

## ד"ר חנה קטן

## הוולדנית המבוגרת

**I. הריון באם המבוגרת**

- א. ירידה בפוריות
- ב. מהלך ההריון
- ג. מהלך הלידה
- ד. הולד
- ה. סיכום השפעת הגיל

**II. הריון באם הוולדנית**

- א. הקדמה
- ב. מהלך ההריון
- ג. מהלך הלידה
- ד. הולד
- ה. מסקנות

**III. טיפול ומניעה**

- א. השראת ביוץ
- ב. הצורך בניטור
- ג. מניעת הריון
- ד. אמצעי מניעה

**מבוא**

אשה מבוגרת הנכנסת להריון – נמצאת בסיכון גבוה יותר מאשר אשה צעירה לסיבוכי הריון, להידרדרות בריאותית בעקבות ההריון, לסיבוכי לידה רבים ולהולדת עובר פגום.

לכן נשאלות השאלות הבאות:

א. האם מותר לאשה בגיל מבוגר שאינה מצליחה להרות, לעבור טיפולי פוריות כדי להרות? האם יש הבדל לענין זה בין אם בני הזוג קיימו כבר את מצוות פו"ר או לא?

ב. מאידך גיסא – האם מותר לאשה מבוגרת להשתמש באמצעי מניעה כדי למנוע הריון, ואם כן – באילו? האם יש הבדל לענין זה בין אם בני הזוג קיימו כבר את מצוות פו"ר או לא?

תשובת הגר"י זילברשטיין שליט"א על שאלות אלו היתה<sup>1</sup>:

א. אשה בת ארבעים ומעלה שכבר ילדה בנים ובנות ועמדה מלדת, לדעת הגר"מ פיינשטיין זצ"ל אין לה לפנות לטיפולים שיש בהם סיכון מסויים, ולדעת הגר"ש אלישיב שליט"א מותר לה להזדקק לרופאים אם

1. נדפס בשכפול מס' 153 של השיעור החודשי הנערך מטעם 'חוג הרופאים להלכה ורפואה'.

היא מודעת שהתכשירים [אותם נוטלים בטיפולים אלו] עלולים לגרום למחלות [אם לא קיים חשש סכנת נפשות בטיפול]. אין סיבה להימנע מפו"ר בגלל החשש להולדת תינוקות בעלי מום.

ב. אשה בת ארבעים [ומעלה] שכבר קיימה את מצוות פו"ר והיא תשושה פיסית או נפשית, לפעמים מותר לה להשתמש בגלולות למניעת הריון, ועליה להתייעץ עם רב.

והנה, אצל נשים מבוגרות וולדניות – החששות מרובים עוד יותר, מפני שהשילוב של לידות רבות בעבר עם לידה בגיל מבוגר – מעלה לכאורה עוד יותר את הסיכון לסיבוכי הריון ולידה שונים. בעקבות תשובות הרב בענין הריון בגיל מבוגר – ברצוננו להציג את הנתונים הרפואיים וההלכתיים בנושא ההריון והלידה אצל האשה המבוגרת הוולדנית<sup>2</sup>, שבענינה יש לתת את הדעת על גורמים רבים. רוב המחקרים שפורסמו מתייחסים או לוולדנית בלבד, או למבוגרת בלבד, על סמך מחקרים אלו צריך וניתן לבנות סנתזה של נתונים המתייחסים לוולדנית המבוגרת.

יש צורך לדון בהקשר לאם המבוגרת והאם הוולדנית בנקודות הבאות:

א. בתופעות הקשורות להריון ספונטני.

ב. כשיש צורך בהשראת ביוץ – במה כרוך הטיפול?

ג. האם יש להן היתר או צורך במניעת הריון, ובאילו שיטות?

### I. הריון באם המבוגרת

התופעה של עליית גיל היולדת אופיינית לשנים האחרונות, כתופעה כלל-עולמית. קיימת עליה של 83% בלידה ראשונה של נשים בגילים 35-39 בעשרים השנים האחרונות<sup>3</sup>.

קיימות תופעות מיוחדות בהריון ולידה בגיל מבוגר, שמתבטאות בכמה אספקטים:

א. ירידה בפוריות

ב. תופעות הקשורות למהלך ההריון

ג. תופעות הקשורות למהלך הלידה

ד. תופעות הקשורות לוולד – 1. הסיכון למומים מולדים

2. סיכונים סב-לידתיים

2. יש לציין שבתשובת הרב זילברשטיין שליט"א מדובר על אשה בת ארבעים ומעלה; בחלק מהמחקרים דלהלן מגדירים אשה 'מבוגרת' לענין זה כבר מבת שלושים וחמש ומעלה [כאשר העליה בגיל מגדילה את הסיכויים ללקות בסיבוכים וסיכונים אפשריים]. כמו-כן יתכן שיש הבדלים לענין זה בין קבוצות שונות באוכלוסייה. בכל אופן – יש צורך בתשומת לב לעובדה, שלא תמיד יש הסכמה על ההגדרה מאיזה גיל נחשבת האשה 'מבוגרת' לענין הריון ולידה.

3. Hansen, J. P.: Older maternal age and pregnancy outcome: A review of the literature. *Obstet. Gynecol. Survey* 41:726-742, 1986.

**א. ירידה בפוריות**

בבדיקת פוריות של בני זוג קשה לפעמים לדעת מהו החלק של כל אחד מבני הזוג בבעיית הפוריות שלהם, ובוודאי כך הוא כאשר שני בני הזוג מבוגרים. כדי להתמקד בפוריות האשה המבוגרת ניטרלו במספר עבודות את גורם פוריות הבעל, בכך שבדקו זוגות בהם הבעל עקר, וההריון אצל האשה נוצר בהזרעה מלאכותית מתורם זר. ההצלחות המצטברות של הריון אחרי 12 מחזורים היו<sup>4</sup>:

נשים בגיל 26-30 – 74.1%

נשים בגיל 31-35 – 61.5%

נשים מעל גיל 35 – 53.6%

המסקנה מנתונים אלו היא, שהיכולת של אשה להרות יורדת באופן הדרגתי עם הגיל. כ-40% מהנשים מעל גיל 35 לא מסוגלות להרות כלל. לעומת זה קיימים תיאורים בודדים של הריונות בגיל 47 ואף יותר, אך אלו הם מקרים נדירים ביותר.

**ב. מהלך ההריון****1. הפלות:**

הקשר בין הפלות ספונטניות וגיל האשה הוא די ברור: קיימת עליה של 50% בשיעור ההפלות במעבר בין הגילים 20 ל-30, ועליה של פי שתיים עד פי ארבע בין הגילים 20 ל-40.<sup>5</sup>

4. Federation CECOS. Schwartz, D., and Mayaux, M.J.: Female fecundity as a function of age. *N. Engl. J. Med.* 306:404-406, 1982.

