

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
6-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН НЕЙРОХИРУРГИЯ
ИЛМий АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**“БОШ МИЯ АБСЦЕССАЛАРИ ” НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

Тошкент – 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Директор РИНИАТМ
Г.М. Кариев



_____ **2025 йил**

**БОШ МИЯ АБСЦЕССЛАРИ НАЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

**БОШ МИЯ АБСЦЕССЛАРИ НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

1.Кириш қисми:

Код МКБ-10:

Код	Номи
G06.1	– мия ичидаги абсцесс ва гранулема;
G06.3	– экстрадурал ва субдурал абсцесс аниқланмаган.
	https://www.rlsnet.ru/mkb?ysclid=lqnj2gy9r9554498634

Код МКБ-11:

Код	Номи
1D03. 3	Бош ичидаги абсцесс
1D03. 30	Бош мия ярим шарининг чуқур абсцесси
1D03. 31	Қадоқсимон тана абсцесси
1D03. 32	Гипофизар абсцесс
1D03. 33	Кўплаб ёки кенг тарқатилган бош мия ичидаги абсцесслар
1D03. 3Y	Бошқа аниқланган мия ичи абсцесслари
1D03. 3Z	Мия ичи абсцесси, аниқланмаган
	https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1128677700

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: - 2025 й, қайта кўрилиладиган сана – 2028 й. ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган хар қандай тузатишлар тегишли хужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Республика ихтисослаштирилган нейрохирургия илмий-амалий тиббиёт маркази

Миллий клиник баённомани ишлаб чиқарган ишчи гуруҳининг куйидаги аъзолари клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга хисса қўшдилар: Жараённи ташкил этиш борасида нейрохирургия йўналишидаги ишчи гуруҳ аъзолари:

№	Муалиф Ф.И.Ш.	Мансаби	Иш жойи /регион
1	Кариев Г.М.	РИНИАТМ директори(т.ф.д.)	РИНИАТМ
2	Асадуллаев У.М.	РИНИАТМ бош шифокори (т.ф.д.)	РИНИАТМ
3	Юлдашев Р.М.	РИНИАТМ илмий ишлар бўйича директор ўринбосари (т.ф.д.)	РИНИАТМ
4	Ахмедиев М.М.	РИНИАТМ болалар нейрохирургияси бўлими раҳбари, Бош болалар нейрохирурги (т.ф.д.)	РИНИАТМ
5	Тулаев Н.Б.	РИНИАТМ болалар нейрохирургияси бўлими бошлиғи	РИНИАТМ
6	Джуманов К.Н.	РИНИАТМ орқа мия ва умуртқа поғонаси нейрохирургия бўлими бошлиғи (т.ф.н.)	РИНИАТМ
	Хазраткулов Р.Б.	РИНИАТМ қон- томир нейрохирургияси бўлими раҳбари (т.ф.н.)	РИНИАТМ
7	Бурнашев М.И.	РИНИАТМ қон- томир нейрохирургияси бўлими бошлиғи	РИНИАТМ
8	Кадырбеков Р.Т.	РИНИАТМ нейроонкология ва нейрохирургия бўлими раҳбари (т.ф.д.)	РИНИАТМ

9	Алтыбаев У.У.	РИНИАТМ нейроонкология ва нейрохирургия бўлими бошлиғи (т.ф.н.)	РИНИАТМ
10	Якубов Ж.Б.	РИНИАТМ бош мия асоси нейрохирургияси бўлимим раҳбари РИНИАТМ нейроонкология бўлими раҳбари (т.ф.н.)	РИНИАТМ
11	Эшқувватов Г.Е.	РИНИАТМ бош мия асоси нейрохирургияси бўлимим бошлиғи	РИНИАТМ
12	Заремба А.Э.	РИНИАТМ периферик нервлар патологияси мутахассиси	РИНИАТМ
13	Бобоев Ж.И.	РИНИАТМ бош мия жароҳатлари ва асоратлари буйича мутахассис (т.ф.н.)	РИНИАТМ
14	Касымов Х.Р.	РИНИАТМ анестезиология ва реанимация бўлими бошлиғи	РИНИАТМ
15	Усманов Л. А.	РИНИАТМ поликлиника бўлими бошлиғи, Ташкилий-услубий бўлим аъзоси	РИНИАТМ
16	Арсланова З.А.	РИНИАТМ Ташкилий-услубий бўлим аъзоси.	РИНИАТМ
17	Ходжиметов Д.Н.	РИНИАТМ бош шифокор ўринбосари (ПхД)	РИНИАТМ
20	Мамаходжаев Н. А	(Бошнейрохирург) бўлим бошлиғи	Андижон вилояти

21	Саидов К. К	(Бошнейрохирург) бўлим бошлиғи	Бухоро вилояти
22	Урдушев Д. Н	(Бошнейрохирург) бўлим бошлиғи	Жиззах вилояти
23	Темиров С.А.	(Бошнейрохирург) бўлим бошлиғи	Қашқадарё вилояти
24	Бердиев Д. О	(Бошнейрохирург) бўлим бошлиғи	Навоий вилояти
25	Нурматов А.	Нейрохирург	Наманган вилояти
26	Раджабов Х.	СамДавТУ клиникаси бўлими бошлиғи	Самарканд вилояти
27	Холбоев У. Б	(Бошнейрохирург) бўлим бошлиғи	Сурхондарё вилояти
28	Сирлиев А. М	Нейрохирург	Сирдарё вилояти
29	Ходжалиев Т.Г.	РИНИАТМ Фаргона вилояти филиали директори	Фарғона вилояти
30	Рузметов К. С	Нейрохирург	Хоразм вилояти
31	Худайбергенов Р. М	Бўлим бошлиғи	Қорақалпоғистон Респ.

Муаллифлар рўйхати:

1. **Кариев Гайрат Маратович**- Директор РСНПМЦН (д.м.н. профессор)
2. **Бобоев Жалолиддин Ибрахимович** - к.м.н. қон томир нейрохирургияси бўлими нейрохирурги РСНПМЦН.
3. **Хасилбеков Навруз Хамзаевич** - қон томир нейрохирургияси бўлими ходими РСНПМЦН
4. **Ходжиметов Дилшод Найимович** - бош шифокор ўринбосари РСНПМЦН

Тақризчилар:

Сойибов И.Э. к.м.н. РИНИАТМ болалар нейрохирургияси бўлими ходими.
Саидов Б.А. к.м.н. РИНИАТМ нейроонкология бўлими ходими.

Клиник протокол олий таълим муассасалари профессор ўқитувчилари, Ўзбекистан нейрохирурглар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИНИАТМ филиал муассасалари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари) иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий келушувга эришиш орқали муҳокама қилинди ва

тасдиқлаш учун вилоят муассасалари шифокорларига онлайн форматда тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбари -Кариев Гайрат Маратович – ССВ, РИНИАТМ директори т.ф.д., профессори

Клиник баённома РИНИАТМнинг илмий кенгашида муҳокама қилинган 19.05.2025 йил (Илмий кенгаш баённомасидан кўчирма № 5);
Илмий кенгаш раиси-Кариев Гайрат Маратович, ССВ, РИНИАТМ директори т.ф.д., профессори

Техник текширишни баҳолаш ва таҳрир қилиш:

1- Асадуллаев У.М.- РИНИАТМ бош шифокори (т.ф.д.)

2. Ахмедиев М.М. - РИНИАТМ болалар нейрохирургияси бўлими раҳбари,
Бош болалар нейрохирурги (т.ф.д.)

-

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Клиник протоколларнинг амалиётга тўғри келиши ва қўлланилишини баҳоси Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти амалий бўғини вакиллари билан амалга оширилган.

Амалиётчи шифокорлар:

Мундарижа

БОШ МИЯ АБСЦЕССЛАРИ НАЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	5
БОШ МИЯ АБСЦЕССЛАРИ НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА ЖАРРОХЛИК АРАЛАШУВЛАРИНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	41
БОШ МИЯ АБСЦЕССЛАРИ НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	55
БОШ МИЯ АБСЦЕССЛАРИ НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	67

Қисқартмалар руйхати

БМА – бош мия абсцесси

ОМС – Орқа мия суюқлиги

КТ - компьютер томографияси

МРТ - магнит-резонанс томография

ТМШ - травматик мия шикастланиши

СМСШ - С.ауреуснинг метитсиллинга сезгир штаммлари

СМЧШ - С. ауреуснинг метитсиллинга чидамли штаммлари

ГКШ - Глазго кома шкаласи

Терминлар ва аниқлашлар

БМАни тўлиқ олиб ташлаш - бу БМАни капсула билан олиб ташлаш билан бирга бўлган жарроҳлик аралашуви.

БМАнинг пункцион аспирацияси - бу БМАнинг пункция ва дренажлаш билан бирга олиб бориладиган жарроҳлик аралашув бўлиб, уни нейронавигация ёрдамида амалга ошириш мумкин.

Ушбу нозология бўйича протоколдан фойдаланувчилар:

1. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари
2. Жарроҳ, травматологлар
3. Умумий амалиёт шифокорлари
4. Нейрофизиологлар
5. Тез ва шошилиш ёрдам шифокорлари
6. Реабилитологлар
7. Диетологлар
8. Невропатологлар
9. Нейрохирурглар
10. Физиотерапевтлар
11. Реабилитологлар, кинезиотерапевтлар
12. Тиббиёт олий та'лим муассасалари ва коллежлар талабалари,

- 13.Тиббиёт олий та’лим муассасалари ва коллежлар ўқитувчилари,
 14.Ординаторлар, магистратура резидентлари (дипломдан кейинги таълим).

Беморлар тоифаси: Бош мия абсцесслари бўлган беморлар.

Диагностика усуллар (диагностик аралашувлар) учун далилларнинг ишончлилиги даражасини баҳолаш шкаласи (ДИД) (Жадвал 1)

Жадвал 1

ДИД	Тахлиллаш
1	Йўналтирувчи усул билан бошқариладиган тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-тахлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш.
2	Алохида мета-тахлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар, мос ёзувлар усули билан бошқариладиган индивидуал тадқиқотлар ёки индивидуал рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Мос ёзувлар усули билан кетма-кет назорат қилинмаган тадқиқотлар ёки тадқиқот усулидан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Клиник ҳолатлар тасвирлаш, қиёсий текширув
5	Экспертлар фикри ёки ҳаракат механизмлари асослаш

Профилактика, терапия, реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончлилиги даражасини баҳолаш шкаласи (УИД) (Жадвал 2).

Жадвал-2

ДИД	Тахлиллаш
1	Мета-тахлил ёрдамида РКТ тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-тахлилни қўллаган ҳолда, РСТ ташқари ҳар қандай дизайн бўйича РСТ ва тизимли тадқиқотлар
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатларнинг тавсифи, вазиятини назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақатгина аралашув механизмини (клиник олдинги тадқиқотлар) асослаш ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд

Профилактик, диагностик, терапевтик, реабилитация тадбирлари учун тавсияларнинг ишончлилиги даражасини баҳолаш шкаласи (УУР) (Жадвал 3)

ДИД	Тахлиллаш
А	Кучли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил келишилган)
Б	Шартли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва / ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)
С	Заиф тавсия (Заиф тавсия (тегишли сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

2. Асосий қисм.

2.1 Бош мия абсцесслари.

БМА шаклланишининг сабаби ҳар қандай юқумли агент бўлиши мумкин ва биринчи навбатда патогенезга ва касалликка мойил бўлишига боғлиқ. БМАни келтириб чиқарадиган патогенлар диапазони жуда кенг, жумладан, бактериялар, замбуруғлар ва паразитлар.

Протозой патогенлар орасида энг муҳими Токсоплазма бўлиб, у асосан ОИВ инфекциясида кузатилади. <https://www.nhs.uk/conditions/brain-abscess/causes/>

1. Контакт (ўрта кулоқ, қўшимча ҳужайралар, параназал синуслар, одонтоген тарқалиш)
2. Гематоген
3. Ўпка абсцесси;
4. Пневмония;
5. Бронхоэктазлар;
6. Эмпиема;
7. Йирингли тери инфекциялари;
8. Остеомиелит;
9. Кичик чанок аъзоси инфекциялари;
10. Қорин ичи инфекциялари;
11. Бактериал эндокардит;
12. Туғма юрак нуқсонлари;
13. Травматик;

14. Ятроген;

15.Криптоген.

http://med-lib.ru/spravoch/neurol_spr/n0001.php.

БМА шаклланишига ҳар қандай агент сабаб бўлиши мумкин ва биринчи навбатда патогенез ва олдини олган касалликка боғлиқ. АГМ келтириб чиқарувчи қўзғатувчилар спектри жуда кенг, бактериялар, паразитларни ўз ичига олади. Протозой қўзғатувчилари орасида Токсоплазма аҳамиятга эга, у асосан ОИВ инфекциясида кузатилади.

<https://www.healthline.com/health/hiv-aids>

1. Бактериялар

- Стрептококклар (аероб, анаероб, микроаерофил);
- Тилла ранг стафилококк;
- Грам манфий бактериялар;
- Анаэроблар.
- https://en.wikipedia.org/wiki/Brain_abscess#Bacterial

Беморларнинг қарийб 14-28% дан кўпида бактериал агентлар аниқланади. Манфий бактериологик экинлар частотаси анча кенг. Турли маълумотлар кўра 43% гача етиши мумкин.

Иммун этишмовчилиги фонида: *Listeria* spp., *Salmonella* spp., *Nocardia* spp., *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Actinomyces*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Citrobacter* versus аниқланиши мумкин.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441841/#>

1. Қўзиқоринлар

Сўнгги йилларда қўзиқорин БМА билан касалланиш кўпайди. Бу кортикостероид терапияси, кимётерапия ва кенг спектрли антибиотиклардан фойдаланиш билан боғлиқ. Асосий қўзиқорин агентлари ўз ичига олади <https://en.wikipedia.org/wiki/Fungus>

- *Candida* spp.;
- *Aspergillus* spp.;
- Mucorales;
- *Rhizopus arrhizus*;
- *Scedosporium*;
- *Cryptococcus neoformans*;

- *Coccidioides* spp;
- *Histoplasma* spp;
- *Blastomyces dermatitidis*.

Жадвал 1. Фондаги касалликка қараб инфекция агенти
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19665086>

Фонли касаллик	Инфекционный агент
Ўрта отит / мастоидит	<i>Streptococcus</i> spp., <i>Bacteroides</i> spp., <i>Prevotella</i> spp., <i>Enterobacteriaceae</i> .
Синусит (фронтосинусит, сфеноидит)	<i>Streptococcus</i> spp., <i>Bacteroides</i> spp., <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>H. influenzae</i> .
Одонтоген инфекция	<i>Fusobacterium</i> spp., <i>Bacteroides</i> spp., <i>Prevotella</i> spp., <i>Actinomyces</i> , <i>Streptococcus</i> spp.
Пенетрацион ТБИ/ятрогеник	<i>S.aureus</i> , <i>Streptococcus</i> spp., <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Clostridium</i> spp.
Ўпка абсцесси, эмпиема, бронхоэктаз	<i>Fusobacterium</i> spp., <i>Bacteroides</i> spp., <i>Prevotella</i> spp., <i>Actinomyces</i> , <i>Streptococcus</i> spp, <i>Nocardiaspp</i>
Бактериал эндокардит	<i>S.aureus</i> , <i>Streptococcus</i> spp.
Туғма юрак нуқсони	<i>Streptococcus</i> spp., <i>H. Influenzae</i>
Иммунодефицит ҳолат	
Нейтропения	<i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Candida</i> spp., <i>Aspergillus</i> spp.

Трансплантация	<i>Enterobacteriaceae</i> , <i>L. monocytogenes</i> , <i>Nocardia spp.</i> , <i>Candida spp.</i> , <i>Aspergillus spp.</i> , <i>T. gondii</i>
ОИВ инфекцияси	<i>T. gondii</i> , <i>Nocardia spp.</i> , <i>Mycobacterium spp.</i> , <i>Cryptococcus spp.</i>

2.2 Бош мия абссессларини таснифланиши

1. Эрта церебрит (1-3 сутка);

Нейтрофиллар, плазматик хужайралар, моноцитлар билан периваскуляр инфильтрация, микроглия ва астротситлар фаоллаша бошлайди. Инфекцион ўчоқнинг чегаралари йўқ. Перифокал шиш мавжудлиги. Якка некротик ўчоқлар. Ретикулин 3 суткадан шаклланади.

1. Сўнгги церебрит (4 – 9 сутка)

Некротик марказни кўпайиши. Яллиғланиш ўчоғининг чегаралари макрофаг ва фибробластлар билан инфильтрацияланган. Неоваскуляризация кўпайиш. Ретикулиннинг фаол шаклланиши. Перифокал шиш зонасини кўпайиши.

1. Капсуланинг эрта шаклланиш босқичи (10-13 сутка)

Некротик марказнинг зонасини камайиши. Касалликнинг чегараси бўйича фибробласт ва макрофаглар сонини кўпайиши. Неоваскуляризациянинг максимал даражаси. Етук коллаген капсуланинг эволюцияси. Перифокал шиш зонасини камайиши. Астроцитлар реакциясининг кучайиши.

1. Капсуланинг кичик шаклланиш босқичи (14 сутка ва ундан ортиқ)

Некротик марказни янада камайиши. Фибробластлар сонини янада ошириш. Капсула 2 хафта охирига қадар тўлиқ шаклланади. Неоваскулярниш камайиши. Шиш регрессияси. Перифокал зонада глиоз 3 хафта шаклланади.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib41>.

Шикастланишдан кейинги БМА таснифи

Жадвал 2.

Жойлашуви бўйича	Пешона бўлаги Тепа бўлаги Чакка бўлаги Энса бўлаги Мияча
Сабабига қара	Травматик Ятроген травматик
Воқеа содир бўлган вақтга қўра	Эрта (бош мия жарохатидан кейин 3 ойгача) Кечки (бош мия жарохати ўтгандан кейин 3 ойдан ортиқ)
Латерализация бўйича	Чапда Ўнгда Икки томонлама
Сониға қўра	Ягона Қўп
КТ таркибининг хусусиятлари бўйича	Гиподенсив Гиперденсив Гетероденсив

	Изодеңсив
Мия қопчиқлари ва моддасига нисбатан	Эпидурал Субдурал Интрацеребрал Перивентрикуляр
Турига кўра	Бир камерали Икки камерали Кўп камерали
Ҳажм бўйича	Кичик, 20 мл гача Ўрта, 21 – 40 мл Катта, 41 – 60 мл Жуда катта, 60 мл дан ортиқ
Клиник фазага кўра	Компенсация Субкомпенсациялар Ўртача Декомпенсация оғир Декомпенсация Терминал босқичи.
МРТ хусусиятлари бўйича	T1 гипоинтенсив сигнал - абсцесс қобиғи гиперинтенсив сигнал - капсула Режим T2 изо-гиперинтенсив сигнал – абсцесс қобиғи гиперинтенсив сигнал – капсула
Босқичлар бўйича	Энцефалит

	Капсуляр
кечиш тезлигига кўра	Ўткир Урта Сурункали

3. Асосий инструментал тадқиқотлар

1) Ташхислаш

БМА дифференциал ташхисоти бош мианинг бирламчи ва иккинчи ўсимлари, ишемик ёки геморагик инсулт ва энцефалит билан амалга оширилади.

Бош мия КТ ҳолатида шакллантирилган ҳолатни бош мианинг биринчи ва иккинчи ўсимталари, инфаркт, лизис босқичидаги гематома ва радиацион некроз билан саралаш зарур. Яқуний дифференциал диагноз ўтказиш учун контрастланган бош мия МРТ алоҳида қадриятга эга. МР – спектроскопия бош мия ичи ўсимталар билан дифференциальная диагностика ўтказиш имконини беради.

<https://radiopaedia.org/articles/cerebral-ring-enhancing-lesions?lang=us>

Шикоят ва анамнез

Анамнезни тўплашда беморда узоқ муддатли ёки ўтказилган кескин инфекция ҳолатига эътибор қаратиш керак.

<https://www.healthline.com/health/cancer/difference-between-benign-and-malignant-tumors>

2.2 Физик текшириш

Ташки кўриқдан ўтиш, ўсиш ўлчамлари, тан массаси, жисмоний ривожланиш даражаси

- Умумий давом синдроми, тана харорати ошиши ва фокал неврология камчилиги мавжудлигига эътибор қаратиш тавсия этилади.
- Неврологик кўриқдан ўтказиш тавсия этилади.
- Неврологик кўриқ қуйидагиларни ўз ичига олади:
- Онг даражаси, шу жумладан, КГШ бўйича;
- Менингеал синдром ҳамда унинг кўрсаткичлиги.
- Бош-мия нервларининг шикастланиши.

