



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. ИЛЬЯСОВ

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. РУЗИЕВ

С.А. ГАФФОРОВ

С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)

Ж.Б. САТТАРОВ

Б.Б. САФОЕВ (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. ІЦЕГОЛОВ (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**

Received: 20.11.2025, Accepted: 06.12.2025, Published: 10.12.2025

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: nematillaryeva.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 қўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Гипотериоз ёки калконсимон без гормонларининг етишимовчилиги, тулик даволанмаган пайтда ҳомиладор аёл учун қуплаб асоратларга олиб келиши мумкин. Тироксин ёки трийодтиронин гормонларининг асосий вазифаси модда алмашинувини фаоллаштириши иоркали хужайраларга фойдали озука моддаларини етказилиши вазифасини бажаради. Ушибу чукурлаштирилган 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 тадыныотидан олинган маълумотларга кўра, ҳомиладорлик патологиясининг қўшилишини ўз вақтида аниқлаш ва олдини олиш учун ҳомиладорликни эрта босқичда аниқлаш ҳамда биринчи триместрининг дастлабки даврида қалқонсимон без стимулловчи гормони (ТТГ) даражасини аниқлаш зарур деб таъкидланади.

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

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

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

Негматуллаева М.Н. e-mail: nematillaryeva.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 HYPOTHEROSIS ON PREGNANCY, MODERN APPROACH TO DIAGNOSIS AND TREATMENT MEASURES

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

Nematillayeva 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.*

Долзарблиги

Гипотериоз ёки калконсимон без гормонларининг етишмовчилиги, тулик даволанмаган пайтда хомиладор аёл учун куплаб асоратларга олиб келиши мумкин. Тироксин ёки трийодтиронин гормонларининг асосий вазифаси модда алмашинувини фаоллаштириш иоркали хужайраларга фойдали озука 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 озука моддалари, кислород ва фаоллаштириш буйргуни 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 тулаконли хужайра озукланиши лозим. Калконсимон без касалликларининг субклиник ривожланиши хомиланинг аклий кобилияларига хам 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]. Хозиргача маълумки, хомиладорларда калконсимон без касалликларини даволаш она ва хомиладаги асоратларни ривожланишини олдини олиш максадида бажарилади, аммо тахлиллар шуни курсатадики, калконсимон безнинг функциясини урганиладиган илмий ишлар бажарилмаган. Аксинча, илмий назар она калконсимон бези функциясини урганиш томонга каратилган. Ушбу маколада биз калконсимон безнинг хомиладорлик даври ва хомиладаги холатига эътиборимизни каратамиз [7].

