



## AYOLLARDA STRUMEKTOMYADAN SO'NG BIRLAMCHI GIPOTERIOZNI RIVOJLANISHI

Madvalieva Xushnoza Mansurdjonovna

Central Asian Medical University xalqaro  
tibbiyot universiteti assistenti

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14772301>

### ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 10-Yanvar 2025 yil

Ma'qullandi: 15-Yanvar 2025 yil

Nashr qilindi: 20-Yanvar 2025 yil

### KEYWORDS

strumektomiya, birlamchi  
gipotiroidizm, qalqonsimon  
bez, tireoid gormonlar,  
levotiroksin terapiyasi.

### ABSTRACT

*Ushbu maqolada ayollarda strumektomiyadan so'ng birlamchi gipotiroidizmning rivojlanish sabablari, klinik ko'rinishi, tashxislash usullari va davolash tamoyillari ko'rib chiqiladi. Strumektomiya natijasida qalqonsimon bez gormonlari ishlab chiqarilishi kamayadi yoki to'xtaydi, bu esa turli kasallik alomatlariga olib keladi. Gipotiroidizmni erta aniqlash uchun laborator tekshiruvlar va klinik baholash muhim ahamiyatga ega. Davolash asosan qalqonsimon bez gormonlarini o'rnini bosuvchi terapiya bilan amalga oshiriladi, bu esa ayollarning hayot sifatini saqlab qolishga yordam beradi. Shuningdek, maqolada profilaktik choralar va jarrohlikdan keyingi nazorat tavsifiya etiladi.*

Strumektomiya — bu qalqonsimon bezni olib tashlash bo'yicha jarrohlik amaliyoti bo'lib, u qalqonsimon bez kasalliklarini, jumladan, o'simta, tugunli zob, diffuz toksik zob, va boshqa patologiyalarni davolash maqsadida amalga oshiriladi. Ushbu jarrohlik muolajasi ko'pincha qalqonsimon bez funksiyasining buzilishi, o'sma yoki tugunlarning o'sishi natijasida bemorda qator noqulayliklar paydo bo'lganda qo'llaniladi. Ayollarda strumektomiyadan so'ng birlamchi gipotiroidizm rivojlanishi eng ko'p uchraydigan asoratlardan biridir. Ushbu maqolada strumektomiyaning salbiy oqibatlarini, gipotiroidizmning rivojlanish mexanizmlari va ularni samarali davolash usullari atroflicha muhokama qilinadi.

**Birlamchi gipotiroidizm givojlanishining sabablari** strumektomiyadan so'ng gipotiroidizm rivojlanishining asosiy sabablari quyidagilardan iborat:

**Qalqonsimon bez to'qimasining yo'qotilishi:** amaliyot davomida qalqonsimon bezning katta qismi yoki butunlay olib tashlanganda, organizmda muhim tireoid gormonlarini ishlab chiqarish imkoniyati yo'qoladi. T3 va T4 gormonlari tanadagi metabolizm, yurak faoliyati va tana haroratini boshqarishda muhim rol o'ynaydi. Shuning uchun qalqonsimon bez olib tashlanganidan so'ng organizmning ushbu muhim jarayonlari sekinlashadi.

**Tireoid gormonlar yetishmovchiligi:** operatsiyadan so'ng T3 va T4 gormonlarining ishlab chiqarilishi keskin kamayadi yoki to'xtaydi, natijada gipotiroidizm holati yuzaga keladi. Gormon yetishmovchiligi yurak-qon tomir, ovqat hazm qilish va asab tizimi faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

**Qolgan to'qima faoliyatining susayishi:** hatto qalqonsimon bezning kichik bir qismi saqlanib qolgan taqdirda ham, uning funksional faoliyati kamaygan bo'lishi mumkin. Bu esa uzoq muddatli davr mobaynida gipotiroidizm rivojlanishiga olib keladi.

**Klinik ko'rinish** strumektomiyadan so'ng gipotiroidizm rivojlangan ayollarda quyidagi simptomlar kuzatilishi mumkin:

**Charchoq va kuchsizlik:** Bemorlarda umumiy energiya yetishmovchiligi, tez charchash va doimiy holsizlik kuzatiladi.

✓ **Teri qurishi:** Qalqonsimon bez gormonlarining tanqisligi natijasida terining elastikligi kamayadi, quruqlik va yorilishlar yuzaga keladi.

