



אוגדן ניירות עמדה גמלת שמירת הריון



יולי 2025



מבוא

הגמלה לשמירת היריון הינה גמלה מורכבת המתבססת על חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, אשר קובע כי גמלה תינתן עבור מצב הנובע מההיריון ומסכן את האם או את העובר. יש להדגיש שהמידע עליו מתבססת ההחלטה נגזר מהתיעוד הרפואי בזמן אמת כפי שדורש החוק. ההחלטה אם מצב נובע מההיריון איננה פשוטה וההחלטה אם המצב הנדון מסכן את האישה או עובריה מורכב יותר.

לב הבעיה היא ההבדל בין אי כושר למצב קיצון שיש בו זיקה של סכנה לאם או לעובר. החוק לא מתייחס למצב בו האישה איננה יכולה לעבוד אך מצבה איננו תואם לרוח לשון החוק. לכן הגמלה נתונה לפרושים רבים מרמת התובעת דרך הרופא המטפל, רופאי ופוסקי הביטוח הלאומי והעדים המומחים בבתי המשפט. על מנת ליצור אחידות בין הרופאים והפוסקים במוסד לביטוח לאומי והבנה אצל רופאי הקהילה, נכתב אוגדן זה המכיל את נושאי הליבה של הגמלה לשמירת היריון. ראינו לנכון לפרסם אוגדן זה בקרב כל הרופאים העוסקים בגמלה על מנת שידעו מה עמדת הלשכה הרפואית במוסד לביטוח לאומי.

מוגש כאן אוגדן הכולל נושאים שונים ברפואת נשים המהווה קווים מנחים (guidelines) לרופאי הנשים של המוסד לביטוח לאומי ורופאי הקהילה בבואם לדון על שמירת היריון. הפרקים השונים כוללים סיכום קצר של הנושא וספרות עדכנית למועד זה: מובאות נבחרות מעיתונים מובילים בתחומם, ניירות עמדה של איגודים מקצועיים מובילים, וכן על רפואה מבוססת עובדות. פרקים אלו אינם באים להחליף את ניירות העמדה של האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה אלא באים להציג את עמדת הלשכה הרפואית של המוסד לביטוח לאומי בנושאים השונים בהסתמך על הספרות העדכנית ועל חוק הגמלה. אנו מודעים לכך שתמיד יהיו מקרים חריגים שאינם נופלים באחת מההמלצות המופיעות באוגדן או שהביסוס המדעי לגביהם לוקה בחסר וכמו גם בכל שטח אחר ברפואה, תמיד יש להפעיל שיקול דעת והגיון בריא. האוגדן נכתב ע"י מומחים בעלי ניסיון רב במיילדות והריון בסיכון, והנהלת הלשכה הרפואית של המוסד לביטוח לאומי.

אנו סבורים כי אוגדן זה יועיל למשתמשים בו ויקל על הטיפול בגמלה מורכבת זאת.

בברכה,

ד"ר אמנון עמית, אחראי תחום נשים במוסד לביטוח לאומי
פרופ' אלדד קטורזה, הרופא הראשי והמנהל הרפואי של המוסד לביטוח לאומי.



תוכן העניינים

3	CMV בהריון.....
13	כייל נוגדנים נמוך/חסר לאדמת באישה הרה.....
17	אנמיה בהריון.....
20	דימומים בהריון.....
23	דליות (VARICOSE VEINS) בהריון.....
25	SUBCHORIONIC HEMATOMA.....
32	הפלות חוזרות.....
35	הקאות יתר בהריון.....
39	יתר ל"ד בהריון.....
42	לידות מוקדמות בעבר כהתוויה לשמירת הריון.....
45	מחלות דלקתיות של המעי (IBD).....
47	כאבי ראש ומיגרנות בהריון.....
50	הריון בנשים עם מלפורמציות רחמיות.....
54	סוכרת הריונית וטרומ הריונית.....
58	צירים מוקדמים / לידה מוקדמת.....
61	הריון לאחר קוניזציה או תפר צווארי.....
64	קיצור צוואר הרחם.....
67	שרירנים בהריון.....
70	PELVIC GIRDLE PAIN (PGP) & SYMPHYSIOLYSIS.....
76	כאבי גב בהריון.....



CMV בהריון

נייר עמדה זה לא נועד להחליף את נייר העמדה אשר פורסם ע"י האיגוד הישראלי לגניקולוגיה ומיילדות והחברה הישראלית לרפואת האם והעובר באפריל 2025, אלא בכדי לסכם את הספרות הקיימת על הסיכון להדבקות ב-CMV במקומות העבודה בנשים הרות, דרכי המניעה של ההדבקה במהלך ההריון, וכן את הרציונל הנגזר מכך לקביעת ההחלטות בבקשות לגמלת שמירת היריון מסיבה זו.

רקע

זיהום ב-CMV הינו בד"כ אסימפטומטי (בכ- 90% מהמקרים) במבוגרים בריאים ועשוי לגרום למחלה דמוית שפעת קלה. כמו כל הנגיפים מקבוצת ההרפס-וירוס, כך גם CMV, הופך להיות לטנטי ועשוי לעבור שפעול (רה-אקטיבציה). גם זיהום ראשוני וגם שניוני עשויים לגרום להפרשת הווירוס בנוזלי הגוף ובשתן. הדבקה ב-CMV יכולה להיות מועברת במגע עם נוזלי גוף (כולל מגע מיני), עירוי דם ומוצרי דם ובעת הנקה. להדבקה ב-CMV עשויות להיות השלכות קשות על פרטים עם פגיעות במערכת החיסון, לאחר השתלת איברים או חולים המקבלים טיפולים כימותראפיים, וכן בחולי HIV, וגם בעוברים שנדבקו ברחם. בעוברים קיים סיכון של כ- 5-10% של פגיעות משמעותיות ארוכות טווח (מוטוריות ו/או שכליות). הדבקה העובר ברחם יכולה לקרות בעיקר לאחר הדבקה ראשונית אך גם בשיעור נמוך הרבה יותר לאחר הדבקה שניונית, ובכל שלב בהריון [1, 2, 3]. לאחר הדבקה שניונית, הסיכון להדבקה העובר אמנם נמוך (כ- 1-2%) אך כ- 8-15% מהילודים עשויים לפתח פגיעות בשמיעה ופגיעות נוירולוגיות שונות עד גיל 5 [4]. ישנן גם עבודות המצביעות על כך שהדבקות בתקופה של עד 18 שבועות לפני ההריון עשויה לגרום להעברת הזיהום לעובר אם כי בשיעורים נמוכים יחסית (כ- 8%) [5]. עבודה נוספת מהארץ הראתה גם היא על שיעור הדבקות של 4.6% בנשים שנדבקו בין 8 שב' לפני הוסת האחרונה ועד 6 שב' לאחר מכן [6].

ישנה המלצה גורפת בארץ ובעולם שלא לבצע בדיקות סקר לנשים במהלך ההריון לגבי חשיפת עבר ל-CMV. הרציונל לכך נגזר מסיבות רבות: בין היתר העובדה שאין עדיין חיסון מונע ל-CMV אשר ניתן לתת לנשים לפני הריון, העובדה שקשה מאד להבדיל בנשים אשר מחוסנות ל-CMV, האם הייתה הדבקה שניונית או ריאקטיבציה של המחלה ומתי אירעה במהלך ההריון. וכן יעילות הטיפול בזיהום שכבר אירע בהריון מוגבלת, ואין דרך לקבוע בוודאות מה יהיה היקף הפגיעה בעובר או בילוד לאורך זמן [1-3, 7].



הסיכון להדבקות במהלך ההיריון:

הסיכון להדבקות תלוי במצב הסוציאקונומי, התנהגותי וסביבתי. בסקירת ספרות גלובלית [1]
[8] הנוגעת לשיעור היפוך כייל הנוגדנים נמצאו הנתונים הבאים:

הסיכון להיפוך כייל תוך שנה אחת:

- נשים בהריון 2.3% (CI 2.1-2.4)
- עובדות במערכת הבריאות אשר מטפלות בילדים קטנים 2.3% (CI 1.9-2.9)
- עובדות במעונות יום 8.5% (CI 6.1-11.6)
- הורים לילד שאיננו מפריש CMV – 2.1% (CI 0.3-6.8)
- הורים לילד אשר מפריש CMV – 24% (CI 18-30)

הסיכון להדבקות לפי הטרימסטרים השונים בהריון:

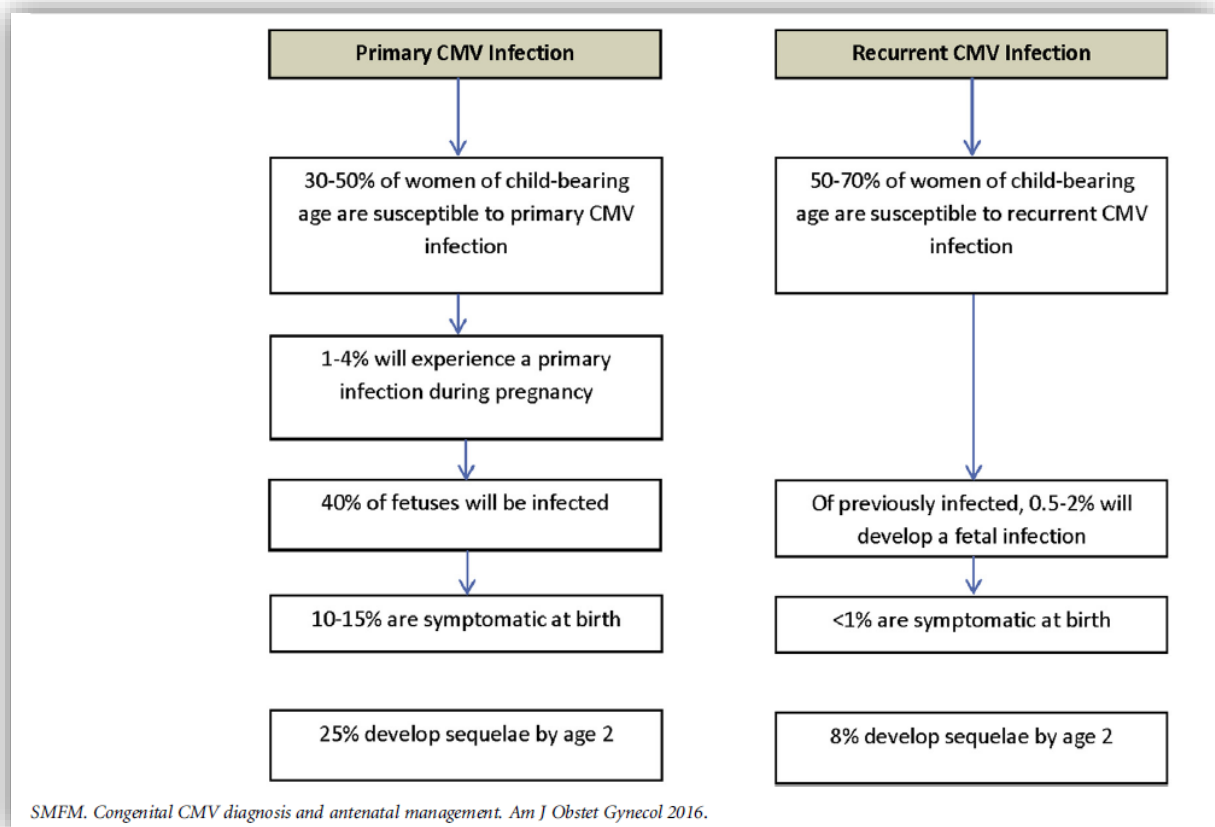
בסקירת ספרות שכללה 2942 נשים מעשרה מאמרים שונים בהם נמצא היפוך כייל בהריון [9]
הסיכון להדבקות העובר עולה ככל שההריון מתקדם -

- Preconception period (עד 12 שבועות ממועד הוסת האחרונה) – 5.5%
- Periconceptual period (4 שבועות לפני ועד 6 שבועות אחרי מועד הוסת האחרונה)
– 21%
- טרימסטר ראשון – 36.8%
- טרימסטר שני – 40.3%
- טרימסטר שלישי – 66.2%

אמנם הסיכון להדבקה עולה במהלך ההריון אך מחלה סימפטומטית בילוד ופגיעות ארוכות טווח
שכיחות יותר כאשר ההדבקה מוקדמת.



האיור הבא מציג את הסיכון להדבקות ולמחלה של הילוד לאחר הלידה [4]



המצאות נוגדנים ל-CMV (seropositivity) קשורה לגורמים רבים כולל מצב סוציאקונומי, מספר הפרטנרים המיניים, גיל תחילת קיום היחסים, ושימוש באמצעי מניעה. כל אלה נמצאו משמעותיים בסיכוי להמצאות נוגדנים ל-CMV [10]. המצאות ילד קטן בבית נמצא כגורם משמעותי ביותר בסיכון להדבק ב-CMV. במשפחות בהן נמצא ילד שנדבק ב-CMV, תוך זמן קצר (מספר חודשים), בני בית אחרים שלא היו מחוסנים ל-CMV ידבקו גם הם [10]. עם זאת צריך להדגיש כי CMV איננו עובר בפיזור דרך האוויר (AIRBORNE), ומגע מקרי עם ילד שמפריש CMV עשוי לגרום להדבקה בסבירות נמוכה ביותר. נדרש מגע קרוב וארוך עם הילד ע"מ לגרום להדבקה כפי שתואר בעבודה הנ"ל.

**הסיכון להדבקה בעובדות במעונות יום לילדים:**

עבודות רבות מראות ש- 30-70% מהילדים במעונות יום עשויים להפריש CMV, כאשר השיא הוא בילדים בגיל שנה עד שנתיים [11, 12]. זהו שיעור גבוה יחסית למקומות עבודה אחרים. שיעור ההדבקה ב-CMV בעובדות בגני ילדים הינו 8-20% לעומת כ- 5% באוכלוסייה הכללית [13]. עבודות אחרות הדגימו ששיעור היפוך הכייל בנשים אשר עובדות בגני ילדים אמנם גבוה יותר מאשר באוכלוסייה רגילה, אך לא הגיעו להבדל סטטיסטי בעל משמעות. לדוגמא – שיעור ההדבקה בבית בו ישנם ילדים קטנים לעומת במקום העבודה בגני ילדים, הראתה אכן שכיחות גבוהה יותר של הדבקות ($OR = 1.20, p = 0.767$), אך ללא שוני בעל מובהקות סטטיסטית בין שתי אוכלוסיות אלו. גם לגבי עובדות גני ילדים ($OR = 1.20, p = 0.767$) ומורות ($OR =$) ($p = 0.172, OR = 7.24$), שתי אוכלוסיות שעובדות עם ילדים קטנים הודגם שיעור הדבקה גבוה יותר אך ללא משמעות סטטיסטית [14]. המסקנות מעבודות אלו כמו גם מעבודות רבות נוספות היו ששטיפת ידיים ונקיטת אמצעי היגיינה אישית לאחר מגע עם הפרשות הילד מספקת ע"מ למנוע הדבקה [15].

אין ספק שגננות, סייעות ועוזרות הגננות מטפלות בילדים רבים שחלקם עשויים להפריש CMV. עובדות אלו לרוב אינן מקפידות בנושא ההיגיינה האישית וזו נקודה חשובה לה יש לתת את הדעת. יש לזכור שאותו הצוות גם חשוף למחלות וירליות אחרות כולל צהבת מסוג B, HIV ועוד. ולכן יש לוודא שצוותים אלו יבינו את חשיבות נושא ההיגיינה האישית ויקפידו על ביצועו, ובעיקר נשים הרות שעובדות בסביבה זו. עקרונות המניעה של הדבקה ב-CMV בגני ילדים כוללים בעיקר הדרכה למניעת מגע של רוק בין הילדים והצוות המטפל (לא לאכול מכלי אוכל משותפים, לא לאכול שאריות אוכל של ילדים, לא לנשק בפה) ושטיפת ידיים לאחר מגע עם נוזלי גוף (החלפת חיתולים, האכלה וכד'). אין מניעה מחיבוק הילד או הרגעתו כאשר נדרש הדבר [16]. על פי חוזר מנכ"ל משרד הבריאות, יש להביא את דרכי ההתגוננות הללו לידיעתה של כל אישה הרה ובפרט אם לא הייתה לה חשיפת עבר ל-CMV [17]. בנוסף, יש להדגיש שחץ מעבודות רבות (שרק חלקן מצוטטות כאן), גם האיגודים המקצועיים הגדולים בעולם (כמו AAP, CDC, ACOG) ממליצים על היגיינה אישית כאמצעי יעיל למניעת הדבקה ב-CMV [18].

הסיכון להדבקה בעובדות מערכת הבריאות:

מספר עבודות אפידמיולוגיות כולל מטה-אנליזה הראו ששיעור החשיפה להדבקה ב-CMV (seroprevalence) ושיעור היפוך הכייל (seroconversion) בנשים עובדות במערכת הבריאות (כאלו שלכאורה חשופות יותר למקורות הדבקה ב-CMV), הינו דומה לשיעור באוכלוסייה רגילה



או אף נמוך יותר. יתרה מכך, הסיכון להדבקה של אחיות ורופאות (גם כאלה שעובדות עם ילדים או ביחידות דיאליזה), איננו גבוה יותר מאשר באוכלוסייה רגילה [16] [19, 20] [21].

הועלתה הסברה שממצאים אלה מדגימים את החשיבות של הבנת הסכנות הטמונות בהדבקה ויראלית בקרב עובדי מערכת הבריאות ונקיטת אמצעי זהירות נוקשים יותר מאשר באוכלוסייה הכללית למניעתן. זו גם הסיבה שלעובדות מערכת הבריאות אשר מודעות יותר לנושא ההדבקה ונוקטות בהיגיינה נאותה הייתה שכיחות נמוכה הרבה יותר מאשר בעובדות גני ילדים שם כנראה אין מודעות לנושא ההדבקה ואין היצמדות לנקיטת כללי היגיינה נאותים.

היקף הבעיה בארץ:

חלק גדול מאוכלוסייה אשר חשופה לזיהום ב-CMV הן נשים בגיל הפרייון (גננות, אחיות, רופאות, סיעות, ועוד) או נשים בהריון.

שיעור הנשים בגיל הפוריות אשר מחוסנות ל-CMV בארץ עומד על כ-85% [22, 23]-63.

היארעות זיהום ב-CMV בארץ הינו כ-7-14.5/1000. גם כאן כמו בשאר העולם, הסיכון להדבקה ב-CMV היה גבוה יותר בנשים שילדו בעבר ($OR=3.8$, $CI=2.6-5.4$) ושבביתן ילד מתחת לגיל 6 ($OR=4.3$, $95\%CI=3-6.1$) [24, 23].

