



אינפורמציון

מגזין המרכז הרפואי בני ציון | ספטמבר | 2012 | גיליון 19



המרכז הרפואי

בני ציון



להרגיש בבית, גם כשחולים

» דבר המערכת



« דבר המנהל

בי"ת זה אוהל - את זאת למדנו כבר בשנה שעברה. אל"ף זו אחריות. משה סילמן, הצית עצמו למוות לאחר מאבק אבוד מראש. מוות זה הוביל לויכוח ציבורי וערני שעסק בשאלה האם מדובר בטרגדיה פרטית או לאומית. האם משה סילמן הוא אדם שכשל בשל נסיבות אישיות וחוסר מזל, או שמא המעשה שלו מהווה נורה אדומה, פרוג'קטור, שמעיד על מצבן העגום של רשויות הרווחה בישראל. עקיבא מפעי הלך בדרכו. לא בטוח שזו דוגמא טובה לחיקוי - מה שברור הוא שאפשר ללמוד מזה משהו, או לפחות להיזכר בדברים שחלקנו בוחרים לשכוח. לא מעט אנשים הופכים לשקופים בעולם הזה, המון אנשים צריכים תמיכה בסיסית. ומאחר וכולנו יחד מרכיבים את המדינה הזאת, האחריות שיהיה כאן טוב יותר היא האחריות של כולנו.

אפשר להניח כי במקרים אלה לא מדובר רק בטרגדיות אישיות. לו היו רוצים, יכלו גם סילמן וגם מפעי לשים קץ לחייהם במקום שקט, "בחצר האחורית". הם לא עשו זאת, כנראה משום שחשבו שבמותם הם מקדישים את חייהם למטרה נעלה. מין תחושת שליחות שנולדה מתוך ייאוש וחוסר אונים. במותם רצו לזעזע ולהפנות אצבע מאשימה כלפי מי שתפסו כאחראיים למותם. בל נטעה - זוהי לא הדרך. לכל אדם אחריות אישית לגורלו. עם זאת, במדינה מתוקנת נקבעת כתובת לטיפול במצבים כאלה כדי לאפשר תקווה ואופציה לאנשים להתקיים בכבוד. לא יותר ולא פחות.

עצוב לשמוע כי דווקא אזרחים הממלאים את חובם לחברה - משרתים בצה"ל, משלמים מסים, מצייתים לחוק, דווקא אלה מוצאים עצמם, לעיתים, בפני שוקת שבורה. גם כשהם אוספים את שארית כבודם ופונים לרשויות הרווחה, הם לא פעם מטורטרים בסבך הביורוקרטיה, מושפלים עוד ועוד, עד שעבור חלקם לא נותרת עוד תקווה. מוות, במקרים אלה הוא לא מעשה קדוש. הוא מעשה ייאוש מיותר, אך הוא גם אות קין עבורנו כחברה. נאמר "כל ישראל ערבים זה לזה" - האמנם? בעבר סברו כי אנשים מקפחים את חייהם על קידוש השם. היום הם עושים זאת בגלל ריבים על משאבים, על הזכות לחיות בכבוד, ולפעמים גם בגלל אגו של פוליטיקאים. ומאחר שאנו, כחברה, כבר מזמן הבנו שהאחריות האמיתית מוטלת כנראה עלינו - יצרנו ערוצים הומאניים אחרים כדי לסייע לנזקקים. מה שלמדנו בחודשים האחרונים ובכלל - שאף פעם זה לא מספיק. בערב ראש השנה, כשנסב לשולחן החג, נתפלל "שיפה ושונה תהיה השנה אשר מתחילה לה היום".

שנה טובה,
המערכת

המרכז הרפואי שלנו חוגג השנה 90 שנה להיווסדו ואנו מציינים זאת במספר אירועים, חלקם כבר חווינו וחלקם יבואו בהמשך.

זוהי הזדמנות נאותה להזכיר לכולנו כמה נקודות ציון בדרכו של המוסד שלנו:

- 1922 - הקמת ביה"ח ע"י ארגון "הדסה" כביה"ח היהודי הראשון בחיפה ששירת את הלוחמים לעצמאות ישראל ובחשאי את המעפילים הבלתי לגליים. הוא מנה אז 36 מיטות במבנה מגורים בסמוך לבניין הטכניון הישן.
 - 1930 - 1949 - ביה"ח נמסר ע"י "הדסה" לוועד הקהילה היהודית אשר מגייסת לטובת ביה"ח את משפחת הברון רוטשילד התורמת את הקרקע להרחבת בית החולים במיקומו החדש (הנוכחי). לכבודם שונה שם ביה"ח ל"רוטשילד". בתקופה זו ביה"ח מכיל 85 מיטות, 3 מחלקות ומעבדה אחת.
 - 1946 - הקמת ביה"ס לאחיות.
 - 1949 - 1975 - ביה"ח מנוהל ע"י עיריית חיפה וזוכה בשנים אלה לתנופת פיתוח גדולה. כעת הוא מונה 330 מיטות, מחלקות חדשות רבות נפתחות ואיתן מעבדות נוספות.
 - 1975 - היום - ביה"ח עובר לבעלות הממשלה כאשר אנו, העובדים, ממשיכים להיות עובדי עירייה.
 - בשנת 1988 מסייע ארגון בני ציון בארה"ב בהקמת האגף המערבי של ביה"ח ובהסכמת משפחת רוטשילד מוסב שם ביה"ח ל"בני ציון".
- זוהי, על קצה המזלג, ההיסטוריה של ביה"ח שלנו וכל המעוניין יוכל לקרוא על כך בפירוט יתר באתר ביה"ח. והיום, רק לאחרונה נוספו לביה"ח עוד מיטות וכעת אנו מונים 417 מיטות אשפוז ועוד 16 מיטות אשפוז יום.

עמיתי היקרים, כולנו "סובלים" מהלמות הפטישים בכל רחבי ביה"ח - הבנייה בעיצומה ובסופה נקבל תוספת ניכרת לשטח ביה"ח לרווחת כולם. במקביל אנחנו במו"מ מול משרד הבריאות להגדיל את מספר מיטות ביה"ח בכ-25 מיטות נוספות, לפתיחת מחלקה נוספת ולקליטת מכשיר MRI קבוע שבשלב ראשון יוצב בחניית ביה"ח ולאחר השלמת הבנייה ישכון קבע באזור ההרחבה. תכניות רבות עדיין לפנינו ונמשיך בעזרתכם בקידום ובפיתוח ביה"ח, הכל לרווחת המטופל והמטפל. אני מאחל לכם ולכל יקיריכם, שנה טובה ומבורכת, שנה בה נמשיך ונהיה גאים בחלקנו בבית "בני ציון".

חג שמח,
ד"ר א. רופא
מנכ"ל המרכז הרפואי

« המערכת

עורכת

עו"ד חנית שורץ מנהלת מח' שיווק וקשרי חוץ

חברי המערכת

- אינה גרינברג אחות אחראית, מח' קרדיולוגיה
- 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

כל הכתוב במגזין "אינפורמציון" מהווה מידע בלבד, ואינו מהווה תחליף מכל סוג שהוא ליעוץ ו/או לטיפול רפואי, ואין לראות בו הוראה לטיפול עצמי, לאבחון ו/או המלצה לטיפול מכל סוג שהוא. כל ייעוץ ו/או טיפול חייב להינתן באופן אישי ע"י רופא ותחת פיקוחו.

התפשטות מחלות בכפר הגלובלי

אפידמיולוגיה

« רופ' ישראל פוטסמן מנהל היח' למחלות זיהומיות



אין בכלל ספק שתנועת אנשים זרזה את העברת המחלה לכל היבשות. דוגמאות לא חסרות: המקרה הראשון באירופה היה של מלח נורבגי שנדבק ע"י קיום יחסי מין הטרוסקסואליים, חזר לביתו והדביק את אשתו, וזו הדביקה את בתה. ההעברה בארה"ב וקנדה הייתה מהירה בשל דייל יפה תואר שכונה "Patient zero" אשר קיים יחסי מין עם בני זוג רבים. בשנת 2010 חיו בעולם 34 מיליון אנשים עם נגיף האיידס. כ- 25 מיליון אנשים נפטרו מהמחלה.

קדחת דנגי: קדחת דנגי היא מחלה וירלית המועברת ע"י עקיצות יתוש האאדס. קיימים שני יתושי אאדס עיקריים - *A. aegypti*, *A. albopictus*. המחלה מתבטאת בחום גבוה, כאבי ראש וכאבי שרירים שנמשכים כשבוע. דנגי מוכרת למעלה מ-150 שנה בשמות שונים ונפוצה בכ-100 מדינות משני צידי קו המשווה. כמה גורמים חברו יחד והביאו להתפשטות חוזרת של המחלה, שהיתה נפוצה רק במזרח הרחוק והקרוב. ראשית, הגברת הסחר העולמי - ביצי היתושים עברו כסוס טרויאני בתוך צמיגים שעברו מהמזרח הרחוק לדרא"מ. שנית, ההתחממות הגלובלית הביאה לנדידה של היתושים בכיוון של התרחקות מקו המשווה. יתושי אאדס נמצאים היום בדרום ארה"ב וגרמו להופעת המחלה. בישראל (כאן היתה המחלה נפוצה לפני 80 שנה ויותר, בעידן הביצות) חזר יתוש הנמר האסייתי (הוא האאדס). שלישית, הפסקת השימוש ב-DDT (הוא האאדס). כקוטל יתושים. ב-DDT החלו להשתמש במלה"ע השנייה, וב-1948 זכה ממציאו, פול מולר השווייצרי בפרס נובל. אולם, ב-1972 בעקבות חשש מפוטנציאל מסרטן, החומר הוחרם בארה"ב ומאוחר יותר בעולם כולו.

הנה כי כן, אנו רואים כי גורמים שונים - תחבורתיים, גיאוגרפיים, סוציאליים והתנהגותיים מסבירים את הקלות הבלתי נסבלת שבה עוברים פתוגנים שונים בין ארצות ואנשים. כולם מדגימים את גודלו הקטן יחסית של הכפר הגלובלי. ■

במשך מרבית קיומו של ההומו-ספיניס, אוכלוסיות בני האדם היו מבודדות זו מזו. רק לאחרונה החל קשר הדוק בין האוכלוסיות השונות. הקשר הזה התהדק בעיקר בעקבות שכלול אמצעי התעבורה-מכוניות, אניות ומטוסים. התנועה של אוכלוסיות, אם בגלל מצב כלכלי, אם בגלל מצב פוליטי, או רצון לכבוש טריטוריות חדשות גרמה גם למעבר של חיידקים, נגיפים וטפילים למקומות חדשים. יש המעריכים כי עד למלחמת העולם השנייה, יותר אנשים מתו ממיקרואורגניזמים מאשר מפצעי מלחמה. קצב ההעברה של החיידקים הלך וגבר: בתחילה היה תלוי ביכולת ההליכה של האדם, לאחר מכן במרחק פרסות הסוס והיום ביכולות של סופר-מטוסים. משנת 1800 ועד היום יכולת התעבורה של האדם גדלה פי 1000. היעילות והמהירות של תנועת האדם חושפת את המין האנושי לחיידקים ולנגיפים שלא היו מוכרים בסביבה הקרובה. דוגמאות מהעבר הרחוק והקרוב יותר לא חסרות - כולרה, דבר, סיפיליס, AIDS, SARS, שפעת פאנדמית ועוד. דרכי ההעברה שונות ומגוונות: יתושים, מים, אוכל, ביוב, שיעול ואפילו כפות ידינו. על מגוון הנושאים הללו ידון מאמר זה.

כולרה: המחלה נגרמת ע"י החיידק ויבריו כולרה המועבר ע"י מים נגועים או אוכל. המחלה גורמת להתייבשות מהירה ולמוות. תיעוד ראשון על המחלה אנו מוצאים בימי היפוקראטס ובודהה. במשך כמעט מאתיים השנה האחרונות המחלה הצליחה להתחמק שבע פעמים מכור ההיתוך שלה (בנגאל המערבית בהודו) ולגרום לפאנדמיות. פאנדמיות אלה פגעו בעולי רגל, בכוחות לחממים ובאוכלוסיות שלוות וגרמו למותם של מיליונים. מאחר והחיידק משנה את מבנהו, לא מן הנמנע שבעתיד הקרוב נראה פאנדמיות נוספות.

דבר: מעריכים כי יותר מ-200 מיליון בני אדם נפטרו מדבר בשלוש הפאנדמיות הגדולות בין המאות ה-14 ל-17. חיידק הדבר - ירסיניה פסטיס מועבר מעכברושים לאדם באמצעות פרעושים. אבל למרות זאת ברור כי האדם ונסיעותיו (מלחמות או מסחר) הם הגורמים האחראים להתפשטות המפתיעה של חיידק זה. אמנם איננו רואים יותר פאנדמיות של דבר, אבל הדוגמא של ההתפרצות בהודו (1994) עם 52 מקרים בלבד, שגרמה לנזק של מיליארד דולר לכלכלה ההודית, מהווה תמרור אזהרה ברור.

סארס (SARS): נגרם ע"י נגיף Coronavirus שהחל את מהלכו בבעלי חיים ועבר אדפטציה טובה לבני אדם. ב-21 בפברואר 2003, רופא סיני חולה, ממחוז גואנגדונג, בילה לילה אחד במלון בהונג-קונג, וגרם להתפרצות ביותר מ-8000 חולים, ב-26 מדינות (5 יבשות). יחסית לפאנדמיות אחרות אחוז התמותה היה נמוך (9%), אולם מהירות ההתפשטות של הנגיף מצביעה על הפוטנציאל הגבוה הקיים גם היום (אולי במיוחד היום) למגיפה עולמית. הנזק הכלכלי שנגרם ממגיפה זאת (בעיקר עקב ביטול טיולים והשקעות באסיה) מוערך ב-30-140 מיליארד דולר.

נגיף הכשל החיסוני הנרכש-איידס: ההתפשטות של נגיף האיידס/HIV היא דוגמא טיפוסית להתפשטות מחלות בכפר הגלובלי. באמצעות טביעות אצבע גנטיות אנו יכולים לומר היום בברור כי המחלה החלה כבר לפני 1970 באפריקה בקרב שימפנזים. בשנות ה-70 וה-80 של המאה הקודמת המחלה הדביקה כבר כ-300,000 חולים. אמצעי ההעברה המוכרים היו פעילות מינית מתירנית, מחטים מזהמות, דם ומוצריו.

”

היעילות והמהירות של תנועת האדם חושפת את הסיון האנושי לחיידקים ולנגיפים שלא היו מוכרים בסביבתם הקרובה

”

בשנת 2010 חיו בעולם 34 מיליון אנשים עם נגיף האיידס. כ-25 מיליון אנשים נפטרו מהמחלה

טיפול בדום נשימה בשינה

הווה ועתיד

«פרופ' אריה אוליבן מנהל מח' פנימית ב' ד"ר יניב דותן מח' פנימית ב'»

אסתטית, לחץ באזור הפנים, תחושת מחנק, יובש בדרכי האוויר, גודש באף ואי נוחות הקשורה בחבישת המסיכה טרם השינה. חברות מסחריות רבות מנסות לפתור את סוגיית ההיענות הנמוכה על ידי הצעת מגוון מסיכות בגדלים ובצורות שונות, הוספת כריות רכות למסיכה, מכשירים המכוונים את לחץ האוויר באופן הדרגתי, מסיכות המותאמות לאף בלבד ועוד. על אף מאמציהן, ההיענות לטיפול, לצערנו, נשארת נמוכה. מכאן עלה הצורך לטיפול אחר בתסמונת דום נשימה בשינה.

טיפול יעיל ועם זאת קשה לביצוע הוא ירידה במשקל. ההנחה הרווחת היא שרקמת שומן המצטברת ברקמות הרכות סביב דרכי הנשימה העליונות מחלישה את שרירי דרכי הנשימה העליונות, מצרה את המעבר ותורמת להגברת הנטייה לתמט דרכי האוויר. כך לדוגמה, עלייה ב- 10% במשקל גוף מעלה פי 6 את הסיכון לפתח הפרעה בינונית-קשה בחולים עם הפרעה קלה, ושינוי של כל 1% במשקל הגוף מלווה בשינוי של 3% בתדירות הפסקות הנשימה. כלומר, ירידה של כ- 10% ממשקל הגוף צפויה להביא לירידה של כ- 30% בתדירות הפסקות הנשימה. מרבית חולי דום נשימה בשינה סובלים מעודף משקל, ולאלה מומלצת ירידה במשקל, אשר תתרום, בנוסף לירידה בחומרת התסמונת, גם לירידה בחומרת יתר לחץ דם, סכרת ויתר שומנים בדם אשר בדרך כלל מלווים את התסמונת המטבולית. ירידה במשקל אפשרית על ידי שתי דרכים עיקריות - שינוי תזונתי או ניתוח בריאטרי, המיועד לחולים עם עודף משקל קיצוני. תסמונת דום נשימה בשינה אינה מהווה התוויה לניתוח בריאטרי כשלעצמה, אך בדרך כלל, החולים המתוכננים לעבור ניתוח בריאטרי סובלים גם ממנה. מחקרים מצאו הטבה ניכרת בחומרת התסמונת לאחר ניתוח בריאטרי וירידה משמעותית במשקל הגוף.

טיפול נוסף המוצע לחולים עם תסמונת דום נשימה בשינה הינו ניתוח המבוצע על ידי רופאי אף-אוזן-גרון

דום נשימה בשינה הינה תסמונת נפוצה עם שכיחות של כ- 5% באוכלוסייה הכללית. אבחון התסמונת מתבסס על קריטריונים מעבדתיים הנמדדים במעבדת שינה (פוליסומנוגרפיה) או בביקות שינה ביתיות ועל תסמינים כגון עייפות יומית, הירדמות במצבים לא רצויים במהלך היום (נהיגה, עבודה וכו'), ירידה קוגניטיבית, דיכאון וכאבי ראש ביקצה. התסמונת מסווגת לפי דרגות חומרה שונות הנקבעות על פי תדירות הפסקות הנשימה, כלומר מספר הפסקות הנשימה לשעת שינה, כאשר עד חמש הפסקות נשימה לשעה נחשבות כמצב תקין באנשים בריאים. התסמונת נצפית בשכיחות גבוהה יותר אצל גברים, בבעלי משקל עודף, ובאנשים בעלי שינויים מבניים בלסת המצרים את דרכי האוויר (רטרוגנטיה) וכן אצל אנשים בעלי מבנה צוואר קצר ועבה.

הסיבה לתסמינים מהם סובלים החולים הינה קיטוע השינה על ידי יקיצות חוזרות הנגרמות עקב תמט דרכי האוויר בזמן שינה. הירידה במתח השרירים (טונוס) בזמן שינה חושפת את החולים אשר להם דרכי אוויר מוצרות, להצרות נוספת הגורמת לחסימה חלקית (היפופנאה) או מוחלטת (אפנאה) של דרכי האוויר בזמן השינה. בד בבד עם חסימת דרכי האוויר חלה ירידה ברווי החמצן בדם (דה-סאטורציה) ועלייה בפחמן הדו-חמצני (היפרקפניאה) הגורמים לעלייה בדחף הנשימתי מול דרכי אוויר חסומות. בסופו של דבר גורם דחף זה ליקיצת החולה, לפתיחת דרכי האוויר וחזור חלילה. במקרים קשים מספר המחזוריים הללו יכול להגיע בלילה אחד למאות, כך שלמעשה הם אינם מסוגלים להיכנס לשינה עמוקה (שלבים 3, 4 ושנת חלום), ומתעוררים בבוקר עייפים ומותשים לאחר מספר שעות של "לחימה". חוקרים מצאו כי חולים עם תסמונת דום נשימה בשינה הם בעלי סיכון כפול למעורבות בתאונות דרכים קטלניות בשל נטייתם להירדם בזמן נהיגה.

