



איגוד הכירורגים בישראל
ISRAELI SURGICAL ASSOCIATION

מידעון איגוד הכירורגים בישראל

The Israeli Surgical Association Bulletin

מספר: 5

תאריך: 29.10.17

חברות וחברי איגוד הכירורגים

וועד האיגוד נפגש לישיבתו החמישית ב- 27.10.17

כמובטח, החלטות הישיבה מובאות לידיעתכם במידעון זה.

מובאים עוד נושאים אשר על הפרק, על המדוכה או בעשייה-

1. הלוגו הוותיק של איגוד הכירורגים הוחלף בלוגו חדש. לאחר אישור בישיבת הוועד הוחזר לשיפוץ הגרפיקאית ובקרוב יתנוסס על כול מסמכי האיגוד. מתוך הערכה ללוגו הישן הוטמע זה בחדש.
2. חוג המתמחים התכנס בבית החולים מאיר בכפר סבא בפעם הראשונה. מוסדותיו נבחרו והמשך פעילותו סוכם. נציגי החוג הוזמנו לישיבת המועצה בנובמבר.
3. דמי הרישום לאיגוד וחברות הבת יעודכן החל מינואר 2018. הרישום למומחים, מתמחים וחברים נלווים מאפשר מגוון רחב של פעילויות חלקן חנימיות וחלקן בהנחות ניכרות.
4. צוות בית הספר האינטרנטי נפגש לראשונה ב- 15.10. מאפייני בית הספר האינטרנטי סוכמו עם חברת אימיד. הפעילות בבית הספר תזכה בנקודות זכות אקדמיות ולפעילים המתמידים תוענק בתום כול שנת פעילות תעודה.
5. הקמת בית הספר עומדת בקנה אחד עם המגמה של המועצה המדעית לשנות את תוכניות ההתמחות לכאלה המבוססות הישגים. הקמת בית הספר מגלמת את אחד ההישגים שבעתיד המתמחה יצטרך להשלים במהלך התמחותו.
6. ברוך שפיץ מונה לאחראי יישום שיטת הניקוד האקדמי באיגוד הכירורגים. ברוך יתווה את המהלך (וולונטארי בכללי וחובה בבית הספר האינטרנטי).
7. ראומה מדינה- עמית, מתחום המדיה, נבחרה כמתאמת בית הספר.
8. מצוקת הכירורגים העובדים באופן פרטי בלבד ובקופות החולים בלבד, בנושא הפניה לניתוחים בבתי החולים הפרטיים, הוצגה בפני המשנה למנכ"ל משרד הבריאות. התשובה שהועברה בנושא אינה ראויה לפרסום שכן מתעלמת כליל מזכויות המנתחים בקהילה לטפל בחוליהם. סוכם עם יו"ר הר"י כי הנושא יועלה לדיון מול מנכ"ל קופת החולים (אלה שאינם מתחזקים בתי חולים או הגיעו להסדר עם המנתחים) בכדי לפתור את המבוכה- מצוקה. לאחרונה מסתבר עם זאת כי

- חלה תזוזה בנושא ומסתמן פתרון אשר יספק את כול הצדדים. מצדנו- שכירורגים המוצבים רק בקהילה יוכלו לנתח את חוליהם.
9. מפקד הכירורגים יצא לדרך ב- 1 לדצמבר. נתבקשנו, לאור עניין בהר"י לנושא, להציג את המפקד בפורום יו"ר איגודים של ההסתדרות הרפואית.
10. תעשה פניה להר"י לאפשר הצטרפות כירורגים שאינם חברי הר"י ומתמחים חברי מרשם לאיגוד במעמד נילוה (אולי ללא זכויות רישום דיפרנציאלי) ובכדי שיחשפו לפעילות האיגוד, במיוחד זו המיועדת למתמחים.
11. לוח העבודה לשנת 2018 מתגבש בימים אלה. החברות תקיימנה את מפגשן בתאום כך שלא תהינה פעילויות כפולות באותו יום ולא יותר משתי פעילויות בחודש.
12. אתר האיגוד והאפלקציה עוברים עדכונים אחרונים ושניהם יושקו ב- 23.11.17. כתובת אתר האיגוד תהיה- SURGERY.IMA.ORG.IL
13. כנס האיגוד הבא יתקיים במאי 2018 במלון אוריינט בירושלים. לכנס יקדים יום השתלמויות והפעם-
- א. קורס אולטרסאונד
ב. קורס לניהול החולה עם הבטן הפתוחה
ג. השתלמות לצוות הסיעוד בנושא הטיפול בחולה המונשם והחולה עם פיום קנה במחלקה לכירורגיה.
14. כנס האיגוד לשנת 2019 יערך בכפר בלום. פה אחד נבחר פתחיה רייסמן להיות יו"ר הכנס.
15. הוחלט להקים גוף באיגוד אשר יטפל בפניות מתמחים בנושא התמחות וכישלון חוזר בבחינות. מטרת הגוף היא לשאת עצה למתמחים המתקשים לסיים את ההתמחות ולנסות לעזור בבחירת דרכי הפתרון וההתגברות על הבעיה ולנהל את הדיון אף מול המועצה המדעית. את הגוף ירכז שלמה שנייבאום - schlomos@tlvmc.gov.il. הפניה לגוף חייבת אישור מנהל המחלקה של המתמחה הפונה.
16. החברה הישראלית לכירורגיה בריאטרית תקיים כנס בשיתוף גורמים מהתחום בארץ ובחו"ל במהלך חדש אוקטובר 2018

17. החברה לכירורגיה בריאטרית וכירורגיה אנדוקרינית קיימו ימי עיון ב- 20.10.
הנוכחות הייתה מרשימה והתכנים מעניינים.

