UNIVERSAL JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES
ISSN 2992-8826
https://sr-journals.org/index.php/UJMANS

HAYZ SIKLINING QALQONSIMON BEZ KASALLIKLARDA BUZILISHI

Negmatova Gulzoda Shuxratovna
Ilmiy rahbar: Samarqand davlat tibbiyot universiteti endokrinologiya kafedrasi mudiri; PhD, dots.
Davranova Aziza Davranovna
Samarqand davlat tibbiyot universiteti endokrinologiya kafedrasi assistenti

Annotatsiya: Mazkur maqolada qalqonsimon bez kasalliklarining ayollar reproduktiv salomatligiga, ayniqsa hayz siklining buzilishiga ta'siri kompleks tarzda o'rganilgan. Qalqonsimon bez gormonlari — tiroksin (T4) va triyodtironin (T3) — organizmdagi metabolik jarayonlarni tartibga solishda muhim ahamiyatga ega bo'lib, ular gipotalamo-gipofizar-tuxumdon tizimining funksional muvozanatini saqlashda ham bevosita ishtirok etadi. Qalqonsimon bez faoliyatining buzilishi, xususan gipoterioz va gipertireoz holatlari, gormonal disbalansni yuzaga keltirib, hayz siklining turli ko'rinishdagi buzilishlariga sabab bo'ladi.

Tadqiqotda qalqonsimon bez disfunksiyasi fonida rivojlanadigan hayz sikli buzilishlarining patofiziologik mexanizmlari chuqur tahlil qilingan. Jumladan, amenoreya, oligomenoreya, polimenoreya va menorragiyalar rivojlanishida tireotrop gormon (TSH), gonadotropinlar, prolaktin hamda jinsiy steroid gormonlar o'rtasidagi o'zaro ta'sirlar yoritilgan. Shuningdek, ushbu kasalliklarning klinik belgilari, zamonaviy diagnostika usullari va laborator ko'rsatkichlari keng ko'rib chiqilgan.

Maqolada qalqonsimon bez kasalliklarini erta aniqlash va o'z vaqtida davolashning ahamiyati alohida ta'kidlangan bo'lib, bu orqali reproduktiv tizimdagi uzoq muddatli asoratlar, jumladan bepushtlikning oldini olish mumkinligi ko'rsatib berilgan. Olingan natijalar qalqonsimon bez disfunksiyasi hayz siklining buzilishida muhim etiologik omillardan biri ekanligini tasdiqlaydi va bemorlarni baholash hamda davolashda kompleks, multidisiplinar yondashuv zarurligini asoslaydi.

Kalit so'zlar: qalqonsimon bez, gipoterioz, gipertireoz, hayz sikli, gormonal disbalans, reproduktiv salomatlik.

Аннотация: В данной статье рассматривается влияние заболеваний щитовидной железы на репродуктивное здоровье женщин, с особым акцентом на нарушения менструального цикла. Гормоны щитовидной железы — тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3) — играют ключевую роль в регуляции обменных процессов и поддержании функционального равновесия гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Нарушения функции щитовидной железы, такие как гипотиреоз и гипертиреоз, приводят к выраженным гормональным дисбалансам, оказывающим негативное влияние на менструальную функцию.

В работе проанализированы патофизиологические механизмы развития нарушений менструального цикла при патологии щитовидной железы, включая аменорею, олигоменорею, полименорею и меноррагию. Особое внимание уделено изменениям уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и его взаимодействию с гонадотропинами, пролактином и половыми стероидами. Также рассмотрены клинические проявления, современные методы диагностики и лабораторные показатели, характеризующие данные нарушения.

Подчеркивается важность ранней диагностики и своевременного лечения заболеваний щитовидной железы с целью предотвращения отдалённых осложнений, включая бесплодие. Полученные данные свидетельствуют о значимой роли тиреоидной дисфункции в развитии нарушений менструального цикла и необходимости комплексного междисциплинарного подхода к диагностике и терапии.

Ключевые слова: щитовидная железа, гипотиреоз, гипертиреоз, менструальный цикл, гормональный дисбаланс, репродуктивное здоровье, бесплодие.