מניעת הדבקה ב-CMV:

עבודות רבות כולל חלק מאלו שצוטטו כאן הראו שכמו כל מחלה מדבקת, ניתן לצמצם בצורה משמעותית את הסיכון להדבקה ע"י אימוץ כללי היגיינה נאותים. כפי שנהוג להדריך צוותים רפואיים אשר נמצאים במגע קרוב עם הפרשות של חולים מדבקים בכל מחלה זיהומית שהיא, כך שיש צורך להדריך כל אישה בהריון על הצורך בשמירה על כללי היגיינה. עבודה פרוספקטיבית מצרפת הראתה כיצד ניתן לצמצם באופן בולט את הסיכון להדבקה בצורה כזו [25]. עבודה נוספת הראתה כיצד בקבוצה אשר הודרכה לשימוש בכפפות חד פעמיות ושטיפת ידיים תכופה בעובדות במעונות יום הצליחה להוריד את שיעור ההדבקה בנשים בלתי מחוסנות מ-41.7% ל-5.9% בלבד [26]. גם נייר העמדה של האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה ממליץ על נקיטת אמצעי היגיינה ע"מ למנוע הדבקה ב-CMV בנשים הרות [27] כמו גם חוזר המנכ"ל בנושא זה [17].



כאשר בוחנים את השיקולים השונים בהקשר של תעסוקה בנשים שאינן מחוסנות ל- CMV יש לזכור את הנתונים הבאים:

1. כל אישה חשופה לזיהום אסימפטומטי לא רק במקום העבודה אלא גם בסביבתה הקרובה וזאת אף בשכיחות גבוהה יותר ככל שהמגע קרוב יותר [16] (מגע קרוב עם ילדים קטנים בבית, מגע מיני).

2. למרות שבזיהום שניוני הסיכון בהדבקת העובר נמוך מאד (1-2%), הרי שבמספר עבודות דווח על כך שמעל 50% ממקרי הזיהום הסימפטומטי בילודים עם CMV מולד, מקורם בזיהום שניוני כלומר בנשים שלכאורה היו מחוסנות! [2]

3. אבחון זיהום שניוני (או ריאקטיבציה) קשה לביצוע בבדיקות סרולוגיות ובנוסף, נשים אשר לכאורה מחוסנות אינן נבדקות לנוגדני CMV במהלך ההיריון. [2, 17]

4. הדרכת כללי היגיינה מתאימים הינה האמצעי הטוב ביותר להפחתת הסיכון לזיהום מולד של CMV. [2, 7, 27]

5. המרכז לבקרת מחלות (CDC) בחוזר מתאריך 31/1/2025 בהתייחסותו לאוכלוסיות בסיכון גבוה להדבקות במחלה מדבקת כמו אחיות ורופאות אשר מטפלות באופן ישיר בחולים אלו ממליץ כדלהלן (28-29):

Recommendations

Do not routinely exclude healthcare personnel only on the basis of their pregnancy or intent to be pregnant from the care of patients with infections that have potential to harm the fetus (e.g., Cytomegalovirus (CMV), Human Immunodeficiency Virus (HIV), viral hepatitis, herpes simplex, parvovirus, rubella, varicella) [28-29]



סיכום והמלצות:

אמנם מרבית הספרות מצביעה על כך שקיים שיעור הדבקה גבוה יותר ב- CMV בקרב עובדות במעונות יום והסיבה נעוצה ככל הנראה במודעות נמוכה לשמירה על כללי היגיינה נאותים, אך הדבקה ב- CMV ניתנת למניעה עם הדרכה לכללי היגיינה בסיסיים. לאור השיקולים שפורט קודם לכן והפרסום העדכני של המרכז לבקרת מחלות, הרי שאין הצדקה ואין אף המלצה בארץ או בעולם על היעדרות מעבודה מהסיבה של אי-חסינות ל- CMV ומניעה תיאורטית של הדבקה בהריון. כפי שהספרות מצביעה, רוב הנשים לא תדבקנה אם תשמורנה על כללי היגיינה סבירים.

יש להדגיש כי מאותן סיבות בדיוק אין גם המלצה להיעדרות מעבודה גם ביתר המחלות המידבקות כמו צהבת, אדמת, חצבת וכד'.



References:

1. cytomegalovirus infection in pregnancy. www.uptodate.com. 2024.
2. Khalil A, Heath PT, Jones CE, Soe A, Ville YG. Congenital Cytomegalovirus Infection: Update on Screening, Diagnosis and Treatment: Scientific Impact Paper No. 56. BJOG. 2024.
3. Pontes KFM, Nardoza LMM, Peixoto AB, Werner H, Tonni G, Granese R, et al. Cytomegalovirus and Pregnancy: A Narrative Review. J Clin Med. 2024;13.
4. Hughes BL, Gyamfi-Bannerman C. Diagnosis and antenatal management of congenital cytomegalovirus infection. Am J Obstet Gynecol. 2016;214:B5-B11.
5. Revello MG, Zavattoni M, Furione M, Fabbri E, Gerna G. Preconceptional primary human cytomegalovirus infection and risk of congenital infection. J Infect Dis. 2006;193:783-7.
6. Feldman B, Yinon Y, Tepperberg Oikawa M, Yoeli R, Schiff E, Lipitz S. Pregestational, periconceptional, and gestational primary maternal cytomegalovirus infection: prenatal diagnosis in 508 pregnancies. Am J Obstet Gynecol. 2011;205:342 e1-6.
7. Rawlinson WD, Boppana SB, Fowler KB, Kimberlin DW, Lazzarotto T, Alain S, et al. Congenital cytomegalovirus infection in pregnancy and the neonate: consensus recommendations for prevention, diagnosis, and therapy. Lancet Infect Dis. 2017;17:e177-e88.
8. Hyde TB, Schmid DS, Cannon MJ. Cytomegalovirus seroconversion rates and risk factors: implications for congenital CMV. Rev Med Virol. 2010;20:311-26.
9. Chatzakis C, Ville Y, Makrydimas G, Dinas K, Zavlanos A, Sotiriadis A. Timing of primary maternal cytomegalovirus infection and rates of vertical transmission and fetal consequences. Am J Obstet Gynecol. 2020;223:870-83 e11.
10. Tookey PA, Ades AE, Peckham CS. Cytomegalovirus prevalence in pregnant women: the influence of parity. Arch Dis Child. 1992;67:779-83.
11. Pass RF, August AM, Dworsky M, Reynolds DW. Cytomegalovirus infection in a day-care center. N Engl J Med. 1982;307:477-9.
12. Adler SP. Cytomegalovirus and child day care. Evidence for an increased infection rate among day-care workers. N Engl J Med. 1989;321:1290-6.



13. Pass RF, Hutto C, Lyon MD, Cloud G. Increased rate of cytomegalovirus infection among day care center workers. *Pediatr Infect Dis J*. 1990;9:465-70.
14. Murph JR, Souza IE, Dawson JD, Benson P, Petheram SJ, Pfab D, et al. Epidemiology of congenital cytomegalovirus infection: maternal risk factors and molecular analysis of cytomegalovirus strains. *Am J Epidemiol*. 1998;147:940-7.
15. Joseph SA, Beliveau C, Muecke CJ, Rahme E, Soto JC, Flowerdew G, et al. Cytomegalovirus as an occupational risk in daycare educators. *Paediatr Child Health*. 2006;11:401-7.
16. Tookey P, Peckham CS. Does cytomegalovirus present an occupational risk? *Arch Dis Child*. 1991;66:1009-10.
17. בדיקות לאיתור זיהום בנגיף ציטומגלו בנשים הרות. www.gov.il/he/pages/mk-25-2011. 2011.
18. Pass RF, Anderson B. Mother-to-Child Transmission of Cytomegalovirus and Prevention of Congenital Infection. *J Pediatric Infect Dis Soc*. 2014;3 Suppl 1:S2-6.
19. Flowers RH, 3rd, Torner JC, Farr BM. Primary cytomegalovirus infection in pediatric nurses: a meta-analysis. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1988;9:491-6.
20. Takao M, Yoshioka N, Hagiya H, Deguchi M, Kagita M, Tsukamoto H, et al. Risk for the occupational infection by cytomegalovirus among health-care workers. *J Infect Chemother*. 2020;26:681-4.
21. Balfour CL, Balfour HH, Jr. Cytomegalovirus is not an occupational risk for nurses in renal transplant and neonatal units. Results of a prospective surveillance study. *JAMA*. 1986;256:1909-14.
22. Ornoy A. Fetal effects of primary and non-primary cytomegalovirus infection in pregnancy: are we close to prevention? *Isr Med Assoc J*. 2007;9:398-401.
23. Weil C, Bilavsky E, Sinha A, Chodick G, Goodman E, Wang WV, et al. Epidemiology of cytomegalovirus infection in pregnancy in Israel: Real-world data from a large healthcare organization. *J Med Virol*. 2022;94:713-9.
24. Schlesinger Y, Reich D, Eidelman AI, Schimmel MS, Hassanin J, Miron D. Congenital cytomegalovirus infection in Israel: screening in different subpopulations. *Isr Med Assoc J*. 2005;7:237-40.



25. Vauloup-Fellous C, Picone O, Cordier AG, Parent-du-Chatelet I, Senat MV, Frydman R, et al. Does hygiene counseling have an impact on the rate of CMV primary infection during pregnancy? Results of a 3-year prospective study in a French hospital. J Clin Virol. 2009;46 Suppl 4:S49-53.
26. Adler SP, Finney JW, Manganello AM, Best AM. Prevention of child-to-mother transmission of cytomegalovirus among pregnant women. J Pediatr. 2004;145:485-91.
27. ניהול הריון בחשד להידבקות ב CMV האגוד הישראלית למיילדות וגinekולוגיה 2011.
28. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/healthcare-personnel-epidemiology-control/pregnant-hcp.html>
29. Infection Control in Healthcare Personnel: Epidemiology and Control of Selected Infections Transmitted Among Healthcare Personnel and Patients. Cytomegalovirus, Diphtheria, Group A Streptococcus, Measles, Meningococcal Disease, Mumps, Pertussis, Rabies, Rubella, Varicella, and Special Populations: Pregnant Healthcare Personnel.
30. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/healthcare-personnel-epidemiology-control/index.html>



כייל נוגדנים נמוך/חסר לאדמת באישה הרה

מעת לעת אנו נדרשים לנושא זה כאשר ישנה פניה למתן גמלה לאישה עם כייל נוגדנים נמוך או חסר ובעיקר נשים שעיקר עיסוקן עם ילדים קטנים.

ע"פ הספרות כאשר אישה שאיננה מחוסנת תחלה באדמת עד שבוע 12 להריון, סיכויי ההדבקה בעובר הם כ- 80% ורובם יפתחו מחלה קשה [1]. לאחר מכן סיכויי ההדבקה יורדים בצורה משמעותית – בשבוע 13-14 סיכויי ההדבקה הם 57% וכ- 25% בסוף טרימסטר שני [2]. משבוע 16-17 הסיבוכ העיקרי הוא חרשות וגם זאת במקרים נדירים בלבד [3]. זיהום לאחר שבוע 20 יתבטא כמעט אך ורק עם IUGR אך ללא מומים עובריים [1,4]. בטרימסטר הראשון ישנה גם שכיחות גבוהה של הפלות בעקבות זיהום [5]. המחלה מועברת בדרך טיפית כמו מחלות רבות אחרות.

עקב שינויים בצורת המדידה במעבדות ומנתונים שהצטברו במהלך השנים, המליץ ה- WHO להוריד את הסף הנחשב למחסן ל- 10 יחב"ל במקום 30 יחב"ל [6]. ערך סף זה מקובל כיום כערך אשר מקנה חסינות בארה"ב ובמקומות אחרים בעולם המערבי [7,8]. יש להדגיש כי אמנם משרד הבריאות בחוזר משנת 2010 מצטט את ה- CDC מאותה תקופה וקבע כי חיסוניות לאדמת מתקיימת כאשר כייל הנוגדנים הוא 31 IU או יותר [9] אך אותו מקור (CDC) משנת 2024 קובע כי הכייל המחסן כיום הוא 10 יחב"ל או יותר [8] –

Detection of rubella IgG by EIA is used to assess immunity to rubella. EIA can reliably detect rubella IgG concentrations greater than 10 IU/ml, which is the cutoff for defining rubella immunity used in the United States (June 2024)

מאחר ומשרד הבריאות לא עדכן את המלצותיו מאז, אנו מאמצים את ההנחיות החדשות והמעודכנות כפי שמופיעות ב- CDC ומקובלות בכל העולם המערבי.

חשוב גם להדגיש את חוזר משרד הבריאות לגבי בדיקת אדמת שגרתית לנשים בגיל הפוריות ובכלל זה בהריון - חוזר מס' 4/2010 מיום 1.09.1 [9] אשר קובע – "אין צורך לבדוק באופן רוטיני נוגדני אדמת לנשים בגיל הפוריות, כולל בהריון, כולל לאחר קבלת שתי מנות חיסון. נשים הרות יש לבדוק רק אם יש חשד קליני לאדמת או חשד לחשיפה לחולה אדמת. נשים בגיל הפוריות שאינן בהריון שאין בידיהן תיעוד על קבלת שתי מנות תרכיב נגד אדמת מגיל



12 חודשים ומעלה ברווח זמן של 4 שבועות לפחות – מומלץ לחסן עד להשלמה של שתי מנות."

כאשר דנים בסיכון הקיים לאישה הרה להדבק באדמת במקום העבודה או במקומות אחרים יש לזכור את הנתונים הבאים:

א. ע"פ הפרסומים של משרד הבריאות ובעקבות מדיניות החיסונים בטיפות החלב, לא דווח בישראל מקרה של אדמת מולדת מאז שנת 1993 [10].

ב. יעילותו של חיסון יחיד לאדמת (לאישה שבידה תיעוד רק על קבלת מנה אחת של חיסון) הוא 97% [8] ואישה אשר קיבלה רק חיסון אחד נחשבת כמחוסנת [11].

Persons who have written documentation of adequate vaccination with at least 1 dose of live rubella virus-containing vaccine on or after 12 months of age, laboratory evidence of rubella immunity, laboratory confirmation of disease, or who were born before 1957, have acceptable presumptive evidence of rubella immunity.

ג. כייל של 10 יחב"ל נחשב כמחסן (6-8,10)

ד. המרכז לבקרת מחלות (CDC) בחוזר מתאריך 31/1/2025 בהתייחסותו לאוכלוסיות בסיכון גבוה להדבקות במחלה מדבקת כמו אחיות ורופאות אשר מטפלות באופן ישיר בחולים אלו ממליץ כך -

Recommendations

Do not routinely exclude healthcare personnel only on the basis of their pregnancy or intent to be pregnant from the care of patients with infections that have potential to harm the fetus (e.g., Cytomegalovirus (CMV), Human Immunodeficiency Virus (HIV), viral hepatitis, herpes simplex, parvovirus, rubella, varicella) [13-14]

לפיכך קיימים מספר תרחישים:

1. לאישה תיעוד על קבלת 2 חיסונים אך כייל הנוגדנים נמוך מהכייל המחסן
2. לאישה יש תיעוד על קבלת חיסון אחד בלבד
3. לאישה אין תיעוד על קבלת חיסונים כלל



תיעוד על קבלת 2 חיסונים אך כייל הנוגדנים נמוך מהכייל המחסן

בשנת 2010 הוציא משרד הבריאות הנחיות ברורות במקרים אלו ויש לאמצן גם כאשר מדובר בבקשה לגמלה. בחוזר זה נכתב:

אישה אשר יש בידה תיעוד על קבלת 2 מנות חיסון נגד אדמת בעבר ביצעה בדיקת נוגדנים IGG (על אף שאין צורך בכך) ונמצאה בעלת כייל נוגדנים מתחת לכייל המחסן (כולל כייל 0), תוקף בדיקת הנוגדנים נמוך מתוקף התיעוד על קבלת שתי מנות חיסון. האישה נחשבת מחוסנת נגד אדמת ואין צורך במתן מנה נוספת של חיסון.

תיעוד על קבלת חיסון אחד בלבד

ע"פ ה- CDC מנה אחת של חיסון מקנה 97% חיסוניות [8] ואישה נחשבת כמחוסנת גם אם קיבלה מנה אחת בלבד [11]. על כן, כייל של פחות מ- 10 יחב"ל למרות שאיננו נחשב כמקנה חיסון [7], אין התוויה לשמירת הריון המקרה זה.

לאישה אין תיעוד על קבלת חיסונים כלל

לאישה שאין בידה תיעוד על קבלת חיסון לאדמת יש להפנותה לשחזור פנקס חיסונים במשרד הבריאות (ראו אתר משרד הבריאות) [12]. אם לא ניתן לאמת תיעוד על קבלת חיסון, אך לאישה יש כייל נוגדנים מקנה חיסון (10 יחב"ל ומעלה), האישה נחשבת מחוסנת. גם אם לא ניתן לאמת קבלת חיסונים לאדמת ע"י השחזור ו/או אם כייל הנוגדנים נמוך מ- 10 יחב"ל אין מניעה מהמשך העבודה (בכל סוג עבודה) לאחר הסבר מהרופא המטפל על משמעות המחלה ודרכי הימנעות ממנה [13-14].

בסיכום, כמו גם במחלות מידבקות אחרות (צהבת, אדמת, חצבת CMV), היעדר חיסוניות למחלה איננו מהווה התוויה לשמירת הריון.



References:

1. Williams Obstetrics 26th Ed. Infectious diseases. Ch 67.
2. Gabbe 8th Ed. Maternal and perinatal infection in pregnancy: viral. Ch. 57
3. Best JM. Rubella. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine (2007) 12, 182e192
4. Congenital rubella. UpToDate 2022. www.uptodate.com © 2022
5. Winter AK et al. Rubella. *Lancet* 2022; 399: 1336–46
6. Kempster SL, et al. WHO international standard for anti-rubella: learning from its application. *Lancet Infect Dis* 2020;20: e17–19
7. Charlton CL, et al. How to determine protective immunity in the post-vaccine era. HUMAN VACCINES & IMMUNOTHERAPEUTICS 2016;12(4):903-6.
8. Serology Testing for Rubella. CDC 2024. <https://www.cdc.gov/rubella/php/laboratories/serology-testing.html>
9. חסינות נגד אדמת של אישה בגיל הפוריות שקיבלה שתי מנות חיסון ונמצא כייל נוגדנים נמוך. מהכייל המחסן. חוזר 4/2010
10. אתר משרד הבריאות <https://www.gov.il/he/pages/disease-rubella>
11. <https://www.cdc.gov/surv-manual/php/table-of-contents/chapter-14-rubella.htm>
12. <https://www.gov.il/he/service/vaccination-records-recovery>
13. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/healthcare-personnel-epidemiology-control/pregnant-hcp.html>
14. Infection Control in Healthcare Personnel: Epidemiology and Control of Selected Infections Transmitted Among Healthcare Personnel and Patients. Cytomegalovirus, Diphtheria, Group A *Streptococcus*, Measles, Meningococcal Disease, Mumps, Pertussis, Rabies, Rubella, Varicella, and Special Populations: Pregnant Healthcare Personnel. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/healthcare-personnel-epidemiology-control/index.html>



אנמיה בהריון

רקע

אנמיה בהריון מוגדרת ע"י ה- CDC כרמת המוגלובין של פחות מ- 11 ג'/דל" בטרימסטר ראשון ושלישי, או פחות מ- 10.5 ג'/דל" בטרימסטר שני [1]. ע"פ ה- WHO הגדרת אנמיה בהריון היא רמת המוגלובין של פחות מ- 11 ג'/דל" ללא אזכור לטרימסטר [1-4]. אנמיה חמורה מוגדרת ע"פ ה- WHO כרמת המוגלובין של פחות מ- 7 ג'/דל". אנמיה בהריון הינה מצב שכיח מאד גם ללא סיבות קליניות אלא משנית לשינויים הפיזיולוגיים בהריון. הטיפול באנמיה הוא בעיקר מניעתי וכולל מתן תכשירי ברזל באופן פומי. במקרים מסוימים פחות שכיחים קיימות מחלות אימהיות או מצבים אשר מצריכים טיפול בעירויי ברזל דרך הוריד או אף מתן מנות דם.

