



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

3 (89) 2026

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
Д.Т. АШУРОВА
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. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (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)

3 (89)

2026 *март*

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

Received: 20.02.2026, Accepted: 06.03.2026, Published: 10.03.2026

UDK 616.441-008.6-055.2

GIPOTERIOZ ANIQLANGAN AYOLLARDA UCHRAYDIGAN KLINIK SINDROMLARNI BAHOLASH

Rizayeva Mexriban Axmadovna <https://orcid.org/0009-0000-9957-8352>

e-mail: mexribanrizayeva7@gmail.com

Zaripova Mohichehra Ma'ruf qizi <https://orcid.org/0009-0007-5236-1771>

e-mail: zaripovamohichehra@gmail.com

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh. A. Navoiy kochasi

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

✓ Rezyume

Gipoterioz ayollarda keng tarqalgan endokrin kasallik bo'lib, ko'p tizimli klinik sindromlar bilan namoyon bo'ladi. So'nggi 5–10 yillik meta-tahlillar natijalariga ko'ra, gipoteriozli ayollarda depressiya xavfi 48–77% ga oshadi (OR 1.48–1.77), jinsiy disfunktsiya 41.8% hollarda uchraydi, PCOS rivojlanish xavfi 2.87 barobar yuqori, spontan abort xavfi 45–70% ga ortadi, yurak-qon tomir kasalliklari xavfi esa 20–30% ga oshgan. Ushbu maqolada mazkur klinik sindromlar dalillarga asoslangan tahlil qilindi [1–9].

Tadqiqot maqsadi: Gipoterioz aniqlangan ayollarda uchraydigan klinik sindromlarning uchrash chastotasini baholash

Kalit so'zlar: gipoterioz, ayollar, giperprolaktinematik sindrom, metabolik sindrom, kardiovaskulyar sindrom.

EVALUATION OF CLINICAL SYNDROMES IN WOMEN WITH DIAGNOSED HYPOTHYROIDISM

Rizayeva Mehriban Akhmadovna <https://orcid.org/0009-0000-9957-8352>

e-mail: mexribanrizayeva7@gmail.com

Zaripova Mohichehra Ma'ruf qizi qizi <https://orcid.org/0009-0007-5236-1771>

e-mail: zaripovamohichehra@gmail.com

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 is a common endocrine disease in women, manifested by multisystem clinical syndromes. According to the results of meta-analyses over the past 5–10 years, women with hypothyroidism have a 48–77% increased risk of depression (OR 1.48–1.77), sexual dysfunction occurs in 41.8% of cases, the risk of developing PCOS is 2.87 times higher, the risk of spontaneous abortion increases by 45–70%, and the risk of cardiovascular disease increases by 20–30%. In this article, these clinical syndromes are analyzed based on evidence [1–9].

Research objective: To assess the frequency of clinical syndromes in women with diagnosed hypothyroidism.

Keywords: hypothyroidism, women, hyperprolactinemic syndrome, metabolic syndrome.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ЖЕНЩИН С ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Ризаева Мехрибан Ахмадовна <https://orcid.org/0009-0000-9957-8352>

e-mail: mexribanrizayeva7@gmail.com

Зарипова Мохичехра Маруф кизи <https://orcid.org/0009-0007-5236-1771>

e-mail: zaripovamohichehra@gmail.com

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 — распространенное эндокринное заболевание у женщин, проявляющееся мультисистемными клиническими синдромами. Согласно результатам метаанализов за последние 5–10 лет, у женщин с гипотиреозом риск развития депрессии увеличивается на 48–77% (ОР 1,48–1,77), сексуальная дисфункция возникает в 41,8% случаев, риск развития СПКЯ в 2,87 раза выше, риск самопроизвольного аборта возрастает на 45–70%, а риск сердечно-сосудистых заболеваний — на 20–30%. В данной статье эти клинические синдромы анализируются на основе имеющихся данных [1–8].

Цель исследования: оценить частоту клинических синдромов у женщин с диагностированным гипотиреозом.