מזה כשלושה עשורים נמצא במחקרים רבים קשר בין תסמונת דום נשימה בשינה למחלות קרדיו-וסקולריות, בעיקר יתר לחץ דם והפרעות קצב. לדוגמה, בחולים עם תסמונת דום נשימה לא מטופלת, נצפתה עלייה עד פי 4 - 5 בהתקפי פרפור פרוזדורים. מזה שנים רבות מתואר גם הקשר בין התסמונת להפרעות אנדוקרינולוגיות כגון עלייה בעמידות לאינסולין הקשורה לסוכרת מסוג 2 והתסמונת המטבולית. הטיפול העיקרי המוצע היום לחולים הינו שימוש במכשיר CPAP (continuous positive air pressure) - מסיכה המחוברת למשאבת אוויר הדוחפת דרך האף, בדרך כלל, אוויר בלחץ קבוע לתוך דרכי הנשימה. העיקרון העומד מאחורי טיפול זה הינו פשוט ויעיל - מניעת תמט דרכי האוויר על ידי לחץ האוויר המוזרם דרכם. דומה הדבר להזרמת מים בלחץ גבוה בצינור גמיש וכך נמנעת קריסתו. הטיפול ב- CPAP כה יעיל, עד שכמעט כל החולים אשר משתמשים בו נהנים משיפור מידי ודרמטי מבחינת ירידה במספר הפסקות הנשימה, והקלה בסימפטומים. למרות זאת, ההיענות לשימוש רציף ב-CPAP נמוכה. הסיבות שונות: הפרעה

” לחולים עם תסמונת דום נשימה בשינה יש סיכון כפול למעורבות בתאונות דרכים קטלניות

” מחקרים רבים מצאו קשר בין תסמונת דום נשימה בשינה למחלות קרדיו-וסקולריות, בעיקר יתר לחץ דם והפרעות קצב



”
**טיפול חדשני,
 הנמצא בימים
 אלה בשלבי
 מחקר מתקדמים,
 הינו גירוי חשמלי
 של עצב הלשון
 בזמן השינה.**

החשמלי. במחקר הראשון הוכחה יעילותו ובטיחותו של הקוצב, ולאחר מקצה שיפורים טכנולוגי ופיזיולוגי נערך השלב הבא (PHASE 2) בשלושה מרכזים בעולם - ארה"ב, בלגיה וישראל. המרכז הישראלי נוהל על ידי פרופ' אוליבן כחוקר ראשי, ובוצע בשיתוף פעולה של המרכז הרפואי בני ציון ורמב"ם. מספר המשתתפים הגדול ביותר מבין כל המרכזים גוייס על ידי המרכז הרפואי בני ציון שהיה גם היחיד שביצע, במקביל להשתלת מערכת הקיצוב, שורה של ניסויים בסיסיים מורכבים לשיפור הבנת השפעת התכווצות השרירים על זרימת האוויר. המחקר עקב אחר החולים תקופה ממושכת, ותוצאותיו החיוביות פתחו את השער להמשך המחקר לשלב השלישי והקובע (PHASE 3). מחקר רב מרכזי זה יכלול מאות חולים ויקבע את בטיחותה ויעילותה של מערכת הקיצוב לשם אישורה על ידי ה-FDA כמוצר רפואי לטיפול בתסמונת דום נשימה בשינה.

עד כה הושתלו במסגרת המחקר למעלה מ-150 מערכות קיצוב ברחבי העולם. נוכח הצלחת הניסויים בחברה המובילה, קמו עוד מספר חברות הזנק המפתחות מערכות דומות. על תוצאות מחקרים אלה נוכל לעדכן בהמשך. בינתיים המלצתנו לסובלים מדום נשימה בשינה היא לרדת במשקל (אם הם סובלים מעודף משקל) ולהשתמש ב-CPAP בעיקר כאשר חומרת מחלתם היא בינונית ויותר, על מנת לשפר את איכות חייהם, ולמנוע את התפתחות הסיבוכים הפוטנציאליים בטווח הרחוק. ■

תודה לדייר נווה טוב על הערותיו ועל תרומתו לכתבה.

הנקרא UPPP (uvulo-palato-pharyngo-plasty), הכולל הסרת מירב הרקמות הרכות שאינן שרירים מאחורי הלשון. יעילות טיפול ניתוחי זה שנויה במחלוקת. ההתוויה המקובלת ביותר לניתוח הינה חסימה מכאנית ברורה הנראית לעין כגון הגדלת שקדים או ענבל. רק כ-20% מחולי דום נשימה בשינה נחשבים למתאימים לניתוח זה, וגם באלה ההצלחה היא חלקית, עם הישנות שכיחה של התסמינים. ניתוחים מורכבים יותר מיועדים לחולים עם עיוותים אנטומים נדירים.

בחולים עם תסמונת קלה או באנשים נוחרים ללא התסמונת, יעילים התקנים לשינוי מנח הלסת (mandibular advancement devices), הפועלים בעיקר על ידי קידום הלסת התחתונה יחסית ללסת העליונה, ובדרך זו הזזת כל הלשון קדימה. התקנים אלה הוכחו כמשפרים תסמינים בחולים קלים ומפחיתים את צפיפות הפרעות השינה, אך אינם מהווים פתרון ראוי לחולים הסובלים מתסמונת בינונית-קשה. רק התקנים המותאמים אישית על ידי רופאי שיניים ו/או רופאי פה ולסת בעלי הכשרה בשטח זה, נמצאו יעילים.

נוכח שכיחות התסמונת מחד, וחסרונותיהם של הטיפולים המוצעים כיום מאידך, יש צורך בדרכי טיפול נוספות. טיפול חדשני, הנמצא בימים אלה בשלבי מחקר מתקדמים, הינו גירוי חשמלי של עצב הלשון בזמן השינה. האפשרות התיאורטית לשימוש בטכניקה זו הועלתה מאז הובן תפקידם של השרירים המרחיבים והמייצבים את הגרון, ומונעים את קריסתו ואת חסימתו על ידי הלשון. מאחר וגם החולים הקשים ביותר אינם סובלים מחסימת הגרון בערות, היה סביר להניח שכל מה שנחוץ הוא רק "לשמור על ערנותם" של השרירים המייצבים את הגרון גם בזמן השינה. מחקרים רבים בחנו את השפעת התכווצות השרירים המקיפים את הגרון באמצעות גירוי חשמלי בחיות ובבני אדם. אחד החלוצים המובילים בתחום זה בעולם הוא פרופ' אריה אוליבן, מנהל מחלקה פנימית ב', החוקר שנים רבות את המכניקה של מעברי האוויר באזור הגרון ואת השפעתם של השרירים המקיפים אותו על זרימת האוויר.

בבסיס טיפול זה עומדת ההנחה כי קידום הלשון מונע את תמט דרכי האוויר ואת חסימתו. הלשון מורכבת ממספר שרירים אשר הגדול והעיקרי בהם הוא שריר הגניוגלוסוס - השריר מקדם הלשון, המעוצב על ידי העצב הקרניאלי ה-12, ההיפוגלוסוס. גירוי חשמלי של ענפים מתאימים של העצב גורם להפעלת הגניוגלוסוס והנעת הלשון קדימה, דבר הגורם להרחבת/פתיחת הגרון שמאחוריה. בשנת 2001 בוצע לראשונה ניסוי בבני אדם (PHASE 1) בו הושתלו קוצבים בבית החזה אשר גירו חשמלית את עצב ההיפוגלוסוס בזמן שאיפה. אלקטרודה תת עורית דקה מחברת בין הקוצב לעצב ההיפוגלוסוס, וחיישן בבית החזה מזהה את שלב הנשימה - שאיפה או נשיפה. בעת השינה מזהה המערכת את השאיפה המלווה תמיד בלחץ שלילי בגרון ועלולה לגרום לקריסתו, והקוצב שולח גירוי חשמלי כל משך השאיפה לעצב המפעיל את השריר מקדם הלשון ומונע את קריסת דרכי הנשימה. יתרונה העיקרי של מערכת הקיצוב הוא בהעדר אביזרים חיצוניים - החולה מפעיל אותה לפני השינה באמצעות שלט ונרדם מבלי לחוש בגירוי

טיפול לשימור פוריות

« ד"ר סאמר חורי רופא בכיר ביחידה להפריה חוץ גופית, מרכז תחום שימור פוריות

לגבי נשים עם סרטן שד - ראוי לציין כי פרוטוקולי הטיפול שלנו ייחודיים למצבים אלה, ומשלבים תרופות הממזערות את השפעת ההורמונים על השד גם במצבים שישנם קולטנים להורמונים ברקמה הסרטנית. פרוטוקולים אלה מצויים בשימוש בעולם כבר שנים, והוכח שאינם מעלים את הסיכון לפגיעה בפוריות.

הקפאת פיסות שחלה - אצל נשים צעירות, שאין די זמן לגירוי השחלות ולשאיבת ביציות, ניתן להוציא רקמת שחלה ולשמרה בהקפאה עד לאחר הטיפול. אם מתברר כי התפקוד השחלתי אבד ומאגר הזיקים נהרס כתוצאה מהטיפול, ניתן להשתיל בחזרה את רקמת השחלה שהוקפאה ולהשתמש במאגר זיקים זה לצורכי פרוין.

פעולה זו ניתנת לביצוע לצרכי שימור פוריות גם בקרב נשים ללא בן זוג, ואף לנערות וליולדות. הוצאת רקמת שחלה להקפאה הנה פעולה כירורגית לפרוסקופית קצרה, שאינה דורשת הכנה מיוחדת וניתן להתחיל את הטיפול הכימותרפי סמוך לניתוח. חשוב להדגיש כי השימוש בטכנולוגיה זו עדיין מצוי בשלבי הראשוניים, ובעולם דווח על כ-14 ילדים שנולדו כתוצאה משיטה זו.

הקפאת ביציות בשלות - בנשים בוגרות, שאינן נשואות ואינן מעוניינות בשימוש בשירותי בנק הזרע, ניתן לשאוב ביציות בשלות מתוך השחלה במחזור הפריה חוץ גופית ולהקפיאן ללא הפריה. טיפול זה דומה לטיפול המתואר בהקפאת עוברים.

בשנים האחרונות הושגה התקדמות משמעותית בשיטת הקפאת הביציות והשרדותן לאחר הפשרתן, זאת עקב שימוש בשיטה הנקראת זיגוג (vitrification) בה מבוצעת הקפאה מהירה בהשוואה לשיטה האיטית והישנה.

ביחידה להפריה חוץ גופית במרכז הרפואי שלנו, בניהולו של ד"ר אילן קלדרון, משתמשים בשיטה זו זמן רב. אנו מבצעים, בהתאם להנחיית משרד הבריאות, הקפאת ביציות גם עבור נשים בריאות המעוניינות לדחות את מועד ההיריון והלידה מסיבות שונות.

הסטת שחלות - יש להגן על השחלות של נשים העוברות טיפול קרינתי לאגן על ידי קיבוען מחוץ לשדה קרינה, תוך שמירה על אספקת הדם שלהן. הרחקת השחלות משדה הטיפול הקרינתי מקטין את מידת הפגיעה, העלולה להיות מוחלטת או חלקית, בזיקים. כיום, ניתן לבצע פעולות אלה באמצעות לפרוסקופיה, ללא פתיחת בטן. לאחר הטיפול, ניתן להשיג פרוין על ידי מחזור הפריה חוץ גופית או לאחר החזרת השחלות למקומן.

דיכוי שחלתי בזמן טיפולים כימותרפיים - עשוי להגן על השחלות מפני הפגיעה הנגרמת כתוצאה מטיפולים כימותרפיים. טיפול זה מונע דימום מוגבר או דימום לא סדיר בזמן הכימותרפיה. ■

הטיפול המתקדמים במחלת הסרטן, על כל סוגיה, הגדילו באופן משמעותי את שיעור ההחלמה. אחת המטרות החשובות הניצבות כיום לנגד עינינו הינה למזער, ככל שניתן, את הנזק הנגרם לפוריות כתוצאה מהטיפולים הכימיים ו/או הרדיותרפיים. להלן מעט נתונים ביחס להיארעות מחלת הסרטן בקרב נשים צעירות:

בשנת 2011 אובחנו בארה"ב כ-4010 נשים הסובלות מלימפומה מסוג Hodgkin Lymphoma (HL). 1,760 מהן היו מתחת לגיל 34. שיעור ההישרדות הכללי במחלה זו בנשים מתחת לגיל 49 לאחר 5 שנים (5 year survival) הינו 90% - 95%. באותה שנה אובחנו בארה"ב כ-30,000 מקרים חדשים של Hodgkin Lymphoma (NHL), כ-1,670 מתוכם היו נשים מתחת לגיל 34. שיעור ההישרדות הכללי במחלה זו לאחר 5 שנים בנשים מתחת לגיל 49 הינו 80% - 85%.

בשנת 2011, אובחנו כ-2,410 מקרים חדשים של ALL, 1,750 מתוכם היו נשים מתחת לגיל 34. שיעור ההישרדות לאחר 5 שנים בין השנים 2001 - 2007 הינו 64%. ב-CLL, שיעור ההיארעות של מחלה זו 6,000 מקרים בשנה. מחלה זו נדירה בגילאים מתחת 34 (0.3%) שיעור ההישרדות לאחר 5 שנים הוא 78%. ב-2011 אובחנו בארה"ב כ-230,480 מקרים חדשים של נשים החולות בסרטן השד - 11,000 מהן מתחת לגיל 40. שיעור ההישרדות לאחר 5 שנים הינו 90%.

הטיפול במחלת הסרטן הינו מגוון וכולל טיפול קרינתי, שימוש בתרופות כימותרפיות, ניתוחים והשתלת מח עצם. אחת מהתוצאות המאוחרות של טיפולים אלה הינה עקרות ואובדן התפקוד השחלתי. מידת הסיכון לאובדן הפוריות משתנה בהתאם לגיל ובהתאם לסוגי הטיפולים. מאחר ומדובר בנשים צעירות שחלקן עדיין מעוניינות להקים משפחה וללדת ילדים, חשוב להעריך את הסיכון לפגיעה בפוריות ובהתאם לזאת לשמר אותה, טרם תחילת הטיפולים.

טיפולים לשימור הפוריות

יש להעריך את מידת הסיכון לפגיעה בפוריות בהתאם לגיל המטופלת, לסוג הטיפול במחלה ולזמן שנותר עד לתחילת הטיפולים במחלת הסרטן. בהתאם לכך יקבע סוג השימור המוצע.

האפשרויות לשימור פוריות, המוצעות גם במרכז הרפואי שלנו כוללות:

הפריית מבחנה ושימור עוברים - הקפאת עוברים למשך תקופה ארוכה. זהו טיפול יעיל אשר נמצא בשימוש מזה שנים רבות. אפשרות שימור זו מומלצת לנשים נשואות, במצבים המאפשרים דחיית הטיפול במחלת הסרטן. במצב זה יעברו הנשים טיפולי הפריה חוץ גופית (IVF) והקפאת עוברים לפני מתן טיפול הפוגע בשחלות. נשים שאין להן בן זוג ומעוניינות באפשרות זו, יכולות להשתמש בבנק הזרע שלנו.

”

אחת מהתוצאות
המאוחרות
של טיפולים
במחלת הסרטן
הינה עקרות
ואובדן התפקוד
השחלתי

”

יש להעריך את
מידת הסיכון
לפגיעה בפוריות
בהתאם לגיל
המטופלת, לסוג
הטיפול במחלה
ולזמן שנותר
עד לתחילת
הטיפולים
במחלת הסרטן.

מדל טוב!

בן או בת?

« ד"ר נינה ייחילביץ מכון שמעון וינטר לגנטיקה של האדם

י ילוד המאובחן עם התפתחות לא תקינה של אברי המין, מהווה אתגר אבחנתי וטיפולי עבור הרופא המטפל. היכולת לאבחן מצבים מסוג זה התקדמה במהירות בשנים האחרונות וכיום, ברוב המקרים, ניתן להגיע לאבחנה מדויקת תוך זמן קצר.

הפרעה בהתפתחות אברי המין או (Disorders of Sexual Development) DSD עם חוסר יכולת לקבוע את מין הילוד (או העובר) על פי בדיקה גופנית, מתייחסת לקבוצת מצבים מולדים המתאפיינים בחוסר התאמה בין מין כרומוזומלי, גונדות ואיבר מין חיצוני.

חלק גדול מהפרטים עם DSD מתייצגים עם התפתחות לא תקינה של איבר המין החיצוני (ambiguous genitalia) כגון: אשכים טמירים היפוספדיאס, קליטורומגליה, איבר מין נקבי עם אשך נמוש. חשוב להגיע לאבחנה מהר ככל שניתן, הן כדי ליידע את הורים על מין הילוד, והן כדי לבנות תוכנית טיפולית מתאימה ולמנוע סיבוכים רפואיים וחברתיים.

מצב חרום חברתי

למילים הראשונות שנאמרות בחדר לידה השפעה גדולה על ההורים ועל הקשר שלהם עם התינוק, ולכן, במקרים שיש קושי לקבוע את מין הילוד על פי הבדיקה הגופנית הראשונה בחדר לידה, מומלץ להימנע מלקבוע האם מדובר ב"היא" או "הוא".

התפתחות מין תקינה

כדי לאבחן מצבי DSD, יש להכיר ולהבין את ההתפתחות התקינה של איברי המין הזכריים והנקביים. התפתחות העובר מתחילה מאותו מבנה משותף גם לעוברים ממין זכר XY וגם לעוברים ממין נקבה XX. מצב זה נמשך עד לשבוע השביעי להריון, כאשר בעוברים שנושאים כרומוזום Y מתחילה התפתחות האשכים. התפתחות תקינה של אשכים וגם של שחלות דורשת מעורבות ותפקוד תקין של גנים רבים. מוטציות בגנים אלה עלולות לגרום למצבים שונים של DSD.

אנמנזה ובדיקה גופנית

הבירור מתחיל בהיסטוריה המיילדותית. חשוב לברר אם הייתה הפרעה אנדוקרינית במהלך ההריון (placental aromatase deficiency luteoma) או אם הייתה חשיפה לתרופות (אנדרוגנים, פניטואין). באנמנזה משפחתית יש לשאול על מקרים של מוות לא מוסבר בגיל הינקות (congenital adrenal hyperplasia-CAH), לקבל פרטים על מומים במערכת המין או השתן וכן על בעיות פרויון, לשאול אם יש נשים עם אמינוריה (androgen insensitivity) או קרובי משפחה חולים (עשוי לכוון אותנו לזיהוי מחלות מועברות בתורשה רצסיבית כגון CAH, disorders of androgen biosynthesis).

בנוסף, יש לבצע בדיקה גופנית של היילוד לאיתור ממצאים או מומים היכולים להוביל אותנו לאבחנה ספציפית.

בבדיקת אברי המין החיצוניים יש לחפש סימנים של וירליזציה, גודל הפין (ביילוד אורך הפין מעל 2 ס"מ, יש להתאים את המדידה לשבוע הריון), מיקום פתח האורטרה, שק אשכים. אם לא ניתן למשש אשכים בשק, יש לחפש אותם במפשעה או בחלל הבטן

(בעזרת בדיקת US או אפילו באמצעות לפרוסקופיה. בנוסף יש לחפש קווים דיסמורפיים ומומים שלא מערבים איברי המין, לדוגמה:

- יילודים עם congenital gonadotropin releasing hormone deficiency להתייצג עם חיך ושפה שסועה כחלק מ-midline defect.
- יילוד עם תסמונת Smith-Lemli-Opitz (הפרעה במטבוליזם של כולסטרול) יכול להתייצג עם מומים רבים בנוסף ל-ambiguous genitalia כגון: היקף ראש קטן, מיקרוגנטיה, אוזניים נמוכות, סינדקטיליה בכפות הרגליים.

בדיקות מעבדה

הערכה מעבדתית ראשונית כוללת בדיקת כרומוזומים ורמות של adrenal steroids.

א. בדיקת כרומוזומים. בדרך כלל בודקים כרומוזומים בתאים הלבנים מהדם ההיקפי. לאור האפשרות של mosaicism (ערבוב של תאים של מבנה כרומוזומלי שונה) מומלץ לבדוק כ-100 תאים. תשובת כרומוזומים עוזרת בסוג DSD.

ב. מומלץ לבדוק נוכחות גן SRY (חשוב להתפתחות תקינה של אבר מין זכרי) בשיטת FISH או PCR על מנת לצמצם את האפשרויות האבחנתיות. נוכחות של גן SRY ביילוד עם מבנה כרומוזומלי XX 46 מכוון אותנו לכך שמדובר בשחלוף (SRY translocation). חסר של SRY בפרטים עם קרויטיפ XY 46 מצביע על חסר של הגן SRY.

ג. חשוב לבדוק רמות של 17 hydroxyprogesterone בכדי לשלול CAH הנגרמת מחסר של hydroxylase. 21 (סיבה שכיחה של ambiguous genitalia). מדובר במצב מסכן חיים העלול לגרום ל-adrenal insufficiency בשבועות הראשונים לחיים. כמו כן, יש לבדוק רמת אלקטרוליטים לפחות פעם ביום עד לשלילת אפשרות של CAH.

כיום, כל היילודים עוברים, לאחר 72 שעות מהלידה, במסגרת בדיקות הסקר השגרתיות, גם בדיקה לאפשרות של CAH.