Abstract: This article examines the impact of thyroid gland disorders on women's reproductive health, with a particular focus on menstrual cycle irregularities. Thyroid hormones, including thyroxine (T4) and triiodothyronine (T3), play a crucial role in regulating metabolic processes, as well as in maintaining the functional balance of the hypothalamic–pituitary–ovarian axis. Dysfunctions of the thyroid gland, such as hypothyroidism and hyperthyroidism, can lead to significant hormonal imbalances that adversely affect menstrual function.

The study analyzes the pathophysiological mechanisms underlying menstrual disturbances associated with thyroid dysfunction, including amenorrhea, oligomenorrhea, polymenorrhea, and menorrhagia. Special attention is given to the role of altered levels of thyroid-stimulating hormone (TSH) and their interaction with gonadotropins, prolactin, and sex steroid hormones. The article also discusses the clinical manifestations, diagnostic approaches, and laboratory indicators relevant to thyroid-related menstrual disorders.

Furthermore, the importance of early detection and adequate management of thyroid diseases is emphasized in order to prevent long-term reproductive complications, including infertility. The findings suggest that thyroid dysfunction is a significant contributing factor to menstrual irregularities, highlighting the need for an integrated and multidisciplinary approach in diagnosis and treatment.

Keywords: thyroid gland, hypothyroidism, hyperthyroidism, menstrual cycle, hormonal imbalance, reproductive health, infertility.

Ishning maqsadi: Ushbu tadqiqotning maqsadi hayz siklining buzilishi bilan qalqonsimon bez kasalliklari o'rtasidagi bog'liqlikni tahlil qilish, shuningdek ushbu kasalliklarning asosiy mexanizmlarini o'rganishdan iborat.

Kirish (Introduction)

Qalqonsimon bez kasalliklari zamonaviy tibbiyotda eng keng tarqalgan endokrin patologiyalardan biri hisoblanadi va ular ayniqsa ayollar orasida yuqori uchrash chastotasiga ega. Ushbu bez tomonidan ishlab chiqariladigan tiroksin (T4) va triyodtironin (T3) gormonlari nafaqat metabolik jarayonlarni boshqaradi, balki gipotalamo-gipofizar-tuxumdon tizimining muvozanatini saqlashda ham muhim rol o‘ynaydi.

Qalqonsimon bez funksiyasining buzilishi, xususan gipotiroidizm va gipertireoz, gormonal disbalansga olib kelib, hayz siklining turli xil buzilishlarini keltirib chiqarishi mumkin. So‘nggi yillarda ayniqsa o‘smir qizlar va reproduktiv yoshdagi ayollarda menstrual disfunktsiyalar sonining ortib borayotgani bu muammoning dolzarbligini yanada oshirmoqda.

Shu sababli, qalqonsimon bez patologiyasi va hayz sikli buzilishlari o‘rtasidagi o‘zaro bog‘liqlikni o‘rganish reproduktiv salomatlikni saqlash nuqtai nazaridan muhim ahamiyat kasb etadi.

Metodlar (Methods)

Mazkur ish adabiyotlar sharhi asosida olib borildi. Ilmiy maqolalar va tadqiqotlar Google Scholar, PubMed, Scopus va Web of Science ma’lumotlar bazalaridan tanlab olindi.

Qidiruv jarayonida quyidagi asosiy kalit so‘zlar qo‘llanildi: qalqonsimon bez disfunktsiyasi, gipertireoz, giperprolaktinemiya, hayz sikli buzilishlari.

Ushbu adabiyotlar sharhida, tahlilga kuzatuv, eksperimental va sharh tipidagi ilmiy ishlar kiritildi. Tanlangan manbalar asosida patofiziologik mexanizmlar, klinik belgilar va diagnostik yondashuvlar tizimli ravishda o‘rganildi.

Qalqonsimon bez patologiyasi eng keng tarqalgan endokrin kasallik hisoblanadi. Ayollarda u erkaklarga nisbatan 10–17 marta ko‘p uchraydi. Ayollarda qalqonsimon bez kasalliklarining o‘tishi xususiyati — yosh yoshda namoyon bo‘lishi, og‘ir kechishi, davolashsiz asoratlar rivojlanishi [17].