להתראות במידעון הבא

יורם קלוגר

השתלמות במיומנויות לפרוסקופיות

השתלמות איגוד הכירורגים במיומנויות בסיסיות ומתקדמות בלפרוסקופיה יצאה לדרך ובתאריך 26.9.17 התקיימה ההשתלמות הראשונה. שלושה מתמחים מבתי חולים שונים התכנסו במעבדת החיות של בית החולים אסה"ר ובמשך מספר שעות בצעו, בהדרכת רופאים בכירים, מגוון רחב של התערבויות ניתוחיות. אחראי ההשתלמות, אחמד מחאג'נה, סיכם את יום ההשתלמות כמוצלח מאוד. בעזרת חברת מדטרוניקס וחברת ג'ונסון-ג'ונסון תתקיימנה ההשתלמויות בתדירות חודשית. מתמחים המעוניינים להירשם אנא יפנו לדורית דן מזכירת האיגוד.





**סיכום התנסות, פרי עיטו של ירון רודניצקי, מתמחה במחלקה
לכירורגיה כללית כירורגית ב', בי"ח מאיר.**

בחודש ספטמבר הוזמנו לקחת חלק בקורס מיומנויות כירורגיות
לפרוסקופיות תוך התנסות בחזירים.

התכנסנו בבוקר 3 מתמחים, 2 מדריכים (אחמד מחאג'נה וויסאם
עבוד) וחזיר אחד בבית החיות באסף הרופא. תחת הרדמה וטיפול
מרשים בחיה של צוות בית החיות ותמיכתם של נציגי חברת
מדטרוניק, עברנו הדרכה ותרגול במגוון ניתוחים לפרוסקופים.
ביצענו מגוון מרשים של ניתוחים כמו:

- כריתת כיס מרה

- ניתוח שרוול

- המרה של שרוול למעקף קיבה וביצוע השקה ידנית

- תיקון בקע סרעפתי

- כריתת טחול

- כריתת רקטום קדמית

- תיקון LAP POVH

וכל זה ב 5 שעות רצופות, ללא הפסקה, כי אנחנו המתמחים לא רצינו לאבד זמן.

הייתה זאת התנסות מצוינת, כל אחד לשלב ההתמחות שלו. הרווח הגדול, מלבד ביצוע טכניקות לפרוסקופיות שונות, בא מהדיאלוג המקביל עם המדריכים על איך הם עושים את הניתוחים השונים, ומה הן נקודות התורפה של כל ניתוח בעיניהם ואיך הם מתמודדים איתם. הסביבה הלימודית עם הדרכה מוכוונת, נטרול רעש בית החולים ברקע, העדר לחץ זמנים וסימולציה דומה ככל הניתן לחיים האמיתיים מאפשרים לזכך את החוויה הלימודית ולרכוש עוד כישורים לארגז הכלים הנבנה של המתמחה הלפרוסקופי.

אני ממליץ בחום על ההתנסות. אני חושב שהרווח הגדול ביותר מקורס זה יהיה למתמחים מהשנים הראשונות להתמחות ופחות לוותיקי המתמחים, אך הם גם יוכלו ליהנות רבות מהחוויה. תודה רבה לאיגוד הכירורגים, למדריכים וכל שאר העוסקים במלאכה על הקורס. בתקווה והקורס יהפוך לחלק קבוע בהכשרה של המתמחים.

הכרה בפעילות

עיתון הרפואה ייחד גיליון שלם לאיגוד הכירורגי, פועליו ופעילות חבריו. הגיליון ירכז מאמרים בתחום הכירורגיה הכללית בנושאי- חינוך, קליניקה ומחקר. חברי האיגוד – בכירים, מתמחים ואחיות אשר מעוניינים לפרסם עבודת מחקר, תיאור מקרה או סקירה מתבקשים לפנות ליורם קלוגר בהקדם לקבלת פרטים והנחיות.

אתר איגוד הכירורגים

אתר איגוד הכירורגים והאפליקציה המתלווה לו יושקו בשבועות הקרובים. באתר הותקנה מערכת ידידותית ומזמינה להצטרפות לאיגוד וחברות האיגוד. לנרשמים תפרש רשימת ההטבות המתלווה לרישום באיגוד ובחברות. נרשמים חדשים כוותיקים מתבקשים למלא בקפידה את השאלון המתלווה לרישום. השאלון הוא חלק ממבצע- **מפקד הכירורגים בישראל** שמטרתו לאסוף מידע על הכירורגים בארץ, חברי הר"י וכאלה שאינם, מתמחים בכירורגיה חברי הר"י וחברי מרשם, גמלאים ופעילים וכו'. לנוחות ודיוק מופעלת מערכת מורכבת של איסוף מידע גם מחוץ לאתר באמצעות נציגים ובמגוון אופנים. אנא שתפו פעילה עם אוספי המידע למען שלמות מסד הנתונים.

