

ת.א. 12784-06-25
בבית המשפט מחוזי תל אביב-יפו
לפני כבוד השופטת יעל אילני
המועד האחרון להגשת כתב הגנה: 27.7.2026
מועד חתימת המסמך: 27.7.2026
מועד המצאת כתב התביעה: 16.6.2025
מס' רישיון עוה"ד: 75777

התובע: שאול גרינפלד ת.ז. 201075397
מרחוב כצנלסון 61 גבעתיים טל: 054-5281549
ע"י ב"כ עוה"ד אריאל פרייברג
מרח' אבא הלל 7 רמת גן
טל': 7412358 ; פקס 0773180983

- נ ג ד -

הנתבע: מרכז רפואי איכילוב ח.פ. 520037094
מרחוב ויצמן 6, תל אביב 6423906
ע"י ב"כ עוה"ד ד. ויסגלס ו/או עוה"ד ע. אלמגור ו/או ד. לויין
ו/או ד. גל ו/או י. נוילנדר ו/או א. מייטליס ו/או ל. ליברמן
ו/או ג. שניאור ו/או א. ירושלמי ו/או א. סנאנס ו/או ס.
תירוש-דמבה ו/או ד. אלוני-בנטוב ו/או ה. שקיב ו/או ד. גונן
ו/או א. מגן דוד בהרב ו/או ד. טל ו/או א. לחאס ו/או ד. סקעת
ו/או ס. וינטר ו/או א. אבו דאוד ו/או ב. אמסלם
מרחוב לילינבלום 44, תל-אביב 65134
טל': 03-5604731 ; פקס: 03-5601140
office@wa-law.co.il



כתב הגנה

הנתבעת, מדינת ישראל – משרד הבריאות, המרכז הרפואי תל אביב (להלן: "הנתבעת"), מתכבדת בזאת להגיש לבית המשפט הנכבד את כתב הגנתה וייצוגה וכתובתה למסירת כתבי בית-דין יהיו כאמור בכותרת לכתב הגנה זה.

- חלק שני – תמצית הטענות -

טענות מקדמיות:

1. הנתבעת תקדים ותטען כי יש לתקן את שמה בכותרת כתב התביעה ולמחוק את המרכז הרפואי על שם "סוראסקי" שכן הוא אינו אישיות משפטית הכשירה להיתבע, תחת זאת יש לעדכן את שם הנתבעת ל - "מדינת ישראל- משרד הבריאות" שכן היא הבעלים של המרכז הרפואי והיא נושאת

באחריות לפעולותיו. לשם הנוחות, מכאן ואילך ההתייחסות בכתב ההגנה תהיה לנתבעת - אולם לשם הזהירות מובהר כי הטענות הנטענות בשם הנתבעת חלות גם על הנתבע "המרכז הרפואי איכילוב".

2. הנתבעת תטען, כי לא רובצת לפתחה כל אחריות ו/או רשלנות בגין האירוע נשוא התביעה וכי היא ו/או מי מטעמה מילאו את כל מחויבויותיהם ו/או חובותיהם כלפי התובע, ככל שהיו קיימות.

3. כל האמור והנטען בכתב הגנה זה נטען בהתבסס על חוות דעתם של המומחים מטעמה, לרבות חוות דעת של ד"ר שמואל שטיינלוף לעניין קיצור תוחלת חייו של התובע, אשר מוגשות לתיק ביהמ"ש הנכבד יחד עם כתב הגנה זה ומהוות חלק בלתי נפרד הימנו.

4. הנתבעת הנתבעת תטען כי אשמו התורם של התובע בנסיבות העניין מגיע כדי 100% והוא זה שמנתק כל קשר סיבתי בין התנהלות הנתבעת לבין נזקיו הנטענים של התובע. התובע, אשר הינו כרות טחול עוד מימי ילדותו, ידע היטב – ולמצער היה עליו לדעת – את הסיכון הבריאותי המוגבר והממשי בפניו הוא ניצב בעת התפרצותה של מחלת חום, ובהתאם לפרקטיקה הרפואית הנוהגת ולהנחיות הניתנות למטופלים במצבו, היה על התובע ליטול טיפול אנטיביוטי מיד עם הופעת התסמינים הראשונים.

במקרה דנן, על אף שמחלת החום קיננה בגופו של התובע מספר ימים טרם פנייתו לחדר המיון, בחר התובע, משיקוליו הוא ועל דעת עצמו, שלא ליטול טיפול אנטיביוטי כלשהו ובכך תרם תרומה מכרעת למצבו הרפואי.

5. כמו כן, הנתבעת תטען כי להתנהלותם של רופאי הקהילה, אשר טיפלו בתובע במסגרת קופת החולים טרם הגעתו למרכז הרפואי 'איכילוב', קיימת תרומה מכרעת לכל נזק מן הנזקים המוכחים הנטענים בכתב התביעה. לעניין זה תפנה הנתבעת לחוות דעתו של המומחה למחלות זיהומיות מטעם הנתבעת, ד"ר רגב כהן, אשר קובע כי רופאי הקהילה כשלו באבחון מצבו של התובע ובהענקת הטיפול הרפואי הנדרש בזמן אמת. בהתאם לכך, ובמקביל להגשת כתב הגנה זה, מוגשת מטעם הנתבעת הודעה לצד שלישי כנגד קופת חולים "מאוחדת".

6. אין בהתייחסות זו כדי להודות באיזו מטענות התביעה והן מוכחות בכללותן.

7. בפעולותיה של הנתבעת ו/או מי מטעמה לא נפל כל פגם, ונזקיו של התובע נגרמו למרות פעולותיה המקצועיות, המיומנות והמסורות של הנתבעת ו/או מי מטעמה.

8. כל טענה הנטענת ו/או מאוזכרת בכתב הגנה זה, נטענת ו/או מאוזכרת באופן מצטבר, משלים או חלופי לכל טענה אחרת הנכללת בו, בין אם נאמר הדבר במפורש ובין אם לאו, הכל לפי הקשר הדברים ו/או הדבקים.

9. אין בהעלאת טענה ו/או באזכור עובדה בכתב הגנה זה כדי להעביר את נטל הראיה ו/או נטל השכנוע מהתביעה בכל עניין בו היה מוטל עליה נטל הראיה ו/או נטל השכנוע אלמלא הועלתה הטענה ו/או אוזכרה העובדה.

10. כל טענה ו/או עובדה בכתב התביעה שלא הוכחה מפורשות בכתב הגנה זה, מוכחשת בזה.
11. כל הכחשה ו/או טענה בכתב הגנה זה המתייחסת לרשלנות ו/או למחדל ו/או לאחריות ו/או לשליטה ו/או לחזקה של הנתבעת ו/או מי מטעמה מהווה בשנויים המחויבים, הכחשה דומה גם לגבי אחרים מטעם הנתבעת ו/או שהנתבעת אחראית בדרך כלשהי למעשיהם.
12. התביעה מנועה מלטעון טענות שברפואה אשר אינן נתמכות בחוות דעת רפואית ערוכה כדין על - פי תקנות סדר הדין האזרחי התשע"ט – 2018 (להלן: "תקנות סדר הדין האזרחי").
13. הנתבעת תתנגד לכל צירוף חוות דעת רפואית ו/או אחרת אשר לא הוגשה בד בבד עם הגשת כתב התביעה וכן יתנגדו לכל הרחבת חזית אסורה.
14. כמו כן, תתנגד הנתבעת לכל ציטוט חלקי ושגוי מתוך התיעוד הרפואי ו/או להסקת מסקנות שאין להן תימוכין. יש לראות התנגדות זו כחלה בכל מקום בכתב התביעה, בו נטענת טענה שברפואה אשר אינה נתמכת בחוות דעת כאמור.
15. הנתבעת שומרת על זכותה לתקן כתב הגנה זה, ככל שיידרש, לרבות הגשת הודעה לצדדים שלישיים נוספים ככל שהדבר יידרש.

תמצית טענות ההגנה



16. הנתבעת תשוב על מלוא טענותיה המקדמיות.
17. הנתבעת תטען כי הטיפול הרפואי שהוענק לתובע במסגרת הנתבעת היה טיפול מיומן ומקצועי, בהתאם לפרקטיקה הרפואית אשר הייתה מקובלת בזמנים הרלוונטיים לתביעה. דין התביעה לפיכך, להידחות מכל וכל ולו משום שאיננה מבססת כל עילת תביעה.
18. בשום שלב משלבי הטיפול בתובע, הנתבעת לא הפרה כלפיו את חובת הזהירות ו/או את חובת הגילוי ולא חרגה מסטנדרט הטיפול הרפואי הסביר בנסיבות המקרה או בכלל.
19. הטיפול הרפואי שניתן לתובע על ידי הנתבעת היה כולו מדעת ובשום שלב לא פגעה הנתבעת באוטונומיה של התובע.
20. כל טענה הנתענת ו/או מוזכרת בכתב הגנה זה, נטענת ו/או מאוזכרת באופן מצטבר, משלים או חלופי לכל טענה אחרת הנכללת בו, בין אם נאמר הדבר במפורש ובין אם לא, הכל לפי הקשר הדברים ו/או הדבקים.
21. אין בהעלאת טענה ו/או באזכור עובדה בכתב הגנה זה כדי להעביר את נטל הראיה ו/או נטל השכנוע מן התביעה בכל עניין בו היה מוטל עליו נטל הראיה ו/או נטל השכנוע אלמלא הועלתה הטענה ו/או אוזכרה העובדה.

22. הנתבעת מתנגדת לכל טענה שברפואה אשר אינה נתמכת בחוות דעת מומחה רפואי בתחום המתאים, הכל כאמור בתקנות סדר הדין האזרחי.

23. הנתבעת תוסיף ותטען כי התביעה מנועה מלהגיש חוות דעת נוספות בעתיד וכי הנתבעת שומרת על זכותה להתנגד לבקשה, ככל שתוגש.

טיעונים לעניין הסעד המבוקש:

24. הנתבעת תטען כי סכומי הנזק הינם מוגזמים, מופרזים וחסרי אחיזה במציאות ובדין.

25. מכל סכום שייפסק לתובע, במידה וייפסק, יש לנכות את מלוא הסכומים ו/או הכספים ו/או התגמולים ששולמו ו/או ישולמו לו או שלו היה זכאי בשקידה סבירה מכל גוף ו/או תאגיד ו/או מיטיב, לרבות מהמוסד לביטוח לאומי, וזאת בערכם המשוערך ליום פסק הדין.

26. התובע נדרש להמציא פרטים נוספים וטובים יותר, בצירוף אסמכתאות וקבלות באשר לנזקים הנטענים בעבר ולעתיד, הן באשר להוצאות השונות וזאת בציון הוכחה בדבר הסכומים המדויקים.

27. הנזקים הנטענים מנוגדים לעקרון השבת המצב לקדמותו, הנקוב בדיני הנזיקין.

28. אין לפסוק לתובע פיצוי בדין אבות נזק שלא פורטו בכתב התביעה.



-חלק שלישי – פירוט הטענות-

מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל ובשים לב לטענות הנתבעת דלעיל, תתייחס הנתבעת להלן לטענות התביעה:

29. מוכחש האמור **בסעיף 1** לכתב התביעה שכן בית החולים איננו ישות משפטית הראויה להיתבע.

30. בכפוף לרשומה הרפואית מוכחש האמור והנטען **בסעיף 2** לכתב התביעה לחוסר ידיעה.

31. מוכחש האמור והנטען **בסעיפים 3-4** לכתב התביעה לגופם וככל שיש באמור בהם כדי להטיל על הנתבעת אחריות לנזקיו (המוכחשים) של התובע.

32. מוכחש האמור והנטען **בסעיפים 5-12** לכתב התביעה ככל שיש באמור בהם כדי להטיל על הנתבעת אחריות לנזקיו (המוכחשים) של התובע. הנתבעת תוסיף ותטען כי נזקיו המוכחשים של התובע מקורם באירועים ו/או במצב רפואי קודם שאינם קשורים לטיפול הרפואי נשוא התביעה. לשם שלמות התמונה תפנה הנתבעת לסעיף 38 להלן לכתב ההגנה – יש לראות את ההכחשות המפורטות בו כחלות גם ביחס לסעיפים 5-12 לכתב התביעה.

33. בכפוף לרשומה הרפואית, מוכחש האמור **בסעיפים 13-27** לכתב התביעה, ככל שיש בו להטיל אחריות על הנתבעת ו/או על מי מטעמה בגין האירועים נשוא התביעה לרבות הקשר הסיבתי הנטען בין הנזקים הנטענים בכתב התביעה לבין הטיפול שניתן לתובע על ידי הנתבעת ו/או מי מטעמה.

מבלי לגרוע מכלליות ההכחשה תוסיף הנתבעת ותטען, כדלקמן :

א. הנתבעת תטען כי נזקיו של התובע נגרמו חרף הטיפול הרפואי המסור, האחראי, המיומן, המקצועי והזהיר שניתן לתובע במסגרת הנתבעת וכי לא רובצת לפתחה כל אחריות ו/או רשלנות בגין האירועים נשוא התביעה וכי הנתבעת מילאה חובותיה ו/או מחויבויותיה כלפי התובע באופן מלא ומסור, ככל שאלה היו קיימים.

ב. אין באפשרות התביעה לטעון טענות עובדתיות חלופיות או סותרות.

