התקשורת להיחשף לאירועים שונים המתרחשים בעולם. כמו כל מדיום תקשורת, לאינטרנט השפעה רבה על אופן ההתנהגות בחברה, על העדפותיה ועל אופייה. מושגים בסיסיים כגון זהות, מציאות וכללי התנהגות כפי שקיימים באינטרנט, משנים את משמעותם ומחייבים שינוי דרמטי בעולם המושגים שלנו. האינטרנט הוא מקום בו אנשים, בכלל זה ילדים, יכולים להחליף צורות ודמויות כל אימת שירצו. המקלדת סובלת הכל. נוצר מצב בו האינטרנט עלול להוות סכנה לחינוכם של קטינים ולעיתים אף לביטחונם האישי.

גם לטלוויזיה בעולם המודרני מקום של כבוד. היא זמינה, עתירה באפשרויות "בילוי" ועלולה אף ליתר מגע עם החברה וכתוצאה מכך, ליצור קשיים וכשלים תפיסתיים והתנהגותיים. תכניות טלוויזיה מסוימות ואתרי אינטרנט שונים, עלולים להוביל ילדים לעולם בו הגבולות בין האמיתי לפנטזיה אינם תמיד ברורים עד שיתקשו בהבנת ההבדל שבין המציאות לסימולציה. יחד עם זאת, לאינטרנט ולטלוויזיה יתרונות רבים - זמינות למידע, עדכנות, קשר מהיר עם אנשים מכל העולם, מוסיקה, סרטים ועוד. התפקיד שלנו כהורים, מחנכים, רופאים ומעצבי דעה הוא לחנך ולהציב גבולות לילדינו הצעירים, שבהיעדר בשלות וכלים מתאימים עלולים לשפוט את המציאות באופן מעוות.

ועידת ישראל ברפואה הקדישה השנה מקום מרכזי לנושא התקשורת (ובעיקר לאינטרנט ולטלוויזיה) והשפעותיה, כשהפוקוס היה על ילדים.

בוועידה, שהתקיימה בבנייני האומה בירושלים, לקחו חלק המרכז הרפואי הדסה, עיתון כל העיר, המרכז הרפואי בני ציון, ביה"ח אסף הרופא, קופ"ח לאומית, הר"י וחיל רפואה. למעלה מ-1300 משתתפים הגיעו לוועידה, ביניהם אישים בכירים ממערכת הבריאות, רופאים מכל רחבי הארץ ובכירים מענף הרפואה על כל שלוחותיו, אחיות, אנשי מנהלה, מעצבי מדיניות הבריאות, אנשי חיל רפואה, יצרני תרופות וציוד רפואי, נציגי חברות הביטוח ומשתתפים אחרים שהנושא קרוב לליבם.

"לא רק הפלפלים צהובים - אבחון רפואי בעיני התקשורת", הרצאתו של ד"ר יעקב גניזי, ממח' ילדים, עסקה באבחון הרפואי ובמורכבותו, תוך שילוב דוגמאות מתכניות טלוויזיה פופולאריות לעומת המציאות הישראלית.

הנוכחות של בני ציון בוועידה היתה בולטת. רבים התגודדו סביב הדוכן שלנו וקיבלו, בין היתר, דפי מידע, תיק ממותג ובקבוק מעוצב עם ארוחת בריאות אישית. ■

יותר רזה בעוד שגופם של הגברים נעשה יותר מוצק ושרירי. יותר מכך, מעל 70% מהנשים הניבטות אל בני הנוער מעל דפי המגזינים נמצאו כבעלות מסת גוף נמוכה מאוד, מסה פחותה מ-85% מהמשקל הנחשב כבריא (זהו אחד הקריטריונים להפרעת אכילה מסוג אנורקסיה נרבוזה). מחקר אחר העלה כי בני נוער ציינו שהמדיה היא הגורם העיקרי המשפיע על שביעות רצונם מגופם (יותר מאשר השפעת המשפחה, קבוצת החברים, חוות דעת רפואית ועוד).

נערות באיי פיג'י נבדקו לגבי תדמית הגוף שלהם וכמות העיסוק במראה גופן ובדיאטות להפחתת משקל לפני ואחרי כניסת רשתות הטלוויזיה המערבית לאיים. נמצאה עליה משמעותית בשכיחות תדמית הגוף השלילית, בניסיונות להפחתת משקל ובשיעור הפרעות אכילה בקרב הנערות, שנחשפו שעות רבות לטלוויזיה בהשוואה לנתונין טרום הצפייה, ובהשוואה בינן ובין נערות שמיעטו לצפות במשך.

מחקר אחר מצא, שנערות בגילאי 12 - 19 הקוראות לעיתים קרובות מגזיני אופנה, עסוקות בדיאטות להפחתת משקל פי שניים מבנות באותו משקל, שאינן קוראות מגזינים מסוג זה. מכאן, שחשיפה ממושכת לצורות גוף רזה וחטוב כפי שמופיעות בעיתונים עלולה לגרום אי שביעות רצון מוגברת ממראה הגוף וממשקלו, ולהוביל לעיסוק מוגזם בשמירה על המשקל, כלומר להוות גורם תורם להתפתחות הפרעת אכילה.

יש לזכור, ששתי סיבות עיקריות מעמידות את בני הנוער במקום פגיע במיוחד בנוגע לחשיפתם למדיה: זוהי קבוצת הגיל המבלה את השעות הארוכות ביותר מול מסכי הטלוויזיה והמחשב, ולחלקם חסרה הבשלות להבין שלא כל מה שרואים מציאות היא. בני נוער, בעיקר הצעירים שביניהם, יתקשו להבחין בנפלאות הפוטושופ על גופם של דוגמנים/דוגמניות ויתקשו להשתכנע שרזון קיצוני, גם אם נחשב יפה על ידי סוכן הדוגמניות, יכול להזיק בצורה בלתי הפיכה לגופה של הדוגמנית. הפער הקיים בין "הגוף המצוי" של המתבגר ובין "הגוף הרצוי" של הדוגמנים מעורר רגשות תסכול ומוביל להתנהגויות בלתי בריאות כדי להגיע לאידיאל, שיתכן והוקצן בסיוע תכנות מחשב. את "חוק הדוגמניות", שעבר לא מזמן בקריאה ראשונה בכנסת, יזמו ח"כ רחל אדטו (קדימה) וח"כ דני דנון (ליכוד) מתוך מטרה לנסות ולצמצם את השפעתה המזיקה של המדיה, המשדרת שרזון קיצוני הוא האידיאל, על תדמית הגוף של המתבגרים. עיקרו של החוק עוסק במניעת הצגת צילומים של דוגמנים המצויים בתת משקל על פי אמות מידה רפואיות, ובדרישה שבמידה ומתבצע שימוש בתכנת מחשב (פוטושופ) להצרת היקפים - הדבר יצוין במפורש מתחת לתצלום.

לסיכום, הקשר בין חשיפה ממושכת למדיה והשפעתה השלילית על תדמית הגוף בקרב בני נוער הוכח במחקרים רבים. תדמית גוף שלילית ועיסוק בדיאטה להפחתת משקל מהווים גורמי סיכון להתפתחות הפרעות אכילה במתבגרים ולמחלות קשות וממושכות הגורמות סבל משמעותי לחולה ולמשפחתו/ה. עולם המדיה צפוי להמשיך ולהתפתח, ולכן שילוב כוחות בין כל מי שהדאגה לדור העתיד חשובה לו (הורים, מורים, רופאים, אנשי ציבור) עשוי להוביל לשיפור בבריאות הגופנית והרגשית של המתבגרים על ידי סיוע במניעת העברה של מסרים בלתי בריאים, ביניהם, הערצה למודלים של רזון קיצוני. ■



תדמית גוף שלילית ועיסוק יתר בשמירה על משקל היום חלק מגורמי הסיכון לפיתוח הפרעות אכילה

נזק כבדי

כתוצאה משימוש בתרופות

«ד"ר מטיאס קרליבך רופא בכיר במכון גסטרו ואחראי על מרפאת הכבד

השכיחות של נזק כבדי שנגרם על ידי NSAIDs נעה בין 0.29 ל-9 ל-100,000 מטופלים. מספר NSAIDs אף נאסרו לשימוש כתוצאה מהרעילות לכבד. Ibuprofen (Nurofen) עלה אמנם לאחרונה לכותרות בישראל בשל דווח על מקרה של כשל כבד בעקבות נטילתו, אך נחשב כאחת התרופות הבטוחות יותר לשימוש מקבוצה זו.

השימוש בתוספות תזונתיות ובעשבי מרפא היה נפוץ במצרים ובסין כבר בתקופה העתיקה. השימוש בתכשירים אלה בעולם המערבי התרחב מאד משנות ה-90. אנשים רבים משתמשים בתכשירים אלה ללא ייעוץ רפואי מקצועי על מנת לבנות שרירים, לרדת במשקל, לנקות או לחזק את הגוף. התפיסה הרווחת היא שמרכיבים "טבעיים" אינם מזיקים והם נטולי תופעות לוואי שליליות. עם זאת, לתכשירים אלה עלולה להיות פעילות ביולוגית הגורמת לרעילות חמורה או לתגובות בין תרופתיות עם תרופות מרשם. לפי מחקר עדכני מיפן, 10% ממקרי DILI נגרמו על ידי תוספי מזון ו-7% על ידי עשבי מרפא סיניים. במציאות הקלינית, DILI עלול להתבטא כמעט בכל הצורות של מחלת כבד חריפה או ממושכת. עם זאת, צורת הביטוי השכיחה ביותר של DILI הינה דלקת כבד חריפה. התגובה האידיויסינקרטית לתרופה מופיעה בדרך כלל בין 5 ל-90 יום לאחר התחלת לקיחת התכשיר. במספר רב של תרופות כדוגמת nitrofurantion, עלולה הפגיעה בכבד להופיע כעבור זמן ארוך יותר.

האבחנה של DILI איננה קלה ועשויה להוות אתגר לקלינאי. באבחנה המבדלת של מחלת כבד, יש תמיד לכלול גם את ההשפעה האפשרית של תרופות. מטופלים רבים נוטלים מספר תכשירים תרופתיים. לעיתים, המטופל איננו מתייחס לתרופות ללא מרשם, לתוספות תזונתיות ולעשבי מרפא כאל תרופות, ולכן איננו מדווח על השימוש בהם. מאחר והופעת הנזק הכבדי מתרחשת לעיתים לאחר זמן, ייתכן מצב שבו הנזק לכבד יתבטא רק לאחר סיום השימוש בתרופה, בעוד שהשיפור בתפקודי הכבד עשוי להימשך מספר חודשים. לתרופות רבות הגורמות נזק לכבד יש דגם ייחודי של "טביעת אצבעות" טוקסית. אם קיימת התאמה בין התזמון של לקיחת התרופה ובין תבנית הטוקסיות הייחודית שלה - קל יותר לאבחן DILI. על מנת לחדד את האבחנה של DILI, יש לשלול גורמים אחרים לנזק לכבד כמו אלכוהול, מחלה ויראלית, ומחלת כבד אוטו-אימונית. ביופסית כבד עשויה לעזור אך לרוב איננה הכרחית.

