

בבית משפט המחוזי מחוז מרכז בלוד

ת.א.

בעניין:

דורון בראל ת.ז. 032843914 (חסוי)
 מרח' האמוראים 9/5 יבנה
 באמצעות הוריו /אפוטרופסיו
 אסתר בראל ת.ז. 070700067
 גדעון בראל ת.ז. 065326571
 ע"י ב"כ עוה"ד אורי גלבע ו/או עמית אוריה
 מרח' וייצמן 2 תל אביב 6423902
 טל' 03-7442144 פקס' 072-2221414
 מייל: uri@gilboa-law.co.il

התובע

- נ ג ד -

1. מרכז רפואי תל אביב ע"ש סורסקי (איכלוב)
 רח' וייצמן 10 תל אביב
2. עיריית תל אביב
 רח' אבן גבירול 69 תל אביב
3. מדינת ישראל
 באמצעות פרקליטות אזורית מחוז מרכז
 דרך מנחם בגין 154
 תל אביב

הנתבעים

מחות התביעה: כספית, נזקי גוף בגין רשלנות רפואית.
 סכום התביעה: מעל 2.5 מליון ש"ח.

כתב תביעה**מבוא**

1. זוהי תביעה לפיצוי בגין נזקי גוף קשים ובלתי הפיכים, שנגרמו לתובע עקב רשלנות רפואית של רופאי בית החולים איכילוב, הנתבע 1.

הצדדים

2. התובע יליד 24.1.1979 היה בן 34 בעת המקרה, אז נשוי + 1 (היום גרוש עקב נכותו), תושב ישראל. בעקבות נכותו הקשה הוכרז התובע כחסוי ומגיש תביעה זו באמצעות הוריו שמונו כאפוטרופסיו.

תעודת זהות של התובע מצ"ב כנספח א' לכתב התביעה.
 צו מינוי אפוטרופוס מצ"ב כנספח ב' לכתב התביעה.

3. הנתבע 1 הינו מרכז רפואי, שהוא בית חולים ו/או מוסד רפואי (להלן: "בית החולים" או "הנתבע" או "בית החולים איכילוב") בו טופל התובע. הנתבעים 2-3 הינם הבעלים ו/או המחזיקים ו/או המפעילים ו/או האחראים על הפעלת בית החולים הנתבע 1. הנתבעים 1-3 נושאים באחריות ישירה ו/או שילוחית לכל מעשיהם ו/או מחדליהם הרשלניים של הצוות הרפואי המשתייך לבית החולים ושל עובדיו אשר גרמו במעשה ו/או במחדל לנזקים נשוא תביעה זו, וכן אחראים לכל הפסד ו/או נזק אשר נגרמו לתובע בשל אחריותם ו/או אחריות מי מצוות רופאיו ו/או עובדיו מחמת התרשלנות ו/או מעשה נזיקין ו/או הפרת חובה חקוקה ו/או, בשל אחריותו המוגברת, הישירה ו/או השילוחית, לכל מעשיהם ו/או מחדליהם הרשלניים ו/או הבלתי זהירים של כל ו/או מי מעובדי בית החולים ו/או מצוות רופאיו.

עובדות המקרה

4. בחודש פברואר 2012 החל התובע, מהנדס אלקטרוניקה, אזור עובד צה"ל, לסבול מכאבי ראש, סחרחורות והקאות. ביום 26.2.2012 פנה התובע לבית החולים הנתבע 1 בתלונות כנ"ל. ביעוץ עיניים – נרשם ללא רושם לפפילאדמה. התובע הופנה לביצוע בדיקת CT.

5. ביום 15.3.2012 עבר התובע בדיקת CT מוח, עם ובלי חומר ניגוד, בבית חולים אסותא ממנה עלה כי חלה הרחבה ניכרת של חדר שלישי וחדרי המוח הצדדיים עם סימני לחץ על רקמת המוח. הומלץ על יעוץ נוירולוגי, והמשך בירור לפי שיקול קליני.

6. בעקבות זאת אושפז התובע במחלקה הנוירוכירורגית בבית החולים הנתבע 1 בתאריכים 17-20.3.2012. ברשומה נרשם, כי מזה כחודש טרם קבלתו מציין הופעה של כאבי ראש אוקסיפיטלים התקפיים, בהתמרה בעוצמה ובתדירות בימים שטרם קבלתו. סביב הכאבים מציין אירועים של ירידת חום הגוף עד ל-35.4, תחושות של קור בראש. בנוסף, בשבועות האחרונים מציין הופעה של בעיות זיכרון וקשיי ריכוז. ללא הפרעות קליניות נוספות.

7. ביום 17.3.2012 עבר התובע בדיקת MRI מוח, ללא חומר ניגוד שהדגימה הרחבה של חדרי המוח הלטרלים והשלישי במידה בינונית עם הדגשת קרניים טמפורליות ועם היפראינטנסיות פרי-ונטריקולרית סביב החדרים הלטרלים המעידה על זרימה טרנסאפנדימלית מעטה. נראה תהליך תופס מקום היפראנטנסי ברצפי T2, ללא רסטריקציה בדיפוזיה וללא מוקדי דמם מרכזו באקוודוקט והוא מרחיב אותו ומערב קרוב לוודאי את החומר האפור הפריאקוודוקטלי הסמוך כולל בטקסום (כך במקור, כנראה הכוונה טקטום). אמפרסיה על חלקו האחורי של המידברין. התהליך עובר האדרה קלושה מעטה מרכזית. ממדים 11*9*14 מ"מ.

לסיכום נרשם: תהליך כמפורט שמרכזו החדר הרביעי קרוב לוודאי מעורבות דפנות החדר והחומר האפור הפריאקוודוקטלי, כך שלא נראים אותות זרימה דרך האקוודוקט

ונוצר הידרוצפאלוס של חדרי המוח חלטרלים והשלישי. ממדים כמפורט. האבחנה המבדלת יכולה לכלול במקום הראשון סובאפנדימומה, אולם קיימות אפשרויות אחרות, סבירות פחות, כגון אפנדימומה, פפילומה, תהליך משני ואף נאופלזיות ראשוניות אחרות.

8. בעקבות ממצאי ה-MRI סוכם המצב של התובע כהידרוצפלוס חסימתי משני לתהליך עובר האדרה באקוודוט והוחלט על פיוס + ניסיון לביופסיה. בתאריך 18.3.2012 עבר את הפרוצדורות הנ"ל על ידי ד"ר יונתן רוט בבית החולים הנתבע 1 במהלך אשפוזו נותח כמתואר עם התאוששות תקינה. CT לאחר ניתוח בגדר הנורמה. אושפז בהמשך במחלקה הנוירוכירורגית עם מהלך בטר ניתוחי תקין, ללא חום, ללא חסר נוירולוגי חדש. חש בטוב. לאור השיפור הניכר במצבו הוחלט על שחרור והמשך מעקב אמבולטורי.

9. בבדיקה של התובע מיום 3.4.2012 אצל ד"ר יונתן רוט, במרפאה נוירוכירורגית, בבית החולים הנתבע 1 נרשם ע"י הרופא ד"ר רוט: מצב לאחר פיוס + ביופסיה של נגע באקוודוקט. מהלך מהיר ותקין. חש בטוב, ללא כאבי ראש, ללא הפרעות ראייה. **פתולוגיה סופית: אפנדימומה דרגה 2.** ציטולוגיה – ללא תאים. המלצות ותוכנית טיפולית: הרופא מתעד: הממצאים הפתולוגיים של אפנדימומה דרגה 2 מכוונים לטיפול כירורגי. התוכנית: ביצוע MRI מוח כולל חתכים מידסגיטלי + T2 עמוד שדרה לכל אורכו – לשלול נגעים נוספים. נא להעביר את הבדיקות לאחר ביצוען. בינתיים אתייעץ עם שותפי לגבי המשך הטיפול הכירורגי.

