

TROMBOSİTOPENİYASI OLAN HAMİLƏ QADINLARDA KLİNİK XÜSUSİYYƏTLƏR VƏ NƏTİCƏLƏR

Mahmudbəyova Z.F.*^{ID}

Ə. Əliyev ad. Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu,
mamalıq və ginekologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Aktuallıq. Trombositopeniya hamilə qadınlarda tez-tez rast gəlinən bir problem olup, ana və döl üçün ciddi fəsadlara yol açır. **Tədqiqatın məqsədi** hamiləlik dövründə trombositopeniyası olan qadınlarda klinik xüsusiyyətləri qiymətləndirmək və bu vəziyyətin döl-ana nəticələrinə olan təsirini müəyyən etməkdir. **Material və metodlar.** Tədqiqata trombosit sayı $150 \times 10^3/\text{mkl}$ -dən az olan, doğuşdan əvvəl 100 gün ərzində müşahidə edilən 54 hamilə qadın daxil edilmişdir. Bütün xəstələrdə ümumi qan analizi, qaraciyər fermentləri, koaguloqram, antinuklear anticisimlər, viral serologiya (hepatit B, C, HIV), sidik müayinəsi aparılmışdır. Qarın boşluğu və çanaq orqanlarının USM-i həyata keçirilmişdir. Trombositopeniyanın şiddəti: yüngül ($100-149 \times 10^3/\text{mkl}$), orta ($50-99 \times 10^3/\text{mkl}$) və ağır ($<50 \times 10^3/\text{mkl}$) olaraq təsnif edilmişdir. Statistik təhlil SPSS v.22 proqramı ilə aparılmış, t-test və Pearson χ^2 testindən istifadə edilmişdir ($p < 0,05$). **Nəticələr.** Tədqiqata trombosit sayı $150 \times 10^3/\text{mkl}$ -dən az olan 54 hamilə qadın (21–38 yaş, orta yaş $28,8 \pm 3,16$ il) daxil edilmişdir. Trombositopeniyanın ən çox yayılmış səbəbi hestasional trombositopeniya (58,6%), ardınca preeklampsiya (22,2%) və immun trombositopenik purpura (7,4%) olmuşdur. Şiddət baxımından: 59,3%-də yüngül, 25,9%-də orta, 14,8%-də ağır trombositopeniya müşahidə edilmişdir. Doğuşların 53,7%-i vaginal, 46,3%-i isə abdominal yolla (qeyseriyyə) baş vermişdir. Ana fəsadları: doğuşdan sonrakı qanaxma (16,7%), epiziotomiya hematması (9,2%), cift ayrılması (7,4%). Ana ölümü qeydə alınmamışdır. Neonatal nəticələr: 18,5%-də aşağı doğum çəkisi (orta $2,52 \pm 0,30$ kq), 15%-də bəndaxili inkişaf ləngiməsi, 18,5%-i reanimasiya şöbəsinə qəbul edilmişdir. **Yekun.** Hamiləlik dövründə trombositopeniyanın əsas səbəbi hestasional trombositopeniya olsa da, digər səbəblər (preeklampsiya, İTP, HELLP sindromu) mütləq istisna edilməlidir. Ətraflı anamnez, laborator müayinə, qan yaxmasının analizi və dinamik izlənmə vacibdir. Qadın məsləhətxanalarında prenatal müşahidə çərçivəsində trombosit sayının mütəmadi monitorinqi tövsiyə olunur.

Açar sözlər: trombositopeniya, hestasion trombositopeniya, hamiləlik, doğuşdan sonrakı qanaxma, yenidoğulmuşlar

Dünyada trombositopeniya hamilə qadınlarda bir problemdir və ana və döl üçün əhəmiyyətli fəsadlarla bağlıdır. Hamiləlik dövründə trombositopeniya 7-12% hallarda baş verir [1, 2]. Hamiləlik dövründə trombositopeniyanın ən çox yayılmış səbəbi hamiləlik trombositopeniyasıdır (HT), lakin bu pozğunluğun spesifik mexanizmi qəti şəkildə sübut olunmayıb. Hamiləlik trombositopeniya hər il təxminən doqquz milyon qadına təsir edir [1, 2]. Hestasiya trombositopeniyalı qadınlar sonrakı hamiləliklərdə təkrarlanan epizodlarla qarşılaşırlar ki, bu da HT-nin konkret hamiləliyə xas olan faktorla deyil, ana faktoru ilə əlaqəli olduğunu göstərir.