Ключевые слова: гипотиреоз, женщины, гиперпролактинемический синдром, метаболический

Dolzarbligi

Gipoterioz — qalqonsimon bez gormonlari yetishmovchiligi bilan kechuvchi surunkali endokrin sindrom bo'lib, ayollarda erkaklarga nisbatan 5–8 barobar ko'proq uchraydi. Epidemiologik ma'lumotlarga ko'ra, klinik (overt) gipoterioz prevalenti 0,3–2,0% ni, subklinik shakli esa ayollarda 7–10% ni tashkil etadi. 60 yoshdan katta ayollarda umumiy gipoterioz tarqalishi 10–21% gacha yetadi. Hashimoto tiroiditi 80–90% hollarda asosiy etiologik omil hisoblanadi [1].

Gipoterioz holatlarining aksariyati qalqonsimon bez patologiyasi (birlamchi gipotireoz) tufayli yuzaga keladi. Birlamchi gipotireoz ko'pincha autoimmun tiroidit (AIT) natijasida rivojlanadi va kamroq hollarda qalqonsimon bez jarrohligi va radioaktiv yod terapiyasidan keyin yuzaga keladi. TSH va TRH yetishmovchiligi tufayli rivojlanadigan ikkilamchi va uchlamchi gipotireoz mos ravishda kamroq uchraydi. Klinik amaliyotda ularning differentsial tashxisi jiddiy qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi, shuning uchun ular ko'pincha birgalikda markaziy (gipotalamus-gipofiz) gipotireoz deb ataladi. AIT tufayli qalqonsimon bezning hujayralari yo'q qilinishi natijasida rivojlanadigan birlamchi gipotireoz — reproduktiv yoshdagi ayollarda eng katta klinik ahamiyatga va keng tarqalganlikka ega.[19]

Gipotiroidizmning klinik ko'rinishi qalqonsimon bez gormoni yetishmovchiligining og'irligi va davomiyligiga, bemorning yoshiga, qo'shma kasalliklarning mavjudligiga va qalqonsimon bez gormoni yetishmovchiligiga individual sezgirlikka qarab sezilarli darajada farq qiladi.

Ba'zi hollarda, hatto ochiq gipotiroidizm ham asemptomatik bo'lishi va tasodifan aniqlanishi mumkin.

Gipotiroidizmning klassik klinik ko'rinishi charchoqning kuchayishi, holsizlik, shish, giperkeratoz, bosh terisi, qoshlar va kipriklardagi sochlarning siyraklashishi, sovuqqa sezgirlikning ortishi, ich qotishi, metabolizmning umumiy pasayishi va suyuqlikni ushlab turish tufayli vaznning ozgina ortishi, nutqning sekinlashishi va tushkunlik bilan tavsiflanadi. Yuz odatda shishgan va amimik bo'ladi, terisi och, sarg'ish tusga ega va yuzning yumshoq to'qimalari kattalashgan. Halqum shilliq qavatining shishishi past yoki xirillagan ovoz sifatida namoyon bo'ladi, Evstaxiya naychasi shilliq qavatining shishishi esa eshitish qobiliyatini yo'qotishiga olib keladi. Lipid metabolizmining buzilishi triglitseridlar va past zichlikdagi lipoproteinlarning yuqori darajasi bilan birga keladi, bu esa aterosklerozning rivojlanishi va rivojlanishi uchun zamin yaratadi. Hatto subklinik gipotiroidizm bilan og'rigan bemorlarda ham karotid arteriyalarning intima-media qalinligining oshishi aniqlanadi, bu aterosklerozning mustaqil bashoratchisi va yurak-qon tomir hodisalari uchun xavf omili hisoblanadi [4].

