



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

בפני כב' השופט כרמי מוסק

התובעים

1. י. ז.

2. ש. ז.

ע"י ב"כ נ. רון עו"ד ו/או ל. שולמן-רוקח עו"ד

נגד

הנתבעת

הסתדרות מדיצינית הדסה
ע"י ב"כ י. עוזיאל עו"ד

1
2
3

פסק דין

4

5

6 1. לפניי תביעה בה דורשים התובעים מהנתבעת לפצותם בגין נזקי גוף שונים שנגרמו
7 לתובעת, עקב טיפול רשלני שניתן לה, לטענתם, עת אושפזה אצל הנתבעת וטופלה על ידי
8 רופאיה.

9

10 **א. תמצית טענות התובעים**

11 2. עיקר טענות התובעת במישור הטיפול הרשלני והאחריות הן כדלקמן:

12

13

לשאלת האחריות

14 א. עובר לאירועים נשוא התביעה, הנתבעת הייתה אישה בריאה ולא סבלה

15 ממגבלות תפקודיות כלשהן.

16 ב. בלילה שבין 9-10.2.06, בהיותה בביתה, הופיע אצל התובעת התקף אפילפטי

17 מתוך שינה והיא הובהלה אל בית החולים. עם קבלתה בוצעו בדיקות שונות

18 שפורשו כתקינות. עוד בהיותה בחדר המיון, הומלץ על ביצוע בדיקת MRI מח

19 אך הבדיקה לא בוצעה, אלא כעבור שישה ימים (ההדגשה שלי – כ.מ.).

20 ג. התובעת הועברה להמשך אשפוז במחלקה הניירולוגית, שם הופיעו התקפים

21 אפילפטיים נוספים ומצבה הלך והתדרדר, עד שנדרש טיפול נמרץ עם הנשמה

22 בימים 16.2.06-19.2.06.

23 ד. במהלך אשפוזה בוצעו לתובעת בדיקות רבות בניסיון להגיע לאבחנה מדויקת

24 והתובעת טופלה במספר סוגים של אנטיביוטיקה, בתרופות אנטי ויראליות



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 ובתרופות למניעת פרכוסים, אולם הטיפול התרופתי נכשל ומצבה הרפואי
2 של התובעת החמיר בהתמדה.
- 3 ה. חרף ההנחיה המפורשת לבצע לתובעת בדיקת MRI מח כבר עם הגעתה לחדר
4 המיון וחרף העובדה שפקודה זו חזרה על עצמה לפחות חמש פעמים
5 (10.2.06, 11.2.06, 12.2.06, 14.2.06 ופעמיים ביום 15.2.06), לא בוצעה
6 הבדיקה במשך שישה ימים.
- 7 ו. כמו כן, חרף העובדה שנשללו תהליך חיידקי או ויראלי (העדר תאים בנוזל
8 השדרה בבדיקת ניקור מותני ובדיקות מעבדה תקינות, ובמיוחד הרפס), וכן
9 תהליך נאופלסטי (העדר דימום, גידול או מורסה בבדיקת CT מח), לא
10 הועלתה אבחנה מبدלת של דלקת מח (אנצפליטיס), כפי שהתחייב במקרה
11 זה, ולא הוחל מייד במתן טיפול בסטרואידים על מנת למנוע נזק מוחי, וזאת
12 עד לקבלת אבחנה מדויקת.
- 13 ז. בנוסף, חרף העובדה שהתובעת הייתה מרותקת למיטה, מונשמת ובחלק
14 מהזמן אף מחוסרת הכרה, לא ניתן לה במהלך כל אשפוז טיפול מניעתי
15 נוגד קרישה, על אף שהייתה חובה ליתן טיפול תרופתי כזה.
- 16 ח. ביום 15.2.06, כאשר התובעת נבדקה על ידי מומחה לזיהומים, אובחן
17 אנצפליטיס והומלץ, שוב, על ביצוע בדיקת MRI באופן דחוף. באותו היום,
18 בבדיקה מאוחרת יותר, נכתב: "החולה זקוקה ל-MRI דחוף במסגרת אבחון
19 מצבה הנוכחי. ללא MRI לא ניתן כעת להתקדם באבחנה".
- 20 ט. ביום 15.2.06, באיחור של שישה ימים, בוצעה לתובעת בדיקת ה-MRI
21 שהתבקשה ונקבעה אבחנה מبدלת בין תהליך נגיפי, תהליך פרה נאופלסטי
22 וסטטוס אפילפטיקוס. בזכות MRI זה בוצעה לתובעת כבר באותו היום
23 בדיקת CT של כל הגוף על מנת לשלול תהליך פרה נאופלסטי, אשר פורשה
24 כתקינה. תהליך נגיפי נשלל כאמור כבר ביום 13.2.06, עם קבלת תשובות
25 בדיקות המעבדה אשר שללו תהליך כזה.
- 26 י. משמעות הדבר היא, שנותרה למעשה רק אבחנה אחת – סטטוס
27 אפילפטיקוס (מצב בו המח נמצא בהתקף יותר מ-30 דקות, או התקפים
28 חוזרים בלי שהחולה חוזר להכרה ביניהם, האורכים יותר מ-30 דקות), מצב
29 שנגרם על ידי דלקת מח – אנצפליטיס.
- 30 יא. אולם, גם בשלב זה, לאחר שהאפשרות היחידה שנותרה מבין האבחנות
31 המבדלות שנקבעו בבדיקת ה-MRI הייתה סטטוס אפילפטיקוס, לא ניתן
32 לתובעת טיפול תרופתי מתאים בסטרואידים על מנת למנוע נזק מוחי.



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 יב. כמו כן, הצוות הרפואי לא חשד כלל כי מדובר בדלקת מח לימבית ולא ביצע
2 את הבדיקות המתאימות לאבחון דלקת מח מסוג זה.
- 3 יג. רק ביום 25.2.06, עשרה ימים לאחר ביצוע בדיקת ה-MRI וחמישה עשר ימים
4 לאחר אשפוז, הוחל במתן טיפול לתובעת, במינון גבוה של סטרואידים.
5 מייד לאחר הטיפול פסקו התקפי האפילפסיה, חומה של התובעת ירד ולא
6 חזר ונבלמה ההתדרדרות במצבה.
- 7 יד. לאור האיחור המשמעותי באבחון המחלה, וממילא במתן הטיפול המתאים,
8 נותרה התובעת עם נזק נוירולוגי קשה, הכולל ירידה קוגניטיבית, הפרעה
9 מוטורית עם קשיי הליכה והתקפים אפילפטיים תכופים.
- 10 טו. לכל אורך אשפוז שכתבה התובעת במשך כחודש וחצי כשהיא מרותקת
11 למיטתה, בניגוד למקובל ולנדרש, לא קיבלה תרופות לדילול הדם על מנת
12 למנוע היווצרות קרישי דם אשר יכולים לנדוד במערכת הדם ולגרום לנזקים
13 שונים וקשים.
- 14 טז. ביום שחרורה מבית החולים (19.3.06), שבה לחדר המיון של בית החולים עם
15 כאבים קשים בשריר הסובך ונפיחות של הרגל, ובבדיקת ורידי הרגליים
16 נמצא טרומבוזיס בכל ורידי רגל שמאל עד גובה ורידי האגן ודלקת שנגרמה
17 עקב אי קבלת הטיפול המקובל למניעת קרישה במהלך אשפוז.
- 18 יז. הוחל מייד בטיפול נוגד קרישה והתובעת אושפזה פעם נוספת עד ליום
19 2.4.06. למרות הטיפול, נותרה התובעת עם נפיחות קבועה ברגל שמאל, עם
20 כאבים ועם תחושת צריבה.
- 21 יח. כיום סובלת התובעת מנכות נוירולוגית וקוגניטיבית משמעותית ביותר, וכן
22 ממגבלות ומקשיים פיזיים.
23
- 24 3. לפיכך, טוענים התובעים כי הנתבעת ורופאיה התרשלו בעת מתן הטיפול כלפיה,
25 התרשלות שגרמה לתובעת לנזקי גוף קשים.
26
- 27 4. מטעם התובעים הוגשו חוות דעתם של פרופ' קורצין בתחום הנוירולוגיה, ושל פרופ'
28 רביד בתחום הרפואה הפנימית, אשר התייחסו לנושא הנוירולוגי ולפקת הוורידים.
29
- 30 5. מחוות הדעת שהוגשו עלולות שלוש טענות מרכזיות, כדלקמן:
31 א. איחור באבחון מחלתה של התובעת – חרף מצבה הרפואי של התובעת וחרף
32 הבדיקות הרפואיות שבוצעו לה, אשר תוצאותיהן העלו אבחנה מבודלת של



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 תהליך חריף במח, לא בוצעו לתובעת הבדיקות הנחוצות בזמן, והיא לא
2 קיבלה טיפול בסטרואידים במינון גבוה, כמתחייב.
- 3 **ב. אי מניעת פקקת בוורידי הרגליים** – על אף שהתובעת שכבה במשך ימים
4 ארוכים כשהיא מרותקת למיטתה, מונשמת, ובחלק מהזמן אף מחוסרת
5 הכרה, היא לא טופלה, כמקובל וכמתחייב, בתרופות נוגדות קרישה על מנת
6 למנוע תהליך ורידי טרומבוטי שאכן נגרם לה, כצפוי.
- 7 **ג.** כתוצאה מכל הנ"ל, לתובעת נזק מוחי קשה ובלתי הפיך, אשר היה בר
8 מניעה לו קיבלה את הטיפול המתאים ובזמן, וכן נזק ברגלה השמאלית בגין
9 דלקת וטרומבוזיס בוורידי רגל שמאל.
- 10
- 11 **6.** מעיון בחוות דעת המומחים מטעם התובעת, ניתן ללמוד על טענות אלו ביתר פירוט
12 כדלקמן:
13
- 14 **א. איחור באבחון מחלתה של התובעת**
- 15 1. פרופ' קורצ'ין קובע, כי היות והבירור הראשוני שנעשה לתובעת, אשר
16 כלל בדיקות דם, LP ו-CT מח לא העלה אבחנה, ולאור מצבה הקשה של
17 התובעת, הייתה חובה להמשיך בירור דחוף על ידי ביצוע בדיקת MRI שהנה
18 הבדיקה המקובלת והשגרתית בבירור סיבת התקפים אפילפטיים בחולים
19 בגילם של התובעת, בהם בדיקת CT ראש לא גילתה הפרעה.
- 20 2. חרף העובדה שפקודה לביצוע MRI ניתנה כבר עם קבלתה של
21 התובעת לחדר המיון, ביום 10.2.06, פקודה שחזרה על עצמה עוד פעמים
22 רבות, היא בוצעה בפועל רק ביום 15.2.06 בשעות הלילה המאוחרות, באיחור
23 של שישה ימים.
- 24 3. פרופ' צ'פמן, המומחה מטעם הנתבעת בתחום הנורולוגיה, מסכים
25 שהיה איחור בביצוע בדיקת ה-MRI אולם הוא קובע שהאיחור לא היה
26 "משמעותי במיוחד", משום שלאחריו נשארה אבחנה מבלת רחבה, שכללה
27 בין היתר אפשרות של אנצפליטיס לימבית שמופיעה לעיתים קרובות על רקע
28 סרטני ודחפה את הרופאים לביצוע בדיקות לחיפוש אחר מחלה סרטנית.
- 29 4. לטענת התובעת, פרופ' צ'פמן מתעלם מהעובדה שבדיקת ה-MRI
30 קידמה מאוד את האבחנה, או לפחות יכולה הייתה לקדם אותה, שכן היא
31 התאימה, בין היתר לדלקת מח לימבית המתאפיינת בהתקפים אפילפטיים,



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 כפי שהיו לתובעת, ובתמונה אופיינית ב-MRI כפי שהיה אצל התובעת ואשר
2 מופיעה בשכיחות יתר אצל נשים בגילה של התובעת.
3 5. משמעות הדבר היא, שלו נעשתה הבדיקה שישה ימים קודם לכן,
4 כמתחייב וכפי שנדרש על ידי הצוות הרפואי עצמו, ניתן היה להגיע לאבחנה
5 מוקדמת באופן משמעותי.
6 6. **דלקת מוח לימבית ודלקת מוח על שם השימוטו הן שתיהן דלקות**
7 **מוח אוטואימוניות, ומבחינה מעשית אין הבדל ביניהן, היות שגם הבירור**
8 **וגם הטיפול הם זהים (ההדגשה שלי – כ.מ.).**
9 7. פרופ' קורצ'ין קבע בחוות דעתו, כי גם לאחר ביצוע הבדיקה,
10 באיחור, חל עיכוב באבחון מחלתה של התובעת, שכן היה מקום לחשוד
11 שמדובר בדלקת מוח לימבית (בשל מינה של התובעת, גילה, התסמינים
12 שהופיעו, היינו התקפים אפילפטיים, ותוצאת בדיקת ה-MRI), ולבצע בדיקת
13 דם מתאימה לנוגדנים אשר הייתה נותנת אבחנה ברורה וחד משמעית של
14 דלקת מוח מסוג השימוטו.
15

ב. אי מתן טיפול מתאים בזמן

17 1. פרופ' קורצ'ין קבע, כי בשל האיחור באבחון מחלת התובעת, חל
18 עיכוב גם במתן הטיפול המתאים, וכי טיפול מוקדם היה יכול לרפא את
19 ההפרעה ולמנוע את הנזק המוחי הבלתי הפיך שנגרם לתובעת.
20 2. פרופ' קורצ'ין קבע עוד, כי מאחר שנשלל תהליך נגיפי כבר ביום
21 13.2.06, ובמיוחד לאחר ביצוע בדיקת MRI נשלל תהליך פרה נאופלסטי על
22 ידי ביצוע בדיקת CT לכל הגוף, הייתה חובה לתת לתובעת, לאור
23 ההתדרדרות המתמדת במצבה ולאור כשלון הטיפול התרופתי, טיפול מידי
24 הנותן מענה לדלקת מוח, הנכללת באחת מהאבחנות המבדלות שנמצאו
25 בבדיקת ה-MRI וזאת על מנת למנוע המשך התדרדרות במצבה של התובעת.
26 3. הצוות הרפואי העלה מספר פעמים את האפשרות לטפל בתובעת על
27 ידי סטרואידים או על ידי פלסמה פרזיס (פרוצדורה של החלפת דם בגוף),
28 שניהם טיפולים שיכלו לתת מענה למחלה ממנה סבלה התובעת, אך בפועל
29 לא ניתן אף אחד מהטיפולים הללו והטיפול בסטרואידים הוחל רק ביום
30 25.2.06, עשרה ימים לאחר ביצוע בדיקת ה-MRI ושבעים לאחר אשפוזה.
31 4. גם פרופ' רביד התייחס לאיחור במתן הטיפול המתאים לתובעת
32 וקבע, כי חובה הייתה לתת לתובעת טיפול בסטרואידים מייד, וכי לא היה



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 מקום להמתין ימים ארוכים בניסיון להגיע לאבחנה מדויקת, ניסיון שלא
2 שירת את טובת התובעת, וגרם לה לנזק מוחי קשה ובלתי הפיך שיכול היה
3 להימנע לו היה זמן המחלה מקוצר על ידי טיפול מתאים בסטרואידים.
4 5. פרופ' רביד מביד מסביר, כי הצירוף של חום, שקיעה במצב ההכרה
5 ופרכוסים חוזרים, מעלה אבחנה מבדלת של תהליך חריף במח. אופי התהליך
6 יכול להיות זיהומי, חיסוני, על רקע דלקת בכלי הדם או כחלק ממחלה
7 כללית וכן ביטוי לתהליך מקומי כמו מורסה במח, גידול או דמם. לתובעת
8 בוצעה עם קבלתה בדיקת CT מח שהייתה תקינה ושללה תהליך מקומי, וכן
9 דיקור מותני חוזר שהיה תקין ושלל תהליך דלקתי מכל סוג שהוא. לפיכך,
10 נותרה קבוצת מחלות על רקע חיסוני שהטיפול הראשוני בכולן הוא מתן
11 סטרואידים במינון גבוה.

12 6. פרופ' צ'פמן טען בחוות דעתו שהרופאים בחרו שלא לטפל בתובעת
13 עד לקבלת תשובות חד-משמעיות התומכות במחלה אוטואימונית בשל
14 הסכנות הטמונות בטיפול בסטרואידים, אולם כאמור בחוות דעתו, של פרופ'
15 רביד, לדעתו הטיפול בסטרואידים מלווה בתופעות לוואי מעטות יחסית,
16 פוטנציאל נזק נמוך וסיכוי מצוין להביא להקלה מהירה בתסמיני המחלה
17 שהיו קיימים אצל התובעת ואף להבראתה המלאה.

18
19

ג. אי מניעת פקקת בוורידי הרגליים

20 1. פרופ' רביד קבע, כי הואיל והתובעת הייתה מרותקת למיטה,
21 מונשמת ובחלק מהזמן מחוסרת הכרה, היא נמצאת בסיכון יתר
22 לטרומבוזיס ורידית ולכן הייתה חובה לתת טיפול מניעתי נוגד קרישה.
23 למרות זאת, התובעת לא קיבלה טיפול נוגד קרישה כלשהו ואין כל
24 התייחסות ברשומה הרפואית לעניין זה במהלך כל אשפוזה, אלא רק לאחר
25 חזרתה לאשפוז בעקבות הטרומבוזיס הוורידית.

26 2. פרופ' רביד סבר, כי לו היה ניתן לתובעת טיפול מניעתי כמקובל, היה
27 סיכוי, בסבירות גבוהה ביותר, למנוע את הטרומבוזיס בוורידי רגל שמאל.
28 3. המומחה פרופ' צ'פמן קבע, כי הטיפול בקומדין החל רק לאחר
29 שחרורה של התובעת מבית החולים, בעקבות הופעת הפקקת בוורידי
30 הרגליים.

31
32
33
34



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 **הקשר הסיבתי** ד.
- 2 התובעים טוענים כי הוכיחו באופן חד משמעי קיומו של קשר סיבתי בין
- 3 התרשלות רופאי הנתבעת לנזקים שנגרמו לתובעת כדלקמן:
- 4 1. פרופ' קורצ'ין קבע, כי השתהות בביצוע MRI, האיחור באבחון
- 5 מחלתה של התובעת ובמתן הטיפול המתאים גרמו לנזק הניירולוגי
- 6 המשמעותי של התובעת.
- 7 2. אילו בוצעה בדיקת ה-MRI כבר ביום קבלתה של התובעת לבית
- 8 החולים ניתן היה לאבחן את מחלתה בזמן, ואילו ניתן לתובעת טיפול
- 9 תרופתי מתאים, הייתה נכותה של התובעת נמנעת לחלוטין.
- 10 3. באשר לפקקת הוורידים קבע פרופ' רביד, כאמור, כי לו היה ניתן
- 11 לתובעת טיפול מניעתי כמקובל, היה סיכוי, בסבירות גבוהה ביותר, למנוע
- 12 את הטרומבוזיס בוורידי רגל שמאל.
- 13 4. פרופ' צ'פמן העלה בחוות דעתו טענה, לפיה מצבה הרע של התובעת
- 14 אינו כמצבה בשחרורה מאשפוז בשיקום, וכי התובעת לא סובלת יותר
- 15 מהתקפים אפילפטיים, ולכן אין לקשור אותו למהלך האשפוז אלא למחלה
- 16 אחרת נוספת שאינה נוגעת לאשפוז בשנת 2006.
- 17 5. לטענת התובעים אין לקבל דעה זו, משום שבמסמכים רפואיים
- 18 שנכתבו על ידי רופאי הדסה – הנתבעת, לרבות על ידי פרופ' ארגוב, מומחה
- 19 בניירולוגיה, נכתב כי התובעת נותרה, בעקבות המחלה הדלקתית המוחית,
- 20 עם נזקים נוירולוגיים ברורים: נזק קוגניטיבי ניכר כמתואר בבדיקה חוזרת
- 21 של ד"ר נאמן, התקפים אפילפטיים מטופלים עם תגובה חלקית והתקפי גרד.
- 22
- 23 **תמצית טענות הנתבעת** ב.
- 24 7. לעומת כל זאת טוענת הנתבעת בשאלת האחריות והקשר הסיבתי, כי אלה לא הוכחו
- 25 על ידי התובעים.
- 26
- 27 8. לטענת הנתבעת, בעת שהתקבלה התובעת לחדר המיון ובהמשך האשפוז עמדו לפני
- 28 הרופאים המטפלים העובדות הבאות:
- 29 א. התובעת הגיעה לחדר המיון של בית חולים הדסה "עין כרם" עקב פרכוס
- 30 אפילפטי מתוך שינה בבית.



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 ב. בבדיקה הייתה התובעת אגטטיבית, באי שקט פסיכומוטורי, לא מגיבה
- 2 לקריאת שמה, לא מבצעת פקודות, אישונים מורחבים מגיבים לאור ומזיזה את
- 3 ארבעת גפיה בצורה חופשית, דופק סדיר ולחץ דם וחום תקינים.
- 4 ג. על פי אנמנזה שנלקחה מבעלה, הוא דיווח כי בשבוע האחרון הייתה עם חום
- 5 גבוהה של 38-39 מעלות, לא אכלה ולא שתתה, נבדקה על ידי רופא המשפחה
- 6 ונלקחה לבדיקות דם ולספירת דם שפוענחו כתקינות.
- 7 ד. בחדר המיון התובעת הקיאה ושוב פרכסה. האבחנות המבדלות היו צבר
- 8 אירועים של פרכוסים שמקורם בהפרעה מטבולית, או טוקסית או מצב זיהומי פעיל.
- 9 ה. התובעת נשלחה לסדרת בדיקות עזר, לרבות בירור מעבדתי, CT ראש ו-
- 10 EEG. בהמשך נלקח ניקור מותני שהיה צלול. לתובעת נקבעה תכנית לעבור בהמשך,
- 11 בהתאם לממצאים, מערך בדיקות, לרבות MRI, שבשלב זה לא הייתה דחיפות
- 12 בקיומו.
- 13 ו. התובעת אושפזה במחלקה הניירולוגית להמשך בירור מחלתה וכל הבדיקות
- 14 שנערכו לה לא הצליחו לאבחן את מחלתה. במהלך הימים הראשונים עד ליום
- 15 14.2.06 לא הופיעו התכווצויות נוספות. התובעת הייתה מבולבלת ובהמשך חזרה
- 16 לאי שקט. ביום 13.2.06 נעשה ניסיון לביצוע MRI אך בשל מצבה הרפואי שכלל
- 17 החמרה בבלבול ובאי השקט לא ניתן היה לעשות את בדיקת ה-MRI. בלילה שבין ה-
- 18 13 ל-14 החל החום לעלות. בבוקר יום 14.2.06 חזרו ההתכווצויות ורעד תמידי
- 19 ברגליה וחלה התדרדרות במצבה. הרופא התורן המליץ על MRI דחוף.
- 20 ז. בדיקות המעבדה ותפקודי הכבד לא היו תקינות. בדיקות לאבחון וירוסים
- 21 שכיחים ותרביות היו ללא ממצאים אך לא ניתן היה לשלול כי המדובר בזיהום
- 22 ויראלי או חיידקי. התובעת החלה לקבל טיפול תרופתי רחב נגד זיהומים, לרבות
- 23 זיהומים ויראליים, ונגד התכווצויות. נמצא חוסר באשלגן, CPK גבוהים ובוצע ניקור
- 24 מותני חוזר שהיה ללא ממצא.
- 25 ח. ביום 14.2.06 נקרא ייעוץ פנימאי, אשר העלה מספר אבחנות אפשריות,
- 26 לרבות זיהום ויראלי, מחלה אוטואימונית, מחלה מטבולית ומחלה אונקולוגית.
- 27 הרופא הפנימאי המליץ על סדרה של בדיקות ועל טיפול תרופתי. בהתאם נשלחו
- 28 בדיקות לבירור נוגדנים למחלות אוטואימוניות ולזיהומים ויראליים. ניתנה המלצה
- 29 נוספת לתיאום ביצוע MRI בהרדמה.
- 30 ט. ביום 15.2.06 בוצעה הערכה של טרום הרדמה לשם ביצוע MRI אך בשל
- 31 מצבה ההכרתי של התובעת לא ניתן היה לקבל את הסכמתה המודעת ולכן נדרש
- 32 מינוי אפוטרופוס, וכך אכן פעלו.



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 י. בלילה שבין 15.2.06, ל-16.2.06, לאחר שהתקבל אישור האפוטרופוס, בוצעה
- 2 בדיקת ה-MRI בהרדמה. בבדיקה נמצאו בצקת מוחית ושינויים בלתי ספציפיים
- 3 בחומר הלבן ונאמר באבחנה, כי הממצא יכול להתאים לאצפליטיס לימבית.
- 4 יא. ביום 16.2.06 נערך ביקור גדול ליד מיטתה של התובעת שכלל את מנהל
- 5 המחלקה ובכירי הרופאים במחלקה. התובעת סבלה בשלב זה מפרוכוסים בלתי
- 6 פוסקים בעיקר ברגליים, ואובחנה כסובלת מסטטוס אפילפטיקוס, ולכן הוחלט על
- 7 טיפול אגרסיבי בפרוכוסים. העובדה שהיו ממצאים רפואיים נוספים, לרבות CPK
- 8 גבוה שלימד על רבדומליוזיס, פירוק של שרירים, לא יכלה להיות מוסברת על ידי
- 9 הפרוכוסים בלבד. הועלו אפשרויות נוספות לאבחנה מבלדת. בשל האבחנה המבלדת
- 10 של אנצפליטיס לימבית ובהיות הגורם השכיח לאצפליטיס לימבית הם גידולים
- 11 ממאירים, נשלחו בדיקות נוגדנים. בשל החשש כי תמונה דומה תוארה גם
- 12 באנצפליטיס על רקע ויראלי, ניתן טיפול אנטי ויראלי.
- 13 יב. בשל התדרדרות במצבה הכללי, הוחלט לבצע אינטובציה ולהעבירה להשגחה
- 14 ביחידה לטיפול נמרץ.
- 15 יג. לאחר הביקור הגדול התקיימה התייעצות עם רופא היחידה לטיפול נמרץ
- 16 לבין פרופ' ארגוב, מבכירי המחלקה הניירולוגית, והוא החליט כי בשל העדר אבחנה
- 17 ומחשש שטיפול בסטרואידים יכול להחמיר את מצבה של התובעת על רקע הטיפול
- 18 התרופתי הנרחב, אין מקום להתחיל בטיפול בסטרואידים לפני שממצים את הניסיון
- 19 לאבחן את המחלה ממנה סובלת התובעת.
- 20 יד. במהלך האשפוז בטיפול נמרץ הוחלט שלא לתת לתובעת טיפול בנוגדי
- 21 קרישה וכל מהלך האשפוז עד שחרורה התובעת לא קיבלה טיפול בנוגדי קרישה.
- 22 טו. לאחר שיפור במצבה הכללי של התובעת הופסקה ההנשמה. ביום 19.2.06
- 23 שוחררה התובעת מהיחידה לטיפול נמרץ.
- 24 טז. בלילה שבין 19.2.06 ל-20.2.06 הייתה עלייה מחודשת בחום עד למעלה מ-40
- 25 מעלות עם סימנים של פלביטיס ביד שמאל. מייד נלקחו תרביות דם ושתן ונעשה
- 26 צילום במחלקה. כמו כן נעשה ייעוץ עם מומחה למחלות זיהומיות ששינה את
- 27 הטיפול האנטיביוטי.
- 28 יז. במהלך יום 20.2.06 חל שיפור במצבה ההכרתי של התובעת, והיא אף שוחחה
- 29 עם העובדת הסוציאלית. ביום 21.2.06 עדיין נצפו תנועות לא רצוניות ברגליים.
- 30 התובעת עברה ביופסיה מח עצם לשם המשך הברור.
- 31 יח. ביום 22.2.06 חל שיפור נוסף במצבה של התובעת, לרבות הפסקת התנועות
- 32 הלא רצוניות. ביופסיית מח עצם הייתה תקינה.



