

HOMILADORLIK DAVRIDA QALQONSIMON BEZ FAOLIYATINING LABORATOR NAZORATI

¹Aslanov Gulom

²Turdiyev Shuhrat Berdiyevich

³Nasullayev Fayzi Otabek o'g'li

⁴Mirjonova Madina Mirjonovna

⁵Mutalimova Zulfizar Burkhonovna

Navoi davlat Universiteti Tabiiy
fanlar va Tibbiyot fakulteti.

Annotatsiya

Homiladorlik davrida qalqonsimon bez faoliyatining o'zgarishi ona va homila sog'lig'i uchun muhim klinik ahamiyatga ega. Ushbu maqolada homilador ayollarda qalqonsimon bez funksiyasining laborator nazorati, trimesterga xos normativ qiymatlar, asosiy diagnostik indikatorlar (TSH, FT4, TPO antitanachalari) va ularning klinik ahamiyati tahlil qilindi. Subklinik va oshkora gipotireoz, shuningdek gipertireoz shakllari, ularning skrining va davolash strategiyalari ko'rib chiqildi. Ish natijalari shuni ko'rsatadiki, homiladorlikda qalqonsimon bez funksiyasini tizimli laborator nazorat qilish perinatal asoratlarni kamaytirish va ona-homila sog'lig'ini saqlashda hal qiluvchi omil hisoblanadi.

Kalit so'zlar: homiladorlik, qalqonsimon bez, TSH, FT4, TPO antitanachalari, subklinik gipotireoz, gipertireoz, laborator nazorat, skrining.

Kirish

Homiladorlik inson organizmida, xususan endokrin tizimda chuqur fiziologik o'zgarishlarni yuzaga keltiradi. Qalqonsimon bez gormoni (T4, T3) va tireotropin (TSH) homila miyasining rivojlanishi, nerv tizimi yetilishi hamda metabolik jarayonlarning barqaror o'tishida muhim rol o'ynaydi [1]. Homiladorlik davrida qalqonsimon bez funksiyasi buzilishi onada — preeklampsiya, anemiya, erta tug'ruq, depressiya kabi; homilada esa — nevrologik rivojlanish kechikishi, past tug'ilish vazni va abort xavfi kabi asoratlarga sabab bo'lishi mumkin [2]. Shu sababli, homiladorlikda qalqonsimon bez faoliyatini muntazam va tizimli laborator nazorat qilish, vaqtida tashxis qo'yish va davolash choralarini ko'rish perinatal natijalarni yaxshilashda hal qiluvchi omil hisoblanadi. Ushbu tezisning maqsadi — homiladorlik davrida qalqonsimon bez faoliyatini baholashning laborator mezonlari, xalqaro ko'rsatkichlari va ularning klinik ahamiyatini tahlil qilishdan iborat.

Asosiy qism

Dunyo bo'yicha har 20 ayoldan bittasida qalqonsimon bez faoliyatining buzilishi kuzatiladi, homiladorlik davrida esa bu ko'rsatkich 2–3% ni tashkil etadi [3]. Xalqaro tadqiqotlarga ko'ra, subklinik gipotireoz homiladorlik asoratlari xavfini 1,8 baravar oshiradi [4]. Shu sababli Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) va ATA (American Thyroid Association) homilador ayollarda qalqonsimon bez funksiyasini birinchi trimestrda skrining asosida baholashni tavsiya qiladi.

Ushbu ishda 2010–2023-yillarda e'lon qilingan xalqaro klinik tavsiyalar va meta-tahlillar o'rganildi. Ma'lumotlar PubMed, Scopus, va Google Scholar bazalaridan “thyroid function in pregnancy”, “TSH reference range”, “FT4 trimester-specific”, “TPO antibodies” kalit so'zlari orqali tanlandi. Faqatgina ingliz tilidagi, homilador ayollarni o'z ichiga olgan klinik tadqiqotlar tahlilga kiritildi.

