

Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси ҳузуридаги
Нодавлат нотижорат ташкилотларини ва фуқаролик
жамиятини бошқа институтларини қўллаб-қувватлаш
жамоат фонди кўмагида чоп этилган.



Social Initiatives
Support Fund
Ижтимоий Ташаббусларни
Қўллаб-қувватлаш Фонди



РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ЙОД ТАНҚИСЛИГИНИ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ



Тошкент 2010

Ўзбекистон терапевтлари ассоциацияси

**Репродуктив ёшдаги аёлларда йод танқислигини
даволаш ва профилактика**

(услубий қўлланма)

“Соғлом она-соғлом фарзанд” дастури доирасида “Репродуктив саломатликни сақлаш ва соғлом оилани шакллантириш бўйича маслаҳатлар” мавзусида чоп этилмоқда

Тузувчилар:

“Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази” (РИТ ва ТРИАТМ) илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, т.ф.д. - Абдуллаев А.Х.

РИТ ва ТРИАТМ даволаш ишлари бўйича директор ўринбосари, т.ф.д., профессор - Камилова У.К.

РИТ ва ТРИАТМ катта илмий ходими, т.ф.н. - Туляганова Д.К.

Тошкент тиббиёт академияси умумий амалиёт шифокори ички касалликлар кафедраси ўқув маркази катта ўқитувчиси - Ярмухамедова Д.З.

РИТ ва ТРИАТМ кичик илмий ходими - Саатов З.З.

Тақризчи:

ССВ бош гастроэнтерологи, РИТ ва ТРИАТМ гастроэнтерология бўлими раҳбари, т.ф.д., профессор - Каримов М.М.

ТТА эндокринология кафедрасининг доценти, т.ф.н. - Баймухаммедова Х.К.



МУҚАДДИМА

Ўрта Осиёдаги атроф муҳитда йод танқислиги мавжуд бўлган шароитда қалқонсимон без касалликларининг аҳоли саломатлигига таъсири анча катта ҳисобланади. Сўнги йилларнинг маълумотларига кўра Ўзбекистонда қалқонсимон без хасталиклари катта ёшдаги 100 минг аҳолига нисбатан ҳисоблаганда 2847 беморни ташкил этади.

Қалқонсимон без фаолиятининг бузилиши ҳомиладорликнинг кечишига салбий таъсир этади. Ўз навбатида ҳомиладорлик ҳам қалқонсимон без фаолиятига таъсир кўрсатади. Соғлом аёлларда ҳомиладорлик қалқонсимон без фаолиятида қуйидаги ўзгаришларга олиб келади.

Ҳомиладорликнинг бошланғич даврида, бўлажак онанинг қалқонсимон бези нисбатан зўриқиб ишлай бошлайди ва кўпроқ, гормонлар ишлаб чиқаради. Ҳомиладорлик даврида қондаги эстрогенлар миқдорининг юқори бўлиши жигарда тироксин боғловчи глобулиннинг ҳосил бўлишини (синтезини) кучайтиради, натижада ҳомиладор қонида қалқонсимон без гормонларининг боғланган шакллари (умумий тироксин ва умумий уч йодтиронин) кўпаяди. Шу билан бирга бу гормонларнинг эркин, таъсирчан шаклларининг миқдори кўпинча ҳомиладорликка қадар бўлган миқдорда қолади.



Организмдаги қон таркибида айланиб юрган қалқонсимон без гормонларининг 99% дан ортиғи оқсиллар билан боғланган бўлиб, фаоллик кўрсатмайди. Уларнинг (эр Т3, эр Т4) 1% кам миқдори эркин шаклда бўлиб, қалқонсимон безнинг биологик таъсирини таъминлайди.

Шу билан бирга, атроф муҳитда йод танқислиги ўрта ва оғир бўлган ҳудудларда меъеридан кам миқдорда йод истеъмол қилиниши ҳомиладор аёлларда бир неча турдаги буқоқ касалликларига олиб келади. Яъни гипотиреоз, ёйма захарли ва захарсиз буқоқ, гестацион транзитор синдроми ва бошқалардир.

Куйидаги озиқ-овкатларда йод кўп миқдорда учрайди:



Сув ўтлари



Ош тузи



Ёнғоқ



Хурмо



ГИПОТИРЕОЗ



- ◆ *Гипотиреоз тана ички аъзоларида ва тўқималарида қалқонсимон без гормонларининг етишмаслиги натижасида вужудга келади*

