



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'וק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

בעניין:

1. עז' המנוח וובצ'וק אלברט ז"ל

2. בבה וובצוק

3. אלכסנדר וובצ'וק

4. יליזבטה וובצ'וק

התובעים

ע"י ב"כ עו"ד גדעון פנר ואח'

נגד

1. המרכז הרפואי סורוקה

2. שירותי בריאות כללית

הנתבעות

ע"י ב"כ עו"ד יחיאל כץ ואח'

פסק דין

- 1
- 2
- 3 1. תביעת עיזבון ויורשים לפי **סעיפים 35-36 לפקודת הנזיקין**, נ"ח כנגד בית החולים בטענה כי
- 4 מחמת טיפול רשלני המנוח, יליד 1937 נפטר. אין מחלוקת בדבר האירועים שהובילו לפטירת
- 5 המנוח אך ישנה מחלוקת האם הטיפול במנוח היה רשלני. לטענת באי כוח היורשים והעיזבון,
- 6 הטיפול במנוח היה רצוף מחדלים ורשלנות ובכלל זה ההחלטה לביצוע בדיקת קולונוסקופיה
- 7 כשהקולון חולה ופריך. בעת ביצוע הבדיקה ביום 4/9/03, בדיקה חוזרת, התנקב המעי
- 8 פעמיים.
- 9
- 10 המנוח הועבר לניתוח דחוף ונמצא חומר צואתי בחלל הבטן. נטען כי הפתרון הכירורגי לטיפול
- 11 בהתקביוות היה שגוי שכן נעשתה כריתה של המעי הגס הימני והשקה בין המעי הגס למעי
- 12 הדק בהתעלם ממצב המעי וסיכויי ההצלחה של הניתוח. בפועל תוך זמן קצר נוצר במקום
- 13 הסמוך לחיבור נמק, ואז המנוח שוב נותח ביום 10/9/03 ובוצעה כריתה של איזור הנמק
- 14 והטיה של זרם הצואה מחוץ לגוף. אך זה לא הואיל והמנוח נפטר כעבור 4 ימים ביום 14/9/03
- 15 מסיבוכים, אלח דם עם פגיעות רב מערכתיות. לטענת באי כוח התובעים גם בניתוח הראשון
- 16 לתיקון הנקבים היו החלטות שגויות לסוג הניתוח שהיה צריך לבצע.
- 17

1 מתוך 28



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1 המומחים וגם הרופאים אינם חלוקים בכך כי המנוח הגיע לבית החולים במצב רפואי לא טוב,
2 שיצר מספר גורמי סיכון לסיבוכים הן בבדיקת הקולונוסקופיה והן בנייתוחים המתקנים. אין
3 מחלוקת כי מצבו הירוד של המנוח ומשקלו, 32 ק"ג, העדר אכילה ושתייה מסודרים על פני
4 זמן, היוו הן סיכון מבחינת מצב המעי והן ביכולת החולה להתמודד עם ניתוחים. אין גם
5 מחלוקת כי המנוח קיבל על פני משכי זמן ארוכים סטרוואידים מחמת מחלת הריאה שלו.
6
7 המחלוקת בין המומחים סובבת סביב השאלה האם במצבו הכללי של המנוח, מצב המעי שלו,
8 הטיפול בו ואופן קבלת החלטות בהתייחס אליו, היה רשלני והוביל לסיבוך שקרה בבדיקת
9 הקולונוסקופיה ו/או בנייתוחים בהמשך.
10

הטיפול בבית החולים מקבלת במיון ועד לשחרור ביום 29/8/03 –

11
12
13 2. הרקע שהוביל לביצוע בדיקת הקולונוסקופיה היה כי המנוח הופנה ביום 18/8/03 לחדר מיון
14 במרכז האוניברסיטאי ע"ש "סורוקה" בבאר שבע, על ידי רופאת המשפחה בשל עצירות
15 שלושה שבועות, ממקור לא ברור.
16 בבדיקתו נרשם כי בבדיקת הבטן לא הייתה הפרעה במעבר של גזים; היה חוסר תאבון, כולל
17 שתייה, מיעוט במתן שתן, ללא כאבי בטן או הקאות, עם תלונה על כאבים בכל הגוף, ירידה
18 משמעותית במשקל (כחודשיים לפני כן הוא שקל 44 ק"ג והתקבל במשקל של 32 ק"ג).
19 אקדים כי גם בבדיקה פאתולוגית של חלק המעי שנכרת, ובנתיחה לאחר המוות לא התברר
20 האם הייתה סיבה רפואית תחלואתית לעצירות.
21 המנוח סבל מדיכאון, מיעט לאכול ולשתות, ובילה את מירב זמנו במיטה מתוך סברה שלא
22 הייתה נכונה בפני עצמה, כי מצבו הוא סופני.
23 כשלוש שנים קודם לכן, לפי התיעוד הרפואי מרופאת המשפחה, ד"ר דולגינוב, נכתב כי המנוח
24 סובל מדיכאון חודשים רבים, עם מצב רוח ירוד הקשור למצב גופני ירוד, בגלל אסטמה קשה.
25 בוכה, חסר תיאבון, לא יוצא חודשיים מהבית, אין מחשבות התאבדות או מחשבות שווא, אין
26 הפרעות בזיכרון. החולה מבקש עזרה של פסיכיאטר. בסמוך לפני אישפוזו מחמת מצבו
27 הרפואי הירוד סבל המנוח מהרפס זוסטר כחודשיים לפני הפנייתו למיון. הוא גם סבל מיתר
28 לחץ דם, מ-COPD, אסטמה, מחלת ריאות כרונית, קיפוסקוליוסיס (עקמת וגיבנת של עמוד
29 השדרה) שהחמיר את מחלת הריאה ואת הכאבים בגב. המנוח עישן בעבר.
30
31 3. לפי מכתב סיכום של ביה"ח (טיוטה), המנוח טופל על ידי סטאג'רית, ד"ר יעקובוביץ' ליטל
32 והמתמחים ד"ר ענת רבינוביץ' וד"ר רוברט סטרן (עמ' 23 לפרוטוקול מיום 10/6/09). לפי



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1 הרישום של די"ר יעקובוביץ' חלק מהטיפולים ניתנו לאחר קיום התייעצות אך לא רשום עם מי
 2 (עמ' 36 לפרוטוקול מיום 9/12/08). חלוקת העבודה בבית החולים היא שעבודת המתמחים
 3 מחייבת פיקוח וקביעת טיפולים מחייב אישור רופא בכיר (עמ' 23 לפרוטוקול מיום 10/6/09,
 4 **עדות מנהל המחלקה, פרופ' שלפר**). כי לסטג'ר חסר ניסיון (עמ' 36 לפרוטוקול מיום
 5 9/12/08, **עדות פרופ' אורי פרוינד מטעם הנתבעת**). לפי התייעוד הרפואי במנוח גם טיפלה די"ר
 6 ענת רבינוביץ ולא הובהר מה היה מעמדה אך ההמלצה של השחרור, כולל הזימון חזרה
 7 לקולונוסקופיה, חתומה על ידי פרופ' אסתר.... (החותמת לא ברורה – מ' ו') שלא הוזמנה
 8 להעיד. לא ברור מתייעוד זה עד כמה הרופאה הבכירה הייתה מעורה בטיפול השוטף, ובתהליך
 9 קבלת ההחלטות לגבי המנוח. גם מנהל המחלקה, פרופ' שלפר אינו מתייחס לסוגיה זו
 10 בתצהיר עדותו הראשית.
 11
 12 המנוח הגיע לבית החולים עם ספירה לבנה גבוהה, ממקור שלא זוהה גם לאחר פטירתו. בבית
 13 לא היה חום (כנראה בדיקה בפה – מ' ו'), במיון נמצא חום של 39 מעלות במדידה רקטלית.
 14 החום הורד תוך 24 שעות. לאורך שהותו בבית החולים במהלך השבוע עד לשחרורו לפני שחר
 15 לצורך ביצוע בדיקת הקולונוסקופיה הראשונה, לא ברר הפער הגדול בין תוצאות מדידת
 16 החום הרקטלי ובפה ובתייעוד הרפואי אין ניסיון לברר את הסיבה לכך.
 17
 18 המנוח טופל באנטיביוטיקה וניתן לו טיפול תרופתי של Zinacef בעירוי והחום ירד בפחות מ-
 19 24 שעות. הוא הועבר לטיפול פומי ב-Augmentin ללא חזרה של חום בתום טיפול של שבוע.
 20 המנוח שוחרר הביתה ללא חום, ועם הזמנה לאישפוז מקדים לפני בדיקת קולונוסקופיה ביום
 21 31/8/03. בעת השחרור לא ניתן לו כיסוי של אנטיביוטיקה. כשהוא חזר לבית החולים לאחר
 22 מספר ימים, מספר הלוקוציטים בדמו היה מאוד גבוהה.
 23
 24 בוצע למנוח חוקן והייתה יציאה צואתית בכמות גדולה. הוא נבדק על ידי פסיכיאטר בשל
 25 סימני דיכאון והוחל בטיפול של Seroxat. הוחלט כי יש מקום לבחון האם הדיכאון קשור
 26 לבעיה אורגנית ולפיכך נלקחו סמני סרטן שהיו שליליים. בוצע US בטן שהיה תקין. נקבע תור
 27 לקולונוסקופיה ליום 31/8/03. הוא שוחרר זמנית לביתו ביום 24/8/03 והוזמן חזרה ליום
 28 29/8/03 לביצוע הכנה לקולונוסקופיה.
 29
 30 צוין כי שיתוף הפעולה של המנוח היה מוגבל ביותר והוא סירב לבצע בדיקות. צוין כי גם
 31 בבית החולים הוא ממעט באוכל. לפי רישום של הפסיכיאטר שבדק אותו המנוח קשר בין
 32 העצירות לאכילה. המנוח סירב לטיפול כולל נוזלים ב-IV והרושם היה של ייאוש כללי.



