

Исходы беременности у больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой.

Часть II. Неонатальные исходы

Матьянова Е.В.¹, Кошелева Н.М.¹, Костарева О.М.¹, Федорова Е.В.², Клименченко Н.И.²

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; ²ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия
¹115522, Москва, Каширское шоссе, 34А;
²117997, Москва, ул. Академика Опарина, 4

¹V.A. Nasonova
 Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia;
²Academician V.I. Kulakov National Medical Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia
¹34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522; ²4, Academician Oparin St., Moscow 117997

Контакты:

Надежда Михайловна Кошелева;
 nadkosheleva@yandex.ru

Contact:

Nadezhda Kosheleva;
 nadkosheleva@yandex.ru

Поступила 15.01.19

Ревматоидный артрит (РА) и системная красная волчанка (СКВ) — наиболее распространенные аутоиммунные ревматические заболевания (РЗ), встречающиеся преимущественно у женщин детородного возраста, и наступление беременности у них является ожидаемым фактом. Ввиду непрекращающихся споров относительно этичности поддержания рождаемости среди нездорового населения внимание современных исследователей приковано к изучению взаимного влияния РЗ и беременности, вопросам безопасности фармакотерапии в период зачатия и гестации, а также здоровью потомства, рожденного больными РЗ.

Цель — оценить неонатальные исходы беременности у больных РА и СКВ.

Материал и методы. Изучалось состояние здоровья 73 младенцев, рожденных 72 больными РЗ (76 случаев беременности), из которых 29 — с РА (32 случая беременности) и 43 — с СКВ (44 случая беременности), проспективно наблюдавшимися в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой и ФГБУ НЦ АГиП им. академика В.И. Кулакова. Оценка здоровья детей осуществлялась до года их жизни. Наличие патологий у родившихся детей фиксировалось курирующими неонатологами и педиатрами и в последующем анализировалось по данным медицинской документации (выписки из роддома, детских стационаров и амбулаторной карты).

Результаты и обсуждение. Из 76 курируемых беременностей 72 (94,7%) завершились родами с рождением 73 жизнеспособных младенцев (один случай двойни у пациентки с СКВ). Имелось три случая (6,8%) потери беременности во II триместре гестации у больных СКВ с сопутствующим антифосфолипидным синдромом (АФС) и один случай (3,1%) перинатальной гибели младенцев (мальчик и девочка из монохориальной диамниотической двойни с синдромом обратной артериальной перфузии) у пациентки с серопозитивным РА.

У всех новорожденных рост и масса тела соответствовали гестационному возрасту. У больных РА и СКВ чаще, чем в популяции, рождались младенцы с низкой массой тела (соответственно 9,7 и 21,4% против 60,9 на 1000 живорожденных детей в российской популяции). Оценка новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах в группах матерей с РА и СКВ была высокой (8/9 баллов).

У 5 (16,1%) младенцев матерей с РА и у 15 (35,7%) — с СКВ были выявлены различные патологии. Из врожденных аномалий («пороков развития») у родившихся детей были констатированы открытое овальное окно, открытый артериальный проток и дисплазия тазобедренных суставов, которые чаще встречались у младенцев матерей с СКВ и сопутствующим АФС и превышали популяционную частоту этих аномалий. У детей чаще, чем в популяции, диагностировалась врожденная пневмония; отмечались единичные случаи пупочной грыжи, гемангиомы, тромбоцитопении, геморрагической болезни новорожденного, перинатальной энцефалопатии и врожденной тугоухости.

Заключение. У матерей с РА и СКВ чаще, чем в популяции, рождались дети с низкой массой тела. Младенцы матерей с СКВ достоверно чаще имели врожденные пороки развития сердца (открытое овальное окно, открытый артериальный проток) и врожденную пневмонию. Выявленные патологии встречались чаще у новорожденных от матерей с СКВ и сопутствующим АФС. Отрицательного влияния активности РА и СКВ у матерей и/или проводимой терапии на частоту патологий у младенцев не выявлено.

Ключевые слова: ревматоидный артрит; системная красная волчанка; беременность; неонатальные исходы беременности.

