

ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ІМУННИМИ КОНФЛІКТАМИ

Шифр МКХ-10-О36

Ізоімунізація — одна з клінічних форм імунопатології вагітності, що виникає за умови несумісності організмів матері і плода по різних антигенах та приводить до тяжких порушень стану плода і немовляти.

Найчастіше зустрічаються:

- ізоімунізація по резус (Rh)-фактору;
- ізоімунізація по АВ0-системі.

О36.0 Резус-ізоімунізація, при якій мати потребує надання медичної допомоги

О36.1 Інші форми ізоімунізації, при яких мати потребує надання медичної допомоги

О36.2 Водянка плода, при якій мати потребує надання медичної допомоги

1. ІЗОІМУНІЗАЦІЯ ПО Rh- ФАКТОРУ

Rh-ізоімунізація – гуморальна імунна відповідь на еритроцитарні антигени (Аг) плода Rh-групи, включаючи Cc, Dd і Ee (кодуються Rh-алелями). Антитіла (Ат), які утворилися, проникаючи через плаценту, викликають екстравазкулярний гемоліз (опсонізація еритроцитів плода Ат жінки і фагоцитоз еритроцитів) та анемію, що призводить до розвитку еритробластозу плода.

1.1. Фактори ризику:

- штучний аборт в анамнезі;
- самовільний аборт в анамнезі;
- переливання Rh-позитивної крові в анамнезі;
- позаматкова вагітність;
- відсутність специфічної профілактики Rh-конфлікту після завершення попередньої вагітності;
- наявність Rh-конфлікту при попередніх вагітностях.

1.2. Ризик ізоімунізації збільшують:

- відшарування плаценти;
- оперативні втручання (ручне відділення плаценти, кесарський розтин, амніоцентез) в анамнезі або під час даної вагітності;
- вірусна інфекція (герпетична, цитомегаловірусна).

2. АВ0-конфлікт розвивається за умови існування несумісного поєднання груп крові матері і плода та при наявності у матері Ат до еритроцитів групи крові плода. Групові Ат можуть утворюватися в організмі матері до вагітності у відповідь на проведену гемотерапію, введення вакцин та лікувальних сироваток, при контакті матері з бактеріями, що містять антигенні фактори А і В.

Аг плода А і В викликають підвищене вироблення α - чи β -Ат. Найчастіше імунна несумісність виявляється при наявності у матері 0(1) групи крові, а у плода А(II), рідше В(III) або АВ(IV). У випадку імунного конфлікту по АВ0-системі у

крові матері з'являються α - чи β -Ат: агглютиніни та гемолізینی. Ізоімунація по системі АВ0 може бути причиною гемолітичної хвороби (ГХ) немовляти від субклінічної до легкої форми, але вона рідко викликає тяжкий еритробластоз чи внутрішньоутробну загибель плода і має значно менший ризик у порівнянні з Rh-несумісністю. При несумісності по системі АВ0 еритроцити плода, потрапляючи в організм вагітної, швидко руйнуються, тому Ат не встигають синтезуватися.

Обстеження вагітних на групові імунні Ат доцільне у жінок зі звичним невиношуванням, антенатальною загибеллю плода в анамнезі.

АВ0-несумісність пом'якшує перебіг вагітності при Rh-конфлікті. Rh-конфлікт частіше виникає, якщо вагітна і плод мають однакові чи сумісні по системі АВ0 групи крові.

3. Діагностика ізоімуного конфлікту.

3.1. Анамнез: переливання крові без урахування Rh -належності, аборти, мертвонародження чи народження дітей з ГХ, відомості про специфічну профілактику ізоімунації при попередніх вагітностях.

3.2. Визначення титру Rh -Ат у динаміці з ранніх термінів вагітності (див. п. 4.1.1.). Зростання та нестабільність титру Rh -Ат свідчать про Rh-конфлікт. При титрі 1:32 і вище ГХ зустрічається частіше, ризик внутрішньоутробної загибелі плода високий.

3.3. Визначення групових Ат проводять у вагітних з 0(I) групою крові, які мають в анамнезі самовільні аборти, мертвонародження, смерть немовлят від ГХ.

3.4. Діагностика ГХ плода.

3.4.1. Ультразвукове сканування дає можливість встановити ознаки ранньої водянки плода і водянки плода, що розвинулася

Ознаки ранньої водянки плода:

- полігідрамніон;
- гепатоспленомегалія.

Ознаки водянки плода, що розвинулася:

- збільшення ехогенності кішківника плода;
- кардіомегалія і перикардіальний випіт;
- асцит і гідроторакс;
- набряк шкіри голови і кінцівок;
- незвичайна поза плода "поза Будди";
- зниження рухової активності;
- потовщення плаценти.

