

## **QALQONSIMON BEZ KASALLIKLARI.**

*Samarqand viloyati Endokrinologiya markazi*

*Endokrinologiya kafedra assistenti*

***Kurbanova Nozima Sabirjonovna***

***O'ralboyeva Charos***

*Samarqand viloyati Samarqand shahri*

*Samarqand davlat tibbiyot universiteti 401-guruh talabasi*

***Sheraliyeva Lutfiniso***

*Samarqand viloyati Samarqand shahri*

*Samarqand davlat tibbiyot universiteti 401-guruh talabasi*

***Azimova Guli***

*Samarqand viloyati Samarqand shahri*

*Samarqand davlat tibbiyot universiteti 401-guruh talabasi*

**Annotatsiya:** Ushbu maqolada Qalqonsimon bez hamda uning kasalliklari haqida ma'lumotlar berilgan.

**Kalit so'zlar:** Qalqonsimon bez, gipertireoz, gipofiz, tiroksin, autoimmun, tireotrop, tireotoksikoz.

Qalqonsimon bez — odam va hayvonlarning ichki sekretsiya bezi. Qalqonsimon bezning rivojlanishi homilalik davrida boshlanib, bola 1 yoshga yetganda uning vazni 1—2 g ni tashkil etadi, o'sish jarayonida u kattalashib 15—20 g gacha yetadi. Qalqonsimon bez embrion jabra xaltachasi epiteliysidan rivojlanadi. Qalqonsimon bez odam embrioni taraqqiyotining 8—9 oyida to'liq shakllanib, gormon ajrata boshlaydi, u bo'yinda, hiqildoq tog' aylari sohasida joylashgan; 2 palla va bo'yinchadan iborat. [1]Qalqonsimon bezni bir juft yuqori va bir juft pastki arteriyalar qon bilan ta'minlaydi, simpatik va parasimpatik nerv tolalari innervatsiya

qiladi. U organizmda modda va energiya almashinuvi regulyatsiyasida ishtirok etuvchi yodli gormon tiroksin (T4), triyodtironin (TZ) va tireokaltsitonin ishlab chiqaradi. Qalqonsimon bez funksiyasini markaziy nerv sistemasi, faoliyatini esa gipofiz bezi boshqaradi. Gipofizning tireotrop gormoni Qalqonsimon bez funksiyasi va rivojlanishini kuchaytiradi. Organizmda Qalqonsimon bezning ahamiyati juda katta, u bosh miya faoliyati, moddalar almashinuvi, suyak o'sishi, immun sistemalar, jismoniy va aqliy rivojlanish, jinsiy yetilish jarayonlari, adaptatsiya va boshqalar reaksiyalarni ta'minlaydi. Bu bez faoliyatining buzilishi buqoq, gipotireoz, gipertireoz va boshqalar kasalliklarga olib keladi.[2]

Homila shakllanishi va rivojlanishida hamda sog'-omon dunyoga kelishida ichki sekresiya bezlarining faoliyati muhim ahamiyatga ega. Afsuski, hozir endokrin kasalliklar (ichki sekresiya bezlar kasalliklari) keng tarqalgan va homiladorlikning kechish jarayoniga ko'pincha salbiy ta'sir ko'rsatadi. Endokrin kasalliklarning anchagina qismini qalqonsimon bez xastalıkları tashkil qilib, bunda asosan yod tanqisligi yetakchi o'rin tutadi. Yod tanqisligi o'rta va og'ir bo'lgan hududlarda (yurtimiz ham bunday hududlar qatoriga kiradi) meyoridan kam miqdorda yod iste'mol qilinishi homilador ayollarda qalqonsimon bez kattalashishiga va yoyma zaharsiz buqoq rivojlanishiga olib keladi. Homila qalqonsimon bezining faoliyati mutlaq onadan qorindagi bolaga o'tadigan yod miqdoriga bog'liq. Homilador ona organizmiga yetarli miqdorda yod tushmasligi homila tanasida yod tanqisligini vujudga keltiradi. Bu esa homilada ham keyinchalik buqoq paydo bo'lishiga olib keladi. Homilada va neonatal davrda gipotireoz yuzaga kelishi tufayli tug'ilgan bola aqliy va jismoniy jihatdan nuqsonli (endemik kretinizm) bo'lishi mumkin. Yod tanqisligi mavjud hududlarda yoyma zaharsiz buqoqning oldini olish va davolash uchun bir kecha-kunduzda 150-200 mkg hisobida yod qabul qilish tavsiya etiladi. Ya'ni, har kuni bir tabletkadan «Yodomarin -200» yoki «Yodbalans-200» preparatlari qabul qilish buyuriladi. Bu preparatlar odatda buqoqning kattalashishini to'xtatadi, ba'zi hollarda uni kichiklashtiradi. Ayol homilador bo'lguniga qadar unda