הפסקת השימוש בתרופה המזיקה עשוי להציל חיים ובדרך כלל מוביל להחלמה מלאה. במקרה שהחולה מפתח סימנים של אי ספיקה כבדית חריפה, יש לקיים באופן מיידי התייעצות עם מרכז השתלות.

הדרך הטובה ביותר להפחית את ההשפעות של DILI היא מניעה ואבחון מוקדם:

- שימוש בתרופות ייעשה רק לאחר ייעוץ רפואי, ובמינון המומלץ.
- הפחתת שימוש בתרופות למינימום הנדרש.
- הימנעות משימוש בתרופות ללא צורך.
- אם מתפתחים סימנים של פגיעה בכבד כמו בחילה, כאבים בבטן העליונה, צהבת, צואה בהירה ושתן כהה, חום וגירוד, במיוחד לאחר התחלה של לקיחת תרופה חדשה, יש לפנות מיד לייעוץ רפואי. ■

נזק כבדי כתוצאה משימוש בתרופות (Drug Induced Liver Injury - DILI) הוא בעיה בריאותית רצינית, בעלת השלכות נרחבות למטופל, למטפלים, לתעשיית התרופות ולרשויות הממשלתיות המפקחות. היקף התופעה איננו ידוע מאחר ובמקרים רבים לא נעשית אבחנה נכונה ומרבית המקרים אינם מדווחים. המספרים המהימנים ביותר מתבססים על מחקר פרוספקטיבי מצרפת המדווח על שכיחות של 14 מקרים מתוך 100,000 תושבים בשנה עם שיעור תמותה של 6%. בארצות הברית, מהווה DILI הגורם השכיח ביותר לכשל כבד חריף, אשר אחראי על 600 השתלות כבד בשנה.

מספר רב של תרופות קשורות לנזק כבדי. הגורמים השכיחים ביותר כוללים תרופות אנטיביוטיות, משככי כאבים, תרופות המשמשות לטיפול בסרטן, תוספות מזון ועשבי מרפא.

Paracetamol היא תרופה בטוחה מאוד לשימוש כאשר היא נלקחת במינון המומלץ. עם זאת, מינון יתר עלול לגרום לנזק כבדי ולכשל כבד חריף. לפי דיווחים אחרונים מארצות הברית, paracetamol גורמת לכמחצית מהמקרים של כשל כבד חריף. בחלק מהמקרים מינון היתר הוא מכוון (ניסיונות התאבדות), אך כמחצית מהמקרים מקורם בטעויות טיפוליות. הגורם השכיח ביותר הוא שימוש בזמנית במשככי כאבים שונים המכילים בין היתר paracetamol, אשר נלקחו ללא מרשם מרופא למשך מספר ימים. מידת הסיכון להרעלת paracetamol עולה כאשר יחד עם התרופה צורכים אלכוהול, צמים או נוטלים בנוסף גם תרופות אחרות.

Methotrexate היא תרופה נוספת אשר גורמת לנזק ישיר לכבד. הסיכון להתפתחות פיברוזיס (הצטלקות) כבדית תלוי בעיקר במינון המצטבר לאורך מספר שנים של טיפול ועולה במקרה של מחלת כבד קודמת, שימוש באלכוהול, השמנת יתר וסכרת. מידת הבטיחות של methotrexate עולה משמעותית במינונים הנמוכים יחסית שמקובלים היום ובמשטר טיפולים שבועי.

לגבי מרבית התרופות, הנזק לכבד הוא בלתי צפוי (אידיויסינקרטי). במילים אחרות, רוב האנשים יכולים לקחת תרופות אלה בבטחה, אך חלק קטן מהאוכלוסייה עלול לסבול מנזק כבדי. מכיוון שבמהלך הפיתוח, מרבית התרופות נבחנות על מספר קטן של אנשים, הסכנה לגרימת נזק כבדי מתגלה לא פעם רק תקופת מה לאחר התחלת השיווק של תרופה חדשה. תרופות נוגדות דלקת שאינן סטרואידיות (NSAIDs) הן בין התרופות השכיחות ביותר בשימוש בעולם. אין הדבר מפתיע, שיחד עם תרופות אנטיביוטיות, עומדות ה-NSAIDs בראש הרשימה של תרופות הגורמות ל-DILI אידיויסינקרטי. במחקרים קליניים,



”

לפי דיווחים אחרונים מארצות הברית, PARACETAMOL גורמת לכמחצית מהמקרים של כשל כבד חריף

”

הפסקת השימוש בתרופה המזיקה עשוי להציל חיים ובדרך כלל מוביל להחלמה מלאה

קדחת ים תיכונית וכבד שומני - היילכו שניים יחדיו בלתי אם נועדו

ד"ר דורון רימר, מנהל ריאומטולוגיה

בבי"ח איכילוב ע"י פרופ' רן אורן וחבריו, ובו נמצא כי כ-30% מהאוכלוסייה סובלים מכבד שומני. בסקר שערכנו אנו נמצא כי הפרעת אנזימי הכבד המופיע בחולי FMF קשורה ברוב המוחלט של המקרים בנוכחות כבד שומני. הנתון המעניין שנתגלה לגבי אוכלוסייה זו הוא כי חומרת המחלה ב-75% מהמקרים היא בטווח הקשה מאוד של הספקטרום, כולל פיברוזיס ואף שחמת הכבד. בהשוואה לקבוצת ביקורת עם כבד שומני שלא על רקע FMF, נראה כי גורמי הסיכון המקובלים לכבד שומני כמו השמנה וסוכרת נתגלו פחות בין חולי ה-FMF. אין מידע ברור בספרות הרפואית מה הוא הגורם לביטוי קשה יותר של כבד שומני או של מעבר מכבד שומני פשוט ל-NASH ובהמשך לשחמת הכבד. עם זאת, נמצא כי אותם טווחי דלקת כולל IL-1 המופעלים ב-FMF מאיצים את התהליך הפתולוגי בכבד השומני. ייתכן שהדלקת המתמשכת בחולי FMF, גם בין התקפי ה-FMF, תורמת לסיכון לכבד שומני עם ביטויים חמורים בחולים אלה. מודעות לסיכון זה, שלא תואר קודם לכן בספרות של FMF, עשויה לתרום למעקב אחר המטופלים והינה בעלת משמעות קלינית חשובה. עבודה זו הוצגה בכתב ובעל פה בכנסים ריאומטולוגיים בין לאומיים בארה"ב ובאירופה וזכתה להתעניינות מרובה. ■

המח' הריאומטולוגיה במרכז הרפואי בני ציון, בניהולו של פרופ' יצחק רוזנר, מטפלת בחולי FMF מזה כ-20 שנים ומנהלת מרפאת FMF פעילה בניצוחו של ד"ר מיכאל רוזנבאום, אשר חוקר את המחלה שנים רבות ואף היה שותף לגילוי המוטציה הגנטית MEFV יחד עם קבוצה של גנטיקאים ממרסיי בצרפת, בראשה עומדת פרופ' איזבל טוויטו.

במסגרת הטיפול בחולי FMF במחלקתנו נתקלנו במקרים רבים של מטופלים הסובלים מהפרעה באנזימי הכבד. תופעה זו אינה מוכרת בספרות הרפואית כחלק ממחלת ה-FMF. במחקר שערכנו בנושא, בשיתוף פעולה עם פרופ' אלי צוקרמן, מנהל יחידת הכבד בבית חולים כרמל, בו נכללו כ-30 מטופלים עם בעיית כבד שאובחנה ע"י ביופסיה, נמצא קשר ישיר בין מחלת ה-FMF למצב הנקרא כבד שומני. כבד שומני הינו כבד הצובר שומן בטווח ביטוי רחב, ממצב קל שנקרא simple steatosis ועד הסנה שומנית מסוכנת (NASH) non-alcoholic steatohepatitis שמלווה בדלקת ברקמת הכבד ועלולה להסתיים בנזק בלתי הפיך הגורם לצלקת בכבד, דהיינו פיברוזיס, ואף לשחמת הכבד. גורמי הסיכון העיקריים להיווצרות כבד שומני קשורים לעודף משקל ולבעיות מטבוליות, בעיקר סוכרת. תופעת הכבד השומני נבדקה בארץ בסקר יחיד שבוצע

קדחת ים תיכונית (Familial Mediterranean Fever (FMF) הינה מחלה המסווגת כיום כמחלה אוטואינפלמטורית. קבוצת המחלות האוטואינפלמטוריות כוללת גם מחלות נדירות יותר כמו:

TNF receptor associated periodic syndrome (TRAPS)

Hyperimmunoglobulinemia D Syndrome (HIDS)

Familial Cold Autoinflammatory Syndrome (FCAS)

Muckle-Wells syndrome (MWS)

המאופיינות בהתקפים של חום ודלקת באיברי מטרה שונים, כולל מעטפות של איברים פנימיים כגון מעטפת הריאה, מעטפת המעי ואף מפרקים. דלקת זו מלווה בכאב עז באיבר הנפגע אך חולפת מאליה לאחר מספר ימים. הבסיס לדלקת ההתקפית במחלות אלה קשור לבעיה בקבוצת חלבונים תוך תאיים המכונה אינפלאזום. האינפלאזום מושפע מגורמים רבים חיצוניים ובעת הפעלתו טווח דלקת עיקרי, אינטרוקוין 1 הופך לפעיל ומתחיל שרשרת הפעלות של טווחי דלקת אחרים. מוטציות בחלבונים שונים המרכיבים את האינפלאזום גורמת לו לפעילות מוגברת המתבטאת במחלות הללו.