Для ссылки: Матьянова ЕВ, Кошелева НМ, Костарева ОМ и др. Исходы беременности у больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой. Часть II. Неонатальные исходы. Научно-практическая ревматология. 2019;57(3):289–293.

PREGNANCY OUTCOMES IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. PART II. NEONATAL OUTCOMES

Matyanova E.V.¹, Kosheleva N.M.¹, Kostareva O.M.¹, Fedorova E.V.², Klimchenko N.I.²

Rheumatoid arthritis (RA) and systemic lupus erythematosus (SLE) are the most common autoimmune rheumatic diseases (RD) that occur mostly in women of childbearing age, and the occurrence of pregnancy is an expected fact. Due to the ongoing disputes over the ethics of maintaining birth rates among an unhealthy population, modern researchers focus attention on studies of the mutual impact of RD and pregnancy, on the safety of pharmacotherapy during conception and gestation, and on the health of the offspring born to female patients with RD.

Objective: to evaluate the neonatal outcomes of pregnancy in patients with RA and SLE.

Subjects and methods. An investigation was conducted to study the health status of 73 babies born to 72 female patients with RD (76 cases of pregnancy), of whom 29 patients with RA (32 cases of pregnancy) and 43 with SLE (44 cases of pregnancy) were followed up prospectively at the V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology and the Academician V.I. Kulakov National Medical Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology. The health status of the babies was evaluated in the first year of their life. Supervising neonatologists and pediatricians recorded abnormalities in the newborns and subsequently analyzed using their medical records (extracts from maternity hospitals, children's hospitals, and outpatient cards).

Results and discussion. Of the 76 supervised pregnancies, 72 (94.7%) resulted in 73 live births (one twin pregnancy in a patient with SLE). There were three (6.8%) cases of pregnancy loss in the second trimester in patients with SLE having antiphospholipid syndrome (APS) and one (3.1%) case of perinatal death (a boy and a girl from a monochorionic diamniotic twin with reversed arterial perfusion) in a patient with seropositive RA. The height and body weight of all the newborns conformed to gestational age. Patients with RA and SLE compared to the population more often gave birth to low birthweight babies (9.7 and 21.4% versus 60.9 per 1,000 live births in the Russian population). In the groups of mothers with RA and SLE, their infants had a high Apgar score of 8–9 at one and five minutes.

Various abnormalities were detected in 5 (16.1%) and 15 (35.7%) babies born to mothers with RA and to those with SLE, respectively. Among the neonatal congenital anomalies (malformations), there was patent foramen ovale, patent ductus arteriosus, and hip joint dysplasia, which were more common in the babies born to mothers with SLE having APS and exceeded the population-based incidence of these anomalies. The babies were more commonly diagnosed with congenital pneumonia than those in the population; there were single cases of umbilical hernia, hemangioma, thrombocytopenia, hemorrhagic disease of the newborn, perinatal encephalopathy, and congenital hearing loss.

Conclusion. The mothers with RA and SLE more often gave birth to low birthweight babies than did those in the population. The infants born to mothers with RA and SLE had significantly more frequently congenital heart defects (patent foramen ovale, patent ductus arteriosus) and congenital pneumonia. The detected abnormalities were more common in the newborns born to mothers with SLE having APS. Maternal RA and SLE activities and/or performed therapy were not found to have a negative impact on the incidence of abnormalities in babies.

Keywords: rheumatoid arthritis; systemic lupus erythematosus; pregnancy; neonatal outcomes of pregnancy.

For reference: Matyanova EV, Kosheleva NM, Kostareva OM, et al. Pregnancy outcomes in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. Part II. Neonatal outcomes. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice.* 2019;57(3):289-293 (In Russ.).

doi: 10.14412/1995-4484-2019-289-293

Ревматоидный артрит (РА) и системная красная волчанка (СКВ) – наиболее распространенные аутоиммунные ревматические заболевания (РЗ), которые нередко возникают у женщин детородного возраста, наступление беременности у которых является ожидаемым фактом. Ввиду непрекращающихся споров относительно этичности поддержания рождаемости среди нездорового населения внимание современных исследователей приковано к изучению взаимного влияния РЗ и беременности, вопросам безопасности фармакотерапии в период зачатия и гестации, а также здоровью потомства, рожденного больными РЗ.