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

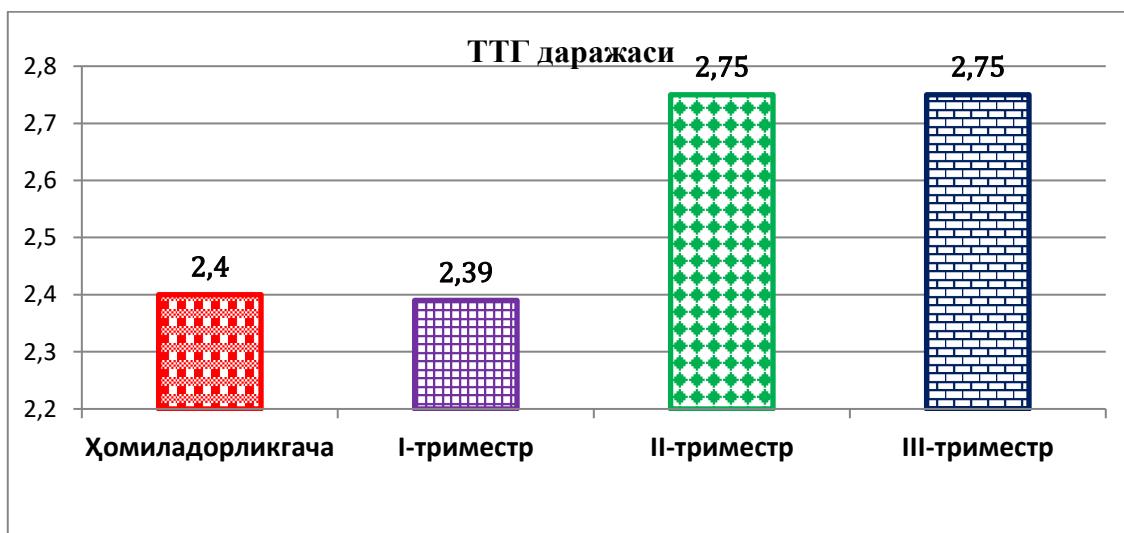
Тадқиқот материал ва усуслари

Чукурлаштирилган тадқиқот субклиник гипотиреозни эрта ташхислаш ва ҳомиладорликни олиб боришининг адекват тактикасини танлаш учун қалқонсимон без функцияси бузилишини аниқлашнинг турли муддатларида бўлган 124 нафар ҳомиладор аёллар контингентида ўтказилди. I-гурухни ҳомиладорлик кечиши физиологик бўлган 40 нафар ҳомиладор аёл, II-гурухни ҳомиладорликнинг кечки муддатларида субклиник гипотиреоз аниқланган 44 нафар аёл, III-

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

Тадқиқот натижалари ва таҳлиллар

Ушбу тадқиқотда ТТГ даражаси тадқиқот гурухлари бўйича ҳомиладорлик динамикасида ҳам ўрганилди. Олинган натижалар шуни кўрсатадики, 1-гурух (назорат) ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликдан олдин қон зардобида 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 ошли 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 гурухидаги аёлларда бошқача ҳолат кузатилди. Шундай қилиб, 3-таққослаш гурухида даволашдан олдин ТТГ даражаси $6,06 \pm 0,13$ ммол/лни ташкил этди, бу назорат гурухининг қийматларидан $2,53$ баравар кўп ($2,40 \pm 0,07$ ммол/л) ($p < 0,001$). Ҳомиладорликнинг триместрлари бўйича ривожланиш динамикасида қон зардобидаги ТТГ даражасининг қиёсий параметрлари 1-расмда келтирилган.



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

Даволашдан сўнг қон зардобида ТТГ ўзгариш тенденцияси сакланиб қолди, аммо ўзгаришлар интенсивлиги турили 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 юкори даражаси ҳомиладорлик даврида оғир токсикозлар (преэклампсия ва эклампсия), шунингдек, бошқа акушерлик ва перинатал асоратлар билан боғлиқ бўлиб, у узоқ муддатли даволанишни талаб қиласди. Шу муносабат билан субклиник гипертиреозни эрта ва ўз вақтида аниқлаш ва даволаш ҳомиладор аёллар учун зарур тадбир бўлиб хисобланади.

Тиреоид гормонлар қалқонсимон без томонидан ишлаб чиқарилиши ва миқдорий жиҳатдан ҳомиладор аёлларнинг қон зардобидаги ТТГ концентрацияси билан чамбарчас боғлиқлиги аниқланди, бу салбий тескари алоқа, яъни баъзиларининг ошиши бошқалари миқдорини камайишига олиб келади ва аксинча. Тадқиқот гурухлари бўйича ТТГ миқдорига қараб ҳомиладор аёлларда эркин тироксин (T4) ва эркин трийодтиронин (T3) концентрацияси ўрганилди. Назорат гурухидаги ҳомиладор аёлларда ($n=40$) T3 миқдори $2,80\pm0,11$ пмоль/л ни ташкил этди, бу референт қийматлар ($1,21-4,2$ пмоль/л) га тўғри келади (1-жадвал).

1-жадвал.
Тадқиқот гурухларига қараб субклиник гипотиреоз билан оғриган ҳомиладор аёлларда тиреоид гормонларнинг қиёсий таркиби, пмоль/л

Гормонлар	Қон зардобидаги миқдори		
	Назорат гурухи, n=40	Таққослаш гурух n=44	Асосий гурух, n=40
T3(1,21-4,2 пмоль/л)	$2,80\pm0,11$	$1,86\pm0,12^* \downarrow$	$1,80\pm0,08^* \downarrow$
T4(9,3-16,8 пмоль/л)	$14,5\pm0,17$	$10,6\pm0,16^* \downarrow$	$11,5\pm0,27^* \downarrow$

