



Рахимова Мохизар Орифжоновна, Ахмедова Сайёра Мухаммадовна, Ниёзов Норбек Курбонович
Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФЕТОМЕТРИИ ПЛОДОВ

Рахимова Мохизар Орифжоновна, Ахмедова Сайёра Мухаммадовна, Ниёзов Норбек Курбонович
Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

FEATURES CHANGE OF FETOMETRY INDICATORS OF FETUS

Rakhimova Mohizar Orifjonovna, Akhmedova Sayyora Mukhamadovna, Niyozov Norbek Kurbonovich
Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: rmohizar1992@mail.ru

Резюме. Долзарблиги. Гипотиреоз касаллиги хозирги кунда ёд этишмовчилиги билан боғлиқ болган эндемик касаллик ҳисобланади. Бу касаллик қалқонсимон безини этишмовчилиги бўлиб бутун дунёда қолаверса Ўзбекистон Республикасида ҳам кенг тарқалган. Илмий ишнинг мақсади: соғлом аёлларда ва гипотиреоз ҳолатида ҳомиладор аёлларда хомилалик антропометрик параметрларни ўрганиш. Тадқиқот материаллари ва усуллари: Биз 25 та гипотиреоз ҳолатидаги ва 32 соғлом ҳомиладор аёлларнинг фетометрик маълумотларини текшириб қоришига мувоффақ болдик. Хомиланинг ривожланишини биринчи даврида 12-13 ҳафта, иккинчи даврида 22-23 ва 24-25 ҳафталарда скрининг тадқиқотлар стандартга кўра амалга оширилди. Хулоса: Барча босқичларда гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёллар хомиласини бошининг атрофи соғлом ҳомиладор аёллар хомиласидан кичикроқ ҳажмга ега эканлигини кўришимиз мумкин.

Калит сўзлари: Гипотиреоз, фетометрия, скрининг текширувлари, қалқонсимон беги паталогияси.

Abstract. Relevance. Hypothyroidism is now an endemic disease associated with iodine deficiency. This disease is a thyroid insufficiency and is widespread in the Republic of Uzbekistan. The purpose of scientific work: to study the anthropometric parameters of the fetus in healthy women and pregnant women with hypothyroidism. Materials and methods of research: We were able to study the fetometric data of 25 pregnant women with hypothyroidism and 32 healthy pregnant women. Screening studies of fetal development were carried out according to the standard at 12-13 weeks in the first period, 22-23 and 24-25 weeks in the second period. Conclusion: At all terms, we can see that the fetuses of pregnant women with hypothyroidism have a smaller head circumference than the fetuses of healthy pregnant women.

Key words: hypothyroidism, fetometry, screening tests, thyroid pathology.

Кириш. Тироид гормонлари организмнинг ўсишини ва ривожланишини, тўқималарнинг ўсишини ва ривожланишини таминлайди [1]. Тўқималарни кислородга бўлган эҳтиёжни оширади [2]. Тизимли қон босимини, юракни уриши тезлигини ва кучини оширишади [2]. Аклий ва жисмоний фаоллик даражасини ошириб, хотирани ва мия иш фаоллигини оширади [3]. Тана ҳарорати терморегуляция ва метаболизмни тезлаштиради [2,4]. Тироид гормонларининг физиологик роли инсон ҳаётининг барча даврларида, шу жумладан хомилалик даврида ҳам [4] жуда муҳим ва хилма-хилдир. Улар хомила ривожланишини, тўқималарнинг ўсиши ва дифференциация жараёнларини, айниқса асабни тартибга солади ва мувофиқлаштиради. Тироид

гормонлари деярли барча метаболик жараёнларга таъсир қилади, постнатал ўсишни, психомотор, жисмоний ва интеллектуал ривожланишни яхшилади. Тироид гормонларинг қондаги тўлақонли миқдори боланинг ўсиши ва ривожланишида ҳамда барча органлар ва системаларнинг ривожланишида муҳим аҳамият касб этади [4,5]. Фаол ишлайдиган қалқонсимон беги бола организмни умумий орган системасини жадаллик билан ишлашини таминлайди [5]. Мураккаб даврни оз ичига олган купгина салбий омиллар шунингдек хомиладорлик, тугиш ва тугма нуқсонлар чақалоқ ҳаётининг биринчи ойида тиреотроп гормони даражасини вақтинчалик ўсиши янги тугилган чақалоқнинг гипопифиз ва қалқонсимон без тузилишини постнатал мосла-