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 יט. בימים 22 ו-23 בפברואר 06' חל שיפור נוסף במצבה של התובעת, הן בתחום
2 הנורולוגי והן באשר לחום שירד, אך היא נותרה עם חום. ביום 25.2.06 החום שוב
3 עלה ונערך דיון באשר לשאלה האם להתחיל טיפול בסטרואידים למרות החום
4 שלימד על סימנים לזיהום פעיל.
- 5 כ. ביום 26.2.06 הגיעו תשובות נוגדני טרואיד פראוקסידז וטירלובולין שהיו
6 גבוהים, ובהתאם נעשתה אבחנה של אצפלופניה על שם השימוטו והוחל טיפול
7 בסטרואידים.
- 8 כא. לאחר התחלת הטיפול בסטרואידים חל שיפור במצבה של התובעת. ביום
9 19.3.06 שוחררה התובעת לביתה עד שהתפנה מקום במחלקת שיקום בבית החולים
10 הדסה "הר הצופים". ביום 20.3.06 שבה התובעת לבית החולים עם נפיחות וכאבים
11 ברגל שמאל. בבדיקת דופלקס אובחן קריש דם שטופל בנוגדי קרישה. התובעת
12 טופלה עד ליום 21.3.06 עת הועברה למחלקת שיקום בהדסה "הר הצופים".
13
- 14 9. מכאן טוענת הנתבעת, כי לא רובצת עליה אחריות כלשהי לנזקים שנגרמו לתובעת
15 וזאת כדלקמן:
- 16 א. המחלה שממנה סבלה התובעת השימוטו אנצפליטיס הינה מחלה נדירה
17 ביותר, וקיים קושי רב באבחונה. כאמור בחוות דעתו של פרופ' צ'פמן, מומחה
18 הנתבעת, לוקח בדרך כלל חודשים לאבחון את המחלה. במקרה של התובעת, המחלה
19 אובחנה תוך 14 יום ואבחון נכון של המחלה הציל את חייה של התובעת וגרם לנזקים
20 מינימאליים. אבחון תוך זמן כה קצר הוא תעודת כבוד למחלקה.
- 21 ב. המבחן לקביעת התרשלות הנתבעת הוא "במבחן המאמץ" ולא "במבחן
22 התוצאה". בהינתן שרופאי הנתבעת עשו הכל כדי להגיע לאבחנה הנכונה והחליטו
23 שלא לתת טיפול ללא מיצוי האפשרויות לאבחון המחלה, הרי שלא הייתה כל
24 התרשלות מצידם.
- 25 ג. לאורך כל מהלך האשפוז נעשה ניסיון מעמיק ורציני לאבחן את המחלה
26 ורופאי המחלקה עשו כל שניתן לאבחונה, לרבות התייעצות עם מומחים מדספלינות
27 אחרות ובהפניה לבדיקות מרובות, לרבות מחוץ לבית החולים.
- 28 ד. אשר לטענת האיחור בביצוע בדיקת ה-MRI, כאמור בשלב ראשון בתכניות
29 לביצוע MRI הייתה לאחר שיושלם כל הבריור המקדים ולא הייתה כל דחיפות
30 מיידיית לבצע בדיקה כאמור, במיוחד בהינתן כי לתובעת היה חום גבוה כשבוע
31 טרם אשפוזיה, והיא חדלה לאכול ולשתות, ובמהלך הימים הראשונים הפרוכוסים



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 לא חזרו על עצמם, מה שכיוון יותר למחלה זיהומית חיידיקית או ויראלית (ההדגשה)
2 שלי – כ.מ.).
3 ה. כאמור, ביום 13.2.06 הופנתה התובעת ל-MRI, אך בשל החמרה במצבה לא
4 ניתן היה לבצע את הבדיקה. ביום 14.2.06 חלה החמרה נוספת של עלייה בחום
5 התובעת ואז ניתנה הוראה לביצוע MRI דחוף. אי לכך, הופנתה התובעת למחרת
6 לביצוע MRI בהרדמה. ביום 15.2.06 בוצעה הערכה טרום הרדמתית. בשלב זה חלה
7 החמרה במצבה ההכרתי של התובעת ולא ניתן היה לקבל את הסכמתה המודעת
8 להרדמה, ולכן נדרש מינוי אפוטרופוס לאישור ההרדמה, ואכן נעשתה פנייה כאמור.
9 כאשר הסתיימו ההליכים ביום 16.2.06 בעניין האישור, נערכה הבדיקה. לאור
10 הנסיבות שנוצרו, כאמור לעיל, לא הייתה כל התרשלות באיחור בביצוע בדיקת
11 ה-MRI.
12 ו. לא היה איחור במתן סטרואידים. בא כוח התובעת ומומחים מטעמה הנם
13 חכמים לאחר מעשה, כאשר לגרסתם די היה באבחנה המבדלת לאנצפליטיס
14 לימבית, ללא האבחנה למקורה כדי להתחיל לתת טיפול בסטרואידים. בפועל,
15 המומחים מתעלמים לחלוטין ממורכבות מחלת התובעת והתלבטות הרופאים
16 המטפלים בזמן אמת באשר לאבחנה של המחלה והחלטתם לפעול בזהירות בטרם
17 מתן החלטה על טיפול בסטרואידים, כאשר בין היתר סבלה התובעת משינויים
18 במצבה ובשלב מסוים עלייה בחום גופה, ולאחר מכן שיפור במצבה הן ביחס לגובה
19 החום והן ביחס למדדים של בדיקות העזר. כמו כן, היו סימנים לפגיעה כבדית
20 ורבדומליזם שלא יכלו להיות מוסברים על ידי אנצפלופתיה לימבית.
21 ז. בשל העובדה שהיו עליות בחום והחמרה במצבה הכללי והנשימתי של
22 התובעת, עד כדי אשפוזה ביחידה לטיפול נמרץ, היה חשש תמידי כי על אף שלא
23 אובחן החיידק או הווירוס בבדיקות דם, עדיין קיימת סכנה שהמקור למחלה הוא
24 זיהומי.
25 ח. מתן טיפול בסטרואידים במקרה של התובעת היה מסכן אותה בהינתן
26 החשש האמיתי לאבחנה מבדלת לא ברורה, והחשש למחלות זיהומיות וממאירות
27 כמו גם החשש לטיפול במגוון רחב של תרופות. ביום 16.2.06, כאשר התובעת
28 הועברה ליחידה לטיפול נמרץ בשל החמרה במצבה הכללי ונעשתה האבחנה
29 המבדלת לאנצפליטיס, הייתה התייעצות עם פרופ' ארגוב, אשר שקל בזמן אמת את
30 העניין והחליט שאין הצדקה במבחן התועלת מול הסיכון, בשלב חוסר ודאות,
31 להתחיל בטיפול של סטרואידים (ההדגשה שלי – כ.מ.).



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- ט. בניגוד לחוות דעת המומחה פרופ' רביד, כאמור בחוות דעתו של פרופ' צ'פמן, קיים סיכון ממשי במתן סטרואידים, על אחת כמה וכמה כאשר התובעת טופלה בתרופות אחרות ועדיין היה חשש כי המקור למחלה הוא מחלה זיהומית או מחלות ממאירות.
- י. התובעת סבלה ממחלה מאוד נדירה הקרויה אנצפלופתיה על שם השימוטו הקשורה במחלה אוטואימונית של הטרואיד. אבחון המחלה תוך שבועיים הוא פרק זמן קצר ביותר יחסית כאשר בדרך כלל לוקח חודשים לאבחון המחלה (ראה: חוות דעת פרופ' צ'פמן).
- יא. **אשר לעובדה כי האבחנה המבדלת הראשונה הייתה אנצפלופטיס לימבית, הרי נעשה ברור ובדיעבד ברור שהאבחנה הייתה שגויה. טוענים התובעים והמומחים מטעמם, כי משאובחנה אנצפלופטיס די היה בכך להתחיל טיפול בסטרואידים, שכן בדיעבד זה היה גם הטיפול בהשימוטו, אך זוהי חוכמה בדיעבד (ההדגשה שלי – כ.מ.).**
- כפי שחיווה דעתו פרופ' צ'פמן במקרה של התובעת הייתה התלבטות באבחנה מבדלת של מחלות שונות וההחלטה של הרופאים שלא לטפל עד לקבלת תשובות חד משמעיות התומכות במחלה אוטואימונית הייתה החלטה נכונה. בנוסף חיווה דעתו כי הסכנות בטיפול מיידי ולא מבוסס בסטרואידים הם לא מעטות ולא זניחות. מאחר שהאבחנות המבדלות כללו זיהומים ומחלות ממאירות, הרי הטיפול בסטרואידים היה יכול לגרום לסיכון חיים וקשיים באבחון ובטיפול.
- יב. בדיעבד, ברור לחלוטין כי התובעת לא סבלה מאינצפלויטיס לימבית, ובשלב שהועלתה האפשרות היא הייתה אחת מאבחנות אפשריות מרובות. **מתן טיפול בסטרואידים באותו שלב היה מסכן את התובעת אילו המחלה הייתה אחרת. כאמור, הדבר נשקל היטב על ידי רופא בכיר, והוא החליט שאין מספיק הוכחה המצדיקה את מתן הטיפול (ההדגשה שלי – כ.מ.).**
- יג. כפי שחיווה דעתו פרופ' צ'פמן, בניגוד לעמדת מומחי התובעת, הרי אנצפלויטיס לימבית אינה מגיבה כלל בצורה טובה לטיפול בסטרואידים ולכן גם לא הייתה הצדקה לתת טיפול כאמור. יתר על כן, נשלחו בדיקות לנוגדנים שלא תמכו באבחנה האמורה.
- יד. כאמור בחוות דעתו של פרופ' צ'פמן, **הממצאים ב-MRI גם יכלו להיות משניים לפעילות האפילפטית ולא כתוצאה מאנצפלויטיס, ואבחנה כאמור גם עלתה בדיוני הרופאים, ואם כך הם פני הדברים, לא הייתה הצדקה לתת טיפול בסטרואידים (ההדגשה שלי – כ.מ.).**



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 טו. חוות דעתו של פרופ' קורצ'ין היא חוכמה לאחר מעשה, כאשר בדיעבד
2 התברר שהטיפול לשתי המחלות דומה אך לא זה המבחן האמיתי שצריך להיעשות
3 כאשר יש לקבוע מהו הטיפול המקובל בזמן אמת (ההדגשה שלי – כ.מ.).
4 טז. פרופ' צ'פמן קבע בחוות דעתו, כי ההחלטה שלא להתחיל בטיפול
5 בסטרואידים בהעדר אבחנה ברורה, היא בגדר שיקול דעת מוצדק, לאור הסיכונים
6 הכרוכים במתן הטיפול בהעדר אבחנה.
7 יז. לאור מצבה ההפכך של התובעת, לא הייתה התרשלות כלשהי כאשר נעשו
8 אבחנות מבדלות שלא נשללו לחלוטין, וההחלטות היו נכונות תוך שימוש בשיקול
9 דעת מושכל, שלא להתחיל טיפול בסטרואידים בטרם תאובחן המחלה באופן מדויק.
10 רופאי הנתבעת פעלו על פי אסכולה רפואית מקובלת, והחלטתם שלא להתחיל
11 בטיפול כאמור, הייתה סבירה (ההדגשה שלי – כ.מ.).
12 יח. האבחנה האולטימטיבית הסופית של השימוטו היא, שהחולה מגיב למתן
13 טיפול בסטרואידים. העובדה שבכל המאמרים נעשו האבחנות בדרך כלל לאחר
14 שבועות וחודשים, היא הוכחה הניצחת לכך שהפרקטיקה המקובלת היא לא לתת
15 סטרואידים בטרם תיעשה האבחנה של המחלה הגורמת לאנצפליטיס, שאם לא כך
16 היו פני הדברים והטיפול היה ניתן מיידית כטענת המומחים, הרי שהשימוטו לא
17 היה מאובחן כלל או היה מאובחן מיידית עם תחילת הטיפול.
18

הקשר הסיבתי

19
20 10. הנתבעת מוסיפה וטוענת, כי לא הוכח כלל הקשר הסיבתי שבין העובדות שהוכחו
21 לבין נזקי הנתבעת, וזאת מהטעמים הבאים:
22
23 א. לא התקיים קשר סיבתי משפטי בין ההתרשלות הנטענת, קרי אי מתן טיפול
24 בסטרואידים בשל האבחנה של אנצפליטיס לימבית, לבין נזקי התובעת שנגרמו
25 כתוצאה מהאינציפוליטיס על שם השימוטו.
26 ב. כדי להוכיח קשר סיבתי משפטי, היה על התובעת להוכיח כי הנתבעת הייתה
27 צריכה לצפות עם ביצוע האבחנה של אנצפליטיס לימבית שיתכן שהמחלה היא
28 השימוטו.
29 ג. איש מבין מומחי התובעת, ועל אחת כמה וכמה פרופ' צ'פמן, אינו קובע כי
30 הנתבעת התרשלה בכך שלא צפתה שהתובעת סובלת מהשימוטו מייד לאחר ביצוע
31 האבחנה המבדלת של אנצפליטיס לימבית או שאיחרה באבחנה של אנצפליטיס על
32 שם השימוטו. אי לכך גם הנתבעת ורופאיה לא היו צריכים לצפות שהתובעת סובלת



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 מהשימוטו בטרם בוצעה בדיקת האנטי נוגדנים למחלה האוטואימונית של
- 2 התיירואיד.
- 3 ד. משבדיעבד התובעת לא סובלת מאנצפליטיס לימבית, והעובדה שבדיעבד
- 4 הטיפול בה היה בסטרואידים, כטענת התובעים ומומחיהם, היה אותו הטיפול
- 5 בהשימוטו, אינה יוצרת את הקשר הסיבתי המשפטי הנדרש.
- 6 ה. באשר לקשר הסיבתי העובדתי, על פי חוות דעת פרופ' צ'פמן, אין קשר
- 7 סיבתי בין האיחור במתן סטרואידים לבין נכותה הצמיתה של התובעת. אין בספרות
- 8 הרפואית מחקרים המאששים את טענת התובעים, כי טיפול בסטרואידים מוקדם
- 9 יותר היה מונע את הנכות הצמיתה. על פי כל קטעי הספרות והמאמרים המופיעים
- 10 בביבליוגרפיה של פרופ' קורצ'ין ושל פרופ' רביד, יש התייחסות לכך שהמחלה
- 11 הפרכוסית והמצב החרף השתפרו לאחר הטיפול בסטרואידים, אך אין ולו מאמר
- 12 אחד שקובע שהקדמת הטיפול מנעה את המצב הנוירולוגי שנוותר לצמיתות.
- 13 ו. התובעים והמומחים מטעמם יצאו מתוך הנחה, שהעובדה שהטיפול
- 14 בסטרואידים מוציא את החולה מהמצב החרף גורם לכך שאבחנה מוקדמת הייתה
- 15 מונעת את הנכות הצמיתה בטעות יסודה, ואין לכך כל סימוכין בספרות שהמציאו
- 16 מומחי התובעת.
- 17 ז. אשר לקשר הסיבתי בין האיחור בביצוע ה-MRI לנכות התובעת, כפי שחווה
- 18 דעתו פרופ' צ'פמן הקדמת הבדיקה לא הייתה משנה את המהלך, **שכן בדיקת ה-MRI**
- 19 **השאירה אבחנה מבדלת רחבה והתשובה של ה-MRI עצמה לא תמכה בצורה**
- 20 **משמעותית באבחנה של אנצפליטיס על שם השימוטו. להיפך – היא תמכה**
- 21 **באנצפליטיס לימבית. לכן, כאמור בחוות דעתו של פרופ' צ'פמן, אין קשר סיבתי**
- 22 **עובדתי בין האיחור בביצוע בדיקת ה-MRI לבין נכותה הצמיתה של התובעת**
- 23 **(ההדגשה שלי – כ.מ.).**
- 24 ח. אשר לפקת הוורידית, כאמור בחוות דעתו של פרופ' אדר (המומחה מטעם
- 25 הנתבעת), אין אחידות בפרקטיקה הרפואית באשר למתן נוגדי קרישה מניעתיים
- 26 במהלך אשפוז ממושך במיטה, ובנסיבות המיוחדות של התובעת, שיקול הדעת
- 27 להפסיק את מתן תרופת הקלקסן היה בגדר טווח הסבירות.
- 28 ט. אף אם ייקבע שהנתבעת התרשלה כאמור, הרי ברור לחלוטין שבמקרה של
- 29 התובעת מחלתה הנוירולוגית הקשה לא נגרמה על ידי הנתבעת, וכל שניתן לייחס
- 30 לנתבעת הוא אובדן סיכויי ההחלמה, ובנסיבות האמורות, לאור מכלול חוות הדעת,
- 31 מן הראוי לפסוק לתובעת פיצוי בגין אובדן סיכויי ההחלמה על דרך האומדנה של
- 32 50% מכלל הנזק.



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1
- 2 **ג. העובדות שהוכחות הנוגעות לטיפול הרפואי והחלטות הרופאים המטפלים**
- 3 11. העובדות שהוכחו לפני בית המשפט כפי שיפורט בהמשך באשר לאבחנות שערכו
- 4 רופאי הנתבעת, לאור מצבה הרפואי של התובעת, והטיפול הרפואי שניתן לה בסופו של יום,
- 5 זאת על סמך הראיות שנשמעו, כמו גם המסמכים הרפואיים והרשומות הרפואיות שהוגשו,
- 6 הן כדלקמן:
- 7 א. אין מחלוקת, שהתובעת סבלה ממחלה אוטואימונית שפגעה באזור הלימבי
- 8 במוח.
- 9 ב. מדובר בתסמונת על שם השימוטו, המלווה בדלקת באזור הלימבו במח,
- 10 שנגרמה על ידי תהליכים אוטואימוניים.
- 11 ג. אין מחלוקת, כי התובעת הגיעה לחדר המיון כשהיא סובלת מפרכוסים
- 12 ומחוס.
- 13 ד. בחדר המיון נעשו בדיקות שונות כדי לנסות לאבחון את מצבה הרפואי של
- 14 התובעת, כך גם היה המשך הטיפול במחלקה הנוירולוגית.
- 15 ה. אין חולק, כי לאחר שרופאי הנתבעת העלו מספר אפשרויות שגרמו למצבה
- 16 הרפואי ההולך ומתדרדר של התובעת, בסופו של דבר הגיעו למסקנה כי יש ליתן
- 17 לתובעת טיפול בסטרואידים, דבר שגרם לשיפור במצבה והמלמד כי זה היה הטיפול
- 18 הנכון בסופו של דבר.
- 19
- 20 12. כדי לקבוע את סבירות הטיפול, יש להתייחס לעובדות שעמדו לפני הרופאים
- 21 המטפלים, השיקולים ששקלו והפעולות שנקטו בעקבות שיקולים אלה, לרבות הבדיקות
- 22 שבוצעו, תוצאות הבדיקות, מצבה הרפואי של התובעת שהלך והתדרדר, מועד קבלת
- 23 ההחלטות וביצוע הבדיקות הנדרשות.
- 24
- 25 13. לצורך כך, חיים אנו, בין היתר ובעיקר, מהרישומים הרפואיים שהוגשו ומעדויות
- 26 הרופאים
- 27
- 28 14. חשיבות רבה יש לייחס לעדותו של ד"ר איגוס, שהיה רופא במחלקה הנוירולוגית,
- 29 טיפל בתובעת עוד בחדר המיון. ד"ר איגוס הגיש תצהיר עדות ראשית וכן נחקר על תצהירו.
- 30
- 31 15. למעשה, ד"ר איגוס הוא הרופא היחיד מבין הרופאים שטיפלו בתובעת באופן צמוד
- 32 ורצוף אשר מסר תצהיר והעיד בבית המשפט.



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

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
33

תצהירו של ד"ר איגוס

16. מתצהירו ניתן ללמוד על העובדות הבאות:

- א. ד"ר איגוס התמחה במחלקה הנורולוגית של בית החולים הדסה "עין כרם" וסיים את התמחותו בנוירולוגיה ביום 31.12.06.
- ב. בעת האירועים נשוא התביעה היה ד"ר איגוס בתחילת השנה האחרונה להתמחותו. הוא אינו זוכר את המקרה ותצהירו נערך על פי המסמכים הרפואיים ודרכי עבודתו.
- ג. במהלך הטיפול בתובעת היה מעורב במירב ההחלטות הטיפוליות במהלך היום, ובימים בהם היה תורן היה מעורב גם בטיפולים שהיו בשעות הערב והלילה.
- ד. ביום שישי, 10.2.06, הגיעה התובעת לחדר המיון והתקבלה על ידי ד"ר איגוס. על פי הדיווח שמסר בעלה של התובעת, שנלווה אליה, נאמר לו כי התובעת אינה ידועה כמי שסובלת מאפילפסיה. כמו כן נמסר כי בשבוע האחרון לפני פנייתה לחדר המיון סבלה התובעת מחום גבוה ובימים הסמוכים לאשפוז לא אכלה ולא שתתה. בבוקר קבלתה לחדר המיון נצפה פרכוס מתוך שינה. בדרך לבית החולים שבה אליה הכרתה. בחדר המיון הקיאה ושוב פרכסה. בבדיקה הגופנית הראשונית תועדו אי שקט פסיכומוטורי, התובעת לא הגיבה, לא ביצעה פקודות, אישוניה היו מורחבים והגיבו לאור, והיא הזיזה את ארבעת גפיה בצורה חופשית ללא הבדלי צד. האבחנות המבדלות בשלב זה היו לפי השכיח במקרים אלה, מצב זיהומי סיסטמי, קרי של כלל הגוף או אחד האיברים שגרם באופן משני לפרכוסים או זיהום במערכת העצבי, אנצפליטיס (על רקע חיידקי או ויראלי). כמו כן, הועלו אבחנות של הפרעה מטבולית, או טוקסית, או גידול סרטני שהפרכוסים הם תופעה מלווה שלו.
- ה. בשלב זה הוחלט לבצע בירור מקיף, שכלל בדיקות עזר ספירת דם, תרביות דם וביוכימיה, נעשה ניקור מותני, הדמיית CT ראש ו-EEG. הניקור היה תקין. ד"ר איגוס קיים התייעצות עם הרופאים הפנימיים וכן עם כונן מחלות זיהומיות. בשלב זה ההנחה הייתה כי קרוב לוודאי שאין זיהום חיידקי במערכת העצבים. האבחנה המבדלת הכי סבירה במצב זה היא זיהום ויראלי סיסטמי או של המוח, והחולה טופלה בהתאם באציקלוויר. כמו כן הוחל טיפול נוגד פרכוסים, ובשל החשש הקטן לזיהום סיסטמי, הוחל טיפול באנטיביוטיקה.
- ו. לדעת ד"ר איגוס, מבין הזיהומים הוויראליים המוחיים, יש רק וירוס אחד שיש טיפול בו והוא ההרפס, ולכן ניתן טיפול באציקלוויר להרפס, כמקובל. בנוסף, נשלח דם ונוזל שדרה לבדיקה מולקולארית רק של הרפס. התוכנית להמשך הבירור



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 כללה בין השאר ביצוע MRI שנועד על פי המקובל במחלקה לשלול או לאשש את
- 2 הגורמים לאנצפלופתיה, או אנצפליטיס (דלקת מוח כתוצאה מזיהום ויראלי או
- 3 אחר).
- 4 ז. ביום 12.2.06 המעקב והטיפול בתובעת היו על ידי רופאת הבית באותה עת,
- 5 ד"ר גברילוב וד"ר איגוס. ד"ר גברילוב עזבה את המחלקה בשלב די מוקדם של
- 6 התמחותה ולאחר שעברה לניו-זילנד הקשר של הנתבעת עמה נותק לחלוטין.
- 7 ח. ביום 12.22.06 בבוקר נבדקה התובעת וד"ר גברילוב שערכה את התרשמות,
- 8 לפיה חל שיפור נוסף כאשר התובעת הייתה בהכרה מלאה, מתמצאת חלקית במקום
- 9 ובזמן, הציגה חוסר זיכרון לטווח קצר ללא חוס, בדיקה נוירולוגית שנעשתה נמצאה
- 10 תקינה והתובעת ענתה לעניין. הומשך הטיפול נגד הרפס והטיפול נגד פרכוסים.
- 11 התובעת הייתה ללא התקפים אפילפטיים. באותו יום בדק את התובעת ד"ר איגוס
- 12 פעם נוספת בסמוך לשעה 13:00 והתרשם כי התובעת אינה מתמצאת בזמן ובאדם
- 13 אך עונה לעניין. מעבר לכך לא היה שינוי משמעותי במצבה. הוא הפנה את התובעת
- 14 לבדיקת EEG, CSF נשלח לבדיקה מולקולארית וכן הופנתה לבדיקת MRI. בתצהירו
- 15 טוען ד"ר איגוס כי בשלב זה לא הייתה כל דחיפות בביצוע בדיקת ה-MRI לאור
- 16 **מצבה של התובעת** (הדגשה שלי – כ.מ.).
- 17 ט. ביום 13.2.06 בדק ד"ר איגוס את התובעת שהייתה ללא חוס אך נותר אי
- 18 שקט פסיכומטורי קל. התובעת התקשרה והתלוננה על בחילה. בבדיקת EEG מיום
- 19 קודם התקבלו תוצאות של סדרות קצרות של פעילות חדה. באותו יום היה ד"ר
- 20 איגוס גם תורן, ובסמוך לשעה 19:30 התייעץ עם פרופ' ארגוב לאחר שהתובעת
- 21 הייתה שרויה עדיין באי שקט ניכר. הרופאים פירשו את המצב בכך שיש פעולה
- 22 אפילפטית שאינה מקבלת ביטוי בפרכוסים, ולכן פרופ' ארגוב הורה להעלות את
- 23 המינון של הווליום. הפרשנות הייתה בשלב זה כי ההתקף האפילפטי על רקע זיהום
- 24 ויראלי מוחי או השפעה טוקסית של זיהום כללי אחר.
- 25 י. בלילה שבין 13.2.06 ל-14.2.06 היה ניסיון לעשות בדיקת MRI, אך הבדיקה
- 26 לא הצליחה משום שהתובעת לא הצליחה להיות ללא תנועה.
- 27 יא. בבוקר יום 14.2.06 לא חל שינוי משמעותי בנתוני מחלתה של התובעת
- 28 והרופא ביקש לבדוק את מה שהצליחו לראות, אם הצליחו, בבדיקת ה-MRI. הוחלט
- 29 להזמין MRI בהרדמה כיוון שלא היו ממצאים מספקים לאבחון כלשהו.
- 30 יב. במהלך יום 14.2.06 עלה לפתע חומה של התובעת מחדש לערכים גבוהים
- 31 מאוד, של 39 מעלות. בשלב זה לא היה ברור מדוע, ולכן היה צורך לעשות בירור
- 32 מחדש למקור החום והבלבול שהוחמר בעקבותיו. בדיקת הדם הראתה עליה



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 בספירת תאי הדם הלבנים, מה שיכול היה להעיד על זיהום סיסטמי או אחר, מזה
2 שגרם לפרוכוסים. הוחלט לחפש גורמים למחלה סיסטמית. האבחנה המבדלת בשלב
3 זה כללה גם מחלה ויראלית במוח. **לדברי ד"ר איגוס, התבקשה בדיקת MRI דחופה**
4 **במחשבה שהגורם הוא אנצפליטיס ויראלית** (ההדגשה שלי – כ.מ). כדי לבדוק האם
5 מדובר במחלה סיסטמית, נשלחו בדיקות דם למשטח וכן ספירה נוספת, תפקודי
6 כליות וכבד וביוכימיה.
7 יג. בבדיקות הביוכימיה והספירה שנעשו התקבלו ערכים גבוהים מאוד של
8 הספירה הלבנה, שעלתה ל-21,200, ה-GPK קפץ ל-33,733, הייתה הפרעה בתפקוד
9 הכבד וערך האשלגן בדם היה נמוך. הנתונים הנ"ל הובילו לכיוון מחלה סיסטמית
10 שטיבה לא ברור. שוב זומן ייעוץ פנימאי, והיועצת אשר כתבה ייעוץ מפורט העלתה
11 שוב את האבחנות המבדלות שהוזכרו: מחלה זיהומית ויראלית, ובסבירות נמוכה
12 יותר מחלה חיידקית, והועלו אפשרויות למחלות אוטואימוניות סיסטמיות, במיוחד
13 וסקוליטיס – דלקת כלי דם שיכולה לגרום לנזק במוח. כמו כן הועלתה האפשרות
14 למחלות מטבוליות, ואפילו תהליך סרטני שגורם לתסמונת אוטואימונית. הרופאה
15 היועצת הפנימאית העלתה גם את האפשרות שהחום הוא תופעת לוואי של הטיפול
16 התרופתי והתוכנית שהוצעה על ידה הייתה השלמת הבריור הזיהומי והאימונולוגי,
17 בדיקה גניקולוגית, בדיקת עיניים, בדיקת תפקודי בלוטת התריס, שמא פעילות יתר
18 שלה גרמה לפגיעה בשרירים וכך יינתן הסבר לרבדומיליזיס. הטיפול שהוצע בשלב
19 זה כלל תיקון רמת האשלגן ומתן אנטיביוטיקה. **הרופאה הציעה לשקול טיפול**
20 **בסטרואידים במידה שהגורם הוא וסקוליטיס או מחלה אוטואימונית. בביקור של**
21 **היועץ הגניקולוגי לא נמצא דבר** (ההדגשה שלי – כ.מ).
22 יד. **בשלב זה, כאשר לא הייתה אבחנה, התבקש ביצוע בדיקת MRI דחוף שהיה**
23 **חייב עתה להתבצע בהרדמה ולכן הוזמנה בדיקה כאמור עם מרדים** (ההדגשה שלי –
24 כ.מ).
25 טו. בבוקר יום 15.2.06 התובעת הייתה ללא שינוי במצבה הבלבולי ונערכה
26 התייעצות עם מומחית למחלות זיהומיות. המומחית למחלות זיהומיות סברה
27 שיתכן שקיימת מחלת פרקים המכוונת למחלה סיסטמית. האבחנה המבדלת כללה
28 אטיולוגיה ויראלית (שהיא אפשרות של קדחת הנילוס המערבי וכן וירוסים נוספים)
29 וכן זאבת. התקבלה תשובה השוללת זאבת. לאור ההתדרדרות במצבה של התובעת,
30 **המליצה היועצת על ביצוע MRI דחוף** (ההדגשה שלי – כ.מ), LP חוזר, הוספת טיפול
31 אנטיביוטיקה בחיידק ה-Q-FEVER והעברת התובעת לטיפול נמרץ.



