



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

12 (86) 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
У.О. АБИДОВ
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
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (86)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2025 декабрь

УДК 616.441-008.64

**СУБКЛИНИК ГИПОТЕРИОЗНИНГ ҲОМИЛАДОРЛИКГА ТАЪСИРИ,
ТАШХИСЛАШ, ДАВОЛАШ ЧОРАЛАРИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ**

Тешаева Ш.Қ. e-mail: TeshaevaSh@bsmi.uz

Негматуллаева М.Н. e-mail: nematillayeva.mastura@bsmi.uz

Бурумкулова Ф.Ф. e-mail: BurumkulovaF@bsmi.uz

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Гипотериоз ёки калконсимон без гормонларининг етишмовчилиги, тулик даволанмаган пайтда ҳомиладор аёл учун куплаб асоратларга олиб келиши мумкин. Тироксин ёки трийодтиронин гормонларининг асосий вазифаси модда алмашинувини фаоллаштириши иоркали хужайраларга фойдали озукка моддаларини етказиши вазифасини бажаради. Ушбу чуқурлаштирилган тадқиқот субклиник гипотиреозни эрта ташхислаш ва ҳомиладорликни олиб боришнинг адекват тактикасини танлаш учун қалқонсимон без функцияси бузилишини аниқлашнинг турли муддатларида бўлган 124 нафар ҳомиладор аёллар контингентида ўтказилди.

Муалифлар тадқиқотидан олинган маълумотларга кўра, ҳомиладорлик патологиясининг қўшилишини ўз вақтида аниқлаш ва олдини олиш учун ҳомиладорликни эрта босқичда аниқлаш ҳамда биринчи триместрнинг дастлабки даврида қалқонсимон без стимуловчи гормони (ТТГ) даражасини аниқлаш зарур деб таъкидланади.

Калит сўзлар: гипертиреоз, калконсимон без функцияси, тиреотроп гормон.

**ВЛИЯНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТЕРИОЗА НА БЕРЕМЕННОСТЬ,
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К МЕРАМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

Тешаева Ш.К. e-mail: TeshaevaSh@bsmi.uz

Негматуллаева М.Н. e-mail: nematillayeva.mastura@bsmi.uz

Бурумкулова Ф.Ф. e-mail: BurumkulovaF@bsmi.uz

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Гипотиреоз или дефицит тиреоидных гормонов, при отсутствии полноценного лечения, может привести к ряду осложнений у беременной женщины. Основная функция гормонов тироксина и трийодтиронина заключается в активации метаболизма и доставке питательных веществ к клеткам щитовидной железы. Данное углубленное исследование было проведено на контингенте из 124 беременных женщин с нарушением функции щитовидной железы на разных стадиях развития с целью ранней диагностики субклинического гипотиреоза и выбора адекватной тактики ведения беременности.

Согласно данным, полученным в ходе исследования авторов, для своевременного выявления и предотвращения развития патологий беременности необходимо раннее выявление беременности и определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в начале первого триместра.

Ключевые слова: гипертиреоз, функция щитовидной железы, тиреотропный гормон.

INFLUENCE OF SUBCLINIC HYPOTHYROIDISM ON PREGNANCY, MODERN APPROACH TO DIAGNOSIS AND TREATMENT MEASURES

Teshayeva Sh.K. e-mail: TeshaevaSh@bsmi.uz

Negmatullayeva M.N. e-mail: nematillayeva.mastura@bsmi.uz

Burumkulova F.F. e-mail: BurumkulovaF@bsmi.uz

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1

Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Hypothyroidism or thyroid hormone deficiency, if not fully treated, can lead to a number of complications for a pregnant woman. The main function of the hormones thyroxine or triiodothyronine is to activate metabolism and deliver nutrients to the thyroid cells. This in-depth study was conducted on a contingent of 124 pregnant women with thyroid dysfunction at different stages of detection in order to early diagnose subclinical hypothyroidism and select adequate tactics for pregnancy management.

According to the data obtained from the authors' study, it is necessary to detect pregnancy at an early stage and determine the level of thyroid-stimulating hormone (TSH) in the early first trimester in order to timely detect and prevent the development of pregnancy pathologies.

Keywords: hyperthyroidism, thyroid function, thyroid-stimulating hormone.

