

ת"פ 48741/12 - מדינת ישראל נגד פלוני

בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"פ 12-12-48741 מדינת ישראל נ' פלוני
בפני כב' השופט הבכיר צבי גורפינקל
המאשימה מדינת ישראל
ע"ז ב"כ ע"ד פרוטט
נגד
פלוני
הנאשם ע"ז ב"כ ע"ד הלוי

הכרעת דין

פתחה והערות כלליות

1. ביום 17.1.2012 (להלן: "יום האירוע") הובח המנוח, תינוק ..., אל בית החולים שיב"א תל השומר (להלן: "תל השומר" או "בית החולים") כשהוא ללא נשימה. בבדיקות שנערכו לו התגלה כי הוא סובל מגיעות ודימומים בראשו ושרירים רבים, בשלבי החלמה שונים, בצלעותיו. עוד באותו ערב הובאה אחותו התאומה לבדיקה בבית החולים. בדיקה זו העלתה שאף היא סובלת משברים רבים בצלעות וסימנים על גופה. התאומה אושפזה. ביום 26.1.2012 מת המנוח מות מוחי ביום 2012 נפטר. לטענת התביעה, בבדיקות דימות ובנטיחה שלאחר המוות התגלו שני שרירים נוספים בראשו. התאומה, שנوتקה מביתה, נבדקה בעבר זמן ובצלעותיה לא אותו שרירים חדשים. הכרעת הדיון עוסקת בשאלת מה גרם למצבם הרפואי של התאומים ולמוות של המנוח. האם מדובר בטלטול וחבלה לא תאונית, קטעת התביעה, או בצירוף של גורמים טבעיים, לטענת ההגנה?
2. מעדיות ההורים עולה כי באופן חריג לאחר שהנאשם חזר מהעבודה בשעות אחר הצהרים, ביום האירוע, האם הלכה לשון והוא השגיח על התאומים פרק זמן ממושך. כשהיא נגשה אליו, ולאחר שנרגע, יצא מחוץ לבניין המגורים ועישנה סיירה. כאשר עלתה לדירה בעבר מספר דקות מצאה את הנאשם מחזק במנוח כשראו שמות והוא אינו מביך.
3. ההורים נחקרו ממשטרת הופעל עליהם לחץ רב. בסופה של דבר, ביום 2012, הוגש כנגד הנאשם כתב אישום המיחס לו עבירה הריגה על פי סעיף 298 לחוק העונשין התשל"ז-1977 (להלן: "חוק העונשין"), עבירה של תקיפת קטין הגורמת לו חבלה חמורה על ידי אחראי (ריבוי עבירות) על פי סעיף 836ב(ב) ס"פה לחוק העונשין, ועבירה של התעללות בקטין או בחסר ישע על ידי אחראי על פי סעיף 368 ס"פה לחוק העונשין.
4. כבר בשלב זה אציג כי התקיק שלפני וכרע על סמך חוות הדעת ועדויות המומחים בתחום הרפואה. הצדדים טענו גם בכך העובדתי אך אין באמירות הנאשם והתנהלותו כלפי לבס הרשות, ועל כך ארחיב בהמשך. בטרם אפנה לדון בטענות הצדדים אעיר מספר הערות כלליות:
5. (א) טענות התביעה כנגד מומחי ההגנה - כלל: לטענת התביעה, מומחי ההגנה הופיעו בבתי משפט ברחבי העולם, שבקרו את אופן התנהלותם ואף כתבו נגד מהימנותם. אין בכונתי לעסוק בכך. התרשומות

ממקצועיות העדים ומהימנותם בתיק שלפני היא זו שתכריע.

- .6. עוד טוענת התביעה כי חווות הדעת של מומחי ההגנה נכתבו לאחר עיון שאין מעמיק די במסמכים. כך למשל המומחים עיינו בדו"חות המסכמים בלבד ולא בחנו את התקנים הרפואיים של התאומים. דוגמא נוספת לכך: ד"ק ג'ולי מק (להלן: "ד"ר מק") שהינה רדיולוגית לא קראה את חוות דעתה של ד"ר הדס גיפס (להלן: "ד"ר גיפס") שביצעה את הנטיחה ובחרה להסתמך על חוות דעתה של ד"ר מרתה כהן (להלן: "ד"ר כהן") שהינה המומחית להיסטופתולוגיה מטעם ההגנה (אך ד"ר כהן לא נכח בנטיחה). אינני מקבל את טענת מומחי ההגנה- "אליה החומרים שקיבלו", משום שמצופה ממומחה שעורף חוות דעת לבקש את התקן הרפואי והחומר הנוסף והטוב ביותר הנוצר לכתיבת חוות דעתו המקצועית. אף אם התנהלות ההגנה לא גרמה לנזק, יש בכך טעם לפגם.
- .7. בנוגע להכשרתם של מומחי ההגנה: ד"ר ויינ סקוור (להלן: "ד"ר סקוור") היא נירופתולוגית, ד"ר מק רדיולוגית ילדים, ד"ר כהן מומחית להיסטופתולוגיה וד"ר צ'רלס היימן (להלן: "ד"ר היימן") הינו רופא ילדים שטען בעדותו כי הוא מומחה לעצם. לטענת התביעה בעוד שמומחי ההגנה עוסקים בעיקר במחקר, מומחי התביעה עוסקים בклиיניקה ובפרקטיקה يوم יומיות ולפיכך הם מקצועיים יותר בפיענוח בדיקות וביצוע אבחנה מיוחדת.
- .8. חלק ממומחי ההגנה העידו בנסיבות מסוימות שאינן בתחום מומחיותם. הגدليل לעשות ד"ר היימן שכרופא ילדים העיד על קשת רחבה של נושאים ותחומים הן בחוות דעתו והן בעדותו. במהלך עדותו הוסכם בין הצדדים ילדים עית על קשת רחבה של נושאים ותחומים הן בחוות דעתו והן בעדותו. במהלך עדותו הוסכם בין הצדדים כי חוות דעתו תתקבל רק ככל שהיא נוגעת לשברים ולפקקת. כמו כן שבמידה ומומחה מטעם מי מהצדדים עית בתחום שאינו במומחיותו, אף אם נתקבש לחוות דעתו, לא יוכל קביעותו. לעומת זאת, אם למומחה בתחום מסוים יש השקה עם תחום אחר הוא אינו מומחה בו (כגון פתולוג שמעיד על רדיולוגיה), אוichס לקביעותו את המשקל המתאים.
- .9. (ב) ממשעות נוכחות פתולוגית מטעם ההגנה בנטיחה והיעדר חוות דעת מטעמה: הנטיחה של אחר המות במנוח בוצעה על ידי ד"ר גיפס, בעקבות התנגדותה של משפחת המנוח לכך שפרופ' יהודהysis (להלן: "פרופ'ysis") יבצע את הנטיחה. כבר כתעת אציג כי ד"ר גיפס הותירה רושם מהימן ומקצועי ביותר בעודתמה. תשוביותיה, הן בחקירה הראשית והן בחקירה הנגדית היו ענייניות, מקרובות ולא מתחממות. היא לא הסתפקה באמירות כליליות ותשוביותיה התמקדו במצאים הספציפיים שהוצעו במנוח. ד"ר גיפס העידה שאין בישראל הכשרה או תית התמחות בפטולוגיה ילדים אך לאור ניסיונה הרב בנטיחת ילדים היא בעלת מומחיות בתחום. אף גם העיד אודותיה פרופ'ysis בבית המשפט: "באرض אין ניסיון לאף פתולוג, חוץ מניסיון ורטואלי בנטיחת ילדים". הפטולוגים של ילדים בודקים רקמות אך לא מבצעים נתיחות. לכן עדין לד"ר גיפס מחשיפה לנתיחות ילדים, יש לה ניסיון מעשי מאשר לכל פתולוג ילדים בארץ" (עמ"ד 200 שורות 25-22). פרופ'ysis הוסיף כי ד"ר גיפס יחד עם שני הרופאים הננספים שנכחו בזמן הנטיחה (ביניהם ד"ר פורמן-רצניק מטעם ההגנה) הם הצוות הטוב יותר בישראל (עמ"ד 201 שורות 9-15). לאור זאת ולאחר עדות מומחית ההגנה, ד"ר סקוור, שאף היא נעזרת בפטולוגים של ילדים שמומחיותם נסמכת על ניסיונות בפרקטיקה ולא על הכשרה בתחום (עמ"ד 333 שורות 7-2), אני>Dוחה את טענת ההגנה לפגם במומחיותה של ד"ר גיפס.
- .10. אשר לטענה של ד"ר גיפס אינה פתולוגית אלא רופאה משפטית. ברור כי, כרופאה משפטית, ד"ר גיפס מבצעת נתיחות מדי יום ולכן היא המומחית המתאימה בהקשר זה. יתר על כן, ההבחנה בין פתולוג לרופא משפטי, ככל שקיים, הייתה צריכה להתברר במהלך ניהול המשפט וראוי היה להפנות סוגיה זו לד"ר גיפס בחקירה הנגדית. מאחר שטענה זו לא הותחה בד"ר גיפס, ולאחר שפרופ'ysis העיד כי הצוות שנייה ונכח

בنتיחה הינו המקצועני ביותר בארץ, אני דוחה את הטענות לחוסר מקצועיותה של ד"ר גיפס. יצוין כי יחד עם ד"ר גיפס חתום על חוות הדעת ד"ר קונסטנטין ז'יצ'ב (להלן: "ד"ר ז'יצ'ב") שהינו רופא משפט ופטולוג.

11. הערה נוספת, אמנם ד"ר גיפס היא זו שביצעה את הנתייה אף נוכח במקומם גם רופאה משפטית מטעם ההגנה, ד"ר מ.פורמן- רזניק (להלן: "ד"ר פורמן- רזניק"), שצפתה בעובדה, "במהלך הנתייה ובסיומה נשאלת אם זוקקה לבדיקות נוספות וענתה בשלילה" (עמוד 1 לח"ד של ד"ר גיפס- ת/40). להגנה טענות רבות הקשורות במקצועיותה ובמצאייה של ד"ר גיפס, אף לכל הטענות הללו אין התייחסות מצד הפטולוגית שנכחתה מטעמה והללו הושמעו על ידי מומחי ההגנה שסיפקו חוות דעת "בשלט רחוק". יש להניח כי לו ד"ר פורמן- רזניק הייתה מוצאת פגם בהתנהלותה של ד"ר גיפס או טעות מצדיה היא הייתה דואגת להסביר את תשומת ליבה בזמן אמת או לכל הפחות לכתוב חוות דעת בדיעד, שכן נוכחותה נועדה להשגיח על עובදתה של ד"ר גיפס. כל זאת לא נעשה.

12. לא מותר לציין בהקשר זה כי "הימנעות מהבאת ראייה... מקימה למעשה לחובתו של הנמנע חזקה שבעובדה, הנעוצה בהיגיון ובניסיון החפים, לפיה: דין ההימנעות כדי הודהה בכך שאלן הובאה אותה ראייה, הייתה פועלת לחובתו של הנמנע" (יעקב קדמי **על הריאות חלק רביעי** 1891 (מהדורה משולבת ומעודכנת), התש"ע-2009 (להלן: "קדמי"). הפניות לפיסיקה הרלוונטיות ראו גם בעמודים 1890-1904). לפיכך אי הממצאת חוות דעת פטולוגית מטעם מומחית ההגנה שנכחתה בنتיחה מקימה חזקה שלו ד"ר פורמן- רזניק הייתה מעידה הדבר היה פוגם בטענות ההגנה כלפי ד"ר גיפס. לפיכך חזקה שהнтיחה שערכה ד"ר גיפס הייתה תקינה ולא נפל פגם בפועלתה. ההגנה טענה בסיכוןיה כי ד"ר פורמן כמו ד"ר גיפס היא רופאה משפטית ואיינה מומחית בילדים או בפטולוגיה. לפיכך השתיים אין מתאימות לביצוע הנתייה. כמו כן טענה ההגנה שהתובע, שידע על כך שלא תזמן עדת הגנה, היה צריך לזמן עדת תביעה לו' חשב שיש בעמדתה לתמוך בתביעה. אינני מקבל את טענות ההגנה שכן, כאמור לעיל, הנסיבות של ד"ר פורמן-רזניק כרופא משפטית מתאימה בהקשר שלנו. אך גם אם ההגנה סבורה שאין הדבר כן הנסיבות של ד"ר פורמן-רזניק דומה לו' של ד"ר גיפס ולפיכך מצופה היה שתוכל להאריך או להעיר על עובדתה, אם הייתה מוצאת לנכון שכן השתיים בעלות ידע זהה. אף הטענה לפיה התובע היה צריך לזמןה- דין להידוחות.

13. יובהר כי אין בכונתי לדוחות את טענות ההגנה השונות בנוגע לממצאייה של ד"ר גיפס על הסף ואתיהים לכל טענה לגופה. יחד עם זאת, יש משקל לכך שבזמן ההוכחות אין זכר לאמירה כלשהי של ד"ר פורמן- רזניק שנכחתה בنتיחה מטעם ההגנה, לא בחוות דעת ולא בעדות. יתר על כן, ד"ר סקויר שהעידה כנוירופטולוגית מטעם ההגנה טענה שככל לא ידעה שזמן הנטיחה נכחה פטולוגית מטעם ההגנה ולפיכך גם לא קיבלה ממנה אישור או הפרכה של טענותיה. היה מצופה שבטרם מומחי ההגנה יטענו הם יצרו קשר עם ד"ר פורמן- רזניק על מנת לשמעו מה נעשה או לא נעשה בזמן הנטיחה.

14. על מנת לסביר את האוזן אקדמיים את המאוחר ואביא כתעת את הטענות העיקריות נגד קביעותיה או עובדתה של ד"ר גיפס: בסוגיית הפקחת ד"ר גיפס לא מצאה פקקים בסינויים הדורליים. ההגנה טענה שהיא לא דגמה אותו ולא ציינה היכן בדקה. בסוגיות השברים בראש- מעבר לטענות נגד ממצב של שברים בראש על ידי ד"ר גיפס, נתען כי לא דגמה היסטולוגית את הדם שמצויה ויתכן שמדובר בדם טרי שטפטף על הריקמה במהלך הנטיחה (עמוד 575), וכן שבר בו צפתה הוא שבר שהוא עצמה גרמה לו' בעת הוצאה העצם (עמוד 477). בסוגיות הצלעות- נתען כי בחוות דעתה של ד"ר גיפס היא התבבללה וייחסה דגימה שלקחה מלוחית הגדרה לקו בית שחוי אחריו (עמוד 588). טענות אלו, כאמור, ידונו להלן, בשים לב להיעדר כל אמירה או תגובה מצד מי שנכחתה בזמן הנטיחה מטעם ההגנה.

.15. (ג) התייחסות למאמרים: שני הצדדים הציגו מאמרם רבים כתמוכין לעמדתם. הסוגיות השונות לבוננו ונידונו הן במהלך עדויות המומחים והן בסיכון הצדדים. במסגרת הכרעת הדין ATIICHIS במספר מאמרם מרכזים שהיו נדבר חשוב בעמדת הצדדים. מעבר לכך אין בכונתי לקבוע מי מהצדדים הציג מאמרם רבים יותר או מי מהחוקרים נחשב יותר בעולם המחקר הרפואי. כל מאמר, שהוא משמעותי לדין, יובא ויידן לגופו.

.16. (ד) השוואת מומחי התביעה למומחי ההגנה: ההגנה הדגישה את היתרון של ד"ר כהן, ד"ר מק וד"ר סקוור על פני ד"ר סיגל טל (להלן: "ד"ר טל") וד"ר גיפס- יתרון הנובע מכך שהעידו בבתי משפט ברחבי העולם ואף עשו זאת בהתקנות. את הגעתן בהתקנות, ההגנה זוקפת לזכותן כיון שהסתיכמו להגיע לאرض על שבעון זמן עבודהתן ופרנסתן ולהיעד בניסיון למנוע הרשותה הנאשם. התביעה זוקפת את הגעתן בהתקנות כנגדן שכן לטענתה, מדובר בעדות מוטות המחזיקות באגדה איזוטריה".

.17. טענה נוספת של ההגנה היא שד"ר גיפס, שביצעה את הנטיחה שלאחר המוות, וד"ר טל, שאייתה את השברים בראש אין מומחיות לילדים (לעומת מומחיות ההגנה שהן בעלות התמחות ילדים). אך ההשוואה הזה הינה חלקית כיון שלטובת התביעה העידו גם מומחים נוספים שהינם מומחים ילדים: פרופ' שלומי קונסטנטיני (להלן: "פרופ' קונסטנטיני"), מנהל את המחלקה לנירוכירורגיה בבית החולים לילדים "דנה" (איכילוב); וכן ד"ר אנדריאה ניסנקורן (להלן: "ד"ר ניסנקורן"), מומחית בנירורולוגית ילדים, ד"ר מיכל סודק-בן נון (להלן: "ד"ר סודק"), מנהלת דימות ילדים בתל השומר וד"ר חן הופמן (להלן: "ד"ר הופמן"), מנהל השירות לנירורדיולוגיה בתל השומר ומומחה לנירורדיולוגית ילדים. לעומת הטענה שד"ר גיפס אינה מומחית בנטיחת ילדים ראו פיסקאוט 13-9 לעיל. בנוסף, ד"ר טל הסבירה בתחילת עדותה כי מקובל בארץ ובעולם שנירורדיולוג הוא שפענה צילומי מוח ועמוד שידרה של ילדים ולא רדיולוג ילדים (עמודים 176-177).

.18. טענת הגנה נוספת היא שד"ר גיפס וד"ר טל עובדות בשירות המכון לרפואה משפטית וכיון שהמשטרה היא "הלקוח" העיקרי של המכון מדובר בעדות מוטות. לעומת זאת ד"ר סקוור וד"ר כהן העידו הן לטובת התביעה והן לטובת ההגנה בתיקים שונים. אף טענה זו דינה להידחות. מכל מקום, אין בכונתי לעורר השוואה בין המומחים. אמינותם ומקצועיהם של כל אחד מהמומחים תבחן לחוד, ביחס לסוגיות הספציפיות עליהם העידו ושידונו להלן.

.19. לאחר שהדברים נאמרו אפנה לדון בטענות הרפואיות.

המשולש

א. הציגת הממצאים כפי שעולים מחוות דעת מומחי התביעה

.20. (1) הממצאים כפי שעולים מהסיקום הרפואי ומה חוות דעתו של ד"ר איתן פסח (להלן: "ד"ר פסח"), עליה חתום גם פרופ' גדי פרת (להלן: "פרופ' פרת"): "בקבלתו הראה סימנים של יתר לחץ תוך גולגולתי וכן החול בטיפול אינטנסיבי ובוצע CT ראש אשר הדגים דימומים אקסטרה-אקסיאליים לאורך הפלקס ולאורך הטנטוריום יותר מאשר דימומים קטנים אקסטרה-אקסיאליים נוספים בהיקף שתי המיספרות לדוגמא פרונטלי מימיין. דימומים תחת עורם פרונטליים משמאל. בהמשך הרחבה אישון משמאל. בוצע CT ראש חוזר כשתים לאחר ה-CT הקודם. CT חזר הדגים החמרה בממצאים עם איסכמיה גלובלית והחרפה באפקט המסה" (ת/105 עמוד 1). ב-CT השלישי נמצאו "סימנים של איסכמיה גלובלית, החמרה בקצבת המוחית בהשוואה לסריקה מה-17.1.2012.Cutת גם בקצבת בגומה האחורית ובנוסף הופיע דימום תוך חרדי בקרן האקסיפיטלית מימין" (ת/105 עמוד 5).

.21. (2) בבדיקה CT ו- MRI שלאחר המות נמצא בין היתר על ידי ד"ר טל: בקצבת מוחית דיפוזית,

דמם סאברקנואידלי בשלב התת-חד/חריף, דימומיים סוב-דורליים בשלב התת-חד/חריף, דימומיים אינטראפרנסיכיטיים באזוריים קורטיקליים ותת-קורטיקליים. יכול להתאים ל-*Injury Diffuse Axonal Injury* (ת/124).

.22. צוין כי בבדיקות הנ"ל נמצא גם טשטוש גבולות בין החומר הלבן והאפור.

.23. (3) בניתוח שלאחר המות מצאה ד"ר גיפס: "א. בשכבה הפנימית של הקרכפת, באזור המצח, מקום האמצע יימינה, נמצא דימום טבעי, בקוטר כ- 3.5 ס"מ, אדרמדם יותר בהיקפו עם רקמה יחסית שומרה במרכזו. ב. באזור מצח-קדקוד, החל מפסגת הקודקוד יימינה, נמצא דימום תחת הקרכפת מעלה הכליא אפונאטורטיקה, פסי ואופקי בממדים כ-3*1.2 ס"מ, בעובי כ-0.2 ס"מ, בגוון סגול כהה. בשירוי הרקה אין דימומיים... בסינוסים הדוראליים אין פלקקים. הקромם הקשה חלק, מבrik ושלם. ה. מתחת הקромם הקשה נמצאים דם נוזלי וקרישי דם, באזור השבר בקדקוד הימני, נמצא דימום בגוון סגול-בל. המוח משקל כ-700 גרם, בולטים יותר באזור קודקוד ובבסיס הגולגולת בעובי עד 0.3 ס"מ, בגוון סגול-בל. המוח משקל כ-700 גרם, מבנה חיצוני סימטרי. ז. מתחת הקромם העכבי שי נמצאים דימומיים נרחבים, בגוון סגול-אדום. רקמת המוח מתנצלת מאד..." תוצאות בדיקה היסטולוגית של המוח הعلاו: "نمך, בצתת, מוקדי דימום. שברי תאים נמקים בכל הדם וסביבם" (ת/140).

.24. בסוגיה זו העידו מטעם התביעה: פרופ' שלומי קונסטנטיני, מנהל המחלקה לנירוכירוגיה בבית החולים לילדים "דנה" (איכילוב); פרופ' פרת, מנהל המחלקה לטיפול נמרץ ילדים בתל השומר; ד"ר פסח, מומחה ברפואת ילדים וטיפול נמרץ, שעריך את חווות הדעת הכללית; פרופ' גILI קנת (להלן: "פרופ' קנת"), מנהלת יחידת הקရישה בתל השומר; פרופ'ysis, מומחה לרפואה משפטית, אנטומיה ופטולוגיה; ד"ר גיפס, רופאה משפטית בכירה; וכן ד"ר ניסנקורן, מומחה לבניוירולוגיה ילדים; ד"ר גל גריינברג (להלן: "ד"ר גריינברג"), מומחה לנירודיאלוגיה; וד"ר חן הופמן, מנהל השירות לנירודיאלוגיה לא פולשנית בתל השומר. מטעם ההגנה העדות המרכזית היא של ד"ר סקויר, אליה מתווספות עדותן של ד"ר מק וד"ר היימן בעicker בנושא הפקקת.

.25. **ב. הכרה במשולש: כללי**

בטרם אפונה לדון במקרה הספציפי שלפני אבחן תחילתה את טענות הצדדים בנוגע לקשר בין טלטל למשולש (גזע למוח, דימום מוחי ודימום ברשתית). לטענת התביעה המנוח סבל הן מדימום תת דורלי והן מדימום תת עכבי שי (שיקרא גם סאב ארכנואידי).

.26. **ההכרה במשולש: עמדת התביעה**

(1) מומחי התביעה הציגו בבית המשפט את "המשולש": בצתת, דימומיים במוח ודימום ברשתית הם שלושה הסימנים המיוחדים לתסמונת הילד המטולטל או טראומת ראש מתעללת. לטענתם, שלושת התסמינים הללו, שהופיעו במנוח, מספיקים כדי לקבוע שהגורם למוות של המנוח הוא טלטל. בנוסף לכך לפחות שלושה המיעדים על טלטל, הרופאים ביצעו בדיקות נוספת על מנת לשלו גורמים אחרים. וכך, העיד פרופ' פרת: "מידת הוודאות המחזקת שלי שבמקרה של התאומים ובעicker במנוח מדובר בחבלות לא תאוניתות כתוצאה מטלטל היא 100%" (עמוד 95 שורות 6-7).

.27. מומחי התביעה טענו כולם כי המאמרים העדכניים מייחסים את המשולש לטלטל ומדובר באמת רפואית (ראו למשל ד"ר ניסנקורן בעמוד 158 שורות 16-18 ועמוד 159 שורות 17-28, ד"ר תמרה ויגנסקי-יפה (להלן: "ד"ר ויגנסקי-יפה") בעמוד 184 שורה 12, ד"ר גיפס בעמוד 242 שורות 4-2). גם פרופ'ysis העיד: "מזה 25 שנה מכל ספר רפואי כליל ולילדים, מופיעה התסমונת בתור עובדה... פתחתי ספר בית לרופאה שכותב בשפה נגישה לכל אחד, ובין התסmonות של ילד מוכה ישנה תסmonות של ילד מטולטל, זו עובדה

שהשתרשה ברפואה המשפטית ושל ילדים. כישיש דימומיים ברשתיות ודימומיים במוח זה יכול לנבוע גם מסיבות אחרות ולא מחלבה. אבל אז הדימומיים קטנים ומוקדים לאזרום קטנים, וזה במקרים נדירים". פרופ' היס הסכים שיתכן ובעוד מספר שנים תתגלה מחלת שתסביר את הממצאים אך לא יתכן שתינוק ישב בטרםפולינה ובאופן פתאומי יסבול מדימום במוח (עמוד 200 שורות 19-12, וראו גם עמוד 193 שורות 19-20). בחוות דעתו כתוב פרופ' קונסטנטיני: "הפגיעה המוחית הקשה במקורה זה שהובילה למוגן נגרמה על ידי חבלה לא תאונית רוצה לומר חבלה שנגרמה בכוונת תחיליה, קרוב לוודאי על ידי טלטול). סיבת המוגן הינה פגעה מוחית קשה ביותר, בזקמת מוחית, והפרעה בזרימת הדם המוחית. קיימת עדות "בינונית" לפגעה חבלית בצורת שברים ברורים בגולגולת, שברים כאלה נגרמים רק מחלבה". בעדותו אמר כי: "הדעה הרווחת שטלטול גורם לדימומיים" (עמוד 265 שורה 23).

28. גם ד"ר גיפס התבקש להתייחס לבחוות דעתה לתסמונת ורק כתבה: "התסמונת מתאפיינת בקבוצת ממצאים, הכוללת דימומיים תחת הקרום הקשה והעכבייש של המוח, דימומיים ברשתיות העיניים ונזק מוחי נרחב. לעיתים ניתן למצאו נזק לחוט השידרה הצווארי (מטלטול), או שברים בגולגולת כתוצאה מחלת הראש במשטח נוקשה. בחלק מהמקרים נמצאים שברים טריים בצלעות, בעיקר מצד אחורי או שברים שניים מAIRועים קודמים של טלטול (כתוצאה מאחיזה כוחנית), שלא גרמו לנזק חמור למוח. דימומיים בין קרומי המוח נוצרים מקרעים בכל הדם הקטנים בין הקרומים, כתוצאה מתזוזת המוח בתוך חלל הגולגולת, ונגרמים לעיתים קרובות יותר בטטלול מאשר בחבלה ישירה (מכונת) בראש. נזק מוחי נרחב נגרם מטלטול בעקבות מתחה וקריעה של תאי עצב במוח, אשר מתבטאת מבחינת ממצאים בבדיקות הדימות בזקמת מוחית ו מבחינה קלינית בתסמינים של נזק מוחי רב מערכתי. דימומיים ברשתיות העיניים שכיחים במרקורי טלטול יותר מאשר במרקרי מכיה מכונת בראש, אך אינם ייחודיים ויכולים להופיע במקרה של דימום בין קרומי המוח, ללא קשר למנגנון היוצרים הדימומיים בין קרומים" (ת/ 145 עמוד 1). בעדotta, היפנטה ד"ר גיפס למאמר מראה"ב, משנת 2004, שמנתה מקרים בהם נאשימים הודהו שגרמו לחבלת מוח טראומטית בילדים. חלקם הודהו שטלטלו בלבד, חלקם הודהו שגרמו לחבלה ישירה בלבד, וחלקם הודהו שביצעו את שניהם. לאחר השוואת הממצאים "מסקנות המאמר שניתן לאבחן על פי המשולש טלטול יכולת להיות חבלת ראש שלא השאיר סימן, אך היא לא מחזיבת בכר" (עמוד 248 שורות 19-25 ועמוד 249 שורות 3-2). גם ד"ר פסח תאר את המאפיינים של התסמונת: "כוללת בסיסה 3 מרכיבים דיום מוחי, בזקמת מוחית ודימומיים ברשתיות. במקרים רבים נוספים לתסמונת מרכיבים נוספים מגוונים, חבלה, שברים, סימנים על העור או פגיעות מסווגים אחרים... בעיקר כאשר אין סיפור חבלה אחר... נוספים לכך דברים... נושא ריבוי פגיעות ושלבי החלה השונים... וכןஇיחור פניה לטיפול" (עמוד 115 שורות 10-22).

29. (2) התייחסות מוחמי התביעה לטענות ההגנה: ההגנה טענה שפרופ' פרת אינו בקייא בתחום, שכן אינו מודיע לך שהשם שונה SBS (تفسונת התינוק המטלטל) ל-AHT (חבלת ראש מתעללת). לך השיב שבטקסט בוק משנת 2012 השם אינו שונה מזה המוכר לו. בנוסף, אף אם השם שונה אין זה משנה מבחינה מהותית. בסיכון, טענה התביעה, שהמאמר שהציג כמצביע על שינוי השם אינו קובל כי התסמונת אינה קיימת עוד אלא שהטלטול הינו תח מקרה של חבלת ראש לא תאונית, והדברים שהוצעו לעד הוצאו מהקשרם. ההגנה הציגה לפרופ' פרת מאמרים הטוענים שהთואריה של המשולש הופרכה. פרופ' פרת טען שהאמור במאמר אליו הופנה אינם מקובל בקהילה הרפואית (עמוד 103 שורות 8-9). ההגנה הקריאה לו קטיעים מוחות דעתה של מומחית ההגנה שאומרת שתסמונת הילד המטלטל היא היפותזה שהוצעה לפני 40 שנה ומעולם לא הוכחה, ותגובתו הייתה: "צריך לקרוא את כל הדברים, להסתכל על מה מבוססת ההנחה שלא, ולראות אם זה אמין או לא'" (עמוד 113, שורות 19-21). ד"ר פסח התזכיר אף הוא לסוגיה והבהיר כי הוא מודע לעובדות

שנעשה בתחום אף בטקסט בוק, בקונצנזוס, אין שינוי (עמוד 116 שורות 25-28). בוגע לטענת מומחי ההגנה שלא הוכח קשר בין טלטל למשולש השיב: "מעולם לא הוכח בניסוי אמפירי שטלטל יכול לגרום לדימומים במוח וברשתית. כי זה ניסוי שמתאים לשנות ה-30 במדינה מסוימת. הידע שיש לנו ברפואה מבוסס על תכניות. כמות התכניות בתחום זהה מאד גדולה" (עמוד 117 שורות 7-9).

.30. לטענת ד"ר גיפס בעבר רווהה הדעה שטלטל לא חבלה לא יגרום לנזק כה גדול. היום יודעים שהמודלים הללו התבפסו על גודל המוח בתינוקות ולא על התוכלה הциמית והמבנה. בשנות ה-80 נעשה מחקר על גורי קופים אר היום יודעים שהעבדות הללו לא שיקפו כראוי את המוח האנושי ואת התנוועה הסיבובית שהיא התנוועה הפוגעת בטלטל: "המוח של תינוק מכיל הרבה יותר מים מאשר מוח של מבוגר מה שהופכו ליותר רגish, תאַי העצב שלו לא עטופים בשכבת המגן שיש אצל מבוגרים, ואין את ההגנה, בנוסף בסיס הגולגולת אצל מבוגרים וגם אצל גורי הקופים יש בליטות, מבנים שמחזקים את המוח במקום, אצל תינוקות בסיס הגולגולת שטוח לכן המוח מחלק עלייו יותר בקלות, בנוסף הקروم הקשה אצל תינוקות דבוק לגולגולת והrhoח ביןו למוח הרבה יותר גודל אצל מבוגרים, לכן המוח של התינוק מאוד רגish בטלטל" (עמוד 247 שורות 24-28, ועמוד 248 שורות 7-1, עמוד 209 שורות 12-15 ועמודים 18-19).

.31. פרופ' פרת נשאל בחקירה הנגדית בכמה מקרים של טלטל נתקל במהלך שנות עבודתו וכי צד הוא מסביר את העובדה שלא הוגש כתבי אישום במקרים אלו. תשובהו הייתה שאمنם הוא לא כותב מאמרין אר הוא בעל ניסיון קליני, מומחה בטיפול נמרץ, ואבחן עלשות מקרי התעללות. מכל מקום, אין זה מתקפיד להגיש כתבי אישום, ובנוסף, כיוון שההתופעה של טלטל נפוצה בעולם, לא ניתן שבישראל היו רק שני מקרים כאלה (עמוד 100). גם ד"ר פסח נשאל על ניסיונו באבחן תינוקות שטולטל: "לפני המקירה הזה עוד 3 שהייתי מעורב באופן אישי ועוד מספר ילדים שלחו אותי תהילה של האבחנה, לא רק במחלקה שלנו גם בחו"ל. בישראל טיפולתי בשני מקרים כאלה... האבחנה הייתה ב-100% שמדובר בטלטל. כי ההורים הודיעו, לפחות במקרה אחד..." (עמוד 118 שורות 28-20).

.32. (3) המנגנון: פרופ' פרת תאר בעדותו כיצד פועל מנגנון המשולש: "הפגיעה הראשונית שהייתה בתאי המוח, אני מניח, נובעת מהעובדת שלא הגיע מופיע חמצן לתאי המוח, זה עוזה נזק לכל תאַי המוח בכל הרמות. הפגיעה הנוסףת שהייתה, זו הפגיעה שנובעת מטהlixir האטה-האצה.. גורמת לקרעים קטנים בכלי הדם של המוח. האטה-האצה זה הטלטל. והפגיעה השלישית מתפתחת בעקבות שתי הפגיעה האלה. כמו שימושו מקבל מכה ביד, ויש לו שבר, בדרך כלל רואים נפיחות ביד. אותו דבר קורה בקופסת הגולגולת. יש נפיחות שנובעת מהפגיעה הראשונית, הבצתה שנובעת מהפגיעה הראשונית... הגולגולת לא יכולה להתרחב עד אין סוף, ונוצר לחץ נסף על תאַי המוח. וזה גורם למותו של הנפגע... הטלטל גרם לנזק בתאי המוח והפסיק לנשומים. אתה רוצה לדעת אם הקרעים היו קודם או הוא הפסיק לנשומים? אתה מטלטל תינוק, קודם כל נפיגעים תאַי המוח ואז אתה מפסיק לנשומים" (עמוד 110 שורות 20-27, עמוד 111 שורות 1-2, שורות 13-15). בעניין זה העידה ד"ר גיפס: "המנגנון לנזק מוחי בטלטל הוא גם תנוועה סיבובית של המוח בתוך הגולגולת וגם מזק מצטבר, שהמוח מוטה בתוך הגולגולת קדימה ואחורה ומתאי העצב נמתחים ונקרעים, עם כל תנוועה קדימה ואחורה של הראש הנזק יותר חמוץ בגלל החזרה של החבלה, של התנוועה שגורמת לנזק" (עמוד 241 שורות 19-22, עמוד 249 שורות 25-27, ועמוד 250 שורות 1-5). לטענת ד"ר פסח יתכן שילד יטולטל 10 פעמים ורק בפעם ה-11 יתרחש נזק, בגלל נסיבות אובייקטיביות כגון יובש, מצב ערנותו של הילד והאם נחבט (עמוד 117 שורות 17-28, עמוד 118 שורות 1-2, 11). וד"ר גיפס העידה שאין דרך לדעת האם במקירה זה המנוח טולטל מספר פעמים או פעם אחת. כל שניתן לקבוע הוא שהטלטל האחרון הוביל להופעת התסמינים באופן מיידי

עמוד 241 שורות 11-8).

לסיום, הערכה קצרה בנוגע לגישתו של פרופ' קונסטנטיני. בעוד שיתר מומחי הتبיעה דיברו על "תסמנות הילד המטולטל", פרופ' קונסטנטיני נמנע מהשתמש בהגדירה זו. יחד עם זאת הוא הסכים שהמשלש נגרם מטולטל. וכך הסביר בעדותו: "בחוות הדעת לא השתמש במלים "תסמנות הילד המטולטל", משום שבתחום בחבליות ראש ילדים, במילויו בתינוקות, שאין תאנוניות, יש קצת הבלבול במינוחים, קצת נטייה לסתוריאוטיפיזציה של התסמנות. אני ידוע זהה שאין אוהב להיזהר מהדבר הזה. תסמנות של הילד המטולטל היא הכוורתה שתופסת הרבה בעיני הציבור, וגם חלק מהמאמרם המדעים. לי חשוב יותר להתיחס למה היו המרכיבים, ופחות לשמות או לקביעות שנקרוות בשם זהה" (עמוד 251 שורות 6-1). אני סבור כי העדפותו של פרופ' קונסטנטיני להימנע מהמונה עליו חזרו עדי הتبיעה, אינה רלוונטי. בהיבט המהותי, קביעתו זהה לקבעת יתר המומחים כי המשולש נגרם מטולטל ובית החולים של כל אפשרות אחרת שעלולה לגרום לממצאים.

ההכרה במשולש: עמדת ההגנה .34

(1) עדותה של ד"ר סקויר: החל משנת 1984 ד"ר סקויר מייעצת בתחום הנירופתולוגית ובעבודתה היומיומית חוקרת מוחות של ילדים. היא כתבה כ-140 מאמרים מדעיים ובמהלך 10-15 השנים האחרונות מעידה בבתי משפט בעולם (עמוד 318 שורות 13-7). בפועל, ד"ר סקויר מבצעת מעט מאד נתיחות בגופות ועובדת עם פטולוגים של ילדים. אמנם אין תת התמחות בניתוחות של ילדים אך מדובר בעניין של ניסיון (עמוד 333 שורות 7-2).

.35 ד"ר סקויר לא קיבלה שכר עבור חוות הדעת והעידה בהתנדבות (עמוד 331 שורות 10-11, 26-27). בעדותה הסבירה: "זאת לא שליחות, זו אחריות אינטלקטואלית. כל יום או כל שבוע, יש הורים שיוצרים איתי קשר ואומרים שהם מוטרדים, יש להם בעיה, מאשים אותם, הם לא יכולים להרשות לעצם שלהם לי ולמי יש את הפריבילגיה של 30 שנות עבודה באוקספורד" (עמוד 332 שורות 4-2).

.36 בעת כתיבת חוות הדעת, התקיים הרפאים לא עמדו לרשותה של ד"ר סקויר והוא הסתמכה על הפרטיהם שהופיעו בחוות הדעת שהוגשו מטעם הتبיעה (340 שורות 24-31). כמו כן, היא לא קראה את עדויותיהם של הרפאים והמומחים מטעם הتبיעה (עמוד 342 שורות 27-29). לטענת הتبיעה שלא קראה עדויות ממשום שלא מענין אותה מה יאמרו הרפאים האחרים כיוון שבאה להטיל ספק, השיבה: "מאז עזוב לי לשם שאתה אומר שלא אכפת לך, מכיוון שתיקים אלה הם דברים שאין לוקחת ברצינות כבده. תינוק מת. זה תמיד עניין שמאיג" (עמוד 343 שורות 4-5).

.37 (2) הביקורת על התסמנות: בעדותה סיפה כי התסמנות מופיעה בספריו לימוד מקובלים, אך בשנת 1999 היא נחשפה לעובודה שהביאה אותה להמשיך לקרוא חומר נוסף בנושא עד שהביסוס המדעי לתסמנות רעוע ולכן, לאחר שמסרה חוות דעת מטעם הتبיעה בערכאה הראשונה, העידה עבור ההגנה בערכאה השנייה במשפט הא里斯. הא里斯 הורשעה בערכאה הראשונה, אך ההרשעה בוטלה בערעור (עמודים 319 שורה 27 - 321 שורה 15). צוין כי בסיקומיה טענה הتبיעה שכיוון שהaris ריצתה תקופת מאסר ממושכת עד לערעור, הتبיעה ויתרה על דין נוסף לאחר ביטול ההרשעה.

.38 בהמשך נוצרה קבוצה הכללת כ-150 חברים מרחבי העולם, ביניהם יתר המומחים מטעם ההגנה: ד"ר מק, ד"ר היימן וד"ר כהן (עמוד 347-348 שורה 31-10). לטענת הتبיעה הקשר עם ד"ר מק נוצר כיוון שהשתים מקדומות אג'נדאה מסוימת "וקוראות תיגר" על התסמנות, המקובלת ומוכרת בעולם הרפואה. ד"ר סקויר טענה שambilן הרדיולוגים שהוא מכיר ד"ר מק היא אחד האנשים המדעים והאובייקטיביים

ושתיהן מחזיקות באגדנה שיש לבסס דעת על מדע מבוסס (עמוד 339, שורות 28-29, ועמוד 340 שורות 2-1). כشنשאלה האם מАЗ ששניתה את דעתה נתקלה במקורה של טلطול השיבת: "לא, רأיתי הרבה מקרים רבים מАЗ שביהם הייתה פצעה חבלתית, אבל תמיד הייתה בהם חבלה" (עמוד 347 שורות 19-22). ד"ר סקוור הופיע גם בתיקים פליליים מטעם התביעה, בקרים בהם עבר לטلطול הייתה ראייה לטרואומה ומכה-דימום, חברות, שברים ופגיעות ביטניות (עמוד 418 שורות 31-33, עמוד 419 שורות 1-5).

לגוף של עניין, טוענת ד"ר סקוור כי אין ראיות מדעיות למשולש (חוות דעת, עמוד 26): "אני בפירוש לא חשבתי שתסמונת התינוק המטולט היא בעלת תימוכין מדעיים" (עמוד 346 שורה 30), אך היא מקבלת שהמשולש הוא סמן חזק (עמוד 393 שורות 28-31). כך לדוגמא כشنשאלה אודות פס"ד האריש:

ש: ועדין בית המשפט קובע שהדייגנוזה של השימוש היא סמן חזק לפגיעות ראש חבלתיות (סעיף 70). זה נכון?

ת: בנקודת מסויימת נאמר זהה סמן חזק. במקומות אחרים תוכל למצוא שבפני עצמו הוא לא אבחן לחבלה של התעללות. **ש: זה לא אוטומטי.**

ת: כן, זה לא אבחן בפני עצמו. זה סמן. זה מدلיק נורה אדומה.

...

ש: הדוח של אביס אומר מפורשות שבקבות אングלייה, "מערך שלושת הממצאים של השימוש הוא סמן חזק לטראומה מכנית, אשר יכול שתחול טلطול חזק באופן קרוב לוודאי, אך אינו יכול לשמש ראייה מוחלטת. עד מה זו משקפת את הידע הנוכחי של עולם הרפואה". נכון?

ת: זה נכון ל-2011, אני חושבת.

...

ש: אבל את לא מקבלת שהשימוש הוא אינדיקטור לשום דבר.

ת: לא, אני כן. השימוש חשוב מאוד.

ש: למה?

ת: כסמן לחוסר שווי משקל תוך-גולגולתי, לשינויים בלחץ ובזרימת דם ובהספקת חמצן, שימושו השתמש.

ש: במה?

ת: בתחום מוחו של הפעוט. זה חשוב מאוד.

ש:;; את לא עונה לי. את לא מקבלת שזו אינדיקטיה לחבלה לא-תאונתית. לטلطול.

ת: זה כן סמן של חבלה מכנית, אפשרות אחת. שעלה-פי המשפטים שקרהת, עשויים לכלול גם טلطול. אבל זה אבחן

זה לא מוכיח.

40. כשד"ר סקויר עומרה עם הכרת המוסדות הרפואיים הבינלאומיים בתסמנות היא השיבה שמדובר בנחות חסר חשיבות מבחינתה (עמוד 348 שורות 24-33 ועמוד 349 שורות 9-1):

ש: ד"ר נראג טוען שהקונצנזוס משתנה ביחס לאבחנה, ובעמ' 574-575 מונה את המוסדות הרפואיים הבינלאומיים והלאומיים, שמכירים בתוקף של השלישי. יש את ארגון הבריאות העולמי וכו'. את מכירה את הרשימה זו?

ת: כן.

ש: את חולקת על זה שהם מקבלים את זה?

ת: זה חסר חשיבות.

ש: אני שואל אם את חולקת על הטענה שלו.

ת: הוא אומר שהאנשים אלה מסכימים עם ההשערה, זה לא מתקף את ההשערה.

ש: אלה מוסדות רפואיים בינלאומיים ולא לאומיים, שאומרים "זה ולידי מבחינה דיאגנומטית", זה לא סתום.

ת: זה לא מתקף את ההשערה.

ש: ד"ר נראג מציג את היקף הכתיבה המדעית אודוט המשולש. ד"ר נראג אומר שלא היה בתחום ברפואת ילדים, שככל כך נחקר, באופן שהוא גם בין-תחומי, גם בינלאומי, גם אינטרא-דיסציפלינרי, וגם מעורך על ידי קבוצות ביירות פנים-רפואיות, כמו זה. אני מפנה אותך לעמודים 539, 540, 541. יותר מ-700 בקבורות, והוא אומר שאין מאמר אחד שעומד שבתנאים הללו מהמאמרים שמתליכים ספק ב-validity של האבחנה הזו, בעמ' 541. את מסכימה?

ת: אני מסכימה שהוא שזה מה שכתבו.

ש: את לא מסכימה לטענה?

ת: מה שהוא אומר, חסר משמעות כי הוא משתמש ברטוריקה, אתה צריך להסתכל על המחוקרים.

41. אגב, ההגנה הגישה מאמר שכותבה ד"ר סקויר עם עמידים כתגובה למאמר של נראג (נ/14). לטענתם, יש להיות מודעים לעובדות חדשות החותרות תחת ההשערה של תסמנת התינוק המטולטל ובבואה לבצע אבחנה יש להתבסס על ראיות רפואיות (עמודים 321-322 שורה 21). המאמר נכתב בשיתוף שני משפטנים מפרוקט חפות במישיגן וויסקונסין, לטענתה מדובר בשיתוף פעולה מקרי אך הוסיף "אני לא מכירה טובים שעושים שימוש בראיות מדעית מבוססות" (עמוד 352 שורה 22).

42. סיכומו של דבר, התביעה ניסתה להראות שד"ר סקויר היא עדה מוטה שככל מטרתה לסייע לנאים להטיל ספק בתסמנות, המוכרת באופן חד משמעי על ידי הקהילה הרפואית הבינלאומית. מהחקירה הנגדית עולה שבעקבות המקירה של הא里斯, ד"ר סקויר אכן לוחמת בקביעה שהמשולש מצביע על טלטול

עמוד 10

ומاز ששינתה עמדתה בעניין היא לא מצאה מקרה אחד בו הסכמה שמדובר בטלטול בלבד, והעידה לטובת התביעה רק בהימצאות סימנים מובהקים לחבלות. העובדה שמוסדות רפואיים רשמיים בינלאומיים מכירים בתסמונת אינה רלוונטיות כיוון שלדעתה ההכרה שלהם אינה מבוססת על ראיות מדעיות. בעניין זה כתבה מאמר בשיתוף עמיתים למקצוע ואנשיים העומדים בראש "פרויקט החפות". יחד עם זאת, כשנכחקה לפינה, נאלצה ד"ר סקויר להודות שהמושל הוא "סמן חזק של חבלה מכנית, אפשרות אחת. שעלה-פי המשפטים שקרהת, עשויים לכלול גם טלטול. אבל זה אבחן וזה לא מוכח".

43. הרצון של ד"ר סקויר להסתמך על ראיות מדעיות כשלעצמם מבורך ומקובל ואין מחłówת כי, כמו במקרה שלפנינו,صادם מואשם בטלטול תינוק הרבה מונח על כף המזינים ויש לבחון את הדברים בזיהירות רבה. יחד עם זאת התרשםתי כי ד"ר סקויר כה שביה בעמדתה שיש לבחון את הראיות הטובות ביותר עד שהוא מציבה רף מוגזם ומבקשת לבצע בדיקות שלפי היגיון והשכל הישר אין לצפות שיבוצעו על ידי הוצאות הרפואית המטפל ואין צורך בכך. כך למשל, כשנשאלה על האפשרות להסתמך במחקר התסמונת והרשעות, על הودאת נאשם (עמוד 354 שורות 19-23, עמוד 355 שורות 8-4):

"את לא מאמין שאפשר לסמן על סמן הרשות בטלטול תינוקות."

ת: זה לעולם לא יהיה חלק מהראיות שלי בתיק, להסתמך על הודהה.

ש: זאת אומרת שאתה, מבחינתך ובבחינת פרויקט החפות, כל הראיות המדעיות שמקבלות את המידע שלהם מתיקים פליליים שיש בהם הודהות והרשעות - לא תקף מבחינתך.

ת: אני חשבת שיש לבחון מאמרים אלה בזיהירות, ואי-אפשר לקבל אותם כפשוטים.

...

ש: מגיע יlid למין. יש לו פנס בעין.ABA שלו אומר: דפקתי לו אגרוף. להודהה שלו לא צריך להתייחס. כדי לבדוק את הפנס בעין צריך לעשות - לא הקליניקי במקומות, אלא בחינות של קריישת דם, אפשרות של דימום גנטי ושאר מיני דברים. נכון?

ת: זו שאלת קלינית, אבל אני חשבת זהה נכון. אני חשבת שצריך לחפש גם פקקת בסינוסים. משומ שזה גורם לפנסים בעין".

44. (3) חוות הדעת של ד"ר סקויר: בחינה מדוקדקת של חוות הדעת ועדותה של ד"ר סקויר בבית המשפט מעלה מספר שאלות:

45. חוות דעתה של ד"ר סקויר הינה כללית למדי ובסוגיות רבות מדי אינה מתיחסת לעובדות ולמצאים במקרה שלפנינו. לעיתים נדמה כי חוות דעתה תוכל להתאים לתקנים רבים העוסקים בסוגיות הטלטול ואני מותאמת די הצורך במקרה זה. היא הציגה אפשרות שונות במסגרת אבחנה מבדלת, הנסמכת על מאמרים, אך כאשר נשאלת באופן ספציפי שאלות מ Każויות הנוגעות לאפשרות שהעלטה היא מודה שהדבר אינו בתחום מומחיותה. כך למשל הצעה פירקסס אפשרות לקריישת המנוח. כך גם קבעה שדיםומים עשויים להיגרם מהנשמה וביעות קריישה תוך שמודה שהיא מומחית לכך ומדובר באפשרות שמצויה ומומחה אחר צורך לבדוק. דוגמא נוספת: ד"ר סקויר טענה שיתכן שהדיםומים ברשותו נגרמו מלחץ תוך גולגולתי.

כשנשאלה באופן ספציפי כיצד היא מסבירה שבמקרה של המנוח עצבי הראה לא נפגעו, לא השיבה עניינית וברחה לחזור על אמרתה הכללית שהבזיקה, שבוצעה לאחר התנפחות המוח, אינה רלוונטית.

.46. פרק המסקנות בחווות הדעת אינו מדויק. שתי המסקנות "הסמןנים הנירופטולוגיים אינם ייחודיים ואינם חושפים את גורם המוות" ו- "יש לשקל אפשרות של פקקת ורידים" (נ/20, עמוד 18) מצויות בתחום מומחיותה. לעומת זאת, שתי המסקנות האחרות אין כל בתחום מומחיותה ובח柯ה בבית המשפט הודתה שמדובר במסקנות של מומחים אחרים שהובאו כרകע. המסקנה האחת היא "בתינוק זהה נראה ראיות לחוסר בייטמין D ולרככת" (נ/20, עמוד 18). בית המשפט אישרה שלא מדובר במסקנה שלא אלא ברקע הקשור לתחום מומחיותה כיוון של חוסר בייטמין D יש השפעה על המוח ועל קרישיות הדם (עמוד 335, שורות 1-19, עמוד 367 שורות 21-23). יחד עם זאת, ראשית, במהלך חוות הדעת היא לא כתבה על קשר זהה ולכן לטענת התביעה המסקנה שלא קשורה לשברים בצלעות ובגולגולת שאינם בתחום מומחיותה, ולא לקרישיות דם במוח. שנית, העדה קבעה והסיקה מסקנות רפואיות בתחום זה, כך למשל, "אמנו נשאה תאומים, לאימה שלו היה וייטמין D נמוך. ילדים היה חסר בייטמין D בזמן התפתחות הריחנית שלהם. הם בסיכון לעצמות חולשות, לקרישה ולפגיעה במערכת החיסון". לטענתה, לתינוק יהיו 2/3 מרמת וייטמין D של האם ורמת וייטמין D התחלקה בין שני תינוקות וכך סביר מדוע שניהם היו בחסר בעת הלידה (עמוד 370 שורות 29-20). תמורה בעניין כיצד באונה נשימה, בעת שהتبיעה הציגה לה שאלות בנושא נמנעה מהשיב על השאלות וחזרה לטען שלא מדובר בתחום המומחיות שלה. כך למשל השיבה לטענת התביעה שמחקר עדכני קבע שאין קשר בין אמא לתינוקות בנושא וייטמין D (עמוד 373 שורה 12). במקרה אחר, כשעומתה עם ספרי הלימוד בתחום השhiba באופן כללי בספריה הלימוד אינם מדע המבוקר בידי עמיתים ומעבר לכך, מדובר בלמידה שיצאה בשנת 2011 ויש לבחון ראיות מהשנים האחרונות בהן הובנה המשמעות של מחסור בייטמין D בלבד (עמוד 371 שורות 11-2). ציון כי בעניין זה העיד פרופ' אנטקסטר שהוא מומחה למטאבוליזם באופן חד משמעי את ההפר-שלדים יסבירו מרכיבת רק אם האם סבלה מרכיבת קשה במהלך ההריון. ובנוסף, העובדה שמדובר בתאומים אינה משפיעה על קבלת וייטמין D בرحم.

.47. המסקנה השנייה שانيا בתחום מומחיותה של ד"ר סקוור: "אין ראייה אובייקטיבית לחבלה" (נ/20, עמוד 18). גם כאן הודהה שלא מדובר במסקנה עצמאית שלא אלא מדובר ברקע לנירופטולוגיה. כמו שתפקידה להציג אבחנה מבדלת היא הציגה את הבדיקות שיש לבצע אף אם היא אינה המומחית בתחום הספציפי (עמוד 382 שורות 1-17).

.48. נכון שאין זה תקין שד"ר סקוור הכניסה תחת הקורתת: "מסקנות", משפט שהתברר בעודותה שהוא מסקנה של מומחים אחרים מהוועה מבחינתה רקע בבואה לבצע אבחנה מבדלת. יחד עם זאת לא נגרם כל נזק שכן ברור שהמסקנות הללו לא נומקו ונוטחו במהלך חוות דעתה (אם כי בבית המשפט ניסתה להסביר).

.49. ד"ר סקוור כמעט ולא התייחסה לממצאים שנמצאו אצל התאומה: רמת וייטמין D תקינה, המטומות ובדיקה חוזרת של השברים בצלעות בעבר חייה. אמנם מדובר בעיסוק בעניינים שאינם בתחום מומחיותה. יחד עם זאת, שעה שהתייחסה בחווות דעתה ובעדותה לסוגיות הללו ראוי שתתייחס לכל הנתונים העומדים לרשותה (עמודים 371-372). ניתן ללמוד מכאן על מגמותיה בחווות דעתה ובעדותה.

.50. לאור האמור, ברור כי ד"ר סקוור עבדה בשיתוף פעולה עם "פרויקט חפות" בארץות הברית והיא מאמיןה שהכרה בתסמנות אינה נסמכת כראוי על ראיות מדעיות. טענה זו תבחן להלן על סמך הטענות הרפואיות לגוף ואין לפסול את טענותיה בגל הטיטה או להיותה בעת עדותה או בגל קשריה עם משפטנים

העומדים בראש פרויקט חופות. יחד עם זאת, הטענות הרפואיות שהעלתה יבחןו בשים לב לכך שד"ר סקוור דוגלת באגדה מסוימת המערערת אחר קביעות רפואיות מקובלות בעולם הרפואה ולעתים מציבה רף בדיקה שאינו ריאלי בפרקтика הרפואית. כמו כן יש לשים לב לכך שד"ר סקויר נוטה בחווות דעתה להציג הסברים רפואיים שעשויים להיות נכונים בתיאוריה או במקרה דומה אחר אך לא מתאימים כלל לעובדות במקרה של המנוח.

.51. (4) טענות רפואיות - מדיעות נגד "המשולש": באופן כללי, הטענה של ד"ר סקויר היא שדיםום תת-דורלי, דימום ברשתית והתקפות המוח אינם סמן דיగנוצטי לטולטול ועשויים להופיע במקרים רבים בעפומות. תאוריית "המשולש" היא היפוצה שמעולם לא התבבסה על הסתכבות או על נתונים מניסויים מדיעים והראיות התומכות הן הודהות נאשימים בלבד (נ/20, עמוד 16, עמוד 26 וכן ראו עדותה בעמוד 360, שורות 12-11, 20-26). לא ידוע לה על מחקרים קליניים או תצפיות התומכים בהשערה שטולטול בלבד עשוי לגרום לדימום תוך גולגולתי (עמוד 323 שורות 14-15).