הנחיות קליניות

החוג לכירורגיה של השד

בעקבות פרסום ההנחיה הקלינית לממוגרפיה עי' החברה לבריאות השד של האיגוד
נשאלה שאלה-

מבקש להסב לתשומת הלב להמלצות בנושא ביצוע ממוגרפיה של ה
NCCN שם ההמלצה היא על בדיקת ממוגרפיה כל שנה מגיל 40
לכולן (גם לסיכון הרגיל) ולא מגיל 45 כפי שהומלץ כאן (בהנחיות
החדשות) ואין כל הצעה על ירידה במינון מגיל 65, אלא רק אמירה
כללית בדבר סיומה כאשר תוחלת החיים הצפויה היא פחות מ 5
שנים. שיקולים כלכליים הם שיקולים השמורים לקופות ולוועדת הסל,
לא נוגעים להמלצות הרפואיות.

לתשומת לבכם

מנגד - מברך על ההמלצה להוסיף US בשד סמיך.

בברכה,

יאיר כץ

להלן תשובתם של תנ"ר אלוויס ודני הרשקו-

לא התבססנו על ה NCCN בכלל

ההיסטוריה של ההמלצה לממוגרפיה מגיל 40 מוכרת לכל מי שעוסק
בתחום (הוועדה שהוקמה ע"י הממשל האמריקאי לגבש הנחיות
בסוף שנות ה 90 לא מצאה שום סימוכין להתחיל ממוגרפיה לפני גיל
50, וסביב זה קמה סערה ציבורית אדירה ובלחץ ציבורי, כולל של
חברי קונגרס, ברגע האחרון שונו ההמלצות)

ה task force שיצא בעשור האחרון יותר מאוזן, ומדבר על זה שבין גיל 40 ל 50 מומלץ לדון עם המטופלת לגבי יתרונות וחסרונות..

אנחנו דווקא התייחסנו למצב בארץ, כאשר כמעט 1/4 מהמאובחנות החדשות בכל שנה הן מתחת לגיל 50, רובן מעל 45.

ממוגרפיה בשנות ה 40 בדיקה מאוד לא רגישה.

קשה מאוד לאמוד תוחלת חיים לאישה ספציפית (אלא אם יש מחלות משמעותיות), האומדן יותר רלוונטי לאוכלוסיות, ולכן לא ישים לגבי מתן המלצות פרטניות (אלא, כאמור, אם יש מחלות רקע משמעותיות).

בנשים מבוגרות באופן כללי הגידולים נוטים להיות איטיים יותר, ולכן חשבנו שמעל גיל 65 אפשר להישאר עם ההנחיות הקיימות של ממוגרפיה כל שנתיים.

לא היו כאן שום שיקולים כלכליים.

הרעיון הוא שככל שהרפואה הופכת להיות "מותאמת אישית", גם בדיקות הסקר אמורות להיות מותאמות אישית לדרגת הסיכון, לגיל, למבנה השד וכו'.

מטה אנליזות מרובות, כולל 3 גדולות מארה"ב קנדה ואנגליה, ומחקר בודד גדול שהשווה כמיליון נשים בשבדיה – הוכיחו שוב ושוב שבדיקת סקר בנשים בסיכון ממוצע מורידה משמעותית את שעורי התמותה ב%20-30 בכל קבוצות הגילאים מעל 40.

אין סיבה מיוחדת להתבסס באופן בלעדי דווקא על המלצות הNCCN. למעשה, בשנים האחרונות הדיון העיקרי בשנים האחרונות הוא סביב המלצות הACS שפורסמו בJAMA לפני שנתיים.

יש עדות מדעית חזקה על היתרונות של ממוגרפיה שנתית בנשים עם סיכון ממוצע בין גילאי 45-54, וכן *qualified recommendation* לביצוע ממוגרפיה שנתית מגיל 40

לציין כי האנליזה התייחסה לעוד מספר פרמטרים חשובים כמו
interval diagnosis וכן FP ואבחון יתר.

מכתב תודה בנושא ההנחיות הקליניות לנושא הממוגרפיה-



לכבוד

פרופ' דן הרשקו יו"ר חוג השד של הכירורגים-
ד"ר תניר אלווייס, איגוד הכירורגים-

פרופ' הרשקו וד"ר אלווייס היקרים,

הנדון: הקווים החדשים לגילוי מוקדם של סרטן השד

הקווים החדשים שהתוויתם, בעניין הגילוי המוקדם, התקבלו אצלנו בעמותה בברכה.
אנו מבקשות להודות לכם על החשיבה החדשה, ועל ההתאמה של הנהלים המקובלים למציאות הקיימת.
הגישה הרחבה שאימצתם; מעבר להגדרה של בדיקת סקר, הכוללת את הצרכים האישיים של כל אישה, והמערך שאתם מציעים, היא הדבר הקרוב ביותר לרפואה מצילת חיים בהתאמה אישית.
וכן האפשרויות למתן מענה לצרכים הספציפיים של נשים בגילאים שונים, בצפיפות שד שונה, ועם גורמי סיכון שונים.

