

**בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו**

ת"א 66680-06-16

לפני **כבוד השופט, סגן הנשיא אליהו בכר****תובעים**

1. פלונית
 2. אלמוני
- ע"י ב"כ עוה"ד ד"ר רינה רחמני רבינוביץ' ואח'

נגד

נתבעים

1. שירותי בריאות כללית
- ע"י ב"כ עוה"ד אהרונסון ואח'
2. מדינת ישראל – משרד הבריאות
- ע"י ב"כ עוה"ד סהר-סטוביצקי ושות'

פסק דין

2

1. לפני תביעת הולדה בעוולה שהוגשה ע"י הורי קטין ליד 2.7.2009 (להלן: "הקטין") שנועד עם תסמונת VATER/VACTREL (להלן: "התסמונת"). לטענת התובעים מעקב ההיריון היה לקוי ורשלני לאחר שבשבוע ה-15 להריון אובחן כי לעובר עורק טבורי יחיד (SUA-Single Umbilical Artery) במקום שני עורקים, מה שחייב לטענתם בירור קפדני לאיתור מומים בתקופת ההיריון שכן מצב זה מגביר סיכון למומים בעובר. בירור זה לא נערך כנדרש, לא במעקב מסודר ולא בבדיקות הנדרשות לגילוי מומים, כמו גם לא ניתן הסבר לאפשרויות המעקב במקרה של עורק טבורי יחיד וכך גם לא אובחנו המומים ואף לא התסמונת.

כתוצאה ממחדלי הנתבעות, כך נטען, נולד הקטין עם התסמונת שמשמעותה מומים רבים שחייבו גם פעולות רפואיות שבוצעו בו כגון:

Esophageal Atresia, Tracheoesophageal Fistula, Imperforated Anus, Prorotation of Colon, Colostomy, Terminal Syringes, Pneumothorax, Patent Foramen Ovale, Tricuspid Regurgitation, Gastroesophageal Reflux.

ובתרגום חופשי: אטמות הושט (אי התפתחות מליאה של הושט); חלקו התחתון של הושט מחובר לקנה הנשימה ואילו החלק העליון מסתיים ככיס עיוור ללא מוצא;

1 אטמות פי הטבעת; פרפורציה (התנקבות) של המעי הגס; פיום (פתח בדופן הבטן) של
2 המעי הגס; חזה אוויר; מום לבבי; אי ספיקת המסתם התלת-פסיגי (המסתם
3 הטריקוספידלי); החזר קיבתי - ושטי.

טענות התובעים

2. התובעים, הורי הקטין כאמור, טענו בכתב תביעתם כי התובעת הרתה בחודש 10/2008.
בסקירת מערכות מוקדמת שנערכה בשבוע 15 (21.1.2009 – נספח א' לכתב התביעה),
התגלה כי לעובר 2 כלי דם בחבל הטבור (עורק ווריד) במקום שלושה (שני עורקים ווריד
אחד). הומלץ להורים על "יעוץ גנטי, אקו לב עובר ומעקב גדילה" עוד צוין בסיכום
הבדיקה כי "מאחר ו-10%-15% מן המומים שניתנים לזיהוי באולטרסאונד מופיעים
רק בגיל הריון מאוחר יותר, הסקירה המאוחרת נחשבת לחלק בלתי נפרד מסקירת
מערכות מלאה".
3. בשבוע 17+ נבדקה התובעת ע"י ד"ר גלסנר מתי, מומחה למיילדות וגניקולוגיה וכן
מומחה לגנטיקה רפואית. בשל חשש למומים נוספים הופנתה התובעת לסקירה מורחבת
ולבדיקת אקו לב עובר (נספח ב' לכתב התביעה). במסגרת הסיכום וההמלצות הוסבר
לתובעת כי ממצא של 2 כלי דם בחבל הטבור מעלה סיכון למום מבני בעובר - בעיקר בלב
ובכליות.
4. בשבוע 23 + 2 (18.3.09) ביצעה התובעת סקירת מערכות מורחבת בביה"ח וולפסון
שנמצאה תקינה (נספח ג' לכתב התביעה). בדיקת אקו לב עובר שביצעה התובעת פורשה
אף היא כתקינה.
5. בשבוע 31 + 6 (17.5.2009) ביצעה התובעת בדיקת אולטרסאונד ונמצא רושם לריבוי מי
שפיר - AFI 27 (עותק תוצאות הבדיקה צורף כנספח ד' לכתב התביעה).
6. בשבוע 33 להיריון (27.5.2009) ביצעה התובעת סריקת מערכות באיכילוב במסגרתה
נצפתה בעיה מבנית בוושט העובר. עוד באותו היום קיבלה התובעת ייעוץ מד"ר נגר
שהינה כירורגית ילדים והוסבר לה כי המום בוושט ניתן לתיקון ניתוחי כאשר ההחלטות
הניתוחיות יתקבלו לאחר לידת התינוק (נספח ה' לכתב התביעה). לטענת התובעת נמסר
לה ע"י ד"ר נגר כי בתוך 10 ימים הם ישתחררו עם התינוק מביה"ח לאחר הניתוח. עד
לשלב זה לא הוסבר להורים כי יתכנו מומים נוספים מעבר לפגם בוושט וכי יתכן ומדובר
בתסמונת מורכבת הרבה יותר בשל צירוף הממצא בוושט לשני כלי הדם בחבל הטבור
ובנוכחות ריבוי מי שפיר ולא דנו עם ההורים על אפשרות הפסקת ההיריון.
7. ביום 8.6.2009 (שבוע 35 להיריון) התובעת הופנתה ע"י ד"ר גלסנר למכון הגנטי בביה"ח
איכילוב לייעוץ גנטי וזה בוצע ביום 10.6.2009 ע"י פרופ' יובל ירון וד"ר עדי רכס. בבדיקה
הועלתה אפשרות לקיומה של התסמונת בתינוק ואף צוין כי בשלב מתקדם זה של
ההיריון ובשל חוסר הזמן עד לסיומו, קשה להגיע לאבחנה גנטית (נספח ז' לכתב
התביעה). בפגישה זו הוצע לתובעת לבצע דיקור מי שפיר אך לשאלתה מתי יגיעו תוצאות
הבדיקה נמסר לה שקרוב לוודאי שלאחר הלידה ולכן סירבה לבצע הבדיקה נוכח
הסכנות הכרוכות בביצוע בבדיקה זו. מכל מקום, התובעת במסגרת הייעוץ הופנתה

- 1 לבדיקות ובהן ביצוע MRI מכוון למערכת העיכול ולשלילת מומים נוספים במערכת
2 השלד, הכליות, המוח והלב.
- 3 8. התובעים ציינו בתביעתם כי החליטו שככל שיתברר כי לעובר בעיה מוחית הם יבצעו
4 הפסקת היריון אך ככל שמדובר בבעיה במושט ובקיבה הניתנות לתיקון כירורגי באשפוז
5 של 10 ימים, הם לא יבצעו הפסקת היריון לנוכח השלב המתקדם של ההיריון.
- 6 9. התובעים הדגישו בכתב התביעה כי לא הוסבר להם בשום שלב, והם לא הבינו קודם
7 ללידה, שגם התסמונת, שקיים חשד בדבר קיומה בשלבים המאוחרים של ההיריון
8 והשלכותיה, עלולה להשפיע לרעה על חיי התינוק ועל חייהם בדיוק כמו פגיעה מוחית.
- 9 10. ביום 11.6.09 בוצעה לעובר בדיקת MRI מוח שלא הדגימה מומים במוח, בדיקת MRI של
10 הקיבה מצאה בועית קיבה מעט קטנה, עמודת נוזלים, פאוץ' במושט ולא ניתן היה לזהות
11 בבירור בבדיקה פיסטולה (נספח ח' לכתב התביעה).
- 12 11. התובעים טענו כי לאחר קבלת תוצאות ה-MRI לא ניתן להם הסבר מה משמעות תוצאות
13 הבדיקה בשים לב לייעוץ הגנטי שקיבלו קודם לכן ולא התקיים עימם דיון ממצה. לטענת
14 התובעים הם הבינו כי מאחר שתוצאות הבדיקות מלמדות על העדר פגיעה מוחית וכי
15 הבעיה הקיימת הינה במושט ובקיבה, אין מדובר במצב שישפיע לרעה על חיי הקטין
16 ומשפחתו ולכן אין מקום להפסיק ההיריון. לו היו מסבירים להם הרופאים כי קיימת
17 סכנה להולדת ילד עם מומים קשים נוספים וכי תיוותר לו נכות גבוהה שתשפיע עליו
18 ועליהם בדומה לפגיעה מוחית, הם היו מעדיפים להפסיק את ההיריון.
- 19 12. ביום 2.7.2009 נולד הקטין כשהוא סובל מהתסמונת ומסירינקס. הקטין נאלץ לעבור
20 מספר ניתוחים וטיפולים קשים שחייבו אשפוז ארוך והותירו אותו נכה ותלוי באחרים.
21 לטענת התובעים לא נמסר להם אודות בדיקות שניתן היה לבצע לגילוי התסמונת וכן לא
22 נמסר להם מידע אודות התסמונת והשלכותיה. לו היו מסבירים להם המשמעות
23 וההשלכות של התסמונת וכי לא מדובר רק בהפרעה מבנית במושט הניתנת לתיקון, הם
24 היו מעדיפים לבצע הפסקת היריון.
- 25 13. התובעים ייחסו רשלנות לנתבעים וטענו בין היתר כי התנהלותם אינה מתיישבת עם רמת
26 הזהירות והמיומנות שעל רופאים סבירים וזהירים לנקוט; לא ניהלו מעקב היריון ראוי;
27 לא התייחסו כראוי לממצא של 2 כלי דם בלבד בחבל הטבור; לא חקרו די הימצאותם
28 של מומים נוספים לממצא בחבל הטבור; לא התייחסו לממצא של שני כלי דם בחבל
29 הטבור כנורת אזהרה למומים נוספים; לא ניהלו מעקב אולטרסאונד מתאים; נמנעו
30 מעריכת בדיקות נוספות וחלופיות למציאת מומים בעובר, לרבות התסמונת; לא אבחנו
31 במועד את המומים והתסמונת; לא הסבירו לתובעים את משמעות התסמונת
32 והשלכותיה ולא ניתן היה מפאת קוצר הזמן להגיע לאבחנה גנטית ולא רק להימצאות
33 המום במושט/קיבה הניתנים לתיקון; לא הפנו במועד לבדיקות לאיתור המומים; ביצעו
34 בדיקת אולטרסאונד שאבחנה הפגם במושט באיחור רב; לא הסבירו לתובעים את
35 משמעות ממצאי הייעוץ הגנטי לחששם מפגיעה מוחית ולא וידאו הבנת ההסברים; לא
36 קיימו דיון ממצה וכוללני למשמעות הממצאים שהתגלו במהלך ההיריון, הן לבריאות
37 העובר והן להחלטה על הפסקת ההיריון; הטעו את התובעים לסבור כי מום במושט ניתן
38 לתיקון ואינו מהווה חלק מתסמונת קשה שתשפיע על חיי הקטין ומשפחתו; לא

1 התייחסו באופן ראוי לריבוי מי השפיר ולמשמעותם; לא בדקו לעיתים תכופות יותר את
2 כמות מי השפיר ואבחנו באיחור את ריבויים; לא ביצעו בדיקה גנטית לזיהוי התסמונת
3 במועד במהלך ההיריון וגם לא לאחר לידת הקטין; לא הסבירו ולא תעדו מדוע הומלץ
4 לתובעת לפנות לוועדה להפסקת היריון ומהם הסיכונים הכרוכים בהמשכו, במיוחד
5 לאחר ביצוע בדיקות ה-MRI; ניהלו רישומים רפואיים ברשלנות ובחוסר מקצועיות. כמו
6 כן טענו, כי הנתבעים פגעו באוטונומיה שלהם לאחר שמנעו מהם את היכולת לבחור את
7 לא הסבירו להם את משמעות הימצאות שני כלי דם בחבל הטבור, לרבות הצורך בקיום
8 מעקב צמוד יותר, גם באופן פרטי, לאיתור מומים נוספים. כמו כן לא הוסברה להם
9 משמעות ריבוי מי השפיר בנוכחות שני כלי דם בחבל הטבור, לא הוסברה להם המשמעות
10 הכוללת של שני כלי דם, מי שפיר מרובים ובעיה בוושט. בנוסף לא הוסברו להם
11 אפשרויות הפעולה השונות בכל שלב של ההיריון ולא קיימו איתם דיון כוללני.

12 14. התובעים טענו בנוסף כי נטל הראיה ו/או ההוכחה מן הראוי לו שיעבור לנתבעים עפ"י
13 סעיף 41 לפקודת הנזיקין [נוסח חדש] ובשל נזק ראייתי שנגרם להם בשל אי ביצוע כל
14 הבדיקות לאיתור מומיו של הקטין ואי קיום חובת תיעוד רפואי מלא ותקין.

