

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
7-ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
AKADEMIK Yo.X.TURAKULOV NOMIDAGI RESPUBLIKA
IXTISOSLASHTIRILGAN ENDOKRINOLOGIYA ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT MARKAZI**

**TIREOTOKSIK KRIZ BUYICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLLAR**

Toshkent – 2025

“TASDIQLAYMAN”
Akademik Yo. X. To‘raqulov nomidagi
RIEIAM direktori
A.V. Alimov



2025 yil

**«TIREOTOKSIK KRIZ» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR**

Toshkent - 2025

MUNDARIJA

TIREOTOKSIK KRIZNI DAVOLANISH VA TASHXISLASH BUYICH A MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR.....	5
TIREOTOKSIK KRIZDA TIBBIY ARASHISH BUYICH A MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR.....	24
TIREOTOKSIK KRIZI PROFILAKTIKASI VA REABILITATSIY aSI BO‘YICH A MILLIY KLINIK PROTOKOL.....	30

**TIREOTOKSIK KRIZNI DAVOLANISH
VA TASHXISLASH BUYICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR**

TOSHKENT – 2025

1. Kirish

O‘zbekiston Respublikasida endokrin kasalliklarning ko‘payishi va ularning «yosharishi» muntazam kuzatilmoqda. Ma’lumki, qandli diabet va endokrin tizimning boshqa kasalliklari surunkali bo‘lib, og‘ir asoratlarga olib keladi. Endokrin kasalliklarning asoratlarini erta aniqlash, bemorlarga to‘g‘ri tashxis qo‘yish va davolash, shuningdek, asoratlarning

oldini olish endokrin kasalliklar asoratidan kelib chiqadigan nogironlikning kamayishiga va bemorlarning hayot sifatining oshishiga olib keladi.

Protokol foydalanuvchilari:

1. Endokrinologlar
2. Anesteziolog va reanimatologlar
3. Kardiologlar;
4. Umumiy amaliyot shifokorlari;
5. Shoshilinch tibbiy yordam shifokorlari
6. Umumiy amaliyot shifokorlari;
7. Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
8. Tibbiyot oliy o‘quv yurtlarining talabalari, klinik ordinatorlari, magistrantlari, aspirantlari, o‘qituvchilari;
9. O‘tkir favqulodda vaziyatlar bilan og‘rigan bemorlar, ularning oila a'zolari va ularga g‘amxo‘rlik qiluvchilar.

Bemor toifalari: o‘tkir shoshilinch vaziyatlar bilan og‘rigan bemorlar

Kodlar XKK-10:

E05.5	Tireoidli kriz yoki koma
	https://mkb-10.com/index.php?pid=3029

Kodlar XKK-11:

5A02.5	Tireotoksik kriz
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#74527684

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko‘rib chiqish sanasi 2028 yil yoki yangi asosiy dalillar paydo bo‘lishi bilan. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan har qanday tuzatishlar tegishli hujjatlarda e’lon qilinadi.

Ushbu Milliy klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa: O'z SSVUz huzuridagi Akademik Yo.X.To'raqulov nomidagi RIEIATM.

Endokrinologiya yo'nalishi bo'yicha jarayonni tashkil etish bo'yicha ishchi guruh a'zolari.

Klinik protokol va standartni ishlab chiqishga qo'shgan hissasi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- 1 t.f.d. prof. Alimov A.V. O'zSSV Akademik Yo.X.To'raqulov nomidagi RIEIATM direktor
- 2 t.f.d. prof. Xalimova Z. Yu. O'zSSV Akademik Yo.X.To'raqulov nomidagi RIEIATM ilmiy ishlar bo'yicha director o'rinbosari, endokrinolog
- 3 t.f.d. prof. Raximova G. N. TVMOI endokrinologiya kafedrasini mudiri
- 4 t.f.n. Alimdjanov N. A. O'zSSV Akademik Yo.X.To'raqulov nomidagi RIEIATM endokrin jarrohlik bo'limi mudiri, endokrinolog
- 5 t.f.n. Xolova D. Sh. O'zSSV Akademik Yo.X.To'raqulov nomidagi RIEIATM neyroendokrinologiya gipofiz neyroxirurgiyasi ilmiy bo'limi katta ilmiy xodimi, DSc doktoranti, endokrinolog
- 6 t.f.d. Muratatova Sh. T. O'zSSV Akademik Yo.X.To'raqulov nomidagi RIEIATM qalqonsimon bezologiya ilmiy bo'limi katta ilmiy xodimi, DSc doktoranti, endokrinolog
- 7 t.f.d. Faxrutdinova S. S. O'zSSV Akademik Yo.X.To'raqulov nomidagi RIEIATM hududiy filiallar bilan ishlash bo'yicha direktor o'rinbosari, endokrinolog
- 8 t. f. d. Alieva A. V. FrankMedik klinikasi, endokrinolog

Mualliflar ro'yxati:

- 1 t.f.d. prof. Xalimova Z. Yu. O'zSSV Akademik Yo.X.To'raqulov nomidagi RIEIATM ilmiy ishlar bo'yicha director o'rinbosari, endokrinolog

- 2 t.f.d. prof. Xolikova A. O. O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM katta ilmiy xodim, neyroendokrinologiya bo‘limi mudiri
- 3 t.f.d. prof. Raximova G. N. TVMOI endokrinologiya kafedrasini mudiri
- 4 t. f. d. Alieva A. V. FrankMedik klinikasi, endokrinolog
- 5 t.f.n. Ayxodjayeva M. A. O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM diabetik nefropatiya bo‘limi mudiri
- 6 t.f.d. Kamalov T. T. O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM qandli diabetning yiringli asoratlari rekonstruktiv plastik jarrohlik bo‘limi mudiri.
- 7 t.f.n. Djuraeva A. Sh. TVMOI endokrinologiya kafedrasini dosenti
- 8 t.f.d. Yuldasheva N. M. O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM oftalmodiabet bo‘limi mudiri
- 9 t.f.n. Kayumova D. T. O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM klinik endokrinologiya bo‘limi mudiri
- 10 t.f.d. prof. Shagzatova B. X. Toshkent Tibbiyot akademiyasi 2-son ichki kasalliklar va endokrinologiya kafedrasini mudiri
- 11 MD. PhD. DSc. Associate Professor Shamansurova Z.M. Central Asian University Medical School
- 12 t.f.d. Muratova Sh.T. O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM qalqonsimon bezlari ilmiy bo‘limi katta ilmiy xodimi, DSc doktoranti, endokrinolog
- 13 Raxmankulov K. X. O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM reanimatsiya bo‘limi mudiri
- 14 Muratov T. F. O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM anesteziolog-reanimatolog
- 15 Yusupova Sh. E. O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM anesteziolog-reanimatolog
- 16 Kojanazarov A. A. O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM reanimatsiya bo‘limi shifokori
- 17 Kamalova X. A. O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM reanimatsiya bo‘limi shifokori
- 18 Sharipova A. O. O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM reanimatsiya bo‘limi shifokori
- 19 Esonov B. Z. O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM reanimatsiya bo‘limi shifokori
- 20 Xusniddinov N. X. O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM reanimatsiya bo‘limi shifokori