- олий нерв функциялари
- Гемисиндромнинг мавжудлиги
- Офтальмологик кўриқдан ўтиш тавсия этилади.

2.3 Лаборатор ташхислаш

• Лейкоцитар формулани ўрганиш билан қоннинг умумий таҳлилини ўтказиш, заарани умумий таҳлил қилиш, қоннинг биохимик таҳлили: умумий оксил, альбумин, мочевина, креатинин, аминотрансфераза (АЛТ), аспартат (АСТ).

• аминотрансфераз (АСТ), қон электролитларини тадқиқ қилиш (натрий, калий, хлор), умумий сийдик таҳлили.

https://en.wikipedia.org/wiki/Cerebrospinal_fluid

Қон таҳлилларида умумий яллиғланиш жараёнининг кўрсаткичлари аниқланиши мумкин. 60-70% лейкоцитоз, 90% СОЭ тезлашуви аниқланади. Давони тезлаштириш ва С-реактив оксилнинг даражаси даволанишга жавобни баҳолаш ва бошқа ҳажмдаги ичидаги жараёнлар билан дифференциал диагноз ўтказиш учун фойдаланиши мумкин.

Қон серологик тадқиқотдан ўтказиш тавсия этилади, МНС инфекциясининг этакчи кўрғитувчиларига антибактериал терапия белгилангунига қадар оптимал ўтказилади. Ўтказиш камида 2 баробар.

2.4 . Инструментал ташхислаш.

Ташхис қўйиш босқичида люмбал пункция ўтказиш тавсия этилмайди.

Люмбал пункция – БМА билан беморларда хавфли та'сир этади, чунки дислокация синдроми содир бўлиши мумкин. Ўзгаришлар юқори мутахассисликка эга эмас. Глюкоза концентрацияси нормал ёки пасайган, оксил концентрацияси 61-81% дан ошган, плеоцитоз 60-70% да қайд этилади. Бактериологик экиш бугунги кунда катта ижобий ўсишга эришмоқда.

Масса эффектига эга бўлган АГМ мавжуд бўлганда люмбал тесишни бажариш тақлиф этилмайди.

https://en.wikipedia.org/wiki/Intracranial_pressure

- Кўкрак қисми органлари рентгенографиясини ўтказиш тақлиф этилади.
 - Бош мия компютери томографиясини (КТ) контрастерлаш билан амалга ошириш тавсия этилади <https://radiopaedia.org/articles/ventriculitis?lang=us>
- Контрастлаш билан компьютер томографияси танлаш усули ҳисобланади ва беморларнинг 95-99% ини аниқлаш имконини беради. Контрастлаш билан бош мия КТ асосида даволанишга ва жавоб босқичини баҳолаш

мумкин. Церебрит босқичида гиподенсив зона қайд этилади, у контрастли кучланишдан сўнг бир хил урғу беради. Гиподенсив зичликдаги гиперденсив ҳалқа типик равишда визуализатсия қилинади. Гиперденсив ҳалқа одатда неопластик жараёнларга нисбатан юпқа кўринади. КТ қуйидагилар ҳақида муҳим маълумотларни таъминлайди:

- Ўлчам
- Сони
- Масса эффектининг мавжудлиги
- Ўрта тузилмалар силжиши мавжудлиги
- Қўшимча ўлчамнинг мавжудлиги
- Синусит, мастоидит кўринишида БМА сабабларини верификация қилиш

Бош мия КТ беморларга скрининг тадқиқоти сифатида суб- ва декомпенсация босқичида тавсия этилади.

- Бош миянинг магнит-резонанс томографиясини (МРТ) натив режимда ва контрастли кучайтириш билан ўтказиш таклиф этилади.

Магнит-резонанс томографияси янада сезгир методика. МРТ АГМ босқичини баҳолаш учун амалга оширилади. МРТ церебритнинг эрта босқичларини баҳолаш, қоринчалар ва субарахноидал сохаларни жалб қилиш имконини беради. T1-тасвирларда БМА қобиғи изоинтенсив ёки кам гиперинтенсив ҳалқа билан намоён бўлади. Контрастдан сўнг абсцесс марказий зонаси аниқ фарқланади. T2- тасвирларда перифокал шиш зонаси юқори сигнал интенсивлигига эга, қобиқ эса гипоинтенсив сигнал. Қарама-қарши препаратнинг ичига киритилиши бош ми МРТ абтсесс қобиғини аниқ кўрсатади ва беморларда компенсация ва субкомпенсация ҳолатида амалга оширилади, зарур бўлган тақдирда дифференциал диагностика ўтказиш ва БМА шошилиш жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар бўлмаган ҳолар да. <https://radiopaedia.org/articles/cerebral-ring-enhancing-lesions?lang=us>

2) диагностик алгоритм (юқорида кўрсатилган барча диагностик мезонларни алгоритм шаклида кўрсатиш);



1) 2.1 Шикоя

3В	Анамнези инфексия https://www	Бензилпенициллин ёки ампициллин 4-6 млн. ЕД х 6 марта кунига в/и + метронидазол	Бензилпенициллин ёки ампициллин + цефтриаксон 2 – 3 гр. X 2 маҳал кунига в/и + метронидазол	оксациллин + цефтриаксон 10 – 12 гр. Кунига в/и.	Пенициллин монотерапия катталар 5 млн. ЕД х 4 маҳал кунига в/и. Болалар 50 000 – 70 000 ЕД/кг х 4 маҳал кунига	Сульфадiazин 75 мг/кг ичишга нарузкали доза, кейин 25 мг/кг х 4 маҳал кунига + пириметамин 200 мг/кг нарузкали доза кейин 75 100 мг/кг кунига.	Антисинегной пенициллин карбенициллин билан ёки тикарциллин + цефтазидим
----	---	---	---	--	--	--	--

2.2 Физик тек

Ташхис қўйиш босқичида:

4С	Ташқи кўриқдан, ўсиш ўлчамини, тан массасини, жисмоний ривожланиш даражасини ўлчашдан бошлаш тавсия этилади
2б С	Умумий умумия синдроми, иситма ва фокал неврология камчилиги мавжудлигига эътибор қаратиш тавсия этилади
2а В	Неврологик кўриқдан ўтказиш тавсия этилади.

Неврологик кўриқ қуйидагиларни ўз ичига олади:

- A. Эс хуш холати КГШ бўйича;
- B. менингеал синдроми ва унинг кўрсаткичлиги.
- C. бош-мия нервлари шикастланиши.
- D. олий мия функциялар
- E. гемисиндромнинг мавжудлиги

Глазго комаси шкаласи

7-
жадвал.

Пункт	Реакция	Балл
Кўзни очиш	Спонтан	4
	Овозга	3
	Оғриқ сабабли	2
	Йуқ	1
Вербал жавоб	норма	5
	Чалкаш нутқ	4
	Нотўғри сўзлар ва нутқ	3
	Ҳар хил товушлар, лекин нутқ эмас	2
	Йуқ	1
Ҳаракатлаш жавоби	Буйруқларни бажаради	6
	Оғриқни локализатсия қилади	5
	Оғриқли стимулга қўлни тортиб олиш	4
	Оғриқли стимулга қўлни эгиш	3
	Қўлни оғриқли стимулга узайтириш	2
	Йуқ	1

Балл диапазоли: 15 – балл – онг аниқ, 13-14 – карахт; 9 — 12 — сонор; 4-8-кома; 3 – терминал кома.

3В Офталмологик текширувдан ўтиш тавсия этилади
<https://en.wikipedia.org/wiki/Papilledema>

2.3 Лаборатор ташхисот

Ташхис қўйиш босқичида:

2а В Лейкотситар формулани ўрганиш билан қоннинг умумий таҳлилини, сийдик умумий таҳлил қилиш, қоннинг биохимик таҳлилини амалга ошириш: умумий оқсил, албумин, креатинин, аланинаминотрансфераз (АЛТ), АСТ (АСТ), қон электролитлари (натрий, калий, калий, хлий, хлор) сийдик <https://study.com/academy/lesson/brain-abscesses-diagnosis-treatment-prognosis.html>

Қон таҳлилларида умумий яллиғланиш жараёнининг кўрсаткичлари аниқланиши мумкин. 60-70% лейкоцитоз, 90% ЭЧТ тезлашуви аниқланади. Шифокорликни тезлаштириш ва С-реактив оқсилнинг даражаси даволанишга жавобни баҳолаш ва бошқа бош мия ҳажмли хосилалар билан дифференциал ташхисот ўтказиш учун фойдали бўлиши мумкин.

2а В **Қон зардобини серологик тадқиқотдан ўтказиш тавсия этилади.**

МНС инфекциясининг энг кўп учрайдиган қўзғатувчиларига антибактериал терапия тайинланганга қадар ўтказиш тавсия этилади. Ўтказиш камида 2 маротаба.

2.4 Инструментал ташхислаш

Ташхис қўйиш босқичида:

4С Люмбал пункция ўтказиш тавсия этилмайди.

Люмбал пункция – БМА билан беморларда хавф туғдиради, чунки дислокация синдромини келтириб чиқариши мумкин. Ўзгаришлар юқори махсусликка эга эмас. Глюкоза концентрацияси нормал ёки пасайган, оқсил концентрацияси 61-81% да ошган, плеоцитоз 60-70% да қайд этилади. Бактериологик текширув бугунги кунда катта ижобий натижа кўрсатмоқда.

Масс эффектига эга бўлган БМА мавжуд бўлганда люмбал пункция бажариш тавсия этилмайди.

<http://neuropathology-web.org/chapter14/chapter14CSF.html>

3В	Кўкрак қисми органларига рентгенография ўтказиш тавсия этилади.
2b В	Бош мия компютери томографиясини (КТ) бажариш тавсия этилади https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib49

Контрастлаш билан компютер томографияси танлаш усули ҳисобланади ва беморларнинг 95-99% инсонини аниқлаш имконини беради. Контрастлаш билан бош мия КТ асосида даволанишга ва жавоб босқичини баҳолаш мумкин. Церебрит босқичида гиподенсив зона қайд этилади, у контрастли кучланишдан сўнг бир хил урғу беради. Гиподенсив зичликдаги гиперденсив ҳалқа типик равишда кўринади. Гиперденсив ҳалқа одатда неопластик жараёнларга нисбатан юпқа кўринади.

КТ қуйидагилар ҳақида муҳим маълумотларни таъминлайди:

- Ўлчами;
- Сони
- Масс-эффект мавжудлиги
- Ўрта тузилмаларнинг силжиши мавжудлиги
- Қоринчалар ичида мавжудлиги
- Мавжуд сабабни синусит, мастоидит кўринишида верификация қилиш

Бош мия КТ беморларга скрининг тадқиқоти сифатида суб- ва декомпенсация босқичида тавсия этилади.

2a В	Бош миянинг магнит-резонанс томографиясини (МРТ) натив режимда ва контрастли кучайтириш билан ўтказиш таклиф этилади.
---------	---

Магнит-резонанс томографияси янада сезгир методика. МРТ БМА босқичини баҳолаш учун амалга оширилади. МРТ церебритнинг эрта босқичларини баҳолаш, қоринчалар ва субарахноидал сохаларни кўриш имконини беради. T1-тасвирларда БМА капсуласи изоинтенсив ёки кам

гиперинтенсив ҳалқа билан намоён бўлади. Контрастдан сўнг абсцесс марказий зонаси аниқ фарқланади. T2- тасвирларда перифокал шиш зонаси юқори сигнал интенсивлигига эга, капсула эса гипоинтенсив сигнал. Қарама-қарши препаратнинг ичига киритилиши бош ми МРТ абсцесс капсуласини аниқ кўрсатади ва беморларда компенсация ва субкомпенсация ҳолатида амалга оширилади, зарур бўлган тақдирда дифференциал диагностика ўтказиш ва шошилиш кўрсатмалари мавжуд бўлмаган ҳолларда ўтказиш тавсия этилади

https://www.researchgate.net/publication/324658545_Differentiation_of_brain_infection_from_necrotic_glioblastoma_using_combined_analysis_of_diffusion_and_perfusion_MRI_Distinction_of_Brain_Infections_From_GBM_s?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6Ii9kaXJlY3QifX0

2.5 Бошқа ташхисот

Ташхис қўйиш босқичида:

4С	<p style="text-align: center;">Даволаш самарадорлигини назорат қилиш босқичида:</p> <ul style="list-style-type: none">● Фақат консерватив терапия ўтказишда бош мия КТси. Бажариш жадаллиги невровизуализатсия маълумотлари бўйича жараённинг динамикаси ва беморнинг ҳолати, шу жумладан неврологик статуси билан белгиланади;● Олиб ташлаш радикаллигини баҳолаш учун абстсес олиб ташлангандан сўнг контрастланган бош мия КТси.● Беморни статсионардан чиқаришдан олдин контраст билан бош мия МРТси. <p style="text-align: center;">https://en.wikipedia.org/wiki/MRI</p>
----	---

3В	<p>Рецидивга шубҳа қилинганда қуйидагиларни бажариш таклиф этилади: Тўлиқ диагностик тадбирлар мажмуаси (текширувга қаранг).</p>
----	---

Клиник кечиши

Клиник аломатлар симптомасиз оқимдан фульминант “лавина” типли декомпенсацияга қадар ўзгариши мумкин. Асосий аломатлар – бош мия босимининг юқори бўлиши натижасида бош оғри ва кўнгил айнаш. Паравентрикуляр абсцессларда бош оғриғининг кучайиши қаринда ичига абсцессининг ёрилганидан далолат беради. Қоринчалар билан абсцесс ўртасидаги масофанинг 1 мм га камайиши ёрилиш хавфини 10% га оширади.

Бош оғриғи, иситма ва фокал неврологик танқислик шаклидаги классик учлик 50% дан кам учрайди.

Клиник картина БМА маҳаллийлаштириш ва инфекция агенти томонидан аниқланади (3-жадвал.). Етакчи аломатлар 5-жадвалда тақдим этилган.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib5>

5-жадвалда.

Клиник симптомлар [24,66]ғ

Симптомлар/синдромлар	Частотаси
Бош оғриғи	49-97
Иситма	32-79
Фокал неврологик камчилик	23-66
Психика бузилишлари	28-91
Тутқаноқлар	13-35
Қусиш	27-85
Менингеал синдром	5-41
Кўриш нервлари дискларининг шишиши	9-51
Генераллашган тутқаноқ хуружлари	11-25

6-jadvalda.**Жойлашган жойига қараб клиник симптоматика [2,4,66]**

Маҳаллийлаштириш	Клиник аломатлар
Пешона бўлаги	Бош оғриғи Аспонтанлик Эътиборнинг бузилиши Астазия абазия Психоемоционал бузилиш Гемипарез Нутқ бузилишлари
Чакка бўлаги	Ипсилатерал бош оғриғи Афазия Дизартрия Кўриш майдонларининг бузилиши/Гемиянопсия
Тепа бўлаги	Бош оғриғи Кўриш майдонларининг бузилиши/гемиянопсия Сезгилар агнозис/праксиснинг бузилиши
Энса бўлаги	Бош оғриғи Кўнгил айнаши/қушиш Гемиянопсия
мияча	Бош оғриғи Нистагм Атаксия

	Кўнгил айнаши/қўсиш Дисметрия Менингизм Ко‘риш нервлари дискларининг шишиши
Мия ўзаги	Бош-мия нервлари парезлари Алтернирловчи синдромлар

Клиник амалиётга нейровизуализациянинг юқори ахборотли усуллари жорий этиш билан қисқа муддатда дифференциал ташхис ўтказиш ва ўз вақтида даволаш имконияти яратилди. Умумсоматик ва неврологик ҳолатни баҳолашдан ташқари, ўтказилган инфекция билан боғлиқлик баҳоланмоқда, тизимли яллиғланишни верификациялаш учун лабораторик текшириш усуллари амалга оширилмоқда. Люмбал пункциянинг диагностик қиймати шубҳали ва бундан ташқари хавфли бўлиши мумкин, шунинг учун тавсия этилмайди. Якуний ҳужжат нейровизуализация маълумотларига асосланади. Бош мия КТ ҳолатида шакллантирилган ҳолатни бош миянинг бирламчи ва иккиламчи ўсимталари, инфаркт, лизис босқичидаги гематома ва радиацион некроз билан дифференциал ташхислаш зарур. Якуний дифференциал ташхис ўтказиш учун контрастли бош мия МРТ алоҳида аҳамиятга эга. МР – спектроскопия дифференциал диагностика ўтказиш имконини беради [9,60].

Ташхис тафсилоти

Диагноз тўғрисида қуйидагилар киритилиши керак:

И. Маҳаллийлаштириш ва тарқатишни кўрсатиш;

ИИ. БМА этиологиясини кўрсатиш;

4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси: дори-дармон даволаш

Даволаш тадбирлари режасини тузиш:

Даволаш тадбирлари режасини тузиш, одатда, нейрохирурглар иштирокида консилиум томонидан амалга оширилади ва зарур бўлса, бошқа мутахассислар жалб қилинади. Даволаш тадбирлари режасини

аниқлаштириш учун қуйидаги верификацияланган маълумотларнинг зарур бирлаштирилиши асосдир:

- маҳаллийлаштириш мезонлари ва ҳажми бўйича рентгенодиагностик маълумотлар;
- этиологик омил;
- қўшимча касалликлар;
- иммун камчилиги мавжудлиги;
- беморнинг ҳолати;
- беморнинг ёши.

3.1 Антибиотикотерапия

Даволаш мултидисциплинар ёндашувни талаб этади. Антибиотикотерапия беморларни даволашнинг энг муҳим қисмидир. Антибиотикотерапия тайинлашдан олдин биологик материални олиш зарур. Аспирацияланган материал бактериологик тадқиқот учун жўнатилади.

Бугунги кунда эмпирик антибиотикотерапия белгиланади (қаранг Г1 иловаси). 3 - авлод цефалоспоринлар ва метронидазол тавсия этилади. Агар *S.aureus* мумкин патоген бўлса, ванкомицин бактериологик эзма объектив маълумотларни олганга қадар терапияни тўлдиради. Этиологик омил бўлмаган беморларда грамм манфий патогенлари бўлса, масалан, *P. aeruginosa* танлов препаратлари цефтазидим, цефепим ёки меропендир. Ванкомитсин, метронидазол ва 3-4 авлод цефалоспоринларини тайинлаш сабаблари юзасидан ҳеч қандай кўрсатмалар йўқ бўлса тайинлаш мумкин. Юқумли агентни верификациялангандан сўнг терапия оптималлаштирилади.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib61>

(Г2 ва Г3 иловасига қаранг)

Махсус терапия тайинлашдан олдин *in vitro* тест маълумотларига таяниш зарур. Иммун тақчилиги бўлган беморларда препаратлар комбинацияси зарур бўлиши мумкин

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib43>

Антибактериал препаратлар билан монотерапия:

ЗВ

1. Оғир тизимли касалликлар фоизда ҳаракатнинг юқори хавфи;
2. Кўплаб абсцесслар
3. Кичик ҳажми чуқур ва функционал муҳим сохалар БМАлари
4. Менингит/вентрикулит билан биргаликда
5. Неврологик мақомда эрта ижобий динамика ва нейровизуализация маълумотлари кўра
6. 2,5 см ва ундан кам бўлса, агар жарроҳлик аралашуви хавфи сезиларли хавф остида бўлса, консерватив терапияга кўрсатма.

Даволаш муддати анъанавий равишда 6-8 ҳафта юқори дозали антибактериал терапиядан иборат бўлиб, кейинчалик 2-3 ой давомида ўзига хос перорал антибиотикларга ўтади. Қобик билан БМА олиб ташлаш амалга оширилган беморларга терапия 3-4 ҳафта бўлиши мумкин. Фақатгина антибактериал препаратлар билан терапия узокроқ (12 ҳафтагача перорал препаратлар билан бирга) бўлиши керак.

ЗВ

Тизимли антибактериал терапиядан таъсир йўқ бўлганда антибактериал препаратларни жорий этишнинг интравентрикуляр ва вена ичидаги йўллари комбинатсиясини эрта белгилаш тавсия этилди.

БМА бактериал менингит билан кечиши антибактериал препаратларни жорий этишнинг интратекал йўллари белгилаши мумкин. Тизимли антибактериал терапиядан таъсир йўқ бўлганда антибактериал препаратларни жорий этишнинг интравентрикуляр ва вена ичидаги йўллари комбинациясини эрта белгилаш мақсадга мувофиқ.

Интравентрикуляр юбориш учун қуйидаги препаратлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ: ванкомицин, аминногликозидлар, В полимиксини ва В амфотеритсини (5-жадвал).

8-жадвал

Интравентрикуляр юбориш учун тавсия этиладиган антимикробли препаратларнинг тавсия этиладиган дозалари [8,70].

