



**בית משפט השלום בחיפה**

ת"א 08-1949 פלוני נ' [REDACTED] ואח'

תיק חיצוני:

כפני כב' השופט יואב פרידמן

התובע פלוני

נגד

הנתבעת

ד"ר [REDACTED]

נגד

צדדי ג'

1. בית חולים לגליל המערבי  
2. מדינת ישראל  
3. ענבל חברה לביטוח בע"מ

1

פסק דין

2

3

1. רקע ותמצית מסקנות

4

5 א. תביעת נזקי גוף בעילה של רשלנות רפואית. בתמצית מדובר על ניתוח לפרוסקופי להסרת  
6 כיס מרה בו נמצאה אבן. הניתוח בוצע על ידי הנתבע במסגרת קופ"ח מכבי, בה היה התובע חבר.  
7 עם זאת, עקב סיבוך במהלך הניתוח (שהתגלה בדיעבד) נזקק התובע להמשך טיפול. בשלב ראשון  
8 בוצע טיפול החמשך על ידי הנתבע במסגרת עבודתו בב"ח נהריה, לשם שלח את התובע לאשפוז  
9 במחלקתו (ה[REDACTED]). הנתבע יוצג מטעם אותו גורם ביטוחי  
10 המכסה אחריות הקומה בגין טענות הרשלנות הקשורות בניתוח. לאור העובדה שהתובע מעלה  
11 טענות התרשלנות כלפי הנתבע, הן ביחס לניתוח והן ביחס לטיפול החמשך בב"ח נהריה – נשלחה על  
12 ידי הנתבע הודעת צד ג' למדינה ול"ענבלי" – "בכובעו" של ב"ח נהריה.

13

14 ב. התובע הגיש חו"ד של מומחה כירורגי, ד"ר הורוביץ. המומחה טען לרשלנות של הנתבע  
15 בביצוע הניתוח במסגרתו פגע הנתבע ברקמת הכבד באזור מיטת כיס המרה וחתך את צינור כיס  
16 המרה התוך כבדי. התרשלנות נוספת שיוחסה לנתבע בניתוח הייתה שחנתבע לא חדל מן הניתוח  
17 הלפרוסקופי ולא עבר תחת זאת להמשך הניתוח בגישה הפתוחה מה שהיה אמור לעשות לאור  
18 הקושי בביצוע הניתוח בגישה הלפרוסקופית. עם זאת, נקבע כי המצב זמני ויש לשוב ולבדוק רק  
19 בטווח של 2-5 שנים סוגית הנכות הצמיתה. אותה חו"ד הייתה מיום 22.08.04, 3 וחצי שנים לפני  
20 הגשת התביעה. 23.02.09, הגיש התובע חו"ד עדכנית ע"י מומחה כירורג אחר, ד"ר חדאד.

21

22 ג. מטעם הנתבע וצדדי ג', הוגשה חו"ד משותפת של מומחה כירורגי, פרופ' הלוי. לאחר עיון  
23 בחוות הדעת, התבקשה עמדת הצדדים למיני מומחה מטעם ביהמ"ש.

I מתוך 25



## בית משפט השלום בחיפה

ת"א 1949-08 פלוני נ' ואח'

תיק חיצוני.

- 1 ב"כ התובע נתן הסכמה וב"כ הנתבעים סירבו. 7.09.09 ניתנה החלטתי כי יש מקום למינוי מומחה.  
 2 בחלטת המינוי, נקבע כי יוכל הוא להתייחס לכל סוגיה הנראית לו רלוונטית למקרא החומר  
 3 הרפואי, חו"ד וכתבי הטענות, אך עליו להתייחס לכל הפחות למספר שאלות שהוגדרו בחלטת  
 4 המינוי.  
 5  
 6 ד. שני מומחים שמונו לא יכלו לקחת על עצמם המינוי, ובסופו של יום מונה פרופ' רובין, מנהל  
 7 היחידה לכירורגיה לפרוסקופית בביה"ח שיבא (שקודם עבד בבלינסון). הנתבע וצדדי ג', הגישו  
 8 בקשה, לה התנגד התובע, להמרת זהות המומחה. טעמי הבקשה היו שהתובע טופל בהמשך במרכז  
 9 הרפואי בלינסון, שם ניתן לו לדבריו הטיפול הנכון, והמומחה עבד באותו ביה"ח. התובע התנגד  
 10 לבקשה להמרת זהות המומחה, כאשר הבחיר כי מעולם לא טופל ע"י מומחה בית המשפט ולא  
 11 אושפז במחלקתו. הבקשה להמרת זהות המומחה נדחתה בחלטת מיום 25.04.10. לאחר שניתנה  
 12 חוות הדעת, ניתנה למומחה גם הנחייה להשיב פרטנית על אותן שאלות שהוגדרו בחלטת המינוי.  
 13 התובע לא רווח נחת מחוות דעתו של המומחה, והגיש בקשה למנות מומחה נוסף ולחילופין בקשה  
 14 למשלוח שאלות הבהרה. בבקשה פורט כי התברר שהמומחה הינו לאשורה מביה"ח שיבא, שהינו  
 15 ביה"ח ממשלתי כמו ביה"ח נהריה וכאמור המומחה היה קודם בבי"ח בלינסון, ובתקופה בה מונה  
 16 היה בתקופת מעבר לבי"ח שיבא – ראה עמ' 12 לפרוטוקול). הבקשה למינוי מומחה נוסף נדחתה,  
 17 והבקשה למשלוח שאלות הבהרה התקבלה ברובה, בחלטת מפורטת מיום 15.11.11. לאחר שניתנו  
 18 התשובות, אף ניתנה הנחייה, לבקשה נוספת של התובע, לחייב המומחה במתן מענה משלים למספר  
 19 שאלות, והמומחה ענה אף על סבב שאלות נוסף. בסופו של יום אף נחקר המומחה, לבקשת התובע,  
 20 וכן נחקרו התובע והנתבע על תצהיריהם.  
 21  
 22 ה. אקדים ואציין כי ראיתי לדחות התביעה, ולאחר שנשמעו הראיות לא מצאתי טעם טוב לסטות  
 23 ממשקנות המומחה. חוות דעתו של מומחה ביהמ"ש הינה ראיה בין כלל הראיות ויש לבחנה  
 24 לגופה. אולם כאשר לא נפלה בה (דרך משל) פרכה שבהגיון, אי התאמה בין הדרך למסקנה, או  
 25 תשתית עובדתית שנמצאה לקויה - הנטייה הינה לקיימה. ראה למשל ע"א 293/88 חברת יצחק  
 26 ניימן להשכרה בע"מ נ' מונסי רבי; ע"א 5509/09 ח'אלד עבד אלקאדר מוחמד תיים מסארווה נ'  
 27 עזבון המנוח אברהמים חסן מסארווה (ניתן ב 23.2.14 – ראה האסמכתאות בסעי' 14 של פסה"ד).  
 28 במקרה דנן, מעולה מן הפירוט שיובא לעיל, הגיוניות המסקנות לגופן. התובע אכן סבל מסיבוך  
 29 בניחוח שעבר (חתוך צינור מרתי לא נכון), שלא זוהה בזמן אמת (הסיבה לאי הויהוי חופפת למעשה  
 30 את סיבת הסיבוך המוכר – ואריאנט במבנה האנטומי של העץ המרתי שגרם לחיתוך אותו צינור  
 31 בשל זיהוי לא נכון שלו). לפיכך נזקק התובע לשורת בדיקות ובסופו של יום לניתוח נוסף בחלוף  
 32 כמעט 6 שבועות, שפתר הבעיה, לאחר תקופת החלמה נוספת. אולם מדובר אכן בסיבוך ולא  
 33 בהתרשלות. גם טיפול ההמשך שקיבל התובע היה נאות ולא סטה מאמת מידה רפואית סבירה.



## בית משפט השלום בחיפה

ת"א 1949-08 פלתי נ' [REDACTED] ואח'

תיק חיצוני:

1 אף במישור הנכות מקובלת עלי קביעת מומחה הנתבעת ומומחה ביהמ"ש (הנתמכת גם בבדיקת  
2 תפקודי כבד ובדיקת אולטראסאונד ) שלא נותרה נכות.

3  
4 להלן אסקור האירועים המרכזיים תוך שלוב התייחסות הצדדים - בסדר כרונולוגי. חלק מן הדיון  
5 ישולב אף הוא בסקירה:  
6

7 2. אצל התובע התגלתה אבן בכיס מרה, שגודלה 2.3 ס"מ. התובע בחר לעבור ניתוח אצל  
8 הנתבע להסרת כיס המרה, במסגרת קופ"ח מכבי בה היה חבר. לתובע היה ידוע עת פנה לנתבע כי יש  
9 צורך רפואי בהסרת כיס המרה (וגם כיום אין בפיו או בפי המומחים מטעמו כל טענה שלא היה צורך  
10 רפואי בהסרת כיס המרה). הוא הודה בכך בע' 31 למעלה.

11  
12 3. התובע פגש את הנתבע בקליניקה שלו במרכז חורב, זאת כשבועיים לנרץ לפני ביצוע  
13 הניתוח. התובע טוען כי הנתבע המליץ לו לבצע את הניתוח בפרוצדורה לפרוסקופית במרכז חורב,  
14 וציין בפניו משך הניתוח יהא כמקובל עד כשעה ברטו, ועקב אופיו הפשוט הכרוך במינימום של  
15 מולשנות תהא החחלמה מהירה וכבר למחרת יוכל להשתחרר לביתו. לדברי התובע, ציין בפניו  
16 הנתבע כי במקרה של סיבוכים במהלך הניתוח, ייתכן שיצטרך "לפתוח את הבטן", היינו לעבור  
17 ל"שיטה פתוחה".

18  
19 הנתבע בתצהירו מציין כי אכן הסביר לתובע שאת הניתוח נהוג לבצע בשיטה לפרוסקופית ("השיטה  
20 הסגורה") ונתן לו הסבר ביחס לאופן הביצוע. הנתבע מאשר כי הסביר לתובע כי במקרים מסוימים,  
21 בעיקר במקרה של סיבוכי, כגון דימום רחב, יכול שיהא צורך לעבור במהלך הניתוח ל"שיטח  
22 הפתוחה".

23  
24 ביחס להסבר שקיבל התובע: מסביר הנתבע כי הוא נתן הסבר כפי שהוא נהוג להסביר ליתר  
25 מטופליו, שהניתוח כרוך כמספר סיבוכים אפשריים, לרבות דימומים, זיהומים, פגיעה באיברים  
26 סמוכים, פגיעה בצינורות המרה וגרימת נזק לכבד (כאמור – הסיבוכי של פגיעה בצינור מרתי הוא זה  
27 שהתממש בעניינינו, אך לא נותרה בסופו של יום פגיעה בכבד, למעשה אף לא נכות צמיתה הקשורה  
28 לניתוח).

29  
30 4. א. לתובע טענות בכתב התביעה ביחס לטיב ההסבר שקיבל. טענות אלה עשויות להיות  
31 רלבנטיות לאב הנזק של פגיעה באוטונומיה או לעילת תביעה שמשתייכת עצמה על היעדר הסכמה  
32 מדעת. בכתב התביעה ובסיכומים לא נטען לפגיעה באוטונומיה, ובכל מקרה אין אפוא זכאות לאב  
33 נזק זה, שלא נטען נאף לו דובר בעילת תביעה ולא בראש נזק – ביהמ"ש לא ידון בעילת שלא נטענה).



