

דור ישרים, הלידה, ומה שביניהם

ד"ר ורד אייזנברג

מרכז רפואי שיבא ומכבי שירותי בריאות

26.11.2007

על מה נדבר

■ ההכנות לקראת ההיריון:

- בדיקת נשאות גנטית, דור ישרים, טיי זקס
- חומצה פולית
- בדיקות כלליות:
- חיסוניות לאדמת, CMV, ואבעבועות רוח
- איזון סכרת והפרעות בתפקוד בלוטת התריס
- טיפול באנמיה

■ ההיריון עצמו:

- בהרצאה הבאה – מעקב הריון
- אבחון טרום לידתי

■ ההכנות ללידה:

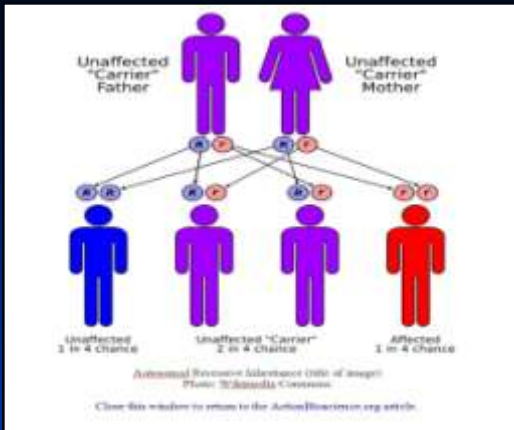
- GBS

■ לאחר הלידה:

- חומצה פולית

ההכנות לקראת ההריון

דור ישרים



■ מתוך אתר מורשת (www.moreshet.co.il):

תשובת רבני מכון פועה לשאלה האם לבצע בדיקות גנטיות:

■ שלום וברכה,

כבר עמדו על נקודה הפוסקים וכתב הגאון הרב משה פיינשטיין זצ"ל שאמונה היא טובה בדבר שאין לי מה לעשות או לא בידיים שלי למנוע, אבל כבר כתוב בגמרא (כתובות) שהכל בידי שמיים חוץ מצינים ופכים ומסביר שם רש"י שהכוונה להצטננות, זאת אומרת אדם לא יכול לטעון אני אסתובב בין החולים או בחורף ללא ביגוד מתאים "ויהיה בסדר" כי ה' שומר עלי. על זה נאמר שהוא לא בידי שמיים כי האדם יכול למנוע עוד מחלות כאלה. ולכן גם כאן כיון שמדובר בבדיקת דם פשוטה אז לא ניתן לומר הכל בידי שמיים, ויש מקום לעשות את הבדיקה

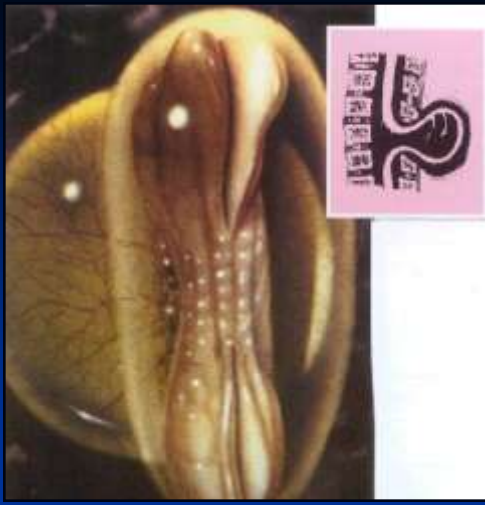
חומצה פולית



- חומצה פולית היא ויטמין מקבוצה B החשובה לבניית כל תא בגוף וחיונית לחילוף חומרים
- חומצה פולית חיונית להתפתחות תקינה של המוח ושאר מערכות הגוף של העובר
- המוח ואברי הגוף של העובר מתפתחים בעיקר בחודשיים הראשונים להריון, כשנשים רבות עדיין לא מודעות להריון
- לכן יש צורך מיוחד לקחת חומצה פולית כהכנה להריון ובמהלכו