.52. בשנת 2009 האקדמיה האמריקנית לרפואת ילדים שינתה את ההגדרה מ"تسمונת הילד המטולטל" (SBS) ל"טראונט ראש לא תאונית" (AHT) (נ/20, עמוד 26). הבנות חדשות של המדע מתתקבלות עכשו על ידי אנשים שתומכים בהשקבות המסורתית של המשולש. כך ד"ר GUTHKELCH פרסם מאמריים מקוריים על תسمונת התינוק המטולטל עין בראיות החדשות ומטייף לביצוע מחקרים נוספים במקרים להתבסס על "חזרה לא פוריה על היפותזות" (נ/20, עמוד 27).

.53. לטענת התביעה, דיאס, במאמר שד"ר סקויר הינה אלוי, אומר שטולטול שהוזן בו- הפיק פצעות אופייניות תדיות כל כך בחבלת ראש לא תאונית, ושנדירות באופן יוצא בפציעות חבלתיות או תאונה, הן הבסיס הראייתי לטולטול. ד"ר סקויר לא התייחסה למסקנה זו וטענה כי המאמר מוכיח שהודהות הנאשימים הן הבסיס לתאוריית הטולטול ולא ראיות מדיעות (עמוד 367 שורות 11-5).

.54. לטענת ד"ר סקוור בחווות הדעת, הממצאים אינם ייחודיים לטראומה ועשויים להופיע בכל מצב בו אספקת הדם או החמצן למוח אינה תקינה. קיימים "חיקויים" רבים לסימני התעללות שיש לשקלול, יחד עם זאת היא אינה יכולה להצביע על הסיבה להתרומות המנוח. לטענה, דימום עשוי להופיע בחבלה אף יש מקרים אחרים כגון פקקת ורידים. נזק אקסונלי דיפוזי אינו ייחודי לטראומה, ומופיע בתינוקות מונשימים גם בהיעדר טראומה. דימום תת קורטיקלי עשוי להופיע כשי חסימת דם יצא ורידית (נ/20, עמוד 7): "הניתוח הנירופתולוגי מראה מספר ממצאים לא ייחודיים, מרביתם שניוניים להיפוקסיה ולהנשמה ממושכת. גורם המוות לא נמצא במוח ואני יודעת מדוע תינוק זה התמוטט" (נ/20, עמוד 15).

.55. ההכרה במשולש: דיוון

ההגנה מבקשת מבית המשפט לקבוע עקרונית כי אין ראיות וודאות לקשר בין טולטול למשולש. אני>Dコーナה את טענות ההגנה מן הטעמים הבאים:

.56. (1) עדותה של ד"ר סקויר- אינה עולה בקנה אחד עם הידע הרפואי המקובל: טענות ההגנה בעניין נסמכות על עדותה של ד"ר סקויר. אין ספק שעדותה מגמתית וטעונותיה איןן מקובלות, בלשון המעתה, על הספרות הרפואיים והמוסדות הרפואיים. אמן, שני הצדדים הציגו מאמריים התומכים או מתנגדים למשולש אך אין מחלוקת שהספרות הרפואיים מכירה מזה מספר עשרים, במשולש של נזק מוחי, דימומיים במוח ודימומיים ברשתית כמצאים המצביעים על טולטול. אין מחלוקת גם שמוסדות רפואיים רשומים, ביניהם אירגון הבריאות העולמי, מכירים במשולש (כאמור לעיל, נראג הביא במאמרו רשותה ארוכה ומוכבדת של המוסדות שהכירו

בכך). ד"ר סקויר בעדותה לא הבהיר זאת אלא טענה שההכרה של הספרות ושל הארגונים הבינלאומיים אינה רלוונטית כיוון שההכרה במשולש אינה מבוססת על מחקר אובייקטיבי אלא על הودאות נאשימים. לגופו של עניין, ברור שהציפייה שלה מעולם המחקר אינה הגיונית שכן לא עולה על הדעת לבצע ניסוי שבו יוטולטו תינוקות במכoon על מנת לצפות בהשלכות הטלטל על מצבם הגוף. יחד עם זאת אין בכך לבטל את כוחו של המדע להוכיח קשר סיבתי בין המשולש לטלטל, על סמך הודאות נאשימים שטולטו תינוקות, או עדים לטלטל, במקביל להסביר רפואי מובסס מדויק טלטל יגרום להופעת המשולש. התנגדותה של ד"ר סקויר למחקרים המבוססים על הודאות נאשימים הינה כה מוגזמת עד שהשיבה בחקירה הנגדית שיש לבצע בדיקה לפקחת במקורה של ילד שmagu למין עם פנס בעין ואביו מודה שהיכא אותו. ברור כי דרישת זו מוגזמת ומעידה על מגמות.

.57. יודגש, הכרת הקהילה הרפואית הבינלאומית בתסמנת הילד המטולטל אינה מהויה קביעה משפטית. אמנם מדובר בראיה ממשמעותית אך קביעתי כי יש להכיר בקשר בין המשולש לטלטל נסמכת על אדנים רבים לרבות בchina מדוקדקת של חזות הדעת והתרשם מהעדים שהיעדו בפני. בעניין זה כתוב כב' השופט הנדל':

"...על בית המשפט לשמש כสมור סף. עליו לבחון בעין ביקורתית כל ראייה מדעית חדשה המבקשת להיכנס בשערי המשפט הפלילי. בשלב זה, הנטול רובץ על הצד אשר מציג את הראייה. המומחה יצטרך להוכיח את עמדתו לא רק באשר לישום של הראייה בתיק הפרטני, אלא גם באשר לעצם כשרותה בrama הכללית. אין להסתפק רק בבדיקה צרה של "מקובלות" הראייה בקרב הקהילה המדעית. יש לבחון את הראייה לעומק, ולפי תוכנות הבדיקה להכريع האם מן הרاوي לאפשר לה לחוץ את הסף. בית המשפט איננו סופר פאטי של קולות הקהילה המדעית. עליו להפעיל ביקורת שיפוטית..." (ע"פ 1620/10 מצורוה נ' מדינת ישראל (פורסם בנבו, 3.2.2013), 13).

.58. (2) המשולש מהויה סמן חזק: לצד התנגדותה הנחרצת להכרה במשולש, אףלו ד"ר סקויר הסכמה (לאחר שניסתה לחמוך מתחשה אך נדחקה לפניה) שהמשולש מהויה "סמן של חבלה מכנית, אפשרות אחת. שעלה-פי המשפטים שקרה, עשויים לכלול גם טלטל. אבל זה אבחן וזה לא מוכיח". וכן אישרה שנוכן ל-2011 הידע הנוכחי של עולם הרפואה הוא שהמשולש מהויה סמן חזק לטראומה מכנית שקרובה לוודאי יכול טלטל, אם כי לא מדובר בראיה מוחלטת.

.59. (3) היעדר הסבר למנגנון מצד ההגנה: פרופ' פרת העיד שהמנגנון פועל כך שיישנה פגיעה ראשונית בתאי המוח ופגיעה הנובעת מהאטה-האזה וגורמת לקרעים קטנים בכל הדם של המוח. בעקבות שתי הפגיעה הללו מתפתחת בזקמת. כיוון שהגולגולת לא יכולה להתרחב עד אין-סוף נגרם מותו של הנפגע. הנפגע מפסיק לנשום לאחר הפגיעה בתאי המוח. גם ד"ר גיפס העידה שתנועת הטלטל גורמת לכך שתאי העצב נמתחים ונקרעים ועם כל תנועה צוו הנזק חמיר.

.60. בעוד שמומחי הتبיעה הסבירו את המנגנון שהוביל לנזק ממנו סבל המנוח, מומחי ההגנה טענו שהגורם למצוות המנוח הוא "נזק היפוקטי-היסכמי" למו"ח, אך לא הצביעו על הגורם שהוביל לנזק זה ולהתמודדות המנוח (למעט טענת הפקתק שתידין להלן בהרחבה). כМОון שבחינת ההגנה מספק להצביע על ספק סביר בטענת הتبיעה למשולש. אך ללא הצביע על גורם ספציפי שהתנייע את תהליך ההידרדרות של המנוח, קשה לקבל עמדתה. ביחס כמשמעות הتبיעה מבוססת על הכרה בינלאומית של הספרות והמוסדות הרפואיים הבינלאומיים שלא השתנתה בעשוריהם האחרונים, לפיה הטלטל גורם למשולש.

.61 (4) שינוי השם: יצוין כי ההגנה טוענת שם הטעינה שונה מ"תסמנות הילד המטולטל" ל"חבלת ראש לא תאונית" ומדובר בשינוי מהותי המידע על אף שלא ניתן להוכיח טלטול. פרופ' פרת, שלא היה מודע לשינוי השם, טוען שבתקופת בוק מ-2012 השם לא שונה וכן שמדובר בסמניטיקה ולא בשינוי מהותי. התביעה טוענה בסיכוןיה כי השם לא שונה אלא ש"תסמנות הילד המטולטל" נקבעה כתת הגדרה במסגרת "חבלת ראש לא תאונית". בכךודה זו, בין אם שם הטעינה שונה ובין אם לאו אני מקבל את טענת פרופ' פרת (ויתר ממה) התביעה), אותה ההגנה לא סתרה, שהכרת הקהילה הרפואית במשולש נותרה איתנה.

.62 (5) לסייעם: התביעה הציגה בבית המשפט את העמדה המקובלת בעולם הרפואה לפיה המשולש מייד על טלטול. ד"ר סקוור לא ערערה על טענה זו אלא שעלה פי השקפתה אין לכך כל משמעות כיוון שהדברים לא מבוססים על ראיות מדעיות. כדי לכרטס בעמדת התביעה, הנשענת על מה שמצוג כאמיתה רפואית, לא די לטעון טענות כלליות בנוגע למחקרים המבוססים על הودאות נאשימים. ראשית, אני מקבל שניית לבסת מצאים על סמך הודאות מטפלים בטლטול תינוקות. שנית, ההכרה הבינלאומית במשולש אינה נסמכת על הודאות בלבד אלא על מדע המסביר כיצד הטלטול, שהוא מנגנון של האצה-האטנה, מוביל להופעת נזק מוחי, דימום מוחי ודימום בראשית ובנוסף ישנים מקרים, שאף נידונו בinati משפט, בהם היו עדים למעשה הטלטול. בעוד טענתה של ד"ק סקויר, שנלחמת בהכרה זו, אינה מצבעה על גורם אחר שוביל לנזקי המשולש ומשaira את שאלת הגורם פתיחה.

.63 לאור האמור, אני מקבל את עמדת התביעה, היא העמדה הרפואית המקובלת, שהופעת המשולש מעידה על טלטול. יודגששוב כי קביעתי מתיחסת לדין התיאורטי בקשר בין טלטול למשולש ללא שקבועתי עד עתה דבר בנוגע למקרה הספציפי שלפנינו, שידן להלן.

.64 לסייעם אתייחס בקצרה לטענת ההגנה באשר לניסיונים של מומחי התביעה באיבחון טלטול. במקרה של המנוח כל מומחי התביעה הביעו וודאות, הן בחומר הדעת והן בעדותם בבית המשפט, באבחנה של המנוח. ההגנה חקרה את מומחי התביעה ביחס לניסיונים בתחום וטענה שאין בידיהם הכללים והניסיון זההות משולש במקרה ספציפי. לעניין זה העיד פרופ' פרת כי במהלך שנותיו צבר ניסיון קליני רב באיבחון התעללות ואمنם לא הוגש כתבי אישום בנוגע למשולש בישראל אך נתקל בכך בעבר ואינו אמון על הגשת כתבי אישום. בנוסף, טענת הסגנור בנוגע להיעדר כתבי אישום בנושא בישראל אינה הגיונית שכן לא ניתן שההתופעה שכורעת בנוסך, טענת הסגנור בנוגע להיעדר כתבי אישום בנושא בישראל אינה הגיונית שכן לא ניתן שההתופעה שכורעת בעולם תפוח על ישראל. גם ד"ר פסק טען שנתקל במספר מקרים בודדים בעבר, ובאחד מהם ההורים הודיעו בטטול. מכל מקום, יש לציין כי המשולש הוא קונצנזוס בעולם הרפואה עצם ההכרה במשולש לא תלויה בניסיון קליני אלא בידע רפואי מקובל (ואף ד"ר סקויר הודתה, לאחר שנלחיצה לפניה, שהמשולש הוא סמן חזק). יצוין כי למומחי התביעה יתרון מסוים שעוסקים בклиיניקה וריפוי ולפיכך מאבחןם مدى יום מקרים שונים, לעומת זאת מומחי ההגנה שעוסקים בעיקר במחקר.

.65 לא נעלמה מעניין טענת התביעה לקשר שבין כל מומחי ההגנה ל"פרויקט החפות". קשר זה התבטא בעוצמה בעדותה של ד"ר סקויר כאמור לעיל אך גם המומחים האחרים העידו כי הם קשורים במידה זו או אחרת לפרויקט ולקובוצה בעלי אגדנה משותפת. כפי שקבעתי לעיל בנוגע לד"ר סקויר, העובדה שהמומחים מחזיקים באגדנה מסוימת או מוטים אין בה כשלעצמה לפסול חוות דעתם והטענות יבחןנו לגוףן.

.66 לאחר שדנתי בקשר העקרוני בין הופעת המשולש לבין טלטול, אדון CUT באתו עניין בקשר של התיק שלפנינו. יש לבחון האם במקרה של המנוח אכן נראה שלושת תסמיין המשולש, האם אכן נבעו מטלטול והאם נשללו גורמים אחרים אפשריים להופעת הסימנים הללו במקרה של המנוח (אקדמיים את המאוחר ואציג שטענת ההגנה המרכזית היא לאפשרות של פקחת).

.67 ג. הנזק למוות והדיםומים במוח

הנזק למוות והדיםומים במוח: עמדת הتبיעה

- .68 תיאור הממצאים שנצפו במהלך במהלך אישפוזו, בהקשר זה, הובאו לעיל בפסקאות 23-20.
- .69 (1) עדותו של פרופ' קונסטנטיני: לצד חווות הדעת של ד"ר פסח ופרופ' פרט, הוגשה לבית המשפט חוות דעת בתשלום, אותה ערך פרופ' קונסטנטיני. להלן פירוט הממצאים במוח ובגולגולת כפי שעלו מחוות דעתו: "סימני איסכמיה קשים מתקבלו בעיקר במוח הגדול ופחות של המוחן וגרעיני המוח העמוקים. ממצאים אלו הנקרים גם "SIGN REVERSAL" אופייניים לפגיעה מוחית מסווג "HYPOXIC ISCHEMIC INJURY" הנראים בחלק לא קטן מפגיעות מוחיות לא תאונתיות. פגיעה זו קורית בסיסיות לחבלה, או יכולה להיגרם ישירות מהחבלה או מירידות לחץدم (כתוצאה מהפרעות לבביות שכיחות אף הן בפיגיעות שכאלו), או מהפרעה בזרימת הדם המוחית משנית לחץ תוך גולגולתי הגבוה. כדי להבהיר הממצאים ההדדיים הם ככל הפתחים מיידית אחרי חבלה או זמן קצר לאחריה". בנסוף, כתב פרופ' קונסטנטיני: "המצאים המוחיים האחרים שנראו בבדיקות CT מתקבלו היו דימומים באזוריים שונים, ועיקרון דדיםומים תת-קשתיים (סבדורליים) הן בהיקף המוח והן באחור המרכזי לאורכו קו האמצע (אינטר-המיספרית). דדיםומים במיקומים אלו מכוונים לחבלה לא תאונית, ומופיעים באחיזים גבוהים של הילדים עם חבלות אלו. גם דדיםומים תת-עכביים מופיעים בחבלות לא תאונתיות. דדיםומים אלו נובעים מחבלות או טלטולים של הראש. ישנים מצבים בהם דדיםומים אלו נובעים ממחלה של כלי הדם המוחיים כגון מפרצת, או חיבור לא תקין של כלי הדם (מלפורמציה ורידית עורקית), או מחלות חיבור שונות של המוח. כל אלו נשלו בבדיקות השונות שהילד עבר בחיו ולאחר מותו. השימוש של הדם הסבדורי ייחד עם שינויים איסכמיים-היפוקסימים הינם מוד "חודיים לחבלה לא תאונית".
- .70 מסקנותו של פרופ' קונסטנטיני בחוות הדעת היא: "הפגיעה המוחית הקשה במקורה זה שהובילה למות נגרמה על ידי חבלה לא תאונית (רוצח לומר חבלה שנגרמה בכוונה תחילה, קרוב לוודאי על ידי טלטול). סיבת המוות הינה פגעה מוחית קשה ביותר, בצתת מוחית, והפרעה בזרימת הדם המוחית" (ת/152).
- .71 בעדותו בבית המשפט הבahir פרופ' קונסטנטיני כי אף בהיעדר שבירים בראש היה קבוע שהפגיעה חבלתית לאור סוג הדדיםומים, הבצתת והפייזור של הדדיםומים בחלל התת-דורי, תת-עכביים ודדיםומים סובי-פריאו-סטליים מתחת לקרום החיצוני של העצב, מחוץ למוח. לטענתו, אין מנגנון מוחי שגורם לדמים כזה. בנוסף, ישנה פגעה בחוט השידרה העליון, המחזקת את הנהמה שמדובר בתוצאה של תנוועה מהירה הלוך ושוב. בנוספ', ישנה פגעה בחוט השידרה התחתון, המחזקת את הנהמה שמדובר בתוצאה של חבלתית במוח, וכן דדיםומים קטנים בחומר הלבן, קלאסים ל-DAI ונגרמים כתוצאה ואותה של המוח והגולגולת. בנסוף, נמצאו שבירים בצלעות (עמודים 254-255). לגבי דדיםומים קטנים בתוך החומר הלבן המוחי-DAI: "פטולוגיה קשה ליזויי בבדיקה CT, בדרך כלל נראה בבדיקות MRI, היא לא חד משמעותית,भנוייה בזוכחות בצתת במוח, משiores מאפיין את המצב הוא מיקום הפגיעה בחומר הלבן ופחות בקיליפת המוח, ופייזור זו צדדי... או אפשר להרחיב יותר מזה בהתחשב בכך שהמנוח עבר רק בבדיקה CT" (עמוד 269, שורות 9-15).
- .72 לסיכון חוות דעתו של פרופ' קונסטנטיני בחוות הדעת התייחס בעיקר לדמים הסבדוריים אך הוסיף גם דים תעכביים, ודדיםומים בחומר הלבן (עמוד 263 שורות 20-24). הדגש הוא על שילוב בין דמים סבדוריים ושינויים איסכמיים היפוקסיים שייחודיים לחבלה לא תאונית (עמוד 263 שורות 25-29). "תכנו סיבות אחרות לממצאים דומים, למשל מפרצת מוחית, אך הללו לא התקיימו במנוח (עמוד 264 שורות 15-18). יוער כי ד"ר גיפס התייחס בחוות דעתה לאפשרות שהחיה הובילה לנזק: "החייאה /או נשמה, אין גורמות

לשברים בעצמות הגולגולת ולדימומיים בין קרומי המוח, ואין גורמות לנזק מוחי" (ת/145 עמוד 4).

.73. (2) איסכמיה (זרימת דם שאינה מספקת)- היפוקסיה (מחסור בחמצן) ובצקת: בפרק הקודם הובאה עדות פרופ' פרת בנוגע למנגנון המשולש לפיה הפגיעה הראשונית בתאי המוח נובעת מחסור בחמצן. כיוון שהגולגולת לא יכולה להתרחב עד אין סוף נוצר לחץ על תא המוח והדבר מוביל למוגמות (עמודים 111-110). ד"ר זאוברמן, מומחה בנוירולוגיה ילדים, שבחן את מצבו של המנוח בזמן עד כי המנוח סבל ממצב מוחי קשה מאד. הוא הבחן גם בנזק איסכמי (עמוד 160 שורות 15-9).

.74. (3) דימום תת עכבי: פרופ' פרת העיד: "הדיםם התת-עכבי", מעצב טבשו, הוא לא דימום שיוצר שלולית של דם. השכבות האלה של המוח הן מאד מאד דקות... הרוחחים הם אפילו לא מילימטרים, אז אתה לא יכול שיהיה דיםם כזה מאד גדול, لكن לא מנתחים את זה גם. זה דיםם מאד משמעותי בפגיעה עצה. זה דיםם קלנסי לפגיעה של טلطול" (עמוד 111 שורות 21-26). בספרות נכתב שדיםומים תת עכביים עשויים להיות תוצאה של פגעת ראש לא תואנית אבל פחות שכיחים בפגיעה ראש לא תואנית מדומים שבדורליים. פרופ' קונסטנטיני הסביר שרק במקרים החמורים יותר יתפתח דיםם תת עכבי: "אם מסתכלים על חבלה לא תואנית זה ספקטרום, החל מתינוקות שטולטלו ומגעים עם דיםם תת קשתי, זה בסדר, הם מתאוששים, עד לתינוקות שעוברים טראומה לא תואנית קשה יותר שבה לדיםם התת קשתי מצטיפים עוד נזקים, כדוגמת דיםם תת עכבי, פגיאות בחומר הלבן ודומים בתוך החדר. זה לא אומר שאם יש דיםם תת עכבי או דיםם בתוך החדר זה הופך את זה פחות ללא תואני, ההפר הוא הנכון" (עמוד 265 שורות 1-9).

.75. (4) דיםם תת דורלי: ההגנה טענה שכמות הדיםם הקטנה אינה תואמת לדיםם תת דורלי. פרופ' קונסטנטיני התייחס לכך בעדותו: "היה לו דיםם שבדורלי ותת עכבי ופגיאות אופייניות בחומר הלבן, אין קשר בין עובי הדם וכמותו לבין הפגיעה... היה דיםם שבדורלי, המתבטא לאורך פלקס שהוא מחיצה בין שני צידי המוח, לאורך הטנטוריום שהוא מחיצה בין המוח הגדול לקטן, ובקמירות המוחית הקדםית. הממצאים הנ"ל אופייניים לתסמונת המדוברת" (עמוד 266 שורות 13-5, 9-5). גם ד"ר גיפס העידה לעניין נפח הדיםם במנוחה: "מפנה לעמ' 4 לחו"ד בסע' 8(ו) אמרתי שיש דם נזלי וקרישי דם בולטים יותר בקדקוד.... בעובי עד 0.3 ס"מ שזה הרבה. נכון שבדקתי זאת לאחר 12 ימים של דיםם, לטענה שהמנוחה היה חי הוא התקבל עם דיםם זעיר, תת דורלי, שלא עונה להגדרה של נזקים כתוצאה מטلطול. מפנה לעמ' 8 לחו"ת דעתינו לגבי הסטי. של הראש מ- 17.1 ביום קבלתו היו דיםומים אקסטראים לאורך הפלקס והטנטוריום ממשאל - אלה דיםומים תחת הקרום הקשה, לגבי דיםומים קטנים, היו נוספים בהיקף 2 החלקים של המוח, זאת אומרת שהיו מספיק דיםומים. הדיםם לא היה זעיר" (עמוד 245 שורות 11-20).

.76. ד"ר הופן הסביר בעדותו כי דיםם תת דורלי שכיח בצורה אקוטית בכל חבלה. מדובר בדיםום שמצטבר באירועים כיוון שכלי דם קטנים נפגעו ומדמים. הדיםם מחוץ למוח, מחוץ לדורה שנובע משבר בגולגולת, גורם לקריעת כלי דם של הקרומים. ומדובר בדיםום מסוון כי הוא עשוי להתפרץ בתוך שעות ספורות ולגרום למוגמות (עמוד 153 שורות 18-24). אשר לדיםומים בתוך המוח, הללו נובעים מטיסיות שונות "יש מומים מולדים של כלי הדם... יכולם לנבוע מגידול שמדמים, מחלבה, ככלומר שהמוח קיבל מכיה כשהוא נתקל בעצמו, יוכל לנבוע מסתימה ניקוז ורידוי, שיש פקחת של הוריד. יש דיםום חדרי שהחדרים שיש בהם נזול שנמצא בחילול, שזה תחת דיםום של הדיםם התת עכבי" (עמוד 153 שורות 27-26, עמוד 154 שורות 1-4). ד"ר הופן הסים שאין לדיםומים פרשנות אחת "אר כישר הרבה דיםומים במקרה אחד, בלי סיפור חבלה, זה מה שמחשיד לטلطול...הכוונה לתת דורלי, במוח, בחדרים, תת עכבי. למעשה בכל המדרורים. כל זאת לא הבחנתי ב-CT הריאון. לא רשום שיש דיםומים תוך מוחיים, אלא בציולם השני" (עמוד 154 שורות 5-13).

.77 (5) ערבות בין החומר הלבן והאפור (Diffuse Axonal Injury - DAI): ד"ר טל הסבירה את המנגנון: "המנוגן אקסודה מצין תמונה של נזק לטי עצב של חומר לבן, כשהמנוגן של האצה או האטה. ככלומר כשהמוגן נמצא בתנועה של האצה התחזה-של החומר האפור והלבן, הוא לא באוטה מהירות, ולכן נוצרים קרעים בסיבי העצב בחומר הלבן, כאשר המקום השכיח ביותר לקרוים הללו הוא בחומר הלבן התת קוורקטלי, מתחת לקו רקעס ויש תמונה..." (עמ"ד 176 שורות 1-22). פרופ' קונסטנטיניו אמר בבית המשפט שמדובר זה נגרם באופן קליסי מתואצה ותאותה של המוח והגולגולת ונמצא גם בעמוד השידרה הצווארי (עמ"ד 255 שורות 15-17). לגבי ממצא זה במוח העיד פרופ' קונסטנטיניו כי קשה לזהותו בבדיקה CT, אם כי יש לכך רמזים כמו מיקום הפגיעות. מכל מקום האבחנה אינה חד משמעית (עמ"ד 269, שורות 9-15).

.78. הנזק למוח והדיםומים במוח: עמדת ההגנה

(1) להלן תיאור ממצאי הדימות על ידי ד"ר מק (נ/23 עמ"ד 20-24): בCT הראשון: הפלקס מעט דחוס אך לא מעובה. אין שינוי בקוו המיתאר ולכן אין סבירות שמדובר בהדורה לתחת דורה. וכן ישנו דימום סאב-ארקנואידי קטן. ממצאים אלו לא מעידים בהכרח על טראומה. כל הפרעה לויסות העצמי התקין של כלי הדם במוח או בדורה עשוייה להוביל לכמות קטנה של דם שיזלוג מכלי הדם. נפח הדימום קטן מכדי לתמוך בתזה של טראומה. צפיפות המוגברת בעלעל השמאלי של הטנטוריום: לא ניתן להניח שמדובר בדימום תת-דורלי כיוון שמדובר במבנה עשיר בכל דם בפעוטות. צפיפות מוגברת בסמוך לאונה הקדםית ימנית בחלל החיצוני-אקסיאלי: קו המתאר אינו טיפוסי לדם במדור תת-דורלי (שעוקב אחר קו המתאר של הדורה כشمkörper ה铉בריות בחומר של הדורה). ולכן סביר יותר שהמוקד מייצג קריש/פקיק מוקדי בחלל הסאב-ארקנואידי. יתרון, אך סביר פחות שמייצג דימום למדור התת-דורלי כשהדימום מוגבל עקב נוכחות ניאומיברנה (נ/23, עמ"ד 20). היעדר הפרדה בין החומר הלבן לאפור: מעיד על אובדן אספקת אנרגיה לתאים באופן שצפיפות התאים הנורמלית אובדת עקב בזקת תאית. נפיחות תאית גלובלית במוח אינו ייחודי לטראומה (נ/23, עמ"ד 20).

.79. בCT השני נצפתה החמרה בדימום הסאב ארכנואידי שעשויה לשקוף מחלת קריישה או פגיעה היפוקסית. בCT השלישי נצפה שינוי דרמטי בפרנסימה של המוח: דיפוזה של דימום סאב ארכנואידי, התפתחות אינרואלית של דימום תוך חדר הימני, הגראניים הבזאלית מופיעים בצליפות נמוכה, החדרים והציסטרנות הבזאליות לחוצים עקב נפיחות המוח, כל הדם צפופים ביותר בהשוואה למוח. העובדות הללו מצביעות על עצירה בזרימה ו/או על קריש באחד מכל הדם הגדולים וסביר שمشקפות היעדר זרימה משמעותית לתוכו המוח (נ/23, עמ"ד 21). התפרים מופרדים באופן נרחב, הדורה שבין התפרים דחוסה ביותר. מצביע על מידת מסויימת של דימום תוך דורלי באתרים אלה (נ/23, עמ"ד 21).

.80. אשר לדימות לאחר המות, ד"ר מק הסכימה שיתקנן יש כמות קטנה של דימום שמקורו בדורה אך קשה להבחן בין הנפיחות. ה-I-MRI לא מראה דימום תת-דורלי באופן משכנע ורוב הדימום המופיע הוא סאב-ארקנואידי (נ/24, עמ"ד 24). פרופ' קונסטנטיניו מציין שהדימום התווך-פרנסימלי יכול להתאים לפצעה אקסונלית דיפוזית (DAI). ד"ר מק מסכימה שהממצאים הרדיוגרפיים יכולים לתמוך בכך אם ההיסטוריה והמצאים הקליניים היו מצביעים על כך. אך במקרה זה לא היו דימומים במוח בקבלה וממצאי ה-I-MRI אינם ייחודיים. מכל מקום, DAI הוא מצב פתולוגי ולא אבחנה רדיולוגית (נ/24, עמ"ד 24).

.81. (2) מקור הדימום בדורה ולא בורידים המגזרים: ד"ר סקויר וד"ר מק טועו שהדימום נבע מכל דם בתוך הדורה ולא מהורידים המגזרים (עמ"ד 361 שורות 16-17). ד"ר מק הסבירה בחווות דעתה שכמות קרענה של הדימום מחוץ למוח ב-CT הראשון לא מתאימה לקריעת טראומתית של ורידים מגזרים, שמהווה ההסבר השכיח ביותר לדימום תת-דורלי שנגרם עקב טלטל (נ/28, עמ"ד 2). בעדותה הוסיפה שלאור גודלים של

הוירדים המגשרים, כאשר הם נקראים, מיד משחררים את כל הדם שבתוכם. אך כאמור במקרה של המנוח הדימום קטן מכדי ליזג קרע (עמוד 427 שורות 15-18, עמוד 487 שורות 14-15). ד"ר סקוואר הוסיפה שכאשר הוירדים המגשרים נקראים יש התקשרות דם עבה שאף תדחוס ותזיז את המוח. לטענתה, במקרה שלפנינו הוירדים המגשרים לא תוארו בنتיחה שלאחר המוות (עמוד 330 שורות 29-33).

.82. לטענת ד"ר סקוואר הגורם לדימום הוא נזק היפוקסי-היסכמי למוח. לשאלת התביעה ממה נגרם הנזק ההיפוקסי-היסכמי השיבה שיישם גורמים רבים. כל מה שמנוע מתינוק לנשומ- לא משנה אם זו הפסקה בלבד או שה נשימה נעצרת, אם התינוק נכון או השתקן". יחד עם זאת היא אינה יכולה להצביע על הסיבה לכך שהמנוח במקרה זה התמוטט (עמוד 362 שורות 10-15). בתגובה לשאלות התובע בנוגע לאי קבלת התאורה בבתי משפט אמרה "מעולם לא קבעתי שהיפוקסיה גורמת לדימום תת-דורלי" (עמוד 362 שורות 26-27).

.83. ד"ר סקוואר מסכימה שאסכמה ודימומים שכחיכים בחבלות מוח לא תאוניות אלא שלא מדובר בסמנים ייחודיים ויישם גורמים נוספים שיש לשלוול (נ/20 עמוד 8). בסוגיה זו כתבה ד"ר מק בחוות דעתה שמדובר הראות הראשונים מעדים על דימום או פקקת לא ייחודיים ובנוסף קטן באזרז מדרוי הקורמים ושינויים המתאים להרעבה של המוח, ככל הנראה מגורם היפוקסי (בהתחשב בהיסטוריה הרפואית של עצירה בתפקוד הלב וה נשימה) (נ/23, עמוד 20). הממצא הבולט הוא בצתת מוחית, אותו ניתן להבין באופן הטוב ביותר כתוצאה של מחסור באנרגיה לתאי המוח (נ/23, עמוד 21).

.84. (3) דימום תת-דורלי: לטענת מומחיות ההגנה הסקירה של צילומי דימות המוח אינה מראה דימום תת-דורלי מובהק בעת האישוף (נ/20, עמוד 10). ד"ר סקוואר הינה מאר שWINSTON שלטענת התביעה אומר שאפשרות של דימום תת-דורלי ספונטני בעוטות נשללה אך "המרקם שפורסמו הם נדרים בספרות, לרוב מtauודים בצורה ירודה והראיות הן לעיתים ערך מוטל בספק... הטענה זו התכווצה עד למצב שבו כבר לא ניתן לדעת אם היא קיימת או לא", לטענת ד"ר סקוואר "מה שהוא טוען זה שהוא יכול להתרחש, וזה אכן מתרחש, אבל חוסר יכולת לפרש את המקרים האלה, גורם לכך שהספרות מוטית" (עמוד 414 שורות 27-34 עד עמוד 415 שורות 1-10).

.85. (4) בפן הפטולוגי: ד"ר סקוואר אישרה שהבחינה דימום תת-דורלי בפטולוגיה (עמוד 412) אך לא ניתן לzechot ה才华ה מבוססת של מمبرנה תת-דורלית שמעידה על התאוששות, שאורכת כשבוע. בתגובה לטענת ד"ר גיפס שנוצר קרום פנימי חדש ודק השיבה שלאema לב לכך: "ראינו מקרופגים שמכילים ברזל, מה שאומר שעברו יותר משלשה ימים, אך יכול להיות ישן בהרבה" (עמוד 412 שורות 13-8, 20-22 וכן נ/20 עמוד 14). לטענתה, המיקרופגים עשויים ליזג דימום הקשור בלבד כיוון שדים מתחוץ מכל התינוקות לפחות (עמ' 412 שורות 24-25). לשאלה האם מצפה ש- 4.5 חדשים לאחר הלידה ישאר דימום השיבה שהייתה מצפה לראות מיקרופגים בדורה. היא הציגה ספרות לפיה 31% ממקרי המוות הפתאומי הציגו דימומים תת-דורליים בשלבי החלמה. רוב הדימומים התת-דורליים יחלימו תוך שלושה חדשים אך מדובר בדוגמה שכלה 28 מקרים בלבד (עמ' 413 שורות 12-21). כאמור של רוקס כמעט כל הדימומים נעלומו תוך חדש, ככל נעלמו תוך שלושה חדשים אך המאמר בחן 18 תינוקות בלבד (עמ' 413 שורות 22-30).

.86. (5) בפן הרדיולוגי: ד"ר מק כתבה ב חוות הדעת כי ישנו דימום תור-דורלי סביר אך ללא ראויות משכנעות לדימום תת-דורלי. רדיולוגיה אינה רגישה בניסיון להבדיל בין דימום תור-דורלי וכמויות קטנות של דימום תת-דורלי (נ/23, עמוד 22). בעדותה הסבירה כי משכבות העכבר ועד לגולגולת יש רקמה רכה מתמשכת ואין שם חלל. עם היוצרות דימום בדורה בנפח מסוים ישנה התנטקטות ונוצר חלל המתמלא בדם. בדיםות, קווי המתאר לא משתנים באופן משמעותי, ולכן יש לקחת בחשבון שהדימומים הם כל' דם בדורה, והאבחנה של

דימומיים תת דורליים אינה בטוכה (ג/27, סעיף 1, פרוטוקול בעמוד 489 שורה 7, עמוד 426 שורות 32-33, עמוד 427 שורות 1-9). במקהה של המנוח ה证实יות של דימום סביב המוח בבדיקה הCT הראשונה הון "בכל הסבירות" דימום תת ארכנואידי מוקדי ולא תת-דורלי (ג/27, סעיף 1). בעדותה התייחסה ד"ר מוק לתמונה 6 בנ/25: מדובר על חלק מהדורה שנקרה טנטוריום והוא עמוס בכלי דם, דליפה מכל הדם בטנטוריום תיגרום לו להיראות עבה. במקהה של המנוח הוא לא עבה מספיק כדי לקבוע שמדובר בדימום תת-דורלי (עמוד 428 שורות 1-8).

.87. בנוסף, הדורה מקבילה לגולגולת באופן מושלם ולכן דימום בדורה שהופך למת-דורלי יתפתח עם קווי המתאר של הדורה. בתמונה 3 בנ/25 החץ מצבע על חלק קטן של דימום מחוץ למוח שנראה עגול, כמו מתאר קמור לפני המוח. כך נראה קריש מוקדי שרדיולוגיים עלולים לפספס (עמוד 427 שורות 19-31). כשד"ר מוק נשאלת מה ההבדל בין הדימום במקהה שלנו לדימום תת-דורלי שמצוג על ידי באומס במאמר ת/163 השיבה: "שני דברים: הנתייחס הזה היה היפיליה בשל נפילה מגובה של מעל מטר, אז מדובר בטריאומה ידועה, שגרמה לדימום מסביב למוח. הוא אומר שבنتיחה הזאת הפרעה של חוט השדרה הצווארי, אז זו חבלה שגרמה להפרעה- לא קרע בוורידים המגשרים. הנזק המקורי היה תחת חמצן ואי ספיקת. אז זה ילד עם טראומה ידועה, בשונה מהמקהה שלנו... אבל מה שאני אומרת, שעליינו לנகוט משנה זירות, כשהדימום הוא כל-כך קטן, מוקדי לומר מוצבע על שניהם... אבל מה שאמ我说, הוא לא אומר איזה מהאזורים אלה הם תת-דורליים או תט-עכביים, הוא בבירור שהוא תת-דורלי... בתמונה 2, ד"ר באומס הצביע חיצים על מה שהוא חשב שהוא תת-דורלי. בתמונה C של הצילום הזה, הפטולוגיה מראה וריד גדול פקוק ועם קריש, שפורש באופן לא נכון כתת-דורלי. אז המאמר בעצם מראה בדיקת את מה שאני מדברת עליו" (עמוד 488 שורות 7-23).

.88. (6) דימום מוקדי תת-עכבי: לטענת ד"ר סקוואר דימום זה התפתח במהלך האישוףו (ג/20, עמוד 14). מתואר במקרים של פקחת (תוספת לחווות הדעת, ג/21). דליפה של Tai Dam אודומים דרך דפנות ורידים גדושים וחסומים, נראה לעתים קרובות בדיאגנוזות שגרתיות (ג/20, עמוד 16).

.89. (7) ציפויות מקיפה ודימום קורקטיקלי מוקדי: עשוי להיגרם עקב חבלה או חסימת הזירה המיצאת בוריד. כיוון שמדובר בדימום טרי, ד"ר סקוואר מאמין שהופיע עקב התנפחות המוח וציפויות (ג/20, עמוד 14).

.90. (8) הדימום התת-קרקפני: ד"ר סקוואר טענה שהדימומיים התת-קרקפניים נגרמו עקב פעולות ההחיה והסיעוד בעזרת מנשם לצד מחלת קריש (ג/20, עמוד 15). האמירה החד משמעית בחווות הדעת לפיה הדימומיים נגרמו מההנשמה וביעות קריש, התערערה בחקירה הנגדית כשהתברר שמדובר באמירה כללית לפיה ישנים מצבים שההנשמה וביעות קריש יגרמו לדימומיים אך מומחה צריך לבחון האם הגורם במקהה שלפנינו. כשד"ר סקוואר נשאלת שאלות קונקרטיות כגון כיצד ניתן שהמכשירים גרמו לכך אם לא היו באזורי מכשירים וכן כיצד מסבירה שהמנוח לא סבל מביעית קריש, השיבה כי תינוקות רבים מפתחים כשל ורידים אך מומחה צריך לבדוק את המקהה הספציפי (עמ' 384). התביעה טענה שההנשמה נcona מחזיקה את הפציגנט במצב נכון, ושאלת את ד"ר סקוואר האם יכולתה לספק מאמר הקשור בין הנשמה לكريשת דם. ד"ר סקוואר השיבה שאין בידיה כתת אק בטוחה שיש לרבים כאלה והסבירה שברוב התינוקות ההנשמה תציל את חייהם אך ישניםקרים שההנשמה תגרום לביעות שתוארו (עמוד 409 שורות 1-10).

.91. (9) הערבוב בין החומר הלבן לאפור: לטענת ד"ר מוק הערבוב בין החומר הלבן לאפור אינו מעיד בהכרח על תנועה של "קדימה-אחריה" אלא על כך שהתאים התנפחו, כך שאין להם את הכוחה התקינה או הדחיסות ולכןו את ההבדל ביניהם. "זה משקף אי ספיקת ותת חמצן, שאיןיה 'יחודית לטריאומה'" (עמוד

495 שורות 20-18). לטענת התביעה מדובר בתזה של ד"ר מך וד"ר סקוור שאינה מקובלת. ד"ר מך ציטטה בתגובה מතוך סמינר של סלווטס (עמוד 495 שורות 11-14).

.92. הנזק למוח והדימומיים במוח: דין

אין מחולקת כי בעת הגעתו של המנוח לבית החולים הוא סבל מדימומיים במוח ונזק מוחי.

.93. (1) ניתוח הממצאים: לטענת התביעה, התמונה אופיינית לחבלה לא תואנית. מעדיות מומחי התביעה עולה שהמנוח סבל מדימום תת דורלי שהוא דימום שכיח בחבלות. פרופ' קונסטנטיני הסביר שהשילוב בין דימום תת דורלי ושינויים היפוקסיים איסכמיים מאי "יחודיים לחבלה לא תואנית". לדבריו, הדימום התת דורלי מכון לחבלה לא תואנית ופגיעה היפוקסית-איסכמית נראית חלק לא קטן מפגיעות מוחיות לא תואניות. פגעה זו נגרמת ישירות מחבלה או מירידת לחץ דם או מהפרעה בזירה המשנית לחץ תוך גולגולתי.

.94. אשר לדימום התת עכבייש, הוא מופיע בחבלות לא תואניות. אמנם, כאשר מדובר בטלול, הדימום התת עכבייש נפוץ פחות מ.dimום תת דורלי, אך זאת מושם ש.dimום זה מופיע לאחר הדימום התת דורלי, במקרים הקשים יותר. יצוין כי פרופ' קונסטנטיני, בכוונתו, לא התעלם מן האפשרות שמחלות גורמות לדימומיים תת דורליים והת עכביישים אך אמר שהמחלות נשלו במקרה של המנוח.

.95. לטענת ההגנה הביצקת היא תוצאה של מחסור באנרגיה לתאי המוח, והדימום נובע מנזק היפוקסי-איסכמי. יחד עם זאת, ד"ר סקוור לא יודעת מה גרם לנזק זהה במקרה של המנוח. באופן כללי היא טענה שנזק היפוקסי-איסכמי נגרם מהפסקה בלב או בנשימה. תמורה בעניין כיצד, כשבותה עם אמירות של שופטים אודות התאוריה שלה, אמרה שמדובר לא טענה שנזק היפוקסי-איסכמי גורם לדימום תת דורלי.

.96. (2) האם נצפה דימום תת דורלי: ד"ר סקוור כתבה בחוות דעתה, במסגרת סקירה נירופטולוגית כי קיים דימום תת דורלי גם טרי וגם מעט ישן (נ/20 עמוד 14). לעומת זאת, היא מסכימה שבפטולוגיה ניתן לזהות דימום התת דורלי, אלא שמוסיפה סיגים לעניין מועד היוצרותו: הסיג הראשון נוגע לדימום החדש שלטעنته נוצר לאחר האישפוז (לא ניתן לזהות החלהמה מבוססת של מברנה ת-דורלית המעידת על התאוששות). בתגובה לטענת ד"ר גיפס שנוצר קרום פנימי חדש ודוק השיבה שלא שמה לב לכך. הסיג השני נוגע לדימום הישן (בישן הכוונה שנוצר עד שלושה ימים לפני המוות- על פי ד"ר סקוור). לאור נוכחות מקרים המכילים ברזל ד"ר סקוור אינה מתחשת לקיומו של דימום ישן אלא שטוענות שניתן לייחס אותו לדימום שלאחר הלידה.

.97. למורת הימצאות דימום תת דורלי ישן בפטולוגיה, שאינו מוכיח על ידי ד"ר סקויר, היא סבורה שקיים ספק באשר להימצאות דימום תת דורלי בזמן האישפוז, על סמך הד"ח של ד"ר מך (ת/20, עמוד 7 ראו גם עמוד 10). סתייה זו בעמדתה, ניתן לישב בכך שהיא מבקשת לטעון שהdimום נוצר במהלך ימי האשפוז הראשונים (עד שלושה ימים לפני המוות). תרחיש זה אכן יכול והתרחש אך גם ד"ר סקוור לא התייחס לתרחיש זה במפורש ואת הדימום הישן "יחסה למועד מוקדם ביותר- הלידה.

.98. מכל מקום, ד"ר מך היא המומחית לתחומי הדימום, ועמדתה של ד"ר סקויר בנוגע להיעדר דימום תת דורלי ב-CT הראשון נשענת על האבחנה המקצועית של ד"ר מך בפן הרדיולוגי. האخرונה טענה שמויחי התביעה טועים בפיונוח הדימות ומיחסים בטעות דימום דורלי או תה עכבייש לדימום תת דורלי. היא קבעה את הקביעות הבאות:

.99. (-) קו המתאר הטיפוסי של דימום תת דורלי יעקוב אחר קו המתאר של הדורה, כיוון שמקור ההצטברויות הן בדורה. במקרה של המנוח למועד הדימום יש קו מתאר מעוגל ולכן סביר יותר שמדובר בדימום

תת עכבייש, וסביר פחות שמדובר בדימום תת דורלי. לא ניתן לקבוע בוודאות את סוג הדימום כיוון שהרדיולוגיה אינה רגישה מספיק להבחן בין דימום תוך דורלי לכמות קטנה של דימום תת דורלי.

100. (-) מבחינה אנטומית, אין חלל תת דורלי. בעת היוזרות דימום בנפה מסוים בדורה, ישנה התנתקות ונוצר חלל שמתמלא בדם. ד"ר מק הפנתה לתמונה של הטנטוריום והסבירה שבמקרה של המנוח הוא לא מספיק עבה כדי לקבוע שמדובר בדימום תת דורלי. בנוסף, לטענת ד"ר מק הכמות הקטנה שמוצגת ב-CT הראשון לא עולה בקנה אחד עם פגיעה טראומטית של ורידים מגזרים שמהווה ההסביר השכיח לדימום תת דורלי שנגרם מטלוול. לאור גודלם של הורדים, כאשר הם נקראים "משחרר" דם רב. כך גם העידה ד"ר סקויר והסיפה שבמקרה זהה ההתקשרות הייתה גורמת לתזזה של המוח.

101. לאחר ששמעתי את טענות הצדדים אני קובע כי המנוח סבל מדימום תת דורלי כבר בעת הגעתו לבית החולים. להלן אbare עמדתי:

102. ראשית, למול עדותה של ד"ר מק ניצבת עדותם של מספר מומחי תביעה. יש לזכור כי רופאי תל השומר פיענו את צילומי-CT בזמן אמת ולא בדייבד. הממצאים, שככלו דימום תת דורלי, לא אוביחנו או נכתבו לצרכים משפטיים אלא לצרכים רפואיים וחזקת על הוצאות הרפואי שתיעד בזמן אמת ממצאים וודאים רק אם אכן איבחן אותם בוודאות. אם קיומו של ממצא מוטל בספק ואני וודאי הרי שהוא מצינים זאת באמירה כגון "יתכן ש..." כפי שמקובל למצוא בפיונוח שגרתי (ת/105 עמוד 3). בנוסף, גם בדייבד, במהלך המשפט מומחי התביעה טענו שבבדיקות הדימות הראשונות הציבו על דימום תת דורלי. ד"ר הופמן שהוא מנהל השירות הנירודיאולוגי ומומחה לבניירודיאולוגיה של ילדים העיד כי אכן הדימומים התגברו במהלך האשפוז אך כבר ב-CT הראשון נמצא נמצא דימום תת דורלי. פרופ' קונסטנטיני הסכים עם פיענוח הרדיולוגים את ממצאי הדימות במאה אחוזים ובאופן ספציפי התיחס לכך שנמצפה דימום תת דורלי קטן.

103. שנית, עיקר טענות ההגנה נוגעות לכמות הדימום הקטנה שאינה מאפשרת וודאות בפיונוח ואינה מתאימה לקריעת הורדים המגזרים. אכן ד"ר גיפס העידה כי מזאה דימום רב, אך לטענת ההגנה הנтиיה בוצעה זמן רב לאחר האירוע, ובעת אישפוזו של המנוח נצפה דימום זעיר בלבד ב-CT הראשון. ד"ר גיפס דחתה טענה זו ואמרה שנמצפו "מספר דימומים". יותרה מכך, פרופ' קונסטנטיני העיד כי ככל אין קשר בין כמות הדימום לפגיעה ואף אם לא מדובר בדימום רב, עצם הימצאותו מאפיינת את התسمונת. פרופ' פרת התיחס ספציפית לדימום התת עכבייש ואמר שלא מדובר בדימום גדול כיוון שהשכבות עצמן דקות. בסוגיה זו, אף אם אין שכמות הדימום ממנה סבל המנוח קטנה (אף כי הדבר לא הוכח בפני), מקובלת עלי קביעתו של פרופ' קונסטנטיני שמה שחווב לצורך האבחנה הוא עצם הימצאות הדימומים במוח ולא הכמות, קביעה שלא התערערה במהלך חקירתו הנגדית או במהלך פרשת ההגנה.

104. בנוסף, מומחי התביעה בתחום הרדיולוגיה לא עומתו עם הטענות בתחום האנטומיה אותן תיארה ד"ר מק והובאו לעיל, לעניין היעדר חלל תת דורלי והיווצרותו בעת דימום רב. אשר לטענת ד"ר מק שהדימום לא נבע מקריעת הורדים המגזרים, זו הוצאה של פרופ' קונסטנטיני שהшиб: "זה דיבוב אמריקאי טיפוסי של אוסף אינפורמציה. היה שם דם - נקודה. היכולת של רדיולוג להפריד אם זה קרע או לא, או בתוך מה הדם ישב, אם בתוך כל' דם או לא, מוגבלת בבדיקות CT, עושים אותן בעוצמת קריינה נמוכה לפי הפרוטוקול, שכן בדבריה פיענוח יתר, אני יכול להתייחס לטענותה" (268 שורות 13-17). אכן, מתשובתו של פרופ' קונסטנטיני עולה שלא ניתן לאתר את מקור הדימום באמצעות רדיולוגים. יחד עם זאת הוא אינו רואה בכך חשיבות ולשיטות הימצאות דימום תת דורלי כבר ב-CT הראשון אינה מוטלת בספק.

105. אני מוצא גם בכך שטענות ההגנה לא הוצגו למומחי הרדיולוגיה של התביעה, ובראשם ד"ר הופמן שהוא מנהל השירות הנירודיאולוגי בתל השומר ומומחה בנירודיאולוגיה של ילדים. לאור זאת, אין בפני הסבר סדור של התביעה לאנטומיה שהציגה ד"ר מק, אך אין בכך כדי לשנות את המסקנה אליה הגעתו.
106. לאור האמור, אני קובע כי המנוח סבל מדימום תת דורלי כבר בעת הגעתו לבית החולים.
107. (3) דימום תת קרקפני: הקביעה החד משמעותית של ד"ר סקוור בחווות הדעת לפיה הדימומים התת קרקפטיים נגרמו מהנשמה ובעיות קרישא, התערערה בחקירה הנגדית כשהתברר שמדובר באמירה כללית, ולא בהתייחסות קונקרטית למנוח. כשל"ר סקוור נשאלת כיצד דבריה מסתדרים עם העובדות במקורה של המנוח השיבה שמוcharה צריך לבחון זאת. לאור האמור, לא יכול לקבל את קביעה של ד"ר סקויר שהנשמה ובעיות קרישא הובילו במקורה לדימום תת קרקפני.
108. (4) ערבות בין החומר הלבן והאפור (DAI): לטענת התביעה המנוח סבל מא-DAI- ערבות בין החומר הלבן והאפור, תופעה האופיינית לטלול. מומחי התביעה הסבירו כי במקורה של האצה והאטה כפי שקיים בטלול החומר הלבן והאפור זהים במהירות שונה וכן נוצרים קרעים בסיבי העצב. פרופ' קונסטנטיני הסתייג וטען כי האבחנה אינה חד משמעות. ד"ר מק טענה כי הערבות בין החומר האפור והלבן אינם מופיעים טראומה בהכרח ויתכן כי המקור הוא אי ספיקה ותת חמוץ. בסוגיה זו הגעתו למסקנה, בעיקר לאור הערטתו של פרופ' קונסטנטיני כי לא ניתן לקבוע בוודאות ערבות בין החומר הלבן לאפור במוח.

109. סיכום ביניים

מומחי התביעה טענו כי התמונה המוצגת במנוח קלינית, רדיולוגית ופטולוגית מעידה על חבלה לא תאונית, ובעיקר מצבעים על כך הדימום התת דורלי והשינויים הhipoxiem-אסכמיים. מומחיות ההגנה טענו שככל לא ניתן לומר בוודאות שאכן המנוח סבל מדימום תת דורלי. בנוסף, כמה הדימומים אינה מתישבת עם קריעה של הורידים המגזרים כתוצאה מטרואה. שתי הטענות הללו נדחו לעיל.

110. לסיום פרק זה יוער כי בסיקומיה טענה ההגנה כי היעדר דימום אפידורלי, המחייב לחבלת ראש, תומך בכך שלא מדובר בחבלה. אך לא מצאת כי טענה זו נידונה במסגרת חקירות המומחים ולפיכך איןני דין בה.

111. (ד) סוגיות פסקת

כשל"ר סקויר נשאלת מה התנייע את תhalbיך ההידרדרות של המנוח והוביל למצאים שהוצגו, השיבה כי אינה יודעת להסביר על הגורם להתרומות המנוח. עם זאת הציגה, יחד עם ד"ר מק וד"ר היימן, טענה לפסקת ורידים. מומחי התביעה לא שללו שבתאוריה פסקת עלולה לגרום למצאים שהוצגו אלא שבמקורה הקונקרטי של המנוח נשלה קיומה של פסקת. לפיכך במסגרת הדיון בנושא המוחי והדימום המוחי יש לבחון האם יתכן שהגורם למצבי של המנוח הוא פסקת ורידים.

112. אין מחלוקת כי סבו של המנוח אובחן כסובל מקרישיות יתר. בתו, אמו של המנוח, נבדקה אף היא אך נמצא כי היא אינה סובלת מבעיה דומה.

113. פסקת: עדמת התביעה

(1) כללי: התביעה טענת כי הרופאים ביצעו אבחנה מבדלת ושללו קיומה של פסקת במנוח. בנוסף ובעשי הדברים, טענת התביעה כי אם יקבע שהתקיימה פסקת הרי שמקורה בחבלת ראש. ההגנה טענת כי הרופאים לא

שללו פקקת ורידים, אך פרופ' קונסטנטיני קבע באופן חד משמעי: "לגביו פקקת ורידים - לא הייתה פקקת צזו, זה עובדתי בבדיקה ובنتיחה שלאחר המוות. גם הפior של הממצאים המוחים בפקקת ורידים הוא אחר בדרך כלל, הוא מתייחס עם בעיה רקמתית, ופחות עם דימומים תת קשתיים ותת עצביים" (עמוד 264 שורות 19-25).

114. אשר לסתוקים להיווצרות פקקת, פרופ' פרת העיד כי "לא קורה זהה מאי נדר שיש קרישים במערכות הורידית במוח בלי גורם ראשוני, לא יהיה לתינוקות קריש בוריד אלא אם יש לו הפרעת קרישתו או שהוא נחבל בראשו או סיבה זיהומית. קריש לא מופיע פתאום" (עמוד 103 שורות 20-22). פרופ' קנת הדגישה "כל שהגיל נמוך יותר, הסיכון לקריש דם נמוך יותר, נשים צעירות בגל הפוריות הסיכון הוא רק אחת לעשרה אלפיים ולא אלף, לגבי ילדים הוא אחד ל- 100,000 בשנה, ולפקקת ורידים מוחית הוא 0.7 ל- 100,000 בשנה" (עמוד 166 שורות 3-10).

115. (2) בפן הרדיולוגי: בוגר לבדיקות שיש לבצע, פרופ' פרת העיד כי הדרך הטובה ביותר לראות פקקת היא ב-*MRI*, אך גם בדיקת CT נותנת עדות לכך (עמוד 103 שורות 17-18). מדדיות מומחי התביעה עולה שהבדיקה המתאימה לאיתור פקקת ורידים היא CT עם חומר ניגוד, אך גם ב-CT ניתן למצוא סימנים עקיפים לפקקת. כך למשל ד"ר גרינברג: "כשמדובר צפיפות גבוהה אז האзор לבן יותר, ואפשר להעלות אפשרות של זרימה איטית, של פקקת" (עמוד 190 שורות 18-20). גם ד"ר גיפס העידה: "הأدיאל הוא לבצע את הבדיקה יחד עם הזרקת חומר ניגוד שהיא מדגים חסימה ב כלי דם, למראות זאת אפשר לאתר פקקת כשהיא מספיק גדולה שתגרום לתסמים בלי חומר ניגוד, ואפשר לאתר זאת גם באמ.אר.אי שבוצע וכן בנטיחה-במראת עיניים" (עמוד 243 שורות 14-17).