Катталарда, ҳаёт давомида орттирилган гипотиреознинг бирламчи, иккиламчи, учламчи хиллари фарқланади. Қалқонсимон безда жойлашган патологик жараён ва ўзгаришлар (тиреоидит, қалқонсимон без резекцияси, радиоактив йод билан даволаш, ўсма ва бошқалар) натижасида вужудга келадиган гипотиреоз бирламчи ҳисобланади. Иккиламчи ва учламчи гипотиреозда патологик жараён (яллиғланиш, некроз, қон қуйилиши, ўсма ва бошқалар) гипоталамусда ва гипоталамусда жойлашган бўлиб, тиреотропин-рилизинг гормонини (ТРГ) ва тиреотроп гормонини (ТТГ) етишмаслиги қалқонсимон без фаолиятининг сусайишига сабаб бўлади. Туғруқдан сўнг учрайдиган, гипофизнинг олди бўлагининг некрози билан кечадиган хасталик Шихан синдромида бошқа гормонал ўзгаришлар билан бирга гипотиреоз ҳолати ҳам кузатилади. Гипотиреознинг кўп қисмини (90-95%) бирламчи гипотиреоз ташкил қилади. Гипотиреозда ҳомиладорлик - кам учрайди, чунки қалқонсимон без гормонларининг танқислиги насл бериш ва кўпайишга жавобгар ички аъзоларнинг фаолиятига салбий таъсир кўрсатади. Тухумдонларда премордиал фолликулалар етилиши секинлашади, овуляция жараёни бузилади, сариқ тана ривожланиши сусаяди.

- ◆ *Гипотиреоз хилма-хил клиник аломатлар билан намоён бўлади.*

Касалликнинг асосий белгилари (хотиранинг сусайиши, атрофдаги ҳодисаларга қизиқишнинг камайиши, ҳолсизлик, терининг қуруқ ва оч сариқ рангда бўлиши, тана вазнининг ортиши, юз ва кўз қоқоқларининг шишиши, тилнинг катталашиши, нутқнинг паст ва ноаниқ бўлиши, ҳайз циклининг бузилиши) яхши намоён бўлганда касалликнинг ташхисини қўйиш қийин эмас. Аммо катта ёшдагиларда гипотиреоз зимдан, секин-аста тараққий этади. Шунинг учун кўпинча гипотиреоз ташхиси анча кеч қўйилади.

Ҳомиладор аёлларда бирламчи гипотиреознинг сабаби кўпинча сурункали аутоиммун тиреоидит ёки диффуз токсик буқоқнинг ва бошқа хил буқоқларнинг резекциясидир.

Сурункали аутоиммун тиреоидитда кузатиладиган гипотиреоз, одатда ҳомиладорликдан аввал аниқланади ва компенсацияланади, аммо, аутоиммун тиреоидитнинг бошланиши баъзи ҳолларда ҳомиладорлик даврига тўғри келади. Аутоиммун тиреоидитни ҳомиладорликнинг эрта давларида аниқлаш учун, қалқонсимон безнинг фаолиятида бузилиши

борлиги шубҳа қилинган ҳомиладор аёлларни қонида тиреоглобулинга ва тиреоид пероксидазага қарши антителоларни аниқлаш тавсия этилади.

Гипотиреознинг ташхисини тасдиқлаш учун қон зардобиди ТТГ, Т3 ва эркин Т4 миқдори аниқланади. Бирламчи гипотиреозда ТТГ нинг қон зардобидидаги миқдори меъеридан (1-3 мкг/л) ортади, Т4 ва Т3 кам бўлади. Бирламчи гипотиреоздан фарқли иккиламчи гипотиреозда ТТГ миқдори меъернинг пастки чегарасида ёки ундан кам бўлади.

Гипотиреоз бўлган аёлларда ҳомиладорликнинг ривожланиши билан гипотиреоз аломатлари сусайиши кузатилади. Баъзи ҳолларда аутоиммун тиреоидитни ремиссияси кузатилади. Бунинг асосида юқорида кўрсатилган ҳомиладорликнинг иммуносупрессив таъсири ётади. Доимо тиреоидиннинг муайян дозасини қабул қилиб юрган аёлларда ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида қалқонсимон без фаолиятининг кучайиши аломатлари пайдо бўлиши эҳтимоли мавжуд. Бу аломатлардан бири юракнинг тез-тез уришидир. Буларнинг сабаби ҳомила қалқонсимон безининг гормонлари она танасига ўтишидир. Маълумки, онадаги гипотиреоз ҳомила қалқонсимон безининг тез тараққий этиб, вақтидан олдин гормон ишлаб чиқариш фаолиятини бошланишига олиб келади.

- ◆ *Гипотиреозга чалинган аёлларда ҳомиладорлик оғир кечади.*



Уларда ҳомиладорликнинг токсикозлари, камқонлик, бола тушиш ҳоллари кўп учрайди. Туғиш даврида туғиш фаоллигининг суст бўлиши, қон кетиш эҳтимоли кўп бўлади.

Гипотиреоз ҳомиланинг тараққиётига салбий таъсир кўрсатиб, кўпроқ, унинг бош мияси ҳамда скелетининг ривожланишида патологик ўзгаришлар юз беришига сабаб бўлади. Гипотиреозга чалинган оналардан касаллик яхши даволанмаса гаранг, соқов, кейинчалик ақлий ривожланиши орқада қоладиган эси паст, скелет тараққиётида туғма нуқсонлари

бўлган болалар туғилиши эҳтимоли катта бўлади.