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

ט.ז. בסמוך לאחר הביקור התקבלה תשובה בעל פה של ה-MRI לפיה יש עדות
לליזיות החשודות כדלקתיות באזורים הטמפורלים (באונות הרקתיות), שנקרא
אנצפליטיס לימבית (ההדגשה שלי – כ.מ.). בשל החשד לגידול סרטני, לאור ממצאי
ה-MRI, עוד באותו היום בוצעה בדיקת CT של כל הגוף שנועדה לאבחן גידולים.
התשובה הראשונית הייתה תקינה. בערב הופיעה החמרה שכללה שקיעה במצב
ההכרתי ותנועות בלתי רצוניות בידיים וברגליים, אשר לא היו טיפוסיות לפרכוס
רגיל ושוב עלה חום גבוה.
ז.י. לאור האמור, ביום 16.2.06 נעשו סידורים להעברת התובעת לטיפול נמרץ.
באותו יום נערך "ביקור גדול" שבו נכח גם ד"ר איגוס, שערך את רישום הביקור.
האבחנה של התנועות הלא רצוניות הייתה סטטוס אפילפטיקוס. הנחת הרופאים
הבכירים הייתה שהפרכוסים החלקיים אינם יכולים להסביר את הרבדומיוליזיס
שמקבל ביטוי ב-CPK כל כך גבוה. הועלתה האפשרות כי יכול להיות שזה בשל
התרופות (תסמונת נירופלטית ממאירה) ולכן הופסקו חלק מהתרופות נוגדות
הפרכוס וניתנו אחרות. עדיין הייתה אבחנה מבדלת שיתכן שמדובר במחלת חום
ויראלית עם מרכיב של שילוב אנצפלופתיה ופירוק של השרירים. הוחלט להמשיך
טיפול באצקלוויר, שהיא התרופה היחידה האנטי ויראלית.
יח. בשלב זה מצב התובעת התדרדר. היא פיתחה חום ולויקציטוזיס והטיפול
הנכון בשלב זה היה העברתה לטיפול נמרץ. כמו כן הוחלט על חיפוש גורם זיהוי
כגורם ראשוני לכל המצב, או כמצב משני והוחלט שטיפול אימונומודולטורי כגון
סטרואידיים או פלסמהפרזיס עלול להחמיר את מצבה באופן משמעותי. היה צורך
להמשיך לייצב את מצבה עד שניתן לשקול מחדש את הטיפולים בעלי תופעות לווי
משמעותיות שלא ראוי להתחילם שעה שמצבה אינו יציב ושעה שהאבחנה אינה
ברורה.
יט. ד"ר איגוס מסכם את תצהירו בדברים הבאים: עם הגעת התובעת עלתה
תמונה ברורה של מחלה זיהומית ולכן במהלך הימים הראשונים שלאחר הגעתה
טופלה במחלקה הנורולוגית הטיפול שבוצע היה הטיפול המתאים לאור מצבה
המשתנה. לאור התמונה האמורה לא הייתה התוויה לבצע באופן מיידי את בדיקת
ה-MRI, אף שהייתה התוויה לבצעו במהלך הימים הראשונים של האשפוז
(ההדגשה שלי – כ.מ.). ביום השלישי לאשפוז כאשר מצבה יוצב, פחות או יותר,
והרושם היה כי ניתן לבצע את בדיקת ה-MRI ללא הרדמה הופנתה התובעת לביצוע
הבדיקה תוך פרק זמן שהוא יותר מסביר בנסיבות העניין. לצערנו, בדיקת ה-MRI לא
הצליחה. בשלב זה לא הייתה עדיין דרישה מיידיית לביצוע הבדיקה. לאחר שחלה



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 הרעה במצבה של התובעת, שמקורה לא היה ברור, הוזמנה בדיקת MRI בהרדמה,
2 דבר שנעשה תוך פרק זמן מהיר באותה תקופה. לאחר שבוצעה הבדיקה ולאור
3 הממצאים האחרים, מחלת החום, הספירה הלבנה הגבוהה והסימנים האחרים
4 שהופיעו, שחייבו את ייצוב מצבה של התובעת ביחידה לטיפול נמרץ, למרות האבחנה
5 המבדלת, בשלב זה ההסבר הסביר ביותר להחמרה במצבה היה מחלה זיהומית, בין
6 אם המחלה הראשונית שבגינה אושפזה או זיהום משני שהתפתח במהלך האשפוז,
7 ובכל מקרה בשלב זה הייתה התווית נגד לכל טיפול אימונומודולטורי.

8

9

חקירה נגדית של ד"ר איגוס

10 17. ד"ר איגוס נחקר בבית המשפט ביום 13.5.14. מדבריו עלה, כי בעת הטיפול בתובעת
11 היה אחד משלושת המתמחים הבכירים במחלקה. הוא אינו זוכר את המקרה, אלא מתוך
12 הרישומים הרפואיים. ד"ר נטליה גברילוב הייתה רופאה זוטרה באותה עת. פרופ' בן חור
13 היה מנהל המחלקה ופרופ' ארגוב היה רופא בכיר במחלקה.

14

15 18. העד הבהיר במהלך חקירתו (עמ' 22-23), כי לדעתו קיימות מחלות זיהומיות שונות
16 שיכולות לגרום לתסמינים מהם סבלה התובעת.

17

18 19. בהמשך פירט את סוגי המחלות שהובאו בחשבון, לאור התמונה הקלינית של
19 התובעת והבדיקות שנעשו.

20

21 20. באשר לפקודה שנתן ברישום הרפואי לביצוע MRI, הבהיר כי לא הייתה כוונה לבצע
22 את הבדיקה מייד בחדר המיון אלא בימים הקרובים כחלק מתוכנית הטיפולים (עמ' 25).

23

24 21. באשר לבדיקת CSF הבהיר, כי זו נלקחה מהתובעת ביום שישי. כיוון שהמעבדה
25 הנוירולוגית סגורה בימי שישי ובשבת, התוצאה הגיעה ביום ראשון, **ועקב כך לא היה בטוח**
26 **בתוצאה למרות שזו הייתה שלילית** (עמ' 26 לפרוט'; ההדגשה שלי – כ.מ.). את העובדה
27 שהתוצאה תגיע באיחור ידע עוד ביום שישי, ולא המתין לתוצאה והחל מייד במתן
28 אציקלוויר, תרופה כנגד הרפס (עמ' 27 לפרוט'). כמו כן, החלו במתן אנטיביוטיקה שהופסקה
29 בהמשך (עמ' 27).

30

31 22. בהמשך נחקר ד"ר איגוס על אפשרות מתן הסטרואידים. לדבריו, מאחר והאבחנה
32 הייתה מחלה זיהומית או הרפס, ניתן טיפול תרופתי מתאים לא היה מקום לשקול מתן



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 סטרואידיים, היינו, לשקול את העובדה שהתובעת סובלת מאנצפליטיס על רקע אוטואימוני
2 שכן זו לא הייתה האבחנה המבדלת בדירוג גבוהה. מוסיף ד"ר איגוס וטוען, כי אם התובעת
3 סבלה ממחלה זיהומית, מתן סטרואידיים עלול היה להחמיר את המחלה, שכן הסטרואידיים
4 פוגעים במערכת החיסונית (עמ' 28-29; עמ' 30, ש' 9-14).
- 5
- 6 23. לפיכך, נשאל ד"ר איגוס אם נכון הדבר שמבצעים בדיקת MRI כדי לקבל אבחנה
7 מדויקת, ואישר זאת (עמ' 29, ש' 21-23). בהמשך הבהיר העד, כי ה-MRI לא נותן אבחנה חד
8 משמעית אך הוא כלי עזר (עמ' 29).
- 9
- 10 24. בהמשך, נחקר ד"ר איגוס בשאלה מדוע לא נעשתה מייד בדיקת ה-MRI ומדוע לא
11 ניתן טיפול בסטרואידיים, וכן מדוע רופאי הנתבעת עמדו על האבחנה של מחלה זיהומית או
12 הרפס, חרף תוצאות המעבדה השליליות וכן בדיקות העזר ששללו הנחות אלו (עמ' 34-38).
13 תשובת ד"ר איגוס הייתה כי חרף התוצאות האמורות, עדיין היה מקום להעדיף את
14 האבחנות האמורות על פני מחלה אוטואימונית.
- 15
- 16 25. בהמשך החקירה הבהיר העד, כי מקובל היה במחלקה שבדיקת MRI נועדה לאשר או
17 לשלול את הגורמים לאנצפלופטיה או אנצפליטיס (עמ' 38-39). העד הבהיר בהמשך, כי מה
18 שקבע היא התמונה הקלינית, ובהתאם לכך פעלו רופאי המחלקה (עמ' 39).
- 19
- 20 26. בנוגע לתוצאות ה-MRI העיד ד"ר איגוס כי גם אילו היה רואה תוצאות אלה בחדר
21 המיון או במועד סמוך לכך, עדיין לא הייתה משתנה האבחנה של הרפס אנצפליטיס (עמ' 45,
22 ש' 10-12).
- 23
- 24 27. בהמשך הבהיר העד, כי מאחר שבדיקת ה-CSF נלקחה ביום שישי, ולא נבדקה מייד
25 במעבדה, הוא לא יכול היה לסמוך בוודאות על תוצאות הבדיקה שהיו שליליות. מצד שני לא
26 היה טעם לחזור על הבדיקה כיוון שהתובעת כבר קיבלה תרופות נוגדות (אציקלוויר), ולכן
27 אם התוצאה הייתה שלילית, לא ניתן היה לדעת אם זה משום כך שאין הרפס, או משום
28 שהתרופה השפיעה. לכן, האבחנה הראשונה במעלה נותרה הרפס, והדרך היחידה לבחון זאת
29 הייתה המשך מתן האציקלוויר. כמו כן הבהיר, שאם נותנים אציקלוויר מסוכן ליתן
30 סטרואידיים, ואם נותנים סטרואידיים מסוכן ליתן אציקלוויר (עמ' 50-52). כך גם לגבי טיפול
31 באימונולוגלובינים או פלסמה פריזיס. שני טיפולים אלה מסוכנים לחולה אם מדובר בדלקת
32 זיהומית או בהרפס (עמ' 52-53).



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1
2 28. בהמשך עדותו הבהיר ד"ר איגוס, כי כאשר נרשם בגיליון הרפואי מספר פעמים, בין
3 היתר על ידו, שיש לבצע בדיקת MRI, נכון למצב הרפואי בשנת 2006, לא הייתה כוונה לבצע
4 מייד את הבדיקה. לדבריו, היה נכון לבצע את הבדיקה עד ל-16 בחודש, מועד בו נערך
5 "הביקור הגדול" (עמ' 55-58).
6
7 29. ד"ר איגוס הופנה בחקירתו לעמ' 82 ברישום הרפואי בו נרשם ב-14 לחודש כי החולה
8 צריכה בדיקת MRI דחוף, ובלי בדיקה זו לא ניתן להתקדם באבחון. דברים אלה עומדים
9 לכאורה בסתירה לעדותו כי בדיקת ה-MRI לא הייתה ברמת דחיפות גבוהה. הסברו של ד"ר
10 איגוס הוא כי הדברים נרשמו כך כדי לזרז את בדיקה כזו תחת הרדמה, אחרת הבדיקה לא
11 הייתה מבוצעת. ד"ר איגוס מוסיף ואומר, כי נכון לשנת 2006 ביצוע בדיקת MRI תוך ימים
12 ספורים, היה סביר ובהתאם לשגרה הרפואית שהייתה נהוגה אז (עמ' 58-64).
13
14 30. בהמשך החקירה הופנה העד לרישומים הרפואיים מה-13 לחודש, לרבות תוצאות
15 הבדיקות השונות והתמונה הקלינית. העד מסכים, כי נוכח זאת בדיקת ה-MRI הפכה
16 לדחופה יותר (עמ' 67 ש' 3). בהמשך הסכים, כי **"הריח כבר מתחיל להופיע, ואפילו הרופאה
17 הפנימית רושמת את האפשרות של טיפול בסטרואידים"** (עמ' 67, ש' 12-13).
18
19 31. בהמשך עדותו נשאל ד"ר איגוס מדוע במסגרת הביקור הגדול, שם נשקלו מספר
20 אבחנות מبدלות, לא נרשמה תוצאות בדיקת ה-MRI ולא נרשמו דברי פרופ' גומורי. לד"ר
21 איגוס לא היה הסבר משכנע לכך. הוא ניסה ליתן הסברים שונים (עמ' 83 לפרוט'). עוד עולה
22 מעדותו, כי סמוך לאחר מכן התדרדר מצבה של התובעת והיא הועברה למחלקה לטיפול
23 נמרץ (עמ' 83). ד"ר איגוס התקשה להאמין שבביקור הגדול לא היה דיון בנושא תוצאות ה-
24 MRI ולדעתו רק מתוך טעות לא נרשם הדבר, אם כי ברישום הרפואי, לפני הדיון המחלקתי
25 רשומים דברי פרופ' גומורי (עמ' 88-89).
26
27 32. מעדותו עולה, כי בהמשך הועברה התובעת ליחידה לטיפול נמרץ ורופא היחידה, ד"ר
28 בייעה דן באריכות עם פרופ' ארגוב בנושא תוצאות ה-MRI.
29
30 33. כאשר נשאל ד"ר איגוס לעניין הרישום הרפואי מדוע לא נרשם כי לא ניתן לסמוך אל
31 תוצאות בדיקת ה-CSF עקב האיחור בביצוע הבדיקה, השיב כי אכן דבר זה לא נרשם וכי
32 לטעמו חסרים פרטים ברישומים (עמ' 94, ש' 15-19).



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1

2 34. עוד הוגשו מטעם הנתבעת שני תצהירים: האחד, מפי פרופ' אביזהר ארגוב, רופא
3 בכיר במחלקה הנורולוגית שטיפל בתובעת ויעץ בעניינה; השני, מטעם פרופ' תמיר בן חור,
4 שהיה מנהל המחלקה, אך לא טיפל באופן ישיר בתובעת.

5

6

תצהירו של פרופ' ארגוב

7 35. פרופ' ארגוב פירט את נהלי המחלקה באותה עת ואת גדרי אחריותו כרופא בכיר
8 במחלקה, וכן את מידת מעורבותו בטיפול בתובעת ובקבלת ההחלטות באשר לאופי הטיפול.

9

10 36. כפי שמציין פרופ' ארגוב בתצהירו, הוא אינו זוכר את העובדות מזכרון אישי,
11 והעובדות המפורטות בתצהירו לקוחות מהמסמכים הרפואיים שהוצגו לו.

12

13 37. ברמה המקצועית כותב פרופ' ארגוב כדלקמן:

14

15 "המקרה של התובעת ומורכבותו, כפי שאבהיר בהמשך, היה
16 מאוד קשה לאבחנה. בכל יותר משלושים שנות עבודתי כמומחה
17 בנוירולוגיה זהו המקרה הראשון בו נתקלתי של הישימוטו
18 אנצפליטיס עם הסתמנויות קליניות כל כך סוערות ושונות, בלתי
19 שגרתיות בשלובן וממצאים בבדיקות עזר כמו שהיו אצל התובעת.
20 באופן כללי לא היה ברור לי בשלב הראשון של האשפוז לפני מה
21 אני עומד ומה האבחנה של הגורמים למצבה של החולה. תחושתי
22 הייתה שלא ניתן היה לאבחן את המחלה של התובעת במועד
23 מוקדם יותר. לא נחסכו מאמצים ולא התעלמתי מהעובדות במהלך
24 השיקולים הרפואיים-המקצועיים ואני שמח שבשל הרפואה
25 הטובה שעשינו, אובחנה המחלה בוודאות תוך כשבועיים מיום
26 האשפוז".

27

28

29

30

31

ובהמשך:



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 "מבין הזיהומים הוירליים המוחיים יש רק וירוס אחד שבו יש
2 טיפול וזהו הרפס. לכן ניתן טיפול באציקלוויר להרפס כמקובל.
3 מקובל ששולחים דם ונוזל שידרה לבדיקה מולקולארית נותנים
4 טיפול מיידי באציקלוויר ומחכים לתשובה, זאת גם משום
5 שלתרופה זו מעט מאוד תופעות לוואי. הרפס הוא הוירוס השכיח
6 בין הוירוסים שלא גורמים לאפדמיה של דלקת מוח. התוכנית
7 להמשך הברור כללה בין השאר ביצוע MRI שנועד על פי המקובל
8 במחלקה לשלול או לאשש הגורמים אנצפלטופיה, או אנצפליטיס
9 (דלקת במוח כתוצאה מזיהום וירלי/ או אחר) (ההדגשה שלי –
10 כ.מ.).

11 מן הראוי לציין שרוב המכריע של המקרים של התקפים
12 אפילפטיים ראשוניים המלווים בחום הינו על רקע דלקת וירלית
13 במוח. החולים האלה, בד"כ אחרי שבוע שבועיים של טיפול
14 בפרכוסים, מבריאים ללא צורך בטיפול נוסף".

15
16 38. בהמשך תצהירו מדגיש פרופ' ארגוב את השיקולים באשר להמשך הטיפול בתובעת
17 לאחר שבוצעה בדיקת ה-MRI ולאחר שנתקבל פענוח של פרופ' גומורי, כדלקמן:

18
19 "בסמוך לאחר הביקור התקבלה תשובה בע"פ של ה-MRI לפיה
20 יש עדות לליזיות שחשודות לדלקתיות באזורים הטמפולרים
21 (באונות הרקתיות), מה שקרוי אנצפליטיס לימבית. זוהי תסמונת
22 נדירה אשר יכולה להיגרם ע"י מחלות שונות. על פי האבחון
23 ההדמייתי הממצא בעיקר מתאים לתסמונת פרנאופלסטית,
24 שמשמעה שבגוף מסתתר גידול שגורם ליצירת נוגדנים שפוגעים
25 במוח וגורמים לנזק באזורים הלימביים. באבחנה המבדלת
26 הרשמית שנעשתה ע"י פרופ' גומורי מאוחר יותר היו תהליך נגיפי
27 כגון הרפס, נזקים מסטטוס אפליפטיקוס, כמו גם תהליך פרה
28 נאופלסטטי. כל הזמן ניקר בי החשש שאנו מחמיצים זהום כללי
29 כלשהו. בגלל החשד לגידול סרטני, לאור ממצאי ה-MRI, עוד
30 באותו היום בוצעה בדיקת CT של כל הגוף שנועדה לאבחון
31 גידולים. התשובה הראשונית הייתה תקינה. בערב הופיעה
32 החמרה הכוללת שקיעה במצב ההכרתי תנועות בלתי רצוניות



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 בידיים וברגליים שלא היו טיפוסיות לפרכוס רגיל ושוב חום
2 גבוה".
3
4 39. לאחר שהתובעת אושפזה בטיפול נמרץ, נערכה התייעצות עם פרופ' ארגוב באשר
5 להמשך הטיפול. פרופ' ארגוב פרט בתצהירו את השיקולים ששקל והמסקנות אליהן הגיע
6 בעניין זה, כדלקמן:

7
8 "... ללא שינוי במצבה הבלבולי הייתה התייעצות נוספת עם
9 מומחה למחלות זיהומיות. מומחה מחלות זיהומיות חשב שיתכן
10 וקיימת מחלת פרקים (מה שמכוון למחלה סיסטמית). האבחנה
11 המבדלת כללה אטיולוגיה ויראלית (אפשרות של קדחת הנילוס
12 המערבי, וירוסים נוספים), וזאת. קושי לחבר את כל הממצאים
13 ביחד. עדיין נותרו אפשרויות של מחלה זיהומיות (ויראלית או
14 אחרת) עם השפעה טוקסית (שאז לא נותנים טיפול בסטרואידים)
15 כי זה מדכא את מערכת החיסון, או מחלה סיסטמית חבויה שאנחנו
16 לא מצליחים לעלות עליה. במצב סוער כמו של התובעת היה קיים
17 סיכון בטיפול בסטרואידים. לחולה היו בין השאר פרנסים קשים
18 לשליטה (סטרואידים מורידים את סף הפרכוס), חשש לזיהום
19 (סטרואידים פוגעים במערכת החיסון) והיפוקלמיה (סטרואידים
20 מורידים את רמות האשלגן בדם). לאור התמונה המורכבת
21 החלטתי כי בשלב זה אין מספיק הצדקה למתן טיפול
22 בסטרואידים. זה היה שקולי המקצועי ולא התעלמתי משום נתון.
23 יש לציין שפלסמה פרזיס הייתה מסוכנת מדי במצבה של התובעת
24 בין השאר לאור התנועות הלא רצוניות ולכן נתתי החלטה שלא
25 לבצע פלסמה פרזיס באותו שלב".

26
27 40. פרופ' ארגוב מסביר בתצהירו את מכלול שיקוליו באשר לטיפול התרופתי שניתן,
28 בהמלצתו, וזאת לאור הקושי באבחון מחלה של התובעת, ויתר הקשיים שהתעוררו במהלך
29 הטיפול במלים אלה:

30
31 "ברצוני להבהיר כי אצלפלופטיה לימבית היא מחלה מאוד נדירה
32 על אחת כמה וכמה היא עוד יותר נדירה כאשר היא מתחילה עם



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 מחלת חום סוערת כשלא מצליחים להתגבר על מחלת החום.
2 להוסיף לכך את כל הממצאים שאינם מתיישבים עם אנצפלופטיה
3 לימבית כמו סוג הפרוכוסים. כאשר מחלת החום מחשידה
4 ומטרידה אותי כל הזמן לקיומה של מחלה זיהומית שלא זוהתה.
5 על זה יש להוסיף חוסר יכולת להשתלט על הפרוכוסים שהם כל כך
6 מוזרים. ישנה מחלוקת בספרות האם לתת טיפול בסטרואידים
7 במקרה של אבחנה של אנצפלופטיה לימבית לא פראנאופלסטית
8 (ללא נוכחות נוגדנים) ללא אבחנה ברורה של המחלה, מה גם
9 שהייתה מחלוקת על מידת האפקטיביות של הטיפול. לפיכך
10 הייתי כל הזמן בדעה (וכך גם הרופאים הבכירים במחלקה) כי אין
11 להתחיל בטיפול בסטרואידים ללא אבחנה ברורה של המחלה בשל
12 הסיכון בטיפול זה".

13
14 41. באשר לקבלת ההחלטה להתחיל במתן סטרואידים שהתקבלה ביום 25.2.06 מסביר
15 פרופ' ארגוב כי בערב יום זה היה לתובעת חום גבוה וסימנים לזיהום באתר האינפוזיה.
16 במהלך היום הגיעו תשובות לערכים גבוהים של נוגדנים לבלוטת התריס נעשתה האבחנה של
17 חשד להשימוטו אנצפלופתיה ולכן הוחל מייד בטיפול בסטרואידים.

18 19 חקירתו הנגדית של פרופ' ארגוב (16.6.14)

20 42. מעדותו עלה, כי לאור תשובת ה-MRI מיום 15.2.06, ידע כבר כי לתובעת יש לימביק
21 אנצפליטיס (עמ' 163, שי 15-20 לפרוטי).
22

23 43. בהמשך הבהיר, כי את דעתו באשר למצבה של התובעת ב-12 וב-13 לחודש. לדבריו,
24 התובעת תקשרה, אם כי לא התמצאה במקום ובזמן (עמ' 165-166).
25

26 44. פרופ' ארגוב הבהיר, כי מינון הווליום הועלה עקב אי שקט ניכר. אין הדבר אומר
27 שהייתה הרעה במחלה, שכן אי שקט הינו סימפטום של המחלה (עמ' 168-169).
28

29 45. פרופ' ארגוב הבהיר, כי התובעת טופלה כנגד הרפס אנצפליטיס, גם אם הדבר לא
30 נרשם בגיליון, וכי קיימים סוגים שונים של אנצפליטיס כתוצאה מווירוס, לאו דווקא
31 מהרפס. פרופ' ארגוב העיד כי הבדיקה להרפס הייתה שלילית כך גם לחיידקים אחרים
32 (כעבור חמישה ימים) (עמ' 169-170).