15 15. אשר למצבו הרפואי של הקטין, הסבירו כי הוא מבלה חלק ניכר מחייו בבתי חולים
16 באשפוזים קשים, לרבות בטיפול נמרץ מונשם ומורדם, הקטין עבר ניתוח להעלאת
17 הקיבה כלפי מעלה לכיוון בית החזה בשל הבעיה בוושט עמה נולד, הוא סובל מאי שליטה
18 על הסוגרים, עבר ניתוחים לתיקון פי הטבעת בשל האטמות עמה נולד ועובר טיפולים
19 קשים לו ולהוריו בנושא זה. בשל רפלקס ואספירציות פיתח הקטין מחלת ריאה כרונית
20 ונזקק לפיזיותרפיה נשימתית מקצועית, כך גם נזקק למכונת IPV בשל בעיית הריאות
21 והינו מטופל בוונטולין ואינהלציות. כמו כן סובל מליחה מוגברת וצמיגית ונדרש
22 לשאיבת הליחה ונזקק גם למחולל חמצן. מעבר לכך הינו סובל מבעיות שלד, חסרה לו
23 צלע אחת ויש לו גיבנת קלה, הוא סובל מצרודות והפרעה בשמיעה ובשל הגודל הקטן של
24 הקיבה, שאינה נמצאת במקומה האנטומי, הוא אינו יכול לאכול באופן רגיל והינו רעב,
25 כך גם נגרמות לו הקאות רבות במהלך היום והלילה והוא זקוק להשגחה רציפה על מנת
26 למנוע השתנקות ואספירציות. חלק מהזמן הינו נדרש למזון מפורמולות מיוחדות בשל
27 מצב מערכת העיכול שלו. באחד מאשפוזיו הרבים גם נדבק הקטין מחידק MERSA,
28 ואושפז בבי"ח כתוצאה מכך. כמו כן הינו סובל מבעיות פסיכולוגיות מורכבות והוכר ע"י
29 המל"ל כסובל מ-100% נכות ונדרש לטיפולים שונים כמו פיזיותרפיה נשימתית, ריפוי
30 בעיסוק ופסיכותרפיה לילדים, והוא נזקק להשגחה צמודה, כולל סייעת צמודה ומורת
31 שילוב במסגרת חינוכית.

32 16. לשם הוכחת תביעתם צרפו התובעים את חוות דעתו של פרופ' יוסף שנקר בתחום
33 הגניקולוגי מיילדותי מיום 18.10.16, שלטעמו היות ונמצא בחבל הטבור עורק אחד ולא
34 שניים בשליש השני להיריון (שבוע 15), היה מקום לסווג את ההיריון כהיריון בסיכון
35 גבוה ולא כך נהגו הנתבעים, לפחות עד להפניית התובעת למכון הגנטי בביה"ח איכילוב
36 בשבוע ה-33 להיריון. המומחה הסביר כי משמעות מעקב היריון בסיכון גבוה פרושו
37 מעקב קפדני על התפתחות העובר, שלילת הופעה מאוחרת של מומים ושלילת סיבוכי
38 היריון, וזאת מאחר שקיומם של עורק אחד ולא שניים מצביע על פתולוגיה משמעותית
39 היכולה להשפיע על התחלואה והפרוגנוזה של העובר והילוד לאור שכיחות אנומליות

1 כרומוזומליות ומומים מולדים גבוהה באופן משמעותי בעוברים בעלי עורק אחד בחבל
2 הטבור, כאשר קיימת חובה לשתף את ההורה במידע על השלכותיו. ההסבר צריך היה
3 לכלול קיומם של סיכונים וסיבוכים בזמן ההיריון בנוכחות עורק אחד בחבל הטבור, כגון
4 עודף מי שפיר, הפרעה להתפתחות העובר, אפשרות לידה מוקדמת ותמותה גבוהה יותר
5 של עוברים וילודים. בפועל לא נמצאה עדות להסבר כאמור ברשומות, הסבר שהיה
6 מאפשר לבני הזוג סיום ההיריון עוד בשלב בו העובר אינו בר חיות ובכך יש לראות סטייה
7 רפואית בולטת. כך גם לא הומלץ לתובעים על ביצוע דיקור מי שפיר בשלב שבו העובר
8 אינו בר חיות ולא הוסברה האפשרות לביצוע הבדיקה על חשבון משרד הבריאות וגם
9 במסגרת פרטית, אלא צוין כי "אין הצדקה אובייקטיבית לדיקור מי שפיר" ויש לראות
10 גם בכך סטייה רפואית בולטת. מעבר לכך, ולאחר שנמצאה הבעיה בוושט, ביעוץ שניתן
11 למשפחה ע"י ד"ר נגר לא צוין שמדובר בתסמונת כללית יותר שלא ניתנת לתיקון כירורגי
12 ובכך קיימת סטייה רפואית מהנורמה. התובעת אמנם הופנתה ליעוץ גנטי עם
13 התייחסות לתסמונת עמה נולד הקטין ואף סירבה לבדיקת מי שפיר. בפועל הקטין נולד
14 בשבוע 38 – לפני המועד, עם מספר מומים ובהם מום במערכת העיכול העליונה
15 והתחתונה, מום בשלד, מום בלב ומום במערכת הכליות והשתן. לסיכום ציין פרופ' שנקר
16 כך:

17 "בשבוע ה- 15 להיריון אובחנה פתולוגיה בחבל הטבור – עורק בודד. פתולוגיה
18 בה קיימת שכיחות גבוהה למומים מולדים ואנומליות כרומוזומליות. כלומר זה
19 מהווה את הבסיס לקביעת הסטנדרט למעקב ולבדיקות הנדרשות בהיריון שכזה
20 כולל חובת ההסברים והדיון עם בני הזוג.
21 המומים עמם נולד הילד לא אובחנו בשליש השני להיריון ו/או לא אובחנו כלל
22 בהיריון אלא רק אחרי הלידה. לא ניתן ההסבר והדיון הנכונים עם בני הזוג ...
23 יש לראות בכך סטייה רפואית.
24 הסטנדרט הרפואי גם מחייב לבצע במקרים שקיים סיכון במומים מולדים את
25 הבירור המתאים בשליש השני של ההיריון, כאשר העובר עדיין נחשב כחסר
26 חיות, כדי למנוע מצב שהמומים יאובחנו בשליש השלישי של ההיריון, כאשר
27 העובר הוא 'בר חיות' וניתן למנוע את היוולדו אך ורק ע"י המתתו ברחם".
28

29 17. חוות דעת נוספת מטעם התובעים נמסרה ע"י המומחה בתחום הגנטי ובתחום רפואת
30 הילדים ד"ר רמזאן עאמר מיום 5.11.16 ולפיה בתמצית סובל הקטין מהתסמונת
31 שמשמעה צירוף האותיות של עיקר המערכות הפגועות – vacterl.
32 .Vertebral Defect – V
33 .Anal Atresia – A
34 .Cardiac Anomalies – C
35 .Trachea-Esophageal Fistula – TE
36 .Renal Anomalies – R
37 .Limb Anomalies – L
38 לטענת המומחה, השיטה היעילה ביותר לאבחון אסוציאציה גנטית מורכבת פוליגנית
39 (המערכת הרבה גנים והשפעה סביבתית) הינה בבדיקות הדמיה במהלך היריון – C.T., U.S.,
40 MRI. לטעמו של המומחה בדיקת U.S. מורחבת וממוקדת יכולה לזהות מומים רבים
41 הקשורים לתסמונת כשניתן בנוסף להדגים ממצאים הקשורים לה כמו ריבוי מי שפיר,
42 מומים במערכת הגניטואוירנרית ועיכוב צמיחת העובר תוך הבדל בין גורם עוברי לגורם
43 שליטי לעיכוב הצמיחה. בדיקות אלה ניתנות לביצוע גם באופן פרטי.

18. עוד סבר המומחה כי שני כלי דם בלבד בחבל הטבור הינו ממצא חשוב המעלה סיכון
למומים שונים אצל העובר ומהווה נורת אזהרה חשובה המחייבת התייחסות רצינית
וקפדנית לשלילת מומים מבניים. מכאן שקמה גם חובת יידוע של התובעים בדבר
הבדיקות הקיימות לשלילת המומים. עוד ציין, כי הייתה זו מחובתו של המכון הגנטי
באיכילוב לזמן את ההורים לשיחת סיכום ולהסביר באופן מקיף וממצה מהם הממצאים
החריגים ומשמעותם, הסבר לגבי אי הודאות אודות מצב העובר, האפשרויות והסיכונים
ולשלב גם את הייעוץ הכירורגי שניתן להם תוך שהם מוודאים שבני הזוג הבינו את
הנאמר. כך גם היה מקום להגיע לאבחנה בשלב המאוחר של ההיריון שכן היריון יכול
להימשך עד 42 שבועות ואין לומר מראש כי "אין זמן" כפי שכתבו מומחי איכילוב. כך
גם ד"ר גלסנר שהפנה לייעוץ גנטי באיכילוב היה אמור לקבל את תוצאות ומסקנות
הייעוץ מאיכילוב לרבות סירוב האישה לבצע מי שפיר ואף הוא נדרש להסביר את
הממצאים בביה"ח לבני הזוג, מה שלא נעשה. מכאן שלא בוצע ניהול משולב הכולל רופא
נשים, מומחה להיריון בסיכון גבוה, מומחה להדמיה מיילדותית, כירורג ילדים, גנטיקאי
רפואי, רופא יילודים, עובדת סוציאלית וכיוצא באלה. המומחה גם קבע בסיכומו של
יום את שיעורי הנכות מהם סובל הקטין.

טענות הנתבעת 1 – שירותי בריאות כללית

19. הנתבעת 1 עתרה לדחיית התביעה בין היתר מחמת התיישנות ו/או שיהוי, העדר חוות
דעת מתאימה כתמיכה לכלל טענות התובעים ולא רק בתחום המיילדות ורפואת
הילדים, ומעבר לכך טענה להעדר עילה מאחר והנתבעת 1 קיבלה לטענתה טיפול רפואי
מסור ומתאים בהתאם לכלל כללי הרפואה. עוד הוסיפה כי התובעת 1 לא טרחה לבצע
בדיקות סקר גנטיות חרף המלצות חוזרות ונשנות מצד הצוות הרפואי, כי בעקבות גילוי
שני כלי דם בחבל הטבור במקום שלושה ביום 21.1.09 הומלץ להם לבצע את כל הבדיקות
הרלוונטיות, לרבות יעוץ גנטי, אקו לב עובר ומעקב גדילה והוסברה להם חשיבות סקירת
המערכות המאוחרת. בשל כך הופנתה האם ע"י רופא הנשים כבר ביום 26.1.09 ליעוץ
גנטי והיא אמנם נבדקה ביום 5.2.09 ע"י המומחה לגנטיקה מטעם הנתבעת 1 ד"ר גלסנר
שהסביר את משמעות הממצא שהוא שני כלי דם בטבור וציין: "1. **ממצא של 2 כלי דם**
בחבל הטבור, מעלה סיכון למום מבני בעובר – בעיקר לב וכליות. מופנית לסקירה
מורחבת ולבדיקת אקו לב עובר...". האם הופנתה לאיכילוב לסקירת מערכות מורחבת
ולביצוע אקו לב עובר. בדיקות אקו לב עובר נמצאה תקינה וביום 18.3.09 ביצעה האם
סקירת מערכות מורחבת בבית החולים וולפסון שאף היא הייתה תקינה למעט שני כלי
דם בחבל הטבור. הנתבעת 1 הדגישה כי התובעים לא טרחו להגיש תביעה כנגד בית
החולים וולפסון. בהמשך מעקב ההיריון נמצא ריבוי מי שפיר שזכה להתייחסות מלאה
של אנשי הנתבעת 1 והאם הופנתה בשל כך לסקירת מערכות מכוונת שבוצעה בבי"ח
איכילוב השייך לנתבעת 2 ובה נמצא ריבוי מי שפיר, לא הודגמה קיבה והוושט הודגם
עד לגובה חולית T3. גיליון הבדיקה ציין כי הממצאים מתאימים לאטמות ושט עם או
בלי פיסטולות לקנה והוסברה לאם משמעות הממצא. האם הוזמנה בין היתר ל- U.S.
חוזר והופנתה ליעוץ גנטי בביה"ח איכילוב.

20. ביום 8.6.09 (שבוע 35 להיריון) ניתן לאם יעוץ גנטי בקופ"ח ע"י ד"ר גלסנר והוסבר לה בין היתר כך :

"אי הדגמת הקיבה מחשידה ליצירה לא שלמה של הושט (esophageal atresia). לעתים יש פיסטולה טרכאואסופג'אלית המאפשרת מעבר נוזל מועט לקיבה. ריבוי מי השפיר תואם לאפשרות כזו... הממצא עלול להיות חלק מתסמונת מורכבת יותר. למשל: VACTERL-VATER בתסמונות אלו יש מעורבות מערכות נוספות (כמו כליות, לב, בעיות אחרות במערכת העיכול, ע"ש)... מומלץ לשלול בעיה כרומוזומית בעובר ע"י דיקור מי שפיר מאוחר. מופנית למכון באיכילוב בהקדם לתכנון הפעולה".

21. האם הופנתה למכון הגנטי באיכילוב להמשך טיפול ומעקב. ביום 10.6.2016 נערך לאם יעוץ גנטי באיכילוב והרשומה הרפואית מציינת כי הוסברו לה הממצאים ומשמעותם וכי ניתן להמשיך בבירור אודות הממצאים, לרבות פניה לוועדה העליונה להפסקת הריון וכך ציינה הרשומה: "הוסבר ל(אם) כי בשלב זה ניתן להמשיך בבירור... במידה ותתגלה הפרעה גנטית או כרומוזומית יש לפנות לוועדה עליונה בבקשה לבצע הפסקת היריון. לנוכח הסיכון, יש גם אפשרות לפנות לוועדה עליונה כעת". אלא שהאם מסרה כי אין בכוונתה לבצע הפסקת היריון בשלב זה ולא משנה מה יהיו ממצאי הבירור ולכן גם סירבה לבצע דיקור מי שפיר.

