ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ

САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ

 РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

РЕСПУБЛИКА ЎРТА ТИББИЁТ ВА ФАРМАЦЕВТИКА ХОДИМЛАРИ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ВА ИХТИСОСЛАШТИРИШ МАРКАЗИ АНДИЖОН ФИЛИАЛИ

“Қалқонсимом без касалликларида хамширалик парвариши”

( Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва ихтисослаштириш марказлари ва унинг худудий бўлинмалари тингловчилари учун ўқув услубий қўлланма)



 АНДИЖОН - 2021 йил

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ

САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

РЕСПУБЛИКА ЎРТА ТИББИЁТ ВА ФАРМАЦЕВТИКА ХОДИМЛАРИ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ВА УЛАРНИ ИХТИСОСЛАШТИРИШ МАРКАЗИ АНДИЖОН ФИЛИАЛИ

|  |  |
| --- | --- |
| «ТАСДИҚЛАЙМАН»Фан ва таълим Бош бошқармаси бошлиғи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.Т.Махмудов«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021\_\_\_\_ | «КЕЛИШИЛДИ»Ўзбекистон Республикаси ССВ тиббий таълимни ривожлантириш маркази директори \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.Г.Янгиева«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021\_\_\_\_\_\_ |

“Қалқонсимом без касалликларида хамширалик парвариши”

ЎҚУВ УСЛУБИЙ ҚЎЛЛАНМА

(Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштиришмарказлари ва унинг филиаллари тингловчилари учун ўқув-услубий қўлланма)

АНДИЖОН – 2021йил

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Тузувчилар:  |  |
|  Д.М.ГаппароваГ.Қ. Исақова. | Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш маркази Андижон филиали ўқитувчисиРеспублика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш маркази Андижон филиали ўқитувчиси |
|  Г.К.Каюмова  | Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш маркази Андижон филиали ўқитувчиси |
|  |  |
| Тақризчилар: |  |
|  |   |
| М.Х.Салиева  |  АДТИ Умумий гигиена кафедраси мудири доцент.  |
| Г.К.УсмановаР. Ш Сайфуддинова.  | АДТИ Умумий гигиена кафедраси катта укитувчиси.АДТИ Врачлар малакасини ошириш кафедраси доценти  |

Ўқув дастури Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш маркази Андижон филиал педогогик Кенгашида кўриб чиқилган

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20.. й., баённома № \_\_\_\_\_\_

 Кенгаш раиси \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Г.А.Тураходжаева

 имзо

 Ўқув дастури ССВ ҳузуридаги узлуксиз касбий таълим муассасалараро мувофиқлаштирувчи Кенгашда кўриб чиқилган ва тасдиқланган

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20..й., баённома № \_\_\_\_\_\_

 Кириш.

Мазкур ўқув қўлланма эндокринология даволаш профилактика муассасалари ва оилавий поликлиникаларда фаолият олиб бораётган ҳамшираларни ҳар томонлама етук, ихтисослик фанлари бўйича етарли билим, малака, кўникмаларга эга бўлишларига эришиш, улар мустақил фаолияти яъни, ўқитиш, кўрсатмалар бериш, ўз-ўзини бошқариш ҳамда маслаҳатлар беришга доир тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш, янги назарий билимларни амалий кўникмалар орқали мустаҳкамлаш, психологик парвариш кўникмаларини эгаллашга қаратилган. Ушбу ўқув қўлланма мақсади ҳамширалик педагогикасини шакллантириш бўлиб маслаҳатлар бериш йўли билан улар фаолият турини ривожлантиришга қаратилгандир.

Ўқув қўлланмада барча оилавий поликлиника ва эндокринология тиббиёт марказлари тизимидаги ҳамшираларни малакавий тавсифномаси ва лавозим йўриқномаларига мувофиқ, лозим бўлган янги билимлар ва кўникмаларни етарли даражада ўзлаштиришга қаратилган материаллар тақдим этилган. Шу муносабат билан беморларга хавф солувчи асоратларни олдини олиш, тўғри турмуш тарзини шакллантиришга қаратилган парваришни амалга ошириш ҳамда мустақил равишда олиб бориладиган ўқитиш ишларини такомиллаштиришга эришилади.

 Ушбу услубий қўлланма эндокринология бўлимлари, терапия бўлимлари хамширалари, ҚВП/ҚОП/ОП ва туман/шаҳар КТМПларнинг фаолият олиб бораётган патронаж/оила ҳамшираларни ўқитишга мўлжалланган. Хамширалар зарурият тугилганда малакали биринчи тиббий ёрдамни курсата билишлари керак. Шундан келиб чикиб “Қалқонсимон без касалликларида хамширалик парвариши” бўйича аҳолига маслаҳатлар бериш. Ўқув-услубий қўлланманинг асосий вазифалари тингловчиларга малакали билимларни бериш, уларга назарий ва амалий жихатларини хар томонлама ургатишдан иборат.

 “Қалқонсимон без касалликларида хамширалик парвариши” ўқув-услубий қўлланманинг асосий вазифаси Умумий малака ошириш ўқув жараёнини модулли тиббий таълим тамойили бўйича, замонавий, инновацион, далилларга асосланган тиббиёт халқаро илмий-амалий маълумотларни давлат талабларига мос ҳолда тузилган ўқув дастури бўйича тизимли ташкиллаштириш ва бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасаларида кўрсатиладиган профилактик, ташхислаш ва даволаш учун керакли амалий кўникмаларни мустақил қўллашга тайёргарликни шакллантириш.

 Ўқув услубий қўлланмада хамширалар учун керакли бўлган амалий кўникмалар алгоритми берилган.Бу амалий кўникмалардан бевосита иш жойларида хам кенг фойдаланишлари мумкин.Албатта бу уларнинг иш унумдорлигини оширишга ва сифатли тиббий ёрдам кўрсатишига сабаб бўлади.Ушбу ўқув услубий қўлланма « Қалқонсимон бези касалликларида хамширалик парвариши”,ўқув дастурига киритилган назарий ва амалий мавзулар асосида тайёрланди

 Ички секреция безлари анатомияси ва физиологияси.