Гипотиреозга чалинган ҳомиладор аёлларда ТТГ рецепторларини блокловчи антителоларнинг она қонидан йўлдош орқали ҳомила қон айланишига ўтиши фетал ёки неонатал гипотиреоз бўлишига олиб келиши мумкин. Ҳомиладорлик даврида гипотиреоз ТТГ рецепторларини блокловчи антителолар мавжудлиги билан кечганда қалқонсимон без гормонларини қабул қилиш билан эутиреоз ҳолат эришилганда ҳам, фетал ва неонатал гипотиреознинг тараққий этиш имконияти юқори бўлади.

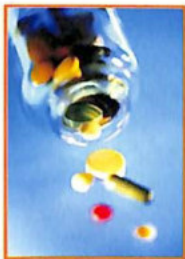
Фетал гипотиреоз ҳомила ўсишининг сусайиши, юрак уришининг камайиши (брадикардия), суякланиш нуқталарининг кечикиб тараққий этиши ва ҳомила марказий нерв тизими ривожланиши нуқсонли бўлиши билан кечади.

Неонатал гипотиреозга хос белгилар қаторига, ҳомиланинг вақтидан кечикиб туғилиши, янги туғилган чақалоқ вазнининг оғир бўлиши (4 кг дан оғир), оёқ, қўл ва юзда шишлар бўлиши, чақалоқ йиғлаганда паст ва дағал товуш чиқариши, сўриш рефлексининг сустлиги, тилнинг катталашиши,

вазнининг тез ортиши киради. Кейинчалик уйқучилик, иштаҳани пасайиши, камҳаракатлик, тана ҳароратининг паст бўлиши, терининг қуруқ, ранги оч бўлиши кузатилади.

Неонатал гипотиреозни аниқлаш учун уни скрининги ТТГ ни аниқлаш йўли билан амалга оширилади. Бунинг учун 45 кунлик чақалоқнинг товонидан бир томчи қон «неонатал» япроқчага томизилиб аниқланади. ТТГ миқдори меъеридан юқори бўлса чақалоқларда 25 кундан сўнг шу таҳлил қайтарилади. Қайта аниқланганда, ТТГ миқдори меъёрида бўлса чақалоқ транзитор гипотериоз ўтказган ҳисобланади. Транзитор гипотериоз ўз-ўзидан йўқолиб кетади. ТТГ қайта аниқланганда унинг миқдори меъеридан юқори бўлса неонатал гипотериоз аниқланади. Бу ҳолат қалқонсимон без гормонлари билан даволаш учун кўрсатма бўлади. Чақалоққа 10-15 мкг/кг га ҳисоблаб қисқа вақт (3-4 ҳафта) тироксин буюрилади. Ҳомиладорлик асоратларини, ҳамда мажруҳ ва нуқсонли болалар туғилишининг олдини олиш учун гипотиреозни эрта аниқлаш ва сифатли даволаш муҳим аҳамиятга эга.

◇ *Гипотиреозни даволаш асосида етишмаган қалқонсимон без гормонларини ташқаридан бериб турилиши ётади.*



Беморга кунига бир марта, эрталаб 25 мкг тироксин қабул қилиш буюрилади. Тироксин дозаси ҳар ҳафта кўтарилиб, касалликнинг оғирлигига қараб 150-300 мкг/суткага етказилади. Ҳомиладорликнинг охиригача тироксин шу дозада бериб турилади. Аёл туққандан сўнг унинг аҳволига қараб тироксин дозаси ўзгартирилади. Тироксин билан даволаш аёлларнинг эмизиклик даврида ҳам давом эттирилади.

Ҳомиладорликдан сўнгги даврда 416 % аёлларда туғруқдан кейинги тиреоидит тараққий этиш эҳтимоли бор. Ҳозирги кунда туғруқдан кейинги тиреоидитни аутоиммун тиреоидитни кўринишидан бири деб ҳисобланади. Одатда туғруқдан сўнгги даврни 14 ойларида тиреоидит оғриқсиз, яққол белгиларсиз кечади, 57 ойларида аёлларнинг бир қисмида (25 %) турғун гипотиреоз тараққий этади. Гипотиреоз аниқ, тараққий этганда тироксин билан даволаш буюрилади.



ГЕСТАЦИОН ТРАНЗИТОР ТИРЕОТОКСИКОЗ



Ҳомиладорлик даврида, айниқса унинг биринчи чорагида йўлдош кўп миқдорда хорион гонадотропин ишлаб чиқаради. Хорион гонадотропиннинг кимёвий тузилиши тиреотроп гормонга (ТТГ) яқин бўлгани сабабли бу гормон қалқонсимон безга қўзғатувчи таъсир кўрсатиб, эркин шаклли қалқонсимон без гормонларининг қондаги миқдорини бирмунча кўпайтиради. Кўпчилик