ספרות: כאמור, אנמיה בהריון הינה תופעה שכיחה מאד ולרוב איננה דורשת התערבות מיוחדת למעט מתן תכשירי ברזל [1-6]. כאשר האנמיה הופכת למשמעותית יותר, היולדת עשויה להיות סימפטומטית. יש לציין כי לא קיים סף מוגדר בספרות ממנו היולדת הופכת להיות סימפטומטית וקיימת תלות בין קצב התפתחות האנמיה, נוכחות אנמיה כרונית לפני ההריון אשר מוחמרת בהריון עקב השינויים הפיזיולוגיים, מצבה הגופני של היולדת לפני ההריון, מחסני הברזל של היולדת, ועוד [2-4]. הסימפטומים יכולים לכלול בין היתר – עייפות, סחרחורות, דופק מואץ גם במנוחה, קוצר נשימה, תחושת עילפון ועוד.

בעוד שפעילות גופנית בהריון מומלצת ע"פ רוב הגורמים והאיגודים המקצועיים בעולם, הרי שפעילות גופנית מוגברת במצב של אנמיה בהריון (התעמלות או עבודה קשה) יכולה להחמיר את מצב היולדת ואיננה מומלצת ובמיוחד אם היולדת סימפטומטית עוד לפני הפעילות [7-9].



המלצות:

- ערכי הסף להגדרת אנמיה בהריון הינה רמת המוגלובין של 11 ג'ד"ל.
- אנמיה באישה הרה שאיננה תסמינית (אבחנה מעבדתית) וללא קשר לשלב ההריון בו היא נמצאת, איננה התוויה לשמירת הריון
- אנמיה מחוסר ברזל אשר מלווה בתסמינים משמעותיים – יש לאפשר שמירת הריון בכל טרימסטר כל עוד היולדת תסמינית ומקבלת טיפול (כמו עירוי ברזל) ועד לתיקון האנמיה ו/או הקלת הסימפטומים.
- ביולדת עם טלסמיה בהריון אשר מטופלת בעירוי דם ו/או אשר סובלת מתסמינים משמעותיים, יש לאפשר שמירת הריון עם הופעת התסמינים.
- כל גמלה לשמירת הריון עקב אנמיה תינתן לזמן קצוב של 30-60 יום והמשכה יהיה בכפוף לתיעוד פרוספקטיבי (יש צורך בתיעוד על בירור האנמיה שבוצע, כיצד בוצע הטיפול לתיקון האנמיה, סימפטומטולוגיה, וכד').



References:

1. Anemia in pregnancy. ACOG practice bulletin #233, Obstet Gynecol 138(2), e55-e62, August 2021.
2. James, AH. Iron Deficiency Anemia in Pregnancy. Clinical expert series. Obstet Gynecol 2021;138:663–74
3. Anemia in pregnancy. www.uptodate.com © 2024
4. Iron Deficiency Anemia in Pregnancy. Clinical expert series. Obstet Gynecol 2021;138:663–74)
5. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. British Committee for Standards in Haematology. 2019
6. טיפול באנמיה בהריון ומשלב הלידה. נייר עמדה #49 האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה, 2023
7. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Committee opinion No. 650, December 2015.
8. Exercise in pregnancy. RCOG Statement No. 4, 2006
9. Exercise in pregnancy and the postpartum period. Joint SOGC/CSEP clinical practice guideline. No. 129, June 2003.



דימומים בהריון

דימום בטרימסטר ראשון:

דימום בטרימסטר ראשון הינו שכיח מאד ועשוי להגיע לכדי 25% מכלל ההריונות (1). אין הוכחות שמנוחה מכל סוג שהוא יכולה למנוע הפלות בטרימסטר הראשון (1-3).

- בדימום אקטיבי בטרימסטר ראשון יש להמליץ על חופש מחלה לזמן קצוב עד שהדימום נחלש או פוסק. גם כאשר הדימומים חוזרים על עצמם, ההמלצה היא לחופש מחלה כל עוד קיים דימום (1).
- בדימום אקטיבי בטרימסטר ראשון אשר חוזר על עצמו מספר פעמים ניתן לאפשר שמירת הריון לתקופה קצובה (של 30 יום). המשך שמירת ההריון מעבר לתקופה שנקצבה יהיה בכפוף לתיעוד פרוספקטיבי וייגזר ממצבה הקליני של היולדת (האם הדימומים ממשיכים או נפסקו) והאם קיימים גורמי סיכון נוספים.

יש להתייחס גם לאופי העבודה של האישה במכלול השיקולים. יש לשים לב שהפרשה דמית חומה (דם ישן) מתמשכת לאורך זמן איננה נחשבת לדימום אקטיבי (מקורה עשוי להיות מהתנזלות של המטומה, אקטרופיון מדמם ועוד) ולכן אין התוויה לשמירת הריון בגינה. יש להתייחס גם לנייר העמדה של המטומה סוב-כוריונית כאשר קיים דימום בהריון וממצא של המטומה.



דימום בטרимסטר שני/שלישי:

- באבחנה של שליית פתח/מרגינלית/נמוכה ובנוכחות דימום יש לאפשר שמירת הריון לתקופה קצובה של 30-60 יום. זאת מאחר וחלק מההשליות המרגינליות או הנמוכות בטרמסטר שני ימצאו במיקום תקין בהמשך (4-7). לאחר מכן יש לבחון את המשך הגמלה ע"פ הממצאים והקליניקה (המשך דימום או הפסקתו, מיקום השליה, עבודה פיזית או פקידותית).
- באבחנה של שליית פתח מלאה בטרמסטר שלישי, גם ללא דימום יש לאפשר שמירת הריון ע"פ בקשת הרופא המטפל לתקופה קצובה של 30-60 יום. לאחר מכן יש לבחון את המשך הגמלה ע"פ הממצאים והקליניקה (המשך דימום או הפסקתו, מיקום השליה, עבודה פיזית או פקידותית).
- אין מקום לשמירת הריון בשליה מרגינלית/נמוכה ללא דימום ו/או העבודה איננה פיזית (עבודה מול מחשב, פקידותית, ו כד').
- באבחנה של הפרדות שליה ובנוכחות אירועי דימום יש לאפשר שמירת הריון כל עוד נמשך הדימום או אם הוא מלווה בקיצור צוואר הרחם או צירים מוקדמים (4)
- באבחנה של Vasa previa יש לאפשר שמירת הריון מהאבחנה ועד הלידה. (7-8)
- באבחנה של שליה נעוצה ללא דימום אין הצדקה לשמירת הריון (עיקר הסיבוכים הנובעים מכך הן כמעט אך ורק בזמן הלידה). אם האבחנה מלווה בדימומים, יש לאפשר שמירת הריון.

זה המקום לציין גם את הסיכום של האיגוד האמריקני לרפואת האם והעובר (9) :

Bed rest (or decreased activity) or pelvic rest, or both, is of unproven benefit in all settings, including placenta accrete spectrum, although in the past it was often advised, especially in the setting of bleeding

בכל מקרה יש לשקול באופן פרטני את הצורך במנוחה בהתאם לגורמי הסיכון, גיל ההריון, מספר האשפוזים (ככל שהיו), ונוכחות או העדר דימום חדש.



References:

1. Evaluation and differential diagnosis of vaginal bleeding before 20 weeks of gestation. Uptodate 2024 www.optodate.com
2. Early pregnancy loss. ACOG practice bulletin #150, 2015.
3. Aleman A, et al. Bed rest during pregnancy for preventing miscarriage. Cochrane Database of Systemic Reviews 2005.
4. RCOG Green-top guideline #63. Antepartum hemorrhage 2011 (updated 2022).
5. Management of bleeding in the late preterm period. SMFM consult series #44, 201
6. RCOG Green-top Guideline No. 27a, Placenta praevia and placenta accreta: Diagnosis and management, 2018.
7. RCOG Green-top Guideline No. 27b, Vasa Praevia: Diagnosis and management, 2018.
8. Diagnosis and management of vasa previa. SMFM consult series #37, 2015
9. Placenta Accreta Spectrum. Obstetric Care Consensus. SMFM #7, 2018.



דליות (Varicose veins) בהריון

רקע

הריון הינו אחד מהגורמים העיקריים אשר תורמים להתפתחות דליות (1). גורמים נוספים הינם גנטיים, מבניים ואחרים. דליות יכולות לגרום להופעת כאבים, הרגשת גודש, בצקת ופראסטזיות בגפיים התחתונות.

ספרות

דליות משמעותיות הינן גורם סיכון לסיבוכים וסקולריים כמו דלקת שטחית או עמוקה (Thrombophlebitis) ואף פקקת ורידים שטחית או עמוקה (2). למרות שדליות הינן תופעה שכיחה, אין עדות חד משמעית אשר מצביעה על דרך טיפול מומלצת אשר טובה יותר מהאחרות (3). בהריון דרך הטיפול המועדפת הינה טיפול שמרני (1,2). במסגרת ההמלצות בכלל ובהריון בפרט, יש להימנע מעמידה, הליכה, או ישיבה ממושכת ומומלץ לשנות תנוחה מידי פעם (1,3,4). מומלץ לקיים פעילות גופנית מתונה, וכאשר נמצאים בשכיבה ממושכת, יש להעדיף שכיבה על צד שמאל ע"מ לאפשר ניקוז אופטימלי לווריד הנבוב התחתון. הרמת הרגליים מעל גובה האגן במנוחה יכולה לעזור אף היא. הרמת הרגליים מומלצת 2 עד 4 פעמים ביום ולמשך 15-30 דקות כל פעם (5-7).

המלצות:

- אין התוויה לשמירת הריון בטרימסטר ראשון ושני אלא במקרים מורכבים וחריגים ולאחר יעוץ והמלצת כירורג כלי דם.
- בטרימסטר שלישי ובנוכחות גורמי סיכון נוספים (כמו השמנת יתר, דליות משמעותיות ובצקות), ניתן לאפשר שמירת הריון במקרים עם ממצאים קליניים משמעותיים. יש לבצע הערכת מצב פרטנית ע"פ הממצאים.
- בנוכחות דליות המגיעות עד לפות יש להתייחס כדליות בדרגה קשה ויש לשקול אישור הגמלה משבוע 24-28 גם ללא גורמי סיכון נוספים.
- בכל בקשה לגמלה עקב דליות קשות או בקשה לגמלה בטרימסטר ראשון/שני יש לקבל חוות דעת של כירורג/כירורג כלי דם עם בדיקה קלינית/הדמייתית מפורטת וציון הגורם המסכן וכן המלצות לטיפול.



References:

1. Smyth RMD, et al. Interventions for varicose veins and leg edema in pregnancy (review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015
2. Varicose veins: diagnosis and management. Clinical guideline Published: 24 July 2013 , nice.org.uk/guidance/cg168
3. Jones RH, et al. Management of varicose veins. *Am Fam Physician*. 2008;78(11):1289-1294
4. Tuchsén F, et al. Prolonged standing at work and hospitalisation due to varicose veins: a 12 year prospective study of the Danish population. *Occup Environ Med* 2005;62(12):847-50.
5. <https://www.healthline.com/health/elevating-legs>;
<https://www.mayoclinichealthsystem.org/hometown-health/speaking-of-health/7-tips-to-lower-varicose-vein-risk>;
<https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/varicose-veins>;
6. Orhurhu V, et al. Management of Lower Extremity Pain from Chronic Venous Insufficiency: A Comprehensive Review. *Cardiol Ther* (2021) 10:111–140
7. Patient education: Lower extremity chronic venous disease (Beyond the Basics). www.uptodate.com©2024



Subchorionic hematoma

בסיכום הנושא של המטומה סוב-כוריאלית יש לציין כי רוב הספרות הקיימת בנושא הינה ישנה וכוללת בעיקר עבודות המתבססות על סדרות קטנות מכדי לקבל משמעות סטטיסטית, ולכן ההמלצות בנושא אינן נשענות על קרקע מוצקה. זו גם הסיבה שקיימים חילוקי דעות רבים בנושא זה. בסיכום זה נעשה מאמץ להביא את עיקרי הספרות העדכנית ממקורות אשר נחשבים כמהימנים ובעיתונים בעלי גורם השפעה (Impact factor) גבוה ככל הניתן (הגם שהציטוטים בהם כוללים גם מחקרים ישנים יותר) ואינם נסמכים על תיאורי מקרה בודדים או תיאורי סדרות קטנות.

רקע

המטומה סוב-כוריאלית הינה ממצא שכיח שניתן לזיהוי באולטרסאונד ב- 3.1-44% מההריונות בטרימסטר ראשון או שני (5-1). כפי שמופיע בספר Williams Obstetrics (6) רוב ההמטומות הנצפות באולטרסאונד הינן קטנות וללא משמעות קלינית (7). יחד עם זאת, כאשר ההמטומה הינה נרחבת, הסיכון להפלה, הפרדות שליה ולידה מוקדמת עולה (1). האם דימום המלווה באבחנה של המטומה מעלה את הסיכון להפלה הינו נושא שנזכר במחלוקת, אך דיווחים מהשנים האחרונות גורסים שעצם הופעת דימום איננו מעלה את הסיכון להפלה (7), גם לא בהריון תאומים (8) או בהריונות IVF (9). גם כיום אין תשובה לשאלה האם הפלה בנוכחות המטומה נגרמה עקב ההמטומה או שההמטומה הינה ביטוי לדימום רחמי שהוביל להפלה (הביצה והתרנגולת).

באבחנה הסונוגרפית של המטומה סובכוריאלית יש להבדיל בין (1) *retroplacental hematoma* – הממוקמת בין השליה והדצידואה (2) *subchorionic hematoma* – בין השליה והקרומים (3) *subamniotic hematoma* – מתחת לאמניון אך מעל לכוריון (ומקורה בכלי דם עובריים) (6). כפי שמופיע בספר Gabbe's Obstetrics (10) ל- *Retroplacental hematoma* פרוגנוזה גרועה יותר מאשר ל- *subchorionic hematoma* וגודל ההמטומה עשוי לנבא את הפרוגנוזה. המטומות רטרופלצנטריות בנפח של מעל 60 מ"ל כרוכות בכ- 50% סיכון לאבדן העובר, ואילו המטומה סובכוריאלית בנפח דומה כרוכה ב- 10% סיכון (1, 13). בעבודה נוספת מדווח שאם ההמטומה גדולה מ- 25% מנפח שק ההיריון, הסיכון לאבדן ההיריון גדול יותר (12). יחד עם זאת יש לציין שהמקורות המצוטטים בעבודות אלה הינם ישנים מאד. עבודה ישנה נוספת מדווחת על אבדני הריון בשיעור של 7.7% כאשר ההמטומה קטנה (פחות משליש שק ההיריון), 9.2% כאשר



גודל ההמטומה בין שלישי ומחצית שק ההיריון, ו- 18.8% כאשר ההמטומה משתרעת על פני מעל לשני שלישים משק ההיריון (14).

הסיבוכים המדווחים כקשורים להמטומה סובכוריאליה הינם הפלות מוקדמות ומאחרות, הפרדות שליה, IUGR, מות עובר, ירידת מים מוקדמת ועוד. כאמור, ישנה שונות גדולה מאד בתוצאי העבודות השונות וזאת עקב ההטרוגניות המתודולוגית השונה בין העבודות ובמספר הנבדקות במחקר. בעבודה של Tuuli וחב' משנת 2011 (1) בה בוצעה מתא-אנליזה של העבודות שהתפרסמו עד אז (משנת 1987 ועד 2010), אכן נמצא שיעור גבוה יותר של סיבוכים, אך יש לשים לב שגם המחקר עצמו מתריע על הבעייתיות הסטטיסטית של הממצאים. קבוצות המחקר והביקורת לא היו דומות, עיתי ביצוע האולטרסאונד לא היה מתועד בחלק מהעבודות, כך גם מיקום וגודל ההמטומה וכן משתנים נוספים אשר עשויים היו להשפיע על התוצאות שדווחו. למשל, שיעור ההפלות המוקדמות שנמצא בקבוצת המחקר היה 17.6% לעומת 8.9% בקבוצת הביקורת (OR 2.18), אך אחוז זה איננו גבוה בצורה משמעותית משיעור ההפלות המדווחות בטרימסטר ראשון בכלל האוכלוסייה (6, 12), ולכן הסיכום בעבודה זו כולל את המשפט "**הממצאים במטא-אנליזה הראו קשר מתון (modest association) לגבי הסיבוכים שנמצאו לבד מהפרדות שליה שהראתה מגמה מובהקת יותר. תוצאות אלה יכולות להיות לעזר ביעוץ רפואי לנשים אלו, אלא שאין התערבויות רפואיות מוכחות אשר יכולות לשנות את התוצאות.**"

חשוב גם לשים לב באבחון הסונוגרפי שלא לטעות בין המטומה וחיבור לא שלם בין האמניון והכוריון שאופייני לטרימסטר ראשון בהריון, או ממצא של תאום שנספג – ממצאים אשר עשויים להיות דומים מאד להמטומה (15).

חשוב לציין את נייר העמדה של האיגוד האמריקני למיילדות וגינקולוגיה משנת 2017 (16) בו התשובה לשאלה האם ניתן למנוע באמצעות התערבות כל שהיא אבדן הריון מוקדם נתונה כדלהלן:

There are no effective interventions to prevent early pregnancy loss. Therapies that have historically been recommended, such as pelvic rest, vitamins, uterine relaxants, and administration of b-hCG, have not been proved to prevent early pregnancy loss. Likewise, bed rest should not be recommended for the prevention of early pregnancy loss. A 2008 Cochrane review found no effect of prophylactic progesterone administration (oral, intramuscular, or vaginal) in the prevention of early pregnancy loss. For threatened early pregnancy loss, the use of progestins is controversial, and conclusive evidence supporting their use is lacking.



בנוסף, יש לציין מתא-אנליזה חדשה שפורסמה בשנת 2023 ואשר בחנה את הקשר בין המטומה סוב כוריונית בטרימסטר ראשון ולידות מוקדמות (17). הסיכום הוא שלא נמצא קשר בין המטומה סוב-כוריונית ולידות מוקדמות או סיבוכי הריון אחרים. עם זאת נמצא קשר לעליה בשיעור ההפלות המוקדמות. גם הסיכום ב- UPTODATE מתאר סיכון גבוה יותר להפלות כאשר נפח ההמטומה 25% או יותר מנפח שק ההריון ולעומת זאת הקשר בין ההמטומה ולידות מוקדמות איננו ברור (18). גם כאן ההמלצה לגבי מנוחה היא חד משמעית ומסתכמת במשפט - *Bed rest is unnecessary and will not improve outcome*

גורמי סיכון: גורמי הסיכון המדווחים להמטומה סוב-כוריאלית הם בעיקר גיל האישה, הריונות המושגים ע"י IVF, נטילת אספירין ואבחון ההמטומה ע"י אולטרסאונד המבוצע מוקדם מאד בהריון. (ככל שהאולטרסאונד מבוצע מוקדם יותר כך שיעור ההפלות היה גבוה יותר, אך ללא אפשרות לדעת אם הייתה זו ההמטומה הסיבה להפלה, או שהיה זה ממצא מקרי שאובחן בהריון שממילא עתיד היה להסתיים בהפלה מוקדמת).

