

**DIFFUZ TOKSIK BUQOQNING HOMILADOR AYOLLARDA O`ZIGA XOS  
KECHISHI**

*Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti  
Pediatriya fakulteti 405-guruh talabalari:*

***Baxronova Shaxrizoda***

***Fozilova Nodira***

***Karimova Shahina***

***Asliyeva Shaxrizoda***

***Abdurahmonova Muhlis***

***Xidirov Lazizbek***

*Ilmiy rahbar: SamDTU Endokrinologiya kafedrasida assistenti:*

***Sodiqov Samad Salohiddinovich***

**Annotatsiya:** Diffuz toksik buqoq (DTB) — bu qalqonsimon bezning ortiqcha faoliyati natijasida yuzaga keladigan va organizmda gipotireozning aksincha, qalqonsimon bezning ortiqcha gormonlar ishlab chiqarishi bilan bog'liq bo'lgan kasallikdir. Ushbu kasallikning asosiy sababi — autoimmun jarayonlar bo'lib, bu holatda organizmning immun tizimi qalqonsimon bezni hujum qiladigan antitanachalarni ishlab chiqaradi. Homiladorlik davrida diffuz toksik buqoq (DTB) rivojlanishi mumkin, lekin bu holat kamdan-kam uchraydi. Homiladorlikda qalqonsimon bezning faoliyati o'zgarishi mumkin, va bu, ba'zi holatlarda, DTB yoki boshqa qalqonsimon bez kasalliklarini yanada murakkablashtirishi mumkin.

**Kalit so'zlar:** DTB (Diffuz toksik buqoq), TSH (tireoid stimullovchi gormon), TSH retseptorlariga qarshi antitanachalar (TRAb), Antitireoid dori vositalari, tiroidektomiya.

So'nggi yillardagi ma'lumotlarga ko'ra, O'zbekistonda diffuz toksik buqoq 100 ming aholiga hisoblaganda, 48,2 % kishini tashkil qilgan.

Diffuz toksik buqoqning yosh va jins bo'yicha tarqalishi:

Ayollarda prevalens: Ayollar o'rtasida diffuz toksik buqoq va boshqa qalqonsimon bez kasalliklari 3-4 barobar ko'proq uchraydi. Bu ayollarda endokrin moyillik ya'ni homiladorlik, xayz ko'rsh sikl, emizish davri, klimatrik davrlari ko'p bo'lganligi bilan bog'liq. Shuningdek, 30-50 yosh oralig'idagi ayollarda ko'proq kuzatiladi.

Erkablarda prevalens: Erkablarda bu kasallikning tarqalishi nisbatan kamroq. Erkablarga nisbatan ayollarda 10 marta ko'proq qayd qilinadi. Statistika ko'ra, erkablarda diffuz toksik buqoq prevalensiyasi 0.1-0.2% ni tashkil qiladi. Kasallik

erkaklarda ko‘proq oftalmopatiya va pretibial miksedema alomatlari bilan birga kechadi.

Diffuz-toksik buqoq, yoki autoimmun gipertiroz - qalqonsimon bezning ortiqcha miqdorda gormonlar ishlab chiqishi bilan asoslangan va dastlab asab, yurak-tomir tizimi tomonidan o‘zgarishlar bilan harakterlanadi. Bu qalqonsimon bez kasalliklari orasida ko‘proq uchraydigan kasallik bo‘lib, asosan tirotoksikoz sindromlari bilan namoyon bo‘ladi.

Etiopatogenezi: Homiladorlarda diffuz toksik buqoqning kelib chiqishining asosiy sababi qalqonsimon bez faoliyatining buzilishi va autoimmun tizimdagi o‘zgarishlardir. Buqoqning ushbu turi odatda immun tizimining qalqonsimon bezga qarshi antitanachalar ishlab chiqarishi natijasida paydo bo‘ladi, bu esa bezni haddan tashqari faol holatga olib keladi. Homiladorlik davrida diffuz toksik buqoqning kelib chiqishiga quyidagi omillar ta'sir qilishi mumkin:

- Genetik moyillik – agar oilada qalqonsimon bez kasalliklari bo‘lsa, u homiladorlikda DTB xavfini oshirishi mumkin.
- Immun tizimi o‘zgarishlari – homiladorlik paytida immun tizimida o‘zgarishlar sodir bo‘ladi va bu qalqonsimon bezga qarshi autoimmun jarayonlarni kuchaytirishi mumkin.
- Stress – homiladorlik stress omillari bilan birga kelib chiqishi mumkin va bu qalqonsimon bez faoliyatini beqarorlashtirishi mumkin.
- Atrof-muhit omillari va oziqlanish – yod yetishmasligi yoki boshqa oziq moddalar yetishmasligi qalqonsimon bez faoliyatini buzib, DTBga olib kelishi mumkin. Homiladorlik paytida diffuz toksik buqoq xavfini kamaytirish uchun doimiy tibbiy kuzatuv, qalqonsimon bez faoliyatini tekshirish va zarurat bo‘lganda davolash choralari ko‘rish kerak.