10. התובע עבר ביום 6.4.2012 MRI מוח ועמוד שדרה לכל אורכו, בנתבע 1 עם רושם לגדילה של התהליך האינטרא-אקוודוקטלי. שיפור ניכר ברוחב החדרים מ FLOW VOID דרך רצפת החדר השלישי מתאים לאנדוסקופיה מוצלחת. ללא עדות לפיזור לפטו מנינגיאלי או גושים האדרתיים נוספים בתוך השק.

11. ביום 8.4.2012 התקבל התובע לייעוץ פרטי, אצל פרופ' צבי רם – נוירוכירורג. בסיכום נרשם כי מאז הניתוח חלפו כאבי ראש. כאבי שרירים אינטרמיטנטיים. מסיים טיפול בסטרואידים. נוירו-אופתלמולוגיה לאחר הניתוח תקינה. MRI אחר ניתוחי מדגים את התהליך בטקטוס שבחלקו עובר האדרה. MRI עמוד שדרה לכל אורכו (עד L4) ללא ממצא גידולי.

פרופ' רם מתעד: "דנתי עם החולה לגבי משמעות התהליך הגידולי בעל ההתנהגות השפירה. אין להערכתי כל מקום להתערבות טיפולית בשלב זה. נא להפנות את החולה לבדיקת MRI מוח בלי ועם GD בעוד 6 חודשים. ביקורת מרפאתי לאחר הבדיקה".

12. בבדיקת ביקורת ביום 10.4.2012 אצל ד"ר יונתן רוט, במרפאה נוירוכירורגית, בנתבע 1 נרשם כי לפי MRI ביקורת מלפני מספר ימים – הגידול ללא שינוי, ללא מוקדי גידול נוספים במוח או בתעלת השדרה לכל אורכה. יש זרימה בפתח הפיוס והקטנה של חדרי המוח. המלצות ותוכנית טיפולית: הצגה בישיבה רדיולוגית. יעוצים בנוגע לטיפול בנגע

הידוע. בדיקה נויירו-אופתלמולוגית בעוד כחודשיים. הערכה נויורופסיכולוגית בעוד חודשיים.

13. בבדיקת MRI מוח ביום 29.6.2012 מתקבל הרושם כי תהליך האדירתי הצטמצם במידה מתונה באינטרוול. שיפור ברוחב החדר השלישי וכן החדרים הלטרלים. שאר הממצאים ללא שינוי מהותי ביחס לבדיקה קודמת מ-5.4.2012.
14. בבדיקת ביקורת ביום 29.7.2012 – אצל ד"ר יונתן רוט, מרפאה נויורוכירורגית, בנתבע 1 : בדיקה נויירו-אופתלמולוגית עדכנית – תקינה, בבדיקה – ללא חסר, המלצות ותוכנית טיפולית: MRI מוח ביקורת עוד 3 חודשים (בלי ועם חומר ניגוד), בדיקת עיניים חוזרת (נוירו-אופתלמולוגיה) עוד 3 חודשים, ביקורת לאחר מכן.
15. בגרסה נוספת של המסמך מאותו תאריך נרשם :
ברביזיה מדוקדקת של ההדמיה האחרונה מסוף יוני 2012 – יש רושם לגדילה קלה ביחס לאפריל השנה. חדרים מנוקזים ויש אות זרימה בפיוס. המלצות ותוכנית טיפולית: "לסיכום, דורון מרגיש בטוב ובדיקות העיניים תקינות לחלוטין. בהדמיה יש עדות לגדילה עדינה של הגידול לעומת אפריל (וכאמור יש גדילה בין מרץ לאפריל). קיימות מספר אופציות לגבי המשך הטיפול: מעקב זהיר (MRI מוח ביקורת עוד כחודשיים), טיפול קרינתי מקומי (רדיוכירורגיה), כריתה של הנגע.
הוסבר לדורון ולאיוו על משמעות הנ"ל ועל משמעות האופציות השונות. הוסבר כי הסיכון הניתוחי בעיקר לנושא תנועות העיניים הוא מאוד משמעותי ללא קשר לגישה הכירורגית. הוסבר גם כי הטיפול המקובל בגידולים אלו הוא כירורגי וכי הפרסומים בנוגע לקרינה הם מוגבלים וגם שם יש סיכון לתגובה של הגידול עם גדילה מהירה (משנית לבצקת או נמק). בשלב זה אנו נתייעץ גם בארץ וגם בחו"ל לגבי האפשרויות השונות ונחזור לדורון לאחר מכן לצורך החלטה משותפת על המשך הטיפול".
16. בבדיקת MRI עמוד שדרה גבי ומותני מיום 10.9.2012 אצל הנתבע 1 – ללא עדות לפיזור לפטו מנינגיאלי או גושים האדירתיים באיזורים שנסרקו.
17. בבדיקת MRI מוח ועמוד שדרה צווארי מיום 28.9.2012 – MR אצל הנתבע 1 נרשם לסיכום: תהליך המערב את האקוודוקט והטקטוס המרכיב הנצבע קטן בצורה ברורה בהשוואה לבדיקות קודמות מיוני ואפריל. הממצא היפראינטנסי ב-T2 וב-FLAIR קשה מאוד להשוואה, בספק גדילה מינימלית, בספק יציב.
18. בבדיקת ביקורת בתאריך 29.10.2012 אצל ד"ר יונתן רוט, מרפאה נויורוכירורגית, של הנתבע 1 סוכם: עד כה הוחלט על טיפול שמרני עקב הסיכון הניתוחי המשמעותי הכרוך בניתוח. MRI מח אחרון (28.9.2012) – סה"כ התהליך מאוד דומה להדמיות קודמות, בספק גדילה מינימלית אך בוודאי לא שינוי משמעותי. יש ארטיפקט זרימה באיזור הפיוס וחדרים מנוקזים. בבדיקה ללא חסר נויורולוגי.

המלצות ותוכנית טיפולית: "בשלב זה דורון מרגיש בטוב, ללא ממצאים נוירולוגיים או עיניים. ההדמיה היא כאמור די יציבה (בספק גדילה מינימלית). בשלב זה ממליץ על המשך מעקב קליני והדמייתי זהיר ונשקול בהמשך לפי המהלך. יש צורך ב-MRI מוח בלי ועם חומר ניגוד חוזר- לביצוע עוד 3 חודשים (כלומר, 4 חודשים מהדמיה אחרונה). נא לחזור גם על בדיקה נוירו-אופתלמולוגית בעוד 2-3 חודשים. ביקורת אצלי לאחר מכן וכמובן ליצור קשר בכל שינוי קליני".