ҳомиладор аёлларда хорион гонадотропиннинг қалқонсимон безга таъсири кучсиз ва қисқа вақт бўлиб, уларнинг умумий ҳолатида сезиларли ўзгаришларга олиб келмайди. Аммо, ҳомиладор аёлларнинг 1 - 2% ҳомиладорликнинг эрта давларида қондаги тиреотроп гормон миқдорининг камайиши ва қалқонсимон без гормонларини эркин шаклларини миқдорини кўпайиши кузатилади ва уларда тиреотоксикозни клиникаси намоён бўлади. Бу синдром «гестацион транзитор тиреотоксикоз» деб аталади. Гестацион транзитор тиреотоксикоз кўп ҳолларда кучли, узлуксиз қусиш билан кечади. Бу эса ташхис қўйишни қийинлаштиради. Чунки ҳомиладорликнинг эрта давларида ҳам кўнгил айниш, қусиш хосдир. Гестацион транзитор тиреотоксикозни ташхиси хорион гонадотропинни миқдорининг ортиши, тиреотроп гормоннинг бирмунча камайиши, эркин учйодтиронин (эр Т3) ва эркин тироксин (эр Т4)гормонларининг қондаги миқдори ортишига қараб аниқланади. Гестацион транзитор тиреотоксикозни тиреостатиклар билан даволаш тавсия этилмайди. Касаллик белгилари яққол бўлган ҳолларда қисқа вақт бета-адреноблокаторлар буюриш тавсия этилади.

Йоднинг йўлдош орқали ҳомила танасига ўтиб ўзлаштирилиши, ҳомиладорлик даврида модда алмашинуви жараёнининг кучайиши, қалқонсимон без гормонларининг синтез қилиниши учун аёлларнинг ҳомиладорлик даврида йодга бўлган эҳтиёжини оширади. Шу билан бирга сийдик орқали йод чиқишининг кўпайиши, йўлдошда тироксин конверсиясининг кучайиши билан унинг таъсирини сусайиши натижасида йод ва қалқонсимон без гормонларининг танқислигига олиб келади. Бу эса қалқонсимон безнинг катталашишига сабаб бўлади.

Ташқи муҳитда йод етарли бўлган ҳудудларда ҳомиладорлик давридаги йодга талабнинг ортиши сезиларли йод танқислигига олиб келмайди, чунки суткалик йодга бўлган талаб (150-200 мкг/сутка) бутун ҳомиладорлик даврида қониқарли таъминланади. Шу билан бирга атроф муҳитда йод танқислиги ўрта ва оғир бўлган ҳудудларда меъеридан кам миқдорда йод истеъмол қилиниши ҳомиладор аёлларда қалқонсимон безининг катталашишига ва ёйма заҳарсиз буқоқнинг тараққий этишига олиб келади.



ЎЙМА ЗАҲАРСИЗ БУҚОҚ



Ҳомиладор аёлнинг қалқонсимон беи ва ҳомиланинг қалқонсимон беи нисбатан бир-биридан мустақил равишда фаолият кечиради. Онанинг қалқонсимон без гормонлари ва тиреотроп гормон йўлдош тўсиғидан ҳомила қон айланишига ўтмайди. Аммо ҳомиладорликнинг эрта даврларида онадан ҳомилага йўлдош орқали қалқонсимон без гормонларининг ўтиш имконияти борлиги тахмин қилинади. Йод, қалқонсимон без тўқималарига қарши

антителолар, тиреостатик дорилар йўлдош орқали она қон айланишидан ҳомила қон айланишига ўтади.

Ҳомила қалқонсимон безининг фаолияти мутлоқ онадан ҳомилага ўтадиган йодга боғлиқ. Ҳомиладор она организмга етарли миқдорда йод кирмаслиги ҳомила танасида ҳам йод танқислигини вужудга келтиради. Бу эса ҳомилада ҳам буқоқ тараққий этишига олиб келади. Ҳомилада ва неонатал даврда гипотиреоз бўлиши туғилган боланинг ақлий ва жисмоний тараққиёти нуқсонли бўлишига сабаб бўлади. Бу нуқсон эндемик кретинизм даражасигача бориши мумкин.

Йод танқислиги бўлган ҳудудларда ёйма заҳарсиз буқоқнинг олдини олиш ва даволаш учун суткасига 150-200 мкг ҳисобида йод қабул қилиш тавсия этилади. Бунинг учун ҳафтасига бир-икки марта бир таблеткадан ёки ҳар куни бир таблеткадан «Калий йодид - 100» ёки «Йодид-200» таблеткаларини қабул қилиш буюрилади. Буни амалга ошириш одатда буқоқнинг катталашини тўхтатади, баъзи ҳолларда уни кичиклаштиради.

Ҳомиладорликкача ёйма буқоқ бўлган ҳолларда, ҳомиладорликнинг бошланғич даврларида буқоқ тез катталашган ҳолларда йодни қалқонсимон без гормонлари билан бирга буюриш мақсадга мувофиқдир. Бунинг учун ҳар куни бир таблеткадан йодтирокс дорисини қабул қилиш буюрилади ёки ҳар куни 50100 мкг L-тироксин қабул қилиш тавсия этилади. Буни амалга ошириш ҳомиладор аёлдаги қалқонсимон безнинг нормал фаолиятини тиклашга имконият беради ва ҳомиладорликни буқоқга олиб келувчи таъсирининг олдини олади.