Ko'pgina mamlakatlarda TSH skriningi faqat yangi tug'ilgan chaqaloqlarda o'tkaziladi va kattalarda qalqonsimon bez disfunktsiyasini istisno qilish uchun aniq algoritmlar mavjud emasligi sababli, gipotiroidizm belgilari ko'pincha boshqa patologiyalarni niqoblashini yodda tutish kerak. Shuning uchun tashxis qo'yilmagan gipotiroidizm bilan og'rigan odamlar uzoq vaqt davomida tegishli mutaxassislar tomonidan tekshirilishi va kerakli natijaga erisha olmaydigan simptomatik terapiya olishlari mumkin.

Gipotiroidizm niqoblari quyidagilarni o'z ichiga oladi:

Gastroenterologik: qabziyat, safro yo'llari diskinezi, xolelitiyoz, surunkali gepatit (jigar transaminazalarining ko'tarilishi bilan birga sariqlik);

Kardiologik: bradikardiya, diastolik gipertenziya, dislipidemiya, gidroperikardiya;

Nafas olish: uyqu apnesi sindromi, noma'lum kelib chiqqan plevral effuziya, surunkali laringit (uyqu apnesi nafaqat gipotireoz tufayli yuzaga keladi);

Nevrologik: tunnel sindromlari: karpal tunnel sindromi, peroneal asab kanali sindromi;

Revmatologik: poliartrit, polisinovit, progressiv osteoartroz (ko'pincha nevrologik ko'rinishlar bilan bog'liq);

Ginekologik - amenoreya, polimenoreya, gipermenoreya, menorragiya va disfunktsional bachadon qon ketishi kabi turli xil hayz sikli buzilishlari;

Gematologik - normoxrom normositik, gipoxrom temir tanqisligi yoki makrositik B12 tanqisligi anemiyasi;

Psixiatrik - depressiya, demansiya.

Alomatlarining o'ziga xos bo'lmaganligi, ularning keng o'zgaruvchanligi bilan birgalikda, hipotiroidizmni endokrinologiyada noyob sindrom sifatida tasniflash imkonini beradi, buning uchun klinik ko'rinish ikkinchi darajali ahamiyatga ega. Hozirgi konsepsiyalarga ko'ra, faqat gormonal tadqiqot hipotiroidizm niqobini ochib berishi mumkin.[11]

1. Neyropsixiatrik sindromlar

Depressiya

Gipoteriozli ayollarda asteno-depressiv sindrom rivojlanishi xos bo'lib, u umumiy holsizlik, emotsional labililik, apatiya va depressiyaga moyillik bilan namoyon bo'ladi. Mazkur psixoeemotsional buzilishlar ko'pincha asosiy kasallik belgilarini niqoblab, erta tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi [17]

2020-yilgi tizimli meta-tahlil (JAMA Psychiatry) natijalariga ko'ra, overt gipoteriozda depressiya rivojlanish xavfi sezilarli darajada yuqori: OR = 1.77 (95% CI: 1.13–2.77). Subklinik gipoteriozda esa bu ko'rsatkich OR = 1.13 (95% CI: 1.01–1.28) ni tashkil etadi. Faqat ayollar guruhida tahlil qilinganda depressiya xavfi OR = 1.48 (95% CI: 1.18–1.85) ga teng bo'lgan [7].

Klinik tadqiqotlarda gipoteriozli bemorlar orasida depressiya prevalenti 31–34% ni tashkil etgan bo'lib, bu umumiy populyatsiyaga (10–15%) nisbatan sezilarli yuqori ko'rsatkichdir [7].

2. Jinsiy disfunktsiya sindromi

Gipoterioz bilan og'rikan ayollarda libido pasayishi, anorgazmiya va jinsiy qo'zg'alishning yetishmovchiligi ko'proq aniqlanadi. Jinsiy disfunktsiya og'irligi tireotrop gormon darajasi hamda tireoid gormonlar yetishmovchiligi darajasi bilan bevosita bog'liq.[2]

