



MAKTAB YOSHIDAGI QIZ BOLALARDA QALQONSIMON BEZ KASALLIKLARINI KECHISH XUSUSIYATLARI

Tavakalova Xayriniso Ismoil qizi
Farg'ona Jamoat Salomatligi tibbiyot Instituti

Annotatsiya. Maqolada maktab yoshidagi qiz bolalarda qalqonsimon bez kasalliklarining kechish xususiyatlari hamda amaliy tashxis yondashuvlari yoritiladi. Ushbu yosh davrida qalqonsimon bez funksiyasi o'sish, suyak yetilishi, aqliy faoliyat, kayfiyat va reproduktiv tizimning shakllanishi bilan chambarchas bog'liq bo'lgani uchun eng kichik disfunktsiya ham o'qish samaradorligi, charchoq, uyqu, vazn va hayz sikliga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Qizlarda pubertat davrida autoimmun jarayonlar faollashishi fonida surunkali autoimmun tireoidit va gipotiroid holatlar ko'proq uchrashi, giperfunktsiya holatlarida esa xulq-atvor va diqqat o'zgarishlari bilan birga yurak urishining tezlashishi, issiqqa toqat qilmaslik va vazn kamayishi kabi belgilar ustun kelishi tahlil qilinadi. O'zbekiston sharoitida yod ta'minoti va yodlangan tuz sifatining barqarorligi muhim profilaktik omil ekani qayd etilib, uy xo'jaliklarida yetarli yodlangan tuz ulushi past bo'lishi mumkinligi to'g'risidagi ma'lumotlar amaliy tavsiyalar bilan bog'lanadi.

Kalit so'zlar: qalqonsimon bez, maktab yoshi, qiz bolalar, pubertat, gipotiroidizm, giperterioz, Graves kasalligi, autoimmun tireoidit.

KIRISH

Maktab yoshidagi qiz bolalarda qalqonsimon bez kasalliklari klinik amaliyotda tez uchraydigan, ammo ko'pincha kech aniqlanadigan muammolardan biri. Sababi oddiy: ko'plab belgilar charchoq, asabiylik, ishtaha va vazn o'zgarishi, uyqu buzilishi, o'qishdagi pasayish kabi umumiy shikoyatlar ko'rinishida namoyon bo'ladi va ularni faqat tarbiya, stress yoki o'sish davri bilan izohlash oson. Aslida esa qalqonsimon bez gormonlari o'sish sur'ati, miya faoliyati, termoregulyatsiya, yurak-qon tomir tizimi hamda reproduktiv tizimning yetilishi uchun asosiy boshqaruv omillaridan biri hisoblanadi. Shu bois maktab davrida paydo bo'lgan gormonal nomutanosiblik faqat endokrin muammo bo'lib qolmaydi, u ta'lim natijasi, ijtimoiy moslashuv va kelajakdagi reproduktiv salomatlikka ham bevosita ta'sir qiladi.

Qiz bolalarda pubertat davrida immun va gormonal qayta qurilishlar fonida autoimmun tireoid kasalliklari ehtimoli ortadi. Bolalar va o'smirlar orasida surunkali autoimmun



tireoidit goiter va orttirilgan gipotiroidizmning yetakchi sabablaridan biri ekanligi klinik kuzatuvlar bilan tasdiqlangan [4]. Boshqa tomondan, giperfunksiya bilan kechuvchi Graves kasalligi bolalarda nisbatan kam uchrasa-da, uning klinik ko‘rinishi ko‘pincha xulq-atvor o‘zgarishlari va o‘qishdagi pasayish bilan boshlanishi mumkinligi amaliyot uchun muhim [5].