Қалқонсимон без касалликларида, унинг фаолияти бузилиши без гормонларининг меъеридан ортиқ, (гипертиреоз) ёки кам (гипотиреоз) ишлаб чиқилиши билан ифодаланади. Модда алмашинувининг гипертиреоз ҳолати билан кечадиган касалликлар орасида энг муҳими ёйма заҳарли буқоқдир.



ЎЙМА ЗАҲАРЛИ БУҚОҚ



Ёйма заҳарли буқоқ қалқонсимон без гормонларининг меъеридан ортиқча ишлаб чиқарилиши билан кечадиган хасталик. Қалқонсимон без фаолиятининг кучайиши билан бирга унинг ҳажми ҳам бир текисда катталашади. Касалликнинг келиб чиқишида аутоиммун жараёнлар ва наслий омиллар иштирок этади. Хасталик кўпинча 20-50 ёшлар орасида вужудга

келади ва кўпроқ аёлларда учрайди. Аёл ва эркаклар орасида касаллик тахминан 5:1 нисбатда тарқалган. Сўнги йиллардаги маълумотларга кўра, Ўзбекистонда заҳарли буқоқ 100 минг аҳолига ҳисоблаганда 48,2 кишини ташкил қилган. Касаллик кўпинча ички секрет безлари фаолиятида ўзгаришлар вужудга келадиган (балоғатга етиш, ҳомиладорлик, климакс) даврларида намоён бўлади. Бундан ташқари жисмоний ва рухий сиқилишлар ҳам касалликнинг рўёбга чиқишига шароит туғдиради.

◆ КАСАЛЛИКНИНГ АСОСИЙ БЕЛГИЛАРИ:

- беморнинг озиб, вазнини йўқотиши;
- руҳий безовталик;
- хотиржамликни йўқотиш;
- асабийлашиш;
- юракнинг доимо тез уриши;
- тери нам ва иссиқ бўлиши;
- олдинга чўзилган қўл бармоқларида майда титроқлар кузатилиши;
- Кўз соққасининг чақчайиб туриши экзофтальм.

Аниқ намоён бўлган ҳолларда заҳарли буқоқ ташхисини қўйиш қийинчилик туғдирмайди. Агар касалликнинг белгилари суст юзага чиққан бўлса, ташхис қўйишда қийинчиликлар вужудга келиши мумкин. Касаллик борлигини тасдиқлаш учун қалқонсимон без гормонлари эркин тироксин (эр Т4) ва эркин учйодтиронин (эрТ3) ларнинг миқдори аниқланади. Ёйма заҳарли буқоқда бу гормонларнинг миқдори меъеридан ортиқ бўлади. Ҳомиладор аёлларда қалқонсимон безнинг гормонал фаолиятини аниқлашда кўп учрайдиган ҳолатлардан бири умумий тироксин (ум Т4) ва умумий учйодтирониннинг (ум Т3) қондаги миқдорини аниқлашдир.

Ҳомиладор аёллар қонидаги оқсилларни қалқонсимон без гормонлари билан боғлаиш хусусиятининг ортиши ҳомиладор аёл қонида ум Т3 ва ум Т4 миқдорини кўпайтиради. Аммо қалқонсимон без гормонларининг оқсиллар билан боғланган шакллари гормонал таъсир кўрсатмаганлиги учун уларнинг умумий миқдори ортиши ҳомиладор аёлларда тиреотоксикоз борлигига асос

бўлмайди. Бунинг учун қалқонсимон без гормонларининг таъсирчан шакллари эр Т3 ва эр Т4 ларнинг миқдори ортган бўлиши керак.

Қалқонсимон без гормонлари билан захарланиш даражасига қараб захарли буқоқнинг энгил, ўрта ва оғир кечиши фарқланади. Захарли буқоқнинг энгил кечишида асаб қўзғалувчанлиги қисман ошади, беморнинг вазни 10 - 15% камайди ва юрак уриши 1 минутда 100 дан ортмайди. Ўртача оғирликдаги кечишида асаб қўзғалувчанлиги анча ошади, юрак уриши 1 минутда 100 - 120 орасида бўлади.

Захарли буқоқнинг оғир кечишида бемор осон асабийлашадиган бўлиб қолади, юрак уриши минутига 120 дан ортади, бемор 50% гача вазнини йўқотиши мумкин. Касалликнинг бу кечишида кўпинча юракнинг тартибсиз уриши, жигар фаолиятининг бузилиши, юрак фаолиятининг етишмовчилиги кузатилади.

Захарли буқоқнинг энгил ва ўртача кечишида бўлган аёлларнинг 3% гачасида ҳомиладорлик кузатилади. Касалликнинг оғир кечишида одатда аёллар бепушт бўладилар. Модда алмашинувида гипертиреоз ҳолати бўлган аёлларнинг ҳомиладор бўлиши қийин бўлгани учун кўпроқ ҳомиладорлик даврида вужудга келган захарли буқоқ учрайди.

