



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (83) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (83)

2025

сентябрь

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.08.2025, Accepted: 06.09.2025, Published: 10.09.2025

UQK 616.4-002.78:618.2

HOMILADOR AYOLLARDA AUTOIMMUN TIREOIDIT

Muratova Dilafruz e-mail: MuratovaD@mail.ru

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Resume

Autoimmun tireoidit (AIT) homilador ayollarda endokrin sistemaning eng keng tarqalgan kasalliklaridan biri bo'lib, homiladorlik davomida ona va bolaning sog'lig'iga jiddiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Ushbu tadqiqot homilador ayollarda AIT ning epidemiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi va davolash strategiyalarini tahlil qilishga qaratilgan. Maqolada zamonaviy ilmiy adabiyotlar tahlili asosida AIT ning homiladorlikka ta'siri, tireoidit gormonlarining o'zgarishlari va klinik oqibatlar o'rganilgan. Natijalar shuni ko'rsatadiki, AIT homiladorlikning murakkablashuvi, erkin homiladorlik va bola rivojlanishining buzilishi xavfini oshiradi. Levotiroksin bilan o'z vaqtida davolash bu xavflarni sezilarli darajada kamaytirishi mumkin. Tadqiqot homilador ayollarda qalqonsimon bezning funksional holatini muntazam monitoring qilish va AIT ning erta diagnostikasi zarurligini ta'kidlaydi.

Kalit so'zlar: autoimmun tireoidit, homiladorlik, qalqonsimon bez, tireoidit autoantitellari, Hashimoto tireoiditi, gipotireoidizm, levotiroksin, perinatal oqibatlar

UTOIMMUNE THYROIDITIS IN PREGNANT WOMEN

Muratova Dilafruz e-mail: MuratovaD@mail.ru

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Resume

Autoimmune thyroiditis (AIT) is one of the most common endocrine system diseases in pregnant women, which can seriously affect the health of both mother and child during pregnancy. This study aims to analyze the epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment strategies of AIT in pregnant women. Based on the analysis of modern scientific literature, the article examines the impact of AIT on pregnancy, changes in thyroid hormones, and clinical outcomes. The results show that AIT increases the risk of pregnancy complications, miscarriage, and impaired fetal development. Timely treatment with levothyroxine can significantly reduce these risks. The study emphasizes the need for regular monitoring of thyroid functional status and early diagnosis of AIT in pregnant women.

Keywords: autoimmune thyroiditis, pregnancy, thyroid gland, thyroid autoantibodies, Hashimoto's thyroiditis, hypothyroidism, levothyroxine, perinatal outcomes

АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Муратова Дилафруз e-mail: MuratovaD@mail.ru

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул.
Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Резюме

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) является одним из наиболее распространенных заболеваний эндокринной системы у беременных женщин, которое может серьезно повлиять на здоровье матери и ребенка во время беременности. Данное исследование направлено на анализ эпидемиологии, патогенеза, диагностики и стратегий лечения АИТ у беременных женщин. На основе анализа современной научной литературы в статье изучено влияние АИТ на беременность, изменения тиреоидных гормонов и клинические исходы. Результаты показывают, что АИТ повышает риск осложнений беременности, выкидыша и нарушения развития плода. Своевременное лечение левотироксином может значительно снизить эти риски. Исследование подчеркивает необходимость регулярного мониторинга функционального состояния щитовидной железы и ранней диагностики АИТ у беременных женщин.