חשוב להדגיש כי באף אחת מהעבודות שפורסמו אין המלצה לשינוי בפעילות גופנית או המלצה למנוחה אלא בזמן דימום פעיל. לעומת זאת ישנן המלצות ליידע את המטופלת על הסיבוכים האפשריים, לשים לב אליהם ולעקוב אחר המטופלת בצורה תכופה יותר. כיוון שהמעקב האם לבצע מדידות אורך צוואר הרחם, והטיפול בפרוגסטרון –שנויים במחלוקת (19), ואין הנחיות מעשיות ברורות, הטיפול והמעקב נתונים לשיקולו של הרופא המטפל. נושא זה מסוכם היטב בספר של Creasy & Resnick -

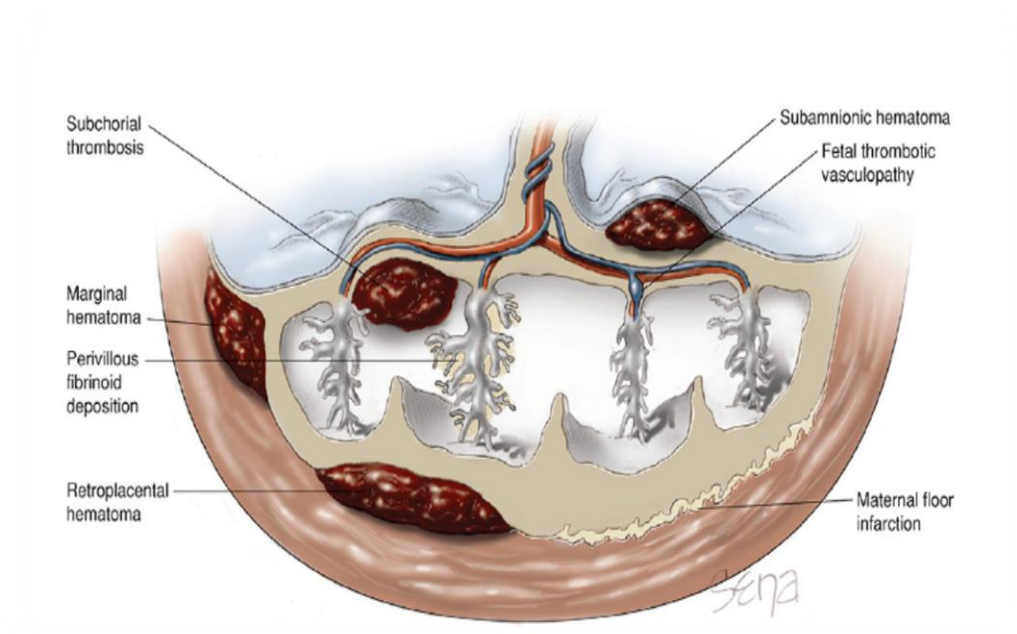
Although there is a slight increase in the risk of adverse pregnancy outcomes in women with SCH, they should be reassured that most SCH's resolve and result in the birth of healthy infants. There is no clear evidence that reduced activity, pelvic rest, or increased surveillance with ultrasound or nonstress tests improves outcomes.



המלצות לשמירת הריון:

מאחר וכאמור, שכיחות האבחנה של המטומה סוב-קוריאלית הינה גבוהה ובמיוחד בטרימסטר הראשון, ומאחר וחילוקי הדעות בנושא רבים מהסיבות שפורטו, ההמלצות הן כדלהלן:

1. ממצא סונוגרפי מקרי של המטומה קטנה בטרימסטר ראשון באישה שאיננה מדממת ואופי עבודתה איננו פיזי – אין הצדקה רפואית לאישור גמלה (הגדרת המטומה קטנה היא כאשר היא תופסת פחות מ- 25% משק ההריון).
 2. ממצא סונוגרפי של המטומה באישה מדממת – יש להתייחס כהפלה מאיימת ללא קשר להמטומה ולהמליץ על חופש מחלה כמקובל. (הפרשה חומה לאורך זמן איננה נחשבת כדימום פעיל אלא כהתנקזות דם ישן מההמטומה והוא מצב צפוי שאיננו מסכן את ההריון). אם הדימום חוזר על עצמו מספר פעמים, ניתן לאשר שמירת הריון לפרק זמן קצוב של 30 יום ולבצע הערכה מחודשת לאחר מכן.
 3. המטומה נרחבת (25% או יותר מנפח שק ההריון) עם או בלי דימום – ניתן לאשר גמלה לזמן קצוב של 30 יום. המשך הגמלה יהיה בכפוף לתיעוד מעקב ההריון והממצאים אשר ידווחו בהמשך (צמיחת ההמטומה מצד אחד או ספיגתה מצד שני, המשך דימום או היעדרו וסיבוכים מיילדותיים נוספים). יש להתייחס גם לאופי העבודה של האישה (פיזית או פקידותית) בשיקולים לאישור הגמלה.
 4. המטומה קטנה בטרימסטר שני/שלישי ללא עדות לקיצור צוואר הרחם, צירים מוקדמים, דימום, או סיבוך הריוני נוסף – אין הצדקה לאשר גמלה (מנוחה איננה מונעת לידה מוקדמת או ירידת מים מוקדמת).
- יש כמובן להפעיל שיקול דעת קליני לפני החלטה בהתחשב בהיסטוריה הרפואית וגורמי סיכון נוספים.**





References:

1. Tuuli MG, Norman SM, Odibo AO, Macones GA, Cahill AG. Perinatal outcomes in women with subchorionic hematoma: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2011;117(5):1205–12.
2. Nagy S, Bush M, Stone J, Lapinski RH, Gardo' S. Clinical significance of sub-chorionic and retroplacental hematomas detected in the first trimester of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2003;102(1):94–100.
3. Sharma G, Kalish RB, Chasen ST. Prognostic factors associated with antenatal subchorionic echolucencies. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(4):994–6.
4. Norman SM, Odibo AO, Macones GA, Dicke JM, Crane JP, Cahill AG. Ultrasound-detected subchorionic hemorrhage and the obstetric implications. *Obstet Gynecol* 2010;116(2 Pt 1):311–5.
5. Maso G, D'Ottavio G, De Seta F, Sartore A, Piccoli M, Mandruzzato G. First-trimester intrauterine hematoma and outcome of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005;105(2):339–44
6. Williams Obstetrics, 26ed, 2022 by McGraw Hill
7. Naert MN, Muniz Rodriguez A, Khadraoui H, et al: Association between first-trimester subchorionic hematomas and adverse pregnancy outcomes after 20 weeks of gestation in singleton pregnancies. *Obstet Gynecol* 134(4):863, 2019
8. Naqvi M, et al. Subchorionic hematomas and adverse pregnancy outcomes among twin pregnancies. *Am J Perinatol* ;Nov. 2019.
9. Anderson KL, et al. Outcomes of in vitro fertilization pregnancies complicated by subchorionic hematoma detected on first-trimester ultrasound. *Fertil Steril Rep Vol.* 1, No. 2, September 2020
10. Gabbe's Obstetrics Normal and problem pregnancies. 8th Ed. Ch 18 Antepartum and Postpartum Hemorrhage
11. Nyberg DA, Mack LA, Benedetti TJ, et al. Placental abruption and placental hemorrhage: correlation of sonographic findings with fetal outcome. *Radiology.* 1987;358:357.
12. Pearlstone M, Baxi L. Subchorionic hematoma: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1993; 48:65



13. Ammon Avalos L, Galindo C, Li DK: A systematic review to calculate background miscarriage rates using life Table analysis. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 94(6):417, 2012
14. Bennett G, Bromley B, Lieberman E, Benacerraf. Subchorionic hemorrhage in first trimester pregnancies: prediction of pregnancy outcome with sonography. Radiology 1996;200:803–6
15. Pearls and pitfalls in first-trimester obstetric sonography. Mazzariol FS, et al. Clinical Imaging 39 (2015) 176–185
16. ACOG PRACTICE BULLETIN #150 (May 2015, reaffirmed 2017); Early pregnancy loss.
17. Xiaomeng Y, et al. Subchorionic hematoma and risk of preterm delivery: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol MFM 2023;5(1) 100791
18. Evaluation and differential diagnosis of vaginal bleeding before 20 weeks of gestation. UpToDate 2024. www.uptodate.com©2024
19. Creasy & Resnick 8th Ed. 2019, Chapter 46- Placenta Previa and Accreta, Vasa Previa, Subchorionic Hemorrhage, and Abruptio Placentae



הפלות חוזרות

רקע

הפלות חוזרות (Recurrent pregnancy loss- RPL) מוגדרות באובדן הריון עד שבוע 24 בשניים או יותר הריונות [1]. ההגדרה של אובדן הריון מוקדם חוזר (REPL - Repeat early pregnancy loss) הוא אובדן של שניים או יותר הריונות עד שבוע 10 להריון. במניין ההריונות יש לכלול הן הריון ספונטני והן הריון שהושג ע"י ART (Assisted reproductive technology –). הריון אקטופי, מולרי או כשולן החזרת עוברים ב ART - איננו נכלל במניין ההריונות. לעומת זאת, הריון כימי שאושר ע"י תבחין ביוכימי נכלל בהגדרת הריון. [1]

האיגוד האירופאי (ESHRE), אימץ את הדעה שאין זה משנה להגדרת הפלות חוזרות אם מדובר בהריונות עוקבים או שאינם עוקבים בהן אירעו הפלות. עם זאת יש לציין כי אין קונצנזוס לגבי ההגדרות הנ"ל ויש המחשיבים כהפלות חוזרות רק אם מדובר בהריונות קליניים, או רק עד שבוע 20 להריון או רק שלושה או יותר אובדני הריון עוקבים [2,3,4]

ספרות

ה ACOG - בנייר העמדה על הפלות מוקדמות בהריון, מציין באופן ברור שאינן להמליץ על מנוחה במיטה כטיפול או מניעת הפלה מוקדמת [5]. אין גם עדות כי פעילות גופנית מעלה את היארעות ההפלות החוזרות (ויתכן אף ההיפך).

קיימת ספרות מועטה המציגת שפעילות גופנית קיצונית עשויה להגביר את היארעות ההפלות [1].

אין המלצות ע"י האיגודים המקצועיים המובילים בעולם להגבלת פעילות בהריון עם היסטוריה של הפלות חוזרות [2-6]. בנוסף, אין גם ספרות אמינה הקושרת בין אופי עבודה ספציפי והפלות חוזרות. עבודת משמרות, שעות עבודה ממושכות (מעל 40 שעות/שבוע), עמידה ממושכת (מעל 6-8 שעות) והרמת משאות כבדים (מעל 100 ק"ג/יום) הייתה קשורה בעליה מתונה בסיכון להפלה [7-8].



ככלל אין המלצה על הגבלה בפעילות שגרתית ויום יומית בנשים עם הפלות חוזרות למניעת הפלה חוזרת [6-8]. בנשים אשר עוסקות בפעילות גופנית אינטנסיבית (ספורט או אופי העבודה), יש להמליץ על הגבלת עצימות הפעילות למתכונת של פעילות שגרתית.

המלצות:

- אין התוויה לשמירת הריון "מניעתית" לאישה אסימפטומטית רק עקב אבחנה של הפלות חוזרות בעברה.
- בעבודה מאומצת (הרמת משאות כבדים, הליכה ועמידה ממושכת, וכד') ו/או בהמצאות גורמי סיכון נוספים ניתן להמליץ על גמלה בטרימסטר ראשון (עד שבוע 13) [9-11]. יש לפנות קודם לכן למעסיק בנושא התאמת תנאי העבודה למצבה של האישה לפי חוק הזדמנויות שוות בתעסוקה 1988 התשמ"ח. באם המעסיק יצהיר שאין ביכולתו לספק תנאים אלו, ניתן לאשר את הגמלה לשמירת הריון. מועד אישור הגמלה ומשך הגמלה יהיה בהתחשב בהיסטוריה המיילדותית של האישה, אופי העבודה, ממצאים קליניים והדמייתיים, והמלצה מנומקת של הרופא המטפל עם פירוט הגורם המסכן את ההיריון.
- בכל מקרה בו מתבקשת הארכת משך הגמלה מעבר לשבוע 13 יש צורך בתיעוד פרוספקטיבי וההנמקה לבקשת ההארכה.



References:

1. Recurrent pregnancy loss. ESHRE 2023 Guideline of European Society of Reproduction and Embryology Update 2022.
2. de Assis V. et al. Evaluation of recurrent pregnancy loss. *Obstet Gynecol* 2024;143:645-59.
3. Recurrent miscarriage. Green Top Guideline #17 RCOG BJOG 2023;00:1-31
4. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. The
5. practice committee of the American Society of Reproductive Medicine (ASRM). *Fertil*
6. *Steril* 2012;98:1103-11
7. Early pregnancy loss. ACOG practice bulletin # 200, *Obstet Gynecol* 2018;132:e197
8. Recurrent pregnancy loss: Definition and etiology. www.uptodate.com © 2024
9. Bonde JP, et al. Miscarriage and occupational activity: a systematic review and meta-analysis regarding shift work, working hours, lifting, standing, and physical workload. *Scand J Work Environ Health* 2013 Jul;39(4):325-34
10. Palmer KT, Et al. Concise guidance: Pregnancy - occupational aspects of management. On behalf of a multidisciplinary Guideline Development Group convened by, and in association with The Royal College of Physicians Health and Work Development Unit. *Clin Med*. 2013; 13(1): 75–79.
11. Employment considerations during pregnancy and the postpartum period. ACOG Committee Opinion #733, *Obstet Gynecol* 2018; 131(4):e115
12. Cai C. et al. The impact of occupational activities during pregnancy on pregnancy outcomes: a systematic review and metaanalysis. *AJOG* 2020; <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.08.059>
13. Certenais T, et al. Biomechanical and organisational constraints of pregnant women at work: definition of exposure levels using a consensus method (Delphi). *BMJ Open*
14. 2022;12:e052474. doi:10.1136/bmjopen-2021-052474



הקאות יתר בהריון

רקע

בחילות והקאות בהריון הינן תופעה נפוצה מאד אשר מדווחת בכ- 50-80% מההריונות, אך מצב של היפראמזיס מתואר רק בכ 0.3-3% מההריונות [1]. למעשה מדובר בקשת רחבה של מצבים אשר בקצה הקל מדובר על בחילות עם או בלי הקאות, ובקצה השני (הנדיר יותר) מצב של היפראמזיס (HEG) הכולל הקאות רבות בלתי נשלטות עד כדי התייבשות, ירידה במשקל, הפרעות אלקטרוליטריות וצורך באשפוז. ההגדרה של היפראמזיס איננה מוסכמת על הכל. קיימת המלצה להשתמש בהגדרת Windsor [2] אשר גורסת – **"מצב בו הבחילות וההקאות הינן חמורות, מתחילות מוקדם בהריון (לפני שבוע 16), גורמת למצב של חוסר אפשרות לאכול ולשתות בצורה מספקת ומגבילה באופן משמעותי את הפעילות היומית הרגילה"**. דהידרציה הינה סימן תומך נוסף אך לא אבחנתי. קטונוריה איננה מהווה אינדיקציה לחומרת ההיפראמזיס או ההתייבשות ואין לכלילה כגורם המגדיר את חומרת ההיפראמזיס. בהגדרה החדשה ההסתמכות הינה על המצב הסובייקטיבי של המטופלת וזאת בנגוד להגדרות העבר אשר הסתמכו על ממצאים אובייקטיביים של ירידה במשקל והפרעות אלקטרוליטריות [1,3,4]. הקאות יתר אופייניות לטרימסטר הראשון בהריון אך עשויות להמשיך גם בטרימסטר שני ושלישי (לדוגמא בהריון תאומים).

ההמלצות לטיפול בהיפראמזיס כוללות בעיקר טיפול תומך וטיפול תרופתי (ויטמינים מקבוצת B, פרמין, בונג'סטה, ותרופות קו שני שהשימוש בהן נדיר יותר). הטיפול התרופתי משולב בד"כ עם דיאטה מבוקרת. כאשר קיים מצב של התייבשות, ירידה במשקל, הקאות בלתי פוסקות או הפרעות אלקטרוליטריות וקטונוריה, מומלץ לאשפז את היולדת [1,3,4]. אין עדות לכך שישנה עדיפות של טיפול אחד על אחר וההטבה המושגת היא סובייקטיבית [3-5].

כלי עזר להערכת חומרת הבחילות וההקאות בהריון אשר עבר תיקוף (validation) פורסם בקנדה בפרויקט Motherisk ונקרא (Pregnancy Unique Quantification of Emesis) PUQE ויכול להוות כלי עזר חשוב להערכת מצבה הקליני והתפקודי של היולדת [6]. (נספח 1). כלי נוסף שפותח בארה"ב בשם HELP score וגם הוא מתוקף ניתן לשימוש גם הוא [7].



המלצות:

- בחילות והקאות בהריון איננה התוויה לשמירת הריון.
- היפראמזיס הינה התוויה לשמירת הריון כאשר היולדת עונה על הקריטריונים של חוסר יכולת תפקודית משמעותית למרות טיפול תרופתי וממצאים קליניים אובייקטיביים הכוללים ירידה במשקל (לפחות 5% מהמשקל לפני ההיריון) [1,3], אשפוז ביתי עם קבלת נזלים, או אשפוז אחד או יותר בבי"ח מסיבה זו. יש לאפשר שמירת הריון לתקופה קצובה (בד"כ למשך 30-60 יום), ובהמשך יש לשקול אם קיים צורך להאריך את שמירת ההריון לתקופה נוספת ע"פ התסמינים, הקליניקה והבדיקות הרפואיות הרלבנטיות וע"פ תיעוד פרוספקטיבי.



References:

1. Nausea and vomiting of pregnancy. ACOG practice bulletin #189, January 2018.
2. Jansen LAW, et al. The Windsor definition for hyperemesis gravidarum: A multistakeholder international consensus definition. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 266 (2021): 15–22
3. The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum. RCOG - Green Top guideline #69. *BJOG*. 2024;131:e1–e30
4. בחילות והקאות בהריון נייר עמדה מס' 19, 2022, החברה הישראלית לרפואת האם והעובר
5. Matthews A, et al. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No.: CD007575
6. Nausea and vomiting of pregnancy: Treatment and outcome. UpToDate July 2024.
7. Ebrahimi N, et al. Nausea and vomiting of pregnancy: using the 24-hour Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE-24) scale. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31:803–7
8. MacGibbon KW, Kim S, Mullin PM, Fejzo MS. HyperEmesis Level Prediction (HELP Score) Identifies Patients with Indicators of Severe Disease: a Validation Study. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. Jan 2021;81(1):90-8

נספח 1**Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE) index**

Total score is sum of replies to each of the three questions. PUQE-24 score: Mild ≤ 6 ; Moderate = 7–12; Severe = 13–15.