Эндокрин система ички секретсия безларини ташкил этади, уларнинг ўзига хос хусусияти шундаки,ташқарига чиқариш йўллари бўлмайди. Шунинг учун улар моддаларни бевосита қон ва лимфага чиқаради. Бу моддаларни организмнинг ички мухитга ажралиб чиқиш жараёни ички ёки эндоген секресия номини олган. Эндокрин система тушунчаларнинг ривожланиши ички секретсия безлари ва улар ажратадиган биологик актив моддалар- гармонларни тадқиқ қилиш билан боғланган. Ички секреция безларининг тузилиши, функцияси ва фаолияти бузилишини ўрганадиган фан эндокринология номини олган.

Эндокринга гипофиз билан узвий боғланган марказий нерв системасининг бир қисми хисобланмиш гипоталамус (дўмбоқ ости), гипофиз, ғуррасимон без (эпифиз), қалқонсимон без, қалқонсимон безолди безлари, меьда ости безининг оролча қисми,буйракусти безлари,меьда ва ичак деворларида жойлашган ендокрин хужайралар, тухумдон ва мояклар киради. Эндокрин системани ташкил этувчи ички секретсия безларининг шакли ва катта кичиклиги турлича бўлиб, тананинг турли қисмларидан жой олган, гармонлар ажратиш улар учун умумийдир.

Гармонлар йуқори биологик фаол моддалар бўлиб, миллиграмнинг мингдан бир улушидан ошмайдиган жуда кичик консентрасияси хам тасир этади, шу билан бирга уларнинг таьсир кўрсатиш, ўсиш ва жисмоний ривожланиш, моддалар алмашинуви, жинсий ривожланиш, шу жумладан иккиламчи белгиларнинг ривожланиши каби жараёнларни белгилаб беради.

 Қалқонсимон без ички секретсиянинг бир мунча катта бези бўлиб, у бўйин сохасида, кекирдакнинг олд томонида хиқилдоқдан бир оз растда жойлашган. Қалқонсимон без тоқ орган бўлиб, бўйинча билан бириккан икки палладан иборат. Катта ёшдаги кишиларда қалқонсимон безнинг вазни 30-40 г. Тупроғи, сув ва озиқ овқат махсулотларида йод етишмайдиган туманларда қалқонсимон безнинг вазни бирмунча катта бўлиши мумкун. Ёш улғайган сари, безнинг кичиклашиши кузатилади.

 Қалқонсимон безда иккита гармон- тироксин ва трийодтиронин ишлаб чиқарилади. Улар бевосита қонга ажратилади. Бу гармонларни хосил бўлиши учун тирозин иммунокислатаси ва йод зарур бўлади. Қалқонсимон безда тироксин ва трийодтирониндан ташқари калцитонин хам ишлаб чиқарилади. Калцитонин организмда калций алмашинувини бошқаради. Қалқонсимон без гарморлари организмга хар томонлама таьсир кўрсатади. Бу гармонлар тўқима ва органларни етилишини идора этиб , уларни функсионал активлиги ўсиши ва моддалар моддалар алмашинувини белгилаб беради.

Қалқонсимон без гармонларининг етишмаслиги, бўлмаслиги, шунингдек, ортиқча бўлиши организмни турли касалликларга олиб келади. Қалқонсимон без функсияси камчилигида гипотиреоз деб аталувчи касаллик пайдо бўлади, айни вақтда , барча моддалар алмашинуви жараёнини секинлашуви кузатилади, шу муносабат билан кўпинча орган ва тўқималарда бузилишлар рўй беради.

Қалқонсимон безнинг орқа томонидан катталиги 10-15 мм келадиган нўхатга ўхшаш таначалар бор. Булар қалқонсимон без олди безлари паратиреоид безлардир. Улар сони 2 тадан 12 тагача бўлиши мумкун, кўпроқ 4 та бўлади. Қалқонсимон безолди безлари организмда калций ва фосфор алмашинувини ростлаб турадиган парагармон – паратиреоид гармон ишлаб чиқарвди. Бу безлар ўсмадан зарарланганда гиперпаратиреоз касаллиги пайдо бўлади. Буйракусти безлари ички секреция безлари орасида алохида ўрин тутади. Улар гармонларнинг ортиқча ажралиши баьзан гипофиз функсиясининг кучайиши билан боғланган. Исенко- кушинг касаллигини юзага келишига сабаб бўлади. Буйрак усти безлариниг пўстлоқ қисмида етарли миқдорда гармон ишлаб чиқарилмаганда, Аддиссон касаллиги рўй беради.

Гипоталамус ва гипофиз эндокрин системаси алохида ўрин тутади. Булар ички секрециянинг бошқа безлари фаолиятини ишга туширувчи безлар хисобланади. Гипоталамуснинг кимёвий тузилиши содда бўлиб, гипофизга таьсир кўрсатади, ва уни турли хил мураккаб безлар ажратишга мажбур қилади.

Гипофиз- ички секресиянинг марказий безидир, калла суяги асосида турк эгаридан жой олган бўлиб, гипофизар аёқча деб аталган махсус тузилма орқали бош мия билан бириккан. Гипофизнинг олдинги, ўрта ва орқа бўлаги бор. Олдинги бўлак бутун безнинг 70% ини ташкил қилади. Олдинги гармон 7 хил гармон ажратади, булар орасида организмни ўстирадиган гармон бор, у тўқималарда нгз берадиган биокимёвий жараёнларга бевосита таьсир кўрсатади. Гипофиз гармонлари жумласига буйракусти безлари пўстлоғининг фаолиятини стимулловчи адренокортикотроп, қалқонсимон без фаолиятига таьсир ўтказувчи тиреотроп , жинсий безларга тасир қилувчи гонотроп , сут безлари функсиясини стимулловчи пролактин гармони ишлаб чиқарилади. Ўрта бўлак тўқималарда меланин пигментини хосил бўлиши ва тақсимланиши , кўзнинг тўр пардаси эса кўрув пурпураларини тартибга солиб турадиган гармон ишлаб чиқаради.

 Орқа бўлак анча кичик ва мия гипофизар оёқчасининг гўё давоми хисобланади. Гипофизнинг орқа бўлагида гармонлар ажратилмайди, у гармонларнинг ўзига хос хос йиғиладиган жойидир.

 Гипофиз гармонлари секресияси бузилиши организмда турли хил касалликларни келтириб чиқаради. Ўсиш гармони 20-25 ёшдан юқори ёшда ажралса акромегалия деб аталувчи бошқа касаллик келиб чиқади. Ўсиш гармонинг етарлича ажралмаслиги билан боғланган ва ўсишнинг кескин даражада тўхтаб қолишида гипофизар паканалик ёки гипофизар нанизм касаллиги келиб чиқади.