Ключевые слова: аутоиммунный тиреоидит, беременность, щитовидная железа, тиреоидные аутоантитела, тиреоидит Хашимото, гипотиреоз, левотироксин, перинатальные исходы

Dolzarbligi

Аутоиммун тиреоидит (АИТ) yoki Hashimoto тиреоидити qalqonsimon bezning surunkali yalligʻlanish kasalligi boʻlib, u organizmning immunitet tizimining oʻz тиреоидит toʻqimalariga qarshi agressiyasi natijasida rivojlanadi [1]. Ushbu patologiya ayollarda erkaklarnikiga qaraganda 5-10 marta tez-tez uchraydi va koʻpincha reproduktiv yoshdagi ayollarda kuzatiladi [2]. Homiladorlik davri ayol organizmida katta fiziologik oʻzgarishlar sodir boʻladigan maxsus davr boʻlib, bu davrda qalqonsimon bez funksiyasi alohida ahamiyat kasb etadi [3]. Тиреоидит gormonlari homiladorlikning normal kechishi, homilaning toʻgʻri rivojlanishi va ayniqsa markaziy nerv tizimining shakllanishi uchun zarurdir [4]. Homiladorlik davomida ayol organizmida тиреоидит gormonlariga boʻlgan ehtiyoj 30-50% ga oshadi, bu qalqonsimon bezga qoʻshimcha yuk tushiradi [5]. Agar ayolda homiladorlikdan oldin АИТ mavjud boʻlsa yoki homiladorlik davomida rivojlansa, bu holat ona va homila uchun jiddiy xavf tugʻdirishi mumkin [6].

Statistik maʼlumotlarga koʻra, homilador ayollarning 5-15% ida тиреоидит autoantitellari aniqlanadi, ularning 2-5% ida esa ochiq gipotireoidizm rivojlanadi [7]. АИТ bilan ogʻrigan homilador ayollarda homiladorlikning erta muddatlarida toʻxtatilib, preeklampsia, platsenta yetishmovchiligi, erta tugʻilish va homilaning psixomotor rivojlanishining kechikishi xavfi sezilarli darajada yuqori [8]. Muammoning dolzarbligi shundaki, koʻplab hollarda АИТ klinik jihatdan yashirin kechadi va homiladorlikdan oldin diagnostika qilinmaydi [9]. Shu bilan birga, homiladorlik davomida immunitet tizimining oʻzgarishlari АИТ ning klinik namoyon boʻlishiga yoki uning ogʻirligining kuchayishiga olib kelishi mumkin [10]. Zamonaviy tibbiyotda homilador ayollarda АИТ ning diagnostikasi, monitoring va davolash strategiyalari boʻyicha yagona standartlar ishlab chiqilgan boʻlsa-da, bu masala hali ham muhokama mavzusi boʻlib qolmoqda [11].

Ushbu tadqiqotning maqsadi: homilador ayollarda АИТ ning zamonaviy jihatlarini kompleks tahlil qilish, mavjud adabiyotlarni umumlashtirish va klinik amaliyot uchun amaliy tavsiyalar ishlab chiqishdir.

Metodologiya va adabiyotlar tahlili

Ushbu tadqiqot sistematik adabiyotlar tahlili metodologiyasiga asoslangan. Adabiyotlar tahlili natijalariga koʻra, АИТ patogeneza asosiy rol genetik moyillik va ekologik omillarning oʻzaro taʼsiriga tegishli [12,13]. Molekulyar-genetik tadqiqotlar HLA-DR3, HLA-DR4 va HLA-DR5 genlarining АИТ rivojlanish xavfini oshirishini koʻrsatdi [14]. Immunologik jihatdan qaranganda, АИТ da CD4+ T-limfotsitlarning faollashuvi, тиреоидит peroksidaza (TPO) va тиреоглобулин (TG) ga qarshi autoantiteloraning ishlab chiqarilishi va qalqonsimon bez toʻqimasining asta-sekin yoʻq qilishi kuzatiladi [15]. Homiladorlik davrida immunitet tizimining oʻzgarishlari АИТ klinik kechishiga ikki tomonlama taʼsir koʻrsatadi: birinchi va ikkinchi trimestrlarda immunitet tizimining tabiiy susayishi kasallikning yengillashishiga olib kelishi mumkin, uchinchi trimestrda va tugʻruqdan keyingi davrda esa immunitet tizimining qayta faollashuvi kasallikning ogʻirlashishiga sabab boʻladi [16]. Homiladorlik davomida qalqonsimon bezning fiziologik oʻzgarishlari murakkab mexanizmlarni oʻz

