

תעבור על החומר הרפואי שצירפתי ותמצא כשלים בתזה של דינרי

מתוך עיון מעמיק בתיעוד הרפואי שצירפתי, עולים מספר כשלים, פערים והתעלמויות בולטות בחוות דעתו של פרופ' דינרי. בעוד שפרופ' דינרי מסתמך על סטטיסטיקה כללית של המחלה כדי לטעון שהטיפול היה סביר והסיבוכים "מוכרים", התיעוד הרפואי של חיים מאיר בזמן אמת מראה תמונה של **הידרדרות מתמשכת וסימני אזהרה קריטיים שזכו להתעלמות או לתגובה מאוחרת**, במיוחד בין הניתוח הראשון לשני.

להלן הכשלים המרכזיים בתזה של דינרי המצביעים על רשלנות אפשרית, מגובים במסמכים:

1. התעלמות מהעיכוב הקריטי באבחון הניתוח השני (נמק של 90 ס"מ) הכשל הגדול ביותר בחוות הדעת של דינרי הוא התיאור הלקוני של מה שקרה בין הניתוח הראשון (31/10/20) לניתוח השני בשניידר (08/11/20). דינרי פוטר תקופה זו באמירה שהמהלך "היה סוער ומורכב". אולם, מסמכי המעבדה ממעיני הישועה חושפים כי הצוות הרפואי צפה בתינוק מפתח זיהום בטני חמור ביותר במשך למעלה משבוע, מבלי להתערב כירורגית בזמן:

א- דינרי רוצה לה מנחם רשור וצור?

- מדד הדלקת, (CRP) שטווח הנורמה שלו הוא 0.05-5, קפץ מיד לאחר הניתוח הראשון ל-132.18 (ב-1/11), זינק לרמה מפלצתית של 342.38 ב-2/11, (ונשאר סביב 300 במשך כל השבוע, כולל ב-7/11 (298.32)

- ספירת הכדוריות הלבנות (WBC) זינקה ב-6/11 ל-33.18 (הרבה מעל הנורמה).
- בסיכום השחרור ממעיני הישועה (8/11/20) נכתב במפורש: "בימים האחרונים בשל החמרה במצבו עם תפיחות הבטן... היום נצפתה הפרשה צואתית מאזור התפרים. **"המשמעות לחובת דינרי:** דינרי מתעלם מכך שהנמק המסיבי של 90 ס"מ מהמעי הדק לא קרה ביום אחד. המדדים הדלקתיים החריגים זעקו שיש בעיה אקוטית בבטן (דלף, זיהום או חוסר אספקת דם). ההמתנה בת ה-8 ימים עד שהמעי נרקב לחלוטין ונפער עד כדי "פיזור נרחב של צואה בחלל הבטן" ו"מעיד דק נמקי פעור" מעידה על כשל חמור במעקב שלאחר הניתוח הראשון. דינרי לא מבקר את העיכוב החמור הזה בניתוח החוזר.

ב- זיכור כרצון אגוד חוצר

2. הסתמכות על סטטיסטיקה ללא בחינת שרשרת הטיפול (הניתוח הראשון) דינרי טוען כי "התנקבות המעי היא סיבוך מוכר ורציני המופיע ב-3-6% מהמקרים" ולכן הטיפול בשטיפות היה נכון עד לפרפורציה (התנקבות). עם זאת, התיעוד מראה שהחשד לחסימת מעיים עלה כבר ביממה השנייה (28/10), ובוצעו חוקנים בעקבות "בטן תפוחה ומיעוט יציאות". הניתוח בוצע רק ביממה החמישית בסמוך לחצות (31/10) בשעה 20:55. **המשמעות לחובת דינרי: מומחה כירורגי עשוי לקבוע כי כאשר תינוק נמצא תחת השגחה כה צמודה ומקבל חוקנים שלא פותרים את תפיחות הבטן (צילומי בטן מ-31/10 הראו "ריבוי גזים במעיים... ללא אוויר ברקטום"), היה צורך לבצע ניתוח לשחרור הלחץ (דקומפרסיה) או יצירת סטומה לפני שהמעי מגיע למצב של התפוצצות (פרפורציה גדולה בצקום). הפיכת סיבוך של "התנקבות" לגזירת גורל סטטיסטית, כפי שעושה דינרי, מתעלמת מהשאלה האם המעקב הקליני ביומיום שקדמו להתנקבות חייב הקדמה של הניתוח.**