116. לעניין האופן בו תיראה פקקת בדיםות העיד ד"ר גרינברג כי ישנו מצבים של פקקת ורידים שבאה לביטוי בשני ורידים או יותר ואף יתכן שייחו בחלקים שונים של המוח. ولكن "עצם זה שיש דימום רחב במוח באזוריים שונים, עדין לא שולל פקקת ורידים" (עמוד 191 שורות 16-19). לעומת העיד ד"ר הופמן כי התמונה הרדיולוגית של הדימומים במקורה של המנוח לא תامة לפקקת: "זה לא הגיוני, אם יש מספר אזוריים במוח שדיםמו... בפקקת של הוריד אין בצתת בכל המוח, אין דימומים בחדרים, ולא בשני הצדדים, כמו שהיא במקורה של המנוח. בתחילת הדימום לא היה נרחב והחמיר אחר כך. אך הבצתת הייתה נרחבת בשני צדדי המוח. מה שלא אופיני לפקקת" (עמוד 153 שורות 8-1). וכן העיד ד"ר הופמן: "ב- CT הראשון הייתה בצתת, לגבי הדימום הוא היה גם מתחת לקרום העכבי, גם בתת דורה היה דימום אך פחות. כשמדבר בפקקת אין אפשרות שהיא תהיה בצד אחד בלבד בקריש אחד מתמשך, גם הדימומים כתוצאה מקריםים הם תוך מוחיים ולא תת עצביים" (עמוד 153 שורות 8-11).

117. ד"ר גרינברג הסביר בעדותו שבנכחות בצתת מוחית ישנה צפיפות מגברת של כלי דם המהווה סימן לא אמיתי לפקקת. "זה יכול להיראות כמו פקקת אך לא מדובר בפקקת. לא נתבקשנו לשולל פקקת ורידים, כי אז היינו עושים בדיקת CT עם חומר ניגוד" (עמוד 190 שורות 23-26). יחד עם זאת: "מאשר שב-CT שבצתת הייתה צפיפות יתר בעורקים במוח. אמרתי שיש חשד לפקקת, העלתית אופציה כי תמיד בנכחות בצתת יש לעשות אבחנה מבדלת שזה סימן לא אמיתי של פקקת" (עמוד 192 שורות 21-23).

118. בעדותו, התקUSH פרופ' קונסטנטיני להגביל לטענת מומחית ההגנה שב-CT הראשון, בסמוך לאונה הקדםית ימנית בחלל שבין המוח לגולגולת, נῆפה מוקד צפיפות מוגדלת בעלת מתאר מעוגל שאינו המתואר האופיני של דם בחלל שמתהה לדורה, וסביר יותר שמדובר בהצטברות מוקדית של דם שמייצגת קריש או טרומבוזה בחלל התת עצבי. פרופ' קונסטנטיני השיב: "דם זה דם. הרדיולוג לא יודע אם זה דימום חבלתי או קריש או טרומבוז, אלא מדובר בדם בתוך כלי דם... היה שם דם וביפויו מתחת לדורה וכן הוא דימום תת

קשתית" (עמוד 268 שורות 6-3). עוד העיד פרופ' קונסטנטיני כי למרות שבדיקת הCT לא נועדה לשולול פקקתו- המנוח לא סבל מפקקתו: "נכון שבדיקות הסיטי עד השליישית לא נעשו עם הזרקת חומר, ולכן הם לא שללו פקקתו ורידית, אך הנتيיה לאחר המותן כן שללה את הפקקתו. התמונה הקלינית וההדמייתית הייתה צריכה להיות בעקבות פקקתו עצמה בכל הסינוסים הורידים וזה לא נמצא בבדיקה שלאחר המותן" (עמוד 267 שורות 19-11).

119. (3) בפן הפטולוגי: ההגנה טענה כי לאחר 12 ימי הנשמה לא ניתן להסיק ממצאים בנוגע לפקקתו ורידים בגל מצבו של המנוח. פרופ' קונסטנטיני שלל טענה זו: "לפקקתו ורידים יש סיבתיות, בדרך כלל על רקע של קיומם מצב של קרישיות יתר, וזה בשל בבדיקות, שנית, המוח הניזוק אינו המקום בו אתה מ Chapman פקקתו ורידים, אלא מ Chapman את הפקקתו בתעלות הורידיות הגדלות שנקראות גם סינוסים ורידים, לא הייתה פקקתו... יש ממצאים שרלוונטיים מאד לעצמות, לכלי הדם הגדולים, הממצאים הנ"ל בחווות הדעת של גיפס הם חד משמעיים" (עמוד 266 שורות 17-28 ועמוד 267 שורות 1-2). גם ד"ר גיפס העידה: "למרקם המוח אין השפעה על אבחנה של פקקתו בסינוסים שנמצאים מאחוריו הקروم הקשה ומוגנים על ידו. הסינוסים הם לא במוח, אלא בגולגולת" (עמוד 245 שורות 10-8).

120. מכל מקום, ד"ר גיפס העידה בביטחון כי שללה פקקתו במנוח: "אני יודעת שקריש הדם הוא לא כתוצאה מפקקתו כי המיקום של הפקקתו הוא מחוץ לקром הקשה ולא בתוכו, וביצעת בדיקה מקרוסקופית של הקром הקשה שהדגימה מאפיינים מאוד אופייניים לדימום שהוא בשלבי התארגנות, מפני לעמ' 6 לחווות הדעת. כתבתי קром פנימי חדש דק נוצר בשולי הקром הקשה, ותווכם את הדימום. זהה אופייני לדימום שהוא בין שבוע ומעלה. מדובר בדים מצטבר בשכבות של תא דם אדום, תא דלקת ושותן, והשכבות מאוד אופייניות. בדים כל ולן הדם מצטבר בשכבות של תא דם אדום, תא דלקת ושותן, והשכבות מאוד אופייניות. בדים כל המרכיבים מעורבים זהה נראה שונה, הצבע, המרקם והמרקם שונה" (עמוד 245 שורות 21-27, עמוד 246 שורות 2-1, ראו גם עמוד 211 שורות 8-7 ועמוד 243 שורה 2).

121. צוין כי גם פרופ' היס הזכיר בעדותו שהדים מיסיבות אחרות שאינן חבלה לא תאונית אך הסיבות הללו נדירות ובנוסף, הדים במרקם אלו נראה אחרת כיוון שמדובר לאזרורים קטנים (עמודים 193 ו- 200).

122. בעמוד 3 סעיף 8 לחווות דעתה כתבה ד"ר גיפס שי" בסינוסים הדורלים אין פקקים": "כי לא מדובר בורידים אמיתיים... הסינוסים לכארה זה מקום שיש בו פקקים, זה לא וריד אלא שקע בעצם שמתנתק מtower הורידים. כשהנו נוצר פקק בסינוס, הוא מאוד בולט זו הפקק שעלייה מדבר הסינגור, מדובר בדורר דם בין הגולגולת לקром הקשה, והוא בולט לעין, הוא לא יכול להתפוצץ, אם חדר את הקром הקשה וגורם לדמים אר זה בלתי אפשרי, תאורטית אם יכול להתפוצץ היו רואים את החור בקروم הקשה, דרכו חדר הדים שבא מתוך הסינוס. אך אצל המנוח לא היה פקק ולא הייתה עדות להתפרצויות של הוריד המדומה זהה לtower החיל שמצויה את המוח" (עמוד 244 שורות 8-7, 10-17). "לו הייתה ראה פקקים היו מתייחסת אליהם בהרחבה, מתארת את גודלם, וכו', כתבתי שלא מצאתם שידעו שחייבת" (עמוד 245 שורות 2-3).

123. (4) "יעוז יחידת הקרישת: מtower חווות הדעת של ד"ר פסח (ח/105 עמוד 9): "דים מtower דורי ות עכביים עם אפקט מסה איסכמי- לאור תפקוד קרישת תקנים (הפרעה קלה בתפקוד הטסיות במידה ותימצא בבדיקות היום יכולה להיות קשורה לגיל ואינה מהוות בשום אופן גורם סיכון לדמים ספנטי) לא נראה שהסיבה לדם הינה הפרעה בקристת הדם. לציין כי ארעות דם מוחי וtower גולגולתי בתינוקות עם הפרעת קרישת מולדת נדירה, שכיחה יותר מאשר לדם טראומטי או מכשירנית ומעידה לרוב על קיומם הפרעה קשה".

.124. פרופ' פרת העיד כי "דימום יכול שייהה ליד עם הפרעת קריישה, יש הרבה סיבות לדימומיים, היו קריישים? לא היו למשיב ידיעתי כעולה מהCT אפשר שהילד קיבל תרופה שגורמת לדימומיים, אך במקרה זה, זה לא היה" (עמוד 103 שורות 15-13). אין מחלוקת כי קריישות יתר עלולה לגרום לפקקת. ד"ר פסק העיד כי היסטורייה של בעית קריישה מהוות גורם סיכון. במקרה זה ביצעו ברור מكيف במנוח ואם הוא חשוב שיש בעית קריישה הוא מתחקרים יותר את המשפחה (עמוד 137 שורות 9-17). לטענת ההגנה סבוב של התינוק סובל מבעית קריישות יתר. פרופ' פרת העיד כי לא ידע על כן, אך כיוון שמדובר במקרה קריישת דם הייתה מעורבת הוא בטוח שהדברים נבדקו (עמוד 104 שורות 1-3). המומחית, פרופ' קנת העידה כי אמן לא ידעה שסבוב של המנוח סובל מקריישות יתר, אך כיוון שביצעה במנוח בדיקות לקריישות יתר גנטית והללו נמצאו תקיןות, אין לכך נפקות: "אם אב האם סובל מקריישות יתר, יש לדעת במידוק איזה סוג של קריישות, לא ידעת זאת, וגם לא ידעתה שהייתה לו פקקת ורידים, אני צריכה לדעת באיזה גיל, זה נתן חשוב. קריישות יתר לכל סיבותיה היא די נפוצה באוכלוסייה. אם בודקים 100 איש, עלולים למצוא אצל %20... חלק מגורמי הסיכון הם גנטיים וזה יש לרלבנטיות לסיפור המשפחה. חלק מגורמי הסיכון אינם גנטיים, וזה אין חשיבות לסיפור המשפחה... כדי לכטוט דברים כאלה, התינוק נבדק לקריישות יתר ולא מצאנו אצל קריישות יתר גנטית וזה העניין המשפחת לא משנה" (עמוד 164 שורות 27-8).

.125. פרופ' קנת אישרה שקיימות בדיקות לפקקת, כגון נוגרים, שלא ביצעה במנוח (עמוד 165 שורות 1-4). כמו כן הסכימה בעדותה שניתן לבצע בדיקות שאינן גנטיות לקריישות יתר רק 3 חודשים לאחר האירוע ולא בזמן האבחון כיון שגם קיום הבעיה של דימום חריף או של קריש חריף גורם לצריכת יתר של גורמי ועכבי קריישה, וזה מביא שמערכת החיסון עובדת ועלולים נוגדים ביניהם נוגדים של דפנות לכל דם שהם תגובה לנצח החריף עצמו" (עמוד 165 שורות 11-6). בסיום עדותה אישרה "לא עשית בדיקות כדי לוודא אם לא הייתה לו פקקת ורידים במוח. כי לא נמסר לי על ידי אנשי הדמיה, שיש בעיה שקשורה לפקקת ורידים" (עמוד 166 שורות 11-12).

.126. פקקת: עמדת ההגנה

(1) כלל: ההגנה הצביעה על פער בין ההצהרות של מומחי התביעה לפיהן "נשללה פקקת", לבין הבדיקות (החסירות) שנערכו בפועל. לטענת ההגנה הבדיקות שנערכו למן נרלוונטיות לאיתור פקקת, והבדיקות החשובות ביותר לשם כך לא בוצעו.

.127. (2) בפן הפטולוגי: מטעם ההגנה העידה ד"ר סקוואר שטענה כי מהדימות שנלקחו לא ניתן ללמוד על המוח (עמוד 324 שורות 18-14): ראשית, המוח ניזוק מאד לאחר תקופת ההנשמה ולכן קשה לזהות את הפטולוגיה, והדים מחי המנוח הרבה יותר אמיןה. כל זאת בייחודה כמשמעות בפקקת בורידים הקורטיקליים (נ/20, עמוד 17). שנית, כמות הדגימות מועטה. נלקחו רק שתי דגימות מהמוח ודגימה אחת מהדורה, ולא נלקחה כלל דגימה מהסינוסים, אם כי קשה לעשות זאת (עמוד 324 שורות 14-18). בנוסף, ד"ר גיפס אמן לא זיהתה קריישים בסינוסים הדורליים אך לא צינה היכן בדקה ולכן אין בכך לשולל פקקת שכן הפקקת עלולה להיווצר בכל אחד מהסינוסים הרבים בראש (נ/20, עמוד 17). נכון שישנם סינוסים רבים אך הייתה מצפה שיילקחו 3-4 דגימות מסינוסים שקל לאתר וכולם יפתחו וייבדקו בעין בלתי מזוינת במהלך הנתיחה (עמ"ד 328, שורות 22-31). בעיקר הסינוסים הפלצניים והטנטוריים שאחראים לדימום תת-דורלי בתינוקות בריאים (עמ"ד 329 שורות 9-14). מכל מקום, לשאלת מדוע לא ביקשה דוגמאות נוספות נסיפות השיבה שהניחה שאין דוגמאות נוספות כיון שהמוח במצב ירוד (עמ"ד 335, שורות 32-33 ועמ"ד 337 שורה 20).

.128. עמוד 334 שורות 7-21:

עמוד 26

ש: בגדיול, את אומרת שני דברים: אחד, אני לא יכולה לבצע סקירה נירופטולוגית ממש שיש מעט מדי דגימות, ושניים, לא ניתן לבצע בדגימות האלו בדיקה בגין הנזקים של חלוף הזמן.

ת: זה נכון.

ש: אז אני אומר לך, שאני לא מבין מה אתה עושה פה. אני מגיש לבית המשפט את הסקירה הנירופטולוגית. אז אני אומר לך שכמוהית נירופטולוגית, אין לך מה לעשות פה כי אין לך שום חומר לעובוד אותו ולהסביר ממנו מסקנות.

ת: תחומי המומחיות שלי הוא בפטולוגיה של המוח של הפועל. נוכל לבחון את הפטולוגיה במוח, בחימם, בשלושה אופנים: נוכל לחת בזופסיה, שהוא משהו שאנו עושים לעיתים קרובות במקרים מסוימים עם גידולי מוח, נוכל להבט על העיניים, איפה שניתן לראות את רקמת המוח החיה המייצגת על ידי הרשתית, ומוביל לפתח את הראש, הדרך היחידה הנוספת שנוכל לערוך בדיקה פתולוגית במקרים חי, היא לערוך דימות, להסתכל על רקמת המוח החיה באמצעות רנטגן, סייטי, MRI או וונוגרפיה, מיפוי כלי דם. האנשים שעברו הכרעה ביצוע הטכניות האלה, גם יודעים לפרש אותן.

ש: אבל זו לא את.

ת: זו לא אני. אבל אנשים אלה יכולים לומר, יש לנו נפichות או שיש לנו דימום או שיש לנו שינוי באיתות מהמוח.

129. **למעשה טענתה ד"ר סקוור שלאור מצבו של המוח בעת הנתיחה ולאור כמות הדגימות המועטה לא ניתן לשலול פקקת ורידים (נ/20, עמוד 14, פרוטוקול דיון בעמוד 401 שורות 33-31). ורידים פקוקים עלולים להיות לא מזוהים בבדיקות שגרתיות. אנג'יוגרפיה (מיפוי כלי דם) כולל וונוגרם היא "שיטת הזהב" לאבחן פקקת ורידים, אך לא בוצעה במקרה זה (נ/20, עמוד 17, עדות בעמוד 422 שורות 24-23). ההגנה טוענה כי אף ההחלטה בעולם הכירה בחשיבות ביצוע בדיקה זו לשילילת פקקת (פס"ד יהוא נספח ב' לטיסכומים).**

130. **ד"ר סקוור טענתה שモמחי התביעה לא שללו פקקת: פרופ' קונסטנטיני ערך אבחנה מבטלת קלינית ולא העיר את הממצאים הפטולוגיים שהצביעו על פקקת (עמוד 402 שורות 16-17), שם הרחבה וגודש של כלי הדם ומעט דימום סבירם לתוך הקורטקס (עמוד 327, שורות 30-31). גם הרופאים שטיפלו במנוח לא שקו אפשרות של פקקת ורידים (עמוד 322 שורות 31-32).**

131. **לטענת ד"ר סקוור מצבים רפואיים רבים לפקקת ורידים: מחלות נפוצות, דלקת קרום המוח, אנמיה, סכירת וחבלה ראש, שכיחות גבוהה מאד בזכרים ואבחנה מורכבת יותר בפיעוטות (נ/20, עמוד 17). יחד עם זאת ברור כי אינה מומחית לכך. כך למשל בכל הנוגע לבעיות קרישא אמרה: "אני לא יכולה להגיד איזה איזה בדיקות קרישיות יש לעשות, איזה מחלות גנטיות אנחנו צריכים לחפש כדי לבדוק אם הדם נקשר מוקדם מדי, מאוחר מדי, אבל אני כן יכולה להגיד שיש מצבים כלליים, שאנו מסתכלים על תינוק כשלם, שעשוים להיות בעלי השפעה מהותית על הפטולוגיה של המוח. ברמה זו אני מעורבת, אז אני הייתי אומרת שאני מודעת לעובדה שלילדים מונשיים עשויים להיות חריגיות קרישא, אבל הייתי מבקשת ממומחה שיבחן את הפרטים של הקרישיות זו ואת הבדיקות הספציפיות שיש לערוך" (עמוד 342 שורות 16-21). בעניין זה, ד"ר סקוור הצבעה על מחקר לפיו 50% מההידומים ביילודים היו בשל פקקת. ילוד הוא בן 0-28 ימים אשר זהו מחקר שמשקף את גיל המנוח יותר מאשר מחקרים העוסקים במקרים מסוימים (עמוד 410 שורות 11-17). מחקר של סבאי מראה שהגורם לפקקת הוא 75% זיהומי, 21% מהתייבשות ולכך אם לא מדובר בגורמים הללו מדובר בחבלת ראש אך יש למצוא לך ראיות (עמוד 410 שורות 21-33 ועמוד 411 שורות 7-12).**

132. לטענת ד"ר סקוור אין לה צורך להتبסס על ד"ר מק כדי להגיע למסקנה שיש תסминים של פקחת ורידים שכן התיאור הרדיולוגי שסופק על ידי התביעה: "מציג מאפיינים של כמות קטנה של דימום חז-אקסיאלי בסריקה הראשונה, שהתגבר בסריקה השנייה, ובPRIOR גם בששית, בין ה-17 ל-22 לחודש הייתה עלייה בדימום, עלייה בנפיחות מוחית, עלייה בבדיקה הפלקס, הופעה טרייה של דימום תור-חרדי, עלייה בבדיקה כל הדם, כולל מערכת הורידים העמוקה, שעשוים להצביע על שינויים של פקחת ורידים" (עמוד 403 שורות 21-22).
133. לטענת התביעה אם היה מדובר בפקחת, התמונה הקלינית הייתה שונה מבחינת המראה והנזקים שכן התמונה של פקחת היא תוך מוחית, חד צידית ו שונה מהתמונה המתוארת. אך השיבה ד"ר סקויר שמדובר באבחנה קשה והוא מעדיפה להשען על מחקרים אובייקטיביים שקובעים זאת מאשר "הזכונות מהפרקטייה היומיומית" של מומחי התביעה (עמודים 406-407). לטענת התביעה שאם היה מדובר בפקחת שגרמה להידרות של המנוח- התסמים שלו היו דו-פוזיטיביים ומפותחים באופן שבו חיברים להיראות, ד"ר סקויר אמרה שלא מדובר בתחום מומחיותה אך היא מפנה את מומחי התביעה לפרסומים. כמו כן הנזימה נעשתה 12 ימים לאחר האירוע (עמוד 407 שורות 7-25). מכל מקום, קריש עלול להופיע בוריד אחד על פני המוח, בצד אחד או בשניים והci נפוץ באופן אסימטרי (עמוד 330 שורות 3-4).
134. בסיכון היפנזה ההגנה למחלוקת בין מומחי התביעה. כך למשל ד"ר גリンברג סבר כי אף בהתקיים דימום נרחב במוח, באזוריים שונים, לא ניתן לשולב פקחת (עמוד 191 שורה 19), ולעומת זאת ד"ר הופמן וד"ר טל העידו כי פקחת גורמת לדימום באזור אחד (עמוד 153 שורות 1-2 ועמוד 181 שורות 7-6 בהתאם). מומחיות ההגנה העידו כי הקרישים אינם מוגבלים לוריד יחיד וירבו ורידים רבים כיוון שענין הקרישה הינו מערכתי (ד"ר מק בעמוד 434 שורות 10-13, וד"ר סקויר בעמוד 330 שורות 6-3).
135. (3) בפן הרדיולוגי: ד"ר מק כתבה בחוות דעתה כי פקחת מופיעה כשהיאzioni במערכת הקרישה נפגע. בין גורמי הסיכון נכללים זיהום, אנמיה, התיבשות ונטיה גנטית. העובדה שמערכת הקרישה של פעוטות אינה בשללה עלולה לתרום להגדלת הסיכון להיווצרות קריש (נ/27, סעיף 1). לעומת זאת הסכמה שפקחת ורידים היא מחלת נדירה, ובקרוב תינוקות מתחת לגיל שנה היא נפוצה יותר בילדים (עמוד 491 שורות 9-11).
136. ד"ר מק כתבה כי הורידים המנקזים את מעטפת המוח (קורטקס) מתאחדים לורידים המגשרים שחוצים את החלל התת-ארכנוaidי תוך הדורה והסינוסים הדורלים. כאשר וריד קורטיקלי פקוק, גם הנטבים התת-ארכנוaidי והדורלי עשויים להיות מעורבים (נ/27, סעיף 1). לטענת התביעה, התמונה הקלינית בCT, בקומה, ללא נשימה ומוחי בהגעה אינה מתאימה לפקחת, אך לטענת ד"ר מק פקחת עשויה להופיע עם כאב ראש או עם תמונה של תרדמת וכל מה שביניהם וכן גם קשה לזיהותה (עמוד 494 שורות 1-6). לטענת התביעה בפקחת נגרם נזק מוחי משמעותי מימי צדי המוח, לטענת ד"ר מק המנוח סבל מנפיחות זו צדדיות. בנוסף הנזק המוחי מתרחש אף לא תמיד נכון, בייחוד בזמן הקבלה לבית החולים, ומעבר לכך הדימום הוא סימן שניוני (עמוד 494 שורות 7-13). כמו כן, פקחת עשויה להשפיע על וריד אחד מצד אחד והסימנים עשויים להיות מأد מתונים. היא יכולה להשפיע על מספר רב של ורידים משני הצדדים, ככל שיותר ורידים מעורבים יש פוטנציאלי לתסמים משמעותיים יותר (עמוד 434 שורות 10-12). לרוב הקרישים אינם מוגבלים לוריד אחד אלא עשויים לערב ורידים משני צדי המוח (נ/27, סעיף 1).
137. ד"ר מק נתקלה במספר מקרים בהם לא הייתה ראייה חיצונית לטראומה, שפורשו בטעות כdimom תת דורלי אף בעקבות סריקה שלה יחד עם נירורדיולוגים נמצא ראייה לפקחת (עמוד 492 שורות 3-1). היא הדגישה שפקחת ורידים ובאופן ספציפי בוירידים הקורטיקליים עשויים להיות מוצגים עם כמות

קטנות של דם מוחץ למוח (עמוד 491 שורות 24-23).

138. הדימום: לטענת ד"ר מק דימום תת עצביי מוקדי מדווח בהקשר של פקקת ורידים (נ/27, סעיפים 2-1). גם דימום לתוך הדורה ולմדור התת-דורי תואר במקרים של פקקת ורידים. התביעה הצינהamar שהbabiah ד"ר סקוור ובו כתוב תומס סלבוס: "אין כל ראייה מדעית שפקקת ורידים תוך-גולגולתית בלבד, קשורה לדימום תת דורי. למעשה חשוב לציין שאחד הגורמים לפקקת ורידים תוך גולגולתית, היא טראומה, וטריאומה אכן גורמת לדימומים תוך דוריים" (עמוד 494 שורות 22-24), לטענת ד"ר מק יש חולקים על כך וסוברים שפקקת ורידים ודימום תת דורי קשורים. היא ציטה מפטולוג פורנצי בשם פלונן (עמוד 494 שורות 30-32 ועמוד 495 שורות 1-5). לטענת ד"ר מק סוג הדימום מעיד על קריש ולא על דימום תת דורי אך סוגיה זו נדונה לעיל וקבעת כי נמצא דימום תת דורי.

139. (4) בדיקות לגילוי פקקת: ד"ר מק העידה על הקושי בזיהוי פקקת. על מנת לזהות אותה חובה להשתמש בחומר ניגוד תוך ורידים ולעתים חובה לבצע בדיקת וונגרם. בדיקת CT ללא חומר ניגוד היא בעלת רגישות נמוכה מאוד לזייה (נ/27, סעיף 2). בעדותה הדגישה: "אם לא משתמשים בניגוד, הסבירות שתוחמץ, היא מאוד גבוהה, בפרט בפקקת ורידים קורטיקאלית... אחד מההחותרים שניתן לעשות באמצעות CT הוא וונגרמה... באמצעות הבדיקות הנוספות האלה, ניגוד וחתכמים דקיים ווינגרמה... באופן זה נוכל לזהות את הפקקת באופן אמין" (עמוד 500 שורות 12-17).

140. לטענת ד"ר מק, ד"ר גיפס טענה שלא שילבה אפשרות לפקקת ורידים קורטיקליות (ורידים קטנים יותר שנמצאים על פני השטח של המוח ומצטרפים יחד ומתנקזים לסינוסים הורידים הגדולים). אם יחסמו, יכולם ליצור דימום סאב-ארכנואידי ולהתקשר לפרוכטים, התנפחות של המוח ודימום (נ/28, עמוד 2). ורידים קורטיקליים חסומים בקריש יכולים להיחשב בטעות כدمם סביב המוח, פקקת ורידים קורטיקלית ופקקת סינוסים דורלים עלולות להיות מוחמצות בהיעדר בדיקה מתאימה (נ/28, עמוד 3 וקראו גם עדות ד"ר היימן בעמוד 548 שורות 6-4). לטענת התובע אם פקקת גרמה לאירוע- היה נדרש נזק דיפוזי ודרמטי בשני צידי המוח ובנוסף, לא הייתה אפשרות שלא היה יכול בפקקים בنتיחה שלאחר המות. ד"ר היימן השיב שההתובע מדבר על פקקת בורידים העמוקים שאיתה מצופה למצאה בנטיחה במוח במצבו של המנוח, בורידים הקורטיקאליים לא ניתן לראות פקקת במוח מונשם במצבו של המנוח. "העובדת שלא רואים פקקת, 14 ים אחרי האישוף בזמן הנטיחה, זה לא "לא נשמע מעולם" (עמוד 548 שורות 21-30).

141.指出 כי ד"ר סקוור בחוחות הדעת הסבירה שפקקת ורידים וסינוסים היא תוצאה של אי איזון בתהליכי הנורמלי של היוצרים קרישים ושבירת תאים המתרחש במערכת הורידים. קרישים שניכחו קודם, בזמן מחלת המנוח, יכולו להתפרק ולהיעלם (נ/20, עמוד 17).

142. (5) הערות הקשורות באנטומיה: ד"ר מק לא הסכימה עם ד"ר גיפס שהסינוסים אינם וריד אלא שקיי בעצם שמתנקז מההורידים. לטענת ד"ר מק הסינוסים הם ורידים אמיתיים. כיוון שאין שסתומים במערכת הורידית של המוח, של הדורה או של ארובות העין, הדם יכול לזרום אחרת במידה והזרימה נתקלת במחסום. זרימה חזקה יכולה להתרכש מאחד הסינוסים הדורליים הגדולים לתוך אחד מכל הדם התוך-דורליים הקטנים. וכן עלולה לגרום למצאה של אזורים קטנים של דימום דורלי הקשורים בפקקת ורידים דורלית (נ/28, עמוד 1). ההגנה טענה בסיכוןיה כי לא ניתן להסתמך על מצאה של ד"ר גיפס לאור חוסר בקייות באנטומיה בסיסית.

143. ד"ר מק לא הסכימה גם שקריש דם בין הגולגולת ל夸ומות הקשה לא יכול להתפוצץ: לטענתה אין זה מדויק לתאר דליפת דם מוירידים פקוקים או מלאים קריש כפיצוץ. וריד שמלא בקריש יתרחב תחילתו

ובחלק מהמקרים תאוי הדם האדומים שבוריד עשויים לדלוף לאורך דופן הוריד לתוך הרקמה שבסביב (נ/28, עמוד 1). לטענתה ורידים חסומים בקריש יופיעו רדיולוגית צפופים ועשויים להיחשב בטעות לכמויות קטנות של דימום מחוץ לכלי הדם. אם אוטם ורידים דולפים תאוי דם אדומים הם יאבדו את הצורה הרגילה שלהם וסביר שיפורשו בטעות כבלתי קשורים לורידים הפוקוקים (נ/28, עמודים 2-1).

. 144. (6) "יעוז קרישא": ד"ר היימן כתב בחוות דעתו כי תפקודו הקרישא של המנוח נמצאו תקין, אך ישנו סיפור משפחתי של הפרעות קרישא. لكن האם והמנוח היו צריכים להיבדק באופן מكيف יותר לגורם תרומבופיליים כגון MTHFR, מוטציות בגין הפרותורומבין ומוטציה ליידן בפקטורV (נ/31 עמוד 21). סריקות CT -MRI מרמזות על פקקתת אף אין אבחנות כמו בדיקת נוגרפיה שלא בוצעה במקרה זה (נ/31 עמוד 22).

. 145. כשללה לדוכן העדים הובהר לד"ר היימן שלאם אין בעיה של קרישיות יתר אלא לאביה (סבו של המנוח). הוא נשאל האם משנה את חוות דעתו לאור המידע החדש והשיב כי, לדעתו, עדין היה צריך לבצע בדיקה של מיפוי ורידים בMRI ובבדיקות מקייפות יותר (עמוד 550 שורות 11-6).

. 146. פקקתת: דין

ד"ר גראנברג אמר בעדותו כי יש לבצע אבחנה מבטלת כיוון שבונוכחות בצקת יש צפיפות מוגברת של כלי דם שעשויה להיראות כמו פקקתת. לעומת זאת, ד"ר גראנברג היה מודע לכך שיש לשולב פקקתת, בזמן אמת. השאלה היא האם אכן נשללה פקקתת.

. 147. (1) יחידת הקרישא: אין מחלוקת כי בבדיקות שביצעו במנוח, תפקודו הקרישא נמצאו תקין. בנוסף, נטען על ידי פרופ' קנת שדים מוחי ותוך גולגולתי בתינוקות עם הפרעת קרישא מולדת, נדרה ושיכחה יותר בעקבות לידה טראומטית וمعدיה לרוב על הפרעה קשה. ד"ר היימן טען שבסו של המנוח, מצד האם, סבל מקרישיות יתר וכן היה צריך לבצע בדיקות מקייפות יותר אף PROF' קנת השיבה שכיוון שהמנוח נבדק והותזאות נמצאו תקיןות, אין לכך שום משמעות. בנוסף, התביעה הציגה בדיקות של האם המעידות על כך שלא סבלה מקרישיות יתר. בעניין זה יש להעדיף את עדותה המקצועית של PROF' קנת כמי שעומדת בראש יחידת הקרישא בתל השומר, וכਮומחית באופן ספציפי למתחם הנדון, על פניה אמריתה של ד"ר היימן, רופא ילדים בהכשרתו. לפיכך אני קובע כי הבדיקות הרלוונטיות בוצעו במנוח ונשללה הפרעת קרישא מולדת. חשוב לציין כי בחקירתה הנגדית אישרה PROF' קנת שהבדיקות שבוצעו במנוח הן בדיקות גנטיות, ובבדיקה של הפרעת קרישות שאינה גנטית ניתן לבצע רק מספר חדשניים לאחר האירוע.

. 148. ד"ר סקוור הצביע בחוות דעתה על גורמים שונים שעלולים לגרום לפקקתת: מחלות כגון דלקת קרום המוח, אנמיה וסכרת לצד חבלת ראש. יחד עם זאת, ד"ר סקוור לא הצביע על גורם ספציפי של דלקת הוביל לפקקתת, לשיטתה, במנוח. המנוח לא סבל ממחלות שהוזכרו בחוות דעתה וגורמים של הנשמה וגנטיקתה עליהם הצביע נשללו על ידי מומחי התביעה. ד"ר סקוור עצמה הסכימה שטענה זאת יידע כלוי, וכך יש צורך בחוות דעת של מומחה בתחום.

. 149. לעניין הסבירות שתינוק בן חודשים ספורים יכול מカリיש התייחסו מספר מומחי תביעה. PROF' קנת טענה שככל שהוא נמוך הסבירות לקריש אף היא נמוכה. PROF' פרת טען ש"לא קורה ומאד נדיר" שיופיע ללא גורם ראשי, בעיקר בתינוקות, כגון הפרעת קרישא, חבלת או זיהום. מטעם הגנה, טענה ד"ר מק בחוות דעתה שמערכת הקרישא של פעוטות אינה בשלה וכן עלולה לגרום להגדלת סיון לקריש. יחד עם זאת בעדותה אישרה שמדובר במחלת נדרה, כאשר מדובר בתינוקות מתחת לגיל שנה היא מוצגת בעיקר בילדים.

. 150. לסיכון נקודה זו, במהלך אישפוזו של המנוח בוצעו בדיקות להפרעות קריש גנטיות במנוח,

שנמצאו תקינות. לעובדה שהסביר סובל מהפרעה בקשריות אין השפעה על הקביעה בסוגיה זו, הן לאור העובדה שהאם אינה סובלת מבעיה דומה ובעיקר משום שהמנוח עצמה נבדק כאמור. אשר לבדיקות נוספות שאין גנטיות, שניתן לבצע בעבר מספר חדשניים מהאורווע, אמנם למרביה הצער לא ניתן היה לבצע במנוח, יחד עם זאת האפשרות להיווצרות קריש באופן ספונטני בתינוק בן 4.5 חודשים נעה בין נדירה (על פי ד"ר מק) לבין לא אפשרית ומאידנדירה (על פי פרופ' פרת).

- .151. (2) רדיולוגית:
- .152. (-) בדיקת הונגורות: לטענת ההגנה, בדיקת CT היא בעלת רגישות נמוכה, יש צורך בחומר ניגוד ולעתים לבצע אף בדיקת וונגורות, בעיקר בפקקת בורידים הקורוטיקליים (שהם ורידים קטנים יותר, על פני המוח, המתנקזים לשיננסים הורידים הגדולים). אין מחלוקת כי בדיקת וונגורות היא הבדיקה לאיתור פקקת. גם פרופ' קנת אישרה זאת.
- .153. לטענת פרופ' קנת לא ביצעה את הבדיקה כיוון שלא נמסר לה מאנשי הדימות שקיימת בעיה של פקקת. אני מקבל שצאות בית החולים, טיפול במנוח וניסיה להציגו, בחר את הבדיקות שיש לבצע בזמן אמת על פי שיקולים רפואיים ולא מתוך שיקולים משפטיים עתידיים. כיוון שלא נמצא, מבחינתם, סימנים המצביעים לפקקת הנן בבדיקות הדם והן רדיולוגית, לא רוא כל צורך לבצע את בדיקת הונגורות. אם כי בדיעבד, כדי להסיר כל טענה של ההגנה היה ניתן לבצע את הבדיקה. ועור כי טענה דומה של ההגנה הועלתה גם בסוגיית הצלעות בגין בדיקת הדקسة השוללת רככת אר לא בוצעה על ידי צוות בית החולים - רואו התיאחותי להלן.
- .154. נכון שבדיקת וונגורות היא הבדיקה הטובה ביותרiae לאיתור פקקת, עם זאת השאלה אינה אלא בדיקות ניתנת היה לבצע אלא: האם, לאור בדיקות רדיולוגיות, פתולוגיות ובדיקות דם שבוצעו במנוח, הוכח מעלה ככל ספק סביר שנשללה פקקת.
- .155. בפן הרדיולוגי, טוענים מומחי התביעה כי ניתן לראות סימנים לפקקת גם ב-CT רגיל, במיוחד אם מדובר בפקקת חמורה שהובילה, לשיטת ההגנה, לממצאים החמורים שגרמו בסופו של דבר לפטירת המנוח. בנוסף, טוען פרופ' קונסטנטיני כי אם הנזק החמור נגרם כתוצאה מפקקת, היה מצפה לראות את הפקקת בבירור בنتיחה שלאחר המוות.
- .156. (-) דימום ופקקת מוצגים באופן שונה: פרופ' קונסטנטיני הסביר כי פקקת מתחילה עם בעיה רקמתית ופחות עם דימומים תת דורליים והת עכביים. ד"ר הופמן הסביר שבפקקת לא אופייני שבצתקת מופיעה בשני צדי המוח, כפי שהיא במנוח. ובנוספ', דימום מקריש הוא דימום תת מוחי ולא תת עכבי. גם פרופ' היס אמר שדיםומים שאינם כתוצאה מטלטל או ממקדים לאזורים קטנים יותר. כאשר ר' סקוור עומתה עם טענות מומחי התביעה טענה שהללו נשענים על "זיכרון מהפרקטייה היום-יוםית" והוא מעדיפה להישען על מחקרים אובייקטיביים. לגופם של דברים טענה שעלייה בדים ונקודות מוחית וכן עליה בධיסת כלי הדם עשויים להשפיע על שינויים של פקקת. מדובר באמירה כללית המובנית מalias ואינה מחדש, שכן גם מומחי התביעה מסכימים שניפויות ודימומים עשויים להשפיע על פקקת אלא שהם התיחסו באופן ספציפי לממצאים שהוצעו במנוח וטענו שסוג הדימומים והתפזרותם מתאימים לדימום ולא מתאימים לתמונה של פקקת.指出ן כי ד"ר גרינברג העיד שפקקת עשויה להיראות כדימום במספר מוקדים ובאופן מפוזר אך יש להעדיף את עדות ד"ר הופמן, פרופ' קונסטנטיני ופרופ' היס.
- .157. (3) פתולוגית: טענת ההגנה המרכזית היא שלאחר 12 ימים של הנשמה, המוח ניזוק באופן שאינו אפשר לאבחן או לשלול פקקת. הן פרופ' קונסטנטיני והן ד"ר גיפס התיחסו לטענה זו והשיבו באופן

זהה כי למרקם המוח אין השפעה על האבחנה כיוון שבנטיחה מוחפשים פסקת בסינוסים הורידים, בתעלות, המוגנים מאחורי הקром הקשה, ולא במוח שנזוק. בנוסף, טענים מומחי התביעה כי אם פסקת גרמה לתסמים שהופיעו במנוח ובסופו של דבר אף לפטירתו, הרוי שמדובר בפסקת שלא ניתן יהיה לפספסה בנטיתה. מכל מקום, ד"ר גיפס שללה פסקת באופן זו!

.158. (-) היא ביצעה בדיקה מיקרוסקופית של הקром הקשה שהדגים דימום בשלבי התארגנות. נמצא קром פנימי חדש ודק שתוחם את הדימום ומופיע דימומים בני שבוע לפחות. ד"ר גיפס העידה כי>Zיהתה שמדובר בדימום ולא בפסק. פסק נובע מעיצרת הדם שגורמת לכך שהדם מצטבר בשכבות מאורגנות של תא דם אדומיים, תא דלקת ושותן. לעומת זאת, בדימום המרכיבים הללו מתערבבים ונראים שונה מבחינת מרקם, צבע ומיקום. ד"ר סקוור טענה אמם שהרחבת כלי הדם ומעט דימום סביבם מצביים על פסקת, עם זאת מדובר באמירה כללית ואין טענה שנמצא פסק בנטיתה (טענת ההגנה הינה, כאמור, שלא ניתן למצוא מממצאים פתולוגיים במוח מונשם).

.159. (-) בעודותה, טענה ד"ר סקוור שד"ר גיפס לאלקח דגימות מהסינוסים הדורליים. היא הייתה מצפה שבנטיתה ילקחו 2-3 דגימות. ד"ר גיפס כתבה בחותם דעתה וגם העידה שבדקה את הסינוסים הדורליים ולא מצאה פסק. אני דוחה את טענה של ד"ר סקוור וקובע כי סביר שד"ר גיפס לא תicked דגימה מאוחר בו לא נתקלה במצבים רלוונטיים. לו הייתה מוצאת ממצא המעיד על פסקת היה עליה לדגום אותו אך אם לא מצאה דבר- אין סיבה שתגדום. גם לו הייתה דוגמת 2-3 דגימות אין בכך את הדיוון שכן אין מחלוקת כי קיימים סינוסים רבים וד"ר סקוור הייתה טוענת שהפסקת נמצאת בסינוסים שלא נדגמו. כיוון שאפלו ד"ר סקוור אינה טוענת שד"ר גיפס הייתה צריכה לנקח דגימות מכל הסינוסים אין לסוגיות הדגימות, אם לא מצאה פסק, כל משמעות.

.160. (-) בעודותה הסבירה ד"ר גיפס שהפסק עליו מדברת ההגנה הוא קריש שבין הגולגולת לקром הקשה הבולט לעין. אך כאמור היא בדקה את הסינוסים הדורליים ולא מצאה פסק או עדות להתרצות הוריד לחיל שמצויה את המוח. לטענת ד"ר מך לא מדובר ב"התפרצויות" אלא בכך שוריד שמלא בקריש יתרחב ובחلك מהמרקם תא הדם ידלפו לרקמה שסביב. ד"ר גיפס העידה כי לא מצאה פקרים ولو הייתה מוצאת פקרים- הייתה מתארת אותם בהרחבה.

.161. (-) בעודותה, צינה ד"ר גיפס שהסינוסים הורידים הם לא ורק אלא שקע, פרופ' קונסטנטיני תיאר אותם כ"תעלות". לטענת ד"ר מך מדובר בורידים אמיתיים. אין מוצא לנוכח להידרש לסוגיה זו כיוון שאין לה השלכה ושירה על הדיון בעניינינו. לאור עדותה המקצועית של ד"ר גיפס, יש להניח כי לא תטעה בתיאור אנטומיה בסיסית אלא שד"ר מך וד"ר גיפס דיברו על אותו דבר ותייארו אותו בניסוח שונה.

.162. (4) לשיכום נקודה זו, מומחיות ההגנה טענו שלא נשלה פסקת לאור המרקם של המוח. טענה זו נדחתה על ידי ד"ר גיפס ופרופ' קונסטנטיני שהעידו כי אין למרקם המוח השלכה על בדיקת הסינוסים הממוקמים מאחורי הקром הקשה. תשובה של השניהם לא הופרכה על ידי ההגנה.

.163. אשר למקומות בבדיקה הפטולוגית, ד"ר גיפס כתבה בחותם דעתה כי בדקה את הסינוסים ולא מצאה פקרים. בנוסף, הדימום שנמצא במנוח אינו תואם מראה של פסקת במרקם, בצבע ובאופן התארגנות של הדימום. טענה זו אף היא לא הופרכה על ידי ההגנה. טענת ההגנה שנשמעה בעניין היא היעדר דגימות מהסינוסים והיעדר תיעוד אילו סינוסים בדקה ד"ר גיפס. בעודותה, מנicha ד"ר סקוור שד"ר גיפס לא בדק קרואו את כל הסינוסים, לאור המשפט הכללי שכתבה בחותם הדעת ד"ר גיפס- שבדק את הסינוסים אך לא

פירטה אלו מהם בדקה. בעניין זה אין הסתייגות של ד"ר פורמן-רזניך מהביקורת שערוכה ד"ר גיפס בסינויים ואף נכתב בחותם דעתה של ד"ר גיפס כי שאלת האם זיקוקה לבדיקות נוספת נספנות ונענתה בשלילה. חזקה על מומחית מטעם ההגנה, שנכחה בזמן הנטיחה שביצעה ד"ר גיפס, שאם סבירה שהביקורת שביצעה אינה עמוקה מספיק היהתה מבקשת מ"ד"ר גיפס לבצע בדיקות נוספות או לכל הפחות בדיעד, הייתה מספקת להגנה חווות דעת לפיה הבדיקות אינן מספקות. לא יתרן שד"ר סקוואר טען באופן כללי שיש לדחות את קביעתה של ד"ר גיפס שלא מצאה פלקקת, כיוון שלא צינה הין בדיקת בדקה, בשעה שנכחה בזמן הנטיחה מומחית מטעם ההגנה שהשגיחה על עובודה, והיה באפשרותה לבקש בדיקות נוספות או להעיר העורותיה.

164. **האם נשללה פקקת מעלה לכל ספק סביר**

מומחי הטעיה טוענו כי נשללה פקקת באופן וודאי מומחוות ההגנה מצדן לא אבחן פקקת, אלא שלדעטן על פי הממצאים הקיימים לא ניתן לשול פקקת בוודאות כפי שטענים מומחי הטעיה. לאחר עיון עמוק בנסיבות שהובאו בפניו על ידי מומחי טביעה מתחומים שונים, ובנסיבות ההגנה, לא נשאר בלבו ספק כי הנזק והדיםם במוח מהם סבל המנוח לא נגרמו מפקחת.

165. ראשית, גורם מרכזי שעלול לגרום לפקקת הוא הפרעת קריישה גנטית. גורם זה נבדק ונשלל במהלך אישפוזו של הנאשם ולכון הפרעת הקריישה של סב המנוח אינה רלוונטית. האפשרות של הופעת קריישן באופן ספונטני בנסיבות בגיל 4.5 חודשים הינה, ככל הפלות, נדירה.

166. שניית, מבחינה פתולוגית, לאחר שדיחיתי את טענת ההגנה שהמונחים לא מאפשר לשול פקקת ולאחר מכן שקיבילתי את חוות דעתה של ד"ר גיפס שלא נמצא פקקת בסינויים, ואת עדותה ששוגר הדימום ואופן התארגנותו כפי שנצפה במנוח אינו תואם פקקת, אני קובע כי ד"ר גיפס נשללה פקקת במהלך הנטיחה. אני מקבל גם את הטענה שפקקת שגורמת לממצאים חריגיים ולሞות היהתה גדולה מספיק על מנת להיראות בנסיבות. לא לモותר לציין את היעדר העורותיה של מומחיות ההגנה שנכחה בזמן נתיחת המנוח.

167. במשור הרדיולוגי, הריאות שהובאו בפניי אינם מאפשרות לשול קיומה של פקקת בוודאות, וכל שאכל לקבע במשור זה הוא שככל הנראה המנוח לא סובל מפקקת. יחד עם זאת יש לזכור כי פקקת נשללה במקרים אחרים. כאשר מציגים את התמונה הרדיולוגית לפיה ככל הנראה לא מדובר בפקקת, לשילוט פקקת באמצעות הפטולוגיה ובדיקות דם לקריישות גנטית, וכמשמעותם את האפשרות הנדרשה של היוצרות קרייש באופן ספונטני בנסיבות גיגיו של המנוח, בסופה של יומ אין בלבו ספק כי הנזק והדיםם מהם סבל המנוח לא נגרמו מפקחת.

168. לאור האמור איני נדרש לטענת הטעיה שאף אם התקיימה פקקת מקורה בחבלת ראש.

169. **לסיכום סוגיות הנזק המוחי והדיםם המוחי**

mach, הובאה בפניי עמדת מומחי הטעיה לפיה התמונה שהוצגה במנוח אופיינית מאד לחבלה לא תאונית. מאידך, הובאה בפניי עמדת מומחי ההגנה לפיה התמונה שהוצגה במנוח אופיינית לכל מקרה של הפסקה בנשימה או בפעילות הלב ולא ניתן לקבוע בוודאות כי מדובר בחבלה לא תאונית. איני מקבל את עמדת ההגנה כיוון שמדובר הטעיה לא הציבו על הגורם "שהתגעו" את תלית ההיידרדרות של המנוח. אם קיבל את טענת ההגנה הרי שהמנוח הפסיק לנשום או שיבתו נדם באופן שגורם לנזק מוחי ודימומיים מוחיים, באופן ספונטני, ללא הסבר רפואי לכך. כאמור, לצד אמריתה של ד"ר סקוואר כי אינה יודעת מה הוביל להתמצטות המנוח היא הציעה, יחד עם שני מומחי הגנה נוספים, אפשרות של פקקת ורידים אך משעה ששובגעתי וקבועתי כי זו נשללה על ידי מומחי הטעיה אין לכך ממשמעות.

לצד עמדה זו ניצבת עמדת מומחי הتبיעה לפיה מצבו של המנוח, ובעיקר השילוב שבין דימום תות דורלי ושינויים היפוקסימים-איסכמיים במוח, מוצגים באופן שכיח במקרים של חבלה לא תאונית- טלטול. עמדה זו מושתתת הן על ספרות ענפה (הגורם הללו הם חלק מההתסמנות, מהמשולש, שהתקבל בספרות כאמור לעיל) והן על ניסיון קליני עשיר של המומחים בכל התחומים: פרופ' קונסטנטיני כנוירוכירורג ילדים, פרופ' פרת וד"ר כפסח אאנשי טיפול נמרץ, אנשי מקצוע מתחום הרדיולוגיה, ואף ד"ר גיפס כפטולוגית המבצעת נתיחות ילדים בישראל.

171. צוין כי בעת קבלת המנוח יישנו "רשום של פרט אחד אשר התבטא ברעד של לסת תחתונה" (ג/44). ההגנה העלתה אפשרות שהמנוח סבל מהתקף פרט או הפסקת נשימה אך שעה שאפשרות זו הובאה בשולי הדברים, ללא כל דיון משמעותי במהלך ניהול המשפט וטור היישנות על אמרה כללית של ד"ר סקוויר (ג/20 עמוד 18) איןני מוצא מקום להידרשות לאפשרות זו.

.172. (ה) הדימומים ברשותה

הdimomim brashutit: Umdat ha-tbua

אין מחלוקת כי למחרת אישפוו של המנוח, בשעות הבוקר, הוא נבדק ונמצא דימום נרחב ברשותות העיניים (ת/105 עמוד 2). דימומים אלו נמצאו גם בבדיקה היסטולוגית (ת/140 עמוד 6). רופאת העיניים, ד"ר ויגנסקי-יפה, אישרה שדיםם ברשותה עלול להיגרם מסיבות נוספות מלבד חבלה. היא צינה שדיםם ברשותה עלול להיגרם מהחיהה אף מדובר בתופעה נדירה בעיקר בילדים מתחת לגיל 3. ובנוסף, סוג הדימומים במקרה של המנוח אינם תואם את הספרות במרקם של דימום מהחיהה כיוון שעל פי הספרות מדובר בדיםם בודדים ובבודף האחורי "בשונה לחולוטין מהדיםם שהו" (עמוד 184 שורות 17-15 וראו גם עדות של ד"ר פסק ששלל שדיםם נגרמו מהחיהה בעמוד 139 שורות 18-16). לטענת ההגנה שלחץ תוך גולגולתי הוביל לדימומים ברשותה היא השיבה: "מדובר במנוח שהוא בן 4 חודשים, המרפא היה צריך להיות פתוח, בעצביו הרaría לא הייתה ב策ת, כך שאין עדות מבחינה עינית לחץ תוך גולגולתי מוגבר, דבר שהצביע על עצבי הרaría שנראו תקין לחולוטין" (עמוד 184 שורה 21, עמוד 185 שורות 2-1). "להלן נמדד על פי מדידת לחץ הנזול בעמוד השדרה, זה לא התחום שלי, אני רופאת ילדים, אף בלחץ מוגבר אין כזו כמות מסיבית של דימומים בכל שכבות הרשותה" (עמוד 185 שורות 7-5).

173. בהקשר זה כתוב פרופ' קונסטנטיני בחוות דעתו שהדיםם ברשותה "יכולים להיות שונים" לחץ תוך גולגולתי גבוה מאד אף מכיוון שהופיעו כבר בקבלתו של התינוק למיון לא סביר שזו הסיבה, אלא חבלה במנגנון של טלטול. מוצאים אלו הם אופייניים לחבלה לא תאונית. אני קובע בזאת שהממצאים העיניים נגרמו קרוב לוודאי מנגנון של טלטול" (ראו גם עדות של ד"ר פסק בעמוד 115 שורות 27-28 ועמוד 116 שורות 9-1). אין מחלוקת כי בדיקת העיניים לא בוצעה באופן מיידי בעת ההגעה למיון אלא רק למחרת בבוקר. לשאלת האם יש בכך להשליך על מסקנתו השיב פרופ' קונסטנטיני בשלילה והסביר שדיםם בריטינה במנגנון שאינו טלטולי הם נדרים מאד. כמו כן, קבעי הזמן במנגנון שאינו טלטולי בין חבלת המוח לבין הופעת הדימומים בריטינה הוא בדרך כלל "סדר גודל של ימים" (עמוד 260 שורות 8-5).

174. גם ד"ר גיפס התייחסה למסגרת הזמן: "לדעתי עברו פחות מ- 24 שעות בין האירוע לבדיקה העיניים, כך שהלחץ לא הספיק להיות חזק מספיק כדי לגרום לדיםם, ותיעודים של דיםם בעיניים שנגרמו כתוצאה מעליית לחץ בדרך כלל אצל מבוגרים, הם בודדים וקרובים למרוץ של עצב הרaría, ולא מפושטים ונמצאים בכל שכבות הרשותה, מגעים עד להיקף גלגל העין, יותר בולטים ומשמעותיים וקשה מאשר בדיםם

בודדים שראוים בעליית לחץ תוך גולגולתי" (עמוד 243 שורות 10-5).

.175. בפן העובדתי טוענת הتبיעה כי המנוח לא סבל מלחץ תוך גולגולתי גבוה מאד" בעת קבלתו למיון: אין רישום המעיד על כך, הוא טיפול בתרופות להורדת הלחץ תוך גולגולתי, פרופ' פרידמן שערך סקירת שלד כתוב שמצא שהמרפס פתוח ולא ציין דבר נוסף, וחמישה ימים לאחר האישפוץ ד"ר גריינברג כתב שתפריה הגולגולת נראים מעט פתוחים. הتبיעה הצבעה על כך שד"ר סקויר כתבה בחוות דעתה שבזום האישפוץ תוארה התנפחות מינימלית של המוח (נ/20 עמוד 16). גם ד"ר מק הסכמה שלא נצפה לחץ כזה (עמוד 471 שורות 10-6).

.176. לטענת ההגנה, בדימומיים ברשותית, הגורמים הטבעיים נפוצים יותר מגורמים טראומטיים. ד"ר פסח השיב: "מה שצוטט הוא מהאסקולה הפחות מקובלת... נכון שיש גורמים פיזיולוגיים שגורמים לדימום ברשותית אך לא היו במנוח" (עמוד 140 שורות 9-6). יש להעיר כי ד"ר גיפס התיחסה בחוות דעתה לאפשרות שהחיה תגרום לממצאים העיניים: "דימומיים ברשותית העיניים לאחר החיה הינם נדירים ביותר, ואם מופיעים הינם בודדים מוגבלים" (ת/145 עמוד 4).

.177. יוער לעניין הדימומיים ברשותית כי ד"ר ויגנסקי-יפה הסכמה שגם פקקת בווריד המוח גורמת לדימום ברשותית (עמוד 185 שורות 11-12).

הdimomim ברשותית: עדות ההגנה

.178. מומחיות ההגנה שהתייחסה לסוגיית הדימומיים ברשותית היא ד"ר סקויר. בחוות דעתה כתבה כי מקובל שדימומיים ברשותית מהווים סמן חשוב לחבלה, אך זהה גם גורמים אחרים לדימומי הללו- עלייה בלחש דם תוך גולגולתי, דיסקרציה של הדם, מחלות הקשורות בהמוגלובין, חימצון ממברנה חזק גופי, ניתוח קטרטקט וחלבה מקרית. עד 60% מהילודים סובלים מdimomim ברשותית וגורמים טבעיים נפוצים יותר מגורמים טראומטיים (נ/20, עמוד 29). ד"ר סקויר הצעה שני מנגנונים מרכזיים שאפשרים במקרה הראשון- חסימה ורידית עקב לחץ, אףלו זמני, שמופעל על העצב האופטי על ידי עלייה בלחש תוך גולגולתי/תוך וריד. השני- משיכה ויטראו-רטינלית (בין גוף הזוגית לרשותית), במהלך טלטול שלטונו, לא עומד בבחינה ביוםכתית קפданית (נ/20, עמוד 29).

.179. לטענת ד"ר סקויר, כיוון שעינו של המנוח נבחנו רק ביום השני לאישפו, לאחר העלייה בלחש התוך גולגולתי, לא ניתן לשולש שהלחץ התוך גולגולתי גרם לדימום (עמוד 32 שורות 13-10). ד"ר ויגנסקי-יפה, שהיעידה מטעם הتبיעה, התיחסה לטענה זו בבית המשפט ואמרה שכיוון שעצבי הראייה תקינים ולא בזקפת, לא מדובר בלחש תוך גולגולתי. ד"ר סקויר השיבה: "אני לא אומrette שהdimomim הרשתי במקרה זה נובע מעלייה בלחש התוך-גולגולתי. אני פשוט טוענת שגם סיבה והעינויים נבדקו רק אחרי שהמוח עבר התנפחות... לא ניתן לומר בשום דרגה של וודאות שהdimomim הרשתי נובע מאירוע שairuv לפני הנפיחות במוח" (עמוד 378 שורות 13-12). במילים אחרות, לטענת ד"ר סקויר לחץ תוך גולגולתי יכול להיות באופן תיאורטי גורם לדימום ברשותית אף במקרה זה לא ניתן לומר האם זהו הגורם כיון שהעינויים נבדקו לאחר התנפחות המוח. ד"ר סקויר לא התיחסה לטענה הקונקרטית של מומחיות העיניים שעצביה הראייה נמצאו תקינים. ובנוסף, ההגנה לא מומחה לעניין שיסטור את טענת מומחיות הتبיעה.