Антимикроб дори	Суткалик доза/мг
Амикацин	5-50
Амфотерицин В	0,1-0,5
Ванкомицин	5-20
Гентамицин	4-8
Полимиксин В	5
Тобрамицин	5-20

3В Кортикостероидларни узоқ муддатда жорий этиш тавсия этилмайди <https://en.wikipedia.org/wiki/Steroids>

Шишни даволашда кортикостероидлардан фойдаланиш самарадорлиги муаммо ва ҳал этилмаган бўлиб қолмоқда. Маҳаллий шиш касалликни оширишга хизмат қилади ва касалликнинг натижаларига таъсир кўрсатиши мумкин. Шиш, масс-эффекти билан таҳдид қилаётган беморларда ҳолатни барқарорлаштиришга қадар ҳар 10 соат ичида ёки операцион тайёргарлик сифатида 6 мг юқори дозали терапия самарали бўлиши мумкин. Бир томондан кортикостероидлар вазоген шишга та'сир кўрсатиш орқали МИБ сезиларли даражада камайтиради. Лекин узоқ вақт ишлатилганда кортикостероидлар антибиотикларнинг юқумли ўчоққа пенетациясини бузади. Кортикостероид терапияси даврий оператив даврда катта перифокал шишни камайишига хизмат қилади.

2а Тутқаноқ хавфининг юқори бўлиши натижасида БМА беморларга антиконвульсанттар тайинлаш тавсия этилади.
В <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib60>

Терапия тутқаноқ эпизодлари бўлмаган ва ЭЭГ маълумотлари нормал бўлган беморларда камида 6 ой давом этади
<https://en.wikipedia.org/wiki/Papilledema#Treatment>

3.2 Жарроҳлик даволаш

Жарроҳлик даволаш мақсадлари

- масс-эффекта камайтириш;
- мия ичи гипертензияни бартараф этиш
- яллиғланиш жараёнини верификация қилиш ва назорат қилиш учун йиринг материаллини олиш.

Жарроҳлик даволашнинг иккита асосий тури мавжуд
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib6>

1. Қобик билан очиқ олиб ташлаш;
2. Пункцион аспирация (freehand — эркин, стереотаксик, эндоскопик, УЗ-навигациядан фойдаланган ҳолда).

Жарроҳлик усулини танлаш кўплаб омилларга боғлиқ:

- Жойлашган жой
- ҳажми
- қалин қобикнинг мавжудлиги
- беморнинг ҳолати
- операцион ускуналар
- хирург тажрибаси

Бундай жараёнларни даволаш турлари ўртасидаги натижаларда алоҳида фарк йўқ.

2а
В

Биринчи танлаш усули сифатида пункцион аспирация тавсия этилади.

Пункцион аспирация кўплаб беморларда танлов усулидир. Бу мининвазив жараён бўлиб, қайта бажарилиши мумкин.

Стереотаксик аспирацияга кўрсатувлар БМА ўлчами ва жойлашувига қараб:

- 3 см дан кам ва 1,5 см дан зиёд;
- функционал муҳим зона

Эндоскопик аспирациянинг афзалликлари:

- тўғридан-тўғри назорат
- интракапсуляр септаларни фенестрация қилиш имконияти
- мия қоринчаларига тарқалган ҳолатда ҳам аспирация қилиш имкониятини беради.

Пункцион аспирацияга ягона қарама-қарши кўрсатилмаган коагулопатия бўлиши мумкин

[https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(23\)00399-3/fulltext#bib51](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(23)00399-3/fulltext#bib51)

2a B	<p>Куйидаги ҳолларда БМАни очиқ олиб ташлаш тавсия этилади</p> <p>https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib26</p> <ul style="list-style-type: none">● Мияча БМА;● Юзаки жойлашган қалин капсулали БМА● Посттравматик БМА (одатда бегона бўлақлар, суюқ бўлақлари мавжуд)● Газ ўз ичига олган БМА● Мултилокуляр БМА (нокардияга хос)● Такрорий уринишларнинг самарасизлиги
---------	--

3.3 Беморларнинг муайян гуруҳлари учун даволаш тактикаси

Кўзиқорин БМА.

Даволаш тактикаси бактериал БМАга ўхшайди - этиопатогенетик терапия ва жарроҳлик даволаш.

2b B	Амфотерицин В ва флутситозиннинг комбинацияси синергетик фаолликка эга бўлиб, шунинг учун кўзиқоринли беморларга тавсия этилади.
---------	--

Кўзиқорин БМА одатда турли хил иммунитет танқислиги ҳолатларига ҳамроҳ бўлади. Беморларнинг ушбу гуруҳидаги ўлим, комбинирланган даволанишга қарамай, юқориликча қолмоқда.

Иммунитет танқислиги ҳолатлари фониди БМА

Иммуносупрессия БМА шаклланиши учун асосий хавф омилдир. Т-лимфоцитлар ва макрофагларнинг камайиши *Aspergillus SPP* каби турли патогенларнинг ўсишига ёрдам беради. Турли хил неопластик жараёнлар, қоннинг тизимли ўсма касалликлари, ОИВ, узоқ муддатли стероид терапияси, орган трансплантацияси иммунитетнинг сезиларли даражада пасайиши билан бирга келади.

2b B	Кейинчалик микробиологик диагноз олиш ва тегишли антибактериал терапия белгилаш учун эрта йиринг материални олиш тавсия этилади https://study.com/academy/lesson/brain-abscesses-diagnosis-treatment-prognosis.html
---------	--

Жадвал-2

5. Тиббий ёрдам кўрсатиш турларини ҳисобга олган ҳолда госпитализатсия учун кўрсатмалар:

Бош мия абсцесси бўлган беморни жараёнда даволаш кўрсатмалари беморнинг ёши, умумий мақоми, шишнинг ўзининг анатомик жойлашиши ва унинг хирургик фойдаланишига боғлиқ. Нейрохирурглар неврологик статуснинг кичик ўсиш хавфи ва турмуш сифатининг камайиши билан абсцессни олиб ташлашга интилиши керак; интраоперацион ўлимни камайтириш; аниқ диагноз қўйиш учун.

Жароҳат тактикасига нисбатан қабул қилинадиган қарорлар қуйидаги омилларга боғлиқ: маҳаллийлаштириш ва жароҳатлаштириш; беморнинг функционал статуси, ёши, қўшимча соматик патологияси; агрессивли

хирургик тактика ёрдамида эффе́кт массаларини камайтириш имкониятлари; рецидивлар билан боғлиқ беморларда сўнгги тезкор аралашиш пайтидан бошлаб вақт.

1) Режали госпитализация учун кўрсаткичлар:

- Бош мия абсцессига шубҳа: МРТ ёки бош мия КТ каби дастлабки диагностика натижалари асосида.
- Умумий соматик ва/ёки неврологик симптоматиканинг мавжудлиги.
- Кўз табидаги димланиш

Касалхонага ётқизиш мақсадлари

- Жарроҳлик даволашга тайёргарлик: Операцияни режалаштириш ва амалга ошириш учун резектабель абсцесслари бўлган беморларда.
- Паллиатив хирургик аралашиш зарурлиги.

2) Шошинч госпитализация учун кўрсатмалар:

- Кучайиб боровчи неврологик ўзгаришлар: Ҳаётга хавф соладигна ёки олий ногиронликка сабаб бўладиган беморнинг ҳолати тез ёмонлашиши.
- Бош мия уткир гипертензия: Кучли бош оғриғи, қусиш, хуш ўзгариши каби аъломатлар.
- Туқаноқ хуружлари: Стандартли анти'пилептик терапияга берилмайдиган, назоратсиз тутқаноқлар.
- Когнитив функцияларнинг кенг бузилиши: Масалан, хуш даражасининг кескин ўзгариши ёки касалликнинг тез тараққиёт қилишини кўрсатадиган психик бузилишлар.
- Паллиатив хирургик аралашиш зарурлиги.

Госпитализациянинг икки тури учун ҳам касалхонага ётқизиш зарурлигини тасдиқловчи барча клиник ва диагностик маълумотларни пухта хужжатлаш муҳим. Режали госпитализация, одатта, беморнинг дастлабки тиббий кўриқдан ўтишини ва келишувини талаб қилади, шу вақтда шошинч касалхонага ётқизиш ҳаётга хавф соладиган ҳолларда дарҳол амалга оширилади. Касалхонага ётқизилгандан сўнг даволаш ва реабилитация режаси ишлаб чиқилиши, шунингдек, тегишли операциядан кейинги назорат қилиниши лозим.

4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

Даволаш тадбирлари режасини тузиш:

Даволаш тадбирлари режасини тузиш, одатта, нейрохирурглар иштирокида консилиум томонидан амалга оширилади ва зарур бўлса, тўғри мутахассислар жалб қилинади. Даволаш тадбирлари режасини аниқлаштириш учун қўидаги верификацияланган маълумотларни зарур бирлаштириш асосдир:

- маҳаллийлаштириш мезонлари ва ҳажми бўйича рентгенодиагностик маълумотлар;
- этиологик омил;
- қўшимча касалликлар;
- иммун камчилиги мавжудлиги;
- беморнинг ҳолати;
- беморнинг ёши.

1 йиллик кузатув учун текширувлар:

1. контрастли мия МРТ, биринчи йил давомида олти ойда бир марта.

Касалликнинг кечиши ва натижасига таъсир қилувчи қўшимча маълумотлар

Жарроҳликдан бош тортиш даволаниш натижасига салбий таъсир қилади:

1. **Мия абцесси билан оғриган беморларни даволашда бирламчи даражадаги ҳаракатлар алгоритми (амбулатория, ҚВП).**

Тегишли ҳужжатлар ва ВОП шаклини тўлдириш билан бирга, ҚВП шифокори беморнинг аҳволини етарли даражада баҳолаши керак:

2. **Мия абцесси бўлган беморларни даволашда ҚВП даражасида жарроҳлик бўлими шифокорининг ишлаш алгоритми.**

- анамнезни йиғиш
- умумий текшириш (ўлчаш А / Д, пулс, ҳарорат)
- неврологик текширув.
- маҳаллий текшириш

- қабул қилишдан олдин маҳаллий даволанишнинг табиати;

Клиник ва инструментал тадқиқотлар:

- ОАК, ОАМ
- Коагулограмма
- Биокимёвий қон текшируви
- ЭКГ (агар керак бўлса)
- Бош суяги рентгенограммаси
- Миянинг КТ (иложи бўлса)

Бошқарув тактикаси:

Ушбу босқичда мия абцесси бўлган бемор текширилади. Нейрохирургия манипуляцияси кўрсатилганда ихтисослаштирилган муассасаларга юборилади.

1. Ихтисослаштирилган марказларда ҳаракатлар алгоритми.

Ушбу босқичда юқоридагилар билан биргаликда кейинги тадқиқот усуллари амалга ошириш керак:

Ташхислаш ўз ичига олади:

1. Анамнез.
2. Неврологик текшириш.
3. калла суяги рентгенограммаси 2 проекцияда.
4. Упка рентгенграммаси.
5. Эхо-Эс.
6. КТ (МРТ)-бош мия.
7. Биохимияли таҳлиллар, коагулограмма.
8. Қон гуруҳи, резус-фактори.
9. Окулист текшируви.

10. ЛОР текшируви.

11. Терапевтнинг текшируви.

12. ОМСнинг бактериологик тадқиқоти.

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш критериялари

№	Сифат мезонлари	Ҳа	Йўқ
I. ташхис қўйиш босқичи.			
1.	Неврологик текширув ўтказилди		
2.	Нейроофтальмолог ва КББ шифокорининг текшируви		
3.	Миянинг КТ ёки МРИ текшируви ИВ контраст билан амалга оширилди		
4.	Кўкрак қафаси рентгенографияси ва/ёки кўкрак қафаси томографияси ўтказилди		
5.	Кўкрак ва қорин бўшлиғи (мураккаб) ва ретроперитонеал бўшлиқ ва кичик тос аъзоларининг ультратовуш текшируви ўтказилди		
6.	Қон зардобини серологик текшириш ўтказилди		
7.	Лейкоцитлар формуласи, ЕСР, С-реактив оқсил, биокимёвий қон текшируви (карбамид, креатинин, умумий оқсил, албумин, умумий bilirubin, Алт, аст, ЛДХ, натрий, калий, хлор), сийдикни умумий таҳлил қилиш билан тўлиқ қон текшируви ўтказилди		
II. Консерватив даво босқичи			
1.	Антибиотик терапиясини тайинлаш амалга оширилди		
2.	Антиконвулсантларни тайинлаш амалга оширилди		

3.	Кўрсатмалар мавжуд бўлганда симптоматик ва қўллаб-қувватловчи терапия воситалари буюрилади		
III. Жарроҳлик даволаш босқичи			
1.	Жарроҳлик даволаш амалга оширилди		
2.	Жарроҳлик аралашуви беморни касалхонага ётқизилган пайтдан бошлаб кейинги 3 кун ичида амалга оширилади (қарши кўрсатма бўлмаса)		
3.	Жарроҳлик пайтида антибактериал дорилар билан юқумли асоратларнинг олдини олиш амалга оширилди (тиббий қаршиликлар бўлмаса)		
IV. Даволаш самарадорлигини назорат қилиш босқичи			
1.	Даволанишдан кейин неврологик текширув ўтказилди		
2.	Даволанишдан кейин мианинг КТ ёки МРИ текшируви ўтказилди		
3.	Лейкоцитлар формуласи, ЕСР, С-реактив оқсил, биокимёвий қон текшируви (карбамид, креатинин, умумий оқсил, албумин, умумий bilirubin, АЛТ, АСТ, ЛДХ, натрий, калий, хлор), сийдикни умумий таҳлил қилиш билан тўлиқ қон текшируви ўтказилди		
4.	Аспирацияланган АГМ материални бактериологик ўрганиш амалга оширилди		
V. қўшимча терапия босқичи			
1.	Режалаштирилган тарзда контрастли мианинг МРТ буюрилган		
2.	Амбулатория шароитида кузатув учун невролог тайинланди		

**«МИЯ АБСЦЕССЛАРИ НОЗОЛОГИЯСИДА ЖАРРОҲЛИК
АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ»**

Тошкент 2025

2. Асосий қисми.

2.1. Кириш

Мия абцесслари ҳолатида жарроҳлик аралашувлар замонавий нейрохирургиянинг муҳим жиҳати ҳисобланади. Ушбу қисқача хулосанинг мақсади жарроҳлик аралашувларнинг муҳимлигини таъкидлаб, мия хўппози бўлган беморларни бошқаришнинг асосий жиҳатларини кўриб чиқишдир.

Мия хўппозларини бошқаришнинг асосий нуқталаридан бири бу хўппозни аниқ диагностик аниқлаш, масалан, магнит-резонанс томография (МРИ) ва компьютер томографияси (КТ). Бу жарроҳларга операцияга тайёргарлик кўриш, аралашув режасини оптималлаштириш ва даволаш самарадорлигини ошириш имконини беради.

Жарроҳлик аралашуви абцессни миянинг атрофидаги жойларга *minimal* зарар етказиш билан олиб ташлаш ёки аспирация қилишга қаратилган. Навигацион нейрохирургия ва интраоператив хариталаш каби аниқ олиб ташлаш ёки аспирация усуллари жарроҳларга соғлом тўқималарни иложи борича сақлаб қолиш имконини беради, айниқса функционал аҳамиятга ега жойларга яқин жойлашган хўппозлар ҳолатларида.

Бундан ташқари, операциядан кейинги беморларни етарли даражада парвариш қилиш уларнинг кейинги тикланишида асосий рол ўйнайди. Ижобий натижаларга эришиш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш учун асоратларни кузатиш ва даволаш, реабилитация чоралари ва кузатув зарур.

Хулоса қилиб айтганда, мия абцесслари учун жарроҳлик аралашувлар мураккаб, кўп босқичли жараён бўлиб, еҳтиёткорлик билан ташхис қўйиш, техник оптималлаштириш ва операциядан кейинги комплекс ёрдамни талаб қилади. Беморларни бошқаришда мақбул ёндашув замонавий технологияларни, тажрибали жарроҳлик гуруҳини ва ҳар бир алоҳида ҳолатнинг еҳтиёжларига еҳтиёткорлик билан эътибор беришни ўз ичига олади.

2) Таъриф (манбага ҳаволани тақдим этиш керак);

"Мия абцесслари учун жарроҳлик аралашувлар" ташхис қўйиш, олиб ташлаш ёки аспирацияга қаратилган тиббий муолажалар тўпламидир. Ушбу аралашувларга еҳтиёткорлик билан режалаштириш, замонавий таълим усулларида фойдаланиш, аниқ жарроҳлик техникаси ва операциядан

кейинги дифференциал парвариш жараённи олиб ташлаш ёки аспирация қилиш ва соғлом тўқималарга зарарни минималлаштириш учун киради. Асосий жиҳатлар - аниқ ташхис қўйиш, энг янги технологиялар ёрдамида оптималлаштирилган олиб ташлаш ёки аспирация, шунингдек, ҳар бир беморнинг эҳтиёжларини ҳисобга олган ҳолда операциядан кейинги парваришга комплекс ёндашув. Ушбу тадбирлар беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш ва энг яхши клиник натижаларга эришиш қаратилган.

3) клиник тасниф

1. Эрта церебрит (1-3 сутка);

Нейтрофиллар, плазматик хужайралар, моноцитлар билан периваскуляр инфильтрация, микроглия ва астротситлар фаоллаша бошлайди. Инфекцион ўчоқнинг чегаралари йўқ. Перифокал шиш мавжудлиги. Якка некротик ўчоқлар. Ретикулин 3 суткадан шакллантирилади

2. Сўнгги церебрит (4 – 9 сутка)

Некротик марказни кўпайиши. Яллиғланиш ўчоғининг чегаралари макрофаг ва фибробластлар билан инфильтрацияланган. Неоваскуляризация кўпайиш. Ретикулиннинг фаол шаклланиши. Перифокал шиш зонасини кўпайиши.

3. Капсуланинг эрта шаклланиш босқичи (10-13 сутка)

Некротик марказнинг зонасини камайиши. Касалликнинг чегараси бўйича фибробласт ва макрофаглар сонини кўпайиши. Неоваскуляризациянинг максимал даражаси. Етук коллаген капсуланинг эволюцияси. Перифокал шиш зонасини камайиши. Астроцитлар реакциясининг кучайиши.

4. Капсуланинг кичик шаклланиш босқичи (14 сутка ва ундан ортиқ)

Некротик марказни янада камайиши. Фибробластлар сонини янада ошириш. Капсула 2 ҳафта охирига қадар тўлиқ шакллантирилади. Неоваскуляризацияни камайириш. Шишиш регрессияси. Перифокал зонада глиоз 3 ҳафта шаклланади

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib41>.

Шикастланишдан кейинги БМА таснифи

Жадвал 2.

Жойлашуви бўйича	Пешона бўлаги Тепа бўлаги Чакка бўлаги Энса бўлаги Мияча
Сабабига қара	Травматик Ятроген травматик
Воқеа содир бўлган вақтга қўра	Эрта (бош мия жарохатидан кейин 3 ойгача) Кечки (бош мия жарохати ўтгандан кейин 3 ойдан ортиқ)
Латерализатсия бўйича	Чапда Ўнгда Икки томонлама
Сониға қўра	Ягона Қўп
КТ таркибининг хусусиятлари бўйича	Гиподенсив Гиперденсив Гетероденсив Изоденсив
Мия қопчиқлари ва моддасига нисбатан	Эпидурал Субдурал Интрацеребрал Перивентрикуляр

Турига кўра	Бир камерали Икки камерали Кўп камерали
Ҳажм бўйича	Кичик, 20 мл гача Ўрта, 21 – 40 мл Катта, 41 – 60 мл Жуда катта, 60 мл дан ортиқ
Клиник фазага кўра	Компенсация Субкомпенсациялар Ўртача Декомпенсация оғир Декомпенсация Терминал босқичи.
МРТ хусусиятлари бўйича	T1 гипоинтенсив сигнал - абсцесс қуруғи гиперинтенсив сигнал - капсула Режим T2 изо-гиперинтенсив сигнал – абсцесс қуруғи гиперинтенсив сигнал – капсула
Босқичлар бўйича	Энцефалит Капсуляр
кечиш тезлигига кўра	Ўткир Урта Сурункали

3. Усуллари, ёндашувлари, диагностика ва даволаш усуллари

Жарроҳлик даволаш мақсадлари

- масс-эфекта камайтириш;

- мия ичи гипертензияни туғирлаш
- яллиғланиш жараёни верификация қилиш ва назорат қилиш учун йиринг материални олиш

Жарроҳлик даволашнинг иккита асосий тури мавжуд
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib6>

3. капсула билан очиқ олиб ташлаш;
4. пунксион аспирация (фрееханд — эркин, стереотаксик, эндоскопик, УЗ-навигациядан фойдаланган ҳолда).