ד. יש לבדוק את כל היילודים עם DSD גם למצבים נדירים יותר של CAH.

הדמייה

מומלץ לבצע בדיקת US של הבטן והאגן כדי לחפש גונדות, רחם, שחלות. במקרים מורכבים יש לבצע לפרוסקופיה אבחנתית ולאתר את הגונדות.

טיפול

כולל טיפול רפואי ופסיכוסוציאלי. לידת תינוק עם DSD הינה משבר משפחתי. מומלץ לבנות תוכנית אבחנתית וטיפולית בשיתוף ההורים, לאחר בדיקה של צוות מומחים שונים: אנדוקריןולוג, גנטיקאי, רופא ילדים וכירורג, ועו"ס. ■



גנטיקה



יילוד המאובחן עם התפתחות לא תקינה של אברי המין, מהווה אתגר אבחנתי וטיפולי עבור הרופא המטפל.



כדי לאבחן מצבי DSD, יש להכיר ולהבין את ההתפתחות של איברי המין הזכריים והנקביים.

פריחות בהריון

« ד"ר פאולה שטרק מומחית ברפואת עור, היח' לכירורגיה פלסטית

עד כה, לא הוכח כי אטופיק דרמטיטיס משפיע לרעה על מהלך ההריון. יש לציין כי נטילת סטרואידים סיסטמיים או מריחתם על שטח גוף גדול עלולים לגרום להאטה בצמיחת העובר.

גורמי סיכון הקשורים לפריחה אטופית אצל הילוד הם: אטופיה אצל האם; ילוד ממין זכר; לידה לאחר המועד.

INTRAHEPATIC CHOLESTASIS OF PREGNANCY

מאופיין על ידי גרד, ללא פריחה, שמופיע לרוב בשליש האחרון של ההריון ומלווה בהפרעות בתפקודי כבד, ללא מחלת כבדית. לאחר הלידה התופעות נעלמות ללא טיפול. הגרד נובע מעליה של רמת מלחי המרה ושקיעתם בעור. הטיפול מתמקד בתסמינים אך גם בהורדת רמת מלחי המרה באמצעות שימוש באורסוליט המקל על הגרד. לאחר השבועות 37 - 38 דווחו מקרים הכוללים סיכונים לעובר, לרבות מקרי מוות.

HERPES GESTATIONES

הרפס גסטטיוניס (אין קשר לזיהום וירלי. מקור השם הוא במראה פריחה הדומה להרפס) הוא פריחה נדירה, אך אופיינית להריון, המופיעה בד"כ בשליש השני או השלישי להריון (בין השבועות 21-28). תוארו מקרים נדירים של הופעת הרפס גסטטיוניס גם לאחר הלידה. גם במקרה זה הגרד מלווה בפריחה של רבדים אורטיקריאלים המתחילה מסביב לטבור ומתפשטת במהירות על פני עור הגוף לרבות בכפות הידיים והרגליים, לא כולל צוואר ופנים. תוך מספר ימים הפריחה הופכת שלפוחיתית.

לעתים קרובות, פריחה מסוג זה מופיעה גם בהריונות נוספים, בד"כ בשלבים מוקדמים יותר ובצורה קשה יותר, זאת בשל נוכחות נוגדנים נגד מרכיב הממברנה הבסיסית של העור.

הטיפול הראשוני הינו מתן סטרואידים במינון נמוך (20 - 40 מג') דרך הפה במשך כל ההריון. ההשפעה היא משמעותית כבר לאחר מספר ימים של טיפול. במקרים בודדים כאשר אין תגובה לטיפול בסטרואידים, ניתן לטפל במדכאי מערכת החיסון כגון: AZOTHIOPRINE, CYCLOPHOSAMIDE או PLASMAPHERESIS.

ב 20% מהמקרים הסיכונים לעובר הם משקל לידה נמוך ולידה מוקדמת. לעיתים קרובות, מתרחשות הפלות. ב 10% מהמקרים המחלה מופיעה גם אצל הילוד.

פריחה פולימורפית של ההריון

זוהי אינה פריחה אופיינית להריון ומופיעה בד"כ בשליש האחרון. הפריחה שכיחה יחסית - מקרה אחד מתוך 160-240 הריונות. לרוב, הפריחה מתחילה מתוך סימני המתיחה של הבטן (לא סביב הטבור) במופע של קשריות אורטיקריאליות מגרדות, כשלפוחיות או כאודם בשטחים גדולים של העור. השכיחות גבוהה יותר בהריון ראשון, בהריונות מרובי עוברים, אצל נשים עם משקל עודף ובד"כ בעוברים ממין זכר.

לאחר הלידה התופעה נעלמת, ללא טיפול, והיא אינה מהווה סיכון לאם או לעובר. הסיבה לפריחה עדיין לא ברורה אם כי קיימות מספר תיאוריות, חלקן קשורות לנוכחות של DNA של העובר בעור האם. הטיפול הוא בהתאם לחומרת הפריחה והתסמינים, וכולל שימוש בתכשירים אנטיהיסטמינים, הרטבות בעזרת מים קרים ושימוש בסטרואידים. ■

בתקופת ההריון מתרחשים שינויים הורמונאליים, אימונולוגיים ומטבוליים המשפיעים על העור בצורות שונות.

קיימים שינויים פיזיולוגיים בעור, לדוגמה שינויים בפיגמנטציה (כתמים בפנים, התכהות הפטמות וקו הבטן), שינויים במערכת האנדוקרינית ובכלי הדם (הופעת כלי דם חדשים ובולטים) וכן בציפורניים ובשיער.

ניתן לחלק את הפריחות בהריון לשתי קטגוריות עיקריות:

1. תופעות המושפעות על ידי ההריון:

Atopic eruption of Pregnancy (AEP)

Intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP)

2. תופעות ספציפיות לזמן ההריון:

Herpes (pemphigoid) gestationis (HG)

Polymorphic eruption of pregnancy (PEP, ex PUPPP)

לעיתים, ההריון משפיע לטובה על מחלות עוריות קיימות (לדוגמה אקנה או פסוריאזיס), אך לעיתים לרעה כלומר, בהחרפת מחלה (לדוגמה לופוס).

ATOPIC DERMATITIS

זוהי הפריחה הנפוצה ביותר בזמן ההריון עם שכיחות של 36% - 50%. בקרב יותר מ 46% מהנשים עם אטופיק דרמטיטיס חלה הרעה במצב הפריחה בזמן הריון. רק 25% מהם מרגישות הטבה בהריון.

הסימנים הקליניים של אטופיק דרמטיטיס (עור יבש, פריחה אדומה מגרדת ועליה ב-IGE) אינם שונים בזמן הריון, גם הסיכון לזיהומים סטפילוקוקלים או הרפטים אינו שונה. יחד עם זאת, נשים בהריון עם אטופיק דרמטיטיס סובלות פחות מתופעות אלרגיות של דרכי הנשימה (אסטמה או נזלת אלרגית).

הטיפול אינו שונה מהטיפולים המקובלים לאטופיק דרמטיטיס וכולל שימוש בסבונים עדינים או שמן אמבט למניעת יובש בעור.

במצבים חריפים משתמשים במשחות על בסיס סטרואידים בשטחים קטנים של העור כדי למנוע ספיגה גדולה של קורטיזון. במקרים קשים מומלץ, אחרי השליש הראשון להריון, שימוש קצר מועד בפרניזון דרך הפה או טיפול בכדורים אנטי היסטמינים. טיפול נוסף באטופיק דרמטיטיס קשה בזמן הריון הינו NARROW-BAND UVB אשר נחשב בטוח. ארטרומיצין ופניצילין במתן דרך הפה מומלצים במקרים של זיהום משני, זובירקס מומלץ כאשר יש חשד לזיהום מהרפס ממושט, וגם הוא בטוח בהריון.

”
לעיתים, הריון
שפיע לטובה
על מחלות
עוריות קיימות
(לדוגמה אקנה או
פסוריאזיס), אך
לעיתים, לרעה
כלומר, בהחרפת
מחלה (לדוגמה
לופוס).”

”
ATOPIC
DERMATITIS
זוהי הפריחה
הנפוצה ביותר
בזמן ההריון

תסמונת המעיי הקצר בילדים

« ד"ר נדב סלייפר רופא בכיר, מח' כירורגית ילדים

תסמונת המעי הקצר הינה בעיה רפואית קשה הנגרמת בדרך כלל בעקבות פגיעה באספקת הדם לקטע מעי, ובעקבות זאת לכריתה כירורגית של מקטע זה. בפגים, הגורם השכיח לכך הוא דלקת נמקית של המעי NECROTIZING ENTEROCOLITIS (NEC). מצבים אחרים היכולים לגרום לכך הם איטמות של המעי עם חוסר של קטעי מעי או תסביב של מעי עם נמק.

לאחר כריתתו, המעי הקצר אינו מסוגל לספוג את חומרי המזון הנחוצים לגדילתו ולהתפתחותו של הילד. הטיפול המיידני מחייב השלמת הכלכלה ע"י הזנה תוך-ורידית קבועה. הזנה זו מתבצעת דרך צנתר מרכזי המושאר לאורך זמן, והיא ניתנת בדרך כלל במהלך שעות הלילה, על מנת לאפשר לילד להיות נייד במהלך היום. טיפול זה כרוך בסיכון לפגיעה משמעותית בכבד ובסיכון לזיהומים קשים עקב הגוף הזר הקבוע. נדרש מעקב קבוע על מנת לוודא שלא מתפתחים חסרים תזונתיים שונים.

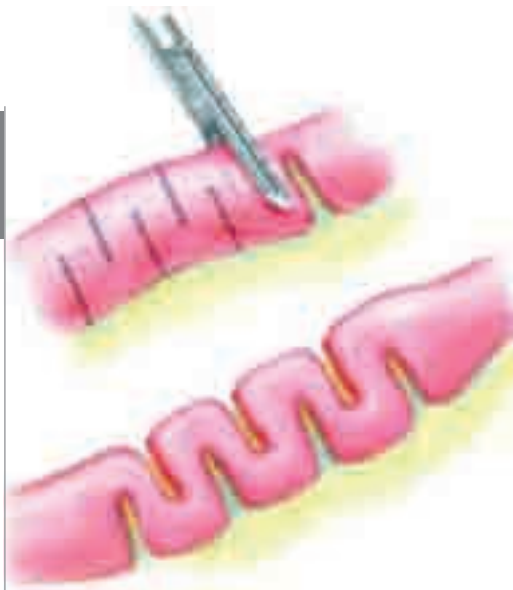
תחום הטיפול התרופתי נמצא במחקר קבוע ומתמשך, ומתרכז בעידוד הסתגלות המעי ובעידוד גדילתו. המטרה היא לגרום לרירית המעי להתפתח יותר מהרגיל על מנת לאפשר שטח ספיגה גדול יותר, וכן, לאפשר ספיגת חומרי הזנה שונים אשר במעי השלם נספגים באזורים אחרים, שאינם קיימים לאחר הכריתה. ד"ר סוחוטניק, מהמחלקה לכירורגית ילדים, נמצא בחזית מחקר זה, ובשנים האחרונות הדגים תגובה מעודדת של המעי למתן אינסולין פומי, אומגה שלוש ופקטורי גדילה שונים.

אפשרות טיפולית נוספת הינה כירורגית. לאורך השנים הועלו מספר אפשרויות לטיפול כירורגי בתסמונת המעי הקצר. מאחר וזמן המעבר של המזון במעי הקצר, קצר אף הוא, הציעה גישה אחת לנתק קטע מעי ולהשיקו בכיוון ההפוך על מנת שהניע בו (תנועת ההתכווצות של המעי) יפריע להתקדמות המזון, יאריך את משך השהיה של המזון במעי ויאפשר עוד זמן ספיגה.

גישה אחרת הציעה לפצל את המעי הקצר ולייצר מצינור אחד שני צינורות אשר מושקים בקצה, כך שמתקבל מעי צר יותר ובעל אורך כפול (BIANCI). טכניקה זו מבוצעת במרכזים שונים בעולם. יתרונותיו של ניתוח זה הינם הארכת משך המעבר במעי וזמינות רבה יותר של הרירית לתוכן המעי מאחר וקוטר המעי צר משמעותית. ואולם, בניתוח כרוכה סכנה של פגיעה באספקת הדם למעי וכתוצאה מכך סכנה לאיבוד מעי שהינו קצר ממילא. בנוסף, קיימים קווי תפר ארוכים שעלולים לעבור היצרויות משמעותיות או דליפות.

הגישה המתקדמת ביותר היא השתלת מעי. טיפול זה מבוצע במרכזים ספורים ברחבי העולם מאחר והקשיים בניתוח, הן מבחינת ביצוע השקות כלי הדם הקטנים, ועוד יותר מבחינת ההתגברות של מערכת החיסון של המעי הינם מורכבים, וההצלחות עדיין לא מספקות. רשימות ההמתנה ארוכות ומרבית החולים אינם זוכים להגיע לניתוח.

אפשרות ניתוחית נוספת התפתחה בשנים האחרונות, ולאחרונה אף יושמה במרכז הרפואי בני ציון. הניתוח המכונה STEP מאפשר הארכה והצרה של המעי,



”

לאחר כריתתו, המעי הקצר אינו מסוגל לספוג את חומרי המזון הנחוצים לגדילתו ולהתפתחותו של הילד

”

אפשרות ניתוחית נוספת יושמה לאחרונה במרכז הרפואי בני ציון. הניתוח המכונה STEP מאפשר הארכה והצרה של המעי, ללא פגיעה באספקת הדם של המעי

ללא פגיעה באספקת הדם של המעי. במהלך הניתוח מבצעים סגירה וחיתוך של חלק מרוחב המעי בצורה מדורגת, בעזרת מכשיר סיכות יעודי (STAPLER). מכשיר זה, הנמצא בשימוש רחב מזה שנים, מאפשר סגירה של המעי וחיתוכו ללא דליפה של התוכן, ולכן מצמצם את סכנת הזיהום. התוצאה של הנחה מדורגת של הסיכות הינה מעי צר יותר, ולמעשה, ברוחב המתאים לרוחב המעי בהתאמה לגיל הילד, וארוך יותר (לא כפול באורך כפי שמתקבל בניתוח ע"ש ביאנקי). גם בניתוח זה, התוצאה היא משך מעבר ארוך יותר דרך המעי, וזמינות גבוהה יותר של פני הרירית לחומרי המזון ולכן שיפור בספיגתו. למרות שקיימים בניתוח זה מספר קווי תפר, מאחר ואלה הם קצרים, ומאחר ואספקת הדם לא נפגעת, איננו צופים שכיחות גבוהה של היצרויות במעי.

אין ספק, שטרם הגענו לפתרון המיטבי של בעיה זו, ואין ספק שבכל מצב בו תסמונת המעי הקצר הינה בת מניעה, הרי שזהו הטיפול הטוב ביותר בילד, אך המחקר הרפואי מחד והשיטות הניתוחיות מאידך, פותחות צוהר לטיפול טוב יותר בילדים הסובלים מתסמונת זו. ■

סוכרת ומחלות

אנדוקרינולוגיה

« שרית גרוס אחות אחראית מח' פנימית א' ומחנכת למיניות

המחלה; חומרת המחלה והאיזון המטבולי שלה (רמות HbA1c); עישון; יתר לחץ דם; יתר שומנים בדם; השמנה (בעיקר השמנה בטנית); צורת חיים יושבנית (Sedentary lifestyle); נוכחות סיבוכי סוכרת; תרופות ותחלואה נלווית אחרת.

נזק וסקולופתי

אצל החולה הסוכרתי קיימת גם פגיעה בכלי הדם הקטנים הדקיקים המספקים דם וחמצן לעצבים באזור הבטן התחתונה. עצבים אלה, שאחראים גם למנגנון הזקפה נפגעים במיוחד אצל חולה הסוכרת ובעקבות כך נפגע התפקוד המיני.

כאשר הזקפה הראשונית מופיעה אצל גבר סוכרתי, היא נעלמת בצורה די מהירה. זאת משום שהנזק ברמה העורקית גורם להחלשת העוצמה של הזקפה המיידית. כאשר מתווספת לכך גם פגיעה וורידית, כלומר, דליפה/בריחת דם מהגופים המחילתיים בפין, אזי תעלם הזקפה במהירות.

גורם אטיולוגי נוסף עשוי להיות הורמונלי, שכן שכיחות היפו-גונדיזם (תת-פעילות בלוטות מין/תפקוד לקוי של בלוטות המין, האשכים או השחלות, שגורם לייצור מופחת של הורמוני מין או לכשל בייצור תאי זרע או ביציות) נמצאה גבוהה יותר בקרב גברים עם סוכרת סוג 2.

ההליך האבחון של כ"ז

אבחון גבר סוכרתי הסובל מ"כ"ז צריך לכלול אנמנזה רפואית מפורטת ובדיקה גופנית מלאה, כולל בדיקות דם. לעתים כ"ז יהווה הסמן הראשון לנזק אנדוליתאלי והקטליזטור לגילוי הסוכרת ממנה סובל אותו גבר. בשל כך יש חשיבות לביצוע בירור מדוקדק. לעתים המחלה מתגלה במסגרת אבחון מחלת לב כלילית א-סימפטומטית (לדוגמא, במבחן מאמץ), מה שמחזק את ההנחה שכ"ז מנבא מחלת לב כלילית בחולים עם סוכרת מסוג 2.

פוריות וסוכרת

שליש מהגברים הסוכרתיים מדווחים על קשיים בשפיכה, קשיים אשר מהווים את הסיבה העיקרית לפגיעה בפוריות בקרב קבוצה זו.

בעיות פסיכו-סקסואליות

לעיתים, לתפקוד מיני לקוי יש השלכות גם במישור הפסיכו-סקסואלי, בשל הקשר ההדוק בין גוף לנפש, כגון פגיעה בדימוי גברי ומיני וביטחון עצמי ירוד. יש מעט מידע לגבי יעילות התערבות פסיכולוגית כאשר קיימים ליקויים בתפקוד מיני וכן לגבי טיפול משולב (תרופתי ומיני).

בעיות תפקוד מיני בקרב נשים סוכרתיות

ליקויים בעוררות

זרימת הדם לנרתיק ולדגדגן היא דרך העורקים. בשלב העוררות, הרקמה באיברי המין בכלל ומסביב לנרתיק בפרט הופכת לגדושה ובמקביל חל סיכון הנרתיק (לובריקציה) כהכנה למשגל. הגודש הנרתיקי מספק

שכיחות מחלת הסוכרת נמצאת בעלייה מתמדת בעולם ואיתה ההפרעות המיניות הנלוות. התופעה של אנשים צעירים החולים בסוכרת סוג 2 (המכונה גם סוכרת המבוגרים), הולכת ומתרחבת והינה נתון מדאיג הקשור באורח החיים המודרני שלנו. בהתאמה יורד גיל הפרטים החווים קשיים בתפקוד המיני.

סוכרת (סוג 2) נוצרת כתוצאה משילוב של גורמים סביבתיים, כולל השמנה או עודף משקל, פעילות גופנית ירודה ועמידות לאינסולין עם היפר אינסולינמיה - רמות גבוהות של אינסולין בדם (בשלב המחלה הראשוניים, בהמשך קיים שיבוש בהפרשת האינסולין). גם נטייה גנטית מוקדמת תורמת להיווצרות מחלת הסוכרת.

בסוכרת קיימת שכיחות גבוהה של סיבוכים כרוניים, הנובעים מבעיות מיקרו-וסקולריות (פגיעה בכלי הדם הקטנים) וכן בעיות מקרו-וסקולריות - פגיעה בכלי הדם הגדולים שנגרמים בעקבות האצת התהליך הטרשתי הנגרם כתוצאה מהסוכרת. סיבוכים מאוחרים אלה גורמים נזק לרקמות ובהמשך גם לנכויות שונות כגון עיוורון, אי ספיקה כללית, מחלה קרדיווסקולרית, קטיעות ועוד.

הבעיה הנחקרת ביותר במסגרת הקשיים התפקודיים הקשורים למיניות בקרב חולי סוכרת הינה בעיית הכשל הזקפתי אצל גברים, אולם חשוב להדגיש כי ישנם ליקויים נוספים המאפיינים גברים ונשים אשר חולים בסוכרת. ליקויים אלה מסווגים לארבע קבוצות עיקריות: בעיות חשק, בעיות עוררות (כגון בעיות סיכון בנשים ובעיות זקפה בגברים), בעיות באורגזמה (אנאורגזמה בנשים ושפיכה אחורית אצל גברים) וכאב בעת מגע מיני, בדרכ אצל נשים.