3. דו"ח הפתולוגיה סותר את ה"גזירת גורל" של דינרי בדו"חות הפתולוגיים מבית חולים בילינסון (בדיקה 20-23402) מתואר כי בקטעי המעי שנכרתו בניתוח השני נמצאו, בנוסף לנמק נרחב ולדלקת צפק (פריטוניטיס), גם **Intravascular thrombosis** (המשמעות לחובת דינרי: דינרי מציין התנקבות עקב אנטרוקוליטיס (זיהום), אך אינו מתייחס לממצא הפתולוגי של קרישי דם בכלי הדם של המעי (thrombosis) שעשויה להעיד על חסימת אספקת הדם למעי (איסכמיה) שנגרמה לאחר הניתוח הראשון. התעלמות מממצא זה משרתת את התזה של דינרי שזהו "סיבוך טבעי" של מחלת ההירשפרונג, בעוד שייתכן שמדובר בסיבוך ניתוחי/מכני של הניתוח הראשון שלא זוהה בזמן.

4. הודאתו המפורשת של דינרי בחוסר סמכותו המקצועית בסוגיה זו הכשל החשוב ביותר בתזה של דינרי נמצא בסיכום שלו עצמו: "כדאי אולי לקבל חוות דעת גם של כירורג ילדים לגבי ההתנהלות בשבוע הראשון לחייו". **המשמעות:** דינרי מודה הלכה למעשה שהוא גסטרואנטרולוג ולא מנתח. הוא יכול להעיד על מחלת ההירשפרונג עצמה ועל תסמונת המעי הקצר ממנה הילד סובל היום, אך הוא אינו הסמכות המקצועית לקבוע האם כירורג סביר היה ממתין 8 ימים עם מדדי דלקת של CRP 300 עד לביצוע ניתוח חוזר בתינוק מנותח, או האם עיתוי הניתוח הראשון היה רשלני.

אני לא רוצה
והינני
על מנת
חוקים
הספק?

סיכום אסטרטגי עבור עורך דינך: התזה של דינר נשענת על כך ש"הופעת פרפורציה היא סיבוך מוכר" במחלת הירשפרונג. עליכם לטעון (באמצעות מומחה כירורג מטעמכם) שגם אם הפרפורציה הראשונה היא סיבוך אפשרי, **הנמק המאסיבי של מטר מהמעי הדק שהתגלה בניתוח השני** אינו תולדה טבעית של מחלת הירשפרונג, אלא תוצאה ישירה של רשלנות במעקב הבתר-ניתוחי (Post-op) בבית החולים מעייני הישועה. התעלמות ממדדי זיהום קיצוניים לאורך ימים ארוכים, עד שהצואה פרצה מתוך פצע הניתוח והמעי נרקב, היא כשל נקודתי שדינר פשוט בחר לעקוף בחוות דעתו.

כיצד ממצא ה thrombosis-בפתולוגיה מחזק את טענת הרשלנות?

האם היו נורות אזהרה נוספות בבדיקות המעבדה בין הניתוחים?

אילו שאלות ספציפיות כדאי להפנות לכירורג ילדים מומחה?

כמה זמן לקח עד שעשו משהו ובכלל חשבו על האופציה לנתח?

על פי התיעוד הרפואי, הצוות הרפואי **כן עשה משהו החל מהיממה השנייה, אך מדובר היה בטיפול שמרני** (שטיפות), וההחלטה על ניתוח התקבלה רק **כעבור כשלושה ימים נוספים**, לאחר שהמצב הידרדר לכדי קריסת המעי.

להלן לוח הזמנים המדויק מתוך המסמכים:

- **זיהוי הבעיה ותחילת טיפול (היממה השנייה):** חיים מאיר נולד ב-27/10/20. כבר ביממה השנייה לחייו (28/10/20), עקב בטן תפוחה ומיעוט יציאות, בוצע צילום בטן שהראה הרחבה משמעותית של לולאות המעי. בשלב זה עלה החשד לחסימת מעיים או למחלת הירשפרונג.

- **הפעולה שננקטה:** הצוות לא מיהר לנתח, אלא החל מיד בטיפול שמרני שכלל מתן אנטיביוטיקה וביצוע חוקני שטיפות דרך פי הטבעת במטרה לשחרר את החסימה. במהלך הימים שלאחר מכן נרשם שיפור קל, אך לאחריו חלה הידרדרות והבטן המשיכה להיות תפוחה באופן גלוי.