Bolalarda va o‘smir yoshdagi endokrin patologiya tarkibida qalqonsimon bez kasalliklari so‘nggi yillarda birinchi o‘ringa chiqmoqda. Shu bilan birga, qalqonsimon bez va reproduktiv tizimning funksional o‘zaro bog‘liqligi ma’lum bo‘lib, bu o‘zaro bog‘lanishning biror tuguni buzilganida birgalikdagi buzilishlar rivojlanishining yuqori ehtimolini belgilaydi. Ushbu yosh davrida reproduktiv salomatlikning buzilishi masalasi, u shakllanishi va barqarorlashuvi sodir bo‘ladigan davr bo‘lgani sababli, butun dunyoda alohida jiddiy tashvish uyg‘otadi va qizlarning menstrual funksiyasiga qalqonsimon bez kasalliklarining ta’sirini o‘rganish dolzarb hisoblanadi. Ayniqsa, har yili menstrual funksiya buzilishlari bo‘lgan qizlar soni ortib borishi va bu holat o‘smirlik yoshida qalqonsimon bez patologiyasining tarqalishi bilan bir vaqtda sodir bo‘layotgani muhimdir.

Qalqonsimon bez patologiyasi reproduktiv tizimda erta yoki kech jinsiy yetilish, amenoreya, anovulyatsiya, bepushtlik, gipreprolaktinemiyaga bog‘liq galaktoreya, homilani saqlay olmaslik kabi buzilishlarni keltirib chiqarishi mumkin. Qalqonsimon bez funksiyasining har qanday uzoq muddatli buzilishi reproduktiv tizim faoliyatiga, hatto uning oxirgi generativ funksiyasining bajarilmasligigacha ta’sir qiladi [8,13]. Qalqonsimon bez funksiyasi ayol gipotalamus-gipofiz-gonad tizimining (GGt) turli jihatlariga ta'sir ko‘rsatadi. Qalqonsimon bez ishida yuzaga keladigan buzilishlar ayollarda reproduktiv funktsiyaga ta’sir qiladi, masalan, tartibsiz hayz sikli, bepushtlik, homiladorlik davridagi muammolar va ginekologik kasalliklar, shu jumladan erta ko‘krak bezi yetishmovchiligi va polikistik tuxumdon sindromi.

Avtoimmun holatlar bu muammolarni kuchaytirishi mumkin, chunki ular qalqonsimon bez va GG bilan bog‘liq buzilishlar bilan bog‘liq. Hatto kichik miqdordagi qalqonsimon bez funksiyasi buzilishi homiladorlikdan oldin yoki homiladorlik paytida ham ona va homilaning sog‘lig‘iga salbiy ta’sir ko‘rsatishi mumkin. Shu bilan birga, bu holatlarni davolash masalalari noaniq bo‘lib qolmoqda. Ushbu sharhida qalqonsimon bez gormonlarining ayollarda GG bilan o‘zaro ta’sirining fiziologiyasi va patologiyasi asosiy jihatlari keltirilgan, shuningdek, reproduktiv yoshdagi ayollarda qalqonsimon bez disfunktsiyasi bo‘yicha klinik kuzatishlar ham taqdim etilgan[1].

Ushbu tadqiqotga ko'ra, homiladorlik buzilgan ayollarda qalqonsimon bez holati o'rganilgan. Olimlar qalqonsimon bez funksiyasi va tuzilishini baholash uchun maxsus usullardan foydalanganlar. Natijalar ko'rsatdiki, aksariyat ayollarda turli darajadagi (1-2-daraja) diffuz guatr mavjudligi, ishtirokchilarning 19% da tiroidit belgilari aniqlangan, 9,5% da esa tugunli guatr mavjud edi. Ayollarning 19% da autoimmun tiroidit tashxisi qo'yilgan. Qalqonsimon bezning gormonal holatiga kelsak, 1-2-darajali diffuz guatrik bo'lgan ayollarda 81.8% eutiroid holatida, 9.1% da subklinik gipotiroidizm va 9.1% da tirotoksikoz belgilarini ko'rsatgan. Bu natijalar bepushtlik pasaygan ayollarda qalqonsimon bez kasalliklarini ko'rsatadi, bu ularning bepushtligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin [15].