22. האם הופנתה לשורת בדיקות נוספות, לרבות MRI מוח עובר שנמצא תקין וברשומה הרפואית צוין כי "בכל שלב ניתן לפנות לוועדה העליונה". ביועדה זאת החליטה האם להמשיך בהיריון ולפיכך יש לדחות התביעה. הנתבעת 1 הדגישה כי התובעים מאשרים בתביעתם שידעו אודות מומי הקטין במהלך ההיריון ועם אלה הוא אף נולד.

23. הנתבעת 1 שללה קיומו של קשר סיבתי בין מעקב ההיריון שבוצע לאם לנוזקים הנטענים ולחלופין טענה לניתוק הקשר הסיבתי בשל מעשי או מחדלי האחרים. עוד הוסיפה כי לא ניתן לצפות המומים ו/או המחלה מהם סובל הקטין והם אינם ניתנים למניעה במהלך ההיריון, כאשר אלה אף יכול וינבעו מאשמה התורם והמכריע של האם שלא הגיעה למעקב היריון מסודר ולא פנתה לבצע הבדיקות והבירורים אליהם הופנתה במהלך ההיריון. מכל מקום, הרשומות הרפואיות מלאות ודין התביעה להידחות.

24. הנתבעת 1 צרפה חוות דעת מטעם פרופ' משה פייגין שהינו מומחה למיילדות וגניקולוגיה, מיום 27.4.17, לפיו מעקב ההיריון במסגרת קופה"ח היה ברמה גבוהה ולאם ניתן כל המידע אודות ההיריון ומצב העובר, אך היא בחרה בבחירה מושכלת להמשיך בהיריון. עוד צרפה הנתבעת 1 חוות דעתו של פרופ' מוטי שוחט מומחה ברפואת ילדים וגניטיקה מיום 30.4.17, לפיה ביעוץ הגנטי שניתן בקופ"ח התגלו כממצא יחיד שני כלי דם בחבל הטבור ולכך ניתן יעוץ מקצועי מקיף. לטעמו לא היה צורך להפנות לבירור גנטי או לדיקור מי שפיר וכן לא היה כל צורך להפנות לבדיקת MRI נכון לאותו שלב עפ"י הפרקטיקה המקובלת וכאשר התגלה חשד לאטמות הושט הופנתה האם לבדיקת מי שפיר לה סירבה, אך גם לו בוצעה הבדיקה לא היה בכך לשנות דבר, שכן הפנייתה ליעוץ בב"ח היה הצעד המקצועי הנכון, כמו גם הפנייתה לוועדה להפסקת היריון לה סרבו כאמור ההורים.

טענות הנתבעת 2 – מדינת ישראל - ביה"ח איכילוב

25. הנתבעת 2 טענה כי התביעה מופרכת ומקוממת ביותר במיוחד נוכח הנסיבות העובדתיות והרשומות הרפואיות המעידות כי בוצעה אבחנה טרום לידתית על כל המומים שניתן היה לאבחן לעובר, ההורים הועמדו על חשיבות הצורך בבירור הממצאים, היו מודעים לאפשרויות האבחון השונות, לפרוגנוזה הצפויה והשלכותיה וכן לאפשרות הפניה לוועדה להפסקת הריון בכל שלב אך ההורים לא שעו להמלצה המפורשת שקבלו בעניין, נמנעו מלבצע את כל הבדיקות, נמנעו מביצוע דיקור מי שפיר או מפניה לוועדה להפסקת הריון ואף הצהירו כי לא יפסיקו את ההיריון. לפיכך דין התביעה להידחות.

26. הנתבעת 2 צירפה את חו"ד של פרופ' משה פרידמן (מומחה לגנטיקה רפואית ולילדים) מיום 6.9.17, לפיה מומי הקטין לא ניתנים היו לגילוי קודם להופעת ריבוי מי השפיר ולא הייתה עד אז עילה מוצדקת להפסקת ההיריון. לאחר גילוי המום בוושט קיבלה התובעת ייעוץ מהמומחים מהשורה ראשונה והדבר עולה מסיכום הייעוץ עם הגנטיקאים אותו קיבלה באיכילוב ובו פורטה האבחנה והסיכונים הרפואיים וצוין שייתכן ויתגלו מומים נוספים. כמו כן הומלץ להשלים את הבירור באמצעות ביצוע דיקור מי שפיר כדי לשלול ליקוי כרומוזומי אך בני הזוג דחו את ההמלצה ובחרו לפעול לפי אמונתם ומכאן שלידת התובע במומיו הייתה בלתי נמנעת.

הפולגות שבין הצדדים

27. לאור טענות הצדדים הפולגות שביניהם הן כדלקמן:

א. האם הנתבעים ניהלו מעקב הריון ראוי לרבות התייחסו ראוייה לממצא של 2 כלי דם בחבל הטבור; האם נחקרה אפשרות הימצאותם של מומים נוספים לממצא בחבל הטבור באופן מספק; האם אובחנו במועד המומים והתסמונת; האם הוסברה לתובעים משמעות התסמונת והשלכותיה כמו גם משמעות ממצאי הייעוץ הגנטי לחשש מפגיעה מוחית ווידאו הבנת ההסברים; האם התקיים דיון ממצה וכוללני למשמעות הממצאים שהתגלו במהלך ההיריון, הן לבריאות העובר והן להחלטה על הפסקת ההיריון;

ב. האם כמות מי השפיר נבדקה במועד ואובחנה משמעות ריבויים; האם בוצעה בדיקה גנטית לזיהוי התסמונת במהלך ההיריון ולאחר לידת הקטין; האם הוסבר ולא רק תועד מדוע הומלץ לתובעת לפנות לוועדה להפסקת הריון ומהם הסיכונים הכרוכים בהמשכו, במיוחד לאחר ביצוע בדיקות ה-MRI; האם ניתן היה מפאת קוצר הזמן להגיע לאבחנה גנטית ולא רק למציאת המום בוושט/קיבה הניתנים לתיקון;

ג. האם נוהלו רישומים רפואיים כדין;

ד. האם אלמלא התרשלות הנתבעות, היו התובעים בוחרים להפסיק את ההיריון באמצעות ביצוע הפלה;

ה. האם נפגעה האוטונומיה של התובעים לאחר שהנתבעים מנעו מהם לכאורה את היכולת לבחור, עת לא הסבירו להם את משמעות הימצאות שני כלי דם בחבל הטבור, לרבות הצורך בקיום מעקב צמוד יותר, גם באופן פרטי, לאיתור מומים נוספים. כמו כן בשל העדר הסבר מתאים אודות משמעות ריבוי מי השפיר בנוכחות שני כלי דם

1 בחבל הטבור וכן משמעות מי שפיר מרובים ובעיה בוושט ; כמו כן העדר הסבר אודות
2 אפשרויות הפעולה השונות בכל שלב של ההיריון ואי קיום דיון כוללני ;
3 28. התובעים העידו בעצמם וכן העידו את פרופ' שנקר וד"ר רמזאן עמר, הנתבעים העידו
4 את ד"ר אחיאס דוד, ד"ר מתי גלסנר, ד"ר חגית נגר, פרופ' יובל ירון ואת המומחה פרופ'
5 פייגין.
6

7 המתווה הנורמטיבי – הולדה בעולה

8 29. בפסה"ד בעניין ע"א 1326/07 המר נ' ד"ר עמית (28.5.2012) (להלן: "הלכת המר"), ביטל
9 ביהמ"ש העליון בהרכב מורחב של 7 שופטים את עילת התביעה הידועה כ"חיים בעולה"
10 (wrongful life), היא עילת התביעה הנתונה ליילוד הבא לאוויר העולם כשהוא סובל
11 ממומים שבשל רשלנות לא נתגלו במהלך ההיריון ולו ידעו עליהם הייתה מתבצעת בגינם
12 הפלה. ביהמ"ש הכיר כעילת תביעה יחידה בעילת ה"הולדה בעולה" (wrongful birth)
13 שהיא תביעת ההורים שהביאו לאוויר העולם ילוד שבשל רשלנות לא התגלו בו הפגמים
14 שניתן היה לגלותם במהלך ההיריון ולו אלו התגלו היתה מתבצעת הפלה/הפסקת היריון.
15 כבי' הש' ריבלין קבע בהלכת המר כך :

16 "לא ניתן להכיר עוד בעילת הילד בגין 'חיים בעולה'. עם זאת, מבחינה
17 מעשית, ... הרחבה משמעותית של עילת התביעה העומדת להורי היילוד בגין
18 'הולדה בעולה' – עילה שההכרה בה אינה שנויה במחלוקת – תאפשר ליתן
19 להורים פיצוי, שיכסה את הוצאות גידולו ומלוא צרכיו של היילוד גם לאחר
20 בגירתו ולמשך כל תוחלת חייו."
21

22 30. במסגרת התביעה בשל הולדה בעולה נדרש התובע להוכיח כי מעקב ההיריון היה רשלני.
23 בשלב הבא הוא נדרש להוכיח את הקשר הסיבתי וכדברי הש' ריבלין בהלכת המר: "יש
24 להוכיח, במסגרת הוכחת יסוד הקשר הסיבתי, כי אלמלא ההתרשלות, היו הוריו של
25 הילוד בוחרים להפסיק את ההיריון באמצעות ביצוע הפלה, ובכך היו נמנעים מהבאתו
26 לעולם" ובאשר לאופן הוכחת הקשר הסיבתי ציין כי "יש להראות, בשלב הראשון, כי
27 אילו עמד בפני הוועדה להפסקת היריון מלוא המידע הרפואי הרלבנטי (מידע שלא
28 הובא לידיעת ההורים בשל ההתרשלות) – היתה הוועדה מאשרת להורים את הפסקת
29 ההיריון. בשלב השני, ורק אם התשובה לשאלה הראשונה היא חיובית (שאם לא כן
30 ממילא ניתק הקשר הסיבתי), ידרשו ההורים להראות כי אלמלא ההתרשלות, הם אכן
31 היו פונים לוועדה להפסקת היריון לשם קבלת האישור".

32 באשר לוועדה להפסקת היריון קבע הש' ריבלין חזקה הניתנת לסתירה שנועדה להקל על
33 הוכחת השלב השני ולפיה "ראוי כי החלטת הוועדה להפסקת היריון תשמש גם מעין
34 חזקה הניתנת לסתירה בדבר עמדתם של ההורים ביחס להפסקת ההיריון", וזאת
35 מאחר ש"אין חולק, כי חיובם של ההורים להוכיח כי היו מבצעים הפסקת היריון,
36 באמצעות העדתם על דוכן העדים, לאחר שילדם בא לעולם, מעורר קשיים
37 משמעותיים". קשיים אלה יכול וינבעו גם ממצבים אובייקטיביים כמו גיל היולדת, עבר
38 מילדותי, דת ההורים וכיוצ"ב נושאים שיכול וישתנו בכל רגע נתון באמצעות חשיבה
39 שונה מהמצופה מהאישה בתכתיבים או מוסכמות חברתיות או דתיות כאלה ואחרות,
40 כאשר החזקה תסייע להם להוכיח טענתם זו. ועדין החזקה ניתנת לסתירה אם כי

1 במילותיו של הש"י ריבלין "לא די בכך שדתם של ההורים אוסרת עליהם לבצע הפלה
2 כדי לקבוע את התוצאה; על-מנת שנתון זה יהא רלבנטי לצורך ההכרעה, על בית
3 המשפט להשתכנע כי האם הייתה נשמעת לאיסור זה גם בפועל".

4 31. מעבר לאמור, ואפילו לא הוכח כי ההורים היו מבצעים הפלה, עדיין נתונה להורים עילת
5 תביעה בשל פגיעה באוטונומיה, וכלשונו של הש"י ריבלין: "מקום בו הוכח שהוועדה
6 להפסקת הריון היתה מאשרת ביצועה של הפלה, הרי שגם אם לא עלה בידי ההורים
7 להוכיח כי הם עצמם היו בוחרים להפסיק את ההיריון – אין בכך כדי לגרוע מאפשרותם
8 לתבוע בגין הנזק שנגרם להם בגין הפגיעה באוטונומיה שלהם, לאמור: בזכותם לקבל
9 החלטה כה משמעותית בחייהם באופן מושכל. בגין נזק זה, זכאים הם לפיצוי נפרד".

10 32. אשר לפרטי הנזק המגיעים בנסיבות שכאלה ציין הש"י ריבלין כי: "על מי שגרם
11 בהתרשלותו להולדתו של ילד בעל מוגבלות, אשר לא היה בא לעולם אלמלא התרשלות
12 זו, תוטל החובה לשאת בהוצאות העודפות הכרוכות בגידול הילד – הוצאות הנובעות
13 מהתרשלות המזיק, המשקפות את צרכיו המיוחדים של היילוד הנובעים ממוגבלותו –
14 וזאת בהתאם לנסיבותיו של כל מקרה נתון ולמשך כל תוחלת חייו של הילד. פיצוי זה
15 יכלול את כל אותן הוצאות עודפות, הנדרשות במקרה המסוים, ובהן: הוצאות רפואיות,
16 עזרת צד שלישי, הוצאות שיקום, הוצאות חינוך לרבות הוצאות נלוות, הוצאות דיור
17 והוצאות נידות. בתקופת גרותו של הילד ולמשך כל תקופת תוחלת חייו, יהיו הוריו
18 זכאים לפיצוי גם בגין הוצאות הקיום הרגילות שלו – ככל שנגרעה ממנו יכולת
19 ההשתכרות ולא נתקיימו נסיבות מיוחדות, השוללות זכאות זו".