Эндокрин система касалликларини асосий аломатлари ва текшириш усуллари.

 Ички секреция безлари гармонлари организмнинг турли хил фаолиятига таьсир этганлиги сабабли эндокрин касалликларда хам турли туман клиник белгилар билан намоён бўлади. Шу билан бир қаторда , беморда айрим клиник белгиларнинг мавжудлиги шифокорда эндокрин безлари касалликлари мавжудлиги тўғрисида шубха тугдириши лозим.

 Касалик анамнези. Бемордан сўраб суриштирилганда касаллик эндокрин тизими зарарланиши туфайли келиб чиққанлигини тахмин қилишга имкон берувчи айрим омилларни , жумладан бемор ва унинг яқинлари эрта болалик пайтидан бошланганлиги хақидаги кўрсатмаларини синчковлик билан тахлил қилиши лозим. Чунки унинг ёрдамида қатор туғма эндокрин касалликларни аниқлаш имкони туғилади. Шунингдек, анамнез йиғиш жараёнида касалликдан илгари бўлиб ўтган турли хил рухий таьсирларга алохида ахамият бериш керак.

 Хаёт анамнези. Бемор хаёти давомида бошидан кечирган кейинчалик ички секреция безлари касалликларига олиб келиши эхтимоли бўлган холатларни шифокор аниқлаши жуда мухум. Масалан, қалқонсимон безнинг ўткир яллиғланишига баьзан зотилжам, ўткир танзилит ёки синусит олиб келади.

Оилавий анамнезда наслий мойиллик, диффуз токсик бўқоқ касалликларини аниқлашда катта ахамиятга ега. Айрим холларда бемор соғлигига, яшаш шарт шароитлари жумладан, атроф мухитда йоднинг кам бўлиши эндемик бўқоқ келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкун.

 **Эндемик бўқоқ касаллиги.**

Эндемик бўқоқ деганда , асосий аломати қалқонсимон безнинг катталашишидан иборат бўлган бутун организмнинг касаллиги тушунилади.

**Этиологияси:**  одам организмига ташқи мухитдан йоднинг етарлича миқдорининг камайиб кетишига боғлиқ бўлиб , овқат махсулотлари ва ичимлик сувининг йодга кам тўйинишидан келиб чиқади. Эндемик бўқоқ нафақат озиқ-овқат махсулотларида йод , балки бошқа элементлар : мис, марганес, қўрғошин, рух, кўлбалт, бром, ва бошқалар миқдориниг етишмаслигидан ҳам пайдо бўлади. Бу касаллик тоғли туманлар аҳолиси орасида кўп учрайди. Беморнинг аксарият қисмини аёллар ташкил қилади. Килиникаси. Касаликнинг асасий белгиси қалқонсимон безнинг катталашуви хисобланади. Беморнинг вақт бевақт юрак уриши, иш қилганда нафас қисиши, бироз терлаш, серзардалик, ориқлаб кетишдан хотин-қизлар, хайиз кўриш сиклининг бузилишидан шикоят қилишади. Ендемик буқоғи бор қизларда жинсий жихатдан етишиш кечикади. Буқоқ жуда катталашиб кетса баъзан трахея, қизилўнгач, ҳалқум нервининг босилиб қолишига хос аломатлар пайдо бўлади. Бундай ҳолларда беморларнинг нафас олиши ўзгариб уларда қуруқ йўтал пайдо бўлади, овоз бўғилиб қолади, ютиш қийинлашади.

Юрак-қон томирлар системаситомонидан: рулс лабиллиги юрак чап чегарасининг кенгайганлиги, юрак товушларининг кучайиши ва функционал систолик шовқин кузатилади, максимал артериал босим, одатда нормал ёки бироз кўтарилган минимал босим эса ўртача пасайган кўз аломатлари бўлмайди. Кўпинча қўллар олдинга чўзиб турилганда бармоқ учларининг титираши кўринада. Асосий алмашинув, одатда бироз ошган.

Лаборатория таҳлили. Қонда кўпинча лейкўпения, ўртача лимфотситоз ва эритротситлар чўкиш реаксиясини тезлашгани кўрилади.

Даволаш ва прафилактикаси. Болаларга ҳафтада кичик дозада ёд берилади, ёд профилактикаси ўтказилади. 4 ёшдан 10 ёшгача-25мкг/сит 10 ёшдан 17 ёшгача-50 мкг/сут; ҳомиладор аёлларда 50-75мкг/сут миқдорда калий ёдид тавсия этилади. Узоқ таъсир қиладиган ёдмарин 200 ҳам қўлланилади.

Шифокор кўрсатмасига биноан, тиреоидин 0,05-0,2 г.дан ичилади, кунига бир марта. Териокомб катталарга кунига 1 маҳал 1 таблеткадан берилади. Тиреотом 0,05 мг кунига 1-3 таблеткадан берилади. Триёдтиронин гидрохлорид бир кеча кундузда 5-20 мкг.дан ичилади, зарур туғилганда дўзасини аста секин ошириб бориб, кунига 60-100мкг.гача етказилади.

Тугунли ва аралаш буқоқ касалликларида жарроҳлик йўли билан даволаш тавсия этилади.

Ёд қўшилган туз қўлланиш йўли билан оммавий профилактика ўтказиш катта аҳамиятга эга. Эндемик буқоқ билан касалланиш кузатиладиган туманларда яшовчи аҳоли ёд қўшилган туз билан таъминланади (1 тонна ош тузига 25 г калийёд қўшилади, шундан тузнинг 10-15 г билан организмга ёд, яъни суткали ёд эҳтиёжининг ярми киради). Аҳолининг санитария гигения турмуш шароитларини яҳшилашдан иборат. Сув манбаларини яҳшилаш, уларнинг санитария муҳофаза, аҳолини яъни мева ва савзавотлар билан таъминлаш муҳим прафлактик аҳамият касб этади.