## בית משפט השלום בחיפה

ת"א 1949-08 פלוני נ' [REDACTED] ואח'

תיק חיבוי:

- 1 כן נטען בתביעה שלא ניתן הסבר נאות של סיכונים וסיבוכים, אך כתב התביעה לא דק דיו גם  
 2 "באכסניה" של עילת היעדר ההסכמה מדעת, ככל שביקש לטעון לה ועיין: ע"א 1303/09 מרגלית  
 3 קדוש נ' בית החולים ביקור חולים, סעי' 13-25 לפסי דינו של השופט עמית).  
 4 האם מדובר ברשלנות, הפרת חובה חקוקה מכוח חוק זכויות החולה, או שמא תקיפה (יש להבדיל  
 5 מטענות הרשלנות שלגופו של מקרה, שנטענו בסעי' 19 לתביעה). יכול שמכוח סעי' 16 של כתב התביעה  
 6 ניתן לקבוע, שמדובר באכסניה של הפרת חובה חקוקה.  
 7  
 8 ב. אלא שבמקרה זה אין צורך לתהות שמה ניתן לדלות מניסוח זה או אחר של כתב התביעה את  
 9 שאולי הוחסר: ראשית, הטענות נטחו בסיכומים (ובדין). שנית, אף אלמלא כן, ואף לו נטענו הדברים  
 10 ברחל בתך הקטנה, הרי שקביעתי ביחס להסברים שקיבל התובע עובר לניתוח, הנח שהתובע  
 11 קיבל הסבר נאות אודות הסיכונים והסיבוכים, לרבות הסיכון לפגיעה בצינורות המרה, כהילוכו  
 12 של הנתבע. לכן אין לשעות לכל טענה או עילה שיסודה באי הסכמה מדעת או אי קבלת הסבר נאות.  
 13 ולכן, אף לו נטען לפגיעה באוטונומיה, לא ניתן היה לשעות לטענה זו. להלן נימוקי לקביעה זו:  
 14  
 15 (1) בעוד שבתצחיר טען התובע כי הנתבע לא הסביר לו מה הם סיבוכי הניתוח שעשויים לגרום  
 16 למעבר ל"שיטה הפתוחה", הרי שלעת חקירתו כבר היה נחרץ הרבה פחות. התובע לא זכר האם שאל  
 17 מה הם הסיבוכים האפשריים והשיב כי שאל באופן כללי ונענה באופן כללי. הוא אישר כי מבחינתו  
 18 ניתוח לפרוסקופי לחסרת כיס מרה היה ניתוח פשוט, אך ידע כי כל ניתוח יכול להביא לסיבוכים  
 19 והסיבוכים הספציפיים לא עניינו אותו, שכן לכל ניתוח יש סיבוכים. הוא אישר שחתם על טופס  
 20 ההסכמה לפני הניתוח (ביום הניתוח). כאשר נשאל האם קרא את הטופס לפני שחתם, השיב שלא  
 21 וזאת מן הטעם שהיה בלחץ נפשי, ושיער שיש שם תיאור של אפשרויות לסיבוכים מכאן ועד  
 22 להודעה חדשה והוא לא רצה לשמוע על סיבוכים נוספים, חוץ ממילה כללית שאלו יכולים לקרות.  
 23 העד אישר כי גם שבועיים קודם היה בלחץ אדיר, היינו לעת המפגש עם ד"ר [REDACTED] וכי כל שאלה  
 24 שנשאל, נענתה (עמ' 31-33 לפרי').  
 25  
 26 (2) הרושם הברור מן החקירה הנו שהתובע היה במצב נפשי בו לא רצה להיכנס לפירוט  
 27 סיבוכים אפשריים ו"אטם אוזניו" (מטאפורית) במועד הפגישה עם ד"ר [REDACTED], שאז קיבל הסברים  
 28 נאותים בע"פ. כך גם ביום הניתוח, שאז ניתן לו לקרוא את טופס החסכמה עליו חתם (בו מופיעים  
 29 אותם סיבוכים שהתממשו). אין טענה כי לא ניתן לו פרק זמן הולם לקרוא את הטופס לפני הניתוח,  
 30 או שנאלץ לחתום עליו על "רגל אחת", שכן נמסר לו בעודו מובל לניתוח או לקראת הניתוח. הוא  
 31 עצמו בחר בודעקן שלא לקרוא אותו.  
 32  
 33



## בית משפט השלום בחיפה

ת"א 08-1949 פלוגי נא' ואח'

תיק חיצוני:

- 1 הטופס מנוסח בלשון ברורה: מצוין בו שהניתוח יערך בשיטה הלפרוסקופית הנגשית  
 2 באמצעות החדרת מכשירים דרך חתכים קטנים בדופן הבטן. מצוין כי יתרונות השיטה הן החלמה  
 3 מהירה יותר וצלילות קטנות יותר מאשר בשיטה הפתוחה. מוסבר שניתן לבצע את הניתוח בשיטה  
 4 הפתוחה וגם כאשר הניתוח מתבצע בשיטה לפרוסקופית קיימת אפשרות שיחא צורך לעבור לשיטה  
 5 הפתוחה במהלך הניתוח.  
 6 הטופס כולל ציון סיבוכים וסיכונים אפשריים לרבות דימום, זיהום, נזק לצינוריות המרה שנלול  
 7 לגרום לנוק לכבד, ופגיעה באברי בטן אחרים כאשר חלק מן הסיבוכים עשוי להצריך ניתוחים  
 8 נוספים מיידים או מאוחרים. מצוין שיש אפשרות שהסיבוכים לא יאובחנו במהלך הניתוח העיקרי  
 9 ויהא צורך בניתוח מתקן בשלב מאוחר יותר.  
 10  
 11 מצוין כי ניתן הסבר גם על השיטה הפתוחה, יתרונותיה וחסרונותיה, וניתנה הסכמה לשיטה  
 12 הלפרוסקופית (כאמור, לקביעתי ניתנו ההסברים הנדרשים שבועיים קודם במהלך הפגישה עם  
 13 הנתבע). הטופס כולל מספר הסברים נוספים, אולם אלו שהודגשו בפסקה זו הם הסיכונים שאכן  
 14 התממשו במקרה זה. הטופס כתוב בשפת בני אדם, היינו לא מורכבת מדיי ולא טכנית, אין הוא  
 15 מפורט מדיי שלא לצורך ואף לא קצר מדיי. הוא מקיים את התכלית של הבהרת הסיכונים  
 16 והסיבוכים העיקריים, וטיב הטכניקה של הפעולה הכירורגית.  
 17  
 18 (4) ניתן וצריך לתן הסבר הולם שאינו מתייחס מחד לכל סיכון היפותטי רחוק ומאידך, כולל  
 19 הוא סיבוכים מוכרים. ככל שמדובר בניתוח שאינו ניתוח חירום עולה אכן מידת הפירוט הנדרש.  
 20 אולם גם לכלל זה יש גבול שבהגיון. ראשית, הניתוח אינו ניתוח חירום אולם אין חולק שהיה בו  
 21 תורף רפואי, ואין מדובר בניתוח קוסמטי גרידא. שנית, וזה העיקר, לא ניתן להכריח אדם להסכים  
 22 ולהפנים הסברים שבהם אינו חפץ, כפי שגם לא ניתן להכריחו לקרוא טופס עליו הוא חותם.  
 23 התובע אדם אינטליגנטי, וחבעיה היא לא בהכנה, אלא במצב של לחץ נפשי שלאורו לא חפץ באופן  
 24 מודע לקבל ולהפנים הסברים שקיבל, ביחס לסיכונים. גם לא היה טינם בקביעת מפגשים נוספים  
 25 למתן הסברים, הן משום שמן העדות ניתן היה להתרשם שהתובע היה במצב של לחץ נמשך לאור  
 26 הניתוח הצפוי, לאורו לא חפץ בהסברים, היינו שלא היה טעם במועד אחר שאליו יגיע כביכול רגויו  
 27 יותר; והן מן הטעם שהוא עצמו לא טען כי הציג מצג ממנו יכול היה הנתבע ללמוד שאין הוא מפנים  
 28 למעשה את ההסברים הניתנים, מחמת חוסר רצון נפשי לשמוע על סיבוכים (לא ברור גם מה היה  
 29 אמור הנתבע לעשות במקרה שכזה). ואגב אורחא – בחירה שלא לדעת ולסמוך על הרופא גם היא  
 30 בחירה, ואף לגיטימית, בפרט כאשר ברור לחולה שמדובר בניתוח המחויב ממילא רפואית, גם אם  
 31 אינו ניתוח חירום.  
 32  
 33



## בית משפט השלום בחיפה

ת"א 1949-08 פלוני נ' ואח'

תיק חיצוני:

- 1 (5) ממילא במה שקשור לסיבתיות ההחלטה, לקביעת, היה התובע עובר את הניתוח בכל  
 2 מקרה, שכן כפי שבואר על ידי מומחה ביחמ"ש (ראח בהמשך), הניתוח מבוצע כיום כדבר שבשגרה  
 3 בשיטה הלפרוסקופית. וכאמור אין שום תזה רפואית שהציב התובע, לפיה הייתה אלטרנטיבה  
 4 לניתוח של הסרת כיס המרה. לא הייתה חלופה רפואית סבירה לאותו ניתוח, והתובע אישר כי הגיע  
 5 לנתבע לאחר שהובהר לו כי יש לכרות את כיס המרה. מטעם זה הגיע מלכתחילה אל הנתבע.  
 6  
 7 אולם, מעבר לכך – אכן ניתן לו הסבר נאות שכלל גם את הסיכון של חיתוך צינור מרה, כחלק  
 8 מסיבוכים אפשריים של ניתוח לפרוסקופי לכריתת כיס מרה, וגם יתרונות וחסרונות של גישה  
 9 לפרוסקופית לעומת הגישה הפתוחה.  
 10  
 11 (6) יכול שהתובע אינו זוכר את ההסבר בעל פה, שכן ההסבר אכן אמור לכאור סיכונים עיקריים  
 12 ידועים. ולא להיכנס ל"לפני ולפנים" של כל הסתעפות ביחס לכל סיבוך רחוק אפשרי. הסבר מן  
 13 הסוג האחרון ספק אם ניתן לתתו מבחינה מעשית, וגם אם היה ניתן, ספק רב אם הוא רצוי. לא זו  
 14 דרישת ההסבר הנאות. מעבר לשאלה האם יכול החולה להפנים המשמעות של הגודש האינפורמטיבי  
 15 המתמחה, הרי שהסבר מעין זה, לו ניתן היה לתתו, אף יכול לגרום נזק (בפרט לחולה הזקוק  
 16 לניתוח ועשוי להיות מורתע – ומקרה ספציפי זה ממחיש כי חלק מאותם חולים - חוששים גם לא  
 17 נותנים ביטוי חיצוני לכך שאין הם מפנימים, או חפצים להפנים, את ההסברים). התובע עצמו היה  
 18 במצב נפשי פנימי בו לא רצה להפנים הסברים על סיכונים. גם מסיבה זו סביר שלא נחרט בתודעתו  
 19 ההסבר בעל פה, שאכן ניתן. במצב דברים, זה לא ניתן לטעון לעילת תביעה שיסודה בהיעדר הסכמה  
 20 מדעת, ולא מתקיימת גם פגיעה באוטונומיה; שכן לא חל כל מחדל מצדו של הנתבע ביחס למתן  
 21 ההסבר. ההסבר ניתן בע"פ בפגישה, ובכתב בטופס ההסכמה שנמסר לתובע שבועיים אח"כ, ביום  
 22 הניתוח. אני מקבל שגם ההסבר בעל פה היה נאות וכלל הסיבוכים העיקריים הידועים בשיטה  
 23 הלפרוסקופית, וגם ההבדל בינה לבין השיטה הפתוחה. הסיבוכים שהתממשו היו כלולים באותו  
 24 הסבר, שכן מדובר אכן בסיבוכים ידועים. גם ההסבר בכתב שבטופס ההסכמה היה הסבר נאות  
 25 שאף הוא כאמור, כלל ההסבר על השיטה הלפרוסקופית ועל הסיבוכים הספציפיים שהתממשו.  
 26  
 27  
 28 5. הניתוח בוצע על ידי הנתבע בהרדמה כללית במרכז חורב, ב- 15.08.02. לדברי התובע, לאחר  
 29 שהתעורר בחדר ההתאוששות מסר לו הנתבע כי נתקל בקושי לנתק את כיס המרה העקשני שנדבק  
 30 לכבד, ונאלץ לחתוך שכבה ממנו כדי לשחרר את כיס המרה ולסלקו. במועד מאוחר יותר בבית  
 31 חולים נחרת, בתגובה לשאלה מפורשת של התובע – השיב הנתבע, כי סבר שיוכל לחתגבר על  
 32 הידבקות כיס המרה לכבד, מבלי לעבור ניתוח ב"גישה פתוחה".  
 33