20 33. על הנזק הלא ממוני שנגרם להורים מציין הש"י ריבלין כך: "במקרי ההולדה בעוולה
21 מתמשך הנזק הנפשי לאורך תקופת חייהם של ההורים – התובעים. אין זה נזק חד-
22 פעמי. אין זה נזק המשתרע על-פני תקופה קצרה. ההורים נדרשים עד כלות לטפל
23 בילד. הם חשופים לסבלותיו והם אמונים על רווחתו. הם מלווים את מכאוביו ייסוריו
24 יומם ולילה ואלה – הופכים לייסוריהם ולסבלותיהם שלהם. הם מכוונים את אורח
25 חייהם לדרך שתאפשר להם לקיים את אחריותם כלפי הילד. חייהם משתנים – לעתים
26 מן הקצה אל הקצה. פעילויות שנראו פעם טבעיות וקלות להגשמה הופכות קשות
27 מנשוא. הצורך לדאוג לעתידו של הילד, ככלות כוחם, מדיר שינה מעיניהם ומחסיר
28 פרוטה מכיסם. זהו נזק מתמשך. הוא שונה ונפרד מן הפגיעה באוטונומיה שהיא פגיעה
29 חד-פעמית המתרחשת ברגע בו נשללה מהם הבחירה. הנזק הנפשי המתמשך והקשה
30 מחייב, לפיכך, פיצוי גבוה ומשמעותי".

31 34. ולעניין הנזק בשל הפגיעה באוטונומיה כראש נזק נפרד מהנזק הלא ממוני המגיע להורים
32 בשל עילת ההולדה בעוולה ומצטרף אליה כנזק נוסף קובע הש"י ריבלין כך: "באותם
33 מקרים בהם משוכנע בית המשפט כי נגרמה פגיעה לאוטונומיה של התובע – כזו,
34 הנוגעת לליבת הזכות ובעניין מהותי – שומה עליו לפסוק פיצוי הולם, שישקף את מלוא
35 חומרת הפגיעה".

מעקב ההיריון

36
37
38 35. נחזור בקצרה על טענות הצדדים בעניין זה. כאמור, לטענת התובעים מעקב ההיריון
39 שבוצע ע"י שתי הנתבעות היה לקוי מאחר והמומחים לא הצליחו לגלות במועד את

1 המומים עימם נולד הקטין (התסמונת), בין קודם לשלב החיות ובין לאחריו, כך גם
 2 הנתבעים לא הסבירו להורים מהם הסיכונים למומים בעקבות שני כלי דם בחבל הטבור
 3 לרבות הצורך בביצוע בדיקות מפורטות חוזרות ונקיטת זהירות בשלבים מוקדמים
 4 הרבה יותר, והכל על מנת להביא לגילוי המומים ולהפסקת ההיריון בשלביו המוקדמים
 5 תוך מניעת הולדת הקטין הסובל קשות בשל התסמונת.
 6 36. הנתבעת 1 טענה כי לא היה מקום להפנות התובעת לוועדה להפסקת היריון בנוכחות
 7 ממצא בודד של 2 כלי דם בחבל הטבור ביחד עם בדיקת אקו לב תקינה, סקירת מערכות
 8 מורחבת תקינה וכמות מי שפיר תקינה וזאת בשבוע 2+23. הנתבעת 2 שהייתה זו
 9 שהמשיכה את הבירורים בעניינה של התובעת טענה כי מלוא המידע הנדרש על מנת
 10 לאפשר להורים להגיע להחלטה מושכלת נמסר להורים שהחליטו שלא לבצע בדיקת מי
 11 שפיר, ואף החליטו שלא לבצע הפסקת היריון.
 12 37. קודם שנצלול למהות הסכסוך נבהיר מה משמעות החוסר בעורק בחבל הטבור. ברגיל
 13 חבל הטבור מכיל 3 כלי דם, שני עורקים ווריד. בנסיבות המקרה דנא ביום 21.1.2009
 14 (שבוע 16 להיריון לפי חו"ד פרופ' פייגין – 1/נ) בוצעה לתובעת סקירת מערכות מוקדמת
 15 ע"י ד"ר מיכאל אשכנזי שמצא כי קיימים שני כלי דם בחבל הטבור. בחו"ד פרופ' פייגין
 16 מסר המומחה כך:

17 **"בחבל הטבור הרגיל יש 3 כלי דם – 2 עורקים ווריד. SUA הינה תופעה שבה**
 18 **יש רק שני כלי דם טבוריים זו אחת מהתופעות השכיחות בפתולוגיות**
 19 **המתגלות בסונוגרמה בהלך ההיריון (0.9%-0.48% מהלידות).**
 20 **חלק מהמקרים נובעים מ- primary agenesis של אחד מהעורקים אך יש**
 21 **מקרים בהם אחד משני העורקים הקיימים בתחילת ההיריון עובר תהליך של**
 22 **ניוון"**

24 פרופ' שנקר (ת/1) מסר אודות הליקוי בחו"ד כך:

25 **"באופן רגיל בחבל הטבור קיימים שני עורקים, מציאות של עורק אחד בלבד**
 26 **מצביע על פתולוגיה משמעותית, יכולה להשפיע על התחלואה ועל הפרוגנוזה**
 27 **של העובר והיילוד...המידע על שכיחות גבוהה של אנומליות כרומוזומליות**
 28 **ומומים מולדים בנוכחות עורק אחד בלבד בחבל הטבור אינו חדש ומופיע גם**
 29 **בספרים מובילים...הסיכון של עובר בעל עורק אחד בחבל הטבור ללקות**
 30 **באנומליה כרומוזומלית גבוה פי 15 (!) והסיכון ללקות במום מולד חמור גבוה**
 31 **פי 7 מעובר בעל שלושה כלי דם בחבל הטבור"**

33 38. אין מחלוקת בין הצדדים כי ב-20% מכלל המקרים בהם התגלתה התסמונת אצל
 34 העובר/היילוד גם התברר כי הם היו בעלי עורק טבורי אחד. ב-80% מאלה שנולדו עם
 35 התסמונת לא היה עורק טבורי בודד (ר' ד"ר גלסנר עמ' 302 לפרוטוקול מול 24), לפיכך
 36 נשאלת השאלה מרגע גילוי העורק הטבורי הבודד, מהו אופן הטיפול הראוי באם ההרה,
 37 או במילותיו של פרופ' פייגין מה הדרך הנכונה לניהול המקרה, האם כטענת פרופ' שנקר
 38 שסבר בחו"ד כך (ההדגשות במקור):

39 **"לאור העובדה שבעת הריונה אובחן כבר בשליש השני להיריון (שבוע חמש**
 40 **עשרה) שבחבל הטבור, נצפה רק עורק אחד בלבד, מידע זה היה צריך לגרום**
 41 **לסווג הריון כהריון בסיכון גבוה. איני מוצא מידע לפיו [התובעת] הופנתה ו/או**
 42 **היתה במעקב מסודר הריון בסיכון גבוה לפחות עד להפנייתה למכון הגנטי בבית**
 43 **חולים סוראסקי בשבוע 33 להריון...מעקב במסגרת הריון בסיכון גבוה פירושו**
 44 **במקרה הזה – מעקב קפדני על התפתחות העובר, שלילת הופעה מאוחרת של**
 45 **מומים ושלילת סיבוכי היריון...**

1 באופן רגיל בחבל הטבור שני עורקים, מציאות של עורק אחד בלבד מצביע על
2 פתולוגיה משמעותית, היכולה להשפיע על התחלואה ועל הפרוגנוזה של העובר
3 והיילוד... המידע על שכיחות גבוהה של אנומליות כרומוזומליות ומומים מולדים
4 בנוכחות עורק אחד בלבד בחבל הטבור אינו חדש... אבחון של עורק אחד בחבל
5 הטבור בזמן הריון הוא בעל חשיבות גבוהה מאד לאבחון ואיתור של מומים
6 מולדים ואנומליה כרומוזומלית ושיתוף ההורה במידע והשלכותיו"
7

8 או שיש לפעול כפי שהמליץ פרופ' פייגין (ההדגשות במקור):

9 "כאשר מאובחן SUA, יש לבצע סריקת מערכות ואקו לב עובר, מכיוון
10 שההתייחסות ל-SUA שונה כאשר היא ממצא מבודד או כאשר יש מומים
11 נלווים. בדיקה כרומוזומלית (מי שפיר/קריוטיפ) מומלצת רק במקרים בהם יש
12 מומים נלווים.

13 הפרוגנוזה של המקרים בהם יש SUA כממצא בודד היא מצוינת.
14 ...פרופ' שנקר מתווה בחוות דעתו את דרך ניהול המקרים עם SUA... לדבריו,
15 יש צורך בהפניה ליעוץ גנטי וחובה להתמקד בחיפוש מומים באולטרסאונד. ואכן
16 על רקע הממצא של SUA (שני כלי דם בחבל הטבור) [התובעת] הופנתה ליעוץ
17 גנטי. כפי שצוטט לעיל, ביעוץ הגנטי שבוצע על ידי ד"ר גלסנר בקופ"ח ביום
18 5.2.09 ניתן לאשה הסבר מפורט למשמעות של הממצא והאם הופנתה לאקו לב
19 עובר בביה"ח איכילוב ולסקירת מערכות מורחבת בביה"ח איכילוב. זה בדיוק
20 מה שצריך היה לעשות במקרה זה!

21 פרופ' שנקר מבקר את העובדה שלא בוצע במקרה זה בירור כרומוזומלי. זוהי
22 ביקורת שגויה... לא מפנים לדיקור מי שפיר על רק שני כלי דם בחבל הטבור
23 כממצא בודד כפי שהיה במקרה זה ביום 5.2.09 המועד בו היתה האם ביעוץ גנטי
24 בקופה.

25 עד שהופיע ריבוי מי השפיר ובעקבות זאת נמצאה בסונר אטרזיה של הושט, לא
26 נמצאו בסקירות ובאקו לב כל מומים. לכן ההתייחסות ביעוץ הגנטי היתה כאל
27 isolated SUA על פי הספרות הרפואית, אין במקרים אלה הצדקה להמליץ
28 על דיקור מי שפיר ולסכן בכך את ההריון, לאור העובדה שאין במקרים אלה
29 סיכון מוגבר לאברציה כרומוזומלית.

30 בהמשך, הופנתה האם לסקירה מכוונת באיכילוב, על רקע ריבוי מי שפיר.
31 בסקירה המכוונת לא הודגמה קיבה והושט הודגם עד לגובה החוליה T3. לאחר
32 שנתגלה המום העוברי, הופנתה היולדת בצדק, ליעוץ גנטי חוזר שבוצע
33 באיכילוב. במסגרת יעוץ זה עלתה האפשרות שמדובר ב-VACTERL ואז גם
34 ניתנה המלצה לבדיקת קריוטיפ של העובר. אלא שגב'... החליטה בכל מקרה
35 ללדת את התינוק.

36 חשוב להדגיש שמכיוון שאין מדובר בתסמונת גנטית-כרומוזומלית, כל הדין
37 לגבי הצורך לבצע ברוור כרומוזומלי הוא תיאורטי, שהרי בדיקה זו, אילו היתה
38 מתבצעת תוצאותיה היו תקינות ולא משפיעות על גורל ההריון."

39
40 39. נבחן תחילה עובדתית מה בוצע לתובעת במהלך ההריון עפ"י חומר הראיות שצרפו

41 הצדדים לתיק והאם התנהלות זו תואמת את עמדת מומחי הצדדים לאופן ההתנהלות
42 הראוי בנסיבות. עוד נבחן מה הוסבר להורים ע"י הצוותים הרפואיים, האם ההסבר היה
43 מספק ומה הבינו ממנו ההורים.

44 א. 21.1.2009 – שבוע 15 להריון - עוברת האם סקירת מערכות מוקדמת ע"י ד"ר אשכנזי

45 מיכאל. מתברר כי לעובר 2 כלי דם בחבל הטבור במקום שלושה (עורק טבורי יחיד).

46 בסיכום הדו"ח מצוין ד"ר אשכנזי כך:

47 "ביומטריה תואמת את גיל ההריון. נצפו שני כלי-דם בחבל הטבור מומלץ:
48 יעוץ גנטי, אקו לב עובר ומעקב גדילה. מאחר ו 10%-15% מן המומים שניתנים
49 לזיהוי באולטרסאונד מופיעים רק בגיל הריון מאוחר יותר, הסקירה המאוחרת
50 נחשבת לחלק בלתי נפרד מסקירת מערכות מלאה" (עמ' 22 לראיות הנתבעת
51 (1).