шувини бузилишига олиб келади ва неонатал транзитор гипотиреодизм деб аталади (Князев Ю.А.2011) [6]. Қалқонсимон безнинг турли патологиялари бўлган аёлларда ҳомиладорлик даврида ҳомиланинг бачадон ичи ривожланишини кечикиши, тугилганда бола вазнини етишмовчилиги, антенатал ўлим [7] каби бир қатор омилларни келтириб чиқариши мумкин. Бироқ, адабиётларга кўра, биз қалқонсимон без функцияси етишмовчилиги ҳолатидаги аёлларда ҳомиладорлик пайтида кечадиган ҳомиланинг антропометрик хусусиятлари ҳақида маълумотларни топмадик. Ушбу масалани чуқур ўрганиш ушбу тоифадаги ҳомиладор аёлларда ҳомила ривожланишини оқилона баҳолаш бўйича тавсиялар ишлаб чиқишга имкон беради.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. I, II ва III триместрларда белгиланган скрининг текширувлари Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил июнь ойидаги «болалардаги ирсий ва туғма касалликлар профилактикасида пренатал ташхисни такомиллаштириш тўғрисида» ги ССВ 5590 буйруғига мувофиқ амалга оширилади. Биз 25 та гипотиреоз ҳолатидаги ва 32 соғлом ҳомиладор аёлларнинг фетометрик маълумотларини текшириб коришга мувоффақ болдик. Ҳомиланинг ривожланишини биринчи даврида 12-13 ҳафта, иккинчи даврида 22-23 ва 24-25 ҳафталарда скрининг тадқиқотлар стандартга кўра амалга оширилди. Ҳар икки гуруҳдаги ҳомиладор аёлларнинг ўртача ёши $33 \pm 0,4$ ёшни, ва ҳамма ҳомиладор аёллар қорнида битта ҳомилага эга аёлларни ажратиб олинди (эгизаклар гуруҳдан чиқазилди). Биринчи скрининг давомида биз ҳомиланинг коксико – парие-тал (БП) ҳажми ва ёқа бўшлиғини (ЛЗ) қалинлигини ўлчанади. Ультратовуш текшируви фақат фронтал оксипитал ҳажми $45,85$ мм ёки ундан катта булгандагина, информатив бўлади. Иккинчи скрининг, шунингдек, Даун синдроми, Эдвардс, асаб найчасининг ривожланиш нуқсони ва бошқа аномалиялар билан бола туғилиши хавфини аниқлашга қаратилган.

Олинган натижалар ва муҳокама: Тадқиқот натижаларимиз шуни кўрсатдики, 12-13 ҳафталардаги биринчи скрининг текширувида соғлом ҳомиладор аёллар ҳомиласи бошининг бипариетал ҳажми ўртача $22,2 \pm 1,3$ мм га тенг эди. Айнан шу даврда гипотиреоз билан касалланган ҳомиладор аёллар ҳомиласининг ушбу кўрсаткичлари сезиларли фарқ қилмади, ўртача $20,9 \pm 1,4$ мм ташкил этди. 14-15 ҳафталик ҳомила бошининг ўртача БП ҳажми соғлом ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласида $29,5 \pm 0,8$ мм, гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласида эса $26,2 \pm 1,2$ ммни ташкил қилган. Бизда 12-13 ҳафтадан то 25 ҳафталик пайтигача соғлом ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласини ўсиш суръати