Предыдущее наше сообщение было посвящено оценке рисков материнских осложнений беременности при РА и СКВ [1]. Исследование подтвердило более высокий риск у пациенток с РА и СКВ таких акушерских исходов, как преждевременные роды, дородовое излитие околоплодных вод, преэклампсия, а также родоразрешение путем кесарева сечения. Данное исследование посвящено неонатальным исходам. Большинство публикаций на эту тему касается преимущественно антропометрических показателей младенцев матерей с РА и СКВ [2–6], и до настоящего времени имеется мало сведений о здоровье детей, рожденных такими больными.

Цель исследования – оценить неонатальные исходы беременности у больных РА и СКВ.

Материал и методы

В основу работы легло обследование 73 младенцев 72 пациенток (76 случаев беременности), из которых 29 – с РА (32 случая беременности) и 43 – с СКВ (44 случая беременности), проспективно наблюдавшихся в период гестации в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой с февраля 2011 г. по август 2014 г. и подписавших информированное согласие на участие в исследовании. Акушерское наблюдение и родоразрешение пациенток осуществлялось в ФГБУ НЦ АГиП им. академика В.И. Кулакова Минздрава России.

Характеристика больных представлена в предыдущей публикации [1].

У больных РА в 8 случаях (25%) беременность наступила на фоне приема базисных противовоспалительных препаратов (БПВП; табл. 1). Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) в анамнезе назначались 6 больным (20,7%), из них в 4 случаях (12,5%; у 3 больных РА) беременность наступила на фоне терапии ГИБП: адалимумабом – 2 (6,3%), инфликсимабом и тоцилизумабом – по 1 (3,1%). Глюкокортикоиды (ГК) принимали 19 (59,4%) больных (в пересчете на преднизолон от 2,5 до 15 мг/сут, медиана длительности непрерывного приема ГК до зачатия составила 58 [12; 90] мес), а 3 пациентки (9,4%) – нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

При СКВ на момент начала беременности 38 (86,4%) пациенток продолжали пероральную ГК-терапию (от 5 до 25 мг/сут преднизолон). Медиана длительности непрерывного приема ГК до зачатия составила 56 [21; 108] мес. В 36 случаях (81,8%) беременность наступила на фоне приема аминохинолинового или цитотоксического препарата. ГИБП ранее назначались 5 (11,6%) больным СКВ: ритуксимаб – 3 (7%) и окрелизумаб – 2 (4,7%). Одной пациентке (2,3%) ритуксимаб вводился за неделю до предполагаемого срока зачатия.

Из 6 (18,8%) больных РА и 7 (15,9%) пациенток с СКВ, не принимавших лекарственную терапию по поводу основного заболевания при зачатии, в период беременности только соответственно у 5 (15,6%) и 1 (2,3%) из них не было потребности в ее назначении.

Основными препаратами для контроля активности РА в период гестации были НПВП (n=20; 62,5%) и ГК: перорально ГК получали 23 пациентки (71,9%) в пересчете на преднизолон от 2,5 до 15 мг/сут (Ме 5 [5; 10] мг/сут), внутрисуставно – 16 (50%) и внутривенно капельно – 6 (18,8%). С целью минимизации неблагоприятного действия на плод и течение родов НПВП отменялись не позднее 30–32-й недели беременности. БПВП (кроме гидроксихлорохина) были отменены при установлении факта беременности.

При СКВ во время беременности у 43 (97,8%) больных применялись ГК перорально (2,5–40 мг/сут; Ме 10 [5; 15]), у 9 (20,5%) – внутривенно капельно. Гидроксихлорохин (200–400 мг/сут) назначался 34 больным (77,3%), азатиоприн (50–100 мг/сут) – 5 (11,4%).