בעיות תפקוד מיני בקרב גברים סוכרתיים

כשל זקפתי (להלן, כ"ז) מהווה אי יכולת גברית להשיג ולשמר זקפה המאפשרת קיום יחסי מין עם חדירה למשך זמן מספק. באוכלוסייה הכללית קיים קשר בין שכיחות כ"ז לבין גיל, עם עלייה בשכיחות הבעיה כבר בעשור הרביעי לחיים. נמצא ששכיחות הבעיה יכולה להגיע ל 60%-70% בקרב בני 60 ומעלה, גם ללא מחלת הסוכרת. הגורמים העלולים להגדיל במידה משמעותית את הסיכון לכ"ז הם עישון, סוכרת ודיסליפידמיה (הפרעות במשק השומנים בגוף).

גברים סוכרתיים עלולים לפתח כשל זקפתי פי שלוש ביחס לגברים שאינם סובלים מסוכרת. הסיבות הן מולטיפקטוריות וקשורות לבעיות ווסקולריות, בעיות אנדוטיליאיות, בעיות פסיכולוגיות ופגיעות במערכת העצבית. גם תרופות לטיפול בסוכרת וסיבוכיה עלולות להשפיע לרעה על התפקוד המיני של הגברים.

גורמי סיכון לכ"ז בגברים סוכרתיים - גיל ; משך

”

גברים סוכרתיים עלולים לפתח כשל זקפתי פי שלוש ביחס לגברים שאינם סובלים מסוכרת.

”

אצל החולה הסוכרתי קיימת גם פגיעה בכלי הדם הקטנים הדקיקים המספקים דם וחמצן לעצבים באזור הבטן התחתונה.

שנגרמה הן בהיבט של המערכת הווסקולארית (כלי הדם) והן בהיבט של המערכת הניורולוגית (עצבית), והשפעתם היחסית על כלי הדם והעצבים באיבר המין. אצל חולי סוכרת הסובלים ממחלה קרדיו-ווסקולארית הפרעת הזקפה היא הקשה ביותר בעיקר אם הם גם מעשנים למעלה מ-20 שנה. שילוב סוכרת עם מחלת לב גורם להפרעה בזקפה אף יותר מאשר אצל חולה סוכרתי ללא מחלת לב. ישנם מספר סוגי טיפול הניתנים לחולי הסוכרת. כל טיפול חייב להיות מותאם לפי רמת הנזק/ההפרעה בתפקוד המיני.

תרופות

קבוצת התרופות מורכבת בעיקר מתרופות צמחיות הנלקחות דרך הפה. מטרתן, להגביר את הפרשת ה-nitric oxide (NO) - בין השאר בגופים המחילתיים של איבר המין ועל ידי כך לגרום להרפיית השריר החלק בפין.

טיפול הזרקתי לאיבר המין

לחולי סוכרת, עליהם אסורה נטילת תרופות אלה, או שהם בעלי ניסיון שהראה חוסר יעילות בשימוש בתרופות (כלומר, לא הושגה זקפה), מומלץ להתחיל טיפול תרופתי בהזרקות. דהיינו, הזרקות לגוף המחילתי באיבר המין לפני קיום מגע מיני.

תרופות ההזרקה נמצאות בשימוש שנים רבות, כגון, פפברין, פנטולאמין ופרוסטגלאנדין (PGE1). הן מוזרקות לפני המגע המיני, כל אחת לחוד או בשילוב ביניהן, והן ניתנות כטיפול לטווח ארוך. הצלחת הטיפול ההזרקתי היא גבוהה (למעלה מ-90%).

השתלת תותב

אצל מטופלים עם סוכרת לא מאוזנת בצורה בולטת, או שלא קיימו יחסי מין במשך שנים רבות, הטיפולים בכדורים או בזריקות אינם עולים יפה. במקרים אלה, נותר בעיקר טיפול כירורגי של השתלת תותב לתוך הפין (בכ-1%-5% מהמקרים). באמצעות התותב מתאפשר מגע מיני, אולם, אצל חולים הסוכרתיים קיימים סיבוכים נפוצים הקשורים לתותב עצמו.

הדרך לזקפה עוברת בחדר הכושר

הגלולות, יעילות ככל שיהיו, אינן מרפאות את המחלה אלא רק משפרות את הזקפה. לכן, עד כמה שזה נשמע שחוק, כדי למנוע את המחלה יש לשמור על אורח חיים בריא, בכלל זה להקפיד על משקל גוף תקין ועל פעילות גופנית. אין מדובר על שינוי קיצוני בפעילות היומיומית - הליכה בת כשעתיים וחצי בשבוע תספיק לשיפור המצב.

חשוב שאנו כאנשי מקצוע, כל אחד בתחומו, נעלה את נושא המיניות לדיון מול המטופלים כנושא לגיטימי ונאפשר להם לדבר על הנושא, מאחר ורוב המטופלים זקוקים ל"אישור" כדי להביע את חששותיהם וקשייהם המיניים.

חלק גדול מהליקויים ניתן לטיפול במסגרת מרפאה ראשונית, אך במידת הצורך ניתן להפנות למרפאה העוסקת בבריאות מינית. בתחום זה חשובה עבודת צוות, שכן נדרשת התייחסות למרכיב הגופני של הפרעה, אך חשובה גם ההתייחסות למרכיבים הפסיכו-סקסואלי, הזוגי והחברתי.

רשימת מרפאות מוסמכות ומידע עליהן ניתן למצוא באתר האגודה הישראלית לטיפול מיני. ■

בעצם מעין מנגנון הגנה מפני פגיעה בעת המשגל. פגיעה באספקת הדם לאזור והפחתה ביכולת הסיכון של פתח הנרתיק עלולים לגרום לשינויים אטרופיים ולמשגל מכאיב (דיספראוניה). נשים שחוות הפחתה בסיכון מתארות בדרך כלל את הדגדגן שלהן כ"מת" וכחטר תחושה.

הפחתה בתחמוצת החנקן קשורה עם וסקולופתיה סוכרתית ובהעלאת הסיכון להופעת סיבוך בכלי הדם וכנראה גם בהפחתת גודש בנרתיק. לאור זאת, נעשו ניסיונות שימוש בסילדנאפיל (ויאגרה) על מנת להגביר גודש בנשים סוכרתיות, אך התוצאות אינן חד משמעיות.

היפוגליקמיה (אשר מהווה את הגורם העיקרי לכשל זקפתי בגברים) עלולה לגרום לתהליך דלקתי של הפות ולדיספראוניה (תחושה חוזרת או קבועה של כאב באיברי המין בזמן קיום יחסי מין).

ליקויים הרומנליים

ידוע שאסטרוגן דומיננטי בהשפעתו על התופעות הפיזיולוגיות המתרחשות בשלב העוררות. כמו בגברים, טסטוסטרון חופשי בנשים נמצא בקורלציה הפוכה לרמת החלבון הקושר אותו.

טיפול בתחליפי אנדרוגן (הורמונים גבריים) בנשים עם רמות טסטוסטרון נמוכות הוא שנוי במחלוקת, אם כי יש עבודות המצביעות על שיפור החשק המיני בקרב נשים שנטלו אותו. יש דיווחים שטיפול בהורמונים חלופיים (HRT) לאחר הפסקת הווסת משפר את החשק המיני, סיכון נרתיקי, הנאה מינית ואף תחושה גניטאלית.

בעיות פסיכו-סקסואליות

בקרב נשים סוכרתיות תוארו הפרעות פסיכו-סקסואליות ובעיקר ירידה בדימוי עצמי (כנראה על רקע עלייה במשקל וצורת אזור ההזרקה) והרגשה של בדידות.

בעיות אורגזמה

ניורופתיה עלולה לעכב שפעול תחמוצת החנקן ובשל כך להשפיע באופן עקיף על תגובת כלי הדם בשלב העוררות.

המלצות לטיפול

נשים - בהשוואה לגברים, הפרעה בתפקוד המיני של האישה הוא נושא מורכב יותר, ולכן הטיפול הוא רב-תחומי. טיפול בוגיניזמוס יסלם טיפולים התנהגותיים וטיפול פיזיותרפיה להרפיית שרירי רצפת האגן, וכן מכשירים מיוחדים להרחבה ולהרפייה של הנרתיק. בוסטיבוליטיסי מטפלים בעיקר ע"י משחות, המקחות את תחושת הכאב או באמצעות טיפול ניתוחי. בבעיות החשק המיני, יכלול הטיפול הורמונלי בצורת "ספריי", המעורר את החשק ואת המשיכה המינית ובבעיות של חוסר לובריקציה - במשחות העוזרות לסיכה. הטיפולים הפסיכולוגיים גם הם משמעותיים בבעיות מיניות נשיות.

גברים - ההמלצות המקובלות לטיפול נובעות מהיות הפגיעה ביו-פסיכו-סוציאלית, בעלת השפעה על המטופל, על בת זוגו ועל התא הזוגי. התערבות בודדת (מתן תרופה, הורמון או טיפול מיני בלבד) עשויה להספיק, אך חשוב להתייחס גם אל שאר ההיבטים על מנת לספק התערבות נכונה, מצב המחייב שיתוף פעולה של מטפלים מכל הדיסציפלינות לצורך אבחון, טיפול וחינוך נכונים (רפואה, טיפול מיני, טיפול זוגי וכדומה). הטיפול בחולי הסוכרת נגזר על פי רמת הנזק והפגיעה

”

היפרגליקמיה, אשר מהווה את הגורם העיקרי לכשל זקפתי בגברים, עלולה לגרום לתהליך דלקתי של הפות ולדיספראוניה (תחושה חוזרת או קבועה של כאב באיברי המין בזמן קיום יחסי מין).

כאבי גב

חרעמסס ועד סטאלין

« ד"ר דורון רימר רופא בכיר, מח' ריאומטולוגיה

התעניינו בממצאים בעמוד השדרה בנתיחות שלאחר המוות על מנת לאבחן מצבים נוירולוגיים, לכן הם אל שתיארו את התופעות האנטומיות של AS מבלי לאפיין את המחלה הריאומטולוגית באופן מסודר. בכטרב שהיה איש אשכולות עסק גם בפסיכיאטריה, ועל כן נקרא לעזרתו של יוסף סטאלין שלקה במצבי רוח קשים באותה עת. בדו"ח הרפואי ציין בכטרב כי סטאלין סובל מהפרעת אישיות עם קווים פרנואידים. זו היתה האבחנה הרפואית האחרונה שקבע בכטרב אשר מצא את מותו בנסיבות מסתוריות עוד באותו ערב. למחרת יצאה הוראה רשמית למחוק את שמו של בכטרב מכל ספרי הרפואה ברוסית.

בשנות ה-60 של המאה הקודמת עמלו שני ריאומטולוגים אנגליים, Moll & Right, על אפיון מדויק יותר של דח"מ שהוביל בסופו של דבר לקביעת קריטריונים לאבחנת המחלה בועידות שנערכו בתחילה ברומא ובהמשך בניו-יורק. הם תיארו דלקת מפרקים בעיקר בעמוד השדרה ובמפרקי האגן השכיחה בגברים פי 10 מנשים. הגיל האופייני להתחלת המחלה הוא העשור השלישי לחיים. כאבי גב בעלי אופי דלקתי הם סימן ההיכר של המחלה. מרכיב משמעותי נוסף במחלה הוא דלקת בחיבורי גידים המכונה אנטזופתיה. כאב גב הוא אחד מהתלונות השכיחות ביותר בציבור ותלונה זו אינה ספציפית כלל ועיקר. 80% מהאנשים יסבלו במשך חייהם מכאב גב ו-10% מהאנשים יסבלו מכאב גב ממושך, מעבר לשלושה חודשים ברציפות, המוגדר ככאב כרוני. חוסר המודעות לדח"מ בין הרופאים והמטופלים והשכיחות הגבוהה של כאבי גב באוכלוסייה אחראים לקושי באבחון המחלה ולאיחור ממוצע של כ-10 שנים באבחון המחלה!

מהו כאב גב בעל אופי דלקתי ?

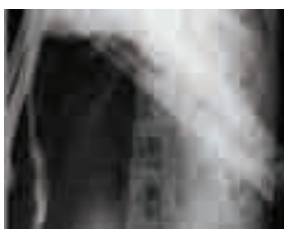
כאב כרוני מעל שלושה חודשים רצופים, המופיע לפני גיל 40, דורש הערכה לאפשרות כי מדובר בכאב על רקע דלקתי. סימנים לכאב בעל אופי דלקתי כוללים:

- כאב גב המופיע באופן שאינו חד (המטופל לא זוכר ארוע או תאריך ספציפי שלאחריו החלו הכאבים).
- כאב המחמיר במנוחה ומשתפר בתנועה.
- כאב המופיע בלילה או לפנות בוקר ומלווה בקישיון בוקר של כחצי שעה עד הפגתו.

כדי לאבחן דח"מ נדרשת גם הוכחה רדיוגרפית לנוכחות פגיעה במפרק בין עצמות העצה והכסל. בעבר, ההדמיה השכיחה היתה צילום רנטגן וכך, כשנקבעו הקריטריונים לדח"מ בשנות ה-70 של המאה הקודמת, נכלל קריטריון זה כמחייב באבחנת המחלה. שכיחות המחלה כפי שתוארה באותם «



אנאר סאדאת מתרשם מהמומיה של רעמסס II במוזיאון המצרי בקהיר לאחר שהוחזרה מפריס, שם עברה טיפול נגד פטרייה שאחזה בה



צילום רנטגן של המומיה של רעמסס II מדגים גשרי עצם מחברים בין החוליות

רעמסס השני היה השליט השלישי בשושלת ה-19 של הפרעונים, אך נחשב הגדול והחשוב מכולם (1213-1279 לפנה"ס). המומיה של רעמסס השני נתגלתה ב-1881 במצב מצוין אך בשנות ה-70 של המאה הקודמת החל להתדרדר מצבה במהירות ולכן היה צורך להטיס אותה בבהילות לבדיקה בפריז. נופק דרכון מצרי לרעמסס ובמקצוע צוין "מלך לשעבר". הגופה נבדקה בקפדנות ונתגלה כי היא נגועה בפטרייה שטופלה מיידית, עם הטבה במצב ה"מטופל". הבדיקות שנערכו לגופה כללו גם צילומי רנטגן שהדגימו ממצאים מפתיעים בעמוד השדרה. החוליות של רעמסס השני מחוברות כולן האחת לשנייה על ידי גשרי עצם בצורה שאנו מכנים היום "קנה במבוק" (bamboo spine). זוהי למעשה העדות העתיקה ביותר לדלקת מפרקים מסוג ANKYLOSING SPONDYLITIS (AS) המכונה בעברית גם דלקת חוליות מקשחת (דח"מ).

תיאורים של אותם גשרי עצם המחברים בין החוליות והנוזקים במפרקי האגן בין עצם העצה לכסל תוארו בקפידה לראשונה בסוף המאה ה-19 דווקא ע"י מספר נוירולוגים: Pierre Marie בצרפת, Adolf Strumpell בגרמניה, ואולי החשוב מכולם, Vladimir Mikhaïlovich Bekhterev ברוסיה. הנוירולוגים

צילומי רנטגן הדגימו ממצאים מפתיעים בעמוד השדרה. החוליות של רעמסס השני מחוברות כולן האחת לשנייה



לשינויים הללו באבחנה של דח"מ יש משמעות טיפולית, שכן ב 10 שנים האחרונות נכנסו לשוק מספר תרופות יעילות לטיפול במחלה. אלה הן תרופות ביולוגיות הפועלות נגד TNF α , המתווך העיקרי של דלקת במחלה זו. בארץ קיימים כיום ארבעה תכשירים מקבוצה זו הניתנים בזריקה תת עורית או בעירוי. כ 50% מהחולים בארץ כבר נהנים מטיפולים ביולוגיים אשר כלולים בסל הבריאות.

לסיכום, דח"מ הינה דלקת מפרקים המתאפיינת בכאבי גב ושכיחה בגברים ונשים כאחד, בגיל צעיר. למרות השיפור בהדמיה ובמודעות למחלה עדיין קיים איחור רב באבחון המחלה. קיימת חשיבות למודעות לבעיה כיוון שניתן להציע טיפול יעיל למחלה זו. ■

האפידמיולוגיה של המחלה. מסקר שערך לאחרונה ד"ר סלובודין ממח' פנימית א' בבית החולים שלנו, בו נכללו 150 חולי דח"מ שאובחנו בחמש השנים האחרונות, אנו למדים כי היחס כעת בין גברים ונשים הינו כמעט 1:1 וכי קיים שיפור (עדיין לא מספק) במהירות האבחנה, שירדה לחמש שנים מתחילת הופעת כאבי הגב. מחקרים שונים מאירופה מאשרים נתונים אלה ואף מעבר לכך. נראה כי בשלב הראשוני בו קיימים שינויים הנצפים רק ב MRI השכיחות גבוהה יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים. מסקרים אחרונים עולה עוד כי לפי הקריטריונים החדשים שכיחות המחלה גבוהה יותר מאשר היה ידוע ומתקרבת ל 0.8% באוכלוסייה, שכיחות שכמעט זהה לדלקת מפרקים שגרונת הנחשבת לדלקת המפרקים השכיחה ביותר (כ 1% באוכלוסייה הכללית).

« ימים הייתה סביב 0.25% באוכלוסייה לבנה בארה"ב וכאמור פי 10 יותר בגברים. מאז אותם ימים חלו שתי התפתחויות משמעותיות, הראשונה היא הוכחת בסיס גנטי למחלה המכונה HLA B-27 אשר הינו חלק ממערכת סיווג הרקמות בגוף והשניה היא השימוש ב-MRI להדמיה. נמצא כי MRI היא שיטה רגישה ביותר לאבחון הדלקת במפרקי האגן עוד לפני שנראים שינויים גסים בצילום הרנטגן. בשנת 2009 עודכנו ההנחיות לקביעת אבחנה של דח"מ ושולבו בהם קריטריונים ראשיים, נוכחות HLA B27 ושינויים אופייניים באגן ב-MRI. עדכון זה של הקריטריונים לאבחנה מאפשר לנו לאבחן חולים כבר בשלב מוקדם של המחלה, וכן לאבחן מצבים בהם הנזקים במפרקי האגן עדיין אינם ברורים בצילומי הרנטגן. מהפכה זו באבחון שינתה את

טיפול ביולוגי - עידן חדש בטיפול בדלקת מפרקים

« פרופ' יצחק רוזנר מנהל מח' ריאומטולוגיה

ישירה על מערכת החיסון. מטרת הטיפול הינה לחסום נקודתית את מנגנוני הדלקת הפועלים כחלק ממערכת החיסון אשר פוגעת בגוף החולה. התרופות האמורות הן:

- REMICADE - נוגדן אנושי /עכברי נגד ה-TNF α .
- ENBREL - רצפטור הטבעי שקולט את ה-TNF α אשר מיוצר בהנדסה גנטית ותופס את ה-TNF α ובכך הופך אותו ללא פעיל.
- HUMIRA - נוגדן אנושי נגד ה-TNF α .
- MABTHERA - נוגדן לאחד ממרכיבי מעטפת תאי B המביא להרס רוב התאים. הטיפול ניתן בשני קורסים.
- ACTEMRA - נוגדן שמכוון לעכב פעילות האינטרלוקין 6 (אינטרלוקין 6 הוא ציטוקין הגורם לדלקת - חום, הרגשה כללית רעה, לויקוציטוזיס, עליה של CRP) ע"י חסימת הרצפטור שלו.

נמצא כי ככל שהדלקת חריפה יותר תרופות אלה יעילות יותר. טיפול משולב של תרופה ביולוגית + מטוטרקסט יעיל יותר מטיפול בודד. הקריטריונים לקבלת טיפול ביולוגי הם אנשים צעירים, כשלון בטיפול המסורתי, נזק לשישה מפרקים ומעלה, פגיעה במפרקים המוכחת בבדיקות דימות כגון MRI, US ועליה בערכי ESR, CRP.

בין תופעות הלוואי של הטיפול הביולוגי יתכנו אלרגיות, כאב מקומי, התפרצות שחפת זיהומים, אי ספיקת לב, ממאירויות וכו'. ■

נגד מלריה וציטוטוקסיקה (מטוטרקסט לדוגמה). לאחר שהובן כי הטיפול המסורתי לא עוצר את התקדמות המחלה וכי הגישה הטיפולית אינה מוצלחת, הוחלט להפוך את סדר העדיפויות בטיפול. הטיפול המודרני ב-15 השנים האחרונות רואה את ה-RA כמחלה ממארת, כלומר, ישנה רקמה משגשגת ההורסת את הסביבה. הסינובוים הורס את הסחוס והעצם. את ה"גרורות" ראו בפזוז הרב במפרקי הגוף.

