



נייר עמדה 27

ניהול לידה בגבול החיות

אוקטובר 2011
עדכון 2017
אושר ע"י המועצה 10/5/17

הגדרות

לידה מוגדרת כסיום היריון של עובר במשקל גדול מ-500 גרם ו/או בגיל היריון של 22+0 שבועות ומעלה^[1]. מסמך זה דן בניהול לידה בטווח שבין 22+0 ימים ל-24+6 ימים המוגדרים כגבול החיות. ההגדרה המקובלת של עובר בגבול החיות שנויה במחלוקת ולכן אין מסמך זה קובע את גיל החיות.

בשנים האחרונות, השיפור בטיפול בעובר בגבול החיות הן במהלך ההיריון (שיפור במעקב טרום לידתי, שימוש בסטרואידים להבשלת ריאות העובר, שימוש באנטיביוטיקה במקרי פגיעה מוקדמת של קרומי מי השפיר ועוד) והן לאחר הלידה (טיפול נמרץ נשימתי, שימוש בסורפקטנט (Surfactant), סטרואידים להאצת הבשלת ריאות העובר ועוד) הוביל לירידה בשיעור התמותה אך ללא ירידה משמעותית בשיעורי התחלואה של הילוד, הן לטווח הקצר (מחלות ריאה, אלח דם, פגיעה בגדילה ועוד)^{[2][3]} והן לטווח הארוך (התפתחות נוירולוגית, הפרעה קוגניטיבית ועוד)^[4]. לכן, ניהול לידה בגבול החיות הינו נושא מורכב עם השלכות רפואיות, אתיות, דתיות ואחרות. בהתאם, ניהול לידה בגבול החיות דורש מעורבות של צוות בין תחומי, הכולל את הרופא המיילד ואת רופא הילדים, ומצריך דיון על המקרה תוך שיתוף ההורים בדיון ובהחלטות אודות הניהול הרפואי, הנגזר מגיל ההיריון. קביעת מות יילוד בכל שבוע נעשית על ידי רופא, לאו דווקא ניאונטולוג, כמפורט בנספח מספר 4.

להלן מובאים הקווים המנחים לגבי ההתנהלות המומלצת של לידות בגבול החיות הנגזרים מגיל ההיריון, אשר גובשו בהמלצה משותפת של האיגודים המקצועיים הנוגעים בדבר (האיגוד למיילדות וגינקולוגיה, האיגוד לנאונטולוגיה, החברה לרפואת האם והעובר והאיגוד לרפואת ילדים) וזאת בהתייחס לנתונים ארציים^[5] ועולמיים^{[2][3][4][1][6]}.

הנחיות מותאמות גיל היריון

כאשר מתחיל תהליך המוביל לסיום ההיריון בטווח המדובר, יש להעריך תחילה, על סמך מסמכי מעקב ההיריון ובדיקות נוספות, את גיל ההיריון המדויק, המשקל המוערך של העובר, מצב היולדת ומצב

העובר. הבעייתיות הנובעת מלידה בגיל היריון זה תוצג להורים על ידי רופא מתחום המיילדות ובמידת האפשר גם על ידי רופא ילדים. ההחלטה לגבי ההתנהלות בלידה ולאחריה לגבי מידת הטיפול ביילוד תתקבל בשיתוף עם ההורים. סמוך ליציאת הוולד, במקרים שבהם לא מבוצע ניטור רציף, יש לבדוק את חיותו. רופא מיילד חייב להיות נוכח בלידה.

לידה בטווח שבין 24+0 (24 שבועות ו-0 ימים) ו-24+6 (24 שבועות ו-6 ימים)

הנתונים מהארץ והעולם מצביעים על עליה בשרידות בגיל זה. בהתאם, יש להמליץ להורים על ניהול הלידה גם על פי התוויה עוברית. יש לזמן רופא ילדים לכל לידה בטווח היריון זה, ובכל מקרה של לידת חי, להעביר את היילוד לפגייה. קביעת מוות תתבצע על ידי רופא ילודים, תוך שימוש באמצעי לבדיקת הפעילות החשמלית של הלב.