Klinik va subklinik gipoteriozli ayollarda jinsiy funktsiyaning buzilishi yuqori darajada qayd etilgan: klinik gipoteriozli bemorlarning 56 % da, subklinik gipoteriozli guruhda esa 54,6 % da jinsiy disfunktsiya mavjud bo'lib, bu holatning asosiy komponentlari libido pasayishi, orgazm qiyinchiliklari va psixologik omillar bilan bog'liq. Shuningdek, gipertireozda prolaktin darajasining oshishi jinsiy disfunktsiyani kuchaytiradi[9]

2024-yilda chop etilgan tizimli meta-tahlil natijalariga ko'ra, gipoteriozli ayollarda jinsiy disfunktsiya prevalenti 41.8% (95% CI: 26.3–59.0) ni tashkil etadi. Barcha tiroid kasalliklari bo'yicha umumiy ko'rsatkich 44.8% (95% CI: 33.8–56.2) ga teng [6].

FSFI (Female Sexual Function Index) asosidagi meta-tahlilda libido pasayishi OR = 3.91 ko'rsatkich bilan aniqlangan, orgazm buzilishi esa statistik jihatdan ahamiyatli ($p = 0.002$) bo'lgan [8].

3. Reproktiv sindromlar

PCOS bilan bog'liqlik Gipoterioz aniqlangan ayollarda jinsiy garmonlar (estrogen, androgen, aldosteron) bilan bog'lanuvchi globulinlar miqdori kamayadi. TRG sekretsiyasi tufayli prolaktin konsentratsiyasi ortadi. Bunda FSG va LG konsentratsiyasi normada bo'lishi ham mumkin. Shulardan kelib chiqib gipoterioz tuxumdon kistalari bilan asotsiyalanib kelishi mumkin. Gipoterioz chaqirilgan cho'chqalarda gonadotropinga sezuvchanlik oshishi va bu ko'plab follikular kistalarni shakllantirishi qayd etilgan. Gipotiroidizm tuxumdon disfunktsiyasiga, ko'p va tartibsiz hayz ko'rishga, qon ketishining keskin oshishiga va endometriy qalinligining pasayishiga olib kelishi mumkin [13]

Subklinik gipoteriozli ayollarda polistik tuxumdon sindromi rivojlanish xavfi sezilarli darajada yuqori bo'lib, meta-tahlil natijalariga ko'ra OR = 2.87 (95% CI: 1.82–9.92) ni tashkil etadi. Bu gipotalamo-gipofizar-ovarial o'q disbalansi bilan bog'liq mexanizmlar orqali izohlanadi [5].

Homiladorlik asoratlari

Onaning qalqonsimon bezining kompensatsiyalanmagan disfunktsiyasi turli xil homiladorlik asoratlariga, masalan, platsentaning yetarli emasligi, homiladorlikning pasayishi, preeklampsiya, muddatidan oldin tug'ilish, yangi tug'ilgan chaqaloqning Apgar shkalasi bo'yicha pastligi, platsentaning

ajralishi, o'lik tug'ilish va boshqalarga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, mavjud ma'lumotlarga ko'ra, muddatidan oldin tug'ilish va perinatal go'daklar o'limi ehtimoli TSHning oshishi bilan bog'liq va TSHning 10 mIU/ml dan yuqori bo'lishi bilan tug'ma nuqsonlar xavfining ortishi tendentsiyasi kuzatiladi [9]

Subklinik gipoterioz homiladorlik davrida spontan abort xavfini oshiradi ($RR = 1.45-1.70$). Shuningdek, preeklampsiya xavfi $RR = 1.3-1.6$, muddatidan oldin tug'ilish esa $RR = 1.2-1.4$ ko'rsatkichlar bilan ifodalanadi [4,3].

Levotiroksin bilan davolash homila yo'qotilishi xavfini 22% ga kamaytiradi ($OR = 0.78$; 95% CI: 0.66–0.94) [4].

