

## ועדה לפי סעיף 44ב' לפקודת הרופאים [נוסח חדש] התשל"ז-1976

תאריך: 06/12/2016

לכבוד  
שרת הבריאות

ג.נ.,

### דין וחשבון לפי סעיף 44ה' לפקודת הרופאים [נוסח חדש] התשל"ז-1976

בעניין:

ד"ר בועז לב המשנה למנהל הכללי של משרד הבריאות  
באמצעות בא – כוחו עוה"ד יונתן ברג  
לשכת היועמ"ש, משרד התובע הראשי  
משרד הבריאות, ירושלים

הקובל

נגד

ד"ר  
ע"י ב"כ עוה"ד חדוה לוי

הנקבלים

#### 1. הועדה

חברי הועדה: פרופ' שבח פרידלר - יו"ר, ד"ר יעקב אסף - חבר ועו"ד משה  
ארד - חבר, מונו ע"י שרת הבריאות לדון בקובלנה לפי סעי' 44א' לפקודת  
הרופאים [נוסח חדש] התשל"ז-1976 (להלן: "הפקודה").

#### 2. הקובלנה

א. בתאריך 16.08.2012 הגיש הקובל כתב קובלנה (להלן: "הקובלנה")  
נגד הנקבל לפיו הנקבל גילה התנהגות שאינה הולמת רופא מורשה  
ורשלנות חמורה במילוי תפקידו כאמור בסעיף 45 (1) ו-(3) לפקודה.

ב. הקובלנה הוגשה בעקבות אירוע שבסופו נפטרה המנוחה (להלן:  
"המנוחה").

ג. ביום 10.9.2008, עברה המנוחה ניתוח של כריתת רחם שבוצע ע"י  
הנקבל בבית החולים אסותא.

ד. ע"פ הקובלנה, עברה המנוחה בדיקת PAP בחודש יוני 2008 שהעלתה נוכחות תאים מסוג LGSIL ובבדיקת על קול הודגם רחם בגודל 95X6X68 מ"מ ושלושה שרירים תוך דופניים בגודל 28,32,30 מ"מ.

ה. ביום 16.8.2008 בוצעה במנוחה בדיקת קולפוסקופיה אשר מצאה תהליך טרום סרטני מסוג CIN 1 ובעקבות כך (ע"פ הקובלנה) "הומלץ על מעקב PAP וקולפוסקופיה עם ביופסיה לפי הצורך כעבור 3 חודשים".

ו. ע"פ הקובלנה, בחר הנקבל לבצע כריתת רחם למרות ההמלצה הנ"ל תוך קביעה כי "יש צורך בניתוח דחוף" אף שהתהליך מסוג- CIN 1 "אינו מצריך התערבות כירורגית אלא מעקב בלבד" כך בלשון כתב הקובלנה.

ז. האינדיקציה לניתוח כמופיע בהפניה לביצוע הניתוח הייתה "רחם שרירני, CIN1, Menorrhagia, ו-Metrorrhagia".

ח. לפי האמור בקובלנה, לא היה כלל אזכור ברישומים על תלונות לדימומים רחמיים ולא היה דיווח על תלונות של המנוחה על כאבים.

ט. לאור כל אלה, כך ע"פ הקובלנה, לא היתה כל אינדיקציה לביצוע ניתוח של כריתת רחם המנוחה.

י. ביום 11.9.2008, יום לאחר הניתוח, הראו המדדים על ל"ד 110/70, דופק 108, חום 36.4 מצ', המוגלובין 10.1 ו-10.6, וספירה לבנה של 15,000 אשר במשך היום ירדה ל-4,800 ול-3,000.

יא. בשעה 14:15 ביום שלאחר הניתוח, התלוננה המנוחה על כאבי בטן עזים ומשדווח על כך לנקבל, הורה על ביצוע חוקן ומתן אנטיביוטיקה. בערב נרשמה שוב תלונה על כאבי בטן וכן על בטן מתוחה. המדדים הראו ל"ד 98/70, דופק 101, וחום 35.8 מצ'.

יב. ביום השני לאחר הניתוח המשיכה המנוחה להתלונן על כאבי בטן ולאחר הבדיקה נרשם כי הבטן תפוחה ורגישה למגע. בדיקות הדם הראו : ספירה לבנה 8,100 לממ"ק, המוגלובין 10.9, ל"ד 96/55 ודופק 100. בשל האמור קיבלה המנוחה טיפול נגד כאבים שהשפיעו. כן נרשם כי המנוחה העבירה גזים והייתה לה פעולת מעיים אחרי מיקרולקס.

יג. ביום 13.9.2008, היום השלישי לאחר הניתוח, קיבל הנקבל דיווח על מצבה של המנוחה לפיו הבטן עדיין נפוחה, דופק 130 ול"ד 95/61. המנוחה התלוננה על סחרחורות. בוצעה בדיקת א.ק.ג. הדיווח נמסר לנקבל בבוקרו של היום בעת ביקורו את המנוחה ולמרות תלונות המנוחה וחרף התאוששותה האיטית והלא שגרתית של המנוחה – כך ע"פ הקובלנה – "לא נקט הנקבל כל פעולה כדי להגיע לאבחנה ולא שקל אבחנה מبدלת".

**יד.** ביום הרביעי שלאחר הניתוח ולאחר דיווח על בטן "מתוחה ואדומה" וכן על הרגשה כללית רעה וחולשה, בוצע במנוחה צילום בטן ריק ובתוצאותיו אובחן אויר חופשי בכמות גדולה.

**טו.** כתוצאה מהאמור התבקשה ד"ר רזיאל, כירורגית בכירה, לבדוק את המנוחה וזו הורתה על טיפול אנטיביוטי רחב טווח בחשד לנקב במעי ותהליך ספטי.

**טז.** בהמשך הוחלט על ניתוח דחוף ובשעה 14:23 של יום 14.9.2008, נותחה המנוחה ע"י פרופ' צ'רניאק וממצאי הניתוח הצביעו על נקבים במעי שגרמו לזיהום בחלל הבטן. בניתוח נכרת סיגמנט המעי המעורב, הושקע גדם ובוצעו שטיפה וניקוי.

**יז.** למרות הניתוח, מצבה של המנוחה המשיך להתדרדר עד לכשל רב מערכתי וביום 7.10.2008, נפטרה המנוחה.

**יח.** כל האמור עד כה, כך לפי הקובלנה, מוביל למסקנה כי הנקבל כמתח בכיר נכשל בכך שלא היה מודע "למכלול הסיבוכים האפשריים כתוצאה מהפרוצדורה הניתוחית אותה הוא ביצע, כולל האפשרות של פגיעה במעי." כמו כן נטען כנגד הנקבל כי היה עליו להבין "שהמדובר במהלך קליני חריג, המבשר התדרדרות, לשקול אבחנה מبدלת ולהתייעץ עם רופאים בכירים".

**יט.** כתוצאה מהנסיבות המתוארות לעיל, מואשם הנקבל כי גילה התנהגות שאיה הולמת רופא ורשלנות חמורה במילוי תפקידו כאמור בסעיף 45 (1) ו- (3) לפקודה בכך שביצע ניתוח ללא אינדיקציה סבירה, לא איבחן שיש בעיה קריטית ולא שקל כראוי אבחנה מבלדת למרות תלונות המנוחה ולמרות התאוששותה האיטית והלא שגרתית.

### **3. טענות הקובל**

**א.** על פי סעיף 6-7 לקובלנה: "ביום 16.8.08 בוצעה בדיקת קולפוסקופיה. בתשובת הביופסיה מצוואר הרחם נמצא תהליך טרום סרטני קל מסוג CIN I (CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASM) והומלץ על מעקב על ידי PAP+ קולפוסקופיה עם ביופסיה לפי הצורך כעבור 3 חודשים. למרות ההמלצה על המשך מעקב בלבד, הנקבל קבע כי יש צורך בכריתת הרחם בניתוח דחוף. זאת למרות ש-CIN I אינו מצריך התערבות כירורגית אלא מעקב בלבד. בהפנייתו לביצוע ניתוח כריתת הרחם ובגיליון הקבלה לבית חולים אסותא ציין הנקבל ביום 28.9.08 האינדיקציה לניתוח הן: רחם שרירני, CIN I, Menorrhagia (דימום וסתי מוגבר) ו-Metrorrhagia (דימום בין וסתי מוגבר).