לידה בטווח שבין 23+0 (23 שבועות ו-0 ימים) ו-23+6 (23 שבועות ו-6 ימים)

הנתונים מהארץ והעולם מצביעים על שיעור שרידות מוגבל של פחות מעשירית מהיילודים בגיל זה. בהתאם, יש לנהל את הלידה על פי התוויות אימהיות בלבד, למעט מקרים שבהם ההורים מבקשים באופן מפורש לנהל את הלידה גם על פי התוויה עוברית. יש לזמן רופא ילדים לכל לידה בטווח היריון זה ובכל מקרה של לידת חי, להעביר את היילוד לפגייה. קביעת מוות תתבצע על ידי רופא ילודים, תוך שימוש באמצעי לבדיקת הפעילות החשמלית של הלב.

לידה בטווח שבין 22+0 (22 שבועות ו-0 ימים) ו-22+6 (22 שבועות ו-6 ימים)

הנתונים מהארץ והעולם מצביעים על סיכויי שרידות אפסיים של הילוד בגיל זה. בהתאם, יש לנהל את הלידה על פי התוויות אימהיות בלבד. ההחלטה לגבי נוכחות רופא ילדים בלידה תתקבל בשיתוף פעולה עם ההורים, ובהעדר החלטה כזו - על פי מדיניות בית החולים בו מתנהלת הלידה. במקרה שבו לא תוכננה נוכחות רופא ילדים, יש ליידעו מראש על הלידה הצפויה ולזמנו באופן מיידי. במידה והוולד חיוני (תנועות נשימה וגוף), יש להעבירו לפגייה. במקרה של וולד שאיננו חיוני, כאשר סימן החיים היחיד הוא דופק, המעקב יתקיים בחדר לידה או במחלקת ילודים על פי מדיניות בית החולים, תוך שימוש באמצעי לבדיקת הפעילות החשמלית של הלב. קביעת מותו של הוולד תיעשה על ידי רופא מיילד או על ידי רופא ילודים, על פי מדיניות בית החולים.

נספח 1: נתוני תמותה ותחלואה בארצות הברית

| Percentage of Deaths | Number of Deaths | Completed Weeks of Gestation |
|----------------------|------------------|------------------------------|
| 100 | 12 | 21 |
| 79 | 56 | 22 |
| 70 | 216 | 23 |
| 50 | 301 | 24 |
| 25 | 379 | 25 |
| 20 | 436 | 26 |
| 10 | 519 | 27 |
| 8 | 569 | 28 |
| 5 | 535 | 29 |
| 3 | 472 | 30 |
| 5 | 362 | 31 |
| 7 | 225 | 32 |
| 5 | 185 | 33 |
| 5 | 156 | 34-42 |

| Percentage of Deaths | Number of Deaths | Birth Weight (g) |
|----------------------|------------------|------------------|
| 89 | 195 | 401-500 |
| 71 | 317 | 501-600 |
| 38 | 449 | 601-700 |
| 25 | 439 | 701-800 |
| 12 | 419 | 801-900 |
| 10 | 462 | 901-1,000 |
| 8 | 398 | 1,001-1,100 |
| 5 | 430 | 1,101-1,200 |
| 5 | 465 | 1,201-1,300 |
| 3 | 488 | 1,301-1,400 |
| 3 | 571 | 1,401-1,500 |