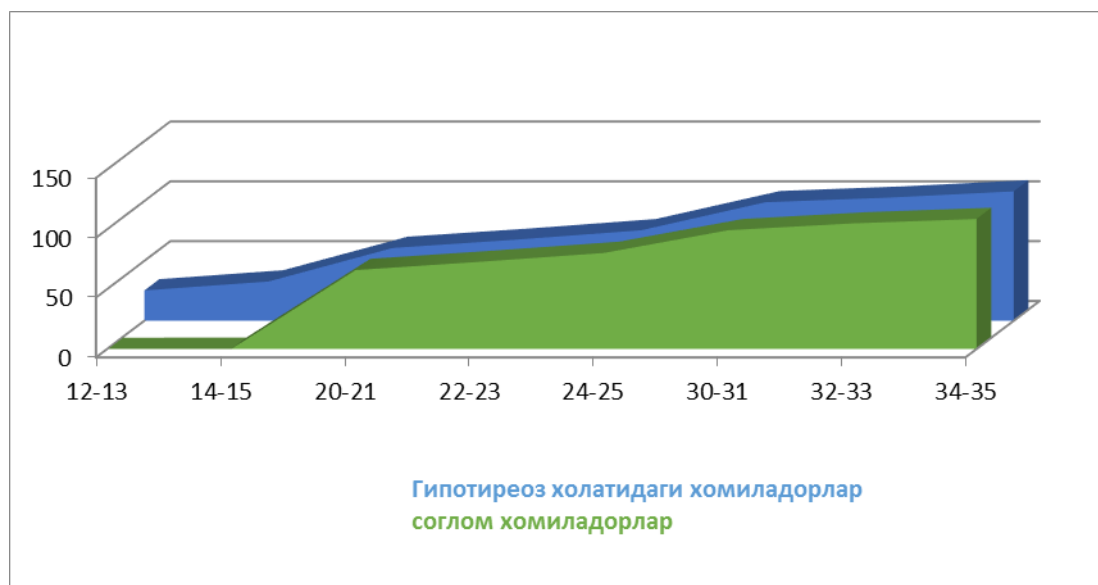
15% га гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласи эса 32 % га ўсганини кўрсатди. Иккинчи скрининг босқичида гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласини бипариетал ҳажми соғлом ҳомиладор аёлларга қараганда анча паст эди. 20-21 ҳафталарда ўрганилаётган кўрсаткич мос равишда $46,8 \pm 1,4$ ва $54,2 \pm 2,6$ мм ташкил этди. Ушбу кўрсаткичлар гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласини 22-23 ҳафтада ўртача $51,8 \pm 1,9$ ва соғлом ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласини $60,3 \pm 2,6$ мм га ошганини кўрсатди. 24-25 ҳафтада эса соғлом ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласини $67,2 \pm 2,6$ ва гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласини $59,4 \pm 1,9$ ммни ташкил қилганини кўришимиз мумкин. Олинган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, статистик жиҳатдан соғлом ҳомиладор аёллардаги ҳомила бошининг бипариетал ҳажми гипотиреоз ҳолатида ҳомиладор аёлларни ҳомиласининг ўлчамларидан каттароқ эканлиги аниқланди. Шу билан бирга, 20-дан 25-ҳафтагача соғлом ҳомиладор аёлларда ушбу кўрсаткичнинг ўсиши 23,9%, гипотиреоз ҳолатида ҳомиладор аёлларда эса 26% ташкил қилди. Учинчи скрининг текширувининг натижаларини шуни кўрсатдики, гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёлларда бипариетал ҳажми соғлом ҳомиладорларга нисбатан кичикроқ эканлиги статистик жиҳатдан тасдиқланган ($p < 0,05$). Яъни соғлом ҳомиладор аёлларда ҳомила бошининг бипариетал ҳажми ўртача $79,8 \pm 1,6$ (30-31ҳафта), $82,3 \pm 1,5$ (32-33ҳафта) ва $87,2$ (34-35ҳафта) ни ташкил қилган. Гипотиреоз ҳолатида ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг 30-31ҳафтасида ушбу кўрсаткичнинг ўртача қийматлари $77,5 \pm 0,7$ мм, 32-33 ҳафтада $79,8 \pm 1,2$ мм, 34-35 ҳафтада эса $84,8 \pm 0,8$ ммга тенг бўлган. Яъни, соғлом ҳомиладор аёлларда ўрганилаётган кўрсаткич эндокрин патологияга эга бўлган ҳомиладор аёлларга нисбатан 2% кўпроқ эди.

12-13 ҳафталарда соғлом ҳомиладор аёлларда фронтал оксипитал ҳажми ўртача $27,3 \pm 1,3$ мм, 14-15 ҳафтада $35,9 \pm 1,8$ мм ва гипотиреоз ҳолатида ҳомиладор аёлларда навбати билан $25,3 \pm 1,5$ ва $14-15$ $32,8 \pm 0,9$ мм ($p > 0,05$) кўрсатди. 12-15 ҳафталик даврида соғлом ҳомиладор аёлларда фронтал оксипитал ҳажмини ўсиш сурати 31% гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёлларда эса 29% ташкил этган. Иккинчи скрининг текшируви вақтида соғлом ҳомиладор аёлларнинг ҳомила бошининг фронтал оксипитал ҳажми $72,8 \pm 1,5$ мм га ҳамда 20-21 ҳафталик пайтида ўртача $65,9 \pm 1,1$ ммни ташкил қилган. 22-23 чи ҳафталарда гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёлларнинг фронтал оксипитал ҳажми бироз кичикроқ ва ўртача $60,8 \pm 0,9$ ва $67,8 \pm 1,3$ мм га тенгдир. Учинчи