**ב.** בסעיפים 8-9 נאמר: "ברישומים של הנקבל לקראת הניתוח אין אזכור כלל לתלונות על דימומים רחמיים. כמו כן, אין כל דיווח על תלונות של המנוחה על כאבים. יצוין כי נוכחות השינויים הטרומים סרטניים מסוג CIN I אינם מחייבים כל פעולה ניתוחית אלא מעקב פשוט במרפאה בלבד... רחם שרירני במימדים של המנוחה ואסימפטומטי, אינו מהווה אינדיקציה לניתוח כריתת רחם כלל. ועל

כן לא היתה כל אינדיקציה לביצוע ניתוח של כריתת הרחם של המנוחה".

ג. בסעיף נאמר 13: "חרף תלונותיה החוזרות ולמרות ההתאוששות האיטית ולא שגרתית של המנוחה, הנקבל לא נקט כל פעולה כדי להגיע לאבחנה ולא שקל אבחנה מבדלת".

ד. בסעיפים 18-19 נאמר: "לאור קצב ההתאוששות האיטי ביותר של המנוחה, תלונותיה החוזרות בימים לאחר הניתוח ובדיקות העזר הבלתי שגרתיות, היה על הנקבל לשקול אבחנה מבדלת של פגיעה במעי ולהביא לביצוע בירור בהתאם. על הנקבל, כמנתח בכיר, היה להיות מודע למכלול הסיבוכים האפשריים כתוצאה מהפרוצדורה הניתוחית אותה הוא ביצע, כולל האפשרות של פגיעה במעי. כמו כן, על הנקבל היה להבין כי מדובר במהלך קליני חריג, המבשר התדרדרות, לשקול אבחנה מבדלת ולהתייעץ עם רופאים בכירים נוספים. יצוין כי אבחנה מוקדמת של fecal peritonitis היה עשוי לשנות את המהלך ולמנוע את המשך ההתדרדרות".

ה. לסיכום נקבע ע"י הקובל בסעיף 20: מהאמור לעיל עולה כי הנקבל גילה התנהגות שאינה הולמת רופא ורשלנות חמורה במילוי תפקידו כאמור בסעיף 45 (1) ו- (3) לפקודת הרופאים [נוסח חדש] תשל"ז-1976 בכך שהוא: ביצע ניתוח של כריתת הרחם של המנוחה ללא כל אינדיקציה סבירה.

יוצא איפוא כי הנקבל כך לטענת הקובל לא אבחן שיש בעיה קריטית ולא שקל כראוי אבחנה מבדלת למרות התאוששות האיטית, תלונותיה החוזרות של המנוחה והתוצאות של בדיקות העזר הלא שגרתיות. כתוצאה מכך חל איחור רב עד לאבחון הפרפורציה ולהתערבות הניתוחית.

ו. על פי הקובלנה, דר' ביצע את ניתוח כריתת הרחם מלכתחילה, ללא אינדיקציה. בנוסף לכך טוענת התביעה כי דר' כשל באבחון הבעיה הקריטית לאחר הניתוח למרות סימנים שהעידו עליה.

ז. **בשאלת האינדיקציה** טוען הקובל כי אין תיעוד תקין של הדימומים והכאבים שסבלה מהם המנוחה כביכול וכי המנוחה כלל לא רצתה לעבור את הניתוח בשלב שבו בוצע. בדו"ח ועדת הבדיקה מצוין **"אין כל תיעוד טרום ניתוחי על כאבים ודימומים ולפיכך לא נראה כי הייתה התוויה לביצוע הניתוח"** (עמוד 6). על פי ממצאיהם אין כל דיווח על תלונה של החולה, רחם לא סימפטומטי גם אם בגודל 12 שבועות אינו מהווה אינדיקציה לניתוח כריתת וגם ממצא של CIN1 לא מהווה הוראה להתערבות כירורגית. האינדיקציה לניתוח רשומה רק בדו"ח קבלת המנוחה לניתוח ואין התייחסות לנושא הדימומים בגיליון המרפאה של דר'.

ח. התיעוד שכן קיים הוא מיום קבלתה לניתוח שם נכתב **"רחם שרירני, CIN1, metrorrhagia, menorrhagia"**. מלבד זאת מצוין בגיליונות המרפאה של דר' כי בשנת 2007 סבלה המנוחה ממחזורים בלתי סדירים ולאחר מכן בשנת 2008 צויין שסובלת מ-fibroid, שמשמעותו רחם שרירני, שלפי ממצאי ועדת הבדיקה והקובל-לאו דווקא סימפטומטי. אמנם ישנו תיעוד מחודש יוני 2008 של בדיקת PAP, שהעלתה חשד ל-CIN1 ובדיקת אולטרסאונד, שהעלתה ממצאים של רחם בגודל 95\*68 ועם מספר שרירנים, אך משמעות

הדבר אינה שהיו תלונות על דימומים וכאבים כתוצאה משרירנים אלה.

**ט.** בעדותה של, ביתה של המנוחה, מיום 24.3.15 העידה כי המנוחה הסכימה לביצוע הניתוח הדחוף, לכאורה, רק כשהבינה מדרי' שנמצא בבדיקותיה תהליך סרטני. **"הוא לא היה קשור לדימומים בכלל כי לא, אני בכל אופן לא יודעת שהיו שם דימומים... היא עברה את הניתוח כי היא פחדה שיש לה סרטן"** (עמוד 3 שורות 25-27). כמו כן מציינת אלונה בעדות זו **"הרופא דר' לחמן הוא לחץ עליה לעשות את הניתוח"** (עמוד 5 שורות 3-5). בתכנית כלבוטק שהוצגה כראיה, ביתה אמנם אומרת שאמה סבלה מדימומים אך בעדותה בפני ועדה זו, טענה שהתכנית עברה עריכה ודבריה עוותו. מכאן ועל פי הקובלנה הניתוח בוצע, באופן דחוף, בגלל הצגה שגויה או מגמתית של תוצאת הקופלוסקופיה כסרטן ע"י דר'.

**י.** גם בעדותה בפני ועדת הבדיקה ביום 16.12.10 אמרה: **"בכלל לא הייתה אינדיקציה לניתוח הזה, הוא פשוט הכניס אותה ללחץ מטורף שהיא חייבת לעשותו אותו ועכשיו. היא אפילו בכלל לא היה לה זמן יותר מדי לחשוב על זה. זה משהו שפשוט הוחלט מהיום למחר"** (עמוד 35 שורות 12-15).

**יא.** בעדותו של פרופ' בייט, חבר ועדת הבדיקה, מיום 4.2.14 אמר: **"אנחנו ניסינו להסתכל בכל הנתונים שהיו לנו גם במרפאה וגם בגיליון ולא מצאנו שום מקום שבו כתוב שהחולה הזו נבדקה ע"י דר' בדיקה גניקולוגית. לא כתוב שום דבר על בדיקת אולטרסאונד שנעשתה ולא היו דימומים ולא היו כאבים"** (עמוד 49 שורות 21-26).

**יב.** גם בעדותו השניה מיום 27.2.14 מציין פרופ' בייט כי **"אין שום תיעוד ולכן אין אינדיקציה לניתוח. לא היה תיעוד על הדימומים, לא היה תיעוד על הכאבים, לא היה תיעוד על הגדילה באולטרסאונד, לא היה תיעוד על בדיקה ואגינלית אחת במהלך התקופה לפני הניתוח ולפני הניתוח עצמו"** (עמוד 32 שורות 22-25).

