

**ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ АКУШЕРСЬКОЇ
ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ З РЕЗУС-НЕГАТИВНИМ ТИПОМ КРОВІ НА
ПРИКЛАДІ КЛІНІК ПІВНІЧНОЇ МАКЕДОНІЇ ТА ГРЕЦІЇ**

**Годлевська Наталія Аркадіївна,
Старовер Анжеліка Вікторівна**

канд.мед.наук, доценти ЗВО

Чайка Григорій Васильович

д-р.мед.наук, професор ЗВО

Кафедра акушерства та гінекології № 1

Вінницький Національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Анотація: наведені особливості надання амбулаторної допомоги жінкам з резус-негативним типом крові на прикладі університетського шпиталю “АНЕРА”(Салоніки, Греція), шпиталю “Hygeia” (Афіни, Греція) та клінічної бази шпиталю “Ацібадем Сістина” (Скоп’є, Північна Македонія). Проведено порівняння використання неінвазивного пренатального тестування, як методу визначення резус-фактору плода, в Україні та Греції і Північній Македонії.

Ключові слова: вагітність, резус-фактор, резус-конфлікт, неінвазивне пренатальне тестування, антирезусний імуноглобулін.

Надання амбулаторної медичної допомоги під час вагітності має багато спільного в лікувальних закладах України та Європи. Після відвідування нами деяких університетських клінік Греції та Північної Македонії з’ясувалось, що, зокрема, загальноприйнятими моментами є інформування та згода жінки на план ведення вагітності, пологів, проведення тих чи інших методів діагностики та лікування, в тому числі, і оперативних при виникненні ускладнень. Відповідно ведення документації пологів проводиться згідно партограми та не відрізняється від українських стандартів. На відміну від університетських клінік Італії, в Греції та Північній Македонії відсутній розподіл вагітних та

роділь на групи низького та високого ризику для визначення тактики ведення, місця проведення та формування бригади для прийому пологів. Наприклад, в Італії ведення пологів у жінок групи низького ризику проводиться лише акушеркою за умов можливості швидкого виклику лікаря та переводу роділлі до акушерського стаціонару [1].

Спільним моментом є також пренатальне обстеження вагітних при постановці на облік, перелік якого може мати деякі місцеві особливості, однак завжди включає визначення групи крові та резус (Rh)-фактору жінки [2]. Це обумовлено ризиком виникнення імунологічної несумісності за Rh-фактором за умов відсутності гену резус (RhD) у матері та його наявності у плода.

Сучасні стандарти надання допомоги під час фізіологічної вагітності в Україні та країнах Європи, зокрема, у Греції та Північній Македонії, передбачають наступний план ведення в разі виявлення Rh-негативного типу крові у жінки. Починаємо з визначення Rh-фактору батька дитини, якщо батьківство точно відомо, і в разі негативного результату вагітність ведеться без особливостей та без додаткових обстежень, втручань, методів профілактики [2]. Якщо ж батько дитини має Rh-позитивний тип крові, це передбачає ризик виникнення імунологічного конфлікту. Однак, враховуючи, що ген є домінантним, батько дитини може мати як гомо- та і гетерозиготне носійство, відповідно дитина може не успадкувати ген RhD, тому за таких умов резус-конфлікт не виникає. Якщо ж плід має Rh-позитивний тип крові, то за певних факторів, які призводять до потрапляння його крові до судинного русла матері, виникає утворення антитіл до фактору Rh та виникнення імунологічного конфлікту з вкрай негативними аж до смертельного наслідків для плода [3].

Відповідно до стандартів ведення жінок з Rh-негативним типом крові та Rh-позитивним або невідомим типом у батька, передбачено визначення титру антирезусних антитіл при постановці на облік, потім в 28 тижнів, а також внутрішньом'язове введення з профілактичною метою в терміні вагітності 28-34 тижні стандартної дози (250 або 300 мкг) Анти-D (rh) імуноглобуліну

всім Rh-негативним несенсибілізованим жінкам [2, 4, 5, 6], і повторно після пологів резус-позитивним плодом [3, 4, 5]. Аналогічна тактика ведення передбачена також при багатоплодовій вагітності, в тому числі при загибелі одного з плодів [7]. При цьому, якщо лікар точно знає Rh-фактор плода, то можна уникнути додаткових обстежень, введення дорого вартісного препарату та сприяти загалом позитивному емоційному настрою вагітних, які, як правило, знаючи про можливість резус-конфлікту, вкрай стурбовані ризиком виникнення цього ускладнення. Отже, виникає питання про можливість сучасного неінвазивного пренатального тестування (НПТ) з метою визначення наявності гену RhD у плода [8].

