

# השראת לידה אלקטיבית בשבוע 39 להיריון לעומת המשך מעקב שמרני

תקציר:

אנשراح סגייר  
מאיה פרנק וולף

היחידה לרפואת האם והעובר, האגף לבריאות האישה, המרכז הרפואי לגליל, נהרייה, משויך לפקולטה לרפואה על שם עזריאלי, אוניברסיטת בר אילן

השראת לידה אלקטיבית היא השראת לידה יזומה המתבצעת ללא הוריה רפואית. יחד עם זאת, השראת לידה יכולה להתבצע מסיבות רפואיות או מיילדותיות כגון יתר לחץ דם, האטה בגדילה התוך הרחמית, מיעוט מי שפיר או היריון עודף. אם הוחלט על השראת לידה אלקטיבית, מומלץ לבצע מעבר לשבוע 39-0 ימים, מאחר שחלה עלייה בסיבוכים ובתמותה הסב-לידתית אם היא מתבצעת בשלבים מוקדמים יותר. השיעור הנמוך ביותר של תמותת עובר במועד הוא בשבוע 39, עם עלייה מתמדת בשיעור התמותה מעבר לשבוע הזה, ולכן מומלצת השראת לידה בהוריית היריון עודף בין השבועות 41-42 בנשים בהיריון בסיכון נמוך, כאשר הסיכון לתמותה עוברית בשלב הזה הינו 2-3 ל-1,000 לידות. יתרונות השראת לידה אלקטיבית בשבוע 39 להיריון כוללים הפחתה בשיעורי תמותת עובר ובשיעורי מקרוזומיה על השלכותיהם, הפחתה בתסמונת שאיפת מקוונים והאפשרות לתזמן את מועד הלידה. מנגד קיימים גם חסרונות להשראת לידה אלקטיבית והם כוללים משך אשפוז ממושך יותר עד הלידה, הגברת העומס בחדרי הלידה ועלויות כלכליות נוספות הכרוכות בתהליך.

כיום, לא קיימת המלצה ברורה להשראת לידה בין השבועות 39 ו-0 ימים ל-40 ו-6 ימים, מהחשש להעלות את שיעורי הסיבוכים לאם ולעובר, ואת שיעורי הניתוחים לחיתוך הדופן, במיוחד בקרב נשים מבכירות עם ציון ביטוח נמוך. ניהול קליני זה מתבסס בעיקר על עבודות קודמות רטרוספקטיביות שהעלו עלייה בשיעורי הניתוחים לחיתוך הדופן לאחר השראת לידה אלקטיבית בהשוואה לנשים בלידה עצמונית, בייחוד בקרב נשים מבכירות. במחקרי תצפית מהעשור האחרון ומחקרים אקראיים שפורסמו לאחרונה, נערכה השוואה בין נשים מבכירות שעברו השראת לידה אלקטיבית לעומת קבוצת שכללה נשים אשר נוהלו באופן שמרני. מתוצאות המחקרים הללו, לא הודגמה עלייה בשיעור הניתוחים לחיתוך הדופן לאחר השראת לידה אלקטיבית, ובחלקם אף נצפתה ירידה בשיעורי הניתוחים לחיתוך הדופן ובשיעורי הסיבוכים הסב לידתיים והסיבוכים לאם. מטרת מאמר זה היא סקירת ספרות עדכנית בנושא השראת לידה אלקטיבית בנשים מבכירות בשבוע 39 לעומת ניהול שמרני, והשפעתה על תוצאות סב לידתיות ותוצאות באם, ועל שיעורי הניתוחים לחיתוך הדופן.

מילות מפתח: השראת לידה אלקטיבית; תוצאות באם ("תוצאות אימהיות"); תוצאות סב לידתיות; ניתוח חיתוך הדופן ("קיסרי").

KEY WORDS: Elective induction of labor; Maternal outcomes; Neonatal outcomes; Cesarean section.