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1
 2 המומחה של התובעים התייחס לסממנים מטשטשים שחייבו קיום דיון בעניינו של המנוח
 3 בטרם טיפול פולשני - אירוע שלא הוכח שהתקיים. למעט ניחוש של פרופ' פרוינד שהמנוח
 4 איבד ממשקלו כי לא אכל. לא נמצא הסבר אחר לירידה החדה במשקל תוך פרק זמן קצר, גם
 5 לאחר פטירת המנוח.
 6
 7 במכתב הסיכום צוין כי המנוח מסרב לקחת טיפול תרופתי שהומלץ לו. ניתנה הוראה לכלכלה
 8 נוזלית מיום 28/8/03.
 9
 10 על פי מכתב הסיכום הצוות סבר כי העצירות קשורה לתהליך גידולי בדרכי העיכול בין בגלל
 11 העדר סימני חסימה במעי וכנגד סיפור של ירידה מהירה במשקל והזעות בלילה. באשר לחום,
 12 שלוה בעליה של לויקוציטים, נעשתה הערכה כי ייתכן וזה קשור לתהליך גידולי, או לטיפול
 13 בסטרואידים. ההערכה הייתה כי המינון הנמוך של הסטרואידים שולל כיוון זה. חלופה
 14 נוספת שנשקלה הייתה תהליך זיהומי במעי או באגן.
 15
 16 4. התוכנית שנקבעה ביום 18/8/03 הייתה להתחיל בברור אפשרות של תהליך גידולי ע"י דם
 17 סמוי וסממנים לגידולים. בגלל החום הוחלט להניח גם אפשרות לזיהום והוחלט להתחיל
 18 בטיפול אנטיביוטי. גם הוחלט להזמין בדיקת פסיכיאטר בגלל המצב הנפשי של המנוח.
 19 הרישום של הפסיכיאטר מתוך הבדיקה שנעשתה תוך כדי תרגום, הייתה כי המנוח עלה
 20 לישראל בשנת 1998, ולא דיבר עברית, קיים אפקט דכאוני, דיבור איטי, שיתוף פעולה חלקי,
 21 חוסר תקווה, וחוסר יוזמה אך שולל מחשבות אובדניות, שולל הפרעות בתפיסה או שיפוט.
 22 הפסיכיאטר ציין כי מדובר באדם כבן 66 ללא רקע פסיכיאטרי. נתון זה אינו תואם את
 23 התיעוד הרפואי כאמור לעיל המצוטט בחוות הדעת של פרופ' פרוינד מטעם הנתבעת.
 24 לפי הרישום הפסיכיאטרי המנוח לא אכל כי קשר זאת בעצירות.
 25 ביום 19/8/03 הומלץ על ידי הפסיכיאטר להמשיך הבירור הפיזי כי הוא מצא שהדיכאון משני.
 26 הוא הורה לטפל בעצירות; לערב עו"ס; לתת טיפול תרופתי. העלאת מינון הסטרואידים.
 27 בירור אנדוקריני. בדיקת הצורך במינוי אפוטרופוס. עורב גם ייעוץ גריאטרי בגלל ההתנהגות
 28 הקיצונית של סירוב טיפול. ההערכה הייתה שמנוח מודע למצבו הרפואי - מחלת הריאות
 29 הכרונית. המומחה בתחום הגריאטרי חזר על ההמלצה של טיפול תרופתי אנטי דכאוני
 30 ושיקול של הליכי מינוי אפוטרופוס.
 31



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1 הרישום של יום 21/8/03 היה כי המנוח החל לאכול ולשתות אך לא היו יציאות, וללא חום
2 יומיים. נעשתה בדיקה אנדוקרינית (TSH) שיצאה תקינה. ביום 22/8/03 הוא נפל לפנות בוקר
3 מהמיטה ונחבל. מהנפילה לא היו נזקים אך המנוח חזר להפסקת אכילה והעדר שיתוף פעולה
4 בקבלת תרופות.

5
6 ביום 24/8 בוצע US בטן. הכבד, הלב ובחוליות נמצאו תקינים. בכליה שמאלית נמצא תהליך
7 קטן שצוין כאולי ציסטה. באותו יום צוין כי המנוח מסרב לעשות קולונוסקופיה.
8

ביצוע הקולונוסקופיה

9
10
11 5. עמדת המומחה מטעם העובד, פרופ' איל הייתה כי מלכתחילה המנוח הגיע עם תמונה
12 אבחנתית לא ברורה, במצב שבו הגוף לא מגיב לתהליכים מכאביים או דלקתיים בצורה
13 נורמאלית ויש טשטוש של התמונה הקלינית. המנוח הגיע עם חום שנמדד ברקטום של 39
14 מעלות דבר שחייב בירור דוחף למקור החום. לדעתו היה צריך להמשיך ולהשאיר אותו בבית
15 החולים ולבצע בדיקות שייטנו תמונה ברורה. צילום בטן ובדיקת CT שהוצעו לביצוע אך לא
16 בוצעו בפועל. ערב הקולונוסקופיה השניה שוב הוזמן CT בטן ומוח אך לא בוצע. פרופ' איל
17 מצביע על העדר דיון מחלקתי הן מקבלתו ממיון ועד שחרורו הביתה והן ערב הקולונוסקופיה
18 השניה. לטענתו, ניתן היה לשלול את האפשרות לגידול ב-CT שאינו פולשני.
19

20 לפי התייעוד הרפואי של בית החולים המנוח לא רצה לעבור את הבדיקה של הקולונוסקופיה.
21 ההכנה לבדיקה ביום 31/8/03 לא הייתה מספקת והבדיקה הופסקה. אח"כ המנוח התרצה
22 והסכים לבצע את הבדיקה ביום 4/9/03 וזו בוצעה הגם שההכנה שלה עדיין לא הייתה
23 מספקת, וכאמור המעי נוקב.

24 פרופ' איל סבור בחוות דעתו כי המנוח הגיע עם תמונה לא ברורה לחוס, ולוקוציטים גבוהים
25 עם אפשרות כי הם מצביעים על דלקת חריפה. הוא היה במצב המוגדר כללי ירוד, קכקטי
26 כלומר מצב כללי ותזונתי ירוד באופן קיצוני. בדיקת הבטן לא העידה על בטן תפוחה או
27 רגישה בבדיקה. המנוח סירב לבדיקה רקטלית. בדיקת האולטרסאונד לא הצביעה על ממצא
28 שהיה יכול להצביע לסיבה למצבו של המנוח.

29 עמדת באי כוח הנתבעת היא כי המנוח הגיע לבית החולים במצב ירוד, עם חשד לממאירות
30 במעי הגס כסיבה לתופעות שסבל מהם, ובוצעה הבדיקה היחידה שהייתה יכולה לשלול או
31 לאשש את החשד. הנקבות המעי הוא סיבוך שקורה גם בזהירות מירבית ומתוקן בניתוח.
32 אלא שלמנוח לא היו הרזרות להתמודד עם שני הניתוחים שעבר, שבזבוזו ברעב ודלדול



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

- 1 רקמות. נטען כי למעשה לכל טיפול שהיה ניתן לתובע, היה סיכוי סביר של כשלון לאור מצבו
 2 הרפואי של המנוח. פרופ' איל סבר בחוות דעתו הראשונה כי ניתן היה לבדוק את החשד
 3 לקיומו של גידול במערכת העיכול כסיבה לעצירות והירידה במשקל גם ללא קולונוסקופיה,
 4 בבדיקות שאינן מסכנות חיים של חולה שהיה במצב מאוד ירוד, עם התוויה אפשרית של
 5 דלקת, על ידי ביצוע הבדיקות שהוזמנו, ה-CT וצילום הבטן. כמו כן ניתן היה להזמין
 6 אנדוסקופיה וירטואלית שהייתה נותנת אינפורמציה מדוייקת ללא סיכון חיים.
 7 עמדת פרופ' איל היא כי מצב המעי לא אפשר את הבדיקה של הקולונוסקופיה כי המעי היה
 8 חולה ולכן המנוח נחשף לאפשרות יותר גבוהה של הינקבות.
 9
- 10 פרופ' פרוינד שנתן חוות דעת מטעם הנתבעת סבר כי מצבו של התובע כאשר הגיע לבית
 11 החולים היה קשה מאוד ותוחלת חייו הצפויה הייתה של מספר שבועות או חודשים. נטען כי
 12 התובע הגיע לבית החולים עם אבחנה של חשד לחסימת מעיים עם ירידה מהירה של משקל
 13 ועצירות, אשר הצביעו על חשד לגידול ממאיר במעי. הבדיקה שהייתה אמורה לבחון חשד זה
 14 הייתה הקולונוסקופיה ולה אין תחליף. בחוות דעתו השנייה הסכים פרופ' איל כי בדיקה זו
 15 נותנת אינפורמציה חשובה שלא ניתן להשיג אחרת.
 16
- 17 6. יוסף כי באשר לבדיקה הוירטואלית העיד ד"ר רוזנטל שביצע את הקולונוסופיה כי לא הייתה
 18 בדיקה כזו בבית החולים בשנת 2003, והיא עדיין לא בסל הבריאות (עמ' 31 לפרוטוקול; חוות
 19 דעת פרופ' פרוינד מיום 12/1/06).
 20 עמדת פרופ' איל היא כי המעי החולה נחשף לאפשרות של הינקבות, ועל אחת כמה וכמה
 21 כאשר פעמיים המעי לא הוכן כראוי.
 22 בחוות דעת שנייה של פרופ' איל שהיא תשובה לחוות הדעת של פרופ' פרוינד, סבור פרופ' איל
 23 כי לאור מצבו של המנוח, כולל השימוש בסטרואידים והחשש מסיבוך ההינקבות, לא היה
 24 צריך כלל לשחרר את המנוח מלכתחילה. היה צריך לבצע את יתר הבדיקות הלא חודרניות
 25 למעי, ורק אם נותרה הקולונוסקופיה לביצוע היה צריך לפני כן לייצב את מצבו המטבולי
 26 ולהכין את המעי כראוי (חוות דעת מיום 1/2/06).
 27
- 28 פרופ' פרוינד מטעם הנתבעת סבר כי מאחר והפענוח של ה-US שלל את האפשרות של
 29 ממאירות ניתן היה לדחות את ה-CT ולהתמקד בחיפוש הסיבה לעצירות. עמדת פרופ' פרוינד
 30 היא כי למטרה של בירור סיבת העצירות הקולונוסקופיה הוא הכלי האחד והיעיל ביותר
 31 למטרה כי באפשרות הבדיקה לקבל מידע על תהליך חוסם אם קיים, או פתולוגיה אחרת כגון
 32 דלקת. באשר לחלופה של בדיקה וירטואלית על ידי CT נטען כי אם היא מחייבת הכנת המעי



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סרוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