עקרונות הטיפול החדש:

- יש להתחיל בטיפול מוקדם ככל שניתן.
- מומלץ טיפול "חזק" כבר בהתחלה, לפני שהמחלה מתקבעת ונגרם נזק בלתי הפיך.
- יש לתת טיפול בשילובים - שילובי תרופות כוללים סטרואידים במינון גבוה + סלזופירין / פלקווניל + מטוטרקסט. הטיפול המשולב יעיל אך קשה למטופלים עקב ריבוי התרופות.
- אם אין שיפור תוך זמן סביר (חודש עד חודשיים), יש לשנות או להוסיף טיפול.
- יש לבצע מעקב סדיר של ריאומטולוג ובדיקות דם למדדי דלקת.
- יש להעניק טיפולים נילווים לשימור התפקוד והבריאות הכללית, כגון הידרותרפיה, פיזיותרפיה ושילוב פעילות גופנית.

בגישה הטיפולית הנוכחית נראה כי ניתן לעצור את המחלה. ואולם, כדי ליישם את הגישה החדשה היה צורך בתרופות יותר יעילות. לפני כ-12 שנה הוכנסו לטיפול התרופות הביולוגיות הפועלות בצורה

טיפול ביולוגי

ראומטואיד ארטריטיס (RA) היא דלקת מפרקים שגרונת. זוהי מחלה כרונית, פרוגרסיבית, רב-מערכתית המערבת מפרקים רבים בכ-1% מן האוכלוסייה הבוגרת. ללא טיפול - המחלה תתקדם ותחמיר.

לפני כמאה שנה טיפלו במחלה בעזרת אספירין 3-5 גרם ליום. בשנות ה-40 התווספו תרופות כגון: מלחי זהב, סלזופירין, פלקווניל (שהיא במקור תרופה למלריה). בשנת 1960 הצטרף טיפול ב-NSAID'S. בשנות ה-90 מטוטרקסט הביא למהפכה בטיפול, כאשר הושאל מהאונקולוגיה, שם הוא מהווה טיפול ציטוטוקסי.

כדי להבין איך היינו מטפלים במחלה זאת בעבר יש להכיר מה היו ההנחות לגבי המחלה וטיפוליה:

עקרונות הטיפול הישן:

- המחלה כרונית, מתקדמת לאט.
- המחלה גורמת לכאבים אך אינה קטלנית.
- הטיפול למעשה אינו משנה את מהלך המחלה.
- ככל שהטיפול יותר חזק (יעיל) הוא יותר מסוכן.
- תופעות הלוואי של הטיפול יותר חמורות מהמחלה עצמה.

הטיפול המסורתי כלל בתחילה פיזיותרפיה, מנוחה וטיפול נגד כאבים. לאחר מכן הוסיפו NSAID'S ובמצב חמור DMARDS הכוללים מלחי זהב, תרופות

ניווט טרום ניתוחי בהחלפת מפרק הברך

«ד"ר אדם ארנריך מומחה באורטופדיה ברכיים ורפואת ספורט, מח' אורטופדיה

בתהודה מגנטית (MRI) של הגף המנותח, לצורך הדמייה מפורטת של האנטומיה היחודית לו, כולל הצירים המכניים, מראש הירך אל הברך ומהברך אל כף הרגל. על פי המודל האנטומי המדויק, נערכת אנליזה של מבנה הברך והעמדה אופטימאלית של המשתל. בהנחיית המחשב נבנים שני מכוונים יחודיים המיועדים להנחות את המנתח לחיתוך העצם לפי הנתונים המדויקים של המטופל. התהליך כולו מבוצע בשבועות שלפני הניתוח והוא כולל העברת מידע דיגיטלי שנאסף בין היצרן למנתח, המאשר את הדגם לפני יצור המכוונים.

במהלך הניתוח מקבל המנתח את המכוונים באריזה סטרילית ומתקין אותם על עצמות הירך והשוק בהתאמה. המכוונים כוללים מערכת המאפשרת חיתוך רק בכיוון שנקבע מראש. שיטה זו מאפשרת קיצור משך הניתוח, זאת מאחר ושלבי המדידה מבוצעים לפני הניתוח (במקום במהלך הניתוח). בנוסף, נוכח הפשטות היחסית של מערכת הניתוח יש אפשרות לצמצום הכלים הנדרשים.

יש לציין שהמשתל המותקן לאחר חיתוכי העצם זהה למשתלים המקובלים כיום, אשר יעילותם הוכחה וקיים נסיון רב בתפקודם בגופם של מנותחים רבים, לאורך שנים ארוכות.

במחלקה האורטופדיה במרכז הרפואי בני ציון, בראשותו של ד"ר אנג'ל, מבוצעים מאות ניתוחי החלפת ברך בכל שנה. אנו מצפים להתחיל להשתמש בטכניקה החדשה בקרוב, בתקווה לשפר את הדיוק ולאפשר למנותחים משתל תפקודי ויציב לשנים רבות. ■

על המשתל לאפשר טווח תנועה נרחב מיישור מלא, לצורך עמידה יציבה עד כיפוף עמוק, לשיבה ולביצוע פעולות יומיומיות. על המשתל להבטיח יציבות הברך לאורך כל טווח התנועה, הן ביישור והן בכיפוף. נוסף לכל אלה, על המשתל להיות מקובע בעצם ויציב למשך תקופה ממושכת. אנו מעריכים כי משתל מלאכותי יתפקד היטב כ- 20 שנים לפני שתרחש התרופות, שתוביל בדרך כלל לכאבים ולצורך בניתוח נוסף, מורכב יותר.

לצורך כך על המנתח לנסר בעצם, באופן מדויק ובניצב לציר הכוחות הטבעי. אולם, ציר זה איננו טריוויאלי ואינו מהווה קו אנטומי ברור אותו ניתן לזהות בשדה הניתוחי.

צורך זה הביא במהלך השנים לפיתוח מגוון שיטות וטכנולוגיות, שמטרתן לסייע למנתח לדייק בחיתוכי העצם, על מנת לאפשר מיקום אופטימלי של המשתל. מערכות ניווט ממוחשב במהלך הניתוח ניסו לענות על הסוגיה האנטומית על ידי התקנת מצלמות וסמנים על העצם, והן מדווחות למחשב את המיקום המדויק של העצם ושל כלי הניתוח, כך שהניסור יבוצע בדיוק מירבי בפיקוח המחשב. מערכות אלה, מעבר להיותן יקרות ומורכבות, מאריכות את זמן הניתוח באופן משמעותי ולא הפכו לסטנדרט למרות הטכנולוגיה המורכבת המשולבת בהן.

לאחרונה, פותחה טכניקה של "ניווט טרום ניתוחי" המבוססת על בניית סט ניתוח יחודי לפי מידות המטופל הספציפי, בשונה מכלי הניתוח הנפוצים כיום. בטכניקה זו עובר המטופל המועמד לניתוח סריקת טומוגרפיה ממוחשבת (CT) או סריקה

שיקת הסחוס המפרקי היא מחלה כרונית נפוצה בגיל המבוגר ושכיחותה עולה עם הגיל. אם לשפוט על פי ממצאי צילומי רנטגן בלבד, הרי שלכ- 50% מהאוכלוסייה בגילאי 50 ולכ- 80% מבני 75 ומעלה קיימים סימנים לשחיקת המפרק. הסחוס המפרקי שעוטף את קצות העצמות, משכך העברת הלחצים ביניהם ומוריד את החיכוך בעת תנועת המפרק, נשחק עם השנים ממגוון סיבות, ראשוניות ושינוניות: מחלות מפרקים, מחלות אוטואימוניות, שברים ודפורמציה, או משחיקה מכאנית לאורך השנים. כל אלה גורמים לדלדול שכבת הסחוס במפרק, מצב שמתבטא בכאב, בהגבלה בתנועה, בעיוות הדרגתי של המפרק ובירידה בתפקוד. גוף האדם הבוגר אינו מייצר סחוס מפרקי חדש וגם הרפואה המודרנית איננה יודעת להחליף תאי הסחוס פגומים בשכבה בריאה או בתחליף אחר. כאשר הכאב והירידה התפקודית מחריפים וטיפול שמרני (לא ניתוחי) איננו מביא להקלה מספקת, עולה האפשרות להסיר את שכבת הסחוסים הפגומה ולהחליפה במפרק מלאכותי.

עם העליה בתוחלת החיים בשנים האחרונות ועם שיפור איכות החיים בגיל המבוגר, עולה בהתמדה מספר המטופלים הסובלים מנזק לסחוס המפרקי, אשר מצפים לפתרון שיאפשר להם חזרה לפעילות ולעצמאות תפקודית. במקביל, עולה שכיחות ניתוחי החלפת המפרקים, בעיקר מפרקי הירך והברך, הנושאים את משקל הגוף בעמידה והליכה. להצלחת ניתוח החלפת מפרק הברך מספר קריטריונים מרכזיים: יש למקם את המשתל כך שישוחרר גובה הקו המפרקי,

כואב - אבל פחות

«אהובה דרמון אחראית מרפאת כאב

ומחי האגודה הבינלאומית ללימוד הכאב (IASP) הגדירו כאב כ"חוויה תחושתית ורגשית בלתי נעימה, הקשורה לנזק ממשי או פוטנציאלי לרקמות, או המתוארת במונחים אלה".

הכאב משמש אות אזהרה עבורנו, כדי למנוע נזק לאבר הכואב. כאב כרוני אשר עלול לגרום לפגיעה בתפקוד השוטף ובאיכות החיים של הפרט, הופך לבעיה בפני עצמה הדורשת טיפול והתייחסות. במסגרת מרפאת הכאב מטופלים חולים עם כאב כרוני שמקורו בבעיות עמוד שדרה, בכאבים כתוצאה ממחלות ממאירות ואף בכאבים ממקור לא ידוע. המרפאה במתכונתה הנוכחית החלה

• קאנביס רפואי בשילוב הדרכת המטופלים לשימוש נכון, תוך מעקב קפדני.

הכאב הכרוני משפיע על אורח החיים השוטף וגורם לא אחת גם למצוקה נפשית. לכן, במקביל לבדיקה הרפואית ולטיפול התרופתי מקבלים המטופלים תמיכה נפשית ע"י מפגשי ייעוץ עם פסיכולוגית. בנוסף לכך, הוקמה קבוצת תמיכה בהנחייתן של אחראית המרפאה - אהובה דרמון והפסיכולוגית מייסם מאדי. על הצלחת הקבוצה תעיד העובדה כי עם סיום פעילותה ביקשו המשתתפים להאריך את הפעילות. שתי קבוצות ייחודיות נוספות יפתחו בקרוב, האחת לחולי פיברומיאלגיה והשנייה לחולים עם כאב כרוני. ■

לפעול בשנת 2009 והיקף הפעילות היה פעמיים בשבוע. מאז גדל מספר המטופלים ולאור הביקוש נבדקת אפשרות להגדיל את היקף הפעילות. במרפאה, בניהולו של פרופ' גייטיני, צוות רב מקצועי הכולל רופאים מרדימים, רופאה ניורולוגית, אחיות ופסיכולוגית.

הטיפולים התרופתיים במרפאה כוללים:

- מזותרפיה - החדרת תרופות במינונים קטנים אל מתחת לעור, באזור הכאב או באזורים הקשורים למקור הכאב.
- זריקות אפידורל - הניתנות במרפאה או במכון הרנטגן תחת שיקוף.
- הזרקות לחסימה עצבית.
- תרופות בעירוי תוך ורידי הניתנות תחת ניטור מלא ובאשפוז יום.

» זיהומים אטיפים ביד

« ד"ר שאול גולדשטיין מנהל היחידה לכירורגית היד

שלו היא היד החזקה) מקיר במהלך עבודתו. כשבוע לאחר האירוע פנה לראשונה לקבלת עזרה רפואית עקב נפיחות. הוא טופל באנטיביוטיקה פומית עם הטבה חלקית. מאוחר יותר הנפחות החלה להתפשט מכף היד לכיוון האצבעות ללא כאבים. בהמשך, עקב חשד לטינוסינוביטיס נבדק ע"י ריאומטולוג שהמליץ על טיפול בסטרואידים ללא שיפור. יש לציין שכל בדיקות הדם היו תקינות. באשפוזו ולאחר אנמנזה מכוונת התברר שכתחביב הוא מגדל ומטפל בדגים באקווריום. בבדיקה נמצאו נפיחויות ממוקמות בגב כף היד ובאצבעות 3-4-5, ללא אודם או חום מקומי, ללא רגישות במישוש או הגבלה בתנועת האצבעות.

במהלך הניתוח נמצאו נגעים גרנולרים שעטפו את הגידים המישרים.

הנגעים נשלחו לבדיקה היסטולוגית, PCR ולתרבות. אובחן *Mycobacterium*. החולה טופל בהצלחה ב-*Doxylin* במשך כ-3 חודשים ללא הישנות של המחלה.

המפתח לאבחון נכון של זיהומים מסוג זה הוא החשד הקליני (high index of suspicion), אנמנזה מפורטת, ביופסיה ותרבויות מיוחדות של הרקמות. ■

של שחינים. החידק מתפתח היטב באזורים הקרים של הגוף, בטמפרטורות של עד 32°C , כגון בידיים. במהלך אנמנזה מדוקדקת, מדווחים המטופלים על עיסוק בניקוי אקווריומים, דיג בים, קילוף של צדפות וכו'. הזיהום בדרך כלל אינו גורם לכאב ומתבטא בהופעת נפיחות מקומית או נרחבת של הרקמות הרכות, המתפתחת באופן איטי. לרוב, הזיהום מערב את הרקמה הסינוביאלית של הגידים עם התפתחות של גבשושיות וכיבים כרוניים המלווה בלימפנוטיס ועלול להתפשט. מקרים אלה הם נדירים ובדרך כלל מתרחשים אצל חולים עם תנגודת ירודה. הזיהום אצל בני אדם מתבטא, כאמור, בהופעת גבשושיות בעור עם התפתחות מאוחרת של זיהום במעטפת הגידים, במפרקים או בעצמות. בהמשך עלולים להופיע כיבים באזורים הנגועים. האבחון, בדרך כלל, נעשה מאוחר בשל היעדר חשד קליני של המחלה וצורך בהליכי אבחון מיוחדים. ישנן מחלות שמחקות תהליכים זיהומיים כגון *Gout-Rheumatoid Arthritis*.

הצגת מקרה

גבר בן 56, צבע במקצועו, דיווח כי שנה לפני אשפוזו נחבל בכף ידו הימנית (יד ימין

האבחון והטיפול בזיהומים הבלתי שגרתיים (Atypical Infections) ביד מהווים אתגר מיוחד למנתחי היד. שימוש מושכל בטיפולים פרמקולוגיים ו/או בניתוחיים מסייע בסילוק החידק ובהחלמה מלאה. קיימים אורגניזמים רבים העלולים לגרום לזיהומים בלתי שגרתיים כגון: חיידקים (*Neisseria*, *Gonorrhoeae*, *Mycobacterium*), פטריות (*Sporotrichosis*), וירוסים (*Herpes*), אצות (*Prototheca*). במאמר זה אתמקד בזיהומים הנגרמים ע"י ה-*Mycobacterium*. 75% מהזיהומים הבלתי שגרתיים הנגרמים ע"י מיקובקטריה (*Mycobacterium*) פוגעים בידיים. זיהומים אלה מתרחשים בדרך כלל באזורים ימיים, ולעיתים לא ניתן לזהות את מקור הזיהום.

האבחון *Mycobacterium Marinum* הוא חיידק הנמצא באופן טבעי בדגים ועלול לגרום להתפרצות מחלות שמקורן במים מתוקים ומלוחים. החידק בודד לראשונה ב-1926 ע"י Aronson במים מלוחים, מדג מת באקווריום של פילדלפיה. מאז לא זוהה כגורם למחלות אצל בני אדם וב-1951 הוא בודד על ידי Norden & Linnel מנגעים גרנולרים בעורם

« שיתוף חולים באימות נתונים בחדר ניתוח - מרגיע או מפחיד? »

« טובה נתיב MA RN, אסנת מליץ MA RN, סבטלנה גובוצ'ינסקי BA RN, עפרה גרימברג BA RN, אילנה פטרופוינד MA RN

השאלות וקיבלו את הציון המרבי, ואילו השאר זכרו בין 1 ל-3 שאלות בלבד. חושו מתאמי ספירמן בין ציון הזכירה למידת השינוי בסימפטומים, ונמצא כי ככל שציון הזכירה גבוה, נמצאה גם ירידה משמעותית בחדרה ($p < 0.01$), בסימפטומים פיסיוולוגיים ($p < 0.05$), ורגישות שלילית ($p < 0.01$).

מסקנות:

בנוסף לעובדה כי תהליך אימות הנתונים מעלה רמת בטיחות סביב התערבות ניתוחית, מצאנו כי שיתוף החולים והעצמתם היא חיונית, מפחיתה חרדה ורגישות שליליים בקרב החולים ומשפרת סימפטומים פיסיוולוגיים נוספים. מצאנו כי כאשר החולים זוכרים טוב יותר את התהליך הם מרגישים פחות חרדה, פחות כאב וכי עוצמת הסימפטומים הפיסיוולוגיים נחלשת בהשוואה לחולים שזוכרים פחות טוב את התהליך ב-24-48 שעות שלאחר הניתוח. ■

בחדר ניתוח). המעקב לגביהם נמשך 24-48 שעות לאחר הניתוח.

תוצאות:

מולאו 128 שאלונים מתוך 149 שהופצו (היענות של 85%). 78 מנותחים (60.9%) היו בקבוצת הניסוי, 50 (39.1%) בקבוצת הביקורת. בהשוואה שלפני ואחרי הניתוח בכל אחת מהקבוצות, נמצאו הבדלים מובהקים בכל המשתנים ($p < 0.05$). בשתי הקבוצות (ניסוי וביקורת) נמצא שכאשר מידת השינוי ברמת החרדה גבוה יותר, גדל גם השינוי בעצמת הסימפטומים הפיסיוולוגיים ($p < 0.05$), מה שמלמד שגם כאשר החשיפה לתהליך היא לראשונה בחדר ניתוח, החולים אינם חרדים יותר. בנוסף, מעניין היה לבדוק האם זוכרים החולים את התהליך כשהם מתעוררים, והאם זכירת התהליך משפיעה על החוויה מבחינת עוצמת הסימפטומים והרגשות שהם חווים. לשם כך בדקנו את קבוצת הביקורת ומצאנו כי 48% זכרו את כל 4

בשנת 2008 פרסם ה-WHO (World Health Organization) שתהליך אימות נתונים לפני התחלת הניתוח, בשיתוף החולה, בנוסף לצוות המשתתף בניתוח, מונע טעויות הרות אסון. מנתחים וצוותי חדר ניתוח הביעו ספקות באשר להשפעה שתהיה לתהליך זה על החרדה, על הרגשות השליליים ואולי אף על הסימפטומים הפיסיוולוגיים שיחוו המנותחים עם התעוררותם. במטרה לבדוק את הסוגיה, נבדקו 128 מנותחים אלקטיביים, שנתוחו לא על רקע ממאירות, אשר מלאו שאלונים אנונימיים ב-24 שעות שלפני ואחרי הניתוח. כל החולים היו מעל גיל 18, בעלי יכולת קריאה וכתובה בעברית, ללא הבדלי דת, גזע ומין. השאלונים כללו מרכיבים דמוגרפיים, סימפטומים פיסיוולוגיים, רגשות חיוביים ושליליים, ושאלות בנושאי שליטה וחרדה. המנותחים חולקו לקבוצת ניסוי (שקיבלו הסבר על התהליך לפני הניתוח) ולקבוצת ביקורת (שנחשפה לתהליך לראשונה

קורבן של טעויות

« ג'אנה שפט מרכזת תחום פיתוח צוות בסיעוד

למרבה הצער, תשומת הלב הניתנת לעובד שהופך לקורבן השני היא מועטה. ממחקרים עולה כי יכולת המטפל להתמודד עם תקלות או טעויות תלויה במידת התמיכה של העמיתים והממונים. בהיעדר מנגנון טיפול ותמיכה מסודר, עובדים אלה עלולים לחפש דרכים לא יעילות להתמודדות עם האירוע, כגון חיפוש נחמה באלכוהול או בתרופות, הם עלולים להגיב בכעס, לפעול באופן מתגונן או בוטה, להאשים או לנזוף במטפלים או בעמיתים אחרים. המצוקה גוברת במיוחד מול התביעות המשפטיות.