## הקדמה

השראת לידה אלקטיבית (ה"א"<sup>1</sup>) היא התערבות שמטרתה התחלת תהליך הלידה לפני התפתחותה באופן עצמוני, וזאת ללא הוריה רפואית. עבור נשים בהיריון בסיכון נמוך, ההמלצה הרווחת היא השראת לידה בין השבועות 41-42, מאחר שחלה עלייה בסיבוכים בילודים (neonatal complications) מעבר לשבועות האלו [1]. השראת לידה מבוצעת בנשים כאשר לא קיימת הוריית נגד ללידה לדנית (נרתיקית) (כגון שליית פתח או מצג עכוז). השיטה לביצוע השראת הלידה נקבעת בהתאם

לתנאים צוואריים ולסיבה שבעטיה הוחלט על השראת לידה. כאשר צוואר הרחם סגור וארוך, ניתן להתחיל את השראת הלידה על ידי פרוסטגלנדינים המונחים בצוואר הרחם או בלדן (נרתיק) ומטרתם לגרום לצוואר הרחם להתקצר ולהיפתח, או להשתמש בצנתר בלון המוחדר לצוואר הרחם ומטרתו לגרום באופן מכאני לפתיחה הדרגתית של הצוואר. אם צוואר הרחם פתוח, ניתן לבצע פקיעת מי שפיר או להזליף פיטוצין לתוך הווריד באופן מבוקר במטרה להשרות הופעת צירים [2]. להבדיל מהל"א, לרוב מתבצעות השראות הלידה בהוריות רפואיות שבגינן עלול המשך ההיריון לסכן את האם או העובר. סיבות אלה כוללות סיבות הקשורות באם כגון רעלת היריון, או סיבות הקשורות לעובר כגון האטה בגדילה התוך רחמית

<sup>1</sup>ה"א - השראת לידה אלקטיבית

מאוחר יותר משבוע 42 ו־2 ימים. במחקר זה, נמצאה ירידה ב־16% בשיעור הניתוחים לחיתוך הדופן בקבוצת ההשראה לעומת קבוצת המעקב השמרני (18.6% לעומת 22.2%). גם לנשים עם תנאים צוואריים לא מיטביים (ציון בישופ פחות מ־5) היה סיכון נמוך ב־15% לעבור ניתוח לחיתוך דופן כאשר עברו ה־"א לעומת ניהול שמרני. יתרה מכך, נשים שנכללו במחקר עברו תיארוך על פי תוצאות סקירת על שמע בתחילת ההיריון, על מנת להימנע מטעות בגיל ההיריון וכתוצאה מכך מיילוד מוקדם, טרם שבוע 39 להיריון.

בעבודה עבודה רטרוספקטיבית ממרץ 2019 של Souter וחב' [16] נכללו 55,694 לידות מ־21 בתי חולים בארה"ב: 2,318 מהן היו כתוצאה מהל"א בשבוע 39 וכן 1,684 מהל"א בשבוע 40 לעומת 30,175 שעברו ניהול שמרני בשבוע 39 ומעלה. יותר ממחצית הנשים שנכללו בעבודה זו היו מבכירות. נשים שעברו ה־"א נטו להיות עם BMI גבוה יותר, ולדניות ובגיל מבוגר יותר. נמצא כי ה־"א בנשים מבכירות בשבוע 39 קשורה לסיכון נמוך יותר של ניתוחים לחיתוך דופן בהשוואה לאלו שנוהלו שמרנית (14.7% לעומת 23.2%, 0.41–0.89, 95% CI, aOR 0.61) ולעלייה בסיכון ללידה מכשירנית (18.5% לעומת 10.8%, aOR 1.28–2.54, 95% CI, 1.8). לא היה הבדל משמעותי סטטיסטית בשיעור הניתוחים לחיתוך הדופן כאשר נשים מבכירות עברו ה־"א בשבוע 40 או אם נוהלו שמרנית. בנשים ולדניות לא היה הבדל משמעותי בשיעורי הניתוחים לחיתוך הדופן או הלידות המכשירניות בשבוע 39 או בשבוע 40 [16].

בנוסף לעבודות פרוספקטיביות אקראיות ועבודות רטרוספקטיביות, פורסמו מספר מטה־אנליזות בנושא. במטה־אנליזה שפורסמה בפברואר 2019, נכללו מחקרי תצפית מהשנים 2012–2018 ומעל ל־650,000 נשים מבכירות, כאשר 66,019 נשים עברו ה־"א בשבוע 39 ו־584,390 נשים נוהלו שמרנית. הודגם במטה־אנליזה זו סיכון מופחת לניתוח חיתוך דופן בהל"א לעומת ניהול שמרני (26.4% לעומת 29.1%, RR 0.83). בהתבסס על הנתונים האלו, ניתן למנוע ניתוח חיתוך דופן אחד בכל 37 המקרים של ה־"א [17]. ממצאים אלו תואמים נתונים של מטה־אנליזה קודמת שפורסמה בשנת 2018 וכללה 30 מחקרים אקראיים על ה־"א במועד או מעבר לו, ובה הודגמה ירידה ב־8% בשיעורי הניתוחים לחיתוך הדופן ללא קשר אם בוצעה ה־"א לפני או אחרי שבוע 41 [18].