- 1 הגס. באשר לאנדוסקופיה הוירטואלית - נטען כי היא אינה מתאימה לחולים סימפטומטיים,
 2 ואף לה סיבוכים מדווחים של התנקבויות במהלך הבדיקה. לפי חוות דעתו של פרופ' פרוינד
 3 מדובר באירוע נדיר, באחוזים של 0.075% - 0.20%. ביום 1/2/2006 פרופ' איל הגיש חוות דעת
 4 שנייה לאחר שעיין בחוות הדעת של פרופ' פרוינד. מתוך התשובות שלו לחוות דעת של עמיתו,
 5 בהקשר למחלוקת שהוצבה בפני אציין כי פרופ' איל טוען כי האחוזים של הינקבות עומדים
 6 בשכיחות של 0.06% ל- 2.1%.
 7
 8 מתוך ניתוח תוצאות בדיקת המעי בניתוח לאחר המוות מעריך פרופ' פרוינד בדיעבד כי
 9 העצירות הכרונית שממנה סבל המנוח קשור למצב הדיכאוני שלו, העדר האכילה, וחוסר רצון
 10 לצאת ממיטתו. המנוח הרעיב עצמו מהסיבה ששוכנע כי מצבו סופני ותהליך זה הוא העומד
 11 מאחורי העצירות הכרונית.
 12
 13 פרופ' איל אינו מתייחס בחוות דעתו השנייה לאפשרות שהעלה פרופ' פרוינד כי הסיבה
 14 לעצירות הייתה מטבולית, ולא סיבה אחרת.
 15
 16 7. ביום 31/8/03 נעשה נסיון ראשון של קולונוסקופיה. לפי התיעוד הרפואי הסיבה להפנייה
 17 לבדיקה היה כאב בטני ועצירות. צויין כי הושגה הסכמה מדעת כולל הסבר על הסיכונים
 18 וסיכויים והחלופות אחרות. המנוח איפשר את הבדיקה אך לא ניתן היה להשלים אותה לאחר
 19 החדרה של 71 ס"מ מחמת הכנה לא טובה של המעי. לפיכך הומלץ על בדיקה חוזרת. גם נצפה
 20 פוליפ שלא טופל בגלל ההכנה הלא טובה. התיעוד הרפואי (הסכמה לניתוח) אינו תואם את
 21 מה שהיה בביה"ח כאמור לעיל.
 22 ביום 4/9/03 בוצעה הבדיקה בשנית. שוב צוין כי ההכנה של המעי הייתה לקויה. ברקטום
 23 אותר פוליפ שהוסר. אותרו שני פוליפים נוספים, כל אחד במקום אחר במעי שלא הוסרו.
 24 נמצאו כיבים בסקום. נלקחו ביופסיות.
 25 במהלך הקולונוסקופיה קרה סיבוך של הינקבות דופן המעי, שאותר בטווח של מספר שעות
 26 והמנוח הועבר לניתוח באותו יום.
 27 בניתוח לאחר המוות נמצאו במעי שני הפוליפים ברירית של המעי הגס, וכן נמצאו הכיבים
 28 בצקום, תהליך דלקתי נרחב, ופריטוניטיס.
 29
 30 8. סוגיית הדלקת במעי – קיומה שנוי במחלוקת בשלב של לפני ניקוב המעי:
 31



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1 הפתולוג בדק את חלקי המעי שנשלחו אליו לבדיקה והוא מצא קיומה של דלקת חריפה
2 וכרונית. דלקת כרונית משמע קיומם של תאים שמאפיינים דלקת כרונית. הייתה התכייבות
3 ברירת המעי, עם תאים שהעידו על מצב העולה על יומיים. המומחה מטעם הנתבעת
4 הסביר כי התקופה ה"ארוכה" יכולה להיות ארוכה או קצרה יחסית אך עצירות אינה בדרך
5 כלל מאפיין של התכייבות במעי (עמ' 40 לפרוטוקול מיום 16/12/08).

6
7 החום כמצביע על דלקת אפשרית במעי –
8

9 הובעה עמדה שיתכן ויש בחום רקטלי גבוהה שלא תאם את המדידה בפה כדי לתת הסבר
10 לדלקת באגן כחלופה אחת, וגם לאפשרות כי לאור קשיי הנשימה של המנוח המדידה בפה לא
11 צלחה. אין תיעוד רפואי שגורם רפואי בירר את הפערים ולמעשה הרופאים המטפלים
12 הסתפקו בכך שהאנטיביוטיקה הורידה את החום והמצב נמשך כך עד לעזיבה את בית
13 החולים.

14 הסבר נוסף שהועלה היה שאין מדובר בחום המעיד על זיהום אלא החום הוא בגלל
15 הסטרואידים שקיבל המנוח להתמודד עם מחלת הריאות (עמ' 23 לפרוטוקול מיום 10/6/09).

16
17 פרופ' איל מפנה לכך שהמנוח הגיע למיון עם רמת לוקוציטים גבוהה של 21,300, שהיא מאוד
18 גבוהה, וחום רקטלי שנמדד במיון שהיה 39 מעלות. הוא קיבל אנטיביוטיקה שהוריד את
19 החום, ואת הלוקוציטים, אך כאשר המנוח עזב את ביה"ח, ללא כסוי אנטיביוטי, החום חזר
20 וגם הספירה הלבנה חזרה ל-18,400 (מדידה ביום 30/8/03). ביום 31/8/03 עמדה הספירה על
21 24,500 כדוריות דם לבנות. באשר לרישום של ירידת חום מציין פרופ' איל, כי נעשתה מדידה
22 בפה אך לא ברקטום. הוא הסביר שהעדר חום בפה, אם אין הסבר אחר, יכול להעיד על דלקת
23 באגן.
24

25 פרופ' פרוינד אינו חולק שהמנוח הגיע למיון עם חום ועם ספירה לבנה גבוהה, אך טען
26 בחווה"ד שלו כי הטיפול האנטיביוטי היה יעיל.
27

28 פרופ' פרוינד אישר, כי המנוח הגיע למיון עם רמת לוקוציטים גבוהה וחזר לביה"ח ערב
29 בדיקת הקולונוסקופיה עם רמה של 18,400, שהיא כפולה מהנורמה (עמ' 22 לפרוטוקול מיום
30 9/12/08). הסברו, לאור העדר החום, היה שיתכן והייתה למנוח דלקת ויתכן לא (עמ' 22
31 לפרוטוקול מול שורות 11-14). הוא הסכים שספירה לבנה גבוהה וחום ברקטום יכולים
32 להעיד על דלקת במעי הגס (עמ' 22 לפרוטוקול).



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1

2 הסוגיה של דלקת אפשרית במעי לא בוררה עד תום הן בזמן אמת בבית"ח והן בין המומחים.

3

4

גורמי סיכון לנקב בעת ביצוע קולונוסקופיה –

5

6 לא הובאו ראיות מדוע התנקב מעי המנוח בשני מקומות בעת ביצוע בדיקת הקולונוסקופיה.

7 סיכון ידוע לנקב בעת ביצוע קולונוסקופיה הוא סיבטיקולות (כיסים) בדופן המעי ודלקת

8 קשה (עדות ד"ר רוטזנטל מטעם הנתבעת, עמ' 28 לפרוטוקול מיום 10/6/09); מצב רפואי

9 ירוד, מגדיל סיכויי הסתבכות בבדיקה חודרנית (עדות פרופ' פרוינד מטעם הנתבעת, עמ' 34

10 לפרוטוקול מיום 9/12/08); תנאים של הכנה לא אופטימאלית במצב כללי ירוד (עדות פרופ'

11 פרוינד מטעם הנתבעת, עמ' 34 לפרוטוקול מיום 9/12/08).

12

13

הניתוחים

14

15 9. לאחר ביצוע הקולונוסקופיה השניה ב-4/9/03 הבטן הייתה תפוחה ביותר, הדופק עלה ל-150,

16 לחץ הדם ירד ל-100/60 ובצילום בטן נראה אוויר חופשי בחלל הצפק. האבחנה הייתה

17 הינקבות המעי. ניתן הסבר למשפחה והמנוח הועבר לניתוח. בניתוח נמצא נוזל צואתי באגן

18 ובתעלה השמאלית. בצקום נמצא נקב בקוטר 1 ס"מ ובחלק הרוחבי השמאלי של המעי נמצא

19 נקב נוסף של 1 ס"מ. נכרת קטע מהמעי הגס הימני עד לאיזור הנקב במעי הרוחבי, ובוצעה

20 השקה צד אל צד של המעי הדק הסופי אל המעי הגס. על פי תוצאות הבדיקה הפתולוגית

21 וההיסטולוגית של המעי שנכרת נמצא כי השינויים ההיסטולוגיים יכולים להתאים ל-

22

Ischemic or Infective colitis.

23

24 המנוח הועבר לטיפול נמרץ לאחר הניתוח. ביומיים הראשונים מצבו התייצב אך בהמשך לא

25 חל שיפור במצבו. חלה החמרה בתפקוד הכליות, המשיכו סימני אי ספיקה נשימתית וסימני

26 חממת מטבולית והועלה חשד לדליפה נוספת ממערכת העיכול. לפיכך המנוח נותח בשנית

27

ביום 10/9/03.

28

29 10. מתוך הראיות עולה, כי החלופות שעמדו בפני המנתח בניתוח הראשון היו החלופה שנבחרה

30 של השקה או ניתוח דו שלבי שהציע פרופ' איל. בשני המקרים היו אפשרויות של סיבוכים

31 מחמת נתוני המנוח כמפורט לעיל וגם לכל ניתוח היו הסיבוכים האפשריים הנוספים כפי

32

שפרטו המומחים.



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1
 2 ב"כ התובעים טוענים כי ההחלטה לסוג הניתוח לביצוע הייתה סטנדרטית ולמעשה נעשתה
 3 ע"י מתמחה בפיקוח רופא בכיר.
 4
 5 ד"ר דוחני, המנתח, הסביר את השיקולים להעדפת החלופה הראשונה. שיקול אחד היה
 6 שההקשה נעשתה לחלק המעי בעל אספקת דם עשירה וטובה וכן עם תכולת חיידקים יותר
 7 קטנה מאשר חלקים אחרים של המעי. כנגד, החלופה שהוצעה ע"י פרופ' איל, שמשמעה יותר
 8 מניתוח אחד. גם סיבוכים נוספים כגון אי החלמת הפצע, הינקבות וזיהום. כן קושי בניהול
 9 פתח מעי מחוץ לגוף לקשישים כמו המנוח שהם בתת תזונה, קושי לאזן את הנוזלים
 10 והאלקטרוליטים ועל פי רוב הם זקוקים לעירוי נוזלים ואף להזנה לתוך הוריד לפרקי זמן
 11 ארוכים (סעיפים 7-11 לתצהירו). בנוסף הניתוח הדו-שלבי מצריך בהמשך עוד ניתוח. ד"ר
 12 דוחני הסביר שכן שקל את שתי האפשרויות והעדיף את הראשונה.
 13
 14 הכשל של הניתוח הראשון הוא נקב כ-2 ס"מ דיסטלית לאנסטומוזה שדרכו פרצה צואה לחלל
 15 הבטן (דו"ח מהלך הניתוח 10/9/03), ואסכמיה באיזור ההשקה (עמ' 48 לפרוטוקול, עדות
 16 פרופ' פרוינד). אין מחלוקת כי הנקב לא קרה במהלך הניתוח הראשון, אלא נוצר אחר כך.
 17
 18 בניתוח השני ביום 10/9/03 ממצאי הניתוח הם:
 19 איזור ההשקה נראה איסכמי (כלומר אספקת דם לא מספקת – הערת פרופ' פרוינד – מ' ו').
 20 נקב כ-2 ס"מ מרוחק להשקה (אנסטומוזה).
 21 המנתח פירק את ההשקה וקצוות המעי הוצאו אל מחוץ לדופן הבטן דרך חתכים נפרדים.
 22 אולם לאחר הניתוח מצבו של המנוח המשיך להיות קשה והופיעו סימני כשל רב מערכתית, אי
 23 ספיקת כליות, אי ספיקת נשימה, אי יציבות מערכת הדם והלב והמנוח נפטר ביום 14/9/03.
 24
 25 בנתיחה לאחר המוות הממצאים העיקריים הם:
 26 דלקת פנים קרום הלב והמסתם הדו צניפי ודלקת שריר הלב עם מוקדי מורסה; נמק במרכז
 27 אוניות הכבד עם צהבת.
 28
 29 11. המומחים חולקים לגבי בחירת אופן ביצוע הניתוח הראשון.
 30 בחו"ד הראשונה שלו מיום 10/5/05 כותב פרופ' איל, כי הניתוח הראשון היה כריתת של
 31 המעי הגס הימני Extended Rt. Colectomy והשקה בין המעי הדק והגס.