5. ראה:

- 1) Naylor, A. F.: Sequential aspects of spontaneous abortion: Maternal age, parity and pregnancy compensation artifact. *Social Biology* 21:195-204, 1974.
- 2) Stevenson, A. C., Dudgeon, M. Y., and McClure, H.I.: Observations on the results of pregnancies in women resident in Belfast: II. Abortions, hydatidiform moles and ectopic pregnancies. *An. Hum. Genet.* 23: 395-411, 1959.
- 3) Warburton, D., and Fraser, F. C.: Spontaneous abortion risks in man: Data from reproductive histories collected in a medical genetics unit. *Hum. Genet.* 16:1-25, 1964.
- 4) Shapiro, S., Levine, H. S., and Abramowicz, M.: Factors associated with early and late fetal loss. *Adv. Plan. Parent.* 6: 45-48, 1971.
- 5) Czeizel, A., Bognar, Z., and Rockenbauer, M.: Some epidemiological data on spontaneous abortion in Hungary, 1971-80. *J. Epidemiol. Commun. Health* 38: 143-148, 1984.
- 6) Wilcox, A. J., Treloar, A. E., and Sandler, D. P.: Spontaneous abortion over time: Comparing occurrence in two cohorts of women a generation apart. *J. Epidemiol.* 114: 548-553, 1981.
- 7) Stein, Z., Kline, J., Susser, U., et al. : Maternal age and spontaneous abortion. In *Human Embryonic and Fetal Death*, edited by I. A. Porter and E. B. Hook. Academic Press, New York, 1980, pp. 107-127.

קיים קשר הדוק גם בין גיל האשה והסיכון להפלה ספונטנית ראשונה. רוב ההפלות קשורות למומים כרומוזומוליים. היות והסיכונים של דמם לידני או דליפת מי שפיר כתוצאה של אבחון טרום לידתי על-ידי בדיקת מי שפיר הם 0.3% – נבחר גיל 35 כגיל יעד לתחילת ביצוע הבדיקות, כי אז הסיכון לבעיה גנטית קשה עולה על הסיכון שבתהליך הדיקור<sup>6</sup>.

## 2. ירידת מים מוקדמת [PROM]:

לא מצאתי עבודות מבוקרות בנושא זה, אך הרושם המצטבר הוא שיש נטייה לעליה בתופעה אצל נשים מבוגרות.

## 3. דמם קודם הלידה [APH]; שליית פתח ו/או היפרדות שלייה]:

בספרות מקובל שקיים קשר ברור בין גיל מבוגר לבין דמם בסוף ההריון<sup>7</sup>. במחקר בו נבדקו 42,000 לידות חי בין השנים 1963-1967 במספר בתי-חולים בקנדה, השוו החוקרים בין נשים מבכירות לבין ולדניות בגילים שבין 20-35. נמצא שאצל נשים מבכירות היו 2.6% מקרים של שליית פתח במבוגרות ו-2.3% אצל צעירות, ובוולדניות – 13.2% במבוגרות ו-10.3% אצל צעירות. תופעה של הפרדות שליה אצל נשים מבכירות קרתה ב-10.3% במבוגרות ו-7.3% בצעירות<sup>8</sup>.

במחקר נוסף על 10,000 יולדות בארה"ב לא נמצא הבדל בין מבכירות לוולדניות, אך ניכר הבדל משמעותי בין וולדניות בגילים שונים<sup>9</sup>:

שליית פתח:	היפרדות שליה:
4.4% בנשים מעל גיל 40	2.7% מעל גיל 40
1.2% בנשים מתחת לגיל 30.	0.8% מתחת לגיל 30.

8) Harlap, S., Shiono, P.H., and Ramcharan, S.: A life table of spontaneous abortions and the effects of age, parity, and other variables. In *Human Embryonic and Fetal Death*, edited by I. A. Porter and E. B. Hook. Academic Press, New York, 1980, pp. 145-158

6. Hollander, D., and Breen, J. L.: Pregnancy in the older gravida: How old is old? *Obstet. Gynecol. Survey*. 45: 106-111, 1990.

7. ראה:

1) Waters, E. G., and Wager, H. P.: Pregnancy and labor experiences of elderly primigravidas. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 59: 296-304, 1950.

2) Kane, S, H.: Advancing age and the primigravida. *Obstet. Gynecol.* 29: 409-414, 1967.

8. ראה:

Tysoe, F. W.: Effect of age on the outcome of pregnancy. *Trans. Pacif. Coast Obstet. Gynecol. Soc.* 38: 8, 1970.

9. Calkins, L. A.: Reproduction in the older woman: Chairman's address. *J.Am.Med. Assoc.* 141: 635-638, 1949.

מחקר נוסף שנערך באנגליה בין השנים 1968-1975 הצביע על עליה הדרגתית בשכיחות היפרדות השליה עם הגיל, ללא קשר לוולדנות, כאשר הסיכון להיפרדות שליה אחרי גיל 35 גדול פי 1.4-1.5 מאשר בגיל 25<sup>10</sup>. זאת אומרת שנמצאה נטייה לעליה בשכיחות דמם בסוף הריון עם העלייה בגיל, וזה מתאים לידוע לנו על עליה ביל"ד וברעלת הריון בנשים מבוגרות יותר [ראה להלן], שניהם גורמים המסייעים להיפרדות השליה.

#### 4. יתר לחץ דם [=יל"ד]

עבודות רבות דנו בשכיחות יל"ד ו/או רעלת הריון באשה המבוגרת ההרה, בהשוואה לקבוצת ביקורת של נשים הרות צעירות. כמעט כל המחקרים הצביעו על קשר ישיר בין הגיל לבין מצבים אלו, עם עליה של פי שתיים עד פי ארבע בשכיחות של יל"ד ורעלת הריון בנשים מבוגרות.

שיעור רעלת ההריון אצל נשים מבכירות, לפי קטגוריות של גיל<sup>11</sup>:

גיל 25-29 – 6%	גיל 35-39 – 9.9%
גיל 30-34 – 8.5%	מעל גיל 39 – 14%

אצל נשים וולדניות בלטה אותה מגמה, אם כי בשיעורים נמוכים יותר:

גיל 25-29 – 3%	גיל 35-39 – 4.7%
גיל 30-34 – 3.1%	מעל גיל 39 – 6.7%

אין לשכוח שככל שיש עליה ביל"ד וברעלת הריון כך יש עליה בתמותה הסב-לידתית.