Ҳомиладорлик физиологик кечган аёллар (назорат гурухи) қон зардобидаги T4 миқдори бўйича ҳам деярли худди шундай манзара кузатилиб, ўртacha $14,5\pm0,17$ пмоль/л ни ташкил этди (референт кўрсаткичлар 9,3-16,8 пмоль/л). Иккала ҳолатда ҳам ушбу гормонларнинг олинган натижалари референт қийматларга нисбатан сезиларли даражада фарқ килмади ($P>0,05$). Натижалар 1-жадвалда келтирилган. 2-таққослаш ва 3-асосий гурухда кўрсаткичлар назорат гурухига нисбатан сезиларли даражада фарқ килгандигини кўрсатди ($P<0,05$). Шундай қилиб, таққослаш гурухида T3 нинг пасайиши асосий гурух кўрсаткичларидан $1,51$ баравар (мос равища $1,86\pm0,12$ пмоль/л га қарши $2,80\pm0,11$ пмоль/л, $P<0,05$), T4 эса $1,37$ баравар (мос равища $10,6\pm0,16$ пмоль/л га қарши $14,5\pm0,17$ пмоль/л, $P<0,05$) ортиқ эканлиги тасдиқланди. 3-гурухда T3 нинг пасайиши $1,56$ марта (мос равища $1,80\pm0,08$ пмоль/л га қарши $2,80\pm0,11$ пмоль/л, $P<0,05$), T4 нинг пасайиши эса $1,26$ марта (мос равища $11,5\pm0,27$ пмоль/л га қарши $14,5\pm0,17$ пмоль/л, $P<0,05$) тенг бўлди. Қизиги шундаки, 2-таққослаш ва асосий 3-гурух ўртасида сезиларли фарқ аниқланмади ($P>0,05$). Тадқиқот натижаларини таҳлил қилишнинг яна бир қизиқарли жиҳати шундаки, субклиник гипотиреоз кеч аниқланганда ва даволаш бошланганда таққослаш гурухида қон зардобида T3 ва T4 миқдори сезиларли даражада ошмади ($P>0,05$), аммо ҳомиладор аёлларда ушбу патология эрта аниқланганда (1-триместр) иккала кўрсаткичнинг ҳам ($P<0,05$) назорат гурухи кўрсаткичларигача ошади.

Агар ТТГ ва T3 ҳамда T4 даражалари ўртасидаги корреляцион боғлиқлик ўрганилса, олинган ТТГ/T3 рақамлари ўртасида зич, кучли тескари боғлиқлик аниқланди, бу гурухлар бўйича, $\rho=-0,76$; $\rho=-0,81$; $\rho=-0,79$, ТТГ/T4 эса гурухлар бўйича мос равища: $\rho=-0,70$; $\rho=-0,84$; $\rho=-0,71$ ни ташкил этди. Кўриниб турибиди, барча ҳолатларда текширилган ҳомиладор аёлларда ТТГ ва тиреоид гормонлар (T3 ва T4) ўртасида зич, кучли тескари корреляцион боғлиқлик мавжуд, фақат бу боғлиқликларнинг интенсивлиги ТТГ/T3 да ТТГ/T4 га қараганда бироз юқори.

Ҳомиладорлик даврида эстрогенлар синтези кучаяди ва прогестерон концентрацияси ортади, бу эса уруғланган тухум ҳужайра нидациясига ёрдам беради. Ҳомиладорликда прогестерон бирламчи сариқлик халтаси, кейинчалик йўлдош томонидан ишлаб чиқарилади ва ҳомиладорликнинг ривожланишига мусбат таъсир қиласи. Прогестероннинг организмдаги биологик роли, аввало, ҳомила тухумининг имплантация механизмидан иборат. Ушба гормон эндометрий пролиферациясини сусайтиради ва уруғланган тухум ҳужайранинг силжиши учун оптималь шароит яратади, бачадон қисқаришини сусайтиради, миометрийда оқсил биосинтезини рафбатлантириб, 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-гурухларда биз ҳомиладорликнинг меъерий кўрсаткичларга мос равишда ушбу гормоннинг ҳафталик ошишини аниқладик. Тадқиқотда прогестерон даражасининг биринчи ва учинчи гурухларга мансуб bemорларда меъерий кўрсаткичларга нисбатан 1,61 ($P<0,01$) ва 1,56 ($P<0,01$) марта статистик жиҳатдан сезиларли даражада ошганлигини аниқладик ва 2-гурухга мансуб ҳомиладор аёлларда прогестероннинг соғлом аёлларга нисбатан 1,88 ($P<0,01$) ва 3,05 ($P<0,001$) марта камайганлигини қайд этдик.