скрининг давомида 30-31 ҳафталик соғлом ҳомиладор аёлларларимизда фронтал-оксипитал ҳажми ўртача $99,2 \pm 1,5$ мм, гипотиреоз ҳолатида бўлган ҳомиладорларда эса бу кўрсаткичлар $99,0 \pm 0,8$ мм га тенг эди. 32-33-ҳафтада ҳомила бошининг фронтал-оксипитал катталигининг ўртача қийматлари соғлом ҳомиладор аёлларда $104,9 \pm 0,9$ мм, гипотиреоз ҳолатида ҳомиладор аёлларда эса $102,9 \pm 1,3$ ммга тенг. Хар иккала гуруҳни солиштирганда статистик фарқлар аниқланмади. Учинчи скрининг вақтида 30 дан 35чи ҳафталарда бўлган муддатда соғлом ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласини фронтал оксипитал ҳажми ортиши $9,4\%$ га, ва гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёлларда эса $9,1\%$ га тенг. Ҳомила бош суяги ривожланишини баҳолашнинг яна бир мезони-бошнинг атроф айланасидир, унинг ҳажми хомиланинг бошига боғлиқ эмас. 12-13 ва 14-15 ҳафтада (биринчи скрининг ўрганиш) даврида, соғлом ҳомиладор аёлларнинг ҳомила бошини айланасидаги бу кўрсаткич ўртача қиймати мос равишда $75,5 \pm 1,4$ ва $100,3 \pm 0,5$ мм га тенг, аммо гипотиреоз ҳолатдаги оналарда эса $73,2 \pm 1,1$ ва $96,9 \pm 1,4$ ммга тенгдир. Хар иккала гуруҳларда ушбу қийматларнинг статистик жиҳатдан сезиларли фарқлари қайд этилмаган ($p > 0,05$). Соғлом ҳомиладор аёлларда бош атрофи ўсишининг интенсивлиги $32,8\%$, гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласи бошини айланаси эса $32,3\%$ ни ташкил қилган. Соғлом ҳомиладор аёлларнинг ҳомила бошини айланаси иккинчи скрининг текшируви босқичида яни 20-21 ҳафталикда ҳомила бошининг атрофи ўртача $181,8 \pm 1,8$ мм, 22-23 ҳафтада $199,3 \pm 3,1$ мм, 24-25 ҳафтада $20,0 \pm 2,7$ мм га етди. Гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёлларда ҳомила боши айланасининг ўртача қиймати ушбу мониторинг

вақтида мос равишда $177,5 \pm 1,8$, $190,1 \pm 2,5$ ва $215,3 \pm 3,1$ мм эди. Соғлом ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласини бош атроф айланаси ўсиш суръати 20 дан 25- ҳафталарда 21% га, гипотиреоз ҳолатидагиларида эса шу вақтда $21,2\%$ га тенг болган. Учинчи скрининг босқичида, гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёлларнинг ҳомила бошини айланаси 30-31 ҳафтада бошнинг атрофи $280,2 \pm 2,4$ мм, 32-33 ҳафтада $294,5 \pm 2,1$ мм, 34-35 ҳафта вақтида $305,9 \pm 2,4$ мм га тенг эди (1-Расм). Шу билан бир қаторда соғлом ҳомиладор аёлларнинг ҳомила бошини айланаси бу даврда мос равишда $281,4 \pm 2,1$, $297,6 \pm 2,5$ ва $312,4 \pm 3,9$ мм эди.

Скрининг текширув босқичларида ўрганилаётган кўрсаткичларнинг ўсиш суръатларини ўрганиш хомилалик ўсиш жараёнида юзага келадиган адаптив жараёнларни баҳолашга имкон беради. Тадқиқот натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, 16-20 ҳафталар (биринчи ва иккинчи скрининг курсаткичлари ўртасидаги босқичлар) бош ўлчамларининг энг юқори ўсиш даври ҳисобланади. Шу билан бирга, соғлом ҳомиладор аёлларда, бипариетал ҳажми ўсиш $83,7\%$ ни, бош атрофи $81,2\%$, ни ҳамда фронтал оксипитал ҳажми $83,5\%$ ни ташкил қилган. Гипотиреоз ҳолатида ҳомиладор аёлларнинг ҳомила бошини айланасидаги бош параметрларининг ўсиш интенсивлиги соғлом аёлларга қараганда камроқ корсатгични ташкил этди. 21-дан 25-ҳафтагача бўлган ҳар иккала гуруҳда ҳомила бошининг параметрларини ошиши 2 мартага секинлашди. Шу билан бирга, соғлом ҳомиладор аёлларда ҳомила бошини айланаси бошнинг бипариетал ҳажми $23,9\%$, бошнинг фронтал-оксипитал ҳажми $21,6\%$, бош атрофи $34,8\%$ га ошган.



