



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

לפני כבוד השופט, סגן הנשיא אליהו בכר

תובעים

1. פלוני – קטין

2. פלונית

שניהם ע"י ב"כ עוה"ד י' ויינברג ו/או לאוניד לנדו

נגד

נתבעת

מדינת ישראל

ע"י ב"כ עוה"ד טל בוקשטיין ממשרד עוה"ד סהר,

סטוביצקי ושות'

פסק דין

1

1. לפני תביעת התובעים לתשלום פיצויים בגין נזקי גוף שנגרמו לתובע 1, יליד 13.8.2015, (להלן גם: "התובע" או "הקטין" או "הניזוק"), במהלך לידתו בשל שיתוק ידו השמאלית (שיתוק ע"ש ארב) וכן עיוות ומגבלה בכתפו שנגרמו לו עקב כליאת הכתף בזמן הלידה, שהינה לטענת התובעים, תוצאה של יילוד התובע בשולפן ריק, מבלי שהתקיימו התנאים הנדרשים לביצוע ילוד באופן זה כאשר הפעולה מבוצעת מגובה אסור של מרכז האגן בלא יכולת לוודא כי התנאים הינם נאותים לביצוע הפעולה אצל האם, התובעת 2 (להלן: "התובעת"), שסבלה באותה עת מהשמנת יתר חולנית והתקיימו אצלה קשיי בדיקה נרתיקיים. עוד נטען, כי ביצוע הלידה בשולפן ריק, כמו גם חילוץ הכתף, התבצעו תוך שימוש בכוח רב מדי שגרם ליילוד לדימומים סאבדורלים במקומות שונים במוח וכן לשבר בזרועו הימנית והכל כאשר בשל משקלה של התובעת והיותה לוקה בסוכרת הריונית נכון היה להימנע מילוד בשולפן ריק. כפועל יוצא, נתבעה הנתבעת, בעלת בית החולים "אסף הרופא" בו נולד התובע, בעילת הרשלנות וכן בשל פגיעה באוטונומיה בהעדר הסכמה מדעת.

15

16

טענות התובעים כעולה מכתב תביעתם

2. לטענת התובעים, בעת הלידה התובעת הינה כבת 33 וזה לה ההיריון השלישי, כאשר הריונה הראשון הסתיים בכריתת חצוצרה ימנית בשל הריון חוץ רחמי, והריונה השני הסתיים בשנת 2013 בלידת שולפן ריק אף היא, כשהתינוק מחולץ בריא ובמשקל 2,920 גרם. במהלך הריונה השלישי, הרלוונטי לדיון דנא, סבלה האם מהשמנת יתר חולנית וסוכרת הריונית,

20



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 אם כי בדיקות סקר גנטיות וסקירות מערכות שעברה נמצאו תקינות. האם באותה עת
2 גובהה 1.70 מ', ומשקלה 139 ק"ג, ולכן בעלת BMI של 48.1 – שמשמעו השמנת יתר חולנית.
- 3 . בתאריך 11.6.15, שבוע הריון 26+4, עמדה הערכת משקל העובר על 1,347 גרם; בתאריך
4 9.7.15, שבוע הריון 32+4, הוערך משקל העובר ב- 2,078 גרם; בתאריך 23.7.15, שבוע הריון
5 34+4, הוערך העובר במשקל 2,585 גרם ובתאריך 6.8.15, שבוע הריון 36+4, הוערך משקל
6 העובר ב- 3,113 גרם.
- 7 . בתאריך 12.8.15 שבוע הריון 37+3 התקבלה האם לחדר המיון המיילדותי בביה"ח בשעה
8 19:26 ונבדקה בשעה 23:10. בבדיקתה צוין כי מדובר באישה בת 33, לקראת לידה שניה,
9 בשבוע 37+3, הלוקה בסוכרת הריונית מקבוצת A1, ולה אנזימי כבד מוגברים וכבד שומני
10 במידה קלה. עוד צוין, כי בהריונה השני לא סבלה מסוכרת וכי יש פרקלמפסיה (רעלת
11 הריון). כן צוין כי הערכת משקל העובר שבוע קודם לכן עמדה על 3,113 גרם.
- 12 . בחדר המיון עקבו אחרי לחצי הדם בשל הפרקלמפסיה אך אלה לא חייבו התערבות. בדיקה
13 נרתיקית מצאה כי צוואר רחם אחורי, עם פתיחה של 1 ס"מ, מחוק 50% וראש העובר 2
14 ס"מ מעל מישור קוצי עצם השת. בדיקת US מצאה כי העובר במצב ראש, שליה אחורית,
15 עם כמות מים תקינה ופרופיל ביופיזיקלי תקין, ניטור דופק עוברי ריאקטיבי ללא צירים
16 והשתן ללא חלבון. בבדיקות מעבדה נמצא ההמוגלובין תקין, אנזימי הכבד מוגברים
17 והטסיות 106,000. סיכום הרופא מעלה כי התקבלה בשבוע 37+3 עם אנזימי כבד מוגברים
18 לקראת לידה שניה, לילוד ע"י בלון לאור פרקלמפסיה טוקסמיה, כי אנזימי הכבד
19 המוגברים התגלו בבדיקה שגרתית בקופ"ח שבועיים קודם לכן, וכי סונר בטן מראה כבד
20 שומני באופן דיפוזי במידה קלה, כיס מרה מכיל אבנים מרובות, טחול מעט מוגדל, לחצי
21 דם בסביבות 130/80 ללא תלונות על רעלת הריון, ללא דימום, צירים או ירידת מים
22 והאישה חשה את תנועות העובר. עוד צוין כי האם בריאה אך בעלת משקל עודף, המוגדר
23 כהשמנת יתר חולנית.
- 24 . בשעה 22:00 הוחדר בלון לנרתיק לצורך גרימת התפתחות הלידה. בשעה 21:23 נרשם כי
25 התובעת 2 התקבלה לילוד בשל פרקלמפסיה וכי הוכנס בלון לרחם להבשלה מכנית של
26 צוואר הרחם ונרשמה תכנית להמשך ניהול הלידה.
- 27 . בשעה 23:35 מציינים הרישומים הרפואיים כי התובעת 2 חוברה למוניטור, הוכנס קטר
28 עם מיכל למדידת כמות השתן, הועמס מגנזיום לאחר הסבר בדבר תופעות הלוואי. הבלון
29 המכני נפלט, הדבר דווח לרופא ונמדד לחץ הדם מעט גבוה ללא תלונות של פרקלמפסיה
30 טוקסמיה. בין השעה 23:35 ועד 09:13 בוצעו כ- 11 רישומים אודות התקדמות הלידה,
31 כאשר התובע נולד בתאריך 13.8.15 בשעה 09:14 לפי אותם הרישומים.
- 32 . בשעה 09:10 כתב ד"ר בצר ש"האם מותשת ולא לוחצת ביעילות בזמן צירים נאנקת
33 מכאבים. נרתיק גמיש, עם רקמות רכות הממלאות בצורה משמעותית את החלל". בשעה



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 09:13 רשמה האחות המיילדת בגיליון כי "ד"ר בצר מבצע שולפן ריק. הזמן רופא ילדים".
2 עוד נרשם בגיליון התקדמות הלידה כי הראש בגובה SP+1, דהיינו 1 ס"מ מתחת לספינות.
3 לטענת התובעים לא ניתן להורים כל הסבר על לידת הוואקום והאב אף התבקש לצאת אל
4 מחוץ לחדר כאשר הרופא הודיע לאם כי הוא מבצע יילוד בוואקום. התינוק נולד ב- 09:14,
5 דהיינו דקה לאחר מכן. בפרק הסיכום כותב הרופא כך:
6 **"הערות:**
- 7 א. עקב תשישות היולדת, העדר שיתוף פעולה הנובע מכאבים עזים בזמן
8 הצירים מסיימים את הלידה בשולפן ריק. היולדת קיבלה הסבר והביעה את
9 הסכמתה לביצוע הפעולה. PV - פתיחה גמורה. ראש בגובה 2+S (2 ס"מ
10 מתחת למישור קוצי עצם השת). במצב LOA (Left Occipito Anterior) -
11 העורף של העובר בהטיה לשמאל ולפנים ביחס לציר קדמי אחורי של אגן
12 האם), בהרדמה אפידורלית הצמדת צלחת מס' 5. העלאת הלחץ בהדרגה ל-
13 0.7 אטמוספירות. ב-3 משיכות סינכרוניות עם צירים, מחלצים את ראש
14 היילוד עד לגובה הסנטר, וכאן מתגלה קושי בחילוץ הכתפיים.
- 15 ב. בשלב הזה מבוצעות נקיטות ע"ש מקרוברטס בלחץ סופרא פובי אשר
16 התועלת בהן חלקית היות והיולדת בעלת עודף משקל ניכר ורקמות רכות
17 החוסמות את הנרתיק בחלקו הפנימי, לכן מבוצע סיבוב הכתפיים בצורת
18 בורג וחילוץ הכתף האחורית במהלכו מאובחן שבר של ההומרוס הימני (עצם
19 הזרוע).
- 20 ג. היילוד נולד במצב טוב, לא בוצעו פולינג פושינג או פיבוטינג".
- 21 9. התובעים ציינו כי למרות המצוין בדבר היותו של הראש בגובה ספינה+2, בפועל היה הראש
22 בגובה ספינה+1 גובה מרכז האגן שהינו גבוה, וממנו אין לבצע יילוד בשולפן ריק. כפועל
23 יוצא המשיכה בשולפן הריק הייתה בהכרח תוך הפעלת כוח רב וסיבוב, פעולות שאין
24 לעשות בילוד בשולפן ריק. בנוסף, לא קיים תיעוד ולפיו נבדק מיקום תפרי הגולגולת ואם
25 אכן מושש הגובה הגרמי של הראש ולא בצקת עורית של הקרקפת (קאפוט). עוד לא צוין
26 איך נקבע גובה החלק הגרמי של הראש ואיך התגברו על החסימה וההטיה של החסימות
27 הרכות בנרתיק לפני ביצוע פעולת הוואקום. בנוסף אין תיעוד לבדיקת מישוש דרך הבטן
28 לצורך הערכת חלק הראש הניתן למישוש דרך הבטן כהערכה לכך שהחלק הרחב של הראש
29 עבר את הספינה.
- 30 10. התובעים מציינת בנוסף כי שולפן הריק התנתק לפחות פעם אחת, אך עובדה זו לא זכתה
31 לתיעוד מתאים. כמו כן הטענה כי לא נעשו "פולינג, פושינג או פיבוטינג", דהיינו משיכה,



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 דחיפה או סיבוב, אינה משקפת את שהתרחש, שכן בפועל בוצעו משיכות חזקות וסיבובים
2 באופן בו אין לבצע יילוד בשולפן ריק.
- 3 11. לאחר הלידה בוצע ליילוד MRI ראש והתברר כי נגרמו לו שני דימומים סאבדורליים בגודל
4 5-6 ס"מ משני צדי הקרקפת בגומה האחורית וכן בגודל 6 ס"מ מצדי המוח הקדמי וזאת
5 כתוצאה מהמשיכות החזקות בעת ביצוע הוואקום. מכך מסיקים התובעים כאמור כי
6 במהלך המשיכות היו התנתקויות של צלחת שולפן הריק וזו הוחזרה למקום אחר בקרקפת,
7 פעולה שלא נרשמה בגיליון.
- 8 12. התינוק נולד כשהוא במשקל 3,950 גרם אפגר 7 דקה ראשונה, אפגר 9 אחרי 5 דקות, PH
9 טבורי 7.26, כאשר במקום נכח גם רופא מרדים. השיליה נפרדה בספונטניות בשלמות,
10 בוצעה תפירת האפיזיוטומיה, כמקובל ע"י ד"ר בצר, אליו הצטרף ד"ר קומיטאיני ובמקום
11 נכחו כמצוין מספר מיילדות בכירות. עוד ציין פרק סיום הלידה ע"י המיילדת כי "הוחלט
12 על ואקום ע"י ד"ר בצר. התינוק הועבר לטיפול רופא ילדים. הוחלט על העברה מהירה
13 לפגייה".
- 14 13. בתמצית בלבד יצוין כי בפגייה נכתב שמדובר ביילוד זכר הגדול לגיל ההיריון שנולד לאם
15 עם סוכרת הריונית, לאחר פרקלמפסיה, השמנת יתר חולנית של האם, כן צוין יילוד קשה
16 ע"י שולפן ריק, צניחה של עפעף שמאל, שבר של זרוע ימנית וחשד לשיתוק ע"ש ארב (ביד
17 שמאל).
- 18 14. לכתב התביעה התובעים צרפו את חו"ד ד"ר מריוס ברגר מתאריך 29.10.20 (ת/א3) מומחה
19 ליילוד ולרפואת נשים וכן מומחה להרדמה וטיפול נמרץ. בהמשך ההליך צורפה לה חו"ד
20 משלימה (ת/ב3) ותוספת לחוה"ד (ת/ג3).
- 21 15. עפ"י חוה"ד המקורית אין לבצע שולפן ריק עד שהקוטר בין שתי הרכות לא עבר את
22 הספינות, אלא שבפועל ד"ר בצר מציין בשעה 09:10 שהראש נמצא בגובה ספינה+2,
23 ובשעה 09:13 שד"ר בצר מבצע את יילוד הילוד בשולפן ריק, כותבת המיילדת עובדיה
24 שהראש נמצא בספינה+1, דהיינו בגובה אמצע האגן, לפני שהקוטר שבין הרכות עבר את
25 הספינות. עוד ציין כי ניתן לבצע ניסיון חילוץ עובר ע"י שולפן ריק בתחנות שהן "גובה נמוך"
26 ו- "יציאה" כשלכך יש כמובן התוויית. בתחנת אמצע האגן – "מיפליסי" חילוץ בשולפן
27 ריק קשה לביצוע ומועד לסיבוכים ולכן אין לבצעו אם ניתן לנקוט בדרך אחרת של המתנה
28 או ניתוח קיסרי.
- 29 16. התנאים הנדרשים לפני ביצוע לידה מכשירנית לפי ACOG 1994 שלא השתנו במהלך השנים
30 והם כדלקמן:



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 א. בדיקה דרך הבטן והנרתיק, כאשר פחות מחמישית מהראש עדיין נמוש בבדיקה דרך
2 הבטן משמע שהצדעיים חצו את הספינות. בדיקה נוספת דרך הנרתיק נועדה לוודא או
3 לסייע לוודא שהצדעיים חצו את הספינה.
4 ב. מצב ראש.
5 ג. פתיחה שלמה של צוואר הרחם ופקיעת קרומי מי השפיר.
6 ד. נעשה וידוא של המקום המדויק של הראש, כך שהשמת שולפן הריק תהיה נכונה.
7 ה. יש לוודא שהאגן מתאים ללידה נרתיקית.
8 ו. יש ליידע את היולדת על העומד להתבצע ולהסביר לה את הסיכונים והחלופות בפעולה
9 זו, יש לקבל את הסכמתה ולרשום זאת ברשומה מראש ובמקרים דחפים מיד בסיום
10 הלידה.
11 ז. יש לרוקן את שלפוחית השתן.
12 ח. למבצע חייב שיהיה ידע וניסיון בשימוש בשולפן ריק.
13 ט. יש להעריך את האפשרות לסיבוכים דוגמת פרע כתפיים או דמם רב.
14 17. כהתוויות נגד לביצוע שולפן ריק צוין בין היתר קיום צורך לבצע סיבוב ראש באגן אמצעי
15 מאחר שבשולפן ריק אסור לבצע סיבוב ראש ומשמעות הדבר שאין לשים שולפן ריק באגן
16 אמצעי. קווי ההנחיה של האיגוד הגינקולוגי מתירים הנחת שולפן ריק מהאגן האמצעי רק
17 במקרים מיוחדים ולאחר שיקול דעת ותוך קביעה שנדרשת לכך מיומנות מיוחדת בשל
18 הסיבוכים העודפים הכרוכים ביילוד מאמצע האגן (מנייר עמדה 5 ניתן ללמוד כי "בתחנת
19 אמצע האגן (Midpelvis) דרושים שיקול דעת ומיומנות מיוחדת בשל שיעור גבוה יותר של
20 סיבוכים").
21 18. עוד מציין ד"ר ברגר כי מקרוזומיה (משקל חריג של עובר) הינו גורם סיכון מובהק לפרע
22 כתפיים קודם ללידה והגורמים למקרוזומיה הרלוונטיים למקרה דנא הם משקל חריג של
23 האם במהלך ההיריון וסוכרת הריונית. מכאן שרוב המקרים של כליאת כתפיים נגרמים
24 בשל עובר גדול המנסה לעבור דרך אגן תקין.
25 19. עוד מציינים התובעים, עפ"י חו"ד ד"ר ברגר, כי ככל שהלידה קשה יותר, עלול להיות
26 מופעל כוח רב יותר על ראש העובר, וכי החלק הראשון להינזק כתוצאה מהפעלת הכוח
27 הינו מקלעת הזרוע - עצבי הצוואר C5-C6 ואחר כך עצבי הצוואר C7 – C8. הכוח הנדרש
28 לנזק ממשי לעצבי מקלעת הזרוע נע בין 19 ל- 40 ק"ג. מכאן שיש צורך בכוח רב כדי לגרום
29 לנזק ומשזה נגרם אצל התובע, מסיק ד"ר ברגר כי הופעל על הראש כוח משיכה רב ובכיוון
30 הלא נכון.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

20. ד"ר ברגר סיכם את הליקויים שגרמו להיתקעות הכתפיים והפגיעה בעצבי הפלקסוס הברכיאלית כמו גם להמטומות הסאבדוראליות כדלקמן:
- א. לא נלקחה בחשבון אפשרות של עובר גדול כמקור סכנה וסיבוכים ובפרט היתקעות כתף שיש להתחשב בהם לפני שמחליטים על שימוש בשולפן ריק.
- ב. ההחלטה לבצע חילוץ בשולפן ריק נפלה למרות שלא ניתן היה לדעת את מיקומו של החלק הגרמי של הראש, את כיוון התפרים ובעיקר את הקוטר הגרמי של ראש העובר אם אכן עבר את קוצי השת המהווים הוראת נגד מוחלטת לילוד בשולפן ריק.
- ג. תחילת ביצוע החילוץ בשולפן ריק נעשתה בפועל מגובה מיד-פליביס שמהווה התווית נגד לביצוע שולפן ריק.
- ד. לא נעשתה הפסקה מיידית של החילוץ בשולפן הריק למרות שצריך היה להיות ברור שהחילוץ נעשה מגובה רב מדי הדורש כוח רב מדי על עובר גדול מדי, כך שההסתברות לנזקים לעובר, לרבות היתקעות כתף ופגיעה ברכיאלית גבוהה מאד.
- ה. לאחר היתקעות הכתף בוצעו משיכות בכוח רב בראש העובר במקביל לניסיון חסר סיכוי לנוכח ממדי האישה לביצוע מק'רוברטס.
21. התובעים הדגישו, עפ"י דברי ד"ר ברגר, כי לא בוצעה הערכת משקל בקבלה ללידה, עובדה שכבר עתה ניתן לומר שהתבררה כמופרכת; בשל היות האישה בהשמנת יתר חולנית, לא ברור כלל מה הבודק ממשש וגם לא תואר מה מישש, דהיינו האם זה היה החלק הגרמי של הראש או קאפוט שהינה בצקת של הקרקפת; בשל היות הנרתיק גמיש עם רקמות רכות הממלאות בצורה משמעותית את החלל כפי שציין ד"ר בצר, ניתן לומר כי קיימת הפרעה מכנית במישוש ראש העובר שכן הרקמות הרכות של האם השמנה מקשות על המישוש; בשעה 10:09 מציין ד"ר בצר כי הראש נמצא בתחנה של 2 ס"מ מתחת לקוצי עצם השת, אך הרישומים הרפואיים שנרשמו ע"י האחות המיילדת עובדיה בשעה 09:13, ממש לפני הפעלת הוואקום, מציינים כי הראש ממוקם רק 1 ס"מ מתחת למישור קוצי עצם השת, דהיינו הראש עלה 1 ס"מ בתוך 3 דקות במקום שירד ומכאן מסיק ד"ר ברגר כי המעבר של הספינות טרם התרחש; כמו כן לא תועדו כיווני תפרי הקרקפת לפני הניסיון לייילד בוואקום; עוד צוין ברשומות הרפואיות כי הראש נמצא במצב LOA כלומר אלכסוני, כשעורף פונה קדימה ולשמאל (Left occipito anterior), דהיינו הראש טרם השלים את הסיבוב לעמדה בה התפר הסגיטלי הינו קדמי אחורי שזו העמדה בה יכול הראש לחצות את הספינות כך שהצדעיים שביניהם הקוטר הצר של הגולגולת עובר בין הספינות; מכאן שגם האבחנה הכתובה לפיה הוואקום בוצע מעמדת ה- Outlet אינה נכונה והינה בלתי אפשרית – אינה יכולה להשתלב עם ילוד בגובה ספינה +2 (שזה לפי ההגדרה לא Outlet)



