

הכינוס העולמי הכירורגי ה-34

25-31 באוגוסט 1991, שטוקהולם

השבוע הכירורגי העולמי האחרון התקיים בשטוקהולם שבשוודיה בימים 25 עד ה-31 באוגוסט, 1991. בכינוס יוקרתי זה השתתפו כ-2,000 רופאים ומרענים מרחבי עולם והוא הצטיין ברכייהתחומיות שלו. הכינוס היה רב-גוני והוצגו בו עבודות החל בכירורגיה כללית, הטיפול בטראומה, בכלל זה תיפקוד המנתח בעת פגיעה המונית, פעילות כירורגית אנדוסקופית, כמו: endoscopic cholecystectomy, טיפול ביהומים, רפואה צבאית ועד לכירורגיה אונקולוגית. נתמזת בקצרה מספר עבודות מבין העבודות הרבות שהוצגו בכינוס, תוך שימת דגש על הכירורגיה האונקולוגית ככלל ולנושא הסרטן השד, בפרט.

סרטן הוושט

Roder וחב' הציגו עבודה על 204 חולים שעברו transthoracic esophagectomy. מעקב ממוצע היה 42 חודשים. רק 30.9% מהחולים היו בשלבים ראשונים של המחלה, דהיינו, T₁ ו-T₂, ואילו 69.1% היו בשלבים T₃ - T₄. פיזור לימפטי נצפה ב-62.3%. 56.9% מהחולים היתה השאת בעלת התמימות טובה עד בינונית ואילו ב-43.1% בעלת התמימות גרועה. ב-55.4% מהחולים היה המצב בר-נתיחה. מסקנת המחקרים: יש לכתות את השאת כריתה שלימה, כך שהשוליים יהיו חופשיים מאי שאת, יחד עם כריתה ביחידה אחת של קישרי הלימפה בחלל המיצר.

Nakamura וחב' מיפן הציגו עבודה מרשימה ביחס לתכולת ה-DNA ומידה של פוטנציאליות ממאירה בשאת ממאירה שיטחית כרוסט וניסו למצוא קשר בין DNA ploidy לבין פרוגנוזה. נמצא, שלחולים עם תכולת DNA גבוהה היתה שכחות גבוהה יותר של פזור גוררתי לקישרי הלימפה. חולים עם DNA aneuploid ו-polyloid קיבלו טיפול משולב לאחר ניתוח. Liedman וחב' משוודיה הציגו עבודה על 215 חולים עם סרטן הוושט שעברו פעולות ניתוחיות שונות. בין מסקנותיהם: יותר ויהומים היו בניתוח שבו נכרתה השאת בדרך חזית-ביטנית. לגורמים כמו: מחלת ריאות כרונית ומחלת ריאות חסימתית השפעה מכרעת על המהלך שלאחר הניתוח.

עבודה מעניינת אחרת היא זו של Meyer וחב' מגרמניה. 21 חולים עם סרטן קשקשי של הוושט שהיו בשלבים I & II טופלו לפני הניתוח ב-FLEP (5-Fu, Etoposide, Cisplatin, Leucovorin). ולאחר מכן נותחו בנישה דרך בית-החזה. ההפוגה הכללית בחולים אלה היתה כדי 57% (12/21 מהחולים). קביעת המחברים, שלמרות התוצאות המבטיחות הללו אין להגיע למסקנה אלא רק לאחר בדיקת מספר רב יותר של חולים.

עבודה אחרת היא של Hiroyuki Suzuki וחב' מיפן. ל-11 חולים עם תפלים צידרי ממאיר בגלל סרטן שד וסרטן הוושט הוזרק IL-2 (IL-2). התוצאות היו מפתיעות. כל הנחל הצידרי נספג ולא נראה עוד בצילומים של בית החזה. כדגימות מנחל לא נמצאו תאי סרטן.