Ayollarda tuxumdonlarning reproduktiv disfunktsiyasi menorragiya sifatida namoyon bo'lishi mumkin, bu ko'pincha anovulyatsion sikllar fonida sodir bo'ladi. Bepushtlik bilan og'rigan ayollarda qalqonsimon bez kasalliklari tarkibida gipotiroidizm aniqlanishi 78,4% ni tashkil etadi, shuning uchun qalqonsimon bez faoliyatini batafsil baholash reproduktiv kasalliklarni tashxislashning majburiy qismiga aylanishi kerak. gipoteriozda 40% gacha holatlarda funksional giperprolaktinemiya kuzatiladi, bu galaktoreya va amenoreyaga olib kelishi mumkin (birlamchi gipotiroidizmning giperprolaktinematik gipogonadizm bilan kombinatsiyasi, Van Vik-Ross-Xennes sindromi). TG darajasining pasayishi bilan prolaktotroflarning tirotropinni ajratuvchi gormonga sezgirliги oshadi, salbiy teskari aloqa printsipiga ko'ra, tirotropinni ajratuvchi gormon darajasi oshadi, bu esa o'z navbatida gipofiz bezida TSH va prolaktin ishlab chiqarilishi va sekretsiasini oshiradi. [12]

Tireoid gormonlar yetishmovchiligi ovulyator funksiyaning buzilishiga, anovulyator sikllarning rivojlanishiga va disfunktsional bachadon qon ketishlariga olib keladi. Gipoterioz ayollar bepushtligi va homilani ko'tara olmaslikning muhim endokrin sabablaridan biridir [16]

4. Metabolik va yurak-qon tomir sindromlari

Gipoteriozli bemorlarda bradikardiya, diastolik gipertenziya, yurak chiqarish hajmining kamayishi hamda periferik tomir qarshiligining oshishi kuzatiladi. Dislipidemiya bilan birgalikda bu aterosklerotik asoratlari xavfini sezilarli darajada oshiradi. [15]

Metabolik sindrom va gipotiroidizmning o'ziga xos belgisi bo'lgan dislipidemiya zardob triglitseridlarining ko'payishi va yuqori zichlikdagi lipoprotein xolesterin (HDL-C) ning pastligi va past zichlikdagi lipoprotein xolesterin (LDL-C) ning ko'payishi bilan tavsiflanadi. Qalqonsimon bez gormonlari lipid gomeostazining ko'p jihatlarini tartibga soladi va ularning yetishmasligi LDL retseptorlari faolligining pasayishiga va apolipoprotein ekspressiyasining o'zgarishiga olib keladi, shu bilan aterogenezni rag'batlantiradi. [10]

Subklinik gipoteriozda dislipidemiya prevalentni 30–50% ni tashkil etadi, LDL darajasi o'rtacha 10–15% ga yuqori bo'ladi. Yurak-qon tomir kasalliklari xavfi $HR = 1.20-1.30$ ko'rsatkich bilan ifodalanadi. $TSH > 10$ mIU/L bo'lgan bemorlarda xavf yanada yuqori ekani aniqlangan [1].

5. Kognitiv buzilishlar

Gipoterioz bilan og'rigan ayollarda turli darajadagi kognitiv buzilishlar aniqlanadi: diqqatning pasayishi, qisqa muddatli xotiraning yomonlashuvi hamda fikrlash jarayonlarining sekinlashuvi. Ushbu o'zgarishlar miya neyromediator tizimlari va neyronlarmetabolizmiga ta'sir qiluvchi tireoid gormonlar yetishmovchiligi bilan bog'liq. [14]

Meta-tahlillarga ko'ra, subklinik gipoteriozda demensiya rivojlanish xavfi $OR = 1.36$ ni tashkil etadi. 75 yoshdan katta ayollarda bu ko'rsatkich $OR \approx 1.56$ gacha oshgan [20].

Yuqoridagi meta-tahlillar gipoteriozli ayollarda klinik sindromlar yuqori prevalentligini va ko'p tizimli xususiyatini tasdiqlaydi. Ayniqsa reproduktiv yoshdagi ayollarda depressiya, jinsiy disfunktsiya va homiladorlik asoratlari sezilarli klinik ahamiyatga ega. Subklinik shakllar ham yurak-qon tomir va reproduktiv xavflarni oshirishi sababli klinik monitoring talab etadi [7,4,1].