הdimomim ברשותית: דין

בעוד שמטעם הتبיעה, בסוגיית הדימום ברשותית, העידה רופאה מומחיות לעיניים, מטעם ההגנה לא העידה מומחיות לעיניים אלא ד"ר סקויר. אינני פוסל את עדותה שכן ישנה השקה בתחום מומחיותה כנוירופתולוגית (כפי שישנה השקה בתחום מומחיותו של פרופ' קונסטנטיני כנירוכירורג או ד"ר גיפס כפטולוגית). יחד עם זאת נראה כי מלבד

אמירה כללית בדבר אפשרות תיאורטית לא עליה בידה לספק מענה הולם לטענות מומחי התביעה הן בדבר סוג הדימומיים והן בדבר היעדר סימן להשפעה של לחץ תוך גולגולתי לאור תקינות עצבי הראייה במקרה של המנוח.

181. אין מחולקת כי למחמת אישפוזו של המנוח, בשעות הבוקר, הוא נבדק ונמצא דימום ברשותית העיניים. לטענת התביעה הממצא קשור בשלוש ומידע על טלטול.טרם ATIחס לטענות ההגנה יש להעיר כי ד"ר ויגנסקי-יפה הסכימה שגם פסקת בוירדי המוח גורמת לדימום ברשותית, אלא שפסקת נשלה כאמור. בנוסף יוער כי ד"ר גיפס צינה בחווות דעתה (ת/145) שדימומיים ברשותית יגרמו בכל מקרה של דימומיים בין קרומי המוח ולא רק כאשר המקור לדימום הוא טלטול. להלן ATIחס לטענות ההגנה:

182. (1) לחץ תוך גולגולתי הוביל לדימומיים ברשותית: לטענת ד"ר סקוור העיניים של המנוח נבחנו רק ביום השני לאישפוזו, לאחר העלייה בלחש התוך גולגולתי ולכן לא ניתן לשולב שהלחץ התוך גולגולתי גרם לדימום. טענה זו נדחתה על ידי מומחי התביעה ממספר טעמים: ראשית, הדימומיים הללו, ללא מנגן טלטול, נדרים מאד (פרופ' קונסטנטיני). שנית, כעבור 24 שעות החלץ התוך גולגולתי לא חזק מספיק כדי לגרום לדימומיים בעיניים (ד"ר גיפס וגם פרופ' קונסטנטיני אומר דברים דומים). בנוסף, דימומיים ברשותית שנגרמו מהלחץ תוך גולגולתי יראו אחרת- בודדים וקרובים למרცח של עצב הראייה. וזאת בגין דימומיים במרקחה זה שהם מפושטים, נמצאים בכל שכבות הרשותית, מגעים עד להיקף גלגל העין וייתר בולטים ומסיביים (ד"ר גיפס וכן ד"ר ויגנסקי-יפה). כמו כן, ציוון שעצבי הראייה תקינים לחלוtin ולא בצתת, ניתן לשולב שהלחץ תוך גולגולתי הוא הגורם לדימום (ד"ר ויגנסקי-יפה).

183. כשד"ר סקוור עומרה עם טענתה האחרונה של ד"ר ויגנסקי-יפה היא לא השיבה באופן קונקרטי לשאלת לא טעונה באופן כללי: "אני לא אומrette שהדימום הרשתי במרקחה זה נובע מעלייה בלחש התוך-גולגולתי. אני פשוט טוענת שזו סיבה ושהעוניים נבדקו רק אחרי שהמוח עבר התנפחות...". כלומר, טענתה בדבר האפשרות שמדובר בלחש תוך גולגולתי שגורם לדימום ברשותית אינה מתאימה בהכרח לניסיונות המקרה הספרטני. היא העלה זאת כאפשרות תיאורטית רק משום שהעוניים נבדקו לאחר שהמוח התנפח ולפיכך לשיטתה לא ניתן לאבחן את מקור הדימום. אין בידי ד"ר סקוור הכלים להסביר כיצד הממצאים של המנוח (שלטענת התביעה סותרים את הטענה של לחץ תוך גולגולתי גרם לדימום) מתישבים עם טענתה זו.

184. צוין כי הפסיכה הישראלית הכירה כבר בקשר שבין טלטול לדימומיים ברשותית. כך למשל פס"ד ולס. ולס הודה בחקירתו בטלטול שהוביל לכך שהמנוח נחבט בקייר (בבית המשפט טען שאין לקבל הודהתו). במקרה זה מומחה התביעה, שעמדתו התקבלה, טען כי דימומיים נרחבים ברשותית לא תועדו מעולם כתוצאה מעלייה בלחש תוך גולגולתי. בנוסף כתוב כי דימומיים בכל היקף הרשתית די אופיניים לטלטול ו"יש דיווחים מסוימים בלבד על הופעתם במצבים אחרים" (ע"פ 10715/08 ולס נ' מדינת ישראל (פורסם בנבז, 28.6.2009, 5, 28). לעניין זה ראו גם ע"פ 12/7953 פלוני נ' מדינת ישראל (פורסם בנבז, 24.6.2013)).

185. (2) הדימומיים ברשותית נגרמו מהח'יאה: אפשרות זו נדחתה על ידי ד"ר ויגנסקי-יפה שטענה שמדובר בתופעה נדירה, בעיקר כשמ מדובר בילדים מתחת לגיל 3 וכן במקרה של דימום מהח'יאה מדובר בסוג דימומיים שונה מהמרקחה של המנוח: דימומיים בודדים ובdownside האחורי. ד"ר גיפס העידה באופן זהה. כלומר, הן אשת מקצוע קלינית והן פטולוגית העידו באופן זהה לעניין נדירות הדימומיים במרקחה של הח'יאה ולענין סוג הדימומיים. טענתן לא נסתירה על ידי ההגנה.

186. (3) הגורמיים הטבעיים נפוצים יותר מגורמיים טראומתיים: מדובר בטענה שהוצגה לד"ר פסקה שהшиб שמדובר באסכולה פחות מקובל. אם כי קיימים גורמיים פיזיולוגיים שגורמים לדימום ברשותית אך לא

נמצאו במנוח. לעניין זה ראו הצעות הפסיקה בסעיף 1.

187. (4) יצוין כי ד"ר סקוור הסכמה בחווות דעתה שמקובל שדיםומים ברשותה מהווים סמן חשוב לחבלה, אך לטענתה ישם גורמים אחרים - עליה בלחץ דם תוך גולגולתי,_Diskrezha של הדם, מחלות הקשורות בהמוגולובן, חימצון מمبرנה חז גוף, ניתוח קטרקט וחבלה מקרית. יחד עם זאת, ברור ש מרבית הגורמים הללו כלל לא רלוונטיים ל McKarya של המנוח. בסופו של דבר, ד"ר סקוור הצעה שני מגננים מרכזים: הראשון - לחץ תוך גולגולתי על העצב האופטי, שגורם לחסימה ורידית והשני- משיכה ויטראו-רטינלית (בין גוף הזוגית לרשותה), במהלך טلطול שטענתה, לא עומד בבחינה ביוםכת קפנדית.

188. לגבי טענתה לאפשרות של לחץ תוך גולגולתי- התייחסתי לעיל. אשר לטענתה האחונה שאפשרות של טلطול לא עומדת בבחינה ביוםכת, אני מקבל טענה זו. עד' התביעה אמרו אמירות חד משמעיות, מנומקות ומובוססות על ספרות רפואיות בנוגע לקשר בין טلطול לדימום ברשותה וכדי לסתור את עדותם יש להצביע על נימוקים קונקרטיים ולא להסתפק באמרה כללית.

189. (5) לסייעו: אני קובע כי הדדיםומים ברשותה שנמצאו בבדיקה שבוצעה במנוח למחמת אישפוזו קשורים במשולש ולא נבעו מלחץ תוך גולגולתי, החיה או גורמים טבעיים. טענת ההגנה המרכזית בנוגע לכך שהלחץ תוך גולגולתי הוא שהוביל לדדיםומים ברשותה אינה מתאפשרת: מומחי ה汰יבעה, לרבות רופאת העיניים, שללו את טענת ההגנה וסבירו נימוקים מגוונים המבוססים על ספרות, קליניקה ופטולוגיה, בעוד ד"ר סקוור לא התייחסה לטיעונים שהוצעו לה באופן ענייני, ואף הודהה שטענתה לא בהכרח מתאימה ל McKarya של המנוח ומובוססת על כך שהבדיקה בוצעה למחמת האירוע ולאחר שהלחץ תוך גולגולתי גבר.

(ו) **לסיכום המשולש**

להלן המסקנות העיקריות העולות מפרק זה: הקשר בין טلطול לתסמוני המשולש (או "תסמונת הילד המתולטל") הוכח מעל לכל ספק סביר. מדובר בתסמונת מוכרת ומקובלת בעולם הרפואה מזה מספר שנים. אף מומחתית ההגנה העידה כי המשולש הינו סמן חזק לאפשרות של טلطול. הצעתה המרכזית של ההגנה בנוגע לגורם למוות של המנוח, פקקת ורידים, נחתמה חרף היעדר בדיקת דקסה לאייתור פקקת. הבסיס לדחית טענת ההגנה הוא עדותה המהימנה של ד"ר גיפס שללה פקקת במישור הפטולוגי, וכן עדותה של פרופ' קנת שללה במישור הגנטי והעידה לעניין סיכויי הקלושים של תינוק לחЛОות בפקקת.

190. קבעתי כי המנוח סבל מדדיםום תת דורלי (על אף שמדובר בדדיםום מועט באופן יחסי) ושינויים היפוקסיים-איסכמיים. כמו כן סבל המנוח מדדיםום ברשותה, שעלה פי מומחי ה汰יבעה, לרבות רופאת העיניים, פיזרים מתאימים לטلطול ולא לחץ תוך גולגולתי (טענה זו לא ניתן מענה מצד מומחי ההגנה מעבר לאפשרות התיאורית של לחץ תוך גולגולתי עלול להוביל לדדיםום ברשותה). בנסיבות כי בעניין קוגמן קבוע בית המשפט העליון: "אין חולק על שני ממצאים חשובים שנמצאו בגופו של א' - המטומה סובדוראלית ודדיםומים מפותשיים בשתי רשותות העין. מנגד, לא נמצא עדות לחבלה חיצונית קשה בראש. כל הרופאים מטעם ה汰יבעה הסכימו כי ממצאים אלה אופייניים לתסמונת "התינוק המתולטל..." (ע"פ 10/9612 קוגמן ב' מדינת ישראל (פורסם בנבו, 27.4.2014), 31 (להלן: "פס"ד קוגמן").

191. לאור האמור אני קובע כי המנוח סבל מתסמוני המשולש.

(ז) **מרוח הציליות**

לסיום סוגיית המשולש, אדון בקצחה בשאלת מהו מועד הזמן שחלף בין קרונות הגורם שהוביל לתסמינים לבין

הופעתם.

.194. בכתב האישום נטען כי פועלת הטלטול הتبיעה במהלך הזמן בו הנאשם השגיח על התאומים אין מחלוקת כי בין הזמן בו האם ישנה לזמן בו ירדה לעשן סיגריה, חלף פרק זמן בו היא הגיעה את המנוח שבכה- ובמסגרת זאת שהתה בסלון עם התאומים, ולא הבחינה בהתנהגות חריגה.

.195. מומחי התביעה קבעו כי טלטולו של המנוח נעשה בסמוך לקרות הנזק. ד"ר הופמן העיד כי הטלטול נעשה "די בסמרק", מדובר במספר שעות ולא ביום (עמוד 154 שורות 21-22), פרופ' פרת וד"ר פסח בחווית דעתם כתבו כי הפגיעה סמוכה למועד הבדיקה ולא יותר משעות בודדות קודם לכן (ת/106 עמוד 2 וראו למשל עדותו פרופ' פרת בעמודים 138-139). גם ד"ר גיפס כתבה בחווית דעתה "השברים... דימומיים... בעקבות... נגרמו בסמוך מזמן לאירוע אישפוזו וקרוב לוודאי שנגרמו כולם באותו מועד". (ת/145, וראו גם עמוד 241 שורות 12-5). פרופ' קונסטנטיני הסביר אף הוא כי הממצאים במנוח הם-Calala המסתפקים מיידית אחרי החבלה או זמן קצר לאחריה. קשה להעריך בודאות מלאה "במקרה של חבלה כל כך קשה, הסימפטומים (המצב הקליני) מופיעים תוך דקות מהחבלה. כך שסביר שבחלת הראש נגרמה זמן קצר לפני הגעת האmbolens... בטוח של דקוט" (ת/152).

.196. פרופ' קונסטנטיני נשאל בבית המשפט לגבי סוגיה זו תוך שהגנה טענה כי מרוח הצלילות יתכן שיתמשך בין מספר שעות למספר ימים, ולא מספר דקוט, והשיב: "המנוח לוסיד אנטרול מופיע בהקשר של פתולוגיה שנתקראת אמטומה אפידורלית - מחוץ לקיום המוח שבה אדם מאבד הכרה, אחרי שהוא חוטף מכיה בראש, מתעורר מהזעוז המוח של המכח, אך יש זעוז מוח. יש תקופה של ייחש דבש נירולוגי, בתקופה זו הדם החוץ קשתי מתאסף והאדם שוקע לcoma. המנוח לוסיד אנטרול אינו "קיבלתי" מכיה, היתי בסדר והתדרדרתי" אלא "קיבلت" מכיה, היה לי זעוז מוח, התואשותי והידרדרתי" תמיד יש סימנים נירולוגיים בלוסיד, הוא לא قادر לחלוון, אך יכול להיות יותר טוב יחסית לשתי הקצאות". פרופ' קונסטנטיני המשיך והסביר כי במקרה של המנוח מדובר במנגנון שונה: "זה מנגנון של קריעה רקמתית, שבו אין לוסיד, ברור שהלחץ התעורר גולגולתי הולך ונבנה מוביל לשרשרת נזקים מנחים לכך אחד היה מורחב מהתחליה, לאחר כמה שעות האישון השני היה מתחיל להתרחב, אך אין מצב של לוסיד שהכל בסדר, ופתאום יש התדרדרות, קבועי בחווית הדעת שמנגנון החבלה הספציפי במנוח, היה חייב שהזעוז קרה דקוט רביע שעיה עד חצי שעיה שזמן שקרו אן לאmbolens ועד שהוא הגיע מרגען של קריעה רקמתית, שבו אין לוסיד, ברור שהלחץ התעורר לפניו, מהכרותי עם מנגנון חבלה זה אין מסוגל לנתקו בזמן מדויק". לאחר מכן אישר פרופ' קונסטנטיני כי על פי הספרות הרפואית מרוח הצלילות עשוי לקרות גם כשי דימום תת דוראלי ותת עצבי ללא חבלה. אך כשהפגיעה היא ישירות לרקמה ולתאי העצב (כפי שקרה במקרה של טלטול) אין מרוח הצלילות. עוד הוסיף פרופ' קונסטנטיני כי כshedobor בתינוקות קשה לזהות את הבעה, כי יתכן נזק נירולוגי קל, שלא יבוא לידי ביטוי באופן מפורש. יחד עם זאת ישנים סימנים ברורים- מצב של אי שקט קיזוני, ועד אפטיה קיזונית, פרוכסיס "לא מדובר בתינוק שישן בשקט בעירסה" (עמודים 272-273 וראו דברים דומים שהעיד המומחה בפס"ד קוגמן עמוד 31).

השברים בצלעות

.197. הממצאים- המנוח

(א) בבדיקה חזה מיום 17.1 נמצאו: "... שברים עם קלוס בקטע אחורי של צלעות 4-1 ו-7 ימי, 7-4 שמאל וקטע לטרали בצלע 6 שמאל".

(ב) בבדיקה חזה מיום 18.1.2012 נמצאו: "שברים רבים בצלעות דו צדדיות עם תהיליך רפואי וקלוס בגדים שונים. רובן אחוריים 7-4 מימין, 10 מימין, 7-4 משמאלי ולטראלית 5 משמאלי... אין شيئا' ניכר בהשוואה".

199. במהלך חקירתו הנגדית של ד"ר פסח עלתה השאלה כיצד תיאור השברים בשני המועדים השונים, אף שנכתב כי "אין شيئا' ניכר". חקירתו של ד"ר פסח בבית המשפט נשכה יומיים ובפתח הישיבה השנייה הוא סיפר שהשוואה בין הצלומים המקוריים ומדובר בטעות סופר (עמוד 122 שורות 13-19). ד"ר פסח אישר כי הוא אינו רדיולוג אך הידע שברשותו מאפשר לו להשוות את שני הצלומים ולקבוע שאין شيئا' ניכר בשברים בצלעות (עמודים 122-123). בהמשך העידה ד"ר מיכל סודק בן-נון שפענחה את צילומי הרנטגן: "בפיענוח של מ-17 יש טעות הקלדה, המנוח הגיע בשעות אחר הצהרים בכוונות, התקשרו אליו לבקש בדיקה, כשהייתי בביתי, והסתכלתי על צילום החזה, היה לי חשוב לכתוב את תשוביتي כבר באותו ערב כי עניין זה היה חשוד למסמנת של הטלתול, והקלדתי זאת בעצמי מהבית, הפיענוח מהבית לא אידיאלי, لكن נפלה טעות ברישום... אולם שברים שמופיעים ב-18 היו ב-17, לא נעלמו ולא הופיעו חדשים. כתבנו ב-18 שבעצמנו השוואה ואין شيئا' נגבי ה-17, ההשוואה היא בצלומים" (עמוד 161 שורות 1-9, 25-28). צוין כי מומחי ההגנה לא טענו לשינויים בשברים בין ה-17 וה-18.

200. (ג) בבדיקה CT ו-MRI שלאחר המומות נמצאו (ת/122): "מימין: בצלעות 7-4 שברים באספект אחורי לאורך קו ארכי, בחלקום הם תחילת היוצרות קלוס. בצלע 10 שבר באספект אחורי, עם היוצרות קלוס צפוף. משמאלי: בצלע מס' 1 שבר יחסית טרי בנקודות החיבור לחוליה. שבר נוסף באספект אחורי ללא קלוס. בצלע מספר 2 שבר קרוב לאיזור החיבור לחוליה. שבר שלישי אחר באספект הקדמי של אותה צלע, ללא היוצרות קלוס. בצלעות 7-4 שברים באספект אחורי לאורך קו ארכי, בחלקום עם תחילת היוצרות קלוס. בצלע 5 באספект קדמי, שבר ללא קלוס. בצלע 5 באספект צידי-קדמי, עם תחילת היוצרות קלוס".

201. (ד) בניתוח שלאחר המומות (ת/140, עמוד 4, סעיף 10) נמצאו: "בצלעות 7-4 מימין, בקו השכם, שברים עם יבלות עצם טריות יחסית, בצלע 10 מימין, בקו השכם, נמצא שבר עם יבלת עצם הנראית מעט יותר מפותחת, בצלעות 7-4 משמאלי, בקו השכם, נמצאים שברים עם יבלות עצם טריות יחסית, ובצלע 5, בקו בית שחיה קדמי, נמצא שבר עם יבלת עצם הנראית מעט יותר מפותחת. בצלעות 10-11 משמאלי בקו אחורי נמצאים שברים עם יבלות מפותחות".

202. (ה) במכتب הלמה שכתבה ד"ר גיפס (ת/144) היא הוסיפה לעניין גילאי השברים כי בחינה מיקרוסקופית העלתה שהשברים אירעו במועדים שונים. "לדוגמא, שבר בצלע 5 מימין בקו אחורי נוצר כ-14-7 ימים טרם המות ושבר בצלע 5 משמאלי בקו צידי נוצר כ-6-2 שבועות טרם המות, וקרוב לוודאי פחות מכ-4 שבועות טרם המות. מרבית השברים האחוריים נוצרו במועד קרוב לשבר בצלע 5 מימין ויתכן אף באותו זמן".

203. במכتب הלמה נוספת (ת/145) כתבה שمبادرة ה-CT שלאחר המות עולה "שברים טריים יחסית בצלע 1 משמאלי בנקודות החיבור לחוליה ובצד אחורי, שבר בצלע 2 משמאלי קרוב לחיבור החוליה (בצד האחורי) ושבר שלישי הצד הקדמי, ושבר בצלע 4 משמאלי הצד הקדמי, ללא היוצרות יבלת עצם (רפוי), נגרמו קרוב לוודאי באותו איזור שגרם לשברים בעצמות הגולגולת והנקז המוחי" (ת/145 עמוד 2 סעיף ב). רדיולוגית עולה "שברים בצלעות 7-4 שני הצדדים בצד האחורי, צלע 10 מימין בצד אחורי ובצלע 5 משמאלי במישור צידי, נגרמו יותר מכ-10 ימים טרם אשפוזו, ולא ניתן לשלוול כי נגרמו אף כחודש לפני האשפוז" (ת/145 עמוד 2 סעיף 2ג).

204. התאומה - הממצאים.

ד"ר גיפס ריכזה את הממצאים בתאומה בחוות דעתה מתאריך 23.2.2012 (ת/145 עמוד 3): "בצלום רנטגן מתאריך 17.1.2012 נמצאו שברים עם יבלת עצם (ריפוי) בחלק האחורי של צלעות 8-4 דו צדדיות, אשר על פי מאפייניהם (יבלת עצם) נגרמו למעלה מכ-10 ימים טרם הבדיקה (אם כי לא ניתן לשולש שנגרמו גם חדש טרם הבדיקה). כמו כן נמצאו שברים בחלק אמצעי-אחורי של צלע 9 מימין ושניים בחלק האחורי של צלע 3 מימין שנגרמו כפי הנראה פחות מכ-10 ימים טרם הבדיקה".

205. על פי פיענוח צילום חזה שבוצע ביום 24.12.2012 על ידי ד"ר יצחק יעקובסון, השברים בצלעות בניו לפחות שבועיים. על סמך סקירת שלד בתאריך 18.1.2012, עליה חשב לשבר בקצת עצם החישור (באמה) מימין. לא מצויים מאפיינים אחרים של השבר כך שלא ניתן להעריך את מועד ומנגנון היוצרתו".

206. השברים בצלעות: עמדת מומחי התביעה

בעניין זה העידו מטעם התביעה: ד"ר פסק, שכאמור הינו מומחה ברפואת ילדים וטיפול נמרץ, שעריך את חוות הדעת הכללית; פרופ' יair אניקסטר (להלן: "**פרופ' אניקסטר**"), מנהל השירות המטабולי בתל השומר; פרופ' משה פרידמן (להלן: "**פרופ' פרידמן**"), מנהל השירות הקליני בגנטיקה בתל השומר; ד"ר סודק, שכאמור הינה מנהלת דימות ילדים בתל השומר; ד"ר לאורייאן קופל (להלן: "**ד"ר קופל**"), מנהל יחידת CT ונוירורדיולוגיה באסף הרופא, שבחן את צילומי CT ו-MRI שבוצעו לאחר המוות, וערך דוח שסתום ת/22; ד"ר גיפס, שכאמור הינה רופאה משפטית בכירה. ביצעה את הנטיחה של המנוח והבדיקות הנלוות אליה. ערכה חוות דעת ת/140 וכן מסמכים נוספים שסתומו ת/141-ה (יחד עם ד"ר זיצב שהוא רופא משפטי ופטולוג).

207. (א) בפן המטабולי: "יעוז היחידה למחלות מטabolicות העלה שערכי הנתרן נמכרים לגילו וערכו הזרchan הגבויים יכולים להתאים לתהיליך רפואי של שברים רבים וכן, מדובר בממצאים האופייניים ליד לאחר החיסיאה. בנוסף, תיפקדוי קריישה תקנים לנילו: "עד עתה לא עדות למחלת מטבולית היכולת להסביר את הממצאים. בהתאם להמלצות מקובלות בספרות למורות סבירות נמוכה ביותר לאבחנות אחרות נשלים את הבירור על ידי רמות נחות וצראולופלטמין, רמות ויטמין A ונשלים בדיקות שעבודה. הסבירות למחלת מטבולית קטנה מאד, ואני מסבירה את שילוב הממצאים בשני האחים" (ת/105, עמודים 8-7). בחוות הדעת סיכם ד"ר פסק כי רמת הויטמין K של המנוח מעט נמוכה ביחס לאוכלוסייה אך מתאימה לגיל. לא מדובר בחסר משמעות שעלול להביא לפגיעה עצם. אין גם עדות קלינית, רנטגנית או אחרת לרकכת (ת/105 עמוד 9). בהמשך כתוב ד"ר פסק כי כל הבדיקות המטabolicות הושלמו והסבירות למחלת מטabolicת קטינה מאד עד לא קיימת (ת/106 עמודים 2-3).

208. בעדותו, הסביר ד"ר פסק את גורמי הסיכון הקיימים למחלתה: "בדרכו כלל יש רככת למי שיש לו דיאטה לא מאוזנת או הפרעה בספיגה עקב מחלת אחרת, שלא סופג את הויטמין D שחייב לבניית עצמות, מישחו שלא נחשף לאור, שלא מקבל תוסף תזונה שצריך לקבל,ILD שהוא פג, שכלכלתו מבוססת על תזונה בלי תוספות ויטמין D, נדר שבל ההיסטוריה הזה יש לילדים רככת. יש מקרים נדירים של רככת גנטית שאינה קשורה לקבלת ויטמין D אלא ליכולת הגוף להשתמש בויטמין זה" (124 שורות 16-24).

209. בסוגיה זו העיד מטעם התביעה מנהל השירות המטabolicי בתל השומר, פרופ' יair אניקסטר. פרופ' אניקסטר הרשים מכך במקצועותו ומהימנותו. עדותו הייתה נחרצת והוא שאל באופן מוחלט אפשרות של רככת: "כשאמרתי זהה לא נראה ככה, הסתמכתי על דברי הרדיולוגים, על הביווכימה ועל הבדיקה הפיזיקלית. בדיקות דם לגבי ויטמין D ואלקטרוליטים, כל זה לא מראה על רככת" (עמוד 151 שורות 14-16, ראו גם עמוד

142 שורות 22-22 ועמוד 150 שורות 21-18). "אין לי סימן אחד, מעבדתי, רדיולוג, אפילו מיקום השברים מאחור לא מתאים לריככת, אני לא מומחה לטראומות, אך כרופא ילדים,رأיתי טראומות ורככת זה נראה אחרת רנטגןית, ביוכימית, אפילו שיטמן D נמור... שבר זה לא ריככת, ריככת זה סימפטום זה מכלול שלם, או אפילו אפשר לומר ריככת על שבר ועוד עם דימום במוח, כשהילד מספיק לנשום" (עמוד 150 שורות 25-28 ועמוד 151 שורות 2-1). לטענת פרופ' אנטיקסטר הבדיקות המבוצעות קשורות למבנה העצם, הפרעה מינרלית, ויטמין D וכן בדיקה פיזיולוגית שכלי רופא ילדים מכיר. במקורה זה הבדיקות נעשו ובשני הילדים לא נראה סימנים לריככת. בוצעו גם בדיקות למחלות גנטיות נדירות נוספות (עמוד 142 שורות 28-25, 143 שורות 1-5 ועמוד 143 שורות 15-17).

.210 **מחסור בויטמין D:** רמת ויטמין D במנוח עמדה על 27.8 ואין מחלה שתעריך הגבוה מ- 30 הינו תקין לחלוון. ד"ר פסק העיד כי לא מדובר בחסר ממשמעותי: "הוא מאד סמור לערך התקין, ברמת הטיפול בלבד כזה, בהנחה והיה מגיע למרפאה הינו מבקש מההורים לחת לוי את הויטמין D שהוא מקבל עד שנה, כמו כל תינוק, אולי לחשוף אותו מעט יותר לאור השימוש ואולי להגדיל מעט את רמת הויטמין D ... לכל הילדים בישראל יש רמות ויטמין D יותר נמוכות ממה שרצינו שייוו, זו מחלת עולם מודרני שהם לא ערומים בשימוש" (עמוד 125 שורות 24-24). מכל מקום, לטענת פרופ' אנטיקסטר מחסור לבדו לא מעיד על ריככת. כדי לאבחן ריככת יש לראות סימנים רדיולוגיים וביוכימיים. אלא אם כן רמת הויטמין D מתחת ל-5, לדבריו: "מספר כמו 9-7, בלי קליניקה, זה לא ריככת אלא חוסר בויטמין D" (עמוד 144 שורות 5-4 ועמוד 146 שורות 25-26).

.211 ההגנה הציגה לד"ר פסק שאלת: האם ניתן שההתאומים נולדו עם ריככת בעקבות מחסור חמוץ של האם בויטמין D ומרגע לידתם החלימו את החסר באמצעות תוסף, הנitinן דרך קבוע לילודים ותינוקות, ולפיכך הממצאים שהתגלו הם תוצאה של ריככת שאטאט נעלמה עד שהגיעו לבית החולים. ד"ר פסק השיב: "התסritis יכול להיות סביר כמו תסritis נוספים, אך אין מאמין בתறיש זה, אין איש של תריחסים, כשהילדים הגיעו אליו לא הייתה להם ריככת, לא היה סימן לריככת, שום סימן, העצמות נראות בהתגרמות תקינה לגילם, לפחות לפי פיענוח הרנטגן, לא היו סימנים פיזיקליים לריככת ולא סימני מעבדה" (עמוד 127 שורות 20-16). הטענה זו לא הוצאה באופן ישיר לפropp' אנטיקסטר שהוא המומחה בתחום אך בעדותו ניתן למצוא תשובה גם לכך: הוא הסכים כי האם סבלה מחסר בויטמין D, אם כי מרבית האוכלוסייה סובלת מכך (עמוד 145 שורות 14-16). יחד עם זאת, לטענתו, אם האם סבלה רק מחסר בויטמין D ולא ריככת של ממש, אין סיבה שלילדים תהיה ריככת (עמוד 145 שורות 20-23). הוא הסביר שלילדים יש מספיק ויטמין D לחודשים הראשונים לחיהם כיוון שקיבלו את הויטמין מהאם דרך השיליה. אלא אם כן האם סובלת מרכיבת קשה (עמוד 144 שורות 17-19). לשאלת האם ההשלכה של מחסור בויטמין D אצל האם חמורה יותר מאשר בדבר בתאים השיב: "לא. מדובר באותו רמה, אוסمواה, שהוא שינו ומתחלק. אין ירידה בגין שמדובר בשני תינוקות" (עמוד 146 שורות 16-17).

.212 **לטענת הגנה ישן בדיקות אופטימליות לריככת שלא בוצעו כגון בדיקת דקסה וPTH.** לגבי בדיקת דקסה, הסכים פרופ' אנטיקסטר שאם יש חשד לריככת זו הבדיקה הטובה ביותר אך לטענתו "אם אין לך חשד בצלומים הרגילים ולא ביוכימיה ולא בויטמין D, למה לעשות דקסה?" (עמוד 148 שורות 23-18). כמו כן הסכים שרצוי היה לבצע בדיקת PTH אך הסביר כי לא היה שום חשד שוביל לכך שיש לבצע את הבדיקות (עמוד 149 שורות 9-11). "אין עדות שיש הפרעה באלקטרוליטים שמסבירה ריככת. זה הכל ביחד. בכלל זה הצורך לקחת PTH במקרים האלה הוא זניח מבחינה רפואית" (עמוד 150 שורות 1-1). גם ד"ר פסק התיחס בבדיקה הדקסה וטען שהבדיקה כרוכה בקרינת רנטגן, ולכן לא מבוצעים אותה ילדים ואין טוח ערכים נורמלי להשוואה: "זה אכן ידוע לנו, אך לאחר מכן לא יוכל לקבל תשובה חד משמעות, לא עשינו אותה" (עמוד 128).

שורות (19-22).

.213. הן פרופ' אניקסטר והן ד"ר פסח הדגישו כי בעת שצאות בית החולים ביצעו את הבדיקות השונות, המטרה שעמדה נגד עיניו הייתה ריפוי הילד ולא איסוף ראיות לטובת הליך משפטי עתידי. כך פרופ' אניקסטר: "לא עושים בדיקות בגלל מה שעוזד יגיד בעיתך" (עמוד 149 שורות 18-17), וד"ר פסח: "תפקידו בחיים לא לספק ממצאים עובדיים לעדות אלא לרפא ילדים, לעשות את כל הבדיקות הקשורות לביריאות הילד ולא לתיק בבית משפט... את הבדיקות עושים בתחום הקונטקט הקליני..." (עמוד 129 שורות 17-13).

.214. (ב) בפן הקליני (בדיקה פיזיקלית): הן המנוח והן התאומה נבדקו על ידי רופאי בית החולים ואין טענה של ההגנה שנמצאו סימנים המעידים על רככת. מעודתו של פרופ' אניקסטר עולה שהסימנים הפיזיקליים מופיעים לפני הופעת השברים ולכן היה מזכה לראות סימנים אלו בילדים עם רככת שהובילה לשברים בצלעות: "אתה מזכה שם שיש רככת בילדת בבדיקות פיזיקליות הרופאים היו רואים את זה" (עמוד 147 שורות 11-12). יש מספר סימנים פיזיקליים, בדיקת ראש שלוחצים ורואים בקלות... יש בבית החזה במבנה, ובהמשך אם זה לא קורה זה עוד יותר חמור, יש שברים" (עמוד 147 שורות 24-22). בבדיקות כאלה נעשות הן בבית החולים לאחר הלידה ולפני השחרור, והן בטיפת הלב. "הם יכולים לפפסס, כן. אבל הסיכוי קטן" (עמוד 148 שורות 3-1). גם ד"ר פסח העיד על מאפיינים פיזיקליים בילדים עם רככת: "רגלו מקושות, מבנה של גולגולת שהוא קצר יותר מרובעת, במקרים יותר קשים יש ממצאים בגבול הצלעות שיש אזרוי התגרמות לא תקין, שנוצר עיבוי שאפשר למשש אותו וגם לראותו בצלום, ונוגדים נוספים של עצם שהוא דليل בסיכון, שינויים במבנה הגדילה של העצם שהם אופייניים ובדיקות מעבדה, במקרה הזה עשוינו בבדיקות אלה, ולא מצאנו שם סימן שתומך ברככת" (עמוד 125 שורות 7-1).

.215. מומחי הבדיקה הצבעו על כך שבניגוד למקרים אחרים של רככת, במקרים זה לא נצפו שברים בעצמות הארוכות, ובכלל, לא נצפו שברים נוספים מעבר לשברים בצלעות. וכך העיד פרופ' אניקסטר: "כדי להגיד רככת חייב להיות סימנים רדיולוגיים, אין דבר זהה רככת בלי סימנים רדיולוגיים בעצמות הארוכות, לא קשור לבית החזה בכלל. אין דבר זהה, רככת זה בכל העצמות לצרכים ויטמינים" (עמוד 148 שורות 14-15). כך העיד גם ד"ר פסח "ברככת השברים השלים והמצאים הרנטגניים הם בעצמות הארוכות ולא דוקא בצלעות, מctrים למשהו שיש לו רככת דרמטית שהוא לו שברים כמו שהיו לתינוקות הללו, שהוא לו שברים גם במקרים אחרים" (עמוד 128 שורות 15-17).

.216. (ג) בפן הרדיולוגי: לטענת ד"ר קופל, יש להביא בחשבון שה摔רים בצלעות 7-4 הם בKO אני: "הכוונה כיש שברים בלבד בצלעות, בדרך כלל נשברת צלע או שתיים, כמשמעות בKO אני, כל הצלעות נפצעו באותו מקום, בדרך כלל זה מטרואה-חבלה שיכולה להיות נפילה על חוץ כהה, מכחה, או אפשרות של מעיכה אז כל השברים הולכים לאורך אותו קו, לא מדובר בשברים של נפילה רגילה. לעובדה שיש גם מימיין וגם משמאלי שברים זה אומר שקרוב לוודאי נגרמה חבלה משני הצדדים כמו אחיזה בשתי ידיים" (עמוד 167 שורות 13-7). בנוספ", "בצלע 2 יש שבר תלישה, הכוונה למושג מיוחד בתחום הדימוי, שיש שבר כתוצאה ממכה, שתי העצמות נשברות לאורך, מצד לצד, שבר תלישה זה שرك חתיכה אחת מהעצם נשברה, זה דבר שהולך עם טראומה חד משמעות" (עמוד 167 שורות 14-17).

.217. אשר למבנה העצם, העידה ד"ר סודק בן נון: "ברככת לא נשברים צלעות בצורה שנראה צילומים, ברככת מדובר בשברים בעצמות הארוכות... בספרות הרדיולוגיות יודעים להבחן ביניהם, אלה לא שברים של רככת כי יש שברים אופייניים למחלות שונות, השברים בצלומים לא אופייניים לרככת, שברים מהסוג שנמצאו רואים שהיתה אחיזה בחזקה. האופייני לשברים ברככת, גם יצירת הקלוס מופחתת, העצם לא יבנה

באותה מידת. במקרים שראיתי ברככת אוין הרבה, לא ראייתי שברים בצלעות, ולא בשורה אחת, וגם בלבד עם רככת, כשמרימים אותו לא צריך לגרום להרבה שברים" (עמוד 163 שורות 8-7, שורות 11-16). גם לטענת ד"ר קופל, במקרה זה העצם בעל צפיפות נורמלית ואני רכה כפי שקיים ברככת (עמוד 168 שורות 25-27 ועמוד 169 שורות 2-1), "מבחן איקוטית אפשר לראות אם העצם נראה תקין או לא, אם היא נראה תקינה לא תקינה אז היא מאבדת מהמרקם ומהצפיפות, והעצם של המנוון נראה בסדר" (עמוד 169 שורות 7-9).

.218. ד"ר גיפס נשאלת מדוע שברים 2-1 לא אותרו בצילומי הרנטגן. לטענת הגנה מדובר בשברים טריים שנגמרו במהלך האישוף. ד"ר גיפס השיבה כי בדיקת CT הינה תלת מימדית לעומת בדיקת הרנטגן שהינה דו מימדית. כמו כן השבר בצלע 1 מוסתר בצלום החזה על ידי צלעות הבריח וקשה לאותרו בעיקר אם הוא יחסית טרי ואין סבבוobilת. لكن מומלץ תמיד לבצע צילום חוזר בעבר שלושה שבועות לאחר החבלה-לאטר שברים שלא אותרו בבדיקה הראשונה (עמוד 219 לפוטווקול שורות 22-14).

.219. **מבנה הקלוסים- האם נורמלי:** ד"ר קופל הסביר שהקלוס ("הגבס" של השבר) מתחליל להיווצר 10 ימים עד שבועיים לאחר הטריאומה (עמוד 167 שורות 25-24). כשצין בחווות דעתו "שבר טרי" התכוון לכך שמדובר בשבר ללא קלוס (עמוד 168 שורות 10-12). במקרה של המנוון, ברוב השברים נצפה קלוס (עמוד 168 שורות 16-15). לגבי כמות גדולה של קלוס שנצפה בצלע 10 הסביר שבשבירים שלILD מוכה, עקב טראומה חוזרת ותווזת הילד, העצמות חזות ואז מתפתח קלוס גדול יותר (עמוד 170 שורות 26-28 ועמוד 171 שורות 18-11).

.220. ד"ר קופל הסכים עם מומחית הגנה שהתחאות הקלוס אינה רציפה. לטענה שהדבר מעיד על בעיות בחזק השיב שהסתירות מכירה בשברים חזרים כסימן למופיע בילד מוכה (עמוד 172 שורות 11-16), מכל מקום, אין אפשרות לומר על השאלה האם נתקל בספרות בתיאור שקלוס שנראה כמו שבר מלמד על חולשת עצמות (עמוד 172 שורות 22-23). כשהתבקש לגבי לטענת הגנה שבקרה זה אין התאות נורמלית כי "זוהר" חוצה את כל הקלוס השיב שהוא אינו מבין את המושג "זוהר" (עמוד 171 שורות 8-7): "כשהמתפתח קלוס, הוא מתפתח כך שהוא מכסה על השבר. קשה לי להגיד לטענה שיש התאות תקינה הקלוס מכסה על השבר כירקמה רציפה שמרפאת את השבר על ידי התחרבות כסוי רציפה מעיל השבר כי המושגים לא רפואיים, כשי שבר משני צדדיו מטפס קלוס מסביב לשבר" (עמוד 172 שורות 7-10).

.221. (ד) **בפן הפטולוגי:** מטעם התביעה העידה ד"ר גיפס שביבעה את הנתייה שלאחר המוות, בנסיבות מומחית מטעם הגנה. ראשית, טענה בעודתה שאין ברפואה מושג של "שבירים ספונטניים": "אין דבר כזה מבחינה רפואית התפתחות של שבר ספונטני, יש מבחינות שלוש סיבות אפשריות לכך שקלוס יראה מעט שונה בנסיבות או מפותח יותר, הסיבה הראשונה שકצוות השבר זו והתרחקו אחת מהשנייה, והרוווח ביניהן יהיה גדול, הריפוי אליו יותר והיבילת תהיה מפותחת יותר עקב הצטברות יתר של רקמה. אפשרות שנייה שבר חזק בשלבים ראשוניים של התפתחות רפואי העצם עקב שבר ישן, ואפשרות שלישית היא עצם חולנית שהפעלת לחץ עליה גרמה לשבר, ובקרה זהה, שלטי שהעוצם חולנית" (עמוד 217 שורות 18-11).

.222. לטענת הגנה שהליך רפואי העצם מעיד על רככת היא השיבה שעצם עם רככת לא נראה כמו עצמות המנוון (עמוד 225 שורות 3-4). לטענת הגנה העובדה שישנו קלוס שבור מUID בעיה מטאבולית. ד"ר גיפס שללה זאת וטענה שקלוס שבור מעיד על כך שהופעל כוח נוסף לאחר השבר. אם הייתה קיימת בעיה מטאבולית הקלוס לא היה מתפתח ולא מתרפא באופן בו נצפה אצל המנוון: קלוס כתוצאה מבעיה מטאבולית לא יפתחabilת עצם שמתפתחת כתוצאה משביר, אלא "הצטברות חולנית של SIDן בגבול בין הסחוס לעצם לצד הקדמי של בית החזה של תינוקות" (עמוד 216 שורה 28 ועמוד 217 שורות 5-1). בנוסף, מיקום השבר בצלע

1 אופייני לחבלה מכוונת שכן מדובר באזרור מאד מוגן על ידי עצם הבריח (עמוד 223 שורות 10, 13-12, 20-21).

.223 הסיבה שבציוומי החזה לא אותר השבר בצלע 1 היא שהשער מוסתר בצלום על ידי צלעות הבריח (עמוד 219 שורות 15-21). מכל מקום, לטענת ד"ר גיפס אין פרוצדורה רפואית שתגרום לשברים בצלעות, במיוחד תחת הנשימה (עמוד 220 שורות 1-3). אין ראייה שבמהלך האישוף נוצרו שברים כיון שבזמן הנתייה לא מצאה דימום מסיבי או תסמין של תאים דלקתיים המעידים על תגובה טרייה (עמוד 222 שורות 20-21 ועמוד 220 שורות 14-16, 20-22).

.224 לטענת הגנה צלע 11 מרוחפת ואני שבירה, ד"ר גיפס הסבירה שאמנם סטטוס השבירה שלה גבוהה ביותר, אך אם מפעילים כוח מספיק חזק יגרם שבר (עמוד 224 שורות 27-28 ועמוד 225 שורה 1). הגנה שאלת ד"ר גיפס כיצד ניתן לצלע זו נשברה באמצעות הזרת (היא האצבע התחתונה בעת אחיזת תינוק), ד"ר גיפס השיבה כי לא ניתן לדעת איך אצבע שברה את הצלע (עמוד 228 שורות 15-16).

.225 לטענה שהשברים אינם איחדים השיבה שהלחץ על בית החזה, בהתחשב במבנה כף היד ובמרוחים בין הצלעות אינם אחיד ובנוסף, יש לזכור שהשברים נגרמים במועדים שונים כשהאחזקה נעשתה כל פעם במקום אחר (עמוד 225 שורות 20-21).

.226 ד"ר גיפס העידה גם: "הדרך הטובה בניתוח פרט ללחץ על עצם המצח כדי לראות אם היא שוקעת וכן רואים אם יש מחלת הרככת, הבדיקה הכל' טוביה היא לנסות לשבור צלע, מכופפים טיפה את הצלע אחרת ובמקרים של דילול עצם כמו במובגרים באופספורוזיס או תנווקות עם חוסר ייטמין D העצם תשביר כמו קרטון עם רוש אופייני, במקרה זה העצמות היו מאוד גמישות... היכוף הוא תהליך רוטני שאנו מבצעים בכל הניתוחים, העצם נמצא גמישה מאוד ולא ניתן לשוברה בהפעלת כח סביר... היה צריך לנסר את העצמות באמצעות מסור כי לא יכולתי לחותכם עם סcin רגילה" (עמוד 212 שורות 23-28 ועמוד 213 שורות 12-16).

.227 צלע 10: לטענת מומחית הגנה, כישיש עמודים חריגים של תאי סחוס וכל' דם החודרים באזרור לוחית הגידול ועליה בגרמיות- הדבר מלמד על רככת. ד"ר גיפס השיבה שככל הדגימות שלקחה בניתוח הון מאשר של שברים, שבtabu חולני וועובר עליו תהליך של פירוק וריפוי. כדי לבצע אבחנה של מחלת עצם יש להסתכל על דגימה מאзор נורמלי של העצם (עמוד 226 שורות 7-3). מומחית הגנה טענה שהדגימה של צלע 10 מש麻将 תואמת לאזרור המפרק הקונסטרודינאי (החיבור בין הצלע לסחוס). לטענת ד"ר גיפס: "האזרור ממנו נדגם השבר לא קרוב למפרק הקונסטרודינאי. הפטולוגית לא אבחנה נכון המיקום ממנו נלקחה הדגימה, אני תוהה אם נאמר לה שהיא מסתכלת על מקום שעובר עליו שבר. זה לא קרוב למפרק, היא רואה את תהליכי ריפוי העצם כתוצאה מהשבר" (עמוד 226 שורות 14-17).

.228 **הבדיקה המיקרוסקופית:** ד"ר גיפס ביצעה בדיקה מיקרוסקופית אך לא בדקה את המבנה של הצלעות ואת צפיפותן כיון שבדיקה מיקרוסקופית פחות אמינה לאייתור פגמים בцеיפות העצם ביחס לבדיקות הדימות, בדיקת הדם והניתוח (עמוד 226 שורות 18-22). על סמך בדיקה מיקרוסקופית והיסטולוגיות קבועה שהשברים נגרמו במועדים שונים (עמוד 217 שורות 19-20).

.229 היא אינה מסכימה שישנם שברים שנוצרו מספר ימים עד שבוע לפני המות כיון שהערכת הזמן שלה, 7-14 ימים, אינה Nobut מראה עיניים או מבחינה רדיולוגית אלא בדיקה מיקרוסקופית: "הטווות היה 7-14 ים, בלי תוספת או מינוס" (עמוד 218 שורות 6-2). בהמשך הוסיפה שהיווצרות קלוס תוך 7 ימים זו לא אקסומה, וקלוס עשוי להיראות בין שבעה ימים לשלושה שבועות (עמוד 219 שורות 6-5, וראו גם עדות ד"ר

פסח- שקלוס מתפתח בין שבוע לשבועים (עמוד 123 שורות 14-13), ד"ר קופל- בין עשרה ימים לשבועים (עמוד 167 שורות 24-25), וכן ד"ר סודק- אפשר לראות אחריו שבוע, בדרך כלל לאחר שבועים- תלוי באיכות הצלום (עמוד 162 שורות 4-2).

230. לגבי שני השברים בצלע 3 אישרה שבצילום הראשון נראה עם יבלת ריפוי אך נגרמו פחות מ- 10 ימים לפני הבדיקה (עמוד 218 שורות 18-16). השבר ללא קלוס בצלע 1 של המנו- יתכן שהוא בטווח של ימים ספורים עד שבוע- ששה ימים (עמוד 218 שורות 27-28). בוגע לשבר 5 מימין וצלע 1: "אני משארת שאמ משווים בין שני השברים לגבי המנו, שאפשר להניח שהטוויה הוא של עד שבוע, כי ההשוואה נעשית בין הערכת זמן מיקروسקופית לבין הערכת זמן רנטגנית" (עמוד 219 שורות 11-13).

231. (ה) בפן הגנתי: פרופ' משה פרידמן, שלל בעדותו אפשרות שהשברים נבעו ממחלה גנטית (עמוד 205 שורות 11-13). הוא פירט בעדותו הראשית מהם המאפיינים של המחלות הגנטיות וכיitzד שלל קיומם: "במחלה השכיחה ביותר בה יש שברים ואף מולדים, הם בעצמות הארוכות, בירך ובשוק בזרוע ובמקרה זה לא היו שברים. אין עדות לאנומליה בעצמות האגן ובחוליות, כי בחלק ממחלות רקמת החיבור הרקומות מעוותות, בדרך כלל שתוחות, וגם עם צורות מיוחדות בעצמות האגן, וזה מאפשר הגיעו לאבחן יש לעלה מ- 200 מחלות כאלה, רובן מחלות גמדות, גם את אלה שללנו... בבדיקה הסקלרו הצבע תקין, זה לובן העין, אחת הצורות של מחלת השברים... אין ממצאים חריגיים בתווי הפנים אם מדובר על מחלת הציר טולוז לוטראק יש בה שברים, הוא סבל משברים, יש להם תווי פנים אופייניים, רואים מיד. מאחר שהוא מדבר במחלות רקמת החיבור, ברובן ניתן למתח את העור לממדים קיצוניים, ובמחלות אחרות, כשלוחצים עליהם יש הרגשה שלוחצים על בזק, לא מצאתי את הדברים הללו, שהעור לא היה גמיש ולא בזקתי, אין תנעויות יתר בפרקם הכוונה שבין מאפייני חלק מהמחלות היא גמישות יתר של הפרקים... הסchosים היו במרקם תקין, שחלק מהמחלות יש פגעה בסchosים אם מקפלים את האוזן ההרגשה שכאלו מקפלים אוזן מספוג וככל לגבי האך... אין אוסטאופורוזיס... העצמות לא היו שkopות... מדובר בעצמות נוספות שנמצאות בתוך התפרים של עצמות הגולגולת. ילדים עד שנה שכיח לראות עצם אחד או יותר, באנשים עם מחלת שברים יש ריבוי עצמות כאלו, והן מתמידות במשך כל החיים... אצל המנו לא היו עצמות נוספות, ואצל התינוקת היה ספק, אך עצם אחד או שתים זה נורמלי" (עמוד 204).

232. בחקירה הנגדית התבקש פרופ' פרידמן להתיחס באופן ספציפי למחלת הרכתה והמחסור ביטמי D. הוא השיב כי שלל רככת (עמוד 206 שורות 14 - 18) והוסיף: "רככת לא גורמת לשברים, אלא להתקומות העצמות ובמקרים קיצוניים כשהילד מתחיל ללכט, לפני כן יש סימנים, שרואים בצילומים. מפנה לספר בנושא.מעט בפגים קטנים יתכן רככת שתגרום לשברים בעצמות... רככת משאייה סימנים, לא יתכן שלד שהיה לה לו רככת ולא יראו הסימנים בצלומים, אלא נראה גם היום. מספיק לראות צילומים של התינוקת היום, ואומר אם הייתה לה רככת בעבר... לתינוקות לא הייתה רככת, אפשר להוכיח זאת כי העצמות זוכרות מה היה" (עמוד 205 שורות 15-22, 26-27). "אני סבור שאין רלבנטיות לבדיקה מיקروسקופית מבחינת איכות העצם, מבנה הגאותרי, הצפיפות, החזק בקשר של רככת. רככת זו אבחן קלינית" (עמוד 206 שורות 3-4), "אם רוצים לבדוק אם לעומת שטיה מגברת להישבר, אין טעם לעשות בדיקה מיקروسקופ. אלא במקרים של גמדות" (עמוד 206 שורות 9-8).

233. (ו) העובדה שלתאומה נערכו בדיקות בהמשך שלימדו שיש ריפוי שלם ואין שברים נוספים. פרופ' אניקסטר הבHIR: "זה מאשר ומאשר שאין מחלת בסיסית שנמשכת. או שיש מחלת בסיסית שמקבלת טיפול" (עמוד 143 שורות 21-20). פרופ' פרידמן אמר אף הוא: "זה תומך בדברי שלא מדובר במחלת שברים גנטית כי

از לפחות עד גיל התבגרות העצמות ממשיכות להישבר בדרך כלל גם בטראומה מינימאלית, כך שהיא צפוי לראות שברים נוספים" (עמוד 205 שורות 3-1).

(ז) היעדר מממצאים חיצוניים: השברים בצלעות הופיעו ללא סימנים חיצוניים על העור. לטענתה ד"ר גיפס יתכנו מקרים של שברים רבים ללא סימנים חיצוניים: "מניסיוני ומהניטין של הרופאה המשפטית בעולם, יש הרבה מקרים של חבלות קשות מאוד במבוגרים ובילדים, שאין מממצאים על פני העור, או שהממצאים מועטים שקשה לבחין בהם, זו הסיבה שאנו מבקשים נתיחה, מקרים של נפילה גבוהה, של תד. של הולך רגל, לעיתים אין סימנים חיצוניים, אך בפנים כל העצמות שבורות ופגעה באיברים הפנימיים, ספציפית לתינוקות שיש להם רקמת שומן מאוד עבה, ולחץ על בית החזה שמספיק חזק לגרום לשברים בצלעות יכול לגרום לדימומיים שהם עמוקים ברקמת השומן ולא נראים על פני העור, ולראיה הדימום בקרקפת שצימתי, רואים שאני מקלפת את הקrkפת אך לא ראו בבדיקה חיצונית". היא הוסיפה שהכאב חולף מהר יחסית בתינוקות "בגלל ריפוי מהיר וגם בגל הקופסית" (עמוד 215 שורות 15-26, עמוד 216 שורות 10-12 ושורות 17-18, עמוד 228 שורות 20-21, ועוד 229 שורות 1-3). בנוסף, כיוון שתינוקות לא זדים, לא תהיה תזוזה רבה של הצלעות שתגרום לכאב (עמוד 216 שורות 21-22).

(ח) מממצאים פנימיים שאינם תקינים: ד"ר קופל מצא נזול בחזה, מסננים בתחום חלל הריאה, שני הצדדים, ונזול חופשי בתחום הבطن. באונה הימנית בכבד יanno חתך שمعد עלי טראומה (עמוד 167 שורות 18-21). הוא סיפר שאת הקרע בכבד ניתן לראות גם ב-CT וגם ב-MRI. לשאלת מדוע בבדיקה הפטולוגית לא נמצא לכך עדות השיב שבנטיחת הסתכלו על הכלב מבחוץ (עמוד 169 שורות 23-24 ועוד 170 שורות 6-12). לשאלת האם ראה דימום באזורי הקרע של הכלב השיב שלא נראה דימום אך, לטענותו קשה לראות דימום ישן (עמוד 170 שורה 15). בעניין זה העידה גם ד"ר גיפס ומספרה שהקרע הפנימי בכבד, באורך 1.5 ס"מ, נחשב קטן באופן יחסית. לטענתה, מקובל לפספס ממצא כה קטן ובודיקת CT משלימה ומגלה דברים שבפטולוגיה אפשר לפספס (עמוד 240 שורות 27-28, ועוד 241 שורות 1-4).

ד"ר פסח לא מקבל שם העצמות היו נשברות עקב טראומה בהכרח היה נגרם נזק לאיברים הפנימיים: "האיבר היחיד שיכול להייגע הוא הראות שהוא כמו ספוג, כשהולכים על ספוג אפשר לחוץ הרבה לפני שקורה לו משהו, ואחר כך הוא מתרחב ולא קורה לו כלום... יכול להיות זה לא נדר לראות שברים בצלעות בלי קונטוזיה מתחתרם" (עמוד 130 שורות 12-15).

(ט) מידת הכוח שהופעל: עמדת התביעה היא שנדרש כוח בלתי סביר ליצור את השברים בצלעות: "ניתן לקבוע בוודאות כי הכוח שהופעל לא היה סביר. אחיזה של תינוק בכוכו סביר לא תגרום לשברים בצלעות עקב גמישותם הרבה הרבה" (ת/145). אופן פיזור השברים בצלעות בצורה אנכית ואחורית מחזק את החשד שמדובר בחבלה לא תאונית. ד"ר גיפס העידה כי המנגנון הוא אחיזה של המנוח, מיקום השברים בצלעות, בצד האחורי בעיקר, אופני להפעלת לחץ צדי על כלוב בית החזה בכוכו באופן יחסית רב (חוות דעתה של ד"ר גיפס ת/145. והוא גם ד"ר פסח בעמוד 115, ד"ר סודק 161). לפיקח, לטענת התביעה ריבוי שברים בצלעות, בעיקר בתצורה של שברים שני צידי כלוב החזה, מלפנים ומאהר, ובצורה סדרה של שברים בכו"ם ישר הנם בגדר "עובדת רפואי" בדבר מגנון האחיזה הכוחנית האופני לטלטל.

השברים בצלעות: עמדת מומחי ההגנה

.238

בנושא השברים בצלעות העידו רדיולוגית ילדים- ד"ר מק, פטולוגית- ד"ר כהן, ורופא ילדים- ד"ר היימן.

(א) עדותו של ד"ר היימן: עדות מרכזית בעניין מחלת העצם היא עדותו של ד"ר היימן. בטרם עמוד 46

אדון בטענותיו לגופו של עניין מוצא אני לנכון להעיר מספר הערות מקדימות בנוגע לעדותו.