חוקרים מעלים את הצורך במחויבות מוסדית ומתן תמיכה לקורבן השני. הם מציעים מיסוד "זכויות" הקורבן השני לאחר תקלה או טעות. סקר גדול שנערך בארה"ב ב-2007, הראה כי אחד מכל שבעה רופאים מדווח על חווית אירוע הקשור לבטיחות המטופל במהלך השנה האחרונה, אירוע אשר גרם להפרעות, כגון חרדה, דיכאון ודאגה בנוגע ליכולת לבצע את העבודה. 68% מהמשתתפים ציינו כי לא קיבלו תמיכה מוסדית להתמודדות עם האירוע (Scott et al., 2012). החוקרים סבורים כי נחוץ מאמץ והשקעת זמן לפיתוח מערכת תמיכה בצוות המעורב באירועים טראומטיים. חלק מהארגונים בארה"ב פיתחו אסטרטגיות של מנגנוני התמודדות. University of Missouri פיתחה תוכנית סיוע לקורבן השני הכוללת מגוון פתרונות המיושמים הן ברמת הפרט והן ברמת הארגון. הם הכשירו מתנדבים (כ-50 אנשי צוות רב מקצועי) אשר עברו הכשרה ייעודית למתן תמיכה. הצעד הראשון היה להעלות את המודעות הארגונית לקידום דיאלוג פתוח בנושא הקורבן השני (Edres et al., 2011).

Linda Kenney היא מטופלת שניזוקה באירוע במהלך ההרדמה, לאחר ששוקמה, בשיתוף עם אחד הרופאים המעורבים באירוע, יסדה ארגון (MITSS) הנותן מענה הן למטופלים והן למטפלים בהתמודדות עם תקלות וטעויות רפואיות. הארגון פיתח ארגז כלים במטרה לסייע לארגונים לאמץ ולהטמיע תוכניות סיוע לקורבנות השניוניים (Edres et al., 2011). אחת הגישות המוזכרות בספרות המקצועית הנה גישת "חמש הזכויות" (TRUST) שלדעת אנשי מקצוע רבים צריכה להיות חלק מהתרבות הארגונית.

Treatment that is just-T - גישה ללא ענישה, הדוגלת רק ב"טיפול" בעובד ששגה. Respect-R - בתקופה המיידית לאחר האירוע באופן טבעי יש נטייה להישאב למעגל סגור של אשמה ובושה. חוק הזהב במצבים אלה הוא לכבד את המעורב באירוע.

Understanding and compassion-U - הבנה וחמלה, העובד השוגה הופך למטופל של הארגון וזקוק לסיוע. Supportive care-S - טיפול תומך ומקצועי. Transparency-T - שקיפות (Denham, 2007). אנשי הבטיחות גורסים ששגיאות ותקלות הן מערכתיות מטבען ורבות משתתפים ואין להטיל את כל האשמה על אדם אחד שהוא חוליה בשרשרת. יש לבחון את המערכת כולה ולאחר בה את נקודות התורפה ואת הכשלים (דונחין & גופר, 2011).

באירועים חריגים מופיעה בצדק קודם הדאגה למטופל ובני משפחתו. יחד עם זאת, חשוב שארגוני בריאות יפתחו ויקדמו גישה מערכתית לתמיכה במעורבים באירועים מסוג זה. ■

(רשימה ביבליוגרפית נמצאת אצל הכותבת)

ב שנת 2000 "המכונים הלאומיים לבריאות" בארה"ב הוציאו לאור את הספר "לטעות זה אנושי". ואולם, גם כיום, כעשר שנים לאחר הופעת הספר ולאחר אלפי מאמרי מחקר וניסיונות רבים וכנים להילחם בתופעה, לא פחת מספר התקלות והטעויות (דונחין & גופר, 2011).

המצב של תקלה או טעות רפואית הוא מצב קשה לחולה ולמטפל כאחד. אין ספק כי המטופל ובני משפחתו הם הקורבן באירועים של תקלות וטעויות רפואיות. הם אלה הנאלצים להתמודד עם פגיעה, עם הנכות או אובדן. ואולם, מטפלים רבים סובלים מקשיי התמודדות עם רגשותיהם לאחר אירוע של טעות/תקלה. בטווח הקצר הם עלולים לחוש סימפטומים של הלם וחוסר אונים, דאגה ודיכאון, רגשות אשמה, כעס, פגיעה בזיכרון ואף סימפטומים פיזיים. הסימפטומים יכולים להימשך ממספר ימים עד שבועות, אחרים יכולים לסבול מתוצאות ארוכות טווח. הם מפתחים הפרעה הדומה ל- post traumatic stress disorder, כאשר האירוע הטראומטי נחוה מחדש ע"י זיכרונות חוזרים, התנהגות או הרגשה כאילו האירוע מתרחש שוב. סימפטומים אלה עלולים להתבטא בפגיעה משמעותית בתפקוד. במקרים חמורים עזבו עובדי בריאות את המקצוע ואף ידוע על מספר התאבדויות כתוצאה ממעורבות בתקלה או בטעות רפואית.

הסיכוי לפתח הפרעת דחף פוסט-טראומטית מושפע ממספר גורמים הכוללים את מידת התמיכה שהייתה לנפגע הפוסט-טראומה, יחס הסביבה לאירוע, חומרת תוצאות האירוע, תגובות החולה ובני משפחתו ועוד (Edres et al., 2011).

במחקרם על אחיות המעורבות בטעויות, חילקו Rassin et al. (2005) את המצב לשלוש תקופות מבחינה כרונולוגית:

1. היום בו מתרחשת הטעות, המאופיין ע"י לחץ וחוסר תשומת הלב.
2. היום לאחר האירוע, המאופיין בלקיחת אחריות על האירוע וחווית תחושות של פחד, כעס ואשמה.
3. השבועות הראשונים לאחר האירוע המאופיינים בתחושת פחד - "להיות מפוטרם", כעס - "מי שעובד טועה" ודיכאון - "לחכות לחקירה", "כל יום כמו נצח".

במצבים אלה המטפל הופך לקורבן השני. המושג הקורבן השני (second victim) הוטבע לראשונה ע"י חוקר בשם Wu, אשר תיאר את השפעת הטעויות על אנשי מקצוע. בהמשך, תיארו חוקרים נוספים את התגובה הטראומטית הייחודית של הקורבן השני במושגים של מאפיינים רגשיים, חברתיים ותרבותיים. הקורבן השני מרגיש אחריות אישית לתוצאות הבלתי צפויות שנגרמו למטופל, הוא חווה תחושת כישלון ומטיל ספק במיומנות הקלינית ובידע שלו.

במקרים חמורים עזבו עובדי בריאות את המקצוע ואף ידוע על מספר התאבדויות כתוצאה ממעורבות בתקלה או בטעות רפואית.

נחוץ מאמץ והשקעת זמן לפיתוח מערכת תמיכה בצוות המעורב באירועים טראומטיים.

מחשוב השימוש באנטיביוטיקה

«ד"ר מוטי גרופר רופא בכיר, היח' למחלות זיהומיות»

ע"י הרופא המטפל ניתן להתחיל במתן הטיפול האנטיביוטי במחלקת האשפוז, זאת עד לחוות הדעת של רופא הזיהומים.

כדי לבדוק את ההשפעות של השימוש במערכת הממוחשבת בוצע מחקר בו נבדקו הנתונים הבאים בשתי תקופות - יולי 2010 (הכנסת המערכת הממוחשבת) עד יוני 2011, לעומת יולי 2009 עד יוני 2010 (טרם המחשוב):

1. ההוצאה הכוללת של בית המרקחת וההוצאה הספציפית לטיפול אנטיביוטי.
2. הצריכה הפרטנית הכמותית לפי סוג אנטיביוטיקה ומחלקה ספציפית.
3. מספר הבקשות התקופתי לאישורי אנטיביוטיקה, מספר הדחיות של הבקשות, והסיבות לדחייה.

על מנת להימנע מהטיה אפשרית הנובעת משינויים במספר המאושפזים בין התקופות ומשינויים בעלויות של הטיפול האנטיביוטי, נבדקו גם נתונים מספריים של קבלה ושחרור חולים, ובוצע תיקון בהתאם לשינוי המחיר.

המחקר הראה מספר תוצאות מעניינות:

במהלך התקופות נרשמו 7,167 בקשות אנטיביוטיקה בשנה, 138 לשבוע. 20% מהבקשות נדחו (בעיקר עקב אינדיקציה לא נכונה).

באנליזת "פרטו", שבוצעה לכלל האנטיביוטיקות שבפיקוח - כדי להעריך את מידת ההשפעה של כל אחת על התקציב הכולל, הסתבר שיותר ממחצית ההוצאה על אנטיביוטיקה נובעת מארבע התרופות הבאות: Azithromycin, Tazocin, Ertapenem, Imipenem. ממצא זה בעל חשיבות ניכרת, מאחר והוא מאפשר להתמקד במספר מצומצם של אנטיביוטיקות. ההוצאה בגין שימוש באנטיביוטיקה ירדה ב 700,000 ₪ בין שתי התקופות שנבדקו, כלומר, תוך שנה חלה ירידה בעלות צריכת אנטיביוטיקה ב-17%. בשנה בה הופעלה המערכת הממוחשבת, ירדה התמותה תוך אשפוז מערך של 4/1000 עד 3.8/1000 ימי אשפוז. מכאן ניתן להניח כי לא הייתה לבקרה על מתן אנטיביוטיקה השפעה מזיקה על בריאות המטופלים.

בניתוח תוצאות השימוש במערכת הבקרה הממוחשבת עולים יתרונות רבים ביניהם: מתן טיפול אנטיביוטי מושכל; יכולת משוב ותיקון טעויות לרופאים בזמן אמת; מעקב נוח בבית המרקחת אחר טיפולי אנטיביוטיקה; אפשרות לניתוח שנתי ורב-שנתי של בעיות; צמצום בטיפול שגוי ואף לעיתים מיותר; צמצום בעלויות. ■

השימוש בתרופות אנטיביוטיות נתפש בטעות כבטוח, ואולי מכאן התחושה כי השימוש "חופשי" בהן. מסתבר כי שימוש תדיר ומוגזם בתרופות אנטיביוטיות בקהילה ובבתי חולים גורם לחוסר יעילות, לחוסר אפקטיביות ולעמידות.

בבדיקה שבוצעה על ידי צוות בית המרקחת, עקב עלייה עקבית בצריכת תרופות אנטיביוטיות, התברר שמרבית הצריכה נבעה מחריגה במספר ימי הטיפול האנטיביוטי ללא הצדקה; מטיפול באנטיביוטיקה רחבת טווח ללא צורך; מהחלטה על סוג הטיפול ללא קבלת אישור של רופאי היחידה למחלות זיהומיות. העלות הכלכלית בשימוש בתרופות אנטיביוטיות הינה גבוהה: אנטיביוטיקה מהווה חלק ניכר מתקציב בית המרקחת (כ-15%, כלומר, כארבעה מיליון ש"ח לשנה). כפועל יוצא, עלה הצורך במעקב מושכל ויעיל אחר מתן אנטיביוטיקה. עד לאחרונה היתה הבקרה ידנית והיא עוררה מספר בעיות: הועברו טפסים של בקשת ניפוק אנטיביוטיקה לבית המרקחת ללא ציון פרטים חיוניים כגון שם החולה, אבחנה או שם האנטיביוטיקה המבוקשת; טפסים הועברו באיחור, לאחר שהוחל בטיפול ממלאי אנטיביוטיקה קיים במחלקה, ללא אישור מקדים; הועברו טפסים לבית המרקחת, אך רופא הזיהומים לא הגיע לבדוק את בקשות הטיפול ועוד. הסתבר כי המעקב הידני אחר שימוש באנטיביוטיקה הינו מסורבל ולא נותן מענה ב"זמן אמיתי", ולכן, עלה הצורך במחשוב חלוקת אנטיביוטיקה. בפרויקט משותף להנהלת ביה"ח, למח' זיהומיות, לבית מרקחת וליחידת המחשבים, הוחלט למחשב את דרכי הטיפול האנטיביוטי, בעיקר ביחס לסוגי אנטיביוטיקה יקרה וכן לסוגי אנטיביוטיקה שעלולה להתפתח עמידות אליהן בשימוש יתר (רשימת תרופות אלה מצויה אצל הכותב). לשם כך נקבעו העקרונות על פיהם נבנתה התוכנה למעקב הממוחשב.



שימוש תדיר ומוגזם בתרופות אנטיביוטיות בקהילה ובבתי חולים גורם לחוסר יעילות, אפקטיביות ולעמידות.



המעקב הידני אחר שימוש באנטיביוטיקה היווה מסורבל ולא נותן מענה ב"זמן אמיתי", ולכן, עלה הצורך במחשוב חלוקת אנטיביוטיקה

כיום מתנהל הפרויקט של מעקב ממוחשב על רישום אחר מתן אנטיביוטיקה על ידי תהליך בו שותפים הרופא המטפל, האחות האחראית, זיהומאי ובית המרקחת. במסגרת התהליך:

1. הרופא המטפל מחליט על טיפול אנטיביוטי ורושם אותו בתוכנת התרופות, כאשר עליו להוסיף את סיבת הבקשה ואת המינון הרצוי לאנטיביוטיקה הנדרשת.
2. רופא היחידה למחלות זיהומיות רואה במסך יעודי את בקשת הרופא המטפל, מלווה בנתונים מתיקו הרפואי של החולה. נתונים אלה חשובים לקבלת ההחלטה על אישור או על דחיית הטיפול האנטיביוטי, כגון: תפקוד כלייתי, אלרגיות לתרופות, תשובות לגבי תוצאות של תרבויות. על בסיס נתונים אלה, ופעמים רבות לאחר שיחה עם הרופא המטפל ו/או בדיקת החולה בו מדובר - מחליט הזיהומאי לאשר או לדחות את הבקשה לטיפול האנטיביוטי.
3. במחשב בית המרקחת נצפה הטיפול המבוקש רק לאחר שרופא הזיהומים בדק את הבקשה ואישר או דחה אותה.
4. הצוות הסייעודי רואה במחשב המחלקתי את גיליון התרופות הכולל טבלה נפרדת עבור אנטיביוטיקה שטרם אושרה. מרגע שיש אישור, מודפס גיליון חדש והאנטיביוטיקה שאושרה מופיעה בטבלה אחת עם יתר הטיפולים התרופתיים של החולה. חשוב לציין, שכדי למנוע מצב של עיכוב בתחילת טיפול על רקע השתוות טכנית, לאחר הגשת הבקשה

לשון קשורה

« רחל קליין אחות אחראית, המח' לרפואה דחופה

לשון קשורה (Tongue-Tie) המכונה גם לשון כלואה או אנקילוגלוסיה הינה בעיה מולדת הנפוצה בקרב תינוקות בשכיחות של 3 - 5 מתוך 100 ומופיעה יותר אצל בנים. במצב זה, הפרנולום שהוא הקרום המחבר את החלק התחתון של הלשון לרצפת הפה, קצר או עבה מהרגיל. הלשון המחוברת במידה זו או אחרת מונעת את היכולת להוציא את הלשון החוצה. האבחנה לא תמיד קלה. ניתן לבדוק טווח תנועות הלשון, כאשר אצל תינוקות הרמת הלשון יכולה לחשוף את הבעיה.

קיימים סוגים שונים של לשון קשורה: הקרום המחבר יכול להיות דק ושקוף, עבה ולבן, ארוך, רחב או קצר. אם הקשר מתארך, קצה הלשון יראה מפוצל בצורת לב. הקשר יכול להיות קדמי - מצב הנקרא לשון קשורה קלאסית, או קשר אחורי בו החיבור כמעט ואינו נראה, אך ניתן לממש אותו. התופעה ידועה מזה שנים רבות ואף תוארו מקרים בספרות על ידי מיילדות ורופאים, אשר טיפלו בבעיה עם הולדת התינוקות או עם הופעת בעיות בהנקה. הלשון הקשורה יכולה לגרום לקשיים בהנקה, קשיים באכילה ובדיבור או להיגיית פה ירודה, עששת ובעיות

חניכיים. בנוסף, הלשון הקשורה גורמת להגבלת פעולות מכאניות ופונקציונאליות ולקיצור טווח התנועה של הלשון. תינוק עם לשון קשורה לא מצליח ליצור מספיק ואקום כדי לינוק מהפטמה וכן, לא מצליח לתפוס את הפטמה בעומק הדרוש, דבר הגורם לשפשוף, לפציעה ואף לסדקים בפטמה. חוסר היכולת לתפוס את הפטמה גורם לשפשוף שפתי התינוק, לאי שקט ולויתור על הרצון לינוק. משך ההנקה מתארך, התינוק שואף כמות גדולה של אוויר לבטנו והוא סובל מגזים, מפליטות, מכאבים ומרעב. במקרים קיצוניים ישנם תינוקות היורדים במשקל, עד למצב של תת-תזונה. בעיות נוספות שעלולות להתעורר אצל תינוקות עם לשון קשורה הן: פליטות מרובות, רפלקס, גודש בדרכי נשימה, ליחה מוגברת והופעת פטרת בלשון בשל פעילותה המוגבלת. ידועים גם מקרים בהם הבליעה החלשה והמוגבלת בשל הלשון הקשורה גורמת לתופעות כגון: דלקות אוזניים חוזרות; דלקות גרון כרוניות; קשיי נשימה ותת-התפתחות של דרכי נשימה; גודש באף ובסינוסים; נזלת ממושכת ודלקתית; שינה לא רגועה; עיכוב גדילה של עצמות הפנים, הלסת ואף דחיקת השיניים. בשל הגבלת התנועתיות של הלשון

הקשורה, המזון לא מתעכל וכתוצאה מכך סובל התינוק מדלקת מעי, משלשול או מעצירות. שחרור הלשון הינו תהליך פשוט המבוצע ע"י כירורג ילדים או רופא פה ולסת. הרקמה המחברת את הלשון ומונעת יציאתה אינה מכילה כלי-דם או עצבים, ולכן שחרורה באמצעות חתך אינו כרוך בכאב או סבל לתינוק. אצל תינוקות הפעולה מבוצעת ללא הרדמה. אם הילד גדול יותר וכבר יש לו שיניים פעולת החיתוך מתבצעת בחדר ניתוח בהרדמת מסיכה ונמשכת מספר שניות. ההתערבות הכירורגית המקובלת עלולה לעיתים לגרום לרקמת צלקת ולכן המגמה הקיימת כיום היא לבצע חתך בצורת Z. ניתן לבצע זאת בלייזר, בפרק זמן קצר ומהיר. עם סיום הפעולה יכול התינוק לשוב לאכול. גם השיפור בהנקה הוא מידי. אין צורך בהיערכות מיוחדת או בטיפולים מיוחדים לאחר ביצוע הפעולה, והחזרה לשגרה היא חלקה. יש לציין כי הצורך בהתערבות שנוי במחלוקת. רופאי הילדים פחות מצדדים בהתערבות ואילו רופאים מתחומי הכירורגיה, מצדדים בתיקון בגיל מוקדם למניעת בעיות בעתיד. בכל אופן, על הגישה להיות אינדיבידואלית בהתאם לכל מקרה ומקרה. ■

» המחלקה לרישום ומידע רפואי

« שרה טלמור מנהלת המחלקה לרישום ומידע רפואי

הוקידוד ועוד הרבה תכניות לעתיד. המזכירה הרפואית, שעד לפני כעשור הדפיסה שמונה העתקים של סיכום מחלה במכונת כתיבה מכאנית ואח"כ חשמלית, כבר לא מדפיסה היום את סיכומי המחלה. הרופאים מדפיסים את המידע ישירות למחשב. עדיין לא הגענו למצב של רשומה ללא נייר, אבל אנחנו כבר בדרך. אין גבול לאופציות ולפיתוחים של המחשב, אלא שעדיין חסר התקציב כדי לממש את כל האפשרויות. ואנחנו גם שואלים: כיום הרשמת הרפואית מסמלת ומקדדת בתוכנה שפותחה במשרד הבריאות ואשר משמשת עשרה בתי חולים ברחבי הארץ - האם זה טוב? זה אחיד? האם מממשים את כל הפוטנציאל של התוכנה? עדיין יש סימני שאלה והתשובות לא תמיד ברורות. הדרך עוד רצופה מהמורות, באופן יש הרבה אפשרויות - ושאלת "מליון הדולר" היא - האם המחשב ינצח את הנייר? בנימה אישית - אני מקווה שלא. ■

לדוגמא, אם רק לפני כעשור, בשחרורו מהאשפוז המטופל לא בהכרח קיבל מכתב סיכום מיד בעת צאתו מבית החולים, היום מצב כזה לא יתכן - כל חולה משתחרר ובידו מכתב סיכום מודפס. בתחום הרשומה הרפואית הגישה היא - לחיות בהווה לפי העבר - כלומר, להמציא תיעוד רפואי מהעבר. פירוש הדבר, לקבץ ולאסוף מידע ממאגרי מידע שונים; לשמר טכנולוגיות ישנות ושיטות עבודה ישנות; להעביר שיטות של פעם לטכנולוגיות חדשות; להביא את הרשומה הרפואית לעידן המחשב למרות האילוצים; להתמודד עם שאלות מדיקו-לאגליות שמתעוררות בדרך (ארכיון דיגיטלי - כן או לא?). בנוסף לכך, קיימת המשימה של בקרה על התיעוד הרפואי, מאחר ומספרן של התביעות הולך וגדל בכל בתי החולים; בנית כלי בקרה במטרה לשפר את איכות הרשומה הרפואית; הכשרת צוות העובדים לעבודה בתנאים הנוכחיים ובדרישות העדכניות; התמודדות עם נושא הסימול

אם הנכם זקוקים או מחפשים נייר קופי, למי שעדיין זוכר במה מדובר, תמצאו במחלקה לרישום ולמידע רפואי מלאי מימים עברו. אם הנכם רוצים לתרגל קריאת כתב חרטומים - זה נמצא אצלנו. אם רוצים לאשש את ההנחה שכתב ידם של הרופאים הוא מיוחד והינו סימן היכר של המקצוע - גם אצלנו. מי שרוצה לראות מכשיר מיקרופיש (יודעים/זוכרים מה זה?) - מוזמן אלינו. גם העצים שנכרתו ונכרתים נמצאים אצלנו - בצורה של תיקים עבי כרס שתופסים שטח ניכר בארכיון. באיזו דרך הלכנו ולאן פנינו מועדות? כיום המחשבים שולטים כמעט בכל הבדיקות, ברובוטים המנתחים, במעליות ועוד. גם המשרד היום ממוחשב, ובמחשבים קיים הזיכרון הארגוני. התמורות שחלו בשטח הרישום והמידע היו מהירות, והשינויים הצפויים בעתיד הינם מהירים פי שבעה.