- ב. 26.1.2009 – שבוע 16 להריון - מבקרת התובעת אצל ד"ר אליאס דוד, רופא נשים מטעם הנתבעת 1, המציין ברשומה הרפואית כי "סקירה מוקדמת מדגים שני כלי דם טבוריים". באותו מעמד מופנית התובעת לביצוע בדיקות מעבדה; בדיקות לב, דם ותבחין משולש בשבוע 17-18; מופנית ליעוץ גנטי אצל האחות בנטקה; ומופנית ליעוץ גנטי אצל ד"ר גלסנר (עמ' 24 לראיות הנתבעת 1).
- ג. 5.2.2009 – שבוע 17 להריון - פונה התובעת לד"ר מתי גלסנר, מומחה לגנטיקה מטעם הנתבעת 1. הרשומה הרפואית מציינת כך (עמ' 29 לראיות הנ/1):
1. ממצא של 2 כלי דם בחבל טבור, מעלה סיכון למום מבני בעובר – בעיקר לב וכליות. מופנית לסקירה מורחבת ולבדיקות אקו לב עובר.
 2. הממצא מעלה סיכון לתסמונת דאון בפקטור של 2.5-2.x. לאור תשובת הסיכון המשוקלל בסקר שליש ראשון, אין הצדקה אובייקטיבית לדיקור מי שפיר נמתין להחלטה סופית לתשובת ה'חלבון העוברי'.
 3. ניתן לשלול נשאות ל:
 - מומלץ: X שביר, ציסטיק פיברוזיס, SMA
 - קיים: קונקסין (חרשות).
 4. במקרה של בדיקה לא תקינה תשוב ליעוץ"
- ד. 11.3.2009 – שבוע 23 להריון - ביצעה התובעת בדיקת אקו לב עובר ע"י ד"ר שמואל דיאמנט באיכילוב, בדיקה שהייתה תקינה וציינה "לא נראתה הפרעה במבנה או בתפקוד". (עמ' 34 לראיות הנ/1)
- ה. 18.3.2009 – שבוע 24 להריון – מבצעת התובעת סקירת מערכות מורחבת בבית החולים וולפסון ע"י ד"ר בר חוה איתי שפוענחה כתקינה למעט 2 כלי הדם בחבל הטבור ("חסר של העורק הטבורי השמאלי") וכן צוין כי "כמות מי השפיר: תקינה". (עמ' 39-40 לראיות הנ/1).
- ו. 27.4.2009 – שבוע 29 להריון – התובעת מגיעה לבדיקה אצל ד"ר אליאס בשל כאבי בטן. היא מופנית לחדר מיון לביצוע ניטור. התובעת מגיעה לביה"ח איכילוב ומבצעת בדיקת אולטרסאונד שהייתה תקינה. הרשומה הרפואית מציינת בין היתר "סונר...כמות מים תקינה". (עמ' 45 לראיות הנ/1).
- ז. 6.5.2009 – שבוע 30+2 – שבה התובעת לד"ר אליאס שהפנה אותה בשנית לביצוע בדיקת אולטרסאונד נשים לשם מעקב הריון ולאחות וציין אבחנה של "normal pregnancy". (עמ' 47 לראיות הנ/1).
- ח. 17.5.2009 – שבוע 31+6 – ביצעה התובעת בדיקת אולטרסאונד טרימסטר שלישי שהדגימה לראשונה ריבוי מי שפיר והרשומה הרפואית מציינת "מי שפיר: 27 AFI ס"מ (25-5) כמות מי שפיר: רושם לריבוי" (עמ' 49 לראיות הנ/1).
- ט. 18.5.2009 – שבוע 32 – שבה התובעת לביקור אצל ד"ר אליאס שציין בפניה את ממצא ריבוי מי השפיר ואת הראש הגדול בשבועיים. התובעת הופנתה לביצוע העמסת סוכר מלאה, ולסקירה מכוונת כמו גם לבדיקות מעבדה (עמ' 51-52 לראיות הנ/1).
- י. 27.5.2009 – שבוע 33.3 – מבצעת התובעת סקירת מערכות מכוונת בביה"ח איכילוב כשאז מבחינים בבעיה מבנית בוושט העובר. הרשומה הרפואית שנרשמה ע"י ד"ר נגר מציינת כך:

1 "בת 25 הריון 4 לידה שלישית. הריון ספונטני. נשלחה לבדיקה
2 למרפאה בסיכון גבוה עקב מומים. ב-US נמצא ריבוי מי שפיר בשבוע
3 33. בבדיקה ב-US עוברי אצלנו קיים ריבוי מי שפיר. משקל התינוק
4 מותאם לגילו. בנוסף לא הודגמה קיבה והושט הודגמה עד גובה החזה
5 T3. הממצא מתאים לאטמות ושט עם או בלי פיסטולה לקנה. הוסבר
6 לאם שיתכן שהממצא יכול להשתנות לגבי הדגמת הקיבה שכן אטמות
7 הושט ע"י נצור לקנה ובלי נצור הינם מצבים טיפוליים שונים. כמו כן
8 הוסבר לה שכרגע לא ניתן לדעת באם קיימת אטמות נוספת כגון של
9 תריסריון. לאור הממצא הנוכחי ולאור העובדה שזו בדיקה יחידה אצלנו
10 הוזמנה ל US חוזר בעוד שבוע ונשלחה ליעוץ גנטי. לציון שאקו לב עובר
11 תקין. ההחלטות הניתוחיות לסוגן ייקבעו לאחר לידת התינוק".

12
13 יא. 4.6.2009 – שבוע 3+34 – נעשתה בדיקת U.S. נוספת בביה"ח בה נצפתה בועית קיבה
14 קטנה.

15 יב. 7.6.2009 – שבוע 35 – מבקרת התובעת אצל ד"ר אליאס המציין ברשומה הרפואית
16 "במעקב בליס בגלל חשד לאטרזיה ושטית עם נצור לקנה ושני כלי דם טבוריים..."
17 (עמ' 52 לראיות הנ/1).

18 יג. 8.6.2009 – שבוע 35 – חוזרת התובעת למומחה הגנטיקה של הנתבעת 1 ד"ר מתי גלסנר
19 המסביר את הממצא לתובעת ומפנה אותה ליעוץ גנטי לפני דיקור (עמ' 63-62 לראיות
20 הנ/1):

- 21 1. אי הדגמת הקיבה מחשידה ליצירה לא שלמה של הושט (esophageal
- 22 atresia). לעתים יש פיסטולה טרכאואסופג'אלית המאפשרת מעבר נוזל מועט
- 23 לקיבה ריבוי מי שפיר תואם אפשרות שכזו.
- 24 2. בעיה זו יכולה להיות מבודדת ואז יש צורך בהתערבות ניתוחית לאחר הלידה
- 25 (לעיתים אחת ולעיתים יותר – קיבלה יעוץ בנושא זה).
- 26 3. הממצא עלול להיות חלק מתסמונת מורכבת יותר למשל VATER
- 27 VACTERL בתסמונות אלו יש מעורבות מערכות נוספות (כמו כליות, לב,
- 28 בעיות אחרות במערכת העיכול, ע"ש). בשתי תסמונות אלו הפרוגנוזה של
- 29 העובר אם אלו הבעיות היחידות טובה ולרוב אין פגיעה קוגניטיבית (כמו פיגור
- 30 שכלי).
- 31 קיימות תסמונות נוספות שעלולות להיות קשורות לממצא זה. תוספת הסיכון
- 32 לבעיה חמורה יותר בעובר היא כ 5-10%.
- 33 4. מומלץ לשלול בעיה כרומוזומלית בעובר ע"י דיקור מי שפיר מאוחר. מופנית
- 34 למכון הגנטי באיכילוב בהקדם לתכנון הפעולה. מימון הבדיקה – משרד
- 35 הבריאות.
- 36 5. קיימת אפשרות לבדיקת חסרים מזעריים בכרומוזומים בחו"ל. בדיקה
- 37 זו מקטינה סיכון לתסמונות גנטיות הקשורות לחסרים שכאלו.
- 38 6. במקרה של בדיקה לא תקינה תשוב ליעוץ".
- 39

40 יד. 10.6.09 שבוע 2+35 נערך לתובעים בביה"ח איכילוב יעוץ גנטי ע"י פרופ' יובל ירון וד"ר
41 עדי רכס (ר' נספח ו' לראיות הנתבעת 2). במסגרת היעוץ נסקרו הפעולות הטיפוליות
42 השונות אותן עברה התובעת לאורך ההיריון, לרבות בדיקות סקר גנטיות, סוג דם,
43 שקיפות עורפית, סקירת מערכות מוקדמת, בדיקת סקר שליש שני, יעוץ גנטי שנערך
44 אצל ד"ר גלסנר ב- 5.2.09, אקו לב עובר מ- 11.3.09, סקירת מערכות מורחבת מ-
45 18.3.09 ומעקבי אולטראסאונד, לרבות יעוץ גנטי חוזר מ- 8.6.09 אצל ד"ר גלסנר.
46 בפרק הדיון ובהתייחס לחשד למום בוושט ציינו כי זה יכול וינבע ממספר גורמים, בין
47 כממצא בודד, שאז הפרוגנוזה יחסית טובה ותלויה בצורך וביכולת לתקן את הנדרש
48 ואף צוין כי הסבר מפורט על כך קיבלו מכירורגית ילדים (ד"ר נגר). כמו כן ציינו כי

1 ההפרעה בוושט יכולה להיות חלק מתסמונת גנטית, דהיינו יכולה להופיע "עם מומים
2 נוספים אפילו אם אלו לא נצפו בסונר. יתכנו מומי לב (שנשללו במקרה זה בוודאות
3 גבוהה באקו לב עובר), מומי שלד וכן תיתכן פגיעה שכלית ועוד. במקרה זה תוארו
4 שני כלי דם בחבל הטבור, דבר המגדיר את הסבירות כי לפנינו תסמונת גנטית רב
5 מערכתית. תוארו מספר תסמונות המאופיינות ב- TE-fistula, בין היתר תסמונת
6 VACTERL/VATER, תסמונת CHARGE ועשרות תסמונות גנטיות נדירות
7 אחרות. במקרים כאלה הפרוגנוזה גרועה יותר בנוכחות ממצא מבודד. הפרוגנוזה
8 תלויה גם בממצאים האחרים המאפיינים את התסמונת. נדגיש כי בשלב זה של
9 ההיריון יש קושי להגיע לאבחנה גנטית בשל קוצר הזמן, אך לחלק מהתסמונות
10 קיימת בדיקה גנטית בחו"ל שניתן לבצע... בחלק מהמקרים מומים בוושט ושני כלי
11 דם בחבל טבור מהווים תסמינים של ליקוי כרומוזומי. לכן יש אינדיקציה חד
12 משמעותית לדיקור מי שפיר, גם בשלב מתקדם זה של ההיריון... הפרעה אחרת, שלא
13 זוהתה בסונר ותתברר רק לאחר הלידה". עוד מציינים הגנטיקאים כי "הוסבר
14 (לתובעת) כי בשלב זה ניתן להמשיך בבירור (אם כי חלקי מקוצר הזמן). במידה
15 ותתגלה הפרעה גנטית או כרומוזומית יש אפשרות לפנות לוועדה עליונה בבקשה
16 לבצע הפסקת היריון. לנוכח הסיכון, יש גם אפשרות לפנות לוועדה עליונה כעת.
17 (התובעת) מסרה כי בכל מקרה אין בכוונתה לבצע הפסקת היריון בשלב זה, לא משנה
18 מה יהיו ממצאי הבירור. לפיכך אינה מעוניינת לבצע דיקור מי שפיר. לפיכך הוצע
19 למצער לנסות ולאפיין את הפגם באמצעות MRI בו בזמן לשלול מום מוחי".
20 הומלץ MRI עוברי בדחיפות, מכוון למערכת העיכול ולשלילת מומים נוספים במערכת
21 השלד, הכליות והלב. כמו כן הומלצה בדיקת מי שפיר לכרומוזומים על חשבון משרד
22 הבריאות. בנוסף, ובמידה ומעוניינת בדיקת Qfpcr, בדיקת ARRAY CGH, מי השפיר
23 המבוצעת בחו"ל בתשלום. עוד הומלץ על השלמת בדיקות סקר גנטיות, יעוץ כירורג
24 ילדים עם התוצאות, המשך מעקב אולטרסאונד תוך דגש על מבנה השלד, הפנים, הלוע,
25 האוזניים, האצבעות ומערכת השתן, מראה מערכת העיכול וכמות מי השפיר וכן מעקב
26 אחר תנועות העובר. המשך מעקב היריון בסיכון גבוה ועוד הוסבר כי בכל שלב ניתן
27 לפנות לוועדה עליונה להפסקת היריון והומלץ לה לחזור לייעוץ גנטי חוזר עם התשובות.
28 טו. למרות ההמלצה לביצוע MRI למערכת העיכול, השלד, הכליות, המוח והלב, ביצעה
29 התובעת בדיקה שכזו לשתי מערכות בלבד כמו כן לא ביצעה דיקור מי שפיר. כך גם לא
30 ביצעה בדיקת ציפ גנטי בהול ואף לא ביצעה השלמת בדיקות סקר ולבסוף אף לא פנתה
31 לוועדה עליונה וגם לא שבה לייעוץ גנטי עם התוצאות, למרות שכך הונחתה (ר' חקירת
32 התובעת עמ' 153 שורה 11 עד 154 שורה 19).

33 טז. ביום 11.6.09 ביצעה התובעת בדיקת MRI מוח לעובר בבי"ח שיבא והתוצאות היו
34 תקינות, MRI בטן הדגים קיבה מעט קטנה ולא הודגם קישור ברור בין הוושט לקנה
35 כשצוין שלא ניתן לזהות בבירור פיסטולה. עוד צוין כי בקולון נראתה עמודת מיקוניום
36 שהיא ממצא תקין.

37 יז. 14.6.09 הפנתה התובעת מכתב לד"ר נגר בו ביקשה לדעת מה בעיית הקטין במערכת
38 העיכול לאור ממצאי בדיקת ה-MRI, ואף הוסיפה כי המליצו לה בייעוץ הגנטי לערוך

1 דיקור מי שפיר ובדיקת MRI ולאחר התייעצות עם בעלה החליטה לבצע רק בדיקת MRI
2 לשלילת פיגור שכלי (ר' סעיף 10 לתצהיר ד"ר נגר, נ/4 וכן עמ' 70 לראיות הנתבעת 2).
3 יח. 18.6.09 (שבוע 3+36) ו-30.6.09 מבצעת התובעת בדיקות אולטרסאונד בביה"ח ללא
4 שינוי בממצאים.