## בית משפט השלום בחיפה

ת"א 1949-08 מלני נ' ואח'

תיק חיצוני

- 1 הנתבע מצדו מבאר שאין אמת בטענה לפיה במהלך הניתוח נאלץ לחתוך שכבה מהכבד: אמת  
2 שבמהלך הניתוח היה צורך בהפרדת כיס המרה מהכבד, אך הדבר נתקל בקושי על רקע הידבקות  
3 באזור, ולכן הופרד כיס המרה על כל שכבותיו. כיס המרה תמיד מחובר לכבד, כך שיש צורך  
4 בהפרדתו. החלק המשותף בין כיס המרה לכבד, מורכב משתי שכבות – שכבה רירית פנימית ושכבה  
5 חיצונית שרירית. בניתוח ללא נוכחות דלקת, מפרידים את השכבה הרירית, והשכבה השרירית  
6 נותרת על הכבד. הנתבע מבאר שאצל התובע הייתה כאמור נוכחות דלקתית (שגרמה להידבקות)  
7 ואז אין מרווח בין שתי השכבות, ולכן מוציאים את כיס המרה יחד עם שתייהן. כך נעשה אף כאן ולא  
8 נכרת שום חלק מן הכבד. אני קובע שלא נסתרה גרסת הנתבע כי אכן לא נכרת חלק מן הכבד עצמו.  
9  
10  
11 6. אין חולק כי לאחר הפרדת כיס המרה, הופיע דימום והנתבע טוען שמדובר בסיטואציה  
12 רגילה למצב זה. לאחר הופעת אותו דימום, הוכנס נקז באזור ממנו הוצא כיס המרה והתובע הועבר  
13 להתאוששות, ולאטפוץ לצורך השגחה. במהלך אותו אשפוז – נצפתה הפרשה דמית מן הנקז. הנתבע  
14 טוען שמדובר בתופעה רגילה, אך היא חייבה חזרתו של התובע בהמשך אשפוז לצורך השגחה.  
15 ההפרשה הדמית נמשכה גם בימים שלאחר מכן.  
16  
17 7. התובע מפנה לכך כי הניתוח ארך 3 שעות (למעשה שעתיים וחצי מאז תחילת ההרדמה),  
18 במקום הצפי של שעה בלבד. במהלך הימים שלאחריו בעודו מאושפז בחורב, סבל מכאבים קשים  
19 בבטנו ונאלץ לקבל תרופות דרך הפה ובוזריקות לשיכוך כאבים. ביחס להימשכות הניתוח – הנתבע  
20 מאשר כי אכן מסר לתובע במסגרת ההסבר, שבועיים לפני הניתוח, כי פרק הזמן הממוצע בו נמשך  
21 ניתוח כזה הינו כשעה; אך זאת בהנחה שלא נתקלים בקושי מיוחד במהלך הניתוח. כאן כאמור היו  
22 הידבקות שהיקשו על הפרדת כיס המרה מהכבד, מה שהנתבע מאשר כי אכן האריך את משך הזמן  
23 של הניתוח. ציינתי הדבר לשלמות התמונה, שכן אין חולק על משך הניתוח, ואין חולק גם כי בעת  
24 הניתוח עצמו לא אותר הסיבוך של חיתוך צינור המרה.  
25  
26 שאלה אחרת היא, האם לאור ההידבקות הנתונות, שאין חולק שהאריכו משך הניתוח, לא היה על  
27 הנתבע לעבור ממילא לשיטה הפתוחה, כחילוכו של ב"כ התובע; ואם התשובה חיובית, האם היה  
28 הסיבוך של חיתוך הצינור המרתי נחשב בשיטה הפתוחה. הנתבע מציין בעניין זה כי קשיים מן הסוג  
29 שהתעורר במקרה הנדון, מסוג הידבקות של כיס המרה לכבד, הם שגרתיים, ואינם מצריכים מעבר  
30 ל"שיטה הפתוחה", הכרוכה בשלעצמה בסיכונים, כמו גם בהארכת משך ההחלמה. בנוסף, הוא  
31 מבאר כי גם מעבר ל"שיטה פתוחה" לא היה מונע את הסיבוך הספציפי שהתממש במקרה זה ויסודו  
32 באנטומיה המיוחדת במקרה של התובע; שכן אופן הפרדת הכיס מן הכבד לא משתנה גם בניתוח  
33 פתוח, וניתוח כזה לא מבטיח סיכויי הצלחה טובים יותר בביצוע הפרדת הכיס, אף לא צמצום  
34 הסיכון של פגיעה בצינורות המרה או בכבד.

7 מתוך 25



**בית משפט השלום בחיפה**

ת"א 08-1949 פלוגי נ' [REDACTED] ואח'

תיק חיפאי:

8. התובע מפרט כי ב- 18.08.02 התערור לפנות בוקר עקב הרגשה רעה, וגילה כי סדין מיטתו הוצף בנוזל צהוב. הצוות התוך הזעיק את הנתבע מביתו וחלה הגיע בסמוך לשעה 05:00. הנתבע אבחן הפרשת נוזל מרה מן הפתח בדופן הבטן בו הותקן לו הנקז. לטענת התובע, הנזילה לא הייתה דרך הנקז אלא מן הפתח בבטן שמסביב לנקז.
- הנתבע מאשר כי אכן ב- 18.08.02 הופיעה הפרשת מרה, מה שהיווה עדות לדליפה מצינורות המרה המהווה אחד מהסיבוכים המוכרים של הניתוח (חיתוך צינור מרה). במקרה כזה, מציין הנתבע, יש לנקז את הפרשת המרה, מה שהתאפשר לאור הנקז שממילא הותקן לתובע. במקביל יש לפעול לאיתור מקור ההפרשה המרתית, במקרה ואינה נפסקת.
9. ב- 19.08.02 לאור העובדה שההפרשה המרתית נמשכה, החליט הנתבע להעביר את התובע להמשך אשפוז ומעקב במחלקתו של הנתבע בכי"ח נהריה, לאור העובדה ששם יש אמצעי הדמיה המאפשרים עריכת בירור מקיף של מקור הדליפה. מצדי אציון, כי עצם החעברה הייתה מוצדקת לגופה על פני הדברים; היות והסיבוך הצריך מתקני הדמיה ומעקב ואפשרויות טיפול שמצויים בכי"ח גדול. גם לתובע לא הייתה טענה לגבי עצם החלטת החעברה לכי"ח נהריה להמשך טיפול ומעקב.
10. באותו יום נערכה לתובע בדיקת הדמיה באיזוטופים להדגמת זרימת נוזל מרה. הבדיקה לא נתנה ממצא.
- ב- 20.08.02 נערכה בדיקת CT שחשפה כמות זעירה של נוזל באגן. נמצאה הסנתת שומן מתחת למיטת כיס המרה בין הכבד לקיבה. לא נצפתה קולקציה (הצטברות נוזל).
- ב- 21.08.02 נערכה בדיקת ERCP (החדרת אנדוסקופ דרך הפה עד התריסריון עם חומר מינון וצילום רנטגן לגילוי מקור הדליפה אל חלל הבטן). בפילה תקינה, כולידוכוס תקין (צינור מרה ראשי). הודגמה דליפה מה- Cystic Duct (הציסטיקוס) - צינור המחבר את כיס המרה לצינור המרה. פעולה שבוצעה על מנת להוריד את הלחץ במערכת המרתית, לא הצליחה לעצור את דליפת המרה (יצוין כבר כעת כי בהמשך התברר כי מקור הדלף המרתי הנמשך אינו בציסטיקוס).
- ב- 26.08.02 שוחרר התובע לביתו כשהוא עדיין עם נקז, והוזמן לאשפוז חוזר עם צום ל- 28.08.02 לצורך ERCP חוזר והכנסת תומכן (סטנט מרתי). לתובע טענה לגבי שחרור לביתו עם הנקז. הנתבע מבאר כי מדובר בנוהל מקובל שנעשה במקרים בהם יש ניקוז ממושך ואין לחולה צורך בטיפול נוסף תחת אשפוז (למשל טיפול אנטיביוטי).





## בית משפט השלום בחיפה

ת"א 1949-08 פלוני נ' ואח'

תיק חינוכי.

- 1 ב- 28.08.02 חזר התובע לאשפוז וחזר שוב על בדיקת ה- ERCP. גם הפעם הודגם הכלידיוכוס  
2 תקין וללא דליפה. הוכנס נקו דרך האף לתוך מוביל המרה המשותף לצורך חזרת חומר ניגוד  
3 לצינור המרה הראשית, וזאת לצורך ביצוע בדיקת חמשן של CT.  
4
- 5 ב- 29.08.02 נערכה אותה בדיקת CT של כבד ודרכי מרה עם חומר ניגוד. לא אותר מקור חדלף.  
6 הודגם מעבר תקין לתריסריון, אך לא הודגמו דרכי המרה בשני סגמנטים אחוריים כאונה ימנית  
7 בכבד. יבואר כי האונה הימנית בכבד מורכבת מסגמנטים 5,6,7,8. המסקנה לפיכך הייתה כי מקור  
8 חדלף הוא בצינור שהיה קשור לסגמנט מבודד של הכבד. הוצא הנקז מדרכי המרה.  
9
- 10 11. התובע מדגיש כי כל אותה עת סבל מכאבים קשים ורציפים במקומות שונים, כשנזל המרה  
11 ממשיך לדלף. תכולת שקית האיסוף נמדדה מדי יום ונמצא שמדובר בערך בחצי ליטר ביום.  
12 הנתבע מצדו מצוין כי התובע חש בשלב זה בטוב בלא עליית חום. הוא מפנה לנתון שהדליפה  
13 המרתית ב- 29.08.02 הייתה בכמות מופחתת של כ- 100 סמ"ק. על יסוד נתונים אלה הוחלט כי אין  
14 התובע זקוק להתערבות כירורגית, והוא שוחרר אפוא לביתו ב- 30.08.02 עם המלצה למנוחה בת  
15 חודש ומעקב תפקודי כבד במסגרת הקופה. במקביל הוזמן לביקור מעקב במרפאה הכירורגית של  
16 ביה"ח ב- 09.09.02.  
17
- 18 12. ביום שבת, ה- 31.08.02, התגברו כאבי הבטן ועלה החום. התובע ביקש מאשתו להשיב אותו  
19 לביה"ח. בוצע CT בחדר המיון בו הודגמה קולקציה של הכבד שהייתה הצטברות גדולה של נוזל  
20 בחלל הבטן סביב הכבד. הוחלט על אשפוז.  
21
- 22 13. ב- 01.09.02 בוצעה בביה"ח בדיקה איזוטופית של הכבד שהדגימה מעבר תקין של המרה  
23 למערכת העיכול, אך בו זמנית גם הדגימה דליפה לחלל הבטן. ב- CT שבוצע אותו מועד, נמצאה  
24 עדות לנוזל מרה חופשי בכמות גדולה בחלל הבטן (שנוקז) – באמצעות נקז נוסף שהוחדר. התובע  
25 מצוין כי נוקז כמות של יותר מ- 1 ליטר של נוזל מרה. בבדיקות הדם נמצאה הפרעה בתפקודי  
26 כבד.  
27
- 28 14. התובע מצוין כי ב- 05.09.02 כשהוא עדיין מאושפז בלא חטבה, ביקש מיזמתו לשוחרר עם  
29 הנתבע ואז שמע ממנו לראשונה כי דליפת נוזל המרה לבטן היא כנראה תולדת צינור בכבד שנפגע  
30 בניתוח, צינור אותו לא הצליח הנתבע "להדגיס" באף אחת מן הבדיקות שערך לו בבי"ח נהריה.  
31 הנתבע הודיע לו כי הוא משחרר אותו שוב מתוך תקווה שהצינור הפגוע יחלים וייסגר מעצמו באופן  
32 טבעי בתוך מספר חודשים, ושדליפות הנוזל המרתי תחדלנה לפיכך מעצמן. הנתבע הבחיר לתובע,  
33 לדבריו, כי עד אז עליו להישאר מחובר לנקז ושקית האיסוף עד להחלמתו.