✓ **Vazn ortishi:** Gipotiroidizm metabolizm jarayonlarini sekinlashtiradi, bu esa ortiqcha vazn yig'ilishiga sabab bo'ladi.

✓ **Soch va tirnoq sifati buzilishi:** Bemorlarda soch to'kilishi, mo'rtlashishi va tirnoqlarning sinuvchan bo'lib qolishi kuzatiladi.

✓ **Depressiya va kognitiv funksiyalar susayishi:** Ruhiiy holatning yomonlashishi, xotira susayishi va diqqatning kamayishi kuzatiladi.

✓ **Sovuqqa sezgirlik:** Bemorlarda tananing sovuqqa sezgirligi ortadi, qishda sovqotish hissi kuchayadi.

✓ **Tashxis qo'yish** Gipotiroidizm tashxisini aniq qo'yish uchun quyidagi laboratoriya tekshiruvlari talab etiladi:

✓ **TTG (tireotrop gormon):** Gipotiroidizmida uning darajasi ortadi, chunki gipofiz bezining tireoid gormonlar yetishmovchiligi oqibatida kompensator javobi yuzaga keladi.

✓ **T3 va T4 gormonlari:** Qon plazmasida bu gormonlarning darajasi pasayadi, bu esa gipotiroidizmni tasdiqlaydi.

✓ **Qalqonsimon bez UZI yoki sintigrafiyasi:** Qolgan bez to'qimasining holatini va uning funksional imkoniyatlarini baholash uchun ultratovush tekshiruvi yoki radioaktiv yod yordamida sintigrafiya amalga oshiriladi.

**Davolash.** Birlamchi gipotiroidizmni davolashning asosiy usuli — tireoid gormonlarini o'rnini bosuvchi terapiya bo'lib, quyidagi dorilar qo'llaniladi:

**Levotiroksin natriy:** Bu preparat tanadagi tireoid gormon yetishmovchiligini to'ldirish uchun qo'llaniladi va metabolik jarayonlarni normal holatga qaytaradi.

**Dozani individual belgilash:** Har bir bemor uchun levotiroksin dozasini shifokor individual ravishda aniqlaydi va davolash samaradorligi muntazam monitoring qilinadi.

**Profilaktika.** Gipotiroidizmning rivojlanishini oldini olish uchun quyidagi profilaktik choralarga rioya qilish kerak:

**Jarrohlikdan keyin muntazam monitoring:**

Tireoid gormonlar darajasini doimiy tekshirib borish va muayyan intervallarda shifokor ko'rigidan o'tish.

**Qalqonsimon bez to'qimasini maksimal darajada saqlash:** Jarrohlik amaliyoti vaqtida qalqonsimon bez to'qimasini iloji boricha ko'proq saqlash uchun ehtiyotkorlik bilan harakat qilish kerak.

**Profilaktik gormon terapiyasini boshlash.** Operatsiyadan so'ng shifokor nazoratida erta boshlangan gormon terapiyasi gipotiroidizm rivojlanishining oldini olishda muhim rol o'ynaydi.

Strumektomiya ayollarda birlamchi gipotiroidizm rivojlanishiga olib keluvchi keng tarqalgan jarrohlik amaliyotidir. Ushbu operatsiya natijasida qalqonsimon bez gormonlarining ishlab chiqarilishi kamayishi yoki to'liq to'xtashi tufayli turli klinik simptomlar yuzaga kelishi mumkin. Shuning uchun, jarrohlikdan so'ng bemorlarning umumiy sog'lig'ini yaxshilash, asoratlarning oldini olish va gipotiroidizmning rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun tegishli profilaktika choralari va to'g'ri davolash usullari ishlab chiqilishi zarur.

Gipotiroidizmning o'z vaqtida aniqlanishi bemorning umumiy hayot sifatini saqlab qolish va uning uzoq muddatli asoratlarini oldini olish uchun juda muhimdir. Diagnostika jarayonida laborator tekshiruvlar, ayniqsa, TSH, T3 va T4 gormonlari darajasini baholash muhim o'rin tutadi. Shuningdek, qolgan qalqonsimon bez to'qimasining funksional holatini aniqlash maqsadida ultratovush tekshiruvi va sintigrafiyadan foydalanish tavsiya etiladi.