19. בבדיקת MRI מוח אצל הנתבע 1 ביום 3.2.2013 :
מודגם תהליך אינטרא-אקוודוקטלי ידוע, מערב את הטקטום. הסינגל הבלתי תקין נמשך לחלקים אחוריים ומדיאלים של התלמוס דו צדדי ובתוכו מרכיב האדרתי גדל לעומת בדיקה קודמת. כמו כן לא מודגם שינוי ברוחב החדר השלישי והחדרים הלטרליים. שינוי מרקמי היפראינטנסי ב T2 FLAIR סביב האקוודוקטוס מערב את המידברין ואיזור הפורגינל של התלמוס משני הצדדים ללא שינוי מהותי מבדיקה קודמת. לסיכום, תהליך האדרתי גדל באינטרוול הפעם נמדד במנח אקסיאלי 6*14 מ"מ לעומת 4*5 מ"מ. רוחב החדר השלישי וכן החדרים הלטרלים ללא שינוי.
20. בבדיקת MRI עמוד שדרה צווארי גבי מותני בתאריך 8.3.2013 אצל הנתבע 1 :
לאחר הזרקת חומר ניגוד מודגמת האדרה קלושה ביותר אחורית לחוליה T12 משמאל. הממצא מאוד עדין ולכן לא ברור אם מדובר בממצא אמיתי. פרט לכך אין עדות להאדרה לאורך שורשי הקאודה. אין עדות להאדרה פתולוגית לאורך עמוד השדרה הגבי. אין עדות להאדרה לאורך עמוד השדרה וחוט השדרה הצווארי. לסיכום: אין עדות למוקדי האדרה ברורים בתעלה.
21. בשל רושם לגדילת הממצא בהדמיות חוזרות והתפתחות של התקפים חוזרים של עליית חום ומדדי דלקת, אשר לא נמצא להם מקור פנימי במסגרת בירור מקיף, הוחלט על ידי רופאי הנתבע 1 על ביצוע ניתוח לכריתת הגידול.
22. 18-21.4.2013 – התקבל התובע אלקטיבית לכריתת ממצא האפנדימומה. ברשומה נרשם כי התובע מציין כי בשבועיים האחרונים סובל מחום והזעות לילה. במהלך אשפוזו בייעוץ זיהומיות חשד לזיהום חריף או חוזר עם אבחנה מבדלת רחבה. נשלח בירור מעבדתי רחב ל-FUO. לאור זאת הוחלט על דחיית הניתוח.
23. בבדיקת MRI מוח ועמוד שדרה צווארי אצל הנתבע 1 מיום 24.4.2013 :
בהשוואה לבדיקה קודמת אין עדות לשינוי בולט בפיזור הממצאים ההפיראינטנסיים ב FLAIR. אם משווים לבדיקה קודמת מספטמבר 2012 רושם שהתהליך המרכזי מעט רחב יותר. גם אם משווים ליוני 2012 רושם שהתהליך המרכזי מעט בולט יותר. לסיכום: התהליך הסמוך לאקוודוקט בהשוואה לבדיקות קודמות שינוי בפיזור הממצאים ב FLAIR. צורת ההאדרה השתנתה, מתפרסת יותר לכיוון חדר שלישי. בחתכים סגיתליים

רושם שההאדרה מעט בולטת יותר, צורת ההאדרה השתנתה. בהשוואה לבדיקה מספטמבר 2012 צורת ההאדרה השתנתה בצורה מהותית, מעט ממושטת יותר.

24. בבדיקת MRI עמוד שדרה מיום 25.4.2013 – אין עדות למוקדי האדרה גושיים.
25. אשפוז במחלקה נוירוכירוגית אצל הנתבע 1 13.6.2013-24.7.2013 – ביום 1.6.13 התובע התקבל אלקטיבית ואושפז במחלקה נוירוכירוגית של הנתבע 1 לכריתת אפנדימומה פרי-אקוודוקט.
- נרשם כי באפריל 2013 התקבל לכריתת הממצא, אך בשל הופעת חום נדחה. מאז סובל מהתקפים חוזרים של חום הנמשכים כ-3 ימים עם עליית CRP במהלך התקף. אירוע אחרון שבוע טרם קבלתו הנוכחית. עבר בירור מקיף במסגרת פנימית מיעצת שכלל CT כלל גופי, אקו לב, CTA ריאות, סרולוגיות ויראליות ל-FUO, סמנים ראומטולוגיים, תרבויות – ללא ממצאים. אושר מבחינה פנימית וזיהומולוגית לניתוח.
26. בבדיקת MRI מוח מיום 16.6.13 – MRI מוח: לסיכום: מסה ידועה כמפורט שמרכזה האקוודוקט עם התבלטות לכיוון החדר הרביעי ולכיוון סופריורי לחדר השלישי. אין שינוי ניכר בממדיה לעומת בדיקה קודמת, אומנם תבנית ההאדרה השתנתה וקיים הרשם כי נפח המרכיב עובר האדרה ניכר יותר הפעם. אין שינוי בתבנית חדרי המוח והחללים התת עכבישים ולא נראים מוקדי האדרה מרוחקים. בדומה לבדיקה קודמת, בצקת בגזע המוח ובתלמוס בסמוך לתהליך.
27. ביום 17.6.2013 עבר התובע ניתוח biparietal craniotomy and GTR of tumor. בסיכום הניתוחי – **רושם כי כל הגידול הוצא**. בסיום הניתוח הושאר נקז חדרי בחלל הכריתה. CT פוסט ניתוחי תקין. **לאחר הניתוח התאוששות תקינה, בהכרה מלאה**, מעט ישנוני, מתמצא, אישון ימין מורחב 5 מ"מ, שמאל 2 מ"מ, מגיע 4 גפיים היטב, ללא חולשת צד.
28. בהמשך בוצע MRI בתר ניתוחי אשר הדגים שארית גידולית ניכרת. בדיון מחלקתי יחד עם די"ר דרק ברוס הוחלט על ניתוח חוזר להוצאת שארית הגידול.
29. למחרת בתאריך 18.6.2013 עבר ניתוח שני biparietal craniotomy and GTR of tumor עם השארת ונטריקולוסטום. במהלך הניתוח זוהה טקטום עליון, זוהתה מעט רקמת גידול באותו איזור אך לא היה ניתן לראות יותר לכיוון תוך האקוודוקט והחלק האחורי. לכן הוחלט על פתיחת טנטוריום כ-1 ס"מ אורך. בוצעה דיסקציה והפרדת טקטום, לחיצה על איזור הטקטום גרמה למעט גידול להתבלט יותר כלפי מעלה אך לא בכמות רבה. פתיחה בחלק עליון אמצעי של הטקטום, זיהוי ושאיבת הגידול עד זיהוי החדר הרביעי. על פי הדוח הניתוחי- רושם כי כל הגידול הוצא.