## בית משפט השלום בחיפה

ת"א 1949-08 מלוני נ' ואח'

תיק חיצוני.

1 הנתבע מצדו מציין כי התובע אכן שוחרר ב- 06.09.02 עם המלצות להחלפת שקיות לניקוז, רישום  
2 יומימי וטיפול תרופתי. זאת לאור העובדה כי לעת השחרור הוא חש טוב ותפקודי הכבד היו יציבים  
3 ואף הפרשת הטוול המרתי, דרך הנקו, הלכה ופחתה, וב- 05.09.02 עמדו על כ- 200 סמ"ק. לדברי  
4 הנתבע מדובר בגישה שמרנית מקובלת של מעקב אחר כמויות הדליפה המרתית כדי לראות אם  
5 הבעיה תיפתר שמרנית בלא צורך בניתוח חמשך. לדבריו, אלמלא בחר התובע לחעביר הטיפול  
6 מבייח נהרייה והדליפה הייתה נמשכת, היה גם ביה"ח נוקט בטיפול בו ננקט בפועל בהמשך (בדיקת  
7 PTC וטיפול ניתוחי).

8  
9 15. התובע מפרט כי כאשר שוחרר לביתו ב- 06.09.02 נועץ בידידים, שכן התרשם שהנתבע  
10 מבקש לטאטא את הבעיה מתחת לשטיח ולבסוף איתר מומחה למחלות כבד בבייח רבין (פרופ'  
11 מור). האחרון שמע את הסיפור טלפונית הנחה התובע להתאשפז באופן דחוף בבייח רבין, תוך  
12 ביצוע צילום PTC (החדרת צנתר אל הכבד). מדובר בבדיקת הדמיה נוספת. התובע טוען לדברים  
13 שנמסרו לו על ידי פרופ' מור – אולם אלו לא הומחשו והינם בגדר עדות שמינה.

14  
15 ב- 10.09.02 בוצעה לתובע בבייח בלינסון בדיקת ה- PTC שהדגימה דרכי מרה של סגמנט 5 של  
16 הכבד, נפרדים ממערכת המרה המרכזית עם דליפה ישירה לחלל התת כבדי. מדובר בבדיקת הדמיה  
17 המצלמת את העץ הבליארי לאחר הכנסת צינור לדרכי המרה. הודגמה דליפת מרה לחלל הבטן  
18 מסעיף של סגמנט 5 שנראה מנותק מעץ המרה. הוכנס נקו לשם ניקוז טוול המרה ישירות ממקור  
19 חדלף שאותר, במקום מחלל הבטן. התובע טוען, כי כשעה לאחר מכן חלף כאב הבטן וחדלה  
20 הדליפה.

21  
22 ב- 12.09.02 שוחרר התובע עם הנקז המנקו טוול המרה לשקית איסוף. ב- 23.09.02, ביצע לו פרופ' מור  
23 ניתוח בטן שמצא את דליפת המרה מצינור המרה הראשי המנקו סגמנטים אחרים 5 ו-8. נתפר  
24 הפתח לצינור המרה והושאר נקו תוך כבדי למשך ארבע שבועות. החולה שוחרר מבייח ב- 30.09.02.  
25 הדליפה פסקה. לאחר 8 שבועות של התאוששות מן הניתוח, החלים התובע.

26  
27 16. טענותיו של התובע ביחס להתרשלות נוגעות לאי מעבר לניתוח פתוח, משעה שראה הנתבע  
28 שהניתוח הסתבך בהידבקות; כאשר במהלך הניתוח הלפרוסקופי מוגבל יותר שדה הראייה ביחס  
29 לשיטת הפתוח, ובמהלך הלפרוסקופיה, נחתך אותו צינור מרתי. לגישת התובע, חייה על הנתבע  
30 להתיעץ עם כירורג מומחה לתחום הכבד (אין ממש בטיעון זה, שכן הנתבע עצמו הוא בעל  
31 המומחיות הכירורגית הנדרשת; אם כי כמובן אין הדבר שולל אפריורי טעות שלו או אף התרשלות –  
32 הערה שלי י.ג.). לדברי התובע, התרשל הנתבע גם משעה שלא חשף עוד במהלך הניתוח הלפרוסקופי  
33 את הסיכוח של חיתוך צינור המרה.



## בית משפט השלום בחיפה

ת"א 1949-08 פלני נ' ואח'

תיק חיצוני:

1 בנוסף, טוען הוא כי סבלו הוארך שלא לצורך, כאשר ניתן היה להורות על בדיקת ה- PTC עוד  
2 קודם, שכן זו חבדיקה חרלוונטית לגילוי מקור הדלף של נוזל מרה מציעור אל חלל הבטן. לדבריו,  
3 מעולם לא ציין במניו הנתבע כי יש אפשרות לטפל בבעיה באמצעות בדיקת PTC וניתוח לתיקון  
4 הדליפה, כפי שלבסוף נעשה בבלינסון על ידי פרופ' מור, ואז נפתרה הבעיה.

5  
6 17. ביחס לנכות, די"ר חורביץ מטעם התובע קבע כאמור בחוות דעת משנת 2004, כי רק בחלוף  
7 שנתיים עד חמש שנים, ניתן יהיה לקבוע אם נותרה נכות צמיתה. התביעה הוגשה בשנת 2008  
8 ובהמשך הוגשה מטעם התובע חו"ד מיום 15.02.09 של מומחה אחר, די"ר ריאד חדאד. המומחה  
9 קבע לתובע נכות צמיתה בשיעור 53%. קביעה אחרונה זו ביחס לנכות, הינה תמוחה לאור העובדח  
10 שאין חולק כי דליפת המרח פסקה והתובע החלים, ובדיקות מעלות שגם תפקודי הכבד תקינים  
11 (בפרט בדיקת תפקודי כבד מ 15.1.09). בלשונו של התובע עצמו בסעיף 9 לתצהירו, לאחר אותה  
12 החלמה בת 8 שבועות מהניתוח שעבר ע"י פרופ' מור, "באת חסאגה האקוטית של ייסורי לסיומה".  
13 הן המומחה מטעם הנתבעים, פרופ' הלוי, והן מומחה ביהמ"ש, הגיעו למסקנה כי ההחלמה היא  
14 מלאה ולא נותרה כל נכות.

### עיקרי חוות הדעת הרפואיות

15  
16  
17  
18 18. חוות דעת כירורגית של די"ר הנרוביץ מומחה מטעם התובע (חו"ד מיום 22.08.04)

19  
20 א. המומחה טוען כי אופן ביצוע הניתוח והשיקולים במחלכו תמוחים. הוא מסכים כי כריתח  
21 לפרוסקופית של כיס המרה היא הליך ידוע ומבוסס והייתה למעשה ראשונה הניתוחים  
22 הפרוסקופיים. כל מועמד לניתוח כזה מודע שאם יתעורר קושי במהלך הניתוח, יהא המנתח רשאי  
23 לעבור לגישה הפתוחה. היינו פתיחת הבטן לחשלמת הניתוח. גם במקרה דנן, הודע התובע על כך  
24 ותמוחה מדוע לא קיבל הנתבע החלטה על מעבר לגישה הפתוחה שעה שנוכח בקשיים בהם נתקל  
25 בניתוח הפרוסקופי. תחת זאת התעקש לחמשיך בגישה הפרוסקופית משך 3 שעות כאשר משך  
26 הזמן הממוצע לניתוח כזה נע בין מחצית השעה לשעה וחצי. המומחה מציין שתוך כדי הניתוח חתן  
27 המומחה לתוך הכבד, על מנת לשחרר את כיס המרה (הערתו - י.פ: מתברר כאמור כי לא היה  
28 חיתוך ל"יתוך הכבד" שכן הכבד לא נחתך. מה שנחתך היה אותו צינור מרה בסגמנט של אותה  
29 הכבד). מעבר לגישה הפתוחה לא הייתה רק מקצרת את משך הניתוח אלא בעיקר מאפשרת לכרות  
30 את כיס המרה ממיטתו ללא סיבוך או גרימת נזק. אין זה מן הנמנע כי למרות שהתובע הוחתם על  
31 הסכמה לאפשרות מעבר לגישה פתוחה, הנתבע כלל לא היה ערוך לכך, למרות שחייב היה להיות  
32 ערוך.

33



## בית משפט השלום בחיפה

ת"א 1949-08 פלוגי נ' [REDACTED] ואח'

תיק חיצוני:

- 1 ב. יומיים לאחר האשפוז בבי"ח נהרייה, העלתה בדיקת ה-ERCOP חשד לדליפה מגדם צינור  
 2 הציסטיקוס. אמנם, בשלב מאוחר נמצא כי מקור הדלף המרתי אינו בצינור הציסטיקוס אלא בצינור  
 3 מרה תוך כבדי (מדובר על צינור המרה של סגמנט-5 שהינו סגמנט אחורי באונה הימנית- הערה שלי  
 4 י.פ.) אך כמות הדלף המרתי שנצברה בשקית (כחצי ליטר ליום) והכדיקה הצביעה על כך שמדובר  
 5 בדלף מצינור מרה גדול. כמו כן הניקוז היה מחלל הבטן ולכן לא יכול היה להיות ספק כי החומר  
 6 המנוקז אל מחוץ לבטן מהווה רק חלק מממות החומר הדולף, כאשר יתרתו נצברת בחלל הבטן.  
 7
- 8 ג. תוצאות נזילת מרה בחלל הבטן תלויות בין היתר בשאלה אם המרה מזוהמת או לא.  
 9 במקרה של זיהום המרה תתפתח דלקת קרום הבטן המסכנת חיים. למזלו של התובע זה לא היה  
 10 המקרה, אך כל יום שעובר נושא בחובו סכנה לתזדממות המרה ולכן יש לנקוט בכל דרך לעצור נזילת  
 11 כזו מוקדם ככל הניתן. גם כשהמרה לא מזוהמת יש סיכון בנזילתה באופן נמשך לחלל הבטן. דלקת  
 12 קרום בטן כימית כזו, יכולה לגרום בתורה לחלם בעקבות אובדן נוזלים בחלל הבטן, ואף לתרעלה  
 13 בגלל ספיגה מסיבית של מלחי נוזל המרה לתוך מחזור הדם. לכן לא ברור מדוע תוכננה בדיקת  
 14 ERCOP חוזרת רק כעבור שבוע ולא כבר למחרת יום או יומיים.  
 15
- 16 ד. חמור מכך משלא אומת החשד לדליפה מגדם הציסטיקוס לא נעשה ניסיון לבצע בדיקת  
 17 PTC, על אף הקשיים בביצועה, וזו בוצעה לבסוף בבי"ח בלינסון. בדיקה זו כוללת זיקור דרכי  
 18 המרה דרך העור והזרקת חומר ניגוד והיא הייתה מדגימה ומאמתת את מקור הדליפה. זאת לאחר  
 19 שבבדיקה קודמת בבי"ח נהרייה כבר נרמז למיקום הבעיה, שכן נאמר באותה בדיקה קודמת כי לא  
 20 הייתה חדגמה של דרכי המרה בסגמנטים האחוריים באונה הימנית של הכבד.  
 21
- 22 ה. במקום להחליט לבצע ניתוח בהקדם לסגירת הדליפה המרתית הגדולה, נשלח החולה לביתו  
 23 להחלמה ("טבעית"). כבר למחרת היה צורך באשפוז חוזר דחוף עקב קולקציית נוזל גדולה בבטן  
 24 מתחת לכבד, וביצוע של ניקוז ישיר. המטופל שוחרר שוב (!) מבי"ח ב 6/9/02 להחלמה "טבעית"  
 25 בביתו. מצבו של החולה לא השתפר בביתו וב 10/9/02, התאשפז בבלינסון להמשך טיפול. בוצעה  
 26 בדיקת PTC, וניקוז ישיר של דרכי המרה הפגועים אל מחוץ לגוף. לאחר תקופת התאוששות קצרה  
 27 בוצע ניתוח לחסימת צינור המרה הפגוע התוך כבדי, היות ולא ניתן לשחזר פגיעה כזו בצינור ולתקן  
 28 את הטק. הפגיעה באותו צינור מרה תוך כבדי הייתה חתך אופקי שהצריך כאמור ניתוח נוסף. היה  
 29 על הנתבע לעבור לגישה פתוחה במהלך הניתוח לאור הקושי עקב החיד בקויות ואז היה נמנע הסיבך  
 30 של חיתוך הצינור.  
 31  
 32  
 33



**בית משפט השלום בחיפה**

ת"א 1949-08 מלוני נ' אה'

תיק חיבוני .