katta buqoq kuzatilsa va homiladorlikning boshlang'ich davrlarida buqoq tez kattalashayotgan bo'lsa yodni qalqonsimon bez gormonlari bilan birga qabul qilish maqsadga muvofikdir. Buning uchun har kuni 50-100 mkg L-tiroksin qabul qilish bilan birga «Yodomarin-200» yoki «Yodbalans-200» dorilarini bir tabletkadan qo'llash tavsiya etiladi. Bu muolaja homilador ayolda qalqonsimon bezning meyoriy faoliyatini tiklashga imkon beradi. Qalqonsimon bez kasalliklarida, uning faoliyati buzilishi bez gormonlarining meyoridan ortiq (gipertireoz) yoki kam (gipotireoz) ishlab chiqilishi bilan ifodalanadi.[3] Modda almashinuvining gipertireoz holati bilan kechadigan kasalliklar orasida yoyma zaharli buqoq uchrab turadi. Yoyma zaharli buqoq qalqonsimon bez gormonlarining meyoridan ortiqcha ishlab chiqarilishi va qalqonsimon bezning hajmi ham bir tekisda kattalashishi bilan kechadigan kasallikdir. Nasliy omillar va autoimmun jarayonlar kasallikning kelib chiqishida ishtirok etadi. Xastalik ko'proq 20-50 yoshli ayollarda uchraydi. Jismoniy va ruhiy zo'riqishlar ham kasallikning ro'yobga chiqishiga sharoit tug'diradi. Yoyma zaharli buqoq kasalligining asosiy belgilari. Kasallikning asosiy belgilari (bemorning ozib, vaznini yo'qotishi, ruhiy bezovtalik, xotirjamlikni yo'qotish, asabiylashish, yurakning doimo tez urishi, teri nam va issiq bo'lishi, oldinga cho'zilgan qo'l barmoqlarida mayda titroqlar kuzatilishi, ko'z soqqasining chaqchayib turishi — ekzoftalm) aniq namoyon bo'lgan hollarda zaharli buqoq tashxisini qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi.[4]

Agar kasallikning belgilari sust yuzaga chiqqan bo'lsa, tashhis qo'yish qiyinlashishi mumkin. Kasallik borligini tasdiqlash uchun qalqonsimon bez gormonlari — erkin tiroksin (er T4) va erkin uch yodtironin (er T3) larning hamda tireotrop (TTG) gormonning miqdori aniqlanadi. Yoyma zaharli buqokda gormonlar (er T3, er T4) ning miqdori meyoridan ortiq, TTGning miqdori esa kamaygan bo'ladi. Homilador ayollarda qalqonsimon bezning gormonal faoliyatini aniqlashda ko'p uchraydigan holatlardan biri umumiy tiroksin (um T4) va umumiy uch yodtironinning (um T3) qondagi miqdorini aniqlashdir. Homilador ayollar qonidagi

oqsillarni qalqonsimon bez gormonlari bilan bog'lanish xususiyatining ortishi homilador ayol qonida um T3 va um T4 mikdorini ko'paytiradi. Ammo qalqonsimon bez gormonlarining oqsillar bilan bog'langan shakllari gormonal ta'sir ko'rsatmaganligi uchun ularning umumiy miqdori ortishi homilador ayollarda tireotoksikoz borligiga asos bo'lmaydi. Buning uchun qalqonsimon bez gormonlarining ta'sirchan shakllari (ya'ni er T3 va er T4)ning mikdori ortgan bo'lishi kerak. Zaharli buqoqning yengil va o'rtacha turiga chalingan ayollarning taxminan 3 foizi homilador bo'lishlari mumkin. Kasallik og'ir kechganda bepushtlik kuzatiladi.[5] Modda almashinuvida gipertireozga chalingan ayollarning homilador bo'lishi qiyin kechadi va ko'proq homiladorlik davrida zaharli buqoq uchraydi. Yoyma zaharli buqoq yaxshi davolanmasa homiladorlikning kechishini og'irlashtiradi, ayniqsa homiladorlik jarayoniga salbiy ta'sir ko'rsatadi, ayniqsa erta toksikozlar og'ir kechadi, bola tushishi yoki barvaqt tug'ilishi ehtimoli ortadi, tireotoksikoz krizi xavfi kuchayadi. Homilada va tug'ilgan chaqalokda rivojlanishning tug'ma nuqsonlari (gidro- va mikrotsefaliya, gipospadiya, kriptorxizm, kindik chov churrasi, yumshoq tanglay nuqsoni, Daun kasalligi) ro'y berishi mumkin. Qalqonsimon bez gormonlarining yetishmasligi natijasida gipotireoz kasalligi vujudga keladi. Gipotireozning ko'p (90-95%) qismini birlamchi gipotireoz tashkil qiladi va tireoidit, qalqonsimon bez rezeksiyasi, radioaktiv yod bilan davolash, o'sma va boshqalar bunga sabab bo'ladi. Gipotireozda homiladorlik kam uchraydi, chunki qalqonsimon bez gormonlarining tanqisligi nasl berish va ko'payishga javobgar ichki a'zolarining faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Tuxumdonlarda primordial follikulalar yetilishi sekinlashadi, ovulyatsiya jarayoni buziladi, sariq tana rivojlanishi susayadi. Xotiraning susayishi, atrofdagi hodisalarga qiziqishning kamayishi, holsizlik, terining quruq va och sariq rangda bo'lishi, tana vaznining ortishi, yuz va ko'z qovoqlarining shishishi, tilning kattalashishi, nutqning noaniq bo'lishi, hayz tartibining izdan chiqishi gipotireozning asosiy belgilaridir. Homilador ayollarda birlamchi gipotireoz