Klinikik manzarasi: Homiladorlik davrida diffuz toksik buqoqda quyidagi klinik belgilar kuzatilishi mumkin:

- Asabiylik va ta'sirchanlik oshishi – homilador ayollarda bezovtalik, asabiylashish, stress va uyquning buzilishi keng tarqalgan bo‘ladi. Diffuz toksik buqoq bo‘lganda bu alomatlar kuchayishi mumkin.
- Ozib ketish – gipertireoz metabolizmni tezlashtiradi, natijada homilador ayolda vazn yo‘qotish kuzatilishi mumkin, bu esa homiladorlikda odatda nomaqbul hisoblanadi.
- Tez yurak urishi (taxikardiya) – yurak urishining tezlashishi (yurak urish tezligi 100-120 martagacha) va yurak urishidagi aritmiyalar tez-tez uchraydi.
- Terlash va issiqlikka chidamsizlik – homilador ayolda teri namlanishi va issiqlikni sezuvchanlik oshishi kuzatilishi mumkin.

- Ko‘zlarning o‘zgarishi (ekzoftalm) – ayrim bemorlarda ko‘zlar oldinga chiqishi (ekzoftalm) kuzatiladi, bu esa DTB ning xos belgilardan biri hisoblanadi.
- Zaiflik va charchoq – bu belgi ham homiladorlikda keng uchrasa-da, DTB bor ayollarda kuchliroq ifodalanadi va faoliyat qobiliyatini pasaytiradi.
- Qalqonsimon bezning kattalashishi – qalqonsimon bezning kattalashishi ko‘zga tashlanishi mumkin, ba’zida og‘riq yoki noqulaylik hissini beradi.

Klinik-laborator instrumental diagnostikasi:

Homiladorlarda diffuz toksik buqoq (DTB) diagnostikasi uchun instrumental va laborator tekshiruvlar qalqonsimon bezning faoliyatini, uning tuzilishi va autoimmun jarayonlarning mavjudligini aniqlashga yordam beradi. Quyida DTB uchun asosiy instrumental va laborator tahlillar keltirilgan:

Laborator tekshiruvlar:

1. TSH (tireoid stimullovchi gormon):

Homiladorlarda DTBda TSH darajasi odatda past yoki deyarli aniqlanmaydi. Bu gipertireozning yaqqol belgisi hisoblanadi, qalqonsimon bezning ortiqcha faoliyati gipofizdan TSH ishlab chiqarilishini susaytiradi.

2. Erkin T4 va T3 (tiroksin va triiodtironin):

Qalqonsimon bez gormonlari (erkin T4 va erkin T3) darajasi yuqori bo‘ladi. Bu ko‘rsatkichlar qalqonsimon bezning ortiqcha gormon ishlab chiqarayotganini ko‘rsatadi va gipertireozni tasdiqlaydi.

3. TSH retseptorlariga qarshi antitanachalar (TRAb):

Homiladorlarda TRAb antitanachalarini aniqlash muhim, chunki bu antitanachalar DTBga xosdir va autoimmun jarayon mavjudligini tasdiqlaydi. Bu antitanachalar homilaga o‘tishi mumkinligi sababli homila rivojlanishiga ham ta’sir qilishi mumkin.

4. Antitireoglobulin (anti-Tg) va antitiroperoksidaza (anti-TPO) antitanachalari:

DTB autoimmun kasallik bo‘lgani uchun, qalqonsimon bezga qarshi boshqa antitanachalar (anti-Tg va anti-TPO) ham yuqori bo‘lishi mumkin. Bu antitanachalar DTB bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin, ammo ko‘pincha Graves kasalligida TSH retseptorlariga qarshi antitanachalar eng aniq belgidir.

Instrumental tekshiruvlar:

1. Qalqonsimon bez ultratovush tekshiruvi (UTT):

Homiladorlikda qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruvi xavfsiz usul bo‘lib, bezning kattalashganini (giperplaziya), struktura va uning o‘zgarishlarini aniqlash imkonini beradi.