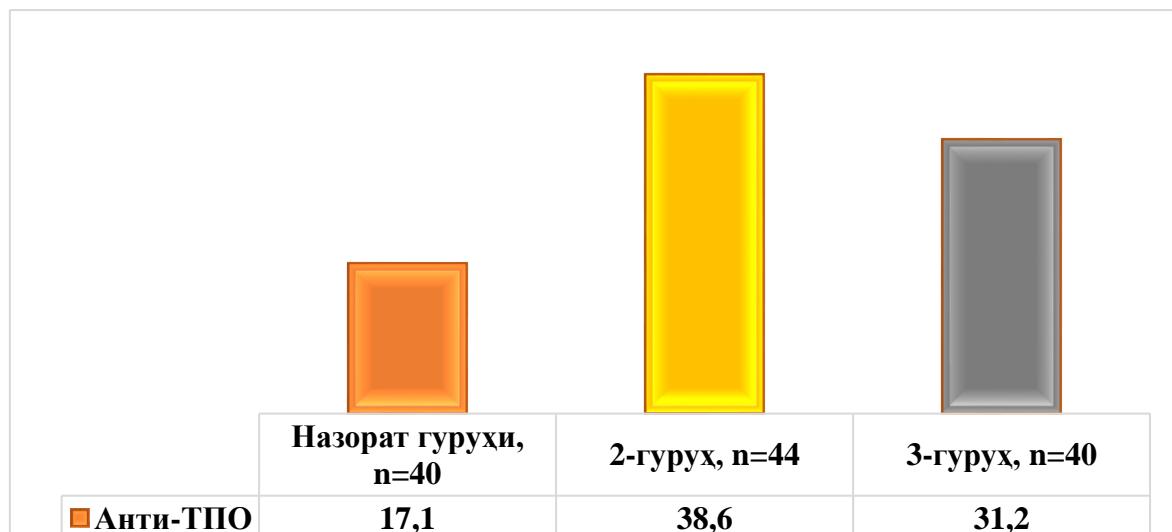
2-жадвал

Тадқиқот гурухларидағи bemорларда прогестерон ва хорионик гонадотропин микдори, n=124

Гурухлар	Прогестерон, нг/мл	β ХГ, нг/мл
1-гурух, n=40	8,02±0,99	329,29±26,44
2- гурух, n=44	10,32±1,43	362,68±39,48
3- гурух, n= 40	9,97±1,13	299,20±22,66

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

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 англаради (2-расм).



2-расм. Анти-ТПО нинг гурухларда қиёсий натижалари

Бизнинг тадқиқотларимизда қон зардобидаги анти-ТПО концентрацияси таққосланган гурухлар ўртасида фарқ килди, олинган натижаларнинг номутаносиблиги кузатилди. Шундай килиб, 1-назорат гурухида анти-ТПО микдори $17,11\pm1,35$ МЕ/мл ни ташкил этиб, бу референт қийматлар чегарасига мос эди. 2-гурухда ушбу кўрсаткичнинг $38,6\pm2,69$ МЕ/л гача ошиши кузатилди, бу назорат гурухи қийматларидан $2,26$ баравар ($P<0,001$) сезиларли даражада юқори (2-расм) эди.

Асосий гурухдаги (3-гурух) ҳомиладор аёлларда бошқача ҳолат аникланди, бу ерда кўрсаткичлар назорат гурухига қараганда $1,82$ баравар юқори ($P<0,001$) бўлсада, аммо таққослаш



(2-гурух) параметрларига қараганда 1,24 баравар статистик жиҳатдан сезиларли даражада паст ($P<0,05$) $31,21\pm1,45$ МЕ/мл ни ташкил қилди. Күриниб турибиди, анти-ТПО таъсирида ТТГ, ТТ ва Т4 ўзгаришларининг номутаносиблиги кузатилганлиги туфайли қалқонсимон безнинг функцияларига бевосита таъсир қиласи. Даволаш таъсирида 3-гурухда анти-ТПО миқдори камайди.