 **Базедов касаллиги. Тиреотоксикоз.**

Хасталик биринчи булиб 1840 йилда немис шифокори Базедов томонидан тасвирлаб берилган. Касаллик асасида тироксин гармонини кўп миқдорда ишлаб чиқиш оқибатида қалқонсимон безнинг катталашиб кетиши хамда унинг гиперфунксияси етади. Бу касаллик билан 20-40 ёшдаги кишилар касалланади. Аёллар эркакларга нисбатан бир неча баравар кўпроқ касалланадилар. ички секретсия безлари касаллари ичида кўп тарқалган касаллиг хисобланади.

**Етиялогияси** асаб ва рухий жарохатлар, марказий нерв системасининг шикасланиши, энсефалит,грипп,ангина, безгак, сарамас,қизилча,қорин тифи касалликлари, жинсий безлар ва гирофиз безиниг яллиғланиши, қуёш нурининг узоқ таьсир этиб туриши катта ахамиятга эга.

**Клиникаси.** Немис шифокори Базедов касалликка хос уч аломатни ( учлик – триада аломати ) белгилаган. Булар:

1. қалқонсимон безнинг катталашиши;

2. Кўзнинг чақчайиб туриши.

Бундан ташқари, беморларда сержахллик, бесарамжонлик, ёмон ухлаш, дармонсизлик, мехнат қобилиятининг пасайиши, кўп терлаш, баданнинг қизиб кетгандек сезгисининг пайдо бўлиши, мускулларнинг қувватсизланиши ва титраши, озиб кетиш, қўл бармоқлари ростланганда тез-тез титраб туриши хамда бутун гавдага ёйилиши каби аьломатлар кўрилади. Қорин оғриб туради, қайт қилади, ичи кетади, оғир холларда жигар катталашади, оғриқли бўлади,бадан сарғаяди, тана харорати субфебрил ( 37-37,5).

Юрак тез уради ,пулс тезлашиб, минутига 120-140 мартагача уради. Тахикардия тинчликда хам йўқолмасдан, доимий бўлиши билан характерланади. Юрак чапга кенгайган, юрак тонлари зўрайган бўлади. Артериал босим кўтарилади, кўпинча миокардиодистрофия бошланади, бу – юрак етишмовчилиги ва титроқ аритмия пайдо бўлишига олиб келиши мумкун.

Аломатлари:

1) Графе аломати-типик хисобланади, бунда кўз соққаси юқоридан пастга харакатланганда устки қовоқ орқада қолади, натижада , қовоқ ва рангдор парда орасида склеранинг оқ йули кўриниб туради.

2) Мебиус аломати- кўз конвергенсияси етишаслиги. Беморнинг кўзи олдига бирор нарса яқинлаштирилганда кўзлар бир нуқтага узоқ қараб тура олмайди. Бир ёки иккала кўз ғайриихтиёрий равишда бир томонга олиб кетади.

3) Делримпл аломати-кўзнинг одатдагидан кўра, каттароқ очилиб туриши ва қовоқларнинг меёридан кўра, камроқ очилиб- юмилиши

Кўзда бўладиган бу ўзгаришларнинг хаммаси тегишли кўз мускулларининг иннервасия қиладиган симтоматик нервлар функсияси ошишига боғлиқ. Бўқоқ консистенсияси турлича: без юмшоқ. Унинг устида пулсатсия қиладиган шовқинларни эшитса бўлади. Айрим холларда унинг фақат бир бўлаги каталашади, баьзида эса қалқонсимон без кўкрак орқасида жойлашади ва ренгенологик текшириш йўли билан аниқланади.

**Лабаратория тахлили.** Қонда эритроцитлар, лейкоцитлар, нейтрофиллар сони камайиб, гемоглабин пасаяди. Гипергликемияга мойиллик пайдо бўлади,қон зардобидаги холестерин миқдори кўринча раст бўлиб чиқади, қоннинг ивиш хусусияти сусаяди, қон ёпишқоқлиги камайиб қолади.

**Даволаш.** Базедов касаллигига учраган беморлар консерватив ва жаррохлик йули билан даволанадилар, консерватив даво дастлаб осойишта режим яратишдан, кўп ва сифатли таомлардан иборат. Бемор мехнат қилиш , дам олиш ва ухлаш режимига қатий риоя қилиши зарур.

Дори дармонлардан эндикринолог кўрсатмасига биноан қуйидагилар ишлатилади: меркозолин , диодтирозин, люгол еритмаси. Сўнги вақтларда бу касалликка радиактив йод йубориш йўли билан даво қилинмоқда. Қалқонсимон без йодни йиғиб оладиган бўлгани учун йоддан сочиладиган нур фақат шу без тўқимасига таьсир кўрсатиб , унинг хужайраларини емиради. Касалликнинг оғир шаклларига операсия йўли билан даво қилиниб, безнинг бир қисми олиб ташланади.

 **Микседема.**

Миксодема “шилимшиқ шиш” демакдир. Касаллик асосида қалқонсимон без функсиясининг етишмовчилиги ётади, яьни тироксин гармонинг етишмаслиги натижасида касаллик пайдо бўлади. 1873-йилда бу касалликни биринчи марта Галло тасвирлаб берган . Касаллик 30-60 ёшлардаги кишиларда учрайди. Аёллар эркакларга нисбатан 4 баравар касалланади. Бу касаллик кўпинча ёши ўтган аёлларнинг климакс даврига тўгри келмоқда.

 **Этологияси.** Безнинг травмадан шикастланиши, қалқонсимон без атрофияси , безни бутунлай олиб ташлаш, қалқонсимон безни узоқ муддатли гиперфунксияси, безнинг баьзан атеросклероз билан аьлоқадор бўлган касаллик инволютсияси, безнинг туғма камчилиги ва гиперфунксияси, безнинг туғма камчилиги ва гиперфунксияси, эндемик бўқоқ , айрим касалликлар, захм, ревматизм, тиф, сифилис касаллигидан кейин. Қалқонсимон без хар хил нурлардан, рентген, радиоктив йод таьсиридан кейин келиб чиқади.

 **Клиникаси .** Беморларда дармонсизлик, тез чарчаш, бош оғриши, қулоққа шовқин эшитилиши, баданда чумоли юргандек сезгининг пайдо бўлиши, белда , бўғинда, орқада оғриқ, вазннинг ортиб бориши, паришонхотирлик, нутқнинг бузилиши, ичнинг қотиши кузатилади.