**יג.** באותה עדות חידד והסביר פרופ' בייט מהי בעיניו אינדיקציה לניתוח שכן **"אחוז ניכר מנשים בגיל הזה יש להן שרירנים ורוב הנשים עם השרירנים לא זקוקות לניתוח"** (עמוד 3 שורות 1-3). הוא הסביר **"אם היו דימומים והיה נעשה כל מה שאפשר באופן תרופתי כדי למנוע את הדימומים וזה לא מצליח, הייתה התוויה לניתוח. אם היו כאבים שהמחשבה הייתה והאבחנה הייתה וכל הבדיקות הראו או רמזו בכיוון לכך שהכאבים הם ממקור המיומה, אז היה מקום לניתוח"** (עמוד 3 שורות 17-22). בשתי העדויות הנ"ל הסביר פרופ' בייט כי גודל הרחם אינו אינדיקציה מספיקה, במידה והוא אסימפטומטי **"רחם של 12 שבועות אסימפטומטי אין הצדקה לנתח אותו"** (עמוד 51 בעדות 4.2.14 שורות 1-2).

**יד.** בנוסף טוען הקובל כי במידה והיו קיימים דימומים, יכלו לנבוע מסיבות אחרות ולא מהשרירנים. בהקשר לשנת 2008 נטען ע"י הקובל כי אפשר היה להוציא תחילה את ההתקן התוך רחמי שייתכן וגרם לדימום ורק לאחר מכן לשקול את כריתת הרחם. בהקשר זה העיד פרופ' בייט בעדותו מיום 27.2.14 ואמר: **"אין לנו מידע על הרחם הרב שרירני, כאשר יש לנו מידע שיש IUD ברחם שיכול**

**להיות שהוא היתה הסיבה לדימום אז אני לא הייתי שוקל ניתוח.  
הייתי קודם כל מוציא את הIUD ובודק האם זה פותר את בעיית  
הדימום" (עמוד 12 שורות 8-11).**

**טו.** בשאלת המהלך הפוסט אופרטיבי הראה הקובל כי ביום שלאחר הניתוח נמדדו לחץ דם 110/70 ודופק 108 וכי בשעות הצהריים רשמה האחות בגיליון שהמנוחה התלוננה על כאבים עזים בבטן. בבדיקה נכתב כי הבטן מתוחה והדבר נמסר לדר'. באותו היום המוגלובין 10.1, 10.6 גר%, ספירה לבנה ירדה בהדרגה עד 3000 בממ"ק. התביעה טענה כי הספירה הנמוכה והכאבים היו צריכים להעלות כבר אז איזשהו חשד. פרופ' בייט שישב בוועדה וכן העיד בבית הדין חשב שכבר אז היה צריך להתחיל בירור של העניין. הוא טען בעדותו מיום 4.2.14 כי ביום זה **"הדופק היה מעט גבוה, דופק של 108. בהמשך היום היו כאבים חזקים בבטן. לחץ דם ירד ל98/70, טוב זה אור נורה אדומה, יותר מאדומה"**. (עמוד 54 שורות 8-10).

**טז.** היום השלישי על פי פרופ' גימון הוא נקודת הכשל וכך גם נכתב בדו"ח ועדת הבדיקה. בעדותו מיום 4.2.14 הוא אמר **"13.9.08 בבוקר נרשם דופק מהיר 130. זה נקודת הכשל ולכן צריך לקרוא אותה כי זה צפּרור. צפּרור זה סירנה של משטרה, זה גם אור וגם רעש"** (עמוד 6 שורות 26-27). והוא העיר בנושא זה גם על מתן הדרלין באותו הבוקר ע"י דר' משרוב: **"נותנים לאדם עם טכיקרדיה אחרי ניתוח, בת 46 נותנים דרלין Unheard of זה דבר מאוד בסיסי ברפואה ועל זה שמנו את הדגש כאשר כתבנו את סיכום הבדיקה שאנחנו רואים בדבר הזה כשל מקצועי..."** (עמוד 7 שורות 23-26).

**יז.** ביום 22.12.13 העידה על היום השלישי שלאחר הניתוח כי **"היא שכבה במיטה, היא בקושי יכלה לקום. היא התנפחה כולה... בקושי מדברת מתלוננת שכואב לה... כל הזמן התלוננה שכואבת לה הבטן, שיש לה כאבים ושהיא לא מרגישה טוב, שקשה לה לנשום"**. (עמוד 7 שורות 12-25).

**יח.** בעדותו מיום 16.12.10 של בעלה של המנוחה מר העיד בפני הוועדה אפילו על התאוששות בעיתית לפני כן **"הם רצו לשלוח אותה הביתה ביום שישי אני חושב אבל מיום חמישי ליום שישי ברור שהמצב היה עוד יותר גרוע ממה שהיה והם לא שלחו אותה הביתה ומה שאני הרגשתי שמשהו לא טוב"** (עמוד 15 שורות 4-7).

**יט.** לטענת הקובל, היה על הנקבל מודע לסיבוכים האפשריים כתוצאה מפרפורציה ניתוחית ולהבחין כי מדובר במהלך קליני חריג המעיד על התדרדרות של החולה. וועדת הבדיקה הסיקה כי **"דד סבל מליקוי מאורות ולא אבחן את חומת המצב" וכן כי "דר' משרוב שהיה הרופא התורן, בשבת 13.9.08 ודר' אשר בא לבדוק את החולה לא הפעילו שיקול דעת רפואי מינימאלי מבוסס על אבחנה מבדלת לטכיקרדיה"** (עמוד 6 בדו"ח הוועדה).

**כ.** בעדותו מיום 4.2.14 אמר פרופ' גימון כי **"משך ההכפלה של העומס הספטי ביממה אחת הוא מאוד משמעותי. זאת אומרת אם היא הייתה מנותחת כאשר הייתה הצ'קלקה של יום שבת בבוקר... הפריטוניטיס היתה בעוצמה מופחתת, הספסיס היה בעוצמה מופחתת"** (עמוד 9 שורות 15-27). מהבחינה הזו פרופ' גימון ראה את הטכיקרדיה של היום השלישי לאחר הניתוח כמצב חירום ואת מתן

הדרלין כשגיא. בהמשך, גם אחרי שפרופ' גימון מודה שזו לא הייתה צ'קלקה והוא לא היה מאבחן פריטוניטיס הוא מוסיף "אם אני הייתי בא באותו שבת בבוקר הייתי עושה צילום בטן ריק, אולטרה סאונד ודיאסטאז בדם" (עמוד 46 שורות 2-3).

**כא.** בעדותו מיום 4.2.14 מוסיף פרופ' בייט לגבי אותו יום שבת 13.9 בבוקר: "בשלב זה הדופק מגיע בסוף ל 130 בדקה. כאשר הדופק הוא כזה, כאשר היא מתלוננת על כאבי בטן חזקים, זאת אומרת קרוב לוודאי שיש כאן איזה שהוא גירוי בחלל הצפק, גירוי פריטונאלי וזה כמובן דורש המשך בירור" (עמוד 55 שורות 7-10).

**כב.** בהקשר זה טוען הקובל שד"ר לחמן היה צריך להתייעץ עם רופאים נוספים ועל פי עדותו של פרופ' צ'רניאק מיום 17.3.11 בפני ועדת הבדיקה, הייתה לו גם האפשרות לעשות זאת "חושב שיש בעיה, אז הוא קורא לנו שאנחנו ניתן את חוות דעתנו ונראה אם יש פה בעיה או אם אין פה בעיה" (עמוד 9 שורות 8-11).

**כג.** פרופ' צ'רניאק היה זה שניתח את המנוחה בניתוח השני ביום 14.9.08 וראה את מצב הבטן עליו העיד בפני ועדת הבדיקה ואמר: "ברור היה לי שיש נזק למעי באיזשהו מקום, בעקבות הניתוח הקודם שבוצע ובאמת הממצאים היו קשים, היה ממצא של אבצס עם תוכן פקאלי ובהתארגנות כבר באגן, זאת אומרת הפרפורציה לא הייתה בת 24 שעות אלא היא הייתה לא כל כך רצנטית" (עמוד 3 שורות 4-8).