עבודה מרשימה הוצגה ע"י Kitamura וחב' מיפן. 377 חולים נותחו במחלקתם החל בשנת 1973 ועד 1989. מתוכם נכללו בסקר רק 188. לאחר ניתוח ניתנה הקרנה בצורת T, שכללה גם את הצואר וחלל המיצר ב-57 חולים ברמת קרינה כוללת של 50 Gy. התוצאות: 5 שנות היוותרות החיים בחולים שעברו הקרנה זו היתה 29% (קבוצת T). זו תוצאה טובה יותר מאשר אצל חולים שלא קיבלו טיפול אדיובנטי. בחולים ללא קישרי לימפה מסוגנים בחאי שאת - 5 שנות היוותרות בחיים היתה 55% (קבוצת T). בקבוצה שלא קיבלה טיפול אדיובנטי (קבוצת N) - 53%. בחולים עם קישרי לימפה מסוגנים היוותרות בחיים כדי 5 שנים בקבוצת T היתה 14% ובקבוצת N - 8%. לא היה כל שוני בין שתי הקבוצות בדפוסי הישנות השאת. מעבודתם הסיקו המחברים, שלקרינה אחרי ניתוח השפעה חיובית, אם כי יש לחפש שיטות חרישות לטיפול בהישנות המקומית.

בעבודה אחרת שהוצגה ע"י Holscher וחב' מגרמניה נמסר, שכין השנים 1982 ו-1989 נותחו 296 חולים עם סרטן הוושט. 212 היו מסוג

בכינוסים בינלאומיים

הכינוס הבינלאומי הראשון בנושא מחלת פג'ט של העצמות

מנצ'סטר, אנגליה, 26-29 באוגוסט, 1992

היה זה כינוס נלווה של הקונגרס הבינלאומי לאנדוקרינולוגיה אשר נערך בניצה (צרפת), ובכך התאפשרה נוכחותם של מספר חוקרים בתחום מחלת פג'ט מרחבי תבל, אשר ייתכן שאלמלא כן, לא היו מצליחים להגיע למיפגש זה.

מחלת פג'ט של העצמות תוארה לראשונה ב-1877, אולם האטיולוגיה שלה עדיין איננה ידועה. עדויות נסיבותיות שונות קשרות את הופעת המחלה להירבקות מוקדמת ע"י גניפים שונים וסיוע לכך ניתן למצוא בנוכחותם של גופיפי הסגר בתוך האוסטאוקלאסטים של החולים במחלה זו. לעומת זאת, הטיפול במחלה באמצעות קליצטונין או חומרים מקבוצת הדיפוספונאטים, הוא יעיל ביותר. המחלה פוגעת בשיעור שונה באוכלוסיות שונות ובתושבי אזורים גיאוגרפיים שונים. בשנים האחרונות הצטבר מידע הנוגע להיבטים השונים של המחלה וזו היתה העילה לפנישה בינלאומית ראשונה זו.

הכינוס נמשך יומים ועסק באפידמיולוגיה של מחלת פג'ט ובהשפעת ההגירה על הופעת מחלה זו באזורים שונים בעולם. הובא הנסיון מאירופה, מאוסטרליה, מדרום-אמריקה וממזרח אסיה. שתי עבודות ישראליות אף הן הוצגו בכינוס זה: ד"ר מרק לוינטל מהמרכז הרפואי סורוקה בנגב הביא את נסיונו בטיפול בחולי מחלה זו. הח"מ הביא תוצאות סקר אפידמיולוגי בארבעה מרכזים רפואיים כמשך 25 שנים (הדסה י"ם, כילינגטון, שיבא ראשף הרופא) ובהשתתפות עמיתים מאותם מרכזים, בשני הסקרים בלטה השכיחות הגבוהה יחסית של המחלה בקרב יוצאי טוניס.

בסקר אפידמיולוגי נרחב שנערך ע"י ד"ר אהל סיריס מניו-יורק לא נמצא קשר בין הופעת מחלת פג'ט לבין מגע הרוק עם כלבים כעבר. לעומת זאת, נמצאה בסקר זה שכיחות משפחתית של תחלואה, אשר עלתה על כל הידוע עד כה. כעוד שחוקרים מסרמים מצאו רמזים לאטיולוגיה גניפית למחלה, לא הצליחו אחרים, כשיטות של כירורגיה מולקולרית, לזהות טכיות גניפיים מקבוצת הפאראמיקסו.