ג. מוכחשות טענות התביעה בנוגע לנזקים הנטענים. מוכחשים ראשי נזק שאינם מוכרים לפי החוק.

ד. הנתבעת תכחיש כל טענה המטילה דופי בטיפול שהעניקה היא ו/או מי מטעמה לתובע, ותדגיש כי בכל שלב משלבי הטיפול, העניקה לתובע התייחסות מקצועית, רצינית ומיומנת.

ה. הטיפול הרפואי שהוענק לתובע היה טיפול מתאים, מיומן ומקצועי, בהתאם לפרקטיקה הרפואית אשר הייתה מקובלת בזמנים הרלוונטיים לתביעה.

ו. הנתבעת העסיקה רופאים מיומנים, זהירים, אחראיים ומקצועיים, אשר נהגו על-פי השיטה הנהוגה והמקובלת בעולם הרפואה בנסיבות האירוע הנטען בכתב התביעה ולא דבק בפעולותיה כל רבב ו/או כל רשלנות ועל כן אין הנתבעת נושאת בחבות כלשהי לאירוע הנטען ולתוצאות הנטענות.

ז. שיטות העבודה ו/או טכניקות הטיפול ו/או המכשור בהם השתמשה הנתבעת ו/או מי מטעמה היו תקינים, יעילים ותאמו את אלה המקובלים בעולם הרפואה.

ח. הטיפול הרפואי שניתן לתובע, בכל אחד ואחד משלבי הטיפול, ניתן על פי אנמנזה רפואית מדויקת בהתאם למצבו הרפואי בכל שלב.

ט. הנתבעת תטען, כי העניקה לתובע טיפול רפואי מסור וראוי, וכי כל נזק שנגרם לתובע מקורו בגורמים בלתי נמנעים ו/או בשל אשמו התורם של התובע.

י. עוד תטען הנתבעת, כי כל ההחלטות אשר התקבלו על ידי הנתבעת ו/או מי מטעמם נכון לאירועים הנטענים בכתב התביעה, המוכחשים כשלעצמם, היו ראויות, מקצועיות ומתאימות בנסיבות העניין, בוצעו על פי אמות מידה סבירות ומקובלות וכפי שצוות רפואי מקצועי, אחראי וסביר היה נוהג בנסיבות העניין.



יא. הנתבעת תחזור ותטען כי בצעה את כל הנדרש ו/או הראוי ו/או הנכון בנסיבות הזמן והמקום ובהתאם למצבו הרפואי של התובע ומלאה את כל חובות הזהירות אשר היו מוטלות עליה, ככל שהיו קיימות.

34. מוכחש האמור והנטען בסעיף 1 שלאחר סעיף 27 לכתב התביעה (יש להניח כי מדובר בטעות סופר במספור סעיפי כתב התביעה) וכן בסעיפים 28-29 לכתב התביעה - לרבות הטענה בדבר הרשלנות, הטענה בדבר העברת נטל הראייה, הטענה בדבר נזק ראייתי, הטענה בדבר רישום רפואי חסר/לקוי, הטענה בדבר הדבר מדבר בעד עצמו, הטענה בדבר העדר הסכמה מדעת, הטענה לפגיעה באוטונומיה, הטענה בדבר הפרת הסכם, הטענה בדבר הפרת חובה חקוקה הטענה בדבר אובדן סיכויי החלמה, ככל שיש בהם להטיל אחריות על הנתבעת ו/או על מי מטעמה בגין האירוע נשוא התביעה המוכחש כשלעצמו, לרבות הקשר הסיבתי הנטען בו בין נזקיו של התובע לבין הטיפול שניתן לתובע על ידי הנתבעת ו/או מטעמה.

מבלי לגרוע מכלליות ההכחשה תוסיף הנתבעת ותטען כדלקמן:

א. אין בנסיבות התביעה כדי לבסס תחולת הכלל בדבר "הדבר מדבר בעדו" לפי סעיף 41 לפקודת הנזיקין [נוסח חדש], באשר דרישות הסעיף אינן מתקיימות בעניינו כלל ועיקר ו/או לבסס כלל שיש בו כדי להעביר את נטל הראייה ו/או נטל ההוכחה על כתפי הנתבעת. כל התשתית הרפואית פרושה ומצויה בידי התביעה ואין ולו פרט אחד שאינו בידיעתה ועל כן, הנטל להוכחת התביעה, על כל יסודותיה, הינו על התביעה. ולפיכך, הטענה בדבר "הדבר מדבר בעדו" דינה להידחות על הסף.

ב. הטיפול הרפואי שניתן לתובע היה טיפול מתאים, בהתאם לשיטה מקובלת, מוכרת ונוהגת בעולם הרפואה והוא ניתן תוך הפעלת שיקול דעת מקצועי ומיומן, ובביצועו פעלה הנתבעת בזהירות, מקצועיות ובאופן מבוקר אשר הלם סטנדרטים של התנהגות רפואית מקובלת ונוהגת.

ג. הנתבעת טען כי לא רובצת לפתחה כל אחריות ו/או רשלנות בגין האירוע נשוא התביעה וכי מילאה כל מחויבויותיה ו/או חובותיה כלפי התובע, ככל שהיו קיימות. בפעולותיה של הנתבעת ו/או מי מטעמה לא נפל כל פגם, וכל נזק נטען, אשר נגרם לתובע, נגרם למרות פעולותיה המקצועיות, המיומנות והמסורות של הנתבעת ו/או מי מטעמה.

ד. הנתבעת ו/או מי מטעמה מילאו אחר כל מחויבויותיהם כלפי התובע ונהגו כלפיו תוך גילוי נאות לגבי מצבו הרפואי בכל מהלך האירועים הנטענים בכתב התביעה, המוכחשים כשלעצמם, והעניקה הסבר מפורט לגבי כל הבדיקות הרפואיות ו/או המעקבים ו/או הטיפולים הרפואיים שניתנו לתובע על ידי הנתבעת ו/או מי מטעמה, אשר לא נפל בהם כל פגם או דופי, והנתבעת ו/או מי מטעמה מילאו אחר כל התחייבויותיהם כלפי התובע, ככל שאלה היו קיימות בנסיבות העניין.

ה. אין ולו ראשית ראיה, כי הנתבעת ו/או מי מטעמה הפרו חובות חקוקות המוטלות עליהם, לרבות הוראות חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.

ו. הנתבעת ו/או מי מטעמה לא הפרו כל חובה חקוקה כלפי התובע ומילאו אחר ההוראות החלות עליהם מתוקף כל דין ו/או תפקיד במלואן, בכל הזמנים הרלוונטיים לאירועים נשוא התביעה.

ז. הנתבעת תטען כי קיימה רישומים מלאים, מפורטים, נאותים וסבירים, בהתאם לפרקטיקה הרפואית המקובלת והנוהגת בכל הנוגע לתיעוד פרטים מהותיים ואין כל פגם ו/או ליקוי ו/או חסר ברישומים הנוגעים לאירוע נשוא כתב התביעה.

ח. הנתבעת מכחישה מכל וכל ניסיונות התביעה לטעון לליקויים ו/או היעלמות ו/או חוסר ידיעה לרשומה הרפואית, זאת באופן לקוני שאינו מבוסס כלל בעובדות המקרה.

ט. מוכחש תוכן חוות דעתו של פרופ' עזרור, אשר אין בו בכדי לייחס חבות לנתבעת, אשר ביצעה את כל הפעולות הרפואיות הדרושות במיומנות, בזהירות ובמקצועיות ולא דבק בפעולותיה כל רבב.

י. הטענות העולות בחוות דעתו של פרופ' עזרור נטענות כ"חוכמה שלאחר מעשה" שאין בצידן אחריות וכי בזמן אמת ניתן לתובע טיפול רפואי מקצועי ומיומן, על פי הפרקטיקה המקובלת בזמנים הרלוונטיים לתביעה.

יא. מוכחש הקשר הסיבתי בין הנזקים הנטענים ובין הטיפול הרפואי שניתן לתובע על ידי הנתבעת ו/או מי מטעמה ו/או הקשר רחוק מדי.

יב. הנתבעת מתנגדת לכל טענה שברפואה שאין לה תימוכין במסמכים הרפואיים ו/או בחוות דעת רפואיות ערכות כדין על פי התקנות. כמו כן, הנתבעת תתנגד לכל טענה ו/או עדות שהם בבחינת עדות סברה ו/או השערה חסרת אחיזה במציאות. יש לראות התנגדות זו כחלה מכל מקום בכתב התביעה בו נטענת טענה שברפואה, שאינה נתמכת בחוות דעת רפואית.

יג. מוכחשת כל טענה המטילה דופי בטיפול שהעניקה הנתבעת ו/או מי מטעמה לתובע, שכן בכל שלב משלבי הטיפול הוענקה לתובע התייחסות מקצועית, רצינית ומיומנת.

יד. מבלי לפגוע בטענות דלעיל, נדרש פרופ' עזרור להתייבב בבית המשפט ולהיחקר בחקירה נגדית על חוות דעתו.

35. מוכח האמור והנטען בסעיף 30-33 לכתב התביעה, לרבות תוכן חוות דעתו של פרופ' מוטי רביד, ככל שיש באמור בהם כדי להטיל על הנתבעת את האחריות לנזקיו המוכחשים של התובע. מבלי לגרוע מכלליות ההכחשה מתבקש פרופ' עזרור להתייבב למועד ההוכחות שייקבע בתיק זה על מנת להיחקר על האמור בחוות דעתו.



36. מוכחש האמור והנטען בסעיף 35 לכתב התביעה, שכן הוספת חוות דעת רפואית משמעותה תיקון כתב תביעה, לתובע אין זכות מוקנית לתיקון כתב תביעתו, וממילא אין הוא יכול לשמור על זכות שאינה קיימת לו.

37. מוכחש האמור והנטען בסעיפים 36-41 לכתב התביעה, ככל שיש בהם להטיל אחריות על הנתבעת ו/או על מי מטעמה לרבות ההוצאות, הנזקים המיוחדים והכלליים, והסכומים הנטענים בסעיפים אלו, על סעיפי המשנה שבהם ופרטיהם ובכתב התביעה כולו, הן הנזקים הכלליים והן הנזקים המיוחדים, לרבות הקשר הסיבתי הנטען, המוכחש כשלעצמו, בין טיב הטיפול שניתן לתובע על ידי הנתבעת ו/או מי מטעמה, לנזקי התובע הנטענים והמוכחשים כשלעצמם.

הנתבעת תוסיף ותטען כדלקמן:

א. הנזקים הנטענים על ידי התביעה המוכחשים כשלעצמם, היו בלתי נמנעים, בלתי צפויים, ולנתבעת אין כל אחריות בגינם ובשל כך הנתבעת מתנגדת לסעד המבוקש על ידי התביעה.

ב. סכומי הנזקים הנטענים, המוכחשים כשלעצמם, הינם מוגזמים, מופרזים וחסרי אחיזה במציאות ובדין.

ג. מכל פיצוי שייפסק לתביעה, יש לנכות את כל פיצוי לו היו זכאים בשקידה סבירה, מהמוסד לביטוח לאומי ו/או מכל גוף, מבטח, תאגיד או אדם אחר, וזאת בערכו המשוערך ליום מתן פסק הדין.

ד. הנזקים הנטענים, המוכחשים כשלעצמם, מנוגדים לעקרון השבת המצב לקדמותו הנקוט בדיני הנזיקין.

ה. התביעה נדרשת להמציא פרטים נוספים וטובים יותר, בצירוף אסמכתאות וקבלות הן באשר להפסדים הנטענים בעבר ולעתיד, הן באשר לעזרת צד ג', הן באשר להוצאות רפואיות והן באשר לנזק הלא ממוני שנגרם להם, זאת בציון סכומיהם המדויקים. התביעה נדרשת לתמוך הנטען בתלושי שכר, בדיווחים למס הכנסה וכד'.

ו. אין להתיר לתביעה להגיש חוות דעת נוספות אשר לא הוגשו במועד הגשת התביעה ואין להתיר לתביעה להעלות כל טענה רפואית אשר אינה מגובה בחוות דעת מתאימה ערוכה כדין ו/או כל טענה אשר יש בה כדי להוות הרחבת חזית אסורה.

ז. על התביעה להגיש בקשה בכתב על כל תיקון ו/או שינוי שברצונם לבצע בכתב התביעה, אשר לנתבעת שמורה הזכות להגיב לה, בבוא העת.

ח. התביעה אינה זכאית לפיצויים בגין טיפולים רפואיים ששולמו בעבר על ידי קופת חולים בה היה חבר על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994.

ט. הנתבעת תוסיף כי לנוכח פסיקת בית המשפט העליון בעניין זה, אין התובע זכאי לכל פיצוי בשל פגיעה באוטונומיה בצירוף לכל נזק בלתי ממוני אחר.

י. הנתבעת תטען כי נזקיו של התובע נגרמו חרף הטיפול הרפואי, האחראי, המיומן, המקצועי והזהיר שניתן לו בבית החולים וכי לא רובצת לפתחה כל אחריות ו/או רשלנות בגין האירועים, נשוא התביעה וכי הנתבעת מילאה חובותיה ו/או מחויבויותיה כלפי התובע באופן מלא ומסור, ככל שאלה היו קיימים.

יא. הנתבעת תוסיף ותטען, כי התביעה מנועים מלטעון טענות עובדתיות חלופיות משום היות הדבר נוגד את תקנות סדר הדין האזרחי.