- | | | |
|----|---------------------------|--|
| 21 | Alkarov B. Z. | O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM reanimatsiya bo‘limi shifokori |
| 22 | Mavlyanova G. U. | O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM neyroendokrinologiya bo‘limi shifokori |
| 23 | Kudratova N. A. | TTA 2-son ichki kasalliklar va endokrinologiya kafedrası assistenti |
| 24 | Adilova N. Sh. | TTA 2-son ichki kasalliklar va endokrinologiya kafedrası assistenti |
| 25 | Vafoev Sh. F. | TTA 2-son ichki kasalliklar va endokrinologiya kafedrası assistenti |
| 26 | t.f.n. Alimdjanov N. A. | O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM endokrin jarrohlik bo‘limi mudiri, endokrinolog |
| 27 | t.f.d. Faxrutdinova S. S. | O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM hududiy filiallar bilan ishlash bo‘yicha direktor o‘rinbosari, endokrinolog |
| 28 | Sattarova M. M | O‘zSSV Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM tibbiy turizmni rivojlantirish bo‘limi shifokori, endokrinolog |

Taqrizchilar:

- | | | |
|---|------------------------|---|
| 1 | t.f.n. Djuraeva A. Sh. | TVMOI endokrinologiya kafedrası dosenti |
| 2 | t.f.n Bakirov N. D. | Qirg‘iziston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi huzuridagi Milliy onkologiya gematologiya markazi reanimatsiya bo‘limi mudiri |

Klinik bayonnoma oliy ta'lim muassasalari professor-o‘qituvchilari, O‘zbekiston endokrinologlar assotsiatsiyasi a'zolari, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari (filiallar direktorlari) ishtirokidagi ishchi guruhning yakuniy yig‘ilishida norasmiy kelishuvga erishilgan holda muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi. akademik Y.X.To‘raqulov nomidagi RSXMIB va ularning o‘rinbosarlari, Shoshilinch tibbiy yordam kafedrası bosh vrachlari va ularning o‘rinbosarlari), hududiy endokrinologiya tizimi muassasalari shifokorlari oflayn va onlayn formatda 2025 yil _____, ___-son bayonnomasi.

Ishchi guruh rahbari – t.f.d. prof. Alimov A.V. – O‘zSSV huzuridagi Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM direktor.

Klinik bayonnoma Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan endokrinologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Ilmiy kengashi tomonidan ko‘rib chiqilgan va tasdiqlangan » 2023 yil 14 noyabr, 12-sonli bayonnoma.

Ilmiy kengash raisi – t.f.d. prof. Alimov A.V. – O‘zSSV huzuridagi Akademik Yo.X.To‘raqulov nomidagi RIEIATM direktor.

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Qisqartmalar ro‘yxati:

QB qon bosimi;

TIVK tarqalgan intravaskulyar koagulyasiya;

YuIK koroner yurak kasalligi;

O‘SV o‘pkaning sun'iy ventilyatsiyasi;

KT kompyuter tomografiyasi;

KAH kislota-baz holati;

UTT Ultratovush ultratovush tekshiruvi;

MVB markaziy venoz bosimi;

YuUT yurak urish tezligi;

EKG elektrokardiogrammasi.

Dalillarga asoslangan tibbiyotga asoslangan dalillar darajasi shkalasi: A1.

Diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillar darajasini baholash shkalasi (DDBSh)

DDBSh

Dekodlash

1	Meta-tahlildan foydalangan holda ma'lumotnoma-nazorat ostidagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish yoki randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Individual ma'lumotnomalar bilan nazorat qilinadigan tadqiqotlar yoki individual randomizatsiyalangan klinik sinovlar va meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik sinovlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Malumot usuli bo'yicha ketma-ket nazoratsiz tadqiqotlar yoki o'rganilayotgan usuldan yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlardan mustaqil bo'lmagan mos yozuvlar usuli bilan tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi
5	Harakat mexanizmi yoki ekspert xulosasi uchun faqat mantiqiy asos mavjud

Profilaktik, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari uchun dalillar darajasini (LE) baholash uchun shkala

LE	Dekodlash
1	Meta-tahlil yordamida RNTlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Tanlangan RNTlar va meta-tahlil yordamida RNTlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan. kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, amaliy hisobotlar yoki holatlar seriyasi, vaziyatni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar
5	Faqat aralashuvning ta'sir qilish mexanizmi (klinikgacha tadqiqotlar) yoki ekspert xulosasi uchun asos mavjud.

Profilaktik, diagnostik, terapevtik va reabilitatsiya tadbirlari bo'yicha tavsiyalar bo'yicha isbotlanganlik darajasini baholash (IDB) shkalasi

IDB	Dekodlash
1	Kuchli tavsiya (barcha samaradorlik chora-tadbirlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki adolatli uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil)
2	Shartli tavsiyalar (barcha samaradorlik chora-tadbirlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari mos kelmaydi)
3	Kuchsiz tavsiya (adekvat sifatli dalillarning yo'qligi (barcha samaradorlik ko'rsatkichlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari mos kelmaydi)

1. Asosiy qism

2.1. Kirish

O'zbekiston Respublikasida endokrin kasalliklarning ko'payishi va ularning "yosharishi" muntazam kuzatilmoqda. Ma'lumki, qandli diabet va endokrin tizimning boshqa kasalliklari surunkali bo'lib, og'ir asoratlarga olib keladi. Endokrin kasalliklarning asoratlarni erta aniqlash, bemorlarga to'g'ri tashxis qo'yish va davolash, shuningdek, asoratlarning oldini olish endokrin kasalliklar asoratidan kelib chiqadigan nogironlikning kamayishiga va bemorlarning hayot sifatining oshishiga olib keladi.