#### טענות ההגנה

**א.** אכן היתה המלצה למעקב בעניין צואר הרחם אך הואיל והרחם גדל מאוד והיה בגודל של 12 שבועות והואיל ונמצא כי צמחו יותר משלושה שרירנים, שלוו בכאבים ובדימומים דבר המצביע על חולה סימטומטית הרי שהייתה אינדיקציה לניתוח.

**ב.** עוד טוענת ב"כ הנקבל כי הישנות גידול השרירנים, דימום, כאבים וירידה בהמוגלובין מהווים אינדיקציה לביצוע הניתוח.

**ג.** לדברי ב"כ הנקבל, יש לעשות הבחנה בין צוואר הרחם לרחם. לפיכך משהייתה הישנות בגידול השרירנים המלווה בכאבים ובדימום תוך ירידה בהמוגלובין הרי שהיו כל האינדיקציות לניתוח. לכך יש להוסיף לפי ב"כ הנקבלת כי פרופ' ברקאי מביה"ח תל-השומר שהיה ממונה על ניתוחים מעין אלה מטעם קופת החולים, אישר את הניתוח. יוצא איפה כי גם פרופ' ברקאי מצא אינדיקציה לניתוח.

**ד.** ב"כ הנקבל טוענת כי ביום שאחרי הניתוח הרגישה המנוחה טוב, התהלכה ואכלה.

**ה.** כאבים, דימומים, גדילה מהירה של שרירנים ורחם גדול, וכמובן שצירוף שלהם הם אינדיקציות לניתוח כריתת רחם. בחוות דעתו מונה פרופ' שוהם את ההתוויות: "הסיבות לכריתת רחם (באופן כללי) באשה בת 46 הן: דימום רב ולא סדיר הגורם לאנמיה, רחם הגדל מהר, כאב (הקשור לווסת או לא), אדנומיוזיס ואנדומטריוזיס, מחלה דלקתית של האגן הקטן". פרופ' ויזניצר

מוסיף בחוות דעתו אינדיקציה נוספת של תלונות הקשורות בלחץ על איברים סמוכים.

## דיון

- א. פרופ' ויז'ניצר כתב בחוות דעתו לאחר שדיבר על האינדיקציות הברורות בספרות לכריתת רחם באישה בגילה של גבי בשנת 2008: **"בדור לי שקיים חוסר בתיעוד המדויק של התלונות במהלך השנים. אך עצם קיומם של ביקורים חוזרים ובדיקות אליהם נשלחה גב' דיסקין ז"ל מדברים בעד עצמם"**.
- ב. גב', המנוחה התלוננה על דימומים כבר בדצמבר 2004, אז הגיעה בהפניית רופאת המשפחה לבית החולים בלינסון עם תלונה על דימומים והמוגלובין 6.8 גר% שהמשיך לרדת במהלך האשפוז ל 6.3 גר%. בבדיקת אולטרסאונד באותו האשפוז נצפו שני שרירים בגודל 7 ס"מ כל אחד. בשחרורה מאשפוז זה נכתב כי הומלץ לה לבצע כריתת רחם וכי לא ניתן לבצע כריתת מיומות והוצאת התקן תוך רחמי בביטחון, בשל גודל המיומות ומיקומן.
- ג. בשנת 2005 ביצע דר' לחמן את הניתוח להוצאת המיומות בניסיון לא להוציא את הרחם לבקשתה של גב' א. בגיליון הקבלה לבית החולים אסותא וכן בגיליון הסיכום נכתב כי סובלת ממנומטרורגיה-דימומים חזקים. בניתוח זה, בשנת 2005, הוצאו שישה שרירים וההתקן התוך רחמי. במאי באותה שנה הוכנס התקן חדש ומתועד כי לאחר מכן אין לה תלונות על דימום, כאבים או אי נוחות.
- ד. פנייתה הבאה של המנוחה לנקבל מתועדת בחודש פברואר 2007, אז דווח ע"י דר' א כי התלוננה על מחזורים לא סדירים. בבדיקות שנעשו לאחר מכן נמצא שרירן גדול, רחם שגדל ופוליפ בצוואר הרחם, דר' ריקובק כתב רחם שרירני 76X52 מ"מ, נצפה התקן תוך רחמי אחד וכן שרירן סאבסרוטי קדמי בגודל 58X50 מ"מ, במהלך הבדיקה דימום על הכפפה. על פי הספרות, נפוץ ששרירים גדלים מחדש ברחם של נשים שעברו ניתוח להוצאתם, בעדותו של פרופ' ויז'ניצר מיום 18.1.15 הוא מציין כי **"כפי שאנחנו יודעים הניסיון של כולנו, הניסיון בספרות, כריתת שרירים זה דבר זמני, השרירים נוטים לחזור"** (עמוד 4 שורות 17-18). בשלב זה, החולה ביקשה ניתוח להוצאת הפוליפ מבלי להוציא את השרירן וכך עשה דר'.
- ה. על תלונה זו משנת 2007 הסביר פרופ' שוהם בעדותו מיום 26.8.14: **"השרירים מפריעים לרחם להתכווץ, מעבר לזה שהם מגדילים את נפח הפנים שלו, מה שמגדיל את הדימומים. אז אם יש שרירן ואם האישה מתלוננת על דימום ולא טיפלנו בשרירן, אין שום סיבה לחשוב שהדימום פתאום ייפסק"** (עמוד 6 שורות 17-20). יוצא איפוא כי אף אם אין תיעוד רפואי לפיו קיימים מחזורים לא סדירים בשנת 2008, אין סיבה להניח שהדימום פסק, במיוחד נוכח רישומו של דר' בדו"ח הקבלה לניתוח.



ו. על הטענה כי ייתכן שמקור הדימום הוא בפוליפ שהוצא באותה שנה הגיב פרופ' שוהם כי **"אחד הדברים המאפיינים דימום עם פוליפ זה שהוא יושב בפתח צוואר הרחם והוא מדמם כתוצאה מיחסים"** (עמוד 6 שורות 23-24). ועל הטענה כי ייתכן שמקור הדימום בהתקן התוך רחמי הוא ענה כי **"הוא גורם לדימום כשהוא זז, כשהוא בדרך לפליטה, כשהוא פוצע את שריר הרחם... להערכתי הוצאת ההתקן לא הייתה משנה את האינדיקציה"** (עמוד 6 שורות 12-15).

ז. בעדותו הוסיף פרופ' ויזניצר הסבר על סוגי השרירנים השונים וציין כי **"יש שרירנים שנקראים סבסרוטים נמצאים על הרחם עצמו, שהם שרירנים בעייתיים מבחינת דימומים, מבחינת הסימפטומטולוגיה שלמעשה גב' הציגה לאורך השנים"** (עמוד 5 שורות 16-18).

ח. בגיליון הרפואי של המנוחה במרפאתו ציין דר' כי למנוחה fibroid ויש לציין שזו האינדיקציה שכתב בגיליון מרפאתו גם לפני הניתוח בשנת 2005. לטענתו בכתבו fibroid הוא מתכוון סימפטומטי. לאחר מכן דר' ביקש את אישור הקופה לניתוח ועל כן גם פרופ' ברקאי אישר את הניתוח על רקע של fibroid uterus וקרצינומה in situ.

ט. מאז האנמיה שהייתה לה בשנת 2004 נטלה המנוחה כדורי ברזל. בשנת 2008, השנה שבה בוצע הניתוח ההמוגלובין שלה ירד מ-14.5 בינואר ל-12 גרי% באוגוסט, על אף נטילת הכדורים, דבר שיכול גם הוא להעיד על דימום. בעדותו של פרופ' שוהם מיום 26.8.14 אמר: **"עברתי על גיליונות קופת החולים שלה בין השאר וראיתי ביקורים תכופים אצל רופאת המשפחה שלה. ובכל ביקור רופאת המשפחה מציינת באנמיה שיש לה אנמיה ונותנת לה כדורי ברזל"** (עמוד 16 שורות 19-23) כשנשאל לאחר מכן על הסיבות לכך הוא אמר שזה יכול להיות הרבה דברים - הקאת דם, שלשול דם, מחלה ממארת **"אבל גם יכול להיות שאישה שיש לה רחם שרירני ומדממת יש לה אנמיה ואת זה אנחנו פוגשים כל הזמן במיון נשים"**.