נספח 2 : תרשים זרימה בנושא ניהול היריון בגבול החיות - הגישה בארצות הברית

[6] Decision-Making at the Threshold of Infant Viability

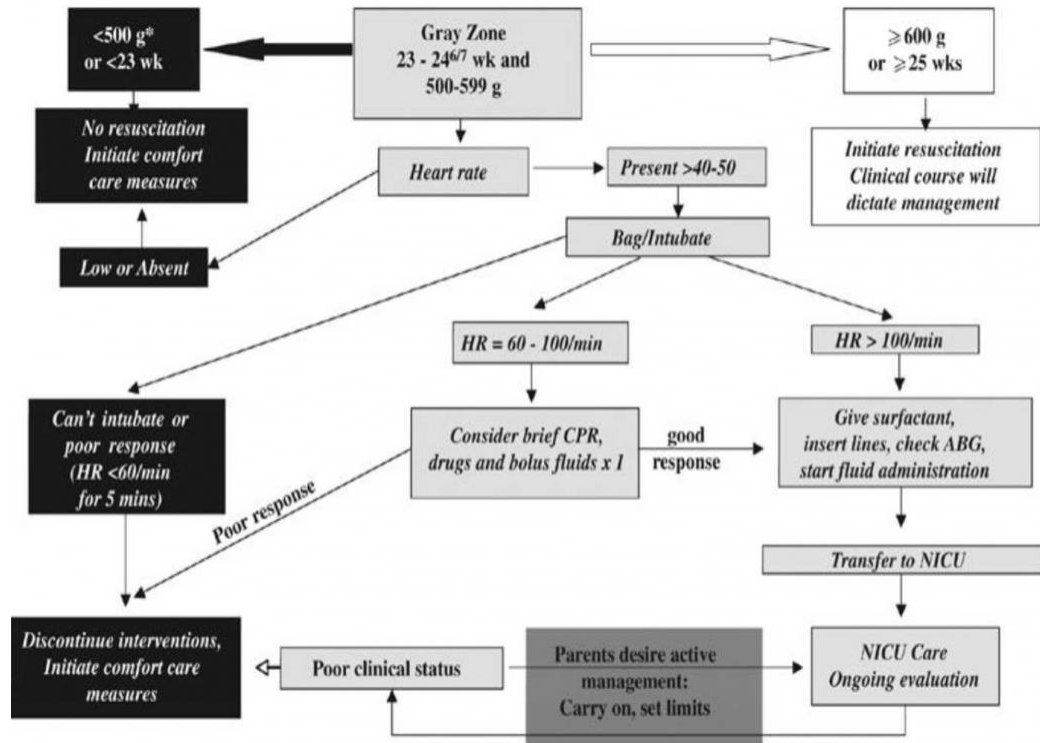


Fig.2 MORTALITY RATES BY GESTATIONAL AGE 2008 (N=1,571)