#### 5. סכרת:

במחקר על אלפיים נשים, בו הושוו נשים ולדניות מעל גיל 35 וצעירות יותר, נמצאה שכיחות של 1.7% נשים מבוגרות סכרתיות לעומת 0.6% מהצעירות<sup>12</sup>. במחקר אחר רחב-היקף, של מעל ל-40,000 לידות, בו חולקה שכיחות הסכרת לפי קבוצות גיל, נמצאו הנתונים הבאים<sup>13</sup>:

גיל 25-29 – 0.3%	גיל 35-39 – 0.61%
גיל 30-34 – 0.5%	מעל גיל 39 – 1%

במחקר אחר על כששת אלפי נשים, נמצא ש-6.2% מהוולדניות המבוגרות סובלות מסכרת מול 1.3% של ולדניות צעירות, 4.1% מבכירות מבוגרות מול 1.7% מבכירות צעירות<sup>14</sup>.

10. Paterson, M. E. L.: The aetiology and outcome of abruptio placentae. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 58: 31-35, 1979.

11. ראה לעיל הע' 8.

12. Kaltreider, D. F.: The elderly multigravida. *Obstet. Gynecol.* 13: 190-197, 1959.

13. ראה לעיל הע' 8.

14. Kirz, D. S., et al.: Advanced maternal age: the mature gravida. *Am. J. Obstet.* 152: 7-12, 1985.

נוסף לעליית אחוז הסכרת עם הגיל – גם התמותה הסב-לידתית עולה  
בנשים מבוגרות סכרתיות, או נשים מבוגרות עם סכרת הריונית.

### ג. מהלך הלידה:

#### 1. סיבוכים בלידה

אחד החוקרים מצא יותר עצירה שניונית של לידות, או שלב שני  
מאורך, בנשים בנות 35 שנה ומעלה: 9.3% מול 3% בכלל האוכלוסיה;  
אולם תופעה זו נמצאה רק במבכירות מבוגרות, ובולדניות לא נמצא הבדל  
משמעותי באורך הלידה<sup>15</sup>.

שיעור הניתוחים הקיסריים הראשונים והחוזרים עולה עם הגיל,  
22.6% לגיל 20-25, מול 40.7% לגיל 35 ומעלה<sup>16</sup>.

#### 2. תמותה אימהית

את הסיבות העיקריות לתמותה אימהית ניתן לחלק לארבע קטגוריות:

1. תמותה הקשורה להפסקות הריון ולהפלות
2. סיבוכי הריון – בעיקר רעלת הריון
3. סיבוכים בלידה – בעיקר שליית פתח ודמם שלאחר הלידה
4. סיבוכי משכב הלידה – בעיקר תסחיף [ריאתי או מי שפיר]  
הרושם הקליני הוא שסיבוכים אלו עולים עם גיל האשה.

### ד. הולד

#### 1. הסיכון למומים מולדים

כל הבדיקות האפשריות – הכוללות: א. בדיקות כרומוזמליות של  
עוברים המופלים בהפסקות הריון; ב. בדיקות כרומוזמליות של עוברים  
המופלים בהפלות ספונטניות; ג. בדיקות כרומוזמליות של תאי עובר  
שניטלו בבדיקות מי שפיר; ד. בדיקות כרומוזמליות ודיווחים על מומים  
מולדים בלידות חי – מאשרות את השכיחות הגבוהה יותר של הריונות עם  
הפרעות כרומוזמליות עם העליה בגיל האם. כמו-כן יש עליה במומים  
מולדים בלידות חי לאמהות בגיל מתקדם.

מבדיקות מי שפיר עולה שהסיכון להפרעה כרומוזמלית כלשהיא עולה מ-  
1.3% בגיל 35, עד 2% בגיל 40 ועד 8% באמצע שנות ה-40.

טריזומיה 21 מהווה מעל למחצית ההפרעות הכרומוזמליות. ישנה  
עליה קבועה של שכיחות מום זה עם הגיל, כאשר מאמצע שנות ה-30 זוהי

15. Friedman, E. A., and Sachtieben, M. R.: Relation of maternal age to the  
course of labor. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 91: 915-924, 1965.

16. ראה לעיל הע' 14.

עליה הנדסית, שמגיעה לעשר לאלף לידות חי בשנות ה-40 המוקדמות, ו-22 לאלף בגיל 45, 42 לאלף בגיל 46, 88 לאלף בגיל 48 ו-114.3 לאלף בגיל 49.

ישנה גם עליה בלידת יילודים עם תסמונת קליינפנטר [XXY; KLEINFENTER;] וביילודים עם טריפלוידי של כרומוזום המין הנקבי [TRIPLOIDY; XXX] עם העליה בגיל האם.

ישנה עליה גם במומים מולדים שאינם כרומוזומליים, כדוגמת ספינה-ביפידה, חיך שסוע, ריבוי אצבעות וכד'. בגיל 40 ומעלה היתה שכיחות של 8.8 לאלף של יילודים עם המומים האלו, מול 6.8 לאלף בגילים 35-39 ו-6.6 לאלף בגיל 34 ומטה.

לגבי השפעת הגיל על ריבוי מומים ביילוד – במחקר רחב היקף הגיעו החוקרים למסקנה ששכיחות מומים עולה מ-2 לאלף עד 2.6 לאלף בגיל 30, 5.9 לאלף בגיל 35, 15.8 לאלף בגיל 40 ו-53.7 לאלף בגיל 45. שכיחות יילודים עם תסמונת דאון היא אחד ל-1600 בגיל 20, אחד ל-365 בגיל 35, אחד למאה בגיל 40, ואחד ל-32 בגיל 45. החוקרים במחקר זה מציינים במסקנתם שהסתכלות צריכה להיות שונה – שגם בגיל 40 יש סיכוי של 99% ללדת ילד בריא; זוהי נקודת מבט חיובית חריגה, המתאימה למגמה הנפוצה בימינו בעולם המערבי להתחיל בבניית משפחה בגיל מבוגר.

לגבי השפעת גיל האב על הפרעות כרומוזומליות – כנראה שזהו גורם שולי, והוא מתחיל להשפיע רק מגיל 53 ומעלה.

לגבי מומים מולדים מיבניים – נמצאה עליה בקשר בין מומים בפנים בקו האמצע לבין גיל האם, ונמצאו גם נזקים נוירולוגיים בשכיחות יתר<sup>17</sup>.