י. ביוני 2008 בוצע אולטרסאונד נוסף בו דווח ע"י הנקבל כי נמצא רחם שרירני 95X68 מ"מ ולטענתו התלוננה המנוחה על כאבים ודימום שהתגבר. פרופ' ויזניצר בעדותו מיום 18.1.15 השווה בין בדיקת אולטרסאונד זו לקודמת שדווחה ב-2007: **"יש גדילה של הרחם מממדים של 76X52 ס"מ לממדים של 68X95 מ"מ, בהחלט גדילה. יתר מכך מדובר בשרירן אינטרמורלי בתוך דפנות הרחם. זה שרירן שעושה סימפטום. השרירן הוא לא קטן, הוא סדר גודל של 3 ס"מ"** (עמוד 6 שורות 14-17). בנוסף הוא מציין כי יש גדילה נוספת של הרחם עד לניתוח הוצאתו כפי שעולה מהדו"ח הפתולוגי.

יא. בשלב הזה על פי עדותו של הנקבל אמרה המנוחה שנמאס לה וכי היא רוצה לעבור כריתה של הרחם. בבדיקת פאפ מאוטה התקופה

התקבלה תשובה של קרצינומה in situ שאינה מהווה אינדיקציה להוצאת הרחם. דר' לחמן שלח אותה לקולפוסקופיה וכתב בגיליון כי ישקלו כריתת רחם לאחר הבדיקה. בבדיקה הממצא אושר והומלץ לה ע"י דר' ודר' מושונוב לבצע מעקב כל 3 חודשים.

יב. חודשיים לאחר בקשתה לניתוח, בוצע הניתוח. בדו"ח הפתולוגי נמצא שהרחם היה בגודל 80X90 ובמשקל 400 גר'. על פי פרופ' ויז'ניצר בחוות דעתו- **"באופן משמעותי יותר גודל מרחם תקין"**. בנוסף נמצא בו אדנומיוזיס המאופיין על פי הספרות בכאבים, מטרורגיה ועצירות. בגיליון הרפואי באסותא אכן תועדה תלונה על עצירות. אדנומיוזיס אמנם התגלה בדיעבד ולכן לא יכול להיות אינדיקציה לניתוח אך כאבים, דימומים והתחזקות כן. אדנומיוזיס מופיע בשכיחות גבוהה עם שרירים וגורם לסימפטומים אצל נשים מעל גיל 40. ניתן לחשוד באדנומיוזיס כשיש דימומים וכאבים אבל הוא תמיד אבחנה פתולוגית ולא קלינית.

יג. בעדותו מיום 26.8.14 פרופ' שוהם אמר כי **"אדנומיוזיס היא אבחנה מאוד קשה, אבל יש לה סימפטומולוגיה, היא גורמת לכאב, היא גורמת לדימום. אי אפשר לעשות אבחנה של אדנומיוזיס ללא בדיקה היסטולוגית אלא אם כן אתה מומחה באולטרסאונד"** (עמוד 11 שורות 5-8).

יד. בהמשך מוסיף פרופ' שוהם: **"אני למדתי במשך שנים שכדאי להוציא רחם שגדל מהר, יש 3 אינדיקציות להוצאת רחם שלא בהכרח חופפות. זה הדימום, גדילה מהירה ורחם מעל גודל מסוים. כשכל אחד מהם עומד בפני עצמו אז אם תוסיפי לגדילה המהירה, לגודל, הרי את יודעת שהרחם שקל 400 גר'.. 400 גר' זה רחם מאוד גדול"** (עמוד 11 שורות 17-23).

טו. פרופ' ויז'ניצר בעדותו מיום 26.8.14 מיום 18.1.15 אמר גם הוא כי **"הסימפטומים של דימום, כאבים, הם דברים שהם בהכרח בבסיס האבחנה הפתולוגית הזאת"** (עמוד 5 שורות 6-7).

טז. עדותה של, מצביעה על הרצון של המנוחה לעבור את הניתוח. בעדותה מיום 22.12.13 נשאלה ע"י ב"כ הנקבל: **"ידעת שביולי 2008 נצפה שוב רחם רב שרירי וביולי אמא ודר' שוקלים ניתוח כריתת רחם לאחר קולפוסקופיה?"** והיא השיבה: **"אז זהו, זה אני כן, זה משהו שאני כן זוכרת ואני כן יודעת. זה מה שאמרתי, שהייתה מחשבה לעשות את הניתוח אבל לעשות אותו באפריל...ואז פתאום דובר שזה חייב להיות דחוף כי יש חשש לסרטן, זה מה שאמרתי"** (עמוד 12 שורות 23-25 עמוד 13 שורות 1-3).

יז. קרצינומה in situ הייתה ידועה בתאריך 6.7.08 ועל פי עדותה של מיום 24.3.15 כבר במאי אותה שנה דיברה עם אמה על הניתוח שהיא רוצה לעבור. היא נשאלה ע"י עו"ד לוין ואישרה: **"כשאת חוזרת במאי (2008) מגרמניה... אמא אמרה לך שמתישו בסביבות**

**אפריל היא מתכוונת לעשות ניתוח להסרת רחם נכון?** (עמוד 10 שורות 4-6). לפי עדות זו, המנוחה רצתה לעבור את הניתוח עוד לפני שעברה פאפ או קולפוסקופיה.

יח. ואם לא די בכך כדי להוכיח את הרצון של גב' לעבור ניתוח, אז ישנה גם התכנית כלבוטק שתיארה את המקרה והובאה כראיה ובה נאמר ע"י **"התחילו לאמא שלי איזה שהם דימומים וכתוצאה מהדימומים מצאו מיומות ברחם, הבעיה הייתה שהם מציקים ומפריעים בחיי היום יום"**.

יט. בדו"ח ועדת הבדיקה מצוין כי **"אין כל דיווח על תלונה של החולה שסבלה כביכול מכאבים ודימומים"** וזאת על אף ששמעו את העדות של שאמרה כי **"ב- 2007 סיפור חזר על עצמו גם היו לה דימומים ומיומות שהן בעצם לחצו, כמו שהבנתי זה הציק לה"** (ישיבה מיום 16/12/2010 עמוד 4 שורות 10-13). בנוסף, יש תיעוד משנת 2007 לפיו התלוננה גב' על מחזורים בלתי סדירים, תיעוד של בדיקת אולטרסאונד מאותה שנה ודיווח על בדיקת אולטרסאונד נוספת משנת 2008, אך בדו"ח הועדה כתבו כי **"לא נמצא פירוט של סדיקה על קולית המפרטת את ממצאי הרחם והשרירנים"**. גם בקבלתה לניתוח נכתב **"מנומטרורגיה, קרצינומה in situ, מזה שישה חודשים דימום חזק"** והנושא נדון בוועדת הבדיקה אך לא נכתב בדו"ח הסופי.

כ. דברים נוספים וחשובים נעלמו מדו"ח ועדת הבדיקה- רמת ההמוגלובין אצל המנוחה ירד מעט באותה שנה על אף נטילת כדורי ברזל, העובדה שפרופ' ברקאי אישר את ניתוח כריתת הרחם בשל אותה אינדיקציה fibroid שעל פיה המליץ הנקבל על הניתוח והעובדה כי בפתולוגיה נמצא אדנומיוזיס ברחם שהוצא.