המלצת משרד הבריאות

- משרד הבריאות בישראל ממליץ להתחיל לקחת חומצה פולית בגיל הפוריות ובעיקר בשלושת החודשים שלפני ההיריון ולהמשיך לפחות בשלושת החודשים הראשונים של ההיריון
- מומלץ לקחת 400 מיקרוגרם ליום
- אישה הלוקחת באופן שגרתי חומצה פולית או תכשיר מולטי-ויטמין כלשהו צריכה לבדוק אם יש בו כמות מספקת של חומצה פולית



חומצה פולית

- בהריון ובהנקה הצורך בפולאט בגוף עולה
- חסר של פולאט בהריון עשוי לגרום ל:
 - הפרעה בסגירה של התעלה העצבית והיווצרות של למום פתוח במערכת העצבים המרכזית
 - מומי לב וכנראה גם תסמונת דאון
 - משקל עובר קטן או פגות
- צריכה מספקת בשלושה חודשים שטרם ההיריון ובשלושת החודשים הראשונים להריון מגנה מפני מומים פתוחים של מערכת העצבים המרכזית
- מי בסיכון יתר: סכרת המטופלת באינסולין, טיפול תרופתי נגד אפילפסיה, השמנת יתר, מומים במערכת העצבית בהריון קודם.

מזונות המכילים חומצה פולית

■ מקורות מן הטבע:

- ירקות ירוקים (עם עלים) טריים: ברוקולי, תרד, אבוקדו, שמיר, חסות
- קטניות (שעועית ואפונה)
- פירות טריים: פרי הדר ומיצי פרי
- כבד
- בוטנים

■ מוצרי חלב

■ מזונות שהוספה בהם חומצה פולית:

- לחם, דגני בוקר
- קמח, פסטה
- אורז

תכשירים המכילים חומצה פולית

Supplement Facts		%DV*
Amount per 1 tablet		
Vitamin A (as beta-carotene)	5000 IU	63
Vitamin C (as ascorbic acid)	85 mg	100
Vitamin D (as cholecalciferol)	200 IU	100
Vitamin E (as d-alpha-tocopheryl acetate [Covitol™])	18 IU	82
Vitamin K	90 mcg	100
Thiamin	1.4 mg	100
Riboflavin	1.4 mg	100
Niacin (as niacinamide)	18 mg	100
Vitamin B6 (as pyridoxine HCl)	1.9 mg	100
Folic Acid	600 mcg	100
Vitamin B12 (as cyanocobalamin)	2.6 mg	100
Pantothenic Acid (as d-calcium pantothenate)	6 mg	100
Iron (as iron fumarate)	27 mg	100
Iodine (kelp)	222 mcg	100
Zinc (as monomethionine & gluconate)	11 mg	100
Selenium (as sodium selenite)	60 mcg	100
Copper (as copper sulfate)	1000 mcg	100
Calcium (as calcium carbonate)	40 mg	4

- החומצה הפולית במזון נהרסת באחסון ממושך או בישול
- לפעמים לא מצליחים לאכול נכון בתחילת ההיריון
- ספיגת המזון לא תמיד מלאה

בדיקות כלליות

■ תפקודי בלוטת התריס



■ איזון סכרת טרום-הריונית



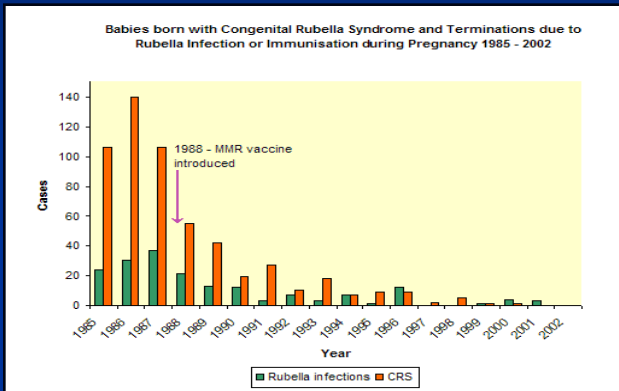
■ נוגדני אדמת ו - CMV



■ נוגדנים לאבעבועות רוח



אדמת



■ רב הנשים חוסנו בילדותן. (1969)

■ מחלה בתחילת ההריון:

■ הפלה טבעית, לידה מוקדמת, מומים
מרחבים בעובר

■ הביטוי בעובר:

■ קטרקט, ראש קטן, פיגור שכלי, חירשות,
מומי לב, פגיעה בכבד ובטחול

■ בדיקת דם פשוטה לנוגדנים

■ מניעה על ידי חיסון למי שאינה
מחוסנת

CMV

■ כ – 80% מהנשים בארץ נחשפו

■ בדיקת נוגדנים פשוטה

■ מי בסיכון להידבק? אמהות לילדי גן, גננות, מטפלות

■ איך? הפרשות גוף (שתן ורוק)

■ מתי? חודשים רבים

■ מחלה אימהית דמוית שפעת: חום, כאב ראש, חולשה, כאבי שרירים, כאב גרון

■ במחלה ראשונית: 1/3 עוברים יידבקו, לרוב ב – 1/3 הראשון וב – 1/3

תהיה מחלה קשה:

■ הפרעה בגדילה, פיגור שכלי, עיוורון, חירשות, פגיעה בכבד

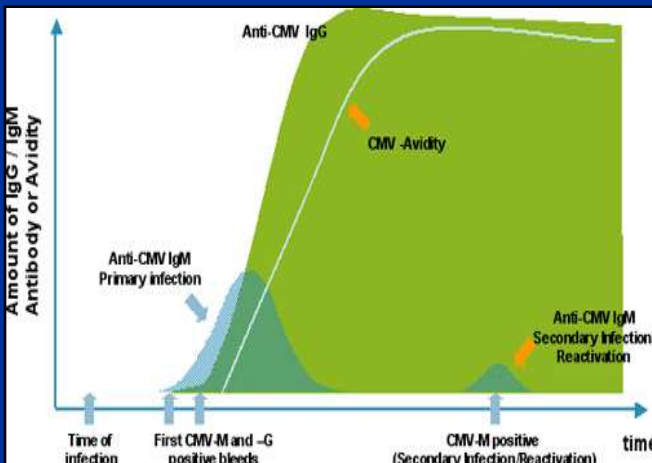
■ במחלה משנית – פחות מ – 1%

■ אין עדיין חיסון!!!!

■ העיקר זהירות מחשיפה!!!!

■ שטיפת ידיים, כלים נפרדים

■ גיל מעל 2.5 שנים פחות סיכון



אבעבועות רוח - וריצלה

■ אבעבועות רוח בהריון:

■ במהלך ההיריון:

■ תחלואה אימהית קשה (דלקת ריאות)

■ מחלה סמוכה ללידה (5 ימים לפני או יומיים אחרי):

■ מחלה קשה ביילוד מסכנת חיים

■ תסמונת וריצלה מולדת: בעקבות מחלה אימהית בחצי הראשון להריון:

■ פגיעה במוח, בעיניים, בגפיים, בעור

■ לפני ההיריון:

■ בדיקת נוגדנים פשוטה

■ חיסון במידת הצורך (2 מנות בהפרש 6-8 שבועות, אפשר גם בהנקה)

■ מותר להרות חודש לאחר החיסון



איזון בלוטת התריס

- אבחון שינויים בתפקוד בלוטת התריס על ידי בדיקת דם פשוטה
- תת-פעילות של בלוטת התריס שאינה מאובחנת:
 - יל"ד, היפרדות שליה, דימום לאחר הלידה, יילודים קטנים, פגיעה במוח העובר בעד 20% מהמקרים
- יתר-פעילות של בלוטת התריס: הפלות טבעיות, לידה מוקדמת, מות עובר תוך – רחמי וסכרת
- תיתכן גם הפרעה בתפקוד לאחר הלידה
- מומלץ לאזן הפרעות ידועות לפני ההיריון כדי למנוע סיבוכים לאם וליילוד
- אין היום המלצה גורפת לבדוק למעט במקרים של סיפור משפחתי או תסמינים מכוונים