Шундай қилиб, субклиник гипотиреоз билан оғриган беморларнинг гормонал ҳолатини ўрганиш шуни кўрсатдиги, таққосланган гурухлар ўртасида прогестерон миқдори бўйича сезиларли фарқлар аниқланмади ва бирорта гурухда кўрсаткичлар референт қийматлар даражасида эмас эди. Аммо эстрадиол миқдори тадқикот гурухлари ўртасида фарқлар аниқланди. Таққослаш гурухи ва асосий гурухда эстрадиол миқдори назорат гурухига нисбатан 1,36 ва 1,88 баравар юкори эканлиги аниқланди. Бу текширилганларнинг индивидуал ҳолати билан боғлик бўлиб ҳисобланади, чунки бунда бошқа гормонлар билан маълум бир боғлиқлиги топилмаган.

ХГЧ концентрацияси бўйича ҳам гурухлар кўрсаткичлари орасида яқин натижалар аниқланди. Анти-ТПО кўрсаткичи бўйича ҳам тадқикот гурухларида номутаносиблик аниқланди. Асосий гурухда анти-ТПО кўрсаткичлари назорат гурухи маълумотларидан 1,82 баравар юкори, аммо таққослаш гурухидагидан 1,24 баравар паст ($p<0,05$) эканлиги аниқланди. Бундай ўзгаришлар ўтказилган даволашнинг анти-ТПО кўрсаткичиги нисбатан таъсирини кўрсатади.

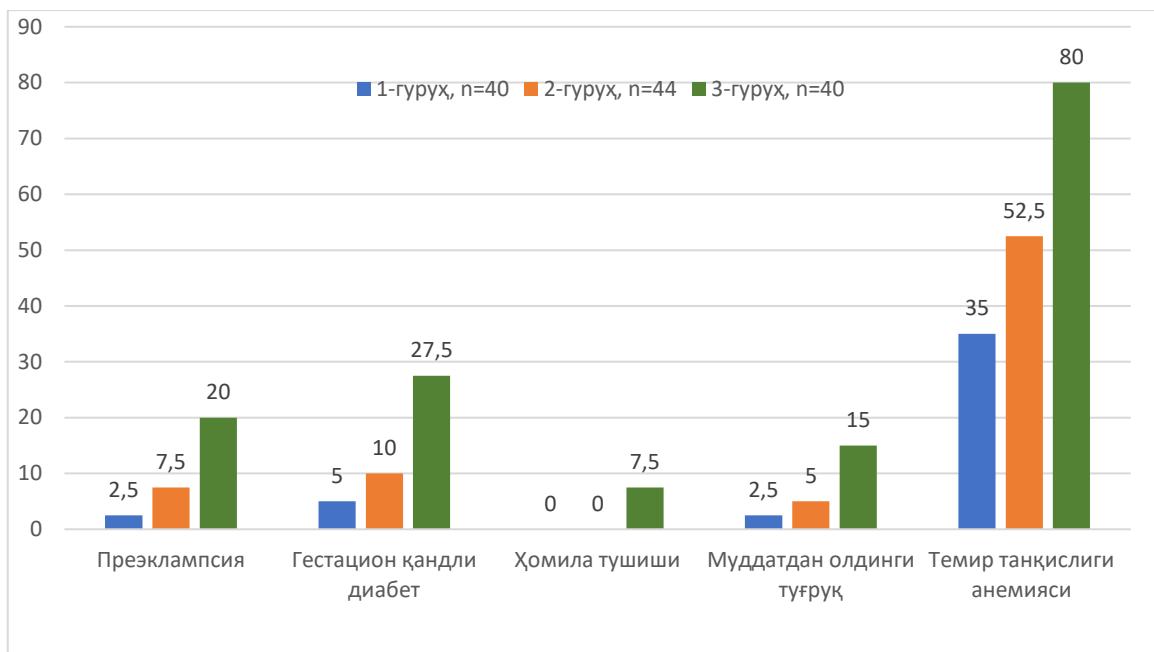
СКГни эрта аниқлаш ва коррекцияловчи гормон ўрнини босувчи терапияни ўтказишга боғлик ҳолда ҳомиладорлик кечишидаги фарқлар ва кеч рўйхатдан ўтган, ўз вақтида диагностика скринингидан ўтмаган ва ҳомиладорликнинг эрта муддатларидан бошлаб даволанмаган ҳомиладор аёллар ўрганилди. Левотироксин (LT4) билан даволаш бутун ҳомиладорлик давомида амалга оширилди, мақсад бу аёллар учун LT4 нинг оптимал дозасини аниқлаш бўлиб ҳисобланади. Юкоридаги 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 кон зардобидаги даражаси сезиларли даражада ўзгармаганлигини аниқладик. Тироксиннинг кунига 50, 75 ва 100 мкг дозалари I, II ва III гурухлардаги СКГ билан оғриган аёлларнинг мос равища 79,3%, 82,4% ва 90,0% да қон зардобидаги 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 юкори нормал кўрсаткичлари 2,5-4,0 мкМЕ/л оралиғида ва ТПО га антитаначаларнинг юкори даражасида, шунингдек, ТТГ 4,0-10,0 мкМЕ/л бўлган барча ҳомиладор аёлларда акушерлик ва оилавий анамнезни ҳисобга олган ҳолда ТПО га антитаначаларнинг юкори 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 гурухларда қалқонсимон без гормонлари даражасининг ўзгариши, n=124