אוסטיאופורוזיס

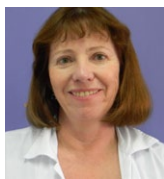
רחל קליין אחות אחראית, המח' לרפואה דחופה

אוסטיאופורוזיס היא הפרעה המתאפיינת בירידה בצפיפות מסת העצם, מצב הגורם לסיכון לשברים. איבוד העצם הוא תהליך שקט המתקדם בהדרגה וללא סימנים, עד לשבר הראשון. דלדול העצם בתקופת הבלות פוגע בעיקר בעצם הספוגית הבונה את גופי החוליות ואת פנים העצמות הארוכות. השברים האוסטיאופורוטיים שכיחים בעיקר בעצמות הבנויות מעצם ספוגית. מסות העצם משתנות מאדם לאדם והן מושפעות מהפעילות הגופנית, מהרגלי דיאטה (מיעוט סידן, צריכת אלכוהול ועישון), מהמאזן ההורמונאלי ומנטיה גנטית.

קיימות שתי קבוצות תרופות עיקריות לטיפול באוסטיאופורוזיס:

1. אנטי קטבוליות - מונעות את פירוק העצם ומשפרות בנייתה.
 2. אנבוליות - מגבירות את קצב בניית העצם.
- הטיפול הספציפי הניתן במסגרת ביה"ח לאוסטיאופורוזיס הוא מתן ערוי של התרופה ACLASTA - (חומצה זולדרונית ממשפחת

ד"ר כרמלה שכנר, מנהלת המכון האנדוקריני, מסבירה כי למרבית האנשים כיום יש רמות נמוכות מידי של ויטמין D, כנראה עקב חשיפה נמוכה לשמש וכי מחסור בוויטמין D קשור למחלות שונות כמו סכרת אוסטיאופורוזיס ואף למחלות גידוליות. במכון האנדוקריני מטפלים במבוטחי כל קופות החולים, בין היתר במתן ACLASTA דרך הוריד. הטיפול מבוצע במסגרת אשפוז יום, כשהחולה נמצא בהשגחה סיעודית ורפואית.



בין היעדים של המכון האנדוקריני - מתן שירות לקהלי יעד נוספים, הגברת שיתוף הפעולה עם מח' ביה"ח ובמיוחד עם המח' האורתופדית בנושא הטיפול באוסטיאופורוזיס לחולים לאחר שברים בצוואר הירך, התעדכנות מתמדת ושיפור מתמשך של השרות הניתן במכון, הגדלת שיתוף הפעולה עם מחלקות ביה"ח והעלאת המודעות בקרב קהל היעד לפעילויות הנעשות במסגרת המכון. ■

כאבי ברכיים האופייניים לאצנים

« ד"ר אדם ארנויך מומחה באורתופדיה ברכיים ורפואת ספורט, מח' אורתופדיה

הואיל וקשת הגילאים התרחבה והיא כוללת אצנים רבים הנמצאים בעשורים הרביעי והחמישי לחייהם, אשר לא התמידו בפעילות גופנית עד תחילת האימונים, נחשפים רבים מהמתאמנים לפגיעות מסוג של עומס יתר (Over Use Injuries) על מערכת השלד.

פגיעה אורתופדית בברכיים מסוג "עומס יתר" נקראת בעגה המקצועית "ברך אצנים" (Runner's Knee). התופעה מאופיינת בכאבים בקדמת הברך סביב הפיקה ולכיוון מרכזו, במהלך הפעילות ולאחריה. הכאב מופיע גם בכפיפה עמוקה של הברך.

הגורם לכאב נובע מחיכוך המשטח המפרקי של הפיקה, אשר לעיתים מזומנות נמצאת במנח אנטומי החורג מהנורמה. קשה להצביע על גורם יחיד לתופעה. אסימטריה של הפיקה, השטחה של הטרוכלאה - תעלה התואמת בעצם הירך, מיקום גבוה של הפיקה, השטחת הקשת האורכית בכפות הרגליים, שחיקת הסחוסים וחולשה יחסית של השרירים - כל אלה תורמים לכאב.

הכאבים מופיעים בברך אחת או בשתייהן ושכיחותם בנשים כפולה מאשר בגברים, אולי בגין מבנה האגן הרחב יותר אצל נשים והגדלת הזווית בין עצם הירך למפרק הברך הגורמת לעומס חד צדדי על הפיקה בעת מהלכה במפרק הפטלו פמורלי.

על מנת למנוע הופעת הכאב הפטלו פמורלי מומלץ לרוץ על משטחים רכים יחסית, להקפיד על סרגל מאמצים מתון ולעלות במרחקי הריצה בלא יותר מעשרה אחוזים בשבוע. גם המעבר מריצה במישור למאמץ בעליה ובלימה בירידה חייב להיעשות באופן הדרגתי ורק בשלבים המתקדמים יותר של האימון.

קיימת חשיבות רבה להתאמת נעלי הריצה. על הנעליים להתאים לרוחב כף הרגל ולא רק לאורכה. הנעל צריכה להיות מותאמת למבנה סולית כף הרגל של האצן ולתמוך בקשת הפנימית ואף לתקנה ולהרים אותה במקרים של השטחת כפות הרגליים.

הקפדה על ביצוע תרגילי חיזוק שרירי הירך הקדמיים (המיישרים) ומתיחת השרירים המצמידים (Hamstrings) ישפרו מהלך הפיקה וימנעו עליה בלחצים המפרקיים בין הפיקה לירך.

אם הופיעו כאבים בקדמת הברך, יש להוריד מיידית את מרחקי הריצה, להימנע מריצה על משטחים נוקשים ובירידה, להימנע מירידת מדרגות ומכל פעילות המחייבת כיפוף עמוק של הברכיים.

הסיכוי להשיג הטבה מהירה תלוי בנקיטת צעדי המנע מיד וסמוך להופעת הכאב. ריצה מלווה בכאב והמשך העמסת הברך ללא שינוי בתוכנית הריצה עלולים להוביל לשחיקה מואצת של הסחוס המפרקי עד פגיעה בלתי הפיכה.

אורתופד המתמחה בפגיעות ספורט ומאמן ריצה מנוסה יתרמו למניעת נזק מפרקי ויאפשרו חזרה למלוא הפעילות בהקדם. ■



ר יצה למרחקים ארוכים היתה עד לפני שנים נחלתם של אצנים מקצוענים וחובבי ספורט אקסטרים בלבד. אולם, בעשור האחרון אנו עדים לעליה חדה בשכיחות העיסוק בריצה למרחק. המודעות הגוברת ליתרונות של פעילות גופנית, העליה במודעות לאיכות החיים והפשטות הרבה שמאפיינת את העסוק בריצה, שאינו מחייב ציוד מיוחד או הכנות מורכבות, הפכו את ספורט הריצה לנפוץ ושכיח במדינות הרווחה בעולם המערבי.

תחרויות מרתון, טריאטלון, איש הברזל וריצות שדה ארוכות, הפכו למרוצים המוניים ושכיחים ואל קהל היעד הצטרפו רבבות ספורטאים עממיים בטווח גילאים רחב ומגוון.

ערים רבות בעולם הנהיגו ריצת מרתון שנתית והרישום לפופולאריות שבהן, המוגבלת לאלפי רצים, מחייב הרשמה חודשים מראש נוכח הביקוש הרב להשתתפות.

גם בארץ אנו עדים להתרחבות התופעה: במרתון הראשון שנערך בישראל בשנת 1934, בתל אביב, הזניק ראש העיר דאז - מאיר דיזנגוף, שבעה רצים. התחרות הפכה לאירוע שנתי בשנת 1977 במרתון הכנרת הראשון בו נטלו חלק 99 רצים אשר גמאו את המרחק לאורך חופה הדרומי של הכינרת. מאז, אירוע זה מתקיים בכל חודש ינואר, כשבשנת 2011 השתתפו במרוץ 1294 רצים.

לאור הביקוש הרב וההשתתפות הערה, נערכו בשנת 2011 שלושה מרתונים בישראל: בתל אביב, בירושלים ובטבריה. בנוסף, מרוץ השליחים מהר לעמק, מרוץ בו צוברות קבוצות רצים בנות ששה ושמונה משתתפים מרחק העולה על 200 ק"מ, חלק מהרצים אף גומאים קטעים העולים על 100 ק"מ.

בד בבד עם העליה במספר האצנים ובטווחי הריצה, עולה גם שכיחותן של פגיעות אורתופדיות האופייניות לספורט זה.

”

בעשור האחרון
אנו עדים לעליה
חדה בשכיחות
העיסוק בריצה
למרחק

”

הכאבים סופיעים
בברך אחת
או בשתייהן
ושכיחותם בנשים
כפולה מאשר
בגברים

גנטיקת עיניים

«ד"ר ענאן עבאסי רופא בכיר, מח' עיניים»

האוקלוסייה הישראלית הינה אוכלוסייה מיוחדת במינה, המאגדת בתוכה תתי-אוכלוסיות רבות ומגוונות. לכל תת-אוכלוסייה מטען גנטי ייחודי שהשתמר שנים רבות כתוצאה מצורת החיים הסגורה והאינדיבידואלית. הווי חיים זה גרם בחלק רב מהמקרים לריבוי נישואי קרובים ובכך, לצמצום השונות התורשתית בקרב אותן אוכלוסיות. מכאן, ניתן להניח כי כל קבוצה כזו נושאת עימה מוטציות האופייניות אך ורק לה. בעשור האחרון חלה התקדמות עצומה בתחום הגנטיקה המולקולארית של מחלות מבני אדם. גנים רבים האחראים למחלות עיניים תורשתיות מופו ואופיינו, דבר אשר הוביל לפיתוח שיטות מבוססות DNA המשמשות לאבחון, ולגישות טיפוליות חדשניות לרבות טיפול גנטי, ולידע משופר אודות המנגנונים המולקולאריים שבבסיס תהליכי המחלה.

השימוש בכלים מולקולאריים לזיהוי מוטציות ולזיהוי אנשים בסיכון ללקות במחלות תורשתיות נקרא **אבחון מבוסס DNA**. מטרת האבחון הגנטי הוא זיהוי מוקדם של המחלה במטרה למנוע או לשנות את המהלך הטבעי שלה. שתי גישות כלליות שימשו לאיתור מוטציות בגנים. הגישה העקיפה, שעושה שימוש באנליזת תאחיזה גנטית, והגישה הישירה אשר בה מזהים שינויים מסוימים ברצף ה-DNA.

השלב הראשון במחקר גנטי הוא אפיון הנבדקים בעלי הממצאים הקליניים המכוונים לאבחנה שניתן לאשרה באמצעות בדיקות גנטיות. השלב הבא יהיה קביעת קיום היסטוריה משפחתית של המחלה וצירוף עץ משפחתי מפורט. אם העץ המשפחתי מראה דפוס תורשה מנדליאני יש להיעזר בספרות המדעית ובמאגרי מידע אלקטרוניים כדי לקבוע אם הגן כבר מופה גנטית לאזור כרומוזומלי (לוקוס גנטי), ואם הגן זוהה בתוך הלוקוס. בדיקה עקיפה יכולה להתבצע אם הגן כבר מופה, אך לא זוהה. אם הגן כבר מזוהה ורצפו ידוע, ניתן לסרוק אותו באמצעות בדיקה ישירה למוטציות.