- .240. (1) תחום מומחיותו: בפתח עדותו סיפר ד"ר הימן כי הוא רופא ילדים וכיום עוסק במחקר קליני במדע העצם (עמוד 503 שורה 26). למרות שהוא קליני, כמו ד"ר פשח, ותפקידו "לחבר" הכל הוא חבר ארבעה חברות עצם (עמוד 512 שורות 26-29), יחד עם זאת לא עבר הכשרה פורמלית בתחום העצם (עמוד 517 שורות 13-10). הוא מעולם לא כתב מאמר בעבר בתחום העצם, המאמר הראשון צפוי להתפרסם מספר חודשים לאחר עדותו (עמוד 518 שורות 4-3). מקובל עלי ש"ד"ר הימן הוא עד מומחה, כרופא ילדים בעל ניסיון עשיר וכמי שעוסק בימים אלו במחקר של העצם, עם זאת יש לשים לב לכך שלא הוכשר באופן קונקרטי בתחום המתabolic.
- .241. (2) ד"ר הימן קבע בחוות דעתו כי "מניסיוני, התאומים עומדים בקריטריונים לאבחנה קלינית של הפרעת שבירות עצם" (נ/1 31 עמוד 27). בית המשפט העיד כי הוא בטוח ב-99.9% שהשברים נוצרו מפריכות עצם ולא מחבלה מתעללת (עמוד 510 שורות 8-10). יחד עם זאת, בהמשך חוות הדעת ואף בעדותו ד"ר הימן לא מוכיח בוודאות שזו אכן האבחנה הנכונה בתאומים. לכל היותר, הוא יכול להציג זאת כאפשרות ולא מראה כיצד הגיע למסקנה שזו אבחנה קלינית וודאית. ככלומר, ישנו פער משמעותי בין ההצהרה הוודאית הכללית לבין רמת ההוכחה אותה מציג בהמשך.
- .242. בנגד למומחי הגנה אחרים שהוו כי הם מציעים אבחנה מבדلات או אופציה שיש לבחון אותה במקביל לאופציה של טראומה, ד"ר הימן טען, באופן המכرسم באמינות חוות דעתו, שהאבחנה שלו בוגעת בעיה בחזק העצמות הינה וודאית והאופציה של טראומה כלל אינה אפשרית. יש בכך כדי להצביע על חוסר אובייקטיביות ורצון להוכיח בכל מחיר ולא סייגים את האגדנה בה הוא דוגל.
- .243. (3) אמירות כלליות: ד"ר הימן כתב בחוות דעתו כי הגורמים לבעה בחזק העצמות תלויים במסתנים רבים: "אין מדובר רק במשתנה יחיד, מבני, חומרי או מטabolic, הגורם לשבר בפעוט או בילד, אלא בגורמים רבים כגון תזונה לקויה, אי-ספיקה או חסר בייטמין D, חסר בסידן, הפרעות אנדוクリניות [של בלוטות ההורמוניים], תרופות המשפיעות על חילוף החומרים של העצם, מחלת קרונית, חסר בפעילות או בניידות, וריאציות בחילוף החומרים ובתחלופת העצם וגורם גנטי מרכזי". נטען שעד 80% מההשפעה על חזק העצם נקבעת ע"י הגנטיקה של האדם" (נ/1 31 עמוד 31). יחד עם זאת, ד"ר הימן לא הראה כיצד המשתנים הללו התקיימו או השפיעו על המנוח.
- .244. ניתן למצוא אמירות כלליות נוספות בחוות דעתו: במקום אחר הוא כותב על מצבים רפואיים העשויים להוביל לשברים: גנטיקה, הלידה, וריאציות בפיזיולוגיה העצם התקינה, פרכת, לדה מוקדמת, פיזיותרפיה של החזה, שיעול, ניתוח, דלדול העצם, ילדים גדולים ביחס לגילם ההרוני, החיה, מחלות מטabolicות ובקרוב בעלי גג עצב-שריר וכן שבירות עצמות זמניות (נ/1 31 עמודים 33-34). וכן: "כל צורה של הפעלת כוח דחיסה על בית החזה- החיה, לחיצה, דחיסת בית החזה בזמן הלידה, נפילה, שכיבה על התינוק במרקירים שבהם הוא ישן באותה מיטה עם ההורים, וכו' - עלולה לגרום לשברים בצלעות, אם הכוח רב מדי במרקירים שבהם העצמות שבירות, או במרקירים שבהם מופיע שילוב של הגורמים לעיל" (נ/1 31 עמוד 34).
- .245. האמירות הללו יתכן ונכונות באופן כללי אך יש לבחון האם עובדיות מתקיימות במקרה של המנוח וכפועל יוצא, האם יש להן השלהה על ניתוח הראיות במקרה זה.
- .246. (4) הביקורת על "קהילת ההתעללות בילדים": בדומה לד"ר סקויר, ד"ר הימן מחזק בעמדה לפיה התמיכה היחידה לטענות "קהילת ההתעללות בילדים" (כלשונו) היא הודהות לכואורה, ש מרביתן אין

ש��ופות (עמוד 519 שורות 32-30). ד"ר הימן טען כי "צרי גורם מדעי בלתי תלוי כדי לנתח את הטיעונים بعد ונגד" (עמוד 520 שורות 24-26). אך כאשר הוצאה לו עמדתם של ארגונים רפואיים רשמיים ובינלאומיים הקובעים ההperf מעמדתו השיב:

ש: אני רוצה להגיד לך - ארגון הבריאות העולמי מספיק בלתי תלוי בשביבך? האם הוא מספיק טוב בשביבך לקבוע בבריאות זו, בריב זהה?

ת: לא, לא הייתה הצגה חסרת פניות של שני הצדדים עד היום.

ש: המכללה הממלכתית לרפואת בריאות ילדים, מספיק טוב לך?

ת: לא, אני אחזר על זה בנוגע לכל ארגון אחר שתגיד. נכון ל-13/10/15, לא הייתה הערכה אובייקטיבית על ידי מדענים חסרי פניות של שני צידי המתארס (עמוד 520 שורות 24-32, עמוד 521 שורות 1-2).

247. לגופו של עניין טוען ד"ר הימן כי שברי צלעות ושברי צלעות אחרים אינם ספציפיים להתקילותות ילדים ו מבחינת הביווכימיה והניסיון הקליני, התקילותות אינה מייצרת כוח ייחודי הגורם לעצמות להישבר באורח ייחודי (נ/ 31 עמוד 11, פרוטוקול דין עמוד 604 שורות 27-29). ד"ר הימן מתח ביקורת על הספרות המקצועית העוסקת בהתקילותות ילדים וטען כי הספרות סובלת מ"סובייקטיביות, הטיה ובחירה שגויה, חד וחלאן, של אינדיקטורים לקביעת קטגוריה של התקילותות" (נ/ 31 עמוד 12). הוא חלק על מומחי הتبיעה וטען: "הספרות התומכת במסקנותיהם פגומה, ואני אלא דעה או חוכמה שగرتית. הן (המסקנות שלהם) לא עומדות במבחן ההקפדה האנאליטית כשהן מוצבות אל מול ספרות רפואיות איתנה יותר מהמתארס الآخر. הן לא מסוגלות להציג קשר סיבתי, על פי שיטה מדעית, בין העובדות הרפואיות של התאומים לפגיעה התקילותות" (נ/ 31 עמוד 12). התובע הציג מאמר לפיו: "שברי צלעות ילדים מתחת לגיל 3, בעלי ערך ניבואי של 95% כמצביים על התקילותות, שברים צלעות אחרים מרכזים הם בעלי הספציפיות הגבוהה ביותר" (עמוד 603 שורות 11-13) כמו כן הקרא מטור מאמר של סיירט שד"ר הימן ציטט. לטענת ד"ר הימן: "המחקר מוטה. כי אין פה שאלה. מניחים שם יש שבר בצלע ואין תאונת שבסבירה אותו, שמים זאת בקטgoriy התקילותות ילדים" (עמוד 604 שורות 3-2 ועמוד 605 שורות 17-18). במאמר עדכני של הכותבים הם מצאו ש-74% מהילדים שעברו התקילותות הציגו שני שברים או יותר בהשוואה ל-16% שלא עברו התקילותות (עמוד 604 שורות 9-12).

248. טוענותיו של ד"ר הימן הופכות את היוצרות. את הקהילה הרפואית הוא מאשים בכך שהיא מבססת עמדתה מדעית ואלו על עמדתו מן שנטמכת בספרות רפואיות איתנה, כשלעצמה ההperf הוא הנכון. אף בטרם אכנס לעובי הקורה ברור כי עמדתו של ד"ר הימן מצויה במיועט ולא ב"מינסטרים". אף מומחי ההגנה האחרים לא הכחישו זאת.

249. (5) לסייעם: ד"ר הימן בטוח בתפיסתו ש"קהילת התקילותות ילדים" שוגה בכך שהוא קשורת בין מצאים רפואיים להתקילותות שאינה ניתנת להוכחה מדעית אלא על סמך הודהות נשאים. כפי שקבעתי לגבי עדותה של ד"ר סקוור לעול, כך גם בעניינו של ד"ר הימן, יש לבחון את טענותיו לגוף. עם זאת, טועונתו יבחןו בשים לב לכך שהוא מחזיק באגדנה מסוימת ובשים לב להטייתו ולדרך בה הוא מציג את הדברים: הקהילה הרפואית הרשמית המכירה בתופעות מסוימות נשענת על ספרות שאינה איתנה ועוד הוא מציג אמירות מדעיות מבוססות (אם כי לגבי חלקן אף מומחי ההגנה האחרים לא התייחסו). בנוסף, יש לשים לב לכך

שבחוות דעתו מופיעות אמירות כלליות, שיתכן יהיו נוכנות בתאoria או אף בפרקטיקה במקרים דומים, אך לא מתקיימות עובדתית במקרה של המנוח.

.250. (ב) שבירות עצמות ושלילת התעללות: לטענת ד"ר היימן שברים שקטים קלינית או נסתרים נפוצים בנסיבות אך לא ניתן להחשייב היעדר סיפור רקע לשברים כאבחונית להתעללות (נ/31 עמוד 28). נכון שפצעות עם עצמות תקינות לא מבצעים פעולות שישבו את עצמותיהם אך פועלה שגרתית מצד המטפל, המפעיל כוח רגיל, עלולה לגרום לשברים אצלם פצעות עם שבירות עצמות (נ/31 עמוד 29). יש לזכור כי לא כל השברים מתרחשים כתוצאה מהפעלת כוח יחיד, עצמות שבירות עשויות לפתח מיקרו-שברים בשל הפעלת כוח רגיל. מיקרו-שברים מחלישים את העצם ומעלים את הנטייה להיכנע לשברים נוספים (נ/31 עמוד 29, פרוטוקול דין עמוד 509 שורות 27-31). בנוסף, השברים החדשים של המנוח, ניתנים לתארכם לתקופת האיסוף תומכים באפשרות של שבירות עצמות (נ/31 עמוד 10).

.251. לא ניתן לשולב בעיה בחזק העצם: ד"ר היימן כתב בחווות דעתו שרמת סיון, זרchan ואלקליין פושפטאץ תקינות לא שלולות הפרעות מטabolicות. גם רדיולוגים לא יכולים לשולב שבירת עצמות ולא יכולים לקבוע עצמת כוח הנדרשת לשבירה או האם מדובר בתאונת או זדון. כל שבאפשרותם לקבוע הוא שיש שברים שנית לראות בהתעללות ונitin לראות גם במקרים התעללות. אפילו בדיקת דקסה עשויה להיות תקינה כיש פרכת מתונה (נ/31 עמוד 12, עמוד 31 ועמוד 40).

.252. לטענת ד"ר היימן חזק העצמות לא תלוי בصفיפות העצם בלבד ולכן רדיולוגים לא יכולים לשולב שבירות עצם. יש להיות מודעים לבiology המולקולרית וה坦אי של העצם שעשוות לגרום בעיות לפני שיש ראיות היסטולוגיות, אפילו לפני ראיות רדיולוגיות או קליניות. במקרה זה לא ניתן לשולב לאור הבדיקות המוגבלות שנערכו בתאים. העצם מתפתחת באופן בלתי פ███ לפיה הגנטיקה והשפעות הסביבתיות שגורמות לשינויים בכל אחת מרמות המערכת של העצם (נ/31 עמוד 30).

.253. התובע סיפר שד"ר גיפס העידה בבית המשפט שבמקרה של דילול עצם במוגדים או חסר בויטמן D בילדים העצם תישבר כמו קרטון עם רעש אופיני ובמקרה זה העצמות היו גמישות, בנוסף, הכיפוף הוא תהליך רוטני שמבצעים בניתוח ולא ניתן היה לשבור את העצם בכוח סביר. במקרה זה הייתה אף צריכה לנסר במסור כי לא ניתן לחזור בסיכון רגילה (עמודים 212-213), ד"ר היימן השיב שלא ניתן לקבל זאת הערכה ביוםינו: "זה ניסוי איקוני שנעשה על ידי אדם ללא קבוצת ביקורת" (עמוד 612 שורות 3-12).

.254. (ג) חסר בויטמן D ורככת: לטענת ד"ר היימן התאומים הציגו תמונה קלינית התואמת לו של רככת בתהילci החלמה (נ/31 עמוד 36). הוא קבע כי התאומים לא הציגו שינויים רדיוגרפיים קלאסיים בפרקii הידיים שנראים ברככת. בסקירת CT שלאחר המות הופיעו התקערות ודלקת קלה בקצות הצלע הקוסטו-CONDRALIIM. למרות זאת, היו להם שינויים שבדרך כלל נראים בתהילci מטabolicים: המרככות והידדרות של עצמות הגולגולת ואובדן מינרליזציה של העצמות הארוכות (נ/31 עמוד 38, פרוטוקול דין בעמוד 606 שורות 26-27).

.255. עוד קבע ד"ר היימן כי חסר בויטמן D בחודשים הראשונים לחיהם של פעוטות נובע מחסר בויטמן D באם: "חסר בויטמן D באם יכול לתוכנת גנטית את התפתחות השלב בילוד, ואת התפתחות העצם בטוח הארכ שילודות" (נ/31 עמוד 37 ו- 42). כשעומת עם מאמר שפורסם ב"לנסט" (ת/171) משנת 2013 שסקר מחקר ב-3960 מקרים שמסקנתו: "לא מצאנו כל קשר רלוונטי בין מצבת ויטמן D של האם במהלך ההריון ומאסת עצם בaczca בילדות מאוחרת", השיב שהוא לא מכיר את המאמר אך יש ספרות

מתחרה ותוכן המינראלים של העצם הוא רק רכיב אחד של איקות העצם. אמן ויטמן D הוא הגורם העיקרי לשבירות עצם אך עשוי להיות קשור גם לחסר בסידן, זרחן וגדילה כשרוכיב החלבוני מונח מהר יותר מהמינרליזציה (עמוד 607 שורות 18-19). התובע הציג מאמר שיויצא כנגד ההשערה שסביר ספציפי נגרם מחסר בויטמן D (ת/172) אך ד"ר הימן טען שהמאמר הנגדי אינו מבוסס על מדע אלא על השערה (עמוד 609 שורות 3-2).

.256. צוין כי כאשר ד"ר כהן עומתה עם המאמר ת/171 היא השיבה שהמאמר לא בוחן היסטולוגיה ולכן אינה יכולה להשווות אותו לניסיון שלה, כמו כן רק ב-19% מהמקרים יש זיהוי של חריגיות ברדיולוגיה (עמוד 592 שורות 15-6). מכל מקום, אף לטענת ד"ר כהן, יש קשר בין רמת ויטמן D בלתי מספקת של אימחות במהלך ההריון להצטברות מוקטנת של מינרלים בעצם היצא בילדות (גם בילדים בני תשע שנים). המחקר הוביל להמליצה לחתן נשים הרות נוספות ויטמן D (נ/33 עמוד 16, פרוטוקול דין עמוד 589 שורות 27-23). לשאלת האם, גם כאשר לאם יש חוסר בויטמינים, העובר מקבל את הויטמין השיבה ד"ר כהן שהמאמר שהציגה מראה שמאסת העצם חריגה מבחינת דימות (עמוד 593 שורה 21). בהקשר אחר אמרה שאם האם הצינה רמה של 9 במהלך ההריון אז הילד קיבל רמה זהה (עמוד 594 שורות 17-22).

.257. לטענת התביעה, אם תאוריית ההגנה נכונה הרי שהצלעות היו נשברות מיד לאחר הלידה בעת שהחסר היה גדול יותר ואילו התאומים סבלו משברים שתוארכו לזמן של 4-3 חודשים מהלידה, לאחר שקיבלו מספר חודשים נוספים של ויטמן D. לטענת ד"ר הימןquia שיא התרחשות השברים ברככת היא בזמן גידילה. בנוסף, ישנים גורמים אחרים המשפיעים על שבירות העצמות כגון סידן (עמוד 611 שורות 12-22). לטענת התובע בספר של נלסון נכתב שמחלת עצמות גורמת לתסמינים של עצמות גמישות ואמ מופיעים שברים - מדובר בשברים בಗפיים הארוכים ולא בצלעות. לטענת ד"ר הימן מדובר ברככת קללאסית של ילדים בוגרים יותר (עמוד 611 שורות 6-2).

.258. לטענת ד"ר הימן גם כאשר תוכאות המעבדה תקינות לא ניתן לשול רככת בשלבי החלה: ישנו תיקון מהיר של רמות נסיבות הסידן והזרchan בدم תוך 6-10 ימים, אבל הנורמליזציה של רמות PTH לוקחת 1-2 חודשים... חובה, לפיך, לבדוק את רמות האלקליין פוספטאז באופן סדרתי, כדי לקבל תמונה מדויקת של מצב העצם. רמת אלקליין פוספטז נורמליות בנسبות [סিירום] לא יכולה לשול קיומה של רככת" (נ/31 עמוד 39). אף ד"ר כהן העידה שאדם הסובל מחסר בויטמין D מקבל תוסף, רמת הויטמין בدم תראה תקינה כמעט מידי. יחד עם זאת העצמות שלו, שהם תחת התפתחות מתמשכת, ימשיכו לשקוף את המחסור בויטמין D ברחוב (עמוד 591 שורות 29-25 ועמוד 593 שורות 1-2).

.259. (ד) שבירות עצמות זמנית (TBBD): הסיבה הנפוצה לשבירות עצמות חולפת בילדות היא פרצי גידילה של גיל התבגרות (נ/31 עמוד 49). ד"ר פאטרסון טבע את המונח TBBD כדי לתאר פעוטות עם ריבוי שברים בלתי מוסברים (נ/31 עמוד 47). לטענת ד"ר הימן העובדה שלא נמצא גורעת למחלה אינה גורעת מכשנה בהתופעה של פעוטות שבסלו שברים, ללא סיפור רקע של פגעה טראומטית משמעותית, ביחס ב-7-7 החודשים הראשונים לח'יהם (נ/31 עמוד 48).

.260. בחומר דעתו הוא כתוב: "ישנים נתונים המראים עליה בהיווצרות שברים במהלך שבעת חודשים הראשונים, הקשורים בפרצוי גידילה ועליה בתחולפת עצם" (נ/31 עמוד 33). יחד עם זאת הודה כי כל עצם עשוי להישבר ולאו דווקא הצלעות (עמוד 610 שורות 26-27). בפעוטות קיים סיכון ממשי לשבירות עצמות כיוון שעצמותיהם עשוות בעיקר מעצב ארגוגה שאינה בשלה, הן קטנות וישנם פרצוי גידילה בהם קצב

תחלופת העצם מואץ. ישנו גורמים נוספים כגון השפעת כיווניות הקולגן, בשילוב גדילה מואצת ועליה משמעותית במהירות הגידלה ב-6-3 החודשים הראשונים (נ/31 עמוד 46).

.261. במהלך מחזורים מהירים של בנייה חדש עשוי להיווצר פיגור בזמן בין בניית האוסטАОיד והמינרלייזציה. אוסטАОיד בתת-מינרלייזציה חלש מעצם במינרלייזציה מלאה ויהי בסיכון מגבר לשברים. דיווחים על התרחשויות מגברת של שבירות עצמות ילדים בראשים מוגבהת ב"כמויות עצומה של ספרות רפואיות" (נ/31 עמוד 42). "ידעו שפרצי גידלה ובנייה חדש של העצם קשורים לשברות העצם. פרצי גידלה קדם-גיל-התבגרות, ופרצי גידלה של גיל התבגרות, יכולם לגרום לשברות עצם חולפת... מנוקדת מבט יחסית פרצי הגידלה של פעוטות ב-6-3 החודשים הראשונים לחיהם. זה קשור לבנייה מחדש המוגברת של העצמות, שמתרכשת, כמובן, בששת החודשים הראשונים של החיים (נ/31 עמוד 44).

.262. לטענת התביעה ד"ר היימן הקיש ממאמרים המתארים שברים בזמן פרצי גידלה בקרב מתבגרים וטען שכיוון שכך- גם לתינוקות יש שברים בגיל פרצי גידלה, אך אין לכך בסיס מדעי או פרסומי אחר. לטענת ד"ר היימן יש הבדלים בין פרצי הגידלה של מתבגרים לבין זה של פעוטות אך ישנו קווי דמיון שפותחו בספרות מדע העצם ותומכים בהנחה שלו. הוא עומד לפרסום תקציר של הדברים ולא היה עושה מעצמו צחוק אם לא היה חשוב שיש ממש בדבר (עמוד 619 שורות 21-28, עמוד 620 שורות 1-6). יחד עם זאת הוא לא הציע על מאמרים עליהם התבסס בקביעותיו.

.263. טענה נוספת של התביעה היא שד"ר היימן נסמך על ד"ר פטרסון שנמקח מפנקס הרופאים הבריטי. לטענת ד"ר היימן ישנה מתקפה אישית על ד"ר פטרסון מצד אלו שטענים שככל שבר ללא סיפור רקוועיד על התעללות. לטענת התביעה הפסילה שלו נבעה מכך שמסר שוב ושוב עדות מומחה באופן שהטענה את בית המשפט והמוסבעים וציטה מהחלטת הוועדה: "הוואודה מצאה שהקריטריונים שלא לאבחנת מחלת שבירות עצם לא היו ברורים ואו משתנים כשהתוצאה שהשימוש בקריטריונים הללו בהליכים משפטיים עשי להטעות אחרים". ד"ר היימן השיב שגם גיליאו שנדרף על כך שיצא נגד הדעה הרווחת בזמןו (עמוד 614). לטענת התביעה, וועדה של האיגוד האירופי לרדיולוגיה ילדים הຕנסה לאחר שמילר המשיך לכתוב אחרי פטרסון, וצאה כנגד תאוריית-TBBD תוך שכותבת (ת/173): "לא פטרסון ולא מילר והגנטנר הדגימו באופן ממש את קיומה של TBBD שתי השערות גם סותרות זו את זו ואין תומכות זו בזו. תנועות מוגבלת תוך-رحمית לא תסביר חולשת מפרק הורי מוגברת או בעיות ביצירת קולגן כפי שטען פטרסון. הפרעות ביצירת קולגן, במיוחד ה הקשורות בנטייה גנטית, לא תימצאנה קשריות לציפויות תוך-رحمית כפי שטען מילר. שתי השערות מבוססות על הנחות יסוד פגומות, ושתיهن מבוססות על מחקר מדעי שמתוכנן באופן ירוד או על פירוש שגוי של מחקרים שנחקקו כראוי. מכיוון שקיומה של TBBD לא בסיס, ומכיון שהධוק המשפט מסתמן לעיתים קרובות על לגיטימציה מדעית, האבחנה הרפואית הזו, שבلتני ניתן להסתמך עליה, אין מקומה בבית המשפט. הצגת ראיות TBBD יוצרת סיכון חמוץ שקובע עובדות שאין מدعין יסתמכו על עדויות לא-אמינות, לא-רלוונטיות, מבלבנות ומטעות, ולא על ראיות רפואיות רלוונטיות ואמינות. TBBD אינה יכולה לעמוד בסטנדרטים הרפואיים המשפטיים הבסיסיים הללו, היות שהיא חסירה את הביסוס הרפואי בשיטות ובהליכים המדעיים. אבחנת TBBD אינה מקובלת באופן כליל בתחום הרדיולוגיה. תחת זאת היא מבוססת על ספקולציות נטולות תימוכין ועל אמונה סובייקטיביות של מספר מצומצם מאוד של אנשי מקצוע רפואיים".

.264. ד"ר היימן טען בתגובה כי איגוד הרדיולוגיה לא יכולם להצביע על מחקר שמראה קשר סיבתי בין שברים לטראומה או התעללות: "הדבר היחיד... שרדיאולוגים יכולים לומר כשם مستכלים על השברים, הוא שהשברים האלה מסוגלים להיגרם הן במצבים של התעללות הן במצבים שאין בהם התעללות. רדיולוגים לא

יכולים לקבוע דחיסות עצם, לא יכולים לקבוע מינרלייזציה של עצם. וכיוון שמינרלייזציה היא רק פג אחד של חזק עצם, הם בפירוש לא יכולים לתת הערכה של חזק העצם. הם בהחלט לא יכולים לומר כמה כוח נדרש כדי לגרום את מרבית השברים הללו... הם לא יכולים לקבוע את כוונת הכוח... הם לא יכולים לומר הרבה ברוב המקרים אם הייתה הפעלה אחת של כוח או הפעולות מרובות של כוח. בפועלות מתחת לגיל שישה חודשים, כך נקבע בספרות הרפואית, רדיולוגיה לא יכולה לשולק קיומה של רככת. זאת ממש שרככת, מסיבה כזו או אחרת, היא מחלת הבiology התאית לפני שהיא הופכת למחלת מוזהה היסטולוגית, לפני שהיא קבוצת ביקורת. אין רדיולוג שיכל להתייצב לפני בית המשפט, אם אנחנו מדברים על אמת לפני בית המשפט, יכול לומר מה ההיארעות של שברי צלעות שאיןם בשל התעללות... הם מעולם לא Dunn בקונספט של עצמות תקיןות לעומת עצמות תת-תקיןות. חזק עצם זו עוקמת עמוק; פירוש הדבר הוא שני אחוזים וחצי מהאוכולוסיה הבריאה הם בעלת שבירות עצם. הם לא בוחנים את ספרות הטראומה, שם לא כן היו יודעים שלא מתקבל על הדעת שהיו עשרה, 12, 14 שברי עצם וצלעות סדוקות בתצלומי רנטגן ובסריקות סי-טי, מבלי שתהיה פגעה בחلل בית החזה ושהזק העצם יהיה תקין. זה חד-משמעות עצמות לא-תקינות" (עמודים 617-618).

(ה) **בפן הרדיולוגי:** התביעה הציגה מאמר לפיו "שברי צלעות ילדים מתחת לגיל שלוש שנים, הם בעלי ערך ניבואי של 95% כמצביים על התעללות". לשאלת אם מסכימה עם הקביעה זו השיבה ד"ר מק: "כשאתה מנסה לעשות שימוש בסטטיסטיות מבוססות אוכולוסיה על מנת להעריך מקרה פרטני, תחתא בחוסר דיק... אני מסכימה שהזאת כתוב בספרות ועלינו לזכור זאת כמשמעות מגיעים עם שברי צלעות" (עמוד 477 שורות 14-19). כלומר, ד"ר מק אינה יוצאת נגד הנתונים הללו אלא טוענת שיש להיזהר בבאונו לגזר מסתטיסטיקה כללית על מקרה ספציפי שיכל להיות "ה יוצא מן הכלל". בנוסף, היא חולקת על קביעה אחרת במאמר לפיה שברי הצלעות האחוריות-אמצעיות הם בעלי הסגולויות הגבוהה שמעידה על התעללות. לטענה ישנו מאמר אחר לפיו הטענה זו אינה עומדת במחן המציאות (עמוד 477 שורות 21-25).

משמעות הבדיקות: לטענת ד"ר מק, במקרים זה, על סמך ממצאי הרנטגן יש אפשרות שמדובר במחלת עצם מטabolic אף מומחים צריכים לבחון זאת (עמוד 448 שורות 20-22). יחד עם זאת היא טוענת שאין משמעות לביקורות הדם כיוון שהממצאים הרדיולוגיים מייצגים את הרכיב העצם בעבר (עמוד 449 שורות 28-29). כוונתה, יתכן שמצבו של המנוח על פי בדיקות הדם מצוין בזמן נתון בעוד השברים מייצגים את הרכיב העצם בעבר. גם לגבי הרדיולוגיה, יש לד"ר מק השגות כיוון שהוא שheroו שסרייקות רדיולוגיות ראשוניות החמיצו את כל הפסיכיניטים שלאחר מכן אובחנו כסובלים מרככת בסקירה פתולוגית (נ/27, סעיף 3).

התאותות לא נורמלית: על פי חוות דעתה של ד"ר מק תהlixir החלמה של השברים לא נורמלי. קו השבר מקוטע והאזורים הבוהקים של השבר חוצים את הקלוס. בחלק משברי הצלעות היבלת אינה מוגשת על האזור הבוהק. מופיע זה דווקא במקרים עצם מטabolic ושברי מאץ יש להיעזר ברופא מומחה בתחום גורמי סיכון לשברות עצמות (נ/24, עמודים 24-25). בבית המשפט הסבירה כי בשקופית 25 החז האדם מכיר לנקודת המפגש בה נמצא הקצה הצומח של העצם. במצב נורמלי אמורה להיות שכבה מסודרת וחלקה, אולי מעט קעורה אף לא בלתי סדרה. במצב קעור מאד או כשמדור בಗושים בלתי סדרים יש חשש שהגוף אינו מסוגל להניח עצם בצורה מסודרת לאור מחסור בסידן וזרחן. בדרך כלל קצה הצלע נבדק היסטולוגית. עוד ציינה שמדובר בעצם שנבנתה בעבר כך שלא ניתן ללמידה דבר מרימות הזרחן והסידן ביום הבדיקה (עמוד 432 שורות 22-32).

המראה המקוטע של העצם לא עולה בקנה אחד עם שברים טראומטיים המחלימים באופן .268

נורמלי. המופיע המקוטע נראה בכל שברי הצלעות המחלימות למעט שבר בצלע 10 ימין אחרית שمراה קו בווק העובר דרך הקlös אך הוא אינו מקוטע. השולדים של הקו המבrik טרשתים, עובדה המצביעת על החלמה, אך אין קלוס מגשר מעל השבר. הממצאים הללו (מוועט טרשת לאורך קו שבר בווק ללא קלוס מגשר וכן מופיע מקוטע) מעידים על אי נורמליות בהחלמה של העצם (נ/27, סעיף 3). בעודותה הסבירה שבשקבופית 26 החץ מצביע על שבר עם קלוס: "כשעוצם נשברת בשל כוח... הקlös מנסה לגשר על שני צידי השבר. בתמונה זו ניתן לראות את הקlös, שהוא השטח הצמרيري הרך שניתן לראות מעבר לפס המואר, הקlös נוכח, העצם מנסה לרפא את עצמה. אבל האזרוב בווק הולך ישר דרך השטח הצמרيري זהה, הקlös" (עמוד 433 שורות 6-1).

(ו) בפן הפטולוגי: מטעם ההגנה העידה ד"ר כהן, להלן הממצאים שלה: צלע 5 ימין: שבר עם עצם חדשה ואיים גדולים של סחוס, בין 4-7 ימים. מרוחם במרכז העצם ומקטעי עצם נרכוטיים; צלע 5 אחורית משMAL: שבר מחלים עם יבלתיות ולבה סיבית מרכזית, בין 4-7 ימים. יש היוציארות עצם חדשה, אין סחוס ואין פסולת תאים נרכוטית (נ/33 עמוד 11); צלע 5 שמאל בצד: שבר מחלים בין 14-28 ימים. שקע מרכזי המוקף בא"י סחוס, כמוות מסויימת של פסולת נרכוטית; צלע 10 משMAL: "החתכים توأمנים לאזרוב המפרק הקוסטו-CONDROLI (חיבור בין הצלע לסחוס שלה). ישנו עמודים חריגים של קונדרזיטים (תאי סחוס). ישנו כל' דם החודרים באזרוב לוחית הגידול. ישנה עלייה בגרמיות. באזרוב הטרבוקולה נראה מופיע של עצם שזרה. בפינה אחת יש שבר קטן מחלים. ניתן לתארך אותו כבן 5-10 ימים" (נ/33 עמוד 12). בית המשפט הבבירה כהן שرك צלע 10 בצד שמאל מציגה שבר של 5-10 ימים (עמוד 585 שורות 11-13); צלע 10 בצד שמאל (דגימה 38) נמצאה עם סימנים ברורים של חסר בויטמן D האופני לרकכת" (נ/33 שורה 14); צלע 10 ימין: שבר עם אזרוב סיבי מרכזי, רוח מרכזית, רקמה גרגולרית, המוסידין, פסולת נרכוטית ואיים קטנים של סחוס. מתאים לשבר בין 10-14 ימים (נ/33 עמוד 12).

.270 התביעה הציפה ספר המצביע על כך שבר בצלע 1 מחסיד מאי להתעללות כיוון שנדרש כוח רב לשבור אותה. לטענת ד"ר כהן כוונת הספר היא לעצם תקינה (עמוד 586 שורות 18-23). אשר לצלע 2, ד"ר קופל אמר שבר תלישה קשור טראומה. לשאלת התובע כיצד היא מסבירה שלשיתה אם צלע 2 נשברה בבית החולים משמע שנג儒家 טראומה בעת אישפווזו, ד"ר כהן השיבה שתחום ההתחומות שלה הוא היסטולוגיה. בהמשך הוסיףה שכיוון שהמנוח היה בעל עצמות חולשות לא הכרחי שתהיה טראומה (עמוד 586 שורות 14-17).

.271 תיארוך השברים בצלעות 1-2: ד"ר כהן כתבה בחוות דעתה ש"כנראה" מדובר בשברים בני מספר ימים (נ/33 עמוד 18). לאחר שנסאלה בחקירתה הנגדית כיצד, ללא היסטולוגיה, קבעה את אשר קבעה, אמרה ד"ר כהן ש"יתכן" שאלו שברים בני מספר ימים:

ש: את מדברת בכל זאת על צלעות 1, 2, שלא עשית להן היסטולוגיה. את אומרת שהשברים הללו הם בני ימים ספורים, שנוצרו לאחרונה בבית החולים.

ת: אלו לא נגמו בהיסטולוגיה.

ש: דבר ראשון, למה "ימים ספורים"? עכשו אמרת שקלוס זה 14-10 ימים.

ת: ניתן לראות קלוס מוקדם, והקלוס המוקדם הוא בין 7-3 ימים.

ש: אולי. את לא עשית בדיקה רדיולוגית או היסטולוגית. אז למה "ימים ספורים"?

ת: אני מקבלת את זה אבל מכיוון שההיסטולוגיה לא נלקחה, אין סטירה כיון שסטודנט הרזהב לא בוצע.
ש: למה את רושמת תיאורך של ימים ספורים, כשלא עשית היסטולוגיה ולא עשתה בדיקה רדיולוגית לא ראית רדיוגרפיה, לא עשית היסטולוגיה. למה את כותבת שזה ימים ספורים?

ת: אתה מתייחס לנקודה 5 במסקנות שלי. לפי הדוח של הנтиחה לאחר המוות, צלעות 1, 2 ו-4, היו בעלות שני שברים שתוארו כטריים "ללא קלוס", נראו בMRI שנערך לאחר מותו של המנוח. מהם לא נלקחו דגימות להיסטולוגיה ולפיכך ישחק שאל שברים מהזמן האחרון, בניי מספר ימים" (עמוד 585 שורות 17-29).

.272. ההגנה טוענת כי לאחר מותו של המנוח התגלו 7 שברים חדשים שלא נצפו בבדיקות הדימות בחיו של המנוח, מהם 4 שברים ללא קלוס כלל ומכאן שמדובר בשברים טריים. כמו כן, העובדה שד"ר גיפס לא נטלה דגימה מהשברים שלא קלוס מעידה על ניסיון מכoon להסתירם.

.273. צלע 10 משמאלי: בחווית דעתה כתבה ד"ר כהן כי ההיסטולוגיה של צלע 10 משמאלי (דגימה 38) מראה ראיות לחוסר בויטמין D (נ/33 עמוד 14). זו הצלע היחידה שנלקחה דגימה מהמפרק הקורוטו-CONDRAL ומטאימה לבדיקת מאפייני חסר בויטמין D: "מראה עמודים חריגים של קונדרוציטים. ישנים כל'ם החודרים באזורי לוחית הגידול, עצם שזרה ועליה בגרמיות. מאפיינים אלה תוארו לאחרונה במחקר שעסוק בחסר בויטמין D במחקר מות פתאומי ובלתי צפוי בפצעות" ומפנה למאמר של כהן ב-2013 (נ/33 עמודים 16-17).

.274. בבית המשפט טענה התביעה שהתאים שנונთנת ד"ר כהן של שגשוג יתר וחוסר סדר בעמודות של תאי הסחוס, מופיעים גם בשברים. ד"ר כהן השיבה: "כשיש שבר בעצם, הרקמה שתגיב להחלמה, היא הסחוס, הסידן, התאים המקומיים בסביבה זו. אבל נוכחות של סחוס בנקודות המפגש של הקונדרוקוסטיאלית, של הצלע והסחוס, ברמה זו, הסחוס גדול, ואז עובר הסטיידות, ומתחיל לנوع לכיוון אמצע העצם וועבר הסטיידות, וכך מתרכחת הסטיידות. אם לא היה כל סחוס ברמה זו, זה לא יכול להיות עצם מכיוון שהשלב המוקדם ביותר של העצם מתחל במקום זה, זה נקרא אזור הצמיחה" (עמוד 587 שורות 30-32, עמוד 588 שורות 1-3).

.275. התביעה טענה גם שהדגימה לא נלקחה מלוחית הגידלה אלא מקו בית שח' אחורי והדבר כתוב במפורש בעמוד 4 לחווית דעתה של ד"ר גיפס. לטענת ד"ר כהן היא עוסקת בכך כבר 20 שנה והוא בטוחה לחלוין שזו לוחית הגידלה (עמוד 588 שורות 11-12). בחקירה החוזרת היא סימנה על תМОנות 23-24-C הסחוס שהוא לבן - B מחוץ למעגל - עצם שהוא יותר אפורה. נקודת המשך בין הסחוס לעצם היא לוחית הגידלה שסומנה בקן. יש הבדל בין בדיקה בעין בלתי מזוינת לבין בחינה היסטולוגית של הצומת הזה. במקום זה הסחוס מתחל לעבר מינרליזציה ולהפוך לעצם. הסחוס נעשה קשייך יותר ויש התרחשויות היפר פלסטית במתהפייה וכן יש מראהבולבוסי שפורש בעיות כשבר (עמוד 597 שורות 24-32 ועמוד 598 שורות 8-1). התביעה טענה שד"ר גיפס דגמה מהצלעות שברים בלבד וכן לא מדובר בלוחית גידלה. בנוסף, התביעה טוענת שלא ניתן לאבחן מחלת עצם באזור של שבר, ד"ר כהן השיבה שהדגימות נלקחו מאזורים שבהם הייתה הרחבה ברורה של המתהפייה וכיון שינוי מספר מוגבר של תאי סחוס ניתן היה לשגות ולהסביר כשבר (עמוד 588 שורות 29-31 ועמוד 589 שורות 2-1). יצוין כי ההגנה תהatta מדוע ד"ר גיפס לא דגמה מאייזור בראיא על מנת

לאפשר להגנה לבחון אפשרות של מחלת עצם. וכן טענה שד"ר גיפס איננה פטולוגית ולכן עמדתה בעניין המיקום המדוייק של הדגימה צריכה להתקטל מפני עמדתה של ד"ר כהן.

276. ד"ר כהן מצאה עצם ארגוגה בצלע. לטענתה ישנו הבדל בין עצם ארגוגה כתוצאה משבר ועצם ארגוגה כתוצאה מחוסור בויטמן D: "זה נקרא עצם ארגוגה, וזה עצם שלא עברה מינרלייזציה מלאה. ההבדל בין העצם הארגוגה שניתן לראות בחסר בויטמן D, מה שאנחנו רואים בצלע הזו, הוא שכל אחד מהטרבקולים האלה מכילים עצם ארגוגה, אבל הם היו מאורגנות בצורה תקינה. אם יש לך שבר כאן, נראה קודם כל דימום, לאחר מכן דלקת, אז תופיע עצם הארגוגה ואז חסום, אבל זה לא יהיה מאורגן באופן זהה, זה יהיה מאוד לא מאורגן, על מנת למלא את המרווח של שבר" (עמוד 589 שורות 12-8).

277. (ז) היעדר שברים חדשים בתאומה לאחר שהוצאה מהבית: לטענת ד"ר היימן שניי ברכיב אחד כמו שיפור במחלה או שינויים פיזיולוגיים בבניה מחדש, מינרלייזציה, תהיליך גידלה, פעילות הורמוניית, תזונה מוגברת או גירויים פיזיים עשויים להביא לחיזוק העצם. היעדר שברים חדשים בעת שהפעוט במשפחה אומנת לא מביע על קשר סיבתי אלא יכול להיות קשור בזמן (נ/ 31 עמודים 42, 46). כשנשאל כיצד הוא מסביר שלא נוצרו שברים חדשים לאחר התאומה הוצאה מהבית הסביר: "זו אבחנה פיזיולוגית, לא אבחנה ייחודית. ככל שברים גם אחד מגורמי הסיכון האלה, כמו תהיליך גידלה, ויטמין D, פרצី הגידלה של שבעת החודשים, כולל שינויים גם בכוחות, התינוק עשוי להיחשב עדין, אך מטפלים בו אחרת, זה מאפשר שינויים פיזיולוגיים של העצם של התינוק, אך שלא נוצרים שברים בתינוק. חלק מהם כן מייצרים שברים, אבל הרוב לא" (עמוד 510 שורות 27-32). "ישנם מקרים של שברים נסתרים הצלעות שאינם מהתעללות, שקרו פעם בפצעות, ומעולם לא קרו שוכב" (נ/ 31 עמוד 36). השבר נובע משלוב של גורמי סיכון שימושיים לרעה על חזק העצם של אדם בעל נתיה גנטית. הגורם הנפוץ הוא פרצី גידלה סביב גיל ההתקגרות. גם בשנה הראשונה לחים יש פרץ גידלה משמעותי. בנוסף, ולד עם פרככת לא חוזה שבר כל שבוע, כל יום או שנה (עמוד 610).

278. (ח) היעדר סימנים חיצוניים: ד"ר היימן ציין בחווות דעתו כי השברים לא אובחנו על ידי הרופאים בקהילה שטיפלו ובדקו מספר רב של פעמים את המנוח והתאומה (נ/ 31 עמוד 3). בנוסף, בכל התקופה אין ראייה לפגיעה ישירה במנוח למעט חבורות שטחיות שייכלו להיגרם בשל הפעולות הרפואיות (נ/ 31 עמוד 8). עוד כותב ד"ר היימן: "אבחנה של התעללות בילדים תהיה ברורה למדי בഗל סדר הגודל של הפגיעות, הימצאותן של פגיעות טראומה אחרות כגון חבורות, וממצאים היסטוריים ופסיכו-סוציאליים- אך דבר מכל אלה לא היה במקרה של המנוח" (נ/ 31 עמוד 28). בסיכון טענה ההגנה כי לא ניתן שהנאשם התעלל בתאומים והאם לא הבדיקה בכאן. צלעותיהם של התינוקות גמישות וכן נדרש כוח לשברו אותן באופן שייגרם חבורות חיצונית. ההגנה הצביעה על כך שד"ר גיפס אמרה שבഗל הזה מקלחים את התינוק על הגב אז ניתן לפספס סימנים (עמוד 229 שורות 18-16) וד"ר פסק שטען שהוא לא יודע האם בבדיקות אצל רופאים בקהילה התאומים הופשטו או נותרו לבושים (עמוד 141 שורות 9-7).

279. (ט) הפציעות הפנימיות: לטענת ד"ר היימן שברים רבים מושגים ללא פגיעה בבית החזה תומכת בשברים עצמות (נ/ 31 עמוד 10). ד"ר מק הפנהה לאמור של גרסיה לפי במקורה של יותר מארבעה שברים, היראות הפציעות לריאות הייתה 100%. המאמר כלל ילדים שונים טראומה מתועדת, לרבות התעללות בילדים (עמוד 478 שורות 13-12). אין עדות לחבלה בבית החזה: לגבי הנזול שנמצא בצד היא הסבירה שתפקיד הלב שלו ירוד ولكن אי אפשר להשתמש בנוזל כאינדיקטור לחבלה (עמוד 479 שורות 28-31). לגבי הקרע בכבד שהוց ב-IRI, לטענת ד"ר מק אם היה מתרחש במהלך חייו של המנוח היה נצפה דם רב בחלל הביטני (עמוד

480 שורות 11-12). לטענתה יש אמנים שיש קטן אך הוא מכיל נזלים ולא דם ויתכן שמדובר בצביעת קטנה (עמוד 498 שורות 4-8). עוד טענתה ההגנה כי כיוון שעצמות תינוקות הן גמישות נדרש כוח רב לשבור אותן ולכן היה מצופה לראות פגיעות פנימיות ממשמעותו.

.280. **השברים בצלעות: דין**

אין מחלוקת כי התאומים הציגו בצלומי חזה (והמנוח אף בצלומי CT ו-MRI לאחר המוות) שברים רבים בצלעות, בשלבי החלמה שונים. לאחר האירוע התאומה הוצאה מביתה ובבדיקה שנערכה בחולף זמן מהairouع לא התגלו שברים חדשים. בנוסף, אין מחלוקת כי התאומים קיבלו מלידתם, כמו יתר הילודים בישראל, תוספ' ויטמין D מדי יום. רמת ויטמין D של האם בחודש אפריל 2012 עמדה על 9 בלבד, רמת ויטמין D של המנוח ביום 2012 הייתה 27.8 ושל התאומה למעלה מ-30 (נ/1 ונ/9).

.281. התביעה הצינה מאמר לפיו שברי צלעות בילדים מתחת לגיל שלוש שנים הם בעלי ערך ניבואי של 95% כמצביים על התעללות. ד"ר מק נשאלת האם מסכימה לכך והשיבה שהדבר אכן כתוב בספרות ויש לזכור זאת בעת שmagiu מטופל עם שברי צלעות, בשים לב לכך שמדובר בסטטיסטיקה כללית ולא ניתן להזכיר מכך על מקרה ספציפי. כלומר, ד"ר מק אינה שוללת את הטענה, בניגוד לאמירה אחרת שהוצאה לה שברים אחרים הם בעלי הסגולויות הגבוהה ביותר המעידת על התעללות, אלא טענת שיש לנוכח זהירות בעת שימושים ממירה זו על מקרה ספציפי. במשפט הפלילי אכן לא ניתן לקבוע דבר רק על סמך מאמר זה, יחד עם זאת מדובר בנקודת חוויה להבנת הסביבה הדינית.

.282. נתנו נספ' שיש להביא בחשבון הוא שתינוקות בגיל זה אינם מפותחים מוטורית, הם אינם נידים וכל תזוזה שלהם נעשית על ידי המטפל ולפיכך אינם נחבלים באופן עצמאי כמו פעוטות העומדים והולכים בכוחות עצמם. מומחי התביעה טוענו כי גם כאשר תינוק או אדם סובלים מבעיה בחזק העצמות, העצמות אין נשברות מעצמן באופן ספונטני ונדרשת טראומה כלשהי, אף אם במידה פחותה מזו הנדרשת באדם עם עצמות תקינות לחולותין. ولكن, אף אם התאומים סבלו מבעיה בחזק העצמות, השברים נגרמו מטרואומה. לעומתם טוענו מומחי ההגנה שמחלה עשויה לגרום לשברים אף ללא טראומה. להלן אדון בטענות הצדדי:

.283. (א) **בפן המתאבולי (חסר בייטמין D ורככת):** אין מחלוקת כי ערך גובה מ-30 היו תקין לחולותין. רמת ויטמין D שהציג המנוח קרובה מאד לנורמה- 27.8 והרמה של התאומה מעל הנורמה- 55 (נ/9). לא מדובר בחסר משמעותו בלבד האוכלוסייה המערבית שסובלת מחסר צזה או אחר בייטמין D. לטענת פרופ' אניקסטר אף אם ישנו מחסור בייטמין D אין בכך להעיד על ררככת, אלא בשילוב של בדיקות נוספות בתחום הרדיולוגיה והביווכימיה. גם ערך של 9-7 לא מוביל לאבחן ררככת בהיעדר קליניקה. הוא הדגיש כי רמה של 30-30 נחשבת בלתי מספקת ורק רמה שמתוחת ל-10 נחשבת לחסר.

.284. מכל מקום, ההגנה אינה טוענת שרמת ויטמין D של 27.8 מהוות ראייה כלשהי לררככת אלא שטענתה העובדה שהמנוח הציג רמה כזו כעבור 5 חודשים מlidתו במהלך ניטן לו תוסף של ויטמין D מדי יום, בשילוב העובדה שהאם סבלה מחסר בייטמין D במהלך ההריון (הציגה ערך של 9 מספר חדשmins מהלידה- 1/1) מובילה למסקנה שאף המנוח סבל מחסר בייטמין D שగרם לררככת, שהחלמה ככל שחלף הזמן. טענה זו נדחתה על ידי מומחי התביעה: פרופ' אניקסטר חזר והבהיר מספר פעמים שאף אם האם סבלה מחסר בייטמין D, כל עוד לא סבלה מרככת של ממש, אין סיבה שתאומים תהיה ררככת, הוא הוסיף כי העובדה שמדובר בתאומים אינה גורעת מכך ויטמין D שਮועבר להם במהלך ההריון יכול שלא מדובר בחולקה של ממש. מעבר לכך הוסיף שלא היו סימנים אחרים רדיולוגיים או קליניים לררככת, וכך גם העיד ד"ר פשת. מנגד, טענה

ד"ר כהן שכasher לאם יש ערך של 9 גם לילדיים יהיה ערך של 9 אך קשה לקבל קביעה זו שנאמרה ללא ת邏ICAה בסיפורות מעריכית, על ידי מי שאינו מומחה בתחום, ביחד עם עדותו של פרופ' אנטיקסטר, מומחה למטאבוליזם. פרופ' אנטיקסטר הותיר בעדותו רושם מצוין בבקיאותו ומהימנותו, ואף שההשטע עמדת ממשנית, ניכר כי, בהגינותו, הוא לא חיפש כיצד להחמיר עם הנאשם וגילה פתיחות לשמעו את טענות ההגנה ולהסביר עליהם במדויקות רבה.

.285. זה המקום לציין כי בעת הדיון בסוגיות ויטמין D נמנע ד"ר היימן במספר הזדמנויות מהשיב לשאלת שנסחאל ובחירה "לבrhoch" לסוגיה אחרת נוחה עבורו. כך למשל כאשר התביעה הציגה מאמר משנת 2013 לפיו, במחקר שסקר אלפי מקרים, לא נמצא קשר בין רמת ויטמין D של האם לחזק העצמות של הילד. במקום להתמודד עם הטענה לעניין ויטמין D השיב ד"ר היימן שוויטמין D הוא גורם עיקרי, אך אינו גורם יחיד לשביות העצם ויש לבחון גורמים אחרים כגון סידן וזרchan. ד"ר היימן התחמק ממענה לגוף של עניין גם כאשר נתען שאם התאורה שלו נכונה אז היינו מצפים לשברים דזוקא בסמוך לילד, בעת שהחסר היה חמוץ ביותר ובטרם הגוף הספיק להתואוש במאכניות התוסף, ואילו במרקחה זה נצפו שברים שנוצרו בגל-3-4 חודשים מהילד, לאחר שקיבלו תוסף והתואשו מהחסר ממנו סבלו, לשיטתו. במרקחה זו ד"ר היימן השיב שיש לייחס זאת לפרצוי הגדרה וכן שישנם גורמים נוספים המשפיעים על השבירות כגון סידן.

.286. לטענת ההגנה הבדיקות הטובות ביותר לגילוי רככתן דקסקה וPTH. בעניין זה אני מקבל את טענת מומחי התביעה שבעת שביצעו את הבדיקות בתאומים הם לא חשבו על הליך משפטי עתידי אלא על ריפוי התינוקות ו מבחינתם לא היה כל צורך בבדיקות הללו משום שבשלל הבדיקות האחרות שביצעו לא התגלו כל ממצאים המצביעים לררכقت. הדברים נכונים במיוחד לגבי בדיקת הדקסקה שכורוכה בקרינה מוגברת. יש להזכיר גם כי ד"ר היימן עצמו טוען שאף בדיקת דקסקה אינה יכולה לשולול פרכת.

.287. טענה נוספת של ההגנה בנוגע לבדיקות היא שאף אם הבדיקות שבוצעו תקיןות לא ניתן לשולול מחלת עצם כיוון שמדובר שהתאומים קיבלו תוסף בבדיקות המעבדה יהיו תקיןות בעוד העצם מצאים שישקפו חסר בויטמין D ממנו סבלו בעבר. טענה זו הוצאה לפרופ' אנטיקסטר בחקירה הנגדית והוא השיב שתיתכן אפשרות תיאורטית שלילדים נולדו עם רככת יחלימו לאחר לקיחת תוסף ויטמין D. עם זאת, בשני הילדים לא נמצא סימנים לררכقت. יש לצפות מכל רופא ילדים שידע לזהות רככת בבדיקה פיזיקלית שגרתית וזה לא זההה על ידי הרופאים בבדיקה בסמוך לאחר הלידה, לפני השחרור מבית החולים וכן בבדיקות בטיפת חלב או בקופת החולמים. בעניין זה לא הובהר האם יתכן שבפרק זמן כה קצר רמת ויטמין D תעלה מההמינימים העול לגורם לררככת עד לרמה תקינה לחלוtin בתאומה וכמעט תקינה במנוחה.

.288. יש לציין כי הדיון בתחום זה של המטאבוליזם התמקד בעיקרו באפשרות של חסר בויטמין D אך המומחים משני צדי המתレス הסכימו שшибירות עצומות או רככת מתבטאים גם בפרמטרים אחרים כגון נתרן, זרחן,ALKTROLITIMים אך סביר בדיקות אלו לא התפתח דיון בבית המשפט והגנה לא טענה לממצא חריג.

.289. לסיכון: שוכנעתי כי בפן המטאובילי נשלל שהברים נגרמו מחסר בויטמין D ורככת. התאומים הցינו ערכיהם תקין לחולוטין או כמעט תקין במספר חדשניים לאחר הלידה ובנסיבות השברים במצבם. אף אם קיבל את טענת ההגנה שהוא סבלה מחסר בויטמין D בזמן ההריון, דבריו של פרופ' אנטיקסטר לפיהם אין בכך להצביע על רככת, לא נסתרו בחקירתו. אמרתה המופשטת של ד"ר כהן שאם לאם היה רמת ויטמין D של 9 בזמן ההריון גם לילדיים יהיה 9 אינה מעריכית לטעמי. בנוסף, פרופ' אנטיקסטר הדגיש, וגם ד"ר היימן אמר זאת, שברככת מצפים לראות שילוב של ממצאים שאינם תקין בבדיקות כגון נתרןALKTROLITIMים וזרchan, והלו נמצאו תקנים. יוער שוב כי ההגנה לא הגישה חוות דעת מומחה מטאובליזם لكن

עדיפה עמדתו של פרופ' אניקסטר שעומד בראש המכוון המטabolic בטל השומר, על פני מומחי ההגנה.

.290. (ב) טענת הגנה ל-TBBD- שבירות עצומות זמניות: ד"ר הימן טען בחוות דעתו ובעדותו כי ישנה עליה בהיווצרות שברים בחודשים הראשונים לחיהם של פעוטות בעקבות פרצוי גדילה, כפי שמתועד בספרות בגין ההתגברות.

.291. ראשית, גם לשיטתו של ד"ר הימן מדובר רק במקרים בהם מלכתחילה הפעוט סובל מבעיה בחזק העצומות,அחרת השברים היו נפוצים יותר. לפיכך ברור שגם נקרה למחלת "שבירות עצומות זמניות" עדין יש להראות שהמנוח סבל מבעיה בחזק העצומות ולא להסתפק בהשערה. שנית, התביעה הרואה, והדברים לא נסתרו על ידי ד"ר הימן בחקירה הנגדית, שהמחלה לה טוען ד"ר הימן היא תאוריה שאינה מקובלת כלל. בעוד ד"ר הימן הציג את התאוריה ללא סייג, כאילו מדובר בדעתה רפואיות מוסכמת ומקובלת, בפועל הספרות מכירה בשבירות עצומות זמניות- בגין ההתגברות בלבד. ד"ר הימן ועמיתו גורסים שגם לתינוקות, בחודשים הראשונים לחיהם, יש פרצוי גדילה וכן מייחסים שברים בלתי מוסברים לפרצוי הגדילה. ד"ר הימן לא הציג ספרות הקובעת שקיימת מחלת TBBD וסיפר כי בקרוב יפרסם מאמר בנושא. טענת הגנה TBBD הוצאה רק לפופ' פרת, שלא ידע לומר מה ממשמעות ראשי התיבות וכשנאמר לו במאמר מדובר בדבר: "מכבודם של המשפחה, ואחריות הטיפול בהם התייחסנו למאמר, כל עמייתי חשבו שהיא שמה שנרשם במאמר אינו רלוונטי... המאמר שנשלח אליו הוא כל כך איזוטרי שאין לבחון את ידיעותי על סמך קיצור של מילה שהופיעה בו, זה מביש... TBBD אינה מחלת שמוכרת על ידי הקהילה הרפואית, וש הרבה אנשים שלא מסכימים לאבחנה זהו, בוודאי של מיטב זכרוני אינה כרוכה בדיםומיים ברשותה, لكن היא לא רלווננטית... המומחה למטבוליים אמר שהוא לא מתאים ל-TBBD" (עמוד 97 שורות 11-15 ועמוד 98 שורות 12-21).