הגישה החדשנית שהבאתם, שוברת את הקו המלאכותי של גיל , 50 ומוסיפה אל הנשים הזכאיות לבדיקת סקר קבוצה חשובה של נשים בגילאים . 45-50 נשים אלה מהוות חלק משמעותי מהחולות , ש"נפלו" מתחת לגיל בבדיקת הסקר כ- 1300 נשים בשנה. אנו מודעות לדילמה הקיימת בסימון גיל הסקר כגיל , 40 ולכן יש בקו שקבעתם משום מהפיכה, ואנחנו מלאות הערכה לכך שאתם נענים לאתגר ומנסחים שינוי מדורג ומתון. בתודה ובברכת חג שמח ושנה טובה ובריאה,

אירית פנט, יו"ר סיגל רצין, מנכ"לית

ארגון אחת מתשע

והפעם- המחלקה לכירורגיה במרכז הרפואי יוספטל באילת, גלב טולסטוב, מנהל המחלקה

המחלקה הכירורגית בבית החולים יוספטל ממוקמת בבית החולים הציבורי הקטן בארץ- יוספטל, המונה סה"כ 65 מיטות וכ- 35 רופאים, שהוא גם בית החולים ה"כפרי" (RURAL) היחיד בארץ.

העבודה במחלקתנו שונה מכל דבר אחר שאתם מכירים...

המחלקה מונה 12 מיטות ב- 4 חדרים והיא משותפת גם ליחידת האף אוזן גרון של בית החולים (המונה רופא אחד, שבין השאר גם מעביר את כל ימי החודש בכוננות) וליחידת העיניים (הכוללת גם כן רופא אחד). באם ישנו צורך, אנו נעזרים גם ביחידת הטיפול הנמרץ, המונה 4 מיטות. ביחידה אין רופא 24/7 והטיפול בחולה הכירורגי מתבצע במשותף עם הרופאים הפנימיים (על תקן "יועצי טיפול נמרץ"). אנחנו גם מאשפזים ילדים, דחופים ואלקטיביים, במחלקת הילדים (תחת "כירורגית ילדים"), תוך שיתוף פעולה עם רופאי הילדים.

סגל המחלקה מונה שלושה רופאים: מנהל- דר' טולסטוב, ושני רופאים- דר' גרבצב, המנהל גם את יחידת הטראומה, ודר' מזור. כולנו תושבי העיר מזה כ 5 עד 13 שנה, וכולנו כאן בכדי להישאר... המחלקה מוכרת לרוטציות של עד חצי שנה במסגרת התמחות בכירורגיה כללית ולפרקי הזמן המקובלים בהתמחויות אחרות. לרוב אנו מקבלים מתמחים בפלסטיקה, הנמצאים בבית החולים במסגרת "פרויקט יוספטל" (בו הם עובדים בבית החולים במשך פרק זמן בן 2-3 שנים בתמורה לתקן המשך במקצוע "נחשק", כדוגמת פלסטיקה או עור) ומתמחים ברפואת משפחה (העורכים את כל התמחותם במרחב אילת). אנחנו מקבלים כפעמיים בשנה פניות ממתמחים בכירורגיה כללית, ברם נאלצים לדחות אותם עקב קושי בהתאמת

תקן- התקן למתמחה בכירורגיה זהה לזה של רופא ב"פרויקט יוספטל", והנהלת בית החולים מעדיפה לשמור את התקן לרופא מהפרויקט, שעושה "הכל" במלר"ד, על פני מתמחה בכירורגיה הבקיא בעיקר בכירורגיה. אמנם "גרירת" תקן מבית החולים ממנו מגיעים אפשרית (למי שמגיע לפרק זמן וחוזר למחלקת האם), ברם לרוב בירוקרטית קשה לביצוע....

העבודה במחלקה מגוונת מאד, בגלל היעדר רופאים בהתמחויות הכירורגיות השונות: כלי דם, ילדים, פלסטיקה, נירוכירורגיה ועוד... אנחנו נקראים לתת מענה בתחומים אלו, הן בחירום והן בשגרה.

איך עושים זאת? תלוי, לפעמים ניסיון, לפעמים לימוד ובנושאים יותר "רחוקים" מאתנו- התייעצות עם מומחה, בד"כ מסורוקה, בית החולים המגבה אותנו.

למחלקה 4 "חדרי" ניתוחים שבועיים, יומיים בכל שני ורביעי. מתוכם שניים "גדולים", בהרדמה כללית, ושניים אמבולטוריים. כמובן, הלו"ז גמיש וקורה שאנו "מוסיפים ימים" מסיבות שונות ומשונות. דוגמא "אילתית" קלאסית- הרדיולוגית המסמנת שד מגיעה אחת לחודש ביום חמישי, כך ש FNL מבוצעים רק כתוספת כזו. יש לנו גם שלושה ימי מרפאות, בהם אנו "מכסים" הן את מרפאות החוץ והן את מרפאות הקהילה במרחב. אנחנו נותנים מענה גם לחולים מקופות אחרות ולחיילים, להם המענה הכירורגי האמבולטורי השגרתי מוגבל.

