Преходящая неонатальная тромбоцитопения

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: P61.0 · Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов»

Преходящая неонатальная тромбоцитопения — временное снижение числа тромбоцитов у плода или новорожденного под влиянием материнских, плацентарных, неонатальных факторов или медицинских вмешательств. Рекомендация посвящена диагностике причин и тяжести тромбоцитопении, выявлению внутричерепных и других кровоизлияний, а также выбору трансфузионной и иммунной терапии.

Главное

- Основной критерий — транзиторное снижение числа тромбоцитов ниже референсных значений для гестационного, хронологического или постконцептуального возраста ребенка.
- Раннюю тромбоцитопению выявляют в первые 72 часа жизни, позднюю — после 72 часов. По числу тромбоцитов: легкая — 100–149 × 10^9/л, умеренная — 50–99 × 10^9/л, тяжелая — менее 50 × 10^9/л.
- К основным факторам риска относятся заболевания матери и плаценты, асфиксия, задержка внутриутробного развития, сепсис, НЭК, инфекции, тромбозы, а также обменное переливание, фототерапия, ЭКМО, катетеризация центральных вен, гипотермия и лекарственная терапия.
- При НАИТ сочетание тяжелой тромбоцитопении с паренхиматозным ВЧК в значительной степени указывает на НАИТ.
- Степень тромбоцитопении сама по себе не предсказывает кровотечение. Риск выше при гестационном возрасте менее 28–34 недель, возрасте ребенка менее 10 дней, нарушении функции тромбоцитов, сепсисе и НЭК.
- Нейросонография показана всем новорожденным с умеренной или тяжелой тромбоцитопенией; при тяжелой тромбоцитопении дополнительно проводят УЗИ органов брюшной полости и почек для поиска внутренних кровотечений.
- Лечение проводят в стационаре. Госпитализация показана при спонтанном кровотечении любой локализации или тяжелой тромбоцитопении даже без кровоточивости.

Диагностика

1. Соберите акушерско-гинекологический анамнез и жалобы у матери новорожденного с тромбоцитопенией или подозрением на нее; уточните прием лекарственных препаратов матерью при ранней и ребенком при поздней неонатальной тромбоцитопении, а также число тромбоцитов матери во время беременности и после родов.
2. Проведите осмотр кожи и слизистых, пупочной ранки, мест инъекций, отделяемого по назо-/орогастральному зонду и эндотрахеальной трубке; оцените кровь в стуле или моче, дыхание и неврологический статус.
3. Выполните развернутый общий анализ крови с контролем в динамике. Число тромбоцитов оценивают с учетом гестационного и хронологического возраста; при уровне менее 100 × 10^9/л контроль проводят ежедневно в первую неделю жизни. При тяжелой тромбоцитопении без кровоточивости исключите псевдотромбоцитопению повторным исследованием в цитратной пробирке или оптическим подсчетом.
4. По общему анализу крови оцените гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, нейтрофилы и нейтрофильный индекс; изучите морфологию тромбоцитов, MPV, RP% и IPF%. Это помогает выявлять анемию, инфекцию, нарушения продукции и врожденные формы тромбоцитопении.
5. При геморрагическом синдроме исследуйте коагулограмму: фибриноген, АЧТВ, ПТВ и МНО. При подозрении на иммунную форму определите антитромбоцитарные антитела у ребенка и матери, если это технически возможно.
6. При подозрении на НАИТ обследуйте мать, отца и ребенка на несовместимость тромбоцитарных генотипов; первичный скрининг включает HPA-1a. При НТИТ учитывайте аутоиммунные заболевания или тромбоцитопению у матери; детям таких матерей определяйте тромбоциты сразу после рождения, а при легкой тромбоцитопении повторите анализ через 2–3 дня.

7. Проведите нейросонографию при умеренной или тяжелой тромбоцитопении, а при тяжелой форме — также комплексное УЗИ органов брюшной полости и почек.

