

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края

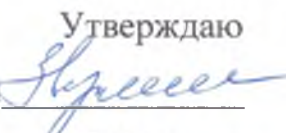
Государственное учреждение здравоохранения
КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

672038, г.Чита, ул. Коханского, д. 7

тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95

E-mail: priem@kkb.chita.ru

от 18 декабря 2023 г. № 1027 -о

Утверждаю
Главный врач 
В.В.Коренев

Информационное письмо

**Надлежащая практика при
иммуногематологическом ведении беременных**

Врач клинико-диагностической лаборатории Цырендоржиева Ц.Ц.

Надлежащая практика при иммуногематологическом ведении беременных.

Основное значение в развитии гемолитической болезни у плода (ГБП) и, в последующем, у новорожденного (ГБН) имеют антитела матери - иммуноглобулины класса G, которые легко проникают через плацентарный барьер и попадают в кровоток плода. Аллоантитела матери, имеющие специфичность к антигенам эритроцитов плода, разрушают его эритроциты или угнетают гемопоэз. Уровень гемолиза эритроцитов плода и новорожденного зависит от специфичности антител, их концентрации, а также от выраженности антигенов на эритроцитах. Несмотря на достижения в перинатальной диагностике, профилактике и лечении, полностью предупредить заболеваемость и смертность детей от гемолитической болезни (ГБ) не удастся. Иммуногематологические исследования у матери, плода и новорожденного помогают прогнозировать возможность развития и тяжесть ГБ, оптимизировать проведение гемотрансфузионной терапии плодов и новорожденных, а также осуществить подбор гемотрансфузионных сред женщине.

Алгоритм иммуногематологических исследований у женщин во время беременности.

Перед проведением иммуногематологических исследований собирают акушерский и трансфузионный анамнез. Наличие предшествующих беременностей, их неблагоприятный исход (выкидыши, мертворождение, рождение детей с ГБН), а также наличие в анамнезе гемотрансфузий, выделяет данную категорию женщин в группу риска в отношении развития ГБП. Данные об акушерском и трансфузионном анамнезе вносят в карту иммуногематологического обследования беременной, обменную карту и в историю родов.

1. При первом обращении беременных в консультацию у них исследуют группу и резус-принадлежность крови. Для исключения ошибок в определении группы крови и резус-принадлежности всем беременным повторяют исследования в 28-30 недель беременности. При несовпадении результатов первого и повторного исследования кровь направляют на исследование в централизованную лабораторию или на станцию переливания крови.

2. Одновременно с определением групповой и резус-принадлежности крови проводят исследование антител к антигенам эритроцитов системы Резус и другим клинически значимым системам антигенов эритроцитов (скрининг антител). Исследование проводят независимо от резус-принадлежности крови беременной: как у лиц с резус-отрицательной, так и резус-положительной принадлежностью крови. Беременным с D-положительной принадлежностью крови, у которых антитела не выявились при первом обращении в консультацию, проводят повторное исследование в 28-30 недель.

Если скрининг антител дал положительный результат, то определяют их количество (титр АТ) в сыворотке крови и проводят идентификацию антител.

3. Беременным с группой крови 0, А, В, имеющим супруга с иной группой крови, проводят выявление IgG антител системы АВ0. Для исследования используют метод с применением унитиола.

4. Исследование сывороток крови женщин на наличие антител проводят несколько раз в течение беременности. Первое исследование проводят при первичном обращении в женскую консультацию. Все беременные после первичного исследования на антитела распределяют на две группы: сенсibilизированные и несенсibilизированные.

4.1. Сроки исследования антител у сенсibilизированных женщин зависят от специфичности выявленных антител. 4.1.1. Женщинам, сенсibilизированным к антигенам эритроцитов системы Резус или имеющих клинически значимые антитела к антигенам других систем, контроль титра антител до 32 недель беременности проводят 1 раз в 4 недели. После 32 недель контроль титра проводят один раз в 2 недели. 4.1.2. Контроль титра антител к антигенам эритроцитов системы АВ0 проводят при первичном обращении и в 36 недель беременности. Тяжесть ГБ плода и новорожденного, обусловленной АВ0 несовместимостью не коррелирует с титром, поэтому нет необходимости часто исследовать титр антител системы АВ0, как это предусмотрено для антител к антигенам эритроцитов системы Резус.