O‘zbekiston sharoitida yod ta‘minoti ham alohida e‘tiborga loyiq. Maktab yoshidagi bolalar populyatsiyasida yod yetishmovchiligini baholash uchun median siydikdagi yod ko‘rsatkichi asosiy indikatorlardan biri bo‘lib, u kamida 100 mikrogramm litr bo‘lishi kerakligi WHO tomonidan ko‘rsatilgan [1]. Ayni paytda O‘zbekistonda uy xo‘jaliklarida tuz yodlangan deb e‘lon qilinsa ham, uning yetarli darajada yodlangan bo‘lishi har doim ham kafolatlanmasligi haqida ilmiy ma‘lumotlar mavjud [2], UNICEFning milliy so‘rovida ham yetarli yodlangan tuz ulushi cheklangan bo‘lishi qayd etilgan [3]. Shuning uchun maktab yoshidagi qizlarda qalqonsimon bez patologiyasini ko‘rib chiqishda autoimmun omillar bilan bir qatorda yodga bog‘liq omillarni ham unutmang, qalqonsimon bez o‘zini hurmat qilsa ham, yodni hurmat qiladi.

TADQIQOT METODOLOGIYASI VA EMPIRIK TAHLIL

Maktab yoshidagi qiz bolalarda qalqonsimon bez kasalliklarini shartli ravishda uch katta yo‘nalishda ko‘rish mumkin: yodga bog‘liq funksional va struktur o‘zgarishlar, autoimmun kasalliklar hamda giperfunksiya bilan kechuvchi holatlar. Ularning har biri klinik jihatdan o‘xshash belgilar berishi mumkin, ammo kechish dinamikasi, o‘sishga ta‘siri va laborator profilida muhim farqlar bor.

Yodga bog‘liq o‘zgarishlar ko‘proq endemik fon bilan bog‘liq bo‘lib, qalqonsimon bez to‘qimasining kompensator kattalashuvi goiter ko‘rinishida namoyon bo‘lishi mumkin. Maktab yoshi davrida goiterni ko‘zdan kechirishda bo‘yin old qismida simmetrik kattalashish, yutinishda bezning harakati, ovoz bo‘g‘ilishi yoki yutinishdagi noqulaylik kabi belgilar e‘tiborga olinadi. Biroq yod yetishmovchiligining eng muhim oqibati faqat bez kattalashuvi emas, balki kognitiv rivojlanish va o‘qishdagi samaradorlikka ta‘sir qilish ehtimolidir. Populyatsion baholashda WHO median siydikdagi yod ko‘rsatkichi 100 mikrogramm litr va undan yuqori bo‘lishini me‘yor sifatida ko‘rsatadi [1]. Uy sharoitida esa profilaktikaning markazida doimiy ravishda yetarli yodlangan tuzdan foydalanish turadi. O‘zbekistonda yodlangan tuz dasturlari va nazorat masalalari bo‘yicha tadqiqotlar uy xo‘jaliklarida yetarli yodlangan tuz ulushi barqaror emasligini ko‘rsatgan [2], UNICEFning milliy hisobotida ham aholi yodlangan tuz



iste'moli yuqori bo'lsa-da, yetarli yodlangan tuz ulushi ancha past ekani qayd etilgan [3]. Shu fon qizlarda pubertat davridagi gormonal talab oshishi bilan birga kelganda, subklinik funksional siljishlar ham klinik belgilar berishi mumkin.

NATIJALAR

Autoimmun tireoidit maktab yoshidagi qizlarda eng amaliy ahamiyatga ega yo'nalishlardan biri. U ko'pincha sekin boshlanadi va dastlab klinik jihatdan sezilmasligi mumkin, ayniqsa gormonlar bir muddat me'yor atrofida turgan fazada. Shunga qaramay, qizlarda o'sish sur'ati pasayishi, tana vaznining ortishi yoki vazn nazoratining qiyinlashuvi, sovuqqa toqat qilmaslik, teri qurishi, qabziyat, uyquchanlik, diqqat susayishi, kayfiyat tushishi kabi belgilar asta-sekin qo'shilib boradi. Maktab yoshi va o'smirlikda yana bir nozik nuqta bor: hayz sikli endi shakllanayotgan bo'lgani uchun hayzning kechikishi, ko'p kelishi yoki og'riqli bo'lishi ko'pincha normal pubertat tebranishi deb baholanadi, ammo gipotiroid fonida bu holatlar kuchayishi mumkin. Shuning uchun qizlarda o'sish dinamikasi, tana vazni, o'qishdagi o'zgarish va hayz tarixi bir paket sifatida ko'rilsa, tashxisga boradigan yo'l ancha qisqaradi. Autoimmun tireoidit bolalar va o'smirlarda goiter va orttirilgan gipotiroidizmning eng ko'p uchraydigan sabablaridan biri sifatida ta'riflangan [4].