כפרק הטיפול במחלה הוצגו בפני המשתתפים תרופות חדשות מקבוצת הדיפוספונאטים: כעיקר רוח על הנסיון המצטבר בשימוש בפאמידרונאט (APD), אך הוצג גם תכשירים הנמצאים עדיין בשלב הניסוי הקליני, כמו ויזורונאט וטילודרונאט, תרופות שהינן הרבה יותר יעילות בטיפול במחלה פג'ט, במינונים קטנים מאוד וכנראה ללא השפעות לוואי.

הכינוס נערך באוניברסיטת מנצ'סטר ולבש אופי של סרנא. למשתתפים ניתנו הזדמנויות רבות לפגוש את עמיתיהם ולחליף דעות והוויכוח היה מרה ומעניין.

ע'י דרובל
בי"ח וולספון

אין דבר שאין לו תחליף, אין אדם שאין לו מחליף.

עממי

שחרר רק לתדנסיובית — חיים עדיין. המחברים הסיקו מכך, שכריתת המרירה על מיטתה לרבות קישורי הלימפה האזוריים, מספיקה בחולים, שבהם השאת חדרה עד ל"muscularis propria. בחולים עם חרירה עד לנסיובית הפרונוזה היא גרועה, ועל כן יש לבצע כריתה רחבה יותר.

סרטן הבלב

עבודה בנושא סרטן הבלב, באזור ה" Ampulla Vateri וטרטן אתר באזור מסכיב לאמפולה הוצגה ע"י H. Bryde Andersen וחב' מינמרק. בין השנים 1972 ו-1988 נחתו 94 חולים עם סרטן באזור זה. 85 חולים עברו ניתוח Whipple ו-9 חולים עברו כריתה שלמה של הבלב. מסקנת המחברים היא, שיש לבצע בחולים עם סרטן הבלב כריתה רחבה, בכלל זה דיסקציה הרטרופריטוניאום.

סרטן הכרשת והחלחולת

במקום זה ירווח על עבודתם של Shibuya וחב' מיפן. בין השנים 1990—1981 נחתו במחלקתם 110 חולים עם סרטן החלחולת. 54 עברו low anterior resection (כריתה נמוכה) ו-56 — ניתוח Mile's. לא היה כל הבדל בין שתי קבוצות החולים מבחינת גודל השאת, הסגנה לימפטית או נאסקולרית של השאת, עומק השאת ע"פ הסיווג של Duke. הישנות מקומית (בכלל זה תמותה) היתה ב-9.3% בקבוצה שעברה כריתה נמוכה ובקבוצה השניה — 17.6%. מסקנת המחברים היא, שניתוח שימור פי הטבעת בחולי סרטן החלחולת עדיף במקרים מסוימים מניתוח Mile's. עבודה נוספת הוצגה ע"י Cugat וחב' מספרד. החל ב-1984 ועד 1989 נחתו במחלקתם 117 חולים. הסיווג לפי Duke: A — 11, B — 42, C — 64, D — 41 חולים היתה השאת בחלק העליון, 37 — באמצע ואצל 39 — באזור הנמוך של החלחולת. המעקב נמשך כממוצע 33.5 חודשים (8—72 חודשים). מסקנת המחברים: לסוג השאת ולשלבי המחלה השפעה מרעית על היוותרות בחיים ועל ההישנות המקומית יותר מאשר לסוג הניתוח.

עבודה ניסויית אחרת, כעלה השפעה טיפולית אפשרית, היא עבודתם של Weiber וחב' משווייץ. בעבודתם כרוח המנתחים חלק מכרשת ב-96 עכברים ממין זכר מין Wistar. העכברים חולקו לקבוצות של 12 עכברים כל אחת וטופלו ב-Fu5 כמתן תוך-ציפקי במטווחי-זמן שונים. נמצא, שההשקות ללא דלף היו אלה, שהכימוטרפיה התוך-ציפקית חלה מספר ימים מאוחר יותר בהשוואה לקבוצה שבה הטיפול התל ביום הניתוח (רי הרפואה, כרך 120 חובר' ב' עמ' 76, 1991).