Энгил гипертиреоз ҳолати бўлган модда алмашинуви ҳомиладорлик натижасида қисман яхшиланиши мумкин. Ҳомиладорлик тиреотоксикозни оғирлигини энгиллаштиради, унинг клиник белгиларини сусайтиради. Баъзи ҳолларда захарли буқоқнинг ремиссияси кузатилади. Бунинг асосида ҳомиладорликнинг аутоиммун касалликлар кечишини энгиллаштириш хусусияти, яъни унинг аёл организмга иммуносупрессив таъсири ётади. Баъзан касалликнинг ўрта ва оғир кечишида ҳомиладорлик тиреотоксикозни кучайтириши кузатилади. Ҳомиладорликнинг 28-30 ҳафталарида юрак етишмовчилиги вужудга келиши мумкин. Беморларда тахикардия, юракнинг тартибсиз уриши, қон босимининг қўтарилиши кузатилади.



Ҳомиладорлик билан бирга кечадиган тиреотоксикоз яхши даволанмаса ҳомиладорликнинг кечишини оғирлаштиради, айниқса ҳомиладорликнинг эрта токсикозлари оғир кечади, аборт ва вақтидан олдин туғиш эҳтимоли ортади, тиреотоксикоз кризи ҳавфи кучаяди. Ҳомилада ва туғилган чақалоқда ривожланишнинг туғма нуқсонлари (гидро ва микроцефалия, гипоспадия, крипторхизм, киндик чов чурраси, юмшоқ танглай нуқсони, Даун касаллиги) бўлиши ҳоллари, ҳамда ўлик бола туғилиш ҳавфи кўпаяди. Захарли буқоғи бўлган қатор аёллардан туғилган чақалоқларда гипотиреоз аломатлари бўлиши мумкин. Бу ҳолат кўпинча тиреостатик дориларнинг катта дозалари билан даволанганда кўпроқ учрайди. Янги туғилган чақалоқдаги гипотиреоз ҳолати кўпинча бир неча ҳафта ичида ўтиб кетади ва қалқонсимон без фаолияти меъёрига келади. Баъзи ҳолларда етишмаган қалқонсимон без гормонларини ташқаридан юбориб қўллашга тўғри келади.

Ҳомиладорлик даврида аутоиммун тиреотоксикозга чалинган аёллардан туғилган болаларда фетал ёки неонатал гипертиреоз ривожланиши мумкин. Бунинг асосида ҳомиладор она қонидаги иммуноглобулинларнинг ҳомила

қон айланишига ўтиб, унинг қалқонсимон безга таъсир этиши ётади. Фетал гипертиреоз фақат ҳомиладорликнинг 25 чи ҳафтасидан кейин ривожланиши мумкин. Ҳомиланинг юрак уриши минутига 160 дан ортиши, унда фетал тиреотоксикоз борлигидан дарак бериши мумкин. Фетал тиреотоксикозни даволашнинг асоси онадаги тиреотоксикозни ўз вақтида тиреостатик дорилар ёрдамида даволашдан иборат.

Неонатал тиреотоксикозни даволаш учун туғилган болаларга метимазол (кунига 0,5-1 мг/кг) ёки пропилтиоурацилни (кунига 5-10 мг/кг) кунига уч марта бериш буюрилади. Касаллик оғир кечганда илгари синтез бўлган қалқонсимон без гормонлари ажралишини камайтириш мақсадида йодиднинг тўйинган эритмасини кунига бир томчидан уч ҳафтагача буюриш мумкин. Оғир ҳолларда давога глюкокортикоидлар қўшилади. Глюкокортикоидлар умумий таъсиридан ташқари Т4 нинг Т3 га конверсия бўлишини камайтириш ва тўхтатиш хусусиятига эга.

Захарли буқоқ билан хасталанган аёлларда туғруқ жараёни нисбатан тезроқ бўлиб, кўпинча асоратсиз кечади. Туғруқдан сўнг одатда тиреотоксикоз аломатлари кучаяди. Бу даврда қалқонсимон без гормонлари таъсирида гемостаз қоннинг суйилиши томонига ўзгариб, қон кетиш ҳоллари кузатилиши мумкин.

Захарли буқоқ бўлган аёлларга ҳомиладорлик даври уларда оғир кечишини, ҳамда туғма нуқсонли, мажруҳ, болалар туғилиши мумкинлигини тушунтириб, ҳомиладорликни тўхтатиш тавсия этилади. Захарли буқоқнинг энгил кечишида ҳомиладорликни сақлаб қолишга рухсат бериш мумкин. Агар захарли буқоқ бўлган ҳомиладор аёл врач маслаҳатларига кўнмасдан туғишга аҳд қилса, у ҳолда бу аёл эндокринолог ва акушер-гинеколог назоратида бўлиши керак.