Greyvs kasalligi (GK) - qalqonsimon bez gormonlarining gipersekretsiyasiga sabab bo'ladigan immun sistemasi buzilishidir. Greyvs kasalligi boshqa kasalliklarga nisbatan keng tarqalgan gipertiroidizmga olib keluvchi sababdir. rTTG ga aylanib yuruvchi ogohlantiruvchi antitanalar rTTG bilan bog'lanadi va hujayra ichidagi siklik adenzin monofosfat (AMP) ishlab chiqarishni kuchaytiradi, bu tiroid gormonlarining chiqarilishiga va tirotsitlarning o'sishiga olib keladi. GK bilan og'rigan bemorlarning taxminan 30 foizida GK yoki Hashimoto tireoiditi bo'lgan oila a'zolarida bo'lganlar hisoblanadi. Tamaki chekish, stress va homiladorlik kabi atrof-muhit omillari ham GKga moyil bo'ladi. Oddiy yod iste'moli kam bo'lgan hududlarda GK tirotoksikoz sindromining nozologik tuzilishidagi eng keng tarqalgan kasallikdir. Yod tanqisligi bo'lgan hududlarda tirotoksikozning eng keng tarqalgan sababi qalqonsimon bez tugunlarining funktsional avtonom ishlashidir. Avtonom qalqonsimon bezning follikulyar hujayralarining asosiy fiziologik stimulyator - gipofiz TTG ning yo'qligida ishlash sifatida belgilanishi mumkin. Avtonom hujayralar funksiyasi bilan qalqonsimon bez hujayralari gipofiz bezining nazoratidan chiqib, gormonlarni ortiqcha miqdorda sintez qiladi. Agar avtonom

shakllanish o‘z tomonidan tiroid gormonlarini ishlab chiqarishi fiziologik ehtiyojdan oshsa, bemorda tirotoksikoz rivojlanadi.

https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/kr_versiya_3.0_fin_otredaktirovan_16.05.2021g.pdf

Tarif:

Tireotoksik kriz – organizmning adaptatsion –kompensator mexanizmlari imkoniyatlarini batamom izdan chiqishi va tireotoksikozni o‘tkir rivojlanishi fonida nisbiy buyrak usti bezi yetishmovchiligi bilan xarakterlanuvchi patologik holat hisoblanadi. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27746415/>

Tireotoksikoz – klinik sindrom bo‘lib, qalqonsimon bez tomonidan ishlab chiqariladigan tiroid gormonlarning (T3 va T4), oshishi bilan ifodalanadi.

Tireotoksik kriz diagnostikasidagi ballar shkalasi

<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/thy.2016.0229>

Mezon		Ballar	
	Termoregulyasiya buzilishi		
Harorat (*S)	37,1-37,6	5	
	37,7-38,2	10	
	38,2-38,7	15	
	38,8-39,3	20	
	39,4-39,9	25	
	>40	30	
	Yurak qon tomir buzilishlari		
Taxikardiya (ud/min)	100-109	5	
	110-119	10	
	120-129	15	
	130-139	20	
	>140	25	
Bo‘lmachalar titrashi	Kuzatilmaydi	0	
	Bor	10	
	Dimlagan yurak yetishmovchiligi	Kuzatilmaydi	0
		Nisbatan	5
		Yengil	10
O‘rta		15	
	Og‘ir	20	
	Oshqazon jigar o‘zgarishlari		
Manifestatsiya	Kuzatilmaydi	0	
	O‘rta (diareya, qorinda og‘riq, ko‘ngil aynish /qayt qilish	10	

	Og‘ir (sariqlik)	20
	Markaziy nerv sistemasi	
Manifestatsiya	Kuzatilmaydi	0
	Yengil (qo‘zg‘alish)	10
	O‘rta (deliriya, psixoz, apatiya)	20
	Og‘ir (talvasalar, koma)	30
	Avj olish faktorining anamnezi	
Status	Musbat	0
	Manfiy	10
	Ballar summasi	
>45	Tireotoksikoz krizi	
25-44	Kriz oldi holat	
<25	Krizga shubha	

Shikoyatlar: o'tkir taxikardiya, ritmning buzilishi, nafas qisilishi, tana haroratining oshishi, qo'zg'alish, silkinish, tashvish yoki psixoz, ko'ngil aynishi, qusish, diareya.

Kasallik **tarixi** diffuz toksik buqoq, toksik qalqonsimon bez adenoma va yoki tireostatiklardan foydalanishni bildiradi. Shu bilan birga, anamnezda tireotoksikoz bilan kechadigan kasallik belgisi yo'qligi tirotoksik krizining mavjudligini istisno qilmaydi.

Klinik ko'rinishlari: to'satdan taxikardiya, atriyal fibrilatsiya, taxipnoe, yuqori tana harorati, qo'zg'alish, silkinish, xavotirlanish yoki psixoz, ko'ngil aynishi, qusish, diareya, yuqori yurak chiqishi bilan yurak etishmovchiligi.

Bemorlar qon bosimi sezilarli darajada oshishi, sezilarli qo'zg'alish, oyoq-qo'llarning titrashi va mushaklarning kuchli holsizlikdan bezovtalanadilar. Oshqozon-ichak traktidan buzilishlar kuzatiladi: diareya, ko'ngil aynishi, qusish, qorin og'rig'i, sariqlik. Buyrak funksiyasining buzilishi siydik chiqarishni to'liq to'xtatgunga qadar diurezning pasayishi bilan namoyon bo'ladi - anuriya. Inqiroz fonida yurak etishmovchiligi rivojlanishi mumkin. Ba'zi hollarda vaziyat o'tkir jigar atrofiyasi bilan og'irlashadi. Tirotoksik inqirozning rivojlanishi paytida hayajon komaning klinik ko'rinishining rivojlanishi bilan bema'ni holat va ongni yo'qotish bilan almashtiriladi.

Tirotoksik inqirozning rivojlanishiga shubha tug'lsa, bemorni intensiv terapiya bo'limi bo'lgan kasalxonaga zudlik bilan yotqizish kerak.