Обследование пациенток проводилось в каждом триместре беременности и через 1, 3, 6 и 12 мес после родов

Таблица 1 Терапия, получаемая при зачатии

Терапия	РА, n (%)	СКВ, n (%)
Метотрексат	3 (9,4)	–
Лефлуномид	3 (9,4)	–
Сульфасалазин	1 (3,1)	–
Хлорамбуцил	1 (3,1)	–
Азатиоприн	–	8 (18,2)
Циклофосфан	–	1 (2,3)
Циклоспорин А	–	1 (2,3)
Микофенолата мофетил	–	1 (2,3)
ГИБП	4 (12,5)	1 (2,3)
Гидроксихлорохин	2 (6,3)	25 (56,8)
ГК	19 (59,4)	38 (86,4)
НПВП	3 (9,4)	–
Без терапии при зачатии	6 (18,8)	7 (15,9)

(по показаниям – чаще) с оценкой активности РЗ и необходимой коррекцией терапии, а также с уточнением состояния здоровья ребенка.

При оценке исходов беременности преждевременными считались роды на сроке до 37 полных недель гестации, перинатальными потерями – внутри- и внеутробная гибель ребенка с 28-й недели беременности до конца 1-й недели после родов. Масса тела и длина тела новорожденных сопоставлялись с таблицей гестационных норм. Низкой считалась масса тела младенцев при рождении <2500 г. Состояние новорожденного оценивалось неонатологом по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах после рождения. Наличие врожденных патологий фиксировалось курирующими неонатологами и педиатрами и анализировалось по данным медицинской документации (выписки из роддома, детских стационаров и амбулаторной карты). Оценка здоровья детей осуществлялась до года их жизни.

Для сравнения с популяционными данными были использованы официальные отчетные материалы об исходах беременностей в Российской Федерации за 2012 г. [7], поскольку большая часть родов (21/52,5%) в наблюдаемой группе произошла в 2012 г.

Статистическая обработка осуществлялась с использованием программы Statistica 8.0 (StatSoft Inc., США), включая общепринятые методы параметрического и непараметрического анализа. Данные представлены в виде медианы [25-го; 75-го перцентилей]. Корреляционный анализ производился по методу Спирмена. Статистическая значимость определялась как $p < 0,05$ (с коррекцией по Wilcoxon).

Результаты и обсуждение

В группе РА родился 31 живой ребенок, в группе СКВ – 42 (один случай двойни). Три случая (6,8%) потери беременности во II триместре (внутриутробная гибель плода соответственно на 20, 24 и 25-й неделе) были у трех больных с низкой активностью СКВ и сопутствующим антифосфолипидным синдромом (АФС). Один случай (3,1%) перинатальной гибели младенцев (мальчик и девочка из монохориальной диамниотической двойни с синдромом обратной артериальной перфузии, весившие 1000 и 1499 г) зарегистрирован у пациентки с серопозитивным РА. Плод мужского пола рожден мертвым с множественными пороками развития. Девочка скончалась на 3-и сутки после родов от сердечной недостаточности. Беременность была естественной, наступила на фоне длительной безмедикаментозной ремиссии РА; обострения болезни в период гестации не было, что позволяет исключить отрицательное влияние активности болезни и ле-

карственной терапии на исход гестации. Вместе с тем у пациентки был осложненный акушерский анамнез (три выкидыша на раннем сроке и один случай мертворождения), серологического подтверждения АФС не было получено, а наблюдаемая беременность осложнилась преэклампсией.

Данные о длине, массе тела и оценке по шкале Апгар детей, родившихся живыми, представлены в табл. 2. У всех новорожденных длина и масса тела соответствовали гестационному возрасту, при этом они были несколько меньше у младенцев матерей с СКВ, чем у детей матерей с РА.

У больных РА и СКВ чаще, чем в популяции, рождались младенцы с низкой массой тела (соответственно 9,7 и 21,4% против 60,9 на 1000 живорожденных детей в популяции), что ожидаемо, принимая во внимание повышенную частоту преждевременных родов при этих РЗ.