Захарли буқоқ билан касалланган аёллар ҳомиладорликнинг илк давриданоқ шифохонага ётқизиб даволанади, чунки хасталикнинг бу босқичда касаллик авж олади ва ҳомила тушиш хавфи кўп учрайди. Бундан ташқари, ҳомиладор аёл аҳволи оғирлашганда, ҳомиладорлик асоратлари вужудга келганда у шифохонага ётқизиблиб даволаниши лозим.

Ҳомиладорлик даврида беморлар дам олиши ва иш тартибини тўғри ташкил қилиб, салбий руҳий таъсирлардан ва асабийлашишдан мумкин қадар сақланиб ҳаёт кечиришлари керак. Бу даврда аёллар истеъмол қиладиган овқатларининг таркиби витаминларга бой ва сифатли бўлиши керак.

Бунинг учун захарли буқоқ бўлган ҳомиладор аёлларга тиреостатик дорилар кичик дозаларда буюрилади. Тиреотоксикознинг оғирлигига қараб тиреостатик дориларнинг бошланғич дозаси каттарок бўлади, модда алмашинуви зутиреоз ҳолатига келиши билан тиреостатик дорилар дозаси камайтирилиб, кувватлаб турувчи дозада даво давом эттирилади.

Тиреостатик дориларда (мерказолил, карбимазол, пропилтиоурацил) тератоген таъсири топилмаган. Аммо улар йўлдош орқали ҳомила танасига ўтиб, ҳомиланинг қалқонсимон безига таъсир қилиши мумкин. Шунинг учун ҳомиладор аёлларда тиреостатик дориларни зутиреозни таъминлайдиган иложи борица кичик дозасини қўллаш керак.

Ҳомиладорлик даврида пропилтиоурацилни қўллаш кўпроқ тавсия қилинади. Мерказолилни ҳомиладорликнинг эрта муддатларида буюриш мумкин.



Ҳозирги кунда заҳарли буқоқ бўлган аёллардан туғилган болаларнинг нуқсонли ва мажруҳ бўлишининг асосий сабаби модда алмашинувининг гипертиреоз ҳолати эканлиги исботланган. Шунинг учун ҳомиладорликнинг асоратсиз кечишини ва соғлом бола туғилишини таъминлашнинг асосий йўли ҳомиладор аёллардаги модда алмашинувини эутиреоз ҳолатига келтиришдир.

Ҳомиладорлик даврида пропилтиоурацил қўллашнинг қуйидаги афзалликлари бор: пропилтиоурацилни организмдан ярим чиқиши жигар ва буйрак етишмовчилиги борлигига боғлиқ эмас, унинг кинетикаси ҳомиладорлик даврида ўзгармайди; пропилтиоурацил мерказолилга нисбатан кўпроқ оқсиллар билан боғланиш хусусиятига эга бўлгани учун унинг липофиллик хусусияти чекланган бўлиб, биологик мембраналардан (йўлдош ва кўкрак беzi эпителий ҳужайралари) ўтиш қобилияти мерказолилга нисбатан камроқ ва шу сабабли пропилтиоурацил мерказолилга нисбатан камроқ она сутига ўтади.

Тионамидларни катта дозалари билан қалқонсимон без гормонларини (тироксин) бирга қўллаб даволаш ҳомиладорликда тавсия этилмайди. Бундай усул билан даволанганда ҳомиладор аёлда эутиреоз вужудга келиши мумкин, аммо ҳомилада эса гипотиреоз тараққий этиш имконияти катта бўлади. Бунинг сабаби тиреостатик дориларнинг қалқонсимон без гормонларидан фарқи равишда онадан йўлдош орқали ҳомила қон айланишига ўтишидир.

Ҳомиладорликда тиреотоксикозни даволаш учун жаррохлик усулидан камдан-кам фойдаланилади. Ҳомиладор аёлларга тионамидлар салбий таъсир кўрсатганда, уларни юқори дозаларда қабул қилиш эҳтиёжи туғилганда, буқоқ жуда катта бўлганда ва унда парчаланиш аломатлари сезилганда даво жаррохлик усулида амалга оширилади.

Ҳомиладор аёлларда тиреотоксикозни давосининг таъсирчанлигини назорат қилиш учун қонда эр Т3 ва эр Т4 ларни миқдори аниқланади. Ҳомилада гипотиреоз ривожланишини олдини олиш учун ҳомиладор аёллар қонида эр Т3 ва эр Т4 лар миқдорини меъёрнинг юқори чегарасида ушлаб туришга ҳаракат қилиш керак. Ҳомиладорликнинг ҳар-хил даврларида ТТГ нинг физиологик ўзгаришлари борлиги сабабли ҳомиладор аёлларда тиреотоксикозни давосининг сифати тўғрисида фикр юритиш учун, ТТГ нинг миқдорини аниқлаш ишончли кўрсаткич ҳисобланмайди.