במטה־אנליזה ספציפית יותר שהתפרסמה לאחרונה, נכללו חמישה מחקרים אקראיים מבוקרים של נשים בהיריון יחיד בסיכון נמוך שעברו סיווג באקראי בין ה־"א בין השבועות 39

או חשד למצוקה של העובר. השראת לידה אלקטיבית, כאמור ללא הוריה רפואית, מומלצת מעבר לשבוע 39, מאחר שחלה עלייה בסיכונים לילוד אם היא מתרחשת מוקדם יותר [3]. עדויות מצטברות ממחקרים אקראיים פרוספקטיביים המשווים ה־"א לקבוצת בקרה של המשך מעקב היריון שמרני, מלמדות על שיפור בתוצאות הקשורות לאם ולילוד, ואף על הפחתה בשיעור הניתוחים לחיתוך הדופן ("ניתוחים קיסריים").

### השפעת השראת לידה אלקטיבית על שיעור הניתוחים לחיתוך הדופן

החשש העיקרי בהפעלת לידה בשבוע 39 במיוחד בקרב נשים מבכירות עם תנאים צוואריים לא מיטביים נובע ממחקרים קודמים, שהודגמה בהם עלייה בשיעור הניתוחים לחיתוך הדופן בנשים שעברו ה־"א לעומת אלו שילדו עצמונית [4–7]. ממצאים אלו לא תואמים מחקרי תצפית רבים אחרים שהשוו נשים שעברו ה־"א לעומת נשים שנוהלו באופן שמרני [8–11]. במחקר אקראי מבוקר משנת 2016 של Walker וחב' (TRIAL 35/39), הוכללו 619 נשים מבכירות מעל גיל 35 שנים אשר חלקן עברו ה־"א בשבוע 39 וחלקן נוהלו באופן שמרני. במחקר, לא היה הבדל משמעותי סטטיסטית בין שתי הקבוצות בשיעור הניתוחים לחיתוך הדופן או בשיעור הלידות המכשירניות. יחד עם זאת, נשים שלא עברו סקירת על שמע (אולטרסאונד) לפני שבוע 22 לא נכללו במחקר, על מנת להימנע מהשראת לידה מתחת לשבוע 39 ומיילוד מוקדם עם השלכותיו לילוד [12]. במחקרים רטרוספקטיביים בנשים עם השמנת יתר ובנשים עם סוכרת היריון, דווח על שיעורי ניתוחים לחיתוך דופן שהיו נמוכים יותר בנשים מבכירות מנשים שעברו ה־"א בשבוע 39 [13, 14].

באוגוסט 2018 פורסם ה־ARRIVE Study [15], מחקר פרוספקטיבי רב מרכזי אקראי ומבוקר אשר כלל נשים מבכירות בלבד, בהיריון בסיכון נמוך, ללא הוריה רפואית או מיילדותית להשראת לידה. במחקר הוכללו 6,107 נשים, כאשר 3,062 נשים עברו ה־"א בשבוע 39 ו־3,044 נשים נוהלו באופן שמרני. נשים גויסו למחקר בין השבועות 38 ו־0 ימים עד 38 ו־6 ימים. רוב הנשים (63%) היו עם ציון בישופ נמוך מ־5 בעת כניסתן למחקר. נשים בקבוצת ה־"א עברו השראה בין השבועות 39 ו־0 ימים עד 39 ו־6 ימים. נשים בקבוצת הניהול השמרני עברו מעקב שמרני עד שבוע 40 ו־5 ימים וילדו לא