30. לאחר הניתוח התובע לא התעורר. נצפו אישונים מורחבים 6 מ"מ, ללא תגובה לכאב, רפלקס קורנאלי דו צדדי קיים, רפלקס GAG קיים. בעת ניסיונות חוזרים לסגירת הנקז – עלית לחץ ICP עד 50. בשל כך הוחלט על הכנסת שאנט.
31. בתאריך 26.6.2013 בשל הידרוצפאלוס נכנס לניתוח:
conversion of EVD to ventriculoperitoneal shunt, high pressure valve
- נרשם ברשומה הרפואית: " 8 ימים לאחר הניתוח השני לכריתת גידול באיזור האקוודוקט. מאז הניתוח לא מתעורר. GCS3, אישונים מורחבים ולא מגיבים לאור. תגובה קורנאלית דו צדדית, יותר מימין. GAG חלש. מוסיף נשימות. מספר ניסיונות לגמילה מנקז מוחצן – לא מסתדר ומעלה לחצים בתוך כ 20-10 דקות (מעל ל30 טור). הדמיה – נקז במקום, שינויים בתר ניתוחיים, ללא דימומים. MRI – שינויים בגזע מוח עליון. לאור התלות בניקוז הוחלט להמיר בשנט. ערכי CSF תקינים".
32. במהלך אשפוזו הציג התובע בעיות נוספות:
זיהומית – עליית חום עד 38.5, עם צילום חזה חשוד לתסנין מימין. טופל בטזוצין עם ירידת החום ומדדי הדלקת. בהמשך ולאחר השלמת הטיפול לדלקת ריאות – הופעת חומים מחדש, בירור חוזר, כולל LP העלו צמיחות של e-coli בשתן, השלים טיפול אנטיביוטי של 10 ימים עד יום שחרורו. לציין בבוקר העברתו CRP 10 (ירידה משמעותית), ספירה לבנה תקינה, חום בודד 38 – ככל הנראה לא זיהומי. ללא צורך בטיפול נוסף בשלב זה.
- נשימתית – בשל מצבו עבר טרכאוסטומיה, בימים האחרונים נושם בכוחות עצמו, זקוק למסיכת חמצן בלבד.
33. בימים טרם שחרורו של התובע רושם לשיפור נוירולוגי עם הופעת תנועות ספונטניות 42 גפיים, עדיין אישונים מורחבים, ללא ביצוע הוראות.
34. בתאריך 12.7 בוצע ייעוץ במח' "שיקום צעירים": "לאחר הניתוח השני רושם לפגיעה במידברייך, אינו מתעורר, ללא רושם לתגובה מוטורית. בבדיקה: לא מגיב לפקודה מילולית, תגובה מינימלית לכאב, מעט מזיז רגליים, לא ידיים. נושם דרך טרכאוסטומיה עם תמיכת חמצן, ללא תמיכת מכונת הנשמה. כלכלה דרך זונדה. תמונה קלינית מתאימה ל **VEGETATIVE STATE**. הומלץ לסדר לו אשפוז ביחידה מתאימה למצבו. הומלץ על סידור סיעודי מורכב, הועבר להמשך טיפול ושיקום. לאורך האשפוז לאחר 40 יום חזר לחכרה וחל שיפור מסויים במצבו.
35. היה מאושפז 3 חודשים בשיקום במוסד השיקומי "רעות". לקראת סוף האשפוז הועבר חזרה לאיכילוב על רקע זיהום.

36. בין התאריכים 20.11.2013-19.2.2014 היה מאושפז במחלקת שיקום אצל הנתבע 1 לאחר שביום 20.10.2013 הובא למיון בשל החמרה במצב הכרה, התכווצויות וסימני ספסים. בחשד לזיהום מ VP shunt הוחל טיפול אנטיביוטי ברוצפין. בשל התקפי התכווצויות עם complex partial status הועמס באורפיריל על גבי הטיפול בקפרה. הופסק טיפול באמנטדין. בהדרגה מצבו הכללי והנוירולוגי התייצב. חזר להכרה מלאה, מגיב לגירויים חיצוניים, התחיל לתקשר עם סביבתו בצורה מילולית. נשאר במצב סיעודי ולא ניד, לכן הועבר לניסיון שיקומי. ממצאים על מצבו מתוך הרשומה הרפואית :

א. בדיקה נוירולוגית בקבלתו : בהכרה אך ישנוני, קשב וריכוז נמוכים ביותר. התמצאות חלקית בעצמו ובמקום. מבין ומבצע פקודות פשוטות. מתקשה בפקודות תלת שלביות. מפיק קול ועונה חלק לעניין. הגבלה קשה בתנועות עיניים. דיבור דיסארתרי. צניחת זווית הפה משמאל. GAG מוחלש. מוטורית – טונוס ירוד ב-4 גפיים. כוח גס 3/5 ברוב קבוצות השרירים. החזרים ערים בכל התחנות עם החזרים פירמידליים חיוביים דו צדדי. לא ניתן לבדוק תפקודי מוחון. לא יציב בישיבה ללא תמיכה. לא שולט.

ב. לסיכום – לאחר כריתת אפנדימומה עם פגיעה קשה במידברין. מבחינת מצבו הנוירולוגי נותר עם חוסר נוירולוגי קשה : נוירו-אופתלמופלגיה, חוסר שיווי משקל ובקרת תנועה, ליקוי במוטוריקה עדינה, חולשה ב-4 גפיים וחוסר קואורדינציה. ליקויים קוגניטיביים קשים עם פגיעה בשיפוט, תהליכי חשיבה, פרקסיס והתמצאות, מודעות. זקוק לאפוטרופוס. כעת נמצא במצב סיעודי.

ג. מהלך האשפוז : בפזיותרפיה תרגל ביצוע מעברים. נותר זקוק לעזרה בינונית רבה במעברים. תרגל הליכה עם הליכות אמות ופיזיותרפיסטית, הליכה טיפולית בלבד. בריפוי ועיסוק קיבל טיפול לשיפור רמת תפקודו. תוך הכוונה והדרכה חוזרת מסוגל ללבוש חולצה. לא מסוגל ללבוש פלג גוף תחתון בשל חוסר שיווי משקל. זקוק לעזרה רבה ברחצה במקלחת בכיסא רחצה. יש לציין השפעה של ליקויים קוגניטיביים למצב התפקוד. זקוק לעזרה מלאה בתפקודי יומיום. בשחרורו זקוק לעזרה מלאה ב ADL, מומלץ על מטפל צמוד או עובד זר 24 שעות ביממה, התאמת בית לכיסא גלגלים, מיטה מתכווננת חשמלית, התאמת כיסא גלגלים, שימוש בכרית בכיסא גלגלים למניעת פצעי לחץ. בתום האשפוז עבר למסגרת סיעודית ב"פאלאסי".

37. בבדיקת ביקורת של התובע מיום 29.6.2014 אצל ד"ר יונתן רוט, מרפאה נוירוכירורגית, אצל הנתבע 1 : בבדיקתו יושב בכיסא עם תמיכה, לא פוקח עיניים, כאשר פוקחים את עיניו – מסוגל לספור אצבעות דו צדדי, אישונים רחבים דו צדדי, עיניים פונות לטרלית.

מניע 4 גפיו לפחות 3/5. מדבר (איטיות ניכרת) ומבין. סוכס: "אין ספק כי עשה קפיצת מדרגה גדולה מאז הניתוח, אם כי מצבו עדיין ירוד".

38. בבדיקת MRI מוח מיום 18.8.2014 – אצל הנתבע 1 מודגם מצב לאחר קרניוטומיה אחורית פריאטלית דו צדדית ולאחר הכנסת נקז אשר קצהו בקרן פרונטלית מימין. הנקז הוכנס בגישה פריאטלית ימנית. לציין ממצא של סיגנל גבוה והגדלה של החלק התחתון הקדמי של המדולה. ממצא זה מתאים להיפרטרופיה של גרעיני האוליברי, הרושם שמדובר במצב של hypertrophic olivary degeneration. מצב זה מתרחש כאשר יש פגיעה בגרעינים האוליבריים או בגרעיני הדנטייט של הצרבלום, ב red nucleus או בקשרים שביניהם.

לסיכום: שינויים ניכרים באיזור המידברין הטקטוס והקורפוס קלוזום בעקבות ניתוח. ממצאים המתאימים לhypertrophic olivary degeneration. חשד לתהליך הנמשך מחלק תחתון של האקוודוקט לאורך רצפת חדר רביעי. סיגנל חדש מעט גבוה בפלייר אחורית לחדרים הלטרלים דו צדדי.

39. בביקורת אצל ד"ר רוט ביום 31.8.2014 אצל הנתבע 1 מתייחס לממצאי ה MRI: "השינויים נראים דומים לחלק ממראה הגידול טרם הניתוח ולכן אין להוציא מחשבון כי יש הישנות. בשלב זה הממצא קטן ולא חד משמעי ודורש מעקב בלבד. באם תהיה הישנות ברורה השאלה היא האם לטפל בכלל, ואם כן – המלצתי היא להקרין ולא לנתח".