.292. התביעה הציגה קביעות של וועדה בריטית ושל וועדה של האיגוד האירופאי לרדיולוגית ילדים לפיהם השימוש באבחנה של TBBD אינו מבוסס כלל, אינם מקובל בעולם הרדיולוגי, והוא סיכון להטעה בהליכים משפטיים בהם יושבים אנשים שאינם מדענים. מדובר בתאוריה המבוססת על "ספקולציות נתולות תימוכין ועל אמונה סובייקטיביות של מספר מצומצם מאד של אנשי מקצוע רפואי". בתגובה לטענות הקשות הללו טען ד"ר הימן בעדותו שרדיאולוגים אינם יכולים להוכיח קשר סיבתי בין שברים להתעללות ואין באפרותם יכולת להעריך את חזק העצם. הם לא דנו בקונספט של עצמות תקינות ושאין תקינות ולא עיננו בספרות הטרואומה העוסקת בפגיעה פנימיות בשברים רבים.

.293. לסיכון: לא ניתן להתבסס על הטענות ל-TBBD במרקחה של המנוח. ראשית, התאוריה של ד"ר הימן, אינה מקובלת בקהילה הרפואית ובספרות הרפואיים ואף נדחתה באופן אקטיבי על ידי ארגונים רשומים. שנית, במרקחה שלפני התאוריה אף לא הוצאה למומחה התביעה בחקירה הנגדית כפי שנחקרו בעניין ויטמן D למעט פרופ' פרת שדחה את הטענות וטען שאין מקובלות. העובדה שפרופ' אניקסטר, המומחה בתחום, לא עומת עם הטענה ל-TBBD הינה תמורה בלשון המיטה. יתר על כן, אף מומחי ההגנה האחרים לא הזכירו את התאוריה זו בחוות דעתם או בעדותם, בניגוד להתייחסות שלהם למחסור בויטמן D ורככת. בנוסף, ד"ר הימן נשאל ולא הסביר כיצד יתכן שהמחלה גרמה לשברים רבים רק בצלעות ולא במקומות אחרים בגוף.

.294. (ג) בפן הגנטי: חלק מבחינת גורמים רפואיים שעשוים היו לגרום לשברים בתנאים נבדקה אפשרות למחלת גנטית. פרופ' פרידמן העיד בהרחבה בעניין והסביר מהן המחלות האפשריות, אף הנדרונות שבהן, אותן שלל. ההגנה אינה טוענת למחלת גנטית אלא למחלת מטabolic בתחום רככת או שבירות עצומות זמניות ולפיכך החקירה הנגדית של פרופ' פרידמן התמקדה בתחום זה.指出 כי הגורם הגנטי הוצע בספר פעמים על ידי ד"ר הימן בחוות דעתו, אך מדובר באמירות כלליות ותיאורטיות. ד"ר הימן לא הציע על מחלת ספציפית

שהתקיימה או לפחות עשויה הייתה להתקיים במנוח.

.295. (ד) בפן רדיולוג: ד"ר קופל טען למספר ממצאים התומכים בעמדת שמקור השברים בטראומה ולא במחלה: השברים בצלעות 7-4 הם בקן אנכי, ככלומר במיוקם זהה, בצלע 2 ישנו שבר תלייה שנחשב לייחודי לטראומה באופןן חד משמעי. בנוסף, עצמותו של המנוח נראו תקיןות. ד"ר קופל הסביר שכאשר העצם אינה תקינה היא מאבדת מהמרקם והציפיות. דברים זהים העידה גם ד"ר סודק-בןNON. ד"ר קופל העיד גם שבצלע 10 נצפה קלוס גדור שאופיני לטראומה חזרת.

.296. ד"ר מק כתבה בחווית דעתה שסריקות רדיולוגיות ראשוניות מחמירות פציגנטיים שלאחר מכון אובחנו כסובלים מרככתי. בנוסף, טענה שיש אפשרות למחלת עצם מטabolicת אותה צריך לבדוק מומחה. היא הצביעה על כך שתהlixir ההחלמה אינו נורמלי שכן קזו השבר מקטע בכל הצלעות למעט שבר בצלע 10 מיomin שمراה קזו בוהק העובר דרך הקלויס. בנוסף, הצביעה על כך שבמצב תקין תיווצר צמיחה מסודרת וחלקה, אולי מעט קעורה. במצב קעורי מאד או בהינתן גושים בלתי סדירים יש חשש שהגוף לא מניה עצם בצורה מסודרת לאור מחסור בסידן וזרchan. לשיטתה, רמות הסידן והזרchan שנמדדדו במנוח לא רלוונטיות כיוון שמייצגות את ההווה עצמו. ד"ר קופל אמר שאינו יודע אם נתקל בטענה כזו בספרות. כמו כן אין באפשרותו להגיד לטענה ש"הזהר" חוצה את הקלויס כיוון שמדובר במנוח שאינו רפואי והוא אינו מבין את כוונתה.

.297. לסיכון, בתחום הרדיולוגיה כל צד הביא ממצאים התומכים בעמדתו. ד"ר קופל וד"ר סודק-בןNON ביססו עמדתם על כך שהשברים 7-4 בקן אנכי, ישנו שבר תלייה בצלע 2 וקלוס גדור בצלע 10 וכל אלה ייחודיים לטראומה. אך מעל הכל, מרכיב העצם תקין ולא מעיד על בעיה בחזוק העצם. לעומת זאת ד"ר מק ביססה עמדתה על כך שההתאות השברים באמצעות הקלויס אינה נורמלית. יחד עם זאת, היא לא טוענת שהדבר מצביע בוודאות על בעיה במטabolicת אלא שמדובר באפשרות שצורך להיבחן על ידי מומחים. ד"ר קופל עומת עם טענותיה של ד"ר מק אך לא הבין את המונחים המקצועיים בהם השתמשה.

.298. (ה) בפן הפטולוג: ד"ר גיפס שללה שוללה עצמותו של המנוח חולניות והעידה שעצם עם רככת לא נראה כמו העצם של המנוח. אין מחלוקת שהקלוס מקטע, לטענת ד"ר מק הדבר מעיד על בעיה בחזוק העצם, לעומת זאת ד"ר גיפס סבורת שבר בקלוס מעיד על טראומה חזרת וכשמדובר בעיה מטabolicת הקלויס מתרפא באופן אחר. לטענתה, כמשמעותו בשבר, מתפתח קלוס וכמשמעותו במהלך מטabolicת ישנה הצטברות חולנית של סידן בין הסחוס לעצם. ד"ר גיפס העידה גם שבמהלך הנתיחה לא ניתן היה לשבור את עצמותו של המנוח בכוח סביר והיתה צריכה להשתמש במסור.

.299. לטענת ד"ר כהן היא מצאה עצם ארוגה. ד"ר כהן לא הכחישה שהספורות מכירה בכך שעצם ארוגה היא ראייה לשבר אך לטענתה עצם ארוגה מתאימה לחסר בויטמין D כיוון שהcoil נראה מאורגן. בנגדוד עצם ארוגה במצב של שבר שאז לא יהיה מאורגן, כדי למלא את המרווח של השבר. אך טענה זו לא הוצאה למומחי הבדיקה. לטענת הבדיקה דבריה של ד"ר כהן נסמכים על מאמר שלה עצמה שטרם פורסם.

.300. ראייה מרכזית של ההגנה לכך שמדובר במהלך מטabolicת היא דגימה 38 שנלקחה מצלע 10, אך ישנה מחלוקת בין הבדיקה וההגנה בנוגע למקור הדגימה. ד"ר גיפס שביצעה את הנתיחה ייחסה את הדגימה בחווית דעתה לשבר באזורי קו השחii, לעומת זאת ד"ר כהן הבדיקה ביחסן מלא בעודותה שמדובר בטבעות וזה דגימה של לווחת הגדרה המציגה מחלת מטabolicת עצם. ד"ר גיפס עומתה בחקירה הנגדית עם טענת ד"ר כהן והשיבה כי כל הדגימות נלקחו מאזור שבר שאינו קרוב למפרק הקונסטרודיניאלי אליו מתיחסת מומחית ההגנה.

במחלוקת זו בין ד"ר גיפס וד"ר כהן אין בידי בית המשפט הכלים הרפואיים לקבוע באופן עצמאי מהican נלקחה הדגימה. יחד עם זאת, העובדה שד"ר גיפס היא זו שביצעה את הנטיחה וצינה בחווות דעת את המיקום ממנו נלקחה הדגימה, אף אם אינה פתולוגית, העובדה כי טענה שככל הדגימות נלקחו מאזורים של שריר, ומעל לכל-הנטיחה שלאחר המוות בוצעה בנסיבות מומחית הגנה שלא העירה על כך דבר- כל אלה מצביעים על כך שיש לקבל עמדתה של ד"ר גיפס. וודges כי בוודאי שבענין זה קרייטי כמו "יחס דגימה לאזרור לא נכון", חזקה שהמומחית מטעם ההגנה הייתה מעמידה את ד"ר גיפס על טעohnה או מעבירה חוות דעת משלה. כל אלה מובילים למסקנה שיש להעדיף את עמדתה של ד"ר גיפס.

301. טענת ההגנה כי ד"ר גיפס בחרה במכoon שלא לקחת דגימה מעצם בריאה (לצורך בחינה של מחלת עצם מטעם ההגנה), אינה מתאפשרת שכן בזמן הנטיחה נכח מומחית מטעם ההגנה ונשאלה האם ברצוניה ליטול דגימות נוספות וזה עונתה בשלילה כך שלא ניתן ליחס לד"ר גיפס כוונה להסתיר ממצאים. אשר לטענת ההגנה כי ד"ר גיפס אינה פתולוגית ראשית, כאמור, התרשםה ממקרהו של ד"ר גיפס שהינה רופאה משפטית המוסמכת ליחס דגימה שנלקחה על ידה לאזרור מסוים, מעבר לכך- ד"ר זי'זב שנקח בנטיחה ואף חתום על חוות הדעת יחד עם ד"ר גיפס הינו פתולוג.

302. אשר לטענת ד"ר גיפס שסביר בצלע 1 "יחודי לטריאומה מכונת כיוון שהאזרור מוגן על ידי עצם הבריח. אין בכך להוכיח שמדובר בטריאומה כי אף שבר כתוצאה ממחלה עשוי להתפתח באזורי מוגנים בגוף. אם מדובר בטריאומה- ככל הנראה מדובר במקרה ארך יתכן שמדובר במחלה. לטענת ההגנה שנדריימצא שברים בצלעות 1 (כיוון שמוסתרת על ידי עצם הבריח) ו-11 (כיוון מרחפת)- אף אם מומחי התביעה אישרו שמדובר במקומות "קשה לשבירה" אין זה אומר שלא ניתן לשבור את הצלעות הללו. ומקבלת עלי עמדה של ד"ר גיפס כי לא ניתן לדעת האם אכן הזרת לחזה על צלע 11 או אצעע אחרת, וכל תיאור יהיה בגדר השערה.

303. לעניין תיאור השברים. לטענת ד"ר גיפס אין ראייה לשברים שנוצרו במהלך האישפוץ, אין דימום או דלקת סיבי השברים שמופיעים בשברים טריים. בנוסף, אין פרוצדורה רפואית שתגרום לשברים בייחוד בתינוק מונחים. אף אם אין קלום אין זה אומר שמדובר בשבר בן מספר ימים כיוון שקלום מתחילה להיווצר בין שבעה ימים לשולשה שבועות. מכל מקום, הערכת גיל השברים בין 7-14 שבועות הינה מדויקת כיוון שננסמכת על בדיקה מיקרוסקופית. יש לציין שקביעתה של ד"ר כהן שכנראה שהברים בצלעות 1-2 הם בני ימים ספורים נסתירה בחקירותה הנגדית לאחר שהוברר שלא בוצעה היסטולוגיה. יוער כי גם פרופ' פרת אמר בהקשר אחר כי לא ידוע בספרות על תופעה שבתינוק, שאינו פג, יוצרו שברים כתוצאה מטיפול ריגל באשפוז (עמود 106 שורות 14-16). יחד עם זאת ד"ר קופל אישר כי במקרה של רככת אפשרי שرك מהחזה יגרמו לשברים (עמוד 169 שורות 10-12).

304. לסיכום: בתחום הפטולוגיה לא נמצא ראייה לרכיבת. לאחר שקיבנתי את טענת ד"ר גיפס שד"ר כהן הסתכלה על דגימה מאזרור שבר והتبססה בקביעתה על כך שמדובר בבדיקה מלאוחית הגדילה לא ניתן לקבל את טענותיה של ד"ר כהן לעניין דגימה זו.

305. אמן אמיירתה של ד"ר גיפס לפיה "ככה לא נראה רככת" הינה כללית ואני מפורטת דיה (קלום כתוצאה מבועה מטאבולית לא יפתח יבלת עצם שמתפתחת כתוצאה משביר, אלא "הצטברות חולנית של סיידן בגבול בין הסחוס לעצם בצד הקדמי של בית החזה של תינוקות"). עם זאת ד"ר גיפס העידה שהעצמות של המנוח לא נשברו בכוח סביר במהלך הנטיחה והיה עליה להיעזר במסור ומכאן שהן לא שברות כפי שטוונת ההגנה.

306. יוער כי העובדה שחלק מהשברים לא התגלו בצלומי הרנטגן אלא רק מאוחר יותר בMRI וCT. אינה מחייבת על כך שהשברים נוצרו במהלך האישפוז. ראשית, הבדיקות המאוחרות הן איקוטיות יותר. שנית, היסטולוגית לא הוכח שהשברים נוצרו במהלך האישפוז. בנוסף, אני מקבל את טענת התביעה שגם אם עצמותו של המנוח אין חזקות אין סבירות שהשברים ייווצרו בבית החולים בעודו מונשם ותווזתי נעשות רק באמצעות הוצאות הרפואית. כמו כן העידה ד"ר גיפס שהוא לא מצאה דימום או דלקת הקשורים בשבר טרי.
307. (ו) בפן הקליני: במשך החודשים הראשונים מlidתם ועד לאיורע התאומים נבדקו קלינית הן על ידי צוות בית החולים לאחר הלידה, הן על ידי רופאים בקהילה והן לאחר האירוע בבית החולים. לטענת התביעה, לפני תידדרר הרוככת למצב בו ייווצרו שהברים יופיעו סימנים קליניים בראש ובזה אולם הדגים פרופ' אניקסטר בעודתו. סימנים אלו לא נמצאו בתאומים מרגע לידם ועד לאיורע בכל הבדיקות הפיזיולוגיות שבוצעו. בנוסף, השברים המרובים בתאומים הופיעו בצלעות בלבד (למעט השברים בראש המנוח) ולא נצפו שברים באזוריים אחרים בגוף. אם אכן מדובר במקרה בעליה בעוצמתו אין סיבה שהשברים יופיעו בצלעות בלבד ולא במקומות אחרים ואף מומחי ההגנה לא הסבירו כיצד ניתן זה מתישב עם טענתם. יתר על כן, מומחי התביעה, מתחומים שונים (מטבוליזם, גנטיקה, ילדים, רדיולוגיה) העידו כולם שרכقت תחבטה בעיקר בשברים בעוצמות הארוכות (בעמיה). ד"ר היימן טען שהדברים נכונים ל蹶ה של רככת במ bogrim ולא בשברים בעוצמות בילדים אך למעשה אמרה כללית לא הסביר את הבסיס לטענותו ולא הביא תימוכין לדבריו.
308. יצוין כי ד"ר היימן טוען שאף אם התאומים לא הציגו שינויים רדיולוגיים קלאסיים לרוככת, היו שינויים שבדרך כלל נראים בתהילכים מטabolicים: התרככות והידלדות של עצמות הגולגולת ואובדן מנירלייזציה של העוצמות הארוכות. עניין זה כלל לא עליה על ידי הרדיולוגית מטעם ההגנה ולפיכך אני מוצא מקום להידרש לטענה זו.
309. עוד יוער כי במהלך המשפט נשמעה טענה שהאם הרגישה מספר פעמים ש"משהו זו" בצלעותיהם של התאומים. אני מוצא לנכון להידרש לטענה זו שכן התאומים נבדקו פעמים רבות על ידי רופאים בקהילה שלא מצאו בבדיקה קלינית כל פגם.
310. (ז) סימנים חיצוניים ופנימיים: אין מחולקת כי מיום היולדת התאומים הובאו בפני רופאים מספר רב של פעמים ולא תועדו המטומות או סימנים חיצוניים אחרים. בזמן האירוע נמצאו סימנים אדומים ברגלי התאומה וסימנים על הסנטר ובעפער במנוח, אך לא אוכל לקבוע כי מדובר בסימנים שיש בהם להיעיד בהכרח על טראומה הקשורה בשברים. לטענת ד"ר היימן אבחנה של התעללות בילדים תהיה ברורה בין היתר לאור ממצאים חיצוניים על הגוף. לעומת זאת, במקרים רבים ישנים סימנים חיצוניים המעידים על התעללות אך ד"ר היימן אינו שולל שתיתכן טראומה ללא סימנים חיצוניים. ד"ר גיפס העידה שישנים מקרים רבים של חבלות קשות שלא מוצאים על פני העור ביחידות בתנוקות להם רקמת שומן עבה. אך במקרה של המנוח התביעה ד"ר גיפס על דימום שנמצא בקרקפת שלא ניתן לראות מבחן.
311. אשר לפגימות פנימיות: הן ד"ר מק והן ד"ר היימן טוענו שבמקרים בהם נצפו לפחות ארבעה שברים נפתחה גם פגעה פנימית, והbijao כתמייה לעמדתם מאמר של גרסיה. לעומת זאת ד"ר פסק העיד כי הראות הוא איבר גמיש ולאחר שלחצים אותו הוא יכול להתרחב חרזה ללא סימן והוסיף: "יכול להיות וזה לא נדיר לראות שברים בצלעות בלי קוונטויזה מתחמת".
312. מכל מקום, במקרים נמצאו פגימות פנימיות שאין ממשמעות. ד"ר קופל מצא נזול בחזה אך לא הוכח שמדובר במקרה הקשור לשברים. עוד מצא ד"ר קופל קרע בכבד, אך לא נצפה דימום, אם כי לטענותו

קשה לראות דימום ישן. הkraine לא נמצא בנסיבות אר ד"ר גיפס העידה שמדובר בkraine קטן יחסית שמקובל לפפסס.

.313 אשר להתנהגות התאומים. לטענת ההגנה העובדה שההתאומים התנהגו באופן נורמלי והאם העידה כי לא סבלו כפי שהיא מצפה בנסיבות של שברים בעצמות. אין מחלוקת כי המנוח היה הבכין מבין שניהם והתאומה התנהגה באופן רגוע יותר. לעניין זה יוער כי ההגנה אינה חולקת על עצם קיומם של השברים בתאומים אלא טוענת שמחלה היא זו שיצרה אותם. אך בין אם השבר נגרם מחבלה לא תאונית ובין אם נגרם ממחלה- הכאב שבהימצאות שבר יהיה דומה (בניגוד למכות חיצונית שיכאבו רק במקרה של חבלה). בנוסף, בלתי אפשרי לפרש בכך של תינוקות וקشا גם להעיר ולמדוד בכך כיון שמדובר בעניין יחסוי. כל אדם או תינוק מתמודד אחרת עם כאב. لكن להתנהגות התאומים (בכיוונתו של המנוח ושלוות התאומה באופן יחסוי) איןמייחס משקל. ד"ר גיפס הסבירה שתינוקות אינם נידים ולכן תזוזת צלעות, הגורמת לכאב, מועטה יחסית. הסבר נוספת של ד"ר גיפס הוא הליך ההחלמה מהיר בתינוקות הגורם לזמן מינימלי של כאב.

.314 (ח) היעדר שברים חדשים בתאומה: כאמור, לאחר האירוע התאומה הוצאה מביתה, וכשנבדקה בעבר זמן מה לא התגלו שברים חדשים. ככלומר, אם לקבל את טענת ההגנה, בין אם מדובר בחסר בויטמן D שהיה בשלבי החלמה ובין אם מדובר בשבירות עצומות זמן עקב פרצי גידלה, באופן מקרי השברים נעלומו בבדיקה בזמן שבו התאומה הוצאה מביתה. נכון שנותן זה כשלעצמם לא מצביע בהכרח על קשר סיבתי בין הימצאותה בבית לשברים בצלעותיה, ובאופן תיאורתי ניתן מקרים שהמחלה ממנה סבלה או סובלת בלבדה בבדיקה כשהוצאה מביתה. יחד עם זאת, לא ניתן להתעלם מנקודת זה שמצטרף לאמור לעיל ומחזק את המסקנה שהשברים לא נבעו ממחלה מטabolicalla אלא מטרואומה.

.315 (ט) מסקנות

לאחר ש核实תי את טענות המומחים בשלל המתחומים אני קובע כי הילדים לא סבלו מרככת או בעיה בחוץ העצם. אף בטענות ההגנה לעניין היעדר סימנים חיצוניים או סימנים פנימיים ממשמעותיים אין כדי לשנות קביעה זו.

.316 פרופ' אנטיקסטר, שהוא מנהל השירות המטabolicall בטל השומר העיד באופן נחרץ שלא ניתן לטען לרוככת רק בגלל שברים רבים בצלעות ללא נתון כלשהו- קליני, רדיולוגי או מעבדתי המחייב לרוככת. לא מדובר באיש מחקר אלא בклиינאי שעבודתו היום יומית כרופא בבחינה ושלילה של מחלות שונות, ביניהן רוככת, שעמד בבית המשפט ואמר באופן חד משמעי: "ככה לא נראה רוככת". אנשים מקצוע קליניים שתפקידם היום יומי הוא אבחן מחלות חזקה על מומחי הבדיקה שביתו את הבדיקות הנדרשות בזמןאמת כדי לרפא את המנוח (ולא עבור הליך משפטי עתידי) וידעו לאבחן רוככת שאמנם אינה שכיחה אך היא אינה נדירה.

.317 להלן הנתונים המרכזיים התומכים בכך שמקור השברים בטרואומה ולא במחלה: ערכי ויטמן D תקנים אצל התאומה וכמעט תקנים אצל המנוח מספר חדשים לאחר הלידה ובסימון להיווצרות השברים. נכון שזמן הלידה חלפו מספר חודשים בהם קיבלו תוסף ויטמן D אך הממצאים המעבדתיים נמצאו בסימון למועד היוצרות השברים שתוארכו לשבועות והימים שלפני האירוע ולכן לא ניתן לנתק בין הנזון המעבדתי והשברים; אף שבאים נמצא ערך של 9, קבוע פרופ' אנטיקסטר שرك כאשר לאם יש רוככת, ולא "סתם" חסר, הילדים עלולים לסבול מרככת, לעומת זאת ד"ר כהן, שאינה מומחית בתחום שהערך של האם יועבר לעובר; צפיפות עצם תקין; יתר הבדיקות שבוצעו ובדקו נתונים אחרים הקשורים בחוץ העצמות כגוןALKALOTELITIM, זרחן ונתרן נמצאו תקנים; אין מחלוקת שנשללה כל מחלת גנטית בתאומים; הימצאות שבר תלישה המuid על טראומה; עצמות גמישות ולא נשברות בקלות בנסיבות אר ד"ר גיפס העידה שמדובר בkraine קטן יחסית שמקובל לפפסס.

בראש ובחזה מרוגע לידתם ועד לאירוע המאותרים בבדיקה פיזיקלית בסיסית אצל רופא ילדים (חרף בדיקת התאומים לאחר הלידה ומספר רב של פעמים עובר לאירוע); הימצאות השברים המורובים בצלעות בלבד ולא באזוריים נוספים בגוף, CISIDOU שרככת מתבטאת בעיקר בשברים בעקבות הארכות (בגפיים); היוזרות השברים בקן אני במקומם זהה בצלעות; היוזרות השברים, ברובם אחוריים, בקן אני ובמיקום זהה בצלעות; היעדר שברים חדשים בתאומה לאחר שהועברה למשפחה אומנת בעקבות האירוע.

.318. נכון שהנתונים האחרונים הקשורים במיקום השברים בצלעות בלבד והיעדר שברים חדשים בהתאם מהווים ראיות נסיבתיות ולא מצבעים על קשר סיבתי חד ממשעי. יחד עם זאת לא ניתן להטעם המנתונים וקשה ליחסם ליד המקורה. מכל מקום, הכרעתינו אינה מבוססת עליהם והללו מctrפים להתרשמות מהמומחים שעמדו בפניו בנוגע ליתר הסוגיות.

.319. לסימן, לא נעולמה מעני טענת ההגנה להיוזרות שברים חדשים במנוח במהלך האישפוץ. ההגנה נסמכת על איתור שברים "חדשים" בבדיקות הדימות והפטולוגיה לאחר מותו של המנוח. לטענת ההגנה ארבעה מטוך שבעה שברים "חדשים" נצפו ללא קlös ומכאן שנוצרו במהלך האישפוץ. איןנו מקבל טענה זו שכן ברור כי ישנו הבדל אICONטי בין בדיקות הדימות בחו"ל המנוח לבדיקות שלא אחר המוות לאור רמת הקרינה המוגברת. הנتيיה שללא אחר המוות היא "סטנדרט הזהב", אך יתר על כן, פרופ' גיפס לא מצאה עדות לכך שמדובר בשברים טריים כגון דימום או דלקת. בנוסף, ד"ר כהן נסמכת בטיעוניה על היעדר קלוס ועל כך שלא בוצעה היסטולוגיה, אך קלוס עשוי להתפתח גם כתוצאה ממוועד היוזרות השבר. לאור זאת, נחיה דעתינו כי לא נוצרו שברים חדשים בגופו של המנוח במהלך אישפונו בבית החולים.

الشברים בראש

.320. מטעם התביעה העידו ד"ר טל, מנהלת יחידת MRI ונירודיאלוגיה בבית החולים "אסף הרופא", ד"ר גיפס ופרופ' קונסטנטיני. מטעם ההגנה העידו ד"ר מק וד"ר כהן.

.321. השברים בראש: עמדת התביעה

התביעה טוענת כי המנוח סבל משני שברים בראש, האחד בעצם העול (להלן: "**עצם העול**" או "**עצם הזיגומה**") והשני בקודקוד. אין מחלוקת כי במסגרת הבדיקות שבוצעו למנוח במהלך אשפוזו בבית החולים, לא נמצאו כלל שברים בראש. לאחר פטירת המנוח בוצעו בדיקות MRI ו-CT נוספת בבית החולים אסף הרופא שם מצאה ד"ר טל שני שברים, בעצם העול ובקודקוד (ת/124). אף ד"ר גיפס, שהייתה מודעת לממצאים הללו, מצאה בنتיהה את שני השברים. לאור התפתחות זו, התקבשו רופאי בית החולים לבצע "רוייזיה" ולבחון בשנית את הצלומים שביצעו בחו"ל המנוח. נמצא כי: "יש סוטורות פתוחות וקשה לומר אם יש גם שבר. יתכן שבזמן טמפורלי יש שבר המשיר את הסוטורה. יתכן גם קו שבר בזיגומה, אך ממצאים אלו אינם וודאיים" (ת/106 עמוד 1). להלן אבחן את הראיות עלייה מתבססת התביעה בטענה לקיים של שברים בראש.

.322. (1) בפן הרדיולוגי: להלן הממצאים שנצפו על ידי ד"ר טל, ב-CT שבוצע לאחר המוות: "מודגם קו שבר קווי קמרוני בעצם הקודקוד (פריאטלית) מימין. שבר בעצם הזיגומה משמאלי קרוב לוודאי חד" (ת/124 עמוד 1), "קו שבר עדין ללא תזוזה בעצם העול משמאלי וקו שבר עדין ללא תזוזה בעצם הקודקוד מימין, אני לתפר הקורונלי" (ת/125). בעדותה הסבירה ד"ר טל ש"שבר ללא תזוזה" הוא שבר שאין בו תזוזה של חתיכות

העزم משני צדדי. התזוזה תליה הן בעוצמת המכה והן בשאלת האם הגולגולת קשה או רכה. בגולגולת רכה יתכן שלא יהיה שבר כי העצם מתקפלת וغمישה ובגולגולת קשה, אף אם המכה חזקה יותר, יתרן שבר עם תזוזה (עמוד 179, שורות 10-5). לגבי המונח "שבר עדין" הסבירה שקו השבר דק יחסית בעצם הקודקוד וקצר יחסית בעצם הזיגומה (עמוד 178 שורות 23-27).

.323 **מומחיותה של ד"ר טל:** ד"ר טל עברה הכשרה ברדיולוגיה ילדים, והוא מומחה בנירודיאלוגיה ומנהלת היחידה באספ הרופא. היא הסבירה שבתחום זה מקובל בארץ ובעולםשמי שעוסק בנירודיאלוגיה של מבוגרים, מפענח גם צילומים של ילדים. למעשה, רוב מומחי רדיולוגיה ילדים כל לא מפענחים מוח ועמוד שידרהומי שמבצע זאת הוא נירודיאולוג (עמוד 176 שורות 25-27 ועמוד 177 שורות 1-2).

.324 **מדוע השברים לא אוטרו בבדיקות שנערכו בחיו של המנוח:** מומחי התביעה התבקשו להסביר כיצד יתכן שהרופאים בתל השומר פספסו את השברים בצלימי ה-CT. וכן כתב פרופ' קונסטנטיני בחווות דעתו: "שילוב של גודל השברים (בנתייה נראים שברים אלו כסדרים זעירים), ומגבלה כמוות הקרינה שמורשת בבדיקות ה-CT בתינוקות (כמוות מופחתת כדי שלא לסקן את התינוקות מפגעה עתידית משנה לkrinya). לכן, שברים קווים עדינים (כפי שהיו לתינוק זה) לא תמיד נראים בבדיקות ה-CT. לאחר המוות, אין כמובן עניין של קרינה מופחתת ולכן גם רואים טוב יותר את השברים העדינים" (ת/151 עמ' 5, וראו גם חוות דעתו של ד"ר פסח ת/106 עמ' 1 ועדותה של ד"ר טל בעמוד 174 שורות 7-3 ועמוד 178 שורות 11-14). בעודו הסביר פרופ' קונסטנטיני שה碼ניות היא להפחית את מינון הקרינה במחיר של איבוד אינפורמציה, כיוון שינוי הסכמה שמדובר באינפורמציה שאינה רלוונטית לטיפול הרפואי. כך למשל קיומם של שברים קווים מהווים עדות לחבלה, אך מבחינה רפואי אין עייתי שכן בכל מקרה השבר מתאהה בחולף הזמן ולא התרבות חיצונית (עמוד 269 שורות 21-28 ועמוד 270 שורות 2-1). לטענת הגנה שלא נהוג להפחית קרינה השיבה ד"ר טל שיש תוכנות שטטרtan להפחית את הקרינה בהתאם לפרמטרים שונים כגון גיל הנבדק, האיבר הנسرק ומשקל הגוף (עמוד 178 שורות 9-14). ד"ר טל העידה שגילה את השברים בזכות חתכים מאד דקים, רמות קרינה גבוהות ושיחורים תלת ממדיים (עמוד 178 שורות 19-22).

.325 ד"ר הופמן העיד אף הוא שבצילים לא ניתן לראות הכל אך אין לכך משמעות "כשלעצמיו גם אם היו אמורים לי עשר פעמים להסתכל על שני CT לא הייתה אומר שיש שבר. במקרים רבים רגילים זה לא ממשמעותי כשיש שבר, אם ילד נפל אך הוא בהכרה, אם אין דימום במוח, הוא משוחרר הביתה גם אם היה לו שבר בגולגולת" (עמוד 152 שורות 19-24). אשר במקרה של המנוח הוא הוסיף: "יתכן שברצד השמאלי הסטורה הטעתה אותו ויש קו שבר, אך אני משוכנע בכך ב- 100%, זה לגבי השבר בגולגולת. לגבי הזיגומה, בגין הקרינה רוצים לעשות בזיזות שלא נפגע בעין, אז הזיגומה נחתכת" (עמוד 156 שורות 3-1). ד"ר טל עצמה חזרה לצילומים הראשונים ומצאה את השברים גם שם, לטענתה, כיוון שידעה היכן לחפש: "הרדיולוג האחורי הוא היכי חכם" (עמוד 175).

.326 לטענת התביעה, נאמר לרופאי בית החולים כי נמצא שברים אך הם לא הופיעו למיקומם (ת/106א), ואף על פי כן רפואי בית החולים מצאו את שני השברים במקומות הנטעןם כתע על ידי התביעה ואוותרו על ידי ד"ר טל.

.327 ד"ר קופל הסביר כיצד הבדיקה שלآخر המוחות מציגה תמונה ברורה יותר: "חותכים מאוד צפופים, מ"מ על חזי מ"מ... אנו עושים בדיקה של כל הגוף, מקבלים נפח של הגוף, וממנו מוציאים כל נתון

שרוצים... אפשר להסתכל בחתכים שונים, מפרופיל, מהצד, מקדימה, מלמטה או מלמעלה, ועושים תוכנה תלת מימדית שאפשר להסתכל על האברים כמו גולגולת, השלב, כך שנכנסים לגוף המנוח" (עמוד 166 שורות 22-28 ועמוד 167 שורות 1-3, וראו גם עדות ד"ר גrynberg בעמוד 191 שורות 21-22 ועמוד 192 שורות 5-3).

.328. **השער בקודקוד:** ד"ר טל הצביעה בעדותה על השבר הנטען: "שבר נוסף בעצם הפריאטלית שנמצאת בחלק העליון מאחור של הקודקוד. מצביעה על שבר קוו. רואים בצלום הגולגולת סוטורה שזה תפיר שנראית אחרת מהשער הקוו. השער הוא בניצב לסוטורה (תפר) ולא בהמשכו ושונה ממנו" (עמוד 175 שורות 9-3 וראו גם עמוד 180 שורות 1-2).

.329. ד"ר טל הופנתה לתמונה של עצם הקודקוד ונשאלת מה ההבדל בין הקו שלטעنته מייצג שבר בין הקו שמתחתיו, שאף הוא אנכי. היא השיבה שקו זה הוא חלק מסוטורה שחלקה נסגרה והסבירה: "אפשר לראות שיש אי סדרות, יש כמו חספוס, ישנו גל בהמשך לקו המאונך התחתון, ויש איחוי של העצם, אין עדין איחוי בהמשך הקו. השולים לא סדרים, רואים קווקו ויש איחוי שלהם. לעומת זאת הקו העליון, שהוא קו איחוי בהמשך הקו, הוא חד ונקי, ישר ואין איחוי של השולים בשום מקום... אם מסתכלים בחלון עצם אפשר לראות את השער שהוא קו חד שמשני צדדיו עדין אין איחוי, לעומת זאת סוטורה שהיא קו מזוגג, שיש סקרולזיס התחלת איחוי או עצם צפופה משני הצדדים" (עמוד 181 שורות 11-24). "הקו התחתון מצד שמאל של התמונה, הקו האנכי הוא חלק מסוטורה שנסגר. רואים את השינון בפנים ואת העיבוי של העצם משני הצדדים. אנו מסתכלים בתוספת החתכים האקסיאליים וחולנות העצם ולא רק בתמונה" (עמוד 182 שורות 4-3).

.330. **השער בעצם העול/היזומה:** בנוגע להיעדר קלוס השבה ד"ר טל שמשן הזמן בו מתפתח קלוס תלוי עצמו, אך ניתן לראות קלוס כעבור מספר שבועות או חודשים (עמוד 182 שורות 19-25).

.331. ד"ר טל הצביעה בבית המשפט על השבר הנטען על ידה: "מצבעה על עצם העול-היזומה שנמצא מתחת לארכות העין ומאחר. רואים הצד הלא תקין ובצד זה רואים שיש שבר בעצם היזומה. בצד התקין שבו רואים שהעצם רציפה" (עמוד 175 שורות 9-3). לטעתה ההגנה מדובר בקו תפיר נורמלי אך לטענת ד"ר טל בחלונות העצם ניתן לראות שבר (עמוד 180, שורות 15-17). החז בתמונה לא מופנה לשירות לשער, השער הוא הפס האלקסוני ורואים את הרחבת השולים וחוסר ההתאמה (עמוד 181, שורות 10-8).

.332. ד"ר מק טענה מטעם ההגנה שלא מדובר בשער אלא בפיקול של קו התפר שנגרם מלחץ תוך גולגולתי. ד"ר טל התיחסה לכך בעדותה ואמרה שניתן לראות ב-CT הבדל משמעותי בין מראה של סוטורה לבין מראה של שבר (עמוד 178 שורות 16-17). היא הסכימה שיש סוטורה בעצם העול אך מהצד התקין היא יפה, סגורה ויש התאמה בין שני צדדייה. בצד שאין תקין היא פתוחה, ויש חוסר התאמה בין שני צדדים ולכן מדובר בשער ולא רק בפתחת סוטורה (עמוד 179, שורות 20-16). כמובן, אם טוענת ההגנה נכונה והלחץ הוא שפתח את הסוטורה הגבולות לא היו זרים והייתה צריכה להיות חפיפה בין שתי השפות של הסוטורה. במקרה של המנוח ישנה תזוזה בין שני החלקים של העצם, מדרגה וחוסר חפיפה בשולים של הסוטורה שאינה תקינה, וכך לדעתה מדובר בשער (עמוד 179 שורות 21-27).

.333. בנוסף, טענה התביעה כי ביום הראשון המנוח כלל לא סבל מלחץ תוך גולגולתי (כך גם העידה ד"ר מק בעמוד 471 שורות 10-6).

על הבדיקה בין שבר וסוטורה העיד פרופ' פרט, שאמנם אינו רדיולוג בהכשרתו אך כמנהן טיפול נMRI וDOI בעל ניסיון גם בפיינוח CT: "הסתורות (מרפדים) המחברות את עצמות הגולגולת הפתוחות, קווים אלה דומים במראם הרנטגני לשברים, لكن מקשים על זיהוי שברים בגולגולת... גם ההפר הוא הנכון, שאפשר לראות סטורה ולהשוב שזה שבר" (עמוד 109 שורות 15-16 ו-15 וכן עדות ד"ר הופמן בעמוד 152 שורות 18-16).

335. מועד הייזירות השברית: ד"ר טל כתבה על שבר העול שהוא חד ועדין, והסבירה בעדותה שאין סטריה בין המונחים: "חד זה מבחינת הזמן, בדים מעריכים חד לפי אם יש יצירת קלוס או לא. שבר שמתחליה יצירת קלוס הוא תח חד, שבר שאין קלוס הוא עדין מוגדר כשבר חד. זה לא קשור לאופי המכה או לצורתה... בהדמייה שלי אם היה קלוס היתי רואה, וכאן אין. גם בשבר בזיגומה וגם בקדקוד אין קלוס. זה אומר שהזיה (עמוד 182 שורות 16-20). לשאלה מהו פרק הזמן בו הייתה מצפה לראות התפתחות קלוס השיבה: "תחילת הייזירות היא שבועות לאחר קרונות השבר, ועד שנוצר קלוס מלא זה לוקח חודשים... א' אפשר לומר אם הוא קרה לפני יום או ימים... ותכן שאפשר תוך שבועיים להתחילה לראות קלוס, תלוי באיזה עצם" (עמוד 182 שורות (21-25

(2) בפן הפטולוגי להלן הממצאים שנצפו על ידי ד"ר גיפס בניתוחו של אחר המות: "בעצם הקודקוד מימין, החל מהתרפ' בין הקודקוד לעצם המצח, נמצא שבר קוויל, אופקי, באורך כ-3.5 ס"מ, בולט יותר בלוחית הפנימית, עם שפות חדות ומשוננות והלוחית החיצונית יחסית שמורה, עם דימום סביב בגונו טיגול כהה. בעצם העול השמאלי נמצא שבר אנכי, עם הפרדות קטיעי העצם, עם דימום סביב בגונו אדמדם... מעל הקروم הקשה, האзор השבר בקדקוד המימי, נמצא דימום בגונו סגולגלאן" (ת/140 עמוד 3). שני השברים נלקחו לבדיקה היסטולוגית שהעלו: "שבר עם רקמת חיבור צפופה בין קצוטויו, עם הופעת סחוס בשלבי שגשוג ראשוניים, אוסטאוקלאסטים בוודדים בשולי השבר" (ת/140 עמוד 6). לגבי מועד היוצרותם כתבה ד"ר גיפס: "בהתבסס על המאפיינים הרדיולוגיים והמרקנסקופיים של השברים בעצם הקודקוד והעל, הינם יחסית טריים, זו"א פחות מכ-8 שבועות" (ת/144 עמוד 1). צוין כי בעת הנתיחה, ד"ר גיפס הייתה מודעת לכך שד"ר טל מצאה את השבר בעול והשער בקדקוד (עמוד 218 שורות 22). אך היא הסבירה שהדבר הכרחי כיוון שאחרת לא הייתה מבצעת את הפרוצדורה של קילוף העור ובחינת העצמות הספרטיפיות, שכן לא מבצעים זאת בניתוחה בדרך כלל (עמוד 236 שורות 3-1).

337.指出 Ci הגנה טענה בסיכוןיה Ci, בגין מומחית ההגנה Dr. כהן, Dr. גיפס אינה היסטופתולוגית בהכשרתה ולפיכך מצוייה בהקשר זה אינם אמינים ד"ם. יחד עם זאת ההגנה לא עימתה את Dr. גיפס עם טענה זו שהועלתה לראשונה בסיכוןים. בនוסף, Dr. גיפס העידה Ci ביחס לשברים בראש הפטולוגיה היא העיקרי והיסטופתולוגיה אינה נלקחת בפרוצדורה הרגילה של נתיחה שלאחר המות.

338. הימצאות דימום סביב השברים: לטענת ד"ר גיפס הדימום מסביר לשבר מעיד על כך שהשבר נוצר בחיו של המנוח. היא דחתה את טענת מומחית ההגנה שהדימומים טריים ונגרמו בניתוח (עמוד 220 שורות 23, 26-27): "הdimומים לא טריים, ואי אפשר לעבוד בוואקום, להתייחס למשהו מיקורסקופי ולהתעלם משאר הממצאים בניתוח, כעשיתי אבחנה של השבר, הוא נמצא, האזרחים יכולים המשיך לדם באופן פעיל או מחדש, התאים האדומים בכל מקרה יראו חדשים והוא אומרת שאין דלקת שמניעים למקום תוך חצי שעה מהפגיעה, עד 4 שעות מקסימום, ונעלמים מהמקום לאחר ימים, לכן על פי דבריה השבר צריך להיות או

בין פחות מ- 4 שעות או בין מספר ימים והלאה, לאחר שתאי הדלקת נעלמו מהאזור. בנוסף, הבדיקה של הבדיקה האדומות לא משתנה. מה שמשתנה, זו הסביבה שלהם. זאת אומרת, שאפשר למצוא בצלעות מיוחדות משקעי ברזל, מה שאינו כותבת המוסידרין, זו צביעת ברזל, שנובעת מפירוק הבדיקה האדומות וזה מופיע תוך 48 שעות אבל מגע לשיא אחורי זמן מסוים, במשך שבוע. בבדיקות שלי מצאתי את הברזל הזה שמעיד על כך שהדיםומים לא טריים" (עמוד 237 שורות 16-5).

.339. **גיל השברים:** לטענת ד"ר גיפס השברים נוצרו בזמן כלשהו שבין 17-8 ימים לפני המוות, קרוב לוודאי פחות מ-14 ימים (עמוד 238 שורות 21-2). היא תיארה את הליך הבדיקה: "בדרך כלל, לא מבצעים בדיקה מיקרוסקופית לחבלות כל כך מסיבות שראים בעין. בכלל השאלה של לוח הזמנים, פניתי לספרות, הוצאתי את כל המאמרים הרלוונטיים, וב>Showaaה לא מופיעים שראיתי בבדיקה המיקרוסקופית לטוחוי הזמנים שניתנו בעבודות שנעשו בעבר, קבעתי את לוח הזמנים הזה שתלי' בהרבה גורמים וזה טווח מאד גדול. لكن, זה הטוחוי שנתי. אבל, כתבתי גם בחנות הדעת שבחינה קלינית, האירוע היה באותו יום בכלל שמרגע שנוצרות חבלות כאלה, חיבם להופיע תסמים באופן מיידי" (עמוד 239 שורות 15-10). הטוחוי שקבעה ד"ר גיפס התחשב גם בתזמון הרדיולוגי (עמוד 239 שורה 22).

.340. **היווצרות עצם חדשה באזור השברים:** לטענת ד"ר גיפס תהליך ההיווצרות של עצם בגולגולת שונה מעכימות אחרות בגוף: "יש לי אמר ואני יכולה להביא לך - שברים בגולגולות נרפאים באופן שונה מאשר שברים בעכימות אחרות. זו גם הסיבה שקשה מאוד לאתר אותם בבדיקה רדיולוגית. הם לא יוצרים ובלת עצם שמורכבת מהצטברות של תא עצם חדשים, אלא שבתווח זמינים של עד 4 שבועות, יש רק צלקת, שזו רקמה רכה, והדיםומים, ואין היווצרות עצם חדשה עדין במקום זהה. רק אחורי כ ארבעה עד שש שבועות, מתחילה היווצרות של עצם חדשה, וגם היא תהיה שטוחה, לא תהיה כמו יבלת שראים בצלעות" (עמוד 237 שורות 23-27 ועמוד 238 שורה 1).

.341. **השבר בקודקוד:** ד"ר גיפס הפנתה לתמונה מספר 6 בה רואים את הצד הימני של הראש: "...בצד שמאל עליון של התמונה רואים מוקד אדום זהה הדומים שנמצא מעל השבר בעצם הקודקוד הימני. משמעות של קיום דימום זהה, זהה ממאח חבלתי- שבר ולא ווריאנט אנטומי נדרי. אפשר לראות שהמוקד מקיים בכל שכבות הראש באותו צד..." (עמוד 210 שורות 11-5). לטענת ד"ר גיפס, אין בבדיקה היסטולוגית לשבר בקודקוד כיוון שלא מבצעים זאת. האבחנה נעשית במרה עיניים. הבדיקה במיקרוסקופ היא נדירה ומשתמשים בה כדי לגלו את גיל השבר (עמוד 236 שורות 26-27, ועמוד 237 שורות 1-2, וכן ראו עמוד 238 שורות 7-8).

.342. ד"ר גיפס התבקשה לפרט את הסימנים המעידים על כך שמדובר בשבר ולא בתפר: "הסימנים שמראים שמדובר בשבר שהשער נמצא במקום בו אמורה להיות עצם, ולא תפיר ולא מומים מולדים, השוליים בצד שמאל של התמונה, הם טיפה רכים ומעוגלים, זה התפר בין עצמות הגולגולת זה מצוי נרמאלי, ניצב לו רואים קו שבר אופקי ששפוטיו חדות, מעט שונות ובתוכו שיש דימום זה מעיד על חבלה. לו היה מצוי רגיל בראש כמו מום מולד, הייתי רואה בקו האמצע של הגולגולת, או באופן סימטרי בצד השני של הגולגולת כי אם מניחים שהפגם מולד, ונובע מהתפתחות העובר ברחם, וההתפתחות יוצרת פגמים סימטריים או בקו האמצע, מעולם לא רק בצד אחד או באמצע עצם שמראש צריכה להיווצר שלמה" (עמוד 210 שורות 22-15).

.343. לטענת ההגנה אין ראייה להיווצרות עצם חדשה בקודקוד, אך כאמור, ד"ר גיפס העידה כי עמוד 67

שברים בגולגולת נרפאים בצורה שונה מעצמות אחרות וכך גם לאתרים רדיולוגית. אין יבלת מתאים חדשים. אלא: עד ארבע שבועות יש רק צלקת- רקמה רכה ודימום, ולאחר 4-6 שבועות מתחילה היוצרות של עצם חדשה. אף העצם החדשה שטוחה ולא נראה כמו קלוס שרואים בצלעות (עמודים 237-238).

.344. **השער בעצם העול:** ד"ר גיפס תיארה את ממצאי הבדיקה המיקרוסקופית בעצם העול, המצביעים על הלימי ריפוי של שבר: "במקרה זה כן בדקתי באופן ישיר מיקרוסקופית את השבר בעצם העול, נמצאה רקמת חיבור בין קצות השבר, שמעידה על התפתחות של צלקת. הופיע סחוס בשלבי שגשוג ראשוניים, שזה השלב הבא בהחלמה, שמייעים תאי סחוס במקום שבmarsh והפכו לתאי עצם, ונמצאו אוסטאוקלסטים בשולי השבר, שאליה התאים שמפניהם את ה"לכלור" מהשער וזה רק במקרים של טראומה, זה לא יהיה בתפר נורמלי, כי אין שום סיבה לפנות משם" (עמוד 240 שורות 6-1 וראו גם חוות דעתה בעמוד 6).

.345. מהו "שער עדין" ברדיולוגיה: ד"ר גיפס הסבירה שבבדיקה CT פורסם לפרסות והמחשב משחרר לפי חיבור הפרסות, קשה לראות שבר אופקי בגל החתכים האופקיים. لكن בבדיקה-CT אכן רואים שבר עדין וקטן. אך בניתוח רואים בבירור את קו השבר "ומבחןתי הוא לא עדין" (עמוד 230 שורות 11-18).

.346. (3) היעדר חבלות חיצונית: ד"ר רטמן, שבדק את המנוון במינו, מסר בהודעתו שלא מצא סימנים חיצוניים, כמעט כולם בסנטר וכולם אדמוני קטן בעפוף (ת/102). ד"ר גיפס העידה שמסכת הפנים מכסה את האף, הפה והנסטר בלבד וכן לא ניתן ליחס לה את הדימום בעפוף. בנוסף, "אם העצם נשברה היא לא תהווה התנגדות לעור אז לא יהיה סימן חיצוני, או שהסימן יהיה קטן. לתינוק יש שומן בלחץ יכולם להיות דימומיים ברקמת השומן שלא יראו על פני העור או שהוא עדינים מהוшиб כחבלה" (עמוד 235 שורות 22-25). לשאלת כיצד יתכן לרופאי הילדים שבדקו את התאומים לא זיהו חבלות השיבה: "אפילו רופא ילדים או רופא משפחה לא מוסמך ולא ידע לזהות חבלות עדינות שיש להן משמעות בתינוקות או בכלל, בקורבנות אלימות. מקרים אלו הרבה תיקי מיוון בה נכתב אין סימני חבלה בגוף, וכשאני בודקת רואה הרבה ממצאים שהרופאים פספסו. זה לא נובע מחוסר יושר כי הם צריכים להתייחס לחבלות מסוימות חיים" (עמוד 233 שורות 27-28 ועמוד 234 שורות 1-5).

.347. ד"ר גיפס טענה שיתכן שבר קל בגולגולת בלי ממצאים חיצוניים בקרקפת. היא הונתה בספר לפיו במקרה של שבר בעצם העול יש לצפות להמתומות בלחי ובארובת העין (נ/13). לאחר שעיננה במאמר השיבה שהקטע המצוטט אינו רלוונטי במקרה של המנוון לאור סוג השבר המתואר שהוא שונה ממינו סבל המנוון: "יש 2 סוגי של מנגנוןם להתפתחות שברים באחור ארכובה העין, הראשון נקרא בלו אוט, מנגנון התפוצצות זה המנגנון שמתואר בספר, שהוא קורה בפציעות ספורת ובאגוף כשה ישירות לגולגל העין, מה שגורם להעברת לחץ מגולגל העין לעצמות הדקotas מאוד של ארכובה העין, לנזק לעצב הראייה, לדימומים ובכך, ולפעמים לשבר בעצם העול. המקרה שלנו מדובר במנגנון "בקליינג" שבו חבלה לשוללים החיצוניים של ארכובה העין, לא ישירות לגולגל העין, מדובר בשברים שונים מבחינת מיקומם, העברת האנרגיה מהמכה ישירות לעצם העול או עצם המצח (בצמצם בה פוגעים) ללא פגיעה בגולגל העין עצמו, עם הרבה פחות נזק היקפי מבחינת סימנים חיצוניים". לטענתה ד"ר גיפס העצמות בארכובה העין דקotas כמו ניר וכן אם יש חבלה בגולגל העין הן ישבו לפניו עצם העול. אצל המנוון לא הוציאו שברים כלו ומכאן בטוחה שמדובר בחבלה בהיקף ולא לתוך גולגל העין (עמודים 234-235).

השברים בראש: עמדת ההגנה

.348

בטרם טובא עמדת ההגנה בקשר לשברים הנטענים יש להעיר כי מומחית ההגנה, ד"ר מק, דחתה את הטענה שהסיבה להיעדר שברים ב-CT מחייבת המנוח, היא רמת הקירינה המופחתת. לטענה, אמנים בדיקת דימות עם קירינה מועטה תראה ירודה אך במקרה זה רעמי הרקע היו מינימליים. בנוסף, עובי חתכים של 2.5 מ"מ מספק רזולוציה טובה ולכן ניתן לסמוך על בדיקות ה-CT מחייבת המנוח בקביעת הימצאות או היעדר שברים (נ/23, עמוד 20). עם זאת, בעדותה אישרה ש-CT לאחר הממות אפשר רזולוציה טובה יותר (עמוד 453 שורות 9-8). ד"ר מק סבורה כי בבדיקה שנערכה למנוח החריץ נראה בולט יותר הן משום שהחתחכים דקים יותר והן משום שהמומוח התנפח והתפרים התרחבו (עמוד 459 שורות 2-6).

.349 (א) השבר בקדוקוד- רדיולוגית: ד"ר מק כתבה בחוות הדעת כי ב-CT שלאחר הממות נראה חרץ הסוטורה ולא שבר. החריץ הנצפה משתרע לאחור עצם תוך תפירת חריגה. אפשרי שההפרדה של התפר והනפיחות התוך גולגולתית המסיבית, עשו את החריץ בולט ב-CT שלאחר הממות (נ/24, עמוד 24). בעדותה חוזרת על עמדתה והסבירה שכבר ב-CT הראשון ניתן לראות תופעה חריגה של עצם בתוך תפירת החריץ יצא ישר לעצם זה. הקשר בין החריץ והעצם גורם לכך שמדובר בויריאציה של התגזרות ולא בשבר (עמוד 457 שורות 20-22, 33-34 ועמוד 458 שורות 1-4).

.350 לטענת ד"ר מק מקרים של עצם קודקוד בעלי שני חלקים, שתי עצמות נפרדות, הם נדרים, אך חריצים סוטוריאליים הרבה פחות נדרים (עמוד 456 שורות 11-12). "התפר החיריג הזה חוצה מתחר אחד, התפר הסריטאלי לתפר הקודקוד רקי". חריצים סוטוריאליים תמיד יוצאים מאחד התפרים. אבל, הם לא מגיעים לתפר אחר" (עמוד 456 שורות 21-22). "בתמונה 13... החץ האדום מצביע על אחת מבין שתי עצמות תוך-תפריות. אלו וריאנטים תקינים, נורמליים, של הצמיחה של התפר" (עמוד 429 שורות 8-4).

.351 לבית משפט הוגש ת/160- התמונה הראשונה מדגימה חריצים נורמליים בראש המנוח והשנייה היא התייחסות לשבר-chariz פרי. ד"ר מק חוזרת על כך שהתרחבות המוח הובילה לכך שהחרץ יהיה מוגדם יותר. אם בשל הנפיחות התחל דימום כיוון שאזור זה חדש בכל דם, יתקבל דם לאוור charizים ולאוור התפרים. לשאלת כיצד מסבירה שיתר החריצים המופיעים בצלום לא דיממו באופן דומה, השיבה כי לא ניתן לדעת אם ד"ר גיפס דגמה היסטולוגית גם מהחריצים הללו (עמודים 465-466).

.352 הבחנה בין שבר לסוטורה: ראשית, אין מחלוקת שמדובר בהבחנה קשה. על כך העיד פרופ' פרט, שאמנם אינו רדיולוג בהכשרתו אך כמנהל טיפול נמרץ וודי בעל ניסיון גם בפיענוח CT: "הסתורות (מרפדים) המחברות את עצמות הגולגולת הפתוחות, קווים אלה דומים במרקם הרנטגן לשברים, لكن מקשיים על זהוי שברים בגולגולת... גם ההפך הוא הנכון, שאפשר לראות סטורה ולהשוו שזה שבר" (עמוד 109 וראו גם עדות ד"ר פסח בעמוד 132, ד"ר הופמן בעמוד 152, ד"ר גרינברג בעמוד 192 ופרופ' קונסטנטיני בעמוד 270).

.353 לטענת התביעה מאמר של סנטצ'יז מאבחן בין סוטורה לשבר. השבר לו טוענת התביעה הוא שבר שאינו שקו: "הם בהיריות חדות ללא קצוות טרשתיים בניגוד לתפר עזר שבדרך כלל יציגו דפוס זיגזג, כמו אצבועות משולבות וגבולות טרשתיים, באופן דומה לתפרים הגולגולתיים העיקריים". ד"ר מק השיבה שבCT לא

עמוד 69

ניתן לראותו כלל את החריצ ופטולוגית יש תיאור של ד"ר גיפס שאמרה שהקצוות שונים (עמוד 458 שורות 19-30).