Motherisk PUQE-24 scoring system

In the last 24 hours, for how long have you felt nauseated or sick to your stomach?	Not at all (1)	1 hour or less (2)	2–3 hours (3)	4–6 hours (4)	More than 6 hours (5)
In the last 24 hours have you vomited or thrown up?	7 or more times (5)	5–6 times (4)	3–4 times (3)	1–2 times (2)	I did not throw up (1)
In the last 24 hours how many times have you had retching or dry heaves without bringing anything up?	No time (1)	1–2 times (2)	3–4 times (3)	5–6 times (4)	7 or more times (5)

PUQE-24 score: Mild ≤ 6 ; Moderate = 7–12; Severe = 13–15.



יתר ל"ד בהריון

רקע

ההגדרות והקלסיפיקציה של יתר ל"ד בהריון (כולל פרה-אקלמפסיה) דווחו בספרות בהרחבה כולל בניירות עמדה של איגודים מקצועיים רבים [1-4]. אין מטרת נייר עמדה זה לחזור על ההגדרות או הקלסיפיקציה והטיפוליים אלא רק להביא את ההקשר שבין יתר ל"ד בהריון והצורך בשמירת הריון כטיפול או כמניעה למצב זה.

ספרות

יש להבדיל בעיקר בין מצב של יתר ל"ד כרוני בהריון ובין מצב של פרה-אקלמפסיה. יתר ל"ד כרוני בהריון הוא מצב בו המחלה קיימת עוד לפני ההיריון (או לפני שבוע 20 להריון) והיא יכולה להיות מטופלת לפני ההיריון או במהלכו ע"י טיפול תרופתי. פרה-אקלמפסיה לעומת זאת הינה מצב שנובע מההיריון וחולף לאחר הלידה (אך עשוי לחזור בהריונות נוספים). מצב זה עשוי גם "להתלבש" על יתר ל"ד כרוני ולסבך את מצב היולדת בכ- 2-8% מההריונות.

רוב הספרות הקיימת איננה תומכת בהנחה שמנוחה במיטה או הגבלת פעילות תורמת למניעה או לטיפול ביתר ל"ד מכל סוג שהוא בהריון כולל במצבים בהם ישנו IUGR [1,5-8]. חוץ מעבודות ספורות וישנות מאד, קיימת תמימות דעות בספרות שאין עבודות טובות אשר קובעות שהגבלת פעילות גופנית או מנוחה מוחלטת יכולות למנוע או לעזור בטיפול במצבים של יתר ל"ד כרוני בהריון. לפיכך כל האיגודים המקצועיים הגדולים בעולם מציינים שאינן להמליץ על מנוחה במצב של יתר ל"ד אך הגבלת פעילות גופנית מאומצת מאד בטרמיסטר שלישי ובמיוחד כאשר קיימים סיבוכים אימהיים או עובריים נוספים עשוי להקל על האישה ההרה. חריגה מהמלצות אלו התפרסמה לאחרונה בעבודה בה נמצא שמנוחה למשך של שבועיים בלבד שיפרה את הצמיחה בעוברים עם FGR של פחות מאחוזון 10 [9] (אם כי יש לציין כי התעוררו שאלות מתודולוגיות רבות בקשר למאמר זה).

יש לציין במיוחד את ההיגד שפורסם בשנת 2023 ע"י האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה בשיתוף עם החברה הישראלית לרפואת האם והעובר [10] אשר אומר להלן:

אין להמליץ על מנוחה מלאה בהריון באופן שגרתי באף התוויה. שכיבה מלאה או מניעה מוחלטת של פעילות פיזית הייתה מקובלת בעבר בהתוויות שונות כגון: הריון מרובה עוברים, האטה בגדילה התוך רחמית, ירידת מים מוקדמת, דימום נרתיקי, עלייה בלחץ הדם בהריון.



על פי המידע הקיים בספרות כיום. המלצה זו אינה משפרת את תוצאות ההיריון אבל מפחיתה את מסת השריר ומעלה את הסיכון לאירועים טרומבו-אמבוליים בהריון ולכן אינה מומלצת באופן שגרתי. יש לשקול כל מקרה לגופו.

יש לציין כי פרוטאינוריה מבודדת באישה ללא יתר ל"ד איננה אבחנתית לפרה-אקלמפסיה ע"פ הקריטריונים האבחנתיים המקובלים, אך בכ- 30% מהן יופיע בהמשך גם יתר ל"ד אשר ישנה את האבחנה [11]. גם כאשר מאובחן IUGR אין המלצה למנוחה וזאת המלצה בעלת תוקף גבוה ע"פ ה- SMFM [12] –

We recommend against the use of sildenafil or activity restriction for in utero treatment of FGR. (Grade1B -Strong recommendation, moderate-quality evidence).

האם קיימת השפעה של סביבת העבודה על יתר ל"ד נבדק במאמר מסכם משנת 2021 [13]. קשה מאד היה לקבל נתונים מהימנים שכן רוב העבודות היו בעלות מתודולוגיה שונה, קבוצות הטרוגניות ובעלות נתונים חסרים ולכן גם הממצאים היו סותרים. יחד עם זאת ניתן לסכם שעבודה פיזית קשה, עמידה והליכה ממושכת, נשיאת משאות כבדים (20-10 ק"ג!), שעות עבודה ממושכות ועבודה במשמרות כנראה משפיעות לרעה על יתר ל"ד.

המלצות:

- אין התוויה לשמירת הריון עקב יתר ל"ד כרוני (גם אם הוא מאוזן ע"י תרופות) אלא בנוכחות גורמי סיכון אימהיים או עובריים מתועדים נוספים. שמירת ההריון תאושר מטרימסטר שלישי או קודם לכן אם ישנה יציאה מאיזון או סיבוך הריוני.
- במצב של פרה-אקלמפסיה או לאחר אשפוז בבי"ח עם אבחנה זו יש לאשר שמירת הריון.



References:

1. Hypertension in pregnancy. *Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy*. Obstet Gynecol 122 no. 5. 2013
2. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE guideline 2019
3. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary. SOGC clinical practice guideline J Obstet Gynaecol Can 2014;36(5):416–438.
4. נייר עמדה מס' 18 – יתר לחץ דם בהריון 2019, האיגוד הישראלי למיילדות וגinekולוגיה
5. Bigelow C. et al. Bed rest in pregnancy. MOUNT SINAI JOURNAL OF MEDICINE 78:291–302, 2011
6. Meher S, Duley L. Rest during pregnancy for preventing pre-eclampsia and its complications in women with normal blood pressure. *Cochrane Database SystRev* 2006; 2: CD005939
7. Chronic Hypertension in Pregnancy, ACOG PRACTICE BULLETIN #203, 2019
8. American College of Obstetrics and Gynecology. Gestational Hypertension and Preeclampsia: Practice Bulletin, Number 222. Obstet Gynecol 2020 Jun;135(6):e237-260
9. DeVore GR, et al. Maternal rest improves growth in small for gestational age fetuses (<10th percentile). Am J Obstet Gynecol 2025;232(1):118.e1-118.e12
10. לבחור בתבונה האיגוד הישראלי למיילדות וגinekולוגיה 2023
11. Bartal MF, et al. Proteinuria during pregnancy: definition pathophysiology, methodology, and clinical significance. Am J Obstet Gynecol 2020 <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.08.108>
12. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #52: Diagnosis and management of fetal growth restriction. pubs@smfm.org October 2020.
13. Spadarella E, et al. Occupational Risk Factors and Hypertensive Disorders in Pregnancy: A Systematic Review. Int J of Environmental Research and public health. 2021,18,8277. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168277>



לידות מוקדמות בעבר כהתוויה לשמירת הריון

רקע

לידה מוקדמת מוגדרת כלידה אשר התרחשה לפני 37 שבועות מלאים להריון [1]. יש לציין שכ-25% מכלל הלידות המוקדמות הינן יאטרוגניות ומשיקולים מיילדותיים הנוגעים לבריאותם של היולדת והעובר(ים) [2]. כמו כן יש לזכור כי כ-50% מהריונות תאומים וכ-90% מהריונות שלישייה מסתיימות בלידה מוקדמת.

ספרות

קיימת ספרות ענפה על גורמי סיכון ידועים ללידה מוקדמת. בין הגורמים היותר שכיחים נכללים גזע היולדת (אפרו-אמריקניות), מצב סוציו אקונומי נמוך, לידות מוקדמות בעבר, עישון, זיהומים בדרכי השתן, זיהומי חניכיים, short interpregnancy interval ועוד [2-3]. הגורמים הפרוגנוסטיים החשובים ביותר ללידה מוקדמת בהריון כוללים היסטוריה של לידה (או לידות) מוקדמות וקיצור צוואר הרחם מתחת ל-25 מ"מ [2,4,5]. בעבודות רבות כולל סיכום של ה-Cochrane נמצא שמנוחה במיטה או הגבלה בפעילות גופנית אינן משנות את התוצאות ואולי אף ההפך מכך. סיכום של עבודות אלו דווח בעבר [6]. יתר על כן, מחקרים רבים כולל מטה-אנליזות אשר בחנו את ההשפעה של עבודה קשה, הרמת משאות כבדים, עמידה ממושכת, עבודה במשמרות, שעות עבודה ממושכות וכד', מצאו רק אפקט שולי אם בכלל על הסיכון ללידה מוקדמת לאותן נשים [6-9]. אך מאחר ובכ"ז תתכן השפעה מסוימת על הסיכון ללידה מוקדמת, מומלץ להימנע מעמידה ממושכת (< 4 שעות) ושעות עבודה ממושכות (< 40 בשבוע) [8-10]. אין נתונים על עבודות ספציפיות הקשורות בסיכון יתר ללידות מוקדמות.

מאחר וע"פ הספרות הקיימת לידה מוקדמת בעבר (ובמיוחד אם היא האחרונה לפני הריון נוכחי) הינה הגורם המשמעותי ביותר ללידה מוקדמת חוזרת, יש להביא גורם זה בשיקולים לשמירת הריון. הסיכון ללידה מוקדמת חוזרת באישה שילדה בלידה מוקדמת בעבר הוא בערך פי 2 מאשר ליולדת שילדה במועד בעבר [9]. הסיכון עולה ככל שהלידה התרחשה בשבוע מוקדם יותר ובעיקר לפני שבוע 32.

חשוב לציין כאן את ההמלצות של אתר UPTODATE לנשים אשר בהריון נוכחי היה אירוע של צירים מוקדמים אשר חלף כדלהלן:



We advise patients that they may resume most activities of daily living and also advise avoiding daytime bedrest given the lack of evidence of its efficacy for reduction of preterm birth and the known significant thromboembolic and other risks of prolonged immobility. We suggest against lifting anything greater than 20 pounds, based on longstanding practice patterns. We suggest that patients at high risk for preterm birth avoid returning to work if this involves working more than 40 hours per week, night shifts, prolonged standing (eg, more than a total of 8 hours or more than 4 continuous hours per 24-hour period), and heavy physical work, as this activity level has been variably associated with PTL and preterm birth.

המלצות:

- אין המלצה לשמירת הריון כאשר הייתה לידה מוקדמת בעבר מסיבה יאטרוגנית.
- אין המלצה לשמירת הריון בנשים עם גורמי סיכון ללידה מוקדמת אשר ילדו במועד בעברן (גם אם טופלו בשל כך), וללא שקיימים גורמי סיכון נוספים או ממצאים המצביעים על לידה מוקדמת מאיימת בהריון נוכחי (קיצור צוואר הרחם (מתחת ל-25 מ"מ), צירים מוקדמים וכד' – ההגדרות וההמלצות לכך קיימות בניירות העמדה הרלבנטיים של האיגודים המקצועיים). למרות שהסיכון ללידה מוקדמת גבוה בערך פי 2 בנשים אשר ילדו לידה מוקדמת בעברן, אין הוכחה בספרות הרפואית שמנוחה תמנע לידה מוקדמת נוספת ובמיוחד כאשר האישה אסימפטומטית וללא ממצאים קליניים או סונוגרפיים המצביעים על לידה מוקדמת מאיימת בהריון נוכחי.
- ניתן לאשר שמירת הריון בנשים עם לידה מוקדמת בעברן עם גורמי סיכון נוספים או ממצאים קליניים או סונוגרפיים בהריון נוכחי. נדרשת הנמקה ברורה מהרופא המטפל לסיבת הגמלה אשר נתמכת בספרות הרפואית המקובלת.
- יש לאפשר שמירת הריון החל משבוע 24-28 בנשים הרות עם גורמי סיכון ללידה מוקדמת אשר סוג עבודתן כולל –
 - עמידה רציפה של יותר מ- 4 שעות
 - מעל 40 שעות עבודה בשבוע
 - הרמת משאות כבדים (< 10 ק"ג) באופן חוזר במהלך העבודה
 - עבודה המוגדרת "פיזית קשה" (ע"פ יעוץ רופא תעסוקתי ו/או התרשמות הרופא המטפל על תנאי העבודה ע"פ הגדרת העבודה של המעסיק).



References:

1. Management of preterm labor. ACOG practice bulletin No. 159, January 2016.
2. Iams JD. Prevention of preterm parturition. *N Engl J Med* 2014;370:254-61
3. Behrman RE, Stith Butler A. Committee on understanding premature birth and assuring healthy outcomes: causes, consequences, and prevention. Washington, DC: National Academies Press, 2007
4. McManemy J, Cooke E, et al. Recurrence risk for preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196(6):576 e1-e6
5. Spong CY. Prediction and prevention of recurrent spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol*. 2007;110(2 pt 1):405–415
6. Satterfield et al. Activity in Pregnancy for Patients with a History of Preterm Birth. *Clinical Medicine Insights: Women's Health* 2016;9(S1) 17–21
7. Palmer KT, et al. Work activities and risk of prematurity, low birthweight and preeclampsia: an updated review with meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2013 April; 70(4): 213–222
8. Spontaneous preterm birth: Overview of risk factors and prognosis. UpToDate 2023
9. Prevention and Management of Preterm Parturition. Creasy & Resnick 8th Ed. 2019
10. Management of pregnancy after resolution of an episode of acute idiopathic preterm labor. UpToDate 2024 www.uptodate.com



מחלות דלקתיות של המעי (IBD)

רקע

מחלות דלקתיות של המעי שכיחות מאד בנשים בגיל הפוריות והטיפול בנשים אלה צריך להיות מולטידיסציפלינרי עקב המורכבות של ההיריון והמחלה [1].

ספרות

מאחר ומחלות דלקתיות של המעי שכיחות בנשים בגיל הפוריות, ישנן נשים רבות עם המחלה אשר נמצאות בהריון. שיעורי הפוריות בנשים אלו דומים לנשים ללא המחלה אם כי נצפתה ירידה מסוימת בפוריות בעת מחלה אקטיבית [2]. ישנה שכיחות יתר של לידות מוקדמות (עד פי 4 מאוכלוסייה ללא IBD), האטה בצמיחה תוך רחמית של העובר, ומשקלי לידה נמוכים בילודים (-5% 7) ובמיוחד בנשים בהן נצפתה התלקחות של המחלה במהלך ההיריון [1-5]. כשליש מהנשים עם IBD צפויות לעבור התלקחות של המחלה בהריון. הטיפול בהריון איננו שונה מהותית מאשר כאשר האישה איננה הרה ורוב הטיפולים הניתנים בטוחים בהריון [2-6]. עם זאת כאשר ישנה התלקחות של המחלה במהלך ההריון, יש לעיתים צורך באשפוז ובטיפול אינטנסיבי ע"מ לייצב את מצבה של היולדת.

המלצות:

- אין המלצה לשמירת הריון ביולדת עם IBD אשר נמצאת ברמיסיה.
- יולדת עם תיעוד של התלקחות המחלה בהריון (אשפוז בבי"ח, שלשולים מרובים, ירידה במשקל של 10% ממשקלה, אנמיה, וכד'), יש לאפשר שמירת הריון כל עוד המחלה בשלב הפעיל ועד להתאוששות היולדת.
- אם קיים סיבוך הריוני נוסף (כמו לידה מוקדמת מאיימת), יש להתייחס לסיבוך הספציפי בהקשר לשמירת הריון ע"פ נייר העמדה הרלבנטי.



References:

1. Mahadevan U, et al. Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy Clinical Care Pathway: A Report From the American Gastroenterological Association IBD Parenthood project Working Group. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2019;220(4):308-323
2. Van der Woude CJ, et al. The Second European Evidenced-Based Consensus on Reproduction and Pregnancy in Inflammatory Bowel Disease. ECCO guidelines/consensus paper. J Crohn's and Colitis 2015;107-124.
3. Nguiyn GC. Et al. The Toronto Consensus Statements for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy. Gastroenterology 2016;150:734–757
4. Nielsen OH, et al. Updates on the management of inflammatory bowel disease from periconception to pregnancy and lactation. Lancet 2024;403:1291-303.
5. Fertility, pregnancy, and nursing in inflammatory bowel disease. UpToDate 2024
6. Shmidt E, et al. Inflammatory Bowel Disease and Pregnancy. Am J Gastroenterol 2022;117:S60–S68



כאבי ראש ומיגרנות בהריון

רקע

כאבי ראש בכלל ומיגרנות בפרט הינן תופעה שכיחה אצל נשים כולל בהריון. מחקרים רבים הראו שתדירות התקפי המיגרנות יורדת בהריון בכ- 77-83% מהנשים וכך גם עצמת הכאב. עיקר ההקלה הינה בטרימסטר השני והשלישי (1-2). לחלק קטן של הנשים (כ- 8%), תדירות ההתקפים דווקא עולה בהריון.

ספרות

כפי שמדווח בספרות, 77-83% מהנשים יחוו הקלה בהתקפי המיגרנות, לכ- 20% ההתקפים יחלפו כליל בתקופת ההריון, ורק למיעוטן תהיה החמרה בהריון (1-2). הזרז לכאבי ראש/מיגרנה עשוי להיות מתח, חרדה ודכאון. שינויים ברמות הורמונליות (בעיקר אסטרוגן ופרוגסטרון) דווחו אף הם כגורמים העשויים להשפיע על שכיחות כאבי הראש/מיגרנות בהריון. עם זאת האבחנה המבדלת של כאבי הראש הינה רחבה ויש צורך לבצע בירור נירולוגי כאשר התלונות פתאומיות, חזקות וממושכות וזאת ע"מ למנוע מצבים מסכני חיים כמו cerebral vein thrombosis, subarachnoid hemorrhage, ועוד (2). כאבי ראש/מיגרנות בהריון אינם משנים את תוצאות ההריון באופן מהותי. עם זאת דווח כי לנשים עם מיגרנות קיימת שכיחות גבוהה יותר של PET, לידות מוקדמות ומחלות נפש סב-לידתיות. תוארו גם מחלות תרומבואמבוליות ושבץ מוחי בהמשך החיים ובמיוחד לנשים עם מיגרנות הכוללות אאורה (3-4). אין תמימות דעים בספרות באשר לשכיחות יתר של פיגור בצמיחת העובר, הפרדות שליה ומשקל לידה נמוך (יתכן ואלו משניים לשכיחות גבוהה יותר של יתר ל"ד בהריון). יש לציין כי רוב העבודות ובמיוחד המטא-אנליזות מדווחות שיש קושי מובנה בניתוח התוצאות עקב ההטרוגניות הגדולה של מתודולוגיות המחקר בדיווחים השונים.