במסגרת ניתוחי השגרה אנחנו מכסים כמה תחומים עיקריים: כלי דם, בעיקר ניתוחי ורידים, כירורגיית ילדים, בעיקר בקעים (עד לא מזמן גם בריתות), פלסטיקה, נגעים עוריים ותת עוריים המבוצעים באשפוז יום, ואנגיו- פורטים ו PICC. בתחום הכירורגיה הכללית אנחנו מבצעים את ניתוחי השגרה: בקעים למיניהם, כיסי מרה, שד (כולל SLNB), ניתוחי מעי גס, מערכת עיכול עליונה (בקעים סרעפתיים), ניתוחי פי הטבעת ועוד... כמו בכל מקום אחר בארץ, לפרוסקופיה היא גישת הבחירה. מבחינתנו "גבולות הגזרה" עוברים

בניתוחים מסדר הגודל של כריתה שלמה של הקיבה. ניתוחים גדולים יותר, כדוגמת ניתוחי לבלב, כבד או ושט לא נבצע.

אנחנו לא מבצעים ניתוחים בריאטריים, בעיקר בגלל היעדר מערך מלווה. חולים עם מחלות רקע משמעותיות, שקיים לגביהם החשש שיזדקקו בתר ניתוחית למומחה החסר בבית החולים (קרדיולוג, נוירולוג, אנדוקרינולוג וכו') נשלחים גם הם לבתי חולים גדולים יותר.

לא אחת אנחנו נאלצים למצוא פתרונות יצירתיים ולאמץ גישות חדשניות בכדי להבטיח טיפול לתושבים. דוגמא לכך היא הדגמת דרכי המרה. מכוון ש ERCP לא קיים במוסדנו (הגסטרואנטרולוגים מגיעים ליומיים בשבוע, אם אין חגים...) וניידת ה MRI מגיעה פעם בחודש ל - 5 ימים.

חולים שנדרשו להדגמה טרום ניתוחית של דרכי המרה נאלצו להמתין זמן רב ולנסוע למרכז הארץ לקבל שירות. לעומת זאת, חולים עם מחלת אבנים המוגבלת לכיס המרה עברו ניתוח באשפוז האינדקס או מייד לאחריו. החל מ 2014 אימצנו את הליך הכולדוקוסקופיה כך שנוכל מענה לכל קשת המקרים שאנו מנתחים. כל מקרה החשוד כסובל מבעיה בדרכי המרה עובר, כמקובל, כולנגיוגרפיה ובמקרה של אבן חוסמת, שאינה מגיבה למניפולציות המקובלות, אנו ממשיכים לכולדוקוסקופיה לפרוסקופית. כאמור, הפעולה אינה מבוצעת אוטומטית לכל החולים, אבל היכולת נותנת לנו "גיבוי" קל להשלמת הפעולה, במקרים היותר קשים ובמסגרת מוסדנו. השינוי בטיפול בחולים אילו, מאז אימוץ היכולת הזו, ניכר, ואנו הצגנו אותו במסגרת כנסים בארץ ובחו"ל.

אנחנו מנסים לבסס תקשורת קבועה עם מומחים שונים ברחבי הארץ (הפטוביליארים, שד, ושט וכו'), כך שכשאנחנו נתקלים במקרה מסובך נוכל להיוועץ עימם, להפנות אליהם חולים ל"בירור מרוכז" ולניתוח.

חשוב לנו שהחולים באילת יקבלו טיפול טוב, כך שקורה שאנחנו מאבחנו, החולה ממשיך הערכה וניתוח גדול במרכז, ואנו ממשיכים

את המעקב אח"כ. כל זאת כדי לחסוך לחולה "טרטור" ונסיעות מיותרות.

הקשר הקבוע עם המומחים הללו נותן לנו בסיס נוח לעבודה ולטיפול טוב יותר בחולים. זוהי הזדמנות להודות לכל עמיתנו המגלים זמינות ונכונות לעזור.

אנו גם עוסקים באקדמיה ומתמקדים במחקרים העוסקים באספקטים הייחודיים של בית החולים. המחלקה מקפידה להציג לפחות מחקר אחד בשנה בכנס בארץ או בחו"ל. בית החולים תומך פיננסית ומורלית במחקרים ובהצגתם. כאמור אנחנו מקבלים מתמחים לרוטציה. לא מגיעים אלינו סטודנטים מהארץ לקרקשיפ, אבל מגיעים סטודנטים, מהארץ והעולם, לרוטציות.