Qalqonsimon bez gormonlari ayollarning fertilligi uchun muhim rol o'ynaydi, tuxumdonlarning yetilishi va prolaktin hamda jinsiy gormonlarni bog'lovchi globulin darajasini tartibga solishda ta'sir qiladi. Ba'zi ayollarda qalqonsimon bez bilan bog'liq muammolar yuzaga keladi, masalan, gipertireoz (1-2%), ochiq gipotireoz (0,3%) va subklinik gipotireoz (reproduktiv yoshdagi ayollarning 15% gacha). Tireoid peroksidaz va/yoki tireoglobulin (aTPO/aTg) ga qarshi antitanachalarning oshishi ayollarning 10% da kuzatiladi. Gipotireoz hayz tsikli, ovulyatsiya va fertillik buzilishiga olib kelishi mumkin. Hozirgi tadqiqotlar subklinik gipotireoz yoki aTPO/aTg darajasining oshishi homilador bo'lishni qiyinlashtirishini ko'rsatmasa-da, ular homilani yo'qotish xavfining ortishi bilan bog'liq. Subklinik gipotireoz va aTPO/aTg darajasining oshishi kabi qalqonsimon bez muammolari ko'pincha polikistik tuxumdon sindromi, erta tuxumdon yetishmovchiligi va idiopatik bepushtlik bilan og'rigan ayollarda uchraydi. Shu sababli, homiladorlik bilan bog'liq muammolari bo‘lgan juftliklarda qalqonsimon bez kasalliklarini skriningdan o‘tkazish tavsiya etiladi va bunday kasalliklar aniqlangan taqdirda, ayniqsa reproduktiv texnologiyalardan oldin, tegishli davolashni boshlash kerak [3].

Birinchi darajali gipotireozda 33—80% bemorlarda hayz siklining buzilishi aniqlangan. Birinchi darajali gipotireoz hayz siklining gipomenstrual sindrom yoki amenoreya tipidagi

buzilishlari bilan birga keladi, degan fikr mavjud. Biroq, bir qator tadqiqotchilar birinchi darajali gipotireozni polimenoreyaning eng ko‘p uchraydigan sabablaridan biri sifatida ko‘rsatadi [16]. Estrogenlar qalqonsimon bezga gipofizning tireotroflarining tireoliberinga bo‘lgan tropligini oshirish orqali stimulyativ ta’sir ko‘rsatadi [8,12]. Gipoestrogeniyalarda esa, aksincha, tireotroflarning sezgirligi kamayadi, bu esa estrogen yetishmovchiligi bo‘lgan ayollarda, masalan, tabiiy va jarrohlik menopauza, o‘tkazilgan tushkun buyraklar sindromi, qarshilik ko‘rsatuvchi tuxumdonlar sindromida ikkilamchi gipotireozga olib kelishi mumkin. Eng og‘ir yod yetishmovchiligi bilan bog‘liq kasalliklar reproduktiv funksiyaning buzilishi bilan bog‘liq bo‘lib, shuningdek perinatal davrda rivojlanadi: endemik kretinizm, neonatal asfar, gipotireoz, fertilitetning kamayishi, ikkilamchi giperprolaktinemiya [17].

Maqolada tug‘ruq yoshidagi ayollarda qalqonsimon bez muammolari va reproduktiv tizim o‘rtasidagi aloqalar, qalqonsimon bez patologiyasi bo‘lgan va yod yetishmovchiligi sharoitida yashovchi ayollar o‘rganiladi. Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatadiki, tugunli qalqonsimon bez kasalligi bo‘lgan ayollarda bachadon miomasining va bachadon bo‘yni eroziyasining uchrashi ko‘p uchraydi [12].