 Бундан ташқари юзлари шишган, шиш бадан ва оёқларда хам пайдо бўлади. Юз шишиши натижасида қуруқлашади, кўз юмилиб , лаблар қалинлашиб кетади, юзи ниқобсимон рангсиз, худди қотиб қолгандек бўлади, кўзнинг атрофи кериккан, бўйин сохаси , энса чуқурлари шишган. Териси қуруқ пўст ташлаб туради, тез инфексияланади, ўзига хос шишганлигига кўра, уни бурма қилиб йиғиш қийин.

 Одатаги шишлардан фарқли равишда босганда, чуқурча хосил қилмайди. Бошдаги сочлар ўзиниг ялтироқлигини йўқотади, тушиб , қошларнинг ташқи бўлимлари тўкилиб кетиши характерли, тирноқлар мўрт бўлиб қолади. Шиллиқ парда қалинлашади , натижада қулоқ оғирлашади , товуш бўғилади, там билиш сезги йўқолади.

 Нафас олиш минутига 8-12 гача камайиб кетади, пулс минутига 50-60 зарбгача камайиб кетади, тана харорати пасаяди.

 **Лабаротория тахлили.**  Асосий модда алмашинуви паст – 40 % га камайган. Қонда холестерин миқдори ошган – 3000 мг% ва ундан ортиқ , еритроцитлар миқдори пасайган, гемоглабин миқдори 85г, ЭЧТ тезлашган-65мм/соат , гипохром анемия кузатилади . сийдикда оқсил ажралади.

 Электрокардиографияда грамма волтажи паст, Р ва Т тишчалари суст кўринади. Оғир холларда миокардда дистрофик ўзгаришлар ва кескин короносклерозлар топилади, бу –юракнинг иккаласи қоринчаси бўшлиғининг кенгайишига сабаб бўлади.

 **Даволаш.** Касалликни даволаш тиреодин ёки триодтиронин билан ўтказиладиган ўринбосар терапия буюрилади.

 Калориялиги жихатидан хам, оқсил, ёғ, углевод, ва витаминлар сақлаши жихатидан хам сифатли овқатлар бериши керак . семиришга мойиллик бўлса, суткалик овқатдаги ёғ ва углеводлар миқдори камайтирилади.

Қалқонсимон без касалликларида беморларни парваришлашга оид хужжатларни юритиш.

Керакли жихозлар: касаллик тарихи,қизил ва кўк ручка

Хом ашё: талаб этилмайди.

Бажариш алгоритми: Ҳамшира янги келган беморнинг ҳужжатларини расмийлаштиришни касаллик тарихини титул варақасини ( паспорт қисми) тўлдиришдан бошлайди.

1. Касаллик тарихининг рақами беморни шифохонага қабул қилиш журналидаги рақам билан бир хил бўлади.
2. Сўнгра беморнинг исми, шарифи ва шифохонага келтирилган санаси ва вақти аниқ қилиб кўрсатилади( агар бемор беҳуш ҳолда келтирилган бўлса, ёнида танишлари ёки ҳужжатлари бўлмаса, исми, шарифи “ номаълум шахс” деб ёзилади ва милицияга хабар берилади)
3. Беморнинг манзилгоҳи, касб – кори , агар ёш бола бўлса қайси боғча ёки мактабга бориши ёзилади.
4. Беморни дори моддаларига аллергик реакцияси бўлса, қизил рангли ручкада ёзиб қўйилади.
5. Агар бемор оғир аҳволда ёки беҳош ҳолатда келтирилган бўлса, бу маълумотлар уни олиб келган кишилардан олинади.
6. Агар бемор даволаш муассасаси томонидан юборилган бўлса, йўлланмасидаги ташхиси, агар тез тиббий ёрдам машинасида келтирилган бўлса кузатув варақаси қайд этилади.
7. Беморни санитария тозалаш ишларидан ўтказилганда педикулёз аниқланса, касаллик тарихига қизил ручкада “Р” ҳарфи белги қилиб қўйилади ва шошилинч хабарнома ( Ф – 058) тўлдирилиб, СЭС га хабар қилинади.

Беморлар билан шахслар аро мулоқот кўникмаларини қўллаган холда сухбатлашиш.

 Керакли жихозлар: маълумотларни қайд этиш варақаси, ручка,қалам.

 Керакли хом ашё:ЕРАКЛИ ХОМ АШЁ: хом ашё талаб этилмайди

 БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:

1. Мулоқот жараёни 3 босқичдан иборат бўлиб, 1 – босқичи суҳбатлашга киришиш ва суҳбатни бошлаш ҳисобланади.
2. Пациент кириб келганида беэътибор бўлмай , қилаётган ишни бироз четга суриб, унга жой кўрсатиб, ўтириш таклиф қилинади.
3. Суҳбат учун тинч , осуда, ёқимли, илиқ муҳит яратиш мақсадида масалан: об- ҳаво, жамоат транспорти ҳақида бироз суҳбатлашилади.
4. Гармоник муносабатларни ўрнатиш мақсадида ўзини таништириш, сизга мурожаат қилинганлиги учун миннатдорчилик туйғулари билдирилади.
5. Суҳбатлашиш жараёнининг 2 – босқичи суҳбатнинг асосий мавзусини ва муаммоларини ҳал этишга қаратилади.
6. Бунда энг асосий маълумотлар тўпланади, пациентнинг асосий эҳтиёжларини қондириш учун фактлар аниқлаштирилади.
7. Суҳбатлашиш жараёнининг 3 – босқичи суҳбатни якунлаш ҳисобланади.
8. Суҳбатлашиш якунида пациент сиз билан бўлган суҳбатдан қониқиш олиб, яна суҳбатлашиш истагида қолсин.
9. Суҳбатга якун ясаб, келгуси учрашув ҳақида келишиб олинади.
10. Суҳбатлашиш самарали бўлиши учун доимо пациент позициясини ҳисобга олган ҳолда ҳаракат қилиш, унинг ҳоҳиш - истакларини инобатга олиш, қувончига шерик бўлиш, табиий жилмайиш, самимий, очиқ ва камтарин бўлиш, ҳамдардлик кўрсатиб, унинг елкасини ёки қўлларини силаш, керак пайтда ўринли ҳазиллар қилиш, ҳиссиётларни назорат қила олиш ва ўз вазифасини аъло даражада бажариш керак.
11. Самарасиз суҳбатга олиб келувчи омиллар: суҳбатни тўсатдан ёқимсиз мавзудан бошлаш, лоқайд ёки мансимай, кибор билан қараб туриш,шахсиятга тегувчи саволлар бериш, бесабаб сукут сақлаш ёки кулиш, ҳурматсизларча тўсатдан суҳбатни тўхтатиш ёки унинг мавзусини сабабсиз ўзгартириб юбориш, суҳбатдошни гапиришга қўймаслик ва унга ҳамдард бўлмаслик сабаб бўлади.