TIREOTOKSIK KRIZNING DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH KVP, KTMP, OED

REANIMASIYA BO'LIMI BO'LMAGAN:(DARAJASIDA)

Klinik tekshiruvlar:

- Neyrostatusni baholagan tarzda umumiy ko'rik.
- Tana xaroratini o'lchash.
- Puls, AQB, NOS ni o'lchash.

Instrumental tekshiruvlar:

EKG

Davolash:

1. Periferik venoz dostup ochish.
2. Kristalloidlar infuziyasi 10-15 ml/kg
3. Yaqqol psixomotr talvasalarda Midozolam 5-10 mg v/i yoki Diazepam 5-10 mg v/i yoki Droperidol 5 mg v/i
4. Hidrokortizon atsetat 300 mg m/o
5. Prednizolon 90 mg v/i
6. Vital funksiyalarni asrash.
7. Statsionarga shoshilinch gospitalizatsiya.

TIREOTOKSIK KRIZNING DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH TTB, OED REANIMASIYA BO'LIMIGA EGA, STACIONARDAGI ORIT, RIELATM ORIT BO'LIMLARI DARAJASIDA

Klinik tekshiruvlar:

- Neyrostatusni baholagan tarzda umumiy ko'rik.
- Tana xaroratini o'lchash.
- Puls, AQB, NOS ni o'lchash.

Laborator instrumental tekshiruvlar

1 Dastlabki UQA, so'ng har 2-3 kunda 1 marta.

2. USA

3. QBT

4. Koagulogramma

5. Markaziy venoz bosimi monitoringi.

6. AQB, YuUS ning uzluksiz monitoringi.

7. Tana xarorati kontroli.

8. EKG kontroli.

9. Agar zarur bo'lsa, o'pka rentgenografiyasi va ko'rsatma bo'yicha UTT taxlili

10. Endokrinolog konsultatsiyasi..

11. Zarur bo'lsa boshqa mutaxassislar ko'ruvi.

Davolash.

Preparat	Dozasi	Ta'rif
Propiltiouratsil (<u>topilmaydi</u>)	500-1000 mg bir marta, so'ng 250 mgdan xar 4 soatda	Yangi gormonlar sintezini bloklaydi. T4 ni T3 ga aylanishini bloklaydi.
Metimazol	60-80 mg kuniga	Yangi gormonlarni hosil bo'lishini bloklaydi.

Agar bemorlarda yutish qobiliyati buzilgan bo'lsa, 100-150 ml 5% lik glyukoza eritmasiga eritilib, nazogastral zond orqali yuboriladi; kriz bartaraf etilishi darajasiga qarab, preparat dozasi asta sekin pasaytiriladi.

Preparat	Dozalash	Tarif
Propranolol (v.iga yuborilsa xam bo'ladi)	60-80 mg har 4 soatda	Turg'un yurak etishmovchilida invaziv monitoringni nazorat qilish. T4 ni T3 ga aylanishini bloklaydi. Alternativ preparat: esmolol infuziyasi.
Yod	5 tomchi (0,25 ml yoki 250 mg) og'iz orqali har 4 soatda.	Darhol emas, balki ATP terapiyasidan 1 soatdan keyin. Yangi gormonlar sintezini bloklaydi. Tireoid gormonlar ajralishini bloklaydi.

Gidrokortizon gemisuksinat	300 mg v.i birdan soʻng xar	T4ni T3ga aylanishini bloklaydi. Nisbiy buyrak usti bezi
Yoki	8 soatda 100	yetishmovchiligini profilaktikasi;
Gidrokortizon asetat	mgdan. 300mg m.o bir marta soʻng 100mg xar 8 soatda	Alternativ preparat: deksametazon

Suv tuz almashinuvi buzilishlari korreksiyasi.

(Spetsifik elektrolit buzilishlarsiz.).

0.9%lik natriy xlor eritmasi, 5-10%lik glyukoza eritmaları kaliy va magniy bilan birga, kerak boʻlsa reosorbilakt va albumin.

Psixomotor qoʻzgʻalishlar:

Fenobarbital 0,3-0,4 g/sutkasiga ;

Diazepam 5-10 mg v/i

Midozolam 5-10 mg v/i

Droperidol 5 mg v/i

Gipertermiya bilan kurash:

- Issiqlik ajralishini neyrovegetativ blokadasi va issiqlik uzatilishini medikamentoz uzaytirish
- Tanani fizik sovutish.
ventilyatorlar, sovutilgan eritmalar bilan infuziya ,
- Sovuq eritmalar bilan oshqozonni va ichaklarni yuvish, yirik qon tomirlar sohasiga muz boʻlakchalari.
- **KIH korreksiyasi :**

Simptomatik davo oʻtkir yurak yetishmovchiligida, chap qorincha etishmovchiligida va oʻpka shishida; aritmiyalarda.

Efferent metodlar: plazmaferez – tireoidstimulyatsiya qiluvchi antitelolar yuqori boʻlganida yoki T4ni tezkor eliminatsiyasi uchun.

Asosiy dori vositalari roʻyxati (foydalanish ehtimoli 100%): dalillar darajasi koʻrsatilishi kerak

Farmakoterapevtik grupp	Dori vositalari	Kabul kilish usullari	Isbotlanganlik darajasi
Antitireoid moddalar	Tiamazol, propiltiouratsil	Per os / nazogastral zond orkali	A1 https://medic.usm.m/anaest/images/Thyroid Storm American Guidelines 2016.pdf
Noselektiv betta-adrenoblokatorlar	Propranolol	Vena ichiga, Per os /	A1 https://medic.usm.m/anaest/images/Thy

		nazogastral zond orkali	roid Storm American Guidelines 2016.pdf
Yod	Tuyingan kaliy yodid eritmasi	Per os / nazogastral zond orkali	A1 https://medic.usm.my/anaest/images/Thyroid Storm American Guidelines 2016.pdf
Glyukokortikosteroid	Gidrokortizona gemisuksinat yoki Gidrokortizona asetat	Venaga Mushak orasiga	A1 https://medic.usm.my/anaest/images/Thyroid Storm American Guidelines 2016.pdf
Regidratatsii va dezintoksikatsiya uchun parenteral yuboriladigan dori vositalari	Natriya xlorid 0,9% rastvor	Venaga tomchilab	A1 https://medic.usm.my/anaest/images/Thyroid Storm American Guidelines 2016.pdf
Regidratatsii va dezintoksikatsiya uchun parenteral yuboriladigan dori vositalari	Dekstroza (5%, 10%)	Venaga tomchilab	A1 https://medic.usm.my/anaest/images/Thyroid Storm American Guidelines 2016.pdf
Organizmدا kaliy urnini koplovchi moddalar.	Kaliya xlorid 4%	Venaga tomchilab	A1 https://medic.usm.my/anaest/images/Thyroid Storm American Guidelines 2016.pdf
Vazodilatir vositalari	Magniya sulfat	Venaga	A1 https://medic.usm.my/anaest/images/Thyroid Storm American Guidelines 2016.pdf