НПТ включає дослідження фетальної безклітинної ДНК (cffDNA), виділеної з крові матері, для визначення наявності гена RhD у плода. Тестування проводиться за допомогою полімеразної ланцюгової реакції, пошук ведеться за фрагментами 7-го та 10-го екзонів гену RhD, який власне і є маркером Rh-позитивного статусу. Проводять у Rh-негативних жінок із 10-го тижня вагітності. Позитивний результат свідчить про Rh-позитивний плід, негативний (не виявлено RhD) – про Rh-негативний тип крові плода. Результат може бути хибно негативним у разі: низької концентрації фетальної ДНК (на ранніх термінах); варіантів RhD з мутаціями, що змінюють експресію або структуру гена; серологічно хибнонегативного Rh у матері [9, с.94].

Метод є абсолютно безпечним для матері та дитини, оскільки не потребує інвазивного втручання (наприклад, амніоцентезу або кордоцентезу), а використовує венозну кров матері. **Точність аналізу перевищує 99%**, що робить його надійним інструментом у веденні вагітності.

На відміну від України, де згідно стандартів надання допомоги під час ведення нормальної вагітності, метод НПТ для визначення Rh-фактору плода є рекомендованим, в державних та приватних клініках Греції та Північної Македонії таке дослідження проводиться обов'язково за рахунок держави, медичного страхування або власних коштів родини. Відповідно і профілактичне введення Анти-D (rh) імуноглобуліну проводиться лише після

встановлення Rh-позитивного статусу плода.

В Україні таке дослідження можливо лише за рахунок власних коштів або відповідного медичного страхування, однак не покривається Національною Службою здоров'я України (НСЗУ). Вартість аналізу в приватних лабораторіях нашої країни складає 3000-4000 гривень, що для деяких родин не є доступним, і відповідно звужує відсоток охоплення цієї категорії вагітних. З іншого боку точне розуміння Rh-фактору плода дозволить уникнути проведення додаткових досліджень, як то визначення антитіл, ультразвукові дослідження, введення імуноглобуліну, тому його необхідно рекомендувати зазначеній категорії жінок та виходити з пропозицією до НСЗУ щодо включення такого обстеження до пакету супроводу вагітних з Rh-негативним типом крові.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Старовер А.В., Годлевська Н.А. Організація надання акушерської допомоги вагітним групи низького ризику на прикладі університетських клінік Італії//Scientific achievements of modern society. Abstracts of the 3rd International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. Liverpool, United Kingdom. 2019. Pp. 364-366. URL: <http://sci-conf.com.ua>.

2. Клінічна настанова «Ведення нормальної вагітності»
https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/08/2022_1437_smd_nv.pdf

3. Visser G, Thommesen T, Di Renzo G, Nassar C, Spitalnik AH, FIGO SL, et al. Committee for Safe Motherhood, Newborn Health. FIGO/ICM guidelines for preventing Rhesus disease: A call to action. Int J Gynaecol Obstet. 2021;152(2):144-7. doi: 10.1002/ijgo.13459.

4. Кукуруза, І., Титаренко, Н., Вознюк, А., Засаднюк, О., & Кельман, В. (2021). РЕЗУС-КОНФЛІКТ: профілактуємо за світовими стандартами. *Репродуктивне здоров'я жінки*, (7-8), 17–22. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.7-8.2021.250826>

5. Клінічна настанова «Ведення фізіологічних пологів»
<https://www.dec.gov.ua/?ZG93bmxcvYWQ=d3AtY29udGVudC91cGxvYWRzLzIw>

MjIvMDEvMjAyMl8xNzBfa25fZml6cG9sb2d5LnBkZg==

6. Fung KFK, Eason E. Prevention of Rh Alloimmunization. J Obstet Gynaecol Can. No. 2018;133(40.1):e1-e10. doi: 10.1016/j.jogc.2017.11.007.

7. Коньков Д.Г., Чайка Г.В. Банах Ю.В., Кукуруза І.Л. Клінічний менеджмент багатоплодової вагітності при внутрішньоутробній загибелі одного з плодів при дихоральній двійні. З турботою про жінку. – 2015. - №7. С. 47-51.

8. Moise KJ, Hashmi SS, Markham K, Argoti PS, Bebbington M. Cell free fetal DNA to triage antenatal rhesus immune globulin: Is it really cost-effective in the United States? Prenat Diagn. 2019;39(3(sad))238-47. doi: 10.1002/pd.5415.

9. Лабораторний довідник Synevo/Під ред. Винник О.І. -2019.- 732 с.