יב. מוכחש כל קשר סיבתי בין פועלה של הנתבעת לבין ההוצאות הרפואיות הנטענות, הוצאות עזרת צד ג', כאב וסבל וכל נזק אחר המוכחשים כשלעצמם מכל וכל.

יג. מוכחשים ראשי נזק שאינם מוכרים בפסיקה או בחוק.

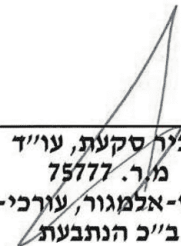
יד. ראשי הנזק הנטענים רחוקים ו/או אינם ברי תביעה על פי הדין.

38. מוכחש האמור והנטען **בסעיף 42 לכתב התביעה**, לרבות ככל שיש בו להטיל אחריות על הנתבעת ו/או על מי מטעמה, הנתבעת תחזור על פרק תמצית טענותיה המקדמיות ולעניין הטענות לגבי הסעד המבוקש.

39. מוכחש הנטען **בסעיף 43** לכתב התביעה שכן אין באפשרות התובע לטעון טענות עובדתיות חלופיות או סותרות.

40. מוכחש האמור **בסעיף 44** לכתב התביעה שכן נזקיו של התובע (אף הם יוכחו במלואם) אינם עולים כדי סמכותו העניינית של בית משפט נכבד זה.

41. אשר על כן, מתבקש בית המשפט הנכבד לדחות את התביעה כנגד הנתבעת או לפסוק בה בהתחשב בטענות הנתבעת וכן לפסוק לנתבעת הוצאות משפט ושכ"ט עו"ד ומע"מ והכל בצירוף הפרשי הצמדה וריבית כדין.


דביר סקעת, עו"ד
מ.ר. 75777
ויסגלס-אלמגור, עורכי-דין
ב"כ הנתבעת

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: חוות דעת דר רגב (עמודים 12 עד 27)	12
נספח 2: חוות דעת דר שמואל שטיינלאוף (עמודים 29 עד 38)	29



נספח 1 :

חוות דעת דר רגב

(עמודים 12 עד 27)



Shmuel Stienlauf MD
 Certified by the Israeli boards in Internal Medicine and Infectious Diseases
 16/64 Rom Yael St
 Petah Tikva 4906217 Israel

ד"ר שמואל שטיינלאוף
 מומחה למחלות פנימיות וזיהומיות
 רח' רום יעל 16/64
 פתח תקוה 4906217

יום ראשון 26 יולי 2026

חוות דעת רפואית

התבקשתי על ידי עו"ד דביר סקעת ממשרד ויסגלס אלמגור ושות' לחוות את דעתי על תוחלת חייו הצפויה של מר שואל גרינפלד מספר זהות 201075397, להלן התובע.

אני מצהיר בזאת כי ידוע לי שדין חוות דעת זאת היא כדין עדות בשבועה בבית משפט.

פרטי השכלה וניסיון:

בוגר הפקולטה לרפואה של הטכניון בחיפה, בעל רשיון לעסוק ברפואה בישראל (מ"ר 20662), מומחה לרפואה פנימית (שנת 1993, מס' מומחה 35015), ומומחה למחלות זיהומיות (שנת 2002, מס' תעודת מומחה 19109)

מניסיוני המקצועי:

1. רופא בכיר וסגן מנהל מחלקה במחלקה פנימית ה' מרכז רפואי וולפסון.
2. התמחות במחלות זיהומיות במרכז הרפואי של אוניברסיטת רוצ'סטר בעיר רוצ'סטר, מדינת ניו-יורק ארצות הברית.
3. רופא בכיר במחלקה פנימית ה' ויחידה למחלות זיהומיות במרכז הרפואי איכילוב בתל אביב.
4. רופא בכיר, סגן מנהל מחלקה, ומנהל מחלקה, מחלקה פנימית ג מרכז רפואי שיבא, תל השומר.
5. מרצה בכיר בחוג לרפואה פנימית, הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב.
6. מרצה בכיר בחוג לרפואה פנימית, הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת אריאל.

נייד: 052-666-6131 פקס בית: 03-5535953

Mobile: 972-52-666-6131 Home Fax: 972-3-5535953

דואר אלקטרוני: [E-Mail: shmuel.stienlauf@gmail.com](mailto:shmuel.stienlauf@gmail.com)

2. כריתת טחול (Splenectomy):

בעקבות הספרוציטוזיס, עבר ניתוח לכריתת טחול בשנת 1998 (בגיל 9-8) בבית החולים "הדסה". להלן רשימת החיסונים (על המידע שהועמד לרשותי) שניתנו בפועל, לפי סדר כרונולוגי:

20 באוקטובר 2002: חיסון נגד שפעת מסוג INFLUVAC וחיסון נוסף מסוג AGRIPPAL

3 בנובמבר 2003: חיסון נגד מחלות מדבקות.

4 בפברואר 2004: חיסון נגד פנאומוקוק מסוג PNEUMOVAX

14 בנובמבר 2004: חיסון נגד שפעת מסוג BEGRIVAC

15 בנובמבר 2004: חיסון נגד מחלות מדבקות

15 בספטמבר 2005: חיסון נגד שפעת מסוג VAXIGRIP וחיסון נגד טטנוס/דיפטריה למבוגרים מסוג

DIPH.TET ADULT

17 בנובמבר 2005: חיסון נגד מחלות מדבקות

16 בפברואר 2009: חיסון נגד פנאומוקוק מסוג PNEUMOVAX

27 בינואר 2021: מנה ראשונה של חיסון נגד נגיף הקורונה מסוג Pfizer

17 בפברואר 2021: מנה שנייה של חיסון נגד נגיף הקורונה מסוג Pfizer

30 בספטמבר 2021: מנה שלישית של חיסון נגד נגיף הקורונה מסוג Pfizer

30 במרץ 2024: חיסון טטנוס/דיפטריה מסוג TETADIF

2 באפריל 2024: חיסון המופילוס אינפלואנזה מסוג

24 ביולי 2024: חיסון נגד פנאומוקוק מסוג

29 ביולי 2024: מנה נוספת של חיסון המופילוס אינפלואנזה מסוג

14 באוגוסט 2024: מנה ראשונה של חיסון מנינגוקוק מסוג BEXSERO

10 בדצמבר 2024: חיסון נגד שפעת מסוג INFLUVAC TETRA

16 במרץ 2025: מנה שנייה של חיסון מנינגוקוק מסוג BEXSERO

4 בנובמבר 2025: חיסון נגד שפעת מסוג INFLUVAC

נייד: 052-666-6131 פקס בית: 03-5535953

Mobile: 972-52-666-6131 Home Fax: 972-3-5535953

דואר אלקטרוני: shmuel.stienlauf@gmail.com E-Mail:

3. פריקרדיטיס כרונית (דלקת קרום הלב):

התובע חלה בפריקרדיטיס (דלקת קרום הלב) בהיותו בן 18, והתאפיינה במהלך כרוני, עקשני וקשה לטיפול, עם התלקחויות חוזרות (Recurrent Pericarditis).

תסמינים הקליניים:

בזמן התלקחות, המטופל חווה כאבים דוקרים בחזה (משמאל ומימין) שהקרינו לעיתים לגב, החמירו בשכיבה פרקדן והקשו על נשימה עמוקה. לעיתים קרובות ההתלקחויות הופיעו לאחר מחלה ויראלית מלווה בחום. כתוצאה מהמחלה הממושכת, התפתחה סינוס טכיקרדיה קבועה (דופק מנוחה סביב 120) שחייבה טיפול קבוע להאטת הדופק.

בדיקות עזר לאורך השנים:

בדיקות מעבדה (דם): בזמן התלקחויות נצפתה עלייה במדדי הדלקת (כגון CRP שהגיע לערכים של 20-31 ואף יותר) ושקיעת דם (ESR) מוחשת. בדיקות טרופונין היו שליליות. 3 סקירות אוטואימוניות מקיפות (בין השנים 2013-2014, ושוב ב-2022) חזרו כולן שליליות. גם בדיקה גנטית ל-FMF שללה מוטציות שכיחות למחלה זו.

אק"ג (ECG): באופן קבוע הודגמה סינוס טכיקרדיה. בזמן התלקחויות חריפות, התרשימים הראו שינויי ST לא ספציפיים או עליות ST דיפוזיות האופייניות לפריקרדיטיס, ללא עדות לאיסכמיה.

אקו לב (Echocardiography): באופן עקי, בדיקות אקו לב (כולל בדיקות ליד המיטה במיון - Bedside Echo) היו תקינות, ללא עדות לתפליט פריקרדיאלי (נוזל) משמעותי, וללא סימני קונסטריקציה (הצרה או לחץ על הלב).

MRI לב: המטופל הופנה מספר פעמים לביצוע MRI לב לצורך הדמיה מעמיקה של הפריקרד (בשל כרוניות המחלה), אך אין בתיק הרפואי כל תיעוד לתוצאות בדיקה זו.

השתלשלות הטיפול התרופתי:

2007-2008 (תחילת המחלה): הטיפול החל בנוגדי דלקת לא סטרואידליים (NSAIDs) כגון Naproxen ו-Celecoxib, יחד עם Colchicine, אך ללא תגובה מספקת.

עד מאי 2021 המטופל נזקק ל-prednisone במינונים גבוהים (עד 80 מ"ג ביום) ופיתח תלות קשה בסטרואידים. כל ניסיון לרדת מתחת ל-10-15 מ"ג גרם להתלקחות מיידית של הכאבים. הטיפול הממושך הוביל לתופעות לוואי קשות: Cushing syndrome, השמנת יתר (BMI 36), אוסטואופניה וצרבות. ניסיון טיפול אימונוסופרסיבי באימורן (עד 150 מ"ג למשך שנתיים) הוגדר ככישלון והופסק. לשליטה בדופק המהיר נטל קרדילוק.

נייד: 052-666-6131 פקס בית: 03-5535953

Mobile: 972-52-666-6131 Home Fax: 972-3-5535953

דואר אלקטרוני: E-Mail: shmuel.stienlauf@gmail.com

בחודש מאי 2021 התחל טיפול יומיומי בזריקות ביולוגיות של Anakinra. הטיפול הוכתר בהצלחה מלאה, הכניס את המטופל לרמיסיה קלינית ומעבדתית, ואפשר סוף סוף גמילה מלאה מסטרואידים. הטיפול הופסק לחלוטין במאי 2023, והמטופל נותר ללא תסמינים עד 10/2023 (התלקחות לפני קריסת המערכות). בסוף אוקטובר 2023, לאחר מספר חודשים ללא טיפול, חזרו הכאבים (כפי שדנו קודם לכן ברשומות קופת החולים). המטופל נאלץ לחדש טיפול prednisone 40 מ"ג. קשה להעריך כמה זמן קיבל את התרופה ובאיזה מנונים, מעיון בתיעוד הרפואי בעת אשפוזו עולה כי כאשר התקבל למיון איכילוב ב-23 בדצמבר 2023 במצב של הלם ספטי, היה תחילה בלבול ברישומים: רישום קבלה ראשוני במיון (23:49) ציין בטעות כי הוא "תחת טיפול בפרידנזון" באותו רגע, אך רישום רפואי מדויק יותר שעה קלה לאחר מכן (00:38) הבהיר כי המטופל הוא "ללא טיפול בסטרואידים מזה כחודשיים".

דלקת קרום הלב לאחר שוק ספטי: כן, קיים תיעוד מפורש של אירוע כאבים בחזה בתקופה זו, אשר התרחש בחודש מאי 2025.

ברישומים מביקורים אצל ד"ר ריטה כהן (רפואה פנימית בקופ"ח מאוחדת) בתאריכים ה-22 וה-23 במאי 2025, מתועדים כאבים בצד ימין של בית החזה שנמשכו כיומיים. המתגברים בשינוי תנוחה (כגון הזזת צד ימין), ללא חום או שיעול. בבדיקה הגופנית נמצא כי קולות הלב סדירים ללא אוושות או שפשוף פריקרדיאלי, וכניסת האוויר לריאות שווה וטובה. אק"ג פוענח כתקין, צילום חזה, אשר פוענח גם הוא כתקין. התובע קיבל מרשם בפרדניזון במינון של 20 מ"ג למשך שבוע. לא מצאתי תיעוד לרכישת התרופה באותו מועד.

תועדו תלונות על כאבים בכתפיים ביולי 2002. לא בוצע אז כל ברור. כפי שניתן לראות בטבלה 1, מדדי הדלקת היו מוגברים יותר מהצפוי לפגיעה הכלייתית ממנה סבל בשנים 2024-2025

תאריך בדיקה	ערך CRP (mg/L)	טווח נורמה	מקור מידע
16/04/2025	64.92	- 0.00 5.00	רשומות איכילוב
28/06/2025	18.56	- 0.00 5.00	רשומות איכילוב
01/03/2026	28.2	- 0.00 5.00	קופ"ח מאוחדת

טבלה 1: מדדי דלקת בשנים 2025-2026

נייד: 052-666-6131 פקס בית: 03-5535953

Mobile: 972-52-666-6131 Home Fax: 972-3-5535953

דואר אלקטרוני: E-Mail: shmuel.stienlauf@gmail.com

4. סינוס טכיקרדיה:

מגיל 19, דופק מנוחה סביב 120. ההפרעה מיוחסת לנזק משני מפריקרדיטיס ומטופלת באופן קבוע Bisoprolol.