הטיפול במיגרנות בהריון הינו סימפטומטי תרופתי (במגבלות הניתן בהריון) והתנהגותי (2,4-7). למרות האמונה השכיחה בקרב רופאים רבים כי לא ניתן לטפל במיגרנות בזמן ההריון, הרי שקיימות תרופות רבות אשר הינן בטוחות יחסית לשימוש בהריון וניתן להשתמש בהן בעת התקפים (2,9,10).



המלצות:

- כאשר ישנו התקף כאב ראש/מיגרנה, ניתן לאפשר למטופלת חופשת מחלה לפי הצורך. אין התוויה לשמירת הריון במצבים אלו.
- כאשר קיים מצב של status migrainosus או מיגרנה על בסיס יומי וע"פ יעוץ נוירולוגי, ניתן לאפשר שמירת הריון. (ההגדרה של status migrainosus היא של מיגרנה שאיננה מגיבה לטיפול תרופתי ו/או נמשכת ברציפות מעל 72 שעות). נדרש תיעוד ברור ואבחנה לקיומו של מצב זה.
- כאשר הטריגר למיגרנות הוא תעסוקתי (עבודה מול מחשב, סביבה עם ריחות עזים, רעש, וכד'), ניתן לאשר שמירת הריון לאחר יעוץ תעסוקתי ו/או נוירולוגי ולאחר שמוצו אפשרויות של המעסיק למצוא עבודה חלופית או הקלה בתנאי התעסוקה (קיצור שעות עבודה וכד').
- אין המלצה לשמירת הריון במיגרנה ללא שמוצו הטיפולים המקובלים המתאפשרים בהריון.



References:

1. Neurologic disorders in pregnancy. Gabbe's Obstetrics Normal and Problem Pregnancies, 8th Ed.
2. Headaches in pregnancy and postpartum. ACOG clinical practice guideline No. 3. Obstet Gynecol. 139:944-972; 2022
3. Phillips K, et al. How migraine and its associated treatment impact on pregnancy outcomes: Umbrella review with updated systematic review and meta-analysis. Cephalalgia 2024;44:1-15.
4. Headache during pregnancy and postpartum. www.uptodate.com © 2024
5. Airola G, et al. Non-pharmacological management of migraine during pregnancy. Neurol Sci (2010) 31 (Suppl 1):S63–S65
6. Tepper D. Pregnancy and lactation- migraine management. Headache Toolbox. The Journal of Head and Face Pain © 2015 American Headache Society Published by John Wiley & Sons, Inc.doi: 10.1111/head.12540
7. Canadian Headache Society Guideline Acute Drug Therapy for Migraine Headache. Canadian Journal of Neurological Sciences. Volume 40 No 5 (Supplement 3) September 2013.
8. Berghella V. Maternal fetal evidence-based guidelines. 4th Ed.; 2022. Ch. 18 – Headache. CRC Press Taylor & Francus Group.
9. MacGregor EA. Migraine in pregnancy and lactation: a clinical review. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2007; 33(2): 83–93
10. MacGregor EA. Migraine in pregnancy and lactation. Neurol Sci (2014) 35 (Suppl 1):S61–S64



הריון בנשים עם מלפורמציות רחמיות

רקע

מלפורמציות רחמיות נגרמות עקב התפתחות בלתי תקינה של המערכת המילריאנית. שכיחותן באוכלוסייה הכללית כ- 5.5% אך שכיחות זו עולה לכ- 13% בנשים עם היסטוריה של הפלה ואף לכ- 24% בנשים עם היסטוריה של הפלות חוזרות ואי-פוריות (1). מלפורמציות רחמיות עשויות לגרום בין היתר להפלות חוזרות, לידות מוקדמות ומצגים פתולוגיים אשר מעלים את שיעור הניתוחים הקיסריים בנשים אלה. כן מדווחים גם ירידת מים מוקדמת, IUGR, אי-ספיקת צוואר הרחם ודימומים במהלך הריון ולאחר הלידה (2-3).

יש להבדיל בין סוגי הפגם הרחמי וסיבוכי ההריון הקשורים אליהם:

Arcuate uterus - בד"כ איננו מעלה את שכיחות הסיבוכים המיילדותיים בהריון, למרות שלידות מוקדמות דווחו בשכיחות יתר גם בסוג זה של פגם רחמי (4)

Septate uterus - זהו כנראה הפגם המשמעותי ביותר מבחינה מיילדותית ושיעור הסיבוכים ברחם מסוג זה הוא הגבוה ביותר מבין כל יתר המלפורמציות הרחמיות. בסוג זה קיימים דיווחים על הפלות מוקדמות בשיעור 21-44%, לידות מוקדמות בשיעור של 12-33% וגם שכיחות גבוהה יותר של מצגים פתולוגיים והפרדות שליה (2-5).

Uterus didelphys / Bicornuate uterus - גם ברחמים עם פגם זה ישנם דיווחים על שיעור הפלות מוקדמות גבוה של כ- 32-36%, לידות מוקדמות בשיעור של 21-32%, וכן שיעור גבוה יותר של IUGR ומצגים פתולוגיים.

Unicornuate uterus - שיעור ההפלות המוקדמות המדווח הינו כ- 24%, הפלות מאוחרות – כ- 10%, לידות מוקדמות כ- 20%, והריונות חוץ רחמיים כ- 3%. אם ההריון משתרש בקרן הרודימנטלית קיים סיכון גבוה לקרע של הרחם (כ- 90%) עם שיעור לידות חי של 1% בלבד.

ע"פ נתונים אלו (4-6) וכן לפי עבודות רבות נוספות (8-10), סיבוכים מיילדותיים שכיחים יותר בנשים עם מלפורמציות רחמיות גם ללא קשר לסוג הפגם. עם זאת יש לציין את דבר ההסתייגות שמציין המחבר בסוף דבריו כדלהלן:



However, these studies should be interpreted with caution due to selection bias since uterine abnormalities are usually only ascertained in women with obstetric complications. Most women with uterine anomalies have normal pregnancies.

למרות השכיחות הגבוהה יותר של סיבוכים מיילדותיים בנשים עם מלפורמציות רחמיות יש לציין כי:

1. אין אף עבודה אשר מצביעה שהימנעות מפעילות גופנית או מנוחה משפרות את הפרוגנוזה
 2. רוב העבודות ממליצות על מעקב הריוני תכוף יותר בנשים אלו (ללא הוכחה לשיפור התוצאות המיילדותיות)
 3. ישנן עבודות הממליצות על מעקב אורך צוואר הרחם תכוף יותר בנשים אלו (ללא הוכחה ברורה של יעילות המעקב למניעת לידה מוקדמת).
- צריך גם לזכור שבנשים עם מלפורמציות רחמיות ישנה שכיחות גבוהה יותר של מצגים פתולוגיים, האטה בצמיחת העובר והשרשת שליה לא תקינה עם כל הנובע מכך – שליה נעוצה והפרדות שליה (11).
- לפיכך, באשר לקריטריונים לשמירת הריון הנשים עם מלפורמציות רחמיות ההמלצות הן כדלהלן:



המלצות:

א. יש להתייחס לנשים עם מלפורמציות רחמיות כנשים בסיכון להתפתחות סיבוכים הריוניים בשיעור גבוה יותר, אך בהיעדר הוכחה ברורה וספרות אשר גורסת שמנוחה תשפר את תוצאי ההיריון, באחריותו של הרופא המטפל לעקוב אחר האישה ההרה בתכיפות ובשיטות האבחון ע"פ ניסיונו והבנתו. אם וכאשר יתפתח סיבוך הריוני, תאושר גמלה ע"פ אופי הסיבוך שיופיע (למשל קיצור צוואר הרחם, צירים מוקדמים, וכד') וזאת ע"פ ניירות העמדה הרלבנטיים של האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה. אין התוויה למתן שמירת הריון "מניעתית" למניעת הפלות חוזרות או לידות מוקדמות כל עוד לא תועד סיבוך הריוני.

ב. לנשים עם מלפורמציה רחמית ועבודה פיזית קשה ו/או היסטוריה מיילדותית כושלת, ניתן לאשר גמלה משבוע 24-28 ללא קשר להתפתחות של סיבוך מיילדותי, ע"פ ההיסטוריה והמצאים הקליניים/הדמייתיים.
הגדרת עבודה פיזית קשה –

- עמידה רציפה של יותר מ- 4 שעות
 - מעל 40 שעות עבודה בשבוע
 - הרמת משאות כבדים (< 10 ק"ג) באופן חוזר במהלך העבודה
 - עבודה המוגדרת "פיזית קשה" (ע"פ יעוץ רופא תעסוקתי ו/או התרשמות הרופא המטפל על תנאי העבודה ע"פ הגדרת העבודה של המעסיק).
- ג. ניתן לאשר במקרים חריגים שמירת הריון גם לפני שב' 24-28 ע"פ שיקול דעת מנומק, ממצאים קליניים/הדמייתיים ובהתאם לחוק הגמלה.



References:

1. Chan YY, Jayaprakasan K, Zamora J, Thornton JG, Raine-Fenning N, Coomarasamy A. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: a systematic review. Hum Reprod Update 2011;17:761–71.
2. UpToDate 2024. Congenital uterine anomalies: Clinical manifestations and diagnosis.
3. Akhtar MA, Saravelos SH, Li TC, Jayaprakasan K, on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reproductive Implications and Management of Congenital Uterine Anomalies. Scientific Impact Paper No. 62. BJOG 2020;127:e1–e13
4. Creasy & Resnick 8ed, 2019. Chapt. 41. Prevention and Management of Preterm Parturition.
5. Gabbe 8th Ed, 2021. Chapt 36. Preterm Labor and Birth
6. Panagiotopoulos M, et al. Obstetric Complications in Women with Congenital Uterine Anomalies According to the 2013 European Society of Human Reproduction and Embryology and the European Society for Gynaecological Endoscopy Classification. A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol 2022;139:138–48
7. Wang S, et al. Perinatal outcomes of women with Mullerian anomalies. Archives of Gynecology and Obstetrics (2023) 307:1209–1216
8. Cahen-Peretz A, et al. (2019). The association between Müllerian anomalies and perinatal outcome, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 32:1, 51-57, DOI: 10.1080/14767058.2017.1370703
9. Liran Hirsch, Effi Yeoshua, Hadas Miremberg, Haim Krissi, Amir Aviram, Yariv Yogeve , Eran Ashwal. The association between Mullerian anomalies and short-term pregnancy Outcome. J Matern Fetal Neonatal Med, Early Online: 1–6, 2015 Taylor & Francis.
10. Uterine septum: a guideline. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility and Sterility® Vol. 106, No. 3, September 1, 2016
11. Mullerian Anomalies- Presentation, Diagnosis and counseling. Obstet Gynecol 2024;143:369–77



סוכרת הריונית וטרומ הריונית

סוכרת הריונית

רקע

סוכרת הריונית מוגדרת כמצב של אי סבילות לגלוקוז המופיע או מאובחן לראשונה במהלך הריון [1]. סוכרת הריונית מאובחנת בד"כ בטרימסטר השני/שלישי להריון.

ספרות

סוכרת הריונית מעלה את שכיחות הסיבוכים האימהיים והעוברים כמו יתר לחץ דם, לידות מכשירניות, ניתוחים קיסריים, ואף תמותה עוברית גבוהה יותר בעיקר בטרימסטר השלישי. [2] הטיפול העיקרי בנשים אלה כולל דיאטה מתאימה ופעילות גופנית. עם זאת ישנן נשים אשר יזדקקו לטיפול פומי או בזריקות אינסולין ע"מ להשיג את רמות הגלוקוז הרצויות [3].

פעילות גופנית מומלצת מאד ע"י איגודים מקצועיים ברחבי העולם כמו ACOG [2], RCOG [4], SOGC ו-CSEP [5]. האיגוד האמריקני למיילדות וגינקולוגיה מציע שבהעדר מצבים רפואיים או מיילדותיים אשר מהווים הוריי נגד, ישנה המלצה לבצע פעילות גופנית מתונה של 30 דקות לפחות בכל יום [2]. גם האיגוד המיילדותי הקנדי והאיגוד האמריקני לסוכרת ממליצים המלצות דומות ובמיוחד לנשים עם BMI גבוה [6][7].



המלצות:

אין המלצה לשמירת הריון בהריון עם סוכרת הריונית וללא סיבוכים רפואיים או מיילדותיים נוספים. בהקשר לכך יש לזכור את הדברים הבאים:

- א. מנוחה איננה מונעת סיבוכים הקשורים לסוכרת הריונית.
- ב. מקרזומיה כסיבוך של סוכרת הריונית איננה התוויה לאישור גמלה – רוב מקרי המקרזומיה הם בנשים ללא סוכרת הריונית ומנוחה איננה מונעת מקרזומיה.
- ג. ריבוי מי שפיר קל (ע"פ הגדות נייר עמדה מס' 37 של האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה – AFI קטן מ-30) וללא תיעוד של צירים מוקדמים ו/או לידה מוקדמת מאיימת (לפי נייר העמדה הרלבנטי של האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה), איננה התוויה לאישור גמלה.
- ד. "קושי באיזון סוכרת" ככלל אמור להיפתר במרבית המקרים תוך כדי המשך חיי השגרה (כולל בעבודה) ולא ע"י המלצה למנוחה. איזון מיטבי קשור בעיקר להיענות המטופלת לדיאטה ולטיפול אשר הומלץ לה ע"י הרופא המטפל ולא לאופי העבודה. ישנן מעט מאד עבודות אשר בשל אופיין יכולות להשפיע באופן שלילי על נשים בהריון ובכללן נשים עם סוכרת הריונית (בעיקר עבודות בעלות אופי פיזי חריג) [8,9]. ככל שקיים תיעוד על אופי עבודה כזה, ניתן לשקול את הצורך בגמלה. בנוסף, אם קיים קושי באיזון תוך מתן אינסולין יש לשקול אישור לתקופה קצובה לצורך עזרה באיזון (בד"כ כחופש מחלה).



סוכרת טרום הריונית

רקע

סוכרת טרום הריונית מוגדרת כסוכרת אשר אובחנה לפני ההיריון [10].

ספרות

סוכרת קדם הריונית מעלה את שכיחות הסיבוכים האימהיים והעוברים בתלות בדרגת המחלה, משך המחלה ונוכחות או העדר פגיעה באיברי מטרה [2]. במהלך ההיריון ישנה הסתברות גבוהה יותר של אירועי קטואצידוזיס, ובמיוחד בדרגות החמורות יותר של המחלה. בתחילת הריון הקאות יתר וחוסר תאבון עשויים לשבש את האיזון של האישה ההרה עד כדי קטואצידוזיס ומנגד, יכולות להיות היפוגליקמיות חמורות [2,7]. סוכרת כשלעצמה, כאשר היא מאוזנת איננה צריכה לשנות את מהלך החיים השגרתי בהריון. קיימת המלצה לשמור על אורך חיים מסודר, שעות ארוחות קבועות והזרקת אינסולין בזמנים קבועים. פעילות גופנית מתונה וסדירה מומלצת אף היא [2,11].

המלצות:

אין המלצה לשמירת הריון בהריון עם סוכרת קדם הריונית וללא סיבוכים רפואיים או מיילדותיים.

לשמירת הריון יש מקום כאשר קיימים סיבוכים נוספים כמו:

- הקאות מרובות ויציאה מאיזון – יש לאפשר גמלה לתקופה קצובה עד השגת איזון
- אשפוזים חוזרים עקב קטואצידוזיס או היפוגליקמיות
- סוכרת בלתי נשלטת (Brittle diabetes)
- יתר ל"ד / PET
- מחלה מיקרוסקולרית עם פגיעה משמעותית באיברי מטרה
- בנשים עם סנסור כאשר TIR קטן מ- 70% , TBR גדול מ- 4% , או TAR מעל 25% , יש לאפשר גמלה לתקופה קצובה עד לשיפור [12].

(TIR = Time in Range; TBR = Time below Range; TAR = Time above Range)



References:

1. נייר עמדה מס' 16 – האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה 2023
2. Gestational Diabetes Mellitus. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) No. 190; 2018 e49-e64.
3. Diabetes in pregnancy. National Institute for Health and Care Excellence - NICE guideline 3, 2020.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). 2006. Exercise in pregnancy. RCOG Statement No. 4. January 2006, 1-7.
5. Davies, G.A., Wolfe, L.A., Mottola, M.F., and MacKinnon, C. 2003. Joint SOGC/CSEP clinical practice guideline: exercise in pregnancy and the postpartum period. Can J Appl Physiol. 28:330-41.
6. Davies GA, et al. SOGC Clinical Practice Guidelines: Obesity in pregnancy. No. 239, February 2010. Int J Gynecol Obstet 2010;110:167-73
7. American Diabetes Association. Management of diabetes in pregnancy: Standards of Medical care in diabetes. Diabetes care 2024;47(suppl):s282-294.
8. Employment considerations during pregnancy and the postpartum period. ACOG No. 733, April 2018
9. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. ACOG No. 804, April 2020
10. נייר עמדה מס' 17 – האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה
11. Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care 2016;39:2065–2079
12. Battarbee AN, et al. Continuous Glucose Monitoring for Diabetes Management During Pregnancy. Obstet Gynecol 2024;144:649–59.



צירים מוקדמים / לידה מוקדמת

רקע

לידה מוקדמת מאיימת מוגדרת כפעילות רחמית מוגברת אשר מביאה בעקבותיה שינוי בצוואר הרחם (פתיחה ו/או מחיקה) וזאת בין שבוע 20 ועד שב' 37 להריון [1]. לידה מוקדמת מוגדרת כלידה המתרחשת לפני שבוע 37 להריון ואבחונה מבוסס על התכווצויות רחמיות סדירות אשר מלוות בדינמיקה צווארית או במחיקה ופתיחת צוואר של 2 ס"מ או יותר [2]. תחושת התכווצויות רחמיות או אפילו תיעוד של התכווצויות רחמיות היא תופעה שכיחה בכל שלב בהריון והיא איננה מעידה על לידה מוקדמת מאיימת ללא שקיים במקביל גם קיצור צוואר הרחם [2-3].