Tez-tez baş verməsinə baxmayaraq, trombositopeniya tez-tez hamiləlik dövründə diaqnoz və müalicədə çətinliklərə səbəb olur. Hestasional trombositopeniya tez-tez hamiləliyin qiymətləndirilməsi üçün qadın məsləhətxanalarında müayinələr zamanı təsadüfən aşkar edilir. Hestasional trombositopeniya həm də təsadüfi hestasional trombositopeniya (hamiləliyin səbəb olduğu trombositopeniya) kimi tanınır. Trombositopeniyası olan hamilə qadınlarda təxminən 75%-də HT-nin aşağı trombosit sayına səbəb olduğu bildirilmişdir [3]. Xəstəlik çox vaxt yüngül keçir və adətən üçüncü trimestrdə əhəmiyyətli

yətli simptomlar və ya klinik əlamətlər olmadan baş verir [3].

İdiopatik trombositopeniya, sistemli qırmızı qurd eşənəyi, psevdotrombositopeniya və digər nadir səbəblər kimi aşağı trombosit sayının digər ikincili səbəblərini HT diaqnozundan əvvəl istisna etmək lazımdır. Hestasional trombositopeniyanın patofiziologiyası tam başa düşülməmişdir, baxmayaraq ki, iki mümkün səbəb təklif edilmişdir. Trombositlərin aktivləşməsinin artması ciftin dövründə baş verir və trombositlərin əhəmiyyətli dərəcədə istifadəsinə səbəb olur.

Bundan əlavə, çox güman ki, hamiləlik zamanı baş verən fizioloji dəyişikliklər başqa bir töhfə verən amildir. Artan plazma həcminin və mayenin saxlanması, cift qanının çökməsi və cift tərəfindən trombosit istifadəsinin artması HT-nin inkişafında aparıcı amillərdir [3, 4]. Bundan əlavə, normal hamiləliklə bağlı digər əlavə fizioloji dəyişikliklər arasında trombositopeniyaya səbəb ola biləcək yüksək qan təzyiqi daxildir. Üstəlik, cift arxitekturasının dalaq və qaraciyər memarlığına bənzədiyi, trombositlərin tutulmasını və sekvestrasiyasını artırdığı, HT-yə səbəb olduğu bildirilmişdir [3, 5].

Bir çox ölkələrdə, o cümlədən ölkəmizdə trombositopeniyalı xəstələrdə döl-ana nəticələrinə dair

*e-mail: dr.tufd.mahmudbeyova@gmail.com

məlumat çatışmazlığı mövcuddur.

Tədqiqatın məqsədi – trombositopeniyalı hamilə qadınlarda klinik xüsusiyyətələri və onların döl-ana nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək idi.

Material və metodlar. Trombositopeniyası olan 54 hamilə qadın müayinə olunub. Biz HT-ni doğuşdan əvvəl 100 gün ərzində trombosit sayı $<150 \cdot 10^3/\text{mkl}$ olan hər hansı hamiləlik kimi təyin etdik. Tədqiqata daxil olma meyarları aşağıdakılar idi: trombosit sayı $150 \cdot 10^3/\text{mkl}$ -dən az olan hamilə qadınlar; tədqiqatda iştirak etməyə razı olan xəstələr. Tədqiqatdan çıxarıldı: sistemli qırmızı qurd eşənəyi və ya digər immun xəstəliklər, nəzarətsiz hipotiroidizm, anamnezində hipertoniya və ya müalicə olunmamış viral hepatit, digər qanaxma pozğunluqları kimi trombositopeniyaya səbəb olan xəstəlikləri olan qadınlar; kortikosteroidlər və ya siklosporin kimi trombosit sayına təsir edə biləcək dərman qəbul edən hamilə qadınlar; anamnezində şəkərli diabet, kollagen istehsalının pozulması, vərəm, epilepsiya olan qadınlar. Tədqiqat Helsinki Bəyannaməsinin prinsiplərinə uyğun olaraq aparılmışdır.

Yaş, müşayiət olunan xəstəliklər, dərman və mamalıq anamnezi daxil olmaqla ətraflı bir anamnez araşdırıldı, trombositopeniyanın şəxsi və ailə anamnezi haqqında məlumatlar toplandı. Hamiləlik və ya doğuş zamanı anada qanaxma epizodları və digər ağırlaşmalar sənədləşdirilmişdir.

Qadınlar doğuşdan sonra 4 həftə müşahidəimiz altında olublar. Bütün xəstələr qan yaxması ilə ümumi qan analizi, qanda sidik cövhəri, serum kreatinin, qanda qlükoza, albumin sidik testi, qaraciyər

testləri, koaquloqram (protrombin vaxtı, aktivləşdirilmiş qismən tromboplastin vaxtı), antinuklear anticisimlər, hepatit C, hepatit B və İnsan immun çatışmazlığı virusu da daxil olmaqla viral serologiya ümumi qəbul edilmiş laboratoriya müayinələri aparılmışdır. COVID-19-a PCR testi qızdırma və ya xəstəliyin mövcudluğunu göstərən digər simptomları olan xəstələrdə aparılmışdır. H. pylori antigeni də nəcisdə sınaqdan keçirildi.