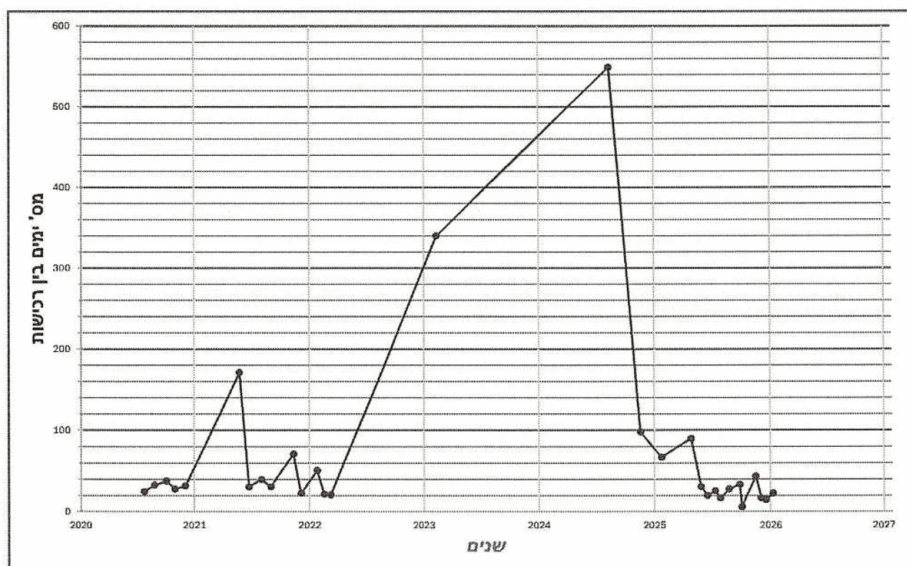
5. רקע פסיכיאטרי:

המטופל סובל מפוסט-טראומה מורכבת (PTSD) בעקבות תקיפה מינית שחווה בגיל 15 במסגרת ישיבה (לאחר מכן יצא בשאלה). הוא סבל מדיכאון עמוק, בעיות שינה והתקפי חרדה, וטופל לאורך השנים בתרופות פסיכיאטריות (כגון Escitalopram ו-Sertraline, תרופות נוגדת דכאון וחרדה המשתייכות למשפחת ה-SSRI's – תרופות שמנגנון פעולתן מבוסס על עיכוב קליטה חוזרת של הנוירורנסמיטר סרוטונין בתאי העצב במח, והעלאת ריכוזו והשפעתו) ובקנאביס רפואי.

6. משקל יתר (טופל לתקופה באוזמפיק).

7. נשאות למוטציית MTHFR.

8. היפרליפידמיה:



איור 2: פערי ימים בין רכישת Rosuvastatin

LDL בשיאו 220, החל מקבל טיפול ב-Rosuvastatin החל משנת 2020. כפי שניתן לראות מאיור 2, הענות טובה לתרופה החלה רק לאחר שחרורו מאשפוז באיכילוב

נייד: 052-666-6131 פקס בית: 03-5535953

Mobile: 972-52-666-6131 Home Fax: 972-3-5535953

דואר אלקטרוני: E-Mail: shmuel.stienlauf@gmail.com

9. הלם ספטי (Septic Shock) :

ב-23 בדצמבר 2023 אושפז באיכילוב במצב קריטי עקב הלם ספטי וקריסת מערכות. בתרבויות הדם התגלה זיהום של חיידק המופילוס אינפלואנזה מטיפוס B. סיבוכי הזיהום הקשה כללו תסמונת מצוקה נשימתית (ARDS) שהצריכה הנשמה מלאכותית ופיוס קנה, קרישה תוך-כלית ממושטת (Disseminated Intravascular Coagulation- DIC), אי ספיקת כליות אקוטית וקשה שהצריכה טיפול בדיאליזה, וקטיעת רגליים דו צדדית מתחת לברך.

10. אי ספיקה כליתית כרונית :

אי ספיקת הכליות החדה שבה לקה בעת האשפוז הפכה לכרונית. ערכי קריאטינין אחרונים אשר הובאו לידיעתי הינם מחודש פברואר 2026 - 2.6, מה שמקביל לפינוי כלייתי מחושב של 29 לערך.

כפי שניתן לראות בטבלה 2 ובטבלה 3 אלבומינוריה (דליפת חלבון בשתן) תועדה כבר בשנת 2025 והחמירה לפרוטאינוריה בטווח הנפרוטי בחודש 02/2026. התובע קבל הנחיה לשימוש במעכבי האנזים המהפך אנגיוטנסין (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors-ACE) ו-Dapagliflozin.

כמו כן הועלה חשד למחלה בשם אמילואידוסיס והופנה לביופסיה של רקמת שומן. אין בידי מידע אם הביופסיה בוצעה ומה תוצאותיה.

תאריך	יחס מיקרואלבומין/קריאטינין (mg/g)- גבול עליון של נורמה 30
פברואר 2025 / 2024	572
15/04/2025	207.4
04/02/2026	לא ניתן לחשב
10/02/2026	871.4
10/03/2026	653.8

טבלה 2: יחס מיקרואלבומין/קריאטינין

תאריך בדיקה	חלבון/קריאטינין (MG/G.CRE) גבול עליון של נורמה 110
04/02/2026	3,013.00
10/02/2026	1,253.00

טבלה 3: יחס חלבון/קריאטינין

נייד: 052-666-6131 פקס בית: 03-5535953

Mobile: 972-52-666-6131 Home Fax: 972-3-5535953

דואר אלקטרוני: E-Mail: shmuel.stienlauf@gmail.com

לסיכום, על פי סיווג חומרת מחלה כליתית של ארגון KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes-מחלת כליות: שיפור התוצאות הגלובליות), התובע מצוי בשלב G4 A3.

11. שיקום:

לאחר שחרורו ממחלקת השיקום באוגוסט 2024, עבר למסגרת אשפוז יום שיקומי. הוא מתנייד כיום בכיסא גלגלים, הותאמו לו תותבות (פרוטזות) לרגליו והוא עובד באינטנסיביות על תרגול הליכה, עמידה, ושיפור סיבולת ומוטוריקה.

12. כאבים:

סובל מכאבי "פאנטום" קשים ברגליו הקטועות, המטופלים באמצעות קנאביס רפואי ותרופות נירופתיות (כגון Pregabalin).

13. פיתח ירידה חדה בשמיעה המחייבת שימוש במכשיר שמיעה.

14. תעסוקה ותמיכה רגשית:

הצוות מתאר אדם בעל מוטיבציה גבוהה להשתקם. הוא זוכה לתמיכה מבת זוגו, מקבל ליווי פסיכולוגי וסוציאלי, ואף חזר חלקית לעבודתו המקורית כצלם עיתונות ספורט בסביבה מותאמת.



דיון

תוחלת החיים בלידה בשנת 2024 (שהינה השנה האחרונה המופיעה נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה) של גבר יהודי [1], הינה כ 82.5 שנים. תוחלת החיים החציונית בגיל 37, גילו של התובע כיום, של גבר יהודי על פי לוחות תמותה שלמים של ישראל 2019-2023 [2], הנה 45 שנים, כלומר גילו הצפוי הנו גיל 82.

בפסקאות הבאות נבדוק מהם השפעתן של מחלות הרקע שלהערכת, הייתה להם השפעה על תוחלת חייו של התובע. המרות בין HAZARAD RATIO של תמותה לבין ירידה בתוחלת חיים תתבצע על בסיס עבודותיהם של Modig וחב' [3], ושל Tsai וחב' [4].

1. אי ספיקה כליתית כרונית שלב G4 A3:

היוזמה לקביעת האיכות ותוצאים של מחלות כליה KDOQI – Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, והיוזמה העולמית לשיפור תוצאים של מחלות כליה The Kidney Disease: Improving KDIGO-Global Outcomes קבעו 6 דרגות להגדרת חומרת מחלות כליות המתבססים על קצב משוער של סינון גלומרולי:

נייד: 052-666-6131 פקס בית: 03-5535953

Mobile: 972-52-666-6131 Home Fax: 972-3-5535953

דואר אלקטרוני: E-Mail: shmuel.stienlauf@gmail.com

(Estimated glomerular filtration rate -eGFR), ומידת דליפת חלבון אלבומין בשתן (ר' טבלה 4)[5].

מונחים	GFR(mL/min/1.73 m ²)	שלבי GFR
תקין או גבוה	≥90	G1
ירידה קלה	60–89	G2
ירידה קלה עד בינונית	45–59	G3a
ירידה בינונית עד קשה	30–44	G3b
ירידה קשה	15–29	G4
אי-ספיקת כליות / כשל כלייתי — יש להוסיף D אם משופל בדיאליזה	<15	G5
מונחים	AER(mg/day)	שלבי אלבומינוריה
תקין עד מוגבר קלות — ניתן לחלק לתת-קבוצות לצורך חיזוי סיכון	<30	A1
מוגבר במידה בינונית	30–299	A2
מוגבר במידה קשה — ניתן לחלק לנפרוטי ולא-נפרוטי לצורך אבחנה מבדלת, טיפול וחיזוי סיכון	≥300	A3

טבלה 4: סיווג מחלות כליות כרוניות על פי קצב הסינון הגלומרולרי ואלבומינוריה

התובע כאמור מצוי בשלב A3 G4.



איור 3 [6], מסכם את הסיכון לסיבוכים בשלבים שונים של אי ספיקת כליתית כרונית.

Increased risk of complications by chronic kidney disease stage relative to a healthy population		Persistent albuminuria category					
		Normal or mildly increased A1		Moderately increased A2		Severely increased A3	
		<30 mg/g <3 mg/mmol		30-300 mg/g 3-30 mg/mmol		>300mg/g >30 mg/mmol	
		Reference		Reference		Reference	
eGFR category		A	C	B	D	E	F
Normal or high	G1 (≥ 90 mL/min per 1.73 m ²)	0.7	0.8	1.0	1.2	1.3	1.9
Mildly decreased	G2 (60-89 mL/min per 1.73 m ²)	0.9	2.1	1.4	4.7	2.2	13.4
Mildly to moderately decreased	G3a (45-59 mL/min per 1.73 m ²)	0.9	1.1	1.2	1.5	1.5	2.2
Moderately to severely decreased	G3b (30-44 mL/min per 1.73 m ²)	1.2	5.4	1.6	11.4	2.2	28.2
Severely decreased	G4 (15-29 mL/min per 1.73 m ²)	1.1	1.4	1.3	1.8	1.3	2.6
Kidney failure	G5 (<15 mL/min per 1.73 m ²)	1.5	1.8	0.8	23.3	1.8	47.7
		1.5	2.0	1.7	2.2	2.3	3.4
		2.4	10.8	2.1	51.2	1.6	84.1
		2.4	3.2	2.7	1.5	3.1	4.7
		4.1	78.3	4.1	94.5	5.2	97.7

Groups of complications (n=number of outcomes)	
A All-cause death (n=2.6 million) or hospitalisation (n=8.4 million)	C Cardiovascular death (n=275 000), heart failure (n=1.1 million), or atrial fibrillation (n=1.1 million)
B Atherosclerotic disease: myocardial infarction (n=451 000), stroke (n=461 000), or peripheral arterial disease (n=379 000)	D Kidney failure requiring replacement therapy (n=159 000) or acute kidney injury (n=1.4 million)

איור 3: סיכון לסיבוכים בשלבים שונים של אי ספיקת כליתית כרונית

המספרים בתוך הטבלה מייצגים פי כמה עולה הסיכון לסיבוכים לפי שילוב של דרגת eGFR - תפקוד הכליה:

G1 עד G5, ודרגת אלבומינוריה - כמות אלבומין בשתן: A1 עד A3

ההשוואה היא מול קבוצת ייחוס בריאה יחסית שהיא G1 + A1 - כלומר eGFR תקין/גבוה ואלבומינוריה תקינה או קלה. בתא הירוק העליון כתוב Reference — זו קבוצת הבסיס, והסיכון שלה מוגדר כ-1.

בכל תא מופיעים עד ארבעה מספרים, לפי ארבע קבוצות סיבוכים:

A – תמותה מכל סיבה או אשפוז, B – מחלה טרשתית: אוטם לבבי, שבץ, מחלת עורקים היקפית, C – תמותה קרדיווסקולרית, איספיקת לב או פרפור פרוזדורים, D – איספיקת כליות המחייבת דיאליזה/השתלה או

AKI

בתא של G4 + A3 (שלב בו מצוי התובע) מופיעים בערך:

A = 3.4

B = 84.1

C = 3.6

D = 84.1

נייד: 052-666-6131 דואר אלקטרוני: 03-5535953

Mobile: 972-52-666-6131 Home Fax: 972-3-5535953

דואר אלקטרוני: E-Mail: shmuel.stienlauf@gmail.com

המשמעות: התובע שנמצא בקבוצה G45, עם סיכון כיליתי של 29 יחד עם אלבומינוריה קשה מעל 300 מ"ג אלבומין/גרם קריאטינין נמצא, ביחס לקבוצת הייחוס בסיכון גבוה פי 3.4 לתמותה מכל סיבה או אשפוז. בסיכון גבוה פי 84.1 למחלה טרשתית/אירועים וסקולריים לפי ההגדרה בטבלה. בסיכון גבוה פי 3.6 לסיבוכים קרדיווסקולריים. בסיכון גבוה פי 84.1 לאי-ספיקת כליות מתקדמת הדורשת דיאליזה, או התפתחות של פגיעה כליתית חדה.