У вагітних групи ризику по виникненню Rh конфлікту УЗД проводять:

- до 30 тижнів вагітності 1 раз на місяць;
- після 30 тижнів 2 рази на місяць;
- при появі ознак ураження плода кожний день до розродження.

3.4.2. Кардіотокографія виявляє ознаки хронічної гіпоксії плода та зниження компенсаторної здатності фетоплацентарного комплексу.

3.4.3. Трансабдомінальний амніоцентез виконують у термін після 26 тижнів вагітності.

Питання про необхідність амніоцентезу вирішують у залежності від титру Ат та даних анамнезу. При наявності показань до амніоцентезу жінка направляється до закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги.

Показання до амніоцентезу:

- титр Ат дорівнює чи перевищує 1:64;

- наростання титру у 4 рази при повторному дослідженні через 2 тижні ;
- наростання титру Ат і УЗД ознаки ГХ плода;
- мертвонародження, народження дітей з ГХ в анамнезі і УЗД ознаки ГХ плода.

Протипоказання:

- загроза передчасних пологів;
- лихоманка.

Дослідження амніотичної рідини дозволяє оцінити тяжкість анемії у плода.

У разі розвитку ГХ плода підвищення концентрації білірубину у навколоплодових водах та зростання показника оптичної щільності навколоплодових вод (ОЩНВ) відображує ступінь тяжкості ГХ.

Якщо ОЩНВ 0,1 і нижче, то вагітність можна пролонгувати до пологів у строк. При ОЩНВ 0,15 і вище розпочинають підготовку до розродження.

Таблиця. Стан плода та загальний показник ОЩНВ при довжині хвилі 450 нм та вміст білірубину в амніотичній рідині.

Загальний показник ОЩНВ 450	Вміст білірубину в амніотичній рідині, мг/л	Стан плода
0,15-0,20	0-2,8	Ризик розвитку ГХ плода низький
0,21-0,34	2,9-4,6	Ризик розвитку ГХ плода помірний
0,35-0,70	4,7-9,5	Ризик розвитку ГХ плода високий
Більше 0,70	Більше 9,5	Ризик розвитку ГХ вкрай високий

3.4.4. Кордоцентез — взяття крові з пуповини плода через передню черевну стінку жінки (проводять у закладі охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги при наявності підготовлених спеціалістів згідно з наказом МОЗ від 31.12.03 № 691/84 “Про удосконалення медико-генетичної служби в Україні”).

У пуповинній крові плода визначають:

- гемоглобін та гематокрит;
- групу крові та Rh-фактор;
- рівень білірубину;
- кількість ретикулоцитів;
- сироватковий білок;
- Ат, фіксовані на еритроцитах плода.

При Rh-негативній крові у плода необхідності в подальших дослідженнях немає.

3.5. Постнатальна діагностика ГХ новонародженого

У крові із судин пуповини плода проводять визначення групи крові, Rh-фактора, рівня білірубину. Швидкість погодинного наростання рівня білірубину, рівень Hb і Ht. Постановка прямої реакції Кумбса здійснюється із периферичної крові плода.

4. Тактика ведення вагітності і пологів (див. алгоритм).

4.1. На етапі жіночої консультації:

Визначають титр Rh-Ат у крові при першому відвідуванні, у 20 тижнів, у подальшому кожні 4 тижні.

У разі наявності у вагітної 0(I) групи крові визначають групу крові чоловіка для виявлення групи ризику немовляти по АВ0-конфлікту.

Вибір тактики ведення вагітних з ізоімунізацією по Rh-фактору представлений у алгоритмі (мал. 2).

4.2. На етапі акушерського стаціонару.

Розродження вагітної з Rh-негативним типом крові за умови наявності ізоімунізації проводиться достроково у залежності від рівня титру Ат у крові вагітної.

Показання до дострокового розродження при Rh-конфлікті:

1. Титр Ат дорівнює чи перевищує 1:64 (критичний рівень);
2. Наростання титру при повторному аналізі у 4 рази;
3. ОЦНВ 0,35-70 і вище; концентрація білірубину в амніотичній рідині 4,7-9,5 мг/л;
4. УЗ ознаки ГХ у плода;
5. Мертвонародження та народження дітей із ГХ в анамнезі.

Відразу після народження дитини пуповину перетискають та відтинають з метою уникнення попадання Rh-Ат у кровоток немовляти, плацентарний кінець пуповини не перетискають (для зниження ризику та об'єму фетоматеринської трансфузії). При кесарському розтині плаценту рукою не відокремлюють.

5. Профілактика Rh-імунізації:

5.1. Профілактика під час вагітності при відсутності імунізації вагітної.