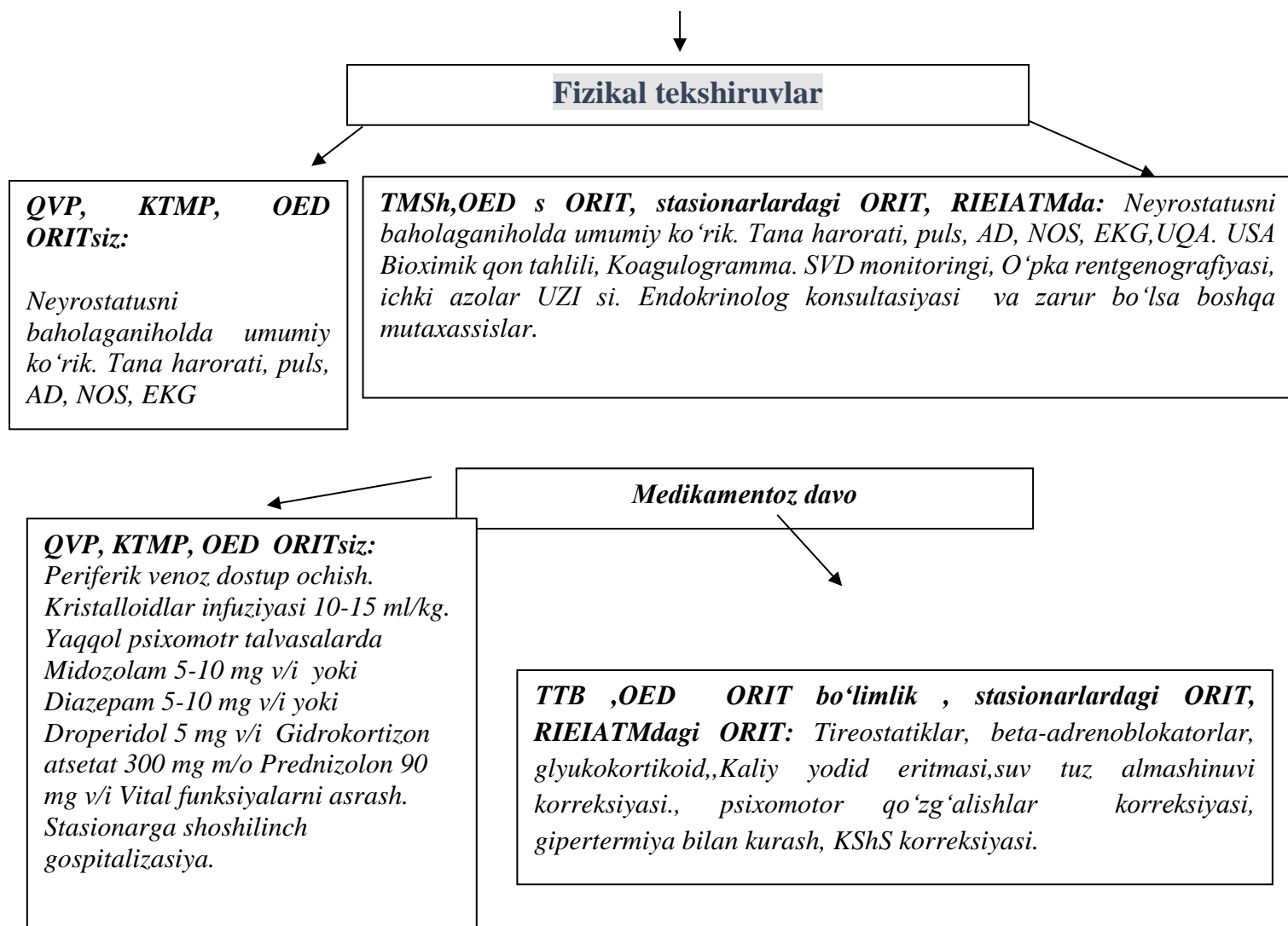
Qo‘shimcha dorilar ro‘yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam): dalillar darajasi ko‘rsatilishi kerak

Farmakoterapevtik gruppasi	Dori vositalari	Qabul qilish usullari	Isbotlanganlik darajasi
Antiepileptik moddalar, barbituratlar va unumlari	Fenobarbital Diazepam Midozolam Droperidol	Venaga	B2 https://medic.usm.my/anaest/images/Thyroid_Storm_American_Guidelines_2016.pdf

Keyingi boshqaruv: endokrinolog, oilaviy shifokor: davolash rejasini tuzatish, bemorni qayta o‘qitish;

Davolash samaradorligining ko‘rsatkichlari: metabolik atsidoz belgilarini yo‘q qilish, bemorning aniq ongi, ketonuriya va giperketonemiyaning yo‘qligi.

TIREOTOKSIK KRIZNING DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH BO‘YICHA ALGORITM



Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari

№	Sifat darajasi	Ish faoliyatini baholash
1	Bemorni hushi aniq	Ha/yo‘q
2	Hayotiy ko‘rsatgichlari normada	Ha/yo‘q

Tibbiy yordam sifatini baholash bo‘yicha tavsiyalarning ishonchlilik darajasi

№	Sifat darajasi	Tavsiyalarning ishonchli darajasi
1	Bemorni hushi aniq	A1
2	Hayotiy ko‘rsatgichlari normada	A1

Bemorlar uchun ma'lumot

Tirotoksik krizi nima?

Tirotoksik kriz - tirotoksikoz bilan og'riqan bemorlarda organizmning adaptiv va kompensatsion qobiliyatining kamayishi natijasida yuzaga keladigan patologik holat va tirotoksikozning keskin kuchayishi fonida qalqonsimon bez tomonidan kelib chiqqan nisbiy buyrak usti etishmovchiligining paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi.

Tirotoksik kriz xavfi qanday?

Agar o'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa, bu holatlar bemorning o'limi uchun xavflidir.