מי מפחד מעקירת שיני בינה?

« ד"ר דרוד שמיר מומחה לכירורגית הפה והלסתות

באמצעות שטיפות פה ותרופות אנטיביוטיות מתאימות. לעתים מבצעים עקירה של שן הבינה הנגדית או משייפים אותה מעט על מנת למנוע מגע עם השן הבוקעת ה"חולה".

ההחלמה מעקירת שיני בינה בגיל צעיר היא מהירה יותר, עם סיכוי נמוך יותר להתפתחות סיבוכים ולכן בהינתן התוויה מתאימה לעקירת שיני הבינה, מומלץ לעקור את השיניים לרוב בין הגילאים 18-25. עקירת השן תיעשה בהתאם לגודל, לצורה ולמנח שלה. העקירה יכולה להיות עקירה פשוטה או עקירה מורכבת וקשה העלולה לסכן רקמות ועצבים סמוכים. הוצאת שיני הבינה נעשית בהרדמה מקומית ומלבד אי נוחות קלה היא אינה גורמת כאב כלל. לאחר הפעולה, ישנה נפיחות קלה באזור, העלולה להתגבר ולהימשך במשך כיומיים ואף לגרום להפרעה בפתיחת הפה. במהלך תקופה זו מומלץ להימנע מעישון, להקפיד על שתייה מרובה ולאכול אוכל קר ורך. אין המלצה גורפת בספרות לנטילת אנטיביוטיקה לאחר כל עקירה כירורגית של שיני בינה, ההחלטה שמורה לכירורג המטפל והיא תלויה בגורמי הסיכון של המטופל ובמורכבות הפרוצדורה הכירורגית.

אין צורך לשחזר את החוסר שנוצר לאחר עקירת שן בינה כיוון שעקב מיקומן האחורי שיני הבינה אינן משתתפות באופן פעיל בלעיסת המזון.

ביחידה לכירורגית פה ולסתות של המרכז הרפואי בני ציון מתבצע אבחון וטיפול במגוון הפרוצדורות הכירורגיות בחלל הפה כולל טיפול כירורגי בשיני

בינה. ■

שן הבינה היא, למעשה, שן טוחנת שלישית הבוקעת אחרונה (או שאינה בוקעת כלל). באופן תקין לכל אדם יש שלוש שיניים טוחנות קבועות בכל רבע של הפה. הטוחנת הראשונה בוקעת בפה בדרך כלל בסביבות גיל 6. הטוחנת השנייה בוקעת בגיל 12 לערך, ואילו הטוחנת השלישית מנסה לבקוע סמוך לגילאים 17-25. מאחר וזהו בערך הגיל שבו אנשים "מחכימים", הן קיבלו את הכינוי "שיני בינה". למעשה שיניים אלה אינן שונות מהשיניים האחרות בפה, למעט העובדה שהן האחרונות שבוקעות. השימוש בהן יכול להיות מאוד יעיל תפקודית אם הן בוקעות כשורה. אך לצערנו, אין כך הדבר תמיד. מיקומן באזור האחורי של הפה מקשה על ניקוי יסודי, דבר הגורם לעששת ולמחלת חניכיים. במקרים רבים כאשר השן כלואה חלקית, היא אף גורמת נזק לשיניים סמוכות. מאחר ושן בינה היא כאמור האחרונה להתפתח, לא תמיד נשאר לה מקום בלסת לבקוע כמו שצריך.

עצמות הלסתות מגיעות לגודלן הבוגר בערך בשנות העשרה המאוחרות. לרוע המזל, גודל זה הוא לרוב קטן מדי להתפתחות תקינה של שיני הבינה. הסיבה לכך היא שהלסתות שלנו קטנות יותר מהלסתות של האדם הקדום, אשר היה זקוק ללסת רחבה וליותר שיניים בשל המזון שהוא אכל. כאשר אין מספיק מקום לשיני הבינה לבקוע, הן עלולות "להיתקע" בתוך הלסת - תופעה המוכרת כ"שיניים כלואות". הכליאה יכולה להיות מלאה (השן כלל אינה בוקעת מן החניכיים) או בקיעה חלקית (כותרת השן או הקצה העליון שלה יבצבצו מן החניכיים). יחד עם זאת חשוב לדעת שלא כל אחד יסבול מבעיות בבקיעה של שיני הבינה. הגורמים אשר יקבעו אם תהיה בעיה כוללים את גודל הלסת ואת צורת גדילת השיניים. אחדים יסבלו בעת הבקיעה מכאבים ומנפיחות, ואחרים כלל לא ירגישו בכך. רק באמצעות צילום רנטגן מתאים ניתן לאבחן את סוג הכליאה ולהחליט על הצורך בעקירה.

ישנם מספר סימפטומים שכיחים היכולים להעיד על הצורך בעקירת שיני בינה:

- שן בינה הגורמת כאבים או אי נוחות מתמשכת.
- חור עמוק בתוך שן בינה שלא ניתן לתקנו באמצעות שחזור (לא מקובל לבצע טיפולי שורש בשיני בינה).
- שן בינה העלולה ליצור פגיעה בשיניים סמוכות, כגון ספיגת שורשים.
- שן בינה הגורמת לדלקת חניכיים כרונית עקב חוסר בקיעה מלא - פריקורוניטיס.
- שן בינה הגורמת להיווצרות ציסטה בלסת.
- שיקולים אורתודונטיים - לצורך יישור שיניים וכהכנה לניתוח אורתו-כירורגי.

במרבית המקרים שן בינה כלואה תגרום לבעיה אם תישאר במקומה. הדבר נכון בעיקר ביחס לשיני הבינה התחתונות. קיימים מקרים בהם זיהום באזור שן הבינה ואי עקירת השן עלולים לגרום לנזק בריאותי חמור ובמקרים חריגים אף למוות.

בעיה בשן הבינה או בבקיעתה תלויה לרוב בדלקת חריפה המתבטאת בכאב חזק ומדיר שינה ובנפיחות של הפנים והאזור. בשלב זה בדרך כלל לא רצוי לעקור את השן שכן הזיהום עלול להתפשט ולהחמיר. יש לטפל בזיהום ע"י הקפדה על היגיינה אוראלית

”

**בעיה בשן הבינה
או בבקיעתה
תלויה לרוב
בדלקת חריפה
המתבטאת
בכאב חזק ומדיר
שינה ובנפיחות
של הפנים**

דרי רחוב

רפואה וחברה

«**רחל קליין** אחות אחראית, המח' לרפואה דחופה
יעל ריינר עו"ס, היחידה לבריאות הנפש

המחאה החברתית, שפעלה בסיסמא "בית זה אוהל" בקיץ שעבר וגם בקיץ האחרון, העלתה על סדר היום את הצורך בדיוור הולם, את הנחיצות שלנו בקורת גג, במקום של קבע שבו אפשר לגור באופן נאות. בין אירועי המחאה החברתית נפתח מאהל של מחוסרי דיוור, אשר לא פרקו את המאהל עד כה. ביולי הזדעזענו מהמחאה של גבר חיפאי שבשל מצוקת חוסר הדיוור הצית את עצמו ונפטר מפצעיו. אירועי טבע קשים כצונאמי, כרעידות אדמה, כשריפות וכו' מעלים לתודעה ביתר שאת את אובדן החיים, אך גם את אובדן המגורים כאירוע טראומטי הפוגם בסיכויים לשמור על איכות חיים ברמה סבירה.

מאפייני חסרי הדיוור

מחוסרי דיוור או דרי רחוב (הומלסים) הינם לרוב גברים (85%), בדרך כלל בודדים, חסרי קשר או יכולת ליצור או לשמור על קשרים עם קרובי משפחה וחברים שהם בעלי בית/דירה. הם חסרי עבודה, סובלים מבריאות ירודה ומחולי גופני ונפשי, חלקם אלכוהוליסטים או מכורים לסמים.

בארץ - תל אביב "מאכלסת" כמחצית מההומלסים. בין אם נולדו בת"א ובין אם החליטו לנדוד אליה, 50% מההומלסים בוחרים "להתיישב" ברחובותיה או בגניה. כ- 14% בחיפה, ו- 12% בירושלים. מחציתם עולים חדשים, מהם 60% יוצאי חבר העמים. רבים מהם הינם ערבים ילידי הארץ. כ-40% מהם בעלי השכלה נמוכה, 43% בעלי השכלה תיכונית, ל 20% השכלה על תיכונית.

רוב דרי הרחוב אינם אלה שאיבדו את מקום מגוריהם בשל מצוקה כלכלית. אלה יעדיפו לחפש מקום מגורים חלופי (והמגורים ברחוב, באוהל, במערה - הם עבורם זמניים בלבד). גם מי שאינו יכול להמשיך להתגורר בביתו בשל הרחקה מהבית או בשל סיבות אישיות אחרות - מוצא בדרך כלל פתרון מגורים תחת קורת גג ולא תחת כיפת השמיים.

בארה"ב ניתן לראות הרבה יותר מחוסרי דיוור הגרים ברחוב, לאחר שאיבדו את ביתם בשל פשיטת רגל או חוב לבנק.

מחקרים על אישיותו של מחוסר הדיוור ועל מניעיו לגור ברחוב מצביעים על המאפיינים הבאים:

מצבו הנפשי של ההומלס מותאם לחיים ברחוב. לעתים קרובות יש חוסר מודעות להשלכות ל"היותי חסר בית" על הבריאות הנפשית והגופנית. אם ההומלס מדבר על מצוקה - הוא מבטא מצוקה מיידית וקונקרטי, ולא מצוקה על אורח החיים. ההוויה של ההומלסים מבוססת על תחושת נטישה בסיסית או דחייה בסיסית. אצל חלק מההומלסים העדפת החיים ברחוב נובעת מחוסר הפנמה למהות של בית (למשל, משוחררים מאשפוז ממושך או ממאסר ממושך). חלקם לא פיתחו יחס חיובי למקום מגורים קבוע, נדדו ממקום למקום, עברו ממוסד אחד לאחר, ולא התפתחה אצלם יכולת ליחס משמעות חיובית לקביעות או למגורים כמקור להגנה. חלקם מגלים חוסר יכולת לשמור על קשרים לאורך זמן (קשר בינאישי, מקצועי, גיאוגרפי).



הם בעלי נטייה לדבר על מונחים הקשורים לבית בדרך שונה. הם אינם מדברים על בית כמקום לשמירת חפצים, למילוי צרכים בסיסיים, כמקום לאירוח, למשמעות אישית או להפגנת סגנון אישי, חברתי, תרבותי.

ביניהם יש בעלי נטייה להיראות מיוחדים, יוצאי דופן, יש בעלי נטייה להאמין שהם רודפים אחרי חופש, וחופש ניתן להשגה רק בדרך של חיים במרחב שאינו תחום בקירות.

רוב דרי הרחוב הינם חסרי יכולת לגור בבית ולתחזק אותו. גם כשיש פתרון דיוור, הם בוחרים להמשיך ולגור ברחוב או בגן ציבורי. אף שיש מערך ממשלתי לטיפול במחוסרי הדיוור, בעייתו של חסר הדיוור הינה לרוב בעיה כרונית. רוב ההומלסים אינם מוכנים לקבל את העזרה המוצעת להם, והם מסכנים את חייהם בתנאים הקשים בהם הם חיים.

הומלסים במח' לרפואה דחופה

חסרי הדיוור כמעט שאינם באים ביוזמתם לטיפול במרפאות החולים או בבתי החולים. לרוב, הם מובאים מהרחוב למח' לרפואה דחופה (מלר"ד) על ידי מד"א. רובם מובאים כשהם שיכורים. כאשר הם מתעוררים, הם לעיתים בעלי מצב רוח מרומם. לעיתים הם מבקשים להמשיך לישון עד שיתאוששו. כאשר הם מתפכחים מהאלכוהול או מהסמים שנטלו או מתעוררים מעלפונם, לרוב הם יוצאים מבית החולים חזרה אל הרחוב - זאת מבלי לבקש טיפול ומבלי לקבלו. חלקם מביעים התנגדות לטיפול במלר"ד, מסרבים להיבדק, כועסים כאשר מבקשים לרחוץ אותם. אלה שמשתפים פעולה נרחצים במים חמים כדי להעלות את טמפרטורת הגוף ולהוריד את שכבות הזוהמה. השלב הבא הוא הטיפול בפצעים ובנגעים. במלר"ד יש מלאי של בגדים ונעליים שנתרמו, ומשמשים כאלטרנטיבה לבגדים המטונפים והקרועים. בשחרור, ההומלסים יוצאים מהמלר"ד במראה שונה לחלוטין - בבגדים נקיים ומסודרים, לפעמים בבגדים ממותגים ומחויטים. כמו כן, לפי הצורך הם מקבלים סכום כסף המתאים במדויק לנטיעה בתחבורה ציבורית, כדי שלא יבזבו אותו על מטרות אחרות, לדוגמא, על קניית משקה אלכוהולי. ■

”

תל אביב
"מאכלסת"
כמחצית
מההומלסים.

”

רוב דרי הרחוב
הינם חסרי
יכולת לגור בבית
ולתחזק אותו.
גם כשיש פתרון
דיוור, הם בוחרים
להמשיך ולגור
ברחוב או בגן
ציבורי

”

חסרי הדיוור
כמעט שאינם
באים ביוזמתם
לטיפול
במרפאות
החולים או בבתי
החולים. לרוב הם
מובאים מהרחוב
על ידי מד"א

תנו לי שון

על זה

«נטלי ציון אחות מוסמכת, מח' ילדים»

במהלך שני העשורים האחרונים השתנתה הפרדיגמה של מערכת הבריאות מטיפול בחולה למתן שירותי בריאות ללקוח. המטופל הוא ללא ספק במרכז, וזכויותיו מעוגנות בחוק זכויות החולה. עקרון זה חשוב ונכון, אך נשאלת השאלה: מי דואג לרווחתו ולבריאותו של המטופל? מי דואג לאחים ולאחיות, שנמצאים ליד מיטת החולה ימים ולילות?

כל אח (או אחות) העובד משמרות מכיר את הצורך הבלתי נשלט לפעמים לתפוס תנומה במהלך משמרת הלילה על מנת להתרענן ולצבור אנרגיה להמשך המשמרת. נותן השירות שנאבק בעייפות אינו יכול לתת טיפול מיטבי לחולה.

עדויות מחקריות מצטברות מעידות כי עבודה במשמרות מתחלפות ובייחוד במשמרות לילה מגבירה את העייפות והישנוניות בצוות הסיעודי, דבר הפוגע ללא ספק בבטיחות ובאיכות הטיפול הניתנים לחולה. כמו כן, ישנן עדויות לכך ששיעור גבוה מהצוות הסיעודי מנמנם במהלך משמרת הלילה באופן לא פורמאלי ולא מתוכנן, דבר העלול לפגוע אף הוא בבטיחות ובאיכות הטיפול לחולה.

בנוסף להשלכות של עבודת משמרות על העייפות והתפקוד, ישנן גם השלכות על המצב הבריאותי. לאחרונה קבע משרד הבריאות כי עובדי משמרות נמצאים בסיכון מוגבר לתחלואה בסרטן, למחלות קרדיוסקולאריות, למחלות גסטרואנטרולוגיות ולסכרת. המנגנונים האחראים על העלייה בתחלואה באוכלוסייה זו עדיין אינם מובנים במלואם. שני גורמים שנחקרו בהקשר זה ושמהם סובלים עובדי משמרות הם חסך שינה מצטבר ומצב של חוסר התאמה (דה-סינכרוניזציה) כרוני בין המחזור היממתי של שינה וערות לבין מחזור היום והלילה. שני גורמים אלה נמצאו קשורים להגברת הישנוניות מחד, ולהיעדר מרץ מאידך. במחקר שביצעתי בנושא זה לא יכולתי להתייחס לבריאות במושגים של נוכחות או היעדר תחלואה, משום שמדובר באוכלוסייה בריאה ותפקודית, אולם התייחסתי לישנוניות ולמרץ כסמנים המעידים על המצב הבריאותי.

במחקרים שנעשו בעולם, תנומה מתוכננת נמצאה כאסטרטגיה יעילה להורדת רמת הישנוניות ולשיפור במדדי ביצוע שונים. אולם, רוב המחקרים נעשו ביחס למשמרות של 12 שעות, כאשר הצוות הסיעודי בארץ עובד במסגרת שלוש משמרות מתחלפות של 8 שעות. כמו כן, מרבית המחקרים נעשו בבדיקות סימולציה בתנאי מעבדה, ומיעוטם בדקו מדדי תפקוד במחקרי שדה. מחקרים רבים בדקו מדדי ביצוע שונים שאינם משקפים בהכרח את המטלות המאפיינות את הצוות הסיעודי במשמרת הלילה. על כן, מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבדוק את היעילות של תנומה מתוכננת על הבריאות, על פי רמות הישנוניות והמרץ, והתפקוד, על פי מבחנים קוגניטיביים ויכולת העברת משמרת, בקרב אנשי סיעוד בעת העבודה

”

עבודה במשמרות מתחלפות ובייחוד במשמרות לילה מגבירה את העייפות והישנוניות

”

תנומה מתוכננת הינה דרך זולה ופשוטה לשיפור הבטיחות והבריאות התעסוקתית של הצוות הסיעודי וטיפול בחולים

במשמרות לילה במחלקות האשפוז בבית חולים בארץ. האוכלוסייה הנחקרת: 30 אחיות עובדות משמרות נדגמו בדגימה עפ"י אשכולות מתוך מספר מחלקות אשפוז במרכז הרפואי בני ציון בחיפה. קריטריונים להכללה: עבודה במשרה של 75% ומעלה, משמרת לילה אחת לפחות בשבוע. קריטריונים לאי הכללה: נשים בהיריון, הסובלים מהפרעת שינה מאובחנת או ממצבים רפואיים כרוניים העלולים להשפיע על השינה.