5 יט. ביום 29.6.09 שבוע 1+38 שבה התובעת לד"ר אליאס המציין ברשומה הרפואית כי
6 "יעוץ גנטי בגלל היצרות בוושט וחשד לפיסטולה ושט קנה הומלץ על MRI עובר
7 שנמצא תקין מלבד פאוז' ושטי ולא הודגם בבירור פיסטולה, דיקור מי שפיר לא
8 מעוניינת לבצע" (ר' סעיף 19 לתצהיר ד"ר אליאס, נ/2 ונספחים 13 ו-14 לתצהירו).

9 כ. ביום 2.7.09 נולד הקטין ומיד בסמוך לאחר לידתו אובחנו מומים ובהם איטמות הושט
10 בחלקו העליון (אטרזיה) וחיבור (פיסטולה) בין קנה הנשימה לחלקו התחתון של הושט,
11 איטמות (אטרזיה) של פי הטבעת, הרחבה של 5 מ"מ של התעלה המרכזית של חוט
12 השדרה בקצהו התחתון (סירינגומיאליה) ופתח פיזיולוגי קטן בין עליות הלב (PFO).
13 בבדיקת U.S. כליות דרכי שתן הודגמה הרחבה קלה ודו צדדי של אגני הכליה (ר' חו"ד
14 פרופ' פרידמן) והקטין אובחן כסובל מהתסמונת בשל צירוף המומים.

ממצא של עורק טבורי יחיד - מה המשמעות הטיפולית?

17 40. תחילה יצוין כי אין חולק בין הצדדים כי כבר בשבוע 2+15 התגלה עורק טבורי יחיד. עוד
18 אין חולק, כי מיד בסמוך לאחר מכן הופנו ההורים ליעוץ גנטי ע"י ד"ר אליאס. ביעוץ
19 הוסברה להם המשמעות של הממצא והם נשלחו לביצוע אקו לב עוברי וסקירת מערכות
20 מורחבת בבי"ח. בכך, ובשלב זה של המעקב, אין ספק בעיני כי הנתבעת 1 פעלה כנדרש
21 וכמצופה ממנה כפי שיובהר להלן (ר' לעניין זה גם חווה"ד פרופ' פייגין עמ' 8 בפרק "ניהול
22 המקרים").

23 41. עוד אין חולק בין הצדדים, כי ממצא של עורק טבורי יחיד הינו ממצא שכיח וברוב
24 המקרים בסופו של יום הוא אינו מלווה במומים. כך סבר פרופ' שנקר כי ממצא שכיח
25 זה מופיע ב-1% של הלידות (ר' עדותו עמ' 12 ש' 22-21) כן ראו עדות ד"ר רמאדן (עמ' 96
26 ש' 17) ועדות פרופ' פרידמן (עמ' 372 ש' 8-7).

27 42. השאלה אותה יש לשאול תחילה הינה, האם עורק טבורי יחיד משמעותו המידית הינה
28 חשד לתסמונת? התשובה, כך נראה, שלילית. הסביר פרופ' פרידמן בחוות דעתו בעמ' 9
29 כי "מכיוון ששכיחות של עורק טבורי יחיד היא 1/100 ושכיחות תסמונת VACTERL
30 קטנה מ-1/10,000, הסיכוי שחולה עם עורק טבורי יחיד יסבול מהתסמונת קטן
31 בהרבה מ-1%". כך גם אומר פרופ' פייגין כי "אי אפשר לומר שמי שראה שני כלי דם
32 בחבל הטבור חושב על וקטר" (עמ' 207 ש' 26), אלא אומר "בוא נראה אם יש עוד משהו"
33 (עמ' 208 ש' 2) ואף מוסיף בהמשך "אין כזה דבר שאישה באה עם 2 כלי דם בחבל הטבור
34 וחושבים ישר על וקטר מה שברור שמגיעה אישה עם 2 כלי דם יש לה אבחנה של 2 כלי
35 דם בחבל הטבור. זו כל האבחנה שיש לה מהנקודה הזו צריך להרחיב הבירור... " (עמ'
36 214 ש' 15-12). יש "רשימה של 20 וכמה או 30 סינדרומים שקשורים עם כלי דם אחד
37 בחבל הטבור. זה אחד מהרשימה... בפרק הזה שאת ציינת אין את המילה VACTERL...
38 " (עמ' 215 ש' 15-11). גם ד"ר גלסנר העיד כי מאד נדיר שוקטר בא עם 2 כלי דם (עמ')

1 303 ש' 1 ושי' 5) וכי קיומם של 2 כלי דם לא מחשיד לתסמונת וקטר (עמ' 320 ש' 10-13).
 2 אין באמור לעיל כדי לומר שוקטר הינו בלתי אפשרי בנסיבות שכאלה, אלא כי הסיכויים
 3 שהתסמונת תתרחש דווקא בנוכחות שני כלי דם בלבד באופן יחסי אינם גבוהים, וכי
 4 יתכנו מחלות אחרות הקשורות דווקא בכך.
 5 43. מה אם כן הטיפול הנכון לתובעת במקרה של עורק טבורי יחיד? טענה התביעה כי
 6 בנסיבות של עורק טבורי יחיד היה מקום להפנות את האם לסקירת מערכות
 7 מכוונת/מדוקדקת לוקטר, אלא שנראה על פניו כי טענה זו אינה מוכחת שכן לא קיימת
 8 סקירה מכוונת וקטר אלא סקירת מערכות מורחבת וזו אמנם בוצעה לתובעת בב"ח
 9 וולפסון ונמצאה תקינה. גם פרופ' שנקר מטעם התביעה מאשר כי בנסיבות של עורק
 10 טבורי יחיד מן הראוי לשלול קיומם של מומים נוספים על דרך של סקירת מערכות (עמ'
 11 15 ש' 4) ואקו לב עובר (עמ' 15 ש' 5) וכשנשאל איזו סקירה היה מבצע בנסיבות שכאלה,
 12 השיב "סקירת מערכות ... על ידי אדם שהוא סופר מומחה" (עמ' 16 ש' 16). כשנשאל
 13 האם בפועל לא בוצעה סקירה שכזו השיב "בפועל נעשתה סקירת מערכות אבל לא
 14 חיפשו את כל האפשרויות שכתובות בספרות רפואית אם יש לך, לא חיפשו או יותר נכון
 15 לא מצאו או לא בדקו את זה בצורה מספקת טובה שאיתם מופיע" (עמ' 17 ש' 4-6). מכאן
 16 שאין לפרופ' שנקר כל ביקורת בדבר הסקירה שבוצעה אלא רק כי היה צריך לבצע
 17 "סופר מומחה" ולכן הינו למעשה טוען כלפי טיב סקירת המערכות שבוצעה בב"ח
 18 וולפסון, אלא שביה"ח וולפסון לא שותף לתביעה שהגישו התובעים.
 19 44. התביעה אף מתבססת על חוות דעתו של ד"ר רמדאן שלמרבה הצער התקשיתי לקבוע
 20 ממצאים על פיה. חוה"ד לא היתה מבוססת על ספרות רפואית באופן מובהק. כך למשל
 21 נשאל ד"ר רמדאן מה הבירור הנדרש בהינתן עורק טבורי יחיד השיב "סקירת מערכות
 22 מורחבת, מכוונת, קפדנית, דחופה ולחזור על זה. זה לא סתם סקירת מערכות" (עמ' 99
 23 ש' 12-13) ואף הוסיף "מתוך כך שזה קשור לוקטר בעדיפות ראשונה... " (עמ' 99 ש'
 24 17). אלא שלמרות אמירות ברורות אלה, לא השכיל ד"ר רמדאן להציג ולו מאמר אחד
 25 או ספרות רפואית אחת שתמוך באמירה זו וכשנשאל על כך השיב "את רוצה מאמר
 26 שאומר את המשפט הזה? אין" (עמ' 100 ש' 5). ובהמשך, "אין, אני לא יכול להראות לך,
 27 אין" (עמ' 100 ש' 19) ובהמשך "אף אחד לא כותב את זה. המאמרים שאני מצביע עליהם
 28 כותבים שצריך לשלול מלפורמציות אצל העובר" (עמ' 100 ש' 21-22) וכשנשאל במפורש
 29 "ש. אני רוצה את הסעיף בספרות שמדבר על כל הסקירות האלה שמנית עכשיו. ת. את
 30 לא תמצאי את המשפט הזה מתורגם 100 אחוז..." (עמ' 101 ש' 19). בהמשך ניסה ד"ר
 31 רמדאן לטעון כי יש צורך בבדיקת U.S. תלת ממדי לשלילת מומים (עמ' 101 ש' 6), אך
 32 אישר בסמוך כי אינו מבצע סקירות מערכות בהיריון ומשהוצג לו נייר העמדה של איגוד
 33 המיילדות והגניקולוגיה שדן ב-U.S. מיילדותי המציין "בדיקת U.S. במיילדות תלת
 34 מימד לא הוכחה כמשמעותית", ביקש ד"ר רמדאן דווקא להמעיט מחשיבות נייר
 35 העמדה וציין כי רופא צריך לחשוב מחוץ לקופסה (עמ' 102 מול 14) וזאת למרות שהוא
 36 עצמו אינו מבצע בדיקות שכאלה ואינו בקי בפרקטיקה שלהן. מכל מקום כשהתבקשת
 37 להציג ספרות לתזות שלו השיב "לא. אני לא יכול להראות" (עמ' 103 מול 19). מכאן
 38 כאמור התקשיתי לתת משקל לחוות דעת ד"ר רמדאן בכל הקשור עם סוגי הבדיקות
 39 אותן יש לבצע במקרה של עורק טבורי יחיד.

45. מעבר לאמור, מן הראוי לציין כי למרות הטענות כלפי סקירת המערכות המורחבת
בוולפסון, שאין כאמור מקום לקבלן בהעדר תביעה כלפי ביה"ח ובהעדר הוכחה כי הן
לא בוצעו כשורה כפי שיובהר להלן, מוסר פרופ' פרידמן כי במסגרת סקירת המערכות
לא נבדק הוושט וכאשר נצפית בוועית קיבה המשמעות היא שיש וושט, כפי שציין פרופ'
גלסנר "יש לי קיבה ואני יודע שיש לי וושט" (עמ' 304 ש' 7), ופרופ' פרידמן ציין שאת
ליקויי הושט רואים רק בעקיפין "כשרואים שיש ריבוי מים וחוסר בועת קיבה" (עמ'
377 ש' 22-23). גם ד"ר גלסנר אישר כי בסקירת המערכות לא בודקים את הושט וכי
ברגע שרואים בוועית קיבה, יודעים שיש וושט (עמ' 304 ש' 4-3).
46. פרופ' פייגין גם הבהיר במפורש כי "אין סקירה לוקטר" (עמ' 213 ש' 3) וכן "אין כזה
מושג כלל" (מול שורה 9) ומעולם גם "לא הפניתי אישה לסקירת וקטר" (שורה 15). עוד
הוסיף כי הסקירה המורחבת שבוצעה לאם בשבוע 23 בבי"ח וולפסון היא סקירת
מערכות מורחבת מצוינת ואין מונח כזה בארץ מדוקדקת (עמ' 216 ש' 17-19).
- גם פרופ' פרידמן סבר כי "אין בדיקה מכוונת לוקטר. וקטר זה לא האפשרות היחידה"
(עמ' 373 ש' 22). מכל מקום, סקירה מכוונת מבוצעת כשידוע על מום באיבר מסוים ואז
סוקרים את אותו איבר, בעוד שד"ר גלסנר ביקש לבצע סקירה מורחבת לכל האיברים
וזו הסקירה אותה יש לבצע במקרה של עורק טבורי יחיד (עמ' 303 ש' 17-22).
- מעבר למומחים אלה, גם רופא הנשים של הקופה שביצע לתובעת מעקב היריון, ד"ר
אליאס, העיד כי במקרה של עורק טבורי יחיד מופנית האישה לסקירה מורחבת לשלילת
מומים בדיוק כמו שנעשה במקרה זה (עמ' 284 ש' 4-2 וכן 6-7), וכך אף סבר ד"ר גלסנר
(עמ' 303 ש' 17-21).
47. מהאמור לעיל עולה כי יש לקבל את עמדת הנתבעות, לפיה הבדיקות אליהם הופנתה
התובעת, היינו סקירת מערכות מורחבת ואקו לב עובר מרגע גילוי העורק הטבורי היחיד,
הינם הטיפול הראוי, בהעדר הוכחה אחרת, ומאידך התובעת לא הוכיחה כי יש לבצע
סקירה אחרת מסקירת המערכות המורחבת ואקו לב עובר אליו הופנתה האם, ואותם
כאמור ביצעה. לפיכך, אין מנוס מלקבוע, כפי המצוין לעיל, כי יש בכך כדי להעמיד את
עמדת התביעה בעניין זה בקושי ניכר.
- עוד נוסף ונאמר כי הגילוי בדבר היות דבר מה שאינו כשורה ויכול להיות קשור
לתסמונת – ריבוי מי שפיר - התברר רק בשבוע 31.6. אין חולק כי האם נבדקה עוד קודם
לכן בשבועות 29 ו-30 ללא שנתגלה דבר חריג. הלידה עצמה התרחשה בשבוע 38, היינו
בתוך שישה וחצי שבועות לערך, במסגרתם בוצעו בירורים רבים והתברר באופן מובהק
כי לעובר בעיות מבניות המצדיקות סיום ההיריון, אלא שההורים, כפי שעוד יפורט להלן,
בחרו שלא לסיימו למרות העובדה ולפיה לו חפצו לסיימו לא הייתה כל בעיה לקבל
אישור הוועדה העליונה.
48. בפועל, התובעים הופנו לבדיקות נוספות רבות לאחר שנושא הבעיות מהן סובל הקטין
הפכו להיות ברורות יותר לאחר גילוי כמות רבה של מי שפיר, אלא שהתובעים לא ביצעו,
למרות הפניית רופאי הנתבעת 2, בדיקות MRI למערכת השלד, הכליות והלב כך גם לא
ביצעו דיקור מי שפיר, עוד לא השלימו את בדיקות הסקר הגנטי, לא המשיכו במעקב
המרפאה להריון בסיכון גבוה ולא שבו למכון הגנטי לייעוץ גנטי חוזר עם תשובות ה-
MRI ולבסוף לא פנו, למרות שידעו על האפשרות, לוועדה להפסקת הריון. בכך הכשילו