איזון סכרת

- סכרת לא מאוזנת מסכנת את האם ואת העובר
- שיעור מוגבר של מומים מולדים קשים



ההיריון עצמו

מעקב הריון – בהרצאה הבאה

אבחון טרום לידתי

- בדיקות שונות שניתן לבצע לגילוי מוקדם של בעיות בעובר

- חלבון עוברי ושקיפות עורפית

- סקירת מערכות מוקדמת ומאוחרת

- חשיבות סקירת המערכות: לגילוי

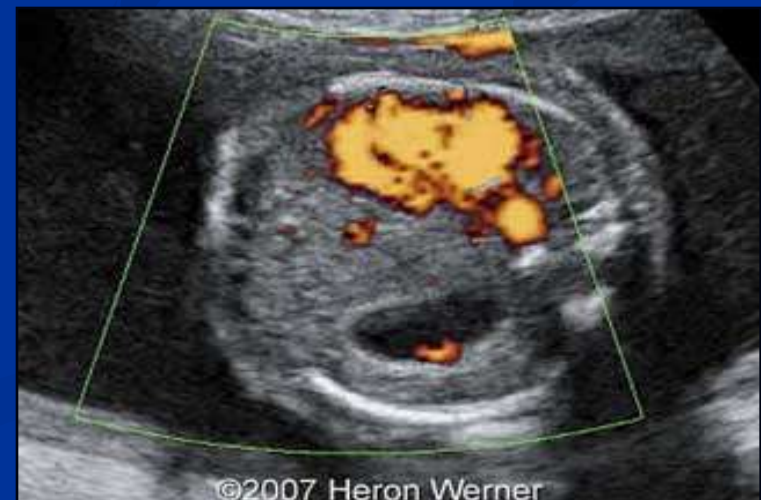
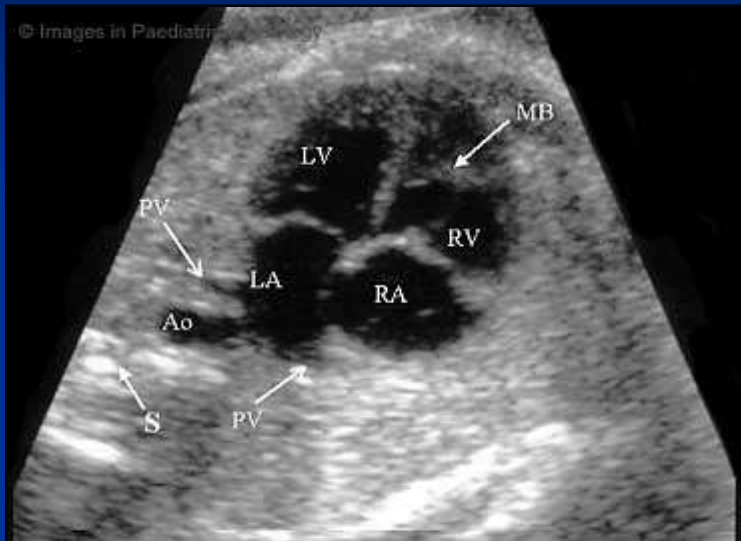
- בעיות שניתן לסייע או לטפל