Giperfunksiya bilan kechuvchi holatlar ichida Graves kasalligi muhim. U bolalarda kamroq uchrasa-da, qizlarda o'smirlik davrida uchrashi ehtimoli ortadi va klinik manzarasi ko'pincha yurak urishining tezlashishi, qo'l titrashi, issiqqa toqat qilmaslik, terlash, vazn kamayishi, ishtaha ortishi, bezovtalik, jahldorlik, uyqusizlik kabi belgilar bilan kechadi. Maktab muhitida bu holat ko'pincha intizomsizlik yoki psixoemotsional muammo sifatida ko'rinib qoladi. Amaliy jihatdan esa giperteriozda xulq-atvor o'zgarishlari va akademik ko'rsatkichning tushishi uchrashi mumkinligi pediatrik Graves bo'yicha ETA tavsiyalarida ham eslatilgan [5]. Qizlarda yurak urishining tezlashishi va hushyorlikning ortishi fonda charchoq ham kuchayadi, ya'ni bemor tinmay yurgandek ko'rinadi, lekin ichidan toliqib boradi.

Maktab yoshidagi qizlarda qalqonsimon bez kasalliklari kechishining yana bir xususiyati shundaki, klinik belgilar ko'pincha bir necha tizimga tarqaladi va bemor avval kardiolog, nevropatolog yoki gastroenterologga murojaat qilishi mumkin. Shu sababli birlamchi bo'g'inda shubha uyg'otadigan klinik belgilarni bilish muhim. Gipotiroid holatiga shubha tug'diradigan belgilar sifatida bo'y o'sishining sekinlashuvi, vazn ortishi, umumiy sustlik, o'qish samaradorligining pasayishi, teri va sochdagi o'zgarishlar, qabziyat, bradikardiya, hayz sikli buzilishlari ajralib turadi.



Giperteriozda esa taxikardiya, vazn kamayishi, terlash, issiqqa toqat qilmaslik, titroq, bezovtalik, uyqusizlik, ba'zan ko'z atrofida o'zgarishlar va bo'yinda bez kattalashuvi ko'riladi.

Tashxis qo'yish mezonlari amaliyotda uch tayanch ustun atrofida quriladi: klinik baho, laborator tasdiq, struktur baho. Klinik bahoda bo'yin ko'rigi va palpatsiya, yurak urish tezligi, arterial bosim, tana vazni va bo'y o'sishi dinamikasi, teri va soch holati, reflekslar, o'smir qizlarda hayz tarixi va psixoemotsional holat baholanadi. Laborator tekshiruvda birinchi navbatda TSH va erkin T4 aniqlanadi. Gipotiroidizm odatda TSH ko'tariladi, erkin T4 pasayadi yoki me'yorning past chegarasiga yaqinlashadi, subklinik holatda esa erkin T4 me'yorida bo'lib, TSH ko'tarilgan bo'ladi. Autoimmun jarayonni tasdiqlash uchun anti TPO va anti TG antitanalar tekshiriladi, klinik kontekstga qarab bu tahlillar tashxisni aniqlashtiradi. Giperteriozda TSH ko'pincha susayadi, erkin T4 va ba'zan erkin T3 ko'tariladi, Graves gumonida TSH retseptor antitanalari foydali hisoblanadi, bu yondashuv pediatrik Graves bo'yicha ETA tavsiyalarida ham alohida ta'kidlangan [5].