ko'pincha surunkali autoimmun tireoidit yoki diffuz toksik buqoq va boshqa xil buqoqlar jarrohlik yo'li bilan olib tashlangandan so'ng yuzaga keladi. Autoimmun tireoidit. Surunkali autoimmun tireoiditda kuzatiladigan gipotireoz odatda homiladorlikdan avval aniqlanadi. Ammo autoimmun tireoiditning boshlanishi ba'zi hollarda homiladorlik davriga to'g'ri keladi. Autoimmun tireoiditni homiladorlikning erta davrlarida aniqlash uchun qalqonsimon bez faoliyatida buzilish borligi shubha qilingan homilador ayollar qonidagi autoimmun tanachalarni aniqlash tavsiya etiladi. Gipotireoz tashxisini tasdiqlash uchun qon zardobida TTG, T3 va erkin T4 miqdori aniqlanadi. Birlamchi gipotireozda TTG ning qon zardobidagi miqdori meyoridan (1-3 mkg/l) ortadi, T4 va T3 kam bo'ladi.

**Xulosa:**

Homiladorlik va gipotireoz. Gipotireozga chalingan ayollarda homiladorlik og'ir kechadi. Ularda homiladorlikning toksikozlari, kamqonlik, bola tushish hollari ko'p uchraydi. Shuningdek, tug'ruq harakatlarining sust bo'lishi, qon ketish ehtimoli ortadi. Gipotireoz homila tuzilishida salbiy ta'sir ko'rsatib, ko'pincha uning bosh miyasi hamda skeleti rivojlanishida patologik o'zgarishlar yuz berishiga sabab bo'ladi. Ayol gipotireozga chalingan davrda yaxshi davolanmasdan homilador bo'lsa, garang, soqov, keyinchalik aqliy rivojlanishi orqada qoladigan esi past, skelet taraqqiyotida tug'ma nuqsonlari bor bolalar tug'ilishi ehtimoli ortadi. Gipotireoz muolajasi yetishmagan qalqonsimon bez gormonlarini tashqaridan berib turish orqali amalga oshiriladi. Bemorga kuniga bir marta, ertalab 25 mkg tiroksin qabul qilish buyuriladi. Tiroksin miqdori har hafta ko'tarilib, kasallikning og'ir-yengilligiga qarab bir kecha-kunduzda 150-200 mkg ga yetkaziladi. Homiladorlikning oxirigacha tiroksin shu miqdorda berib turiladi. Ayol ko'zi yoriganidan so'ng uning ahvoriga qarab tiroksin miqdori (dozasi) o'zgartiriladi. Tiroksin bilan davolash ayollarning emizikli davrida ham davom ettiriladi.

**Foydalanilgan adabiyotlar:**

1. Бутрова С.А. От эпидемии ожирения к эпидемии сахарного диабета // Междунар. эндокринол. журнал - 2013. № 2 (50)[1]
2. Ismoilov S.I. Endokrinologiyadan tanlangan ma'ruzalar. -Toshkent, 2005.-В. 105-183.[2]
3. Лолгарёв С.С., Курцина И.Т. Физиология пищеварения. Учебн. Пособие. Москва "Высшая школа". 1984. -С. 87-100.[3]
4. Мак-Мюррей У. Обмен веществ у человека. Москва "Мир", 1980. - С. 35-43.[4]
5. Матохина З.П. Основы физиологии питания, гигиены и санитарии. Учебник. Москва, 2002. -С. 198-233.[5]