#### טבלה 1:

סיכום מחקרי השראת לידה אלקטיבית בשבוע 39 בהשוואה לניהול שמרני

עבודה	תיאור	מספר הנשים / הלידות שנכללו	השפעה של ה־"א על שיעור הניתוחים הקיסריים	השפעה של ה־"א על סיבוכים ניאונטליים	השפעה של ה־"א על סיבוכים אימהיים
2016 Walker וחב' (12)	רנדומלית ומבוקרת	619 מבכירות בלבד	אין הבדל	אין הבדל	אין הבדל
2018 Grobman וחב' (15)	אקראית ומבוקרת	6,187 נשים מבכירות	↓ ב־16%	אין הבדל	↓ בסיכון להפרעות יל"ד של ההיריון
2019 Sotiriadis וחב' (19)	מטה־אנליזה של 5 עבודות אקראיות	7,261 97.4% מבכירות	↓ ב־13%	↓ בסיכון לצורך בתמיכה נשימתית לילוד	↓ בסיכון להפרעות יל"ד של ההיריון
2019 Souter וחב' (16)	רטרוספקטיבית	55,694 58.9% מבכירות	↓ ב־36% מבכירות בלבד	↓ בסיכון לאשפוז בפגיה ↓ סיבוכים נשימתיים	↓ בסיכון להפרעות יל"ד של ההיריון

במטה-אנליזה משנת 2019 נמצא, כי ה"א לעומת ניהול שמרני בנשים מבכירות קשורה לסיכון מופחת של סיבוכים נשימתיים (0.7% לעומת 1.5%; RR 0.71; 95% CI; 0.59–0.85); לסיכון מופחת של תסמונת שאיפת מקונויום (0.7% לעומת 3.0%; RR 0.49; 95% CI 0.26–0.92, P=0.03), ולסיכון מופחת של אשפוז בפגיה (3.5% לעומת 5.5%; RR 0.8; 95% CI 0.57–0.95; P=0.0001). כמו כן הודגמה ירידה בסיכון לתמותה הסביליתית (0.04% לעומת 0.2%; RR 0.27; 95% CI 0.72–0.88; P<0.0001). לא נמצא הבדל בסיכון להיפרבילירובינמיה (12.6% לעומת 12.2%; RR 1.13; 95% CI 0.89–1.44; P=0.31) [17].

## השפעת השראת לידה אלקטיבית על סיבוכים באם

בעבודות מהשנים האחרונות יש עדויות לכך שהל"א מפחיתה את הסיכון גם לסיבוכים אימהיים. במחקרם של Gibson וחב' [23] משנת 2014, נבדקו רטרוספקטיבית נתונים בין השנים 2002–2008 של 131,243 לידות. נכללו נשים בריאות בהיריון יחיד בין השבועות 37–41, כאשר 13,242 (10.1%) עברו ה"א והן הושאו יחסית לנשים שנהלו

■ **השראת לידה אלקטיבית בשבוע 39 אינה מעלה את הסיכון לניתוח חיתוך דופן ("קיסרי") ואף מפחיתה את שיעור ניתוחי חיתוך הדופן לעומת ניהול מעקב היריון שמרני.**

■ **השראת לידה אלקטיבית מפחיתה את הסיכון לתמותה סבילית ולסיבוכים בילוד כגון תסמונת שאיפת מקונויום, סיבוכים נשימתיים ומקרוזומיה על השלכותיהם.**

■ **בנשים מבכירות בהיריון בסיכון נמוך ותנאים לא מיטביים של צוואר הרחם, השראת לידה אלקטיבית בשבוע 39 מפחיתה את שיעור הסיבוכים והתחלואה של האם.**

שמרנית באותו שבוע. שיעור של 32% מהל"א היו בנשים מבכירות. נמצאה ירידה בסיכון לזיהום אימהי בנשים מבכירות בשבוע 39 (0.33–0.50; OR 0.41), וגם בנשים ולדניות בשבוע 39 (0.25–0.47; OR 0.34). בנשים ולדניות הודגמה בנוסף ירידה בסיכון לקרעיים מתקדמים בשבוע 39 (0.49–0.76; OR 0.61). בעבודה רטרוספקטיבית משנת 2018 [14] הושוותה ה"א בין השבועות 39–41 בנשים עם BMI מעל 30 לבין ניהול שמרני של ההיריון. נכללו בעבודה 100,642 נשים מבכירות ו-65,333 נשים ולדניות. הסיבוכים באם ("האימהיים") שנבדקו כללו דםם לאחר הלידה, קרע מתקדם בחיץ הנקביים, קרע ברחם, ניתוח

כירורגי לא מתוכנן, אשפוז בטיפול נמרץ, אלח דם של האם ואנדומטריטיס. נמצא כי חלה ירידה במכלול הסיבוכים לאם בנשים מבכירות שעברו ה"א בשבוע 39 (5.6% לעומת 7.6%, P<0.05, aOR=0.75, 95% CI 0.65–0.87) בנשים ולדניות.