*Мулоқотда савол бериш техникаси*

1. “Очиқ саволлар “ суҳбатдошингиз кўнглидаги, ичидаги дардларни очиб гапиришида қўлланилади: “Қачон?”, “Қандай қилиб?”, “Аутолмайсизми?”, “Менда кўрсата олмайсизми?”, “Нега?”каби саволлардан бошланади.
2. “Ёпиқ саволлар” пациент суҳбатлашишни истамаётганда ёки унинг сўзлари кутилаётган натижани бермаса ва нутқи йўқолган, гапира олмайдиган (мотор афазия) ҳолатларда қўлланилади. Ёпиқ саволларга содда ва аниқ қилиб,”Ҳа”, “Йўқ” каби жавоблар олинади.

.

 **Физикал текширувлар.**

Эндокрин безлари тизими касалликлари орасида қалқонсимон без зарарланганда, бемор юз кўринишида сезиларли кўринишлар кузатилади. Қалқонсимон без гиперфунксиясида катта, кенг очилган, чақчайиб турган, кам пирпировчи, ялтироқ кўзлар бемор юз кўринишига қўрқув ёки дахшат ифодасини беради. Унинг фаолияти сусайишида ( миксодема) бемор юзи думалоқ, кенг ажинларсиз, кўзлари худди қотиб қолгандек ифодали бўлгани учун кўриниши бефарқлик ва калтафахмлик таасуротини қолдиради.

 **Интелект ва рухиятнинг ўзгариши.** Эндокрин безларининг функсионал бузилишларида турли хил рухий ўзгаришлар қайд қилинади. Бундай беморларда рухий қўзғалувчанлик. Кайфиятнинг тез-тез ўзгариб туриши, Базедов касаллигида доимий хавотирлик , миксодемада камхаракатлилик, апатия ва мимиканинг бўлмаслиги кузатилади. Депрессия кайфиятнинг тез-тез ўзгариб туриши климактерик синдромда хам кузатилади. Эндокрин касалликлардаги рухиятнинг ўзгариши, бемор нутқида хам ўз ифодасини топиши мумкун. Масалан. Базедов касаллиги билан оғриган беморларда нутқнинг тезлашиши кузатилиб, уларда сухбатдошни фикрини бўлишга, ўз фикрини билдиришга интилиш ва бошқа харакатлар кузатилади. Миксодемада эса секинлашган, бўғиқлашган нутқ, саволларга тез жавоб қайтармаслик ёки жумлаларни охиригача етказмаслик холлари аниқланади.

 **Кўриш аьзосидаги ўзгаришлар.**  Қалқонсимон без гиперфунксиясида чақчайган ялтироқ кўзлар ва шу туфайли бемор доимий хавотир холатда кўринади. Чақчайиш тахикардия ва бўқоқ билан бирга базедов касаллигига хос бўлган учликни ташкил қилади. Гипофиз ва гипофизар соха ўсмаларида кўриш ўткирлигини аниқлаш катта ташхисий ахамиятга эга.

 **Пайпаслаш**.

 Пайпаслаш қалқонсимон без касалликларини ташхислашда мухим текшириш усулларидан бири хисобланади. Соғлом кишиларда , одатда, қалқонсимон без пайпасланмайди. Унинг пайпасланиши безнинг у ёки бу даражада катталашганидан далолат беради.

 **Қалқонсимон безни қадамма-қадам пайпаслаш**

 **Кўрик.**

1. Диққатни бўйин ва хиқилдоқнинг олд хамда трахеянинг юқори қисмига қаратиш керак.

2. Бемордан сўлагини ютиш сўралади.

3. Бу пайтда эьтибор йуқорида қайд этилган сохаларга қаратилади.

4. Қалқонсимон без меёрида кўрикда ва ютиниш вақтида кўзга кўринмайди.

 **Қалқонсимон без сохасини бармоқлар билан пайпаслаш.**

 **Олдиндан ёндашиш.**

1. Беморга юз билан ёндашиб, иккала қўлнинг букилган 2-5 бармоқлари м. Sternocieidomastoideus нинг орқа қиррасига , бош бармоқлар эса қалқонсимон тоғай сохасига, юқорида айтилган мушакларни олд қиррасини ички қисмига қўйилади.

2. Пайпаслаш вақтида бемордан ютиниш сўралади, натижада қалқонсимон без хиқилдоқ билан биргаликда силжийди ва шифокор бармоқларига сезиларли бўлади.

3. Қалқонсимон без бўйинчасини пайпаслаш бош бармоқни сирпанувчи харакатлари билан бўйиннинг ўрта чизиғи бўйлаб пастдан тепага силжиган холда амалга оширилади.

 **Орқадан ёндашиш.**

1.Беморни орқасидан ёндашилади ва иккинчи хамда учинчи бармоқлар бўйинни ўрта қисмига қўйилади. Улар бармоқ кенглигида тўшдан тўшдан юқорида Sternocieidomastoideus нинг медиал қиррасида 10,5см ичкарида жойлашган.

2. Бу холатда бўйинчани аниқлашга , сўнгра без бўлакларини аниқлашга киришилади.

3. Тугунлар ёки без ассиметрияси аниқланганда , ўзгарган бўлакни яхшилаб аниқлаш зарур.

4. Бунда бир қўл билан трахеяни, бошқа қўл билан без бўлагини қимирлатмай ушлаб туриш керак.

5. Пайпасланганда без юмшоқ,эластик, силлиқ, оғриқсиз ва ютиниш пайтида енгил силжувчан бўлади.

6. Қалқонсимон безнинг ўнг бўлагини яхшироқ пайпаслаш учун, бемордан бошини ўнг томонга букиш илтимос қилинади. Қарама қарши харакатлар билан чап бўлакни пайпаслаш амалга оширилади. Бўйиннинг ёйилиши тўш орти бўқоқни пайпаслашга имкон беради.