אלה יחסי סיכון יחסיים, לא אחוזים מוחלטים. מספר 2 פירושו בערך סיכון כפול; מספר 10 פירושו סיכון פי עשרה; מספר 80 פירושו סיכון גבוה מאוד יחסית לקבוצת הייחוס. הצבעים מסמנים את חומרת הסיכון:

ירוק = נמוך/קרוב לייחוס, צהוב = בינוני, כתום/אדום = גבוה מאוד.

מטה-אנליזה (מטא-אנליזה היא שיטה סטטיסטית הבוחנת באופן מצטבר מחקרים/ניסויים בודדים שנעשו, באופן כזה שהיא מאחדת את כלל הנבדקים במחקרים השונים, לעתים קרובות במספר המסתכם באלפי נבדקים ואף יותר. באופן כזה, מטא-אנליזה הינו מחקר בעל תוקף סטטיסטי חזק מאוד, והוא נותן מעין "מבט-על" על היעילות של התופעה שנבדקת[7]) של כ 114 מחקרים שבהם השתתפו כ-28 מיליון משתתפים [8] מצאה שהסיכון לתמותה בחולים בעלי פגיעה כליתית דומה לזו של התובע היה פי 7 מאנשים עם תפקוד כיליתי תקין, מה שמקביל לקיצור תוחלת חיים ב 16-18 שנים לערך.

מחקר קנדי, אשר לא לקח בחשבון דליפת חלבון בשתן[9], מצא שתוחלת החיים של גברים במצבו וגילו של התובע התקצרה ב 14 שנים לערך.

קררו וחבריו[10], העריכו במאמר סקירה שהסיכון לתמותה של גברים בדרגת תפקוד כיליתי דומה לזה של התובע בלי לקחת בחשבון דליפת חלבון בשתן אשר מעלה את הסיכון למוות) היה פי 4 מאוכלוסייה בריאה, מה שמקביל לקיצור תוחלת חיים של 12-14 שנים לערך.

תוחלת החיים של חולים סיניים בגילו ותפקוד כלייתי דומה לזה של התובע (לא נלקחה בחשבון מידת דליפת חלבון בשתן) הייתה קצרה ב 18 שנה מזה של אוכלוסייה בריאה[11].

לסיכום, רק עם ניקח בחשבון את מחלת הכליות, תוחלת החיים של התובע צפויה להיות קצרה ב-16 שנים, כלומר גילו המרבי של התובע צפוי להיות 64 שנים.

2. שוק ספטי:

הלם ספטי גורם לעודף התמותה למשך לפחות 5-10 שנים לאחר האירוע. ההשפעה בולטת במיוחד בקבוצות הגיל הצעירות, שבהן שיעורי התמותה גבוהים באופן בלתי-פרופורציונלי בהשוואה לקבוצות ביקורת תואמות גיל.

נייד: 052-666-6131 פקס בית: 03-5535953

Mobile: 972-52-666-6131 Home Fax: 972-3-5535953

דואר אלקטרוני: E-Mail: shmuel.stienlauf@gmail.com

בקרב מטופלים בריאים קודם לכן, מתחת לגיל 60, אשר לקו באלח דם חמור או בהלם ספטי, נמצא סיכון מוגבר פי 18 ופי 6 לתמותה במהלך 1-5 שנים ו-10-5 שנים לאחר שחרור מבית החולים בהתאמה, בהשוואה לאוכלוסייה הכללית[12].

מחקר אחר שכלל מטופלים מתחת לגיל 45, אלח דם חמור היה קשור לעלייה של כמעט פי ארבעה בסיכון למוות עד שנתיים לאחר האירוע, יחס סיכונים של 3.79[13].

לסיכום, רק אם ניקח בחשבון רק את השפעת שוק ספטי אצל התובע, ששרד שנתיים לאחר הלם ספטי, לא ניתן לאמוד באופן אמין את קיצור תוחלת החיים על סמך יחסי הסיכון שפורסמו. חישוב המחשה מחמיר עשוי להניב סדר גודל של כ-3 שנות חיים, אך אין לראות בו תחזית אישית; לאחר הישרדות של שנתיים, הקיצור הצפוי עשוי להיות קטן יותר.

3. מצב לאחר כריתת טחול:

מחקר שוודי אשר פורסם בשנות התשעים מצא ששיעור התמותה לאחר כריתת טחול גבוה פי 1.4-1.6 בהשוואה לאוכלוסייה הכללית[14] מה שמקביל לקיצור תוחלת חיים של כ 9 שנים.

מטופלים לאחר כריתת טחול מצויים בסיכון מוגבר ומתמשך לאורך כל חייהם למספר סיבוכים העלולים להשפיע על ההישרדות. סיבוכים אילו כוללים אלח דם, פקקת ורידים עמוקים ותסחיף ריאתי, מחלת לב כלילית, ממאירויות כבד, לבלב ריאות, ממאירויות המטולוגיות[15].

לסיכום, רק עם ניקח בחשבון את כריתת הטחול, תוחלת החיים של התובע צפויה להיות קצרה ב 9 שנים, כלומר גילו המרבי של התובע צפוי להיות 73 שנים.

4. PTSD:

מטא-אנליזה שכללה 30 מחקרים ויותר מ-2.1 מיליון משתתפים מצאה כי PTSD היה קשור לעלייה של פי 1.32-1.47 בסיכון לתמותה[16], מה שמתאים לקיצור תוחלת חיים בין 3-4 שנים. הסיכון למוות מכל הסיבות בקרב חולי PTSD מבין אנשי הצלה, מגיבים ראשונים ואזרחים שנחשפו לאסון 11 בספטמבר, היה פי 1.91[17], מה שמתאים לקיצור תוחלת חיים של כ-9 שנים.

לחולי PTSD יש סיכון מוגבר למחלות לב וכלי דם, שבץ מוחי, תרומבואמבוליות ורידי, אי-ספיקת לב, מחלת לב כלילית ואוטם שריר הלב. נמצא גם כי PTSD קשורה גם לסוכרת מסוג 2, ולסיכון מוגבר למחלות של מערכת העיכול ולהפרעות אוטואימוניות[18].

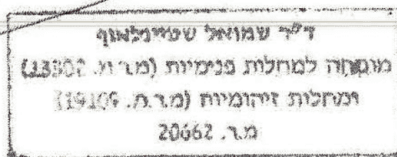
לסיכום, רק עם ניקח בחשבון את PTSD, תוחלת החיים של התובע צפויה להיות קצרה ב 4-9 שנים, כלומר גילו המרבי של התובע צפוי להיות 73-79 שנים.

סיכום:

הגורם העיקרי המשפיע על תוחלת חייו של התובע הנה מחלת כליות הקשה בה הוא לוקה. מחלת הכליות גורמת לכך תוחלת החיים של התובע צפויה להיות קצרה ב 16 שנים, כלומר גילו המרבי של התובע צפוי להיות 64 שנים. אילולא הזיהום הייתה תוחלת חייו קצרה ב-9 שנים לאור מצבו הרפואי שקדם להגעתו לאיכילוב.

בכבוד רב,

ד"ר שמואל שטיינלאוף
מר 20662



נייד: 052-666-6131 פקס בית: 03-5535953

Mobile: 972-52-666-6131 Home Fax: 972-3-5535953

דואר אלקטרוני: shmuel.stienlauf@gmail.com E-Mail:

סימוכין:

1. Cited נושא: בריאות, תת נושא: תוחלת חיים בלידה, ערך: לפי מין, דת וקבוצת אוכלוסייה
Date:25/08/2024; 25/08/2024 ,
Available from:
<https://www.cbs.gov.il/he/Statistics/Pages/%D7%9E%D7%97%D7%95%D7%9C%D7%9C%D7%99%D7%9D/%D7%9E%D7%97%D7%95%D7%9C%D7%9C-%D7%A1%D7%93%D7%A8%D7%95%D7%AA.aspx?subject=4>.
2. ,הלשכה המרכזית Editor 2025 לוחות תמותה של ישראל 2019–2023, ה.ה. לסטטיסטיקה, לסטטיסטיקה: ירושלים
3. Modig, K., R. Rau, and A. Ahlbom, Life expectancy: what does it measure? BMJ open, 2020. **10** : (7)p. e035932.
4. Tsai, S.P., et al., Converting health risks into loss of life years - a paradigm shift in clinical risk communication. Aging, 2021. **13**(17): p. 21513–21525.
5. Levey, A.S. and L.A. Inker. Definition and staging of chronic kidney disease in adults UpToDate Cited Date:10/7/2026; 10/07/2026 ,
UpToDate Inc; Available from: https://www.uptodate.com/contents/definition-and-staging-of-chronic-kidney-disease-in-adults?search=chronic%20renal%20failure&source=search_result&selectedTitle=3~15&usage_type=default&display_rank=3&searchCorrelationId=2770ecc2-5770-4e96-b68c-66f2d299f984&searchCorrelationTerm=chronic%20renal%20failure#H27258970.
6. Jennifer, S.L., et al., Advances in the Diagnosis and Detection of Chronic Kidney Disease. The Lancet, 2026. **407**(10546): p. 2414–2428.
7. מטא-אנליזה Cited Date:16/9/2023; 16/9/2023 ,
Available from: <http://www.p-value.co.il/category/%D7%9E%D7%98%D7%90-%D7%90%D7%A0%D7%9C%D7%99%D7%96%D7%94>.

- 8 . Consortium, W.G.f.t.C.P., Estimated Glomerular Filtration Rate, Albuminuria, and Adverse Outcomes: An Individual-Participant Data Meta-Analysis. JAMA, 2023. **330**(13): p. 1266–1277.
- 9 . Turin, T.C., et al., Chronic kidney disease and life expectancy. Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association, 2012. **27**(8): p. 3182–6.
- 10 . Carrero, J.J., et al., Sex and gender disparities in the epidemiology and outcomes of chronic kidney disease. Nature reviews. Nephrology, 2018. **14**(3): p. 151–164.
- 11 . Wan, E.Y.F., et al., Burden of CKD and Cardiovascular Disease on Life Expectancy and Health Service Utilization: a Cohort Study of Hong Kong Chinese Hypertensive Patients. Journal of the American Society of Nephrology : JASN, 2019. **30**(10): p. 1991–1999.
- 12 . Linder, A., et al., Long-term (10-year) mortality of younger previously healthy patients with severe sepsis/septic shock is worse than that of patients with nonseptic critical illness and of the general population. Crit Care Med, 2014. **42**(10): p. 2211–8.
- 13 . Abu-Kaf, H., et al., Long-Term Survival of Young Patients Surviving ICU Admission With Severe Sepsis. Crit Care Med, 2018. **46**(8): p. 1269–1275.
- 14 . Linet, M.S., et al., Causes of death among patients surviving at least one year following splenectomy. The American Journal of Surgery, 1996. **172**(4): p. 320–323.
- 15 . Kristinsson, S.Y., et al., Long-term risks after splenectomy among 8,149 cancer-free American veterans: a cohort study with up to 27 years follow-up. Haematologica, 2014. **99**(2): p. 392–398.
- 16 . Nilaweera, D., et al., Lifetime posttraumatic stress disorder as a predictor of mortality: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry, 2023. **23**(1): p. 229.
- 17 . Giesinger, I., et al., Association Between Posttraumatic Stress Disorder and Mortality Among Responders and Civilians Following the September 11, 2001, Disaster. JAMA Network Open, 2020. **3**(2): p. e1920476.



- 18 . Flesaker, M., et al., State of the Science: The epidemiology of posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 2026. **39**(3): p. 353–363.



נספח 2 :

חוות דעת דר שמואל שטיינלאוף

(עמודים 29 עד 38)



30/6/2026

חוות דעת רפואית בתביעת שאול גרינפלד ת.ז. 201075397

אני החתום מטה, ד"ר כהן רגב מקיבוץ להבות חביבה, התבקשתי ע"י עו"ד דביר סקעת, ממשרד ויסגלס-אלמגור ושות' לחוות את דעתי בעניינו של הנ"ל.

פרטי השכלה וניסיון מקצועי:

- שנת 1999 - תואר M.D. בהצטיינות, ב"ס לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת ת"א
- 1999-2004 - שירות צבאי, כרופא גדודי, רופא חטיבתי בבית הספר לקצינים וכרופא חוקר במרכז לחקר והערכת חיסונים במדור האפידמיולוגיה של מפקדת קצין רפואה ראשי
- 2004-2008 - התמחות ברפואה פנימית ב"ח בילינסון, מסונף לב"ס לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת ת"א
- 2008 - רופא בכיר במחלקה פנימית, ב"ח בילינסון
- 2008-2010 - התמחות במחלות זיהומיות, מרכז רפואי ת"א
- 2010-2011 - רופא ביחידה למחלות זיהומיות, מרכז רפואי ת"א
- 2011-2013 - רופא בכיר במרכז הרפואי ע"ש צאנז, ב"ח לניאדו, נתניה
- 2013-2022 - מנהל היחידה למחלות זיהומיות ומנהל היחידה למניעת זיהומים, מרכז רפואי ע"ש צאנז, ב"ח לניאדו, נתניה. מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש רות וברוך רפפורט, טכניון, חיפה.
- 2022-5/2026 - מנהל היחידה למחלות זיהומיות ומנהל היחידה למניעת זיהומים, בית חולים הלל יפה, חדרה. מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש רות וברוך רפפורט, טכניון, חיפה.