40. ביקורת אצל ד"ר רוט ביום 19.3.2015 אצל הנתבע 1 נרשם כי: ביצע לפני מספר ימים MRI מוח ועמוד שדרה. יש מוקד בחדר רביעי אשר גדל במעט ביחס להדמיה מ-8.2014. אין לחץ. חדרים מנוקזים היטב. MRI עמוד שדרה תקין. בשלב זה הומלץ על מעקב בלבד. לחזור על MRI מוח בהרדמה בעוד 4-6 חודשים. באם נראה המשך גדילה – נשקול טיפול קרינתי מקומי.

41. ביקורת אצל ד"ר רוט ביום 13.8.2015 אצל הנתבע 1 נרשם כי: MRI מוח – שינויים בתר ניתוחיים, הממצאים יציבים. בבדיקה – עירני, מבין ומדבר לעניין (דיבור איטי אך לעניין), טטרפרזיס ספסטי, שיתוק מלא של CN3 דו צדדי. הומלץ על המשך מעקב MRI מוח + חוט שדרה לכל אורכו בהרדמה בעוד 8-10 חודשים. ביקורת לאחר מכן. המשך טיפול פיזיותרפי ושיקומי.

42. ביום 6.9.2015 – עבר התובע ניתוח תיקון פטוזיס דו צדדי הרמת עפעפים עליונים.

43. בביקורת אצל ד"ר רוט ביום 19.5.2016 אצל הנתבע 1 נרשם: המשך התאוששות איטית. מבין ומדבר, חולשה ב-4 גפיו, יש שיתוק CN3 דו צדדי. עבר הרמת עפעפיים דו צדדי. MRI מוח 4.2016 – סה"כ דומה לקודמו. חוט שדרה ללא נגעים. הומלץ על המשך מעקב עם MRI מוח עוד שנה, ביקורת לאחר מכן. המשך מעקב נוירולוגי.

44. בדיקה ביום 14.7.2016 – במרפאת המחלקה לשיקום נוירולוגי, בית חולים שיבא נמצא בבדיקתו של התובע: אטקסיה, אופתלמופלגיה, הפרעות בדיבור. הלכות הקוגניטיבית היא לא חמורה. השלכות התפקודיות של הלכות בולטות ברוב התחומים: ניידות ותפקוד עצמי.
45. ביקורת ביום 18.5.2017 אצל ד"ר יונתן רוט, אצל הנתבע 1 נרשם: מגמת התאוששות מאוד מרשימה. זקוק לתרופות נוגדות פרכוסים. ממשיך טיפולים שונים. MRI מוח עדכני יציב לעומת לפני שנה. הומלץ על המשך טיפול נוירולוגי, המשך טיפול פיזיותרפי ככל האפשר כולל הידרותרפיה, MRI מוח בעוד שנה, ביקורת לאחר מכן.
46. ביום 20.11.2017 נבדק התובע במרפאת הפרעות תנועה, המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי נמצא: בדיקה נוירולוגית – בהכרה, עונה לשאלות ומבצע הוראות. דיסארתריה צרבלרית, אישונים באקסטרופיה, רחבים ללא תגובה לאור. עין ימין ללא תנועה. עין שמאל ישנה אדוקציה ואבדוקציה מוגבלת ללא תנועה אנכית. תחושה בפנים שמורה. פנים סימטריות. לשון פונה ימינה וזריזה. גג רפלקס תקין. ללא ריגידיות בצוואר. רעד בצוואר. גפיים עליונות – כוח גס שמור 5/5 בכל התחנות, החזרים ערים. תחושה שמורה. דיסמטריה משמעותית באצבע-אף דו צדדי. ללא רעד. גפיים תחתונות – כוח גס פרוקסימלי 5/5 דו צדדי, החזרי פיקה שווה, non sustained clonus בעקבים, החזר פלנטרי אקסטנסורי דו צדדי. תחושה שמורה. בדיקה נוכחית: ללא שינוי בטיפול ומצב מוטורי. יותר אטקסיה של גפיים ואטקסיה טנאקלית. דיסמטריה בגפיים. קושי רב לעמוד בעזרת מלווה. לא מסוגל לעמוד לבד. הליכה עם הליכון גבוה ומלווה, נוטה ליפול. Ataxic gait. הומלץ להמשיך מעקב מרפאת אפילפסיה, פיזיותרפיה, הידרותרפיה וריפוי בעיסוק. פעילות גופנית באופן קבוע. ייעוץ קלינאי תקשורת, הפחתת מינון PK MERZ לפעם ביום. להוריד ולהפסיק קלקסן. המשך מעקב מרפאת פעם בשנה.
47. ביקורת אצל ד"ר רוט ביום 24.5.2018 - נמצא MRI מוח עדכני דומה לקודמו. הומלץ על MRI מוח בעוד כשנה, ביקורת לאחר מכן.
48. 20.8.2018 – לאחר בדיקה במרפאת הפרעות תנועה, אצל הנתבע 1- הומלץ על המשך מעקב מרפאת אפילפסיה, טיפולי פיזיותרפיה, הידרותרפיה וריפוי בעיסוק, קלינאי תקשורת, מעקב נוירו-כירורג.
49. בבדיקת ביקורת של התובע אצל ד"ר רוט 23.5.2019 - במרפאה נוירוכירורגית, אצל הנתבע 1 נרשם: בדיקת MRI מוח מזגימה מלאות בחדר הרביעי אשר מוכרת, ומעט מודגשת ביחס להדמיות מהשנים האחרונות. יש כאן מספר אפשרויות כולל המשך מעקב, רדיוכירורגיה או כריתה. הוחלט להציג בישיבה אונקולוגית ולעדכן את המשפחה.

50. 30.6.2019 – מרפאת נויורוכירוגיה, המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי - סיכום ישיבה נויור-אונקולוגית:
נמצא במעקב MRI. רושם לגדילה עדינה באיזור החדר הרביעי, של תהליך שהוא מעט קשה לתדגמה בחלק מהפרוטוקולים, אך אין ספק כי יש כאן איזה שהוא נגע.
המלצת הצוות היא כי באם אכן יש גדילה, אז נתקדם לטיפול בקרינה. הומלץ על לחזור על בדיקת MRI מוח כחצי שנה מהבדיקה הקודמת וביצוע CT מוח של אותו איזור, על מנת לוודא שמדובר במסה סולידית.
51. ביקורת אצל ד"ר רוט 9.1.2020 – ד"ר יונתן רוט, מרפאה נויורוכירוגית, המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי. אין שינוי קליני. ביצע MRI מוח ב-10.2019 – הרופא מתעד: "אמנם הפענוח אומר כי הממצא יציב אך בעיני יש המשך גדילה איטית". טרם ביצע CT מוח. הומלץ להשלים בדיקת CT מוח בהרדמה בשבועות הקרובים, פגישה עם ד"ר דרור לימון מקרינה כדי לשמוע ממנו על משמעות הקרינה. ביצוע MRI מוח בהרדמה עוד כחצי שנה. ביקורת לאחר מכן.
52. כאמור, לאחר הניתוח נותר התובע ולצמיתות עם חוסר נויורולוגי קשה: נויור-אופתלמופלגיה, חוסר שיווי משקל ובקרת תנועה, ליקוי במוטוריקה עדינה, חולשה ב-4 גפיים וחוסר קואורדינציה. ליקויים קוגניטיביים קשים עם פגיעה בשיפוט, תהליכי חשיבה, פרקסיס והתמצאות, מודעות. נזקק לאפטרופוס. הוגדר כבמצב סיעודי.
53. לאורך השנים עבר שיפור מסויים מוטורי וקוגניטיבי, החל לדבר, הצליח לאכול לבד, ולהתהלך בבית עם הליכון. עם זאת, המשיך לסבול מאטקסיה, אופתלמופלגיה עם פזילה וצניחת עפעפיים, הפרעות בדיבור (דיסארתריה צרבלרית), ספסטיות בארבע גפיים. השלכות התפקודיות של הלכות בולטות בעיקר בתחומי ניידות ותפקוד עצמי.