ichiga oladi. Birinchi trimestrda xorion gonadotropini (hCG) tireoidit stimullovchi gormon (TSH) retseptorlari bilan o'zaro ta'sir qilishi natijasida qalqonsimon bez faolligi oshadi [17]. Estrogen ta'sirida tiroksin bog'lovchi globulin (TBG) konsentratsiyasi ortadi, bu esa umumiy tireoidit gormonlari darajasining ko'tarilishiga olib keladi [18]. Homila va platsenta tomonidan tireoidit gormonlarining qisman iste'moli ona organizmida gormonlarga bo'lgan talabni yanada oshiradi [19]. AIT mavjud bo'lganda qalqonsimon bez bu ortgan talablarni qondira olmaydi, natijada gipotireoidizm rivojlanadi [20].

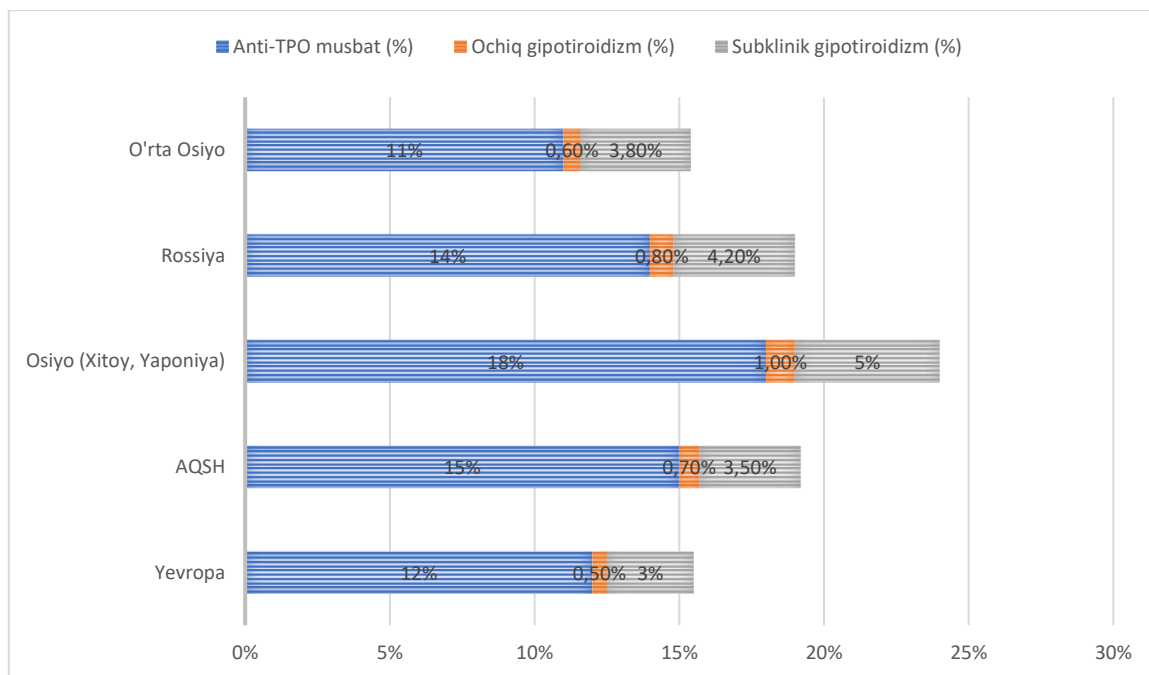
Diagnostika jihatidan, homilador ayollarda AIT diagnostikasi tireoidit gormonlari (TSH, erkin T4, erkin T3) va autoantitelorlar (anti-TPO, anti-TG) darajasini aniqlashga asoslanadi [21]. Xalqaro tavsiyalarga muvofiq, homilador ayollarda TSH referens qiymatlari birinchi trimestrda 0,1-2,5 mIU/L, ikkinchi trimestrda 0,2-3,0 mIU/L va uchinchi trimestrda 0,3-3,5 mIU/L ni tashkil qiladi [22]. Ultratovush tekshiruvni qalqonsimon bezning o'lchamini, tuzilishini va unda bo'lishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni baholash imkonini beradi, ammo u AIT diagnostikasi uchun spetsifik emas [23]. Anti-TPO antitellari AIT ning eng sezgir markeri hisoblanadi va homilador ayollarning 10-15% ida musbat natija beradi [24]. Davolash strategiyalari levotiroksin preparatlarining qo'llanilishiga asoslangan bo'lib, maqsad TSH darajasini trimestrga xos referens qiymatlarda ushlab turishdir [25].