העבודה מגוונת גם מבחינת עומס העבודה: מחד, כונויות מרובות (10-15 בחודש), בהן בהיעדר מתמחה בכירורגיה, במלר"ד בפרט ובבית החולים בכלל, אנו נדרשים לענות על שיחות טלפון מרובות, מהרופאים במלר"ד ומהאחיות במחלקות, ואף להגיע לאחת, בנסיבות אותן עמיתנו בבתי החולים הגדולים שכחו זה מכבר, וכמובן גם מסיבות משמעותיות באמת. אנחנו מגבים כירורגית את עמיתנו מתחומים כירורגים אחרים, להם אין חברים אחרים למקצוע בעיר, שיעזרו במקרה של ניתוח דחוף ומשמעותי. העבודה השוטפת היומיומית, הן זו הדורשת רופא מומחה והן זו המבוצעת במחלקות האחרות ע"י מתמחים, מבוצעת רק על ידינו. גם כשאנחנו לא כוונים, אנו נשארים זמינים למקרה משמעותי ש"יצוץ" וידרוש סיוע לעמית. בכל זאת לא אחת קורה שנשאר רק אחד מאתנו בעיר. נסו לדמיין שאתם הכירורגים היחידים בטווח 240 ק"מ, שאין לכם גסטרו, אנגיו, לב חזה, כלי דם וכו' במוסדכם ושאתם צריכים לפתור לבד כמעט כל בעיה כירורגית משמעותית (גם לעמיתים מתחומים אחרים). זה נשמע כמו שאלה לשלב ב' ? טוב, זוהי השגרה שלנו. מאידך, בימים שאנחנו לא כוונים העבודה לרוב מסתיימת בסוף יום העבודה. אין ניתוחים "בחוץ", אין כמעט מרפאות וישנה איכות חיים טובה. לא פלא שצלילה, טריאתלונים וטיולי רכב שטח מהווים חלק משגרתנו.

אופן העבודה בעיר נותן את התחושה של "רופא הכפר". תרצה או לא תמיד תפגוש את מטופלך בהווה, בעבר הקרוב והרחוק, וסביר להניח, גם העתידיים. אם לא אותם אז את קרוביהם, שכניהם וחבריהם לעבודה. יש בזה חסרונות, ובמפתיע, גם יתרונות. נדרשת ממך מידת סבלנות, אבל יש משהו בקשר הזה עם המטופלים, משהו שנעלם בעידן הנוכחי.

לסיכום,

עירנו, בית החולים והמחלקה שלנו הם סינגולריות בארץ, העבודה הזו דורשת הרבה, אבל גם נותנת המון, רבים לא היו מסתדרים פה, אבל מי שכן לא יכול לדמיין עצמו חי או עובד במקום אחר...

סיבוכים בכירורגיה

יורם קלוגר, דינה לב, דני רוזין ודורון קופלמן

הגדרה ורקע

סיבוך, כפועל יוצא של טיפול רפואי או הליך אבחנתי, הוא נחלת כול מקצועות הרפואה אך הנראות של הסיבוכים במקצועות הכירורגיים היא הגבוהה ביותר. סיבוך כירורגי הינו תוצאה לא רצויה ושאינה מכוונת, הנגרם כפועל יוצא מההתערבות הניתוחית, ועלול להשפיע על החולה, על מהלך מחלתו ואופן החלמתו.

להתפתחות סיבוכים תורמים גורמים רבים:

מצבו הבריאותי הבסיסי של החולה, מאפייני ההוריה להתערבות, נרחבות ההתערבות, כישורי המנתח וכישורי המערכת התומכת בחולה ובמנתח. לכולם מעמד חשוב בהתפתחות הסיבוכים כמו גם במניעתם. התפתחות סיבוך משני לסיבוך קיים הינה תופעה מוכרת ומאיימת (ראה טבלה מספר 1) ושרשרת סיבוכים אינה נדירה. למורכבות הניתוח ולגורמי הסיכון בבריאותו של החולה, כמו גם לביצוע ניתוח בתנאי חרום, השפעה מכרעת בהתפתחות הסיבוכים. התחלואה והתמותה בניתוחי חרום גדולה משמעותית מאלה הנצפות בכירורגיה האלקטיבית. לשיקול דעת ולמיומנות המנתח והמערכת הרפואית התומכת בכירורג ובחולה השפעה מכרעת בהקטנת שיעור הסיבוכים ובטיפול בהם לכשיתפתחו.

גם לעשייה הרפואית השגרתית במחלקות המנתחות, לפני במהלך ואחרי הניתוח, עלול להיות קשר להתפתחות סיבוכים. להלן פרוט הגדרות הקשורות לעשייה הכירורגית. שחלקן אינו בגדר סיבוך:

תופעת לואי- היא כזו שנגרמה מהטיפול ולא מהמחלה

כמעט טעות- היא כישלון במשימה שתוקן בזמן או נמנע

טעות בביצוע- היא כישלון בהשלמת המשימה כמתוכנן

שגיאה- הינה ביצוע משימה בניגוד לכללים או דעת עמיתים המקובלת כ- standard of care.

השפעות קליניות

לדרגת החומרה של סיבוך יש חשיבות ומשמעות קלינית שונה. מטעם זה פותחה מערכת מתוקפת לרישום סיבוכים המבססת בצורה נאותה את ההתייחסות הקלינית לסיבוכים המערכת פותחה ע"י CLAVIEN-DINDO ומתוארת בטבלה מספר 2.

25% מהחולים העוברים ניתוחים גדולים יחוו סיבוך הקשור באופן ישיר להתערבות הניתוחית. חלק מהסיבוכים הללו יבואו לידי ביטוי קליני רק לאחר שחרור החולה מבית החולים. שכך, לעיתים, מתגלים הסיבוכים לאחר שחרור החולה מהמחלקה, לא ידווחו לצוות המנתח, יטופלו בקהילה או בבית חולים אחר מזה בו נותח החולה מלכתחילה.