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 ועם ראש המצוי באלכסון LOA שמחייב סיבוב של הוואקום, דבר שאסור לעשות; בנוסף,
2 אין תיעוד של הערכת מידת ירידת הראש בבדיקה דרך הבטן.
3 לפיכך סבר ד"ר ברגר כי החילוץ בוואקום נעשה תוך הימור, לא רק מבלי שווידאו את קיום
4 התנאים המוקדמים לביצועו אלא כשברור שהתנאים המוקדמים לא קיימים ולכן לא היה
5 מקום לבצעו. בוצע ניסיון חילוץ מגובה מידפליביס שהינו מסוכן וקיימת כנגדו התווית נגד
6 והסיכון להתקעות הכתפיים התממש; על אף כל האמור לעיל המשיכו בביצוע ואקום
7 ובכוח למרות שהיה מקום להפסיק אותו ולא להמשיך בו.
- 8 22. באשר לרישום הדו"ח שלאחר הלידה, מתייחס המומחה לכתוב ולפיו הוואקום בוצע ב"..."
9 **שלוש משיכות סינכרוניות עם צירים**", שכן ביצוע שלוש משיכות עם שלושה צירים בתוך
10 דקה אחת מרגע התחלת הוואקום עד הלידה (09:13-09:14) אינו אפשרי וחייב להימשך
11 פרק זמן ארוך יותר בשל אורך הצירים. מכאן שמשך הוואקום ארך זמן רב יותר ושעת
12 הלידה היתה כנראה מאוחרת יותר או שלא היתה התאמה בין השעונים.
- 13 23. מן העובדה ולפיה נמצאו בבדיקת MRI המטומות סאבדוראליות בגומה האחורית, דהיינו
14 דימום מוחי סאבדוראלי משני צדי המוח, נלמד על כך שהוואקום התנתק לפחות פעם אחת
15 והונח מחדש. עניין זה לא תועד במהלך תיאור הלידה בוואקום וגם פעולה זו לוקחת זמן.
16 אשר למשמעות הדימומים הסאבדוראליים אלה מרמזים כאמור על הפעלת כוח רב בביצוע
17 הוואקום, הן לפני ההתנתקות הראשונה והן לאחריה וכי למרות הצורך בהפעלת כוח רב
18 וההתנתקות כפועל יוצא, לא הסיק המבצע שההימור בביצוע וואקום הינו גרוע ויש לנטוש
19 את הפעולה. כך גם נעשה שימוש בוואקום מגובה מרכז האגן תוך הפעלת כוח משיכה רב
20 וכך גם נעשה שימוש בוואקום להשלמת סיבוב הראש ולמרות זאת לא ויתרו על הפעולה.
- 21 24. הדו"ח שלאחר הלידה מציין כי התקבלה הסכמה מדעת אלא שלטעמו של ד"ר ברגר לא
22 הגיוני שהוסבר לתובעת על הסיכונים הכרוכים בחילוץ בוואקום שעומד להתבצע ושהיא
23 נתנה לכך את הסכמתה, כאשר הסיכונים הינם היתקעות כתף, שהינה אחת מהסכנות
24 האפשריות הגדלה בשילוב משקל גדול של היולדת וואקום, המגדילים את הסיכון
25 להתקעות כתף. כך גם לגבי ביצוע ואקום ממרכז האגן שהינו מסוכן במיוחד, כך גם לא
26 נדונו האופציות ובהן המשך המתנה ללידה רגילה, תוך תמיכה מילולית עם אלחוש בגז
27 צחוק או ניתוח קיסרי שלא נדונו כלל.
- 28 25. חילוץ הכתפיים נעשה בכוח רב ואפשר שהוא זה שגרם לנזק, ככל שלא נגרם במהלך החילוץ
29 בוואקום ולאחר היתקעות הכתף. גם נקיטת פעולת מק'רוברטס אינה ניתנת לביצוע בשל
30 משקל היולדת ועל כך ניתן היה לחשוב מראש; מעבר לכך, נולד התובע בשעה 09:14 וכפי
31 המצוין ברשומות לאחר הוצאה בשולפן ריק קשה שהתוצאה היא שבר של הזרוע ושיתוק
32 של יד שמאל עם פטוזיס של עין שמאל שמשמעותה פגיעה במקלעת הזרוע הצוואריים C8
33 – T1, ולמרות שמצוין כי מדובר בשיתוק ע"ש ארב, ניתן לסבור שמדובר בשיתוק ע"ש



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 Klumpke יחד עם תסמונת Horner המתבטאת בצניחת עפעף שמאל – אותו צד בו קיימת
2 הפגיעה במקלעת העצבית; השבר בזרוע ימין מעיד על פעולת חילוץ לא נכונה ובכוח רב,
3 כאשר ברור כי עוצמת המשיכה הגורמת לנזק בו עסקין הינה כאמור 19-40 ק"ג לעומת 4.5
4 ק"ג בלידה רגילה ועד 9 ק"ג בפרע כתף שבו לא נגרם נזק; בכל הקשור עם הציון בדו"ח
5 המסכם של הלידה כי לא נעשו "פושנג, פולינג או פיבוטינג", דהיינו כי לא היה דחיפות,
6 משיכות או סיבוב, הרי שהתוצאה מדברת בעד עצמה.
- 7 26. ד"ר ברגר מסכם את הלידה ומציין כי בניהולה נפלו כשלים ובהם העובדה ולפיה התובעת
8 הינה בעלת השמנת יתר וכן עם סוכרת הריונית, ששניהם יחד וכל אחד מהם לחוד, מהווים
9 גורמי סיכון לעובר מקרוזומי, המהווה סיכון ממשי לתאונות בלידה כמו פרע כתפיים. כך
10 גם עובר מקרוזומי לנשים עם השמנת יתר חולנית יכול להוות בעיה אפילו אם אינן
11 סוכרתיות. מעבר לאלה, לגביהם לא נתן הצוות את דעתו, יש מקום להתקדם באופן ולפיו
12 ככל שהלידה לא תהא קלה יש לסיימה בניתוח קיסרי לאור החשש לכליאת כתפיים. מעבר
13 לאלה, הצוות הרפואי לא תאר במדויק את מה שהבודק הרגיש, דהיינו את החלק הגרמי
14 של ראש התינוק או את הקאפוט (בצקת קרקפתית); הרופא המיילד ציין כי החליט על
15 יילוד התובע 1 בשולפן ריק בשל תשישות האישה וכאב עז בהתכווצות רחמית, אלא
16 שלטעמו של ד"ר ברגר ניתן היה לתמוך באישה מילולית, לתת לה גז צחוק כמאלחש ולא
17 לנקוט בוואקום בתנאים לא מתאימים שלוש דקות מפתחה גמורה, כשהעובר אינו בקיפוח
18 נשימתי; מעבר לכך, סיבוב הראש לא היה שלם והראש אינו מצוי 2 ס"מ ממישור קצה עצם
19 השת, דהיינו התנאים אינם מתאימים לביצוע שולפן ריק, במיוחד כך כאשר באבחנות
20 מצוין כי הראש במצב Outlet וזה אינו נכון, מקום בו הראש בספינה +2 ולא משתלב עם
21 LOA ולכן העובר נשלף בשולפן ריק מגובה מידפליביס – ספינה+1, המהווה התווית נגד
22 לביצוע ואקום. בנוסף, פעולת השולפן ריק היתה מאד טראומתית כשלפחות התנתקות
23 אחת של הוואקום לא נרשמה לאור קיומן של שתי המטומות סאבדוראליות; לאחר חילוץ
24 ראש העובר עד הסנטר, התברר קיומו של פרע הכתפיים ולא ניתן היה לבצע נקיטה ע"ש
25 מק'רוברטס בשל ממדי האישה ואז בניסיון לסובב את העובר ולחלץ את הכתף האחורית
26 נשברה זרוע ימין ונגרם נזק למקלעת הזרוע משמאל בגובה T1 עם תסמונת הורנר, כאשר
27 הספרות מציינת שנזק שכזה מתרחש בשל משיכה וסיבוב הראש בכוח רב בכיוון הלא נכון
28 וסביר יותר להניח שמהלך זה בוצע תוך כדי ביצוע השולפן ריק או במהלך החילוץ לאחר
29 היתקעות הכתף ולא ניתן לסמוך על הרישום של העדר משיכה, לחץ או סיבוב. כל אלה
30 הביאו לנזקי התובע כאמור.
- 31 27. פרטי רשלנות הצוות הרפואי התבטאה אם כן, לטענת התובעים, כדלקמן: לא המתינו
32 להתרחשות לידה לא מכשירנית ללא הצדק סביר; לא הפנו לניתוח קיסרי כשהחליטו
33 לסיים את הלידה בדחיפות; לא העריכו את משקל העובר ביום הלידה; התעלמו מגורמי



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 סיכון לעובר גדול בשל השמנת יתר וסוכרת הריונית אצל האם; החליטו לבצע שולפן ריק
2 למרות העדר תנאים מקדמיים הנדרשים לביצוע בחיפזון ובלי שיקול דעת סביר; לא ביצעו
3 בדיקה דרך הבטן על מנת לוודא איזה חלק מהראש ניתן למישוש ובידוק שהקוטר הגדול
4 של הראש כבר עבר את הספינות; ביצעו שולפן ריק מגובה מסוכן של מרכז האגן ללא הצדק
5 סביר, תוך הימור ומבלי לוודא שמתקיימים כל התנאים הנאותים לביצוע; התעלמו מכך
6 שלא ניתן להעריך את החלק הגרמי של הראש בשל קפלי השומן בנרתיק; לא וידאו את
7 גובה החלק הגרמי של ראש העובר ביחס לספינות לפני ביצוע השולפן ריק; לא וידאו מה
8 כיוון התפרים של קרקפת העובר לפני ההחלטה על ביצוע השולפן ריק; ביצעו את השולפן
9 ריק בכוח רב ומזיק; לא הפסיקו את הפעולה למרות הצורך בשימוש בכוח רב עד כדי
10 התנתקות השולפן מהקרקפת; לא דיווחו על התנתקות השולפן במהלך הלידה; משכו את
11 הראש בכוח רב מהמותר או תוך סיבוב או שניהם, עד כדי גרימת נזק בלתי הפיך לפלקסוס
12 הברכיאלאי; גרמו להיתקעות הכתפיים של העובר; חילצו את הכתף תוך משיכה וסיבוב
13 בכוח רב מהמותר, עד כדי גרימת נזק; לא קיבלו הסכמה מדעת מהאם לביצוע שולפן הריק;
14 פגעו באוטונומיה של האם; ותיעדו את הלידה ומהלכה שלא כפי שהתרחשה בפועל
15 והסתירו מידע חיוני מהגיליון ומההורים.
- 16 28. התובעים עתרו בנוסף להעברת נטל הראייה שלא התרשלה אל הנתבעת מכוח הדבר מדבר
17 בעדו ומכוח הנזק הראייתי שגרמו עובדי הנתבעת, עת לא תיעדו כשורה את מהלך הלידה
18 וסיומה ואף טענו להעדר הסכמה מדעת ולפגיעה באוטונומיה. בכל הקשור לנזק צרפו את
19 חוו"ד ד"ר זאב פלדברין, אורתופד מומחה.
- 20 29. בחוו"ד המשלימה ת/3' מיום 17.6.21 מתייחס ד"ר ברגר לטענות פרופ' גונן לעניין גודל
21 העובר ומציין כי זה בסדר גמור שהחליטו להמשיך בלידה רגילה תוך ביצוע ניסיון לידה
22 רגילה אך לנוכח גורמי הסיכון (השמנת יתר וסוכרת) היה נדרש לחשוב על אפשרות ולפיה
23 קיימת טעות בהערכת גודל העובר ולכן לו נתקלו בקושי היה גם מקום לעצור את הלידה
24 הרגילה ולא לסכן את העובר.
- 25 30. באשר למעקב הלידה קודם לשימוש בשולפן הריק ציין כי בשעה 08:34 רושמת ד"ר נאור
26 צוואר פתוח לכדי 9 ס"מ ובשעה 09:05 רושמת המיילדת עובדיה קארין כי מלחיצים את
27 היולדת 30 דקות, דהיינו מתחילים להלחיץ את היולדת כאשר הפתיחה לא גמורה ולא
28 מקובל להלחיץ קודם לפתיחה גמורה (10 ס"מ) כאשר ברור שהיולדת תגיע לתשישות
29 מלחיצות שאינן מקדמות אותה שכן הינה לוחצת כנגד עצמות האגן. בכך יש כדי להוות
30 כשל נוסף של הנתבעת.
- 31 31. מעבר לאמור ניתן היה לטעמו של ד"ר ברגר לטפל ביתר שאת בסוגיית הכאב אצל התובעת
32 באמצעות שיפור האפידורל ע"י מרדים מתאים שהיה גם פותר בעיה של לידה קיסרית לו
33 נדרשה בהמשך.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 32. באשר לוואקום המתבצע ב-3 משיכות תוך פחות מדקה כפי המדווח בכתובים אין הדבר
2 הגיוני שכן התרחשות של מעל 5 התכווצויות בתוך 10 דקות משך חצי שעה מוגדר
3 כטכיסיסטולה-פתולוגי אם כך תהה כיצד אפשר לקבל 3 התכווצויות בתוך פחות מדקה?
4 33. באשר להבדיל בין מיקום הראש בין קביעת ד"ר בצר – ספינה +2, להערכת המיילדת בשלב
5 מאוחר יותר כספינה +1 מציין ד"ר ברגר כי יש בכך כדי להוות סכנה ליולדת עת היילוד
6 במיד פלאביס מסוכן לביצוע הוואקום.
7 34. בתוספת נוספת לחוה"ד מיום 15.10.21 (ת/ג3) מציין ד"ר ברגר כי ברישום בגיליון המיון
8 מיום 15.8.2015 וכן בגיליון קבלת רופא מיום 12.8.2015 כמו גם בגיליון היולדת מיום
9 13.8.2015 מציין בטבלת ההתראות בשורה התחתונה "בלידה שניה shoulder
10 dystocia", כלומר "היתקעות כתף". משמצוין נושא זה כבר בתאריך 12.8.15 שעה 19:26,
11 דהיינו ערב הלידה השנייה ולא לאחריה, בין אם מדובר בטעות בין אם לאו, היא עומדת
12 לפני הרופאים המטפלים מערב הלידה ואף היא הייתה אמורה להילקח בחשבון, שכן מי
13 שכבר חוותה בעבר היתקעות כתף מגדילה את הסיכון להיתקעות נוספת בלידות הבאות.
14 כמו כן הוסיף, שאת תיעוד התקדמות הלידה בחוות דעתו ערך לפי רישומי הצוות במהלך
15 הלידה, כאשר בשעה 08:58 בבדיקת ד"ר קומיטיאני תמו מצוין פתיחה 9.5 וגובה ספינה
16 אפס, מה שתומך בטענתו כי ההחלטה לבצע שולפן ריק נעשתה דקות ספורות לפני תחילת
17 השלב השני ומגובה מרכז האגן.
18 כבר עתה יובהר כי לאחר קבלת הסבר ולפיו הלידה הראשונה הייתה תקינה ללא כליאת
19 כתפיים חזר בו ד"ר ברגר בדיון המשפטי מהמצוין בתוספת השלישית לחוה"ד (רי'
20 פרוטוקול בעמ' 5 מול 35-37)

טענות הנתבעת עפ"י הגנתה

21
22
23 35. הנתבעת בכתב הגנתה עתרה לדחיית התביעה בין על הסף ובין לגופה, באשר הטיפול
24 הרפואי שניתן לתובעת 2 היה לטעמה נכון ומתאים בכל שלבי הלידה. כמו כן פעל הצוות
25 הרפואי ברמה גבוהה ועפ"י הפרקטיקה הנוהגת והמקובלת, כאשר פעולת הוואקום בוצעה
26 ע"י מומחה בכיר ורב ניסיון. הנתבעת הדגישה כי מדובר בלידת הוואקום השנייה של
27 התובעת כאשר גם הלידה הקודמת הסתיימה בלידת ואקום. עוד הוסיפה הנתבעת, כי שום
28 שלב במהלך הלידה לא הצדיק טיפול שונה מזה שבוצע בפועל ולא הייתה כל התוויה לביצוע
29 ניתוח קיסרי. אשר לגודל העובר, כשבוע ימים קודם לאשפוזה לצרכי הלידה בוצעה לעובר
30 הערכת משקל ללא צפי לעובר גדול ואף לא הייתה התוויה לניתוב הלידה לביצוע ניתוח
31 קיסרי. בנסיבות, היו תנאים אימהיים ועובריים אופטימליים לביצוע שולפן ריק והתקבלה
32 גם הסכמת התובעת לכך לאחר מתן הסבר מתאים. כך גם ניהול הלידה לכל אורכה



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 והפעולות שננקטו בה, לרבות חילוץ העובר, היו בהתאם לפרקטיקה המקובלת ובנוכחות
2 צוות רפואי מיומן, כאשר חילוץ העובר לאחר שהתגלה פרע הכתפיים היה מקצועי ועפ"י
3 הפרקטיקה הרפואית המקובלת, תוך ביצוע הנקיטות המקובלות. הנתבעת הדגישה כי
4 כליאת כתפיים אינה ניתנת לניבוי או מניעה, וכן כי קיימים מקרים בהם נולד תינוק הלוקה
5 בשיתוק ע"ש ארב גם בניתוחים קיסריים. כך גם טענות התובעים הינן בגדר חוכמה
6 שבדיעבד, מה גם שאין כל קשר סיבתי בין מעשי ומחדלי הנתבעת המוכחשים למצבו הנטען
7 של התובע. מעבר לאלה, הנזקים והמקרה לא היו ניתנים למניעה ו/או בלתי ניתנים לצפייה
8 באופן סביר, כאשר מצבו הרפואי של הקטין לא התפתח בשל מעשה או מחדל של הצוות.
9 אשר לנזק ציינה הנתבעת כי מדובר בנזק זמני שטרם התגבש.
- 10 36. לגופה של תביעה, הנתבעת תמחה מדוע לא הוגשה גם תביעה ע"י אבי התובע כמטיב יחד
11 עם אמו של התובע. אשר לפעולות שננקטו, התובעת קיבלה עליהן הסבר והסכימה להן.
12 ולכן הסכמתה הייתה מדעת.
- 13 37. הנתבעת הוסיפה כי ההחלטה לחלץ את העובר באמצעות שולפן ריק הייתה נכונה ותאמה
14 את נסיבות העניין, בוצעה לאחר שהתקבלה הסכמה מדעת וניתנו הסברים מתאימים
15 ליולדת. מכשיר שולפן הריק לא התנתק, ולו התנתק היה בא הדבר לידי ביטוי בתיעוד. גם
16 הטענה כי הופעל כוח רב בלידה משוללת בסיס עובדתי או רפואי. הקטין נולד עם ציון אפגר
17 תקין ו-PH מצוין המעידים על חילוץ מקצועי ומיומן, כאשר את שארע בפועל לא ניתן היה
18 למנוע או שלא ניתן היה לצפות באופן סביר. מעבר לכך הרשומים הרפואיים מתעדים את
19 שהתרחש בפועל, הם תקינים לגופם ואינם חסרים.
- 20 38. הנתבעת שללה את חו"ד ד"ר ברגר מכל וכל וטענה כי מדובר בחו"ד ספקולטיבית ו/או
21 תיאורטית ו/או מגמתית, כשכולה מבוססת על חוכמה שבדיעבד. בכל הקשור עם השימוש
22 בשולפן ריק, טענות ד"ר ברגר אינן תואמות את הספרות הרפואית הקיימת. בכל הקשור
23 עם הפעלת כוח משיכה רב, טענה זו חוטאת לאמת ובלתי סבירה באשר החילוץ בוצע ע"י
24 רופא מומחה, תוך שימוש בנקיטות המקובלות. מעבר לכך, אין כל קשר סיבתי בין המעשים
25 והמחדלים המיוחסים לצוות הרפואי ולמצבו הרפואי של הקטין. הנתבעת הדגישה כי
26 בוצעה לתובעת הערכת משקל עם כניסת היולדת לבית החולים ולא נמצא כי מדובר בעובר
27 גדול.
- 28 39. אשר לטענה בדבר העברת נטל הראיה ו/או ההוכחה מחמת הדבר מדבר בעד עצמו, זו אינה
29 במקומה ואינה מוצדקת בנסיבות. כך גם הרישומים הרפואיים היו תקינים ואינם
30 מצדיקים העברת הנטל מסיבה זו. הנתבעת הכחישה גם את נזקי התובע 1 הנטענים, לרבות
31 את חו"ד ד"ר פלדברין שהיא לטענתה בלתי מבוססת ואינה מתיישבת עם מצבו האמיתי
32 של הקטין ואף אינה קשורה למעשים או מחדלים של הצוות. כמו גם אינה תואמת את
33 מצבו הרפואי של הניזוק.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 40. הנתבעת צרפה את חוות דעתו של פרופ' רון גונן, מומחה לרפואת נשים ומיילדות ומומחה
2 להריון בסיכון גבוה מיום 20.4.21, שצרף חוו"ד משלימה מיום 13.7.21 (נ/א ו- נ/ב) וכן
3 את חוות דעתו של האורתופד ד"ר מיכה רינות מיום 6.7.21 (נ/2).
- 4 41. עפ"י חווה"ד המקורית של פרופ' גונן, ביום 12.8.15 (שבוע 2+37), הופנתה התובעת ע"י
5 רופא קופ"ח למיון יולדות באספ' הרופא, עקב עליה באנזימי הכבד, יחד עם סוכרת מאוזנת
6 בדיאטה כשבפנייה מצוין כי הערכת משקל העובר 5 ימים קודם לכן (שבוע 4+36) עמד על
7 3,113 גרם עם כמות מי שפיר תקינה. התובעת התקבלה בשעה 21:30 למיון, נרשמה אנמנזה
8 מפורטת, לרבות סיבת הקבלה, וצוינה לידה קודמת בוואקום עקב חשד למצוקה עוברית
9 ומשקל 2,900 גרם. כמו כן צוינה הערכת המשקל 5 ימים קודם לקבלה. עוד מציין הכתוב
10 צוואר אחורי פתיחה 1 ס"מ, מחיקה 50%, הראש בגובה מינוס 2 והערכת משקל קלינית
11 3,200 גרם. ב-US נצפה מצג ראש עם כמות מי שפיר תקינה ופרופיל ביופיזיקלי תקין, כאשר
12 הניטור העוברי תקין וללא צירים. בדיקת מעבדה הראתה עליה קלה נוספת באנזימי הכבד
13 וטסיות נמוכות. בפרק הדיון רשמה הרופאה: **"השראת לידה. לאור עליה בלחצי דם**
14 **ותפקודי כבד היולדת מתקבלת לגרימת לידה. היולדת הסכימה לתהליך לאחר שהוסבר**
15 **לה שאף לידה זו ארוכה יותר מלידה עצמונית עפ"י ספרות עדכנית: גרימת לידה במועד**
16 **אינה כרוכה בסיכון מוגבר לניתוח קיסרי. כמו כן הוסבר שגם במקרים בהם יש עליה**
17 **בשיעור ניתוחים קיסריים, הסיכוי הגבוה ללדת בלידה רגילה מצדיק ניסיון לידה לידנית**
18 **שהיא עדיפה על פני האופציה של ניתוח קיסרי"**.
- 19 42. התובעת הועברה להמשך טיפול בחדר לידה, שם גם נרשמה קבלה נוספת ע"י רופאה תוך
20 ציון הרקע והסיבה להשראת הלידה. בשעה 22:00 הוחדר בלון לצוואר הרחם לצורך
21 "הבשלתו לקראת הלידה". בשעה 22:30 החלו במתן מגנזיום סולפט תוך ורידי למניעת
22 אקלמפסיה. בתאריך 13.8.2015 בשעה 00:21 הותחל במתן פיטוצין לזירוז הלידה ובשעה
23 04:10 בוצע אפידורל. בשעה 07:45 מתועדת פתיחה 4 ס"מ. שעה 05:03 תועדו כאבים עזים
24 לידת ובשעה 06:51 ושוב ב- 07:11 ניתנה תוספת אפידורל. בשעה 08:14 נכנסה התובעת
25 לשלב לידה פעיל, פתיחה 7 ס"מ, מחיקה של 100%, ראש בגובה מינוס 1. שעה 08:34
26 הוצמדה אלקטרודה קרקפת לקליטת דופק העובר והניטור העוברי תקין. שעה 09:05
27 המיילדת מתעדת כי **"מזמינים את ד"ר בצר לחדר. היולדת מותשת. צורחת מכאב, לא**
28 **מסוגלת ללחוץ בצורה אפקטיבית למרות שהיא בתנוחת ליטוטומי למרות שהמיילדת**
29 **נמצאת איתה בחדר ומדריכה אותה ללחיצות במהלך 30 דקות אחרונות"**. שעה 09:10 ד"ר
30 בצר (שהינו רופא בכיר) מציין פתיחה גמורה (10 ס"מ), ראש בגובה פלוס 2, LOT (דהיינו
31 עורף העובר מופנה שמאלה). ניטור תקין. מותשת. לא לוחצת ביעילות. בזמן צירים נאנקת
32 מכאבים. הנרתיק גמיש, אך עם רקמות רכות הממלאות בצורה משמעותית את החלל