- 1 19. חוות דעת מומחה נוסף מטעם התובע, ד"ר חדאד (מיום 15/2/09)
- 2
- 3 א. התובע מתלונן כי הוא סובל מאז הניתוח מהתקפים חוזרים של כאבי בטן ימנית עליונה
- 4 בעיקר לאחר ארוחות, מה שהביא אותו להגבלת סוגי המזון. בנוסף אירועים של חום וצמרמורת
- 5 ושלושים מדי פעם או עצירות. הכבד הודגם בגודל ומרקם תקין בבדיקת אולטראסאונד מ 4.2.09.
- 6 ב. שכיחות הפגיעה בדרכי המרה בזמן ניתוח לפרוסקופי לכריתת כיס מרה הינה 0.4% עד
- 7 0.6%. פגיעה כזו גורמת לתחלואה מרובה ואשפוזים חוזרים. חלק מהחולים נדרשים לניתוח חוזר
- 8 כולל ניתוחי מעקף לדרכי המרה וחלק יעבור ניתוח לכריתת חלק מהכבד. חלק אחר יודקק אף
- 9 להשתלת כבד כתוצאה מפגיעה מורכבת בשער הכבד.
- 10
- 11 ג. סיבה מרכזית לפגיעה בדרכי מרה בזמן ניתוח כיס המרה היא האנומאליות באנטומיה של
- 12 דרכי המרה. עקב אותן אנומאליות חושב הכירורג שצינור המרה הראשי הוא צינור כיס המרה ואז
- 13 נגרם חיתוך של הצינור הראשי. בעיה זו מוחמרת יותר בניתוחי כיס מרה מדלקים שגורמים לעיוות
- 14 באנטומיה של אזור שער הכבד. הכבד מורכב מ-8 סגמנטים. בצד שמאלי ענפים של סגמנט 2 ו-3-
- 15 מתחברים יחד עם ענף של סגמנט 4 ויוצרים את הצינור ההפטי השמאלי. בצד ימין מורכב הצינור
- 16 ההפטי משני ענפים: הענף האחורי שמנקז את סגמנט 6 ו-7 והענף הקדמי שמנקז את סגמנט 5 ו-8.
- 17 הצינור ההפטי הימני והשמאלי מתחברים יחד ויוצרים את הצינור ההפטי המשותף. לצינור משותף
- 18 זה מתחבר הצינור של כיס המרה וביחד יוצרים הם את צינור המרה המשותף. אלא שאנטומיה זו
- 19 קיימת רק ב 57% מן האוכלוסייה, ובשאר קיימות צורות שונות של מבנה העץ המרתי.
- 20
- 21 ד. אנומליה אנטומית מסוימת של מבנה העץ המרתי, הקיימת בחלק מהאוכלוסייה, הינה כזו
- 22 בה הענף האחורי והקדמי של הצינור ההפטי אינם מתחברים ביחד ליצירת צינור הפטי ימני. ליצירת
- 23 הצינור ההפטי המשותף מתחבר הצינור ההפטי השמאלי עם אחד הענפים (הקדמי או האחורי) של
- 24 הצינור ההפטי הימני, כאשר הענף האחר יוצר התחברות נוספת לצינור המרה המשותף או לצינור
- 25 כיס המרה: כך נגרמת שעות הזיהוי בזמן הניתוח, מה שמביא לחיתוך הענף הקדמי או האחורי של
- 26 הצינור ההפטי הימני. פגיעה כזו נחשבת לפגיעה מורכבת. המורכבות של הפגיעה בענף של הצינור
- 27 ההפטי הימני נובעת מן הקושי הרב לאבחן אותה, ואחוזי הכישלון הגבוהים של תיקון פגיעה זו.
- 28 הסיבה לכישלון התיקון היא העובדה שקוטר הענף של הצינור ההפטי הוא קטן, והפגיעה כד"כ
- 29 גבוהה בשאר הכבד.
- 30
- 31 ה. אספקט אחר בטיפול בתובע שיש לחביא בחשבון הוא הזמן הממושך עד לאבחנת הפגיעה.
- 32 בספרות מדווח שהחציון עד להעברת החולה לכירורג המתעסק בניתוח כבד בדרכי מרה היה 1.4
- 33 חודשים (0.8 עד 3.5 חודשים).



## בית משפט השלום בחיפה

ת"א 1949-08 פלוני נ' אחר'

תיק חיצוני:

1 **כחצרת שלי** – אציין שוב לוח הזמנים כאשר הניתוח היה ב 15.8.02 ובדיקת ה PTC בוצעה  
2 בבלינסון ביוזמת פרופ' מור כבר ב 10.9.02. כלומר, עוד פחות מאותו פרק זמן ממוצע של 1.4 חודש  
3 שציין ד"ר חדאד עצמו. המשמעות היא שאכן איחור באבחון של חיתוך צינור מרתי עקב אנומליה  
4 אנטומית הינו אף הוא בגדר סיבוך מוכר.  
5

6 .1 בתקופה זו המרה דלפה לחלל הבטן אצל התובע, ומשם דרך הנקז החוצה. בנוסף בתקופה זו  
7 אושפו התובע בדחיפות עקב הצטברות המרה בחלל הבטן שגרמה לדלקת כימית והיה צריך להכניס  
8 עוד נקז. דלקת חדה של הצפק בגלל מיצי מרה היא מחלה קשה שיכולה להביא למוות עקב הנוק  
9 הכימי שנגרם לרקמות בשלב ראשון, ובשלב מאוחר יותר לזיהומים בחלל הבטן. התחליף הדלקתי  
10 בבטן העליונה ישפיע גם על צינור המרה הראשי. המומחה מפנה לכך שבמעקב בחולנד, נמצא שכ 5.9  
11 שנים בממוצע אחרי תיקון כיס מרה יש פגיעה באיכות החיים של חולים, ביחס לחולים שעברו  
12 כריתת כיס מרה בלא סיבוכים. המחקר עקב אחרי 403 חולים ומצא פגיעה ב 3 מתוך 8 ממדים.  
13

14 **הצרת שלי** – הדברים צוינו לשלמות התמונה, שכן במקרה דן מסקנת מומחה ביהמ"ש המקובלת  
15 עליי הינה כי לא נותרה כל נכות. מסקנת ד"ר חדאד, מכל מקום, הינה כי בעקבות אותה פגיעה בענף  
16 של צינור המרה הימני המנקז את סגמנט 5 ו-8 סובל התובע מהתקפים חוזרים של דלקת דרכי  
17 המרה ונותר עם נכות רפואית קבועה בת 53% (נכות משוכללת ש 10% ממנה הינה בגין צלקת  
18 מכאיבה ומכערת לחלל הבטן). כפי שצינתי, על פני הדברים, ואף אלמלא מסקנות מומחה ביהמ"ש  
19 בעניין שיעור הנכות, מדובר בקביעה סופרזת על פניה ביחס לנכות שנתורה בסופו של יום. התובע  
20 עצמו בתצהירו ציין בקצרה כי עודנו סובל מכאבים ודקירות באזור הכבד, הנמשכים לסירוגין  
21 ובתדירות משתנה, כאשר מספר שנים לאחר הניתוח היו לו חולשה, מגבלות אכילה ולעיתים  
22 שלשולים ואירועי חום. כלומר כיום אין חולק כי אותה חולשה, מגבלות אכילה, ושלשולים חלפו,  
23 ונותרו עם טענה של דקירות וכאבים בתדירות לא קבועה באזור הכבד.  
24

25 **20. חוות דעתו של פרופ' חלוי – המומחה מטעם הנתבעת (צדדי ג') (חוות דעת מיום 16.8.09)**

26  
27 א. המומחה סוקר את המחלך הניתוחי והבדיקות שכבר נזכרו לעיל. המומחה מציין כי במרכז  
28 הרפואי בלינסון הוחלט שלאחר תקופת המתנה מסוימת ינותח התובע לסגירת הדלף ע"י קשירת  
29 הצינורית או סגירתה או ביצוע השקה בין הצינורית למערכת העיכול. הניתוח אושש את האבחנה של  
30 דליפה מסגמנט 5 של הכבד, שבבדיקת ה PTC נראה מנותק מצינור המרה הראשי. משלא ניתן  
31 לבצע חשקת בין צינורית המרה למעי, נתפרה הצינורית של סגמנט 5 ו-8.  
32  
33



## בית משפט שלום בחיפה

ת"א 1949-08 מלתי נ' [REDACTED] ואח'

תיק חיצוני

- 1 גם אצל פרופ' הלוי חזר התובע על התלונה שלפעמים יש לו דקירות באזור הכבד, כאשר הכאב  
 2 לדבריו נהיה יותר שכיח במשך השנים. אצל פרופ' הלוי בשונה מתצהירו, טען שהוא עדיין סובל  
 3 משלשולים ולפעמים מעצירויות ולפעמים מעליות חום. הוא התלונן שהוא גם מוגבל במזון – ואינו  
 4 אוכל שומנים. בעבר שקל 120 ק"ג וחיים שוקל כ- 100 ק"ג. גם המומחה מפנה לכך שבדיקת  
 5 האולטרה סאונד חשפה כבד בעל מרקם תקין והרחבת קלה של דרכי המרה התוך כבדיים. **בדיקת**  
 6 **תפקודי כבד מ 15.1.09 הייתה תקינה לחלוטין.**  
 7  
 8 ב. אין חולק כי בניתוח נפגע הצינור המרתי של סגמנט 5. מדובר על צינור מרה שהינו בדי"כ דק  
 9 וקשה לראותו בתוך תחליך דלקתי קשה כפי שהיה במקרה של התובע בניתוח. עם זאת, אין אחיזה  
 10 במציאות לטענת ד"ר הורוביץ שהיה צריך, לאור ההידבקויות, לעבור מניתוח לפרוסקופי לניתוח  
 11 פתוח. **אין לכך גם כל הנחיה רפואית.**  
 12  
 13 ג. גם פרופ' הלוי מסכים שהייתה סטייה אנטומית כפי שתוארה ע"י ד"ר חזאד, ואלמלא  
 14 אותה סטייה של צינורית המרה בסגמנט 5 באותה קונפיגורציה – הפגיעה לא הייתה מתרחשת.  
 15  
 16 ד. אומנם לא ניתן לקבוע זאת בוודאות, אך כן ניתן לקבוע **בסבירות גבוהה** כי ניתוח פתוח  
 17 בתחליך הדלקתי כפי שתייח ובגזכות הסטייה האנטומית לא היה מסתיים אחרת. המומחה מצטט  
 18 מתוך מאמר חקובע שבמקרים מורכבים כאלה גם הגישה הפתוחה אינה ערובה למניעת פגיעה  
 19 ביליארית.  
 20  
 21 ה. המומחה גורס שהנתבע המתין בצדק מספר ימים כדי לראות לאיזה כיוון הולכת דליפת  
 22 המרה: האם לכיוון של ירידה בכמויות ואז עם הרבה סבלנות הבעיה תיפתר מאליו; או למצב בו  
 23 כמות הדליפה לא פוחתת, שאז יש להוסיף לבדוק לבחון העניין. משעה שהדליפה לא פסקה, העביר  
 24 את התובע לבייח ציבורי – בייח נחרייה – שם עבר בירור מקיף (שנסקר). המומחה מציין כי **בדיקת**  
 25 **PTC אינה בדיקת הבחירה לאבחון דרכי מרה שאינן מורחבות, עקב אחזי הצלחה לא גבוהים.**  
 26 מכאן ניסיונו של הנתבע לשטור בדיקה זו כבדיקה אחרונה. אלמלא פנה התובע לטיפול בבייח רבין,  
 27 הוא היה מופנה לביצוע הבדיקה בהמשך המהלך גם בבייח נחרייה (הערה שלי – י.פ. : אומנם  
 28 הדברים לא נאמרו במפורש בחוות דעתו של ד"ר הורוביץ אולם ניתן למצוא לחם רמז אף בניסוחו.  
 29 ד"ר הורוביץ גורס כווכר שכבר משלא אומת החשד לדליפה מגדם הציסטיקוס והועלתה סברה  
 30 שמדובר בדליפה מצינור מרה נוסף, היה צריך לבצע בדיקת PTC. אולם גם הוא עצמו מסייג דבריו  
 31 כמילים "על אף חקשיים בביצוע הבדיקה" כאשר אין הוא מפרט מהם אותם קשיים. מכאן שיכול  
 32 שיש תימוכין עקיפין מבין השיטין לקביעת פרופ' הלוי שאכן מדובר בבדיקה שאינה בדיקת הבחירה  
 33 לאבחון דרכי מרה לא מורחבות והיא נשמרת להמשך למקרה הצורך).