Maqolada gipotireoz holati aholining 5 % da uchrashi va yosh o‘tishi bilan kengroq tarqalayotgani, ayniqsa ayollar va uzoq vaqt estrogen iste’mol qiladigan odamlarda ko‘proq uchraydi, ta’kidlanadi. Belgilar sekin rivojlanishi va boshqa buzilishlarga, jumladan hayz sikli buzilishlariga o‘xshash bo‘lishi mumkin. Xavf omillari va keng tarqalgan belgilarni tushunish, yuqori sifatli birlamchi va reproduktiv yordam ko‘rsatish uchun muhimdir [2]. Ushbu tadqiqotda subklinika va manifest gipotireozli ayollarda hayz sikli buzilishlari o‘rganilgan. 125 nafar ayolning ambulator karta ma’lumotlari tahlil qilingan va hayz sikli buzilishlarining chastotasi va og‘irligi gipotireozning shakliga qarab farq qilishi aniqlangan. Subklinika gipotireozli ayollarda tuxumdon-hayz sikli va reproduktiv qobiliyat buzilishlari aniqlangan. Eng ko‘p uchraydigan buzilishlar opsomenoreya va oligomenoreya bo‘lib, amenoreya kamroq uchragan holat bo‘lgan. Manifest gipotireozli ayollarda ham THS buzilishlari kuzatilgan, bunda oligomenoreya va dismenoreya ustun kelgan. Bundan tashqari, ba’zi manifest gipotireozli ayollarda hayzlar orasidagi sekretsiya kam bo‘lgan. Tadqiqot subklinika gipotireozda ham tuxumdon-hayz sikli va reproduktiv qobiliyat buzilishlari mumkinligini tasdiqladi, shuning uchun ginekologik patologiyani davolash taktikasini aniqlashda qalqonsimon bez gormonlari darajasini o‘lchash tavsiya etiladi [7]. Aholining taxminan 20% yetarli yod profilaktikasi amalga oshirilmaydigan hududlarda yashaydi. O‘zbekistonda o‘rta hisobda yod iste’moli tavsiya etilgan miqdordan ancha past: kuniga taxminan 40-80 mkg, tavsiya etilgan 150 mkg/kuniga nisbatan. Yodning bunday kam iste’moli, ayniqsa homilador ayollarda xavotir uyg‘otadi, chunki homiladorlik davrida tavsiya etilgan yod miqdori 200 mkg/kun, infertil nikohlar chastotasi esa 10-15%ni tashkil etadi [8,10,14]. Gipertireoz va gipotireoz hayz tsiklini buzilishiga sabab bo‘lishi mumkin. Gipertireozda ko‘pincha hayz oqimi kamayishi va anovulyator tsikllar kuzatiladi. Biroq gipertireozni aniqlashning zamonaviy usullari uni erta tashxislashga imkon beradi, bu esa klinik manzarani yumshatadi va hayz tsikli buzilishlarini kamroq qiladi. Gipotireozda esa ko‘proq kuchaygan hayz qonashi va anovulyatsiya kuzatiladi. Gipertireoz va gipotireozli ayollarda urug‘lilik pasayadi va homiladorlik natijasi ko‘pincha anomaliya bilan yakunlanadi.

Yoshlar uchun gipotireozm erta o'sish davriga sabab bo'lishi mumkin, ehtimol TSH darajasining ko'tarilishi sababli, bu FSH va LH ga o'xshash yengil ta'sirlarga ega. Gipotiroidizmda galaktorreya ham kuzatilishi mumkin, ehtimol gipofiz TSH chiqaruvchi gormonning ko'proq sekretsiyasi tufayli bo'lib, bu TSH va PRL ishlab chiqarilishini rag'batlantiradi [4].

Reproduktiv rivojlanish va sog'liqni o'rganish nihoyatda muhim va dolzarbdir, chunki bu sog'liqning eng muhim ko'rsatkichlaridan biridir. Jinsiy va jismoniy rivojlanish holatini chuqur o'rganish sog'liq zaxiralarini, moslashuvchanlik qobiliyatini, homeostatik resurslarni aks ettiradi. O'smir qizlarda ginekologik kasalliklar orasida hayz buzilishlari birinchi o'rinda turadi [10].

Ushbu maqolada ayollarda qalqonsimon bez kasalliklari va reproduktiv tizim disfunktsiyasi o'rtasidagi bog'liqlik ko'rib chiqiladi. Unda reproduktiv tizim buzilishlarining yuzaga kelishiga endokrin kasalliklar va ular bilan bog'liq gormonal muvozanatsizlik ta'sir qilishi ta'kidlanadi.