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1
2 46. לגבי הרישום בגיליון הרפואי מיום 14.2.06 מעריך פרופ' ארגוב כי היה מעורב בכך
3 שכן זה היה בעת הביקור שהוא היה עורך בימי שלישי.
4
5 47. בהמשך הופנה פרופ' ארגוב לרישום מיום 14.2.06 של היועצת הפנימאית שהעלתה
6 אבחנה של וסקוליטיס, והמליצה על מתן סטרואידים. כמו כן הופנה פרופ' ארגוב לאבחון של
7 מחלות זיהומיות שונות ואבחנות אחרות שהעלתה היועצת למחלות זיהומיות. פרופ' ארגוב
8 הבהיר, כי למרות שמרבית הבדיקות שללו מחלה זיהומית, עדיין קיימת אפשרות סבירה
9 למחלה זיהומית. כך גם לגבי האפשרות של גידול סרטני (עמ' 175-174). לגבי האפשרות של
10 מתן סטרואידים השיב, כי למרות דעת היועצת הפנימאית, הרופאים המטפלים לא חשבו
11 שיש לתובעת וסקוליטיס, ולכן לא שקלו מתן סטרואידים (עמ' 176-175).
12
13 48. בהמשך עדותו הבהיר פרופ' ארגוב, כי מלכתחילה היה צורך ב-MRI, והשאלה היא
14 מידת הדחיפות (עמ' 177 ש' 8-9). לדעתו, תחילה נעשו כמתבקש הבדיקות האחרות שלא
15 הביאו לאבחנה אחרת (עמ' 177, ש' 13). באשר לדחיפות ביצוע בדיקת ה-MRI השיב, כי
16 תחילה ניתן טיפול כנגד הרפס, מבלי להמתין לתוצאות הבדיקות, וזו השגרה (עמ' 177).
17 בהמשך היו ניסיונות לביצוע ה-MRI, ולא הייתה מחלוקת לגבי הצורך לבצע MRI (עמ' 178).
18 פרופ' ארגוב הבהיר, כי אם רופא מבקש לבצע בדיקה זו, הדבר אינו מיידי. רופא בכיר צריך
19 לאשר זאת, ההנהלה מאשרת זאת, כיוון שיש תור לבדיקות אלו, ולכן יש צורך להחליט מהי
20 מידת הדחיפות. בכל מקרה, בדיקות MRI אינן מבוצעות אצל הנתבעת בשבת (עמ' 179-178).
21 לדעת פרופ' ארגוב, לא היה צורך לבצע את הבדיקה באופן מידי (עמ' 180, ש' 19-22).
22
23 49. באשר לתשובת ה-MRI כפי שנרשמה בגיליון הרישום הרפואי, מאשר פרופ' ארגוב כי
24 לא רשם מידע זה תחת שמו, כפי שהיה נוהג, אולם היה מודע לו (עמ' 182). פרופ' ארגוב
25 מבהיר, כי למרות תשובת ה-MRI והעובדה שמחלה פראנאופלסטית (גידולים סרטניים),
26 נשללה עקב בדיקת CT תקינה (אך לחלוטין), עדיין לא היה צורך מידי לדעתו במתן
27 סטרואידים, שכן האבחנה של לימביק אנצפליטיס עדיין לא הייתה סופית. באשר לפלסמה
28 פריזיס הוחלט שלא לבצע עקב התנועות הבלתי רצוניות של התובעת, אם כי עולה עוד
29 שבעזרת הרדמה או הרגעה ניתן ליתן טיפול זה. לגבי טיפול באימונוגלובולינים, פרופ' ארגוב
30 לא זכר שהטיפול נשקל, והדבר גם לא נרשם (עמ' 184-182).
31



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 פרופ' ארגוב שב והבהיר, כי התמונה הקלינית הייתה של זיהום כלשהו, ועל כן
2 המשיכו לשקול אפשרות זו. הוא חשש כי טיפול בסטרואידים ימסך אפשרות זו (עמ' 184, ש'
3 17-24). כמו כן הדגיש כי מצבה של התובעת היה "שיפור ונסיגה לחלופין", דבר שיצר מצב
4 של חוסר אבחנה ברורה (עמ' 185-186).
5
6 51. פרופ' ארגוב הופנה לאבחנה שערכו הרופאים בטיפול הנמרץ, לשם הועברה התובעת
7 ביום 16.2.06 (עמ' 29 לרישום הרפואי), כי קיימת אבחנה חד משמעית של לימביק
8 אנצפליטיס. פרופ' ארגוב הבהיר כי שקל זאת אך החליט לא לתת סטרואידים כי חשש
9 שהדבר יביא להחמצת אבחנה של מחלה גידולית או מחלה זיהומית (עמ' 188, ש' 6-12;
10 ההדגשה שלי – כ.מ.). יחד עם זאת אישר שלא נעשו בדיקות נוספות לאבחן מחלות אלה
11 מלבד בדיקת מח עצם שנעשתה כעבור חמישה ימים, ביום 21.2.06 (עמ' 188). פרופ' ארגוב
12 הבהיר כי טיפול בסטרואידים לא מהווה דבר שבשגרה והוא לא חלק מפרוטוקול הטיפול
13 השגרתי (עמ' 193, ש' 7-11; ההדגשה שלי – כ.מ.). לעומת זאת מתן אציקלוויר
14 ואנטיביוטיקה נעשה כדבר שבשגרה לחולה המגיע עם חשד למחלה זיהומית (עמ' 191, ש'
15 14-22). פרופ' ארגוב שלל טיפול בסטרואידים כטיפול מיידי מונע פרכוסים. לדעתו יש ליתן
16 טיפול בסטרואידים רק כאשר סוג המחלה מאובחן ככזה שמגיב לסטרואידים (עמ' 194, ש'
17 2-12). פרופ' ארגוב חזר והבהיר כי התלבט לעניין מתן הסטרואידים וסבר כי במקרה זה אין
18 מקום ליתן סטרואידים כלשהם, זאת על סמך דעתו המקצועית (עמ' 194-195).
19
20 52. עוד הסביר, כי חשש שמתן סטרואידים ימסך את האבחנה, וישנם מקרים שמתן
21 סטרואידים גורם לתופעות לוואי חמורות (עמ' 195, ש' 16-20). עוד מבהיר פרופ' ארגוב כי
22 הוחלט ביום 25.2.06 לתת סטרואידים כי הייתה אינדיקציה ברורה להשימוטו אנצפליטיס
23 למרות שהיה חשש שעדיין קיים זיהום פעיל כלשהו, הוחלט על מתן סטרואידים לאור
24 האבחנה הברורה והחד משמעית, שהתקבלה לאחר קבלת התשובה מבדיקת נוגדני בלוטות
25 התריס (תיירואיד), תשובה שהבהירה חד משמעית שמדובר בהשימוטו אנצפליטיס (עמ'
26 201-202). בנוגע ליתר התסמינים של לימביק אנצפליטיס, התקפים אפילפטיים, תנועות
27 רבות ובלתי רצוניות של הגפיים, כל אלה אוחדו תחת תסמונת אחת של השימוטו
28 אנצפליטיס (עמ' 202-203), כאשר לטעמו, תוצאות ה-MRI לא הספיקו לצורך ביצוע האבחנה
29 של לימביק אנצפליטיס, מאחר שיש צורך למצוא את הגורם (עמ' 203, ש' 22-23).
30
31
32



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

תצהיר פרופ' בן חור

- 1
2 53. פרופ' בן חור, שהיה אותה עת מנהל המחלקה הנורולוגית, מצהיר כי הוא זוכר את
3 המקרה באופן כללי והוא נסמך על המסמכים הרפואיים.
4
5 54. פרופ' בן חור אינו זוכר את המהלכים שקדמו ליום ה-25.2.06, אולם הוא זוכר מועד
6 זה בו התגלה שהתובעת סובלת מהשימוטו אנצפליטיס, והחלטה להתחיל בטיפול
7 בסטרואידים.
8
9 55. באשר למהלכים בהם היה מעורב אישית לפני מועד זה, הוא למד מהמסמכים
10 הרפואיים, כי ביום 15.2.06 התקיים "ביקור גדול" בו היה לדבריו נוכח:
11
12 "בדיון שקיימנו ליד מיטת התובעת האבחנה של התנועות הלא
13 רצוניות הייתה סטטוס אפילפטיקוס, שחייב טיפול אגרסיבי
14 בפרכוסים. ההנחה שלנו הייתה כי הפרכוסים החלקיים לא
15 יכולים להסביר את הרבדומיוליזיס. הועלתה האפשרות כי יכול
16 להיות שזה בגלל התרופות ולכן סוכם להפסיק חלק מהתרופות
17 נוגדות הפרכוס ולתת אחרות. בשלב זה האבחנות המבדלות היו
18 מחלת חום סיסטמית וירלית, עם מרכיב של שילוב אנצפלופטיה
19 ופירוק של שרירים. מאחר ולא ניתן היה לשלול בשלב זה מחלות
20 אחרות הגורמות לאנצפלופטיה ולא הייתה תמונה קלינית
21 טיפוסית למה שקרוי מחלת אנצפלופטיה לימבית לא
22 פרנאופלסטית, בהתאם לניסיון שלנו היינו בדעה כי על פי
23 התמונה הסוערת של התובעת – שיקול דעתנו, החלטנו כי כל עוד
24 לא ברורה המחלה של התובעת, ההתוויה להתחיל בטיפול
25 בסטרואידים או בפלסמה פרזיס איננה ברורה ולכן לשם הזהירות
26 כדי למנוע נזק לא נתחיל בטיפול עד לאבחנה הברורה של המחלה
27 ונתרכז בטיפול בפרכוסים. יתר על כן, האבחנה המבדלת של
28 התמונה רנטגנית כללה גם סטטוס אפילפטיקוס, מצב בו הייתה
29 נתונה וסיפק הסבר לתמונה הרנטגנית".
30
31
32 56. באשר לנדירות המחלה מציין פרופ' בן חור בתצהירו:



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1
2 "ברצוני להבהיר כי אנצפלופטיה לימבית היא מחלה מאוד נדירה.
3 לא דווח כי היא מתחילה עם חום סוער כשלא מצליחים להתגבר
4 על מחלת החום. לכך נוספו כל הממצאים שאינם מתיישבים עם
5 אנצפלופטיה לימבית 'קלסית'. בתקופה האמורה במקרה של
6 אנצפלופטיה לימבית לא פראנאופלסטית, ללא אבחנה ברורה של
7 המחלה, מתן טיפול בסטרואידים היה שנוי במחלוקת וגם הייתה
8 מחלוקת על מידת האפקטיביות של הטיפול. לפיכך הייתי כל
9 הזמן בדעה כי אין להתחיל בטיפול בסטרואידים ללא אבחנה
10 ברורה של המחלה בשל הסיכון בטיפול זה".

11
12 57. באשר להחלטה להתחיל בטיפול בסטרואידים מצהיר פרופ' בן חור:

13
14 "ביום 25.2.06 הופיע חום גבוה וסימנים לזיהום באינפוזיה.
15 במהלך היום הגיעו התשובות לערכים גבוהים של נוגדנים לבלוטת
16 התריס ואז בהתייעצות שהתקיימה איתי העליתי את החשד
17 להשימוטו אנצפלופתיה (לאור השילוב הקליני של שינויים במצב
18 הכרה, הלוצינציות שהתפתחו בימים האחרונים, פרכוסים) ולכן
19 הוחלט מיד על מתן סטרואידים. יש לציין שגם במצב זה ההחלטה
20 על טיפול בסטרואידים (steroid responsive encephalopathy)
21 והאבחנה נעשית רק בדיעבד לאחר שנצפה
22 שיפור בתגובה לטיפול. עוד חשוב לציין שמצבה הקליני בעת
23 התחלת הטיפול היה די דומה למצבה בתחילת אשפוזו וגם
24 מבחינה זאת לא היה איחור בהתחלת הטיפול בסטרואידים.
25 בהתאמה לכך נצפה שיפור ברור ומהיר במצבה בעקבות התחלת
26 הטיפול".

27
28
29
30
31 חקירתו הנגדית של פרופ' בן חור (16.6.14)



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 58. פרופ' בן חור היה מנהל המחלקה בזמנים הרלבנטיים. לדבריו, במחלקה 28 מיטות,
2 לרוב בתפוסה מלאה. התובעת נחשבה לחולה קשה. פעם בשבוע היה מתקיים "ביקור גדול"
3 בניהולו של פרופ' בן חור, שנמשך כארבע שעות.
4
5 59. פרופ' בן חור העיד, כי הוא זוכר בוודאות את הביקור הגדול ביחס לתובעת וכן
6 ההחלטה להתחיל במתן סטרואידים לה היה שותף. כמו כן, הוא זוכר שהיה שותף לחלקים
7 מסוימים מהטיפול בתובעת.
8
9 60. פרופ' בן חור אישר, שרופא המחלקה כתב שיש צורך ב-MRI וכך גם היועצת
10 הפנימאית. גם דעתו הייתה כי היה צורך ב-MRI (עמ' 142, ש' 10-12).
11
12 61. לטעמו של פרופ' בן חור, מאז האשפוז ועד ליום 15.2.06 בערב היה שיפור במצבה של
13 התובעת. באותו יום חלה החמרה עקב עליית חום חדה ושקיעה במצב ההכרה (עמ' 144, ש'
14 12-18; עמ' 145, ש' 21 עד עמ' 146, ש' 13).
15
16 62. בהמשך הסביר פרופ' בן חור את עמדתו מדוע האבחנה הראשונה במעלה הייתה
17 מחלה זיהומית מהסיבות הבאות:
18

19 "אז כפי שרשום בגיליון, אנחנו חשבנו ואני חושב שהמחשבה גם
20 בדיעבד נכונה, שה-CPK עלה לא בגלל ההתקפים האפילפטיים,
21 כי לא, CPK עולה כשיש התקף מה שנקרא Generalized
22 tonic-clonic seizure, שיש פרכוס מלא. כשההתקפים הם
23 באמת תת קליניים, אז ה-CPK לא עולה. אז הערכנו ואני מניח
24 בצדק, שה-CPK לא עלה בגלל הפרכוסים, אלא בגלל סיבה
25 אחרת. זה יוחס במקום הראשון למחלה עם חום מאוד גבוה, עם
26 ספירת דם מאוד גבוהה, מצב שהוא נראה ונשמע לפי כל קנה
27 מידה זיהומי" (עמ' 149, ש' 15-22).
28
29
30
31



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

ובהמשך:

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

"אז הסיבה הנפוצה ביותר הוא זיהום, או במערכת העצבים המרכזית, או זיהום סיסטמי. זה יכול להיות זיהום ויראלי, שברוב המקרים או בחלק גדול מהם, אתה לא מזהה את הגורם וזה יכול להיות גם זיהום חיידקי, שגם אז, אתה ברוב, בחלק גדול מהמקרים, אתה לא מזהה את הגורם. בוודאי, באישה שכבר נמצאת כמה ימים, כבר קרוב לשבוע בבית-החולים, קוראים לזה hospital-acquired infection, אלה בדרך-כלל חיידקים עמידים לטיפולים אנטיביוטיים, יכולים לגרום לחום גבוה. בוודאי שחולה עם חום ב-40 וספירת דם שהיא מעל 20,000, שזה ערכים מאוד גבוהים, הייתי אומר קיצוניים, אתה חושב – המקום הראשון, השני, השלישי וגם החמישי, על זיהום" (עמ' 151, ש' 1-12).

ובנוסף:

"אני אדייק בתפישה המקצועית שלנו כמחלקה ושלי, מטבע הדברים, ואני מניח שגם אצל פרופ' קורצ'ין זה אותו דבר. אנצפליטיס ויראלית, זאת אומרת זיהום ויראלי במערכת העצבים המרכזית, זה דבר נפוץ, הרפס זה הגורם הנפוץ שהוא לא אפידמי, ושהוא ניתן לזיהוי" (עמ' 152, ש' 17-21).

63. פרופ' בן חור הבהיר, כי מתחילים מייד בטיפול כנגד הרפס כיוון שכמעט ואין בו סיכון, ואם מדובר בהרפס ולא נותנים טיפול, הנזקים עלולים להיות מאוד קשים (עמ' 152-153).

64. עוד הבהיר פרופ' בן חור, כי האבחנה של לימביק אנצפליטיס לא נשענת רק על תוצאות ה-MRI, ויש צורך באבחנות נוספות, שכן יש מחלות דלקתיות שונות של המוח (עמ' 155, ש' 5-9).

65. פרופ' בן חור הבהיר, כי הוא זה שהחליט על מתן סטרוואידים לאחר שמהבדיקות עלה שלתובעת השימוטו אנצפליטיס ואילו לימביק אנצפליטיס היא מחלה שונה לחלוטין.



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 עוד הבהיר, כי בשתי המחלות הנ"ל האופציות הטיפוליות הן מתן סטרואידים, או פלסמה
2 פריזיס או אימונוגלובולינים. אולם המשקל של אופציות טיפוליות אלו בשתי המחלות שונה.
3 בהמשך הבהיר, כי הבדיקה לנוגדי בלוטת התריס לא יכולה להיות היחידה כי אצל חלק גדול
4 מהאוכלוסייה הבדיקה חיובית. לכן, צריכים להתווסף לכך סימפטומים נוספים דוגמת אלה
5 מהם סבלה התובעת כדי להגיע לאבחנה האמורה (עמ' 161).

6
7 66. באשר לחשיבות ה-MRI באבחון המחלה קובע פרופ' בן חור כדלקמן:

8
9 "ש. אתה הגעת לזה לא מעט בזכות ה-MRI, נכון? כי ה-MRI כיוון
10 אותך שזה איזה שהוא פגיעה לימבית?
11 ת. ה-MRI למעשה לא היה כל כך אינפורמטיבי.
12 ש. אלא?

13 ת. מכיוון של-MRI יש אבחנה מבודלת זה כולל מחלות דלקתיות של
14 מערכת העצבים, זה כולל מחלות זיהומיות של מערכת העצבים, זה
15 כולל שינויים ב-MRI, בחולים אחרי פרכוס ובמיוחד בחולים אחרי
16 סטאטוס אפליפטיקוס והסיטואציה הזאת שחולה שמפרכס ואז
17 עושים לו MRI ורואים את השינוי הזה, ואנחנו אומרים – אני לא
18 יודע אם השינוי הזה הוא משני לפרכוס או שהוא הגורם לפרכוס"
19 (עמ' 162, ש' 19-6).

חוות דעת המומחים

חוות דעת פרופ' עמוס קורצ'ין

20
21 ד. 67. פרופ' קורצ'ין, מומחה בתחום הנורולוגיה, הגיש חוות דעת מטעם התובעים.

22
23 68. בחוות דעתו קבע המומחה, כי: "כבר בחדר מיון הומלץ לבצע בדיקת MRI מח,
24 הבדיקה המתבקשת במצב זה, אך הבדיקה לא בוצעה".

25
26 69. בהמשך חוות דעתו מציין המומחה את העובדות הבאות:

27
28 "באותו יום (15.2.06) נרשם על ידי שני רופאים, ד"ר שמואל
29 איגוס וד"ר נטליה גברילוב כי 'החולה זקוקה ל-MRI דחוף
30 במסגרת אבחון מצבה הנוכחי. ללא MRI לא ניתן כעת להתקדם
31
32



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 באבחנה. בהמשך היום בוצע MRI ראש (שעת הבדיקה לא נרשמה)
 2 שתוצאתו: 'הארכת זמני הרפיה סימטרית ללא צביעה בחלק
 3 מדיאלי קידמי של האונות הטמפורליות עם המשך תת אינוולרי.
 4 ללא עדות לדמם. אבחנה מבדלת בין תהליך נגיפי כגון הרפז,
 5 סטטוס אפליפטיקוס, תהליך פרה נאופלסטי, דרוש תיאום
 6 קליני".

7

8

ובהמשך:

9 "ביום 25.2.06 הוחל במתן טיפול בסטרואידים במינון גבוה
 10 (סולמדרול, 500 מ"ג לוריד) שהנו טיפול הבחירה במצב זה, טיפול
 11 שנמשך מאז מידי יום. ההתדרדרות נבלמה ומצבה של החולה
 12 השתפר מעט אך היא נותרה עם הפרעה קשה המתבטאת בירידה
 13 קוגניטיבית, התקפים אפילפטיים שכיחים והפרעה מוטורית עם
 14 קשיי הליכה".

15

16 70. במסגרת פרק "הדיון, הביע המומחה את דעתו באשר לטיפול הנדרש במצב זה,

17

כדלקמן:

18

19 "המדובר באישה אשר מתוך בריאות שלמה פיתחה התקפים
 20 אפילפטיים לראשונה בחייה בגיל 37. היא פונתה בבהילות לבית
 21 החולים שכן מצבה היה מצב חירום. הבירור הראשוני, שכלל
 22 בדיקות דם, LP ו-CT מח, בוצע כיאות, אולם לא העלה אבחנה.
 23 לפיכך, ולאור העובדה שמצבה הלך והתדרדר, היה צורך להמשיך
 24 בירור דחוף על ידי ביצוע בדיקת MRI שהנה כיום הבדיקה
 25 המקובלת והשגרתית בבירור סיבת התקפים אפילפטיים בחולים
 26 בגיל זה בהם בדיקת CT ראש לא גילתה הפרעה. וכן, פקודה
 27 לביצוע בדיקה זו ניתנה כבר עם קבלתה של גב' זר בחדר המיון
 28 ביום 10.2.06, והרופאים חזרו על פקודה זו לפחות חמש פעמים עד
 29 שבוצעה בפעול, רק ביום 15.2.06, כעבור 6 ימים".

30

31 71. המומחה מסביר בחוות דעתו את מהות מחלתה של התובעת, כדלקמן:

32



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 "דלקת מוח ליבמבית מסוג Hashimoto Encephalitis אשר
2 פגעה בגב' זר היא מחלה אוטואימונית, דהיינו בה מערכת החיסון
3 (המיועדת לתקוף מרכיבים זרים לגוף) תוקפת את הגוף עצמו.
4 מחלות אוטואימוניות שונות פוגעות במרכיבי גוף נפרדים, אך
5 ישנם מספר מצבים בהם הפגיעה היא במערכת הלימבית במוח,
6 חלק גדול מהפרעות אלו מתבטאות בהתקפים אפילפטיים,
7 ובתמונה אופיינית ב-MRI וכך גם במקרה של גב' זר".

8
9 72. עמדתו של המומחה היא כי הצוות הרפואי לא נקט בכל דרכי הטיפול המתחייבות
10 והנדרשות לאור מצבה הרפואי של התובעת, ולאור תוצאות הבדיקות הנוספות שבוצעו,
11 וזאת כדבריו:

12 "כעולה מהתיעוד הרפואי הייתה בתחילה אבחנה מבדלת בין
13 תהליך נגיפי, או תהליך פרה נאופלסטי. הצוות הרפואי היה חייב
14 להמשיך בירור מיידי בקשר לכל אחת מהאבחנות. באשר לתהליך
15 פרה נאופלסטי – בוצע לגב' זר CT לכל הגוף ותהליך זה נשלל. גם
16 החשד לגבי תהליך נגיפי נשלל ב-13.2.06, מספר שעות לאחר
17 שנשלחו הבדיקות למעבדה. במצב כזה, לאור כשלון הטיפול
18 התרופתי ולאור ההחמרה המתמדת במצב הרפואי של גב' זר,
19 הייתה חובה קודם כל לתת טיפול מיידי שיכול לתת מענה גם
20 לדלקת מוח לימבית, הנכללת באחת מהאבחנות המבדלות שנמצאו
21 בבדיקת ה-MRI וזאת במטרה למנוע המשך התדרדרות במצבה של
22 גב' זר. במקביל היה מקום לחשוד כי מדובר בדלקת מוח לימבית
23 ולבצע בדיקת דם מתאימה לנוגדנים אשר יכולה הייתה לתת
24 אבחנה ברורה וחד משמעית של דלקת מוח מסוג השימוטו".

25
26 73. המומחה מפרט בחוות דעתו מהם הטיפולים שניתנים כדי להתגבר על המחלה בה
27 לקתה התובעת, שהם:

28
29 "קיימים טיפולים שונים במחלה זו הכוללים פלסמה פריזיס
30 (פרוצדורה של החלפת הדם בגוף), סטרואידים ו-IVIG. לכל אלה
31 השפעה דומה וניתן לטפל בכל אחד מהם. כאמור, חשוב לקבל את
32 ההחלטה במהירות מירבית כדי למנוע נזק מוחי. הצוות הרפואי



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 העלה מספר פעמים את האפשרות לטפל בגב' זר על ידי
2 סטרואידיים או על ידי פלסמה פרזיס, שניהם טיפולים מתאימים
3 למחלתה של הגב' זר, אולם למרבה הצער הטיפול בסטרואידיים
4 הוחל רק ב-25.2.06, עשרה ימים לאחר ביצוע בדיקת MRI
5 ושבוועיים לאחר אשפוזיה".

6
7 74. מכאן עולה מחוות דעתו של פרופ' קורצ'ין, כי הצוות הרפואי התרשל בכך שלא שקל
8 את העובדה שהתובעת סובלת מדלקת מוח לימבית, לא ביצע מייד בדיקת MRI ואיחר במתן
9 הטיפול התרופתי.

10
11 75. המומחה סבור, כי עקב כך התדרדר מצבה של התובעת, היא נפגעה ונותרה כך.
12 המומחה סבור עוד, כי אילו ניתן הטיפול במועד הייתה נמנעת נכותה של התובעת.

13 חקירתו הנגדית של פרופ' קורצ'ין

14
15 76. בחקירתו הנגדית נחקר פרופ' קורצ'ין על מגוון נושאים המתייחסים לחוות דעתו
16 ולמחלוקת בין הצדדים.

17
18 77. להלן אתייחס לעמדותיו כפי שעלו מהחקירה הנגדית, ככל שהדבר נוגע למחלוקות
19 שבין הצדדים.

20 א. נדירות המחלה והידע הרפואי נכון למועד האירועים – שנת 2006:

21 1. פרופ' קורצ'ין נשאל באשר לאופי המחלה והידוע עליה, ותשובתו
22 הייתה כדלקמן:

23
24 "המחלה הזאת היא מחלה שאנחנו לומדים להכיר אותה, זו מחלה
25 שלא אני ולא פרופ' בן חור, אני חושב, למדנו עליה בבית הספר
26 לרפואה. מחלה שאנחנו לומדים להכיר אותה, היא מחלה לא מאוד
27 שכיחה ויש לה מגוון של ביטויים. חלק מהביטויים הם תופעות
28 נפשיות, חלק מהחולים מגיעים קודם כל לפסיכיאטר. חולים
29 אחרים מגיעים, כמו המקרה של גב' זר, מקרה דחוף מאוד לחדר
30 המיון עם התקפים אפילפטיים, עם חום גבוה. יש מגוון גדול של
31 ביטויים קליניים למחלה הזו.... יכול להיות מקרים שזה כך, אבל
32 יש מיעוט גדול, משמעותי, של אנשים שבהם ההופעה היא בדיוק
33



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 כזאת. זה לא מקרה יוצא דופן, שבו חולה מגיע לחדר המיון עם
2 התקפים אפילפטיים ועם חום גבוה" (עמ' 8, ש' 9-16).
- 3
- 4 2. המומחה סבר, כי קיים מיעוט גדול של חולים שהמחלה מופיעה
5 אצלם עם התסמינים שהיו אצל התובעת והם מגיעים לחדר המיון עם
6 התקפים אפילפטיים וחום גבוה (עמ' 8, ש' 19-24). שכיחות המחלה היא
7 $2/100,000$ (עמ' 9; עמ' 14, ש' 16-27).
- 8
- 9 3. עוד תיאר המומחה את מהות המחלה והאבחון שנעשה לראשונה
10 כדלקמן:
- 11
- 12 "פגיעה חיסונית במערכת הלימבית. הסיבות הן סיבות שונות וגם
13 היום אנחנו איננו יודעים את כולן. הפעם הראשונה שתוארה
14 פגיעה של מערכת החיסון במערכת הלימבית היתה מקרה של
15 השימוטו אנצפליטיסי, על ידי פרופ' בריין בשנת 1960, עוד לפני
16 שלמדתי נוירולוגיה... גם צריך להגיד, כשאנחנו מדברים על
17 לימביק אנצפליטיס, בכל החולים, הפגיעה איננה מוגבלת במוח
18 רק לאזור הלימבי. הפגיעה היא הרבה יותר נרחבת. נכון שהביטוי
19 העיקרי, וזה מה שנותן את השם, זה הביטוי, הפגיעה במערכת
20 הלימבית... נכון שהתמונה משתנה במשך הזמן, אבל מבחינה
21 מעשית, זה לא משנה. אנחנו צריכים לדעת שמדובר בפגיעה
22 במערכת הלימבית, אנחנו צריכים לדעת, לקחת בחשבון את
23 האפשרות שהפגיעה במערכת הלימבית נגרמת על ידי מערכת
24 החיסון ואחר כך, באיך זיל גמור, ואז לך ותבדוק האם זה על ידי
25 סרטן שקיים באיזה שהוא מקום בגוף שאפשר לטפל בו, או על ידי
26 נוגדנים לתאיירואיד, כמו במקרה הזה, או בדלקת של מערכת, של
27 מערכת העצבים, באזור המסוים הזה, שנגרם על ידי תהליכים
28 אוטואימוניים... נכון שהפגיעה בתעלות האשלגן הייתה אחת
29 המטרות הראשונות שנמצאו, אינני יודע להגיד עכשיו מזכרוני מי
30 הייתה הראשונה ומי הייתה השנייה... של פגיעה באזורים שאתה
31 תיארתי, אבל מאוד ספציפיים, שרואים אותם, כמעט אין אבחנה
32 מבדלת... כפי שאמרתי כבר קודם, במחלוקת האוטואימוניות



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 האלה לסוגיהן, יש פגיעות הרבה יותר נרחבות במצב הזה של
 2 השימוטו אנצפלופטיה או אנצפליטיסי. יכולות להיות פגיעות
 3 במערכות שונות. יכולות להיות פגיעה לפעמים במוח הקטן,
 4 לפעמים באזורים אחרים של המוח ולפעמים במערכת הלימבית
 5 ותפקידנו, בתור רופאים, כאשר רואים חולה שיש לו פגיעה
 6 במערכת הלימבית, לדעת שמדובר בלימביק אנצפליטיסי, וכל
 7 השאר אחר כך, האם זה על ידי נוגדנים מס' א' או מדרגה ב', או
 8 בקבוצה ג', זה משני ולא חשוב וזה לוקח הרבה זמן לדעת את
 9 הדברים האלה וזה לא משנה לגבי המצב האקוטי של החולה
 10 שנמצא לפנינו ברגע האמת" (עמ' 10, ש' 19-22; עמ' 11 ש' 1-3, 7-
 11 16 ו-25-26; עמ' 12 ש' 3-4, ש' 16-8).