ב-ARRIVE Study [15] נמצא, כי נשים מבכירות שעברו ה"א בשבוע 39 היו בעלות סיכוי נמוך יותר להפרעות יל"ד של ההיריון (9.1% לעומת 14.1%; RR 0.64, 95% CI 0.56–0.74; P<0.001). בנוסף, נשים שעברו ה"א דיווחו על רמת כאב נמוכה יותר ועל תחושת שליטה טובה יותר בלידה. קבוצת ההשראה שהתה זמן ארוך יותר בחדר הלידה, אך משך האשפוז לאחר הלידה היה קצר יותר. לא נצפה הבדל משמעותי סטטיסטית בין קבוצת ה"א לבין קבוצת הניהול

ר-ימים ל-39 ו-6 ימים לבין ניהול שמרני. שיעור של 97.4% מהנשים הנכללות היו נשים מבכירות. המטה-אנליזה כללה את ה-ARRIVE Study ואת עבודתם של Walker וחב' [19] משנת 2016 (TRIAL 35/39). נמצא, כי ה"א מפחיתה את הסיכון לניתוח חיתוך דופן (RR 0.86, 95% CI 0.57–0.95) [19].

במאמר עדכני שנבחנו בו ההשלכות ויחס עלות-תועלת של השראת לידה אלקטיבית בארצות-הברית בשבוע 39 בנשים בהיריון בסיכון נמוך, הודגמו ירידה תיאורטית במספר הניתוחים לחיתוך הדופן, ירידה במספר המקרים של הפרעות יתר לחץ דם (יל"ד) בהיריון, ירידה במספר מקרי תמותת עוברים תוך רחמית ותמותת ילודים, אך גם עלייה במספר מקרי הפגיעה במקלעת הזרוע (brachial plexus) (כתוצאה מעלייה במספר הלידות הולדות). יחד עם זאת, במודל החישוב לא הובאו בחשבון ההשלכות ארוכות הטווח של הירידה במספר הניתוחים לחיתוך הדופן כדוגמת ירידה במקרים של שליה נעוצה. עם זאת, הונח כי כל הנשים יעברו השראת לידה עד שבוע 41 אם לא ילדו עצמונית או אם לא יעברו השראת לידה לפני כן. בחישוב שבוצע, הודגמה תוספת שנתית של שני מיליארד דולר בהוצאות הרפואיות כתוצאה מהעליות הכרוכות בתהליך, בתוספת תועלת גבולית [20].

## השפעת השראת לידה אלקטיבית על סיבוכים בעובר ובילוד

בעבודות רטרוספקטיביות קודמות הודגמו תוצאות מעורבות של ההשפעה של ה"א על סיבוכים ותמותה סביליתית [22,21,22,10]. אולם ברובן בוצעה השוואה בין ה"א לבין קבוצת בקרה של נשים בלידה עצמונית [22,21].

בעבודתם של Walker וחב' [12] (TRIAL 35/39) שהוזכרה לעיל, נבדקה ה"א בשבוע 39 בנשים מבכירות בגיל 35 שנים ומעלה לעומת מעקב שמרני (המתנה ללידה עצמונית או להתפתחות מצב רפואי המצריך השראת לידה רפואית). במחקר הוכללו 619 נשים: 304 בקבוצת ה"א ו-314 בניהול השמרני. לא נמצאו הבדלים משמעותיים בשיעורי האשפוז בפגיה, בסיבוכים נשימתיים או בטרואמה בילוד [12].

ב-ARRIVE Study לא נמצא הבדל משמעותי בסיבוכים בילוד בין הנשים המבכירות שעברו ה"א בשבוע 39 לאלו שנהלו באופן שמרני. משתנים שנבדקו כוללים צורך בתמיכה נשימתית, טראומה לילוד, פרע כתפיים, מתן מוצרי דם, היפרבילירובינמיה, המצריכה טיפול היפוגלצמיה, אשפוז בפגיה ומשך האשפוז [15].

בנוסף, בעבודה רטרוספקטיבית אשר כללה 55,694 לידות הודגם, כי ה"א בנשים מבכירות בשבוע 39 או 40 מפחיתה את הסיכון לאשפוז בפגיה ולסיבוכים נשימתיים [16].