7. Пайпаслаш вақтида шифокор қалқонсимон безни жойлашиши, ўлчами, консистенсияси, катталашганлик даражаси ва тугунлар борлигини аниқлаш зарур.

 **Тахлил.**

**1-даража:** Без аниқ пайпасланади, аммо ютинишда сезилмайди.

**2-даража:** Без пайпасланади ва ютинишда сезилади.

**3-даража:**  Катталашган без кўрикда аниқланади.

**4-даража:** Без шакли сезиларли ўзгарган.

**5-даража:** Катта ўлчамдаги без.

 **Перкуссия.**

Перкуссия усули тош орти бўқоқни аниқлашга имкон беради. Бу холатда тўш сопи устида перкутор товушни қисқариши қайт қилинади.

 **Аускуллтация.**

Қалқонсимон без аускултациясида диффуз токсик бўқоқли беморларда, баьзан уни васкуляризацияси ва қон айланишининг тезлашиши туфайли вужудга келган шовқинлар эшитилади.

 **Радиал пулсни аниқлаш.**

 **Керакли жихозлар:** секундомер, ҳарорат варақаси, ручка.

Керакли хом ашё: суюқ совун, бир марталик қоғоз салфетка

Бажариш алгоритми: Қўллар ювилади ва қуритилади.

1. Беморга муолажа мақсади тушунтирилади
2. Бемор қулай холатда ўтказилади ёки ётқизилади.
3. Беморнинг қўли бўш эгилган ҳолатда бўлиши керак.
4. Радиал пульсни аниқлашда текширувчи билакнинг ички юзаси, 1/3 пастки қисми, 1 – бармоқ асоси бўйлаб билак артерияси томирини шундай ушлаши керакки II, III,IV бармоқлари томир устида бўлиши керак.
5. Пульсни текшираётган вақтда текширувчининг IV бармоғи беморнинг I - бармоғи рўпарасида бўлиши керак.
6. Пульсация қилаётган артерияни уччала бармоқ билан пайпаслаб, аста билак суягининг ички томонига босилади
7. Пульсни аниқлаётганда уни маромига, тўлиқлигига аҳамият берилади.
8. Билак артериясида пульсни санаш мумкин бўлмаганда уйқу ва чакка

соҳаларида саналади.

1. Натижаси ҳарорат варақасига қизил ручка билан белгиланади.

 Эслатма:

1. Пульс уришини бундан ташқари қуйидаги соҳаларда аниқлаш мумкин:

а) Каротид пульс – уйқу артериясида, яъни кекирдакнинг ён томонидаги анатомик чуқурчада аниқланиб, катталарда ўпка – юрак реанимациясини ўтказганда фойдаланилади..

б) Брахиал пульс - елка артериясида, яъни тирсак чуқурчаси марказининг кичик бармоқ томонида аниқланади, асосан артериал қон босимини ўлчашда фойдаланилади.

в) Феморал пульс – сон артериясида, яъни тос суягининг юқори олдинги қисми ва чов бирлашмаси ўртасида аниқланади, асосан оёқларнинг қон билан таъминланиши ёки ўпка – юрак реанимацияси ўтказилганда кўкрак қафасининг компрессияларини баҳолашда фойдаланилади.

г) Педал пульс – оёқ кафтининг дорзал юзасида ва тўпиқнинг ички( медиал) ўсимтасини орқа пастроқ қисмида аниқланади, асосан оёқларнинг қон билан таъминланишини баҳолашда фойдаланилади

д) Апикал пульс – юрак чўққиси турткисида, яъни чап ўмров ўрта чизиғи бўйлаб, 4 – 5 –қовурғалараро соҳада стетоскоп ёрдамида эшитилади.

е) Апикал ва радиал пульсни аниқлаш орқали пульс дефицитини ( танқислиги) аниқлаш:

1. Биринчи ҳамшира стетоскоп ёрдамида апикал пульсни эшитади, иккинчи ҳамшира эса билак артериясида радиал пульсни аниқлайди, пульс тўлиқ 1 дақиқа давомида 2ла ҳамшира 1та соатга баравар қараб туриб аниқланади.Агарда билакдаги пульснинг сони апикал пульсдан кам бўлса, орадаги фарқ пульс дефицити ( танқислиги) деб аталади.

1. Нормада пульс катталарда 1 дақиқада 60- 80та гача бўлади. Пульсни тўлиқ бир дақиқадаги сони саналади ёки пульс уруши ритмик бўлса 30 сониядаги сони аниқланиб, натижани 2 га кўпайтирилади.

Артериал босимни ўлчаш.

Тонометр, фонендоскоп, Ф- 004 хужжати.

Керакли хом ашё: суюқ совун, бир марталик қоғоз салфетка, этил спирти 70%, 1,5 гр пахта

Бажариш алгорит:

1. Қўллар ювилади ва қуритилади.
2. Беморга муолажа мақсади тушунтирилади
3. Артериал босимни ўлчаш учун бемор қулай ўтказилади ёки ётқизилади.
4. Беморнинг ўнг ёки чап билагини елкасигача яланғочланади.
5. Бемор қўли кроватга ёки стулга кафти билан юқорига қаратиб қўйилади
6. Тонометр винтелини бураб манжетини ҳавоси чиқарилади.
7. Беморни тирсагидан 2-3 см юқорига манжетни 2 бармок сиғадиган қилиб ўраб олинади.
8. Беморнинг тирсак бўғимида елка артерияси томир уришини 2,3,4 бармоклар ёрдамида топилади.
9. Томир урган жойга фонендоскоп мембранасини қўйилади, эшитув найи қулоққа уланади.
10. Винтелни беркитиб резина баллон ёрдамида манжеткага ҳаво юборилади.
11. Винтелни очиб, ҳаво аста-секин чикарилади.
12. Ҳаво чиқиш вақтида фонендоскопда томир уриши эшитилади. Бу систолик босим кўрсатгичидир.
13. Ҳаво чиқиши давомида товушлар эшитилмай қолади. Бу диастолик босим кўрсатгичини билдиради.
14. Товушларнинг эшитилган ва эшитилмаган жойлардаги натижани монометрдан ёзиб олинади.
15. Винтелни тўлик очиб, манжеткани ичидаги хаво тўлик чиқарилади.
16. Манжетка бемор билагидан олинади.
17. Натижа харорат варакасига белгиланади.
18. Эслатма: Нормада систолик босим катталарда 100-130 мм.симоб устунига, диастолик босим 60-90 мм. симоб устунига тенг бўлади.