רשלנות רופאי הנתבעים

54. לכתב התביעה מצורפת כחלק בלתי נפרד הימנו חוות דעתו של פרופ' שאול סטיר מומחה בנזירולוגיה ובנזירוכירוגיה. על פי חוות הדעת רשלנות רופאי הנתבעים בעצם ההתעקשות על ביצוע הניתוח החוזר ביום 18.6.13 להסרת שארית הגידול, בניגוד גמור לפרקטיקה הרפואית המקובלת, היא שהביאה לפגיעה המוחית הקשה שהפכה את התובע, לסיעודי ותלוי לחלוטין בעזרת הזולת לשארית חייו.
- חוות דעתו של ד"ר שאול סטיר מצורפת כנספח ג' לכתב התביעה כחלק בלתי נפרד הימנו.**

55. על פי חוות הדעת הטיפול הראשוני המקובל באפנדימומות הוא לרוב ניתוח. לעיתים, מטופלים יכולים להירפא על ידי ניתוח לבדו, אם ניתן להסיר את הגידול באופן מלא, אבל

זה בלתי אפשרי לעיתים קרובות. טיפול בהקרנות ניתן לאחר הניתוח, בייחוד באותם מקרים רק חלק מהגידול חוסר. אם ניתוח לא יכול להיות מבוצע, טיפול קרינתי הינו הטיפול העיקרי. (על פי חוות הדעת, מספר מחקרים לא מצאו קורלציה בין נרחבות הניתוח לבין הפרוגנוזה ועניין זה היה חייב להלקח בחשבון טרם ההחלטה על ניתוח נוסף משלים.

56. על פי חוות הדעת, לאחר הטיפול הראשוני בכריתה של גידול מסוג אפנדימומה, לא קיימת אינדיקציה לניתוח חוזר, במקרה של כריתה לא מלאה. יתרה מכך, ההחלטה לביצוע ניתוח חוזר במצבו של התובע הינה תמוחה ביותר ממספר סיבות:

א. רושם בניתוח הראשון להוצאה של כלל הגידול, עם גישה קשה מלכתחילה לאתר הגידולי.

ב. גידול שמבחינת הספרות מראש מקושר עם כ- 50% הצלחה לכריתה מלאה, ועם שיעורי הישנות גבוהים.

ג. העובדה שהוכח בסדרה גדולה של מחקרים משנת 2010 כי הטיפול בהקרנות (או מעקב הדמייתי) משפרים פרוגנוזה במצב של כריתה חלקית והם הטיפולים המקובלים לאחר ניתוח כזה, שאף הוכחו בסדרה גדולה משנת 2010.

ד. המצב הרגיש של האזור המנותח במיוחד לאחר הניתוח הראשון.

57. על פי חוות הדעת, לאור המורכבות הרבה בניתוח הראשון, וכל שכן המורכבות הכללית של ההליך הניתוחי והסיכוי הגבוה לשארית גידולית מלכתחילה, לא הייתה כל אינדיקציה לבצע ניתוח שני, ובמיוחד לא ביום שלמחרת הניתוח הראשון, כאשר האזור המנותח עדיין במצב רגיש.

58. אילו היה בוחר המנתח האחראי בגישה שמרנית, כפי שמקובל, וזאת על ידי ביצוע קרינה בתר ניתוחית או מעקב וביצוע קרינה אם תחול התקדמות בגידול, כל המהלך ההרסני של פגיעה נוירולוגית וקוגניטיבית קשה, אשר אירע בעקבות הניתוח השני, היה נמנע.

59. הרשומה הרפואית אינה כוללת כל נימוק תקף המצדיק החלטה בדבר ההתעקשות על הניתוח המשלים ביום שלמחרת הניתוח הראשון, בניגוד לפרקטיקה הרפואית המקובלת ויש להניח כי הסיבה להחלטה על ביצוע הניתוח המשלים הייתה קשורה בלוח הזמנים של המנתח האורח ד"ר ברוס שהיה אמור לעזוב את הארץ באותו יום או בסמוך לכך. זו בוודאי אינה סיבה מצדקת לסכן את התובע לפגיעה מוחית בניתוח חוזר כפי שאירע.

60. כאמור בחוות הדעת, חשוב להדגיש כי המהלך הבתר ניתוחי לאחר הניתוח הראשון היה תקין. התובע היה בהכרח מלאה, הראה התמצאות, הניע 4 גפיים היטב והיה ללא חולשת צד. בעוד שלאחר הניתוח השני התובע לא התעורר, לא הגיב לכאב ושני אישוניו היו מורחבים ל-6 מ"מ. 8 ימים לאחר הניתוח אף מתואר כי מר ברה לא מתעורר, GCS 3, אישונים מורחבים לא מגיבים לאור, GAG חלש, ללא הצלחה בגמילה מנקז מוחצן. ביעוץ שיקום צעירים אף מתואר: "לאחר הניתוח השני רושם לפגיעה במידברין, אינו מתעורר, ללא רושם לתגובה מוטורית. בבדיקה: לא מגיב לפקודה מילולית, תגובה מינימלית לכאב, מעט מזיז רגליים, לא ידיים. נושם דרך טרכאוסטומיה עם תמיכת חמצן, ללא תמיכת מכונת הנשמה. כלכלה דרך זונדה. תמונה קלינית מתאימה ל VEGETATIVE STATE". כלומר ישנה הכרה של הצוות הרפואי כי הניתוח השני הוא שגרם לכל נזקיו וסיבוכיו של התובע.

61. על פי חוות הדעת, הניהול המקובל בספרות עד שנת 2013, עת התבצע הניתוח, הוא ניסיון כריתה ראשוני ולאחריו השלמת טיפול קרינתי או לחילופין מעקב ושמירת ניסיון טיפולי בהקרנה במידה וחלה הישנות של הגידול. לציין, כי על פי הידע מהספרות, במספר ניכר של מקרים כריתה שלמה אינה מצליחה במהלך הניתוח. חרף המידע הזה, והעובדה כי הניתוח הראשוני הוגדר כמקסימלי ועדיין נותרה שארית גידולית גדולה, הוחלט במקרה זה להמשיך לניתוח שני, אגרסיבי ביותר על פי הדוח הניתוחי, יממה לאחר הניתוח הראשון, ממנו נותר התובע עם נזק נוירולוגי קשה ביותר.

62. אילו ניהול היה מנוהל הטיפול במצבו של התובע, באופן שמרני יותר, כמקובל בספרות בפרקטיקה הרפואית אותה עת, ללא ביצוע ניתוח חוזר ביום למחרת, קרוב לוודאי כי הנזק הנוירולוגי הקשה ממנו סובל התובע יכול היה להימנע, וכך גם הצורך בשיקום ארוך ממנו השתקם באופן חלקי בלבד ונותר בעל נכות קשה והגבלה תפקודית משמעותית.