סרטן בלוטת התריס

מספר עבודות בנושא הוצגו בכינוס, בכלל זה עבודתו. Harness וחב' מארה"ב דיווחו, שבין השנים 1936—1990 חלו 110 ילדים ומתבררים בסרטן בלוטת התריס בעל כשלוש טובה. המלצתם, בניגוד למקובל בספרות, היא כריתה שלמה של הכלוטה לרבות קישורי לימפה אזוריים בתוספת אבלציה עם ¹³¹I, במידת הצורך.

סרטן השד

בתחום הטיפול בסרטן השד נציין את הרצאתו של פרופ' Bernard Fisher מארה"ב. הנושא היה: טיפול משמר בסרטן השד. המרצה הציג נתונים עדכניים על מספר רב מאוד של נשים אמריקניות שעברו ניתוחים משמרים בשד כשל סרטן. האופייני בנתונים הללו, שכולם מובילים להמלצה חרי משמעת של פרופ' Fisher כדבר כריתה השאת עם שוליים, ללא חאי שאת, גם כשהסרטן היה מאוחר הפיטמה, דבר שאינו מקובל בישראל. הרצאה בתחום שיחזור השד הושמעה ע"י Prof. Luscher משווייץ. ההמלצה היתה שיחזור מידי לאחר כריתה השד. כמו כן הציג המרצה ניתוחים פלסטיים בחולות עם תוצאות בלתי אסתטיות, שנבעו מטיפולים קרינתיים קורמים.

עבודה אחרת הוצגה ע"י Staffen וחב' מאוסטרליה. החל בשנת 1974 החלו המחברים לבצע ניתוחים משמרים בחולות עם סרטן שד. לאתר הניתוח קיבלו החולות הקתנה של לפחות 50 Gy, וטיפול במיטה השאת

squamous cell adenocarcinoma, 84 — מסוג adenocarcinoma. 5 שנות חיות בחולים עם adenocarcinoma כ-Barrett's esophagus היו ל-27%, ולא היה כל הבדל סטטיסטי בין קבוצה זו לקבוצה עם squamous cell carcinoma. במסקנתם ציינו המחברים, ש-transmediastinal resection עם כריתה אזורית של קישורי הלימפה ולאחר מכן gastric interposition היא הניתוח העדיף ברוב החולים המתוארים.

עוד עבודה בנושא הוצגה ע"י Hippekainen וחב' מפינלנד. בין השנים 1980 ו-1990 נכללו בסקר 125 חולים. 87 חולים הוצגו לניתוח ורק 73 נחתו. כ-35% מהם (40%) ניתן היה לכרות את השאת. מסקנת המחברים היא: גודל השאת ושיעור הכריתה הניתוחית הם הגורמים הפרוגנוסטיים החיוניים בסרטן הרושט. המלצתם: ניתוח הבחירה כריתה-רושט טרנס-היאטית. עבודה נוספת בתחום סרטן הרושט הוצגה ע"י Philippi וחב' מצרפת. המחברים הציגו 94 חולים עם סרטן הרושט וטרטן באזור החיבור בין הקרדיה והרושט, שעברו כריתה הרושט ללא תורקטומיה. השיחזור בוצע בעזרת כרשת, קיבה ומעי רק. מסקנת המחברים: כריתה הרושט ללא תורקטומיה הוא ניתוח בטוח בחולים עם סרטן הרושט באזור הצואר או ברושט התחתון. יש לבדוק את החולים לפני הניתוח.

סרטן קיבה

Sasaki וחב' מיפן הציגו עבודה מעניינת בנושא סרטן הקיבה. 195 חולים שחלו בסרטן הקיבה, נחתו במחלקתם. 5 שנות היוותרות בחיים: שלב I — 98.2%, שלב II — 90.3%, שלב III — 50.2%, שלב IV — 13.1%. בניתוח בוצעה כריתה תת-שלמה של הקיבה כולל קישורי הלימפה האזוריים בהתאם לשלב המחלה. מעניין לציין, שתוצאותיהם טובות בהשוואה למקובל בספרות המערבית, זאת בשל האיבחון המוקדם של המחלה.