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1 בעת ביצוע הניתוח היה המנוח במצב ירוד באופן קיצוני, עם ערך של 2.1 גר' אלבוּמין בדם,
 2 בנוכחות פריטוניטוס צואתי בבטן.
 3
 4 עמדת פרופ' איל היא שמלכתחילה המנוח הגיע לביה"ח עם זיהום שלא אותר וקרוב לוודאי
 5 שהזיהום היה במערכת העיכול ולא מוגר עד לביצוע הקולונוסקופיה, דבר שהפך את המעי
 6 לפריך. פרופ' פרוינד שעמד על כך שמקור הזיהום המקורי לא אותר, הסכים בחקירה נגדית
 7 שיתכן והיה זיהום באיזה שהוא מקום (עמ' 49 לפרוטוקול מיום 16/12/08 מול שורה 21).
 8
 9 לפיכך, טוען פרופ' איל שריפוי ההשקה (חיבור קצוות המעי) הוא אפסי ומהווה הוראה
 10 נגדית לביצוע.
 11 במצב זה, הדבר היחיד שמותר וחייב להיעשות הוא הטיית זרם הצואה כדי שלא תגיע
 12 לאיזור ההינקבות וכן ביצוע Exteriorisation, דהיינו הוצאה אל מחוץ לדופן הבטן של
 13 איזור ההינקבות.
 14 לטענתו, בתיעוד הטיפול הנמרץ נרשם שהמנוח התקבל במצב המודינאמי לא יציב עקב אלח
 15 דם על רקע זיהום בטני ונכון ליום 7/9/03 הוא הגיע ליציבת המודינאמי וחומו לא עלה. לכן
 16 אי אפשר היה לצפות שאפשר לאבחן סיבוך לאחר הניתוח.
 17 פרופ' איל מדגיש שוב את הקושי המקורי שהיה עם המנוח לאבחן את מצבו ובכלל זה, קיום
 18 דלקת במעי לפני הקולונוסקופיה – כך גם היה מצבו אחרי הניתוח.
 19
 20 לטענת פרופ' איל בניתוח ביום 10/9/03 נמצאה התפרקות האנסטומוזה עם דלף של צואה
 21 לתוך הבטן ואיזור האנסטומוזה נמקי. אז בוצעה כריתה של האיזור הנמקי
 22 ואיליאוסטומיה (Ileostomy) (פיום של המעי הדק) והמעי הרחבי הוצא כ-muco-fistula,
 23 כלומר נעשתה הטיית זרם הצואה. אך המנוח לא התאושש ונפטר.
 24
 25 פרופ' איל חיווה את דעתו, כי במצב של פריטוניטיס צואתית – דלקת נרחבת של הצפק
 26 וחלל הבטן, אצל חולה קשה וירוד, עם היפואלבומיניה, ובמצב של תת תזונה קשה, אסור
 27 היה לעשות השקה של קצוות המעי, וזה חרף את גורל המנוח כשהחיבור התפרק במעי. כי
 28 במצב של פריטוניטיס צואתית אין סיכוי לריפוי ההשקה במעי ללא פיום. כלומר, הובלת
 29 הצואה אל מחוץ לגוף תוך כדי דילוג על איזור ההשקה של המעי וכן הוצאה אל מחוץ לדופן
 30 הבטן את איזור ההינקבות.
 31



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

12. פרופ' פרוינד בחו"ד מינואר 2006, לא חלק על כך שהמעי נוקב ובניתוח הראשון נמצא נוזל צואתי באגן ובתעלה השמאלית Left gutier. נקבים נמצאו בצקום, בקוטר 1 ס"מ, ובחלק הרוחבי של המעי הגס נמצא נקב נוסף בקוטר 1 ס"מ. נכרת קטע המעי הגס הימני עד לאיזור הנקב במעי הרוחבי ובוצעה השקה צד אל צד של המעי הדק הסופי אל המעי הגס.
- פרופ' פרוינד מציין בחוות דעתו, כי בעת ניקוב המעי בשלב הקולונוסקופיה מדובר במעי שכמעט ואין בו חומר צואתי לאחר הניקוי כהכנה לקולונוסקופיה ופעולת שטיפה ושאובה במהלך ביצוע הקולונוסקופיה.
- עמדתו במצב כזה של הינקבות אין מקום להסתכן ולתקן את הנקבים אלא ללכת ככלל על כריתה כירורגית של חלק המעי הגס הימני ולהשיק את מעי הדק הסופי שאספקת הדם שלו טובה עם המעי הגס הרוחבי שנותר.
- בעניינו של המנוח הייתה כריתה של המעי הגס הימני ולפי חוות דעת פרופ' פרוינד זו השקה בטוחה יותר. פרופ' פרוינד מפנה לנסיונם של המנתחים בקליניקה Mayo וכן כותבי המאמר Gedebou ואחרים :
- [Gedebu TM, Wong RA, Rappaport WD and others: "Clinicl Presentation and Management of Itrogenic Colon perforations" *AM J Surg* 172: 454-7].
- עם זאת מציין פרופ' פרוינד שהכותבים מתייחסים לתיקון הנקבים ולהשקה ראשונית במקרים שנבחנו שבהם לא היה זיהום משמעותי של חלל הצפק.
- באשר למצב המנוח לפני הקולונוסקופיה שהיה במצב תזונתי ירוד, עם רמת אלבומין נמוכה – 2.7 מ"ג % כביטוי למצבו התזונתי - הוא קיבל טיפול בסטרואידים במנה לא גבוהה של 20 מ"ג ליום. לטענתו, מצב זה אינו נוגד באופן מוחלט את הסיכוי להצלחת ההשקה.
- לטענתו, הגישות השתנו בעשור האחרון תוך הפניה למאמרים מהשנים 1994 ו-1995.
- בעבר בחולים קשים הסובלים מדלקת מכוייבת של המעי הגס, במצבים של התלקחות המחלה כשהם מקבלים טיפול בסטרואידים, לפעמים במנות גבוהות, חשבו שאי אפשר לבצע כריתה של המעי ובשלב יותר מאוחר שיערו שיהיה מסוכן לבצע השקה.
- עתה הגישה שזה אפשרי ויש הצלחה סבירה.



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

- 1 כנגד הסביר פרופ' פרוינד שהחלופה שנבחרה בניתוח השני כרוכה בעצמה בסיבוכים לא
 2 מעטים: אי החלמת הפצע, זיהום, הינקבות וקשיים באיזון נוזלי הגוף בגלל אובדן נפח נוזלים
 3 רב מהמעיי.
 4 קיימים קשיים טכניים בניהול פתח המעי בחולה במצב גופני כה ירוד. לגורמים אלה יש
 5 השפעה על סיכויי ההישרדות של המנותח.
 6 לכן למרות הסיכונים בבחירה הראשונה, הניתוח היה מוצדק.
 7
 8 13. הניתוח השני נועד למנוע תהליך דלקתי בחלל הבטן. לטענת פרופ' פרוינד, תיאור הממצאים
 9 בניתוח השני של התפרקות האנסטומוזה, דלף של צואה לתוך הבטן ואיזור אנסטומוזה נמקי
 10 אינו מדוייק. המנתח רשם קיומו של נמק 2 ס"מ מאיזור ההשקה ואיזור ההשקה איסכמי.
 11 לא כתוב שההשקה התפרקה. קצות המעי הוצאו כפיוס דרך דופן הבטן. הבטן נסגרה תוך
 12 שימוש בשקית פלסטית כי לא ניתן היה לסגור את דופן הבטן בצורה מקובלת.
 13 לדעתו, שום פעולה כירורגית לא הייתה יכולה להבטיח החלמה לחולה שמנת הרורבה
 14 ההכרחית לתהליך החלמה כלשהו בוזבה ברעב ובדלדול רקמות והוא במשקל 32 ק"ג בגיל
 15 66.
 16
 17 14. פרופ' איל השיב לכך בחוו"ד משלימה מיום 1/2/06, כי מה שנמצא הוא דלף מהאנסטומוזה
 18 ומשמע שהיא לא התרפאה, וזה מה שניתן היה לצפות.
 19 איסכמיה משמעה חוסר אספקת דם שתוצאתם נמק, העדר אספקת דם וחור דרכו יוצאת
 20 הצואה. הנמק הוא פועל יוצא של האיסכמיה. החור הוא פועל יוצא של הנמק. התוצאה אינה
 21 שונה אם יש או אין זיהום.
 22 בנוסף, במצב מטבולי של אלבומין נמוך כל כך (2.1 גרם) נוצרת בצקת באיזור התפירה,
 23 שתורמת בעצמה לאיסכמיה בקו התפרים. על כל זה מצב מטבולי ירוד וזיהום מונעים ריפוי.
 24 תזונה לקויה הרסנית לתהליך ריפוי. כך גם אנמיה. לכל אלה התווספו לטענת פרופ' איל, הלם
 25 ספטי על רקע זיהום בטני, וכן מצב שמאזן האלקטרוליטים היה מעורער עם Hypokalemia.
 26
 27 לטענת פרופ' איל, המצב הספטי של המנוח נבע כי לפני הניתוח הראשון הגיע לחלל הבטן
 28 "מעט תוכן המעי" וגם לאי יציבות המודינמית במצב של דלקת כרום הבטן של חולה שהיה
 29 בגיל 66 במצב כבי רע מבחינה מטבולית ואנמיה. באשר למאמר של Gedebo – המאמר אינו
 30 רלבנטי כי אינו מתייחס לסיטואציה של המנוח, כי נקודת המוצא היא העדר זיהום משמעותי.
 31 כן מציין פרופ' איל שהמאמר עוסק בגורמים להינקבות – פרפורציה – ובין היתר דלקת המעי
 32 ושימוש בסטרואידים.