63. בנוסף ומבלי לגרוע מן האמור לעיל ובחוות הדעת הרפואית, יטען התובע, כי הנזק נגרם כתוצאה מרשלנותם ו/או אי זהירותם ו/או חוסר מיומנותם של רופאי הנתבעים 1-3 בכך:

- א. שלא פעלו כפי שרופא סביר היה פועל בנסיבות המקרה ו/או
- ב. הפרו את חובת הזהירות שבין רופא לבין מטופל ו/או
- ג. שלא פעלו על פי פרקטיקה רפואית מקובלת והתרשלו בכך שהתעקשו על ביצוע הניתוח המשלים להסרת הגידול תוך סיכון התובע ו/או
- ד. ביצעו את הניתוח המשלים מבלי שהתקבלה הסכמה מדעת של התובע לביצוע ו/או
- ה. לא הפעילו מחשבה רפואית ושיקול דעת כנדרש בנסיבות העניין ו/או
- ו. לא העניקו לו את הטיפול הרפואי הנדרש במצבו ו/או
- ז. התרשלו בניהול הרשומה הרפואית

64. הנתבעים נושאים באחריות ישירה בשל היעדר פיקוח על התנהלות רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או באחריות שילוחית לתוצאות רשלנותם של עובדיהם ו/או רופאיהם אשר גרמו במעשה ו/או במחדל לנזקים נשוא תביעה זו, וכן אחראיות לכל הפסד ו/או נזק אשר נגרמו לתובע בשל אחריותם ו/או אחריות מי מעובדיהם ו/או מצוות רופאיהם מתמת התרשלות ו/או מעשה נזיקין ו/או הפרת חובה חקוקה ו/או בשל אחריותה המוגברת, הישירה ו/או השילוחית.

65. **תחולת הכלל של "הדבר מדבר בעדו"** – מבלי לגרוע מן האמור לעיל יטען התובע, כי בנסיבות העניין חל הכלל של "הדבר מדבר בעדו", שכן לתובע לא הייתה ידיעה ולא היה ביכולתו לדעת, מה היו למעשה הנסיבות, שגרמו לנזק המוחי הנרחב שנגרם בעת הניתוח המשלים להסרת הגידול הדבר נגרם ע"י נכס (מתקני הנתבעים התכשירים והציוד הרפואי בו השתמשו לטיפול בתובע) שלנתבעים או למי מהם הייתה שליטה מלאה עליו, ואירוע המקרה מתיישב עם המסקנה שלא נקטו בזהירות סבירה, מאשר עם המסקנה כי נקטו זהירות סבירה ועל כן על הנתבעים להוכיח שלא הייתה לגבי המקרה התרשלות שיחובו בגינה.

66. **נזק ראייתי** – התובע יטען כי ביצוע הניתוח הנוסף בניגוד לפרקטיקה הרפואית המקובלת גורם לנזק ראייתי בכך שהוא מקשה על התובע להוכיח מה היה מצבו אלמלא הניתוח הנוסף ועל כן על הנתבעים נטל השכנוע להראות כי לא פעולתם הרשלנית היא שגרמה לנזקי התובע.

67. **פגיעה באוטונומיה והיעדר הסכמה מדעת** – ההחלטה על הניתוח השני בו נגרם הנזק המוחי הנרחב, נעשתה חרף מצבו המעורפל של התובע לאחר הניתוח הראשון ולמרות התנגדות הוריו, ומבלי שהוצגו לתובע האופציות הטיפוליות כנדרש, ומבלי שהוצגו לתובע הסיכונים הקיצוניים בביצוע ניתוח נוסף בניגוד לפרקטיקה הרפואית המקובלת, ולא ניתן לייחס בנסיבות אלה הסכמה מדעת לתובע לביצוע הניתוח. בביצוע הניתוח ללא הסכמה מדעת תוך פגיעה באוטונומיה מטילה על הנתבעים אחריות כלפי התובע על כל נזק שנגרם לו עקב ביצוע הפרוצדורה הרפואית ללא הסכמתו.

הנזק שנגרם לתובע

68. לפני הניתוח היה התובע אדם בריא ועצמאי, נשוי ואב לילד בן שנה. התובע היה מהנדס אלקטרוניקה ועבד במקצועו, כאזרח עובד צהל והשתכר כ- 20 אלף ₪ לחודש. יש להניח כי לנוכח השכלתו ומקצועו ניתן להעריך כי אלמלא נכותו צפוי היה שכרו לעלות בעתיד עם התקדמותו בסולם התפקידים והדרגות בצה"ל ומחוצה לו בשוק הפרטי.

69. בעקבות הניתוח הפך התובע לסייעודי, איבד לחלוטין ולצמיתות את כושר השתכרותו ותלוי לחלוטין בעזרת הזולת. אשתו ביקשה להתגרש ממנו ומשפחתו התפרקה.

70. לאחר הניתוח, היה התובע ללא הכרה במצב "צמח" במשך כ- 40 יום עד ששב להכרה אך נותר עם נכות קשה. התובע הועבר למרכז השיקומי רעות והיה מאושפז שם כשלושה חודשים. לקראת סיום תקופת האשפוז ברעות, פיתח זיהום בחיידק עמיד והוחזר להמשך טיפול בביה"ח איכילוב.
71. הוא אושפז במחלקה לנוירוכירורגיה וטיפול נמרץ כללי, מצב הכרתו הדרדר ונזקק להנשמה דרך פיוס קנה. לאחר שמצבו התייצב, נשלח למחלקת שיקום צעירים בביה"ח איכילוב בה היה מטופל עוד כשלושה חודשים ברצף. ב
72. בשל פגיעתו הנוירולוגית הקשה נזקק התובע להליך שיקום מורכב, אינטנסיבי וממושך. החסר הנוירולוגי בתחילת השיקום היה קשה ביותר: נוירו-אופתלמופלגיה, חוסר שיווי משקל ובקרת תנועה, ליקוי במוטוריקה עדינה, חולשה ב-4 גפיים וחוסר קואורדינציה. ליקויים קוגניטיביים קשים עם פגיעה בשיפוט, תהליכי חשיבה, פרקסיס והתמצאות, מודעות. הוגדר במצב סיעודי עם ליקויים קוגניטיביים משמעותיים עם פגיעה בשיפוט, חשיבה, מודעות והתמצאות ועל כן נזקק לאפטרופוס.
73. לאחר סיום הטיפול בשיקום, הועבר למספר ימים לטיפול במחלקה סיעודית בpalace באיכילוב. וביום 23.02.2014, שוחרר לביתו ביבנה.
74. מאמצע חודש מרץ שנת 2014 התחיל להעסיק עובד זר. באותה תקופה אשתו החליטה לא לתמוך בתהליך שיקומו והחלמתו וביקשה להתגרש ממנו. תהליך הגירושים הושלם.
75. התובע מטופל לפרקים בעזרת עובד זר ובהיעדרו בעזרת הוריו תוך קבלת עזרה סיעודית הנדרשת מהם. לאחר השיחרור מהשיקום נמשך טיפול שיקומי בקהילה בהפניות של קופת חולים מכבי במרכזי שיקום יום שונים אך לאחרונה מאושרים לתובע רק 12 ימי טיפול פיזיקלי בשנה ונמנע ממנו טיפול שיקומי אינטנסיבי יותר הדרוש לו.
76. מאז פגיעתו הוא לא שב לעבודה, נעזר בתפקודי יומיום הבסיסיים והמורכבים. מוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי עם נכות ואובדן כושר השתכרות 100%, זכאי ל-188% שר"מ, מוגבל בניידות בהיקף של 100%.
77. על פי חוות דעתו של ד"ר סטיר לתובע נכות רפואית צמיתה של 100% כדלקמן:
- א. 100% בשל הפרעה קשה ביציבות עם אי יכולת הליכה עצמאית לפי סעיף 29 (6) ה (מותאם) של תקנות מל"ל.
 - ב. 20% בשל ליקוי בדיבור לפי סעיף 27 (7) א II של תקנות מל"ל.
 - ג. 10% בשל אי יכולת לבצע קונברגנציה לפי סי' 57 (1) לתקנות מל"ל.
 - ד. 10% בשל פזילה לפי סעיף 57 (2) I של תקנות הביטוח הלאומי