## 2. סיכונים סב-לידתיים

(א) תמותה תוך-רחמית ופרינטלית:

עבודות רבות מאוד<sup>18</sup> מצביעות על קשר ברור בין תמותה תוך רחמית

- 
17. Hollander, D., and Breen, J. L.: Pregnancy in the older gravida: How old is old? *Obstet. Gynecol. Survey*. 45: 106-111, 1990. וראה גם את המקור בהע' 12.
18. ראה:
- 1) Stanton, E. F.: Pregnancy after forty-four. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 71: 270-284, 1956.
  - 2) Horger, III, E. O., and Smythe, II, A. R.: Pregnancy in women over forty. *Obstet Gynecol.* 49: 257-261.
  - 3) Kajonoja, P., and Widholm, O.: Pregnancy and delivery in women aged 40 and over. *Obstet. Gynecol* 51:47-51.1978. ,
  - 4) Kessler, I., Lancet, M., Borenstein, R., and Steinmetz. A.: The problem of the older primipara. *Obstet. Gynecol.* 56: 165-169, 1980.
  - 5) Blum, M.: Is the elderly primipara really at high risk? *J. Perinat. Med.* 7: 108-112, 1979.

ותמותה פרינטלית [סמוך ללידה] – לעליה בגיל האשה. נוסף לאלו, במחקר אמריקאי שנערך בין השנים 1978-1984 נמצא שיעור של פי שניים תמותה עוברית בין הגילים 35-39 יחסית לגילים 20-29, ופי שלוש-ארבע יחסית לגילים שבין 40-44. הוא הדין לגבי עליה בתמותה נאוונטלית [תוך 28 יום מהלידה] לאחר גיל 35, עם עליה משמעותית אחרי גיל 45.<sup>19</sup> גם עבודה נוספת שנטרלה בצורה טובה את גורם הוולדנות – הראתה עליה של 3% בתמותה פרינטלית לכל שנת אם נוספת.<sup>20</sup>

מרבית מקרי התמותה נובעים כנראה מסיכוכי הריון מרובים יותר, וגם מייתר תמותה תוך רחמית עם העליה בגיל.

במחקר עדכני נבדקה ההשפעה של גיל לידת הילד הראשון על הפרוגנוזה של העובר. נכללו במחקר קרוב למאה אלף יילודים. התברר ששיעור תמותת העוברים גבוה יותר אצל נשים בנות 35 ומעלה, כך שניתן לומר שגיל גבוה של האם הוא סיכון בעל משמעות לתמותת היילוד.<sup>21</sup>

בסיכום אפשר לומר, שקיימת הכפלה של התמותה התוך רחמית סביב גיל 30, ופי שלוש עד ארבע בנשים בגילאי ה-40. יש קשר פחות הדוק כאשר עוסקים בתמותה נאוונטלית, אך עדיין התמותה גבוהה יותר בקבוצות הגיל הגבוהות.

(ב) פגות:

קיימת שכיחות יתר של לידת פגים בנשים מבוגרות. בעבודה מקיפה על 40,000 לידות נמצאה עליה הדרגתית בפגות על-פי הגיל העולה<sup>22</sup>:

8% – 25-28

10% – 29-32

- 
- 6) Grimes, D. A., and Gross, G. K.: Pregnancy outcomes in black women aged and older. *Obstet. Gynecol.* 58: 614-620, 1981.
  - 7) Kujansuu, E., Kivinen, S., and Tuimala, R.: Pregnancy and delivery at the age of forty and over. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 19: 341-345, 1981.
  - 8) Points, T. C.: The elderly primipara. *Obstet. Gynecol.* 9: 348-354, 1957.
  - 9) Forman, M. R., Meirik, O., and Berendes, H. W.: Delayed childbearing in Sweden. *J. Am. Med. Assoc.* 252: 3135-3139, 1984.
  - 10) Koren, Z., Zuckerman, H., and Brzezinsky, A.: Pregnancy and delivery after forty. *Obstet. Gynecol.* 21: 165-169, 1963.
  - 11) Public Health Statistics, 1978-1984. Wisconsin Department of Health and Social Services, Bureau of Health Statistics.
- <sup>19</sup> ראה הערה קודמת מקור 11.
- 20) Roman, E., and Alberman, E.: Spontaneous abortion, gravidity, pregnancy order, age, and pregnancy interval. In *Human Embryonic and Fetal Death*, edited by I. A. Porter and E. B. Hook. Academic Press, New York, 1980, pp. 129-143.
  - 21) Fretts RC & al: Increased maternal age and the risk of fetal death. *NEJM* Oct 1995 333: 953-7.
  - 22) Kane, S, H.: Advancing age and the primigravida. *Obstet. Gynecol.* 29: 409-414, 1967.



11% – 33-34

12% – 35-36

14% – 37-40

במחקר נוסף שהקיף ארבעה בתי-חולים, נמצא אחוז פגים של 13.4% בנשים בגיל שבין 35-39, ו-32.1% בנשים בין 40-45, יחסית לאחוז כללי של 7.7% לשאר 40,000 הלידות.<sup>23</sup>

במחקר שנערך בשוודיה על 450,000 לידות חי בין השנים 1976-1980 נמצא, שנשים בגיל שבין 20-24 ילדו 1.26% פגים, ובגיל 30 1.7%.<sup>24</sup>  
(ג) משקל לידה:

נמצאה שכיחות גבוהה של משקל לידה נמוך [SGA=Small for Gestational Age], ושל משקל לידה גבוה מידי [LGA=Large for Gestational Age] אצל נשים מבוגרות. במחקר רחב היקף שנערך בין השנים 1953-1932.

נמצא ש-18.8% של היילודים בנשים בגיל 45 ומעלה שקלו ארבע ק"ג ומעלה, יחסית ל-9% בלבד באוכלוסיה הכללית.<sup>25</sup>

במחקר נוסף נמצא ש-16.2% מהנשים הוולדניות בגיל 35 ומעלה בקבוצה מסויימת ילדו תינוקות במשקל לידה של 4 ק"ג ומעלה, יחסית ל-10.8% בוולדניות באוכלוסיה הכללית.<sup>26</sup>

מסקנה: ברוב המחקרים נמצא שנשים מבוגרות, ובעיקר וולדניות מבוגרות, ילדו יותר יילודים שהיו באחת משתי הקבוצות האלו [מעל 4 ק"ג ומתחת ל-2.5 ק"ג] יחסית לצעירות ולוולדניות צעירות. נתונים אלו מתאימים לעובדה שיש יותר נשים עם יל"ד [גורם למשקל לידה נמוך] ויותר נשים עם סכרת [גורם למשקל לידה גבוה] בין הנשים המבוגרות.