Долзарблғи

Гипотериоз ёки калконсимон без гормонларининг етишмовчилиги, тулик даволанмаган пайтда хомиладор аёл учун куплаб асоратларга олиб келиши мумкин. Тироксин ёки трийодтиронин гормонларининг асосий вазифаси модда алмашинуви фаоллаштириш иоркали хужайраларга фойдали озук моддаларини етказиш вазифасини бажаради. [1,5,8,12]. Бирлашмалар учун уддалаб булмайдиган максаднинг узи йук, улар кон буйлаб харакатланиб, барча аъзоларнинг хужайраларига мусбат таъсир курсатади. Гипотериозда ушбу тизим бузилиб, аъзолар узи учун мухим булган озук моддалари, кислород ва фаоллаштириш буйругини камрок кабул кила бошлайди. Тиреоид гормонларининг етишмовчилиги айникса, хомиладор аёл организмида яккол намоён булади, чунки ушбу даврда унинг аъзолари катта зурикиш билан ишлайди, хомиланинг она корнида ривожланиши учун тулакони хужайра озукланиши лозим. Калконсимон без касалликларининг субклиник ривожланиши хомиланинг аклий кобилиятларига ҳам таъсир этиб, унинг бошка тенгкурларига нисбатан паст булишига олиб келиши мумкин [2,3,10]. Гипотироксинемияда левотироксин билан даволаш, хомила когнитив функцияларини яхшилаши хакида хеч кандай аник маълумотлар мавжуд эмас. Калконсимон без касалликлари илмий жихатдан урганилишига сабаб унинг куплаб асоратларга олиб келиши мукинлигидир [4,6,9,11]. Ҳозиргача маълумки, хомиладорларда калконсимон без касалликларини даволаш она ва хомиладаги асоратларни ривожланишини олдини олиш максатида бажарилади, аммо тахлиллар шуни курсатадики, калконсимон безнинг функциясини урганиладиган илмий ишлар бажарилмаган. Аксинча, илмий назар она калконсимон беги функциясини урганиш томонга каратилган. Ушбу маколада биз калконсимон безнинг хомиладорлик даври ва хомиладаги холатига эътиборимизни каратамиз [7].

Тадқиқот мақсади: Субклиник гипотериоз мавжуд аёллар холатини ташхислашнинг замонавий чора-тадбирларини ишлаб чиқиш.

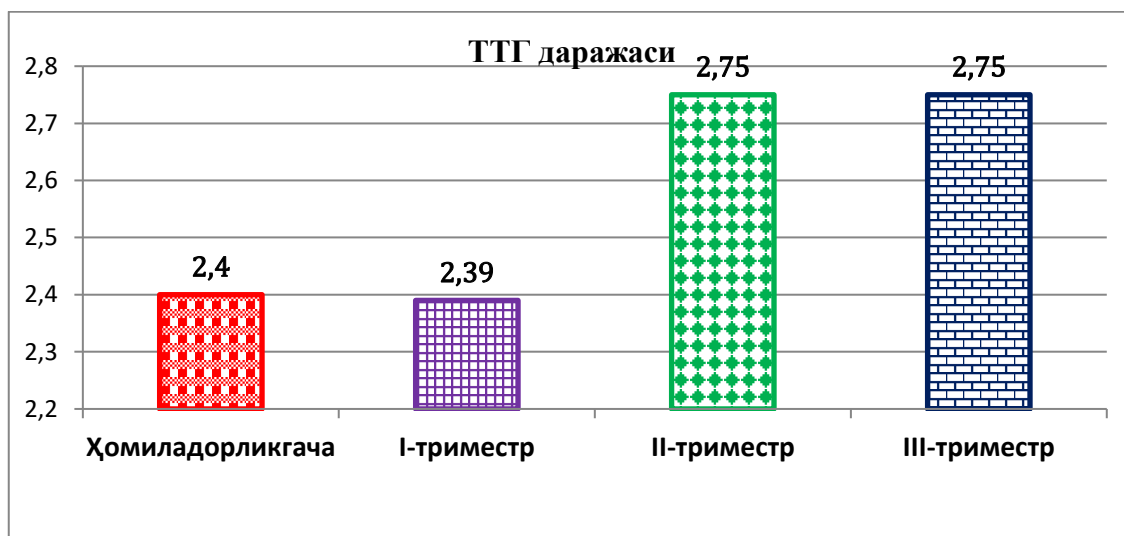
Тадқиқот материал ва усуллари

Чукурлаштирилган тадқиқот субклиник гипотиреозни эрта ташхислаш ва хомиладорликни олиб боришнинг адекват тактикасини танлаш учун қалқонсимон без функцияси бузилишини аниқлашнинг турли муддатларида бўлган 124 нафар хомиладор аёллар контингентига ўтказилди. I-гуруҳни хомиладорлик кечиши физиологик бўлган 40 нафар хомиладор аёл, II-гуруҳни хомиладорликнинг кечки муддатларида субклиник гипотиреоз аниқланган 44 нафар аёл, III-

гуруҳни эса ҳомиладорликнинг биринчи триместри бошида мазкур эндокрин патология аниқланиб, қалқонсимон без гормонлари аналоглари қўлланилган 40 нафар бемор ташкил этди. Аёлларнинг барча текширувлари Бухоро эндокринология диспансери, перинатал маркази ва Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази вилоят филиали, Бухоро давлат тиббиёт институти акушерлик ва гинекология кафедраси ҳамда академик В.И. Краснополский номидаги Москва вилояти акушерлик ва гинекология илмий-тадқиқот институти (Москва) билан ҳамкорликда ўтказилади.