12
 13 4. המחלה גורמת לפגיעה באזור הלימבלי במוח, אך לא רק בו, אלא
 14 שהפגיעה באזור זה של המוח גורמת לביטוי העיקרי למחלה. הפגיעה נגרמת
 15 עקב כשל במערכת החיסון שיכול להיגרם עקב סרטן מסוג כלשהו, נוגדנים
 16 לבלוטת התריס, או נוגדנים לתעלות האשלגן. אחת האפשרויות הראשונות
 17 שנבחנו היו גידולים סרטניים, או תעלות האשלגן (עמ' 11 לפרוטי).
 18

ב. המחלה ממנה סבלה התובעת ואופן אבחונה:

19
 20 1. לדעתו של המומחה, אין כלל מחלוקת כי התובעת סבלה ממחלה
 21 אוטואימונית וכי ניתן היה לאבחון זאת אילו הייתה מבוצעת בדיקת MRI
 22 בהקדם, היינו עוד בחדר המיון או בסמוך מאוד לכך.
 23

24 2. המומחה עמד על הצורך הדחוף בביצוע מכלול הבדיקות, כולל MRI
 25 עקב מצבה החריף וזאת כדבריו (עמ' 12, ש' 22-29).
 26

27 3. המומחה חזר והדגיש, כי המחלה, ובתוכה התסמונת ממנה סבלה
 28 התובעת, מגיבה באופן מיידי לסטרואידים (עמ' 13, ש' 7-13).
 29

ג. האבחון והטיפול הסבירים

30
 31 1. בהקשר זה אישר המומחה שברוב המקרים של התקפים אפילפטיים
 32 ראשוניים המלווים בחום גבוה, הינם על רקע זיהום ויראלי או חיידקי של
 33 המוח או משניים למחלת חום סיסטמית, וכי קיים טיפול יעיל למצבים אלה.



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 התובעת אכן קיבלה טיפול שכזה והדבר היה נכון לעשות במועד בו ניתן
2 הטיפול (עמ' 16 לפרוט').
- 3
- 4 2. המומחה הסביר, כי נעשו הבדיקות המתאימות לברר אפשרות של
5 "הרפס אנצפליטיסי" שהוא אכן האפשרות הסבירה כגורם למצבה של
6 התובעת, אולם הבדיקות לימדו לשיטתו, כי יש לשלול אבחנה זו, ומכל מקום
7 ראוי לשקול אבחנות נוספות באופן מיידי.
- 8
- 9 3. הבדיקות שבוצעו הן:
- 10 א. בדיקת נוזל השדרה – לא נמצאו תאים.
- 11 ב. CT מוח – לא היו ממצאים.
- 12 ג. בדיקת EEG – לא היו ממצאים של פגיעה מוקדית באונות
13 הרקה (עמ' 16 לפרוט').
- 14
- 15 4. המומחה סבר כי לאחר ששלוש בדיקות אלה עמדו לפני הצוות
16 הרפואי, הייתה אמורה לעלות האבחנה המבדלת של לימביק אנצפליטיסי
17 והיה חייב להתבצע MRI באופן מיידי.
- 18
- 19 5. המומחה התייחס גם לבדיקה נוספת שנועדה לבחון פגיעה ויראלית
20 אלא שגם כאן הבהיר שהבדיקה נלקחה באיחור לאחר שהבדיקה הראשונה
21 לא הגיעה כלל למעבדה, ושוב התוצאה התעכבה שלא לצורך (עמ' 18, ש' 1-
22 12; עמ' 30, ש' 25-28).
- 23
- 24 6. המומחה הבהיר, כי תנאי הכרחי לאבחון הרפס אנצפליטיסי הוא
25 מציאת תאים בנוזל השדרה. העובדה שלא נמצאו תאים שללה באופן וודאי
26 אבחנה זו, למעט מקרים נדירים שתוארו, במצבים של דלקת לימבית, דלקת
27 אוטואימונית בדרך כלל לא יהיו בתאים נוזל עמוד השדרה. מכאן לטעמו,
28 העובדה שלא נמצאו תאים הייתה חייבת להדליק "נורה אדומה" אצל
29 הרופאים ולהעלות את האפשרות של דלקת לימבית לרמה גבוהה. לדעת
30 המומחה, העובדה שלא נמצאו תאים בבדיקה הייתה צריכה להגביר אצל
31 הרופאים המטפלים את הצורך לפנות לכיוונים אחרים ולבדוק את האפשרות
32 לכך שהתובעת סובלת מדלקת לימבית (עמ' 18-19 לפרוט'; עמ' 20, ש' 19-



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 .28. לפיכך סבר המומחה, כי הצורך בבדיקת MRI התחזק מאוד לאחר קבלת
2 תוצאות הבדיקות האחרות ששללו "הרפס אנצפליטיס" ברמת וודאות גבוהה
3 (עמ' 21, ש' 2-5, ש' 15-17, ש' 25-26).
4
5 7. המומחה הופנה לעובדה כי רמת הפרוכוסים פחתה או הופסקה.
6 לטעמו, הדבר לא העיד כלל על כך שהטיפול שניתן מנע את המחלה עצמה,
7 אלא ניתן טיפול למניעת הפרוכוסים שצלח. לפיכך סבר, כי הייתה זו טעות
8 לחשוב שעצם הירידה ברמת הפרוכוסים או תדירותם, גרמה להבראה (עמ'
9 23, ש' 25-28; עמ' 30, ש' 4-10).
10
11 8. לטעמו של המומחה, אילו נעשתה בדיקת ה-MRI, ביום הראשון, כל
12 הצורך בבדיקות נוספות והשערות שונות היה מתייטר, שכן המחלה הייתה
13 מתגלה מייד (עמ' 24, ש' 13).
14
15 9. המומחה חזר והבהיר, התובעת הייתה במצב חריף, אקוטי, ולכן
16 נדרשו פעולות מהירות ואין להשוות את עניינה למקרים של חולים, אחריהם
17 נערך מעקב ממושך, או מקרים של חולים שאובחנו לאחר חודשים ארוכים
18 שעה שלא סבלו מתסמונת חריפה ממנה סבלה התובעת (עמ' 24, ש' 21-26).
19 כך גם התייחס למאמרים אליהם הופנה, אשר סקרו מקרים שונים של
20 חולים ספציפיים והבהיר כי שם היה מדובר בנסיבות שונות, שאינן דומות
21 לנסיבותיה של התובעת.
22
23 10. המומחה חזר ועמד על דעתו, כי הייתה חובה במצב הדברים לבצע
24 את בדיקת ה-MRI באופן מיידי (עמ' 25, ש' 4-13). לטעמו, גם אם התובעת
25 פרכסה, או הייתה באי שקט, ניתן היה ליתן חומרי הרגעה, ולהזמין מרדים
26 לבדיקה. אמנם היה ניסיון לבצע את הבדיקה ביום 13.2.06, ללא מרדים, אך
27 הניסיון כשל. גם כאן מצביע המומחה על כך שאין רישום מפורט מדוע
28 הבדיקה נכשלה, מי קבע זאת וכדומה. אולם עובדה היא כי ביום 15.2.06
29 בוצעה הבדיקה בסיוע רופא מרדים. תוהו המומחה מדוע היה מקום להמתין
30 חמישה ימים, ולא לבצע מיידי את הבדיקה כפי שנרשם עם קבלת התובעת
31 לחדר המיון על ידי ד"ר איגוס שהיה הרופא הנורולוגי שבדק את התובעת



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 (עמ' 26, ש' 18-20; עמ' 27, ש' 22-24; עמ' 27; ש' 28; עמ' 36, ש' 23-26; עמ' 2
2 37, ש' 12-14; עמ' 38, ש' 4-10).
- 3
- 4 11. המומחה שב והדגיש, כי מהרישומים שנעשו בחדר המיון עולה באופן
5 ברור וחד משמעי, כי הרופא שבדק את התובעת סבר כי בין הבדיקות יש
6 צורך מיידי בביצוע MRI כחלק מהבדיקות שנועדו לאבחן את מצבה של
7 התובעת ולקבוע ממה היא סובלת והיכן תאושפז. מלים אחרות, בדיקת ה-
8 MRI אינה חלק מתוכנית טיפולים עתידית אלא מטרתה הייתה לקבל
9 תוצאה מיידי (עמ' 28, ש' 5-11; ההדגשה שלי – כ.מ).
- 10
- 11 12. בהמשך עדותו של המומחה את האפשרות שמצבה של התובעת
12 נגרם לה מהרעלה כלשהי, מה גם שלא בוצעו בדיקות כלשהן לבחינת הנחה זו
13 (עמ' 31, ש' 21-22).
- 14
- 15 13. המומחה הסכים כי ברוב המקרים של לימביק אנצפליטיס התמונה
16 הקלינית שונה מזו של התובעת, אך יחד עם זאת לטעמו, אין זו השאלה
17 במקרה זה, השאלה הנכונה היא, אם האבחנה הראשונה נשללת, וכי יתכן
18 שהתובעת סובלת מלימביק אנצפליטיס שכן יש גם חולים הסובלים ממחלה
19 זו, עם אותה קליניקה כשל התובעת, היה נכון לשקול אפשרות זו ולבצע את
20 הבדיקות הנדרשות, כולל בדיקת MRI (עמ' 32, ש' 4).
- 21
- 22 14. המומחה שב והבהיר כי חלק קטן מהחולים שמגיעים עם התמונה
23 הקלינית כמו זו של התובעת סובלים מלימביק אנצפליטיס, כאשר תסמונת
24 ההשימוטו הוא חלק מתוך אלה שסובלים מלימביק אנצפליטיס. לפיכך, אם
25 ההבחנה הראשונית נשללת, יש לאמת או לשלול אבחנה של לימביק
26 אנצפליטיס. כך גם עולה מהספרות הרפואית והמאמרים אליהם הופנה
27 המומחה במהלך חקירתו, לדבריו (עמ' 34-35).
- 28
- 29 15. המומחה נחקר באשר לחום ולרמת ה-GPK הגבוהה שנמצאה אצל
30 התובעת, שלטענת התובעת לימד על מחלת שרירים, או פגיעה בשרירים.
31 המומחה סבר, כי מדובר בתופעה שנגרמה עקב ההתקפים האפילפטיים מהם
32 סבלה התובעת ומדובר בתופעה ידועה (עמ' 42-43).
- 33



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

16. עוד תהה המומחה, מדוע ב-14.2.06 נרשם שלמחרת יישקלו טיפול
בסטרואידים, מדוע לא החל הטיפול מייד לאחר שהבדיקות לימדו שככל
הנראה לא מדובר בהרפס אנצפליטיס (עמ' 45 לפרוט'; ההדגשה שלי – כ.מ.).
המומחה תוהה מדוע המתין הצוות הרפואי ולמה חיכה שיקרה (עמ' 45
לפרוט').
המומחה סבר כי הפרקטיקה הנכונה היא התחלת טיפול בסטרואידים לאחר
שהאבחנה הראשונה נשללה ופרקטיקה אחרת פשוט אינה נכונה (עמ' 51, ש'
6-15). כמו כן, הפנה בהקשר זה לספרות הרפואית בדבר הטיפול הראשוני,
היינו מתן סטרואידים ואילו חיפוש הנוגדנים שגורמים למחלה יבוא רק
בשלב הבא (עמ' 12, ש' 20-24; עמ' 54, ש' 8-14; עמ' 62, ש' 16-21; עמ' 65,
ש' 19-26; עמ' 66, ש' 2-10).
17. עוד נשאל המומחה על האפשרות כי אילו הייתה מתבצעת בדיקת
MRI בשלב מוקדם יותר לא היה נצפה ממצא כלשהו, המומחה שלל
אפשרות זו הן לאור הסתמנות המחלה והן לאור העובדה שמדובר בשאלה
שמעלה אפשרות שלא נבדקה, שכן הבדיקה לא נעשתה במועד (עמ' 66, ש'
15; עמ' 67, ש' 15; עמ' 68, ש' 18-26).
18. המומחה חזר והדגיש, כי גם בשנת 2006, כאשר היו מאבחנים
לימביק אנצפליטיס, היו מתחילים מייד בטיפול בסטרואידים ורק לאחר מכן
מחפשים את הסיבה לכך (עמ' 69, ש' 27 עד עמ' 70, ש' 6). הוא חזר והדגיש,
כי הצורך בטיפול המייד נבע ממצבה הקשה של התובעת בעת שהגיעה לחדר
המיון (עמ' 70, ש' 15 עד עמ' 71, ש' 4).
19. המומחה הסביר את עמדתו, לפיה גם אם יש חשש לגידולים
סרטניים, הרי שתחילה, יש ליתן טיפול בסטרואידים זאת לאור מצבה של
התובעת, ולא להמתין. לבדוק קיום גידול סרטני בהמשך (עמ' 71 לפרוט'). כך
גם כאשר נשאל באשר לאפשרות שהתובעת סבלה מלימפומה, השיב כי
הפתרון היה בדיקת MRI (עמ' 72, ש' 26-29). אמנם לימפומה שוללת מתן
סטרואידים אך כדי לאמת או לשלול לימפומה היה צורך בבדיקת MRI (עמ'
73, ש' 25-29).



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 20. המומחה הבהיר, כי הצורך במתן סטרואידים התחזק לאחר תוצאות
2 בדיקת ה-MRI. לכן תמה המומחה מדוע המתינו עם מתן הסטרואידים עד
3 ליום 26.2.06. לטעמו, העובדה שבמועד זה נמצא שהתובעת סובלת
4 מתסמונת השימוטו, היינו נוגדנים לבלוטת התריס, לא הצדיקה המתנה, שכן
5 מייד לאחר בדיקת ה-MRI כאשר הסתבר שהתובעת סובלת מלימפיק
6 אנצפליטיס היה צורך במתן הסטרואידים (עמ' 76 לפרוט').
7
8 21. לדעת המומחה, אילו ניתן הטיפול במועד, היה סיכוי גדול לכך
9 שהתובעת הייתה מחלימה, שהרי למעשה התובעת הבריאה ממחלתה. אי
10 מתן הטיפול במועד הותיר נכות אצל התובעת (עמ' 81, ש' 24-29).
11
12 22. בהמשך חקירתו נשאל המומחה לגבי מאמרים רפואיים שהוצגו לו.
13 המומחה חזר והבהיר, כי המאמרים אליהם הופנה עוסקים בחולים
14 ספציפיים והטיפול שקיבלו הם מקרים שונים לחלוטין מהתובעת שהייתה
15 במצב קשה שהצריך טיפול מיידי. הדבר נכון לטעמו של המומחה הן באשר
16 למהירות האבחון והן באשר למהירות מתן הטיפול (ראה, למשל, דברי
17 המומחה בעמ' 97, ש' 15-29; עמ' 99, ש' 28 עד עמ' 100, ש' 6; עמ' 102, ש' 26
18 עד עמ' 103, ש' 4).
19
20 23. בחקירתו החוזרת הסביר המומחה שגם אם התעורר חשד
21 לוסקוליטיס, היינו, דלקת של כלי הדם של המוח, הטיפול הראשוני זה, היינו
22 מתן סטרואידים (עמ' 111, ש' 11-12).
23
24 24. בחקירתו החוזרת הופנה המומחה לרישום הרפואי שנעשה ב"ביקור
25 הגדול", היינו בהשתתפות בכירי המחלקה, יום לאחר קבלת תוצאות ה-MRI.
26 ראוי להביא בעניין זה את תשובת המומחה במלואה:
27
28 **"יש אזכור של ההתקפים והצורך בטיפול אגרסיבי בהתקפים**
29 **שאני מסכים בהחלט. יש אבחנה של הפגיעה בשרירים, שכתוב**
30 **שהיא לא מוסברת והסיבה שלא לא מוסברת ואני אמרתי שלפי**
31 **דעתי היא ברורה מאוד, יש אפשרות אחת של תסמונת NMS,**
32 **שזה תסמונת שמופיעה לחולים שמקבלים תרופות מקבוצה**



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 מסוימת, שהיא לא קיבלה. אז יכול להיות שזה קיים אצלה ונתנו
2 לה אחר-כך גם טיפול או רצו לתת לה טיפול כאילו שהיא כן
3 קיבלה, שזה בכדור שנקרא ברומוקרפטין שממש לא במקום וכתוב
4 פה. ואפשרות אחרת של מחלת חום ויראלית, אז עוד פעם אני
5 אמרתי שהדבר הזה הם נכנסו לתוך המעגל, מה שדובר עד עכשיו
6 זה האנצפליטיס והשרירים, זה דברים משניים. אבל לגבי המחלה
7 בעצמה, מחלת חום ויראלית וזהו, ומחלת חום ויראלית כבר
8 אמרתי שנכנסו, מסכים, באמת חבל נכנסו לתוך הקונצפט
9 המוטעה הזה וזהו זה. כתוב שמחלת חום ויראלית לא סביר, אבל
10 נכון שזה לא סביר. אבל דבר סביר לא התייחסו אליו, זה דבר
11 שיכול להיות בסבירות גבוהה או יותר נמוכה, אבל שחייבים
12 לחשוב, הדבר הזה לא מוזכר בכלל וממצאי ה-MRI גם כן לא" (עמ' 112,
13 112, ש' 22 עד עמ' 113, ש' 12).

14

15

חוות דעתו של פרופ' מרדכי רביד

16 78. בחוות דעתו של פרופ' רביד, מומחה לרופאה פנימית, שניתנה מטעם התובעת,
17 התייחס המומחה בתחילה לכך שהתובעת לא קיבלה בעת אשפוזה תרופות נוגדות קרישה.
18 לטעמו, מחדל זה גרם לתובעת לנזק בלתי הפיך עקב קריש שנוצר אצלה.

19

20

79. פרופ' רביד הסביר את חשיבות מתן התרופה כדלקמן:

21

22 "ה'מנוע' המזרים דם במעלה הוורידים, בחזרה אל הלב, הוא
23 תנועת שרירי הרגלים הלוחצים על דפנות הוורידים, והודות
24 למערכת שסתומים חד כיווניים, דוחפים את הדם לכיוון הלב.
25 בחולה השוכב במיטה השרירים רפים, זרימת הדם איטית. ככל
26 שהדם שוהה זמן רב יותר בוורידים ריכוז החמצן שבו יורד וגוברת
27 הנטיה לקרישה. לכן בחולים המבלים זמן רב במיטה או בחולים
28 לאחר ניתוחים מתרחשת תדיר תרומבוזיס (דלקת בדופן
29 הוורידים), קרישי הדם חוסמים את הווריד וגורמים כאבים
30 ובצדק. לעתים הם ניתקים מדופן הווריד, נודדים עם זרם הדם
31 דרך הלב הימני ואל הריאות וגורמים שם לחסימה של עורקי
32 הריאות, מצב הנקרא תסחיף ריאות. ההסתמנות הקלינית היא



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 כאבים בחזה, קוצר נשימה, גניחת דם ולעתים הפרעות קצב ומוות
2 פתאומי. תופעה זו אחראית ל-10% מכלל מקרי המוות בבתי
3 החולים. כיוון שחלק ניכר מתסחיפי הריאות אינם מאובחנים
4 השכיחות האמיתית אינה ידועה. שיעור ההיארעות המוערך בכלל
5 החולים המאושפזים הוא כאחוז אחד. תהליכים ורידיים
6 תרומבוטיים מתרחשים ב-30%-10% מכלל החולים שבסיכון
7 (רתוקים למיטה או לאחר ניתוח). מכאן הכלל לתת טיפול נוגד
8 קרישה מניעתי לכל חולה שבסיכון".
- 9
- 10 80. באשר לאי מתן התרופה נוגדת קרישה מציין פרופ' רביד כדלקמן:
- 11
- 12 "סקירה מדויקת וחוזרת של דפי גיליונות האשפוז אינה מגלה
13 רישום בדבר טיפול נוגד קרישה בקלקסון או בכל תרופה אחרת.
14 אין רישום של פקודת רופא לעניין זה ואין רישום בגיליונות
15 הסיעוד. הרופא רשם שהטיפול נתן כי לא העלה בדעתו שיתכן
16 אחרת. לאחר שהחולה חזרה לאישפוז בעקבות התרומבוזיס
17 הוורידית אכן ניתן לראשונה, ונרשם בגיליון טיפול בקלקסון. אין
18 ספק שלו אכן ניתן טיפול מניעתי כמקובל היה סיכוי, בסבירות
19 גבוהה ביותר, למנוע את התרומבוזיס בווריד רגל שמאל".
- 20
- 21 81. באשר לטיפול באמצעפליטיס, סבור המומחה, כמי שמומחה ברפואה פנימית, ועמד
22 בראש מחלקה, כדלקמן:
- 23
- 24 "לו החולה אושפז במחלקה פנימית, לאור התמונה הקלינית
25 (חום ופרכוסים) ה-EEG (שכיוון לנזק דיפוזי), הממצא השלילי
26 הראשוני ב-CT (העדר דמם, גידול או מורסה) והעדר תאים בנוזל
27 השדרה (שלילת דלקת חיידקית או ויראלית) הרי האבחנה של
28 אנצפליטיס משנית למחלה חיסונית (ווסקוליטיס) הייתה נרשמת
29 מיד בראש רשימת האבחנות המבדלות. טיפול במינון גבוה של
30 סטרואידים היה ניתן, יתכן יחד עם טיפול להרפס (אציקלוויר) עד
31 לקבלת התוצאות השליליות של הסרולוגיה וה-PCR לוורוס,
32 החולה הייתה מבריאה תוך מספר ימים".



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1
2 82. באשר לסיכון שבטיפול בסטרואידים ללא אבחנה מדויקת, סבור המומחה, כי מדובר
3 בסיכון נמוך ביותר, ולדעתו הימנעות ממתן סטרואידים כדי להגיע לאבחנה מדויקת פגעה
4 בטובת החולה.
5
6 83. באשר לאפשרות שטיפול מוקדם בסטרואידים היה ממסך אבחנה מדויקת מסביר
7 המומחה, כי:
8 "טיפול בסטרואידים בשלב מוקדם היה אולי ממסך את האבחנה
9 של אנצפליטיס מהשימוטו, אולם בדיקות התירואיד המראות תת
10 פעילות היו מכתובות ממילא טיפול הורמונלי תחליפי. גם כיום,
11 בדיעבד, אין בטחון שהאנצפליטיס אכן הייתה סיבוך של דלקת
12 בלוטת התריס ע"ש השימוטו. הספק באבחנה נדירה זו מוצא
13 ביטוי בסיכום המחלה של מחלקת השיקום בהדסה הר הצופים
14 הנושא כותרת לו מחייבת של Steroid responsive
15 "encephalitis".
16
17 84. המומחה סבור כי אנצפליטיס על שם השימוטו היא מחלה נדירה, והיא מתגלית רק
18 בדיעבד.
19
20 85. לטעמו של המומחה, תוצאת הבדיקות חייבה מתן סטרואידים מהשיקולים הבאים:
21
22 "במקרה זה האבחנה תיתכן אך ויתור על ההתעקשות להגיע
23 לאבחנה מדויקת וחשיבה קלינית פשוטה על טובת החולה וקשת
24 הטיפולים האפשרית הייתה מביאה את הרופאים לידי החלטה על
25 מתן סטרואידים מייד לאחר קבלת תוצאות בדיקת המוח ב-CT,
26 אשר שללה גידול, דמם או מורסה והדיקור המותני הראשון ולכל
27 המאוחר לאחר הדיקור השני שגם בו לא נמצאו תאים בנוזל
28 השדרה ובכך נשללו, הלכה למעשה, כל האבחנות של דלקת מוח
29 זיהומית, חידקית או וויראלית, ואז, לכל קשת האבחנות
30 האפשרית, סטרואידים הם טיפול הבחירה הראשון. טיפול
31 מוקדם היה מביא לקיצור ניכר בתקופת המחלה ויכול, בסבירות
32 גבוהה, למנוע את הנזק הקבוע למוח".



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1

2

חקירתו הנגדית של פרופ' רביד

3

86. העד הבהיר בחקירתו, כי הוא בעל ניסיון במקרים דומים, שכן בהיותו מנהל מחלקה

4

פנימית בבית החולים "מאיר" בכפר סבא, חולים כמו התובעת היו מאושפזים במחלקה

5

הפנימית.

6

7

87. לטעמו של המומחה, הטיפול הנכון במצבה של התובעת היה כדלקמן:

8

9

"לגב' זר הייתה תמונה קלינית שכללה חום, ערפול הכרה

10

והתכווצויות. חולה בתמונה כזאת שמגיע לחדר מיון, עושים CT,

11

רואים שאין גידול, אין דימום ואין לחץ תוך גולגולתי מוגבר ואז

12

עושים LP, דיקור מותני. ואם ה-CT איננו מראה גידול או דמם

13

וה-LP איננו מראה תאים, החולה מקבל סטרואידים וזה קורה

14

במיון" (עמ' 117 לפרוט' מיום 6.2.14, ש' 18-22).

15

16

88. המומחה אישר שהמכניזם של מחלת השימוטו אנצפלופטיה אינו ידוע. יחד עם זאת,

17

עמדתו היא כי כלל לא ברור עד היום שהתובעת סבלה ממחלה זו.

18

19

89. באשר לאבחנות השכיחות למחלה במצבה של התובעת, קובע המומחה:

20

21

"יש מספר קבוצות. אחת היא אנצפליטיס ויראלית, אחת היא

22

דמם מוחי, לעתים גידול ולעתים מחלות חיסוניות או וסקוליטיס

23

או סוגים אחרים של אנצפליטיס" (עמ' 119, ש' 1-3).

24

25

העד מוסיף כי ומסביר מהם התסמינים של וסקוליטיס מוחית:

26

27

"התסמינים של וסקוליטיס מוחית הם בדרך כלל פרכוסים,

28

לעתים כאבי ראש קשים, לעתים הפרעות ראייה, לעתים שינויים

29

במצב הכרה" (עמ' 120, ש' 15-17).