Расм 1. Учинчи скрининг босқичида, гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёлларнинг ҳомила бошини айланаси

Гипотиреоз ҳолатида аёлларнинг ҳомиласи бошини айланаси бу кўрсаткичларга мос равишда 26,9, 24,3 ва 26,4% ташкил этган. Фетометрик кўрсаткичлар ўсишининг энг паст интенсивлиги учинчи скрининг текшируви даврида қайд этилган. Соғлом ҳомиладор аёлларда ҳомила бошини айланасидаги бипариетал ҳажми 3,1%, фронтал оксипитал 5,7%, бош атрофи 14,8% га ошган. Гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласи бошини айланаси кўрсаткичлари 3,4; 7 ва 16% эди. Фетометрик кийматларнинг энг жадал ўсиши 12 дан 35 ҳафтагача бўлган даврда кузатилди. Шундай қилиб, соғлом ҳомиладор аёлларнинг ҳомила бошининг бипариетал ҳажми 292,7%, фронтал оксипитал ҳажми 297,8%, бош атрофи 313,7% га ошди. Гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласидаги ўрганилаётган кўрсаткичларнинг ўсиши мос равишда 296, 295,6 ва 302,8% ни ташкил этдиган эди.

Хулоса: шундай қилиб, иккинчи скрининг босқичида гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласининг, бошни бипаритеал ва фронтал-оксипитал ўлчамлари соғлом ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласига нисбатан кичик бўлади деган хулосага келиш мумкин. Барча босқичларда гипотиреоз ҳолатидаги ҳомиладор аёллар ҳомиласини бошининг атрофи соғлом ҳомиладор аёллар ҳомиласидан кичикроқ ҳажмга эга эканлигини кўришимиз мумкин.

Адабиётлар:

1. Зайдиева З.С., Якунина Н.А., Прозоров В.В. Лечение и профилактика дефицита йода во время беременности // Рус. мед. журн. – 2008. – Т. 16, №19. – С. 329.
2. Киеня Т.А., Моргунова Т.Б., Фадеев В.В. Вторичный гипотиреоз у взрослых: диагностика и лечение // Клини. и экспер. тиреоидол. 2019. Т. 15, №2. – С. 64-72
3. De Groot L., Abalovich M., Alexander E.K. et al. Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: An. Endocrine Society.

Clinical Practice Guideline J. Clin. Endocrinol. Metab. 2012. Vol. 97, №8. P. 2543-2565.

4. Glinoeer D. Thyroid immunity, thyroid dysfunction, and the risk of miscarriage (Editorial) Amer. J. Reprod. Immunol. 2000. Vol. 43. P. 202.
5. Koulouri O., Auldin M.A., Agarwal R. et al. Diagnosis and treatment of hypothyroidism in TSH deficiency compared to primary thyroid disease: pituitary patients are at risk of underreplacement with levothyroxine Clin. Endocrinol. 2011. Vol. 74. P. 744-749.
6. Krassas G.E., Poppe K., Glinoeer D. Thyroid function and human reproductive health Endocrinol. Rev. 2010. Vol. 31. P. 702p-755
7. Leger J., Olivieri A., Donaldson M. et al. European Society for Paediatric Endocrinology consensus guidelines on screening, diagnosis, and management of congenital hypothyroidism Horm. Res. Paediatr. 2014. Vol.81. P. 80-103.
8. Зоеллер РТ (2003 йил апрел). "Транспласентал тироксин ва ҳомила миясининг ривожланиши". Клиник тадқиқотлар журнали. 111 (7): 954–7. doi:10.1172 / ЖСИ18236.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФЕТОМЕТРИИ ПЛОДОВ

Рахимова М.О., Ахмедова С.М., Ниёзов Н.К.

Резюме. Актуальность. Гипотиреоз в настоящее время является эндемическим заболеванием, связанным с дефицитом йода. Это заболевание является недостаточностью щитовидной железы и широко распространено в Республике Узбекистан. Цель научной работы: изучение антропометрических показателей плода у здоровых женщин и беременных с гипотиреозом. Материалы и методы исследования: Нам удалось изучить фетометрические данные 25 беременных с гипотиреозом и 32 здоровых беременных. Скрининговые исследования развития плода проводились по стандарту в 12-13 недель в первом периоде, 22-23 и 24-25 недель во втором периоде. Заключение: На всех сроках мы можем видеть, что плоды беременных с гипотиреозом имеют меньшую окружность головы, чем плоды здоровых беременных.

Ключевые слова: гипотиреоз, фетометрия, скрининговые тесты, тиреоидная патология.