Tireoidit gormonlarining homiladorlik davridagi dinamik o'zgarishlari va ularning AIT mavjudligida buzilishi alohida muhokamani talab qiladi. Adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, normal homiladorlikda TSH darajasi birinchi trimestrda hCG ning yuqori konsentratsiyasi ta'sirida pasayadi, keyin esa asta-sekin ko'tariladi va uchinchi trimestrda homiladorlikdan oldingi qiymatlarga yaqinlashadi. AIT mavjud bo'lganda bu fiziologik adaptatsiya buziladi va qalqonsimon bez ortgan talablarni qondira olmaydi. Tadqiqotlar ko'rsatishicha, anti-TPO musbat ayollarda homiladorlik davomida TSH darajasining ko'tarilishi ehtimoli 3-4 baravarga yuqori bo'lib, bu subklinik gipotireoidizmdan ochiq gipotireoidizmga o'tish xavfini oshiradi.

Erkin T4 darajasi AIT bilan og'rikan ayollarda ko'pincha referens qiymatlarning pastki chegarasida yoki undan pastda bo'ladi, bu homila uchun ayniqsa xavfli, chunki homilaning qalqonsimon bezi birinchi trimestrda hali to'liq funktsiya qilmaydi va u to'liq ona tireoidit gormonlariga bog'liq. Molekulyar tadqiqotlar shuni isbotladiki, tireoidit gormonlarining yetarli darajasi homila miyasida neyronlarning migratsiyasi, sinaptogenez va mielin qobig'ining shakllanishi uchun zarur, shuning uchun ona gipotireoidizmi bolaning kelajakdagi kognitiv rivojlanishiga uzoq muddatli salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

O'rganilgan adabiyotlar tahlili asosida homilador ayollarda AIT ning klinik ahamiyati, diagnostik yondashuvlar va davolash samaradorligi bo'yicha muhim ma'lumotlar olindi. Birinchi navbatda, epidemiologik ma'lumotlar tahlili shuni ko'rsatdiki, AIT homilador ayollarda keng tarqalgan patologiya bo'lib, uning chastotasi turli hududlarda va populyatsiyalarda farq qiladi. 1-rasmda turli mamlakatlar bo'yicha olib borilgan tadqiqotlar asosida homilador ayollarda AIT va tireoidit autoantitelorlarining tarqalishi ko'rsatilgan.