מחלות ניווניות תורשתיות של הרשתית (Hereditary Retinal Degenerations) מהוות חלק נכבד ממחלות העיניים התורשתיות. מחלות אלה הינן קבוצת מחלות מגוונות הן מבחינה גנטית והן מבחינה קלינית. רטיניטיס פיגמנטוזה (RP - Retinitis Pigmentosa) הינה הצורה השכיחה ביותר של מחלות ניווניות תורשתיות של הרשתית ובעלת שכיחות של כ- 1:4000 בעולם. רטיניטיס פיגמנטוזה יכולה להופיע באופן ספוראדי או תורשתי, בצורה אוטוזומלית דומיננטית, אוטוזומלית רצסיבית, אחוזה לכרומוזום X, די-גנית וכמו כן גם בהורשה מיטוכונדראלית. במחקרים רבים לחקר הבסיס הגנטי של רטיניטיס פיגמנטוזה זוהו פגמים בגנים המקודדים לחלבונים שונים בעלי תפקידים חשובים ברשתית. חלק נכבד מהם משחק תפקיד בתהליך התמרת האור וחלקם חלבונים מבניים בפוטורצפטורים - קולטני האור ברשתית (Photoreceptors) ובאפיתל הפגמנטי של הרשתית



בעשור האחרון קופו ואופיינו גנים רבים האחראים למחלות עיניים תורשתיות

(RPE - Retinal Pigment Epithelium). במיעוט משמעותי של המקרים ניוון הרשתית מופיע כחלק מתסמונת המערבת רקמות נוספות בגוף. במרבית המקרים הקנים (Rods) נפגעים ראשונים ברטיניטיס פיגמנטוזה, ואילו המדוכים (Cones) נפגעים משנית לפגיעה בקנים. פגיעות אלה גוררות ירידה מתקדמת בראיית לילה, היצרות שדה הראייה ובהמשך ירידה בחדות הראייה. בקרקעית העין נצפית נדידה של תאים פיגמנטים לתוך הרשתית בצורת "קוריות עצם" (Bone Spicules), היצרות של כלי הדם וחיוורון של עצב הראייה.

בשנים האחרונות נמצאו מוטציות הגורמות לרטיניטיס פיגמנטוזה ביותר מ-100 גנים שונים. תוצרי גנים אלה מעורבים במקרים רבים בתהליך התמרת גירוי האור לאות עצבי (למשל רודופסין), בעלי תפקיד מבני בקנים ובמדוכים, או משתתפים בתהליכים מטבוליים שונים בפוטורצפטורים או באפיתל הפיגמנטי. כמו כן, במקרים רבים בהם זוהה הגן הפגום, טרם הוברר תפקידו ברשתית. לרוב מתבטא הגן הפגום בקנים ואלה עוברים תהליך הדרגתי של מוות מתוכנן (Apoptosis) מסיבה לא ידועה. המדוכים נפגעים לרוב משנית לאובדן הקנים, וזאת גם במקרים שבהם תוצר הגן הפגוע מתבטא באופן בלעדי בקנים וכלל אינו נמצא במדוכים. חשוב לציין כי גם במקרים שבהם יש פגם גנטי זהה בין חולים שונים ייתכן מהלך קליני שונה, כך שגורמים סביבתיים ואו אינטראקציה עם גנים נוספים, ככל הנראה, משפיעים אף הם על מהלך המחלה. ■

חדש בצפון שרות גנטיקת עיניים במרכז הרפואי בני ציון

במרכז הרפואי בני ציון נפתח לאחרונה מערך חדשני לגנטיקת עיניים. שרות זה הינו היחיד מסוגו בצפון והוא מיועד לאתר ולאפיין מוטציות גנטיות הגורמות למחלות עיניים שונות ולאפשר מתן טיפול יעיל וממוקד. הבדיקה הגנטית, שמתבצעת באמצעות בדיקת דם פשוטה, משפרת הן את יכולת אבחון המחלה והן את יכולת חיזוי התפתחותה הטבעי.

ד"ר ענאן עבאסי, מומחה למחלות ולניתוחי עיניים ובעל תואר שני בגנטיקה מולקולארית בטכניון, מקיים מחקר גנטי מקיף, באישורה של ועדת הלסינקי, יחד עם צוות רופאים בכיר במחלקת העיניים והמכון הגנטי בביה"ח שעליו נמנים: מנהל מחלקת העיניים ויו"ר איגוד רופאי העיניים בארץ **פרופ' חנא גרזוזי**, מנהל מכון "וינטר" לגנטיקת האדם **פרופ' צבי בורוכוביץ**, מומחית לגנטיקה רפואית **ד"ר נינה יחילביץ** ומנהלת המעבדה לגנטיקה מולקולארית **ד"ר ורדית אדיר**.

כיום, ברור שבסיסן של רוב המחלות הינו גנטי והמחקרים בתחום זה הולכים ומתקדמים. טיפול גנטי מהווה את אחד האתגרים הגדולים ביותר ברפואה ובמדע. המטרה היא לטפל במחלות, לרפא ולהקל באמצעות החדרת חומר גנטי זר לגוף, המתקן את הביטוי הגנטי הפגום של האדם.

מבין המטופלים הרבים הסובלים מבעיות עיניים והנבדקים במערך החדש, מאתרים ומגייסים למחקר את המקרים מעוררי החשד, בעלי סממנים מובהקים של מחלות גנטיות. יכולים לסייע גם מקרים מעוררי חשד, שבהם יש למטופל קרובי משפחה בעלי מחלה זהה. בעזרת תרשים עץ משפחתי, ניתן ללמוד על דרך התורשה של המטופל, כך שלאחר בדיקה גנטית ניתן לאתר את המוטציה המדויקת שגרמה לבעיה העינית של המטופל או אפילו, לזהות בעזרת הסממנים את נשאי המחלות השונות. לעתים, עצם אבחון המחלה מהווה הקלה עצומה עבור המטופלים. לאחר שהאבחון צלח, מאתרים את המוטציה, שהובילה לפריצת מחלה עינית כלשהי, מכניסים אותה למאגר המוטציות וממיינים אותה לפי הסוגים השונים. ■



הכשרת אחיות אחראיות משמרת

אילנה פטרפרינד מנהלת הסיעוד

ה מספר שנים הנהלת הסיעוד דוגלת בהובלת צוות הסיעוד למצוינות ולשיפור מתמידים באיכות הטיפול ובשירות הניתן לחולה ולמשפחתו. חזון זה הינו פועל יוצא של התפיסה החדשה להערכת איכות הטיפול והשירות במקצוע הסיעוד. אם בעבר הוערך הצוות המטפל בהתבסס על ידיעותיו וכישוריו המקצועיים/רפואיים בלבד, הרי שכיום מושם דגש רב על איכות האינטראקציה שהוא מקיים עם הסובבים אותו: קולגות, מטופלים ומשפחותיהם. בהתאם לתפיסת עולם זו נולדה ההבנה כי יש צורך להשקיע, בנוסף להכשרות המקצועיות, בפיתוח המיומנויות התוך-אישיות והבין-אישיות הנדרשות לקשר שמקיים הצוות עם החולה ומשפחתו, כמו גם לשיתוף הפעולה בין ובתוך הצוותים. חמישה מרכיבים למיומנויות: ההיכרות של הפרט עם העולם הרגשי שלו; הקשר הרגשי שהוא מקיים עם אחרים; יכולתו להתנהלות אפקטיבית בזמני לחץ; יכולת הסתגלותו לשינויים ומצב רוחו הכללי. במילים אחרות - אינטליגנציה רגשית. על פי הגדרתו של פרופ' ראובן בר-און, אחד החוקרים המשמעותיים בתחום והראשון שפיתח כלי מדידה תקף ומהימן של אינטליגנציה רגשית (מבדק ה-EQI), האינטליגנציה הרגשית היא "קשת של יכולות רגשיות, אישיות וחברתיות הקשורות ביניהן ומשפיעות על יכולתו הכללית של הפרט להתמודד באופן אפקטיבי עם דרישות ולחצים סביבתיים" (1985). זוהי "היכולת לזהות, להבין ולהשתמש ברגשות שלנו ושל אחרים, על מנת להתמודד עם הדרישות שלנו ושל הסביבה מאתנו בהצלחה". האינטליגנציה הרגשית מקיפה את כל היבטי החיים. לכן, נחוצה לתפקוד

יעיל ואפקטיבי ביום-יום, במגוון התחומים והתפקידים אותם אנו ממלאים. בהתייחס לעולם הארגוני, "האינטליגנציה הרגשית מובילה לתפקוד מעולה בעבודה" (בוואטצ'יס, 1982) ומהווה "קבוצה של מאפיינים בסיסיים המבחינה בין העובדים ה'כוכבים' והעובדים הממוצעים בארגון". עוד נמצא במחקרים בשלושת העשורים האחרונים, שהאינטליגנציה הרגשית אחראית לפחות לשני שלישי מן ההצלחה של כולנו, ובמשרות ניהוליות תרומה זו אף עומדת על כ-85%. בהתאם לכך, אנו עדים בארגונים רבים למנהלים ולראשי צוותים המצטיינים בתחומים הטכניים או הקוגניטיביים הקשורים לעבודתם, אולם, חסרים במיומנויות השייכות לתחום האינטליגנציה הרגשית. מחקרים רבים מתפרסמים גם בתחום האינטליגנציה הרגשית בעולם הסיעוד, וזאת לאור הלחץ והשחיקה הכרוכים בעבודה במקצוע זה והחשיבות הרבה של הקשר הבין-אישית עם המטופלים והצוות. כך, לדוגמא, נמצא כי אחיות בעלות אינטליגנציה רגשית גבוהה משתפות פעולה היטב בצוות ומתמודדות עם קונפליקטים באפקטיביות (Morison, 2009). בהתייחס לקשר עם מטופלים, נמצא כי אחיות בעלות אינטליגנציה רגשית גבוהה מפגינות אמפתיה גבוהה כלפי קולגות וכלפי מטופלים, המתבטאת בהבנה ובמתן מענה לרגשות ולצרכים של האחר וביצירת קשר אישי וכן עימם. עוד נמצא כי הן מראות פחות סימני לחץ, חרדה ושחיקה, בעבודה (Duran, Extremera & Rey, 2004; Geritz et al. 2004), ונהנות מבריאות פיזית גבוהה יותר (Landa et al., 2010) וכי יש להן שביעות רצון גבוהה יותר