במחקרים שבוצעו בבתי חולים בארץ על האוכלוסיה הייחודית הזו נתגלו תוצאות מעניינות (מידיעה אישית):

(א) במחקר שבדק את השפעת גיל האם על תמותה פרינטלית (1985/1984, סקר ארצי, סמואלוב) נמצא שיא של תמותה פרינטלית בגיל ארבעים ומעלה – 31/1000.

(ב) במחקר משותף של בתי-החולים בילינסון ומעיני הישועה, שכלל 420 יולדות וולדניות (מעל עשר לידות!) נמצאו רק 2% שנזקקו לניתוחים

23. Points, T. C.: The elderly primipara. *Obstet. Gynecol.* 9: 348-354, 1957.

24. Forman, M. R., Meirik, O., and Berendes, H. W.: Delayed childbearing in Sweden. *J. Am. Med. Assoc.* 252: 3135-3139, 1984.

25. Stanton, E. F.: Pregnancy after forty-four. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 71: 270-284, 1956.

26. ראה לעיל הע' 14.

קיסריים. נמצא גם מספר נמוך של לידות עכוז (אולי עקב הקלות היחסית של ביצוע היפוך חיצוני בנשים אלו), אחוזים נמוכים של לידות מכשירניות, וכן פחות יל"ד וסוכרת הריונית (אולי בגלל ברירה טבעית של נשים בריאות יותר, שדווקא הן יולדות בגיל מבוגר באוכלוסיה זאת).

(ג) במרכז הרפואי הדסה עין כרם נעשה מחקר שבדק את השפעת הגיל על תוצאות ההריון, בו נמצא שבוולדניות לא היתה השפעה משמעותית לגיל האשה. על-סמך בסיס הנתונים של ביה"ח הר סיני ב-Toronto מתקופה של שמונה שנים, שכלל מעל 4000 נשים מעל גיל 35, שהשווה עם קבוצת ביקורת של נשים שילדו מתחת לגיל 35, נמצא שאצל וולדניות לא היה הבדל משמעותי בתוצאות ההריון בין לידות מתחת ומעל לגיל 35, בעוד שהיה הבדל גדול בין מבכירות מתחת ומעל לגיל זה.

(ד) בקבוצת מחקר במרכז הרפואי בתה"ש (סוריאנו) הושו 110 נשים מעל גיל 44 עם 150 נשים בנות 30-20. לפי מסקנת המחקר לא נמצאו הבדלים סטטיסטיים ולא עליה משמעותית בסיבוכים נאונטליים, מילדותיים וכו'. היו יותר סיבוכים אימהיים עם העליה בגיל האם, ופחות נאונטליים ומילדותיים.

(ה) במחקר רטרוספקטיבי (שנערך ע"י הנדלר מתה"ש) הושו הריונות רגילים להריונות עם ביציות של תורמות. קבוצת המחקר כללה 26 נשים עם גיל חציון של 45 שנה (בין 41 ל-52) שהרו מביציות של תורמות, וקבוצת הביקורת כללה 95 נשים בגיל חציון של 44 (בין 44 ל-47), שכולם הרו מביציות שלהן (באופן ספונטני או בעזרת הפריית מבחנה), לחלקן זו היתה לידה ראשונה, וחלקן היו ולדניות. למסקנה נמצאו יותר סיבוכים אימהיים הקשורים לגיל האם, יותר ניתוחים קיסריים (רובם אלקטיביים), יותר ילודים במשקל לידה נמוך ויותר לידות מוקדמות בקבוצת המחקר, ללא הבדלים במהלך ההריון או משכב הלידה.

### ה. סיכום השפעת הגיל על ההריון והלידה (I)

השפעת הגיל על מהלך הפוריות, ההריון והלידה, ועל העובר:

#### 1. הפוריות:

כארבעים אחוז מהנשים הרוצות להרות אחרי גיל 35 לא יכולות להרות.

#### 2. ההריון:

א. קיימת עליה בשכיחות יל"ד, רעלת הריון וסוכרת בנשים מבוגרות, עם סיכון יתר לעובר ולאם בגילים אלו, ועליה בתמותה עוברית.

ב. יותר ילודים מתחת ל-2.5 ק"ג [משקל לידה נמוך, SGA] ומעל ל-4 ק"ג [משקל לידה גבוה, LGA].

**3. הלידה:**

- א. יותר דמם בסוף הריון משליית פתח והיפרדות שליה.
- ב. יתכנו יותר הפרעות בלידה, ויותר ניתוחים קיסריים.
- ג. תמותה אמהית גבוהה יותר במבוגרות (בעיקר כתוצאה של התופעות המוזכרות בשני הסעיפים הקודמים).

**4. העובר:**

- א. יותר הפלות ספונטניות.
- ב. יותר תמותה תוך רחמית [פי שניים בנשים לקראת סוף העשור הרביעי לחייהם, ופי 3-4 באמצע העשור החמישי].
- ג. עליה מסויימת בתמותה נאונטלית [תוך 28 יום מהלידה].
- ד. עליה בהפרעות כרומוזומליות, בעיקר טריזומיות והפרעות בכרומוזום המין.

**II. הריון באם הוולדנית****א. הקדמה**

עד כה דנו על השפעת גיל האם על ההריון, וכעת יש לדון על השפעת וולדנות האם עליו. אחת הבעיות בהתייחסות לנושא הזה היא שאין הסכמה בהגדרת המושג 'וולדנית' [GM, grand multipara]. ברוב העבודות מתכוונים לאשה שיולדת בפעם השישית ויותר, אולם לעיתים כוללים במושג הזה נשים היולדות בפעם החמישית, ופעמים רק כאלו היולדות בפעם השביעית ויותר. בעיה נוספת היא שרוב העבודות העוסקות בנשים ולדניות אכן מתייחסות לוולדנות גרידא, אך חלקן מצרף גם את נתון הגיל המבוגר; מובן שבאופן טבעי מצוי שאשה שילדה פעמים רבות היא גם בגיל מבוגר יחסית.

השפעות הוולדנות על ההריון והלידה נחקרו במקומות שונים בעולם. בצרפת נבדקו 419 לידות של ולדניות (שש לידות ומעלה) והשוו ללידות של נשים פחות ולדניות. המסקנה היתה שיש חשיבות למצב בריאות כללי ולגיל המלווים את רוב הוולדניות, אך לא לוולדנות עצמה<sup>27</sup>. גם במחקר שנערך בערב הסעודית, בו נבדקו 3500 יולדות מעל הפעם העשירית בתקופה שבין 1991-1986, הסיכום היה שבטיפול פרינטלי [=סביב הלידה, טיפול ראשוני ביילוד] טוב, וברמה סוציאקונומית גבוהה – אין סיכון יתר לאשה הוולדנית<sup>28</sup>.