Orqanomeqaliya, kolestaz və ya digər gizli patologiyanı qiymətləndirmək üçün

qarın boşluğu ultrasəs müayinəsi (USM) aparıldı. Dölün həyat qabiliyyətini və hər hansı mamalıq ağırlaşmalarını qiymətləndirmək üçün qəbul zamanı və lazım olduqda çanaq orqanlarının USM-i aparıldı. İlkin trombositlərin sayı qeyd edildi və trombositlərin sayı 100-dən $<150 \cdot 10^3/\text{mkl}$ -ə qədər olduqda, trombositopeniyanın şiddəti yüngül, orta (50-dən $99 \cdot 10^3/\text{mkl}$ -ə qədər) və trombositlərin sayı $50 \cdot 10^3/\text{mkl}$ -dən az olduqda ağır olaraq təsnif edildi.

Ananın trombosit səviyyələri doğuşa qədər hər 2-4 həftədə ölçülmüş və ağır trombositopeniyası olan xəstələrdə daha tez-tez aparılmışdır.

Hamiləliklə bağlı trombotik mikroangiopatiya diaqnozu Amerika Ginekoloqlar Kollecinin (ACOG) standart diaqnostik meyarlarına əsasən qoyulmuşdur [6].

Toplanmış məlumatlar Windows üçün SPSS versiya 22 (IBM Corp., ABŞ) statistik kompüter paketindən, istifadə edilərək statistik təhlil edilmişdir. Məlumatlar orta, standart xəta (SD) və diapazon kimi təqdim edilmişdir. Nəticələr aşağıdakı

Cədvəl 1

Tədqiqat iştirakçılarının əsas xüsusiyyətləri

Xüsusiyyətlər	n=54	%
Paritet: İlk hamilələr Təkrar hamilələr	33 21	61,1 38,9
Abort: Var Yox	4 50	7,4 92,6
Trombositopeniya ilə ağırlaşmış irsiyyət	11	20,4
Arterial təzyiq Normal Yüksək	48 6	88,9 11,1
Trombositopeniyanın şiddəti Yüngül Orta Ağır	32 14 8	59,3 25,9 14,8

testlərdən istifadə edilərək təhlil edilmişdir: t-test - iki qrupun parametrlərini müqayisə etmək, Pearson χ^2 testi – müxtəlif kateqoriyalı dəyişənlər arasında əhəmiyyətli əlaqəni müəyyən etmək üçün P dəyərinin 0,05-dən az olması istifadə edilmişdir.

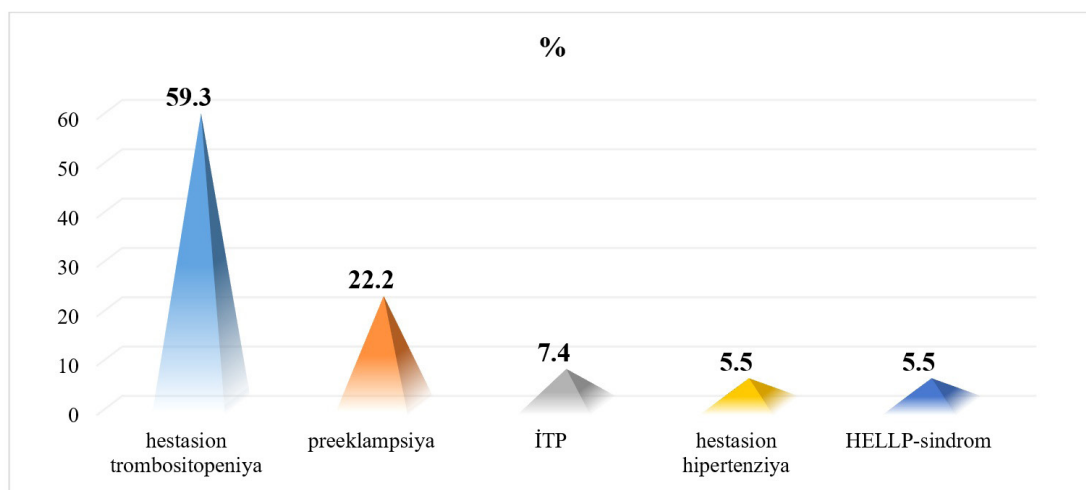
Nəticələr. Qadınların yaşı 21-38 yaş arasında, orta yaş həddi $28,8 \pm 3,16$ il, orta hestasiya yaşı $31,6 \pm 4,22$ həftə olub. Xəstələrin əsas xüsusiyyətləri cədvəl 1-də təqdim olunub.

Aydınır ki, xəstələrin əksəriyyəti (61,1%) ilk hamilələr idi. Yalnız 4 xəstədə trombotopeniya ilə

bağlı olmayan səbəblərdən anamnezində abort var idi. Xəstələrin 11-də (20,4%) müsbət trombotopeniya ailə anamnezi var idi.