מהעבודה. בעמדות ניהול, אחיות אחראיות המפגינות רמה גבוהה של אינטליגנציה רגשית מצטיינות ביכולת המנהיגות שלהן ומצליחות להניע עובדים, לאתגר ולהוביל אותם למימוש עצמי ולמיצוי מלא הפוטנציאל הגלום בהם. לאור ממצאים אלה, בצירוף הבשורה כי ניתן לפתח אינטליגנציה רגשית בעזרת התערבות נכונה, התגבשה בי התובנה כי העלאת האינטליגנציה הרגשית של הצוות הסיעודי חיונית לשיפור עבודת הצוות, לטיפול ולהגברת ה-well-Being הכללי של הצוות ושל המטופלים. לכן, החלטנו להתחיל בבניית תהליך בו כל אחראיות המשמרת תיחשפנה למושג אינטליגנציה רגשית ולמשמעויות שלו בהצלחה האישית והארגונית של כולנו. בסדנאות עד כה, הוצגו למשתתפים היבטים תיאורטיים ומחקריים על האינטליגנציה הרגשית לשם היכרות עם עולם זה. כמו כן, המשתתפים מילאו מבדקי EQI למדידת מנת האינטליגנציה הרגשית שלהם והוצג להם פרופיל קבוצתי, במסגרתו הודגשו מרכיבי האינטליגנציה הרגשית בהם מצטיינת הקבוצה, לעומת אלה המצריכים פיתוח. לאור ממצאים אלה, התקיים מפגש נוסף בו הושם דגש על פיתוח מרכיבי האינטליגנציה הרגשית הרלוונטיים כמפתח להצלחה בעבודה ובחיים. אני סבורה שבעולמנו המשתנה כולנו חייבים ללמוד ולהתפתח כל הזמן. אין לי ספק, שכל השקעה בפיתוח האישי בתחום זה תוביל אותנו כארגון קדימה ותהפוך את כולנו לאנשי מקצוע טובים יותר המסוגלים לתת ערכים מוספים רבים ומשמעותיים למטופלים שלנו. ■

(רשימת ביבליוגרפית נמצאת אצל הכותבת)

הרחבה והאצלה של סמכויות

רחל קליין אחות אחראית, המח' לרפואה דחופה

לקידומן המקצועי ולהרחבת סמכויותיהן לעדכון שוטף של ידע ולמיומנות גבוהה. הידע הרב, הנסיון המקצועי וכן הבסיס האיתן של האחיות הקרובות למיטת החולה, תרם להרחבת סמכויותיהן ולקבלת ההרשאות.

האצלת הסמכויות מהסגל הרפואי לסגל הסיעודי משפרת את השירות ומגבירה את המוטיבציה בקרב הצוות הסיעודי. האחות עצמאיות יותר ויותר מכורח הפעולות הרפואיות שהפכו לפעולות סיעוד.

יחד עם זאת, הסגל הסיעודי נותר עדיין תחת פיקוח רפואי. יש להביא בחשבון שהרחבת סמכויותיו עלולות להרחיקו ממיטת החולה, מצב שיביא להאצלת פעולות סיעוד לגורמים אחרים כמו כוחות העזר. ■

הרשאות לצילומי רנטגן, התחלת טיפול תרופתי ואף זכות חתימה על מרשמים ועוד. "הפעולה החרیגה" היא למעשה עיסוק ברפואה המואצל לאחיות ומותנה בהסכמת המנהל הרפואי, מנהלת הסיעוד והאחות עצמה. ההרשאה לביצוע הפעולה החריגה היא אישית והאישור מוגבל למקום המצוין. הקריטריונים להסבת פעולה חריגה לפעולת סיעוד מותנים בכך, שהפעולה מבוצעת ע"י האחיות כחלק מהשגרה היומיומית של הטיפול הסיעודי ובשכיחות גבוהה והביצוע נעשה בצורה בטוחה.

אחיות המלר"ד, כבוגרות קורס על-בסיסי ברפואה דחופה, הוכשרו למיומנויות המיוחדות המאפיינות את המלר"ד ולשעת חרום. הן נדרשות בתוקף תפקידן וכתנאי

20 שנה מואצלות פעולות רפואיות לאחיות. הליך זה מעוגן בפקודת הרופאים. לאחרונה עם העיצוב מחדש של תפקיד האחיות והתאמתו לשינויים במערכת הבריאות, הליך הרחבת סמכויות האחיות תופס תאוצה.

הצורך בהסבת פעולות חריגות מסוימות לפעולות סיעוד נבע מכך שהן בוצעו ע"י אחיות בשכיחות גבוהה ובצורה בטוחה, והוסכם הן ע"י הרופאים והן ע"י האחיות להכיר בהן כפעולות סיעוד.

מתוך כוונה לקדם את נושא הרחבת הסמכויות, נפגשו אחיות אחראיות המלר"ד (המח' לרפואה דחופה) מכל הארץ עם נציגה מטעמה של האחיות הראשית הארצית, ד"ר שוש ריבא, לפגישה בה הועלו נושאים כמו



מתייגים את האלכוהול?

« ג'אנה שפס מרכזת פיתוח צוות בסייעוד

לאור שכיחות החולים האלכוהוליסטים והמודעות לתופעת התיוג, נערך מחקר ע"י הנהלת הסייעוד ורחל קליין, אחות אחראית מלר"ד, בנושא "ידע ועמדות הצוות המטפל בנושא אלכוהול וטיפול בחולים אלכוהוליסטים".

מטרת המחקר הייתה לבחון את עמדות הרופאים והאחיות בנושא "אלכוהוליסטים ומאפייני הטיפול בחולים אלכוהוליסטים", ולזהות גורמים הקשורים לעמדות כלפי איכות הטיפול בחולים אלה. המחקר נערך במהלך שנת 2010. אוכלוסיית המחקר כללה 186 משתתפים - 153 אחים ואחיות ו-33 רופאים מ-12 מחלקות בביה"ח. המחקר נערך באמצעות שאלון מובנה למילוי עצמי אשר כלל מבדק ידע בנושא אלכוהוליסטים. במחקר נמצא כי אמונות המשתתפים ביטאו התלבטות לגבי תיוג של אנשים הסובלים מאלכוהוליסטים עד נטייה לשלול את תיוגם. אמונות השוללות את תופעת התיוג של אנשים הסובלים מאלכוהוליסטים התקשרו עם עמדות חיוביות כלפי טיפול בחולים אלה. ידע רב התקשר עם האמונות השוללות את תופעת התיוג ועם הביטחון המקצועי הגבוה של הצוות המטפל.

החוקרות סבורות כי עמדות שליליות כלפי חולים אלכוהוליסטים הינן תופעה מדאיגה אשר קשורה ישירות לאיכות הטיפול הניתנת לאוכלוסיית חולים זו. לדעתן, חשוב להעלות את המודעות ואת הידע של הצוות המטפל בנושא אלכוהוליסטים, לדאוג להמשך חינוך והדרכה בקרב הצוותים המטפלים וליצור הנחיות קליניות לצורך יצירת סטנדרטיזציה במתן טיפול. לא פחות חשוב להנחיל את המושג "החולה המאתגר", אשר לו השפעה על תפיסת הצוות את החולים ועל התרבות הארגונית. ■

תופעת החולה הדחוי מוכרת היטב בעולם הרפואה. השימוש במונח חולה דחוי (the unpopular/difficult/bad patient) נעשה על מנת להגדיר בדרך כלל מטופל אשר מהווה אתגר לצוות המטפל מבחינה רפואית, חברתית, נפשית והתנהגותית. משחר ההיסטוריה תיוג ואף נודו חולים בעלי מחלות, נטיות או היבטים גופנים מסוימים, כגון: חולי צרעת, חולים פסיכיאטרים, הומוסקסואלים, נכים ועוד. לאחרונה החלו אתרי האינטרנט ואף העיתונות הכתובה לפרסם "מילון מונחים וסימנים" לציבור רחב ובו סימנים מוסכמים של הצוות הרפואי המגדירים ומתייגים חולים מסוימים, לדוגמה "IQ-PENIA" (כיניו לחולה ירוד שכלית), "בוג'ה" סינדרום. גם המושג השגור בחדרי המיון בארה"ב "GOOMER" (Get Out Of My Emergency Room) מהווה חלק מהתופעה הרחבה אך המוסתרת של תיוג החולה כדחוי. בספרות המחקרית מופיעים גורמים רבים המשפיעים על תיוג של החולה הדחוי, ביניהם נמנים גורמים הקשורים במטופל (כמו ניכור קיצוני, אלימות, התנשאות, היפוכונדריות, צורת דיבור, מראה, ריח, פריצת גבולות גוף, מחלות נפש וכו'). בין החולים המתייגים כדחויים מדווחים בשכיחות גבוהה חולים אלכוהוליסטים. על מנת להבין את העמדות השליליות כלפי חולים אלכוהוליסטים ותיוגם כדחויים, חשוב לבחון את יחס החברה כלפי אלכוהול ואלכוהוליסטים.

השימוש באלכוהול ידוע כבר משחר ההיסטוריה. עוד לפני לימוד קרוא וכתוב, למד האדם לייצר משקאות אלכוהוליים שנחשבו למתת האלים ולנשגבים מבינת האדם. לאורך ההיסטוריה יוחסו למשקאות האלכוהוליים תכונות רפואיות. כאשר ניסו לשמר תרופה כלשהיא (עפ"י רוב מעשבים למיניהם) השרו אותה באלכוהול. בהיסטוריה של ארה"ב ידועים נשיאים שתיינים או שיכורים, והיא ידועה בעובדות משעשעות על תחום היין והאלכוהול. לדוגמה, הנשיא פרנקלין ד. רוזוולט, אשר נבחר להיות נשיא ארה"ב ב-1932 גם בזכות ההבטחה להפסיק את תקופת היובש הלאומית (תקופה בה נאסר על מכירת משקאות חריפים) ששררה שם במשך שנים.

מדוגמאות אלה ניתן לראות כי החברה מקבלת בברכה את תרבות השתייה. הוכחה נוספת לכך ניתן למצוא בביטויים של אנשים מפורסמים רבים, כגון: "כשקראתי על הנזקים של שתייה מופרזת, החלטתי להפסיק לקרוא" (הני יאנגמן), "הפקתי הרבה יותר מהאלכוהול, משהאלכוהול גבה ממני" (ווינסטון צ'רצ'יל), "לעיתים אדם אינטליגנטי נאלץ להיות שיכור כדי לסבול חברת טיפשים" (ארנסט המינגווי). יחד עם זאת החברה מוקיעה אנשים אשר מאבדים שליטה לאחר צריכת אלכוהול.