שיטת המחקר: המחקר נבנה כמערך פרוספקטיבי השוואתי תוך נבדקי, בו השווייתי ישנוניות, מרץ, רמת תפקוד קוגניטיבי והערכה של העברת משמרת בעבודה, עם או בלי תנומה מתוכננת בת 30 דקות בשעה 04:00 במהלך משמרת הלילה. כל משתתפת נבדקה בשני לילות עם תנומה ושני לילות ללא תנומה, לסירוגין. במהלך משמרת הלילה, האחות דווחה על רמות הישנוניות והמרץ, מספר כוסות הקפה ששתתה ואירועים חריגים אם היו. בשעה 6:30 ביצעה מבחנים קוגניטיביים שכללו שני מבחנים קוגניטיביים: מבחן החלפת מספר-סמל (DSST) הבודק זיכרון עבודה, יכולת סריקה ויזואלית וקידוד ומבחן מחיקת אות (LCT) הבודק קשב סלקטיבי מתמשך, מהירות פסיכומטרית והערכה של העברת המשמרת. בשעה 7:00 מסרה את המשמרת לאחות האחראית והשתחררה לביתה. האחות האחראית העריכה את תפקודה לפי שאלון הערכת האחות. בלילות עם תנומה מתוכננת, בשעה 4:00 האחות שכבה לישון בחדר חשוך ושקט למשך 30 דקות, ובלילות ללא תנומה מתוכננת היא המשיכה את עבודתה כרגיל. לניטור משך ודפוס השינה, ענדה האחות מכשיר אקטיגרף ביממה שלפני, במהלך משמרת הלילה ויממה אחרי המשמרת.

תוצאות: נמצאו הבדלים מובהקים ברמת הישנוניות בשעות 05:00-06:00 ו-07:00 וברמת המרץ בשעות 05:00-07:00 בין לילות עם תנומה לבין לילות נטולי תנומה. כמו כן, נמצאו הבדלים מובהקים בביצועים קוגניטיביים לפי מבחן DSST, והבדלים כמעט מובהקים לפי מבחן LCT. על פי הערכה של העברת המשמרת נמצאו הבדלים מובהקים בשאלות שיטתיות בהעברת מידע, ביצירתיות בפתרון בעיות ובזהירות ובשיקול דעת בקבלת החלטות.

דיון ומסקנות: התנומה המתוכננת נמצאה יעילה להפחתת ישנוניות, להגברת מרץ ולשיפור התפקוד הקוגניטיבי של אחים ואחיות במשמרת לילה. תנומה מתוכננת הינה דרך זולה ופשוטה לשיפור הבטיחות והבריאות התעסוקתית של הצוות הסיעודי ולשיפור בטיחות הטיפול בחולים.

נכון להיום, ניתן להמליץ לעובדי משמרות לשמור על מאזן חיים בריא בתחומים כמו תזונה ופעילות הגופנית. אולם, על מנת לסייע להם לאזן את חסך השינה המצטבר ולהתגבר על משבר העייפות בשעות הקטנות של הלילה, יש צורך בשינוי ברמה המערכתית בה מקובלת המדיניות לפיה אחים ואחיות לא אמורים לישון במהלך עבודתם בלילה. ■



» המח' לרפואה דחופה - יומן חלקי

« רחל קליין אחות אחראית, המח' לרפואה דחופה

צריך מהר להכניס זונדה ולשטוף לה את הקיבה, ובמקביל להרכיב שני עירויים תוך ורידיים. הפלסטיקאי צריך לבצע תפירה, הוא מבקש שאשלח לו עזרה. האורולוג התפנה, הוא מבקש אחות צמודה שתציג לו את החולים הממתינים לבדיקתו. קוראים לי לטלפון, הרוקחת מודיעה שהכינה עבורנו את הזמנת התרופות השבועית, היא מבקשת להזדרז בלקיחתם. "יש שם תרופות למקרר" - היא מציינת, "ואל תשכחי את הטוקסיקה". חולה עזב את המלר"ד, על דעת עצמו עם ברנולה, סרב להמתין, אני מתפנה, מנסה להחזירו. מדווחת לאחות הכללית ולביטחון, ממלאה טופס אירוע חריג. צוות משמרת ערב מתחיל להגיע. עוד שיחה אחרונה עם המחלקה הפנימית התורנית, אולי אצליח בכל זאת לשחרר עוד מיטה. האחות האחראית מאשרת. מרוצה מההישג, אני מבקשת מהמזכירה להביא את מדבקות האשפוז. אני מעבירה הנחיות אחרונות לאחות אחראית משמרת הערב, אוספת את היומן והקלמר ומפלסת את דרכי החוצה. עוד יום עבר. אחד החולים מלווה אותי: "קשה מאוד היום, עמוס, נכון?" "לא" אני משיבה. "יש ימים קשים יותר. עוד מעט תעלה למחלקה, תחכה במיטה כבר יגיעו אליך". ■

לקבל דיווח על האשפוזים במחלקות וברור לי שזה לא הולך להיות קל. מכל עבר נשמעות קריאות לעברי: "אחות - מה איתך?", "מה עם הבדיקות שלי?", "אחות - מתי אני עובר למחלקה?" "אחות, אולי אבוא מחר, אם אין מקומות במחלקה?" אני מנסה כמיטב יכולתי להרגיע את הרוחות, ולהסביר שכולם יעלו למחלקה המתאימה, אם רק יתאזרו בעוד קצת סבלנות ואורך רוח. הרפואה במלר"ד מודיעה בקול: "יש לי שחרור". אני מגיבה מיידית, מזדרזת לשחרר את החולה ופולטת אנחת רווחה. עוד מיטה התפנתה, אפשר להשיב את החולה הבא. האחיות עסוקות מאחורי הווילונות בקבלת החולים, אמבולנסים נכנסים בזה אחר זה. האחיות מתלוננות, הן לא מספיקות לבצע את מטח ההוראות הרפואיות המזורם ע"י הרופאים במלר"ד. אני מחליטה לערב את האחיות הכלליות, מבקשת תגבור הצוות הסייעודי, ועזרה בפינוי החולים למחלקות. הרופאים מתלוננים, אי אפשר לבדוק את החולה "המאתגר" במיטה הראשונה. הוא כבר שנה כמה כוסות אלכוהול, צריך לרחוץ אותו ולהחליף את בגדיו כדי שניתן יהיה לבדוק אותו. במיטה אחרת מבקשים עזרה, יש חולה קשה מאוד, בהכרה מעורפלת לאחר ניסיון אובדני.

הוראות נזרקות לכל עבר, הרופאים מבקשים שהוראות רפואיות יבוצעו מיד. אני נרתמת ומכינה VOLTAREN .I.M לחולה אורטופדי כאוב. בזמן הכנת התרופה, צועקים לי שחולה עומד להתעלף על ידי השירותים, יש לשלוח אלונקאי עם מיטה במהירות. בינתיים תומכות בו כוח עזר של המח' לרפואה דחופה (המלר"ד), ומלווה שהתנדבה לעזור. בדלפק עומד אדם וצועק, אני מנסה לברר את הסיבה לצעקותיו, ומקבלת ממנו תגובה בוטה על כך שאשתו סובלת, הרופא נתן הוראה לאחות, אבל עדיין לא ניגשו אליה. מן הסתם מדובר בזריקת ה- VOLTAREN שכבר הכנת. ברקע אני שומעת את צלצולו הרועם של הטלפון הירוק - מד"א מודיע על חולה עם בצקת ריאות לא יציבה, מבקש חדר-הלם, זמן הגעה 5 דקות. שתי אחיות מהצוות מתבקשות להיכנס עם החולה לחדר הלם. המיון עמוס לעיפה, בכל יחידה המופרדת באמצעות וילון שוכבים שני חולים ויותר, אין פרטיות, צפוף, קשה לעבור בין האלונקות, המשפחות מאבדות סבלנות ומתסיסות את האווירה. כל מקום שמתפנה נתפס במהירות על ידי חולה אחר. החולים רואים את העומס וחוששים "להתפספס". אני מנסה לפנות אל פקידות הקבלה כדי



בביה"ח. כמו כן, הבטיחו לעשות כל שביכולתם לסייע בבניית המיון הממוגן. בשלב הראשון יסייעו לרכישת אולטרה סאונד משוכלל למיון.

- סניף בני ציון בלוס אנג'לס חידש את פעילותו, וקיים לאחרונה ארוע חשיפה לקהילה המקומית. הארוע התקיים בביתו המפואר של יו"ר הוועד המנהל של בני ציון ארה"ב, מר ג'ורג' שפר, בבברלי הילס, בהשתתפות שרת התרבות והספורט וכמאתיים איש שלמדו על ביה"ח, צרכיו וחשיבותו.
- מר אלפרד מאן, מהפילנתרופים הגדולים והידועים בעולם, ביקר בביה"ח לפני מספר חודשים. הוא התוודע לביה"ח באמצעות מר ג'ורג' שפר והחליט לבקר כאן. אנו מקווים להמשיך שיתוף פעולה פורה.
- בנובמבר הקרוב יתקיים ערב הגאלה השנתי בדאלאס, טקסס למען ביה"ח, ובסוף החודש נקיים ערב הוקרה גדול בארץ לג'ורג' שפר על תרומתו רבת השנים לביה"ח. ■

« חדשות אגודת הידידים

« קרן כבירי מנהלת אגודת הידידים

אירועים ופעילויות בארץ

מועדון ליידס בני ציון הולך וגדל ומונה כבר כ-900 נשים. בין הפעילויות האחרונות:

- הרצאה מרתקת מאת ד"ר קרן אור-חן מאוניברסיטת חיפה, בנושא קבלת החלטות.
- הפנינג בריאות לכל המשפחה התקיים בתחילת יוני בחוף דדו בשיתוף עיריית חיפה, בנק דיסקונט, והולמס פלייס. באירוע נכחו מאות מחברות המועדון ובני משפחותיהן שנהנו מצעדה ומשיעורי ספורט - זומבה, קיקבוקסינג ומתיחות, וכן מכיבוד קל ומשלל מתנות.
- את פתיחת הקיץ ציינו באירוע מיוחד במלון בוטיק וילה כרמל. כמאה נשים התכנסו לפנות ערב בגינת המלון ונהנו מקוקטייל חגיגי. בהמשך הערב שיתפה ד"ר אהובה אלפרון את הנשים בסיפור חייה המרתק לצד בעלה ומשפחתו. כל הכנסות הערב הוקדשו לרכישת מכשור מתקדם למרפאת השד. האירוח המקסים נתם ברוחב לב על ידי המלון ומשפחת שטרית.
- בסוף אוגוסט קיימו מסיבת הוקרה לעובדים במרכז הקונגרסים, בהשתתפות

הסטנדאפיסט ישראל קטורזה.

- רגע לפני ראש השנה קיימו את ערב הגאלה השנתי. בערב הופיעו על בימת האודיטוריום ישראל קטורזה במופע סטנד אפ וטילדה רג'ואן במופע ייחודי. הכנסות האירוע הן קודש להקמת מיון ממוגן בביה"ח. באירוע צוינו גם חגיגות ה-90 לביה"ח במקבץ ברכות יום הולדת מצולמות מפוליטיקאים, אנשי ציבור ואומנים.
- בחודשים הקרובים נתחיל בסדרת ירידים, אירועי מכירות ופעילויות שונות לגיוס כספים בסגנון מקורי. פרטים בהמשך.
- בחודש מאי האחרון אירחנו קבוצה גדולה של נוצרים אוונגליסטים מטקסס שהגיעו לביקור מרגש, כחלק משיתוף פעולה פורה בין ביה"ח לכנסייה הראשית שלהם בדאלאס. בביקור חנכו הפאסטורים (ראשי הכנסיה) את שלט ההוקרה בפתח מחסן החירום במיון שהוקדש לכבודם, לרגל תרומתם הנדיבה להיערכות לחירום. הם סיירו בביה"ח וסעדו בארוחת צהריים שבסופה הצהירו על תמיכתם המלאה

ביוני האחרון התקיים מפגש של תלמידי כיתות ה' - ו', הורים ומורים בבית ספר "הריאל" בחיפה בהשתתפות ד"ר **מטיאס קרליבך** ממרפאת הכבד לדיון בנושא הכבד השומני.

בשנים האחרונות הפכה מחלת הכבד השומני למחלת הכבד הראשונה גם במבוגרים וגם בקרב בני נוער. ההסננה השומנית של הכבד עלולה להתקדם לדלקת (steatohepatitis), להצטלקות (fibrosis) לשחמת (cirrhosis) ולמחלת כבד סופנית. מבחינת השפעתה על בריאות הציבור, מחלת הכבד השומני חשובה לא פחות ממחלת כבד על רקע אלכוהול, הפטיטיס B או הפטיטיס C.

ברוב המקרים קשור הכבד השומני לחוסר פעילות גופנית ולתזונה לקויה. מניעה וטיפול במחלה חייבים להתחיל בגיל צעיר ולהתמקד באורח חיים בריא.

התלמידים השתתפו בדיון פעיל על בחירת מאכלים בריאים, שתיית מים, הקפדה על ארוחות מסודרות והימנעות ממזון מהיר, חסרונות האכילה מול מסך המחשב או הטלוויזיה ושתיית משקאות מתוקים. תזונה נכונה היא מגוונת וטעימה ופעילות גופנית היא חלק בלתי נפרד מחיים פעילים. הודגש במפגש כי יש להיזהר מדיאטות קיצוניות העלולות להזיק לבריאות - ירידה דרסטית במשקל עלולה אף להחמיר את מחלת הכבד. עוד הוסבר כי רצוי להגדיר מטרות מציאותיות למשקל גוף רצוי. מצב הכבד השומני משתפר עם השינוי ההדרגתי והנכון במשקל הגוף.

סרטן שלפוחית השתן הינו הסרטן השביעי בשכיחותו בארץ ובכ- 70% מהמקרים מדובר בסרטן חוזר. לכן קיימת חשיבות רבה שכל מטופל יבין את תהליכי הטיפול השונים ואת הגורמים המשפיעים. במח' אורולוגיה, בראשותו של פרופ' **עופר נתיב**, הוחלט לתת דגש על תמיכה נפשית לצד מתן טיפול רפואי. על כן, הוקמה קבוצת תמיכה לחולים בסרטן שלפוחית השתן במסגרתה יכולים המטופלים להשתתף במפגשים בהנחייתן של מורה בכירה בביה"ס לסייעוד בביה"ה, **איריס צייטלין אופיר**, אחות אחראית במחלקה האורולוגית, **כוכי ביטון** ואחות אחראית המכון האורולוגי, **נטלי מלול**.

המטופלים ובני משפחותיהם הזדמנו למפגש ראשון מסוגו במהלכו שמעו את הרצאתו של ד"ר **גיל מאייר**, שפירט על המחלה, על גורמי הסיכון ועל תהליכי הטיפול השונים. למשתתפים ניתנה הזדמנות לשאול שאלות את הצוות הרפואי ואת מדריכי הקבוצה, ולקבל מענה אישי ומקצועי לשאלותיהם.

בשנים אחרונות חלה עליה חדה בשכיחות המלנומה. כחלק מהמאמצים להעלאת המודעות לסרטן העור התקיימו במהלך הקיץ ימי בדיקות מיוחדים לאבחון נגעי עור. הבדיקות בוצעו ללא תשלום ע"י רופאי היחידה הפלסטית ובראשם ד"ר **נועם קלדרון** - מנהל כירורגיה פלסטית וד"ר **פאולה שטרק** - מנהלת מרפאת שומות. הפעילות כללה בדיקה דרמוסקופית (שיטת אבחון בלתי פולשנית), הדרכה להימנעות מחשיפה ממושכת לשמש, מכתב מפורט לרופא המטפל כולל סימון הנגעים החשודים והמלצה להסרתם. ממצאי הפעילות הראו כי ל-66% מהנבדקים היו נגעים חשודים, והם הופנו להמשך מעקב וטיפול.

❖ כינויים

ד"ר אירית מאור - מנהלת מעבדה ביוכימית
מר מנחם פורר - מנהל הכספים
ד"ר דן שטיינברג - סגן מנהל ביה"ח

יום המחקר השנתי של המרכז הרפואי בני ציון, המאורגן על ידי ועדת המחקר של ביה"ח בראשותו של ד"ר **אהרון קסל**, סיכם את הפעילות המחקרית לשנת 2012 בתחום המדע הבסיסי והרפואה היישומית. במהלך יום המחקר הוצגו מחקרים אשר יסייעו ויתרמו בעתיד לטיפול בחולים. בנוסף, התקיימה תצוגת פוסטרים של 50 מחקרים רפואיים בתחומים שונים. במסגרת יום המחקר התארחו במרכז הרפואי בני ציון פרופ' **מיכאל אברם**, המשנה לדיקן הפקולטה לרפואה בטכניון ופרופ' **אברהם הרשקו**, חתן פרס נובל לכימיה בשנת 2004 שאף הציג את המחקר שערך ובו בדק מדוע וכיצד מתפרקים חלבונים בתאים. במהלך האירוע חולקו פרסים - פרס הסטאז'ר המצטיין לד"ר **סיון בנימין** ולד"ר **חאלד עטאללה**; פרס מנכ"ל ביה"ח לחוקר המצטיין לד"ר **תמר תדמור** מהמכון ההמטולוגי; פרס על הפוסטר המצטיין לד"ר **רועי פרפרה** ממחלקת אורולוגיה. מנכ"ל המרכז הרפואי בני ציון ד"ר **אמנון רופא** הודה על ארגון יום המחקר ליו"ר ועדת המחקר של ביה"ח, ד"ר **אהרון קסל** ולחברי הועדה: פרופ' **מאג'ד עודה**, ד"ר **איגור סוחוטניק**, ו**מריסה ארליכנר**.

במאי האחרון צוין עשור להקמת המרכז לנפגעות תקיפה מינית, שהוקם בשיתוף פעולה בין משרד העבודה והרווחה, משרד הבריאות, העירייה והמרכז הרפואי בני ציון. במהלך האירוע, נחשפו המשתתפים למערך הטיפול לנפגעות תקיפה מינית והקשיבו להרצאה של הפסיכיאטר ד"ר **אילן קוץ**, שעסקה בשינויים שהתרחשו מאז תקופת המקרא ועד היום בתחום הפגיעות המיניות. המשתתפים הופתעו לגלות כי ניתן לראות בבירור שינוי בחיבור האונות במוח אצל נפגעת תקיפה מינית, לעומת אדם שלא חווה חוויה טראומטית שכזו. לבסוף נחשף בפני המשתתפים מקרה של טיפול בנפגעת תקיפה מינית. הנפגעת סיפרה על התהליך שעברה במרכז לנפגעות תקיפה מינית, על ההשלכות של הפגיעה המינית על חייה ועל השיקום שעברה.

משה כחלון, שר הרווחה והתקשורת, שנכח באירוע התחייב שמשרד הרווחה ימשיך בסיוע למרכז. ד"ר **אמנון רופא** מנכ"ל המרכז הרפואי החמיא למנהלת המרכז לנפגעות תקיפה מינית-**רונית סדגר**, למנהלת השירות הסוציאלי-**נעמי אדלס**, למנהלת השירות הפסיכיאטרי ד"ר **אהובה בני** ולצוות המרכז על עבודה נפלאה. כמו-כן ציין כי הפרויקט, שהוא הראשון בעולם שמטפל בנפגעות תקיפה מינית, החל מהרגע הראשון, מביא כבוד רב למרכז הרפואי שלנו.

ועידת ישראל לרפואה, השישית במספר, התקיימה בסוף יולי האחרון, במרכז הקונגרסים בבנייני האומה בירושלים, במעמד יו"ר הכנסת, ח"כ **ראובן ריבלין**, סגן שר הבריאות, ח"כ הרב **יעקב ליצמן**, מנכ"ל המרכז הרפואי בני ציון ד"ר **אמנון רופא**, מנכ"ל ביה"ח הדסה פרופ' **אהוד קוקיה**, ראש עיריית ירושלים, מר **ניר ברקת** ואחרים.

ועידת ישראל לרפואה, שהינה פרי שיתוף פעולה בין המרכז הרפואי הדסה, עיתון כל העיר והמרכז הרפואי בני ציון, עסקה גם השנה בסוגיות הנוגעות לבריאות הציבור תוך מטרה להגביר שיח ומודעות. מושבי הוועידה עסקו במחלות הכפר הגלובלי - באיתורן ובמניעתן וכן, בחלוקת המשאבים הרפואיים. פרופ' **יצחק סרוגו**, מנהל מחלקת ילדים והמעבדה המיקרוביולוגית, העביר הרצאה מרתקת בפני למעלה מ-1000 משתתפי הוועידה, בנושא מחלות המועברות במגע מיני.

המשתתפים בוועידה קיבלו מנציגי המרכז הרפואי בני ציון תיקים ידידותיים לסביבה אשר הכילו דפי מידע על ביה"ח ומבחנות ממותגות ממולאות בסוכריות שוקולד.

המרכז הרפואי
בני ציון
להרגיש בבית, גם כשחולים