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 ,דהיינו קפלי רירית בנרתיק – ממצא המאפיין נשים שמנות מאד). לאור תשישות היולדת,
2 מחליטים לסיים הלידה בלידת וואקום והוזמן רופא ילדים.
- 3 43. דו"ח לידת הוואקום שנערך ע"י הרופא המיילד ד"ר בצר מציין כלדקמן:
4 "סיכום רופא: הערות. עקב תשישות היולדת העדר שיתוף פעולה הנובע מכאבים עזים
5 בזמן הצירים מסיימים את הלידה בשולפן ריק. היולדת קיבלה הסבר והביעה את
6 הסכמתה לביצוע הפעולה. PV פתיחה גמורה, ראש בגובה S פלוס 2, במצב: LOA,
7 בהרדמה אפידורלית, הצמדת צלחת מס' 5 העלאת הלחץ בהדרגה ל- 0.7 אטמ', ב- 3
8 משיכות סינכרוניות עם צירים מחלצים את ראש הילוד עד לגובה הסנטר וכאן מתגלה
9 קושי בחילוץ הכתפיים, בשלב הזה מבוצעות נקיטות ע"ש מקרוברטס ולחץ סופרא פובי
10 אשר התועלת בהם חלקית היות והיולדת בעלת עודף משקל ניכר ברקמות רכות החוסמות
11 את הנרתיק בחלקו הפנימי לכן מבוצע סיבוב הכתפיים בצורת בורג וחילוץ הכתף
12 האחורית במהלכו מאובחן שבר של ההומרוס הימני. הילוד נולד במצב טוב (לא בוצעו
13 פולינג, פושינג או פיבוטינג), ונמסר לרופאי ילדים שנכחו בחדר הלידה במשקל 3,950
14 גרם, אפגר: 1' 7' 5' 9, PH טבורי: 7.26, לציין כי גם רופא מרדים נכח, השיליה נפרדת
15 ספונטנית בשלמותה, תפירת הפיזיוטומיה כמקובל. הפעולה בוצעה ע"י ד"ר בצר
16 בהצטרף ד"ר קומיטיאני בנוכחות מספר מיילדות בכירות, תפירת קרע בנרתיק במהלך
17 תקין.
- 18 ניטור בריא: "Normal Fetal Heart Rate End Stage Variabae Decelerations".
- 19 44. פרופ' גונן מציין בחוות דעתו כי התנאים התאימו ללידת ואקום בהיות הראש בגובה פלוס
20 2, מצב עורף קדמי אלכסוני לכיוון שמאל, כאשר הראש מחולץ לאחר 3 משיכות בזמן
21 הצירים. בזמן זה מאובחנת כליאת הכתפיים, מבוצעות נקיטות האחת ע"ש מקרוברטס
22 והשנייה לחץ סופרא פובי, היות ואלה לא אפשרו חילוץ בוצעה נקיטה נוספת של סיבוב
23 הכתפיים בצורת בורג, במהלכם מאובחן שבר זרוע ימין, כאשר בשעה 09:14 התינוק נולד
24 במצב טוב עם אפגר 7/9 ו- PH מחבל הטבור 7.26 שהינו נתון תקין. רק לאחר הלידה
25 אובחנה אצל הילוד פגיעה בפלקסוס הברכיאלי משמאל ושבר בעצם הזרוע מימין.
- 26 45. פרופ' גונן התייחס לסוגיות המועלות ע"י ד"ר ברגר ובהן אי לקיחה בחשבון אפשרות
27 שהעובר גדול; שביצוע ואקום היה ללא אינדיקציה ובתנאים לא מתאימים; ושחילוץ
28 העובר מכליאת הכתפיים בוצע בטכניקה לא נכונה. לטעמו של פרופ' גונן, עמדתו זו של ד"ר
29 ברגר אינה מבוססת על עובדות ואף לא על הספרות הרפואית.
- 30 46. בכל הקשור עם היות העובר גדול – מאקרוזומי, מדובר על עובר שהינו מעל 4,000 גרם או
31 4,500 גרם עפ"י מקורות שונים, כאשר המשמעות הקלינית של גודל העובר, עפ"י
32 הפרקטיקה בישראל המבוססת על ניירות העמדה, היא להמליץ על ניתוח קיסרי, כאשר



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 הערכת המשקל הינה מעל 4,500 גרם לילודת ללא סוכרת כשכיום מדובר על מעל 4,250
2 גרם ומעל 4,000 גרם לילודת סוכרתית במועד ההיריון נשוא התביעה.
3 בנסיבות המקרה דנא, ובניגוד לנטען ע"י ד"ר ברגר, היתה התייחסות מלאה ומפורטת
4 למשקלו המוערך של העובר, הן ברשומת הקבלה במיון היולדות והן ברשומות הקבלה
5 לחדר הלידה ובהן בין היתר מצוין משקל ההיריון בילוד הקודם ואבחנת סוכרת הריונית
6 באותו היריון; השמנת יתר של היולדת; ערכי הגלוקוז בצום ובמשך היום; וכן צוינה
7 הערכת משקל שבוצעה 5 ימים טרם הקבלה שעמדה על 3,113 גרם והערכת משקל קלינית
8 בקבלה שעמדה על 3,200 גרם. לפיכך, הסיק כי קיים תיעוד מלא ומפורט לגורמי הסיכון
9 אצל היולדת וכן מתועדת הערכת משקל סונוגרפי 5 ימים לפני הקבלה וקלינית ביום הקבלה
10 שאף לא אחת מהם מעידה על מקרוזומיה. מכאן שאין צורך לקחת בחשבון טווח טעות של
11 הערכת משקל לחומרה או לקולא. פרופ' גונן הדגיש כי הבסיס להחלטה על אופן הלידה
12 מבוסס על הערכה בלבד ואין צורך לקחת בחשבון את האפשרות של הסטייה מעלה או מטה
13 כטענת ד"ר ברגר, אחרת המשמעות היא ניתוחים קיסריים מרובים ומיותרים. לבסוף ציין
14 כי משקל העובר בלידה אף הוא מעיד על כך שאין מדובר על תינוק מקרוזומי ולכן לא היתה
15 אינדיקציה לניתוח קיסרי.

16 47. אשר לסוגיית הלידה בוואקום: המועד והאינדיקציה ללידת הוואקום בנסיבות מלמד כי
17 ההחלטה על סיום הלידה בוואקום התקבלה לאחר הימצאות היולדת בשלב השני של
18 הלידה לאורך כ- 40 ד' ולא 3 ד' כטענת ד"ר ברגר וזאת בהתבסס על התיעוד של המיילדת
19 עובדיה קארין לוי שליוותה את היולדת לאורך הלידה והלחיצה אותה (דהיינו הדריכה
20 אותה וסייעה לה ללחוץ בזמן הצירים במהלך השלב השני כדי לקדם את ירידת הראש
21 לכיוון היציאה). המיילדת מציינת בשעה 09:05: **"היולדת מותשת צורחת מכאב, לא**
22 **מסוגלת ללחוץ בצורה אפקטיבית למרות שהיא בתנוחת ליטוטומי, למרות שהמיילדת**
23 **נמצאת איתה בחדר ומדריכה אותה ללחיצות במהלך 30 דקות אחרונות"**. מכאן מסיק
24 המומחה, כי מאחר והלחיצות מבוצעות רק בשלב השני של הלידה, ולנוכח תיעוד זה, ברור
25 לו שהיולדת היתה בפתחה מלאה (שלב שני של הלידה), לא יאוחר מ- 08:35 (30 ד' לפני
26 רישום התיעוד ב- 09:05), ולכן ההחלטה של ד"ר בצר לסיים בוואקום היתה לכל המוקדם
27 כעבור 35 ד' מהתחלת השלב השני, במהלך המיילדת מלחיצה את היולדת אך מגיעה
28 למסקנה שהלחיצות אינן אפקטיביות ומוזמן ד"ר בצר הרופא הבכיר. עוד מוסיף פרופ' גונן,
29 כי טענתו של ד"ר ברגר לפיה היה מקום להמתין מס' דקות על מנת לאפשר לידה רגילה,
30 הינה ספקולציה בלתי סבירה, שכן היולדת מותשת ולוחצת בצורה בלתי יעילה ולכן אינה
31 מצליחה לדחוף את העובר בתעלת הלידה, מכאן שהסיכוי ללידה ספונטנית בכלל ותוך
32 דקות ספורות בפרט, נמוך ביותר, כאשר המשך הממוצע של השלב השני בלידה שניה הינו
33 עשרים דקות.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 עוד מציין פרופ' גונן, כי אין לקבל את עמדתו של ד"ר ברגר לפיה בשלב זה די היה בתמיכה
2 מילולית או בגז צחוק להרגעת הכאבים העזים שהיו בעוצמה מקסימלית, כאשר השפעת
3 האפידורל על החלק התחתון של הנרתיק והפרינאום אינה מועילה בנסיבות אלו ואלחוש
4 עם גז צחוק שאינו חזק, אינו מתאים לשלב הזה בלידה ומובן שתמיכה מילולית נוספת
5 מעבר להדרכה וסיוע לא הייתה פותרת את הבעיה. לפיכך, יש להסיק, לטענת פרופ' גונן, כי
6 ההחלטה על לידת הוואקום התקבלה לכל המאוחר 35 דקות לאחר שהתובעת כבר בשלב
7 השני של הלידה וחרף הדרכה צמודה של מייילדת ואלחוש אפידורלי, היולדת לוחצת בצורה
8 לא יעילה ומותשת וסובלת מכאבים, ואלה בנסיבות תנאים מתאימים ללידת ואקום. לאחר
9 מתן הסבר וקבלת הסכמת היולדת, ההחלטה על לידת הוואקום הייתה נכונה, התקבלה
10 ע"י רופא בכיר ובהתאם לפרקטיקה המקובלת ובכל הקשור עם הכאב, השפעת אפידורל
11 על האזור התחתון של הנרתיק הכואב בשל מתיחה, אינה מספקת ותוספת של גז צחוק
12 שהינו אלחוש לכאבים שאינם חזקים, אינו מתאים בשלב הזה של הלידה.
- 13 48. התאמת התנאים ללידת ואקום: קודם להחלטה על לידת הוואקום, ד"ר בצר בדק את
14 היולדת וקבע שהראש ממוקם בגובה פלוס 2, שהינו מיקום העומד בהגדרה של "אגן
15 תחתון". טענת ד"ר ברגר כאילו מדובר בגובה פלוס 1, אינו עולה עם העובדות והספרות
16 המקצועי וזאת מאחר והבדיקה הגניקולוגית בלידה היא סובייקטיבית וצפוי שוני
17 בתוצאות הבדיקה בין בודקים שונים, כאשר ברור כי ד"ר בצר הינו הגורם הבכיר בעל
18 הניסיון הרב ביותר שבדק את היולדת בשעה 09:10 וקבע שהחלק המקדים של ראש העובר
19 נמצא בגובה של פלוס 2 – דהיינו נמוך באגן באופן המתאים ללידת ואקום (נייר עמדה 5,
20 לידה מכשירנית לידנית). כאשר התרשמות המיילדת שבדקה את היולדת כי הראש בגובה
21 פלוס 1, אינה יכולה להצביע על נסיגה של הראש לאחור שהינו מצב בלתי אפשרי, אלא
22 התרשמות סובייקטיבית שלה כאשר מקובל להעדיף את ממצאי הבדיקה של הרופא הבכיר
23 המנוסה יותר ולא את זו של המיילדת כפי שסבור ד"ר ברגר.
- 24 49. בכל הקשור עם הטענה למצב ראש LOA (דהיינו עורף העובר מופנה קדימה וב- 45 מעלות
25 כלפי שמאל), שאינו אפשרי כאשר הראש בגובה פלוס 2, טענה זו מנוגדת לספרות הרפואית.
26 עפ"י הספרות הרפואית, ובניגוד לעמדת ד"ר ברגר, בכשליש מהלידות הראש יכול להיות
27 נמוך באגן ואף ביציאה מהאגן, למרות שראש העובר לא השלים את הסיבוב הפנימי ונמצא
28 במצב LOA.
- 29 50. בכל הקשור עם תיעוד מיקום הראש, ברירת המחדל היא לציין את הגובה של החלק הגרמי
30 (הגולגולת) של ראש העובר, היות ובכך יש כדי להגדיר את מיקום הראש באגן. כאשר יש
31 "קאפוט" (דהיינו בצקת של הרקמות הרכות), נהוג לציין זאת היות ובכך יש כדי להקשות
32 על המישוש החלק הגרמי של הגולגולת, אלא שאיש מהבודקים לא ציין נוכחות של קאפוט
33 ולכן יש מסיבה זו כדי לדחות את עמדתו חסרת הבסיס והספקולטיבית של ד"ר ברגר לפיה



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 היה לכאורה קאפוט וכי היה על הרופא לציין את מה שהרגיש, כאשר כל עוד לא צוין אחרת,
2 התייעוד תמיד מתייחס לחלק הגרמי של הגולגולת.
- 3 51. בכל הקשור עם נוכחות רקמות רכות המתבטאות בכפלים של רירית הנרתיק ונוכחותן
4 המוגברת בנשים שמנות, זו אינה מונעת בדיקה של הפתיחה או מיקום הראש שכן בעת
5 הבדיקה הן מוסטות לצדדים בדיוק כמו שבמועד הלידה ראש העובר וגופו דוחקים לצדדים
6 את הרקמות הרכות בזמן יציאתו.
- 7 52. בניגוד לטענת ד"ר ברגר אצל אישה עם השמנת יתר, לא ניתן לקבוע את מיקום ראש העובר
8 ע"י מישוש בבדיקה חיצונית.
- 9 53. מכל האמור לעיל מסיק פרופ' גונן כדלקמן:
- 10 א. מיקום הראש היה בגובה פלוס 2. דהיינו מיקום ב"אגן נמוך" ממנו מקובל
11 ואפשרי לבצע לידת ואקום.
- 12 ב. מצב ראש LOA שגובה הראש הוא פלוס 2 או נמוך יותר מאפיין כשליש
13 מהלידות.
- 14 ג. הימצאות קפלים ברירית הנרתיק אינו מונע הערכה נכונה של גובה הראש.
- 15 ד. כשמדובר בלידת עם השמנת יתר, לא ניתן לקבוע את מיקום ראש העובר על
16 ידי מישוש או בדיקה חיצונית ובדיקה לידנית מדויקת בהרבה.
- 17
- 18 54. בכל הקשור עם ביצוע לידת הוואקום, זו הייתה קצרה והילוד חולץ בתוך 3 משיכות בזמן
19 צירים כאשר בשלב זה של הלידה תכיפות הצירים הינה 4 עד 5 צירים לדקה ולפיכך הראש
20 חולץ לכל היותר תוך דקה עם ציון אפגר ו- PH תקינים המהווים מדדים אובייקטיביים
21 התומכים בכך שהחילוץ של הראש היה קל. מעבר לכך, חילוץ העובר לא היה "הימור על
22 עיור" כטענת ד"ר ברגר היות וד"ר בצר תעד את ראש העובר ואת מצב הראש והנתונים
23 מבוססים על ממצאים אלה. כמו כן, חילוץ מגובה פלוס 2 הינו חילוץ מ- Low Pelvis ולא
24 Mid Pelvis כטענת ד"ר ברגר ותנאים אלה מתאימים ללידת ואקום. מעבר לכך, רופא סביר
25 לא היה מפסיק לידת ואקום המסתיימת תוך פחות מדקה וכעבור 3 משיכות כפי שהמליץ
26 ד"ר ברגר. בנוסף, גובה פלוס 2 אינו "אמצע האגן" אלא האגן הנמוך כפי המצוין בהגדרה
27 של נייר עמדה מס' 5, ולפיו "נמוך באגן (Low): חלקו הגרמי המקדים של הראש מצוי
28 בגובה פלוס 2 ס"מ או נמוך יותר אך לא על מוצא האגן בעוד ש"אמצע האגן" (Mid): חלקו
29 הגרמי המקדים של הראש מצוי בגובה 0 עד פלוס 2 ס"מ". עוד מוסיף פרופ' גונן, כי בניגוד
30 לטענת ד"ר ברגר ניתן לבצע לידת ואקום כשהראש במצב אלכסוני כמו במקרה דנן כפי
31 העולה מנייר העמדה ולפיו "ניתן לבצע לידה בעזרת שולפן ריק גם במצבים אחרים מ-
32 Anterior Posterior ניתן לבצע סיבוב ראש באמצעות מלקחיים". באשר לטענת ד"ר



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 ברגר ולפיה משך לידת הוואקום היה ארוך בפועל מהמתועד וכי הוואקום התנתק כאשר
2 שעת הלידה שונה מזו המתועדת בכתובים, מדובר בספקולציות חסרות בסיס היות
3 והתיעוד נרשם בזמן אמת וככל שהוואקום היה מתנתק, הדבר היה נכתב ברשומה
4 הרפואית. בנוסף, ובניגוד לנטען, הכוח שהופעל בלידת הוואקום מוגבל לרמה סטנדרטית
5 הנקבעת ע"י המכשור שמתנתק אוטומטית ככל שהמשיכה חורגת מהמקובל. כך גם
6 סיבוכים, לרבות דימום סאבדוראלי, מוכרים כסיבוכים נדירים של לידת ואקום ללא קשר
7 להתנתקות ונובעים מתת הלחץ אותו מפעיל המכשיר. אשר למתן ההסברים ליולדת בכל
8 הקשור עם הוואקום, התיעוד הכתוב מציין מתן הסברים והסכמה מדעת לביצוע כאשר אין
9 נדרשת הסכמה בכתב ללידת ואקום. מכאן הסיק פרופ' גונן את המסקנות הבאות:
- 10 א. החילוץ לא היה "הימור על עיוור" כטענת ד"ר ברגר שכן ד"ר בצר תיעד את
11 גובה הראש ומצבו עפ"י ממצאי בדיקתו.
- 12 ב. חילוץ מגובה פלוס 2 הינו מה- Low Pelvis ולא Mid pelvis, כטענת ד"ר ברגר
13 ולפיכך התנאים התאימו ללידת ואקום.
- 14 ג. רופא סביר לא היה מפסיק לידת ואקום שמסתיימת תוך פחות מדקה וכעבור
15 3 משיכות, כפי המלצת ד"ר ברגר.
- 16 ד. ניתן ומקובל לבצע לידת ואקום כשהראש במצב אלכסוני.
- 17 ה. טענות לגבי משך לידת הוואקום שהינן ארוכות מהמתועד הינן חסרות בסיס
18 שכן התיעוד נרשם בזמן אמת.
- 19 ו. הכוח אותו ניתן להפעיל בלידת ואקום מוגבל לרמה הסטנדרטית הנקבעת ע"י
20 המכשור שמתנתק אוטומטית ככל שהמשיכה חורגת מהמקובל. כך גם לגבי
21 הדימום הסאבדוראלי שהינו מוכר כסיבוך נדיר בלידת ואקום וללא קשר
22 להינתקות ונובע מתת הלחץ אותו מפעיל המכשיר.
- 23 ז. היולדת קיבלה הסברים על לידת הוואקום ונתנה הסכמתה לביצועה.
- 24 55. בכל הקשור לסוגיית כליאת הכתפיים והנזק למקלעת הברכיאלית, הסביר פרופ' גונן כי
25 מצב של כליאת כתפיים הינו מצב בו הראש נמצא מחוץ לתעלת הלידה והמשך יציאת
26 העובר נמנעת עקב כליאה של אחת הכתפיים בד"כ באגן הגרמי של היולדת וזו מדווחת
27 בשכיחות הנעה בין 0.15% ל- 1.7% מכלל הלידות הווגינליות. הסיבוך השכיח ביותר של
28 כליאת הכתפיים בילוד הוא נזק למקלעת הברכיאלית וגורם הסיכון העיקרי לכליאת
29 הכתפיים הינו מקרוזומיה, דהיינו משקל לידה מעל 4,000 גרם, או 4,500 גרם עפ"י הגדרות
30 שונות. גורמי סיכון נוספים המהווים גם גורמי סיכון למקרוזומיה הינם סוכרת, השמנת
31 יתר, ולדנות גבוהה, הריון עודף וכליאת כתפיים בלידה קודמת. למרות היות גורמי הסיכון
32 מוכרים, מקובל בספרות שכליאת כתפיים בד"כ אינה ניתנת לחיזוי ואו למניעה.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 על מנת לחלץ את העובר ממצב של כליאת כתפיים, יש לעשות שימוש במספר פעולות
2 (נקיטות) שנועדו לשחרר את כליאת הכתפיים כשהרעיון המרכזי הוא שחרור הכתף
3 הכלואה מאחורי עצם האגן. הנקיטה הראשונה הנהוגה הינה ע"ש מק'רוברטס דהיינו
4 כיפוף יתר של הירכיים, פעולה הגורמת להגדלת מימדי האגן עם או בלי לחץ סופראפובי,
5 דהיינו דחיקה של הכתף הכלואה מאחורי עצם האגן. במידה ופעולות אלה אינן מאפשרות
6 את חילוץ העובר, הנקיטה הבאה הינה בד"כ מיועדת לחילוץ יד אחורית או כתף אחורית
7 ע"י סיבוב בצורת בורג.
- 8 57. בכל הקשור עם שיתוק המקלעת הברכיאלית, הדבר מתבטא בשיתוק של הכתף ו/או היד
9 בהתאם לשורשים שנפגעו ומופיע בין 1 ל- 500 או בין 1 ל- 1,000 לידות במועד. הנזק העצבי
10 יכול להיות משני למתיחה של המקלעת הברכיאלית בזמן יילוד הכתף הקדמית והוא שכיח
11 יותר כשמתרחשת כליאת כתפיים, כאשר השיתוק צפוי להגיע בנסיבות אלה ל- 17 עד 20
12 אחוזים. עוד מסביר פרופ' גונן כי הנזק הנוירולוגי יכול להיגרם גם במהלך לידה שאינה
13 קשה וללא כל כליאת כתפיים כתוצאה ממתחת המקלעת העצבית בזמן משיכת ראש
14 העובר כלפי מטה לצורך חילוץ הכתף הקדמית שהינו מצב סטנדרטי בכל לידה במצג ראש.
15 מעבר לכך, מתיחת העצבים יכולה גם להיות משנית לדחיפה פיזיולוגית של העובר בתעלת
16 הלידה ע"י התכווצויות הרחם והנזק הנוירולוגי יכול להתרחש גם ללא משיכה של הראש.
17 במיעוטם של המקרים עלול להיגרם נזק נוירולוגי עוד בזמן היות העובר ברחם בטרם
18 הלידה, נתון שהתברר בלידה בניתוח קיסרי. המומחה הדגיש כי ב- 90% מהמקרים הנזק
19 הנוירולוגי הינו הפיך וחולף עד לגיל שנה. מכאן הסיק כי גורם הסיכון העיקרי לשיתוק
20 במקלעת הברכיאלית (BPP) הינו כליאת הכתפיים כאמור והשכיחות נעה בין 17 ל- 20 אחוז
21 ועפ"י ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) עד 40%, כאשר
22 כל גורמי הסיכון לכליאת כתפיים מהווים גם גורמי סיכון לשיתוק. מכל מקום הנתון
23 העיקרי עפ"י מנהלות הלידות הינו הערכת משקל העובר ובמקרה הנדון דובר על הערכת
24 משקל של 3,200 גרם שמשמעותה שאין מדובר בעובר מקרוזומי ולא ניתן היה לחזות
25 כליאת כתפיים ולכן גם לא למנוע שיתוק במקלעת הברכיאלית.
- 26 58. בכל הקשור עם נסיבות המקרה דנא מציין פרופ' גונן כי לאחר ביצוע 3 משיכות בעזרת
27 הוואקום חולץ ראש העובר, אלא שאז אובחנה כליאת הכתפיים. כפי המקובל, בוצעו שתי
28 הנקיטות זו ע"ש מק'רוברטס וכן לחץ סופרה פובי אלא שהדבר לא הסתייע ולא התאפשר
29 חילוץ ולפיכך נעשה שימוש בנקיטה נוספת שהינה סיבוב הכתפיים בצורת בורג וחילוץ
30 הכתף האחורית שאפשרה חילוץ הילוד במצב טוב ללא תשניק. בכל הקשור עם השבר בעצם
31 הזרוע שאובחן במהלך הלידה מדובר בסיבוב מוכר של כליאת כתפיים קשה שמחלים ללא
32 נזק שארי. בכל הקשור עם השיתוק, שאף הוא סיבוב שכיח של כליאת כתפיים, קרוב ל-
33 90% מהמקרים חולפים תוך שנה אך ב- 10% נותר נזק שארי כמו במקרה דנן. נזק שכזה