Тадқиқот натижалари ва таҳлиллар

Ушбу тадқиқотда ТТГ даражаси тадқиқот гуруҳлари бўйича ҳомиладорлик динамикасида ҳам ўрганилди. Олинган натижалар шуни кўрсатадики, 1-гуруҳ (назорат) ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликдан олдин қон зардобиде ТТГ даражаси $2,40 \pm 0,07$ ммол/л ни ташкил этиб, бу референт қийматлар доирасида эди. Ҳомиладорлик бошлангандан сўнг ушбу гормон даражаси ҳомиладорликнинг триместрига қараб ўзгарди, агар I триместрда ушбу гормон даражаси $2,39 \pm 0,08$ ммол/л ни ташкил этган бўлса ($p > 0,05$), ҳомиладорликнинг II ва III триместрларида унинг миқдори сезиларли даражада ошди ҳар бири мос равишда $2,75 \pm 0,05$ ммол/л гача, бу ҳомиладорликдан олдинги кўрсаткич ва I триместрдаги кўрсаткичларга нисбатан 1,15 баравар кўп. Маълумки, ҳомиладорликнинг триместрига қараб ТТГ даражаси сезиларли даражада ўзгариб, ҳомиладорликнинг триместрига қараб ошиши лозим. Аммо асосий ва таққослаш гуруҳидаги аёлларда бошқача ҳолат кузатилди. Шундай қилиб, 3-таққослаш гуруҳида даволашдан олдин ТТГ даражаси $6,06 \pm 0,13$ ммол/л ни ташкил этди, бу назорат гуруҳининг қийматларидан 2,53 баравар кўп ($2,40 \pm 0,07$ ммол/л) ($p < 0,001$). Ҳомиладорликнинг триместрлари бўйича ривожланиш динамикасида қон зардобидеги ТТГ даражасининг қиёсий параметрлари 1-расмда келтирилган.



1-расм. Ҳомиладорлик триместрлари бўйича ривожланиш динамикасида қон зардобидеги ТТГ даражасининг қиёсий параметрлари, ммол/л

Даволашдан сўнг қон зардобиде ТТГ ўзгариш тенденцияси сақланиб қолди, аммо ўзгаришлар интенсивлиги турли йўналишда эканлиги аниқланди, бунда у ҳомиладорликнинг триместрларига мос равишда $6,06 \pm 0,13$ ммол/л, $6,14 \pm 0,14$ ммол/л, $5,54 \pm 0,13$ ммол/л гача ошганлиги тасдиқланди. Кўриниб турибдики, II-триместрда даволанишдан олдинги маълумотларга нисбатан бироз ишончсиз ўсиш кузатилди - $5,54 \pm 0,13$ ммол/л (1,09 марта пасайиш, $p < 0,05$).

Маълумки, ТТГ нинг юқори даражаси ҳомиладорлик даврида оғир токсикозлар (преэклампсия ва эклампсия), шунингдек, бошқа акушерлик ва перинатал асоратлар билан боғлиқ бўлиб, у узоқ муддатли даволанишни талаб қилади. Шу муносабат билан субклиник гипертиреозни эрта ва ўз вақтида аниқлаш ва даволаш ҳомиладор аёллар учун зарур тадбир бўлиб ҳисобланади.

Тиреоид гормонлар қалқонсимон без томонидан ишлаб чиқарилиши ва миқдорий жиҳатдан ҳомиладор аёлларнинг қон зардобадаги ТТГ концентрацияси билан чамбарчас боғлиқлиги аниқланди, бу салбий тескари алоқа, яъни баъзиларининг ошиши бошқалари миқдорини камайишига олиб келади ва аксинча. Тадқиқот гуруҳлари бўйича ТТГ миқдори қараб ҳомиладор аёлларда эркин тироксин (Т4) ва эркин трийодтиронин (Т3) концентрацияси ўрганилди. Назорат гуруҳидаги ҳомиладор аёлларда (n=40) Т3 миқдори $2,80 \pm 0,11$ пмол/л ни ташкил этди, бу референт қийматлар (1,21-4,2 пмол/л) га тўғри келади (1-жадвал).

1-жадвал.