סרטן הכבד

בתחום ניתוח הכבד הוצגו ניתוח המקובל כ"פן, זה מספר שנים גם במערב, דהיינו, השימוש בגל מיקרו. עבודה כזו הוצגה ע"י Tabuse וחב' מיפן. 122 חולים עם primary hepatoma נחתו כשיטה זו. 4.1% מהחולים מתו בעטייה של אי-ספיקה כבדית. הסיבוכים כללו נזלים בחלל הצור, דלף גרה, מורסה והיפרבילירובינמיה לאחר ניתוח. דימום התך-ניתוחי היה מיעור בהשוואה לשיטות האחרות. 5 שנות היוותרות בחיים לחולים עם הפאטומה קטנה כ-3% היתה 80%. 5 שנות היוותרות בחיים לחולים ללא צמקת כבד היו — 58%. לפיכך, ממליצים המחברים על השימוש בכירורגיה עם גל המיקרו.

עבודה נוספת הוצגה ע"י Aurc Ph. Segal וחב' מצרפת. 153 חולים נחתו בין השנים 1984—1988 כ-18 מרכזים מצרפת. 83% חולים הוכרו ככירורגים. 46% חלו גם בצמקת אלכוהולית. 71% היו כסיווג של Child-Pugh A. השאת היתה כגודל של 5 ס"מ או פחות כ-57% מהחולים. התמותה לאחר ניתוח היתה כרי 22% (14% בשל אי-ספיקת כבד). המחברים ציינו, שמת החולים כשלב מאוחר יותר, נבע מהישנות השאת כ-71% מהחולים ואי-ספיקת כבד רק כ-16.5%.

סרטן המרירה

עבודה בתחום סרטן ראשוני של המרירה הוצגה ע"י Jizuka וחב' מיפן. במשך 5 שנים נחתו במחלקתם 48 חולים עם סרטן ראשוני של המרירה. 28 חולים מהם עברו כריתה ריפויית, כשי-4 חולים היו בשלב I ו-9 חולים בשלב II. 6 מתוך 8 היו בשלב III, 9 מתוך 27 היו בשלב IV. מסקנת המחברים, בניגוד לדיעות אחרות בספרות, הן: בשלב I ו-II כריתה רחבה של המרירה. בשלב III — כריתה רחבה יותר, בכלל זה pancreato-duodenectomy, ולעיתים כריתה חלק מהכבד הננוצ. בשלב IV יש לבצע כריתה רחבה יותר, בכלל זה pancreato-duodenectomy או כריתה נרחבת של אונת הכבד.

בניגוד לעבודה זו הוצגה עבודתם של Yoshida וחב' מיפן. 78 חולים עם סרטן ראשוני של המרירה נחתו במחלקתם. כ-44 חולים נכרתה המרירה. אצל 20 חולים בוצע מעקף כירורגי בשל צהבת חסימתית, וב-14 חולים בוצעה לאסארטומיה בלבד. 5 מתוך 11 החולים עם סרטן המרירה

לקורא, מכתב-העת למאגרי-המידע, ממאגרי המידע לצרכן-הקצה (end-user), מהספרן לקורא, מהסגל הרפואי להנהלת ביה"ח, מהרופא לחולה, מהמרצה לסטודנט וכי. הודגש, כי כל רמה מצריכה עיבוד אחר של המידע, פירוט אחר, דיוק אחר, ערכנות אחרת. על הספרן או המידען מוטלת המשימה של אספקת המידע הנכון, בעיתוי מתאים, לאדם המתאים, בצורה המתאימה ובעלות סבירה.