- **ההחלטה לנתח (היממה החמישית):** הניתוח לא בוצע כהתערבות יזומה בשלב מוקדם, אלא כתגובת חירום להחמרה קריטית. ב-31/10/20 (היממה החמישית לחייו), חלה הידרדרות משמעותית במצבו, הופיעה יציאה עם מעט תוכן דמי, תפיחות הבטן גדלה, ועלה חשד להתנקבות (קרע) של המעי.

- **ביצוע הניתוח בפועל:** רק בעקבות סימני ההתנקבות, התינוק הובהל בדחיפות לחדר הניתוח בשעות הערב המאוחרות של ה-31/10/20 (ההרדמה החלה ב-20:55 והניתוח ב-21:00). בניתוח אכן התגלתה "פרפורציה גדולה בצקום" (חור גדול במעי).

לסיכום התשובה לשאלתך: לקח יום אחד עד שהצוות "עשה משהו" (התחילו חוקנים ואנטיביוטיקה ביממה השנייה), אך לקחו **כשלושה ימים נוספים** (מהיממה השנייה ועד סוף היממה החמישית) עד שהם בכלל התקדמו לאופציה הניתוחית. כפי שניתן לראות מהרישומים, הניתוח בוצע רק בלית ברירה, לאחר שהמעי כבר התפוצץ (התנקב) בתוך חלל הבטן. נקודה זו היא קריטית לטענותיך בדבר עיכוב אפשרי בהתערבות הכירורגית.

פיראף נתן פקידה יממה כירורגית ישירה

לצדק לשד. רוקח על היממה השני האמריג
נכון להיגבן ו ימים? כאס אי אומר היג
למקרים מני ההתנקבות

Pediatric and adult
Gastroenterology
Pediatrician

31 B Shvil Hahalav St., Hod
Hasharon 45302
Tel: 09-7428018
dinari@tauex.tau.ac.il

מ. רשיון 7304Lic.

מומחה במחלות דרכי
העיכול בילדים ומבוגרים
מומחה ברפואת ילדים
רח' שביל החלב 31 ב', הוד
השרון 45302
טל': 742801809-
dinari@tauex.tau.ac.il

11/2/26

לכבוד

עו"ד אריאל פרייברג

שלום רב,

הנידון: התייחסות עקרונית בתיק חיים מאיר שגב, ת.ז. 233248988

לבקשתך, להלן התייחסותי העקרונית לתיעוד הרפואי שקיבלתי בתיק זה.

פרשת המקרה

חיים מאיר נולד בתאריך 27/10/20 בבית חולים מעייני הישועה, במועד ובמשקל

3255 גרם. ביממה שניה לחייו, צילום בטן, שנעשה בשל בטן תפוחה ומיעוט יציאות,

הראה הרחבה משמעותית של לולאות מעי. בחשד לחסימת מעיים, ובאבחנה מבדלת של

meconium plug או מחלת הירשפרונג, הוחל בטיפול אנטיביוטי ובחוקני שטיפות דרך

פי הטבעת. לאחר שיפור קל חלה הידרדרות, ובתאריך 31/10/20 עבר ניתוח בטן, בו

הודגמה פרפורציה גדולה של הצקום, ומעי גס מורחב ומעובה עד הסיגמה. עבר כריתה

של החלק הנגוע כולל השסתום האילאוצקלי, 5 סמ' של הקולון העולה ו-5 סמ' של

האילום הסופי. הוצאה אילאוסטומיה ובוצעה ביופסיה רקטלית לאפשרות של מחלת

הירשפרונג. בפתולוגיה נמצאו נמק ודלקת בקטע שנכרת, ולא נמצאו בקולון תאי עצב.

בהמשך הייתה עליה בתפיחות הבטן והופעת אודם מקומי, ובתאריך 8/11/20 עבר

ניתוח בטן נוסף בבית חולים שניידר. נמצא מעי דק נמקי באורך של כ-90 סמ' מהסטומה,

מתוכו קטע פעור לרווחה, הידבקויות, ופיזור נרחב של צואה בחלל הבטן. גם קטע מהמע

הגס עד המעי הרוחבי היה איסכמי, עם קרע בדופן המעי. בניתוח נכרתו החלקים הנגועים

Pediatric and adult
Gastroenterology
Pediatrician

31 B Shvil Hahalav St., Hod
Hasharon 45302
Tel: 09-7428018
dinari@tauex.tau.ac.il

מ. רשיון 7304Lic.