Жарроҳлик усулини танлаш кўплаб омилларга боғлиқ:

- Жойлашган жой
- ҳажми
- қалин капсуланинг мавжудлиги
- беморнинг ҳолати
- операцион ускуналар
- хирург тажрибаси

Бундай жараёнларни даволаш турлари ўртасидаги натижаларда алоҳида фарқ йўқ.

2a В	Биринчи танлаш усули сифатида пунксия аспирацияси тавсия этилади.
---------	---

Пунксия аспирацияси кўплаб беморларда танлов усулидир. Бу миниинвазив жараён бўлиб, қайта бажарилиши мумкин.

Стереотаксик аспирацияга кўрсатувлар БМА ўлчами ва жойлашувига қараб:

- 3 см дан кам ва 1,5 см дан зиёд;
- функционал муҳим зона

Эндоскопик аспирациянинг афзалликлари:

- тўғридан-тўғри назорат
- интракапсуляр септаларни фенестрация қилиш имконияти
- аспирация қилиш имконияти ўз ичига олиб чиқиш билан та'минланади.

Пунктсиявий аспирацияга ягона карама-қарши кўрсатилмаган коагулопатия бўлиши мумкин

[https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(23\)00399-3/fulltext#bib51](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(23)00399-3/fulltext#bib51)

2a B	<p>Қуйидаги ҳолларда АГМни очиқ олиб ташлаш тавсия этилади</p> <p>https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib26</p> <ul style="list-style-type: none">● Мияча БМА;● Юзаки жойлашган қалин капсулалли БМА● Пост-травматик БМА (одатда бегона бўлақлар, суюқ бўлақлари мавжуд)● Газ ўз ичига олган БМА● Мултилокуляр БМА (нокардияга хос)● Такрорий уринишларнинг самарасизлиги
---------	--

3.3 Беморларнинг муайян гуруҳлари учун даволаш тактикаси

Қўзиқорин АГМ.

Даволаш тактикаси бактериал БМАга ўхшайди - этиопатогенетик терапия ва жарроҳлик даволаш.

2b B	<p>Амфотерицин В ва флуцитозиннинг комбинацияси синергетик фаолликка эга бўлиб, шунинг учун қўзиқоринли беморларга тавсия этилади.</p>
---------	--

Қўзиқорин БМа одатда турли хил иммунитет танқислиги ҳолатларига ҳамроҳ бўлади. Беморларнинг ушбу гуруҳидаги ўлим, бирлаштирилган даволанишга қарамай, юқориликча қолмоқда.

Иммунитет танқислиги ҳолатлари фониди БМА

Иммуносупрессия АГМ шаклланиши учун асосий хавф омилидир. Т-лимфоцитлар ва макрофагларнинг камайиши Аспергиллус спп каби турли патогенларнинг ўсишига ёрдам беради. Турли хил неопластик жараёнлар, қоннинг тизимли ўсма касалликлари, ОИВ, узоқ муддатли стероид терапияси, орган трансплантацияси иммунитетнинг сезиларли даражада пасайиши билан бирга келади.

2b B	Кейинчалик микробиологик диагноз олиш ва тегишли антибактериал терапия белгилаш учун эрта йиринг материални олиш тавсия этилади https://study.com/academy/lesson/brain-abscesses-diagnosis-treatment-prognosis.html
---------	--

Жадвал-2

Жараён ёки аралашувни амалга оширадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар

Жараён ёки аралашувни амалга оширадиган мутахассис тиббий таъсирнинг муваффақияти ва хавфсизлигида ҳал қилувчи рол ўйнайди. Бундай мутахассисга қўйиладиган талабларга қуйидагилар киради:

1. **Тиббий маълумот:** мутахассис олий тиббий маълумотга ва унинг малакасини тасдиқловчи тегишли лицензия ёки сертификатга эга бўлиши керак.
2. **Махсус тайёргарлик:** муайян процедуралар ёки аралашувлар турлари учун махсус тайёргарлик ва тажриба талаб қилинади. Мутахассис тиббиётнинг ушбу соҳасида тегишли тажрибага эга бўлиши керак.
3. **Тажриба ва амалиёт:** бундай процедуралар ёки аралашувларни амалга ошириш тажрибаси муҳим рол ўйнайди. Катта мутахассис тажрибаси процедура самарадорлиги ва хавфсизлигини ошириши мумкин.

4. **Билимларни янгилаш:** мутахассис мунтазам равишда тиббий билимларини янгилаб туриши, янги тенденциялар ва усулларга риоя қилиши ва даврий машғулотлардан ўтиши керак.
5. **Ахлоқий ёндашув:** мутахассис юқори ахлоқий меъёрларга риоя қилиши ва беморларнинг ҳуқуқларини ҳурмат қилиши керак.
6. **Хавфсизлик:** мутахассис хавфсизлик протоколларига, шу жумладан асбобларни стерилизация қилиш, шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш ва бошқа еҳтиёт чораларига қатъий риоя қилиши керак.

Ушбу талаблар беморлар учун юқори даражадаги тиббий амалиёт ва хавфсизликни таъминлашга қаратилган.

5) Диагностика

Жараён ёки аралашувдан олдин шифокор беморнинг аҳволини баҳолаш ва кейинги ҳаракатлар тўғрисида асосли қарор қабул қилиш учун бир қатор диагностика тадбирларини ўтказиши керак. Бу ерда асосий (мажбурий) ва қўшимча диагностика чоралари рўйхати келтирилган:

Асосий (мажбурий) диагностика чоралари:

1. Тиббий кўрик:

- Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш, симптомлар ва асосий шикоятларни аниқлаш.

1. Тиббий тарих (тиббий ва ҳаёт тарихи тўплами):

- Беморнинг касаллик тарихини, шу жумладан олдинги касалликлар, жарроҳлик аралашувлар, аллергия ва ирсиятнинг батафсил ўрганиш.

1. Лаборатор анализлар:

- Умумий қон ва сийдик таҳлили, буйраклар, жигар ва бошқа органларнинг фаолиятини баҳолаш учун биокимёвий таҳлил.

1. Инструментал тадқиқотлар:

- Рентген текширувлари: масалан, тузилмалар ва органларни визуализация қилиш учун рентген, КТ, МРТ.
- Ультратовуш (ультратовуш текшируви): ички органлар, қон томирлари ва юмшоқ тўқималарнинг ҳолатини баҳолаш учун ишлатилади.
- ЭКГ (электрокардиография): юрак фаолиятини баҳолаш ва ритмдаги аномалликларни аниқлаш.

Қўшимча диагностика чоралари:

1. Эндоскопия:

- Эндоскоп ёрдамида органларнинг ички бўшлиқларини текшириш.

1. Биопсия:

- Лаборатория таҳлиллари учун тўқима намунасини олиш, айниқса ўсмага шубҳа қилинган тақдирда.

1. Функционал тестлар:

- Масалан, нафас олиш функцияси учун тестлар, органлар ва тизимларнинг ишлашини баҳолаш учун стресс тестлари.

1. Генетик тадқиқотлар:

- Ирсий омилларни аниқлаш, айниқса оилавий мойиллик ҳолатида.

Сўров натижаларини талқин қилиш:

1. Ахборотни таҳлил қилиш:

- Шифокор барча ўтказилган тадқиқотлар натижаларини клиник кўриниш контекстида таҳлил қилади.

1. Ташхисни шакллантириш:

- Олинган маълумотларга асосланиб, шифокор якуний ташхисни шакллантиради, бу еса кейинги чоралар тўғрисида қарор қабул қилиш учун асос бўлади.

1. Даволашни режалаштириш:

- Ташхис ва барча керакли маълумотларга ега бўлган шифокор даволаш режасини ишлаб чиқади, шу жумладан аралашув усули ёки процедурасини танлаш.

Шуни таъкидлаш керакки, аниқ диагностика чоралари процедура ёки аралашув турига, шунингдек, беморнинг касаллигининг хусусиятларига боғлиқ бўлиши мумкин.

б) Амалиёт ёки аралашувга қўйиладиган талаблар:

1. Хавфсизлик чоралари:

- **Санитария-гигиена шароитлари:** хонанинг тозалиги ва санитария ҳолатини таъминлаш, шу жумладан асбоблар ва сиртларни стерилизация қилиш.

- **Шахсий ҳимоя воситалари :** ходимлар ва беморларни ҳимоя қилиш учун ниқоблар, қўлқоплар, тиббий халатлар ва бошқа воситалардан мажбурий фойдаланиш.
- **Юқумли касалликларни назорат қилиш:** инфекцияни олдини олиш чораларига риоя қилиш, шу жумладан мунтазам дезинфекция ва стерилизация.

2. Санитария ва эпидемия қарши режим:

- **Беморлар оқимини ташкил қилиш:** беморлар ўртасидаги алоқани минималлаштириш ва инфекциялар тарқалишининг олдини олиш чораларини ишлаб чиқиш.
- **Самарали шамоллатиш ва дезинфекция:** тоза ички ҳавони таъминлаш ва ҳаво ва сирт бўшлиқларини мунтазам равишда дезинфекция қилиш.

3. Ускуналар талаблари:

- **Замонавий ускуналар:** процедура ёки аралашув учун замонавий ва мос ускуналардан фойдаланиш.
- **Мониторинг ва назорат:** орган функцияларини кузатиш тизими, бемор параметрларини кузатиш учун ускуналар мавжудлиги.
- **Фавқулудда вазиятлар учун маблағлар:** биринчи ёрдам ва фавқулудда вазиятларни бартараф этиш учун зарур воситаларнинг мавжудлиги.

4.Материаллар:

- **Юқори сифатли сарф материаллари:** асоратлар ва инфекцияларнинг олдини олиш учун шприц, игна, қўлқоп каби юқори сифатли сарф материалларидан фойдаланиш.
- **Оптимал фойдаланиш:** чиқиндиларни минималлаштириш ва атроф-муҳитга таъсирини камайтириш учун сарф материалларидан оқилона фойдаланиш.

5.Дорилар:

- **Керакли дори-дармонларнинг мавжудлиги:** процедура учун зарур дори-дармонлар ва анестезикалар мавжудлигини таъминлаш.

- **Яроқлилик муддатини назорат қилиш:** дори-дармонларнинг яроқлилик муддатини мунтазам текшириш ва агар керак бўлса, дори-дармонларни алмаштириш.

6. Ходимларни тайёрлаш:

- **Хавфсизлик бўйича тренинг:** ходимлар хавфсизлик чоралари ва эпидемияга қарши режимга риоя қилган ҳолда ўқитилиши керак.
- **Касбий ривожланиш:** билим ва кўникмаларни янгилаш учун мунтазам равишда ўқитиш ва ходимларни ўқитиш.

7.Хужжатлар:

- **Тиббий ёзувларни сақлаш:** тўлиқ ва аниқ тиббий ёзувларни, шу жумладан бажарилган процедуралар ва ишлатилган материаллар тўғрисидаги маълумотларни яратиш.

Юқоридаги талабларга риоя этилишини таъминлаш хавфларни минималлаштиради ва тиббий амалиётнинг юқори хавфсизлиги ва сифатини таъминлайди.

7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

1. Тиббий маълумот анамнези:

- **Тиббий тарих тўплами:** аллергия, сурункали касалликлар, олдинги операциялар ва қабул қилинган дори-дармонларни ўз ичига олган тиббий ва ҳаёт тарихининг батафсил тўплами.
- **Лаборатория текширувлари:** умумий қон ва сийдик синовларини ўтказиш, органларнинг ҳолатини баҳолаш учун биокимёвий таҳлил.

2. Жисмоний текширув:

- **Умумий ҳолатни баҳолаш:** шифокор процедурага таъсир қилиши мумкин бўлган аломатларни аниқлаш учун физик текширув ўтказилади.
- **Ҳаётий параметрларни ўлчаш:** ҳарорат, босим, пулс, нафас олиш тезлиги каби асосий параметрларни аниқлаш.

3. Психологик қулайликни тайёрлаш:

- **Жараённи тушунтириш:** хавотирни камайтириш учун бўлажак процедура, унинг мақсадлари ва кутилаётган натижалар ҳақида маълумот бериш.
- **Маслаҳат:** психологик тўсиқларни бартараф етиш учун саволлар бериш ва маслаҳат олиш имконияти.

4. Парҳез бўйича тавсиялар:

- **Рўза:** агар керак бўлса, процедурадан олдин вақтинча рўза тутинг.
- **Суюқликни истеъмол қилиш чекловлари:** агар суюқликни чеклаш зарур бўлса, беморга бу ҳақда кўрсатма бериш керак.

5. Тери ва тўқималарни тайёрлаш:

- **Гигиена процедуралари:** процедура олдидан гигиеник муолажалар бўйича тавсиялар.
- **Заргарлик буюмлари ва бошқа нарсаларни олиб ташлаш:** процедурага халақит берадиган заргарлик буюмлари ва бошқа нарсаларни олиб ташлаш зарурати.

6. Гиёҳванд моддалар ва моддалардан сақланиш:

- **Баъзи дори-дармонларни қабул қилишдан бош тортиш:** шифокор баъзи дори-дармонлардан вақтинча воз кечишни ёки қўшимча дори-дармонларни қўшишни тавсия қилиши мумкин.
- **Спиртли ичимликлар ва никотиндан воз кечиш:** агар керак бўлса, беморга процедурадан олдин спиртли ичимликлар ва никотиндан воз кечиш тавсия қилиниши мумкин.

Жараён ёки аралашувнинг методологияси:

1. Ускунани тайёрлаш:

- **Асбобларни текшириш ва тайёрлаш:** асбобларнинг тозалиги ва ишлашини олдиндан текшириш.
- **Дори-дармонларни текшириш:** керакли дори-дармонлар мавжудлигига ва фойдаланишга тайёрлигига ишонч ҳосил қилинг.

2. Анестезияни амалга ошириш (агар керак бўлса):

- **Анестезикани тайёрлаш ва юбориш:** агар беҳушлик зарур бўлса, барча хавфсизлик протоколларига мувофиқ анестезикани юбориш.

3. Жараённи бажариш:

- **Процессуал режага аниқ риюя қилиш:** процедуранинг ҳар бир босқичини дастлабки режага мувофиқ бажариш.
- **Ҳаётий белгилар мониторинги:** процедура давомида бемор параметрларини доимий равишда кузатиб бориш.

4. Натижалар ва ҳужжатларни баҳолаш:

- **Сифат ва натижаларни баҳолаш:** процедура муваффақиятини ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларни баҳолаш.
- **Тиббий ёзувларни юритиш:** процедуранинг барча босқичларини, ишлатилган материалларни ва дори-дармонларни ҳужжатлаштириш.

5. Жараёндан Кейинги Тавсиялар:

- **Бемор маслаҳати:** процедура натижалари ва қўшимча тавсиялар ҳақида маълумот бериш.
- **Хизматнинг давоми:** агар керак бўлса, даволанишдан кейинги парвариш ва тайинланишларни таъминлаш.

Жараённи тайёрлаш ва ўтказишнинг бутун жараёни тиббий стандартлар ва протоколларга мувофиқ, ахлоқ ва хавфсизлик тамойилларига мувофиқ амалга оширилади.

Мия абсцессларлари учун операциядан кейинги асоратлар:

1. Инфекциялар:

- **Менингит:** операциядан кейин инфекция туфайли юзага келиши мумкин бўлган мия ва орқа мия мембраналарининг яллиғланиши.
- **Абсцесслар:** мия тўқималарида ёки операция жойи атрофида йирингли бирикмалар ҳосил бўлиши.

1. Миянинг шишиши:

- **Мия шиши:** суюқлик тўпланиши туфайли мия ҳажмининг ошиши, бу симптомларнинг ёмонлашишига ва бош суягидаги босимнинг ошишига олиб келиши мумкин.

1. Неврологик Асоратлар:

- **Парез ва фалаж:** жарроҳлик пайтида асаб тузилмаларининг шикастланиши туфайли восита функцияларининг мумкин бўлган бузилиши.

- **Тутқаноқ ва мувофиқлаштириш бузилиши:** миянинг айрим жойларига таъсир қилиш натижасида юзага келиши мумкин бўлган неврологик касалликлар.

1. Қон Томирларининг Асоратлари:

- Тромбоз ва эмболия: қон қуйқаларини ҳосил бўлиши ёки қон қуйқаларини қон томирларига ўтказиши, бу еса қон томирига олиб келиши мумкин.
- Қон кетиш: қўшимча жарроҳлик аралашувни талаб қиладиган қон томирларидан мумкин бўлган қон кетиш.

1. Эндокрин Касалликлар:

- Гипопитуитаризм: ўсимтани олиб ташлаганидан кейин гипофиз безининг етарли даражада ишламаслиги, бу эндокрин тизимнинг бузилишига олиб келиши мумкин.
- Инсипидус синдроми: сув-электролитлар балансининг бузилишига олиб келадиган орқа гипофиз безининг дисфункцияси.

1. Когнитив ва психологик асоратлар:

- Хотирани йўқотиш ва когнитив бузилишлар: мумкин бўлган хотира ва когнитив бузилиш, айниқса фронтал лобдаги ўсмаларни олиб ташлашда.
- Психологик муаммолар: мумкин бўлган ҳиссий ва психологик қийинчиликлар, масалан, депрессия ёки ташвиш.

1. Нафас олиш ва қон айланиш тизимининг асоратлари:

- Нафас олишнинг бузилиши: мумкин бўлган нафас олиш муаммолари, айниқса нафасни бошқарадиган тузилмалар таъсирида.
- Кардияк асоратлар: юрак муаммоларини ривожланиш хавфи, айниқса илгари юрак хасталиги бўлган беморларда.

1. Анестезияга реакциялар:

- Аллергик реакциялар: беҳушлик пайтида ишлатиладиган дорилар ва моддаларга мумкин бўлган аллергия реакциялар.
- Нафас олиш ва қон айланиш муаммолари: беҳушлик пайтида нафас олиш ва қон айланиш тизимларига таъсир қилиш билан боғлиқ асоратлар.

1. Жарроҳлик жойи билан боғлиқ асоратлар:

- Кардияк асоратлар: мумкин бўлган юрак муаммолари, айниқса фронтал лоб соҳасидаги операциялар пайтида.

- Инфекциялар ва тўқима некрози: инфекция хавфи ва операция жойида тўқима некротизация ривожланиши.

1. абсцесснинг қайталаниши:

- Абсцесснинг мумкин бўлган қайта шаклланиши: олиб ташланганига қарамай, абсцесснинг қайта шаклланиши хавфи мавжуд.

Мия абсцесслари билан операциялардан кейин асоратлар юзага келганда бажариладиган операциялар:

1. Абсцессларни Дренажлаш:

- Методология: йирингли бирикмаларни (абсцессларни) олиб ташлаш учун дренажни яратиш, агар улар операциядан кейин топилса.

1. Краийни қайта кўриб чиқиш ва Ревентилляция қилиш:

- Техника: мияни визуал баҳолаш ва ревентилляция қилиш учун бош суягини қайта очиш, айниқса интракраниал босим кучайган ҳолларда.

1. Иккиламчи Краниотомия:

- Техника: қон кетиш, мия шиши ёки бошқа қон томир муаммолари каби асоратларни тузатиш учун бош суягини қайта очиш.

1. Қон Қуйқаларини Олиш:

- Техника: қон кетиш ёки тромбоз натижасида қон қуйқаларини олиш учун аралашув.

1. Ликородинамик Процедуралар:

- Техника: дренаж ёки бошқа усуллар ёрдамида мия омурилик суюқлигининг босими ва оқимини тузатиш.

1. Қон Томирларини Тиклаш:

- Техника: қон томирларини тиклаш ёки тиклаш учун жарроҳлик аралашув, айниқса қон томир асоратлари ҳолатларида.

1. Жарроҳлик қайталанувчи ўсимта олиб ташлаш учун:

- Техника: олдинги операциядан кейин ўсимта такрорланганда такрорий жарроҳлик аралашуви.

1. Асаб Тузилмалари Бузилишларини Тузатиш:

- Техника: миядаги бузилган асаб тузилмалари билан боғлиқ функцияларни тиклаш учун аралашув.

1. Ендоскопик Аралашувлар:

- Техника: такрорий краниотомияга эҳтиёж сезмасдан асоратларни ташхислаш ва даволаш учун ендоскопиядан фойдаланиш.

1. Инфекцияларни Даволаш:

- Техника: юқтирилган тўқималарни олиб ташлаш учун жарроҳлик аралашув, шунингдек дренаж ва микробларга қарши терапиядан фойдаланиш.

1. Операциядан кейинги яралардаги нуқсонларни тузатиш:

- Техника: операциядан кейинги даврнинг асоратлари билан боғлиқ нуқсонларни жарроҳлик йўли билан тиклаш ёки тузатиш.