DTB davolash prinsiplari:

Davolashda asosiy maqsad – qalqonsimon bez gormonlarining me’yoriy darajada bo‘lishini ta’minlash va kasallik alomatlarini yengillashtirish. Quyida homiladorlikda DTB davolash usullari keltirilgan:

### 1. Antitireoid dori vositalari:

Propiltiourasil (PTU): Homiladorlikning birinchi uch oyligida propiltiourasil qo'llaniladi, chunki u qalqonsimon bez gormonlari sintezini pasaytirib, gormonlar darajasini me'yorda ushlab turishga yordam beradi. PTU platsenta orqali kamroq o'tadi va homila uchun nisbatan xavfsiz hisoblanadi.

Metimazol: Homiladorlikning ikkinchi va uchinchi uch oyliklarida metimazol qo'llanilishi mumkin. Bu dori vositasi ham qalqonsimon bez faoliyatini pasaytiradi. Ammo homilaning birinchi uch oyligida kam qo'llaniladi, chunki u homilaning tug'ma nuqsonlariga sabab bo'lishi mumkin.

### 2. Dozani ehtiyotkorlik bilan tanlash

Dori vositalari dozasini minimal samarali darajada belgilash kerak, chunki yuqori doza qalqonsimon bez gormonlarini haddan tashqari pasaytirib, homilada hipotireozga sabab bo'lishi mumkin.

TSH, T4 va T3 ko'rsatkichlari doimiy ravishda kuzatilib boriladi va dori dozasi shu ko'rsatkichlarga qarab sozlanadi.

### 3. Beta-blokatorlar

Propranolol yoki boshqa beta-blokatorlar ba'zida yurak urishi tezlashganda (taxikardiya) va qo'shimcha simptomlarni yengillashtirishda qo'llaniladi.

### 4. Radioaktiv yod terapiyasi

Homiladorlik paytida radioaktiv yod terapiyasi mutlaqo man etiladi, chunki u platsenta orqali homilaga o'tadi va homilaning qalqonsimon beziga zarar yetkazishi mumkin.

### 5. Jarrohlik (tiroidektomiya)

Homiladorlik paytida antitireoid dori vositalariga nisbatan allergik reaksiya yoki dori samarasiz bo'lsa, jarrohlik davolash usuli ko'rib chiqilishi mumkin. Bu usul homiladorlikning ikkinchi uch oyligida amalga oshirilishi tavsiya etiladi, chunki bu davrda jarrohlik va umumiy narkoz homila uchun nisbatan xavfsizdir.

6. Parhez va ovqatlanish Homilador ayollar yodga boy bo'lmagan oziq-ovqat iste'mol qilishlari tavsiya etiladi. Shu bilan birga, vitamin va minerallar bilan boyitilgan muvozanatli ovqatlanish ham muhimdir.

**Xulosa:** DTB bo'lgan ayollarda homiladorlik davri ularda og'ir kechishini hamda tug'ma nuqsonli, majruh bolalar tug'ilish mumkinligini tushintirib homiladorlikni to'xtatish tavsiya etiladi. Agar DTB bo'lgan ayol vrach maslahatiga ko'nmay tug'ishga had qilsa bu holda, homilador ayol doimiy ravishda endokrinolog va ginekolog nazoratida bo'lishi kerak. Qalqonsimon bez gormonlari darajasi va umumiy holati kuzatilishi zarur, chunki DTB homila rivojlanishiga ham ta'sir qilishi mumkin. Homiladorlikda DTB davolash rejasini individual ravishda tuzish zarur, chunki har bir holatda onaning va homilaning salomatligi birlamchi hisoblanadi.

### Adabiyotlar:

1. To‘raqulov Yo.X., Islombekov R. Q., Qodiro v I. K., Buqoq va uni davolash, T, 1962;
2. Islombekov R.Q., Radioaktiv yod va qalqonsimon bez funksiyasi T, 1971.
3. Endokrinologiya:darslik.B.X. Shagzatova. -Toshkent 2021
4. Endokrinologiya : darslik / S. I. Ismailov [va boshq.]. - Toshkent : Taffakkur Bo‘stoni, 2017. - 512 b.
5. Endokrin tizim fiziologiyasi va patofiziologiyasi : oquv qollanma / G.U. Samiyeva. – Samarqand, 2023. – 100 bet.