- במהלך ההריון או מיד עם הלידה

- דוגמאות



אבחון טרום לידתי

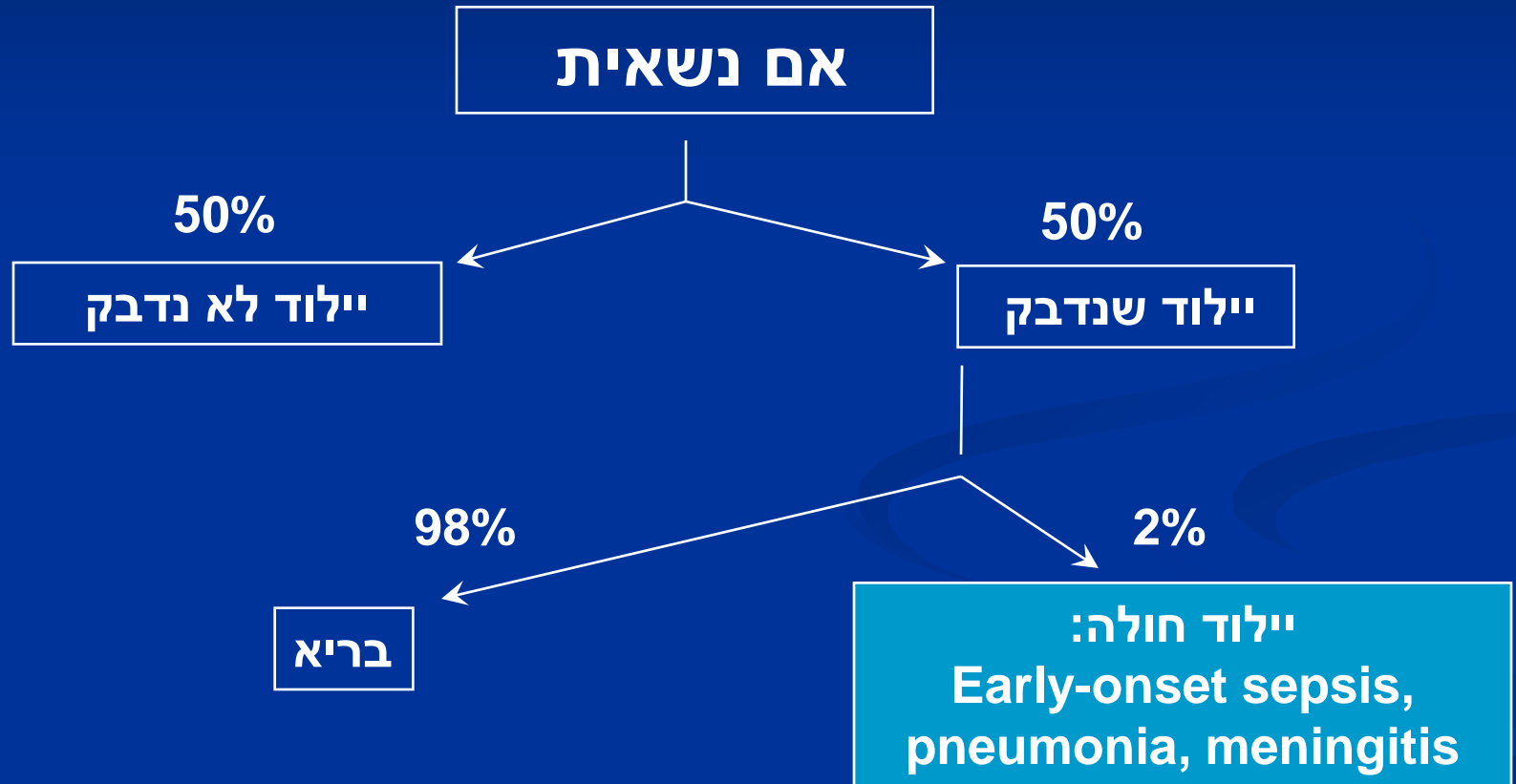


ההכנות ללידה

GBS

- החיידק הוא סטרפטוקוק מקבוצה B
- נשאות שקטה במערכת העיכול, השתן והמין
בנשים בריאות לחלוטין
- שיעור נשאות משתנה בעולם
- הדבקה במעבר בתעלת הלידה
- מחלה קשה ומסכנת חיים (5% תמותה) ביילוד

מעבר מהאם ליילוד



GBS



- ניתן למנוע את המחלה !!!!
- ביצוע תרבית במהלך ההיריון (35-37)
- מתן אנטיביוטיקה בלידה לאמהות שנמצאות נשאיות
- חשוב להספיק לקבל אנטיביוטיקה 4 שעות לפחות לפני הלידה
- מי לא צריכה תרבית:
 - דלקת בדרכי השתן עם GBS בהריון
 - מידע על GBS בהריון קודם

GBS

Original Articles

Prevention of Early-Onset Neonatal Group B Streptococcal Infection: is Universal Screening by Culture Universally Applicable?

Vered H. Eisenberg MD MHA^{1*}, David Raveh MD², Yair Meislich MD³, Bernard Rudensky PhD^{4*}, Yossef Ezra MD¹, Arnon Samueloff MD¹, Arthur I. Eidelman MD^{3,5} and Michael S. Schimmel MD³

Departments of ¹Obstetrics and Gynecology, ²Infectious Diseases, ³Neonatology and ⁴Clinical Microbiology, Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem, Israel

⁵Affiliated to Faculty of Health Sciences, Ben-Gurion University of the Negev, Beer Sheva, Israel

⁶Affiliated to Faculty of Medicine, Hebrew University-Hadassah Medical School, Jerusalem, Israel

Key words: group B Streptococcus, prevention strategies, screening culture, neonatal sepsis, serotype V

Abstract

Background: Previous assessments of maternal group B Streptococcus carrier rates in women delivering at Shaare Zedek Medical Center ranged between 3.5 and 11% with neonatal sepsis rates of 0.2–0.9/1000 live births. Because of low colonization and disease rates, routine prenatal cultures of GBS were not recommended and intrapartum prophylaxis was mainly based on maternal risk factors.