המסמכים שעמדו לרשותי בעת כתיבת חוות הדעת:

- מסמכים רפואיים ממרפאות מאוחדת
- מסמכים רפואיים מבתי חולים (הדסה, איכילוב)



הרקע העובדתי

התובע, בן 34 בעת האירוע (יליד 1989), עיתונאי/צלם היה בעל רקע רפואי עשיר:

1. בגיל 3 חודשים אובחן כסובל מ- Hereditary spherocytosis – מחלה גנטית משפחתית בה קיים פגם במבנה דופן הכדוריות האדומות ועל כן הן נהרסות בטחול. באשפוז בשנת 1993, עת היה בן 3.5 שנים אושפז עם מחלת חום ממושכת, אשר הגיבה לטיפול אנטיביוטי. באשפוז זה נכתב כי קיבל "חיסונים כמקובל".
2. בשנת 1998, בהיותו בן 9, עקב ירידות בערכי ההמוגלובין, עבר באופן אלקטיבי כריתת טחול לפרוסקופית. לפי הרשומות מאשפוז זה, קיבל 2 מנות של חיסון כנגד המופילוס אינפלואנזה. מאחר וחיסון זה לא היה במסגרת סל החיסונים בשנת לידתו, ככה"נ בוצעה השלמה של החיסון הזה לפני הניתוח, כמקובל. שוחרר ללא המלצה לאנטיביוטיקה מניעתית, אבל באשפוז מאוחר יותר (6/3/1999), עת התקבל עם חום, נכתב שהוא תחת טיפול אנטיביוטי מניעתי עם רפאפן 250 מ"ג 2X ליום. באותו האשפוז, במיון הדסה נכתב כי ביום קבלתו היה חום 39.6 והוא קיבל מנת אנטיביוטיקה (רוצפין) ע"י רופא המשפחה. הוא אושפז להשגחה ושחרר עם המשך טיפול ברפאפן מניעתי.
3. החל משנת 2009 החל לסבול מאירועים חוזרים ונשנים של דלקת כפורת הלב (פריקרדיטיס), בגינה פנה לרופאי המשפחה פעמים רבות מספור וגם אושפז מספר פעמים. כטיפול במחלה זו, שעד כה לא נמצאה לה סיבה ברורה, החל לטול תרופות רבות אשר גרמו לאורך השנים לדיכוי חיסוני משמעותי. התרופות כללו פרדניזון (סטרואיד) במינונים גבוהים לאורך תקופות ארוכות, וכן אימורן, מתותרקסט, ולבסוף טיפול ביולוגי - אנקינרה (KINERET). ניסיונות גמילה מפרדניזון כשלו והוא סבל מתסמונת קושינג.
4. נוסף על כך, סבל ברקע ממחלות נוספות שכללו השמנת יתר (כחלק מתסמונת קושינג), אירועים חוזרים של הפרעות קצב הלב (SVT), אוסטאופניה, בקע סרעפתי ובקע מפשעתי, אירועי חרדה ודכאון עם צורך בטיפול תרופתי ופסיכולוגי, שתיית יתר של אלכוהול ועישון סיגריות. כמו כן סבל מחסר קשה של ויטמין D.
5. בסקירת פניותיו החוזרות הרבות מספור לרופאי המשפחה וחדרי המיון, יש לציין אירועים חוזרים של זיהומים עוריים ותת עוריים עם צורך בפתיחה של מורסות, זיהום ונשאות עורית של החיידק MRSA (שנת 2013), וכן נשאות שנמשכה מעל 3 שנים של סטרפטוקוקוס מקבוצה A (GAS) בלע (בין השנים 2000 ל- 2004), ושוב גם בשנת 2010.
6. יצויין כי מבדיקות הדם הרבות שביצע ניכר כי לא היה מחוסן כנגד צהבת נגיפית B (HBV), וכי קיבל חיסונים כנגד שפעת רק בין השנים 2002-2005 אבל לא לאחר מכן (החל שוב לטול את החיסון לאחר האירוע הנדון). ביחס לחיסונים כנגד פנאומוקוקוס – לפי הרשומות קיבל 2 מנות של החיסון פנאומו-וקס PSV23 - (חיסון פוליסכרידי- שאינו אפקטיבי דיו) בשנים 2004 ו- 2009, אבל לא השלים את החיסונים המצומדים החדשים (מסוג PREVENAR) שכבר היו בנמצא בשנת 2009 ואילך. כמו כן לא חוסן כנגד מנינגוקוקוס (נגד הזנים ACYW או כנגד זן B). **חיסונים כנגד חיידקים קפסולריים כמו פנאומוקוקוס ומנינגוקוקוס מומלצים לכל חולה לאחר כריתת טחול.** כן קיבל חיסונים כנגד קורונה בשנת 2021. לא הצלחתי להשיג רישומים מפנקס החיסונים של התובע.
7. בסקירת המפגשים הרבים של התובע עם רופאי המשפחה, בשנת 2007 נכתב כי הופנה לביצוע חיסון כנגד פנאומוקוקוס במספר הזדמנויות אבל הוא לא שיתף פעולה – NON COMPLIANCE.

ביקור ב - 07/01/2007 12:14 אצל ד"ר טרופ הלל , רופא כללי מר: 25933 ביקור ראשון עם כרטיס

סיבת פניה - מחלה

סיבת ביקור

COUGH R HINN T 3 D •

DID NOT GET PNEUMOVAX - NON COMPLIANCE •

בשנת 2020 רופא המשפחה כותב כי החולה מבקש הפניה לחיסון פנאומו-וקס, אבל הוא מופנה במקום לקבל חיסון פרבנר-20 ושפעת. לא עלה בידי למצוא את הרכישה או את הרישום על קבלת חיסון זה ברשומות.

8. במהלך השנים היה במעקב של רופאים מומחים מתחומים שונים כולל ראומטולוגים, המטולוגים, רופאי ריאות, אנדוקרינולוגים ופנימאים. רופאי המשפחה, מן הסתם, תווכו בין המומחים והיו מעורבים בקבלת אישורים לטיפולים ביולוגיים ובתחילת הטיפולים הללו. בינואר 2021 הוא נשלח לבדיקת מנטו (לפני התחלת טיפול ביולוגי בכנרת). כמו כן רופאי המשפחה היו מעורבים במתן חיסוני הקורונה בעת הפנדמיה.

9. בבחינת הרשומות של רכישות תרופות אפשר להתרשם כי בשנת 1999 מרבית השנה רכש רפאפן או אנטיביוטיקות אחרות. בהמשך מופיעות רכישות של אנטיביוטיקות (זינאט, אוגמנטין) בשנת 2000; מוקסיפן ורפאפן לאורך שנת 2001-2002; דורהביוטיק (רפאפן ארוך טווח שניתן פעם בחודש), זינט, אזניל, רוליד, אוגמנטין בשנת 2004, וכן הלאה לאורך השנים משנת 2006 ועד שנת 2015. בשנים 2017 ו-2019 רכש זינאט רק פעם אחת בכל שנה. לא מצאתי כלל רכישות של אנטיביוטיקה בשנים 2020-2023.

10. בחודשים הקודמים לאירוע הנדון היה תחת ירידה הדרגתית ואיטית של פרדניזון (לפי אנמנזה ממיון איכילוב היה כחודשיים ללא טיפול בסטרואידים או בכנרת). אבל במפגש מתאריך 22/10/23 עם ד"ר כהן ריטה – רופאת משפחה – נכתב כי הוא נוטל פרדניזון 40 מ"ג ליום עקב התחדשות של הכאבים בחזה. במפגש ב- 27/11/23 – כחודש לפני האירוע הנדון – רשימת התרופות שהתובע ביקש לחדש כללה: CARDILOC, CARTIA, CLONEX, INSULIN, KINERET, NEXIUM, NOCTURNO, OZEMPIC, PREDNISON, SERENADA, STATOR.

ביחס לאירוע הנדון -

11. בתאריך 23/12/23 בשעה 13:39 התובע פונה למיון היברידי (קופ"ח "מאוחדת") ונבדק ע"י ד"ר ג'סאן. במפגש זה נכתב כי מדובר "בן 34, בריא בד"כ עם נזלת ושיעול מהיום, וחום שירד לאחר אופטלגין. חיוני ומצליח לשתות". אין ברשומה תיאור של מדדים חיוניים ואין תיאור של בדיקה גופנית. האבחנה היא Cough והטיפול שהומלץ היה מעקב אחר תסמינים.

ביקור ב- 23/12/2023 13:39 אצל ד"ר סלאמה ג'סאן, מיון היברידי מ.ר: 134197 ביקור נוסף בלי כרטיס	
סיבת פניה - מחלה	
סיבת ביקור	
• בן 34 • בריא בד"כ • מהיום נזלת ושיעול • היה חום שירד לאחר אופטלגין • חיוני • מצליח לשתות	
אבחנות	
• COUGH	
דיון והמלצות	
• טיפול סמפטומטי ומעקב תסמינים • מומלץ לפנות לבדיקת רופא בחוסר שיפור • המשך מעקב וטיפול רופא מטפל • במקרה של החמרה במצב יש לפנות לבדיקת רופא ללא דיחוי	

מתיאור המפגש אפשר להתרשם מכך שלא נלקחה אנמנזה בסיסית. אומנם נרשם "בריא בד"כ" – אך זהו אינו תאור הולם של חולה כרות טחול, קושינגואידי, תחת טיפול תרופתי אימונוסופרסיבי רצנטי, שסובל משלל מחלות נוספות ונוטל תרופות רבות! לא נלקחו פרטים אנמנסטיים בסיסיים (אפילו אין תיאור של קיום או אופי השיעול שנרשם כאבחנה ראשית); לא בוצעה בדיקה גופנית ולא נערכה הערכה קלינית בסיסית של מצבו – כחולה כרות טחול עם מחלת חום.

מעבר לכך – גם תאריך תחילת החום ככל הנראה שגוי, לאור זאת שבאנמנזה חוזרת שנלקחה בהמשך אותו היום התברר כי החום כבר החל יום טרם פנייתו.

12. בהמשך אותו היום, בשעה 21:01 פונה התובע שנית למוקד קופ"ח "מאוחדת". הפעם נבדק ע"י ד"ר מוחמדיה עדי. במקרה זה נכתב כי מדובר בגבר בן 34 עם רקע של פריקרדיטיס ותחת טיפול בסטרואידים, אשר מתקבל עם חום וחולשה, מיום טרם פנייתו, בנוסף לשיעול ליחתי ונזלת, ירידה בכמות השתן והפיכתו למרוכז. נרשמים סימנים חיוניים של חום גבוה 38.9 מ"צ, דופק 150 (!) פעימות בדקה, עם "ל"ד שמורים" (בהמשך נראה כי בבדיקת האחות באותו המעמד לחץ הדם לא היה תקין). בוצע אק"ג שהיה חשוד כלא תקין. החולה הופנה לאחות לקבלת נוזלים ואקמול.

סיבת ביקור

- בן 34 ידוע על PERICARDITIS תחת טיפול בפרדניזון, ST תחת טיפול בקרדילוק
- מציין כעת חום וחולשה כללי מאתמול מנוסף לשיעול ליחתי ונזלת
- לדבריו ידוע על דופק סביב 100 וכעת לא שותה כרגיל (5 ליטר) והשתן נהפך להיות מרוכז

13. בבדיקת האחות (עסאמנה על מונת) נרשם: "בן 34, מאתמול, צינון, כאבי ראש, בחילות, הקאה IX. היום זיעה, חום עד 38.5. נטל אקמול בהשפעה טובה ללא שלשולים. שלילי בבדיקת קורונה ושפעת (אנטיגן). נלקחו מדדים – טכיקרדי, סטורציה שמורה באוויר חדר, בוצע אק"ג. נבדק ע"י רופא הוחל טיפול בנוזלים, מוריד חום ופרמין". המדדים נמצאו היו **חום 38.9, ל"ד 94/63 ודופק 150 בדקה.**

14. נלקחו בדיקות דם אשר הדגימו לויקוציטוזיס (נכתב בטעות לימפוציטוזיס), עם סטיה שמאלה 95% של PMN, והחולה הופנה למיון להמשך בירור לאחר שלחצי הדם השתפרו בתגובה לקבלת נוזלים, והדופק ירד קרוב לערכים הבסיסיים שלו (סביב 100 פעימות בדקה). באבחנה נכתב – Fever, Tachycardia עם המלצה ללקיחת תרבויות דם במיון, צילום חזה, המשך בירור חום בחולה כרות טחול ותחת טיפול בסטרואידים. במפגש זה לא ניתן טיפול אנטיביוטי.