Гурухлар	Даволашдан кейин Т3 нинг ўзгариши, %	Даволашдан кейин Т4 нинг ўзгариши, %	Даволашдан кейин ТТГ ўзгариши % да	Ишончлилик даражаси
Назорат гурухи, n=40	43,1%	20,7%	79,3%	$p\leq0,05$
II-гурухи, n=44	39,8%	17,6	82,4%	$p\leq0,05$
III-гурух, n=40	52,1%	10,0%	90,0%	$p\leq0,05$



3-расм. Тадқиқот гурухларыда ҳомиладорлық асораттарының қиёсий күрсаткичлари, n=124

Беморларнинг оз қисми иккинчи ва учинчи триместрда ҳам терапияни давом эттиришни талаб қилди. Шунинг учун СКГ билан оғриган ҳомиладор аёллар ҳомиладорлыкнинг охиригача ҳар ойда қалқонсимон без функциясини текшириш кераклиги тайинланди. Левотироксин дозасини коррекциялаш I, II ва III-гурухлардаги қалқонсимон без гормонлари миқдорининг мөс равища 20,7%, 17,6% ва 10,0% да ошғанлиги аниқланды. Юқоридаги маълумотлар 2-жадвалда келтирилген.

Левотироксин қабул қылган барча bemorлар трофобласт инвазияси, ҳомиланинг ўсиши ва ривожланиши жараёнларини баҳолаш учун перинатал скринингдан ўтказилди. Юқоридагилардан келиб чиқиб, биз тадқиқот гурухларыда ҳомиладорлык кечишининг асоратлари күрсаткичарини қиёсий жиҳатдан ўрганиб чиқдик. Маълумотлар 3-расмда келтирилган.

Юқоридаги жадвал маълумотларидан кўриниб турибдики, ҳомиладорлик бўйича рўйхатга олинган 2-гурух bemorларыда қалқонсимон без гормонлари патологиясига алоқадор ташхислар кеч қўйилган, улар ҳомиладорлыкнинг эрта муддатларидан бошлаб тироксин билан даволанмаган, бу эса 1- ва 3-гурухларга нисбатан акушерлик асоратлари частотасининг ошишига олиб келган (преэклампсия мөс равища 17,5% ва 12,5%, эрта түгүрк 12,5% ва 10%, ТТК 45% ва 27,5%).

Хуноса

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

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

- Alikenova L.Z., Espenbetova M.ZH., Amrenova K.SH., Amangel'dinova S.B. Osobennosti funkciy shchitovidnoj zhelezы vo vremya beremennosti: obzor literatury // Nauka i zdravoohranenie. 2018. S.234-240.
- Bulgakova A.Z., Fazlyeva E.A., Galieva G.A., Izmajlova R.A. Opyt organizacii skrininga patologii shchitovidnoj zhelezы pri beremennosti v regione jodnogo deficitta //MS. 2020;13:124-129.

3. Zaripova D.Ya. Diagnosticheskie kriterii vyyavleniya osteoporoza v perimenopauzal'nom periode. Reproduktivnoe zdorov'e vo stochnaya 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, otosyashchemusya 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-sosudistoj 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. // Tibbiyatda 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 planirovaniu i vo vremya beremennosti: sovremenneyj 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