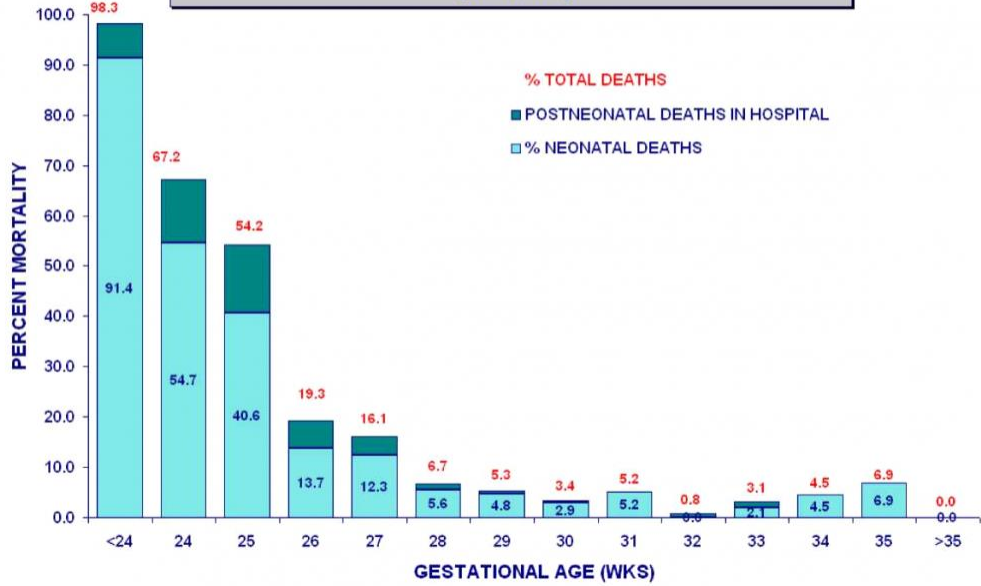
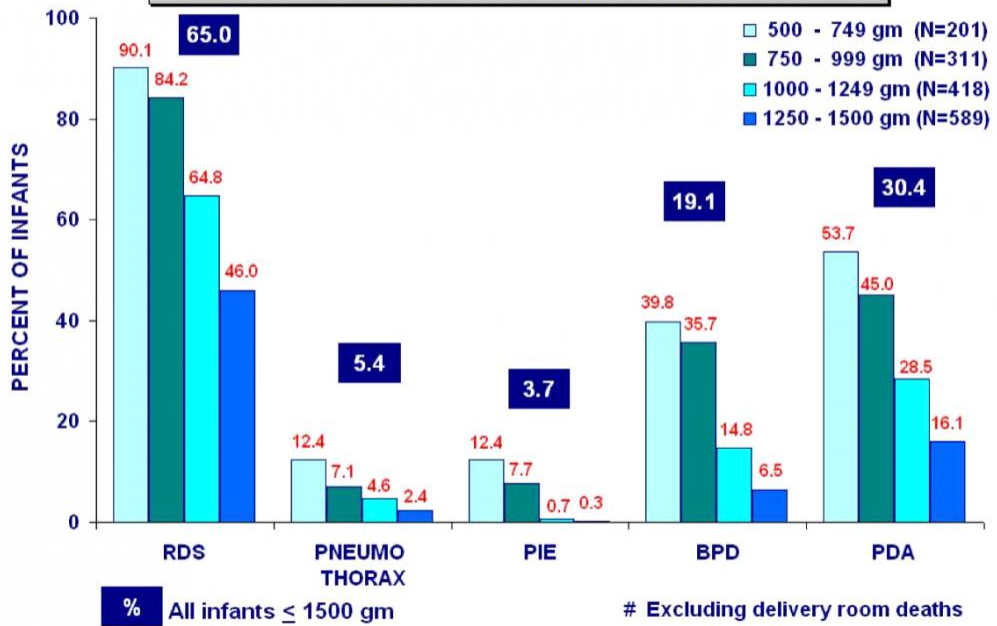
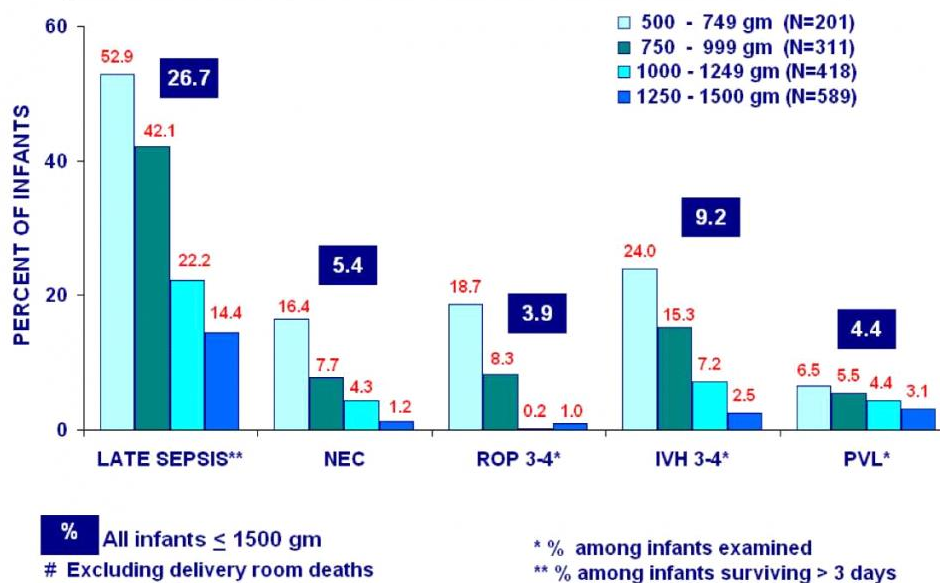