במטה-אנליזה משנת 2018 נכללו 30 מחקרים אקראיים ומעל 12,000 בנשים נשים מבכירות, נבדקה ה"א לעומת ניהול שמרני בהריונות במועד או מעבר למועד. נמצא, כי ה"א הביאה לירידה של 70% בתמותה הסביליתית ובתמותת עובר תוך רחמית, ללא קשר אם בוצעה מתחת לשבוע 41 או מעבר לו. כמו כן, נמצא כי ה"א הביאה לירידה ב-28% בשיעור העוברים המקרוזומיים (משקל לידה מעל 4,000 גרם), לירידה ב-23% בשיעור של תסמונת שאיפת מקונויום ולירידה ב-12% בשיעור האשפוזים בפגיה [18].

הבדל בסיכון לזיהום לאחר הלידה או בקרעים דרגה 3 או 4 בחיץ הנקביים. במטה-אנליזה נוספת שכללה חמש עבודות אקראיות על ה"א בשבוע 39 לעומת ניהול שמרני, נמצא כי ה"א מפחיתה את הסיכון להפרעות יל"ד של ההיריון (13% בניהול שמרני לעומת 9% בה"א) [19].

ההחלטה על השראת לידה אלקטיבית צריכה להתבצע בשיתוף עם היולדת, תוך הסבר על היתרונות האפשריים, כדוגמת הירידה בסיכון ללידה בניתוח לחיתוך הדופן ולהפרעות יל"ד של ההיריון, וחסרונות, כגון משך הזמן ארוך יותר עד הלידה ואי הנוחות הכרוכה לעיתים בתהליך השראת הלידה.

השאלה המתבקשת היא: כיצד ליישם מידע זה בעבודה היומית ובעיקר האם יש מקום להמליץ על השראת לידה בנשים מבכירות בהיריון בסיכון נמוך בשבוע 39? המלצה כזו עלולה להגדיל את העומס בחדרי הלידה, לפגוע בזמינות הצוותים כולל אחיות ומרדמים ולהגדיל את ההוצאות הרפואיות. לנוכח המידע הקיים אודות יתרונותיה של השראת לידה אלקטיבית, יש צורך לבחון את יחס עלות-תועלת של המלצה שגרתית כזו במדינת ישראל ואת היישומיות שלה. בכל אופן, החלטה על הצעת השראת לידה אלקטיבית לכל יולדת בשבוע 39 תהיה תלויה ביכולת ובמשאבים של חדרי הלידה, ברצון היולדות ובעמדת האיגוד למיילדות וגינקולוגיה.

### לסיכום

קיימת חשיבות לתיארוך גיל היריון מדויק טרם ההחלטה על ה"א. בשנים האחרונות פורסמו מספר עבודות שהדגימו, כי ה"א בשבוע 39 בנשים מבכירות בהיריון בסיכון נמוך יכולה להיות חלופה בטוחה לאם ולעובר בהשוואה למעקב שמרני. נראה כי ה"א בשבוע 39 מפחיתה את הסיכון לניתוחים לחיתוך הדופן, לתמותה ולתחלואה בילוד ואף לחלק מהסיבוכים באם. יחד עם זאת, ה"א בשבוע 39 מעלה את משך האשפוז עד הלידה וכרוכה בעלויות כלכליות נוספות.

#### מחבר מכותב: אנשראח סגיי

היחידה לרפואת אם עובר  
המרכז הרפואי לגליל, נהרייה  
ת.ד. 21 נהריה מיקוד 22100  
דוא"ל: lnshirah.sg.sh@gmail.com

## טבלה 2: יתרונות וחסרונות של השראת לידה אלקטיבית בשבוע 39 לפי העבודות שנסקרו במאמר

יתרונות	חסרונות
<ul style="list-style-type: none"> <li>ירידה בשיעור הניתוחים לחיתוך הדופן</li> <li>ירידה בתמותה הסב-לידתית</li> <li>ירידה בתמותת עובר תוך רחמית</li> <li>ירידה בסיבוכים הנשימיים של הילוד</li> <li>ירידה בשיעור האשפוזים בפגיה</li> <li>ירידה בשיעור העוברים המקרוזומיים</li> <li>ירידה בשיעור של תסמונת שאיפת מקוונים</li> <li>ירידה בסיכון לקרעים מתקדמים</li> <li>ירידה בסיכון לזיהומים באם ("אימהיים")</li> <li>ירידה בסיכון לדמם לאחר הלידה</li> <li>ירידה בסיכון להפרעות יל"ד של ההיריון</li> <li>ירידה ברמת הכאב בלידה</li> <li>שיפור בתחושת השליטה בלידה</li> <li>קיצור משך האשפוז לאחר הלידה</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>עלייה בשיעור הלידות המכשירניות</li> <li>הארכת משך האשפוז עד הלידה</li> <li>הגברת העומס בחדרי הלידה ובמחלקות האשפוז</li> <li>עלייה בעלויות הרפואיות הכרוכות בתהליך</li> </ul>

השמרני בפרמטרים הבאים: זיהומים באם, דמם לאחר הלידה, קרעים דרגה 3 ו-4 בחיץ הנקביים, אשפוז בטיפול נמרץ או תמותה של האם.