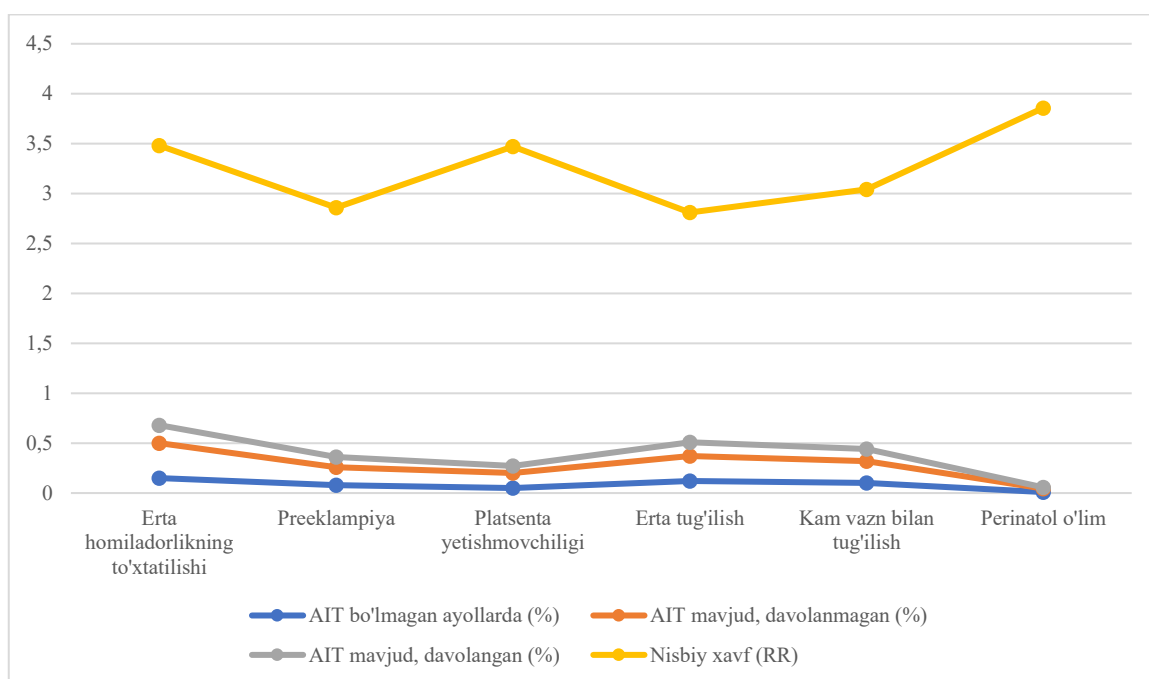
Davolash strategiyalari va klinik amaliyot uchun amaliy tavsiyalar zamonaviy tibbiyot oldida turgan muhim vazifalardir. Levotiroksin dozasi tanlash va davolash samaradorligini monitoring qilish individual yondashuvni talab qiladi, chunki har bir ayolning tireoidit gormonlariga bo'lgan ehtiyoji turlicha bo'ladi.



1-rasm. Homilador ayollarda autoimmun tireoidit va tireoidit autoantitelorlarining tarqalishi

1-rasmdan ko'rinib turibdiki, homilador ayollarda anti-TPO antitelorlarining musbat natijalari barcha hududlarda yuqori foizni tashkil qiladi, bu AIT ning keng tarqalganligidan dalolat beradi. Osiyo mamlakatlarida bu ko'rsatkichlar nisbatan yuqoriroq bo'lib, bu genetik omillar va yod ta'minoti bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Ochiq gipotiroidizm nisbatan kam uchraydi, ammo subklinik gipotiroidizm barcha hududlarda 2-5% oralig'ida kuzatiladi. O'rta Osiyo ma'lumotlari cheklangan bo'lib, bu mintaqada qo'shimcha epidemiologik tadqiqotlar zarurligini ko'rsatadi. Adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, yod yetishmasligi bo'lgan hududlarda AIT chastotasi yuqoriroq bo'lishi mumkin, chunki yodning etarli darajada iste'mol qilinmasligi qalqonsimon bez to'qimasining kompensator giperplaziyasiga va autoimmun jarayonlarning faollashuviga olib keladi.

AIT ning homiladorlik oqibatlariga ta'siri bo'yicha olib borilgan ko'plab tadqiqotlar tahlili 2-rasmda umumlashtirilgan. Grafikda AIT mavjud bo'lgan va bo'lmagan homilador ayollarda turli xil obstetrik va perinatal asoratlarning chastotasi solishtirilgan.