כא. בסיכום שאלת האינדיקציה יש לשים לב לכמה נקודות: אין ספק שכאבים, דימומים, גדילה של השרירנים והרחם הם אינדיקציות לניתוח כריתת רחם. ניתוח זה הוצע לגב' ז"ל עוד בשנת 2004 כשסבלה מדימומים רבים ואנמיה חמורה. כאמור, חסר תיעוד מדויק של תלונותיה אך נאמר כי הביקורים התכופים והבדיקות מעידים על מצב רפואי בעיתי. בנוסף לכך, אי אפשר להתעלם מעדותה של בדבר הסבל של אמה מהדימומים והכאבים וכן מהאמירה כי תכננה לעשות את הניתוח בכל מקרה. עוד חשוב לזכור את האינדיקציות שכן נרשמו טרם הניתוח בגיליון של בית החולים אסותא- מנומטרורגיה, דימומים מזה חצי שנה וקרצינומה in situ. בנוסף, הפתולוגיה גילתה כי אכן מדובר ברחם גדול ולא רק זאת גם מכיל אדנומיוזיס שתסמיניו הם דימומים וכאבים שיכולים להסביר את תלונותיה של גב'. חשוב להסתכל על מהלך הדברים וההיסטוריה הרפואית של גב'.

כב. גם פרופ' וייז'ניצר ציין זאת בעדותו מיום 18.1.15: **"יש פה מהלך... צריך לבחון את המקרה, את הסוגיה הזאת, את האינדיקציה לאורך השנים. לא להתפס לדבר אחד, לא ל-CIN, לא לפוליפ, לא להתקן**

**אלא להסתכל על כל המהלך מגיל 42 עד גיל 46** (עמוד 28 שורות 23-27).

### **מהלך פוסט אופרטיבי:**

א. אחת הטענות המרכזיות של ועדת הבדיקה הייתה כי המנוחה החלה את ההתדרדרות במצבה כבר ביום שבת 13.9.08 בבוקר כאשר נמדד דופק של 130 בדקה. לדבריהם צריך היה לשים לב להתדרדרות זו ולערוך לה בדיקות בהתאם **"דר' לא אבחן במשך כל יום השבת 13.9.08 שיש בעיה קריטית...סבל מליקוי מאורות ולא אבחן חומרת המצב"** (דו"ח ועדת הבדיקה עמוד 6). בפועל, נשמע מהעדויות ומהתיעוד הרפואי כי מצבה לא היה חד משמעי כפי שתיארה אותו הוועדה עד ללילה שבין התאריכים 13.9.08-14.9.08.

ב. עד תאריך 13.9.08 בשעות הבוקר המהלך הפוסט אופרטיבי היה תקין, עם עליות וירידות ברמת הכאב. היא קיבלה תרופות להרגעת כאבים בלילה שבין התאריכים 11.9.08-12.9.08. ביום שבו הדופק שנמדד בבוקר היה 130, לא קיבלה המנוחה אפילו תרופות אנלגטיקה. לויקוציטוזיס היה מיד לאחר הניתוח 15, ירד 4 ו-3, עלה 8.1, 8.2, וכך נשאר יציב עד אחרי הקריסה בתאריך 14.9.08. מתיעודי האחויות עולה כי המנוחה אכלה ושתתה והיו לה גזים ויציאות וכן כי עלתה וירדה במדרגות מהיום הראשון לאחר הניתוח.

ג. בעדותה של מיום 22.12.13 אמרה: **"באותו יום (שבת 13.9.08) זה היה ממש רע, ממש נורא, היא בקושי זזה, עשינו איתה ירידה במדרגות למטה לגן וזה לקח המון זמן, וגם הדרך חזרה... אי אפשר היה לזהות אותה בכלל"** (עמוד 8 שורות 10-15). יוצא איפוא כי בעדותה ניסתה העדה להסביר את מצבה הרע של אמה אך בפועל אנו מבינים כי היא הייתה מסוגלת לקום מהמיטה ולא רק זאת, אלא גם לעלות ולרדת במדרגות.

ד. באותו יום שבת נכתב ע"י דר' משרוב, הרופא התורן שבדק אותה, כי הבטן רכה, לא רגישה ודר' לחמן, שביקר אותה לפחות פעם ביום, כתב באותו היום כי הבטן מעט תפוחה ולא רגישה, אין רגישות במתנים, אין דמם נרתיקי, פריסטלטיקה תקינה, אוכלת, שותה, מטיילת.

ה. בעדותו מיום 17.6.14 אמר פרופ' חשמונאי: **"130 דופק. אני קראתי חלק מהדיונים שהיו פה וראיתי שלדברי פרופ' גימון זה היה הסימן הראשון. אז לא משנה מתי היה סימן ראשון, מאותו רגע ואילך אני לא מצפה לשיפור מצב הבטן, אני לא מצפה שלחולה יהיו פחות כאבים, אני לא מצפה שהבטן תהיה פחות רגישה, אני מצפה שהמצב ילך ויחמיר. פריטוניטיס זה לא דבר שנותן סימפטומטולוגיה בזיג זגים, זה מצב שהולך ומחמיר בהדרגה"** (עמוד 15 שורות 20-26).

ו. גם פרופ' שוהם הוסיף בעדותו מיום 26.8.14: **"לא יכול להיות שאישה עם פרפורציה של המעי לאחר הניתוח, שלא התגלתה בניתוח, זאת אומרת שהיא הייתה מזערית או קטנה, גרמה לסימפטומים אחרי 4 ימים. Leak של המעי הוא אסון. המחלה דוהרת"** (עמוד 29 שורות 11-15). בהמשך עדותו פרופ' שוהם דיבר גם על הבטן התפוחה באותו יום ואמר: **"אנחנו רואים הרבה מאוד נשים אחרי ניתוחים מכל הסוגים עם גזים במעי, עם כאב בטן, עם תפיחות של הבטן...זה לא אומר שאנחנו חושבים שיש לה פרפורציה של המעי. הקליניקה שונה"**. (עמוד 30 שורות 15-18).

ז. על הלילה שבין תאריך 13.9 לתאריך 14.9 האחות דיווחה בבוקר **"בהמשך המשמרת חולה לא רגועה, מתלוננת על כאבים בבית חזה משני צדדים, לחץ דם 96 עד 52, דופק 115, כל הלילה עוברת מהמיטה**

**לכיסא. מתלוננת על צרבת, מתלוננת על קושי בנשימה במצב שכיבה במיטה, קיבלה חמצן במשקפיים. בטן מתוחה. לא מסכימה לקחת נגד כאבים, קיבלה ואבן, נרגעה. דווח לדר' משרוב."**

ח. בבוקר שלאחר מכן, כשזה דווח לדר' הוא ביקש לקרוא לכירורג ולפנימאי בכיר (דר' אסנת רזיאל ופרופ' צ'רניאק) ולעשות לה צילומים. בלילה לא דווח לו על מצבה.

ט. מריה גליחנהאוס האחות שהייתה בלילה המדובר, העידה בפני ועדת הבדיקה ביום 16.12.10 ואמרה כי היא דיווח לדר' משרוב שהיה תורן והוא בחר שלא לבוא לראות את החולה, אלא לתת הנחיות טלפוניות: **"אז הוא אמר לי לתת לה אופטלגין נגד כאבים, זאנטק לצרבת ולתת לה קצת חמצן"** (עמוד 132 שורות 2-5).

י. דר' משרוב בעדותו בפני ועדת הבדיקה מיום 27.1.11 הכחיש את הטענה כי לא בא לראות את החולה: **"אני הייתי בא לראות אותה. אין דבר כזה שאני לא בא לקריאה"** (עמוד 17 שורות 26-27).

יא. חברי ועדת הבדיקה בדו"ח הסיכום פטרו את עצמם מהתעסקות בסוגיה זו בזו הלשון: **"הועדה החליטה להימנע מלהתייחס לסוגיה הואיל והועדה חסרת כלים, ידע וכישורים משפטיים לקבע איזה גרסא היא האמיתית"** (עמוד 7 בדו"ח ועדת הבדיקה).