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1
 2 כמו כן מפנה פרופ' איל לנסיון ב-Mayo Clinic שבשליש המקרים כשהממצאים הם מצב
 3 זיהום ומצב הרקמות בעייתי נעשתה הטיית זרם הצואה.
 4
 5 באשר להפניה למאמרים נוגדים בהקשר לטענה של פרופ' איל, שמצב תזונתי ירוד, אלבומין
 6 נמוך וקבלת סטרואידים מונעים לעשות השקה משיב פרופ' איל כי להבדיל מהמנוח כול
 7 המקרים שם היו במצב המודינאמי יציב ודופק 104 ± 13 . חלקם קיבלו הזנה תוך ורידית,
 8 אנטיביוטיקה וסטרואידים במשך 2.3 ± 5.1 ימים לפני כן והם היו בלי פרפורציה.
 9
 10 על כך השיב פרופ' פרוינד ביום 3/7/06 כי האנססטומוזה לא התפרקה. הינקבות מעי במצב של
 11 מעי לאחר ניקוי הוא מצב הרבה יותר אופטימלי מאשר במעי שלא נוקה קודם לכן מצואה.
 12
 13 על פי חוות דעת משלימה של פרופ' איל, המאמר ממרפאת מיו עסק באנשים שהמעי ניקב בעת
 14 קולונוסקופיה. חולים ללא גירוי הצפק הסתדרו אף ללא טיפול ניתוחי. רוב המנותחים
 15 (מתוך 45 חולים שנסקרו) עברו טיפול ניתוחי ע"י כריתת המעי ופיוס ללא הסטת זרימת
 16 הצואה. ההערכה שזה אפשרי הוא לפי שכמות הצואה שהגיעה לחלל הבטן הייתה מועטה
 17 והאבחנה הייתה מהירה.
 18
 19 פרופ' איל קובע כי המאמר השלישי עוסק בחולים עם גורמי סיכון כמו המנוח. למרות גורמי
 20 סיכון אלה, החולים עברו בהצלחה ניתוח מורכב של כריתת המעי הגס, יצירת רוברבאר ממעי
 21 דק ופיוס ראשוני ולפיכך הכותבים מציעים לעיין מחדש בגישה הקודמת שכוללת גם הסטת
 22 זרם הצואה החוצה. כלומר שחיבורי המעיים בטוחים למרות גורמי הסיכון. גורמי הסיכון
 23 באותם חולים היה אנמיה, רמה נמוכה של חלבון דם – אלבומין 2.1 ± 0.2 , טיפול
 24 בסטרואידים.
 25 גם הנסיון של המנתחים במאמר הרביעי היה בהתייחס לחולים במצבי אנמיה, חוס וירידה
 26 באלבומין שבהם הייתה הצלחה בניתוח של ההשקה למרות גורמי הסיכון, אך החולים
 27 במאמר הרביעי היו במצב המודינאמי יציב, דופק 104 ± 13 ולא 150 כמו המנוח, וחלקם קיבלו
 28 הזנה תוך ורידית אנטיביוטיקה וסטרואידים לפני הניתוח.
 29
 30 15. שני מאמרים שעליהם הסתמך פרופ' פרוינד תומכים בכך שבעשור האחרון ניתן לבצע ניתוח
 31 השקה גם לחולים הסובלים מדלקת מכוויבת של המעי הגס במצבים של התלקחות המחלה
 32 כשהם לוקחים סטרואידים. אולם פרופ' איל מפנה למאמר הרביעי שבו החולים קיבלו טיפול



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

- 1 לפני ההשקה הראשונית במהלך מספר ימים עם הזנה תוך ורידית, אנטיביוטיקה
2 וסטרואידים. החולים לא עברו לפני כן פרפורציה וכולם היו בצב המודינאמי יציב ודופק של
3 13 ± 104 .
- 4 [Ziv Y, Fagio V W, Church JM et al: "Safety of urgent restorative proctocolectomy
5 With ileal pouch anastomosis for fulminant colitis :Dis Colon Rectum 38: 345-9, 1995]
6
- 7 בין אם הנקב נוצר מנמק מחמת אספקת דם לקויה להשקה או מחמת מצב המעי, נוצר חור
8 שדרכו זרמה תכולת המעי לדפק ונוצר זיהום שחייב את הניתוח השני.
9
- 10 עמדת פרופ' איל היא שמצבו של המנוח ביום הניתוח הראשון היה צריך להוות סיבה לא
11 להסתפק בניתוח השקה שלא ניתן לבקר, להבדיל מהניתוח השני.
12
- 13 16. שני המומחים אינם חלוקים בנקודת המוצא שהעמידה מידה רבה של חוסר וודאות והצלחת
14 כל תהליך כירורגי בגלל מצבו המטבולי של המנוח. פרופ' פרוינד אומר זאת. אומר זאת גם
15 פרופ' איל, שבסיומת לחו"ד השניה שלו אומר:
16
- 17 **"כשהוחלט לבצע קולונוסקופיה במקום לשלוח את החולה הביתה, היה
18 צריך להשאיר אותו בבי"ח ולתקן את מצבו המטבולי, ולהכין אותו, אם אכן
19 היה עדיין צורך לעשות וכל הבדיקות האחרות היו שליליות" (חו"ד מיום
20 1/2/06).**
- 21
22 מסכם זאת פרופ' פרוינד:
23
- 24 **"על פי מצבו התזונתי הירוד בצורה קיצונית ומצבו הנפשי שסיכל כל מוצא
25 ממצב זה, הייתה תוחלת חייו נמדדת, כנראה בכל מקרה, בשבועות או
26 חודשים" (חו"ד מיום 12/1/06).**
- 27
28 לא השתכנעתי כי הניתוח הראשון לא נפל בגדר הקונסנוס המקצועי. גם אם תאמר שעדות
29 ד"ר דוחני היא "בדיעבד" בהעדר רישום הטעמים לניתוח שנבחר בפועל, אזי לחלופין, ואינני
30 סבורה כי כך היה, הבחירה תיפול לכל היותר בגדר "שיקול דעת מוטעה", בגדר הקונסנוס
31 המקצועי.
32



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1 לסיכום, אני מעדיפה את חווה"ד של מנתח פעיל במקרה הזה. האנטומיה אינה משתנה אך
2 הכלים העומדים לרשות הרופאים משתנים עם הזמנים. הכשל של הניתוח הראשון לא היה
3 בגלל העדר החלמה של ההשקה אלא בנקב נוסף שמקורו ככל הנראה במצב המעי שכאמור לא
4 זוהה בזמן לפני ההינקבות בקולונסקופיה. הניתוח הראשון נעשה בליט ברירה ואי אפשר
5 להתעלם מנקודת מוצא זו. לכן לא ניתן היה להכין את החולה אלא היה צריך להחליט בין 2
6 החלופות במצב חירום נתון.

7

8

9

דיון

10 17. אין מחלוקת בין הרופאים, כולל המומחים, שהמנוח הגיע למרכז הרפואי ע"ש סורוקה עם
11 תוחלת חיים לא ידועה. פרופ' פרוינד שהיה היחיד שהגדיר את צפי תוחלת חייו נקב בפרק זמן
12 של "שבועות או חודשים". זאת מחמת ההרעבה העצמית של המנוח שגרמה לו לאבד ממשקלו
13 כ-12 ק"ג בחודשיים לפני שהגיע לביה"ח, ומשקלו עמד על 32 ק"ג בגיל 66 ובגובה 1.55 מטר.
14 ביום 7/9/03 נעשתה למנוח הערכה תזונתית ונרשם: משקל 35 ק"ג, גובה 155 ס"מ, BMI –
15 14.5 ק"ג/מ².

16

17 הרופאים אינם חולקים שרופאת המשפחה הפנתה את המנוח לחדר מיון מחמת עצירות בת 3
18 שבועות ולא מסיבה אחרת. הרופאים גם אינם חולקים שהמנוח נפטר מאלח דם וכשל רב
19 מערכתי לאחר 2 ניתוחי חירום. הם אינם חולקים שמצבו של המנוח הכללי ולא העצירות
20 עמדו לרעתו בתהליך ההבראה מהניתוחים בשילוב של שני מקרים, בפער של מספר ימים,
21 שחומר צואתי מהמעי של המנוח נכנס לחלל הבטן שלו.

22 כמו כן, אין מחלוקת שהניתוח השני הוא פועל יוצא של הניתוח הראשון והניתוח הראשון הוא
23 פועל יוצא של 2 נקבים במעי המנוח שקרו ביום 4/9/03 בתהליך ביצוע קולונסקופיה ולא
24 מטעמים אחרים בכלל או בגלל העצירות בפרט.

25

26 אין מחלוקת כי החלטה שהמנוח יעבור קולונסקופיה לבירור מדוע הוא סובל מעצירות
27 הייתה של הצוות שטיפל במנוח ולא ממקור אחר החיצוני לנתבעות או יוזמה של המנוח.

28 המומחים אינם חולקים כי משתנקב המעי בעת ביצוע בדיקת הקולונסקופיה ה-2 ביום
29 4/9/03, מצבו הבריאותי הכללי של המנוח עמד לרעתו. בין שהנקבים יתרפו מעצמם, בין
30 בניתוח לטיפול בנקבים, ובין בכניסת חומר צואתי לחלל הבטן שלו. גם אין מחלוקת שבמצבו
31 הכללי הסיכון לניקוב המעי עלה על נבדק במצב בריאותי יותר טוב מזה של המנוח. הסיבות
32 הידועות כגורמי סיכון לניקוב המעי בבדיקה זו פורטו בסעיף 8 לעיל.



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1
 2 המומחים, כולל פרופ' איל, אינם חולקים שהבדיקה הייתה יכולה לתת מענה לשאלה מדוע
 3 המנוח סבל מעצירות כל כך ממושכת. למרות המחלוקת בין ביצוע בדיקה פולשנית או
 4 וירטואלית, הן פרופ' איל והן פרופ' פרוינד מסכימים שלכעצמה ההחלטה באשר לעצירות לא
 5 הייתה שגויה במסכת הנתונים שעמדו בפני הצוות הרפואי.
 6
 7 המחלוקת בין המומחים היא של עיתוי, תהליך קבלת ההחלטה, והאם נעשה הכול כדי
 8 להקטין את הסיכון המידי של הינקבות המעי, ובהמשך הסיכון של העדר יכולת להתמודד
 9 בין עם חומר צואתי בחלל הבטן ובין עם ניתוח לתיקון הינקבות.
 10
 11 18. בתביעה שבה נטען לרשלנות רפואית, ביהמ"ש בוחן האם ההחלטה שהתקבלה היא במסגרת
 12 הפרקטיקה המקצועית המקובלת שאז על פי הפסיקה לא נקבעת קיומה של רשלנות אך לצד
 13 זה הפסיקה גם הורתה כי טעות בשיקול דעת במתחם הפרקטיקה המקובלת לא תקבע
 14 כרשלנות (ע"א 4384/90 ואתורי נ' בית חולים לניאדו, פ"ד נא (2) 171 (1997); ע"א 9249/06
 15 יונתי נ' שירותי בריאות כללית (לא פורסם, 8.12.08); א' כרמי רפואה במשפט (תל-אביב,
 16 תשל"א)).
 17
 18 השאלה לבחינה היא, האם מבחינת בחירת הבדיקה או העיתוי שלה מדובר לכל היותר על
 19 טעות בשיקול דעת או כשל חמור בתהליך קבלת ההחלטה.
 20
 21 עמדת פרופ' עיל, המומחה מטעם התובעים הייתה, שלא הייתה בדחיפת לביצוע בדיקת
 22 הקולונוסקופיה וניתן היה לחפש את מקור לעצירות בבדיקת CT שנרשמה לביצוע ע"י הצוות,
 23 ולא בוצעה פעמיים, שאינה בדיקה פולשנית. הוא גם הציע את הבדיקה הוירטואלית ולהעדר
 24 זמינותה באותה עת התייחסו הן ד"ר רוזנטל שביצע את הקולונוסקופיה והן פרופ' פרוינד
 25 (סעיף 6 לעיל).
 26
 27 כמו כן, בחוות דעתו המשלימה הוא הביע עמדה שככל שהוחלט שהבדיקה הפולשנית נדרשת,
 28 היה צריך להכין את המנוח מעבר לדרישות של הבדיקה לכשעצמה במובן של התמודדות עם
 29 משקלו הנמוך, האנמיה, החום מהמקור שלא זוהה ואותר רק בבדיקה רקטלית, רמת
 30 הלוקוציטים הגבוהה, הן בהגעתו למיון והן בחזרתו לביצוע הבדיקה.
 31



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1 פרופ' פרוינד לא חלק שמצבו של המנוח היה רע להתמודדות עם תהליכים פולשניים, אך הוא
2 הצביע על מחקרים שלמרות זאת חולים הצליחו להתאושש גם מניתוחי חירום של הינקבות
3 המעי.