1 התובעים עצמם את הפסקת ההיריון למרות שלו בצעו את המבוקש מהם יכלו להגיע
2 למסקנה הרבה יותר ברורה באשר להיקף התסמונת אצל הקטין.
3 49. טענת התביעה כאילו התובעים לא קיבלו מלוא ההסברים מהם יכלו להבין מול מה הם
4 עומדים אינה יכולה לעמוד באשר בייעוץ הגנטי שניתן להם קיבלו התובעים הסברים
5 ממצים, במיוחד בייעוץ שניתן בביה"ח איכילוב, וקשה להתעלם מהכתוב בדו"ח הייעוץ,
6 למרות דברי האם הן בתצהירה והן בעדותה ביהמ"ש, כי הדברים לא הובנו כהווייתם.
7 הסביר זאת פרופ' ירון ברחל ביתך הקטנה ומצאתי לתן אמון בגרסתו ולפיה המפגש עם
8 האישה ערך מעבר לשעה (עמ' 410 מול 3-6 וכן 24-25), במסגרת פגישת הייעוץ הסביר
9 פרופ' ירון לאשה את הדברים היטב ובצורה ברורה כפי המוסבר ל"אנשים רגילים" (עמ'
10 412 מול 10-15). עוד הסביר כי המשך מעקב ההיריון הופסק למעשה ע"י האישה שלא
11 שבה עם תוצאות הבדיקות להמשך המעקב בביה"ח לאחר הייעוץ שקיבלה (ר' עמ' 414
12 מול 8-9), כך גם מציין כי האישה הבינה את הנאמר לה וסירבה לבצע חלק מהבדיקות
13 כמו גם דיקור מי שפיר ואף בחרה במפורש שלא להפסיק את ההיריון בשלב זה (עמ' 419
14 ש' 4 עד עמ' 420 ש' 14; וכן עמ' 427 מול 11-20), כאשר היא בעצמה משיקוליה שלה
15 בחרה שלא לבצע את שהומלץ לה (עמ' 420 מול 13-15 שם אומר פרופ' ירון: "ברור שהיא
16 לא עשתה את כל ההמלצות שהמלצתי, נכון? זה מובן. אז היא בחרה לעשות מקצתן").
17 עוד מסביר פרופ' ירון כי התובעת לא שבה לייעוץ חוזר עם התוצאות מה שמתיישב היטב
18 עם מה שאמרה לו כי אין בדעתה לבצע הפסקת היריון. אשר לטענה כי היה מקום לחפש
19 את האישה ולברר מה עם תוצאות הבדיקות והחזרה לייעוץ גנטי השיב פרופ' ירון כי
20 האישה הוזמנה לשוב ולא שבה (עמ' 435 מול 19-23 שם מציין "האישה הייתה נחרצת
21 בדעתה ולכן תיעדתי את זה. אני הרי לא כותב את זה באופן שיגרתי. האישה הייתה
22 נחרצת בדעתה שהיא לא רוצה לעשות דיקור מי שפיר. עכשיו היא הוזמנה לבוא אלינו.
23 מדוע היא לא שבה? פה אפשר לעשות כל מיני ספקולציות, אבל היא לא שבה אלי").
24 גם פרופ' פרידמן סבר במסגרת חווה"ד כי הייעוץ הגנטי שניתן לאשה היה מיטבי (נספח
25 16 לתיק מוצגי הנתבעת 2), כי הוסבר לה בפני מה היא עומדת לרבות התסמונת,
26 והאפשרות לפנות ולהפסיק את ההיריון (ר' חווה"ד). בחקירתו הוסיף פרופ' פרידמן כי
27 האישה הוזמנה לשוב לייעוץ הגנטי עם תוצאות הבדיקות ולא שבה (עמ' 346 מול 13-14
28 ועוד), הבהיר כי האפשרויות השונות למומים הוסברו לאישה (עמ' 350 מול 20 שם מציין
29 "זה הוצג לה באבחנה המבדלת ונאמר לה בפירוש ברחל בתך הקטנה שיכול להיות
30 פיגור שכלי, שיכול להיות ליקוי כרומוזומי..."), ציין כי הוצע לאשה ביצוע דיקור מי
31 שפיר אותו בחרה שלא לבצע (עמ' 365 מול 23; 367 מול 1-4), ציין כי הוצע לה להפסיק
32 ההיריון אך התובעת בחרה שלא לבצע (עמ' 375 מול 3-4) ועובדה היא שלא שבה לייעוץ
33 הגנטי באופן המלמד על כך שלא רצתה להפסיק את ההיריון כפי שציינה בפני פרופ' ירון.
34 כך גם מופיע במכתבה של התובעת לד"ר נגר לפיו החליטה לשלול פיגור שכלי בלבד
35 ולדעת מה הבעיה המרכזית במערכת העיכול של העובר ומה שהוסכם היה להמתין
36 ללידה על מנת לנתח לפי מצב המום.

37
38

האם ניתן היה לזהות התסמונת באמצעים אחרים בשלב מוקדם יותר?

50. גם בנושא זה הדין עם הנתבעים. עפ"י חומר הראיות אותו הציגו הצדדים לא ניתן היה לגלות אצל הקטין את המומים בשלבים מוקדמים יותר של ההיריון כאשר גילוי ריבוי מי שפיר, שהיה בו כדי להדליק את הנורה האדומה למומים במהלך ההיריון של הקטין, התגלה רק בשבוע 31.6 כשקודם לכן בסקירת מערכות מורחבת משבוע 23 לא התגלה דבר. כמות מי השפיר אם כן קודם לכן הייתה תקינה.

51. ריבוי מי השפיר מקורם ב"כיס" – פאוץ', המופיע בחלק העליון של הושט המתפתח בהדרגה בעקבות חסימה ולא היה קיים בשלב בו בוצעה בדיקת ה-U.S. הסביר זאת פרופ' פרידמן בעדותו "והפאוץ' הזה מופיע רק בשלהי ההריון. הוא לא מופיע בהתחלה... הפאוץ' הזה צריך לחפש אותו באופן מיוחד, אבל רואים אותו רק בשלהי ההריון. רק בשלב שהמום כבר מתקדם. כשיש בדרך כלל ריבוי מאד גדול של מי שפיר ואז נוצר כנראה לחץ שגורם לו להופיע" (עמ' 379 ש' 26-22). מכאן, שבשלבים מוקדמים של ההיריון לא ניתן היה לגלות את התסמונת והסברים אודות האפשרויות לגילוי מוקדם יותר באמצעים הקיימים בתקופה הרלוונטית לא הוצגו לביהמ"ש.

52. יאמר עוד, כי מצב זה של עורק טבורי יחיד כממצא בודד ללא מומים נלווים אינו מהווה סיכון מוגבר לבעיה בעובר והפרוגנוזה לעוברים שכאלה הינה טובה (ר' פרופ' פרידמן בחוות דעתו, עמ' 14 לתיק מוצגי הנתבעת 2 וכן בעדותו של ד"ר גלסנר, שם מציין כי הסיכוי לעורק טבורי יחיד ביחד עם התסמונת הינו 1 ל-50,000 - עמ' 303 מול 2) ומכאן גם שאין סיכון מוגבר לליקויים כרומוזומים בהעדר מומים נלווים. גם פרופ' שנקר הסכים לכך שעוברים בעלי עורק טבורי יחיד ללא ממצאים נוספים הינם בעלי פרוגנוזה טובה (עמ' 28 ש' 6-1), ואף ד"ר רמדאן הסכים לכך (עמ' 99 ש' 8-6).

53. עוד יאמר, כי ממצא של עורק טבורי יחיד ללא ממצאים נוספים, אינו מחייב הפניה לבדיקת מי שפיר כאשר הפניה לבדיקה שכזו לא הייתה מובילה לאבחון התסמונת. ציין פרופ' שנקר בחוות דעתו כי בהינתן שני כלי דם בחבל הטבור, יש להפנות את האישה לבדיקת מי שפיר (עמ' 5 פסקה 3), אלא שבחקירתו הנגדית הוא כבר חוזר בו מכך (ר' עמ' 22 ש' 23) ומשהינו מעומת מול הספרות הרפואית אליה הפנה ולטענתו המצדיקה זאת לכאורה, בעוד שבפועל הספרות קובעת אחרת, השיב "אני לא הסתכלתי אז את שואלת אותי מה הוא כתב"? (עמ' 30 ש' 21). המסקנה המתבקשת הינה, כי אין חובה במקרה של ממצא בודד של עורק טבורי יחיד, כפי שנמצא בסקירת המערכות, להפנות לבדיקת דיקור מי שפיר. מעבר לכך, תסמונת וקטר אינה תסמונת כרומוזומלית ולפיכך בדיקת מי שפיר אינה מסייעת (ר' עדותו של פרופ' פייגין עמ' 306 ש' 20-19) וראה גם הסכמת פרופ' שנקר לכך שלו בוצע דיקור מי שפיר, התוצאות היו תקינות (עמ' 55 ש' 9) וגם ד"ר רמדאן מאשר כי הבדיקה, לו בוצעה, הייתה אמורה להימצא תקינה.

54. מעבר לכל אלה, בשבוע 35 ביעוץ הגנטי שעברה התובעת באיכילוב היא הופנתה לביצוע בדיקת מי שפיר, אך סירבה לבצעה ומכאן גם ניתן להניח כי לא הייתה מסכימה לבצע בדיקה שכזו בתחילת ההיריון.

האם היה מקום להפנות התובעת למרפאה להיריון בסיכון גבוה?

55. כזכור פרופ' שנקר ציין בחוות דעתו כי במקרה של עורק טבורי יחיד יש לבצע מעקב
היריון במרפאה להיריון בסיכון גבוה, אך חזר בו במהלך עדותו וציין כי אין חובה שכזו
ואף הוסיף כי "אם יש רופא טוב לא צריך את הכותרת..." (עמ' 31 ש' 19).
56. מאידך פרופ' פייגין מטעם הנתבעת 1 סבר כי הריונות בהם מאובחן עורק טבורי יחיד
ללא עדות למומים בעובר אינם מנוהלים במסגרת מרפאה להיריון בסיכון וממצא שכזה
אף אינו מצוי ברשימת המצבים המצדיקים הפניה שכזו בחוזר 15/11 של המנהל הכללי
של משרד הבריאות משנת 2011. בעדותו אף הוסיף כי הדבר הנכון שיש לעשותו הינו
הפניית האם לאקו לב עובר ולסקירת מערכות מורחבת. גם אין חובה להפנות במצב
דברים שכזה ליעוץ גנטי (ר' פרופ' פייגין עמ' 209 ש' 5-8).
57. המסקנה הינה כי אין צורך בנסיבות של עורק טבורי יחיד להפנות למעקב במרפאה
בסיכון גבוה.

האם מעקב ההיריון התנהל באופן תקין על ידי הנתבעות?