Лечение

- При тромбоцитопении, требующей коррекции, переливают лейкоредуцированный концентрат тромбоцитов в дозе 10–15 мл/кг со скоростью 5 мл/кг/ч.
- Без значительного кровотечения трансфузия показана при уровне тромбоцитов менее 25 × 10^9/л. При 25–50 × 10^9/л у стабильного ребенка она не показана, но вопрос о переливании рассматривают при тяжелом состоянии и массе тела менее 1000 г в первую неделю жизни, гемодинамической нестабильности, значительном кровотечении менее 1 недели назад, сопутствующих отклонениях в лабораторных исследованиях свертывающей системы крови или в период 72 часов до и после инвазивной процедуры.
- При значительном кровотечении трансфузия показана при уровне тромбоцитов до 100 × 10^9/л; при уровне более 100 × 10^9/л она не показана. Петехии, кровоточивость из мест проколов и примесь крови в секрете эндотрахеальной трубки сами по себе рутинным показанием не являются.
- При иммунной тромбоцитопении или подозрении на нее при тяжелой тромбоцитопении и/или кровоточивости умеренной степени и выше вводят иммуноглобулин человека нормальный внутривенно: 1 г/кг/сут в течение 1–3 дней или 400 мг/кг/сут в течение 3–4 дней. Эффект ожидается в течение 24–48 часов; УУР С, УДД 5.
- При НТИТ иммуноглобулин — препарат первой линии; если нужна трансфузия, ее проводят после введения иммуноглобулина. При НАИТ первой линией является концентрат тромбоцитов с последующим или одновременным введением иммуноглобулина, поскольку один иммуноглобулин не обеспечивает быстрого роста тромбоцитов.
- При НАИТ и ВЧК у предыдущего сиблинга переливают концентрат тромбоцитов при уровне менее 50 × 10^9/л для профилактики ВЧК; УУР С, УДД 5.
- При жизнеугрожающем состоянии и отсутствии эффекта от иммуноглобулина и трансфузии назначают метилпреднизолон 1 мг/кг дважды в сутки в течение 5 дней; УУР С, УДД 5.
- Грудное вскармливание при иммунной тромбоцитопении рутинно не прекращают. Если число тромбоцитов остается низким не менее 1 недели, можно провести пробную отмену грудного вскармливания с контролем тромбоцитов.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализируйте новорожденного при спонтанном кровотечении любой локализации или тяжелой тромбоцитопении без проявлений кровоточивости; лечение проводится в стационаре.
- При ВЧК или подозрении на ВЧК направьте ребенка на первичный осмотр невролога.
- При кровоточивости и отсутствии либо недостаточном ответе на терапию необходим первичный осмотр гематолога для исключения врожденной или наследственной тромбоцитопении.
- При иммунной тромбоцитопении ребенок должен наблюдаться у гематолога с контролем числа тромбоцитов; частоту исследований определяет гематолог.
- Выписка возможна при удовлетворительном и стабильном состоянии, отсутствии кровотечения, нормализации либо стабильном повышении числа тромбоцитов и отсутствии других противопоказаний к выписке.

Частые вопросы

Какой уровень тромбоцитов считать тяжелой неонатальной тромбоцитопенией?

Тяжелая форма — менее 50 × 10^9/л. При оценке в первые 72 часа жизни учитывают номограммы с поправкой на гестационный возраст.

Когда нужно искать внутричерепное кровоизлияние?

Нейросонографию проводят всем новорожденным с умеренной или тяжелой тромбоцитопенией. При тяжелой тромбоцитопении дополнительно выполняют УЗИ органов брюшной полости и почек.

Когда переливать концентрат тромбоцитов?

Без значительного кровотечения трансфузия показана при уровне менее 25 × 10^9/л. При значительном кровотечении она показана при уровне до 100 × 10^9/л; доза — 10–15 мл/кг со скоростью 5 мл/кг/ч.

Какова доза иммуноглобулина при иммунной тромбоцитопении?

Используют 1 г/кг/сут в течение 1–3 дней или 400 мг/кг/сут в течение 3–4 дней. Показания — тяжелая тромбоцитопения и/или геморрагический синдром умеренной степени и выше.

Чем отличается тактика при НАИТ и НТИТ?

При НТИТ первой линией служит иммуноглобулин, а концентрат тромбоцитов при необходимости вводят после него. При НАИТ первой линией является концентрат тромбоцитов с последующим или одновременным введением иммуноглобулина.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1070-prehodyashchaya-neonatalnaya-trombocitopeniya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1070_1