30



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 90. לגבי נוזל השדרה מבהיר המומחה, כי במחלה אוטואימונית של המוח יהיו מעט
2 מאוד תאים בנוזל השדרה, אוכלוסיית התאים שונה כאשר מדובר במחלה זיהומית של
3 המוח (עמ' 121, ש' 5-1).
- 4 91. באשר לאפשרות שהתובעת סבלה מוסקוליטיס לימבית, מבהיר המומחה כי מחלה זו
5 מלווה בחוס ברוב המקרים, ויהיו תאים בודדים בנוזל עמוד השדרה, הרבה פחות מאשר
6 במקרה של דלקת ויראלית או חיידקית (עמ' 121). המומחה סבור, כי אם התובעת סבלה
7 מדלקת זיהומית, יכול להיות שבדיקור הראשון לא ימצאו תאים בנוזל עמוד השדרה (עמ'
8 121, ש' 9-8).
- 9
- 10 92. המומחה סבור, כי הטיפול לוסקוליטיס הוא מתן סטרואידים, ולעתים נדירות יש
11 צורך בטיפול נוספים כמו פלסמה פריזיס או אימונוגלובולינים (עמ' 122, ש' 3-1).
- 12
- 13 93. המומחה סבור, כי היה ראוי לתת אציקלוויר כטיפול להרפס אפשרי, אך היה צריך
14 להתחיל מייד במתן סטרואידים (עמ' 122, ש' 12-10). לדעתו, הרופאים הפנימאים הם אלה
15 שבדרך כלל נותנים את הסטרואידים (שם, ש' 15). לדעת המומחה, אם נוזל עמד השדרה נקי,
16 יש להתחיל מייד במתן סטרואידים כאשר התשובה לדיקור הראשון מתקבלת תוך 48 שעות
17 (עמ' 122, ש' 24-23). לדעתו של המומחה, גם אם יתכן שקיימת דלקת ויראלית או וירוס שלא
18 אובחן, יש להתחיל במתן סטרואידים, שיכול להביא תועלת (עמ' 123, ש' 3-1). לטעמו,
19 התועלת עולה על הסיכון, במיוחד בחולים חריפים. מדובר בידע רפואי של 20 שנה. מדובר
20 בטיפול חריף ליומיים-שלושה והסיכון לתוצאות לוואי נמוך (עמ' 123).
- 21
- 22 94. לדעת המומחה, טיפול בסטרואידים למשך מספר ימים לא יגרום לשינוי המלחים
23 בדם, אולם נושא זה נמצא תחת ניטור. לגבי כיב קיבה, בדרך כלל לא נגרם סיבוך שכזה עקב
24 מתן סטרואידים, וגם אם ניתן הטיפול קל, והדבר זניח לעומת מצבו הקשה של החולה.
25 לדעת המומחה, סטרואידים יכולים לגרום לדיכוי המערכת החיסונית, אולם אין לזה כל
26 משמעות קלינית בטווח הקצר (עמ' 124, ש' 15-1).
- 27
- 28 95. המומחה הבהיר, כי אינו בטוח כלל שהתובעת סבלה מהשימוטו אנצפלופטיה שכן ל-
29 5%-7% מהאוכלוסייה נוגדנים לבלוטת התריס. יחד עם זאת, לדעת המומחה, לאחר
30 שנשללה מחלה זיהומית, גידול ודמם, הייתה התובעת צריכה לקבל מייד סטרואידים (עמ'
31 124-125). עוד סבור המומחה, שהתובעת סבלה מוסקוליטיס ואין כל הוכחה שלתובעת
32 הייתה השימוטו אנצפלופטיה, שכן לדעתו:



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

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

"וסקוליטיס זאת מחלת חום חריפה עם התכווצויות. השימוטו
אנצפליטיס זו מחלה כרונית, ללא חום, עם שינויים קוגניטיביים,
סיפור שונה לגמרי" (עמ' 127, ש' 16-17).

בהמשך הבהיר המומחה את דבריו:

"זאת מחלה דלקתית של כלי הדם של המוח, שכמובן רקמת המוח
שסביב כלי הדם נפגעת. אנחנו קוראים לה אוטואימונית, אנחנו
לא יודעים. השם הטוב ביותר למחלה הזאת זה מה שמחלקת
השיקום בהדסה הר הצופים נתנו לה, סטרואיד ריספונסיב
אנצפליטיס, שזה מגדיר את זה במדויק, זה אנצפליטיס וזה הגיב
טוב לסטרואידים" (עמ' 128, ש' 6-11).

96. המומחה הבהיר בסוף חקירתו כי לימביק אנצפליטיס הוא מונח קליני, הכולל בתוכו
מספר מחלות, דהיינו אין זו אבחנה שניתן להתקדם איתה. זהו מונח שנוצר כתוצאה
מקליניקה. הוא מונח הממקם שינויים באזור הלימבי במוח, שינויים שנראים ב-MRI (עמ'
129-130).

חוות דעת פרופ' יואב צ'פמן – מומחה בתחום הנורולוגיה מטעם הנתבעת

97. פרופ' צ'פמן ערך חוות דעת ביום 28.7.12, בה תיאר את הממצאים הרפואיים מהם
סבלה התובעת בימי האשפוז הראשונים, כדלקמן:

"לאחר כמה ימים של הרגשה רעה כללית, חום והקאות, פרכסה
במסגרת התקף אפילפטי כללי והבואה למיון הדסה עין כרם
בתאריך 10 לפברואר 2006. במהלך ימי האשפוז הראשונים היו
עליות וירידות במצבה שהבעיות העיקריות כללו חום גבוה,
שקיעה במצב הכרה, התכווצויות אפילפטיות כלליות וחלקיות,
הפרעה בתפקודי כבד, עליה באנזים CPK כביטוי להרס שריר
ורמות נמוכות של אשלגן בדם. עקב המצב הסוער שלא הגיב
בצורה טובה לתרופה כנגד אפילפסיה הועברה לטיפול נמרץ כללי
שם יוצבה על ידי הנשמה ותרופות. לקראת תאריך 19 לפברואר



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 מצבה השתפר, היא חזרה לנשום בכוחות עצמה והוחזרה להמשך
2 טיפול בנוירולוגיה. בשלב זה נעשה שוב דיון לגבי האפשרויות
3 האבחנתיות והטיפוליות ובגלל החוס, השיפור תחת טיפול
4 ושינויים מטבוליים משמעותיים עדיין נחשד במקום הראשון כי
5 המחלה היא על רקע זיהום. תמונת MRI שבוצעה ב-16 לפברואר
6 2006 התאימה לבצקת מוחית באזור ההיפקמפוס וכן נצפו שינויים
7 בלתי ספציפיים בחומר לבן קוטיקלי. בין האבחנות שנשקלו
8 להסבר עירפול ההכרעה, התכווצויות אפילפטיות חוס גבוה
9 לאוקוציטוזיס והפרעה בתפקודי כבד: מחלה זיהומית ויראלית או
10 חידקית, מחלה אוטואימונית פרא-נאופלסטית עם אנצפליטיס
11 לימבית, רעלת מהתרופה פניטואין, מחלה גידולית, ומחלה
12 דלקתית אוטואימונית כללית" (עמ' 2 לחוות הדעת).
13
14 98. בהמשך חוות הדעת ביאר המומחה את הבדיקות שנערכו לתובעת לצורך זיהוי
15 המחלה ממנה סבלה.
16
17 99. המומחה קבע, כי אין מחלוקת שהתובעת "סבלה במהלך אשפוזה במרכז הרפואי
18 הדסה ממחלה אוטואימונית הפוגעת במוח ושנקראת לעיתים קרובות השימוטו
19 אנצפליטיס או בשמה החדש והמדויק יותר, Steroid responsive encephalopathy
20 associated with autoimmune thyroiditis. מדובר במחלה נדירה ביותר אשר
21 מתוארים מעט יותר ממאה מקרים בלבד בספרות הרפואית בעולם".
22
23 100. המומחה קבע עוד, כי קיימות שלוש שאלות מרכזיות שיש לברר, וזאת כדלקמן:
24
25 "1. האם מהלך הבירור והבדיקות היה סביר עד להגעה לאבחנה
26 והתחלת הטיפול?
27 2. האם טיפול מוקדם יותר בסטרואידים היה סביר והיה משנה
28 את מהלך המחלה לטווח ארוך?
29 3. מה הנכות ממנה סובלת כיום החולה וכיצד נכות זאת קשורה
30 למחלה שבגללה אושפזה בפברואר 2006?" (עמ' 4 לחוות הדעת).
31



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

101. באשר לשאלה הראשונה קבע המומחה, כי הצוות הרפואי פעל באופן סביר ומיומן. לדעתו, האבחנה הנכונה נעשתה תוך זמן קצר יחסית. המומחה התייחס לעובדה שתוארו בעולם כמאה מקרים, ובכולם הייתה התלבטות דומה לזו של הרופאים במקרה של התובעת.
102. באשר לדחיפות בדיקת ה-MRI סבור המומחה, כי הדבר לא היה משמעותי, כיוון שגם לאחר ביצוע הבדיקה נותרה אבחנה מبدלת רחבה שלא הוליכה דווקא לכיוון של השימוטו אנצפליטיס.
103. לדעת המומחה, בדיקת ה-MRI תמכה דווקא באפשרות של לימביק אנצפליטיס, המופיעה לעתים על רקע סרטן, דבר שגרם לרופאים לבצע שורת בדיקות לצורך חיפוש מחלה סרטנית.
104. אם כן, קובע המומחה כי:
- "בדיקת ה-MRI שהראתה אות מוגבר באיזור ההיפקמפוס והאונקוס יכולים היו להיות סימן לאנצפליטיס לימבית שמגיבה לפלסמה-פרזיס ושאיננה מגיבה בצורה טובה לטיפול בסטרואידים אך בדיקות הנוגדנים שנשלחו לא תמכו בכך (נוגדנים לתעלות אשלגן ולנוגדנים פרא-נאופלסטים) ולדעתי התגובה המהירה ודי מלאה לסטרואידים לא תמכו באבחנה. יתכן גם שהממצאים ב-MRI היו משניים לפעילות אפילפטית באיזור ההיפקמפוס, אפשרות שכבר עלתה גם היא בדיוני הרופאים בהדסה" (עמ' 5 לחוות הדעת).**
105. באשר לשאלה השנייה, משמעות האיחור באבחון, אם היה כזה, קובע המומחה, כי אין נתונים מדעיים בדבר תוצאת האיחור באבחון. המומחה קבע, כי בספרות אין תיאור של טיפול במחלה שניתן תוך שבועיים, וכי התנהלות הרופאים שבחנו אפשרויות שונות הייתה סבירה.
106. בהמשך דן המומחה בשאלת הנכות. עניין זה יידון בהמשך, לאחר שתוכרע שאלת האחריות והקשר הסיבתי, ובאם ייקבע שאכן אלה התקיימו.



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

חקירתו הנגדית של פרופ' צ'פמן

- 1
2 107. פרופ' צ'פמן נשאל האם היה מקום להתחיל טיפול בסטרואידים מייד לאחר שביצעו
3 את בדיקת ה-CT ונוכחו לדעת שלא נמצא גידול או דימום תוך גולגולתי, או לחץ מוגבר
4 בגולגולת. כמו כן, לא נמצאו ממצאים בדיקור המותני. המומחה סבר, כי אין זה הנוהל
5 המקובל, ולפחות לא מהניסיון שלו. הסיבה העיקרית לכך, לדעתו, היא כי מתן סטרואידים
6 מחליש את מערכת החיסון, ואם מדובר במחלה זיהומית, גורמים נזק לחולה. כך גם אם
7 מדובר בחיידק או פטריה שאותם לא ניתן היה לזהות בבדיקות האמורות. לדעתו, מתן
8 סטרואידים עלול לשבש את האבחנה ועל כן אין זה הטיפול המומלץ (חקירה מיום 16.10.14,
9 עמ' 19-20).
- 10
11 108. המומחה נשאל לגבי הזמן הרצוי לכך שמומחה יבדוק חולה מסוגה של התובעת
12 והסביר כי הנוהל במחלקה אצלו היא כי חולה כזה ייבדק תוך 24 שעות, כאשר בתחילה
13 החולה מתקבל על ידי מתמחה ונבדק על ידי מתמחה בנוירולוגיה תוך 6-8 שעות (שם, עמ'
14 21). בהמשך הסביר המומחה, כי כאשר מדובר בחולה קשה כמו התובעת, רצוי שתהיה
15 התייעצות מיידית עם רופא בכיר, אפילו עוד בחדר המיון (שם, עמ' 23, ש' 19-22). כמו כן
16 חזר המומחה על כך שרצוי שרופא בכיר יראה את החולה בתוך 24 שעות, ואם מדובר בשבת,
17 מועד זה מתארך (שם, עמ' 24).
- 18
19 109. באשר לטיפול התרופתי הסביר המומחה, כי רוב החולים המתקבלים אצלו במחלקה
20 עם תמונה קלינית כמו זו של התובעת, מקבלים גם טיפול באנטיביוטיקה מחשש שמדובר
21 ב"בעיה חיידקית" (שם, עמ' 25). בהמשך הבהיר, כי לאור הרישומים הרפואיים של התובעת,
22 עולה כי התובעת נבדקה כבר בתחילת הדרך על ידי רופאים פנימיים והם שללו אפשרות
23 שמדובר במחלה חיידקית (שם, עמ' 26). עוד הבהיר, כי אחד הדברים הראשונים שצריכים
24 לעשות במצבה של התובעת הוא בדיקת CT ראש, בין היתר כדי לשלול גידול בראש, או
25 לבחון האם מדובר בלימפומה. כמו כן מנסים לראות בבדיקת ה-CT האם יש שינויים באונות
26 הטמפורליות במוח היכולים להיות אופייניים למשל להרפס אנצפליטיס, שכן במצב זה, כך
27 לדעת המומחה, זו האפשרות המתאימה ביותר למחלה ממנה סבלה התובעת, והיא מתאימה
28 לאבחנה מבדלת במקום הראשון (שם, עמ' 26-27).
- 29
30 המומחה אישר, כי מבצעים דיקור מותני כדי לאשר או לשלול הרפס אנצפליטיס
31 בתנאי ששולחים את הנוזל המופק בדיקור המותני לבדיקות המתאימות, שהן: PCR ל-
32 HSV. המומחה הבהיר עוד, כי במידה שבבדיקת ה-CT היו מוצאים שינויים נרחבים באונות



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 הטמפורליות, ניתן היה להניח בסבירות גבוהה כי מדובר בהרפס אנצפליטיס ולא היה צורך
2 בבדיקת ה-LP (הדיקור המותני). אולם במצבה של התובעת, לאחר שבדיקת ה-CT הייתה
3 תקינה, הניקור המותני הפך להיות בדיקה בעלת החשיבות העיקרית כדי לאבחן האם מדובר
4 בהרפס אנצפליטיס (שם, עמ' 28-30). המומחה הבהיר עוד, כי מדובר בבדיקה מדויקת
5 יחסית, וגם לעיתים יתכן שהיא תשלול הרפס אנצפליטיס למרות שנראים שינויים נרחבים
6 בבדיקת ה-CT (שם, עמ' 30-31). המומחה הסביר, כי אם מדובר בחולה דוגמת התובעת,
7 המתקבל ביום שישי, מבצעים את בדיקת הניקור המותני, אולם מאחר שככל הנראה
8 התשובה תתקבל רק ביום ראשון, מתחילים מייד במתן תרופה כנגד הרפס, היינו אציקלוויר
9 (שם, עמ' 32). באשר לעובדה שאצל התובעת הבדיקה נעשתה ביום שישי והמתנה במקרר עד
10 יום ראשון, סבור המומחה כי הדבר אינו מפחית מאמינות הבדיקה, אלא ההפך – מגביר
11 אותה (שם, עמ' 33, ש' 9-5). עוד הבהיר העד, כי גם אם התשובה לבדיקת ה-PCR הייתה
12 שלילית, הרי במצבה של התובעת היה צריך להמשיך במתן האציקלוויר (עמ' 34, ש' 17-9).
13 בהמשך הבהיר המומחה, כי גם אם הייתה מתקבלת עוד ביום שישי תשובה שלילית של
14 בדיקת ה-PCR, עדיין ניתן היה לחשוב על סוגי וירוסים אחרים שגרמו לתופעות מהן סבלה
15 התובעת, גם אם בדיקת ה-CT ראש הייתה תקינה ובדיקת ה-EEG הייתה תקינה, ועל כן לא
16 היה מפסיק מייד מתן אציקלוויר ולא היה בוחן אפשרויות נוספות הגורמות לתופעות מהן
17 סבלה התובעת (שם, עמ' 35-36).
18
19 110. באשר לבדיקת ה-EEG שעברה התובעת הבהיר המומחה כי לדעתו לא מדובר
20 בבדיקה תקינה ודווקא מדובר בבדיקה שכן יכולה להתאים להרפס אנצפליטיס, למרות
21 העובדה שבבדיקה נכתב שפעילות הרקע תקינה. המומחה מקבל ממצא זה, אך קובע כי
22 נמצאה פעילות מסוימת בבדיקה וגם בהרפס אנצפליטיס ישנם מצבים שבהם פעילות הרקע
23 בבדיקת EEG נמצאת תקינה ולעתים בדיקת EEG תקינה לחלוטין, ועדיין החולה סובל
24 מהרפס אנצפליטיס (שם, עמ' 36-37).
25
26 111. באשר להבדל בין בדיקת CT לבדיקת MRI מציין המומחה, כי בדיקת MRI יותר
27 רגישה כדי לבחון האם קיימת מעורבות של חומר לבן במוח (שם, עמ' 39, ש' 5-1).
28
29 112. המומחה אישר, כי בדרך כלל כאשר חולה סובל מהרפס אנצפליטיס, בדיקת ה-PCR
30 ל-HSV לא תהיה תקינה (שם, עמ' 40).
31



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

113. בהמשך חקירת העד הוצגו לפניו שוב ושוב נתוני הבדיקות שנעשו לתובעת בתחילת הדרך בחדר המיון, ועלתה השאלה האם היה ראוי לבצע בדיקת MRI בהקדם, ותשובת העד הייתה כי MRI היא בדיקה חשובה, **וכל אחד שהיה עומד מול החולה הזו בשלב הזה, היה מבקש ביצוע MRI בהקדם** (שם, עמ' 44, ש' 8-1; ההדגשה שלי – כ.מ.). כאשר העד הופנה לעובדה שהניסיון הראשון לבצע בדיקת MRI היה כעבור ארבעה ימים השיב, כי "ככה זה בבתי החולים, ובאופן מעשי ובחיים האמיתיים ייקח כמה ימים לבצע את הבדיקה" (שם, עמ' 45, ש' 3-7). עוד הבהיר, כי כאשר מדובר בחולה שמפרכס, סביר שייקח כמה ימים להסדיר את הבדיקה, ואילו בחולה רגיל, שניתן לנייד אותו בקלות לבדיקה, הדבר נעשה מהר יותר (שם, עמ' 45, ש' 18-24). בהמשך הבהיר, כי מבחינת נהלי בית החולים, בדרך כלל לא מתבצעת בדיקת MRI דרך חדר המיון, אלא אך ורק לאחר שהחולה מגיע למחלקה (שם, עמ' 45-46). עוד הוסיף והבהיר, כי **המצב הרצוי הוא ביצוע בהקדם בדיקת MRI לאחר שהתקבלו תוצאות מיתר הבדיקות, וזאת כדי לברר האם מדובר בהרפס אנצפליטיס או במחלה אחרת שתקפה את המוח, אולם עקב נהלי בית החולים והעובדה כי מדובר ביום שישי, כמו גם העובדה שהחולה פרכסה, לא ניתן היה לבצע את הבדיקה מייד** (ההדגשה שלי – כ.מ.). העד אמר, כי יתכן שאם היה מדובר למשל בבית חולים עשיר מאוד בבוסטון, הבדיקה הייתה מבוצעת מייד, **אולם בארץ הדברים מתבצעים אחרת** (שם, עמ' 46-47; ההדגשה שלי – כ.מ.).

114. המומחה הופנה לרישום הרפואי שנעשה, בעמ' 19 לרישומים הרפואיים. מדובר ברישום רפואי שנעשה ב-12 לחודש, בו ביקשו הרופאים לבצע בדיקת MRI ויחד עם זאת העלו את מינון הווליום. המומחה הסביר, כי הדבר מעיד שהחולה עדיין באי-שקט ויתכן שהדבר נעשה עקב הפרכוסים מהם סבלה, ומכל מקום, הדבר מעיד שהמחלה איננה בנסיגה ועל כן היה צורך להעלות את מינון התרופה (שם, עמ' 50-51). המומחה הבהיר עוד, כי לדעתו גם אם התשובות של הבדיקות שהיו אמורות לאבחן האם מדובר בהרפס אנצפליטיס היו שליליות, היה צורך להמשיך במתן אציקלוויר עד לאבחנה אחרת (שם, עמ' 56-57). עוד אישר המומחה, כי כאשר רופא מחליט להפסיק תרופה או להמשיך אותה, היה רצוי שהדבר יירשם בגיליון הרפואי, כאשר הרישומים בגיליון הרפואי של התובעת בעניין זה לוקים לעתים בחסר (שם, עמ' 57). בהמשך החקירה אישר המומחה, כי באשר לניסיון לבצע בדיקת MRI אין רישום רפואי מלא באשר לסיבה שבגינה הבדיקה נכשלה. כמו כן, לא ראה בחומר הרפואי טופס הפנייה לבדיקת ה-MRI. העד הוסיף ואמר כי היה מצופה מרופא ישר והגון שירשום עניין זה בגיליון הרפואי (שם, עמ' 61-62). עוד הבהיר המומחה, כי על פי ניסיונו, הפרוצדורה של השגת רופא מרדים לצורך ביצוע בדיקת ה-MRI אינה פשוטה ונעשית



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 במקרים יוצאי דופן, קיים קושי להשיג רופא מרדים לצורך כך (שם, עמ' 63, ש' 7-1). לדעת
2 המומחה, העובדה כי למחרת נמצא רופא מרדים מעידה על פעולה זריזה (שם, עמ' 63, ש'
3 10).

4
5 115. המומחה מאשר, כי אם ברור שמדובר בווסקוליטיס, כי אז מטפלים מייד
6 בסטרואידים. בהקשר זה הופנה המומחה לרישומי היועצת הפנימאית שהוזמנה, כאשר
7 אחת האפשרויות שהעלתה היא מחלקת קולגן. העד מבהיר כי אין מדובר בווסקוליטיס,
8 אלא בדלקת סביב כלי הדם, ויתכן שמדובר במחלה אוטואימונית סיסטמית, היכולה לערב
9 גם את המוח. עוד הבהיר, כי אם היה מדובר בווסקוליטיס סוער, היה מצופה למצוא עדות
10 לכך בבדיקת CT ראש שעברה התובעת, אולם כאמור לא היו ממצאים כאלה (שם, עמ' 65).
11 המומחה חזר והבהיר, כי בדיקת MRI יכולה הייתה לאמת או לשלול גם מחלה זו, ובכל
12 מקרה חזר והדגיש כי במקרה זה של התובעת בדיקת MRI הייתה חשובה (שם, עמ' 66, ש'
13 2-3; ההדגשה שלי – כ.מ.).

14
15 116. באשר לתכנית הטיפול הבהיר המומחה כי בדיקת MRI הייתה חלק ממנה, ואם
16 רוצים לשנות תכנית טיפול או לעכב בדיקה, יש לרשום את הסיבה לכך בגיליון הרישום
17 הרפואי. כמו כן אישר, כי ביקשו ייעוץ של מומחה פנימאי והדבר מלמד על כך שכבר
18 האבחנה של מחלה זיהומית או הרפס לא הייתה וודאית, ואכן בסוף הייעוץ נרשם שלמחרת
19 יש לשקול מתן סטרואידים (שם, עמ' 67). המומחה הסביר, כי לדעתו הדבר נרשם, שכן
20 היועצת הפנימאית העלתה אבחנה מבדלת של מחלה אוטואימונית שפגעה במוח (שם, עמ'
21 68). בהמשך הופנה המומחה לרישום הרפואי שנעשה על ידי רופאי המחלקה הנוירולוגית
22 בגיליון הרפואי, מייד לאחר שנכתב הייעוץ הפנימאי, ושם נאמר חד-משמעית כי התובעת
23 זקוקה לבדיקת MRI דחופה כדי לאבחן את מצבה הרפואי. המומחה אמר כי הוא מסכים
24 לכך (שם, עמ' 68, ש' 9-4; ההדגשה שלי – כ.מ.). המומחה הסכים לכך, שניתן להבין
25 שהרישום הרפואי של רופא המחלקה הנוירולוגית הוא מעין "צעקה" לכך שיש צורך מידי
26 בבדיקת MRI (שם, עמ' 68, ש' 10-19; ההדגשה שלי – כ.מ.). עוד הופנה המומחה למאמרו
27 של קנדי, הקובע כי בשעה שלא נמצאו ממצאים בנוזל עמוד השדרה, יש לשקול אבחנה
28 מבדלת כגון אנצלופתיה. המומחה מסכים לאמירה זו ואמר כי אפשרות כזו אכן הועלתה
29 ברישום שנעשה בעקבות ייעוץ הרופאה הפנימאית (שם, עמ' 69; ההדגשה שלי – כ.מ.). עוד
30 אישר המומחה, כי אנצלופתיה כוללת גם לימביק אנצפליטיס (ההדגשה שלי – כ.מ.).

31



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

117. עוד הופנה המומחה לתשובה של בדיקת ה-MRI שהתקבלה ב-15 לחודש, כפי שנרשמה בעמ' 25 לרישום הרפואי. המומחה ביקש לדייק ברישום הרפואי של תוצאות בדיקת ה-MRI. המומחה הבהיר, כי ניתן לפרש את הממצאים בכמה אופנים, **אולם לדעתו בכל מקרה מדובר בדלקת שהייתה מגיבה לסטרואידיים, וזו לדעתו הגדרת המחלה ממנה סבלה התובעת (שם, עמ' 71-72).** המומחה הבהיר, **כי בסופו של דבר אובחן שמדובר במחלה הקשורה לבלוטת התריס (שם, עמ' 72-73) (ההדגשות שלי – כ.מ.).**
118. בהמשך החקירה הופנה המומחה פעם אחר פעם לתוצאות בדיקת ה-MRI שנרשמו בגיליון הרפואי, ונשאל שוב ושוב אודות דעתו באשר לטיפול הרפואי הסביר שהייתה אמורה התובעת לקבל. תחילה שלל המומחה מתן סטרואידיים, כבלתי יעילים במצבה זה של התובעת, וסבר כי הטיפול הנכון אם כבר היה פלסמה פריזיס. יחד עם זאת הבהיר כי מדובר בטיפול מסוכן יחסית, ועובדה היא שגם כאשר הועברה התובעת לטיפול נמרץ ב-16 לחודש, טיפול זה לא ניתן. בהמשך כאשר הופנה שוב ושוב לנתונים שעמדו בפני הרופאים, כולל תוצאות הבדיקות, וכאשר הוצבה לו השאלה האם לא היה מקום להתחיל טיפול בסטרואידיים גם אם טרם נשללה באופן סופי האבחנה של הרפס אנצפליטיס, השיב, כי **ישנם רופאים שהיו נותנים סטרואידיים ויש כאלה שלא, ובכל מקרה הוא אינו סבור שבמידה שחושבים שחולה סובל מהרפס אנצפליטיס, הדבר שולל מתן סטרואידיים (שם, עמ' 95, ש' 18-19; ההדגשה שלי – כ.מ.).**
119. בהמשך החקירה הופנה המומחה לרישומים הרפואיים בהם צוין על ידי מתמחה זוטרה במחלקה הנוירולוגית שיש מקום להתחיל בטיפול כגון פלסמה פריזיס או אחר בהתאם לאבחנה שהתקבלה בבדיקת ה-MRI. יחד עם זאת, אין ברישום הרפואי תיעוד כי החולה נבדקה על ידי רופא בכיר במחלקה הנוירולוגית בימים אלה ואין כל רישום רפואי של רופא בכיר המאשר או שולל מתן טיפול כנגד מחלה אוטואימונית. המומחה מפרש זאת כי מרוח הדברים עולה שהרופאים במחלקה מתלבטים בסוג הטיפול שהיה לתת לתובעת, **אולם כבר עתה ניתן לומר שהתלבטות זו לא נרשמה בגיליון הרפואי, והדבר עומד לחובת רופאי הנתבעת. כך לא ניתן למצוא רישום כזה עד ל-24 לחודש (שם, עמ' 104; ההדגשה שלי – כ.מ.).** ב-25 לחודש שוב קיים רישום של המתמחה הזוטרה, ממנו עולה שעדיין קיימת התלבטות באשר למתן סטרואידיים, שכן עדיין היה קיים חשש שהתובעת סובלת ממחלה זיהומית כלשהי. גם כאן לא נמצא רישום רופא מומחה כלשהו. המומחה מאשר, כי על פי הרישום הרפואי מיום 25 לחודש, עולה שהתקבלו תשובות המעבדה של בדיקת בלוטת התריס, היינו בדיקת האנטיגנים, ומכך ניתן היה לקבוע בוודאות שהתובעת סובלת ממחלה



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 אוטואימונית הקשורה באנטיגנים של בלוטת התריס ומייד לאחר מכן ב-26 לחודש, החלה
2 התובעת לקבל סטרואידים, דבר ששיפר מאוד את מצבה. המומחה אישר עובדות אלה (שם,
3 עמ' 105-106).