יב. בדו"ח הועדה כתבו על הלילה הזה **"לדברי האחות ההבדל המשמעותי במצבה של החולה בארבע לפנות בוקר ממצבה בתחילת המשמרת התבטא בכאבים בצדדים בבית החזה"** (עמוד 4 בדו"ח הועדה). גם במקרה זה לא כתבו חברי הועדה פרטים חשובים. חשוב להדגיש שההתדרדרות בלילה זה הייתה משמעותית וחדה מאוד ומצבה של החולה היה שונה מאד ממצבה באותו הבוקר. הופיעו לא רק כאבים בצדדים בבית החזה אלא גם צרבת, קשיי נשימה ואי שקט ניכר.

יג. ועדת הבדיקה בחרה להציג את העדויות והעובדות בצורה שתשמע ממנה אשמתו של הנקבל. עוד דוגמה לכך היא עדותו של פרופ' צ'רניאק בפני הועדה.

יד. בפרוטוקול ועדת הבדיקה מיום 17.3.11 פרופ' בייט שאל את פרופ' צ'רניאק: **"לאור הממצאים שאתה מצאת בניתוח חושב שאפשר לעשות את האבחנה מוקדם יותר? כמה ימים היא עכשיו, ארבעה ימים לאחר הניתוח?"** ופרופ' צ'רניאק ענה: **"אני זיכרתי בזמנו עם דר' היו סימנים צועקים לשמים שיש איזה קטסטרופה בפנים, וכנראה ב-24 שעות האחרונות הייתה התפתחות של ממצאים בטניים שהיא באה לידי ביטוי. אני לא יכול לבוא לומר ממה שקראתי וממה שראיתי שהיו שם סימנים שצעקו שיש פה בעיה, בואו תטפלו. חד משמעית ברגע שאני ראיתי אותה בהחלט היו ממצאים"** (עמוד 4 שורות 20-26). כל האמור לא מופיע בדו"ח הועדה.

טו. למרות שנאמרו הדברים הנ"ל, בחרו חברי ועדת הבדיקה להשתמש רק בחלק מסוים מעדותו של פרופ' צ'רניאק המדגישה, כביכול, את אשמתו של דר': **"לפי עדות פרופ' צ'רניאק המעי הגס היה מאד בצקתי, הצפק מלא נוזל צואתי ואוויר; כל אלו הם פרמטרים לחומרת דלקת הצפק המפושטת"** (עמוד 7).

טז. בעדותו של פרופ' גימון מיום 4.2.14 הוא שינה את דעתו ככל שהעדות התקדמה ונחרצותו טרם עדות זאת בכל הקשור לכישלון האבחנה התבררה כלא מבוססת. תחילה, הצהיר בנוגע ליום שבת המדובר כי שם חלה נקודת הכשל החמורה באבחונה של הגבי - **"13.9.16 בבוקר נרשם דופק מהיר 130. זה נקודת הכשל ולכן צריך לקרוא אותה כי זה**

**צפרור..צ'קלקה.. 130 דופק ביום השלישי אחרי ניתוח? מה כל אחד יודע. כל אחד, כל סטודנט לרפואה, יודע משנה רביעית ואילך כשיש כזו טכיקרדיה צריך לבדוק למה" (עמוד 6 שורות 26-27).**

**יז. בהקשר זה אמר פרופ' חשמונאי בעדותו: "אני לא יודע מתי נגרם החור. מה שאני כן יודע, מתי התפתחה תמונה קלינית מתאימה לפריטוניטיס, וזה לא היה עד ה-13 בערב" (עמוד 31 שורות 16-22).**

**יח. בהמשך פרופ' גימון הוסיף כי "נותנים לאדם עם טכיקרדיה אחרי ניתוח, בת 46 נותנים דרלין unheard of ועל זה שמנו דגש כשכתבנו את סיכום הבדיקה כאשר כתבנו את סיכום הבדיקה שאנחנו רואים בדבר הזה כשל מקצועי" (עמוד 7 שורות 23-25). כאן חשוב לומר שדר' אפילו לא היה זה שנתן את הדרלין אך הועדה ופרופ' גימון בעדותו מיהרו לצאת כנגדו. מדו"ח ועדת הבדיקה משתמע שדר' היה שותף למתן הדרלין: "דר' משוב שהיה הרופא התווך ודר' לחמן... לא הפעילו שיקול דעת רפואי מינימלי מבוסס על אבחנה מבודלת לטכיקרדיה. לכן טופלה החולה בדרלין..." (דו"ח ועדת הבדיקה עמוד 6).**

**יט. על מתן הדרלין דיבר פרופ' ויז'ניצר בעדותו מיום 18.1.15 ואמר כי "זה היה מיותר, אבל זה לא ויסת את הזה... זמן מחצית החיים של דרלין הוא קצר... והרואי שבערב היא כבר מרגישה יותר טוב, דופק 100,110, זאת אומרת אותו דופק שהיה לה ברקע" (עמוד 10 שורות 21-24).**

**כ. מאוחר יותר בעדותו כשנשאל פרופ' גימון ע"י ב"כ הנקבל: "האם זה נכון שאנחנו נצפה לראות עליה ניכרת בכדוריות לבנות ועליה בחום כשיש פריטוניטיס?" וכן "האם תסכים איתי שדופק מהיר אינו סימן יחיד לפריטוניטיס?" הוא משיב על שתי השאלות בחיוב (עמוד 12 שורות 13-18).**

**כא. בהמשך התמתן מעט פרופ' גימון והסכים עם האמירה כי "היה לכאורה דיסקרפנס בין היקף הפריטוניטיס ובין מיעוט הסימנים הקליניים שהתריעו על הפריטוניטיס" (עמוד 26 שורות 6-9).**

**כב. לקראת סוף עדותו פרופ' גימון נסוג מעט מהאמירה כי ביום שבת 13.9 הייתה צ'קלקה שמתריעה על פריטוניטיס. "יש פה דבר שפוגם כאילו באבחנה של פריטוניטיס... לחולה הייתה פעולת מעיים. אם יש פריטוניטיס אז המעי מפסיק לנוע ויש פרליטיקילוס" (עמוד 40 שורות 5-9). ואחרי כן כשהוא מונה את הבדיקות שאפשר לעשות על מנת לזהות פריטוניטיס, הוא מסביר שאלו הבדיקות שצריך לעשות "כשאתן לך תמונה זועקת התמונה הזועקת הייתה ביום ראשון בבוקר... אז ביום שבת זה באמת לא היה פרט לטכיקרדיה שהייתה בדיספרופורציה אז הפריסטלטיקה ופעולת המעיים בהחלט נתנו מרגוע שלא במקום" (עמוד 41 שורות 12-16).**

**כג. לסיום נשאל פרופ' גימון האם בהינתן שפרפורציה היא דבר נדיר ושמדובר על חולה שמראה סימנים של הרגשה יותר טובה, בטן לא תפוחה, עם פעולת מעיים, שקמה, הולכת ומסתובבת, האם הוא עדיין חושב כי זו "צ'קלקה"? האם עדיין נראה לו שזו סבירות גבוהה לפריטוניטיס? התשובה של פרופ' גימון לכך היא: "לא בסבירות גבוהה לא אמרתי. אני לא הייתי מאבחן פריטוניטיס" (עמוד 45 שורה 27).**

**כד. פרופ' חשמונאי אמר בעדותו מיום 17.6.14: "בטן תפוחה זה לא סימן קרדינלי לפריטוניטיס. בטן רגישה זה סימן קרדינלי לפריטוניטיס. היעדר פריסטלטיקה זה סימן קרדינלי לפריטוניטיס. לציין אוכלת**

**ושותה, בפריטוניטיס לא אוכלים ושותים כי יש בחילה, יש אנורקסיה".** (עמוד 28 שורות 7-10).

כח. לסיכום שאלת המהלך הפוסט אופרטיבי, לאחר שנאמר ע"י ועדת הבדיקה כי אבחנתו של הנקבל היתה שגויה, נראה כי העדויות והרישומים הרפואיים מצביעים דווקא על התדרדרות חדה ומהירה שהתרחשה בלילה שבין יום שבת 13.9.08 ויום ראשון 14.9.08. קשה היה לקבוע לפני כן שמשוהו אינו כשורה, במיוחד בשל העובדה כי דווח שהבטן הייתה רכה, פעילות המעינים הורגשה ותועדה והיכולת של גבי ז"ל לרדת ממיטתה ולהסתובב. פריטוניטיס היא בעיה חריפה המאופיינת בהתדרדרות מרגע התחלתה ובתסמינים בולטים של חום וצמרמורת, הפסקת פעילות מעיים, חוסר תיאבון, בטן רגישה וכואבת, לויקוציטוזיס. ביום המדובר בבוקר לא היו סימנים מלבד דופק 130, שאינו יכול להופיע כסימן יחידי לפריטוניטיס. בלילה, כשהתחילו תסמינים של קוצר נשימה, צרבת וכאבים בחזה לא עודכן בכך דר'.