Müayinə olunan bütün qadınlarda antifosfolipid anticisimlər mənfi idi. Xəstələrin 10-da (18,5%) qaraciyər fermentlərinin səviyyəsi artmışdır. Xəstələrin 11-də (20,4%) proteinuriya müşahidə edilmişdir.

Tədqiqat zamanı məlum olub ki, trombotopeniyanın ən çox rast gəlinən səbəbi HT, sonra isə preeklampsiya və immun trombotopenik purpura olub (Şək. 1).



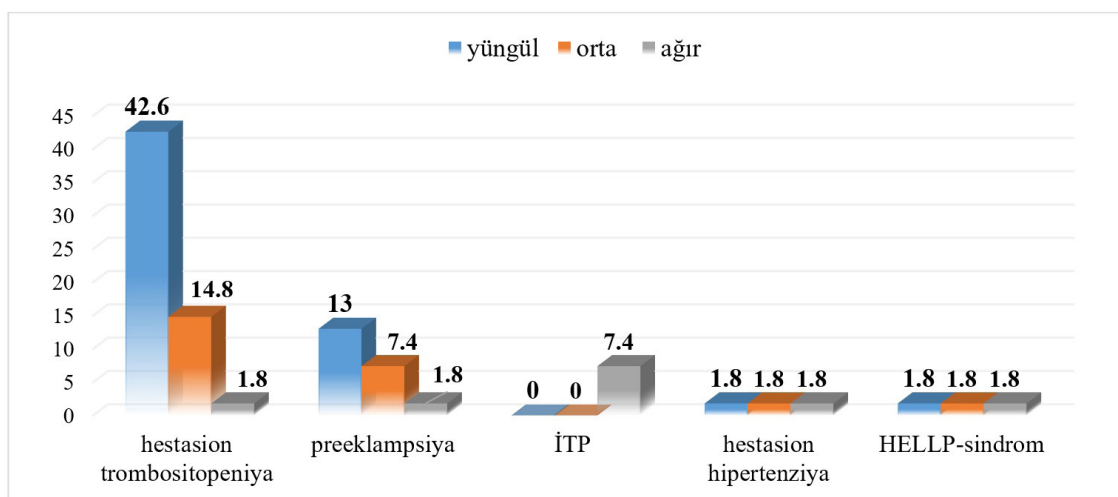
Şəkil 1. Trombotopeniyanın səbəblərinə görə xəstələrin bölgüsü
Qeyd: İTP – immun trombotopenik purpura.

32 xəstədə HT, 12 xəstədə preeklampsiya, 4 xəstədə immun trombotopenik purpura, 3 xəstədə müvafiq olaraq hamiləlik hipertenziya və HELLP sindromu var idi.

Hamiləlik trombotopeniya və preeklampsiya olan xəstələrin əksəriyyətində yüngül trombotopeniya, immun trombotopenik purpura olan bütün xəstələrdə isə yalnız ağır trombotopeniya müşa-

hidə edilmişdir. Hamiləlik hipertenziya və HELLP sindromlu xəstələrdə yüngül, orta və ağır trombotopeniyanın paylanması eyni olmuşdur (Şək. 2).

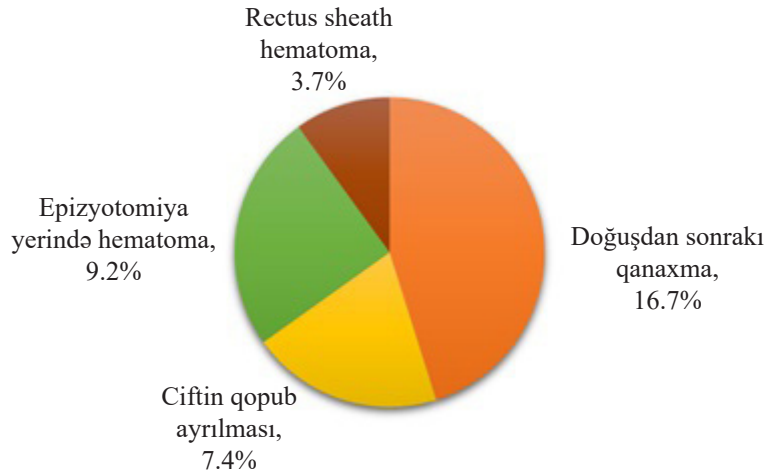
Şək. 2-də göstəriləyi kimi, yüngül və orta dərəcəli trombotopeniya HT-li müvafiq olaraq 23 və 8 xəstədə daha çox, ağır trombotopeniya isə immun trombotopenik purpura olan bütün xəstələrdə (n=4) olmuşdur. Hamiləlik trombotopeniya və



Şəkil 2. Trombotopeniya şiddəti ilə trombotopeniya səbəblərinə görə xəstələrin paylanması (%)
Qeyd: İTP – immun trombotopenik purpura.