4

5

תהליך קבלת ההחלטה לביצוע קולונסקופיה

6

7 19. לאחר שמיעת הראיות השתכנעתי שהסוגיה שיש לבחון היא תהליך קבלת ההחלטה לבצע את
8 הקולונסקופיה בכלל ובמועד שנקבע לביצועה בפרט, כפי שהתהליך עולה מהתיעוד הרפואי.
9 כי למועד שמיעת הראיות לא היו עדים זמינים שהיו יכולים להעיד מזכרונם. הנתבעות העידו
10 את מנהל המחלקה אך תצהיר עדותו הראשית מאשר את מסקנתי, שכל אשר עמד לעיונו הוא
11 התיעוד הרפואי, שהועמד לעיון המומחים וביהמ"ש. מכתב העברה ממיון למחלקה (מכתב
12 שחרור) חתום על פניו ע"י רופא מומחה. משלב זה והלאה בתיעוד יש חסר בנתון האם בטיפול
13 היה מעורב רופא בכיר וכיצד.
14 מתוך התיעוד עלה כי התהליך שבו טופל המנוח לאחר שעבר מהמיון למחלקה היה סטנדרטי
15 בעבודה השוטפת של בית החולים, באופן חלקי. בפסק הדין אינני מביעה עמדה על התהליך
16 הסטנדרטי לכשעצמו.

17

18 התהליך, כפי שהעידו פרופ' פרוינד ופרופ' שלפר הוא שהחולה מטופל ע"י מתמחים
19 וסטאג'רים. ההנחיה המקצועית היא שהרופא המתמחה בונה את התוכנית הטיפולית והוא
20 זה שנפגש עם החולה והמשפחה אך ככל שאין מדובר במקרה דחוף, שאז יש הסדר אחר,
21 ההכרעה על ביצוע התוכנית היא בדיון עם רופא בכיר (עמ' 23 לפרוטוקול מיום 10/6/09).
22 מי שמופיע בסיכום המחלה (הטיוטה) כקובע את הוראות הטיפול במנוח היו ד"ר ליטל
23 יעקובוביץ, סטאג'רית, ד"ר ענת רבינוביץ וד"ר רוברט סטרן (עמ' 22-23 לפרוטוקול). מתוך
24 עדותו של פרופ' שלפר, מנהל המחלקה, למועד עדותו, ד"ר רבינוביץ עדיין עבדה בביה"ח,
25 כמתמחה במחלקה ההמטולוגית לאחר שסיימה את התמחותה בפנימית וד"ר סטרן כבר לא
26 עובד בביה"ח. אף אחד מהם לא זומן להעיד.

27

28 20. על פי התיעוד הרפואי שהוגש לתיק, התוכנית הראשונה היא מיום 18/8/03 מפנימית ה'
29 ובשלמותה היא ערוכה וחתומה ע"י ד"ר ליטל יעקובוביץ סטאג'רית בשעה 23:02. התעודה
30 האלקטרונית שמוגדרת כטיוטה כוללת תוכנית של בירור תהליך גידולי, אפשרות לתהליך
31 זיהומי, ייעוץ פסיכיאטרי. באשר לתהליך הגידולי נקבע לבצע דם סמוי וסממנים לגידולים.
32 לגבי התהליך הזיהומי האפשרי – אנטיביוטיקה. בתעודה אין את פרטי הרופא הבכיר או



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1 הכונן. באותו יום בוצע הייעוץ הפסיכיאטרי שנחתם ע"י ד"ר הילאילה סוהיל, הכולל בין
2 היתר המלצה לבדיקה חוזרת למחרת. אין נתונים שניתן ללמוד מהם האם החותם הוא
3 מתמחה או רופא בכיר.
4 למחרת 19/8/03 יש רישום של ד"ר ענת רבינוביץ (מתמחה). ביום 19/8/02 (צל – 2003 – מ' ו')
5 נבדק המנוח ע"י מומחה לפסיכיאטריה ד"ר בן-ציון יצחק (רופא בכיר) אשר רושם שורה של
6 המלצות, אך סבור שהחולה מבין את מצבו ואינו במצב המאפשר מינוי אפוטרופוס, אך ממליץ
7 פעולה אחרת, וועדת אתיקה או 3 רופאים, לנוכח סירובו לטיפול רפואי.
8 ביום 20/8/03 רושם ד"ר אריה שלו (מתמחה?) – מ' ו') כי המנוח ממשיך לסרב לטיפול רפואי,
9 אינו משתף פעולה עם הצוות, מסרב לבדיקת חום, ומורה על המשך טיפול IV ומפנה לייעוץ
10 פסיכוגריאטרי.
11 הייעוץ הגריאטרי באותו יום חתום ללא חותמת ולא ברור מי החותם ומעמדו. למחרת רושמת
12 ד"ר רבינוביץ כי המנוח החל לאכול ולשתות, עדיין סובל מעצירות, ללא חום, ומורה על מעבר
13 לאוגמנטין ועפ"י ההנחיה של הרופא הבכיר ד"ר בן-ציון מורה על בירור GI ו-TSH.
14 ביום 22/8/03, בשעה 03:00 נקרא ד"ר סטרן למנוח שנפל מהמיטה. בהמשך היום הוא נבדק
15 ע"י ד"ר אריה שלו, ושוב ביום 23/8/03.
16 בינתיים המנוח עבר אולטרסאונד וד"ר ארז וייס רושם את הפענוח. ביום 24/8/03 רושמת ד"ר
17 רבינוביץ בכתב יד כי החולה ישוחרר להמשך בירור אמבולטורי, והוא מסרב לבצע
18 קולונוסקופיה.
19
20 עברתי גם על התעודה האלקטרונית שהוקלדה ביום השחרור, 24/8/03, ונחתמה כמכתב
21 סיכום ע"י ד"ר רבינוביץ. מעבר לתיאור המצב בקבלתו, המהלך הטיפולי, הבדיקות
22 והתוצאות לא צויין גם בתעודה זו מי הרופא הבכיר שאישר את התוכנית של הסטאג'רית,
23 ד"ר יעקובוביץ מיום 18/8/03.
24 בסוף נרשם שהחולה משוחרר זמנית ויחזור ביום 29/8/03, לשם הכנה לקולונוסקופיה שנקבע
25 ליום 31/8/03.
26 נרשמו המלצות תרופתיות, טיב הכלכלה ומועד חזרה לאישפוז.
27 מכתב הסיכום מאושר ע"י פרופ' אסתר (חותמת לא ברורה- מ.ו). החסר לא הושלם
28 בראיות.
29
30 תעודה נוספת שהוצגה הוא גליון הוראת הרשום בכתב יד.
31 הוא מתחיל ביום 18/8/03 בשעה 21:00 ומסתיים ביום 24/8/03. הוא חתום ע"י ד"ר
32 יעקובוביץ, סטאג'רית בימים 18/8/03, 19/8/03, ד"ר ארז-וייס וד"ר רבינוביץ ביום 19/8/03,



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1 די"ר שלו בימים 20/8/03 ו-21/8/03. די"ר רבינוביץ ואחות מוסמכת ביום 21/8/03, די"ר שלו
 2 ביום 22/8/03 וביום 23/8/03 ודי"ר רבינוביץ ביום 24/8/03.
 3
 4 בתיעוד זה שצורף ע"י פרופ' שלפר לתצהירו לא נמצא כל דיון, הוראה וכיוצא בזה שמסבירה
 5 מדוע די"ר רבינוביץ רושמת ביום 24/8/03 כי החולה מסרב לבדיקת קולונוסקופיה.
 6
 7 פרופ' שלפר רושם בסעיף 2 (יג) לתצהירו כי "הוחלט על ביצוע בדיקת קולונוסקופיה".
 8 כאמור, הדבר לא מופיע בתיעוד הידני או האלקטרוני. אך גם פרופ' שלפר אינו מציין מי
 9 החליט, ומה היה תהליך קבלת ההחלטה.
 10 פרופ' פרוינד כתב בחוות דעתו, כי מהגליונות הרפואיים של המחלקה "באו לידי ביטוי שיקולי
 11 הרופאים בפירוט רב מתוך הבנה קלינית רחבה ומעמיקה....". הוא משבח את הגדרת בעיותיו
 12 של החולה בקבלה ובסיכום המחלה ועל סמך זה "תוכננו בהתאם לכך פעולות אבחון וטיפול"
 13 (עמ' 5 לחוות דעתו).
 14
 15 על פני הדברים, מתוך התיעוד, הסטאג'רית די"ר ליטל יעקובוביץ עשתה עבודה ראויה לשבח
 16 באבחון ורישום הטיפול אך הפרקטיקה המקצועית, לפי עדותם של פרופ' שלפר ופרופ' פרוינד,
 17 היא שבטרם יהיה יישום נדרש אישור של רופא בכיר. יתכן ורופא בכיר אישר זאת ודי"ר
 18 יעקובוביץ לא רשמה עובדה זו, מחמת העומס, יש להניח, אך זה בגדר ניחוש ולא ראיה. הנטל
 19 חל על הנתבעות היה להשלים את הנתון החסר וזאת לא נעשה.
 20 מאחר ופרופ' שלפר העיד כי גם העבודה של רופא מתמחה מחייבת אישור רופא בכיר, אזי
 21 חסר רישום זה של המאשר גם לגבי די"ר רבינוביץ, די"ר סטרן, די"ר שלו ודי"ר ארז-וייס. גם
 22 חסר תיעוד המפרט את התהליך שבו הוחלט שהמנוח נדרש לבדיקת קולונוסקופיה.
 23
 24 על פי הרישומים של די"ר רבינוביץ ביה"ח סבר שיש לשחרר את החולה, שלא קיבל מענה
 25 לתלונתו, שחרור בכלל, כרישום ראשוני מיום 24/8/03, בכתב יד, ושחרור זמני, כרישום
 26 אלקטרוני, כדי שיעבור קולונוסקופיה עם הוראות לטיב הכלכלה שעליו לעבור מיום 28/8/03
 27 (כלכלה נוזלית). סיפא זו אינה מתיישבת עם המסקנה שהיה דיון ברמה שמעבר למתמחים כי
 28 נראה שהסיומת מתעלמת מהנתונים עמם הגיע המנוח לביה"ח, של "ממעט לאכול ולשתות"
 29 וכך גם נהג בבית החולים; של הרעבה עצמית של חולה שרופא בכיר, די"ר בן-ציון ציין שיש לו
 30 סימנים לדכאון מג'ורי.
 31