מומחה במחלות דרכי
העיכול בילדים ומבוגרים
מומחה ברפואת ילדים
רח' שביל החלב 31 ב', הוד
השרון 45302
טל': 742801809-
dinari@tauex.tau.ac.il

של המעי הגס ושל המעי הדק. נשאר מעי דק באורך של כ-80 סמ'. הוצאה אילאוסטומיה,

והמעי הגס הנותר הושאר בתור mucous fistula, והוצא לדופן הבטן באזור נפרד מהאילאוסטומיה. בבדיקה פתולוגית נראה נמק נרחב בקטעים שנכרתו. בקולון שנכרת נראו תאי גנגליון (תאי עצב), אך בביופסיה מאזור הסיגמה לא היו תאי עצב, ממצא המתאים למחלת הירשפרונג.

המהלך בהמשך היה מורכב ומסובך. ניזון דרך גסטרוסטומיה ובתמיכת הזנה תוך ורידית. אושפז מספר רב של פעמים עקב זיהומים והחלפת הצנתר, אירועי התייבשות והפרעות מלחים, בעיקר סביב זיהומים. בחודש יולי 2022 טסו ל-Cincinnati בארה"ב, שם שהו כשנה. בתאריך 30/8/22 עבר שם ניתוח, שבמהלכו בוצעה השקה צידית של המעי הדק לאזור המעבר במעי הגס, דמוי ניתוח Duhamel להירשפרונג, והוצאה סטומה חדשה. אורך המעי הדק נמדד – 120 סמ'. מאז מרץ 2023 הוחל במתן התרופה Gattex (tedaglutide). לאחר מכן חלה ירידה משמעותית באבדן הנוזלים מהמעי דרך הסטומה. המשפחה חזרה ארצה באוגוסט 2023. ניזון דרך הפה בתוספת הזנה של נוזלים וניאוקייט בלילה, והזנה מינימלית דרך הצנתר המרכזי, אותו הוא שלף באוקטובר 2023.

במשך שנת 2024 היו אפיזודות של חסימת מעיים, שהתאפיינו בכאבי בטן,

הקאות, בטן תפוחה, וקושי לאכול, שטופלו שמרנית על ידי נוזלים ומלחים, וסבבי

אנטיביוטיקה עקב צמיחת חיידקים במעי הדק (small intestinal bacterial

overgrowth, SIBO). נזקק מדי פעם לטיפול תוך כדי אשפוז. נעשו שטיפות ושאיבות

Pediatric and adult
Gastroenterology
Pediatrician

31 B Shvil Hahalav St., Hod
Hasharon 45302
Tel: 09-7428018
dinari@tauex.tau.ac.il

מ. רשיון 7304Lic.

מומחה במחלות דרכי
העיכול בילדים ומבוגרים
מומחה ברפואת ילדים
רח' שביל החלב 31 ב', הוד
השרון 45302
טל': 742801809-
dinari@tauex.tau.ac.il

חוזרות של הסטומה, עם שיפור בסימני החסימה עם שיפור בתיאבון ברגע שמצליח להתרוקן, כעדות לאפקט חסימתי של הסטומה בחלק הדיסטלי של המעי. בשיחת ועידה בדצמבר 2024 עם הצוות בסינסינטי סוכם שאינו מתאים כעת לטיפול דפיניטיבי של מחלת ההירשפרונג, ויש בשלב ראשון לבצע רביזיה של הסטומה כדי לפתור את בעיית התסמינים החסימתיים.

בשנת 2025 המשיך בשטיפות ושאיבות מהסטומה 3 פעמים ביום, מטופל על ידי Gattex, ומתן ניאוקייט בלילה דרך הגסטרוסטומיה. אוכל כלכלה מגוונת דרך הפה במשך היום, עם עליה במשקל ובגובה. בביקור במכון הגסטרואנטרולוגי בשניידר בתאריך 27/1/26 נרשם שמתוכנן בהמשך השנה ניתוח אקספלורציה עם תכנון השקה לפי הטבעת או רביזיה של הסטומה.