Тиреостатик дорилар қалқонсимон без гормонларининг синтезини камайтиради, аммо синтезланиб бўлган гормонларнинг секрециясига таъсир қилмайди. Шунинг учун тиреостатик дорилар билан даволашнинг дастлабки даврларида юмшоқ таъсирли седатив препаратларни (валериана илдизи дамламаси) қўллаш тавсия этилади. Бетта-адреноблокатор дорилар окситоцинга ўхшаган бачадоннинг қисқаришларини кучайтирадиган хусусиятга эга бўлгани учун, ҳамда ҳомилада гипогликемия ва брадикардия юзага чиқаргани учун заҳарли буқоқ бўлган ҳомиладор аёлларда қўлланилмайди.



Ҳомиладорлик даврида заҳарли буқоқни даволаш учун, радиоактив йоддан фойдаланиш ман этилади!

Қон босими баланд аёлларга резерпинни ўртача даволовчи дозаларида (0,25 мг дан кунига 3 марта) буюриш ҳомиладорлик ва ҳомилага салбий таъсир кўрсатмайди. Юрак фаолиятининг етишмовчилиги вужудга келганда, унга мувофиқ кардиологик ёрдам берилади. Тиреостатик дорилар кўкрак сутига ўтгани учун она эмизиклик даврида тиреостатик дориларни қабул қилишни тўхтатиш тавсия этилади ёки бу дориларни қабул қилишни давом эттиришга тўғри келса, чақалоқни кўкракдан ажратиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Баъзи маълумотларга кўра тионамидлар кичик дозаларда (мерказолил кунига 15 мг гача, пропилтиоурацил кунига 150 мг гача) эмизикли аёлларга буюрилса болаларининг қалқонсимон беzi фаолиятига таъсир кўрсатмайди.

Туғиш ёшидаги аёлларда ёйма заҳарли буқоқ бўлса, у ҳолда касаллик турғун ремиссия ҳолатига келгунча бу аёллар контрацепциянинг бирор бир турини қўллаб, ҳомиладорликдан сақланишлари керак.



ПРОФИЛАКТИКА



Йод танқислиги касалликлари олдини олиш осон бўлган касалликлар эканлиги мамлакатимизда XX асрда олиб борилган профилактика ишларининг натижасидан маълумдир.

Йод профилактикасининг ўтказиш уч хил усулдан иборатдир.

1. Шахсий йод профилактикаси:

Йод билан бойитилган озуқа маҳсулотларини истеъмол қилиш (йодланган ош тузи), физиологик миқдорда йод тутувчи профилактик дори воситаларини қабул қилиш (йодид 100/200 мкг).

2. Гуруҳли йод профилактикаси:

Йод етишмовчилиги ҳудудларида яшовчи хавф гуруҳига кирувчиларга (болалар, ўсмирлар, ҳомиладор ва эмизикли аёллар), профилактик дори воситаларини (йодид 100/200 мкг) қабул қилиш тайинланади.

3. Ялпи йод профилактикаси:

Кенг тарқалган озуқа маҳсулотлари, кўпинча ош тузи таркибини йод билан бойитиш. Бу марказлаштирилган ҳолда ош тузи ишлаб чиқариш корхоналарида амалга оширилади.



Организмнинг ёшига қараб йодга бўлган кунлик талабини билган ҳолда, йод тутувчи профилактик дориларни қабул қилиш билан ҳар бир инсон ўзида ва оила аъзоларида йод танқислиги билан боғлиқ касалликларни олдини олиши мумкин. Яъни йод дефицитини бартараф қилишнинг энг асосий йўли, аҳолини тиббий маданияти ва билимларини ошириш билан боғлиқдир.

Йодга бўлган талабни қондириш учун ҳозирги кунда қуйидаги кунлик миқдор тавсия этилади:



50 мкг Янги чақалоқлар ва 12 ойгача бўлган гўдаклар учун (агар эмизикли аёл кунига **200-250 мкг** миқдорда йодли таблеткаларни қабул қилса, бола организмга керакли йод сут орқали ўтади);
90 мкг 2-6 ёш болалар учун
120 мкг 7-12 ёш мактаб ёшидаги болалар учун;

150 мкг 12 ёшдан катталар учун;

200 мкг ҳомиладор ва эмизикли аёллар учун.

Йоднинг кундалик эҳтиёжининг меъёрий миқдоридан ортиқ қабул қилиниши гипертиреознинг (қалқонсимон без фаолиятининг ортиб кетиши) ривожланишига сабаб бўлади.

Хозирги кунда дорихоналаримизда сотилаётган: йодамарин, йодактив ва йодид дорилари ҳар куни қабул қилишга мўлжалланган дорилар бўлиб, йод миқдори этикеткаларида 25,50-100-200 мкг сифатида кўрсатилган.

Шундай қилиб, ҳомиладор аёлларда қалқонсимон без хасталиklarини эрта аниқлаш ва уни ўз вақтида сифатли даволаш ҳомиладорликнинг асоратсиз кечишини ва туғилган боланинг жисмоний ва интеллектуал соғлом ривожланишининг гарови хисобланади.