Интересно, что в группе РА девочки рождались раньше мальчиков (медиана срока рождения девочек – 38 [36; 39] нед, мальчиков – 39 [38; 40] нед; $p=0,01$). Все 6 преждевременных родов у больных РА произошли с рождением детей женского пола ($p=0,03$).

Оценка новорожденных из групп матерей с РА и СКВ по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах была высокой (8/9 баллов) и достоверно не различалась.

В большинстве литературных источников отмечается связь между активностью РЗ и исходами беременности. Существует мнение, что при низкой активности РА и СКВ во время гестации исходы беременности сопоставимы с таковыми в популяции [2, 4]. В нашем исследовании подтверждено отрицательное влияние высокой активности РА на сроки родоразрешения [1], поскольку масса тела новорожденных соответствовала гестационному возрасту, а активность РА, обуславливавшая более ранние роды, отрицательно влияла и на массу новорожденных: он был статистически достоверно ($p < 0,01$) ниже у детей, рожденных больными РА с высокой и умеренной активностью болезни в III триместре гестации ($n=12$; 37,4%; 2625±732 г), по сравнению с детьми от больных РА с ремиссией и низкой активностью заболевания перед родами ($n=20$; 62,6%; 3292±542 г).

Связи частоты выявленных патологий младенцев с активностью РА и СКВ у матери отмечено не было.

По данным медицинской документации, у 5 (16,1%) младенцев от матерей с РА и у 15 (35,7%) от матерей с СКВ были выявлены различные патологии (табл. 3).

К врожденным аномалиям, учитываемым в популяционных статистических данных как «пороки развития», относятся состояния, классифицируемые по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) в рубриках Q00–Q99. В популяции Российской Федерации на 2012 г. их частота составила 29,1 на 1000 рожденных живыми младенцев. У детей, рожденных в наблюдаемой группе, из нарушений, относящихся к данной категории, встречались ООО, ОАП и дисплазия ТБС.

ООО отмечалось у одного новорожденного (3,2%) от матери с РА и у 6 (14,3 %) – в группе СКВ, что чаще выявления «пороков развития» в популяции. Повышенная частота пороков сердца у детей от матерей с СКВ неоднократно отмечена в литературе [8, 9]. Однако о незаращении овального от-

Таблица 2 Неонатальные исходы беременности у больных РА и СКВ

Показатель	Из младенцев, родившихся живыми		Популяционные данные (на 1000 родов)
	РА (n=31)	СКВ (n=42)	
Масса тела новорожденных, г, Me [25-й; 75-й перцентили]	3180 [2680; 3500]	3007,5 [2540; 3450]	–
Новорожденные с низкой массой тела, n (%)	3 (9,7)	9 (21,4)	60,9
Длина тела, см, Me [25-й; 75-й перцентили]	50,1 [48; 52]	50 [48; 51]	–
Оценка по шкале Апгар, баллы, Me [25-й; 75-й перцентили]			
1-я минута	8 [8; 8]	8 [7; 8]	–
5-я минута	9 [8; 9]	9 [8; 9]	–
Мальчики/девочки, n	15/16	23/19	–

версия как об отклонении от нормы следует говорить лишь после 2–3 лет жизни ребенка. По данным литературы, в различных исследованиях частота ООУ у детей составляет от 9 до 27%, при этом в неонатальном периоде такие изменения выявляются значительно чаще – в 58,3–59% случаев среди всех новорожденных и до 71% – среди недоношенных младенцев [10, 11]. Таким образом, окончательное заключение о повышении частоты ООУ у детей, рожденных матерями с СКВ, можно получить только после дополнительного их обследования после достижения трехлетнего возраста.

Двое (4,8%) детей больных СКВ родились с сочетанием ООУ и ОАП, частота которого в общей популяции составляет 0,03 на 1000 живорожденных детей (10–18% всех врожденных пороков сердца) [12]. У младенцев из группы СКВ данная патология встречалась чаще, чем в популяции.

Дисплазия ТБС в степени подвывиха диагностирована у одного младенца (3,2%) от матери с РА, что приближается к популяционным данным (29‰) [13]. Следует отметить, что ребенок находился внутриутробно в ягодичном предлежании, а это является фактором риска данной патологии [14]. Подвывих был скорректирован на фоне консервативной терапии к моменту достижения ребенком годовалого возраста.