27. Roth, P. & Carles G.: Labor & delivery in GM. *Rev. Fr. Gyn. Obst.* 1991: 86(4), 281-5.

28. Fayed H. M.; Abid, S. F.; Stevens, B.: Risk factors in extreme grand multiparity. *Int. J. Gyn. Obst.* 1993: 41(1): 17-22.

מאמר אחר, הדן במקרים של וולדנות רבה עם גיל גבוה, מתאר 7 לידות של נשים מעל גיל 50, עם וולדנות ממוצעת של 9 לידות. בשבע הלידות האלו לא נולדו תינוקות עם מומים מולדים ולא היו לידות מת, וגם לא שום מקרה של מוות נאוטלי [=של היילוד החדש, סמוך ללידה]<sup>29</sup>. עבודה נוספת משנת '87 מתארת מחקר בו נבדקו 16,647 לידות בירושלים מתוכן 657 של נשים ולדניות (שבע לידות ומעלה). גם בעבודה זו ככלל לא היתה השפעה לעובדת וולדנות האם על ההריון והלידה, ונמצא קשר רק בין וולדנות האם לעליה מסויימת בשכיחות מקרים של מוות תוך רחמי<sup>30</sup>.

ראוי לציין שיש חוקרים שהציעו להשתמש בזיהרות בנתוני המחקרים העוסקים בוולדנות. לדעתם חלק מהנתונים המקובלים בספרות מוטעים, עקב כך שלא נחקרו אוכלוסיות בעידן של טיפול פרינטלי מודרני, כאשר לא נעשתה הפרדה בין מעמד חברתי-השכלתי לוולדנות, ורוב הוולדניות היו במעמד סוציאקונומי נמוך<sup>31</sup>.

נרון כעת בפירוט בממצאים המוזכרים במחקרים שונים, בקשר להשפעות שיש לוולדנות על: א. מהלך ההריון; ב. מהלך הלידה; ג. הוולד.

### ב. מהלך ההריון

בשנת '87-'88 פורסמו מחקרים שנעשו בבתי החולים הירושלמיים שערי-צדק וביקור-חולים. המחקרים באו לבדוק את השפעת הוולדנות על מהלך ההריון והלידה באוכלוסיה היחודית של נשות ירושלים הדתיות, השונות מהוולדניות אליהן מתיחסת הספרות – שרובן הן אוכלוסיות מרמה סוציאקונומית נמוכה עם טיפול פרינטלי לקוי. מסקנת החוקרים היתה שלא נמצאו יותר הפרעות שלייתיות ולא נמצאו יותר מצבים של אנמיה אצל ולדניות, וגם אורך אישפוז היולדת אצלן לא היה ארוך יותר<sup>32</sup>.

לעומת זה, בעבודה שנעשתה בשוודיה על 800 נשים שילדו בפעם החמישית ויותר, נמצא ההבדל משמעותי בין נשים אלו לילדות רגילות במספר הסיבוכים השלייתיים [שליית פתח, הפרדות השלייה]. מסקנת החוקרים היתה שנשים הוות ולדניות צריכות להיחשב ככעין הריון בסיכון גבוה<sup>33</sup>.

29. Narayan, H.; Bucketh W.; McDongall, W.; Cullimore, J.: Pregnancy after fifty: profile & pregnancy outcome. *Eur. J. Obst. Gyn. Rep. Bio*, 1992: 47(1), 47-51.

30. Seidman, D. S.; Gale, R.; Slater, P. E.; Ever-Hadani, P.; Harlap, S.: Does GM affect fetal outcome? *Int. J. Gyn. Obst*, 1987: 25(1), 1-7.

31. The GM - is she still a risk? Eidelman, *Am. J. Ob. Gy*; 2/88, 389-392.

32. Grand Multiparity: an Obstetric or Neonatal Risk Factor? Zeidman, D. S.; Armon, Y.; Roll, D.; Stevenson, D. K.; Gale, R.: *Am. J. Ob. & Gy*. 1988: 158(5); 1034-1039.

33. G Multiparity as an obstetric risk factor. Brunner, J.; Melander, E.; Krook-Brand, T. M.; Thomassen, P. A.: *Eur. J. Obst. Gyn. Rep. Bio*, 1992: 47(3), 201-5.

בעבודה נוספת שסקרה את כל הלידות בישראל בין נובמבר '83 לבין ינואר '84, נמצאו מתוך היולדות 1542 שזו להן הלידה השביעית ומעלה, ונמצא שאצלן היו יותר מקרים של סכרת ושל יל"ד. נמצא גם קשר מובהק בין גיל לוולדנות בממצאים אלו.<sup>34</sup>

### ג. מהלך הלידה

במחקר שנערך בירושלים התברר שלא היה שינוי בכמות סיבוכי הלידה אצל נשים ולדניות ברמה סוציאקונומית טובה. אצל הוולדניות היו לידות קצרות יותר, ואף פחות התערבויות מכשירניות בלידה ופחות ניתוחים קיסריים. לא נמצאו יותר שט"ד אחרי לידה, וגם לא יותר עירווי דם או צורך באינדוקציות. שכיחות קרע ברחם היתה נמוכה ביותר. לא נמצאו הבדלים בכמות המצגים הפתולוגיים וירידות המים המוקדמות.<sup>35</sup>

גם במחקר נוסף שנערך בישראל, ובדק באופן פרוספקטיבי את השימוש בפטיוצין בנשים ולדניות שילדו שש לידות ומעלה, לא נמצאו סיבוכי-יתר במהלך הלידה.<sup>36</sup> בעבודה נוספת מישראל, נמצאו מתוך היולדות שזו להן הלידה השביעית ומעלה יותר מצגים פתולוגיים ויותר לידות מרובות-עובריים. גם כאן נמצא קשר מובהק בין גיל לוולדנות בממצאים אלו.<sup>37</sup>

### ד. הולד

בעבודה אחת נמצאו יותר יילודים במשקל עורף [LGA], משקל מעל 4 ק"ג] בנשים ולדניות, ויותר מקרים של מקונויום וצהבת. לא נמצאו יותר יילודים בתת-משקל [SGA], משקל פחות מ-2.5 ק"ג] בנשים ולדניות, וכמו כן לא נמצאו הבדלים ברישום דופק עוברי, בציוני האפגר ובאורך אישפוז היילוד, וכן לא נמצא יותר פגות או תמותה נאוונטלית.<sup>38</sup>

בעבודה מאוחרת יותר שבוצעה על-ידי קבוצה אירופאית המסקנות היו דומות: נבדקו 1542 נשים ולדניות מרמה סוציאקונומית גבוהה ונמוכה.