Endokrin bepushtlikka chalingan ayollarda gipotireoz ko'proq aniqlanadi, qalqonsimon bez disfunktsiyasi esa reproduktiv tizim buzilishlari bilan bog'liq. Qalqonsimon bez disfunktsiyasi bo'lgan ayollarda birlamchi bepushtlik ikkinchi darajali bepushtlikdan ko'proq uchraydi. Maqolada ushbu patologiyani davolash uchun yangi algoritm ishlab chiqish zarurligi aytiladi va qalqonsimon bez kasalligi mavjud bo'lganda reproduktiv tizim buzilishlarini kompleks tadqiq etish muhimligi ta'kidlanadi [9].

Hayz sikli funksiyasi buzilganda va yod yetishmovchiligi holatlarida, qalqonsimon bezning funktsional faolligi pasayganida, jinsiy gormonlarning ajralishida ham farqlar mavjud bo‘lib, qonning luteotropin, follitropin gormonlari va estrogenlar ko‘rsatkichlari pasayadi; shuningdek, qalqonsimon bezining funksiyasi pasayadi va bu gipotalamo-gipofizar tizim disfunktsiyasi bilan birga keladi.

Ko‘plab tadqiqotchilar ta’kidlaydiki, hayz sikli funksiyasining buzilishlari ko‘pincha qalqonsimon bez funksiyasining buzilishlari tufayli yuzaga keladigan asoratlardir. Reproduktiv tizimning ushbu neyroendokrin tartibga solish buzilishlari ayniqsa o‘smirlik davrida eng destruktiv hisoblanadi. O'smirlarni hayz funktsiyasi buzilishi bilan tekshirishda "funktsional" hayz naqshini bu yoshda yuzaga keladigan anomaliyalar bilan farqlash muhimdir. Menarxdan keyingi birinchi yilda sikllarning 55% urug'lanmagan bo'ladi, ammo yosh o'sishi bilan muntazam ovulyatsion naqsh paydo bo'ladi. Agar menarxa 16 yoshgacha kelmasa yoki ikkilamchi jinsiy belgilari 14 yoshgacha rivojlanmasa, birlamchi baholash talab etiladi. Ikkinchi darajali amenoreya – bu ilgari muntazam sikllarga ega bo‘lgan ayollarda 3 oy davomida hayz ko‘rmaslikdir. Birlamchi va ikkinchi darajali amenoreyani diagnostika qilish uchun anamnez, fizik tekshiruv va laborator testlar o'tkaziladi. Agar o'smirga 14 yoshgacha menarxa kelmasa, hayz 4 oy davomida to'xtasa yoki qo'shimcha ravishda androgen yetishmovchiligi belgilari kuzatilsa, tekshiruv talab etiladi. Terapevtik abortning imkoniyati homiladorlikni erta aniqlashga bog‘liq bo‘lsa, uni istisno qilish kerak. O'smirni tekshirish anamnez, fizik tekshiruv va laboratoriya tekshiruvlarini o'z ichiga oladi. [5]

Natijalar (Results)

Tahlil qilingan ma’lumotlar shuni ko‘rsatdiki, qalqonsimon bez funksiyasining buzilishi hayz siklining turli ko‘rinishdagi patologiyalariga olib keladi. Eng ko‘p uchraydigan buzilishlar quyidagilar:

- amenoreya
- oligomenoreya
- polimenoreya
- menorragiyalar

Gipertireozda ko‘pincha hayz qon ketishining kuchayishi va ovulyatsiyaning buzilishi kuzatiladi. Gipertireoz holatlarida esa aksincha, hayz ajralishi kamayishi va anovulyator sikllar rivojlanadi.

Shuningdek, ko‘plab tadqiqotlar qalqonsimon bez kasalliklari bilan bepushtlik o‘rtasida sezilarli bog‘liqlik mavjudligini tasdiqlaydi. Ayrim ma’lumotlarga ko‘ra, reproduktiv yoshdagi ayollarda subklinik gipotiroidizm ham hayz sikli va fertilitetning buzilishiga olib kelishi mumkin.