דיון

מחלת הירשפרונג היא מחלה מולדת הפוגעת בתפקוד המוטורי של המעי, והנגרמת עקב הפרעה בנדידה מלאה של תאי עצב לתוך המעי הגס בחיים העובריים. כתוצאה מכך נוצר במעי הגס קטע אגנגליוני (ללא תאי עצב). קטע מעי זה נמצא במצב של התכווצות מתמדת, הגורם לחסימה פונקציונלית. בכ-80% מהחולים הקטע הנגוע הוא הרקטום והסיגמה (המקטעים הסופיים של המעי הגס). בכ-15-20% מהחולים הקטע האגנגליוני מערב מקטעים פרוקסימליים (קריבניים, גבוהים) יותר של המעי הגס, ובכ-5% כל המעי הגס הוא ללא תאי עצב בוגרים.

Pediatric and adult
Gastroenterology
Pediatrician

31 B Shvil Hahalav St., Hod
Hasharon 45302
Tel: 09-7428018
dinari@tauex.tau.ac.il

מ. רשיון 7304Lic.

מומחה במחלות דרכי
העיכול בילדים ומבוגרים
מומחה ברפואת ילדים
רח' שביל החלב 31 ב', הוד
השרון 45302
טל': 09-7428018
dinari@tauex.tau.ac.il

שכיחות המחלה היא 1:5000 לידות, והיחס בין בנים ובנות הוא 1:3-4. קיימת

שכיחות משפחתית להופעת המחלה, נמצאו מספר מוטציות גנטיות הקשורות להופעת מחלת הירשפרונג, וקיימים מספר סינדרומים בהם יש שכיחות מוגברת של המחלה, ביחוד בסינדרום דאון (Lopez 2024).

האבחנה במרבית המקרים נעשית בתקופת הילוד, והתינוקות מראים סימנים של חסימת מעיים – תפיחות הבטן, הקאות מרתיות, ועצירות. אצל 45-90% מהתינוקות הבריאים היציאה הראשונה היא תוך 48 השעות הראשונות לחיים. איחור ביציאה ראשונה מעבר ליומיים הראשונים לחיים מעלה חשד לאפשרות שמדובר במחלת הירשפרונג, אך יציאה תוך היום הראשון או השני לחיים אינה שוללת אפשרות של מחלת הירשפרונג. אחת מהתופעות הקשות ומסכנות החיים של מחלת הירשפרונג היא אנטרוקוליטיס (enterocolitis). התמונה הקלינית היא דמוית ספסיס (זיהום ממושט), עם חום, הקאות, שלשול, והרחבה של המעי הנגוע. תמונה זאת דורשת טיפול נמרץ, ולעיתים אפילו כריתת חירום של המעי הגס. אנטרוקוליטיס יכולה להופיע הן לפני הניתוח הדפניטיבי או לאחריו. יתכן שהשלשול הדמי אצל סהר שזופיע בינואר 2023 הוא ביטוי של שלב קל של אנטרוקוליטיס.

האבחנה נעשית על ידי ביופסיה רקטלית, המראה חוסר בתאי עצב (גנגליונים) והיפרטרופיה של סיבי עצב. חוקן בריום יכול להראות קטע מעי צר ומעליו קטע מורחב, ומנומטריה (בדיקת לחצימ) באזור פי הטבעת יכולה להראות אף היא ממצאים

Pediatric and adult
Gastroenterology
Pediatrician

31 B Shvil Hahalav St., Hod
Hasharon 45302
Tel: 09-7428018
dinari@tauex.tau.ac.il

7304Lic. מ. רשיון

מומחה במחלות דרכי
העיכול בילדים ומבוגרים
מומחה ברפואת ילדים
רח' שביל החלב 31 ב', הוד
השרון 45302
טל': 742801809-
dinari@tauex.tau.ac.il