34. Grand multiparity – a nationwide survey. Samueloff, A.; Mor-Yosef, S.; Zeidman, D. S.; Rabinowith R.; Simon, A.; Schenker, J. G.: *Isr J Med Sci*, 1989; 25(11), 625-9.

35. לעיל הע' 32.

36. A prospective study of the active management of labor in women of high parity Laor, D.; Zeidman, D. S.; Yaffe, H.; Voss, E.; Diamant, Y. Z.: *Eur J Obst Gyn Rep Bio*, 1989; 30(2), 111-5.

37. לעיל הע' 34.

38. לעיל הע' 32.

נמצא שיש חשיבות יתר למצב סוציאקונומי לגבי LBW [משקל לידה נמוך] ותמותה פרינטלית מאשר לוולדנות.<sup>39</sup>

בעבודה נוספת נמצאו אצל יולדות בפעם השביעית ומעלה יותר תינוקות בעלי משקל יתר [LGA] ויותר מקרים של מוות פרינטלי. גם כאן נמצא קשר הדוק בין גיל לוולדנות בממצאים אלו.<sup>40</sup>

### מסקנות

למרות שבמספר מחקרים נתגלו הבדלים מסויימים בין לידות אצל נשים ולדניות ללידות רגילות – ניתן לסכם שהוולדנות לכשעצמה אינה מהווה גורם סיכון בעל-משמעות באוכלוסיה שיש לה מערכת תמיכה סוציאקונומית טובה, ועם טיפול מילדותי ופרינטלי מודרניים. זוהי גם המסקנה במחקר רחב ההיקף שהוזכר מספר פעמים לעיל.<sup>41</sup>

## III. טיפולי פוריות ומניעת הריון

### א. השראת ביוץ – במה כרוך הטיפול?

שיקולים שונים מביאים להתאמת טיפול להשראת ביוץ לאשה מסויימת, מתוך מיגוון הטיפולים התרופתיים הקיימים. כמובן שאין זה המקום להיכנס לשיקולים אלו, ורק זאת נציין – שלהחלטה על סוג הטיפול יש משמעות רבה לאשה, מפני שהטיפולים להשראת ביוץ כרוכים בתופעות לוואי רבות.

בטיפול באיקולומין יתכנו גלי חום, בחילות, הקאות, תפוחות בשד, תופעות עוריות, הפרעות בראיה ועוד. בעיקר יש להדגיש שקיים סיכון לגירוי יתר שחלתי, זאת-אומרת לתגובה שחלתית מוגזמת עם צמיחת זקיקים רבים, העלולים להפוך לכיסתות שחלתיות. התפתחות כיסית [=ציסטה] עלולה להיות מלווה בבחילות, הקאות, כאבי בטן ושילשולים. במקרים קיצוניים – המצב מהווה סכנת חיים ממשית לאשה, עם סיבוכים מידיים – כמו תסביב שחלה, איבוד נוזלים, צמיגות יתר של הדם, תסחיפים, קוצר נשימה, הפרעות במערכת העיכול ועוד. בטיפול בפרגונל קיים סיכון להריונות מרובי עוברים, הפלות וגירוי יתר שחלתי.<sup>42</sup>

כתוצאה מטיפולי הפוריות יש לחשוש לסיבוכים מאוחרים שונים. אחד הסיבוכים העיקריים מהם יש לחשוש הוא הופעת קרצינומה שחלתית. בשנים האחרונות הופיעו מאמרים רבים הדנים בקשר שבין השראת ביוץ

39. The effects of the socioeconomic status on the perinatal outcome of GM. Mor- Yosef, S.; Zeidman, D. S.; Samueloff, A.; Schenker, J. G.: *Eur J Obst Gyn Rep Bio*, 1990: 36(1-2), 117-123.

40. לעיל הע' 34.

41. לעיל הע' 32.

42. עד 20% מהמקרים בנשים מתחת לגיל 35; הנושא לא נבדק דיו בנשים פוריות מעל גיל זה.

לכין סרטן השחלה. כבר זמן רב ידועה העובדה הסטטיסטית, שקיימת שכיחות-יתר של סרטן השחלה אצל נשים שלא הרו מעולם, ושהסיכון יורד עם הוולדנות. ההסבר המקובל לעובדה זו הוא שהביוץ הבלתי-מופסק לאורך שנים מהווה טראומה לשחלה, ומכאן השכיחות הגבוהה של הסרטן. על-פי זה יש הגיון בהנחה שכל טיפול שיגביר את מספר הביוצים בשחלה יגביר את הסיכון לסרטן השחלה<sup>43</sup>.

בעבודה יסודית שהופיעה בכתב-עת חשוב בשנת 1994<sup>44</sup> נבדק הסיכון לסרטן השחלה בתוך קבוצה של 3837 נשים שעברו הערכה לאי-פוריות בין השנים '74 ל-'85. נשים עם בעיות של אי-פוריות שטופלו הושוו לנשים כאלו שלא טופלו, ונעשתה סטנדרטיזציה מסודרת. התברר שאצל 11 נשים נתגלה סרטן השחלה, פי 2.3 בקבוצה שטופלה מהקבוצה שלא טופלה. 9 מתוך הנשים שטופלו וחלו נטלו איקקלומין, מתוכן 5 במשך תקופה הארוכה משנה. טיפול באיקקלומין בתקופה של יותר משנה העלה את הסיכון לסרטן השחלה, הן בנשים שנמצאה אצלן בעיה שחלתית מוגדרת, והן בנשים ללא בעיה כזו. המסקנה היא ששימוש ממושך באיקקלומין מעלה את הסיכון לסרטן שחלה חודרני או במצב גבולי (borderline).