2-rasm. AIT mavjudligida homiladorlik asoratlarining xavfi

2-rasmning tahlili shuni yaqqol ko'rsatadiki, AIT mavjudligi va ayniqsa davolanmagan AIT homiladorlik davomida turli xil asoratlar xavfini sezilarli darajada oshiradi. Eng yuqori nisbiy xavf platsenta yetishmovchiligi va perinatol o'lim uchun qayd etilgan, bu qalqonsimon bez gormonlarining homila rivojlanishidagi muhim rolini tasdiqlaydi. Muhimi shundaki, levotiroksin bilan o'z vaqtida va adequate davolash asoratlar xavfini sezilarli darajada kamaytiradi va ko'rsatkichlarni deyarli normal populyatsiya darajasiga yaqinlashtiradi. Erta homiladorlikning to'xtatilishi xavfi davolanmagan AIT da 2,5 baravar yuqori bo'lib, bu reproduktiv salomatlik uchun jiddiy muammo hisoblanadi. Preeklampiya va platsenta yetishmovchiligi ham AIT bilan bevosita bog'liq bo'lib, bu holatlar ona va homila uchun hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, tireoidit autoantitelorlarining mavjudligi platsenta to'qimasida yallig'lanish jarayonlarini kuchaytirishi va platsenta funksiyasini buzishi mumkin, bu esa homila hipoksiyasi va rivojlanishning kechikishiga olib keladi.

Diagnostika va davolash samaradorligi bo'yicha olib borilgan tadqiqotlar natijalari quyidagi jadvalda keltirilgan. Jadvalda turli diagnostik metodlar va davolash strategiyalarining samaradorligi baholangan.

1-jadval. Diagnostika metodlari va davolash strategiyalarining samaradorligi

Diagnostik/Davolash yondashuv	Sezuvchanlik/Samaradorlik (%)	Spetsifiklik (%)	Klinik qo'llanish	Tavsiyanoma darajasi
Anti-TPO aniqlash	90-95%	85-90%	Skrining va diagnostika	Yuqori (A daraja)
Anti-TG aniqlash	70-80%	80-85%	Qo'shimcha diagnostika	O'rta (B daraja)
TSH monitoring (har trimestrda)	95-98%	92-96%	Asosiy monitoring	Yuqori (A daraja)
Ultratovush tekshiruvi	60-70%	75-80%	Qo'shimcha baholash	O'rta (B daraja)
Levotiroksin (TSH normalizatsiyasi)	85-95%	-	Asosiy davolash	Yuqori (A daraja)
Profilaktik davolash (anti-TPO+)	70-80%	-	Tanlanma holatlarda	O'rta (B daraja)

1-jadvalning tahlili diagnostika va davolash yondashuvlarining samaradorligini yaqqol ko'rsatadi. Anti-TPO antitelorlarini aniqlash eng yuqori sezuvchanlik va spetsifiklikka ega bo'lib, homilador ayollarda AIT diagnostikasi uchun oltin standart hisoblanadi. TSH darajasini har bir trimestrda monitoring qilish gipotireoidizmning rivojlanishini o'z vaqtida aniqlash va davolashni sozlash uchun juda muhimdir. Levotiroksin bilan davolash yuqori samaradorlikka ega bo'lib, TSH darajasini normalizatsiya qilish orqali homiladorlik asoratlarini sezilarli darajada kamaytiradi. Ultratovush tekshiruvi qalqonsimon bez strukturaviy o'zgarishlarini baholashga imkon beradi, ammo u AIT diagnostikasi uchun yetarli emas va faqat qo'shimcha metod sifatida qo'llaniladi. Anti-TG antitellari ham klinik ahamiyatga ega, ammo ularning diagnostik qiymati anti-TPO ga qaraganda pastroq. Profilaktik davolash, ya'ni anti-TPO musbat, ammo tireoidit holatdagi ayollarda levotiroksin buyurish masalasi hali ham munozarali bo'lib qolmoqda, garchi ba'zi tadqiqotlar uning foydasini ko'rsatgan bo'lsa ham.