Struktur baholashda ultratovush tekshiruvining o'rnini katta. Autoimmun tireoiditda bez to'qimasining diffuz o'zgarishi va geterogenligi, bez kattalashuvi, ba'zan tugunli elementlar ko'rinishi mumkin. Yod yetishmovchiligida esa ko'proq diffuz goiter ustun bo'ladi. Tugun aniqlansa, bolalarda baholash juda ehtiyotkor olib boriladi, chunki pediatrik yoshda tugunlar bo'yicha yondashuv kattalarnikidan farq qiladi va ATA pediatrik yo'riqnomalarida tekshiruv algoritmlari batafsil berilgan, lekin maktab sharoitidagi mavzuda asosiy e'tibor funksional va autoimmun holatlarga qaratiladi.

Amaliy tashxis algoritmini qisqa, lekin aniq ifodalash mumkin. Birinchi bosqichda klinik shubhani to'g'ri qo'yish zarur: o'sish dinamikasi buzilishi, vaznning izohlanmagan o'zgarishi, bo'yin sohasida kattalashish, yurak urish tezligi me'yordan chiqishi, o'qishdagi keskin pasayish, uyqu buzilishi va hayz sikli bilan bog'liq muammolar birgalikda ko'rilsa, TSH va erkin T4 tekshiruvini kechiktirmaslik kerak. Ikkinchi bosqichda laborator natijalarga qarab yo'nalish belgilanadi: gipotiroid profil bo'lsa autoimmun markerlar va yodga oid xavf omillari tahlil qilinadi, giperterioz profil bo'lsa Graves ehtimoli baholanadi va zarur antitana tekshiruvlari ko'riladi. Uchinchi bosqichda ultratovush tekshiruvini klinik va laborator manzara bilan bog'lab talqin qilish kerak. To'rtinchi bosqichda esa etiologik omillar aniqlanadi: oilaviy anamnez, autoimmun kasalliklar tarixi, yodlangan tuzdan foydalanish odati, uzoq muddatli parhez cheklovlari, surunkali kasalliklar va dori qabul qilish tarixi.



O'zbekiston bo'yicha yodlangan tuz sifati doim ham barqaror bo'lmasligi mumkinligi qayd etilganligi sababli [2], bemor va oila bilan profilaktika bo'yicha suhbat tashxisdan keyin ham davolash samaradorligiga xizmat qiladi.

XULOSA VA MUNOZARA

Maktab yoshidagi qiz bolalarda qalqonsimon bez kasalliklari ko'p qirrali klinik belgilar bilan namoyon bo'lib, ularning asosiy xususiyati o'sish, ta'lim jarayoni va pubertat bilan uzviy bog'liqligidir. Qizlarda pubertat davrida autoimmun tireoidit va gipotiroid holatlar ko'proq klinik ahamiyat kasb etadi, chunki ular sekin rivojlanib, charchoq, diqqat susayishi, vazn ortishi, sovuqqa toqat qilmaslik, hayz sikli buzilishi kabi belgilar orqali yashirin kechishi mumkin. Bolalar va o'smirlarda autoimmun tireoidit goiter va orttirilgan gipotiroidizmning yetakchi sabablaridan biri ekani ko'rsatilgan [4].

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. World Health Organization. Iodine deficiency. Nutrition Landscape Information System. Geneva, 2023.
2. Rohner F, Zimmermann M, Jooste P, et al. Household Coverage with Adequately Iodized Salt and Iodine Status of Women in Uzbekistan. *Thyroid*. 2020. Vol. 30. No. 6. P. 883–893.
3. UNICEF. Uzbekistan Nutrition Survey Executive Summary. Tashkent, 2017.
4. Demirbilek H, Kandemir N, Gonc N, Ozon A, Alikasifoglu A. Hashimoto thyroiditis in children and adolescents clinical and laboratory characteristics. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*. 2007. Vol. 20. No. 11. P. 1199–1205.
5. Mooij C F, et al. 2022 European Thyroid Association Guideline for the management of pediatric Graves disease. *European Thyroid Journal*. 2022. Vol. 11. No. 1. Article e210073.