Назорат саволлари:

1. Калконсимон безнииг анатомияси ва физиологияси.
2. Калконсимон без кандай гармонлар ишлаб чикаради?
3. Эндемик букок кандай касаллик?
4. Эндемик букок касаллигини келтириб чикарувчи сабаблар кандай?
5. Эндемик букок касаллигида беморларда кузатиладиган клиник белгилар кандай?
6. Эндемик букок касаллигида хамширалик парвариши кандай?
7. Базедов касаллиги кандай касаллик?
8. Базедов касаллигини клиник белгилари кандай ?
9. Базедов касаллигини келтириб чикарувчи сабаблар кандай?
10. Микседема касаллиги сабаблари ва риволаниш боскичлари кандай?
11. Микседема касаллиги клиник белгилари ва давоси кандай?
12. Қалконсимон без касалликларида ташхис куйиш усуллари .
13. Базедов касаллигида учлик белгиси кандай?
14. Қалконсимон без касалликларида беморларнииг яширин ва мавжуд муоммоларини аниклаш.
15. Қалконсимон без касалликлари билан огриган беморлар холтини бахолаш учун маьлумот йигиш.

 Тест саволлари.

1. Калконсимон без касалликлари кандай система касалликларига киради?
	1. хазм системаси касалликлари.
	2. айриш системаси касалликлари.
	3. Эндокрин системаси касалликлари.
	4. суяк бугим системаси касалликлари.

 2 Калконсимон бездан неча хил гармонлар ишлаб чикарилади?

* 1. 2 хил гармон.
	2. 3 хил гармон.
	3. 4 хил гармон.
	4. 5 хил гармон.

 3. Эндемик букок касаллиги сабаблари кандай?

* 1. йод етишмаслигидан.
	2. калконсимон без фаолияти ортиб кетишидан.
	3. калконсимон без фаолияти пасайиб кетишидан.
	4. калсий етишмаслигидан.

 4. Калконсимон без касалликлари купрок кимларда кузатилади?

* 1. карияларда.
	2. эркакларда.
	3. аелларда
	4. болаларда.

 5 Эндемик букок касаллигида беморларда кузатиладиган клиник белгилар

А. Калконсимон безнинг катталашиши, асабийлашиш, озиб кетиш, кур терлаш.

B. Корин сохасида огрик ,кунгил айниши, кайт килиш, терининг саргайиши.

C. Бош огриги ,бош айланиши, хайз сиклини бузилиши, беморни хушидан кетиши.

D. хамма жавоблар тугри.

6. Эндемик букок касаллигида хомиладор аёлларга профилактика максадида йод препаратлари неча мкгда берилади?

1. 50-75 мкг суткасига
2. 50 мкг суткасига
3. 25 мкг суткасига
4. 15 мкг суткасига

7.Микседема қандай маънони англатади?

1. Яллиғланиш
2. Шилимшиқ шиш
3. Емирилиш
4. Парчаланиш

8.Учлик триада аломати қайси касалликда кузатилади?

1. Микседема
2. Эндемик буқоқ
3. Базедов касаллиги
4. Хамма жавоб тўғри

9.Грефе аломати қайси касалликга хос?

1. Микседема
2. Эндемик буқоқ
3. Базедов касаллиги
4. Хамма жавоб тўғри

10.Қайси касаллигида бемор семириб кетади?

1. Базедов касаллигида
2. Микседема касаллигида
3. Эндемик буқоқ касаллигида
4. Қандсиз диабет касаллигида.

 **Муоммоли масалалар.**

 Масала № 1.

 Бемор шикояти юракнинг тез-тез уриши, кўп терлаш, қўл оёқларнинг терлаши ва тажанг бўлиб қолишидан.

Объектив:Бемор асабий, кўзлари чақчайган(эгзофталм), териси нам, пульс 120 марта тезлашган, А/Б-140/100 мм сим уст. юрак уриши тезлашган.

Анамнезида: Беморни турмуш шароитида кўп асабий, рухий жарохатлар бўлган.

Савол:Хамширалик ташхиси, қандай лаборатория текшириш усуллари қўлланилади, касалликни олдини олишга қаратилаган чора-тадбирлар?

 Масала№2

 Бемор диффуз токсик буқоқ касаллиги билан оғриган ва жарохлик усули билан даволанган. Кейинги пайтларда беморда ланжлик, уйқучанлик, хотиранинг пасайиши, сочларнинг тўкилиши кузатилган.

Объектив: бемор юзи шишган, лаблари қалинлашган, териси қуруқ, А/Б-100/60 мм сим уст. пульс 56 марта, нафас олиш сийраклашган.Аускультацияда юрак тонлари бўғиқ эшитилади.Тана харорати 34,5С .

Савол: беморда қандай касаллик ривожланган, хамширалик жараёнини олиб боринг.

 Масала№3

 Бемор қалтираш, кўп терлаш, лаб атрофининг увишиши, ҳолсизлик, очлик, юракнинг тез уришига шикоят қилди. Қон босим ўлчанганда 110/60 мм.сим.уст. пульс- 85 та, нафас олиш сони 20тага тенг.

Савол: бемор ҳолатини баҳоланг.Беморга ҳамширалик текшируви ва муолажаларини бажаринг.Ҳамширалик ташхисини қўйинг.

 Масала№4

 Беморда қалқонсимон безнинг катталашиб кетиши, кўзнинг чақчайиб туриши, юракнинг тез уриши бундан ташқари сержахилик ,бесаранжомлик, ёмон ухлаш, дармонсизлик, мехнат қобилиятининг бузилиши , кўп терлаш кузатиляпти.

Савол: Хамширалик ташхиси.

***Тавсия этиладиган адабиётлар:***

|  |  |
| --- | --- |
| А. Гадаев  | Ички касалликлар пропедевтикаси. |
| Х.Х.Эгамов   | Тизимида назарий машгулотлар учун терапия фанидан услубий қулланма |

 Урта тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш

Тизимида назарий машгулотлар учун терапия

ССВ амалдаги хужжатлари

*Интернет*

*материаллари* http://www. minzdrav.uz./-Ўзбекистон

 республикаси соғлиқни сақлаш

 тизимига оид меёрий хужжатлар;

 http: //www.ziyonet.uz./

 http: //www.referat.uz./