Tirotoksik krizining asosiy sabablari nimada?

O'tkir kasalliklar (masalan, shamollash va boshqalar);

Tibbiy tavsiyalarga rioya qilmaslik;

Tirotostatiklar va glyukokortikoidlarning dozalarini o'tkazib yuborish.

Tirotoksik kriz qanday davolanadi?

Bu holatlarni o'zingiz davolamang! Malakali yordam uchun zudlik bilan eng yaqin shifoxonaga murojaat qiling!

Dori-darmonlarni to'g'ri qabul qilish:

- Dori-darmonlarni shifokor buyurganidek qabul qiling.
- Shifokoringizdan so'ramasdan dozani o'tkazib yubormang yoki o'zgartirmang.

Tirotoksik krizning belgilari qanday ?

Shikoyatlar: o‘tkir taxikardiya, ritmning buzilishi, nafas qisilishi, tana haroratining oshishi, qo‘zg‘alish, silkinish, tashvish yoki psixoz, ko‘ngil aynishi, qusish, diareya.

Kasallik **tarixi** diffuz toksik buqoq, toksik qalqonsimon bez adenoma va yoki tireostatiklardan foydalanishni bildiradi. Shu bilan birga, anamnezda tireotoksikoz bilan kechadigan kasallik belgisi yo‘qligi tirotoksik krizining mavjudligini istisno qilmaydi.

Klinik ko‘rinishlari: to‘satdan taxikardiya, atriyal fibrilatsiya, taxipnoe, yuqori tana harorati, qo‘zg‘alish, silkinish, xavotirlanish yoki psixoz, ko‘ngil aynishi, qusish, diareya, yuqori yurak chiqishi bilan yurak etishmovchiligi.

Bemorlar qon bosimi sezilarli darajada oshishi, sezilarli qo‘zg‘alish, oyoq-qo‘llarning titrashi va mushaklarning kuchli holsizlikdan bezovtalanadilar. Oshqozon-ichak traktidan buzilishlar kuzatiladi: diareya, ko‘ngil aynishi, qusish, qorin og‘rig‘i, sariqlik. Buyrak funksiyasining buzilishi siydik chiqarishni to‘liq to‘xtatgunga qadar diurezning pasayishi bilan namoyon bo‘ladi - anuriya. Inqiroz fonida yurak etishmovchiligi rivojlanishi mumkin. Ba’zi hollarda vaziyat o‘tkir jigar atrofiyasi bilan og‘irlashadi. Tirotoksik inqirozning rivojlanishi paytida hayajon komaning klinik ko‘rinishining rivojlanishi bilan bema’ni holat va ongni yo‘qotish bilan almashtiriladi.

Tirotoksik krizning rivojlanishiga shubha tug‘ilsa, bemorni intensiv terapiya bo‘limi bo‘lgan kasalxonaga zudlik bilan yotqizish kerak.

Shifokor bilan bog‘lanish: endokrinologingizning ismini va telefon raqamini yozing

Yordam: sizga malakali yordam ko‘rsatadigan eng yaqin shifoxonaning manzili va telefon raqamini

yoziq: _____

**TIREOTOKSIK KRIZDA TIBBIY ARASHISH BUYICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR**

TOSHKENT – 2025

XKK-10	
E05.5	Tireoidli kriz yoki koma
	https://mkb-10.com/index.php?pid=3029

Kodlar XKK-11:

XKK-10	
5A02.5	Tireotoksik kriz
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#74527684

Asosiy qism

Kirish

O‘zbekiston Respublikasida endokrin kasalliklarning ko‘payishi va ularning “yosharishi” muntazam kuzatilmoqda. Ma'lumki, qandli diabet va endokrin tizimning boshqa kasalliklari surunkali bo‘lib, og‘ir asoratlarga olib keladi. Endokrin kasalliklarning asoratlarni erta aniqlash, bemorlarga to‘g‘ri tashxis qo‘yish va davolash, shuningdek, asoratlarning oldini olish endokrin kasalliklar asoratidan kelib chiqadigan nogironlikning kamayishiga va bemorlarning hayot sifatining oshishiga olib keladi.

Greyvs kasalligi (GK) - qalqonsimon bez gormonlarining gipersekretsiyasiga sabab bo‘ladigan immun sistemasi buzilishidir. Greyvs kasalligi boshqa kasalliklarga nisbatan keng tarqalgan gipertiroidizmga olib keluvchi sababdir. rTTG ga aylanib yuruvchi ogohlantiruvchi antitanalar rTTG bilan bog‘lanadi va hujayra ichidagi siklik adenozin monofosfat (AMP) ishlab chiqarishni kuchaytiradi, bu tiroid gormonlarining chiqarilishiga va tirotsitlarning o‘sishiga olib keladi. GK bilan og‘rigan bemorlarning taxminan 30 foizida GK yoki Hashimoto tireoiditi bo‘lgan oila a‘zolarida bo‘lganlar hisoblanadi. Tamaki chekish, stress va homiladorlik kabi atrof-muhit omillari ham GKga moyil bo‘ladi. Oddiy yod iste‘moli kam bo‘lgan hududlarda GK tirotoksikoz sindromining nozologik tuzilishidagi eng keng tarqalgan kasallikdir. Yod tanqisligi bo‘lgan hududlarda tirotoksikozning eng keng tarqalgan sababi qalqonsimon bez tugunlarining funktsional avtonom ishlashidir. Avtonom qalqonsimon bezning follikulyar hujayralarining asosiy fiziologik stimulyator - gipofiz TTG ning yo‘qligida ishlash sifatida belgilanishi mumkin. Avtonom hujayralar funksiyasi bilan qalqonsimon bez hujayralari gipofiz bezining nazoratidan chiqib, gormonlarni ortiqcha miqdorda sintez qiladi. Agar avtonom shakllanish o‘z tomonidan tiroid gormonlarini ishlab chiqarishi fiziologik ehtiyojdan oshsa, bemorda tirotoksikoz rivojlanadi.

https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/kr_versiya_3.0_fin_otredaktirovan_16.05.2021g.pdf

Tarif:

Tireotoksik kriz – organizmning adaptatsion –kompensator mexanizmlari imkoniyatlarini batamom izdan chiqishi va tireotoksikozni o‘tkir rivojlanishi fonida nisbiy buyrak usti bezi yetishmovchiligi bilan xarakterlanuvchi patologik holat hisoblanadi. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27746415/>

Tireotoksikoz – klinik sindrom bo‘lib, qalqonsimon bez tomonidan ishlab chiqariladigan tireoid gormonlarning (T3 va T4), oshishi bilan ifodalanadi.