4
5 120. המומחה מסביר כי אכן מבחינה עובדתית חלפו כ-16 ימים עד שהחלה התובעת
6 לקבל סטרואידים, אולם מדובר במחלה מאוד נדירה כאשר בדרך כלל חולף זמן רב עד שהיא
7 מאובחנת ומתחיל מתן טיפול בסטרואידים. בדרך כלל נוטים לחשוב שמדובר במחלה
8 זיהומית ולא ממהרים לתת טיפול בסטרואידים אלא מעדיפים לקבל תוצאות מוסמכות
9 ומוצקות לפני התחלת הטיפול בסטרואידים. עוד הוסיף המומחה, כי בדרך כלל חולים כמו
10 התובעת, מצבם משתפר טרם החל טיפול במתן סטרואידים (שם, עמ' 107, ש' 16-24). **הוסיף**
11 **המומחה ואמר, כי יתכן שמדובר בעיכוב של 3-4 ימים במתן הטיפול בסטרואידים, אולם**
12 **התוצאה הסופית לא הייתה משתנה** (שם, עמ' 108, ש' 1-2; ההדגשה שלי – כ.מ.).

13
14 **חוות דעתו של פרופ' רפאל אדר, מומחה לכלי דם וכירורגיה כללית**

15 121. פרופ' אדר ערך חוות דעת מטעמה של הנתבעת, בה התייחס בעיקר לעובדה שמספר
16 שעות לאחר שהתובעת שוחררה מבית החולים, היא חזרה למחלקה הנורולוגית בגלל
17 כאבים ונפיחות ברגל שמאל. לאחר שבוצעו מספר בדיקות אובחן כי התובעת סובלת ברגלה
18 השמאלית מפקקת (טרומבוזיס), ועל כן היא קיבלה תרופת קלכסן וקומודין. בתוך כך
19 הייתה החמרה נוספת בנוכחות ובכאבים והוזמן ייעוץ של מומחה לכלי דם, פרופ' ענר.
20 בוצעה בדיקת CT ביום 26.3.06 ואובחנה פקקת בווריד הברך והירך ופגם מילוי המתמשך
21 לתוך עורק הכסל השמאלי. בעקבות זאת הוחלף הטיפול ובמקום קלכסן ניתן הפרין במינון
22 מלא לתוך הווריד, ותוך שלושה ימים מצבה של התובעת השתפר והוחזר הטיפול של קלכסן
23 וקומודין. ביום 1.4.06 שוחררה התובעת מבית החולים. בהמשך קיבלה התובעת טיפול
24 במשך 14 ימים בבית החולים במחלקת השיקום. בבדיקת דופלקס חוזרת נמצאה חסימה
25 חלקית ללא קרישים, דבר המעיד על ריפוי עצמי של הפקקת. כעבור כחמש שנים בוצעה
26 בדיקת דופלקס חוזרת שהדגימה תוצאות זהות.

27
28 122. באשר לשגרת הטיפול בקלכסן בזמן אשפוז במחלקה בבית החולים, ציין המומחה כי
29 הטיפול נתון לשיקול דעת הצוות המטפל. מה שמדריך את הצוות הוא המצב הקליני של
30 המטופל, בדיקות מעבדה ומידע, אם קיים כזה, באשר לאינטראקציה בין תרופות.

31



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

123. באשר לשאלה האם התובעת קיבלה טיפול בקלכסן בזמן אשפוזה במחלקה הניירולוגית הפנה המומחה לרישום שנעשה במחלקה לטיפול נמרץ. בעת שהתובעת הועברה לשם היא הייתה בפקודת HOLD לקלכסן, דבר המלמד לדעת המומחה על כך שהתובעת קיבלה קודם לכן קלכסן במחלקה הניירולוגית. העובדה שמתן התרופה לא חודש במחלקה הניירולוגית לאחר שהתובעת הוחזרה לשם, הוא עניין הנתון לשיקול דעת הצוות הרפואי.

6

7

חקירתו הנגדית של פרופ' אדר

124. מחקירתו הנגדית של המומחה עלה, כי קיימים פרוטוקולים המגדירים מצבים בהם יש לתת תרופות נוגדות קרישה, כגון קלכסן, וכי התובעת סבלה ממחלה קשה מאוד שדרשה טיפול מאוד מסובך, וכי בתחילה סבלה מחוסר תנועה (חקירה מיום 17.6.14, עמ' 20-21). עוד עולה מחקירתו, כי נהוג במצבים בהם חולה מרותק למיטה, ליתן טיפול בתרופות נוגדות קרישה. המומחה הסיק מהרישום של המחלקה לטיפול הנמרץ כי התובעת אכן קיבלה טיפול שכזה, אולם העיד כי לא מצא בגיליון הרפואי רישום עם הוראה למתן קלכסן (ההדגשה שלי – כ.מ.). עוד אישר, כי כאשר ניתנת תרופה יש לרשום זאת מדי יום (שם, עמ' 22-23). המומחה אישר כי בדק את התיק הרפואי באופן קפדני ולא מצא פקודה של רופא למתן קלכסן, ואף לא מצא רישום של אחות לפיו ניתנה התרופה וכן לא הוכחה לכך שניתנה התרופה. הדבר היחיד שמצא היה הפקודה לעצור את מתן התרופה במחלקה לטיפול נמרץ. בהמשך חקירתו אישר המומחה, כי גם לאחר שהתובעת חזרה למחלקה הניירולוגית לא מצא רישום רפואי המעיד על מתן קלכסן. עוד הבהיר המומחה, כי אין לו מושג מדוע לא מצא רישום בדבר מתן קלכסן, מדוע מצא רישום במחלקה לטיפול נמרץ לעצור את הטיפול בקלכסן, ומדוע לא חודש מתן התרופה כאשר התובעת חזרה למחלקה הניירולוגית (ההדגשה שלי – כ.מ.).

22

23

24

הרישום הרפואי ומאמרים רלבנטיים שהוצגו

125. הצדדים הגישו בהסכמה את הרישום הרפואי של התובעת, הנוגע לאשפוזה של התובעת והטיפול בה. הרישום הרפואי קיבל מספור המוסכם על הצדדים, וההתייחסות בפסק הדין תהיה בהתאם למספור זה.

27

28

29

30

31

126. מצאתי לנכון להתייחס למספר רישומים רפואיים שלטעמי הם בעלי חשיבות במסגרת ההכרעה בשאלות הנמצאות במחלוקת בין הצדדים.



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 127. סיכום המחלה סומן בספרות 3-6, והוא מתאר את מהלך האשפוז והאבחון שנעשה
2 לתובעת. חשוב לציין, כי איש מהצדדים לא העלה טענות באשר לעובדות שפורטו בגיליון
3 סיכום המחלה. עיקר המחלוקת בין הצדדים היא באשר לאבחון, המועד בו הוא נעשה
4 והטיפול הסביר שהייתה צריכה התובעת לקבל מרגע שאושפזה אצל הנתבעת. מגיליון סיכום
5 המחלה ניתן גם ללמוד על מהלך הטיפול ולהסיק גם לגבי שיקולים רפואיים שונים אצל
6 רופאי הנתבעת, שהביאו להחלטות באשר לטיפול הראוי לטעמם בשלבים שונים של מהלך
7 האשפוז.
8
- 9 128. מצאתי חשיבות להדגיש את סיכום המחלה של המחלקה לרפואה דחופה אצל
10 הנתבעת (טיפול נמרץ).
11
- 12 129. בעמ' 18 לרישום הרפואי, שהוא גיליון מהלך המחלה, נכתב ביום 11.2.06 על ידי ד"ר
13 גיא רפאלי, שהיה רופא במחלקה הנוירולוגית, כי בתכנית הטיפול יש לבצע בדיקת MRI
14 ראש, EEG חוזר, המשך טיפול באציקלוויר וכן לבצע CFF ל-PCR ל-HSV. ביום 12.2.06
15 נרשם על ידי ד"ר איגוס, רופא במחלקה הנוירולוגית, כי יש לבצע בדיקת MRI. כך גם נרשם
16 על ידי ד"ר איגוס ביום 13.2.06.
17
- 18 130. ביום 13.2.06 רשם ד"ר איגוס כי בוצעה התייעצות טלפונית עם פרופ' ארגוב. ביום
19 14.2.06 נרשם, כי "אתמול היה קושי בביצוע MRI, כולל אי שקט ורעד בהכרה מלאה". כמו
20 כן נרשם כי יש לברר מה נעשה ב-MRI וכן להזמין MRI בהרדמה. את הרישום ביצע ד"ר
21 סוהיד חורי מהמחלקה הנוירולוגית. באותו היום נרשם על ידי ד"ר גברילוב נטליה
22 (המתמחה הזוטרה במחלקה הנוירולוגית), כי יש לבצע בירור MRI ראש דחוף, ובאותו היום
23 נרשם פעם נוספת על ידי ד"ר איגוס וד"ר גברילוב, כי "החולה זקוקה ל-MRI דחוף במסגרת
24 אבחון מצבה הנוכחי וללא MRI לא ניתן ... להתקדם באבחנה".
25
- 26 131. ביום 15.2.06 נרשם בגיליון "MRI ראש (לפי פרופ' גומורי). יש עדות לליזיות...
27 באזורים טמפורליים, סימטרי דו-צידי ובאזור סימטרי suspected
28 .PARANEURALPLASTIC LESIONS
29 .ENCEPHALITIS LIMBIC".
30
- 31 במסמך שסומן 150, הוא תוצאות מכון הרנטגן אצל הנתבעת, מופיעים ממצאי
32 בדיקת ה-MRI מוח שנעשתה לתובעת ביום 15.2.06, ושם נאמר כדלקמן:



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1

2

"הארכת זמני הרפייה סימטרית ללא צביעה בחלק מדיאלי קדמי

3

של האונות הטמפורליות עם המשך תת-אינזולרי ללא עדות לדמם.

4

אבחנה מבדלת בין תהליך נגיפי כגון הרפס, סטטוס אפלפטקוס,

5

תהליך פראנאופלסטי".

6

7

על אבחון זה חתום פרופ' משה גומורי. בהמשך המסמך נרשמה תוצאת בדיקת ה-CT

8

ששללה באופן מיידי תהליך פראנאופלסטי.

9

10 132. ביום 15.2.06 קיים רישום רפואי שנושא כותרת "מחלות זיהומיות" והכוונה ככל

11 הנראה לייעוץ שהתקבל על ידי מומחה למחלות זיהומיות. המומחה ציין, כי לאור

12 התדרדרות מצבה של החולה, יש להעבירה באופן דחוף לטיפול נמרץ וכי יש לבצע MRI דחוף.

13

14 133. כאמור, התובעת הועברה למחלקה לטיפול נמרץ והרישום הבא בעמ' 29-31 הוא

15 סיכום מחלה של המחלקה לטיפול נמרץ, כאשר האבחנות המובאות בראש סיכום המחלה

16 הם לימביק אנצפליטיס והתכווצויות בלתי נשלטות. באשר לבדיקת MRI נכתב בגיליון כי

17 ממצאי הבדיקה יכולים להתאים ללימביק אנצפליטיס כאשר הגורם הכי שכיח למצב זה

18 הוא פרא ניאופלסטיק סינדרום. למשל, עם נוגדנים מסוג אנטי HU ואנטי YO כאשר

19 הבדיקות לנוגדנים אלה נשלחו. מצוין, כי CT החזה, הבטן והאגן היה תקין והועלו

20 אפשרויות נוספות הגורמות למצבה של התובעת, כאשר צוין עוד כי תמונה דומה תוארה גם

21 בהרפס אנצפליטיס. **בסוף סיכום המחלה נכתב כי בוצעו MRI ו-MRA והממצאים מתאימים**

22 **לאנצפליטיס לימביק. בוצעה טומוגרפיה ממוחשבת שלא הראתה תהליך מלגני כלשהו,**

23 **והבדיקה נעשתה כדי לשלול תסמונת פרא ניאופלסטית. הועלתה אפשרות של טיפול**

24 **בפלסמה פרזיס (ההדגשה שלי – כ.מ.).** נאמר כי התקיימה שיחה עם פרופ' ארגוב ונכתב כי

25 **"אין כרגע אינדיקציה. לדעתו מדובר בהפרעה פרוכוסית תת-קלינית והומלץ על טיפול**

26 **בפרופול לווריד ואין אינדיקציה למתן סטרואידים במינון גבוה".**

27

28 134. על פי הרישום הרפואי, ביום 19.2.06 חזרה התובעת למחלקה הנוירולוגית. בהמשך

29 מתוארות תופעות שונות מהן סבלה התובעת, לרבות המשך הרעידות והפרוכוסים, בעיקר

30 ברגליה, וכמו כן מפורטות התרופות השונות שהתובעת קיבלה. ביום 26.2.06 נמצא רישום

31 רפואי ראשון המעיד על מתן סטרואידים, זאת לאחר שנכתב כי **"בבדיקות - ATG ו-TPO**



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 מוגברים וקיים חשד לאנצלופתיה על שם השימוטו". מהמשכו הרישומים בגיליון הרפואי
2 ניתן ללמוד על שיפור משמעותי במצבה של התובעת.
3
4 135. במהלך סיכומי התובעת הוגשו בהסכמה מסמכים רפואיים נוספים שלא הוצגו
5 במהלך הדיון, כאשר המומחים והעדים לא הופנו למסמכים אלה, וכנראה התגלו רק בשלב
6 מאוחר יותר (מסמכים אלה סומנו ת/8). המסמכים כללו מספר עמודים, שהראשון בהם הוא
7 מכתבו של ד"ר איגוס, מיום 12.2.06 (יום א'), בו נכתב כדלקמן:
8
9 "הנ"ל התאשפזה בשל מצב בלבולי חום ופרוסים. CSF תקין.
10 בירור מטבולי פנימי תקין. זקוקה ל-MRI בהקדם (ההדגשה שלי –
11 כ.מ.) כדי ... אבחנה לא יכולה להשתחרר הביתה במצבה הנוכחי".
12
13 המסמך השני הוא הפניה ל-MRI, גם הוא מיום 12.2.06 ובראש המסמך נרשם
14 "דחוף". עורך המסמך הוא ד"ר איגוס. באבחנות נכתב "מצב בלבולי, פרוסים, חום, CSF
15 תקין". ליד האבחנות מופיעה חתימה וחורתמת של פרופ' ארגוב. במשבצת המיועדת למחלקת
16 ה-MRI נכתב: "הפציינטית לא שיתפה פעולה והפסקנו את הבדיקה. צריך להזמין
17 בהרדמה" (ההדגשה שלי – כ.מ.).
18
19 136. מכל האמור לעיל עולה, כי רופאי הנתבעת עצמה, ובמיוחד רופאי המחלקה
20 הנורולוגית, סברו סמוך מאוד לאשפוז התובעת, כי יש צורך דחוף בבדיקת MRI. כפי העולה
21 עוד מחוות הדעת של מומחי הנתבעת ומחקירתו הנגדית של פרופ' צ'פמן, יש צורך בביצוע
22 MRI כדי לאבחן את התובעת לאור מצבה הקליני.
23
24 137. עוד עלה ממאמרים שונים שהוגשו, ואשר נכתבו עוד לפני שנת 2006, כי אכן במצבה
25 החמור של התובעת, הבדיקה הראשונית שנעשית היא CSF ל-HSV (ראה ת/1), אולם
26 במקביל קיימת חובה לבצע בדיקת MRI (ת/2). עוד נכתב באותו מאמר (בעמ' 578), כי
27 במקרה של דלקת נגיפית במוח, ב-95% מהמקרים התוצאה בבדיקת נוזל עמוד השדרה
28 תהיה חיובית, ובמידה שהתוצאה שלילית, חובה לבחון גורמים אחרים, כגון אנצפלופתיה.
29
30 138. מסמך נוסף, מתוך התיק הרפואי, הוגש גם הוא בהסכמה בעת סיכומי התובעת
31 וסומן כ-ת/7. המסמך כולל ארבעה עמודים ומתחיל ביום 14.2.06 (יום ד') וכן מופיעות בו
32 פקודות שונות הנוגעות לתרופות שהתובעת מקבלת. ביום 14.2.06 נמצאת פקודה המורה על



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 הפסקת מתן האציקלוויר. על שום מה? מדוע ניתנה פקודה זו, שהיא מנוגדת לתזה שהעלו
2 המומחים והרופאים מטעם הנתבעת. אין לכך מענה בחומר הרפואי. יודגש, כי מי שנתנה
3 פקודה זו היא ד"ר סוהיר חורי, שככל הנראה הייתה מתמחה זוטרות באותו ערב. לא ניתנה
4 כל תשובה ראויה בעניין זה מטעם הנתבעת, שעה שהמומחים והרופאים מטעמה טענו לפניי
5 בלהט כי היה מקום להמשיך במתן אציקלוויר גם לאחר שבדיקת CSF ל-HSV הייתה
6 תקינה, תוצאה שהתקבלה ביום 12.2.06. ואכן, באותו מקום בת/7 מוצאים אנו הערה בצד
7 ימין: "PSR שלילי HSV" (אמור להיות PCR – כ.מ.).
8
9 139. משמעות הדברים היא, כי מאן דהוא (שאיננו יודעים מיהו) סבר, כי משנתקבלה
10 התוצאה השלילית האמורה, יש להפסיק את מתן האציקלוויר. הייתי מצפה מהנתבעת
11 להביא לעדות את ד"ר סוהיר חורי, כדי שתבהיר מי נתן את ההוראה להפסיק את
12 האציקלוויר, מדוע, מדוע אין ציון ורישום בגיליון המהלך הרפואי בעניין זה. כל השאלות
13 הללו נותרו ללא מענה ראוי, וכאמור אינן מתיישבות עם דברי הרופאים הבכירים. יודגש, כי
14 ביום 14.2.06 ביצעה ד"ר סוהיר חורי רישום בגיליון מהלך המחלה, אך אין ברישום זה
15 אזכור, אמירה או שיקול כלשהו הנוגע להפסקת האציקלוויר.
16
17 140. בהקשר זה עולים בליבי הרהורים באשר לטענת הנתבעת, כי יש להמשיך את מתן
18 האציקלוויר ולשלול אופציות טיפוליות אחרות, כמו מתן סטרואידים לאחר שהבדיקות
19 הראשוניות שנעשו לימדו כי התובעת אינה סובלת מדלקת חיידיקית או נגיפית, בהסתברות
20 גבוהה.
21
22 141. בהמשך ת/7 (בעמוד השני בו) מוצאים אנו, כי גם ד"ר נטליה גברילוב מורה בשעה
23 15:30 על הפסקת האציקלוויר, ולפתע ביום 16.2.06, בשעה 02:30, מוצאים פקודה עליה
24 חתומה ד"ר נטליה גברילוב, המורה על חידוש האציקלוויר, שוב ללא כל הסבר או
25 התייחסות ברישום הרפואי.
26
27 142. בא כוח התובעת הביא בסיכומיו דוגמאות רבות למחדלים, חסרים ותהיות הקיימים
28 ברישום הרפואי. אחד מהם הוא העדר רישום כלשהו מצד רופא בכיר במחלקה, ממנו ניתן
29 ללמוד כי בדק את התובעת כבר ביום ראשון (16.2.06). מהעדר רישום כאמור ומיתר הראיות
30 עולה, כי התובעת לא נבדקה על ידי מומחה, ובימים הראשונים לאשפוזה טופלה על ידי
31 מתמחים, לעתים זוטרים, והם גם קיבלו החלטות הנוגעות לטיפול, כמו הפסקת האציקלוויר
32 ובקשה דחופה ל-MRI, שלא בוצע בדחיפות.



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1
2 143. אמנם ביום 13.2.06 קיים רישום לפיו נערכה התייעצות עם פרופ' ארגוב, אולם
3 הרישום לוקה בחסר; לא ניתן ללמוד ממנו מהם השיקולים ששקל פרופ' ארגוב, מה הייתה
4 דעתו בנוגע לממצאי הבדיקות שהתקבלו, וכדומה.
5
6 144. חמור מכך ומתמיה עוד יותר הוא הרישום בעמ' 25. בתחילת העמוד מוצאים אנו
7 רישום של בדיקת ה-MRI (ראש) ומצוין כי מדובר בדיווח שמסר פרופ' גומורי, וכפי שהעידו
8 המומחים, הוא נחשב לאורים ותומים בתחום פענוח ממצאי הדמיה, והחשדות העולים, על
9 פי הרישום, הם למחלה פראנאופלסטית או לימביק אנצפליטיס. רישום זה נערך על ידי ד"ר
10 נטליה גברילוב. בעקבות כך, מצוין כי נערכה בדיקת CT כל גופי, שנמצא תקין. היינו, נשללה
11 מחלה פראנאופלסטית.
12
13 145. בהמשך אותו עמוד מפורט "הביקור הגדול". לא מצאתי בביקור זה שמישהו התייחס
14 לתוצאות בדיקת ה-MRI, לשלילת התסמונת הפראנאופלסטית, ולאבחנה המבדלת של
15 לימביק אנצפליטיס. לא קיבלתי עד היום הסבר מניח את הדעת בעניין זה. גם אילו סברו
16 רופאי המחלקה שהפענוח של פרופ' גומורי הוא שטות מוחלטת, היה עליהם להתייחס לכך,
17 לשקול ולנמק. לעניין זה יש לפנות לעדותו של ד"ר איגוס, שהודה בחקירתו כי אין זה תקין
18 שברישום הרפואי אין התייחסות כלשהי ל-MRI ולתשובה שהתקבלה. עוד הוסיף ד"ר איגוס
19 בחקירתו, כי לדעתו לא היה רוצה להגיע למועד "הביקור הגדול" ללא תוצאות בדיקות MRI.
20 ד"ר איגוס הבהיר, כי על אף שבעדותו בבית המשפט הסביר שבדיקת ה-MRI לא הייתה
21 דחופה בתחילה, הרי היה זה ראוי שבעת "הביקור הגדול" תהיה תוצאת בדיקת MRI. גם
22 פרופ' צ'פמן נחקר בנקודה זו ובסופו של דבר הסכים כי היה ראוי לרשום בעת "הביקור
23 הגדול" את התייחסות הצוות הרפואי לבדיקת ה-MRI. פרופ' בן חור אף הוא נחקר בעניין זה
24 והסכים כי אין בגיליון הרפואי דיון באשר לתוצאות בדיקת ה-MRI או באשר לתוצאות
25 בדיקת ההרפס.
26
27 146. לצערי, הרושם הוא כי "הביקור הגדול" נערך אך קיימת בו התעלמות מוחלטת
28 מבדיקת ה-MRI, ממצאיה והפרשנות שיש ליתן לממצאי בדיקה זו. לפיכך, ההסברים
29 שניתנים כיום, בדיעבד, משקלם בעיני נמוך ביותר, והם ניתנים כ"הסברים שבדיעבד".
30
31 147. יתר על כן, עיון ברישום המחלקה לטיפול נמרץ, אליה הובהלה התובעת ביום
32 16.2.06 (עמ' 30), מלמד, כי רופאי המחלקה לטיפול נמרץ פירשו את ממצאי ה-MRI



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 כ"ממצאים המתאימים לאנצפליטיס ליבמית". עוד נאמר, כי התובעת עברה CT ששללה
2 תסמונת פראנאופלסטית כסיבה הגורמת לאנצפליטיס, היינו רופאים אחרים לא התעלמו
3 מממצאי ה-MRI, והעלו מייד את האבחנה הראויה אותה יש לשקול.
4
5 בהמשך ציין עורך סיכום המחלה, כי שוחחו עם פרופ' ארגוב בדבר האפשרות למתן
6 פלסמה פרזיס, אולם פרופ' ארגוב סבר כי "אין כרגע אינדיקציה", אלא מדובר "בהפרעה
7 פרכוסית תת קלינית והומלץ על טיפול בפרופול לוריד. בנוסף, אין אינדיקציה למתן
8 סטרואידים במינון גבוה".
9
10 מה היו שיקוליו של פרופ' ארגוב בזמן אמת באשר לממצאי ה-MRI? אין לכך רישום
11 במקום כלשהו בגיליון הרפואי.
12
13 148. יתר על כן, עולה כאמור כי פרופ' ארגוב סבר שבאותו שלב אין אינדיקציה למתן
14 סטרואידים או לטיפול בפלסמה פרזיס. אין כל אמירה מפיו שנרשמה בגיליון הרפואי, כפי
15 שטוענת היום הנתבעת, באמצעות המומחים מטעמה, ורופאי המחלקה הנוירולוגית, כי מתן
16 סטרואידים יכול "למסך" אבחנות אחרות או לפגוע בתובעת בצורה כלשהי. אין גם דיון
17 כלשהו בגיליון הרפואי בשאלה זו ואין בשאלה זו, לרבות הבאת שיקולים לחיוב או לשלילה
18 בעניין מתן טיפול בסטרואידים נוכח מצבה החמור וההולך ומתדרדר של התובעת.
19
20 149. עניין זה עומד לחובת הנתבעת ומקשה על קבלת ההסברים שניתנים היום מטעמה,
21 לפיהם עניינים אלה נשקלו בזמן אמת והייתה החלטה מושכלת שלא ליתן טיפול
22 בסטרואידים, או פלסמה פרזיס, או טיפול אחר שנועד למצבים של מחלה אוטואימונית
23 ממנה סבלה התובעת.
24
25 150. למעשה, הרישום הראשון שאנו מוצאים בגיליון מהלך המחלה, ממנו עולה שהוחל
26 טיפול בסטרואידים הוא מיום 26.2.06, וזאת בעקבות בדיקות המעבדה שנלקחו ביום
27 25.2.06 (עליהן חתומה ד"ר נטליה גברילוב) כדי לבחון האם התובעת סובלת מהשימוטו
28 אנצפלופתיה. לאחר שהתקבלו התוצאות, הוחל טיפול בסטרואידים על פי הרישום הרפואי
29 מיום 26.2.06, עליו חתומה ד"ר סוהיר חורי.
30
31 151. יש לציין בתמיהה רבה את העובדה, כי מיום שהתובעת שוחררה מהמחלקה לטיפול
32 נמרץ והועברה למחלקה הנוירולוגית, אין בגיליון מהלך המחלה ולו רישום אחד עליו חתום



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 רופא בכיר במחלקה; אין ברישומים הרפואיים אזכור לכך שהייתה התייעצות עם רופא
2 בכיר במחלקה; אין כל הסבר מדוע ביום 25.2.06 עולה לפתע החשד שמדובר בהשימוטו
3 אנצפלופתיה ובשל כך נערכות הבדיקות הרלבנטיות; וכאמור אין כל רישום בדבר ההחלטה
4 ליתן סטרואידים ביום 26.2.06, מלבד העובדה כי בבדיקות ATG ו-PTO – מוגברים, ועל כן
5 עולה החשד להשימוטו אנצפלופתיה. המעט שניתן לומר, הוא כי מהרישום הרפואי עצמו
6 עולה, שעל הבדיקה, הממצאים והטיפול החליטו רופאות שהיו אז מתמחות זוטרות
7 במחלקה.