Yod yetishmovchiligi mavjud hududlarda esa ushbu muammolar yanada ko‘proq uchrashi aniqlangan.

Muhokama (Discussion)

Olingan natijalar qalqonsimon bez va reproduktiv tizim o‘rtasida murakkab neyroendokrin aloqalar mavjudligini tasdiqlaydi. Tireoid gormonlar gipofiz gormonlari (TSH, FSH, LH), prolaktin va jinsiy steroidlar bilan o‘zaro ta’sirga kirishib, hayz siklining tartibga solinishida muhim rol o‘ynaydi.

Gormonal muvozanatning buzilishi ovulyatsiya jarayonining izdan chiqishiga, endometriy funksiyasining o‘zgarishiga va natijada menstrual disfunktsiyaga olib keladi. Ayniqsa o‘smirlik davrida bu o‘zgarishlar reproduktiv tizimning shakllanishiga salbiy ta’sir ko‘rsatishi mumkin.

Shuningdek, autoimmun jarayonlar, yod tanqisligi va boshqa endokrin omillar bu patologiyani yanada murakkablashtiradi. Shu bois bunday bemorlarni baholashda faqat ginekologik emas, balki endokrinologik yondashuv ham muhim hisoblanadi.

Xulosa (Conclusion): Qalqonsimon bez kasalliklarida menstrual funktsiyaning buzilishi keng tarqalgan hodisadir, bu qalqonsimon gormonlar va reproduktiv tizim o‘rtasidagi yaqin bog‘liqlik bilan izohlanadi. Gipotireoz va gipertireoz menstrual siklni tartibga solishga sezilarli ta'sir ko‘rsatadi, bu esa amenoreya, oligomenoreya, disfunktsional bachadon qon ketishi yoki hayz intensivligining o‘zgarishi kabi buzilishlarga olib keladi. Qalqonsimon bez disfunktsiyasini o‘z vaqtida aniqlash va adekvat korraksiya qilish normal menstrual siklni tiklashda va uzoq muddatli asoratlardan, jumladan bepushtlik va modda almashinuvi buzilishlaridan saqlanishda muhim rol o‘ynaydi. Endokrinologik va ginekologik yordamni o‘z ichiga olgan integrativ davolash yondashuvi bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga va ularning reproduktiv salomatligini saqlashga imkon beradi. Ushbu sohada qo‘shimcha tadqiqotlar talab qilinadi, bu qalqonsimon va reproduktiv tizimlar o‘rtasidagi o‘zaro ta'sir mexanizmlarini aniqlash va terapevtik strategiyalarni optimallashtirish uchun zarurdir.

FOYDALANILGAN MANBALAR:

1. Brown, E. D. L., Obeng-Gyasi, B., Hall, J. E., & Shekhar, S. (2023). The Thyroid Hormone Axis and Female Reproduction. International journal of molecular sciences, 24(12), 9815
2. Davis, M. G., & Phillippi, J. C. (2022). Hypothyroidism: Diagnosis and Evidence-Based Treatment. Journal of midwifery & women's health, 67(3), 394–397
3. Davranova, A. (2022). Qalqonsimon bez patologiyasi bo'lgan o'smir qizlarda hayz davrining buzilishini o'ziga xosligi. Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research).
4. Davranova, A. D., Ruziyev, S., Shomurodova, D., & Turakulova, D. (2024). Polycystic ovary syndrome. Educational Research in Universal Sciences, 3(4), 590-598.
5. FEATURES OF THE COURSE OF NODULAR GOITER AMONG THE POPULATION OF THE SAMARKAND REGION. (2025). NEWS IN HEALTH CARE, 2(4), 40-43.
6. Hubalewska-Dydejczyk, A., Gietka-Czernel, M., Trofimiuk-Müldner, M., Zgliczyński, W., Ruchała, M., Lewiński, A., Bednarczuk, T., Syrenicz, A., Kos-Kudła, B., Jarząb, B., Szczepanek-Parulska, E., Krajewska, J., Andrysiak-Mamos, E., Zygmunt, A., & Karbownik-Lewińska, M. (2022). Thyroid diseases and fertility disorders - Guidelines of the Polish Society of Endocrinology [Choroby tarczycy a zaburzenia płodności - rekomendacje Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego]. *Endokrynologia Polska*, *73*(4), 645–679
7. Koutras D. A. (2017). Disturbances of menstruation in thyroid disease. Annals of the New York Academy of Sciences, 816, 280–284.
8. Mansfield, M. J., & Emans, S. J. (1984). Adolescent menstrual irregularity. The Journal of reproductive medicine, 29(6), 399–410
9. Ruzieva, N., Kuziyeva, G., Ibragimova, F., Jumayev, F., Aziza, D., Rano, I., ... & Elmurodov, T. (2025). Social inequalities in the prevalence and control of hypertension: the role of educational attainment and socioeconomic status. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, *20*(8).
10. Sadriddin, P., Feruz, R., Buzulaykho, K., Kosim, R., Aziza, D., Rano, I., & Salokhiddin, Q. (2025). Personalized exercise regimens in post-stroke rehabilitation: optimizing blood pressure variability and functional independence. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, *20*(4), 306-311.
11. Saei Ghare Naz, M., Rostami Dovom, M., & Ramezani Tehrani, F. (2020). The Menstrual Disturbances in Endocrine Disorders: A Narrative Review. International journal of endocrinology and metabolism, 18(4)
12. Бахтина К.С., Федько В.А., Бахарева Н.С., Чернышев И.А., Артеменко А.Г., Гаршина Т.И., & Кавун Ю.К. (2023). НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СУБКЛИНИЧЕСКИМ И МАНИФЕСТНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ. Международный научно-исследовательский журнал, (1 (127)), 64.)
13. Варламова Т.М., Соколова М.Ю. Репродуктивное здоровье женщины и недостаточность функции щитовидной железы. Гинекология. 2023; 6 (1): 23- 38

14. Гафурова Д.К. (2023). ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА. Экономика и социум, (1-2 (104)), 191-193.
15. Герасимова Людмила Ивановна, Денисова Тамара Геннадьевна, Грузинова Елена Николаевна, Васильева Эльвира Николаевна Клиническая оценка репродуктивной функции женщин с дефицитом массы тела // Медицинский альманах. 2012. №5.
16. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019: 113-43..Мельниченко Г.А. (ред.). Синдром "Экономика и социум" №12(127)-1 2024 www.iupr.ru 1025 гипотиреоза в практике интерниста: Методическое пособие для врачей. М.: Эндокринологический научный центр РАМН; 2023.
17. Иброхимова, Н. Р., & Юлдашев, О. С. ИЗУЧЕНИЕ СВЯЗИ ПАТОЛОГИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА.
18. Мельниченко Г.А., Лесникова С.В. Особенности функционирования щитовидной железы во время беременности. Акуш. и гин. 2023; (5): 30-5.
19. Мельниченко Г.А. (ред.). Синдром "Экономика и социум" №12(127)-1 2024 www.iupr.ru 1025 гипотиреоза в практике интерниста: Методическое пособие для врачей. М.: Эндокринологический научный центр РАМН; 2023
20. Перминова С.Г. Гипотиреоз и нарушения репродуктивной функции женщины. Гинекология. 2019; 8 (1): 21-6.
21. Перминова С.Г., Ибрагимова М.Х., Назаренко Т.А., Каширова Т.В., Фадеев В.В. Бесплодие и гипотиреоз. Проблемы женского здоровья. 2018; 3 (2): 65-75
22. Сайфутдинова, Р. Ш., Назирова, З. А., Турсунов, М. М., & Турсунова, З. А. СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ ФЕРТИЛЬНОСТИ.
23. Сидельникова, В. М., & Сухих, Г. Т. (2020). Невынашивание беременности: Руководство для практикующих врачей. *М.: МИА*, *536*.
24. Худайкулова А. ., Эгамбердиева, Ш. ., & Насимова, Н. . (2024). ПРОБЛЕМЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА: АМЕНОРЕЯ И ДИСМЕНОРЕЯ. Молодые ученые, 2(21), 4–7.