### סיכום

נוכח האמור לעיל, הוועדה סבורה כי הקובל לא הרים את הנטל המוטל עליו לצורך הרשעת הנקבל בעבירות המיוחסות לו בכתב הקובלנה ובפרט בשל האמור להלן:

**א. בשאלת האינדיקציה (הטווייה) לניתוח:** בדו"ח וועדת הבדיקה מצוין כי אין כל תיעוד טרום ניתוחי על כאב ודימומים ולפיכך לא הייתה הטווייה לביצוע הניתוח. זאת על אף שוועדת בדיקה שמעה את עדותה של כי היו "דימומים ומיומות" אשר הציקו לה. בנוסף לכך, כתבה הוועדה כי "לא נמצא פירוט של סריקה על קולית המפרטת את ממצאי הרחם והשרירנים", זאת למרות שיש תיעוד מ-2007 וכן מ-2008 על בדיקת אולטראסאונד.

**ב. בהפנייה לניתוח נרשם "מנומטרורגיה [...]" מזה שישה חודשים דימום חזק",** הנושא נדון בוועדת בדיקה אך לא נכתב בדו"ח הסופי.

**ג.** הוועדה לא התייחסה גם לעובדה שההמוגלובין של המנוחה ירד תוך כדי טיפול בכדורי ברזל, עובדה התומכת בדימום מהרחם (בהיעדר סיבות אחרות לירידת המוגלובין), וכן התעלמה מהעובדה כי בפתולוגיה נמצא אדנומיוזיס ברחם שהוצא. ממצא המלווה, בדרך כלל, בסימפטומים של דימום וכאב.

**ד.** פרופ' שהם ופרופ' ויזניצר, לאחר שעברו על הנתונים השונים ועל המידע בדבר קצב גדילת השרירנים ע"פ בדיקות אולטראסאונד, הביעו דעתם כי הייתה הטווייה לניתוח.

**ה.** לאחר ממצאים של בדיקת פאפ, בה התקבלה תשובה של קרצינומה in situ, ולאחר שהממצא אושר בקולפוסקופיה, אשר בוצעה ע"פ הפנייתו של הנקבל, הומלץ לה ע"י הנקבל וד"ר מושונוב לבצע מעקב כל 3 חודשים. ברור מכאן כי הנקבל לא גילה להיטות לביצוע הניתוח, ולא תלה אותו בממצא של קרצינומה in situ. ע"פ עדותה של, בתה של המנוחה, אמרה לה אמה בחודש מרץ 2015 כי היא מתכוונת לעשות את הניתוח מתישהו בסביבות אפריל, שני זמנים אלה היו עוד לפני בדיקת הפאפ והקולפוסקופיה, ויש בכך כדי לתמוך ברצונה של הגב' המנוחה לעבור ניתוח בלי קשר לממצא ההיסטולוגי.

ו. לסיכום שאלת האינדיקציה, פרופ' שהם מונה עם ההטויות לביצוע כריתת רחם: **"דימום רב ולא סדיר הגורם לאנמיה, רחם הגדל מהר, כאב, ואדנומיוזיס"**. כפי שראינו לעיל, החולה סבלה מדימומים, כאב וגדילה הדרגתית של הרחם, ולאחר מעשה הסתבר שסבלה גם מאדנומיוזיס. ההטויה לניתוח, לכן, הייתה ברורה.

ז. לעניין המהלך הפוסט-אופרטיבי: במהלך לאחר הניתוח, גילה הנקבל מסירות לחולה והגיע לבדוק אותה מדי יום ביומו, ואף תיעד את בדיקתו בפירוט: **"הבטן מעט תפוחה ולא רגישה, אין רגישות במותניים, אין דמם נרתיקי, פריסטלטיקה תקינה, אוכלת, שותה, מטיילת"**.

ח. הטענות המרכזיות של וועדת הבדיקה שוב אינן עומדות על רגליים איתנות. בדיווחים המסודרים של הנקבל ושל האחיות, מסתמן שיפור במצב החולה כאשר היא אוכלת, הולכת ויש לה פעולות מעיים.

ט. התמונה הקלינית בימים הראשונים לאחר הניתוח, ע"פ פרופ' חשמונאי, פרופ' שהם, ובסוף עדותו גם ע"פ פרופ' גימון, לא התאימה לפרפורציה של המעי. גם אם זו נגרמה בניתוח, הביטוי הקליני שלה היה בלילה האחרון בו חלה ההידרדרות, אליה התייחס הנקבל מיד עם הגעתו לביה"ח.

י. הוועדה בחרה להתעלם מהעדות כי דווח לרופא התורן על החמרה במצב החולה בלילה שבין התאריך 13.9.08 ל-14.9.08, והוא בחר שלא לבוא לראותה אלא לתת הנחיות טלפוניות. בנוסף, מדו"ח וועדת הבדיקה משתמע כי הנקבל היה שותף להחלטה על מתן דרלין לחולה (אשר לדעת הוועדה היה מוטעה), למרות שהפקודה ניתנה בלילה ע"פ הרופא התורן ללא כל התייעצות עם הנקבל. לקראת סוף עדותו, בתשובה לשאלה, עונה פרופ' גימון **"אני לא הייתי מאבחן פריטוניטיס"**, ובכך שומט את הטענה כי אבחנה זו הוחמצה ע"י ד"ר.

לסיכום נקודה זו, הנקבל קיים מעקב סדיר אחר החולה, במהלך המעקב לא היו סימנים המעידים על פריטוניטיס. הידרדרות החולה התרחשה בלילה שבין ה-13.9.08 ל-14.9.08. הנקבל זיהה את המצב לאשורו עם הגעתו, וביקש לקרוא לפנימאי בכיר ולפרופ' צ'רניאק, ולעשות לה צילומים מתאימים.

נוכח כל האמור, הוועדה מוצאת כי הייתה הטויה סבירה לביצוע הניתוח ולא היה ליקוי במעקב הפוסט-אופרטיבי ע"י הנקבל ולפיכך ממליצה על זיכוי של הנקבל.

---

**פרופ' שבח פרידלר - יו"ר, ד"ר יעקב אסף - חבר, עו"ד משה ארז - חבר**  
בסיום, אנו מוצאים לנכון להעיר שתי הערות:

ראשית, יש ליקוי בניהול הרשומה הרפואית ע"י ד"ר עד לביצוע הניתוח.

שנית, קשה שלא להתרשם כי וועדת הבדיקה לא התייחסה לכל הנתונים הרלוונטים לקראת הגשת הדו"ח וכי הדו"ח כולל אך ורק



אותם אותם נתונים או עדויות התומכות בהחלטה זו, תוך כדי התעלמות מנתונים או אמירות אשר לא תמכו בהחלטת הוועדה.

---

**עו"ד משה ארז – חבר**

---

**ד"ר יעקב אסף - חבר**

אני מצטרף לדעת חברי בכל הנוגע לליקויים שנמצאו ברשומות הרפואיות של הנקבל.

אינני מקבל את הערת חברי בכל הקשור לוועדת הבדיקה.

---

**פרופ' שבח פרידלר - יו"ר**