15. פניה למיון איכילוב – בשעה 22:13 התקבל במיון איכילוב ובשעה 23:49 נבדק ע"י ד"ר עדוי. נכתב כי כעת סובל מחום וחולשה, בחילות והקאה, שיעול ליחתי ונזלת. נכתב כי החולה שוכב במיטתו, עירני, נינוח ללא מצוקה נשימתית. מדדים חיוניים: חום 37.4, ל"ד 161/115, דופק 111, סטורציה 98%. בדיקת הלב, הריאות, הבטן והגפיים תוארה כתקינה. בבדיקות המעבדה נמצאה לויקוציטוזיס 31000 עם נויטרופיליה של 29500, תרומבוציטוזיס 484000 (ידועה מעברו), על רקע כריתת הטחול, קראטינין 1.2, ו-CRP 110 (תקין עד 5). לאחר כשעה מסכמים את מצבו כ"תמונה זיהומית עם עליית מדדי דלקת מרשימה, חשד על פי אנמנזה למקור ריאתי". נלקחים תרבויות דם, בדיקת קורונה, נשלח לצילום חזה ונכתב כי "החלטה על טיפול אנטיביוטי בהתאם לצילום חזה" (00:38).

16. בשעה 05:46 חוזרת ספירת דם נוספת עם ממצאים דומים. לאור הופעה של יציאות רכות עולה חשד כי מדובר בקוליטיס (דלקת של המעי הגס) על רקע טוקסין (CDI) ומחליטים על אשפוז. בשעה 08:54 "לבקשת המלווה – טיפול נוסף להורדת חום וטיפול קבוע בקרדילוק". 4 דקות מאוחר יותר נרשם כי מזיע, נלקחת בדיקת גזים ומתקבלת החלטה על טיפול אנטיביוטי ברוצפין ואזניל. האנטיביוטיקה ניתנת בפועל בשעה 10:55.

17. בשעה 09:32 – מתקבלת תוצאה של היפוגליקמיה ובמקביל החולה מתחיל להדרדר עם ירידת לחצי הדם. בשעה 09:59 ל"ד נמדד 74/50, תוארה טאכיקרדיה ניכרת, החולה מתנשם, מזיע ונראה רע. מועבר לחדר הלב ולאחר מכן מועבר לטיפול נמרץ.

18. בבוקר של 24/12/23 התובע היה בשוק ספטי עם כשל רב מערכתי – הופעה של אי ספיקת כליות, חמצת, קוטיס מרמורטה ("כתמי מוות" על העור), כשל של מערכת הקרישה, היפוגליקמיה וצורך בהרדמה, הנשמה מכאנית, מתן אמינים לשמירה על לחצי הדם וצורך בדיאליזה. בתוך 5 שעות מלקיחת תרבויות הדם, דווח על מתגים גרם שליליים בבקבוקים (צמיחה מאוד מהירה המעידה על עומס חיידקי גבוה ביותר בזרם הדם), אשר מזהים כ- *Hemophilus influenzae* type B.

שהיה חיובי ל- beta lactamase. מהלך האשפוז היה ארוך וכלל צורך בדיאליזה לתקופה מסוימת וכריתה של גפיים תחתונות ואצבעות בידיים עקב נמק משני לספסים הבלתי נשלט ולסיבוכיו.

בשעה 14:00 נרשם על ידי ד"ר ענני ספיר:

כעת מאושפז בסיפול נמרץ כללי בתמונה של שוק ספטי - לחצי דם 80/40, לקטמיה 9, בנוכחות חום עד 39, נקראנו לייעוץ לגבי המשך טיפול. באנמיה מתנו זמן קצר לפני שהונשם והורדם - מזה מספר ימים חום 39, עם נזלת ושיעול, היום החלו שלשולים. בבדיקתו סכיפואי, מכיקודי 115 לדקה,	24/12/2023 14:00 ד"ר ענני ספיר
--	---

כלומר, לדברי התובע חום מזה מספר ימים עד 39 מ"צ.

דיון

ספסים בקרב חולים כרוטי טחול –

מצב של חסר בטחול, במיוחד כזה שנגרם עקב ניתוח לכריתתו, כרוך בסיכון מוגבר להתפתחות של זיהום חיידקי פולשני חמור ומסכן חיים (אלה דם, ספסים, שוק ספטי). מצב זה נקרא בספרות – overwhelming sepsis או overwhelming post splenectomy infection (OPSI). שכיחותו נעה בין 0.1%-8.5% והוא נושא בחובו אחוזי תמותה גבוהים מאוד (1). מצב זה נגרם באופן קלאסי עקב התרבות בלתי מבוקרת של חיידקים בעלי קפסולה (השכיחים מביניהם – פנאומוקוקוס והמפילוס), אשר הגוף, בהעדר הטחול, מתקשה להתמודד עמם. הסיכון ל- OPSI אמנם גבוה יותר בילדים מתחת לגיל 5 ובשנה-שנתיים הראשונות לאחר הניתוח לכריתת הטחול, אבל הוא נותר גבוה יותר ביחס לאוכלוסיה הכללית, למשך כל חיי החולה. התמותה הבסיסית במצב זה יכולה להגיע אף ל- 50-70% ורוב המיתות מתרחשות בתוך 24 השעות הראשונות (2). כך ש- OPSI הינו אחד ממצבי החירום הרפואיים.

המהלך הקליני בתחילתו הוא לא ספציפי וכולל הופעה פתאומית של חום ותסמינים לא ספציפיים כמו צמרמורת, כאב גרון, ראש ושרירים, ותסמיני מערכת העיכול כמו הקאה ו/או שלשול. כלומר – תמונה דמוית שפעת. ההתדרדרות הקלינית היא לרוב מהירה מאוד ומתפתחת תוך שעות (3), וכוללת הופעת תת לחץ דם, קרישה תוך כלית ממושטת (DIC) המובילה לאיסכמיה ולנמק של איברים, היפוגליקמיה וכשל רב מערכתי. הדרדרות זו יכולה להתרחש גם עם מיעוט תסמינים מקדימים.

לאור התוצאים הקשים של זיהום חיידקי בלתי נשלט בקרב חולים כרוטי טחול, קיימת חשיבות עליונה במניעה של OPSI ומתן טיפול אנטיביוטי מוקדם ככל הניתן.

קיימות מספר דרכים להשגת מטרה זו:

1. **הדרכה** – יש להדריך את החולה (לרוב ילד) ואת משפחתו על הסיכון המוגבר לזיהומים פולשניים, להדגיש את החשיבות בקבלת החיסונים והחשיבות בהקפדה על טיפול אנטיביוטי מניעתי. יש להדריך את החולה כי בכל מחלה עם חום גבוה/חשד לזיהום חיידקי יש לגשת מיידית לבדיקת רופא, ויש להתחיל טיפול אנטיביוטי עד לקבלת תשובות של תרבויות דם שליליות.
2. **טיפול אנטיביוטי מניעתי** – למרות שמירב המידע על נושא זה מקורו בחולים עם אנמיה חרמשית, מרבית האיגודים ממליצים על מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי בילדים עד גיל 5 ולפחות שנה אחת לאחר כריתת הטחול. במבוגרים המלצה שכיחה היא מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי למשך שנה מהניתוח. יודגש כי במקרים בהם קיים דיכוי חיסוני נוסף (כמו טיפול כימותרפי, HIV או היסטוריה של ספסים), הקיום המנחים מאוסטרליה (4), בריטניה (5) וישראל (6) – ממליצים על המשך מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי ממושך יותר (למשל עד גיל 18) ואף לכל החיים.

3. **טיפול אנטיביוטי מיידי במצבי חום** – כל מצב של חום בחולה כרות טחול צריך להחשב כמצב חירום, ויש לדאוג להתחלת טיפול אנטיביוטי מוקדם (בתוך שעה). יש לדאוג למלאי של אנטיביוטיקה מתאימה בבית/במקום העבודה, למקרה בו אין אפשרות להגיע במהירות למוקד רפואי. טיפול אנטיביוטי זה אינו מחליף פניה לבדיקה רפואית. חולה כזה, מיד כשהגיע לרופא הקהילה היה צריך להתחיל טיפול אנטיביוטי רחב טווח דרך הוריד ללא שהות, יחד עם מתן טיפול תומך, רצוי לאחר נטילת תרבויות דם, קל וחומר כאשר מדובר בפנייה למיון בשירותי הקהילה. באופן עקרוני רצוי לאשפז חולים אלה עד להתבהרות התמונה הקלינית וקבלת תשובות שליליות מתרבויות הדם. זיהוי המצב וטיפול אנטיביוטי מוקדמים ב- OPSI עשויים להוריד את התמותה מ-50-70% ל-10-40% (7). מאחר ו- OPSI אינה מחלה שכיחה, ומחקר פרוספקטיבי אינו ישים או אתי, אין בנמצא מחקרים עדכניים המראים כי טיפול אנטיביוטי מוקדם משפר פרוגנוזה ב- OPSI. אך בהיותו מצב פרטי קיצוני של שוק ספטי, יש להקיש מהספרות הנרחבת על ספסים ובמיוחד בשוק ספטי (8), כי טיפול אנטיביוטי מוקדם יוביל לשיפור פרוגנוסטי גם ב- OPSI, וזוהי הפרקטיקה הנהוגה כיום, כמו גם בעבר בטיפול במצב זה.

4. **חיסונים** – הדרך היעילה ביותר למניעת מחלה זו היא מתן חיסונים אפקטיביים, רצוי לפני כריתת הטחול. עם השנים, שכיחותם של מספר חיידקים הגורמים ל- OPSI ירדה מאוד בזכות החיסונים החדשים שיצאו לשוק. בין אלה ראוי לציין את החיסון המצומד כנגד המופילוס אינפלואנזה (החיידק שהיה במקרה דנן), אשר מאז הופעתו שכיחות המחלה הקשה שנגרמה ע"י חיידק זה ירדה באופן דרסטי. באופן דומה חלה ירידה בשכיחות דלקות ריאה, זיהומים חודרניים וספסים אשר נגרמו ע"י חיידק הפנאומוקוקוס, במיוחד בעקבות הופעת החיסונים המצומדים כנגדו (חיסונים מסוג פרבנר).

ביחס לצורך במתן חיסונים לחולים כרות טחול, קיימים קוים מנחים ברורים המפורסמים ומעודכנים באופן עיתי ע"י איגודים מובילים בעולם כגון ה- ACIP ו- IDSA. קוים מנחים דומים פורסמו גם כהנחיות קליניות ע"י האיגוד למחלות זיהומיות בילדים, האיגוד הישראלי להמטולוגיה ואונקולוגיה ילדים והאיגוד הישראלי לרפואת ילדים, בשנת 2023 (6). הנחיות דומות מפורסמות ומעודכנות באופן עיתי גם בתדריך החיסונים של משרד הבריאות. ההנחיות למתן חיסונים בקרב כרות טחול כפי שהיו בשנת 2023 כללו:

- א. חיסון מצומד כנגד פנאומוקוקוס (פרבנר-13) ולאחר 8 שבועות מתן חיסון פוליסכרידי (פנאמו-וקס).
- ב. חיסון מצומד כנגד מנינגוקוקוס - קיימים 2 חיסונים שונים (חיסון כנגד זנים ACYW וחיסון כנגד זן B), ושניהם מומלצים.
- ג. חיסון מצומד כנגד המופילוס אינפלואנזה מסוג b, למי שלא קיבל את החיסון בעבר.
- ד. חיסון כנגד שפעת מדי שנה
- ה. חיסון תקופתי כנגד קורונה בהתאם להנחיות באותה העת

יש לציין כי בשנת הלידה של התובע, מרבית החיסונים הללו לא היו בנמצא ולא נכללו במסגרת ההמלצות לחיסוני ילדות (כולל החיסון כנגד המופילוס). אבל כאשר התובע עבר את הניתוח לכריתת הטחול בשנת 1998, בוצעה השלמה של החיסון כנגד המופילוס, ולפי הרשומות, קיבל 2 מנות, כמקובל לפני כריתת טחול. מאידך, חיסונים נוספים אשר הופיעו מאוחר יותר לאורך השנים - כגון חיסונים כנגד מנינגוקוקוס, וחשוב מכך, החיסון מצומד כנגד פנאומוקוקוס - לא מצאתי עדות לכך שניתנו לתובע. כמו כן לפי הרשומות התובע הפסיק לקבל חיסון שפעת בשנת 2005.

ביחס להתנהלות במקרה דנן –

במקרה דנן ניתן לזהות מספר כשלים שהובילו להופעת OPSI ולנזקים הגופניים החמורים המשניים לו.

1. העדר הדרכה מתאימה של החולה להתנהגות מונעת וחשיבות קבלת חיסונים –

בסקירה של כל המפגשים עם רופאי המשפחה, ומדובר במפגשים רבים ביותר, לא מצאתי כל תיעוד של הדרכה של החולה על הסיכונים הכרוכים בהיותו כרות טחול, על צורך בנטילה של אנטיביוטיקה בעת עליית חום או על הצורך בפנייה מיידית לרופא בעת הופעה של חום.

במידה והחולה היה מודע וער לסכנה של OPSI בכל מקרה של הופעת חום, אפילו כאשר החום מלווה במיעוט תסמינים אחרים, סביר להניח כי היה פונה מוקדם יותר לבדיקה רפואית או שהיה נוטל את הטיפול בעצמו בביתו או דורש לקבל טיפול אנטיביוטי מוקדם בעת הגעתו למפגש רפואי. במקרה זה החולה פנה לעזרה רפואית רק יממה לאחר הופעת התסמינים והחום, לא נטל טיפול אנטיביוטי בעצמו ואף לא דרש לקבל טיפול כזה.

יש להניח כי חוסר העירנות לסכנה ולצורך הדחוף באנטיביוטיקה נובע מחוסר הדרכה והנחייה מצד הרופאים המטפלים לאורך השנים, מה נדרש לעשות במקרה של חום.

