

לורה סודובסקי קוטליאר  
ניתוח רפואי-משפטי ראשוני וטקטיקת טיפול בתיק

מסמך עבודה ראשוני לצורך בחינת עילת תביעה. אינו תחליף לחוות דעת מומחה רפואי ואינו קובע מסמרות בשאלת האחריות.

1 . מסקנת עבודה

התיעוד תומך באבחנה של דלקת תוספתן מסובכת שהתנקבה, עם מורסה אגנית/פריאפנדיקולרית גדולה, הידבקות קשות ותהליך דלקתי מתקדם. ביום 2.7.2026 נדרשו לפרוסקופיה, ניקוז מורסה, הפרדת הידבקות וניסיון לכריתת התוספתן, שלא הושלם בשל התהליך הדלקתי וההידבקות. האשפוז נמשך עד 13.7.2026.

מוקד התביעה האפשרי אינו עצם הטעות בביקור הראשון בלבד, אלא הכשל המצטבר בהרחבת האבחנה המבדלת ובהסלמת הבירור לנוכח כאבי בטן מתמשכים, היעדר שיפור, טיפול אנטיביוטי שלא פתר את התסמינים וביקורים חוזרים במשך כ-12 ימים. נקודת החוזק העיקרית היא החל מ-28.6.2026, וביתר שאת ביום 1.7.2026.

2. ציר זמן רפואי מרכזי

| משמעות לתיק                                                                                         | ממצא/טיפול                                                                                                                                       | תאריך            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| התחלה לא טיפוסית; בשלב זה טענה לרשלנות לבדה חלשה יחסית, אך נדרש לברר אם ניתנו הנחיות חזרה ואזהרות.  | כאבי בטן והקאות מרובות; ללא חום. הבטן תועדה כרכה וללא סימני גירוי צפקי. טיפול נוזלים, מטוקלופראמיד ופפברין.                                      | 20 ביוני 2026    |
| אבחנה אפשרית, אך יש לבחון תיעוד בדיקה גופנית, תוכנית מעקב והנחיות להסלמה.                           | בחילות, הקאות ושלשולים; אבחנה: גסטרואנטריטיס זיהומית. טיפול סימפטומטי.                                                                           | 21 ביוני 2026    |
| לאחר תרבות שלילית והמשך כאב היה צורך ממשי לשוב לאבחנה המבדלת הבטנית ולא להסתפק ב-UTI/גסטרואנטריטיס. | נרשמו צריבה/תכיפות במתן שתן, חום סובפברילי וסטיק שתן פתולוגי; ניתנה אנטיביוטיקה. בתרבות לא הייתה צמיחה, אך נמשכו כאב בבטן תחתונה, בחילות ושלשול. | 23-28 ביוני 2026 |
| מכאן החל בירור מתאים; יש לבדוק אם ההפניה הייתה דחופה, מתי נמסרה למטופלת ומדוע ה-CT בוצע רק למחרת.   | כאב נמשך, ללא שיפור בטיפול; הפניות לבדיקות, גינקולוגיה ודימות. תועד ממצא אגני והופנתה ל-CT/מיון.                                                 | 1 ביולי 2026     |

| משמעות לתיק                                                                                 | ממצא/טיפול                                                                                                                                            | תאריך                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| ממצא אובייקטיבי של זיהום מתקדם. מרגע זה ההסלמה למיון ולכירורגיה הייתה מהירה.                | us הדגים תהליך גדול ולא ברור באגן; בדיקות דם: WBC עד 23.6 CRP-1 עד 55. CT . 14 הדגים קולקציה כ- 8x10 ס"מ עם אוויר ונוזל, חשודה למורסה פריאפנדיקולרית. | 2 ביולי 2026            |
| הידבקות צפופות ותהליך אגני קשה מנעו זיהוי/כריתה מלאה של התוספתן; זהו נזק מרכזי לקשר הסיבתי. | לפרוסקופיה: ניקוז מורסה אפנדיקולרית, ליזיס של הידבקות וניסיון לבצע כריתת תוספתן.                                                                      | 2 ביולי 2026            |
| תומך בחומרת הזיהום ובהמשך טיפול ממושך.                                                      | CT ביקורת הדגים שארית/קולקציות נוספות באגן ובצד הימני.                                                                                                | 6 ביולי 2026            |
| נזקי אשפוז, ניתוח, אנטיביוטיקה, כאב וצלילות.                                                | שחרור לאחר 11 ימי אשפוז; WBC ירד ל- 5.3. CRP-1 ל- 0.65; טיפול באוגמנטין.                                                                              | 13 ביולי 2026           |
| מצביע על החלמה ממושכת ועל אפשרות לצורך בטיפול/ניתוח משלים.                                  | מעקב כירורגי בגין appendicitis with peritoneal abscess. בביקורת תועד נקז שממשיך להפריש נוזל עכור והמשך מעקב.                                          | 28 ביולי-2 באוגוסט 2026 |