Тадқиқот гуруҳларига қараб субклиник гипотиреоз билан оғриган ҳомиладор аёлларда тиреоид гормонларнинг қиёсий таркиби, пмол/л

Гормонлар	Қон зардобадаги миқдори		
	Назорат гуруҳи, n=40	Таққослаш гуруҳи, n=44	Асосий гуруҳ, n=40
Т3(1,21-4,2 пмоль/л)	$2,80 \pm 0,11$	$1,86 \pm 0,12^* \downarrow$	$1,80 \pm 0,08^* \downarrow$
Т4(9,3-16,8 пмоль/л)	$14,5 \pm 0,17$	$10,6 \pm 0,16^* \downarrow$	$11,5 \pm 0,27^* \downarrow$

Ҳомиладорлик физиологик кечган аёллар (назорат гуруҳи) қон зардобадаги Т4 миқдори бўйича ҳам деярли худди шундай манзара кузатилиб, ўртача $14,5 \pm 0,17$ пмол/л ни ташкил этди (референт кўрсаткичлар 9,3-16,8 пмол/л). Иккала ҳолатда ҳам ушбу гормонларнинг олинган натижалари референт қийматларга нисбатан сезиларли даражада фарқ қилмади ($P > 0,05$). Натижалар 1-жадвалда келтирилган. 2-таққослаш ва 3-асосий гуруҳда кўрсаткичлар назорат гуруҳига нисбатан сезиларли даражада фарқ қилганлигини кўрсатди ($P < 0,05$). Шундай қилиб, таққослаш гуруҳида Т3 нинг пасайиши асосий гуруҳ кўрсаткичларидан 1,51 барабар (мос равишда $1,86 \pm 0,12$ пмол/л га қарши $2,80 \pm 0,11$ пмол/л, $P < 0,05$), Т4 эса 1,37 барабар (мос равишда $10,6 \pm 0,16$ пмол/л га қарши $14,5 \pm 0,17$ пмол/л, $P < 0,05$) ортиқ эканлиги тасдиқланди. 3-гуруҳда Т3 нинг пасайиши 1,56 мартага (мос равишда $1,80 \pm 0,08$ пмол/л га қарши $2,80 \pm 0,11$ пмол/л, $P < 0,05$), Т4 нинг пасайиши эса 1,26 мартага (мос равишда $11,5 \pm 0,27$ пмол/л га қарши $14,5 \pm 0,17$ пмол/л, $P < 0,05$) тенг бўлди. Қизиғи шундаки, 2-таққослаш ва асосий 3-гуруҳ ўртасида сезиларли фарқ аниқланмади ($P > 0,05$). Тадқиқот натижаларини таҳлил қилишнинг яна бир қизиқарли жиҳати шундаки, субклиник гипотиреоз кеч аниқланганда ва даволаш бошланганда таққослаш гуруҳида қон зардобада Т3 ва Т4 миқдори сезиларли даражада ошмади ($P > 0,05$), аммо ҳомиладор аёлларда ушбу патология эрта аниқланганда (1-триместр) иккала кўрсаткичнинг ҳам ($P < 0,05$) назорат гуруҳи кўрсаткичларига ошади.

Агар ТТГ ва Т3 ҳамда Т4 даражалари ўртасидаги корреляцион боғлиқлик ўрганилса, олинган ТТГ/Т3 рақамлари ўртасида зич, кучли тескари боғлиқлик аниқланди, бу гуруҳлар бўйича, $r = -0,76$; $r = -0,81$; $r = -0,79$, ТТГ/Т4 эса гуруҳлар бўйича мос равишда: $r = -0,70$; $r = -0,84$; $r = -0,71$ ни ташкил этди. Кўриниб турибдики, барча ҳолатларда текширилган ҳомиладор аёлларда ТТГ ва тиреоид гормонлар (Т3 ва Т4) ўртасида зич, кучли тескари корреляцион боғлиқлик мавжуд, фақат бу боғлиқликларнинг интенсивлиги ТТГ/Т3 да ТТГ/Т4 га қараганда биров юқори.

Ҳомиладорлик даврида эстрогенлар синтези кучаяди ва прогестерон концентрацияси ортади, бу эса уруғланган тухум хужайра нидациясига ёрдам беради. Ҳомиладорликда прогестерон бирламчи сариқлик халтаси, кейинчалик йўлдош томонидан ишлаб чиқарилади ва ҳомиладорликнинг ривожланишига мусбат таъсир қилади. Прогестероннинг организмдаги биологик роли, аввало, ҳомила тухумининг имплантация механизмидан иборат. Ушба гормон эндометрий пролиферациясини сусайтиради ва уруғланган тухум хужайранинг силжиши учун оптимал шароит яратади, бачадон қисқаришини сусайтиради, миометрийда оксил биосинтезини рағбатлантириб, бачадон қаватининг ўсишига сабаб бўлади. Унинг триместрга монанд ҳолда кўпайиши ҳомиланинг нормал ривожланишининг белгиси ҳисобланади, камайиши эса ҳомила тушиш хавфини тасдиқлаши мумкин. Ҳомиладорликнинг эрта муддатларидан бошлаб ушбу гормонлар ишлаб чиқарилишининг ўсиши кузатилади, бу ҳомиладорликнинг биринчи

триместрида тахминан 20% аёлларда қалқонсимон без функциясининг пасайишига ва ТТГ концентрациясининг ошишига олиб келиши мумкин.