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 מתרחש אף ללא משיכה חזקה ואף ללא משיכה כלל, וזאת בשל הכוחות הטבעיים של
2 התכווצות הרחם וביצוע משיכה אקסיאלית בצורה נכונה ולכן הופעת השיתוק אינה
3 מצביעה בהכרח על הפעלת כוח או נקיטה שגרמו לנזק העצבי, שכן כוחות התכווצות הרחם
4 בלחיצות היולדת כשלעצמם מספיקים לגרום מתיחה מוגברת של המקלעת הבריאלית.
5 ואלה מתרחשים גם ללא שימוש בכוח רב ע"י המיילד.
6 לפיכך מסקנותיו היו כדלקמן:
- 7 א. שיתוק המקלעת הבריאלית מאובחן ב- 17-20 אחוזים ממקרי כליאת
8 הכתפיים ללא תלות בנקיטות בהן נעזר הרופא בעת חילוץ העובר.
9 ב. הטיפול בכליאת הכתפיים נעשה ע"י רופא בכיר ומנוסה עפ"י הכללים תוך
10 ביצוע נקיטות מתאימות ומקובלות.
11 ג. הופעת השיתוק לאחר הלידה אינה מצביעה אוטומטית על הפעלת כוח או
12 נקיטות שגרמו לנזק העצבי.
13 ד. החילוץ המקצועי והמהיר הציל את חיי העובר.
- 14 59. בחוו"ד המשלימה מתאריך 13.7.21 מצייין פרופ' גונן ובהתייחס לחוות דעתו המשלימה של
15 ד"ר ברגר, כי לא לוקחים בחשבון טעות בהערכת משקל שכן הינה לעיתים לא מדויקת
16 בהיותה הערכה בלבד ובהיות חוות דעת ד"ר ברגר מנוגדת לנייר העמדה של האיגוד, ולפיו
17 "כאשר משקל המוערך של העובר עולה על 4,500 גרם או 4,250 גרם ביולדת סוכרתית, יש
18 להמליץ על ניתוח קיסרי בשל סיכונים מוגברים לאם ולילוד", כאשר נייר העמדה מצייין
19 במפורש משקל מוערך ולא את הטעויות האפשריות במשקל.
- 20 60. עוד מוסיף פרופ' גונן כי להבדיל מטענת ד"ר ברגר, לא היה כל קושי לחלץ את הראש בלידת
21 ואקום, שכן זה חולץ לאחר 3 משיכות בלבד ובלא ניתוק הקאפ, מה שמצביע על חילוץ קל.
22 הקושי התברר רק לאחר מכן בחילוץ הכתפיים עקב כליאתן.
- 23 61. בכל הקשור עם משקל הלידה בפועל, זה אינו עומד בהגדרת מקרוזומיה ובכל מקרה כל
24 מיילד היה נוהג כפי שנהגו רופאי הנתבעת, שכן בנתונים המקדימים לא היה צפי לעובר
25 גדול. בכל מקרה הצורך בלידת ואקום לא העיד על עובר גדול, מאחר וגם הלידה הראשונה
26 הסתיימה בלידת ואקום בגיל הריון דומה ובמשקל ילוד דומה למוערך. כמו כן ההחלטה
27 על ואקום לא נבעה משלב שני מוארך אלא עקב תשישות היולדת ולחיצות לא יעילות על
28 רקע כאבים עזים שלא ניתן היה להפחיתם ע"י אלחוש אפידורלי, כאשר נייר העמדה מלמד
29 כי תשישות יולדת מהווה התוויה אימהית לילוד מכשירני, וכלשונו בכל הקשור עם הסיבות
30 האמהיות "התארכות השלב השני, מצב אימהי המחייב סיום הלידה בהקדם, סיבה
31 רפואית המונעת מן היולדת ללחוץ, תשישות או חוסר יכולת של היולדת ללחוץ".



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 בכל הקשור עם מועד תחילת השלב השני – תחילת ההלחצות – דעתו של ד"ר ברגר ולפיה
2 המיילדת החלה לכאורה להלחיץ את היולדת עוד לפני שהפתיחה הייתה מלאה הינה
3 ספקולטיבית, בלתי סבירה בעליל ומבוססת על תיעוד של שני אנשי צוות שונים שאינו
4 מוביל בהכרח למסקנת ד"ר ברגר. סביר לטעמו שבשעה 08:34 היולדת נבדקה ע"י ד"ר נאור
5 שתיעדה פתיחה 9 ס"מ. דקות ספורות אחר כך בדקה את התובעת המיילדת עובדיה קארין
6 שמצאה פתיחה של 10 ס"מ, היינו פתיחה מלאה, והחלה להלחיץ את היולדת. ההתקדמות
7 בין 9 ל- 10 ס"מ באישה ולדנית מתרחשת תוך דקות ספורות. ב- 09:05 זומן ד"ר בצר
8 כשהיולדת מותשת, צורחת מכאב ולחיצותיה אינן יעילות. מכאן שהלידה התקדמה בצורה
9 תקינה במהלך השלב הראשון עד לפתיחה המלאה, הראש התבסס באגן בגובה אפס אך
10 בשלב השני שבו נדרש שיתוף פעולה של היולדת בלחיצות, לא היה שיתוף פעולה ולכן נדרש
11 הוואקום, לאחר שלב שני של כ- 30 דקות.
- 12 63. באשר לסוגיית הכאב, האלחוש בוצע ע"י רופא מומחה בהרדמה וניתנו לתובעת שתי
13 תוספות של חומר אלחוש ולמרות זאת לא סיפק אלחוש מספק, כאשר סביר להניח שלו
14 נדרש ניתוח קיסרי היו מבצעים אלחוש ספינלי או הרדמה כללית שאינם מתאימים ללידה
15 וגינלית.
- 16 64. פרופ' גונן מסכים בסיכומו של יום שלא ניתן לבצע 3 משיכות בזמן ציר תוך דקה, שכן כל
17 ציר בממוצע נמשך 60 עד 90 שניות, אלא שעמדתו של ד"ר ברגר שהתיעוד מצביע על חילוץ
18 תוך דקה, מבוססת על רישום הבדיקה האחרונה של המיילדת ותיעוד שעת הלידה, כאשר
19 הבודק ומבצע הפעולה מתעדים את הממצאים בעת הפעולה עם סיומה ולכן סבירה סטייה
20 של דקות ספורות בתיעוד הזמן. בנוסף, ברור כי הוואקום נעשה תוך פרק זמן קצר. פרופ'
21 גונן גם מתנגד לעמדת ד"ר ברגר ולפיה ואקום שלא נעשה במשיכה אחת צריך להימנע
22 ממשיכה נוספת בהיות טענה זו לטעמו מגמתית ומופרכת שאינה תואמת את הידע וניירות
23 העמדה, כמו גם הפרקטיקה הרפואית.
- 24 65. בכל הקשור להתאמת הנתונים המיילדותיים ללידת ואקום, ציין פרופ' גונן כדלקמן:
25 א. באשר לגובה הראש בתחילת הפעולה כי עפ"י התיעוד של מבצע הפעולה, ד"ר
26 בצר, הראש עמד בתחנה פלוס 2 שהינו "ואקום מעמדה נמוכה", ולכן מתאים
27 לביצוע לידת ואקום.
- 28 ב. בכל הקשור עם טענת ד"ר ברגר ולפיה חל איסור על סיבוב הראש בעזרת
29 ואקום, כאשר עפ"י מאמרים "אפשר לבצע סיבוב של עד 45 מעלות ב'ואקום
30 מיציאה' ומעל 45 מעלות ב'ואקום נמוך'".
- 31 ג. בכל הקשור לקביעת גובה הראש, עפ"י ההיררכיה, הרופא המומחה הינו
32 הקובע ומשקבע כי הראש עמד בגובה פלוס 2 יש לקבל את עמדתו, שכן הוא



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 הסמכות העליונה באותו מעמד, במיוחד בהיותו רופא בכיר בעל ניסיון רב.
2 מעבר לכך ועפ"י נייר העמדה, רופא מומחה יכול להחליט גם על ביצוע לידת
3 ואקום בגובה פלוס 1.
4 66. לאור האמור בנספח לחוות הדעת, שלל פרופ' גונן כל בסיס לביקורת על הטיפול הרפואי
5 אותו ביצעו אנשי צוות הנתבעת.
6

הפלוגתות שבין הצדדים

- 7
8 67. לאור האמור לעיל המחלוקות שבין הצדדים הן כדלקמן:
9 א. סוגיית העובר הגדול:
10 1. האם בנסיבות הערכת משקל העובר הייתה לקויה?
11 2. ככל שהייתה לקויה האם היה בכך כדי להשליך על אופן המשך הלידה?
12 ב. סוגיית לידת הוואקום:
13 1. האם התובעת הגיע לביצוע לידת הוואקום לאחר שהולחצה כאשר אינה בפתחה
14 גמורה?
15 2. מה המועד והאינדיקציות/קונטרה אינדיקציות ללידת הוואקום בנסיבות או האם
16 התנאים הנדרשים התאימו בנסיבות ללידת וואקום? (כמו מצב היולדת; מיקום
17 העובר בתעלת הלידה; סוגיית הקאפוט; היות הראש במצג אלכסוני).
18 3. האם התקבלה הסכמה מדעת ע"י התובעת 2 לביצוע הוואקום והאם היה צורך
19 להחתימה על הסכמתה?
20 ג. ביצוע לידת הוואקום:
21 1. כמה זמן ארכה לידת הוואקום?
22 2. האם מכשיר הוואקום התנתק מראש היילוד?
23 3. מה הכוח שהופעל בלידת הוואקום?
24 4. האם היה מקום להפסיק את לידת הוואקום?
25 ד. סוגיית כלליאת הכתפיים:
26 1. מה הסיבה לכלליאת הכתפיים בנסיבות והאם ניתן היה לחזות אותה?
27 2. האם הטיפול בכלליאת הכתפיים נעשה בנסיבות כפי המקובל?
28 3. האם נעשה שימוש בכוח רב מידי בעת חילוץ העובר?
29 ה. האם יש בנסיבות להעביר את נטל הראיה אל הנתבעת מחמת הדבר מדבר בעדו או
30 מחמת העדר תיעוד מתאים?
31 ו. ככל שתמצא רשלנות מצד הנתבעת האם היא קשורה סיבתית לנוקי התובעים?



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 ז. ככל שקיים קשר סיבתי מהם נזקי התובעים?
2 ח. האם נפגעה האוטונומיה של התובעת?
3 68. בנסיבות העידו התובעים את המומחים מטעמם (ד"ר זאב פלדברין וד"ר מריוס ברגר) וכן
4 העידו את התובעת, את אבי התובע, את הסב (אביו של האב), כמו כן העידו את ליאורה
5 תמיר שמסרה חוו"ד (ת/6) לעניין צרכי שיקומו של התובע. הנתבעת מצידה העידה את
6 פרופ' רון גונן, וד"ר מיכה רינות המומחים מטעמה וכן את הרופא ד"ר משה בצר והמיילדות
7 קארין עובדיה וולרי ביילין. שני הצדדים צרפו תיקי מוצגים. נדון בפלוגתות עפ"י סדרן.
8

סוגיית העובר הגדול ופרע הכתפיים

9
10 69. אין חולק בין הצדדים כי סוגיית היות העובר גדול (מקרוזומי) היינו 4000 ג' ומעלה לאשה
11 עם בעיות סוכרת ו-4500 ג' ומעלה לאשה ללא בעיות סוכרת, הינה סוגיה מרכזית הנלקחת
12 בחשבון בעת בחינת החשש לפרע כתפיים במהלך הלידה. לפיכך קיימת חשיבות רבה
13 להערכת גודל העובר עם כניסת האם לביה"ח בשל החשש לפרע כתפיים כשהעובר
14 מקרוזומי. בנסיבות, אמנם בוצעה הערכת משקל לעובר עם כניסת התובעת לבית החולים
15 (ר' עמ' 75 לראיות הנתבעת המציין משקל קליני של 3200 גר' בתאריך 12.8 שעה 20: 45 ר'
16 גם עדות ד"ר ברגר ולפיה הערכה זו הינה סבירה עמ' 22 מול 39).
17 70. אין חולק כי לחשש שמא ייוולד עובר מקרוזומי מקורות אפשריים נוספים ובהם יולדת
18 בעלת משקל גבוה וכן יולדת הסובלת מסוכרת. בנסיבות, התובעת סבלה ממשקל גוף עודף,
19 כמו גם מסוכרת, בהגיעה לבית החולים. מקורות נוספים לחשש הינו הריון קודם שהסתיים
20 בפרע כתפיים, אך כפי המצוין לעיל מצב זה אינו רלוונטי למקרה דנן שכן הוסכם שבהריון
21 הקודם הולד נולד בלידה תקינה וללא פרע כתפיים.
22 הטענה להתעלמות מהרישום הרפואי מופיעה בתוספת השלישית לחוו"ד ד"ר ברגר ואינה
23 מוסיפה לאמינות כותב חווה"ד לאחר שהתברר כי ד"ר ברגר מציין את שצין לאחר שמצא
24 הערה בכתובים ולפיה הלידה הקודמת התרחשה אף היא עם פרע כתפיים כנתון שהצוות
25 הרפואי לא התחשב בו כשכאמור נתון זה אינו נכון, והוא ניתן לבירור על נקלה עם התובעת
26 כאשר לא היה מקום לצינו מאחר שהינו מתייחס ללידה דנא.
27 ליקוי נוסף בחוו"ד ד"ר ברגר מתייחס לכך שבמסגרת חווה"ד המקורית הוא מציין כי
28 "במקרה הזה לא בוצעה הערכת משקל בקבלה ללידה, לא ברור מדוע". לאחר שהוצגו
29 בפניו הנתונים המלמדים כי אמנם בוצעה הערכת משקל קלינית עם כניסת התובעת לבית
30 החולים, הוא ציין בעדותו כי "יכול להיות שנשמט ממני" (עמ' 14 מול 26).
31 המסקנה הינה כי הערכת משקל הינה נתון נדרש חשוב מאד בעת הכניסה לבית החולים
32 ולפיו, בין היתר, מעריכים את אופן התנהלות הלידה מרגע זה ואילך (לידה רגילה, או שמא
33 כזו שתחייב בהמשך לידה קיסרית). הערכת המשקל כשמה כן היא "הערכה", להבדיל



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 מקביעה והיא לוקחת בחשבון את כלל נתוני היולדת באותו מעמד. מהערכה זו גוזרים את
2 האפשרות ללידת תינוק מקרוזומי על ההשלכות שיהיו לכך על מהלך הלידה, לרבות
3 האפשרות לפרע כתפיים. בעניין זה סבירים בעיני יותר הנתונים והמסקנות העולים מחו"ד
4 פרופ' גונן לפיהם מרגע שנעשתה הערכת משקל העובר ימשיך הליך הלידה עפ"י אותה
5 הערכה ולא יהיה מקום לבצע שינוי בהערכה, שידוע שאינה בהכרח מדויקת ויכול ותהא
6 סטייה מעלה או מטה מהערכה שבוצעה בפועל (3,200 גר'). יוזכר, כי בפועל התובע נולד
7 במשקל 3,950 גר' שאף הוא אינו נכנס לגדר הגדרת תינוק מקרוזומי. לפיכך, הערכת
8 המשקל הייתה סבירה שכן כשבוע קודם ללידה הוערך משקל העובר ב-3,113 גר' (ר' עמ'
9 85 לראיות ההגנה) ובעת הכניסה לביה"ח הוערך ב-3,200 גרם. (ר' לעניין זה גם עדות פרופ'
10 גונן ולפיו ברגע שאין מקרוזומיה על פי הערכה כי אז גורמי הסיכון לא קיימים - עמ' 25
11 מול 6-7). מכאן שאין לי אלא לקבוע כי משקל העובר כפי שהוערך בעת הכניסה לבית
12 החולים הינו סביר בנסיבות. כך גם הנני לקבוע לאור הרישומים כי בוצעה הערכת משקל
13 עם הכניסה לביה"ח שלא כטענת מומחה התביעה. עוד הנני לקבוע כי נתון זה שירת נכונה
14 את תכנון המשך ניהול הלידה כלילה רגילה. טענת התובעים כאילו היה צורך לקחת
15 בחשבון גם גורמי סיכון נוספים (משקל האם והיותה עם סוכרת) אינה מעלה ואינה מורידה
16 והינה רלוונטית בעיני בכל לידה על סיכונה האפשריים.

17

18

סוגיית לידת וואקום

19

האם התובעת הולחצה טרם הגיעה לשלב השני של הלידה

20 71. טענו התובעים כי יש להלחיץ יולדת רק עם הגיעה לשלב השני של הלידה, היינו לשלב בו
21 הפתיחה הינה של 10 ס"מ. הנתבעת אינה חולקת על כך אלא שהתובעים טוענים כי הנתבעת
22 הולחצה עוד קודם לפתיחה גמורה מה שגרם לה לכאבים עזים וכן לתשישות שכן הולחצה
23 במצב בו העובר אינו יכול להתקדם וזאת לאורך כ-30 דקות עפ"י הרישומים, מה שגרם
24 להחלטה על לידת וואקום מקום בו היה נכון לתמוך באישה מילולית ולתת לה גז צחוק
25 כמאלחש ולא לנקוט בפעולה של יילוד בשולפן ריק בתנאים לא מתאימים 3 דקות מפתיחה
26 גמורה, ללא כל התוויה עוברית כשהעובר לא בקיפוח נשימתי.