### 3. האבחנה הרפואית העולה מן החומר

- דלקת תוספתן חריפה מסובכת עם פרפורציה.
- מורסה אפנדיקולרית/פריאפנדיקולרית גדולה באגן, עם מפל אוויר-נוזל.
- תהליך דלקתי אגני מתקדם והידבקות צפופות.
- מצב לאחר לפרוסקופיה, ניקוז מורסה, הפרדת הידבקות וניסיון כריתת תוספתן.
- צורך באשפוז ממושך, אנטיביוטיקה ונקז; קיים צורך לברר אם בוצעה או מתוכננת כריתת תוספתן במרווח.

### 4. עילות הרשלנות האפשריות

#### 1. 4 כשל באבחנה מבדלת ובהערכת מצב מתמשך

לאחר מספר ימים של כאב בטן שלא חלף, ובפרט לאחר תרבות שתן שלילית והמשך כאב בבטן התחתונה, היה צורך להרחיב את האבחנה המבדלת מעבר לגסטרואנטריטיס ול-UTI. היעדר חום או סימני צפק אינו שולל דלקת תוספתן, במיוחד כאשר התסמינים מתמשכים או משתנים.

2. 4 אי-השלמת בירור בזמן

הטענה המרכזית תהיה כי היה מקום לבדיקות דם דחופות ולדימות בטני מוקדם יותר, או להפניה למיון, לכל המאוחר כאשר לא חל שיפור והכאבים נמשכו בביקורים החוזרים. ההנחיות המקצועיות מדגישות בירור שיטתי ודימות בזמן בכאב ימני תחתון מתמשך או מתקדם, גם כאשר הבדיקות הראשוניות אינן חד-משמעיות.

3. 4 אי-תגובה לכישלון טיפולי

האנטיביוטיקה שניתנה בחשד ל-UTI לא הביאה לפתרון התסמינים, ותרבית השתן הייתה שלילית. המשך טיפול סימפטומטי ללא אבחנה חלופית ברורה עשוי להיחשב ככשל במעקב ובתגובה לכישלון הטיפול.

4. 4 רצף טיפולי מפוצל

ריבוי ביקורים אצל גורמים שונים יוצר סיכון שכל מטפל יתייחס לאירוע נקודתי. יש לבחון האם מערכת הקופה הציגה לרופאים את רצף הפניות והאם נעשתה הערכה מצטברת של משך התסמינים והיעדר השיפור.

5. קשר סיבתי ונזק

יש לבסס באמצעות מומחה בכירורגיה כללית כי אבחון והפניה מוקדמים יותר היו, במאזן ההסתברויות, מאפשרים טיפול בשלב של דלקת תוספתן לא מסובכת או מסובכת פחות, ובכך מונעים או מצמצמים את הפרפורציה, המורסה הגדולה, ההידבקויות, הניתוח המורכב, האשפוז הממושך והצורך בנקז/טיפול משלים. אם המומחה לא יוכל לקבוע מניעה מלאה, יש לבחון טענה חלופית של החמרת נזק או אובדן סיכויי החלמה.

- 11 ימי אשפוז והליך ניתוחי.
- כאבים, טיפול אנטיביוטי ממושך ונקז שהמשיך להפריש גם במעקב.
- צלקות ניתוחיות והחלמה ממושכת.
- אובדן שכר והוצאות, בהתאם לתיעוד.
- סיכון להידבקויות/ניתוח משלים - רק אם יאושר בתיעוד ובהערכת מומחה.