עמדות שליליות כלפי חולים אלכוהוליסטים הינן תופעה מדאיגה אשר קשורה ישירות לאיכות הטיפול

כיום, שימוש מופרז באלכוהול הפך לבעיה חברתית חמורה ביותר. 2/3 מהאוכלוסייה בארה"ב ובאירופה שותים משקאות חריפים. בארץ, כמו בעולם, התופעה הולכת ומתרחבת. שכיחות החולים האלכוהוליסטים בבתי חולים הכלליים עולה בהתמדה. אורך החיים של אדם שתיין קצר בממוצע ב-15 שנה, עקב הסיכון המוגבר למוות כתוצאה ממחלות לב, ממאירות, תאונות או התאבדות. במהלך 2010 נרשמו בבי"ח בני ציון 189 אשפוזים של מטופלים עם אבחנות של alcohol abuse/ alcohol dependence.

כזיקרוטר אומה

מחלת מקצוע

«ד"ר שאול גולדשטיין
מנהל היח' לכירורגית כף היד



מחלת מקצוע היא אחת מרשימה מוגבלת של מחלות הנקובות בתקנות הביטוח הלאומי (ביטוח מפני פגיעה בעבודה). סעיף 79 לחוק הביטוח הלאומי מכיר בשני סוגים של פגיעות במקום העבודה: תאונת עבודה ומחלת מקצוע. תאונת עבודה היא אירוע שארע תוך כדי או עקב העבודה ומותיר את העובד עם פגיעה משביתה. מחלה תיחשב "מחלת מקצוע" רק כאשר היא מופיעה ברשימת המחלות שמפורטות בחוק הביטוח הלאומי. לעיתים נדרש העובד להוכיח לא רק כי חלה במחלה, אלא גם כי עסק במקצוע ספציפי אליו משייכת המחלה על פי החוק. נשאלת השאלה, מה לגבי פגיעות המתרחשות תוך כדי העבודה ובגללה, אך לא בפתאומיות ובנקודת זמן ברורה. התשובה היא שפגימה שמתפתחת לאט ובהדרגה תוגדר כמחלת מקצוע, בעוד שפגימה שניתן לאתר מבחינת הזמן והמקום תיחשב לתאונה.

התעשייה המודרנית התפתחה וחל גידול בסוגי מקומות עבודה, שדורשים הליכי ייצור ספציפיים עם התמקצעות ממושכות, או כאלה שדורשים מאמץ מתמשך, כגון: קלדנות, גזרנות, עבודות עם חומרים רעילים או מזיקים. התפתחה ההכרה בכך שגם צירוף של מקרים שכל אחד מהם הוא בעל אופי תאונתי, שלבדו אינו יכול להביא לתוצאה הסופית - הצטברות עלולה לגרום לפגיעה בעבודה. בית המשפט הבין שישנם מקרים שאינם נמנים על אחד משני הסוגים המוזכרים לעיל, אך כי יש להתייחס אליהם כפגיעה שנגרמה במקום העבודה. באמצעות פסקי דין הרחיב את היקף הכיסוי של חוק הביטוח הלאומי וקבע את המונח **מיקרוטר אומה**. פגיעות מסוג מיקרוטר אומה נגרמות כתוצאה מחשיפה מתמשכת לפגיעות זעירות, מעין תאונות קטנות, אשר הצטברו לאורך זמן וגרמו לנזק המשליך על תפקודו של הנפגע. תורת המיקרוטר אומה היא יציר הפסיקה שהתפתחה על מנת ליתן פיתרון מסוים לעובדים שחלו במחלות הקשורות לעבודתם, אך לא הוכרו כמחלות מקצוע מאחר שהן לא היו מצויות ברשימה המחלות הסגורה בתקנות הביטוח הלאומי (ביטוח מפני פגיעה בעבודה), תשי"ד-1954. למעשה, המונח מיקרוטר אומה מרחיב הן את ההגדרה של תאונת עבודה והן את ההגדרה של מחלת מקצוע. דוגמאות לכך הן: קלדנית אשר חלתה בפרקי ידיה לאחר עבודה רבת שנים במקצועה. אם עבודת ההקלדה גורמת לפגיעות זעירות לפרקי היד המצטברות לכדי המחלה רק לאחר שנים של עבודה וזהו הגורם למחלתה, הרי שסביר להניח כי היא תוכר כנפגעת עבודה; עובדת

אשר נפגעה בכתפה עקב תנועות לישת בצק להכנת ג'חנון והוכרה כנפגעת עבודה; נגר אשר עקב עבודתו נאלץ להשתמש בעבודה עם מקדחות ופטישוניס ונפגע בפרקי ידיו; פסק דין שהכיר בצרידותה של מורה כנפגעת מעבודה; סבל, אשר סחב משאות כבדים במשך שנים רבות ובעקבות כך סובל מבעיות גב, יוכל לטעון כי בכל פעם שהרים משא כבד נגרם לו נזק מזערי שאינו עומד בקריטריונים של תאונת עבודה, אך הצטברות הנזקים המזעריים לאורך השנים גרמה לנזק קבוע, ועל כן הוא עומד בקריטריונים של תאונת עבודה מבחינת מיקרוטר אומה.

ביטוח לאומי ובתי הדין הכירו בתביעותיהם של עובדים אשר נפגעו בשורש כף היד כתוצאה מהפעלת כלי עבודה רוטטים או נהיגה אינטנסיבית בשטח תוך החזקת הגה משאית רוטט. כמו כן, נמצא קשר סיבתי בין עבודה עם חומרים קפואים לבין תסמונת התעלה הקרפלית. בעניין עבודת קלדנות, קביעות המומחים הרפואיים ובעקבותיהם פסקי הדין הביאו להכרה בתסמונת התעלה הקרפלית כפגיעה בעבודה, שנגרמה לקלדנית עקב נסיבות עבודתה, בדרך של מיקרוטר אומה.

מיקרוטר אומה הינה "המפלס האחרון" עבור אדם הסובל ממחלה שאינה "מחלת מקצוע" המוגדרת בחוק ביטוח לאומי ולא נפגע בפגיעה חד פעמית. בדומה למחלת מקצוע או לתאונת עבודה במובנם הרגיל, נטל ההוכחה מוטל על הטוען כי נפגע בעבודה וכי פגיעתו נכללת בגדר מיקרוטר אומה. חשוב להדגיש, כי תורת המיקרוטר אומה אינה מטה של קסם שיש בו כדי להביא להכרה בכל מחלה ככזו אשר לה קשר לפגיעה בעבודה. ההכרה בפגיעה בעבודה על פי תורת המיקרוטר אומה תיבחן על פי הכללים שנקבעו בפסיקה. יש להוכיח כי מדובר באירוע חבלתי של פגיעות זעירות שלבדן לא מהוות פגיעה של ממש אך במצטבר באה הפגיעה; יש להביא חוות דעת רפואית לפיה מדובר במצב שהוא תוצאה של פגיעות זעירות ולא תהליך הדרגתי; יש להוכיח את הקשר הסיבתי בין הפגיעות הזעירות המצטברות לבין התוצאה בה רואים פגיעה בעבודה. ■

”

עם השנים הוכרה תסמונת התעלה הקרפלית כפגיעה בעבודה





אלימות

ומצבי לחץ

« יעל ריינר השרות הסוציאלי »

הרפואה ומהפיכת התקשורת: מהפיכת הידע מאפשרת לחולים ולקרוביהם ידע נרחב על המחלות, על השלכות המחלה, על טיפולים מתאימים. המידע עלול להיות שגוי, מוטעה או מטעה. עם זאת הוא יכול לעורר התנהגות ביקורתית ותובענית. אמצעי התקשורת, בחפשמ רייטינג, מתסיסים ומסעירים בדיווחיהם על כישלונות רפואיים ועל רשלנות רפואית. חשיפה לסדרות טלוויזיה ולסרטים יוצרת ציפיות שווא, נוצרת ציפייה ל"נס רפואי", לפתרון מהיר ומיידי של הבעיה, כפי שמוצג בסדרות כגון "חדר מיון", "שיקגו הופ" או "האוס". אכזבה מהקצב הטיפולי שמכתיבה המציאות, מהעובדה שהחולה אינו כל הזמן במרכז כפי שהוא מוצג בסדרה, שאין יצירתיות ומכשור בנמצא כפי שמציגה הסדרה - עלולים לעורר תגובות תוקפניות. חלה **שחיקה במעמד הרופא**. הטכנוקרטיה, הנגישות לידע, הגישה לאמצעי התקשורת, אילוצים כלכליים כל אלה שוחקים את מעמדו של הצוות הרפואי. היחס כלפי הצוות הופך לתובעני ומזלזל יותר, מצב המדרבן אלימות.

הצוות הסעודי חשוף, יותר מהרופאים, לחולים ולמבקרים - מבחינת משך הזמן, טיב הקשר והעבודה בשעות הלילה. לעיתים קרובות דווקא הצוות הזה, מסור ככל שיהיה, נתפס כמסדר חוסר ביטחון, חוסר מנהיגות, סימני שחיקה, אטימות לכאבים, לחרדה ולאי ודאות, חוסר סבלנות, תסכול וכך, מעורר תגובות אלימות כלפיו.

ההתנהגות בבתי החולים אינה פועלת בחלל ריק. החברה ככלל מפגינה יותר ויותר אלימות וזלזול בחיי אדם. יותר ויותר אנשים מאובחנים כסובלים מהפרעת אישיות גבולית, מהפרעות קשב וריכוז ומהתמכרויות כגון סמים ואלכוהול - הגורמים לחוסר שליטה על דחפים ולהתנהגויות אנטי סוציאליות ובעיקר מנבאים עלייה בהתנהגות תוקפנית. לאלימות השוררת בבית החולים השפעה על הצוות, היא גורמת לשחיקה מקצועית, להשפעה שלילית על הקשרים ועל היחס כלפי עמיתים, לקשיים רגשיים, לאי שקט פסיכו מוטורי. חשוב לאתר את מוקדי האלימות כדי למנוע עד כמה שאפשר את הסיבות הגורמות להתנהגות אלימה, להפחית ולמזער ככל האפשר.