## בית משפט השלום בחיפה

ת"א 1949-08 פלוגי נ"י [REDACTED] ואח'

תיק חיצוני:

- 1 כחוכמה שבדיעבד אנו יודעים שהייתה יעילה במקרה זה ונתנה אבחון נכון משעה שבדיקות הדמיה  
2 אחרות לא נתנו האבחון של מיקום הדלף המדויק - מאותו צינור מרה בסגמנט 5 שנחתך. אך זו  
3 **חוכמה בדיעבד, שלא אושש לטעמי שעולה כדי התרשלות.**  
4
- 5 נ. פרופ' הלוי גורס שלא ניתן היה לגלות הפגיעה בצינור המרתי של סגמנט 5 כבר לעת ביצוע  
6 הניתוח הלפרוסקופי וגם אבחון הבעיה מסוג זה לאחר הניתוח הינו קשה ביותר (אזכיר כי נושא  
7 האבחון הלא מידי נזכר כסיכון מוכר בטופס ההסכמה לניתוח. הערה שלי - י.פ.).  
8 המומחה גורס כי הגישה השמרנית בה נקט הנתבע אינה פסולה גם אם יהיו אחרים שיטענו שהיה  
9 מקום לנקוט בגישה אגרסיבית יותר. הוא מוסיף כי גישה ניתוחית כשלעצמה וגם פרוצדורת ה PTC  
10 אינן חפות מסיכונים. בכל מקרה זמן ההמתנה שבין הניתוח הראשון שבוצע ב 15.8.02 במרכז חורב  
11 לבין הניתוח השני שבוצע בבי"ח רבין ב 23.9.02 – לא גרם לתובע נזק מכל סוג.  
12
- 13 ז. **בהתייחס לתוו"ד ד"ר חדאד:** מדובר בחוות דעת תיאורטית ברובה, וככל שהיא עוסקת  
14 במצבו של התובע הספציפי, אין לה אחיזה במציאות ביחס לקביעת שיעורי הנכות, והיא מציגה  
15 תמונה חמורה יותר מזו הקיימת. שני הסעיפים בהם עושה המומחה שימוש הם סעיפי לקויות  
16 חומפים האחד מעניק 40% והשני 20%. יתרה מזו סעיף הליקוי 16(ג) מעניק 40% בגין שחמת  
17 כבד, כאשר מדובר על מצב בינוני עם הפרעות בולטות יותר בתפקודי הכבד והשפעה בולטת על המצב  
18 הכללי. וגם ד"ר חדאד אינו טוען שהתובע סובל משחמת כבד. סעיף הליקוי השני בהגדרתו הינו  
19 תסמונת שלאחר כריתת כיס מרה, היינו ליקויים שלעיתים מופיעים מעצם כריתת הכיס. מאחר  
20 שהתובע נדרש בכל מקרה לכריתת כיס המרה החולה, הרי שאין מקום לפסוק נכות בגין סעיף זה.  
21
- 22 ח. נותרה אכן צלקת ניתוחית שמזכה ב 10% אך זו אינה קשורה לטיפול שקיבל. והרי אם היה  
23 הנתבע עובר לשיטת הפתוחה כשיטת ד"ר חורוביץ, הרי גם אז היה נותר עם אותם אחוזי נכות בגין  
24 הצלקת. אומנם מתחיל להתפתח בקע בצלקת הניתוחית, אולם כאמור כל נושא הצלקת לא קשור  
25 לטיפול, וממילא הבקע בשלב זה לא מעניק נכות.  
26
- 27 ט. המומחה מציין כי התקופה המקובלת ככזו שבה ניתן להעריך את תוצאות ארוכות הטווח  
28 של תיקוני הפגיעות בדרכי המרה הינה 5 שנות מעקב (הערה שלי – בכך למעשה יש הסכמה ואף  
29 למעלה מכך, עם אותה קביעה של ד"ר חורוביץ שאף הוא סבר שיש צורך להמתין בין שנתיים לחמש  
30 שנים כדי לתן אומדן סופי בשאלת הנכות). במקרה של התובע עברו יותר מ 5 שנים מאז הפגיעה,  
31 ולו התפתח אחד מהסיבוכים האפשריים שעוסטו ע"י ד"ר חדאד – קרוב לדאי שכבר היה נצפה.  
32 כאמור דבר זה לא אירע, תפקודי הכבד תקינים וגם אולטראסאונד של הכבד פורש כתקין.  
33 החדחבה המינימאלית של דרכי המרה נעדרת משמעות.





## בית משפט השלום בחיפה

תי"א 1949-08 מלוני נגד [redacted] ואח'

תיק חיצוני:

1 ד"ר חדאד טוען שהתובע סובל מהתקפים חוזרים של דלקת דרכי המרה המתבטאים  
2 בהתקפים חוזרים של כאבים בבטן ימנית עליונה, אירועי חום וצמרמורת בגינם הוא מקבל טיפול  
3 אנטיביוטי, וסבל משלשולים או עצירות. קביעות אלה נסמכות על מידע מפי התובע ולא על תיעוד  
4 רפואי שצורף.

5  
6 אני מקבל קביעה זו של פרופ' הלוי, כאשר המדדים האובייקטיביים של תפקודי כבד,  
7 אולטראסאונד של הכבד, וסיטי לא חשפו כל סיבוכים, ואין גם הפניה לתיעוד רפואי לאורך  
8 השנים, המלמד על תלונות של התובע שזכרו על ידו. בתצהירו הפנה התובע למסמך מ 2009 של  
9 ד"ר מטר בו נשרמו התלונות. אולם מה על התקופה שמ 2002 – 2009? ב 2008 כבר הוגשה התביעה  
10 ונראה שתלונות התובע בשנה שלאחר מכן, במסמך של ד"ר מטר שצורף לתצהיר, אינה נעדרת זיקה  
11 להליך המשפטי.

12  
13 לפיכך קשה להלום כי נותרה נכות רפואית הקשורה לניתוח במרכז חודב ולחיתוך צינור המרה  
14 בסגמנט 5. זאת מבלי למעט מן המהלך הרפואי ותקופת ההחלמה שבודאי לא היו קלים, אך ניתן  
15 לקבוע בסבירות שלאחר הניתוח כבי"ח רבין, נמשכו מספר חודשים ולא מעבר. הצלקת כאמור  
16 הייתה מחויבת המציאות אף לו בא מעבר לניתוח בגישה פתוחה כשיטת התובע, היינו שאכן קשה  
17 לקשור אותה להתרשלות הנטענת, אלא אם מקבלים שהייתה רשלנות בעצם החיתוך של אותו  
18 צינור מרתי אף בגישה הלפרוסקופית. תזה מעין זו, לפיה החיתוך היה רשלני להבדיל מסיבוך  
19 מוכר, לא הוצבה אף ע"י מומחי התובע. צירוף חוות הדעת של ד"ר הורוביץ וד"ר חדאד מעלה כי  
20 התזה הרפואית שהציב התובע טוענת כי היה צריך לעבור לגישה הפתוחה לאור ההידבקויות  
21 שהקשו על הניתוח בגישה הלפרוסקופית, ובגישה הפתוחה, לו עברו אליה, היה ניתן לזהות  
22 ממילא האנומליה במבנה האנטומי של התובע, וכך להימנע מן הנזק. אלא שאין תזה רפואית  
23 הגורסת כי ניתן היה לזהות האנומליה ולהימנע מן הנזק אף בגישה הלפרוסקופית. השאלה  
24 הבסיסית הינה איפה האם אכן היה צריך לעבור לניתוח פתוח לאור ההידבקויות וגם אם כן, האם,  
25 לו נעשה הדבר, היה אכן ניתן לזהות האנומליה ולמנוע הטעות שבחיתוך הלא נכון של צינור המרה  
26 בסגמנט 5.

### 21. חוות דעתו של מומחה בית המשפט פרופ' משה רובין

27  
28  
29  
30 א. גם המומחה מציין כי לראשונה ב CT מה 29.8.02 לראשונה לא הודגמו דרכי המרה  
31 שבסגמנטים האחוריים באונה הימנית של הכבד – סגמנט 4,5. חיות וההפרשה החמרתית הייתה  
32 בכמות של 100 CC הוחלט שאין מקום לנתחו והחולה שוחרר לכיתו ב 30.8.02. המומחה מציין  
33 שבאשמוזז בבי"ח בלינסון ב 10.9.02, שם התאשפו מיוזמתו, היה דלף מרתי של כ 400 CC.



## בית משפט השלום בחיפה

ת"א 08-1949-08 פלוגי נ' [REDACTED] ואח'

תיק חיובי.

- 1 הדלף אינו מצינור המרח המשותף אך אובחן מאזור הסגמנט האחורי באונה הימנית. ה PTC הדגים  
 2 אכן את הדלף המרתי מסגמנט 5 ומעתה היה ברור שהדליפה היא מאזור דליפת כיס המרה ולכן  
 3 הוזמן התובע לניתוח.  
 4
- 5 ב. המומחה מסכים אף הוא כי דרכי המרח הסמוכים למיטת כיס המרה אשר נפגעו מהווים  
 6 ווריאנט אנטומי. ביחס לזיהוי מקור הדלף, הדרך היא באמצעות בדיקת איוטופים, ERCP וצינור  
 7 נאזו בליארי כפי שנעשה בנהרייה; ואכן באמצעים אלו אובחן הדלף אצל החולה בדרכי המרה  
 8 בסגמנט 4,5 (סגמנטים אחוריים באונה ימנית של הכבד).  
 9
- 10 ג. ביחס לטיפול - זה כולל מעקב אחר כמויות לאחר שהוכנס הנקו ב-ERCP. במידה וכמויות  
 11 הדלף אינן יורדות יש להכניס נקו PTC כפי שנעשה בבלינסון. במידה ואין ייבוש של הדלף האמצעי  
 12 האחרון הוא ניתוח, תפירת הדלף או השקתו למעי. כלומר, המומחה גם הוא גורס כי האופציה  
 13 הניתוחית אינה ראשונה, וחיה מקום למעקב שמרני שיכול וחיה מביא לחטבה נחמקב הוא  
 14 באמצעות בדיקת כמויות הדלף המנוקז לשקית).  
 15
- 16 ד. לעמדת המומחה היה איפה הטיפול בבי"ח נהרייה בהתאם לשלבים המקובלים אשר רק  
 17 בסופם מבוצעת בדיקת PTC או ניתוח. הטיפול הינו בשלבים ומעקב קליני. לשלב האחרון של  
 18 בדיקת PTC וניתוח מגיעים לשיטת המומחה אם אין הטבה וריפוי עצמאיים. לשלב זה לא הגיע  
 19 התובע בבי"ח נהרייה היות ובחר לעבור להמשך טיפול בבי"ח בלינסון.  
 20
- 21 ה. המומחה סבור כי אכן דלף כתוצאה מפגיעה בצינור הינו סיכון מוכר לאחר ניתוח לכריתת  
 22 כיס המרה. החשש הגדול בנוכחות דלף מרתי היא האם יש פגיעה בדרכי המרה החשובים או שמא  
 23 מדובר בולגיה מרתית שמאפשרת טיפול שמרני ולא ניתוחי. לכן נוקט כירורג מיומן במספר צעדים  
 24 כפי שנקטו כאן עיי הנתבע; ראשית העביר את החולה מחורב אסותא למוסד רפואי גדול - בי"ח  
 25 נהרייה - המאפשר התקדמות בירור וטיפול ללא מגבלה (בתשובה לשאלה 6 של שאלות ההבהרה  
 26 מיום 27.2.12 השיב המומחה, כי ביום החמישי והשישי לאחר הניתוח הופיעה הפרשה מרתית  
 27 שבעטיה הוחלט כנראה על ההעברה לבי"ח נהרייה). ביחס לדימום לאחר הניתוח אישר המומחה כי  
 28 ביום השישי לאחר הניתוח הופיע דימום בנקו, ובדימום כזה יש לעקוב אחר מדדים כדי לקבוע את  
 29 קצב הדימום. ברור מתשובות המומחה כי לא הדימום הוא שתיווה הסיבה להחלטה להעביר  
 30 לבי"ח נהרייה אלא אותה הפרשה מרתית שהופיעה החל מה 18.8.02. הוא הפנה לכך שאו הייתה  
 31 הפרשה מרתית של 200 סמ"ק וביום למחרת כתוב "הפרשה מרתית בכמות גדולה" שיש להניח  
 32 שעלתה על 200 סמ"ק וחיוותה סיבה להתחיל לברר את המקור.



