

קווים מנחים לגבי ניהול לידות בגבול החיות

נכתב על ידי:

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

פרופ' שאול דולברג
ד"ר ארנה פלידל רימון
פרופ' איילה מעין-מצגר
פרופ' בני בר-עוז
ד"ר אורי הוכוולד
ד"ר ברנרד ברזילי
פרופ' גיל קלינגר
פרופ' אבי רוטשילד

בשם:

האיגוד הישראלי לניאונטולוגיה
החברה לרפואת האם והעובר
האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה

נייר עמדה מספר 27
מהדורה רביעית

יולי 2025

המכון לאיכות
ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
המכון לאיכות ברפואה

צוות העדכון של נייר העמדה 2025:

החברה לרפואת האם והעובר:

פרופ רינת גבאי בן זיו, פרופ גלי פריאנטה, פרופ לירן הירש, דר הדר רוזן, פרופ מיכל פישל
ברטל, פרופ מאיה וולף, ד"ר גיל שכטר מאור

חברי האיגוד הישראלי לנאונטולוגיה:

פרופ אריה ריסקין, פרופ גיל קלינגר, פרופ סמדר אבן-טוב פרידמן, דר אורי הוכוולד, דר עומרי
חוסאם

צוות ההכנה של נייר העמדה (2019):

חברי האיגוד הישראלי לנאונטולוגיה

פרופ' שאול דולברג, ד"ר ארנה פלידל רימון, פרופ' איילה מעין-מצגר, פרופ' בני בר-עוז, ד"ר
אורי הוכוולד, ד"ר ברנרד ברזילי, פרופ' גיל קלינגר, פרופ' אבי רוטשילד

החברה לרפואת האם והעובר

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

צוות ההכנה של נייר העמדה (2017):

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' יריב יוגב, ד"ר אלי גוטרמן, ד"ר סורנה גריסרו גרנובסקי, ד"ר יורי פרליץ,
ד"ר מיכל קובו, פרופ' אייל ענתבי.

עודכן לאחר דיון במועצת האיגוד ב 27.03.2025.

ההחלטה לגבי מתן סטרואידים לאישה ההרה ולגבי ההתנהלות בחדר הלידה ולאחריה בטווח שבועות אלה, תתקבל על סמך תיארוך ההיריון, מהלכו, הערכה של מצב האם והעובר ובשיתוף עם ההורים. במידה ויש די זמן טרם הלידה, רצוי לערב ניאונטולוג בדיון עם ההורים ויש לתת משקל לרצונם. הטיפול ביילוד לאחר הלידה, יהיה בהתאם למצבו ותגובתו להחייאה וייקח בחשבון את רצון ההורים.

במסמך זה, המושג החייאה מתייחס לכל פעולה שמטרתה הארכת חיים כולל הנשמה בלחץ חיובי, אינטובציה, עיסוי לב ומתן תרופות החייאה.

ניהול לידות בגבול החיות, הינו נושא מורכב עם השלכות רפואיות, אתיות, דתיות ואחרות. בהתאם, ניהול לידה בגבול החיות דורש מעורבות של צוות רב-תחומי, במידה שמתאפשר, אשר צריך לדון על המקרה תוך שיתוף ההורים בדיון ובהחלטות.

נייר עמדה זה, דן בניהול לידות ויילודים בטווח שבין 22 שבועות + 0 ימים ועד 24 שבועות + 6 ימים, טווח המקובל בספרות הרפואית כגבול החיות ובא להחליף את עמדת האיגוד הישראלי לניאונטולוגיה שהובאה בנייר קודם משנת 2020.

הסיבה העיקרית לעדכון נייר העמדה, הינה שינוי בדיווחים לאומיים ממדינות בעולם על שיפור בהישרדות של פגים בשבוע 23+0 ועד שבוע 23+6 ימים.

כאשר קיים מצב בו ההערכה הקלינית מצביעה על סיכון ללידה בטווח זה, יש להעריך תחילה על סמך מסמכי מעקב היריון ובדיקות נוספות, את גיל ההיריון עד כמה שניתן במדויק, את המשקל המוערך של העובר, את מצב היולדת ואת מצב העובר. הבעייתיות הנובעת מלידות בגיל היריון זה תוצג להורים ע"י רופא מתחום המיילדות ובמידת האפשר, גם ע"י רופא מתחום הניאונטולוגיה. באחריות רופא נשים ו/או ניאונטולוג לתעד את השיחה עם ההורים בגיליון היולדת.

כללי: טיפול ביולדת עם לידה מאיימת בגבול החיות

הנתונים בספרות הרפואית מראים, שתיתכן יעילות לטיפול בסטרואידים במקרים של לידה מוקדמת כבר משבוע 23. הואיל, ולא תמיד קיימים כלים מדויקים להערכה של מועד הלידה המאיימת, יש לשקול, מתן טיפול בסטרואידים להבשלת ריאות העובר בכל לידה מאיימת החל משבוע 23+0 להיריון.

להלן הקווים המנחים לגבי ההתנהלות המומלצת של לידות בגבול החיות הנגזרים מגיל ההיריון:

לידת יילוד חיוני, מצב שמתבטא בתנועות נשימה וגוף בנוסף לדופק לב, הטיפול בו יהיה על-פי מצבו ותגובתו להחייאה. יש להעביר את היילוד לפגייה כשמתאפשר.