בנוסף לפעילות של "נאמני אלימות" במרכז הרפואי בני ציון, מופעלות תכניות הכשרה לצוותים שמטרתן להדריך ולתת כלים להתמודדות עם ארועי אלימות. המטרה היא לשפר את התקשורת עם מטופלים מאתגרים על מנת לצמצם את האלימות למינימום. ■

ב-1961 כתב גופמן את חיבור המופת שלו "על מאפייני המוסדות הטוטליים" לאחר שערך תצפיות משתתפות בבית החולים לחולי נפש "סנט אליזבת" בווינגטון (בשנת 1955). גופמן הראה בצורה מדוקדקת כיצד אורח החיים במוסד הטוטלי הינו שונה מאורח החיים מחוצה לו, כיצד המוסד מבטל הבדלים הקיימים באספקטים רבים המאפיינים את החיים המודרניים: הבדלים בין בני אדם, תפקידים, מרחבים, תרבויות ומעמדות. המוסד הטוטלי (בית חולים, מחנה צבאי וכו') מונע מהשוהה-החוסה בו את יכולת התנועה, את אפשרויות הבחירה, את התנועה ואת השליטה במרחב ובזמן. אורח החיים הנורמאלי, משתנה עד הפרטים הגופניים האינטימיים ביותר, תוך כדי תקיפת גבולותיו של האני והשפלתו. החוסה, על פי גופמן, עובר פירוק הזהות ונישול מתפקידיו השגרתיים; הוא מעוצב ומקודד לאובייקט שניתן להזין אל תוך מערכת הניהול של המוסד, כך שניתן להתמודד עמו בקלות בפעולות שגרתיות. גופמן מתאר בפירוט רב, לעתים בצורה ספרותית, את מגוון ה"ביצועים" של ניהול החוסים ושל התנהגות הסגל ואת המפגש הבעייתי ביניהם.

גם כיום, כיוכל שנים אחרי שנכתבו דבריו של גופמן, עדיין קיימים סממנים רבים של היות בית החולים מוסד טוטאלי עם כל המשתמע מכך: **אווירת בית החולים** נתפסת לעתים כלא ידידותית, וכחודרנית באופן בולט. בבי"ח נוצר אי שוויון וחוסר איזון ביחסי חולה-צוות: החולה בעמדת נחיתות ותלות, חסר ידע, חש כאב, סבל, אי ודאות, מצוקה, חרדה, והוא בעל השאלות. הצוות לעומת זאת הינו בריא, עצמאי, בעל הידע, הוודאות, והוא בעל התשובות.

מיד בכניסה לבית חולים עובר המטופל מעין "**טקס קבלה**" (פיג'מה, תג זיהוי, מספר מיטה) המתייג אותו כחולה. המאושפז צריך להסתגל לאורח חיים זר לו, להיררכיה שאינה מוכרת לו, וזאת בזמן של תחושות מצוקה, רגישות וחוסר אונים. תחושת חוסר האונים עלולה לעורר תגובות של רוגז, אי שקט, חוסר סבלנות, צורך בהתגוננות ומכאן קצרה הדרך להתנגדות ולהבעת אלימות.

בית החולים קובע ומכתיב עבור החולה את **סדר היום**, סדר יום אחיד לכל החולים. נוצרת חדירה לפרטיות ופלישה לזמן. נוצר ניתוק מהעולם שמחוץ לבית החולים, לעתים ניתוק ממקורות תמיכה.

לרופאים **שפה מקצועית** הנתפסת כשפה "סודית" המובנת רק לסקטור זה ויוצרת חיץ לשוני, אי הבנה וחשש אצל החולה. החולה אמור לשתף פעולה ללא ערעור. לעתים קרובות יחס הצוות נתפס כמתנשא, כאטום ולא מתחשב, כלא נענה מיידית למצוקה. התפיסה את התייחסות הצוות באופן זה (כלפי החולה או כלפי קרוביו) עלולה לגרום לתגובות תוקפניות.

נראה שהרפואה נופלת **קורבן להתקדמות הידע ולהעמקתו** משום שהיא הופכת להיות יותר ספציפית וממוקדת. הרופא המקצועי נוטה להתייחס לאיבר הפגוע ולא למכלול.

ידוע שיש **עומס** רב על הצוות המטפל, עומס המקצר את זמן המגע בין רופא/אחות לחולה ומקשה על יצירת קשר עם המטופל. בדיקות וטיפולים רבים נעשים באמצעות מכשירים ללא קשר אנושי. לא תמיד יש רצף בהעברת המידע. העומס בלילות או בסופי שבוע גדול יותר, מקשה על הצוות להיות קשוב וסבלני ומעורר עוד יותר תגובות תוקפניות.



המאושפז צריך להסתגל לאורח חיים זר לו



החברה ככלל ספגינה יותר ויותר אלימות וזלזול בחיי אדם. יותר ויותר אנשים מאובחנים כסובלים מהפרעת אישיות גבולית

הגברת היענות לטיפול

רחל וויטיץ מתאמת מערך טרום ניתוח

למרות המודעות הגבוהה הקיימת לבריאות, אנשים מתקשים לבצע תהליכי שינוי הנדרשים לשם השגת אורח חיים בריא. הקושי גדול פי כמה כאשר השינוי נכפה עליהם כתוצאה ממצב בריאותם. ארגון הבריאות העולמי מציין כי 35% - 50% מהחולים יימנעו בדרך כלשהי מלמלא את ההנחיות והטיפול הרפואי שנקבע להם (WHO 2003). חוסר היענות שכיח יותר במצבי חולי כרוניים. כצוות מטפל אנו נדרשים להדריך חולים לשינוי באורח חיים, כחלק מהטיפול. האתגר העומד בפנינו הוא כיצד להתגבר על ההתנגדות לשינוי. כדי למצוא את הדרך עלינו לזהות בראש ובראשונה היכן נמצא המטופל מבחינת מוכנותו לשינוי על מנת לדעת באיזה מיומנויות להשתמש כדי להניעו. אחד המודלים שיכולים לסייע לנו הוא ה **MOTIVATIONAL INTERVIEW** אשר בבסיסו נמצאת ההנחה כי תפקידנו כמטפלים למצוא את הדרך להניע את המטופל לפעולה אשר תשפר את מצבו הבריאותי.

שישה שלבים זהו בתהליך השינוי

1. **PRECONTEMPLATION** - המטופל כלל לא חושב על השינוי. הוא מכחיש את העובדה שיש לו בעיה רפואית או מתעלם ממנה. בשלב זה המטופל לא משתף פעולה כלל ותפקידנו כמטפלים לנסות ולהעלות

למודעות את הבעייתיות של המצב. 2. **CONTEMPLATION** - שלב ההרהור. מאופיין באמביוולנטיות רבה כלפי השינוי, אך יש כבר מחשבות על הצורך בשינוי ושקלול של יתרונות מול חסרונות. 3. **PREPARATION** - היערכות לשינוי. המטופל מוכן לשינוי, מוכן להתחייב לביצוע, מתחיל לאסוף מידע על תוצאות השינוי, מציב מטרה ולפעמים ניתן לראות צעדים קטנים לקראת השינוי. שלב זה מתאפיין במוטיבציה גבוהה ובהתלהבות לקראת ביצוע השינוי. 4. **ACTION** - נקיטת צעדים מעשיים לקראת השגת המטרה שנקבעה. 5. **MAINTENANCE** - תחזוקה. השלב בו נדרש המטופל לשמירה על אורח החיים החדש, להימנעות מפיתויים ומכשולים שעשויים להחזיר אתו לנקודת ההתחלה. 6. **RELAPSE** - מעידה. בכל שינוי התנהגות צפויה מעידה. חשוב להכין את המטופל לאפשרות זו ולהיערך לכך.

העקרונות המנחים בתהליך הם:

• **הקשבה אקטיבית** - זהו דפוס התקשורת הבסיסי בתהליך. ההקשבה האקטיבית פירושה התמקדות בנאמר לשם איסוף מידע הדורש התייחסות נוספת. בשלב זה על הצוות המטפל להימנע מעמדה סמכותית ומהנטייה ליעץ ולתת פתרונות מידיים.

- **תקשורת אמפאטית** ולא שיפוטית. זיהוי מקור ההתנגדות לשינוי, האמונות, המחשבות והנחות היסוד הגורמות להתנגדות. עצם ההכרה בהתנגדות מקטינה אותה ומפנה את המטופל לאפיקי מחשבה נוספים.
- **שאלות, שאלות ועוד שאלות!** שאלות פתוחות שתאפשרנה דיון פתוח באופן שיוביל את המטופל לחשיבה ולמציאת דרכים שונות לביצוע השינוי.
- **זיהוי הערכים** והאמונות המניעים את המטופל. שכן זהו אחד הגורמים החשובים המובילים לשינוי.
- **העלאת המוטיבציה לשינוי** - מהם יתרונות השינוי? מהם חסרונות המצב הקיים? מדמים את תמונת העתיד ואת החוויה הרגשית לאחר ההצלחה.
- **חיזוק תחושת המסוגלות העצמית** - העלאת של התנסויות אישיות חיוביות מהעבר ומתחומי חיים שונים.
- **חיזוק המחויבות לשינוי** - חיזוק המוטיבציה ע"י קישור ההתנהגות הרצויה לערכים ולאמונות. יצירת סביבה תומכת, משפחתית ורפואית.
- **בניית תכנית פעולה אישית** המתאימה למטופל. החזרת האחריות והשליטה בחיים לידי המטופל. אוטונומיה ושיתוף הן מילות המפתח. קביעת המטרות והיעדים עם המטופל ולא עבורו. קביעת יעדים ומטרות ברי השגה, התקדמות בצעדים קטנים תוך עידוד והערכה לכל הישג. ■

חדשות אגודת הידידים

ענת אהרונוביץ מ"מ מנהלת האגודה

להצטרף למועדון בדיעה כי רכישת החברות במחיר סמלי מופנית למטרות בריאות וחשובות.

• בחודשים יוני - יולי הוקדשה פעילות המועדון לבריאות האישה. הדובדבן שבקצפת היה יום בריאות ענק שכלל צעדה לאורך רצועת החוף שבין מלון "ליאונרדו" לחוף "דדו" בחיפה. בצעדה קיבלו הנשים חולצות וכובעים, חטיפי אנרגיה ומי בריאות. בסיום הצעדה חגגו הנשים בהפנינג גדול שכלל דוכני בריאות והסברה, חלוקת חטיפי בריאות, עיתוני בריאות, משקאות אנרגיה ונהנו משיעורי זומבה, אירובי, עיצוב וטאי-צ'י, עם מיטב מאמני ה**הולמס פלייס**, שנתנו חסות על האירוע.