78. התובע נותר בעל נכות קשה והגבלה תפקודית משמעותית בשל פגיעה בתנועות העיניים, שווי משקל, במוטוריקה העדינה והקואורדינציה שפוגעים ביכולת ההליכה, הניידות ותפקודי היומיום שלו. הוא ממשיך לסבול מאטקסיה, אופתלמופלגיה עם פזילה וצניחת עפעפיים, הפרעות בדיבור (דיסארטריה צרבלרית), ספסטיות בארבע גפיים. השלכות התפקודיות של הלקות בולטות בעיקר בתחומי ניידות ותפקוד עצמי והוא זקוק לעזרה סיעודית 24/7 לכל ימי חייו.
79. לכתב התביעה מצורפת כחלק בלתי נפרד הימנו חוות שיקומית של ד"ר אולג שפיר מומחה ברפואה שיקומית.
- חוות הדעת של ד"ר שפיר מצורפת כנספח ד' לכתב התביעה כחלק בלתי נפרד הימנו.**
80. על פי חוות הדעת, בתום תהליך שיקומי באשפוז בבתי החולים איכילוב ורעות, נותר במצב סיעודי. בעקבות הנזק המוחי הוא נותר עם אטקסיה צרבלרית קשה ביותר, דיזארטריה, הפרעות קוגניטיביות, התנהגויות ונפשיות זקוק לעזרה מרובה 24/7 בכל פעולות היומיום.
81. מעקב רפואי וטיפולים: התובע זקוק למעקב רפואי שיקום או נויורולוג בתדירות של פעם בשנה. נדרש מעקב במרפאות רפואי עיניים לצרכי דיון על נחיצות של ניתוח תיקון פזילה. ביצוע ניתוח במידה ויוחלט. נדרש מעקב במרפאה אפילפסיה לצרכי דיון על צורך ונחישות המשך טיפול תרופתי למניעת פרכוסים ו/או הפסקתו תוך ביצוע טיפול משמר בפזיות רפיה 12 פעמים לשנה קלנדרית לכל החיים. זקוק טיפול משמר בריפוי בעיסוק עד 20 טיפולים לשנתיים. נדרש מעקב וטיפול אצל קלינאית תקשורת בהתאם להמלצתה. התובע זקוק לפעילות גופנית עצמאית בחדר כושר או עם מכשור ייעודי כגון מכשירי APT לידיים ורגליים. לפחות 3 פעמים בשבוע.
82. טיפול פסיכולוגי/פסיכיאטרי: על רקע הקשיים עמם מתמודד התובע מתמודד עם קשיים רבים בהתנהלותו היומיומית. יש לאפשר לתובע טיפול פסיכולוגי ופסיכיאטרי רציף. הטיפול הפסיכולוגי יסייע לתובע לבנות הפרדה בינו לבין הנכות שאיתה הוא חי ולאפשר לו לצאת לעצמאות רגשית ולאיכות חיים טובה יותר.
83. אביזרי עזר לשיקום: התובע זקוק לכסא גלגלים קל משקל ומתקפל, כרית למניעת פצעי לחץ, החלפת הכיסא וכרית פעם ב 5 שנים, כיסא רחצה-החלפה 1 ל 3 שנים, מיטה פונקציונלית עם מזרון למניעת פצעי לחץ, הליכון גלגלים מסוג אמות טקסי.
84. צרכים סיעודיים: על פי חוות הדעת זקוק התובע לעזרה רבה עד מלאה בכל תפקודי ה ADL, במשק בית ובניידות. לכן, יש צורך בעזרת מטפל/ת 24/7. המטפל צריך להיות גבר בעל יכולות פיזיות גבוהות לאור קושי התפקודי הרב של דורון ומשקלו העודף.

85. התאמת דיור: יש להתאים לתובע דיור מותאם לאדם מוגבל בניידות או דירה מותאמת בבית משותף עם מעלית מתאימה לכיסא גלגלים. ביחידת הדיור יש צורך בחדר נוסף למטפל צמוד.

86. תחבורה ציבורית/רכב: התובע אינו יכול לנהוג ולא יכול להשתמש בתחבורה ציבורית. בעקבות הגבלה בניידות ואפשרות להחמרת מצבו בעתיד זקוק לרכב מותאם לצרכיו. מסוג ואן עם מעלית, מותאם לכיסא גלגלים.

87. תעסוקה: לאור חומרת הנזק המוחי וההשלכות התפקודיות איבד התובע לצמיתות את יכולתו להשתכר במקצועו ובכל מקצוע אחר בשוק העבודה.

88. פירוט הנזק לתובע:

נזק מיוחד

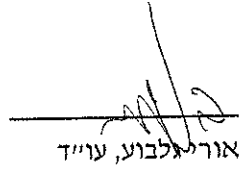
- א. הפסד השתכרות לעבר - 1,800,000 ₪.
- ב. הוצאות רפואיות לעבר כולל ואביזרים - 400,000 ₪
- ג. הפסדי ניידות לעבר - 200,000 ₪
- ד. עזרת הזולת בעבר לרבות עזרת קרובי משפחה - 1,400,000 ₪

נזק כללי

- א. כאב וסבל -
- ב. הפסד שכר/כושר השתכרות בעתיד (לרבות בגין שנים אבודות אם יקבע קיצור תוחלת חיים) -
- ג. הפסד פנסיה בעתיד -
- ד. עזרת הזולת וסיעוד בעתיד -
- ה. הוצאות רפואיות בעתיד -
- ו. הפסדי ניידות בעתיד -
- ז. הוצאות התאמת דירה למוגבלויותיו של התובע -
- ח. הוצאות עבור רכישת אביזרים רפואיים -
- ט. הוצאות עבור טיפולים רפואיים ופארא רפואיים בעתיד כולל טיפול פסיכולוגי -
- ט. הפסדים בגין הוצאות כביסה ויבוש מוגברים -
- י. פיצוי בגין קיצור תוחלת חיים אם יקבע שקיים -
- יא. פיצוי בגין פגיעה באוטונומיה -

סיכום

89. על הנתבעים 1-3, ביחד ולחוד, לפצות את התובע בגין מלוא נזקיו, שנגרמו ברשלנותם מתוקף אחריותם הישירה ו/או השילוחית לפי נסיבות העניין, הכול כמפורט בכתב תביעה זה.
90. לבית משפט זה הסמכות העניינית והמקומית לדון בתובענה זו לפי מהותה וסכומה ולפי מענם של הנתבעים.
91. לאור האמור לעיל מתבקש בית המשפט הנכבד להזמין את הנתבעים 1-3 לדין ולחייבם, ביחד ולחוד, לפצות את התובע על מלוא נזקיו, בצירוף הפרשי הצמדה וריבית חוקית מיום הגשת התובענה ועד ליום התשלום בפועל, וכן לחייבם בתשלום הוצאות המשפט, לרבות שכר המומחים, ושכ"ט עו"ד בצירוף מע"מ כדין.

 זמית אוריה, עו"ד מ.ר. 17454	 אוריאל אורי, עו"ד מ.ר. 12399
--	---

ב"כ התובעים