3. לידה בטווח של 24 שבועות + 0 ימים ועד 24 שבועות + 6 ימים

הנתונים מהארץ ומהעולם מצביעים על עלייה בשרידות בגיל זה. בהתאם, יש לנהל את הלידה על-פי התוויה אימהית ועל-פי התוויה עוברית. יש לזמן רופא ילדים לכל לידה בשבוע זה ובכל מקרה של לידת חי, יש להתחיל בהחייאה והיילוד יועבר להמשך טיפול לפגייה.

המשך הטיפול ייקבע על-פי תגובת היילוד להחייאה ותוך התחשבות בעמדת ההורים.

קביעת מוות שארע מיד לאחר הלידה

קביעת המוות תיעשה ע"י רופא מיילד או רופא ילדים, על-פי מדיניות בית-החולים, תוך שימוש באמצעי לבדיקת הפעילות החשמלית של הלב. ביילוד חי בו לא בוצעה החייאה, יש לעטוף את התינוק באופן מכובד ולהעבירו למקום עליו הוחלט מראש על-פי מדיניות בית-החולים.

הנתונים בספרות הרפואית לגבי שיעורי שרידות של פגים משתנים בקצב מהיר. נייר זה, יהיה בתוקף לכל היותר למשך 5 שנים ממועד פרסומו. הוועדה ממליצה לנסח נייר חילופי לקראת מועד פקיעתו של נייר עמדה זה.

1. לידה בטווח של 22 שבועות + 0 ימים ועד 22 שבועות + 6 ימים

הנתונים מהארץ והעולם מצביעים על סיכויי שרידות נמוכים מאד של היילוד בגיל זה. בהתאם, אין להציע להורים החייאה ליילוד הנולד בשבוע זה ויש לנהל את הלידה על-פי התוויות רפואיות אימהיות בלבד. לא נדרשת נוכחות רופא ילדים, ולא תבוצע החייאה.

2. לידה בטווח שבין 23 שבועות + 0 ימים ועד שבוע 23 + 6 ימים

הנתונים בעולם מראים עלייה משמעותית בשנים האחרונות בשרידות בגיל היריון זה. עם זאת, ההישרדות בישראל נותרה נמוכה.

במידה, וההורים הביעו את רצונם בהחייאה מלאה, וזאת, לאחר שקיבלו הסבר מרופא נשים ו/או ניאונטולוג, ניהול הלידה יהיה הן על-פי התוויה אימהית והן על-פי התוויה עוברית. ככל שניתן, במקרים אלה ישנה עדיפות למתן סטרואידים להבשלת עובר לפני מועד הלידה על מנת לשפר את סיכויי ההשרדות לילוד. טיפול במגנזיום ואנטיביוטיקה יהיה ע"פ מדיניות מחלקתית. יש לזמן רופא ילדים ללידה, ובכל מקרה של לידת חי הטיפול ביילוד יהיה על-פי מצבו ותגובתו להחייאה. יש להעביר את היילוד לפגייה כשמתאפשר.

במידה, וההורים הביעו התנגדות להחייאה, לאחר שקיבלו הסבר מרופא נשים ו/או ניאונטולוג טרם הלידה, ניהול הלידה יהיה על-פי התוויה אימהית בלבד. לא יתבצע ניטור עוברי במהלך הלידה, לא יבוצע ניתוח קיסרי בהתוויה עוברית. יש לזמן רופא ילדים לכל לידה בשבוע זה. בכל מקרה של

נתוני השרדות ותחלואת ילודים סביב גיל החיות ע"פ נתוני 2022

פטירה/הישרדות בקרב תינוקות לפי שבוע ההיריון בלידה (שנת 2022)

שורדים (%)	שבוע ההיריון בלידה
10	<23
16.7	23
52.6	24
72.4	25
79.6	26

תחלואות עיקריות בקרב תינוקות מאושפזים לפי שבוע ההיריון בלידה (שנת 2022)

תחלואה	שבוע היריון בלידה	שיעור תחלואה (%)
RDS	<24	52.5
	24-25	93.2
	26-27	91.5
BPD	<24	4.9
	24-25	26.3
	26-27	13.8
NEC	<24	8.2
	24-25	17.3
	26-27	9.5
IVH	<24	30.4
	24-25	35.0
	26-27	13.6

RDS- Respiratory Distress Syndrome

BPD- Bronchopulmonary Dysplasia

Nec- Necrotizing Enterocolitis

IVH- Intraventricular Hemorrhage

RDS- מצוקה נשימתית

BPD- מחלה ריאתית כרונית, מוגדרת ע"י מתן טיפול בחמצן בגיל 36 שבועות

NEC- דלקת נמקית של המעי

IVH- דימום תוך מוחי. *מוגדר בטבלה זו- כדרגות דימום תוך מוחי קשות (דרגה 3 ו-4)

* מתוך מסד הנתונים של תינוקות במשקל לידה נמוך מאד 1500 גרם או פחות, דו"ח מסכם - שנת 2022,

מכון גרטנר, תל השומר, המרכז הלאומי לבקרת מחלות (ICDC), תחום פרינטולוגיה THE ISREAL

.NEONATAL NETWORK

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 - שנת 2008, היחידה לחקר הבריאות האישה והילד, מכון גרטנר, תל השומר, המרכז הלאומי THE ISREAL NEONATAL NETWORK תחום פרינטולוגיה (ICDC), לבקרת מחלות
6. Seri I, Evans J. Decision making at the threshold of infant viability. Journal of Perinatology 2008, 28, S4-S8. (Level III).



החברה הישראלית לרפואת האם והעובר
Israeli Society for Maternal-Fetal Medicine



האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה
Israel Society of Obstetrics and Gynecology



המכון לאיכות
ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
המכון לאיכות ברפואה