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

- 1 ההמלצות לשחרור מתייחסות על פניהם לאדם שמתפקד ולא לאדם שמשפחתו עומדת חסרת
 2 אוניס מולו ואינה מצליחה לגייס עזרה בתהליך ההרעבה שלו, עד שרופאת המשפחה מפנה
 3 אותו לבית החולים.
 4 בהעדר ראיות אחרות, החשש הוא שהרופאה הבכירה לא הכירה את המקרה, הסתמכה רק על
 5 רישומי ודברי המתמחים ונתנה הוראות המתאימות להמשך הליך הבירור ולא יותר מזה.
 6
 7 21. המנוח חזר לביה"ח והרישום של ד"ר סטרן בתוכנית הוא "טיפול קבוע נוזלים וצום לקראת
 8 מחר" (רישום מיום 30/8/03 שעה 22:39).
 9
 10 המנוח אפוא המשיך את המסע בתהליך של בירור פולשני שהשיקולים לביצועו בזמן אמת
 11 והגורם האחראי לכך נותרו עלומים ואיש לא עוצר את התהליך שכבר נקבע.
 12 התהליך שהתנהל מה-18/8/03 ועד ליום 24/8/03 חוזר על עצמו מבחינת התייעוד הרפואי,
 13 לאחר הנסיון הראשון שלא צלח (רישומים מיום 31/8/03 ועד 3/9/03) שאז ישנו רישום, שלא
 14 ברור של מי, המציין כי מדובר בחולה דכאוני עם ירידה במשקל ניכרת.
 15
 16 האבחנה מבדלת של דיכאון מגיורי לבין מחלה אורגנית, בגין גידול ולכן נרשם שיבוצע CT
 17 מוח, CT בטן וכן קולונוסקופיה. מכאן התייעוד אינו מספר של מי הייתה התוכנית והאם היה
 18 דיון על העדפת קולונוסקופיה על CT ולמה. יתכן בגלל שכבר היה תור לקולונוסקופיה: מכאן
 19 התייעוד מתייחס למצב אחרי הקולונוסקופיה ביום 4/9/03.
 20 התמונה העולה מהתייעוד היא חסרה והנטל להשלימה חל על הנתבעות. בנטל זה הם לא עמדו.
 21 בהעדר ראיות נוגדות השתכנעתי, כי המנוח שוכנע להסכים לקולונוסקופיה למרות התנגדותו
 22 הראשונית בתהליך שלא עבר דיון ענייני מעבר לעובדה שהבדיקה יכולה לתת מידע לסיבה
 23 לעצירות. אך לא דיון הלוך בחשבון את הסיכונים, סיבוכים ופתרונות לצמצומם.
 24
 25 עולה מהראיות שהמנוח נפל בגדר קבוצת סיכון להסתבכות בין בקולונוסקופיה ובין בניתוח
 26 תיקון אם ידרש, וזאת כעולה מהנתונים שנרשמו בצורה טובה (עמדת פרופ' פרוינד) ע"י
 27 הסטאגירית ד"ר יעקובוביץ. לכן בטרם קבלת החלטה לפעולה פולשנית, נדרש דיון ברמה של
 28 רופא/רופאים בכירים לשיקול הבעד והנגד של הבדיקה המוצעת ותוכנית צמצום חשיפה
 29 לסיבוכים.
 30



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סרוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

- 1 החובה של ניהול תיעוד של ממצאים וטיפולים רפואיים בזמן אמת, בהתייחס לחולים, הוטלה
 2 על הרופאים נע"א 6160/99 דרוקמן נ' בית החולים לניאדו, פ"ד נה (3) 117, 125 והפסיקה
 3 המצוטטת שם (2001) (להלן: "עניין – דרוקר").
 4
 5 ההשלכות של העדר תיעוד כאמור, ובענייננו תהליך קבלת החלטות ובפרט לשלוח את המנוח
 6 לביצוע בדיקת הקולונקופיה, מקימות עילה של "נזק ראייתי" והעברת נטל השכנוע מהתובע
 7 לנתבע (עניין – דרוקר, 125-126).
 8
 9 אין מחלוקת בין ב"כ הצדדים, כי ביה"ח חב חובת זהירות מושגית כלפי חולה וזהירות
 10 קונקרטית כלפי המנוח נע"א 4025/91 יצחק צבי נ' ד"ר קרול, פ"ד נ (3) 784 (1996); ע"א
 11 612/78 פאר נ' קופר, פ"ד לה (1) 720 (1980).
 12
 13 מכאן נשאלת השאלה, האם יש קשר סיבתי בין ההחלטה לבצע קולונוסקופיה לבין פטירת
 14 המנוח. המומחים מסכימים לסדר האירועים כמתואר לעיל והם מסכימים שמצבו המטבולי
 15 של המנוח פעל לרעתו. גם לא הובאו ראיות הסותרות את העמדה של שני המומחים שמצבו
 16 המטבולי של המנוח נבע מהעובדה שהוא הרעיב את עצמו. לכן לגבי ההחלטה לבצע
 17 קולונוסקופיה במועד שנקבע וללא הכנה מספקת הורם הנטל של הבאת ראיות על ידי
 18 התובעים להתרשלות הנתבעות והן לא הביאו ראיות נגדיות השוללות זאת.
 19
 20 22. המומחים גם חלקו בשאלה האם הניתוח הראשון בוצע באופן רשלני ומה הסיבה שנוצר
 21 הסיבוך שהצריך את הניתוח השני.
 22
 23 כאמור לעיל, לא מצאתי שהחלופה שנבחרה לגבי הניתוח הראשון הייתה נפילה מסטנדרט
 24 זהירות סביר (סעיף 6 לעיל) ולכן לא הורם נטל השכנוע כי בבחירה של הניתוח הראשון
 25 התרשל הצוות הרפואי.
 26 באשר לניתוח השני – אין טענה של פרופ' איל לרשלנות ולמעשה, שני המומחים מסכימים
 27 שמצבו הכללי של המנוח, בשילוב התהליכים שעבר, הכריעו אותו.
 28
 29 לסיכום פרק זה, התובעים הרימו את נטל השכנוע שהבחירה של הקולונוסקופיה לביצוע ללא
 30 הכנה מספקת מוקדמת של החולה, לאור מצבו המטבולי, הייתה רשלנית. לפיכך קמה החבות.
 31 מכאן אפנה לנזק.
 32



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1 נזק
2
3 23. התובעים – האלמנה והילדים, תובעים את ראשי הנזק הבאים: כאב וסבל בסך של 600,000 ₪
4 משוערך מיום הפגיעה; פיצוי על קיצור תוחלת חיים בסך של 500,000 ₪. לטענת התובעים
5 חוץ מעמדת פרופ' פרוינד לתוחלת החיים של שבועות או חודשים, אין ראייה אחרת ואין חווי"ד
6 יותר מדוייקת.
7 כמו כן, נתבע פיצוי של הפסד קצבת זקנה בסך של 163,101 ₪ בהתבסס על חווי"ד גד שפירא
8 שלא נסתרה, כי לא הובאה חווי"ד נגדית וזאת בהסכמת ב"כ הנתבעים; כן נתבע פיצוי על
9 אבדן שירותי אב ובעל בסך 150,000 ₪; הוצאות קבורה, אבלות ומצבה בסכום של 10,000 ₪
10 כאשר הוגשה ראייה – קבלה על עלות המצבה בסך 4,456 ₪, וכן הוצאות משפט.
11 באשר לניכוי תגמולי מל"ל – פורט מה הסכום ששולם לכל תובע, עפ"י חווי"ד האקטואר שי
12 ספיר.
13
14 לגבי הפיצוי של כאב וסבל – נטען ע"י ב"כ הנתבעים לתביעה מופרזת. כי הקולונוסקופיה
15 אינה גורמת לכשעצמה כאב וסבל, הניתוח הראשון היה בהרדמה והמנוח שקע בקומה אחרי
16 הניתוח הראשון לפיכך לא הוצע כל פיצוי.
17
18 לגבי התביעה לפיצוי על קיצור תוחלת חיים – נטען שהנתבעים לא קיצרו את חייו שהיו
19 ממילא קצרים כפי שפירט פרופ' פרוינד, וכן גם התביעה מופרזת לחלוטין. מכל מקום, ב"כ
20 הנתבעים הפנו לסכומים שנפסקו לאנשים הרבה יותר צעירים שהיו נמוכים בהרבה. סכום של
21 200,000 ₪ נפסק לאדם צעיר בן 27 [ת"א (ירושלים) 510/94 עזבון המנוח ותד ז"ל נ' ותד (לא
22 פורסם, 1.4.04)]. כמו כן, נטען כי על אף טענת ב"כ התובעים בסעיף 61 לסיכומיהם, שני
23 המומחים הסכימו שהמנוח הגיע לביה"ח במצב תזונתי ירוד באופן קיצוני. ב"כ הנתבעים
24 צודקים וב"כ התובעים אינם יכולים בסיכומים לטעון הפוך מטענת המומחה מטעמים, בפרט
25 כאשר זה ציר מרכזי בחווי"ד שלו, הן הראשונה והן השנייה.
26
27 כן נטען שב"כ התובעים לא חקרו את פרופ' פרוינד שציין בחווי"ד את הצפי הקצר של תוחלת
28 חיי המנוח, ופרופ' איל לא חלק על כך בחווי"ד משלימה. פרופ' איל מגדיר את מצבו של המנוח
29 כשהתקבל בביה"ח ואני מצטטת מתוך חווי"ד הראשונה בו הוא מציין מדוע מצב החולה חייב
30 דיון מחלקתי:
31



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1 **"כשמדובר במצב של החולה שהיווה בעיה אבחנתית קשה: במצב**
 2 **של קחקסיה: Cachexia ודלדון, הגוף לא מגיב לתהליכים**
 3 **מכאיבים או דלקתיים בצורה נורמאלית ומטשטש את התמונה**
 4 **הקלינית".**
 5
 6 המנוח ירד 9 ק"ג בחודשיים לפני קבלתו לביה"ח ומצבו "היה ירוד והוא היה במצב קחקטי"
 7 (כלומר – מצב ירוד כללי ותת תזונה – מ' ו' – מתוך הגדת המנוח במילון:
 8 Mosby's Pocket Dictionary of Medicine, Nursing, & Allied Health
 9 (4th ed, 2002).
 10 (הדוגמאות במילון הן של מצב שבד"כ מתקשר עם שחפת או סרטן).
 11
 12 נטען שהיה על התובעים להוכיח כי למנוח תוחלת חיים ממוצעת וזאת הם לא עשו ולכן לא
 13 מגיע להם כל פיצוי ולחילופין, הוצע סכום של 4,000 ₪.
 14
 15 **לגבי פיצוי על אבדן שירותי אב ובעל –**
 16 נטען שיש לדחות את התביעה לאור שהמנוח לא סיפק שירותים אלה לפני שהגיע לביה"ח
 17 לאור מצבו, והוא הוכר נכה 100% ע"י המל"ל, ונוקק לעזרת הזולת לפני שהגיע לביה"ח.
 18
 19 **לגבי אבדן קצבת זקנה-**
 20 נטען שחוו"ד האקטואר גד שפירא מניחה הפסדר לפי תוחלת חיים של גיל 85.14 ולכן אינה
 21 רלבנטית. כמו כן, האקטואר לא ניכה את החלק שהמנוח חדל לנגוס בקצבת הזקנה של
 22 האלמנה.
 23
 24 **ניכויים -**
 25 נטען, כי יש לנכות את תגמולי המל"ל וכן את הידה של המנוח שנחסכה מהכנסת האלמנה.
 26
 27 **הוצאות משפט ושכ"ט עו"ד –**
 28 נטען, כי דין התביעה להידחות. כמו כן, נוהל הליך סרק במשך שנים שגרר עלויות וביטול
 29 זמנם של הרופאים. לפיכך, על ביהמ"ש להתחשב בנתונים אלה בעת פסיקת שכ"ט והוצאות
 30 לנתבעים.
 31
 32



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

דיון

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32

כאב וסבל –

למנוח נגרם כאב וסבל בביצוע קולונוסקופיה, בדיקה פולשנית שגם חיבה הכנה לא נוחה, כאשר למעשה הוא לא הסכים אלא "התרצה" לבדיקה שבהמשכה חדר זיהום לחלל בטנו. המנוח איבד את הכרתו רק לאחר שנותח בניתוח הראשון. המנוח לא היה מגיע לסיטואציה זו אם לא היו מבצעים לו את הקולונוסקופיה במועד שהבדיקה בוצעה או בכלל. לפיכך, בראש נזק זה אני פוסקת סכום של 200,000 ₪, נכון להיום.