Юқоридагиларга асосланиб, биз ушбу гормонларнинг даражасини ҳомиладорликнинг дастлабки муддатларидан бошлаб, қиёсий жиҳатдан ўргандик. I- ва III-гуруҳларда биз ҳомиладорликнинг меъёрий кўрсаткичларга мос равишда ушбу гормоннинг ҳафталик ошишини аниқладик. Тадқиқотда прогестерон даражасининг биринчи ва учинчи гуруҳларга мансуб беморларда меъёрий кўрсаткичларга нисбатан 1,61 ($P<0,01$) ва 1,56 ($P<0,01$) марта статистик жиҳатдан сезиларли даражада ошганлигини аниқладик ва 2-гуруҳга мансуб ҳомиладор аёлларда прогестероннинг соғлом аёлларга нисбатан 1,88 ($P<0,01$) ва 3,05 ($P<0,001$) марта камайганлигини қайд этдик.

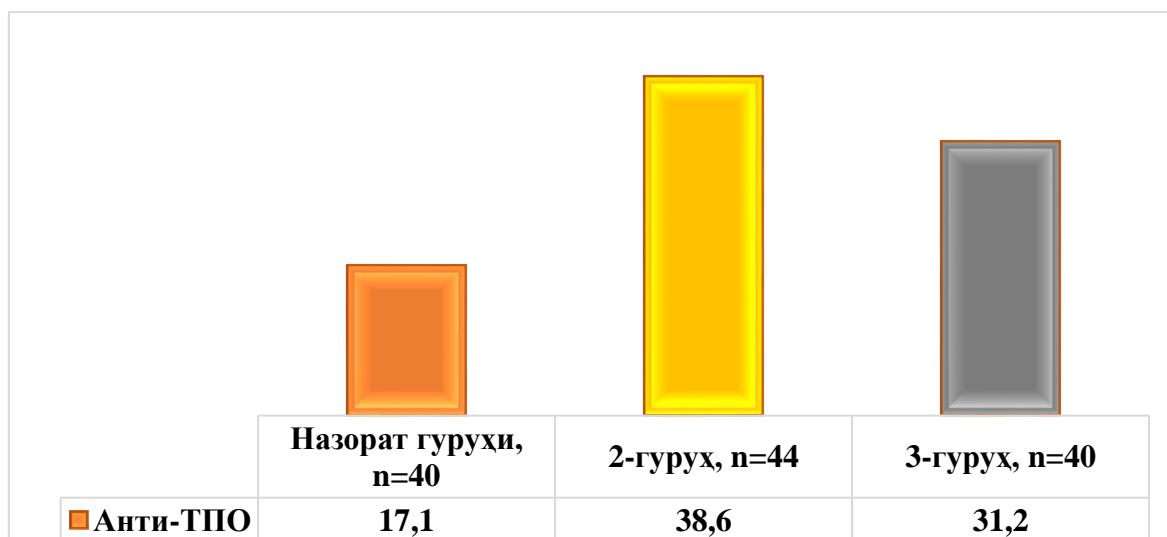
2-жадвал

Тадқиқот гуруҳларидаги беморларда прогестерон ва хорионик гонадотропин миқдори, $n=124$

Гуруҳлар	Прогестерон, нг/мл	$\beta\text{ХГ}$, нг/мл
1-гуруҳ, $n=40$	$8,02\pm0,99$	$329,29\pm26,44$
2- гуруҳ, $n=44$	$10,32\pm1,43$	$362,68\pm39,48$
3- гуруҳ, $n= 40$	$9,97\pm1,13$	$299,20\pm22,66$

Изоҳ: Кўрсаткичларнинг ишончилиги ($P<0,05$)

Демак, прогестероннинг пасайиши ҳомиладорликни тўхташи хавфини ошишига олиб келиши мумкин, бу гормон экскрециясининг бузилиши туфайли йўлдош мажмуасида бачадон тонусининг ошиши билан структуравий ва функционал ўзгаришлар содир бўлишини англатади (2-расм).



2-расм. Анти-ТПО нинг гуруҳларда қиёсий натижалари

Бизнинг тадқиқотларимизда қон зардобидagi анти-ТПО концентрацияси таққосланган гуруҳлар ўртасида фарқ қилди, олинган натижаларнинг номуносабиблиги кузатилди. Шундай қилиб, 1-назорат гуруҳида анти-ТПО миқдори $17,11\pm1,35$ МЕ/мл ни ташкил этиб, бу референт қийматлар чегарасига мос эди. 2-гуруҳда ушбу кўрсаткичнинг $38,6\pm2,69$ МЕ/л гача ошиши кузатилди, бу назорат гуруҳи қийматларидан 2,26 баравар ($P<0,001$) сезиларли даражада юқори (2-расм) эди.