Mild irregular uterine contractions are a normal finding at all stages of pregnancy, thereby adding to the challenge of distinguishing true labor (contractions that result in cervical change) from false or prodromal labor (contractions that do not result in cervical change [called Braxton-Hicks contractions]). [3]

ספרות

אין הוכחה בספרות שמנוחה במיטה עם או ללא טיפול טוקוליטי ממושך (שגם הוא איננו מומלץ לדעת רוב הגורמים), משפרות את התוצאות או מונעות לידה מוקדמת [1]. לעומת זאת קיימת ספרות ענפה אשר מדגימה את הסיכון שבשכיבה ממושכת בהריון והסיבוכים הנגרמים עקב כך. עם זאת יש להתייחס גם אם מדובר בהריון יחיד או הריון תאומים ובאנמנזה הרפואית כולל גורמי סיכון (לידות מוקדמות בעבר, מחלות וכד'). יש לציין שגם בהריון תאומים ללא גורמי סיכון נוספים לא הוכחה יעילות מנוחה במיטה למניעת לידה מוקדמת [4]. סיכום הממצאים נעשה גם ב-Cochrane review בשנת 2004 ונמצא שמנוחה במיטה איננה תורמת לתוצאות טובות יותר במניעת לידות מוקדמות [5]. פעילות גופנית מתונה אפילו בנשים עם קיצור צוואר הרחם לא העלתה את שכיחות הלידות המוקדמות (ואפילו ההיפך מכך) [6]. ממצאים דומים נמצאו גם בנשים עם לידה מוקדמת מאיימת ולאחר שזו נעצרה [7].



המלצות:

- אין לאשר שמירת הריון ללא תיעוד של פעילות רחמית סדירה (צירים) המלווה בשינוי בממצא צווארי ו/או המחייבת טיפול טוקוליטי. פעילות רחמית ללא שינוי בממצא צווארי הינה תופעה שכיחה ואיננה מצריכה שמירת הריון. במקרים אלו ניתן לתת חופש מחלה לזמן קצוב לפי הצורך.
- "פעילות רחמית מוגברת" או "תחושת צירים" ללא קיצור צוואר וללא צורך בטיפול טוקוליטי איננה התוויה לשמירת הריון שכן איננה מסכנת את ההריון. מתן נוזלים במקרים של פעילות רחמית מוגברת איננו נחשב לצורך העניין כטיפול טוקוליטי. טיפול פרוגסטטיבי מניעתי איננו נחשב גם הוא כטיפול טוקוליטי.
- כאשר קיים קיצור צוואר הרחם (פחות מ- 25 מ"מ), יש לאשר שמירת הריון לפי נייר העמדה הרלבנטי.
- יש לשקול שמירת הריון בנשים עם לידות מוקדמות בעבר, הריון מרובה עוברים, או הריון עם גורמי סיכון ללידה מוקדמת ו/או בנשים אשר אופי עבודתן הוא פיזי. תיזמון מועד אישור הגמלה יקבע ע"פ ההיסטוריה הרפואית, התרשמותו של הרופא המטפל, ממצאים בבדיקה קלינית/הדמייתית וע"פ שיקול דעת מנומק ותיעוד מפורט.



References:

1. ACOG practice bulletin #159 January 2016. Management of preterm labor.
2. הטיפול בלידה מוקדמת ומניעתה. נייר עמדה מס' 14 האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה
3. Spontaneous preterm birth: Overview of risk factors and prognosis.
www.uptodate.com 2023
4. Crowther CA, Han S. Hospitalization and bed rest for multiple pregnancy Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 7
5. Sosa C, Althabe F, et al. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth.
Cochrane Database Syst Rev 2004; 1: CD003581
6. Saccone G, et al. Effects of exercise during pregnancy in women with short cervix: Secondary analysis from the Italian Pessary Trial in singletons. The Italian Preterm Birth Prevention (IPP) Working Group. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 229 (2018) 132–136
7. Saccone G, et al. Activity restriction for women with arrested preterm labor: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2023;5:100954.



הריון לאחר קוניזציה או תפר צווארי

הריון לאחר קוניזציה:

רקע

מטא-אנליזה גדולה (1) הראתה את הממצאים הבאים:

(א) לנשים עם CIN ישנו סיכון בסיסי גבוה יותר לסיבוכי הריון כולל לידות מוקדמות גם ללא קשר לקוניזציה או טיפול באבלציה שעברו בצוואר הרחם

(ב) כל טיפול מקומי בצוואר הרחם עקב ממצא סרטני או טרום סרטני מעלה את הסיכון ללידות מוקדמות וסיבוכי הריון בהריונות העוקבים. עם זאת האפקט של כריתה קטנה של רקמת הצוואר מעלה רק בצורה שולית אם בכלל סיכון זה לעומת סיכון הרקע.

(ג) הסיכון ללידה מוקדמת הינו בתלות ישירה לגודל הקונוס שהוסר (עומק ונפח). עומק של מעל 10 מ"מ מכפיל את סיכון הרקע, עומק של בין 15-17 מ"מ משלש אותו, ומעל 20 מ"מ – סיכון של פי 5.

עבודות נוספות כולל מטא-אנליזות (2,3) הראו גם את הממצאים הבאים:

(א) אין עדות לירידה בפוריות בנשים אשר עברו טיפולים בצוואר הרחם.

(ב) שיעור ההפלות המוקדמות בטרימסטר ראשון איננו שונה מאשר באוכלוסייה הרגילה אך ישנה עליה בשיעור ההפלות בטרימסטר השני (1.6% לעומת 0.4%, RR – 2.6) והריונות אקטופיים.

(ג) שיעור הלידות המוקדמות, משקלי לידה נמוכים ו-PPROM היו גבוהים יותר בנשים שעברו טיפול לעומת אלה שלא טופלו. יחד עם זאת המחברים מזהירים שהנתונים עשויים להטעות שכן לנשים ממעמד סוציו-אקונומי נמוך, מעשנות ועם ריבוי בני זוג מיניים קיימת שכיחות גבוהה יותר של לידות מוקדמות כמו גם נגעים טרום סרטניים וסרטניים של צוואר הרחם גם ללא קשר לטיפולים בצוואר הרחם שעברו.

(ד) אין המלצה לשינוי המעקב המיילדותי או להתערבויות מיוחדות בנשים שעברו טיפולים (ובמיוחד קטנים) בצוואר הרחם עקב נגעים טרום סרטניים/סרטניים.

(ה) ככל הנראה cold knife conization גורמת לסיבוכים הגבוהים ביותר מבין השיטות הטיפוליות וטיפול בלייזר הביא לתוצאות הטובות ביותר (הסיבוכים המעטים ביותר). גם כאן, גודל/נפח הרקמה המוסרת עומדת בקורלציה ישירה לשיעור הסיבוכים. (3)



המלצות:

- העובדה שאישה עברה טיפול בצוואר הרחם (קוניזציה/אבלציה) כשלעצמה איננה התוויה לשמירת הריון ובמיוחד במהלך הטרימסטר הראשון.
- שמירת הריון תאפשר ע"פ ממצאים קליניים/סונוגרפיים המעידים על קיצור אורך צוואר ו/או סיבוך הריוני נוסף ובהתאם לניירות העמדה של האיגודים המקצועיים בארץ ובעולם וניירות העמדה של האגף הרפואי במוסד לביטוח לאומי.

הריון לאחר תפר צווארי

מטרת ביצוע התפר הצווארי הוא מניעת לידה מוקדמת עקב אי-ספיקת צוואר הרחם. אין ספרות רפואית אשר מצביעה על סיכון יתר ללידה מוקדמת בנשים אשר מקיימות פעילות גופנית רגילה כולל עבודות בית או עבודה משרדית לאחר תפירת צוואר הרחם. אין גם ערך מוסף למנוחה למניעת לידה מוקדמת-

Certain nonsurgical approaches, including activity restriction, bed rest, and pelvic rest have not been proved to be effective for the treatment of cervical insufficiency and their use is discouraged (4)

גם ה- RCOG איננו ממליץ על מנוחה באופן רוטיני לנשים אשר עברו תפירת צוואר הרחם אך ממליץ שההמלצה תתקבל באופן אינדיבידואלי וע"פ הנסיבות (5).

בהיעדר ספרות רפואית מתוקפת, הוחלט באגף הרפואי של המוסד לביטוח לאומי כדלהלן:

לאור העובדה שנשים אשר עוברות תפירת צוואר הרחם יש בד"כ היסטוריה מיילדותית כושלת ו/או ממצאים קליניים/סונוגרפיים המצביעים על סיכון ללידה מוקדמת, ההמלצה היא לכבד את בקשת רופא/ת הנשים המטפל/ת ולאשר גמלה מהשבוע אותו ממליץ/ה.



References:

1. Kyrgiou M, et al. Adverse obstetric outcomes after local treatment for cervical preinvasive and early invasive disease according to cone depth: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2016;354:i3633 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i3633>
2. RCOG Scientific impact paper #21, 2016. Reproductive Outcomes after Local Treatment for preinvasive cervical disease
3. Arbyn M, et al. Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis. *BMJ* 2008;337:a1284.
4. Cerclage for the management of cervical insufficiency. ACOG practice bulletin #142, 2019
5. Cervical cerclage RCOG, Green-top guideline #75. *BJOG* 2022;129:1178–1210



קיצור צוואר הרחם

רקע

עד לפני מספר שנים אי ספיקת צוואר הרחם הייתה אבחנה קלינית בעיקרה אשר התבססה על מצב של פתיחת צוואר הרחם ללא צירים קודם לכן ואשר לוותה בהפלה מאוחרת, לידה מוקדמת או ירידת מים מוקדמת ועל כן למעשה אובחנה בדיעבד. בשנים האחרונות, האבחנה מתבססת בעיקר על אבחון סונוגרפי של אורך צוואר הרחם, גם ללא היסטוריה קלינית [1-2]. מקובל להגדיר קיצור צוואר בבדיקה סונוגרפית כאשר אורכו נמדד פחות מאחוזון 10 לשבוע ההיריון או פחות מ- 25 מ"מ בשבועות 18-24 [2-3]. באישה עם הריון יחיד ואורך צוואר קטן מ- 25 מ"מ בשבוע 24 ישנה עליה של פי 6 ללידה מוקדמת [2]. במכלול השיקולים חשוב גם להבדיל בין נשים עם ממצא סונוגרפי מקרי של צוואר קצר וללא גורמי סיכון, לעומת נשים עם גורמי סיכון (לידות מוקדמות בעבר, א"ס צוואר הרחם, הריון מרובה עוברים וכד'). יש גם לקחת בחשבון שקיימת שונות גדולה בין בודקים שונים, בצורות מדידה שונות (אולטרסאונד נרתיקי או בטני), האם שלפוחית השתן הייתה ריקה או מלאה בעת הבדיקה, ומשתנים נוספים שעשויים להשפיע על הבדיקה של אורך צוואר הרחם. שונות באורך צוואר הרחם (אפילו במהלך הבדיקה) יכולה להיגרם גם מהתכווצות הרחם, תנועות עובר ופריסטלטיקה של המעי [4-5].

ספרות

רוב המחקרים הגדולים בספרות אינם תומכים בשכיבה במיטה או הגבלת הפעילות הגופנית למניעת לידה מוקדמת [6-7] כולל לאחר תפירת צוואר הרחם [7] אלא במקרים נבחרים וחריגים. חלקם אף מצביעים על סיכון מוגבר ללידה מוקדמת בנשים להן הומלצה הגבלה בפעילות גופנית [8].

Bed rest is not recommended in patients with a short cervical length. It does not prolong pregnancy, increases the risk for venous thromboembolic events and deconditioning, has negative psychosocial effects, and may increase the risk for preterm birth. [4]



המלצות:

1. אין מקום לשמירת הריון עד שבוע 16 רק עקב היסטוריה מיילדותית וללא הדגמת קיצור צוואר הרחם.
2. אין מקום לשמירת הריון לאחר ביצוע תפר צווארי כאשר העבודה הינה פקידותית או מוגדרת כקלה. עם זאת וללא שקיימות עובדות רפואיות מוכחות, הוחלט בלשכה הרפואית שנכבד את בקשתו של הרופא המטפל אם תהיה כזו, ונאשר שמירת הריון מהשבוע שהומלץ על-ידו (ראו גם נייר עמדה "הריון עם תפר צווארי").
3. יש לאפשר שמירת הריון כאשר אורך צוואר הרחם קטן מ- 25 מ"מ בבדיקות חוזרות (לא ממצא חד פעמי) זאת מאחר וישנה שונות גדולה מאד בין בודקים שונים וצורת מדידה שונה של אורך הצוואר. שמירת ההריון תאושר לתקופה קצובה של 30 יום והמשכה לפי תיעוד פרוספקטיבי של אורך הצוואר.
4. אין לאשר גמלה עקב "צוואר דינמי" כל עוד אורך הצוואר מעל 25 מ"מ .



References:

1. Cerclage for the management of cervical insufficiency. ACOG practice bulletin #142, 2019
2. SMFM Consult Series #70: Management of short cervix in individuals without a history of spontaneous preterm birth. August 2024.
3. Cervical insufficiency. UpToDate 2024. www.uptodate.com
4. Meijer-Hoogeveen M, et al. Dynamic cervical length changes: Preliminary observations from 30-min transvaginal ultrasound recordings. J Maternal Fetal & Neonat Med 2007;20:481
5. Wu T, et al. Longitudinal Cervical Length Measurements and Spontaneous preterm birth in Singleton and Twin pregnancies. JAMA Network Open. 2024;7(4):e244592
6. Short cervix before 24 weeks: Screening and management in singleton pregnancies UpToDate 2024. www.uptodate.com
7. Shennan AH, Story L; the Royal College of Obstetricians, Gynaecologists. Cervical Cerclage. BJOG 2022; 129:1178–1210
8. The role of activity restriction in obstetric management. SMFM Consult Series #50, August 2020.



שרירנים בהריון

רקע

שרירנים הינם ממצא שכיח בנשים בגיל הפוריות ושכיחותם עולה עם הגיל (1).

רוב השרירנים (50-60%) נשארים בגודל יציב במהלך ההריון, כ- 20-30% אחוזים גדלים במהלך ההריון וכ- 10-20% נסוגים בגודלם. הצמיחה תלויה בגודל ההתחלתי של השרירן (דווקא אלו שהגודל פחות מ- 1 ס"מ נוטים לגדול לעומת אלה שמעל 3 ס"מ אשר נוטים לסגת) (1-2).

רוב השרירנים הם אסימפטומטיים במהלך ההריון (1). התסמין השכיח ביותר הוא כאב והוא שכיח יותר בשרירנים הגדולים (בד"כ מעל 5 ס"מ) וזאת מסוף הטרימסטר הראשון ובתחילת השני אז בד"כ קיימת צמיחה של השרירנים.

סיבוכי ההריון הקשורים לשרירנים כוללים בין היתר התנמקות ותסביב, הפלות מוקדמות, לידות מוקדמות, הפרדות שליה, מצגים פתולוגיים, שליית פתח, לידות קיסריות בשיעור גבוה יותר ודימום מוגבר לאחר הלידה. כל אלו בתלות למספר השרירנים, מיקומם וגודלם (1,3).

סיבוכי הריון אשר נקשרו לשרירנים:

א. כאבים חדים עקב תסביב של שרירן על גבעול או כאב עמום משני לתהליך של התנזלות/נמק בשרירן. התופעה שכיחה יותר ככל שהשרירן גדול יותר ומסוף טרימסטר ראשון ותחילת השני.

ב. הפלות מוקדמות - בעיקר כאשר מדובר בשרירנים סוב-מוקוזיים. השכיחות עולה ככל שמדובר במספר רב יותר של שרירנים. לציין ששרירנים על גבעול או סוב-סרוזיים אינם קשורים ככל שידוע לסיבוכי זה. כאשר לשרירנים אינטרא-מורליים הנושא קונטרוברסיאלי והדיעות חלוקות (1). בשנת 2017 יצאה מטה-אנליזה שסקרה מאמרים שריכוזו יותר מ- 20000 הריונות אשר קבעה כי שרירנים מכל סוג אינם קשורים לעליה בשכיחות הפלות מוקדמות (4), לעומת זאת מטא אנליזה אחרת קבעה שישנה עליה סיגניפיקנטית בשיעור ההפלות המוקדמות (3,5).

ג. לידות מוקדמות - ככל הנראה קיימת עליה בשכיחות הלידות המוקדמות בנוכחות שרירנים וזאת ע"פ עבודות ואף מטא-אנליזות. העלייה בשכיחות תלויה בגודל השרירנים, מיקומם ברחם והאם השרשת השליה היא מעל למיקום השרירן (1,3,6), אך ממצאים אלו לא אושרו בכל העבודות.



ד. הפרדות שליה - שלוש מטא-אנליזות עם מעל 170000 מטופלות הצביעו על שכיחות יתר של היפרדות שליה (בערך פי 2) במיוחד כאשר השתרשות השליה סמוכה לשרירן וכתלות במיקום וגודל השרירנים (1,3). גם כאן יש לציין כי לא בכל העבודות נמצא ממצא זה (6).

ה. שלית פתח – כמו בסעיף הקודם אותן שלוש מטא אנליזות מצביעות על הכפלת שיעור שליית הפתח בנוכחות שרירנים ובמיוחד כאשר השרירן בקוטר מעל 5 ס"מ (1,3).

ו. מצגים פתולוגים דווחו בשכיחות יתר בהריונות עם שרירנים גדולים או רחם רב שרירני ובמיוחד כאשר קיים עיוות חלל הרחם (1,3).

ז. סיבוכים אשר קשורים בלידה עצמה - לידות ארוכות יותר או דיספונקציונליות ושיעור ניתוחים קיסריים גבוה יותר (במיוחד כאשר השרירן ממוקם בסגמנט תחתון, גדול, או גורם למצג פתולוגי). גם ודימומים אחרי לידה נמצאו בשיעור גבוה יותר (1,3).

המלצות:

- רחם שרירני כשלעצמו בהריון איננו מהווה סיבה לגמלה לשמירת היריון ואין למנוחה ערך מוסף.
- כאשר קיים סיבוך הריוני (דימום, שלית פתח, לידה מוקדמת מאיימת, וכד') יש להתייחס לכל סיבוך ע"פ נייר העמדה הרלבנטי בהתאם לסיבוך.
- אין מקום לגמלה "מונעת" למניעת הפלות מוקדמות כאשר ישנו רחם שרירני. אין הוכחות שמנוחה מונעת הפלות, גם לא ברחם שרירני.
- בכאב חד של תסביב או נמק יש לאפשר חופש מחלה.
- מחמת הספק לשכיחות יתר ללידות מוקדמות ניתן לאשר גמלה ע"פ בקשת הרופא המטפל במקרים כאשר השרירן בקוטר 5 ס"מ או יותר באישה אשר עבודתה הינה פיזית לאחר שבוע 24 גם אם היא אסימפטומטית. אין מקום לאשר גמלה בהתוויה זו בעבודה משרדית שכן כאמור מנוחה "מניעתית" איננה מוכחת כמונעת לידה מוקדמת.



References:

1. Uterine fibroids (leiomyomas): Issues in pregnancy. UpToDate 2024.
2. Aharoni A, Reiter A, Golan D, et al. Patterns of growth of uterine leiomyomas during pregnancy. A prospective longitudinal study. Br J Obstet Gynaecol 1988; 95:510
3. Li H, et al. The influence of uterine fibroids on adverse outcomes in pregnant women: a meta-analysis. BMC Pregnancy and Childbirth 2024; 24:345
4. Sunderman AC et al. Leiomyoma in pregnancy and spontaneous abortions: A systemic review and meta-analysis. Obstet Gynecol 2017;130(5): 1065-1072
5. Klatsky PC, et al. Fibroids and reproductive outcomes: A systematic literature review from conception to delivery. Am J Obstet Gynecol 2008:357-366
6. Pritts EA. Uterine Leiomyomas and Reproduction. Narrative review. Obstet Gynecol 2025;145:39-45.