Objectives: To determine whether this policy is still applicable.

Methods: We performed prospective sampling and follow-up of women admitted for labor and delivery between February 2002 and July 2002. Vaginal and rectal cultures were obtained before the first pelvic examination. GBS isolation was performed using selective broth medium and identified by latex agglutination and serotyping. Demographic data were collected by means of a standardized questionnaire. Data on the newborns were collected throughout 2002.

Results: Of the 629 sampled women, 88 had a positive culture and a carrier rate of 13.7%. A borderline significantly higher carriage rate was observed among mothers of North American origin (21% vs. 13.1%, $P=0.048$), and a higher attack rate in their infants (3.8/1000 compared with 0.5/1000 live births in our general maternal population, $P=0.002$). Eight newborns had early-onset neonatal GBS sepsis (a rate of 0.8/1000 live births), but none of them benefited from intrapartum antibiotic prophylaxis.

Conclusions: An increased neonatal disease rate was observed in a population with a higher colonization rate than previously seen. In view of the higher carrier rates, we now recommend routine prenatal screening for GBS in our perinatal population.

IMAJ 2006, 8, 698–702

Group B streptococcal infection is the leading cause of life-threatening disease in the early neonatal period. Maternal GBS colonization rates vary between 3% and 40% [1]. In the absence of antibiotic treatment, approximately 50% of infants delivered from colonized women become colonized at birth [1]. Approximately 1 of every 75 colonized infants develops early-onset GBS disease

and 25–30% of cases occur in preterm infants [1]. The incidence in the United States is persistently about 1.2/1000 live births [1]. The rate of GBS disease in the absence of a prevention strategy is reported to be 1.5–2.0 cases per 1000 live births [2].

Various preventive regimens have been recommended by several authorities, the most recent being the revised Centers for Disease Control guidelines [2], which were later endorsed by the American College of Obstetricians and Gynecologists and by the American Academy of Pediatrics. These guidelines advocate the implementation of universal GBS culture screening at 35–37 weeks gestation and administration of intrapartum antibiotic prophylaxis to mothers found positive on screening. Women who were not screened receive intrapartum antibiotics according to the presence or absence of the following risk factors: labor before 37 completed weeks, maternal fever ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) during labor, prolonged rupture of membranes (≥ 18 hours), previous delivery of an infant with GBS disease, and GBS urinary tract infection during pregnancy. Maternal colonization with GBS in the absence of identifiable risk factors may account for 25–30% of infants with early-onset disease.

The implementation of prevention strategies has indeed resulted in a decreased incidence of GBS disease. The use of intrapartum prophylaxis with antibiotics to prevent perinatal group B streptococcal infections has led to a 70% decline in the incidence of GBS disease in the past decade [2]. However, the variation in prevalence rates in different populations may actually preclude the implementation of uniform and universal guidelines. The question arises as to whether each population, and our own included, should accept the revised CDC guidelines as they appear, or whether modifications are in order.

Previous assessments of maternal GBS carrier rates in our obstetric population, which were performed in the years 1984, 1987, 1989, 1991 and 1997, ranged between 3.5 and 11%, with early-onset neonatal sepsis rates in the range of 0.2–0.9/1000 live births [3–5]. As a result of the low colonization and disease rates, routine prenatal cultures of GBS were not recommended, and intrapartum prophylaxis was mainly based on maternal risk factors. We performed an updated assessment of the carrier rate

* Dr. Eisenberg is currently at Sheba Medical Center, Tel Hashomer and Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University; and Dr. Rudensky at Hadassah University Hospital and Hebrew University-Hadassah Medical School, Jerusalem, Israel.

GBS = group B Streptococcus

CDC = Centers for Disease Control

שיעור נשאות של 14%

גבוה יותר בנשים שעלו מצפון

אמריקה – 21%

סקור של כלל האוכלוסייה



לאחר הלידה





חומצה פולית



לסיכום

- פגישה טרום הריונית
- פגישה ראשונה בהריון מוקדם ככל האפשר
- פגישה לאחר הלידה

תודה רבה