

רשלנות רפואית – דמיטרי גונצ'רוב

קדי בדיקה, קשר סיבתי וטקטיקת ניהול התיק

ראשוני של החומר הקיים בתיק ואינו מחליף חוות דעת מומחה רפואי.

תמצית מנהלים

כיוון התביעה המרכזי: לא לנסח את התיק כ"לא אבחנו סרטן" באופן כללי, אלא ככשל מצטבר במעקב ובבירור של מחלה גסטרואינטסטינלית חריגה ומתמשכת: כאב אפיגסטרי ממושך, ירידה מתקדמת במשקל, כיב תריסריון ענק, הישנות תסמינים למרות טיפול, ביקורי מיון חוזרים והחמרה תזונתית — עד לחסימת מוצא הקיבה ואבחנת DLBCL.

מוקד הבדיקה החזק ביותר הוא התקופה **03.04.2026-18.12.2025**. ב-18.12.2025 הודגם בגסטרוסקופיה כיב ענק בבצל התריסריון (כ-3-4 ס"מ; במסמכים מאוחרים מתואר 4-5 ס"מ), ונלקחו ביופסיות מהאנטרום ומהוושט/מעבר ושט־קיבה, אך ברשומת הפתולוגיה המצויה בתיק אין תיאור של דגימה מהכיב עצמו. לאחר מכן נמשכו כאבים, ירידה במשקל ותלונות עיכול, וב-16.02.2026 כבר תועדה "ירידה דרסטית במשקל". ב-30.03.2026 התסמינים חזרו, אך הטיפול נותר תרופתי. בתחילת אפריל התבררה חסימת מוצא הקיבה; בגסטרוסקופיה מ-09.04.2026 אובחנה DLBCL, ובהמשך נדרשו TPN, ניתוח gastroenterostomy וכימותרפיה R-CHOP.

הנקודה המשפטית: עצם העובדה שהאבחנה השתנתה אינה מספיקה לרשלנות. יש לבנות את התיק סביב **חלונות הזדמנות קונקרטיים** שבהם, לטענת מומחה גסטרו, היה צריך להקדים גסטרוסקופיה חוזרת, להרחיב ביופסיות ו/או לבצע הדמיה חתכית — ובמקביל להוכיח באמצעות המטולוג/אונקולוג שהקדמת האבחנה הייתה משנה מהותית את מהלך המחלה ואת הנזק.

ציר זמן ממוקד

מועד	ממצא/אירוע	משמעות לתיק
04.07-26.10.2025	כאב אפיגסטרי המוחמר לאחר אוכל; עד 26.10 תועדה ירידה של כ-5 ק"ג והפניה דחופה לגסטרו.	תסמיני אזהרה מוקדמים; עם זאת ניתנה הפניה דחופה ולכן אין לבנות את התיק רק על שלב זה.
06.11-02.12.2025	H. pylori חיובי וטיפול אנטיביוטי; שיפור זמני ולאחריו בחילה/שלשול וחזרה לגסטרו.	סיכון ל"עיוגון" על H. pylori; השיפור הזמני מחליש טענה שהייתה חובה לאבחן ממאירות כבר בנובמבר.
18.12.2025	גסטרוסקופיה: כיב תריסריון ענק 3-4 ס"מ, esophagitis קשה. נקבע PPI וביקורת/גסטרוסקופיה חוזרת בעוד 3 חודשים.	מוקד מפתח. לבדוק את איכות הדגימה, מיקום הביופסיות, תמונות האנדוסקופיה והאם גודל הכיב + ירידה במשקל חייבו מעקב אגרסיבי יותר.
-19-27.01.2026		