Асосий гуруҳдаги (3-гуруҳ) ҳомиладор аёлларда бошқача ҳолат аниқланди, бу ерда кўрсаткичлар назорат гуруҳига қараганда 1,82 баравар юқори ($P<0,001$) бўлсада, аммо таққослаш

(2-гурух) параметрларига қараганда 1,24 барабар статистик жиҳатдан сезиларли даражада паст ($P<0,05$) $31,21\pm 1,45$ МЕ/мл ни ташкил қилди. Кўриниб турибдики, анти-ТПО таъсирида ТТГ, ТТ ва Т4 ўзгаришларининг номутаносиблиги кузатилганлиги туфайли қалқонсимон безнинг функцияларига бевосита таъсир қилади. Даволаш таъсирида 3-гурухда анти-ТПО миқдори камайди.

Шундай қилиб, субклиник гипотиреоз билан оғриган беморларнинг гормонал ҳолатини ўрганиш шуни кўрсатдики, таққосланган гуруҳлар ўртасида прогестерон миқдори бўйича сезиларли фарқлар аниқланмади ва бирорта гуруҳда кўрсаткичлар референт қийматлар даражасида эмас эди. Аммо эстрадиол миқдори тадқиқот гуруҳлари ўртасида фарқлар аниқланди. Таққослаш гуруҳи ва асосий гуруҳда эстрадиол миқдори назорат гуруҳига нисбатан 1,36 ва 1,88 барабар юқори эканлиги аниқланди. Бу текширилганларнинг индивидуал ҳолати билан боғлиқ бўлиб ҳисобланади, чунки бунда бошқа гормонлар билан маълум бир боғлиқлиги топилмаган.

ХГЧ концентрацияси бўйича ҳам гуруҳлар кўрсаткичлари орасида яқин натижалар аниқланди. Анти-ТПО кўрсаткичи бўйича ҳам тадқиқот гуруҳларида номутаносиблик аниқланди. Асосий гуруҳда анти-ТПО кўрсаткичлари назорат гуруҳи маълумотларидан 1,82 барабар юқори, аммо таққослаш гуруҳидан 1,24 барабар паст ($p<0,05$) эканлиги аниқланди. Бундай ўзгаришлар ўтказилган даволашнинг анти-ТПО кўрсаткичи нисбатан таъсирини кўрсатади.

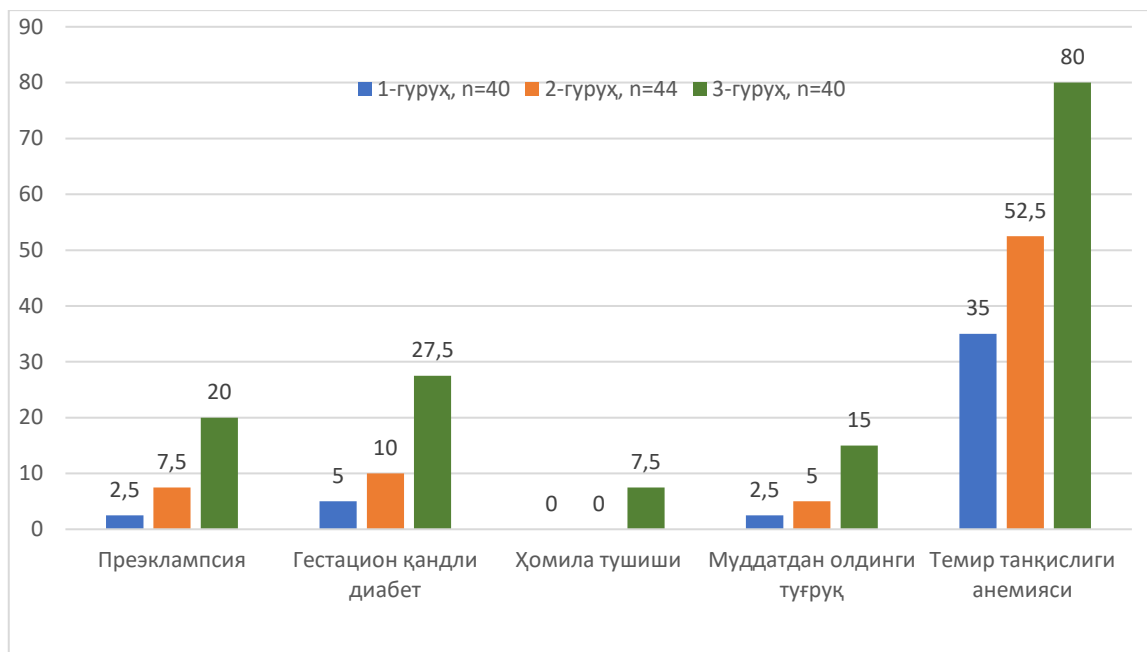
СКГни эрта аниқлаш ва коррекцияловчи гормон ўрнини босувчи терапияни ўтказишга боғлиқ ҳолда ҳомиладорлик кечишидаги фарқлар ва кеч рўйхатдан ўтган, ўз вақтида диагностика скринингидан ўтмаган ва ҳомиладорликнинг эрта муддатларидан бошлаб даволанмаган ҳомиладор аёллар ўрганилди. Левотироксин (LT4) билан даволаш бутун ҳомиладорлик давомида амалга оширилди, мақсад бу аёллар учун LT4 нинг оптимал дозасини аниқлаш бўлиб ҳисобланади. Юқоридаги маълумотларга асосланиб, бутун ҳомиладорлик давомида 4 ҳафталик интерваллар билан зардобдаги ТТГ, эркин Т3 ва Т4 ни аниқладик. Биринчи марта L-тироксин ҳомиладор аёлларга ҳомиладорликнинг эрта муддатларидан бошлаб минимал дозада 25 мкг/кун минимал дозада эрталаб бир марта, овқатланишдан 30 дақиқа олдин тайинланди, натижада унинг таъсири остида динамикада дозани ТТГ даражаси бўйича керакли қийматгача камайганлиги тасдиқланди. Қалқонсимон без функцияси кўрсаткичлари орасида зардобдаги ТТГ даражаси тез ўзгарди ва LT4 терапиясидан 4 ҳафта ўтгач сезиларли даражада камайди. Зардобдаги Т4 даражасининг ўзгариши ҳомиладорликнинг 12-ҳафтасига келиб ижобий таъсирини кўрсатди.