Проводиться шляхом в/м введення 1 дози (300 мкг) анти-Rh₀ (Д) імуноглобуліну, який дозволено використовувати під час вагітності:

- у термін вагітності 28-32 тижнів;
- у разі появи симптомів загрози переривання вагітності до 28 тижнів;
- після амніоцентезу чи біопсії хоріону;
- після видалення міхурного заносу;
- після позаматкової вагітності;
- після переривання вагітності (не пізніше 48 годин після аборт);
- після випадкової трансфузії Rh-позитивної крові Rh-негативній жінці;
- після переливання тромбоцитарної маси;
- у клінічних ситуаціях, що супроводжуються попаданням клітин плода в кровоток матері:
 - відшарування плаценти, чи маткова кровотеча (неясної етіології);
 - травма матері (наприклад, автомобільна катастрофа).

У терміні вагітності до 13 тижнів доза анти-Rh₀ (Д) імуноглобуліна складає 75 мкг, при терміні вагітності більше 13 тижнів – 300 мкг.

5.2. Профілактика після пологів при народженні Rh-позитивної дитини:

впродовж перших 72 годин в/м вводиться 1 доза (300 мкг) анти-Rh₀ (Д) імуноглобуліну.

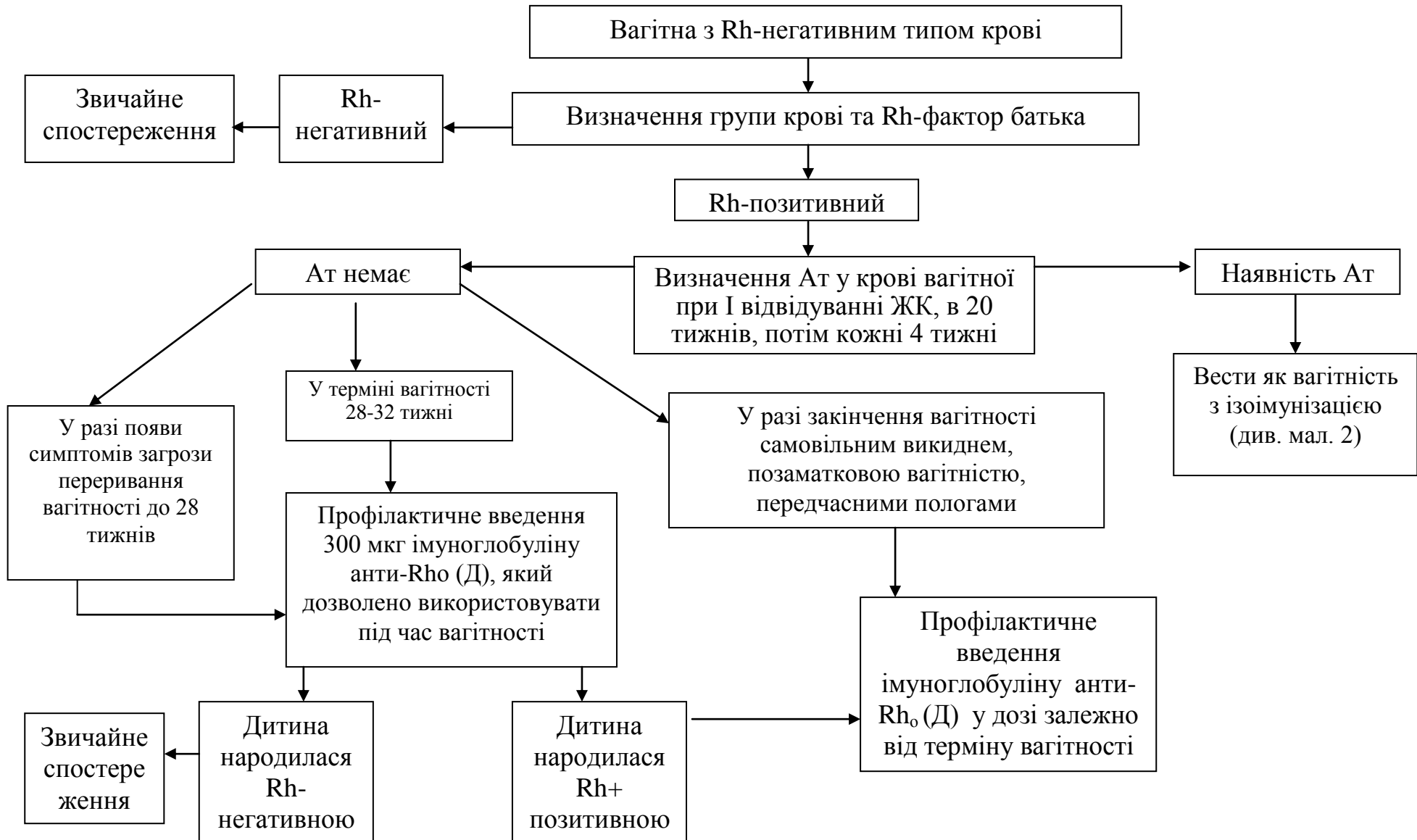
5.3. Протипоказання до введення анти-Rh₀ (Д) імуноглобуліну:

Відомі анафілактичні чи тяжкі системні реакції до глобуліну людини.