מועד	ממצא/אירוע	משמעות לתיק
	פתולוגיה: גסטריטיס כרונית, כיב/דלקת בוושט ופטרת; ללא לימפומה בדגימות שדווחו. כאבים בלתי נסבלים וביקורי מיון.	חלון הזדמנות אפשרי להדמיה/הקדמת גסטרוסקופיה, במיוחד אם התסמינים לא תאמו החלמה צפויה.
16.02.2026	דיאטנית מתעדת ירידה דרסטית במשקל, רזון ניכר, שלשול, נפיחות והגבלות אכילה; משקל 59.6 ק"ג.	מחזק מאוד את טענת ההחמרה. יש לשאול מדוע לא הוקדם הבירור שנקבע ל-3 חודשים.
30.03.2026	חזרת נפיחות, ריבוי יציאות נוזליות; ניסיון Rifaximin + Creon + Controloc.	מוקד מפתח נוסף. כאן כבר חלפו יותר מ-3 חודשים מהגסטרוסקופיה והיו תסמינים מתמשכים/חוזרים.
01-04.04.2026	ביקור מיון בשמיר ולאחריו אשפוז בקפלן; CT מ-04.04 מדגים gastric outlet obstruction, דיסטנציה משמעותית ועיבוי אנטרום/תריסריון.	מוכיח שהמחלה הפכה לסיבוך מכני קשה. הביקור בשמיר סמוך לאשפוז הוא מוקד בדיקה נפרד, אך מבחינת נזק תוספת העיכוב קצרה.
09.04.2026	גסטרוסקופיה באשפוז; במסמכי ההמטולוגיה המאוחרים מיוחסת לביופסיה זו אבחנת DLBCL ומסות פוליפואידיות בקיבה.	נקודת האבחנה להשוואת "מה היה קורה אילו".
05.05.2026	Gastroenterostomy עקב חסימת מוצא הקיבה.	נזק קונקרטי שמומחה צריך לקשור לעיכוב: האם טיפול אונקולוגי מוקדם היה מונע/מפחית צורך בניתוח ובהזנה פרנטרלית.
19.05.2026 ואילך	R-CHOP; בהמשך תסחיף ריאתי וטיפול נוגד קרישה.	נזקי טיפול וסיבוכים. הקשר לעיכוב אינו אוטומטי ודורש חוות דעת.

איפה נמצאת הרשלנות האפשרית

1. מעקב אחר כיב ענק והחמרה מתמשכת

כיב תריסריון ענק אינו "כיב רגיל". גם אם ביופסיה שגרתית של כיב תריסריון אינה נדרשת בכל מקרה, הגודל החרגי, הירידה במשקל והתסמינים המתמשכים הופכים את המקרה לחרגי. לכן הטענה הטובה אינה "כל כיב תריסריון חייב ביופסיה", אלא שהצירוף הקליני דרש **מעקב הדוק והוכחת החלמה**, ולא טיפול אמפירי חוזר לאורך חודשים.

2. דגימה אנדוסקופית – לבדוק, לא לקבוע עדיין

ברשומות שבידי מופיעות בדצמבר ביופסיות מהאנטרום ומהוושט/GE junction, בעוד שהממצא הבולט היה הכיב הענק בבצל התריסריון. זה מצדיק דרישה לקבלת **דו"ח האנדוסקופיה המקורי, תמונות/וידאו, טופס מיפוי הביופסיות, הבלוקים והסליידים**. אם יתברר שהכיב/הנגע החשוד לא

נדגם למרות מראה חריג, זו עשויה להיות נקודת התרשלות. אם יתברר שנדגם ובדגימה כבר הייתה לימפומה שלא זוהתה – הכיוון עובר גם לפתולוגיה.

3. אי-הקדמת גסטרוסקופיה חוזרת/הדמיה

המעקב תוכנן לכ-3 חודשים. בפברואר כבר תועדה ירידה דרסטית במשקל; בסוף מרץ התסמינים חזרו; ובכל זאת האבחנה הממאירה התקבלה רק בגסטרוסקופיה באפריל, לאחר התפתחות חסימת מוצא הקיבה. כאן יש בסיס ממשי לשאלת מומחה: **באיזה מועד, לכל המאוחר, רופא גסטרו סביר היה צריך להפסיק טיפול סימפטומטי ולהשלים בירור חוזר דחוף?**

4. ביקורי המיון

בינואר וב-02.04.2026 היו ביקורי מיון חוזרים. יש לבחון אותם בנפרד, אך לא הייתי פותח את התיק נגדם כראש חץ לפני חוות דעת. הביקור ב-02.04 סמוך מאוד ל-CT בקפלן שהדגים חסימה; הוא עשוי להוכיח החמצת סימני חסימה, אך פער של יום-יומיים אינו מסביר לבדו את הנזק המצטבר שנבנה במשך חודשים.

מה לא כדאי לטעון

- **לא** לטעון שרוטינית חייבים לבצע ביופסיה לכל כיב תריסריון. זה אינו כלל רפואי גורף.
- **לא** להסתפק בטענה ש"הביופסיה בדצמבר יצאה שלילית ולכן היא הייתה שגויה". הדגימות יכולות להיות שליליות אם לא נלקחו מהנגע הנכון או אם המחלה טרם הייתה בדגימה.
- **לא** לייחס את מלוא מחלת הלימפומה לרשלנות. הלימפומה עצמה אינה נגרמת מהעיכוב; הנזק הנטען הוא החמרת התוצאה **עקב איחור באבחון ובטיפול**.