Из других патологий, указанных в медицинских документах детей и не относящихся к порокам развития, выявлялась врожденная пневмония, которая была диагностирована у 1 (3,2%) и 3 (7,1%) недоношенных младенцев, рожденных пациентками с РА и СКВ, соответственно. В российской популяции врожденная пневмония встречается реже: у 9,1 на 1000 живорожденных детей, преимущественно у недоношенных [7]. В группе СКВ врожденная пневмония диагностировалась несколько чаще, чем в группе РА ($p > 0,05$), вероятно, в связи с меньшим средним сроком родоразрешения.

Пупочная грыжа, нередко диагностируемая у недоношенных с низкой массой тела [15, 16], гемангиома [17], перинатальная энцефалопатия гипоксического генеза и преходящая тромбоцитопения [18] встречались в единичных случаях. Их частота значимо не превышала популяционную, возможно, за счет малочисленности нашей группы. Врожденная тугоухость была выявлена у одного ребенка (3,2%), отец которого глухонемой. Популяционная частота врожденной тугоухости в группе риска по тугоухости достигает 2,9% [19].

Геморрагическая болезнь плода и новорожденного, купированная терапией, указана в медицинских документах одного младенца (2,4%), что чаще, чем в популяции (8,1‰).

Следует отметить, что у детей матерей с СКВ и сопутствующим АФС патологические изменения встречались чаще, чем у больных СКВ без АФС (относительный риск 3,5; 95% доверительный интервал 2,1–5,7; $p = 0,01$). Отрицательное влияние АФС на исходы беременности подтверждается и данными литературы [20].

Анализ влияния проводимой терапии при зачатии и в течение гестации показал, что у пациенток с СКВ, родивших детей с низкой массой тела, длительность пероральной терапии ГК до зачатия была больше, чем у матерей новорожденных с нор-

мальным весом ($p = 0,02$). Однако отрицательного воздействия активности СКВ и проводимой во время беременности терапии ГК на массу тела новорожденных, как и на развитие патологии у младенцев, не было выявлено.

Не получено данных о негативном влиянии на неонатальные исходы терапии БПВП и ГИБП при их приеме на момент зачатия, что не говорит об их полной безопасности. Препараты данных групп, согласно существующим рекомендациям [21–23], отменялись при планировании беременности или, если беременность была непланируемой, сразу после установления факта беременности. В нашем исследовании группа пациенток, у которых непланируемая беременность наступила на фоне их приема, была малочисленна – 12 (37,5%) больных РА и 4 (9,1%) пациенток с СКВ, что могло повлиять на полученные результаты. Кроме того, оценка здоровья детей осуществлялась до года их жизни и не по стандартизированному протоколу, что не позволяет исключить все возможные патологии детей, в том числе и в их более старшем возрасте.

С другой стороны, отмена БПВП и ГИБП при наступлении непланируемой беременности приводила к повышению активности заболевания, несмотря на последующую коррекцию противовоспалительной терапии. А повышенная активность как РА, так и СКВ ассоциировалась с уменьшением срока родоразрешения и, соответственно, более низкой массой тела новорожденного.

Заключение

У матерей с РА и СКВ чаще, чем в популяции, рождались дети с низкой массой тела, и у матерей с СКВ это различие было статистически достоверным (соответственно 21,4% и 60,9 на 1000 живорожденных детей).

У новорожденных от матерей с СКВ чаще, чем в популяции, диагностировались ООУ, ОАП и врожденная пневмония (соответственно 14,3; 4,8 и 7,1% против 5,9; 0,03 и 9,1 на 1000 живорожденных детей в популяции). Патологические изменения чаще встречались у детей от больных СКВ с сопутствующим АФС.

Отрицательного влияния активности РА и СКВ у матерей и/или проводимой терапии на частоту выявления патологий у младенцев не выявлено.