27 הנושא עלה בחוות דעתו המשלימה של ד"ר ברגר שם עלתה טענה נוספת ולפיה התובעת
28 הולחצה כשלא הייתה בפתיחה מלאה (ר' עמ' 3 לחווה"ד המשלימה). בשעה 08:34 מציינת
29 ד"ר נאור דובב מיה כי הצוואר פתוח ל-9 ס"מ. בשעה 09:05 המיילדת עובדיה קארין לי
30 כותבת שהתובעת הודרכה ללחיצות במהלך 30 הדקות האחרונות, דהיינו ניתן להבין
31 שהיולדת הולחצה ע"י המיילדת בעת שהפתיחה לא הייתה גמורה והראש בספינה אפס
32 ובשל חוסר ההתקדמות הוזמן ד"ר בצר לאחר שהיולדת מותשת ולא מסוגלת ללחוץ בצורה
33 יעילה. ד"ר ברגר סבר כי, מובן שהאישה תגיע לתשישות מלחיצות שלא יכולות לקדם אותה



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 ויש לראות בכך כשל נוסף על אלה שהצביע בחווה"ד המקורית וברור לו כי בשעה 09:05
2 הלידה אינה מתקדמת בקלות (ר' גם עמדתו בעמ' 35 לפרו' מול 28-30).
3 פרופ' גונן מצדו סבר כי מדובר בטענה ספקולטיבית בלתי סבירה בעליל המבוססת על תיעוד
4 של שני אנשי צוות שונים שאינו מוביל בהכרח למסקנה אליה הגיע ד"ר ברגר. לטעמו,
5 התרחיש הסביר הינו שבשעה 08:34 היולדת נבדקה ע"י ד"ר נאור שתעדה פתיחה של 9
6 ס"מ. דקות ספורות לאחר מכן בדקה אותה המיילדת קארין עובדיה שמצאה בפתיחה של
7 10 ס"מ שהיא פתיחה מלאה ואז התחילה להלחיץ את היולדת, כאשר ההתקדמות מפתיחה
8 של 9 ל- 10 ס"מ מתרחשת תוך דקות ספורות. ד"ר בצר הוזמן ב- 09:05 כשהיולדת צורחת
9 מכאב ולחיצותיה אינן יעילות. מכאן שהלידה מתקדמת בצורה תקינה בשלב הראשון עד
10 לפתיחה מלאה, הראש התבסס באגן בגובה אפס אך בשלב השני בו נדרש שיתוף פעולה של
11 היולדת ולחיצות, לא היה כזה, ונדרשה לידת ואקום לאחר שהשלב השני מתרחש לאורך
12 כ- 30 דקות. בחקירתו הנגדית מציין פרופ' גונן כי בלידה שניה ניתן להלחיץ את היולדת גם
13 כשהפתיחה 9.5 ס"מ שהינה סוף השלב הראשון של הלידה (עמ' 16 מול 16-17).
14 72. את שהתרחש בפועל מובן שקשה לדעת מפי היולדת אלא מהכתובים ומדברי הצוות הרפואי
15 שטיפל בה לאור הקשיים אותם היולדת חווה. בתצהירה של הגב' ולרי ביילין (נ/5) מצוין
16 כי הלחיצה את התובעת כמקובל (ס' 6). בעדותה בביהמ"ש היא מציינת כי ניתן להתחיל
17 ולהלחיץ גם בפתיחה 7 (עמ' 89 מול 25) אבל אצל התובעת התחילה מפתיחה 9 וההלחצות
18 הן שהביאו לפתיחה מליאה ולירידת הראש שאמנם ירד בתעלת הלידה אך לא עד כדי סיוס
19 הלידה (עמ' 92 מול 5).
20 עפ"י תצהיר הגב' קארין עובדיה (נ/4), בשעה 09:05 היא כתבה כי "היולדת מותשת, צורחת
21 מכאב, לא מסוגלת ללחוץ בצורה אפקטיבית למרות שהיא בתנוחת ליטטומי ולמרות
22 שהמיילדת נמצאת איתה בחדר ומדריכה אותה ללחוץ במהלך 30 דקות אחרונות" (ס' 5
23 לנ/4). בשעה 09:10 בדק ד"ר בצר את התובעת ומצא כי היא בפתיחה גמורה והראש בגובה
24 +2.
25 מכאן אני מסיק כי התובעת אמנם התקדמה בלידה משעה 08:34, הפתיחה גדלה מ-9 ס"מ
26 ל-10 ס"מ והראש התקדם לעמדה +2. ראש העובר אם כן נע בתעלת הלידה לספינה +2.
27 אומרת המיילדת ואלרי ביילין בעדותה "התחלתי בפתיחת 9 אבל ..., ההלחצות שלי כן
28 הובילו לפתיחה מליאה ולראש בפלוס 2...ומשם זה לא התקדם" (עמ' 89 מול 35-38)
29 ובהמשך "כמה שזכור לי היא פשוט היתה מאוד מאוד כאובה ובלידות חוזרות כאשר אשה
30 מאד כאובה ההלחצות הן כן עוזרות, בדרך כלל נשים כן יולדות. בצורה כזאת אנחנו
31 פותרים את הבעיה של הכאב. היא קיבלה כמה פעמים תוספת אפידורל וזה לא עזר, וגם
32 השתמשה בניטרוס וגם ללא השפעה... בלידות חוזרות הרבה פעמים פשוט ללדת זה מה
33 שפותר את הבעיה של הכאב" (עמ' 90 מול 6-11), ובאשר להיות הפתיחה מלאה היא ציינה



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 שההלחצות גרמו לפתיחה מלאה (עמ' 90 מול 23). במילים אחרות ההלחצות לא הביאו
2 לסיום הלידה אך כן קידמו אותה (ר' עמ' 92 מול 5).
- 3 גם המיילדת האחראית הגב' עובדיה מציינת שלמרות שלא כתוב שבדקה קיומה של פתיחה
4 מלאה, היא לא הייתה קוראת לד"ר בצר לולא הייתה פתיחה מלאה וכלשונה "אני לא
5 אקרא לו לפני פתיחה מליאה" (עמ' 81 מול 36). במילים אחרות הרישום שביצעה הגב'
6 עובדיה בשעה 09:13 מדווח למעשה על מה שנעשה כבר קודם לכן, ולפיכך הרישום של
7 יולדת הנמצאת בפתיחה מלאה והראש בספינה +1 מתיישב עם הטענה שמעלה ד"ר בצר
8 לפיה הבדיקה שביצע בשעה 09:10 עת היולדת בפתיחה גמורה והראש בספינה +2 הינה
9 לאחר שהמיילדת הגב' עובדיה בדקה את התובעת ובדיקתה הינה קודם לבדיקת ד"ר בצר.
10 במיוחד הגיוני הדבר עת הראש אינו יכול לסגת לאחור ופער הזמנים בין הבדיקה של הגב'
11 עובדיה לרישום הינו ההסבר הסביר היחיד בעיני לפער העובדות והזמנים.
- 12 73. אמרו אם כן מעתה כי התובעת הולחצה עוד קודם שנכנסה לשלב השני של הלידה כשבד"ר כ
13 גישה זו אינה מקובלת אך אפשרית בנשים שזו לידתן השנייה. ההלחצה קידמה בנסיבות
14 את הלידה והובילה למצב בו הפתיחה, קודם זימונו של ד"ר בצר לחדר הלידה, הייתה
15 מלאה והראש בגובה ספינה +2. ההנחה, שבדיעבד יתכן והייתה מוטעית מצד המיילדת,
16 ולפיה קידום הלידה והלחצה לפני פתיחה גמורה בנשים ולדניות תביא לסיום כאבי היולדת
17 הינה הגיונית לשעתה למרות שבנסיבות גם הביאה למצב ובו נדרש היה לבצע המשך הלידה
18 בשולפן ריק לאור תשישותה של היולדת וחוסר שיתוף הפעולה שלה עם המיילדות (ר' כמו
19 כן דברי ד"ר בצר לעניין אפשרות התחלת תהליך הוואקום בפתיחה כמעט מלאה (9.5 ס"מ),
20 עמ' 65 מול ש' 27-30), כפי שעוד יובהר להלן הפתרון בביצוע המשך הלידה בשולפן ריק
21 בנסיבות הינו בעיני הגיוני וסביר ולא הוא שגרם לשיתוק ע"ש הרב, אלא הפעולות שבוצעו
22 לאחר שראש העובר יצא לאוויר העולם והתברר עניין פרע הכתפיים.
- 23
- 24 מה המועד והאינדיקציות/קונטרה אינדיקציות ללידת ואקום בנסיבות או האם התנאים הנדרשים
25 התאימו ללידת ואקום? (מצב היולדת; מיקום העובר בתעלת הלידה; הימצאות קאפוט; היות
26 הראש במצג אלכסוני).
- 27 74. לטענת ד"ר ברגר היולדת לא עמדה בתנאים הנדרשים ללידת ואקום ובהם אי ביצוע בדיקה
28 דרך הבטן על מנת לוודא שהקוטר הגדול של הראש עבר כבר את גובה הספינות; גובה
29 הראש היה מרכז האגן שהינו גובה בלתי סביר לביצוע לידת ואקום; התעלמו מכך שלא
30 ניתן להעריך את גובה החלק הגרמי של הראש בשל קפלי השומן בנרתיק; לא וידאו את
31 כיוון תפרי הקרקפת של העובר לפני ביצוע הוואקום.
- 32 75. הנתבעת מצידה סברה כי ביצוע הבדיקה דרך הבטן לבדיקת מעבר הראש את גובה הספינות
33 הינה בלתי אפשרית מקום בו מדובר באשה שמנה באופן חולני; גובה הראש היה נמוך ולא



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 במרכז האגן ולכן לא הייתה מניעה לביצוע ואקום; קפלי השומן בנרתיק אינם מונעים
2 בדיקת מיקום החלק הגרמי של הראש.
3 76. בחינת הטענות ההדדיות דלעיל אינה מצביעה על התרשלות בהחלטה לביצוע הוואקום.
4 נייר עמדה 5 של האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה (צורף לחו"ד פרופ' גונן), קובע כי
5 ניתן לבצע ואקום מקום בו מבחינה אימהית קיימת "תשישות או לחיצות אימהיות שאינן
6 מקדמות את הלידה", מכאן שההתוויה לעניין זה אמנם קיימת בנסיבות כפי שכתב ד"ר
7 בצר ברשומה הרפואית (עמ' 72 לראיות ההגנה). נייר העמדה מציין גם התוויות עובריות
8 לביצוע הוואקום אך אלה לא היו קיימים בעובר בשעת ההחלטה לביצוע הוואקום
9 ("שנויים בניטור המחשידים לקיפוח עוברי... המצדיק קיצור של משך השלב השני של
10 הלידה על ידי לידה מכשירנית"). כך גם לא היו התוויות נגד ("שימוש בוואקום במצג
11 פנים; הפרעות קרישה ידועות לעובר; נטייה לשברים בעובר...; התוויות נגד יחסית הינה
12 שימוש בוואקום לפני שבוע 34").
13 מעבר לאמור מגדיר נייר העמדה את מיקום ראש העובר באגן ומציין כי "גובה החלק
14 המקדים יימדד בסנטימטרים (ס"מ) (-5 עד +5) מעל או מתחת למישור הספינות...
15 (גובה 0). החלק המקדים הוא חלקו הגרמי של הראש". בהמשך מוגדר מישור האגן
16 בהקשר ללידות מכשירניות כדלקמן: "מוצא האגן" (outlet) - הקרקפת נראית בפתח
17 הנרתיק בלי פישוק השפתיים, כאשר חלקו הגרמי של הראש הגיע למוצא האגן והוא
18 לחוץ על החיץ. "נמוך באגן" (low) - חלקו הגרמי המקדים של הראש מצוי בגובה של +2
19 ס"מ או נמוך יותר, אך לא על מוצא האגן. "אמצע האגן" (mid) - חלקו הגרמי המקדים
20 של הראש מצוי בגובה 0 עד +2 (לא כולל +2) ס"מ. "גבוה באגן" (high) - חלקו הגרמי
21 המקדים של הראש מצוי מעל הספינות".
22 נייר העמדה מציין אף את התנאים להתערבות וכלשונו: "עובר במצב ראש; פתיחה מלאה
23 של צוואר הרחם; אגן שבהערכה קלינית מתאים ללידה לידנית; ראש העובר עבר את
24 הספינות - חלקו הגרמי המקדים של הראש בגובה נמוך (LOW) או ביציאה (OUTLET);
25 ותחנת אמצע האגן (MIDPELVIS) דרושים שיקול דעת ומיומנות מיוחדת בשל שיעור גבוה
26 יותר של סיבוכים. במצבים מיוחדים (תיאום שני, IUFD) יוכל רופא (מומחה או שאינו
27 מומחה, שהוסמך על ידי מנהל חדר לידה או מנהל המחלקה) לשקול ולבצע לידת שולפן
28 ריק, כאשר הפתיחה עדיין לא מלאה או ראש העובר נמצא גבוה מעל ה"ספינות" (רמת
29 הוכחה III)".
30
31 המחלוקת בין מומחי הצדדים הייתה בעיקרה היכן היה ממוקם הראש ביחס לאגן, כאשר
32 מומחה התביעה סבר כי הראש היה במצב של אמצע האגן ואילו מומחה ההגנה סבר כי



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 הראש היה מצב של נמוך באגן. הוסבר לעיל כי סביר בעיני שרישומי המיילדת עובדיה
2 ולפיהם הראש במצב של ספינה + 1, בוצעה עוד קודם לבדיקת ד"ר בצר שמצא פתיחה
3 גמורה ומצב של ספינה + 2 קודם שהחליט על ביצוע הוואקום, שהינו כאמור במצב של
4 נמוך באגן ולפיכך ההתוויה לביצוע שולפן ריק התקיימה בנסיבות העניין מבלי שהתקיימו
5 התוויות נגד.
- 6 77. שאלות נוספות שנדונו הינן הימצאות הקאפוט, ביחס לכך קמה מחלוקת האם הנושא נמצא
7 כלל במחלוקת והאם אינו בגדר הרחבת חזית וכך גם ביחס לשאלת היות הראש במצב
8 אלכסוני המאפשר או מונע יילוד באמצעות ואקום.
9 בכל הקשור עם הקאפוט נושא זה עלה כחלק מכתב התביעה אם כי לא עלה בפרטי
10 הרשלנות (סעיף 68 לכתב התביעה), אך מרגע שעלה במסגרת כתב תביעה עצמו (סעיף 67
11 ט"ו) לא מצאתי להתעלם ממנו. טענו אם כן התובעים כי הצוות הרפואי לא תיאר במדויק
12 את מה שהבודק הרגיש – את החלק הגרמי או את הקאפוט – בצקת קרקפתית – כתוצאה
13 מלחץ על עור הראש של העובר בירידה בתעלת הלידה, כמצוין ע"י ד"ר ברגר כחלק מחוות
14 דעתו.
- 15 ד"ר בצר (סגן מנהל המחלקת הגניקולוגית בעת הרלוונטית - עמ' 62 לפרו' מול ש' 24) בעניין
16 זה מסביר מהו קאפוט – בצקת (עמ' 66 מול ש' 34) ומציין בהמשך כי הינו ממשש את גובה
17 החלק הגרמי ולא את הקאפוט, כאשר הקאפוט לא נכלל בגובה הראש (עמ' 67 מול ש' 1-
18 2), מכאן שאין כל חשש שמא חלק הראש הינו בצקתי. באותה נשימה מציין ד"ר בצר כי גם
19 אין מניעה שהרקמות הרכות שמילאו את חלל הוואגינה ימנעו ממנו לקבוע את מיקום
20 הראש וכי הינו בעל ניסיון מספיק לשם כך (שם, ש' 7-8) וגם מטעם זה אין מקום לסברה
21 שמא בחן ד"ר בצר את הקאפוט ולא את החלק הגרמי.
22
- 23 78. שאלה נוספת הינה מה משמעות היות הראש במצב של LOT (Left Occiput
24 Transverse), כהתווית נגד לביצוע ואקום. מסביר ד"ר בצר בעדותו בביהמ"ש כי "מותר
25 לשים ואקום על LOT, זה לא שזה אסור לשים ואקום על LOT. זה ראשית להתחיל עם
26 זה. כאשר יש ציר הראש יורד ועושה סיבוב פנימי בזמן הסיבוב הפנימי הוא עובר מ-
27 Transverse ל- Anetrior, ל- LOA. מ- T ל- A זה בדיוק ההסבר... זה לא קונטרה
28 אינדיקציה לבצע ואקום..." (עמ' 69 מול ש' 21-28).
- 29 79. לטעמי יש בהסבר זה כדי לקדם את התוצאה בה בסיכומו של יום הלידה הצליחה עד לשלב
30 יציאת הראש מתעלת הלידה ומנח הראש לא הפריע לביצוע לידת ואקום והתוצאה הייתה
31 סבירה בנסיבות.
32



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 האם התקבלה הסכמה מדעת ע"י התובעת 2 לביצוע הוואקום והאם היה צורך להחתימה על
2 הסכמתה זו?

3 80. טוענים התובעים כי לא ניתן הסבר מספק לביצוע הוואקום לילדת. מסבירה התובעת
4 בתצהירה ת/5 "כי אף אחד, לא ד"ר בצר, לא כל רופא אחר וגם לא מי מהמיילדות לא
5 שיתפו אותי בשיקולים ליילוד בוואקום ולא הסביר לי או לבעלי מדוע החליטו ליילד
6 בוואקום... לא הסבירו לנו את הסיכונים הכרוכים בילוד בוואקום... לא הציגו בפנינו
7 אופציות אחרות ליילוד, כגון בניתוח קיסרי" (ס' 18-20 לתצהיר). גם אביו של התובע
8 בתצהירו ת/4 מציין כי נאמר להם שהחלט ליילד את התובעת בוואקום אך לא שיתפו
9 אותם בהחלטה ליילד בוואקום, לא התייעצו איתם ולא הסבירו מה הסיכונים הכרוכים
10 בלידה כזו. ההתנהלות של הצוות הייתה כאילו הכול כבר הוחלט, ולדעתו ולהחלטות שלו
11 ושל התובעת אין חשיבות. כך גם לא הציגו בפניהם את האפשרויות האחרות ללידה כמו
12 ניתוח קיסרי (ס' 10-12 ל- ת/4). בחקירה נגדית חזרו בגדול התובעת ובעלה על טענתם זו
13 (ר' עמ' 56 מול 11 וכן מול 15 וגם מול 20 ועמ' 58 מול 37 לחקירת אבי התובע, וכן בעמ' 69
14 מול ש' 14 התובעת מתייחסת להסברים שנתנו לה ומציינת שאינה זוכרת אם הסבירו לה
15 על הוואקום אך זוכרת כאבים, ובעמ' 70 מול 21 מעידה "שהחליטו פשוט לעשות
16 הוואקום, לא שאלו, לא התייעצו איתי", וכך גם בעמ' 76 מול 29-26).

17 81. הנתבעת מצידה מסבירה כי הן הרישומים והן מה שבוצע בפועל מלמד אחרת. מסביר ד"ר
18 בצר: "אנחנו מסבירים בזמן אמת. מטבע הדברים קשה להסביר הסבר נורא מפורט,
19 הסיטואציה היא לחוצה, זה שוב זה מצב שהוא מורכב מאד משתדלים להסביר. יחד עם
20 זה צריך לזכור שמדובר ביולדת עם השמנת יתר, ניתוח קיסרי בסיטואציה הזו זה סיכון
21 סופר סופר מעל הסיכון בלידת ואקום, ולכן אנחנו גם מכוונים את היולדת להבין שזו
22 הבחירה הנכונה" (עמ' 71 מול ש' 10-15), ובאשר למה שהוסבר בפועל לתובעת הסביר "...
23 הסיטואציה הזאת איננה סיטואציה נדירה. אנו נותנים את ההסבר הזה חדשות לבקרים
24 במקרה של ואקום ולכן ההסבר הוא די גנרי והסבר זה ניתן גם ליולדת הזו" (עמ' 71 מול
25 ש' 28-30). בהמשך הסביר כי מתוך 8,000 לידות בשנה, 4-5 אחוזים הן לידות מכשירניות
26 בוואקום, ואף הדגיש כי "עצם הוואקום לא גורם למתיחה של הפלקסוס הברכיאל" (עמ'
27 72 מול ש' 4).

28 82. לא מיותר לציין כי בחקירתה הנגדית לא נשאלה המיילדת עובדיה דבר וחצי דבר על מה
29 הוסבר ליולדת קודם לביצוע הוואקום. המיילדת ואלרי ביילין ציינה כי ד"ר בצר החליט
30 על ואקום וקרוב לוודאי שאמר מה הסיבה ליולדת, אלא שאינה זוכרת הכול לפני 9 שנים
31 וכלשונה: "אני יודעת שכשרופא מתחיל את הוואקום הוא מסביר לאישה, 'תראי יש לנו
32 בעיה ככה וככה ואני רוצה לעזור לך על ידי פעולה כזו וכזו'" (עמ' 84 מול ש' 24-30), כאשר



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 ציינה לבסוף בסיכום הלידה באותו פרק ובו סיכום המיילדת כי "לאור חוסר התקדמות
2 בפתיחה גמורה הוחלט על וואקום על ידי ד"ר בצר...".
3 83. לצורך בחינת הדין בנסיבות לעניין חובת מתן ההסבר נפנה לסעיף 13 לחוק זכויות החולה,
4 התשנ"ו-1996, הקובע כדלקמן:

5 "13. (א) לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה
6 מדעת לפי הוראות פרק זה.

7 (ב) לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל מידע רפואי
8 הדרוש לו, באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע;
9 לעניין זה, 'מידע רפואי', לרבות –

10 (1) האבחנה (הדיאגנוזה) והסכות (הפרוגנוזה) של מצבו
11 הרפואי של המטופל;

12 (2) תיאור המהות, ההליך, המטרה, התועלת הצפויה
13 והסיכויים של הטיפול המוצע;

14 (3) הסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע, לרבות תופעות לוואי,
15 כאב ואי נוחות;

16 (4) סיכויים וסיכונים של טיפולים רפואיים חלופיים או של
17 העדר טיפול רפואי;

18 (5) עובדת היות הטיפול בעל אופי חדשני.

19 (ג) המטפל ימסור למטופל את המידע הרפואי, בשלב מוקדם ככל
20 האפשר, ובאופן שיאפשר למטופל מידה מרבית של הבנת המידע לשם קבלת
21 החלטה בדרך של בחירה מרצון ואי תלות.

