

הצעות לעבודות גמר לסטודנטים לרפואה- החוג לרפואת ילדים
3 במאי 2016

נושא העבודה	שמות המנחים
<p>GERM CELL TUMORS של הגונדות (שחלות ואשכים) בילדים ומתבגרים: סיכום 15 שנות טיפול בביה"ח לילדים ע"ש שניידר Germ cell tumors אקסרה-קרניאליים הם גידולים נדירים בילדים ומתבגרים. אנו נבקש לבחון את המאפיינים האפידמיולוגיים (גיל אבחנה, מין, מוצא), הקליניים (כולל סימנים ותסמינים, טיפול כירורגי, טיפול כמותרפי וכו') והתוצאות לטווח רחוק (הישרדות, סיבוכים ותופעות לוואי של הטיפול הכימותרפי) של החולים הללו שאובחנו בשניידר. המדובר במחקר רטרוספקטיבי החובק 15 שנות טיפול וכולל כ-20-30 חולים.</p>	<p>ד"ר שפרא אש, אונקולוגיה ילדים, שניידר shifraa@clalit.org.il ד"ר ורד שקלים זמר Veredsh2@clalit.org.il 054-4332195</p>
<p>רמות HDL כולסטרול בדם בחולי גושה, הטיפול האנזימטי ותחלואה לבבית ככל שמחלת גושה קשה יותר (חומרת המחלה נמדדת על פי סוג המוטציה), כך רמת HDL כולסטרול נמוכה יותר. האם הטיפול התרופתי האנזימטי משפר/מעלה את רמת HDL כולסטרול? פורסמו מס' מאמרים על כך שרמת HDL כולסטרול נמוכה מתקשרת למחלות לב. האם HDL כולסטרול נמוך מתקשר עם תחלואה לבבית בחולי גושה? המדובר בעבודה רטרוספקטיבית- יש כ-100 חולי גושה המאובחנים בבלינסון.</p>	<p>פרופ' איאן כהן, אונקולוגיה ילדים, שניידר icohen@tau.ac.il ד"ר ורד שקלים זמר Veredsh2@clalit.org.il 054-4332195</p>
<p>צפיפות עצם בחולי גושה וטיפול אנזימטי ידוע שצפיפות העצם היא נמוכה בחולי גושה. האם התחלת טיפול אנזימטי בגיל צעיר יותר משפיעה על תוצאות צפיפות עצם? אם אכן טיפול אנזימטי משפר את תוצאות צפיפות עצם אז ייתכן שצריך להתחיל טיפול אנזימטי גם בחולי גושה שהם אסימפטומטיים. הבעייה: הגיל בו מתחילים הטיפול הוא לפי חומרת המחלה. בחולי גושה נערכת בדיקת צפיפות עצם אחת ל-3-4 שנים. נבדוק באיזה גיל החלו לקבל טיפול אנזימטי חולי גושה שאובחנו בשנות ה-90' וחולים שאובחנו לאחרונה. ברצוננו לבדוק את תוצאות צפיפות העצם בחולי גושה ולברר האם קשור למתי החלו הטיפול.</p>	<p>פרופ' איאן כהן, אונקולוגיה ילדים, שניידר icohen@tau.ac.il ד"ר ורד שקלים זמר Veredsh2@clalit.org.il 054-4332195</p>

<p><u>שינויים במחלת גושה בישראל במהלך השנים</u> בעבר חולי גושה שאובחנו היו עם תחלואה קשה. כיום מבצעים יותר בדיקות סקר למחלת גושה לפני הריון, במהלך הריון (תוך שימוש בדיקור מי שפיר) ומכירים את המשפחות עם החולים הקשים ולכן האבחנה והטיפול הם בשלב מוקדם יותר. כתוצאה מכך המחלה הופכת להיות קלה יותר: אין שברים בעצמות, אין bone crisis; מאבחנים מוקדם יותר מקרים שבעבר לא נתגלו. נבקש להשוות את תיקי החולים שאובחנו לפני 20 שנים לחולים שאובחנו ב-5 השנים האחרונות מבחינת: - סוגי המטציות שזוהו - הקליניקה של החולים (שברים, bone crisis, דימומים וכו').</p>	<p>פרופ' איאן כהן, אונקולוגיה ילדים, שניידר icohen@tau.ac.il ד"ר ורד שקלים זמר Veredsh2@clalit.org.il 054-4332195</p>
<p><u>השילוב של תרופות נוגדות דלקת לא סטרואידליות</u> (NSAIDS) ותרופות מסוג ACE INHIBITORS, או <u>ANGIOTENSIN RECEPTOR BLOCKERS</u> והתפתחות אי ספיקת כליות NSAIDS (כדוגמת אביטרן, וולטרן, איבופרופן, ארקוקסיה, ואחרות) ניתנות לרוב כמשככי כאבים ע"י רופאי משפחה, אורתופדים, גניקולוגים ורופאי שיניים. אלו תרופות שלא מצריכות מרשם רופא. הרושם הוא ש-NSAIDS עשויים לבוא באינטרקציה עם תרופות כדוגמת ACE INHIBITORS, תרופות ממשפחת ANGIOTENSIN RECEPTOR BLOCKERS (המשמשות לטיפול ביתר לחץ דם, אי ספיקת לב, נפרופתיה סוכרתית) ולגרום לאי ספיקת כליות. נבקש לבחון תצפית זאת במחקר רטרוספקטיבי במהלך 5-10 שנים, הכולל 200-250 חולים.</p>	<p>ד"ר דוד יונתן ון דייק, נפרולוג, בלינסון dvandyk@post.tau.ac.il ד"ר ורד שקלים זמר Veredsh2@clalit.org.il 054-4332195</p>