## בית משפט שלום בחיפה

ת"א 08-1949 פלוגי נ' אה'א

תיק חיצוני:

- 1 הנתבע אבחן שמקור הדלף אינו בצינור המרכזי ולכן היה מקום לטיפול שמרני ולא לגשת ישר  
2 לניתוח (היינו לא לגשת ישר לניתוח, שאלו נוגשים רק אם לא מועיל הטיפול השמרני של המנקב).  
3 המומחה סבור שלא הייתה כל התרשלות רפואית.  
4
- 5 22. כאמור, בהחלטת המינוי הצבתי למומחה 6 שאלות אליהן התבקש להתייחס ספציפית,  
6 מבלי לגרוע משיקול דעתו להתייחס לכל עניין רלוונטי נוסף למקרא כתבי הטענות בחוות הדעת.  
7 להלן השאלות והתשובות שניתנו:  
8
- 9 א. האם בנתוני המקרה הפרקטיקה הסבירה או קווים מנחים חייבו לעבור מניתוח לפרוסקופיה  
10 לניתוח פתוח: המומחה השיב כי ההחלטה בעניין זה היא בשיקול דעת המנתח. אין הנחיה רפואית  
11 המורה מתי יש לעבור לניתוח פתוח. המומחה הוסיף שהיתרון במעבר לניתוח פתוח מוטל בספק  
12 היות והראות טובה יותר בניתוחים לפרוסקופים. מכל מקום במקרה הספציפי לא הייתה  
13 אינדיקציה לחשוב על מעבר לניתוח פתוח, אלא לחשאי נקו לניקוז ההפרשות חדמיות שנמצאו.  
14
- 15 ב. האם היו נתונים ידועים או שצריך היה לדעת שחייבו מראש בחירה בניתוח בגישה פתוחה:  
16 המומחה השיב שאין מקום לשאלה היות וכיום ניתוח הבחירה לכיס מרה הוא בפרוסקופיה, גם  
17 אם יש ניתוחים קודמים. לא היה כל ספק ביחס להתאמת התובע לניתוח לפרוסקופי לכריתת כיס  
18 מרה.  
19
- 20 ג. מהן הפגיעות שנגרמו בניתוח, והאם ניתן וצריך היה בפרקטיקה מיומנת ובמשקפי הרופא הסביר  
21 לאבחן אותם, בין במהלך הניתוח לפרוסקופי ובין בתכוף לאחריו, ולפני הניתוח הפתוח בבלניסון?  
22 האם הגישה האבחנתית והטיפולית שעד לטיפול בבלניסון הייתה סבירה?  
23
- 24 המומחה השיב כי בניתוח נגרמה פגיעה בדרכי מרה בסגמנט במיטת כיס המרה. את הפגיעה לא ניתן  
25 היה לאבחן במהלך הניתוח. בכל כריתת כיס מרה נכרת הכיס ממיטתו, ובשל חסמיכות לרקמת  
26 הכבד קורה לעיתים שהכריתה מלווה בדימום (מה שכזכור הופיע אף כאן). המומחה מוסיף שתופעת  
27 הדימום היא כה שכיחה שבניתוחים פתוחים לפני עידן הפרוסקופיה מקובל היה להניח מפית  
28 לוחצת על מיטת כיס המרה, כדי להפסיק הדימומים ממנה.  
29 בניתוח זה הושאר נקז בשל הדימום ממיטת כיס המרה. לאחר מכן התברר שיש דלף מרתי שאובחן  
30 בטיפול מסור שפורט לעיל. האבחון העלה שמקור הדליפה המרתי מאזור סגמנט 4,5 של מיטת כיס  
31 המרה. האבחון אכן נעשה ע"י הנתבע לאחר הניתוח.  
32 ביתס לגישה האבחנתית והטיפולית בבי"ח נהרייה, זו הייתה סבירה לחלוטין וללא דופי. כך נעשה  
33 בכל מרכז רפואי מוכר. לא מיד קופצים לניתוח אלא יש לעבור מספר בדיקות אבחנתיות וגם  
34 בשיתוף תאבחה הנכונה יש לטפל בצורה שמרנית, שרק אם לא צלחה, יש לעבור למתרון ניתוחי.



## בית משפט שלום בחיפה

ת"א 08-1949 מלוני נ' [REDACTED] ואח'

תיק חיצוני.

- 1 במקרה דגן התקדמו יפה באבחנה ובטיפול, אלא שהחולה החליט לעזוב ולכן נמשך הטיפול  
 2 בבלינסון, כלומר ניסיון לניקוז חיצוני ולאחר מכן ניתוח. גם לאחר הניתוח נמשכה הדליפה והחולה  
 3 נוקט לניקוז, ללמדך שהפתרון הניתוחי אינו אבסולוטי.  
 4  
 5 ד. האם ניתן לחוות דעה שלו נבחר ניתוח פתוח תיו סיכויי הפגיעה שונים ואם כן מה השוני?  
 6 המומחה השיב שאין היום ניתוחים פתוחים לכיס מרה ובלפרוסקופיה רואים טוב יותר.  
 7  
 8 ה. מה הנכות הנובעת מן הניתוח, להבדיל מהמחלה בכיס המרה או מן המצב הקודם שהוליך לניתוח  
 9 במרכז חורבי? המומחה השיב שבדק את התובע ב 10.5.10 ולא מצא שנתרה נכות.  
 10  
 11 ו. האם זמן ההמתנה בין הניתוח הראשון לשני הסב לתובע נזק או החמיר הנזק?  
 12 המומחה השיב כי הזמן בין הניתוחים לא היה זמן המתנה, אלא זמן של בירור וטיפול, והניתוח היה  
 13 השלב האחרון בו.  
 14  
 15 23. בתשובה לשאלות הבהרה אישר המומחה שטדובר בניתוח אלקטיבי אך הדבר לא משנה  
 16 המסקנות. צינור המרה ועורק הציסטיקוס זוחו כראוי ונחתכו. המומחה שלל פגיעה בכבד בניתוח  
 17 והפנה לכך כי לא מצוין בדו"ח הניתוח שהכבד נפגע אלא שטיפת מיסת הכיס והותרת נקז.  
 18  
 19 המומחה ציין כי מבחינה בריאותית אין בעיה לגוף להתמודד עם הדלף בשלב קצר. כאשר התגבר  
 20 הדלף, לאחר 5 ימי מעקב, הוחלט להעביר את החולה לכי"ח נהרייה והחלטה זו כאמור הייתה נכונה.  
 21 המומחה נשאל גם על כמויות הדלף המרתי לאורך טיפולו של התובע בכי"ח נהרייה, הוא השיב  
 22 שהכמויות נעו בין 50 ל 700 סמ"ק ליום וכי אין משמעותית בריאותית לדלף בכמויות אלה.  
 23  
 24 בתשובה לשאלת הבהרה נוספת ציין המומחה כי משך הניתוח בחורב היה שעה נזו טעות של  
 25 המומחה, שכן כאמור הניתוח התארך לאור המצב הדלקתי והחידבקויות. אולם טעות זו אינה מעלה  
 26 או מורידה גורעת מתוקף מסקנות המומחה, שהיה מודע לנושא התארכות הניתוח עקב  
 27 החידבקויות. המומחה השיב כי ניתוח כיס מרה מודלק יכול להאריך את משך הניתוח, וזה חרי מה  
 28 שאירע בפועל. בוסס כאמור שמשך הזמן הממוצע של ניתוח כזה (היינו גם שאין כיס מודלק) הינו  
 29 כשעה).  
 30  
 31 המומחה שב וציין בתשובה לשאלה 11 כי במהלך הניתוח נפגע צינור מרה של סגמנט ולא צינור  
 32 המרה הראשי. הוא אישר שהכנסת ה PTC נוצעה בכבד.  
 33



## בית משפט השלום בחיפה

ת"א 1949-08 פלוני נ' ואח'

תיק חיכוני :

24. א. בתשובות לשאלות נוספות מיום 24.3.12 התייחס המומחה למשמעות הבריאותית של הפרשה מרתית מחנקב. לדבריו אין לעצם ההפרשה הבריאותית מטבולית ישירה. השפעה יחידה שיכולה להיות היא שרמת הכולסטרול בדם יורדת. בתשובה לשאלה נוספת אישר כי נוזל מרתי יחד עם נוזל מן הבלב מחווה נוזל מאכל, אך נוזל מרתי לבדו אינו מאכל.
- ב. במקרה זה הייתה דליפה שנמשכה 3 שבועות החל מהניתוח ב 15.8.02 ועד לאשפוז בבלינסון ב- 6.9.02. לגבי המסמכים מהם ניתן ללמוד על מקור חדלף במיטת כיס המרה, הפנו המומחה לבדיקת ה ERCP מ-28.8.02, שם הונס נקז נאזו-ביליארי, ובדיקת ה- CT בהמשך לא הודגמו כאמור דרכי המרה בסגמנטים האחוריים של אונת הכבד הימנית. מכאן ניתן להסיק כי הדליפה במיטת כיס המרה הייתה משנית לפגיעה בניתוח כריתת כיס המרה.
- ג. המומחה אישר כי גם ב-2002 וגם כיום מבוצעים עדיין ניתוחים פתוחים, אולם האחוז שלהם מזערי, כאשר הדבר נתון לשיקול דעת המנתח. עד כדי כך השתרשה הגישה הלפרוסקופית, עד שאם יש כירורג אשר ימליץ על ניתוח פתוח, יהא הוא חייב בהסבר. הניתוח הלפרוסקופי מאפשר ראייה קרובה וטובה. הרבה מן הניתוחים המורכבים נעשים בלפרוסקופיה. המימנות של המנתח מאוד חשובה ואך כאן אין ספק שלנתבע מיומנות כירורגית וניסיון רב בלפרוסקופיה – הערה שלי י.פ.
- ד. המומחה אישר כי החיסרון בלפרוסקופיה לעומת ניתוח פתוח הוא בחוסר הראייה חתלת ממדי ויכולת המישוש. כמו כן אישר כי לעיתים לא ניתן לבצע ניתוח לפרוסקופי, במידה ויש הידבקות מרובת בטן, ולא ניתן לנפחה כך שיווצרו תנאים שיאפשרו לפרוסקופיה. במצב זה מציעים ניתוח פתוח (אולם במקרה זה, ההידבקות שנמצאו אצל התובע האריכו את משך הניתוח – אך לא בוסס שתייבו מעבר לשיטה הפתוחה – הערה שלי י.פ.).
- ה. גם בניתוחים פתוחים שבוצעו בעבר היו פגיעות בדרכי מרה. כלומר, הן בגישה לפרוסקופית לדברי המומחה והן בגישה פתוחה, במיוחד כאשר כיס המרה סודלק וקשה לניתוח, יש סיכון בפגיעה בדרכי המרה.
- ו. היות והפגיעה היא מזערית ולא בצינור הראשי של דרכי המרה, הרי שיקול הדעת הנכון היה אכן לא "לרוץ" מיד לניתוח חוקר ומתקן, כל עוד חולה יציב ואינו בסכנה, אלא קודם לברר את מהות הפגיעה ומיקומה המדויק כפי שנגעה במקרה זה: לבצע בדיקות חוזרות של CT, הדגמת דרכי מרה באיזוטופים ופעמיים ב ERCP, והכנסת סטנט כדי לחוריד את הלחץ במערכת המרה ולתת אפשרות לדלף להיסגר עצמונית.