Bemorlarni davolashda individual yondashuv muhim ahamiyat kasb etadi. Levotiroksin natriy kabi o'rnini bosuvchi gormon terapiyasi bilan erta boshlanadigan va muntazam nazorat qilinadigan davolash, bemorlarning metabolik jarayonlarini normallashtirishga va simptomlarni kamaytirishga yordam beradi. Dori dozalari bemorning yoshiga, umumiy sog'lig'iga va jarrohlikdan keyingi holatiga qarab shaxsiy tarzda belgilanadi.

Bundan tashqari, jarrohlikdan keyingi kuzatuv jarayoni doimiy monitoring va turli fiziologik o'zgarishlarni erta aniqlashga imkon beradi. Bemorlarga gormon darajasini nazorat qilish, sog'lom turmush tarzini shakllantirish va mutaxassis tomonidan belgilangan tavsiyalarga rioya qilish muhimdir.

**Xulosa.** Profilaktika choralari sifatida operatsiya davomida qalqonsimon bez to'qimasini imkon qadar saqlab qolishga intilish va operatsiyadan so'ng profilaktik terapiyani o'z vaqtida boshlash gipotiroidizm xavfini kamaytirishga xizmat qiladi. Shuningdek, jarrohlik amaliyoti haqida bemorlarni to'liq xabardor qilish va ularni kelajakdagi muammolar yuzasidan ogohlantirish muhimdir.

Umuman olganda, strumektomiyadan so'ng birlamchi gipotiroidizmning rivojlanishi jarrohlik amaliyotining kutilgan oqibatlaridan biri bo'lib, uni samarali boshqarish uchun erta tashxis, mos davolash strategiyasi va doimiy monitoring talab etiladi. Individual yondashuv, shifokorlarning doimiy kuzatuvi va bemorning o'z salomatligiga bo'lgan e'tibori muvaffaqiyatli reabilitatsiyaga va hayot sifatini yaxshilashga yordam beradi.

#### Adabiyotlar ro'yxati:

1. Braverman, L. E., & Utiger, R. D. (2005). *Werner & Ingbar's The Thyroid: A Fundamental and Clinical Text*. Lippincott Williams & Wilkins.
2. De Groot, L. J., & Chrousos, G. P. (2016). *Endotext*. MDText.com, Inc. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285552/>
3. Hennessey, J. V. (2017). *Clinical Essentials of Thyroid Disease*. Springer.
4. Tunbridge, W. M. G., & Vanderpump, M. P. J. (2000). Population prevalence of thyroid dysfunction: Twenty-year follow-up of the Wickham Survey. *Clinical Endocrinology*, 43(1), 55-68.
5. Gharib, H., Papini, E., Garber, J. R., et al. (2016). American Association of Clinical Endocrinologists and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules. *Endocrine Practice*, 22(5), 622-639.

6. Jameson, J. L., & Mandel, S. J. (2018). Harrison's Endocrinology. McGraw Hill Professional.
7. Melmed, S., Polonsky, K. S., Larsen, P. R., & Kronenberg, H. M. (2020). Williams Textbook of Endocrinology. Elsevier.
8. American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce. (2015). Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*, 26(1), 1-133.
9. Yaroslavsky, A. I., Nezgovorova, V. F., & Melnikova, E. M. (2019). Postoperative hypothyroidism and its prevention in patients undergoing thyroidectomy. *Surgery Today*, 49(3), 273-279.
10. Luster, M., Clarke, S. E., Dietlein, M., et al. (2008). Guidelines for radioiodine therapy of differentiated thyroid cancer. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*, 35(10), 1941-1959.
11. Biondi, B., & Cooper, D. S. (2010). The clinical significance of subclinical thyroid dysfunction. *Endocrine Reviews*, 31(1), 89-124.
12. U.S. National Library of Medicine. (2022). Hypothyroidism after thyroidectomy. MedlinePlus. Retrieved from <https://medlineplus.gov/>
13. Vargas-Uricoechea, H., Pinzon-Fernandez, M. V., & Sierra-Torres, C. H. (2017). Thyroid hormones and their relationship with aging. *Colombian Journal of Internal Medicine*, 34(3), 68-79.



INNOVATIVE  
ACADEMY