ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОДА РАННЕЙ АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

© Прилуцкая Вероника Анатольевна, Павловец Мария Валерьевна, Зорина Маргарита Игоревна

Белорусский государственный медицинский университет. 220116, Минск, пр-т Дзержинского 83. E-mail: 2489861@rambler.ru

Ключевые слова: новорождённые; матери, антифосфолипидный синдром; физическое развитие; адаптация.

Введение. Антифосфолипидный синдром (АФС) — аутоиммунное заболевание, характеризующееся рецидивирующими венозными и артериальными тромбозами, акушерской патологией, тромбоцитопенией и гиперпродукцией антител к фосфолипид-белковому комплексу. АФС часто проявляется у женщин детородного возраста, что признано проблемой в плане вынашивания беременности. Приблизительно у 1% женщин, предпринимающих попытки забеременеть, наблюдались привычные выкидыши, а у 10–15% из них диагностировался АФС [F. Di Prima et al., 2011; O. Ateka-Barrutia, M.A. Khamashta, 2013].

Цель исследования. Оценить особенности течения периода ранней адаптации у новорожденных от матерей с АФС.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных о 78 новорождённых ГУ РНПЦ «Мать и дитя» за 2015–2017 гг. Детей включали в исследование методом сплошной выборки. Гестационный возраст − от 34,5 до 41 нед. В основную группу (ГрО) включены дети, рожденные от матерей с АФС (n=44), в контрольную (ГрК) –от женщин, не имевших АФС (n=34). Женщины ГрО и ГрК не различались по возрасту (28 (26,5–32,5) и 28 (26,0–33,0) лет). Новорождённые ГрО разделены на две подгруппы: группа А — дети от женщин с серопозитивным АФС (n=33), группа Б — с серонегативным АФС (n=11). Матери с серонегативным АФС в среднем были старше на 4 года, чем в подгруппе А (p=0,013). Для диагностики АФС использованы Международные критерии АФС (Сидней, 2006). При статобработке применяли Statistica 13.0.

Результаты. Срок гестации женщин с АФС был ниже, чем в ГрК (38,5 (38,0–39,0) и 39,5 (38,5–40,0) нед, p=0,003). В подгруппе с серонегативным АФС родоразрешение происходило раньше, чем в подгруппе с серопозитивным АФС (38,0 (35,0–39,0) и 38,5 (38,5–39,5) нед; p=0,044). Незавершившиеся родами беременности значимо чаще наблюдались в ГрО, чем в ГрК (p<0,001). Угроза прерывания беременности чаще наблюдалась в группе женщин с АФС — 63,6%, по сравнению с ГрК — 32,4% (p=0,006). Истмико-цервикальная недостаточность выявлена только в ГрО у 10 (22,7%) беременных (p=0,002). ХФПН регистрировалась у 15,9% пациенток с АФС и 11,8% без АФС. СЗРП отмечался только у 11,4% женщин ГрО (p=0,051).

Средняя масса и длина тела детей при рождении в ГрО 3290,0±534,9 г и 52,0 (51,0–54,0) см, в ГрК — 3433,2±372,6 г и 53,0 (51,0–54,0). 13,6% новорожденных ГрО были маловесными (p=0,026). Все дети в сравниваемых группах имели оценку 8 баллов по шкале Апгар на 1-й мин жизни, на 5-й − 8,3±0,4 и 8,3±0,5 баллов (p=0,530). Не было различий между группами детей от женщин с серопозитивным и серонегативным АФС (p=0,598). Для лечения на 2-й этап переведено 29,6% детей ГрО и 5,9% детей ГрК (p=0,008). Основной причиной для перевода являлись церебральная ишемия, респираторные расстройства, внутриутробная инфекция. В общем анализе крови в 1-е сут уровень лейкоцитов в ГрО был ниже, чем в ГрК (p=0,046), что наблюдалось и на 3–7-е сут жизни (p=0,031). У новорожденных группы А в общем анализе крови на 3–7-е сут количество эритроцитов определялось меньше, чем у детей группы Б (p=0,027), были ниже показатели гемоглобина (p=0,016), гематокрита (p=0,027) и лейкоцитов (p=0,042). Уровень мочевины в пуповинной крови у новорожденных ГрО ниже, чем в ГрК (3,2 (2,9–4,2) и 4,4 (3,1–5,1) ммоль/л, U=414,5; p=0,03). Максимальный уровень общего билирубина сыворотки крови в среднем составлял 154,7±58,2 мкмоль/л в ГрО и 163,7±63,3 мкмоль/л в ГрК.

Респираторные расстройства (БГМ, рассеянные ателектазы лёгких) диагностировались только в ГрО (5 (11,4%), p=0,051). Церебральная ишемия с большей частотой диагностировалась у детей, рожденных от женщин, имеющих АФС (14 (31,8%), χ^2=13,18; p=0,0001). Среди ВПС у младенцев ГрО достоверно чаще встречались ДМПП (7 (15,9%) p=0,015), среди малых аномалий развития сердца — ДХЛЖ (9 (20,5%), p=0,004) и ООО (10 (22,7%), p=0,041).

Заключение. В современных условиях оказания медицинской помощи беременным с АФС, тщательными прегравидарной подготовкой женщин, мониторингом и лечением матерей состояние здоровья большинства новорожденных значительно улучшилось. Для женщин с АФС во время беременности важен тщательный мониторинг роста и развития плода, тестирование уровней антифосфолипидных антител, персонифицированное лечение, что обеспечит наилучшие перинатальные исходы. Новорожденные, родившиеся у матерей с АФС, нуждаются в динамическом наблюдении врачей-специалистов для комплексной оценки состояния их здоровья. Для младенцев от матерей с серопозитивным АФС характерны достоверно более низкие уровни показателей красной крови на 3–7-е сут жизни по сравнению с детьми от серонегативных женщин.