Таблица 3 Патологические изменения у детей пациенток с РА и СКВ

Патологические изменения у детей	Младенцы, родившиеся живыми от матерей с		Популяционные данные (на 1000 родов)
	РА (n=31), n (%)	СКВ (n=42), n (%)	
Количество младенцев с патологиями	5 (16,1)	15 (35,7)	–
ООУ (у новорожденных)	1 (3,2)	6 (14,3)	5,9
ООУ + ОАП	–	2 (4,8)	0,03
Врожденная дисплазия ТБС	1 (3,2)	–	29
Врожденная пневмония	1 (3,2)	3 (7,1)	9,1
Пупочная грыжа	1 (3,2)	2 (4,8)	100–300
Гемангиома	–	2 (4,8)	100
Тромбоцитопения	–	1 (2,4)	10–50
Геморрагическая болезнь новорожденного	–	1 (2,4)	8,1
Перинатальная энцефалопатия	–	1 (2,4)	50–80
Врожденная тугоухость	1 (3,2)	–	4

Примечание. ООУ – открытое овальное окно, ОАП – открытый артериальный проток, ТБС – тазобедренные суставы.

Прозрачность исследования

Исследование проводилось в рамках выполнения научной темы №353 («Ревматические заболевания и беременность»), утвержденной Ученым советом ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой 21.02.2012г.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование и статью.