22 (ד) על אף הוראות סעיף קטן (ב), רשאי המטפל להימנע ממסירת מידע
23 רפואי מסוים למטופל, הנוגע למצבו הרפואי, אם אישרה ועדת אתיקה כי
24 מסירתו עלולה לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של המטופל".
25

26 בע"א 1303/09 קדוש נ' בית החולים ביקור חולים, סה(3) 164 (2012) (להלן: "פרשת
27 קדוש") מפרט כב' הש' עמית (כתוארו אז) מהו היקף המידע הרפואי שעל הרופא למסור
28 בידי החולה על מנת שניתן יהיה לקבוע כי ניתנה לרופא הסכמה מדעת כדלקמן:

29 "מתוך הפסיקה ניתן לחלץ מספר כללים לבחינת היקף חובת הגילוי לשם קבלת
30 הסכמה מדעת כנדרש בחוק:

31 א. מידע רלוונטי לעומת מידע מירבי: חובת הגילוי איננה מוחלטת ואינה
32 משתרעת על כל פרטי המידע האפשריים בנוגע לטיפול או הסיכונים והסיכויים.
33 ב. המידע שעל הרופא לספק למטופל הוא זה הדרוש לו על מנת לקבל החלטה
34 מושכלת לגבי הטיפול.

35 ג. כפועל יוצא מכך, יש לערוך איזון בין מידע מספק לצורך קבלת החלטה
36 מודעת לבין מידע אשר 'יציק' את המטופל באופן שיקשה עליו לקבל החלטה.

37 ד. חובת הגילוי אינה כוללת סיכונים רחוקים ובלתי משמעותיים. המשוואה
38 היא שיעור הסיכון וחומרתו או שיעור הסיכוי מול התועלת הסגולית בגילוי.

39 ה. ידיעה כללית של מטופל בדבר סיכונים הכרוכים בטיפול אינה פוטרת את
40 הרופא המטפל מלחזור ולהציגם בפני המטופל. עם זאת, לידיעת המטופל עשויה
41 להיות השלכה לגבי היקף החובה.

42 ו. לא די להציג בפני המטופל את 'השורה התחתונה' מבלי לנמק ולהסביר את
43 השיקולים שהביאו אליה. זאת, בסייג הנזכר לעיל ולפיו אין להציף את המטופל
44 במידע שלא יוכל להתמודד עימו.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 **ז. חובת הגילוי נועדה להשיג הסכמה מדעת של המטופל, ולכן המידע הנמסר**
2 **צריך להיות כזה שנדרש לצורך גיבוש ההסכמה. המבחן בדיעבד הוא אם אי**
3 **הגילוי אכן פגע בהסכמה מדעת של המטופל."**
4

5 בסיכומו של יום נקבע בדעת רוב שוב כבעבר כי המבחן הינו "מבחן החולה הסביר" (ר' עמדת המשנה לנשיא ריבלין).

7 84. החובה להסביר ליולדת מה עומד לפנייה ומדוע נכון לבצעו עולה גם מנייר עמדה 5 לפיו יש להכין את היולדת ולהסביר לה על ההתוויה ועל הפעולה העומדת להתבצע. לא יכול להיות ספק כי הרישומים הרפואיים כפי שעולים מביה"ח מלמדים על מתן הסבר ליולדת, אם כי לא צוין בפירוט מה ההסבר שניתן (סיכום הרופא לאחר ביצוע הוואקום מלמד כי "היולדת **קיבלה הסבר והביעה את הסכמתה לביצוע הפעולה**" (עמ' 72 לראיות ההגנה)). עוד אין חולק כי אין מדובר בלידת הוואקום הראשונה של התובעת, ולמרות החובה ליידע מדוע וכיצד תתבצע הפעולה בכל לידה מחדש, לא יכול להיות חולק שהתובעת כבר מודעת למהות ההתערבות המכשירנית אותה הינה עומדת לעבור ולפיכך ההסבר יכול ויהיה קצר יותר. משמדובר במסמך בכתב המקפיא את הזכירה שבעבר מחד, למול יולדת ובעלה הנמצאים במתח ולחץ עצום במהלך לידה קשה ומאד כואבת, כי אז קשה לקבוע כי אמנם התובעים הינם מי שצודקים בטיעוניהם לגבי אי מתן הסבר כלל, שלא לומר הסבר הולם ולפיכך גם לפגיעה באוטונומיה בשל אי מתן ההסבר כאמור.

19 משלא מוכחת כדבעי טענה זו לאור הנתונים כאמור לעיל, וכאשר לאור הכיתוב ניתן באופן סביר להניח כי הסבר מתאים אמנם ניתן ליולדת, אם כי לא הוכח כאמור שמדובר בהסבר מפורט, כי אז לא מצאתי לקבל טענתם זו של התובעים לאי מתן הסבר ולפגיעה באוטונומיה (ר' לעניין הסכמה מדעת ע"א 2781/93 **דעקה נ' בית החולים "כרמל" חיפה**, פ"ד נג(4) 526 (1999); פרשת **קדוש**) מכל מקום יובהר שלא מצאתי כי קיים צורך בהחתמת התובעת על טופס הסכמה מדעת כפי שאין הדבר מצוין בנייר עמדה 5 ואף הגיוני בעיני לאור הלחץ הרב הקיים סביב אירוע שכזה.

26 לאור האמור לעיל יש לדחות הטענה לפגיעה באוטונומיה של התובעת.

ביצוע לידת הוואקום

29 כמה זמן ארכה לידת הוואקום?

30 85. עפ"י הרישומים הרפואיים נוצר קושי בציון פרק הזמן שבו בוצעה לידת התובע, שכן מחד מצוין כי התובע נולד בשעה 09:14 ומצד שני מציינת בשעה 09:13 המיילדת עובדיה כי "ד"ר **בצר מבצע שולפן ריק** – **הוזמן רופא ילדים**". כיצד יתכן כי חלפה דקה אחת מרגע ביצוע השולפן הריק ועד הלידה, כאשר ד"ר **בצר** מציין 3 משיכות עם צירים וכאשר ידוע כי כל



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 ציר בזמן של זה של הלידה נמשך פרק זמן של 60-90 שניות באופן שאינו יכול לאפשר 3
2 משיכות עם הצירים ולכן לידה בתוך דקה.
3 86. סוגיה זו הוסברה ע"י פרופ' גונן בכך שהחלטה על ביצוע לידת הוואקום נפלה מיד בסמוך
4 לבדיקת ד"ר בצר בשעה 09:10 כשהלידה עצמה מסתיימת בשעה 09:14 לאחר 3 משיכות,
5 ובכך למעשה יש כדי להתאים את משך הצירים למשיכות עצמן ולמועד סיום הלידה.
6 87. מכאן שלידת הוואקום לא ארכה דקה אלא ארכה כ-6 דקות, ובאופן סביר לאור פרק הזמן
7 ההגיויני בביצוע מהלך לידת הוואקום שהינו פרק זמן קצר.
8

9 האם מכשיר הוואקום התנתק מראש היילוד?

10 88. לטענת התובעים, העובדה ולפיה שישה ימים לאחר הלידה וביום 19.8.15 בוצעה ליילוד
11 בדיקת MRI לאחר הלידה ונמצאו המטומות סאבדוראליות בגומה האחורית 6 ס"מ
12 משמאל ו-5 ס"מ מימין וכן המטומה בהיקף של המיספרות המוח בגודל של 6 ס"מ בראש
13 של התובע במספר מקומות מלמדת על כך שהוואקום ניתק מראשו של התובע במהלך
14 ביצועו ויתכן שלא רק פעם אחת, כאשר נתון זה אינו מופיע ברישום שבוצע ע"י ד"ר בצר.
15 בכך יש כדי ללמד על ביצוע הוואקום בכוח רב ולכן זה מה שגרם בסיכומו של יום לנזקי
16 התובע.

17 89. הנתבעת מצדה שללה מכל וכל טענה זו. ד"ר בצר התייחס לכך במסגרת עדותו כשציין כי
18 "היות ולא נרשמו פה ניתוקים אז לא היה ניתוק" (עמ' 67 מול ש' 29-30), ובהמשך "לא
19 היו ניתוקים, גם פרק הזמן הוא קצר יחסית של הוואקום הזה, זה 3 צירים שנמשכו בערך
20 6 דקות משהו כזה. בזמן הזה קשה לעשות אפליקציה נוספת אם זה היה ניתק, זה לא
21 ניתק". כאשר מצד אחד מניח מומחה התביעה כי הייתה התנתקות צלחת הוואקום לנוכח
22 המטומות סאבדוראליות במספר מקומות במוח, ומנגד מציין הרופא המבצע כי לא החיתה
23 התנתקות, וכי הפעולה בוצעה במהירות רבה יחסית וכאשר נייר עמדה 5 מציין כי יתכנו
24 המטומות כחלק מהסיבוכים של ההליך (שטף דם של הקרקפת, דימום סובגליאלי, דימום
25 תוך מוחי), כי אז עסקינן בסיבוכים אפשריים רגילים באופן שאינו מעיד על בעיה כלשהי
26 בעצם ביצוע הוואקום. מכאן לא סברתי כי הייתה התרשלות בביצוע הוואקום עד לחילוץ
27 ראש העובר. נושא כמות ההמטומות שנמצאו בבדיקת ה-MRI ימצא ביטוי בהעברת הנטל
28 אל הנתבעת בהמשך.

29
30 האם הופעל כוח לא סביר בלידת הוואקום?

31 90. לטענת התובעים, הופעל כוח ניכר ולא סביר במהלך ביצוע הלידה לנוכח ההמטומות
32 הסאבדוראליות שהתגלו במוחו של התובע לאחר הלידה. הוסבר לעיל כי עסקינן בסיבוכים
33 אפשריים של ההליך ולפיכך לא מצאתי כי יש בכך כשלעצמו כדי להצביע על הפעלת כוח



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 יוצא דופן במהלך ביצוע הוואקום עצמו, אם כי יש בכך כדי להצביע על מגמה של הפעלת
2 כוח רב במהלך הלידה שאף מעביר את הנטל אל הנתבעת להוכיח שלא התרשלה בהפעלת
3 כוח מיותר במהלך הלידה שגרם לנזק. יובהר שוב שלא נגרם כל נזק פרמננטי כתוצאה
4 מההמטומות הסאבדוראליות שנגרמו לתובע בנסיבות ולכן אין מקום להכביר על כך מלל
5 מיותר מעבר לאמור לעיל.

6

7

האם היה מקום להפסיק את לידת הוואקום?

8 91. טענו התובעים כי לנוכח הקשיים בביצוע לידת הוואקום עצמה היה מקום להפסיקה ולבצע
9 פעולות אחרות, לרבות שימוש בגז צחוק והרגעת היולדת. ככל שזה לא מסתייע, גם מחשבה
10 על ביצוע ניתוח קיסרי.

11 92. הנתבעת שללה זאת מכל וכל, במיוחד כאשר לידת הוואקום התקדמה באופן סביר ומהיר
12 יחסית. בל נשכח כי עפ"י הוראת נייר עמדה 5 אין להמשיך בביצוע לידת הוואקום מעל 30
13 דקות ובנסיבות הלידה ארכה דקות ספורות. כך גם סבר פרופ' גונן כי לא היה מקום
14 להפסיק את מהלך לידת הוואקום, כאשר בנסיבות הלידה נמשכה עד ליציאת ראש העובר
15 מתעלת הלידה כשאז התברר שקיים פרע כתפיים.

16 93. לטעמי, גם בנקודה זו הצדק עם הנתבעת. לא היה מקום להפסיק את לידת הוואקום לנוכח
17 משך הזמן הקצר בו התרחשה, ובוודאי שלא להוסיף גז צחוק שבשלב זה אינו אפקטיבי
18 כטענת פרופ' גונן לרבות שיחת הרגעה עם היולדת שלא בהכרח הייתה מסייעת להמשך
19 לידה רגילה. בכל מקרה לא ניתן להתעלם מדברי ד"ר ברגר ולפיהם עם יציאת הראש
20 מתעלת הלידה ניתן לומר שכל מה שבוצע עד כה הינו תקין וכלשונו "עד כאן הכל תקין"
21 (עמ' 27 מול 10-9). גם בהמשך הינו מסכים כי מפה מתחילות הבעיות של הנתבעת (עמ' 27
22 מול 17-16).

23

24

סוגיית כליאת הכתפיים:

25

מה הסיבה לכליאת הכתפיים בנסיבות והאם ניתן היה לחזות אותה מראש?

26 94. הסיבה לפרע הכתפיים לטענת התובעים הינה עצם ביצוע הוואקום. הנתבעת הכחישה זאת
27 מכל וכל. כפי העולה מהנתונים בתיק, הסיבות לפרע כתפיים אינן ידועות תמיד, אם כי
28 קיימים גורמים העשויים לנבא התרחשות של פרע כתפיים והראשונה הינה כזכור עובר
29 מקרזומי. משלא ניתן לקבוע באמת מה הסיבה להתרחשות פרע הכתפיים בנסיבות העניין,
30 לא סברתי כי ניתן לייחס זאת דווקא להתנהלות הנתבעת ואנשי הצוות הרפואי ולכן יילוד
31 בוואקום בנסיבות אינו בהכרח הסיבה לפרע הכתפיים, מכל מקום לא ניתן להוכיח זאת
32 במאזן הסתברות.

33



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

האם הטיפול בכליאת הכתפיים בהיבט הנקיטות נעשה בנסיבות כפי המקובל?

1
2 95. נדמה כי אין ספק מצד שני הצדדים שהטיפול בנקיטות שבוצעו בפועל, היינו נקיטת
3 מק'רוברטס ולחץ סופרה פובי, הינן שתי הנקיטות הראשונות אותן יש לבצע ולאחריהן ככל
4 שהדבר אינו מסייע לחילוץ הכתף האחורית, יש לבצע נקיטות נוספות ובהן סיבוב הכתפיים
5 של התינוק בצורת בורג כפי שבוצעה ע"י ד"ר בצר, וחילוץ הכתף האחורית ולאחר מכן ילוד
6 היילוד. לפיכך סברתי כי בנסיבות העניין הנקיטות שבוצעו ע"י ד"ר בצר הן הנקיטות
7 המקובלות בתחום לביצוע חילוץ עובר במצב של פרע כתפיים ולא נעשתה פעולה שאינה
8 מקובלת בתחום זה. מכאן גם שאין מקום לטענה בדבר ביצוע נקיטה שהיא רשלנית בזמן
9 חילוץ העובר בהיבט סדר ביצוע הנקיטות המקובלות.

האם נעשה שימוש בכוח רב מידי בעת חילוץ העובר?

10
11
12 96. בנקודה זו טענו התובעים כי חילוץ פרע הכתפיים בוצע בכוח רב מידי באופן שגרם לשבר
13 בזרוע ימין של התובע וכן לשיתוק ע"ש ארב בידו השמאלית נוכח הכוח הרב והמיותר
14 שהופעל בעת החילוץ. הסביר זאת ד"ר ברגר עת ציין בחקירתו הנגדית כי בעובדה שנפגעו
15 לא רק הסיבים העליונים שגורמים לשיתוק ע"ש ארב אלא גם הסיבים התחתונים "זה כוח
16 אדיר כוח אדיר שגורמים לנזק לרקמה עצבית של ילד שהיא הרבה יותר גמישה... מאשר
17 שלנו. זאת אומרת שכדי לגרום לנזק בלתי הפיך (צריך כוח רציני) אדיר". בנקודה זו
18 סברתי כי נכון יהיה להעביר את הנטל אל הנתבעת מכוח סעיף 41 לפק' הניקין [נוסח חדש]
19 להוכיח שלא התרשלה מחמת היות הדבר מדבר בעדו, וזאת מאחר וסברתי כי התובעים
20 מוכיחים קיום תנאי הסעיף כפי שיפורט להלן.

21 97. סעיף 41 לפקודת הניקין שכותרתו חובת הראייה ברשלנות כשהדבר מעיד על עצמו קובע
22 כדלקמן:

23 "41. בתובענה שהוגשה על נזק והוכח בה כי לתובע לא היתה ידיעה או לא
24 היתה לו יכולת לדעת מה היו למעשה הנסיבות שגרמו למקרה אשר הביא לידי
25 הנזק, וכי הנזק נגרם על ידי נכס שלנתבע היתה שליטה מלאה עליו, ונראה
26 לבית המשפט שאירוע המקרה שגרם לנזק מתיישב יותר עם המסקנה
27 שהנתבע לא נקט זהירות סבירה מאשר עם המסקנה שהוא נקט זהירות
28 סבירה – על הנתבע הראייה שלא היתה לגבי המקרה שהביא לידי הנזק
29 התרשלות שיחוב עליה".

30
31 לשם הפעלת הסעיף והעברת נטל הראייה אל הנתבעת שלא התרשלה, על התובעים להוכיח
32 את שלושת יסודות הסעיף (ר' לעניין זה פס"ד של המשנה לנשיאה כב' הש' ריבלין ברע"א
33 9250/05 עמידר נ' בן יעיש (11.4.06)). היינו נדרש להוכיח כי לא היתה לו ידיעה או יכולת
34 לדעת מה היו הנסיבות שגרמו למקרה שהביא לנזק, כי הנזק נגרם על ידי נכס שלנתבע היתה
35 שליטה מלאה עליו והתנאי השלישי הינו כי נראה לביהמ"ש שאירוע המקרה שגרם לנזק



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 מתיישב יותר עם המסקנה שהנתבע לא נקט זהירות סבירה מאשר עם המסקנה שהוא נקט
2 זהירות סבירה.

3 בנסיבות העניין, שלושת התנאים מתקיימים. התנאי הראשון מתקיים שכן היולדת נמצאת
4 בידי ד"ר בצר המתפעל את אירוע פרע הכתפיים ולכן אין לה ידיעה או יכולת לדעת האם
5 הפעיל ד"ר בצר כוח מופרז בעת שחילץ את התובע מרחם אימו; התנאי השני מתקיים באשר
6 בנסיבות לד"ר בצר הכלים והשליטה על ביצוע הלידה בעת חילוץ העובר כאמור, בין אם
7 מדובר במכשיר הוואקום עצמו ובין במנוברים שביצע על התובעת לצורך חילוץ העובר. ר'
8 לעניין זה ע"א 241/89 ישראל **ליפט נ' הינדלי**, פ"ד מט(1) 45, 80 (1995), שם קובע כב' השופט
9 מצא ביחס לתנאי השני, כך:

10 **"קיומה של שליטה צריך להיבחן על-פי היותו של הנתבע, לכאורה, בעל**
11 **היכולת הטובה ביותר למנוע את התרחשות הנזק. יכולת זו צריכה לנבוע מהסוג**
12 **ומהיקף של החזקה שיש לנתבע בנכס במועד הרלוואנטי, לפי העניין,**
13 **למעשה הרשלנות או להתרחשות הנזק. על הנפגע מוטל להוכיח את שליטתו**
14 **של הנתבע בנכס".**

15
16 במילים אחרות, על מנת שהתנאי השני יתקיים בנסיבות, על ד"ר בצר מטעם הנתבעת להיות
17 בעל היכולת הטובה ביותר למנוע את הנזק שנגרם לתובע בעת חילוץ מרחם אימו. בעיני
18 אין ספק כי בהיותו מי שמבצע את הפעולה עצמה הוא גם מי שהינו בעל היכולת הטובה
19 ביותר למנוע את הנזק לתובע ולכן התנאי השני מתקיים.

20
21 בכל הקשור עם התנאי השלישי, ביחס אליו קבעה הפסיקה כי לשם קיומו על התובעים
22 להניח תשתית עובדתית מספקת להערכה שיפוטית אפשרית לפיה אירוע התאונה מתיישב
23 יותר עם קיומה של רשלנות מצד הנתבע מאשר עם היעדרה, בנסיבות העניין נולד התובע
24 לאחר שבמהלך החילוץ התברר כי נגרם לו שבר ביד ימין וכן נגרם לו שיתוק במקלעת
25 הברכיאלית. אם נוסיף לכך את ההמטומות הסאבדורליות שהתגלו בבדיקת ה-MRI שבוצעה
26 לתובע מספר ימים לאחר לידתו במספר מקומות בראשו כתוצאת מלידת הוואקום (ר' עמ'
27 48 לראיות התביעה), הרי שיש בשלושת אלה כדי להצביע על מגמה אפשרית ולפיה נעשה
28 שימוש בכוח רב מהנדרש לשם חילוץ התובע ולפיכך על הנתבעת להוכיח כי לא התרשלה
29 בהפעלת כוח רב מהנדרש בעת חילוץ של התובע כאמור, על הנזק שנגרם למקלעת
30 הברכיאלית בשל כך ובכלל.