## בית משפט השלום בחיפה

ת"א 1949-08 מלוני נ' **המזכיר**

תיק חיצוני:

- 1 ולאחר שהוכנס הסטנט וכמות הדלף ירדה ל 100 סמ"ק היה מקום להמשך בחינה של טיפול שמרני,  
 2 כפי שנעשה, ולהחליט בהתאם לכמות הדלף, האם יש לפנות לבדיקת ניקוז דרך הכבד (ה-PTC) כפי  
 3 שנעשה בבלינסון בהמשך.  
 4  
 5 25. א. חקירת המומחה לא שיעתה את קביעותיו שלעיל. המומחה שב ואישר כי ההחלטה לבצע  
 6 ניתוח בגישה פתוחה או לפרוסקופית הינה של המנתח, ותלויה במיומנות שלו. הוא שב ושלל שכיס  
 7 מרח עקשני הדבוק לכבד, מהווה שיקול לעבור מגישה לפרוסקופית לגישה פתוחה, שכן למומחה  
 8 המיומן בשיטה הלפרוסקופית ניתנת אפשרות להסתכל דרך מסך טלוויזיה ממוקד עם אור לאותו  
 9 אזור, מה שנותן יתרונות גם במצב זה, ביחס לניתוח הפתוח, ואת מעבר להתאוששות המחירה יותר  
 10 של החולה (עי' 15 לפרי').  
 11  
 12 ב. חלק מן החקירה נועד לחלץ שהרישום הרפואי בזמן אמת לא נתן מענה לשאלה מדוע לא החליט  
 13 הנתבע לעבור מגישה לפרוסקופית לגישה פתוחה, כאשר נתקל בכיס מרה דבוק לכבד. אולם רישום  
 14 רפואי צריך לתן מענה לפעולות שננקטו, ובמח שקשור לשיקול הדעת הרפואי שהופעל – יש מקום  
 15 להעלות תחיות הנוגעות להיעדר רישום רק כאשר ניתן היה לצפות בסבירות לרישום כזה. כלומר,  
 16 בעניינו היה צריך להיות רישום כזה בנמצא רק עם האורתודוקסיה הרפואית גורסת שבמקרה כזה  
 17 ברירת המחדל היא לעבור לניתוח פתוח. מתשובות המומחה הן בכתב והן בחקירה, ברור שזו אינה  
 18 האורתודוקסיה ולא ברירת המחדל, אלא לכל היותר שיקול דעת של המנתח בזמן אמת, הן על פי  
 19 מיומנותו בשיטה הלפרוסקופית (בה אין חולק שהנתבע מיומן) והן על פי הערכתו את המצב בזמן  
 20 אמת. מתשובות המומחה יעולה הרי שברגיל גם במצב זה יש יתרון לגישה הלפרוסקופית. לדברי  
 21 המומחה (עי' 19 לפרי') הגישה הלפרוסקופית נבחרה כעדיפה על הניתוח הפתוח וכך היה גם ב-2002,  
 22 כאשר ברור שבכל שיטה יש יתרונות וחסרונות.  
 23  
 24 ג. אזכיר כי מומחה הנתבעים בהגיונתו ציין כי לא ניתן לקבוע זאת בוודאות אך כן ניתן לקבוע  
 25 בסבירות גבוהה שגם ניתוח פתוח לאור הסטייה האנטומית ובתהליך הדלקתי שהיה – לא היה  
 26 מסתיים אחרת. אין חולק שנחתך בטעות הצינור הלא נכון, הוא הצינור המרתי בסגמנט 5. אולם  
 27 מדובר בסיבוך מוכר לאור אותו ווריאנט אנטומי.  
 28  
 29 ד. ביחס לשאלה מדוע היה צריך להמתין שבוע בין בדיקת ה ERCP הראשונה והשנייה בבי"ח  
 30 נהרייה, השיב המומחה שיש סיכון בבדיקה זו ולכן לא חוזרים עליה מיד אלא מפעילים שיקול דעת  
 31 רפואי באלו אמצעים אבחנתיים להשתמש כדי לאתר את מקור הדלף ואזכיר כי בין בדיקת ה  
 32 ERCP הראשונה לשנייה נערכה גם בדיקת (CT).



## בית משפט שלום בחיפה

ת"א 08-1949 פלוני נגד ואח'

תיק חיגוני :

1 המומחה השיב כי לאחר שנעשתה פפילוטומיה בבדיקה ה ERCP הראשונה (חיתוך מוצא דרכי  
2 המרה כדי להקטין את הלחץ וההפרשה המרתית) הוחלט על הכנסת סטנט ב ERCP נוסף כאשר  
3 ראו שהבעיה לא נפתרה. אולם היה מקום להמתין כדי לראות אם יש הטבה.  
4

5 26. המומחה נחקר גם על איתור מקור הדלף המדויק. מקובל עליי כי הבדיקות בנהרייה נדרשו,  
6 ולא ניתן לקבוע כי היה צריך להקדים את בדיקת ה PTC וזאת מאותם טעמים שציון המומחה  
7 וכבר נטרו. נכון שהבדיקות בנהרייה חשפו שמקור הדלף הוא מאזור מיטת כיס המרה ולא את  
8 המיקום האנטומי המדויק. זה נחשף רק בבדיקת ה PTC כביילינסון. אולם על פי קביעת  
9 המומחה, לא היה מקום (ולמצער לא ניתן לקבוע שיש כאן טעות בשיקול הדעת הרפואי), להורות  
10 עוד בשלבים ההתחלתיים על בדיקה אחרונה זו. היה אכן מקום למעקב אחר כמות הדלף תוך ניסיון  
11 בבדיקות החמית שבוצעו לאתר את מיקומו המדויק, גם אם בחוכמה בדיעבד אותר המיקום  
12 המדויק רק ב PTC. מומחה ביחמ"ש אישר שכאשר יש דלף מרתי (הכוונה לא מצינור מרה ראשי)  
13 יש לרוב 3 סיבות שהדלף לא נסגר: אם יש חסימה דיסטלית, אם יש סרטן או דלקת קשה. 3 גורמים  
14 אלה לא היו במקרה דנן, כך שהיה צריך לתת הזדמנות לסגירה עצמונית, כפי שנעשה ובין לבין גם  
15 ערכו כאמור פפילוטומיה והכנסת סטנט כדי לשחרר לחץ ולתת הזדמנות לסגירה בלא התערבות  
16 כירורגית נוספת. בבלינסון המחשבה הראשונית הייתה נכונה – חיבור צינור המרה הפגוע למעי כדי  
17 שהדלף יועבר למעיים אך התגלה שטכנית לא ניתן היה לעשות זאת, ואז חזרו לשיטת השמרנית של  
18 תפירה. עדיין לאחר הניתוח חייתה דליפה נוספת ובחלוף זמן נסגרה עצמונית. המומחה ראת בכך  
19 חיזוק נוסף שהגישה השמרנית שנקטה בבייח נהריה הייתה נכונה. היינו היה מקום לגישה  
20 שאפשרה הזדמנות לסגירה של הדלף, תוך מעקב כדי לראות אם תיפתר הבעיה, בלא התערבות  
21 ניתוחית.  
22

23 27. לסיכום:

24 א. ההסברים שקיבל התובע היו הסברים נאותים שכללו גם הסיבוכים הידועים שהתממשו של  
25 חיתוך צינור מרה, ועיכוב באיתור מקור הדלף במקרה שכזה. ניתן גם הסבר נאות על חפוצדורה  
26 הניתוחית בגישה הלפרוסקופית. לא מתקיימים בענייננו אי הסכמה מדעת אף לא פגיעה  
27 באוטונומיה, מה עוד שהטענות בעניין זה נזנחו.  
28

29 ב. הסיבוך של חיתוך הצינור המרתי בסגמנט 5, לא היה בגדר התרשלות אלא סיבוך מוכר כתולדה  
30 של ואריאנט אנטומי. גם מומחה התובע, ד"ר חדאד מציין אותו כסיבוך בשכיחות של 0.4% עד 0.6%  
31 במקרה של גישה לפרוסקופית; כאשר הסיבה המרכזית לסיבוך זה - כאשר הוא מתרחש - הינה  
32 האנטומיות באנטומיה של דרכי המרה – שאכן התקיימה אצל התובע.  
33



**בית משפט השלום בחיפה**

ת"א 08-1949 פלוני נ' וואח'

תיק חיצוני:

- 1 ג. עדיין – גם בחינתן סיבך ידוע זה של הגישה הלפרוסקופית – אותה גישה היא הגישה  
2 הרפואית המקובלת היום לניתוח הוצאת כיס מרח, בשל יתרונותיה הניכרים על פני הגישה הפתוחה,  
3 וכך היה גם ב-2002.  
4  
5 ד. ניתן לקבוע כי היה קושי אובייקטיבי, שאף הוא אינו בגדר התרשלות, לזהות בזמן אמת של  
6 הניתוח, שנחתך אותו צינור מרתי בשגגה. מאותה סיבה של "זיהוי שגוי" לאור האריאנט האנטומי.  
7  
8 ה. ניתן לקבוע בסבירות גבוהה אם כי לא בוודאות, שאף לו היה מתבצע מעבר לגישה הפתוחה  
9 (לאור ההידבקויות שנמצאו אצל התובע והאריכו משך הניתוח), לא הייתה התוצאה שונה; כלומר  
10 גם אז ניתן לקבוע כמאזן החסתברויות, לאור אותה אנומליה אנטומית מטעה, שהיה נחתך אותו  
11 צינור מרתי בשגגה.  
12  
13 ו. אולם לא פחות חשוב מכך - ניתן לקבוע שהתובע לא המחיש כי הקושי שהציב כיס המרח  
14 בשל ההידבקויות – חייב מעבר לשיטה הפתוחה. מכאן שממילא אף לו היה נקבע כי בגישה הפתוחה  
15 ניתן היה לחסוך הסיבוכים של חיתוך הצינור המרתי שנחתך בשוגג, הרי שהתובע לא היה נבנה מכך.  
16 מבחנה של ההתרשלות בענייננו אינו בחוכמה שבדיעבד, אלא בשאלה כיצד היה על הכירורג הסביר  
17 לפעול בוסן אמת.  
18  
19 ז. אני דוחה את התביעה, וממילא את ההודעה לצד שלישי. לאור מסקנותיי בשאלת החבות  
20 לא אדרש לשאלת חנוק. עם זאת אציין בקצרה כי לעת הניתוח בחורב היה התובע בן 58; ולו  
21 התקבלה התביעה, הרי שלאור מסקנתי שלא נותרה נכות מעבר לתקופת החלמה בת כמה חודשים,  
22 הרי שטענה לפיה יש להידרש לפסיקת פיצוי בסכום המגיע לרף העליון של הסמכות העניינית  
23 בבימ"ש זה, הינה תמוחה לגופה.  
24  
25 ח. התובע ישיב לנתבעת עלות חוות הדעת של המומחה מטעמה, וכן חלקה בשכרו של מומחה  
26 ביהמ"ש. זאת כנגד אישורי תשלום ובתוך 30 יום מיום שיוצגו אישורים כני"ל. כמו כן ישיב לה בתוך  
27 אותו מועד אגרת ההודעה לצד השלישי. לאור העובדה שחל אכן סיבוכים מצער במהלך הניתוח שגרם  
28 לסבל ממשי מהלך כמה חודשים, אמנע מעשיית צו להוצאות נוספות.  
29  
30 ניתן היום, ט' ניסן תשע"ה, 29 מרץ 2015, בהעדר הצדדים.

יואב פרידמן, שופט

31

24 מתוך 25