HELLP sindromu olan xəstələr qrupunda yüngül, orta və ağır trombositopeniya müşahidə edilmişdir. Vaginal doğuşlar 29 (53,7%) qadında, abdominal

doğuşlar 25 (46,3%) qadında baş verib. Ana ölümü halları qeydə alınmayıb. Cəmi 20 nəfərdə (37,0%) müəyyən fəsadlar yaranıb (Şək. 3).



Şək. 3. Ananın ağırlaşmalarından asılı olaraq xəstələrin bölgüsü

Analarda ən çox rast gəlinən fəsad doğuşdan sonrakı qanaxma olub - 9 xəstə. Körpələrin üçdə biri sağlam idi. Ümumi mənfi

perinatal nəticələrə aşağı doğum çəkisi, bətdaxili böyümənin ləngiməsi və aşağı Apgar skorları daxildir (cədvəl 2).

Cədvəl 2

Xəstələrin perinatal nəticəyə görə bölgüsü

Perinatal nəticə	n	%
Yenidoğulmuşların reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsinə qəbul	10	18,5
Aşağı çəkili	10	18,5
Dölün bətdaxili inkişafın ləngiməsi	8	15,0
5 dəqiqədə Apgar <7	7	13,0
Anadangəlmə inkişaf qüsuru	1	1,8
Neonatal trombositopeniya	1	1,8

Göründüyü kimi, 37 (68,5%) yeni doğulmuş körpədə ağırlaşma aşkar olunub, qalan 17 (31,5%) körpədə ağırlaşma olmayıb. Yeni doğulanların orta çəkisi $2,52 \pm 0,30$ kq olub.

Müzakirə. Tədqiqatda >28 həftəlik hamiləlik dövründə trombositopeniya diaqnozu qoyulmuş 54 qadın iştirak etdi. Xəstələr doğuşdan əvvəl müşahidə edilb və ana və döl üçün nəticə öyrənildi.

Hazırkı tədqiqatda 59,3% müəyinə olan qadınlarda yüngül trombositopeniya, 25,9%-də orta dərəcəli trombositopeniya və 14,8%-də ağır trombositopeniya aşkar edilmişdir. V. Zutshi et al. tədqiqatında 62% yüngül trombositopeniya, 31% orta trombositopeniya və qadınların 7%-də ağır trombositopeniya var idi ki, bu da hazırkı tədqiqata uyğundur [7]. M. Roy et al. tədqiqatında yüngül, orta və ağır trom-

bosi-topeniya xəstələrin müvafiq olaraq 77,1%-də, 8,6%-də və 14,3%-də müşahidə edilmişdir [8].

Biz müəyyən etdik ki, trombositopeniyanın ən çox yayılmış səbəbi HT (58,6%), ardınca preeklampsiya (22,2%) və immun trombositopenik purpura (7,4%), digər səbəblər (hamiləlik hipertoniyası, HELLP sindromu) 5,5% təşkil etmişdir. Bizim məlumatlarımız bir sıra müəlliflərin araşdırmalarının nəticələri ilə qismən üst-üstə düşür [9-11]. Nəticələrimiz P. Singh et al. tərəfindən aparılan araşdırma ilə də müqayisə edildi [12]. Müəlliflərin tədqiqatında hestasional trombositopeniya ən çox görülən səbəb (64,2%), ardından hipertoniya pozğunluqları (21,05%) və immun trombositopenik purpura (5,26%) olmuşdur. R.M. Nazeer və M.A. Patil Nazir hamiləlik zamanı trombositopeniyanın 64,73% hallarda müşahidə

edildiyini, 24%-də preeklampsiya və eklampsiya, 6,92% -də HELLP sindromunun müşahidə edildiyini müəyyən etdilər [13].

Tədqiqatımızda xəstələrin 53,7%-i təbii yolla doğdu. Qeysəriyyə əməliyyatı yalnız mamalıq göstəricilərinə əsasən aparılıb. P. Singh et al. tədqiqatında 36% hallarda qeysəriyyə kəsiyi və 63% vaginal doğuş həyata keçirildi [12].

Ananın ağırlaşmalarına gəlincə, müayinə olan qadınların 16,7%-də doğuşdan sonra qanaxma, 9,2%-də epiziotomiya yerində hematoma, 7,4%-də ciftin ayrılması və 3,7%-də Rectus sheath hematoma müşahidə olunub. Ana ölümü olmayıb.