כל הסוגיות הנ"ל ואחרות שהועלו בכינוס, גרמו לשינוי בחפקדיו ובתדמיתו של הספרן, מ"שומר הסף" של הספרות והספרים, ל"מחונך מידע" הפותר בעיות, למידען הבקיא בפיתוח טכנולוגיות חרישות, למורה-דרך בים של החומר המוגש באמצעות הכלים החדשים ולאחראי לדליית המידע והעברתו ללקוחות בשיתוף פעולה איתם ובהכוונתם ההדדית, "לקוותו" של הספרן כיום כוללים רופאים ואנשי-מקצועות הבריאות המטפלים יום-יום בבעיות של איבחון וטיפול, מנהלים המטפלים ב"סיקרו" של ניהול בתי-חולים או שירותי בריאות הציבור, מכוני מחקר וכד', משפטנים, מדענים וחוקרים הזקוקים לכל פריט של המידע המעודכן ביותר, ועד לציבור הרחב. על מנת להעביר את המידע מהספרות והמאגרים הממוחשבים לכל אחד מאוכלוסיות היעד הנ"ל, על הספרן או המידען להיות כקיא בטכנולוגיות החדשות, על כל מיגבלותיהן, ויחד-עם-זאת, לרצות להתאים את המידע לכל קהל.

לפי מעמדו המקצועי ותפקידיהם של לפחות חלק מהמשתתפים בכינוס, נרמה, כי בישראל אין מספיק מודעות לחשיבות של הספריה הרפואית כמקור של כל המידע הרוש ברמות השונות.

מתד גיטא קיים פוטנציאל גדול, בחלק מהספריות לפחות, שאינו מנוצל דיו: למשל, ניצול מאגרי מידע בנוסף ל"מדליין" (המכסה רק כ-60% מהספרות הביורפואית העולמית), להשלמת סקר ספרות. התשלום עבור חיפוש ממובן מעמיק ומקיף יותר מרתיע עדיין צרכנים רבים, כאשר הוא כולל עלות של חיקשורת בינלאומית לחיפוש "און-ליין". אבל, עם הפקתם של עוד ועוד מאגרי-מידע על גבי תקליטורים, מתאפשרים חיפושים מקיפים יותר, כמחיר נמוך יותר, לאחר כיסוי העלות הבסיסית שברכישת התקליטורים והציוד.

מאידך גיסא, לרעת, ולאחר התיישמותו מהמצב באירופה כיום, רוב הספריות הרפואיות בישראל כמצבן ובמעמדם הנוכחי, מוגבלות באופן כללי ביכולתן לספק את כל הדרישות של כל הרמות של צרכנים בכוח. רק אם יופנו אליהן משאבים של כספים, ציור חרשני וכוח אדם מקצועי, תוכלנה לעמוד באתגרים ובמשימות החשובות שהתפתחויות החדשות בעולם מצפות מהן.

גיני צפריד

בי"ח שיבא, תל-השומר

הכינוס הפסיכוסומטי והפסיכותרפיטי הבאלטי הראשון

16 - 19 בספטמבר 1992, קיל גרמניה

הכינוס הפסיכוסומטי האירופי הרשמי תוכנן והיה אמור להיערך בספטמבר 1992 בדורכובניק, אך עקב ההתפתחויות הפוליטיות והמאורעות הקשים ביוגוסלביה הוא כוטל והוחלט על קיומו במתכונת חדשה בקיל, גרמניה, במלאת 750 שנה לעיר קיל - בירת שלזוויג הולשטיין.

בכינוס השתתפו חוקרים מתחומים שונים - רופאים פנימיים, פסיכיאטרים, ופסיכולוגים מארצות הבלטיות, מארצות אירופה, מארה"ב ומישראל. לראשונה היתה השתתפות של רופאים ממזרח אירופה לשעבר (כמו חוקרים רבים בתחום הפסיכונורואימונולוגיה מרוסיה).

לראשונה היתה למשתתפי הכינוס ההזדמנות להעריך ולהחליף דעות ונסיון לגבי השינויים הפוליטיים שחלו בארצותיהם בשנתיים האחרונות, והשפעתם על הבריאות הנפשית של האוכלוסיות במדינות השונות.

באלקטרוניס, מאז 1981 טוטלו התולות בבריכותרפיה ב"192 Iridium עד ל"25 Gy, עד כח טופלו באותה שיטה 1580 חולות. מאז טופלו החולות מכימותרפיה אדיובטיב בשלב III וסדרות של CMF ללא קשר למידת הפיזור לקישרי הלימפה. תוצאותיהן: הישנות מקומית ב"10.5%. 12.5% נפטרו. תוצאות קוסמטיות מצרינות היו ב"66% מהחולות, טובות - ב"24%, גרועות - ב"10%. מסקנות המחברים: הפרוגנוזה נקבעת על-פי שלכ המחלה ולא על-פי שיטת הניתוח.