Шунингдек, LT4 терапиясидан кейин Т3 нинг қон зардобдаги даражаси сезиларли даражада ўзгармаганлигини аниқладик. Тироксиннинг кунига 50, 75 ва 100 мкг дозалари I, II ва III гуруҳлардаги СКГ билан оғриган аёлларнинг мос равишда 79,3%, 82,4% ва 90,0% да қон зардобдаги ТТГ даражасини мақсадли диапазонда ушлаб туриши мумкин. Бироқ, СКГ билан оғриган ҳомиладор аёлларда ТТГ нинг дастлабки даражасига қараб LT4 нинг бошқа дозаси ҳам танланиши мумкин. СКГ билан оғриган ҳомиладор аёлларда терапияни танлаш тактикасида қуйидаги қоидаларга риоя қилинди: ТТГ нинг юқори нормал кўрсаткичлари 2,5-4,0 мкМЕ/л оралиғида ва ТПО га антитаначаларнинг юқори даражасида, шунингдек, ТТГ 4,0-10,0 мкМЕ/л бўлган барча ҳомиладор аёлларда акушерлик ва оилавий анамнезни ҳисобга олган ҳолда ТПО га антитаначаларнинг юқори даражаси қайд этилмаган ҳолатда левотироксин препаратлари буюрилди. Терапия йод препаратлари - йодомарин билан кунига 200 мкг дозада, бутун ҳомиладорлик ва эмизиш даврида тўлдирилди, шунингдек, йодланган тузни узоқ вақт давомида қўллаш тавсия этилди, чунки у ҳомиладорлик даврида гипотиреоз ривожланиш хавфини сезиларли даражада камайтиради.

2-жадвал.

Таққосланган гуруҳларда қалқонсимон без гормонлари даражасининг ўзгариши, n=124

Гуруҳлар	Даволашдан кейин Т3 нинг ўзгариши, %	Даволашдан кейин Т4 нинг ўзгариши, %	Даволашдан кейин ТТГ ўзгариши % да	Ишончлилик даражаси
Назорат гуруҳи, n=40	43,1%	20,7%	79,3%	$p\leq 0,05$
II-гуруҳи, n=44	39,8%	17,6	82,4%	$p\leq 0,05$
III-гуруҳ, n=40	52,1%	10,0%	90,0%	$p\leq 0,05$



3-расм. Тадқиқот гуруҳларида ҳомиладорлик асоратларининг қиёсий кўрсаткичлари, n=124

Беморларнинг оз қисми иккинчи ва учинчи триместрда ҳам терапияни давом эттиришни талаб қилди. Шунинг учун СКГ билан оғриган ҳомиладор аёллар ҳомиладорликнинг охиригача ҳар ойда қалқонсимон без функциясини текшириш кераклиги тайинланди. Левотироксин дозасини коррекциялаш I, II ва III-гуруҳлардаги қалқонсимон без гормонлари миқдорининг мос равишда 20,7%, 17,6% ва 10,0% да ошганлиги аниқланди. Юқоридаги маълумотлар 2-жадвалда келтирилган.