1. Нейромодуляция:

- Техника: асабий фаолиятни модуляция қилиш ва неврологик асоратларни тузатиш учун электр ёки кимёвий таъсирлардан фойдаланиш.

1. Суяк тўқимасини тиклаш ва тиклаш:

- Техника: краниотомия натижасида келиб чиқадиган суяк нуқсонларини жарроҳлик йўли билан тиклаш.

8)мЖарроҳлик амалиёти самарадорлиги кўрсаткичлари:

1. **Клиник параметрлар:

● **Симптомларни яхшилаш:** Кўриб чиқиладиган касаллик ёки ҳолат билан боғлиқ клиник белгиларнинг ўзгариши.

● **Қайта содир бўлмайди:** Операциядан кейин касалликнинг қайталаниши ёки такрорий бўлиши йўқ.

2. Функционал кўрсаткичлар:

● **Функционалликни тиклаш:** Операциядан кейин органлар ва тизимларнинг фаолиятини тиклаш ва яхшилаш.

● **Ҳаёт сифатини яхшилаш:** Операциядан кейин беморнинг ҳаёт сифатини яхшилаш.

3. Лаборатория кўрсаткичлари:

● **Биокимёвий кўрсаткичларни нормаллаштириш:** Қон кўрсаткичлари даражасини тиклаш ёки нормаллаштириш.

● **Лаборатория текширувларида патологиянинг йўқлиги:** Касаллик ёки ҳолат билан боғлиқ лаборатория текширувларида аниқланган патологияларнинг йўқлиги.

4. Инструментал кўрсаткичлар:

- **Расмлардаги ижобий ўзгаришлар:** Тасвирларда аниқланган структуравий ёки функционал хусусиятларни яхшилаш (рентген, КТ, МРТ).

- **Хажимли хосилаларни йўқлиги:** жарроҳлик амалиёти талаб этиладиган хажимли хосилалар, кистлар, аневризмалар ва бошқа хосилаларни йўқлиги.

5. Физиологик кўрсаткичларни тиклаш:

- **Қон босимини нормаллаштириш:** Қон босими кўрсаткичларини тиклаш ёки сақлаш.

- **Пульс ва нафас олишни нормаллаштириш:** Юрак уриш ва нафас олиш тезлигини тиклаш.

6. Жараённинг хавфсизлиги:

- **Асорациз:** Жараёндан кейин жиддий асоратлар бўлмайди.

- **Орган функциясини сақлаш:** Органлар ва тизимлар функцияларининг сақлаш.

7. Беморнинг психологик ҳолати:

- **Беморнинг қониқиши:** Беморнинг муолажа натижаларидан қониқиш даражасини ошириш.

- **Психологик ноқулайликни бартараф этиш:** Жараён билан боғлиқ психологик ноқулайлик даражасини пасайтириш.

8. Тузалиш динамикаси (оператив жарроҳликдан кейин):

- **Ярани даволаш вақти:** Жарроҳликдан кейин оптимал даволаниш вақтини сақлаш.

- **Инфекцион жараён профилактикаси**

Жараён ёки аралашувнинг самарадорлиги ушбу кўрсаткичларни ҳар томонлама таҳлил қилиш асосида баҳоланади, бу тиббий аралашувнинг муваффақиятини аниқлаш ва керак бўлганда терапевтик режани ўзгартириш имконини беради.

**«МИЯ АБЦЕССЛАРИ НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ОЛДИНИ
ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ»**

Тошкент – 2025

2. Асосий қисм

1). Кириш

Замонавий тиббиёт жамиятида мия абцесслари муаммосининг долзарблиги даволанишни оптималлаштириш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш учун самарали реабилитация ва профилактика протоколларини ишлаб чиқиш зарурлигини таъкидлайди. Мия абцесслари комплекс ёндашувни талаб қиладиган енг мураккаб ва даволаб бўлмайдиган касалликлардан бири бўлиб қолмоқда. Ушбу протокол беморларнинг индивидуал хусусиятларини, касалликнинг босқичини ва қўлланиладиган даволаш усулларини ҳисобга олган ҳолда ишлаб чиқилган тизимли чоратадбирлар мажмуидир.

Тавсия этилган протокол реабилитацияга, шу жумладан жисмоний фаоллик, овқатланиш ва психологик ёрдамга қаратилган. Соғлом турмуш тарзи тамойиллари, мунтазам тиббий кўриклар ва ўзини ўзи бошқариш кўникмаларини ўргатиш беморларнинг барқарор ҳолатини олдини олиш ва сақлаш стратегиясида муҳим ўрин тутаяди. Протокол, шунингдек, даволаш режасидаги ўзгаришларни ва ҳар бир ҳолатнинг индивидуал динамикасига мувофиқ ёндашувларни тузатишни ҳисобга олади.

Мия абцесслари бўлган беморларни даволаш самарадорлигини ошириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида ушбу протокол ушбу тоифадаги беморларга комплекс ва ҳар томонлама ёрдам кўрсатиш йўлидаги муҳим қадамдир. Протокол натижалари даволаш ва реабилитациянинг енг яхши натижаларини таъминлаш учун доимий мониторинг ва тузатишдан ўтказилади.

2) Таъриф-олдини олиш ёки реабилитация

Профилактика-бу касалликларнинг олдини олиш, саломатликни яхшилаш ва патологиялар хавфини камайтиришга қаратилган чоратадбирлар тизими. Мия абцесслари контекстида профилактика мунтазам тиббий кўриклар, соғлом турмуш тарзи ва хавф омилларини бартараф этишни ўз ичига олиши мумкин.

Реабилитация-бу касаллик ёки жароҳатлардан кейин жисмоний, когнитив, ижтимоий ва психологик функцияларни тиклаш ёки яхшилашга қаратилган тиббий ёндашув. Мия абцесслари бўлса, реабилитация физиотерапия, психологик ёрдам, ўзини ўзи бошқариш бўйича тренинг ва бошқа усулларни ўз ичига олиши мумкин.

3). Профилактика ёки реабилитация турлари;

Олдини олиш:

- Кундалик соғлом турмуш тарзи:

Мия абсцессларининг олдини олиш соғлом турмуш тарзини, шу жумладан мунтазам жисмоний машқлар ва тўғри овқатланишни сақлашдан бошланади.

Мунтазам тиббий кўриклар:

Тизимли тиббий кўриклар ва текширувлар ерта босқичларда мия соғлиғидаги ўзгаришларни аниқлашга ёрдам беради.

Хавф омилларидан қочиш:

Чекишни ташлаш, спиртли ичимликларни ўртача истеъмол қилиш ва зарарли кимёвий моддалар каби бошқа хавф омилларига таъсир қилмаслик.

Генетик маслаҳат:

Бу, айниқса, оилада юрак нуқсонлари бўлган одамлар учун жуда муҳимдир. Генетиклар билан маслаҳатлашувлар генетик олд шартлар мавжудлигини аниқлашга ёрдам беради.

Реабилитация:

Жисмоний реабилитация:

Жисмоний функцияни, мувофиқлаштириш ва мувозанатни тиклаш учун тизимли жисмоний фаоллик ва физиотерапия.

Психологик ёрдам:

Ҳиссий стрессни енгиш ва даволанишдан кейинги ўзгаришларга мослашиш учун индивидуал ва гуруҳ психотерапияси.

Ўз-ўзини бошқариш бўйича тренинг:

Беморлар ўзларининг аҳволини бошқаришга, шу жумладан аломатлар ва стресс билан курашиш усуллариини ўзлаштиришга ўргатилади.

Ижтимоий реабилитация:

Ижтимоий кўникмалар ва ўзаро муносабатларни тиклаш, шу жумладан оила ва жамият томонидан қўллаб-қувватлаш.

Дори терапияси:

Когнитив функцияларни яхшилаш ва даволанишнинг ён таъсирини енгиш учун доривор усуллардан фойдаланиш.

Профилактика ва реабилитация тадбирларининг самарадорлиги беморнинг индивидуалхусусиятларига ва касалликнинг босқичига боғлиқ, шунинг учун ҳар бир ҳолатга ёндашув шахсийлаштирилиши керак.

4) оммавий профилактика чоралари ва индивидуал профилактика тамойиллари;

Ахборот ва таълим:

Хавф омиллари ва мия абсцессининг олдини олиш усуллари тўғрисида аҳолининг хабардорлигини ошириш учун таълим дастурлари ва компанияларини ишлаб чиқиш.

Тиббий ёрдамнинг мавжудлиги:

Мия соғлиғидаги мумкин бўлган ўзгаришларни аниқлаш учун мунтазам тиббий кўриклар ва скрининглар мавжудлигини таъминлаш.

Соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш:

Соғлом турмуш тарзини, шу жумладан фаоллик, тўғри овқатланиш ва ёмон одатлардан воз кечишга қаратилган кампанияларни ўтказиш.

Генетик маслаҳат:

Оилада юрак нуқсонлари бўлган одамлар учун генетик маслаҳат олиш имкониятини таъминлаш.

Қўллаб-қувватловчи муҳитни яратиш:

Соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлайдиган, хавф омилларини камайтирадиган ва тиббий ёрдамдан ўз вақтида фойдаланишни таъминлайдиган ижтимоий муҳитни яратиш.

Шахсий профилактика тамойиллари:

Мунтазам тиббий кўриклар:

Мия ҳолатидаги потенциал ўзгаришларни аниқлаш учун мунтазам тиббий кўрикларга риоя қилиш.

Соғлом турмуш тарзи:

Соғлом турмуш тарзини сақлаш, шу жумладан ўртача жисмоний машқлар, мувозанатли овқатланиш ва ёмон одатлардан воз кечиш.

Ўз-ўзини текшириш:

Мумкин бўлган аломатларни аниқлаш ва ўз вақтида тиббий ёрдамга мурожаат қилиш учун ўз-ўзини текшириш бўйича тренинг.

Шифокор тавсияларига риоя қилиш:

Даволаш жараёнида фаол иштирок етинг ва такрорланиш хавфини камайтириш ва мия соғлиғини сақлаш учун шифокор тавсияларига амал қилинг.

Психологик фаровонлик:

Психологик фаровонликка етибор, шу жумладан маслаҳат ва ҳиссий стрессни енгиш учун ёрдам.

Профилактика ва реабилитациянинг барча тамойиллари беморнинг индивидуал эҳтиёжларига ва мия ўсимтасининг ўзига хос хусусиятларига мослаштирилиши керак, бу еса интеграциялашган ва шахсийлаштирилган ёндашувнинг муҳимлигини таъкидлайди.

3.1 профилактика усуллари ва амалиётлар:

1) олдини олиш мақсади: мия абсцесслари олдини олиш мақсади олдини олиш учун емас, хавфли касалликнинг бу тури ривожланиш ва ерта аниқлаш хавфини камайтириш. Профилактика мақсадининг асосий жиҳатлари қуйидагилардан иборат:

Касалликнинг олдини олиш:

Профилактиканинг асосий мақсади мия шиши ривожланишининг олдини олишдир. Бунга ёмон одатлар, инфекцион агентлар таъсири ва организмга бошқа зарарли таъсирлар каби хавф омилларини йўқ қилиш ёки камайтириш орқали эришилади.

Эрта аниқлаш:

Профилактик чора-тадбирлар инфекцион ҳолатларни ёки абсцессларнинг дастлабки босқичларини эрта аниқлашга қаратилган бўлиб, бу сизга касалликнинг дастлабки босқичларида, муваффақиятли даволаниш еҳтимоли юқори бўлганда даволанишни бошлаш имконини беради.

Касаллик ва ўлимни камайтириш:

Олдини олиш мия абсцессларининг умумий ҳолатини ва ушбу касалликдан ўлим даражасини камайтиришга қаратилган. Бунга ерта аниқлаш ва даволаш тадбирларини самарали амалга ошириш орқали эришилади.

Сифатли турмуш тарзини таъминлаш:

Профилактика ҳам аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзини сақлашга қаратилган. Бунга соғлом овқатланишни рағбатлантириш, жисмоний фаоллик, ёмон одатлардан воз кечиш ва профилактик текширувларда фаол иштирок этиш киради.

Хавф омилларини самарали бошқариш:

Мақсад, шунингдек, генетик мойиллик каби хавф омилларини самарали бошқаришдир, бу ҳатто юқори хавфли одамларда ҳам мия шиши ривожланиш еҳтимолини камайтиради.

Аҳолининг хабардорлигини ошириш:

Профилактиканинг мақсади-соғлиғига нисбатан масъулиятли муносабатни рағбатлантириш учун хавф омиллари, аломатлари ва мия

абсцессларнинг олдини олиш усуллари тўғрисида аҳолининг хабардорлигини ошириш.

2)1-профилактика

Таълим кампаниялари:

- **Тадбирлар:** маърузалар, семинарлар ва хавф омиллари, мия абсцессларининг олдини олиш белгилари ва усуллари тўғрисида маълумот брошюраларини тарқатиш.

- **Ким учун:** кенг жамоатчилик учун, шу жумладан генетик мойиллиги бўлганлар учун.

- **Уни ким ўтказиши керак:** тиббиёт мутахассислари, жамоат ташкилотлари ва соғлиқни сақлаш муассасалари.

Қаерда ва қачон: таълим муассасаларида, тиббиёт марказларида ва жамоат жойларида. Улар мунтазам равишда, шу жумладан фаолликнинг ошиши даврида (масалан, мия абсцесслари билан курашиш ойида) амалга оширилади.

Профилактик текширувлар:

- **Фаолият:** инфекция ҳолатлар ва мия абсцессларининг дастлабки босқичларини аниқлаш учун скрининг тадқиқотларини ўтказиш.

- **Ким учун:** хавфи юқори бўлган одамлар учун (масалан, оилавий тарихга ега) ва ҳамма учун мунтазам тиббий кўриклар доирасида.

- **Ким ўтказиши керак:** тиббиёт муассасалари ва мутахассислар.

- **Қаерда ва қачон:** тиббиёт марказларида, поликлиникаларда. Хавф омилларига қараб мунтазам текширувлар ўтказиш тавсия етилади.

Генетик маслаҳат:

- **Фаолият:** оилада мия абсцесси, юрак нуқсонлари бўлган одамлар учун маслаҳатлар бериш.

- **Ким учун:** оилавий мойиллиги бўлган ва генетик ҳолатини аниқламоқчи бўлган одамлар учун.

- **Уни ким ўтказиши керак:** генетиклар ва тиббий маслаҳатчилар.

- **Қаерда ва қачон:** генетик марказларда ва тиббиёт муассасаларида. Агар керак бўлса, маслаҳатлар мавжуд.

Соғлом муҳит яратиш:

- **Фаолият:** соғлиқ учун қулай ижтимоий муҳитни шакллантириш ва зарарли омиллар таъсирини камайтириш.

- **Ким учун:** жамиятнинг барча аъзолари учун.

- **Уни ким ўтказиши керак:** жамоат ташкилотлари, маҳаллий ҳокимият органлари, тиббиёт муассасалари.

- **Қаерда ва қачон:** жамоат жойларида, иш жойларида. Мунтазам ва доимий ташаббуслар.

3) скрининг:

Скрининг усуллари:

Магнит-резонанс томография (МРТ):

- **Фойдаланиш зарурати:** генетик мойиллиги бўлган шахслар, шунингдек, қўшимча еътибор талаб қиладиган хавф омиллари ёки аломатлари бўлганлар.

Компьютер томографияси (КТ):

- **Фойдаланиш зарурати:** МРТ мавжуд бўлмаган ёки имконсиз бўлган ҳолларда ёки баъзи клиник кўрсаткичлар учун.

Нейроимагинг:

- **Фойдаланиш зарурати:** қон томирлари ва мия тузилмаларининг ҳолатини қўшимча ўрганиш учун. Хавф омиллари аниқланган ёки мия абсцессига шубҳа қилинган беморлар.

- **Клиник кўрсаткичларга кўра:** аломатлар мавжуд бўлганда (бош оғриғи, кўриш бузилиши ва бошқалар.), шунингдек, шифокор томонидан тавсия этилган ҳолларда.

Скринингни ким ўтказди:

Скрининг усуллари мия диагностикаси соҳасида тажрибага ега юқори малакали тиббиёт мутахассислари томонидан амалга оширилиши керак:

4)2-профилактика:

Фаолият турлари:

Мунтазам тиббий кўриклар:

Мия абсцесси билан оғриган ёки даволанган шахслар. Бундан ташқари, релапс хавфи юқори бўлганлар учун тавсия етилади.

Реабилитация дастурлари:

Даволанишдан ўтган беморлар ва операциядан кейин ўз функцияларини тиклашлари керак бўлганлар.

5) 3-профилактика:

Фаолият турлари:

Тиббий назорат ва экспертиза:

- Мия абсцесси билан оғриган ва даволанган беморларда қайталаниш ёки асоратлар хавфи юқори.

- Шифокорнинг индивидуал режасига мувофиқ тиббиёт муассасаларида мунтазам тиббий кўриклар.

Реабилитация ва мослашиш дастурлари:

- Даволанишдан кейин функцияларни тиклаши ва кундалик ҳаётга мослашиши керак бўлган беморлар.

Реабилитация марказларида, уйда, агар керак бўлса, даволанишнинг фаол босқичи тугагандан сўнг.

Учинчи профилактика бош мия абсцессларини даволашдан кейин беморларнинг саломатлиги ва турмуш сифатини сақлашга қаратилган. Самарали учинчи профилактика беморларни жисмоний ва психологик реабилитация қилишнинг олдини олишга кўмаклашмоқда.

3.2. Реабилитация услублари ва тартиб-таомиллари:

- реабилитация мақсади:

- **Функционалликни тиклаш:**

-**Та'рифнома:** Ҳаракатларни қўллаб-қувватлаш, сўзлаш, кўриш, эшитиш ва мувофиқлаштириш каби йўқотилган функцияларни тиклаш.

-**Ёндашувлар:** логопедия, эрготерапия.

Кундалик Ҳаётга мослашиш:

- **Та'рифлаш:** Беморга ўзгартирилган турмуш шароитларига мослашда ёрдам бериш ва нормал ҳаётни тиклашни осонлаштириш.

Тиббий Кузатиш ва Олдини олиш Асбоблар:

- **Та'рифлаш:** Бундай муаммоларни аниқлаш ва олдини олиш учун мунтазам тиббий назорат қилиш, соғлиқни назорат қилиш.

- **Мосламалар:** Мунтазам тиббий кўриклар, зарурат бўйича қўшимча тадқиқотлар ўтказиш.

Давом эттириш Текширувлар ва Даволанишни оптималлаштириш:

- **Та'рифлаш:** Беморнинг ҳолати тўғрисидаги маълумотларни доимий янгилаш, соғлиғидаги ўзгаришларга мувофиқ даволаш ва реабилитация режасини тузатиш.

- **Мосламалар:** Тиббиёт мутахассислари билан мунтазам маслаҳатлашиш, реабилитация режасини янгилаш.

- Бош мия абсцессларида реабилитация қилиш мақсадлари даволаниш фаол босқичи тугагандан сўнг беморларнинг саломатлигини тиклаш ва тўлиқ ҳаётини таъминлашга қаратилган.

-Бош мия абсцессларида реабилитация фаолиятини тиклаш, ёқотилган кўникмаларни компенсация қилиш ва беморни тўлиқ ҳаётни ўтказиш қобилияти билан таъминлашга қаратилган. Бу қуйидагиларни ўз ичига олади:

-Жисмоний тикланиш:

- *Мақсад:* Ҳаракатлаш кўникмаларини тиклаш ёки яхшилаш, ҳаракатларни мувофиқлаштириш, кучи ва чидамлилиги.

- *Мосламалар:* мосламаларни мустаҳкамлаш, баланс ва мувофиқлаштириш машғулотлари.

Логопедик реабилитация:

- *Мақсад:* Нутқ кўникмаларини тиклаш, нутқни тиклаш ва тушунтиришни яхшилаш.

- *Мосламалар:* Логопедик машғулотлар, артикуляция устида ишлаш, муқобил мулоқот усулларини ўқитиш.

Ижтимоий реабилитация:

- Ижтимоий фаолиятга оралу, жамоат ҳаётида иштирок этишни таъминлаш.

-Реабилитация режасини мониторинг қилиш ва тузатиш:

- Соғлиқдаги ўзгаришлар ва эришилган натижаларга мувофиқ реабилитация режасини доимий янгилаш.

Реабилитация ҳар бир беморга, унинг ноёб эҳтиёж ва тикланиш мақсадларини ҳисобга олган ҳолда, яқка тартибдаги ёндашувни тақдим этади. Бу жараённинг муҳим қисми – беморнинг фаолиятини тиклашнинг максимал даражасига эришиш ва муваффақиятли турмуш сифатини таъминлашдан иборат.