.354. לטענת התביעה, על פי סנטצ'יז, כשבר חורג לתפר ראשי עשוי להיות התרחבות של קוו השבר כשמתקרב לתפר, בנגד לסתורה- שלקראת הסטורה הוא נפתח. ד"ר מק השיבה: "שבר עשוי לחרוג לתוך תפָר ולהרחיב אותו. כך שקו שבר עשוי לנדוד במעלה הגולגולת לתוך תפָר, וכשהכוון חורג לתוך התפר, התפר עשוי להתרחב. אבל, זה לא מה שיש לנו כאן", התביעה טענה שההתמונה זו קיימת במקורה שלפנינו וד"ר מק השיבה שהוא פונקציה של התנפחות המוח ולא נכון ב-CT הראשון (עמוד 459 שורות 16-31).

.355. לטענת התביעה שאין סימטריה בסוטורות: לטענת התביעה, אם נוצרת סטורה מצד אחד, אמורה הייתה להיות סטורה זהה גם מצד השני. אך לטענת ד"ר מק התפר הוא אחד. העצומות שבין התפרים הן לעיתים קרובות אסימטריות ותפרים אונומאליים בעצם העורף הם לעיתים קרובות אסימטריים (עמוד 457 שורות 5-4, 9-5). התביעה הביאה שוב את סנטצ'יז שאומר שהතפרים בדרך כלל דו צדדיםDOI סימטריים, ד"ר מק השיבה: "אבל עשויים להיות חד צדדים... אנחנו יודעים שטרואומה לא מייצרת שברים מושלמים באופן סימטרי, אבל כשהם חד צדדים, יותר קשה, כמו שמראה המאמר של סארפ" (עמוד 458 שורות 12-15).

.356. מקום החrizיםabolitum: לטענת התביעה אם החrizים נבעו מהתנפחות, סביר יותרшибלו באזורי האחוריים, בוגל הגרביטציה. ד"ר מק השיבה: "הם קטנים יותר והם בשני הצדדים ונitin להזות אותם יותר בקלות כחריצים" (עמוד 466 שורה 29).

.357. היעדר פגעה ברקמות: לטענת ד"ר מק, שבר נוצר מהפעלת כוח שכמעט תמיד יגרום לנפיחות רקמות רכות שניתן לראות ב-CT (עמוד 461 שורות 7-8). לטענה שניתן לראות ב-CT הראשון נפיחות ברקמות הפנימיות השיבה שניתן לראות נפיחות מוקדמת, אך לא מספיק כדי לכטוט על הנזול המוחי השידרתי. עד ה-22 המוח התנפח יותר ולא ניתן לראות עוד. כמו כן עד ה-22 נצפה דימום מועט מאזור ההיפרדות (עמוד 460 שורות 25-19).

.358. ד"ר מק הסכימה שלא כל פגעה תיגרום לנפיחות אך כמשמעותם בשבר חריף, שאינו ישן, נפיחות של רכמה רכה כמעט תמיד נוכחת (עמוד 429 שורות 19-23). לטענת התביעה- מאמר של סנטצ'יז אומר ש"העדר שטף דם סבלאי או נפיחות, לא שולב באופן מוחלט בשבר, במיוחד אם הפציעה מרוחקת או שהדימות נערכ מספר ימים לאחר הטראומה". ד"ר מק העידה כי מדובר במקרה שהשבר מרוחק. אמן בשבר ישן לעיתים קרובות לא תיראה נפיחות אך במקרה זה לא נראה שמדובר בשבר ישן (עמוד 457 שורות 1-3).

.359. לטענת התביעה להימצאות דימומים תת קרקעתיים בדיקת מעלה השבר: ד"ר מק התבקשה להתייחס לכך שהדימומים תחת הקרקע נמצאו בכל השכבות בבדיקה מעלה השבר והשива שהיתה בעיית קרישא למנוח, גם אם לא מדובר במחלה, ובנוסף, יש לתארך את הדם ולבחון האם הוא טרי או שהוא בן 12 יום. לשאלה כיצד היא מסבירה שמדובר בדימום ממוקד מעלה השבר ולא במקומות נוספים השיבה כי יש לתארך את הדימום (עמוד 461 שורות 9-19). להלן יבוא כי"ר כהן מצאה שמדובר בדימום טרי. בסיכום טענה ההגנה כי דימום נוסף בקוטר 3.5 ס"מ באזור המצח שולל את השבר הנטען בבדיקה כיוון שבמצב ברור שבר אז כיצד יש שם דם?

.360. **תיארוכן:** ד"ר מוק הסכימה שקשה מאד לתארך שברי גולגולת ב-CT, והאינדיקציה הראשונה בגין לרופוי לעתים קרובות לא תופיע עד 4-6 שבועות מיצירת השבר (עמוד 461 שורות 28-31). בהתייחס לד"ר גיפס: "היא תיארה את החלק התיכון כמשון. זה התיאור של האופן שבו נראה תפָר: משון... היא תיארה שאין ראייה לרופוי... אין שום דבר בדו"ח שלו שמצביע על יצירת עצם חדשה" (עמוד 444 שורות 6-1).

.361. (ב) השבר בקודקוד - פתולוגית: בחווות דעתה כתבה ד"ר כהן כי "הדגימה מראה עצם גולגולת בוגרת עם נוכחות רקמה סיבית ודימומים טריים בכתרים... אין תגובה דלקטיבית בתאים. אין היוצרות של עצם חדשה. אין בניה מחדש של העצם על פני השטח. באחד מהחטכים, באמצעות עצם הגולגולת, קי"ם אזכור בו נראית 'עצם ארוגה'. הגולגולת זו מתאימה למראה עצם בוגרת נורמלית, עם נוכחות סדק. לא נראים שברים. העובדה שאין תגובה דלקטיבית בתאים מעידה על כך שסביר להניח שהדימום טרי, אוירע לפני ה-24 שעות האחרונות" (נ/33 עמוד 9). בחווות דעתה כתבה "הגולגולת זו מתאימה למראה עצם בוגרת נורמלית, עם נוכחות סדק" כיוון שתחת המיקרוסקופ רואה רק את העצם ורकמה פיברוטית ואינה יכולה לומר אם מדובר בתפר או חריצ. מכל מקום אין זה משנה (עמוד 568 שורות 30-27). לשאלת אם מסכימה עם ד"ר מוק שמדובר בעצם תוך תפָר תקינה היא השיבה שהוא مستقلת על עצ אחד מתוך יער ולכן יכולה רק לומר שלא מדובר בשבר אלא "ויראנט נורמלי" של עצם תוך תפָר עז או חריצ טבעי (עמוד 562 שורות 29-20).

.362. **היעדר דלקת:** בית המשפט נשאלה מדוע היא מצפה לתאי דלקת כשבספרות מופיע שהדלקת מתחילה באופן מיידי וחולפת לאחר שבוע, אך שלאחר 12-13 ימים לא צריכה להיראות דלקת. ד"ר כהן השיבה שהייתה מצפה להליר רפואי ולדלקת: "בשברים אחרים, במקרה זהה, שהיו בני שבועיים, ראיינו רקמה מתה, נמק שמօס. אתה צריך תא דלקת כرونיים, שנקראים מקרופז'ים, להסיר את הרקמה זו. זה ספר לסטודנטים לרפואה בשנה השלישית והוא בסיסי והוא טוב, אבל לא בבית המשפט" (עמוד 564).

.363. **היעדר הליכי רפואי:** לטענתה, כיוון שאין דלקת- נכוון שיש לקחת בחשבון שאולי מדובר בשבר בן למעלה משבועיים, אך אז אמרוים לראות עצם חדשה וסחוס (עמוד 565 שורות 9-4). לטענה שהליך רפואי של שברים בראש איטיים יחסית למיקומות אחרים בגוף השיבה תחילתה שמדובר בהליכים שונים אך לא איטיים. התביעה הציגה פרק מספר בהוצאה ספרינגר וד"ר כהן השיבה "אתה לא יכול לגרום לתהיליך לא להיראות אחרי שבועיים, אפילו אם התהיליך איטי יותר" (עמוד 565 שורות 12-23). לטענה שהליך תוך גולגולתי מפheid בין שולי השבר ולפיקר יש קושי בהיווצרות עצם חדשה, השיבה שלאחר שבועיים הייתה מצפה לראות סימני כלשהו לרופוי- דלקת, עצם חדשה או סחוס (עמוד 566 שורות 25-30).

.364. **עצם ארוגה:** לטענת התביעה הספרות הרפואית קובעת שעצם ארוגה היא רקמת עצם ראשונית שנמצאת באזורי שבר, היא לא מסודרת ומהווה פתרון חירום זמני של הגוף באזורי שזקוק לתמיכה מכנית. ד"ר כהן הסכימה שעצם ארוגה מאפיינת אחד משלבי החלה של שבר אך גם בתינוקות עם חסר בויטמן D רואים עצם ארוגה (עמוד 567 שורות 18-3). לטענתה הדבר נכתב בספרות ולא מדובר ב"המצאה" שלה (עמוד 568 שורות 11-12).

.365. **היעדר סימן חיצוני לחבלה:** במקרים של שבר טרי נפוץ מאד שלא תיראה חבלה באופן מיידי כיוון שהדם לא עולה למעלה מיידית, אך כעבור 12 ימים הייתה מצפה שרואו מבחוץ (עמוד 571 שורות 15-17). התביעה הציגה קביעה של שפיץ לפיה: "חבורות בקרקפת עשויות שלא להיראות עד שהן משתקפות במהלך הנתיחה" (עמוד 571 שורות 21-23).

.366. **הדם לא נבחן היסטולוגית:** לטענת ד"ר כהן אמן ד"ר גיפס ראתה דם אך היא לא בchnerה זאת היסטולוגית (עמוד 567 שורה 1). בחוות דעתה כתבה ש"ההיסטולוגיה מראה רקמה סיבית עם דימום מוקומי המופיע לרוב בסדק גולגולת בנטיחות. זהוי שגיאה הנעשית על ידי מי שאינו פתולוגים של ילדים" (נ/33 עמוד 13). לשאלה כיצד מסבירה שבתמונה של ד"ר מקר, שהצבעה על חריצים נוספים במוח אין דימום כמו שמופיע באזור השבר השיבה כי היא אינה יכולה להתייחס לכך כיוון שהיא מספקת דעה רק על ממצאים שנבחנו היסטולוגית (עמוד 569 שורות 28-32 ועמוד 570 שורות 1-7).

.367. **הדיםם בקרקפת:** יונם סימני דימום טרי, ללא תגובה דלקתית. מכאן ניתן ללמידה קרוב לוודאי טרי (נוצר ב-24 שעות אחרונות). אין היוצרות משקעי המוסידין, למרות שלא בוצעה צביעת פרל (נ/33 עמוד 10). לטענת התביעה בדיקת צביעת הברזל בוצעה במקרה זה ונמצאו ממצאי ברזל (עמוד 6 לחוות הדעת של ד"ר גיפס), ד"ר כהן טענה שלא קיבלת את הבדיקה זו (עמוד 572 שורות 13-4).

.368. לטענת ד"ר כהן המקור לדימום הוא היפוקסיה מהדורה. לשאלה כיצד ניתן שבמצב שכיבה הדימום עליה למעלה השיבה שמחקר שערכה עולה שככל שתת החמצן גדול יותר כך יותר אזורים מציגים דימום (עמוד 572 שורות 29-24). ד"ר כהן הוסיף כי היא מניחה שהיו דימומים באזוריים נוספים ולא רק באותה נקודה. כשהתבקשה להניח שאין דימום נוסף במקומות אחרים ולהסביר מה זה אומר מבחינתה: "זה לא דימום אפיזוראל, זה יהיה דימום בקרים שמצופה את פנים הגולגולת, שנקרא דורה, וזה דימום תור-זראלי, מכיוון שהדורה היא עבה כמו הדף הזה, הדם יילך מעליה או מתחתיה, אבל הוא ישאיר מסלול" (עמוד 573 שורות 18-23). לטענת התביעה שהדיםם הוא מתחת לגולגולת, על הגולגולת ועל עור הקראקפת והדבר משקף דימום קלסטי של חבלת ראש, השיבה שאינה מסכימה כיוון שהדיםם בקרקפת טרי (עמוד 573 שורות 28-26).

.369. (ג) השבר בעצם העול- רדיולוגית: להלן הממצאים הרדיולוגיים להם טוענת ההגנה: לטענת ד"ר מק ב-CT הראשון לא נצפו שברים, התפרים אינם מופרדים וביחד עצם העול שלמה (נ/23, עמוד 21). ב-CT השלישי נצפתה היפרדות בתפרים של עצם העול, התפר מעט יותר מופרד מצד שמאל מאשר מצד ימין אך לא מדובר בשבר אלא בתוצר של התנפחות שנינויה לעלייה בלחץ התוך גולגולתי. גם בחולן העצם אין ראיות לשבר אלא לתפר נורמלי (נ/23, עמוד 21). ד"ר מק הוסיף בעדותה שהתפר ברור יותר ב-CT שלآخر המומות בגל החתקן הדק, ויתכן שגם גgel שהוא נפרד יותר מצד שמאל (עמוד 473 שורות 21-24). כששאלה מדוע לא מציגה מאמר העוסק בטענתה לגבי טיעיות בהבחנה בין שבר להיפרדות תפיר, השיבה: "אין רדיולוג ילדים במנצא, שקיבל הכוונה ראייה, שיטה לחושוב שמדובר בשבר" (עמוד 473 שורה 6).

.370. **היעדר נפichות ברקמה הרכה או חבלות:** לטענת ד"ר מק אין חבלות או נפichות ברקמה הרכה ואין ראייה לשבר בגולגולת או בעצמות הפנים (נ/23, עמוד 22). בעדותה הסבירה שהנמיות בפנים עדינות מהעצם ולכך ידומו לפני שהעצם תישבר (עמוד 428 שורות 24-23). לטענת התביעה נכתב בחוברת הרדיופיקס ש"נפichות ברקמה רכה עשויה שלא להופיע אפילו בשבר גולגולת חריף". ד"ר מק הסבירה שהזה אפשרי אך נדיר מאד (עמוד 469 שורות 21-24).

"**ש: זאת אומרת שבעולם שלו, מי ששובר את עצם הזיגומה, לעולם לא ניתן להוכיח ששבר, כשהזה קורה על התפר.**

ת: תהיה נפichות והפרדה ברורה של התפר, ולעתים קרובות עיקום פנימה של התפר, וראיות קליניות, חבורות, נפichות

בשל המכה" (עמוד 472 שורות 13-10).

.371. **התפרים נקבעו מנפיקות:** לטענת ד"ר מק, התפרים נקבעו כתוצאה מהנפיקות הקשורה גם לכמות קטנה של דימום דורלי סמור (נ/23, עמוד 22). לטענת התביעה לא ניתן שהلحץ יגרום לפתח התפר שכן עצם היזוגמה מנתקת, כמו אי. אך ד"ר מק הסבירה שעצם הרקה ועצם הספרינז נפגשות לאורך התפר. לאור הלחץ והנפיקות, עצם הרקה נעה מהיזוגמה כיוון שמחוברת לגולגולת. ב-CT שלآخر המות, התפר בין הספרינז והרקה נפרד. לטענת התביעה הלחץ לא מגיע לעצם היזוגמה אלא הוא עולה מעלה לכיוון המרפס. לטענת ד"ר מק המוח לא מתנפח כלפי מעלה ומדובר בתנפקות היקפית כלפי חוץ (עמוד 472 שורות 14-26).

.372. לטענת התביעה שהلحץ הieur גולגולתי היה זהה בשני צדי המוח השיבה שאין הדבר אומר שתפר אחד בגולגולת לא יתרחב יותר מתפר אחר (עמוד 473 שורות 11-12). לשאלה מדוע, אם כן, קי הטנטוריום נותר לאורך האמצע ולא זו בהתאם להחץ השיבה כי רק אם הנפיקות מצד אחד תהיה גדולה משמעותית מהנפיקות מצד השני קו האמצע ינוו (עמוד 474 שורות 5-6). לשאלה שהטנטוריום הוא קром והוא רגש ויזוז לפני שתיה הפרדה של תפר השיבה שבודאי מתכוון לפלקס וזה טעות (עמוד 474 שורות 8-12).

.373. **הערות על המציגת של ד"ר טל:** ד"ר טל הכינה מצגת שמראה שבויים קבלתו של המנוח בבית החולים נצפה שבר לא לחץ TOUR גולגולתי. כמו כן, היא הצבעה על כך שאין שינוי בגודלו של השבר בין הצילים הראשונים מחיו של המנוח לצילום שבוצע לאחר המוות. ד"ר מק הסכימה שבויים הראשון לא היה לחץ TOUR-גולגולתי. לדעתה, התמונה מציגה בהירות (אפור במקום לבן) זהה התפר, הנΚודה שבה מתחברות עצם הלחי ועצם הרקה (עמוד 471 שורות 6-14).

.374. עצם היזוגמה היא עצם שנוצרת באמצעות סחוס, בדומה לשאר העצמות בגוף, ובשונה מהגולגולת שהיא ממברנאלית. את הריפוי של עצם הגולגולת קשה לפעמים לראות ברנטגן, אך לא בעצמות מסחוס (עמוד 471 שורות 20-25).

.375. **השער מופיע לרוחב העצם:** מומחיות ההגנה התבקשו להתייחס לטענה שהትפר בעצם היזוגמה הוא אנכי ואילו השבר הוא אופקי ולא מתאים לסוטורה. ד"ר כהן לא השיבה באופן ישיר לשאלה והשיבה רק שambahינה היסטולוגית אין דימום ולכן לא מדובר בשבר (עמוד 583 שורות 26-31). ד"ר מק השיבה תשובה לא ברורה, היא העמיסה במידע שלא קשור באופן ישיר לשאלה ובאופן שמעורר תמייה האם ישVICOLTA לספק תשובה רפואית כנה וטובה לשאלה שנשאלה: "ייתכן שאנו מעתה מעתה במקומות שונים כדי לתאר את אותו הדבר. ד"ר סיגל טל, במצב רפואי פוינט שלה, הציבה חץ על הקשת בבדיקה במקום שבו חי תפר רגיל. הפטולוגית הביטה באותו אזור וקרה לו "היפרדרות עצם". עכשו נאמר לי שאין כל הפרדה כאן. אני מוכנה להסבירם שאותן הפרדה בעצם במובן של שבר. אני מדברת על תמונה 15 מתוך 15 מתוך הנטיחה. תמונה עליונה זו תואמת לממצא הפטולוגי. יש רק את העצם המסויידת, שנפגשת עם העצם המסויידת של היזוגמה. החלקים היזוגמיים והרקטיים נפגשים יחד. זה המקום שבו העצם מתחברת לכל נקודה" (עמוד 476 שורות 1-6).

בנΚודה זו התבקשה להשיב לשאלה מדוע אין התאמה בין התיאור שהיא נתנתה של הפרדה בעצם היזוגמה לבין הפטולוגיה במקרה זה. היא השיבה שתמונה 15 צולמה כשהעצם במקומו ואילו תמונה 16 צולמה לאחר שהעצם הוסרה: "אני מniche שהוא מתכוון עכשו להפרדה שעכשו נראה לעין. זה אחרי שהיא לקחה מסור.

אני מאמינה שהיא הייתה צריכה לקחת מספריים או מסור ולהסיר את העצם, וד"ר כהן אישרה. היא הייתה צריכה איכשהו להסר את העצם, באמצעות מספריים, איזמל או מסור. ובכן, בתמונה הזו, אבל לא בתמונה העצם במקומה, יש חוסר המשיכות קטן, אין דימום, כלל. לא יתכן שהו אירע לפני המות, אין שום דם" (עמוד 476 שורות 22-28).

.376 **אין התפתחות קלוס:** לטענת ד"ר מק אין ראייה רדיולוגית לריפוי של עצם שהייתה מצפה לראות, כך שרדיאלוגית מדובר בתפר רגיל (עמוד 477 שורות 5-7). הספרות נכתבת על צילומים רגילים ומדובר על 4-10 ימים. כshedדובר בCT אין נתונים אך ברור שמדובר ברזולוציה גבוהה יותר וכן היה מזפה לראות קלוס בתוך 4-6 ימים (עמוד 499 שורות 19, 7-10). ד"ר מק טענה שהייתה מזפה לראות קלוס בCT שלאחר המות שבוצע ברזולוציה גבוהה (עמוד 471 שורות 26-28).

.377 יוער כי לטענת התביעה בתמונות 28-29 שהציגה ד"ר מק היא שינתה את הזווית ובכך הגדילה את רוחב הסוטורות. ד"ר מק אמרה ששיחורים בתלת מימד הם תמיד מניפולציה שונה של הממצאים מהCT האקסיאלי (עמוד 475 שורות 8-9).

.378 (ד) השבר בעצם העול- פטולוגיות: להלן הממצאים הפטולוגיים שתיארה ד"ר כהן: ד"ר כהן תיארה את עצם העול עצמו בוגרת, עם נוכחות רקמה מסיבית שלא גובשה במלואה. זהו מראה נורמלי של עצם לאור גילו של המנוח. בנוסף הצבעה על היעדר דלקת, יבלת או בנייה חדשה של העצם והיעדר דימום. לטענתה, המראה הפטולוגי מתאים לתפר נורמלי (נ/33 עמוד 10). לעומת זאת טענה ד"ר כהן שד"ר גיפס היה הייחודה שתיארה שבר בעצם העול. אך ללא דם, דלקת או עצם חדש אין ממצאים היסטולוגיים החותמים בכך (עמוד 578 שורות 8-16).

.379 **יתכן שמקור הדימום בנתיחה:** ד"ר כהן טענה שהיא על ד"ר גיפס לאשר את הדימום בהיסטולוגיה (נ/33 עמוד 13). לשאלת מודיע לא די בזיהוי של ד"ר גיפס את הדם ויש צורך בהיסטולוגיה השיבה שיתכן ובמהלך הבדיקה טपף דם על הרקמה וכן לא מדובר במצב אלא בתוצר לוואי של הבדיקה. היא הסבירה שבזמן הבדיקה יש דם רב וכן לא מדובר ברשנות רפואי (עמוד 575 שורות 1-8). בנוסף, לא נצפה פיגמנט המושידין הנגרר מהתפרקות הדם הטרי. אם השבר היה בן קרוב לשבועים ניתן היה לצפות לכך (נ/35 עמוד 2).

.380 **מקטעי הפרדת העצם- תוצר לוואי של הבדיקה:** בחוות דעתה כתבה ד"ר כהן כי היא מתיחסת ל"מקטעי הפרדת העצם" כאשר תוצר לוואי של הבדיקה שלאחר המות: "כל פציעה ושבר שנגרמו לאחר המוות (אלו שנגרמו במהלך תימרון הגוף) הם תוצר לוואי שכיח בבדיקה אחרי המוות. פטולוגים לא מיומנים עשויים לטעת ולחשוב שפציעים אלו הם פצעים/שברים שנגרמו למטופל במהלך חייו" (נ/33 עמודים 3-2). בית המשפט אמרה שפציעה שנגרמה במטופל בחויו היא בעלת דימום כיוון שכלי דם נשברים ויש דלקת והיליכי החלמה. בזמן שאדם מת ניתן לראות שברים "שאינם בלתי נפוצים" הנגרמים במהלך העברת הגוף ובדיקה הרקמות הרכות (עמוד 582 שורות 26-30). במקורה זה אין דם ואין הליכי רפואי והפטולוגיה מגדרה זאת כארטיפיקט של הבדיקה (עמוד 582 שורה 32 ועמוד 583 שורות 1-2). לשאלת כיצד מסבירה שחתך של סכין לא יראה כמו החתך המוצג במקרה היא השיבה: "חתך מסcin זו אפשרות, אבל בדוח שלי אני למשה אמרתי שיתכן תפער רגיל של העצם, אז העצם הזה מתחברת לסת העליונה, מקסילה, לאורביט, ארובת העין, מתחברת לעצם המצח הפרונטאלית. אז בשל גילו הצער של התינוק, זה אותו דבר כמו הגולגולת.

התפרים עדין לא עברו מינרליזציה, הסתיידות. אז יש איחוד, אבל האיחוד זהה הוא עדין לא חיבור" (עמוד 583 שורות 18-23).

.381. לשאלת כיצד מסבירה ש"ר מק וד"ר סקוור אומרות שלחץ תוך גולגולתי פותח את העצמות: הן מתיחסות בזווית גולגולת ולא לפנים: "אף אחד לא יאמר שהלחץ התוך גולגולתי ישפיע על הפנים, על אישור העצם" (עמוד 583 שורות 10-13). מעבר לכך, התמונה נראה כמי ארטיפיקט והוא בטוחה שעל פי ההיסטולוגיא אין שבר (עמוד 583 שורות 14-16).

.382. היעדר סימן חיצוני נהג האמבולנס לא ראה חבורות בפנוי של המוח, הרופא שבדק אותו במיין צין חבורה קטנה על הסנטר ואחת על העפעף העליון בעין שמאל תוך שצין שיכולות להיגרם עקב התאמת מסכת הנשמה. הבדיקה הקלינית לא זיהתה חבורות וגם בנטיחה לא זהה. ההסבר של ד"ר גיסס הוא שלא הייתה התנגדות על העור. לטענת ד"ר כהן אם אצבע או אגרוף מפעילים כוח, הדבר יגרום לחבורה ברקמות הקשות. הפעיצה תיצור "רישוק" של כל הדם. אם פני המנוח הוכו באופן שבראו את עצם הלחי, סביר שהעצם התחתונה בארכובת העין הייתה נשברת גם (ב/35 עמוד 2).

.383. (ג/ 35 עמודים 2-1). בבית משפט הוסיף שהמקרה היה מבחו צלי פנימה ולכן הייתה מצפה לחבורה (עמוד 577 שורות 9-6).

.384. לטענת התביעה יתכו שברים בגולגולת מבלתי נ피חות או המתוות. ד"ר כהן הביאו מאמר של לפיו: "הוא תיאר שפצעיות בפנים נפוצות ילדים שנחשפו לפצעיות לא תאונית ובמקרה זה ראייתי שהן לא הופיעו, כך שזה בלתי סביר לראות שבר בעצם MADE חזקה, מבלתי לפגוע בשטח הפנים... זו לא גולגולת, אלא עצמות הפנים. העצמות האלה אין כמו הגולגולת, שהיא דקה. העצמות האלה של הפנים, הן בעלות נפח ומווצקות" (עמוד 579 שורות 11-16). מכל מקום, לא זכר לה שראתה בעבר המתוות שנגזרה ממשכת הנשמה אלא ראתה חבורות קטנות שנגזרו בזמן שחוריים ערכו החיצית לב-ריאה (עמוד 582 שורות 6-4).

.385. **השברים בראש: דין**

ברם אדון בטענות הצדדים ברצוני להעיר מספר הערות מקדימות:

.386. (א) בפן הרפואית אין מחלוקת כי אף אם המנוח סבל משבר בגולגולת או שבר בעור, הללו לא גרמו למותו (ראו למשל עדותו של פרופ' פרת בעמוד 110 שורות 4-5. יתר מומחי התביעה העידו אף הם שהשברים הללו נרפאים מעצם ואין להימצאותם משמעותית רפואית-טיפולית). יחד עם זאת בפן המשפט-פלילי, יש משמעות לנוכחות של שברים, ואם יקבע שהמנוח סבל משברים בראש, אז מדובר בראיה נוספת נסافت לחבלה חיצונית.

.387. (ב) אין מחלוקת כי בין שני התחומים של פתולוגיה ורדיולוגיה, הפטולוגיה היא סטנדרט הזהב (כך למשל ד"ר גרינברג בעמוד 193 שורה 9 ואף מומחיות ההגנה הסכימו לכך). ההגיון הוא ברור: צילומי הדימות הם כל-חיצוניים שמאצאים נתונים לפרשנות רחבה יותר ממצאים פתולוגיים הנצפים באופן ישיר בנטיחה. ניתן כמובן להתוויח על משמעות הממצאים הפטולוגיים אך קשה להתוויח על עצם קיומם, כיוון שהאיבר או הדימום נבדק באופן בלתי אמצעי.

.388. בהקשר זה חשוב לציין שבידון שעסוק בדיםומים בראש טענה ההגנה שהעדיפות הכללית שיש לפטולוגיה אינה רלוונטית במקורה של המנוח לאחר שהנתיחה בוצעה זמן רב לאחר האירוע ולאחר שהמהות התנופה באופן שמקשה למצוא פקקת. בעניין השברים בראש לא נשמעה טענה דומה. זה המקום להעיר כי ד"ר גיפס עודכנה באותו מקום השברים שנמצאו על ידי ד"ר טל אך אני רואה בכך כל פגם שכן ד"ר גיפס הסבירה שעל מנת לבחון את השברים החשודים היה עליה לבצע פרוצדורה שאינה מבוצעת במהלך רגיל של נתיחה. ולכן, אם לא היו מידעים אותה, כלל לא הייתה בוחנת את העצמות בהן נצפו שברים. כמו כן התרשםתי ממהימנותה ומקצועיותה של ד"ר גיפס וכן בלבבי ספק כי קביעתה שמדובר בשברים לא הושפעה מעמדתה של ד"ר טל וכי מצאה שמדובר בשברים באופן עצמאי ובבלתי תלוי. עוד יוער כי טענת ההגנה בסיסיים שהיסטופטולוגיה היא סטנדרט הזהב- דינה להידחות. כל המומחים דיברו על פטולוגיה סטנדרט זהה ואף ד"ר כהן עצמה העידה כי המידע בהיסטופטולוגיה מוגבל והישאותה זאת למבט על עצ בודד מתווך יער שלם.

.389. (ג) עדותה של ד"ר כהן: אין ספק כי ד"ר כהן בעל רקע ומומחיות בפטולוגיה, וביחד בהיסטופטולוגיה (עמוד 555 שורות 30-32 ועמוד 556 שורה 1). ד"ר כהן העידה על עצמה שהיא אחת משני פטולוגי-הילדים בתחום זה בבריטניה והיחידה המחזיקה גם בהכשרה פורנזית (עמוד 557 שורות 4-5). היא כתבה 150 מאמרים ומכתبات נensiיאת הקבוצה לפטולוגית ילדים של החברה האירופאית לרפואת ילדים (עמוד 557 שורות 27-26). בקשר לכך שהיא עם הקבוצה המתנגדת לתאוריית SBS ספרה: "אני שיכת לרשות הרפואה מבוססת- הריאות, EDMS, אבל אני לא בשליחות. אני באופן אויש לא בשליחות. אני לא יכולה לענות בשם של אחרים" (עמוד 558 שורות 6-7). ד"ר כהן העידה לאחרונה בתקיך שהוא המשולש וחבורות נוספות "אני לא קוראת לזה SBS. אני קוראת לזה פגיעה ראש תחת חמצן ואי ספיקת עם דימומיים תת דוראליים ממוקור לא ידוע. היו שברים. היו חבורות. SBS זה שם מאד ישן. העדתי על שברי הצלעות ועל החבורות שהיו מעלה שברי הצלעות והגולגולת". כשנשאלה האם העידה במשפט שבו בתבוסת על המשולש יש סימן לאילמות היא הפנתה למאמר של פטולוג שביצע ניסוי בינויו טלה (עמוד 558 שורות 15-28).

.390. טענתה המרכזית של ד"ר כהן היא שלא נמצא ממצאים היסטולוגיים המעידים על שברים. כאשר עומתה בחקירה הנגדית עם ממצאים פטולוגיים שאיןם קשורים בהיסטולוגיה, חרב הרקע המרשימים של ד"ר כהן בפטולוגיה, בולט כי במקרים רבים היא לא השיבה באופן ישיר לשאלות הקשורות בפטולוגיה ובחרה לחזור לטענתה המרכזית שלא נמצא ממצאים היסטולוגיים לשבר. גם שumpedת ההיסטולוגיה ברורה ולגיטימית, התעלמותה משאלות רבות של הتبיעה מעלה תהיות בנוגע ליכולתה לספק תשובה מקצועית שחולקת על עמדת הتبיעה ועולה בקנה אחד עם עמדת ההגנה. בסופו של יום, וכותזאה מהקנו בו נקטה ד"ר כהן, טענות רבות מדי של הتبיעה נשארו ללא מענה. ביחס לעובדה שמומחית ההגנה, ד"ר מק, ביקשה להפנות מספר שאלות לד"ר כהן, שהיא הפטולוגית מטעם ההגנה.

.391. לאחר שהדברים נאמרו, אפנה לדון בטענות הצדדים:

.392. (א) רופאי תל השומר לא איתרו שברים בראש: אין מחלוקת כי השברים הנטען בראש, לא איתרו על ידי רופאי תל השומר בבדיקות הדימות. לטענת ההגנה, יש בכוחה של עובדה זו להטיל ספק בקביעת המאוחרת של ד"ר טל וד"ר גיפס לפיה המנוח סבל משברים.

.393. מומחי הتبיעה התבקוו להסביר כיצד ניתן שפספסו את השברים, מתשובתם ניתן ללמידה כי ישנו פער משמעותי בין אי-יות התמונות המופקות ב-CT המבוצע במהלך חייו של אדם, במיוחד תינוק, לבין אי-יות

התמונות המופקות ב-CT שלאחר המות. פער זה נועז במדיניות של הפחחת קרינה, ככל הניתן, על פי פרוטוקולים מקובלים, כאשר מדובר בבדיקות CT המתבצעות במהלך חייו של תינוק. לאחר המות, ניתן לבצע בדיקות ברמות קרינה גבוהות ובחתכים רבים, כפי שהיעדו כל המומחים, באופן המאפשר לגלות ממצאים נוספים. הרופאים הבהירו כי אין לנוכח שברים שלכה טיפולית ולכן לא נגרם כל נזק. בנוסף, השברים מהם סבל המנוח הוגדרו רדיולוגית כשברים עדינים. כאמור, גם בבדיקות ה-CT שלאחר המות, שבוצעו בקרינה גבוהה, השברים הנצפים היו עדינים ולכן אפשר אולם בבדיקה שבוצעה בחיים.

.394. ד"ר טל וד"ר הופמן העידו שמדובר לומר שהרדיאלוג האחרון הוא "הכי חכם", כיוון שעומדים לשפטו הכלים הטובים ביותר לאור רמת הקרינה המוגברת (ראו עדות ד"ר טל בעמוד 175, שורות 25-23, וכן עדות ד"ר הופמן בעמוד 156 שורות 13-14). מומחית ההגנה, ד"ר מק, הסכימה אף היא שהבדיקות שלאחר המות מאפשרות רחלוציה טובה יותר אלא שלטענתה התמונות שהופקו בחיו של המנוחaicotiot mespik כדי לאתר שברים. בנוסף לכך, ד"ר גיפס העידה כי השברים בראש מתאימים באופן שונה משברים אחרים בגוף וכן קשה לארום ברדיולוגיה. היא הסבירה שלא נוצרת יבלת מתאי עצם חדשים אלא שעד ארבעה שבועות נוצרת רקמה רכה של דלקת ולאחר 4-6 שבועות מתחילה להיווצר עצם חדשה ושתוכה (בניגוד ליבלת בצלעות שהיא בולטת יותר).

.395. לסיכון נקודה זו, אני קובע כי ישנו פער האICONOTI בין הבדיקות הנובע מכמונות החתכים ורמת הקרינה הגבוהה בבדיקות שלאחר המות. לפיכך, בהחלט אפשר לפספס את השברים בבדיקה הרגילה, במיוחד כאשר מדובר בשברים שגם על פי בדיקת ה-CT שלאחר המות תוארו כעדינים. לאור זאת, אני סבור כי העבודה שלרפואי בית החולים לא איתרו שברים בראש בבדיקות הדימות אינה משליכה על ההכרעה בעניין קיומים או היעדרם של שברים בראש, וטענות הצדדים "יבחנו לגוף".

.396. (ב) היעדר חבלות חיצונית: אין מחלוקת כי בעת הגעתו של המנוח למין נמצאו בפניו כתמים קטנים בסנטר ובעפוף. טענת ההגנה שמדובר בכתמים שנגרכו ממסכת החחיה יכולה להתאים לכטם בסנטר בלבד ואני קשורה לעפוף. עם זאת, אני סבור כי כאשר עוסקים בראש חבלות חיצונית כתוצאה של שברים, לא מדובר בכתמים הללו אלא בהמתומות משמעותיות יותר וכן הכתמים הקטנים אינם מהווים ראייה לחבלה במקרה זה.

.397. מעת לידתם התאומים נבדקו על ידי רופאי ילדים בקהילה מספר רב של פעמים, ואין בתקיר הרפואי תיעוד כלשהו לחבלות או סימנים מיוחדים. לטענת ד"ר גיפס היא נתקלה פעמים רבות במקרים רפואיים פספסו סימני חבלה כיוון שהם מתיחסים לחבלות מסכנות חיים. טענה זו של ד"ר גיפס אולי מתאימה לרופאי בית החולים אך לא לרופאים בקהילה שבודאי חובטים לתעד סימנים חריגים של חבלות וחזקה שהיו מצינים זאת. לאור האמור, לא ניתן לקבוע שהילדים סבלו מחבלות חיצונית. השאלה שיש לדון בה היא האם היעדר חבלות חיצונית, שולל אבחנה של שברים.

.398. התביעה טענה שאפילו בשבר חריף יתכן שלא תהיה ניפויות ברקמה רכה, ד"ר מק השיבה שמדובר בסיטואציה נדירה מאד ובמקום אחר הוסיפה שהנים עדינים מהעצם ולכן ידומו לפני שהעצם תישבר. ד"ר כהן הסבירה שכיוון שהמכה היא מבחוץ כלפי פנים הייתה מצפה לחברה, במיוחד בעצמות הפנים שהן מוצקות ובעלות נפח, בניגוד לעצמות הדקotas בגולגולת. ד"ר גיפס הסבירה לגבי עצם העול שהשער ממנו סבל המנוח לא נגרם מאגרוף לגיל העין אלא במנגנון "בלינג'" של חבלה לשולים החיצוניים של ארכות העין

(כיוון שעצמות ארובת העין הדקות לא נזקקו), שברים אלו עשויים להופיע ללא חבלה חיצונית. בנוסף, שומן הלחים יכול לגרום לכך שהייו דימומיים שלא יראו על פני העור או שייחו עדינים מכך להיחשב לחבלה.

.399. בוגר לעצם הקודקוד, ד"ר מק הסכמה שלא כל פגיעה תביא לנפichot אף נפichot תהיה נוכחית כמעט תמיד בשבר חריף שאינו ישן ובמקרה זה לא נראה שהשער ישן. לטענת התביעה, על פי מאמר של סנטצי', אם הפצעה מרוחקת או שהצילום נערך מספר ימים לאחר הטראומה, גם בהיעדר דימום או נפichot לא ניתן לשולש שבר. וכן ישנה קביעה של שפי' לפיה: "חבותות בקרקפת עשוות שלא להיראות עד שהן משתקפות במהלך הנתיחה". בענין זה, ד"ר כהן הסכמה שבשבר טרי נפוץ מאד שלא תיראה חבלה באופן מיידי אף כעבור 12 ימים הייתה מצפה לראות חבלה חיצונית.

.400. לסתוקם, הימצאות או היעדר חבלות בסביבת שבר תלוי בגורמים שונים כגון עצמת המכה, המנגנון חזיות הפצעה, וכן משך הזמן שחלף מקרנות השבר ועד לבדיקת השבר. לפיכך, גם שברים יהיו מלאים בדרך כלל בחבלות חיצונית, היעדר סימנים חיצוניים ממשמעותיים אינם שולל קיומם של שברים. יחד עם זאת, הדיון בוגר לסימנים החיצוניים מחדד את הצורך לבחון את סוגיית השברים בראש במשנה זהירות.

.401. (ג) השבר בקודקוד

טענת התביעה- מדובר בשבר: ד"ר טל תיראה את השבר בקודקוד כשבר שלא ממשיך את הסוטורה אלא ניצב לה, ונפרד ממנה. בחקירתה הנגדית התבקשה להשוות בין השבר לו טענתו לכו שמתחתיו שאף הוא ניצב לסוטורה. היא הסבירה שהתייאור הכללי של שבר הוא קו חד ללא איחוי משנה צדיו, ולעומתו הסוטורה מופיעה כקו זיגזג, עם התחלת איחוי או עצם צפופה משנה הצדדים. וכן במקורה של המנוח, הכו העליון המיציג שבר הוא חד, נקי ושר, ללא חספוס או איחוי של השוליים. לעומתו בכו התחתון יש אי סדרות וחספוס.

.402. בפן הפטולוגי תיראה ד"ר גיפס שבר בעל שפות חדות ומשוננות עם דימום מסביב. היא הצבעה על קר שמקור הדימום מקביל בכל השכבות, במיקום זהה. המראה הזה של הדימום מעיד על קר שלא מדובר ב"ויריאנט אנטומי" כפי שטוענת הגננה, אלא בחבלה. ד"ר גיפס התבקשה להסביר מהם הסימנים המצביעים על קר שמדובר בשבר והשיבה שהשבר נמצא היכן שאמורה להיות עצם ולא היכן שנמצא תפ. כמו כן השוליים באיזור התפר רכים ומעוגלים, וניצב לו שבר אופקי שפטוי חדות ומשוננות מעט. כמו כן, מומ מוליך מופיע בכו האמצע של הגולגולת או באופן סימטרי משנה הצדדים, "מעולם לא רק לצד אחד".

.403. **טענת התביעה- נצפה דימום באזור השבר:** באופן כללי טענה ד"ר מק שניתן לצפות לדימום בגליל השילוב בין הנפichot והעובדת שהאזור מלא בкл דם. היא הסכמה שטרואומה היא הסיבה הנפוצה לדימום אפידורלי, ולשאלה כיצד מסבירה שהדימום זהה נמצא במקור היוצרות השבר השיבה שיש להפנות את השאלה לד"ר כהן. גם כשהתבקשה להסביר מדוע הדימום שמצין את מיקום המכה, היה רחוק מהתפר, בשעה שאם מדובר בפתחת חרץ הדימום היה מתייחס על התפר, השיבה שיש להפנות את השאלה לד"ר כהן. ד"ר כהן אמרה שהדימום המקומי מופיע לרוב בסדק גולגולת. לשאלה כיצד מסבירה שבחרצים האחרים במוח לא נצפו דימומים כמו באזור השבר השיבה שאין יכולתה להביע דעתה כיוון שמאזוריים אלו לא נלקחה דגימה לצורך היסטולוגיה. לטענת ד"ר גיפס לא מקובל לבצע בדיקה היסטולוגית בנטיחה ובהקשר זה היפונטה הגננה בסיכוןה למאמר ת/969 לפי הבדיקה ההיסטולוגית במקרים אלו חשובה ביותר, ובמקורה שהובא במאמר אדם נוקה מဆמה רק בזכות בדיקה היסטולוגית.

.404 אשר לדימום התת קרכפטיה: הتبיעה מצפה על כך שהדימום נצפה בכל השכבות, בדיקת באזור השבר באופן מוקדק. ד"ר מק טענה שהמנוח סבל מביעית קרישה וכן שיש לתארך את הדימום. לטענת ד"ר כהן מדובר בדימום טרי שארע ב-24 שעות אחרונות, אך ד"ר גיפס השיבה שבבדיקה המוסידרין (מצבעת הברזל) בוצעה ונמצאו ממצאי ברזל (עמוד 6 לחוות הדעת של ד"ר גיפס). לטענת ד"ר כהן המקור לדימום הוא היפוקסיה מהדורה. לשאלה כיצד יתכן שבמצב שכיבה הדימום עלה למלילה השיבה ש厶מץ' שערכה עולה שככל שתת החמצן גדול יותר כך יותר אזורים מציגים דימום. ד"ר כהן אמרה כי היא מניחה שהיינו דימום באזוריים נוספים ולא רק באותה נקודת. כשהתבקשה להניח שאין דימום נוסף במקומות אחרים השיבה: "זה לא דימום אפידוראל, זה יהיה דימום בקרים שמצפה את פנים הגולגולת, שנקרו דורה, וזה דימום תוך-דוראל, מכיוון שהדורה היא עבה כמו הדף הזה, הדם ילך מעלה או מתחתיו, אבל הוא ישאיר מסלול". יצוין כי אף אם ישנו דימום נוסף באזור המצח, שם לא ניתן שיש שבר, אין בכך לשלול קיומו של שבר בעצם הקודקוד. ראשית, הדימום הנוסף לאLOBן במהלך הדיונים ונטען בסיכומים לראשוונה, שניית, טענה זו לא נטענה על ידי מומחי ההגנה ואף ההגין אמר כי יתכן דימום ללא שבר.

.405 טענת ההגנה מבחינה רדיולוגית- מדבר בחריץ סוטורה: לטענת ד"ר מק מדובר בחריץ סוטורה המשתרע לעצם תוך תפירת חריגה. החריץ קיים כבר בCT הראשון אך יתכן שהනפיחות וההיפרדות הביאו לכך שהחרץ בולט יותר לאחר המוות. שנה סתרה בדבריה שכן במקום אחר טענה שלא ניתן לראות את החריץ כל ב-CT. מכל מקום, החריגות היא בכך שהתפרק הסטוריאל מגע לתפר אחר, של הקודקוד. ההגנה צינה כי אף מומחי הتبיעה העידו כי ההבחנה בין סוטורה ושבר היא משימה קשה.

.406 לטענת הتبיעה, על פי מאמר של סנטצ'יז, תפרי עזר יופיעו ציצוג (כמו אצבעות משולבות). ד"ר מק השיבה שד"ר גיפס תיארה את הקצוות משוננים - כמו זיגזג. וכן מבחינה רדיולוגית לא ניתן לראות את החריץ ב-CT.

.407 לטענת הتبיעה, על פי מאמר של סנטצ'יז, כשבר חורג לתפר ראשי עשוי להיות התרחבות של השבר כשתקרב לתפר. ד"ר מק השיבה שסביר אכן עשוי לגרום להרחבת של תפיר אך זה לא המקה של המנוח.

.408 לטענת הتبיעה, על פי מאמר של סנטצ'יז, התפרים הם בדרך כלל דו סיטרים ודוי סימטריים, ולטענת ד"ר מק עשויים להיות חד צדדיים. אין סתרה בין הטענות הללו. לטענת ד"ר גיפס: מום או פגם מופיע באופן סימטרי או בקו האמצע "לעולם לא הצד אחד".

.409 טענת ההגנה מבחינה פתולוגית- העדר ממצאי רפואי: ד"ר כהן תיארה בחווות דעתה עצם נורמלית עם סדק ודימום טרי, ללא היוציארות עצם חדשה או דלקת. היא אינה יכולה לומר אם מדובר בתפר או חרץ כיון שתחת המיקרוסkop היא מסתכלת רק על "עץ אחד מתוך יער שלם" וכל שביכולתה לומר שלא מדובר בשבר אלא ב"ויריאנט נורמלי". מכל מקום, אם אכן מדובר בשבר, לאחר שבועיים הייתה מצפה לראות סימן כלשהו לריפוי כגון דלקת, עצם חדשה או סחוס.

.410 (-) דלקת: בבית המשפט נשאלת ד"ר כהן מדוע היא מצפה לתאי דלקת כשבספרות מופיע שהדלקת מתחילה באופן מיידי וחולפת לאחר שבוע, אך לאחר 12-13 ימים אין ציפייה לראות דלקת. ד"ר כהן השיבה שהיא מצפה להליכר רפואי: "אתה צריך תאיל דלקת כרוניים, שנקראים מקרופזים, להסיר את הרקמה

הזה. זה ספר לסטודנטים לרפואה בשנה השלישייה והוא בסיסי והוא טוב, אבל לא לבית המשפט".

411. צוין כי בעניין זה העירה ד"ר גיפס שטענת ההגנה להיעדר דלקת מוכיחה שבך ישן: לטענת ד"ר גיפס הדלקת מופיעה בין חצי שנה ל- 48 שעות מהפגיעה וונעלמת כעבור מספר ימים. لكن, לפי דברי ההגנה עצמה השבר הוא בן פחות מארבע שעות או בן למעלה ממספר ימים.

412. (-) הליכי רפואי: לטענת ד"ר כהן נכון שיש לקחת בחשבון שאולי מדובר בשבר בן למעלה משבועיים, אך במקרה זהה היא מצפה לראות דלקת, עצם חדשה או סחוס. לטענה שהליך רפואי של שברים בראש איטיים יחסית למקומות אחרים בגוף השיבה שמדובר בהלים שונים אך לא איטיים.

413. (-) עצם ארגוגה: ד"ר כהן כתבה בוחות דעתה כי באחד מהחטים, באמצעות עצם הגולגולת, קיימ אзор של 'עצם ארגוג'. בנסיבות הנגדית הסכימה עם טענת התביעה שעצם ארגוג היא רקמת עצם ראשונית שאינה מסודרת ונמצאת באזורי שבר. מדובר בפרטן חירום זמני של הגוף באזור שזקוק לתמיכה מכנית. יחד עם זאת היא הוסיפה שעצם ארגוג מאפיינית גם תינוקות עם חסר בויטמן D.

414. (ד) השבר בעצם העול

טענת התביעה: مذكور بشבר: ד"ר טל העידה שאמנם שיש סוטורה אך מצד התקין היא "יפה וסgorah" ובצד שאין תקין היא פתוחה ורואים חוסר התאמה בין הצדדים. המדרגה מעידה על שבר.

415. טענת ההגנה- לחץ תוך גולגולתי שהוביל להיפרדות: לטענת ד"ר מק ב-CT השלישי יש היפרדות בתפרים של העצם שלא נצפו בצלומים הקודמים. ההיפרדות הנכפית שניונית לחץ תוך גולגולתי. ד"ר מק הסכימה שאין לחץ תוך גולגולתי ביום הראשון אך לא הסכמה שנייתן לראות את השבר ב-CT הראשון. היא העירה שעצם העול עשוי מסchos ולכן, בניגוד לעצמות הגולגולת, אין קושי לראות אותה ברנטגן. לטענת ד"ר מק, למרות שהלחץ היה זהה בשני צדי המוח יתפרק אחד יתרחב יותר מהآخر. ד"ר מק לא הסכימה עם טענת התביעה שהטנטורום/פלקס רגש ולכן יוזע לפני שתפתח היפרדות (מה שלא קרה במקרה של המנוח). לצד עמדתה של ד"ר מק נשאלת גם ד"ר כהן לעניין האפשרות לחץ תוך גולגולתי והשיבה שבזודאי הכוונה הייתה לעצמות הגולגולת ולא לעצמות הפנים: "אף אחד לא יאמר שהלחץ תוך גולגולתי ישפיע על הפנים, על אייזור העצם". כמובן, מומחית ההגנה ד"ר כהן דחתה עמדה זו באופן חד ממשעי.

416. מעבר לכך, גם התביעה דחתה את הטענה: ד"ר טל טענה שם לחץ תוך גולגולתי גרם להיפרדות איזו הייתה נשמרת חיפוי בין שתי השפות, ללא תזוזה של הגבولات. ואילו במקרה של המנוח- מצד התקין הסוטורה סгорה ויש התאמה בין הצדדים, אך מצד השני הסוטורה פתוחה ויש חוסר התאמה בין השוליות, שיוצרת מעין מדרגה המתאימה למראה של שבר.

417. טענת ההגנה- אין ראייה לריפוי עצם: ד"ר מק הצבעה על היעדר קלוס וטענה שהיא הייתה מצפה לראות ממצא כלשהו המעיד על רפואי במשך 4-6 ימים מהיווצרות השבר. ד"ר טל טענה שנייתן לראות קלוס כעבור מספר שבועות או חודשים, בהתאם לסוג העצם.

418. ד"ר כהן טענה שאין כלל ממצאים היסטולוגיים של רפואי כגון כגון דלקת, יבלת או בניית מחדש חדש של העצם. ד"ר גיפס התיחסה לטענה זו בעדותה והשיבה כי היסטולוגית, ישנו ממצאים המעידים על החלמה:

ראשית, מדובר בשבר עם רקמת חיבור צפופה בין קצוטיו, המעידת על התפתחות צלקת. שנית, סחוס בשלבי שגשוג ראשוניים שבמהמשך יהפור לתאי עצם (שהה שלב הבא בהחלמה). ולבסוף נמצאו גם אוסטאוקלוסטים בודדים בשולי השבר, שהם תאים שתפקידם לפנות את "הכלול" מאחור של טראומה, שבר, ולא קיימים בתפר נורמלי כי אין מה לפנות משם.

.419. ברגע לדימום, לטענת ד"ר כהן כיון שהדימום לא נבדק עם המוסידרין ולא נבדק היסטולוגית-לא ניתן לשולב שמדובר בדימום טרי, כתוצר לוואי של הנтиיה. ד"ר גיפס דחתה את הטענה והסבירה שהתאים האדומניים בכל מקרה יראו חדשים, מה שמשתנה באבחנה בין דימום ישן וטרוי זה הסביבה שלהם. היא הסבירה כי ישנה צבעה מיוחדת של משקעי ברזל, המוסידרין, הנובעת מפירוק כדוריות דם אדומות, שמופיע תוך 48 שעות אך מגיע לשיא בעבר שבוע. ביצעה את הבדיקה ההז וגילתה שהדימומים אינם טריים.

.420. ישנה משמעות לכך שהפטולוגיה שנכחה בזמן הנтиיה לא טעונה שד"ר גיפס גרמה לממצאים של דימום או שבר במהלך הנтиיה.

.421. טענת הגנה- מדובר בתוצר לוואי של הנтиיה: הן ד"ר מק והן ד"ר כהן העידו שבפטולוגיה ישנן שתי תמונות האחת של העצם במקומו והשנייה לאחר שהוסרה. רק בתמונה השנייה יש חוסר המשכיות קטן ואינו דימום ומכאן שairע לאחר המוות. פטולוגים שאינם מיומנים עלולים לטעת ולשייך את הממצא לשבר. לטענת ד"ר כהן, במקרה של המנוח מדובר במראה של ארטיפקט של הנтиיה. לשאלת כיצד מסבירה שהחתק מסcin לא נראה כמו החתק בתמונה (עם זיגזג) השיבה שחתך מסcin זו אפשרות אחת אך יתכן גם שמדובר בתפר כמו בגונגולת, שלא עבר מינרלייזציה ואז יש איחוד אך אין חיבור. תשובה זו כלל אינה ברורה כיון שלא התייחסה לטענה לגופה ואף סתרה את עצמה. מצד אחד- העידה בביטחון מלא שמדובר במראה של תוצר לוואי של נתייה מצד שני כשוותה עם טענה לגבי המראה של החתק השיבה שיתכן שמדובר במראה של תפר נורמלי לגילו של המנוח. לאור זאת ברור כי אין בידה אבחנה אחת ברורה אלא הצינה שתי אופציות שיתכנו במקרה של המנוח. חשוב לציין כי ד"ר גיפס עצמה לא עומטה עם טענה זו בחקירותה הנגדית.

.422. בנקודה זו ישנה משמעות לכך שהפטולוגיה שנכחה בזמן הנтиיה לא טעונה שד"ר גיפס גרמה לממצאים של דימום או שבר במהלך הנтиיה. נוספת נוספת נסافت אני מיחס לכך שד"ר גיפס עצמה לא עומטה כלל עם הטענה שיצרה את השבר במהלך הנтиיה.

.423. שבר עדין: ד"ר טל תיארה את השבר בחומר דעתה כשבר עדין, קרוב לוודאי חד. בעודה הסבירה שאין סתירה בין המונחים שכן חד- הכוונה מבחינת הזמן, שעdin לא נוצר קלוס. ועדין- קשר לאופי המכחה וצורתה (למשל, השבר בעצם העול קצר). ד"ר גיפס חידזה את המונח "עדין": השבר תואר עדין ברדיאלוגיה כיון שב-CT פורסם לפרוסות והמחשב משוחרר. וכיון שהחתקים אופקיים קשה לראותם אופקיים וכן ב-CT השבר נראה עדין וקטן, אך בפטולוגיה זההה שבר ש מבחינתה אינם עדין.

.424. יצוין כי היעדר הסבר מצד הגנה לכך שהתרפ' בעצם הציגומה אני ואילו השבר אופקי, אף הוא נזקף לחובת מומחיות ההגנה. הן ד"ר מק והן ד"ר כהן לא השיבו לשאלתנו זו באופן ישיר ובחרו לחזור על עדמותהן שנידונו לעיל.

.425. (ה) מועד הייצורת השברים: לסוגיה זו לא ניתן משקל רב במהלך ההוכחות אך שעה שנאמרו

מספר אמירות, בעיקר מצד התביעה, לא ניתן להתעלם מהן. אין מחלוקת כי בשברים בראש לא נصفה קלוס.

.426 מהעדויות עולה בבירור שסוגיית תיארוך השברים בגולגולת היא מורכבת גם מומחית ההגנה, ד"ר מק, הסכמה שיש קושי בעניין ואמרה שמצויה לאינדיקטיה בתוך 4-6 שבועות ממועד היוזצרות השבר. דברים דומים אמרה גם ד"ר טל (תחילת היוזצרות הקלוס בתוך מספר שבועות, עד לקלוס מלא בתוך חודשים). ד"ר גיפס ניסתה להאריך אף היא את גיל השברים. בהתבסס על ממצאים רדיולוגיים ומיקרוסקופיים, מדובר בשברים טריים בני פחות מ-8 שבועות. הארכאה כי נוצרו 8-17 ימים לפני המוות, קרוב לוודאי פחות מ-14 ימים. ד"ר גיפס סיפרה שבדרך כלל היא אינה מבצעת בדיקות מיקרוסקופיות לחבלות מסיביות שנראות בעין-ar (או צוואר) זה עלתה שאלת זמנים, בדקה בספרות והישוויה את הממצאים. מבחינה קלינית ד"ר גיפס קבעה כי האירוע התרחש ביום האישפוץ כיוון שמדובר בשנוצרות חבלות כאלה, התסמנים שנמצאו במנוח מופיעים באופן מיידי.