Beləliklə, bizim tədqiqatımızda ananın ən çox rast gəlinən fəsadının doğuşdan sonrakı qanaxma olduğu aşkar edilmişdir ki, bu da M, Roy et al. məlumatları ilə üst-üstə düşür [8]. Müəlliflər, ananın ağırlaşmaları doğuşdan sonrakı qanaxma (20%), epiziotomiya yerinin hematoması (9,8%), ciftin ayrılması (8,6%) və düz bağırsağ qışasının hematoması (4,5%) və ana ölümünün olmamasını qeyd etmişlər. Eyni zamanda, bizim nəticələrimiz bəzi tədqiqatlara nisbətən daha yüksək olmuşdur. Məsələn, V. Sumaty et al. araşdırmasında 7,1% hallarda atonik doğuşdan sonrakı qanaxma, 2,7%-də ciftin ayrılması, 0,5%-də kəsik yerində qanaxmanı müşahidə etmişlər [14]. Başqa bir araşdırmada M. Arora et al. 6,6%-də ciftin ayrılması, 4,3%-də doğuşdan sonrakı qanaxma, 3,6%-də yara hematoması qeyd etmişlər [15].

Tədqiqatımızda körpələrin 31,5%-i (n=17) heç bir fəsad olmadan sağlam idi. Lakin 18,5%-i az çəkiyə malik olub, orta doğum çəkisi $2,52 \pm 0,30$ kq təşkil edib ki, bu da M. Roy et al. tədqiqatının nəticələrinə uyğundur [8]. Belə ki, müəlliflər qeyd edirlər ki, körpələrin 30%-i heç bir ağırlaşma olmadan sağlam olub. Lakin onların 18,6%-i aşağı çəki ilə doğulmuş, orta doğum çəkisi $2,50 \pm 0,29$ kq olub. P. Thakkar et al. bildirirlər ki, tədqiqat olunan 100 subyektdən 95-də diri, 5-də isə vaxtından əvvəl doğulmuş körpə olub [16]. Sağ qalan 95 körpədən 81-i də (85%) Yenidoğulmuşların reanimasiya şöbəsinə qəbulu olmayıb. Yenidoğulmuşların re-

nimasiya şöbəsinə daxil olan 14 körpədən 9-u evə buraxılıb, 5-i erkən neonatal ölümə nəticələnib. V. Elvedü-Gaşparović et al. isə yenidoğulmuşların yalnız 4%-nin reanimasiya şöbəsinə yerləşdirildiyini bildirdi [17].

T. Kadiyala et al. yüksək ixtisaslaşmış tibbi yardım mərkəzində hamiləlik trombotopeniyasının ana və döl üçün təsirlərini araşdırmağın nəticələrini təqdim etdi [18]. Müəlliflər, hamiləlik trombotopeniyası və mənfi ana, neonatal nəticələri (yaş, serebrospinal maye anomaliyaları, dölün bətn-daxili inkişafın ləngiməsi, doğuş üsulu, kəskin arterial hipertenziya, doğuşdan sonra qanaxma, əməliyyatdan sonrakı hematoma, neonatal trombotopeniya, Apqar, bədən çəkisi, yenidoganın reanimasiya şöbəsinə yerləşdirilməsi) olan analar arasında müsbət bir əlaqə tapmadılar. Belə nəticəyə gəldi ki, hestasional trombotopeniyası olan qadınlarda antenatal, perinatal, intranatal, doğuşdan sonrakı və ya neonatal hər hansı fəsadlar müşahidə olunmur. Müəlliflər gestasional trombotopeniyası olan 92 subyekt üzərində apardıqları tədqiqatda ana oliqohidramnionun 16 halını (17,2%) və 17 azçəkili körpə aşkarlasalar da, belə nəticəyə gəliblər ki, hestasional trombotopeniya ana və dölə əhəmiyyətli təsir göstərmir.

Beləliklə, hamiləlikdə trombotopeniya tez-tez olur. Hestasional trombotopeniya trombotopeniyanın əsas səbəbidir. Bununla belə, bu günə qədər hestasional trombotopeniyanın ana və döl ağırlaşmalarına təsiri ilə bağlı konsensus yoxdur. Buna görə də tədqiqatlar davam edilməlidir.

Yekun. Hamiləlik dövründə trombotopeniyanın ən çox yayılmış səbəbi hestasional trombotopeniya idi, lakin digər əsas səbəblər də nəzərə alınmalıdır. Digər səbəbləri istisna etmək üçün ətraflı anamnez, fiziki müayinə, laborator testlər, o cümlədən trombotopeniyanın yığılmasını istisna etmək üçün, qan yaxmasının analizi vacibdir. Anada tez-tez baş verən ağırlaşmalara doğuşdan sonrakı qanaxma, döldə az çəki daxildir. Qadın məsləhətxanalarında hamilə qadının planlı prenatal müalicəsi ilə anada trombotopeniyanın monitorinqi aparılmalıdır.