Gipoteriozli ayollarda:

Depressiya xavfi 48–77% oshadi [7].

Jinsiy disfunktsiya 41–45% hollarda uchraydi [6].

PCOS xavfi 2.87 barobar yuqori [5].

Abort xavfi 45–70% ga oshadi [4,3].

Levotiroksin terapiyasi homila yo'qotilishini 22% kamaytiradi [4].

Yurak-qon tomir xavfi 20–30% yuqori [1].

Xulosa

Gipoterioz ayollarda keng tarqalgan endokrin kasalliklardan biri bo'lib, organizmning turli tizimlari faoliyatiga kompleks ta'sir ko'rsatadi. Qalqonsimon bez gormonlari metabolism, markaziy asab tizimi, yurak-qon tomir tizimi hamda reproduktiv tizim faoliyatini tartibga solishda muhim rol o'ynaydi. Shu sababli ularning yetishmovchiligi ko'p tizimli klinik sindromlarning shakllanishiga olib keladi.

Adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, gipoteriozli ayollarda psixosotsial buzilishlar keng tarqalgan bo'lib, depressiya rivojlanish xavfi umumiy populyatsiyaga nisbatan 48–77% ga yuqori. Asteno-depressiv sindrom, apatiya, emotsional labililik hamda kognitiv funksiyalarning pasayishi kasallikning muhim klinik ko'rinishlari hisoblanadi. Ushbu o'zgarishlar ko'pincha asosiy endokrin patologiyani niqoblab, tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi.

Reproduktiv tizimda kuzatiladigan o'zgarishlar ham gipoteriozning muhim klinik jihatlaridan biridir. Qalqonsimon bez gormonlari yetishmovchiligi gipotalamo-gipofizar-ovarial o'q faoliyatining buzilishiga olib kelib, anovulyator sikllar, hayz siklining buzilishi, bepustlik hamda giperprolaktinematik sindrom rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Tadqiqot natijalariga ko'ra, gipoteriozli ayollarda jinsiy disfunktsiya 41–45% hollarda aniqlanadi. Shuningdek, polikistik tuxumdori sindromi rivojlanish xavfi 2.87 barobar yuqori ekanini aniqlangan. Homiladorlik davrida esa spontan abort xavfi 45–70% ga ortadi, preeklampsiya va muddatidan oldin tug'ilish ehtimoli ham yuqori bo'ladi.

Metabolik o'zgarishlar gipoteriozning yana bir muhim klinik komponenti hisoblanadi. Qalqonsimon bez gormonlari lipid va energiya almashinuvini boshqarishda muhim ahamiyatga ega bo'lgani sababli ularning yetishmovchiligi dislipidemiya, metabolik sindrom va aterosklerotik jarayonlarning rivojlanishiga olib keladi. Natijada yurak-qon tomir kasalliklari rivojlanish xavfi o'rtacha 20–30% ga oshadi. Bundan tashqari, bradikardiya, diastolik gipertenziya hamda periferik tomir qarshiligining ortishi kabi kardiovaskulyar o'zgarishlar ham tez-tez kuzatiladi.

Yuqoridagi ma'lumotlar gipoteriozning ko'p tizimli klinik sindromlar bilan kechishini va ushbu kasallikni baholashda kompleks yondashuv zarurligini ko'rsatadi. Shuning uchun gipoteriozli ayollarni tekshirishda nafaqat qalqonsimon bez gormonlari darajasini aniqlash, balki psixonevrologik holat, reproduktiv funksiyalar, metabolik ko'rsatkichlar hamda yurak-qon tomir tizimi holatini ham baholash muhim hisoblanadi.