השפעות שאינן קליניות

- מערכת היחסים עם החולה ומשפחתו

החולים המטופלים במחלקות המנתחות מודעים לעובדה כי הטיפול הכירורגי אינו חף מסיבוכים. הצוות הרפואי, לעיתים קרובות (מידי?), אינו מדגיש בפני המטופל את הסיכוי והסיכון לסיבוך העלול להתרחש ולכן, בהתרחש סיבוך, פער הציפיות של המנותח ומשפחתו עלול להבשיל לכדי קרע ומשבר אמון. לעיתים אף יגיע לערכאות משפטיות.

- השפעה על הצוות המטפל

הופעת סיבוך בחולה הכירורגי הינה אירוע טראומטי לחולה ומשפחתו אך גם המנתח והצוות הרפואי מושפעים ממנו באופן ישיר ולעיתים אף משמעותי. הצוות המטפל נדרש ואף ירוויח מקיומה של מערכת מובנית לתמיכה, בחינה והסקת מסקנות בעקבות מעורבותו בטיפול בחולה שלקה בסיבוך. מערכת שכזו דרושה לצוות לצורך הערכה ולימוד, הפקת מסקנות ותיקונים ומעקב אחר מגמות בהתפתחות סיבוכים.

- השפעה כלכלית

ההוצאה הכספית הנלוות לטיפול בחולה שלקה בסיבוך לאחר הניתוח גדולה ב- 54%, בממוצע, בהשוואה להשקעת המערכת בטיפול בחולה שלא לקה בסיבוך. חברות ביטוח בארה"ב פתחו על-כך שיטת "הענשה" למוסדות רפואיים במידה וחולה ממבוטחיהם לקה בסיבוך ובבדיקת גיליון הטיפול שלו נמצאה אי התאמה בטיפול למכלולי טיפול מתוקפים (Clinical guidelines).

לדוגמא- במידה והתפתח זיהום בשתן בחולה בו הושאר צנתר לשלפוחית השתן מעבר ל- 48 שעות (ההנחיה היא להוציא צנתר בתוך 48 שעות) אך לא נמצא הסבר בגיליון החולה מדוע הושאר

הצנתר (שלא בהתאם למכלול הטיפול התקף), עלול בית החולים לא לקבל תשלום בעבור הטיפול בגינו אושפז החולה... במקרים אלה עלולה ההוצאה הכספית לטיפול להאמיר על הכנסת המוסד מהטיפול המוגדר.

משמעויות

• קבלת החלטות ניתוחיות וסב-ניתוחיות החלטה על כל טיפול מחייבת התייחסות למאזן בין תועלת לסיכון. במקרה שלנו, המנתחים, הסיכון הוא הופעתו של הסיבוך בעוד התועלת היא סיכויי ההחלמה, הקלה או מניעת סבל. לפני ניתוח חייב הצוות הרפואי לשאול מספר שאלות (דיון רב ציוותי במקרים המורכבים)-

1. מה ההוריה לניתוח?
2. האם הניתוח הנבחר הוא המתאים?
3. האם החולה מתאים לניתוח?
4. האם המנתח מתאים לביצוע הניתוח?
5. האם הניתוח מתאים למוסד?
6. האם קיימות חלופות לטיפול המתאימות יותר לחולה? לאחר הניתוח ובהופעת הסיבוך חייב הצוות הרפואי לשאול מספר שאלות (בישיבה מסודרת הדנה בסיבוכים)-

1. מה הסיבה להתפתחות הסיבוך?
2. האם מדובר במחדל או טעות, תופעת לוואי או כמעט טעות?
3. האם ההתערבות הייתה מוצדקת?
4. האם הסיבוך תועד ודווח כראוי?

5. האם החולה ומשפחתו דווחו על הסיבוך?

6. מי היה האחראי לסיבוך אם בכלל קיים אחראי?

7. האם הסיבוך היה בר מניעה?

8. האם הסיבוך מלמד על מגמה?

בכדי לענות על השאלות, לאחר הופעת סיבוך בחולה הכירורגי, חייבת להתקיים מערכת אשר תעודד העלאת מודעות למשמעות הסיבוך, תקיים אווירה מעודדת דיווח ותיצור במה לדיון בסיבוך תוך שיתוף פעולה של כול הצוות.

• תיעוד ורישום

העוסקים במחקר, רישום, דיווח סיבוכים ובחינת מגמות בתחום, מתחבטים, גם בעצם היום הזה, מהו מגוון ומכלול האירועים החריגים לאחר הניתוח המחויבים בדיווח. בארה"ב לדוגמא, רופא מנתח אשר רשם בדו"ח הניתוח כי כריתת כיס המרה הלפרוסקופית הייתה ללא כול אירוע חריג, יידרש למתן הסבר במידה ובדו"ח הפתולוגי צוין כי כיס המרה הגיע למעבדה קרוע. הסבר כזה לא יידרש אם המנתח תיעד כי במהלך הניתוח נקרע כיס המרה (אירוע לא נדיר) או כי בתום הניתוח פתח את כיס המרה לבחינת תוכנו.

האם דיווח ברמת פרוט כזו מועילה ומקדמת מניעת סיבוכים הינה שאלת מחקר בלתי פתורה.