6. Профілактика ГХ по системі АВ0 під час вагітності не проводиться.

Неспецифічна медикаментозна профілактика та лікування Rh-конфліктної вагітної не проводяться [А].

ВЕДЕННЯ RH-НЕГАТИВНИХ НЕІМУНІЗОВАНИХ ВАГІТНИХ ЖІНОК



ВЕДЕННЯ RH-НЕГАТИВНИХ ВАГІТНИХ З ІЗОІМУНІЗАЦІЄЮ

Мал. 1

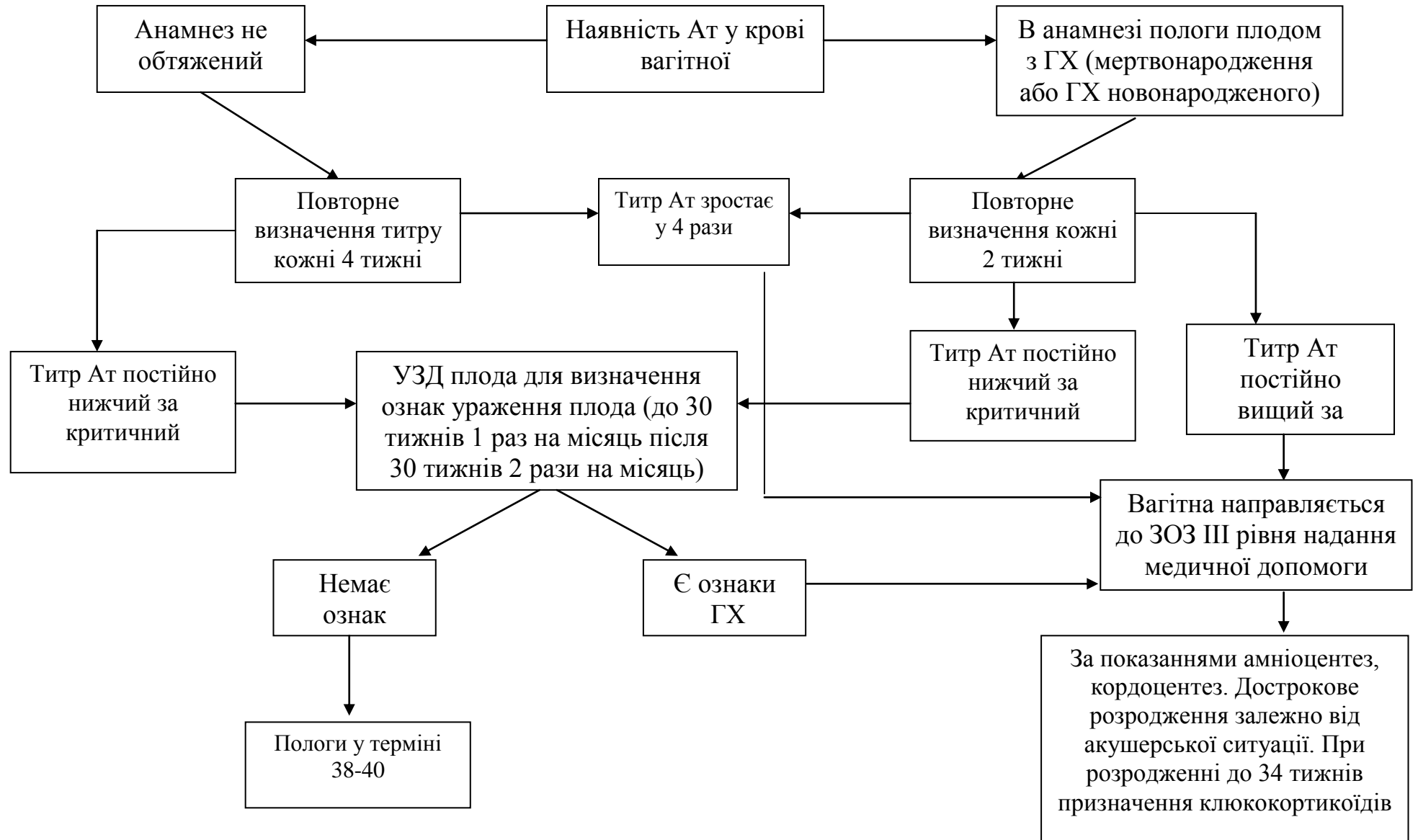


Рис. 2