31 98. לעניין זה מציין ד"ר בצר בתצהירו כדלקמן:

32 **11.8 בחילוץ הכתפיים עשיתי שימוש בנקיטה ע"ש מקרוברטס ולחץ סופרה**
33 **פובי לחילוץ הילוד ומשנקיטות אלה לא צלחו ביצעתי סיבוב הכתפיים לחילוץ**
34 **הכתף האחורית – נקיטות אשר מקובלות בפרקטיקה והובילו לחילוץ הילוד**
35 **במצב טוב.**



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 **12. אני דוחה מכל וכל את טענותיהם המגמתיות של התובעים באשר להתרשלות**
2 **צוות בית החולים במהלך הלידה הנדונה, ולהיפך – לו היה מגיע מקרה דומה**
3 **היום הוא מטופל באותו אופן".**
4
5 ד"ר בצר אינו מתייחס בתצהירו לכמות הכוח שהופעלה לחילוץ העובר ולשאלה האם כמות
6 כוח זו הייתה עודפת והאם זו נדרשה בנסיבות, כמו גם האם הפעלת כוח מופרז היא זו
7 שגרמה לנזק, אם כי המסמכים הרפואיים מציינים כי מדובר היה בחילוץ קשה (ר' הרישום
8 של רופא הילדים לאחר הלידה עמ' 32 למוצגי התובעים לפיו "נולד לאחר חילוץ קשה
9 בעזרת ואקום. לאחר הלידה, טונוס רפה, ללא מאמץ נשימתי, חיוורון קל, בוצעה החייאת
10 אמבו שלאחריה התאושש עם שיפור בנשימה, בצבע ובטונוס, אולם עדיין נמצא
11 דיספניאה, עם נשימה בטנית ואנחות" התובע נלקח להשגחה בפגיה ולא נשלח לתינוקיה.
12 כמו כן ר' גם ממצאי בדיקה על קולית בעמ' 42 לראיות התביעה המציין בתולדות המחלה
13 "לידה טראומטית"), מה שמעיד על שימוש בכוח שיכול ויהיה לא סביר בעת הלידה.
14 במסגרת חקירתו הנגדית של ד"ר בצר וכשנשאל ביחס ליד ימין שנשברה והאם זה דבר רגיל
15 שהיא נשברת השיב: "אז אני מנתח למה נשברה היד. היות והיה צריך לחלץ את הכתף
16 האחורית, קרוב לוודאי שהיד נפגעה בתהליך החילוץ. זה הניתוח שלי, אני לא בטוח שזה
17 נכון, אבל זה הניתוח שלי". כשנשאל האם זה תקין שהיד נשברת במהלך החילוץ השיב
18 "בוודאי שלא. אני מצטער מאד שקורים כאלה דברים אבל מטבע הדברים זה קורה, לא
19 בשכיחות גבוהה, זה מאד נדיר שיש פגיעה בגפה, בעצם כל כך גדולה בלידה. בוודאי שלא
20 עושה לנו טוב". כשנשאל האם הנזק שנגרם לתובע לא יכול להיווצר למשל אם מישהו
21 משתמש בכוח מעל לסביר השיב "את זה צריך לשאול מומחה מה מידת הכוח שצריך
22 להפעיל על היד כדי לגרום כזה נזק. אני לא יודע... מהניסיון שלי טוב, מקרים של פרע
23 כתפיים הם נדירים. מקרה של פגיעה במקלעת הברכיאלי נדירים יותר מתוך מקרים של
24 פרע הכתפיים. טראומה בלידה היא לא שכיחה, מאד לא שכיחה". כשנשאל האם
25 טראומה כל כך נרחבת בפלקסוס הברכיאלי יחד עם שבר ביד הם לא תוצאה של שימוש
26 בכוח השיב "זה חלק מהחילוץ של פרע הכתפיים... כשיש פרע כתפיים כל כך קשה עלול
27 להיות נזק. אחד מהסיבוכים של פרע כתפיים של פעולות בפרע כתפיים יכול להיות נזק
28 לאחת העצמות, בוודאי... גם שבר, כן". בנקודה זו התחייב ד"ר בצר לשלוח ספרות על כך,
29 אך למרבה הצער לא הוצגה לביהמ"ש ספרות מתאימה בעקבות הדיון, גם לא בסיכומי
30 הנתבעים, בעוד שד"ר ברגר מציין כי מצב כזה של שבר ביד לא היה צריך לקרות (עמ' 26
31 מול 37-38).
99. גם בחוות דעת של פרופ' גונן מטעם הנת', בפרק של סוגיית כליאת הכתפיים והנזק למקלעת
32 הברכיאלית, מסביר המומחה כי לאחר שלוש משיכות בעזרת הוואקום אובחנה כליאת
33 כתפיים. כמקובל בוצעו בתחילה שתי הנקיטות המקובלות כקו ראשון: נקיטות ע"ש
34 מקרוברטס ולחץ סופרה פובי, אבל היות והנקיטות לא אפשרו חילוץ בוצעה נקיטה נוספת:
35



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 סיבוב הכתפיים בצורת בורג וחילוץ כתף אחורית שאפשרה חילוץ הילוד במצב טוב ללא
2 תשניק. השבר בעצם הזרוע שאובחן במהלך הלידה הינו סיבוך מוכר לטעמו של כליאת
3 כתפיים קשה שבד"כ מחלים ללא נזק שארי. הנזק למקלעת הברכיאלית הינו סיבוך שכיח
4 של כליאת כתפיים המאובחן ב- 17-20 אחוז ממקרי כליאת הכתפיים, כאשר ב- 90%
5 מהמקרים השיתוק חולף תוך שנה וב- 10% נותר נזק שארי כפי שקרה במקרה דנן. פרופ'
6 גונן מדגיש שנזק למקלעת הברכיאלית מתרחש גם ללא משיכה חזקה ואף ללא משיכה כלל
7 וזאת כתוצאה מהכוחות הטבעיים של התכווצות הרחם ולחיצות היולדת ויכול להתרחש
8 גם כאשר מופעלת משיכה אקסאיאלית בצורה נכונה ולפיכך הופעת השיתוק לאחר הלידה
9 **"אינה מצביעה באופן אוטומטי שהמיילד הפעיל כוח או נקיטות שגרמו לנזק העצבי.**
10 **הכוחות של התכווצות הרחם ולחיצות היולדת, לכשעצמן, קרוב לוודאי מספיקים בכדי**
11 **לגרום למתיחה מוגברת של המקלעת הברכיאלית. יתרה מכך, במקרים רבים של BPP**
12 **קורים ללא קשר לכליאת כתפיים או הפעלת כוח מוגזם ע"י המיילד".**
13 100. המסקנות לעניין זה אם כן הן כי הופעת שיתוק במקלעת הברכיאלית לאחר לידה אינה
14 מצביעה באופן אוטומטי על כך שהמיילד הפעיל כוח או נקיטות שגרמו לנזק העצבי. מכאן
15 ניתן להסיק כי גם פרופ' גונן אינו יודע לציין האם בנסיבות עשה ד"ר בצר שימוש בכוח
16 מופרז, אך אפילו אין מדובר על מסקנה "אוטומטית", עדיין זו אחת מהאפשרויות הבולטות
17 בעיני והמשמעותיות יותר משאר האפשרויות בנסיבות לנזק שנגרם לתובע, הן בהיבט של
18 השבר בזרוע והן בהיבט של הנזק למקלעת הברכיאלית. בנסיבות העניין לא השתכנעתי, לא
19 מדברי ד"ר בצר ולא מדברי פרופ' גונן, כי בנסיבות העניין לא הופעל כוח בלתי סביר לחילוץ
20 פרע הכתפיים, קשה ככל שלא יהיה, כוח שהיה בו כדי לגרום לנזק הספציפי של התובע
21 בנסיבות. משאין התייחסות כאמור לשיעור הכוח שהופעל בפועל, לא עומדת הנתבעת בנטל
22 להוכיח כי הופעל כוח סביר להבדיל מכוח בלתי סביר, מקום בו סביר בעיני להניח כי כן
23 הופעל כוח לא סביר שגרם הן לשבר ביד ימין והן לשיתוק של קבע במקלעת הברכיאלית.
24 מכאן, שבהעדר הסבר מניח את הדעת לשיעור הכוח שהופעל לחילוץ התובע והיותו בנסיבות
25 כוח בלתי סביר, המסקנה היחידה הינה שהנתבעת אינה עומדת בנטל להוכיח שלא התרשלה
26 בעת ביצוע הלידה, לפיכך הנתבעת באמצעות הצוות הרפואי שטיפל בתובעת, היא האחראית
27 לנזק שנגרם לתובע בשל שימוש בכוח לא סביר במהלך חילוץ ומכאן גם חבות הנתבעת
28 לנזקי התובעים.

29

30 **האם נזקי התובע קשורים סיבתית להתרשלות הנתבעת?**

31 101. משהנתבעת אינה מוכיחה כאמור שנעשה שימוש בכוח סביר בנסיבות העניין, וכאשר סביר
32 יותר להניח שנעשה שימוש בכוח לא סביר, שגרם לנזק למקלעת הברכיאלית, כי אז הנתבעת
33 אחראית לנזק זה, הן עובדתית בהיות הנזק תוצאה של שימוש בכוח לא סביר והן משפטית



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 באשר ניתן להניח בסבירות העולה על מאזן הסתברויות, כי שימוש בכוח לא סביר בנסיבות
2 עלול לגרום לנזק הן מסוג של שבר ביד ימין והן מסוג של נזק למקלעת הברכיאלית ושיתוק
3 היד בגובה המתאים לשיתוק ע"ש ארב כפי שנגרם לתובע בפועל מקום בו הנתבעת יכלה
4 וצריכה הייתה לצפות כי שימוש בכוח לא סביר בעת יילוד התובע עלול לגרום לנזק כפי
5 שנגרם לו בפועל.

מהם נזקי התובעים

הנכות הרפואית

9 102. לצורך הוכחת נזקי התובע צרפו התובעים את חווה"ד של ד"ר זאב פלדברין ולפיה כתוצאה
10 מלידת הוואקום הטראומטית נגרם לתובע נזק לשתי הגפיים העליונות, מחד שבר בעצם
11 הזרוע מימין, ומאידך תלישה של המקלעת הברכיאלית בגפה שמאלית. השבר בזרוע הימנית
12 טופל שמרנית והחלים והתובע מתפקד היטב עם ידו הימנית, ואילו הגפה השמאלית
13 התאוששה במידה מזערית והתובע מתפקד עמה בצורה מינורית בלבד. בעקבות בדיקתו,
14 מצא כי התובע זכאי ל- 40% נכות על הפגיעה המדיאנית בכתף וכן 20% על הפגיעה
15 האולינרית במשוקלל זכאי ל- 52% נכות, אך במגבלת אובדן כף יד לא דומיננטית הנכות
16 המקסימאלית עומדת התקנות המל"ל על 50% ואין לעלות עליה. בנוסף, בשל העיוות במבנה
17 הכתף, דלדול השרירים ומגבלת התנועה האקטיבית זכאי התובע ל- 15% נכות נוספים
18 ובסה"כ זכאי ל- 57.5% נכות.

19 בסיכומיהם טענו התובעים כי השיפור האפשרי למצבו של התובע, שהינו במועד סיכומיהם
20 כבן 9, מתרחש בעיקר בשנות חייו הראשונות ובהמשך חייו לא ניתן לצפות לשינויים
21 משמעותיים. התובעים הדגישו כי אמנם בבדיקת ד"ר פלדברין התובע לא שיתף עמו פעולה
22 ולפיכך נאלץ ד"ר פלדברין לבצע את הבדיקות גם באופן עקיף, אך אין בכך כדי להוות הבדל
23 משמעותי בין הבדיקה אותה הוא ערך לבין זו שערך ד"ר מיכה רינות מטעם הנתבעת (עמ' 8
24 ש' 16-18). עוד ציינו, כי לפי התקנות גם ממצאיו של ד"ר רינות, המוריד בחוות דעתו מאחוזי
25 הנכות המגיעים לתובע, הינם בפועל זהים לממצאי ד"ר פלדברין ואף מזכים באחוזי נכות
26 גבוהים יותר. מכל מקום מבקשים התובעים להעדיף את חוות דעתו של ד"ר פלדברין על פני
27 זו של ד"ר רינות מאחר שהדגים אמינות והגינות.

28 103. בחוות דעתו של ד"ר מיכה רינות מטעם נת', העריך המומחה את שיעור נכותו הרפואית ב-
29 40% עפ"י סעיף 35(1)(ד-ה) בהתאמה, וזאת לאחר שמצא כי הנזק שהתרחש בעת לידתו של
30 התובע אינו דומה לנזק הנגרם לנפגעי עבודה אליהם מתכוונות ככלל תקנות המל"ל, כאשר
31 הפגיעה בנסיבות קלה באופן ניכר יחסית לזו המתרחשת בגיל מבוגר ולפיכך השימוש
32 בתקנות המל"ל מחטיא את המטרה ואינו מהימן להערכת שיעור הנכות, במיוחד כאשר
33 התפקודיות לנפגע בלידתו טובה יותר ממי שנפגע באותו אופן בגיל מבוגר יותר.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

104. בסיכומיה טענה הנתבעת כי יש להעדיף את חוות דעתו של ד"ר מיכה רינות על פני חוות דעתו של ד"ר פלדברין. ד"ר רינות מצא כי הפגיעה התפקודית בשל הפגיעה העצבית בלידה הינה קלה באופן ניכר יחסית לפגיעה דומה המתרחשת בגיל מבוגר יותר, התובע יוכל לנהל בעתיד חיים תעסוקתיים ומשפחתיים מלאים תוך הסתייעות באביזרים. עוד טענה כי ד"ר רינות חולק על ד"ר פלדברין המגיע לדרגת נכות העולה על קטיעה בשורש כף היד ומעריך את הפגיעה הכוללת בהתאם לפגיעה בכושר הפעולה הכללי ב- 40% כאשר לטעמו ההשפעה התפקודית נמוכה עוד יותר.

הנתבעת הדגישה כי מומחה התביעה אינו מומחה לכירורגיית היד, מעולם לא ניתח ילד הסובל משיתוק ע"ש ארב (עמ' 6 ש' 19-15), והפנתה לכך כי במהלך עדותו בביהמ"ש אחז תחת ידיו חו"ד שונה מזו שנמסרה לביהמ"ש ובה נכות גבוהה מזו המצויה בחו"ד המוגשת (עמ' 10 ש' 26). עוד ציינה הנתבעת כי התובע התנגד נחרצות לביצוע הבדיקה והבדיקה בוצעה בחוסר רצון מוחלט מצד התובע, כאשר ד"ר פלדברין מציין שהתובע "לא רצה שאגע בו" (עמ' 6 ש' 31), ומכאן שלא ניתן היה לבדוק את הכוח בכל שריר ומכאן גם הסכים ד"ר פלדברין לממצאי הבדיקה של ד"ר רינות שבדק כל שריר ושריר (עמ' 8 ש' 16-18).

באשר לשיעור הנכות טענה הנתבעת, כי ד"ר פלדברין ייחס 40% נכות בגין הפגיעה בעצב המדיאני עפ"י ס' 31(4)ד' לתקנות מבלי שביצע את הבדיקה הרלוונטית של כיפוף האצבעות ומאחר ומקובלת עליו בדיקת ד"ר רינות כי אז הסעיף המתאים הינו 31(4) ג' המזכה ב- 20% נכות, כך גם ביחס לנכות שנקבעה בגין הפגיעה בעצב האולינרי בשיעור 20% לפי ס' 31(5)ד', כאשר הבדיקה הרלוונטית לפי התקנות היא מידת חולשת השרירים שתפקידם לקרב ולפסק את האצבעות שאותה כלל לא ביצע ד"ר פלדברין, ומאחר ומומחה התביעה מסכים לממצאי בדיקת ד"ר רינות, כי אז הסעיף המתאים הינו 31(5)ג' המזכה בנכות של 10%. מכאן שהנכות בגין העצב המדיאני והאולינרי מזכות את התובע ב- 28% נכות ולא ב- 52% כפי שקבע. כך גם אין מקום להקביל את מצבו של התובע לאובדן כף יד בידו הלא דומיננטית המזכה ב- 50% נכות כפי שקבע ד"ר פלדברין, שכן ניתן לעשות שימוש מסוים בכף היד.

הנתבעת גם הפנתה לכך שבכל הקשור עם פגיעה במקלעת הברכיאליית מקסימום נכות בשל פגיעה חלקית ביד הדומיננטית הינה בשיעור של 30% על פי סעיף 35(1)ג' לתקנות. באשר לעיוות במבנה הכתף ודלדול השרירים בגינה העניק ד"ר פלדברין לתובע 15% נכות נוספים, טענה הנתבעת כי מדובר בכפילות תוך התעלמות מסעיף 11(ה) לתקנות ולפיו "בקביעת דרגת נכות שנקבעה שנפגם בשיתוק של עצב – לא יבואו בחשבון שיתוק סעיפי אותו עצב או נזק שנגרם לשרירים המעוצבנים על ידו". המסקנה הינה אם כן כי התובע סובל משיתוק ע"ש ארב בפלקסוס הברכיאלי בידו הלא דומיננטית המוערכת ב- 40% נכות



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 מותאמות לס' 35(1)(ד-ה), כפי קביעת ד"ר רינות, כאשר מדובר בסעיף סל המשקף את
2 מכלול בעיות הקטין ולפיכך יש להעדיף את קביעתו זו.
3 106. לאחר שעיינתי בחוות דעת מומחי הצדדים ובחקירתם הנגדית בביהמ"ש, מצאתי כי נכון
4 יהיה לקבוע את שיעור נכותו הרפואית של התובע ולהעמידה על ממוצע הנכויות שבין מומחי
5 הצדדים כאשר מחד סברתי כי מומחה התביעה אינו יכול לקבוע יותר מ-50% נכות שכן
6 קביעת 50% בשל קטיעה מחד בתוספת 15% באשר לעיוות הכתף ודלדול שרירים מהווה
7 למעשה כפל נכויות לאור סעיף 11(ה) לתקנות המל"ל ומאידך קביעה כללית של 40%
8 המותאמת לסעיפים 35(1)(ד-ה) הינה נרחבת ורחוקה מידי מהתייחסות פרטנית לכל איבר
9 כפי שביצע מומחה התובעים עד למקסימום מותר. לפיכך סברתי כי 45% נכות רפואית
10 המייצגת כאמור את ממוצע הנכויות (50% מחד מול 40% מאידך) הינה סבירה ומייצגת
11 נאמנה את נכותו של התובע בנסיבות.

12

13

הנכות התפקודית

14 106. התובעים בסיכומיהם מפנים לעובדה ולפיה הנכות שנקבעה הינה בתחום האורתופדי
15 ומשמעותה נכות תפקודית (ר' ע"א 5175/06 כלל נ' אסרף (30.1.08)), כאשר כך גם יש לנהוג
16 כשמדובר בנכויות רפואיות לקטינים (ר' ע"א 7548/13 שפורן נ' זק (27.1.14); ע"א 5148/05
17 קוגלמס נ' לוי (20.2.08); ע"א 9873/06 כלל נ' פפו (22.3.09)), ולפיכך יש לקבוע את הנכות
18 הרפואית כנכות תפקודית. התובעים גם הפנו לעדות הורי התובע וסבו על הקשיים המרובים
19 שהם מנת חלקו של התובע, כעולה מתצהיריהם ועדותם, ולפיהם השימוש ביד הפגועה הינו
20 מינורי לחלוטין (עדות האב עמ' 64 ש' 29-30 ועדות האם עמ' 83 ש' 9-1) התובע נזקק לעזרה
21 בלבישת חולצה, פתיחת חטיף, ניגוב בשירותים ועוד. מעבר לכך, נסגרו בפני התובע
22 אפשרויות תעסוקה רבות המחייבות שימוש בשתי ידיים.

23 107. הנתבעת סברה מצידה כי הצגת התובע כמי שהינו מוגבל בתפקודיו מוגזמת וחוטאת לאמת.
24 הנתבעת הפנתה לדו"ח ריפוי בעיסוק מ-13.1.18 (עמ' 561-562 למוצגי התביעה), שם מצוין
25 כי "יד שמאל משמשת היום את [התובע - א.ב.] כיד עזר טובה" ובהמשך "השימוש ביד
26 שמאל כיד עזר מרשים מאד ומנוצל על ידי (התובע - א.ב.) לתפקוד...". כך גם בדו"ח סיכום
27 טיפולי פיזיותרפיה בשנת 2018 (עמ' 566 למוצגי התביעה) מצוין "יד שמאל משמשת כיום
28 את (התובע-א.ב.) כיד עזר טובה", מכאן שמצבו של התובע השתפר במהלך השנים. ראה
29 לכך מצאה הנתבעת גם בבקשה להמשך טיפול ריפוי בעיסוק מיום 20.6.22 (עמ' 578-579
30 למוצגי התביעה) המציגה שיפור במצב התובע ולפיו "מצליח לעשות וללמוד פעילויות כמו
31 לגזור, לכפתר כפתורים, לסגור רוכסן"; "מצליח כיום לפתוח חטיף בעזרת משיכה של
32 החטיף עם שתי הידיים"; "אתגר את עצמו במשימות הדורשות משיכה וסחיבה של
33 חפצים כבדים תוך שימוש בשתי הידיים ונשיאת משקל גם על יד שמאל"; "(התובע -



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

- 1 א.ב.) יודע לנגב לעצמו בשירותים"; "מצליח ללבוש סוודר ולסגור רוכסן באופן עצמאי...
2 יודע ומצליח לגרוב גרביים". הגב' תמיר מטעם התביעה גם אישרה זאת בחקירתה הנגדית
3 (עמ' 88 ש' 18-32), כאשר הומלץ להורים להציב לתובע גבולות ולהפחית השירותים
4 המיוחדים והגב' תמיר לא שללה אפשרות זו (עמ' 99 מול ש' 4-10). עוד הפנתה הנתבעת לכך
5 שבדו"ח סיכום טיפולים הידרותרפיים משנת 2023 מצוין "כיום התובע משתמש ביד שמאל
6 כיד עזר בתפקודים בילטרליים לדוגמא באחיזת חבל, מסירת כדור ובשחייה". הנתבעת
7 הדגישה כי המסמכים הללו לא עמדו לרשות ד"ר פלדברין. לבסוף ציינו כי אבי התובע העיד
8 שהקטין הולך לחוג שחייה (עמ' 64 ש' 5-9) וכי "אוהב לשחק במחשב, אוהב טלוויזיה,
9 להיות עם חברים, לשחק כדורגל, לשחק כמובן, לצאת לטיולי טבע. הוא מאד אוהב טבע,
10 מאד אוהב בעלי חיים" (עמ' 64 מול ש' 21-23). כך גם הולך לבית ספר עם אחיו ברגל, הליכה
11 בת 7 דקות, הולך לחוג לבד ומשתתף בשיעורי ספורט וטיולים של ביה"ס (עמ' 65 מול ש'
12 26-36 ועמ' 81).
- 13 108. לפיכך, טענה הנתבעת שלנוכח השיפור במצבו וקביעת ד"ר רינות כי לאור הגיל הצעיר בו
14 התרחשה הפגיעה, קיימת התאמה אופטימלית של המגבלה לצרכי התפקוד לעומת פגיעה
15 בגיל מבוגר, כי אז צפוי התובע להיות עצמאי לחלוטין ועל ביהמ"ש לבחון את הפגיעה בכושר
16 ההשתכרות בראי יכולתו של הקטין להסתגל למגבלה (ר' למשל ע"א 61/89 מדינת ישראל
17 נ' אייגר, פ"ד מה(1) 580 (1990)), ומכאן שיש לערוך החישוב עפ"י פגיעה תפקודית הנמוכה
18 מהרפואית, כאשר גם לא צפויה פגיעה מקצועית כלשהי בעתיד, תוך הפניה לפסיקה
19 רלוונטית ומכאן שיש להעריך את שיעור נכותו התפקודית של התובע ב- 25%.
- 20 109. לאחר שבחנתי טענות הצדדים בסיכומיהם וכן את הראיות שעמדו לפני, מצאתי כי נסיבותיו
21 של התובע על הסתגלותו האפשרית לנכותו אינם מונעים קביעת נכות תפקודית כפי שיעור
22 נכותו הרפואית, ולכן הנני בדעה לפיה יש לקבוע לתובע 45% נכות תפקודית. אין בכך כדי
23 לומר כי קביעת שכרו של התובע בכל הקשור עם אובדן כושר השתכרותו תהיה זהה ומצאתי
24 כי השיפור המסוים שחל בתפקוד ידו של התובע לאורך השנים מלמד גם על הסתגלות
25 למצבו, ולפיכך בכל הקשור עם אובדן כושר ההשתכרות הקביעה תהיה גלובלית, וכך גם
26 בכל הקשור עם עזרת הזולת, לה בוודאי התובע יזדקק במהלך חייו.