ƏDƏBİYYAT – REFERENCES – ЛІТЕРАТУРА

1. Fogerty AE. Thrombocytopenia in Pregnancy: Mechanisms and Management // *Transfus Med Rev.* 2018;32(4):225-229. doi: 10.1016/j.tmr.2018.08.004.
2. Goldman BG, Hehir MP, Yambasu S, O'Donnell EM. The presentation and management of platelet disorders in pregnancy // *Eur J Haematol.* 2018;100(6):560-566. doi: 10.1111/ejh.13049.
3. Habas E, Rayani A, Alfitori G, Eldin Ahmed G, Elzouki AY. Gestational Thrombocytopenia: A Review on Recent Updates // *Cureus* 2022;14(3): e23204. doi:10.7759/cureus.23204
4. Reese JA, Peck JD, Deschamps DR, McIntosh JJ, Knudtson EJ, Terrell DR, et al. Platelet Counts during Pregnancy // *N Engl J Med.* 2018;379(1):32-43. doi: 10.1056/NEJMoal802897
5. Rottenstreich A, Israeli N, Levin G, Rottenstreich M,

- Elchalal U, Kalish Y. Clinical characteristics, neonatal risk and recurrence rate of gestational thrombocytopenia with platelet count $<100 \times 10^9/L$ // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018;231:75-79. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.10.026.
6. ACOG Hypertension in pregnancy. Report of the American college of obstetricians and gynecologists' task force on hypertension in pregnancy // Obstet Gynecol 2013; 122:1122-1131.
7. Zutshi V, Gupta N, Arora R, Dhanker S. Prevalence of gestational thrombocytopenia and its effect on maternal and fetal outcome // Iraqi J Hematol 2019;8:21-4. doi: 10.4103/ijh.ijh_17_18
8. Roy M, Kyal A, Donga P, Das I. Thrombocytopenia in pregnancy and its correlation with fetomaternal outcome in a tertiary care hospital // Nep J Obstet Gynecol. 2022;17(34):23-27. doi: 10.3126/njo.g.v17i34.48044
9. Fogerty AE, Dzik W. Gestational thrombocytopenia: a case-control study of over 3,500 pregnancies // Br J Haematol. 2021;194(2):433-438. doi: 10.1111/bjh.17611.
10. Kumari R, Sharma M, Rajkumar. Maternal and fetal outcome among pregnant women presenting with thrombocytopenia // International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology 2022; 6(5): 16-19. doi: 10.33545/gynae.2022.v6.i5a.1204
11. Abro KJ, Soomro S, Moosa S, Iakhan H, Mahjabeen Saboor R. Thrombocytopenia In Pregnancy; Characteristic, Risk Factors and Outcomes // J Soc Obstet Gynaecol Pak. 2023; 13(1):32-36
12. Singh P, Anushree, Tiwari N, Rani M. Study on maternal and fetal outcome in pregnant women presenting with thrombocytopenia at GMC, Haldwani // Int J Acad Med Pharm 2023; 5(2); 1440-1445. doi: 10.47009/jamp.2023.5.2.301
13. Nazeer RM, Patil MA. Thrombocytopenia in pregnancy and its correlation with maternal and fetal outcome // Journal of Critical Reviews. 2020;7(12):749-52.
14. Sumathy V, Devi C, Padmanaban S. Prospective study of thrombocytopenia in pregnancy // International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology 2019; 3(1): 17-21. doi: 10.33545/gynae.2019.v3.i1a.05
15. Arora M, Goyal L, Khutan H. Prevalence of Thrombocytopenia during Pregnancy & Its Effect on Pregnancy & Neonatal Outcome // Ann. Int. Med. Den. Res. 2017; 3(2):ME04-ME06. doi: 10.21276/aimdr.2017.3.2.ME2
16. Thakkar P, Desai D, Verma R. Fetomaternal outcome of women with thrombocytopenia in labour // Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol 2023;12:701-5 doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20230541
17. Elvedi-Gašparović V, Beljan P, Gverić-Ahmetašević S, Schuster S, Škrablin S. Fetal-maternal complications and their association with gestational thrombocytopenia // Ginekol Pol. 2016;87(6):454-9. doi: 10.5603/GP.2016.0025.
18. Kadiyala T, John LB, Karthikeyan K. Fetal and maternal outcomes of gestational thrombocytopenia: an observational study // Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2025;14:75- 9. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20243927

РЕЗЮМЕ

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ

Махмудбекова З.Ф.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева, кафедра акушерства и гинекологии, Баку, Азербайджан