Fig.3 RESPIRATORY DIAGNOSES BY BIRTHWEIGHT 2008 NICU ADMISSIONS (N=1,534)#



**Fig.4 SELECTED DIAGNOSES BY BIRTHWEIGHT 2008
NICU ADMISSIONS (N=1,534)#**



על פי דו"ח מסכמ-שנת 2008, היחידה לחקר הבריאות האישה והילד^[5]

נספח 4: קביעת מוות בלידה בגבול החיות

1. יש לקחת בחשבון שבמצבי היפותרמיה יתכן דופק איטי ביותר העשוי להתגבר במקרה של חימום הוולד.
2. יש לוודא את היעדרם של דופק (בהאזנה עם מסכת), תנועות נשימה ותנועות גוף במשך דקה לפחות.
3. לאחר שהתקיים האמור בסעיף 2 יש לאשר את המוות באמצעות מכשיר לניטור חשמלי של פעימות הלב למשך דקה לפחות ולחזור על כך לאחר חצי שעה לפחות.
4. יש לתעד את הבדיקות בתיק הרפואי.

ביבליוגרפיה

1. ACOG practice bulletin. Perinatal care at the threshold of viability. 2002, 38.
2. Costeloe K, Hennessy E, Gibson AT, Marlow N, Wilkinson AR. The EPICURE study: outcome to discharge from hospital for infants born at the threshold of viability. Pediatrics 2000, 106, 659-71. (Level II)
3. Lemons JA, Bauer CR, Oh W, Korones SB, Papile LA, Stoll BJ, et al. Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child Health and

Human Development Neonatal Research Network, January 1995 through December 1996. NICHD Neonatal Research Network. Pediatrics 2001, 107:E1. (Level II)

4. McEniery CM, Bolton CE, Fawke J, Hennessy E, Stocks J, Wilkinson IB, Cockcroft JR, Marlow N. Cardiovascular consequences of extreme prematurity: the EPICure study. J Hypertens 2011,29(7):1367-73 (Level II).
5. מסד הנתונים של תינוקות במשקל לידה נמוך מאד 01500 גרם או פחות, דו"ח מסכם- מכון גרטנר, תל השומר, המרכז, שנת 2008, היחידה לחקר הבריאות האישה והילד THE ISREAL NEONATAL תחום פרינטולוגיה, (ICDC) הלאומי לבקרת מחלות NETWORK
6. Seri I, Evans J. Decision making at the threshold of infant viability. Journal of Perinatology 2008, 28, S4–S8. (Level III).

צוות ההכנה של נייר העמדה:

פרופ' אריה הרמן, פרופ' שאול דולברג, פרופ' יעקב קוינט, פרופ' יעקב בר, פרופ' יוסי עזרא, פרופ' מתי ברקוביץ.

צוות העדכון של נייר העמדה (2011):

פרופ' קובי בר, פרופ' יריביובג, ד"ר איליגוטמן, ד"ר סורינה גריסרו גרנובסקי, ד"ר יורי פרליץ, ד"ר מיכל קובו, פרופ' אייל ענתבי.

צוות עדכון נייר העמדה (2017):

פרופ' אריאל מני, פרופ' טל בירון-שנטל, פרופ' יואב יינן, פרופ' משנה קליני זהר נחום, ד"ר חן סלע, פרופ' משנה קליני עדו שולט, פרופ' אייל שיינר.