עבודה אחרת בתחום סרטן השד, שעוררה ויכוח רב, היתה זו של Norton וחב' מארה"ב. הם הציגו 16 חולות ב"inflammatory breast cancer, שעברו טיפולים כימותרפיים, טיפולים קרינתיים וכריחה שלימה של השד. הכימותרפיה כללה מתן 5-fluorouracil, adriamycin ו-cytosoxan. Overall response rate היה 85%. מעקב במרצע - 23 חודשים ר"actuarial 3-year overall survival - 38%. המתברים ממליצים על שיטת טיפול זו בטוב זה של סרטן השד.

עבודה נוספת היתה של Olson וחב' מדרום-אפריקה על 426 חולות החלות שעברו טיפול כימותרפי קרינתי לאחר כריחת השד היו חולות סרטן שד בשלב מתקדם (LABC). מסקנת המחברים היא, שלטיפול ברידותרפיה לאחר ניתוח ולטיפול בכימותרפיה אין השפעה על ה"disease free survival, אך היא בעל השפעה על ה"locoregional recurrences. המעקב היה במרצע - 5.3 שנים.

עבודה אחרת עסקה בכריחה מעצבת של השד והרצנה ע"י Grodzinsky מארה"ב. ב"30 חולות לאחר הניתוח לא השתמש המנתח בבקיום לניקוח המרומות האפשריות. חולות שוחררו יום אחד לאחר הניתוח, ללא כל סיכונים. לעבודה זו יש להתייחס כזהירות בעיקר בשל מספר החולות הנמוך יחסית.

יצחק רויזמן, אריה דורסט

(ירושלים)

התרשמויות מהכינוס האירופי השלישי לספריות רפואיות

מונטפלייה, צרפת, ספטמבר 1992

נושא הכינוס היה: "העברת מידע - עידן חדש, שיטות חדשות". תופעה סאוד בולטת ומעניינת היתה שהמציגים המשתתפים (כ"600 במספר) כללו לא רק ספרנים, אלא גם פרופסורים למקצועות הרפואה, רופאים, פסיכולוגים, מנהלי מחוזות של שירותי בריאות הציבור, מנהלי בתי-חולים, מנהלים, מור"לים של ספרות רפואית, מידענים, ועוד, מרוב מדינות אירופה. הרכב זה היה עדות כרוזה לחשיבותו ולמורכבותו של נושא העברת מידע רפואי כיום.

אם ניתן לסכם את הכינוס במשפט אחד, העיקר נע סביב הנושא של הבטחת איכות - מבחינת יעילות, תוכן, ערכנות, ואתיקה מקצועית - בעידן של טכנולוגיה מתקדמת, המביאה שפע של מידע לכל פינה בעולם, ומאפשרת לכאורה לכל רופא או חוקר להגיע לאותו מידע באמצעות המחשב האישי.

הבטחת איכות כוללת: א) התומר המתפרסם (תחום עיסוקם של עורכים ומור"לים); ב) דרכי עיבוד החומר למאגרי מידע אלקטרוניים בצורה מוכנת לקהל מקצועי רב-תחומי, אחידה וכוללת ככל האפשר, מהר ככל האפשר, כפורמטים שונים המתאימים לצרכים שונים; ג) דליית המידע ע"י אנשי מקצוע מיומנים אשר יכולים להפיק את המירב מהחומר המוגש; ד) אתיקה מקצועית באספקת המידע המעודכן והמלא, ככל האפשר; ה) אחריות אישית, חברתית ומשפטית בהעברת המידע; שיקול דעת של אנשי מקצועות הרפואה והבריאות בבקרת איכות החומר הנקרא, אם במאמרים עצמם, אם מהחומר המעודכ שבמאגרים הממוחשבים.

כמושבים השונים דנו בכינוס ברמות שונות של העברת מידע: מהמחבר