דיון

הכירורגים שואפים, ללא לאות, לשפר את תוצא הטיפול הניתוחי ולצמצם את הסיבוכים למינימום האפשרי. הכירורג לומד, מתעדכן, חוקר ורוכש מיומנות לאורך שנות פעילותו.

על המערכת בה פועל המנתח לשאוף ולפעול להפחתת סיבוכים ראשוניים ומשניים בחולה הכירורגי, לנקוט צעדי מנע להופעתם, לדרבן עשייה בתחום שיפור האיכות ואבטחתו ולאפיין ולכמת סיבוכים באופן יזום ומובנה. איסוף נתונים מסודר (מחלקתי, מוסדי ואולי מרכזי) על סיבוכים לאחר התערבות כירורגית, מאפשר לזהות נקודות החייבות בשיפור, התערבות המערכת וטיובה. התערבות ניהולית ומוסדית במניעת הסיבוך הראשוני (לדוגמא- הקצאת מיטות בטיפול נמרץ לחולה **מורכב** העובר ניתוח) תפחית את מספר הסיבוכים המשניים (נשימתיים למשל) ושרשרת הסיבוכים הנלווים וממילא תפחית את ההוצאות לטיפול בחולה המורכב.

זיהוי סיבוכים ומגמות מאפשר, בדיון מובנה, נטול האשמה (BLAME FREE), לתקן, לשפר ולהפחית התפתחות סיבוכים. כול מערכת העוסקת באיסוף נתונים על סיבוכי הכירורגיה מחויבת בעקרון התאמת הנתונים כך שהשוואת התוצאות תהיה מבוססת על סיבוכים ביחס לחומרת המחלה, רקע החולה (Age Adjusted), סוג הניתוח וגורמי הסיכון המקדימים (Risk Adjusted).

אופן הפקת המיטב מרישום ודיון בסיבוך כירורגי מחייב הערכות מחלקתית, רצוי ממוחשבת, שתאפשר ניטור מגמות מחלקתי ואולי אף מוסדי. בניית מערכת אבטחת איכות המבוססת על ניטור המגמות, פתיחות בדיון, בדיווח ובתיעוד תביא בסופו של דבר לצמצום סיבוכים בחולה הכירורגי.

האם הגיעה העת לדיון מערכתי בנושא הסיבוכים ויצירת מערכות תיעוד סיבוכים במחלקות הכירורגיות?

יש מספר חששות רלוונטיים המלווים את הדיון בשאלה זו: חשש כי התיעוד יהיה מסמך עובר לעו"ד, החשש כי מערכות רישום סיבוכים תהוונה כלי בידי הנהלות בתי החולים כנגד רופאים מסוימים מאידך אל לנו לשכוח כי עצם קיום מערכת תיעוד, ותרבות ארגונית של דיון ובחינה של סיבוכים באופן סיסטמתי מביאה בפני עצמה הפחתה בסיבוכים, מייצרת שקיפות ופתיחות מול החולה ומול ערכאות משפטיות אשר ממילא גיליון החולה פרוש בפניה...

סיבוך אינו בר הסתרה ואסור להתייחס אליו כשכזה. מערכת הגדרות CLAVIEN- DINDO (טבלה 2) הינה מערכת מקובלת ומתוקפת לתיעוד סיבוכים. מערכת זו ניתנת לאימוץ מחלקתי, מוסדי ואפילו לאומי כבסיס איתן ותקף לשפר מגמות ולדיין סיבוכים.

טבלה מספר 1- מלמדת על דרגת הסיכון להתפתחות סיבוך משני

<i>Index complication</i>	<i>Secondary complication</i>	<i>Odds ratio</i>
<i>Pneumonia</i>	<i>Re-intubation</i>	17.1
	<i>Respiratory failure</i>	15.9
	<i>Sepsis</i>	7.3
	<i>Shock</i>	13
<i>Myocardial infarction</i>	<i>Bleeding</i>	4.3
	<i>Cardiac arrest</i>	12
	<i>Re- intubation</i>	11.7
<i>Deep site infection</i>	<i>Dehiscence</i>	30.4
	<i>Acute Kidney Injury</i>	8.6
<i>Acute Renal Failure</i>	<i>Cardiac arrest</i>	25.3
	<i>Re- intubation</i>	11.3
	<i>Respiratory failure</i>	12.4
	<i>Bleeding</i>	11
	<i>Shock</i>	11.2

טבלה מספר 2- מדד CLAVIEN -DINDO

Grade	Definition
Grade I	Any deviation from the normal postoperative course without the need for pharmacological treatment or surgical, endoscopic, and radiological interventions Allowed therapeutic regimens are: drugs as antiemetics, antipyretics, analgetics, diuretics, electrolytes, and physiotherapy. This grade also includes wound infections opened at the bedside
Grade II	Requiring pharmacological treatment with drugs other than such allowed for grade I complications Blood transfusions and total parenteral nutrition are also included
Grade III	Requiring surgical, endoscopic, or radiological intervention
Grade IIIa	Intervention not under general anesthesia
Grade IIIb	Intervention under general anesthesia
Grade IV	Life-threatening complication (including CNS complications) requiring IC/ICU management
Grade IVa	Single organ dysfunction (including dialysis)
Grade IVb	Multiorgan dysfunction
Grade V	Death of a patient