Благодарности

Авторы благодарят сотрудника ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой Глухову С.И. за помощь в статистической обработке материала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кошелева НМ, Матянова ЕВ, Федорова ЕВ, Клименченко НИ. Исходы беременности у больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой. Часть I. Материнские исходы. Научно-практическая ревматология. 2019;57(2):180-5 [Kosheleva NM, Matyanova EV, Fedorova EV, Klimenchenko NI. Pregnancy outcomes in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. Part I. Maternal outcomes. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2019;57(2):180-5 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2019-180-185
2. Wei S, Lai K, Yang Z, Zeng K. Systemic lupus erythematosus and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lupus*. 2017;26:563-71. doi: 10.1177/0961203316686704
3. Barnabe C, Faris PD, Quan H. Canadian pregnancy outcomes in rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Int J Rheumatol*. 2011;2011:345727. doi: 10.1155/2011/345727
4. De Man YA, Hazes JM, van der Heide H, et al. Association of higher rheumatoid arthritis disease activity during pregnancy with lower birth weight: results of a national prospective study. *Arthritis Rheum*. 2009;60:3196-206. doi: 10.1002/art.24914
5. Rom AL, Wu CS, Olsen J, et al. Fetal growth and preterm birth in children exposed to maternal or paternal rheumatoid arthritis. A nationwide cohort study. *Arthritis Rheum*. 2014;66:3265-73. doi: 10.1002/art.38874
6. Hwang JK, Park HK, Sung YK, et al. Maternal outcomes and follow-up of preterm and term neonates born to mothers with systemic lupus erythematosus. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018;31:7-13. doi: 10.1080/14767058.2016.1205027
7. Александрова ГА, Сон ИМ, Леонов СА и др. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Москва; 2013. С. 104-38. Доступно по ссылке: www.mednet.ru/ru/statistika [Aleksandrova GA, Son IM, Leonov SA, et al. *Osnovnye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatel'nost' sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya v Rossiiskoi Federatsii* [Main indicators of maternal and child health, the activities of the service of the protection of children and obstetric aid in the Russian Federation]. Moscow; 2013. P. 104-38. Available from: www.mednet.ru/ru/statistika
8. Wallenius M, Salvesen KA, Daltveit AK, Skomsvoll JF. Systemic lupus erythematosus and outcomes in first and subsequent births based on data from a national birth registry. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014;66:1718-24. doi: 10.1002/acr.22373
9. Vinet E, Bernatsky S. Outcomes in Children Born to Women with Rheumatic Diseases. *Rheum Dis Clin North Am*. 2017;43:263-73. doi: 10.1016/j.rdc.2016.12.006
10. Rigatelli G, Pedon L, Zecchel R, et al. Long-term outcomes and complications of intracardiac echocardiography-assisted patent foramen ovale closure in 1,000 consecutive patients. *J Interv Cardiol*. 2016;29:530-8. doi: 10.1111/joic.12325
11. Игишева ЛН, Князева ЕВ, Болгова ИВ, Цой ЕГ. Открытое овальное окно у детей раннего возраста. Мать и дитя в Кузбассе. 2014;(1):18-23 [Igisheva LN, Knyazeva EV, Bolgova IV, Tsoi EG. Open oval window in young children. *Mat' i Ditya v Kuzbasse*. 2014;(1):18-23 (In Russ.)].
12. Мутафьян ОА. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков. Санкт-Петербург: Изд. дом СПбМАПО; 2005. С. 480 [Mutaf'yan OA. *Poroki i malye anomalii serdtsa u detei i podrostkov* [Vices and small heart anomalies in children and adolescents]. St. Petersburg: Pub. House SPbMAPO; 2005. P. 480 (In Russ.)].
13. Баиндурашвили АГ, Чухраева ИЮ. Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов в структуре ортопедического скрининга новорожденных (обзор литературы). Травматология и ортопедия России. 2010;57(3):171-8 [Baindurashvili AG, Chukhraeva IYu. Ultrasound examination of the hip joints in the structure of orthopedic screening of newborns (literature review). *Travmatologiya i Ortopediya Rossii*. 2010;57(3):171-8 (In Russ.)].
14. Врожденный вывих бедра: клинические рекомендации. Санкт-Петербург; 2013. С. 34 [Vrozhdennyi vyvikh bedra: klinicheskie rekomendatsii [Congenital dislocation of the hip: clinical guidelines]. St. Petersburg; 2013. P. 34 (In Russ.)].
15. Zendejas B, Kuchena A, Onkendi EO, et al. Fifty-three-year experience with pediatric umbilical hernia repairs. *J Pediatr Surg*. 2011;46:2151-6. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2011.06.014
16. Kelly KB, Ponsky TA. Pediatric abdominal wall defects. *Surg Clin North Am*. 2013 Oct;93(5):1255-67. doi: 10.1016/j.suc.2013.06.016
17. Smith CJF, Jones KL, Johnson DL, et al. Risk of infantile hemangiomas in the offspring of women with autoimmune disease and the pathogenic implications of these lesions. *Am J Med Genet A*. 2018;176:570-7. doi: 10.1002/ajmg.a.38594
18. Закиров ИИ, Сафина АИ. Тромбоцитопения новорожденных. Вестник современной клинической медицины. 2013;6(6):102-7 [Zakirov II, Safina AI. Newborn Thrombocytopenia. *Vestnik Sovremennoi Klinicheskoi Meditsiny*. 2013;6(6):102-7 (In Russ.)].
19. Ravi R, Gunjawate DR, Yerraguntla K, Rajashekar B. Systematic review of knowledge of, attitudes towards, and practices for newborn hearing screening among healthcare professionals. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2018 Jan;104:138-144. doi: 10.1016/j.ijporl.2017.11.004
20. Knight CL, Nelson-Piercy C. Management of systemic lupus erythematosus during pregnancy: challenges and solutions. *Open Access Rheumatol*. 2017;9:37-53. doi: 10.2147/OARRR.S87828
21. Götestam Skorpen C, Hoeltzenbein M, Tincani A, et al. The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. *Ann Rheum Dis*. 2016;75:795-810. doi: 10.1136/annrheumdis-2015-208840
22. Flint J, Panchal S, Hurrell A, et al. BSR and BHPR guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding — Part I: standard and biologic disease modifying anti-rheumatic drugs and corticosteroids. *Rheumatology (Oxford)*. 2016;55:1693-7. doi: 10.1093/rheumatology/kev404
23. Насонов ЕЛ, редактор. Ревматология. Российские клинические рекомендации. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2017. С. 371-93 [Nasonov EL, editor. *Revmatologiya. Rossiiskie klinicheskie rekomendatsii* [Rheumatology. Russian clinical guidelines]. Moscow: GEOTAR-Media; 2017. P. 371-93 (In Russ.)].