6. טקטיקת ניהול מומלצת

| פעולה                                                                                                                                                                                                                               | שלב                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| לדרוש תיק מלא מכללית ומכרמל, כולל Audit Trail, זמני הזמנות ותוצאות, תיעוד שיחות טלפון/מיון קהילתי, הפניות, הודעות למטופלת, מרשמים, בדיקות שתן ודם, דימות מלא בדיסק, דו"ח ניתוח מפורט, תרבויות, סיכומי מחלה וכל המעקב לאחר 2.8.2026. | שלב 1 - השלמת ראיות   |
| הנתבעת המרכזית לכאורה היא קופת החולים בגין רצף הטיפול בקהילה. אין בשלב זה בסיס ברור לטענה נגד בית החולים, שפעל במהירות לאחר הגעתה עם הממצא המתקדם.                                                                                  | שלב 2 - מיקוד הנתבעים |
| מומחה ראשי: כירורג כללי. מומחה משלים לפי הצורך: רפואת משפחה/רפואה דחופה לסטנדרט הטיפול                                                                                                                                              | שלב 3 - מומחים        |

| פעולה                                                                                                                                                          | שלב                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| בקהילה. רדיולוג רק אם יתעורר פער בפענוח או בתזמון הדימות.                                                                                                      |                      |
| לא לנסח את התיק כ"כל כאב בטן ביום הראשון חייב CT". לנסח ככשל מצטבר: תסמינים מתמשכים, ביקורים חוזרים, תרבות שלילית, כישלון טיפול, כאב תחתון והיעדר הסלמה בזמן.  | שלב 4 - ניסוח העילה  |
| לבקש מהמומחה לקבוע את נקודת הזמן הסבירה שבה אבחון מוקדם היה מונע פרפורציה/מורסה. ככל הנראה מוקד הדיון יהיה בין 23.6 ל 1 , כאשר 28.6 ואילך הם החלון החזק ביותר. | שלב 5 - חיתוך הזמנים |
| לאסוף ימי מחלה, תלושי שכר, קבלות, צילומי צלקות, תיעוד נקז, טיפולים נוספים, ותיעוד ניתוח משלים אם בוצע.                                                         | שלב 6 - נזק          |

## 7. נקודות חולשה וסיכונים

- בימים הראשונים תועדו הקאות ושלשולים, ללא חום וללא סימני גירוי צפקי; זו תמונה שיכולה להתאים גם לגסטרואנטריטיס.
- יש לברר אם הוצעה הפניה למיון והמטופלת סירבה או דחתה אותה. הרישום הידני אינו מספיק ויש צורך בתיעוד המקורי וב-Audit Trail.
- ייתכן שהפרפורציה התרחשה מוקדם עוד לפני הביקורים המאוחרים; מומחה יידרש לקבוע מה ניתן היה למנוע ובאיזה מועד.
- הפניה לדימות ולמיון כבר החלה ביום 1 , ולכן אין לייחס לבית החולים או לשלב המאוחר עיכוב שאינו מוכח.

## 8 . הערכת סיכוי ראשונית

מדובר בתיק ראוי לבדיקה מומחית, בדרגת חוזק ראשונית בינונית-טובה. התיק מתחזק משמעותית אם יוכח כי בין 23.6 ל 1 היו כאבים ממוקמים/מחמירים, ממצאים חריגים או חוסר שיפור ברור, ללא בדיקות דם ודימות דחופים; והוא נחלש אם יתברר שהמטופלת לא התייצבה למעקב, סירבה למיון, או שהתהליך כבר היה מנוקב בשלב מוקדם מאוד.

## 9 . בסיס מקצועי כללי

הנחיות WSES משנת 2020 ממליצות על גישה מדורגת המשלבת הערכה קלינית, מדדי דלקת ודימות; ובכאב ימני תחתון שאינו חולף או מתקדם - על דימות חתך בזמן. קריטריוני ACR משנת 2022 מדרגים CT בטן ואגן עם חומר

ניגוד כבדיקה מתאימה בדרך כלל בכאב ברביע ימני תחתון, ובמיוחד כאשר קיימים חום או לויקוציטוזיס. ההנחיות אינן קובעות את סטנדרט הזהירות המשפטי בישראל, אך הן מקור מקצועי תומך לבחינת התנהלות סבירה.

מקורות: Di Saverio et al., Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines, World Journal of Emergency Surgery (2020); ACR Appropriateness Criteria: Right Lower Quadrant Pain, revised 2022.