טקטיקת ניהול התיק

1. **לנעול את שאלת האחריות עם מומחה גסטרו**. לשלוח לו ציר זמן מצומצם בלבד: 26.10, 18.12, 19-27.01, 16.02, 30.03, 02-04.04, 09.04. השאלה: מהו המועד הראשון שבו סטנדרט סביר חייב בירור חוזר/הדמיה/ביופסיה, ומה היה צריך לבצע.
2. **פתולוגיה מחדש**. לקבל את כל הבולקים והסליידים מ-18.12.2025 ומ-09.04.2026, ולבקש השוואה על-ידי פתולוג המטולוגי. זה יכול להפוך תיק "איחור כללי" לתיק חד: מחלה שכבר הייתה קיימת אך לא נדגמה/לא זוהתה.
3. **אונקולוג/המטולוג לקשר הסיבתי**. לבקש תרחיש counterfactual: אילו DLBCL אובחנה בדצמבר/ינואר/פברואר — האם טיפול R-CHOP היה מתחיל לפני חסימת מוצא הקיבה, ומה הסיכוי שהיה נמנע TPN/PICC, ניתוח gastroenterostomy, אשפוז ממושך והידרדרות תזונתית.
4. **לקבל את חומרי המקור החסרים**. תמונות הגסטרוסקופיות, דו"חות פעולה מלאים, פתולוגיה גולמית, דיסקי CT/PET-CT, תיעוד משקל מלא, פניות מוקד/מיון, מרשמים וקבלת תרופות.

5. **נזק.** לשמר בנפרד תלושי שכר 2023-2026, מסמכי כושר/תלות ותצהיר בן המשפחה. קיימת בתיק קביעה זמנית של 100% נכות ו-100% אובדן כושר לתקופה, וכן מסמכי תלות – חומר טוב להמחשת הנזק, אך יש לכמת בנפרד את הפסדי השכר בפועל ואת עזרת הזולת.
6. **נתבעים.** בשלב ראשון להתמקד במערך הגסטרו/הקופה ובמעקב בין דצמבר למרץ. את בתי החולים לצרף רק אם חוות הדעת מזהה סטייה עצמאית בעלת משמעות סיבתית; בקפלן, לפי החומר הקיים, דווקא בוצע הבירור שהוביל לאבחנה ולטיפול.

נקודות שיכריעו אם זה תיק חזק

שאלה	אם התשובה חיובית	אם התשובה שלילית
האם בדצמבר הנגע שהיה DLBCL כבר היה קיים ונגיש לדגימה?	מחזק מאוד אחריות וקשר סיבתי.	הטענה עוברת לאי־הקדמת בירור בהמשך.
האם הכיב הענק עצמו נדגם?	אם נדגם וחיובי בדיעבד – לבדוק כשל פתולוגי.	לבדוק אם בנסיבות החריגות היה צורך לדגום/למפות את הנגע.
האם גסטרוסקופיה/CT בינואר-פברואר היו מאבחנים DLBCL?	חלון עיכוב גדול יותר ופוטנציאל נזק משמעותי.	מצמצם את תקופת העיכוב.
האם טיפול מוקדם היה מונע את החסימה והניתוח?	זה ראש הנזק הסיבתי המרכזי.	התיק עשוי להצטמצם לכאב, אשפוזים ועיכוב בטיפול בלבד.

הערת סטנדרט רפואי

ספרות אנדוסקופית מקצועית מדגישה שכיבי תריסריון רגילים כמעט שאינם ממאירים ולכן אין המלצה לביופסיה שגרתית שלהם; מנגד, כיבים ענקיים הם קטגוריה חריגה עם שיעור סיבוכים גבוה יותר, והספרות מציינת את הצורך לשלול ממאירות וסיבות לא־פפטיות וכן לשקול מעקב עד הוכחת החלמה. לכן ניסוח התביעה חייב להיות מבוסס־נסיבות ולא כלל גורף.

מסקנת עבודה: יש כאן בסיס רציני לבדיקת תביעת איחור באבחון, עם מוקד ברור בגסטרו ובמעקב אחר הכיב הענק. עדיין לא הייתי מנסח בכתב תביעה שהרשלנות “מוכחת” לפני שתי חוות דעת ממוקדות: גסטרו לאחר עיון בתמונות/דוחות המקור, והמטולוג/אונקולוג לקשר הסיבתי.