במחקר רטרוספקטיבי של Souter וחב' [16] נמצא, כי כאשר כמחצית מאוכלוסיית המחקר היו נשים מבכירות, הודגמה ירידה בסיכון להפרעות יל"ד הקשורות להיריון בנשים מבכירות שעברו ה"א בשבוע 39 לעומת אלו שנוהלו שמרנית (2.2% לעומת 7.3%, 95% CI 0.11 0.68, aOR=0.28). תוצאות דומות נצפו גם בנשים ולדניות (0.9% לעומת 3.5%, aOR 0.24; 95% CI 0.15 0.38). ירידה בסיכון להפרעות יל"ד נמצאה גם בנשים מבכירות וגם בוולדניות שעברו ה"א בשבוע 40 לעומת אלו שנוהלו באופן שמרני. כמו כן, משך האשפוז עד הלידה היה ארוך יותר בנשים מבכירות ולדניות שעברו ה"א בשבוע 39 לעומת אלו שנוהלו שמרנית, אך משך האשפוז לאחר הלידה היה קצר יותר.

במטה-אנליזות שהוזכרו לעיל נבדקו בנוסף סיבוכים ותחלואה באם. במטה-אנליזה שפורסמה בפברואר 2019 וכללה יותר מחצי מיליון נשים מבכירות [17], נמצאה ירידה בסיכון לזיהום סב-לידתי בנשים שעברו ה"א (2.8% לעומת 5.2%; P<0.0001; 95% CI 0.39 0.72; RR 0.53), ולא נמצא

### ביבליוגרפיה

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 146: management of late-term and postterm pregnancies. *Obstet Gynecol* 2014;124:390-6.
2. Sagi-Dain L, Bardicef M, Kedar R & al, Labor induction by oral Misoprostol - effective, safe, easy to administrate and inexpensive. *Harefuah*, 2018; 156:716-720.
3. Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. ACOG Committee Opinion No. 764. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2019;133:e151-55.
4. Macer JA, Macer CL & Chan LS, Elective induction versus spontaneous labor: a retrospective study of complications and outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:1690-6.
5. Maslow AS & Sweeny AL, Elective induction of labor as a risk factor for cesarean delivery among low-risk women at term. *Obstet Gynecol* 2000;95:917-22.
6. Vrouenraets FP, Roumen FJ, Dehing CJ & al, Bishop score and risk of cesarean delivery after induction of labor in nulliparous women. *Obstet Gynecol* 2005;105:690-7.
7. Vahratian A, Zhang J, Torendle JF & al, Labor progression and risk of cesarean delivery in electively induced

nulliparas. *Obstet Gynecol* 2005;105:698-704.

8. Osmundson S, Ou-Yang RJ & Grobman WA, Elective induction compared with expectant management in nulliparous women with a favorable cervix. *Obstet Gynecol* 2010;116:601-5.

9. Osmundson S, Ou-Yang RJ & Grobman WA, Elective induction compared with expectant management in nulliparous women with an unfavorable cervix. *Obstet Gynecol* 2011;117:583-7.

10. Darney BG, Snowden JM, Cheng YW & al, Elective induction of labor at term compared with expectant management: maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2013;122:761-9.

11. Stock SJ, Ferguson E, Duffy A & al, Outcomes of elective induction of labour compared with expectant management: population based study. *BMJ* 2012;344:e2838.

12. Walker KF, Bugg GJ, Macpherson M & al, Randomized trial of labor induction in women 35 years of age or older. *N Engl J Med* 2016;374:813-22.

13. Melamed N, Ray JG, Geary M & al, Induction of labor before 40 weeks is associated with lower rate of cesarean delivery in women with gestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol* 2016;214:364.e1-8.

14. Gibbs Pickens CM, Kramer MR, Howards PP & al, Term Elective Induction of Labor and Pregnancy Outcomes Among Obese Women and Their Offspring. *Obstet Gynecol* 2018;131:12-22.