- Кескин ривожланган патологик жараённи яқунлаш ҳақида гапирганда, беморни соғлиқни сақлаш ва турмуш сифатини таъминлаш учун организм функцияларини қўллаб-қувватлаш асосий стратегияга айланиб бормоқда. Бу қуйидаги жиҳатларни ўз ичига олади:

Тиббий назорат:

- Беморнинг ҳолатини мунтазам тиббий назорат қилиш, бу борадаги ўзгаришлар ёки асорларни аниқлаш мақсадида.

1. Асоратларнинг олдини олиш:

2. Реабилитация тадбирлари:

3. Психологик қўллаб-қувватлаш

4. Кун ва турмуш тарзини оптималлаштириш:

Ўтказилган патологик жараённинг охирида организм функцияларни кўллаб-қувватлаш саломатлик барқарорлигини таъминлаш, ретсидивларнинг олдини олиш ва беморни тўлиқ ҳаёт учун асбоб-ускуналар билан таъминлаш қаратилган. Бу тиббиёт ходимлари томонидан келишилган ёндашув ва беморнинг соғлиғи ва келажаги тўғрисида қарор қабул қилиш жараёнига киритилишини талаб этади.

Мумкин бўлган ногиронликнинг олдини олиш ва даражасини камайтириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш;

Профилактик Чора-тадбирлар:

1. Эрта диагностика ва даволаш:
2. Якка тартибдаги реабилитация дастурлари:
3. Жисмоний реабилитация ва машғулотлар:
4. Психологик кўллаб-қувватлаш:
5. Ижтимоий реабилитация:
6. Технологик ёрдам воситалари:
7. Профессионал реабилитация:

Ногиронликнинг олдини олиш ва даражасини камайтириш беморларнинг тўлиқ ва сифатли ҳаётини таъминлаш учун тиббий, психологик, ижтимоий ва технологик жиҳатларни қамраб оладиган кўплаб стратегияларни ўз ичига олади.

4. Профилактиканинг 3 турини ўтказиш ва реабилитация қилиш кўрсаткичлари

- **Умумий Кўрсатувлар:**

Абсцессларнинг ривожланиш хавфини ошириши мумкин бўлган касалликлар.

Атроф-муҳитнинг ноқонуний омилларининг доимий таъсири (инфекциялар таъсири).

- **Дастлабки профилактика:**

Генетик алоқаларга эга болалар ва ўсмирлар.

Юқори хавф (инфекция, жароҳат) шароитида ишлаётган шахслар.

- **Иккинчи профилактика:**

Бош мия абсцессини муваффақиятли даволаган беморлар.

- **Учинчи профилактика:**

Беморлар бош мия абсцессини олиб ташлаш мақсадида хирургик аралашгандан сўнг.

Абсцесс қайталанишига туш бўлган шахслар.

2. Реабилитация:

Умумий кўрсатувлар:

- Жарроҳлик аралашидан ўтган беморлар.
- Бош мия абсцесслари оқибатида жисмоний ва билиш функциялари заифлашган шахслар.

3. Ижтимоий реабилитация:

Умумий кўрсатувлар:

- Ижтимоий фаолликни тиклаш ва бошқа мия абсцессини даволашдан кейин жамиятга киритишга муҳим беморлар.

5.1. Профилактика турларини ўтказишни белгилаш мезонлари

1. Генетик мойиллик:

- *Мезонлар:*
 - Бош мия абсцесси билан тасдиқланган ҳолатлар билан оилавий анамнез, юрак носозлиги.

1. Экологик омиллар:

- *Мезонлар:*
 - Инфекциялар таъсир этиши мумкин бўлган касб-ҳунар фаолияти.
 - Юрак носозлиги бўлган одамлар.

1. Олдинги касалликлар ва даволаш:

- *Мезонлар:*

- Бош мия абсцессасидан олдинги касалликлар тарихи (масалан, неврологик бузилишлар, генетик синдромлар).
- Бошқа органлардаги муқаддам абсцесс ҳолатлари бошқа мияда янги абсцесс ривожланиш хавфини оширишдан далолат бериши мумкин.

1. Аломатлар ва клиник расм:

- *Мезонлар:*
 - Бош мия абсцессининг ривожланиши имконини далолатлайдиган махсус клиник аломатлар мавжуд.
 - Қўшимча текширувлар ўтказиш зарурлигини кўрсатадиган янги аломатлар яратилиши ёки мавжуд белгиларнинг кучайтирилиши.

5.2. Реабилитация тартиб-таомиллари босқичи ва ҳажмини аниқлаш мезонлари

Реабилитация тартиб-таомилларининг босқичи ва ҳажмини аниқлаш учун Фаолият кўрсатишнинг халқаро классификациясига, ҳаётий фаолият ва соғлиқни чеклашга мувофиқ бўлган халқаро шкала Мана бир нечта асосий мезонлар:

1. Функцион ҳолатни баҳолаш шкаласи (FIM):

- *Мезонлар:*
 - Беморнинг ўзига хизмат кўрсатиш даражаси.
 - Ҳаракат қилиш ва мобилдик қуввати.
 - Ахборотни ўқитиш ва улардан фойдаланиш қобилияти.

1. Ранг кўриб чиқиш шкаласи (Rancho Los Amigos):

- *Мезонлар:*
 - Атроф-муҳитга ҳисса ва реакция даражаси.
 - Ахборотни ўқитиш ва эсга олиш қобилияти.
 - Мотор бузилишлари ва ҳаракатларни мувофиқлаштириш даражаси.

1. Халқаро функционал ҳолат классификацияси шкаласи (ICF):

- *Мезонлар:*
 - Жисмоний функциялар (моторика, сезгирлик).
 - Психологик функциялар (когнитив жараёнлар, ҳиссий ҳолатлар).
 - Ҳаёт фаолиятида иштирок этиш (кунлик кўникмалар, таълим).

1. Глазго даражаси шкаласи (Glasgow Coma Scale):

- *Мезонлар:*

- Беморнинг кўзини очиш.
- Беморнинг рағбатга вербал жавоби.
- Беморнинг мотор реакциялари.

1. Оғриқ баҳоси шкаласи (Visual Analog Scale, Numeric Rating Scale):

- *Мезонлар:*

- Беморнинг оғриқ даражаси.
- Оғриқ туйғуларининг хусусияти.
- Оғриқнинг функционал ҳолатига таъсири.

1. Когнитив Функцияларни баҳолаш шкаласи (Montreal Cognitive Assessment, Mini-Mental State Examination):

- *Мезонлар:*

- Когнитив функцияларни, жумладан, хотира, эътибор, тил қобилиятини баҳолаш.
- Когнитив камчилик даражаси.

Аниқ шкалаларни танлаш жароҳатлар, касалликнинг тури, клиник картина ва реабилитация мақсадларига боғлиқ. Турли халқаро шкалалардан комплекс фойдаланиш реабилитатсия босқичи ва зарур тартиб-таомиллар ҳажмини аниқ аниқлаш имконини беради.

6. Реабилитация босқичлари ва ҳажми

Тиббий реабилитатсия бир неча босқичларга ажратилади, уларнинг ҳар бири муайян ҳажмдаги тартиб-таомилларни назарда тутди ва турли тиббиёт ташкилотлари ҳамкорларни ўз ичига олади.

1. Фаол тиббий реабилитация босқичи:

- **Тартиб-таомиллар ҳажми:**

- Моторикани тиклаш учун физиотерапевт билан яқка тартибдаги ва гуруҳдаги машғулотлар.
- Мосламаларни мустаҳкамлаш ва ҳаракатларни мувофиқлаштиришни тиклаш учун даволаш гимнастикаси.
- Когнитив функциялари ва хотирасини яхшилаш учун терапия.
- Тиббий массаж ва зарур бўлганда даволаш сузиш.

- **Ташкилотлар:**
 - Касалхоналарнинг реабилитация бо‘лимлари.
 - Кўп тармоқли реабилитация хизматларига эга тиббиёт марказлари.

1. Босқичма-босқич тиклаш ва мустаҳкамлаш босқичи:

Тартиб-таомиллар ҳажми:

- Жисмоний чидамликни яхшилаш учун жадал машғулотлар.
- Когнитив функцияларни тиклаш бўйича ихтисослаштирилган дастурлар.
- Зарур бўлса, логопед билан ишлаш.
- Психологик фаровонликни қўллаб-қувватлаш бўйича маслаҳатлар.

- **Ташкилотлар:**
 - Даволаш-соғломлаштириш хизматлари кўрсатилган реабилитация марказлари.
 - Бош мия касалликларидан кейин тикланишга ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатиш учун нейрология клиникалар

1. Қўллаб-қувватлаш ва назорат қилиш

- **Тартиб-таомиллар ҳажми:**
 - Соғлиқни назорат қилиш учун даврий тиббий кўриклар.
 - Шифокорлар ва реабилитация мутахассислари билан яқка тартибдаги маслаҳатлар.
 - Жисмоний фаоллик ва машғулотларни давом эттириш.
 - Эришилган натижаларни қўллаб-қувватлаш учун гуруҳлик машғулотлар.
- **Ташкилотлар:**
 - Реабилитация хизматлари кўрсатилган амбулатория ва поликлиникалар.

Реабилитациянинг ҳар бир босқичи беморнинг яқка тартибдаги эҳтиёжларини ҳисобга олган ҳолда ишлаб чиқилади ва босқичлар ўртасидаги ўтиш олдинги тадбирларнинг.

7. Диагностика тадбирлари

1) основные диагностические мероприятия;

1. Магнит-резонанс томографияси (МРТ):
2. Компютер томографияси:
3. Электрон энцефалография (ЭЭГ):
4. Люмбал Пункция (ЛП):
5. Генетик тест:
6. Бош мия абсцесси биопсияси:
7. Функционал тадқиқотлар (Функционал МРТ, ПЭТ):
8. Бош мия ангиографияси:

2) Қўшимча диагностика тадбирлари

1. Магнит резонанс ангиографияси:
2. Позитрон-эмиссия томографияси:
3. Допплер ультратовуш ангиографияси:
4. МР-Спектроскопия:
5. Функционал МРТ (фМРИ):
6. Транскраниал доплер ультратовуш ангиографияси:
7. Спектрал электроэнцефалография:
8. Оптик когнитив томографияси:

8. Тиббий профилактика ёки реабилитация тактикаси

1) Асосий профилактика ёки реабилитация тадбирлари

1. Жисмоний фаоллик ва физиотерапия:
2. Даволаш гимнастикаси:
3. Логопедик терапия:
4. Химиотерапия ва нур терапияси:
5. Логопед ва нейропсихолог билан реабилитация машғулотлари:
6. Психологик-сотсиал қўллаб-қувватлаш дастурлари:
7. Реконструктив жарроҳлик:
8. Дори воситалари билан терапия:
9. Тиклаш таълими дастурлари ва хаёт кўникмаларини ўқитиш:
10. Рецидивларнинг дори-дармон олдини олиш (қўлланганда):
11. Ижтимоий интеграция дастурлари:

**«БОШ МИЯ АБСЦЕСЛАРИ НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ»**

Тошкент – 2025

2. Асосий қисми.

1.1 Кириштиш: Паллиатив тиббий ёрдам бош мия абсцесслари бўлган беморларнинг турмуш сифатини яхшилашда муҳим ўрин тутаяди. Бош мия абсцесслари комплекс ва сезгир тиббий аралашувни талаб қилувчи турли аломатлар билан бирга келиши мумкин.

1.2 Аниқлаш: Бош мия абсцесси (АГМ) — бу васкуляризация қилинган капсула билан ўралган бош мияда йиринглар тўпланиши билан тавсифланадиган фокал юқумли патология.

Паллиатив тиббий ёрдам мақсадлари:

- 1. Симптомларни осонлаштириш:** Оғир, бош оғри, бўғиш, қўсиш ва абсцесслар билан боғлиқ бошқа аломатларни самарали осонлаштириш.
- 2. Психологик соғлиқни қўллаб-қувватлаш:** Беморлар ва уларнинг оилаларига узоқ касалликда психологик қўллаб-қувватлаш.
- 3. Муносиб турмуш сифатини сақлаш:** Касаллик давом этаётган ҳолда беморларнинг турмуш сифатини максимал даражада ошириш.
- 4. Умумий тиббий қамровни оптималлаштириш:** Комплекс тиббий қўллаб-қувватлаш, жумладан, кам қўриш, коммуникация ва қарор қабул қилишда кўмаклашиш.

Паллиатив тиббий ёрдам тадбирлари:

- 1. Оғир назорат:**
 - Оғриқ интенсивлиги шкаласидан фойдаланган ҳолда оғриқни индивидуал баҳолаш.
 - Тегишли фармакология терапияси ва бошқа осойиштириш усуллари белгилаш.
- 1. Симптоматик даволаш:**
 - Аломатларни юмшатиш учун антибиотиклар, аналгетиклар ва бошқа препаратлардан фойдаланиш.
 - Ҳар бир беморнинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда даволашга яқка тартибдаги ёндашув.
- 1. Психологик қўллаб-қувватлаш:**
 - Беморлар ва уларнинг яқинлари учун психологик маслаҳатлар.
 - Қўллаб-қувватлаш ва тажриба алмашиш гуруҳи сессиялари.

Хулоса: Бош мия абсцессларида паллиатив тиббий ёрдам беморларни боғлашнинг муҳим жиҳати бўлиб, уларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган. Даволашнинг радикал усулларининг йўқлиги беморлар ва уларнинг оилаларининг жисмоний ва эмоционал эҳтиёжларини қаноатлантиришга қаратилган комплекс тиббий аралашув зарурлигини истесно этмайди.

2) Мазкур нозологиянинг ўтиши жараёнида ривожланган синдромни аниқлаш;

Мазкур нозологиянинг ўтиши жараёнида ривожланаётган синдром касаллигининг тараққий этиши натижасида ёки кучайиб бораётган аломат ва белгилар мажмуасидир. Ушбу синдром организмда узок муддатли патология жараёнининг таъсиридан келиб чиққан ўзгаришларни акс этган турли клиник кўрсаткичларни ўз ичига олиши мумкин.

Мазкур синдромни аниқлаш аниқ нозология контекстида диагностика, оғирлик даражасини баҳолаш ва муҳим даволаш стратегиясини танлаш учун муҳим аҳамиятга эга бўлган хусусий белгиларни аниқлаш ва хужжатлаш имкониятини беради. Бу ёндашув, шунингдек, тиббиёт мутахассисларига муаммоларни олдини олиш ва бошқариш, шунингдек, даволаш режасини касалликнинг эволюциясига мувофиқ мувофиқлаштиришга хизмат қилмоқда.

Мазкур нозология давомида ривожланаётган синдром абсцесс тури, жойлашган жойи, атроф тўқималар ва организм тизимларига таъсир кўрсатиш босқичига қараб турли бўлиши мумкин. Бундай синдромлар оғир симптомларни, органлар ва тизимлар функциялари бузилишларини, диагностика ва даволашга комплекс ва индивидуаллаштирилган ёндашувни талаб қиладиган психологик ва ижтимоий жиҳатларни ўз ичига олиши мумкин.

3) Таснифлаш (агар босқичлар бўйича қўлланилса). Таснифлаш АГМ

1. Эрта церебрит (1-3 сутка);

Нейтрофиллар, плазматик хужайралар, моноцитлар билан периваскуляр инфильтрация, микроглия ва астротситлар фаоллаша бошлайди. Инфекцион ўчоқнинг чегаралари йўқ. Перифокал шиш мавжудлиги. Якка некротик ўчоқлар. Ретикулин 3 суткадан шаклланади.

2. Сўнги церебрит (4 – 9 сутка)

Некротик марказни кўпайиши. Яллиғланиш ўчоғининг чегаралари макрофаг ва фибробластлар билан инфилтрацияланган. Неоваскуляризация кўпайиш. Ретикулиннинг фаол шаклланиши. Перифокал шиш зонасини кўпайиши.

3. Капсуланинг эрта шаклланиш босқичи (10-13 сутка)

Некротик марказнинг зонасини камайиши. Касалликнинг чегараси бўйича фибробласт ва макрофаглар сонини кўпайиши. Неоваскуляризациянинг максимал даражаси. Етук коллаген капсуланинг эволюцияси. Перифокал шиш зонасини камайиши. Астроцитлар реакциясининг кучайиши.

4. Капсуланинг (қобик) кичик шаклланиш босқичи (14 сутка ва ундан ортиқ)

Некротик марказни янада камайиши. Фибробластлар сонини янада ошириш. Капсула 2 ҳафта охирига қадар тўлиқ шаклланади. Неоваскуляризацияни камайиши. Шишиш регрессияси. Перифокал зонада глиоз 3 ҳафта шаклланади
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib41>.

3.Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиб-таомиллари:

1) Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш ташкилотига ётқизилиш учун кўрсатмалар;

Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш ташкилотига ётқизилиш учун кўрсаткичлар касалликнинг ўзига хос бўлиши, касалликнинг босқичи, беморнинг клиник аломатлари ва яқка тартибига қараб турли бўлиши мумкин. Бироқ, умумий жиҳатларда паллиатив ташкилотга ётқизилиш куйидаги ҳолларда тавсия этилиши мумкин:

Белгиларни етарли даражада болмаслиги:

- Уй шароитида оғир ва бошқа жисмоний аломатларни осонлаштиришда муаммолар.
- Фақат стационар шароитларда арзон бўлган аломатларни осонлаштиришнинг ихтисослаштирилган усулларига эҳтиёж.

1. Психологик муаммолар:

- Психологик ва ижтимоий қўллаб-қувватлаш, жумладан, психологга, ижтимоий ходимга ёки бошқа мутахассисларга маслаҳат бериш зарур
- Уй шароитида касалликнинг эмоционал жиҳатлари билан шуғулланиш муаммолари.

1. Ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш:

- Паллиатив тиббиётда тажрибали мутахассислар томонидан касб-ҳунар тиббий баҳолаш ва даволашга эҳтиёж.
- Ихтисослаштирилган тиббий аралашини талаб қиладиган мураккаб клиник ҳолатлар.

1. Шифокор кузатиши зарурати:

- Касалликни мониторинг қилиш ва терапияни тузатиш учун мунтазам тиббий назорат талаб этилади.
- Касалликни тез-тез тиббий аралашувни талаб қилган ҳолда ривожлантириш.

1. Уй шароитида чекланган кузатиш имкониятлари:

- Уй шароитларида тегишли қулайликни таъминлаш имкониятининг йўқлиги.
- Фақат стационар муассасаларида арзон бўлган ихтисослаштирилган кузатиш зарурлиги.

1. Комплекс паллиатив хизматлари:

- Бемор стационар шароитда янада самарали тақдим этилиши мумкин бўлган комплекс паллиатив эътиборга эҳтиёж қилади.

Паллиатив ташкилотга ётқизилиш касалликнинг мураккаб жиҳатларини янада самарали бошқариш имкониятини таъминлайди, шунингдек бемор ва унинг оиласига зарур қўллаб-қувватлаш ва қамровни таъминлайди.

2) Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш ташкилотига ётқизиш учун шароитлар.

Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича ташкилотга ётқизиш учун шароитлар турли бўлиши ва беморнинг аниқ эҳтиёжларига, касалликнинг хусусиятлари ва тиббиёт ходимларининг қарорларига боғлиқ бўлиши Паллиатив ташкилотга ётқизилиш зарурлигини назарда тутувчи бир неча умумий шартлар:

1. Амалларни бошқаришда муаммолар:

- Уй шароитида тегишли бўлмаган кучли оғир.

2. **Профессионал тиббий баҳолаш зарурлиги:**

- Ихтисослашган тиббий аралашувни талаб қиладиган мураккаб клиник ҳолатлар.
- Қўшимча диагностик тадқиқотлар ва консултацияларга эҳтиёж.

3. **Уйда кам қўллаб-қувватлаш:**

- Уйда етарли даражада парвариш қила олмаслик.
- Профессионал тиббий назорат ва ёрдамга эҳтиёж.

4. **Ҳар томонлама қўллаб-қувватлаш зарурати:**

- Касалликнинг жисмоний, психосоциал ва маънавий жиҳатларини енгиллаштиришни ўз ичига олган кенг қамровли паллиатив ёрдамга эҳтиёж.
- Ҳамширалар, ижтимоий ишчилар ва маънавий раҳбарлар каби мутахассисларнинг кўмаги талаб этилади.

5. **Кенгайтирилган тиббий баҳолаш:**

- Тез-тез ва интенсив тиббий баҳолаш ва кузатув талаб этилади.
- Доимий мониторинг ва тузатишни талаб қиладиган прогрессив клиник аломатлар.

6. **Касалликнинг Терминал босқичи:**

- Бемор касалликнинг терминал босқичида ва ҳаётнинг сўнгги босқичларида махсус паллиатив ёрдам кўрсатиш керак.

Паллиатив ёрдам муассасасида касалхонага ётқизиш беморга уларнинг эҳтиёжлари ва аломатларини янада самарали бошқариши мумкин бўлган муҳитда енг яхши ёрдам ва ёрдам кўрсатиш учун таклиф қилиниши мумкин.