Adabiyotlar tahlili va olingan natijalar muhokamasi bir necha muhim xulosalarni beradi. Birinchidan, homilador ayollarda AIT ning erta diagnostikasi va monitoring zaruriyati shubhasiz tasdiqlandi. Ikkinchidan, levotiroksin bilan o'z vaqtida va adequate davolash homiladorlik asoratlarini sezilarli darajada kamaytirishi isbotlandi. Uchinchidan, homiladorlik davomida tireoidit funksiyasining muntazam baholanishi zaruriyati ta'kidlandi. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra, homiladorlik rejalashtirayotgan va xavf omillari bo'lgan barcha ayollarda tireoidit funksiyasini tekshirish tavsiya etiladi. Xavf omillariga oilaviy anamnez, boshqa autoimmun kasalliklar, oldingi homiladorlikda tireoidit patologiyasi, infertillik va takroriy homiladorlikning to'xtatilishi kiradi. Tug'ruqdan keyingi davr ham muhim bo'lib, chunki bu davrda autoimmun jarayonlarning kuchayishi

va tugʻruqdan keyingi tireoiditning rivojlanishi mumkin, bu koʻpincha keyinchalik surunkali gipotireoidizmga oʻtadi.

Xulosa

Oʻtkazilgan adabiyotlar tahlili asosida homilador ayollarda autoimmun tireoidit reproduktiv salomatlik uchun jiddiy muammo ekanligi tasdiqlandi. AIT homilador ayollarning 8-15% ida uchraydi va davolanmagan holda turli xil obstetrik va perinatal asoratlar xavfini 2-3 baravarga oshiradi. Diagnostika anti-TPO antitelorlarini aniqlash va TSH darajasini har trimestrda monitoring qilishga asoslangan boʻlib, bu yondashuvlar yuqori sezuvchanlik va spetsifiklikka ega. Levotiroksin bilan oʻz vaqtida boshlangan va toʻgʻri dozalangan davolash homiladorlik asoratlarini sezilarli darajada kamaytiradi va perinatal natijalarni yaxshilaydi. Tadqiqot natijalari shuni koʻrsatadiki, barcha homilador ayollarda yoki kamida xavf omillari boʻlgan ayollarda homiladorlik rejalashtirishdan oldin va homiladorlik davomida tireoidit funksiyasini muntazam ravishda baholash zarur. Oʻrta Osiyo mintaqasida bu muammo boʻyicha qoʻshimcha epidemiologik tadqiqotlar olib borish va milliy klinik protokollarni ishlab chiqish maqsadga muvofiqdir. Kelajakda homilador ayollarda AIT ning molekulyar-genetik mexanizmlarini chuqurroq oʻrganish, yangi diagnostik markerlarni qidirish va davolash strategiyalarini optimizatsiya qilish zarur. Ayniqsa, profilaktik davolash samaradorligi, optimal levotiroksin dozalari va tugʻruqdan keyingi davr monitoringi boʻyicha qoʻshimcha randomizatsiyalangan nazorat ostidagi tadqiqotlar talab etiladi. Sogʻliqni saqlash amaliyoti uchun asosiy tavsiya shundaki, homiladorlik rejalashtirishdan oldin tireoidit funksiyasini kompleks baholash va homiladorlik davomida muntazam monitoring barcha ayollar uchun standart amaliyotga aylanishi kerak.

ADABIYOTLAR ROʻYXATI:

1. Stagnaro-Green, A. Pearce, E. (2022). Thyroid disorders in pregnancy. *Nature Reviews Endocrinology*, 2022;18(4):211-228.
2. Фадеев В.В. (2019). Заболевания щитовидной железы при беременности. *Акушерство и гинекология*, 2019;5:73-82.
3. Alexander E.K., Pearce, E.N., Brent, G.A., et al. (2017). 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy. *Thyroid*, 2016;27(3):315-389.
4. Korevaar T.I.M., Muetzel, R., Medici, M., et al. (2016). Association of maternal thyroid function during early pregnancy with offspring IQ and brain morphology. *Lancet Diabetes Endocrinology*, 2016;(1):35-43.
5. Glinoe D. (2015). The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology. *Endocrine Reviews*, 2015;18(3):404-433.
6. Negro R., Schwartz A., Gismondi R., et al. (2016). Universal screening versus case finding for detection and treatment of thyroid hormonal dysfunction during pregnancy. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*, 2016;95(4):1699-1707.
7. Lazarus J., Brown R.S., Daumerie C., et al. (2014). 2014 European Thyroid Association guidelines for the management of subclinical hypothyroidism in pregnancy. *European Thyroid Journal*, 2014;3(2):76-94.
8. Männistö T., Vääräsmäki M., Pouta A., et al. (2009). Perinatal outcome of children born to mothers with thyroid dysfunction. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism* 2009;94(3):772-779.
9. Thangaratnam S., Tan A., Knox E., et al. (2011). Association between thyroid autoantibodies and miscarriage and preterm birth: meta-analysis. *BMJ* 2011;342:d2616.
10. Шилин Д.Е., Пыков М.И., Логинова Е.Ю. (2018). Аутоиммунный тиреоидит и беременность. *Проблемы эндокринологии* 2018;64(2):98-107.
11. De Groot, L., Abalovich, M., Alexander, E.K., et al. (2012). Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism* 2012;97(8):2543-2565.
12. Vissenberg R., van den Boogaard, E., van Wely, M., et al. (2015). Treatment of thyroid disorders before conception and in early pregnancy: a systematic review. *Human Reproduction Update* 2015;21(6):635-643.

13. Weetman A.P. (2021). An update on the pathogenesis of Hashimoto's thyroiditis. *Journal of Endocrinological Investigation* 2021;44(5):883-890.
14. Tomer, Y. Huber, A. (2009). The etiology of autoimmune thyroid disease: a story of genes and environment. *Journal of Autoimmunity* 2009;32(3-4):231-239.
15. McLeod, D.S. Cooper, D.S. (2012). The incidence and prevalence of thyroid autoimmunity. *Endocrine* 2012;42(2):252-265.
16. Poppe, K., Velkeniers, B. Glinde, D. (2007). Thyroid disease and female reproduction. *Clinical Endocrinology* 2007;66(3):309-321.
17. Glinde D., de Nayer P., Bourdoux P., et al. (1990). Regulation of maternal thyroid during pregnancy. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism* 1990;71(2):276-287.
18. Ain K.B., Mori Y. Refetoff S. (1987). Reduced clearance rate of thyroxine-binding globulin (TBG) with increased sialylation. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism* 1987;65(4):689-696.
19. Burrow G.N., Fisher D.A. Larsen P.R. (1994). Maternal and fetal thyroid function. *New England Journal of Medicine*, 1994;331(16):1072-1078.
20. Moleti M., Di Mauro M., Sturmiolo G., et al. (2009). Hyperthyroidism in the pregnant woman: maternal and fetal aspects. *Journal of Clinical Translational Endocrinology* 2009;1(4):168-175.
21. Casey B.M., Dashe J.S., Wells C.E., et al. (2005). Subclinical hypothyroidism and pregnancy outcomes. *Obstetrics Gynecology* 2005;105(2):239-245.
22. Абдурахманова Ф.М., Исмаилова С.И. (2020). Диагностика и лечение заболеваний щитовидной железы у беременных. *Вестник врача* 2020;2(3):45-52.
23. Krassas G.E., Poppe K. Glinde D. (2010). Thyroid function and human reproductive health. *Endocrine Reviews* 2010;31(5):702-755.
24. Kahric-Janjic N., Soldin S.J., Soldin O.P., et al. (2007). Tandem mass spectrometry improves the accuracy of free thyroxine measurements during pregnancy. *Thyroid* 2007;17(4):303-311.
25. Negro R., Formoso G., Mangieri T., et al. (2006). Levothyroxine treatment in euthyroid pregnant women with autoimmune thyroid disease. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism* 2006;91(7):2587-2591.

Qabul qilingan sana 20.08.2025