(ו) לsicום: לאור האמור, אף שהশברים בראשו רק לאחר מותו של המנוח, הוכח מעל לכל ספק סביר, כי המנוח סבל משני שברים, האחד בעצם העול והשני בקדוקו.

פגיעה נוספת

.427 **דימום וביצקת בעמוד השידרה הצוארי**

ד"ר גיפס מצאה בעמוד השידרה הצוארי "דימומים נרחבים עם נמק וביצקת, תסניין דלקתי מפותש וגלויים. מקרופגים טעוני המוסידרין. הממצאים מתישבים עם טלטול כוכני עם או ללא חבלות ישירות" (ת/140, ת/146). בעדותה הסבירה כי בשנים האחרונות מבינים שהצוארי הוא חלק מההתמונה הכלולת בטלטול. ניתן לפספס את הפגיעה הצוארי כיוון שתיתכן פגעה משמעותית ללא שברים. במהלך הנטיחה מצאה שחותם השידרה הצוארי היה נפוח וביצקי לעומת חותם השידרה הגבי (עמוד 211). להלן אדון בטענות ההגנה ובתשובות שסיפקו מומחי התביעה:

.428 (1) טענת ההגנה: כיצד תיתכן פגעה בחותם השידרה ללא פגעה בחוליות: ד"ר גיפס הסבירה שבגלל הغمישות הגדולה של תינוקות במרכיבים הגרמיים, החוליות גמישות ויכולות לחזז למרחק של עד 4 ס"מ אחת מהשנייה וכך תיתכן פגעה בחותם השידרה הצוארי בלבד שברים (עמוד 247 שורות 10-15 ועמוד 269 שורות 8-3 וראו למשל גם ד"ר פסק בעמוד 118 שורה 17- כי פגעה בחוליות עצמן אינה מאפיינת את הטלטול).

.429 (2) טענת ההגנה: הדימום בעמוד השידרה שניוני לדימום וללחץ התוך גולגולתי: ד"ר מק טענה שתופעה זו לא מעידה בהכרח על תנועת טלטול אלא על כך שהתנאים התנפחו בגלל ביצקת הנובעת מאובדן אספקת אנרגיה לתאים. מכל מקום, לא מדובר בתופעה ייחודית לטראומה (עמודים 484-485). על כך השיב פרופ' קונסטנטיני כי לחות השידרה אספקת דם משל עצמו ולכך אף אם יש פגעה בחלק העליון של המוח אין סיבה לביצקת בחותם השידרה הצוארי (עמודים 268-269). ד"ר גיפס השיבה שהדימומים שאיתריה הם בתוך ריקמת חותם השידרה ואני משני לממצאים במוח (עמוד 246 שורות 13-16).

.430 (3) טענת ההגנה: לו הייתה פגעה בחותם השידרה הצוארי הרי שהמנוח היה משותק: לשאלת התובע כיצד יכולה לקבוע זאת אם המנוח היה חסר הכרה, השיבה ד"ר סקויר כי זהו תפקידו של רופא ילדים (עמודים 389-390). בסיכום הובא ציטוט מהתיק הרפואי לפיו המנוח היה ארבע גפים (נ/44-נ/45), אך

מהחר שסוגיות הזרת הגוף ומשמעותה לא נידונה על ידי המומחים לא אוכל להסיק מכך דבר.

.431. (4) טענת ההגנה: ד"ר גיפס לא דגמה מחוט השידרה הצוואר ולפיכך להגנה לא ניתנה אפשרות לבחון את הדברים: בהקשר זה אחזר על קביעתי לעיל כי ניתנה לד"ר פורמן- רזניק האפשרות לבדוק דגימות נוספת ומשעה שלא ביקשה ולא מסרה חוות דעת אין לזקוף זאת לחובתה של ד"ר גיפס.

.432. (5) טענת ההגנה: אין עדות לפגיעה בחוט השידרה הצוואר בצלומי-CT שנערכו בסמוך לאירוע: בנ/29 ערכה ד"ר מק השוואה בין CT הראשון לשישי, כאשר בצלום השלישי שנערך בעבר מספר ימים נמצאו בזקת ודימום, שלא היו בשתי בדיקות CT הראשונות. לטענת התביעה ישנה תופעה ידועה לפיה בפגיעה מסווג זה הסימנים בחוט בשידרה הצוואר מעוכבים. ד"ר מק השיבה: הסימנים הקליניים מידים (אין ממשמעות לאמרה זו שכן היא נשאלת בעניין CT ולא בעניין הסימנים הקליניים), CT עייתי לאבחן בהקשר זה (היא עצמה הסתמכה על CT בקביעותה), ועיכוב בהופעת התסמינים אינם "יחודי לחבלה" (כלומר, היא אינה חולקת על כך שישנו עיכוב בהופעת התסמינים הללו). יצוין כי בחקירה הנגדית ד"ר מק הסכימה ש-MRI מתאים יותר לאייתור פגיעה כזו אך הוסיפה כי אף ב-CT הייתה מצפה לראות שנייה כלשהו בחוט השידרה הצוואר (עמוד 481).

.433. לאור האמור, אין מחלוקת כי המנוח סבל מפגיעה בחוט השידרה הצוואר, שלא נצפתה בשתי בדיקות CT הראשונות. יחד עם זאת אף מומחית ההגנה הסכימה כי שייחוי בהופעת התסמינים הללו היא תופעה ידועה אך סירבה לקשור את הפגיעה לטלול וטענה כי ניתן לייחס אותה לכל מקרה של פגיעה היפוקסית- היסכמית. אני קובע כי המנוח סבל מפגיעה בחוט השידרה הצוואר שלא נגרמה מלחץ תוך גולגולתי.

הפרעות בתפקוד הלב

פרופ' קונסטנטיני עמד בחוות דעתו על כך שהמנוח סבל מתקף לב כושל (ת/151 עמוד 2), והוסיף כי הפרעות אלו שכיחות בחבלות לא תאונתיות (ת/ 151 עמודים 4-5). סוגיה זו לא נדונה במסגרת עדויות המומחים משני הצדדים, הן בחקירה הראשית והן בחקירה הנגדית. לפיכך לקביעות הללו של פרופ' קונסטנטיני, שהן התייחסות היחידה של מומחי התביעה לסוגיה זו, לא תהיה השלכה על הכרעת הדיון.

קרע בכבד

מטעם התביעה העיד ד"ר קופל שמצא חתך בכבד-CT וב-MRI. לטענתו הכבד הוא איבר שכיח לטראומה בבטן בקרוב ולדים שעברו התעללות. על תהילת ההגנה כיצד בפטולוגיה לא נמצא חתך השיב כי הסתכלו על הכבד מבחוץ והקרע היה פנימי (עמודים 167-170). ד"ר גיפס הסבירה שמדובר לפפסם מצויים כאלו בניתוחו כיוון שמדובר בחתך קטן מאד (1.5 ס"מ) ביחס לגודלו ומשקלו של הכבד. בנוסף, הכבד הוא איבר חדש בצבא אדום- חום כהה (עמוד 240).

.436. ההגנה טוענת כי ד"ר פסח ופרופ' פרת לא התייחסו לקרע בכבד בחוות דעתם (ת/105) ומכאן ניתן להסיק כי לא מדובר בטענה ממשית. ד"ר פסח העיד כי המנוח לא סבל מפגיעות פנימיות בחזה (עמוד 129 שורות 20-21). בנוסף, ד"ר גיפס עצמה העידה שהכבד הוא שkopf ולכן הייתה מצפה לראות דימומים. לעניין זה יוער כי ד"ר גיפס הוסיפה באותה נשימה כי מדובר בדימום קטן שמקובל לפפסם (עמודים 240-241). רדיולוגית ההגנה, ד"ר מק, העידה שלו נגרם קרע במהלך חייו של המנוח הייתה מצפה לראות דם רב בחלל הבطن (עמוד 480). היא סבורה שמדובר בשפע המכיל נזלים ולא דם (עמוד 468).

.437. אינני נדרש להכריע לעניין קיומו או היעדרו של קרע בכבד. הkraine הנטען הוא כה קטן עד כי לא

אוכל לקבוע שמהו חבלה פנימית כתוצאה משבירת הצלעות.

.438 **המטומות בתאומה**

עם הגעתה לתל השומר, נבדקה התאומה ועל גופה נמצאו פטניות- נקודות אדומות על פני הלחים זו צדי, ועל בית החזה העליון והשוקיים הקדמיות זו צדי. נמצאו גם אכימוזות- דימומים תת עוריים גדולים יותר בשוקיים הקדמיות זו צדי ובאזור ימין (ת/109 וכן עמוד 199 לפרטוקול). שטפי הדם צולמו באמצעות טלפון נייד, ולמחרת התאומה נבדקה על ידי פרופ'ysis אר הכתמים הגדולים נעלמו. טיעוני הצדדים מתמקדים בהמטומות בשוקיה של התאומה (להלן: "המטומות" או "כתמים"). התביעה טענת כי הכתמים ברגליה נוצרו מאייזה כוחנית (ת/81). ההגנה טענת כי לא מדובר בהמטומות ובוואדי שלא בהמטומות משמעותיות.

.439 התביעה טענת שתי טענות מרכזיות. ראשית, כיוון שההתאומה אינה נידת לא ניתן כי ההמטומות נגרמו באופן עצמאי במהלך ריחילה או הליכה, ובכל מקרה מדובר בעולה של אדם אחר, בין במסגרת טיפול רפואי לבין כאיזה כוחנית. שנית, במהלך חקירותו במשטרת הנאשם הרחיק עצמו מכל מגע עם התאומה. בחקירהו טען כי לא ראה את הסימנים שהוצגו לו בזרוע וברגליים. התאומים ישבו בטרםפולינה בזמן שהאם ישנה והוא לא נגע בתאומה. לא היה צורך להחליף לה חיטול (ת/26). במהלך עימותם עם האם חזר הנאשם על הדברים ואמר שלא יכול היה לראות את הסימנים הללו כיוון שלא הפסיק אותה. בתגובה האם שאלת אותו: "היא לא בכתב ממש שעטים? הוא לא בכہ ממש שעטים?". לשאלת החוקר האם תשובהו נראות הגוניות בעינה השיבה: "אני אמרתי לו, אני אומרת גם לכם שבמשך שעטים שהילדים בתוך הטרםפולינה עניין זה לא הגיוני" (ת/28 עמודים 28-26). התנהוגות הנאשם בחקירה באופן המרחק עצמו לחלוין מגע עם התאומה הינה מחשידה.

.440 ההגנה טענה שלוש טענות מרכזיות. האחת, התאומה נבדקה על ידי רופאת ילדים בקהילה בבוקרו של יום האירוע, כיוון שלא חשה טוב. הרופאה הפיטה אותה אך לא הבחינה בסימנים מיוחדים. לחוקרם סיפרה כי זו הייתה מבחן בסימנים שהוצגו לה בתמונה זמן האישפוץ, הייתה מדוחת על קר (ת/96). אף האם, שהחליפה לתאומה חיטול במהלך אחד מהצרכים סיפרה כי לא הבחינה בסימנים הללו (ת/48 ועמוד 15).

.441 טענת הגנה השנייה היא שאיכות הצלום ירודה ולאחר לא ניתן לקבוע שמדובר בהמטומות: פרופ'ysis הסביר כי התמונות צולמו בטלפון נייד לא אפשרות לו לקבוע את גיל ההמטומות. אך באויה נשימה הוסיף שהרופאים שבדקו את התאומה הם בעלי ניסיון מספק לקבוע האם מדובר בחבלות יהודיות (עמוד 196). בהקשר זה העידה ד"ר לביא, שבדקה את התאומה בבית החולים, כי שטפי הדם טריים ונוצרו בטוח ששל שעות עד יומיים לפני הבדיקה (עמוד 186 שורות 14-15).

.442 בנוסף טענה הגנה כי ניתן שהכתם בשקע המפרק הימני נגרם מלקחת דם, והכתמים בשוקי הרגליים נבעו מאייזה של התאומה לצורך צילומים (לטענת הגנה בנ/46 התאומה צולמה ונitin לראות אגדול זר שקווע בשוק הרגל). אף העובדה שהכתמים נעלמו כבר למחרת בעת שפרופ'ysis בדק מעידה על כך שלא מדובר בכתמים משמעותיים הנובעים מחבלה.

.443 לסיכון נושא ההמטומות בתאומה, לאائقן לקבוע שמדובר בהמטומות כתוצאה מшибלה. להלן אנקט עמדתי: התאומה אינה נידת באופן עצמאי, אך אין בעובדה זו כלעכלה כדי לקבוע שהכתמים נגרמו

מACHINE כוחנית או חבלה; חוסר יכולתו של פרופ' היס לקבוע ממצאים לאור איות ירודה של התמונות; עדויות הרופאה בקהלת שהפשטה את התאומה בובקו של יום האירוע ולא הבחינה בסימנים, והיעלמות הכתמים עד בדיקת פרופ' היס למחמת; עדותה של האם כי לא הבחינה בכתמים הללו טרם הגיעו לבית החולים; התנהלותו המחשידה של הנאשם והאופן בו הרחיק עצמו מגע עם התאומה בשעות שקדמו לאירוע- לא די בכך כדי לקשור אותו לגרימת הכתמים.

היעדר ידיעה בדבר האופן המדוייק שבו נגרמו הנזקים

444. הניסיון להסביר כיצד בדיק נגרמו הנזקים

כפי שהוכח לעיל, המשולש נגרם כתוצאה מטלטול, ואף ד"ר סקויר, שהיעידה מטעם ההגנה, נאלצה להודות כי המשולש הינו לכל הפחות סמן חזק לטטלות. לטעתה הגנה קיימת סתירה בין מומחי הتبיעה שכן חלקם טוענים שהדים נגרם מטלטול בלבד וחלקם טוענים שנגרם מטלטול וחבלה. להלן אבחן עדויות מומחי הتبיעה בהקשר זה:

פרופ' היס סיפר על מחלוקת בין שתי אסכולות. יש הטוענים כי טטלות לבדו מוביל למושולש ויש הטוענים כי חיבת לחבלה בנוסף לטטלות על מנת לגרום לכלה ממצאים. מכל מקום, אין אפשרות לאשר או להפריך את התאוריה לפיה נוצרת חבלה בנוסף לטטלות על מנת לגרום להופעת המשולש (עמודים 195, 198-199).

ד"ר גיפס הסבירה בעדותה כי בחינה של מודלים שונים העלתה שלאור התקולה הכימית והמבנה של מוח תינוקות, די בטטלול כדי לגרום למושולש: "המוח של תינוק מכל הרבה יותר מים מאשר מוח של מבוגר מה שהופכו ליותר רגish, תאַי העצב שלו לא עטופים בשכבת המגן שיש אצל מבוגרים, ואין את ההגנה, בנוסף בסיס הגולגולת אצל מבוגרים וגם אצל גורי הקופים יש בלוטות, מבנים שמחזקים את המוח במקום, אצל תינוקות בסיס הגולגולת שטוח שכן המוח מחליק עליו יותר בקלות, בנוסף הקרום הקשה אצל תינוקות דבוק לגולגולת והרואה בינו למוח הרבה יותר גדול מאשר מבוגרים, שכן המוח של התינוק מאוד רגish בטטלול" (עמוד 247 שורות 18-24, עמוד 248 שורות 1-7 ועוד 209 שורות 12-15, 18-19). אמן בחוות דעתה כתבה ד"ר גיפס כי הממצאים במקרה של המנוח מתישבים עם חבלה לא תאונית, באמצעות טטלול כחני ולפחות שתי חבות ראש. (ת/140 עמוד 10). אך היא התייחסה לא רק למושולש אלא גם לשברים בראש.

בהקשר זה כתב פרופ' קונסטנטיני בחוות דעתו: "הפגיעה המוחית הקשה במקרה זה שהובילה למות נגרמה על ידי חבלה לא תאונית (רזה לאומר חבלה שנגרמה בכוננות תחילת קרוב לוודאי על ידי טטלול). לגבי השברים בראש כתוב כי "קיימת עדותBINONIOT לפגיעה חבלתית" אך שינה לאחר מכן לנוסף "קיימת עדות חבלתית בצורת שברים ברורים בגולגולת, שברים כאלה נגרמים רק מחלוקת ישירה". פרופ' קונסטנטיני כתב בהברה לפיה הבצתת הצואրית, דימומיים בעיניים ודימומיים תת עצביים אופייניים יותר לטטלול והשברים אופייניים יותר לחבלה ישירה (ת/151 עמוד 6 ות/152). לציין כי בעדותו הבahir שבחוות הדעת הראשונה התייחס יותר לגורם המוות- הדימומיים והפגיעה המוחית ובהמשך תיקן לחבלה בהקשר של השברים בראש והדימומיים התת קרקעתיים שאינם מוסברים באמצעות טטלול (עמודים 270-271).

עדויות מומחי הتبיעה עולה כי החוקרים חולקים בשאלת האם טטלול לבדו עלול לגרום למושולש או שיש צורך גם במקרה או חבלה על מנת לגרום לממצאים. מאחר שבמנוח נמצאו גם שני שברים בראש וכי כל מומחי הتبיעה מסכימים שמעבר לטטלול המנוח אף הוכחה.

- .449 באשר לשאלת כיצד המנוח הוכה, במהלך המשפט המומחים העלו מספר אפשרויות. האם מדובר במכת אגרוף, בחבטה או בלחץ של אצבעות הידיים? זאת לא אוכל לקבוע. אף המומחים עצם טענו כי לא ניתן להציבו בוודאות על עצמת המכחה וחווית הפגיעה והצביעו במספר אפשרויות (ראו עדות ד"ר גפס בעמוד 230, 232, חוות דעתה ת/145 וכן עדות פרופ' קונסטנטיני: "כל תשובה כיצד ארע הנזק תהיה בגדר ניחוש... אני שותף למסcole בנושא זה, זה נובע מכך שההמאורעות אינם מצולמים, אין עדויות..." (עמוד 271).
- .450 מעבר לנזקים בראשו (המשולש והשברים) סבל המנוח, כמו גם התאומה, משברים רבים בצלעות, מומחי התביעה ובראשם הרופאה המשפטית, ד"ר גפס, לא ידעו להסביר על השאלה כיצד בדיק נגרמו השברים. מעדיוות המומחים עולה כי, ככל הנראה, השברים בצלעות נגרמו מאייזה כוחנית, שעליה בקנה אחד אף עם טלטול (המומחים לומדים זאת מכך שמדובר בשברים רבים, אחוריים, במיקום יחסית זהה בצלעות).
- .451 מהאמור עד כה, כל שאוכל לקבוע, לאור עדויותיהם של מומחי התביעה, כי המנוח טולטל ואף הוכה בראשו. כמו כן נגרמו לשברים רבים בצלעות, ככל הנראה מאייזה כוחנית.

.452 **משמעות היעדר המידע**

ראשית יודגש כי העובדה שמומחי התביעה לא הציבו באופן וודאי על אופי החבלה ועוצמתה אין בה כדי לערער מkeitוותם או מהימנותם. נהפוך הוא, הכרתם של המומחים השונים (ביןיהם רופאים בעלי ותק, מעמד וניסיון רב כגון פרופ'ysis, פרופ' פרת ופרופ' קונסטנטיני) בכך שידיעתם מוגבלת, הודאתם בכך שאין ברשותם הכלים להציב בזדאות על אופי החבותות- מעידה על יושרה וכוננות ומחזקת מהימנותם ואמיניות עדותם.

.453 אם יש בחוסר שתואר לעיל כדי לבטל את יתר הפרטים שהוכחו בתיק ולהוביל לזכוי? כבר נקבע בפסקה כי אין צורך במידעה של כל פרט ופרט מהairoע על מנת להרשיע נאשם. יתכונו מקרים בהם התמונה הפלילית, המורכבת מחלקי פאול לרבים, אינה שלמה ובית המשפט אינו מסוגל לקבוע באופן וודאי פרטים מסוימים, אך ידיעתו מספקה על מנת לבסס הרשעה מעל לכל ספק סביר:

"אין זה נדר כי המסתכת הראיתית הפרישה לפני בית-המשפט תלקה בחלים מסוימים או בפרשיות סתוםות. תפקידו של בית-המשפט אינו ליצור תמונה המגלה את פרטי המקירה בשלמותם, כי אם להכריע אם על- אף קיומם של אוטם חלים ניתן לקשור את הנאשם למעשה המוחש לו ולהרשיעו בפליליים" (ע"פ 993/00 נור נ' מדינת ישראל, פ"ד נו(6) 205, 232 (2002). וראו גם ע"פ 125/50 יעקובוביץ נ' היועץ המשפטי [29], 520 וכן 11/3372 ע"פ משה קצב נ' מדינת ישראל (פורסם בנבו, 10.11.2011) 133. לפסקה נוספת ראו קדמי, כרך רביעי, 1670-1671 (1670-1671)

.454 אני קובע כי חוסר המידע בדבר אופי ועוצמת המכחה וכן עצמת הטולטל אינו משפיע על שאלת הרשעה שכן, בניגוד לטענת ההגנה, לא מדובר בפרט מהותי. הרכבת חלקו הפאול בתיק זה מייצרת תמונה ברורה וחד משמעות של חבלה, אף אם ישנו קושי בקביעת אופי החבלה במידה.

המסקנה הgingonית היחידה: חבלה לא תאונית

.455 הלכה היא כי ניתן להרשיע נאשם על בסיס ראיות נסיבותיות, אם בית המשפט בוחר את מכלול הראיות הנסיבותיות ואת הסבירות של הנאשם ב מבחני ההgingon וניסיון החיים ומוצא שהמסקנה הgingonית היחידה

העולה מהראיות הינה המסקנה המרשיעה (ע"פ 11/6073 סג'ל נ' מדינת ישראל (פורסם בנבו, 11.6.2012).
לפסקה נוספת ראה גם קדמי, 90-790).

.456. בהיעדר עדים או מצלמות, הכרעת הדין בתיק זה מבוססת על ממצאים רפואיים שהעיקריים בהם תסמיini המשולש, השברים בראש והשברים בצלעות. מטרת ההגנה היא להצביע על ספק סביר בעמדת מומחי הتبיעה. לטענתה המנוח סבל בו זמני משתי מחלות קשות ונדרות: רככת שגרמה לשברים בצלעות ופרקת שהובילה לנזק המוחי ולדימומי ובסופה של דבר למוות הטרגי של המנוח.

.457. טענות ההגנה למחלות שונות נשקלו בכבוד ראש, אך לאחר שבחןתי את הריאות, שבדתי ועיינתי בחווות הדעת ובעדויות המומחים לא נותר בלבד ספק, ונכח דעתני כי המנוח לא סבל ממהמלחות להן טענה ההגנה. נכון שיש לבחון האם לכל ממצא בנפרד קיים הסבר חולפי בלבד חבלה לא תאונית, וכך געשה כפי שפורט לעיל. יחד עם זאת ובנוסף לכך, בעת ההכרעה בתיק יש לשקל אמ' את התמונה הכלולית הנטענת על ידי ההגנה- של שילוב מחלות נדרות, בעיקר בתינוקות, שלדיי, הינה בלתי אפשרית.

.458. לאור האמור אני קובע כי שילוב הממצאים במנוח ובתאומה מלמד על כך שהנזקים נגרמו מחבלה לא תאונית, ולא מגורמים طبيعيים.

זהות המבצע

.459. אין מחלוקת כי המטפלים העיקריים הם ההורים. קרובו משפחה אחרים טיפולו בתאומים שלא בקביעות ואין טענה מצד ההגנה שפגעו בתאומים. לאורך ניהול המשפט ההגנה טענה כי מקור הממצאים במחלות שונות. ההגנה צזרה והדגישה מספר פעמים כי היא אינה מטילה את האחריות על האם ולפיכך ישנה הסכמה כי אף היא לא גרמה לחבלות בתאומים ולמוות של המנוח. לאור הסכמת הצדדים בנקודה זו, מתיתר הדיון בשאלת זהותו של המבצע. עם זאת, ATIICHIS בקצרה לטענות הצדדים בעניין מהימנותו (לטענת ההגנה) או חוסר מהימנותו (לטענת הتبיעה) של הנאשם בחקרתו והן בעודותם בבית המשפט, וכן לסבירות גירסתו.

.460. לטענת הتبיעה, חקירתה של האם העלתה שדבריה אמינים, היא לא נתפסה בשקר ועדותה מהימנה, כנה ואوتנטית. היא לא ניסתה ליפורות את המציאות ומנגד, לא השחירה את פניו של הנאשם. לטענת הتبיעה ניכר כי במהלך החקירה האם לא התעניינה בהליך המשפטי או בעורכי הדין ומטרתה לגלות את האמת. כך כשהנאים שאל במהלך העימות הין עורך דין היא שאלתו: "מה אתה ציריך עורך דין עכשו, אנחנו רוצים לדעת את האמת, אני רוצה לדעת מה קרה הילד שלי... עורך דין מעוניין לי את התחת" (ת/13 עמוד 30 שורות 38-30).

.461. לעומת זאת, הנאשם בחקרתו שינה גירסתו, לאחר עימותים עם האם ובכל עת שחלקה על גירסתו הראשונית. כמו כן הנאשם הרחיק עצמו מכל מגע עם התאומים ביום האירוע ובאופן כללי ניסה לציר את התנהלותו ואופן הטיפול בתאומים בצבועים כה ורודים עד כי מצטערת תמונה שאינה מציאותית כלל שכן ניסיון החיים מלמד שגידול ילדים, קל וחומר טיפול בתאומים כה רכים, טומן בחובו קשיים ולהצטטם. כפי שהובהר לעיל, איני מוצא מקום להרחב בסוגיה זו ולפיכך אביא טענות הצדדים בקצרה.

לטענת הتبיעה גירסתו של הנאשם אינה מהימנה מהטעמים הבאים:

.462. (א) התנהלות הנאשם בהקשרים אחרים באופן שמעורר מהימנותו: התנהלות זו כוללת זיופ מסמר רפואי במטרה לחמק משירות מילואים, בבית המשפט טען שחשש לחיו (ת/4 עמוד 13). כמו כן הנאשם

שיקר לאיישתו וחמותו וכותב גם בנסיבות החיים כי ברשותו תעוזת בגין הגם שמדובר בשקר. בבית המשפט הסביר של איישתו וחמותו שיקר בגין הבושה ובנסיבות החיים שיקר כדי למצוא עבודה (עמוד 276 שורות 10-11 ועמוד 290 שורות 12-13). כך גם מסר מספר גירושאות בנוגע לעישון סמים ובבית המשפט הסביר שבמשפטה סבל ממצב נפשי רעוע (עמוד 290 שורות 24-25). הتبיעה הצביעה על מחלוקת בין בני הזוג אף בטרם הולדת התאומים, לדבריה של האם, סדרי העדיפויות של הנאים היו שונים משלה שכן היא חשבה קודם על הילדים והוא על עצמו. כשזר מהעובדה היה לו חשוב להתיישב ליד המחשב במקומם לסייע לה. האם סיפרה כדומה שאם תכנן לקנות בגדים בקנין והילדים היו רעבים היא הייתה חוזרת לאכילה והוא קנה בגדים. לעומת זאת הנאים ניסה ליפות את המצויאות (ראו למשל פרוטוקול דין עמוד 9 שורות 13-11 ועמוד 17 שורות 14-11). כך גם שיקר בנוגע לכמות האופונאים שהחליף מאז שהכירו, ואף לגבי הסיבה שהחל לעבוד בברים לאחר פטירת המנוח (ת/154, פרוטוקול דין עמוד 297).

(ב) שקרי הנאים בנוגע לאופן הטיפול במנוח: האם סיפרה בחקירותיה כי לעיתם הנאים נהג בחוסר סבלנות והתלון שהמנוח בוכה כל הזמן (ת/39 עמוד 47, ת/9 עמוד 85). הנאים הכחיש זאת (למשל ת/4 עמוד 38-39, ת/3 עמוד 2 שורות 31-44). האם סיפרה הן בחקירותה והן בעדותה כי פעמים רבות הנאים הושיט לה את המנוח בתנוחה אגרסיבית, מהירה וחדה והוא אומר לה: "קחי" כיוון שרק היא הצלחה להרגיע את המנוח שהיא "תינוק בכין". בתגובה נגעה להעיר לו על כך ואף אםה העירה לו (עמודים 25-26, ת/44 עמוד 2, ת/18 עמודים 139-138). הנאים הדגים במשטרה ובבית המשפט כיצד נגעה להעbir את המנוח לאם (ת/6 עמודים 46-47, ת/18 עמוד 131, פרוטוקול דין עמוד 278 שורות 24-18). לטענת הتبיעה הנאים הדגים אחיזה כה עדינה עד כי אינה מעוררת אמון כיוון שלא מדובר באחיזה הרגילה מתחת בית השדי אלא "אחיזת מנהה" כשיידי תומכות במנוח מלמטה (معنى ירושול). הتبיעה הצביעה על דבריו בראionario שנ tantr ל"דיעות אחרונות" בו אמר שאף אם איבד את הסבלנות- "what so". האם העידה בבית המשפט כי מאז שחזרו לביתם לאחר שהו אצל ההורים זמן מה לאחר הלידה "כשהוא (המנוח) על הנאים הוא היה בinati היסטורי, היה קשה לו להרגיעו" (עמוד 11 שורות 26-18).

(ג) הנאים הרחיק עצמה מכל מגע עם התאומים: האם העידה כי ביצעה לתאומים "עיסוי תינוקות" בשתי ההזדמנויות ואילו הנאים הכחיש כל קשר או ידיעה לגבי העניין (ת/6א עמוד 12, ת/8 עמוד 5 שורות 151-141). לאחר שהובאה לו עדמתה של האם הוא סיפר שמרחו להם שמן (ת/13 עמודים 73-74).

(ד) שינוי גירושאות בנוגע לשנתה של האם: תחילתה טען הנאים כי אחר הצהרים התנהל כרגע, האם שיחקה עם התאומים ולאחר מכן ירדה לעשן סיגירה (ראו למשל ת/3 עמוד 3 שורות 57-58). בהמשך הוא שלל כי האם הלכה לישון ולאחר מכן אמר כי יתכן שניסתה לישון והוא לא שם לב (ת/6 עמודים 73-74). בהמשך אמר כי יתכן שהיא הלכה לישון אך אין זו זוכר בזדאות (ת/8 עמוד 51-52). בראionario ל"דיעות אחרונות" אמר כי האם אמרה לו שהיא הולכת לישון (ת/155 עמוד 25). בית המשפט טען כי הוא לא שם לב שהאם אמרה לו שהיא הולכת לישון ורק בדיעבד במהלך החקירה הסתבר לו שכך הייתה. אך הוא אינו זוכר את טענת האם שהוא "שלח" אותה לנוח (עמוד 299). הتبיעה טוענת כי אין לקבל טענתו ואין זה סביר שהאם תשאיר אותו עם התאומים ותלך לישוןبيل לוודא שהוא מודע לכך על מנת שיישגיח עליהם. בוודאי לא כאשר מנוחתה של האם מהוות אירוע חריג. יוער כי לטענת הتبיעה הנאים ניסה לצמצם את משך הזמן בו התאומים היו באחריותם הבלעדית. הוא טען שהאם הלכה לישון בסביבות 00:17 ואילו היא אמרה שהלכה לנוח לפני כן, לאחר חזרתו של הנאים מעבודתו (עמוד 17).

(ה) גירושת הנאים בנוגע למעשי במהלך אחר הצהרים: הتبיעה הצביעה על כך שהנאים לא

ידע לספר מה עשה במשך שעתים בזמן שהאם ישנה. לשאלות החוקרים האם יתכן שישב ליד המחשב אמר זהה יתכן, כמו כן טען שסידר דברים בבית ארך לא ידע להסביר בדיק מה סידר (ת/6 עמוד 70 שורות 2-24, ת/9 עמוד 139 שורות 16-2, ת/9 116 שורות 19-3, ת/14 עמודים 3-4). התביעה צינה כי סלון המשפחה איננו כה גדול ולכן לא יתכן שבמשך שעתים סידר אותו, כך גם העידה האם (עמוד 14 שורות 21-19). כהעומת עם טענתה הшиб "כך עונה אישת שלא מסדרת" (עמוד 303 שורות 19-20).

.468 (ו) שהותם של התאומים בטרמפולינה: התביעה טענה שהנאשם סתר עצמו בונגע למיקומו של התאומים, אפשרתו לגעת בטרמפולינה וכן לגבי קשר עין עם בעת ששתף כלים. אך הטענה המשמעותית יותר נוגעת לפרק הזמן שלטענתה הנאשם שהוא הילדים בטרמפולינה. לטענתו במשך כל זמן מנוחתה של האם, התאומים ישבו בטרמפולינות. התביעה טענה כי ניסיון החיים מלמד שגירסתו אינה סבירה ואף האם הטיחה בו שלא יתכן שהמנוח ישב בטרמפולינה זמן כה רב ברצף, הוא יכול לשבת עד חצי שעה "בלחץ". אף הנאשם הסכים עמה בשלב זהה כי בדרך כלל המנוח לא נשאר זמן רב אך עמד על כך שבאותו יום באופן חריג כך היה (ת/18 עמודים 160, 147 שורות 28-23). לטענת התביעה בתחילת הנאשם שלל אפשרות שהמנוח בכיה אך בהמשך אמר שהוא בכיה מעט, "נדנד", וכך ניסה להרגיעו בעוזרת מוצץ. האם שללה אפשרות זו בעת החקירה כאשר החקיר יצא מהחדר אמרה לנאשם כי לא יתכן שכבה רק פעמי אחת במשך כל הזמן שישנה "שעה וחצי", הוא בכיה רק פעמי אחת?... נו באמת, אתה יודע, אתה מכיר את הבן שלו... אתה יודע שאין לך סבלנות אליו שאתה רוצה להביא לי אותו" (ת/9 עמודים 109-110 וראוי עדותה בעמוד 14 שורות 6-1). התביעה טוענת כי לא יתכן שהמנוח בכיה ואביו- הנאשם לא הרימו. כך גם לגבי התאומה, האם העידה כי האכילה אותם בשעה 13:00, המנוח אכל ב-15:30 וההתאומה לא אכלה. בנוסף, האם עצמה העידה כי כאשר קמה משנתה המנוח בכיה בטרמפולינה והנאשם האכיל את התאומה (עמוד 13 שורות 8-9).

.469 (ז) התביעה צינה עוד כי לשאלת הנאשם והחוקרים האם מאמין לו השיבה במהלך עימות עם הנאשם כי סבורה שעשה משהו לא בכונה, לא במודע (ת/9 116 שורות 38-35, עמוד 120 שורות 23-25, עמוד 175 שורה 23).

.470 (ח) שיחת הטלפון לאימו של הנאשם: פلت שיחות הטלפון מוכיה שבעה שהאם עישנה סיגריה הנאשם חייג לאימו. בחקרתו הבהיר כי שוחח עימה וכשהוזג לו פلت השיחות אמר כי יתכן שחייג אף הגיע למשיכון (ת/27 עמודים 3-2).

.471 (ט) אמירותיו של הנאשם במהלך החקירה:

ראשית, במהלך החקירה ההורים נפגשו באקראי. רס"מ כרמית שניר-אדרבוי, שנטבקשה להשגיח על האם, שמעה את הנאשם אומר "אני מצטער, אני מצטער" אך חשבה שהפגישה ביניהם התרצעו חלק מתרגיל חקירה וכן לא כתבה על כך מזכיר. לאחר מכן יצא להופשת לדירה, וכשהוזג לו קוצר התקשר לביר אוthonה היא הופעתה מכר שאלא מדובר בחלק מהודאה של הנאשם ונטבקשה לכתוב על כך מזכיר. לטענת התביעה מדובר בעדות אוטנטית ואין לעודה סיבה להמציא את שמעה (נ/5). מזכיר אחר שרשמה אלינור גפנר מודיע עליה ששמעה את הנאשם אמר לאם: "אל תעזבי אותי" מתוך וכי (ת/76 וכן ראו מזכירים של שי קוצר ת/77-78). הנאשם הבהיר כי אמר את הדברים וטען שאין סיבה לבקש סליחה (עמודים 282, 315).

.472 שניית, לטענת התביעה, הנאשם ביקש סליחה מהמנוח בעת שנפרד ממנו בבית החולים (ת/11-DISK מזינה 1:11:40 וזכור- ת/86). הנאשם הבהיר בחקרתו כי אמר סליחה למרות שלטענת התביעה הדבר נשמע בברור (ראו למשל ת/16 112-114, ת/18 32-9, ת/32 8). בראין לעיתון אמר כי יתכן שבייקש

סליחה מאחד השוטרים כיוון שנגע בו בטעות (ת/155 עמוד 27, וראו עדותו פרוטוקול דין עמוד 282 שורות 16-22 ועמוד 315 שורות 18-16). הتبיעה טוענת כי הכחשת הנאשם מחשידה מעבר לבקשת הסליחה. כך למשל האם לא חשה לספר כי ביקשה סליחה מהמנוח כיוון שלא שמרה עליו (עמוד 29 שורה 9).

.473. אמירה נוספת של הנאשם נאמרה במהלך ההלוייה (ת/85) בה הוא אמר לטענת הتبיעה: "הכל יהיה בסדר אל תגיד שום דבר הכל יהיה בסדר", וכן "אם אני אסתומם את הפה שלי הכל יהיה בסדר היה בסדר" (ת/15). האם טענה כי לא שמעה דבר שהנאשם אמר לה כיון שהתרכזה במעמד הקשה. במסגרת סרט שעידן ערוץ 10 תרגמו הלחישות באופן מעט שונה (ת/84). הتبיעה טוענת כי עצם המתקת הסוד והלחישה במהלך הבדיקה אף יותר מהתווכן. ההגנה העידה בבית המשפט מונחה שטען (ג/38) כי הנאשם לחש "אני לא יודע ממש דבר", ואשר למשפט השני הוא שמע רק את המילים "את הפה שלי". הנאשם טען כי לחש כיון שאסרו עליו לדבר עם האם אך במקומות אחרים אמר בקהל רגיל "תה" חזקה ממי", משמע- הוא ידע שהאיסור לדבר עם האם נגע לחקירה. בהקשר זה הتبיעה טוענת כי אבואבינו עד מונחה כיון שאין לו יכולת או הכשרה המקנים לו יתרון בקביעת הנאמר על פני אדם אחר.

טענת ההגנה: לוחות הזמן ואופיו של הנאשם

(א) אופיו של הנאשם: האם העידה כי הנאשם לא נקט באלים מועלם ואףלו לא ترك דלת (עמוד 17 שורות 18-20), הואABA טוב ולא נלחץ כשהתאומים בכו, "רגע ומוחobar לצד נשוי שלו" (עמוד 25 שורות 7-5). ההגנה הצביעה על עדויות נוספות מהן עולה כי הנאשם הינו אדם נורמלי. מוסכם כי מספר פעמים עבר לארוע העביר הנאשם את המנוח לאם בנסיבות יחסית לאחר שניסה להרגיעו ולא הצלח. ההגנה טוענת כי אין בהערות אלו כדי להיחשב טلطול או לגרום נזק למנוח.

.475. (ב) גירסתו העקבית של הנאשם: לאחר שהאמ סימנה לעשן סיגריה ועתה לדירה סייר לה הנאשם ששטף כלים, שמע בכיו מוזר וכשנכנס למנווה מצא אותו ללא הכרה. לו הנאשם חבל במנווה הוא וודאי היה מצוי סיפור יותר "מושכל" כגון שהמנוח נפל, כפי שטוענים נאים בתיקים מסווג זה. גירסה דומה מסר גם לצוות הרפואית שטיפול במנווה. במשטרה, חרב חקרתו הממושכת, המתישה והמשפילה במהלך התייחס פעם רבים כי הוא "מפלאצת", הנאשם דבק בגירסתו והшиб בשלילה כשנשאל אם התאומים נפלו. כמו כן הנאשם הסביר שאילו הסיטואציה הייתה כטענת הتبיעה (שלא הצליח להרגיע את המנוח) הפתרון פשוט הוא להעיר את האם משנתה או להתקשר אליה בעת שרידה לעשן כדי שתסייע לו.

.476. לעניין טענת הتبיעה שהנאשם שיקר ביחס לשנתה של האם, מדובר בראיה לכך שהשנים לא תיאמו גירסאות. לא היה לנאים כל עניין לשקר כיון שידע שהאם תשפר לחוקרים שি�שנה. אשר לטענה שלא יתכן שהוא בטרפומילניות זמן כה רב: ראשית, טענת הנאשם שהתאומים נרגעו ונרדמו בטרפומילינה אמינה. שנית, אין לכך כל משמעות ממשום שהאם העידה כי בטרם ירדה לעשן המנוח צחק (עמוד 23 שורות 19-20).

.477. (ג) לוחות הזמן: מונחי הتبיעה קבעו כי ההידדרות במצבו של המנוח הייתה מיידית לאחר הגיעו, אך לטענת ההגנה לא יתכן שהנאשם פגע במנווה באותו ערב ללא שהאם הבחינה בכרך. כשהנאשם הגיעו היא הלכה לשישון אך אחרי שהתעוררה נשארה 20 דקות בבית והתאומים התנהגו כרגע, ואף צחקו, ולאחר מכן שהתחה רק 5-7 דקות למטה. היא לא שמעה את המנוח בוכה בירידתה או עלייתה במדרגות. כמו כן אין זה סביר שהנאשם תקף את המנוח בדקות הספורות בהן האם עישנה. לא יתכן שהמנוח עבר מצחוק לבכי מיד בכלכתה של האם והנאשם איבד עשתונותיו מיד לאחר מכן ללא הנסות להרגיעו או לקרא לאם שתסייע לו. ההגנה הדגישה כי בכתב האישום הتبיעה הגדרה את כל פרק הזמן שהמנוח נשאר בהשגת הנאשם כפרק

זמן אחד ולא הבחינה בין פרק הזמן בו האם ישנה לפרק הזמן בו עישנה.

.478. (ד) האם לא שמה לב לדבר: ההגנה מצביעה על כך שהאם, עליה הופלו לחצים מצד החוקרים, השיבה שאינה יודעת מה מקור הנזקים בתאומים. היא סיפרה שהנאשם לא נלחץ כשהם בוכים. לטענת ההגנה האם נחקרה אף היא ממושכות והחוקרים הפצירו בה ל"ספר את האמת" ולהפליל את הנאשם והוא חזרה שוב ושוב על כך שכבר סיפרה את כל האמת ואיננה יודעת מה קרה למנוח (עמוד 28 שורות 1-3). לו ידעה או חשדה במשחו הייתה מדווחת למשטרת בזמן אמת או "נשברת" בחקירה. אף אםה של האם (סבthem של התאומים), עובדת סוציאלית במקצועה, לא הבחינה בדבר (ת/55-ת/58).

.479. (ה) אשר לאמירות הנאשם:

.480. המפגש האקדמי עם האם: ההגנה מבקשת לדחות את הטענה שאמר את הדברים. הטעמים העיקריים: הנאשם הכחיש אימרתיו (עמוד 282 שורות 11-15). רישום המזכר באיחור תמורה לאור העובדה שכרכית היא חוקרת לשעבר אף שנמצאת בקשר חברי עם שי קוצר המזכירים של שי קוצר אודות השיחות עם כרמית נרשמו באיחור, ראייה לכך שלא יחס לאמירות הללו משקל גבוה. בנוסף, האם לא זכרה שאמר זאת (עמוד 28 שורות 16-17 ועמוד 16 שורה 14). הדברים מתערערים לאור העובדה שאلينור גפרנ שרעה שהנשам אמר דברים אחרים ("אל תעזבי אותי, אל תעזבי אותי").

.481. בקשה הסליחה בבית החולים: הנאשם טען כי ביקש סליחה מażה הסובבים אותו- שוטרים, עובדת סוציאלית, רופאים ואחיות. החוקר אמר לנאשם כי הוא מוזג לו מים ומיד הנאשם אמר סליחה וברור שמדובר באינטראקציה עם החוקר ולא בבקשת סליחה מהמנוח. ההגנה טוענת כי אין היגיון בכך שהנאשם ביקש סליחה בנסיבות עדין רבים. בנוסף, האם, שהחשד כלפי הוסר, סיפרה שאף היא בקשה סליחה מהמנוח (עמוד 29).

.482. האמירה בזמן הלואה: לטענת ההגנה קיימות ארבע גירסאות בנוגע לאמירתו של הנאשם. גרסה ראשונה לפיה נאמר: "אל תגידו שום דבר" (ת/15 ת/84- חכמוני זהבי), גרסה שנייה לפיה נאמר: "אל תגלי שום דבר" (ת/83- זו"ח מריאנה ועדותה בפרוטוקול עמוד 83, ש侔ה את הקלחת של ערוץ 10). גרסת הנאשם היא שנאמר "אל תdaggi משום דבר" (עמוד 282 שורות 25-26). מומחה ההגנה, שמואל אבבא שמיע: "אני לא ידע משום דבר" (נ/38). גירסאות המשטרת אין סותרות את היגיון שכן המשטרה עצמה ניקתה את האם מחשד והتبיעה טוענת למיהונותה. لكن, לשיטתה, לא יתכן כי השניים חולקים בסוד נורא. לטענת הנאשם כל כוונתו הייתה לתמוך באם כיוון שויומיים קודם הوطה בהם שלא יראו את התאומה (עמודים 282-283 וראו עימות ת/9 עמוד 100 שם הדבר הוטה בהם).

.483. (ו) אין לקשר את הנאשם לשברים בצלעות: אין ראייה לכך שהנאשם הפעיל לחץ כוחני זו צדי על בית החזה באותו ערב או לפני כן. השברים בצלעות שנים ונגרמו לפחות מספר ימים לפני האירוע. لكن אף אם יקבע שהנאשם טלטל את המנוח אין בכך כדי לקשר אותו לשברים הישנים בצלעות התאומים. לטענת הגנה, מעבר לכך שיש לזקוף בהקשר זה, לא ניתן לזקוף לחובתו את החלמתה של התאומה לאחר שהוצאה מהבית.

.484. **דין**

התביעה טוענה כי הנאשם אינו אדם מהימן והצביעה על שקריו, שאינם נוגעים לאיירוע, הן למוסדות רשמיים, הן לקרוبي משפחתו והן במהלך חקירתו. אף גירסתו האוטופית בנוגע לטיפול בתאומים אינה מהימנה (כך למשל הדגמתו בבית המשפט כיצד נהג להעביר את המנוח לאם).

- .485. ההגנה טענה כי גירושתו של הנאשם נותרה עקבית מהרגע בו האם עלתה לדירה ועד לעדותה בבית המשפט, לפיה בזמן ששטף כלים שמע בכינור וכשניגש למנוח מצא אותו ללאirc. לעומת זאת, טענה הتبיעה כי לנאמן גירסאות סותרות בונגע לשנתה של האם המעוררות חשד בונגע להתנהלותו של הנאשם ביום האירוע. מדובר ניסיה להסתיר את שנתה של האם ולאחר מכן את מודעותיו לשנתה, אף כי ברור שלא ניתן שתלן לשון ללא ידיעתו? בנוסף, גירושתו לפיה במשך שעתיים התאומים שהוא בטרםפולינה והוא לא הרים אותם כלל, אפשרית אך בלתי סבירה. בעיקר לאור עדותה של האם כי הדבר לא נכון, אך גם לאור השכל הישר, הגנה טענה כי מדובר בתסريح סביר ובנוספ, אין לך כל משמעות שכן האם שהתעוררה משנתה טיפול המנוח והוא נראה לה "רגיל" ואף חזק.
- .486. כפי שהדgesתי בראשית הכרעת הדיון, מדובר בתיק שהוכרע על סמך עובדות רפואיות. המחלוקת הרופאית היא לב התקיק ולא המחלוקת העובדתית, בין היתר מושם שהתנהלותו של הנאשם, מחשידה ככל שתהיה, אין בה כדי לקשור אותו לאירוע. יחד עם זאת אתייחס בקצרה למספר נקודות מרכזיות בטענות הצדדים:
- .487. גרסאותיו הסותרות של הנאשם בונגע לשנתה של האם (שכעת, אינה במחלוקת) מעוררת חשד שהנאם מסתיר דבר מה שאירע בשעות שלפני האירוע. אף העובדה שהרחיק עצמו מכל מגע עם התאומים במהלך הזמן בו האם ישנה (وطען שלא הוציא את התאומים כלל מהטרםפולינה) מעלה תמיות. יחד עם זאת, אין בכך כדי להשפיע על הכרעת הדיון, כאמור.
- .488. אף אמירויותו של הנאשם, גם חלקן מחשידות, אין בהן כדי לסייע לקביעות בתיק זה: בונגע לפגישת ההורים באקראי, אף אם אקבע כי אכן אמר לאם כי הוא מצטער ובקש שלא תעדוב אותו אין בר כדי להצביע על הוודאותו באשמה. בונגע לבקשת הסליחה מהמנוח בבית החולים, אף אם אקבע כי בקש סליחה מהמנוח אין בכך כדי להצביע על אשמתו.
- .489. לסיום נקודה זו, הגנה טענה כי לוח הזמנים ביום האירוע אינו מתישב עם טענת הتبיעה לטלטל על ידי הנאשם. אין מחלוקת כי פרק הזמן שחולף מהחבלה או הטלטל ועד לשינוי הקליני הוא דקוט. כך העיד פרופ' קונסטנטיני: "אני לא מסוגל להגיד את מספר הדקות, אבל בוודאי פחות משעה. רמת הוודאות היא של מאה אחוז" (עמוד 252 שורות 21-22). רואו הדיון במרוחות הצלילות בפסקאות 196-193 לעיל). אין גם מחלוקת כי האם ישנה פרק זמן ממושך במהלך אחר הצהרים. האם העידה כי בעת שעזבה את הדירה לא היו סימנים להידדרות המנוח וכאשר שבה לבית מצאה את המנוח במצב קרייטי. על אף שנחקרה רבות והופעל עליה לחץ היא התעתקשה כי לא ראתה דבר חדש. לפיכך טוענת הגנה שככל שנוטר לתביעה להציג שהמנוח טולטל בזמן שהיא עישנה, אך לא ניתן שבעצם כה קצר המנוח עבר מצחוק לבכי גדול והנאם איבד שליטה וטלטלו.
- .490. אשר לשברים בצלעות. טוענת הגנה כי אין ראייה הקוסרת את הנאשם לשברים הללו שכן התאומים סבלו משבירים בשלבי החלמה שונים, שנוצרו לפני האירוע. לעומת זאת טוענת הتبיעה לעדות שיטה. אני מקבל את טענת הتبיעה כי לאחר שהוכח שהנאם טולטל את המנוח וגרם לנזקים בראשו וצלעותיו ומאחר שהממצאים בצלעותיה של התאומה זהים לממצאים בצלעותיו של המנוח יש לומר לו אף את הפגיעה בתאומה. מדובר בשני המקרים בהפעלת אלומות בשני התינוקות באופן דומה, אופי התקיפה זהה הן במקום והן בלחץ שהופעל. בנוסף, הזרה נוקתה מביצעים אחרים. מהראיות עולה כי האם דאגה מאד לתאומים והטריפה עצמה לרופאים מספר רב של פעמים במהלך 4.5 החודשים, מסיבות רפואיות שונות. לאור האמור המסקנה היא שהנאם הוא שגרם אף לנזקים בצלעותיהם.

לאור כל האמור אני קובע כי הנאשם טלטל את המנוח בסמוך לפני התמוטטותו של המנוח, 491.
באופן שגרם להופעת תסמי המשולש ולנזק שהוביל בסופו של דבר לפטירתו. השברים בראש תוארכו באופן
משוער בזמן האירוע אך לא ניתן לקבוע באופן וודאי שנגרמו כתוצאה מכך במהלך הטלטל הקטלני ויתכן
שנגרמו במועד אחר סמוך לפניו כן. אשר לשברים בצלעות, שלבי ההחלמה השונים מעידים על כך שנגרמו
בموעים שונים. כל אלו נגרמו על ידי הנאשם, כפי שקבעתי לעיל.

גם לגבי התאומה מאחר שנקבע, כמו לגבי המנוח, כי הנזקים בצלעותיה נגרמו כתוצאה מהחיזה
כהונית, ומאחר שנשללה אפשרות כי מאן דהוא אחר זולת הנאשם ביצעו את המעשים, אני קובע כי הנאשם
אחראי גם לפגיעה בתאומה. 492.

העבירות המוחוסות לנפטר

התביעה מבקשת להרשי עונש בגין הרצח מטור קלות דעת. סעיף 298 לחוק העונשין קובע כי: "הגורם במעשה או במחדר אסורים למותו של אדם, יאשם בהריגה, ודינו - מאסר עשרים שנים". לאחר שקבעתי כי הנאשם טלטל את המנוח ובכך גרם למותו, יש לבחון את היסודות הנפשי והקשר הסיבתי המשפט. 493.

אף שההגנה חלקה על עובדות בלבד ולא נתענה טענה משפטית שהעובדות אינן מהוות עבירה הרצח, אוסיף לטענה מן הצורך מספר מילימ בעניין הנסיבות. כבר נקבע שיש לבחון "האם ניתן היה לצפות, באופן סביר ואובייקטיבי את אפשרות התראחותה של התוצאה הקטלנית". אין די בנסיבות האפשרות של גרים חבלה גופנית, ואףלו חמורה, אלא נדרש צפיפות סובייקטיבית של התוצאה הקטלנית עצמה (עפ' 10715/08/10 ישראלי אשרолос נ' מדינת ישראל (פורסם בנובו, 9.1.2009), 22). מודעות הנאשם למושיע ולתוצאות מעשו נקבעת על יסוד חזקת המודעות לפיה: "אדם מודע, בדרך כלל, למשמעות התנהגותו מבחינת טيبة הפיזי, קיומן נסיבותיה ואפשרות גרים התוצאות הטבעיות שעשוות לצמוח ממנו" (קדמי, 189). חזקה זו לא נסתירה בבית המשפט. יודגש, על מנת לגרום למצאים שנצפו במנוח בעת קבלתו בבית החולים יש להפעיל כוח בלתי סביר. מי שמלטט תינוק רך בן 4.5 חודשים (באופן כוחני שמנוביל למצאים כפי שהתקיימו במקרה של המנוח) צריך לצפות כי הדבר עלול להביא למותו. אין צורך להוכיח מודעות לאופי הפגיעה (במקרה של פנינו נזק למוח, דימומיים במוח ודימומיים ברשתית) אלא לאפשרות גרים התוצאה.

ביחס לכוונות הנאשם לגרום לתוצאה, מותו של המנוח, אני קובע כי הוא פעל מטור קלות דעת: "נטילת סיכון בלתי סביר לאפשרות גרים התוצאות האמורויות, מטור תקווה להצליח למגען" (סעיף 20(א)(ב) לחוק העונשין). אני סבור כי הנאשם ביצע את המעשה ברגע של חוסר אונים וחוסר יכולת להתחזד עם בכיו של המנוח. אף שצלעותיהם של התאומים מעידות על כך שמעשיו של הנאשם בוצעו בזמןים שונים ולא מדובר במעשה חד פ уни (שכנן השברים שנצפו הם בשלבי החלמה שונים), איןני סבור כי הנאשם רצה בתוצאה הטרגית. אף לשאלת הנאשם בעימותים האם מאמין לו השיבה האם כי היא אינה יודעת, ויתכן שביצע מהهو שלא בכוונה (ראו פסקה לעיל).

מעשיו של הנאשם, שהוכחו לעיל, מהווים עבירה של הריגה ביחס לกรรมת מותו של המנוח, 496.
և עבירה שלกรรมת חבלה חמורה לקטין והתעללות בקטין, ביחס לחבלות שנגרמו לתאומה.

סוף דבר

.497. לצערנו, מוכרים וידועים מקרים בהם הורם רצחו לידם בדם קר ומثار כוונת זדון. לא כר במקורה שלפניי. אני מאמין כי הנאשם בתיק זה לא רצה בתוצאה הטרגית של מות בנו, שהביא לעולם יחד עם זוגתו לאחר טיפול פוריות ממושכים.

.498. כפי שהובהר בתחום הדברים, הכרעת הדין מבוססת על אדנים רפואיים, לרבות התרשומי הבלתי אמצעית מעדי התביעה המקצועים והמהימנים (בינם רופאים בעלי ותק רב המחזיקים בתפקידים בכירים). התנהלותו החשודה של הנאשם במהלך החקירה, אין בה כדי לשמש תוספת ראייתית.

.499. לsicום, אף שהתמונה אינה שלמה לחוטין, פיסות המידע החסרות אינן מהותיות ואין בכךן למחוק את הריאות שהובאו בפני ונידונו בכובד ראש. ראיות אלו מוכיחות מעלה לכל ספק סביר כי הנאשם טلطל את המנוח ביום האירוע, בסמוך למועד התמוטטוותו, טילטול קטלני זה הוא שהוביל לנזק מוחי, דימום מוחי ודימומים ברשתית, שגרמו בסופו של דבר למותו. עוד הוכח כי הנאשם גרם לשני שבירים בראשו של המנוח (אחת בעצם העול ואחת בקדקود) ולשבירים מרובים בצלעותיהם של התאומים, בהזדמנויות שונות.

לפייך אני קובע כי התביעה הוכיחה מעלה לכל ספק סביר שה הנאשם ביצע את המiosis לו בכתב האישום ואני מרשיעו בביצוע עבירה הריגה על פי סעיף 298 לחוק העונשין, עבירה של גרים חבלה חמורה לקטין על פי סעיף 368(ב) לחוק העונשין ועבירה של התעללות בקטין, על פי סעיף 363ג סעיפא לחוק העונשין.

ניתנה היום, ט"ז אלול תשע"ד, 11 ספטמבר 2014, במעמד הצדדים.