Erta tashxis qo'yish va o'z vaqtida levotiroksin terapiyasini boshlash klinik simptomlarning regressiyasiga, reproduktiv funksiyaning tiklanishiga hamda yurak-qon tomir asoratlari xavfining kamayishiga olib keladi. Shu sababli gipoteriozli ayollarda klinik sindromlarni o'z vaqtida aniqlash va kompleks baholash kasallik prognozini yaxshilash hamda bemorlarning hayot sifatini oshirishda muhim ahamiyat kasb etadi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Ding X, Yang L, Wang H, et al. Subclinical hypothyroidism and the risk of cardiovascular events and mortality: an updated meta-analysis. *Eur J Endocrinol.* 2019;180(6):395–403. doi:10.1530/EJE-18-0906.
2. Krysiak R, Szkróbka W, Okopień B. The effect of thyroid disorders on sexual function in women. *Endokrynol Pol.* 2017;68(3):298–307. doi:10.5603/EP.a2017.0025.
3. Maraka S, Singh Ospina NM, O'Keeffe DT, et al. Subclinical hypothyroidism in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Thyroid.* 2016;26(4):580–590. doi:10.1089/thy.2015.0418.
4. Nazarpour S, Ramezani Tehrani F, Simbar M, et al. Levothyroxine treatment and pregnancy outcomes in women with subclinical hypothyroidism: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2019;300:805–819. doi:10.1007/s00404-019-05207-9.
5. Rao M, Zeng Z, Zhou F, et al. Association between subclinical hypothyroidism and polycystic ovary syndrome: a meta-analysis. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2021;12:645652. doi:10.3389/fendo.2021.645652.
6. Salari N, Heidarian P, Jalili F, et al. The prevalence of sexual dysfunction in women with thyroid disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Endocr Disord.* 2024;24:17. doi:10.1186/s12902-024-01517-2.
7. Siegmann EM, Müller HH, Luecke C, et al. Association of depression and anxiety disorders with hypothyroidism: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(5):523–532. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.4541.

8. Wang Y, Wang H. Effect of hypothyroidism on female sexual function: a meta-analysis. *Sex Med.* 2020;8(2):195–205. doi:10.1016/j.esxm.2019.12.001.
9. Atis G, Dalkilinc A, Altuntas Y, et al. Sexual dysfunction in women with clinical and subclinical hypothyroidism. *J Sex Med.* 2010;7(7):2583–2590. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01777.x.
10. Tilici DM, Costinescu RM, Paun DL, Paun SC, Guja C. Modulation of metabolic syndrome components by oral semaglutide in hypothyroid-T2DM patients: a retrospective analysis. *J Med Life.* 2025;18(12):1094–1099. doi:10.25122/jml-2025-0144.
11. Абдулхабирова ФМ. Синдром гипотиреоза. Эффективная фармакотерапия. 2022;18(32):40–45.
12. Бирюкова ЕВ, Абрамова АД. Гипотиреоз: от диагностики к успеху терапии. *Consilium Medicum.* 2025;27(4):210–217.
13. Гродницкая ЕЭ. Патология щитовидной железы у женщин с синдромом поликистозных яичников. *Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение.* 2023;(4):45.
14. Дедов ИИ, Мельниченко ГА. *Эндокринология.* М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019.
15. Дедов ИИ, Мельниченко ГА, ред. *Клиническая эндокринология.* М.: Медицина; 2017.
16. Петеркова ВА. *Руководство по эндокринологии.* М.; 2018.
17. Фадеев ВВ. *Гипотиреоз.* М.: Практическая медицина; 2018.
18. Перминова СГ. Патология щитовидной железы и репродуктивная функция женщин. М.: Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН; 2012.
19. Ушанова ФО, Демидова ТЮ, Багилова АР. Гипотиреоз и беременность: диагностические и терапевтические дилеммы в современных алгоритмах ведения. *FOCUS Эндокринология.* 2025.
20. Chaker L, Wolters FJ, Bos D, et al. Thyroid function and the risk of dementia: a meta-analysis. *Thyroid.* 2018;28(10):1177–1185. doi:10.1089/thy.2018.0250.

Qabul qilingan sana 20.02.2026