4. *Диагностика мезонлари:*

1) шикоятлар ва анамнез (тўлиқ);

ШИКОЯТЛАР:

1. Бош оғриғи:

- Характер (пулсацияланувчи, ҳаракат касаллиги, доимий).
- Оғриқни локализация қилиш.
- Интенсивлик (0 дан 10 гача бўлган шкала бўйича).

2. Кўнгил айниши ва қайт қилиш:

- Частотаси ва интенсивлиги.
- Озиқ-овқат ёки дори-дармонларни қабул қилиш билан боғлиқлик.

3. Тутқаноқ ва парестезия:

- Тутқаноқларнинг тавсифи (давомийлиги, локализацияси).
 - Қичишиш, уйқусизлик, милтиллаш ҳисси.
- 4. Кўриш ва ешитиш қобилиятининг бузилиши:**
- Бузилиш даражаси (кўришнинг йўқолиши, икки томонлама кўриш).
 - Вақтинчалик хусусиятлар.
- 5. Мувофиқлаштириш ва мувозанатнинг бузилиши:**
- Баланс билан боғлиқ қийинчиликлар.
 - Ҳаракатдаги қийинчиликлар.
- 6. Нутқ ва ҳид ҳиссидаги ўзгаришлар:**
- Сўзларни талаффуз қилишда қийинчиликлар
 - Ҳидни йўқотиш ёки ҳидларни идрок етишнинг ўзгариши.
- 7. Руҳий аломатлар:**
- Депрессия, ташвиш.
 - Уйқучанлик, уйқусизлик.
- 8. Тизимли аломатлар:**
- Иштаҳа ва вазн йўқотиш.
 - Гипертермия ёки гипотермия.

АНАМНЕЗ:

- 1. Тиббиёт тарихи:**
- Олдинги касалликлар.
 - Оила ва ирсий тарих.
- 2. Қабул қилинган дорилар:**
- Қабул қилинган барча дорилар рўйхати, шу жумладан дозаси ва мунтазамлиги.
- 3. Ёмон одатлар:**
- Чекиш, алкоголь ёки гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш.
- 4. Касбий тарих:**
- Зарарли иш шароитлари.
 - Касбий фаолият билан боғлиқ мумкин бўлган сабаблар.
- 5. Сўнгги жароҳатлар ёки ҳодисалар:**
- Ҳозирги ҳолатга таъсир қилиши мумкин бўлган ҳар қандай жароҳатлар, ғайриоддий ҳодисалар ёки ҳодисалар.
- 6. Репродуктив тарих:**

- Аёллар учун: ҳайз цикли, ҳомиладорлик, туғиш.
- Еркаклар потенциал ва репродуктив саломатлик билан боғлиқ муаммоларга дуч келишади.

7. Инвазив муолажалар ва жарроҳлик аралашувлар:

- Ҳар қандай олдинги операциялар ёки инвазив муолажалар.

Қўшимча маълумотлар бемор билан шахсан ёки қўшимча тадқиқотлар учун аниқ кўрсатмалар мавжуд бўлса тўпланиши мумкин.

2) умумий физик текширув;

УМУМИЙ ТЕКШИРИШ:

1. Умумий ташқи кўриниши:

- Терининг рангини, гидратация даражасини баҳолаш.
- Юз ифодаси, поза.

2. Витал кўрсаткичлар:

- Тана ҳароратини ўлчаш.
- Артериал босимни ўлчаш.
- Дам олиш чеклиги ва жадаллигини баҳолаш.

3. Бошни умумий текшириш:

- Бош терисини оғриқ, аномалия, шишиш мавжудлигига пальпация қилиш.
- Бош терисини баҳолаш, жароҳат, чиришлар мавжудлиги.

4. Лимфа тармоқларини кўриб чиқиш:

- Лимфа тугунларининг палпацияси.

ЖИСМОНИЙ ТЕКШИРИШ:

Объектив кўрик. Умумий ва физикал текширув.

Неврологик кўрик.

- Мувофиқлаштириш синовлари.
- Рефлекс ва сезги органларини баҳолаш.

Умумий ва физикал текшириш шифокорга беморнинг ҳолати ҳақида кенг маълумот беради ва аниқ диагностика қилиш учун асбоб-ускуналар тадқиқотлари билан тўлдирилиши мумкин.

3) паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш ташкилотига ётқизилганга қадар ўтказилган синдромни аниқлаш учун зарур бўлган лабораторик тадқиқотлар;

Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш ташкилотига ётқизилганга қадар ўтказилган лаборатория тадқиқотлари касалликнинг белгилари, клиник кўрсаткичлари ва божхона сабабларига қараб турли бўлиши мумкин. Бироқ, бош мия ўсимлари билан боғлиқ синдром контекстида қуйидаги лаборатория тадқиқотлари фойдали бўлиши мумкин:

Қонни клиник таҳлил қилиш:

1. Қонни умумий таҳлил қилиш:

- Эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитлар, гемоглобиналар ва бошқа параметрлар сони ҳақида маълумот беради. Аномалиялар яллиғланиш жараёни ёки анемиянинг мавжудлигини кўрсатиши мумкин.

2. Қонни биокимёвий таҳлил қилиш:

- Умумий оқсил ва албумин: Организмнинг умумий ҳолати ва мумкин тенгликлар мавжудлигини баҳолаш имконини беради.

3. Жигар ва буйрак маркерлари:

- Масалан, билирубин, АСТ, креатинин, сийдик.

4. Сийдик умумий таҳлили:

- Қон, боқсил, клетка ва бошқа аномалияларнинг мавжудлигини аниқлаш имконини беради, бу борақ ёки сийдик чиқариш йўллариининг функционал бузилишлари билан боғлиқ бўлиши мумкин.

5. Коагулограмма:

- Қон ивиш тизимини ўтказиш тромбоэмболик асбоблар хавфини баҳолаш учун амалга оширилиши мумкин.

6. Гормонлар даражасини аниқлаш:

- Масалан, гипофиз гормонлари (пролактин, ўсиш гормони) даражасини аниқлаш.

7. Цереброспинал суюқлик таҳлили:

- Люмбал пункция, кейинчалик цереброспинал суюқликни таҳлил қилиш билан шишиш жараёни, ёки инфекция билан боғлиқ ўзгаришларни аниқлаш учун амалга оширилиши мумкин.

Ушбу лабораторик тадқиқотлар шифокорларга беморнинг ҳолати ҳақида қўшимча маълумотлар олишга ва даволашни зарур йўналишга

йўналтиришга хизмат қилмоқда, бу паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш ташкилотига ётқизилишда муҳим.

4) паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш ташкилотига ётқизилганга қадар ўтказилган синдромни аниқлаш учун зарур асбоб-ускуналар тадқиқотлари.

Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш ташкилотига ётқизилганга қадар ўтказилган асбоб-ускуналар тадқиқотлар бош мия ўсимлари билан боғлиқ синдромни аниқлаш ва уларнинг сабабларини аниқлашга қаратилган. Бу эрда тавсия этилиши мумкин бўлган бир нечта турли асбоб-ускуналар тадқиқотлари:

1. Бош мия МРТ (Магнит резонанс томографияси):

- Бош мия тузилмаларини батафсил визуализация қилиш ва абсцесс мавжудлигини, унинг ҳажми, жойлашган жойи ва атрофдаги тўқималарга инвазия даражасини аниқлаш имконини беради.

1. Бош мия томографияси:

- Бош мия тўқималаридаги ўзгаришларни аниқлаш учун ишлатилади.

2. Электрон энтцефалография:

- Мия электр фаоллигини ёзиб олиш. Ушбу тадқиқот абтсессамалар ёки кузатиш фаолияти билан боғлиқ электр фаоллигидаги ўзгаришларни аниқлашга хизмат қилиши мумкин.

3. Бош мия ангиографияси:

- Қон айланиш бузилишлари, аневризмалар ёки васкулярилик абсцессларни аниқлаш имконини берадиган мия томирларини контрастдан фойдаланиш орқали тадқиқот.

4. Люмбал пункция:

- Таҳлил қилиш учун цереброспинал суюқлик намунасини олиш имконини беради.

5. Функцион синовлар:

- Аламларга қараб, кўриш синовлари, эшитиш, мувофиқлаштириш ва бошқаларни ўз ичига олиши мумкин.

6. Абсцесс биопсияси:

- Агар бу мумкин бўлса биопсия қилиш ва антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш.

Ушбу асбоб-ускунали тадқиқотлар шифокорларга абсцесснинг келиб чиқишини, атроф тўқималарга таъсирини аниқлаш ва паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш ташкилотига ётқизилишдан олдин беморнинг умумий ҳолатини баҳолашга хизмат қилади

5. Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатишнинг мақсадлари.

Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш оғир ва айланишсиз касалликлар билан боғлиқ беморларни сифатли қамровли ва қўллаб-қувватлашга қаратилган. Паллиатив тиббий ёрдам мақсадлари давом этаётган даволаш шароитида ёки ҳаётнинг сифатини яхшилашга йўналтирилган. Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатишнинг асосий мақсадларидан айримлари:

Симптомларни осонлаштириш:

- Касалхонанинг касаллик, бўғиш, дам олиш, депрессия каби жисмоний, эмоционал ва психосоциал аломатларини самарали осонлаштириш.

Комплекс қамровни таъминлаш:

- Беморларнинг эҳтиёжларини тўлиқ қондириш учун тиббий, психологик, ижтимоий ва маънавий ёрдам кўрсатиш.

Паллиатив тиббий ёрдам мақсадлари оғир ва айланишсиз касалликлар билан боғлиқ беморлар учун максимал қулайлик, қўллаб-қувватлаш ва турмуш сифатини таъминлашга қаратилган.

6. Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш тактикаси:

Даволаш тадбирлари режасини тузиш:

Даволаш тадбирлари режасини тузиш, одатта, нейрохирурглар иштирокида консилиум томонидан амалга оширилади ва зарур бўлса, тўғри мутахассислар жалб қилинади. Даволаш тадбирлари режасини аниқлаштириш учун қуйидаги верификацияланган маълумотларнинг зарур бирлаштирилиши асосдир:

- маҳаллийлаштириш мезонлари ва ҳажми бўйича рентгенодиагностик маълумотлар;
- этиологик омил;
- қўшимча касалликлар;
- иммун камчилиги мавжудлиги;
- беморнинг ҳолати;
- беморнинг ёши.

Антибиотикотерапия

Даволаш мультидисциплинар ёндашувни талаб этади. Антибиотикотерапия беморларни даволашнинг энг муҳим қисмидир. Антибиотикотерапия тайинлашдан олдин биологик материални олиш зарур. Аспирацияланган материал бактериологик тадқиқот учун жўнатилади.

Бугунги кунда эмпирик антибиотикотерапия белгиланади (қаранг Г1 иловаси). 3 - авлод цефалоспоринлар ва метронидазол тавсия этилади. Агар *S.aureus* мумкин патоген бўлса, ванкомицин бактериологик экма объектив маълумотларни олганга қадар терапияни тўлдиради. Этиологик омил бўлмаган беморларда грамм манфий патогенлари бўлса, масалан, *P. aeruginosa* танлов препаратлари цефтазидим, цефепим ёки меропендир. Ванкомитсин, метронидазол ва 3-4 авлод цефалоспоринларини тайинлаш сабаблари юзасидан ҳеч қандай кўрсатмалар йўқ бўлса тайинлаш мумкин. Юқумли агентни верификациялангандан сўнг терапия оптималлаштирилади.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib61>

(Г2 ва Г3 иловасига қаранг)

Махсус терапия тайинлашдан олдин *in vitro* тест маълумотларига таяниш зарур. Иммуни тақчилиги бўлган беморларда препаратлар комбинацияси зарур бўлиши мумкин

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib43>

Антибактериал препаратлар билан монотерапия:

3В

7. Оғир тизимли касалликлар фоизида ҳаракатнинг юқори хавфи;
8. Кўплаб абсцесслар
9. Кичик ҳажмни чуқур ва функционал муҳим сохалар БМАлари
10. Менингит/вентрикулит билан биргаликда
11. Неврологик мақомда эрта ижобий динамика ва нейровизуализация маълумотлари кўра

12.2,5 см ва ундан кам бўлса, агар жарроҳлик аралашуви хавфи сезиларли хавф остида бўлса, консерватив терапияга кўрсатма.

Даволаш муддати анъанавий равишда 6-8 ҳафта юқори дозали антибактериал терапиядан иборат бўлиб, кейинчалик 2-3 ой давомида ўзига хос перорал антибиотикларга ўтади. Қобик билан БМА олиб ташлаш амалга оширилган беморларга терапия 3-4 ҳафта бўлиши мумкин. Фақатгина антибактериал препаратлар билан терапия узокроқ (12 ҳафтагача перорал препаратлар билан бирга) бўлиши керак.

3В Тизимли антибактериал терапиядан таъсир йўқ бўлганда антибактериал препаратларни жорий этишнинг интравентрикуляр ва вена ичидаги йўллари комбинатсиясини эрта белгилаш тавсия этилди.

БМА бактериал менингит билан кечиши антибактериал препаратларни жорий этишнинг интратекал йўллари белгилаши мумкин. Тизимли антибактериал терапиядан таъсир йўқ бўлганда антибактериал препаратларни жорий этишнинг интравентрикуляр ва вена ичидаги йўллари комбинациясини эрта белгилаш мақсадга мувофиқ.

Интравентрикуляр юбориш учун қуйидаги препаратлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ: ванкомицин, аминногликозидлар, В полимиксини ва В амфотеритсини (5-жадвал).

8-жадвал

Интравентрикуляр юбориш учун тавсия этиладиган антимиқробли препаратларнинг тавсия этиладиган дозалари [8,70].

Антимикроб дори	Суткалик доза/мг
Амикацин	5-50
Амфотерицин В	0,1-0,5
Вансомицин	5-20
Гентамицин	4-8
Полимиксин В	5
Тобрамицин	5-20

3В Кортикостероидларни узок муддатда жорий этиш тавсия этилмайди <https://en.wikipedia.org/wiki/Steroids>

Шишни даволашда кортикостероидлардан фойдаланиш самарадорлиги муаммо ва ҳал этилмаган бўлиб қолмоқда. Маҳаллий шиш касалликни оширишга хизмат қилади ва касалликнинг натижаларига таъсир кўрсатиши мумкин. Шиш, масс-эффекти билан таҳдид қилаётган беморларда ҳолатни барқарорлаштиришга қадар ҳар 10 соат ичида ёки операцион тайёргарлик сифатида 6 мг юқори дозали терапия самарали бўлиши мумкин. Бир томондан кортикостероидлар вазоген шишга таъсир кўрсатиш орқали МИБ сезиларли даражада камайтиради. Лекин узок вақт ишлатилганда кортикостероидлар антибиотикларнинг юқумли ўчоққа пенетациясини бузади. Кортикостероид терапияси даврий оператив даврда катта перифокал шишни камайишига хизмат қилади.

2а Тутқаноқ хавфининг юқори бўлиши натижасида БМА беморларга антиконвульсантлар тайинлаш тавсия этилади.
В <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib60>

Терапия тутқаноқ эпизодлари бўлмаган ва ЭЭГ маълумотлари нормал бўлган беморларда камида 6 ой давом этади
<https://en.wikipedia.org/wiki/Papilledema#Treatment>

7. Паллиатив даволаш самарадорлиги индикаторлари.

Паллиатив даволаш самарадорлиги индикаторлари бемор ва унинг оиласининг айланишсиз касаллик шароитида қулайликни таъминлаш, турмуш сифатини сақлаш ва фаровонлигини яхшилаш мақсадларига эришишни баҳолаш имконини берадиган сонли ва сифатли чора тадбирлар. Паллиатив даволаш самарадорлигининг айрим асосий индикаторлари:

1. Аломатлар назорати:

- Кўрсаткич: Оғир, бўғиш, дам олиш, ташвиш, депрессия каби белгилар даражаси.
- Баҳолаш: Белгиларнинг жисмонлигини ва/ёки кучини камайтириш, беморнинг умумий фаровонлигини яхшилаш.

2. Ҳаёт сифати:

- Кўрсаткич: Ҳаётдан қанаатдорлик даражасини, жисмоний ва психосоциал фаровонликни баҳолаш.
- Баҳолаш мамнуният даражасини ошириш, касалликка мослашиш ва ижтимоий фаоллик.

3. Функцион Ҳолати:

- Кўрсаткич: Кундалик фаолиятларни бажариш қобилияти, мобилдик ва мустақиллик даражаси.
- Баҳолаш: Функционал ҳолатни қўллаб-қувватлаш ёки яхшилаш

Диагностика, ёндашувлар, ва даволаш усуллари

Жарроҳлик даволашнинг мақсадлари

- оммавий таъсирни камайтириш учун;
- интракраниал гипертензияни тузатиш
- юқумли жараённи текшириш ва назорат қилиш учун йиринг материалини олиш

АГМНИ жарроҳлик даволашнинг иккита асосий тури мавжуд [2,9,19,24,66]:

1. капсула билан очиқ олиб ташлаш;
2. пункцион аспирацияси (стереотактик, эндоскопик, ултратовуш текшируви ёрдамида).

АСМУ жарроҳлик усулини танлаш кўплаб омилларга боғлиқ:

- маҳаллийлаштириш;
- ҳажми
- зич капсуланинг мавжудлиги
- беморнинг аҳволи
- операцион ускуналари
- хона, жарроҳ тажрибаси

Ушбу турдаги жарроҳлик даволаш ўртасида натижаларда сезиларли фарк йўқ.

2а

В

Биринчи танлов усули сифатида пункцион аспирацияси тавсия этилади.

Пункцион аспирацияси бирлами танлов усулидир. Бу миниинвазив тартиб-таомил бўлиб, қайтадан бажарилиши мумкин.

Стереотаксик аспирацияга кўрсатувлар АГМ ўлчами ва маҳаллийлаштирилишига қараб:

- 3 см дан кам ва 1,5 см дан зиёд;
- функционал муҳим зона

Эндоскопик аспирациянинг афзалликлари:

- тўғридан-тўғри назорат
- интракапсуляр септаларни фенестрация қилиш имконияти

Аспирация қилиш имконияти ўз ичига олиб чиқиш билан таъминланади.

Пункциявий аспирацияга ягона қарама-қарши кўрсатилмаган коагулопатия бўлиши мумкин

[https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(23\)00399-3/fulltext#bib51](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(23)00399-3/fulltext#bib51)

БМАни очик олиб ташлаш қўйидаги ҳолларда тавсия этилади
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib26>
Церебеллар БМА;

- 2а
В
1. Юзаки жойлашган қалин капсулали БМА
 2. Травмадан кейинги БМА (қоида тариқасида, уларда бегона бўлақлар, суюқ бўлақлари мавжуд)
 3. Газ таркибидаги БМА
 4. Мултилокуляр БМА (Нокардия учун хос) [40]
 5. Такрорий интилишнинг самарасизлиги

3.3 беморларнинг алоҳида гуруҳларини даволаш тактикаси

Қўзиқорин АГМ.

Даволаш тактикаси бактериал АГМ – этиопатогенетик терапия ва жарроҳлик даволашга ўхшайди.

2b
В

Амфотерисин Б ва флукитозиннинг комбинацияси синергетик фаолликка ега ва шунинг учун қўзиқорин АГМ билан оғриган беморларга тавсия этилади.

Қўзиқорин АГМ одатда турли хил иммунитет танқислиги шароитларига ҳамроҳ бўлади. Беморларнинг ушбу гуруҳидаги ўлим, биргаликда даволанишга қарамай, юқори даражада қолмоқда. <https://www.elsevier.es/en-revista-neurology-perspectives-17-avance-resumen-brain-abscess-a-narrative-review-S2667049622000291#bb0160>

Иммунитет танқислиги шароитлари фонида АГМ

Иммуносупрессия АГМ шаклланиши учун асосий хавф омилidir. Т-лимфоцитлар ва макрофагларнинг камайиши турли патогенларнинг ўсишига ёрдам беради. Турли хил неопластик жараёнлар, қоннинг тизимли ўсма лезёнлари, ОИВ, узоқ муддатли стероид терапияси, орган трансплантацияси иммунитет реакциясининг сезиларли пасайиши билан бирга келади.