אופייניים. הטיפול במחלת הירשפרונג הוא טיפול כירורגי. מטרת הטיפול היא לכרות את הקטע האנגגליוני, להוריד ולחבר מע' עם תאי עצב לאזור פי הטבעת, תוך שמירה על מבנה ותפקוד הסוגרים של פי הטבעת (Lopez 2024). לפני הניתוח יש לייצב את מצבו של התינוק על ידי מתן נוזלים ומלחים ואנטיביוטיקה. במקרים של חסימת מעי, יש לבצע דקומפרסיה (שחרור החסימה) על ידי שטיפות רקטליות, שחרור ידני או לעיתים על ידי פיום חירום של המעי, בגובה שבו הודגם בביופסיה קיום תאי עצב. הניתוח יכול להיעשות בשלב אחד או בשני שלבים, אם כי מרבית המרכזים מבצעים כיום את הניתוח בשלב אחד. אצל חיים מאיר ההסתמנות של המחלה הייתה חסימת מעיים, מחלת הירשפרונג הועלתה מיד באבחנה המבדלת, והוחל בטיפול בדקומפרסיה על ידי שטיפות רקטליות. הניתוח בוצע ביממה החמישית לחיו, כאשר הופיעו סימנים של התנקבות המעי. התנקבות המעי היא סיבוך מוכר ורציני במחלת הירשפרונג. התנקבות מופיעה ב- 3-6% מהמקרים, ביחוד בשבוע הראשון לחיים. ההתנקבות היא בד"כ בחלק הגנגליוני (המכיל תאי עצב) של הקולון, ויכולה להופיע בכל קטע של הקולון, כולל בצקום. כתוצאה מההתנקבות, יש פיזור של תוכן צואתי בחלל הבטן עם התפתחות של פריטוניטיס. ההתנקבות היא סיבוך רציני, הדורש אבחנה וטיפול מהירים. במרבית המקרים יש צורך ביצירת קולוסטומיה או אילאוסטומיה (Komuro 2005, Liu 2025). דלקת – enterocolitis הקשורה למחלת הירשפרונג היא גורם סיכון להופעת התנקבות בתינוקות בחודש הראשון לחייהם עם מחלת הירשפרונג. במאמר על 142

ל-ר
14 נק
קצת

Prof. Gabriel Dinari

**Pediatric and adult
Gastroenterology
Pediatrician**

31 B Shvil Hahalav St., Hod
Hasharon 45302
Tel: 09-7428018
dinari@tauex.tau.ac.il

מ. רשיון 7304Lic.

פרופ' גבריאל דינרי

**מומחה במחלות דרכי
העיכול בילדים ומבוגרים
מומחה ברפואת ילדים**
רח' שביל החלב 31 ב', הוד
השרון 45302
טל': 09-7428018
dinari@tauex.tau.ac.il

תינוקות עם הירשפרונג ופרפורציה של המעי, נמצאה הסננה דלקתית בשולי הקטע

שנכרת. ההתנקבות הייתה ב-23.9% באזור הצקום, וב-28.9% באילאום הסופי (Zhu

2022). גם אצל חיים מאיר הייתה הסננה דלקתית בשולי הקטע הניתוחי שנכרת.

אצל חיים מאיר הופיעו סימני חסימת מעיים כבר ביממה השנייה לחייו, טופלה
כראוי על ידי חוקני שטיפות, אך למריבת הצער קרתה פרפורציה של הצקום לאחר מספר
ימים. הטיפול היה נכון, אך המהלך בהמשך היה טוער ומורכב, כפי שתואר בפירוט לעיל.

לאור כל האמור לעיל, אינני חושב שהייתה רשלנות בטיפול בחיים מאיר, ונראה

לי שקיבל טיפול מסור ונכון, למרות כל הסיבוכים.

כדאי אולי לקבל חוות דעת גם של כירורג ילדים לגבי ההתנהלות בשבוע הראשון

לחייו.

במידה ויוחלט להגיש תביעה, אני אוכל לתת חוות דעת לגבי מצבו הנוכחי מבחינת

מערכת העיכול, אך לא מבחינת רשלנות.

פרופ' גבריאל דינרי

References

1. Komuro H et al. Perforation of the colon in neonates. Journal of Pediatric Surgery 2005; 40:1916– 1919.

**Pediatric and adult
Gastroenterology
Pediatrician**

31 B Shvil Hahalav St., Hod
Hasharon 45302
Tel: 09-7428018
dinari@tauex.tau.ac.il

7304Lic. מ. רשיון

**מומחה במחלות דרכי
העיכול בילדים ומבוגרים
מומחה ברפואת ילדים**
רח' שביל החלב 31 ב', הוד
השרון 45302
טל': 742801809
dinari@tauex.tau.ac.il

2. Lopez ME. Congenital aganglionic megacolon

(Hirschsprung disease). UpToDate 2024.

3. Liu Z et al. Bowel perforation in neonates with Hirschsprung disease: a case series and literature review. Pediatric Surgery International 2025; 41:15-21.

4. Zhu T et al. Enterocolitis Is a Risk Factor for Bowel Perforation in Neonates With Hirschsprung's Disease: A Retrospective Multicenter Study. Front. Pediatr. 2022; 10:807607. doi:10.3389/fped.2022.807607