Pelvic girdle pain (PGP) & Symphysiolysis

שני הנושאים הנ"ל מופיעים תחת כותרת אחת מאחר ופעמים רבות אין הבחנה ברורה ביניהם בספרות ולעיתים PGP מופיע גם באותו הקשר של כאבי גב תחתון למרות היותו נושא נפרד. [1]. הכאב ב-PGP מתואר בד"כ בין ה- posterior ileac crest והקפל הגלוטאלי ליד ה-SIJ. לעיתים קיימת הקרנה לאחורי הירך ולעיתים מופיעה ביחד עם הכאב האופייני לסימפיזיוליזיס מעל עצמות האגן מקדימה [2-3]. ישנה הערכה שכ- 20% מהנשים בהריון סובלות מ-PGP אם כי לעיתים מתוארת שכיחות גבוהה יותר [2]. האטיולוגיה של PGP וסימפיזיוליזיס איננה ברורה לחלוטין ונקשרה לגורמים הורמונליים, ביו-מכניים, גנטיים ועוד. כנראה שהרלקסין המופרש בהריון משפיע לא רק על הסימפיזיס אלא גם על ה-SIJ ולכן גם על ה-PGP. גם האבחנה הקלינית של שתי תופעות אלו איננה אחידה ומסתמכת בין היתר על תסמינים סובייקטיביים של האישה כפי שמדווחים לרופא המטפל.

התרחבות מפתח עצמות האגן הינה תהליך פיזיולוגי בהריון אשר עשוי להתחיל כבר בשבוע 8-10 ונמשך לאורך ההיריון [3]. שכיחות התופעה של PGP מדווחת בכ- 12% בטרימסטר ראשון, 34% בשני ו- 52% בשלישי (אם כי קיימת שונות גבוהה מאד בדיווח עקב מתודולוגיות מחקר שונות) [4]. הרחבת המפתח עד ל- 10 מ"מ נחשבת כתקינה ובד"כ ללא תסמינים או עם תסמינים קלים בלבד. הרמת חצי אגן לעומת השני עשויה להגביר את הכאבים (כמו עליית מדרגות, להתהפך מצד לצד, קימה משיבה לעמידה, הליכה ונשיאת משאות כבדים). הפרדות עצמות האגן חוזרת למצבה הבסיסי בד"כ תוך 12 שבועות מהלידה. הרחבה פתולוגית של עצמות האגן נחשבת כהרחבה מעבר ל- 10 מ"מ (מצב זה נקרא Pubic symphysis diastasis) והיא עשויה לקרות במהלך ההיריון או בזמן הלידה. זה הוא מצב לא שכיח המדווח ב- 1/300 עד 1/30000 נשים [5-6]. יש לציין כי לא תמיד ישנה התאמה ישירה בין מרווח עצמות האגן וחומרת התסמינים [7]. חוץ מהאבחנה הקלינית של סימפיזיוליזיס, ניתן לאבחן את חומרת המצב ע"י אולטרסאונד או MRI גם במהלך ההיריון.

הטיפול בסימפיזיוליזיס הוא שמרני בעיקרו עם הדרכה להימנע מפעולות או תנוחות הגורמות להחמרת הכאבים, שימוש בחגורות אגן וקשירות אגן ייעודיות ופיזיותרפיה. ניתן להשתמש בתרופות המותרות בהריון (ולפי השלב בהריון בו הן מותרות). חשוב להימנע משכיבה ממושכת עם כל הסיבוכים הנובעים מכך [5]. גם אקופונקטורה נמצאה כיעילה בטיפול בסימפיזיוליזיס [8]



וכן רפואה משלימה [2]. במקרי קיצון ניתן לבצע הזרקות למפרק עם סטראואידים ועזרקאין אם כי אין עבודות מתוקפות ומבוססות המצביעות על יעילותן [7,9].

התוצאות המיילדותיות בנשים עם אבחנה של סימפיזיוליזיס אינם שונים מנשים ללא אבחנה זו [10]. יחד עם זאת ישנם דיווחים שנשים עם PGP סובלות יותר מבעיות בשינה, עצבנות ודכאון (ככל הנראה קשורים אחד בשני). כאשר קיים PGP או סימפיזיוליזיס במצב קיצון עם אבחנה של אי-יציבות אגנית, קיימת סכנה גבוהה יותר לנפילות ובמיוחד בטרימסטר השלישי בהריון. [11].

אי-יציבות ונפילות בהריון:

במחקרים רטרוספקטיביים נמצא שכ- 25% מהנשים ההרות דיווחו על מעידה או נפילה בהריון וכ- 10% דיווחו על שתיים או יותר נפילות. רוב הנפילות מדווחות בחודש החמישי עד השביעי להריון, רובן קורות בבית, וכ- 39% מהן הן מעידות במדרגות. גורמי סיכון למעידות במקום העבודה הן עבודה במשמרות ורעש חזק בעבודה. עם זאת יש לציין שמקום העבודה לא נמצא כגורם בעל משמעות לשכיחות הנפילות [11]. דווקא בטרימסטר השלישי נצפתה ירידה בהיארעות הנפילות, יתכן משום שבשלב זה של ההריון הנשים מבצעות פעילות גופנית מתונה יותר עקב השינויים הפיזיולוגיים. [7]. לא דווח קשר בין סימפיזיוליזיס ונפילות בהיארעות גבוהה יותר.

המלצות:

- סימפיזיוליזיס/PGP עשוי לגרום לאי-נוחות, כאבים והגבלה בתנועות אך איננו מסכן את ההריון ולכן איננו מהווה התוויה לשמירת הריון
- סימפיזיוליזיס/PGP במצב קיצון בו בנוסף לכאבים ישנו גם תיעוד על הגבלה משמעותית בתנועה, אי-יציבות האגן, תיעוד של נפילה או תיעוד אבחנתי בו נמצא מפתח סימפיזיס של 10 מ"מ או יותר – יש לאפשר שמירת הריון.



References:

1. Vleeming A, et al. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. Eur Spine J 2008;17:794-819.
2. Sward L, et al. Pelvic girdle pain in pregnancy: A review. Obstet Gynecol Surv 2023;78(6):349.
3. Casagrande D, et al. Low Back Pain and Pelvic Girdle Pain in Pregnancy. Am Acad Orthop Surg 2015;23:539-549
4. Howell ER. Pregnancy-related symphysis pubis dysfunction management and postpartum rehabilitation: two case reports. J Can Chiropr Assoc 2012; 56(2):102-111.
5. Stolarczyk A, et al. Peripartum Pubic Symphysis Diastasis—Practical Guidelines. J Clin Med 2021;10:2443
6. Anastasio MK, et al. Peripartum pubic symphysis diastasis. Obstet Gynecol Surv 2023;78 (6): 369.
7. Musculoskeletal Health in Pregnancy and Postpartum. An evidence-based guide for clinicians. Fitzgerald CM, Segal NA, Editors. Springer 2015 DOI 10.1007/978-3-319-14319-4
8. Jaffe A, et al. Is acupuncture effective in treating symphysiolysis. Am J Obstet Gynecol February 2021, Poster 366
9. Maternal adaptations to pregnancy: Musculoskeletal changes and pain. UpToDate 2023
10. Shalev-Ram H, et al. Symphysiolysis in pregnancy: Is there an impact on obstetric outcomes? Am J Obstet Gynecol 2024, January, Poster 204 Suppl.
11. Hrvatin I, et al. Risk factors for accidental falls during pregnancy-a systematic literature review. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2022; 35:25, 7015-7024



הריון לאחר הפריה חוץ גופית (IVF)

רקע

הריונות לאחר הפריה חוץ גופית מהווים כ-4-5 אחוז מכלל ההריונות. בעבר, הריונות אלה נחשבו להריון בסיכון גבוה בעיקר עקב הגיל הממוצע של הנשים שעברו הליך זה ומחלות רקע נלוות. לפיכך הן הוגדרו כך בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות והייתה ועדיין קיימת המלצה היסטורית שנשים אלו יהיו במעקב במרפאות הריון בסיכון עקב כך [1,2]. הביטוח הלאומי התיישר עם רוח ההמלצה בעבר ואפשר מתן גמלה לנשים אחרי הפריה חוץ גופית משבוע 24 להריון. יש להדגיש כי מבחינה רפואית לא הוכח כל יתרון במתן גמלה מניעתית להריונות לאחר הפריה חוץ גופית

עם השנים ההתוויות להפריה חוץ גופית התרחבו מאד, הגיל הממוצע ירד משמעותית וחלק לא מבוטל מהנשים מבצעות הליך זה עקב בעיית פוריות לבעל או מתוך רצון לבחירת מין העובר, ללא שלאישה תהיינה מחלות נלוות או בעיית פוריות משמעותית.

יש לציין שללא קשר לסיבה בגינה הומלצה הפריה חוץ גופית הריונות אלה מאופיינים בשיעור גבוה יותר של דימומים בתחילת ההריון ואובדני הריון מוקדמים על רקע אי ספיקת גופיף צהוב או על רקע בעיות שקשורות לאיכות העוברים ותהליך ההשרשה ברחם. (3). פרט לכך נשים אלה חשופות לתסמונת גירוי יתר שחלתי ולהריונות מרובי עוברים.

יש להדגיש כי אין לאופי העבודה או עצם ביצועה כל קשר לרמת הסיכון להפלות או לדימומים.

פעם שהאישה עברה בהצלחה את תהליך ההשרשה והעובר התפתח ונקלט אין הבדל משמעותי בין הריון שהושג בהפריה חוץ גופית לזה שהושג בדרך טבעית.

סיבוכי הריון שונים שמצוינים בספרות כגון: הפלות מוקדמות ולידות מוקדמות, תמותה עוברית גבוהה יותר ותחלואה אימהית גבוהה יותר בהשוואה להריונות ספונטניים נגרמים בין היתר (אך לא רק) עקב גיל יולדות גבוה יותר, הריונות מרובי עוברים בשכיחות גבוהה יותר והטכניקה בה מושג ההריון (IVF לעומת ICSI לדוגמא), ובנוסף מחלות רקע ליולדת אשר עשויות לגרום לאי הפוריות מלכתחילה [1-6]. זאת גם כנראה הסיבה שתוצאות פחות טובות נמצאו גם בהריונות יחידניים ולא רק בהריונות מרובי עוברים.

עצם הטכנולוגיה בה הושג ההריון איננה מהווה סיבה ל"שמירת הריון" ללא שהיא מלווה באחד או יותר מגורמי הסיכון (הריון מרובה עוברים, קיצור צוואר הרחם, וכד').



המלצות:

- הריון אשר מושג ע"י הפריה חוץ גופית איננו מהווה התוויה לשמירת הריון אלא אם כן הוא מלווה בגורמי סיכון ספציפיים. במקרה כזה הגישה תהיה לפי גורם הסיכון הספציפי.
- גיל יולדת מבוגר (<35) בלבד איננו מהווה התוויה לשמירת הריון אלא אם הוא מלווה בגורמי סיכון נוספים.
- אין התוויה לשמירת הריון לאחר טיפולי פוריות ביולדת אשר עברה הפלות מוקדמות חוזרות (2 או יותר) למטרת "שמירה על ההריון" ללא שקיימים גורמי סיכון נוספים או אופי עבודה אשר עשוי לסכן את ההריון [6-7].
- למרות שאין כל הוכחה שאופי או סוג העבודה מגבירים את שעורי ההפלות והדימומים בתחילת ההריון, נאשר גמלה עד שבוע 13 בכפוף לבקשת הרופא המטפל. אישור זה יאפשר לנשים שעברו הפריה חוץ גופית לעבור בהצלחה את הטרימסטר הראשון של ההריון בו כאמור יש יותר סיבוכי הריון ביחס להריונות רגילים (דימומים, גירוי יתר שחלתי הקאות עקב הריון מרובי עוברים וכיוב'). מעבר לשבוע 13 תינתן גמלה בהתוויה רפואית בלבד כשם שניתנת בכל הריון רגיל.

הדגשים נוספים:

1. הזכאות לתחילת הגמלה תהיה מיום האבחנה של הריון תוך רחמי-שבוע 5-6, ולא מיום החזרת העוברים או מיום הוסת האחרונה
2. בנשים אלה לעיתים המחזורים אינם סדירים ולכן תאריך הוסת האחרונה יחושב ע"פ שבועיים לפני החזרת העוברים.
3. מתן הגמלה בשבועות 5-13 לא מצריך סיבה רפואית פרט לווידוא גיל ההריון והתאמת תאריך תחילת וסיום הגמלה.



References:

1. In vitro fertilization: Perinatal risks and early childhood outcome. Scientific impact paper No. 8. RCOG, May 2012
2. Pregnancy outcomes after assisted human reproduction. SOGC clinical practice guidelines. No. 302, January 2014.
3. Xiao mei zang et al, estrogen supplementation to progesterone as luteal phase support in patients undergoing in vitro fertilization. Medicine.Feb 2015;94(8):e459
4. Bagegni NA, et al. Risk of early & late obstetric complications in women with IVF conceived pregnancies and polycystic ovary syndrome (PCOS). Proceedings in Obstetrics and gynecology 2010;1(2):2
5. Peter Kovacs. Effect of Fertility on Perinatal Outcomes. Medscape. Jul 01, 2015.
6. Advanced reproductive age and fertility. SOGC clinical practice guideline No. 269, 2011.
7. Aleman et al. Bed rest during pregnancy for preventing miscarriage (review). Cochrane database systematic reviews 2005.
8. Early pregnancy loss. ACOG practice bulletin No. 150, 2015.



כאבי גב בהריון

רקע

שכיחות כאבי הגב בהריון הינה למעלה מ- 60% [1]. להריון השפעה משמעותית על מערכת השלד והשרירים עקב שינויים ביומכניים, הורמונליים ואחרים אשר עשויים להחמיר כאבי גב [2]. גורמים המנבאים כאבי גב בהריון כוללים בין היתר תחלואת גב ידועה עוד לפני ההריון, כאבי גב בהריון קודם, הריון מרובה עוברים, גיל אם מבוגר, BMI גבוה ועבודה פיזית קשה.

האבחנה מבוססת בעיקר על בדיקה פיזיקלית אשר כוללת גם תבחינים פרובוקטיביים (Patrick, Faber, SLR) שמטרתם לקבוע את מיקום הכאב ואם יש לחץ שורשי עם כאב רדיקולרי והפרעה נוירולוגית. אין מניעה גם להשתמש בכלים הדמייתיים כולל US ו- MRI כאשר ישנו צורך בכך [2-3].

למרות הנטייה הטבעית להמליץ על מנוחה כאשר ישנו אירוע של כאב גב אקוטי, עבודה אשר בחנה ניירות עמדה רבים בנושא זה, בכולם למעט אחד סוכם שאין להמליץ על מנוחה מלאה עקב כך:

11 of 12 guidelines recommended against bed rest for acute low back pain, and four were against bed rest for any duration of pain. More than half endorsed maintaining normal activities as part of acute low back pain management. [5]

גם כאשר קיימת תסמונת סכיזטית (Sciatica) מנוחה לא נמצאה כיעילה להפחתת הכאב [6]. ניתן להקל על הכאב במגוון תרגילים ושיטות טיפול כולל תרופות אשר מותרות בהריון, או בתקופה מסוימת בהריון (כמו NSAIDS) [7]. הידרותראפיה, אקופונקטורה ופיזיותרפיה נמצאו כמועילות להפחתת הכאב בחלק מהמחקרים [8-9].

כאשר באים להמליץ על שמירת הריון עקב כאבי גב, יש להבדיל בין שתי קבוצות עיקריות :

1) הראשונה בה ישנם כאבי גב (אקוטיים או כרוניים) אשר גורמים לאי-כשירות לעבוד אך אינם מסכנים מבחינה בריאותית את האישה, 2) והשנייה בה ישנם כאבי גב עם ממצאים קליניים או הדמיתיים אשר עשויים לסכן את האישה (כמו גירוי שורשי עצבי, סימנים מוטוריים או נוירולוגיים, חוסר תחושה, וכד'). מאחר וחוק הגמלה נסמך על קיום סיכון בריאותי לאישה ואיננו מכיר באי-כושר כעילה לגמלה, הרי שהקבוצה הראשונה איננה זכאית לשמירת הריון בעוד שהשנייה זכאית.



המלצות:

- בטרימסטר ראשון אין מקום לשקול גמלה לשמירת היריון. לא מדובר במצב שנובע מההיריון ויש להתייחס לאישה כשם שמתייחסים לאישה שאיננה הרה עם כאבי גב.
- משבוע 16 ואילך כאשר מתקבלת בקשה לגמלה יש לדרוש יעוץ אורתופד. בדיקת האורתופד צריכה לכלול את הנתונים הבאים:
 - (1) ממצאי הבדיקה הקלינית ואילו תבחינים בוצעו על ידו,
 - (2) האם קיים כאב רדיקולרי ואם כן מה פיזורו.
 - (3) האם קיים חסר תחושת ומה פיזורו.
 - (4) האם קימת ירידה בכח שרירים ובאיזה פיזור.
 - (5) מהן ההמלצות לטיפול. אם אין הלימה בין ממצאי הבדיקה וההמלצות שניתנו – לא תאושר הגמלה וכנ"ל אם לא בוצעה או לא פורטה הבדיקה הקלינית שנערכה ע"י האורתופד.
- אם אין מדובר בכאב רדיקולרי, אין מקום לגמלה לשמירת היריון אלא לחופשת מחלה, מתן הקלות במקום העבודה, קיצור שעות העבודה ופיזיותרפיה. ניתן לשקול מתן גמלה במקרה של כאב גב משמעותי עם עבודה פיזית קשה בהתאם לעוצמת התסמינים ועצימות הקושי בעבודה ע"פ יעוץ רופא תעסוקתי.
- תנאי מוקדם לאישור גמלה הוא ניסיון מתועד לטיפול שמרני בפיזיו/הידרותרפיה ומשככי כאבים. אם הטיפול נכשל תאושר גמלה.



References:

1. Maternal adaptation to pregnancy: musculoskeletal changes and pain. UpToDate 2023. www.uptodate.com © 2023
2. Musculoskeletal Health in Pregnancy and Postpartum. An Evidence-Based Guide for Clinicians. Fitzgerald CM, Segal NA, Editors. Springer ISBN 978-3-319-14319-4
3. Evaluation of low back pain in adults. www.uptodate.com © 2023
4. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management NICE guideline
Published: 30 November 2016 Last updated: 11 December 2020
5. Knezevic NN, et al. Low back pain. *Lancet* 2021; 398: 78–92
6. Patrick CAJ, et al. LACK OF EFFECTIVENESS OF BED REST FOR SCIATICA. *N Engl J Med* 1999;340:418-23
7. Maher C, et al. Non-specific low back pain. *Lancet* 2017; 389: 736–47
8. Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain Evidence Review.
Chou R, Huffman LH. American Pain Society, Publisher Glenview, IL 2009
9. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.: CD001139