קיצור תוחלת חיים -

אכן, אין חו"ד למעט מה שקבע פרופ' פרוינד. המנוח הגיע לביה"ח בגלל העצירות אך מלכתחילה ניתנה חו"ד של ד"ר בן-ציון, כי הוא סובל מדכאון מגוררי, ורוצה לסיים את חיי. ניתן טיפול תרופתי לטיפול בדכאון וניתנה הנחיה לברר את המקור האורגני של העצירות שהיווה, להערכת ד"ר בן-ציון, הסיבה שהמנוח לא אכל ומיעט בשתיה. הטיפול במנוח היה סטנדרטי וזה בלשון המעטה, וכאמור שוכנעתי שלא התקיים כל דיון מחלקתי בטרם המנוח שוחרר עם מועד לקולונוסקופיה. אף אחד מהמומחים לא טען שמצבו של המנוח לא היה בר שינוי אילו המנוח היה משתף פעולה. אך המנוח לא שיתף פעולה עם הצוות הרפואי בגלל, וזו חו"ד הפסיכיאטר, הדכאון המגוררי. יתכן שפרופ' פרוינד צדק שבנתון של העדר שיתוף פעולה של המנוח סיכויי להאריך ימים לא היו קיימים. לא הוצגה חו"ד שהמנוח עבר את נקודת האל-חזור מבחינת משקלו והנזק שנעשה לגופו בהרעבה העצמית. המנוח הגיע לבית החולים במצב קחכטי, מבחירתו ואלמלא העצירות יתכן והתהליך היה הופך בלתי ניתן לתיקון והמנוח היה נפטר תוך מספר שבועות או חודשים. בעבר המנוח ביקש עזרה נפשית על כך שהיה בדכאון, ונותר במיטתו ומיעט באכילה ושתיה ולא ברור מדוע המשפחה לא ביקשה עזרה כשהמנוח חזר לאותה סיטואציה. בנסיבות אלה, "קיצור תוחלת החיים" מתחלקת בין מעשי המנוח להתרשלות ביה"ח. אני מעמידה את חלקו של המנוח בכך עד להגעתו לביה"ח, על 70% ואת חלק הנתבעות על 30%. הפיצוי על קיצור תוחלת חיים שנתבע הוא מופרז בשים לב לכל הנתונים בתיק. לפיכך, אני פוסקת את הסך של 150,000 ₪ ומתוך סכום זה חלק הנתבעות יעמוד על 50,000 ₪.

אבדן שירותי בעל ואב –



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1 המנוח מבחירה, שהוגדרה ע"י הפסיכיאטר ד"ר בן-יצחק להיות מודעת, החליט שסופו קרב,
2 והוא לא קם ממיטתו, ובקושי אכל ושתה. הוא סבל מעצירות במשך כ-3 שבועות ויחס זאת
3 להעדר אכילה. בסופו של יום לא נמצאה סיבה אורגנית גם בנתיחה לאחר המוות. המנוח סבל
4 ממחלת ריאה כרונית ומכאבי גב בגלל הגיבנת. מצבו היה ירוד וכתוצאה מכך הוא גם סבל
5 מתחלואה שקשורה למצב בריאותי ירוד. לפי הקביעה של ד"ר בן-יצחק הוא סבל מדכאון
6 מגורי.

7 הוא קיבל קצבת נכות של 100% משנת 1992.

8 לפיכך, אני פוסקת לתובעים בראש נזק זה סך של 10,000 ₪.

9

10

אבדו קצבת זקנה –

11 התביעה היא על פי חו"ד אקטוארית. ב"כ הנתבעים טוען, שחו"ד האקטואר לוקה כי היא
12 מניחה תוחלת חיים מלאה.

13 לא הוגשה חו"ד שמנתחת את תוחלת חיי המנוח לפי מצבו כשנכנס לבית החולים, למעט
14 אמירה של פרופ' פרוינד שהייתה אגבית.

15 לא ניתן להתעלם מהראיות כמפורט לעיל למצבו הקשה של המנוח לפני שהגיע לבית החולים
16 לברור העצירות שסבל ממנה. חוות הדעת מחושבת על בסיס של קצבת זקנה מיום 31/3/09
17 אך כוללת גם הפסד בעבר מהפטירה עד למועד ההיוון. על פי אישור המל"ל המנוח והאלמנה
18 החלו לקבל קצבת זקנה משותפת מיום 28/6/02 בסך של 4,337 ₪ ועד ליום 28/3/03 ובסך של
19 1,938 ₪ מיום 28/4/03 ועד הפטירה. האלמנה החלה לקבל קצבת זקנה בסך של 3,340 ₪
20 מיום 12/10/03. ההפסד עומד על 997 ₪ לחודש וסכום זה משוערך ליום ההיוון שעשה
21 האקטואר גד שפירא, 31/3/09, לפי הפרשי הצמדה וריבית של אמצע תקופה עומד על סך של
22 1,117 ₪ לפי חישוב המשערכת. האקטואר גם הניח כי המנוח היה חי עד למלוא תוחלת חייו
23 ולכן הוא כלל בחישוב גם את ההגדלה של קצבת הזקנה עם הגיע המנוח לגיל 80. בא כוח
24 הנתבעים חלק על עמדה זו.

25

26 מתוך הראיות עולה שאלמלא אושפו התובע, תוחלת חייו הייתה מושפעת מתחלואה קיימת,
27 שהייתה מחלת ריאות כרונית, והוא היה נכה 100%, ומירידה במשקל לרמה שהוגדרה להיות
28 במצב של חקסייה. בנוסף, נמצא בבית החולים שהמנוח לא אוכל וממעט בשתייה מחמת
29 דיכאון מגורי. התמונה הכוללת מעמידה בספק ניכר את הצפי של תוחלת חיים מלאה. שבכל
30 מקרה מגיעה לגיל 78 לגברים ולא גיל 85.14. לנוכח מכלול התחלואות של התובע ומצבו
31 המטבולי הכללי, אני מעמידה את שווי מצב זה על יתרת תוחלת חייו הצפויה על 50% מסך
32 הכול תוחלת החיים שעמדו למועד האשפוז על 12 שנים, אלמלא תחלואותיו. דהיינו, שממועד



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1 האשפוז הוא היה צפוי לחיות עוד 6 שנים [נ"א 1617/06 מנורה חברה לביטוח בע"מ נ' אור
2 ציון (טרם פורסם, 28.5.08)].
3
4 לפי החישוב של האקטואר גד שפירא, שחוות דעתו הוגשה בהסכמה, ההפסד של העובון של
5 קצבת הזקנה חושב עד 31.3.09 ומאותו מועד.
6 חישוב זה נעשה בשיטת הידות.
7 ההפסד של הקצבה עד 31.3.09 לפי חישוב זה הוא 65,076 ₪ נטו.
8 לפי הקביעה לעיל של תוחלת חיי המנוח המשווערת, החישוב של האקטואר גד שפירא קרוב
9 לגיל 72 ולפיכך משמש לצורך קביעת ההפסד.
10 סכום זה משוערך להיום לפי אמצע תקופה עומד על 71,183 ₪, נכון להיום..
11

הוצאות קבורה ואבלות –

12 התביעה אינה מפורזת ומתקבלת בכפוף לכך שאני פוסקת 30% מהסכום הנתבע לאור מצבו
13 של המנוח כשהגיע לביה"ח שהיה תהליך שלכשעצמו היה בו כדי להביא למותו של המנוח
14 בטרם זמנו.
15 על כן, אני פוסקת בראש הנזק סך של 3,333 ₪ נכון לפטירה. סכום זה משוערך להיום עומד
16 על סך של 5,167 ₪ נכון להיום.
17
18

ניכויים

19 אני מקבלת את עמדת ב"כ הנתבעים שהאלמנה חסכה כי המנוח חדל לנגוס במשק הבית
20 המשותף.
21

22			
23	לפיכך, הנתבעים ישלמו לתובעים, ביחד ולחוד, סך של:		24
24	כאב וסבל	-	200,000 ₪
25	קיצור תוחלת חיים	-	50,000 ₪
26	אבדן שירותי אב ובעל	-	10,000 ₪
27	אבדן קצבת זקנה	-	71,183 ₪
28	אבלות והקמת מצבה	-	5,167 ₪
29	סה"כ		336,350 ₪.

30
31 מהתוצאה יש להפחית תגמולי מל"ל, קצבת שאירים עפ"י חוות דעת שי ספיר, משוערך ליום
32 התשלום בפועל.



בית משפט השלום בבאר שבע

ת"א 2821-05 עז' המנוח וובצ'יק אלברט ז"ל ואח' נ' המרכז הרפואי סורוקה ואח'

בפני כב' השופטת מיכל וולפסון

1

2 היתרה תשא הפרשי הצמדה וריבית כדין מהיום ועד ליום התשלום המלא בפועל. הנתבעות

3 תשאנה באגרת ביהמ"ש ושנשאו בה התובעים, בצירוף הפרשי הצמדה וריבית כדין מיום

4 ההוצאה ועד ליום התשלום המלא בפועל. הנתבעות תשלמנה לתובעים שכ"ט עו"ד בסך של

5 20% בצירוף הפרשי הצמדה וריבית כדין מהיום ועד ליום התשלום המלא בפועל.

6

7 זכות ערעור תוך 45 יום לביהמ"ש המחוזי בבאר-שבע.

8

9 המזכירות תמציא את פסה"ד לצדדים.

10

11 ניתנה היום, 4 באוגוסט 2011, בהעדר הצדדים.

12

13

מיכל וולפסון, שופטת