4.2. Несенсibilизированные женщины распределяются на группы риска (имеющие возможность сенсibilизации при беременности) и остальных женщин, не имеющих антител. Несенсibilизированным женщинам, не входящим в группу риска, исследование антител проводят повторно в 28-32 недели. 4.2.1. Женщинам, группа крови которых не совпадает с группой крови мужа, контроль титра антител проводят в 36 недель. 4.2.2. Несенсibilизированным Rh (-) женщинам, имеющим Rh(+) мужа исследование антител проводят в 28 недель беременности. При наличии клинических показаний скрининг антител проводят ежемесячно. 4.2.3. Несенсibilизированным женщинам, имеющим в анамнезе выкидыши и мертворождения, исследования антител повторяют в 28-30 недель. 4.2.4. При

появлении аллоантител в процессе наблюдения дальнейшие исследования женщине проводятся так же, как и сенсibilизированным беременным.

5. По результатам исследования для каждой сенсibilизированной беременной или беременной группы повышенного риска аллоиммунизации оформляют карту иммунологического обследования (вклеивают в обменную карту беременной).

6. Несенсibilизированным женщинам, имеющим резус- отрицательную принадлежность крови, вводят иммуноглобулин анти-Rh0(D) для профилактики последующей иммунизации при условии, если отец ребенка и ребенок имеет резусположительную принадлежность (двухкратная пре- и постнатальная профилактика). Если ребенок имеет резус-отрицательную принадлежность, постнатальная профилактика не проводится. Если пренатальная профилактика не проводилась, а ребенок имеет резус-положительную принадлежность крови, проводят однократную послеродовую профилактику. Сроки введения и дозы препарата определяются в соответствии с инструкциями производителей. При наличии акушерских осложнений профилактика проводится по показаниям. Исследование анти- D антител после проведения профилактики проводится отсроченно и только по клиническим показаниям. В 36-38 недель целесообразно провести у женщин, получавших иммуноглобулин анти-Rh0(D), исследование антител к антигенам эритроцитов другой специфичности для обеспечения женщин в случае необходимости совместимыми гемотрансфузиями.

Иммуногематологическое обследование новорожденного для диагностики конфликта мать-ребенок по антигенам эритроцитов.

Определение группы и резус-принадлежности крови новорожденного позволяет исключить или установить возможность иммунологического конфликта матери и новорожденного.

Прямой антиглобулиновый тест новорожденным проводят при клинических признаках ГБН, а также родившимся от сенсibilизированных женщин и женщин повышенной группы риска. Положительный результат теста свидетельствует о присутствии на эритроцитах новорожденного фиксированных аллоантител. Прямой антиглобулиновый тест обычно положительный при ГБН, обусловленной анти-D антителами. При ГБН, вызванной АВ0-антителами, ПАГТ может быть слабоположительным или даже отрицательным.

Выявление IgG антител к антигенам эритроцитов в сыворотке матери и новорожденного. Положительный результат свидетельствует о возможном иммунологическом конфликте мать-новорожденный по антигенам эритроцитов.

Иммуногематологические исследования отца ребенка проводят:

1. При обнаружении у беременной группы крови 0.
2. При выявлении у беременной резус-отрицательной принадлежности крови.

3. При обнаружении у беременной аллоантител к антигенам эритроцитов. Кровь отца ребенка исследуют на группу крови, резус-принадлежность и наличие антигенов эритроцитов, к которым у беременной найдены антитела. Определение фенотипа антигенов эритроцитов отца позволяет прогнозировать вероятность иммунологического конфликта "мать-плод" по антигенам эритроцитов и начать раннюю профилактику гемолитической болезни плода (если мать не sensibilizirovana к антигену D).