Diagnostika

Greyvs kasalligi uchun laboratoriya diagnostikasi:

Qalqonsimon bezning funktsional faolligini o‘rganish tavsiya etiladi: qon zardobida TTG va qalqonsimon bez gormonlari T3, T4 ni aniqlash.

Tavsiyaning kuchliligi: A (dalil darajasi: 1)

Sharhlar: TTG konsentratsiyasi ($<0,1$ mU / L) dan past bo‘lishi kerak, T4 va T3 darajasini oshirish kerak.

Immunologik markerlarni o‘rganish tavsiya etiladi: reanimasiya bo‘limidan o‘tkazilgandan so‘ng muntazam ravishda TSh reseptorlariga (rTSh) antikorlar.

Tavsiyaning kuchliligi: A (dalillar darajasi: 1).

Sharhlar: rTSh ga antikorlar GK ning o‘ziga xos biomarkerlaridir. Davolash yoki kasallikning o‘z-o‘zidan remissiyasi paytida antikorlar kamayishi yoki yo‘qolishi mumkin.

Tiroid peroksidaza (TPO) va qalqonsimon bezni ogohlantiruvchi gormon (TG) ga antikor darajasini muntazam ravishda aniqlash tavsiya etilmaydi.

Tavsiyaning kuchi: B (dalillar darajasi: 5).

Sharhlar: TG va TPO ga antikorlar GD bilan og‘rigan bemorlarning 40-60 foizida va otoimmün tiroiditli bemorlarning taxminan 80-90 foizida aniqlanadi. Otoimmün bo‘lmagan qalqonsimon bezdagi yallig‘lanish va halokat jarayonlarida antikorlar mavjud bo‘lishi mumkin, ammo ularning darajasi ko‘pincha past bo‘ladi.

Greyvs kasalligi uchun instrumental diagnostika tadqiqotlari

GK bilan og‘rigan barcha bemorlarda qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruvini o‘tkazish tavsiya etiladi.

Tavsiyaning kuchliligi: A (dalillar darajasi: 1).

Sharhlar: Ultratovush tekshiruvi GK bilan kasallangan bemorlarni tekshirish uchun qulay, invaziv bo‘lmagan, tez va samarali usuldir. Ultratovush yordamida qalqonsimon bezning hajmi va ekostrukturasi aniqlanadi. Odatda ayollarda qalqonsimon bezning hajmi 18 ml dan, erkaklarda 25 ml dan oshmasligi kerak, bezning ekojenligi o‘rtacha, tuzilishi bir xil. GKda bezning ekojenligi pasayadi, ekostruktura odatda bir hil bo‘ladi. Qalqonsimon bezning qon ta‘minotini baholash uchun rangli Doppler xaritasi o‘tkaziladi. GKda uning kuchayishi qayd etilgan.

O'tkir davrda qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruvi bemorning ahvoli barqarorlashguncha qoldirilishi mumkin.

Qalqonsimon bez ssintigrafiyasi bemorning ahvoli barqarorlashguncha qoldirilishi mumkin.

Asosiy tomirlarni kateterizatsiya qilish, traxeya entubatsiyasi, mexanik ventilyatsiya, qovuqni kateterizatsiya qilish - tegishli protokollarga qarang.

Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari

№	Sifat darajasi	Ish faoliyatini baholash
1	Bemorni hushi aniq	Ha/yo'q
2	Hayotiy ko'rsatgichlari normada	Ha/yo'q

Tibbiy yordam sifatini baholash bo'yicha tavsiyalarining ishonchlilik darajasi

№	Sifat darajasi	Tavsiyalarining ishonchli darajasi
1	Bemorni hushi aniq	A1
2	Hayotiy ko'rsatgichlari normada	A1

Tibbiy aralashuvga xabardor qilingan ixtiyoriy rozilik.

Tibbiy aralashuv - insonning jismoniy yoki ruhiy holatiga ta'sir qiluvchi va profilaktika, tadqiqot, diagnostika, terapevtik, reabilitasiya yo'nalishi, tibbiy ko'rik turlari va (yoki) tibbiy manipulyasiyalarga ega bo'lgan bemorga nisbatan tibbiy aralashuv.

1. Men, _____
(bemorning to'liq F. I. Sh.) «_____» _____ g. tug'ilgan,
ro'yxatdan _____ o'tgan

_____,
Men (bemorning yoki uning qonuniy vakilining yashash (yashash) manzili) yilda
bo'lajak tibbiy aralashuv uchun xabardor qilingan rozilik beraman

(tibbiyot muassasasining nomi)

2. Men uchun mavjud bo'lgan shaklda bo'lajak tibbiy aralashuvlarning mumkin bo'lgan usullari va variantlari, ularning oqibatlari, bo'lajak tekshiruv, diagnostika va / yoki davolashning zarurati, maqsadi va kutilayotgan natijalari, shu jumladan asoratlar ehtimoli, shuningdek tibbiy aralashuvni rad etish oqibatlari menga tushuntirildi.

3. Menga tibbiy aralashuvning natijasini aniq bashorat qilish mumkin emasligi haqida ma'lumot beriladi. Men har qanday davolanish yoki operatsiya hayot uchun xavf tug'dirishini va vaqtincha yoki doimiy, qisman yoki to'liq nogironlikka olib kelishi mumkinligini tushunaman. Tibbiy aralashuv natijalari bo'yicha hech qanday kafolatlar berilmaydi.

4. Men diagnostika, terapevtik va boshqa tibbiy aralashuvlar davomida kutilmagan favqulodda vaziyatlar va asoratlar paydo bo'lishi mumkinligini tushunaman, bunda men zarur favqulodda harakatlarga (qayta operatsiyalar yoki protseduralar) rozi bo'lolmaydi. Bunday holatlarda tibbiy aralashuv kursi shifokorlar tomonidan o'z xohishiga ko'ra o'zgartirilishi mumkin.