Актуальность. Тромбоцитопения является частым патологическим состоянием у беременных женщин и связана со значительными осложнениями для матери и плода. **Целью исследования** являлась оценка клинических особенностей тромбоцитопении у беременных женщин и её влияния на исходы для матери и плода. **Материал и методы.** В исследование включены 54 беременные женщины с числом тромбоцитов менее $150 \times 10^3/\text{мкл}$, наблюдавшиеся в течение 100 дней до родов. Всем пациенткам проведены: общий анализ крови с мазком, печёночные пробы, коагулограмма, антинуклеарные антитела, вирусная серология (гепатит В, С, ВИЧ), анализ мочи. Выполнено УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Степень тяжести тромбоцитопении: лёгкая ($100-149 \times 10^3/\text{мкл}$), умеренная ($50-99 \times 10^3/\text{мкл}$), тяжёлая ($<50 \times 10^3/\text{мкл}$). Статистический анализ проводился с помощью SPSS v.22; использовались t-критерий и критерий χ^2 Пирсона ($p < 0,05$). **Результаты.** В исследование включены 54 беременные женщины (возраст 21–38 лет, средний возраст $28,8 \pm 3,16$ года) с числом тромбоцитов менее $150 \times 10^3/\text{мкл}$. Наиболее частой причиной тромбоцитопении оказалась гестационная тромбоцитопения (58,6%), за ней следовали преэклампсия (22,2%) и иммунная тромбоцитопеническая пурпура (7,4%). По степени тяжести: лёгкая форма — 59,3%, умеренная — 25,9%, тяжёлая — 14,8%. Роды через естественные родовые пути — 53,7%, кесарево сечение — 46,3%. Материнские осложнения: послеродовое кровотечение (16,7%), гематома в области эпизиотомии (9,2%), отслойка плаценты (7,4%). Летальных исходов не зафиксировано. Неонатальные исходы: низкая масса тела при рождении (18,5%; средняя масса $2,52 \pm 0,30$ кг), задержка внутриутробного развития (15%), госпитализация в реанимацию новорождённых (18,5%). **Заключение.** Гестационная тромбоцитопения является наиболее распространённой причиной тромбоцитопении при беременности, однако другие этиологические факторы (преэклампсия, ИТП, HELLP-синдром) должны быть исключены. Необходимы тщательный сбор анамнеза, лабораторное

обследование и анализ мазка крови. Рекомендуется регулярный мониторинг уровня тромбоцитов в рамках планового антенатального наблюдения.

Ключевые слова: тромбоцитопения, гестационная тромбоцитопения, беременность, послеродовое кровотечение, новорожденные

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN WITH THROMBOCYTOPENIA

Mahmudbeyova Z.F.

*Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev,
Department of Obstetrics and Gynecology, Baku, Azerbaijan*

Background. Thrombocytopenia is a common complication in pregnancy, associated with significant maternal and fetal morbidity. **The aim of this study** was to evaluate the clinical characteristics of thrombocytopenia in pregnant women and to assess its impact on maternal and fetal outcomes. **Material and methods.** Fifty-four pregnant women with platelet counts below $150 \times 10^3/\mu\text{L}$, observed within 100 days prior to delivery, were enrolled. All patients underwent complete blood count with peripheral smear, liver function tests, coagulation profile (PT, aPTT), antinuclear antibodies, viral serology (hepatitis B, C, HIV), and urinalysis. Abdominal and pelvic ultrasonography was performed in all cases. Thrombocytopenia was classified as mild ($100\text{--}149 \times 10^3/\mu\text{L}$), moderate ($50\text{--}99 \times 10^3/\mu\text{L}$), or severe ($<50 \times 10^3/\mu\text{L}$). Statistical analysis was performed using SPSS v.22; Student's t-test and Pearson's χ^2 test were applied ($p < 0.05$). **Results.** Fifty-four pregnant women aged 21–38 years (mean age 28.8 ± 3.16 years) with platelet counts below $150 \times 10^3/\mu\text{L}$ were included. The most common cause of thrombocytopenia was gestational thrombocytopenia (58.6%), followed by preeclampsia (22.2%) and immune thrombocytopenic purpura (7.4%). By severity: mild thrombocytopenia in 59.3%, moderate in 25.9%, and severe in 14.8% of patients. Mode of delivery: vaginal delivery in 53.7%; caesarean section in 46.3%. Maternal complications: postpartum hemorrhage (16.7%), episiotomy hematoma (9.2%), placental abruption (7.4%). No maternal deaths were recorded. Neonatal outcomes: low birth weight (18.5%; mean weight 2.52 ± 0.30 kg), intrauterine growth restriction (15%), NICU admission (18.5%). **Conclusion.** Gestational thrombocytopenia is the leading cause of thrombocytopenia in pregnancy; however, other significant causes — including preeclampsia, ITP, and HELLP syndrome — must be systematically excluded. Thorough history-taking, laboratory workup including peripheral blood smear analysis, and close antenatal monitoring of platelet counts are essential components of management.

Keywords: thrombocytopenia, gestational thrombocytopenia, pregnancy, postpartum bleeding, newborns

Redaksiyaya daxil olub: 03.05.2025

Çapa tövsiyə olunub: 24.06.2025

Rəyçi: t.ü.e.d. P.M.Əliyeva