8

9

סיכום ביניים

10 152. ניתן לומר ולסכם, כי בין הצדדים עלו מספר מחלוקות שבאו לידי ביטוי בין היתר גם
11 בחוות הדעת שהוגשו מטעמם, תצהירי הרופאים מטעם הנתבעת והחקירות הנגדיות.

12

13 153. המחלוקת העיקרית הייתה בשאלת הטיפול הראוי ודרך האבחון לאור הסימנים
14 הקליניים שהיו אצל התובעת.

15

16 154. עולה כי גישת הנתבעת הייתה שיש לבצע מספר אבחנות תחילה כאשר לדעת
17 הנתבעת, האפשרות הסבירה ביותר הייתה כי התובעת נפגעה מנגיף כלשהו כאשר שעה
18 שמדובר בנגיף מסוג הרפס ניתן לזהות זאת באמצעות בדיקות שנעשו, שהעיקרית שבהן היא
19 דגימת נוזל מעמוד השדרה וכן בדיקות נוספות של CT ו-EEG.

20

21 155. עוד עולה, כי המומחים מטעם התובעת לא שללו גישה זו ולפי חוות הדעת מטעמם
22 וחקירותיהם הנגדיות עלה, כי גם הם היו נוקטים בגישה זו, אך יחד עם זאת שוקלים אבחנה
23 של מחלה אוטואימונית כפי שהתברר בסופו של יום שהתובעת סבלה ממחלה זו.

24

25 156. גישת המומחים מטעם התובעת הייתה, כי כבר בשלב מוקדם היה צורך בביצוע
26 בדיקת MRI, בפרט כאשר הבדיקות הראשונות שבוצעו שללו מחלה ויראלית. יחד עם זאת,
27 הודגש על ידם כי לא היו מפסיקים באופן מיידי את מתן התרופה כנגד הרפס.

28

29 157. ייאמר, כי גם על פי המאמרים הרפואיים שהוגשו על ידי הצדדים עולה שיש לבצע
30 בהקדם בדיקת MRI, בפרט כאשר התוצאות לבדיקות הראשונות שבוצעו היו שליליות.
31 ויודגש, כי מדובר במאמרים שפורסמו לפני שנת 2006 או בסמוך לכך, ולפיכך מדובר בידע
32 רפואי מקובל בזמן אשפוזה של התובעת אצל הנתבעת. בחלק מהמאמרים ניתן למצוא



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 אמירות לפיהן עדיף לבצע בדיקת MRI מיידי, שכן היא הבדיקה האמינה ביותר לצורך
2 אבחון מצבם של חולים בעלי תסמינים קליניים דוגמת אלה של התובעת.
3
4 158. דחיפות בדיקת ה-MRI עולה גם מהרישום הרפואי של רופאי הנתבעת עצמם, גם
5 מעדותו של ד"ר איגוס וגם מהמסמך ת/7 כפי שפורט לעיל. אותו מסמך נחתם כבר ביום
6 1.12.06, בו נאמר ונחתם על ידי ד"ר איגוס, כי התובעת זקוקה בדחיפות לבדיקת MRI כאשר
7 על מסמך זה חתום גם פרופ' ארגוב.
8
9 159. מכל האמור יש לקבל את עמדת המומחים מטעם התובעת כי התובעת הייתה במצב
10 רפואי קשה, היה צורך לבצע את הבדיקות באופן דחוף ומיידי, וביניהן בדיקת ה-MRI. ראוי
11 לדחות את גישת הנתבעת והמומחים מטעמם, כי ניתן היה להמתין עם בדיקה זו לשלב
12 מאוחר יותר, מה עוד שפרופ' צ'פמן בחקירתו הנגדית שינה את עמדתו, וסבר כי בדיקת MRI
13 במצבה של התובעת הייתה דחופה.
14
15 160. לפיכך, יש לקבוע כי העובדה שחלפו כחמישה ימים ממועד אשפוזה של התובעת אצל
16 הנתבעת ועד לביצוע בדיקת ה-MRI, אינה מתיישבת עם הסטנדרט הרפואי המקובל באותה
17 עת, שעה שמדובר בחולה במצב קשה, ועל כן מדובר בהתרשלות מצד הנתבעת.
18
19 161. באשר לרישום הרפואי, כפי שהצבענו לעיל, הרישום לוקה בחסר ואינו מלמד כלל על
20 השיקולים הרפואיים של רופאי הנתבעת, כפי שנטען על ידם היום, היינו שסברו שאין מקום
21 למהר בביצוע בדיקת ה-MRI, כי שקלו אבחנה מבדלת של מחלה אוטואימונית, כי שקלו מתן
22 סטרואידים וסברו משיקולים רפואיים שאין מקום לעשות כן באותו שלב.
23
24 162. לטעמי, מדובר בחוסרים חמורים ברישום הרפואי, המעבירים את נטל השכנוע על
25 כתפי הנתבעת, לשכנע את בית המשפט כי אכן שקלו את הנתונים האמורים לעיל והגיעו
26 למסקנה שאין צורך דחוף בבדיקת MRI, לא מדובר בסבירות גבוהה במחלה אוטואימונית,
27 כי עניין זה נשקל על ידם וכי לא היה מקום באותו שלב ליתן סטרואידים, ומהם הנימוקים
28 לכך.
29
30 163. סבורני, כי במצב דברים זה יש לקבל את עמדת המומחים מטעם התובעת, כי היה
31 מקום לשקול מתן סטרואידים וזאת בפרט נוכח מצבה הרפואי הקשה של התובעת, שהלך
32 והחמיר, והיה ראוי להתחיל בטיפול זה מיידי לאחר שהבדיקות האחות היו שליליות.



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1
2 164. בעניין זה יש לציין בפרט את עמדת רופאי המחלקה לטיפול נמרץ אצל הנתבעת
3 עצמה, שסברו ביום 16.2.06 כי מדובר במחלה אוטואימונית והעלו על הכתב את האפשרות
4 הסבירה למתן טיפול בסטרואידים. כמו כן, העלו על הכתב את תשובתו של פרופ' ארגוב.
5
6 165. גם בנקודת זמן זו לא נמצא בגיליון הרפואי רישום של פרופ' ארגוב, או רופא בכיר
7 אחר במחלקה, המפרט את השיקולים הרפואיים שלא ליתן סטרואידים ולא לבחון כלל את
8 האפשרות שהתובעת סובלת ממחלה אוטואימונית. לטעמי, אותם הסברים שניתנו על ידי
9 הרופאים הבכירים של הנתבעת במחלקה בבית המשפט היו צריכים למצוא מקומם במסגרת
10 הרישום הרפואי כדי להניח את הדעת כי עניינים אלה נשקלו על ידם, וכיום מדובר על
11 הסברים שניתנים בדיעבד, ועל כן לא אינם יכולים להוות תמיכה ראויה לעמדת הנתבעת
12 בזמן אמת.
13
14 166. אוסיף ואומר, כי דברים אלה מקבלים משנה תוקף לאור הממצאים בבדיקת ה-
15 MRI, שנעשתה ביום 15.2.06. דברי פרופ' גומורי נרשמו בגיליון הרפואי, כאמור לעיל, אולם
16 לא זכו להתייחסות במסגרת הרישום הרפואי, כאמור לעיל.
17
18 167. יפים לעניין זה דברי בית המשפט העליון בע"א 8799/08 **הסתדרות מדיצינית הדסה**
19 **נ' פלוני ואח' (פורסם ביום 21.3.11)**. באותו עניין קבע בית המשפט העליון, כי בחירה
20 באפשרות טיפול מסוימת, בעיקר כזו החורגת מעצת רופא מומחה, צריכה להיעשות באופן
21 מושכל, כאשר יש לשקול את כל השיקולים הרפואיים, ובמידה שמדובר בסטייה מהמלצת
22 המומחה, יש לנמק את השיקולים והנימוקים לכך. כאשר מדובר בסטייה חסרת פשר מעצת
23 המומחה, הדבר מעורר סימני שאלה, ועצם הסטייה מבלי שניתן לה פירוט ברישום הרפואי
24 מעוררת סימני שאלה ומקימה הנחה של התרשלות המעבירה את הנטל אל בית החולים
25 להסביר כי פעולותיו נעשו מסיבה טובה.
26
27 168. בענייננו, המלצת המומחית לרפואה הפנימית הייתה לבצע בדיקת MRI וכך גם
28 הייתה המלצת הרופא במחלקה עצמה. כמו כן, הומלץ לשקול מחלה אוטואימונית. לטעמי,
29 משלא הובאו נימוקים כלשהם במסגרת הרישום הרפואי שלא לבצע בדיקה זו ולא לשקול
30 כאבחנה המבדלת מחלה אוטואימונית, יש לקבוע כי בעניין זה התרשלו רופאי הנתבעת.
31



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

169. עוד יש לקבוע, כי עקב המחדלים ברישום הרפואי והעובדה כי בדיקת ה-MRI לא בוצעה באופן דחוף מביאה לתוצאה שהתובעת אינה יכולה להוכיח מה היה מתגלה בבדיקת ה-MRI, אילו בוצעה מייד בסמוך לאשפוזה או לכל המאוחר ביום ה-12.2.06 (יום ראשון). מחדל זה של הנתבעת מעביר אל כתפי הנתבעת את נטל השכנוע בשאלה, מה היה מתגלה אילו בוצעה הבדיקה במועד, והאם היו מתקבלות תוצאות זהות לבדיקה שבוצעה ביום 15.2.06 (ראה: ע"א 10302/05 יפה לוי נ' ד"ר קתרין ברו (פורסם ביום 21.12.08), עמ' 7-8). דברים אלה מתיישבים עם עמדתו של פרופ' קורצ'ין, שטען כי למיטב הבנתו וניסיונו הרפואיים, אילו נעשתה בדיקת ה-MRI בסמוך לאשפוז, היו מתקבלות תוצאות זהות לאלו שהתקבלו ביום 15.2.06. הנתבעת מטעמה לא הביאה ראיה כלשהי, ולו ראיה מדעית, כי אילו בדיקת ה-MRI הייתה מתבצעת בסמוך לאשפוזה של התובעת, הייתה מתקבלת בבדיקה תוצאה שונה.
170. דברים אלה יפים גם לשאלה של מועד תחילת הטיפול בסטרואידים, שהרי אין מחלוקת שמשעה שהוחל טיפול זה, מצבה הרפואי של התובעת השתפר בבת אחת. גם כאן עולה השאלה, האם היה ראוי להתחיל טיפול זה מוקדם יותר. סבורני, כי לאור הנאמר לעיל, נטל השכנוע בשאלה זו רובץ גם הוא על כתפי הנתבעת, ולו משום העובדה שאין ברישום הרפואי הנמקות או רישום כי מתן התרופה נשקל ונשלל מסיבות רפואיות.
171. לטעמי, דברים אלה מוליכים למסקנה כי הנתבעת לא עמדה בנטל לשכנע כי הייתה החלטה מושכלת בדבר אי מתן הסטרואידים, כי אופציה זו נשקלה, וכי הייתה הצדקה שלא ליתן סטרואידים, למרות שעל פי מאמרים רפואיים שהוצגו לבית המשפט וחוות דעת מטעם התובעת, כאשר מדובר בחולה במצב קשה הסובל מפרכוסים, ונשללת בסבירות גבוהה אפשרות של פגיעה מהרפס, יש להתחיל במתן סטרואידים כדי למנוע פגיעות חמורות בחולה.
172. כל זאת מוליך למסקנה, כי גם בעניין זה התרשלה הנתבעת, ומכל מקום הנתבעת לא עמדה בנטל הרובץ עליה לשכנע את בית המשפט כי שקלה מתן סטרואידים ושללה אפשרות זו מתוך שיקולים רפואיים בזמן אמת.
173. הכברנו מילים באשר למחלה ממנה סבלה התובעת, אולם יש גם להתייחס במספר מילים לעובדה, שהתובעת סבלה מפקקת ורידים. לעניין זה יש לקבוע כי התובעת הוכיחה במישור הרפואי, שהנוהל הרגיל הוא מתן תרופות שימנעו תופעות אלו, שעה שמדובר בחולה המאושפז במשך זמן ארוך במצב שכיבה, ונראה שעניין זה מקובל על כל המומחים



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 הרפואיים. המחלוקת בין מומחי הצדדים, פרופ' רביד מטעם התובעת ופרופ' אדר מטעם
2 הנתבעת, הייתה בשאלה, האם ניתנה התרופה המונעת כבר בתחילת האשפוז, או שמא רופאי
3 הנתבעת החלו ליתן את התרופה באיחור רב.
4

5 174. עיון ברישומים הרפואיים מלמד, כי אין בנמצא פקודה למתן התרופה האמורה,
6 והדבר אף העלה מעין תמיהה כאשר ניתנה פקודה להפסיק את מתן אותה תרופה שכלל לא
7 ניתנה. דבר זה מלמד על מידת ההתרשלות בכך שמלכתחילה לא ניתנה התרופה. ברור לכל,
8 כי במצב דברים זה, ודומה שעל כך גם הסכים פרופ' אדר, מדובר בהתרשלות של ממש, וכי
9 התרשלות זו היא שהביאה לגרימת אותה פקקת (טרומבוזיס) מתוצאותיה סובלת התובעת
10 עד היום.

11

12 ז. שאלת הקשר הסיבתי

13 175. עתה יש לבחון האם התרשלות הנתבעת, כפי שפורטה לעיל, גרמה לנזק הנטען על
14 ידי התובעת.
15

16 176. ממכלול העובדות שפורטו לעיל וכן לאור הקביעות בדבר התרשלות הנתבעת, עולה
17 כי ניתן היה בוודאות גדולה לגלות עוד בשלב מוקדם יותר את העובדה שהתובעת סובלת
18 ממחלה אוטואימונית, ובוודאי שאז ניתן היה טיפול מיידי בסטרואידים או טיפול אחר
19 שניתן במצבים כאלה, כגון פלסמה פרזיס או באימונולוגלובינים.
20

21 177. מכל האמור עולה, כי הוכח ברמת ההסתברות הנדרשת שהתרשלות הנתבעת הביאה
22 בסופו של דבר לנזקים שנגרמו לתובעת, המתבטאים בפגיעה המוחית שנגרמה, כפי שפורטה
23 בחוות הדעת שהוגשו לבית המשפט, כאשר מחוות הדעת עולה ההסבר הרפואי לקשר שבין
24 אי מתן הטיפול במועד לבין הנזקים שנגרמו.
25

26 178. דברים אלה יפים גם לעניין הקשר הסיבתי המשפטי הנדרש, שהרי אין ספק שהיה על
27 רופאי הנתבעת לצפות אפשרות של פגיעה מוחית קשה בתובעת, במידה שלאור מצבה
28 הרפואי לא תקבל את הטיפול הנדרש, לא תעשה אבחנה מיידיית והתובעת לא תקבל טיפול
29 רפואי ראוי באופן מיידי. עניינים אלה עולים מהראיות שהובאו לעיל, המעידות על כך
30 שהרופאים היו ערים לכך או היו אמורים לצפות נזקים אלה, ולעניין זה יש לדחות את טענת
31 הנתבעת לפיה מאחר שלימביק אנצפליטיס והשימוטו אנצפליטיס, מחלה ממנה סבלה
32 התובעת, הן מחלות שונות, לא יכלו רופאי הנתבעת לצפות כי התובעת סובלת מהשימוטו



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1 אנצפליטיס, שכן מדובר במחלה נדירה. לטעמי, הוכח כי בשני המקרים הטיפול זהה, היינו
2 מתן סטרואידיים, ומכאן שהעובדה כי בסופו של דבר התובעת סבלה מהשימוטו אנצפליטיס
3 אינה נוגעת כלל לשאלת הקשר הסיבתי, שבבסיסה העובדה שהייתה התרשלות באבחון
4 ובטיפול במתן סטרואידיים.

5

6

הנזק

7 179. לעניין הנזק מסר בעלה של התובעת תצהיר, בו פירט את הנזקים הפיזיים והנפשיים
8 שנגרמו לתובעת, כמי שחי עמה. התובעת עצמה לא מסרה תצהיר מאחר שלפי דברי בא כוח
9 התובעת לא הייתה מסוגלת לחתום על תצהיר או להבין את תוכנו, על אף ניסיונות מספר
10 שנעשו, והוא סבר כי אין מקום במצב דברים זה להחתימה על תצהיר (בעלה של התובעת גם
11 הוא תובע באופן עצמאי).

12

13 180. הסבר זה מקובל עלי, זאת לאור מצבה הרפואי של התובעת כפי העולה מחוות הדעת
14 הרפואיות שהוגשו לבית המשפט וכן ממסמכים של הנתבעת עצמה, המעידים על מצבה
15 הרפואי של התובעת בשעה שגורמים רפואיים אצל הנתבעת עסקו בשיקום התובעת ובחנו
16 את מצבה.

17

18 181. כפי שעלה מהראיות, התובעת סובלת מקשיי ריכוז, סובלת מבלבול ומהתקפים
19 אפילפטיים חוזרים ונשנים, על פי עדות בעלה, לתובעת לעשרה התקפים בחודש בשעות
20 היום, והתקפים מתוך שינה כמעט בכל לילה, וזאת למרות הטיפול הרפואי שהיא מקבלת.

21

22 182. יש לקבל את עיקרי עדותו של התובע, הנתמכת גם בממצאים הרפואיים שהוצגו,
23 בפרט אלה שעלו מחוות הדעת.

24

25 183. באשר לנזקים לתובעת כתוצאה מהפקקת, נטען כי היא מתנהלת באיטיות, לאט
26 ולמרחקים קצרים. חוקר מטעם הנתבעת ערך מעקב קצר יחסית אחר התובעת, והתובעת
27 צולמה במצלמת וידאו נסתרת. לאחר שבחנתי את הממצאים, אינני סבור שאלה עומדים
28 בסתירה לאופן התנהלותה והליכתה של התובעת, שאכן מסוגלת ללכת למרחקים קצרים
29 ושווה מרבית שעות היום בביתה.

30

31 184. עוד מקובלת עלי טענת התובעים, כי עקב מצבה הרפואי של התובעת, היא זקוקה
32 להשגחה כך שלא תהיה לבד שעה שהיא חווה התקפים אפילפטיים.



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1
2 185. באשר לנכותה של התובעת, קבע פרופ' קורצ'ין כי לתובעת 40% בשל הפרעה
3 קוגניטיבית, 100% נכות בשל התקפים אפילפטיים תכופים ו-60% נכות בשל הפרעה
4 מוטורית. פרופ' רביד קבע לתובעת נכות צמיתה של 20% בגין הפגיעה בוורידים, נפיחות
5 קבועה וכאבים בעמידה. לעומת נכויות אלה קבע פרופ' צ'פמן, המומחה מטעם הנתבעת, כי
6 לתובעת 20% נכות קוגניטיבית ו-10% נכות בגין התקפים אפילפטיים. פרופ' אדר קבע כי
7 לתובעת 5% נכות בלבד.
8
9 186. לאור הראיות שנשמעו והפגיעה ממנה סובלת התובעת, סבורני כי אכן קיימת הפרעה
10 קוגניטיבית קשה, בפרט לאור העובדה שהתובעת נבדקה גם על ידי פרופ' ארגוב, שקבע לה
11 נכות גבוהה. יחד עם זאת, בחקירתו הופנה פרופ' קורצ'ין למסמכים רפואיים שונים שעמדו
12 לכאורה בסתירה לטענות בעלה של התובעת באשר לתכיפות ההתקפים ואופיים. סבורני, כי
13 במקרה זה יש לקבוע נכות בין הנכות שקבע פרופ' קורצ'ין לנכות שקבע פרופ' צ'פמן, היינו
14 30% נכות. באשר להתקפים האפילפטיים קיימת מחלוקת עמוקה בין שני המומחים.
15 בחקירתו הופנה פרופ' קורצ'ין לתיאורים העולים מהמסמכים הרפואיים ולכך שאלה אינם
16 תואמים כלל את הטענה, שלתובעת התקפים אפילפטיים יומיומיים.
17
18 עיינתי במסמכים אלה ואכן התיאורים שנמסרו בהם מטעם התובעת אינם דומים
19 בחומרתם לאלה שנטענו בבית המשפט או למצב שהוצג לפני פרופ' קורצ'ין. יחד עם זאת,
20 אינני סבור שמדובר בהתקפים נדירים, או בתופעות אחרות. לפיכך, יש להעמיד את הנכות
21 בגין התקפים אפילפטיים על 50%.
22
23 187. לפיכך, בתחום ההפרעה הקוגניטיבית יש לקבוע נכות של 30%. באשר להתקפים
24 האפילפטיים, אכן מדובר בהתקפים גם בשעות היום וגם בשעות הלילה, אולם אינני סבור
25 שמדובר בנכות של 100%, ועל כן שיעור הנכות נקבע על 50%. באשר להפרעה המוטורית
26 ממנה סובלת התובעת, לאור העובדה שהיא מסוגלת ללכת למרחקים קצרים, כפי שנצפתה
27 בסרט הווידאו, סבורני שיש לקבוע נכות של 20% כפי שקבע פרופ' רביד, כאשר בעניין זה אני
28 דוחה לחלוטין את הנכות הזעומה שקבע פרופ' אדר בחוות דעתו, בשיעור של 5%.
29
30 188. לאור כל האמור, הנכות המשוקללת ממנה סובלת התובעת עומדת על 72% (נכות
31 רפואית).
32



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 189. באשר לנכות התפקודית, לאור מהות הנכות וגובהה, סבורני שיש לקבוע שהנכות
2 התפקודית תואמת לנכות הרפואית, ולהעמידה על 72%.
- 3
- 4 190. על פי תלושי השכר שצורפו לתצהיר התובע (בעלה של התובעת), עולה ששכרה של
5 התובעת לפני הפגיעות מהן היא סובלת עמד על 5,219 לחודש, ושכר זה צמוד להיום מגיע ל-
6 6,400 ₪ לחודש.
- 7
- 8 191. אינני מקבל את טענת הנתבעת, כי התובעת מעצימה את נזקיה, זאת בפרט לאור
9 הראיות שנשמעו, היינו עדות בעלה והסרטון שהוצג בבית המשפט.
- 10
- 11 192. לפיכך, באשר להפסדי השתכרות, הן לעבר והן לעתיד, יש לחשב זאת על פי שכרה
12 של התובעת נכון להיום, אחוזי הנכות התפקודית והתקופה לעבר וכן התקופה לעתיד על פי
13 ההיוון המתאים. לאור האמור לעבר, זכאית התובעת לסך של 498,000 ₪, ולעתיד זכאית
14 התובעת לסך של 899,000 ₪.
- 15
- 16 193. באשר לעזרת צד ג', לאור נכותה הגבוהה של התובעת ומצבה הרפואי, אין ספק
17 שהיא זקוקה לעזרת צד ג' כדי לעמוד במטלות היומיום, לרבות ניקיון, בישול, כביסה וכו'.
18 בנסיבות אלו, אני קובע כי ישולם לתובעת, הן לעבר והן לעתיד, סכום גלובלי של 8,000 ₪
19 לחודש. לפיכך, לעבר זכאית התובעת לפיצוי עבור 120 חודשים, היינו סך של 960,000 ₪,
20 ולעתיד זכאית התובעת לסכום של 2,240,000 ₪.
- 21
- 22 194. התובעים דורשים גם פיצוי בגין הפסד השתכרות לתובע עצמו, כאשר לטענת
23 התובעים, התובע הפסיק ללמד וללמוד בישיבה עקב הצורך לטפל בתובעת. אינני סבור
24 שמדובר בהפסדי השתכרות, שכן מצבה של התובעת אינו מחייב את הפסקת עיסוקו של
25 התובע, מה עוד שנפסקו לתובעת פיצויים בעבור עזרת צד ג' לעבר ולעתיד. פיצויים אלה
26 הביאו בחשבון גם מרכיב מסוים של טיפול והשגחה בתובעת עצמה. מקובל עלי, כי בתקופה
27 הסמוכה לאשפוזה של התובעת ושחרורה מבית החולים היה התובע טרוד בטיפול בה
28 ובוודאי שהפסיד שכר בתקופה זו, ועל כן אני קובע סכום גלובלי של 100,000 ₪ בגין זאת.
- 29
- 30 195. באשר לדרישת התובעת להתאמת דיור, לא מצאתי מקום לפסוק סכום כלשהו בגין
31 ראש נזק זה.
- 32



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

- 1 196. לא מצאתי מקום לפסוק פיצוי בגין "פגיעה באוטונומיה", שהרי אין בעובדות שפורטו
2 לעיל כדי להניח תשתית לדרישה בראש נזק זה.
- 3
- 4 197. במסגרת הסיכומים מטעם התובעים נדרשה פסיקת הוצאות עבור הוצאות רפואיות,
5 עזרים רפואיים, נסיעות וכדומה. לא הוגשו ראיות התומכות בסכום הנדרש על ידי התובעים.
6 יחד עם זאת, לאור מצבה הרפואי של התובעת, ברור כי לתובעים נגרמו הוצאות
7 משמעותיות, שחלקן בוודאי אינן מכוסות על ידי רשויות הבריאות, מה גם שברור כי בעתיד
8 תיגרמנה לתובעת הוצאות דומות, ועל כן אני קובע בגין ראש נזק זה סכום גלובלי בסך
9 ₪ 100,000.
- 10
- 11 198. כאב וסבל – בעניין זה יש להביא בחשבון את הנכות התפקודית והרפואית שנקבעו
12 לתובעת וכן את פגיעותיה, כפי שפורטו לעיל, ובפרט הקשיים בריכוז, התקפים אפילפטיים
13 וקושי בניידות. בסיכומיו הפנה בא כוח התובעת לפסיקה רבה בנושא כאב וסבל כאשר
14 באותם מקרים נפסקו פיצויים בסכומים נכבדים. לאחר שבחנתי את הפסיקה שצוטטה על
15 ידי הצדדים, אני קובע לתובעת פיצוי ברכיב זה בסך ₪ 600,000.
- 16
- 17 199. ניכויי ביטוח לאומי – מקובלת עלי טענת הנתבעת, כי לאור האמור בפסק הדין
18 והעובדה שפגיעות התובעת הן נוירולוגיות ופגיעות שנגרמו בגין פקת הוורידים, יש להפחית
19 את גמלאות המל"ל בהתאם לחוות הדעת האקטוארית שהוגשה מטעם הנתבעת, המשוערכת
20 להיום ועומדת על סך של כ-₪ 1,100,000.
- 21



בית המשפט המחוזי בירושלים

ת"א 44795-12-11 ז. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

תיק חיצוני:

1

2 200. סוף דבר, הנתבעת תשלם לתובעת פיצוי בסך 4,297,000 ₪, בצירוף סכום של

3

עבור שכר טרחת עורך דין והוצאות משפט. 750,000 ₪.

4

5

6

ניתנה היום, ל' בשבט תשע"ה (19 פברואר 2015), בהעדר הצדדים.

7

8

כרמי מוסק, שופט

9

10