5. Kelajakdagi tibbiy aralashuvning samaradorligini oshirish uchun men shifokorni sog'lig'im, irsiyatim bilan bog'liq barcha muammolar, shu jumladan allergik ko'rinishlar, dori vositalari va oziq-ovqat mahsulotlariga individual intolerans,

shuningdek, tamaki chekish haqida xabardor qilishga majburman. , spirtli ichimliklar, giyohvandlik yoki toksik dorilarni iste'mol qilish.

6. Operasiya paytida qon yo‘qotilishi va donor qoni yoki uning tarkibiy qismlarini quyish zarurati paydo bo‘lishi mumkinligini tushunaman, men bunga ixtiyoriy ravishda roziman. Men davolovchi shifokordan qon quyishning maqsadi yoki uning tarkibiy qismlari, quyish zarurati, protseduraning tabiati va xususiyatlari, yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan oqibatlar haqida tushuntirishlar oldim, bu holda barcha zarur tibbiy choralarni ko‘rishga roziman. Agar men qon va uning tarkibiy qismlarini quyishdan bosh tortsam, kasallikning ehtimoliy kursi haqida ma'lumot oldim.

7. Men diagnostika va davolash jarayonini har qanday texnik vositalardan foydalangan holda har qanday axborot tashuvchisida yozib olishimga, shuningdek, diagnostika va davolash maqsadida mendan biologik materiallar, jumladan hujayralar, to‘qimalar va biologik suyuqliklardan namunalarni olishga roziman.

8. Menga tibbiy yordam ko‘rsatishda profilaktika, diagnostika, davolash va reabilitatsiyaning bir yoki bir nechta usullaridan voz kechish yoki uni to‘xtatishni talab qilish huquqiga ega ekanligim tushuntirildi hamda bunday rad etishning yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan oqibatlari ham tushuntirildi. men.

9. Mening kasalligim, prognozim va davolanishim haqidagi ma'lumotlarni faqat quyidagilarga taqdim etishga ruxsat beraman:

(ishonchli shaxslar)

11. Men ushbu hujjatning barcha bandlarini o‘qib chiqdim, ular menga tushunarli, ular nimani anglatishini quyida mening imzom guvohlik beradi.

Imzo sanasi “” _____ y.

**TIREOTOKSIK KRIZI PROFILAKTIKASI
VA REABILITATSIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT – 2025

Kodlar XKK-10:

XKK-10	
E05.5	Tireoidli kriz yoki koma
	https://mkb-10.com/index.php?pid=3029

Kodlar XKK-11:

XKK-10	
5A02.5	Tireotoksik kriz
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#74527684

1. Asosiy qism

Kirish

O‘zbekiston Respublikasida endokrin kasalliklarning ko‘payishi va ularning “yosharishi” muntazam kuzatilmoqda. Ma'lumki, qandli diabet va endokrin tizimning boshqa kasalliklari surunkali bo‘lib, og‘ir asoratlarga olib keladi. Endokrin kasalliklarning asoratlarni erta aniqlash, bemorlarga to‘g‘ri tashxis qo‘yish va davolash, shuningdek, asoratlarning oldini olish endokrin kasalliklar asoratidan kelib chiqadigan nogironlikning kamayishiga va bemorlarning hayot sifatining oshishiga olib keladi.

2.2 Qalqonsimon bez krizi bilan og‘rigan bemorlarni reabilitatsiya qilish

Qalqonsimon bez inqirozi shoshilinch tibbiy yordamni talab qiladigan jiddiy kasallikdir. Bemorning ahvoli barqarorlashgandan so‘ng, reabilitatsiya jarayoni boshlanadi.

Qalqonsimon bez krizi uchun reabilitatsiyaning umumiy tamoyillari:

Bemorlarga odatda tiroid funksiyasini barqarorlashtirish uchun dorilar buyuriladi, masalan, **antitireoid preparatlari**, ba'zan esa levotiroksin shaklida qalqonsimon gormonlar beriladi.

Qalqonsimon gormonlar darajasini nazorat qilish uchun muntazam testlar davolash samaradorligini kuzatish va dori dozalarini sozlashga yordam beradi.

Yuqori qon bosimi, yurak fibrilatsiya va boshqalar kabi simptomlarni davolash uchun boshqa qo‘shimcha davolash kerak bo‘lishi mumkin.

Yurak holatini kuzatish juda muhim, chunki tirotoksikoz yurak faoliyatiga jiddiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Endokrinolog bilan muntazam maslahatlashuvlar qalqonsimon bezning normal ishlashini ta'minlashga yordam beradi.

Qalqonsimon bez kasalliklari ruhiy holatga ta'sir qilishi mumkin. Bemorlarga psixologik yoki psixoterapevtik yordam kerak bo'lishi mumkin.

Umumiy jismoniy holatni kuzatib boring va jismoniy reabilitatsiya zarurligini baholang.

Sog'lom turmush tarzi bo'yicha professional maslahatlar, jumladan, ovqatlanish va jismoniy faoliyat bo'yicha maslahatlar

Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari

№	Sifat darajasi	Ish faoliyatini baholash
1	Bemorni hushi aniq	Ha/yo'q
2	Hayotiy ko'rsatgichlari normada	Ha/yo'q

Tibbiy yordam sifatini baholash bo'yicha tavsiyalarning ishonchlilik darajasi

№	Sifat darajasi	Tavsiyalarning ishonchli darajasi
1	Bemorni hushi aniq	A1
2	Hayotiy ko'rsatgichlari normada	A1

Adabiyotlar ro'yxati

1. Tetsuro Sato, Osamu Isozaki, Atsushi Suzuki, Shu Wakino, Tadao Ihuri, Kumiko Tsuboi, Naotetsu Kanamoto, Hajime Otani, Yasushi Furukawa, Satoshi Teramukai and Takashi Akamizu. 2016 Guidelines for the management of thyroid storm from The Japan Thyroid Association and Japan Endocrine Society (First edition). Endocrine journal, 2016, 63 (12), 1025-1064
2. Douglas S. Ross, Henry B. Burch, David S. Cooper, M. Carol Greenlee, Peter Laurberg, Ana Luiza Maia, Scott A. Rivkees, Mary Samuels, Julie Ann Sosa, Marius N. Stan and Martin A. Walter. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. THYROID Volume 26, Number 10, 2016, 10.1089/thy.2016.0229
3. Diffuz buqoq (Graves kasalligi), tugunli/ko'p tugunli buqoq bilan tirotoksikozni tashxislash va davolash bo'yicha klinik ko'rsatmalar. M. 2021. – B. 1-50.