2b
В

Кейинги микробиологик ташхис қўйиш ва етарли антибактериал терапияни тайинлаш учун йирингли материални иложи борича эрта олиш тавсия этилади

<https://study.com/academy/lesson/brain-abscesses-diagnosis-treatment-prognosis.html>

Жадвал-2

- Жараён ёки аралашувни амалга оширадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар

Жараён ёки аралашувни амалга оширадиган мутахассис тиббий таъсирнинг муваффақияти ва хавфсизлигида ҳал қилувчи рол ўйнайди. Бундай мутахассисга қўйиладиган талабларга қуйидагилар киради:

7. **Тиббий маълумот:** мутахассис олий тиббий маълумотга ва унинг малакасини тасдиқловчи тегишли лицензия ёки сертификатга эга бўлиши керак.
8. **Махсус тайёргарлик:** муайян процедуралар ёки аралашувлар турлари учун махсус тайёргарлик ва тажриба талаб қилинади. Мутахассис тиббиётнинг ушбу соҳасида тегишли тажрибага эга бўлиши керак.
9. **Тажриба ва амалиёт:** бундай процедуралар ёки аралашувларни амалга ошириш тажрибаси муҳим рол ўйнайди. Катта мутахассис тажрибаси процедура самарадорлиги ва хавфсизлигини ошириши мумкин.
10. **Билимларни янгилаш:** мутахассис мунтазам равишда тиббий билимларини янгилаб туриши, янги тенденциялар ва усулларга риоя қилиши ва даврий машғулотлардан ўтиши керак.
11. **Ахлоқий ёндашув:** мутахассис юқори ахлоқий меъёрларга риоя қилиши ва беморларнинг ҳуқуқларини ҳурмат қилиши керак.
12. **Хавфсизлик:** мутахассис хавфсизлик протоколларига, шу жумладан асбобларни стерилизация қилиш, шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш ва бошқа эҳтиёт чораларига қатъий риоя қилиши керак.

Ушбу талаблар беморлар учун юқори даражадаги тиббий амалиёт ва хавфсизликни таъминлашга қаратилган.

5) Диагностика

Жараён ёки аралашувдан олдин шифокор беморнинг аҳволини баҳолаш ва кейинги ҳаракатлар тўғрисида асосли қарор қабул қилиш учун бир қатор

диагностика тадбирларини ўтказди. Бу ерда асосий (мажбурий) ва қўшимча диагностика чоралари рўйхати келтирилган:

Асосий (мажбурий) диагностика чоралари:

2. Тиббий кўрик:

- Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш, симптомлар ва асосий шикоятларни аниқлаш.

2. Тиббий тарих (тиббий ва ҳаёт тарихи тўплами):

- Беморнинг касаллик тарихини, шу жумладан олдинги касалликлар, жарроҳлик аралашувлар, аллергия ва ирсиятни батафсил ўрганиш.

2. Лаборатор анализлар:

- Умумий қон ва сийдик таҳлили, буйраклар, жигар ва бошқа органларнинг фаолиятини баҳолаш учун биокимёвий таҳлил.

2. Инструментал тадқиқотлар:

- Рентген текширувлари: масалан, тузилмалар ва органларни визуализация қилиш учун рентген, КТ, МРТ.
- Ультратовуш (ультратовуш текшируви): ички органлар, қон томирлари ва юмшоқ тўқималарнинг ҳолатини баҳолаш учун ишлатилади.
- ЭКГ (электрокардиография): юрак фаолиятини баҳолаш ва ритмдаги анормалликларни аниқлаш.

Қўшимча диагностика чоралари:

2. Эндоскопия:

- Эндоскоп ёрдамида органларнинг ички бўшлиқларини текшириш.

2. Биопсия:

- Лаборатория таҳлиллари учун тўқима намунасини олиш, айниқса ўсмага шубҳа қилинган тақдирда.

2. Функционал тестлар:

- Масалан, нафас олиш функцияси учун тестлар, органлар ва тизимларнинг ишлашини баҳолаш учун stress тестлари.

2. Генетик тадқиқотлар:

- Ирсий омилларни аниқлаш, айниқса оилавий мойиллик ҳолатида.

Сўров натижаларини талқин қилиш:

2. Ахборотни таҳлил қилиш:

- Шифокор барча ўтказилган тадқиқотлар натижаларини клиник кўриниш контекстида таҳлил қилади.

2. Ташхисни шакллантириш:

- Олинган маълумотларга асосланиб, шифокор якуний ташхисни шакллантиради, бу еса кейинги чоралар тўғрисида қарор қабул қилиш учун асос бўлади.

2. Даволашни режалаштириш:

- Ташхис ва барча керакли маълумотларга ега бўлган шифокор даволаш режасини ишлаб чиқади, шу жумладан аралашув усули ёки процедурасини танлаш.

Шуни таъкидлаш керакки, аниқ диагностика чоралари процедура ёки аралашув турига, шунингдек, беморнинг касаллигининг хусусиятларига боғлиқ бўлиши мумкин.

б) процедура ёки аралашувга қўйиладиган талаблар:

1. Хавфсизлик чоралари:

- **Санитария-гигиена шароитлари:** хонанинг тозалиги ва санитария ҳолатини таъминлаш, шу жумладан асбоблар ва сиртларни стерилизация қилиш.
- **Шахсий ҳимоя воситалари:** ходимлар ва беморларни ҳимоя қилиш учун ниқоблар, қўлқоплар, тиббий халатлар ва бошқа воситалардан мажбурий фойдаланиш.
- **Юқумли касалликларни назорат қилиш:** инфекцияни олдини олиш чораларига риоя қилиш, шу жумладан мунтазам дезинфекция ва стерилизация.

2. Санитария ва эпидемия қарши режим:

- **Беморлар оқимини ташкил қилиш:** беморлар ўртасидаги алоқани минималлаштириш ва инфекциялар тарқалишининг олдини олиш чораларини ишлаб чиқиш.
- **Самарали шамоллатиш ва дезинфекция:** тоза ички ҳавони таъминлаш ва ҳаво ва сирт бўшлиқларини мунтазам равишда дезинфекция қилиш.

3. Ускуналар талаблари:

- **Замонавий ускуналар:** процедура ёки аралашув учун замонавий ва мос ускуналардан фойдаланиш.
- **мониторинг ва назорат:** organ функцияларини кузатиш тизими, бемор параметрларини кузатиш учун ускуналар мавжудлиги.
- **Фавқулодда вазиятлар учун маблағлар:** биринчи ёрдам ва фавқулодда вазиятларни бартараф этиш учун зарур воситаларнинг мавжудлиги.

4.Материаллар:

- **Юқори сифатли сарф материаллари:** асоратлар ва инфекцияларнинг олдини олиш учун шприц, игна, қўлқоп каби юқори сифатли сарф материалларидан фойдаланиш.
- **Оптимал фойдаланиш:** чиқиндиларни минималлаштириш ва атроф-муҳитга таъсирини камайтириш учун сарф материалларидан оқилона фойдаланиш.

5.Дорилар:

- **Керакли дори-дармонларнинг мавжудлиги:** процедура учун зарур дори-дармонлар ва анестезикалар мавжудлигини таъминлаш.
- **Яроқлилик муддатини назорат қилиш:** дори-дармонларнинг яроқлилик муддатини мунтазам текшириш ва агар керак бўлса, дори-дармонларни алмаштириш.

6. Ходимларни тайёрлаш:

- **Хавфсизлик бўйича тренинг:** ходимлар хавфсизлик чоралари ва эпидемияга қарши режимга риоя қилган ҳолда ўқитилиши керак.
- **Касбий ривожланиш:** билим ва кўникмаларни янгилаш учун мунтазам равишда ўқитиш ва ходимларни ўқитиш.

7.Хужжатлар:

- **Тиббий ёзувларни сақлаш:** тўлиқ ва аниқ тиббий ёзувларни, шу жумладан бажарилган процедуралар ва ишлатилган материаллар тўғрисидаги маълумотларни яратиш.

Юқоридаги талабларга риоя этилиши таъминлаш хавфларни минималлаштиради ва тиббий амалиётнинг юқори хавфсизлиги ва сифатини таъминлайди.

7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

1. Тиббий маълумот анамнези:

- **Тиббий тарих тўплами:** аллергия, сурункали касалликлар, олдинги операциялар ва қабул қилинган дори-дармонларни ўз ичига олган тиббий ва ҳаёт тарихининг батафсил тўплами.
- **Лаборатория текширувлари:** умумий қон ва сийдик синовларини ўтказиш, органларнинг ҳолатини баҳолаш учун биокимёвий таҳлил.

2. Жисмоний текширув:

- **Умумий ҳолатни баҳолаш:** шифокор процедурага таъсир қилиши мумкин бўлган аломатларни аниқлаш учун физик текширув ўтказилади.
- **Ҳаётий параметрларни ўлчаш:** ҳарорат, босим, пулс, нафас олиш тезлиги каби асосий параметрларни аниқлаш.

3. Психологик қулайликни тайёрлаш:

- **Жараёни тушунтириш:** хавотирни камайтириш учун бўлажак процедура, унинг мақсадлари ва кутилаётган натижалар ҳақида маълумот бериш.
- **Маслаҳат:** психологик тўсиқларни бартараф етиш учун саволлар бериш ва маслаҳат олиш имконияти.

4. Парҳез бўйича тавсиялар:

- **Рўза:** агар керак бўлса, процедурадан олдин вақтинча рўза тутинг.
- **Суюқликни истеъмол қилиш чекловлари:** агар суюқликни чеклаш зарур бўлса, беморга бу ҳақда кўрсатма бериш керак.

5. Тери ва тўқималарни тайёрлаш:

- **Гигиена процедуралари:** процедура олдидан гигиеник муолажалар бўйича тавсиялар.
- **Заргарлик буюмлари ва бошқа нарсаларни олиб ташлаш:** процедурага халақит берадиган заргарлик буюмлари ва бошқа нарсаларни олиб ташлаш зарурати.

6. Гиёҳванд моддалар ва моддалардан сақланиш:

- **Баъзи дори-дармонларни қабул қилишдан бош тортиш:** шифокор баъзи дори-дармонлардан вақтинча воз кечишни ёки қўшимча дори-дармонларни қўшишни тавсия қилиши мумкин.
- **Спиртли ичимликлар ва никотиндан воз кечиш:** агар керак бўлса, беморга процедурадан олдин спиртли ичимликлар ва никотиндан воз кечиш тавсия қилиниши мумкин.

Жараён ёки аралашувнинг методологияси:

1. Ускунани тайёрлаш:

- **Асбобларни текшириш ва тайёрлаш:** асбобларнинг тозалиги ва ишлашини олдиндан текшириш.
- **Дори-дармонларни текшириш:** керакли дори-дармонлар мавжудлигига ва фойдаланишга тайёрлигига ишонч ҳосил қилинг.

2. Анестезияни амалга ошириш (агар керак бўлса):

- **Анестезикани тайёрлаш ва юбориш:** агар беҳушлик зарур бўлса, барча хавфсизлик протоколларига мувофиқ анестезикани юбориш.

3. Жараённи бажариш:

- **Процессуал режага аниқ риоя қилиш:** процедуранинг ҳар бир босқичини дастлабки режага мувофиқ бажариш.
- **Ҳаётий белгилар мониторинги:** процедура давомида бемор параметрларини доимий равишда кузатиб бориш.

4. Натижалар ва ҳужжатларни баҳолаш:

- **Сифат ва натижаларни баҳолаш:** процедура муваффақиятини ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларни баҳолаш.
- **Тиббий ёзувларни юритиш:** процедуранинг барча босқичларини, ишлатилган материалларни ва дори-дармонларни ҳужжатлаштириш.

5. Жараёндан Кейинги Тавсиялар:

- **Бемор маслаҳати:** процедура натижалари ва қўшимча тавсиялар ҳақида маълумот бериш.

- **Хизматнинг давоми:** агар керак бўлса, даволанишдан кейинги парвариш ва тайинланишларни таъминлаш.

Жараёни тайёрлаш ва ўтказишнинг бутун жараёни тиббий стандартлар ва протоколларга мувофиқ, ахлоқ ва хавфсизлик тамойилларига мувофиқ амалга оширилади.

Мия хўпозлари учун операциядан кейинги асоратлар:

1. Инфекциялар:

- **Мененжит:** операциядан кейин инфекция туфайли юзага келиши мумкин бўлган мия ва орқа мия мембраналарининг яллиғланиши.
- **Абсцесслар:** мия тўқималарида ёки операция жойи атрофида йирингли бирикмалар ҳосил бўлиши.

1. Миянинг шишиши:

- **Мия шиши:** суюқлик тўпланиши туфайли мия ҳажмининг ошиши, бу симптомларнинг ёмонлашишига ва бош суягидаги босимнинг ошишига олиб келиши мумкин.

1. Неврологик Асоратлар:

- **Парез ва фалаж:** жарроҳлик пайтида асаб тузилмаларининг шикастланиши туфайли восита функцияларининг мумкин бўлган бузилиши.
- **Тутқаноқ ва мувофиқлаштириш бузилиши:** миянинг айрим жойларига таъсир қилиш натижасида юзага келиши мумкин бўлган неврологик касалликлар.

1. Қон Томирларининг Асоратлари:

- **Тромбоз ва эмболия:** қон қуйқаларини ҳосил бўлиши ёки қон қуйқаларини қон томирларига ўтказиши, бу еса қон томирига олиб келиши мумкин.
- **Қон кетиш:** қўшимча жарроҳлик аралашувни талаб қиладиган қон томирларидан мумкин бўлган қон кетиш.

1. Эндокрин Касалликлар:

- **Гипопитуитаризм:** ўсимтани олиб ташлаганидан кейин гипофиз безининг етарли даражада ишламаслиги, бу эндокрин тизимнинг бузилишига олиб келиши мумкин.
- **Инсипидус синдроми:** сув-электролитлар балансининг бузилишига олиб келадиган орқа гипофиз безининг дисфункцияси.

1. Когнитив ва психологик асоратлар:

- Хотирани йўқотиш ва когнитив бузилишлар: мумкин бўлган хотира ва когнитив бузилиш, айниқса фронтал лобдаги ўсмаларни олиб ташлашда.
- Психологик муаммолар: мумкин бўлган ҳиссий ва психологик қийинчиликлар, масалан, депрессия ёки ташвиш.

1. Нафас олиш ва қон айланиш тизимининг асоратлари:

- Нафас олишнинг бузилиши: мумкин бўлган нафас олиш муаммолари, айниқса нафасни бошқарадиган тузилмалар таъсирида.
- Кардиологик асоратлар: юрак муаммоларини ривожланиш хавфи, айниқса илгари юрак хасталиги бўлган беморларда.

1. Анестезияга реакциялар:

- Аллергик реакциялар: беҳушлик пайтида ишлатиладиган дорилар ва моддаларга мумкин бўлган аллергия реакциялар.
- Нафас олиш ва қон айланиш муаммолари: беҳушлик пайтида нафас олиш ва қон айланиш тизимларига таъсир қилиш билан боғлиқ асоратлар.

1. Жарроҳлик жойи билан боғлиқ асоратлар:

- Кардиологик асоратлар: мумкин бўлган юрак муаммолари, айниқса фронталлоб соҳасидаги операциялар пайтида.
- Инфекциялар ва тўқима некрози: инфекция хавфи ва операция жойида тўқима некрозининг ривожланиши.

1. Абцессларнинг қайталаниши:

- Абцесслар мумкин бўлган қайта шаклланиши: олиб ташланганига қарамай, абцессларнинг қайта шаклланиши хавфи мавжуд.

Мия хўпозлари билан операциялардан кейин асоратлар юзага келганда бажариладиган операциялар:

1. Абцессларни Дренажлаш:

- Методология: йирингли бирикмаларни (хўпозларни) олиб ташлаш учун дренажни яратиш, агар улар операциядан кейин топилса.

1. Краийни қайта кўриб чиқиш ва Ревентилляция қилиш:

- Техника: мияни визуал баҳолаш ва ревентилия қилиш учун бош суягини қайта очиш, айниқса интракраниал босим кучайган ҳолларда.
1. Иккиламчи Краниотомия:
 - Техника: қон кетиш, мия шиши ёки бошқа қон томир муаммолари каби асоратларни тузатиш учун бош суягини қайта очиш.
 1. Қон Қуйқаларини Олиш:
 - Техника: қон кетиш ёки тромбоз натижасида қон қуйқаларини олиш учун аралашув.
 1. Ликородинамик Процедуралар:
 - Техника: дренаж ёки бошқа усуллар ёрдамида мия омурилиқ суяқлигининг босими ва оқимини тузатиш.
 1. Қон Томирларини Тиклаш:
 - Техника: қон томирларини тиклаш ёки тиклаш учун жарроҳлик аралашув, айниқса қон томир асоратлари ҳолатларида.
 1. Жарроҳлик қайталанувчи ўсимта олиб ташлаш учун:
 - Техника: олдинги операциядан кейин ўсимта такрорланганда такрорий жарроҳлик аралашуви.
 1. Асаб Тузилмалари Бузилишларини Тузатиш:
 - Техника: миядаги бузилган асаб тузилмалари билан боғлиқ функцияларни тиклаш учун аралашув.
 1. Ендоскопик Аралашувлар:
 - Техника: такрорий краниотомияга еҳтиёж сезмасдан асоратларни ташхислаш ва даволаш учун ендоскопиядан фойдаланиш.
 1. Инфекцияларни Даволаш:
 - Техника: юқтирилган тўқималарни олиб ташлаш учун жарроҳлик аралашув, шунингдек дренаж ва микробларга қарши терапиядан фойдаланиш.
 1. Операциядан кейинги яралардаги нуқсонларни тузатиш:
 - Техника: операциядан кейинги даврнинг асоратлари билан боғлиқ нуқсонларни жарроҳлик йўли билан тиклаш ёки тузатиш.
 1. Нейромодуляция:

- Техника: асабий фаолиятни модуляция қилиш ва неврологик асоратларни тузатиш учун электр ёки кимёвий таъсирлардан фойдаланиш.

1. Суяк тўқимасини тиклаш ва тиклаш:

- Техника: краниотомия натижасида келиб чиқадиган суяк нуқсонларини жарроҳлик йўли билан тиклаш.

8) Процедура ёки аралашув самарадорлиги кўрсаткичлари:

1. ****Клиник параметрлар:**

- **Семptomларнинг яхшиланиши:** даволанадиган касаллик ёки ҳолат билан боғлиқ клиник белгиларнинг ўзгариши.
- **Қайталаниш йўқ:** процедурадан кейин касалликнинг қайталаниши ёки қайталаниши йўқ.

1. **Функционал кўрсаткичлар:**

- **Функционалликни тиклаш:** аралашувдан кейин органлар ва тизимларнинг функционал имкониятларини қайтариш ёки такомиллаштириш.
- **Ҳаёт сифатини яхшилаш:** процедурадан кейин беморнинг ҳаёт сифатини яхшилаш.

1. **Лаборатория кўрсаткичлари:**

- **Биокимёвий параметрларни нормаллаштириш:** қон ёки бошқа биологик суяқликларда биокимёвий белгилар даражасини тиклаш ёки нормаллаштириш.
- **Лаборатория текширувларида патологияларнинг йўқлиги:** касаллик ёки ҳолат билан боғлиқ лаборатория тадқиқотларида аниқланган патологияларнинг йўқлиги.

1. **Инструментал кўрсаткичлар:**

- **Тасвирлардаги ижобий ўзгаришлар:** тасвирларда аниқланган структуравий ёки функционал хусусиятларни яхшилаш (рентген, КТ, МРИ).
- **Катта ҳажмли шаклланишларнинг йўқлиги:** аралашувга дучор бўлган ўсмалар, кисталар, аневризмалар ва бошқа катта шаклланишларнинг йўқлиги.

1. **Физиологик параметрларни тиклаш:**

- **Оддий қон босимини тиклаш:** қон босимининг нормал кўрсаткичларини тиклаш ёки сақлаш.

- **Пульс ва нафас олишни нормаллаштириш:** пульс ва нафас олиш тезлигининг нормал қийматларини тиклаш.

1. Жараённинг хавфсизлиги:

- **Асорат йўқ:** процедурадан кейин жиддий ёки танқидий асоратлар йўқ.
- **Organ функциясини сақлаш:** organ ва тизим функцияларининг хавфсизлиги ва сақланиши.

1. Беморнинг психологик ҳолати:

- **Беморнинг қониқиши:** беморнинг процедура натижаларидан қониқишини яхшилаш.
- **Психологик ноқулайликни бартараф этиш:** процедура билан боғлиқ психологик ноқулайлик даражасини пасайтириш.

1. Шифолаш динамикаси (жарроҳлик аралашувлар пайтида):

- **Ярани даволаш вақти:** операциядан кейин optimal даволаниш вақтига риоя қилиш.
- **Инфекциянинг йўқлиги:** инфекцияларнинг йўқлиги ёки уларни самарали даволаш.

Жараён ёки аралашув самарадорлигини баҳолаш ушбу кўрсаткичларни ҳар томонлама таҳлил қилиш асосида амалга оширилади, бу сизга тиббий таъсирнинг муваффақиятини аниқлаш ва керак бўлганда терапевтик режани белгилаш имконини беради.