1. Qalqonsimon bez fiziologiyasi va homiladorlik

Homiladorlik davrida xoriogonadotropin (hCG) TSH reseptorlarini rag'batlantiradi, natijada birinchi trimestrda TSH fiziologik pasayadi. Estrogen ta'sirida tiroksin-bog'lovchi globulin (TBG) miqdori ortadi va bu umumiy T4 darajasini oshiradi [5]. Shuning uchun trimesterga xos laborator me'yorlardan foydalanish zarur:

Ko'rsatkich	1-trimestr	2-trimestr	3-trimestr
TSH (mIU/L)	0.1–2.5	0.2–3.0	0.3–3.5
FT4 (pmol/L)	10–22	9–20	8–18

2. Asosiy laborator ko'rsatkichlar

- **TSH:** birinchi trimestrda <2.5 mIU/L normal deb baholanadi. >2.5 mIU/L bo'lsa, gipotireoz ehtimoli ko'riladi [6].
- **Erkin T4 (FT4):** past bo'lishi gipotireoz, yuqori bo'lishi gipertireoz belgisi.
- **TPO antitanachalari:** autoimmun tireoidit va homiladorlikdagi gipotireozning asosiy sababi [7].

3. Kasallik shakllari va laborator tashxis

Subklinik gipotireoz – TSH ↑, FT4 normal, TPOAb ijobiy.

Oshkora gipotireoz – TSH ↑, FT4 ↓.

Gipertireoz (Graves kasalligi) – TSH ↓, FT4 ↑, TRAb ijobiy.

Statistik tahlillar ko'rsatishicha, TPO ijobiy ayollarda preeklampsiya xavfi 1.5 baravar, past tug'ilish vazni esa 2 baravar yuqori [8].

Amaliy ahamiyati shundan iboratki:

1. **Skrining:** barcha homilador ayollarga birinchi trimestrda TSH, FT4 va TPO antitanachalari uchun test tavsiya etiladi.

2. **Davolash nazorati:** levotiroksin terapiyasida bo'lgan bemorlarda har 4–6 haftada TSH va FT4 qayta baholanadi.
3. **Mahalliy me'yorlar:** laboratoriyalar o'z hududiy populyatsiyasiga asoslangan trimester-me'yorlarni ishlab chiqishi kerak.

Xulosa qiladigan bo'lsam homiladorlikda qalqonsimon bez faoliyatining fiziologik va patologik o'zgarishlarini chuqur laborator tahlil qilish onaning va homilaning sog'lom rivojlanishini ta'minlaydi. Trimesterga xos laborator mezonlar va xalqaro tavsiyalar asosida skrining tizimini joriy etish — gipotireoz va gipertireozni erta aniqlash, perinatal asoratlarni kamaytirishning eng samarali yo'lidir. Kelajakda mahalliy laborator mezonlarni aniqlash bo'yicha keng ko'lamli klinik tadqiqotlar o'tkazish tavsiya etiladi.

Adabiyotlar

1. Krassas GE, Poppe K, Glinoe D. *Thyroid function and human reproductive health*. Endocr Rev. 2010;31(5):702–755.
2. Haddow JE, Palomaki GE, Allan WC, et al. *Maternal thyroid deficiency during pregnancy and neuropsychological development of the child*. N Engl J Med. 1999;341(8):549–555.
3. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, et al. *Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum*. J Clin Endocrinol Metab. 2012;97(8):2543–2565.
4. Casey BM, Dashe JS, Wells CE, et al. *Subclinical hypothyroidism and pregnancy outcomes*. Obstet Gynecol. 2005;105(2):239–245.
5. Glinoe D. *The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology*. Endocr Rev. 1997;18(3):404–433.
6. Stagnaro-Green A, et al. *Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum*. Thyroid. 2011;21(10):1081–1125.
7. Negro R, Schwartz A, Gismondi R, et al. *Universal screening versus case finding for detection and treatment of thyroid dysfunction during pregnancy*. J Clin Endocrinol Metab. 2010;95(4):1699–1707.
8. Wilson KL, Casey BM, McIntire DD, et al. *Subclinical thyroid disease and hypertension in pregnancy*. Obstet Gynecol. 2012;119(2):315–320.