15. Grobman WA, Rice MM, Reddy UM & al, Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *N Engl J Med* 2018;379:513-23.

16. Souter V, Painter I, Sitcov K & Caughey AB, Maternal and newborn outcomes with elective induction of labor at term. *Am J Obstet Gynecol* 2019;220:273.e1-273.e11.

17. Grobman WA & Caughey AB, Elective induction of labor at 39 weeks compared to expectant management: A meta-analysis of cohort studies. *Am J Obstet Gynecol* 2019;19,30425-9.

18. Middleton P, Shepherd E & Crowther CA, Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;CD004945.

19. Sotiriadis A, Petousis S, Thilaganathan B & al, Maternal and perinatal outcomes after elective induction of labor at 39 weeks in uncomplicated singleton pregnancy: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2019;53:26-35.

20. Hersh AR, Skeith AE, Sargent JA & al, Induction of labor at 39 weeks of gestation versus expectant management for low-risk nulliparous women: a cost-effectiveness analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2019.

21. Baud D, Rouiller S, Hohlfeld P & al, Adverse obstetrical and neonatal outcomes in elective and medically indicated inductions of labor at term. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013;1595-601.

22. Vardo JH, Thornburg LL & Glantz JC, Maternal and neonatal morbidity among nulliparous women undergoing elective induction of labor. *J Reprod Med* 2011;56 (1-2):25-30.

23. Gibson KS, Waters TP & Bailit JL, Maternal and neonatal outcomes in electively induced low-risk term pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2014;211:249.e1-16.

כרוניקה

## שיעור גבוה של הזיהומים העמידים לאנטיביוטיקה מקורו באביזרים רפואיים



פצע ניתוח היה השיעור 41%. בנוסף נמצא, כי 82% מחיידקי אנטרוקוקוס פאציום שבודדו מאביזרים רפואיים היו עמידים לוונקומיצין לעומת 55% שבודדו בפצעי ניתוח. כמו כן מצאו החוקרים, כי ביחידות טיפול נמרץ היו שיעורים גבוהים יותר של אלח דם בחיידקים עמידים לאנטיביוטיקה ממקור של צנתר מרכזי לעומת מחלקות אשפוז, אך שיעור נמוך יותר של זיהומים מקור של צנתר של דרכי השתן. לגבי ילדים מאושפזים נמצא, כי זיהומים בחיידקים עמידים אירעו בשיעור נמוך ביחידות של ילדים והיה גבוה ביותר ביחידות אונקולוגיות. כמו כן נמצא, כי שיעור הזיהומים העמידים בקרב הילדים היה נמוך יותר מאשר בקרב המבוגרים. החוקרים מציעים להקצות משאבים מתאימים ולהתרכז בשיטות מוכחות למניעת זיהומים עקב חשיפה לאביזרים רפואיים (*Infect Control Hosp Epidemiol* 2019; DOI: 10.1017/ice.2019.296).

איתן ישראלי

שיעורי הזיהומים הנרכשים בבתי חולים הם גבוהים, ותורמים משמעותית לתחלואה ותמותה של מאושפזים. שכיחות הזיהומים גבוהה במיוחד באתר פצעי ניתוחים, ושכיחותה נובעת גם עקב חשיפה לאביזרים רפואיים החודרים לגוף המטופל. וויינר לאסטינגר וחב' ניסו לברר מהם שיעורי הזיהומים העמידים לאנטיביוטיקה הקשורים לניתוחים ולאביזרים רפואיים. הנתונים נאספו על ידי המרכז לבקרת מחלות ומניעתן (CDC) מ-5,600 בתי חולים ומוסדות שיקום בשנים 2015-2017 שטיפלו במבוגרים, וכן מ-2,500 מוסדות שטיפלו בילדים. הממצאים העלו, כי לגבי מבוגרים שלושה סוגי חיידקים הובילו בשכיחות הזיהומים, ו-18% מהזיהומים היו א' קולי, 12% סטפילוקוק זהוב ו-9% קלבסיאלה. בילדים, ס' זהוב היה הזיהום הנפוץ ביותר (15%) ואחריו א' קולי וקואגולאזה שלילי לסטפילוקוק (12%). שיעור חיידקי סטפילוקוק שבודדו מאביזרים רפואיים והיו עמידים למתיצילין היה 48%, ולגבי אלה שבודדו מזיהומי