את היום כולו הנחתה אשת התקשורת **מירב מיכאלי**, שצעדה יחד עם הנשים, והעלתה לדיון את הסוגיה "מי בריאות יותר, נשים נשואות או נשים רווקות?!"

עוד השתתפו - מ"מ ראש עריית חיפה תא"ל במיל' גב' **חדווה אלמוג**, ד"ר **רופא**, גב' **ליאורה קליש** ומנהלת המועדון **גבי כץ**, אשר הציגה את הפעילויות המגוונות הרבות המתוכננות ע"י המועדון במהלך השנה הבאה. ■

תרומות אלו מסייעות רבות לרווחת ציבור המטופלים והצוות הרפואי.

מועדון LADIES BNAI ZION

• מועדון "ליידיס בני ציון" - מועדון הנשים הגדול והאיכותי של נשות חיפה והקריות מבית האגודה בראשותה של ליאורה קליש, ממשיך לגדול ולהתפתח. המועדון מונה כבר כ- 700 נשים התורמות 120 ש"ח מדי שנה וניהנות ממגוון פעילויות ייחודיות ומפנקות. • בימים אלה המועדון מרחיב את פעילותו גם לקריות, ובחודש יוני האחרון התקיימה השקה חגיגת של פורום ליידיס בני ציון בקריות, בראשותה של **דפנה צורי**, שכללה הקרנת טרום בכורה של הסרט "לארי קראון", בכיכובם של ג'וליה רוברטס וטום הנקס באולם ה **VIP**. באירוע החגיגי נכחו מנכ"ל המרכז הרפואי, ד"ר **רופא**, מנכ"ל הקריון **דודו שגיא**, יו"ר האגודה, גב' **ליאורה קליש**, ראש פורום ליידיס בקריות, **דפנה צורי** ועוד רבים שנהנו מכיבוד עשיר וסרט טוב. כל ההכנסות מהאירוע, יוקדשו לרכישת מכשור רפואי נחוץ למח' יולדות, מח' נשים ולמרפאת השד.

דפנה צורי קראה לכל הנשים בקריות

אירועים

• באמצע ספטמבר השתתפו ד"ר **רופא**, מנכ"ל ביה"ח ויו"ר האגודה, גב' **ליאורה קליש**, במספר אירועי התרמה גדולים ובחוגי בית בלוס אנג'לס, סאן פרנסיסקו וניו יורק. לנסיעה זו הצטרף בהתנדבות כ"כ **נחמן שי**, אשר הרצה והסביר באירועים אלה על ביה"ח ועל המצב בארץ.

• ערב הגאלה השנתי התקיים החודש באודיטוריום חיפה, ובו הופיעו על במה אחת **שירי מימון** ו**שמעון בוסקילה**. על הנחיית הערב וקטעי סטנדאפ היה אמון **רשף לוי**.

תרומות

• **ועד עובדי חברת חשמל** ממשיכים לתרום לבית החולים. בערב גאלה של הליידיס הוחלט להרים תרומה עבור מחלקת נשים וכן, עבור כירורגיה, פגיה והרדמה.

• **עמותת "רעות"** גילתה עניין מחודש בבית החולים ותרמה ביד רחבה - \$250,000 לרכישת מכשירים רפואיים למחלקות השונות בבית החולים.

• קרן אדמונד ונאדין דה רוטשילד מתעניינת בביה"ח, ומתעתדת להרים תרומה נדיבה עבור מח' קרדיולוגיה.

תעלומת ה-IBD

פרופ' אלכסנדרה לביא מנהלת מכון גסטר

מנגנון התחלואה, הגורם למערכת החיסונית לעבוד ביתר, שווקו תרופות רבות שתפקידן לדכא פעילות זו. הצטבר מידע רב לגבי אופי הפעילות של המערכת החיסונית, וכיצד ניתן לחסום חלבונים פעילים מתוכה. האם לתת לחולה במחלת קרוהן את התרופות החדשות האלה, או שמא להעדיף את התרופות הוותיקות והמוכרות? זו דילמה קשה, וכמו בכל דבר ברפואה, יש לכך גישות שונות.

כידוע, לכל טיפול יש מחיר, ואלה הן תופעות הלוואי. האם התרופות החזקות יתנו ריפוי טוב יותר, ואולי החולה ישלם בעתיד מחיר על כך? שאלות רבות עדיין, ללא מענה.

לחולים המורכבים, יש באפשרותנו להציע טיפולים בהליכי ניסוי מתקדמים וכך לעזור לקבוצה גדולה של חולים. בין התרופות שיש לנו- MP 6 של טבע שמכוון ישירות למעי וכך מאפשר הקטנת המינרן והקטנת תופעות הלוואי; תרופות ביולוגיות, העוצרות פעילות של ציטוקינים גורמי דלקת כמו ADHESION IL-23, IL-12 ו-IL-6; נוגדי MOLECULES אשר יוצרות דלקת במעי; נוגדי TNF ארוכי טווח.

תמיכה רבה, לב פתוח ובית פתוח וכמובן, אמפטיה לחולים - אלה עוזרים מעל לכל. ■



מדוע אדם צעיר ובריא הופך פתאום לאדם חולה, היא שאלת השאלות שאין לרפואה תשובה עליה. איזה תהליכים מתרחשים בגוף המסתורי שלנו, שגורמים לו להתנהג אחרת? מדוע המערכת החיסונית מתחילה להילחם בכל כוחה במזהם מסתורי שלמעשה אינו קיים?

אנו מנסים להבין, חוקרים אספקטים שונים של המחלה, את תפקידי המזון ואת תהליכי החימצון בחולים ובמודלים של המחלה בבעלי חיים.

ההחלטה על צורת הטיפול בחולי IBD מורכבת מאד, מאחר שאין בידינו לרפא את המחלה, אלא להביאה לרגיעה. מתוך הבנת

ה מקצוע שלנו, גסטרואנטרולוגיה, מצטייר אוטומטית כ"אנדוסקופיסטים הדוחפים צינורות לכל החורים".

החידושים הטכנולוגיים, אשר הביאו את הרפואה למקצועיות פחות ופחות פולשנית, לא פסחו עלינו. כיום ניתן לבצע פעולות כירורגיות מרובות דרך אנדוסקופים ולמנוע פתיחות בטן וחה.

חברינו הכירורגים, טוענים שאנחנו כירורגים בנשמה, אבל לב המקצוע אינו בטכנולוגיה, אלא במחלות הדלקתיות הכרוניות של מערכת העיכול, הנקראות בעגה הרפואית IBD.

החולים האלה, רובם צעירים מאד בעת האבחון, מהווים אתגר מקצועי, מסובך וייחודי. הרופא, בגישתו, יכול לקבוע אם יחיו חיים מלאים, או יהפכו לנכים כרוניים. אנחנו, צוות גסטרו, בנינו בבית החולים בית לחולי מחלת קרוהן וקוליטיס כיבית. החולים מוצאים תמיד דלת פתוחה ואוזן קשבת אצל הצוות. העידוד הקבוע הזה, נותן להם את הכוח להתגבר על התקופות הקשות שלהם, ולהסתכל קדימה בתקווה. אין אתגר גדול יותר לרופא מאשר ללוות אדם צעיר, שאובחן באופן פתאומי כחולה כרוני, ולתת לו תקווה לחיים בהם המחלה, אמנם הופכת למטרד אך לא למגבלה ענקית.

נקודות לציון

הפעילות בארגון היא התנדבותית ומעניקה הזדמנות לפתח ולקיים קשרים בינאישיים ומקצועיים בינלאומיים, לחוות חוויות תרבותיות ואנושיות מרתקות ולהכיר שיטות וגישות מקצועיות שונות.

תוכנית ההשתלמויות, המתקיימות מזה כ-12 שנה, הופכת את המשתלמים פה לשגרירים מלאי הערכה למדינתנו השומרים על קשרים אישיים ומקצועיים אתנו. ■

ברכות על קבלת תואר פרופסור

• לד"ר אלישע בר מאיר מנהל מכון הרנטגן

• לד"ר ישראל הלחמי מח' אורולוגיה

• לד"ר ג'ורג' מוגילנר מנהל מח' כירורגית ילדים

ומהמסירות הרבה. הן שוחחו על ההבדלים הרבים שיש בין השירותים הניתנים כאן לעומת אלה הניתנים בארצותיהן. לבסוף הודו על האירוח, על הזמן היקר שהוקדש לביקור ועל היחס הלבבי.

ההשתלמות המקצועית אורגנה ע"י ארגון CIF אשר הוקם באירופה בשנת 1960 ע"י עובדים סוציאליים ואנשי מקצועות נלווים מתחום החינוך, הדרכת נוער, פסיכולוגיה, סיעוד וכד', במטרה לקדם את ההבנה ואת השלום בין עמים באמצעות תוכניות השתלמות לאנשי מקצוע בעלי ניסיון. תוכניות ההשתלמות הינן ייחודיות בצורת האירוח (הן מתקיימות בבתיים של חברי הארגון), בקיום תוכנית מקצועית הכוללת אוריינטציה למערכת הארגונית, החברתית, הכלכלית והפוליטית ובפגישות עם אנשי מקצוע.

לארגון CIF סניפים הפועלים בכ-32 מדינות, וכעשר מדינות מפעילות אנשי קשר עם הארגון. הארגון מקיים כנסים מקצועיים דו-שנתיים במקומות שונים בעולם ומפיק עיתון פעמיים בשנה.

• ב-15.06.2011 התקיים יום עיון הנוגע לנושאים ולטיפולים המיוחדים למלר"ד. מנהלי מלר"דים ואחיות אחראיות מכל אזור הצפון נפגשו בתום יום העיון והוחלט למסד את הפעילות הזו.

המפגשים יכללו תמהול של ונטילציה, העברת מידע וכן דרכי פעולה ופרויקטים משותפים לכלל המלר"דים.

פורום צפון מתייחס לאיזור שבין נהריה ועד חדרה והוא כולל את שלושת ביה"ח בחיפה, את מלר"ד בי"ח העמק בעפולה, מלר"ד פוריה, מלר"ד נצרת ומלר"ד צפת.

• במסגרת השתלמות מקצועית של עמותת ח.ק.ר. (חינוך קהילה ורווחה) שהתקיימה לפני חודשים ספורים, ביקרו בבית החולים שתי משתלמות מטורקיה ומאסטוניה כדי להכיר את השירותים המקצועיים הניתנים אצלנו ולאפשר החלפת מידע על העבודה המקצועית הנעשית כאן ובארצות אחרות. אסתר מייסטר, סגנית מנהלת השרות הסוציאלי, קיבלה את פני האורחות אשר התרשמו מהעבודה המקצועית, מהיזמה