58. גם בנושא זה מצאתי כי הדין עם הנתבעות. בשבוע 15 התגלה ממצא של עורק טבורי
יחיד שאז האם הופנתה ליעוץ גנטי, אקו לב עובר ומעקב גדילה. הייעוץ הגנטי התבצע
ע"י ד"ר גלסנר 11 ימים לאחר הפניית ד"ר אליאס ובמסגרתו הופנתה התובעת לסקירה
מורחבת ובדיקת אקו לב עובר כנהוג. בדיקת אקו לב עובר נמצאה תקינה וסקירת
המערכות המורחבת שבוצעה בשבוע 23 ע"י ד"ר בר חווה, אף היא הייתה תקינה, לרבות
לעניין כמות מי השפיר ומכאן שבשבוע 23 הממצא של עורק טבורי יחיד הינו ממצא בודד
ובכך הפרוגנוזה תקינה וטובה ומעקב ההיריון ממשיך כסדרו. מודה בכך גם פרופ' שנקר
כשציין כי "הנתונים האלה שהיו באותו רגע אין סיבה להפנות" לוועדה להפסקת ההיריון
(עמ' 46 ש' 1-3). בדיקת כמות מי השפיר ממשיכה להיות תקינה עד השבוע 29 (ר' מכתב
שחרור ממיון מיילדותי, עמ' 45 לתיק מוצגי הנתבעת 1, המציין "כמות מים תקינה").
לראשונה כזכור נתגלה ריבוי מי שפיר בשבוע 31.6, דהיינו כשלושה שבועות לאחר
הבדיקה במיון. על רקע זה התובעת מופנית ע"י ד"ר אליאס לסקירה מכוונת, שאז הועלה
החשד לבעיה בוושט והוסבר לתובעת ע"י צוות ביה"ח איכילוב כיצד לנהוג. בהמשך
המעקב אצל ד"ר אליאס ובשבוע 35 הופנתה התובעת לאיכילוב לסקירה נוספת על רקע
חשד לבעיה בוושט. למחרת (8.6.09) ניתן לתובעת יעוץ גנטי שני ע"י ד"ר גלסנר במסגרתו
הוסברו לה הממצאים שנמצאו בסקירה והסיכונים השונים מהם והיא הופנתה ליעוץ
באיכילוב אצל טובי המומחים בארץ. באותה מסגרת ציין ד"ר גלסנר כך:
- "(א) אי הדגמת הקיבה מחשידה ליצירה לא שלמה של הוושט... לעיתים יש
פיסטולה טרכאואסופג'אלית המאפשרת מעבר נוזל מועט לקיבה. ריבוי מי
השפיר תואם אפשרות שכזו;
(ב) בעיה זו יכולה להיות מבודדת ואז יש צורך בהתערבות ניתוחית לאחר הלידה
(לעיתים אחת ולעיתים יותר...)
(ג) הממצא עלול להיות חלק מתסמונת מורכבת יותר למשל VACTERL, VATER
בתסמונות אלו יש מעורבות מערכות נוספות (כמו כליות, לב, בעיות אחרות
במערכת העיכול, ע"ש). בשתי תסמונות אלו הפרוגנוזה של העובר אם אלו
הבעיות היחידות טובה, ולרוב אין פגיעה קוגניטיבית (כמו פיגור שכלי);
(ד) קיימות תסמונות נוספות שעלולות להיות קשורות לממצא זה. תוספת הסיכון
לבעיה חמורה יותר בעובר היא כ- 5% - 10%.
(ה) מומלץ לשלול בעיה כרומוזומלית בעובר ע"י דיקור מי שפיר מורחב.

1 מופנית למכון הגנטי באיכילוב בהקדם לתכנון הפעולה. מימון הבדיקה – משרד
2 הבריאות;
3 (ו) קיימת אפשרות לבדיקת חוסרים מזעריים בכרומוזומים בחו"ל. בדיקה זו
4 מקטינה סיכון לתסמונות גנטיות הקשורות לחסרים שכאלו. במקרה של בדיקה
5 לא תקינה, תשוב לייעוץ".
6

7 בתוך יומיים פנתה האם לייעוץ גנטי מפורט באיכילוב ולא שבה לד"ר אליאס אלא בשבוע
8 38, היינו כשלושה ימים קודם ללידת הקטין. ד"ר אליאס הסביר כי בכל פעם שהוא מפנה
9 אישה בהיריון לבדיקות הוא מנחה אותה לשוב אליו בתום הבירור ואף ציין כי ייעוץ גנטי
10 ניתן ע"י בר סמכא בתחום (פרופ' יובל ירון).

11 בכל הקשור עם מעקב ההיריון אצל הנתבעת 2 פרטנית הובהר כבר לעיל כי התובעת זכתה
12 למעקב היריון ראוי בין אצל פרופ' ירון ובין אצל ד"ר נגר. מכאן, שלא היתה כל התרשלות
13 במעקב ההיריון אצל שתי הנתבעות.

14 ונזכור, פרקי הזמן בין בדיקה לבדיקה מרגע גילוי הסימפטומים לתסמונת, היו קרובים.
15 ניתנו לתובעים הסברים ראויים ומניחים את הדעת, כאשר פער הזמנים בין הבדיקה
16 האחרונה שהייתה תקינה (שבוע 29) לזו שאחריה שהייתה לא תקינה (שבוע 6+31) הינו
17 בעיני קצר ביותר (כשלושה שבועות). מצב דברים זה גם לא הצדיק מינוי "מנהל מקרה"
18 מאחר שהמקרה מנוהל ע"י רופא הנתבעת 1 ורופא הנתבעת 2 באופן תקין.

19 59. למעשה גם פרופ' שנקר מצטרף לכך שהנתבעת 2 אין מקומה בהליך כשציין ביחס אליה כי
20 "אני לא הכנסתי אותם לסיפור. אני כתבתי את העובדות אבל לא כתבתי שום דבר" (עמ'
21 50 מול 2-1), מכאן שלמעשה אין לו טענה כלפי איכילוב.

22 60. המסקנה המתבקשת מכלל האמור לעיל, הן ביחס לקופה"ח ובוודאי ביחס לאיכילוב הינה,
23 כי מעקב ההיריון נוהל אצלן באופן תקין ומקצועי ועל פי אמות המידה המקובלות בעת
24 הרלוונטית. מכאן שאין בהתנהלותן כל חריגה מנוהל התנהלות סביר בנסיבות ואין לי אלא
25 לקבוע כי לא הייתה כל התרשלות בהתנהלות הנתבעות בעת מעקב ההיריון. יובהר בעניין
26 זה שלא נעלמו מעיני טענות התובעים בסיכומי התשובה לעניין אי ביצוע הבדיקות ע"י
27 התובעים דווקא מחמת העדר הפניה מסודרת מצד הנתבעות ואי הבנה את המבוקש אך לא
28 יכולתי להתעלם מאידך מהעדר הרצון לבצע את כלל המבוקש לנוכח עמדת התובעים כי
29 בשלב זה של ההיריון הם יבדקו פגיעה מוחית ב-MRI ולא יבצעו הפלה אם יתברר כי מוחית
30 אין בעיה ובכל מקרה לא שבו עם התוצאות להמשך הייעוץ מה שמלמד דווקא על העדר
31 הרצון לבצע הפלה.
32

הקשר הסיבתי

34 61. אילו סברתי כי הייתה התרשלות במעקב ההיריון היה מקום לבחון את הקשר הסיבתי בינו
35 לבין הנוזק. כידוע, טענו התובעים כי לו היו מאבחנים את המומים בשלב החיות של העובר,
36 ולו קיבלו הסבר אודות הסיכון המוגבר לקיום מומים נוספים ותסמונות נוספות, הם היו
37 בוחרים בהפסקת ההיריון, אלא שהחשד לקיום התסמונת אובחן בפועל בשבוע 3+33, לאחר
38 שהתובעת מבצעת סקירת מערכות מכוונת בביה"ח איכילוב ומבחינים בבעיה מבנית בוושט
39 העובר, ניתן להורים יעוץ גנטי מפורט בביה"ח איכילוב, הוצגה להם אפשרות לפנות לוועדה
40 להפסקת היריון ואף להפסיק את ההיריון, אך ההורים סרבנו. התובעים אמנם טענו כי לא

1 הסבירו להם מספיק בביה"ח איכילוב אודות האפשרות להפסיק את ההיריון בשלב מתקדם
2 שלו, אך איני מקבל טענה זו. הדברים העולים מהמסמך שבכתב שעניינו הייעוץ הגנטי
3 שנערך באיכילוב הינם פשוטים, ברורים ונהירים. התובעים קיבלו הנחיות לביצוע בדיקות
4 ולשוב חזרה עם תוצאותיהם לבית החולים אך לא ביצעו את הנחיות הצוות הרפואי, לא
5 ביצעו את כל בדיקות ה-MRI אליהן הופנו, לא ביצעו דיקור מי שפיר ואף טרחו לציין ברחל
6 בתך הקטנה ובאופן שאינו משתמע לשתי פנים כי אין בכוונתם להפסיק את ההיריון מכל
7 סיבה שהיא, כעולה מהייעוץ הגנטי וכלשונו: **"(האם) מסרה כי בכל מקרה אין בכוונתה**
8 **לבצע הפסקת היריון בשלב זה, לא משנה מה יהיו ממצאי הבירור"**.
9 במילים אחרות, האם, (ולמעשה שני ההורים) למרות טענותיה עתה במהלך הדיון המשפטי
10 כי לא אמרה דברים אלה (ר' עדותה עמ' 155 מול 15-16), שללה כל קשר סיבתי בין התנהלות
11 הנתבעות לכאורה לאפשרות הפסקת ההיריון, למרות שנמסרה לה בכתובים מלוא
12 האינפורמציה אודות האפשרות לבצע הפסקת היריון גם בשלב זה של הליך ההיריון, אך
13 מרצונה שלה בחרה לוותר על אפשרות זו. אין כל אפשרות להבין את הדברים אחרת. לכך
14 יש להוסיף את העובדה ולפיה כל שעניין את ההורים הינו הבעיה המוחית/שכלית האפשרית
15 שתיגרם לעובר כתוצאה מהתסמונת ולכן הם בחרו לעשות בדיקת MRI לשלילת אפשרות
16 שכזו ולא את כלל בדיקות ה-MRI אליהן הופנו. תימוכין לכך נמצאו בדברי פרופ' שנקר
17 שציין כי ככל ולעובר אין בעיות שכליות לא הייתה מבצעת התובעת הפלה, וכלשונו: **"אם**
18 **אין היא כבר לא מבצעת"** (הפלה) ובמקום אחר **"ברגע שהיא אמרה שהיא לא מוכנה לעשות**
19 **אז בזה נגמר העניין"** (עמ' 49 מול 22).

20 62. המסקנה מהאמור לעיל הינה כי התובעים הופנו לוועדה להפסקת היריון. הוועדה בוודאי
21 הייתה מאשרת את ביצוע ההפלה בשלב זה. ההורים בחרו שלא לבצע ההפלה מסיבותיהם
22 הם שיש להניח כי עניינן העדר פגיעה מוחית לקטין בשל התסמונת. מכאן שהקשר הסיבתי
23 ניתן מקום בו ההורים במודע לא התכוונו לבצע הפסקת היריון.

24
25 **טענות התובעים לנזק ראייתי**

26 63. לטענת התובעים, נגרם להם נזק ראייתי לאחר שלא הופנו לכל הבדיקות הרלוונטיות אלא
27 שכפי שצוין לעיל, הוכח כי התובעים הופנו לכלל הבדיקות הרלוונטיות בעת הרלוונטית,
28 לרבות אקו לב עובר וסקירת מערכות מורחבת ששתיהן יצאו תקינות. כך גם הופנו לאחר
29 שהתברר כי קיים ריבוי מי שפיר לסקירה מכוונת לשלילת מומים על רקע ריבוי מים ולייעוץ
30 גנטי מפורט בבי"ח איכילוב, במסגרתו הוצגה להורים תמונה מלאה אודות מצב העובר
31 והמשך ההיריון ולפיכך לא מצאתי כי הנתבעים גרמו לתובעים נזק ראייתי כלשהו במהלך
32 מעקב ההיריון.

33
34 **פגיעה באוטונומיה**

35 64. טוענים ההורים כי לא ניתן להם הסבר מספק אודות המשמעות הנובעת מעורק טבורי יחיד
36 והתסמונת אלא שהן ד"ר גלסנר והן פרופ' יובל ירון הסבירו הסבר היטב להורים מה
37 המשמעות הנובעת מהמצב הידוע להם באותו שלב בהיריון. ההורים הופנו לסקירת מערכות
38 מורחבת על רקע עורק טבורי יחיד שהתקיימה בוולפסון והייתה תקינה, הוסבר להורים

1 בשבוע 33 אודות ריבוי מי השפיר והצורך בסקירה מכוונת, בוצעה סקירה שהדגימה בעיה
2 בוושט והוסברו לתובעת ממצאיה והשלכותיה על העובר, ניתן ייעוץ גנטי שני ע"י ד"ר גלסנר
3 ולאחריו יעוץ מפורט ע"י מומחי איכילוב (ר' דברי פרופ' ירון בעמ' 410 שם ציין כי המפגש
4 עם התובעת ארך שעה ואף מעבר לכך; כמו כן ר' את איכות ההסבר שנותן פרופ' ירון
5 למטופלת שם מציין "אני חושב שהדברים שנאמרו הם היו גם ברורים וגם מתועדים היטב
6 וגם המקצוע שלי הוא להסביר דברים מסובכים מאוד לאנשים רגילים. לא אגיד לאנשים
7 פשוטים אלא אנשים רגילים. ואני סבור שבמקצועי אני יודע איך לעשות את זה. אני לא
8 זקוק שמישהו יעשה תרגום של הדברים שאני אמרתי, כי אני חושב שהדברים שאני אומר
9 הם דברים ברורים" עמ' 412 מול 10-15; ראו לעניין איכות הייעוץ הגנטי גם חו"ד של פרופ'
10 משה פרידמן נספח ג' עמ' 16 למוצגי הנתבעת 2 שם מציין כי הייעוץ הגנטי אצל הנתבעת 2
11 היה מיטבי; וכן ראו מומחה הנתבעת 1 פרופ' פייגין שאף הוא סבר כי הייעוץ הגנטי שנתן
12 פרופ' ירון היה מפורט – עמ' 274 ש' 15). מכאן שלא נמנע מההורים כל מידע נדרש לקבלת
13 החלטות על החשש לפגיעה באוטונומיה בשל טענה זו.
14 65. המסקנה המתבקשת הינה כי אין לתובעים כל עילת תביעה בנושא זה ודין התביעה בעילה
15 זו להידחות.
16

סוף דבר

17
18 66. דין התביעה להידחות. בנסיבות העניין ורק מחמת הקושי עמו מתמודדים התובעים עם
19 ילדם לא מצאתי לעשות צו להוצאות.
20 67. זכות ערעור לביהמ"ש העליון עפ"י התקנות.
21 68. המזכירות תשלח עותק פסה"ד בדואר לצדדים.
22
23 ניתן היום, א' טבת תשפ"ג, 25 דצמבר 2022, בהעדר הצדדים.
24

25 אליהו בכר, שופט, סגן הנשיא
26
27
28
29