<sup>43</sup> ראה:

- 1) Whittemore AS: The risk of ovarian cancer after treatment for infertility. *N Engl J Med* 1994 Sep; 22; 331(12): 771-6.
- 2) Rossing MA & al.: Ovarian tumors in a cohort of infertile women. *N. Engl. J. Med.* 1994 Sep 22;331(12): 805-6.
- 3) Sassoon S: Ovulation induction agents and ovarian cancer. *Hum. Reprod* 1993 Dec ; 8(12): 2246-7.
- 4) Whittemore AS: Fertility drugs and risk of ovarian cancer. *Hum. Reprod.* 1993 Jul; 8(7): 999-1000.
- 5) Cohen I, Forman R, Harlap S & al.: IFFS expert group report on the Whittemore study related to ovarian cancer associated with the use of infertility agents. *Hum. Reprod.* 1993 Jul; 8(7):996-9.
- 6) Balasch j, Bani PM: Follicular stimulation and ovarian cancer? *Hum. Reprod* 1993 Jul; 8(7): 990-6.
- 7) Land GA: Ovulation, ovulation induction and ovarian carcinoma. *Baillieres. Cin. Obstet. Gynaecol.* 1993 Jun; 7(2): 455-72.
- 8) Darder MC: Fertility drugs and ovarian cancer. *Fertil. Steril.* 1993 Jul; 60(1): 199-201.
- 9) Dietl J, Marzusch K: Ovarian surface epithelium and human ovarian cancer. *Gynecol. Obstet. Invest.* 1993; 35(3): 129-35.
- 10) Numan HW; Burger CW; Baak JP & al.: Borderline malignancy of the ovary and controlled hyperstimulation, a report of 2 cases. *Eur. J. Cancer.* 1992; 28A(12): 1971-3.
- 11) Goldberg GL; Runowicz CD: Ovarian Carcinoma of low malignant potential, infertility, and induction of ovulation--is there a link? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1992 Mar; 166( 3): 853-4.

<sup>44</sup> הע' קודמת מקור 2.

בסקירה רחבה<sup>45</sup> הובאו עשרה case reports של סרטן שחלתי שארעו בין השנים 1982-1992, כולם מסוג אפיטליאלי, שהתרחשו לאחר טיפולי פוריות (בשלושה מהם היה סרטן של ממש, ובשבעה היתה היסטולוגיה גבולית). מסקנת המאמר היא שטיפולי הפוריות מתנהגים כקופקטורים או כמעודדים מצבים פרה-סרטניים, והופכים גידולים סרטניים גבוליים – לסרטנים ממשיים. תאים בפרוליפרציה [מצב של התרבות] רגישים יותר לגורמים קרצינוגניים. יתכן שההיפרפלזיה ופעילות-היתר בעקבות נטילת גורמי הביוץ תורמים למיטוזות אברנטיות [התחלקויות תאים לא תקינות]. במספר עבודות נצפה בחיות מעבדה שמתן גונדוטרופינים גרם לגידולים בסטרומה [הריקמה המרכזית] של השחלה. יש לציין שהועלתה השערה שהקשר הסטטיסטי שנמצא בין אי-פוריות וסרטן השחלה, ואולי הטיפול בגונדוטרופינים, קשור רק לעובדה שנעשה לנשים שקיבלו טיפול להשריית ביוץ ניטור קפדני, ומכאן נובע הגילוי המוקדם והנרחב של ציסטות למיניהן, שחלקן קרצינומות.

### ב. הצורך בניטור הדוק

לטיפול הפוריות יש תופעות לוואי מידיות ומאוחרות. השיקולים איזה טיפול מתאים לאשה מסוימת דורשים מומחיות רבה, ובמשך הטיפול יש צורך בניטור הדוק ובהשגחה, בין השאר כדי לצמצם את תופעות הלוואי ואת הסיכונים שבהם עד כמה שאפשר<sup>46</sup>.

### ג. מניעת הריון: צורך, היתר ושיטות

בהתייחס לכל האמור לעיל – נשאלת השאלה: האם יש היתר או אפילו צורך למנוע הריון אצל האשה הוולדנית המבוגרת, עקב החששות לסבוכים בהריון, בלידה ובעובר, כפי שתוארו לעיל. אם נקבע שיש היתר או צורך במניעת ההריון – צריך לברר באילו אמצעים ראוי להשתמש, כאשר ההנחה היא שכל שגובר הצורך במניעת ההריון כך יש להשתמש באמצעים בטוחים ויעילים יותר.

המסקנה העולה מסקירה זו היא שקיימת הצדקה רפואית למנוע הריון – אך היא אינה חד-משמעית, ועל האשה לפנות לייעוץ רפואי, ועם הנתונים הרפואיים לגשת לפוסק הלכות מוסמך הבקי בענינים אלו ולקבל החלטה כיצד לנהוג, תוך התייחסות לנתונים האינדיבידואליים שלה. מאידך גיסא – נראה לנו ברור שאין לאשה וולדנית מבוגרת (שבעלה קיים כבר פו"ר)

<sup>45</sup> הע' 42 מקור 7.

<sup>46</sup> יש לשוב ולתמוה על ה'קלא דלא פסיק', שישנם מורי-הוראה ידועים שנוטלים על עצמם את האחריות להציע טיפולי פוריות ללא בדיקות מקדימות וללא השגחה רפואית צמודה.



לנקוט פעולה אקטיבית להשראת הריון, פעולה העלולה לגרוור בעקבותיה סיכונים שונים. במקרה זה 'שב ואל תעשה עדיף', ויש לסמוך על סיעתא דשמיא ולא לעשות מעשה שתועלתו מסופקת וסכנותיו ידועות.

#### ד. אמצעי מניעת הריון הבאים בחשבון:

שתי אפשרויות עיקריות עומדות לפנינו:

א. גלולה. ב. התקן תוך-רחמי.

א. הבעיה בגלולה היא שהשימוש בה בגיל המבוגר בעייתי, עקב סיכון יתר למחלות טרומבוטיות [פקקת; אוטם בשריר הלב] עם העליה בגיל, בעיקר בנשים מעשנות או עם גורמי סיכון משמעותיים, כמחלות טרומבוטיות בעבר, היפרליפדמיה [עודף שומנים בדם], יתר לחץ דם ועוד. ישנם רופאים שיתירו במקרים מסויימים נטילת גלולות גם במצבים אלו, אפילו לנשים מעל גיל 40, אך רק עם מעקב רפואי צמוד.

ב. בענין ההתקן התוך-רחמי [=הת"ר] – קיימת בעיקר בעיית הדימומים הבין-ויסתיים אצל חלק מהנשים<sup>47</sup> התכשיר יעיל [פחות מגלולה, אך מגיע קרוב ל-99% הצלחה במניעת הריון!] ופותר את הבעיה לטווח של שנים, עד לאחר הבלות<sup>48</sup>.

**מקור:** אסיא נז-נח, עמ' 109-92 (1996)

47. ראוי לציין שלגבי שכחות הדימומים יש הבדלים לא רק בין אשה לחברתה אלא גם בין סוגי ההתקנים. חלקם גורמים לדימומים בשכחות נמוכה יותר מאשר התקנים אחרים. – העורך

48. ראה במאמרנו 'אמצעי מניעה – מבט הלכתי-רפואי', אסיא נג-נד [אלול תשנ"ד], עמ' 123-114, ספר אסיא י, עמ' 203-212 (2007).