Левотироксин қабул қилган барча беморлар трофобласт инвазияси, ҳомиланинг ўсиши ва ривожланиши жараёнларини баҳолаш учун перинатал скринингдан ўтказилди. Юқоридагилардан келиб чиқиб, биз тадқиқот гуруҳларида ҳомиладорлик кечишининг асоратлари кўрсаткичларини қиёсий жиҳатдан ўрганиб чиқдик. Маълумотлар 3-расмда келтирилган.

Юқоридаги жадвал маълумотларидан кўриниб турибдики, ҳомиладорлик бўйича рўйхатга олинган 2-гуруҳ беморларида қалқонсимон без гормонлари патологиясига алоқадор ташхислар кеч қўйилган, улар ҳомиладорликнинг эрта муддатларидан бошлаб тироксин билан даволанмаган, бу эса 1- ва 3-гуруҳларга нисбатан акушерлик асоратлари частотасининг ошишига олиб келган (преэклампсия мос равишда 17,5% ва 12,5%, эрта туғруқ 12,5% ва 10%, ТТГ 45% ва 27,5%).

Хулоса

Олган маълумотларимизга кўра, ҳомиладорлик патологиясининг кўшилишини ўз вақтида аниқлаш ва олдини олиш учун ҳомиладорликни эрта босқичда аниқлаш ҳамда биринчи триместрнинг дастлабки даврида қалқонсимон без стимулловчи гормони (ТТГ) даражасини аниқлаш зарур деб таъкидлаш мумкин.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Alikanova L.Z., Espenbetova M.ZH., Amrenova K.SH., Amangel'dinova S.B. Osobennosti funktsii shchitovidnoj zhelezy vo vremya beremennosti: obzor literatury // Nauka i zdavoohranenie. 2018. S.234-240.
2. Bulgakova A.Z., Fazlyeva E.A., Galieva G.A., Izmajlova R.A. Opyt organizacii skringa patologii shchitovidnoj zhelezy pri beremennosti v regione jdnogo deficita //MS. 2020;13:124-129.

3. Zaripova D.Ya. Diagnosticheskie kriterii vyavleniya osteoporoza v perimenopauzal'nom periode. Reproaktivnoe zdorov'e vo stohnaya Evropa. 2024;14(5):590-598. <https://doi.org/10.34883/PI.2024.14.5.004>
4. Kiyaev A.V. Kommentarii k razdelu klinicheskikh rekomendacij Evropejskoj tireoidnoj associacii, otnosyashchemusya k diagnostike i lecheniyu subklinicheskogo gipotireoza u detej // KET. 2016. №4. S.75-78.
5. Nekrasova T.A., Strongin L.G., Morozova E.P., i dr. Modificiruyushchee vliyanie subklinicheskogo gipotireoza na techenie arterial'noj gipertenzii: vzaimosvyazi so skrytoj neeffektivnost'yu lecheniya, sutochnym profilem arterial'nogo davleniya i sostoyaniem organov-mishenej. // Klinicheskaya i eksperimental'naya tireoidologiya. 2015;11(2):55-62.
6. Ruyatkina L.A., Ruyatkin D.S. Integral'nyj serdechno-sosudistyj risk: metabolicheskij sindrom i disfunkciya shchitovidnoj zhelezy. // Sibirskoe medicinskoe obozrenie. 2020;4:11-16.
7. Sultonova N.A. Rol' patologii endometriya pri reproduktivnyh poteryah v rannih srokah beremennosti. // Tibbiyotda yangi kun 2020;4(34):392-395.
8. Shilova E.S., Borovik N.V., Popova P.V., YArmolinskaya M.I. Diagnostika i lechenie subklinicheskogo gipotireoza pri planirovanii i vo vremya beremennosti: sovremennyy podhod k probleme // Probl. endokr. 2020;6:214-220.
9. Gharib H., Cobin R.H., Dickey R.A. Subclinical hypothyroidism during pregnancy: Position statement from the American Association of Clinical Endocrinologists. Endocr Pract. 2019;5:367–8.
10. Nurkhanova N.O. Assessment of the risk of endometrial hyperplasia in the perimenopausal period// International Journal of Advanced Research in Engineering and Applied Sciences, 2022;11(6);8-15. <https://garph.co.uk/IJAREAS/June2022/2.pdf>.
11. Subclinical hypothyroidism in pregnancy - ACOG Committee Opinion. Obstet Gynecol. 2017;110:959–60.
12. Vaidya B., Anthony S., Bilous M., Shields B., Drury J., Hutchison S., et al. Detection of thyroid dysfunction in early pregnancy: Universal screening or targeted high-risk case finding? J. Clin. Endocrinol. Metab. 2017;92:203–7.

Қабул қилинган сана 20.11.2025