חוסר הדרכה זה בא לידי ביטוי גם באופנים נוספים.

בשנים הראשונות לאחר הניתוח התובע אמנם קיבל טיפול אנטיביוטי מניעתי וגם חיסוני שפעת מדי שנה (עד לשנת 2005), אבל בשני העשורים האחרונים לא נמצא תיעוד על קבלת חיסוני שפעת, וכן לא נמצא תיעוד על קבלת החיסונים האחרים הנדרשים על פי ההנחיות בכל חולה כרות טחול (הנחיות שעודכנו עם הופעתם של חיסונים יעילים כנגד פנאומוקוקוס ומנינגוקוקוס).

התובע היה אמור לקבל חיסון פרבנר עם יציאתו לשוק (היה זמין בישראל בשנת 2009 חיסון פרבנר 7, ובשנת 2010 חיסון מתקדם יותר פרבנר 13), אבל אין תיעוד כי חיסונים אלה ניתנו.

במספר מקומות בשנים 2006-2007 נמצא רישום בתיק הרפואי (ד"ר טרופ) על המלצה לקבלת חיסוני פנאומו-וקס וחיסוני שפעת, ובמקרה אחד נכתב כי החולה אינו משתף פעולה. ב-27/10/2020 נכתב ע"י ד"ר ברוך שהתובע מופנה לקבלת חיסון שפעת וחיסון עדיף כנגד פנאומוקוק (פרבנר 20), אבל לא מצאתי תיעוד של רכישת החיסון או תיעוד של מתן החיסון ע"י הרשויות של צוות הסיעוד (בדומה לרשומות שנמצאו ביחס למתן חיסוני שפעת וחיסון טטנוס בשנים קודמות יותר).

מעבר לכך, במקרה דנן לא מדובר רק על חולה כרות טחול. התובע סבל מדיכוי חיסוני בדרגת חומרה גבוהה על רקע טיפול כרוני בסטרואידים במינונים גבוהים מאד למשך שנים רבות, על כל התסמינים שנלווים לטיפול זה (השמנה קשה, זיהומים חוזרים בעור, ירידה בצפיפות העצמות). בנוסף לסטרואידים, קיבל גם טיפולים כימותרפיים וביולוגיים (אימורן, מתותרקסט, כנרת). לאור טיפולים אלה התובע היה בדרגת סיכון גבוהה יותר מאשר חולה כרות טחול רגיל, והיה מקום להרחיב את ההדרכה על מגוון נושאים ביניהם התנהגות מניעית כגון המנעות מעישון ושתיית אלכוהול, ירידה במשקל, והשלמת חיסונים נוספים אותם לא קיבל בילדותו. לדוגמא היה עליו לקבל חיסון כנגד צהבת נגיפית B, צהבת אליה נמצא כלא מחוסן בבדיקות דם מהשנים 2009, 2020, 2021. כך שהיו מספר הזדמנויות בשנים אלה, כאשר כבר הוכח כי אינו מחוסן על סמך בדיקות מעבדה, לחסנו ולתקן את החסר.

ניכר כי רופאי המשפחה, וכן הרופאים המומחים האחרים שטיפלו בתובע לאורך השנים, לא השכילו להדריך ולהעביר לו מסר ברור של סכנת OPSI, של נטילת אנטיביוטיקה מוקדם בעת מחלת חום ושל חשיבות ההתחסנות ושל רפואה מונעת באופן כללי. במידה ונהגו כך, אין לכך כל תיעוד ברשומות.

יצוין עוד, כי לאחר הארוע דנן, נרשמו רכישות וקבלה של חיסוני שפעת (בשנים 2024, 2025), וכן התחלת התחסנות כנגד מנינגוקוקוס B.

2. מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי –

כאמור לעיל, מאחר והתובע סבל מדיכוי חיסוני משמעותי, מעבר להיותו כרות טחול, הוא היה בדרגת סיכון גבוהה יותר מכרותי טחול אחרים לפתח OPSI, ועל כן היה מקום לשקול לחדש לו את הטיפול האנטיביוטי המניעתי שהופסק. בפועל היה נראה כי במשך שנים רבות (בעיקר בין השנים 2000-2014) קיבל קורסים חוזרים ונשנים

של טיפול אנטיביוטי מסוגים ומינים שונים, אשר היו ככל הנראה התגובה לזיהומים חוזרים ונשנים. בנוסף, במשך תקופה ארוכה סבל מנשאות של GAS בלע, וכן סבל מזיהומים עוריים כולל ע"י MRSA עם צורך בפתיחה כירורגית של מורסות. יתכן מאוד שטיפול אנטיביוטי מונע היה מפחית חלק מזיהומים אלה. עם זאת, לאור העובדה כי החידק אשר גרם ל- OPSI בסופו של דבר היה עמיד לפניצילין/מוקסיפן, סביר כי טיפול זה לא היה מונע בדיעבד את הזיהום הספיציפי בו לקה.

3. השלמת חיסונים נדרשים –

כאמור לעיל, התובע היה צריך לקבל את החיסונים להלן במסגרת היותו כרות טחול – חיסון פרברנר 7 או 13, חיסון מנינגוקוקוס B, חיסון מנינגוקוקוס ACWY, חיסון שפעת עונתי. אי מתן החיסונים והעדר הסבר המניח את הדעת על כך שהובהר למטופל הצורך והחשיבות, אינם עולים בקנה אחד עם רפואה מונעת סטנדרטית. כמו כן, היה עליו לקבל חיסונים נוספים במסגרת היותו חולה מוחלש חיסונית – ואלו כוללים – חיסון HAV, HBV, חיסון כנגד שפעת – DTaP, וכנראה גם היה מקום להציע לו חיסון כנגד פפילומה – HPV.

כפי שביצע בדיקות סקר מקדימות לזיהוי שחפת חבונית לפני התחלת טיפול ביולוגי בשנת 2021, היה מקום גם להשלים חיסונים שהיו חסרים באותה העת, לפני התחלת אותו טיפול ביולוגי/מדכא חיסון. האחריות על השלמת חיסונים אלה נופלת לידי רופאי המשפחה וגם לידי המומחים אשר החלו את הטיפולים הביולוגיים בחולה כרות טחול ללא וידוא של השלמת החיסונים החסרים לפני התחלת הטיפולים המדכאים. יודגש כי החולה היה כן מחוסן כנגד המופילוס, שהיה החידק אשר גרם ל- OPSI במקרה דנן.

4. איחור בקבלת טיפול אנטיביוטי בעת מחלת חום –

גם בנקודה זו המערכת בקופ"ח כשלה במתן טיפול הולם ובהתאם לסטנדרט המצופה. כאמור לעיל, בעת הופעה של מחלת חום בחולה כרות טחול, יש להתחיל טיפול אנטיביוטי ללא שהות. במקרה זה, החולה פנה לכל הפחות יממה לאחר שחלה במחלת חום למיון היברידי. הרשומה במפגש הרפואי הראשון, בצהרי יום אשפוזו, מלמדת על התרשלות של הרופא בקופ"ח. הוא כושל בלקיחת אנמנזה על הרקע של החולה והיותו כרות טחול ומוחלש חיסונית, כושל בתאור התסמינים של החולה ומשכם, כושל בכך שלא בדק את החולה ולא תיעד את הבדיקה, ואפילו לא לקח סימנים חיוניים בסיסיים. הוא משלח אותו לביתו עם המלצה למעקב רפואי, בעוד באותה עת היה נדרש ממנו לקחת אנמנזה ולהבין כי מדובר בחולה כרות טחול ומוחלש אשר מתייצג עם מחלת חום שעלולה להיות מסכנת חיים עבורו. היה מצופה ממנו לבצע את כל הנ"ל, לקחת תרביית דם במידה ובדיקה זו זמינה, ובמידה ולא – לשלוח את החולה לחדר המיון. כמו כן היה עליו לתת לו מנה ראשונה של טיפול אנטיביוטי – רצוי ברוצפין לוריד – כפי שנעשה ע"י רופא המשפחה בשנת 1999 עת הגיע עם מחלת חום לרופא המשפחה, ואז להפנותו למיון.

במפגש השני בלילו של אותו היום, במוקד של קופ"ח, אפשר לראות כי החולה נמצא כבר בשלב מתקדם יותר של אלח הדם. לחצי הדם נמוכים, הדופק מאוד גבוה, הוא סובל מחום, הזעה ומהרגשה רעה. בדיקות הדם מלמדות על זיהום חידקי עם לויקוציטוזיס, גיטרופיליה. השתן המרוכז מלמד על ירידה בנפח הדם האפקטיבי. הרופא בשלב זה מספק טיפול תומך בנוזלים והורדת חום, ונצפה שיפור מסוים במצב החולה. בשלב זה כבר אין ספק כי החולה נמצא בספסס וכי טיפול אנטיביוטי נדרש באופן דחוף. מתן טיפול אנטיביוטי רחב טווח דרך הוריד, בשלב זה של הספסס, היה יכול בסבירות גבוהה לצמצם את הנזק ואת התפתחות השוק הספטי שהופיע לאחר 14 שעות, שכן ככל שהטיפול האנטיביוטי ניתן מוקדם יותר הפרוגנוזה של החולים בספסס משתפרת. למעשה בקהילה פוספסו שתי הזדמנויות למתן טיפול אנטיביוטי מוקדם שהיה מונע את השתלשלות האירועים.

בחדר המיון החולה מתקבל לאחר קבלת נוזלים והורדת החום, ועל כן המדדים שלו יותר טובים מאשר היו כשעתיים קודם לכן. לחץ הדם היה בטווח הנורמה, אם כי הדופק היה עדיין מהיר. בדיקות המעבדה הדגימו שוב תמונה של זיהום חידקי סוער. בהמשך, במהלך של מספר שעות, החולה הדרדר לשוק ספטי קשה עם תמונה קלאסית של OPSI על סיבוכיו הרבים.

30/6/2026

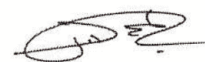
מתן טיפול אנטיביוטי בקהילה היה יכול לשנות את המהלך של התפתחות הספסיס, וככל שהטיפול האנטיביוטי היה ניתן מוקדם יותר – כך הפרוגנוזה היתה משתפרת.

לסיכום –

מדובר במקרה קלאסי של OPSI בחולה מורכב שהיה גם כרות טחול אבל סבל גם ממחלה ראומטית אשר גררה אחריה טיפול מדכא חיסון משמעותי למשך שנים. אמנם החולה קיבל חיסון כנגד המחולל שגרם למחלה בסופו של דבר, אבל היה ניכר כי הרופאים שטיפלו בו לאורך השנים לא השכילו להדריכו כראוי ביחס לסיכון הטמון בכל מקרה של הופעת חום, בחשיבות הקריטית של נטילת טיפול אנטיביוטי מוקדם בעת מחלת חום, ובחשיבות וקבלה בפועל של חיסונים נדרשים לאור מצבו הרפואי המורכב. בנוסף, ב-2 מפגשים נפרדים היתה הזדמנות לספק לו טיפול אנטיביוטי מוקדם במהלך המחלה עם אפשרות להסיט את מהלך הספסיס או לצמצם את חומרתו. הזדמנויות אלה פוספסו. ככל שהטיפול היה ניתן לו מוקדם יותר, או שהיה מופנה לחדר מיון מוקדם יותר ושם היה מקבל טיפול אנטיביוטי, הסבירות שהמהלך היה קל יותר עם פחות נזקים שיירם עולה באופן משמעותי.

חוות דעת זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראייה לבית המשפט. אני מצהיר בזה כי ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

בברכה
ד"ר כהן רגב



רפרנסים

- .1 Casciani F, Trudeau MT, Vollmer CM, Jr. Perioperative Immunization for Splenectomy and the Surgeon's Responsibility: A Review. JAMA Surg. 2020;155(11):1068–77.
- .2 Di Sabatino A, Carsetti R, Corazza GR. Post-splenectomy and hyposplenic states. Lancet. 2.97–86:(9785)378;011
- .3 Rubin LG, Schaffner W. Clinical practice. Care of the asplenic patient. N Engl J Med. 2014;371(4):349–56.
- .4 Kanhutu K, Jones P, Cheng AC, Grannell L, Best E, Spelman D. Spleen Australia guidelines for the prevention of sepsis in patients with asplenia and hyposplenism in Australia and New Zealand. Intern Med J. 2017;47(8):848–55.
- .5 Davies JM, Lewis MP, Wimperis J, Rafi I, Ladhani S, Bolton-Maggs PH, et al. Review of guidelines for the prevention and treatment of infection in patients with an absent or dysfunctional spleen: prepared on behalf of the British Committee for Standards in Haematology by a working party of the Haemato-Oncology task force. Br J Haematol. 2011;155(3):308–17.
- .6 הטיפול בזיהומים ומניעתם בילדים חסרי טחול, או הלוקים בתפקוד הטחול- אספליניה והיפוספליניזם. 2023.
- .7 Morgan TL, Tomich EB. Overwhelming post-splenectomy infection (OPSI): a case report and review of the literature. J Emerg Med. 2012;43(4):758–63.
- .8 Prescott HC, Antonelli M, Alhazzani W, Moller MH, Alshamsi F, Azevedo LCP, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2026. Crit Care Med. 2026;54(4):725–812.