ההפסדים בתקופת הצבא

- 27
28
29 110. לטענת התובעים יש לפצות את התובע עפ"י ע"א 1972/03 בוני השרון נ' רקובה, סך של
30 98,232 ₪. הנתבעת מצידה סברה כי התובע יוכל להתנדב לשירות בצה"ל ואין כל מניעה כי
31 יעשה כן.
32 111. לטעמי, נכון לפצות את התובע בגין הפגיעה בתקופת שירותו הצבאית, מקום בו נושא
33 ההתנדבות, חשוב ככל שלא יהיה, לא עמד לבחינה במהלך הדיון ולא ניתן לקבוע אם אמנם



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 יתנדב בעתיד, ולפיכך יבוצע החישוב עפ"י 70% מהשכר הממוצע במשק (13,138 ₪ ברוטו)
2 במכפלת מקדם היוון מתאים, ובסה"כ כפי דרישת התובעים 240,296 ₪ בניכוי 55% יכולת
3 השתכרות במכפלת השכר הממוצע במשק ומקדמי ההיוון המתאימים עפ"י דרישה בשיעור
4 של 188,804 ₪ ובסה"כ להיום 51,492 ₪.

5

6

הפסדי שכר

7 112. עפ"י השכר הממוצע במשק ו- 45% נכות תפקודית בהוון כפול עד גיל 67 ובאופן גלובלי
8 בהתחשב ביכולתו של התובע לשפר את מצבו התפקודי כפי שעולה כבר עתה מהמסמכים
9 הרפואיים, יש להעמיד את הפסדי כושר השתכרותו על 1 מיליון ₪.

10

11

הפסדי פנסיה

12 113. לפי 12.5% מהפסדי השכר סך של 125,000 ₪.

13

14

נזק לא ממוני

15 114. לטענת התובעים, יש להעמיד את שיעור הנזק הלא ממוני על 700,000 ש"ח, בהתחשב
16 בעובדה ולפיה מדובר בצעיר הסובל מנכות קשה הפוגעת בתפקודו, העובדה שנוזק
17 להתערבות ניתוחית, הטיפולים והבדיקות שעבר, לרבות עזרה כולל בהיגיינה אישית וכאשר
18 פעולות רבות גורמות לו לתסכול וסבל יומיומי, במיוחד כאשר אינו יכול לתפקד ולשחק כמו
19 כל הילדים והינו מושא ללעג ותחושת נחיתות כדברי אביו. הפגיעה הגופנית גם תבוא לכלל
20 ביטוי בכל תחום בחייו, הן המקצועי, הן האישי, הן החברתי, הזוגי ועוד. התובעים הפנו
21 לפסיקה רלוונטית.

22 הנתבעת מצידה ביקשה להעמיד את שיעור הנזק הלא ממוני על 220,000 ₪ תוך הפניה
23 לפסיקה רלוונטית גם כן.

24 115. לטעמי, יש להעמיד את שיעור הנזק הלא ממוני לנוכח שיעור אחוזי הנכות, הן לנוכח העובדה
25 ולפיה מדובר בפגם חיצוני שבוודאי פוגע במערכת יחסיו החברתית של התובע עם חבריו
26 ובעתיד יפגע בו במהלך חייו המקצועיים והחברתיים, וכאשר התובע בנוסף שבר את זרוע
27 ימין ונוזק לניתוח בכתפו, כל אלה, לרבות פרק הזמן שנתר לתובע להתמודד עם נכותו
28 לאורך כלל חייו, מביאים אותי למסקנה ולפיה יש לחייב את הנזק בשיעור של 450,000 ₪
29 נכון להיום.

30

31

הוצאות לעבר



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

116. לטענת התובעים כעולה מסיכומיהם, יש לחייב הנתבעת בגין כלל ההוצאות לרבות אלה שהוצאו בחו"ל (לונדון) ובוצעו עפ"י המלצות רפואיות, לרבות 3 נסיעות בהן נטלו חלק סבו של התובע ואשתו, ועמדו על 195,000 ₪. כמו כן נגרמו הפסדים בשעות עבודה והסכום הכולל עומד על 206,739 ₪. התובעים ציינו כי הושבה להם מטעם ביטוח פרטי חלק מן ההוצאה בסך 139,924 ₪, אך משמדובר בביטוח פרטי, אין להתחשב בכך בנסיבות. מעבר לכך, הוצאו הוצאות שהוערכו בסך 20,000 ₪ בארץ ואף הוצאו הוצאות לנסיעות בסכום שהוערך על ידי התובעים ב- 60,000 ₪ ובסה"כ ההוצאות לעבר עומדות על 286,739 ₪.
117. הנתבעת מצידה סברה כי בכל הקשור עם ההוצאות לטיפולים בלונדון, לא קיימות אסמכתאות להוצאה בפועל. הדרישה מבוססת על עדות הסב שהינה עדות מפי השמועה ומשקלה נמוך. מעבר לכך, לא הייתה הצדקה לטיפולים בלונדון שלא תרמו דבר לשיקומו של התובע, כך גם לא צורפו קבלות על הטיסות והשהייה בחו"ל ומתוך 3 הנסיעות של האב, האם הצטרפה פעם אחת והאב לא הצטרף ולו פעם אחת (עמ' 3 מול 35-39). מכל מקום, משההוצאות הוחזרו עפ"י קבלות באופן מלא בסכום של 139,925 ₪, אין מקום לפסוק פיצוי בראש נזק זה. בכל הקשור עם ההוצאות שנגרמו לאם התובע בגין אובדן שעות עבודה, גם לכך לא צורפו כל אסמכתאות, לא ידוע מהן שעות עבודתה, בסיס שכרה ואף לא נטען על ידה לכל נזק בתצהירה בנושא זה. האב ציין כי הינו המפרנס היחיד במשפחה ומכאן שלא ברור כיצד נגרם לאם נזק. כך גם נדרשו הוצאות עבור טיפולי ADT ללא כל המלצה רפואית. בכל הקשור עם יעוץ פרטי למעט יעוץ ד"ר וייגל בעלות של 800 ₪, בגינו קיבלו החזר של 80%, לא ידעה האם לומר דבר על תשלומים ששילמו לרפואה פרטית. כך גם יש לדחות את הדרישה למעקבים בתחום העיניים וטיפול אצל קלינאית תקשורת בהעדר חו"ד רפואית מתאימה וקשר בין הטיפולים לאירוע הנדון ואין לגלגל הוצאות אלה על הנתבעת. מכל מקום, ככל שזקוק התובע לפיזיותרפיה או ריפוי בעיסוק הוא זכאי לכך מקופ"ח, ולכן אין לפסוק כל פיצוי בגין ראש נזק זה.
118. לאחר שבחנתי טענות וראיות התביעה ותגובת ההגנה בעניין זה סברתי כי לא ניתן להתעלם מהעובדה ולפיה נגרמו הוצאות לתובעים בכל הקשור עם נסיעות לטיפולים וטיפולים רפואיים, הן בחו"ל, הן בארץ והן הוצאות לטיפולים בארץ (ר' הטבלה שהכין הסב והקבלות שצורפו). אין חולק כי הכלל הוא שבכל הקשור עם הוצאות שהוצאו לרפואתו של הניזוק בעבר, בתי המשפט נוהגים בסלחנות כלפי תובעים, אפילו התברר בסיכומו של יום כי ההוצאה לא בהכרח הייתה במקומה, כשברור שאדם קרוב אצל עצמו ומבקש מזור למצבו הרפואי הלקוי ואפילו אין עומדות לזכותו כלל הקבלות והעיקר שההוצאה אמנם הוצאה. בנסיבות העניין, אין חולק כי הוצאו הוצאות אך גם התקבלו החזרים על הוצאות אלה, במיוחד בכל הקשור עם הנסיעות ללונדון וטיפול בתובע מחד ומאידך לא כל הדרישות היו מגובות הן בקבלות והן בהפניות מתאימות. משסברתי מחד כי הנסיעות לחו"ל לטיפול



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 בתובע היו רלוונטיות, ומאידך שיעורי ההוצאות לא בהכרח גובו באסמכתאות מלאות,
2 וכשהאמנתי כי ההוצאות לטיפולים רפואיים בארץ הוצאו מסיבות ראויות וכך גם הנסיעות,
3 וכאשר סברתי כי בנסיבות מתאימות ניתן היה לפנות לטיפולים בארץ המכוסים ע"י סל
4 הבריאות ללא צורך בהוצאה, כי אז מצאתי להורות על פיצוי בגין הוצאות אלה בסך של
5 200,000 ₪ כסכום גלובלי כולל לעבר כאשר סברתי כי השבת סכום הוצאות מביטוח פרטי
6 אינו מונע קבלת הנזק מהמזיק בנסיבות.

7

8

הוצאות לעתיד

9 119. לטענת התובעים, התובע נזקק לטיפולים רפואיים בתדירות של פעם עד פעמיים בשבוע,
10 ולמרות שחלק מההוצאות מוכר ע"י סל הבריאות, לא תמיד מסופק הטיפול הנדרש. בנוסף,
11 התובע יזקק לנסיעות לטיפולים רפואיים במוניות בעלות של 600-800 ש"ח לחודש (רי
12 תצהיר האם). עוד יזדקק התובע לאביזרים שונים בחייו המפורטים בחוות דעתה של גבי
13 תמיר, מולה לא הוגשה חוו"ד נגדית, תוך הפניה לפסיקה מתאימה. בסה"כ עתרו התובעים
14 להוצאות רפואיות והוצאות נסיעה לעתיד בסך 300,000 ₪.

15 120. הנתבעת מצידה ציינה כי הטיפולים להם נזקק התובע נעשו ברובם דרך קופ"ח, כעולה
16 מעדות האב, ובשנים האחרונות מטופל התובע בפיזיותרפיה והידרותפיה לסירוגין
17 בקופ"ח, כאשר בחצי שנה שקדמה לעדות האב הטיפולים בפיזיותרפיה והידרותפיה
18 הופסקו. בכל הקשור עם נסיעות בעתיד, אין סיבה לנסיעות במוניות שהינה דרך ההתניידות
19 המשפחתית וכאשר מצבו הרפואי של התובע לא צפוי להשתפר, אין גם סיבה לנסיעות
20 לצרכים רפואיים. לפיכך הוצע בנושא הנסיעות 25,000 ₪ לעבר ולעתיד גם יחד.

21 121. אין חולק כי התובע יזקק לטיפולים רפואיים בתחום ההידרותפיה והפיזיותרפיה אפילו
22 הפסיק איתם עתה. כמו כן, לא יכול להיות חולק כי התובע מחויב להגיע בנסיעה למקומות
23 אלה ומשהמשפחה אינה מתניידת באופן קבוע ברכב פרטי בהעדר רכב כזה במשפחה כי אז
24 הוצאות הנסיעה הינן בתחבורה הציבורית. במצב דברים זה, כאשר קופה"ח מחויבת לממן
25 את הטיפולים הרפואיים מחד, ומצד שני המשפחה נדרשת לממן את הנסיעות, כי אז סכום
26 של 150,000 ₪ בנושא זה באופן גלובלי לעתיד הן לנסיעות והן לטיפולים שלא יתבצעו
27 במימון קופה"ח יהלום בעיני ראש נזק זה של הוצאות.

28 122. ייאמר לעניין חוות דעתה של הגב' תמיר (ת/6) כי התקשיתי עד מאד לתן משקל כלשהו
29 לחוות דעתה מאחר ואינה בעלת הכשרה בתחום הרפואה, היא גם אינה מסתמכת בחוו"ד
30 על כל מומחה בתחום השיקום ולא עמד בפניה תיעוד של רופא שטיפל בתובע. כל שהסתמכה
31 עליו הגב' תמיר הינה חוו"ד ד"ר פלדברין שהתקשה לבדוק את התובע, תוך שהתעלמה
32 מחוו"ד ד"ר רינות שכן בדק את התובע והסתפקה בשני מסמכים רפואיים בלבד למרות
33 שבדקה את הקטין בהיותו בן 7. כמו כן ציינה בחוו"ד קיומה של לידת ואקום קשה מבלי



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 לראות לכך מסמכים, תוך שהודתה בעדותה כי "בזה הסמכות המקצועית שלי באמת לא
2 קיימת" (עמ' 91 ש' 5) היא אף ציינה דברים שגויים כמו היות הקטין במעקב ד"ר סינסי
3 והסבירה זאת בכך ששמעה זאת מהמשפחה (עמ' 91 מול' 24-16). כך גם ציינה כי היא
4 מומחית בעלויות כרטיסי טיסה ונסיעה במוניות כשלא ברור בהכרח מקור מומחיותה. מעבר
5 לכך לא ציינה מה כללה בדיקתה שלה את התובע אף שלא ראתה אותו הולך לשירותים,
6 אבל כן ראתה אותו אוכל חטיף (עמ' 93 ש' 14-6). אשר לצרכים הנטענים לטובת הקטין
7 בחוות דעתה, מציינת הנתבעת בסיכומיה כי חווה"ד אינה מבוססת ואף מרחיקת לכת
8 בנושאים מסוימים כמו דרישה לכלב שעלותו 90,000 ₪, או המלצה על טיפולים
9 פסיכולוגיים כשאינן המלצה לכך ע"י מומחה בתחום הנפשי. כמו כן תמוהה ההמלצה
10 לרכיבה טיפולית שאינה מתיישבת עם טענות התביעה לחוסר שימוש בשתי ידיים. בנוסף,
11 הגב' תמיר הגדירה עצמה כמומחית לעזרת צד ג' והתאמת דיור למרות שאין המלצות של
12 ד"ר פלדברין בצורך במטפל או בחדר למטפל, חדר שירותים צמוד וכו'.
13 מן הראוי להדגיש, כי חווה"ד של מומחית מסוגה הינה באותם עניינים לגביהם ניתנת המלצה
14 לביצוע על ידי רופא מומחה בתחום השיקומי, כשאז נדרשת חווה"ד מהגורמים המתאימים
15 בתחום העלויות הנדרשות כמו שמאי מקרקעין, אחות שיקומית וכיוצ"ב. בנסיבות הרופא
16 היחיד שנתן המלצה הינו ד"ר פלדברין, אשר גדר המלצותיו רובן הינו בתחום העזרה
17 הנדרשת מצד ג' לנוכח קשייו של התובע, בעוד שחוות דעתה של הגב' ליאורה תמיר התייחס
18 לניידות, דיור, ציוד ואביזרי עזר, טיפולים רפואיים ועזרת זולת. לא מיותר לציין כי גם
19 התובעים בסיכומיהם אינם מפנים לחלק ניכר מחוות דעתה של הגב' תמיר ודי לחכימא
20 ברמיזא בעניין זה. בנסיבות העניין ולנוכח ריבוי הנושאים בהם אין לגב' תמיר מומחיות ולא
21 הופנתה להעלותם במסגרת חווה"ד ע"י מומחה כלשהו מתחום הרפואה, וכאשר ישנם
22 נושאים שגם תחום מומחיותה (ריפוי בעיסוק) אינו מקנה לה ידיעות שבמומחיות, כי אז לא
23 מצאתי לאמץ את חווה"ד, למרות שלא נמסרה חווה"ד נגדית, ואתעלם ממנה לצורך הדין
24 בענייננו.
25
26

עזרת זולת

27 123. לטענת התובעים בסיכומיהם, ידו השמאלית הפגועה של התובע משמשת לו אך לעזר ואינו
28 יכול לבצע פעולות הדורשות שימוש בשתי ידיים. בביה"ס הינו זקוק לסייעת צמודה וכך גם
29 נזקק לכך עוד מתקופת הגן. מכל מקום, ככל שיצליח לבצע פעולות כלשהן הדבר ידרוש זמן
30 ומאמץ עודף. לפיכך, עתרו להוצאות עזרת זולת לעבר בסך 300,000 ₪ ולעתיד בסך 800,000
31 ₪ תוך שהסתמכו על פסקי דין דומים.
32 124. הנתבעת מצידה סברה כי דרישה של 300,000 ₪ לעבר לילד בן 9 הינה אבסורדית ואינה
33 מוצדקת, כאשר ידוע כי עד גיל 5 יש חובת השגחה להורים הנדרשים לתת טיפול "סיעודי"



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 לילדיהם הקטינים, ואילו עזרה עודפת אינה משמעותית, במיוחד כשהקטין במסגרת
2 לימודית. עוד ציינה הנתבעת כי העזרה האישית הניתנת לתובע כעולה מטענת התובעים
3 (רחצה, הלבשה וניגוב) אינה קיימת עוד בהיות התובע עצמאי או נדרש לעזרה מינימלית
4 בהם ואין מדובר לכן בעזרה חריגה. מעבר לכך, לא צורפה כל ראיה לעזרת זולת בשכר בעבר,
5 אותה יש להוכיח באופן דווקני ומכאן יש להעמיד את שיעור הפיצוי על סך גלובלי של 20,000
6 ₪ לעבר. בכל הקשור עם העתיד, דרישת התובע ל- 800,000 ₪ הינה מופרזת כאשר שוב
7 חזרה התובעת על עצמאותו של התובע, העובדה שתביעתו בענף ילד נכה במל"ל נדחתה וגם
8 הערעור נדחה, מה שמלמד על הסתגלות התובע למצבו הרפואי והצפי כי יהיה עצמאי
9 לחלוטין בעתיד, למעט שימוש באביזרי עזר במצבים מסוימים, כפי קביעת ד"ר רינות בחוות
10 דעתו. לפיכך ביקשה להעמיד את סכום הפיצוי לעתיד על 100,000 ₪ גלובלית.
11 125. אין חולק כי התובעים לא צרפו ראיות בגין הוצאות עבור עזרת זולת לעבר, כך גם אין חולק
12 כי במצבו של התובע נכותו התפקודית עומדת על 45% אך מצבו האישי השתפר במידה
13 מסוימת והינו מתפקד בצורה טובה, למרות הקשיים הרבים הניצבים בדרכו בשימוש ביד
14 שמאל הלא דומיננטית. לפיכך סברתי כי יש לפסוק סכום גלובלי גם בראש נזק זה, הלווקח
15 בחשבון מחד את עזרת הזולת העודפת שקיבל התובע מבני משפחתו (הוריו וסביו) וכי יזדקק
16 לעזרת זולת גם בעתיד, למרות יכולתו להתמודד עם הנכות נכון להיום בנושאים בסיסיים
17 כמו רכיסת כפתורים, ניגוב בשירותים וביצוע פעולות חיים רגילות נוספות כמו אכילה,
18 ועדיין יהיה זקוק לעזרת זולת באותם עניינים בהם נדרשת פעילות מלאה של שתי הגפיים
19 העליונות, כמו ניקוי הבית, ביצוע פעולות של החלפת נורה ופעולות דומות המחייבות שימוש
20 בשתי הידיים. לפיכך, סברתי כי נכון לפסוק לתובע באופן גלובלי לעבר ולעתיד את הסך של
21 400,000 ₪ נכון להיום.

ניכויים

22
23
24 126. לטענת התובעים יש לנכות את קצבת הילד הנכה מיום 1.1.15 ועד ליום 28.3.17 בסך 2,561
25 ₪ ובסה"כ 43,537 ₪ עד למועד בו נקבע כי אינו זכאי יותר לקצבה זו. עוד טענו התובעים כי
26 התובע לא יהיה זכאי לקצבאות נכות גם בעתיד והנתבעת לא הוכיחה אחרת.
27 127. הנתבעת מצידה טענה כי אכן יש לנכות את קצבת הילד הנכה מהסכום הרלוונטי, אך גם יש
28 לקחת בחשבון את האפשרות שהתובע יקבל קצבאות מהמל"ל בבגרותו ולפיכך צרפה חו"ד
29 תאורטית המעמידה את סכומי הניכויים על הסך שבין 442,381 ₪ לבין הסך של 771,068
30 ₪.
31 128. אין חולק אם כן כי יש לנכות את קצבת הילד הנכה בשיעור 43,537 ₪.
32 129. בכל הקשור עם קצבת נכות כללית, לא סברתי בנסיבות העניין כי דרגת אי כושר העבודה
33 תגיע לכדי 60% לאחר שקבעתי אי כושר תפקודי בסך 45% וההנחה הנוספת כי הפגיעה



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1 בכושר השתכרותו של התובע תהיה נמוכה עוד יותר ולפיכך לא מצאתי לנכות את הסכומים
2 הנדרשים בחווה"ד הרעיונית של הנתבעת.

3
4

סיכום

5 130. לאור כל האמור לעיל, שיעור הפיצוי אותו תשלם הנתבעת לתובעים עומד על הסכומים
6 כדלקמן:

7 א. הפסדים לתקופת השירות הצבאי 51,492 ₪.

8 ב. הפסדי השתכרות לעתיד 1,000,000 ₪.

9 ג. הפסדי פנסיה 125,000 ₪.

10 ד. נזק לא ממוני 450,000 ₪.

11 ה. הוצאות לעבר 200,000 ₪.

12 ו. הוצאות לעתיד 150,000 ₪.

13 ז. עזרת זולת לעבר ולעתיד 400,000 ₪.

14 ח. ניכויים 43,537 ₪

15 סה"כ: 2,332,955 ₪

16 131. סכום זה יישא הפרשי הצמדה וריבית כדין החל מעוד 30 ימים מהיום וככל שלא ישולם
17 בתוך מועד זה.

18 132. כמו כן, תישא הנתבעת בהוצאות משפט ושכ"ט עו"ד בסך כולל של **720,000 ₪**. גם סכום זה
19 יישא הפרשי הצמדה וריבית כדין החל מעוד 30 ימים מהיום וככל שלא ישולם בתוך מועד
20 זה.

21 133. זכות ערעור לבית המשפט עליון על פי התקנות.

22
23

המזכירות תשלח עותק פסק הדין בדואר לצדדים.

24
25

ניתן היום, ט"ו טבת תשפ"ה, 15 ינואר 2025, בהעדר הצדדים.

26

27 אליהו בכר, שופט, סגן הנשיא

28
29



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 65121-12-20

1